



## MOŽGANSKA KAP

### Koristne informacije

Kompleksna Enota za  
Rehabilitacijsko Medicino  
Trst



<b>Uvod</b> .....	<b>4</b>
Kaj pomeni "doživeti možgansko kap"? Kaj je to? Kaj to pomeni? .....	4
<b>Razumevanje možganske kapi: najprej možgani</b> .....	<b>5</b>
<b>Rehabilitacijska pot</b> .....	<b>6</b>
<b>Kdo smo: Rehabilitacijska medicina Trst in njena ekipa</b> .....	<b>8</b>
<b>Zdravstvena nega in oskrba</b> .....	<b>10</b>
<b>Senzomotorične motnje</b> .....	<b>11</b>
Kaj je mogoče storiti: vnos fizioterapije.....	13
<b>Disfagija</b> .....	<b>14</b>
Kaj lahko storimo: skrb za disfagijo .....	15
<b>Kognitivne motnje</b> .....	<b>16</b>
Govor .....	17
Praksija .....	18
Pozornost.....	18
Zanemarjanje ali Neglekt .....	19
Izvršilne funkcije.....	19
Zaznavanje in prepoznavanje .....	19
Spomin .....	20
Družbena kognicija .....	20
Kaj je mogoče storiti: logopedska oskrba .....	21
Kaj je mogoče storiti: Nevropsihološko prevzemanje odgovornosti .....	22
<b>Afektivne/čustvene in vedenjske motnje</b> .....	<b>23</b>
Kaj je mogoče storiti: psihološki sprejem .....	24

## Uvod

Namen te brošure je bolniku, družinskim članom in/ali skrbnikom zagotoviti nekaj preprostih in bistvenih informacij o možnih posledicah možganske kapi in poti v bolnišnico, vključno s posebnimi rehabilitacijskimi dejavnostmi in zdravljenjem.

### Kaj pomeni "doživeti možgansko kap"? Kaj je to? Kaj to pomeni?

Možganska kap je cerebrovaskularna bolezen zaradi sprememb v prekrvavitvi možganov, ki se kaže v zmanjšanju zmogljivosti ali delovanja. Če so spremembe v prekrvavitvi možganov kratkotrajne, so posledice praviloma blage in jih je mogoče zlahka odpraviti; če so dolgotrajne, so lahko posledice bistveno resnejše.

Obstajajo različne vrste možganske kapi:

- ishemična: predstavlja približno 80 odstotkov možganskih kapi.

Glavni vzrok je zopora možganskih arterij zaradi nastanka aterosklerotičnega plaka in/ali embolija iz srca ali drugega žilnega krožja.

- hemoragična: posledica pretrganja možganske arterije. Običajno je vzrok za to vrsto možganske kapi arterijska hipertenzija ali arteriovenska malformacija.

- prehodni ishemični napad: od drugih dveh vrst možganske kapi se razlikuje po tem, da simptomi izzvenijo v 24 urah.

Posledična invalidnost je odvisna od več dejavnikov, vključno s



prizadetim delom možganov, resnostjo poškodbe, starostjo in splošnim zdravstvenim stanjem.

Glede na prizadeto mesto v možganih lahko možganska kap povzroči primanjkljaje ali motnje:

- psihično-motorični
- kognitivni
- vizualni
- sfinkter
- govor
- požiranje
- čustveno-vedenjskega področja

Novo stanje, ki je posledica bolezni, je vir skrbi za žrtev možganske kapi in njene družinske člane, ki se morajo pogosto spopadati z motnjami, ki vplivajo na kakovost njihovega življenja.

## Razumevanje možganske kapi: najprej možgani

Možgani so del osrednjega živčnega sistema ter predstavljajo največji in najbolj specializiran živčni del možganov. Odgovorni so za izjemno kompleksne funkcije, vključno z obdelavo dražljajev iz čutil (vid, sluh, okus, dotik, vonj), jezikom, nadzorom gibanja, učenjem in sklepanjem. Možgani so razdeljeni na dve možganski polobli (desno in levo), ki ju povezuje močan snop živčnih vlaken, imenovan corpus callosum. Obe hemisferi se med seboj pomembno funkcionalno razlikujeta (npr. jezik je značilnost leve hemisfere), vendar sta tesno povezani z neprekinjeno izmenjavo informacij prek corpus callosum. Vsaka možganska polobla je razdeljena tudi na štiri lobije: čelno, temporalno, parietalno in okcipitalno, od katerih je vsaka odgovorna za nadzor posebnih funkcij.



Tu so še druge globlje strukture, kot sta hipofiza, odgovorna za nevroendokrini nadzor, in hipotalamus, ki ima ključno vlogo pri čustvenem nadzoru. Možgani, ki se nahajajo pod možgani in zadaj, so odgovorni za ravnotežje in motorično koordinacijo, zato so vključeni v hojo. Možgansko deblo je najnižji del osrednjega živčnega sistema in povezuje možgane z hrbtenjačo ter opravlja tudi pomembne funkcije, kot so vzdrževanje telesne temperature in krvnega tlaka, srčni utrip, gibanje oči in požiranje.

## Rehabilitacijska pot

V tednih po možganski kapi se lahko zaradi spontanih reparacijskih procesov prizadete funkcije v nekaterih primerih celo zelo izboljšajo. Da bi spodbudili čim boljše okrevanje, zmanjšali funkcionalne primanjkljaje in preprečili zaplete, kot so togost, bolečine v sklepih, poškodbe zaradi pritiska, ki nastanejo zaradi nepravilnih položajev, zavzetih zaradi motoričnega primanjkljaja ali ležanja v postelji, je pomembno čim prej začeti posebno rehabilitacijsko zdravljenje.

rehabilitacijo, ki je specifična in prilagojena potrebam in možnostim posameznega bolnika. Zato je bila v tesnem sodelovanju z oddelkom za možgansko kap in nevrološkimi ustanovami začrtana rehabilitacijska pot, ki se začne že v akutni fazi, tj. ob sprejemu na oddelek za možgansko kap ali nevrološki oddelek.



Takoj ko klinično stanje to dopušča, nevrolog aktivira fiziatra, da prevzame delo rehabilitacijskega tima, da bi pospešil in usmerjal proces motoričnega in kognitivnega okrevanja.

