



ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΩΝ

25^ο

ΕΤΗΣΙΟ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

22-24 Ιανουαρίου 2016



Κλινική Συλλογιστική
και Λήψη Απόφασης

Πολεμικό Μουσείο, Αθήνα

Πανελλήνιος Σύλλογος Φυσικοθεραπευτών, Λεωφ. Αθεξάνδρας 34, Αθήνα, 114 73
τηλ.: 210 8213905, 210 8213334, fax: 210 8213760
www.psf.org.gr e-mail: ppta@otenet.gr



ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΩΝ ΟΜΙΛΙΩΝ 25^{ου} ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ
ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΑΘΗΝΑ ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ 2016

Μυοσκελετική Φυσικοθεραπεία

1. Σύμπλεγμα ώμου και κλινικός συλλογισμός

Πέτρος Τάτσιος, MSc

Το Clinical Reasoning δεν είναι μία αυθαίρετη έννοια ούτε φιλοσοφία. Βασίζεται στην συνεκτίμηση:

- Του Ιστορικού
- Της Ιατρικής Διάγνωσης
- Των απεικονιστικών μέσων (εφ' όσον είναι απαραίτητο)
- Της διαφοροδιάγνωσης και
- Της σωματικής εξέτασης του ασθενούς

Το πρώτο ερώτημα στον κλινικό μας συλλογισμό θα πρέπει να είναι: Ενδείκνυται το manualtherapy ή αντενδείκνυται? Και εάν ενδείκνυται θα πρέπει να κάνουμε διαχείριση ή θεραπεία?

Πολλές φορές αντιμετωπίζουμε πρόβλημα με την διαφοροδιάγνωση και δυσκολευόμαστε να καταλάβουμε εάν το πρόβλημα είναι στον αυχένα, στον ώμο, στον αγκώνα ή κάπου αλλού. Ακόμη και όταν είμαστε σίγουροι ότι φταίει ο ώμος δεν είμαστε σίγουροι για το ποιά άρθρωση ευθύνεται. Γιαυτό θα πρέπει να θυμόμαστε πολύ καλά τις 4 αρθρώσεις που περιλαμβάνει το σύμπλεγμα του ώμου, τις κινήσεις που πραγματοποιούνται, το πως και πόσο επηρεάζεται η μία άρθρωση από την κίνηση της άλλης καθώς και τους μύες της περιοχής και την λειτουργία τους. Ο κλινικός συλλογισμός του φυσικοθεραπευτή είναι η δυνατή έκφραση της σκέψης του. Η φυσικοθεραπεία του μπουφέ (θα πάρω λίγο από αυτό και λίγο από αυτό....κλπ) θα πρέπει να σταματήσει.

Επομένως θα πρέπει να ακούσουμε τον ασθενή μας (ιστορικό), να τον κοιτάξουμε (παρατήρηση), να τον εξετάσουμε (σωματική εξέταση), να τον αισθανθούμε (ψηλάφηση), να καταγράψουμε τα δεδομένα και να τον αξιολογήσουμε (κλινικός συλλογισμός).

Οι Coolsetal 2015 σε μελέτη τουςδημιούργησαν έναν αλγόριθμο για την αποκατάσταση της δυσκίνητης ωμοπλάτης η οποία είναι αποτέλεσμα ποικίλων προβλημάτων του

συμπλέγματος του ώμου. Σύμφωνα λοιπόν με τους Coolsetal, το πρόβλημα μπορεί να εντοπίζεται στην έλλειψη ελαστικότητας των μαλακών μορίων (1^η κατηγορία) ή στην έλλειψη ικανότητας καλής απόδοσης των μυών της περιοχής (2^η κατηγορία).

Στην 1^η κατηγορία, αιτία μπορεί να είναι οι ωμοπλατιαίοι μύες (ελάσσων θωρακικός, ανελκτήρας της ωμοπλάτης και ρομβοειδείς) ή οι γληνοβραχιόνιοι μύες σε συνδυασμό με τον αρθρικό θύλακα (οπίσθιος θύλακας, υπακάνθιος, πλατύς ραχιαίος). Η θεραπεία έγγυται στην κινητοποίηση των αρθρώσεων και στην εφαρμογή διατάσεων στους αντίστοιχους μύες. Τα παραπάνω μπορούν να επιτευχθούν μέσω δια χειρός διατάσεων, με διατάσεις στο σπίτι, με τεχνικές μαλακών μορίων, με εφαρμογή τεχνικών κινητοποίησης επικουρικών κινήσεων και με κινητοποίηση των αρθρώσεων μέσω κίνησης.

Στην 2^η κατηγορία, αιτία μπορεί να είναι ο κακός μυϊκός έλεγχος (κακή συνύσπαση και συνεργασία των μυών) ή η έλλειψη ικανοποιητικής μυϊκής δύναμης (συνήθως μέσος, κάτω τραπεζοειδής και πρόσθιος οδοντωτός). Η θεραπεία για τον κακό μυϊκό έλεγχο θα πρέπει να συμπεριλαμβάνει ασκήσεις νευρομυϊκής συναρμογής, εν συνεχεία προχωρημένες ασκήσεις ελέγχου κατά τη διάρκεια απλών δραστηριοτήτων και τέλος ασκήσεις προχωρημένου ελέγχου κατά την διάρκεια αθλητικών δραστηριοτήτων. Όσον αφορά τη δύναμη των μυών η αποκατάσταση θα πρέπει να συμπεριλαμβάνει ασκήσεις ενδυνάμωσης των απαραίτητων μυών, επικεντρωμένες ασκήσεις μυϊκού ελέγχου, ασκήσεις ισορροπίας και αύξησης της δύναμης κατά τη διάρκεια αθλητικών δραστηριοτήτων.

Τέλος οι J.W. Brantingham 2011 στο literature review το 2011 υποστηρίζουν πως για την αποκατάσταση κινητικών δυσλειτουργιών του συμπλέγματος του ώμου υπάρχουν καλά αποδεικτικά στοιχεία Βαθμού Β όσον αφορά τις τεχνικές κινητοποίησης, τους χειρισμούς, καθώς και για τις ασκήσεις όλης της κινητικής αλυσίδας του συμπλέγματος σε συνδυασμό ή χωρίς άλλων μέσων. Αυτό μας αποδεικνύει την χρησιμότητα του manual therapy στην αποκατάσταση του συμπλέγματος του ώμου.

2. 'Όσφυϊκή μοίρα και διαφοροδιάγνωση'

Ιωάννης Γρηγοριάδης, Φυσικοθεραπευτής, MSc, MMAPCP, MCSP

Η διάγνωση του φυσιοθεραπευτή περιγράφει τα πρωταρχικά κινητικά ελλείμματα και μυϊκές δυσλειτουργίες του ασθενή και προσδιορίζει τον αντίκτυπο που έχουν στην ψυχική υγεία του ασθενή και τις επιπτώσεις στην καθημερινότητα του (yellow flags). Η φυσικοθεραπευτική διάγνωση είναι τόσο η διαδικασία όσο και το τελικό αποτέλεσμα της αξιολόγησης των ευρημάτων της αντικειμενικής και υποκειμενικής εξέτασης, τα οποία τα κατατάσσει ο φυσικοθεραπευτής σε καθορισμένες διαταραχές, σύνδρομα, ή κατηγορίες

για να βοηθήσει να προσδιορίσει την πρόγνωση και να επιλέξει τις κατάλληλες στρατηγικές παρέμβασης . Οι πληροφορίες που αντλούνται από την υποκειμενική εξέταση θα βοηθήσουν στην εύρεση του είδους της διαταραχής και θα αναπτύξουν υποθέσεις σχετικά με την αιτία της διαταραχής. Η φυσική εξέταση επιβεβαιώνει ή απορρίπτει τις αρχικές υποθέσεις του φυσικοθεραπευτή .

Η διαφορική διάγνωση από τον φυσιοθεραπευτή είναι η σύγκριση νευρομυοσκελετικών συμπτωμάτων και η επιλογή των κατάλληλων μυοσκελετικών δοκιμασιών για να οδηγηθεί στην ακριβή αναγνώριση της αιτίας της κινητικής δυσλειτουργίας και έμμεσα στην πιο αποτελεσματική θεραπεία. Στο πλαίσιο της διαδικασίας της εξέτασης, ο θεραπευτής πρέπει να προβεί σε εξέταση ελέγχου (screening) για παρουσία παραγόντων κινδύνου , yellow flags και red flags. Μπορεί η αιτία της κινητικής δυσλειτουργίας να μην είναι νευρομυοσκελετικής φύσεως. Πρέπει ο φυσικοθεραπευτής να διερευνήσει μέσω του ιστορικού εάν ο ασθενής είναι κατάλληλος για φυσικοθεραπεία ή να παραπεμφθεί σε ιατρό για περαιτέρω έλεγχο .

Όλα τα παραπάνω τα εφαρμόζει ο manual therapist σε οποιαδήποτε νευρομυοσκελετική διαταραχή . Οι διαταραχές που αφορούν την οσφυϊκή μοίρα αποτελούν μια διαγνωστική και θεραπευτική πρόκληση . Η οσφυαλγία αποτελεί συχνό πρόβλημα υγείας στο γενικό πληθυσμό και πολύ συχνά καλείται ο φυσικοθεραπευτής να προσφέρει τις υπηρεσίες του για την ανακούφιση των ασθενών. Με βάση την παθοφυσιολογία, τα αίτια του πόνου στην οσφυϊκή μοίρα μπορούν να καταταγούν σε μηχανικά (κήλη μεσοσπονδύλιου δίσκου, στένωση σπονδυλικού σωλήνα ,σπονδυλολίσθηση, σπονδύλωση και μυοσυνδεσμική βλάβη).Ανάλογα με την αιτιολογία των συμπτωμάτων η οσφυαλγία μπορεί να ταξινομηθεί σε μη ειδική, ριζιτικό πόνο και σε σχετική με σοβαρή παθολογία της σπονδυλική στήλης. Η επιλογή της θεραπείας εξαρτάται από την κλινική εικόνα του ασθενή, τα ευρήματα της φυσικής εξέτασης, την κρίση του θεραπευτή

και τις προσωπικές ανάγκες του ασθενή. Οι φυσικοθεραπευτές θα πρέπει να χρησιμοποιούν αξιόπιστα και έγκυρα εργαλεία μέτρησης, ώστε να ελέγχουν την αποτελεσματικότητα των θεραπειών τους και την βελτίωση της υγείας των ασθενών τους. Δεν υπάρχουν ισχυρές αποδείξεις να υποστηρίζουν τις γενικές ασκήσεις έναντι των ειδικών, των ατομικών έναντι των ομαδικών προγραμμάτων άσκησης, ή των ασκήσεων υπό εποπτεία έναντι των ασκήσεων στο σπίτι. Οι ασκήσεις νευρομυϊκού έλεγχου είναι εξίσου αποτελεσματικές με το manual therapy για μη ειδική οσφυαλγία.

**1.Λειτουργική Αξιολόγηση Κάτω Άκρου - Κριτήρια Επιστροφής
στον Αγωνιστικό Χώρο**

Άγγελος Δελαβίνιας - Φυσικοθεραπευτής MSc - Εθνική Ομάδα Νέων Ποδοσφαίρου

Το χρονοδιάγραμμα αντιμετώπισης μιας αθλητικής κάκωσης περιλαμβάνει ξεχωριστές φάσεις με διαφορετικούς στόχους, όπου ο τραυματίας αθλητής μεταβαίνει στην επόμενη όχι βάσει κάποιας χρονικής οριοθέτησης αλλά εκπληρώνοντας τα κριτήρια που η πολυπαραγοντική ομάδα αποκατάστασης έχει θέσει σε κάθε φάση. Στο τελευταίο στάδιο, περιλαμβάνεται η διερεύνηση της ετοιμότητας του αθλητή να επιστρέψει στους αγωνιστικούς χώρους με ασφάλεια και όσο το δυνατόν με μικρότερο ρίσκο επανατραυματισμού (Bizzini et al., 2012).

Βασικό κομμάτι αυτής της φάσης αποτελεί η λειτουργική αξιολόγηση, δηλαδή η εξέταση της ικανότητας του αθλητή να εκτελέσει εξειδικευμένες κινήσεις που ανταποκρίνονται στις ανάγκες του αθλήματός του και η επιβεβαίωση της επιστροφής του στην προ του τραυματισμού του κατάσταση (Manske & Reiman, 2013). Στην παρούσα ομιλία, γίνεται εστίαση στους επιδημιολογικά πιο συχνά εμφανιζόμενους τραυματισμούς: την ρήξη του πρόσθιου χιαστού συνδέσμου (ΠΧΣ), το διάστρεμμα της ποδοκνημικής και τη μυϊκή θλάση. Οι πιο αξιόπιστες, εύχρηστες και χωρίς ιδιαίτερο κόστος εφαρμογής δοκιμασίες, αφορούν στις αναπηδήσεις (hop tests), στα άλματα (jump tests), στην ευκινησία (agility tests) και στην ελαστικότητα (flexibility tests). Παρόλη την όποια αξιοπιστία της κάθε δοκιμασίας, φαίνεται πως η μεμονωμένη χρήση τους δεν είναι αρκετή για να καλύψει το πόρισμα της λειτουργικής αξιολόγησης. Σχετικά πρόσφατα, έχουν γίνει προσπάθειες να δημιουργηθούν εργαλεία πολύ-δοκιμασιών τα οποία θα περιλαμβάνουν την εξέταση μεγαλύτερου εύρους παραγόντων (Myer et al., 2011; Hildebrandt et al., 2015). Ξεχωριστή ίσως περίπτωση αποτελεί το σύστημα αξιολόγησης της λειτουργικής κίνησης (Functional Movement System-FMS) (Cook et al., 2006).

Η λειτουργική αξιολόγηση αποτελεί τμήμα μιας διευρυμένης διαδικασίας που αφορά στη λήψη της τελικής απόφασης για την επιστροφή του πάσχοντα στο άθλημα του. Η απόφαση πρέπει να ληφθεί μέσω της εκπλήρωσης κάποιων θεσπισμένων κριτηρίων τα οποία πρέπει να είναι εξατομικευμένα και ολιστικά (Ardern et al., 2011). Τα ερευνητικά δεδομένα δεν είναι πολλά. Συστηματικές ανασκοπήσεις που να παρουσιάζουν προτάσεις για το ποιες δοκιμασίες και συνάμα ποια κριτήρια φαίνονται να είναι πιο χρήσιμα και αξιόπιστα, αφορούν μόνο στην περίπτωση του ΠΧΣ. Στις περιπτώσεις των μυϊκών θλάσεων και των διαστρεμμάτων υπάρχουν μόνο απλές ανασκοπήσεις και προτάσεις.

Τέλος, η απόφαση επιστροφής στο άθλημα επηρεάζεται από πολλούς ενδογενείς και εξωγενείς παράγοντες, που μετατρέπουν τη διαδικασία σε αρκετά σύνθετη. Λόγω αυτού, έχει αναπτυχθεί ένα μοντέλο λήψης τέτοιων αποφάσεων που τείνει να περικλείει όλους τους πιθανούς παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν μια τέτοια απόφαση (Creighton et al., 2010).

