

Materiał pomocniczy dla nauczycieli kształcących w zawodzie:

TERAPEUTA ZAJĘCIOWY

**przygotowany w ramach projektu „Praktyczne kształcenie nauczycieli
zawodów branży hotelarsko-turystycznej”**

Priorytet III. Wysoka jakość systemu oświaty

Poddziałanie 3.4.3 Upowszechnienie uczenia się przez
całe życie – projekty konkursowe





Terapeuta Zajęciowy

Planowanie i przeprowadzanie terapii



Dokumentacja pracy terapeuty

- Ze względu na różnorodność chorób (dysfunkcji), z jakimi różne osoby trafiają do terapeuty, trudno jest przedstawić „uniwersalny formularz” omawianej dokumentacji, a nawet sposób jej prowadzenia. Praktyka pokazała, że najlepszym formularzem jest tzw. „czysta karta”, w którą wpisuje się tylko niezbędne dane, zwykle w sposób opisowy. Może być ona uzupełniana odpowiednimi załącznikami, co umożliwia uwzględnienie w dokumentacji dokładniejszych danych w zależności od rodzaju dysfunkcji i lokalizacji zmian.
- Cel:
 - ułatwia planowanie , dobór odpowiednich ćwiczeń i innych zabiegów oraz ocenę ich skuteczności
 - obraz celowości kontynuowania danego rodzaju postępowania u określonego pacjenta
 - daje może stanowić podstawę do szerszego wnioskowania na temat sposobów leczenia w różnych jednostkach chorobowych



Dokumentacja pracy terapeuty

- Aby dokumentacja służyła wspomnianym celom musi być pełna. Oznacza to, że musi ona zawierać wszystkie istotne informacje o pacjencie, jego dysfunkcji i rehabilitacji. Dane o pacjencie pochodzą z różnych źródeł:
 - od samego pacjenta i jego rodziny
 - ze skierowań i innych dokumentów zdrowia
 - od lekarza prowadzącego tego pacjenta
 - są wynikiem oceny stanu pacjenta, której fizjoterapeuta dokonuje przed przystąpieniem do różnych zabiegów
 - są wynikiem obserwacji i badań przeprowadzanych w przebiegu rehabilitacji



Badania pacjenta dla potrzeb terapii

- Badanie stanowi zespół czynności zmierzających do uzyskania informacji o znaczeniu profilaktycznym, diagnostycznym, prognostycznym i orzecznicznym
- Cele badania:
 - umożliwiają wczesną i pełną diagnozę, co jest z reguły „sygnałem” do rozpoczęcia usprawniania
 - ułatwiają ustalenie programu terapii danej osoby oraz dobór ćwiczeń i innych środków na poszczególnych jej etapach
 - ułatwiają wnoszenie do tego programu zmian, zależnych od zmieniającego się w czasie stanu osoby usprawniane
 - ułatwiają ocenę wyników terapii danej osoby oraz prognozowanie co do dalszych jej losów



Proces diagnostyczny

- Proces diagnostyczny składa się z trzech części:
 - badania podmiotowego (wywiadu)
 - badania przedmiotowego
 - badania dodatkowego.

Badanie podmiotowe

- To rozmowa z pacjentem. Można je podzielić na trzy części:
 - część personalna- podstawowe informacje o pacjencie: imię, nazwisko, wiek, stan cywilny, adres zamieszkania, wykształcenie, zawód
 - część chorobowa- wiadomości o: czasie i okolicznościach, w których wystąpiły objawy bólowe, ich nasileniu i charakterze, rejonie odczuwania dolegliwości w momencie wystąpienia objawów oraz w czasie zbierania wywiadu, porównania z poprzednimi incydentami, jeśli takowe już występowały, subiektywną interpretację objawów dokonaną przez pacjenta, przebyte choroby i urazy ciała, zabiegi operacyjne, choroby dziedziczne, obecnie przyjmowane leki (np. przeciwbólowe, zmieniające ciśnienie krwi, obniżające napięcie mięśniowe)
 - część socjalna- informacje o warunkach bytowych, mieszkaniowych, możliwościach oraz dostępie do opieki, sposobach utrzymania, zainteresowania
- Po wywiadzie można zadać pacjentowi kilka pytań dodatkowych, które ułatwią zaplanowanie procesu terapeutycznego. Mogą to być pytania typu: jaki jest cel pacjenta? Co on potrafi? Co chce poprawić?



Badanie podmiotowe - obserwacja

- Kolejnym bardzo ważnym elementem badania jest obserwacja pacjenta, która rozpoczyna się już w chwili jego wejścia do gabinetu.
- Terapeuta ocenia wygląd, sposób chodzenia, siadania, ubierania, w przypadku pacjenta leżącego- ocenia umiejętność poruszania się w łóżku (przekręcanie z boku na bok), siadania z podparciem lub bez (siedzenie statyczne lub dynamiczne), przemieszczania się z łóżka na inne powierzchnie.
- Obserwacji tej dokonujemy, gdy pacjent porusza się jak najbardziej naturalnie tzn. gdy nie wie, że jest obserwowany. Następnie oglądamy chorego rozebranego i szukamy blizn, zniekształceń, dysproporcji wielkości i długości różnych części ciała, asymetrii, braków części ciała, przerostu lub zaniku mięśni, zmian koloru skóry.



