

Slaugos ypatumai vaikų reabilitacijoje

Viktorija Sytnikova

Vilniaus universiteto ligoninė Santaros klinikos, Vaikų ligoninė
Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Sveikatos mokslų institutas

Juozas Raistenskis

Vilniaus universiteto ligoninė Santaros klinikos, Vaikų ligoninė
Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Sveikatos mokslų institutas

Natalja Istomina

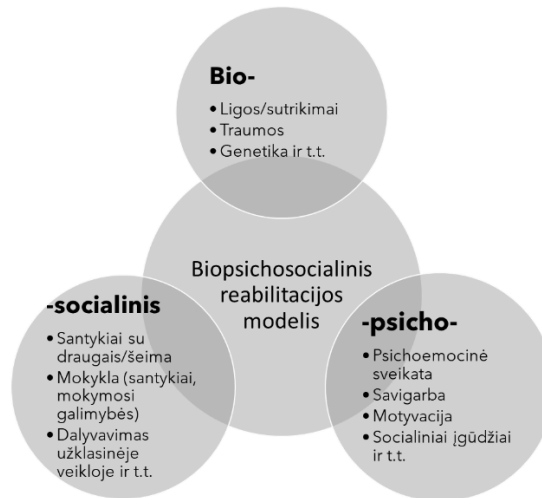
Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Sveikatos mokslų institutas

Reabilitacija – tai gydymo priemonių kompleksas, skirtas atgauti dėl patirtų traumų, ligų ar kitų priežasčių prarastas funkcijas. Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) teigimu, pagrindinis reabilitacijos tikslas yra pasiekti maksimalų asmens funkcinio nepriklausomumo lygį. Ji apima fizinių, sensorinių, kognityvinių, psichologinių ir socialinių funkcijų lavinimą [1]. Vaikų reabilitacijai svarbi yra *abilitacija* – medicininių, pedagoginių, socialinių priemonių ir metodų kompleksas, skirtas ugdyti maksimalų savarankiškumą vaikams, turintiems įgimtą ar ankstyvoje vaikystėje įgytą funkcijos sutrikimą. Ir reabilitacijos, ir abilitacijos tikslas – pažeistų organizmo funkcijų atkūrimas, adaptacijos vystymas bei aktyvumo skatinimas.

Biopsichosocialinis modelis

Nepriklausomai nuo to, ar tai vaikų, ar suaugusiųjų reabilitacija, su pacientu dirba didelė reabilitacijos komanda. Ją sudaro fizinės medicinos ir reabilitacijos (FMR) gydytojai, FMR slaugytojai, kineziterapeutai, ergoterapeutai, logoterapeutai, psichologai, socialiniai darbuotojai ir kiti specialistai, kurie parenkami atsižvelgiant į individualius paciento poreikius. Svarbu suprasti, kad reabilitacija nėra vien sutrikusios judėjimo funkcijos atkūrimas ar kompensavimas. Reabilitacijos specialistai į pacientą turi žiūrėti holistiškai, įvertinti jo fiziologines, socialines, psichologines ir kitas funkcijas. Tai vadinama biopsichosocialiniu modeliu (1 paveikslas).

Atlikti klinikiniai tyrimai rodo, kad nuo fizinės būklės priklauso psichologinė savijauta, o nuo psichologinės – fizinė. Pavyzdžiui, dėl pooperacinio skausmo pacientai neretai vengia skausmą sukeliančių judesių – dėl to gali išsivystyti kineziofobija (judesio baimė ir skausmo katastrofizavimas dėl baimės patirti pakartotinę traumą). Dėl kineziofobijos prastėja reabilitacijos efektyvumas, paciento gyvenimo kokybė, stiprėja patiriamas skausmas [2]. Tuo tarpu fiziniai pratimai pooperaciniu laikotarpiu yra efektyvi skausmo valdymo priemonė [3, 4]. Tokias sąsajas turi ir socialinė žmogaus funkcija su fizine bei psichologine su socialine. Todėl reabilitacijos metu negalima kreipti dėmesį vien į fizinius sutrikimus, ignoruojant kitus. Reabilitacijos priemonės turi būti taikomos **kompleksiškai**. Tai yra vienas pagrindinių reabilitacijos principų.



