

Naše izkušnje v rehabilitaciji hemiplegikov

POVZETEK. *Vzporedno z naraščanjem kardiovaskularnih obolenj in kranio cerebralnih poškodb se večja tudi število oseb, prizadetih po kapi in invalidnosti s simptomatiko hemiplegije. — Ker je prizadetih vedno več mladih oseb, moramo vključiti poleg druge kompleksne rehabilitacije še poklicno orientacijo. Problem obravnavamo teamsko. Adaptacija bolnika na rehabilitacijo traja približno tri tedne, uspeh pa je v največji meri odvisen od bolnikove motivacije za rehabilitacijo ter od aktivnega sodelovanja njega samega in njegove družine. Rehabilitacija hemiplegika traja povprečno 2—3 mesece. V tem času ga po potrebi opremimo z ustreznimi ortopedskimi pripomočki. V šoli hoje ga učimo ponovne hoje, vadimo in utrjujemo dnevne aktivnosti, ki so bistvenega pomena za bolnikovo samostojnost.*

OUR EXPERIENCE REGARDING THE REHABILITATION OF THE HEMIPLEGIC PATIENTS. *A growing incidence of cardiovascular diseases and cranio cerebral injuries is closely associated with an increasing rate of people handicapped by the brain stroke and hemiplegia. As an increasing number of young people are affected, it is crucial that the vocational training is made a constituent part of the complex rehabilitation process. This problem is — be dealt with by a team work approach. Adaptation of the patient to the rehabilitation procedure lasts for about 3 weeks. Success of the rehabilitation is observed to depend mostly on the degree of the patient's motivation and on his own and his family active cooperation. In hemiplegic patients the rehabilitation takes about 2—3 months and during this period the patient is provided with all the necessary orthopedic aids. He is re-instructed in walking and above all, guided in practising his daily activities, which are basic for his further independence.*

Število hemiplegikov narašča iz leta v leto, ker so v porastu bolezni srca in ožilja in ker so s povečanim prometom vzporedno pogostnejše tudi kranio cerebralne poškodbe.

Sodobna medicina je pripomogla k manjši umrljivosti, povečala pa se je invalidnost in problematika rehabilitacija teh bolnikov. Med hemiplegiki je vse več mladih ljudi, kar povzroča še dodatno problematiko. Pri teh je poleg medicinske potrebna še profesionalna orientacija in rehabilitacija. Približno 40 % prizadetih oseb še ni dopolnilo 55 let in so tako še vedno aktivni delavci, nekateri celo na začetku svoje kariere. (Rehabilitacija oseb s posledicami CVI, Lj. 1973).

Kompleksno medicinsko psiho-socialno in ekonomsko problematiko rešuje pri nas rehabilitacijski team v tesnem sodelovanju z bolnikom, bolnikovo družino in njegovim delovnim in družbenim okoljem. Izkušnje so pokazale, da je tak

način reševanja problemov za doseg rehabilitacije do najvišje možnosti še najboljši.

Rehabilitacijski team sestavljajo: zdravnik-fiziater, medicinska sestra, fizioterapevt, delovni terapevt, socialni delavec, logoped in psiholog.

Zdravnik-fiziater je vodja teama, ki programira in usmerja rehabilitacijo na skupnih sestankih in vizitah enkrat tedensko. Zdravnik tudi triažira in sprejema bolnika v zavod na podlagi predhodnega pregleda in njegove dokumentacije. Tako je tudi v stalni povezavi z zunanjimi specialisti, kot so: internist, nevrolog, okulist in psihiater.

Ugotavljamo, da se delo medicinske sestre pri rehabilitaciji hemiplegika bistveno ne razlikuje od dejavnosti na drugih področjih medicine. Posebnosti so le glede na psihofizično prizadetost bolnika. Medicinska sestra ima pomembno vlogo predvsem ob medsebojni izmenjavi mnenj med člani teama, v sodelovanju z bolnikom in njegovo družino. Vse spremembe pri bolniku in stanja, kot so: potrtost, ravnodušnost, eforija, bolečine ali kakšne druge znake bolezni sporoča zdravniku ali drugim članom teama, če je potrebno. Skrbno mora nadzorovati jemanje zdravil, ki mora biti pravilno in redno, ter dieto, ki jo imajo mnogi hemiplegiki zaradi bolezni, ki jih spremljajo (hipertonija, diabetes, srčna, ledvična, žolčna in druga obolenja).