Fiziater opravi oceno motoričnih, senzoričnih in kognitivnih sposobnosti ter oceni, ali se lahko začne fizioterapevtska obravnava. Ko oseba premaga akutno fazo bolezni in je s kliničnega vidika dovolj "stabilna", se oceni potreba po nadaljevanju začete rehabilitacijske obravnave v drugem okolju.



Če možganska kap ni posebno huda, se lahko osebo odpusti domov in po potrebi nadaljuje z ambulantno rehabilitacijo v Kompleksni Enoti za Rehabilitacijsko Medicino ali v teritorialnih strukturah, sicer pa se lahko premesti na Kompleksno Enoto za Rehabilitacijsko Medicino v Trstu, v druge ustanove za intenzivno rehabilitacijo ali sprejme v Dom za dolgotrajno oskrbo (RSA), ki zagotavljajo manj intenzivno rehabilitacijo. Izbira najprimernejše rehabilitacijske poti in intervencij bo temeljila na splošni oceni, ki bo upoštevala stopnjo sodelovanja, prisotne invalidnosti, komorbidnosti, ocenjene možnosti okrevanja, pa tudi socialno-okoljske dejavnike in pogoje.

## Kdo smo: Rehabilitacijska medicina Trst in njena ekipa

Rehabilitacijska obravnava na Oddelku za Rehabilitacijsko Medicino v Trstu vključuje vsaj triurno dnevno aktivnost, ki jo zagotavljajo rehabilitacijsko tehnično osebje in rehabilitacijsko negovalno osebje, ki izvaja aktivnosti rehabilitacijske zdravstvene nege, namenjene izboljšanju aktivnosti vsakdanjega življenja (npr. umivanje, oblačenje itd.).

Zaradi pogostega soobstoja zdravstvenih, telesnih, senzorično-motoričnih, kognitivnih in čustveno-vedenjskih težav pri osebi, ki jo je prizadela možganska kap, je nujno potreben usklajen in celovit multidisciplinarni pristop, pri katerem posamezni izvajalci sodelujejo in usklajujejo svoje dejavnosti v interesu osebe, ki jo je prizadela možganska kap, in njene družine.

So del ekipe:

- fiziatři
- medicinske sestre
- negovalno osebje
- (socialni delavci ali OSS (Socialni zdravstveni delavec)
- psihologi
- fizioterapevti
- logopedi
- delovni terapevti



Ob prihodu na oddelek osebo sprejme medicinska sestra, ki z neposrednim ali posrednim pogovorom (z negovalcem/družinskim članom) zbere osebne podatke in vse potrebne podatke (npr. alergije na zdravila ali hrano, telefonske številke) za sestavo negovalne dokumentacije. Hkrati se zaradi zagotavljanja zasebnosti zbere soglasje za posredovanje kliničnih podatkov tretjim osebam.

Fizioterapevt pregleda in oceni klinične posebnosti posameznika z namenom povrnitve različnih funkcij, pri čemer upošteva, ali so prisotne dodatne patologije ali stanja, ki lahko vplivajo na zdravljenje (npr. srčno-žilne patologije, presnovna dekompenzacija, bakterijske ali



virusne okužbe itd.), da bi določil stopnjo potrebe po rehabilitaciji, predvidel potrebne terapevtske posege in vključil različne strokovne osebe glede na ugotovljene pomanjkljivosti.

V naslednjih dneh vsak udeležen strokovnjak oceni težave na svojem področju pristojnosti in začne rehabilitacijsko zdravljenje.

Ob koncu ocenjevanja se člani tima sestanejo, da bi razpravljali in opredelili projekt rehabilitacije, "prilagojen" posameznemu bolniku. Ta projekt, ki ga pripravi tim, koordinira pa fiziater, se imenuje individualni rehabilitacijski projekt (IRP) in v dogovoru z bolnikom in družinskimi člani določa cilje rehabilitacije (kratkoročne, srednjeročne in dolgoročne), ukrepe in čas, ki so potrebni za njihovo doseganje, ter izvajalce, ki pri tem sodelujejo.



Projekt omogoča povezovanje različnih načinov zdravljenja in rehabilitacijskih posegov, da bi zagotovili čim višjo stopnjo samostojnosti, ki je skladna s poškodbami in okvarami, ki jih je povzročila možganska kap, ter upošteva vire in možnosti hospitalizirane osebe in njenih družinskih članov. Individualni rehabilitacijski projekt je prilagodljivo orodje, ki se stalno preverja/posodablja in morebiti ponovno opredeljuje, če to zahtevajo klinični, funkcionalni in socialni pogoji, da se optimizira učinkovitost rehabilitacijskih posegov. Fiziater je oseba, ki je odgovorna za individualni projekt rehabilitacije in usklajuje ekipo strokovnjakov, ki delajo za osebo v različnih programih; zato je referenčna informacija o rehabilitacijski diagnozi in prognozi.

Po opredelitvi individualnega rehabilitacijskega projekta (IRP) so bolnik in družinski člani povabljeni na sestanek z rehabilitacijskim osebjem; v zahtevnejših primerih se sestanka udeleži tudi teritorialni tim, ki bo skrbel za bolnika po odpustu iz bolnišnice (fiziater, fizioterapevt, medicinska sestra, splošni zdravnik, po potrebi socialni delavec).

Kakšen je namen srečanja?



- obveščanje o zdravstvenem stanju in odgovarjanje na morebitna vprašanja ali pomisleke
- ob sprejemu zagotoviti napoved rehabilitacije
- spoznati posamezne strokovnjake, ki delajo z bolnikom
- z vsakim od njih deliti program rehabilitacije in ga obvestiti o doseženem napredku
- se seznaniti z osebnimi, družinskimi, socialnimi in ekonomskimi viri (npr. stanovanje, socialno okolje, delovne razmere), tudi zaradi odpusta
- pomagati osebi in njeni družini, da se vnaprej pripravijo/organizira-jo za vrnitev domov po odpustu ali po potrebi načrtuje namestitev v druge ustanove za oskrbo, kadar vrnitev domov ni mogoča.

