

Opieka domowa nad chorym po udarze mózgu

Małgorzata Świerkocka-Miastkowska, Dorota Biesek

Katedra i Klinika Neurologii Dorosłych Akademii Medycznej w Gdańsku

Losy pacjentów po przebytych udarze mózgu, a zwłaszcza jakość ich życia, stały się przedmiotem wnikliwych opracowań. Badacze analizują przede wszystkim wczesną i późną śmiertelność poudarową, a publikowane dane na ten temat istotnie się różnią. Na zróżnicowanie wyników znacząco wpływają przede wszystkim: średni wiek analizowanej grupy chorych, konfiguracja obciążających czynników ryzyka chorób naczyniowych oraz bezpośrednie przyczyny zgonów (zawał serca, infekcje, choroba nowotworowa). W przybliżeniu można przyjąć, że około 50% osób po przebytych udarze mózgu ma szansę wieloletniego przeżycia.

Wiadomo, że większość chorych, którzy przeżyli udar mózgu, rokuje kliniczną poprawę, lecz całkowite ustąpienie zaburzeń mowy, czynności ruchowych oraz funkcji poznawczych obserwuje się stosunkowo rzadko. Poprawa zwykle następuje powoli i stopniowo, w ciągu kilku lub kilkunastu miesięcy, często z okresami, w których pozornie nie występują żadne zmiany. Po 2-letnim okresie rehabilitacji około 1/3 pacjentów jest w pełni zdolna do samoobsługi, 1/3 wymaga częściowej pomocy, a pozostali chorzy nadal potrzebują pełnej, stałej opieki.

Do oceny stopnia niesprawności pacjentów po udarze mózgu wykorzystuje się skalę punktową, dzięki której można porównać grupy chorych lub określić stan jednego chorego na różnych etapach rehabilitacji. Często używa się skali *Barthel Index of Activities of Daily Living* (ADL-Barthel). Za jej pomocą ocenia się sprawność chorych w zakresie 10 podstawowych czynności codziennych (tab. 1).

Pacjenci poddający się rehabilitacji muszą pokonywać wiele trudności, napotykanymi na różnych płaszczyznach życia. Są to przede wszystkim problemy związane z:

Adres do korespondencji:

dr med. Małgorzata Świerkocka-Miastkowska
Katedra i Klinika Neurologii Dorosłych
Akademii Medycznej
ul. Dębinki 7, 80-211 Gdańsk
tel.: 0 58 349 23 00, faks: 0 58 349 23 20
e-mail: mswierk@amg.gda.pl

Tabela 1. Skala ADL-Barthel

Oceniana czynność	Liczba punktów
Kontrola oddawania stolca	
Nietrzymanie	0
Sporadyczne nietrzymanie	1
Pełna kontrola	2
Kontrola oddawania moczu	
Nietrzymanie	0
Sporadyczne nietrzymanie	1
Pełna kontrola	2
Higiena osobista (mycie, golenie)	
Wymaga pomocy	0
Samodzielny	1
Korzystanie z toalety	
Zależny	0
Wymaga niewielkiej pomocy	1
Samodzielny	2
Spożywanie posiłków	
Karmiony	0
Z pomocą	1
Samodzielny	2
Przemieszczanie się	
Niezdolny	0
Zależny	1
Z niewielką pomocą	2
Samodzielny	3
Chodzenie po płaskim terenie	
Niezdolny	0
Za pomocą wózka	1
Przy pomocy innej osoby	2
Samodzielny	3
Ubieranie się	
Niezdolny	0
Z pomocą	1
Samodzielny	2
Kąpiel	
Z pomocą	0
Samodzielny	1
Chodzenie po schodach	
Niezdolny	0
Z pomocą	1
Samodzielny	2

Podstawą oceny stopnia niepełnosprawności jest liczba punktów uzyskanych w skali:

- 0–9 punktów — ciężka niesprawność
- 10–14 punktów — niesprawność umiarkowana
- 15–19 punktów — lekka niesprawność
- 20 punktów — pełna sprawność, niezależność

