

1<sup>na</sup>6

PROFILAKTYKA

TERAPIA

POMOC

# MAGAZYN UDAROWY

WWW.MAGAZYNUDAROWY.PL

NR 1 / LIPIEC 2017 / NAKŁAD: 1000 egz.

EGZEMPLARZ BEZPŁATNY

## KRZYSIEK IWONA I JEGO MÓZG

Walka dzielnych,  
młodych ludzi  
ze skutkami udaru

KRZYCH

IWONA

MÓZG

K+I+M=WNM

WIELKA NIESKOŃCZONA MIŁOŚĆ

### TEMAT NUMERU

#### UDAR MÓZGU I CO DALEJ

Jak radzić sobie ze skutkami  
udaru mózgu

#### ŻYCIE BEZ SŁÓW

O afazji, która odbiera mowę,  
a zostawia myśl

#### DRUGA STRONA MEDALU

Historia fizjoterapeuty,  
który doznał udaru



nowość!



## PIERWSZY MAGAZYN O TEMATYCE UDAROWEJ DLA CHORYCH I ICH OPIEKUNÓW

**ARTYKUŁY | WYWIADY | FELIETONY | ROZMOWY**  
o udarze, leczeniu i profilaktyce

**szukaj w oddziałach neurologicznych, rehabilitacyjnych**

**czytaj też na: [www.magazynudarowy.pl](http://www.magazynudarowy.pl)**



## SŁOWEM WSTĘPU

**Wyruszamy w drogę** 4

**Spotkajmy się przy Okrągłym  
Stole Udarowym** 4

## AKTUALNOŚCI

**Udar mózgu: skala problemu** 6

**AFAST – bezpłatna aplikacja  
dla afatyków** 7

## DOŚWIADCZENIA

**Druga strona medalu** 16  
Fizjoterapeuta opowiada  
o przeżytym udarze mózgu

## PO UDARZE

**Życie bez słów** 22  
Ludzie, którym udar odebrał mowę

**Emocjonalny udar** 42  
Warto poznać i zrozumieć emocje  
towarzyszące chorobie

## ROZMOWY

**Chorem należy poświęcić  
dużo czasu i opieki** 30  
Rozmowa z Maciejem Krawczykiem – Prezesem  
Krajowej Rady Fizjoterapeutów

## KAMPANIE SPOŁECZNE

**Bieg to zdrowie** 26  
Kampania ZapoBiegam Udarowi Mózgu  
organizowana przez Fundację Udaru Mózgu

**Otwórz dłoń po udarze** 28  
Pierwsza w Polsce kampania informacyjna dla  
osób dotkniętych spastycznością poudarową

**Stop migotaniu** 39  
Migotanie przedsionków jako jeden z czynników  
ryzyka udaru mózgu

## ŚWIAT

**Udar mózgu – poważny problem  
wszystkich krajów Europy** 34  
Jon Barrick – prezydent Stroke Alliance for Europe

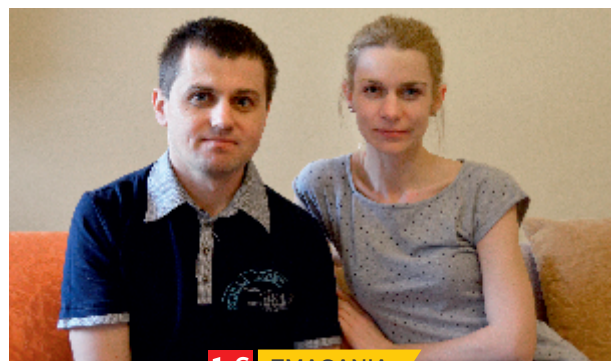


**1<sup>na</sup>6** TEMAT NUMERU

## UDAR MÓZGU I CO DALEJ

Pierwszy z cyklu artykułów, które będą pomocne  
w zrozumieniu, co dzieje się z osobą, która doznała  
udar mózgu.

**strona: 8**



**1<sup>na</sup>6** ZMAGANIA

## KRZYSIEK IWONA I JEGO MÓZG

Zmagania dzielnych, młodych ludzi ze skutkami udaru.

**strona: 18**

## TAJEMNICE MÓZGU

**To już się kiedyś zdarzyło, prawda?** 36  
Czym jest déjà vu

## TERAPIA

**Terapia zajęciowa** 44  
Czyli jak funkcjonować po udarze mózgu





Adam Siger

REDAKTOR NACZELNY



dr. n. med.

Włodzimierz Dłużyński

PREZES FUNDACJI UDARU MÓZGU

## Wyruszamy w drogę!

„Nigdy bym się tego nie spodziewał...”, „Jeszcze wczoraj normalnie funkcjonowałem. Samodzielnie wstawałem, chodziłem. Żyłem normalnie.”, „To nigdy nie powinno mi się zdarzyć, przecież byłem zdrowy”. Codziennie słyszę takie zdania. Przez 17 lat mojej pracy w oddziałach udarowych, w odczuciach chorych zmieniło się niewiele.

**U**dar przychodzi nagle. Wywraca do góry nogami życie całej rodziny. Nic już nie jest takie jak dawniej. Wcześniej proste czynności stają się wyzwaniem. Zwykle wejście na schody okazuje się wyprawą na Mount Everest. To bardzo trudne, zarówno dla chorego, jak i dla całej jego rodziny.

6 lat temu poznałem, co znaczy opieka nad chorym po udarze. Bliska mi osoba doznała rozległego udaru niedokrwinnego. Mimo że pracowałem w szpitalu od kilku lat, byłem przerażony tą sytuacją. Wiele razy czułem bezsilność i złość z powodu tego, że nie mogę pomóc tak bardzo, jak bym tego chciał. Udar z każdej perspektywy – chorego, bliskich, pracowników szpitali – wygląda inaczej.

Choroba ta ma wiele twarzy. Jednym odbiera możliwość komunikacji, drugim poruszania się, trzecim zdolność rozumienia i rozpoznawania. Każdy udar jest inny i każda osoba walczy z nim na swój sposób. To wspaniale, jeśli w swojej walce ze skutkami udaru może liczyć na taką pomoc i wsparcie jaką otrzymuje Krzysztof, bohater artykułu okładkowego. Wsparcie i zrozumienie to niezbędne czynniki powrotu do zdrowia po udarze.

Oddajemy dzisiaj do Państwa rąk pierwszy numer Magazynu Udarowego „1na6”. Jest to dla nas w Fundacji Udaru Mózgu bardzo ważny moment. Od lat chcieliśmy stworzyć pismo dla chorych po udarze, ich rodzin i opiekunów oraz wszystkich osób zainteresowanych tematem udaru mózgu. Udało się!

Wierzmy, że od tej chwili będziemy mogli już regularnie spotykać się z Państwem raz na kwartał, przekazując rzetelne informacje, doradzając i wspierając.

Dlaczego „1na6”? Statystyki pokazują, że niestety średnio jedna osoba na sześć dozna udaru mózgu. Życie jej oraz całej rodziny ulegnie diametralnej zmianie. Pamiętajmy jednak, że udarowi mózgu można zapobiegać. Aż 80% czynników udaru mózgu to czynniki modyfikowalne, czyli takie na które mamy wpływ. Bardzo ważną jest profilaktyka. Będziemy więc pisać o niej wiele.

Wyruszamy dzisiaj w pewną drogę. Wiemy, że nie będzie łatwa. Mamy jednak nadzieję, że spotkamy na niej wiele życzliwych osób, które będą chciały nam pomóc. O taką pomoc i wsparcie już teraz bardzo prosimy. Miłej lektury.

## Spotkajmy się przy Okrągłym Stole Udarowym

Jak wynika z opublikowanego 12 maja b.r. w Parlamencie Europejskim raportu „Udar Mózgu: skala problemu” właściwie w żadnym z 35 państw europejskich nie istnieje system kompleksowego wsparcia osób po udarze mózgu oraz ich rodzin. Problem ten dotyczy również Polski

**M**amy w kraju sieć coraz lepiej działających i doskonale wyposażonych – dzięki programowi Polcard – oddziałów udarowych. Mamy także system ratownictwa medycznego, który z roku na rok działa coraz sprawniej i traktuje pacjentów z udarem mózgu równie priorytetowo co pacjentów z zawałem serca. Niestety większość problemów zaczyna się gdy pacjent po 7 lub 10 dniach opuści oddział udarowy. Brakuje wystarczającej ilości miejsc w oddziałach rehabilitacji neurologicznej oraz w wyspecjalizowanych ośrodkach opiekuńczo-leczniczych.

Najwyższy czas aby zjednoczyć wszystkie środowiska zainteresowane poprawą sytuacji osób po udarze mózgu i rozpocząć prace nad stworzeniem Narodowego Programu Profilaktyki oraz Leczenia Udaru Mózgu. Potrzebujemy dokumentu, który nakreślałby strategię działań tak w sferze kompleksowych i systematycznych kampanii profilaktycznych, jak i wprowadzenia nowoczesnych form leczenia i rehabilitacji osób po udarze. Celem takiego programu musiałoby być również zaplanowanie rozwiązań organizacyjnych, mających na celu wspieranie osób po udarze oraz ich rodzin w codziennej walce ze skutkami choroby już po zakończeniu pobytu w szpitalu.

Wierzmy, że są w naszym kraju osoby, środowiska i organizacje, którym nie jest obojętna sytuacja osób po udarze. Zapraszamy wszystkich, którzy wraz z Fundacją Udaru Mózgu zainicjują prace nad stworzeniem Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Udaru Mózgu. Spotkajmy się wszyscy przy Okrągłym Stole Udarowym i zacznijmy działać. Jedna na osóba na sześć będzie miała udar.

To może być każdy z nas.



## pytania

## LISTY

**Drodzy czytelnicy!**

Magazyn Udarowy jest stworzony z myślą o Was, dlatego serdecznie zapraszamy Was do uczestnictwa w jego tworzeniu.

Piszcie do nas, jeśli macie przemyślenia związane z udarem mózgu, jego profilaktyką, leczeniem, rehabilitacją czy opieką nad chorymi lub własne doświadczenia. W każdym numerze wydrukujemy najciekawszy list. Jego autora nagrodzimy upominkiem książkowym. To Wasze historie tworzą ten magazyn.

Ponadto zapraszamy do zadawania pytań. W każdym numerze wydrukujemy najciekawsze pytania i odpowiedzi ekspertów. W gronie naszych specjalistów znajdują się lekarze, fizjoterapeuci, neurologopedzi i neuropsycholodzy, którzy będą służyć Wam wiedzą, radą i wsparciem.

**Mail: [redakcja@magazynudarowy.pl](mailto:redakcja@magazynudarowy.pl)**

**Pocztą: Fundacja Udaru Mózgu, ul. Milionowa 14, 93-113 Łódź**

## CO POLACY WIEDZĄ O UDARZE MÓZGU

## RAPORT

62%

**POLAKÓW**  
WIE CZYM JEST  
UDAR MÓZGU

**KOBIETY**

wykazują większą  
wiedzę na temat  
udar mózgu niż  
mężczyźni.



85%

Polaków wie, że w przypadku wystąpienia  
objawów udaru należy wezwać pogotowie.

**NADCIŚNIENIE  
TĘNICZE**

jest najczęściej wskazywanym czynnikiem  
ryzyka wystąpienia udaru mózgu



## RAPORT

## UDAR MÓZGU: SKALA PROBLEMU

INAUGURACJA RAPORTU STROKE ALLIANCE FOR EUROPE  
W PARLAMENCIE EUROPEJSKIM

Analiza raportu „Udar mózgu: skala problemu” wskazuje na uderzające dysproporcje praktycznie w każdym aspekcie opieki nad pacjentami dotkniętymi udarem w poszczególnych państwach europejskich, zarówno pomiędzy krajami jak i wewnątrz nich. Ponadto, właściwie w żadnym z ujętych w dokumencie krajów nie istnieje kompleksowe wsparcie pacjenta po udarze.

W dniu 11 maja 2017 r. na forum Parlamentu Europejskiego w Brukseli, organizacja Stroke Alliance for Europe (SAFE) zaprezentowała długo oczekiwany, kompleksowy przegląd ścieżki opieki nad pacjentami z udarem mózgu w krajach europejskich. Prezes SAFE - Jon Barrick oraz Prezes European Stroke Organisation - Valeria Caso, wspólnie przedstawili eurodeputowanym kluczowe wnioski z raportu przeprowadzonego przez King's College równoległe w 35 krajach Europy.

Mimo że w Europie w ciągu ostatnich 20 lat liczba zgonów spowodowanych udarem mózgu zmniejszyła się, wciąż pozostaje on katastrofą humanitarną, ponieważ im więcej osób go przeżywa, tym więcej pozostaje w stanie niepełnosprawnym. W ciągu najbliższych 20 lat ze względu na starzenie się populacji prognozujemy dramatyczny wzrost tego problemu. Decydenci w Europie powinni znaleźć lepsze sposoby walki z udarem i ułatwić życie osobom, które go przeżyły oraz ich rodzinom – zaapelował Barrick.

Według prognoz zaprezentowanych w Raporcie pomiędzy rokiem 2015 a 2035 możemy spodziewać się aż 34% wzrostu całkowitej liczby udarów w Unii Europejskiej - z 613 148 w 2015 r. do 819 771 w 2035 r.

Wypracowanie modelu standaryzacji opieki nad pacjentami

z udarem mózgu jest niezbędne zarówno w kwestii prewencji, jak i poprawy stanu opieki nad osobami już dotkniętymi udarem. Stroke Alliance for Europe wzywa w Raporcie do gromadzenia danych o udarach na poziomie krajowym. Ułatwiłoby to monitorowanie zasobów oraz postępów w usprawnianiu ścieżki opieki nad pacjentami z udarem mózgu. Dzięki temu państwa mogłyby także korzystać ze swoich wzajemnych doświadczeń.

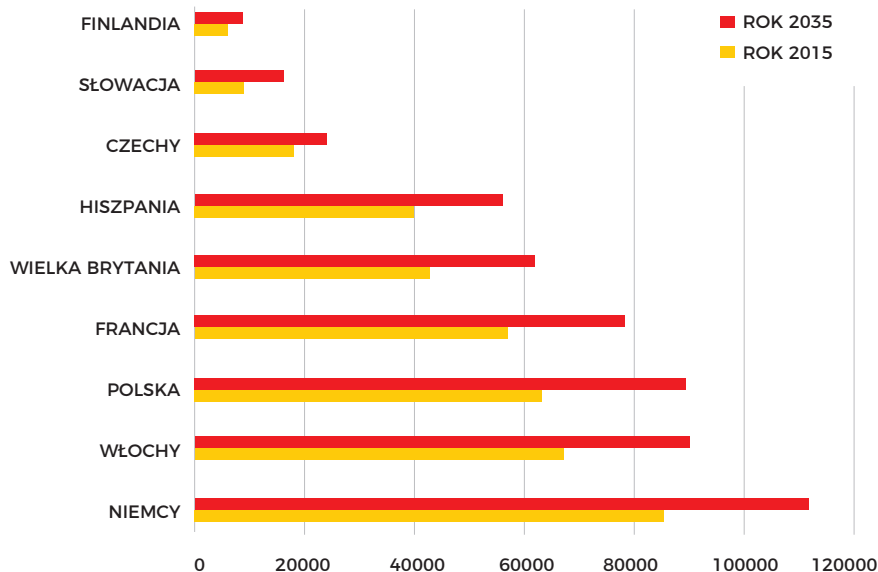
Szacowany całkowity koszt udarów mózgu w UE w 2015 r. wraz z kosztami pośrednimi wyniósł w 2015 r. 45 mld euro. Prognozy wskazują, że koszty te będą rosły, a liczba osób przewlekłe chorych po udarze wzrośnie z 3 718 785 w 2015 r. do 4 631 050 w 2035 r., a zatem aż o 25%, co oznacza prawie milion osób w całej Europie. Czas przygotować się na to wyzwanie - podkreślił Barrick, dodając, że wspólny plan działania dotyczący udarów w Europie jest koniecznością.

Zdaniem Stroke Alliance for Europe najlepszym sposobem walki z udarami mózgu jest wypracowanie przez każde państwo członkowskie narodowej strategii, z zapewnionym rządowym wsparciem w postaci finansowej. Taka strategia powinna uwzględniać całą ścieżkę opieki nad pacjentem z udarem – od świadomości, profilaktyki, poprzez diagnozę, leczenie, rehabilitację specjalistyczną, integrację społeczną, aż po opiekę długoterminową i paliatywną. W wypracowanie takiej strategii powinni włączyć się zarówno eksperci, lekarze, jak i opiekunowie oraz sami pacjenci.

Od 2008 roku polskim członkiem Stroke Alliance for Europe jest Fundacja Udaru Mózgu, która prowadzi działalność na rzecz chorych i ich rodzin, cierpiących z powodu udaru mózgu oraz innych chorób neurologicznych, a także realizuje projekty na rzecz ochrony zdrowia i opieki społecznej.

Od wielu lat w Fundacji Udaru Mózgu podejmujemy działania na rzecz podnoszenia świadomości społecznej na temat udaru mózgu. Wiedza o czynnikach ryzyka, rozpoznawanie pierwszych objawów udaru oraz znajomość zasad udzielania pomocy w przypadku jego wystąpienia, mogą

## SZACOWANA LICZBA UDARÓW W LATACH 2015 - 2035





uratować życie - przypomina Adam Siger, Wiceprezes Zarządu Fundacji Udaru Mózgu. Po udarze kluczowe znaczenie ma odpowiednia, kompleksowa opieka, w tym specjalistyczna rehabilitacja. Wierzymy, że nasze działania edukacyjno-informacyjne mogą realnie przełożyć się na zmniejszenie liczby chorych dotkniętych udarem mózgu oraz na ograniczenie bezpośrednich i pośrednich skutków, jakie niesie ze sobą ta choroba - dodaje Adam Siger.

**Więcej informacji** na temat raportu „Udar mózgu: skala problemu / Burden of Stroke Report” dostępne są na stronie [www.strokeeurope.eu](http://www.strokeeurope.eu) oraz [www.safestroke.eu](http://www.safestroke.eu).



