

Mészáros Lászlóné

Az idősek gyógytornájának jelentősége az egészségük megőrzésében

Összefoglalás

A szerző az idősekre vonatkozó statisztikai adatok alapján arra következtet, hogy igen sok idős ember szorul rehabilitációs, illetve fizioterápiás kezelésre. Ismerteti a gyógytornász – nemzetközi nevén fizioterapeuta – tevékenységét, mellyel a családorvos fő munkatársa lehet betegek orvosi rehabilitációjában. Rámutat, hogy a rehabilitációs célok megvalósítása nem választható el a megelőzéstől és a gyógyítástól. Az idősek egyes betegségeinek fizioterápiás kezelésénél azokat a kezelési elveket kell követni, amelyeket egyébként is figyelembe kell venni. A különbség csak az, hogy az időseknél több betegség lehet jelen egyszerre, ezért azt a módszert és olyan terhelési szintet kell választanunk, amely egyik betegség szempontjából sem kontraindikált. A gyógytorna, az életkor fiziológiai adottságainak megfelelő mozgás fontos része az idősödő korosztály egészségmegőrzésének is.

Bevezetés

Az összlakossághoz képest a 65 év felettiek számaránya egész Európában és Magyarországon is növekedett. 1980 és 2000 között európai átlagban 12,13%-ról 13,75%-ra, az Európai Unióban 13,97%-ról 15,97%-ra és Magyarországon 13,43%-ról 14,58%-ra változott.¹

A 60 év felettiek számaránya a KSH szerint Magyarországon 1996-ban 20% volt, 2002. jan. 1-én 20,7%. A 60 évesek vagy idősebbek 50%-a szenved krónikus betegségben, 10%-a két, 3%-a három ilyen betegségben szenved.² A mozgásszervi betegségek okozzák a 60 éven felüliek krónikus betegségeinek a felét. Az otthoni és szabadidős baleseteknek 30,4%-a a 60 éven felüliek közül kerül ki.³ Legnagyobb arányban a nyugdíjazást követő években halmozódnak az otthoni balesetek! Az idősek életkori arányuk kétszeres

nagyságában tekintendők baleseti veszélyeztetetteknek. A fenti számadatokból is következtethetünk arra, hogy milyen nagy azon idős emberek száma, akiknek a gyógytornász – mint a rehabilitációs team tagja – segítségére lehet: pl.: egy sérülés után a helyes mozgás megtanítása, helyreállítása, a krónikus betegség progressziójának megelőzése, a fájdalom csökkentése a fizioterápia sajátos módszereivel, stb.

Orvosi rehabilitáció, fizioterápia, gyógytorna

A 4/2000 (II.25.) E.ü. miniszteri rendelet 4.§-a szerint a „a gyógyító-megelőző alapellátás keretében a háziorvos feladatkörébe tartozik...a beteg vizsgálata, gyógykezelése, egészségi állapotának ellenőrzése, orvosi rehabilitációja...”

Az orvosi rehabilitáció célja, hogy 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.

Az orvosi rehabilitáció szerves része különösen a fizioterápia, a sportterápia, a logopédia, a pszichológiai ellátás, a foglalkoztatás-terápia, valamint a gyógyászati segéd-eszköz-ellátás és ezek használatának betanítása is. (1997. évi egészségügyi törvény)

A fizioterápia a természeti energiákkal végzett gyógykezelés, melynek legfontosabb része a mozgásterápia, mely más tevékenységekkel nem pótolható.

Az orvosi rehabilitáció terén a családorvos legfőbb munkatársa a gyógytornász, azaz fizioterapeuta. Optimális megoldás az lenne, ha legalább 6–8 praxisonként egy, az egészségbiztosítás által finanszírozott gyógytornász látná el a rehabilitációra szorulókat, a szervezésben és ellenőrzésben lenne a családorvosok szerepe meghatározó.⁴

A gyógytornász a fizioterapeuta, (physical therapist, physiotherapist, Krankengymnastin, fysioterapeuten, sjukgymnast, kineziterapeut), aki orvosi diagnózis alapján önállóan tervezi, dokumentálja, integrálja, irányítja, ellenőrzi, és szükség szerint elvégzi a fizioterápiás tevékenységeket, (módszereket) a legkülönbébb klinikai területeknek megfelelően, valamint az orvosi rehabilitáció során.

A gyógytornász 4 éves egészségügyi főiskolai végzettségű szakember, aki a képesítési követelményének megfelelően képes:

- mozgásszervi státusz felvételére, dokumentálására, valamint az egészséges mozgásképeség kritériumainak megállapítására
- képes fizioterápiás és rehabilitációs terv készítésére és rehabilitációs programok végrehajtására. (36/1996. (III. 5.) Korm. rend.)

