

Motivace ke cvičení u pacientů s roztroušenou sklerózou

Mgr. Klára Novotná

Neurologická klinika a Centrum klinických neurověd 1. lékařská fakulta
Univerzita Karlova a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

Důležitost správně dávkované pohybové aktivity pro pacienty s roztroušenou sklerózou byla popsána již v mnoha studiích. Pro dlouhodobou adherenci k pohybovým aktivitám je však nezbytné pacienty k pohybovým aktivitám vhodně motivovat. Abychom však mohli správně motivovat, je třeba poznat překážky bránící pohybovým aktivitám a také faktory, které naopak zapojení do cvičebních aktivit podporují. Článek představuje právě tyto okolnosti ovlivňující motivaci k zapojení do pohybových aktivit.

Klíčová slova: motivace, pohybová aktivita, roztroušená skleróza, cvičení.

Exercise motivation in patients with multiple sclerosis

The importance of regular physical activity in multiple sclerosis patients has been described in many recent studies. Healthcare professionals (physiotherapists) should not only have information about the type, frequency, and intensity of training, but they should also know how to motivate patients to engage in long-term physical activity. This article presents common barriers in physical activity in multiple sclerosis patients and the factors which facilitate engaging in physical activities.

Key words: motivation, physical activity, multiple sclerosis, exercise.

Pochopení motivace jedinců k participaci na pohybových aktivitách může mít zásadní význam, abychom mohli účinně ovlivnit jejich zdravotní stav pomocí pohybové aktivity. Proto je zapotřebí znát nejen doporučení ohledně vhodných pohybových aktivit a intenzity jejich provádění, ale také poznat možnosti, jak jedince k daným pohybovým aktivitám motivovat. Protože pouze dlouhodobé provádění a adherence k doporučeným pohybovým aktivitám přináší žádané zdravotní benefity.

Motivace má velký pozitivní potenciál a často bývá účinnější než direktivní řízení, psychický nátlak nebo manipulativní triky. Správná motivace je proces, v němž lidem, které chceme přimět k nějaké činnosti, nabízíme uspokojení jejich vlastních zájmů. Je tedy nezbytné věnovat čas poznání faktorů, které motivaci k činnosti ovlivňují. Dlouhodobě vede proces motivace založený na pochopení potřeb ovlivňovaných osob k prohloubení vztahu mezi zdravotníkem a v našem případě osobou s onemocněním roztroušená skleróza (RS) (Plamínek, 2015).

U většiny osob s RS je celková úroveň pohybové aktivity oproti zdravé populaci snížena (Motl, McAuley et Snook, 2005). Se zhoršováním symptomů provázejících RS se míra pohybové aktivity

dále snižuje (Motl et al., 2008). Úroveň pohybové aktivity se snižuje s délkou trvání onemocnění. Více sníženou pohybovou aktivitu mají osoby s primárně progresivní RS nebo sekundárně progresivní RS (Kayes et al., 2011). Nižší úroveň pohybové aktivity je tedy u osob s vyšším neurologickým deficitem měřeným Kurtzkeho škálou EDSS. Méně aktivní jsou osoby s přiznaným plným invalidním důchodem (Beckerman et al., 2010). U osob pobírajících invalidní důchod je při plánování vhodných pohybových aktivit nutné vzít v úvahu, že pro ně i běžné aktivity denního života (ADL aktivity jako je příprava jídla, oblékání, hygiena, péče o domácnost) mohou představovat zvýšené energetické nároky. Zajímavé je, že nižší míra pohybové aktivity byla nalezena u osob, které jsou členy pacientských organizací (Beckerman et al., 2010). Mladší pacienty s nižším neurologickým deficitem zase může v účasti na pohybových aktivitách významně limitovat péče o děti (Beckerman et al., 2010).

Obecně u pacientů s chronickým neurologickým onemocněním bývá snižená úroveň pohybové aktivity dána zejména problémy s mobilitou nebo potřebou asistence při přesunech nebo vlastní aktivitě. Pacienti se často za svá pohybová omezení stydí a cítí se trapně. Narážejí na fyzické překážky (jako je nedostatek vhodných sportovišť pro zdravotně postižené, nedostatek informací o vhodném cvičení) stejně jako na překážky sociální (nedostatečná podpora od zaměstnanců sportovišť, očekávání, že jedinci se zdravotním omezením nebudou příliš pohybově aktivní) (Mulligan et al., 2012).