## TECHNOLOGIE

# Ruszyła pierwsza w Polsce bezpłatna aplikacja wspomagająca rehabilitację afatyków - AFAST

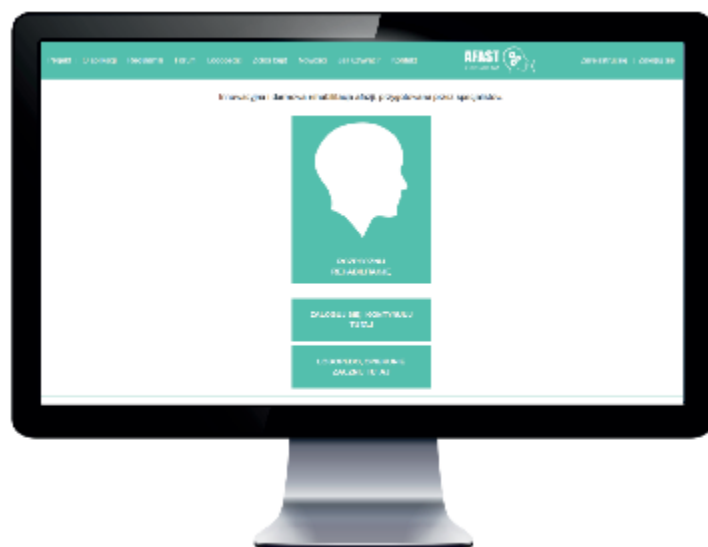
Konsorcjum w składzie Fundacja Salus Publica, Park Naukowo-Technologiczny „Technopark Gliwice” Sp. z o.o. oraz Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum w ramach projektu „Afast! Powiedz to” stworzyło bezpłatną aplikację komputerową AFAST wspomagającą rehabilitację osób z afazją. Projekt jest finansowany przez Narodowe Centrum Badań i Rozwoju w ramach konkursu „Innowacje Społeczne”. Aplikacja umożliwia chorym na afazję, ich opiekunom oraz logopedom swobodny dostęp do multimedialnego narzędzia rehabilitacyjnego. Kluczową cechą tej aplikacji jest jej dostępność pod względem finansowym, geograficznym i czasowym. W ramach aplikacji możliwe jest korzystanie z programów terapii przygotowanych przez specjalistów. Aplikacja pozwala również na prowadzenie terapii we współpracy z opiekunem lub logopedą.

Afazja to utrata zdolności mowy spowodowana uszkodzeniem mózgu. „Niestety w kraju brakuje osób specjalizujących się w terapii afazji. Duża liczba chorych oraz trudny dostęp do terapii logopedycznej skłoniły nas do opracowania tego narzędzia” mówi prof. Grażyna Jasieńska, Prezes Fundacji Salus Publica na rzecz Zdrowia Publicznego.

## Dlaczego warto skorzystać z narzędzia AFAST?

### Darmowa rehabilitacja

Rehabilitacja z systemem AFAST jest całkowicie darmowa. Jedynym wymogiem jest posiadanie komputera lub tabletu z dostępem do Internetu oraz głośników.



### Polisensoryczna

Wszystkie ćwiczenia oddziałują na użytkownika na wielu płaszczyznach. Rehabilitacja w ramach każdego ćwiczenia przebiega w trzech etapach - nauki, rozumienia oraz zapamiętywania z wykorzystaniem głosu, obrazu oraz dźwięku.

### Opracowana przez specjalistów

System zawiera ponad 30 grup ćwiczeń opracowanych dla 3 typów afazji. Przygotowana przez zespół logopedów zawartość merytoryczna została przekształcona w atrakcyjne dla chorego ćwiczenia.

**Szczegółowe informacje** na temat projektu znajdują się na stronie: [www.projekt.afast.pl](http://www.projekt.afast.pl), a aplikację znaleźć można pod adresem [www.afast.pl](http://www.afast.pl)



CYKL

● ○ ○ ○ ○

# UDAR MÓZGU I CO DALEJ?

W Polsce każdego roku udaru mózgu doznaje około 70 000 osób. Średnio co 8 minut ktoś w naszym kraju rozpoczyna zmagania ze skutkami tej choroby. Udar mózgu jest trzecią przyczyną śmierci i pierwszą niepełnosprawności wśród osób dorosłych.

Artykułem tym rozpoczynamy cykl publikacji, które, mamy nadzieję, będą pomocne w zrozumieniu co dzieje się z osobą, która doznała udaru mózgu gdy trafia do szpitala. Opowiemy jak wygląda terapia bezpośrednio po przyjęciu oraz w okresie późniejszym. Opiszemy metody lecznicze, które w chwili obecnej stosuje się w Polsce i na świecie. Przedstawimy najskuteczniejsze metody rehabilitacji i opieki na nad chorym. W tym artykule opisujemy co dzieje się z chorym bezpośrednio po przyjęciu do szpitala.

## W szpitalu

Gdy chory trafia do szpitala, przed zastosowaniem odpowiedniego leczenia, lekarz musi postawić diagnozę. Najczęściej wstępna diagnoza dokonywana na jest w izbie

przyjęć lub w szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR). Dopiero po postawieniu wstępnej diagnozy pacjent przenoszony jest do oddziału udarowego, który najczęściej funkcjonuje w ramach oddziału neurologicznego. W szczególnych przypadkach pacjenci z udarem hospitalizowani są w oddziałach internistycznych.

Podstawą rozpoznania udaru jest wywiad lekarski zebrany od pacjenta lub jeżeli jest to niemożliwe ponieważ, pacjent jest nieprzytomny lub ma zaburzenia świadomości – od rodziny lub świadków zdarzenia. Niezbędne jest zweryfikowanie czasu jaki minął od pojawienia się objawów do czasu przywiezienia do szpitala – warunkuje to sposób leczenia.

Po zebraniu wywiadu, lekarz ocenia stan pacjenta – przeprowadza badanie neurologiczne oraz badanie internistyczne z oceną czynności serca, ciśnienia tętniczego





krwi, stanu układu oddechowego i osłuchiwaniami tętnic szyjnych. Jeśli lekarz podejrzewa udar zleci wykonanie tomografii komputerowej głowy, a także: badanie EKG, podstawowych parametrów krwi takich jak: morfologia, wskaźniki krzepnięcia, stężenie elektrolitów i glukozy, wysycenie krwi tlenem i inne.

Wszystkie wstępne badania być może umożliwią rozpoznanie bezpośredniej przyczyny udaru, jego rozległości a także ocenę współwystępujących chorób.

### **Badania obrazowe w udarze mózgu – tomografia i rezonans**

U każdego chorego z podejrzeniem udaru mózgu należy jak najszybciej wykonać tomografię komputerową głowy lub rezonans magnetyczny. Badania te pozwalają zróznicować przyczynę udaru – czy był on skutkiem zamknięcia tętnicy, czy wręcz przeciwnie, następstwem krwotoku do mózgu.

W przypadku udaru niedokrwiennego im więcej czasu minie od początku udaru do wykonania badania, tym bardziej wyraźne zmiany i większa szansa na wykrycie niedokrwienia. Dlatego jeżeli w badaniu tym wystąpią zmiany o charakterze niedokrwienia można jednoznacznie potwierdzić diagnozę. Brak takich zmian nie pozwala jednak na wykluczenie udaru niedokrwiennego, gdyż możliwe jest, że zmiany są na tyle dyskretne i upłynęło zbyt mało czasu od wystąpienia udaru, że w TK jeszcze ich nie widać.

Mimo tego, że udaru niedokrwiennego czasem nie widać w tomografii, badanie to jest przydatne w rozpoznawaniu udaru, gdyż pozwala wykluczyć udar krwotoczny.

Udar mózgu to bardzo poważna choroba, może kosztować utratę sprawności, zdrowia, a nawet życia. Z tego powodu ważna jest jak najszybsza diagnoza, która umożliwi wdrożenie właściwego leczenia – w przypadku udaru niedokrwiennego – leków rozpuszczających zakrzep, a w przypadku udaru krwotocznego ewentualnej operacji.

### **Inne pomocne badania to:**

- **Badanie tętnic** – USG dopplerowskie tętnic domózgowych, USGD-TCD (Doppler przezczaszkowy) tętnic wewnątrzczaszkowych i angio-TK lub-angio NMR a czasami arteriografia klasyczna;
- **Nakłucie lędźwiowe** - jest wskazane jeśli objawy kliniczne

(okoliczności zachorowania, obecność objawów oponowych, zaburzenia świadomości, itd.) wskazują na podejrzenie krwotoku podpajęczynówkowego;

- **USG serca** potocznie zwane echokardiografią i 24 godzinny zapis EKG zwany Holterem w przypadku podejrzenia sercowego pochodzenia zatorów mózgowych.

## **Leczenie**

Leczenie udaru ma na celu jak najszybsze przywrócenie przepływu krwi w obszarze objętym niedokrwieniem. Będzie to w udarach niedokrwiennych leczenie przeciwplatekcyjne lub leczenie trombolityczne (rozpuszczające zakrzep). Leczenie operacyjne może być prowadzone w przypadku niektórych zakrzepów w tętnicach szyjnych oraz w części udarów krwotocznych. Leczenie ma też na celu przeciwdziałanie niekorzystnym zjawiskom biochemicznym powstającym w wyniku niedokrwienia (leczenie neuroprotektoryjne) oraz wczesne wykrywanie i leczenie powikłań pozamózgowych.

Najskuteczniejszym sposobem uzyskania prawidłowej średnicy naczynia krwionośnego jest tromboliza, mająca na celu rozpuszczenie zakrzepu zamykającego lub zwężającego światło naczynia.

Jest to nowoczesna i bardzo skuteczna metoda. Leczenie trombolityczne podaje się dożylnie przez godzinę. Średnio kwalifikuje się na nie w Polsce 8 proc. osób po udarze niedokrwiennym. **Należy**

**jednak pamiętać, że trombolizę można stosować do 4,5 godziny od wystąpienia pierwszych objawów udaru mózgu. Dlatego w przypadku podejrzenia udaru należy niezwłocznie wezwać pogotowie ratunkowe. Liczy się każda minuta.**

Choć tromboliza może doprowadzić do pełnego wyzdrowienia, nie każda osoba może otrzymać to leczenie, a u części osób mogą wystąpić powikłania. Gdy nie można stwierdzić ile czasu minęło od wystąpienia pierwszych objawów udarowych, wtedy lekarz nie może zastosować leczenia trombolitycznego. Dotyczy to zwykle sytuacji gdy pacjent doznał udaru podczas snu lub do zachorowania doszło u osoby mieszkającej samotnie, która nie była w stanie wezwać pomocy.

Udar mózgu to stan zagrożenia życia, więc każdy pacjent przyjęty do oddziału udarowego, jest stale podłączony do

**u każdego chorego z podejrzeniem udaru należy jak najszybciej wykonać tomografię komputerową głowy lub rezonans magnetyczny**



FOT. WWW.FOTOLIA.PL

kardiomonitora kontrolującego tętno, oddech chorego oraz ostrzegającego o arytmii i niewydolności oddechowej.

W pierwszej dobie chory może wymagać dożylnego uzupełniania płynów przez kroplówkę. Jeżeli sam nie może jeść, żywiony jest przez specjalną sondę. Kiedy tylko stan ogólny chorego na to pozwala, lekarze zlecają rozpoczęcie rehabilitacji przyłóżkowej. Wczesne włączenie rehabilitacji, już w pierwszej dobie udaru, zmniejsza ryzyko wystąpienia powikłań pozamózgowych związanych z unieruchomieniem chorego oraz stymulując zjawisko plastyczności mózgu - zmniejsza objawy deficytu ruchowego, wpływa na poprawę sprawności, siły mięśni, poruszania się, funkcjonowania codziennego, a także zapobiega przykurczom mięśniowym i depresji. ©

**dr Dorota Bieńkowska**

Konsultacja: **dr n. med. Włodzimierz Dłużyński**

## O CO ZAPYTAĆ LEKARZA?

Te pytania warto zadać lekarzowi, który opiekuje się naszym bliskim po udarze mózgu w pierwszych godzinach po przyjęciu do szpitala. Odpowiednio zorganizowana komunikacja pomoże tak samo nam, jak i lekarzowi.

- **Jaki udar miał miejsce: niedokrwienny czy krwotoczny?**
- **Jakie badania zostały wykonane i jakie są zaplanowane?**
- **Czy można było podać trombolizę? Jeśli nie, to dlaczego?**

W kolejnych dniach pobytu, gdy znane będą wyniki pozostałych badań można spytać:

- **Jak duży obszar mózgu został objęty udarem i jakie w związku z tym mogą być jego skutki?**
- **Czy można już powiedzieć jakie mogły być przyczyny udaru?**
- **Jak będzie wyglądało dalsze leczenie? Jakie są plany odnośnie dalszego pobytu chorego w szpitalu?**
- **Czy rozpoczęto już rehabilitację?**
- **Jeżeli nie, to z jakiego powodu?**

# CHCIELIBYŚMY POMÓC WSZYSTKIM POTRZEBUJĄCYM

O tym dlaczego tak ważne jest wsparcie dla osób po udarze mózgu, z Piotrem Monetą, pełnomocnikiem ds. pomocy indywidualnej Fundacji Udaru Mózgu rozmawia Adam Siger

### Panie Piotrze, czy pomaganie męczy?

Trudne pytanie. Organizacja pomocy czasami bywa męcząca, zwłaszcza

w sytuacji kiedy mamy bardzo dużo zgłoszeń od osób po udarze, które potrzebują pomocy. Od zmęczenia częściej jednak odczuwam frustrację, że nie możemy pomóc wszystkim,

kterzy się do nas zgłaszają, a naprawdę potrzebują pomocy.

**Kto najczęściej zgłasza się do Fundacji Udaru Mózgu z prośbą**



### **o pomoc?**

Najczęściej są to najbliżsi osób po udarze, którzy postanowili ponieść trud opieki nad chorym w domu i nie stać ich na kosztowną rehabilitację prywatną. Bardzo szanujemy takie osoby, bo wiemy, jak trudna w Polsce bywa rola opiekuna. W fundacji wiele z nas zajmowało się swoimi bliskimi po udarze, dlatego większość problemów znamy z autopsji.

### **O jaką pomoc najczęściej proszą osoby, które do Pana dzwonią?**

Najczęściej, tak jak już wspominałem, jesteśmy proszeni o pomoc w opłaceniu rehabilitacji domowej. W sytuacji, kiedy cały czas mamy w Polsce problem z dostępem do rehabilitacji opłacanej przez państwo, jest to normalne.

Najczęściej zgłaszają się do nas osoby, których bliscy przebyli udar, ale z różnych powodów nie znaleźli się w oddziale rehabilitacyjnym lub przebywali tam jakiś czas, a po jego opuszczeniu kolejny termin przyjęcia wyznaczono im za kilka lat.

### **Za kilka lat??**

Tak, za kilka lat. W Polsce w chwili obecnej to standard, że okres oczekiwania na kolejne przyjęcie do oddziału rehabilitacji neurologicznej wynosi kilka lat. Według analiz, które przeprowadziła nasza fundacja, w 2016 roku średni czas oczekiwania na rehabilitację wtórną wynosił w Polsce 17 miesięcy. Nie dziwi mnie więc ta rzesza ludzi, która walcząc o swoich bliskich, zgłasza się do nas po pomoc.

### **O jaką jeszcze pomoc jest Pan proszony?**

Kolejnymi problemami z jakimi zgłaszają się do nas rodziny osób po udarze, to pomoc w opłaceniu sprzętu rehabilitacyjnego i przystosowania mieszkania do potrzeb osoby niepełnosprawnej.



koczę, ale w ubiegłym roku około 60% naszych podopiecznych stanowili ludzie po udarach w przedziale wiekowym 30-40 lat. Wszystkim się wydaje, że udar mózgu to głównie choroba osób starszych, a to nieprawda.

### **Pamięta Pan pierwszą osobę której pomogła fundacja?**

Tak. Pierwszą osobą, której w bezpośredni sposób pomagała nasza fundacja, była półroczna wtedy Nadia, która doznała udaru żylnego. Nadia musiała mieć codziennie sprawdzany wskaźnik krzepliwości krwi. Pomagaliśmy jej rodzicom w zakupie drogich pasków diagnostycznych do aparatu, który codziennie diagnozował jej krew. Utrzymywaliśmy potem przez kilka lat kontakt z Nadią i jej rodzicami. Nie ma dnia żebym, nie wspominał jakiegoś naszego

### **Czy z prośbą o pomoc kontaktują się z Panem tylko osoby po udarze oraz ich bliscy?**

Nie. Dość często zgłaszają się do nas rodzice dzieci lub osób dorosłych z mózgowym porażeniem dziecięcym, którym odmówiono pomocy w innych fundacjach. Dzwonią rodziny osób po wypadkach, z guzami mózgu, ze stwardnieniem rozsianym oraz innymi chorobami. Statut fundacji pozwala nam pomagać osobom z różnorodnymi chorobami neurologicznymi. Każdą prośbę o pomoc rozpatrujemy indywidualnie i zawsze staramy się jakoś pomóc.

### **W jakim wieku są najczęściej osoby którym Państwo pomagacie?**

Pomagamy osobom w każdym wieku. Data urodzenia nie jest u nas kryterium przyznawania pomocy. Wśród naszych podopiecznych są dzieci, osoby dorosłe oraz leciwi seniorzy. Może Pana zas-

podopiecznego. Z wieloma pozostajemy w kontakcie i staramy się im regularnie pomagać.

### **Czy zakładacie Państwo subkonta dedykowane konkretnym osobom?**

Nie. Staramy się pomagać wszystkim potrzebującym bez względu na to, czy mają rodzinę i przyjaciół, którzy deklarują przekazanie im swojego 1 % podatku, czy nie. Swoją rolę widzimy w aktywnym poszukiwaniu środków na pomoc bezpośrednią oraz w ich sprawiedliwym rozdziale dla najbardziej potrzebujących, a nie w biernym otwieraniu subkont.

### **W jaki sposób pozyskujecie Państwo środki na pomoc indywidualną dla osób po udarze?**

Fundacja Udaru Mózgu jest od 2011 roku organizacją pożytku publicznego, na którą można przekazać swój 1% podatku. Główne środki, jakie przeznaczamy na pomoc indywidualną, pochodzą właśnie stąd. Również wszystkie

darowizny, jakie otrzymujemy od osób fizycznych, przeznaczamy na pomoc bezpośrednią, a nie na inne aktywności, które prowadzi fundacja. W pozyskiwaniu środków na pomoc staramy się być kreatywni i pomysłowi.

### **Dlaczego warto wspierać pomoc indywidualną, którą prowadzi Fundacja Udaru Mózgu?**

Osoby po udarze to ludzie, którym bardzo trudno uzyskać bezpośrednią

pomoc w naszym kraju. Większość dużych fundacji wspiera dzieci, pomaga w dofinansowaniu zakupu sprzętu medycznego. Mało jest organizacji, które, podobnie jak my, aktywnie wspierają pomoc bezpośrednią, o którą mogą się ubiegać również dorośli. Wspieramy obszar, który jest najważniejszy w powrocie do funkcjonowania po udarze, czyli rehabilitację. Proszę sobie wyobrazić, że jest Pan osobą po udarze i dowiaduje się Pan, że nie kwalifikuje się do

rehabilitacji i zostanie wypisany do domu. Tacy ludzie bardzo często się załamują. Tracą nadzieję, że kiedyś będą samodzielnie wstawać, ubierać się, chodzić. Wspieramy codzienną walkę o to, aby dalsze życie miało sens, nadzieję, którą ma każdy pacjent, że wróci do normalnego życia. Może właśnie dlatego warto wspomóc nas. ©

**Więcej o Fundacji Udaru Mózgu znajdziesz na: [www.fum.info.pl](http://www.fum.info.pl)**

### **KTO MOŻE STARAĆ SIĘ O NASZĄ POMOC?**

Fundacja Udaru Mózgu pomaga osobom i ich rodzinom po udarze mózgu. Pomoc ta uwarunkowana jest posiadanymi przez Fundację środkami oraz oparta na zasadach określonych w statucie Fundacji. Każdy przypadek rozpatrywany jest przez nas indywidualnie.

