



GLASILO

Št. 10, maj 2013

Iwona Ewa Kosi, dr. med., spec. nevr.,
Možganska kap je katastrofa - ustavimo jo

Mihaela Štehar, dipl. med. sestra,
Zdravstvena nega bolnika z možgansko kapjo

Nina Temnikar, dipl. fizioterapevtka, in Katja Pušnik, dipl. delovna
terapevtka,
Rehabilitacija bolnika po možganski kapi

Berta Mlakar,
Kako sem doživela možgansko kap

Povabilo

Člane Kluba vabimo, da svoje izkušnje o zdravju, bolezni, zdravem življenjskem slogu itd. prispevajo za objavo v Glasilu; lahko tudi ustno, uredniku. Naslednja številka bo izšla jeseni 2013.

Še vedno velja povabilo, da imetniki elektronske pošte pošljete svoj naslov na info@srce-si.si pa na našo spletno stran ne pozabite www.srce-si.si
Telefonska številka **112** rešuje življenja, na **041/624-164** je zastopnik pacientovih pravic.

Strokovna mentorica dr. Cirila, lektorica prof. Helena, urednik Ivan
Naklada: 350 izvodov

Možganska kap je katastrofa - ustavimo jo

V vsakdanjem življenju se pogosto premalo zavedamo vloge naših možganov.

V njih se porajajo vse misli in čustva, ohranja spomin, zbirajo podatki o dogajanjih v telesu in okolju. Iz njih prihajajo vsa povelja, po katerih se ravnata naš razum in naše telo.

Možganske celice za svoje delovanje potrebujejo nenehno oskrbo s kisikom, ki jim ga dovaja kri. Če je krvni obtok v možganih moten zaradi zamašitve, to povzroči smrt celic v tistem delu možganov, ki ga zamašena žila ne more več oskrbeti s kisikom.

Ishemična možganska kap je bolezen, ki najpogosteje nastane kot posledica strdka, ki je nastal v veliki arteriji ali v srcu, se odlepil, nato s krvjo potoval do možganov in zamašil eno od manjših arterij. Srčna embolija največkrat nastopi ob motnjah srčnega ritma (fibrilacija predvorov), srčnem infarktu ali pri ljudeh z umetnimi srčnimi zaklopkami.

Zamašitev ali zožitev arterij zaradi aterotromboze je največkrat lokalizirana v razcepišču karotidnih arterij v vratu, ki vodijo kri iz srca prek aorte v možgane.

Za to boleznijo zboli v Sloveniji 5-9 % ljudi na 1000 prebivalcev.

V slovenjgraški bolnišnici na nevrološkem odseku vsako leto hospitaliziramo okoli 100 bolnikov z akutno možgansko kapjo.

Simptomi možganske kapi se pri večini bolnikov razvijejo v nekaj sekundah oziroma minutah in se kažejo kot motnje vida, ohromelost ali nezmožnost premikanja okončin, nerazločen govor ali nezmožnost razumevanja govora.

Pri hujših oblikah pride do izgube zavesti. Pojavijo se lahko tudi vrtoglavica, slabost z bruhanjem, motnje ravnotežja.

Ni potrebno, da ste zdravnik ali medicinska sestra, da prepoznate prve znake možganske kapi. S preprostim testom lahko tudi laik brez težav vsaj pomisli, da se srečuje s človekom, ki ga je zadela možganska kap. V ta namen je bil izdelan preprost algoritem GROM.



Kaj pomenijo prve črke v algoritmu?

GOVOR. Bolniku rečemo, naj ponovi preprost stavek. Zdrav človek ga bo brez težav ponovil, medtem ko bo imel bolnik s kapjo težave z izgovarjavo besed ali razumevanjem.

ROKA. Bolnika prosimo, naj iztegne obe roki v višini ramen. Bolniku z možgansko kapjo bo roka padala.

OBRAZ. Bolnika prosimo, naj pokaže zobe. Pri zdravem človeku so ustnice simetrične, bolnik z akutno možgansko kapjo ima eno stran povešeno.

MINUTA. Če opazite te znake pri svojcu ali kom drugem, ne oklevajte, ampak

TAKOJ pokličite 112 .

