
„Życie w śpiączce”

Praca zbiorowa pod redakcją:
Janiny Mirończuk
i Agnieszki Kwiatkowskiej

Toruń 2013, wydanie II

Praca zbiorowa pod redakcją:

Janiny Mirończuk i Agnieszki Kwiatkowskiej

Fotografie: własne

Wszystkie prawa zastrzeżone.

Książka ani jej część nie może być przedrukowana ani w żaden sposób reprodukowana lub odczytywana w środkach masowego przekazu bez pisemnej zgody Fundacji „Światło”.

Fundacja „Światło”

ul. Grunwaldzka 64

tel. (56) 651 12 17

fax. (56) 651 12 17

e-mail: fundacja@swiatlo.org

apaliczni@swiatlo.org

www.swiatlo.org

www.apaliczni.org

Wydawca:

Fundacja „Światło”

ul. Grunwaldzka 64

tel. (056) 651 12 17

fax. (056) 651 12 17

e-mail: fundacja@swiatlo.org

www.swiatlo.org

Toruń 2013

Wydanie II

*„Jeśli patrzysz oczyma
nie zawsze widzisz wyraźnie,
jeżeli patrzysz sercem
zawsze znajdziesz sens działania”*

Inspiracją do napisania niniejszego poradnika były wielorakie działania, jakie od 2002 roku podejmujemy na rzecz „Śpiochów”.

Fundacja „Światło” w swoim Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicy w Toruniu zajmuje się pacjentami z tej grupy chorych od jedenastu lat. Im dłużej z nimi pracujemy, tym więcej o nich wiemy i tym bardziej rozszerzamy wachlarz pielęgnacyjno-bodźcący. I choć chorzy ci byli, są i będą to wiedza na temat ich stanu i możliwości pomocy jest wciąż niewielka. M in. Po to, by ją uporządkować, poszerzyć i rozpropagować zorganizowaliśmy we wrześniu 2007 roku akcję „Rzucamy Światło na Apalicznych”. Zarówno my, jak i ci którzy wzięli w niej udział, są przekonani, co do jednego: **JEST ŻYCIE W ŚPIĄCZCE I PO ŚPIĄCZCE!** Zaproszeni na wrześniową konferencję naukowcy dowiedli tego na wielu płaszczyznach. A empiryści podzielili się swoimi doświadczeniami w pracy z pacjentami apalicznymi. Oczywiście oddaliśmy także głos samym wybudzonym oraz tym, z którymi zdawałoby się, że nie ma kontaktu.

I Międzynarodowa Konferencja „Rzucamy Światło na Apalicznych” jest wykorzystaną okazją do utworzenia lobby na rzecz grupy niepełnosprawnych. Wzięło w niej udział 217 gości z Polski i z zagranicy (Niemcy, Litwa, Słowacja). Temat wzbudził duże zainteresowanie mediów, także ogólnopolskich m. in. Miesięcznika ZDROWIE oraz TVNowskich programów Superwizjer, UWAGA czy Zielone Drzwi. O tym, że **JEST ŻYCIE W ŚPIĄCZCE I PO ŚPIĄCZCE** porozmawiamy z uczestnikami kolejnej toruńskiej konferencji we wrześniu 2009.

To nie przypadek, że pierwsza akcja “Rzucamy ŚWIATŁO na apalicznych” zorganizowana została we wrześniu 2007. Wtedy bowiem swoje pięciolecie obchodził ZOL Fundacji Światło. Aby było nie tylko mądrze i pożytecznie obchodzić jubileusz uświetnił niepowtarzalny koncert w Teatrze „Baj Pomorski”- niezwykle wydarzenie kulturalne, muzyczne i społeczne. Koncert „Miasto Aniołów czyli List w Butelce” powstał z powodu, dzięki i dla chorych w stanie wegetatywnym i osób wybudzonych. Twórcy tego spektaklu ufają, że przybliżył on ludziom świat „śpiączki”. Świat trudny, pomijany na co dzień zakłopotanym milczeniem, ale czy tego chcemy czy nie, istniejący równolegle do naszego. I nie nam oceniać czy jest lepszy czy gorszy. Po prostu inny.

Podopieczni Fundacji „Światło” są jak Listy w Butelce... Z pozornie zamkniętych ciał wysyłają do nas (i do Państwa także!) swoje wiadomości. Wierzmy, że dzięki przesłaniu konferencji, koncertu i kampanii medialnej oraz książeczki, która właśnie trafia w Wasze ręce, otworzymy się na te zaszyfrowane sygnały i wspólnie na nie odpowiemy... Chory w stanie wegetatywnym, który trafi do Zakładu Opiekuńczo-Lecznicy Fundacji Światło w Toruniu jest niczym już wyłowiona

z wody butelka, bo tu używamy wszystkich sił i sposobów, by tę butelkę otworzyć. Szczycimy się nie tylko najwyższym standardem pielęgnacji ciała, opieki medycznej i rehabilitacyjnej, ale i oddziaływaniem na sferę świadomości oraz podświadomości. Obszar niemierzalny i niedostępny nawet dla naukowców, a często dotykany przez terapeutów Fundacji Światło.

Po jedenastu latach „otworzyliśmy 28 butelek” czyli 28- stokrotnie byliśmy świadkami cudu wybudzenia. I dziś wiemy to już na pewno – jest on początkiem nowego, innego życia osób po śpiączce. Życia, w którym być może już zawsze będą musieli liczyć na pomoc innych. Jesteśmy gotowi nieść tę pomoc. Rehabilitować, usamodzielniać, pielęgnować na miarę potrzeb wybudzonych

W planach mamy budowę Ośrodka Wczesnej Rehabilitacji Neurologicznej dla Dorosłych, aby dać wszystkim poszkodowanym szansę na świadome, lepsze życie, aby wyrwać ich z zamkniętych ciał (funkcjonuje już Budzik – Fundacji AKOGO dla dzieci).

(...) A przywiedli mu głuchego i z ciężkością mówiącego, a prosili go, aby nań rękę włożył. A wzięwszy go Pan od ludu osobno, włożył palce swoje w uszy jego; a plunąwszy dotknął się języka jego. A wejrząwszy w niebo, westchnął i rzekł do niego: EFATA! To jest, otwórz się. A wnet się otworzyły się uszy jego, i rozwiązała się więzka języka jego, i wymawiał dobrze. (...)Dobrze wszystko uczynili; bo czyni , iż głusi słyszą, i niemi mówią.

Ewangelia Marka 7,31-37

Autorzy – ambasadory apalicznych:

mgr Janina Mirończuk – założycielka i Prezes Fundacji Światło - mgr pielęgniarstwa, osoba obdarzona niezwykłą charyzmą, bogatym doświadczeniem i intuicją zawodową oraz niespotykaną inwencją twórczą.

mgr Agnieszka Mirończuk – absolwentka organizacji i zarządzania w ochronie zdrowia. Od początku związana z Zakładem Opiekuńczo-Lecznym Fundacji "Światło". W obecnej chwili pełniąc funkcję Koordynatora do spraw opieki nad pacjentem.

mgr Monika Skomra – absolwentka Colegium Medium w Bydgoszczy. Od 10 lat pracownik toruńskiego ZOL-u Fundacji „Światło”. Obecnie pełni rolę Koordynatora Fizjoterapeutów.

mgr Marlena Topolska-Skowrońska – psycholog, terapeuta zajęciowy. Od kilku lat związana z oddziałem apalicznym ZOL-u Fundacji „Światło”. Prowadzi indywidualne zajęcia z pacjentami i rodzinami.

mgr Agnieszka Kwiatkowska - neurologopeda, pedagog. Od 2003 roku pracuje z osobami w stanie apalicznym. Od 9 lat pracuje w toruńskim ZOL-u. Inicjatorka i prowadząca zajęcia grupowe dla pacjentów w stanie apalicznym.

mgr Małgorzata Rosiak – psycholog, przez dwa lata związana była z ZOL Fundacji „Światło”.

mgr Agnieszka Yoshioka – psycholog, od kilku lat związana z oddziałem apalicznym ZOL-u Fundacji „Światło”. Prowadzi indywidualne zajęcia z pacjentami i rodzinami.

Marzena Kubiczak – pielęgniarka, od kilku lat związana z oddziałem apalicznym ZOL-u Fundacji „Światło”. Obecnie pełni stanowisko Oddziałowej Pielęgniarek.

Agata Glamowska – fizjoterapeuta, od kilku lat związana z oddziałem apalicznym ZOL-u Fundacji „Światło”.

Marta Czechorowska - fizjoterapeuta, od kilku lat związana z oddziałem apalicznym ZOL-u Fundacji „Światło”.

Agata Zielińska - masażystka, od kilku lat związana z oddziałem apalicznym ZOL-u Fundacji „Światło”.

Rozdział I. Stany apaliczne w ujęciu teoretycznym.

1. Podstawowa terminologia stanu apalicznego

Zgodnie z raportem Government Insurance Office największą przyczyną zgonów i trwałego inwalidztwa są urazy głowy. Z tego względu urazy mózgu są ogromnym wyzwaniem dla medycyny. Optymistyczna jest w takich przypadkach możliwość zaistnienia funkcjonalnych zmian, dzięki plastyczności mózgu, jednakże na efekty potrzeba czasu, nadziei, wytrwałości, ciężkiej pracy i jeszcze kogoś bliskiego...

Istnieją cztery teorie, które odnoszą się do plastycznych właściwości mózgu i prób usuwania skutków urazów mózgowych:

- Zapasowa pojemność i reorganizacja,
- Redundancja,
- Odpowiedź w poziomie komórkowym,
- Wpływ środowiska.

Teoria zapasowej pojemności zakłada istnienie wielu nieaktywnych obszarów mózgu będących pewnego rodzaju „częściami zapasowymi”, które mogą zostać wykorzystane do przejmowania funkcji uszkodzonego obszaru.

Redundancja związana jest ze zdolnością mózgu do dublowania dróg neuronowych. Ten sam rodzaj funkcji jest powtarzany w kilku warstwach mózgu. Tak więc po zranieniu mogą zostać wykorzystane zdublowane drogi neuronalne.

Odpowiedź w komórkowym poziomie wiąże się z procesem kiełkowania tj.: wykonywania nowych połączeń w uszkodzonej strefie przez nieuszkodzone aksony neuronów. W ten sposób mózg może podjąć próbę kompensacji swej niewydolności, hodując nowe komórki.

Teoria wpływu środowiska udowadnia istotny wpływ środowiska na rozwój mózgu. Dogodne środowisko stymuluje rozwój mózgu, zwiększając jego wydajność, konsekwencją czego jest przyrost grubości kory mózgowej. W tym miejscu pojawia się szansa dla zespołu terapeutycznego, którego celem jest stworzenie jak najdogodniejszych warunków do stymulacji mózgu celem usunięcia skutków urazu, z których najdotkliwszym jest śpiączka.

„Pacjent staje się nieświadomym przedmiotem, z którym przeprowadza się gwałtowne aktywności terapeutyczne, wykonywane prawie bez słów. Wypowiedzi lekarza zredukowane są do głośnych poleceń: „Proszę otworzyć oczy!”, „Niech pan ścisnie mi dłoń!”, „Oddychać spokojnie!”, którymi próbuje on sprowokować jakąś reakcję. Jeżeli to się nie uda, przechodzi się do następnego stopnia „stymulacji”, to znaczy do poddawania bodźcom bólowym. Często nie bardzo przy tym wiadomo, czy intensywność uszczyplnięcia w ramię albo uderzenia w klatkę piersiową odpowiada potrzebie przywrócenia stanu przytomności, czy też jest wyrazem frustracji leczącego.”

Cytat H. Hannicha brutalnie prezentuje schemat postępowania oparty na wzorcach

typu „bodziec - reakcja”, bez szansy na jakąkolwiek indywidualność. A przecież pacjent może nie mieć ochoty na wykonanie polecenia, siły do jego realizacji ze względu na wszechogarniający ból, czy też porażenie, czy wreszcie może najzwyczajniej nie rozumieć sugestii słownej. Jak pracować z takim pacjentem będzie mowa w dalszej części, teraz zatrzymajmy się na zdefiniowaniu najistotniejszych pojęć.

Śpiączka (coma), od greckiego słowa „koma” oznacza głęboki sen. Śpiączka jest przedłużającym się stanem nieprzytomności na skutek:

- urazu,
- zaburzeń metabolicznych,
- infekcji centralnego układu nerwowego,
- niedotlenienia, krytycznego spadku ciśnienia krwi,
- zatrucia lekami,
- zaburzeń psychicznych.

Oceny stopnia głębokości śpiączki dokonuje się na podstawie schematu postępowania zaproponowanego przez G. Teasdale i B. Janneta (1974r.). Polega on na ocenie otwierania oczu, najlepszej odpowiedzi werbalnej oraz najlepszej reakcji ruchowej w odpowiedzi na bodziec. Łącznie można uzyskać od 3 do 15 punktów. Istotne jest zaznaczenie składowych z jakich powstał wynik np.: GCS 10: 3/4 + 3/5 + 4/6. Parametry te rozpatruje się z uwzględnieniem odruchów źrenicznych, odruchów „głowy lalki”, ciśnienia tętniczego, oddechu, tętna i temperatury ciała. Skala ta zwana jest skalą Glasgow (GCS, z ang. Glasgow Coma Scale). Jest to podstawowa skala używana na całym świecie w celu określenia stanu klinicznego pacjenta.

Ocena obejmuje:

- 1 punkt - nie otwiera
 - 2 punkty - na bodźce bólowe
 - 3 punkty - na polecenie
 - 4 punkty - spontanicznie
- Kontakt słowny:
- 1 punkt - brak
 - 2 punkty - dźwięki niezrozumiałe, pojękiwanie
 - 3 punkty - odpowiedź nieadekwatna lub krzyk
 - 4 punkty - odpowiedź chaotyczna, splątana, pacjent zdezorientowany
 - 5 punktów - odpowiedź logiczna, pacjent zorientowany co do miejsca, czasu i własnej osoby
- Reakcję ruchową:
- 1 punkt - brak
 - 2 punkty - reakcja wyprostna na ból, odmóżdzenie

- 3 punkty - reakcja zgięciowa na ból, odkorowanie
- 4 punkty - reakcja obronna na ból, wycofanie, próba usunięcia bodźca bólowego
- 5 punktów - lokalizacja bólu
- 6 punktów - spełnianie poleceń

Na podstawie skali Glasgow zaburzenia przytomności dzieli się najczęściej na:

- GCS 13-15 - łagodne
- GCS 9-12 - umiarkowane
- GCS 3-8 - głębokie, śpiączka

Skala Glasgow może być prócz dorosłych stosowana także u dzieci, jednakże dopiero, gdy już dobrze mówią, a więc od 4 roku życia. W przypadku dzieci młodszych należy zastosować Pediatriczną Skalę Glasgow, która modyfikuje jedynie odpowiedzi słowne i tak:

- 1 punkt - brak reakcji
- 2 punkty - dziecko niespokojne, pobudzone
- 3 punkty - stała pobudliwość
- 4 punkty - płacz dający się uspokoić
- 5 punktów - uśmiech lub właściwe słowa skupienie wzroku na przedmiotach i śledzeniu ich wzroku

Osoba w śpiączce nie posiada reaktywności czy zdolności postrzegania, nie komunikuje się więc ze światem zewnętrznym, nie otwiera oczu, nie reaguje na bodźce. Taki stan rzadko trwa dłużej niż pięć tygodni. Po tym czasie osoba odzyskuje świadomość, a jeśli tak się nie stanie umiera lub budzi się ze śpiączki nie odzyskując świadomości, wchodząc w tzw. **stan wegetatywny**. Przez budzenie się należy rozumieć pojawienie się faz snu i czuwania – oczy otwierają się, błędą nawet czasami, a po momentach zamknięcia dają się ponownie otworzyć przy dotyku lub za sprawą bodźca dźwiękowego. Pacjent w stanie wegetatywnym oddycha zazwyczaj samodzielnie i może wykonać szereg ruchów spontanicznych typu przełykanie, zgrzytanie zębami, poruszanie kończynami, głową. Może także wydawać nieartykułowane dźwięki, uśmiechać się, a nawet płakać, tyle, że wszystko to nie jest skutkiem zachowań celowych. Jeśli po roku od urazu mózgu lub sześć miesięcy od uszkodzenia powstałego wskutek niedotlenienia, chory nie wykazuje żadnych oznak świadomości, wówczas możemy mówić o „**przetrwałym stanie wegetatywnym**” (PSW).

Stan wegetatywny dzieli się na następujące etapy:

- przejściowy stan wegetatywny - kryteria utrzymują się poniżej 1 miesiąca
- przetrwały stan wegetatywny - kryteria utrzymują się ponad 1 miesiąc, stan

ten jest odwracalny

- utrwalony stan wegetatywny - kryteria utrzymują się powyżej 3 miesięcy w przypadku niedotlenienia mózgu i powyżej 1 rok

Jednakże zdarza się, że stopniowo zaczynają pojawiać się, często ledwo zauważalne, oznaki świadomości w postaci ruchów celowych i choć pacjent nadal nie może wyrażać swoich uczuć i komunikować swoich myśli, to mamy już do czynienia z tzw. „**stanem minimalnej świadomości**” (MCS, od ang. minimally conscious state). Podobnie jak stan wegetatywny może on być przejściowy, ale może też przybrać formę utrwaloną. Istotną różnicą między stanami jest fakt ciągłej szansy na wyzdrowienie w przypadku stanu minimalnej świadomości, nawet po wielu latach. Wyzwaniem jest jednak odróżnienie stanu minimalnej świadomości od stanu wegetatywnego, albowiem zawsze istnieje ryzyko przeoczenia subtelnych objawów świadomości. Ponadto w diagnozowaniu świadomości należy uwzględnić fakt porażenia mięśni wykonujących ruchy świadome. Dzieje się tak w przypadku tzw. „**zespołu zamknięcia**” (od ang. locked in syndrom). Wówczas, mimo choćby minimalnej percepcji siebie i otoczenia, a więc przejawów świadomości, komunikacja ze światem zewnętrznym jest niemożliwa. Nasuwa się więc wniosek, że brak przejawów świadomości nie musi oznaczać braku form życia świadomego. Stąd szalenie istotne jest traktowanie każdego żyjącego człowieka jako istotę posiadającą pewien zakres świadomości i nieustanne poszukiwanie z nią dróg komunikacji.