## Zdravstvena nega in oskrba

Medicinska sestra, ki opravlja rehabilitacijo z merjenjem vitalnih parametrov (npr. saturacije, telesne temperature, krvnega tlaka, srčnega utripa) spremlja vzdrževanje klinične stabilnosti pacienta skozi čas; v sodelovanju z drugimi strokovnjaki raziskuje stopnjo preostale samostojnosti, prisotnost bolečine in njeno stopnjo izražanja, učinkovitost komunikacije, kognitivni/verbalni/motorični odziv ter prostorsko/časovno orientacijo.

Opazuje in ocenjuje glavne fiziološke funkcije (sposobnost požiranja z dajanjem in izvajanjem testa z vodnim bolusom, hranjenje, aktivnost črevesja in mehurja).

Funkcija mehurja se oceni z uporabo prenosnega ultrazvočnega skenerja (skener mehurja) v skladu z neinvazivnim in nebolečim postopkom, s katerim se preveri zmogljivost praznjenja mehurja, s čimer se prepreči nastanek akutnega zadrževanja urina in s tem povezanih težav (npr. okužbe sečil itd.).

Bolniku vsakodnevno pomagajo tudi pomožni zdravstveni delavci (OSS), ki skrbijo za higieno, usposablajo bolnika za osebno nego ter mu pomagajo pri izbiri jedilnika in postrežbi obrokov.



Vse bolnike s stabilnim kliničnim stanjem pomožni zdravstveni delavci skupaj z medicinskimi sestrami in fizioterapevti vsakodnevno pripeljejo na invalidski voziček.

## Senzomotorične motnje

Če možganska kap prizadene desno možgansko hemisfero, je prizadeta leva stran telesa, če pa prizadene levo hemisfero, je prizadeta desna stran telesa.

O **plegiji** ali **hemiplegiji** govorimo, kadar so prostovoljni gibi prizadete strani popolnoma oslabljeni; če je motnja manj huda in vključuje delni primanjkljaj ali zmanjšanje prostovoljne motorične dejavnosti, govorimo o parezi ali hemiparezi. Iz tega sledi, da desna možganska kap povzroči levo hemiparezo (ali hemiplegijo) in obratno.



centralna -  
kontralateralna  
poškodba



Motorična motnja se lahko pokaže na prizadeti strani na ravni obraza (spuščanje ustne rime, "kriva" usta), roke in/ali noge, kar otežuje ali celo onemogoča govorjenje, gibanje, hojo in na splošno opravljanje običajnih vsakodnevnih dejavnosti. Motnje gibanja so lahko povezane z:

- **Ohlapnost:** popolna izguba mišičnega tonusa (povešana okončina).
- **Spastičnost:** nenormalno in pretirano povečanje mišičnega tonusa, tudi v mirovanju, ki se kaže z rigidnostjo določenih mišičnih skupin, z možnim pojavom bolečih krčev, kontraktur, nenadzorovanih in nehotenih gibov.
- **Pridružene reakcije/izpostavljanje:** povečan mišični tonus na ravni prizadete zgornje okončine med izvajanjem gibanja, tudi če ni neposredno vključena v dejanje (npr. ko bolnik zija, kašlja, kiha ali spremeni položaj, lahko opazimo nenadzorovano nehoteno gibanje prizadete zgornje okončine).
- **Dismetrija:** primanjkljaj nadzora gibanja, nezmožnost usklajevanja, usmerjanja, doseganja cilja telesa ali cilja v okolici (npr. opazimo lahko slabo tekoče, nenatančno, neusklajeno gibanje prizadete okončine, ko poskuša doseči del telesa ali predmet).
- **Posturalne motnje:** zaradi popolne ali delne izgube zaznavanja telesne sheme vključujejo napačno postavitev in neravnovesje. Bolnik je lahko na posteljni enoti neuravnovešen in ima težave pri vzdrževanju pravilnega sedečega položaja.

Poleg motoričnih težav se lahko pojavijo tudi bolj ali manj izrazite spremembe občutljivosti. O **hipoesteziji** govorimo, kadar se delno zmanjša različna občutljivost (toplotna, tipalna, bolečinska), o **anesteziji** pa, kadar je izguba občutljivosti popolna. Te spremembe lahko povzročijo težave pri razločevanju točke telesa, ki se je dotikamo, pri prepoznavanju položaja roke ali noge v prostoru (primanjkljaj kinestetične in proprioceptivne občutljivosti), lahko pa povzročijo tudi motnje v subjektivni občutljivosti (npr. mravljinčenje).

## Kaj je mogoče storiti: vnos fizioterapije

Fizioterapevt s temeljito oceno ugotovi prisotne čutno-motorične težave, pri čemer upošteva tudi morebitne nevrokognitivne motnje.

Nato načrtuje rehabilitacijsko intervencijo tako, da oblikuje kratkoročne, srednjeročne in dolgoročne cilje, opredeli najprimernejše intervencijske strategije za posamezno osebo ter na podlagi postopno doseženih motoričnih spretnosti ponovno oblikuje cilje in spremeni izbiro zdravljenja. Z oblikovanim programom rehabilitacije se seznanijo bolnik in družina/skrbniki.

Vadba je orodje, ki ga fizioterapevt uporablja za izvajanje, podpiranje in vplivanje na proces okrevanja, za nudenje pravih informacij in ustreznih spodbud, za doseganje sprememb z znanjem in pridobivanjem smiselnih informacij.