Najpomembneje je vedeti, da je možganska kap **nujno stanje**, zato mora vsak bolnik takoj dobiti zdravniško oskrbo.

V zadnjih letih se je pri zdravljenju možganske kapi uveljavil rek **ČAS SO MOŽGANI**. Bolniku, ki pravočasno, torej najkasneje v štirih urah in pol, prispe v bolnišnico in izpolnjuje pogoje za trombolitično zdravljenje, poskušamo z zdravilom Actylize raztopiti krvni strdek, ki je zamašil žilo. Uspešna tromboliza izboljša končni izid po kapi, mnogi srečneži tudi po njej ne potrebujejo nadaljnje rehabilitacije.

Zato ni dvoma, da je pri možganski kapi pomembna vsaka minuta.

Ali lahko možgansko kap preprečimo?

Med najučinkovitejše preventivne ukrepe za zdrave ljudi zanesljivo sodi pravočasno prepoznavanje dejavnikov tveganja. Ti so navadno prisotni veliko prej, preden bolnik zboli za možgansko kapjo.

Pomembno je, da poznamo vrednosti krvnega tlaka, glukoze in holesterola. Pogosto možgansko kap napovedujejo napadi, ki jih imenujemo TIA. Bolniki ne smejo ignorirati poprejšnjih znakov možganske kapi in se morajo takoj oglasiti pri nevrologu, saj bo potrebno raziskati vse dejavnike tveganja, ki lahko vplivajo na nastanek krvnih strdkov.

Možgansko kap lahko preprečimo s preprostimi spremembami življenjskega sloga:

- prenehamo kaditi;
- vsaj pol ure na dan se ukvarjamo s telesno vadbo;
- jemo veliko sadja in zelenjave;
- ohranjamo pravilno telesno težo;
- v hrani omejimo sol, maščobe in sladkor;
- izogibamo se čezmernemu uživanju alkohola;
- redno si merimo krvni pritisk;
- kontroliramo krvne maščobe in krvni sladkor;
- če občutimo neredni srčni utrip, se takoj oglasimo pri zdravniku.

Pogosto pa se zgodi, da vemo, da imamo povišan krvni tlak, pa nikakor ne najdemo časa, da bi obiskali zdravnika. Vemo, da smo preobilni in da se pogosto tolažimo s hrano, da se premalo gibljemo in da si vse pogosteje prižgemo cigareto, toda lahko se nam nekega jutra zgodi, da se ne bomo mogli dvigniti iz postelje, da ne bomo mogli spregovoriti in vprašati domačih, ali so dobro spali.

Zmotno je prepričanje, da se možganska kap lahko zgodi le starejšim. Res so ti bolj ogroženi, vendar ne smemo spregledati dejstva, da možganska kap ni povezana samo z leti. Prav zato bi morali vsi Korošci bolje poznati dejavnike tveganja, ki lahko privedejo do srčno-žilnih bolezni. Če pa pride do prvih znakov možganske kapi, jo je treba pravočasno prepoznati in pripeljati bolnika čim hitreje v bolnico, ker **ČAS SO MOŽGANI**.



**Iwona Ewa Kosi, dr. med.,
specialistka nevrologije,
vodja Enote za nevrologijo
v Splošni bolnišnici Slovenj Gradec**

Zdravstvena nega bolnika z možgansko kapjo

Obravnava bolnika po možganski kapi je izredno zahtevna in raznolika, zato sodeluje v zdravljenju in rehabilitaciji skupina strokovnjakov, ki jo sestavljajo zdravnik, medicinska sestra, logoped, delovni terapevt, fizioterapevt, psiholog in socialni delavec.

Naloga zdravstvene nege je preprečevanje zapletov, nadaljnjih okvar in ohranitev bolnikovih preostalih sposobnosti za samooskrbo.

Nega bolnika po možganski kapi je od primera do primera zelo različna. Glede na stanje in sposobnosti začnemo bolnika postopno vključevati v vsakodnevne aktivnosti. Nekateri potrebujejo pri izvajanju življenjskih aktivnosti le delno pomoč, drugi pa so popolnoma odvisni od naše pomoči.

Bolnika ob sprejemu v bolnišnico namestimo v bolniško sobo.