- Ardern C., Webster K., Taylor N., Feller J. (2011) Return to sport following anterior cruciate ligament reconstruction surgery: a systematic review and meta-analysis of the state of play. *Br J Sports Med.*; 45(7): 596-606.
- Bizzini M., Hancock D., Impellizzeri F. (2012) Suggestions from the field for return to sports participation following anterior cruciate ligament reconstruction: soccer. *J Orthop Sports Phys Ther.*; 42(4): 304-312.
- Cook G., Burton L., Hoogenboom B. (2006) Pre-participation screening: the use of fundamental movements as an assessment of function - part 1. *N Am J Sports Phys Ther.*; 1(2): 62-72.
- Creighton D., Shrier I., Shultz R., Meeuwisse W., Matheson G. (2010) Return-to-play in sport: a decision-based model. *Clin J Sport Med.*; 20(5): 379-385.
- Hildebrandt C., Müller L., Zisch B., Huber R., Fink C., Raschner C. (2015) Functional assessments for decision-making regarding return to sports following ACL reconstruction. Part I: development of a new test battery. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc.*; 23(5): 1273-1281.
- Manske R., Reiman M. (2013) Functional performance testing for power and return to sports. *Sports Health*; 5(3): 244-250.
- Myer G., Schmitt L., Brent J., Ford K., Barber Foss K., Scherer B., Heidt R Jr, Divine J., Hewett T. (2011) Utilization of modified NFL combine testing to identify functional deficits in athletes following ACL reconstruction. *J Orthop Sports Phys Ther.*; 41(6): 377-387.

2. Λειτουργική Αξιολόγηση Άνω Άκρου- Κριτήρια Επιστροφής στον αγωνιστικό χώρο

Αντώνης Ζαχαρόπουλος MSc., MCSP

Private Orthopaedic & Sports Physiotherapy Practitioner

Special Teaching Scientist in Sports Physiotherapy, European University Cyprus

Σκοπός: Βιβλιογραφική Ανασκόπηση για δοκιμασίες Λειτουργικής Αξιολόγησης Άνω Άκρου και να εξετάσει την ποιότητα της βιβλιογραφίας καθώς και την ποιότητα της ικανότητας μέτρησης (Αξιοπιστία, Λάθος Μέτρησης, Εγκυρότητα, Ανταποκρισιμότητα). Ανασκόπηση για Κριτήρια Επιστροφής στον Αγωνιστικό χώρο κατόπιν κάκωσης Άνω Άκρου.

Μεθοδολογία: Αναζήτηση σε βάσεις δεδομένων – PubMed , CINAHL and SPORTDiscus- μέχρι 05 Ιανουαρίου 2016 για αναζήτηση βιβλιογραφίας σε σχέση με δοκιμασίες Λειτουργικής Αξιολόγησης στα Άνω Άκρα σε Αθλητές. Η Στρατηγική Αναζήτησης λέξεις κλειδιά σχετικά με Λειτουργική Αξιολόγηση και κακώσεις στα άνω άκρα Αθλητών. Γλώσσα Αγγλικά & Ελληνικά. Επίσης έγινε έρευνα με το χέρι μέσω του ‘ Clinical Queries ‘ PubMed. Επίσης, έγινε αναζήτηση μέσω της λίστα αναφοράς από άρθρα τα οποία εντοπίστηκαν και διαβάστηκαν πλήρως. Επιπλέον το Google Scholar χρησιμοποιήθηκε με τα ονόματα γνωστών δοκιμασιών.

Αποτελέσματα: Εντοπίστηκαν 5 Δοκιμασίες Λειτουργικής Αξιολόγησης οι οποίες παρουσίαζαν στοιχεία / πληροφορίες για ικανότητα μέτρησης(Αξιοπιστία, Λάθος Μέτρησης, Εγκυρότητα, Ανταποκρισιμότητα). Οι 5 δοκιμασίες είναι: Closed Kinetic Chain Upper Extremity Stability Test (CKCUEST), Seated Shot Put (2 hands), Unilateral Seated Shot Put, Medicine Ball Throw & 1-Arm Hop Test. Βρέθηκαν μελέτες με ικανοποιητική μεθοδολογική ποιότητα που δείχνουν θετική ποιότητα για το CKCUEST^{1,2} και το Unilateral Seated Shot Put³. Ενώ για τα Medicine Ball Throw⁴ & 1-Arm Hop Test ⁵ βρέθηκε μόνο μια μελέτη με ικανοποιητική μεθοδολογία. Σε ότι αφορά τα Κριτήρια Επιστροφής στον αγωνιστικό χώρο δεν βρέθηκαν μελέτες που να αναφέρουν Δοκιμασίες εξειδικευμένες. Μια μελέτη² με φτωχή ποιότητα λόγω μικρού δείγματος<30 έδωσε στοιχεία για ικανότητα πρόβλεψης τραυματισμού για τη δοκιμασία CKCUEST.

Συμπέρασμα: Υπάρχει ένας περιορισμένος αριθμός Λειτουργικών Δοκιμασιών για το Άνω Άκρο που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για (Προαγωνιστική) Μυοσκελετική αξιολόγηση αλλά και ως δείκτες έκβασης (Outcome measures) σε Αθλητικούς τραυματισμούς αλλά και ετοιμότητα για επάνοδο στην αγωνιστική δράση. Οι δοκιμασίες CKCUEST & Unilateral Seated Shot Put είναι πολύ υποσχόμενες λόγω της καλής ποιότητας μελέτες. Ωστόσο, η χρήση Λειτουργικών δοκιμασιών σε τραυματισμένους πληθυσμούς δεν είναι επαρκώς δικαιολογημένη και είναι περιοχή που απαιτείται περαιτέρω έρευνα⁶.

ΑΝΑΦΟΡΕΣ

1. JayeshPN, Muragod AR, MotimathB. Open Kinematic Chain exercises for SICK scapula in competitive asymptomatic overhead athletes for 3 weeks. Int J Physiother Res 2014;2:608
2. Pontillo M, Spinelli BA, Sennett BJ. Prediction of in-season shoulder injury from pre-season testing in division I collegiate football players. Sports Health 2014;6: 497-503
3. Chmielewski TL, Martin C, Lentz TA et al. Normalization considerations for using the Unilateral Seated Shot Put test in Rehabilitation. J Othop Sports Phys Ther 2014;44:518-24
4. Jones K, Hunter G, Fleisig G, et al. The effects of compensatory acceleration on upper body strength and power in collegiate football players. J Strength Cond Res 1999;13:99-105
5. Falsone SA, GrossMT, Guskiewicz KM et al. One-arm hop test: reliability and effects of hand dominance. J Othop Sports Phys Ther 2002; 32: 98-103
6. Tarara DT et al. Clinician-friendly physical performance tests in athletes part 3: a systematic review of measurement properties and correlations to injury for tests in the upper extremity. Br J Sports Med 2015;0:1-7

3. Λειτουργική αποκατάσταση του αθλητή: κλινικός συλλογισμός

Κων/νος Επαμεινωντίδης

Senior Physiotherapist, Aspetar Orthopaedic and Sports Medicine Hospital, Qatar

Οι αθλητές αποτελούν μια ιδιαίτερη ομάδα ασθενών, με αυξημένες απαιτήσεις για πλήρη αποκατάσταση του προβλήματός τους στο συντομότερο χρονικό διάστημα. Στο σχεδιασμό και την εκτέλεση ενός προγράμματος αποκατάστασης, ο φυσικοθεραπευτής έχει την υποχρέωση να λάβει υπόψιν του πολλούς διαφορετικούς παράγοντες, όπως τις ιδιαιτερότητες στην ανατομία και την εμβιομηχανική της τραυματισμένης περιοχής, στους πιθανούς μηχανισμούς κάκωσης και πως αυτοί επηρεάζουν την πιθανότητα υποτροπής. Επίσης, πρέπει να έχει βαθειά γνώση των σταδίων της επουλωτικής διαδικασίας για τους εμπλεκόμενους ιστούς και να γνωρίζει τα ιδιαίτερα φορτία που υπάρχουν στο άθλημα του ασθενή. Η εξειδικευμένη ανα άθλημα αποκατάσταση (sport-specific rehabilitation) έρχεται να ολοκληρώσει το πρόγραμμα αποκατάστασης του αθλητή και να τον βοηθήσει να επανέλθει στο άθλημά του με το λιγότερο δυνατό ρίσκο επανατραυματισμού και με σωστές βάσεις για να επανέλθει στα υψηλότερα στάνταρ απόδοσης. Η είσοδος στο στάδιο του sport-specific rehabilitation προϋποθέτει την επίτευξη συγκεκριμένων στόχων με αντικειμενικά κριτήρια σε προηγούμενα στάδια, όπως μυϊκή δύναμη και ισχύ, ικανοποιητικό νευρομυϊκό έλεγχο, εύκολη και ισορροπημένη εκτέλεση βασικών κινητικών προτύπων που αποτελούν τη βάση για πιο συγκεκριμένα ως προς το άθλημα κινητικά πρότυπα. Το sport-specific training εμπεριέχει πολλά στοιχεία προπόνησης φυσικής κατάστασης και προπόνησης δεξιοτήτων για κάθε σπορ, και γι αυτό το λόγο ο σχεδιασμός του παρουσιάζει σημαντικές διαφοροποιήσεις από άθλημα σε άθλημα (αθλήματα επαφής, ομαδικά/ατομικά αθλήματα, αθλήματα αντοχής/δύναμης) και πρέπει να προσαρμόζεται στην «κουλτούρα» του αθλήματος του ασθενή. Με την ολοκλήρωση του προγράμματος του sport-specific training, ο αθλητής πρέπει να έχει τη δυνατότητα να εκτελεί όλες τις ειδικές ως προς το άθλημα δεξιότητες χωρίς συμπτώματα και σημεία, και μάλιστα σε υψηλό επίπεδο έντασης που προσομοιώνει το περιβάλλον του αθλήματος.

4. Σύνδρομα υπέρχρησης στον αθλητή- κλινικός συλλογισμός.

Callaghan Michael PhD, M.Phil, MCSP, Research Fellow, University of Manchester, Clinical Specialist Physiotherapist, Manchester Royal Infirmary, Head of Physical Therapies, Manchester United FC

ABSTRACT

Overuse injuries

Musculoskeletal Injuries can be divided into two categories: Traumatic and Atraumatic. This presentation will focus on the atraumatic injury which is often called 'overuse injury'. These are often more difficult to manage successfully because as well as treating the injury pathology with rehabilitation and physiotherapy, the clinician also has to find out the cause of the problem.

This is difficult because the atraumatic aetiology means that the athlete often struggles to recall a specific injury or cause. If this specific cause is not found and corrected the athlete is likely to have another injury.

Overuse injuries in sport can be due to 3 things: using poor equipment, or abnormal biomechanics or technique, or repetitive overload which results in musculoskeletal stress. They can be combined. For example, some athletes have one obvious cause (e.g. poor biomechanics) and are able to do their sport with no injuries. However, if they increase their training or competition workload, this combination results in an atraumatic overuse injury.

It is very important that these 3 causes are identified as part of the physiotherapy assessment. Each of them can be corrected. This means that physiotherapy treatment has to include equipment checks (e.g. running shoes) and biomechanical assessment. Monitoring and managing the 'workload' must also be part of the treatment and rehabilitation. This third aspect can be more difficult, but elite sport now has electronic systems to monitor workload every day. Simpler systems can also be used for the non-elite sportsman/woman. (243 words)

**Φυσικοθεραπεία σε καρδιαγγειακούς, αναπνευστικούς και βαρέως πάσχοντες ασθενείς:
από την αξιολόγηση στην αποκατάσταση**

1. Αξιολόγηση πριν και μετά το πρόγραμμα Καρδιακής Αποκατάστασης.

Ανδριοπούλου Μ., Δημάκη Ν.

Φυσικοθεραπευτές, Τμήμα Καρδιαγγειακής Αποκατάστασης, Γ.Ν. Ασκληπιείο Βούλας

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα αποτελούν σοβαρό πρόβλημα δημόσιας υγείας με τεράστιο κόστος υγειονομικής περίθαλψης. Τα τελευταία χρόνια, ολοένα και περισσότερες έρευνες αναδεικνύουν τα θετικά οφέλη των προγραμμάτων καρδιαγγειακής αποκατάστασης ως συμπληρωματική θεραπευτική προσέγγιση συμβάλλοντας σημαντικά στη βελτίωση της ποιότητας της ζωής των ασθενών αλλά και στη μείωση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας της νόσου. Κύριο ρόλο στο πρόγραμμα καρδιαγγειακής αποκατάστασης κατέχει η άσκηση, η οποία επιδρώντας τόσο σε κεντρικούς όσο και σε περιφερικούς μηχανισμούς οδηγεί στην βελτίωση της απόδοσης του καρδιαγγειακού συστήματος και των συμπτωμάτων όπως η κόπωση και η δύσπνοια. Η αποκατάσταση των ασθενών αυτών διακρίνεται σε τρεις φάσεις: η Φάση I αφορά το διάστημα που ο ασθενής νοσηλεύεται μετά από ένα καρδιακό επεισόδιο ή επέμβαση και αποσκοπεί στην άμεση κινητοποίησή του. Η φάση II αφορά το διάστημα 2-16 εβδομάδες μετά το εξιτήριο και αποτελεί το στάδιο της προσαρμογής του καρδιαγγειακού συστήματος, ενώ η Φάση III αφορά το στάδιο της συντήρησης και της μακροπρόθεσμης διαχείρισης των ασθενών. Λεπτομερής αξιολόγηση γίνεται πριν και μετά το πρόγραμμα όπου λαμβάνεται πλήρες ιστορικό του ασθενή, εκτελείται λεπτομερής καρδιολογικός έλεγχος και αξιολογείται μέσω ερωτηματολογίων η ποιότητα της ζωής του και μέσω διαφόρων δοκιμασιών η ικανότητά του για άσκηση. Οι δοκιμασίες αυτές, είναι είτε έμμεσες όπως η 6λεπτη δοκιμασία βάρδισης ή άμεσα τεστ, όπως το τεστ κοπώσεως και η εργοσπιρομετρία. Επιπλέον, αξιολογείται η μυϊκή δύναμη περιφερικών μυϊκών ομάδων, των αναπνευστικών μυών αλλά και ο συντονισμός και η ισορροπία. Σκοπός της αρχικής και τελικής αξιολόγησης είναι ο καθορισμός του κατάλληλου είδους άσκησης και της έντασής της. Επιπρόσθετα, σε κάθε συνεδρία αξιολογούνται συνεχώς τα ζωτικά σημεία του ασθενή όπως η αρτηριακή πίεση, ο καρδιακός ρυθμός, ο κορεσμός του οξυγόνου αλλά και το σωματικό βάρος, η δύσπνοια και η κόπωση, ώστε να παρατηρηθεί έγκαιρα οποιαδήποτε θετική ή αρνητική αλλαγή της κατάστασης της υγείας του.

2. Καρδιακή Αποκατάσταση στην Ευρώπη. EuroCaRed Registry.

Δάβος Κώστας, PhD., MD., Καρδιολόγος Ερευνητής Γ.

Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών Ακαδημίας Αθηνών

Γραμματέας Τμήματος Καρδιακής Αποκατάστασης της Ευρωπαϊκής Ομάδας Καρδιοαγγειακής Πρόληψης και Αποκατάστασης της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρείας.

