

## Fizikalna i okupacijska terapija – gerijatrijska iskustva u akutnoj bolničkoj njezi

**Prema:** Landi F, Zuccala G, Bernabei R, Cocchi A, Manigrasso L, Tafani A, De Angelis G, Carbonin P U. *Physiotherapy and Occupational Therapy – A Geriatric Experience in the Acute Care Hospital*. A. J. Phys. Med. Rehabil. 1997;76:38-42,

pripremio: **Ladislav KRAPAC**

Velika učestalost, incidencija komorbiditeta i onesposobljenost i gerijatriji nužno nameće preventivne i rehabilitacijske programe. Autori procjenjuju učinkovitost pilot-projekta akutne zdravstvene skrbi rehabilitacijskog programa u starijih, provedenog u gerijatrijskom institutu Katoličke sveučilišne bolnice "A. Gemelli" u Rimu. Takav bi multidisciplinarni pristup trebao imati značajan odraz na troškove bolničkoga liječenja i smanjenje potrebe za ponovnom hospitalizacijom, osobito glede spoznaje da odlaganje rehabilitacijskog tretmana povećava troškove liječenja.

Prospektivno je praćena skupina od 67 bolesnika (44 žene) starijih od 70 godina nakon akutne i kritične faze bolesti, kada su bolesnici u šestomjesečnom razdoblju podvrgnuti fizikalnoj i okupacijskoj terapiji. U 36 % slučajeva radilo se o neurološkim, 24 % kardiološkim, 17 % ortopedskim, 10 % respiratornim i 9 % onkološkim bolesnicima. Glede aktivnosti dnevnoga života samo ih je 3 % bilo neovisno, blaže ovisno 60 % (1-3), a znatno ovisno 37 % (4+).

Poredbena skupina retrospektivno je praćena tijekom 4 mjeseca u istoj zdravstvenoj ustanovi, a imala je 36 bolesnika jednakih socioekonomskih i kliničkih karakteristika kao i ispitivana skupina koju su ocjenjivali isti ispitivači, ali nisu podvrgnuti rehabilitacijskom programu. Imali su slično ocijenjene aktivnosti dnevnoga života od strane dvoje ispitivača, a ako se njihove ocjene nisu slagale, konačnu je ocjenu dao treći ocjenjivač. Program je prosječno trajao 16,2 dana. U prvoj fazi programa učinjena je procjena sociodemografskog, psihološkog i neurološkog statusa – kako bi se utvrdile mogućnosti rehabilitacije.

U drugoj je fazi ocijenjen položaj u krevetu, mogućnosti aktivnog i pasivnog vježbanja, oblačenja, samostalnog hranjenja sa svrhom poboljšanja i/ili sačuvanja funkcije, prevencije kontraktura, brže poroprietivne i kinestetičke stimulacije. U trećoj je fazi bolesnik praćen na odjelu, njegova mogućnost prelaska s kreveta na stolac ili kolica,

osnovne radnje u skupini i aktivnosti dnevnoga života. U četvrtoj su fazi navedene aktivnosti dopunjene liječenjem u dvorani ali i usavršavanjem dnevnih aktivnosti – jela, oblačenja, pranja, kuhanja, uređivanja stana, šetnji, sa svrhom poboljšanja "slike o sebi" – do potpune socijalizacije, mobilizacije i reintegracije u zajednicu.

Terapijske su vježbe zajedno osmislili fizioterapeut i radni terapeut kroz četiri faze liječenja. Osobito dobar rezultat postignut je u ispitivanoj skupini kod prijama i pri otpusta glede pokretnosti bolesnika (43,2:14,9 ;  $P < 0,001$ ), osobnoj higijeni (9,7:28,3) i pokretnosti u krevetu (35,8:14,9;  $P < 0,005$ ), dok u oblačenju i korištenju toaleta razlike nisu statistički signifikantne. U ispitnoj skupini glede pokretnosti u krevetu razlike su signifikantne s obzirom na usporedbu pri prijemu u bolnicu i nakon otpusta.

U ostalim djelatnostima uočene su razlike, ali nisu statistički signifikantne. Temeljem istraživanja autori zaključuju da je u bitnim aktivnostima za samostalnu djelatnost kod kuće u prvoj skupini, osobito u pokretnosti, hranjenju, osobnoj higijeni, došlo do značajnog poboljšanja te da fizioterapeutski i okupacijsko-rehabilitacijski programi moraju biti svakodnevna praksa u gerijatriji. Prognostički rezultati rehabilitacije uz kombinaciju radne terapije povoljniji su za integraciju bolesnika u vlastitom domu. Autori kritički napominju kako bi bilo korisno odvojeno evaluirati rezultate fizikalne i radne terapije te učinak zajedničkog tretmana tih bolesnika.

Bolesnici, posebice u prvoj fazi rehabilitacije, previše ovise o pomagačima, pa je, ovisno o mentalnim i funkcionalnim sposobnostima bolesnika, potrebno čim prije njihovo osamostaljenje. To je često "circulus viciosus" ovisnosti koji je skup i teško ga je prekinuti. Ograničenje tog istraživanja je u etičkim momentima kod poredbene skupine, gdje su bolesnici bili praćeni samo retrospektivno. Osim toga i broj dana u bolnici bio je administrativno ograničen.

Interdisciplinarni pristup je, u usporedbi s rezultatima sličnih pristupa u svijetu, dao najbolje rezultate u primjeni sveukupne gerijatrijske rehabilitacije. U rehabilitacijski tim uz bolesnika i njegovu obitelj, neophodno je potrebno uključiti liječnika specijaliziranog za gerijatrijsku problematiku, radnog terapeuta i fizioterapeuta, medicinsku sestru s iskustvom u rehabilitacijskim programima, socijalnog radnika, prema potrebi i logopeda, te ostale konzultante.

Upitnikom usmjerenim na analizu uspješnosti suradnje u gerijatrijskoj rehabilitaciji u interdisciplinarnom pristupu provedenom na opisani način utvrđeno je da je 87 % sudionika bilo zadovoljno svojim doprinosom psihološkoj ali i funkcionalnoj rehabilitaciji, unaprjeđenju kvalitete života i smanjenju rastućih potreba za medicinskom pomoći. □