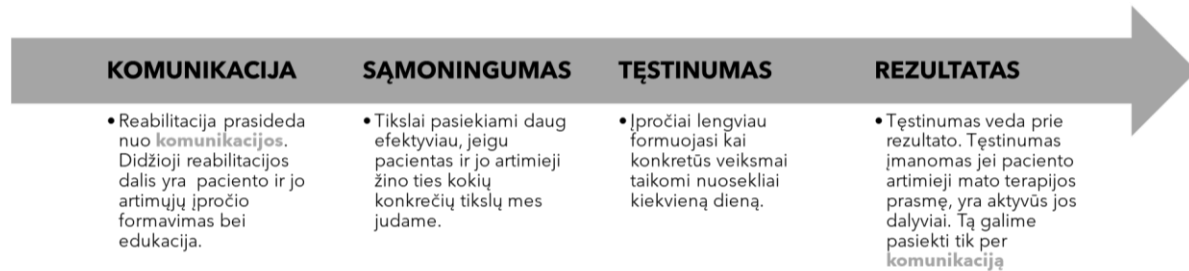
1 paveikslas. Biopsichosocialinio reabilitacijos modelio schema

Reabilitacijos principai

Be priemonių parinkimo kompleksiško, yra ir kitų ne mažiau svarbių reabilitacijos principų, vienas jų – **sąmoningumas**, t. y. aktyvus įsitraukimas į reabilitacijos procesą. Vaikų reabilitacijoje aktyvūs dalyviai turėtų būti ir vaikai, ir jų tėvai. Vaikų įsitraukimas į reabilitacijos procesą priklauso nuo vaiko amžiaus ir kognityvinės raidos. Reabilitacijos komanda stengiasi, kad vaiko tėvai taptų specialistų partneriais ir aktyviai reikštų savo nuomonę, dalyvautų abilitacijos procese, nes neretai didžiąją reabilitacijos dalį sudaro mokymo procesas. Pacientų tėvai mokomi, kaip specialias žinias pritaikyti kasdieniame gyvenime: kaip rengti, maitinti, nešioti vaiką, mokyti buitinių higienos įgūdžių, ugdyti jo savarankiškumą. Taigi, reabilitacijos efektyvumas priklauso nuo paciento ir jo artimųjų. Be tėvų arba vaikų aktyvaus įsitraukimo sudėtinga pasiekti norimų rezultatų.

Nuo paciento bei artimųjų įsitraukimo ir sąmoningumo priklauso reabilitacijos **tęstinumas**. Tai yra dar vienas svarbus reabilitacijos principas. Deja, dažnu atveju neužtenka išeiti reabilitacijos kursą, atkurti prarastas funkcijas ir grįžti prie ankstesnio gyvenimo būdo. Dažnai reabilitacijos procesas tampa pereinamuoju laikotarpiu, reabilitacijos metu pacientas ir jo artimieji mokomi ir supažindinami su paciento trauma, liga ar negalia, jiems aiškinama, kokių priemonių gali prireikti, kokios galimos komplikacijos ir kaip jų išvengti, kokių funkcinų rezultatų tikėtis atliekant įvairius pratimus/technikas ar terapijos elementus savarankiškai arba reabilitacijos įstai-gose. Galiausiai po reabilitacijos tėvai kartu su vaikais grįžta namo, tad kiek ilgai išsilaikys reabilitacijos rezultatas arba kiek vaiko funkcinis savarankiškumas gerės, priklauso tik nuo jų.

Norint motyvuoti pacientą ir jo artimuosius veikti, užtikrinti terapijos tęstinumą, **komunikacija** yra vienas svarbiausių reabilitacijos principų. Komunikacija svarbi ir tarp įvairių specialistų ir tėvų (kad būtų užtikrintas iš-moktų pratimų ir įvairių priemonių/metodų taikymas pasibaigus reabilitacijos kursams), ir tarp reabilitacijos pas-laugas teikiančių specialistų. Nors kiekvienas reabilitacijos narys turi savo konkretų vaidmenį, norimų rezultatų lengviau pasiekti dirbant komandoje, klausant vieni kitų, suprantant kitų specialistų išvalgas. Komunikacija šiame procese yra ypač svarbi. Reabilitacijos principų apibendrinimo schema pateikta 2 paveiksle.



