

Fyzioterapia v paliatívnej starostlivosti

PhDr. Lucia Kendrová, PhDr. Wioletta Mikuláková, PhD., PhDr. Mgr. Petra Homzová

Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov, Katedra fyzioterapie

Paliatívna starostlivosť sa poskytuje človeku, ktorý trpí nevyliciteľnou chorobou v pokročilom alebo terminálnom štádiu. Jej cieľom je zmierňovať bolesť, dýchavičnosť a ďalšie telesné aj duševné útrapy, zachovávať pacientovu dôstojnosť, poskytnúť podporu jeho blízkym a udržať najvyššiu možnú kvalitu života pacienta až do jeho smrti. Paliatívna starostlivosť teda zahŕňa zdravotnú starostlivosť poskytovanú lekármi (diagnostiku a liečbu), ošetrovateľskú starostlivosť, rehabilitáciu, psychologickú starostlivosť, duchovnú podporu a ďalšie. Cieľom tohto článku bolo priniesť pohľad na paliatívnu starostlivosť z pozície fyzioterapeuta. Opisované štúdie hovoria o nutnosti participácie fyzioterapeuta v tíme paliatívnej starostlivosti. Najčastejšími fyzioterapeutickými metódami sú pohybová liečba, elektroliečba na tlmenie bolesti a respiračná fyzioterapia.

Kľúčové slová: paliatívna starostlivosť, fyzioterapia, bolesť

Physiotherapy in palliative care

Palliative care is provided to a person who is suffering from an advanced or terminal illness. Its goal is to alleviate pain, shortness of breath and other physical and mental hardships, maintain patient dignity, provide support to loved ones and maintain the highest possible quality of life for the patient until his death. Palliative care includes medical care provided by a doctor (diagnosis and treatment), nursing care, rehabilitation, psychological care, spiritual support, and more. The aim of this article was to gain insight into palliative care from the point of view of a physiotherapist. Described studies indicate the need for a physiotherapist to participate in palliative care. The most common physiotherapeutic methods are motion therapy, electrotherapy for pain relief and respiratory physiotherapy.

Key words: palliative care, physiotherapy, pain

Paliat. med. liec. boles., 2017; 10(1-2e): e59–e61

Úvod

Paliatívna medicína je špecializačný odbor, ktorý sa zaoberá diagnostikou a liečbou pacientov s chronicky nevyliciteľnou, pokročilou a aktívne progredujúcou chorobou s časovo obmedzeným prežívaním. Cieľom paliatívnej medicíny je udržanie najvyššej možnej kvality života pacienta až do jeho smrti. Je to prístup, ktorý zlepšuje kvalitu života pacientov a ich rodín zoči-voči život ohrozujúcemu ochoreniu tak, že včas identifikuje, neodkladne diagnostikuje, lieči bolesť a iné fyzické, psychosociálne a duchovné problémy a tým predchádza a zmierňuje utrpenie (1).

Podľa Fabuša a Kulichovej (2) sa paliatívna starostlivosť definuje v dvoch dimenziách:

1. Kontinuálna paliatívna starostlivosť sa poskytuje po stanovení diagnózy nevyliciteľnej choroby v období, v ktorom zlyháva tzv. kauzálna, respektíve kuratívna liečba choroby. Jej cieľom je kontrola obťažujúcich symptómov choroby a predĺženie života pacienta s dosiahnutím jeho primeranej kvality (operáciou, podpornou ventiláciou, kyslíkovou liečbou, krvnými derivátmi, chemoterapiou, rádioterapiou a pod.). Kontinuálna paliatívna starostlivosť rešpektuje pranie chorého, ak sa dožaduje pokračovania v kauzálnnej liečbe choroby (i napriek jej neúspešnosti). Rešpektuje biologický strach zo smrti v čase, keď v chorobe už nie je možná záchrana života, ale chorý si až do posledných chvíľ zachováva túto nádej.