### **KTO DECYDUJE O PRYZNANIU POMOCY?**

O tym, czy przesłane dokumenty kwalifikują daną osobę do przyznania pomocy, decyduje komisja, w skład której wchodzi trzech pracowników Fundacji. W przypadku wsparcia finansowego, ostateczną decyzję o jego udzieleniu podejmuje Zarząd Fundacji.

### **JAKIE SĄ WARUNKI PRYZNANIA POMOCY?**

Warunkiem przyznania pomocy jest podpisanie porozumienia, w którym określone są zasady oraz sposób wydatkowania przyznanych środków. Porozumienie podpisuje się po uprzednim przesłaniu dokumentów wskazanych przez Fundację.

## **CZAS TO MÓZG**

**O kluczowym znaczeniu czasu w leczeniu ostrej fazy niedokrwiennej udaru mózgu mówi dr hab. n. med. Jacek Roźniecki**

Udar niedokrwienności polega na zamknięciu światła tętnicy mózgowej lub szyjnej doprowadzającej krew do mózgu przez materiał zatorowy, którym najczęściej jest skrzeplina pochodząca z serca lub ze zmienionej miażdżycowo tętnicy szyjnej. Jedyną skuteczną metodą zaradzenia tej sytuacji, jest udrożnienie zamkniętego skrzepliną naczynia.

Od 1996 roku, kiedy to ukazały się wyniki przełomowego badania leczenia ostrej fazy niedokrwiennej udaru mózgu,

na całym świecie powszechną metodą odwrócenia jego skutków jest tromboliza. Innymi słowy, to rozpuszczenie skrzepliny, która zamknęła wspomniane, strategiczne dla mózgu, naczynie. Standardowo stosuje się w tych sytuacjach rt-PA, czyli rekombinowany tkankowy aktywator plazminogenu.

Lek ten podaje się dożylnie u każdego pacjenta, u którego wystąpił udar mózgu niedokrwienności i który spełnia określone kryteria. Przede wszystkim trzeba być pewnym, że udar ma





charakter niedokrwienny, a więc każdy pacjent z objawami udaru mózgu, który przywożony jest do szpitala na izbę przyjęć ma natychmiast zrobioną tomografię komputerową głowy. Tomografia ma za zadanie wykluczyć krwotok lub go potwierdzić, a nie uwidocznić ognisko niedokrwienia, które w tak krótkim czasie w jakim pacjent zjawia się w szpitalu najczęściej nie jest widoczne. Bez tego badania jednak nie można zróżnicować udaru niedokrwiennego od krwotocznego albowiem objawy kliniczne mogą być identyczne. Jeżeli więc chory ma w tomografii komputerowej potwierdzony niedokrwienny charakter udaru mózgu, wtedy postępowaniem z wyboru jest podanie dożylnie wspomnianego leku trombolitycznego. I tu pojawia się kwestia czasu. Według zasad obowiązujących w Europie, a więc także w Polsce, czas, który może minąć od pierwszych objawów udaru do momentu podania leku do żyły, to 4,5 godziny. Stąd nie kwalifikuje się do tej terapii chorych, którzy już z objawami udaru mózgu się obudzili po nocy gdyż faktyczny moment zamknięcia tętnicy mózgowej przez skrzeplinę nie jest znany.

Od roku 2015 na naszych oczach (choć w Polsce z pewnym opóźnieniem) następuje kolejna rewolucja w leczeniu udaru niedokrwiennego, która opiera się na tzw. trombektomii, czyli mechanicznym usunięciu skrzepliny. Ma ona węższe zastosowanie, dotyczy to tylko dużej tętnicy mózgowej lub tętnicy szyjnej. Ale to właśnie te udary są najcięższe, najbardziej dewastujące mózg powodujące albo zgon albo bardzo dużego stopnia niepełnosprawność na resztę życia. Procedurę tę wykonuje się przez wprowadzenie cewnika do naczyń mózgowych, a następnie tzw. „stent retrievera”. To rodzaj specjalnego cewnika-siateczki, który po przebicciu przez skrzeplinę rozpręża się i otwiera światło naczynia mózgowego, a więc powoduje, że pojawia się w nim przepływ. Po 3-4 minutach od rozprężenia, bardzo powoli ów stent się wyciąga razem ze skrzepliną. Najlepsze efekty uzyskuje się, gdy pacjent, który przyjeżdża do szpitala najpierw otrzymuje rutynowe dożylnie leczenie





trombolityczne i w przypadku kiedy światło tętnicy mózgowej jest nadal zamknięte (w ocenie w angiografii lub angio-tomografii komputerowej) od razu podawany jest procedurze trombektomii, nawet bez zakończenia 1-godzinnej procedury trombolizy.

Dzięki tej najnowszej terapii rokowanie pacjentów poprawia się o około 50-70 proc. Oznacza to, że większy odsetek chorych wychodzi po takim leczeniu bez żadnych objawów neurologicznych. Wyraźnie większy procent pacjentów ma też tylko niewielki deficyt neurologiczny w porównaniu do pacjentów podanych tylko leczeniu trombolitycznemu. Śmiertelność chorych po trombektomii dodanej do trombolizy w porównaniu z samym leczeniem trombolitycznym także wyraźnie się zmniejsza. Procedurę tę można wykonać nawet w 6 godzinie od początków objawów udaru, jest jednak trudniejsza i bardziej czasochłonna od trombolizy, gdyż wymaga nie tylko neurologa ale również obecności i działań neuroradiologa interwencyjnego i zespołu pomocniczego.

Zarówno sama procedura trombolizy, jak również procedura łącząca trombolizę z trombektomią, przynosi największe korzyści jeśli wykonana jest najszybciej jak to tylko jest możliwe. Ściśle określony limit czasowy (4,5 godziny dla leczenia trombolitycznego i 6 godzin dla trombektomii) wynika bowiem stąd, że jeśli procedury lecznicze rozpoczniemy za późno, nie uzyskamy z rekanalizacji naczynia mózgowego lub szyjnego żadnych wymiernych korzyści - wszystkie neurony w obszarze mózgu, który jest niedokrwiony już wcześniej obumrą. I nawet jeżeli potem zrekanalizujemy ten rejon i przywrócimy krążenie krwi, to na pewno już nie przywrócimy jego funkcji, a wręcz przeciwnie - to miejsce może wtórnie zakrwawić.

Nie chodzi jednak tylko by „zmieścić się” w czasie okna terapeutycznego dla trombolizy i/lub trombektomii, ale by te procedury wykonać najwcześniej jak to możliwe – wówczas korzyści z takiego leczenia będą największe. Rozpoczęcie leczenia trombolitycznego w 25 minucie od wystąpienia objawów udaru (jak to „średnio” ma miejsce w szpitalach w Helsinkach i w Melbourne) daje wielokrotnie większe szanse choremu na możliwość życia bez niepełnosprawności albo jedynie z bardzo niewielką niepełnosprawnością niż rozpoczęcie tej procedury pod koniec 4,5-godzinnej okna

terapeutycznego. Kluczem do wyjaśnienia tej sytuacji jest „penumbra”. Termin ten określa obszar niedokrwienia mózgu, w którym w danym momencie neurony wciąż są żywe, a więc po przywróceniu dopływu krwi mogą podjąć swoje fizjologiczne funkcje. Niestety, z każdą minutą od początku udaru obszar penumbry się zmniejsza, co wynika z obumierania kolejnych neuronów w niedokrwionej części mózgu. W każdej minucie niedokrwienia mózgu bezpowrotnie tracimy prawie 2 miliony neuronów, stąd często używane w odniesieniu do udaru jest określenie: „Czas to mózg”. Utracone w trakcie przeciętnego udaru mózgu neurony ułożone w linii osiągnęłyby dystans dzielący

Warszawę od Nowego Jorku. Jeżeli się z leczeniem spóźnimy, albo wręcz go nie zastosujemy, to niedokrwione neurony obumrą w zakresie całego rejonu udaru. W trakcie dynamicznych zmian w ostrej fazie niedokrwienia mózgu przeżywalność neuronów w całym ognisku niedokrwienia jest liczonaw minutach i godzinach, w zależności od rozległości obszaru niedokrwienia, ale także stanu tzw. krążenia obocznego, co jest rzeczą zmienną osobniczo. Dlatego, choć leczenie trombolityczne jest dopuszczane w 4,5 godz. od momentu wystąpienia pierwszego objawu udaru, zaś trombektomia – w ciągu

6 godzin, i czasy te uzasadniają sens i bezpieczeństwo przeprowadzenia tych procedur, należy dołożyć wszelkich starań, by procedury te wykonać tak szybko jak to możliwe – wówczas zaoszczędzimy choremu większą część mózgu, znacznie więcej neuronów, które w każdej minucie niedokrwienia obumierają we wspomnianej liczbie prawie 2 milionów na minutę. Skrócenie czasu od wystąpienia objawów udaru do rozpoczęcia skutecznego leczenia nie zależy jednak tylko od lekarzy w szpitalu i organizacji pracy, ale także w dużej mierze od samego pacjenta i jego rodziny, tj. – od momentu, w którym objawy udaru zostaną prawidłowo przez chorego lub jego bliskich zinterpretowane i zostanie wezwana karetka pogotowia ratunkowego by przetransportować pacjenta do najbliższego szpitala z oddziałem udarowym.

**Pamiętajmy: „CZAS TO MÓZG”! ©**

**dr hab. n. med. Jacek Roźniński**

kierownik Kliniki Neurologii,  
Udarów Mózgu i Neurorehabilitacji  
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi



# Medyczne Wykłady dla Pacjentów



## Medyczne Wykłady dla Pacjentów

Wykłady w łatwej i przyjaznej formie video, przygotowane przez wybitnych ekspertów medycznych.

Są one odpowiedzią na liczne zapytania dotyczące niektórych chorób: czym one są, jakie są ich przyczyny i jak współczesna medycyna sobie z nimi radzi.

- **Udar mózgu**
  - **Migotanie przedsionków**
- w prostych słowach - czym są, jak diagnozować i leczyć?**

**Dowiedz się więcej na:**

**[www.fum.info.pl/wyklady](http://www.fum.info.pl/wyklady)**





# DRUGA STRONA MEDALU

**O tym jak przewrotny bywa los, przekonał się dotkliwie Sebastian Kiciński. Pracujący na co dzień z chorymi po udarze mózgu w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym im. Norberta Barlickiego fizjoterapeuta opowiada o doświadczeniach i walce z chorobą, nie tylko z punktu widzenia specjalisty ale i chorego. Gdy doznał udaru, miał 31 lat.**

## **Jest rok 2014, połowa listopada, Polska gra ze Szwajcarią...**

Tak. Oglądałem ten mecz z bratem. Miałem trochę słabszy dzień, gorzej się czułem, obraz kilka razy mi się rozmył, ale nie nie wskazywało, że tej nocy trafię do szpitala. Myślałem – to przemęczenie. Po wyjściu brata chciałem posprzątać ze stołu. Była prawie północ. Najpierw wypadła mi z ręki butelka. Nawet nie pomyślałem, że to coś znaczy. Szybko zerwałem się, żeby wytrzeć stolik. Od razu upadłem.

## **Pierwsza myśl?**

Mam udar. Nagle to stało się oczywiste. Wszystko złożyło się w całość. Gorszy dzień, migoczący obraz, słaba ręka, no i w końcu upadek. Podniosłem się i doszedłem do sypialni, by obudzić żonę. Na początku niedowład był niewielki, ale miałem ogromne trudności z mową. Żona musiała myśleć, że coś piłem, gdy ją budziłem, bo nie byłem w stanie się już komunikować. Powtarzałem w kółko „moje akta” – chodziło o dokumenty. Ale kiedy mnie zobaczyła, natychmiast zadzwoniła po pogotowie.

## **Trafiłeś do oddziału, w którym pracowałeś. Nie miałeś problemu z tym, że koledzy widzą Cię w takiej sytuacji?**

Nie myślałem tak o tym. Wiedziałem, że jestem w dobrych rękach. Jeszcze w nocy, jeden z lekarzy, prywatnie bliski przyjaciel, przyjechał do szpitala, chociaż miał wolne. Cały zespół dawał mi mnóstwo wsparcia. To, że widziałem znajome twarze dodawało otuchy, bo przede wszystkim byłem po prostu przerażony.

## **Co Cię najbardziej martwiło?**

W pracy zajmowałem się fizjoterapią. Na początku najbardziej bałem się tego, że już nigdy nie będę mógł chodzić. Szczególnie przestraszył mnie fakt, że objawy wycofały się, by rano wrócić ze zdwojoną siłą. Z doświadczenia wiedziałem, że to dobrze nie wróży. Kiedy niedowład zniknął, dotarło do mnie, że został straszniejszy

wróg – afazja. Kłopoty z mową zostały dłużej. Udar wykasował mi z głowy wszystkie słowa poza jednym, wulgarnym.

## **Jak się wtedy myśli, kiedy nie ma słów?**

Obrazami, czynnościami. Ja miałem afazję motoryczną. Rozumiałem wszystko, co mówili do mnie ludzie, wiedziałem co chcę powiedzieć, ale nie wychodziło. Wiedziałem co do czego służy, jak tego użyć – ale nie znałem słowa. Przez to nie mogłem kompletnie porozumieć się z otoczeniem i wtedy przyszła myśl, że już nigdy nie opowiem nic córce. Miała wtedy 1,5 roku. Napędzała mnie myśl, że muszę, dla niej.

## **No i udało się!**

Tak. Praca nad mową w moim przypadku była najbardziej żmudna. Od nowa uczyłem się nazw, liter, w ogóle mowy. Ale na szczęście wszystko wróciło do normy. Znow jestem w pełni sił. Prywatnie i zawodowo.

## **Inaczej wygląda praca, gdy wróci się z tej drugiej strony?**

Na pewno. Mam wrażenie, że teraz lepiej rozumiem moich pacjentów. A przynajmniej bardziej zwracam uwagę na szczegóły związane z komfortem psychicznym chorego. Szczególną nić porozumienia mam z chorymi z afazją. Po prostu wiem jak się czują i jak bardzo więzi ich ta sytuacja.

## **A życie? Też się zmienia?**

To wydaje się banalne, ale człowiek dostrzega co jest tak naprawdę ważne. Staram się mniej pracować i poświęcać więcej czasu rodzinie i pasjom. Nie zmieniłem życia o 180 stopni. Do końca nie wiadomo co było przyczyną mojego stanu. Lekarze wskazują na tzw. przetwarty otwór owalny, ale nie jest to jednoznaczne wskazanie. W związku z tym, nie ma też konkretnych zaleceń. Wiem tylko, że choroba przychodzi nagle, gdy najmniej się jej spodziewamy, więc jeśli mam coś zrobić, nie odkładam tego. ☺

rozmawiała: **Magdalena Czech**



# KRZYSIEK, IWONA I JEGO MÓZG

Spotykam ich w mroźny, mglisty, zimowy dzień. Do mieszkania wchodzę nastawiona na poważną, refleksyjną rozmowę. Spodziewam się spotkać młodych, ale dotkniętych przez życie ludzi. Przecież walczą ze skutkami choroby Krzycha już siódmy rok.

Jednak to co widzę, już po kilku minutach, zaskakuje mnie.



## On

Krzysztof wita mnie od progu, na stojąco. Zdecydowanie ściska dłoń i z uśmiechem zaprasza do środka. Jest średniego wzrostu, ma ciemne włosy i błysk w oku, który od razu mówi mi, że to wojownik. Jest niezwykle uprzejmy i jak przystało na gospodarza, opiekuje się gościem, nie bacząc na trudności, które musi przezwyciężać. Widzę, że lewa strona jego ciała nie jest w pełni sprawna. On jednak wydaje się na to nie zwracać uwagi.

## Ona

Iwona jest jakby krok za Krzychem. Subtelnie, bez przesadnej nadopiekuńczości, ale czujnie. Jej postawa, opanowana, pewna, ale pełna energii i gotowości zdaje się przeczyć posturze filigranowej blondynki. Od samego początku emanuje spokojem i ciepłem. Oddaje Krzychowi przestrzeń do działania, jednak gdy trzeba, przejmuje opowieść. Mówi energicznie, ale i skromnie.

## Jego mózg

Jak oboje mówią, jest trzecią osobą w ich związku. Wszystkie ich działania skoncentrowane są wokół niego. Jako osoba dołączył do nich 16 września 2010 roku. Tego feralnego dnia, wówczas 31 letni Krzysztof, niespodziewanie stracił przytomność i trafił do szpitala. Tam postawiono diagnozę – krwiak śródmózgowy okolicy ciemieniowo-potylicznej prawej. Po kilku godzinach wykonano operację usunięcia krwiaka. Krzysztof na trzy tygodnie zapadł w śpiączkę. Ciało uśpione jakby czekało, aż mózg będzie gotów. I doczekało się, 8 października Krzysztof wybudził się ze śpiączki. I tu zaczyna się ich historia.

## Śpiączka

Iwona od początku słyszała, że szanse Krzycha są niewielkie. Nie wiadomo było, czy wybudzi się ze śpiączki, a jeśli tak, to w jakim będzie stanie. Pewnie nigdy już nie wstanie. Może nie będzie jej pamiętał. Najgorsze myśli przychodziły

do głowy. Ona jednak na przekór wszystkiemu i wszystkim, nie dała wiary w to, co słyszała. Wiedziała, że musi mu za wszelką cenę pomóc. Zaczęła od przeszukiwania internetu, po lekturę literatury fachowej. Kiedy Krzysztof leżał w śpiączce, ona wertowała medyczne podręczniki, w poszukiwaniu czegoś, co mogłoby im dać nadzieję. I tak trafiła na pojęcie neuroplastyczności. Wierząc w możliwości regeneracyjne mózgu przez cały czas starała się dawać Krzyškowi bodźce. Kładła się przy nim, przytulała, opowiadała o pracy i ich wspólnych wyjazdach. A przede wszystkim była – nieustająco dzieląc czas pomiędzy pracę

## Neuroplastyczność

to zdolność tkanki  
nerwowej do tworzenia  
nowych połączeń  
mających na celu  
reorganizację, adaptację,  
samonaprawę.

a szpitalem. Choć miała poczucie, że ich świat całkowicie się zawalił i już nigdy nie będzie taki, jak wcześniej, to wiedziała, że musi być silna za ich dwoje.

