

ANALIZA POZIOMU NIEZALEŻNOŚCI SENIORA PO UDARZE NIEDOKRWIENNYM MÓZGU

Analysis of senior independence after ischemic stroke

Agnieszka Pawluk

CL Krankenpflege GmbH, Bremerhaven, Niemcy

adres do korespondencji: agnieszkapawluk89@gmail.com

STRESZCZENIE

Wstęp. Urazy mózgu są jednymi z najczęstszych przyczyn zgonu i niepełnosprawności dotyczącej osób w podeszłym wieku. Upośledzenie funkcjonowania wynikające z choroby zaburza wszystkie sfery funkcjonowania człowieka powodując uzależnienie od osób trzecich. Najważniejszym działaniem podejmowanym w stosunku do starszego niepełnosprawnego pacjenta jest zdiagnozowanie poziomu jego sprawności, a także podjęcie aktywnych działań służących odzyskaniu przez niego możliwej sprawności. Ograniczenie możliwości wykonywania prostych i złożonych czynności dnia codziennego może znacząco negatywnie wpływać na samopoczucie starszego podopiecznego, opóźniać jego powrót do zdrowia i być przyczyną instytucjonalizacji.

Cel pracy. Analiza wpływu udaru niedokrwinnego mózgu na poziom niezależności osób powyżej 65. roku życia.

Materiał i metody. Badania polegały na analizie dokumentacji medycznej 168 pacjentów przebywających na oddziałach neurologicznych. Wśród nich przeważały kobiety (55,95%), większość stanowiły osoby podeszłe w przedziale wiekowym 76–85 lat (36,30%), pochodzący z miasta (55,35%), będący wdowcami/wdowami (41,97%). W analizach wykorzystano międzynarodowe skale Norton i Tinetti.

Wyniki. Najistotniejszym czynnikiem wpływającym na zachorowalność oraz przebieg udaru okazał się wiek seniora, a także obecność chorób współistniejących. Wśród nich przeważały: cukrzyca (81,82%) i nadciśnienie tętnicze (72,55%). U większości ankietowanych stwierdzono powikłania podstarze pod postacią afazji (76,78%), niedowładu połowicznego (67,26%), dysfagii (63,69%) oraz zaburzeń czynności pęcherza moczowego (60,11%). Badani w większości (87,65%) zakwalifikowani zostali do III kategorii opieki. Dlatego 49,27% z nich przekazano do dalszej rehabilitacji w poszpitalnych oddziałach rehabilitacji, 19,79% przekazano do ZOL-ów, a 18,56% zmarło. Większość ankietowanych uzyskała w skali Norton poniżej 14 pkt. (76,85%), a w skali Tinetti poniżej 19 pkt. (35,42%).

Wnioski. Przebieg udaru niedokrwinnego mózgu powoduje obniżenie, a nawet całkowite zniesienie możliwości samodzielnego funkcjonowania seniora. Wiek starszych pacjentów odgrywa największą rolę w poziomie niezależności chorego oraz jego funkcjonowaniu zaraz po przebytym udarze niedokrwinnym mózgu.

Słowa kluczowe: udar niedokrwenny, niepełnosprawność, osoby w podeszłym wieku.

SUMMARY

Background. Strokes are one of the most common causes of death and disability affecting the elderly. Impaired functioning resulting from the disease disturbs all spheres of human functioning causing dependence from the others. The most important action taken in relation to an elderly disabled patient is to diagnose his fitness level, as well as to take active measures to achieve the best possible level of physical activity. Restricting the ability to perform simple and complex daily activities can significantly adversely affect the well-being of an older mentee, delay his recovery and be the cause of institutionalization.

Objectives. Analysis of the impact of ischemic stroke on the level of independence of people over 65 years of age.

Material and methods. The study involved the analysis of medical records of 168 patients in neurological departments. Women predominated among them (55.95%), the majority were aged 76–85 (36.30%), coming from the city (55.35%), widowers/widows (41.97%). Norton and Tinetti international scales were used in the analyzes.

Results. The most important factor affecting the incidence and course of stroke was the age of the senior, as well as the presence of comorbidities. Diabetes (81.82%) and hypertension (72.55%) predominated among them. Post-stroke complications in the form of aphasia (76.78%), hemiparesis (67.26%), dysphagia (63.69%) and bladder dysfunction (60.11%) were found in most respondents. The majority of respondents (87.65%) were qualified to the third category of care. Therefore, 49.27% of them were transferred for further rehabilitation in hospital rehabilitation wards, 19.79% were transferred to ZOLs, and 18.56% died. Most respondents scored below 14 points on the Norton scale (76.85%), and on the Tinetti scale below 19 points (35.42%).