A fizioterápiás asszisztens (angolul physical therapy assistant vagy physiotherapy assistant) a 6/1996. (III.13.) NM rendeletben foglaltak szerint „önállóan végzi az orvos vagy gyógytornász által előírt fizioterápiás kezeléseket”. Ezek a kezelések a legtöbb esetben elektroterápiás kezelések, melyek fájdalomcsillapító, izomlazító vagy tonizáló hatásukkal a gyógytornász által végzett mozgásterápia hatékonyságát növelik, de azt nem pótolják. Szükség esetén a gyógytornász maga is el tudja végezni ezeket a kezeléseket, amennyiben nem áll rendelkezésre fizioterápiás asszisztens.

A gyógymasszőrök által ellátható tevékenységeket is el tudják végezni a gyógytornászok, azonban szerencsére a nagyobb gyógyintézetekben, szakrendelőknél a fizioterápiás asszisztensek és a gyógymasszőrök rendelkezésre állnak, így a betegek ellátásában a feladatok megoszlanak. A passzív kímogatás azonban – különösen a fájdalmas ízületekre vonatkozóan – nem a gyógymasszőr feladata. Ez a gyógytornász funkcionális vizsgálata alapján kialakított komplex kezelés része.

Mészáros Lászlóné
Magyar Gyógytornászok Társasága
1277 Budapest, Pf. 72.

A gyógytornász-fizioterapeuta tevékenységi köre

Mielőtt az idősek rehabilitációjáról szólnánk, nézzük végig, hogy milyen tevékenységeket végez a gyógytornász-fizioterapeuta a beteg korától függetlenül a rehabilitáció során?

- Vizsgálja az ízületek mozgáshatárait és a mérések alapján különböző passzív mobilizációs technikákat, valamint aktív mobilizáló gyakorlatokat alkalmaz az ízületi mozgáspálya helyreállítása és megőrzése céljából.

- Meghatározza a mozgáspályát beszűkítő zsugorodott izmokat és ennek megfelelően az izmok rugalmasságát fokozó mobilizációs módszereket épít be a kezelésbe.

- Vizsgálja és meghatározza az izmok erejét, erősítő gyakorlatokat végeztet.

- Vizsgálja az izmok tónusát és a mozgásszabályozás normalizálását célzó módszereket alkalmaz.

- Megfigyeli a mindennapi élet mozgásait, a mozgáskorlátozottság okozta funkciózavarokat, elemzi a járás folyamatát, az egyensúlyt ülő és álló testhelyzetben, a hely- és helyzetváltoztatást, a segédeszközök, különböző ortézisek, protézisek használatát. A hétköznapi funkciók javítása érdekében kiválasztja az adott állapotra adaptált, személyre szabott facilitációs technikákat. Járástréninget alkalmaz segédeszközzel, vagy anélkül, tanítja a járást sík és egyenetlen talajon, emelkedőn és lejtőn, valamint lépcsőn. A mozgásprogrammal a lehető legnagyobb önállóság kialakítására törekszik.

- Az izmok erejének, állóképességének növelését, és a koordináció javítását célzó gyakorlatokat alkalmaz.

- Vizsgálja a mozgásbeszűkülést okozó vagy azt követő fájdalmat.

- Vizsgálja a végtagok keringési zavarát. Speciális aktív és passzív módszereket alkalmaz (értorna, nyirokmasszázs, kompressziós kezelések).

- Vizsgálja a testtartást és tartásjavító programot állít össze.

- Vizsgálja a respiratorikus és kardiális funkciókat. Légzésjavító módszereket alkalmaz és növeli a kardiopulmonális állóképességet.

- A betegnek otthoni rehabilitációs programot állít össze.⁵

A gyógytornász „beavatkozás” végrehajtása és annak módosítása a felállított cél(ok) elérésének érdekében történik, magába foglalja tehát a manuális kezelést, mozgásterjedlem növelését, elektroterápiás vagy más mechanikai eljárásokat, funkcionális tréninget, a beteg segédeszköz-ellátását, betegközpontú tanácsadást, dokumentációt és koordinációt, illetve kommunikációt. A beavatkozás célja lehet még különböző károsodások, a funkciócsökkenések, a rokkantság és egyéb sérülések kialakulásának megelőzése, amely magába foglalja az egészség, az életminőség és a fittség kialakulásának elősegítését és szinten tartását minden életkorban.⁶