Η μελέτη EuroCaReD (European Cardiac Rehabilitation Database) σχεδιάστηκε με σκοπό να αποτελέσει μια μοναδική ευκαιρία ακριβούς εκτίμησης της καθημερινής κλινικής πρακτικής και των αποτελεσμάτων της καρδιακής αποκατάστασης σε διάφορες Ευρωπαϊκές χώρες με τη χρήση μιας κοινής ηλεκτρονικής βάσης καταγραφής δεδομένων.

Καταγράφηκαν 2.095 διαδοχικοί ασθενείς οι οποίοι συμμετείχαν σε προγράμματα καρδιακής αποκατάστασης σε 13 Ευρωπαϊκές χώρες μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα. Ο μέσος όρος ηλικίας των ασθενών ήταν 61 έτη ενώ οι άνδρες ασθενείς ήταν περισσότεροι (76%) από τις γυναίκες (24%). Η πιο συχνή αιτία συμμετοχής στην καρδιακή αποκατάσταση ήταν η επέμβαση επαναγγείωσης για σταθερή στηθάγχη ακολουθούμενη από το οξύ στεφανιαίο σύνδρομο. Οι ασθενείς με χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια που ελάμβαναν μέρος αποτελούσαν πολύ μικρό ποσοστό του συνόλου (6.5%). Η μέση διάρκεια όλων των προγραμμάτων αποκατάστασης ήταν 8 εβδομάδες με 56 συνεδρίες συνολικά κατά μέσο όρο. Το 85% των ασθενών ολοκλήρωνε το πρόγραμμα. Η πιο συχνή αιτία μη ολοκλήρωσης του προγράμματος ήταν η μη συμμόρφωση στο πρόγραμμα. Μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος οι ασθενείς εμφάνισαν μια σημαντικότερη βελτίωση της φυσικής τους κατάστασης χωρίς αυτή να συνοδεύεται από σημαντική μείωση των παραγόντων καρδιοαγγειακού κινδύνου εκτός από την ελάττωση του καπνίσματος. Αφού ολοκλήρωσαν την καρδιακή αποκατάσταση μόνο το 7% των ασθενών ακολούθησε ένα δομημένο πρόγραμμα παρακολούθησης, ενώ να ποσοστό 9% των ασθενών έπαψε να λαμβάνει σε τακτική βάση τη φαρμακευτική του αγωγή.

Η καταγραφή EuroCaReD είναι η πρώτη προοπτική μελέτη των προγραμμάτων καρδιακής αποκατάστασης και των αποτελεσμάτων τους στη Ευρώπη και δίνει μια πραγματική εικόνα της καθημερινής κλινικής πρακτικής σε 13 Ευρωπαϊκές χώρες. Τα αποτελέσματα σαφώς αναδεικνύουν την έλλειψη ομοιομορφίας σε Ευρωπαϊκό επίπεδο όσον αφορά στον τρόπο επιλογής των ασθενών, τη διάρκεια και το πρόγραμμα αποκατάστασης που θα επιλέγεται. Η ηλεκτρονική βάση δεδομένων είναι εύκολη στη χρήση αλλά χρειάζεται αρκετές βελτιώσεις ώστε να μπορέσει να χρησιμοποιηθεί ευρύτατα στο μέλλον.

3. Κλινική συλλογιστική και λήψη απόφασης για την πρώιμη κινητοποίηση βαρέως πάσχοντα ασθενή στη Μ.Ε.Θ.

Αναούνη Ειρήνη, Δημητρίου Αρετή, Χαραμίδης Νικόλαος
Φυσικοθεραπευτές Νοσοκομείο «Υγεία»

Τα τελευταία χρόνια η πρώιμη κινητοποίηση του βαρέως πάσχοντα ασθενή στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) αποτελεί αντικείμενο μελέτης πολλών κλινικών ερευνών. Νέες τεχνολογίες στην εντατική θεραπεία έχουν οδηγήσει σε αύξηση του χρόνου επιβίωσης του βαρέως πάσχοντα ασθενή. Η παρατεταμένη παραμονή σε μηχανικό αερισμό στη ΜΕΘ έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση της κινητικότητας και της λειτουργικής ικανότητας, και την αύξηση της θνητότητας, χρόνου και κόστους νοσηλείας του ασθενούς. Ως εκ τούτου, η πρώιμη κινητοποίηση του βαρέως πάσχοντα ασθενή καθίσταται απολύτως απαραίτητη εφόσον συνεκτιμηθούν τα κριτήρια, προκειμένου να ξεκινήσει το κατάλληλο πρόγραμμα αποκατάστασης στον κατάλληλο χρόνο. Οι προϋποθέσεις για τη λήψη της απόφασης της πρώιμης κινητοποίησης του βαρέως πάσχοντα ασθενή αφορούν τα μέτρα ασφαλείας και τις αλλαγές των συνθηκών, οι οποίες πρέπει να αξιολογούνται συνεχώς. Η αξιολόγηση των ασθενών που βρίσκονται σε μηχανικό αερισμό πραγματοποιείται λαμβάνοντας υπόψη τις ειδικές συνθήκες, στις οποίες βρίσκονται. Αν κατά τη διάρκεια του προγράμματος αποκατάστασης παρατηρηθεί κάποια μεταβολή των κριτηρίων που αξιολογήθηκαν και οδήγησαν στην πρώιμη κινητοποίηση, η διαδικασία διακόπτεται και γίνεται επαναξιολόγηση του ασθενή. Συμπερασματικά, σχεδιάζετε ένα πρόγραμμα αποκατάστασης σε βαρέως πάσχοντα ασθενή, αξιολογώντας τον ασθενή στη παρούσα φάση. Με την πρόοδο του προγράμματος επιτυγχάνεται οι τελικοί στόχοι. Το σημαντικότερο είναι η συνεχής και αδιάκοπη αξιολόγηση, προκειμένου να συνεχιστεί το πρόγραμμα έως την πλήρη αποκατάσταση του βαρέως πάσχοντα ασθενή στη ΜΕΘ.

4. Κριτήρια αποσωλήνωσης και αναπνευστική φυσικοθεραπεία αποσωληνωμένου ασθενούς με Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια

Αναστασία Ζαμπλάρα
Φυσικοθεραπεύτρια Μ.Sc. ΜΕΘ Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων

Τα κύρια χαρακτηριστικά της Χρόνιας Αποφρακτικής Πνευμονοπάθειας (ΧΑΠ) είναι η Χρόνια Βρογχίτιδα και το Πνευμονικό Εμφύσημα. Τα συμπτώματά της είναι η μείωση της ροής του αέρα στους πνεύμονες, η δύσπνοια, η αυξημένη παραγωγή πτυέλων και ο βήχας ενώ όσο εξελίσσεται η νόσος συνοδεύεται από διάφορες συν-νοσηρότητες όπως την δυσλειτουργία των αναπνευστικών και περιφερικών μυών (απόπτωση, οξειδωτικό στρες), την οστεοπενία, την καχεξία και την δυσθρεψία του ασθενή καθώς επίσης και διάφορες καρδιαγγειακές νόσους και κατάθλιψη. Ο ασθενής θεωρείται ότι βρίσκεται σε παρόξυνση ΧΑΠ όταν υπάρχει επιδείνωση και διαφοροποίηση των συνηθισμένων αναπνευστικών συμπτωμάτων.

Οι παροξύνσεις αναλόγως με την βαρύτητά τους μπορούν να οδηγήσουν τον ασθενή στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Ο ασθενής πρέπει να τεθεί σε μηχανική αναπνοή αν η δύσπνοια του είναι σοβαρή, εμφανίζει εμμένουσα υποξυγοναιμία και

υπερκαπνία, ταχύπνοια και οξέωση. Ο Μη Επεμβατικός Μηχανικός Αερισμός (MEMA) προτιμάται σαν αρχική αντιμετώπιση της παρόξυνσης ΧΑΠ γιατί οι ασθενείς αυτοί λόγω των πολλών συν-νοσηροτήτων δύσκολα αποδεσμεύονται από τον Επεμβατικό Μηχανικό Αερισμό (EMA). Ωστόσο αν τα συμπτώματα του ασθενή επιμένουν παρά την εφαρμογή MEMA ή αν αυτός εμφανίσει σύγχυση, λήθαργο, απώλεια συνείδησης, αδυνατεί να προστατέψει τον αεραγωγό του, έχει σοβαρή αιμοδυναμική αστάθεια και δεν έχει αυτόματη αναπνοή θα πρέπει να διασωληνωθεί και να γίνει έναρξη EMA.

Όταν ο ασθενής με ΧΑΠ βρίσκεται σε EMA αρχίζουν οι προσπάθειες αποδέσμευσης του από τον μηχανικό αερισμό. Ο απογαλακτισμός είναι η διαδικασία της όσο πιο γρήγορης και σταδιακής μεταφοράς του αναπνευστικού έργου από το μηχάνημα στον ασθενή, ενώ η αποσωλήνωση είναι το φυσικό επακόλουθο ενός επιτυχημένου απογαλακτισμού. Η διαδικασία του απογαλακτισμού περιλαμβάνει τα παρακάτω έξι στάδια:

1^ο Θεραπεία της Οξείας Αναπνευστικής Ανεπάρκειας (ΟΑΑ)

2^ο Ο ασθενής πιθανά είναι έτοιμος να ξεκινήσει τη διαδικασία απογαλακτισμού

3^ο Καθημερινό έλεγχο διαφόρων φυσιολογικών παραμέτρων για να καθοριστεί η πιθανότητα επιτυχίας του απογαλακτισμού

4^ο Δοκιμασία αυτόματης αναπνοής (ΔΑΑ)

5^ο Αποσωλήνωση και

6^ο Επαναδιασωλήνωση σε τυχόν αποτυχία της αποσωλήνωσης.

Στο στάδιο 3 ο ασθενής αξιολογείται κλινικά για την ύπαρξη ενός ικανοποιητικού βήχα, για την απουσία υπερβολικών εκκρίσεων και αντικειμενικά για επαρκή οξυγόνωση, επαρκή πνευμονική λειτουργία για αιμοδυναμική και μεταβολική σταθερότητα, για απουσία σημαντικής αναπνευστικής οξέωσης και ικανοποιητικό επίπεδο συνείδησης. Η ΔΑΑ (στάδιο 4) μπορεί να γίνει είτε στον αναπνευστήρα με υποστήριξη πίεσης (PS), είτε με CPAP (Continuous Positive Airway Pressure) είτε με τη δοκιμασία t-piece. Η διάρκεια της ΔΑΑ θα πρέπει να κυμαίνεται μεταξύ 30-120 λεπτών κατά την οποία οι αιμοδυναμικές και αναπνευστικές παράμετροι θα πρέπει να παραμένουν σταθερές και ο ασθενής να μην εμφανίζει σημεία αναπνευστικής κόπωσης ή άλλα σημεία δυσχέρειας. Ο απογαλακτισμός χαρακτηρίζεται ως εύκολος (1 ΔΑΑ), δύσκολος (έως 3ΔΑΑ ή 7 μέρες μετά την πρώτη ΔΑΑ) ή παρατεταμένος (>3ΔΑΑ ή >7 ημέρες) ανάλογα με την ανταπόκριση του ασθενή στην πρώτη ΔΑΑ και στις επόμενες. Η αποσωλήνωση γίνεται μετά από μια επιτυχημένη ΔΑΑ και θεωρείται ότι είναι επιτυχής όταν ο ασθενής παραμένει ελεύθερος από EMA για >48-72 ώρες. Οι ασθενείς με ΧΑΠ εμφανίζουν υψηλά ποσοστά αποτυχίας (35-67%) η οποία οφείλεται σε παράγοντες όπως το στάδιο της νόσου, οι υπερβολικές και αποικισμένες τραχειοβρογχικές εκκρίσεις, οι συν- νοσηρότητες κτλ.

Στόχος της αναπνευστικής φυσικοθεραπείας στον αποσωληνωμένο ασθενή με ΧΑΠ είναι η βελτίωση του τοπικού ή ολικού αερισμού των πνευμόνων, η αντιμετώπιση της δύσπνοιας, η απομάκρυνση των εκκρίσεων, η διόρθωση των ατελεκτασιών και η αποφυγή της επαναδιασωλήνωσης. Η τοποθέτηση του ασθενή επί κλίνης στοχεύει στην βελτίωση της σχέσης αερισμού αιμάτωσης (V/Q) σε συγκεκριμένα πνευμονικά τμήματα, στην βελτίωση των πνευμονικών όγκων, στην μείωση της δύσπνοιας και στην προώθηση της τραχειοβρογχικής κάθαρσης. Όσον αφορά στις διάφορες τεχνικές που χρησιμοποιούνται για την τραχειοβρογχική κάθαρση (λ.χ. πλήξεις, δονήσεις, υπεραερισμός, συσκευές υποβοήθησης βήχα) αν και θεωρούνται γενικά ασφαλείς (με εξαίρεση τις πλήξεις) δεν φαίνεται να υπερτερεί κάποια έναντι μιας άλλης, ωστόσο θα πρέπει να γίνεται

συνδυασμός αυτών με βάση την αξιολόγηση του φυσικοθεραπευτή για την παρούσα κατάσταση του ασθενή.

Ο MEMA μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε ασθενείς ΧΑΠ μετά την αποσπλήνωση που εμφανίζουν σημεία αναπνευστικής κόπωσης, εμμένουσα δύσπνοια και υπερκαπνία για αποφυγή της επαναδιασπλήνωσης. Τέλος, η Πνευμονική Αποκατάσταση (ΠΑ), μια διεπιστημονική και περιεκτική παρέμβαση που περιλαμβάνει την ενημέρωση/εκπαίδευση του ασθενούς, την φυσικοθεραπεία και την άσκηση, την τροποποίηση των δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής (εργοθεραπεία), τη διατροφική παρέμβαση, και τη ψυχολογική υποστήριξη θεωρείται ότι πρέπει να ξεκινάει όσο το δυνατό νωρίτερα, ακόμα και στη ΜΕΘ, αρκεί ο ασθενής να είναι σε σταθερή κατάσταση.

