

Kedves Olvasó!

Ez a tájékoztató Önnek és családjának szól, segíti Önt a rehabilitációs lehetőségek megismerésében a neurorehabilitáció területén. Olvassa figyelmesen!

Miért fontos Önnek a rehabilitáció?

A rehabilitáció során Önök olyan segítségeket kaphatnak, amelyek célja az optimális testi, lelki, szellemi és szociális szint elérése és megtartása. A rehabilitáció olyan eszközöket kínál Önöknek, hozzátartozóiknak, amelyekre függetlenségük és személyi integritásuk megvalósításához szükségük van. (Forrás: Egészségügyi Világszervezet)

Kik jogosultak rehabilitációra?

A rehabilitációra fogyatékos emberek szorulnak elsősorban, de a különböző fogyatékoságok (pl. látással, mozgással vagy beszéddel kapcsolatos) kialakulásának megakadályozásában is nagy szerepe van a rehabilitációnak, különösen a balesetek, hirtelen fellépő betegségek után, a szövődmények megelőzésében, betegségismétlődés kockázatának csökkentésében és a kisgyermekek fejlődésének segítésében. Fontos, hogy Ön is tevélegesen vegyen részt a rehabilitáció folyamatában, így terhelhetőnek, részvételre alkalmasnak kell lennie szellemileg és fizikailag ahhoz, hogy a rehabilitáció során a kitűzött célokat elérhesse.

Kiktől várhat segítséget? Ismerje meg a rehabilitációs csapatot!

A rehabilitációs tevékenységet több szakterület képviselőiből álló csapat (team) szolgáltatja, akik között rehabilitációs szakorvos, ápoló, gyógytornász, rehabilitációs tevékenység / foglalkoztató terapeuta, pszichológus, pedagógus, szociális munkatárs, dietetikus, ortopéd műszerész, sportterápiát végző szakember és alkalmanként további munkatársak lehetnek. A rehabilitációs tevékenység a funkciók pontos felmérésével kezdődik, majd az Ön és családja részvételével kerül az egyéni rehabilitációs terv összeállításra. A rehabilitációs

ellátás különböző kezelésekből áll, amelyeknek Ön aktív résztvevője. A végső cél, hogy minél teljesebb mértékben visszanyerje képességeit és jó életminőségben élhessen.

Hogyan veheti igénybe az orvosi rehabilitáció szolgáltatásait?

Az orvosi rehabilitációt kórházakban fekvő- és járóbeteg, illetve nappali ellátás formájában vehetik az egészségügyi ellátásra jogosultak igénybe. Általában a felnőtt és a gyermek rehabilitációs szolgáltatók külön szakellátókban érhetők el, ahol Ön a problémájának megfelelő rehabilitációs programban részesülhet: például szívinfarktus, stroke, traumás sérülések, amputáció utáni program. Az állam által fenntartott szakellátás mellett alapítványok, civil szervezetek, magánszolgáltatók által működtetett szolgáltatás is elérhető, főként a gyermekek és a szenvedélybetegek rehabilitációs ellátásában. A rehabilitáció előjegyzés alapján történhet, azonban előadódhatnak nem halasztható rehabilitációs szükségletek is: jellemzően balesetek, váratlanul fellépő betegségek (szívinfarktus, stroke, krízishelyzet) után van erre szükség.

Mit jelent a neurorehabilitáció?

A neurorehabilitáció az idegrendszer betegségeivel összefüggő funkciózavarok vagy/és fogyatékoságok miatt szükséges rehabilitációs ellátást jelenti gyermekek és felnőttek számára. Legtöbbször a járás, a beszéd, a kézhasználat, de gyakran a gondolkodás, a figyelem, az alvás vagy éppen a vizeletürítés zavara, vagy az ezekkel összefüggő fájdalom miatt kerül sor neurorehabilitációra. A rehabilitációs orvoslásban kiemelkedően fontos terület, elsősorban összetettsége miatt. Gyakran nem halasztható rehabilitációs ellátás szükséges az idegrendszert ért bántalmak után - főleg az agyat vagy a gerincvelőt ért traumás sérülések, illetve stroke után. Sok krónikus idegrendszeri betegségben is szükséges lehet rehabilitáció, például sclerosis multiplex, Parkinson kór vagy izomsorvadás esetén. Ebben a betegtájékoztatóban a heveny központi idegrendszeri károsodások miatt szükséges rehabilitációs ellátásról szólnunk.

Mit jelent a heveny központi idegrendszeri károsodás?

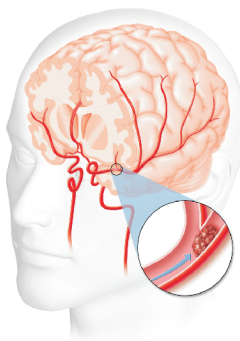
A központi idegrendszer (KIR) fogalmán az agy és a gerincvelő értendő. Heveny KIR károsodást hirtelen fellépő, súlyos tüneteket okozó idegrendszeri betegségek, rendellenességek vagy sérülések okozhatnak. A koponyát, agyat, gerincet ért sérülések rázódást, zúzódást, roncsolódását, az erek sérülését, vérzéseket okozhatnak. Az agyban lévő érhálózat rendellenes fejlődése miatt váratlan vérzések keletkezhetnek. Az agyon belüli erek megrepedhetnek vagy elzáródhatnak - stroke (szélütés) lehet a következmény. Az agy vagy a gerincvelő egyes részeinek gyulladása vagy daganata miatt is kialakulhat heveny károsodás. Leggyakrabban a stroke áll a heveny agykárosodás hátterében, míg a gerincvelő károsodását legtöbbször baleset okozza.

Stroke

Mi jellemző a stroke-ra?

A stroke az agykárosodás egy formája, amelynek oka az agyi erek hirtelen elzáródása, szűkülete vagy vérzése. A károsodott területen az agysejtek elhalnak.

Tünetei függenek attól, hogy az agy mely része károsodott. A stroke-on átesetteknél gyakran alakul ki féloldali gyengeség, károsodhat a beszéd, a mozgás, a gondolkodás. Az akut ellátás sikeressége az első tünetek felismerésének gyorsaságán múlik.



A stroke korai jelei leggyakrabban:

- ▶ féloldali gyengeség,
- ▶ gondolkodás vagy beszédzavar,

Ilyenkor késlekedés nélkül hívni kell a mentőket!