Idősödők és időskorúak rehabilitációja

A geriatrai rehabilitáció célja az önálló életvitelre való, belgyógyászati vagy sebészeti betegség következtében elveszített képesség helyreállítása, míg fiatalabb betegek esetében a teljes értékű funkcionalitás elérése a cél, idős korban rendszerint meg kell elégedni azzal, hogy a beteg ismét képessé váljon a mindennapi tevékenységeinek önálló elvégzésére. Az agyi vascularis katasztrófát vagy csípőtáji törést szenvedő betegek gyakran szorulnak rehabilitációra, ami a súlyos szívbetegség vagy a testi kondíció leromlásával járó tartós ágyhoz kötöttség következtében kialakult állapotok esetén is indokolt. Az idős betegek rehabilitációja hosszú folyamat, még a betegség előtti funkcionális állapot visszanyerése is hónapokat vehet igénybe. Az idős kor gyakori jellemzői (a cardiovascularis betegségek miatt csökkent fizikai állóképesség, csökkent izomerő, beszűkült mozgások, motiváció hiány, demencia, koordinációs zavarok, stb.) hátráltatják a funkciók visszatérését. A rehabilitációt a beteget kezelő orvos rendeli el. Bármilyen fizikai megterheléssel járó program elrendelése előtt a kezelőorvosnak fel kell mérnie a beteg egészségi állapotának stabilitását, és tájékoztatnia kell a rehabilitációs szakembert a kezelést korlátozó, idült szív-, tüdő- neurológiai illetve mozgásszervi betegségekről.⁷ Idős betegek egyszerre több betegségben is szenvedhetnek, ezért gyakran elsősorban a terápiára kell összpontosítani. Az orvosoknak a gyógytor-

nással szoros együttműködésben kell megállapítaniuk a feltárt problémák megoldási sorrendjét.

Az idősek esetében a prevenció, a gyógyítás és a rehabilitáció nehezen választható el egymástól. A hosszabb kórházi vagy akár otthoni fekvés is veszélyes lehet az idős ember számára. A hosszú idejű ágynyugalom káros következményei az elmúlt ötven év tapasztalatai, kutatási eredményei által váltak ismertté. Immobilizációs szindrómán a hosszan tartó ágynyugalom, inaktivitás következtében kialakuló, az egész szervezetet érintő tünetegyüttest értjük. Az immobilizáció következtében kialakuló tünetek nem egyformán súlyos mértékben jelentkeznek, az idősebb, fogyatékos vagy krónikus betegségben szenvedők inkább érintettek. A szervezetben létrejövő változások ismertek, ezért inkább a megelőzést célzó intézkedésekre kívánok emlékeztetni, melyekről a lényegyet tekintve több szerző^{8,9} hasonlóan vélekedik.

Az immobilizációt megelőző és kontroll alatt tartó intézkedések:

- Gondoskodni az ingergazdag környezetről és az intellektuális kihívásokról

- Az ágyban fekvés idejének minimumra csökkentése

- A fekvő beteg rendszeres tornáztatása – izotoniás és izometriás gyakorlatok, légzőtorna, értorna, az ízületek passzív átmozgatása naponta többször

- Korai, fokozatos mobilizáció – fokozatosan növekvő aktivitás és a test fokozatos passzív emelt/függőleges helyzetbe hozása a cardiovascularis rendszer épségének megőrzése érdekében

- Megfelelő táplálás protein és kalcium kiegészítéssel, étkezés ülve

- Bőrhigiéne, forgatás, pozícionálás,

- Állandó katéter eltávolítása, ágytól helyett szoba WC-re kiültetés

Az erőcsökkenés mértéke a fekvés, az inaktivitás következtében egy hét alatt elérheti az 5–20%-ot is, különösen az antigravitációs izmokban lehet ez jelentős. Ezért minden idős betegnek ajánlatos egy megfelelő erőfenntartó mozgás programot végezni. Ez csökkenti az orthostatikus hypotensio és a pneumónia kifejlődésének a lehetőségét (megelőzés). Ugyanakkor enyhe mobilizációval, melynek módját az adott állapot és diagnózis alapján határozzuk meg,

meg lehet előzni a gerinc és általában az ízületek degeneratív elváltozásai-ból adódó panaszok súlyosbodását, kiújulását. A célzott fizioterápia az aktuális betegség javulásához, gyógyulásához is hozzájárul. Mint látjuk, az időseknél a fizioterápiás tevékenység során is összeolvad a megelőzés és gyógyítás.

Az idősek ellátása speciális terület, melyben az egészségügyi és szociális ellátás nehezen választható szét. A nehezen megoldható családi és anyagi gondokat naponta tapasztaljuk.