5. Παιδιατρική κυστική ίνωση: Πρόγραμμα αξιολόγησης και θεραπευτικής προσέγγισης

Κωνσταντίνος Δ. Κατσουλάκης

Φυσικοθεραπευτής, M.Sc., Νοσοκομείο Παιδών «Αγία Σοφία»

Η κυστική ίνωση (ΚΙ) πλέον διαγιγνώσκεται από πολύ μικρή ηλικία, πολλές φορές με τη γέννηση του παιδιού, οπότε και η φυσικοθεραπεία ξεκινά από πολύ νωρίς. Διάφοροι παράμετροι σε επίπεδο ανατομίας και φυσιολογίας καθορίζουν τον τρόπο εφαρμογής των τεχνικών καθαρισμού των αεραγωγών στο νεογνό, το βρέφος, το νήπιο και το μικρό παιδί. Σημαντικός παράγοντας για τη φυσικοθεραπεία στην ΚΙ στην παιδική ηλικία αποτελεί και η επιθυμία της οικογένειας να συμβάλλει στην αντιμετώπιση της νόσου, κάτι που επηρεάζει σημαντικά την τήρηση του προγράμματος φυσικοθεραπείας. Η ηλικία δεν πρέπει αξιωματικά να αποτελεί κριτήριο για την εφαρμογή παθητικών ή ενεργητικών τεχνικών, καθώς υπάρχουν τρόποι και εξοπλισμός που επιτρέπουν την εφαρμογή αμιγώς ενεργητικών τεχνικών, έστω και με υποβοηθούμενο τρόπο. Στους σκοπούς της φυσικοθεραπευτικής προσέγγισης θα πρέπει να περιλαμβάνεται και η πορεία προς την αυτονόμηση έτσι, ώστε ο έφηβος, ή νεαρός ενήλικος να είναι σε θέση να αναλάβει εξ ολοκλήρου την εφαρμογή και τη τήρηση του προγράμματος. Σημαντικό συμπλήρωμα στη φυσικοθεραπευτική αγωγή αποτελούν η άσκηση και η σωματική δραστηριότητα. Το παιδί πρέπει να ωθηθεί προς έναν ενεργητικό τρόπο ζωής, κάτι που θα συμβάλλει σημαντικά στη διατήρηση της μυοσκελετικής αρτιότητας και στη συντήρηση της καρδιοαναπνευστικής κατάστασης. Η κλινική εικόνα της ΚΙ στην παιδική ηλικία ενδέχεται να διαφέρει πάρα πολύ από παιδί σε παιδί, συνεπώς ο φυσικοθεραπευτής οφείλει να προσαρμόζει τις γνώσεις και τις δεξιότητές του στις απαιτήσεις του κάθε ατόμου και να θέτει τα θεμέλια για την αποτελεσματική και αποδοτική ισόβια διαχείριση της νόσου.

Φυσικοθεραπεία στην Υγεία των Γυναικών

1.Αξιολόγηση της Εγκράτειας Ούρων

Κωνσταντινίδου Ε., PhD, MSc, Φυσικοθεραπεύτρια, Specialist Phys “Continence” University East London, Επιστ. συνεργάτης Ινστιτούτου Μελετών Ουρολογικών Παθήσεων (ΙΜΟΠ)
Α.Π.Θ

Είναι επιστημονικά τεκμηριωμένο ότι μηχανισμός της εγκράτειας εξαρτάται άμεσα από την ακεραιότητα των μυών του πυελικού εδάφους. Ωστόσο η αξιολόγηση της εγκράτειας ούρων σε κάθε ασθενή ξεχωριστά είναι μια διαδικασία που απαιτεί την κατανόηση της παθοφυσιολογίας του κατώτερου ουροποιητικού συστήματος του. Σημαντικές είναι οι πληροφορίες σχετικές με προβλήματα της κύστης κατά την φάση πλήρωσης και εκκένωσης αυτής, καθώς και πληροφορίες σχετικές με την έναρξη και διάρκεια του προβλήματος. Επιπλέον όλες οι προηγούμενες γυναικολογικές, μαιευτικές, ουρολογικές επεμβάσεις πρέπει να αξιολογηθούν όπως επίσης και το ιατρικό ιστορικό και οποιαδήποτε πρόσφατη φαρμακευτική αγωγή. Απαραίτητη είναι η φυσική εξέταση που περιλαμβάνει την εξέταση των κοιλιακών, των έξω γεννητικών οργάνων καθώς επίσης των δερμοτομιών και μυοτομιών των επιπέδων Ι2-4.

Η αξιολόγηση της λειτουργίας και της δύναμης των μυών του πυελικού εδάφους τους είναι αναγκαία για τον σχεδιασμό ενός ειδικού προγράμματος άσκησης για την αποκατάσταση της εγκράτειας. Οι μέθοδοι μέτρησης και αξιολόγησης της λειτουργίας και της δύναμης των μυών του πυελικού εδάφους μετρούν διαφορετικές πτυχές της δραστηριότητας των μυών. Ο συνδυασμός της ποιότητας και της ποσότητας της κίνησης των μυών μαζί με τις πληροφορίες από το κατώτερο ουροποιητικό σύστημα μπορούν να επηρεάσουν θετικά την έκβαση του προγράμματος επανεκπαίδευσης των μυών του πυελικού εδάφους.

Η αξιολόγηση είναι μια εξελισσόμενη επιστημονική διαδικασία, η οποία αλλάζει, καθώς η έρευνα και οι νέες τεχνολογίες καθιστούν διαθέσιμα νέα εργαλεία.

2.Καρκίνος Μαστού. Αξιολόγηση και φυσικοθεραπευτική παρέμβαση.

Μπαρκάτσα Βενετία , Φυσικοθεραπεύτρια.

Ο καρκίνος μαστού είναι ο συχνότερος καρκίνος στις γυναίκες των ανεπτυγμένων χωρών του δυτικού κόσμου. Αποτελεί την δεύτερη αιτία θανάτου στον γυναικείο πληθυσμό από κακήθες νεόπλασμα και την πρώτη σε γυναίκες ηλικίας 40-49 ετών. Έχει αναφερθεί ότι η επιβίωση μετά απο την διάγνωση και την θεραπεία κυμαίνεται μεταξύ 63 % -74 % στα 10 χρόνια. Έτσι η αποκατάσταση μετά από καρκίνο μαστού είναι επιτακτικής σημασίας. Η θεραπευτική αντιμετώπιση στον καρκίνο μαστού έχει πολλές και ποικίλες επιπλοκές όπως: πόνο, οίδημα, δυσκινησία και μείωση κινητικότητας άνω άκρου, δευτερογενείς παθήσεις του ώμου, απώλεια μυικής ισχύος, αύξηση βάρους, κόπωση, κατάθλιψη, διαταραχές ύπνου, πολυνευροπάθεια, διαταραχές στάσης και ισορροπίας, πρώιμη εμμηνόπαυση, οστεοπενία, δευτερογενές λεμφοίδημα. Σύμφωνα με τον Διεθνή Οργανισμό Φυσικοθεραπευτών για την Υγεία των Γυναικών (IOPTWH) η φυσικοθεραπεία στον καρκίνο μαστού αποσκοπεί στην πρόληψη των επιπλοκών, στην έγκαιρη αναγνώριση αλλοιώσεων/ ελλείματος, στην συνεχή κλινική αξιολόγηση, στην θεραπευτική προσέγγιση, στην διαχείριση της χρόνιας νόσου και στην βελτίωση της ποιότητας ζωής. Η φυσικοθεραπευτική παρέμβαση περιλαμβάνει προεγχειρητικό έλεγχο/αξιολόγηση,μετεγχειρητικό έλεγχο και αξιολόγηση αναπνευστικής λειτουργίας, εκπαίδευση ασθενούς και φροντιστών, φροντίδα δέρματος και υποδόριων ιστών, κινητοποίηση μαλακών μορίων και αρθρώσεων, θεραπευτικές ασκήσεις άνω άκρου και διαχείριση δευτερογενούς λεμφοιδήματος. Ο ρόλος της φυσικοθεραπείας στον καρκίνο μαστού είναι πρωταρχικής σημασίας και συντελεί στην πρόληψη, την αξιολόγηση, την θεραπεία και την μακροπρόθεσμη διαχείριση των επιπλοκών του με λειτουργικά, οικονομικά και κοινωνικά οφέλη.

3.Σπλαχνική αξιολόγηση και κινητοποίηση στις δυσλειτουργίες του πυελικού εδάφους

Τσουκαλας Κοτσιρης Γεωργιος

Φυσικοθεραπευτής, Οστεοπαθητικός (candidate), Barral Institute Greece and Cyprus

Η παρούσα εργασία αποτελεί εισαγωγή στη σπλαχνική κινητοποίηση (Visceral mobilization) ως μεθόδου για την προσέγγιση και αντιμετώπιση της δυσλειτουργίας του πυελικού εδάφους, που εφαρμόζεται από πολλούς θεραπευτές παγκοσμίως (ο Jean-Pierre Barral είναι ο άνθρωπος που την ανέπτυξε και την καθιέρωσε). Η εξέλιξη του συγκεκριμένου πεδίου στο θέμα της δυσλειτουργίας του πυελικού εδάφους έχει οδηγήσει στην καλύτερη κατανόηση του τρόπου με τον οποίο τα σπλαχνικά όργανα συμβάλλουν στη στήριξη του κορμού και στην απρόσκοπτη λειτουργία του («μυοσκελετικό καλάθι»). Τα

τοιχώματα του «μυοσκελετικού καλαθιού» είναι άρρηκτα συνδεδεμένα με τις σπλαγχνικές κατασκευές που περιλαμβάνονται στην κοιλιακή κοιλότητα. Τα τοιχώματα του καλαθιού αυτού συνδέονται στενά με τις σπλαγχνικές δομές που περιλαμβάνονται στην κοιλιακή κοιλότητα, που όμως αποτελούν ένα σημαντικό ποσοστό της μάζας του σώματος, δέχονται κεντρική νεύρωση και προκαλούν δυναμικές αλλαγές στους ιστούς.

Μέχρι και σήμερα η ερευνητική απόδειξη που στηρίζει τη σπλαγχνική κινητοποίηση είναι περιορισμένη, αν και υπάρχει αφθονία περιπτωσιακών μελετών και παρατηρήσεων. Πάραυτα υπάρχει σημαντική κλινική απόδειξη που στηρίζει την αποτελεσματικότητα της σπλαγχνικής κινητοποίησης στην αντιμετώπιση σειράς προβλημάτων των οργάνων του πευελικού εδάφους συμπεριλαμβανομένων της δυσλειτουργίας των ουροφόρων οδών, της χρόνιας δυσκοιλιότητας και του ερεθισμού της ουροδόχου κύστης.

Αρθρογραφία-Βιβλιογραφία

1. Ajimsha MS, Al-Mudahka NR, Al-Madzhar JA. Effectiveness of myofascial release: systematic review of randomized controlled trials. *J Bodyw Mov Ther.* 2015 Jan;19(1):102-12.
2. Barral J.P. *Manipulations viscerales* J Maloine (Paris), 1983.
3. Bolton PS, Budgell B. Visceral responses to spinal manipulation. *J Electromyogr Kinesiol.* 2012 Oct;22(5):777-84.
4. Bordoni B, Zanier E. Anatomic connections of the diaphragm: influence of respiration on the body system. *J Multidiscip Healthc.* 2013 Jul 25;6:281-91.
5. Bordoni B, Zanier E. Skin, fascias, and scars: symptoms and systemic connections. *J Multidiscip Healthc.* 2013 Dec 28;7:11-24.
6. Bove GM, Chapelle SL. Visceral mobilization can lyse and prevent peritoneal adhesions in a rat model. *J Bodyw Mov Ther.* 2012 Jan;16(1):76-82.
7. Findley T, Chaudhry H, Stecco A, Roman M. Fascia research. A narrative review. *J Bodyw Mov Ther.* 2012 Jan;16(1):67-75.
8. Findley TW. Fascia Research from a Clinician/Scientist's Perspective. *Int J Ther Massage Bodywork.* 2011;4(4):1-6.
9. Hedley G. Notes on visceral adhesions as fascial pathology. *J Bodyw Mov Ther.* 2010 Jul;14(3):255-61.
10. Panagopoulos J, Hancock M, Ferreira P. Does the addition of visceral manipulation improve outcomes for patients with low back pain? Rationale and study protocol. *J Bodyw Mov Ther.* 2013 Jul;17(3):339-43.
11. Simmonds N, Miller P, Gemmell H. A theoretical framework for the role of fascia in manual therapy. *J Bodyw Mov Ther.* 2012 Jan;16(1):83-93.
12. Tozzi P. Selected fascial aspects of osteopathic practice. *J Bodyw Mov Ther.* 2012 Oct;16(4):503-19.
13. Woolf CJ. Central sensitization: implications for the diagnosis and treatment of pain. *Pain.* 2011 Mar;152(3 Suppl):S2-15.

4.Ακράτεια ούρων: παλιό πρόβλημα – νέα προσέγγιση

Δρ. Διαμαντής Λ. Φλωράτος FUBU, PhD, Ουρολόγος

Η ακράτεια των ούρων αποτελεί μια από τις συχνότερες χρόνιες νόσους των γυναικών. Σύμφωνα με την International Continence Society, ακράτεια ούρων είναι η κατάσταση της οποιασδήποτε ακούσιας απώλειας ούρων.

Παρατηρείται συχνά στο γενικό πληθυσμό και έχει σημαντικές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής, Έχει υπολογισθεί ότι ~ 200 εκατομμύρια άνθρωποι παγκοσμίως πάσχουν από ακράτεια ούρων, με 8 – 20 % αυτών με βαριάς μορφής. Η αναλογία γυναικών προς άνδρες είναι 2:1. Ο επιπολασμός της ακράτειας αυξάνεται με την ηλικία, οπότε στην ηλικία των 80 ετών αγγίζει το 45% με σοβαρή ακράτεια σε 21%. Ιδιαίτερα βαρύ είναι το κόστος διαχείρισης της ακράτειας, που αντιστοιχεί στο 1% των συνολικών δαπανών υγείας.

Η αιτιολογία της ακράτειας είναι πολυπαραγοντική (ουρολογικοί, γυναικολογικοί, φάρμακα, νευρολογικοί, ψυχολογικοί, περιβαλλοντικοί και ιατρογενείς παράγοντες).

Υπάρχουν 5 διαφορετικοί τύποι ακράτειας (εκ προσπαθείας, επιτακτική, μικτή, εξ υπερπλήρωσης και λειτουργική), με συχνότερη την ακράτεια προσπαθείας (49%)

Η διερεύνηση της ακράτειας περιλαμβάνει τη λήψη λεπτομερούς ιστορικού και κλινικής εξέτασης, συμπλήρωση ημερολογίου ουρήσεων, διενέργεια γενικής εξέτασης και καλλιέργειας ούρων, υπερηχογραφήματος ουροποιητικού και σε συγκεκριμένες περιπτώσεις απαιτείται η εκτέλεση κυστεοσκόπησης και ουροδυναμικού ελέγχου.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση της ακράτειας των ούρων είναι αιτιολογική και περιλαμβάνει συντηρητική, φαρμακολογική και χειρουργική θεραπεία. Η ICS συνιστά την συντηρητική ως την αρχική μορφή θεραπείας, ειδικά για ελαφρού προς μέτριου βαθμού ακράτεια. Η φαρμακευτική θεραπεία έχει εφαρμογή κυρίως στην ακράτεια επιτακτικού τύπου. Ιστορικά, έχουν περιγραφεί πάνω από 200 διαφορετικές επεμβάσεις για τη θεραπεία της ακράτειας εκ προσπαθείας, με επικρατούσα την τελευταία 10ετία την τοποθέτηση ταινιών χωρίς τάση (TVT ή TOT).

Συμπερασματικά, η ακράτεια ούρων δεν αποτελεί φυσιολογική εξέλιξη της προχωρημένης ηλικίας, αλλά θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως κατάσταση που μπορεί να θεραπευθεί.