Badanie przedmiotowe

- Podczas tego badania pacjenta oglądamy, opukujemy, osłuchujemy. Pacjenta należy rozebrać do spodenek gimnastycznych lub kąpielowych. Standardowo badanie przedmiotowe dzieli się na:
 - badanie miejscowe inaczej odcinkowe (dotyczące poszczególnych części ciała) i ogólne (odnoszące się do ciała badanego w całości)
 - badanie statyczne i dynamiczne (uwzględniające stopień aktywności pacjenta)



Badanie statyczne odcinkowe

- Pomiar liniowy – wykonuje się taśmą krawiecką, miękką, pozwalającą na określenie różnic wielkości kończyn, pozycje wyjściowe badanego powinny być wygodne i stabilne
 - pomiary długości – dotyczą dysproporcji długości kończyn, wśród nich możemy wyróżnić: pomiary całkowite (dotyczące całej kończyny) i odcinkowe (sprawdzające długość poszczególnych jej części), w grupie całkowitych rozróżnia się: badanie długości względnej, bezwzględnej i anatomicznej (absolutnej)
 - pomiary obwodów – służą do oceny przyrostów lub ubytków masy mięśniowej oraz ewentualnych zmian wysiękowych w obrębie stawów
- badanie części recepcyjnej układu nerwowego – ze względu na lokalizację rozróżnia się: eksteroreceptory (odczucia bólu, dotyku, temperatury), proprioreceptory (odczuwanie pozycji i ruchu) oraz receptory korowe (połączenie wymienionych receptorów, np. rozpoznawanie przedmiotów dotykiem)



Badanie dynamiczne odcinkowe

- Pomiar zakresu ruchomości w stawach – zakres ruchu jest to droga jaką pokonują względem siebie elementy kostne połączone stawem, można wyróżnić zakres ruchomości czynny (wywołany pracą mięśni osoby badanej) i bierny (wynikający z przyłożenia siły zewn.), badanie to przeprowadza się za pomocą kątomierza ortopedycznego tzw. goniometru
- ocena siły mięśniowej – tzw. kliniczna ocena siły mięśniowej i ocena dynamometryczna, badanie to wykonujemy z użyciem dynamometru i zastosowaniem tzw. Testu Lovetta
 - dynamometr – za jego pomocą w odpowiedniej pozycji mierzy się maksymalne możliwości siłowe danego zespołu mięśniowego w warunkach statyki
 - Test Lovetta – pozwala ocenić siłę mięśnia niejako stosunku do fizjologicznych potrzeb, opiera się na 6-stopniowej skali:
 - 0-brak czynnego skurczu mięśnia, 1-śląd czynnego skurczu wyczuwany palpacyjnie, 2-ruch w pełnym zakresie w warunkach obciążenia, 3-ruch w pełnym zakresie przeciw sile ciężkości, 4-ruch w pełnym zakresie przeciw sile ciężkości z niewielkim oporem, 5-ruch w pełnym zakresie przeciw sile ciężkości z maksymalnym oporem
- testy czynnościowe – dotyczą badania czynności pojedynczych ruchów, np. test zespołów mięśniowych odcinka szyjnego czy okolicy stawu ramiennego



Badanie statyczne ogólne

- Ocena postawy ciała – zdefiniowanie prawidłowej postawy ciała czyli sposobu trzymania się człowieka w swobodnej pozycji stojącej, możemy tu wyróżnić metody: subiektywne (szybkie, mało kosztowne, niezbyt dokładne) i obiektywne (dokładne, powtarzalne, zajmujące sporo czasu)



Badanie dynamiczne ogólne

- Analiza chodu i innych form lokomocji – bada się sposoby poruszania się pacjenta zarówno w pozycji spionizowanej, jak i na wózku, obserwuje się m.in.: zakres samodzielności chodu, dystans przebyty w jednostce czasu, wydatek energetyczny chodu, wyróżnia się trzy metody diagnostyczne oceniające lokomocje:
 - motografia – polega na bezpośredniej obserwacji czynności ruchowych przy pomocy kamer video, elektronicznych czujników sygnalizujących zakres i amplitudę ruchu, wykorzystywana jest też technika fotograficzna, utrwalająca poszczególne fazy ruchu
 - motoskopia – obserwacja ruchu, sposobu poruszania się odbiegającego od normy, występowania patologicznych przyruchów, zaburzeń koordynacji czynności ruchowych, niekontrolowanego wzrostu napięcia mięśniowego, metodą tą wykonuje się w początkowym okresie rehabilitacji, kiedy odchylenia od normy ruchowej są bardzo duże łatwe do zauważenia
 - motometria – metoda oparta na ilościowej ocenie ruchu: szybkości, siły, zakresu ruchu, frekwencji wykonywanych czynności, wydatku energetycznego, wszystkie te elementy ruchu przedstawiane są w liczbach, co umożliwia ich precyzyjną ocenę



