

Streszczenie w języku polskim

„Człowiek żyje w cieniu śmierci”.

Krzysztof Kolberger

Udar mózgu jest stanem nagłego zagrożenia życia. W pierwszych minutach zaistniały niedobór tlenu i glukozy w mózgu prowadzi do zmniejszenia syntezy ATP i upośledzenia przewodnictwa synaptycznego. Jednak zmniejszenie przepływu przez okres dłuższy niż 5-10 minut wywołuje nieodwracalne zmiany, przyczyniając się do apoteozy lub martwicy komórek mózgowych. Dane szacunkowe WHO wskazują, że w ciągu roku udar mózgu przechodzi 15 mln ludzi na całym świecie, przy czym około 1/3 z nich umiera. Szybkie przywrócenie prawidłowego krążenia w obszarze względnego niedokrwienia zapobiega wystąpieniu nieodwracalnych zmian i ogranicza obszar trwałego uszkodzenia niedokrwiennego.

Ze względu na wrażliwość obszaru chorobowego, jakim jest mózg człowieka, zaistniały incydent naczyniowy OUN w większości przypadków skutkuje powstałymi deficytami motorycznymi i neurologicznymi. Udar mózgu należy do głównych przyczyn ciężkiej i przewlekłej niepełnosprawności wśród osób dorosłych. Dysfunkcjonalność obniża jakość życia chorego, poczucie satysfakcji życiowej, a długotrwały stan może prowadzić do zaburzeń psychicznych, w tym depresji.

Zatem o skuteczności leczenia udaru mózgu decyduje w pierwszej kolejności czas do udzielenia specjalistycznej pomocy medycznej, a następnie postępowanie wczesnoszpitalne. Planowanie procesu usprawniania u pacjentów z deficytami neurologicznymi wymaga dokładnego zbadania chorego i ustalenia punktu wyjścia, który staje się odniesieniem dla uzyskanych efektów terapii. Ich właściwa ocena zależy od rodzaju i czułości użytych narzędzi. Zastosowanie klinimetrii we wczesnym etapie rehabilitacji neurologicznej pozwala na rzeczywistą ocenę skuteczności prowadzonych działań i osiągnięcie sukcesu terapeutycznego. Z kolei uwzględnianie jakości życia w badaniach własnych jest wyrazem podmiotowego podejścia wobec chorego, które oprócz obiektywnych wykładników stanu zdrowia, przypisuje znamienne rolę subiektywnym sądom oraz odczuciom pacjenta.

W związku z powyższym **celem głównym pracy** była ocena jakości życia, satysfakcji z życia oraz ocena funkcji motorycznych pacjentów po udarze mózgu we wczesnym etapie rehabilitacji neurologicznej. W odniesieniu do celu głównego określono **cele szczegółowe**, które objęły następujące ustalenia:

- Jak pacjenci oceniają jakość swojego życia w zakresie funkcjonowania fizycznego, psychicznego, społecznego oraz w środowisku w świetle grupy porównawczej?
- W jaki sposób pacjenci oceniają stan swojego zdrowia psychicznego i jaka jest kondycja psychiczna badanej grupy?
- W jakim stopniu pacjenci oceniają swoją sprawność fizyczną i zdolność do samodzielnego podejmowania podstawowych czynności dnia codziennego?
- Czy stopień akceptacji choroby u pacjentów hospitalizowanych wpływa na ich zdolność radzenia sobie w trudnej sytuacji i aktualną samoocenę stanu zdrowia?

Badaniem objęto 148 pacjentów po przebytych udarach mózgu, hospitalizowanych w Oddziale Neurologicznym z p/oddz. Udarowym w Szpitalu Wojewódzkim w Łomży. Warunkiem uczestnictwa w badaniach był brak istotnych chorób układu kostno-mięśniowego, wpływających w znacznym stopniu na stan funkcjonalny pacjenta, sprawność umysłowa i komunikacji werbalnej, pozwalająca na udział w badaniu bez konieczności pomocy innych osób, świadoma oraz dobrowolna zgoda respondentów na udział w nich poprzez wypełnienie anonimowego kwestionariusza ankiety. W badaniach oprócz autorskiego kwestionariusza ankiety wykorzystano narzędzia standaryzowane: Kwestionariusz Oceny Jakości Życia WHOQOL-BREF, Skala Satysfakcji z Życia Dienera (SWLS), Skala Akceptacji Choroby (AIS), Skandynawska Skala Udarów Mózgu (SSS), Indeks Barthel (BI), Kwestionariusz Samooceny Depresji Becka (BDI). Badanie przebiegało w trzech etapach: I etap - po 5 dniach od incydentu naczyniowego OUN, II etap - przed wypisem pacjenta z Oddziału Neurologicznego oraz III etap - w trakcie pobytu chorych w Oddziale Rehabilitacyjnym z pododdziałem rehabilitacji neurologicznej.