## Wielki dzień

Kiedy Krzysztof wybudził się ze śpiączki można było ocenić jego stan. Okazało się, że jest lewostronnie sparaliżowany. Wymagał karmienia sondą. Pomijał lewą stronę. Pamiętał Iwonę, niestety jednak nie był w stanie zapamiętać nowych faktów. Jego pamięć sięgała na 3 minuty wstecz. Nie był świadom swojej choroby, nie wiedział jaki jest dzień. Po zjedzeniu obiadu, gdy tylko talerz zniknął mu sprzed oczu, zapominał, że cokolwiek jadł.

## Codzienna praca

Iwona, z dnia na dzień była coraz lepiej przygotowana do roli przewodnika Krzycha, nowego Krzycha. Postanowiła,

że przeprowadzi go przez poszczególne etapy i razem sprawią, że On i jego mózg wrócą do normalnego funkcjonowania. Zaczęła od nauki pielęgnacji. By zapewnić Krzyškowi komfort psychiczny, na ile mogła starała się przejmować od pielęgniarek czynności higieniczne. Najważniejszy jednak stał się mózg. Iwona wiedząc, że kluczowe jest bodźcowanie, zapewniała mózgowi coraz to nowsze zajęcia. Do mózgu Krzycha napływały informacje ze wszystkich zmysłów. Razem z Iwoną oglądał zdjęcia, słuchał muzyki, wąchał perfumy i uczył się świata. Razem trenowali mózg na wszystkie sposoby – od tabliczki mnożenia, przez alfabet, aż po europejskie stolicy. Nie zawiedli także rodzina i przyjaciele. Kiedy po pobycie w oddziale udarowym, chłopak trafił do oddziału rehabilitacyjnego, oddalonego o 70km od domu, podzielili się odwiedzinami tak, by codziennie ktoś z nim był.

## Powrót do domu

Po pięciu miesiącach od utraty przytomności Krzysztof wrócił do domu. Na początku trafił do swojego brata. Iwona nie mogła bowiem zapewnić mu całodiennej opieki. Możliwa rehabilitacja sprawiła, że mężczyzna poruszał się po domu bez wózka. Kolejny pobyt na rehabilitacji poza domem skończył się już powrotem do mieszkania, do Iwony. To dla nich czas radości, ale też ogromnego lęku i przede wszystkim, wielkiej pracy. Krzysztof, w czasie, gdy Iwona była w pracy, zostawał sam. Nadal nie orientował się w czasie. Ściany obwieszone były więc kartkami „Iwonka jest w pracy, zadzwoń, jeśli czegoś potrzebujesz”, „dziś 7 marca 2011, poniedziałek”. Wyzwaniem było choćby mycie. Zostali w wynajmowanym wcześniej mieszkaniu, ze względu na to, że Krzysztof mógł bazować tylko na pamięci sprzed choroby. Mieli w nim jednak tylko wannę, dlatego na początku mycie Krzycha ograniczone było do miski. Prysznic brał u bliskich lub na turnusach rehabilitacyjnych. Od tego

czasu Krzych przez kolejne sześć lat nieustannie rehabilitował się fizycznie i psychicznie.

### Kroki milowe

Proces powrotu do zdrowia w przypadku Krzycha okupiony jest ogromną pracą ich obojga. Siedem lat to bardzo wiele czasu. Czasu, w którym towarzyszyły im niepewność, lęk, złość na całą tę sytuację, pytanie: dlaczego my?, wzloty i upadki. Nigdy jednak nie tracili nadziei i krok po kroku szli naprzód. Krzych po kolei uczył się samodzielnie stać, stawiać pierwsze kroki, pokonywać schody czy wykonywać czynności dnia codziennego. Po roku pierwszy raz wyszedł samodzielnie do sklepu oddalonego o 200m od domu. W tym czasie Iwona stała się przewodniczką i mózgiem operacji „powrót Krzycha”. Walczyła cały czas o mózg, bo ukochany był przy niej ciałem, ale to nie był On sprzed choroby. Nieświadomy swojego stanu, przez długi czas bez inicjatywy, rozumiejący wszystko dosłownie, pamiętający wstecz na kilka minut. By wrócić go do świata robiła to, co inni uważali za niemożliwe.

### Życie na dwie zmiany

Przez cały ten czas Krzych co najmniej pięć razy do roku bywa na turnusach rehabilitacyjnych. Są to zajęcia odpłatne. Pierwsze pobyty opłacali z oszczędności, które zgromadzili przed chorobą. Później trzeba było coś wymyślić. I tu znów na wysokości zadania stanęła Iwona. Robiła co mogła, by zebrać fundusze i nie przerywać rehabilitacji. Okazała się tytanem pracy, choć sama skromnie mówi, że to zasługa ludzi dobrej woli, których spotkali z Krzy-

Przed udarem Krzysztof i Iwona prowadzili aktywne życie. Krzysztof pokazuje zdjęcie z Tatr.



FOT. WWW.WPOLDODZIEWIATEJ.PL

chem na swojej drodze. Zaczęła od założenia subkonta, na którym gromadzą pieniądze z 1% podatku oraz darowizn. Pierwsze wpłaty pochodziły od ludzi z ich otoczenia. By pokazać ludziom, że ich pieniądze nie idą na marne, założyła blog, na którym regularnie opisuje postępy Krzycha.

### Wszystko jest możliwe

Iwona i Krzych przez cały czas szli pod prąd. Gdy On miał kłopoty z zapamiętaniem najprostszych spraw, Ona zafundowała mu naukę języka angielskiego, co okazało się strzałem w dziesiątkę. Kiedy chodził z trudem, postanowili, że nauczy się znów pływać. I tak, z jedną sprawną stroną ciała, pokonuje baseny jak „olimpijczyk”.

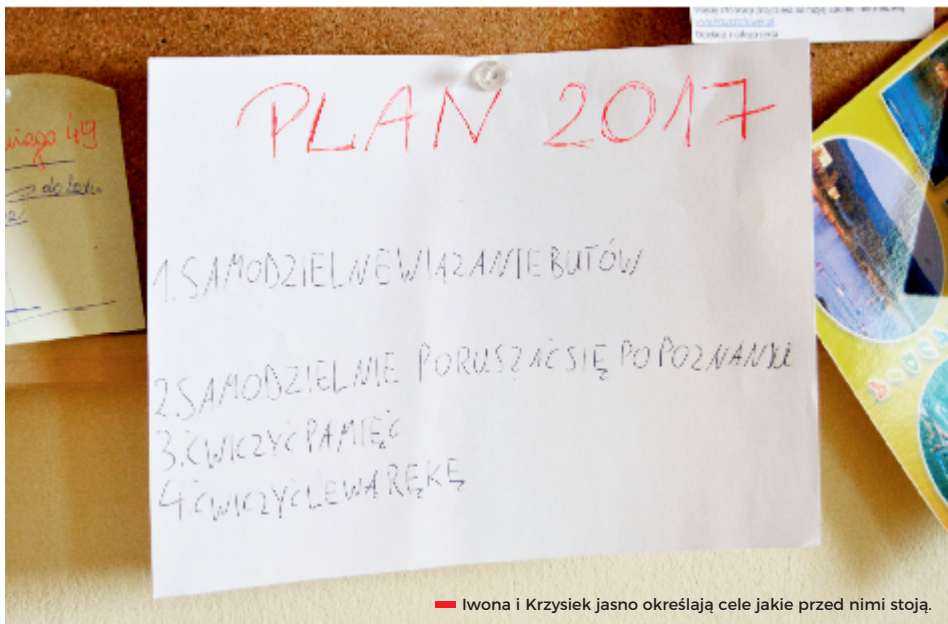
Marzył o jeździe samochodem. Iwona zabrała Go ostatnio na pierwsze jazdy pod okiem instruktora. Znów choć na chwilę mógł poczuć się kierowcą. Jeszcze sporo pracy przed nimi, aby Krzych wrócił do sprawności. Ale wierzą, że dadzą radę. ©

Marzył o jeździe samochodem. Iwona zabrała Go ostatnio na pierwsze jazdy pod okiem instruktora. Znów choć na chwilę mógł poczuć się kierowcą. Jeszcze sporo pracy przed nimi, aby Krzych wrócił do sprawności. Ale wierzą, że dadzą radę. ©

Magdalena Czech

**Więcej o historii Krzycha  
i o tym, jak mu pomóc:  
[krzysztofsiwek.pl](http://krzysztofsiwek.pl)**

**[facebook.pl/walkakrzycha](https://facebook.pl/walkakrzycha)**



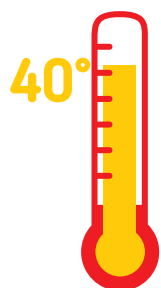
Iwona i Krzysiek jasno określają cele jakie przed nimi stoją.



czy wiesz że:

# UDAR CIEPLNY

CO TO JEST?



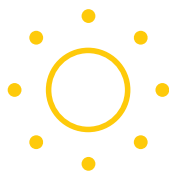
Udar cieplny występuje gdy temperatura ciała przekracza 40 stopni.

# UDAR MÓZGU



Udar mózgu występuje, gdy naczynie krwionośne prowadzące do mózgu pęka, lub jest **blokowane przez skrzep**. Powoduje to brak krwi oraz zawartego w niej tlenu w mózgu.

PRZYCZYNY



Przebywanie w nadmiernej temperaturze.

Niektórzy ludzie mogą być bardziej narażeni ze względu na:

- wiek
- wagę
- przebyte choroby
- przyjmowane leki



**80% UDARÓW MOŻNA ZAPOBIEC**

Czynniki, które można leczyć, kontrolować:

- choroby serca
- nadciśnienie tętnicze
- migotanie przedsionków
- cukrzyca
- otyłość
- zła dieta
- palenie papierosów

OBJAWY



**WYSOKA TEMPERATURA CIAŁA** powyżej 40 st. to najcięższy objaw.

- skurcz lub osłabienie mięśni
- wysoki puls
- szybki i płytki oddech
- nudności, wymioty
- splątanie, brak świadomości
- ból głowy
- zaczerwieniona skóra

**TYPOWE OBJAWY UDARU MÓZGU TO C.Z.A.S.**



CIĘŻKA NOGA LUB RĘKA



ZABURZENIA WIDZENIA



ASYMETRIA TWARZY



SPOWOLNIONA MOWA

**ponadto** nagłe zawroty głowy z towarzyszącymi zaburzeniami w utrzymaniu równowagi i zaburzeniami świadomości.

CO ROBIĆ?

Czekając na pomoc spróbuj schłodzić poszkodowaną osobę przenosząc ją do cienia. Możesz też użyć lodu, mokrych ręczników, lub wentylatora.

**DZWOŃ NA POGOTOWIE  
999 LUB 112**

Liczy się CZAS! Pacjenci którzy szybko zostaną przewiezieni do szpitala mają większą szansę na przeżycie.



# ŻYCIE BEZ SŁÓW

**Ludzie, którym udar odebrał mowę**

## RODZAJE AFAZZJI

### Ruchowa (motoryczna)

Pacjent rozumie, ale nie może mówić. Wypowiada pojedyncze sylaby lub słowa, przekręca wymawiane słowa. Poza tym zaburzone mogą być pozostałe elementy komunikacji (pisanie, czytanie, itd.)

### Czuciowa (sensoryczna)

Chory nie rozumie mowy, słyszane dźwięki nie mają dla niego sensu. Pacjent mówi dużo, jednak nie jest to mowa poprawna. Pojawiają się w niej dziwne, wymyślone wyrazy. Język używany przez pacjenta nie nadaje się do komunikacji. Poza tym zaburzone mogą być pozostałe elementy komunikacji (powtarzanie, pisanie, czytanie, itd.)

### Amnestyczna

To zaburzenie nazywania. Chory nie pamięta nazw zarówno ludzi, przedmiotów jak i czynności. Ma trudności z identyfikacją nazw kolorów, zapachów i pozostałych elementów otaczającego świata. Mogą jej towarzyszyć niewielkie zaburzenie rozumienia, czytania i pisanie.

### Mieszana

To najczęściej spotykana afazja, łącząca cechy wszystkich wyżej opisanych. Oczywiście każdy z elementów może być zaburzony w różnym stopniu.

„Kup mi piegi... pieronki... nie?! Pierongi, pierogi. Tak! Pierogi z kamionką.. kami-zelką.. kam... kur... z kapustą. Mhmm, z kapustą pierongi” – mówi Pani Izabela w rozmowie z córką, tworząc listę zakupów. Kobieta pół roku temu, w wieku 47 lat, przeszła krwotoczny udar mózgu i od tego czasu boryka się z afazją. Problem ten dotyka aż 65% osób po udarze mózgu.

Afazja to zaburzenie komunikacji związane z organicznym uszkodzeniem mózgu. To pojęcie bardzo szerokie. Może bowiem oznaczać kłopoty z nazywaniem czy odmianą wyrazów, ale także problemy z rozumieniem. Bez wątpienia pacjentów cierpiących z powodu afazji łączy jedno – poczucie odcięcia od otaczającego świata.

Niewielu z nas zdaje sobie sprawę z tego jak istotnym elementem naszego życia jest mowa. Na co dzień wydaje się ona być naturalnym aspektem funkcjonowania, nad którym głębiej się nie zastanawiamy. Teraz, czytając, niemal bezwiednie używasz jej. W zasadzie bez przerwy towarzyszy



nam bowiem mowa wewnętrzna. Wszystkie myśli w naszych głowach to słowa. To niewyobrażalne, jak trudnym musi być życie osoby, której ten głos nagle cichnie.

„Wyobraź sobie, że bardzo chce Ci się pić. Udar sparaliżował połowę Twojego ciała, więc jesteś zdany na pomoc innych. Prosisz o wodę raz, drugi, trzeci, a ludzie patrzą na Ciebie jak na wariata – o swoich doświadczeniach z afazją opowiada Tadeusz, lat 52 – wreszcie zdajesz sobie sprawę, że wydobywające się z Twoich ust słowa nie mają sensu. Mówisz językiem, który nie istnieje. Wiesz, że chcesz wody, że butelka stoi na stoliku, ale kompletnie nie potrafisz tego nazwać. Moment, w którym uświadomiłem sobie, że nijak nie mogę porozumieć się ze światem, był najgorszą chwilą w moim życiu. Wtedy pierwszy raz poczułem, że nie ma sensu żyć. Nawet nie pomyślałem, bo słowa w mojej głowie nie istniały, po prostu poczułem jakbym znalazł się na dnie studni, bez szans na pomoc.”

Tadeuszowi, po rocznej terapii, udało się uporać z problemem. Mówi powoli, zastanawia się nad każdym zdaniem, ale jest w stanie bez problemu prowadzić dłuższą rozmowę. Takie efekty można osiągnąć jedynie dzięki regularnej terapii neurologopedycznej.

Pacjenci z afazją powinni szukać pomocy u neurologopedy. Świadczenie to jest refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Najczęściej gabinety

neurologopedyczne znajdują się w poradniach przyszpitalnych lub przychodniach typu POZ lub NZOZ. Listę takich placówek można znaleźć na stronie NFZ.

## ABC ROZMOWY Z AFATYKIEM

### Akceptuj

- moje słabości (mów prostym językiem)
- moje potrzeby (spytaj jak mi pomóc)
- moje zmęczenie (nie zawsze mam siłę do pracy)

### Bądź

- prawdziwy (patrz na mnie kiedy mówisz)
- nauczycielem (tłumacz mi świat, ale pamiętaj, że nie jestem dzieckiem)
- pozytywny (ciesz się moimi małymi sukcesami)

### Czekaj

- aż pomyślę (powtórz co powiedziałeś, odpowiedz mi)
- aż odpowiem (nie popędzaj mnie)
- aż będę gotów (ćwicz ze mną krok po kroku, nie wszystko na raz)

Praca z neurologopedą to jednak nie wszystko. Specjalista dobierze odpowiednie ćwiczenia i wprowadzi je. Ale to od nastawienia pacjenta i zaangażowania jego najbliższych zależą postępy chorego. Najważniejsze to nie traktować chorego jakby udar odebrał mu rozum. Afatyk myśli, ale nie

może tego powiedzieć, co czyni go bezbronny.

„Moja żona po udarze mówiła tylko NA,NA. Pierwszego dnia myślałem, że cofnęła się w rozwoju i od teraz będzie jak dziecko – opowiada Jerzy, mąż 64 letniej pacjentki po udarze niedokrwinnym mózgu – dopiero logopeda powiedziała mi, że żona ma afazję motoryczną i doskonale mnie rozumie, tylko nie może sama nic powiedzieć. Bardzo trudno było mi odnaleźć się w tej sytuacji. Mówić normalnie do osoby, która nie odpowiadała z sensem. Po czasie zacząłem rozróżniać, które NA oznacza prośbę, a które skargę. Ćwiczyliśmy każdego dnia, aż w końcu żona zaczęła mówić prostymi zdaniami.”

Proces powrotu do zdrowia osób z afazją jest okupiony ogromną pracą ich samych ale także najbliższych. Kłopoty z mową rodzą ogromne nieporozumienia i często prowadzą do wybuchów gniewu. Dlatego tak ważne jest, by chorzy mieli swoją przestrzeń i możliwość wyrażenia się – niezależnie od aktualnych możliwości. Z pomocą idą spotkania z ludźmi cierpiącymi z tego samego powodu. Dzięki takim inicjatywom chorzy wiedzą, że ich problem nie jest odoobniony i że da się z nim żyć. Przykładem niezwykle aktywnej grupy zrzeszającej osoby cierpiące z powodu afazji jest Stowarzyszenie Afazja Poznań. ©

Magdalena Czech



# C-Eye

**C-Eye® to innowacyjny system wykorzystujący śledzenie ruchu gałek ocznych, aby umożliwić komunikację i rehabilitację osobom po urazach, udarach, wybudzonym ze śpiączki i w innych ciężkich stanach neurologicznych.**

**Dzięki C-Eye® pacjenci odzyskują możliwość komunikacji ze światem przez co wyraźnie poprawia się ich komfort życia i szybciej wracają do zdrowia.**

**Działanie systemu oparte jest na kontakcie wzrokowym użytkownika z wyświetlaną na ekranie treścią. System wyznacza i wyświetla punkt, na który patrzy użytkownik. Przytrzymanie wzroku na danym elemencie powoduje jego zaznaczenie, dzięki temu użytkownik może odpowiadać na zadawane pytania, wyrażać swoje potrzeby oraz prośby, a także rozwiązywać różne zadania i ćwiczenia stymulujące funkcje poznawcze.**

## Pani Alicja, Śląsk

**(udar niedokrwienny)**

Pani Alicja doświadczyła rozległego udaru mózgu, w wyniku którego doszło do całkowitego unieruchomienia ciała – nie wykazywała żadnych zewnętrznych objawów świadomości. Zgodnie z diagnozą lekarską, p. Alicja nie poruszała celowo nawet gałkami ocznymi. Jej stan został określony jako wegetatywny. Przed różnymi zabiegami chirurgicznymi lekarze nie chcieli nawet znieczulać p. Alicji, twierdząc, że i tak niczego nie czuje, nie rozumie.