2. Hospicová starostlivosť začína vtedy, keď už nemožno dúfať v predĺžovanie života. Sústreďuje sa na kontrolu symptómov a zlepšenie kvality zostávajúceho života. Je charakterizovaná tímovým interdisciplinárnym prístupom so zabezpečením primerane možného komfortu, symptomatickou kontrolou, celkovou rehabilitáciou, dobrou komunikáciou, psychologickou podporou a radami pre rodinu. Poskytuje kvalifikovanú starostlivosť umierajúcemu a jeho pozostalým.

Podľa Marcanta a Rapina (3) je fyzioterapia v paliatívnej starostlivosti zameraná na poskytovanie maximálneho pohodlia pre pacienta pri zachovaní najvyššej možnej úrovni fyzickej funkcie tvárou v tvár progresii ochorenia. Fyzioterapeut musí byť opatrný pri podávaní procedúr u pacientov na konci ich života. Integrácia v tíme paliatívnej starostlivosti si vyžaduje hlbokú komunikáciu s pacientom, čo vedie k priamej reakcii na potreby pacienta. V ich štúdiu uvádzajú, že 44 pacientov trpiacich rakovinou absolvovalo respiračnú fyzioterapiu do posledných 24 hodín života.

Fyzioterapia v paliatívnej starostlivosti

Súčasťou liečebného procesu v hospicovom zariadení je fyzioterapia, ktorá má dve zložky: lôžkovú a ambulantnú. Fyzioterapia je dôležitou súčasťou komplexnej paliatívnej starostlivosti

o ťažko chorého človeka s cieľom udržať najlepšiu kvalitu života až do okamihu smrti, teda nejde o predĺžovanie života. Cvičenia prilákali zvýšený záujem o rehabilitáciu onkologických pacientov v paliatívnej starostlivosti. Udržaniu a obnoveniu fyzickej funkcie pacientov s nevyliciteľným alebo nádorovým ochorením bolo venované pomerne málo pozornosti, čo sa týka paliatívnej starostlivosti (4). Cohen a Leis (5) zistili, že fyzické činnosti a fyzický stav patrili medzi najvýznamnejšie determinanty kvality života pacientov. U väčšiny pacientov v paliatívnej starostlivosti sa vyskytujú symptómy, ako je únava, bolesť, dýchavičnosť a nevoľnosť, ktoré prispievajú k zníženej fyzickej aktivite alebo nečinnosti a tým aj k zníženiu fyzickej funkcie. Pacientom s nádorovým ochorením sú pre veľké bolesti podávané opioidy. Dôjde k výraznému zníženiu bolesti, avšak nie k zlepšeniu fyzickej, sociálnej alebo emocionálnej oblasti. Tieto zistenia si vyžadujú systematický prístup, ako motivovať pacientov na zlepšení fyzickej výkonnosti (6).

Kumar a Jim (7) opisujú úlohu fyzioterapeuta v tíme paliatívnej starostlivosti. Využívajú sa aktívno-asistované cvičenia a pasívne cvičenia vo všetkých fyziologických smeroch. V rámci metodík je možné využiť proprioceptívnu neuromuskulárnu facilitáciu (PNF), dýchaciu gymnastiku, posturálny tréning a kongnitívno-behaviorálny tréning. Cvičenie slúži na rekon-

díciu a fyzickú kondíciu pacientov (8). Fyzikálna terapia je užitočná v liečbe bolesti. Využívajú sa TENS prúdy, ionoforéza, galvanické prúdy. V rámci kryoterapie sa využíva ľadová masáž a studená voda. Môžeme využiť aj svetloliečbu, a to hlavne biolampu, čiže polarizované svetlo, ultrafialové žiarenie a laser. Z mechanoterapie sa využíva klasická masáž (bez tepacích hmatov), mäkké techniky, kompresívna terapia (hlavne pri zvládaní lymfedému) a môže sa využiť aj tejpovanie. U pacientov s obmedzenými poznávacími schopnosťami je možné využiť biofeedback. V rámci kompenzačných pomôcok sa využívajú protézy, dlahy, invalidný vozík. Samozrejme sa využívajú palice, barly a chodítka, ako aj všetky pomôcky na sebaobsľuhu.

