

## Δραστηριότητες καθημερινής ζωής και οστεοπόρωση

### Σ. ΜΠΑΚΑΤΣΗ

Ως δραστηριότητες καθημερινής ζωής ορίζονται όλα αυτά που κάνουμε καθημερινά για να ζήσουμε, η προσωπική αυτοφροντίδα (το φαγητό, η προσωπική υγιεινή και περιποίηση, η ένδυση), η εργασία, η φροντίδα του σπιτιού και η διαχείριση του ελεύθερου χρόνου.

Ο όρος δραστηριότητες καθημερινής ζωής χρησιμοποιείται από τους επαγγελματίες υγείας για τη φροντίδα του ηλικιωμένου.

Οι επαγγελματίες που προσφέρουν υπηρεσίες σε ηλικιωμένα άτομα αναφέρονται στη δυνατότητα ή στην ανικανότητα να εκτελούν τις δραστηριότητες καθημερινής ζωής ως εκτίμηση της λειτουργικότητας που διαθέτει το άτομο.

Στόχος της εργοθεραπευτικής παρέμβασης στον ασθενή με οστεοπόρωση είναι με την εκπαίδευση σε δραστηριότητες καθημερινής ζωής:

- α) Να μειώσει τον κίνδυνο για πτώση συνέπεια της οποίας μπορεί να είναι το κάταγμα.
- β) Να τον βοηθήσει να πετύχει το μέγιστο λειτουργικό επίπεδο ανεξαρτησίας για όσο το δυνατόν μεγαλύτερο χρονικό διάστημα.
- γ) Να εκπαιδεύσει τον ασθενή και την οικογένειά του ώστε να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα που παρουσιάζονται λόγω της νόσου.
- δ) Να βοηθήσει τον ασθενή και την οικογένειά του στη ρύθμιση του χρόνιου πόνου, της ανικανότητας και στις αλλαγές της ζωής<sup>1</sup>. Η επίτευξη της μέγιστης λειτουργικότητας μπορεί να εξασφαλίσει ανεξάρτητη και ασφαλή διαβίωση στον ασθενή, τόσο στο σπίτι όσο και στην κοινότητα.

### Καθημερινές δραστηριότητες

Τις δραστηριότητες καθημερινής ζωής τις διακρίνουμε σε:

#### Βασικές:

- μπάνιο
- ντύσιμο - γδύσιμο
- σίτιση

---

Εργοθεραπεύτρια  
Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή,  
Μεταπτυχιακό πρόγραμμα 'Μεταβολικά  
νοσήματα των Οστών'

- μεταφορές (π.χ. κρεβάτι σε καρέκλα και αντίστροφα)
- χρήση τουαλέτας
- περπάτημα

*Instrumental (πρόκειται για πιο σύνθετες και δύσκολες δραστηριότητες και συνήθως απαιτούν τη χρήση βοηθημάτων).*

- φροντίδα σπιτιού
- προετοιμασία γεύματος
- λήψη φαρμάκων
- αγορές - ψώνια
- χρήση τηλεφώνου
- ελεύθερος χρόνος

### Αξιολόγηση

Πριν προχωρήσουμε στη διαδικασία της θεραπείας πρέπει να προηγηθεί αξιολόγηση σε τομείς όπως: το επίπεδο κατανόησης, η ικανότητα και οι ελλείψεις στην εκτέλεση συγκεκριμένων καθημερινών δραστηριοτήτων, η μυϊκή και λειτουργική δύναμη, το εύρος κίνησης των αρθρώσεων που χρειάζεται για τις καθημερινές δραστηριότητες καθώς και η αστάθεια που μπορεί να σχετίζεται με την εκτέλεση κάποιας δραστηριότητας, η ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς, η ασφάλεια του σπιτιού του, άλλες ασχολίες (ψυχαγωγία), καθώς και οι συνθήκες διαβίωσης στην κοινότητα. Οι τομείς που πρέπει να αξιολογηθούν πρέπει να είναι πρώτα εκείνοι που αφορούν τις βασικές δραστηριότητες και αργότερα να γίνει η αξιολόγηση για πιο σύνθετες και απαιτητικές δραστηριότητες.