W Zakładzie Opiekuńczo - Leczniczym w Toruniu nie zakładamy z góry braku świadomości u osób apalicznych tylko dlatego, że nie wchodzą Oni w interakcje z nami. Wiedza na ten temat jest bardzo mała, a przedstawione wyżej definicje funkcjonują w nauce i medycynie od wielu lat. Niestety niewielka liczba osób chce zajmować się tym zagadnieniem, ciągle jest mało badań naukowych. Zakładamy, że pacjent słyszy i czuje.

**Nigdy nie zakładamy, że pacjent nie ma świadomości.
Mówimy pozytywnie do i w obecności osoby w śpiączce.**

2. Uszkodzenia mózgu i ich konsekwencje

Podjęcie jak najwcześniej rehabilitacji pacjenta jest bardzo istotne i należy rozpocząć ją gdy tylko pozwala na to stan pacjenta. W tej części szerzej zajmiemy się zagadnieniem zaburzeń połykania, oddychania i mowy.

Wczesna terapia logopedyczna osób w śpiączce jest bardzo ważna, aby zabezpieczyć przed wykształceniem się wadliwych nawyków ruchowych aparatu artykulatoryjnego i wadliwych nawyków mówienia. Pomaga także w likwidowaniu ślinotoku i szczękocisku, co często zagraża pacjentowi.

Stymulowanie pacjentów pozwala podnieść ich aktywność.

Podstawowy kierunek terapii to stymulacja, zgodna z zasadą uprzedzania (*priming**), takich funkcji jak: pamięć, spostrzeganie, uwaga, myślenie oraz sfera emocjonalna i motywacyjna.

Często u pacjentów w śpiączce spotykamy pourazową *afazję**, zaburzenia językowe, porozumiewania się, zaburzenia *praksji** i *gnozji** oraz zaburzenia *pragmatyki*.

Najbliżsi pacjenta powinni mieć tego świadomość bowiem często osoba w śpiączce może słyszeć słowa skierowane do Niej, ale nie rozumie ich treści i dlatego nie reaguje. Może być też tak, że pacjent jest w stanie mutyzmu akinetycznego i nie będzie reagował na żadne bodźce. Myślę, że warto na dłużej zatrzymać się przy zagadnieniu *mutyzmu*, szczególnie akinetycznego, który występuje głównie u pacjentów z zespołem pourazowego stłuczenia pnia mózgu, jak również u pacjentów z tzw. „zespołem zamknięcia” czyli stanem, w którym pacjent odbiera wszystkie bodźce z zewnątrz, ale nie jest w stanie na nie reagować. Z badań pani prof. Pąchalskiej wynika, że występuje wtedy często tzw. mowa wewnętrzna, czyli intensywne myślenie, oceniane jako wypowiedzanie się, choć tak naprawdę chory milczy. Spowodowane to jest porażeniem nerwów eferentnych w okolicy pnia mózgu, pacjent po prostu nie może uruchomić narządu mowy. Mutyzm akinetyczny na ogół stanowi etap w procesie wychodzenia z długotrwałej śpiączki. Dlatego tak ważne jest, aby nie „zarzucać” pacjenta zbyt wieloma wypowiedziami językowymi, których on może nie rozumieć, gdyż może to nasilić jego frustrację, poczucie zagrożenia i w efekcie zamknie się on w sobie i stopniowo będzie się wycofywał z interakcji społecznych. **Mówimy krótkie, proste polecenia.**

Typowe reakcje pacjenta wybudzającego się : (za prof. Pąchalską)

- zwracanie głowy w stronę rozmówcy
- uśmiech
- patrzenie na rozmówcę
- wokalizacja, jęki lub jakieś nieartykułowane dźwięki
- gest potakiwania
- płacz

Chcąc jak najlepiej pomóc pacjentowi od strony logopedycznej, trzeba najpierw dokonać pewnej, choć uproszczonej diagnozy. Zwracamy głównie uwagę na:

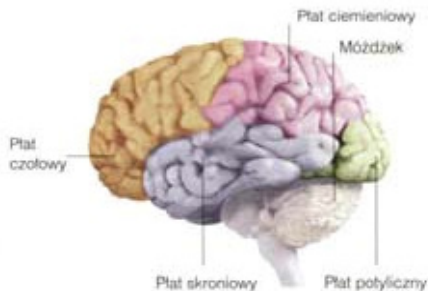
1. Stan stawu żuchwowego:
 - szczękościsk
 - ruchoma
2. Reakcje na bodźce:
 - słowna
 - dotykowe
 - ból
3. Wzrok
 - otwiera oczy w odpowiedzi na bodziec słowny
 - otwiera oczy spontanicznie
 - potrafi skoncentrować wzrok na twarzy rozmówcy i/lub na danym przedmiocie
 - wodzi wzrokiem za przedmiotem

4. Mowa
 - nic nie mówi
 - wydaje niezrozumiałe dźwięki, odgłosy
 - mówi pojedyncze słowa
 - reaguje dźwiękiem, słowem na określony odgłos lub głoś najbliższego
5. Aparat artykulacyjny
 - mięśnie warg
 - mięśnie języka
 - mięśnie podniebienia
6. Mimika

Chcąc lepiej poznać osobę w stanie apalicznym, oprócz diagnozy wstępnej, konieczna jest współpraca z rodziną. To pozwala dostosować program terapeutyczny do indywidualnych potrzeb osoby. W czasie takiej rozmowy dowiadujemy się o zainteresowaniach, przyzwyczajeniach pacjenta.

W Zakładzie Opiekuńczo - Leczniczym w Toruniu w czasie tworzenia indywidualnego programu terapeutycznego bierzemy pod uwagę diagnozę, analizę dokumentacji i informacje zebrane od rodzin.

Często najbliżsi stykają się z dokumentacją medyczną w której jest duża ilość nieznanymi terminów. Chciałabym przybliżyć choć w skrótovej formie jakie zaburzenia mówienia, mimiki, oddychania i połykania mogą wywołać uszkodzenia w poszczególnych okolicach mózgu. (opracowane na podstawie „Mózg, umysł i zachowanie”)



rys. przedstawia półkulę mózgu z uwzględnieniem płatów mózgu

I. Wyniki uszkodzeń płata potylicznego:

- dziury w polach wzrokowych
- trudności w umiejscowieniu widzianych obiektów;
- halucynacje wzrokowe; niedokładne widzenie obiektów, widzenie aureoli;
- trudności w rozpoznawaniu kolorów;
- trudności w rozpoznawaniu znaków, symboli, słów pisanych;

- trudności w rozpoznawaniu rysunków;
- trudności w rozpoznawaniu ruchu obiektu;
- trudności z czytaniem i/lub pisaniem

II. Płat skroniowy odpowiada za:

- zakręt górny i wieczko: słuch muzyczny, fonematyczny i wrażenia dźwiękowe;
- obszar Wernickego - rozumienie mowy, gramatyka, prozodia;
- zakręt dolny: rozpoznawanie obiektów;
- kategoryzacja obiektów; pamięć werbalna, zapamiętywanie;
- część podstawna: analiza zapachów

Uszkodzenia płatów skroniowych:

- zaburzenia słuchu, rozumienia mowy i percepcji dźwięków;
- zaburzenia wybiórczej uwagi na bodźce słuchowe i wzrokowe;
- problemy w rozpoznawaniu widzianych obiektów; trudności w rozpoznawaniu twarzy (prozopagnozja);
- upośledzenie porządkowania i kategoryzacji informacji werbalnych;
- lewa półkula - trudności w rozumieniu mowy (afazja Wernickego);
- uszkodzenia prawej półkuli mogą spowodować słowotok;
- trudności w opisywaniu widzianych obiektów;
- zaburzenia pamięci - amnezja następcza, problemy z przypominaniem;
- zaburzenia zachowań seksualnych;
- zaburzenia kontroli zachowań agresywnych.

III. Płat ciemieniowy odpowiada za:

- część górna: czucie dotyku, temperatury, bólu;
- umiejscowienie wrażeń czuciowych;
- prawa część dolna: orientacja przestrzenna, układ odniesienia względem swojego ciała konstruowany na podstawie wrażeń wzrokowych;
- lewa część dolna: modelowanie relacji przestrzennych ruchów palców.
- pomiędzy i część przyśrodkowa: celowe ruchy;
- integracja ruchu i wzroku;
- integracja czucia i wzroku w jeden percept;
- manipulacja obiektami wymagająca koordynacji i wyobraźni przestrzenno/ruchowej.
- rozumienie języka symbolicznego, pojęć abstrakcyjnych, geometrycznych.

Uszkodzenia płata ciemieniowego:

- całkowita niepodzielność uwagi;
- niezdolność do skupiania wzroku na określonym miejscu (apraksja wzrokowa);
- trudności w orientacji przestrzennej;
- trudności w integracji wrażeń wzrokowych w jedną całość (symultagnozja);
- trudności w koordynacji ruchu oczu i rąk;
- niezdolność do celowego działania wymagającego ruchu (apraksja), problemy w troszczeniu się o siebie;
- lewy - niezdolność do odróżnienia kierunków, lewa-prawa

- trudności w liczeniu (dyskalkulia) i matematyce, zarówno algebrze jak i geometrii;
- niezdolność do nazwania obiektu (anomia);
- okolice lewego zakrętu kąтового - niezdolność do umiejscowienia słów pisanych (agrafia);
- problemy z czytaniem;
- prawy - brak świadomości niektórych obszarów przestrzeni i części ciała (jednostronne zaniedbanie);
- anozagnozja, zaprzeczanie niesprawności;
- trudności w rysowaniu;
- trudności w konstruowaniu obiektów;
- zaburzenia osobowości (zwykle leżje ciemieniowo-skroniowe).

IV. Płat czołowy - działanie

- część górna - funkcje ruchowe, pierwotna kora ruchowa, kora przedruchowa, dodatkowa kora ruchowa;
- pamięć wyuczonych działań ruchowych, np. taniec, nawyki, specyficzne schematy zachowań, wyrazy twarzy;
- lewy płat - obszar Brocka (mowa);
- pola czołowe oczu (ruch gałek ocznych zależny od woli);
- część przedczołowa: „zdawanie sobie sprawy”;
- planowanie i inicjacja działania w odpowiedzi na zdarzenia zewnętrzne;
- oceny sytuacji;
- przewidywanie konsekwencji działań - symulacje w modelu świata;
- konformizm społeczny, takt, wyczucie sytuacji;
- analiza i kontrola stanów emocjonalnych, ekspresji językowej;
- uczucia błogostanu (układ nagrody), frustracji, lęku i napięcia;
- lewy płat - kojarzenie znaczenia i symbolu (słowa), kojarzenie sytuacyjne;
- pamięć robocza;
- wola działania, podejmowanie decyzji;
- relacje czasowe, kontrola sekwencji zdarzeń.
- część podstawna, kora okołoczodołowa

Efekty uszkodzeń płata czołowego:

- utrata możliwości poruszania częściami ciała;
- afazja Brocka;
- niezdolność do planowania wykonania sekwencji ruchów przy wykonywaniu czynności;
- niezdolność do działań spontanicznych;
- schematyczność myślenia;
- „zapętlenie”, uporczywe nawracanie do jednej myśli;
- trudności w koncentracji na danym zadaniu; trudności w rozwiązywaniu problemów;
- niestabilność emocjonalna; zmiany nastroju;
- nieakceptowalne zachowania społeczne; zachowania agresywne;

- lewy płat - depresja, prawy - zadowolenie;
- prawy tylny - trudności w zrozumieniu kawałów i śmiesznych rysunków, preferencje dla niewybrednego humoru;
- zmiany osobowości.

V. Płat limbiczny i jego okolice:

- analiza wrażeń węchowych;
- analiza wrażenia bólu;
- kontrola negatywnych emocji; współpraca z ciałem migdałowatym;
- skupienie uwagi.

Efekty uszkodzeń płata limbicznego:

- złudzenia węchowe; zanik wrażeń węchowych;
- nadpobudliwość; niepokój;
- utrata kontroli nad emocjami;
- wrażenia ciągłego bólu lub brak wrażeń bólowych.

VI. Pień mózgu: śródmózgowie, most, rdzeń przedłużony:

- oddychanie (most);
- kontrola rytmu serca (rdzeń przedłużony);
- polykanie, kaszel i odruchy wymiotne (rdzeń przedłużony);
- odruchy zaskoczenia, podskoku (śródmózgowie);
- kontrola systemu autonomicznego: pocenia się, ciśnienia krwi, temperatury i trawienia.
- ogólny poziom przytomności;
- sen
- utrzymywanie równowagi.

Efekty uszkodzeń:

- płytki oddech i problemy w produkcji mowy;
- trudności w polykaniu płynów i pożywienia; (dysfajza);
- problemy z równowagą, koordynacją, ruchami;
- kręcenie się w głowie i wymioty (vertigo);
- trudności w postrzeganiu środowiska;
- zaburzenia snu (bezdech, bezsenność)

Trzeba też wspomnieć o nerwach czaszkowych, które wchodzą w skład obwodowego układu nerwowego. Wyróżnia się ich 12 par, ale najistotniejsze dla mówienia są:

1. **Nerw V** (trójdzielny) – unerwia czuciową powierzchnię twarzy, nosa i jamy ustnej, a ruchowo mięśnie żwaczy. Uszkodzenie tego nerwu powoduje min. opadanie żuchwy.
2. **Nerw VII** (twarzowy) – unerwianie mięśni mimicznych twarzy
3. **Nerw IX** (językowo-gardłowy) – unerwia czuciowo gardło, podniebienie miękkie i język
4. **Nerw X** (błędny) – unerwia ruchowo mięśnie podniebienia i gardła, a czuciowo krtań i część ucha zewnętrznego
5. **Nerw XII** (podjęzykowy) – nerw ruchowy, unerwiający cały język

Lewa półkula odpowiada za zadania werbalne, a jej uszkodzenie powoduje afazję oraz depresję, poczucie winy, zamartwianie przyszłością.

Prawa półkula odpowiada za wzrokowo-przestrzenną analizę treści emocjonalnych, kojarzy przedmioty związane z oglądanym oraz rozpoznaje sens prostych słów, zwłaszcza emocjonalnych, np. przekleństw, subtelna analiza znaczenia, metafor, humoru, antycypacji, morału. Jest bardziej zaangażowana w analizy stanów emocjonalnych, a jej uszkodzenie powoduje aprozodię, a także optymizm, bagatelizowanie choroby, zadowolenie z siebie.

SŁOWNICZEK DEFINICJI

AFAZJA – „to nabyte zaburzenie lub utrata zdolności językowego komunikowania się w następstwie różnego rodzaju organicznych uszkodzeń mózgu.”(Pąchalska) Mamy bardzo wiele rodzajów afazji, ale dokładny jej profil określa się po dokładnej diagnozie logopedycznej.

APRAKSJA – chorobliwa niezdolność do wykonywania czynności uprzednio dobrze znanych i sprawnie wykonywanych. Jednym z rodzajów jest apraksja oralna, czyli zaburzenia ruchów narządów mowy.

APROZODIA - zanik rozumienia treści emocjonalnych w mowie, np. złości czy gniewu; monotonna mowa.

DYZARTIA - zaburzenie mowy charakteryzujące się zaburzeniami artykulacji dźwięków na skutek uszkodzenia ośrodków i dróg unerwiających narządy mowy(artykulacyjne, fonacyjne, oddechowe).

GNOZJA - zdolność rozpoznawania odbieranych bodźców na podstawie ich analizy i syntezy. Poznać przedmiot po kształcie, barwie, dźwięku, poprzez dotyk...itd.

KOMPENSACJA - to proces zmierzający do wyrównania braku i przystosowania się do środowiska w warunkach jakiejś patologii. W terapii logopedycznej oznacza zastępowanie uszkodzonych narządów mowy innymi.

MUTYZM – całkowita niemożność mówienia przy jednoczesnym zachowaniu zdolności rozumienia mowy. Pacjent ma zubożoną mimikę. Pacjent intensywnie myśli, przez Niego oceniane jest to jako wypowiedanie się, a tak naprawdę milczy.

PRAKSJA – zdolność wykonywania celowych ruchów, np. ułożenie właściwe dłoni- pokaż figę.

3. Teoretyczne podstawy rehabilitacji

Pacjent w stanie wegetatywnym wymaga stałej specjalistycznej opieki – medycznej-pielęgnacji, biernej rehabilitacji, prawidłowego odżywiania. Opieka jest warunkiem utrzymania chorego przy życiu.

- Pacjent jest jednak pozbawiony zmysłowego kontaktu ze światem zewnętrznym, co jest efektem uszkodzenia półkul mózgowych, które normalnie zapewniają człowiekowi świadomość siebie, otoczenia, warunkują celowość działania.
- Pacjent znajduje się w stanie czuwania.
- Spontanicznie otwiera oczy.
- Nie wykonuje całkowicie lub prawie całkowicie ruchów spontanicznych.
- Występuje wzmożone napięcie mięśniowe.
- Pojawiają się także odruchy prymitywne takie jak: żucie, ziewanie.
- Pacjent wykazuje brak kontroli przy oddawaniu moczu i stolca.
- Brak jest również cech powtarzalnych, celowych odpowiedzi na bodźce wzrokowe słuchowe oraz dotykowe.

Głównym celem prowadzonej rehabilitacji jest:

- poprawa wydolności ogólnej organizmu,
- poprawa czynności układu krążeniowo – oddechowego,
- zapobieganie i zmniejszanie ograniczeń ruchu w stawach,
- zapobieganie zanikom mięśniowym oraz osłabieniu mięśni,
- uzyskanie pobudzenia i poprawy czynności Ośrodkowego Układu Nerwowego,
- reedukacja nerwowo – mięśniowa,
- zapobieganie powstawaniu obrzęków,
- zapobieganie powstawaniu odleżyn.

Działania rehabilitacyjne głównie polegają na:

- wykonywaniu ćwiczeń biernych,
- pionizacji,
- fizykoterapii,
- stosowaniu pozycji ułożeniowych
- masażu klasycznym.

Rehabilitacja powinna być prowadzona przez zespół terapeutyczny, w skład którego wchodzi w zależności od indywidualnych potrzeb osoby w stanie apalicznym:

- lekarz,
- fizjoterapeuta,
- pielęgniarka,
- psycholog,
- neurologopeda,
- masażysta.