Po 7 latach od zdarzenia p. Alicja trafiła do ośrodka rehabilitacji neurologicznej, wykorzystującego w codziennej pracy C-Eye. Mąż p. Alicji odczuwał, że stan żony nie jest tak beznadziejny jak twierdzą lekarze i wierzył w to, że żona udowodni wszystkim, że czuje i rozumie wszystko co się z nią i wokół niej dzieje. Podczas pierwszej sesji badawczej p. Alicja wykonała prosty, ale rewolucyjny gest – odwróciła głowę w kierunku C-Eye. Wyniki kolejnych sesji były coraz bardziej optymistyczne. Już podczas 4. sesji p. Alicja była w stanie swobodnie obsługiwać urządzenie, co więcej wykonała poprawnie wszystkie prezentowane zadania.

Dla męża p. Alicji najbardziej przekonującym dowodem na to, że jego żona jest w pełni świadoma i przez cały ten czas wszystko czuła i rozumiała było to, że spośród wielu różnych butów prezentowanych na ekranie wybrała wzrokiem dokładnie te, jakie kupiła dzień przed udarem mózgu.

Ostateczna aktualna diagnoza neurologiczna: zespół zamknięcia. Gdyby nie C-Eye do tej pory p. Alicja byłaby uważana za osobę w stanie wegetatywnym.

## Pan Leszek

**(udar mózgu w części potylicznej)**

Diagnoza: przerwanie głównych nerwów wzrokowych.

Mimo diagnozy wskazującej, że pacjent nie widzi, w ośrodku rehabilitacyjnym zaobserwowano zerkanie na C-Eye, który znajdował się w pobliżu. Początkowo pacjent nie był w stanie skoncentrować wzroku na żadnym wyświetlanym elemencie, a tym samym nie mógł niczego zaznaczać na urządzeniu. Mimo tego pacjent uczestniczył w sesjach terapeutycznych przynajmniej 3 razy w tygodniu (czas trwania sesji 5-15 min.), choć nie był w stanie spojrzeć na żaden wyświetlany bodziec wzrokowy w sekcji Stymulacja wzroku.

Po miesiącu pracy z C-Eye pacjent został ponownie zbadany przez okulistkę, która stwierdziła, że pacjent nie widzi ani na jedno, ani na drugie oko, podważając jednocześnie celowość uczestniczenia pacjenta w sesjach terapeutycznych z C-Eye.

Dzięki uporowi terapeutki współpracującej z rodziną, założono pacjentowi okulary, kompensujące wadę wzroku (którą pacjent miał jeszcze przed wypadkiem) i odtąd pacjent uczestniczył w sesjach z C-Eye w okularach.

Po upływie 4 miesięcy pacjent swobodnie posługuje się C-Eye i jest w stanie wybierać poszczególne elementy wyświetlane na ekranie z czasem zaznaczania 1,6 s (to dobry wynik, przyjmując, że zalecany czas zaznaczania elementów na ekranie to 2 s). Co więcej, okazało się, że w komunikacji z C-Eye wykorzystuje dwoje oczu.

Według aktualnej diagnozy okulistycznej pacjent widzi. Fakt ten zaskakuje – mając na uwadze pierwotną diagnozę narządu wzroku – przerwane nerwy wzrokowe.





## Komunikacja i rehabilitacja przez wzrok

**C-Eye** to innowacyjny system wykorzystujący śledzenie ruchu gałek ocznych, aby umożliwić komunikację i rehabilitację pacjentom po urazach, udarach, wybudzonym ze śpiączki i w innych ciężkich stanach neurologicznych.

Dzięki **C-Eye** pacjenci odzyskują możliwość komunikacji ze światem przez co wyraźnie poprawia się ich komfort życia i szybciej wracają do zdrowia.

**C-Eye** usprawnia także pracę terapeutów, personelu medycznego i osób opiekujących się pacjentami na co dzień.

### KORZYŚCI ZE STOSOWANIA C-EYE

#### ***Dla klientów indywidualnych:***

- poprawa zdrowia i jakości życia pacjenta
- poprawa stanu emocjonalnego pacjenta
  - możliwość komunikacji z otoczeniem (rodziną, lekarzem, terapeutą)
- wzrost motywacji do życia i rehabilitacji

#### ***Dla klientów biznesowych:***

- wsparcie terapii neurologopedycznej i neuropsychologicznej
- wsparcie oceny stanu neurologicznego
- efektywna neurorehabilitacja pacjentów
- zwiększenie konkurencyjności oferowanych usług



# BIEG TO ZDROWIE

Już po raz szósty przekonują o tym organizatorzy kampanii „ZapoBiegam”, zachęcając do wspólnego biegania pod banderą drużyny biegowej Fundacji Udaru Mózgu. Ich celem jest podnoszenie świadomości społecznej na temat czynników ryzyka wystąpienia udaru mózgu i możliwości zapobiegania mu, ale także wspólna aktywność fizyczna będąca promocją zdrowego trybu życia. O kampanii opowiada jej koordynatorka Agata Wróblewska.



FOT. WWW.WPOLDODZIEWATE.PL

**Udar kojarzy się z ciężką chorobą i brakiem możliwości chodzenia, a co dopiero biegania, skąd więc pomysł, by wiązać bieganie z udarem?**

„ZapoBiegam” nie jest kampanią zachęcającą do biegania po udarze. Nasz udział w imprezach biegowych to jedynie środek do zwiększenia świadomości społecznej na temat profilaktyki udarowej. Biegając, chcemy dawać przykład i zwrócić uwagę, na to, że aktywność fizyczna to jeden z filarów zdrowia.

Udar mózgu w 80% wywołany jest przez czynniki modyfikowalne, czyli takie, na które mamy wpływ. Aktywność fizyczna powoduje obniżenie ciśnienia tętniczego krwi, pomaga kontrolować poziom cukru, cholesterolu, obniża masę ciała, a zatem pośrednio wpływa na wszystkie czynniki wywołujące udar mózgu. Co istotne, wiele z czynników ryzyka udarowego nie daje o sobie znać na co dzień. Nadciśnienie czy wysoki poziom cholesterolu nie boją, mimo to, a może właśnie dlatego, są bardzo groźne.

**Wróćmy do początku..**

Pomysł kampanii narodził się w naszych głowach, gdy w 2012 roku przygotowywaliśmy się do obchodów Europejskiego Dnia Profilaktyki Udarowej. Postanowiliśmy, że rozszerzymy nasze działania edukacyjne o bezpośredni kontakt z ludźmi. Kilkoro z nas było już zapalonymi biegaczami, pomysł pojawił się więc naturalnie. Dodatkowym motorem sprawczym była ogromna, kielkująca w tamtym czasie, popularność dyscyplin biegowych.

Jako Drużyna Fundacji Udaru Mózgu po raz pierwszy wystartowaliśmy w DOZ Łódź Maraton Dbam o Zdrowie. Tam też stanęło nasze pierwsze stoisko. Sukces akcji przerósł nasze oczekiwania, dlatego na kolejny sezon zaplanowaliśmy udział w 10 różnych imprezach biegowych w całym kraju. Plan ten udaje nam się realizować już szósty rok z rzędu, co świadczy o ogromnych potrzebach edukacyjnych w tematyce udarowej.

**Udar to trudny temat, łatwo mówić o nim na, jakby nie było,**

**imprezach rekreacyjnych?**

Staramy się dotrzeć do naszych odbiorców na różne sposoby. Nasz namiot kojarzony jest szczególnie z pomiarem ciśnienia, który proponujemy biegaczom oraz wszystkim odwiedzającym nasze stoisko. Aparaty, którymi dokonujemy pomiarów wykrywają także migotanie przedsionków, na który to problem także zwracamy uwagę odwiedzających. Każdy zainteresowany może ponadto otrzymać pakiet materiałów informacyjnych na temat czynników ryzyka udarowego i profilaktyki, która w ramach kampanii „ZapoBiegam”, interesuje nas szczególnie. W ramach działania stoiska, jako osoby na co dzień pracujące w służbie zdrowia, służymy radą i rozmową każdemu zainteresowanemu oraz zachęcamy do skorzystania z naszej aplikacji mobilnej, pozwalającej oszacować ryzyko wystąpienia udaru mózgu. Ale przede wszystkim zapraszamy do wspólnego biegania.

**Skoro o bieganiu mowa, czy można już mówić o prawdziwej**



## drużynie biegowej z Waszym udziałem?

Na każdej z imprez proponujemy kilkudziesięciu biegaczom dołączenie do Drużyny Fundacji Udaru Mózgu i wystartowanie w naszej koszulce. Z wieloma uczestnikami biegów spotykamy się na kilku imprezach w sezonie. Zdecydowanie, jesteśmy drużyną z prawdziwego zdarzenia. Widać to szczególnie na naszym profilu fb, gdzie zamieszczamy zdjęcia drużyny. Z roku na rok jest nas coraz więcej. Zainteresowanie wciąż rośnie, a co za tym idzie nasza działalność edukacyjna, co cieszy nas najbardziej.

## Jako drużyna jesteście już rozpoznawalni na imprezach biegowych. Ale czy spotkaliście biegacza, który z udarem miał bezpośredni kontakt?

Przez lata poznaliśmy biegaczy, którzy wrócili do aktywności fizycznej po przebytym udarze. Osoby te odwiedzały nasze stoisko, żeby opowiedzieć o swojej walce o powrót do aktywności, także tej sportowej. Proszę, jednak pamiętać, że kampania „ZapoBiegam” nie ma na celu jedynie zachęcania do biegania. Celem kampanii jest pokazanie jak ważna jest profilaktyka w zmniejszeniu ryzyka wystąpienia udaru mózgu. Aktywność fizyczna jest zaś jednym z podstawowych sposobów dbania o zdrowie.

## Biegają z Wami osoby aktywne, czy ich także należy uświadamiać w kwestii zdrowia? Czy edukacja w większym stopniu dotyczy osób towarzyszących?

Wiedza na temat udaru mózgu jest niestety nadal bardzo mała. Wiele osób nie zna podstawowych objawów udaru, a także czynników które mogą tą chorobę wywołać. Trudno ocenić, czy osoby biegające mają większą wiedzę. Są z pewnością zainteresowane.

Stoisko fundacji odwiedzają zarówno młodzi których świadomość dotycząca udaru jest mała, bo myślą, że ta choroba ich nie dotyczy, jak i starsi. Wśród



Krajno 2016 r.

FOT. ARCHIWUM FUNDACJI UDARU MÓZGU



Stoisko Fundacji Udaru Mózgu zawsze cieszy się dużym zainteresowaniem. Poznań 2016 r.

FOT. ARCHIWUM FUNDACJI UDARU MÓZGU

zainteresowanych pojawiają się osoby, które doświadczyły udaru, a także takie które spotkały się z udarem u bliskiej osoby. Bardzo często osoby te chcą podzielić się z nami swoimi doświadczeniami i zapytać jaką pomoc mogą uzyskać ze strony fundacji.

## Jakie pytania padają najczęściej?

Osoby odwiedzające stoisko fundacji pytają o różne rzeczy. Często to podstawowe kwestie. Padają pytania o to czym jest udar mózgu, jakie są jego objawy czy jak się przed nim uchronić. Niekiedy jednak poruszamy, szczegółowe, konkretne problemy. Nasi rozmówcy chcą wiedzieć na jaką pomoc ze strony Państwa może liczyć osoba po udarze oraz jakie przysługują jej prawa. Często odpowiadamy także na pytania dotyczące Fundacji Udaru Mózgu. Na czym polega nasza misja, jak można uzyskać pomoc z naszej strony.

## Mówiąc o misji, co Fundacja Udaru Mózgu planuje w 2017 roku?

Oczywiście wśród naszych tego-rocznych planów znajduje się realizacja kampanii „ZapoBiegam”. Zgodnie z tradycją pojawimy się na 10 imprezach biegowych w kraju. To jedna z wielu prowadzonych przez nas aktywności, jednak nadrzędnym celem, niezmiennie pozostaje pomoc osobom po udarze i ich rodzinom. Z myślą o nich stworzyliśmy pierwszą w Polsce infolinię udarową. Nasze działania to także bezpośrednia pomoc w dofinansowaniu rehabilitacji czy zakupie niezbędnego chorzyemu sprzętu. ©

## ZAPRASZAMY NA KOLEJNE BIEGI DRUŻYNY FUNDACJI UDARU MÓZGU:

**ŁĄDEK-ZDRÓJ:** 21-23.07.2017  
**BIAŁKA TATRZAŃSKA:** 25-27.08.2017  
**KRYNICA ZDRÓJ:** 8-10.09.2017  
**HEL:** 16-17.09.2017

## Więcej informacji o kampanii

ZapoBiegam znajdziesz na:

[www.facebook.com/druzynafum](http://www.facebook.com/druzynafum)

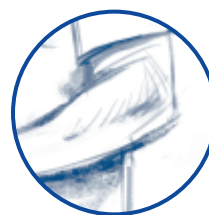
# OTWÓRZ DŁOŃ PO UDARZE

Kampania „Otwórz dłoń po udarze” jest pierwszą w Polsce akcją informacyjną skierowaną do osób, które wskutek udaru mózgu zmagają się ze spastycznością poudarową ręki.

Dłonie stanowią jedno z najważniejszych części naszego ciała. Za ich pomocą poznajemy świat, zawieramy nowe znajomości i wyrażamy emocje. Kiedy ręce tracą swoją sprawność, najłatwiejsze czynności stają się wyzwaniem. 4,5 tys. osób rocznie w Polsce traci sprawność wskutek spastyczności poudarowej. W konsekwencji codzienne czynności stają się wyzwaniem, a chorzy często wymagają stałej opieki. Celem kampanii „Otwórz dłoń po udarze” jest zwrócenie uwagi, że im szybciej zostaną zauważone objawy spastyczności, tym większe szanse na jej skuteczne leczenie.

## SPASTYCZNOŚĆ POUDAROWA

Jest jednym z najszybszych następstw udaru mózgu. Powoduje duże napięcie i sztywność mięśni utrudniające wykonywanie i kontrolowanie nawet najprostszych ruchów.



Najczęściej chorzy zmagają się ze spastycznością w obrębie nadgarstka i łokcia.

# 4500/ROK

Cztery i pół tysiąca osób rocznie traci sprawność wskutek spastyczności poudarowej. Stanowi to 40% chorych po udarze mózgu. Pacjenci Ci wymagają ciągłej rehabilitacji.



# NAJCZĘŚCIEJ POPEŁNIANE BŁĘDY W REHABILITACJI SPASTYCZNOŚCI



## KORZYSTANIE Z PORĘCZY I PODCIĄGÓW

Unoszenie się na łóżku za pomocą zwisających podciągów i poręczy (wykorzystując zdrową rękę), wywołuje nieodwracalne odruchy wyprostne

## ZACISKANIE PIŁECZKI

Ściskanie piłeczki wzmacnia napięcie mięśni, prowadząc do zwiększenia spastyczności całej kończyny górnej. Samo ściskanie jest bezużyteczne, jeśli nie można otworzyć dłoni, aby wziąć, a następnie odłożyć przedmiot.

## FORSOWANIE MIĘŚNI SPASTYCZNYCH

W mięśniach "spastycznych" każdy ruch wywołuje gwałtowny skurcz. Siłowe rozciąganie wywołuje narastający skurcz i kończy się zerwaniem włókien mięśniowych.

## BRAK ODPOCZYNKU

Powrót do łóżka jest bardzo ważny dla odzyskania sił. To właśnie podczas snu napięcie mięśniowe zmniejsza się, a ciało odpoczywa po aktywnym dniu.

## OCZEKIWANIE NATYCHMIASTOWYCH REZULTATÓW

Osoba po udarze może usprawniać się bez końca i należy jej w tym pomagać, dostarczając odpowiednie wyposażenie i pomoce.



# CHORYM NALEŻY POŚWIĘCIĆ DUŻO CZASU I OPIEKI

O potrzebnych zmianach w dostępie do rehabilitacji dla osób po udarze opowiada  
dr hab. n.med Maciej Krawczyk, Prezes  
Krajowej Rady Fizjoterapeutów

**Pacjenci po udarze oraz ich rodziny najczęściej skarżą się na utrudniony dostęp do rehabilitacji. Czy uchwalenie w ostatnim czasie ustawy o zawodzie fizjoterapeuty oraz powołanie Krajowej Izby Fizjoterapeutów może wpłynąć korzystnie na poprawę dostępności do rehabilitacji dla pacjentów po udarze?**

Wierzmy, że tak będzie. Jednak na ten moment nie jestem w stanie określić w jakim okresie to nastąpi. Poprawa dostępności do fizjoterapii wynika bezpośrednio z zapisów ustawy i kompetencji, które nadaje ona fizjoterapeutom. Ustawa zezwala – tak jak w ponad 20 krajach europejskich – na to, żeby pacjent zgłaszał się do fizjoterapeuty bez skierowania. Przed wejściem w życie ustawy pacjent potrzebujący fizjoterapii musiał przejść przez cały proces kwalifikacji. W pierwszej kolejności starał się o skierowanie od lekarza pierwszego kontaktu do lekarza rehabilitacji lub innego specjalisty i dopiero wtedy otrzymywał skierowanie na fizjoterapię. Najczęściej proces ten trwa parę miesięcy i jest uciążliwy dla pacjenta. Nie będę wspominać o powikłaniach jakie powstają w tym czasie – o negatywnych skutkach takiego oczekiwania – bo one są oczywiste. Poprawa dostępności do fizjoterapii dla osób po udarze może zwiększyć się również wraz z wprowadzeniem przez NFZ tzw. porady fizjoterapeutycznej. Oprócz dotychczasowej terapii w poradni rehabilitacyjnej, pacjent i jego rodzina będą mogli zgłosić się do fizjoterapeuty po poradę. Fizjoterapeuta przekaze pacjentowi i jego rodzinie zalecenia. Mogą to być proste ćwiczenia, zalecenia dotyczące jego aktywności w życiu codziennym, pewne działania, które



rodzina może podjąć, aby zapobiegać powikłaniom. Ustawa pozwoli także na wykorzystanie w pracy z pacjentem neurologicznym najnowszych zdobyczy wiedzy fizjoterapeutycznej. Dzięki temu efekty pracy będą najlepsze z możliwych. W większości oddziałów, czy też ambulatoriów rehabilitacyjnych fizjoterapeuci ograniczeni są przepisami NFZ i stosują w dużej mierze przestarzałe procedury, którym daleko jest do funkcjonalnej fizjoterapii. Ponadto fizjoterapeuci nie byli zobowiązani do badania pacjenta oraz oceny postępów terapii. Mamy nadzieję, że dzięki zmianom wynikającym z ustawy każdy fizjoterapeuta będzie badał funkcjonalnie pacjenta, określał cele terapii i realizował je wraz z pacjentem oraz weryfikował czy podjęte działania przynoszą oczekiwany efekt. W tej chwili tak się nie dzieje i to jest jeden z większych problemów. Niekiedy pacjent udaje się na fizjoterapię samą w sobie, a nie po to, żeby realizować jakieś konkretne cele funkcjonalne.

