



Maciej Koktysz

Fizjoterapeuta

Rehabilitacja **pacjenta leżącego**

Długotrwała bezczynność ruchowa nazywana jest hipokinezą i niesie poważne, negatywne konsekwencje dla zdrowia.

Aby im zapobiec, należy jak najszybciej rozpocząć proces rehabilitacji, w którym efekty osiąga się przez wdrożenie fizjoterapii.

Dobrze prowadzona fizjoterapia to taka, która stawia na maksymalną niezależność i samodzielność pacjenta.

Hipokinezja



W wyniku leczenia choroby nowotworowej często dochodzi do sytuacji, w której chory z powodu dużego wyniszczenia organizmu i braku sił, ogranicza swoją aktywność życiową do przebywania w łóżku.

Długotrwała bezczynność ruchowa nazywana jest hipokinezją. Taki stan niesie ze sobą poważne konsekwencje zdrowotne. Brak odpowiedniej dawki ruchu wiąże się z upośledzeniem funkcji fizycznych oraz psychicznych chorego. W efekcie utrzymywania się hipokinezji wzrasta prawdopodobieństwo pojawienia się ciężkich powikłań, zagrażających zdrowiu i życiu pacjenta.



Są to między innymi:

- udar mózgu,
- zawał serca,
- zakrzepica żył głębokich,
- zapalenie płuc,
- zaniki mięśniowe,
- przykurcze stawowe,
- odleżyny,
- osteoporoza.



Aby zapobiegać i przeciwdziałać powyższym powikłaniom, należy jak najszybciej rozpocząć proces rehabilitacji, w którym efekty osiąga się przez wdrożenie fizjoterapii. Nadrzędnym celem jest wczesna aktywizacja chorego, która rozpoczyna się już poprzez zmianę pozycji ułożeniowych pacjenta w obrębie łóżka.

Dobrze prowadzona fizjoterapia to taka, która stawia na maksymalną niezależność i samodzielność pacjenta.

Poza ćwiczeniami leczniczymi, które mają pobudzać mięśnie do pracy i rozruszać ciało, **warto stawiać na terapię w kierunku nauki samodzielności i ćwiczenia konkretnych czynności ruchowych przydatnych w codzienności:**

- **samodzielnego spożywania posiłków,**
- **ubierania się,**
- **czy korzystania z toalety.**





Fizjoterapia

Rozpoczynając fizjoterapię z pacjentem, który choruje, bądź chorował na nowotwór, a obecnie leży w łóżku należy pamiętać o tym, że:

- 1** W fizjoterapii onkologicznej skupiamy się na zapobieganiu i zwalczaniu powikłań po leczeniu, takich jak: bóle mięśni i stawów, obrzęki, osłabienie i spadek masy mięśniowej, przykurcze stawowe, zaparcia. Niezbędnym elementem fizjoterapii jest również dążenie do poprawy stanu psychicznego poprzez konstruktywny, oparty na szczerości i empatii dialog między terapeutą a pacjentem i jego rodziną.
- 2** Dobra komunikacja jest podstawą efektywnej współpracy. Warto więc ustalić, co najbardziej dokucza pacjentowi, co w pierwszej kolejności chciałby zmienić. Na początku warto skupić się na działaniach, które mogą pomóc w tych dolegliwościach. Przykładowo, jeśli problem dotyczy bolesnych zaparć, warto wykonać masaż brzucha, który może złagodzić dolegliwości bólowe i usprawnić perystaltykę jelit. Ćwiczenia oddechowe torem brzuszny oraz ćwiczenia kończyn dolnych również będą dobrym pomysłem.



- 3** Warto, aby pacjent i rodzina rozumieli, dlaczego aktywność ruchowa jest ważna i jak może mu pomóc. W pierwszej kolejności najlepiej wykonywać te ćwiczenia, które pacjent lubi i które są dla niego ważne.
- 4** Czas ćwiczeń, szczególnie na początku rehabilitacji, nie powinien być zbyt długi. Należy dostosować czas i intensywność ćwiczeń do możliwości chorego. Lepiej ćwiczyć kilka razy dziennie krócej, niż jeden raz długo. Dzięki takiemu podejściu unikniemy szybkiego zniechęcenia pacjenta do aktywności ruchowej.
- 5** Bardzo ważnym aspektem rehabilitacji pacjentów leżących jest pozytywne nastawienie i ciągła motywacja do działania. Fizjoterapeuta i rodzina powinny chwalić chorego za wysiłek włożony w ćwiczenia, zwracać uwagę na postępy, jakich dokonuje i motywować do dalszych starań w kierunku samodzielności. Podczas rehabilitacji pacjent powinien skupiać się na swoich możliwościach i postępach, a nie na ograniczeniach wynikających ze stanu zdrowia.