Φυσικοθεραπεία στην ψυχική υγεία: Αγχώδεις εκδηλώσεις - θέμα πολλαπλών ειδικοτήτων

1. Ο ρόλος του ψυχολόγου στις αγχώδεις διαταραχές

Σαρρή Α., Ψυχολόγος
Ψυχιατρικό τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Άγχος, ένας όρος που αν και χρησιμοποιείται ευρέως στις μέρες μας είναι δύσκολο να δοθεί ένας ακριβής ορισμός γιατί η έννοια αυτή χρησιμοποιείται για ευρύ φάσμα απαντήσεων.

Το άγχος στις περισσότερες περιπτώσεις είναι μια κοινή αντίδραση, ορισμένοι όμως παρουσιάζουν μια υπερβολική αντίδραση σε ήπια στρεσογόνα γεγονότα (παραμονή εξετάσεων, επαγγελματικές συναντήσεις κ.α.)

Το άγχος θεωρείται παθολογικό όταν παίρνει δυσλειτουργικές διαστάσεις, όταν δηλαδή εμποδίζει την κοινωνική, επαγγελματική και συναισθηματική κατάσταση του ατόμου, οπότε μιλάμε για Αγχώδη Διαταραχή.

Οι αγχώδεις διαταραχές χαρακτηρίζονται από έντονα και χρόνια συμπτώματα άγχους το οποία προκαλούν σοβαρές διαταραχές στη διάθεση, στη συμπεριφορά και στις βιολογικές λειτουργίες του ατόμου.

Όπως και με τις άλλες ψυχικές διαταραχές, έχουν την ρίζα τους σε βιολογικούς, ψυχολογικούς, κοινωνικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες.

Πάνω από 80% των περιπτώσεων που πάσχουν από αγχώδεις διαταραχές βελτιώνονται όταν λάβουν την κατάλληλη ψυχοθεραπεία ή και σε συνδυασμό με φαρμακοθεραπεία.

Η ψυχοθεραπεία δεν περιορίζεται σε μια συγκεκριμένη τεχνική, αλλά σε συνδυασμό.

Η συμπεριφορική ψυχοθεραπεία χρησιμοποιώντας ενισχυτικές μεθόδους στοχεύει να τροποποιήσει σκέψεις και μεμαθημένες συμπεριφορές. Χρησιμοποιεί τεχνικές χαλάρωσης, την συστηματική απευαισθητοποίηση από φοβίες κ. α.

Η γνωσιακή ψυχοθεραπεία επιδιώκει να αναγνωρίσει και να τροποποιήσει δυσλειτουργικές σκέψεις που οδήγησαν σε δυσφορικά συναισθήματα και άστοχες συμπεριφορές. Διερευνώνται οι γνώσεις του ατόμου που συμβάλουν στην δημιουργία των εμπειριών του.

Η γνωστική συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία βοηθάει το άτομο να αναγνωρίσει τις αρνητικές σκέψεις και συμπεριφορές και να τις αντικαταστήσει με θετικές. Στόχος της είναι να μειώσει το άγχος με τον περιορισμό των σκέψεων και των συμπεριφορών που συμβάλουν στην διαίωνιση των προβληματικών συναισθημάτων.

Η ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία βοηθάει το άτομο να κατανοήσει τις εσωτερικές συγκρούσεις που συμβάλουν στα συναισθηματικά του προβλήματα. Στόχος της είναι να αναγνωριστούν τα ασυνείδητα κίνητρα, και οι πρώιμες συμπεριφορές, ώστε να λυθούν οι ενδοψυχικές συγκρούσεις και να έρθουν στην επιφάνεια τα κίνητρα που επηρεάζουν το άτομο στον παρόντα χρόνο.

Επίσης συνίσταται και η ομαδική ψυχοθεραπεία, όπου μια μικρή ομάδα ατόμων συναντιέται με ειδικό της ψυχικής υγείας, για να εκθέσουν, να μοιραστούν τα βιώματα

τους, τα συναισθήματα τους και αποτελεσματικούς τρόπους αντιμετώπισης.

2.Αγχώδεις διαταραχές, ο ρόλος της ψυχιατρικής

Δραγούμη Δ Ψυχίατρος, Επιμελήτρια Α΄ ΕΣΥ

Ψυχιατρικό τμήμα, Γ.Ν.Α «Ο Ευαγγελισμός»

Το άγχος είναι ένα διάχυτο και δυσάρεστο συναίσθημα συγγενές με το φόβο. Ο φόβος είναι ένα **πρωτογενές** συναίσθημα που κινητοποιείται από μια σαφή και πραγματική απειλή. Το άγχος θεωρείται ένα **σύνθετο** συναίσθημα που εμφανίζεται αργότερα στην ζωή του ατόμου και κάνει την εμφάνιση του χωρίς σαφή ή σημαντική για την ζωή απειλή.Ο πάσχων συνήθως γνωρίζει την απουσία πραγματικής απειλής. Είναι από τις πλέον συχνές διαταραχές στο γενικό πληθυσμό και απαντάται στο 20%. Είναι χρόνιες διαταραχές με εξάρσεις και υφέσεις. Μπορεί να επιπλακεί με κατάθλιψη και αυτοκτονικό ιδεασμό. Εμφανίζει αυξημένο κίνδυνο επιπλοκής με κατάχρηση αλκοόλ ή ουσιών.

Παράγοντες αυξημένου κινδύνου για την εκδήλωση αγχώδους διαταραχής αποτελούν η νεότερη ηλικία, το γυναικείο φύλο, το χαμηλότερο οικονομικό και μορφωτικό επίπεδο, τα ψυχοπιεστικά και αρνητικά γεγονότα της ζωής (ανεργία, διαζύγιο και βία) και οι επανειλημμένες διαπροσωπικές απώλειες. Το άγχος είναι ιδιαίτερα βασανιστικό συναίσθημα για τον άνθρωπο. Αυτό συμβαίνει γιατί τα συμπτώματα είναι έντονα και θορυβώδη όπως πόνος στο στήθος, ταχυκαρδία, δύσπνοια, εφίδρωση, τάση προς λιποθυμία, ναυτία, έμετος, φόβος θανάτου, φόβος οτι θα τρελαθεί κ.α.

Όλοι οι άνθρωποι έχουν βιώσει άγχος στην ζωή τους κάποια στιγμή, όταν εμφανιστούν κάποιες ιδιαίτερες καταστάσεις. Αυτές οι αγχώδεις καταστάσεις εμφανίζονται περιστασιακά και δεν συνιστούν πρόβλημα που να χρειάζεται ψυχιατρική αντιμετώπιση. Υπάρχουν όμως καταστάσεις στις οποίες το άγχος λόγω της έντασης, της διάρκειας, της συχνότητας προκαλεί δυσλειτουργίες, που συνιστούν ψυχικές διαταραχές. Στις αγχώδεις ψυχικές διαταραχές περιλαμβάνονται:

1. Διαταραχές όπου το άγχος εκδηλώνεται με φοβία (αγοραφοβία, διαταραχή κοινωνικού άγχους, ειδικές φοβίες)
2. Διαταραχές που εκδηλώνονται με έμμονες ιδέες και τελετουργίες (ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή).
3. Διαταραχές άγχους με αναβιώσεις τραυματικών γεγονότων (διαταραχή μετά απο ψυχοτραυματικό γεγονός)
4. Διαταραχές άγχους με χρόνιες ανήσυχες σκέψεις για πολλαπλά προσωπικά ζητήματα μαζί με ποικίλα σωματικά συμπτώματα (διαταραχή γενικευμένου άγχους).

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία είναι αναγκαία στις αγχώδεις διαταραχές για την αντιμετώπιση της σοβαρής συμπτωματολογίας, που πέρα απο την ψυχολογική υποστήριξη-ψυχοθεραπεία, είναι απαραίτητη η χορήγηση φαρμάκων. Τα φάρμακα ανήκουν στην κατηγορία των αντικαταθλιπτικών και αγχολυτικών μαζί. Η θεραπεία είναι μακρόχρονη λόγω συχνών υποτροπών αλλά έχουν καλή ανταπόκριση στην συμπτωματολογία

3.Αγχώδεις διαταραχές: ο ρόλος του νοσηλευτή ψυχικής υγείας

Μαγγούλια Π. Νοσηλεύτρια, MSc, PhD

Διασυνδεδετική Ψυχιατρική

Υπεύθυνη ΝΕΨΥ, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Εισαγωγή

Οι αγχώδεις διαταραχές είναι από τις πλέον συχνές ψυχιατρικές διαταραχές στο γενικό πληθυσμό και σε πολλές περιπτώσεις επιφέρουν σημαντική έκπτωση στη λειτουργικότητα και στην ποιότητα ζωής του ασθενούς. Ωστόσο, πολλοί ασθενείς χρειάζεται να έλθουν επανειλημμένα σε επαφή με διάφορες υπηρεσίες υγείας, προτού τελικά τεθεί η σωστή διάγνωση και χορηγηθεί η κατάλληλη θεραπεία.

Σκοπός

Η σφαιρική παρουσίαση των αγχωδών διαταραχών και η ανάδειξη του πολυδιάστατου ρόλου του νοσηλευτή ψυχικής υγείας μέσα από την από την εφαρμογή της νοσηλευτικής διεργασίας.

Υλικό και Μέθοδος

Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση βιβλιογραφίας από επιλεγμένα άρθρα και κεφάλαια βιβλίων της τελευταίας δεκαετίας, όπως αυτά ανευρέθηκαν σε Ελληνικές (ΙΑΤΡΟΤΕΚ) και διεθνείς βάσεις δεδομένων (PubMed, CINAHL) με τη χρήση των ακόλουθων λέξεων-κλειδιών σε συνδυασμούς: άγχος, αγχώδεις διαταραχές, ρόλος νοσηλευτή, φόβος, ψυχοεκπαίδευση.

Αποτελέσματα

Ως κυριότερες αιτίες του υψηλού κόστους των αγχωδών διαταραχών θεωρούνται η καθυστέρηση στη διάγνωση τους και η συχνή παρουσία σωματικών συμπτωμάτων στην κλινική τους εικόνα. Καθίσταται λοιπόν σαφές ότι οι επαγγελματίες υγείας γενικά και όχι μόνο οι ψυχίατροι, θα πρέπει να μπορούν να διαγνώσουν εγκαίρως μια αγχώδη διαταραχή, ώστε είτε να προβούν σε παραπομπή στον ειδικό, είτε – όταν η πρόσβαση σε δομές ψυχικής υγείας είναι δύσκολη – να μπορούν να διαμορφώσουν ένα αρχικό θεραπευτικό πλάνο.

Συμπεράσματα

Ο ρόλος του νοσηλευτή ψυχικής υγείας αναδεικνύεται καίριος για την διάγνωση και αντιμετώπιση των αγχωδών διαταραχών. Η παροχή αγωγής υγείας και ψυχοεκπαίδευσης απαιτεί από το νοσηλευτή να διαθέτει γενικές γνώσεις, ειδικές-παιδαγωγικές δεξιότητες επικοινωνίας, εξειδίκευση σε ψυχοκοινωνικές θεραπείες και κυρίως θέληση για το αντικείμενο αυτό.

4. Προσεγγίσεις της εργοθεραπείας στην διαχείριση αγχώδων εκδηλώσεων

Καρύκας Σ, Εργοθεραπευτής, MSc University of Sydney

Γ.Ν « Ασκληπιείο Βούλας»

Εργαστ. Συνεργάτης Τ.Ε.Ι Αθήνας

Η Εργοθεραπεία αναπτύχθηκε στο ξεκίνημά της σε μεγάλο βαθμό μέσα από τον χώρο της ψυχιατρικής. Οι επιστημονικές και κοινωνικές εξελίξεις στον κλάδο αυτόν, έχουν διαμορφώσει και την πρακτική όλων των επιστημονικών ειδικοτήτων και από την ψυχιατρική των μεγάλων (ειδικών) νοσοκομείων το βάρος μετατοπίζεται προς την κοινότητα και τελικός στόχος δεν είναι πλέον τόσο η ίαση και η αντιμετώπιση των συμπτωμάτων, αλλά η ποιότητα και η νοηματοδότηση της ζωής καθώς και η λειτουργικότητα με τη συμμετοχή του στην φροντίδα του εαυτού, του νοικοκυριού, της οικογένειας, της εκπαίδευσης, της εργασίας, των ενδιαφερόντων, του ελεύθερου χρόνου και των κοινών. Σε αυτό το πλαίσιο οι επαγγελματίες καλούνται να παρέχουν υπηρεσίες σε μία ποικιλία δομών και σε λιγότερο παραδοσιακές διαγνωστικές κατηγορίες, όπως οι αγχώδεις διαταραχές .

Οι αγχώδεις εκδηλώσεις μπορεί να εμφανίζονται στα πλαίσια αγχώδους διαταραχής ή στα πλαίσια άλλης ψυχιατρικής ή και σωματικής πάθησης. Οι κύριες θεραπευτικές παρεμβάσεις που εφαρμόζονται και είναι επιστημονικά τεκμηριωμένες, είναι η φαρμακοθεραπεία και η γνωστική-συμπεριφορική ψυχοθεραπεία. Στην παρούσα εργασία γίνεται ανασκόπηση των θεραπευτικών παρεμβάσεων και πρακτικών που προτείνονται υπό το πρίσμα της Εργοθεραπείας και αφορούν σε έναν συμπληρωματικό πόλο. Οι παρεμβάσεις αυτές αφορούν σε τεχνικές χαλάρωσης και ελέγχου του άγχους, στην χρήση δημιουργικών δραστηριοτήτων, στη χρήση εναλλακτικών θεραπειών, στην θεραπευτική χρήση των αισθήσεων (με έμφαση στο απτικό και ιδιοδεκτικό σύστημα), στην παρέμβαση στο περιβάλλον, στην εκπαίδευση του χρήστη σε σχέση με την πάθηση και τα συμπτώματα, καθώς και με παρεμβάσεις που αφορούν τον τρόπο ζωής του ατόμου (occupational therapy led lifestyle approach). Επίσης γίνεται αναφορά σε συγκεκριμένα προγράμματα, όπως το ReDO (Redesigning daily occupations), καθώς και στις εφαρμογές της σύγχρονης τεχνολογίας.

5. Προοδευτική μουϊκή χαλάρωση στις αγχώδεις διαταραχές

Βεντούρα Ε., Φυσικοθεραπεύτρια, MSc Physiotherapy In Mental Health, Παν/μιο Catholic, Leuven, Βέλγιο.

Επιστ. τμ «Φυσικοθεραπεία στην Ψυχική Υγεία» Π.Σ.Φ

Η φαρμακευτική αγωγή στις διαταραχές άγχους είναι αποτελεσματική στη διάρκεια χορήγησης της αλλά έχει λίγη επίδραση όταν εφαρμόζεται από μόνη της στην μακροπρόθεσμη θεραπεία των διαταραχών άγχους

Η ανάγκη δημιουργίας εναλλακτικών και συμπληρωματικών προσεγγίσεων στη θεραπεία τους οδήγησε στη χρήση των τεχνικών χαλάρωσης. Αποτελούν πολυ-χρησιμοποιούμενες τεχνικές στη θεραπεία των αγχωδών διαταραχών παγκοσμίως και εφαρμόζονται είτε μόνες τους είτε στο πλαίσιο της γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας, που έχουν τη λογική δημιουργίας μια κατάστασης χαλάρωσης για να αντικαταστήσει την αντίδραση άγχους του ασθενούς .