Že ob sprejemu poskušamo urediti sobo tako, da bo bolnik čez cel dan dobil več dražljajev s prizadete strani - vsi postopki zdravstvene nege se morajo odvijati s prizadete strani. Zaradi okvare je namreč bolnikova glava obrnjena stran od prizadete strani, bolnik se nagiba k temu, da ne negira - zanika le polovice telesa, ampak tudi okolico na tisti strani. S tako ureditvijo bo bolnik ves čas dobival spodbude s prizadete strani in bo počasi začel sprejemati svojo prizadeto stran telesa. Tudi svojce spodbujamo, da bolnika nagovarjajo s prizadete strani, da ga držijo za prizadeto roko, da mu glavo obračajo na prizadeto stran, ko se z njim pogovarjajo.

Položaji v postelji

V akutni fazi bolezni je zelo pomembno, kakšen položaj bolnik zavzame v postelji. Glede na njegovo stanje ga postopno vključujemo v postopke menjave položaja telesa v postelji.

1. Ležanje na hrbtu:

- podlaganje prizadete roke v predelu lopatice in rame - boleča rama zaradi teže padajoče roke;

- podlaganje prizadete roke z blazino - pogosto nastanejo otekline spodnjega dela roke, ki jih delno lahko preprečimo s pravilnim položajem roke;
- v dlan ne dajemo nobenih zvitkov ali žogic, ker s tem sprožimo prijemalni refleks, ki sproži zapiranje roke;
- ničesar ne smemo podlagati pod podplat, ker s tem povzročimo refleksno aktivnost - izteg prstov;
- blazino ob nogi potisnemo tesno k prizadeti zadnjici, s tem jo rahlo dvignemo, kar prepreči padanje prizadete noge navzven (noga tako ostane v fiziološkem položaju);
- bolnikovo vzglavje naj bo dvignjeno za 30 stopinj - tako omogočimo boljšo predihanost pljuč, bolnik pa ima tudi boljši pogled po sobi.

2. Ležanje na prizadeti strani:

- je eden najpomembnejših položajev in ga je potrebno uporabljati od samega začetka - izkazalo se je, da ga imajo tudi bolniki najraje, saj vpliva na zmanjšanje spastičnosti, poveča se zavedanje prizadete strani, bolj sposobna roka je prosta za različne aktivnosti;
- bolnik leži na boku prizadete strani, rahlo nagnjen nazaj in podprt z blazino;
- roka in glava prizadete strani sta podprti z blazino, prizadeta roka je pomaknjena naprej v kotu 90 stopinj;
- nogi ležita v položaju koraka, neprizadeta noga je podprta z blazino.

3. Menjava položaja je zelo pomembna tudi zaradi preprečevanja razjede zaradi pritiska. Zaradi gibalne prizadetosti in motenj občutenja je nevarnost za poškodbo kože zelo velika. Nepomičnost, nenadzorovano uhajanje seča in blata ter slaba bolnikova prehranjenost dodatno povečujejo tveganje za nastanek razjede zaradi pritiska. Bolnika že na začetku hospitalizacije pregledamo in ocenimo stopnjo ogroženosti za nastanek razjede zaradi pritiska in glede na to naredimo načrt nalog zdravstvene nege:

- obračanje bolnika na 4 ure do 2 ter podlaganje ogroženih predelov (trtica, pete, kolki, lopatice);
- namestitev razbremenilnih blazin ter zaščita izpostavljenih mest s kremami in zaščitnimi folijami;
- poostrena anogenitalna nega;
- poučimo bolnika, ki je delno pomičen, kako naj spreminja položaj telesa;
- če poškodba kože vseeno nastane, jo primerno oskrbimo.

Izvajanje osebne higiene

Pri bolniku v akutni fazi je potrebno izvajati osebno nego v bolniški postelji. Pri bolniku vsak dan opravimo posteljno kopel, večkrat na dan ga osvežimo, intimno nego opravimo po vsakem odvajanju, izvajamo pa tudi ustno nego pred vsakim hranjenjem in po njem.