- utratą niezależności — kalectwo ogranicza zdolność wykonywania prostych, codziennych czynności;
- utratą pracy — udar jest przyczyną korzystania ze świadczeń rentowych, staje się często powodem przedwczesnego przejścia na emeryturę;
- pogorszeniem sytuacji materialnej;
- utratą pozycji społecznej — utrudnione kontakty towarzyskie spowodowane zaburzeniami komunikacji werbalnej, pogorszeniem funkcji poznawczych lub z przyczyn niezależnych od samego chorego;
- zmianą sytuacji rodzinnej — trudności w zaakceptowaniu pozycji zależnego od innych członka rodziny;
- lękiem przed nawrotem choroby, pogorszeniem się obecnego stanu.

W związku z tym bliscy i opiekunowie chorych stają przed szczególnym zadaniem — w ścisłej współpracy z personelem medycznym oraz pracownikami socjalnymi powinni wspomagać pacjenta w ponownym osiągnięciu umiejętności, dzięki którym będzie on mógł jak najlepiej funkcjonować na co dzień.

Ze względu na długotrwałość i skomplikowanie procesu rehabilitacyjnego opiekunowie powinni się cechować cierpliwością, wytrwałością, wyrozumiałością i stopniowo dostosowywać zadania do stale zmieniających się możliwości pacjenta.

GŁÓWNE ZADANIA OPIEKUNA CHOREGO PO UDARZE MÓZGU

- Regularny, ścisły kontakt z lekarzem prowadzącym — neurologiem; przestrzeganie terminów zalecanych konsultacji specjalistycznych: internistycznej, diabetologicznej, kardiologicznej, u specjalisty rehabilitacji; prowadzenie leczenia i kontrolowanie parametrów laboratoryjnych według zaleceń lekarskich.
- Kontynuacja zabiegów pielęgnacyjnych we współpracy z pielęgniarkami środowiskowymi, zgodnie z wymaganiami wynikającymi ze stanu ogólnego pacjenta (z zachowaniem zasad profilaktyki zakażeń układu oddechowego, przeciwoleżynowej itd).
- Kontynuacja rehabilitacji ruchowej we współpracy z fizjoterapeutą — asystowanie choremu w zalecanych ćwiczeniach biernych, bierno-czynnych i powtarzaniu ćwiczeń czynnych; usprawnianie może się odbywać w formie rehabilitacji domowej, ćwiczeń w ośrodku rehabilitacyjnym w miejscu zamieszkania oraz w formie wyjazdowej w wyspecjalizowanych ośrodkach reha-

bilitacyjnych; dobór formy rehabilitacji zależy od stanu ogólnego i funkcjonalnego pacjenta.

- Kontynuacja rehabilitacji logopedycznej we współpracy z terapeutą zaburzeń mowy; do osiągnięcia możliwie najlepszych efektów konieczne są częste i regularne ćwiczenia mające na celu usprawnienie aparatu mowy oraz poprawę umiejętności pisania i czytania.
- Rehabilitacja w zakresie codziennych czynności — zadaniem opiekuna jest asystowanie choremu przy czynnościach możliwych do wykonania przez niego samego oraz zachęcanie do podejmowania wielokrotnych prób ich wykonywania w razie niepowodzenia.
- Wspieranie chorego w zaakceptowaniu nowej, trudnej sytuacji oraz w próbach powrotu do wcześniejszych zainteresowań, a także rozwijaniu nowych, dostosowanych do aktualnych możliwości: wspólne czytanie, oglądanie telewizji, słuchanie radia; ułatwianie choremu udziału we wszystkich ważnych uroczystościach towarzyskich, rodzinnych, wydarzeniach kulturalnych; umożliwienie opuszczania domu i podróżowania.