Conclusions. A history of ischemic stroke reduces or even abolishes the possibility of independent functioning of the senior. The age of older patients plays the greatest role in the patient's level of independence and functioning immediately after an ischemic stroke.

Key words: ischemic stroke, disability, elderly.

WSTĘP

Udar mózgu jest drugą na świecie najczęstszą przyczyną niepełnosprawności wtórnej oraz zgonu wśród chorych. W USA zapada na niego około 650 tys. osób rocznie, z czego połowa, po zakończeniu fazy leczenia szpitalnego, wraca do miejsca zamieszkania. Pozostali chorzy, z powodu swojej niesprawności, są przekazywani do różnego rodzaju ośrodków rehabilitacyjnych, opieki długoterminowej lub paliatywnej [1].

Szacuje się, że w Polsce na udar mózgu zapada około 175 mężczyzn i 125 kobiet na 100 tys. mieszkańców. Przy czym zachorowalność wzrasta wraz z wiekiem. Wśród polskich seniorów w przedziale wiekowym między 60. a 79. rokiem życia wynosi 13%, a powyżej 80. roku życia – 27%. W przypadku starszych chorych 87% wszystkich epizodów udarowych stanowią udary

niedokrwienne, 10% – krwotoki śródmózgowe, a 3% – podpa-jęczynówkowe.

Udar mózgu jest także jedną z głównych przyczyn zespołów otępiennych. WHO podaje, że problem ten dotyczy około 15 mln ludzi na świecie, a zapadalność i zachorowalność wzrasta wraz z wiekiem [2]. Najważniejszym czynnikiem zwiększającymi ryzyko zachorowalności na niedokrwenny udar mózgu jest nadciśnienie tętnicze, następnie cukrzyca, nikotynizm, hiperlipidemia oraz spożywanie nadmiernych ilości alkoholu. Pod uwagę należy wziąć takie czynniki, jak rasa, płeć oraz wiek, ponieważ bardziej narażone na zachorowanie są osoby rasy czarnej, płci męskiej i w wieku powyżej 65. roku życia [3]. Wielu badaczy dowodzi, że w konsekwencji udaru około 30% starszych osób zostaje dotkniętych niepełnosprawnością, 25% powraca do

prawidłowego funkcjonowania, a 15% wymaga pełnej i całodobowej specjalistycznej opieki w zapewnieniu podstawowych potrzeb. Najczęściej osoby te trafiają do ośrodków opieki instytucjonalnej. Pozostałe 15% umiera. Stan chorych najczęściej pogarsza się z powodu postępu udaru, obrzęku mózgu, wtórnego ukrwotoczenia ogniska niedokrwiennego lub z powodu pojawienia się kolejnego incydentu udarowego [4].

Człowiek w podeszłym wieku dotknięty udarem mózgu powinien liczyć się z nieodwracalnymi zmianami, jakie mogą mieć miejsce na skutek choroby. Najczęściej seniorzy stają się zależni od opieki innych osób. Jest to powszechny i szeroki problem dotyczący nie tylko samych pacjentów, ale także ich rodzin. Sytuacja ta może mieć wpływ na obniżenie nastroju chorego, jego wycofanie się z życia społecznego, a nawet pojawienie się agresji. Powrót do sprawności fizycznej wymaga ciężkiej pracy i dużego zaangażowania seniora i jego najbliższych [5]. Pomocna okazuje się w tej kwestii rehabilitacja, która powinna się rozpocząć w jak najkrótszym czasie od momentu wystąpienia niepokojących objawów, najlepiej już w pierwszej dobie. Ma ona na celu zapobiegnięcie powikłaniom schorzenia oraz jak najszybsze usprawnienie pacjenta [4].

CEL PRACY

Analiza wpływu udaru niedokrwiennego mózgu na poziom niezależności osób powyżej 65. roku życia.

MATERIAŁ I METODY

Badania polegały na przeprowadzeniu analizy dokumentacji 168 (100%) seniorów będących pacjentami Wojewódzkiego Centrum Szpitalnego Kotliny Jeleniogórskiej w Jeleniej Górze leczonych w oddziałach neurologicznych w latach 2017–2018, na co uzyskano zgodę Dyrekcji szpitala. Do analizy zebrano dane dotyczące: wieku, płci, miejsca zamieszkania oraz stanu cywilnego. Wykorzystano także dwie standaryzowane skale: Norton i Tinetti. Pierwsza z nich jest punktowym narzędziem służącym do oceny ryzyka rozwoju odleżyn, które zostało stworzone przez pielęgniarkę geriatryczną Doreen Norton. Ocenia się w nim w punktach (od 1 do 4) stan fizyczny chorego, jego świadomości, aktywność, możliwość samodzielnej zmiany pozycji oraz czynności zwieraczy odbytu i cewki moczowej. Badany może uzyskać maksymalnie 20 pkt. Zdobyć 14 pkt. świadczy o zwiększonym ryzyku odleżyn. Kiedy badany uzyska poniżej 14 pkt., ryzyko to rośnie [6]. Z kolei skala Tinetti służy ocenie równowagi i chodu pacjenta. Badany może w niej uzyskać maksimum 28 pkt., 16 pkt. w części poświęconej równowadze, a 12 – w oceniającej chód. Chory, który otrzyma powyżej 24 pkt., uznawany jest za osobę, której grozi upadek. Wynik w przedziale 19–24 pkt. oznacza średnie, a poniżej 19 pkt. – wysokie ryzyko upadku.