Se išče:

- zavedanje o težavah, povezanih z možgansko kapjo.
- izboljšanje vizualno-prostorskega raziskovanja in vključevanja pogleda
- izboljšanje zaznavanja telesa (ponovna vzpostavitev občutljivosti in posturalnega prilagajanja)
- izboljšanje delovanja okončin (obnovitev gibov in motoričnega nadzora) in trupa
- motorične strategije pri spreminjanju drže
- obnovitev in vzdrževanje sedečega položaja
- samostojnost pri premeščanju s postelje/stola/invalidskega vozička/wc
- okrevanje stoječega položaja in hoje s pomočjo ali brez nje
- vzpenjanje in spuščanje po stopnicah



## Disfagija

Disfagija je težava pri požiranju trdne hrane in tekočin. Pri osebah z možgansko kapjo je precej pogosta in vključuje vse težave, ki se pojavijo pri prehodu hrane iz ust v želodec. Disfagija se lahko kaže z enim (ali več) od naslednjih znakov:

- kašljanje;
- vlažen, žuboreč glas;
- potreba po čiščenju grla;
- sprememba barve obraza;
- solzenje;
- izguba slin ali hrane iz ust;
- težnja po dolgotrajnem zadrževanju hrane v ustih;
- prisotnost ostankov hrane v ustih;
- iztekanje dela hrane iz nosu;
- kihanje med prehranjevanjem;
- pogosta povišana telesna temperatura brez drugega očitnega vzroka;
- hujšanje in šibkost.



Disfagija lahko povzroči precej resne zaplete, kot so podhranjenost, dehidracija in pljučnica. Zato je treba osebo z disfagijo zgodaj prepoznati in ukrepati, da se zagotovi varno hranjenje.

## Kaj lahko storimo: skrb za disfagijo

Pacienta s težavami pri požiranju odkrijemo s presejalnim postopkom, ki ga opravi osebje zdravstvene nege. Oseba z motnjami požiranja se nato napoti k logopedu, ki v 24/48 urah po pregledu opravi temeljito in popolno oceno požiranja. Cilji ocene so:

- ugotoviti, ali je možno oralno hranjenje ali ne
- opredelitev resnosti disfagije
- po potrebi spremenite konsistenco hrane, ki jo oseba lahko zaužije (na sliki je prikazana tabela z možnimi priporočenimi konsistencami)
- načrtovanje rehabilitacije
- predlaga morebitne nadaljnje diagnostične preiskave
- zagotoviti informacije in nasvete družinskim članom v zvezi z upravljanjem obrokov

Logoped po potrebi pripravi rehabilitacijski program, katerega cilj je čim bolj povrniti funkcionalnost požiranja, in predlaga koristna vedenja med obrokom, ki spodbujajo varno prehranjevanje.

TEKOČA	Primeri: voda, čaj.  Tekočine je na splošno težko nadzorovano pogoltniti, saj hitro tečejo. Posredujemo lahko tako, da ponudimo hladne in/ali gazirane pijače, ki povečajo peroralno zaznavanje in spodbudijo sprožilec požiranja.  Po potrebi se pijače zgostijo z uporabo zgoščevalcev.
POLTEKOČA	GOSTE/SIRUPASTE TEKOČINE Konsistenca jogurta, sirupa, medu, marmelade in zelenjavni juha
POLTRDA	ZELO GOSTA/KREMASTA Želatinasta konsistenca, puding, pire, mleto meso, mleto zelenjava (homogena mleto prehrana)

TRDINA	<p>MEHKA</p> <p>Hrana, ki jo je lahko žvečiti, po možnosti kohezivna: na koščke narezana banana, majhne testenine, kuhana trska, sir stracchino in zdrobljene mesne kroglice</p> <p>PROSTO Z OMEJITVAMI</p> <p>Vključno z vso trdno hrano: testenine, meso, piškoti, kruh, razen živil z dvojno teksturo, žilave zelenjave, stročnic z lupino, suhega sadja, surovega pršuta.</p> <p>PROSTO BREZ OMEJITEV</p>
DVOJNA KONSISTENCA	<p>Vsa ta živila so sestavljena iz trdnih/tekočih snovi. Ta živila je najtežje obvladovati pri motnjah požiranja, saj zahtevajo različne mehanizme požiranja.</p> <p>Primeri: juha s testeninami, zelenjavna juha s koščki, sokovi z ostanki, mleko s piškoti, kivi, jagode, agrumi</p>

## Kognitivne motnje

Kognitivne motnje so precej pogoste, možganska kap pa lahko prizadene več kognitivnih funkcij.

<b>GOVOR</b>	Sposobnost, ki nam omogoča posredovanje in izmenjavo informacij z verbalnim sporazumevanjem.
<b>PRAKSIJA</b>	Načrtovanje in izvajanje namenskih, namernih gibov za izvajanje gest (npr. pozdravljanje) ali dejanj (npr. uporaba predmetov)
<b>POZORNOST</b>	<p><b>VZDRŽEVANA</b> ali dolgotrajna</p> <p><b>SELEKTIVNA</b>: sposobnost izbire enega ali več virov dražljajev ob prisotnosti konkurenčnih informacij</p> <p><b>DELIJENA</b>: sposobnost namernega razporejanja pozornosti med različnimi nalogami</p>
<b>VIZUALNO- PROSTORSKE SPOSOBNOSTI</b>	Omogočajo nam prepoznavanje prostorskih odnosov med posameznikom in okoliškimi predmeti ter zaznavanje orientacije vizualnih dražljajev, s katerimi se srečujemo.



<b>IZVRŠILNE FUNKCIJE</b>	<p><b>Načrtovanje:</b> programiranje vedenja za doseganje določenih ciljev ali lažje prilagajanje novim razmeram</p> <p><b>Kognitivna prožnost:</b> sposobnost spreminjanja razmišljanja ali vedenjskih strategij za obvladovanje okoliščin</p> <p><b>Inhibicija in samokontrola:</b> sposobnost zaviranja samodejnih odzivov, ki niso v skladu z razmerami, ter uravnavanje svojega vedenja in/ali čustvenih odzivov</p> <p><b>Preusmerjanje:</b> sposobnost preusmerjanja pozornosti z ene naloge na drugo ali znotraj iste naloge</p>
<b>ZAZNAVANJE</b>	<p><b>VIZUALNO:</b> omogoča obdelavo informacij iz zunanjega sveta z očmi, da bi jih lahko interpretirali in razumeli</p> <p><b>SLUŠNO:</b> omogoča obdelavo zvočnih informacij za njihovo razlago in razumevanje</p>
<b>SPOMIN</b>	<p><b>VIZUALNI IN VERBALNI SPOMIN</b></p> <p><b>KRATKOROČNI SPOMIN:</b> ohranjanje informacij v spominu za kratek čas</p> <p><b>DELOVNI SPOMIN:</b> ohranjanje informacij v spominu za čas, ki je potreben za izvedbo določene naloge (npr. miselno računanje)</p> <p><b>EPIZODNI SPOMIN:</b> zapomniti si dogodek in kje/kdaj se je zgodil</p> <p><b>SEMANTIČNI SPOMIN:</b> predstavlja splošno znanje (npr. o pomenu besed, simbolov in njihovih povezavah)</p> <p><b>PROSPEKTIVNI SPOMIN:</b> sposobnost spomniti se, da bomo izvedli predhodno načrtovano dejanje</p>
<b>SOCIALNA KOGNICIJA</b>	<p><b>PREPOZNAVANJE ČUSTEV</b></p> <p><b>TEORIJA UMA:</b> sposobnost razumevanja in upoštevanja misli, želja, namenov in čustev druge osebe v določeni situaciji z namenom razlage in/ali predvidevanja njenega vedenja.</p>