A stroke a 60-65 évnél idősebbek körében jellemző, de előfordulhat 50 éves korúakban is. Évente Magyarországon 45-50

ezer esetben alakul ki stroke, és minden ötödik stroke beteg meghal. A stroke-ot túlélő betegek egyharmada spontán javul, nincs szüksége rehabilitációra, másik harmadának olyan súlyos az állapota, hogy nem remélhet érdemi javulást. Rehabilitációra évente mintegy 12-15 ezer fő kerülhet, mégpedig az akut ellátás befejezését követően a lehető leghamarabb. A stroke utáni rehabilitáció általában rehabilitációs fekvőbeteg osztályon történik, de enyhébb esetekben járóbeteg ellátás vagy már kezdettől otthoni rehabilitáció is alkalmazható. Általában a beteg, a család, a rehabilitációs szakorvos (konzílium) együttesen döntenek arról még az akut ellátást nyújtó intézményben, hogy szükséges-e rehabilitáció, s ha igen akkor ez hol történjen meg. Ha az akut ellátás végén nem kértek rehabilitációs szakvéleményt, a háziorvosához fordulhat, aki beutalhatja rehabilitációs szakvizsgálatra.

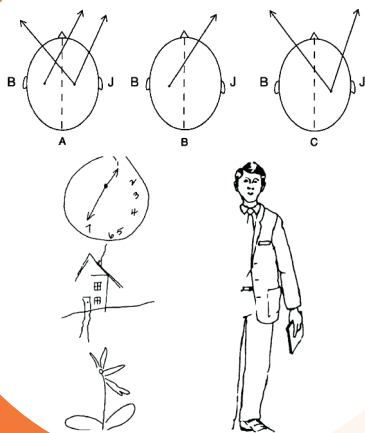
Hogyan lehet megelőzni egy újabb stroke-ot?

Stroke után, főleg a következő évben fokozott egy újabb stroke bekövetkeztének az esélye. Az újabb stroke esélyét növeli: az idősebb életkor, a magas vérnyomás, az emelkedett vér (szérum) koleszterin szint, a cukorbetegség, a túlsúly, korábban tünetet okozó átmeneti agyi keringési zavar, szívbetegség, dohányzás, jelentősebb alkoholfogyasztás. A veszélytényezők (rizikófaktorok) egy része gyógyszeresen vagy életmód változtatással sikeresen csökkenthető. A legújabb amerikai ajánlás szerint: az átmeneti agyi keringési zavar (orvosi nevén: „TIA”) után lévő személyeknél fokozott kockázatot jelent a diabetes és az elhízás, de az alvási légzéskihagyás (apnoe) vagy a pitvarfibrilláció is növeli az ismételt stroke előfordulási esélyét még azoknál is, akik az első stroke után szerencsések voltak és spontán gyógyultak! Vérhígító gyógyszerek szedése a veszélyeztetett személyek számára nagyon fontos. A másodlagos megelőzés a rehabilitáció folyamán is hangsúlyt kap - legfontosabb eleme a vérnyomás megfelelő szinten tartása.



Stroke után milyen funkciózavarok léphetnek fel?

- ▶ **Féloldali gyengeség, vagy bénulás:** Az egyik testfélre terjedő (az agykárosodással ellenoldali) mindkét vagy csak a felső, illetve az alsó végtagra terjedő gyengeség, vagy bénulás - ez a leggyakoribb következmény, ami miatt a járás bizonytalanná, vagy lehetetlenné válhat és/vagy a kart, kezét nem tudja a beteg mozgatni, így használni sem.
- ▶ **Egyensúly és koordinációs zavar:** Jelentős problémát okozhat az ülésben, állásban, járásban, még akkor is, ha az izomerő kielégítő.
- ▶ **Beszéd és nyelvhasználati probléma:** Leggyakrabban afázia (probléma van a beszéd és az írott szöveg megértésével, vagy a beteg megérti mindezt, de képtelen a szavakat kimondani, vagy leírni), dizartria (a beteg jól tudja és ismeri a szavakat, de a szavak kiejtése, kimondása hibás) fordul elő. Afáziát inkább a jobb oldali, míg dizartriát bal oldali bénulásnál látunk.



- ▶ **Neglekt - a test egyik oldalán levő dolgok figyelmen kívül hagyása:** A beteg számára az egyik oldala (általában a bal oldal bénulásakor látjuk) olyan, mintha ott sem lenne - nem is észleli, ha erről az oldalról közelítünk felé, vagy nem eszi meg a tányér egyik oldalán levő ételt, a féloldali arcát nem borotválja meg vagy nem látja a betűket a papír bal részén, rajz másolásánál hiányzik az ábra egyik oldala. Ez a tünet nehézséget okoz a rehabilitáció folyamatában is.

- ▶ **Fájdalom, zsibbadás, fonák érzések:** Általában a bénult oldalon jelentkező tünetek - az alvást, a pihenést jelentősen nehezíthetik.
- ▶ **Problémák a memóriával, a gondolkodással, a figyelemmel és a tanulással:** Bármelyik stroke formában előfordul, hogy a beteg nem érti, így nem is tudja az utasításokat követni, ami a rehabilitációs folyamatban a részvételét nehezítheti vagy akár lehetetlenné is teszi.

► **A betegségtudat hiánya** is gátja lehet az eredményes rehabilitációnak. Ilyenkor a beteg rosszul ítéli meg a képességeit, s akár veszélyes dolgokba is belekezdhet. Például nem tudatosul benne, hogy egyik oldala lebénult, s próbál önállóan, segítség nélkül elindulni, ami az elesés veszélyével jár. Ez a család számára sokszor nehezen kezelhető tünet.

► **Nyelési nehézség:** Akár a szükséges táplálék felvételét meg is gátolhatja, illetve magában hordozza félrenyelés veszélyét.

► **Széklet és vizelet visszatartási és ürítési problémák:** A stroke után gyakran vizelet elakadás vagy a vizelettartási nehézség (inkontinencia) és/vagy székletürítési problémák mutatkoznak. Mindkét tünet szerencsés esetben átmeneti, máskor élethosszig megmarad.

► **Gyors kifáradás:** A csökkent terhelhetőség lassítja a javulást, kezdetben sok stroke beteg nagyon kevésbé terhelhető.