Nega telesa je namenjena tudi spodbujanju in zaznavanju prizadete polovice, zato izberemo bolj grobo umivalno vrečko in brisačo. Umivamo s »pritiskom«, tako da bolnik zazna telesne oblike in sledi poteku umivanja. Smer umivanja je od zdrave k bolni strani.

Bolnika spodbujamo k samooskrbi, dati mu moramo dovolj časa, da se nauči ene aktivnosti, preden preidemo k drugi.

Hranjenje

Težave pri požiranju se pojavijo pri približno polovici bolnikov z možgansko kapjo, ki so sprejeti v bolnišnico. Te težave predstavljajo veliko nevarnost za nastanek zapletov, kot sta aspiracijska pljučnica in nedohranjenost. Pomembno je, da medicinska sestra prepozna in oceni motnje požiranja ter začne izvajati ukrepe za preprečitev zapletov.

Znaki motenj požiranja:

- bolnik počasi požira hrano, vsak grižljaj večkrat pogoltne;
- med obroki in po njih kašlja, izogiba se določene hrane in tekočine;

- hrano zadržuje v ustih;
 - ima spremenjen glas po požiranju, hrana se mu zatika v grlu;
 - ima povečan ali gost sekret, ki ga težko izloča;
 - pogoste so okužbe dihal, saj hrana pogosto zaide v pljuča in povzroči vnetja.
- Pri bolnikih z motnjami požiranja opazimo, da imajo motnje večinoma pri požiranju tekočine, zato jim ponudimo prilagojeno hrano v obliki pudingov, kašic, sekljane hrane. Tekočino lahko zgostimo z različnimi preparati ali pa jo dodajamo v obliki infuzije.
- Samo hranjenje ima nekaj posebnosti:
- pred vsakim obrokom naredimo ustno nego;
 - glavo in prizadeto stran po potrebi podložimo z blazino;
 - glavo obrnemo proti prizadeti strani in brado rahlo nagnemo proti prsim;
 - bolnika hranimo na prizadeti strani, tako da nas vidi;
 - bolnika damo v polsedeči ali sedeči položaj - hrano namestimo tako, da jo bolnik vidi;
 - hrano zajamemo do polovice žlice in jo polagamo na sredino jezika neprizadete strani;
 - bolniku opisujemo hrano in ga tako spodbujamo;
 - bolnika hranimo počasi in počakamo, da hrano prežveči in pogoltne;
 - po hranjenju spodbujamo kašelj in bolnika pustimo še pol ure v pokončnem položaju;
 - zagotovimo ustrezne pripomočke (lončki, žlice ...) ter se posvetujemo z delovnim terapevtom;
 - po hranjenju odstranimo morebitne ostanke hrane v ustih in očistimo zobno protezo.
- Če hranjenje preko ust ni mogoče oziroma je nezadostno, se zdravnik odloči za začasno uvedbo nasogastrične sonde ali stalno perkutano gastrostomo.

Odvajanje

Nekontrolirano uhajanje urina in blata je pogosto prisotno pri bolnikih v zgodnji fazi po možganski kapi. Inkontinenca urina je prisotna pri 50 %, po 6 mesecih jo ima še 20 % bolnikov.

Inkontinenca blata se pojavlja pri večini bolnikov v prvih dveh tednih. K tej težavi pogosto prispevajo nepomičnost, nezadosten vnos tekočine, depresija, strah.

Ukrepi:

- bolniku večkrat ponudimo nočno posodo;
- zagotovimo mu dovolj tekočine;
- zagotovimo mu intimnost;
- včasih nam bolnik zaradi motnje govora ne more povedati, da mora na potrebo;
- bolnika spodbujamo h gibanju, učimo ga hojo na stranišče, oblačenje in slačenje, umivanje rok;
- bolniku namestimo signalno napravo, da nas lahko v primeru potrebe takoj pokliče;
- če bolnik nekontrolirano odvaja, ga ustrezno zaščitimo s plenično podlogo, redno izvajamo anogenitalno nego;
- v primeru zaprtja apliciramo odvajalo po zdravnikovem naročilu.