Rashleigh (9) uvádza, že v rámci fyzioterapeutickej liečby v oblasti paliatívnej starostlivosti o pacientov s onkologickým ochorením je možné využívať: pohybovú terapiu, respiračnú fyzioterapiu, elektroliečbu a mechanoterapiu. Tento výrok potvrdil aj Twycross (10), ktorý uviedol, že fyzikálne liečebné metódy, ako je masáž a teplé vankúšiky, sú účinnou metódou pri liečbe bolesti. Narayanan a Koshi (11) zdôraznili význam skupinového cvičenia. Boli účinné hlavne v prípade únavy u pacientov s rakovinou. Lyles et al. (12) uviedli, že liečba pomocou chemoterapie by mala byť doplnená o liečbu relaxačným tréningom. Jacobsen et al. (13) vykonali metaanalýzu, randomizovanú štúdiu u onkologických pacientov, v ktorej prišli k záveru, že nefarmakologická intervencia mala preukázateľne lepšie výsledky v zlepšení kvality života spojenou s únavou. Zatiaľ čo niektoré štúdie preukázali, že rehabilitácia môže výrazne prispieť k paliatívnej starostlivosti, iné poukazujú na rozdiely v odporúčajúcich procesoch (14). Montagnini et al. (15) vo svojej štúdii uviedli, že len 40 % pacientov hospitalizovaných na jednotkách paliatívnej starostlivosti v USA v priebehu 14 mesiacoch sa odvolalo na fyzioterapeuta.

Výsledky štúdie Carsona a McIlpatrick (16) poukazujú, že fyzioterapeuti v paliatívnej starostlivosti sa sústreďia na zlepšenie fyzického fungovania a nezávislosti pacientov, ako je napríklad mobilita, chôdza, cvičenie rovnováhy a pasívne cvičenia, taktiež sa zameriava na rodinnú výchovu. Okrem toho bolo cieľom zabezpečiť pohodlie pacienta a podporovať jeho nezávislosť. Formu rehabilitácie je ťažko stanoviť. Malý počet účastníkov v štúdii bolo schopných ponúknuť úroveň psychosociálnej podpory. Domnievali sa, že fyzioterapia bola na efektívne poskytovanie paliatívnej starostlivosti potrebná len v malej miere. Takýto prístup odráža celkovú filozofiu

paliatívnej starostlivosti. Je to pomoc, ktorá slúži nato, aby pacient maximalizoval svoj potenciál a žil, ako môže, hlavne z dôvodu všetkých existujúcich okolností (17).

Podľa Nemcovej (18) je farmakoterapia ťažisková v liečbe chronickej a onkologickej bolesti. Účinnosť farmakologickej liečby bolesti sa zvyšuje využívaním aj nefarmakologických prístupov a psychosociálnej podpory zo strany rodiny či profesionálov. Súčasťou nefarmakologickej liečby môže byť: fyzikálna terapia, alternatívna a psychoterapia a kognitívna a behaviorálna terapia. Využívanie nefarmakologických prístupov a techník pomáha znižovať množstvo podávaných analgetík a zároveň výskyt vedľajších účinkov. Dôležitú úlohu má nefarmakologická liečba pri odstraňovaní stresu, zlepšení nálady, tiež podporuje spánok pacienta. Fyzikálna liečba využíva fyzikálne vplyvy a metódy, ktoré môžu byť zacielené na zmiernenie bolesti, redukciu zápalu, uvoľnenie svalových spazmov a navodenie relaxácie. Využívanie terapeutickú masáže má pozitívny vplyv na bolesť, najmä uvoľňovaním spazmov svalových skupín. Vibračná terapia zmiernuje bolesť a upokojuje. Môže sa využívať aj pri nádorovej a chronickej bolesti. Ošetrojúci personál, rodinný príslušník alebo aj pacient pohybujú prístrojom najskôr pod alebo nad bolestivou časťou tela, pri tolerancii aj na mieste bolesti. Vibračnú terapiu je možné používať 2 – 4-krát denne počas 1 – 15 minút, rešpektujú sa pritom odporúčania lekára. Vibračná terapia sa nesmie používať, ak neprináša pacientovi úľavu a je pre neho skôr nepríjemná, má po nej neprimerane začervenanú pokožku, tromboflebitídu, ľahko sa mu tvoria podliatiny. Využívanie kognitívno-behaviorálnej terapie je v kompetencii psychiatrov, psychológov a psychoterapeutov. Terapeut spolu s pacientom sa usilujú o kontrolu nad situáciou, napríklad zvládanie bolesti, alebo ako zabezpečiť zvládanie bežných denných činností. Snahou je prežívanie, zmiernenia utrpenia, zlepšenie nálady a skvalitnenie života pacienta.