Dlatego tak bardzo istotne jest, aby pacjent rozumiał, że od jego zaangażowania też wiele zależy. By współpracował z fizjoterapeutą, w każdej wolnej chwili, kiedy tylko jest to możliwe, wykonywał ćwiczenia usprawniające, dostosowane do stanu zdrowia i aktualnych możliwości. Pacjent może odzyskać sprawność i radość życia dzięki swojej systematycznej pracy. Życzymy wytrwałości.





Pionizacja – od czego zacząć

Tak jak wspomniano wyżej, dobrze prowadzona fizjoterapia to taka, która stawia na maksymalną niezależność i sprawność pacjenta.

Aby to stało się możliwe, **najważniejszą częścią fizjoterapii pacjentów leżących powinna być pionizacja**, czyli dążenie do uzyskania przez osobę niepełnosprawną postawy pionowej. **Jest to kluczowy etap prowadzący do odzyskania sprawności fizycznej.**



Przyjmowanie pozycji stojącej ma ogromne znaczenie dla prawidłowego funkcjonowania organizmu człowieka. Wpływa między innymi na:

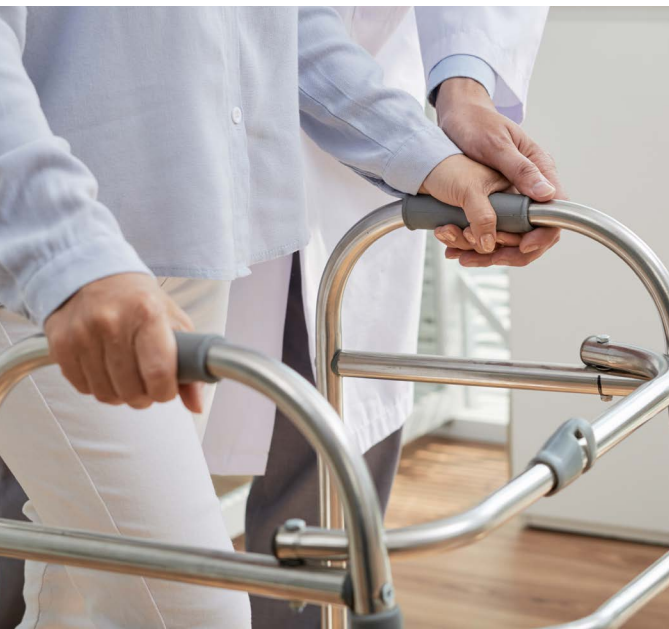
- zwiększenie objętości płuc, a więc na efektywne i swobodne oddychanie,
- poprawę krążenia krwi,
- zwiększenie aktywności ośrodkowego układu nerwowego,
- zmniejszenie ryzyka rozwoju osteoporozy i demineralizacji kości:
zgodnie z prawem Delpecha-Wolfa, obciążanie tkanki kostnej jest jednym z głównych czynników stymulujących jej tworzenie.

Rozpoczynając pionizację pacjenta należy pamiętać o jego bezpieczeństwie, tak więc warto wymienić ogólne zasady i etapy przeprowadzania bezpiecznej pionizacji:

- 1** Przed przystąpieniem do pionizacji należałoby wpieryw sprawdzić podstawowe parametry życiowe pacjenta, tj. zmierzyć ciśnienie krwi, tętno, sprawdzić saturację (wysycenie krwi tętniczej tlenem). Musi być również pewność, czy pacjent nie ma złamania kręgosłupa, co wskazywałoby na konieczność założenia gorsetu ortopedycznego stabilizującego miejsce złamania.
- 2** Aby przygotować pacjenta do pionizacji, warto wykonać kilka ćwiczeń pobudzających krążenie krwi, szczególnie w kończynach dolnych, które będą docelowo obciążane w czasie stania. Czynne ćwiczenia oddechowe torem piersiowym i brzuszny przygotowują układ krążeniowo-oddechowy pacjenta do wzmożonej pracy podczas wysiłku.
- 3** Pionizacja, szczególnie dotycząca osoby, która długo nie stawała na nogi, musi odbywać się stopniowo. Przejście do kolejnych pozycji musi być spokojne i kontrolowane. Pacjent musi dobrze tolerować pozycję, w której się znajduje. Pierwszym etapem pionizacji, od którego zaczynamy, jest uniesienie części łóżka, pod którą znajduje się głowa pacjenta, do kąta około 30-40 stopni.
- 4** Warto, aby pacjent nauczył się samodzielnie obracać się na boki (jeśli jest to możliwe). Znacząco ułatwi to przejście do pozycji siedzącej i odciąży osobę, która się nim opiekuje.