Fizjologiczny wpływ masażu klasycznego na organizm

Układ nerwowy koordynuje liczne czynności ustrojowe ponieważ prawie wszystkie tkanki i narządy organizmu są unerwione. Komórka nerwowa jest komórką pobudliwą, a masaż jest jednym z czynników który prowadzi do pobudzenia komórek nerwowych. To pobudzenie jest proporcjonalne do siły napięcia masażu oraz czasu jego trwania. Masaż wpływa na:

- lepsze ukrwienie co zapewnia właściwy przebieg procesów metabolicznych w poszczególnych częściach układu nerwowego;
- stymuluje przewodnictwo nerwowe;
- wpływa tonizująco i pobudzająco przy masażu kręgosłupa, gdzie znajduje się pień układu współczulnego, a jego zwoje leżą wzdłuż kręgosłupa;
- oddziaływanie na układ autonomiczny doprowadza do wyrównania układu sympatycznego i parasympatycznego.

Wpływ masażu na układ krwionośny

Układ krwionośny pełni cztery funkcje:

- oddechową
- odżywczą
- regulacyjną
- termoregulacyjną

Funkcja oddechowa jest najważniejszą funkcją układu krążenia. Krążąca krew pobiera tlen i dostarcza go do komórek i tkanek. Funkcja odżywcza polega na dostarczaniu tkankom substancji odżywczych o odprowadzeniu końcowych produktów przemiany materii do narządów wydalniczych. Funkcja regulacyjna polega na rozprowadzaniu substancji biologicznie czynnych (hormonów), które regulują wiele procesów życiowych. Funkcja termoregulacyjna polega na wyrównaniu i utrzymaniu stałej temperatury ciała, przenoszeniu ciepła z mięśni do wątroby oraz regulacji oddawania ciepła na zewnątrz.

Wpływ masażu na układ kostny

Systematyczny masaż na również wpływa na kości. Zwiększa ich spistość, a także ciężar i objętość. Pod wpływem masażu stawy stają się bardziej ruchliwe oraz wzmacniają się więzadła okołostawowe.

Wpływ masażu na układ oddechowy

Masaż przyspiesza cyrkulację krwi w naczyniach krwionośnych i tym samym zwiększa ilość krwi dostarczanej do płuc gdzie następuje wymiana gazowa. Pod wpływem masażu poprawia się funkcjonowanie układu oddechowego, wzrasta ilość krwi bogatej w tlen niezbędnej do właściwego rozwoju tkanek.

Wpływ masażu na skórę

Skóra jest barierą między organizmem, a światem zewnętrznym, pokrywa cały organizm i dzięki niej pozwala kontaktować się z otoczeniem. Pod wpływem masażu skóra staje się różowa i ciepła, co jest następstwem lepszego jej ukrwienia, a więc i odżywienia. Masaż usuwa złuszczone, obumarłe komórki warstwy rogowej

naskórka, pory się rozszerzają, otwierają się kanaliki gruczołów potowych i tym samym zwiększa się dopływ powietrza do skóry. Skóra jest bardziej uelastyczniona, lepiej dotleniona i przygotowana na lepsze i szybsze wprowadzania substancji leczniczych i odżywczych.

Wpływ masażu na tkanki

Tkanki, z których zbudowany jest organizm różnią się między sobą budową i czynnościami. Masaż w tkance łącznej powoduje odżywienie, uplastycznienie, poprawia funkcje życiowe i zwiększa przyrost tkanki. Masaż w tkance chrzęstnej powoduje lepsze odżywienie, zapobiega zwyrodnieniom i zatrzymuje już istniejące. Masaż w tkance kostnej wpływa na utrzymanie równowagi pomiędzy związkami organicznymi i nieorganicznymi oraz przyspiesza procesy kostnienia. Masaż w tkance tłuszczowej przyspiesza rozdrobnienie i usunięcie komórek tłuszczowych, co prowadzi do przyspieszenia przemiany materii - czyli spalania w tkankach. Masaż w tkance siateczkowej wzmacnia odporność organizmu. Masaż w tkance mięśniowej usuwa produkty przemiany materii, ułatwia krążenie produktów odżywczych, poprawia dotlenienie, jędrność, elastyczność i wytrzymałość masową tkanek.

4. Prawa pacjenta

W każdym kraju pacjent winien znać swoje prawa i umieć z nich korzystać. Szczególnego wymiaru nabierają prawa do ochrony zdrowia, a jeszcze większego znaczenia nabiera fakt, iż pacjent w stanie wegetatywnym sam nie upomina się o swoje prawa. Tak więc jego prawa, a także każdego innego winna znać jego rodzina. Podstawowe prawa każdego obywatela są określone w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Obywatelowi naszego kraju przysługują konstytucyjne prawa do ochrony zdrowia niezależnie od sytuacji materialnej; Władze publiczne muszą zapewnić równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Oczywiście to wszystko ma miejsce w funkcjonującym w kraju systemie opieki zdrowotnej. Prawo do ochrony zdrowia jest z pewnością jednym z najważniejszych praw człowieka. Prawa pacjenta określiła Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) tworząc Kartę Praw Pacjenta.

Prawa pacjenta w Polsce określone są w *Ustawie O zakładach opieki zdrowotnej z 30 sierpnia 1991 r.* (fragment)

Art. 19

1. Pacjent ma prawo do:

- 1) świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej, a w sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń - do korzystania z rzetelnej, opartej na kryteriach medycznych procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń.
- 2) informacji o swoim stanie zdrowia (dla rodziny)
- 3) wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub ich odmowy, po uzyskaniu odpowiedniej informacji (rodzina po akcie

- ubezwłasnowolnienia),
- 4) intymności i poszanowania godności w czasie udzielenia świadczeń zdrowotnych,
 - 5) umierania w spokoju i godności.
2. Przepis ust. 1 pkt 3 nie dotyczy świadczeń zdrowotnych, których udzielenie bez zgody pacjenta regulują oddzielne przepisy.
 3. W zakładach opieki zdrowotnej przeznaczonych dla osób wymagających całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych pacjent ma również prawo do:
 - 1) dodatkowej opieki pielęgnacyjnej sprawowanej przez osobę bliską lub inną osobę wskazaną przez siebie,
 - 2) kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z osobami z zewnątrz,
 - 3) opieki duszpasterskiej,
 4. Koszty realizacji uprawnień wymienionych w ust. 3 pkt 1 i 2 nie mogą obciążać zakładu opieki zdrowotnej.
 5. W przypadku zagrożenia epidemicznego lub ze względu na warunki przebywania innych osób chorych w szpitalu kierownik zakładu opieki zdrowotnej lub upoważniony lekarz może ograniczyć prawo pacjenta do kontaktu osobistego z osobami z zewnątrz, w tym do sprawowania opieki przez osoby określone w ust. 3 pkt. 1.
 6. Kierownik zakładu opieki zdrowotnej zapewnia dostępność informacji o prawach pacjenta.

Art. 19 a

1. W razie zawinionego naruszenia prawa pacjenta o których mowa w art. 18 ust. 2 i ust. 3 pkt 1 oraz w art. 19 ust. 1 pkt 1-4 i ust. 3, sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 Kodeksu Cywilnego.
 2. W razie zawinionego naruszenia prawa pacjenta do umierania w spokoju i godności, sąd może, na żądanie najbliższego członka rodziny, innego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego, zasądzić odpowiednią sumę pieniężną na wskazany przez nich cel społeczny na podstawie art. 448 Kodeksu Cywilnego
- Pacjent w stanie wegetatywnym jako człowiek nigdy nie przestaje być członkiem społeczności i obywatelem kraju. W związku z tym ma takie same prawa jak inni ludzie. Także kodeksy etyczne zawodów lekarza, pielęgniarki, psychologa zobowiązują te grupy do najlepszej, zgodnej z najnowszymi zdobyczami medycyny diagnostyki, uczenia i opieki.

5. Porozmawiajmy o... życie trwa do jego naturalnego końca.

Co to jest stan wegetatywny?

Wg definicji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) stan apaliczny to stan wegetatywny rozpoznawalny u pacjenta, który jest przytomny, ale pozbawiony świadomości. Zachowane są u niego reakcje odruchowe, które zależą do prawidłowego funkcjonowania rdzenia przedłużonego w tym np.: reakcje obronne, postawy ciała, regulacja temperatury, krążenie, oddychanie, trawienie poddanych do żołądkowo pokarmów. Pacjent taki jest jednak pozbawiony zmysłowego kontaktu ze światem zewnętrznym, co jest efektem uszkodzenia półkul mózgowych, które normalnie zapewniają człowiekowi świadomość siebie, otoczenia, warunkują celowość działania. Przekładając to na język praktyczny stan wegetatywny to przedłużający się stan nieprzytomności spowodowany różnymi czynnikami np.: urazem, zawałem, guzem mózgu czy zatrzymaniem akcji serca. Chory ma uszkodzony mózg, nie ma z nim kontaktu, ale pozostałe narządy są zwykle wydolne. W zależności od tego jak duży obszar mózgu został uszkodzony mamy różne stany. Niektórzy mogą zachowywać mimikę twarzy, odruch połykania, nawet poruszać rękoma. Inni tkwią bez ruchu. Nigdy tak do końca nie wiemy ile końcówek uległo zniszczeniu, dlatego tak ważne są pierwsze miesiące po zajściu, które było przyczyną stanu wegetatywnego.

Czy osobę w stanie wegetatywnym można określić, że żyje i co można czuć?

Jednoznacznie i bez wszelkich wątpliwości można stwierdzić, że taka osoba- żyje. Żyje własnym życiem, innym niż nasze. Człowiek w stanie wegetatywnym często nie daje żadnych oznak samoświadomości czy świadomości otaczającego go środowiska. Spotyka się też objawy niezdolności do jakiegokolwiek kontaktu z otoczeniem czy reakcji na bodźce. Ale też faktem niezaprzeczalnym jest, że człowiek lata na księżyc, schodzi na głębiny wodne, a nie poznał do końca funkcjonowania i zdolności mózgu ludzkiego. Nigdy nie można stwierdzić ile „świadomości jest w nieświadomości”. Ponieważ człowiek w stanie wegetatywnym żyje, żyją jego narządy wewnętrzne i bardzo często dobrze funkcjonują przez długie lata, dlatego wymaga odpowiedniego traktowania i pielęgnacji jak każda żywa, chora osoba. Każdą osobę w stanie wegetatywnym należy traktować jak osobę, która widzi, czuje, słyszy, ale nie może odpowiedzieć tak jak my byśmy oczekiwali.

Czy może zmienić się stan pacjenta?

Oczywiście. Niezbadane są możliwości mózgu ludzkiego. Ważne jest, aby pobudzić mózg do pracy, aby stosować wiele bodźców i wnikliwie obserwować pacjenta jak na nie reaguje.

Jest wiele udokumentowanych przypadków wyjścia ze stanu wegetatywnego i powrotu do normalnego życia lub życia z pewnymi następstwami uszkodzenia mózgu, ale w pełnej świadomości i samoświadomości.

Nigdy nie mów nigdy.

Co oznacza określenie „jakość życia”, „komfort życia”?

Jest to subiektywne określenie potrzeb jednostkowych w stosunku do środowiska, w którym żyje. Dla osoby cierpiącej ból, jakość życia będzie obniżona, ale po opanowaniu bólu znacznie podnosi się komfort życia, gdyż ból wyłączał ją z normalnego życia.

Osoba w stanie wegetatywnym nie sygnalizuje swoich potrzeb, w związku z czym wymaga opieki i pielęgnacji jak każda osoba niepełnosprawna. Żadna kalkulacja kosztów nie może przesłaniać największej wartości, jaką jest ochrona życia ludzkiego aż do naturalnego jego końca.

Co jest najważniejsze w życiu osoby w stanie wegetatywnym?

Najważniejszym, najistotniejszym problemem osób w stanie wegetatywnym jest właściwe podejście i traktowanie. Osoba taka wymaga opieki, pomocy, ale też ma prawo do korzystania ze wszystkich dóbr społecznych, w tworzeniu których brała udział w okresie swojej aktywności życiowej.

Pielęgnacja ciała, rehabilitacja ruchowa, zapobieganie skutkom długotrwałego unieruchomienia, właściwe odżywianie, kontakt z innymi, także zdrowymi ludźmi. To niezbywalne prawa osoby niepełnosprawnej.

Pamiętajmy, że każda osoba będąca w stanie wegetatywnym przed zejściem, które było powodem tego stanu, była osobą asertywną i samostanowiącą i to jest wartość jej życia, którego nikt nie może jej pozbawiać. Przeszłość znaną pacjentowi należy wykorzystać do bodźcowania psycho - duchowego np.: osoby wierzące w Boga, określone religijnie nie można pozbawić kontaktu praktycznego, gdyż była to wcześniej część ich życia.

Jak winna zachowywać się rodzina, najbliżsi?

Diagnoza, iż najbliższa osoba jest i nie wiadomo jak długo będzie w stanie wegetatywnym, jest zawsze szokiem i trudnym do przyjęcia faktem. Ale też pewnikiem jest, że ta osoba żyje i nigdy nie można pozbawić się nadziei, że stan zdrowia się poprawi. Nie ma innej alternatywy w postępowaniu jak traktowanie osoby w stanie wegetatywnym jak osoby, która czuje, widzi, słyszy, ale nie może nam odpowiedzieć. Inne traktowanie równałoby się z zamknięciem człowieka w jego własnym ciele, pozbawieniem bodźców. Rozmawiamy, opowiadamy, pokazujemy, wyjeżdżamy na spacer, wypijmy kawę dając wcześniej ją powąchać, puszczamy znane utwory muzyczne, dotykamy, głaszczemy, całujemy, czyli maksimum normalnego życia w nienormalnej sytuacji życiowej.

Rozdział II. Kompleksowa opieka i rehabilitacja osoby w stanie apalicznym.

W Zakładzie Opiekunco – Lecznicy w Toruniu stosujemy zasadę kompleksowej rehabilitacji. W skład zespołu terapeutycznego, który bezpośrednio pracuje z osobami w stanie apalicznym wchodzi:

- Lekarz
- Pielęgniarka
- Fizjoterapeutka
- Masażysta
- Logopeda
- Psycholog
- Koordynator do spraw pacjenta

Skład zespołu terapeutycznego i metody przedstawione w tym rozdziale są proponowanymi i stosowanymi z pozytywnymi efektami od 11 lat w pracy z pacjentem w stanie apalicznym.

1. Najczęstsze problemy pielęgnacyjne w opiece nad chorym w stanie apalicznym.

Opieka nad pacjentem w stanie wegetatywnym wynika z następujących uwarunkowań:

- Pacjent osobiście nie wyraża swojej woli
- Pacjent sam nie wykonuje żadnych ruchów
- Pacjent musi być odżywiany przez osoby drugie
- Pacjent najczęściej ma założoną rurkę tracheostomijną
- Pacjent wymaga adekwatnej do swojego stanu zabiegu rehabilitacji

Sprawowanie opieki nad chorym w stanie apalicznym to proces długotrwały i trudny. Wiele problemów dostarcza pielęgnacja skóry pacjenta, który jest długotrwałe unieruchomiony, nie kontroluje wydalania moczu i stolca, wykonuje jedynie ruchy ciała spontaniczne typu wyprostnego lub zgięciowego i ruchy głowy.

W zakresie pielęgnacji ciała chorego działania obejmują:

- Codzienne wykonywanie toalety całego ciała w łóżku chorego, a raz w tygodniu kąpiel w wannie za pomocą zintegrowanego systemu do higieny osobistej.
- Codzienna zmiana bielizny osobistej oraz w razie potrzeby. Zmiana bielizny pościelowej raz w tygodniu lub w razie potrzeby.
- Dokładne osuszanie skóry, nawilżanie i zabezpieczanie środkami ochronnymi przed uszkodzeniami.
- Wykonywanie toalety częściowej w zależności od potrzeby, toaleta okolic intymnych po każdym oddaniu moczu i stolca z zastosowaniem środków pielęgnacyjnych.
- Zmiana pieluch majtek w zależności od potrzeby.
- Wykonywanie toalety jamy ustnej dwa razy dziennie, a w razie potrzeby częściej, natłuszczenie warg tłustym kremem lub wazeliną.

- Obserwację przewodów nosowych, oczyszczanie.
- Pielęgnacja oczu, ochrona przed zakażeniami i uszkodzeniami, stosowanie komór ochronnych w niedomykalności powiek, stosowanie leków zleconych przez lekarza.
- Pielęgnacja uszu i delikatne osuszanie przewodów, stosowanie zleconych leków przez lekarza.
- Mycie włosów w zależności od potrzeby.
- Kontrolę czystości paznokci codziennie i obcinanie paznokci raz w tygodniu.
- Obserwację w kierunku powikłań: odparzenia, odleżyny, stany zapalne skóry i błon śluzowych.

Właściwa pielęgnacja skóry jest jednocześnie profilaktyką powstawania odleżyn. Na powstanie odleżyn ma wpływ przede wszystkim brak zdolności do samodzielnej zmiany pozycji. W związku z tym bardzo ważne jest prowadzenie profilaktyki przeciwoodleżynowej. Odleżyny są efektem kilku czynników wśród których należy wymienić: niedokrwienie tkanek, siły tarcia, niedostateczna ilość białka w surowicy krwi i nieodpowiednia pielęgnacja. Działania profilaktyczne obejmują:

- Stosowanie materaca przeciwoodleżynowego z uwzględnieniem masy ciała chorego, cykliczna zmiana punktów podparcia w systemie zmiennociśnieniowym wymusza poprawę krążenia krwi w uciskanych naczyniach włosowatych. Ciągła zmiana ciśnienia w komorach materaca powoduje, że każda część ciała jest uwalniana na kilka minut od ucisku. Regulacja ciśnienia w zależności od masy ciała chorego zapewnia ciśnienie poniżej 20mm Hg w 55-60% cyklu pracy.
- Zmiana pozycji ciała co 2 godziny z użyciem ślizgów. Regularna zmiana pozycji ciała jest skuteczną strategią zredukowania lub złagodzenia nacisku międzyfazowego to znaczy ilości nacisku wytwarzanego przez wyniosłości kostne i podłoże na skórę pacjenta.
- Stosowanie technik zmiany pozycji ciała, przenoszenia i obracania co zapobiega tarcia skóry o podłoże.
- Stosowanie specjalistycznego sprzętu do podnoszenia i przemieszczania zapewnia stabilizację ciała chorego i redukuje ucisk.
- Wykonywanie wszystkich czynności higienicznych, toalety ciała 2 razy na dobę.
- Ocena stanu skóry w czasie wykonywania czynności pielęgnacyjnych ze zwróceniem uwagi na miejsca szczególnie narażone.
- Stosowanie udogodnień w postaci klinów, wałków, poduszek, podkładek.
- Układanie w pozycji na boku z 30 stopniowym nachyleniem co zmniejsza nacisk na krętarz większy, guzy kulszowe, kostkę boczną i piętę.
- Układanie na plecach z uniesieniem wezglowia o 30 stopni co z kolei zmniejsza siły napięciowe.
- Utrzymywanie skóry w czystości, mycie ciepłą wodą z delikatnymi środkami oczyszczającymi, które nie wysuszają skóry predysponując w ten sposób do uszkodzeń.
- Natłuszczanie i nawilżanie skóry w celu poprawienia jej elastyczności i

ukrwienia.

