

Edukacja chorego po udarze mózgu

Grzegorz Kozera

Katedra i Klinika Neurologii Dorosłych Akademii Medycznej w Gdańsku

KONIECZNOŚĆ EDUKACJI CHOREGO PO UDARZE MÓZGU

Wystąpienie poważnych, często zagrażających życiu objawów udaru mózgu jest niespodziewane zarówno dla chorego, jak i dla jego rodziny. Najczęściej występuje nagły deficyt ruchowy — niedowład lub porażenie kończyny. U niektórych pacjentów dochodzi do zaburzenia kontaktu z otoczeniem (zaburzenia mowy, rozumienia, pamięci) oraz utraty kontroli nad czynnościami fizjologicznymi.

W polskim społeczeństwie stopień edukacji medycznej jest niski, a wiedza dotycząca początkowych objawów udaru oraz jego powikłań — niewystarczająca. Dlatego istnieje konieczność przekazania pacjentowi w początkowym okresie hospitalizacji podstawowych informacji na temat przyczyny i objawów udaru mózgu. Należy wyjaśnić różnice między udarem niedokrwiennym (zawał mózgu) a udarem krwotocznym („wylew”). Chorego i jego opiekunów powinno się poinformować o konsekwencjach udaru (ewentualnym zagrożeniu życia, trwałym kalectwie, degradacji społeczno-zawodowej). Niezbędne jest także omówienie planowanych badań oraz działań terapeutycznych.

Znajomość czynników ryzyka udaru mózgu w społeczeństwie jest mała, zaś konieczność ich leczenia często się bagatelizuje. Szczególnie ważnym zagadnieniem jest uświadomienie pacjentowi i jego opiekunom znaczenia należytej kontroli nadciśnienia tętniczego, cukrzycy oraz innych przewlekłych chorób sprzyjających wystąpieniu udaru mózgu. Wskazane jest przedstawienie mechanizmów prowadzących do udaru, z uwzględnieniem istniejących wcześniej jednostek chorobowych, czynników środowiskowych i stylu życia.

Adres do korespondencji:

dr med. Grzegorz Kozera
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: gkozera@amg.gda.pl

Niedostatek zachowań prozdrowotnych w polskim społeczeństwie dotyczy również pacjentów z udarem mózgu. Modyfikacja czynników ryzyka, takich jak: styl życia, nieprawidłowe zwyczaje żywieniowe, nadużywanie tytoniu i alkoholu lub brak regularnych badań zapobiegawczych, jest niezbędna w profilaktyce wtórnej udaru. Wskazania do stosownych zmian w tym zakresie należy zawrzeć w programie edukacji poudarowej — zarówno chorego, jak i jego rodziny, szczególnie w okresie po pobycie w szpitalu.

Obecnie pacjenci i ich bliscy nie mają wystarczającej wiedzy o zasadach organizacji opieki i rehabilitacji poszpitalnej.

CELE EDUKACJI POU DAROWEJ

Edukację chorego po udarze mózgu należy dostosować do jego stanu ogólnego i neurologicznego — do stopnia nasilenia deficytów ruchowych oraz poznawczych. Zakres tej edukacji powinien odpowiadać poziomowi intelektualnemu pacjenta i jego opiekunów, a także etapowi choroby. Zakres wiedzy przekazywanej osobom z niewielkim ubytkiem neurologicznym może być szeroki, natomiast w przypadku chorych z dużym stopniem niepełnosprawności poudarowej trzeba edukować przede wszystkim rodzinę, opiekunów oraz lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

Pacjent w ostrej fazie udaru powinien uzyskać podstawowe informacje o jego przyczynie, przebiegu i powikłaniach. W ramach opieki poszpitalnej najistotniejsza jest wiedza na temat kontroli czynników ryzyka, sposobów pielęgnacji i rehabilitacji chorego oraz zmiany stylu i warunków jego życia.

Edukacja pacjenta u osób samodzielnych, bez nasilonych deficytów ruchowych, bez zaburzeń afatycznych, objawów zespołu otępiennego obejmuje:

- wyjaśnienie przyczyny udaru, zapewnienie niezbędnych informacji na temat jego przebiegu i powikłań;

- ukazanie konieczności i sposobu zmiany stylu życia (promocja zachowań prozdrowotnych) oraz poprawy kontroli czynników ryzyka po udarze;
- zwiększenie aktywnego udziału chorego w procesie leczniczym;
- planowaną i dostosowaną do możliwości pacjenta rehabilitację społeczno-zawodową.

Edukacja rodziny/opiekunów chorych z utrwaloną niepełnosprawnością poudarową, zaburzeniami mowy, demencją obejmuje:

- wyjaśnienie zakresu oraz konsekwencji trwałych deficytów neurologicznych występujących u chorego;
- naukę czynności pielęgnacyjnych i rehabilitacyjnych;
- instruktaż w zakresie przygotowania zaplecza socjalnego (adaptacja mieszkania, wyposażenia w sprzęt rehabilitacyjny);
- podanie informacji o możliwości uzyskania wsparcia (opieka społeczna, pielęgniarki środowiskowe, organizacje kościelne, pomoc psychologiczna);
- ukazanie konieczności konsekwentnej rehabilitacji w warunkach domowych oraz sposobów jej prowadzenia.