Η προοδευτική μουϊκή χαλάρωση έχει ένα σημαντικό ρόλο να παίξει στην σύγχρονη θεραπευτική προσέγγιση των διαταραχών άγχους. Έχει τη βάση της στις έρευνες του Edmund Jacobson στις οποίες κατέληξε ότι μαθαίνοντας το άτομο να μειώνει την μουϊκή τάση των μυών του μπορεί να επηρεάσει τη δραστηριότητα του παρασυμπαθητικού του συστήματος και να προκαλέσει γνωσιακή ηρεμία. Με την μέθοδο αυτή μείωνε τα συμπτώματα άγχους των ασθενών του. Το επόμενο στάδιο της τεχνικής οφείλεται στον Joseph Wolpe που χρησιμοποίησε την προοδευτική μουϊκή χαλάρωση στις τεχνικές απευαισθητοποίησης που εφάρμοζε και βοήθησε τους ασθενείς τους να μειώνουν το άγχος τους σε περιβάλλον έκθεσης στη φοβική κατάσταση.

Η προοδευτική μουϊκή χαλάρωση (η μέθοδος του Jacobson ή η πιο συντομευμένη εκδοχή της των Bernstein & Borkevec) είναι ένα βασικό εργαλείο για την μείωση του επιπέδου μουϊκής σύσπασης και κατ' επέκταση της έντασης που δημιουργείται σε αγχώδεις καταστάσεις. Αυξάνει τη λειτουργικότητα του ατόμου και μπορεί να χρησιμοποιηθεί σαν καταλύτης για να μειώσει τη συναισθηματική του φόρτιση του και να βελτιώσει την περαιτέρω επικοινωνία του με τον θεραπευτή. Βοηθάει στην ελάττωση σωματικών (αϋπνία, πονοκέφαλος, έντασης, πόνος αυχένα, πλάτης και μέσης ,εφίδρωση, ξηροστομία, ταχυπαλμία, συχνουρία, δυσφορία στο επιγάστριο) και ψυχοσωματικών συμπτωμάτων του άγχους (έλκος στομάχου, προβλήματα κινητικότητας του εντέρου) προωθώντας την ποιότητα ζωής του ασθενούς που πάσχει από αγχώδεις διαταραχές.

6.Βιοανάδραση: Άλλη μια φυσιοθεραπευτική παρέμβαση στην αντιμετώπιση του άγχους

Σταθόπουλος Σταύρος

Φυσιοθεραπευτής Γ.Ν.Α «Ο Ευαγγελισμός»

Δ/ντης & Διδάσκων Μεταπτυχιακών Προγραμμάτων Επιμόρφωσης

Τηλεματικό Παν/μιο «G.Marconi» Ρώμη, Ιταλία

Η παρούσα μελέτη έρχεται να αναδείξει το ρόλο της βιοανάδρασης (Biofeedback) σαν ένα επιπρόσθετο «όπλο» των φυσικοθεραπευτών στη μάχη κατά του άγχους.

Η βιοανάδραση είναι μια τεχνική μέσα από την οποία μια λειτουργία του οργανισμού, που δεν είναι συνειδητοποιημένη, γίνεται αντιληπτή με οπτικά και ακουστικά μηνύματα, τα οποία είναι ευθέως ανάλογα με τις διάφορες καταστάσεις αυτής της λειτουργίας (Σ. Σταθόπουλος –Ι. Σουρέτης, 1994).

Ο μηχανισμός δράσης της είναι ο ίδιος με εκείνον των διαδικασιών εκπαίδευσης-μάθησης. Βοηθά το άτομο να αντιληφτεί ποσοτικά και ποιοτικά συγκεκριμένες λειτουργίες του, για τις οποίες έχει ασαφή εικόνα. Η συσσώρευση «μάθησης», που δέχεται - μετά από τον πρώτο κύκλο συνεδρίων είναι ικανοποιητική και μπορεί έτσι να αντιμετωπίζει το πρόβλημα του με πιο αποτελεσματικό τρόπο.

Τα ευεργετικά αποτελέσματα της αναδεικνύονται σ' ένα ευρύ φάσμα παθολογικών εκδηλώσεων τόσο στην Ελλάδα όσο και στο εξωτερικό, ιδιαίτερα δε για τις αγχώδεις διαταραχές έχει σχεδόν απόλυτη ένδειξη (4/5) στη γενικευμένη και λιγότερο (3/5) στην μετατραυματική, σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες της Διεθνούς Εταιρείας Εφαρμοσμένης Ψυχοφυσιολογίας και Βιοανάδρασης (AARPB).

Ανασκοπώντας τη διεθνή βιβλιογραφία από επιλεγμένα άρθρα της τελευταίας πενταετίας, διαπιστώνουμε ότι τα διάφορα είδη βιοανάδρασης είναι αποτελεσματικά στην αντιμετώπιση αγχώδων διαταραχών ανεξαρτήτου αιτιολογίας. Ενδεικτικά:

- Διαχείριση άγχους ιδιαίτερα στις γυναίκες με εξίσου θετικά στοιχεία όπως εκείνα της φαρμακοθεραπείας
- Μείωση του εργασιακού άγχους σε βιομηχανικούς εργάτες
- Ελάττωση κρίσεων, που οφείλονται στο άγχος στην φαρμακοανθεκτική επιληψία του βρεγματικού λοβού αλλά και στο περιορισμό των κρίσεων στις τονικοκλονικές (grand mal)
- Αντιμετώπιση άγχους των παιδιών στην οδοντιατρική πράξη ιδιαίτερα στις πρώτες συνεδρίες και στον επανέλεγχο
- Βελτίωση του άγχους σε φοιτητές υπερτερώντας μάλιστα της βάδισης
- Έλεγχος ψυχοφυσιολογικών παραμέτρων αθλητών βελτιώνοντας έτσι την απόδοσή τους

Η πληθώρα λοιπόν μελετών σε έγκριτα περιοδικά και η μακρόχρονη εξελικτική πορεία της, αποδεικνύουν ότι είναι μια αξιόλογη επιστημονικά μεθοδολογία, παντελώς ακίνδυνη, χωρίς καμία παρενέργεια και που δεν δημιουργεί εξαρτήσεις όπως κάποια φάρμακα.

7.Η συμβολή των τεχνικών επανεκπαίδευσης της αναπνοής στην αντιμετώπιση των αγχώδων διαταραχών

Μπαρκάτσα Β., Φυσικοθεραπεύτρια

Εξωτ. συνεργάτης Ν /Χ Κλινικής, Γ.Ν Ηρακλείου «Βενιζέλειο- Παπάνειο»

Συνεργάτης Rescueicp study, Addenbrookes University Hospital, Cambridge, UK, MCSP

Επιστ. τμ «Φυσικοθεραπεία στην Ψυχική Υγεία» Π.Σ.Φ

Οι αγχώδεις διαταραχές εμφανίζουν στην πλειοψηφία τους αυξημένες διαταραχές στην αναπνοή γνωστές ως σύνδρομο υπεραερισμού, από συνεχή ερεθισμό του αυτόνομου νευρικού συστήματος (Ristinie et al, 2014; Yates et al, 2015; Laurino et al, 2012; Jones et al, 2013) Η δυσλειτουργική αναπνοή ή σύνδρομο υπεραερισμού αποτελεί αναπνευστική διαταραχή με πολλή βαθιά ή /και πολύ γρήγορη αναπνοή με αποτέλεσμα σε σημαντική νοσηρότητα του ασθενούς και με μια σειρά από συμπτώματα όπως δυσκολία στην αναπνοή, σφίξιμο στο στήθος, ζάλη, τρόμο και παραισθήσεις.

Στόχος

Η ανασκόπηση αυτή στοχεύει στην διερεύνηση της συμβολής των πρακτικών αναπνευστικής παρέμβασης σε αγχώδεις διαταραχές. Επιπρόσθετα, αξιολογείται αν τα προγράμματα αναπνευστικής φυσικοθεραπευτικής παρέμβασης (επανεκπαίδευση αναπνοής) βελτιώνουν τόσο τις αγχώδεις διαταραχές όσο και τα συμπτώματα υπεραερισμού των ασθενών.

Μέθοδος

Ανασκόπηση της πρόσφατης βιβλιογραφίας μετά απο αναζήτηση σε PUBMED, CINAHL, και PEDRO μελετών, που αφορούν την επανεκπαίδευση αναπνοής σε ασθενείς με αγχώδεις διαταραχές μέσω αναπνευστικών ασκήσεων ή συνδυασμένης αναπνευστικής φυσικοθεραπευτικής παρέμβασης, που συμπεριλαμβάνει αναπνευστικές ασκήσεις.

Αποτελέσματα

Προγράμματα επανεκπαίδευσης της αναπνοής σε διαταραχές άγχους βελτιώνουν σε μεγάλο βαθμό τον κλινικό έλεγχο του υπεραερισμού, μειώνουν τα συμπτώματα πανικού και αγοραφοβίας με μειωμένες βαθμολογίες στην Sheenan Anxiety Scale.

Ενώ υπάρχουν πολλές μελέτες από παλιότερα μέχρι σήμερα για συσχέτιση της δυσλειτουργικής αναπνοής με τις αγχώδεις διαταραχές ωστόσο υπάρχει μικρή συναίνεση σχετικά με την πιο αποτελεσματική διαχείριση αυτής της ομάδας ασθενών.

Συμπέρασμα

Τεχνικές επανεκπαίδευσης της αναπνοής σε ασθενείς με αγχώδη διαταραχή βελτιώνουν τα κλινικά συμπτώματα άγχους ενώ συμβάλλουν στην αύξηση της ποιότητας ζωής αυτών των ασθενών.

Αξιολόγηση και Λήψη απόφασης στην Παιδιατρική Φυσικοθεραπεία

1. Φυσικοθεραπευτική Αξιολόγηση στη Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών: Αναγκαιότητα και Κλινική Συλλογιστική.

Μαρία Κυριακίδου, Φυσικοθεραπεύτρια, MSc, PhD, Β' ΜΕΝΝ, ΓΝ Παπαγεωργίου,
Θεσσαλονίκη

Ήμουν πρόωρο... Ευτυχώς με Άγγιξες Νωρίς!

Η εμπειρία μου.... γνώση σας

Κοιμάμαι σε μία θερμοκοιτίδα που με κρατάει ζεστό, όπως θα ήμουν στην κοιλιά σου. Αλλά χωρίς την τρυφερότητά σου. Ένας τραχειοσωλήνας λεπτός, αλλά που με ενοχλεί, περνάει στους πνεύμονες μου και είναι αρκετά ζεστός. Συνδέεται με έναν αναπνευστήρα και με βοηθάει να αναπνεύσω, αν και κάνει λίγο θόρυβο.

Πολυάριθμα καλώδια στο στήθος μου καταγράφουν τον καρδιακό ρυθμό και την αναπνοή μου. Ακόμα ένα καλώδιο στο στήθος μου ελέγχει τη θερμοκρασία μου. Είναι λίγο βαριά για το σώμα μου, αλλά με βοηθούν.

Τα μόνιτορ μετρούν τον καρδιακό μου ρυθμό, την αναπνοή μου και τα επίπεδα οξυγόνου στο αίμα μου.

Νιώθω άνετα...

Έχω τα χέρια μου κοντά στο πρόσωπό ή στο στόμα. Μερικές φορές καταφέρνω να πιπιλίσω κάποιο από τα δάχτυλά μου. Είναι κουλουριασμένο το σώμα, όπως τα χέρια και τα πόδια μου. Σφίγγω κάτι στο χέρι μου: το μαντήλι σου, το μικρό αρκουδάκι μου ή το δάχτυλό σου. Σε καταλαβαίνω από τη μυρωδιά σου και γνωρίζω τη φωνούλα σου. Περιμένω πως και πως να συναντιόμαστε και να τα ... λέμε. Χαμογελάω ή έχω μία χαλαρή έκφραση στο πρόσωπό μου. Μπορώ να σε κοιτάξω στα μάτια αν και είναι μόνο για λίγο.

Νιώθω άβολα...

Κάποιες φορές η κατάσταση είναι δύσκολη για μένα και αντιμετωπίζω πρόβλημα. Ωθώ τα χέρια και τα πόδια μου τεντωμένα στον αέρα. Κάνω τόξο στην πλάτη μου. Αναστενάζω ή κλαίω. Ανοίγω τα δάχτυλα των χεριών και των ποδιών μου.

Μπορείς να με βοηθήσεις... το ξέρω.

2. Θέτοντας Στόχους στην Εγκεφαλική Παράλυση με Κύρια Βάση το ICF.

Αλεξάνδρα Λέπουρα, Φυσικοθεραπεύτρια, MSc

Σκοπός της ομιλίας είναι η αναζήτηση των κατάλληλων ερωτημάτων και αξιολογητικών κριτηρίων προκειμένου να καθοριστούν οι θεραπευτικοί στόχοι σε παιδιά με εγκεφαλική παράλυση με κύρια βάση το International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF, WHO, 2001).

Η Εγκεφαλική Παράλυση (ΕΠ) αποτελεί τον μεγαλύτερο παράγοντα σωματικής αναπηρίας στην παιδική ηλικία με μόνιμες κινητικές διαταραχές προκαλούμενες από μη εκφυλιστική βλάβη του εγκεφάλου (Bax et al, 2005).

Σε ταξινομήσεις GMFCS II- IV σε παιδιά με Ε.Π ηλικίας από 5- 8 ετών, οι λειτουργικές δυνατότητες και οι περιορισμοί, όπως η ανεξάρτητη βάδιση και οι δυσκολίες στην συμμετοχή κοινωνικών δραστηριοτήτων και δεξιοτήτων, όπως στο σχολικό πλαίσιο αποτελούν μείζονα ζητήματα των οικογενειών στην διαδικασία του καθορισμού των θεραπευτικών στόχων (Wiaart et al, 2010).

Ταυτόχρονα έρευνες σε παιδιά με σπαστική μορφή Ε.Π έχουν αναδείξει μια πληθώρα προσαρμοστικών φαινομένων που προκύπτουν, όπως βραχύνσεις μυοπεριτονιακών μονάδων, προοδευτική μείωση παραγωγής μυϊκού έργου με μορφολογικές αλλαγές στο νευρομυϊκό ιστό να συμβαίνουν ήδη από τα πρώτα 5 έτη ζωής (Damiano et al, 2001; Graham, 2002; Nooijen et al, 2014).

Η επίδραση ωστόσο της μειωμένης ή περιορισμένης λειτουργικής δραστηριότητας ενός παιδιού που έγκειται στο κομμάτι των δομικών –σωματικών δυσκολιών του δεν συνάδει απαραίτητα κι αναλογικά με το επίπεδο συμμετοχής του. Κι αυτό γιατί η συμμετοχή αφορά σε ένα μεγάλο βαθμό περιβαλλοντικούς παράγοντες και προσαρμογές σχετικές με αυτό, όπως η χρήση του κατάλληλου βοηθήματος μετακίνησης (Beckung and Hagberg, 2002).