Želja po samostojnem gibanju v prostoru je eden od najpomembnejših elementov in ciljev v rehabilitaciji hemiplegika. Pacienti začnejo s šolo hoje, brž ko to zmorejo, vendar pa spada to v absolutno domeno fizioterapije.

Delovni terapevt uči pacienta dnevne aktivnosti, funkcionalno in okupacijsko terapijo ter gospodinjstvo.

Logoped izvaja pri govorno motenih trening pisanja, branja in govora.

Po socialnem delavcu je team povezan z zdravstvenimi domovi in patronažno službo, s socialnim zavarovanjem (urejanje bolznin, pokojnin in upokojitev), z delovno organizacijo bolnika in krajevno skupnostjo; z domovi počitka in drugimi azili ter morda s šolami, kjer je to potrebno.

Po sprejemu v zavod je bolnik lahko oblečen v svojo obleko ali v trenirke, da se počuti bolj udobno in da izgublja videz uniformiranosti, ki je značilna za bolnice. Manj gibljivi ali nepomični hemiplegiki dobijo invalidski voziček. Na ta način jim omogočimo gibanje v prostoru, začnemo pa jih odtegovati tudi postelji, ki naj bi jim v končnem cilju rehabilitacije služila le za počitek in spanje.

Izkaznice, v katerih je zabeležen terapevtski program, dobijo vsi bolniki in jih morajo nositi vedno s seboj. Ker so mnogi hemiplegiki spominsko, krajevno, časovno slabo orientirani, mora med. sestra stalno kontrolirati izvajanje predpisanega programa po urniku za vsakega pacienta posebej. Povezava med fizioterapijo, delovno terapijo, logopedom in med. sestro na oddelku je res nujna.

Za hemiplegike je značilno, da so čustveno izredno labilni, črnogledi in nagnjeni k razmišljanju in samotarstvu.

Pogosto nastajajo med bolniki trenja, nesoglasja in nestrpnosti prav zaradi malenkostnih vzrokov, deloma pa tudi zaradi slabega komuniciranja. Ob vsakem primeru moramo vsi člani teama vplivati pomirjevalno in pa spodbudno.

Pogosto je vzrok slabega komuniciranja, gibanja in sodelovanja v delovni terapiji, učenju dnevnih aktivnosti, okvara vidnega polja in ne vida. Bolnik ne sodeluje, ker ima različne izpade vidnega polja, zato je tudi razumevanje slabše.

— Dnevne aktivnosti moramo stalno utrjevati, pri učenju jih navajamo k samostojnosti, vztrajnosti in aktivnosti, ker so te bistvenega pomena za bolnikovo samostojnost, ter ga prepričevati, da so te zanj prav tako pomembne kot medikamentozna terapija ali dietalna prehrana. Tudi če bolnik porabi zjutraj za oblačenje dve uri, pomeni to zanj uspeh, ker se je oblekel sam. Pohvala za uspeh je spodbuda za nov napredek. Ugotovili smo, da jih včasih lahko spodbudimo tudi tako, da jih med seboj primerjamo in s tem med njimi sprožimo tekmovanje in še večje prizadevanje za določena opravila.

Adaptacija bolnika na red v naši ustanovi traja različno dolgo, običajno 3—4 tedne, nakar se odločimo, katero metodo kompleksne rehabilitacije bomo uporabljali. — Morda bomo bolnika opremili samo z ortopedskimi pripomočki katerekoli vrste. Vedno znova ugotavljamo, da je bolje, če je pacient sprejet v zavod takoj po odpustu iz bolnice ali pa vsaj 3—4 mesece zatem. Zelo pomembna za uspeh rehabilitacije je motivacija bolnika in njegove družine. Povprečna doba rehabilitacije je 2—3 mesece.

V procesu rehabilitacije smo merili in ocenjevali motivacijo za rehabilitacijo in stališča nasproti svoji invalidnosti in stopnjo sodelovanja v rehabilitaciji. (B. Hrovatin na Skup CVI Beograd 76.)

Tabela 1

Ocena skupinske motivacije hemiplegikov za rehabilitacijo (N 165)

Ocena rok	Motiviran	Nezadostno motiviran	Nemotiviran
I	20 %	65 %	15 %
II	53 %	30 %	17 %

Iz tabele je razvidno, da je ob prihodu v Zavod za rehabilitacijo invalidov (ZRI) večina hemiplegikov nemotiviranih (80 %) ali za rehabilitacijo premalo motiviranih. Zadostno motiviranih je bilo samo 20 %. Pri odpustu (II) pa smo opazili visok porast hemiplegikov, ki so motivirani za rehabilitacijo (53 %), precejšnje znižanje nezadostno motiviranih (30 %), odstotek nemotiviranih pa se je lahko zvišal (17 %). — Iz analize lahko sklepamo, da so v tej majhni skupini hemiplegiki, ki niso bili motivirani za rehabilitacijo predvsem zaradi tega, ker so imeli kompleksnejše objektivne motnje, npr. intelektualne, afazije in neprilagojenost.