Για να γίνει η αξιολόγηση στους παραπάνω τομείς θα χρησιμοποιήσουμε:

- α) τη διαδικασία αξιολόγησης της φυσικής υγείας του ασθενούς σύμφωνα με το πρωτόκολλο της εργοθεραπείας για τους ηλικιωμένους
- β) την κλινική παρατήρηση
- γ) την ιατρική αναφορά
- δ) τη συνέντευξη με τον ασθενή και την οικογένειά του
- ε) τη συνεργασία με το φυσικοθεραπευτή και τον κλινικό ψυχολόγο<sup>2</sup>.

Κατά τη διάρκεια της αξιολόγησης είναι σημαντικό να παρατηρούμε τον ασθενή για σημάδια έκφρασης πόνου

και φόβου. Δεν πρέπει να ξεχνάμε ποτέ τα συνοδά προβλήματα υγείας που μπορεί να έχει ένας ασθενής.

### Επιδημιολογικά στοιχεία

Στην Ε.Ε. κάθε μέρα 15.000 ηλικιωμένοι υπόκεινται ένα τραυματισμό ο οποίος θα τους αναγκάσει να ζητήσουν ιατρική φροντίδα. Από αυτούς οι 5.500 θα χρειαστεί να νοσηλευτούν σε ένα νοσοκομείο, οι 275 θα καταλήξουν, ενώ πολλές εκατοντάδες θα μεταφερθούν μόνιμα σε μια δομή υγείας ή σε οίκο ευγηρίας<sup>3</sup>. Οι πτώσεις είναι η κύρια αιτία τραυματισμού για τα ηλικιωμένα άτομα και μπορεί να επηρεάσουν άμεσα την ποιότητα ζωής τους. Οι περιβαλλοντικοί κίνδυνοι, η οστεοπόρωση, καθώς και η αύξηση της ηλικίας με τα συνοδά προβλήματά της, φαίνεται να είναι οι κύριες αιτίες πρόκλησης των πτώσεων στα άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών και ακόμη περισσότερο άνω των 80 ετών. Καταγραφή τραυματισμών σε ηλικιωμένους σε τρία ελληνικά δημόσια νοσοκομεία (ένα στην Αθήνα και δυο στην επαρχία) μας έδωσαν τα παρακάτω στοιχεία σχετικά με τις πτώσεις και τις καθημερινές δραστηριότητες των ηλικιωμένων. Το 40% των πτώσεων των ηλικιωμένων γίνονται στο σπίτι. Από τις πτώσεις στο σπίτι, το 12% καταγράφηκαν στο υπνοδωμάτιο και αφορούν γυναίκες ηλικίας 65+, ενώ οι πτώσεις της ίδιας κατηγορίας για την ηλικιακή ομάδα 85+ ανέρχονται σε ποσοστό περίπου 26%, στην κουζίνα το 7% και στο μπάνιο το 5%. Μια άλλη καταγραφή σε σχέση με τις πτώσεις που προκλήθηκαν από ολισθήματα μας δείχνει ότι το 64% έγινε μέσα στο σπίτι και πιο συγκεκριμένα στο μπάνιο. Οι μισοί από τους τραυματισμούς (47%) που καταγράφηκαν στα παραπάνω νοσοκομεία ήταν κατάγματα, με το μεγαλύτερο ποσοστό να το κατέχουν οι γυναίκες (11.237 περιστατικά) έναντι των ανδρών (3.291 περιστατικά). Το 39% αυτών των καταγμάτων ήταν στο ισχίο και για την ηλικιακή ομάδα 80+ το ποσοστό αυτό ανέρχεται σε 67% του συνόλου των καταγμάτων. Τα ποσοστά της παραπάνω έρευνας μας δείχνουν ότι ένα ποσοστό των πτώσεων λαμβάνει χώρα κατά την εκτέλεση των καθημερινών δραστηριοτήτων. Αλληλαγές στο χώρο του σπιτιού για τη διευκόλυνση εκτέλεσης των καθημερινών δραστηριοτήτων και εκπαίδευσης των ηλικιωμένων για ασφαλή εκτέλεση των καθημερινών δραστηριοτήτων μπορούν να αποτρέψουν τον κίνδυνο πτώσης και κατά

συνέπεια τον κίνδυνο κατάγματος.

Το κάταγμα μπορεί να έχει σαν συνέπεια την άμεση απώλεια της ικανότητας για ανεξάρτητη διαβίωση.

Τα πιο συχνά κατάγματα είναι του ισχίου, τα σπονδυλικά κατάγματα και του καρπού<sup>4</sup>.