WYNIKI

W badaniach przeważały kobiety (55,95%), większość ankietowanych pochodziła z miasta (55,35%). Największą grupę stanowiły osoby w przedziale wiekowym 76–85 lat (36,30%), następnie według kolejności: 65–75 lat (35, 90), 86–95 lat (24, 40) oraz powyżej 95. r.ż. (5, 95%).

Badania potwierdziły, że płeć i miejsce zamieszkania nie odgrywają znaczącej roli w wystąpieniu incydentu niedokrwiennego. Najważniejszym czynnikiem wpływającym na zachorowalność, a także na przebieg udaru okazał się wiek seniora. Największą grupę badanych stanowili chorzy w wieku 76–85 lat (36,30%). Równie ważna okazała się obecność chorób współistniejących. Największa grupa – 81,82% osób w podeszłym wieku – chorowała na insulinozależną cukrzycę, a 72,55% miało zdiagnozowane nadciśnienie tętnicze. Jedynie 9,13% badanych nie miało zdiagnozowanych żadnych chorób współistniejących. Analizy wykazały także, że u większości seniorów stwierdzono typowe powikłania poudarowe, co wpłynęło na konieczność zapewnienia im dalszej opieki instytucjonalnej, której wymagało 57,12% wszystkich badanych (tab. 1).

Wykazano również występowanie zależności między wiekiem ankietowanych a zakwalifikowaniem ich do poszczególnych kategorii opieki (tab. 2).

Tabela 1. Powikłania poudarowe

Powikłania poudarowe	n	%
Afazja	129	76,78
Niedowład połowiczny	113	67,26
Dysfagia	107	63,69
Zaburzenia czynności pęcherza	101	60,11

Tabela 2. Kwalifikacja do kategorii opieki

Wiek	Kategoria II opieki		Kategoria III opieki	
	n	%	n	%
65–75	19	11,30	29	17,26
76–85	2	1,19	42	25,00
86–95	0	0	57	33,92
> 95	0	0	19	11,33

W badaniach analizowano także zależność między zdiagnozowanym udarem niedokrwiennym mózgu a sposobem zakończenia leczenia w oddziale neurologicznym. Spośród 168 (100%) seniorów 49,27% przekazano do dalszej rehabilitacji w poszpitalnym oddziale rehabilitacji neurologicznej, 19,79% przekazano do ZOL-u, 18,59% zmarło, a 12,35% zostało wypisanych do domu.

Przeanalizowano także zależność między przebiegiem choroby a liczbą punktów uzyskanych przez seniora w skali Norton. Wśród badanych starszych osób 49,40% otrzymało w momencie przyjęcia na oddział od 6 do 13 pkt., 5 pkt. i mniej miało 28,57%, a 22,03% otrzymało wynik między 14 a 20 pkt.

Badano również zależność między wiekiem pacjenta a liczbą uzyskanych przez niego punktów w skali Norton. Okazało się, że pacjenci w przedziale od 65 do 75 lat w momencie przyjęcia otrzymywali najczęściej od 19 do 20 pkt., w wieku od 76 do 85 lat od 14 do 18 pkt., w wieku 86–95 lat liczba punktów zmniejszała się do przedziału między 6 a 13, a seniorzy powyżej 95. r.ż. uzyskiwali od 0 do 5 pkt.

Analizie poddano także zależność między rozpoznaniem udaru niedokrwiennego a liczbą punktów w skali Tinetti, jaką uzyskał pacjent w momencie wypisu ze szpitala. Spośród badanych 18,59% zmarło. Z pozostałej grupy seniorów 34,52% otrzymało od 8 do 19 pkt., 19,64% miało wynik między 19 a 21 pkt., taka sama liczba respondentów (19,64%) uzyskała wynik między 22 a 23 pkt., a 7,61% otrzymało 24 pkt.

W ramach badań analizie poddano również korelację między wiekiem pacjenta a liczbą punktów uzyskaną przez chorego w skali Tinetti i Norton (tab. 3).