► **Hirtelen kirobbanó érzelmek, mint nevetés, sírás, harag:** Ezek az érzelmi kitörések is azt jelzik, hogy a betegnek fokozottan szüksége van megértésre és támogatásra.

► **Depresszió:** Gyakori, hogy a stroke után azonnal, de akár hetek múlva is kezdődhet. Ha a depresszió jeleit észleljük egy stroke-on átesett betegen, főleg ha a halál, vagy az öngyilkosság gondolatával foglalkozik, akkor szakorvosi és pszichológiai segítségre is szükség van.

Fogyatékoság a stroke után

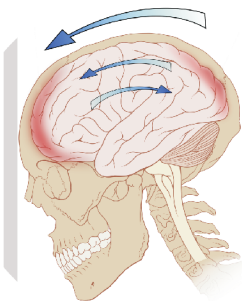
A fogyatékoság a mindennapi élet valamelyik tevékenységében való nehezítettséget jelenti. Változó mértékben válhatnak nehezebbé a mindennapi élettevékenységek: tisztálkodás, WC használat, étkezés, járás, beszéd, öltözés, vagy a bonyolultabbak: telefonálás, autóvezetés, házimunka, levélírás. A fogyatékoság súlyossága meghatározza, hogy képes-e stroke után önállóan élni az ember, vagy csak felügyelettel illetve segítséggel, esetenként akár teljes, 24 órás felügyeletre, ápolásra szorulhat. Ez a kérdés a stroke után néhány héttel - hónappal merül fel, amikor a beteg a lakóközösségébe tér vissza. Ebben az élethosszig tartó fázisban a stroke-on átesett beteg és környezete megtanul a stroke hatásaival együtt élni.

Traumás agysérülés

Mi jellemző a traumás agysérülésre?

A traumás agykárosodást gyakrabban látjuk fiatalok körében, mint idősekben.

Negyven éves életkor alatt a leggyakoribb halálok a balesetekkel függ össze, ezen belül 75-80 %-ban a koponya-agy sérülése a halált közvetlenül kiváltó tényező. Az utóbbi időben a 60 év feletti életkorban a trombózis-embólia megelőzése céljából egyre több beteg részesül véralvadáscsökkentő kezelésben. Többek között ennek is a következménye, hogy egyre gyakoribb az elesést, a fej beütését követő koponyaűri, agyhártya alatti-körüli vérzés, mely sokszor súlyos szövődményeket okoz. Az agy sérülése gyakran többszörös sérülés (polytrauma) részeként fordul elő.



Milyen funkciók elvesztését okozhatja a traumás agykárosodás?

Az agy traumás sérülésekor gyakori az eszméletvesztés, ami néhány perctől akár évekig is tarthat. A tudat visszatérése nagyon fontos a rehabilitálhatóság szempontjából: ez szerencsés esetben teljes, de előfordul részleges tudatjavulás (un. minimális tudatos állapot), ekkor már nő az esély a rehabilitáció legalább részbeni sikerességére. A traumás agysérülés után várható tünetek többsége hasonló a stroke-nál leírtakhoz. Sokkal gyakoribb azonban a tudati funkciók - a gondolkodás, a figyelem és az un. végrehajtó funkciók zavara. Utóbbiak közé az élet szervezése, a tanultak gyakorlatba ültetése, egy család életének irányítása, gyermekek esetében az iskolában, a játékban szükséges képességek tartoznak. Gyakoriak a viselkedés zavarai, esetenként a személyiség jellemzői is változnak, amit a család számára nagyon nehéz elfogadni. Traumás agysérültekben az emlékezet kiesése is előfordul. Az amnézia a baleset előtti és utáni élethelyzetekre egyaránt vonatkozhat. Nagyon megnehezíti a kiesett képességek újratanulását, ha valaki naponta elfelejti, amit megtanult (újratanult).

Agysérülést követően a kieső funkciók leggyakrabban:

1. A szellemi funkciók - megértés, gondolkodás, beszédértés, kifejezés, idő-tér érzékelés, végrehajtó funkciók.
2. Érzelmi zavarok - indulatosság, agresszivitás, depresszió.
3. Mozgás zavarok - az izomzat petyhüdt vagy feszes bénulása, mozgáskoordinációs zavarok, aminek következményeként járászavar, járásképtelenség, kézfunkció zavar, beszéd artikuláció zavara alakulhat ki.
4. Érzékszervi zavarok - látászavar (vakság, tompa látás, kettős látás, stb.) halláscsökkenés, siketség, szaglás-zavar, az íz érzés zavara.
5. Vegetatív zavarok - nyelészavar, a széklet- és vizeletürítés vagy szabályozás, illetve a hőháztartás zavarai.

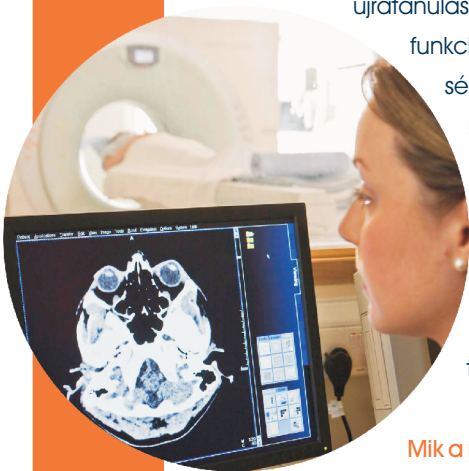


Van-e összefüggés az életkor, a kísérő betegségek és a kitűzhető, elérhető rehabilitációs célok között?

Természetesen igen! Ennek az okai röviden a következők: A fiatal szervezet megújuló képessége a rendelkezésre álló tartalékai miatt szinte kimeríthetetlen. Krónikus betegségek nem gyengítik a szervezetet. A szellemi funkciók fejlesztésének esélyei is sokkal jobbak, ezért a beteg együttműködésére biztosabban lehet számítani. A fiatal szervezet terhelhetőbb. Idősebb életkorban krónikus betegségek, az érrendszer károsodása és gyengülő teherbíró képesség miatt fokozatosan csökken a szervezet megújuló képessége, terhelhetősége, fokozatosan gyengülnek a szellemi funkciók. Ezen tényezők jelentősen befolyásolják a rehabilitáció során elérhető eredményt és behatárolják a rehabilitációs célkitűzéseket.

Hogyan befolyásolja az agykárosodás mértéke, formája a rehabilitálhatóságot?