Παρακάτω θα αναλυθούν ενδεικτικά κάποιες δραστηριότητες καθημερινής ζωής σε σχέση με το κάταγμα ισχίου.

### Κάταγμα ισχίου

Το κάταγμα ισχίου κατέχει συνήθως την πρώτη θέση σε συχνότητα ανάμεσα στα οστεοπορωτικά κατάγματα και είναι αιτία πρόκλησης ανικανότητας και θνησιμότητας στους ηλικιωμένους. Αναφέρεται ότι ένας στους πέντε ασθενείς θα πεθάνει μέσα στον πρώτο χρόνο μετά το κάταγμα ισχίου. Εντούτοις, σε μια τυχαία δοκιμή, οι Hagsten και συν διαπίστωσαν ότι η ικανότητα των ασθενών που ακολούθησαν πρόγραμμα εργοθεραπείας για εκτέλεση καθημερινών δραστηριοτήτων αυξήθηκε σε μικρό χρονικό διάστημα σε σχέση με εκείνους που δεν έλαβαν υπηρεσίες εργοθεραπείας, για να επιστρέψουν σε μια κατάσταση ανεξάρτητης διαβίωσης με τη λιγότερη φροντίδα<sup>5</sup>.

Ακόμη, μελέτες έχουν δείξει ότι άτομα που υποβλήθηκαν ενδονοσοκομειακά σε πρόγραμμα αποκατάστασης και δεχτήκαν κατ' οίκον έστω και μια συμβουλευτική επίσκεψη από εργοθεραπευτή για χρήση βοηθημάτων κατά την εκτέλεση των δραστηριοτήτων καθημερινής ζωής και τροποποιήσεις στο χώρο κατοικίας τους, παρουσίασαν σημαντικά μειωμένο κίνδυνο μελλοντικής πτώσης έναντι ατόμων με ανάλογο κάταγμα που υποβλήθηκαν στο ίδιο θεραπευτικό πρόγραμμα ενδονοσοκομειακά χωρίς όμως εξωτερική βοήθεια από εργοθεραπευτή<sup>6</sup>.

### Ο ρόλος του εργοθεραπευτή

Η παρέμβαση του εργοθεραπευτή σε ασθενή με κάταγμα ισχίου που έχει αντιμετωπιστεί χειρουργικά, τυπικά ξεκινάει μόλις ο ασθενής είναι έτοιμος να σηκωθεί από το κρεβάτι, συνήθως 1-3 ημέρες μετά το χειρουργείο, ο ακριβής χρόνος έναρξης όμως εξαρτάται και από την ηλικία του ασθενούς τη γενική κατάσταση της υγείας του και την έκβαση της χειρουργικής επέμβασης. Ο εργοθεραπευτής είναι σημαντικό πριν ξεκινήσει τη

συνεργασία του με τον ασθενή να εξηγήσει το ρόλο του και να συλλέξει πληροφορίες για το προηγούμενο λειτουργικό επίπεδο που είχε ο ασθενής, το περιβάλλον του σπιτιού του και για τη γενικότερη κατάσταση της ζωής του. Ο στόχος του εργοθεραπευτή είναι να αυξήσει την ανεξαρτησία του ασθενούς στο μέγιστο δυνατό επίπεδο στις καθημερινές του δραστηριότητες, με όλες τις προφυλάξεις κίνησης για το χειρουργημένο μέλος. Ο ρόλος του εργοθεραπευτή είναι να μάθει στον ασθενή τρόπους και μέσα για να εκτελεί τις δραστηριότητες της καθημερινότητάς του με ασφάλεια<sup>7</sup>.

Ο εργοθεραπευτής είναι υπεύθυνος για οποιαδήποτε αξιολόγηση χρειάζεται. Το εύρος κίνησης της άρθρωσης, η μυϊκή δύναμη, η αίσθηση και η νοητική κατάσταση του ασθενούς πρέπει να ελέγχονται πριν γίνει η λειτουργική αξιολόγηση. Κατά τη διάρκεια της αξιολόγησης, είναι σημαντικό να παρατηρούμε οποιαδήποτε έκφραση πόνου ή φόβου και στην ηρεμία αλλά και στην κίνηση. Ο εργοθεραπευτής πρέπει να παροτρύνει τον ασθενή για μια δραστήρια ζωή και συγχρόνως να τον εκπαιδεύσει στο να θυμάται συνεχώς τις οδηγίες κίνησης. Επίσης, να προτρέπει τον ασθενή σε εκπαίδευση για δραστηριότητες καθημερινής ζωής. Ο θεραπευτής εισαγάγει και εκπαιδεύει τον ασθενή στη χρήση βοηθημάτων και σε κατάλληλες τεχνικές μεταφοράς, επιβεβαιώνοντας συγχρόνως τις προφυλάξεις για το ισχίο.

