

УДК 615.825:616.743

ПОЛПШЕННЯ САМООБСЛУГОВУВАННЯ В ПРОЦЕСІ ТАБОРУ АКТИВНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З УРАЖЕННЯМ ШИЙНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА

Оксана ФЕДОРОВИЧ

Львівський державний університет фізичної культури

Анотація. У роботі розкрито вплив програми таборів активної реабілітації на поліпшення рівня самообслуговування осіб з ураженням шийного відділу хребта. Практичне застосування цієї програми дозволило досягнути поліпшення у сфері самообслуговування осіб з ураженням шийного відділу хребта. Власне використання навичок та знань, набутих під час проходження таборів активної реабілітації, дозволить людям із травмами хребта та спинного мозку отримати величезний практичний досвід для подальшого вдосконалення своїх можливостей у домашніх умовах

Ключові слова: фізична реабілітація, група інвалідності, засоби пересування, інваліди.

Постановка проблеми. Ушкодження хребта та спинного мозку супроводжуються високим рівнем інвалідності. Зазвичай найбільш небезпечним і фізично важким є ураження грудного й шийного відділів хребта. Покидаючи лікарню переважна більшість людей після таких уражень, залишається залежними від сторонньої допомоги та потребує постійного догляду. Як правило, спеціалісти, які займаються фізичною реабілітацією спинальних хворих, дають інформацію про засоби та методи відновлення осіб із травмою шийного чи поперекового відділів хребта або створюють авторські методики (Б.Р. Крук, 2006; С.Ю. Кобелев, 2005), які здебільшого стосуються гострого періоду травми [3, 4, 5].

Сьогодні існує така ситуація, що в лікарні людина після травми хребта та спинного мозку перебуває на лікуванні у гострому етапі травми до 3 місяців, другий етап реабілітації може тривати до 40 днів та третій етап (санаторій) – до 45 днів, що сумарно за рік становить від 4 до 6 місяців. Увесь реабілітаційний процес таких хворих триває з великими проміжками між самими етапами реабілітації, що зумовлює незасвоєння і невдосконалення навичок, а також зниження мотивації до занять, зниження рівня попередньо набутих навичок.

Щоб вирішити цю проблему, потрібно, аби пацієнт проходив програму фізичної реабілітації щонайменше впродовж року після травми. Взагалі найдієвішим способом розв'язання проблеми пристосування неповносправних осіб до щоденного життя і праці, попри вирішення інших їх проблем є реабілітація, яка дає можливість розв'язати низку таких проблем як, профілактика відлежін і контрактур, тренування сили м'язів для техніки переміщень у інвалідному візку тощо [3, 5, 6, 8, 9]. Термін цей походить від латинського слова «rehabilitare» – повернути до попереднього стану – і стосується різного роду втрачених особистісних властивостей [5, 6, 9].

Для того, щоб певним чином поліпшити якість життя таких людей, ми пропонуємо програму табору активної реабілітації спинальних хворих, спрямовану на поліпшення й незалежності їх життя в побуті. Більшість із рекомендацій табору використовуватимуться людьми із травмами хребта в подальшому і допоможуть стати їм більш незалежними.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Згідно з аналізом наукової літератури, реабілітація хворих визначається періодами захворювання, в яких відображується протікання й динаміка розвитку захворювання. Так О.А. Амеліна (1998) пропонує періодизацію травматичної хвороби спинного мозку, яка передбачає три часові періоди: гострий – від декількох днів до 3 – 4 місяців залежно від важкості травми; проміжний (відновний) – до 1 – 2 років; пізній – триває невизначено довго [1].

Основою гострого періоду є медична реабілітація, розвиток якої в нашій країні протікає достатньо успішно, але недостатньо розвинуті рухова, психологічна та соціальна реабілітації, що становлять основу проміжного та пізнього періодів і дуже необхідні людині, яка стала інвалідом. Найбільше наукових праць останніх років присвячено пацієнтам, які перебувають у

гострому етапі травми. Зокрема Б.Р. Крука (2006), С.Ю. Кобелева (2005), М.А. Бистрицької (2007) та ін., висвітлюють у своїх наукових працях проблеми, з якими стикаються люди після травми хребта та спинного мозку, одразу після травми [3, 4, 5, 7]. Також є праці, присвячені тренуванню вже спортсменів-інвалідів після травми хребта та спинного мозку. Однак випадає великий проміжок часу між реабілітацією в лікарні, санаторієм чи подальшим заняттям спортом. Ніхто не описує того, що людина після лікарні повертається додому, де немає лікарів, реабілітологів, психологів і житло не пристосоване до її нового стану. Саме в цей час люди після ТХСМ (травми хребта та спинного мозку) втрачають те, що набули в лікарні, чекаючи на новий етап реабілітації [6, 8].