Komunikacija

Motnje sporazumevanja se pojavijo pri 40 % bolnikov po možganski kapi. Motnje govora, pisanja, razumevanja govora in branja so za bolnike po možganski kapi zelo neljub bolezenski znak, saj to že tako prizadetemu ovira ali celo onemogoča stik z okolico, mu jemlje voljo in tako ovira njegovo rehabilitacijo. Zaradi vseh teh dejstev sta pomembna pravilen pristop k bolniku in čimprejšnje strokovno zdravljenje – logopedska obravnava. Bolniku moramo dati občutek, da je v stiku z okoljem in da se tudi z motnjo govora da sporazumevati z domačimi, prijatelji in drugimi ljudmi. Bolniki imajo lahko težave pri razumevanju govora ali pa pri sami izgovarjavi besed.

Pomoč pri razumevanju govora:

- izogibajmo se zapletenemu sporazumevanju;
- ne zahtevajmo od bolnika preveč, kadar je utrujen, ne nagovarjajmo ga v hrupu;
- obogatimo svoje govorjenje s kretnjami;
- če bolnik ne razume vprašanja, postavimo vprašanje malo drugače;
- na hitro ne spreminjajmo teme pogovora, dajmo bolniku čas za odgovor;
- ne pogovarjajmo se o bolniku, kot da ni navzoč;
- govorimo z običajnim glasom, ne kričimo, upočasnimo svoj govor.

Pomoč pri težavah z govorom:

- bolnika ne priganjamo, da mora hiteti;
- sprejmimo in spodbujajmo vse različne načine sporazumevanja - kretnje, pisanje, risanje;
- pohvalimo vse poskuse govorjenja;
- postavljajmo vprašanja, na katera bo bolnik lahko odgovoril na kratko;
- bolnika nikoli ne smemo izločiti iz nobene dejavnosti, ker ne more govoriti;
- ne izogibajmo se pogovorom o bolnikovih težavah.

Nevarnost poškodb in padcev

Zaradi ohromelosti okončin, motenj vida, izgube ravnotežja, zmedenosti, inkontinence je nevarnost za padce in poškodbe pri bolnikih po možganski kapi zelo velika. Padci so eden najpogostejših zapletov pri bolnikovi rehabilitaciji. Pomembno je, da pravočasno ugotovimo stopnjo nevarnosti za padec in izvedemo vse preventivne ukrepe, s čimer zmanjšamo nevarnost za padec.

Preventivni ukrepi:

- namestitev varnostne ograjice na bolniško postelje in namestitev klicne naprave;
- zagotovitev varnega okolja (nedrseča tla, oprijemala, ustrezna razsvetljava);
- ustrezni obutev in oblačila;
- svetovanje bolniku o izogibanju nevarnostim v okolju, spremstvo na stranišče ...

Bolečina

Bolečina je lahko prisotna že pred boleznijo, lahko pa se pojavi šele po možganski kapi in je povezana s spastičnostjo, nepomičnostjo, slabostjo mišic in glavobolom. Preprečevanje, ocenjevanje in zdravljenje bolečine je potrebno ves čas bolnikovega zdravljenja. Bolečina v rami je pogost problem bolnikov po možganski kapi - izogibati se moramo uporabi trapeza na postelji, ker povzroča bolečino v prizadeti rami. Bolečine lajšamo z ustreznimi analgetiki.

Zdravstvena vzgoja

Ko bolnik po možganski kapi zaključi rehabilitacijo, se po navadi vrne v domače okolje. Zato začnemo z edukacijo svojcev že zelo zgodaj. Vključujemo jih v vse aktivnosti, ki jih bodo skupaj s svojcem izvajali doma - hranjenje, osebna nega, pomoč pri gibanju, obračanju, seznanimo jih z možnostjo nabave raznih pripomočkov (postelja, plenice, voziček, razbremenilna blazina; denarno nadomestilo...) S tem jim pomagamo, da lažje dojamejo situacijo in premagajo težave. Kljub temu pa je včasih potrebna namestitev bolnika v institucionalno varstvo. Pri tem medicinska sestra sodeluje s socialno in patronažno službo ter z zdravniki družinske medicine na terenu.

Pri bolnikih po možganski kapi je poleg telesne prizadetosti prisotna še psihična. Čim večja samostojnost je zanje življenjskega pomena. Da ta cilj dosežemo, pa so potrebni čas, potrpljenje in disciplina.