Okrog 90 % hemiplegikov opremimo z najrazličnejšimi ortopedskimi in ortotičnimi pripomočki. — Za korekcijo hoje uporabljamo berglo, ortopedske čevlje, tudi takšne s peronealno opornico in FEPO; za rehabilitacijo roke razne mitele in individualno izdelane opornice, ki lahko služijo tudi za fiksator najrazličnejših drobnih pripomočkov, če sta aktivno držanje in prijem otežena. Tako npr. spet lahko držijo svinčnik, jedilni pribor, toaletni pribor in podobno.

Vsak pripomoček mora biti pravilno nameščen, čevelj skrbno obut in zavezan, ker ima vsaka površnost lahko neljube posledice: spotikanje, padec in ponovno poškodbo. Namestitvev opornice na roko moramo stalno kontrolirati in še posebej opazovati tiste kritične dele roke, kjer bi lahko prišlo do pritiska, žuljenja in poškodbe.

Bolnika in njegovo družino podučimo tudi o čiščenju in higieni opornice, ne samo o funkciji. Z izboljšanjem funkcije roke je treba opornico tudi prilagoditi. Vse termoplastične opornice lahko čistimo z milnico, blagim detergentom ali s toplo vodo in mehko krpo. Če je podložena s klobučevino ali podobnim materialom, moramo tega najprej odstraniti.

Ob odpustu iz zavoda priporočamo, da si bolniki doma uredijo stanovanje brez pragov za nemoten pristop z invalidskim vozičkom, da so za stranišče in kopalnico vgrajena širša vrata, da so ta opremljena z zidnimi ročaji in da najraje uporabljajo prho kakor pa kad.

Bolnik, njegova družina in vsi, ki bodo po odpustu iz Zavoda z njim v nadaljnjem stiku, morajo pridobljeno znanje utrjevati in nadaljevati, ker bi bil naš trud sicer zaman.

Naše izkušnje smo si pridobili pri obravnavanju 1408 hemiplegikov, ki so bili sprejeti v naš zavod od leta 1969 do junija 1976.

Literatura:

1. Rehabilitacija oseb s posledicami CVI 1973.
2. OP 76 Bled mart 1976.
3. Referat (dr. Ačimović, B. Hrovatin). Problematika rehabilitacije obolenih od cerebrovaskularnog insulata. Međunarodni naučni skup o cerebralnoj apopleksiji. BOOK of summaries, International Stroke Conference Beograd Oct. 18—20 1976.

PREGLED ODKRIVANJA CEPIV PROTI NALEZLJIVIM BOLEZNIM

- 1771 V Angliji uvedejo variolacijo (cepljenje s kozami).
- 1798 Jennerjevo poročilo o govejih kozah (vaccinia).
- 1885 Pasteurjevo cepivo proti steklini.
- 1892 Hafkinjevo cepivo zoper kolero.
- 1898 Wrightovo cepivo zoper tifus.
- 1913 Behringova toksin/antitoksin imunizacija zoper davico.
- 1921 Calmette-Guerinovo cepivo proti tuberkulozi (BCG).
- 1923 Ramon in Glenny odkrijeta anatoksin davece.
- 1923 Madsenovo cepivo zoper oslovski kašelj.
- 1927 Ramon in Zoeller odkrijeta tetanusov anatoksin.
- 1937 Prva cepiva zoper influenco.
 - Theilerjevo cepivo zoper rumeno mrzlico (17D).
- 1949 Cepivo zoper mumps.
 - Enders, Robbins in Weller vzgojijo čisto kulturo virusa poliomielitisa.
- 1954 Salkovo mrtvo cepivo zoper poliomielitis.
- 1957 Sabinovo živo oralno cepivo zoper poliomielitis.
- 1960 Endersovo cepivo zoper ošpice.
- 1962 Wellerjevo cepivo zoper rdečke.
- 1968 Meningokokus cepivo tipa C.
- 1971 Meningokokus cepivo tipa A.
- 1976 (?) Prvikrat cepili s cepivom B zoper hepatitis.
- 1978 (?) Odpravili cepljenje zoper črne koze.

(Zdravstveno varstvo št. 4/77.)