Мета дослідження. Визначити вплив програми таборів активної реабілітації на показники сфери самообслуговування осіб після травми хребта та спинного мозку.

Методи дослідження. Оцінювання результатів проводилося за допомогою модифікованої анкети оцінки самообслуговування, яка базується на індексі активності повсякденного життя Бартела (Barthel ADL Index, 1992), педагогічного спостереження, анкетування. Індекс активності повсякденного життя Бартела рекомендується як інструмент для оцінювання незалежності в повсякденному житті та є ефективним для пацієнтів, які мають параліч. Індекс Бартела містить 10 пунктів, які стосуються самообслуговування і мобільності [7, 8, 9].

Обговорення результатів дослідження. Дослідження проводилося на базі НЦ «Україна» в м. Євпаторія, впродовж 2008 – 2010 років.

У цій статті ми оцінюємо рівень самообслуговування під час проходження табору активної реабілітації.

Порушення властивості до самообслуговування – це нездатність справляти основні фізіологічні потреби (прийняття їжі, особиста гігієна, одягання, роздягання, фізіологічні потреби в туалеті), виконання повсякденних побутових завдань (купівля продуктів, промтоварів, приготування їжі, прибирання приміщень, користування звичайними побутовими приладами тощо) [1, 10].

Згідно з даними, якими користуються медико-соціальні експертні комісії (МСЕК), що визначають ступінь обмеження життєдіяльності людини, у тому числі стан працездатності, групу, причину і час настання інвалідності, а також ступінь втрати професійної працездатності (у процентах) працівників; встановлюють потребу інвалідів у соціальній допомозі, що була б спрямована на полегшення наслідків погіршення здоров'я, існують такі ступені обмеження самообслуговування для спинальних хворих.

Перший ступінь – можливість самообслуговування з використанням допоміжних засобів.

Другий ступінь – можливість самообслуговування з використанням допоміжних засобів і/чи за часткової участі інших осіб.

Третій ступінь – нездатність до самообслуговування і повна залежність від інших осіб.

Залежно від ступеня втрати здоров'я, інвалідність поділяється на три групи (I, II та III).

Інвалідом визнається особа, яка має порушення здоров'я зі стійким порушенням функцій організму, зумовлене травматичним ураженням спинного мозку, що призводить до обмеження життєдіяльності й викликає необхідність соціального захисту [1, 2, 10].

Критерієм для визначення I-ї групи інвалідності є соціальна недостатність внаслідок порушення здоров'я зі стійким розладом функцій організму, зумовленим спинномозковою травмою, яка призводить до різко виражених обмежень однієї із таких категорій життєдіяльності або їх поєднання:

- можливість до самообслуговування третього ступеня;
- можливість до пересування третього ступеня.

Переважає більшість людей, які мають травму хребта та спинного мозку і користуються інвалідними візками, має I групу інвалідності. За визначенням МСЕК, така людина мала б бути повністю залежною від оточення [1, 10]. Насправді більшість людей після травми хребта і спинного мозку не вважають себе інвалідами і хочуть бути максимально незалежними від оточення. Для цього вони постійно працюють над собою, опановують нові способи переміщення чи вдосконалень власного тіла за допомогою фізичних вправ. Завдяки сукупності цих

засобів, стають незалежними та самостійними, незважаючи на так звані «вироки» нашого суспільства.

Ми запропонували програму табору активної реабілітації, містила заняття для поліпшення рівня самообслуговування осіб з ураженням спинного мозку, та базувалася на засвоєнні основних необхідних навичок у побуті, а саме одягання й роздягання, переміщення у візку, вміння користуватися туалетом, уміння їсти тощо. Заняття з самообслуговування проходили щоденно, починаючи з ранішньої гігієни, що передбачає вставання, чищення зубів, вмивання, одягання, пересідання у візок, впродовж дня йшов постійний наголос на вдосконалення своєї незалежності від оточення. Для контролю за діями учасників табору до кожної кімнати був прикріплений інструктор у інвалідному візку, який особистим прикладом та порадами допомагав учасникам табору АР (активної реабілітації) опановувати навички для самостійного життя. З метою безпеки при здійсненні переміщень обов'язково повинна бути людина здорова (наприклад, фахівець фізичної реабілітації (ФФР), який володіє технікою переміщень та страхування неповносправних осіб. Також кожен з інструкторів співпрацює з ФФР і разом заповнюють анкету оцінювання рівня самообслуговування на кожного учасника на початку табору АР та наприкінці.

