

REHABILITACIJA NAKON MOŽDANOG UDARA: U ČEMU JE BIT?

Moždani udar (ICV) je glavni uzrok invalidnosti u Velikoj Britaniji, a rehabilitacija je takvih bolesnika prijeko potrebna, što je predviđeno i medicinskim normativima. Pitanje je, međutim, što je u biti rehabilitacija i rehabilitiraju li usluge koje se u Velikoj Britaniji nude nakon ICV-a odista bolesnike. Prema Andrews (1987.) rehabilitacija se definira kao *vraćanje optimalne razine tjelesne, psihičke i socijalne sposobnosti sukladno potrebama i željama pojedinca i njegove obitelji*. Ostvarujemo li uspješno definirane zadatke rehabilitacije?

Dok se bolesnik tjelesno oporavlja, svaki novi korak, svaki pomak na bolje, budi u njemu optimistično raspoloženje. Godinu dana nakon ICV-a oko 80% rehabilitiranih živi kod kuće, dok 12% ostaje živjeti u odgovarajućim ustanovama. Oko dvije trećine rehabilitiranih u tijeku godine dana ponovno prohoda, 45-60% u istom razdoblju postat će neovisni, a samo 5-9% potpuno će ovisiti o tuđoj pomoći. No, te brojke prikrivaju i neke manjkavosti. Iako većina ponovno prohoda, mnogi se od njih kreću veoma sporo i nesigurno, dok velik broj bolesnika nikada ne izlazi iz zatvorenog prostora, a oko polovice nema pristupa ni jednom obliku prijevoza. Unatoč činjenici da većina oboljelih, dok su u bolnici, postaje neovisna o tuđoj pomoći u radnjama samozbrinjavanja, nakon otpusta iz bolnice postaju sve ovisniji, jer tijekom vremena kod kuće sve manje i manje rade kućanske poslove.

Još je manje optimistična slika psihološkog oporavka. Visok stupanj žalovanja pronađen je u osoba nakon ICV-a. Oko jedne trećine je depresivno i/ili anksiozno, te se žele prikazati *jadnijima*, s manje kvalitetnim životom nakon udara. Prisutan je i negativni utjecaj na bliske rodbinske odnose. Unatoč tom jasno određenom problemu, emotivne potrebe bolesnika s ICV-om i njihovih obitelji rijetko su aktivno tretirane, bilo od strane medicinar, bilo od strane suradnika u rehabilitaciji.

Najzad, još je crnja slika socijalizacije oboljelih od ICV-a. Za većinu ljudi socijalne aktivnosti su znatno ograničene nakon ICV-a, napose one izvan kuće. Međutim, postoji izuzetna povezanost između socijalne aktivnosti i životnog zadovoljstva. Nije bitno što bolesnici rade ni koliko dobro to rade, bitno je biti aktivan sudionik. Istraživanja, na koja se autor poziva, potvrđuju da se ljudi nakon ICV-a ne mogu prilagoditi ni bez pomoći zamijeniti svoje ranije aktivnosti novima. Kao što ih je nužno učiti hodati i oblačiti se, tako trebaju i voditelja za modificirane ranije ili nove aktivnosti.

Jedna novija studija, Dolittle, 1991., istražuje iskustva bolesnika nakon otpusta iz bolnice. Prvih nekoliko mjeseci opisuje se kao *kritično razdoblje* za kojega bolesnici ispituju vlastite sposobnosti u kućnom okruženju. Socijalizaciju u tom razdoblju otežavaju fizičke, građevinske, ali i psihosocijalne prepreke. Neke od njih su: (ne)sposobnost kretanja prometnim mjestima, komunikacija s nepoznatim, zabrinutost za vlastito zdravlje ubuduće te strah od reakcije drugih ljudi na njihovo *stanje*. I životna sredina im nameće dosta prepreka, kao što je korištenje javnih dizala te otežava pristup zgradama i prometnim sredstvima. Mnogim ljudima nedostaje

samopouzdanja da se suoče s nepoznatim, osjećaju se nesposobnima da svladaju neočekivano. Postupno ne žele preuzeti rizike, osobito ako su već pokušavali i doživljavali neuspjehe. Tako postaju povučeni, socijalno izolirani, te sve manje aktivni. To pokusno razdoblje traje tjednima i mjesecima nakon otpusta iz bolnice. Nažalost, na tom stupnju najčešće i završava zdravstvena usluga oboljelima, jer mnoge bolnice nastoje otpustiti bolesnika nakon 6-8 tjedana hospitalizacije, računajući na djelotvornost izvanbolničkih uslužnih djelatnosti. To najčešće dovodi do osjećaja napuštenosti kod bolesnika pri otpustu i do uvjerenja da nema mogućnosti za daljnji oporavak.

Veoma mali broj osoba koje su imale ICV optimalno oporavi svoje fizičke, psihičke i socijalne funkcije. Autor se pita: zašto? Brojne su studije koje se bave proučavanjem rezultata rehabilitacije nakon ICV-a u odnosu na onesposobljenost i ovisnost o drugoj osobi, najčešće mjereno Berthelovim indeksom. Samo se dvije od pretpostavljenih studija odnose na emotivni ili socijalni aspekt života bolesnika ili njihovih bližnjih. Cilj bolesnika je da se što prije vrati kući, uz mogućnost samozbrinjavanja, ali problemi počinju bolesnikov otpust iz bolnice kao kraj skrbi, te ne nude trajnu potporu ni terapiju. Takav stav protivi se potrebama bolesnika, te sve većim potrebama da različiti terapijski postupci mogu poboljšati pokretljivost, aktivnost svakodnevnog života te kvalitetu života dugo nakon ICV-a. Taj jaz između nastojanja profesionalaca u rehabilitaciji da osposobe bolesnika za samozbrinjavanje i otpuste ga iz bolnice, s jedne strane, i želje bolesnika da povrati prethodnu kakvoću življenja, s druge strane, traje.

Da bi rehabilitacija nakon ICV-a bila bolja, prije svega se otpust iz bolnice za rehabilitaciju mora promatrati kao jedna od faza rehabilitacije, kao početak rehabilitacije u zajednici, a ne kao njezin kraj. Nadalje, moramo biti svjesni značenja društvene aktivnosti i ugraditi je u rehabilitaciju. Nije dovoljno samo uspjeti hodati po kući ili se obući. Sposobnost da se kreće izvan kuće ili/i koristi se nekim prijevozom, ključ je bolesnikove socijalne aktivnosti. Stoga autor sugerira da se pri rehabilitaciji nakon ICV-a uzmu u obzir socijalni i emocionalni čimbenici, bar toliko koliko fizički, jer cilj rehabilitacije mora biti povratak aktivnom životu, a ne samo egzistiranje. (Tyson FS: Stroke Rehabilitation: What is the point? Physiotherapy 1995; 81(8):430-432.)

Dr. K. Sekelj-Kauzlarić