Tabela 3. Punktacja w skali Tinetti i Norton

Wiek	Skala Norton	Skala Tinetti
65–75 lat	16–20 pkt.	19–24 pkt.
76–85 lat	14–18 pkt.	17–21 pkt.
86–95 lat	6–13 pkt.	13–18 pkt.
> 95 lat	0–5 pkt.	8–15 pkt.

DYSKUSJA

Udar niedokrwienny mózgu jest jedną z głównych przyczyn zgonów na świecie oraz najczęstszą przyczyną poważnej niepełnosprawności u osób po 65. roku życia. Szacuje się, że do 2025 r. liczba zachorowań może wzrosnąć około 38% i będzie dotyczyć głównie seniorów [7, 8]. Wystąpienie incydentu udarowego znacząco obniża poziom niezależności pacjentów w podeszłym wieku, w dużej mierze uzależniając ich od opieki innych osób [9].

W przeprowadzonych badaniach dowiedziono, że największą grupę seniorów ze zdiagnozowanym udarem mózgu stanowiły osoby po 76. roku życia, które jednocześnie otrzymały naj-

niższą liczę punktów w skali Tinetti. Świadczy to o znaczących problemach z mobilnością seniora i jego niesprawności funkcjonalnej, uzależniającej go od opieki osób trzecich.

Uzyskane wyniki potwierdzają inni badacze, np. Kelly Hayes i wsp., którzy dowodzą w swoich analizach, że wraz z wiekiem rośnie ryzyko zachorowalności na udar mózgu oraz poziom niepełnosprawności [10]. Podobne wnioski uzyskali również Wolf i wsp., którzy wskazali na wzrost zachorowalności obserwowany wraz z wiekiem (od 3% w wieku 65–69 lat do 24% w wieku 80–84 lata). Podani autorzy wskazują także, że na wystąpienie udaru niedokrwiennego nie ma wpływu płeć, ponieważ mężczyźni i kobiety osiągają ten sam poziom ryzyka zachorowalności. Różnice można dostrzec jedynie w młodszych grupach wiekowych, gdzie wśród młodych mężczyzn ryzyko udaru wynosi 6%, a kobiet – 3% [11]. Wyniki, które uzyskano na potrzeby niniejszej pracy pokrywają się z przedstawionymi powyżej danymi. Do podobnych wniosków doszli także Blaszkowska i wsp. [12]. Z kolei Petrea w swojej pracy pt.: *Gender differences in stroke incidence and poststroke disability in the Framingham Heart Study* udowadnia, że nie istnieje znacząca różnica między podtypem udaru, jego nasileniem czy wskaźnikiem śmiertelności a płcią pacjenta (wg [10]). Do podobnych wniosków doszli Zawadzka i wsp. [13].

W badaniach własnych nie wykazano także zależności między stanem cywilnym pacjenta a zachorowalnością na udar. Podobny wynik uzyskał w swoich badaniach z 2005 r. Boden-Albala i wsp., co zostało opisane w pracy *Social isolation and outcomes post stroke* [14].

W przedstawionych analizach badano zależność między występowaniem chorób przewlekłych a udarem niedokrwiennym mózgu. Wykazano, że wpływ na pojawienie się incydentu ma zdiagnozowana u starszych osób insulinozależna cukrzyca. Potwierdzają to badania Zalisza, który dowodzi, że u chorych leczonych z powodu cukrzycy znacznie częściej dochodzi do udarów lakularnych, a także, że deficyt neurologiczny u tej grupy pacjentów ulega znacznej progresji w porównaniu z osobami, u których nie zdiagnozowano cukrzycy [15]. Do podobnych wniosków doszli także Baird i wsp. Stwierdzili oni, że zdiagnozowana cukrzyca ma bezpośredni wpływ na zachorowalność na udar niedokrwienny mózgu, a poziom stężenia glukozy w krwi (w momencie wystąpienia niedokrwienia) wpływa na dalszy przebieg choroby i rokowanie [16].

W badaniach własnych wskazano, że większość badanych miało także zdiagnozowane nadciśnienie tętnicze. Jak dowodzi Hu jest ono (obok cukrzycy typu drugiego) czynnikiem zwiększającym ryzyko wystąpienia udaru mózgu. Natomiast jednocześnie występowanie obu schorzeń diametralnie zwiększa ryzyko zachorowalności [17]. Z kolei Divani i wsp. doszli w swoich analizach do odmiennych wniosków. Zauważyli oni, że nadciśnienie tętnicze jest czynnikiem zwiększającym ryzyko wystąpienia zawału serca oraz choroby wieńcowej, jednak nie wpływa na częstość zachorowalności na udar mózgu [18].