Az agyállomány körülírt, súlyos károsodásakor, amennyiben nem létfontosságú területek érintettek, az agy plaszticitásának köszönhetően a kiesett funkciók



újratanulásakor az épen maradt agyi területek átvehetik a károsodott funkciókat, jó végeredmény várható. Amennyiben az agy sérülése kiterjedtebb, több góccú, az idegpályákat is roncsoló, vagy pl. az oxigénhiány miatt az agyállomány nagy részét vagy egészét érinti, a végeredmény kérdéses, nehezen jósolható meg. Az utóbbi időben a képalkotó eljárások fejlődésével egyre pontosabb előrejelzés adható arra, hogy mekkora az esélye a károsodott központi idegrendszeri működések visszatérésének.

Mik a rehabilitálhatóság feltételei traumás agysérülteknél?

Legfontosabb, hogy a feladatok megértésére - szóbeli, mutogatás, utánzás, stb. - minimálisan képes legyen a páciens. A fejlesztő feladatok végrehajtásához fizikai állóképesség és motiváltság is szükséges. A család, a környezet érzelmi támogatása fontos, jó, ha a sérült ezt észlelni képes.

Rehabilitálható-e minden traumás agykárosodást elszenvedett beteg?

Milyen javulás várható?

Sajnos nem minden betegnél alkalmazható rehabilitáció, vagy nem közvetlenül a baleset után. Előfordul, hogy a beteg gondos ápolással hónapok alatt esélyt kaphat arra, hogy rehabilitálható állapotba kerüljön! A traumás agysérülés után várható prognózist alapvetően befolyásolja, hogy milyen súlyos / kiterjedt az agy sérülése. Ezt a kómas állapot tartama és az emlékezetkiesés időszaka jól tükrözi: ha néhány napon belül megszűnik mindkettő, jó prognózis várható. Ha a tudatvesztés nem javul, tartós eszméletlenség marad fenn. Ennek a legsúlyosabb fokozata az „éber kóma” vagyis a vegetatív állapot. Ilyenkor úgy tűnhet, hogy a beteg ébren van, de semmilyen ingerre nem reagál. A vegetatív funkciók akár épek lehetnek! A tudat valamilyen mértékű visszatérése reálisan kb. 4-6 hónapig várható. Ezt követően ún. állandósult vegetatív állapotról beszélhetünk.

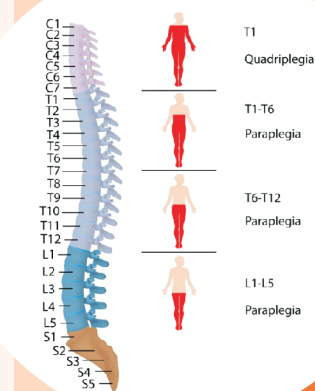
Traumás gerincvelő sérülés

Mit jelent a traumás gerincvelő sérülés?

A gerincvelő legfontosabb funkciója az agy és a „végrehajtó” izomzat és belső szervek közötti összeköttetés biztosítása. Az agyból és a végrehajtó szerveinktől egyaránt érkeznek információk, az agy felől főleg a szervek működését irányító „parancsok”, a szervek felől pedig érzékelő jelzések. Ha a gerincvelő rostjai sérülnek vagy betegség miatt károsodnak, zavar támad ebben a bonyolult kommunikációs rendszerben és sajnos gyakorta visszafordíthatatlan zavarok keletkeznek. A gerincvelő sérülés lehet teljes vagy részleges és attól függően, hogy a gerincvelő mely szakaszát érinti, változó súlyosságú tüneteket okoz: bénulást, érzéskiesést, vizelet- és székletürítési és egyéb zavarokat. A gerincvelő traumás sérülése típusosan fiatalokat érint: sport és közúti baleseti sérülések a legjellemzőbbek. A gerincvelő sérülése gyakran többszörös sérülés (polytrauma) részeként fordul elő.

Milyen tüneteket okoz a gerincvelő sérülése?

A gerincvelő sérülése miatt a sérülés magasságától lefelé teljes vagy részleges funkciózavarok keletkeznek. A nyaki szakaszt ért sérülések a légzőizomzatot is érintő bénulást okozhatnak, ilyenkor a betegek csak mesterséges lélegeztetéssel tarthatók életben, és zavart lehet a nyelés is, a kezek használata is. A négy végtag bénult (tetraplégias) ember a súlyos bénulás és az érzések elvesztése (a beteg nem érzi a fájdalmat, hideget, meleget, vizelést-székelést) miatt teljes ellátásra szorul, minimális önállóság alakítható ki esetében. A felső háti szakaszt ért sérülések után általában a törzs és a felső végtagok mozgásai épségben maradnak, de az alsó végtagok bénultak (paraplégia), és az érzések is elvesznek. A paraplégias emberek kerekesszékekben mobilizálhatók. Az alsó háti és az ágyéki gerinc sérülése vizelet- és székletürítési zavarokat okoz és részleges bénultságot, ami mellett a járóképesség fenntartható.

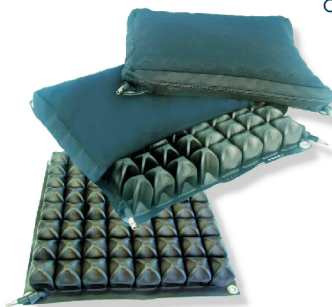


Rehabilitáció lehetséges-e minden gerincvelő sérülés után?

A gerincvelő sérültek zöme fiatal, még tetraplegia esetén is vannak rehabilitációs lehetőségek. A rehabilitálhatóság függ az egyéb sérülésektől, a gerincvelő szakadás mértékétől és magasságától. Nagyon fontos, hogy a sérülést követő traumatológiai ellátás során mennyire sikerül megakadályozni az intenzív osztályon a szövődmények kialakulását.

Mit várhatunk a gerincvelő sérültek rehabilitációjától?

Sajnos a gerincvelő károsodása nem visszafordítható. A rehabilitáció során tehát nem remélhető, hogy a bénulás vagy az érzéskiesés elmúljon. A rehabilitáció fő célja, hogy megtanítsa a sérültet együtt élni a fogyatékosságával, hogy a lehető legjobb életminőségben, a helyzethez mérten optimális családi és tágabb környezeti kapcsolatrendszerben tudja életét élni. A tetraplegiás páciensek esetében az elérhető önállóság jóval kevesebb, mint a parapleg vagy csak kismértékben bénult emberekénél. Jellemző szövődmények alakulhatnak ki a gerincvelő sérülteknél - ezek elkerülése az egyik legfontosabb célja a rehabilitációnak.