### Ειδικά βοηθήματα

Για τη διευκόλυνση στην εκτέλεση των δραστηριοτήτων καθημερινής ζωής μπορούμε στο πρόγραμμα εκπαίδευσης να συμπεριλάβουμε μια σειρά από βοηθητικά μέσα όπως: λαβίδα ντυσίματος, καλτσοφορετή, λαβίδα σύλληψης, σφουγγάρι με μακριά λαβή, ελαστικά κορδόνια παπουτσιών και μακρύ κόκαλο παπουτσιών. Τα παραπάνω βοηθήματα δε χρησιμοποιούνται από όλους τους ασθενείς. Ο θεραπευτής κρίνει, για τον κάθε ασθενή ξεχωριστά σύμφωνα με τα στοιχεία που έχει αν χρειάζεται κάποιο βοήθημα και ποιο είναι αυτό.

### Κινητικότητα στο κρεβάτι

Συστήνεται η ύπτια θέση στο κρεβάτι με κατάλληλη τοποθέτηση μαξιλαριών. Αν ο ασθενής δεν παραπονείται, ενθαρρύνεται και ο ύπνος στη χειρουργημένη πλευρά. Όταν ο ασθενής κοιμάται στη μη χειρουργημένη πλευρά,



πρέπει να τοποθετεί ανάμεσα στα πόδια μαλακά και μεγάλα μαξιλάρια και το χειρουργημένο μέλος να υποστηρίζεται για να αποφύγει τη στροφή. Ο ασθενής μαθαίνει να σηκώνεται και από τις δυο πλευρές του κρεβατιού. Είναι σημαντικό να εκπαιδευτεί στο να μεταφέρει το βάρος του χειρουργημένου μέλους. Για το λόγο αυτό, σε κάποιες κλινικές χρησιμοποιούν ειδικά βοηθήματα, τα «leg lifter». Πριν την έξοδο του ασθενή από το νοσοκομείο, πρέπει να καθοριστεί ο κατάλληλος τύπος και το ύψος του κρεβατιού για το σπίτι.

### Κάθισμα σε καρέκλα



Συστήνεται καρέκλα σταθερή με μπράτσα. Ο ασθενής καθοδηγείται να εκτείνει το χειρουργημένο πόδι εμπρός, να πιάνεται από τα μπράτσα και να κάθεται με αργή κίνηση. Η μεγάλη κάμψη του ισχίου πρέπει να αποφεύγεται, ο ασθενής κάθεται στην καρέκλα μπροστά. Για τη διευκόλυνση μιας άνετης θέσης μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε και μαξιλάρια. Χαμηλές καρέκλες, μαλακές, ανακλινόμενες και κουνιστές πρέπει να αποφεύγονται.

### Μπάνιο - Χρήση τουαλέτας

Ο ασθενής μπορεί αρχικά να κάνει χρήση ντους και αργότερα μπανιέρας. Για το ντους μπορεί να χρησιμοποιήσει ειδικό κάθισμα μπάνιου κατά προτίμηση, με πλάτη για καλύτερη στήριξη και μπράτσα. Ο ασθενής έχει μάθει με το φυσικοθεραπευτή να βαδίζει χρησιμοποιώντας περιπατητήρα ή πατερίτσες. Πλησιάζει βαδίζοντας και ακολουθεί τις οδηγίες για το κάθισμα σε καρέκλα. Όταν πρόκειται να μεταφερθεί σε μπανιέρα, στέκεται όρθιος παράλληλα με την μπανιέρα, χρησιμοποιώντας τον περιπατητήρα ρίχνει το βάρος στα γόνατα και όχι στα ισχία και κάθεται στην άκρη του ειδικού καθίσματος που τοποθετείται στην μπανιέρα, μεταφέρει με προσοχή πρώτα το χειρουργημένο πόδι και μετά το άλλο. Προσοχή στη θέση του ισχίου σε όλη τη διάρκεια της δραστηριότητας.