Udar mózgu dotyczący osób w podeszłym wieku jest najczęstszym powodem niepełnosprawności nabytej, która w dużym stopniu narusza sferę emocjonalną pacjenta. Konsekwencją czego jest uzależnienie od pomocy osób trzecich, tym samym obniżenie poczucia własnej wartości [5]. Dlatego jednym z najważniejszych działań podjętych w stosunku do niepełnosprawnego seniora jest dążenie do odzyskania optymalnej sprawności fizycznej lub/i zaakceptowania zaistniałej niepełnosprawności. Wszelkie ograniczenia w wykonywaniu czynności dnia codziennego są istotnym czynnikiem stresogennym, który negatywnie wpływa na powrót do zdrowia starszych podopiecznych [19, 20].

Wyniki uzyskane podczas przeprowadzonej analizy dokumentacji medycznej seniorów wskazują, że około 1/5 z nich wymaga opieki instytucjonalnej z powodu pełnej niepełnosprawności. Dane te znajdują odzwierciedlenie w badaniach przeprowadzonych przez Shwamma i wsp. [21], a także Bońkowskiego

i Klich-Rączkę. Potwierdzają one, że najczęstszą przyczyną przekazania chorych do zakładów opiekuńczo-leczniczych jest niepełnosprawność spowodowana udarem mózgu. Przy czym zazwyczaj pacjenci trafiają do nich bezpośrednio z oddziałów szpitalnych. Zauważyli oni dodatkowo, że kobiety stanowią nieco większą grupę podopiecznych, pobyt w ZOL jest dłuższy niż 1/2 roku, a połowę wszystkich podopiecznych stanowią osoby powyżej 80. roku życia [22], co potwierdza przedstawione wcześniej wyniki.

Jak ukazano w powyższej pracy większość chorych w podeszłym wieku uzyskała w skali Norton w momencie przyjęcia do oddziału neurologicznego poniżej 14 pkt. Świadczy to o bardzo małej samodzielności lub jej całkowitym braku w momencie wystąpienia incydentu niedokrwiennego. Przekłada się to bezpośrednio na poziom niezależności seniora po wystąpieniu udaru [23]. W pracy dowiedziono, że jedną z najpowszechniejszych dysfunkcji poudarowych jest afazja. Pedersen i wsp. w swojej pracy udowadniają, że w przypadku wystąpienia pierwszego udaru około 32% przypadków afazji stanowi afazja globalna, 16% – afazja Wernickego, a 12% – Broki [24]. Także Ryglewicz i Milewska w swoich analizach udowodniły, że problem afazji całkowitej dotyczy około 21% chorych po przebytym udarze niedokrwiennym mózgu [25]. Jeszcze wyższe współczynniki uzyskał w swoich badaniach Pulvermuller i wsp. Według tych autorów afazja dotyka 38% pacjentów w ostrej fazie udaru, przy czym spontaniczna poprawa funkcji mowy następuje w pierwszych tygodniach po wystąpieniu incydentu. Afazja jest czynnikiem bezpośrednio wpływającym na poziom niezależności chorego. Brak możliwości swobodnego porozumiewania się powoduje, że seniorzy czują się wykluczeni społecznie i muszą polegać na pomocy innych osób [26].

Drugim co do częstości występowania powikłaniem poudarowym są niedowłady połowiczne [27], które w badanej grupie dotyczyły większości starszych pacjentów. Według Głowackiej-Mrotek i wsp. porażenie jednej z kończyn górnych dotyka większości (80%) chorych poudarowych, co w znaczący sposób ogranicza ich niezależność [28]. Zaburzenia w sferze ruchowej wynikają z uszkodzeń kory ruchowej, która ulega obniżeniu lub całkowitemu zniesieniu w wyniku pojawiającej się wiotkości, która z czasem przeradza się w hipertonię i spastyczność. Światowa Organizacja Udarów Mózgu donosi, że 20% osób po przebytym udarze mózgu oraz z trwałymi dysfunkcjami pojawiającymi się na skutek trudności w chodzeniu umiera. Problem upośledzenia sprawności ruchowej i wymaganej w związku z tym pełnej opieki dotyczy 2/3 chorych, z czego około 30% cierpi na ciężkie niesprawności [29].

Do jednych z najbardziej uciążliwych zaburzeń motorycznych należą uszkodzenia w zakresie ruchomości kończyn górnych, które przyczyniają się do znacznego obniżenia funkcjonowania chorego. Rzutuje to między innymi na utrzymywanie przez seniora higieny osobistej, samodzielne spożywanie posiłków oraz podtrzymywanie i nawiązywanie kontaktów społecznych. Z porażeniem kończyny górnej zmagają się około 80% starszych pacjentów po przebytym udarze mózgu. U większości chorych wiąże się to z koniecznością długotrwałej i intensywnej rehabilitacji. Jednocześnie należy pamiętać, że przywracanie sprawności trwa w tym wypadku znacznie dłużej niż usprawnianie kończyn dolnych. Pojawiające się trudności rehabilitacyjne wynikają zazwyczaj z błędów pielęgnacyjno-terapeutycznych popełnionych we wczesnym okresie po wystąpieniu udaru oraz z naturalnych przyczyn, tj. znacznie mniejsza stymulacja kończyny przez jej obciążenie [5].