- Stosowanie środków przeciwdrożdżynowych typu: Sudocrem, Seni Care, Menalind, Propolis na miejsca szczególnie narażone.
- Stosowanie bielizny osobistej i pościelowej z materiałów naturalnych oraz unikanie pościeli krochmalonej. Bielizna z materiałów naturalnych wchłania wilgoć, krochmalona ma tendencję do zagięć, a sam krochmal wchłania roztocza, zwiększając ryzyko zakażenia ran.
- Zapewnienie w sali chorego temp. 18-20°C i wilgotność ok. 40-60%. Odpowiednia wilgotność i temperatura pomieszczenia zmniejszają wysuszenie skóry zapobiegając urazom mechanicznym. Wilgotność zwiększa tarcie pomiędzy ciałem chorego a podłożem.
- Eliminację narażenia skóry na wilgotność spowodowaną nietrzymaniem moczu i stolca przez stosowanie pampersów, podkładow absorbujących wilgoć lub założenie choremu cewnika do pęcherza moczowego.
- Ocena stanu nawodnienia chorego poprzez obserwację skóry i śluzówek oraz prowadzenie bilansu płynów.
- Ocena odżywienia chorego według skali NRS2002 lub SGA
- Podawanie diety przemysłowej zbilansowanej
- Okresowa kontrola stężenia białka w surowi krwi, w razie potrzeby zwiększenie podaży białka w diecie.

Innym bardzo ważnym problemem jest długotrwałe unieruchomienie.

Unieruchomieniem nazywamy fizyczne ograniczenie aktywności całego ciała lub poszczególnych jego części w zakresie pozycji w łóżku, obracania się, siadania, wstawania i chodzenia. W przypadku pacjenta apalicznego unieruchomienie dotyczy aktywności całego ciała. Brak możliwości wykonania ruchu wpływa niekorzystnie na funkcje wszystkich układów w organizmie człowieka. Jest to powód powikłań zagrażających życiu. Należą do nich: zapalenie płuc, zakrzepice, zatory i odleżyny. Jest to również przyczyna szybko postępującej dysfunkcji mięśni i stawów.

Brak ruchu prowadzi do zmian patologicznych w mięśniach powodując ich atrofię, obniżenie ich napięcia i siły. Upośledza również ukrwienie mięśni powodując ich niedożywienie. Negatywne zmiany biochemiczne w mięśniach zachodzą bardzo szybko od momentu unieruchomienia. Ruch i obciążenie są niezbędne także do utrzymania prawidłowej struktury i funkcjonowania stawów. Obciążenie stawów kończyn dolnych następuje w pozycji stojącej w czasie chodzenia. Ruch czynny powoduje obciążenie stawów przez nacisk. Zarówno ruch czynny jak i bierny pobudzają błonę maziową stawów do produkcji mazi stawowej, która jest jedynym źródłem odżywiania chrząstki stawowej. Maź stawowa redukuje tarcie i zużycie chrząstki podczas ruchu. Brak ruchu i obciążenia powoduje upośledzenie odżywiania chrząstki stawowej i jej atrofię. Z czasem powstają zrosty wewnątrzstawowe uniemożliwiające ruch w stawie, osłabienie więzadeł i zmiany patologiczne torebki stawowej oraz zmniejszenie masy kolagenowej. Przykurczenia i usztywnienia powstają najczęściej w okolicach stóp i kolan oraz stawów biodrowych i ramiennych. Z powodu długotrwałego unieruchomienia dochodzi również do zmian w układzie

krążenia. Zmniejsza się ilość krwi krążącej i pojemność wyrzutowa serca, w układzie krwiotwórczym w świetle naczyń zmniejsza się liczba erytrocytów i leukocytów. Brak pracy mięśni kończyn dolnych prowadzi do upośledzonego przepływu krwi, zastoju w żyłach. Skutkiem tych zmian jest gorsze ukrwienie tkanek organizmu, spadek odporności i zakrzepice żył. Brak aktywności ruchowej w układzie oddechowym prowadzi do ograniczenia ruchów klatki piersiowej i zmniejszonej wentylacji płuc. W efekcie tych zmian zostaje ograniczona zdolność odkształcania wydzieliny z drzewa oskrzelowego. W pęcherzykach płucnych utrudniona zostaje wymiana gazowa prowadząc do gorszego utleniania krwi i tkanek.

Działania pielęgnacyjne obejmują:

- Zmianę pozycji ciała chorego co 2 godziny.
- Głowę należy układać pod kątem 30 stopni, twarzą zwróconą na bok aby zapobiec zapadaniu się języka.
- Prowadzenie fizjoterapii klatki piersiowej uwzględniając oklepywanie klatki piersiowej, drenaż ułożeniowy, masaż wibracyjny, ćwiczenia oddechowe, stymulację efektywnego kaszlu.
- Odśluzowywanie z zalegającej wydzieliny za pomocą ssaka elektrycznego z jamy ustnej i rurki tracheotomijnej.
- Zapewnienie właściwego mikroklimatu w pokoju chorego.
- Prawidłowe odżywianie i nawadnianie.
- Prowadzenie rehabilitacji ruchowej

W układzie pokarmowym bezruch powoduje zwolnienie pasażu jelitowego, a pozycja leżąca ogranicza stymulację mięśni brzucha. Natomiast w układzie moczowym następstwem unieruchomienia jest zastój w pęcherzu moczowym i powstawanie złogów moczowych w nerkach.

Karmienie pacjenta w stanie apalicznym to kolejna trudność. Brak odruchu połykania jest wskazaniem do karmienia przez zgłębnik żołądkowy lub przez przetokę odżywczą PEG. Żywienie przez przewód pokarmowy jest najbardziej naturalną drogą żywienia. Jego zaletą jest korzystny wpływ na czynność przewodu pokarmowego przez pobudzanie wzrostu kosmków jelitowych, wytwarzanie hormonów i immunoglobulin i innych związków syntetyzowanych w jelicie. Gastrostomia poprawia warunki pielęgnacji chorego w porównaniu z sondą żołądkową, którą można zastosować w przypadku drożności przetyku. Najczęściej jednak u pacjentów apalicznych stosuje się gastrostomię. Pacjent otrzymuje indywidualnie dostosowaną dietę. Częstym problemem pielęgnacyjnym w opiece nad chorym z gastrostomią odżywczą jest wyciek treści żołądkowej lub żywieniowej w okolicy gastrostomii. Wyciek jest bardzo często związany ze zmniejszeniem elastyczności skóry u chorych przewlekle niedożywionych i z infekcją okolicy ujścia przewodu. Powodem wycieku może być również nieprawidłowa pozycja karmienia (leżąca, na lewym boku), zbyt duża ilość podanego pokarmu w krótkim czasie. Skutkiem wycieku treści żołądkowo-pokarmowej jest wystąpienie zmian troficznych na skórze wokół drenu.

Działania pielęgnacyjne obejmują:

- Karmienie przez zgłębnik żołądkowy, gastrostomię (PEG), prowadzenie hiperalimentacji w zależności od stanu chorego i zlecenia lekarskiego.

- Ustalenie metody żywienia chorego: podawanie mieszanin przez pompę dozując ilość kropli na minutę, ciągły wlew mieszanki za pomocą aparatów grawitacyjnych lub podaż metodą porcji.
- Określenie potrzeb żywieniowych chorego z uwzględnieniem stanu odżywienia, chorób współistniejących w celu dostarczenia składników pokarmowych, ilościowo i jakościowo dostosowanych do potrzeb chorego.
- Podawanie mieszanek odżywczych przemysłowych i płynów wybraną metodą.

Podczas karmienia przez zgłębnik nosowo- żołądkowy należy:

- założyć zgłębnik do żołądka
 - dokonać kontroli jego umiejscowienia
 - obserwować chorego a w szczególności kaszel, duszność, pobudzenie psychoruchowe, zabarwienie skóry
 - kontrolować zaleganie pokarmu w żołądku przed karmieniem
 - płukać zgłębnik po każdym karmieniu i pojeniu płynami obojętnymi
 - po każdym podaniu porcji odżywczej chorego należy pozostawić w pozycji z uniesioną głową o 30 stopni na okres 0,5 godziny, aby zapobiegać zachłyśnięciom
- Podczas karmienia przez gastrostomię odżywczą należy:

- dokonać kontroli położenia cewnika
 - kontrolować zaleganie pokarmu w żołądku przed karmieniem
 - obserwować w kierunku wycieku treści żołądkowej, zmian skóry w okolicy PEG-a
 - zakładać opatrunek pod PEG-a, aby zabezpieczyć skórę przed odparzeniami
 - pielęgnować skórę wokół gastrostomii, skóra musi być osuszona, w przypadku zaczerwienienia zastosować Octanisept
 - obracać PEG-a kilka razy wokół jego osi w ciągu doby
 - podawać pokarm małymi porcjami, nie więcej niż 300ml jednorazowo
 - gotowe mieszanki do żywienia enteralnego – dojelitowego podawać według wybranej metody uwzględniając tolerancję chorego na czas wchłaniania
 - po każdym podaniu porcji odżywczej chorego należy pozostawić na 0,5 godziny z uniesioną głową o 30C, a najlepiej w pozycji półsiedzącej
- Podczas żywienia pozajelitowego- hiperalimentacji należy:

- podawanie preparatów do żywienia pozajelitowego wybraną metodą
- pielęgnacja miejsca wkłucia dożylnego z zastosowaniem zasad aseptyki i antyseptyki
- obserwacja miejsca wkłucia w kierunku zakażeń
- pobieranie krwi do badań laboratoryjnych
- Kontrolowanie stanu nawodnienia organizmu poprzez: napięcie skóry, napięcie gałek ocznych, wypełnienie żył szyjnych, ilość diurezy, ciśnienie tętnicze, tętno, kontrolę elektrolitów i hematokrytu.
- Prowadzenie dokumentacji karmienia.
- Obserwowanie i utrzymywanie jamy ustnej w czystości.
- Prowadzenie masażu mięśni żwaczy i kontrola ślinianek przyusznych.
- Obserwowanie w kierunku zaburzeń ze strony układu pokarmowego pod kątem

zaparć, biegunek, wymiotów i krwawień z przewodu pokarmowego oraz kontrola stanu nawodnienia chorego.

Kolejnym problemem jest toaleta drzewa oskrzelowego i pielęgnacja rurki tracheotomijnej. Tracheostomia jest to wytworzenie w tchawicy otworu na przedniej powierzchni szyi. W otworze tym umieszcza się rurkę tracheotomijną, aby zapewnić bezpośredni dopływ powietrza do tchawicy i płuc z pominięciem nosa, gardła i krtani. Ujście zewnętrzne rurki zabezpiecza się filtrem ochronnym. Pominięcie górnego odcinka dróg oddechowych powoduje docieranie powietrza do płuc nieograniczonego, nienawilżonego i nieoczyszczonego z cząstek kurzu i mikroorganizmów. Toaleta drzewa oskrzelowego polega na usuwaniu (odessaniu) zalegającej wydzieliny, śluzu, krwi z jamy ustnej lub rurki tracheotomijnej za pomocą elektrycznego ssaka. Celem toalety drzewa oskrzelowego jest zapewnienie drożności dróg oddechowych, zapewnienie optymalnych warunków wymiany gazowej oraz profilaktyka infekcji i ognisk niedodmy.

Działania obejmują:

- poinformowanie pacjenta o celu i sposobie wykonania zabiegu (bez względu na zdiagnozowany stopień świadomości)
- w celu utrzymania drożności dróg oddechowych oraz optymalnych warunków wymiany gazowej dokonuje się aspiracji wydzieliny jałowymi cewnikami z drzewa oskrzelowego przez rurkę tracheotomijną oraz z jamy ustnej za pomocą ssaka elektrycznego (siła ssania 100- 120 mm Hg), przestrzegając bezwzględnie zasad aseptyki i antyseptyki
- toaletę drzewa oskrzelowego wykonuje się tyle razy w ciągu doby ile jest konieczne aby usunąć zalegającą wydzielinę
- stosowanie zabiegów fizykoterapeutycznych: oklepywanie klatki piersiowej przy każdej zmianie pozycji ciała, układanie w pozycjach drenażowych
- prowadzenie rehabilitacji biernej w łóżku oraz wysadzanie chorego na wózek w celu zwiększenia pojemności oddechowej
- zapewnienie w sali pacjenta właściwego mikroklimatu: nawilżanie powietrza (wilgotność w granicach 40- 60%, temperatura 18- 22°C), wietrzenie sali
- uzupełnianie niedoborów wodno-elektrolitowych z powodu zwiększonej produkcji wydzieliny i podwyższonej temperatury ciała oraz prowadzenie kontroli przyjmowanych i wydalanych płynów
- monitorowanie częstotliwości i charakteru oddechów, tętna, wysycenia hemoglobiny tlenem za pomocą puls oksymetru, obserwacja zabarwienia skóry
- zapewnienie spokojnego, wspierającego otoczenia: mówienie do chorego łagodnym głosem, czytanie, informowanie o każdej czynności wykonywanej przy nim, wykonywanie czynności w sposób delikatny, spokojny bez pośpiechu
- wykazywanie empatycznej postawy

2. Rehabilitacja

2.1 Rehabilitacja osoby w stanie apalicznym

Gwałtowny postęp w dziedzinie motoryzacji, upadki z wysokości, pobicia to główne przyczyny urazów czaszkowo – mózgowych. Urazy są jedną z najczęstszych przyczyn zgonów oraz trwałej lub czasowej niezdolności do pracy.

Urazy czaszkowo – mózgowie oraz powstałe w skutek obrażenia ośrodkowego układu nerwowego stanowią trzecią przyczynę zgonów po chorobach naczyń krwionośnych mózgu i nowotworów mózgu.

Obecnie obserwuje się wzrost częstości występowania urazów czaszkowo – mózgowych, a wiąże się to przede wszystkim z wypadkami komunikacyjnymi. Przyczyn, z powodu których mamy do czynienia z pacjentami w stanie wegetatywnym wyróżnić można jeszcze kilka, m.in. udary, nagle zatrzymanie krążenia, podtopienia, próby samobójcze, porażenia prądem.

Wyróżnić można dwa rodzaje pourazowych uszkodzeń mózgu: pierwotne – które powstają w momencie zadziałania czynnika powodującego uraz oraz wtórne – wynikające np. z infekcji, niedotlenienia, zwiększonego ciśnienie śródczaszkowego. Następstwami tego typu urazów jest występowanie zaburzeń na poziomie:

- neurologicznym – porażenia, niedowłady, uszkodzenia nerwów czaszkowych, zaburzenia mózdkowe, zaburzenia pozapiramidowe
- psychologiczne
- psychiatryczne.

Uszkodzenia powodują również szereg problemów medycznych i społecznych, dlatego istnieje konieczność zastosowania optymalnych metod terapeutycznych w każdym z okresów rehabilitacji. Postępowanie usprawniające wymaga zaangażowania całego specjalistycznego zespołu terapeutycznego. Konieczne jest aby proces ten rozpoczęty był możliwie najwcześniej i był odpowiednio ukierunkowany.

Poprawna diagnostyka i określenie stanu ciężkości urazu potrzebne są do prawidłowego zaprogramowania procesu rehabilitacji, którego celem jest przyspieszenie powstania mechanizmów kompensacyjnych, przeciwdziałanie powikłaniom ze strony układu oddechowego, krwionośnego, zapobieganie powstawaniu wtórnym zmianom w układzie ruchu /odwapnienie kości, skostnienia okołostawowe, ograniczenia zakresu ruchu w stawach, kostniejące zapalenie mięśni/ oraz zapobieganie powstawaniu patologicznych wzorców ruchowych czy odruchów.

Poważnym następstwem jakie może nieść za sobą uraz czaszkowo – mózgowy są zaburzenia świadomości. Oceniane są one na podstawie skali GCS.

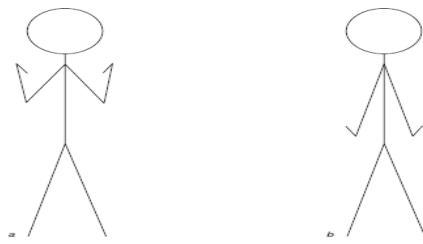
Definicja zaburzeń świadomości, jak również klasyfikacja stopnia ich głębokości stanowią przedmiot stałych dyskusji. Według najnowszych definicji, na świadomość składa się tak zwany stan wybudzenia oraz przytomności, czyli pojmowanie otoczenia i własnej osoby. Świadomość jest zjawiskiem nadrzędnym. W stanie świadomości mamy zdolność postrzegania własnej osoby i otoczenia; oddziałujemy na otoczenie i komunikujemy się z otoczeniem, np. dzięki mowie.

Świadomość jest to zdolność do dobierania, rejestrowania i zintegrowanego przetwarzania informacji, a także celowego reagowania na bodźce, natomiast przytomność przejawia się czuwaniem, potencjalną zdolnością do odbierania bodźców i reagowaniem na nie w sposób niekoniecznie świadomy, jest więc czysto fizycznym odbieraniem i przekazywaniem bodźców przez komórki nerwowe. Z obecnego stanu wiedzy o mózgu wynika, że odmienne struktury odpowiadają za jakościowy i ilościowy aspekt świadomości. Pierwszy z nich odnosi się do treści świadomości – tego, co człowiek sobie „uprzytamnia”.