Mit jelent a „decubitus tudatosság”

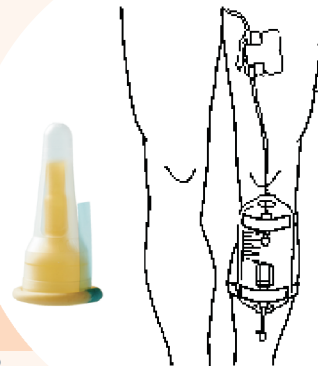
A gerincvelő sérülésből adódóan a bénult ember fekvő vagy ülő életmódot folytat, így testének több része folyamatosan nyomásnak van kitéve, amit nem érzékel. A nyomási fekélyek (felfekvések) kialakulását meg kell akadályozni, mert ez fertőzés forrása lehet és súlyos vérmérgezéshez vezethet. A nyomási fekélyek megelőzéséhez speciális ülepárnák/matracok (un. antidecubitus ápolási eszközök) mellett a páciens rendszeres mozgatása (ha tetraplég) illetve saját helyzetének változtatása szükséges. A test nyomásnak kitett pontjait (ahol a csontok és a bőr között kevés izomzat van, mint az ülőgumók, vagy a keresztcsont területe) rendszeresen meg kell tekinteni tükrök segítségével, ha a páciens másként nem látja. Ügyelni kell arra, hogy mindig használja az antidecubitus ülepárnát, aki kerekesszékekben tartózkodik és a matracot alváskor.

Mit jelent az intermittáló katéterezés?

A hólyagürítés zavara gyakran fordul elő gerincvelő sérülteknél. Ha a vizelet elcsorog, akkor pelenka használata vagy ún. „kondom urinál” viselése ajánlott. Az utóbbi férfiaknál lehetséges: a himvesszőre erősített kondom segítségével a testen (lábszárhoz erősítve) viselt vizeletgyűjtő zsákban lehet a vizeletet tárolni és alkalmas helyen onnan a WC-be üríteni. Ez az állapot kellemetlen, de nem rejt magában jelentős veszélyt.

Ezzel szemben, ha a vizelet kiürítése akadályozott, az jelentős problémát okoz. Ma már nem ajánlott az állandó katéter alkalmazása a vizeletürítés biztosítására, mivel abból vizeletfertőzés alakul ki és veseelégtelenséghez vezethet.

Régebben nagyon sok gerincvelő sérült meghalt idő előtt veseelégtelenség miatt. Ma már az ún. intermittáló katéterezést alkalmazzuk, vagyis a vizeletnek speciális katéter segítségével naponta 4-5 alkalommal történő lebocsátását. A paraplégek betegek ezt önmaguk végzik, az önkatéterezés megtanulása szerves része a rehabilitációs programnak. Ha a páciens nem tudja ezt elsajátítani (tetraplégek esetében ez gyakori), a hozzátartozók is megtaníthatók. Ha nem lehetséges az intermittáló katéterezés, az állandó katéter használata akkor sem ajánlott, legfeljebb a hólyagba a hasfalon át vezetett katéter alkalmazása a kisebb fertőzésveszély miatt.



Mit jelent az autonóm diszfunkció?

A gerincvelő sérülése az idegrendszer ún. vegetatív funkcióit is érinti. Ilyenek a légzés, a keringés vagy a már említett vizeletürítés zavara. A betegeknél az érzések kiesése a sérülés magasságától a test lefelé eső részét érinti. Az érzéskiesés területén az érzékelés zavara sajátságos módon nyilvánul meg: különféle belső érzetek hirtelen fellépő görcsös fájdalmat provokálhatnak, ami megemeli a vérnyomást és életveszélyes állapotot okozhat. A kiváltó tényezők

gyakran lényegtelennek tűnő dolgok, mint székrekedés, de a súlyos mértékű izomfeszülés (spaszticitás) vagy a vizelet elakadása is okozhatja. Tudatában kell lenni, a kiváltó tényezők kiküszöbölhetőek!

Mi jellemzi a paraplég életmódot?

A paraplég páciensek, különösen, akik gyermek- vagy fiatal felnőttkorban sérültek szerencsés esetben teljes életet élhetnek. A szexuális funkciók zavara nem érint mindenkit, a párkapcsolat és a családalapítás is sokaknak gyermekáldással jár. A fiatalok sportolnak, táncolnak, iskolába, egyetemre járnak, dolgoznak, önállóan közlekednek a közúti forgalomban, autót vezetnek. A mindennapok rutin cselekvéseiben és a szabadidős tevékenységekben is nagy segítség a könnyen hajtható ún. „aktív kerekesszék”, ami a szokványos környezetben jól szolgálja a mobilitási szükségleteket. Ez az eszköz, a már korábban felsorolt antidecubitus eszközökhöz hasonlóan a társadalombiztosítás támogatásával rendelhető. Sportoláshoz, tánchoz vagy hasonló különleges igénybevételhez speciálisan kialakított aktív kerekesszékek alkalmasak, amelyek azonban meglehetősen költségesek.



Parasport, paralimpiai mozgalom

Jó félszázaddal ezelőtt a brit kormány létrehozott egy rehabilitációs központot a gerincvelősérülést szenvedett második világháborús veteránok részére a Stoke Mandeville Kórházban. A sport gyógyító hatásának felismerése a rehabilitáció folyamatába hamarosan beépült és 1960-ban a Római Olympián már mozgássérült sportolók is részt vettek (csak gerincvelősérültek 23 országból). Ma már a sportterápia szerves része a gerincvelő sérültek ellátásának, a tetraplég páciensek számára is vannak speciális sportolási lehetőségek. A versenysportok közül a kerekesszékes vívás, tenisz, rögbi, és kosárlabda paralimpiai versenyszám, ezek közül a kerekesszékes rögbi speciális szabályokkal és feltételekkel a tetraplégéket sportolására lett kialakítva.

Hol történjen a rehabilitáció?