Badanie dynamiczne ogólne

- Ocena czynności chwytnej kończyny górnej – ocenia się jakość chwytu biorąc się pod uwagę posługiwanie się przez osobę badaną różnego typu chwytami (np. hakowy, szczypcowy) oraz wartość chwytu polegającą na ocenie funkcji mięśni i więzadeł ręki
- testy funkcjonalne (samoobsługi) – umożliwiają badanie czynności życia codziennego tzw. ADL (ang. Activity of Daily Living) oraz aktywności pozadomowej i zawodowej tzw. IADL (ang. Instrumental Activities of Daily Living), ocena ta decyduje w jakim stopniu pacjent jest samodzielny i czy wymaga opieki terapeuty oraz jakie są możliwości powrotu do pracy po okresie rehabilitacji



Stopnie niezależności

- 1 - niezależny tzn. wykonujący program usprawniania bez opieki, np. może wykonywać ćwiczenia w domu, w pracy
- 2 - z nadzorem-pacjent musi być obserwowany podczas ćwiczeń, wymaga opieki w razie konieczności
- 3 - bliska opieka-kontakt dotykowy z pacjentem, baczne obserwacje, szybka reakcja w razie zagrożenia zdrowia
- 4 - bezpośrednia opieka-pomoc fizyczna podczas wykonywania ćwiczeń
- 5 - minimum pomocy-nie wszystkie ćwiczenia pacjent jest w stanie wykonać sam i wówczas potrzebuje pomocy
- 6 - umiarkowana pomoc-pacjent może wykonać tylko część programu usprawniania i w większości ćwiczeń potrzebuje pomocy terapeuty
- 7 - pomoc całkowita-pacjent nie może wykonywać ćwiczeń (żadnych), bez pomocy fizjoterapeuty, wymaga stałej jego opieki



Badanie dodatkowe

- Zalecane jest indywidualnie i zależnie od potrzeb przeprowadzane jest w wybranych przypadkach, wykorzystuje skomplikowaną, dokładną aparaturę, np.: rentgenodiagnostyka z tomografią komputerową, rezonans magnetyczny, ultrasonografia, elektrokardiologia itp.
- Prawidłowo przeprowadzone badanie stanowi podstawę dla prognozy (określenie celów usprawniania) oraz pośrednio determinuje dobór zastosowanych środków terapeutycznych (ordynacja). Powtórne badanie przeprowadzone tymi samymi metodami umożliwia kontrolę efektów procesu leczniczego.



Planowanie, przeprowadzanie i kontrolowanie efektywności procesu usprawniania

- Programowanie rehabilitacji oparte jest o diagnozę i prognozę, a całość zagadnienia wykazuje ścisły związek z celami, zadaniami i zasadami terapii. Bazę wyjściową dla tworzenia programu usprawniania stanowi zawsze pełne rozeznanie co do rodzaju, stopnia ciężkości i okresu schorzenia, a ściślej – rozeznanie co do aktualnego stanu osoby poddawanej terapii
- Planując proces usprawniania danej osoby dąży się do wykreowania programu optymalnego. Zwykle jednak realia są takie, że jest on nieosiągalny, wobec czego niezbędne jest określenie swego rodzaju programu minimum. Realia te stanowią również powód dla którego niekiedy konieczne jest utworzenie alternatywnego programu rehabilitacji danej osoby, dostosowanego np. do możliwości jakimi dysponujemy



Planowanie i przeprowadzanie procesu usprawniania

- Kolejna sprawa wiąże się z koniecznością uwzględnienia w tworzonym programie potrzeb rehabilitacji kompleksowej, np. łączenie zabiegów fizykalnych z ćwiczeniami leczniczymi. Błędem jest zawężanie się tylko do samej fizjoterapii. Nawet pobieżnie analizując potrzeby danego pacjenta, właściwie w każdym przypadku można wykazać potrzeby dotyczące np. pielęgniarstwa rehabilitacyjnego czy pewnego oddziaływania psychoterapeutycznego, a w wielu przypadkach np. konieczność zastosowania przedmiotu ortopedycznego.
- Programowanie rehabilitacji nie należy do zadań łatwych. Wymaga ono bowiem sporej wiedzy i doświadczenia. Szczególnym problemem jest włączanie w program rehabilitacji nowych metod, a nawet ich stosowanie. W pierwszym przypadku chodzi o to, by były to metody już sprawdzone i skuteczne dla danej jednostki chorobowej.



DZIĘKUJĘ ZA UWAGĘ!

Materiał opracowany w ramach realizacji projektu **„Praktyczne kształcenie nauczycieli zawodów branży hotelarsko-turystycznej”**.