5 Kiedy pacjent siedzi na łóżku ze spuszczoneymi nogami, dobrze jest sprawdzić ponownie parametry życiowe. Należy zwrócić uwagę, czy pacjent siedzi stabilnie na łóżku, czy też ma problem z utrzymaniem równowagi i potrzebuje podparcia pleców. Utrzymanie równowagi w pozycji siedzącej będzie dużo łatwiejsze, jeśli stopy pacjenta będą oparte na podłożu. Warto aby pacjent w czasie pionizacji skupiał wzrok na jednym nieruchomym punkcie przed sobą. Jeśli pacjent korzysta z materaca przeciwoleżynowego, na czas siedzenia można spuścić z niego powietrze. To również ułatwi na początku pacjentowi siedzenie. W dalszym etapie rehabilitacji niestabilne podłoże w formie materaca przeciwoleżynowego może być dodatkowym wyzwaniem do pokonania. Kiedy pacjent siedzi stabilnie, utrzymuje kontakt wzrokowy i słowny z rehabilitantem, oraz nie dzieje się z nim nic niepokojącego, można przejść do ostatniego etapu pionizacji, czyli przyjęcia pozycji stojącej.



6 Obciążenie kończyn dolnych i oderwanie się od łóżka jest najbardziej wymagające. Osoba, która asekuje pacjenta, musi zadbać o bezpieczeństwo wokół, tak aby w każdej chwili można było złapać chorego i sprowadzić go na łóżko czy krzesło. Często pionizacja wymaga bardzo dużej siły fizycznej, szczególnie, jeśli pacjent jest bardzo osłabiony, ma duże zaniki mięśniowe lub niedowład mięśniowe. Wówczas warto wspomóc pacjenta balkonikiem lub inną podpórką, na której będzie mógł się wesprzeć. Jeśli z taką pomocą stanie na nogach jest w dalszym ciągu niemożliwe, należy skorzystać z bardziej zaawansowanego sprzętu rehabilitacyjnego w postaci pionizatorów statycznych lub dynamicznych.

7 Jeżeli przyjęcie lub dłuższe utrzymanie pozycji stojącej na pewnym etapie rehabilitacji jest niemożliwe, wówczas warto stawiać na wydłużanie czasu przebywania pacjenta w pozycji siedzącej czy to na łóżku, czy fotelu lub na wózku inwalidzkim. Mniej godzin spędzanych w pozycji leżącej zagwarantuje lepszą adaptację układu krążeniowo-oddechowego do pozycji wysokiej, dzięki czemu pacjent uniknie zaburzeń ortostatycznych w czasie pionizacji, które mogą spowodować utratę przytomności.

8 Przyjęcie pozycji stojącej wymaga sprawności i dobrego funkcjonowania wszystkich grup mięśniowych naszego ciała, tak więc w czasie rehabilitacji równolegle należy włączać ćwiczenia wzmacniające mięśnie kończyn dolnych i mięśnie tułowia.

9 Im dłużej pozostaje się w bezruchu, tym większa utrata receptorów czucia głębokiego, szczególnie tych w kończynach dolnych. Fizjoterapia pacjenta leżącego musi zatem zawierać ćwiczenia przywracające zmysł propriocepcji – umiejętności określania ruchów w stawie i jego ułożenia bez kontroli wzroku. Bez czucia głębokiego wykonywanie złożonych ruchów występujących w czynnościach codziennych będzie mocno utrudnione.





Dlaczego ruch jest potrzebny

Choroba nowotworowa jest trudnym i obciążającym doświadczeniem zarówno dla pacjentów, jak i osób z ich najbliższego otoczenia.



Jednakże skutki długotrwałego przebywania pacjentów w łóżku i bezczynności ruchowej, mogą być niekiedy znacznie gorsze od samej choroby.