Relaxačné metódy

Bolesť je sprevádzaná svalovým napätím, úzkosťou a stresom. V rámci psychoterapie môžu byť využívané aj relaxačné metódy. Relaxáciou sa usilujeme dosiahnuť uvoľnenie kostrovo-svalových skupín. Súčasťou týchto cvičení je aj duševné cvičenie a kontrolované dýchanie. Pacient sa počas relaxačných cvičení sústreďuje na inštrukcie, čo pomáha odvádzať pozornosť od bolesti a pozitívne to ovplyvňuje zníženie vnímania bolesti a zvýšenie tolerancie bolesti.

U nás sa využívajú relaxačné metódy, ako sú: Schultzov autogénny tréning – nácvik pocitov tiaže, tepla v končatinách, pokojného dýchania, pokojnej srdcovej akcie, tepla v oblasti brušnej dutiny, pocitu chladu na čele a Jacobsonova progresívna relaxácia, pri ktorej nastáva postupné uvoľňovanie svalov rúk, nôh, trupu, očí, tváre. Na manažovanie bolesti využívame aj alternatívne metódy, ktoré pomáhajú pacientom zvládanie bolesti. Volíme tie, ktoré najviac vyhovujú pacientovi. Z najviac využívaných sú to: muzikoterapia a joga. Muzikoterapia sa môže používať pri znižovaní chronickej bolesti, ale aj ako podporná liečba u pacientov s onkologickým ochorením. Hudba môže ovplyvňovať vnímanie a vyjadrovanie bolesti. Joga je vhodná s ohľadom na to, že jej súčasťou je správne dýchanie, meditácia a postoj. Jej využitie v paliatívnej starostlivosti je dané skutočnosťou, že prispieva k zmierneniu bolesti a úzkosti (18).

Respiračná fyzioterapia

Nové a stále dokonalejšie diagnostické a terapeutické postupy umožňujú lepšie a presnejšie pracovať so samotným dýchaním aj v jeho patofyziologickej forme. Najzákladnejšími cieľmi respiračnej fyzioterapie je spomaliť znižovanie vitálnej kapacity, dosiahnuť a následne udržať čo najlepšiu priechodnosť dýchacích ciest, teda zaistiť ich maximálnu čistotu, redukovať chorobou porušené dýchanie do optimálneho stavu, zlepšiť mobilizáciu sekkrétov a nasledovné vykašliavanie a zvýšiť kvalitu života u pacientov s chronickým respiračným ochorením (19).