Drugi aspekt świadomości – ilościowy – dotyczy różnych poziomów pobudzenia organizmu i umysłu, od snu aż po skrajną egzystencję. Zmiany poziomu świadomości powodują jej zaburzenia ilościowe, a treści świadomości – zaburzenia jakościowe. Istotne są również nieprawidłowości rytmu snu i czuwania. Jeśli osobnik jest w stanie fizjologicznego czuwania, jest on w pełni świadomy i zorientowany co do własnej osoby i otoczenia. Poszczególne zaburzenia świadomości cechują się odmiennym udziałem zmian poziomu snu i treści świadomości oraz oraz rytmu snu i czuwania.

Wyróżnić można następujące formy zaburzeń świadomości:

Śpiączka (coma) jest stanem głęboko zaburzonej świadomości, w którym chory nie jest zdolny do reagowania na bodźce zewnętrzne, leży z zamkniętymi oczyma. Źrenice słabo reagują na światło lub też odruch ten zanika, często pojawiają się odruchy patologiczne, np. odruch Babińskiego czy odruch Rossolimo, a nawet zaburzenia oddechu. Chorzy w stanie śpiączki cechują się zupełnym brakiem aktywności układu czuwania, nie otwierają samoistnie oczu i nie można ich wybudzić nawet za pomocą silnych bodźców czuciowych. Bardzo poważnymi stanami stwierdzalnymi u chorych po urazach czaszkowo – mózgowych są odkorowanie i odmóżdzenie. Chory w stanie odkorowania przyjmuje pozycję ciała ze zgięciem kończyn górnych w stawach łokciowych i stawach dłoni i wyprostem kończyn dolnych. Natomiast odmóżdzenie objawia się wyprostem kończyn górnych i dolnych z przeprostem głowy i tułowia.



Pozycja ciała w odkorowaniu i odmóżdzeniu; a) odkorowanie, b) odmóżdzenie

Stan odmóżdzeniowy występuje w uszkodzeniu pnia mózgu i tworze siatkowatego. Pojawia się znaczne wzmoczenie napięcia mięśni, tzw. Sztywność odmóżdzeniowa.

Towarzyszą temu głębokie zaburzenia świadomości. Sztynność ta występuje w dwóch odmianach. Możemy więc zaobserwować kurczowe i stałe wzmożenie napięcia wszystkich prostowników lub też wzmożenie dotyczy tylko zginaczy kończyn górnych i prostowników kończyn dolnych. Objawy te nasilają się pod wpływem dodatkowych bodźców, np. ukłucie okolicy mostka. Jest to stan groźny, przeważnie o niepomyślnym rokowaniu. Występuje po ciężkich krwotokach lub ciężkich urazach, także w zapaleniach mózgu i niektórych zatruciach. Pierwszą odmianę sztynności ujmuje się jako właściwą sztynność odmóżdzeniową, odmianę drugą nazywa się sztynnością z odkorowaniem lub stanem odkorowania.

Mutyzm akinetyczny czyli zespół apaliczny. Chorzy pozostają stale z otwartymi oczami, nie wykonują żadnych ruchów – niekiedy jedynie wodzą oczami – i nie nawiązują kontaktu z otoczeniem. Nie stwierdza się żadnych reakcji somatycznych na bodźce, można jedynie zauważyć reakcje autonomiczne takie jak przyspieszenie tętna czy zmiana rytmu oddechowego. Mutyzm akinetyczny może trwać przez długi czas, a przy starannej pielęgnacji można chorego utrzymać przy życiu przez wiele miesięcy.

Utrwalony stan wegetatywny, czyli stan wegetacji określa sytuację kliniczną pacjenta, ofiary bardzo poważnego urazu mózgu, który to po fazie śpiączki budzi się, to znaczy otwiera oczy, mimo to jednak nie odzyskuje świadomości. Przy otwartych oczach u pacjenta zaobserwować można spontaniczne ruchy żrenic i mimikę twarzy, jak np. ziewanie, przeżuwanie, kaszel czy zgrzytanie zębami. Chory nie jest jednak zdolny porozumieć się w żaden sposób z otaczającym go środowiskiem, nie odpowiada świadomie na bodźce, przejawia brak gestykulacji skoordynowanej czy zamierzonej. Stracił on możliwość komunikacji z otoczeniem a brak jakiegokolwiek odpowiedzi z jego strony nie ułatwia decyzji personelu medycznego, co do stanu i poziomu jego życia psychicznego.

Pacjent, zatem, u którego obecne są fazy snu i otwartych oczu, przy braku ewidencji czy oznak jakiegokolwiek aktywności mentalnej i życia intencjonalnego. Stan pacjenta, właśnie dlatego iż chory pozbawiony jest najprawdopodobniej zmysłowego kontaktu ze światem oraz zdolności myślenia, nazwany został wegetatywnym, co oznacza w pewnym sensie „roślinnym”.

Jednak obecne są w organizmie pacjenta podstawowe funkcje czysto wegetatywne. Zachowane są także niektóre odruchy i reaktywności. Czasami pacjent może przełykać, ruchy kończyn są niezwykle rzadkie i nieintencjonalne. I ponieważ pacjent wegetatywny nie pozostaje nieruchomy (kończyny spontanicznie reagują na bodźce, może on poruszać głową, czasami nawet się uśmiechać, wydawać niezrozumiałe pomruki, co więcej okazjnie nawet płakać) wszystkie jego aktywności, czy ruchy uważane muszą być za niezamierzone i trzeba być niesamowicie ostrożnym, aby oceniać je inaczej.

Chory przedstawia takie właśnie charakterystyczne odruchy, ponieważ uraz mózgu, który spowodował pojawienie się stanu wegetatywnego, dotyczy w sposób szczególnie górnych jego części i pozostawia relatywnie nieuszkodzony pień mózgu. Różne mogą być przyczyny, powodujące na tyle poważne uszkodzenie mózgu, które, mimo iż nie powoduje śmierci całego mózgu w konsekwencji prowadzi do pojawienia się stanu wegetatywnego. Z najczęściej cytowanych podkreślić należy: uraz jego

struktur w wyniku wypadków, niedokrwienie i niedotlenienie, procesy degenerujące centralny system nerwowy, a u dzieci wada rozwojowa płodu i wady wrodzone. Instytut Etyki Medycyny twierdzi, że 40% stanów wegetatywnych to efekt urazu czaszki, 40 % to efekt niedotlenienia przede wszystkim w wyniku zawału serca. Od 2 do 5 % poważnych urazów mózgu kończy się stanem wegetatywnym.

Zespół zamknięcia *locked in syndrome*, śpiączka rzekoma, stan deafferentacji lub śpiączka jasna - powstaje na skutek uszkodzenia części mostu. Pacjent w tym stanie jest niemy, pozostaje w bezruchu, ale jest w pełni przytomny; potrafi porozumiewać się z otoczeniem jedynie ruchami gałek ocznych. Najważniejszą i najczęstszą przyczyną tego zespołu jest udar mózgu — 86,4%, drugą w kolejności przyczyną jest uraz okolicy potylicy i górnego odcinka kręgosłupa szyjnego — 13,6%.

Izolowana śmierć mózgu – w przypadku nieskutecznej albo zbyt późno przeprowadzonej resuscytacji dochodzi do nieodwracalnego uszkodzenia całego mózgu i jego obumierania. Jeśli w stanie tym utrzymuje się funkcję sztucznego oddychania i zachowane jest krążenie ogólne to mamy do czynienia z izolowaną śmiercią mózgu, czyli ustanie funkcji pnia mózgu. Jest to stan nieodwracalny i samodzielne egzystowanie organizmu nie jest możliwe.

Proces rehabilitacyjny pacjentów pourazie czaszkowo–mózgowym, na głym zatrzymaniu krążenia czy udarze znajdujących się w stanie śpiączki dzieli się na trzy okresy: **etap pierwszy** – ostry – wczesna rehabilitacja do momentu wyrównania stanu chorego. W zależności od stanu, w którym aktualnie znajduje się pacjent wyróżnić można następujące fazy:

A – pacjent w śpiączce farmakologicznej

B – stopniowe odstawienie leków sedatywnych i wybudzenie ze śpiączki farmakologicznej

C – próba nawiązania kontaktu z pacjentem.

Zdarza się, że po ciężkich uszkodzeniach mózgu pacjent nie wychodzi z etapu B, nie mając kontaktu z otoczeniem, nie odzyskując świadomości przechodzi stopniowo w stan wegetatywny.

etap drugi – przeniesienie chorego z OIOM-una oddział neurologiczny lub rehabilitacyjny

etap trzeci – okres rehabilitacji poszpitalnej /angażowanie chorego w życie społeczne, zawodowe, prywatne/.

Etap A – śpiączka farmakologiczna

Trwa od kilku dni do kilku lub kilkunastu tygodni. Określa go czas, podczas którego utrzymują się zaburzenia świadomości i współtowarzyszące zaburzenia wegetatywne, często groźne dla życia /zaburzenia oddechu, ciśnienia, temperatury ciała/. Jednak już na tym etapie konieczne są prawidłowe działania rehabilitacyjne. Składa się na nie: prawidłowa pielęgnacja chorego, zmiana pozycji co 2 – 3 godziny /lub wedle potrzeb chorego/, dobór odpowiedniego materaca przeciwoleżynowego, stymulacja nerwów czaszkowych, drenaż ułożeniowy – w celu zapobiegania powikłaniom ze strony układu oddechowego i chorobie zakrzepowo – zatorowej.

Istotne znaczenie ma wykonywanie ćwiczeń w każdym ze stawów. Zalecane jest wykonywanie ruchów globalnych, złożonych, które aktywują wszystkie komponenty, np. wzorce PNF. Przed rozpoczęciem ćwiczeń konieczna jest ocena poszczególnych składowych stawu aby uniknąć późniejszych powikłań. Unieruchomienie chorego

w łóżku powoduje szereg powikłań ze strony układu ruchu, m.in. skostnienia okołostawowe czy sztywniejące zapalenie mięśni.

W związku z występowaniem zaburzeń wegetatywnych szczególnej ostrożności wymaga pionizacja chorego. Rozpoczyna się ją w łóżku z wysokim podparciem, następnie na łóżku ze spuszczonej nogami by przejść do pionizacji na stole pionizacyjnym /bądź parapodium – zależnie od stanu pacjenta/ zwiększając stopniowo kąt nachylenia i jednocześnie wydłużając czas trwania pozycji pionowej. Pionizacja wymaga kontroli tętna i ciśnienia krwi oraz obserwacji pacjenta.

Okres ten ma decydujące znaczenie dla późniejszych losów chorego. Ważna jest odpowiednia pielęgnacja, systematyczna rehabilitacja oraz włączanie rodziny w opiekę nad pacjentem.

Etap B – wybudzenie

Obejmuje osoby, u których nie ustąpiły zaburzenia świadomości lub znajdują się w stanie apalicznym – który może trwać wiele miesięcy – niezależnie od poprawy stanu somatycznego.

W okresie tym konieczna jest stymulacja sensomotoryczna mająca na celu aktywowanie tworu siatkowatego i korę mózgu. Chory powinien otrzymywać bodźce ze świata zewnętrznego, jednak konieczna jest rozwaga w stymulacji, ponieważ zjawisko przestymulowania układu nerwowego nie jest korzystne i może odnieść odwrotny skutek. Ćwiczenia ruchowe powinny być prowadzone z opisem wykonywanej czynności – stymulacja słowna. Powinny mieć cel.

Należy posługiwać się dźwiękami, muzyką, wyrazistymi zapachami, smakami. Ważnym elementem jest mobilizacja stawów, utrzymanie fizjologicznego zakresu ruchu, zachowanie elastyczności więzadeł i torebki stawowej. Chrzątka stawowa stymulowana i odżywiana jest poprzez obciążenie i nacisk powierzchni stawowych, dlatego należy stosować techniki polegające na aproksymacji /docisku/ stawowej względem siebie – jeśli pacjent nie może się poruszać. Powadzi to do odżywienia chrząstki i pobudzenia proprioceptorów odpowiedzialnych za czucie głębokie /położenie ciała w przestrzeni/. Ważną rolę odgrywają ćwiczenia oddechowe, np. wspomaganie wydechu poprzez ucisk na klatkę piersiową, oklepywanie czy wibrację. Efektywność rehabilitacji oddechowej zależy również od terapii złożeniowej. Istnieją dowody, iż rehabilitacja oddechowa wspomaga prace pęcherzyków płucnych, oczyszcza drogi oddechowe, zmniejsza podatność na zapalenie płuc.

Jeśli pacjent pozostaje w śpiączce lub przechodzi w stan wegetatywny należy kontynuować wszystkie poprzednie formy terapii w celu nawiązania z nim kontaktu i zapobiegania skutków wynikających z długotrwałego unieruchomienia.

Etap C – nawiązanie kontaktu z pacjentem

Kiedy uda się już nawiązać kontakt z pacjentem, a występują niedowłady, tak jak w poprzednich etapach istotną rolę odgrywa właściwe ułożenie i ćwiczenia – zapobiegając w ten sposób zniekształceniom w układzie narządu ruchu oraz pozwalając na prawidłowe zachowanie proprio- i eksterorecepcji.

Celem rehabilitacji na tym etapie jest trening przygotowujący do powrotu funkcjonalności. Konieczne jest podejmowanie pracy z pacjentem w pozycjach wyższych /siad, stanie/.

Na tym etapie następuje reedukacja napięcia mięśniowego, postawy ciała, koordynacji ruchowej. Ważną rolę odgrywa praca nad wytrzymałością. Uszkodzona tkanka nerwowa ma zdolność do procesów naprawczych oraz kompensacyjnych. Aby mogły one działać prowadzona musi być terapia ruchem. Pamiętać należy, iż celowe, prawidłowe ruchy i współruchy oraz odruchy możliwe są przy pełnej sprawności wszystkich składowych układu ruchu i układu nerwowego.

Im krótszy czas od chwili urazu do czasu podjęcia usprawniania, tym szybszy powrót funkcji ruchowych.

Ważną rolę odgrywa wczesne wprowadzenie ćwiczeń stymulujących proprioceptory, np. PNF. Metoda PNF ułatwia aktywizację struktur nerwowo – mięśniowych poprzez głęboką stymulację receptorów usytuowanych w mięśniach, ścięgnach i stawach. Podstawowym założeniem metody PNF jest współpraca z pacjentem i walka z problemem funkcjonalnym na każdym z etapów.

Jeśli nie udało się nawiązać z pacjentem kontaktu należy wykonywać ćwiczenia z użyciem wzorców PNF. W późniejszych etapach wraz z polepszeniem stanu funkcjonalnego pacjenta stosuje się inne techniki koncepcji PNF, umożliwiają one, m.in. poprawę koordynacji, stabilizacji, regulują napięcie mięśniowe. Równolegle powinna być prowadzona terapia logopedyczna i psychologiczna. Jeżeli ogólny stan pacjenta na to pozwala przechodzi się do ćwiczeń w pozycjach wyższych, pionizacji, nauki chodu. Przy podejmowaniu tych prób duże znaczenie mają: rodzaj napięcia mięśniowego, stopień niedowładu zaburzenia czucia głębokiego, zaburzenia poznawcze, zespół zaniedbania połowiczego, zaburzenia stereotypu chodu.

Konieczna może być pomoc sprzętu ortopedycznego, np. kule, balkoniki, jednak nie należy przyzwyczajać pacjenta do udogodnień i wygod nie stawiając przed nim żadnych wymagań ani celów. Każde osiągnięcie i każdy najmniejszy krok w przód to podstawa do dalszej pracy. Takie postępowanie motywuje chorego pozytywnie wpływając na jego sferę psychiczną i fizyczną. Kiedy mamy do czynienia z dużymi zaburzeniami można skorzystać z pomocy stołów pionizacyjnych czy parapodiów i w ten sposób kontynuować ćwiczenia.

Okres drugi

Wiąże się z przeniesieniem chorego na oddział rehabilitacyjny, neurorehabilitacyjny lub neurologiczny. Podstawą rehabilitacji w tym okresie jest praca nad sferą funkcjonalną chorego w otoczeniu, terapia psychologiczna i logopedyczna. Na oddziale rehabilitacyjnym usprawnianie odbywa się na Sali gimnastycznej z materacami, drabinkami i innymi sprzętami, którymi dysponuje placówka.

Okres trzeci

Stanowi istotną rolę w powrocie do aktywnego życia społecznego i zawodowego. Chory powinien posiadać możliwość korzystania z rehabilitacji, pomocy psychologicznej, logopedycznej czy socjalnej. Ważne jest aby sam pacjent był zaangażowany w proces usprawniania, pomocny powinien być również udział rodziny i najbliższych. W razie konieczności pacjent powinien mieć możliwość korzystania z turnusów czy oddziałów rehabilitacyjnych. Pomoc można uzyskać także poprzez organizacje pozarządowe czy stowarzyszenia działające na rzecz osób poszkodowanych.

Uraz czaszkowo – mózgowy w sposób gwałtowny i radykalny zmienia życie każdej

osoby, która go doznała. Dzieli je na dwa etapy: przez i po wypadku. Można pokusić się o stwierdzenie, że poprzednie życie skończyło się - mimo faktu przeżycia. Poszkodowany, początkowo w stanie całkowitej zależności od osób trzecich i bezradności, musi nauczyć się od początku wielu umiejętności i sposobów radzenia sobie z nimi. Niektóre z nich są mu zupełnie obce, inne zaś są czynnościami wyuczonymi w okresie dzieciństwa, ale teraz wykonywane są w odmienny sposób. Rehabilitacja jest procesem długotrwałym – trwa tygodnie, miesiące a niekiedy nawet i lata, wymaga pobytu w specjalistycznych ośrodkach.

Niewielu jest w stanie zrozumieć, co dla takiego pacjenta znaczy zaczynać wszystko od początku. Często po okresie tolerancji otoczenie traci cierpliwość. Narastające konflikty powodują, że pacjenci po urazach czaszkowo – mózgowych czują się wyobcowani i wyizolowani ze środowiska społecznego. Skarżą się, że są pozostawieni sami sobie i znikąd nie mogą liczyć na pomoc. Losy tych osób po wypadku bywają różne.

Część z nich, dzięki długofalowej wielopłaszczyznowej rehabilitacji i wsparciu rodziny odnosi sukcesy, stawiając czoła napotykanym problemom i barierom, znajdują sposób na życie, samorealizują się, są szczęśliwi i spełnieni. Pozostali nie mają się gdzie podziąć, bo w Polsce wciąż brakuje ośrodków dla osób wybudzonych.