2 paveikslas. Reabilitacijos principų apibendrinimas

Reabilitacijos specialistų komunikacija vaikų reabilitacijoje

Daugelis reabilituojamų pacientų, kuriems yra paralyžiuota arba pažeista viena ranka dėl galvos smegenų traumos, insulto ar traumos, daugiau dėmesio skiria prarastos funkcijos **kompensavimui**, o ne pažeistos rankos funkcijos **atkūrimui**. Pacientai mokomi naudotis pažeistąją ranką, tačiau kasdieniame gyvenime susiduriama su sunkumais ir nepatogumu naudotis pažeistąją ranką. Tuomet, kai mažiau naudojama pažeistoji ranka ir viską stengiamasi daryti sveikąja, gali atsirasti „išmokto bejėgiškumo“ simptomas. Kad to būtų išvengta, viena dažniausiai naudojamų judesių atkūrimo metodikų yra judesių ribojimo terapija, kai ribojami sveikosios galūnės judesiai ir tuo metu pacientas naudoja tik pažeistąją ranką. Judesių ribojimui dažniausiai naudojami raiščiai ar įtvarai, kurie neleidžia atlikti aktyvių judesių sveikąja ranka [5].

Judesių terapija yra ergoterapeutų ir kineziterapeutų darbo sritis, tačiau dažnai kyla laiko stokos problema. Ribojimo terapiją rekomenduojama atlikti nuo 3 iki 6 valandų kasdien [5]. Ir kineziterapija, ir ergoterapija dažnai taikoma po pusvalandį ar valandą per dieną. To neužtenka norint maksimaliai atkurti pažeistos rankos funkciją. Todėl pacientas turi būti skatinamas naudoti pažeistą ranką atliekant kasdienes veiksmus – valantis dantis, valgant, rengiantis ir taip toliau. Būtent slaugytojai daugiausia laiko praleidžia su pacientais ir taip prisideda prie geresnių reabilitacijos rezultatų. Paciento paskatinimas, priminimas užsidėti įtvarą ant sveikos galūnės gali duoti be galo daug naudoti. Žinoma, vaikai skyriuje dažniausiai nebūna vieni, tačiau ir tėvams reikia laiko priprasti prie įvairių terapijų ir metodų taikymo – įpročiui išugdyti reikia laiko.

Vaikų savarankiškumo lavinimas turėtų vykti visą dieną. Pavyzdžiui, per ergoterapijos užsiėmimą vaikas buvo mokomas užsisiegti sagas, savarankiškai apsirengti, todėl slaugytojui tenka labai svarbi užduotis – skatinti tėvus visą dieną kuo mažiau padėti vaikui rengtis arba, jeigu tėvų nėra šalia, skatinti vaiką savarankiškai atlikti veiksmus, kurių buvo mokoma ergoterapijos metu, be slaugytojo pagalbos, tačiau jam prižiūrint.

Be savarankiškumo skatinimo, taikoma komplikacijų prevencija. Dauguma komplikacijų reabilitacijos proceso metu kyla dėl ilgalaikės imobilizacijos, nejudrumo. Dėl to gali susidaryti pragulos, raumenų atrofija, kaulų demineralizacija, judesių amplitudžių mažėjimas. Ilgas gulėjimas lovoje neišvengiamai sumažina paciento funkcines galimybes. Per 30 imobilizacijos dienų raumuo gali prarasti nuo 20 iki 60 proc. jo buvusios jėgos [6].

Cerebrinio paralyžiaus atveju dėl spastiškumo susidaro sąnarių kontraktūros, vystosi galūnių deformacijos. Kineziterapijos metu atliekami sąnarių judesių amplitudžių didinimo pratimai, kartais naudojami įtvarai. Dažniausiai pacientams, sergantiems cerebriniu paralyžiumi, dominuoja fleksinė padėtis, todėl įtvarai padeda palaikyti arba pagerinti tiesimo funkciją. Deja, spastiškumo gydymas neišsprendžia visų kitų su liga susijusių problemų, tokių kaip silpnumas, prasta motorinė kontrolė, kognityvinė disfunkcija. Yra daug sričių, kurioms kineziterapeutai ir ergoterapeutai skiria dėmesį užsiėmimų metu, tad pusvalandžio ar valandos per dieną neužtenka norint pagerinti visas išvardytas funkcijas. Todėl specialistai gali ir turi padėti vienas kitam. Pavyzdžiui, kineziterapijos metu atliekami stambiosios motorikos pratimai, į kuriuos įtraukiama ir ergoterapijos elementų, o ergoterapijos metu pacientas gali lavinti smulkiąją motoriką stovėdamas stovynėje. Kai pacientas laisvas nuo procedūrų, reabilitacijos

skyriaus slaugytojai gali atlikti pasyvaus lankstymo pratimus judesių amplitudėms palaikyti arba statyti pacientą į stovynę ortostatinėms reakcijoms gerinti ir kaulų demineralizacijos prevencijai. Tokiu būdu per užsiėmimus specialistai turi galimybę mažiau laiko skirti komplikacijų profilaktikai ir daugiau motorinėms funkcijoms gerinti. Taigi reabilitacijos skyriuje tik padedant vieni kitiems galima užtikrinti maksimalų rezultatą pacientams.