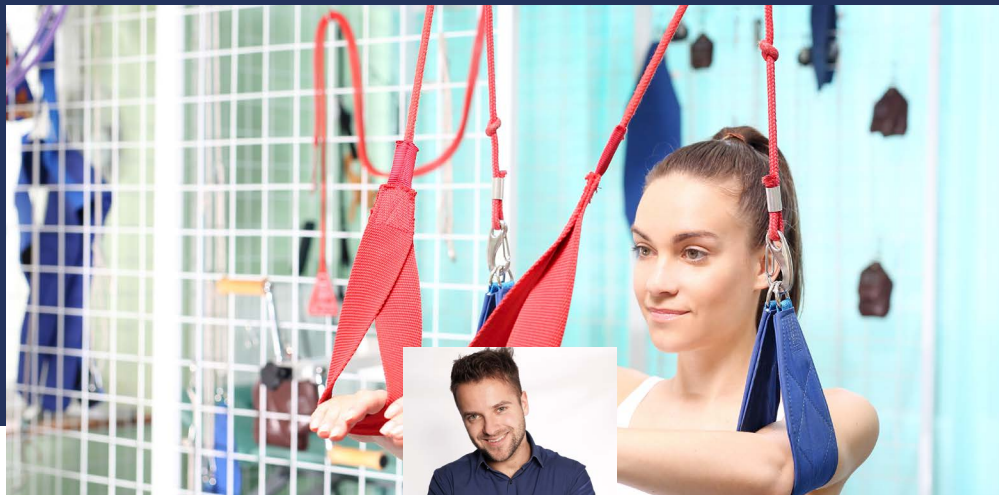
Właśnie dlatego nie wolno zapominać, iż fizjoterapia powinna być podstawą kompleksowego leczenia tych pacjentów.

Jak mawiał Wojciech Oczko:

Wojciech Oczko: doktor medycyny i filozofii. Propagował uprawianie kultury fizycznej widząc w niej korzyści zarówno dla ciała, jak i dla ducha.



**„Ruch jest w stanie zastąpić
prawie każdy lek,
ale wszystkie leki razem
wzięte nie zastąpią ruchu”.**



Maciej Koktysz

Magister fizjoterapii

Pasjonat ruchu i możliwości ludzkiego ciała. Prowadzi fizjoterapię z pacjentami onkologicznymi na każdym etapie leczenia ich choroby. Doświadczenie w pracy na onkologii zdobywał w szpitalu przy ul. Banacha w Klinice Hematologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych. Pracuje również z pacjentami po urazach i zabiegach ortopedycznych. Celem jego pracy jest poprawa jakości życia pacjentów. Pomaga im odzyskiwać niezależność, tak aby mogli cieszyć się życiem i odczuwać pełen dobrostan fizyczny i psychiczny.

Referencje: 1. Fizjoterapia w onkologii, redakcja naukowa Marek Woźniewski, Warszawa 2020; 2. Jak aktywnie żyć z nowotworem - poradnik, redakcja naukowa Artur Jurczyszyn i Piotr Majcher, Kraków 2021; 3. Tlenowa przewaga - trenuj efektywnie, popraw wydolność, wzmocnij zdrowie, Patrick McKeown, Łódź 2017; 4. NCCN Guidelines for Cancer Related Fatigue (2010); 5. Dzierżanowski T., Znużenie związane z nowotworem, Medycyna Paliatywna pod redakcją Aleksandry Ciałkowskiej-Rysz oraz Tomasza Dzierżanowskiego, Termedia (2019).

Rozpoczęcie lub kontynuacja fizjoterapii zawsze powinna być skonsultowana z lekarzem prowadzącym danego pacjenta. Przedstawione informacje nie zastępują profesjonalnej porady medycznej. W przypadku jakichkolwiek pytań lub wątpliwości, należy skontaktować się z lekarzem.

W materiale wykorzystano zdjęcia z agencji fotograficznych na podstawie licencji. Zdjęcia nie przedstawiają pacjentów. Prezentowane fotografie mają charakter graficzny. Prezentowane osoby wyraziły zgodę na udostępnienie oraz rozpowszechnianie wizerunku.

Materiał dla lekarzy i personelu medycznego, fizjoterapeutów, oraz dla pacjentów i ich rodzin, przygotowany z inicjatywy i sponsorowany przez Takeda.

Copyright © 2022 Takeda Pharmaceutical Company Limited. Wszelkie prawa zastrzeżone.

Wszystkie znaki handlowe są własnościami ich prawowitych właścicieli.