Analiza statystyczna została przeprowadzona w zakresie własnym przy użyciu oprogramowania STATISTICA wersja 7.0 firmy StatSoft Polska. Podczas analizy danych pochodzących z badań kwestionariuszowych, w celu opisu zgromadzonego materiału badawczego, jak i w celu określenia wiarygodności zależności zaobserwowanych w próbie i możliwości ich uogólnienia na całą populację, zastosowano wybrane narzędzia statystyczne. Opis zgromadzonych danych polegał na przeprowadzeniu ich grupowania - dla cech nominalnych (z wyróżnieniem liczności i częstości występowania poszczególnych wariantów badanych cech) lub wyznaczeniu statystyk opisowych – dla cech mierzalnych. Wyniki przedstawiono w formie tabel kontyngencji, zawierających liczbowy i procentowy rozkład wybranych cech demograficznych w każdej grupie chorych, a wybrane zestawienia – w formie graficznej. Do oceny czy zależności zaobserwowane w próbie są efektem ogólniejszej

prawidłowości panującej w całej populacji, czy tylko przypadkowym rezultatem, został zastosowany test nieparametryczny Kruskala-Wallisa ze względu na brak zgodności rozkładu zmiennych z rozkładem normalnym. Za istotne statystycznie uznano różnice, gdy $p < 0,05$.

W grupie 148 pacjentów zakwalifikowanych do badania było 62 kobiety (41,89%) i 86 mężczyzn (58,11%). Wiek uczestników był zróżnicowany. Najliczniej reprezentowane były osoby w wieku 51-60 lat (30,41%) oraz 61-70 lat (27,03%) – łącznie po 50 roku życia było 75% pacjentów. Wśród pacjentów po udarze mózgu byli zarówno mieszkańcy wsi (52,03%), jak i miast (47,97%). Znaczna część grupy miała wykształcenie zawodowe (56,08%), gdy pozostali średnie (33,11%) lub wyższe (10,81%). Dominowały osoby funkcjonujące w związkach małżeńskich (68,24%), najczęściej mieszkające ze współmałżonkiem (34,46%) lub ze współmałżonkiem i dziećmi (33,78%). Źródłem utrzymania była głównie praca zawodowa (50,68%). Ankietowani najczęściej ocenili swoje warunki socjalno-bytowe (77,03%). Oceny upośledzenia neurologicznego u pacjentów z ostrym udarem mózgu oraz postępów prowadzonej rehabilitacji dokonano za pomocą Skandynawskiej Skali Udarów Mózgu (SSS). Uzyskano, że w odstępie 5 dni od incydentu chorobowego w 11,49% przypadków miał miejsce ciężki udar, u 64,86% średni udar, a 23,65% lekki udar. Zaobserwowano, że z każdym kolejnym etapem badania następował spadek przypadków ze średnim udarem (z 64,86% do 15,54%), a zwiększała się grupa pacjentów z cechami lekkiego udaru (z 23,65% do 75,68%), co świadczyło o skuteczności prowadzonej rehabilitacji. W obszarze dysfunkcji fizycznych zastosowano wskaźnik Barthel (BI), który umożliwia analizę poziomu samodzielności chorego na podstawie dziesięciu podstawowych czynności życiowych, takich jak: higiena osobista, spożywanie posiłków, korzystanie z toalety, zmiana pozycji i przemieszczanie się, ubieranie się i kontrola zwieraczy. Z każdym etapem leczenia sprawność fizyczna badanych ulegała poprawie, co potwierdził spadek liczby przypadków ze średnim nasileniem niepełnosprawności (z 64,19% do 13,51%), a wzrost odsetka pacjentów z lekką niepełnosprawnością (z 22,97% do 74,33%).