Az idős beteg funkcionális állapotának kiértékelését megelőzően teljes körű tanulmányt kell végezni és teljes orvosi kiértékelést kell készíteni, hogy ki lehessen zárni az organikus megbetegedések lehetőségét. A tanulmánynak tartalmaznia kell a betegnek és a családjának céljait. A funkcionális értékelésnek tartalmaznia kell a válaszokat az alábbi kérdésekre:

1. Hogyan tartható fenn a család egysége (hogyan éli meg a család), ha az idős embernek otthon kell maradnia (vagy ágyhoz kötötté válik)?

2. Megfelel-e az otthon kialakítása az idős ember funkcionális szintjének? Vannak-e építészeti akadályok otthon, vagy annak környezetében, ami korlátozza a funkcióit, ezek az akadályok áthidalhatók-e, megszüntethetőek-e?

3. Az idős embernek be kell-e költöznie egy intézménybe vagy idősek otthonába, vagy vannak-e alternatív megoldások?

4. Milyen segítségre/szolgáltatásokra van szükség ahhoz, hogy az idős ember otthon maradjon?

5. Milyen szociális szolgáltatások állnak rendelkezésre?¹⁰

Az ideális az lenne, ha az idős embert minél tovább a megszokott környezetében, az otthonában a család, a közeli hozzátartozók közreműködésével tudnánk ellátni. Erre kell törekedni, s ehhez a családot is fel kell készítenünk. Már a beteg kórházból való hazatérése előtt segítenünk kellene a beteg megfelelő fekvőhelyének az előkészítésében, a szoba átrendezésében: pl. hova kell kapaszkodót szerelni és milyen, hogy az ágy magassága kb. meg egyezzen egy szék magasságával. Így könnyen kiültethető a beteg az ágy szélére étkezéshez és átültethető a székre ágyazáskor. Fel kell hívunk a figyelmet, milyen biztonsági

intézkedésekkel védhetjük meg az idős, időnként, néha kiszámíthatatlanul tudatzavaros beteget a leeséstől az ágyról, vagy székre ültetés-kor? Egy idős beteg hozzátartozója „sem fiatal már”, neki is lehetnek gerinc és egyéb mozgásszervi problémái. Meg kell tanítanunk őt úgynevezett ízületvédő testhelyzetben bánni az időssel. Heveder alkalmazása, egyenes háttal, testsúly áthelyezésével emelni, emelés helyett csúsztatni, gördíteni a nehéz testet. A beteg testhelyzetének változtatását különböző módszerekkel megkönnyítve elő lehet készíteni. Az a helyes, ha a hosszú távú tervet is és az azt szolgáló rövid távú terv pillanatnyi feladatait is a beteggel a hozzátartozó jelenlétében beszéljük meg. Konkrétan, (esetleg leírva) azt is meg kell határozni és megbeszélni, hogy a beteg a hozzátartozó segítségével mit gyakoroljon a gyógytornász látogatása közötti napokon. Ezeknek a helyes kivitelezését be kell tanítanunk, és legközelebb ellenőrizni kell. Előfordul, hogy nem a kezelési célnak megfelelő helyzetben és helyen támasztja meg a beteget, s ezzel vagy magát vagy a beteget teszi ki túlterhelésnek. Inkább kevesebb feladatot adjunk, de annak kivitelezése helyes legyen! Vannak olyan tevékenységek, amelyek két személy szükséges, s a hozzátartozó erre nem számíthat előre. Ilyen helyzetekre is fel kell készítenünk.

Nagy szerepe van az eredmények elérésében a beteg, illetve a hozzátartozó együttműködő képességének. Tisztában kell azonban lennünk azzal a ténnyel, hogy a korosodás előrehaladtával illetve bizonyos betegségek esetén kortól függetlenül a figyelem koncentrációja csökken. A mozgás nem csak a mozgató szervrendszer működése. A mozgás neuromuscularis és pszichomotoros folyamat egy bizonyos cselekvés végrehajtása érdekében. A mozgás a mozgás elképzelésével kezdődik, melynek hatására mikrokontrakciók jelennek meg a mozgást végrehajtó izmokban. Ezután ez a kontrakció növekszik, majd amikor olyan fokot ér el, hogy a végtag vagy a test súlyát le tudja győzni, akkor elmozdul a test vagy a végtag az elképzelt mozgásnak megfelelően. Ép viszonyok között így jön létre a mozgás. De ha valamilyen szinten zavar keletkezik, akkor a mozgás kivitelezése megváltozott vagy akadályozott

lesz. Problémát jelenthet az, hogy nem hallja rendesen azt, amit mondunk, vagy az agyban lejátszódó kóros folyamatok miatt nem érti azt, hogy milyen mozdulatot kérünk tőle. Ennek ellenére mindig minden mozdulatot mondanunk kell, kezünkkel, érintésünkkel segíteni a mozdulatot, hogy minél inkább serkentsük az aktivitást. Soha ne nehezteljünk egy időseire azért, mert valamit nem úgy csinált, ahogy kértük. Így is sokan idős korban tehernek érzik az életet. Találunk ki olyan aktivitást, amit meg tud tenni, és a javulás irányába viszi. Örüljünk az apró sikereknek, tegyük szebbé dicséretekkel az életüket!