Konieczne jest zwiększenie nakładów na rehabilitację osób w tak skrajnych przypadkach, zapewnienie im opieki i pomocy na każdym etapie choroby. Brak też fachowej literatury i danych dotyczących urazów czaszkowo – mózgowych oraz metod kompleksowej terapii. Wzrastająca liczba wypadków komunikacyjnych, zawałów serca czy udarów mózgu z roku na rok zwiększa liczbę osób w stanie apalicznym. Jak dotąd mało jest miejsc, gdzie pacjenci ci mogliby przebywać mając zapewnioną odpowiednią rehabilitację. Równie trudno jest znaleźć miejsce, w którym mogliby mieszkać ci, którym udało się powrócić „do świata”. Jedną z przyczyn tego stanu jest brak wiedzy o śpiączce, zarówno w środowisku medycznym, jak i wśród rodzin czy znajomych pacjentów będących w stanie apalicznym.



Stół pionizacyjny na oddziale ZOL-u Fundacji „Światło”

1. Terapia
 - Terapia rozpoczyna się już w tej fazie ,aby tak szybko jak to jest możliwe rozpocząć stymulacje plastyczności CUN w prawidłowym kierunku i aby zredukować do minimum powstanie patologii.
 - Interdyscyplinarna współpraca w tej fazie jest rozstrzygająca dla całego procesu rehabilitacji.
2. Cele terapeutyczne
 - Profilaktyka
 - profilaktyka zapalenia płuc
 - Profilaktyka odleżyn
 - Profilaktyka przykurczów
 - Profilaktyka zakrzepicy
 - Poprawa percepcji
 - torowanie aktywności i funkcji podstawowych; mobilizacja w łóżku
 - Funkcje życiowe
 - Facilitacja oddychania (rytm wdechu i wydechu)
 - Kaszel
 - Terapia ustno-twarzowa (mimika, żucie, połykanie)
3. 24 godzinne postępowanie
 - Konieczna interdyscyplinarna współpraca
 - Handling (pacjenta mobilizujemy zgodnie z zasadami koncepcji Bobath), zachować ergonomiczną pracę

- Ułożenia
 - Przyuczenie krewnych
 - Kontrola pęcherza i jelit
 - Organizacja pokoju
 - Ćwiczenia uwzględniające zaburzenia percepcji ciała (cel-zawiązanie kontaktu z własnym ciałem/otoczeniem, profilaktyka przykurcz, torowanie czucia i percepcji, regulacja napięcia)
4. Aspekty pracy
- Nie prowadzić żadnych ruchów osiowych
 - Unikać wolnego ruchu w przestrzeni
 - Schemat ciała; zaproponować orientację w przestrzeni
 - Powoli wykonywać ruchy
 - Pozostawić pacjentowi czas dla „poczucia”
5. Ułożenie – cel
- Torowanie percepcji
 - Daje pacjentowi pewność (bezpieczeństwo)
 - Regulacja napięcia
 - Aktywizacja pacjenta
 - Wspiera aspekty normalnego ruchu
 - Profilaktyka
- 5.1 Ułożenie – jak?
- Natychmiast przez 24h
 - Zmiana co 2-4 godziny
 - Ułożenie musimy przystosować do pacjenta „tak dużo lub mało” jak to konieczne
 - Ułożenie musi być wygodne dla pacjenta
 - Do ułożenia wykorzystujemy poduszki, kliny, koce
 - Nie używać zbyt miękkich materacy
- 5.2 Ułożenie na stronie porażonej
- łóżko powinno być ułożone płasko,
 - tułów będzie podparty od strony grzbietowej
 - głowa i szyja podparte tak, że nie będzie nacisku na staw mostkowo-obojczykowy i jest to nie przyjemne dla pacjenta
 - łopatką w protrakcji
 - bark w zgięciu i rotacji zewnętrznej
 - łokieć w wyproście albo zgięciu
 - ręka leży rozluźniona.
 - noga porażona leży tak daleko jak to możliwe w pozycji wyprostowanej, stopa leży rozluźniona
 - mniej porażona noga: biodro i kolano 90⁰ zgięcia, tak podparta poduszkami sięgającymi pępka



ułożenie pacjenta na oddziale ZOL-u

5.3 Ułożenie na stronie mniej porażonej

- łóżko powinno być ułożone płasko
- tułów podparty od strony brzuszno-ogonowej (ventral candal) i/albo grzbietowo
- głowa patrz: strona porażona
- łopatka albo w protrakcji albo w retrakcji, odpowiednio ułożone ramiona
- biodro i kolano w 90° zgięcia



ułożenie pacjenta na oddziale ZOL-u

5.4 Ułożenie na stronie mniej zajętej ze szczególnym uwzględnieniem kończyny górnej



ułożenie pacjenta na oddziale ZOL-u

5.5 Ułożenie na plecach

- podkładamy poduszkę pod głowę, tułów i miednicę
- obręcz barkowa zależna jest od klatki piersiowej
- kiedy to jest konieczne podkładamy np. poduszki pod bezpośrednio zajęte ramie
- nogi luźno w przedłużeniu tułowia
- bez poduszek pod kolanami



ułożenie pacjenta na oddziale ZOL-u

5.6 Ułożenie w siedzeniu/ wózek

- pozycja wyprostowana
- twarde poduszki na wysokości przejścia lędźwiowo-piersiowego
- ramiona na stole przynajmniej do łokci
- stopy płasko na podłodze pod kolanami; zgięcie kolan mniej niż 90°

5.7 Ułożenie w wózku

- pacjent z podwichniętym lub bolesnym barkiem wymaga specjalistycznego stolika do wózka
- stopy tylko w czasie jazdy do przodu na podnóżkach
- pacjent, który nie jest w stanie siedzieć niezależnie potrzebuje podparcia od strony brzusznej i bocznej oraz podparcia pod obręcz barkową

6. Organizacja pokoju
 - Wszystkie informacje przez bezpośrednio zajętą stronę
 - Poręcze w łóżku, jeśli jest konieczne
7. Wskazówki dla opiekunów
 - Nie tylko informujemy, ale również przerabiamy to praktycznie
 - Rozmawiać i dotykać od strony bezpośrednio zajętej
 - Ułożenie i kluczowe aktywności życia codziennego
 - Opiekunowie powinni stawać się terapeutami
8. Utrudnienia w rehabilitacji
 - Brak kontaktu werbalnego z pacjentem
 - Obecność rurki tracheostomijnej
 - Wzmoczone napięcie mięśniowe
 - Przykurcze stawowe - utrwalony stan napięcia mięśniowego z wtórnymi zmianami w mięśniach (zwłóknienie, zwapnienia) oraz w aparacie stawowym
 - Skostnienia pozaszkieletowe polegają na tworzeniu dodatkowej tkanki kostnej wokół stawów i w mięśniach, głównie tworzą się w dużych stawach; biodrowym, kolanowym, barkowym, łokciowym
 - Osteoporoza - długotrwałe unieruchomienie sprzyja powstawaniu osteoporozy, zmianie ulega mikroarchitektura kostna, powikłaniem są złamania
 - Infekcje

2.2 Masaż

Zmysł dotyku obok pozostałych zmysłów –wzroku, słuchu, smaku i węchu ma ogromne znaczenie od początku życia człowieka. Kobieta w ciąży dotyka, głaszcze swój brzuch przekazując impulsy dziecku. Po narodzinach pierwszą czynnością matki jest przytulenie swojego dziecka. Każdy gest cielesny dawany przez dotyk pozostawia trwałe ślad. Jak to się dzieje?

W skórze znajdują się receptory dotyku i ucisku- mechanoreceptory. Są one rozmieszczone także w mięśniach i w stawach, gdzie funkcjonują, jako proprioreceptory. Ich zadaniem jest przekazywanie informacji o położeniu różnych części ciała względem siebie i kontrola napięcia mięśniowego.

Różnorodność technik masażu pozwala na odpowiednią stymulację receptorów, a tym samym na regenerację uszkodzonego przewodnictwa nerwowego.

W opiece nad pacjentem w stanie apalicznym masaż jest ważną składową rehabilitacji. Niekiedy służy, jako przygotowanie ciała pacjenta do dalszych działań z zakresu kinezyterapii, innym razem stanowi osobny zabieg terapeutyczny mający na celu relaksację pacjenta. Zabiegi odbywają się zawsze w atmosferze sprzyjającej relaksacji i maksymalnego doznania bodźców płynących z zewnątrz. W tym celu wykorzystuje się metody pracy z zakresu integracji sensorycznej. Stosuje się kolorowe światło, olejki eteryczne, muzykę. Rodzaj i formę masażu dobiera się indywidualnie do aktualnego stanu fizycznego pacjenta i jego potrzeb. Masaż odbywa się w pozycji leżącej lub siedzącej, także w leżeniu przodem. Stosuje się masaż całościowy lub częściowy. Szczególną uwagę zwraca się na stymulację twarzy, głowy, dłoni i stóp.

Rodzaje masażu wykorzystywane w pracy z pacjentem apalicznym

1. Masaż tkanek głębokich
1. Masaż relaksacyjny
2. Masaż z elementami refleksoterapii
3. Masaż z użyciem wałka Lyapko

Masaż tkanek głębokich to zespół działań manualnych w oparciu o techniki masażu klasycznego. Masaż głęboki umożliwia działanie na wybranych partiach ciała. Terapeuta lokalizuje palpacyjnie źródło napięcia i usuwa je. Ruchy terapeuty są powolne i jednocześnie silne. Nacisk rozłożony jest na poszczególne poziomy tkanki. Praca na brzuścach mięśni połączona jest z opracowaniem ich przyczepów.

Masaż tkanek głębokich cechuje dotyk wrażliwy, miękki, świadomy.

Celem masażu relaksacyjnego u pacjentów jest uzyskanie stanu głębokiego relaksu mięśni, ale i umysłu. Stres i niepokój spowodowany sytuacją, w jakiej znajdują się pacjenci po urazie czaszkowo-mózgowym wpływa negatywnie na proces rehabilitacji. Czuły i spokojny dotyk likwiduje bóle mięśniowe, pozwala na wyciszenie i poprawę ogólnego samopoczucia pacjenta.

Refleksologia obejmuje wiedzę o strefach refleksyjnych znajdujących się na dłoniach, stopach i twarzy. Lecnicze zalety terapii opierają się na bezpośrednim połączeniu tych stref z organami ludzkiego ciała. Na twarzy, obydwu stopach i dłoniach umiejscowione są obszary odpowiadające poszczególnym narządom. Poprawnie wykonany masaż refleksyjny przynosi pozytywny rezultat terapeutyczny. W wyniku bodźcowania odpowiednich receptorów ciało uruchamia mechanizmy samoleczenia. Masaż refleksyjny cechuje dotyk płynny i pełen wycucia.

Masaż z użyciem aplikatora Lyapko to nowatorska metoda, która jest odmianą klasycznej refleksologii i nosi nazwę powierzchniowej terapii wieloigłowej. Działania polegają na umiarkowanym drażnieniu zakończeń nerwowych skupionych w określonych punktach skóry, mięśni i innych tkanek. Za ich pośrednictwem bodziec dociera do pni nerwowych, gdzie odbudowuje regulację nerwową organizmu. Wysoką efektywność leczniczą osiąga się dzięki specjalnej budowie igieł aplikatorów. Igły wykonane są z cynku, miedzi, żelaza i srebra. Podczas masażu tworzący się prąd galwaniczny selektywnie przepuszcza jony metali przez skórę do organizmu. Masaż z użyciem aplikatora LYAPKO ma za zadanie pobudzenie prawidłowych odruchów pacjenta.

2.3 Terapia mowy, mimiki, oddychania i polykania.

Znając najważniejsze zagadnienia z dziedziny logopedii możemy przejść do działań praktycznych. Bardzo ważne jest jak najwcześniejsze podjęcie terapii mowy, przede wszystkim z dwóch powodów:

- przyspieszenia wystąpienia procesów *kompensacji*
- zabezpieczenia przed wykształceniem się wadliwych nawyków ruchowych narządów mowy i wadliwych nawyków mówienia

Terapia logopedyczna osób w śpiączce jest bardzo ważna. Język „nieużywany” układa się w jamie ustnej nienaturalnie. Mało sprawne i słabe czucie w wargach, okolicach ust, języka uniemożliwia podawanie choć małych ilości pokarmu. Często brak jakiegokolwiek

mimiki. Występuje ślinotok i szczękościsk. Stymulowanie pacjentów pozwala podnieść ich aktywność. Wiele z przedstawionych poniżej działań może być wykonywanych w warunkach domowych.

1. Masaż stymulujący narządy mowy (poprawia to funkcjonowanie mięśni i czucia twarzy. Są to masaże policzków, żuchwy, okolic przełyku, warg, języka, dziąseł, podniebienia twardego i miękkiego. Jest to głaskanie, ugniatanie, rozcieranie i oklepywanie końcami palców.) Zaczynamy od delikatnego i coraz mocniej. Pomaga także w likwidowaniu ślinotoku i szczękościsku.

Czoło

- gładzenie czoła czwartymi palcami w okolicy gładziny z odprowadzeniem w kierunku skroni
- gładzenie czoła opuszkami palców z wykończeniem podstawą dłoni
- rozcieranie czoła poprzez wsuwanie trzecich i czwartych palców obu rąk
- wibracja na powierzchni czoła
- oklepywanie
- oklepywanie miotełkami

Oczy

- głaskanie czwartymi palcami dookoła oczu
- formowanie brwi
- oklepywanie
- szczypanie

Policzki

- głaskanie równocześnie dwoma rękami za pomocą czwartego palca okrężnie w górę
- oklepywanie
- oklepywanie miotełkami
- ugniatanie łuku żuchwy

Zmarszczka ciągnąca się od ust do nosa

- głaskania czwartym palcem w górę
- rozcieranie okrężne czwartymi palcami w górę
- oklepywania miotełkami

Usta

- głaskanie okrężne czwartym palcem jednej ręki
- głaskanie podłużne naprzemiennie czwartymi palcami obu rąk
- formowanie ust
- szczypanie ust
- oklepywanie miotełkami

Prowadząc masaż okolicy warg musimy pamiętać o utrzymaniu ich pełnego zamknięcia (przytrzymujemy wargi dwoma palcami).

Podbródek

- głaskanie
- głaskanie opuszkami palców z wykończeniem podstawą dłoni

- nagniatanie ruchem falowym łuku żuchwy w kierunku do ucha
 - oklepywanie podbródka
2. Masaż szyi
 3. Masaż twarzy elektrycznym aparatem do masażu lub elektryczną szczoteczką do zębów. Jeśli aparat wyposażony jest w nakładki o różnej powierzchni to najpierw rozpoczynamy masaż od najbardziej delikatnej i powinno trwać około 1 minuty. Ważne jest, aby mówić pacjentowi co w danym momencie robimy i jaką część masujemy.
Ten masaż ma służyć poprawie czucia powierzchniowego oraz głębokiego poszczególnych części twarzy, a zwłaszcza okolic ust i szczęki, a także poprawie gryzienia i żucia. Dobrze też wpływa stymulacja twarzy różnymi materiałami (piórko, jedwab, wełna..) oraz bodźcami o różnej temperaturze (zimne, ciepłe)
 4. Masaż języka szpatułką wykonujemy kuliste ruchy od czubka ku tyłowi coraz głębiej. Robimy głaskanie, oszcypywanie na czubku i wzdłuż krawędzi bocznych języka. Można język przesuwac na boki, głaskać wzdłuż i w poprzek coraz głębiej. Przyciskamy do dna języka, pociągamy za język. Podczas masażu palcem wywołany jest odruch ssania.
 5. Masaż języka lodem
 6. Ugniatanie szpatułką podniebienia miękkiego
 7. Stymulacja lodem
 8. Wykonywanie ruchów biernych języka (rytmiczne, energiczne wyciąganie języka ku górze, ku dołowi, w lewo i w prawo)
 9. Nauka prawidłowego połykania (unoszenie języka do podniebienia, np. szpatułką i przytrzymywanie). Tu stymulujemy też kanał smakowy. W celu poprawienia czucia w okolicy warg i jamy ustnej a także zmniejszeniu nadmiernego ślinienia podajemy w bardzo małych ilościach substancje o wyraźnych smakach. Najpierw zwilżamy jedynie usta, np. lodami czy ulubionym sokiem pacjenta. Kiedy zauważymy u pacjenta ruch połykania, podejmujemy podawanie pokarmów, ale w BARDZO MAŁYCH ilościach. Pamiętajmy też, aby w miarę możliwości unikać pozycji leżącej w czasie karmienia. Pacjent powinien siedzieć albo przynajmniej być w pozycji półsiedzącej, aby odruch połykania był „świadomy”, a nie przypadkowe wpadnięcie pokarmu do przełyku.
 10. Terapia oddychania:
 - trening normalnego toru oddechowego
 Jest bardzo ważne ćwiczenie normalnego toru oddechowego. Jednak koniecznie trzeba to robić pod nadzorem specjalisty. Mogę zaproponować ćwiczenie, które także pobudza struny głosowe, ale jest w miarę bezpieczne do wykonania w warunkach domowych. Należy usiąść przy pacjencie wytłumaczyć Mu, że będziemy ćwiczyć oddech. Pacjent nie może być zdenerwowany bo wtedy będzie nam trudno zsynchronizować oddech. Pacjent robi wdech przez rurkę tracheostomiijną, a przy wydechu zatykamy ją. I znów wdech –rurką, wydech-nos lub usta.
 11. Ćwiczenia mimiczne przed lustrem
Robienie różnych min – smutna, wesoła. Ważne, aby pacjent widział siebie w

lustrze. Powtarzamy wszystko kilkanaście razy.

12. Modyfikacja fonacji: (gdy pacjent nie ma rurki tracheostomijnej)

- inicjacja głosu
- zatrzymanie dźwięku

Można próbować zatykać nos pacjenta, aby spowodować u Niego wydychanie powietrza przez usta.

13. Stymulacja prostymi i złożonymi bodźcami słuchowymi

- muzykoterapia (relaksacja)
- odgłosy zwierząt, przedmiotów
- opowiadanie o różnych wydarzeniach z przeszłości pacjenta, o Jego zainteresowaniach, itp...

Stymulacja słowem odbywa się poprzez użycie prostych, wolno wypowiedzianych komunikatów, które są zarazem pozytywne i pełne ciepła celem eliminacji lęku.