Hygiena priedušiek sa vykonáva s cieľom mobilizácie nahromadených hlienov u pacientov, ktorí majú zvýšenú tvorbu hlienu. Jej cieľom je zlepšenie priechodnosti dýchacích ciest, osvojenie si správnych dýchových a pohybových stereotypov a návykov. Polohová drenáž sa vykonáva na lôžku. Lôžko má byť upravené tak, že dolné končatiny sú vo zvýšenej polohe asi 15 – 25 cm. Túto polohu opakujeme 3 – 4-krát denne, približne 20 – 30 minút. Poloha pomáha vyčistiť dýchacie cesty tým, že hlieny vlastnou hmotnosťou stekajú smerom orálnym a následne ich pacient vykašlieva (20).

Drenážne techniky majú zaistiť optimálnu hygienu, dobrú priechodnosť dýchacích ciest a odstrániť nadmerné bronchiálne sekréty, nazývajú sa tiež expektoračné techniky. V centre ich pozornosti je symptóm, a to prítomnosť hlienu v dýchacích cestách (19).

Medzi drenážne techniky, ktoré sú vhodné pre pacientov s respiračným ochorením, patria: autogénna drenáž, PEP (positive expirato-

ry pressure – pozitívny expiračný tlak) systém dýchania, oscilujúci PEP systém, aktívny cyklus dýchacích techník. Flutter je jednoduchý malý prenosný nástroj, založený na princípe výdychu proti variabilnému odporu, pri ktorom vzniká v dýchacích cestách oscilujúci pozitívny výdychový tlak. Pri cvičení pacient vydychuje proti odporu, ktorý kladie kovová guľôčka vydychovanému vzduchu. Guľôčka sa pohybuje hore a dole a jej kmitavý pohyb v kóne striedavo uzatvára a následne opäť umožňuje prechod vzduchu nástrojom. To spôsobuje, že dýchacie cesty sú pri výdychu dlhší čas otvorené. Pacient cíti charakteristické jemné hĺbkové vibračné chvenie, ktoré uvoľňuje a následne uľahčuje odstránenie sekrétu a znižuje riziko kolapsu bronchov. Kombinácia fluttera s inhaláciou je terapeuticky a časovo veľmi efektívna. Flutter sa často kombinuje s autogénnou drenážou. Napriek všetkým výhodám sa odporúča úvodná inštruktáž pod vedením fyzioterapeuta, a to hlavne z dôvodu rizika ľahkého a rýchleho osvojenia chybných dýchacích návykov a nedodržania relatívne náročných pravidiel pre mimické svaly tváre a eventuálnou chybnou polohou jazyka (21). Flutter umožňuje pacientovi cvičebnú nezávislosť a samostatnosť a zvyšuje jeho sebestačnosť. Je obľúbený a jednoduchý na cvičenie všetkých vekových kategórií pacientov, a to kdekolvek a kedykoľvek ho potrebujú (19).

Záver

Hlavnými špecifikami paliatívnej starostlivosti je zameranie na jednotlivcov s nevyliciteľnou onkologickou alebo chronickou pokročilou a aktívne progredujúcou chorobou, s časovo obmedzeným prežívaním s cieľom zaistiť opti-

málnu kvalitu života až do smrti. Výhodiskom je posudzovanie a intervencie na zmiernenie a elimináciu utrpenia, bolesti a iných obťažujúcich symptómov. Súčasne je potrebné podporovať jednotlivcov a pomáhať ich rodinám pri riešení súvisiacich psychických, sociálnych a duchovných problémov. Článok je zameraný na paliatívnu starostlivosť z pohľadu fyzioterapeuta. Štúdie, ktoré boli prezentované, nám ukazujú, že fyzioterapeut by nemal chýbať v tíme paliatívnej starostlivosti. Avšak úloha fyzioterapeuta je zameraná na fyzický stav pacientov v rámci celkovej starostlivosti a poskytovanie čo najväčšieho pohodlia, a podpornú starostlivosť.