Powodzenie rehabilitacji, a co za tym idzie – polepszenie funkcjonowania seniora zależne jest przede wszystkim od wczesnego wprowadzenia różnego rodzaju zabiegów oraz od ich intensywności, która musi być indywidualnie dostosowana do stanu ogólnego podopiecznego oraz jego możliwości. Największe powodzenie w usprawnianiu można odnieść w pierwszych 3 miesiącach od momentu wystąpienia incydentu. Powrót do pełnej sprawności najczęściej uniemożliwia choremu dynamię

ka przebiegu choroby, umiejscowienie zmian w mózgu oraz ich skala, ale także choroby współistniejące oraz poziom aktywności fizycznej seniora.

Dane statystyczne dowodzą, że po zakończeniu leczenia szpitalnego i rehabilitacji starsze osoby zazwyczaj stopniowo tracą sprawność. U około 20% z nich po 3 miesiącach zanika sprawność w kończynach, co jest spowodowane nieprzestrzeganiem zaleceń. Tymczasem zaprzestanie ćwiczeń na którymkolwiek etapie może skutkować powrotem do niepełnosprawności, dlatego też pacjent musi wykonywać ćwiczenia do końca swojego życia [5, 29].

Analizy przeprowadzone na potrzeby niniejszej pracy udowodniły, że 60% osób w podeszłym wieku, które przeszły udar mózgu, zmaga się dodatkowo z nieprawidłowym funkcjonowaniem pęcherza moczowego. Także Seok Beom Son i wsp. doszli do podobnych konkluzji. Wykazują oni w swoich badaniach, że spośród 94 chorych 25 zostało zakwalifikowanych, jako pacjenci z zatrzymaniem moczu [30]. Również Feley i wsp. dowiedli, że problem nietrzymania moczu dotyka 21–79% pacjentów po przebytych incydentach udarowych, przy czym w większości przypadków powikłanie to ustępuje samoistnie po upływie około 8 tygodni od momentu zachorowania, a w niespełna 20% utrzymuje się do pół roku [31]. Zaburzenia w funkcjonowaniu pęcherza moczowego mogą prowadzić do zakażenia dróg moczowych, co jest szczególnie charakterystyczne w grupie starszych osób. Problem dotyczy około 44% chorych, co ma bezpośrednie przełożenie na uzyskiwanie przez nich gorszych wyników w procesie usprawniania i może prowadzić do większej śmiertelności [32].

Kolejnym zaburzeniem dotyczącym seniorów po przebytych udarach niedokrwiennym mózgu jest dysfagia. W badaniach własnych dowiedziono, że powikłanie to dotyczyło 60% hospitalizowanych w oddziale udarowym. Wyniki te przewyższają dane opublikowane przez Falsetti'ego i wsp. Wynika z nich, że zaburzenia połykania dotyczą około 41% wszystkich zbadanych przez autorów chorych dotkniętych udarem [33]. Dodatkowo Smithard i wsp. wykazują, że u osób w podeszłym wieku ze stwierdzoną dysfagią poudarową zwiększa się konieczność zapewnienia opieki instytucjonalnej. Autorzy dowodzą, że wystąpienie dysfagii w ostrej fazie udaru powoduje obniżenie jakości funkcjonowania chorego w ciągu następnego roku od momentu wystąpienia choroby i ma bezpośrednie powiązanie z podwyższonym czynnikiem instytucjonalizacji w późniejszym okresie [34].

W badaniach własnych wykazano, że prawie wszyscy ankietowani seniorzy otrzymywali III kategorię opieki. Jest to równoznaczne z całkowitą niesprawnością i deficytem w zaspokajaniu potrzeb biopsychospołecznych. Drugą grupę stanowiły osoby starsze, które znalazły się w II kategorii opieki, co oznacza, że

mają duże ograniczenia w samodzielności. Żaden z pacjentów nie otrzymał I kategorii opieki, a więc w badanej grupie nie było osób całkowicie samodzielnych. Oznacza to, że większość starszych osób, które przeszły udar mózgu, nie jest w stanie samodzielnie funkcjonować w zakresie podstawowych czynności życia codziennego.