**Czy w Polsce istnieją standardy postępowania rehabilitacyjnego z pacjentem po udarze mózgu?**

Niestety nie. Pod tym względem nie będę optymistą, dlatego, że jedyną wspólną cechą postępowania rehabilitacyjnego na całym świecie jest to, że wszyscy działają tak jak uważają. Nie wynika to z braku wiedzy w tym zakresie, ponieważ mamy wiele nowych badań, które dostarczają podstaw teoretycznych dotyczących udaru mózgu oraz postępowania w tej chorobie. Jednak istniejące podręczniki do fizjoterapii po udarze mózgu powstały parę lat temu i są przestarzałe. Na bazie zawartej w nich wiedzy powstały standardy postępowania pracy z pacjentem po udarze mózgu. Fizjoterapeuci opierają się w dużej mierze o najnowszą



wiedzę, która wykracza poza standardy ustalone 10, 20 czy nawet 30 lat temu. W wielu przypadkach zalecenia z tamtych lat różnią się od tych stosowanych aktualnie.

Moja opinia nie jest jednak do końca negatywna. Trudno ustalić standardy postępowania, one istnieją, ale są bardzo ogólne. Mówią o tym jak powinna wyglądać wczesna terapia pacjenta, jednak nie określają jak długo powinna trwać. Badania naukowe pokazują, że fizjoterapii nigdy za wiele. Silne dowody naukowe mówią, że największa skuteczność fizjoterapii jest dopiero gdy ćwiczymy powyżej 3 godzin dziennie. A zatem ważne jest to jak intensywnie pracuje się z pacjentem.

**Ważna jest też ciągłość zabiegów fizjoterapeutycznych. Czyli jeżeli pacjent po udarze mózgu wychodzi z oddziału rehabilitacyjnego to przerwa roczna, czy dwuletnia w dostępie do rehabilitacji właściwie może zniweczyć wszystkie wyniki. A taka sytuacja ma miejsce w chwili obecnej.**

Całkowicie się z tym zgadzam. Istnieje jednak pewien bardzo poważny problem, który jest charakterystyczny dla polskiego środowiska. W ogóle dla leczenia w Polsce, pacjent nie jest świadom odpowiedzialności jaką ponosi za leczenie. W wielu przypadkach pacjenci i ich rodziny oczekują tylko efektów opierających się na cudzej pracy. Nie do końca są świadomi tego jak ważna jest zmiana przyzwyczajęń i samodzielna praca w domu. Myślę, że tutaj winowajcą jest przekonanie, że leki, czy też urządzenia mogą zastąpić pracę fizjoterapeuty, czy też własną pracę pacjenta. Po naszej stronie leży edukacja i przekonanie ludzi do tego, że w dużej mierze proces powrotu do zdrowia zależy od pacjenta.

**Praca z pacjentem po udarze mózgu wymaga od fizjoterapeuty specjalistycznej wiedzy i wielu specyficznych umiejętności. Czy w przyszłości Krajowa Izba Fizjoterapeutów rozważa wprowadzenia specjalizacji kierunkowej z fizjoterapii neurologicznej?**

I zjazd fizjoterapeutów zatwierdził pewien plan działania na najbliższe 4 lata. W planie jest także dążenie do stworzenia specjalizacji kierunkowych. W związku z tym jesteśmy zobligowani de facto do tego, żeby stworzyć te specjalizacje. Moje osobiste zdanie jest podobne. Musimy pamiętać, że NFZ co roku wydaje ok 2 mld złotych na rehabilitację, z czego 1/3 środków przeznaczona jest na rehabilitację chorych po udarze mózgu. To są ogromne pieniądze i można powiedzieć, że każdy polski fizjoterapeuta, pracujący na co dzień np. z pacjentem ortopedycznym czy pediatricznym, zetknął się w swojej karierze zawodowej z pacjentem po udarze mózgu. Właściwie każdy fizjoterapeuta w Polsce ma kontakt z chorymi po udarze. Standaryzacja postępowania

mogłaby właśnie wynikać ze specjalizacji kierunkowej w zakresie fizjoterapii neurologicznej, ponieważ gros tematyki tej specjalizacji prawdopodobnie poświęcone byłoby rehabilitacji chorych po udarze mózgu.

**Czy istnieją oficjalne kryteria przyjęcia do oddziałów rehabilitacyjnych? Bardzo często zgłaszają się do nas pacjenci, ich rodziny, dla których te kryteria są niejasne. Dlaczego np. pacjenci z afazją mają bardzo duży problem aby móc korzystać z zabiegów rehabilitacyjnych?**

Mówimy tu o lecznictwie zamkniętym. Wydaje się, że problem leży w kryteriach, które NFZ stawia przed oddziałami rehabilitacyjnymi w zakresie przyjmowania pacjentów do oddziału. I o ile większość oddziałów rehabilitacji neurologicznej przyjmuje pacjentów, którzy nie wymagają dużego zaangażowania ze strony personelu medycznego. O tyle pacjenci z ciężkimi niedowładami, afazją czy ciężkimi zespołami neuropsychologicznymi nie zawsze są przyjmowani do oddziału. Tym chorym należy poświęcić dużo czasu i opieki, która jest kosztowna. Kolejnym problemem jest brak neurologopedów czy neuropsychologów. W wielu przypadkach są oni zatrudniani na część etatu, a zatem są w oddziale w ograniczonym czasie. Powoduje to, że pacjent, który ma głęboką afazję jest pewnym problemem, dlatego, że w oddziale rehabilitacji neurologicznej może uzyskać usługę neurologopedyczną np. co drugi dzień. Zaprzecza to istocie rehabilitacji, która powinna być w pierwszym okresie bardzo intensywna. W związku z tym, wydaje się, że oddziały rehabilitacji niestety przyjmują chętniej pacjentów z niedowładami i uszkodzeniami ruchowymi. Natomiast bardzo niechętnie przyjmują tych, którzy mają deficyty neuropsychologiczne. W praktyce nie są w stanie zapewnić takiej osobie opieki w sposób prawidłowy. Osobiście uważam, że pacjent, który ma głębokie uszkodzenie funkcji poznawczo-emocjonalnych i przy tym zachowane funkcje ruchowe, powinien być hospitalizowany.

**W Polsce bardzo utrudniony jest dostęp do zabiegów rehabilitacyjnych dla pacjentów którzy są żywieni poprzez przeżskórną endoskopową gastrostomię (PEG) lub mają założone rurki tracheotomijne. Nie jest to możliwe, żeby dla nich znaleźć miejsce w oddziałach rehabilitacyjnych. Dlaczego tak się dzieje?**

Niestety jest to duży problem dla pacjentów i ich rodzin. Oddział rehabilitacji powinien się zajmować ciężko chorym człowiekiem, który ma ciężkie następstwa udaru mózgu, po to, żeby te następstwa zmniejszyć. W skrócie: mamy się zajmować ciężko chorymi ludźmi, żeby zmienić ich stan na

lepszego. Na taki, który przede wszystkim będzie zadowolony i ich rodziny oraz zmniejszy koszty leczenia tych chorych w przyszłości. Natomiast paradoksalnie okazuje się, że kryteria NFZetu przygotowane są tak naprawdę dla pacjentów, nie chcę powiedzieć, że zdrowych, ale zdrowszych. I okazuje się, że w wymogach NFZetu, jeśli chodzi o oddziały rehabilitacji neurologicznej, nie ma wymogu posiadania np. respiratora. Co za tym idzie oddziały rehabilitacyjne nie są w stanie przyjąć pacjenta, który musi być wentylowany. W krajach europejskich takich jak Niemcy, Włochy, Szwajcaria, Holandia, czy Szwecja oddziały wyposażone są w taki sprzęt, po to, aby móc przyjąć pacjenta w ciężkim stanie i przywrócić jego sprawność fizyczną do najlepszej jaka jest możliwa.

**Czy w naszym kraju powinien powstać Narodowy Program Udaru Mózgu, który swoim działaniem mógłby objąć wszystkie obszary dotyczące udaru: profilaktykę, podnoszenie jakości usług medycznych i rehabilitacyjnych, a także wsparcie dla chorych i ich rodzin po wyjściu ze szpitala?**

Jestem przekonany, że taki program powinien powstać. Jako osoba, która pracuje 26 lat z pacjentami po udarze mózgu mogę powiedzieć, że jednym z głównych problemów jest niezrozumienie wielu środowisk co do tego problemu. I mam wrażenie, że Narodowy Program Udaru Mózgu zwiększyłby świadomość wielu środowisk i wrażliwość dotyczącą tego problemu.

Taki program pozwoliłby na zwiększenie wiedzy lekarzy, którzy na co dzień nie mają do czynienia z udarem mózgu. Kolejny aspekt to edukacja społeczna. Każdy w Polsce wie, że ból zamostkowy może być objawem zawału serca i jest to powód, żeby natychmiast zgłosić się do lekarza. Jednak mało z nas wie, jakie są objawy udaru mózgu i jak ważne jest, żeby pacjent jak najszybciej trafił do szpitala.

Najlepiej w ciągu pierwszych 6 godzin od wystąpienia objawów. Dzięki takiemu programowi mielibyśmy możliwość tworzenia pewnego lobbingu w imieniu naszych pacjentów, którzy niestety nie są dobrymi lobbystami swojego problemu. Często nie potrafią tego problemu wypowiedzieć, są nieestetyczni, nie potrafią chodzić. Celem programu byłoby stworzenie pewnych bardzo specyficznych procedur w opiece ostrej, rehabilitacyjnej, a także być może w opiece w ogóle, czyli stworzenie rehabilitacji środowiskowej. Przecież pacjenci po udarze mózgu wymagają tak naprawdę rehabilitacji środowiskowej, która nie może być utożsamiana z fizjoterapią i rehabilitacją domową. Chodzi o dostosowanie pacjenta do życia w jego środowisku. Być może celem takiego programu byłoby zainteresowanie problemem samorządów lokalnych. Tym bardziej, że jest to 200 tysięcy, a może pół miliona żyjących osób po udarze mózgu. To jest grupa chorych która ma duże ograniczenia w zakresie swojego środowiska zewnętrznego. W wielu krajach europejskich to właśnie samorząd czy gmina biorą na siebie ciężar wprowadzenia i odpowiedzialności za rehabilitację środowiskową pacjentów. I nie chodzi o odpowiedzialność za leczenie, ale za organizację np. wolontariatu. Chodzi głównie o pomoc, ale również o solidarność społeczną i pewne współdziałanie społeczne. Ponadto taki program mógłby spowodować lepszą wycenę procedur na oddziałach rehabilitacji neurologicznej. W oddziale z pacjentem pracują fizjoterapeuci, neuropsycholodzy, neurologopedzi, terapeuci zajęciowi. Kwota płacona przez NFZ jest niedoszacowana i w żaden sposób nie prowadzi do ekonomicznego zbilansowania. ☺

**dr hab. n.med Maciej Krawczyk**  
Prezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów  
Rozmawiał: **Adam Siger**  
Vice Prezes Fundacji Udaru Mózgu



ANKIETA DLA OSÓB  
**PO UDARZE MÓZGU**  
I ICH RODZIN I OPIEKUNÓW

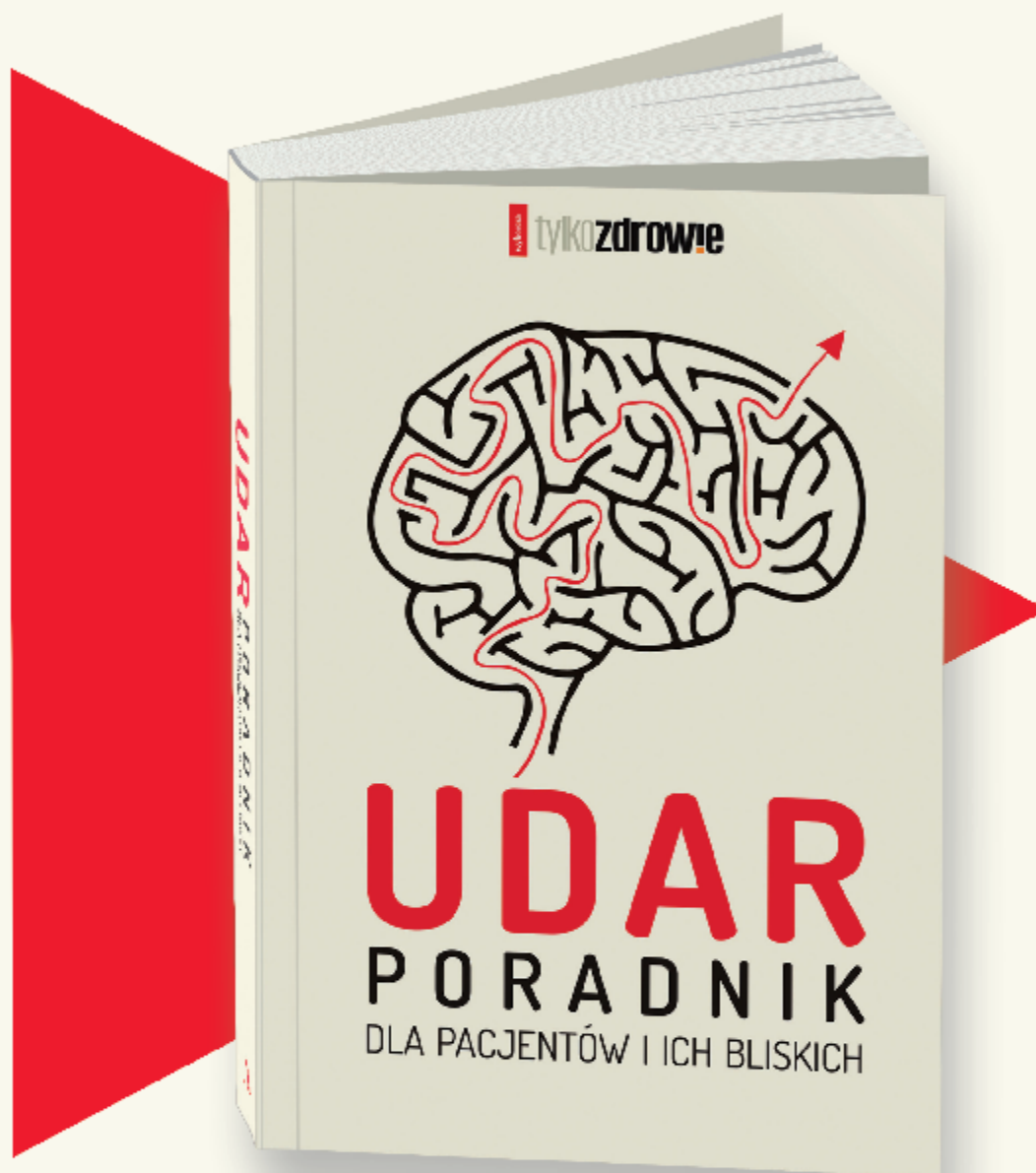
WYPEŁNIJ ANKIETĘ NA:

**[www.ankietaudarowa.pl](http://www.ankietaudarowa.pl)**

**Zmieńmy sytuację osób po udarze w Polsce!**



# PRZEWODNIK PO CHOROWANIU I ZDROWIENIU DLA PACJENTÓW I ICH BLISKICH



- ▶ Nowoczesne leczenie ▶ Porady ekspertów
- ▶ Domowa terapia ▶ Profilaktyka ▶ Dieta ▶ Historie pacjentów
- ▶ Co się należy chorym i ich opiekunom

**NIE DAJ SIĘ ZASKOCZYĆ CHOROBIĘ!**

KSIĄŻKA DO NABYCIA W SALONACH EMPIK, MATRAS, W SIECI MEDIA MARKT I SATURN, KSIĘGARNIACH ORAZ NA [kulturalnysklep.pl](http://kulturalnysklep.pl)  
W FORMIE E-BOOKA NA [publio.pl](http://publio.pl) INFORMACJE O NOWOŚCIACH: [FACEBOOK.COM/WYDAWNICTWOAGORA](https://www.facebook.com/wydawnictwoagora)

PARTNER



Boehringer  
Ingelheim

WYDAWCA

Wydawnictwo  
Agora



# UDAR MÓZGU - POWAŻNY PROBLEM WSZYSTKICH KRAJÓW EUROPY

O tym jak ważne są wspólne działania na rzecz osób po udarze mózgu w całej Europie, w rozmowie z Adamem Sigerem opowiada Jon Baric, prezydent Stroke Alliance for Europe

## Udar mózgu to coraz bardziej powszechne schorzenie w Europie. Jak wygląda w liczbach?

Szacuje się, że co roku ponad 650 000 Europejczyków doznaje udaru mózgu. Liczba ta może wydawać się duża, ale na tym nie koniec. Rzeczywistym problemem jest to, że ze względu na starzenie się populacji liczba chorych w nadchodzących latach wzrośnie. Szacuje się, że w roku 2035 już ponad 800 tys. osób zachoruje na udar mózgu.

## Dlaczego powstała taka organizacja jak Stroke Alliance for Europe i jakie są jej główne zadania?

Stroke Alliance for Europe (SAFE) jest europejską organizacją non-profit, która reprezentuje różnego rodzaju grupy wsparcia stworzone dla osób po udarze mózgu z całej Europy. SAFE

powstało w październiku 2004 roku w Brukseli. Naszym głównym celem jest zmniejszenie odsetka zachorowań na udar mózgu poprzez promowanie profilaktyki przeciw udarowej w ramach działalności edukacyjnej oraz współpracy w ramach polityki prozdrowotnej UE.

SAFE aktywnie wspiera rozwój organizacji działających na rzecz osób po udarze mózgu. Promujemy kampanie, których celem jest identyfikacja objawów udaru mózgu, dzięki czemu ludzie mogą rozpoznawać udar gdy nastąpi i natychmiast wezwać pomoc.

Poszerzamy publiczny zasięg wiedzy na temat udaru, zwiększając tym samym priorytet tej choroby wśród rządzących. Ściśle współpracujemy ze specjalistami zajmującymi się udarem mózgu, firmami produkującymi leki

Nasze zaangażowanie w badania naukowe pozwala na bieżąco śledzić naj-

nowsze odkrycia badawcze i obiecujące terapie oraz zapewnić, że ta potencjalna wiedza dotrze do pacjentów i pracowników służby zdrowia w całej Europie. Współpracujemy z naukowcami i klinicystami prowadzącymi badania w celu zapewnienia pacjentom jak najlepszych warunków do powrotu do zdrowia na wszystkich etapach leczenia.