Kognitivne spremembe so tako kot pri vseh drugih prizadetih funkcijah odvisne od prizadetega možganskega področja ali regije in obsega prizadetega področja.

## Govor

Motnje govora in komunikacije (ali afazije) vključujejo težave z razumevanjem in/ali besedno produkcijo, lahko pa tudi motnje branja, pisanja in računanja. Afazije so posledica poškodb, ki običajno prizadenejo levo polovico možganov, kjer se nahajajo področja govora. Glede na značilnosti govora lahko afazije razvrstimo v naslednje skupine:

- tekoče afazije, za katere je značilen govor, ki je na splošno obilen, vendar v večini primerov brez informacijske vsebine in s pogosto pomanjkljivim razumevanjem, povezanim s pomanjkanjem ali zmanjšanim zavedanjem jezikovnih težav;
- nefluentne afazije, pri katerih je govor zmanjšan in omejen zaradi težav pri artikulaciji ustnega jezika, pri čemer je razumevanje relativno ohranjeno; običajno se oseba zaveda svojih težav, kar lahko privede do velike frustracije.

Stopnja resnosti se razlikuje od osebe do osebe: od popolne izgube govora do občasnih težav pri iskanju prave besede ali pravilni uporabi besed; težave z razumevanjem lahko segajo od občasnega nesporazuma v govoru do popolne nezmožnosti razumevanja vseh besed, ki jih govorijo drugi.

## Praksija

Motnje v praksiji (imenovane tudi apraksija) se pojavijo med izvajanjem namernega ali namenskega gibanja za izvedbo dejanja ali geste. Lahko se kažejo kot nezmožnost prostovoljnega izvajanja vsakdanjih gest (na zahtevo ali posnemanje), medtem ko se ista dejanja lahko pravilno izvajajo samodejno, tj. brez zavestnega namena. Oseba na primer na zahtevo ne zna več reči "zdravo, zdravo", lahko pa isto gesto pozdrava izvede, ko se poslovijo od prijatelja. Prav tako ima lahko težave pri uporabi znanih predmetov, kot so glavnik, zobna ščetka ali jedilni pribor.

## Pozornost

Po možganski kapi je zelo pogost občutek upočasnitve miselnega dogajanja, prav tako kot težave s koncentracijo, zaradi katerih ni mogoče slediti niti govora ali televizijskega filma. V drugih primerih je oseba zlahka raztresena ali ne more biti pozorna na dve dejavnosti hkrati, na primer na vožnjo avtomobila in pogovor z osebo, ki sedi poleg nje.

## Zanemarjanje ali Neglekt

Neglekt (ali enostransko prostorsko zanemarjanje) je motnja pozornosti, ki se pojavlja predvsem pri ljudeh po možganski kapi v desni hemisferi in s parezo ali paralizo leve strani telesa. Zanemarjanje bistveno poslabša zmožnost opravljanja številnih vsakodnevnih dejavnosti in je zato lahko zelo invalidno. Oboleli na primer ne more biti pozoren na vse, kar je na levi polovici prostora, lahko ima težave z orientacijo v prostorih ali iskanjem predmetov v hiši, ker bo vse, kar je na njegovi levi strani, prezrl (npr. lahko trči v vrata ali ne upošteva ovir na levi strani, ne poje hrane na levi strani krožnika ali ne prebere časopisa ali knjige, ker prezre del le-te). Pogosto zanemarjanje vodi tudi v neupoštevanje leve polovice telesa, zaradi česar oseba zanemarja levo roko, pozabi obrijeti polovico obraza ali ima težave pri oblačenju, nameščanju očal itd.

## Izvršilne funkcije

Spremembe izvršilnih funkcij so ponavljajoče se posledice po možganski kapi in lahko povzročijo številne težave, kot so: težave pri sprejemanju odločitev in določanju ciljev in/ali opredeljevanju korakov in dejanj, potrebnih za doseg cilja, pri čemer je treba pretehtati razpoložljive možnosti. Ovirajo lahko tudi sposobnost analiziranja in razumevanja vzrokov neuspeha, saj vodijo v napake pri načrtovanju in težnjo po vztrajanju pri napačnih strategijah, namesto da bi se prilagodili in spremenili svoje vedenje glede na nalogo ali okoliščine. S pozornostjo sta tesno povezani tudi sposobnost inhibicije, ki lahko, če je oslABLjena, povzroči težave pri osredotočanju na nalogo ali dejavnost brez drugih misli ali zunanjih dražljajev, in prožnost pozornosti, ki, če je motena, ovira sposobnost hitrega preusmerjanja z ene naloge na drugo.

## Zaznavanje in prepoznavanje

Motnje zaznavanja ali prepoznavanja se lahko nanašajo na vidno, slušno ali otipno modaliteto. V vidni modaliteti se lahko kažejo kot nezmožnost videti polovico predmetov (hemianopsija), zaznati njihovo

gibanje, razdaljo, na kateri se nahajajo, razlikovati njihovo barvo (achromatopsija). Včasih povzročijo nezmožnost prepoznavanja predmetov ali ljudi, čeprav jih vidi (agnozija), tako da lahko oseba na primer zamenja žlico za vilice ali žarnico za hruško ali pa ne more več prepoznati svojega zakonca, ko ga vidi, ampak le, ko ta govori.