Az egyes betegségek fizioterápiás kezelésénél azokat a kezelési elveket kell követni, amelyeket egyébként is figyelembe kell venni. Különbőség csak az, hogy az időseknél több betegség lehet jelen egyszerre, ezért azt a módszert és olyan terhelési szintet kell választanunk, amely egyik betegség szempontjából sem kontraindikált.

Az egészségnevelés, betegoktatás igen fontos része a prevenciónak, a gyógyításnak és a rehabilitációnak is. Minél fiatalabb korban kellene megtanulnunk, amikor még be tudjuk fogadni és meg tudjuk szokni, hogy hogyan kell majd élnünk, viselkednünk idős korunkban.

Az idősek körében végzett, egészségneveléssel összekapcsolt gyógytorna foglalkozások – mint az egészségmegőrzés része – tematikájának összeállításánál és a kivitelezésénél is figyelembe kell vennünk a gerontológia-geriátria, a reumatológia és más klinikai területek, a fizioterápia-mozgásterápia, a rehabilitáció szempontrendszerét, didaktikailag pedig ajánlatos alkalmazkodnunk az idősödő korosztály pszichológiai jellemzőihez.

Az ún. normál öregedés tényei: 30-tól 90 éves korig az izmok súlya és ereje 30%-kal csökken, az agy súlya az átlagos 1375 gr-ról 1060 gr-ra csökken, a vesenephronok száma felére csökken, a fiatalkori papillánkénti ízelőbimbó-szám 245-ről 88-ra fogyatkozik, a tüdő levegőkapacitása 75 éves korra felénél kevesebb lesz, a teljes testen átáramló vér mennyisége a felére csökken, az idegrostok vezetési ideje 15–20%-kal lassul, az idegrostok száma az idegtörzsben 1-ével megfogyatkozik, és csaknem általánossá válik a hallás és látás meggyengülése.¹¹

Irányítsuk rá az idősök figyelmét a testmozgás jelentőségére a testi-ellendi egészség megőrzésében. Ismer-tessük meg velük mindazokat a vál-tozásokat, melyek a szervezetünk-ben az a kor előrehaladtával, vagy egy betegség kapcsán létrejönnek. A változások ismeretében könnyebben fog-nak tudni azokhoz alkalmazkodni. Könnyebb lesz így elfogadni, hogy a fiatal korban megszokott tor-namozdulatot miért ajánlatos mó-dosítva, lassabban, esetleg más test-helyzetben végezni pl. 70 éves kor-ban, vagy miért kell életmódján vál-toztatni egy-egy betegség esetén.

A fizikai teherbírási és teljesítőké-pesség rendszerint csökken az élet-kor előrehaladtával. Az erő elvesz-tése szoros összefüggést mutat az-zal, hogy az öregedő emberekben az izomtömeg is tényleges csökkenést mutat. Az izomszövet egy része noncontractilis szövevény alakul át. Ennek ellenére a megmaradt izom-tömeg fejleszthető gyakorlás révén. A vitálkapacitás általában csökken az életkorral. Fizikailag aktív öreg embereknek azonban jóval nagyobb a vitálkapacitásuk, mint a hasonló korú vagy akár fiatalabb, de ülő életmódot folytató embereknek, to-vábbá reakcióidejük és mozgásse-bességük is kedvezőbb. Ilyen tekin-tetben a fizikailag aktív öreg embe-rek az aktív középkorúakéhoz ha-sonló fizikai terhelhetőséget mutat-nak. Ez azt jelenti, hogy az életkor-al hanyatló egyes élettani folyama-tok edzéssel és jó fizikai állapot fenntartásával módosíthatók: javít-ható a szívteljesítmény, a tüdő mű-ködése és a csont kalciumszintje.¹²

A fizikai teljesítőképesség szintje attól függ, hogy a mozgató szerv-rendszer (izmok, inak, ízületek csontrendszer) állapota milyen, hogy hogyan működik az irányító idegrendszer, hogy milyen az izom-rendszer energia- és oxigénellátása. Az oxigénellátás függ a légzőrend-szer és a keringési rendszer funkció-jától. Fontos, hogy minden életkor-ban megfelelő mozgással bizonyos terhelésnek ki legyen téve szerveze-tünk.