Na zapojení do pohybových aktivit má u pacientů s RS vliv také úroveň pohybové aktivity v předchorobí. Důležitým faktorem také je, jaké má pacient informace o pohybové aktivitě (zda je vnímána jako prospěšná a žádoucí nebo naopak škodlivá, které je potřeba vyvarovat se) a od koho je získal (od svého ošetřujícího lékaře, dalších pacientů nebo z méně důvěryhodných zdrojů z internetu). Případnou negativní roli hrají obavy z možného poškození pohybovou aktivitou a události spojené s nemocí (ataky, používání kompenzačních pomůcek, ztráta práce a další). Důležité je vlastní přesvědčení pacienta, zda mu pohybová aktivita pomáhá nebo zda ji považuje za ztrátu času nebo dokonce škodlivou. Rozhodnutí o zapojení do pohybových aktivit je komplexní a často zde proti sobě působí protichůdné názory jako např. přesvědčení o prospěšnosti cvičení versus obavy, aby si cvičením neuškodil (Kayes et al., 2011).

Mezi nejčastější překážky bránící pacientům s RS v pohybových aktivitách patří únava. Přičemž většina pacientů pociťuje jako větší problém bránící v pohybových aktivitách únavu mentální než fyzickou (Kayes et al., 2011). Kromě únavy představují další nejčastější omezené fyzické možnosti (vlivem svalového oslabení nebo spasticity). Také se často potýkají s nedostatkem vhodných tělovýchovných zařízení, kde mohou cvičení navštěvovat. Případně jsou ta místa příliš vzdálená nebo mají nevyhovující rozvrh (Stroud, Minahan et al., 2009).

Kromě únavy a dalších symptomů RS může být významným omezením bránícím v aktivitě také deprese. V případě neřešené deprese nemá jedinec dost sil pro své běžné aktivity ani pro zapojení do aktivity nové, jakou může být cvičení. Fyzická aktivita v kombinaci se sociální podporou však může vést ke snížení depresivních symptomů. Zdravotníci by tedy měli depresivní pacienty o možnostech pohybové aktivity informovat a poskytnout jim podporu při zapojení do aktivit (Suh et al., 2012).

Ve většině případů jsou překážky bránící pacientům v pohybových aktivitách spíše personální nebo vyplývající z povahy onemocnění (únava, příliš náročné aktivity, nedostatek sebedisciplíny, lenost, špatná nálada a deprese, malá naděje na zlepšení zdravotního stavu) než environmentální (chybějící cvičební zařízení) (Beckerman et al., 2010; Morris et al., 2012).

Mezi faktory podporující zapojení do pohybových aktivit patří míra self-efficacy. Psychologický termín self-efficacy označuje sebedůvěru ve vlastní schopnosti dosáhnout vytyčeného cíle, schopnost zvládnout nějakou situaci nebo úkol, víru ve schopnost svého sebeuplatnění. Symptomy RS obecně vedou ke snížení míry self-efficacy (Motl, Snook, McAuley et Gliottoni, 2006). Stejně tak inaktivita self-efficacy snižuje a naopak účast na pravidelném cvičení vede ke zvýšení self-efficacy (Motl et Gosney, 2008). Jako vhodnou strategií pro zvýšení pohybové aktivity se zdá zvýšení sebedůvěry jedince ve vlastní schopnosti. Pomocí stanovení malých snadněji dosažitelných cílů může pacient zažít pocit úspěchu a znovu zvýšit důvěru ve vlastní schopnosti.

Kromě sebedůvěry ve vlastní schopnosti většina pacientů (81 %) potřebuje podporu kvalifikovaného fyzioterapeuta/instruktor, který na cvičení dohlíží a je schopen cviky kvalifikovaně upravit podle individuálních potřeb. Instruktor cvičení by měl také plnit důležitou roli sociální podpory při cvičení. Sociální podporu také mohou představovat ostatní pacienti, kteří jsou členy cvičební skupiny. Podpora potřebná pro účast na cvičení také může pocházet od rodiny a přátel (Junker et Carlberg, 2011). Sociální okolí pacienta však může v některých případech představovat i překážku ve cvičení, např. rodinné povinnosti (Plow, Resnik et Allen, 2009).

Pro zvýšení adherence k pohybové aktivitě je také vhodné, když si může jedinec typ pohybové aktivity svobodně zvolit. Bylo totiž zjištěno, že skupina pacientů, kteří si mohli zvolit typ provozované pohybové aktivity, vykazovala větší míru spokojenosti. Skupina, která neměla na výběr, si sice uvědomovala, že pravidelná pohybová aktivita přináší zdravotní benefity, ale protože zde chyběl pocit radosti a uspokojení z činnosti samé, měli účastníci větší riziko přerušení a ukončení pravidelného cvičení (Mulligan et al., 2012). Muži s RS preferují nejvíce posilovací trénink, kolo a nordic walking. Ženy s RS si také vybíraly trénink v posilovně, protahování, dále jógu, plavání a tanec (Asano, et al., 2013; Dlugonski, Joyce et Motl, 2012; Mulligan et al., 2012). Obecně vychází muži s RS ve studiích zaměřených na pohybovou aktivitu méně aktivní než ženy a mají nižší self-efficacy. Tento závěr však může být ovlivněn tím, že muži ve sledovaných studiích měli vyšší stupeň neurologického postižení a dostávalo se jim menší podpory od členů rodiny. Míra únavy byla u obou pohlaví stejná (Anens et al., 2014).