Stymulacja ta uwzględnia, oprócz odgłosów naturalnych, zastosowanie nagrań, rozmów osób bliskich. Istotną rolę odgrywa tu także biblioterapia dostosowana do zainteresowań ustalonych na podstawie wywiadu.

14. Stymulacja wzrokowa (wodzenie i koncentracja)

- koncentracja wzroku na przedmiocie
- wodzenie wzrokiem
- kolorowe światła

Na tym etapie terapii wprowadzam równocześnie bodźce językowe.

15. Kreślenie na skórze, szczególnie na zewnętrznej części dłoni pojedynczych liter alfabetu, imion najbliższych.

16. Układanie narządów mowy do wypowiedzania samogłosek

17. Odtwarzanie mowy automatycznej – liczymy, wymieniamy pory roku, miesiące.

18. Mówimy, czytamy znane wiersze, przypominamy przysłowia, powiedzenia.

19. Ważne jest łączenie: PRZEDMIOT + DŹWIĘK + NAPIS+ GEST

Staramy się wykonywać z pacjentem (jeżeli oczywiście pozwoli sprawność fizyczna) bardzo wiele czynności. Trzymając dłoń pacjenta dajmy mu grzebień i spróbujmy razem się uczesać. Puszczajmy dźwięk telefonu i dajmy do Jego dłoni słuchawkę, podnieśmy ją do ucha.

20. USTNO-TWARZOWA terapia regulacyjna wg Randolpho Castillo-Moralesa

Cel: Stymulacja punktów neuromotorycznych twarzy aktywujących ruchy języka, ust, żuchwy, szczęki a także pobudzają ruchy artykulacyjne i mimiczne. Punkty neuromotoryczne są miejscami końcówek nerwów przebiegających z neuronów czuciowych do neuronów ruchowych aktywujących mięśnie twarzy.

Efekty:

- uzyskanie przez pacjenta kontroli nad ruchami mięśni twarzy
- poprawa żucia i połykania, u pacjentów apalicznych staramy się jak już wspomniałam jak najszybciej rozpocząć podawanie jedzenia choć w małych ilościach w celu pobudzenia kubków smakowych
- zmniejszenie nadwrażliwości okolic twarzy i jamy ustnej
- zminimalizowanie ślinotoku

Zasady terapii:

- Terapia powinna być prowadzona w przyjaznej atmosferze i poczuciu bezpieczeństwa.
- Zawsze mówimy pacjentowi co będziemy robić, jaki punkt twarzy będziemy dotykać.
- Pozycja w czasie terapii powinna być wygodna dla pacjenta i dla wykonującego masaż - może to być pozycja leżąca, siedząca, a my stoimy za pacjentem.
- Dobrze jest posmarować twarz jakimś kremem albo oliwką.

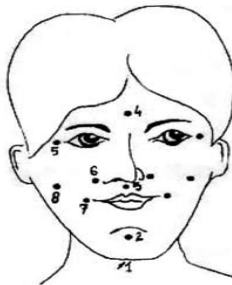
Terapia:

Właściwa terapia dzieli się na trzy części:

I. „Cisza motoryczna” trwa około 30 sekund

II. Ćwiczenia wstępne:

Jedną rękę kładziemy pod potylicą pacjenta, drugą na klatce piersiowej (lekkie uciskamy). Następnie przechodzimy do rozciągania karku poprzez przyciągnięcia głowy do góry. Potem delikatnie odchylamy ją do przodu i do tyłu(około 10 razy), następnie odwracamy ją na boki.



III. Ćwiczenia zasadnicze: Punkty neuromotoryczne stymulujemy poprzez lekkie ucisk lub wibrację (kilka sekund) Rozpoczynamy od punktów nieparzystych (zachowujemy stałą kolejność)

1. dno jamy ustnej
2. podbródek
3. górna warga
4. gładzina czoła

Punkty parzyste uciskamy w dowolnej kolejności. np”

1. kąt oka
2. skrzydełko nosa
3. kącik ust
4. żwacz przy stawach skroniowo-żuchwowych

2.4 Metody pracy psychologa z osobą w stanie apalicznym

Jedyną możliwą formą porozumiewania się z pacjentem w takim stanie jest komunikacja niewerbalna, czyli wszelkie pozasłowne sposoby przepływu informacji. W skład komunikacji niewerbalnej, dostępnej dla wyżej wymienionej grupy pacjentów, wchodzi

mowa ciała (mimika, oddech, postawa ciała, reakcje wegetatywne tj.: czerwienie, pocenie się, skurcze) oraz różnego rodzaju zachowania wokalne. Wszelkie wysyłane sygnały stają się częścią komunikatu, który może doprowadzić do uzyskania informacji związanych z przeżyciami i doświadczeniami pacjenta.

Schemat pracy z osobami w śpiączce wygląda następująco:

- nawiązanie kontaktu z pacjentem,
- wychwycenie sygnału wysyłanego przez pacjenta,
- pomoc pacjentowi w rozwinięciu tego sygnału,
- weryfikacja kierunku pracy na podstawie obserwowanych reakcji pacjenta.

Wejście w kontakt z pacjentem polega na łagodnym i wolnym mówieniu, kierowanym najlepiej bezpośrednio do ucha, w rytm jego oddechu. Ważne jest też delikatne dotknięcie ramienia pacjenta, górnej części klatki piersiowej, dolnej części nóg lub głowy pacjenta w trakcie jego wdechu i zwolnienie nacisku przy wydechu. W ten sposób zharmonizowana zostaje siła terapeuty z energią pacjenta związaną z oddychaniem. Mówienie do pacjenta i jednoczesne dotykanie go zgodne z rytmem jego oddechu pozwala na wysnuć teorii „nadawania na tych samych falach”. Należy pamiętać, iż niewerbalny sposób traktowania pacjenta jest tak samo ważny, co wypowiedziane treści. W rezultacie takiego postępowania pacjent może zacząć wysyłać minimalne sygnały, będące oddźwiękiem na pozytywne traktowanie go.

Kolejnym krokiem w komunikacji jest zwrócenie uwagi na owe sygnały i wskazówki kierowane przez pacjenta. Należy przyjąć, że wszelkie ruchy, wokalizacje i zmiany rytmu oddechu i oznaki wegetatywne są jedyną możliwą formą komunikacji ze światem zewnętrznym. Sygnałów tych nie należy jednak w żaden sposób interpretować, a jedynie wzmacniać przez zachęcanie do pracy w różnych kanałach tj.: wzrokowym, słuchowym, ruchowym, czy proprioceptywnym. W celu zachęcenia pacjenta do dalszego wyrażania siebie, bez narzucania jakiegokolwiek treści, stosuje się metodę „pustego dojścia”. Próby intelektualnego zrozumienia mogą bowiem powstrzymać pacjenta od wyrażania siebie, zaś techniki pustego dojścia działają twórczo i łagodząco. Metodą wzmacniania ruchu jest delikatne dotykanie obszarów w miejscu, w którym się on rozpoczyna. Można także delikatnie dotykać miejsc, w których ukryty jest potencjalny ruch i wzmacniać go poprzez położenie swojego palca na którejkolwiek kości (np.: nadgarstka, łokcia, kolana, kostek, głowy). Takie działanie uświadamia pacjentowi jego możliwości w tym zakresie. Podobnie jest w przypadku oddychania. Tutaj również stosuje się metodę pustego dojścia, oddychając przez jakiś czas zgodnie z pacjentem, a następnie dodając do tego swój własny rytm oddechu i towarzyszące mu dźwięki.

Reakcja pacjenta na działania terapeutyczne (feedback), pozwala ustalić dalszy kierunek pracy. Jeśli jest ona pozytywna podąża się dalej tą drogą, a jeśli oddźwięk jest negatywny zmienia się kierunek działania. W komunikacji z pacjentem szalenie ważna jest prócz empatii intuicja, która niewątpliwie pomaga w rozpoznawaniu kierowanych sygnałów niewerbalnych.

List pacjentów do bliskich

- Głaszcz mnie i dotykaj jak najczęściej, tak dobrze jest czuć, że jesteś obok.
- Mów do mnie jak najwięcej, twój głos jest muzyką dla moich uszu.
- Mów do mnie wolno, dość prostymi zdaniami, na ten moment trudno mi zrozumieć dysputy filozoficzne i zdania złożone.
- Możesz mi o wszystkim opowiedzieć, nadal jestem członkiem rodziny, chcę wiedzieć, co się dzieje z moją rodziną.
- Mówi mi, co sływać u moich znajomych, co w pracy.
- Nie jestem dzieckiem, nie mów do mnie zdrobniale, jak do niemowlaka.
- Poczytaj mi o moich zainteresowaniach, kup gazetę, którą czytam, włącz ulubioną muzykę
- Za każdym razem jak jesteś u mnie doświadczasz cudnego uczucia bycia potrzebnym. Miłe prawda? Podaruj mi czasem to uczucie, powiedz mi jak się czujesz, podziel się radością, smutkiem, daj mi odczuć, że też jestem Ci potrzebny/a.
- Przynieś mi moje ulubione przedmioty, chcę poczuć się jak w domu.
- Kto jak nie Ty wie, co lubię najbardziej, podaruj mi małe szczęście: zapach kawy, makijaż, mój ulubiony perfum, smak czekolady na ustach, masaż stóp.
- Obserwuj mnie uważnie, tak bardzo pracuję nad drobnym gestem, by dać Ci znak, że słyszę i rozumiem. To nie jest nic wielkiego, czasem mrugnięcie okiem, grymas na twarzy, szybszy oddech.
- Bądź cierpliwy, każdy gest to dla mnie wielki wysiłek, potrzebuję czasu.
- Masuj mi dłonie, to na nich jest najwięcej receptorów pobudzających mózg.
- Jak będziesz miał chwilę w domu nagraj mi kilka słów na kasetę magnetofonową, to taka namiastka Ciebie (jeśli masz z tym problem techniczny możesz liczyć na pomoc personelu).
- To Ty znasz mnie najlepiej, wiesz, jaką muzykę lubię najbardziej. Wiem, że płyty czekają na mnie w domu, ale zanim do niego wrócę przynieś mi je tutaj.
- Pamiętaj nie mogę zaoferować Ci wsparcia jakiego oczekujesz, więc proszę zadbaj o siebie, zbuduj własną sieć wsparcia i utrzymuj kontakty z innymi. Troszcząc się o siebie, troszczysz się o mnie.

Czy wiesz, że jestem tutaj, także ze względu na Ciebie. Kibicuj mi w tej trudnej drodze do zdrowia, ciesz się z małych kroków i kochaj, nawet, jeśli do końca życia nic nie miałyby się zmienić.

2.5 Wielozmysłowa neurostymulacja

Francuski psychofizjolog Henri Peron trafnie określił funkcje wrażeń zmysłowych, które jego zdaniem są „przewodnikami życia” gdyż kształtują nasze wiadomości o świecie. Dzięki narządom zmysłu niektóre zjawiska fizyczne są odzwierciedlane w mózgu. Sygnały, które do niego docierają są przekształcane i łączone z wrażeniami

wcześniej nabytymi, tworząc w ten sposób informacje o świecie nas otaczającym. Wzrok, słuch, węch, dotyk, smak są w terapii „Śpiochów” traktowane są jako zmysły równorzędne w postrzeganiu świata, bez podziału na lepsze i gorsze analizatory. Każdy z nich jest potencjalnym kanałem przekazu informacji i ma niewątpliwie wpływ na powstawanie obrazu składającego się z drobnych fragmentów. Stąd istotna rola ciągłego dopływu bodźców zmysłowych. Dostarczając szeregu wrażeń zmysłowych uruchamiany jest proces stymulacji, który jest narzędziem naszej pracy. Taki sposób myślenia stał się fundamentem grupowych zajęć polisensorycznych, które prowadzone są już od ośmiu lat dla „Śpiochów” z naszej placówki.

2.5.1 Snoezelen

Terapia Snoezelen, której ojczyzną jest niewątpliwie Holandia polega na silnym stymulowaniu poznawania świata na poziomie sensorycznym, stąd jej inna nazwa Sala Doświadczania Świata. Poznanie sensoryczne jest początkiem poznawania spostrzeżeniowego, a następnie myślowego. Gotowość do poznawania świata leży u podstaw procesów orientacyjno – poznawczych oraz jest wyrazem więzi jednostki ze światem realnym, a nie zerwania z nim.

Celem prowadzonych działań jest stworzenie sytuacji, w której nasz podopieczny wykaże aktywność w swoisty dla siebie sposób. Jest też to propozycja spędzania czasu, kiedy pacjent, oddzielony od wszystkich innych zajęć i aktywności dnia codziennego, może odnaleźć samego siebie poprzez doświadczanie starannie wyselekcjonowanych bodźców.

Zainteresowanie się jakimś bodźcem daje wiele możliwości odczucia go, a za każdym kolejnym razem jest możliwość przeżycia wciąż czegoś nowego.

Program zajęć w Sali Doświadczania Świata:

CELE GŁÓWNE:

- Doskonalenie komunikacji pozawerbalnej.
- Usprawnianie percepcji oraz motoryki.
- Wyzwalanie aktywności ruchowej.
- Rozwijanie aktywności poznawczej, orientacji w schemacie ciała.
- Zapewnienie atmosfery pełnej życzliwości, akceptacji i poczucia bezpieczeństwa.

CELE SZCZEGÓŁOWE:

- Stymulacja percepcji wzrokowej:
 - aktywizowanie zmysłu wzroku (doświadczanie bodźców wzrokowych),
 - rozwijanie spostrzegawczości, koncentracji wzrokowej,
- Wydłużanie czasu koncentracji wzroku na bodźcach wizualnych,
 - rozwijanie kierunkowości spostrzegania (zdolności poruszania oczami we wszystkich kierunkach i podążania wzrokiem zaporuszającymi się przedmiotami),
 - rozwijanie pamięci wzrokowej (przewidywanie kolejności następujących po sobie czynności, przedmiotów, barw),
 - kształcenie analizy i syntezy wzrokowej,
 - oddziaływanie za pomocą barw na nastrój, samopoczucie i aktywizację.
- Stymulacja percepcji słuchowej:
 - aktywizowanie zmysłu słuchu,

- poszerzanie zasobu doświadczeń w zakresie percepcji słuchowej,
- usprawnianie koncentracji na bodźcach słuchowych,
- zmniejszanie lęku przed dźwiękami nieznanymi,
- reagowanie na różne sygnały,
- rozwijanie umiejętności różnicowania dźwięków otoczenia i dźwięków mowy (dźwięki różnych przedmiotów, instrumentów, dźwięki natury, głos ludzki),
- doświadczanie znaczenia pojęć: cicho-głośno, dźwięki wysokie-niskie, szybkie-wolne, przerywane-ciągłe,
- oddziaływanie na samopoczucie i nastrój.
- Stymulacja percepcji dotykowej:
 - badanie przedmiotów o różnej fakturze,
 - nabywanie różnych doświadczeń dotykowych (ciepło-zimno, sucho-mokro, szorstko-gładko itp.) i łączenie ich z różnymi przedmiotami i sytuacjami (rozwijanie pamięci dotykowej),
 - wyczuwanie poszczególnych części ciała w trakcie dotykania ich różnymi materiałami.
- Stymulacja percepcji węchowej:
 - aktywizacja zmysłu węchu,
 - gromadzenie doświadczeń węchowych (poznawanie różnych zapachów),
 - kojarzenie zapachu z różnymi substancjami.
- Stymulacja zmysłu równowagi:
 - doświadczanie ruchu,
 - normalizowanie napięcia mięśniowego,
 - rozwijanie orientacji w schemacie ciała,
 - rozwijanie orientacji przestrzennej,
 - wzbogacanie aktywności.

METODY PRACY:

- Elementy stymulacji polisensorycznej
- Chromoterapia
- Muzykoterapia
- Aromaterapia
- Wizualizacja i relaksacja

POMOCE DYDAKTYCZNE:

Łóżko wodne wraz z panelem muzycznym i zestawem płyt CD, projektor, lampy solne, SOLAR 250 oraz tarcze tematyczne, kolumny bulgoczące, emiter zapachów i zestaw olejków do aromaterapii, kuwety z materiałami o różnej fakturze, mobile.

PRZEBIEG ZAJĘĆ:

Po wjeździe do sali rozlega się dzwonek wietrzny na znak rozpoczęcia spotkania i skupienia uwagi.

1. Następuje powitanie uczestników i imienne przedstawienie osób przybyłych – terapeuta wypowiada poszczególne imiona zgromadzonych.
2. Zapalony zostaje kominek zapachowy, który przekazywany jest kolejno każdemu pacjentowi – terapeuta informuje, iż jest to „płomyk przyjaźni”, który pozostaje zapalony do końca spotkania.

3. Pacjenci udają się do indywidualnych stanowisk, gdzie doświadczają stymulacji, w trakcie której wszystkim towarzyszy wspólna muzyka.
4. Po nasyceniu doznaniem płynącym z danego miejsca pacjenci rotacyjnie zmieniają punkty stymulacyjne, aż do przejścia przez wszystkie miejsca.
5. Na zakończenie wszyscy gromadzą się w centralnym punkcie sali, terapeuta dziękuje za udział w zajęciach i ponownie przekazywany jest „płomyk przyjaźni”, który tym razem po zatoczeniu kręgu jest gaszony, na znak zakończenia spotkania.

2.5.2 Terapia grupowa

Proponowane przez nas zajęcia grupowe są możliwością wykorzystania w praktyce stymulacji polisensorycznej. Terapia grupowa stosowana jest w celu nie tylko stymulacji, gdyż z powodzeniem wszelkie działania wielozmysłowe mogłyby być realizowane indywidualnie. Zajęcia w grupie dają możliwość stworzenia więzi, poczucia wspólnoty i korzystnej atmosfery zarówno dla podopiecznych jak i opiekunów. Jest to szalenie istotne, albowiem nastrój panujący w grupie ma wpływ na poszczególnych jego członków. Wzajemna obserwacja jest także dla naszych pacjentów potencjalnym źródłem motywacji. Inspiracją zajęć grupowych jest świat przyrody. W działaniach związanych ze stymulacją wielozmysłową wykorzystujemy nieograniczoną bazę różnorodnych materiałów. Aby najpełniej to zobrazować przedstawimy przykładowy scenariusz zajęć. Może być on inspiracją do kolejnych tego typu stymulacji w zależności od inwencji twórczej.