Stosowane we współczesnej medycynie holistyczne podejście do pacjenta wychodzi poza obszar jego stanu fizycznego. Skuteczność leczenia ocenia się również w sferze psychicznej. W wielu jednostkach chorobowych wykazano, że akceptacja choroby stanowi znaczący element w procesie zdrowienia. Również w badaniu własnym podjęto tę kwestię przy zastosowaniu skali standaryzowanej AIS. Zaobserwowano, że wraz postępowaniem leczenia poziom akceptacji choroby podnosił się. Niewątpliwie korespondowało to wraz z powracającą sprawnością i uzyskiwaną samodzielnością. Na wszystkich etapach badania odsetek badanych z przeciętnym poziomem akceptacji choroby był porównywalny na wszystkich etapach

badania (odpowiednio: 47,98%, 53,38%, 52,70%), jednak dwukrotnie udział pacjentów z wysokim poziomem akceptacji choroby (z 13,51% do 33,11%), a znaczący był spadek osób o niskim wyniku AIS (z 38,51% do 14,19%). Zbadano również zjawisko występowania epizodów depresyjnych u osób po incydencie naczyniowym OUN. W tym zakresie użyto standaryzowanej skali depresji Becka. Otrzymano, że w I etapie u 83,78% badanych wystąpił epizod depresyjny o umiarkowanym nasileniu, a u 9,46% o znacznym nasileniu. Problem depresji nie dotyczył jedynie 6,76% pacjentów, ale odsetek ten wzrastał wraz z kolejnym etapem terapii: II etap 7,4% i III etap 29,05%. W III etapie zaobserwowano spadek pacjentów z epizodem depresyjnym o umiarkowanym nasileniu do 53,38%. Natomiast nastąpił wzrost przypadków z epizodem o znacznym nasileniu 17,57% według skali Becka. Oceniono, że sytuacja ta mogła wynikać z przedłużającego się procesu usprawniania, niespełnienia pierwotnych oczekiwań szybkiego powrotu do zdrowia i odzyskania pełnej sprawności, jak również trudności w pełnieniu posiadanych ról społecznych w związku z koniecznością hospitalizacji.

Podsumowaniem badań była analiza wyników uzyskanych za pomocą kwestionariusza WHOQOL-BREF służącego do oceny jakości życia chorych po udarze. Najniższy wynik uzyskano w okresie 5 dni od wystąpienia incydentu naczyniowego OUN, a wraz z postępowaniem leczenia zaobserwowano wzrost zadowolenia z jakości życia. Na każdym etapie badania pacjenci najgorzej ocenili jakość życia w dziedzinie psychologicznej, następnie fizycznej oraz społecznej, a najwyższej w dziedzinie środowiskowej. Spadek jakości życia w trzech pierwszych obszarach wynika z bezpośrednich skutków choroby jak związany z nią stres i lęk, ubytki sprawności fizycznej i psychicznej, czasowa utrata dotychczasowego statusu społecznego.

W dziedzinie środowiska zaistniałe zmiany były najmniej zauważalne, jak ocenili sami chorzy relacje z rodziną, bliskimi osobami nie uległy zmianie, a średnio co czwarta osoba dostrzegła ich poprawę. Również samoocena stanu zdrowia z każdym etapem leczenia ulegała poprawie.

Na podstawie badań wyciągnięto następujące wnioski:

1. Zaimplementowany proces usprawniania pacjenta po incydencie naczyniowym OUN przyczyniał się do poprawy jego samodzielności ruchowej i niwelował zaistniałe objawy niepełnosprawności.

2. Powstały deficyt neurologiczny w następstwie udaru mózgu obniżał się wraz z każdym etapem realizowanych zabiegów rehabilitacyjnych podejmowanych w trakcie spersonalizowanej terapii leczniczej.
3. W okresie do 5 dni po incydencie naczyniowym OUN zaobserwowano u pacjentów trudności w akceptacji zaistniałej sytuacji zdrowotnej. Stan ten ulegał zmianie w toku procesu leczenia i wraz z osiągniętą poprawą stanu zdrowia poziom akceptacji choroby podnosił się.
4. W zakresie badanej satysfakcji z życia uzyskano wyniki niskie i przeciętne na początkowym etapie leczenia, co świadczy o tym, iż *udar mózgu w znacznym stopniu negatywnie wpływał na zdrowie psychiczne chorego. Tendencję wzrostową poziomu satysfakcji z życia obserwowano na kolejnych etapach prowadzonej terapii poudarowej.*
5. Osoby po incydencie naczyniowym OUN przejawiały objawy wystąpienia epizodu depresji o umiarkowanym i znacznym nasileniu. Zaobserwowano, że z każdym etapem realizowanych zabiegów rehabilitacyjnych oraz w zależności od dalszego kierunku podjętej terapii zwiększała się grupa pacjentów bez epizodu depresyjnego.
6. Z każdym kolejnym etapem leczenia zwiększała się grupa osób po udarze mózgu zadowolonych z aktualnego stanu zdrowia.
7. Jakość życia pacjentów we wczesnym etapie rehabilitacji neurologicznej była najniższa w sferze psychicznej i fizycznej. Efekty terapii leczniczej przyczyniały się do poprawy jakości życia we wszystkich sferach.
8. Stwierdzono, że im niższe upośledzenie fizyczne po przebyłym epizodzie udarowym, tym wyższa ocena jakości życia pacjenta.
9. Stwierdzono, że im niższe upośledzenie neurologiczne po przebyłym epizodzie udarowym, tym wyższa ocena jakości życia pacjenta.
10. Wykazano istotność różnic wartości średnich oceny jakości życia na etapie rehabilitacji w warunkach szpitalnych i domowych, gdzie stwierdzono, że im wyższy poziom akceptacji choroby, tym wyższa ocena jakości życia pacjenta.
11. Wykazano istotność różnic wartości średnich oceny jakości życia w końcowym okresie hospitalizacji pacjenta w Oddziale Neurologicznym z P/oddziałem Udarowym oraz na etapie rehabilitacji w warunkach szpitalnych i domowych, gdzie stwierdzono, że im wyższy poziom satysfakcji z życia, tym wyższa ocena jakości życia pacjenta.