WNIOSKI

1. Uwarunkowania socjodemograficzne seniorów nie mają wpływu na zachorowalność na udar niedokrwienny mózgu.
2. Udar mózgu jest schorzeniem dotyczącym głównie osób w wieku powyżej 65 lat.
3. Wśród seniorów ze zdiagnozowanym udarem niedokrwiennym mózgu większość ma rozpoznaną jedną lub więcej chorób współistniejących zwiększających ryzyko zachorowalności na udar niedokrwienny.
4. Afazja jest najczęstszym powikłaniem udaru niedokrwiennego mózgu.
5. Seniorzy, którzy przeszli udar mózgu, są w większości osobami wymagającymi całodobowej opieki.

PODSUMOWANIE

Ze względu na występowanie zależności między wystąpieniem udaru mózgu a obniżeniem lub całkowitym zniesieniem samodzielności seniora należy podjąć dwukierunkowe działania mające na celu poprawę jakości życia osób w podeszłym wieku. Pierwszym powinna być szeroka profilaktyka przeciwdarowa oparta na promowaniu prozdrowotnych zachowań, a także wczesna diagnostyka współistniejących chorób. Znaczącą rolę mogą odegrać tu lekarze i pielęgniarze rodzinne. Mogą oni, dzięki zastosowaniu badań przesiewowych, takich jak badanie fizykalne, badanie poziomu glikemii i ciśnienia tętniczego krwi, zdiagnozować różnego rodzaju nieprawidłowości już w ich wczesnym stadium. Pozwoli to na wdrożenie działań profilaktycznych, niedopuszczających do rozwinięcia się cukrzycy czy choroby nadciśnieniowej, a więc głównych schorzeń doprowadzających do udaru. Drugim działaniem powinna być edukacja seniorów i ich rodzin, której głównym celem powinno być maksymalne wydłużenie okresu samodzielności starszego podopiecznego. Przekazanie wiadomości na temat czynności, które pacjent w podeszłym wieku może wykonywać sam, a także tych, przy których wymagać będzie pomocy osób trzecich oraz przedstawienie działań ułatwiających codzienne funkcjonowanie podopiecznych powinno się przyczynić do poprawy samopoczucia nie tylko seniorów, ale także ich najbliższych. Uświadomienie choremu i jego rodzinie mechanizmów występujących dolegliwości pomoże w zrozumieniu pojawiających się sytuacji, a tym samym zmniejszy ryzyko instytucjonalizacji.

Źródło finansowania: Praca sfinansowana ze środków własnych autorki.

Konflikt interesów: Autorka nie zgłasza konfliktu interesów.

BIBLIOGRAFIA

1. Louis B, Mayer S, Rowland L. *Merit. Neurologia*. Wrocław: Edra Urban & Partner; 2017.
2. Kozubski W, Liberski PP. *Neurologia. Podręcznik dla studentów medycyny*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2011.
3. Podemski R. *Kompedium neurologii*. Gdańsk: Via Medica; 2008.
4. Kozubski W. *Terapia w chorobach układu nerwowego*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2016.
5. Strugała M, Talarowska D. *Rehabilitacja i pielęgnowanie osób niepełnosprawnych*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2012.
6. Zasady postępowania w profilaktyce i leczeniu odleżyn. Załącznik nr 5 do zarządzenia nr 61/2007/DSOZ.
7. Strepikowska A, Buciniński A. Udar mózgu – czynniki ryzyka i profilaktyka. *Post Farmakol* 2009; 65(1): 46–50.
8. Kaźmierski R. Diagnostyka i leczenie chorych w ostrej fazie udaru niedokrwiennego mózgu. *Anest Ratow* 2014; 8: 62–75.
9. Wawrzyniak K, Wawrzyniak S. Wpływ wybranych czynników społeczno-demograficznych na przebieg udaru niedokrwiennego mózgu. *Udar Mózgu* 2006; 8(1): 22–27.
10. Kelly-Hayes M, Beiser A, Kase CS, et al. The influence of gender and age on disability following ischemic stroke: the Framingham study. *J Stroke Cerebrovasc Dis* 2003; 12(3): 119–126.
11. Wolf PA, D'Agostino RB, Belanger AJ, et al. Probability of stroke: a risk profile from the Framingham study. *Stroke* 1991; 22: 312–318.
12. Blaszkowska A, Mazurek J, Rymaszewska J. Rehabilitacja po udarze mózgu – aktualne wytyczne. *Now Lek* 2013; 82(1): 83–88.
13. Zawadzka J, Bejer A, Kwolek A. Wpływ wybranych czynników społeczno-demograficznych na jakość życia pacjentów po udarze mózgu – doniesienie wstępne. *Prz Med Univ Rzesz Inst Leków* 2014; 1: 36–46.
14. Boden-Albala B, Litwak E, Elkind MS, et al. Social isolation and outcomes post stroke. *Neurology* 2005; 64(11): 1888–1892.
15. Zalisz M. Wpływ cukrzycy na przebieg i następstwa udaru mózgu. *Udar Mózgu* 2008; 10(2): 61–69.
16. Baird TA, Parsons MW, Barber PA, et al. The influence of diabetes mellitus and hyperglycaemia on stroke incidence and outcome. *J Clin Neurosci* 2002; 9(6): 618–626.
17. Hu G, Sarti C, Jousilahti P, et al. The impact of history of hypertension and type 2 diabetes at baseline on the incidence of stroke and stroke mortality. *Stroke* 2005; 36(12): 2538–2543.
18. Divani A, Kirmani J, Mohammad J, et al. Is prehypertension a risk factor for cardiovascular diseases? *Stroke* 2005; 36: 1859–1863.
19. Mazur R, Książkiewicz B, Nyka WM. *Udar mózgu w praktyce lekarskiej*. Gdańsk: Via Medica; 2010.