Minden életkorra más és más bi-ológiai és orvosi probléma a jellem-ző, ennek megfelelően a gerontoló-gia ismereteire ajánlatos támaszkod-nunk a testedzés vonatkozásában is. Pl. a testedzés és az osteoporosis kö-zötti kapcsolatáról Thompson újabb kutatások alapján a következőt

mondja: „Bár meggyőző bizonyíté-kokkal rendelkezünk a csontden-zitás, valamint a jó fizikai állapot és izomerő, továbbá az immobilizáció és az osteoporosis közötti kapcsolat-ról, nincs abban egyetértés, hogy milyen életkorban milyen típusú te-vékenységet javasoljunk. Ésszerű-nek tűnik fiatal és középkorú felnőt-teknek általános, magas aktivitású testmozgást – mint az ugrálás vagy kocogás – ajánlani. Nagyon idős és mozgásszegény életmódot folytató egyének esetében ez veszélyes lehet, náluk esetleg fontosabb az immobi-lizáció megelőzése, mint a testedzés erőltetése.”¹³

Aniansson és mtsai szerint a het-venes évektől kezdve a II. típusú (fehér) izomrostok aktivitása gyor-sabban csökken, mint az I. típusú (vörös) izomrostoké. Ez részben bi-ológiai okokra vezethető vissza, rész-ben a korrall járó megváltozott akti-vitásra. A II. típusú rostok hajlamo-sak gyengülésre és a megnyúlásra, az I. típusúak a megrövidülésre. En-nek eredménye az izomegyensúly megbomlása és a helytelen tartás ki-alakulása. A koordinációs képesség is csökken az életkorral, kissé na-gyobb mértékben, mint az izomerő. A kiváltó ok lehet az propriocepció, az izomfunkció és az ízületi mozgá-sok csökkenő kontrolja. Pontos okát azonban nehéz definiálni, mert az idősök koordinációs képességét be-folyásolhatják még neurológiai té-nyezők, látási problémák, stb. Nyolcvan év körüli idősöket vizsgál-va kimutatták, hogy gyenge izomerő a térdextenzorokban és a plantár/-dorsalflexorokban csökkent egyen-súlyozó képességgel járt együtt, amely fokozott esési veszélyeztetett-séget jelent.

Idős korban a járás is megválto-zik: széles alapú és sok esetben cso-szogó lesz. Aki viszont fél az elesés-től, az a lába elé néz. Lehajtott fejjel jár, s ez a testtartását is rontja.

Az idősök egyensúlyozó képessé-ge és az elesések közötti kapcsolat-tal, illetve az elesések megelőzési le-hetőségeinek keresésével a szakiro-dalomban is találkozhatunk. (Gun Britt Jarnlo 19 6, Marion E.T. Mc Murdo és mtsai 1997 (BMJ 1997/4) Penelope Byrne 2002) Prof Mc Murdo és mtsai a rendszeres testmozgás ha-tását vizsgálták a 60 év feletti nők csontdenzitására és az elesések szá-mára. Megfigyeléseik szerint a kalci-um + torna csoportban kevesebb el-

esés fordult elő, mint a csak kalci-umot szedőknél. Ez a megfigyelés alá-támasztja, hogy az egyensúlyérzék, erőnlét és rugalmasság tornával elér-hető javulása az elesés valószínű-ségét csökkenti. Mc Murdo szerint vizsgálatuk arra hívja fel a figye-lmet, hogy a törések számának csök-kentésében a csontdenzitás javítása csupán az egyik oldal; az esések szá-mának csökkentése szintén jelentős tényező. Nagy jelentőségűnek tartja megfigyelésüket, hogy a rendszeres testmozgás mellett kevésbé valószí-nű az elesés és a téma további kuta-tását javasolja.

Ismert tény, hogy szoros összefüggés van a súlytalanság, valamint az ágyhoz kötöttség és a csont atró-fiája, az osteoporosis között. A csontszövet minőségének alakulását lokális, mechanikus és hormonális tényezők befolyásolják. A lokális faktor a gravitáció és az izmok kont-trakciója. Az álló testhelyzet (gravi-tációs hatás) eredményesebb ingere a csontépítésnek, mint a fekvő test-helyzetben, vagy vízben kifejtett akti-vitás, és ebből a szempontból a gyaloglás jobb, mint az úszás.¹⁴

Svédországi szerzők az úgy ne-vezett „IVEG study”-ról (Interven-tion of Elderly in Göteborg) számol-nak be. Összehasonlították az akti-vitásul közös gyaloglást választók és a nem aktív idősök erőnléti ké-pességeit. A gyalogló csoport tagjai fizikailag aktívabbak lettek, a női résztvevőknél nagyobb lett a térd extenzorok ereje, nagyobb a gyalog-lás sebessége szemben a nem gya-logló kontrolcsoport tagjaival. A résztvevők 81–82%-a a gyaloglást az együttlét miatt választotta. Ez a részvétel szociális szerepére is utal.

