

ERGOTERAPIA PO NÁHLYCH CIEVNYCH MOZGOVÝCH PRÍHODÁCH

ERGOTHERAPY AFTER STROKE

Jaroslava Helembaiová, Katarína Kubovičová

Bc. Jaroslava Helembaiová

Mgr. Katarína Kubovičová

VZZ a.s., K.Ú. F.E.Scherrera, Piešťany

Súhrn: Počet cerebrovaskulárnych ochorení a tým aj náhlych mozgových príhod stále stúpa. Súvisí to so životným štýlom a tiež so stúpajúcimi nárokmi na človeka. Včasná a dlhodobá neurorehabilitácia je neoddeliteľnou súčasťou liečby hemiparetického pacienta. Komplexná fyzioterapia, vrátane ergoterapie, zvyšuje úroveň kvality života pacienta a umožňuje mu získať čo najväčší stupeň sebestačnosti a tým sa zaradiť do bežného, spoločenského, prípadne aj pracovného života.

Kľúčové slová: neurorehabilitácia, fyzioterapia, ergoterapia, sebestačnosť.

Summary: The number of cerebrovascular diseases and stroke constantly increases. This is related to lifestyle and also to increasing demands on the human. Early and long-term neurorehabilitation is an integral part of the hemiparetic patient treatment. Comprehensive physiotherapy, including occupational therapy, often improves the patient's quality of life and allows him to gain the highest possible degree of independence.

Keywords: neurorehabilitation, physical therapy, ergotherapy, self-sufficiency.

Úvod

Cievne ochorenia mozgu, cerebrovaskulárne (CVO) sú najčastejšou príčinou hospitalizácie v dospelom veku. Patria medzi najzávažnejšie celosvetové zdra-

votnícke problémy s vysokým výskytom, chorobnosťou a úmrtnosťou. Ročný výskyt na Slovensku sa odhaduje na 200 – 350/100 000 obyvateľov. Postihnutých s trvalými následkami sú desaťtisíce. Cievne mozgové príhody sú vo vyspelých aj

rozvojových krajinách medzi príčinami smrti na 2. – 3. mieste. Okrem nových liečebných metód môže len primárna a sekundárna prevencia rizikových ochorení a faktorov znížiť epidemiologickú závažnosť cerebrovaskulárnych ochorení. Napriek úspechom včasnej diagnostiky a liečby, ktorá zlepšila krátkodobú aj dlhodobú prognózu pacientov, ostávajú mozgové infarkty závažným celospoločenským zdravotníckym problémom. Následkami po prekonaní mozgových infarktov bývajú motorické parézy a psychické poruchy. Ochrnutí pacienti si vyžadujú doživotnú rehabilitáciu a opateru. Starostlivosť o postihnutých pacientov je fyzicky, psychicky a ekonomicky veľmi náročná. Dôležitou súčasťou celkovej starostlivosti, liečby a rehabilitácie je ergoterapia a nácvik k sebestačnosti (Brozman, 2011).

Princípy neurorehabilitácie

Z etických a zdravotno-politických dôvodov je základnou požiadavkou, aby títo pacienti dosiahli po ukončení akútnej lekárskej starostlivosti čo najlepšiu kvalitu života a sebestačnosti, ktorá by im umožnila opäť nájsť svoje miesto v spoločnosti. Kvalita života týchto pacientov závisí na rýchlosti zahájení neurorehabilitácie (Madarász, 2008; Bunová et al., 2010; Mandić a Randić, 2011). Tá pacienta sprevádza od fáze akútnej hospitalizácie cez lôžkovú a ambulantnú rehabilitáciu až k sociálnemu, rodinnému a pokiaľ možno aj pracovnému zaradeniu. Princípy neurologickej rehabilitácie sú:

- princíp celistvosti

- princíp včasnosti a dlhodobosti
 - princíp tímovej práce
 - princíp interdisciplinarít a multidisciplinarít
 - princíp prijatia občanov so zdravotným postihnutím spoločnosťou
- K dosiahnutiu optimálnej kvality života je nutné použiť tieto základné prostriedky včasnej neurorehabilitácie:
- fyzioterapia
 - ergoterapia
 - logopédia
 - neuropsychológia
 - muzikoterapia
 - arteterapia
 - činnosť sociálneho pracovníka

Jedným z prvých cieľov tejto ucelenej individuálnej terapie je ďalšia mobilizácia pacienta, ktorá je cieľom fyzioterapie a zlepšenie samostatnosti v potrebách denného života – tréning ADL (každodenných činností) v ergoterapii (Lippertová-Grünerová, 2005).

Ergoterapia

Ergoterapia je profesia, ktorá prostredníctvom zmysluplného zamestnania sa usiluje o zachovanie a využívanie schopností jedinca potrebných na zvládanie bežných denných, pracovných, záujmových a rekreačných činností u osôb v akomkoľvek veku s rôznym typom postihnutia. Pojmom zamestnanie sú myslené rôzne činnosti, ktoré človek vykonáva v priebehu života a sú vnímané ako súčasť jeho životného štýlu a identity (Česká asociácia ergoterapeutov, 2008).