## Spomin

Motnje spomina se lahko kažejo kot nezmožnost učenja novih informacij ali spominjanja preteklih dogodkov, pozabljanje sestankov ali načrtovanih dejavnosti v prihodnosti ali pa se oseba ne spomni več, kako opraviti določeno nalogo (npr. težko se spomni, kako voziti avto). V drugih primerih je težko ohraniti v spominu prisoten in aktiven niz informacij, ki omogočajo reševanje izračunov ali korakov, potrebnih za organizacijo zapletene naloge.

## Družbena kognicija

Motnje socialne kognicije se lahko kažejo s spremembami v vedenju ali odnosu in se pogosto opisujejo kot sprememba osebnosti (npr. družbeno neprimerno vedenje, neobčutljivost za družbene norme, slabša sposobnost branja socialnih znakov ali obrazne mimike, manjša empatija ali abulzija, apatija, disinhibicija, impulzivnost, razdražljivost in nizka frustracijska toleranca).

## Kaj je mogoče storiti: logopedska oskrba

Za rehabilitacijo govornih in komunikacijskih težav je odgovoren logoped.



Prevzemanje odgovornosti za bolnika z afazijo mora biti zgodnje in zahteva nekatere nujne predpogoje, tj. ustrezno raven koncentracije, sodelovanja, motivacije in trajne pozornosti.

V subakutni fazi (tj. približno 4-5 dni po nevrološki poškodbi) logoped običajno opravi prvo oceno ob bolnikovi postelji z namenom, da ugotovi resnost afazije in najbolj oslABLJENE jezikovne komponente.

Popolnejšo in bolj strukturirano oceno lahko nevropsiholog in logoped predlagata pozneje v zgodnji postakutni fazi, v 30 dneh po hospitalizaciji, z namenom ugotoviti vrsto afazije, stopnjo jezikovne in komunikacijske okvare ter posledično določiti najustreznejše zdravljenje.

Logopedska rehabilitacija se med bolnišničnim zdravljenjem izvaja vsak dan, v ambulanti ali doma po odpustu pa v različnih časovnih presledkih (1-2-krat na teden). Cilji so opredeljeni kratkoročno, srednjeročno in dolgoročno; na splošno pa je glavni cilj logopedske obravnave povečati bolnikovo sporazumevalno učinkovitost z izkoriščanjem vseh možnih kanalov (verbalnih in neverbalnih, tj. mimike, gestikulacije, uporabe slik) in z usposabljanjem negovalcev.

## Kaj je mogoče storiti: Nevropsihološko prevzemanje odgovornosti

Nevropsihološko ocenjevanje, diagnosticiranje in rehabilitacija, katerih cilj je čim večja povrnitev kognitivno-vedenjskih motenj, so zaupani psihologu/nevropsihologu. (Nevro)psiholog za odkrivanje morebitnih primanjkljajev v kognitivno-vedenjskem profilu, spremljanje njihovega razvoja skozi čas ter po potrebi načrtovanje in oblikovanje usmerjenih rehabilitacijskih posegov uporablja nevropsihološki pregled, ki s pomočjo standardiziranih instrumentov (testov, lestvic, vprašalnikov) poleg kognitivnih virov, prihranjenih zaradi možganske kapi, omogoča ugotavljanje kognitivnih in/ali čustveno-motivacijskih primanjkljajev.



Nevropsihološko svetovanje se začne že v subakutni fazi med hospitalizacijo na nevrološkem oddelku na podlagi napotitve nevrologa ali fiziatra, da bi zgodaj odkrili prisotnost kognitivnih motenj, ki lahko vplivajo na povrnitev samostojnosti. Glede na bolnikovo klinično stanje se predlaga kratka nevropsihološka presejalna baterija (običajno na bolniški postelji), ki lahko pokaže globalno kognitivno delovanje.

Poglobljena ocena kognitivnega in vedenjskega profila pa se opravi v bolj stabilizirani fazi, v 7-10 dneh po prihodu v kompleksno enoto za rehabilitacijo, tako da se z rezultati seznanijo na prvem sestanku za opredelitev individualnega projekta rehabilitacije (PRI). To vključuje izbiro in izvajanje obsežne baterije testov, katerih izbira je odvisna od različnih dejavnikov (kot so kognitivni in pozorni viri osebe, mesto možganske kapi, čas, ki je pretekel od začetka).

V skladu z ugotovljenim simptomatskim profilom, njegovo resnostjo, razvojno stopnjo, v kateri se oseba nahaja, in realno dosegljivimi cilji se izvaja rehabilitacijski program, katerega cilj je okrepiti tista področja, za katera je bilo ugotovljeno, da so pomanjkljiva, z optimizacijo njihovega preostalega potenciala ali spodbujanjem funkcionalne kompenzacije z uporabo ohranjenih sposobnosti.

Nevropsihološko usposabljanje vključuje vaje, tudi računalniško podprte, s postopnimi stopnjami težavnosti in učenje operativnih strategij in/ali kompenzacijskih orodij za prisotne spremembe, da bi se bolje spoprijeli z vsakdanjimi življenjskimi situacijami. Predlogi za rehabilitacijo se posredujejo bolniku in družinskim članom ter se redno posodablajo na podlagi doseženih ciljev in novih potreb.

Sestavni del rehabilitacijskega procesa so psihoedukativne intervencije in psihološka podpora, namenjena osebi in njeni družini, da se spodbudi prepoznavanje prisotnih kognitivno-emocionalno-vedenjskih težav in njihovega vpliva na vsakodnevno samostojnost, njihovo razvijanje in motivacija za spremembe, hkrati pa se poveča občutek učinkovitosti pri obvladovanju novih razmer.

## Afektivne/čustvene in vedenjske motnje

Depresija je po možganski kapi pogosta in je prisotna v približno eni tretjini primerov. Kaže se s simptomi, kot so žalost, melanholija, izguba zanimanja in veselja do stvari, ki so pogosto povezani z občutki nevrednosti in neustreznosti. Prisotni so lahko tudi utrujenost, pomanjkanje apetita, motnje spanja in splošno slabo počutje. Depresija je v številnih primerih izraz čustvenih/psiholoških težav pri prilagajanju na nenadno zmanjšanje ali izgubo samostojnosti, v drugih primerih pa je posledica bioloških sprememb, ki jih je povzročila možganska kap (v tem primeru govorimo o pretežno organski depresiji).