20. Cieślak-Korfel A. *Usprawnianie po udarze mózgu*. Kraków: Elipsa-Jaim; 2007.
21. Schwamm LH, Pancioli A, Acker JE 3rd, et al. Recommendations for the establishment of stroke systems of care: recommendations from the American Stroke Association's Task Force on the Development of Stroke Systems. *Stroke* 2005; 36(3): 690–703.
22. Bońkowski K, Klich-Rączka A. Ciężka niesprawność czynnościowa osób starszych wyzwaniem dla opieki długoterminowej. *Gerontol Pol* 2007; 15(3): 97–103.
23. Siebert J, Nyka WM. *Udar mózgu. Postępowanie diagnostyczne i terapia w ostrym okresie udaru*. Gdańsk: Via Medica; 2006.
24. Pedersen PM, Vinter K, Olsen TS. Aphasia after stroke: type, severity and prognosis. The Copenhagen aphasia study. *Cerebrovasc Dis* 2004; 17(1): 35–43.
25. Ryglewicz D, Milewska D. Epidemiologia afazji u chorych z udarem mózgu. *Udar Mózgu* 2004; 6(2): 65–70.
26. Pulvermuller F, Neininger B, Elbert T, et al. Constraint-induced therapy of chronic aphasia after stroke. *Stroke* 2001; 32(7): 1621–1626.
27. Postępowanie w udarze mózgu – wytyczne Grupy Ekspertów Sekcji Chorób Naczyniowych Polskiego Towarzystwa Neurologicznego. Aktualizacja 2013: leczenie trombolityczne. *Neurol Neurochir Pol* 2013; 47(4): 303–309.
28. Głowacka-Mrotek I, Hagner W, Kornet M, i wsp. Upper limb treatment techniques for stroke survivors. *J Educ Health Sport* 2017; 7(4): 234–257.
29. Wiszniewska M, Kobayashi A, Członkowska A. Postępowanie w udarze mózgu. Skrót Wytycznych Grupy Ekspertów Sekcji Chorób Naczyniowych Polskiego Towarzystwa Neurologicznego z 2012 roku. *Pol Prz Neurol* 2012; 8(4): 161–175.
30. Beom Son S, Yun Chung S, Kang S, et al. Relation of urinary retention and functional recovery in stroke patients during rehabilitation program. *Ann Rehabil Med* 2017; 41(2): 204–210.
31. Feley N, Wiener J, Cotoi A, et al. Complications post stroke. Available from URL: <http://www.ebrsr.com/evidence-review/17-medical-complications-post-stroke>.
32. Kozioł-Montewka M, Pańczuk A, Socha M. Zakażenie dróg moczowych u chorych po udarze mózgu – współzależność z procesem rehabilitacji, zapobieganie. *Med Og Nauk Zdr* 2017; 23(4): 221–224.
33. Falsetti P, Acciai C, Palilla R, et al. Oropharyngeal dysphagia after stroke: incidence, diagnosis, and clinical predictors in patients admitted to a neurorehabilitation unit. *J Stroke Cerebrovasc Dis* 2009; 18(5): 329–335.
34. Smithard DG, Smeeton NC, Wolfe SD. Long-term outcome after stroke: does dysphagia matter. *Age Ageing* 2007; 36(1): 90–94.

Adres do korespondencji:

Agnieszka Pawluk
CL Krankenpflege GmbH
Wiener Strasse 1
Bremerhaven
Niemcy
Tel.: 603 988-276
E-mail: agnieszkapawluk89@gmail.com

Praca wpłynęła do redakcji: 14.11.2019 r.

Po recenzji: 10.01.2020 r.

Zaakceptowano do druku: 15.01.2020 r.