SZCZEGÓLNE PROBLEMY PÓŹNEGO OKRESU POUДАРOWEGO

- **Padaczka poudarowa** — do pierwszego napadu dochodzi u około 5% chorych z udarem niedokrwiennym mózgu po około 14 dniach od jego wystąpienia; najczęściej są to napady częściowe ruchowe proste oraz wtórnie uogólnione. Rozwoju padaczki częściowej można się spodziewać u osób po przebytych rozległym udarze, po udarze korowo-podkorowym oraz krwotocznym. Leczenie przeciwpadaczkowe należy rozpocząć po konsultacji neurologicznej i wykonaniu koniecznych badań diagnostycznych — najczęściej stosuje się preparaty kwasu walproinowego oraz karbamazepiny. Ze względu na obecność organicznego uszkodzenia mózgowia terapię należy kontynuować nawet w przypadku całkowitego ustąpienia napadów (obserwowanego u ok. 75% leczonych chorych).
- **Otępienie naczyniopochodne** — zaburzenie; spowolnienie procesów poznawczych ujawniające się u około 30% pacjentów 3–4 miesiące po przebytych udarze mózgu. Podejrzenie wystąpienia otępienia naczyniopochodnego wymaga diagnostyki neurologiczno-psychiatrycznej — stanowi ono poważne powikłanie utrudniające proces rehabilitacji. Dostarczanie różno-

rodnych bodźców środowiskowych może sprzyjać hamowaniu procesu degradacji intelektualnej.

- **Depresja poudarowa** — liczba chorujących na depresję poudarową w publikowanych wynikach badań jest zmienna. W przybliżeniu można przyjąć, że w ciągu 4 miesięcy od udaru depresja poudarowa wystąpi u około 40% pacjentów. Objawy spełniające kryteria rozpoznania depresji według klasyfikacji *Diagnostic and Statistical Manual [of Mental Disorders], Fourth Edition* (DSM-IV) są najprawdopodobniej wynikiem ogniskowego uszkodzenia mózgowia. Niektórzy autorzy uważają jednak, że jest to reakcja na trudną, stresującą sytuację życiową. Rozpoznanie depresji powinien potwierdzić lekarz psychiatra. W farmakoterapii stosuje się preparaty trój- i czteropierścieniowe (amitryptylina, mianseryna) i inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny (SSRI, *selective serotonin reuptake inhibitor*; fluoksetyna). Wykorzystuje się także stabilizujące nastrój działanie leków przeciwpadaczkowych. Oprócz leczenia farmakologicznego stosuje się psychoterapię.
- **Upadki prowadzące do urazów, złamania** — szczególnie narażeni są na nie pacjenci ze znacznym deficytem ruchowym, zaburzeniami równowagi i wzmożonym napięciem mięśniowym. Chorzy z zaburzeniami mowy i kontaktu, zespołem zaniedbywania, zaburzeniami uczucia, zarówno powierzchniowego, jak i głębo-

kiego, mogą mieć trudności z poinformowaniem opiekuna o upadku lub z odczuwaniem jego skutków — w tych sytuacjach szczególnie istotny jest uważny nadzór opiekuna.

- **Zaburzenia funkcji seksualnych** — u większości pacjentów po przebytych udarach istotnie obniżają się zdolności seksualne. Przyczyn można upatrywać zarówno w dysfunkcji organicznej, jak i w psychice. Ze względu na intymność problemu leczenie powinno się rozważyć po konsultacjach specjalistycznych — urologicznej i psychiatrycznej (psychoterapia, leczenie farmakologiczne).

Z uwagi na nagłe wystąpienie i długotrwałość koniecznej rehabilitacji udaru mózgu wymaga dużych zmian w organizacji funkcjonowania rodziny chorego — nowa sytuacja oznacza dla niej wiele nowych obowiązków i ograniczeń.

Ze względu na szczególne obciążenia psychiczne, jakim podlegają opiekunowie pacjentów po udarze, wskazane i konieczne jest tworzenie dla nich grup wsparcia. Takie grupy powinny spełniać funkcję zarówno informacyjno-edukacyjną (spotkania ze specjalistami leczącymi chorych po udarze), jak i stanowić forum wymiany doświadczeń między osobami na co dzień spotykającymi się z problemem udaru mózgu.