Po možganski kapi se poleg depresije lahko pojavijo številne čustvene in vedenjske spremembe, ki so v večini primerov blage in prehodne, drugič pa so lahko izrazitejše, odvisno od mesta in obsega poškodbe. Te spremembe vključujejo pretirano tesnobo, vznemirjenost, vedenjsko dezinhibicijo, navidezno mrmranje in neprilagodljivost, pa tudi apatijo.

V nekaterih primerih je mogoče, da oseba kaže skorajda odklonilen in brezbrizen odnos, pomanjkanje zavedanja o motnjah, povezanih z možgansko kapjo, ali pretirano čustveno občutljivost (razburjenje, jeza, vznemirjenost ob navidezno nevtralnih dražljajih). Ti odzivi lahko družinske člane zmedejo, saj jih pripisujejo namernemu vedenju, vendar so pogosto sekundarni zaradi bolezni in po akutni fazi običajno nazadujejo.

Depresija in doslej opisane čustveno-vedenjske spremembe se od osebe do osebe izražajo različno, odvisno od značilnosti možganske kapi in številnih drugih dejavnikov, kot so starost, osebnost, pretekle psihične motnje itd.



### Kaj je mogoče storiti: psihološki sprejem

Od najzgodnejših faz sprejema na rehabilitacijo je mogoče vključiti kliničnega psihologa na podlagi napotitve tima ali na neposredno zahtevo bolnika. Psiholog lahko osebi pomaga ublažiti občutek zmedenosti, ki je značilen za prve tedne po možganski kapi, ozavestiti nastalo spremembo, pa tudi aktivirati tiste notranje vire, ki so potrebni za vključitev v rehabilitacijo. Običajno oseba črpa moč, motivacijo in odločnost za okrevanje iz napredka pri rehabilitaciji, ki ga opaža iz dneva v dan, vendar se lahko, ko prizadevanja ne pripeljejo do želenih rezultatov, pojavijo trenutki negotovosti, razočaranja in strahu pred prihodnostjo.





### Sodelovanje psihologa lahko pomaga pri

- čim prej prepoznati psihološke dejavnike tveganja ali znake stiske, da se pripravi najprimernejša intervencija za posamezen primer in določeno situacijo (v nekaterih primerih lahko pomagajo zdravila)
- razjasniti, ali so afektivne/čustvene in vedenjske motnje pretežno reaktivne ali organske narave
- psihološko podpirati bolnika med hospitalizacijo (sama hospitalizacija je lahko stresor) s spodbujanjem sodelovanja pri rehabilitacijskih obravnavah
- spodbujanje bolnikovih virov, da bi mu pomagali pri spoprijemanju s spremembami. Invalidnost dejansko ni bolezen sama po sebi, temveč zahteva postopen proces psihološkega prilagajanja, da lahko oseba premisli o prihodnosti in živi s svojimi omejitvami brez pretiranega vpliva na kakovost svojega življenja.

Psihološka podpora je v glavnem namenjena hospitaliziranim žrtvam možganske kapi, vendar se lahko razgovori razširijo tudi na družinske člane, če ti čutijo potrebo ali čutijo potrebo po tem, da bi bili bolj v pomoč svojemu bližnjemu.

## Posledice za vsakodnevne življenjske aktivnosti

Oseba, ki jo je prizadela možganska kap, morda ne bo več sposobna samostojno opravljati preprostih osnovnih dejavnosti, ki jih je prej opravljala v vsakdanjem življenju, kot so umivanje, oblačenje, uporaba stranišča in prehranjevanje (ADL), ali zahtevnejših dejavnosti, kot so pisanje, uporaba telefona ali računalnika, kuhanje itd. (IADL).

Izvajanje  
teh  
dejavnosti  
zahteva



usklajevanje številnih sposobnosti, vključno z občutljivostjo in motoričnimi sposobnostmi, sposobnostmi načrtovanja, motivacijo in predanostjo za dokončanje naloge do konca. Te funkcije so lahko po možganski kapi različno okrnjene, kar vpliva na sposobnost izvajanja določenih dejavnosti na različne načine. Oseba s paralizo desne okončine se na primer morda ne bo mogla sama obleči, oseba z motnjami ravnotežja pa se bo težko samostojno gibala (saj je nagnjena k padcem) in bo zato potrebovala stalno pomoč in nadzor.

### Kaj lahko storimo: prevzem odgovornosti delovnega terapevta

Delovni terapevt, ki kot privilegirano sredstvo uporablja dejavnosti vsakdanjega življenja (kot so prehranjevanje/pitje, oblačenje ali umivanje) ali dejavnosti, ki pacienta zanimajo (npr. ročne, rekreativne in izrazne dejavnosti), ter jih povezuje z rehabilitacijskim znanjem in tehnikami, si prizadeva za ponovno vzpostavitev teh dejavnosti ali njihovo izvajanje z najvišjo možno stopnjo samostojnosti.

Delovni terapevt od prvih dni po sprejemu v kompleksno rehabilitacijsko enoto vzpostavi stik z osebo, ki jo je prizadela možganska kap, da jo spodbudi in ji pomaga pri izvajanju preprostih dejavnosti, kot sta hranjenje ali osebna higiena, ter spodbuja njihovo varno izvajanje. Ti trenutki so tudi priložnost za oceno in boljše razumevanje prisotnih težav in predstavljajo osnovo za načrtovanje skupnega rehabilitacijskega programa z bolnikom.

Da bi prilagodil svojo intervencijo, delovni terapevt poleg težav, ki so posledica možganske kapi, oceni tudi vire osebe, pri čemer upošteva več dejavnikov (npr. motivacijo, pričakovanja, način življenja, vrsto poklica, interese, življenjske in socialne razmere itd.).