Būtina įsidėmėti, kad vaikai nėra maži suaugusieji. Be funkcijų atkūrimo, jiems reikia padėti augti, bręsti, formotis kaip asmenybėms, atsižvelgti į jų brendimo, psichologinius etapus. Vaikams reikia žaisti, juoktis, draugauti, pažinti pasaulį. Todėl dauguma procedūrų atliekama žaidimo forma. Vaikai ne visada ergoterapijos, kineziterapijos ir kitas procedūras nori atlikti dėl to, kad „reikia“, vaikų reabilitacijoje svarbu išlaikyti pusiausvyrą tarp „naudinga“ ir „įdomu“. Susidomėjimas atliekamomis procedūromis skatina didesnę įsitraukimą, o didesnis įsitraukimas užtikrina geresnius rezultatus.

Apibendrinant pagrindinės išvados būtų šios:

1. Reabilitacijos komandos centre visada turi būti pacientas ir jo tėvai, todėl šeimos nariai neturi būti pasyvūs stebėtojai, o privalo aktyviai dalyvauti, skatinti vaiko savarankiškumą. Jie turi suprasti ir žinoti kuo daugiau apie esamą būklę, ligą, traumą ar negalią, kad matytų reabilitacijos proceso prasmę ir būtų sąmoningi šio proceso dalyviai. Todėl gydytojai, slaugytojai ir kiti specialistai turi palaikyti nuolatinę komunikaciją su tėvais juos mokydami.
2. Visi reabilitacijos komandos nariai privalo turėti bendrus tikslus ir kartu jų siekti padėdami vieni kitiems. Svarbu užtikrinti, kad išmokti nauji įgūdžiai būtų sistemingai taikomi kasdieniame gyvenime ir reabilitacijos skyriuje. Slaugytojai, daugiausia laiko praleisdami su pacientais, privalo skatinti juos, palaikyti, padėti ir motyvuoti.
3. Vaikus labai veikia aplinka, todėl ji turi būti palaikanti, draugiška. Vaikas turi matyti, kad jis yra svarbus, pasitikėti aplinkiniais, jaustis saugus. Vaikui reikia sudaryti galimybę mokytis, užsiimti savo pomėgiais, žaisti net ir sunkiu reabilitacijos laikotarpiu.

Literatūra

1. Kerbl R., Sperl W., Strassburg H. M., Pettoello-Mantovani M., Ehrich J. Overview of Habilitation and Rehabilitation for Children and Adolescents in Europe. *The Journal of Pediatrics*. Volume 172, p. 233–235.e2, May 2016.
2. Flanigan D., Everhart J., Glassman A. Psychological Factors Affecting Rehabilitation and Outcomes Following Elective Orthopaedic Surgery. *Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons* 23(9): p. 563–570, September 2015.
3. Heinrich M., Mechea A., Hoffmann F. Improving postoperative pain management in children by providing regular training and an updated pain therapy concept. *EJP*, Volume 20, Issue 4, p 586–593, Apr 2016.
4. Robinson A., McIntosh J., Peberdy H., Wishart D., Brown G., Pope H., Kumar S. The effectiveness of physiotherapy interventions on pain and quality of life in adults with persistent post-surgical pain compared to usual care: A systematic review. *Plos One*, Dec. 13, 2019.
5. Ramey S. L., DeLuca S. C., Stevenson R. D., Conaway M., Darragh A. R., Lo W. Constraint-Induced Movement Therapy for Cerebral Palsy: A Randomized Trial. *Pediatrics*. Volume 148, Issue 5, Nov 2021.
6. Cerqueira M. S., Do Nascimento J. D. S., Maciel D. G., Barboza J. A. M., Brito Vieira W. H de. Effects of blood flow restriction without additional exercise on strength reductions and muscular atrophy following immobilization: A systematic review. *Journal of Sport and Health Science*, Volume 9, Issue 2, p. 152–159, Mar 2020.