Результати дослідження оцінювали за допомогою певних критеріїв, які прописані у анкеті самообслуговування. До критеріїв, які оцінюються відносяться вміння спрямовані на самообслуговування та переміщення тіла в просторі (наприклад, прийняття їжі, утримування склянки, вбирання одягу, пересідання на різні поверхні, користування туалетом). Серед оцінюваних було 29 неповносправних осіб, які мали ураження шийного відділу хребта, середній вік, яких становив $28 \pm 4,7$ років. Стосовно людей із травмою шийного відділу хребта, а це переважно неврологічний рівень пошкодження С6-7, то навички самообслуговування засвоювалися паприкінці табору, тобто на 5 – 7 день, і для вдосконалення у них ще було кілька днів. Особам у яких неврологічний рівень ураження становив С5-С6, найважче вдаються навчальні моменти за короткий проміжок часу, тому багато із них до кінця табору поліпшували свій вихідний рівень, але для вдосконалення в них не залишалось часу, а особам, у яких неврологічний рівень ураження був С5-С4, найважче вдавалося опанувати певні моменти, особливо, які стосуються володіння своїм тілом у просторі (переміщення, одягання), тому їх рівень самообслуговування суттєво не змінювався. Але результати опитування наприкінці табору показали, що інформація, яку вони отримали на таборі АР дала їм користь при поверненні додому.

Для кращого формування уяви про зміну показників самообслуговування для осіб із травмою шийного відділу хребта, ми розділили їх на 2 групи. Перша група показників – це прийняття їжі, чищення зубів, утримування склянки, одягання і роздягання верхньої частини тіла, одягання і роздягання нижньої частини тіла, миття верхньої частини тіла, миття нижньої частини тіла; в другу групу показників ми ввели – перевертання в ліжку, пересідання з ліжка на візок, пересідання з візка на ліжку, користування туалетом (унітазом) (табл. 1).

Таблиця 1

Результати тестування вмінь спрямованих на самообслуговування (n=29)

Вид умінь	Початок табору	Кінець табору	p
Утримування склянки у руці	1, 76±0, 08	2, 0±0	<0, 05
Прийняття їжі	1, 72±0, 8	2, 0±0	<0, 05
Чищення зубів	1, 69±0, 12	1, 9±0, 06	>0, 05
Миття верхньої частини тіла	1, 14±0, 17	1, 62±0, 11	<0, 05
Миття нижньої частини тіла	0, 58±0, 1	1, 35±0, 12	<0, 05
Одягання і роздягання верхньої частини тіла	1, 35±0, 11	1, 93±0, 04	<0, 05
Одягання і роздягання нижньої частини тіла	0, 89±0, 07	1, 62±0, 09	<0, 05

У всіх осіб, які пройшли навчання на таборах активної реабілітації, ми помітили зміни в можливості до самообслуговування в позитивну сторону. З наведених даних у табл.1 ми можемо побачити, що усі показники суттєво змінилися у позитивну сторону, лише вміння чистити зуби не зазнало суттєвих змін, бо практично кожен учасник у свій спосіб це виконував.