Rozdelenie:

1. ergoterapia zameraná na pracovné zaradenie
2. na liečbu (kondičná ergoterapia)
3. ciele funkčnú liečbu
4. ergoterapia zameraná na výchovu k sebestačnosti
5. hodnotenie (testovanie schopností)

Vyšetrenie v ergoterapii je zamerané predovšetkým na zistenie problémov na úrovni:

1. motorických
2. kognitívnych
3. psychosociálnych

Vyšetrenie v ergoterapii je súčasť ergoterapeutického procesu, v priebehu ktorého ergoterapeut získava informácie, ktoré mu pomôžu pochopiť pacienta a jeho situáciu, určiť aký vplyv má deficit na jeho zamestnanie. Od vyšetrenia sa odvíja zostavenie ergoterapeutického procesu. O vyšetrení a ergoterapeutickom pláne a programe si ergoterapeut vedie o každom rehabilitantovi dokumentáciu.

Hodnotenie každodenných činností**Test funkčnej sebestačnosti (FIM)**

Cieľom prípravy testovacej škály bolo vybrať minimálny počet položiek pre širokú populáciu hendikepovaných. Vyhodnotenie funkčnej sebestačnosti sa sústreďuje na šesť oblastí činností:

1. starostlivosť o seba
2. ovládanie sfinkterov
3. mobilita

4. lokomócia

5. komunikácia

6. sociálna adaptácia

Každá oblasť má niekoľko hodnotiacich položiek – spolu hodnotíme 18 úkonov.

Klasifikácia má 7 úrovní hodnotenia.

Nevyžaduje asistenta

7 - úplná nezávislosť

6 - modifikovaná nezávislosť (kompenzačné pomôcky)

Vyžaduje asistenta

modifikovaná závislosť

5 - potrebuje dohľad

4 - minimálna pomoc (pacient urobí 75% a viac činností z testu)

3 - mierna pomoc (pacient urobí 50-75% činností z testu)

úplná závislosť

2 - maximálna pomoc (pacient urobí 25-50% činností z testu)

1 - celková pomoc (pacient urobí menej ako 25% činností z testu)

(Lippertová-Grünerová, 2005)

Barthel Index (BI) bežných denných činností

Barthel index je jedným z medzinárodne najrozšírenejším testom hodnotenia kvality života pacientov s chronickými stavmi. Hodnotí mieru sebestačnosti pacientov v desiatich oblastiach činností. Počet dosiahnutých bodov sa riadi podľa schopnosti samostatného vykonania určitej činnosti. Pacient môže celkove dosiahnuť 100 bodov. Výhodou BI je, že zahŕňa základné dôležité činnosti denného života. Test je možné rýchlo vyplniť. Je využívaný v mnohých

medzinárodných štúdiách a preto dovoľuje aj medzinárodné porovnanie (Lippertová-Grünerová, 2005). V tabuľke č. 1 je uvedené skórovanie.

Tabuľka 1 Hodnotenie BI

0 – 40	nesebestačný
41 – 60	stredne nesebestačný
61 – 95	miernie nesebestačný
96 – 100	sebestačný

Hodnotenie schopností

1. dáva obraz o fyzických a psychických schopnostiach pacienta
2. používajú sa rôzne testy a hodnotenia, ktoré sú založené na pozorovaní činnosti pacienta a jeho prejavov
3. na základe výsledkov a analýzy je určená ďalšia terapia a stupeň záťaž
4. hodnotenie pracovného potenciálu (pracovnej zdatnosti) pacienta v rámci ergoterapie

Ergoterapeutický plán

1. Senzomotorické funkcie

Terapia hemiparézy podľa metódy manželov Bobathových:

1. tréning jemnej aj hrubej motoriky
 2. tréning koordinácie
 3. tréning grafomotoriky
 4. zabezpečenie a individuálna adaptácia pomôcok
2. Tréning kognitívnych funkcií:
1. koncentrácia
 2. pozornosť

3. psychomotorické tempo

4. vytrvalosť pri zaťažení

5. pamäť

3. Tréning k sebestačnosti v dennom živote:

1. osobná hygiena

2. obliekanie

3. jedlo a pitie

4. činnosť v domácnosti

5. tréning orientácie

4. Tréning v domácom prostredí:

1. návšteva vlastnej domácnosti v doprovode terapeuta
2. poradenstvo pri plánovaní prípadnej prestavby (Lippertová-Grünerová, 2005)