Με γνώμονα την μέγιστη αυτονομία και ανεξαρτητοποίηση ο καθορισμός των θεραπευτικών στόχων και η οργάνωση σε σχέση με τις προτεραιότητες αποτελεί πολλές φορές μια δύσκολη υπόθεση. Για το λόγο αυτό, η αξιολόγηση σε δομικό επίπεδο (εύρος τροχιάς, επιλεκτικότητα κινήσεων κτλ), σε επίπεδο λειτουργικότητας (GMFCS, GMFM κτλ), η αναγνώριση των λειτουργικών περιορισμών και του επίπεδο αδυναμίας στην συμμετοχή, όπως διαμορφώνεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO ICF, 2001) αποτελούν ένα πλαίσιο για τη διαμόρφωση και την προτεραιότητα των στόχων από διάφορους τομείς. Αυτή η βάση θα μπορούσε επίσης να είναι μια γέφυρα μεταξύ των επαγγελματιών υγείας αλλά και των οικογενειών στη διαδικασία λήψης αποφάσεων (Beckung and Hagberg, 2002).

Αναφορές:

Bax M, Gollstein M, Rosenbaum P, Leviton A, Paneth N, Dan B, Jacobsson B and Damiano D (2005) Proposed definition and classification of cerebral palsy, *Dev Med Child Neurol*, 47(8), 571-576

Beckung E and Hagberg G (2002) Neuroimpairments, activity limitations and participation restrictions in children with cerebral palsy, *Dev Med Child Neurol*, 44, 309-316

Damiano DL, Dodd K and Taylor NF (2002) Should we be testing and training muscle strength in cerebral palsy? *Dev Med Child Neurol*, 44, 68–72

Graham HK (2002) Painful hip dislocation in cerebral palsy. *Lancet*, 359, 907–8

International Classification of Functioning, Disability and Health (2001), World Health Organization

Nooijen C, Slaman J and van der Slot W (2014) Health-related physical fitness of ambulatory adolescents and young adults with spastic cerebral palsy, *J Rehabil Med*, 46, 642–647

Wiat L, Ray L, Darrah J and Magvill- Evans J (2010) Parent's perspectives on occupational therapy and physical therapy goals for children with cerebral palsy, *Disability and Rehabilitation*, 32(3), 248-258

3. Στρατηγική Αξιολόγησης σε Παιδιά με Επίκτητες Εγκεφαλικές Βλάβες, με Βάση την Κλίμακα Rancho Level of Cognitive Functioning (RLCF- Paediatric Levels).

Ελένη Ποταμίτη, Φυσικοθεραπεύτρια, MSc, ΚΕΠΠΑ, ΓΝ Παιδων Αθηνών “Π & Α Κυριακού”

Η αξιολόγηση παιδιών με επίκτητες εγκεφαλικές βλάβες έχει να αντιμετωπίσει μία μεγάλη ποικιλία κλινικών εικόνων καθώς και την απρόβλεπτη και κυμαινόμενη διαδικασία ανάρρωσης. Οι ιδιαιτερότητες μίας εγκεφαλικής κάκωσης, σε συνδυασμό με το γεγονός ότι το παιδί είναι ένα αναπτυσσόμενος οργανισμός- και επομένως οι συνθήκες μεταβάλλονται από την διαδικασία ανάπτυξης- συνθέτουν ένα πολύπλοκο μωσαϊκό, το οποίο ο θεραπευτής πρέπει να λάβει σοβαρά υπόψη του πριν ξεκινήσει να σχεδιάζει την παρέμβασή του.

Σε αυτήν την παρουσίαση θα γίνει μία προσπάθεια να παρουσιαστούν ενδελεχώς τα εργαλεία που προσφέρει η κλίμακα Rancho, όπως αυτή τροποποιείται για παιδιά, ανάλογα με την ηλικία και το επίπεδο συνείδησης, καθώς και ο τρόπος που ο θεραπευτής μπορεί να δομήσει την κλινική του σκέψη για παρέμβαση μέσω των αποτελεσμάτων που θα εξάγει. Η πολυσύνθετη εικόνα των επίκτητων εγκεφαλικών βλαβών προβληματίζει συχνά ακόμα και για το ποια θα πρέπει να είναι η στρατηγική της αξιολόγησης...

Στόχος είναι, όχι μόνο να δοθεί ένα πλαίσιο στρατηγικής για την αξιολόγηση σε κάθε φάση της ανάρρωσης, αλλά και να παρατεθεί η αναγκαιότητα ο φυσικοθεραπευτής να έχει γνώση και αντίληψη του ασθενή του μέσα από το πρίσμα της ολιστικής παρέμβασης, καθώς η συμβολή της φυσικοθεραπείας πρέπει να ξεκινήσει ήδη μέσα από την Μ.Ε.Θ. και μπορεί να συνεχίσει για μεγάλο χρονικό διάστημα μετά από το εξιτήριο από το νοσοκομείο.

Τέλος, θα περιγραφούν ακροθιγώς τα πλαίσια της φυσικοθεραπευτικής παρέμβασης ανάλογα με τα συμπεράσματα που θα προκύψουν από την αξιολόγηση σε κάθε περίπτωση.

4. Διαδικασία Λήψης Κλινικών Αποφάσεων Αναφορικά με τη Φυσικοθεραπευτική Αντιμετώπιση της Παιδικής και Εφηβικής Σκολίωσης

Νικός Καραβίδας Φυσικοθεραπευτής, MSc

Η Ιδιοπαθής Σκολίωση είναι μια πολύπλοκη τρισδιάστατη πάθηση της σπονδυλικής στήλης, η οποία προσβάλλει περίπου το 2-3% του παγκόσμιου πληθυσμού, με μεγαλύτερη εμφάνιση στα κορίτσια. Η αιτιολογία της είναι άγνωστη, μπορεί να είναι οργανική ή λειτουργική και ταξινομείται σε συγγενή, νηπιακή, παιδική, εφηβική, νευρομυϊκή και ενηλίκων.

Ο φυσικοθεραπευτής θα πρέπει να είναι ικανός αρχικά να αξιολογήσει την κατάσταση, να κάνει μια σωστή διάγνωση και να προτείνει την κατάλληλη θεραπεία. Η διάγνωση της σκολίωσης γίνεται ακτινολογικά και κλινικά. Ακτινολογικά, θα πρέπει να μετρηθεί σωστά η γωνία Cobb σε μια ακτινογραφία και να εκτιμηθεί ο τύπος του κυρτώματος, η στροφή των σπονδύλων και η παραμόρφωση των σπονδυλικών σωμάτων. Κλινικά, η επισκόπηση και το τεστ επίκυψης (Adam's test) θα φανερώσουν μια πλάγια κλίση της σ.σ., ύβο στην πλάτη κατά την επίκυψη, ασυμμετρίες στους ώμους, στην λεκάνη και στην θέση της ωμοπλάτης. Επίσης, θα συνεκτιμηθούν κι άλλοι προγνωστικοί παράγοντες, όπως η έναρξη της πρώτης περιόδου στα κορίτσια, το στάδιο ανάπτυξης από την ακτινογραφία (Risser sign), η απώλεια ή όχι της κύφωσης και λόρδωσης, το οικογενειακό ιστορικό κ.α. Σημαντικό εργαλείο αξιολόγησης είναι το σκολιόμετρο, το οποίο μας δείχνει την στροφή των σπονδύλων, ενώ υπάρχουν ακόμα ειδικές κλίμακες αξιολόγησης των ασυμμετριών (TRACE scale) και ειδικά ερωτηματολόγια που συμπληρώνονται από το παιδί.

Η κλινική απόφαση για την κατάλληλη θεραπεία δίνεται με βάση τα ευρήματα του κλινικού και ακτινολογικού ελέγχου και θα πρέπει να ακολουθούνται οι κατευθυντήριες οδηγίες, όπως αυτές ορίζονται από τις διεθνείς επιστημονικές κοινότητες SRS (Scoliosis Research Society) και SOSORT (Society on Scoliosis Orthopaedic and Rehabilitation Treatment). Οι επιλογές της θεραπείας είναι απλή παρακολούθηση, Ειδικές Φυσικοθεραπευτικές Ασκήσεις για την Σκολίωση (Physiotherapeutic Scoliosis Specific Exercises), κηδεμόνας ή χειρουργείο. Ο ρόλος του φυσικοθεραπευτή είναι σημαντικός σε όλες τις περιπτώσεις, καθώς η παρακολούθηση μπορεί να γίνεται από φυσικοθεραπευτή, η χρήση κηδεμόνα πάντα πρέπει να συνοδεύεται από Ειδικές Ασκήσεις για την Σκολίωση (PSSE) ενώ και μετεγχειρητικά ο εξειδικευμένος φυσικοθεραπευτής μπορεί να βοηθήσει στην βελτιστοποίηση του θεραπευτικού αποτελέσματος. Άλλωστε, οι διεθνείς επιστημονικές κοινότητες συνιστούν την δημιουργία θεραπευτικής ομάδας που αποτελείται από Ιατρό, Φυσικοθεραπευτή και Τεχνικό Ορθοπεδικό. Σύμφωνα με τις επιστημονικές κοινότητες, σκολιώσεις μέχρι 25° αντιμετωπίζονται με Ειδικές Ασκήσεις, 25° -40° με κηδεμόνα και ασκήσεις, ενώ πάνω από 40° χειρουργικά.

Η σκολίωση είναι μια πάθηση που συνήθως δεν προκαλεί σοβαρά καρδιοαναπνευστικά προβλήματα, παρά μόνο σε μεγάλες σκολιώσεις άνω των 60° - 80° . Παρόλαυτα κάποιες φορές και σε μικρότερες σκολιώσεις υπάρχουν

καρδιοαναπνευστικοί περιορισμοί, ειδικά σε νηπιακές ή παιδικές σκολιώσεις (early onset scoliosis) και εκεί ο ρόλος του φυσικοθεραπευτή με τις PSSE είναι εξόχως σημαντικός. Η σκολίωση όμως προκαλεί σημαντικά προβλήματα στην ποιότητα ζωής των παιδιών, καθώς η παραμόρφωση του σώματος ή η χρήση κηδεμόνα, έχει ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις και συχνά οδηγεί σε εσωστρέφεια, έλλειψη αυτοπεποίθησης κτλ. Σε νευρομυϊκές και συγγενείς σκολιώσεις που συνήθως έχουν δυσμενή πρόγνωση υπάρχουν κινητικές και λειτουργικές δυσκολίες, οι οποίες πρέπει να αντιμετωπιστούν. Μια παιδική ή εφηβική σκολίωση συχνά δεν συνοδεύεται από πόνο, όμως στην ενήλικη ζωή οι πόνοι μπορεί να είναι καθημερινοί.

Οι Ειδικές Φυσικοθεραπευτικές Ασκήσεις για την Σκολίωση (PSSE) είναι ασκήσεις προσαρμοσμένες στον τύπο της σκολίωσης (Curve pattern specific exercises) και βασίζονται στην τρισδιάστατη αυτοδιόρθωση, στην στροφική αναπνοή και στην εκπαίδευση διατήρησης μιας διορθωμένης στάσης κατά τις καθημερινές δραστηριότητες. Στόχοι των PSSE είναι η παρεμπόδιση της επιδείνωσης της σκολίωσης (κάποιες φορές επιτυγχάνεται και βελτίωση της γωνίας Cobb), η βελτίωση της στροφής, της εμφάνισης, η ελάττωση του πόνου, η βελτίωση της ζωτικής χωρητικότητας και της συνολικότερης αναπνευστικής λειτουργίας και η μείωση των μηχανικών δυνάμεων που προωθούν την εξέλιξη της σκολίωσης. Οι PSSE δεν έχουν καμία σχέση με τις κλασσικές ασκήσεις γυμναστικής, ή διατάσεις ή ασκήσεις ενδυνάμωσης κτλ, ενώ το πρόγραμμα των ασκήσεων είναι εξατομικευμένο. Στην διεθνή βιβλιογραφία υπάρχουν ισχυρές επιστημονικές αποδείξεις για την αποτελεσματικότητα των PSSE (4 Randomized Control trials και 1 Systematic review with meta-analysis) στην αντιμετώπιση της σκολίωσης (είτε σαν αποκλειστική θεραπεία είτε σε συνδυασμό με κηδεμόνα) και το Level of Evidence είναι I. Η πιο γνωστή και επιστημονικά τεκμηριωμένη μέθοδος είναι η Schroth method.

Ο φυσικοθεραπευτής θα πρέπει να ταξινομήσει σωστά τον τύπο του κυρτώματος από την κλινική και ακτινολογική συνεκτίμηση και να σχεδιάσει το κατάλληλο πρόγραμμα ασκήσεων για την κάθε περίπτωση (Schroth classification). Εκτός από το πρόγραμμα των ασκήσεων, ο φυσικοθεραπευτής θα πρέπει να είναι ικανός να εκπαιδεύσει το παιδί ώστε να αποφεύγει την σκολιωτική στάση κατά τις καθημερινές του δραστηριότητες. Ο ρόλος της οικογένειας στην λήψη της απόφασης είναι σημαντικός, για αυτό ο φυσικοθεραπευτής θα πρέπει να είναι σε θέση να εξηγήσει με λεπτομέρειες την κατάσταση και να προτείνει την κατάλληλη θεραπεία με βάση επιστημονικές αποδείξεις και τις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες.

Αναφέρομαι ξεχωριστά στην σημαντικότητα της σωστής ενημέρωσης και της σωστής θεραπείας, γιατί δυστυχώς στην Ελλάδα η ενημέρωση των ασθενών και των οικογενειών τους, αλλά και των επιστημόνων υγείας (ιατροί-φυσικοθεραπευτές) είναι ελλιπέστατη και αυτό οδηγεί σε πολύ χαμηλά επίπεδα παροχής υπηρεσιών και φτωχά θεραπευτικά αποτελέσματα. Πρόσφατη έρευνα που παρουσιάστηκε στο Παγκόσμιο Συνέδριο της Σκολίωσης (SOSORT 2015 meeting - May 2015- Katowice, Poland) και θα δημοσιευτεί στο Scoliosis and Spine Deformities journal, φανέρωσε ένα πολύ υψηλό ποσοστό 42.5%, overtreatment με κηδεμόνα σε παιδιά με

σκολίωση στην Ελλάδα. Αυτό οφείλεται στην άγνοια των διεθνών κατευθυντήριων οδηγιών από τους ιατρούς, αλλά και στην άγνοια του ρόλου των Ειδικών Φυσικοθεραπευτικών Ασκήσεων για την Σκολίωση (PSSE) στην αντιμετώπιση της σκολίωσης.

Συνοψίζοντας, η παιδική και εφηβική σκολίωση είναι μια πάθηση που προσβάλλει σημαντικό ποσοστό του πληθυσμού και δημιουργεί κυρίως ψυχοκοινωνικά προβλήματα, προβλήματα εμφάνισης και αυτοπεποίθησης και λιγότερο συχνά σοβαρά καρδιοαναπνευστικά προβλήματα. Η αντιμετώπιση της πρέπει να γίνεται από εξειδικευμένους επιστήμονες. Δυστυχώς, το επίπεδο παροχής θεραπευτικών υπηρεσιών για την σκολίωση στην Ελλάδα είναι πολύ φτωχό συγκρινόμενο με το εξωτερικό. Η εισήγηση για την σκολίωση θα μπορούσε να βοηθήσει στην καλύτερη ενημέρωση των συναδέλφων μας, καθώς και στην αναγνώριση της σημαντικότητας του ρόλου του εξειδικευμένου φυσικοθεραπευτή στο σύνολο του ιατρικού κόσμου αλλά και στην συνείδηση των παιδιών και των οικογενειών τους.