Edukacja lekarza rodzinnego i pielęgniarki środowiskowej pełniących poszpitalną opiekę nad chorym i jego rodziną obejmuje:

- uświadomienie, że chory po udarze to pacjent specyficzny, wymagający szczególnego nadzoru neurologicznego i ogólnolekarskiego oraz ścisłej kontroli czynników ryzyka;
- wskazanie, że niezbędne jest dostosowanie terapii do możliwości i konkretnych potrzeb pacjenta, przekazanie standardów postępowania leczniczego w warunkach ambulatoryjnych;
- promowanie fachowego nadzoru pielęgnacyjnego w warunkach poszpitalnych (stała opieka domowa).

KORZYŚCI Z EDUKACJI

- Pogłębienie wiedzy chorych i ich rodzin dotyczącej czynników ryzyka udaru mózgu, zrozumienie jego przyczyny oraz przebiegu i konsekwencji.
- Usprawnienie współpracy z lekarzem, zwiększenie częstości wizyt oraz lepsze przestrzeganie zaleceń terapeutycznych przez pacjenta i jego rodzinę.
- Poprawa kontroli modyfikowalnych czynników ryzyka i większa skuteczność ich leczenia (zmniejszenie liczby i dawek leków, wprowadzenie działań nefarmakologicznych).

- Promocja zachowań prozdrowotnych, zmiana niekorzystnego stylu życia.
- Usprawnienie opieki domowej nad pacjentem oraz rehabilitacji poszpitalnej.

PROGRAM DZIAŁAŃ EDUKACYJNYCH

Metody przekazywania informacji:

- **bezpośrednia rozmowa** lekarza z pacjentem oraz jego rodziną (NAJISTOTNIEJSZA);
- **publikacje informacyjne** dla chorych po udarze mózgu i ich rodzin (prasa, broszury);
- **programy szkoleniowe** dla pacjentów i ich rodzin lub opiekunów (w Polsce prowadzone tylko w kilku ośrodkach); ogólne założenia programów edukacyjnych:
 - spotkania indywidualne lub w małych grupach;
 - prezentacja materiałów dydaktycznych (przystępnie opracowanych);
 - edukacja prowadzona przez odpowiednio przeszkolony, fachowy personel — pielęgniarki edukacyjne;
 - proste i zrozumiałe informacje przekazywane z wykorzystaniem materiałów dydaktycznych: plansz, tabel, prezentacji audiowizualnych;
- prezentacja informacji edukacyjnych przez środki masowego przekazu — programy telewizyjne i radio, witryny internetowe;
- upowszechnianie krótkich haseł wyjaśniających istotę udaru mózgu, jego leczenia i profilaktyki, takich jak: „atak mózgu”, „czas to mózg”.

Szczegółowe zadania i zakres edukacji

Nadciśnienie tętnicze

- Konieczność stałej kontroli ciśnienia tętniczego i konsekwentnej, długotrwałej terapii hipotensyjnej.
- Nauka norm odpowiadających kryteriom oceny skuteczności leczenia choroby nadciśnieniowej.
- Nauka wykonywania codziennych samodzielnych pomiarów ciśnienia tętniczego.
- Regularny zapis pomiarów ciśnienia tętniczego (prowadzenie dzienniczka).
- Konieczność stałej kontroli (choroba „bez dolegliwości”).
- Umiejętność rozpoznania sytuacji wymagającej wizyty u lekarza w celu zmiany terapii (**wzrost i obniżenie ciśnienia!**).
- Unikanie preparatów działających gwałtownie (np. nifedipiny).

Cukrzyca

- Szkodliwość nadmiernych wahań glikemii, **niedopuszczanie do hipoglikemii**.
- Konieczność utrzymywania prawidłowych stężeń glukozy we krwi.
- Wsparcie terapii odpowiednią dietą oraz regularnym wysiłkiem fizycznym.
- Samodzielne pomiary glikemii z wykorzystaniem glukometru.

Dieta

- Dostosowanie (zmniejszenie) dziennej porcji kalorii do zapotrzebowania energetycznego.
- Uzupelnienie niedoborów — szczególnie białkowych i witaminowych.
- Zmiana diety — rezygnacja z pokarmów zawierających tłuszcze zwierzęce (tzn. „nasycone”) i zastąpienie ich tłuszczami pochodzącymi z roślin lub ryb.
- Ograniczenie dobowego spożycia soli, w tym — przedstawienie listy tak zwanych pokarmów „bogaty w sól”.
- Zwiększenie ilości spożywanych świeżych warzyw i owoców (pokarmy „bogate w potas”) i produktów pełnoziarnistych (bogatoresztkowych).
- Włączenie pokarmów zawierających witaminę B₆ i kwas foliowy (profilaktyka hiperhomocysteinemii).
- U osób z zaburzeniami połykania — podawanie pokarmów półpłynnych, karmienie przez sondę.