A gyaloglás előnyeit az osteo-porosis megelőzése és kezelése szempontjából magyar szerzők is hangsúlyozzák.¹⁵

Az idősök mozgásszegény élet-módja a funkció beszűküléséhez és ebből következő organikus elválto-zásokhoz vezethet. Ezeknek tünetei és a panaszok a helyes életmód megtanításával, egészségneveléssel csökkenthetők. 1996 február 1-jétől 1997. május 15-ig 450 beteg vett részt egészségnevelési és gyógytor-na programban a SOTE Gerontoló-giai Központban (Igazgató: Prof. Dr. Iván László). 97 beteget tanulmányoztak a 450-ból. A test bizonyos pontjai közötti távolságot, annak változását mérték a 10 napos tré-

ning folyamán. Következtetésük: a testgyakorlatokkal idősebb korban is javítható a testtartás.¹⁶

Az idősök tartásjavító gyakorlatainak összeállításánál feltétlenül figyelembe kell venni, hogy melyik izomcsoport főként milyen rosttípust tartalmaz – inaktivitásra, megnyúlásra vagy megrövidülésre hajlamos. Ha a gyakorlatok nehézségi foka nem is haladja meg a hétköznapi terhelés szintjét, és az egyén légzésfunkciójával összhangban van (beszédteszt), akkor is elérhető javulás, mert a speciálisan meghatározott testhelyzetben tudatosan aktivizált gyengülésre hajlamos izmok erősödnek.

Irodalomjegyzék:

1. „Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programja” (vitaanyag) Budapest, 2002.
2. Iván, L.: *Ne féljünk az öregedéstől*. SubRosa Kiadó, Budapest, 1997.

3. Székely Lajos: *A balesetmegelőzés pedagógiája* In.: Székely Lajos: *Egészségnevelés múltból előreté-
kintve* Kiadó:Pápai Páriz Egészségnevelési Or-
szágos Egyesület, Bp. 1995
4. Síró B., Bódor Cs.: *A családorvos szerepe az otthoni rehabilitációban*. In: *A rehabilitáció gyakorlata*. Szerk.: Huszár Ilona, Kullmann Lajos, Tringer László. Medicina Könyvkiadó Rt, Budapest, 2000
5. Gerencsér Zs., Balogh I., Tringer K.: *A gyógy-
tornász-fizioterapeuta feladatai a rehabilitációban*. In: *A rehabilitáció gyakorlata*. Szerk.: Huszár Ilona-Kullmann Lajos-Tringer László. Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest, 2000.
6. World Confederation for Physical Therapy: *A fizioterápia (gyógytorna) leírása*. Mozgásterápia, 2001/4, X, 38-40.MSD Geriátriai Kézikönyv. Első magyar kiadás. Melánia Kiadói Kft. 1997 Buda-
pest
7. Dénes, Zoltán: *Az immobilizáció hatásai és elhárí-
tásuk*. PRAXIS, 1996. 5. évf. 7. szám, 33-37.
8. Vallbona, Carlos, *Immobilization Syndrome*, In: *Medical Rehabilitation*, Edited by L.S. Halstead et al. Raven Press, New York, 1985.

10. Strax, T.E. and Ledebur, J.: *Geriatric Rehabilitation* . In: *Medical Rehabilitation*, Edited by L.S. Halstead et al. Raven Press, New York, 1985.)
11. Iván, László: *A Geriátria helyzete Magyarországon*. Mozgásterápia, 2001/4, X, 6-11.
12. Hayflick, L. *Az öregedés titkai*, Magyar Könyv-
klub, 1995.
13. Thompson, P.W. Poole Hospital NHS Trust, Dorset, UK. London Hospital Medical College: *Testedzés és az osteoporosis* London, UK In: *Current Medical Literature* Reumatológia 1. Évf. 1. Szám, 1998 február.) Literatura Medica Kiadó, Budapest.
14. Astrand, Per-Olof: *Fysisk tränig*. In: *Höök, Olle (red) Rehabiliterinsmedicin* Almqist&Wiksell Medicin. Liber Utbildning, Stockhom, 1995.
15. Bors K., Bálint G., Szekeres L. és a MOOT vezetősége: *Ajánlás az osteoporosis prevenciójára, az osteoporosisos beteg rehabilitációjára*. A kalcium- és csontanyagcsere patofiziológiája és betegségei. 5. évf. 2002. 3. szám
16. Mészáros Lászlóné: *Van-e hatása a tartásjavító tornának és egészségnevelésnek idősebb korban?* Mozgásterápia, 2001/4. X. 12-15.