Fekvőbeteg rehabilitációs osztályon: Itt nyújtható a legkomplexebb ellátás, ez a rehabilitációs program a legintenzívebb. Akkor szükséges, ha a beteg teljes vagy részleges mértékben, de ápolást is igényel a rehabilitáció során (nem járóképes, pelenkázni kell, evésben segíteni, stb.). Az akut osztályra konzíliumba érkező rehabilitációs szakorvos tájékoztatást tud arról adni, hogy hol ajánlott a rehabilitáció végzése ezekben a speciális esetekben. A **rehabilitáció stroke után általában 20-40 napig tart, traumás agy- illetve gerincvelő sérülteknél fél-egy évet is igénybe vehet, amit megszakításokkal (un. adaptációs időszakok) lehet igénybe venni.** Az időtartamot sok tényező befolyásolja, többek között a beteg életkora, motiváltsága, általános állapota, a károsodások fajtája és mértéke. Traumás központi idegrendszeri sérülés után gyakran ismételt osztályos rehabilitációs kezelésre is szükség lehet, miután egyes tünetek később mutatkozhatnak pl. súlyos mértékű kóros izomfeszülés (spaszticitás), vagy szövődmények (pl. kontraktúrák, deformálódás) alakulnak ki, ami miatt ismételt rehabilitációs program alkalmazása szükséges.

Járóbeteg vagy nappali rehabilitációs ellátásban: A beteg otthonában lakik, és járóbeteg ellátásban, vagy a nappali ellátásban részesül a rehabilitációs kezeléseken. Ennek feltétele, hogy a beteg a naponkénti vagy heti 2-3 alkalommal szükséges terápiákra a „bejárás”-ra fizikailag képes legyen és a szállítása (család vagy szállító szolgálat segítségével) megoldható legyen. Erre általában a fekvőbeteg rehabilitációt követően kerül sor illetve enyhe esetekben, amikor már az első ellátás során sincs szüksége a betegnek fekvő intézeti ellátásra.

Közösségi alapú rehabilitáció formájában: A beteg otthonában lakik, és az ellátásához szükséges egy, vagy néhány szakember az otthonában nyújt rehabilitációs szolgáltatást. Erre leggyakrabban akkor kerül sor, ha már a beteg előzőleg fekvőbeteg formában kapott ellátást, és már „csak” gyógytorna esetleg beszédjavítás szükséges számára. A házi betegápolás vehető igénybe ilyenkor rehabilitációs szakorvos javaslatára.

Mikor nem ajánlott a rehabilitáció?

Előfordulhat, hogy a rehabilitációs szakorvos nem ajánlja a rehabilitációt. Ha a beteg gondolkodása zavart, vagy tanulási képessége hiányzik, vagy fogyatékosága túlságosan súlyos, vagy a beteg túl gyenge a rehabilitáción szükséges terhelhetőséghez képest, akkor nem rehabilitációs programra kerül sor, hanem a gondos ápolást megvalósítani tudó intézménybe, osztályra való áthelyezésből, vagy a saját otthonába bocsátásból lesz a betegnek a legtöbb haszna. A beteg szükségleteinek megfelelő ápolás mellett, állapotának javulásával később alkalmassá válhat rehabilitációra.

Rehabilitációs cél kitűzése



A rehabilitáció folyamata mindig egy vagy több cél érdekében szervezett team-munka formájában zajlik. A beteggel és családjával közösen kell a célokat meghatározni. A célok reálisak, azaz elérhetők kell legyenek, ugyanakkor az is fontos, hogy a páciens motivált legyen ezek elérésében, így a célnak kellő kihívást is kell tartalmaznia. A rehabilitáció időszakában a célok módosulhatnak. Súlyos idegrendszeri károsodások esetén a legfontosabb célok általában a járóképesség és/vagy a kéz használatának visszanyerése, valamint a beszéd képességének javítása vagy helyreállítása mindezekkel párhuzamosan önállóságának segítése.

Munkaképes korban a munkához visszatérés, vagyis a társadalmi részvétel optimalizálása, gyermekkorúaknál az óvodába, iskolába visszatalálás, fiataloknál a társas kapcsolatok, a szabadidős tevékenységek, a sportolás lehet a fő cél. Mindenkinek egyedileg más lehet fontos, és ezt nem szabad figyelmen kívül hagyni!

Kiktől várhat segítséget a rehabilitáció során?

Ismerje meg a rehabilitációs team tagjait és tevékenységüket!

A rehabilitáció folyamatában számos szakember működik közre, azonban hatékony munkájukhoz nélkülözhetetlen a beteg aktív részvétele minden kezelésben.

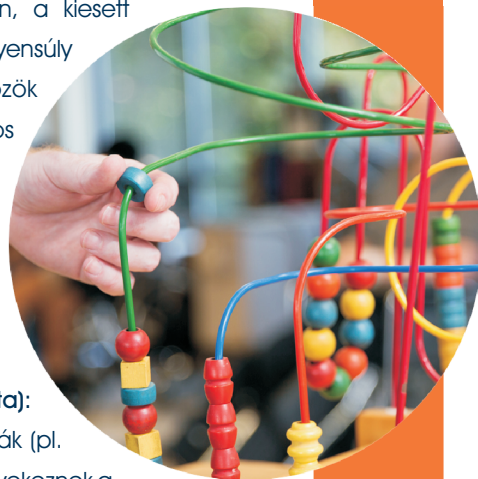
Rehabilitációs szakorvos: A rehabilitációs orvoslás területére szakosodott speciálisan képzett szakorvosok. A rehabilitációs szakorvos feladata a team vezetése, munkájának összehangolása, a beteg szakorvosi vizsgálata, problémáinak nyomon követése, különféle gyógyszeres és más kezelések végzése, a beteg számára segítő eszközök rendelése és azok használatának ellenőrzése.

Ápolók: Megfelelő segítséget nyújtanak a kiesett önellátási funkciókban a szokványos ápolási tennivalók mellett. A rehabilitációs osztályokon „aktivizáló” ápolás folyik a beteget az ápolók is segítik önállósága visszanyerésében.

Gyógytornászok: A megmaradt funkciók erősítésében, a kiesett funkciók újratanulásában, pótlásában, a kondíció, az egyensúly javításában, a járás tanulásában, a segédeszközök használatában segítenek. A gyógytornászok számos eszközt alkalmazhatnak a mozgásállapot, az erőnlét az egyensúly fejlesztésére (állítógép, passzív mozgató gépek, függesztőrács, gyakorló kerékpár, futópad, és más eszközök), de legfontosabb feladatuk a betegek megtanítása saját testük érzetére és helyes használatára.