Mihaela Štehar, dipl. m. s.

Rehabilitacija bolnika po možganski kapi

Spontano, učinkovito in funkcionalno gibanje omogoča sproščeno hojo, izvajanje dnevnih aktivnosti, prehranjevanje, komunikacijo z ljudmi, opravljanje poklica ... Sposobnost gibanja je torej sposobnost preživetja, ki pa ga lahko zmanjšajo, spremenijo ali onemogočijo različne bolezni ali poškodbe. Ena izmed teh bolezni je lahko tudi možganska kap ali cerebrovaskularni inzult (CVI). Le-ta se kaže kot nenaden nevrološki izpad kot posledica ishemične ali hemoragične okvare možganov. Pri osebi po CVI lahko opazimo prizadetost senzibilnosti, motorike, intelektualnih funkcij, percepcije in govora. Motorična prizadetost pa se lahko kaže kot paraliza (hemiplegija) ali oslabeledost (hemipareza) nasprotne strani telesa. V Splošni bolnišnici v Slovenj Gradcu, na nevrološkem oddelku, obravnavamo bolnike po CVI v zgodnji fazi rehabilitacije. Takšna oseba potrebuje zdravljenje z zdravili, za čim uspešnejšo vrnitev v domače okolje pa potrebuje tudi obravnavo multidisciplinarnih ekip, ki jo poleg zdravnikov – specialistov nevrologije, logopeda in psihologa sestavljata še fizioterapevt in delovni terapevt. V zgodnji fazi rehabilitacije bolnika po CVI je pomembno, da pričnemo z obravnavo čim prej po nastalem nevrološkem izpadu, saj lahko s tem pripomoremo k pravilnejšemu razvoju gibalnih vzorcev, hitrejšemu okrevanju bolnika in vplivamo na končni izid rehabilitacije.

Pri celostni obravnavi bolnika po CVI, ki jo izvaja multidisciplinarna ekipa, je osrednja in glavna naloga fizioterapevta, da z različnimi fizioterapevtskimi metodami in tehnikami vzpostavi vračanje motoričnih funkcij pri bolniku. Da dosežemo ta cilj, pa je potrebno poznavanje mehanizmov nadzora drže, ravnotežja in hotenega nameravanega gibanja. To je glavno orodje, s katerim načrtujemo in izvajamo postopke gibalne terapije. Fizioterapevtska obravnava je stimulativna, poudarja normalne vzorce gibanja in na ta način zmanjšuje kompenzatorne vzorce gibanja. Z izvajanjem tehnik kinezioterapije (tehnik proprioceptivne nevrromuskularne facilitacije, model ponovnega motoričnega učenja, vaje za izboljšanje gibljivosti sklepov in mišične moči, vaje za ravnotežje, vaje za propriocepcijo, šola hoje ...) pri bolniku vplivamo na vzpostavljanje selektivne gibalne kontrole, izboljšanje drže in ravnotežja, izboljšanje koordinacije gibanja, pravilno izvajanje funkcionalnih aktivnosti ter na učenje vstajanja in hoje. Pri tem si pomagamo z različnimi pripomočki, kot so žoge, elastični trakovi, blazine, valji, stoli, bergle, hodulje, opornice ... Poslužujemo se tudi tehnik elektoterapije (npr. TENS, interferenca) in termoterapije (termopak, kriopak) v primeru pojava bolečine in otekline ter tehnik respiratorne fizioterapije (dihalne vaje, vibracije prsnega koša, inspirij ...) ob respiratornih zapletih.