Újdonságok a Magyar Pszichiátriai Társaság kongresszusán

A Magyar Pszichiátriai Társaság XI. Vándorgyűlésén egy, a pszichiátriai betegségek kezelésével kapcsolatos újdonság került bemutatásra: a szkizofrénia akut agitációs tüneteit hatékonyan és biztonságosan kezelő Olanzapine hatóanyag injekciós formátuma.

A szkizofrénia kezelésében Magyarországon is egyre nagyobb szerepet játszanak az ún. második generációs, atípusos antipszichotikumok. A korábban használt hagyományos (típusos) antipszichotikumok rendkívül súlyos mellékhatásai miatt gyakran szükséges a mellékhatások egyidejű kezelése, vagy a dózis csökkentése. Mellékhatások jelentkezésekor továbbá fokozott a veszélye annak is, hogy a belátással nem rendelkező betegek idő előtt abbahagyják a gyógyszerek szedését, és visszaesnek.

Az intramuszkuláris Olanzapine biztosítja a páciens állapotának stabilizálását és hatékony a tünetek gyors csillapításában, ami létfontosságú a szakszerű ellátás érdekében. Ilyen esetben a terápiával szembeni igény a gyors hatáskezdet, a pozitív tünetek, az agitáció hatékony csökkentése, valamint a jól tolerálhatóság, amely elvárásoknak az új injekciós forma tökéletesen megfelel.

Természetesen csak akkor kell és szabad injekciós készítményt alkalmazni, ha a szakorvos számos körülményt mérlegelve ezt valóban szükségesnek látja. A terápia alkalmazásának feltétele a pszichotikus magatartás, agresszív, támadó viselkedés, együttműködési hajlandóság hiánya, melyek mind lehetetlenné teszik a páciens orális kezelését.

Mit mutattak ki a vizsgálatok?

Természetesen az új injekciós terápia hatékonysága vizsgálattal is igazolt, amiben az intramuszkuláris Olanzapine-t és az intramuszkuláris haloperidolt kettős-

vak, placebo-kontrollált módszerrel hasonlították össze a szkizofrén betegek akut agitációjának kezelésében.

A vizsgálati eredmények szerint az agitáció csökkentése az Olanzapine nem volt kevésbé hatékony a haloperidolnál az intramuszkuláris injekciót követően 2 órával, emellett az Olanzapine-t szignifikánsan gyorsabb hatáskezdet jellemezte. Akut disztónia nem jelentkezett az IM Olanzapine-nal kezelt betegekben, és a QTc idő eltéréseiben sem volt szignifikáns különbség az aktív kezelésben illetve a placeboval kezelték között. *(A QTc meghosszabbodás következtében kialakuló szívritmuszavarok a hirtelen szívhálál okai lehetnek!)*

Összességében elmondható, hogy azon pácienseknél, akiknél az agitáció gyors csökkentésére van szükség, vagy akik elutasítják az orális terápiát, az intramuszkuláris Olanzapine hatékony lehet, emellett mind az akut disztónia, mind a QTc megnyúlás rizikója igen alacsony.

SOHO – a világ eddigi legnagyobb, több éven át tartó szkizofrénia tanulmánya

Jelenleg a 12. hónapban járó, „Szkizofrénia Járóbeteg Egészségvizsgálat” (Schizophrenia Outpatient Health Outcomes – SOHO) a világon valaha elvégzett legnagyobb szkizofrénia tanulmány, amely szerint azok a betegek, akik atípusos (második generációs) antipszichotikumot kaptak, jobban reagáltak a kezelésre, mint a régi típusú készítményekkel kezelték. A vizsgálati adatok azt is kimutatták, hogy az Olanzapine-nal kezelt betegek – a hagyományos készítményeket kapó betegekkel összehasonlítva – a kedvező hatások egész sorát tapasztalták. A világ 37 országában, több mint 17.750 betegen végzett felmérésbe 10 nyugat-európai, valamint 27 ázsiai, közép- és kelet-európai, latin-amerikai illetve közel-keleti országot vontak be.

-Kodák-