Při doporučování a poradenství ohledně vhodného cvičení je třeba kromě možností pacienta a jeho osobních preferencí vzít v úvahu také aktuální tělesnou a psychickou připravenost k zahájení programu pohybových aktivit. Podle autorek Marcus a Forsyth můžeme rozlišovat pět stupňů podle modelu stadií připravenosti ke změně.

Stadium 1 představují jedinci s pohybovou nedostatečností, kteří se v současné době nevěnují pohybovým aktivitám a ani o nich neuvažují. Zde je potřeba zaměřit se na edukaci o přínosech

pravidelného cvičení (např. prostřednictvím přednášek, letáčků) a zdůraznit bezpečnost cvičení. Je potřeba podpořit sebedůvěru jedinců, že pohybovou aktivitu zvládnou (zvýšit self-efficacy) a zvolit ne příliš obtížný blízký cíl, aby mohli brzy zažít pozitivní pocit úspěchu. Je vhodné také vytipovat potencionální překážky, které by mohly bránit ve cvičení a navrhnout strategie k jejich překonávání (vhodné je např. nabídnout cvičení s partnerem, který také bude pomáhat k aktivitě motivovat).

Stadium 2 představují osoby s pohybovou nedostatečností, které již uvažují o možnosti cvičení. Zde je vhodnou strategií především poskytnout informace, jak je možné zmírnit symptomy obtěžující při cvičení. Dále je třeba opakovaně zdůraznit benefity plynoucí z pravidelného cvičení. Nadále podporovat sebedůvěru jedince ve vlastní schopnosti (self-efficacy). Doporučenou strategií je při rozhovoru s pacientem zaměřit se na to, co jsou skutečné překážky bránící ve cvičení a co jsou pouze výmluvy. Pacient by sám měl zkusit vymyslet možné strategie, jak případné překážky překonat. Vhodné je stanovit si blízký snadno dosažitelný cíl (např. pár minut pohybové aktivity každý den) a za jehož dosažení se může pacient odměnit.

Jedinci ve stadiu 3 se již občasným pohybovým aktivitám věnují, jejich frekvence je však nepravidelná anebo příliš nízká, aby mohlo být dosaženo zdravotních benefitů. Těmto jedincům je vhodné nabídnout a ukázat případné další možnosti pohybových aktivit, kterým se mohou věnovat. Při rozhovoru s nimi se můžeme zaměřit na to, jaké problémy při pohybových aktivitách v minulosti měli a navrhnout protipatření. Měl by být také stanoven individuální plán aktivit s krátkodobým a dlouhodobým cílem. Pohybovou aktivitu je vhodné zaznamenávat, např. s využitím krokoměru nebo sporttesteru. Během pohybové aktivity se doporučuje monitorování symptomů provázejících RS. Pohybová aktivita má být zvolena tak, aby nedošlo ke zhoršování symptomů (př. spasticita, sval. slabost, zrak – Uhthoffův fenomén), proto se doporučuje cvičit v dobře větraných/klimatizovaných místnostech. Pacienti nebudou mít adherenci k pohybové aktivitě, která by byla jen přechodně, zhoršovala jejich zdravotní stav (Motl et al., 2006). Proto je na místě individuálně uzpůsobený cvičební program vycházející z možností pacienta.

Stadium 4 představují jedinci s dostatečnou úrovní pohybové aktivity, která splňuje odborná doporučení (několikrát týdně v doporučené intenzitě). Zde může případně fyzioterapeut nabídnout ještě další možnosti aktivit pro větší pestrost nebo doporučit monitorování aktivit s využitím moderních pomůcek (př. krokoměr, sporttester, aplikace v chytrých telefonech). Pokud musí pacienti po určitou dobu své pohybové aktivity přerušit (zdravotní, osobní nebo rodinné důvody), je na místě podpořit je k opětovnému návratu a ocenit jejich snahu. Úspěšnou strategií je pevné zařazení cvičebních aktivit do denního režimu např. ve formě krátkých cvičebních bloků.

Pacienty ve stadiu 5 k pohybové aktivitě nemusíme motivovat, protože pro ně je pravidelný pohyb běžnou součástí životního stylu. Zde můžeme případně nabídnout další nápady pro zvýšení potěšení ze cvičení, jako jsou např. nové cíle nebo nová sociální podpora při cvičení (Marcus et Forsyth, 2010).