Z delovno terapijo pri nevroloških bolnikih pričnemo, ko je zdravstveno stanje osebe stabilno. Cilj delovne terapije je doseči čim večjo stopnjo samostojnosti in izboljšati kakovost življenja v vseh vsakodnevnih aktivnostih. Postopno pričnemo z učenjem aktivnosti s področja skrbi zase in bolnika motiviramo za aktivno sodelovanje. Terapevtski program je usmerjen na področja gibanja in zaznavanja na prizadeti zgornji okončini in trupu, prepoznavanja vidnih motenj in na področje kognitivnih spretnosti. Težave z zbranostjo in ostalimi miselnimi procesi so pogosto opazne že pri izvajanju enostavnih opravil s področja skrbi zase, kot je npr. oblačenje. Delovni terapevt skupaj z bolnikom naredi načrt obravnave, ker pa bolniki pogosto ne vedo, kaj bi si želeli izboljšati oziroma kje imajo trenutno največ težav, pričnemo v zgodnji fazi s pripravljalnimi aktivnostmi, ki so osnova za kasnejše kompleksnejše aktivnosti. Ko oseba lahko sedi v postelji, pričnemo z učenjem enostavnih aktivnosti. Po navadi so prve aktivnosti hranjenje, pitje, umivanje zob, obraza, rok, česanje. Pomembno je zagotoviti stabilnost v sedečem položaju ter simetrijo telesa. Velik poudarek

damo na prizadeto zgornjo okončino, ki mora biti v območju vidnega polja, najbolje na mizici. Pacienta tudi vseskozi spodbujamo na vključitev slabše roke ter ga tako učimo o pravilni telesni shemi in vzorcih gibanja. Izogibamo se porednemu položaju v postelji in ga preprečujemo. Postopoma pričnemo bolnika posedati čez rob postelje ter tako aktivnosti sproti prilagajamo in stopnjujemo zahtevnost. Zaradi prizadetosti roke ima bolnik velikokrat težave pri opravljanju ožjih dnevnih aktivnosti, saj se mora naučiti izvajanja enoročno oziroma se mora naučiti novih tehnik in uporabe z drugo roko. Pri teh bolnikih velikokrat dosežemo visoko stopnjo samostojnosti že z majhnimi prilagoditvami, kot so nederseče podloge, pripomočki za zapiranje gumbov, obroba za krožnik, pripomoček za obuvanje nogavic ter odebeljen ročaj za pribor, pisalo in druge osebne pripomočke. Bolnika že v bolnišnici naučimo uporabe pripomočka ter ga seznanimo o možnostih nakupa.

V rehabilitacijo bolnika po možganski kapi vključimo tudi njegove svojce ter jih ustrezno podučimo o pravilnem pristopu k bolniku. Skrb za takšnega bolnika in misel na čas vrnitve v domače okolje jim pogosto predstavljata strah in zaskrbljenost. Zato svojce že v času rehabilitacije bolnika naučimo pravilnega rokovanja ter tehnik. Svetujemo jim pripomočke, ki jih bo bolnik potreboval, ter se z njimi pogovorimo o možnih prilagoditvah v stanovanju, ki velikokrat ne stanejo veliko, pa vendar zelo spodbudno delujejo na bolnika in mu omogočijo čim boljše kvaliteto življenja.

Pri delu z nevrološkimi bolniki vedno upoštevamo, da je pristop k bolniku individualen. Uspešna rehabilitacija pa ni odvisna le od različnih terapevtskih obravnav, temveč tudi od tega, kaj se z bolnikom dogaja v preostalem času dneva in noči, od položaja telesa v postelji in sobe, ki mora biti urejena tako, da bo bolnik dobil čim več spodbude s prizadete strani telesa čez cel dan. Zato je zelo pomembna zdravstvena vzgoja bolnika, negovalnega osebja ter, kot smo omenili, tudi svojcev. Tako preprečimo vadbo nepravilnih vzorcev gibanja, ko terapevt ni prisoten.

Zaključimo lahko, da je rehabilitacija 24-urna obravnava ali način življenja.

Nina Temnikar, dipl. fizioterapevtka, in
Katja Pušnik, dipl. delovna terapevtka

Kako sem doživela možgansko kap

Berta Mlakar je doživela težko možgansko kap. Danes je Berta vodja skupine našega Kluba v Črnečah. Sicer pa nekdanja uslužbenka gostinskega podjetja KOŠENJAK v Dravogradu, sedaj pa upokojenka. Dela tudi kot prostovoljka v raznih humanitarnih organizacijah in društvih.

Najprej vprašanje: kako se spominjaš začetka in poteka svoje kapi?