Glavni cilj obravnave je spodbuditi ponovno vzpostavitev običajnih dnevnih aktivnosti (ADL ali IADL) s čim večjo samostojnostjo in varnostjo:

- povrnitev motoričnih in procesnih spretnosti
- učenje novih strategij
- spodbujanje sprememb okolja
- predlaganje morebitne uporabe ortoz in pripomočkov ter usposabljanje za njihovo pravilno uporabo

V mnogih primerih oseba sčasoma ponovno pridobi samostojnost pri določenih dejavnostih zaradi uporabe strategij in predlogov, ki jih je prejela med delovno terapijo.

Družinski člani imajo v tem procesu osrednjo vlogo, saj lahko med bivanjem v bolnišnici spodbujajo svojo ljubljeno osebo, da počne tisto, kar je sposobna početi. Pogosto namreč čustvene težave pri sprejemanju invalidnosti čustveno bližnje osebe privedejo do podcenjevanja prisotnih težav ali precenjevanja le-teh, pri čemer obstaja tveganje, da se prepustijo potrebi po nadomeščanju pri izvajanju dejavnosti, ki jih je oseba sposobna opravljati.

Kadar popolne samostojnosti ni mogoče doseči, postanejo spremstvo, pomoč in izobraževanje osebe, ki bo večinoma skrbela za bolnika, še pomembnejši. Poučevanje o uporabi pripomočkov, zagotavljanje nasvetov in strategij lahko pomaga zmanjšati napor pri oskrbi na domu.

### Kaj je medicinski pripomoček?

Pripomočki so vsi tisti izdelki, orodja, oprema ali tehnološki sistemi, ki lahko preprečijo, nadomestijo, ublažijo ali odpravijo okvaro ali invalidnost (npr. hodulja, invalidski voziček, dvigalo, straniščna školjka); medtem ko so ortoze korekcijski pripomočki, kot so kolenska opornica, ortopedski vložki itd.



## Na poti k odpustu - priprava na vrnitev domov



Posledice možganske kapi ogrožajo možnost samostojnega življenja, konec bolnišničnega bivanja pa je prav tako doživet s strahom, saj pomeni odhod iz okolja, ki je bilo zaščiteno in varno ter je ustrezalo potrebam invalidne osebe. Prevladujoči pomisleki so običajno povezani z obvladovanjem težav, ki jih je povzročila možganska kap, doma in morebitnimi potrebami po oskrbi, ki sledijo. Zato je neposredna vključenost družinskih članov osrednjega pomena in predvideva različne pobude ter informiranje/usposabljanje, ki jim omogočajo, da pridejo pripravljeni na odpust in tako zmanjšajo zaskrbljenost v obdobju po hospitalizaciji.

V ta namen pot glede na potrebe predvideva:

- srečanja z različnimi strokovnjaki v rehabilitacijskem timu, da bi razjasnili dvome in dobili informacije o tem, kako učinkovito pomagati svojemu sorodniku in mu omogočiti varno vrnitev domov.
- "usposabljanja", na katerih se družinski člani ali drugi skrbniki na domu (npr. negovalci) izobražujejo o tem, kako obvladovati preostale težave

- "varovani izhodi" skupaj z delovnim terapevtom, da se preveri bolnikovo izvajanje in obvladovanje preprostih in zapletenih dnevnih aktivnosti (ADL in IADL) doma in v njegovem običajnem življenjskem okolju
- "pregled doma" s strani izvajalcev rehabilitacijskega tima (običajno delovnega terapevta), da bi se prepričali, ali obstajajo primerni pogoji za vrnitev domov (npr. odsotnost arhitekturnih ovir), in predlagali morebitne spremembe okolja, ki olajšajo dostop in gibanje na domu.
- zaradi odpusta fiziater po potrebi elektronsko pošlje potrdilo o priznanju civilne invalidnosti, ki je potrebno za zagotovitev vseh pripomočkov/pripomočkov in za dostop do vseh ekonomskih prispevkov.

o predpisovanje/dobava potrebnih pripomočkov/hranil/rezervacij o aktivacija umetne prehrane na domu/parenteralne ali enteralne prehrane v primeru hude disfagije

o načrtovanje prevoza za odpust

o načrtovanje vseh nadaljnjih ukrepov



Ločimo štiri vrste izpustov:

1. **NAVADNA ODPUSTITEV** za osebe, ki nimajo nadaljnjih rehabilitacijskih ciljev in jih ni treba aktivirati v okrožju, za katere je dovolj, da se pripravi odpustnica za splošnega zdravnika in načrtuje nadaljnje ukrepanje

2. **ODPUST Z AKTIVACIJO ENOTE ZA OCENJEVANJE V OKROŽJU ALI NAPOTITVIJO NA OBMOČJE V SKLADU S PROTOKOLOM ZAŠČITENEGA ODPUSTA** za kompleksne bolnike, za katere morajo poskrbeti teritorialne službe, za katere je treba poslati napotnico, organizirati sestanek za izmenjavo informacij pred odpustom in zagotoviti klinične informacije, informacije o oskrbi in rehabilitaciji tudi s pomočjo lestvic in kartic kontinuitete

3. **ODPUST Z AKTIVACIJO DNEVNE BOLNIŠNICE ZA REHABILITACIJO** za osebe, ki potrebujejo multidisciplinarno / večstrokovno obravnavo, ki se lahko izvaja v okviru dnevne bolnišnice

4. **IZPUST S PROGRAMOM REHABILITATIVNE AMBULANTNE OBRAVNAVE** za premeščene osebe, ki potrebujejo rehabilitacijske programe v ambulantnem okolju.

Ob odpustu se poleg odpustnega pisma, opremljenega z vsemi potrebnimi informacijami, in zapisov posameznih strokovnjakov, ki so delali z bolnikom, zagotovi prvi potek zdravljenja z zdravili in sestavi potrdilo o boleznih.



## **OPOMBA**

**Ta brošura vsebuje informacije, ki so veljavne v času tiskanja in se redno posodablja. Med posameznimi izdajami lahko pride do sprememb v delovanju.**

Dokument je sestavil: Urad za medije, komuniciranje in odnose z javnostmi, tiskovna pisarna ASUGI na podlagi besedil in slik skupine rehabilitacije Kompleksne enote za Rehabilitacijo v Trstu. Vsebina je bila deljena in pregledana s sodelovanjem bolnikov.