Rozhodnutí o zahájení pravidelné pohybové aktivity je komplexní a je ovlivněno mnoha faktory (faktory bránící a faktory povzbuzující), dále zde hraje roli i osobnost pacienta a jeho zkušenost s pohybovou aktivitou v předchorobí. Překážky bránící v pohybové aktivitě většinou pocházejí

z onemocnění jako takového (únava, pohybová omezení). Mnoho pacientů s RS má také ze cvičení obavy nebo si nejsou jisti jeho správným prováděním. Lékaři neurologové by proto měli pacientům opakovaně zdůrazňovat pozitivní přínos pravidelných pohybových aktivit pro zdravotní stav pacientů. Fyzioterapeuti by se proto měli zaměřit nejen na individuální terapii akutních obtíží pacientů, ale také na edukaci pacientů o vhodném cvičení a snažit se jim představit i různé možnosti rekreačních sportovních aktivit a další nové aktivity pro podporu aktivního životního stylu.

Podpořeno grantem PRVOUK-P26/LF1/4.

Literatura

1. Anens E, Emtner M, Zetterberg L, Hellstrom K. Physical activity in subjects with multiple sclerosis with focus on gender differences: a survey. *BMC Neurol*, 2014; 14: 47.
2. Asano M, Duquette P, Andersen R, Lapierre Y, Mayo NE. Exercise barriers and preferences among women and men with multiple sclerosis. *Disabil Rehabil*, 2013; 35(5): 353–361.
3. Beckerman H, de Groot V, Scholten MA, Kempen JC, Lankhorst GJ. Physical activity behavior of people with multiple sclerosis: understanding how they can become more physically active. *Phys Ther*, 2010; 90(7): 1001–1013.
4. Dlugonski D, Joyce RJ, Motl RW. Meanings, motivations, and strategies for engaging in physical activity among women with multiple sclerosis. *Disabil Rehabil*, 2012; 34(25): 2148–2157.
5. Junker L, Carlberg EB. Factors that affect exercise participation among people with physical disabilities. *Advances in Physiotherapy*, 2011; 13(1): 18–25.
6. Kayes NM, McPherson KM, Schluter P, Taylor D, Leete M, Kolt GS. Exploring the facilitators and barriers to engagement in physical activity for people with multiple sclerosis. *Disabil Rehabil*, 2011; 33(12): 1043–1053.
7. Kayes NM, McPherson KM, Taylor D, Schluter PJ, Kolt GS. Facilitators and barriers to engagement in physical activity for people with multiple sclerosis: a qualitative investigation. *Disabil Rehabil*, 2011; 33(8): 625–642.
8. Morris J, Oliver T, Kroll T, Macgillivray S. The importance of psychological and social factors in influencing the uptake and maintenance of physical activity after stroke: a structured review of the empirical literature. *Stroke Res Treat*, 2012: 195249.
9. Motl RW, Gosney JL. Effect of exercise training on quality of life in multiple sclerosis: a meta-analysis. *Mult Scler*, 2008; 14(1): 129–135.
10. Motl RW, McAuley E, Snook EM. Physical activity and multiple sclerosis: a meta-analysis. *Mult Scler*, 2005; 11(4): 459–463.
11. Motl RW, Snook EM, McAuley E, Gliottoni RC. Symptoms, self-efficacy, and physical activity among individuals with multiple sclerosis. *Res Nurs Health*, 2006; 29(6): 597–606.
12. Mulligan H, Whitehead L, Hale L, Baxter G, Thomas D. Promoting physical activity for individuals with neurological disability: indications for practice. *Disabil Rehabil*, 2012; 34(13): 1108–1113.
13. Mulligan HF, Hale LA, Whitehead L, Baxter GD. Barriers to physical activity for people with long-term neurological conditions: a review study. *Adapt Phys Activ Q*, 2012; 29(3): 243–265.
14. Plow MA, Resnik L, Allen SM. Exploring physical activity behaviour of persons with multiple sclerosis: a qualitative pilot study. *Disabil Rehabil*, 2009; 31(20): 1652–1665.
15. Stroud N, Minahan C, Sabapathy S. The perceived benefits and barriers to exercise participation in persons with multiple sclerosis. *Disabil Rehabil*, 2009; 31(26): 2216–2222.
16. Suh Y, Weikert M, Dlugonski D, Sandroff B, Motl RW. Physical activity, social support, and depression: possible independent and indirect associations in persons with multiple sclerosis. *Psychol Health Med*, 2012; 17(2): 196–206.



Mgr. Klára Novotná

Neurologická klinika a Centrum klinických neurověd 1. lékařská fakulta Univerzita Karlova
a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze
Kateřinská 30, 120 00 Praha 2
novotna.klara.k@gmail.com