Ergoterapeuta (rehabilitációs tevékenység terapeuta):

Elsősorban a mindennapi tevékenységeket gyakoroltatják (pl. étkezés, öltözés), illetve gyakorló eszközök segítségével igyekeznek a készségeket javítani (pl. kézügyességi feladatok). Sok praktikus segédeszközt



tudnak ajánlani a tevékenységek könnyebb végzése érdekében (pl. vastagított nyelű evőeszközök, bal kezes eszközök). Ha az ügyesebb kéz bénult marad, megtanítják az „egykezes” tevékenységeket a betegnek. Az ergoterápia céljára gyakorló szoba, konyha, fürdőszoba is rendelkezésre áll a legtöbb rehabilitációs ellátóban. Csoportosan és egyénileg is történnek foglalkozások.

Logopédus: A beszédzavar kezelése, a megfelelő kommunikáció kialakítása a feladata. Legtöbbször egyénileg foglalkozik a betegekkel, de vannak csoportos megértést és beszédet fejlesztő foglalkozások is.

Pszichológus: Az érzelmi, értelmi problémák megállapítása, és szükség esetén más specialista bevonásával ezek kezelése a feladata. Súlyos agykárosodás esetén szükséges lehet neuropszichológus munkájára is, aki pontosan felméri milyen terület sérült az agyban, hogyan lehet a kieső funkciókat pótolni.

Szociális munkatárs: Főként a rehabilitáció befejezéséhez, az otthoni ellátás megszervezéséhez nyújt segítséget. A kórházi ellátás utáni időszakra a beteg otthonába, vagy más lakóhelyre való távozását készítik elő, ismerve a jogszabályi, a helyi lehetőségeket, felmérve a beteg és családja szükségleteit és lehetőségeit.

Dietetikus: A stroke-on átesett beteg gyakran cukorbeteg, gyakran túlsúlyos, előfordul, hogy nyelési zavara van. A dietetikus a beteg által is elfogadható, otthon is megvalósítható étrend kialakításában segíthet.

Ortopéd műszerész: A rehabilitáció során, a minél önállóbb élethez szükséges azon segédeszközöket készítik el, amelyekben fontos a pontos méretre való gyártás, fontos, hogy a beteg egyedi állapotának megfelelő segédeszköz készüljön el. Ilyen lehet pl. a terület bénulása miatt szükséges csuklótámasz, vagy egy bokatámasz elkészítése. Fontos, hogy a segédeszköz elkészülte során próba történik, és ha szükséges, akkor az ortopédműszerész mester még igazítást tud végezni az eszközön.

Mik a leggyakrabban szükségessé váló gyógyászati segédeszközök?

Leggyakrabban járást segítő eszközökre, mint járókeret, járóbot, rollátor vagy könyökmankó lehet szükség. Ha a beteg nem tud járni még így sem, akkor kerekesszékkal látjuk el és megtanítjuk annak biztonságos használatára. Testen viselt korrekciós sínekre is szükség lehet a csukló vagy/és a boka tartásának vagy a térd stabilitásának segítésére. A segédeszközök a rehabilitáció alatt felírásra kerülnek, amennyiben a használatuk betanítást igényel ez része a rehabilitációs ellátásnak. Az otthonra szükséges ápolási eszközöket a beteg elbocsátásakor vagy későbbi járóbeteg vizsgálatokkor lehet felírni vagy javasolni (egyes eszközöket a háziorvosa fog felírni a rehabilitációs szakorvos javaslatára).

További speciális eszközökre kaphatnak javaslatot kipróbálás után a rehabilitáció alatt. Ilyenek lehetnek az étkezést, öltöztetést, tisztálkodást segítő eszközök - praktikus, általában hosszabbított, vagy nyelében vastagított, vagy bal kezes használatra kialakított eszközök, kapaszkodók, ülést, átülést segítő és a nyelvi nehézségek esetén segítséget nyújtó kommunikációt segítő eszközök. Utóbbi csoportba tartozó eszközök többsége nem rendelhető társadalombiztosítási támogatással. Ápolást segítő eszközöket (pl. betegemelő) egyedi méltányossági kérelemmel is lehet igényelni, amennyiben azt a rehabilitációs szakorvos indokoltnak tartja.

Súlyos, maradandó fogyatékoságot eredményező állapotok esetén, a gyógyászati segédeszköz ellátás történhet a szociális törvény által szabályozott közgyógyellátási rendszer keretei közt térítési díj nélkül is. A közgyógyellátásra való jogosultság elbírálását a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal által fenntartott szakértői bizottságok végzik.

Jellemző rehabilitációs programok

Stroke utáni rehabilitációs program un. „alapcsomag” szintjén: a legtöbb stroke utáni állapotban elegendő, ha gyógytorna, ergoterápia és pszichológiai megsegítés történik, szükség esetén logopédiai kezeléssel kiegészítve. Akkor van „bővített” vagy emelt szintű ellátásra szükség, ha a beszédzavar (afázia) súlyos,

ha jelentős a kézfunkció kiesése, vagy neglect, vagy/és súlyos nyelészavar, és/vagy érzészavar is fennáll. Ilyenkor a beteggel gyakorlott logopédus, neuropszichológus is kell foglalkozzon. Alap és bővített szintű rehabilitációt nyújtó rehabilitációs osztályok minden megyében vannak Magyarországon. A szokványos „betegút” az akut osztályról rehabilitációs szakorvosi konzíliumot követően mielőbbi rehabilitációs osztályos felvételt jelent. A rehabilitációs osztályok fel vannak készülve a stroke-os betegek fogadására. Speciális és kiemelt szükségletű ellátások: traumás agy- illetve gerincvelő sérültek rehabilitációja erre a feladatra kijelölt centrumokban történik. Az országban csak néhány rehabilitációs osztályon vannak meg ilyen típusú ellátáshoz a feltételek.

Amennyiben az izomfeszülés (spaszticitás) nagyfokú, és a szokványos gyógyszeres és fizikai eljárásokkal nem uralható, erre felkészült központba kerülhetnek a betegek. Súlyos nyelési zavar vagy egyidejűleg szükséges vesepótló kezelés esetén is csak az erre felkészült szolgáltatókban javasolt a rehabilitációs ellátás. Utóbbiak bármelyike előfordulhat stroke után, vagy traumás agy- illetve gerincvelő sérültekben is.