Literatúra

1. World Health Organization. *Definition of Palliative care* [online]. 2002. Available from: <<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>>. Accessed May 1, 2017.
2. Fabuš S, Kulichová M. *Paliatívna a hospicová starostlivosť* [online]. Martin, Slovenská republika: Nadácia „Hospice“; 2006. Available from: <<http://www.hospice-martin.szm.com/dokumenty/clanky/pdf/Paliat%EDvna%20a%20hospicov%E1%20starostlivost%9D.pdf>>.
3. Marcant D, Rapin CH. Role of the physiotherapist in palliative care. *J Pain Symptom Manage*. 1993; 8(2): 68–71.
4. Cheville A. *Rehabilitation of patients with advanced cancer*. 2001; 92: 1039–1048.
5. Cohen SR, Leis A. What determines the quality of life of terminally ill cancer patients from their own perspective? *J Palliat Care*. 2002; 18: 48–58.
6. Oldervoll LM, Loge JH, Paltiel H, Asp MB, Vidvei U, Wiken AN, Hjermstad MJ, Kaasa S. The Effect of a Physical Exercise Program in Palliative Care: A Phase II Study. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2006; 31(5): 421–430.
7. Kumar SP, Jim A. Physical Therapy in Palliative Care: From Symptom Control to Quality of Life: A Critical Review. *Indian J Palliat Care*. 2010; 16(3): 138–146.
8. American Physical Therapy Association. Who are physical therapists, and what do they do? A guide to physical therapist practice. *Phys Ther*. 2001; 81–39.
9. Rashleigh LS. Physiotherapy in palliative oncology. *Aust J Physiother*. 1996; 42: 307–12.

10. Twycross R. Factors associated with difficult-to-manage pain. *Indian J Palliat Care*. 2004; 10: 67–78.

11. Narayanan V, Koshy C. Fatigue in cancer: A review of literature. *Indian J Palliat Care*. 2009; 15: 19–25.

12. Lyles JN, Burish TG, Krozely MG, Oldham RK. Efficacy of relaxation training and guided imagery in reducing the aversiveness of cancer chemotherapy. *J Consult Clin Psychol*. 1982; 50: 509–24.

13. Jacobsen PB, Donovan KA, Vadaparampil ST, Small BJ. Systematic review and meta-analysis of psychological and activity-based interventions for cancer-related fatigue. *Health Psychol*. 2007; 26: 660–7.

14. Scialla S, Cole R, Scialla T, et al. Rehabilitation for elderly patients with cancer asthenia: making a transition to palliative care. *Palliat Med*. 2000; 14(2): 121–127.

15. Montagnini M, Lodhi M, Born W. The utilization of physical therapy in a palliative care unit. *J Palliat Med*. 2003; 6(1): 11–17.

16. Carson K, McIlpatrick S. More than Physical Function? Exploring physiotherapists' experiences in delivering rehabilitation to patients requiring palliative care in the community setting. *Journal of Palliative Care*. 2013; 36–44.

17. National Council for Palliative Care (NCPC), and NHS End of Life Care Programme. *Advance decisions to refuse treatment: a guide for health care professionals*. Leicester: NCPC; 2008.

18. Nemcová J. *Vybrané kapitoly z paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti*. Martin: 2013: 89.

19. Smolíková L, Máček M. *Fyzioterapie a pohybová liečba u chronické obštrukčnej plicnej nemoci*. Praha: nakladateľstvo VLTAVÍN; 2002: 128.

20. Slováková V, et al. *Rehabilitácia pri ochoreniach dýchacieho ústrojenstva a hrudníka*. Bratislava. LIEČREH GÚTH. 2000; 33(3): 192.

21. Smolíková L. *Respirační fyzioterapie. Vybrané kapitoly se zvláštním zřetelom na fyzioterapii pacientů s cystickou fibrózou* [online]. 2006. Available from: <www.scumdoctor.com/images/Where-Are-The-Acupr>. Accessed May 12, 2017.

PhDr. Lucia Kendrová

Prešovská univerzita v Prešove,
Fakulta zdravotníckych odborov,
Katedra fyzioterapie
Partizánska 1, 080 01 Prešov
lucia.kendrova@unipo.sk