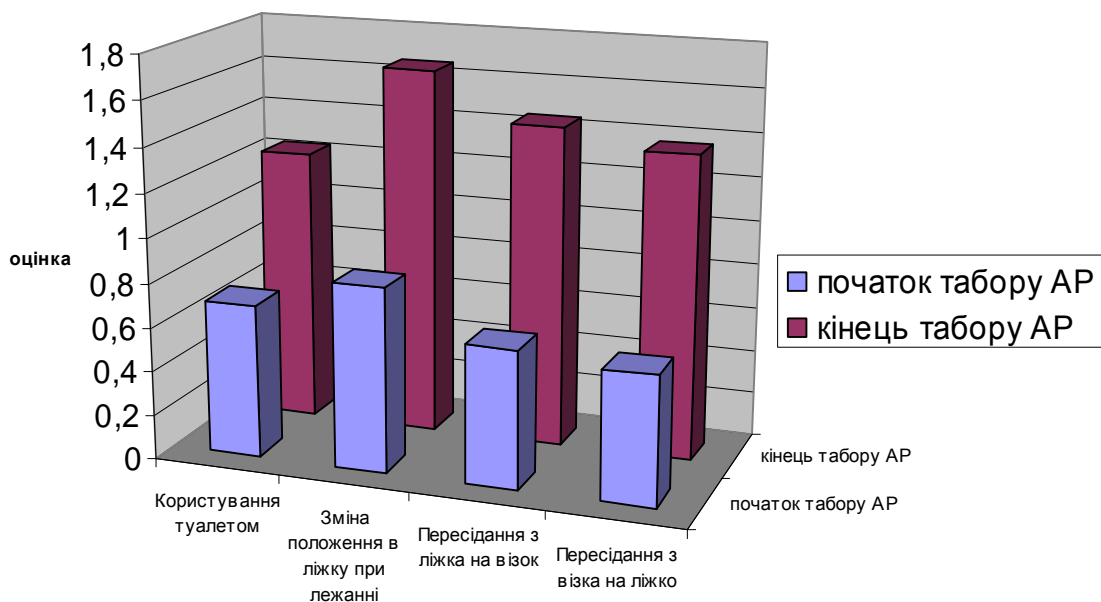


Рис.1. Результати тестування переміщень, необхідних для самообслуговування

На рисунку 1, ми бачимо, що всі елементи тестування переміщень, необхідних для самообслуговування, змінилися в сторону поліпшення і вдосконалення цих навичок. Здебільшого для засвоєння певних навичок потрібно було лише показати найбільш ергономічну, оптимальну техніку виконання. Інші навички давалися з важкістю, бо ураження певних груп м'язів і їх виключення з роботи потребує тривалого часу для пристосування організму. Тому засвоєння цих навичок потребує більш кропіткої роботи, сили волі, бажання й наполегливості. Процес вдосконалення себе може тривати роками.

Висновки.

1. При проведенні дослідження ми виявили, що більшість людей, які пройшли вишкіл на таборах активної реабілітації, мають позитивні зміни в процесі поліпшення навичок самообслуговування порівняно із вихідними даними.
2. Поліпшення показників самообслуговування дасть змогу людям з ураженням шийного відділу хребта бути більш незалежними і самостійними від сторонньої допомоги.
3. Програма таборів активної реабілітації дозволяє людям із травмами хребта та спинного мозку отримати величезний практичний досвід для подальшого вдосконалення своїх можливостей у домашніх умовах.

Список літератури

1. Амелина О. А. Травма спинного мозга // Клиническая неврология с основами медико-социальной экспертизы : под ред. А. Ю. Макарова. – СПб. : ООО Золотой век, 1998. – С. 232-248.
2. Закон України «Про основи соціальної захищеності інвалідів» від 21.03.1991. – Режим доступу : <http://www.ngo.f.ua>
3. Зозуля І. С., Бистрицька М. А. Ефективність реабілітації хворих зі спинальною травмою на рівні поперекового відділу хребта / І. С. Зозуля, М. А. Бистрицька // Укр. мед часопис. – 2007. – № 3 (59).
4. Кобелев С. Ю. Особливості створення індивідуальної програми фізичної реабілітації для осіб з пошкодженням спинного мозку // Теорія і практика фізичного виховання. – 2004. – № 3. – С. 258-263.
5. Крук Б. Р. Нові технології фізичної реабілітації неповносправних осіб з хребетно-спинномозковою травмою шийного відділу : метод. посіб. – Л. : Укр. технології, 2006. – 135 с.

6. Попов С. Н. Физическая реабилитация : учеб. для акад. и ин-тов физ. культуры. – Ростов н / Д. : Феникс, 1999. – 608 с.
7. Руководство по реабилитации больных с двигательными нарушениями / под ред. А. Н. Беловой, О. Н. Щепетовой. – М., 1998. – Т. 1. – 224 с.
8. Шевага В. М. Захворювання нервової системи : підручник / В. М. Шевага, А. В. Паєнок. – Л. : Світ, 2004. – 520 с.
9. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации / под ред. А. Н. Беловой, О. Н. Щепетовой. – М. : Антидор, 2002. – 440 с.
10. <http://www.legalweekly.com.ua/article>

УЛУЧШЕНИЕ НАВЫКОВ САМООБСЛУЖИВАНИЯ В ПРОЦЕССЕ СБОРОВ АКТИВНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛЮДЕЙ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Оксана ФЕДОРОВИЧ

Львовский государственный университет физической культуры

Анотация. В работе раскрыто влияние программы сборов активной реабилитации на повышение уровня самообслуживания людей с повреждением шейного отдела позвоночника. Использование этой программы позитивно влияет на улучшение показателей уровня самообслуживания людей с повреждением шейного отдела позвоночника. Именно использование навыков и знаний полученных во время прохождения сборов активной реабилитации разрешит людям с травмами позвоночника и спинного мозга получить огромный практический опыт для дальнейшего усовершенствования своих возможностей в домашних условиях.

Ключевые слова: физическая реабилитация, группа инвалидности, средства передвижения, инвалиды.

IMPROVEMENT OF PERSONS' WITH CERVICAL SPINE INJURY SELF-SERVICE DURING CAMPS OF ACTIVE REHABILITATION

Oksana FEDOROVYCH

Lviv State University of Physical Culture

Annotation. The influence of active rehabilitation camps program upon the level's improvement of persons self-service with cervical spine injury has being exposed in this article. Application of this program has positively influenced for self-service level' indices of this people' category. Just usage of skills and knowledge obtained during the camps of active rehabilitation will make it possible for people with spinal cord injury to gain great practical experience for further on improvement of their skills at home.

Key words: physical rehabilitation, group of disability, assistive movement devices, handicapped.