12. Wykazano istotność różnic wartości średnich oceny jakości życia na etapie leczenia do 5 dni po incydencie naczyniowym OUN, gdzie stwierdzono, że im większe nasilenie depresji, tym niższa ocena jakości życia pacjenta.
13. Rehabilitacja neurologiczna pacjenta po udarze mózgu podnosi jego jakość życia we wszystkich obszarach jego funkcjonowania.

W odniesieniu do wniosków wynikających z przeprowadzonych badań sformułowano następujące postulaty:

1. Niezbędna jest fachowa pomoc fizjoterapeuty w adaptacji chorego do nowych warunków wywołanych bezpośrednio niedomogą funkcjonalną, zalecając w razie potrzeby modyfikacje, nauczając strategii i interwencji pacjentów oraz ich opiekunów, wspierając niezależność funkcjonalną i podwyższając jakość ich życia.
2. Wskazane jest prowadzenie szeroko zakrojonych działań w zakresie prewencji pierwotnej i wtórnej udaru mózgu w odniesieniu do najnowszych modyfikacji obowiązujących zaleceń i rekomendacji, uwzględniających coraz to istotniejszą rolę działań nefarmakologicznych, obejmujących odpowiednio ukierunkowaną i regularną aktywność dla pacjenta, ich rodzin lub bezpośrednich opiekunów.
3. Sprawą nadrzędną jest przeprowadzenie edukacji zdrowotnej wśród pacjentów, ale również ich rodzin, czy też bezpośrednich opiekunów w kwestii radzenia sobie z problemami bio-psycho-społecznymi wynikające ze stopnia ciężkości udaru i zaburzeń ruchowych.
4. Istnieje konieczność uczestniczenia w różnych formach doskonalenia zawodowego, których głównym celem będzie przygotowanie fizjoterapeuty do pracy i edukacji pacjentów z deficytami neurologicznymi o różnym stopniu nasilenia w zależności od wielkości uszkodzenia OUN oraz ich rodzin.
5. Optymalną metodą rehabilitacji z pacjentem po udarze mózgu jest postępowanie oparte na standardach, procedurach i kodeksie etyki zawodowej z poszanowaniem autonomii, godności i praw pacjenta.
6. Wskazane jest powołanie skoordynowanego i wielodyscyplinarnej zespołu terapeutycznego do opieki nad pacjentami udarowymi, w których fizjoterapeuta, jako profesjonalista rehabilitacji ruchowej w procesie usprawniania, stanowiłby istotne ogniwo wymieniający informacji, opinii o pacjentach oraz wsparcia społecznego, na każdym stopniu zaawansowania choroby.

7. Istnieje zasadność stworzenia wielospecjalistycznych zespołów rehabilitacji środowiskowej wyspecjalizowanych w opiece udarowej, które powinny przejmować dalsze postępowanie fizjoterapeutyczne nad pacjentami wypisywanymi z Oddziałów Udarowych i Oddziałów Rehabilitacji Udarowej, którzy tego potrzebują.

Przedłożone postulaty powinny stanowić istotny i nieodzowny element leczenia pacjentów po udarze mózgu, a prezentowane przez fizjoterapeutów najnowsze algorytmy usprawniania we wczesnym etapie rehabilitacji neurologicznej powinny być przedsięwzięciami horyzontalnymi, odnoszącymi się do szeroko rozumianych potrzeb pacjentów dotkniętych tym schorzeniem. Postępowanie takie pozwoli dokonać właściwej oceny problemów bio-psycho-społecznych pacjenta oraz wdrożyć skuteczne działania wspierające również rodzinę chorego na każdym etapie trwania procesu chorobowego.