Záver

Nácvikom sebestačnosti a aplikáciou ergoterapie na rehabilitačných oddeleniach vo včasných fázach rehabilitácie sa zaoberajú odborníci na viacerých pracoviskách. Začína sa od najbežnejších úkonov – zmena polohy na lôžku, hygienických úkonov, nácviku obliekania, jedenia, presunov z vozíka do postele, použitia vane, WC atď., nácviku používania bežných potrebných kompenzačných pomôcok. Dôležitý je aj nácvik orientácie a pohybu v priestore, nácvik pohybu po schodoch a nástupu do MHD. Ergoterapiu využívame i na to, aby sme odpútali pacienta od jeho choroby alebo zmeny, užitočne vyplnili jeho voľný čas v priebehu liečby a rekonvalescencie, účelne ho zamestnali, a tým zabránili vzniku depresívnych alebo neurastenických stavov, dali pacientovi možnosť spoznať, ktoré funkcie pohybového, pracovného a pod. mu zostali

a ako ich môže využiť (Gúth et al., 2005). Cieľom je, aby rehabilitant získal maximálnu samostatnosť v bežných denných

činnostiach a bol čo najmenej odkázaný na pomoc iných.

Literatúra

BARTKO, D., DROBNÝ, M. 1991. Neurológia. Martin : Osveta. 1991. 709 s. ISBN 80-217-0305-9.

BROZMAN, M. 2011. Neurológia. Martin : Osveta. 2011, 188 s. ISBN 978-80-8063-339-4.

BUNOVÁ, B., BARTKO, D., MADARÁSZ, Š. 2010. Cerebrálny infarkt a dysfágia. Vieme odhaliť tichú aspiráciu u pacientov s cerebrálnym infarktom? Neurológia pre prax.- Supplement 1, 2010, roč. 1, s. 39.-40. ISSN 1337-4451.

GÚTH, A. et al. 2005. Liečebné metodiky v rehabilitácii pre fyzioterapeutov. Bratislava : LIEČREH GÚTH. 2005, 400 s. ISBN 80-

88932-16-5.

LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ, M. 2005. Neurorehabilitace. Praha : Galén. 2005. 350 s. ISBN 80-7262-317-6.

MAHONEY, F., BARTHEL, D. W. 1965. Functional evaluation: the Barthel Index. Md Med J, roč. 14, s. 61-65. ISSN 0886-0572.

MADARÁSZ, Š. 2008. Demografické údaje o chorobách obehovej sústavy a cievnych mozgových chorobách v Slovenskej republike. Medicina Militaris Slovaca. 2008, roč. 10, č. 1, s. 48-52. ISSN 1335-5139.

MANDIC, M., RANCIC, N. 2011. The recovery of motor function in post stroke patients. Medical Archives. 2011, roč. 65, č. 2, s. 106-8. ISSN 0350-199X.

Adresa prvého autora:

Bc. Jaroslava Helembaiová
VZZ a.s., K.Ú. F.E.Scherrera
Teplická 81
921 01 Piešťany
e-mail: heja53@atlas.sk

Recenzované / Reviewed:

30. 5. 2012

PREHLADOVÝ ČLÁNOK / REVIEW ARTICLE

VÝZNAM ERGOTERAPIE V KOMPLEXNEJ REHABILITAČNEJ STAROSTLIVOSTI ERGOTHERAPY SIGNIFICANCE IN COMPREHENSIVE REHABILITATION CARE

Soňa Floreková

Mgr. Soňa Floreková

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce Sv. Alžbety n.o. Bratislava

Súhrn: V príspevku autorka zhŕňa spoločné črty ergoterapie a sociálnej práce v oblasti sociálnej integrácie zdravotne postihnutých jedincov. Ergoterapeutické intervencie považuje za jeden z nástrojov napomáhajúcich zlepšenie ich kvality života.

Kľúčové slová: zdravotne postihnutí, ergoterapia, sociálna rehabilitácia, komplexná rehabilitácia, sociálna integrácia, kvalita života.

Summary: In this paper the author summarizes the common features of occupational therapy in social work on social integration of disabled individuals. Occupational therapy intervention is one of the tools conducive to improving their quality of life.

Keywords: disabled person, occupational therapy, social rehabilitation, comprehensive rehabilitation, social integration, quality of life.

Svetová zdravotnícka organizácia uvádza v Akčnom pláne pre roky 2006 – 2011, ktorý nesie názov Disabilita a rehabilitácia, že takmer u 10% svetovej populácie je prítomná nejaká forma disability alebo poruchy. Tento počet naďalej stúpa kvôli nárastu a starnutiu populácie, zvýšenému výskytu chronických ochorení a pokrokom medicíny, ktoré

prispievajú k udržiavaniu a predlžovaniu dĺžky života. Tento trend so sebou prináša zvýšené nároky na liečebnú a rehabilitačnú starostlivosť (Jelínková, 2009). Súčasné trendy smerujú ku komplexnej rehabilitačnej starostlivosti, kde jedinec je chápaný ako individualita a zároveň ako člen spoločenstva. Neoddeliteľnou súčasťou tohto prístupu je