Συστήνεται το αντιολισθητικό πατάκι, καθώς και μπάρες στήριξης στον τοίχο όπου κρίνεται απαραίτητο. Ο τύπος

καθίσματος για την μπανιέρα δεν είναι πάντα ο ίδιος. Ωστόσο ο ασθενής να καταφέρει να ολοκληρώσει το μπάνιο μόνος του, μπορεί να χρειάζεται μερική βοήθεια. Ο εργοθεραπευτής θα προτείνει τα κατάλληλα βοηθήματα. Για τη χρήση τουαλέτας, απαραίτητο θεωρείται το ανυψωτικό βοήθημα τουαλέτας για την αποφυγή μεγάλης κάμψης του ισχίου.

Σταδιακά θα ακολουθήσει η εκπαίδευση και σε άλλες δραστηριότητες όπως ένδυση - απόδυση άνω και ειδικά κάτω κορμού, με προσοχή στην κάμψη ισχίου και γενικότερα στη θέση του ισχίου κατά την εκτέλεση της δραστηριότητας. Ο ασθενής γι' αυτή τη δραστηριότητα κάθεται σε καρέκλα ή στην άκρη του κρεβατιού. Στην αρχή μπορεί να χρησιμοποιήσει λαβίδα ντυσίματος για το ντύσιμο του κάτω κορμού, την τοποθέτηση της κάλτσας και των παπουτσιών. Πρέπει να μάθει να ντύνει πρώτα το χειρουργημένο πόδι και μετά το άλλο. Στην ένδυση και την απόδυση, ο ασθενής πρέπει να αποφεύγει να σταυρώνει τα πόδια του για να μην επιτρέψει μεγάλη στροφή του ισχίου<sup>8</sup>.

Ο ασθενής, καθώς προχωράει στη θεραπεία του, θα εκπαιδευτεί και σε πιο δύσκολες δραστηριότητες, μέχρι να αποκτήσει το μέγιστο δυνατό της λειτουργικότητάς του. Η εκπαίδευση του ασθενή σε δραστηριότητες καθημερινής ζωής, όπως φαίνεται συμπληρώνει ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα θεραπείας για τον οστεοπορωτικό ασθενή.

Οι επαγγελματίες υγείας, καθώς και το ιατρικό προσωπικό, θα πρέπει να ενημερώνονται για ολοκληρωμένα προγράμματα θεραπείας και αποκατάστασης για τους ηλικιωμένους ασθενείς με οστεοπόρωση<sup>9</sup>.

### Βοηθήματα



**ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. Maniel M, Strickland B. Occupational therapy protocol management in adult physical dysfunction. Aspen. 1992; 3:193-199.
2. Pedretti I, Foti D. Occupational therapy. Practice skills for physical dysfunction. Mosby. 2001; 13:124-127.
3. Περιοδικό Εργοθεραπείας. Εφαρμογή και αξιολόγηση δοκιμαστικού προγράμματος «Ασφαλές σπίτι» 2008; 36:16-23.
4. Atchison B, Drette D. Conditions in occupational therapy: effect on occupational performance. Philadelphia: Williams and Wilkins 2007; 17:347-358.
5. Hagsten B, Svensson O, Gardulf A. Health-related quality of life and self-reported ability concerning adl and iadl after hip fracture. Acta orthopaedica. 2006; 77:114-119.
6. Di Monaco M, Valero F, Toma E et al. A single home visit by an occupational therapist reduces the risk of falling after hip fracture in elderly women: A quasi-randomized controlled trial. Journal of rehabilitation medicine. 2008; 40:446-450.
7. Radowski M, Trombly Lathman C. Occupational therapy for physical dysfunction. Baltimore: Lippincott, Williams and Wilkins. 2008:1117-1125.
8. Foti D, Pedretti I. Occupational therapy practice skills for physical dysfunction. Mosby 2001; 45:874-878.
9. Bellantonio S, Fortinski R. How well are community-living women treated for osteoporosis after hip fractures? Journal of the American geriatric society. 2001; 49:1197-1201.

---

*Το άρθρο αυτό στην αρχική του μορφή παρουσιάστηκε ως προφορική ανακοίνωση στο 5ο Πανελλήνιο Συνέδριο Εργοθεραπείας που πραγματοποιήθηκε στην Αθήνα, 28-29/11/2009*