Hol veheti igénybe az egészségügyi rehabilitációs szolgáltatást?

A magyar lakosság számára minden orvosi ellátásra, így a rehabilitációs ellátásokra is van területi ellátási kötelezettség (TEK) megállapítva, így egyetlen lakos sem marad ellátatlanul. A területileg illetékes szolgáltató tehát köteles a rászorulókat ellátni (Magyarország minden településére kiterjedő regiszter a www.antsz.hu weboldalon megtalálható). Ugyanakkor a lakosának joga van máshol is igénybe venni térítésmentesen kezeléseket, ilyenkor előfordul azonban, hogy hosszasabban kell várakozni vagy a távoli helyre utazás költségét az egészségbiztosító nem fedezi. Az Ön lakóhelyéhez legközelebb eső rehabilitációs szolgáltatókról a háziorvosa ad tájékoztatást és beutalót. Szintén kérhet segítséget a szakrendeléseken, ahová problémája miatt kontrollvizsgálatra kell mennie pl. az ideggyógyászati, idegsebészeti vagy belgyógyászati, kardiológiai szakrendeléseken - ott is kérhet beutalót rehabilitációs szakrendelésre.

Milyen egyéb, rehabilitációt segítő lehetőségek vannak?

Megváltozott munkaképességű emberek ellátásai

Tájékozódás: www.kormanyhivatal.hu, www.meosz.hu, www.strokeinfo.hu

Fogyatékosági támogatás, Ápolási díj, Lakás akadálymentesítési támogatás, Járműszerzési támogatás

Tájékozódás: www.kormanyhivatal.hu, www.meosz.hu, www.strokeinfo.hu, www.lehetosegauto.hu

Támogatószolgáltatás

Tájékozódás: www.meosz.hu, www.tamogato-szolgalat.egalitas.hu, www.kezenfogva.hu, www.maltai.hu, www.motivacio.hu, www.kolping.hu

Otthoni szakápolás Tájékozódás: www.hazipatika.com

Fogyatékosággal élő emberek sportolási lehetőségei

Tájékozódás: www.meosz.hu, www.hparalimpia.hu

Sorstársi közösségek, civil szervezetek: A fogyatékosággal élő emberek és családjaik számára rehabilitációs, integrációs, a társadalmi életbe való egyenrangú beilleszkedést, részvételt elősegítő céllal, segítséget tudnak nyújtani a fogyatékosággal élő emberek önkéntes civil szervezetei. A szervezetek egy része országos hálózattal működik, személyesen, telefonon, interneten keresztül is elérhető információs, sorstársi tanácsadó, közösségi, szabadidős, üdülési, kulturális, művészeti, sport, szabadidősport és egyéb szolgáltatásokat nyújtanak, illetve közvetítenek. Tájékozódás: www.meosz.hu, www.strokeinfo.hu

Segítségkérés, ha a rehabilitáció valamely eleme „elakad”: Ha a rehabilitációs eljárások során olyan panaszok, problémák lépnek fel, amelyeket az egyes rehabilitációs szolgáltatók nem orvosolnak, akkor létezik olyan fórum, amelyen keresztül segítséget, beavatkozást lehet kérni. Egészségügyi ellátással kapcsolatos esetekben a betegjogi képviselő, szociális ellátások esetén, az ellátottjogi képviselő közreműködését, illetve segítségét lehet kérni. Tájékozódás az Országos Betegjogi, Ellátottjogi, Gyermekjogi és Dokumentációs Központnál: www.odbk.hu, ingyenesen hívható zöld szám: 06-80-620-055.

A páciensek rehabilitációs ellátáshoz való jogát Magyarországon törvények védik!

A rehabilitáció szempontjából fontos jogszabályokból kiemeltünk néhányat, amelyek ismerete önöknek fontos lehet.

A rehabilitáció az Egészségügyi törvény (1997. évi CLIV. tv.) megfogalmazása szerint „...olyan szervezett segítség, amit a társadalom nyújt az egészségében, testi vagy szellemi épségében ideiglenes vagy végleges károsodás miatt fogyatékos személynek, hogy helyreállított vagy megmaradt képességei felhasználásával ismét elfoglalhassa helyét a közösségben. A rehabilitáció egészségügyi, pszichológiai, oktatási-nevelési, foglalkoztatási és szociális intézkedések tervszerű, együttes és összehangolt, egyénre szabott, az érintett személy tevékeny részvételével megvalósuló alkalmazása”. Ezen belül az orvosi rehabilitáció célja „hogyan az egészségi állapotukban károsodottakat és a fogyatékosokat - az egészségtudomány eszközeivel - meglévő képességeik (ki)fejlesztésével, illetve pótlásával segítsék abban, hogy önállóságukat minél teljesebb mértékben visszanyerjék, és képessé váljanak a családba, munkahelyre, más közösségbe való beilleszkedésre”.

A rehabilitációhoz való jog az alapvető emberi jogok egyike, amelyet az alábbi törvények is garantálnak.

- ▶ az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény
- ▶ A fogyatékos emberek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról szóló 1998. évi XXVI. törvény
- ▶ Az egyenlő bánásmódról és az esélyegyenlőség előmozdításáról szóló 2003. évi CXXV. törvény
- ▶ A szociális igazgatásról és ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény

Felhasznált irodalom

- ▶ Huszár I., Kullmann L., Tringer L.: *A rehabilitáció gyakorlata*. Medicina Könyvkiadó. Budapest 2000.
- ▶ Szél I. *Stroke rehabilitáció elsősorban a családorvos számára*. UCB kiskönyvtár Budapest. 2007.
- ▶ Vekerdy-Nagy Zsuzsanna (szerk.): *Rehabilitációs orvoslás*. Medicina Könyvkiadó. Budapest 2010.
- ▶ *Rehabilitációs Ellátási Programok*
http://www.rehab.hu/upload/rehab/document/REP_Szabalykonyv.pdf

Ezúton is szeretnénk köszönetet mondani mindenkinek, aki ötletével vagy véleményével hozzájárult ezen tájékoztató létrejöttéhez, kiemelten a Mozgáskorlátozottak Országos Egyesületeinek Szövetsége (MEOSZ) munkatársainak.