Redukcja masy ciała (umożliwiająca optymalną rehabilitację)

- Konieczność utrzymywania należytnej masy ciała (BMI < 25 kg/m², ew. wg zasady: wzrost – 100 = należna masa ciała).
- Metody zmniejszenia masy ciała u osób z nadwagą lub otyłością (dieta, regularny wysiłek fizyczny, ewentualnie metody farmakologiczne).

Hiperlipidemia

- Konieczność utrzymywania prawidłowych parametrów lipidogramu.
- Wyjaśnienie udziału hiperlipidemii w powstawaniu miażdżycy i udaru mózgu.
- Przedstawienie terminów „zły” i „dobry” cholesterol.
- Przekazanie sposobów poprawy stężenia lipidów/diety, leczenie farmakologiczne.
- Omówienie roli tłuszczów zwierzęcych i roślinnych w diecie.

Terapia przeciwdepresyjna (usprawniająca rehabilitację, poprawiająca stan ogólny i neurologiczny oraz polepszająca komfort życia chorego)

- Uświadomienie choremu/rodzinie, że depresja to poważny i częsty problem osób z udarem, a leczenie jest konieczne i nie jest niczym wstydlivym.

Palenie tytoniu

- Uświadomienie choremu i jego rodzinie, że konieczne jest całkowite zaniechanie palenia, co przynosi następujące korzyści:
 - obniżenie ryzyka udaru;
 - poprawa skuteczności terapii hipotensyjnej;
 - zwiększenie odporności organizmu;
 - spowolnienie postępu miażdżycy.

Alkohol

- Dopuszczalne spożycie jedynie w małych ilościach (poniżej kilkunastu gramów na dobę).
- Zakaz nadużywania.

Wysiłek fizyczny

- Konieczność stałej, regularnej aktywności ruchowej — nie tylko w ramach leczenia rehabilitacyjnego.
- Promowanie „korzystnego” wysiłku (ćwiczenia dynamiczne: bieganie, pływanie, jazda na rowerze), eliminacja wysiłku statycznego (np. ćwiczenia siłowe).
- Pozytywne efekty stałej aktywności fizycznej, na przykład redukcja masy ciała, poprawa kontroli ciśnienia tętniczego i glikemii, polepszenie ogólnego samopoczucia.
- U osób z dodatkowymi obciążeniami, na przykład kardiologicznymi, niezbędny indywidualny dobór ćwiczeń.

Przygotowanie mieszkania

- Likwidacja barier architektonicznych (ułatwienie choremu przemieszczania się): usunięcie progów, poszerzenie otworów drzwiowych, budowa podjazdów — ewentualnie instalacja windy (umożliwienie wychodzenia na zewnątrz mieszkania).
- Dostosowanie pomieszczeń sanitarnych: założenie uchwytów przyściennych, podpór i barierek, dostosowanie sanitariatów i kabiny prysznicowej.
- Przygotowanie pokoju chorego: łóżka z możliwością regulacji wezglowia — ewentualnie z materacem przeciwoleżynowym, zapewnienie dostępu z obu

stron ciała chorego, instalacja stolika dla pacjenta oraz stabilnego fotela z podparciem tułowia, głowy i kończyn.

PODSUMOWANIE

Skuteczna profilaktyka udaru mózgu zależy od właściwej kontroli czynników ryzyka: obniżenia ciśnienia tętniczego, zmniejszenia masy ciała oraz odstąpienia od niekorzystnych dla zdrowia zachowań i nawyków.

Efektywność działań profilaktycznych można zwiększyć za pomocą programów edukacji chorego, prowadzonych równoległe z leczeniem farmakologicznym. Ukie-

życia stanowi jedną z wytycznych Narodowego Programu Leczenia i Profilaktyki Udaru Mózgu oraz zaleceń *European Stroke Initiative* (EUSI) z 2003 roku.

PIŚMIENNICTWO

1. Grodzicki T., Szczęch R., Narkiewicz K. Edukacja chorych w terapii nadciśnienia tętniczego. *Terapia* 1999.
2. Wiszniewska M., Świdorski W. i wsp. Znajomość problematyki udarowej wśród osób dorosłych w Polsce. *Neur. i Neurochir. Pol.* 2000; 34, 6: 1101–1110.
3. Kothari L., Sauerbeck L. i wsp. Patient's awareness of stroke signs, symptoms and risk factors. *Stroke* 1999; 28: 1871–1877.
4. Joseph L., Babikian V. i wsp. Risk factors modification in stroke prevention. The experience of a stroke clinic. *Stroke* 1999; 30: 16.
5. Zasady postępowania w nadciśnieniu tętniczym. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego 2003. *Nadciśnienie Tętnicze* 2003; 7, supl. A.

Źródło: Mazur R., Książkiewicz B., Nyka W.M. Udar mózgu w praktyce lekarskiej. *Via Medica*, Gdańsk 2004: 123–131, 152–153.