Spominjam se, da sem si dopoldan tiste sobote kuhala kavo in začutila nekakšno slabost, najprej v glavi, pri vidu, vedno teže sem govorila, nato pa sem čutila slabost po celem telesu, posebej po desni strani. Potem se je stanje hitro slabšalo: odpoved govora, cele desne polovice telesa in padec v nezavest. Na srečo sem še pravi čas poklicala mamo, ki je takoj poklicala zdravnika in reševalce.

Ali pri tebi torej držijo zdravstvena opozorila iz kratice »GROM«, objavljene na plakatu? Seveda, takoj sem opazila težave z »Govorom«, »Roke« so me vedno manj ubogale, »Obraz« je postajal trd, na srečo pa so moji bližnji ukrepali hitro in sem bila že v 30 »Minutah« v zdravniški oskrbi ter prepeljana v bolnišnico Slovenj Gradec.

Kako pa je potekala bolezen naprej?

Že v soboto sem izgubila zavest in to je trajalo do srede, ko sem se začela počasi prebujati z nekakšnimi prebliski spomina. Cela desna stran telesa je bila hroma, kar je povzročilo popolno nepokretnost, močno prizadeti so bili govor, vid, spomin. Po pregledu nevrologa iz Maribora sem bila naslednji dan (četrtek) prepeljana na zdravljenje na nevrološki oddelek bolnišnice Maribor. Po mesecu dni trdega ležanja se je začela rehabilitacija: najprej samo dvig vzglavnika, nato samo sedenje in šele po nekaj dneh postavitve na noge, seveda s pomočjo fizioterapevta.

In potem se je začelo zdravljenje in okrevanje?

Seveda, najprej veliko zdravil, predvsem injekcije, toda prave čudeže dela fizioterapija. Z vztrajnim ponavljanjem prejšnjih gibov možgane spet nauči upravljati s telesom. Znanje terapevtov, nešteto ponovitev, moje vztrajanje, vsakodnevna pomoč svojcev itd. so me povrnili v kar solidno zdravstveno stanje. Seveda so ostale posledice: problemi z vidom in spominom, slabša mišična moč, problemi z ravnotežjem itd. Sedaj moram biti veliko bolj osredotočena na vse, kar počnem. Ko grem po pločniku npr., moram stalno gledati predse, da me ne zanese iz prave smeri. Včasih morda kdo misli, da sem domišljava, ko ga ne pogledam na drugo stran ceste, toda jaz ne hodim sproščeno, ampak skrajno osredotočeno nase in svoje gibanje.

Laiki zelo radi iščemo vzroke za naše zdravstvene težave. Verjetno si pred tem kadila, bila debela, se preobremenjevala itd. Kaj torej misliš, da je bil vzrok za tvojo kap?

Nič od tega, saj nisem kadila pa tudi debela nisem bila. **Takrat sem bila stara le 31 let!** Po moje je bil vzrok v zelo visokem krvnem tlaku, ki mi ga zdravniki nikakor niso mogli spraviti v red. Leta in leta sem imela zgornji krvni tlak nad 200, zdravili so me v bolnišnici, menjali zdravila, imela sem strogo dieto, a se ni znižal. Zadnje leto pred kapjo (1975) mi je začel skakati med 200 in 160, po kapi pa se mi je ustalil na normalni višini okrog 130/80. Moja kap je bila posledica razpočenja krvne žile v možganih in tako visok krvni tlak je gotovo preobremenjeval ožilje. To je v končni fazi povzročilo razpočenje žile, razlitje krvi v okolico in odmiranje možganskih celic.

Kaj nam torej svetuješ?

Živimo zdravo, čim bolj naravno, skromno in aktivno pa pazimo, da se ne preobremenjujemo. Če že imamo kak dejavnik tveganja, kot sem imela jaz krvni tlak, naredimo skupaj z zdravniki vse, da ga spravimo v red in s tem omilimo nevarnost za težje zaplete. In če smo že prestali možgansko kap, dosledno izvajajmo navodila zdravnikov in terapevtov, vztrajajmo ter živimo aktivno in prijazno.

Želiš še kaj dodati?

Zahvalila bi se zdravniku prim. dr. Tetičkoviču za njegov trud in zdravniškemu osebju, prav tako soprogu za njegovo skrb in pomoč pri mojem okrevanju.

Spraševal: Ivan