## Dlaczego tak ważna jest współpraca między organizacjami udarowymi z różnych europejskich krajów?

W każdym europejskim kraju osoby po udarze mózgu muszą zbyt długo czekać na wstępną ocenę potrzeb rehabilitacyjnych i rozpoczęcie terapii. Ogólnie rzecz ujmując, ich rehabilitacja nie jest wystarczająco intensywna, zbyt krótka i często nie uwzględnia aktualnych problemów, takich jak choćby depresja. W niewielu krajach



oceniane są wyniki rehabilitacji. W dłuższej perspektywie wsparcie często nie istnieje. Ważne jest, aby organizacje udarowe z całej UE współpracowały i dzieliły się swoją wiedzą tak, abyśmy mieli ujednoliconą opiekę udarową w całej Europie. Organizacjami wspierającymi osoby po udarze (ang. Stroke support organizations - SSO) są zazwyczaj organizacje pozarządowe, opierające się głównie na pracy wolontariuszy, które zapewniają praktyczną, emocjonalną i rzeczową pomoc osobom po udarze mózgu i ich rodzinom. Ich zakres działania obejmuje czasami również pomoc dla osób z innymi chorobami mózgu oraz chorobami sercowo-naczyniowymi. Większość państw członkowskich UE posiada organizacje wspierające osoby po udarze, które są członkami SAFE. Nawet w tak małym kraju jak Wyspy

**Ważne jest, aby organizacje udarowe z całej UE współpracowały i dzieliły się swoją wiedzą tak, abyśmy mieli ujednoliconą opiekę udarową w całej Europie.**

Owcze działa organizacja wspierająca chorych po udarze. Są jednak kraje gdzie takich organizacji nie ma, co za tym idzie pacjenci nie mogą liczyć na wsparcie. Są to min.: Litwa, Malta, Rumunia czy Słowacja.

Osoby, które przeżyły udar mózgu i ich rodziny mogą korzystać z pomocy grup wsparcia, w zakresie poprawy

samopoczucia, zmniejszenia izolacji społecznej i poprawy praktycznych

**Większość państw członkowskich posiada organizacje wspierające osoby po udarze, które są członkami SAFE.**

umiejętności. Niektóre organizacje wolontariackie oferują chorym kontynuowanie rehabilitacji, pomoc logopedyczną oraz neuropsychologiczną.

**Czy w najbliższym czasie możliwe jest opracowanie europejskich standardów leczenia pacjentów z udarem?**

Wierzę, że tak. Wraz z Europejską Organizacją Udarową (ESO) jesteśmy w trakcie przygotowywania procedur i opracowywania Planu Działania Udarowego dla Europy (Stroke Action Plan for Europe), który zastąpi deklarację Helsińską. Wszyscy wspólnie pracujemy, aby zaproponować najlepszy model leczenia i rehabilitacji, który będzie optymalny dla większości pacjentów. Wspólnie zastanawiamy się również, jak wdrożyć go w większości krajów UE. Wszystko jest możliwe.

**Czym jest i co zawiera przygotowany przez SAFE Burden of Stroke Raport?**

Burden of Stroke Report jest krokiem w kierunku rozwoju lepszego leczenia udaru mózgu i opieki nad pacjentami po udarze w całej Europie. Niniejszy

raport, przygotowany przez King's College London na zlecenie Stroke Association w Wielkiej Brytanii w imieniu SAFE obrazuje system interwencji, zorganizowanej opieki oraz procedury funkcjonujące w różnych krajach UE. Istotną kwestią są różnice i wnioski, jakie możemy z nich wyciągnąć.

Kilka czynników wskazuje na potrzebę aktualizacji Burden of Stroke. W czasie pisania oryginalnej deklaracji Helsińskiej w 2007 r. nie było aktualnej, kompleksowej oceny częstości występowania, śmiertelności lub niepełnosprawności wynikającej z udaru mózgu dostarczonych dotychczas przez wiele krajów UE. Poza tym, od czasu pierwszego raportu, nastąpiły istotne zmiany i postępy naukowe w zapobieganiu udarowi i leczeniu go.

Bez wątpienia potrzebujemy nowego spojrzenia na kulturę i infrastrukturę opieki zdrowotnej związanej z udarem mózgu. Każde z państw UE i kilka państw spoza UE reprezentowanych w ramach SAFE powinno mieć możliwość oceny ale i porównania swojej polityki zdrowotnej ze standardami innych krajów.

Wyniki badań w tym raporcie doprowadziły SAFE do stworzenia szeregu punktów działania dla urzędników ds. Zdrowia UE, krajowych przedstawicieli służby zdrowia oraz organizacji wspierających. Pełny raport jest dostępny do pobrania na naszej stronie internetowej [www.strokeeurope.eu](http://www.strokeeurope.eu). ©

**Od 2008 roku polskim członkiem Stroke Alliance for Europe jest Fundacja Udaru Mózgu.**

# TO JUŻ SIĘ KIEDYŚ ZDARZYŁO, PRAWDA?

Przeżył to prawie każdy – nieodparte uczucie, że już kiedyś dana sytuacja miała miejsce, choć jednocześnie rozsądek podpowiadał „bzdura!”. To déjà vu. Czym właściwie jest?

Naukowcy, neurolodzy i psychologowie od ponad stu lat pochylają się nad zjawiskiem déjà vu (Freud pisał o nim już w 1907 r.), jednak wciąż jest na jego temat dużo więcej hipotez i przypuszczeń niż twardych, naukowych danych. To jedno to z tych zjawisk, przy których nie umiemy odkryć, w jaki sposób mózg płata nam takie figle.

## Czym jest déjà vu?

Światowi badacze stosują wiele różnych definicji, jednak co do kilku punktów są zgodni. Déjà vu pojawia się nagle i trwa krótką chwilę. Właśnie wtedy mamy wrażenie, że przeżywamy ten moment powtórnie – już kiedyś on się zdarzył, już widzieliśmy to miejsce, odbyliśmy tę rozmowę. Jednocześnie jednak wiemy, że to nieprawda i dziwnego uczucia nie umiemy sobie racjonalnie wytłumaczyć. Dlatego też często łączy się to z niepokojem, nawet niewielkim strachem. Nazwa tego zjawiska, zwrot déjà vu, pochodzi z języka francuskiego i oznacza już widziane. Według różnych danych déjà vu odczuło choć raz w życiu od 30 do nawet 96% ludzi (tak duża rozbieżność wynika właśnie z mnogości definicji). Dotyczy ono w równym stopniu kobiet, co mężczyzn; nieco częściej spotykane jest u osób młodych niż w podeszłym

wieku, choć i z tym nie wszyscy naukowcy się zgadzają. Hipotez, jak déjà vu powstaje, jest naprawdę wiele.

## Zaburzenie psychiczne czy zjawisko paranormalne?

Spora grupa badaczy łączy déjà vu z chorobami – zarówno umysłowymi, jak i fizycznymi. Najczęściej z epilepsją, stanami lękowymi i schizofrenią. Część badań wskazuje, że zjawisko wzmacnia się przy dużym zmęczeniu lub przy utrzymującym się wysokim poziomie stresu. Przez lata popularna była również teoria, że déjà vu powstaje, kiedy jedno oko z opóźnieniem otrzymuje bodźce (jednak, kiedy odkryto, że doświadczają go także niewidomi, hipoteza upadła). Aby rozwiązać zagadkę pochodzenia déjà vu, naukowcy stymulowali różne części mózgu. Niektóre eksperymenty wskazywały, że odpowiedzialny może być płat czołowy. Inne, że płat skroniowy. Kolejne, badające osoby po udarach, sugerowały, że mechanizm odpowiadający za to zjawisko, znajduje się w niedominującej półkuli mózgu – prawej u praworęcznych i lewej u leworęcznych. Inni naukowcy wskazują na większy związek z pamięcią stymulowaną przez przedmioty lub osoby podobne do tych, które już znamy. Ale jednocześnie, w tym

samym czasie, kiedy jedni badacze publikują te różnorodne teorie, inni je obalają – nikomu do tej pory nie udało się przedstawić twardych dowodów i udowodnić, skąd się bierze déjà vu.

Tu pojawia się miejsce dla mniej naukowych hipotez. Dość często słyszy się opinie, że déjà vu to zjawisko paranormalne i magiczne lub wspomnienie z poprzedniego życia.

Niejednokrotnie korzystali z tego artyści. Aby nadać fabule tajemniczości, sprawić, aby sytuacja była bardziej zagadkowa po déjà vu sięgali między innymi tacy pisarze jak Lew Tołstoj (w „Dzieciństwie” oraz w „Wojnie i pokoju”), Karol Dickens (w „Davidzie Copperfieldzie”) czy Joseph Heller (w „Paragrafie 22”).

## Ale przecież mamy XXI wiek!

Jak to możliwe, że w czasie, gdy szykujemy się do lotu na Marsa, pracujemy nad sztuczną inteligencją czy klonujemy żywe organizmy, nie jesteśmy w stanie w pełni wyjaśnić zjawiska, które badane jest od dziesięcioleci? Czyżby mózg i zachodzące w nim procesy były bardziej skomplikowane i tajemnicze niż odkrywanie kosmosu? Najwyraźniej, na tę chwilę, wciąż tak. ©



## FILM

# ŻARTOWAĆ NIE ZNACZY WYŚMIEWAĆ

**P**rzekonyują o tym twórcy filmu „Nietykalni”, serwując widzom niezapomniany spektakl w wykonaniu wyśmienitych aktorów. To historia sparaliżowanego po wypadku Philippe'a (Francois Cluzet) i jego opiekuna Drissa (Omar Sy). Ich losy łączą się, gdy Driss trafia na rozmowę kwalifikacyjną jako kandydat na opiekuna Philippe. Czarnoskóry, młody człowiek po wyjściu z więzienia zobowiązany jest do podjęcia pracy lub chociaż stanięcia do rekrutacji. Przychodzi, by dostać podpis potwierdzający stawiennictwo. Okazuje się jednak, że zostanie na dłużej.

Driss początkowo wydaje się być osobą lekkomyślną i pozbawioną empatii. Zapomina o przypadłościach swego podopiecznego, śmieje się z niego i odmawia wykonywania niektórych czynności higienicznych, z radością jednak korzystając z wygod życia w majątku. Z czasem okazuje się, że jego postawa jest dla Philippe zbawienną. To dzięki przebojowości chłopaka i temu, że traktuje swojego pacjenta z pewną dozą dystansu, chory przeżywa to, na co dotychczas był zamknięty. Bariery fizyczne przestają być murem nie do przeskoczenia, kiedy ma się przy boku dziarskiego, młodego opiekuna.

Z początku chłodna relacja z czasem przerasta się w przyjaźń. Bohaterowie poprzez splot różnych wypadków wpływają na swoje losy, wzajemnie ucząc się istotnych życiowych lekcji. Wszystko w konwencji żartu, okraszone niekiedy rubasznym humorem i wartką akcją. Temat trudny, realizacja wyśmienita.



## KSIAŻKA

**JILL BOLTE TAYLOR**

# UDAR I PRZEBUDZENIE. MOJA PODRÓŻ W GŁĄB MÓZGU

**R**anikiem 10 grudnia 1996 roku Jill Bolte Taylor, 37-letnia specjalistka od anatomii mózgu, absolwentka Harvardu, przeżyła rozległy wylew krwi do lewej półkuli mózgu. W niespełna 4 godziny utraciła pamięć, zdolność chodzenia, mówienia, czytania i pisania. Dzięki ogromnej wiedzy, była jednak w stanie nie tylko obserwować, lecz również analizować zmiany zachodzące we własnym mózgu.

Będąc specjalistką z imponującą wiedzą, autorka bardzo wnikliwie opisuje nie tylko anatomię, lecz również mechanizm pracy ludzkiego mózgu i drogę prowadzącą od choroby do zdrowia. Dzięki temu osoby, które chcą pomóc swoim bliskim po wylewie, znajdują potrzebne wskazówki i odpowiedzi na nurtujące pytania.

Powrót do pełni zdrowia trwał 8 lat. W tym czasie Jill patrzyła na otaczający ją świat z perspektywy kreowanej przez sprawną prawą półkulę mózgu, co całkowicie zmieniło jej postrzeganie rzeczywistości. „Moja świadomość nabrała przekonania o harmonii ze wszechświatem (...). Zrozumiałam, co to znaczy, że ktoś jest zdolny do mistycznych doświadczeń – i że ma to związek z anatomią mózgu.”

Autorka opisuje swój stan emocjonalny po wylewie, porównuje go do nirwany, buddyjskiej wolności od cierpienia. Na skutek tymczasowego „wyłączenia” lewej, racjonalnej części mózgu, Jill żyła w świecie pozytywnych emocji generowanych przez prawą półkulę. Autorka odkryła, jak dużo w życiu zależy od nas samych i jak niewiele brakuje nam do szczęścia.

„Powrót do zdrowia był decyzją, którą musiałam podejmować milion razy dziennie. Czy chcę wysilić się i spróbować? Czy jestem skłonna chwilowo porzucić ekstatyczną błogość, postarać się zrozumieć świat zewnętrzny i ponownie nawiązać z nim łączność?”

Książka dostępna m. in. na [www.galaktyka.com.pl](http://www.galaktyka.com.pl)



pierwsza w Polsce aplikacja udarowa!

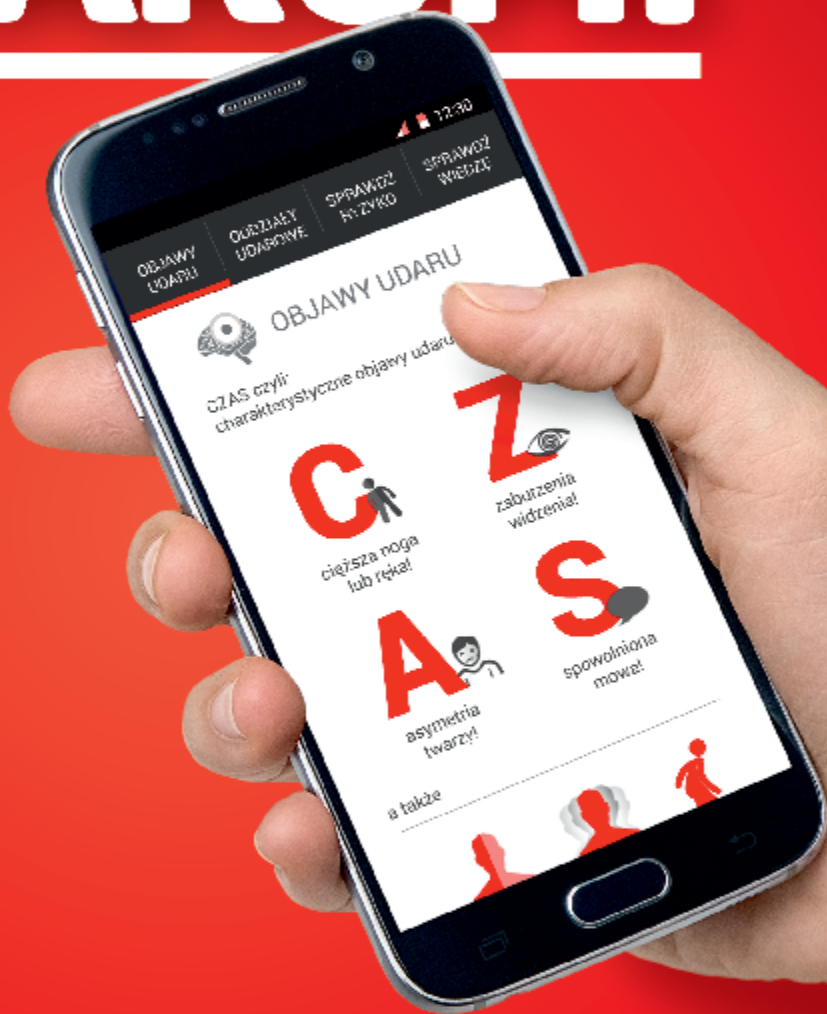
# STOP UDAROM!



pobierz  
bezpłatną  
aplikację



pobierz  
bezpłatną  
aplikację



**OBJAWY  
UDARU**



**ODDZIAŁY  
UDAROWE**



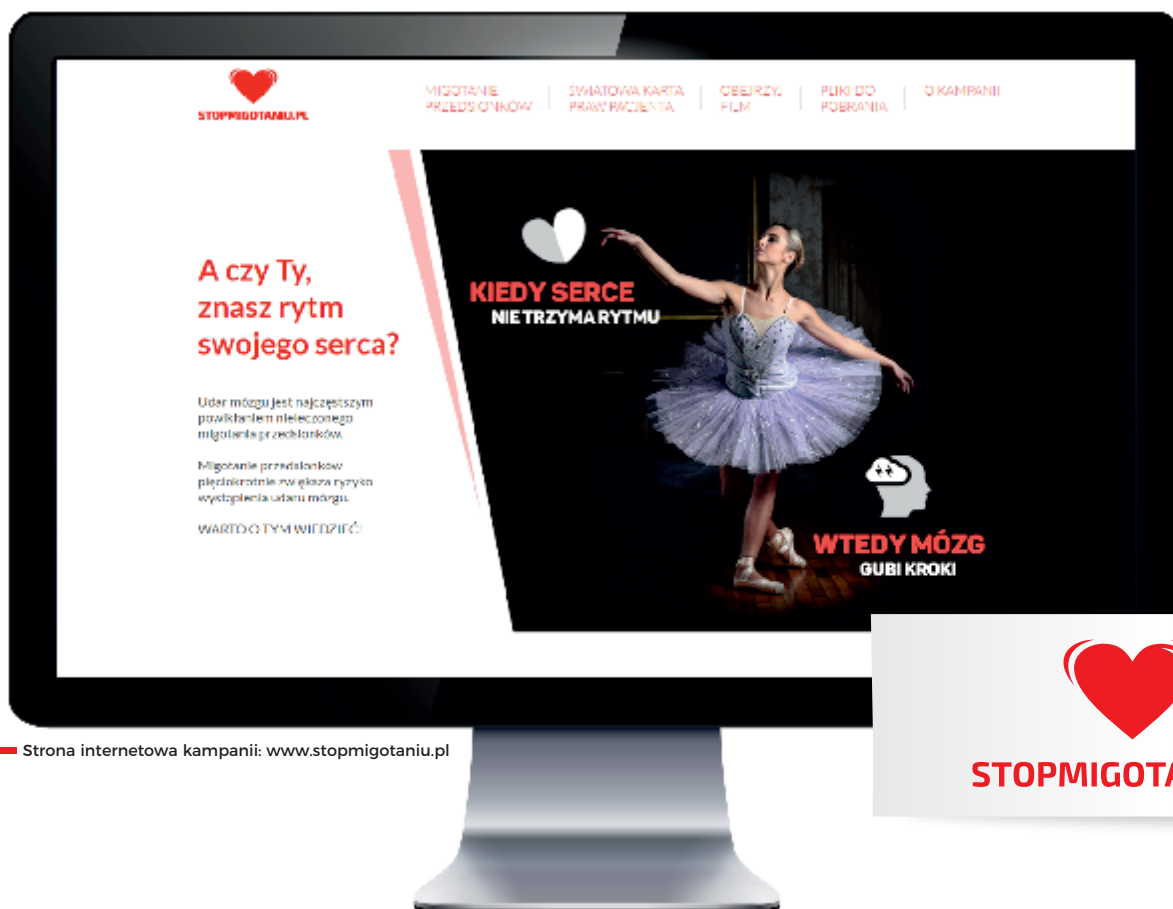
**OCENA  
RYZYKA  
UDARU**



**TEST  
WIEDZY  
O UDARZE**

ABY POBRAĆ APLIKACJĘ STOP UDAROM  
WEJDŹ NA [WWW.FUM.INFO.PL](http://WWW.FUM.INFO.PL), LUB SKORZYSTAJ Z **QR KODU!**





# STOP MIGOTANIU

Udar mózgu jest najczęstszym powikłaniem nieleczzonego migotania przedsionków.