Φυσικοθεραπευτική Αξιολόγηση – Διεθνείς κατευθυντήριες γραμμές – Σύγχρονες Εξελίξεις: Προσαρμογή, Υιοθέτηση, Διάδοση και Εφαρμογή στις Ανάγκες του ηλικιωμένου

1. Προηγμένη Φυσικοθεραπεία στη Γηριατρική και πρόληψη πτώσεων στους ηλικιωμένους. Εμπειρία από το ProFouND.

Βασιλική Σακελλάρη, Καθ. Φυσικοθεραπείας, Διευθ. Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας (Σ.Ε.Υ.Π.), Τ.Ε.Ι. Στερεάς Ελλάδας, ProFouND LLT Otago Exercise Programme Cascade Trainer

Οι πτώσεις είναι η μεγαλύτερη αιτία θανάτου από ατύχημα στους ηλικιωμένους, με σημαντικό κόστος στις υπηρεσίες υγείας. Μια πτώση μπορεί να οδηγήσει σε απώλεια εμπιστοσύνης και κοινωνική απομόνωση, αύξηση της ανησυχίας της οικογένειας και της δομής φροντίδας για την υγεία, την ασφάλεια και τη θνησιμότητα του ηλικιωμένου. Σήμερα στο χώρο της γηριατρικής υπάρχουν ερευνητικά τεκμηριωμένες πρακτικές για την πρόληψη των πτώσεων και έχουν αναπτυχθεί κατευθυντήριες γραμμές με δομημένη και αυστηρή μεθοδολογία ανάπτυξης.

Το ProFouND, Δίκτυο Διάδοσης σχετικά με την Πρόληψη των Πτώσεων των Ηλικιωμένων (The Prevention of Falls Network for Dissemination) είναι μια Ευρωπαϊκή Εκστρατεία με στόχο τη διάδοση και την εφαρμογή βέλτιστων πρακτικών στον τομέα της πρόληψης των πτώσεων σε όλη την Ευρώπη. Το αποτελούν 21 εταίροι από 12 χώρες, και συνδεδεμένα μέλη από άλλες 10 χώρες με επικεφαλής το Πανεπιστήμιο του Μάντσεστερ. Το Τ.Ε.Ι. Στερεάς Ελλάδας και το ΕΚΕΦΕ «Δημόκριτος» είναι μέλη του ProFouND.

Μέσα στις δράσεις του είναι να δημιουργήσει ένα δίκτυο από εκπαιδευμένους εκπαιδευτές και δασκάλους εκπαιδευτών στην πρόληψη των πτώσεων για τη διαχείριση της κατάλληλης επιστημονικά τεκμηριωμένης άσκησης σε όλη την Ευρώπη. Οι εκπαιδευτές ProFouND (cascade trainers) παρέχουν αποδεδειγμένες παρεμβάσεις άσκησης για την πρόληψη των πτώσεων στις διάφορες ομάδες ενδιαφερομένων, και παραδίδουν τυποποιημένη και πιστοποιημένη κατάρτιση σε νέους φυσικοθεραπευτές στη χώρα τους.

Η άσκηση οδηγεί στη μείωση των πτώσεων (ή επικίνδυνων πτώσεων), των γνωστών παραγόντων κινδύνου για πτώση και των καταγμάτων (ή αλλαγή περιοχής του κατάγματος), την αύξηση της οστικής πυκνότητας. Αυτοαναφερόμενες βελτιώσεις στην ποιότητα ζωής αναφορικά με την υγεία σημειώθηκαν σε όλους τους τομείς του SF-36 με τα προγράμματα άσκησης δύναμης και ισορροπίας PSI και Otago που συνιστά το ProFouND.

Λαμβάνοντας υπόψη τον αυξημένο μέσο όρο ζωής του σύγχρονου ανθρώπου, την ιατρική γνώση σχετικά με τη διαδικασία της γήρανσης και τις επιπτώσεις των πτώσεων συμπεραίνουμε ότι επενδύοντας στην πρόληψη, θα εξοικονομηθούν πολύτιμοι πόροι Υγείας με ταυτόχρονη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων.

2. Φυσικοθεραπευτική αξιολόγηση στην τρίτη ηλικία.

Βασιλειάδη Κωνσταντίνα, Φυσικοθεραπεύτρια, MSc, Πανεπιστημιακή Υπότροφος
Τμήματος Φυσικοθεραπείας ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας, ProFouND LLT Otago Exercise
Programme Cascade Trainer

Παγκοσμίως το ποσοστό των ηλικιωμένων ατόμων, δηλαδή των ατόμων άνω των 65 ετών, τείνει να αυξάνει όλο και περισσότερο. Ο όρος ηλικιωμένος, γήρας, τρίτη ηλικία παραμένουν ασαφείς καθώς δεν υπάρχει αυστηρώς καθορισμένο βιολογικό όριο. Δύο στους τρεις ηλικιωμένους ζουν στις αναπτυγμένες χώρες και η Ελλάδα δεν αποτελεί εξαίρεση. Η συνεχής αύξηση του πληθυσμού των μεγάλων ηλικιών φέρνει τον ιατρικό και παραϊατρικό κόσμο όλο και συχνότερα μπροστά σε ηλικιωμένους ασθενείς. Το γεγονός αυτό υπαγορεύει την επιτακτική ανάγκη για γνώση των χαρακτηριστικών του γερασμένου οργανισμού ώστε η ιατρική και παραϊατρική προσέγγιση και φροντίδα να είναι προσαρμοσμένη στα κατάλληλα πλαίσια.

Η γηριατρική αξιολόγηση είναι μία πολυδιάστατη, διεπιστημονική μορφή αξιολόγησης η οποία σχεδιάστηκε για να αξιολογήσει την λειτουργική ικανότητα ενός ηλικιωμένου ατόμου, τη σωματική του υγεία, τη γνωστική και ψυχική υγεία καθώς και διάφορες κοινωνικές και περιβαλλοντικές περιστάσεις. Περιλαμβάνει την καταγραφή της καθημερινής ιατροφαρμακευτικής αγωγής, την καθημερινή δραστηριοποίηση του ατόμου για βασικές δραστηριότητες αυτοεξυπηρέτησης (ένδυση, μεταφορά και άλλα) αλλά και επικουρικές όπως είναι η σωστή λήψη της φαρμακευτικής αγωγής, οι οικιακές δουλειές, η μετακίνηση από και προς έναν προορισμό και άλλες. Η αξιολόγηση των λειτουργικών ικανοτήτων θεωρείται απαραίτητη διαδικασία για την πρόβλεψη μιας πιθανής υπο-λειτουργικότητας η οποία μπορεί να οδηγήσει τα άτομα αυτά σε άμεση ή έμμεση εξάρτηση από τρίτους. Συναντάμε διάφορες δοκιμασίες για την λειτουργική ικανότητα όπως την δοκιμασία Get Up & Go, την δοκιμασία Timed Up & Go, την τροποποιημένη δοκιμασία Romberg, την δοκιμασία Functional Reach και άλλες.

Ερευνητικά δεδομένα έχουν δείξει ότι η χρήση των εργαλείων αξιολόγησης που αφορούν την τρίτη ηλικία οδηγούν σε αυξημένα ποσοστά επιβίωσης, μείωση της συχνότητας εισαγωγής σε νοσοκομεία και βελτίωση της λειτουργικής ικανότητάς τους μέσω στοχευμένων παρεμβάσεων. Μικρές θετικές διαφοροποιήσεις στην λειτουργική και την ψυχολογική ικανότητα οδηγούν σε αισθητή βελτίωση στην ποιότητα ζωής τους.

3. Τεκμηριωμένες προσεγγίσεις για την άσκηση στην Τρίτη ηλικία: από τη θεωρία στην ελληνική πρακτική.

Αμαλία Παπαδοπούλου, Φυσικοθεραπεύτρια, ProFouND LLT Otago Exercise Programme Leader.

Τελευταία, παρατηρείται αυξημένη παγκόσμια ανησυχία για τον αντίκτυπο και τις επιπτώσεις των πολλαπλών χρόνιων νοσημάτων των ηλικιωμένων, συνέπεια της ταχείας αύξησης του γεροντικού πληθυσμού. Κατά την τελευταία δεκαετία η παγκόσμια κοινότητα προωθεί πρωτοβουλίες για τη μείωση στην επιβάρυνση της υγείας των ηλικιωμένων, που βασίζονται σε προγράμματα με τεκμηριωμένα αποτελέσματα (evidence-based programmes-EBP), τα οποία μεταφέρονται στην κοινοτική πρακτική. Η πρόκληση για τους ερευνητές, τους κλινικούς και τους φορείς χάραξης πολιτικής υγείας, αντικατοπτρίζεται στο τρίπτυχο: καλύτερη φροντίδα υγείας, καλύτερη υγεία, και λιγότερο κόστος. Ωστόσο, στη χώρα μας γίνονται ελάχιστα στο πλαίσιο εθνικής εφαρμογής, προώθησης, διάδοσης και μακροχρόνιας υλοποίησης σχετικών προγραμμάτων.

Τα τεκμηριωμένα προγράμματα άσκησης, ως μέσο πρόληψης χρόνιων παθήσεων, βελτίωσης της ψυχικής και σωματικής υγείας, διατήρησης των νοητικών δεξιοτήτων, πρόληψης των πτώσεων και διατήρησης της λειτουργικής ικανότητας, αποτελούν αναπόσπαστο μέρος παρεμβάσεων πολλών επιπέδων για τη διατήρηση της υγείας και βελτίωση της ποιότητας ζωής του ηλικιωμένου πληθυσμού.

Στην Ελλάδα το επίπεδο άσκησης και φυσικών δραστηριοτήτων του πληθυσμού παραμένει απογοητευτικό. Σε μελέτες αναφέρεται ότι το 24% των ενηλίκων δεν ασκούνται καθόλου, 44% των ενηλίκων αθλούνται ελάχιστα, 38% των ατόμων πάνω από 55 ετών είναι «στατικοί» και δεν ασκούνται.

Αν και οι περισσότεροι ηλικιωμένοι αντιμετωπίζουν προβλήματα ισορροπίας και απώλειας δύναμης, συνήθως εξαιτίας προβλημάτων υγείας, αποφεύγουν την άσκηση με αποτέλεσμα να επιβαρύνονται ακόμα περισσότερο. Παρά το γεγονός ότι η άσκηση και η σωματική δραστηριότητα δε μπορούν να αναχαιτίσουν τη διαδικασία της βιολογικής γήρανσης, υπάρχουν ενδείξεις ότι η τακτική άσκηση μπορεί να αυξήσει το προσδόκιμο ζωής, περιορίζοντας την ανάπτυξη και εξέλιξη της χρόνιας ασθένειας και αναπηρίας.

Οι φυσικοθεραπευτές, ως οι ειδικοί στην άσκηση των πασχόντων, έχουν επιφορτιστεί με την ενημέρωση του πληθυσμού σχετικά με τις ευεργετικές επιδράσεις της άσκησης και της φυσικής δραστηριότητας πάνω στη διαδικασία της γήρανσης, καθώς επίσης με τη διάδοση και την πρακτική εφαρμογή τεκμηριωμένων προγραμμάτων άσκησης. Τόσο σαν άτομα, όσο και συλλογικά οι φυσικοθεραπευτές συνιστούν τον φορέα υλοποίησης των αποτελεσματικών μέσων άσκησης, με στόχο στην ενεργό γήρανση.

4.Εφαρμογές Ολοκληρωμένης Φροντίδας ηλικιωμένων και Υποστήριξης Επαγγελματιών Υγείας με χρήση Καινοτόμων Τεχνολογιών Ηλεκτρονικής Υγείας - Καινοτόμα έργα USEFIL, ReAAL και ProFouND.

Δρ. Όμηρος Παπαδόπουλος

Η γήρανση του πληθυσμού στις χώρες της ΕΕ συνεπάγεται σημαντικές προκλήσεις για τις ευρωπαϊκές οικονομίες, τα συστήματα κοινωνικής πρόνοιας και τα συστήματα Υγείας. Η ενίσχυση της πρόσβασης των ηλικιωμένων σε καινοτόμες και ποιοτικές υπηρεσίες πληροφορικής και επικοινωνιών μπορεί να βοηθήσει τους φορείς πολιτικής και τους επαγγελματίες υγείας να αντιμετωπίσουν αυτές τις προκλήσεις. Το ΕΚΕΦΕ Δημόκριτος και οι εταιρίες Τεχνοβλαστοί του μέσα από συνεχή Ευρωπαϊκά Έργα συνεχίζουν να αναπτύσσουν καινοτόμες υπηρεσίες και εφαρμογές προς την κατεύθυνση της αύξησης του χρόνου αυτόνομης διαβίωσης των ηλικιωμένων και της υποστήριξης των επαγγελματιών υγείας όπως των φυσικοθεραπευτών.

Στην συγκεκριμένη παρουσίαση θα γίνει αναφορά στα έργα USEFIL στο οποίο το ΕΚΕΦΕ ανέπτυξε υπηρεσίες διαδικτύου και ευφυείς εφαρμογές για την υποστήριξη της αυτόνομης διαβίωσης των ηλικιωμένων και στο έργο REAAL στην οποία το ΕΚΕΦΕ ενσωματώνει το Δίκτυο των Πραγμάτων (Internet of Things) στις υπηρεσίες αυτές για την αύξηση μεταξύ των άλλων της συμμόρφωσης των ασθενών στις ιατρικές συνταγές.

Έμφαση θα δοθεί στο έργο Profound στο οποίο το ΕΚΕΦΕ ανέπτυξε μεταξύ των άλλων εφαρμογή για την υποστήριξη των φυσικοθεραπευτών για την πρόληψη των πτώσεων. Η εφαρμογή για την πρόληψη των πτώσεων ProFouND Fall Prevention App είναι μια online εργαλειοθήκη και χρησιμοποιείται από τους επαγγελματίες ως ένα εργαλείο για να τους βοηθήσει στην καθημερινή πρακτική τους.

Παράλληλα αναπτύχθηκε διαδικτυακή πλατφόρμα που παρέχει όλα τα δεδομένα και ικανοποιεί τις ανάγκες των επαγγελματιών υγείας στην πρόληψη των πτώσεων, με σκοπό να αποτελεί για εκείνους «Υπηρεσία Μίας Στάσης» (onestopshop). Επίσης θα γίνει αναφορά στην βασική πλατφόρμα για την παροχή εκπαίδευσης εξ αποστάσεως σε χρήστες σε ολόκληρη την Ευρώπη η οποία αποσκοπεί να εξασφαλίσει εύκολη πρόσβαση στην διαδικτυακή εκπαίδευση σχετικά με την τεκμηριωμένη πρόληψη και διαχείριση των πτώσεων.

Επιστημονικός Συνεργάτης, Εθνικό Κέντρο Έρευνας Φυσικών Επιστημών
«Δημόκριτος» [210 6503004](tel:2106503004).