Migotanie przedsionków pięciokrotnie zwiększa ryzyko wystąpienia udaru mózgu.

## WARTO O TYM WIEDZIEĆ!

Wiedzę tę propaguje kampania STOP MIGOTANIU. W ramach akcji Fundacja Udaru Mózgu stworzyła szereg materiałów informacyjnych w tym portal: [www.stopmigotaniu.pl](http://www.stopmigotaniu.pl), który polecamy wszystkim zainteresowanym.

Na odwrocie czytanej przez Ciebie strony znajduje się zaś fragment broszury informacyjnej dla pacjentów, będący punktem wyjścia do rozmowy o migotaniu przedsionków z lekarzem. Zachęcamy do wycięcia tej stron, wypełnienia ankiety ryzyka i przedyskutowania problemu z lekarzem.



Plakaty informacyjne kampanii Stop Migotaniu

KILKA SŁÓW  
O MIGOTANIU  
PRZEDSIONKÓW  
(MP)

1



## CO TO JEST MIGOTANIE PRZEDSIONKÓW?

Migotanie przedsionków (MP) jest rodzajem zaburzenia rytmu serca

- W trakcie migotania przedsionków serce nie bije regularnie i we właściwym rytmie. Może kołatać i nie kurczy się prawidłowo.
- Kiedy serce nie bije mocno i regularnie, może zmniejszać się ilość krwi wypompowywanej z serca.

To może powodować kolejne problemy wymagające leczenia, na przykład:

**ZAKRZEPY KRWI  
LUB UDAR**

**PRZECIĄŻENIE  
SERCA**

**OBJAWY, KTÓRE  
NALEŻY LECZYĆ**



### ZAKRZEPY KRWI I UDAR MÓZGU

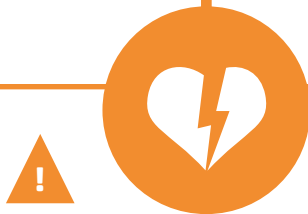
*W jaki sposób MP prowadzi  
do zakrzepów krwi?*

- Kiedy serce nie pompuje prawidłowo, zalega w nim krew, która może tworzyć zakrzepy.
- Zakrzepy mogą się odrywać i przedostawać wraz z wypompowywaną krwią aż do mózgu.
- W mózgu skrzeplina może utknąć w naczyniu krwionośnym i spowodować udar.

**DZIAŁAJ!**



ZAPYTAJ lekarza  
o ryzyko udaru  
w twoim przypadku.



### PRZECIĄŻENIE SERCA

*W jaki sposób MP prowadzi  
do niewydolności serca?*

- Serce pracujące niemiernie nie pompuje dostatecznej ilości krwi.
- Kiedy organizm nie otrzymuje wystarczającej ilości tlenu, serce musi pracować bardziej intensywnie, aby wyrównać te braki. Po pewnym czasie może to prowadzić do niewydolności serca.
- Brak tlenu w mózgu może prowadzić do otępienia i innych problemów.

**DZIAŁAJ!**



PAMIĘTAJ, że MP  
stwarza zagrożenie  
dla twojego serca.



### CZY MASZ OBJAWY MP

*Zaznacz wszystkie opcje,  
które Cię dotyczą.*

- ☐ Uczucie kołatania lub łomotania w sercu lub naczyniach krwionośnych
- ☐ Przyspieszone lub galopujące bicie serca
- ☐ Zmęczenie lub brak energii
- ☐ Dusznność
- ☐ Zawroty głowy
- ☐ Trudności w ćwiczeniach fizycznych

**DZIAŁAJ!**



POWIEDZ lekarzowi  
o swoich objawach.



WYPEŁNIJ, ODETNIJ, POKAŻ SWOJEMU LEKARZOWI

WYPEŁNIJ, ODETNIJ, POKAŻ SWOJEMU LEKARZOWI

WYPEŁNIJ, ODETNIJ, POKAŻ SWOJEMU LEKARZOWI



# PRZEŁOM W REHABILITACJI RĘKI SPASTYCZNEJ



## Orteza SaeboFlex

Pierwsza orteza dynamiczna umożliwiająca funkcję chwytania ręką spastyczną.



## Orteza SaeboGlove

Unikalna orteza dynamiczna przywracająca precyzję chwytu i funkcjonalność ręki w czynnościach codziennych.



## Orteza SaeboStretch

Unikalna orteza profilaktyczna dla ręki spastycznej, która wspiera efekty fizjoterapii i pomaga minimalizować zagrożenia patologicznych następstw spastyczności.

✓ **Zapraszamy**



**KONSULTACJE**



**WYPOŻYCZANIE**



**SPRZEDAŻ ORTEZ**



# EMOCJONALNY UDAR

---

Bezradność, dezorientacja, niemoc, zagubienie i strach to emocje towarzyszące zarówno chorym po udarze mózgu jak i opiekującym się nimi bliskim osobom. To naturalna reakcja, często jednak nierozumiana i nieakceptowana. Warto zrozumieć towarzyszące chorobie emocje, by lepiej sobie z nimi radzić.



## Opiekun w rozterce

„Kiedy mama doznała udaru na początku przyszedł ogromny strach. Bałam się głównie o jej życie – opowiada 37 – letnia Monika, opiekująca się niepełnosprawną z powodu udaru 69 – letnią mamą. – Gdy lekarze powiedzieli, że stan jest stabilny, dotarło do mnie co udar zrobił z niezależną i zaradną do tej pory kobietą. Mama nie chodziła, nie umiała się ubrać czy samodzielnie zjeść, zdania tworzyła z trudem i niechętnie, była inną osobą. Wtedy zrozumiałam, że życie będzie wyglądało inaczej, do strachu dołączyły dezorientacja i bezradność. Uczyłam się żyć z mamą od nowa. To była jedna z trudniejszych lekcji w moim życiu”.

Emocje, które opisuje pani Monika są zrozumiałe i całkiem naturalne. Wielu opiekunów osób po udarze wyrzuca sobie, że nie powinno utrudniać jeszcze sytuacji własnymi rozterkami. Emocji jednak nie da się uniknąć ani przed nimi uciec. Stanowią naturalną reakcję organizmu, a tłumione czy lekceważone mogą doprowadzić do poważnych kłopotów, m.in. depresji. Mając to na uwadze, dobrze dopuścić emocje do głosu.

To niezwykle istotne, by podzielić się lękiem z innymi: partnerem, rodziną czy przyjacielem. Często w głowie tworzymy najczarniejsze scenariusze. Osoba trzecia spojrzy na sytuację trzeźwym okiem i zaproponuje konkretne rozwiązania. Ważne także, by nie trzymać w sobie złości. To sprawi, że będziemy zniecierpliwieni i opryskliwi. Wyrzucmy te emocje pracując lub ćwicząc fizycznie.

Ludzie radzą sobie z emocjami na różne sposoby. Jedni potrzebują ciszy, inni rozmowy z przyjacielem, jeszcze inni odreagowują podczas wysiłku fizycznego. Każda metoda jest dobra, ważne by do chorego wrócić z czystą i spokojną głową. To jest mu potrzebne. Tym bardziej, że w nim także kipią emocje.

## Chory umysł

Mózg chorego po udarze, jak każdy zraniony narząd, potrzebuje czasu na regenerację. Dotyczy to nie tylko dysfunkcji fizycznych, które obserwujemy (niedowłady, paraliż, itd.), ale także sfery psychicznej.

„Po udarze przerażała mnie niesprawność fizyczna, bałam się, że tak już zostanie – mówi pan Jacek, doznał udaru w wieku 47 lat – kiedy to się zaczęło poprawiać, najgorsza była głowa. Sam nie mogłem ze sobą wytrzymać. Wszystko mnie drażniło, nieważne czy ludzie dookoła chcieli pomóc, czy czegoś wymagali.”

Osoby po udarze przede wszystkim są zdezorientowane

i bezsilne. Ważne jest poszanowanie przestrzeni osobistej. Chory może odczuwać skrępowanie i wstyd podczas wszelkich czynności pielęgnacyjnych a także niepokój. Można mówić przed wykonywaną czynnością co będzie się robiło (np. uniosę biodra w celu poprawy pampersa). Warto obserwować reakcje emocjonalne w postaci grymasu na twarzy, zmarszczenia brwi, uniesienia kącika ust, czy też uśmiechu lub zamykania oczu. Reakcje emocjonalne są ogromnym ułatwieniem komunikacji chorego z otoczeniem. Uwaga bliskich powoduje także zachęcanie do wyrażania ich. Czasami pojawiają się reakcje zbyt silne do tego co się dzieje. Może to być sygnał strachu, lęku, przerażenia a także odczuwanego bólu. Zrozumienie ułatwi obserwacja oraz podejmowanie różnorodnych prób w celu zweryfikowania własnego pomysłu. Ważna jest współpraca z chorym, a nie uznanie, że zdrowe osoby wiedzą wszystko najlepiej.

Najczęstszym emocjonalnym następstwem udarów są zachowania z kręgu afektywnego. Rozumiane jest przez to, że chory odmawia wykonywania poleceń nie dlatego, że nie potrafi tego zrobić, tylko dlatego, że odczuwa niechęć. Pacjent jest smutny, mało się uśmiecha, jest mało zainteresowany otoczeniem. Nie dopytuje bliskich, nie nawiązuje kontaktu, wydaje się być obojętny na obecność innych (chęć do izolowania się od otoczenia).

Wielu chorych jest przerażonych i załamanych zmienioną sytuacją życiową. Oprócz smutku, niechęci i apatii może występować drażliwość, niepokój a także trudności poznawcze w postaci obniżonej koncentracji uwagi, czy problemów z pamięcią.

Labilność emocjonalna u chorych polega na problemach w kontrolowaniu emocji. Pacjenci mogą przechodzić od płaczu do śmiechu w krótkim czasie. Powodem doświadczanych stanów jest uszkodzenie mózgu (na skutek przebytego udaru). Chwiejność może przybierać także postać niekontrolowanego płaczu. Chory bez wyraźnego powodu zaczyna płakać i nie może przestać. Nierzadko zmianom emocjonalnym towarzyszą zmiany w osobowości chorego. Bliscy mówią, że chory „nigdy wcześniej się tak nie zachowywał”.

Pojawiające się kłopoty są wynikiem poważnej choroby, należy zawsze o tym pamiętać i przede wszystkim podchodzić do chorego ze spokojem. Najlepsze co możemy dla niego zrobić, to zapewnić mu opiekę i stworzyć atmosferę do skutecznej rehabilitacji. ©





# TERAPIA ZAJĘ- CIOWA

## CZYLI JAK FUNKCJONOWAĆ PO UDARZE MÓZGU

**„Nie mogłem zapiąć guzików w koszuli, wystukać numeru na telefonie, zawiązać butów czy zrobić sobie kanapki – o swoich zmaganiach po udarze mózgu opowiada pan Konrad, lat 63 – Na początku nie miałem przekonania do zajęć. Pacjenci mówili o tym „zerówka”. Ale to właśnie na terapii zajęciowej nauczyłem się od nowa funkcjonować.”**

Powszechnie terapia zajęciowa kojarzona jest z lekcjami plastyki, czyli np. malowaniem, lepieniem z plasteliny, układaniem puzzli czy klocków. To rzeczywiście niektóre formy pracy wykorzystywane przez terapeutów. Warto jednak wiedzieć, że praca z nimi jest środkiem do osiągnięcia pewnych celów, nie zaś celem samym w sobie. Podstawowym zadaniem tej formy rehabilitacji neurologicznej, jest wrócenie pacjentom możliwości sprawnego funkcjonowania w codziennych sytuacjach życiowych.

„Wieloletnie doświadczenie w pracy z pacjentami po udarze, sprawiło, że moim zawodowym wyzwaniem stało się zmienianie świadomości, na temat tego czym jest terapia zajęciowa w neurologii i na czym polega. – wyjaśnia terapeuta zajęciowy ośrodka „Terapia Neurologiczna Samodzielni” – Mało kto wie, że celem naszej pracy jest poprawa lub wypracowanie czynności takich jak: pielęgnacja ciała i higiena osobista, ubieranie się i zdejmowanie odzieży, przyjmowanie posiłków, zdolność do przemieszczania się, orientacja przestrzenna, zdolność do nawiązywania kontaktów i porozumiewania się.”

Usprawnianie zaczyna się od oddziału szpitalnego neurologii lub rehabilitacji neurologicznej. Tam wypracowuje się, jeśli to możliwe, czynności higieniczne, samoobsługowe, związane z przygotowywaniem posiłków. Dobrze, by terapeuta przed wypisem chorego ze szpitala, mógł udać się do jego domu lub chociaż skonsultować z opiekunami usunięcie potencjalnych utrudnień codziennego funkcjonowania.

W dalszej kolejności, kiedy pacjent przychodzi na terapię z domu, wypracowuje się umiejętności związane z prowadzeniem gospodarstwa domowego – robienie zakupów, planowanie wydatków, komunikacja z otoczeniem czy korzystanie ze środków transportu publicznego. Po wykorzystaniu rehabilitacji ambulatoryjnej choremu





## CELE TERAPII ZAJĘCIOWEJ

Terapia powinna opierać się na:

### DBANIU O SIEBIE

(podstawowe czynności codzienne)

### WYPRACOWANIU ALTERNATYWNEJ

#### FORMY KOMUNIKACJI

(porozumiewanie się)

### ŻYCIU DOMOWYM

(zakupy, zaspokajanie podstawowych potrzeb życiowych, prace domowe)

### ŻYCIU SPOŁECZNYM

(włączenie się w życie towarzyskie, aktywność w społeczności lokalnej)

przysługuje jeszcze do 80 zabiegów rehabilitacji domowej. Niestety pomoc ta nie uwzględnia terapii zajęciowej. A to czas, w którym należy utrwalać to co udało się wypracować dotychczas.

Najtrudniejszy czas dla pacjenta i jego opiekunów zaczyna się jednak, gdy kończy się czas pomocy przysługującej w ramach NFZ. W miarę możliwości, chory powinien zaplanować powrót do pracy lub przebranżowienie. Praca nad codziennym funkcjonowaniem nadal pozostaje kluczowa.

„Razem z pacjentem i jego opiekunami ustalamy realne cele, które poprawią jakość życia chorego na różnych etapach jego choroby – dodaje terapeuta – celem nadrzędnym jest poprawa jakości życia pacjenta. Włączenie go do środowiska domowego i społecznego. Dlatego cały proces terapeutyczny planuję indywidualnie w zależności od osobowości, możliwości i potrzeb pacjenta.”

W momencie wystąpienia udaru mózgu, wszystkie do tej pory błahe sprawy urastają do najwyższej rangi zarówno dla chorego jak i dla jego rodziny. Chory z osoby samodzielnie funkcjonującej nagle staje się zależny od pomocy innych, bo sam nie jest w stanie nic zrobić. Odpowiedzią na te problemy poza fizjoterapią, pracą neurologopedyczną i neuropsychologią, jest właśnie terapia zajęciowa.

Optymalna jakość życia po udarze mózgu to nie tylko samodzielność w zakresie czynności codziennych, ale powrót do funkcjonowania w środowisku domowym i społecznym. Terapeuta zajęciowy w Polsce to wciąż niedoceniany specjalista w zakresie przywracania czynności codziennych u pacjentów po udarze mózgu. Terapia zajęciowa to część oddziaływań terapeutycznych, dzięki którym pacjent na każdym etapie choroby ma możliwość podnoszenia jakości swojego życia. ©



**mgr Joanna Ostafowska**

Terapeuta zajęciowy,

Terapia Neurologiczna Samodzielni

# ćwiczenia

## Utwórz wyrazy z podanych liter

KCO .....	PZAU .....	OOKKS .....	RMKOKA .....
OOK .....	RBWE .....	FZASA .....	RIODWA .....
KMA .....	NWOI .....	SAIMK .....	ZYMKSA .....

## Znajdź słowo łączące podane wyrazy (słowo klucz)

• PTAKI	NUTY	DRZWI	WRÓŻBA .....
• FIZYKA	TKANINA	NASLADOWAĆ	DESEŃ .....
• KRAWIEC	BUTY	BOKS	UKŁUCIE .....
• PIASEK	FORTECA	KORONA	DRZWI .....
• KRTAŃ	ADAM	SZARLOTKA	CYDR .....



## Science For A Better Life

Wydanie pierwszego numeru Magazynu Udarowego „1na6”  
było możliwe dzięki pomocy firmy Bayer.

Firma nie ingerowała w treść merytoryczną magazynu.





- > Specjalizacja w pacjentach neurologicznych
- > Kompleksowy zakres terapii



terapia neurologiczna  
samodzielni

## Terapia neurologiczna samodzielni to ośrodek stworzony wyłącznie dla pacjentów neurologicznych.

Pomagamy zwiększać samodzielność w czynnościach  
dnia codziennego, życiu społecznym i zawodowym.



- > Uznany zespół specjalistów
- > Indywidualne podejście



- > Zaawansowane metody i technologia

Terapia neurologiczna samodzielni  
ul. Bitwy Warszawskiej 1920 r. 18  
02-366 Warszawa  
[www.samodzielni.com.pl](http://www.samodzielni.com.pl)  
22 658 14 64



# Jesteśmy.



**infolinia:**

**605647600**

czynna pon-pt: 9:00 - 18:00

Każdego roku **Fundacja Udaru Mózgu** niesie pomoc chorym po udarze mózgu, ich rodzinom i opiekunom.