Temat: WIOSNA

POMOCE DYDAKTYCZNE

Lampka zapachowa, olejek jaśminowy, miód, bazie, wiosenne kwiaty, pojemniki plastikowe, nasiona rzeżuchy, cebulki lili, ziemia, drobne kamyczki, piasek, pojemniki wypełnione różnymi ziarnami, obrazki tematyczne wiosenne, instrumenty muzyczne (butelki plastikowe wypełnione nasionami, ziarnami), lampa do naświetlań, wskaźnik laserowy, ocet, cytryna, soda oczyszczona, drewniane pręty, lustro, odkurzacz samochodowy, oliwa z oliwek, golarka do ubrań

MATERIAŁY MUZYCZNE

„Cztery pory roku – Wiosna” Vivaldi; „Leśny poranek”; „Poranek nad wodą”; „Rozśpiewany las”; „Ptaki i pszczoły”; „Strumyk”; „Skowronek borowy” - Relaksacja; „Oczarowanie”; „Wczesny wieczór – Powrót skrajem lasu”; „Księżyc nad jeziorem”; „Wiosenny spacer” Old Timers mit Sandy Brown; „Tango” Isaac Albeniz; „Concerto Movement 1” Edvard Grieg; „Piano Concerto 3” – Hummel; „Morning Mood” Edvarda Griega; „Habanera” z Carmen

WYBÓR TEKSTÓW

Opowiadania autorskie „Spacer wiosenny”; „Prace w ogrodzie”, „Zagadki Smoka Obiboka”; „Pean Wiosenny” Leopold Staff

PRZEBIEG ZAJĘĆ

W celu stworzenia wiosennej atmosfery w wazonach ustawiamy bazie i zielone gałązki wierzbowe. Drobne kamyczki, fasolę, soczewicę, ryż, nasiona rzeżuchy wsypujemy do pojemniczków i układamy w różnych punktach sali. Świeży, pachnący spadziowy miód nakładamy do szklanych spodeczków. Przygotowujemy donice, ligninę, narzędzia ogrodnicze, spryskiwacz. Zapalamy lampkę zapachową i dodajemy olejek jaśminowy by sala powoli wysycała się jego zapachem. W czasie, gdy pacjenci przybywają na zajęcia z głośników dobiegają dźwięki „Wiosny” Vivaldiego. Witamy uczestników, przedstawiamy każdego imiennie i wprowadzamy w wiosenny klimat spotkania. Słuchać dźwięki natury („Leśny poranek”; „Poranek nad wodą”, „Rozśpiewany las”). Temat spotkania przedstawiamy z pomocą zagadek wiosennych i dołączonych do nich fotografii i realistycznych obrazków tematycznie związanych z wiosną. Przedstawiamy zagadkę-rymowanek głośno i wyraźnie podając odpowiedź i jednocześnie prezentując obrazek. Na zakończenie możemy wyrecytować piękny wiersz Staffa. W oddali słysząc szmer strumyka („Strumyk”) i dźwięki ptaków, a my powoli przygotowujemy się do spaceru. Przy dźwiękach relaksującej muzyki czytamy krótkie opowiadanie o spacerze wiosennym – skupiamy się na trelach ptaków (zmieniają się także głosy ptaków).

Opowiadamy o darach, które przynosi ze sobą wiosna:

- Miękką rozgrzaną słońcem ziemię – ogrzaną wcześniej ziemię rozsmarowujemy na dłoniach Śpiocha
- Ciepłe promyki słońca -wyzwalanie reakcji w odpowiedzi na bodźce wzrokowe i termiczne – wodzenie wzrokiem za źródłem światła w liniach poziomych i pionowych (wskaźnik laserowy), naświetlamy dłoń lampą dłoń pacjenta tak by poczuł rozchodzące się ciepło

- Pierwsze wiosenne kwiaty – dotykamy i wączymy kwiaty i bazie.
- Szum strumyka (z płyty dobiega dźwięk strumyka), spryskujemy dłonie wodą
- Świeży zapach lasu i smak miodu (bzyczenie pszczoł). Próbujemy pysznego miodu.

Wiosna to również czas porządków i przygotowań do Świąt Wielkiej Nocy. Czas wrócić do domu i poczynić przygotowania. Przy dźwiękach „Morning Mood” Edvarda Griega i „Habanera” z Carmen rozpoczynamy porządkę. Wpierw przygotowujemy materiały potrzebne do efektywnej pracy:

- ocet do mycia okien (nasączamy watkę octem by wzbudzić delikatną woń)
- oliwa z oliwek do polerowania (nagrzaną oliwę możemy rozsmarować na dłoniach)
- soda oczyszczona (rozpuszczamy sodę w wodzie i słuchamy dźwięku ulatniającego się gazu)

W tle pojawiają się energiczne utwory muzyczne („Tango” Isaac Albeniz; „Concerto Movement 1” Edvard Grieg; „Piano Concerto 3” – Hummel) Na lustrze obrysowujemy kontury twarzy szminką lub pastą do zębów – wycieramy do czysta z pomocą octu zmieszanego z sokiem z cytryny i wodą. Odkurzamy wykorzystując do tego celu odkurzacz samochodowy. Polerujemy sztuce z pomocą oliwy z oliwek. Czyścimy wełniane materiały z pomocą golarki do ubrań. Na drewniane pręty nawlekamy materiał imitujący firankę.

Następnie przechodzimy do opowiadania o pracach w ogrodzie. Przy dźwiękach „Oczarowania” - dotykamy materiałów przyrodniczych (ziemia, kamyki, nasiona rzeżuchy, cebulki kwiatów). Stymulujemy zmysł słuchu poprzez nasłuchiwanie dźwięków wydawanych przez przedmioty wypełnione nasionami, grochem, kaszą, ryżem, drobnymi kamykami). Śpiochy wraz z rodzinami włączają się w wysiewanie rzeżuchy i sadzenie cebulek lili.

Powoli zbliża się wieczór, a my kończymy prace w ogrodzie. Z głośników dobiega „Wczesny wieczór – powrót skrajem lasu”, układamy nasze donice i pojemniki z rzeżuchą na oknach. Przy dźwiękach muzyki relaksacyjnej („Księżyc nad jeziorem”) i przy wykorzystaniu wizualizacji powoli wracamy.

Na zakończenie zajęć wystukujemy z pomocą naszych wiosennych instrumentów energiczny rytm („Wiosenny spacer” - Old Timers mit Sandy Brown).

2.5.3 Terapia naturalna

W naszym ośrodku w okresie wiosenno-letnim pacjenci mają możliwość uczestniczenia w trzech uzupełniających się i przebiegających jednocześnie formach terapii naturalnej: esteterapii, silwoterapii i chromoterapii.

Terapie te nie mają skutków ubocznych, są bezbolesne i nie wymagają jakichkolwiek nakładów finansowych.

- esteterapia (gr. aisthesis –wrażenie zmysłowe, doznanie) – terapia wykorzystująca kontakt z pięknym otoczeniem i kontakt z przyrodą,
- silwoterapia (z łac. silva – las)- terapia polegająca na pobudzeniu witalnych sił organizmu, poprzez kontakt z drzewami i krzewami. Najprostszą formą tej terapii jest spacer. Kolejnym etapem jest kontakt z rośliną poprzez przytulanie się czy głaskanie. Najlepsze działanie terapeutyczne ma kontakt rośliny z odkrytą częścią

ciała - rękami, stopami, czołem lub plecami, ponieważ w ten sposób dobroczynne substancje zawarte w korze, liściach, kwiatach i korzeniach mogą wnikać do ludzkiego organizmu. Ważną rolę odgrywa też głęboki, lecz spokojny oddech dzięki, któremu organizm może korzystać z olejków eterycznych zawartych w roślinach.



- chromoterapia, czyli terapia kolorami, polega na stosowaniu różnych barw w celach terapeutycznych.

Najważniejszym źródłem światła jest słońce. Każdy element światła słonecznego wywiera biologicznie istotny wpływ na organizm człowieka. Długotrwały jego niedostatek prowadzi do funkcjonalnych zaburzeń nerwowych, niedoboru witaminy D oraz osłabienia sił odpornościowych. Światło słoneczne polepsza sprawność mięśni, wzmacnia odporność na choroby infekcyjne oraz wspomaga przyswajanie substancji mineralnych. Światło wywiera przy tym duży wpływ na psychikę, poprawia bowiem samopoczucie i jest źródłem radości. Zwiększa ogólną aktywność człowieka.

Kolor zielony daje wrażenie świeżości i spokoju. Powoduje u ludzi korzystne zmiany fizjologiczne – zmniejsza napięcie mięśni, obniża ciśnienie krwi, pomaga regulować krążenie, stymuluje system hormonalny, prowadzi do odprężenia i uspokojenia.

Obcowanie ze środowiskiem leśnym poprawia samopoczucie. W lesie organizm regeneruje się, umysł nabiera sił. Wdychanie leśnego powietrza oczyszcza układ

oddechowy. W leśnym ekosystemie człowiek wtapia się w rytm natury. Spaceruje powodują dotlenienie, lepsze ukrwienie i wzmocnienie serca. Szum liści, śpiew ptaków i zieleń działają kojąco na układ nerwowy.



3. Specyfika funkcjonowania rodziny dotkniętej stanem apalicznym jej członka.

Doznanie przez osobę najbliższą uszczerbku na zdrowiu, którego konsekwencją jest śpiączka, powiązane jest ze silnym stresem. W trakcie trwania śpiączki rodzina przeżywa stan oczekiwania na wybudzenie albo na śmierć. Pograżona jest więc w lęku o niepewną przyszłość chorego i własną. Nic więc dziwnego, że u osób obciążonych odpowiedzialnością, choćby częściową, za opiekę nad chorym dochodzi do pojawienia się „zespołu opiekuna”. Ta nowa jednostka chorobowa obejmuje szereg objawów fizycznych, psychosomatycznych i psychospołecznych.

Do objawów osiowych należą:

- **przewlekłe zmęczenie** – rodzina oprócz nieustannego czuwania przy chorym oraz włączania się w działania rehabilitacyjne, na miarę swoich możliwości, często jest jeszcze czynna zawodowo. Życie wypełnione jest więc nieustannym działaniem, bez możliwości jakiegokolwiek odpoczynku. Pojęcie „wolnego dnia” nie istnieje już, albowiem każda chwila, której nie spędza się w pracy, poświęcona jest choremu.
- **choroby wywołane przez stres i zaniedbanie własnych potrzeb** – opiekunowie nie mają czasu na dbałość o własne zdrowie, nie tylko lekceważą swoje problemy zdrowotne, ale nie dbają choćby o higienę, odpowiednie żywienie, aktywność ruchową, czy relaksację.
- **zaburzenia emocjonalno – motywacyjne**, takie jak frustracja, lęk, depresja, które ze względu na specyfikę sytuacji w jakiej znajduje się rodzina, są odporne na psychoterapię.
- **zmiany osobowości** – opiekunowie z racji znacznego pogorszenia swojej sytuacji życiowej, przeciążenia stresem przestają być optymistami.

Ciągła niepewność prowadzi do neurotyzmu, introwersji i pesymizmu.

- **myśli samobójcze** - w chwilach odczuwania beznadziejności niebezpieczeństwo związane z myślami samobójczymi i popełnieniem samobójstwa jest bardzo realne. W takich sytuacjach jedynie poczucie obowiązku wobec chorego powstrzymuje przed dopuszczeniem się czynu samobójczego.

Główną przyczyną powstania „zespołu opiekuna” jest w wielu przypadkach:

- *dlugotrwały stres* mający związek z niepewną przyszłością, zwiększoną odpowiedzialnością, namnażającymi się problemami materialnymi itp.,
- *uczucie straty*, na skutek przerwania bądź ograniczenia więzi emocjonalnej z chorym, który w wyniku śpiączki nie jest tą samą osobą,
- *brak możliwości odreagowania własnego stresu*, ze względu na poczucie winy.

Zdaniem większości rodzin, w obliczu cierpienia najbliższej osoby, dbałość o swój komfort psycho – fizyczny jest czymś egoistycznym.

Przerażający jest fakt, iż wybudzenie się pacjenta ze śpiączki nie prowadzi do złagodzenia objawów zespołu opiekuna, lecz nawet w wielu przypadkach je potęguje. Przyczyną takiego stanu rzeczy, mimo, że kryzys już minął, jest narastanie coraz to nowych problemów.

Dlatego szalenie istotna jest pomoc w zakresie rozwiązywania problemów. Pojawianie się wciąż nowych sytuacji trudnych wywołuje złość i rozgoryczenie. Należy, więc nauczyć rodziny analizowania problemów i poszukiwania strategii radzenia sobie z nimi. Ważny jest także przekaz informacji o stanie chorego i podejmowanych działaniach terapeutycznych. Opiekun musi zdawać sobie sprawę z realnej sytuacji chorego, bez nadmiernego pocieszania, które prowadzić może z czasem do utraty zaufania, ani też przekazywania negatywnych prognoz, które mogą pozbawić motywacji do współpracy.

Ponadto na uwagę zasługuje uświadamianie rodzinom jak ważne jest znalezienie czasu dla siebie, albowiem dobry opiekun nie może być wyczerpany, zestresowany, pozbawiony chęci do życia. Przekonanie opiekuna o konieczności znalezienia czasu dla siebie i zrelaksowania się, jest niezwykle trudne, albowiem przeświadczony jest on o swojej niezastąpioności przy chorym równoważnej z podtrzymywaniem go przy życiu.

Ostatnim wreszcie elementem w terapii rodzin jest odbudowanie więzi komunikacyjnej z osobą, którą na skutek zaistniałej sytuacji uważają za obcą, odległą, osobę, z którą nie potrafią się już porozumieć. Opiekunowie muszą zdawać sobie sprawę, że pacjent wszystko słyszy, aczkolwiek może mieć problem z rozumieniem mowy. Dlatego ważnych jest kilka informacji w zakresie owocnej komunikacji nie tylko werbalnej, ale także niewerbalnej, a mianowicie:

- Mówimy wolno i wyraźnie, bez nadmiernego pośpiechu, pamiętając o patrzeniu w stronę chorego i obserwowaniu reakcji na wypowiedzane treści,
- Mówimy, jak do osoby dorosłej, nie traktujemy jej jak dziecka, czy osoby upośledzonej psychicznie, gdyż może to potęgować poczucie frustracji związane z niemożnością komunikacji, a w konsekwencji niechęć do jej nawiązania,
- Nie naciskamy na chorego, żeby mówił, akceptujemy go takim, jakim jest

i cierpliwie czekamy na każdy gest, mając świadomość, jak wiele on kosztuje wysiłku i czasu,

- Nie przemęczamy pacjenta, czasami dobrze jest razem pomilczeć,
- mówimy o wszystkim, tj: co słyhać u krewnych, znajomych, w pracy,
- Pozwalamy czuć się choremu ważnym i potrzebnym dzieląc się zarówno radościami, jak i smutkami,
- Jak najczęściej dotykamy i głaszczemy, zwłaszcza dłonie, na których jest najwięcej receptorów pobudzających mózg.

Rola rodziny pacjenta – istotna edukacja rodziny

- O znaczeniu i wręcz konieczności, czynnej obecności rodziny w rehabilitacji mówią wszyscy zajmujący się tym problemem, a szczególnie terapeuci, którzy widzą ten bezpośredni wpływ na przebieg rehabilitacji
- Z wielu analiz psychologicznych wynika, że najlepszym środowiskiem dla rozwoju człowieka jest rodzina. I to ona jest punktem wyjścia i elementem podstawowym w procesie pielęgnacji i rehabilitacji
- Kontakt z rodziną powinien być utrzymywany od chwili przyjęcia chorego do szpitala. W zakresie rehabilitacji rodzina, od fizjoterapeuty powinna uzyskać informację o ćwiczeniach i o tym jak realizować rutynowe czynności dnia codziennego w sposób najbardziej bezpieczny i zarazem korzystny dla pacjenta.

WAŻNE:

- Jako osoba wspierająca bądź świadoma w pierwszym rzędzie swoich potrzeb. Dbając o swoje potrzeby dbasz jednocześnie o potrzeby pacjenta.
- Włącz do swojego życia czynności, które sprawiają Ci radość, wzmacniają poczucie sensu i spełnienia.
- Proś o to, czego chcesz, będąc jednocześnie gotowym na to, że możesz usłyszeć „nie”. Im więcej prosisz, tym masz większe szanse usłyszeć „tak” w przyszłości.
- Dbaj o bliskie relacje z pozostałymi członkami rodziny. Pamiętaj, że jest w nich miejsce na wyrażenie wszystkich odczuć nawet strachu, niepokoju i złości.
- Jako osoba opiekująca się, pamiętaj, aby poszerzać swój własny system wsparcia.

*Zawsze znajdzie się jakieś wyjście
Każda gwiazda jest pełna światła
Każdej nocy jest tak wiele gwiazd.
Zawsze można odnaleźć jakąś drogę.
Sami też możemy stać się drogą
Dla tych, którzy już nic nie widzą.*

Leopold Staff

4. Opieka w świetle prawa – wsparcie finansowe

Pojawienie się niepełnosprawności wśród członka rodziny niesie za sobą wiele problemów formalnych. W jej obliczu rodzina często czuje się zagubiona i bezradna. Poniżej przedstawimy kilka praktycznych wskazówek, które podpowiedzą, gdzie szukać pomocy i informacji.

- Pierwszym krokiem, który warto podjąć jest wystąpienie o ustalenie stopnia niepełnosprawności. Właściwym do tego organem są Zespoły do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności, które znajdują się w każdej gminie i powiecie. Po uzyskaniu stopnia niepełnosprawności możemy ubiegać się o zasiłek pielęgnacyjny czy świadczenia pieniężne z pomocy społecznej.
- Osoba z oznaczonym stopniem niepełnosprawności może ubiegać się o jeden z dwóch rodzajów świadczeń pieniężnych. Są to: zasiłek pielęgnacyjny i dodatek pielęgnacyjny.

Dodatek pielęgnacyjny wypłacany jest przez ZUS osobom uprawnionym do renty lub emerytury, które są niezdolne do pracy, a także osobom niezdolnym do samodzielnej egzystencji.

Stosowny wniosek wraz z orzeczeniem o niepełnosprawności należy złożyć w ZUS-ie. Warto dodać, że osoby, które ukończyły 75 r.ż. otrzymuje dodatek pielęgnacyjny z urzędu. Dodatek jest wypłacany miesięcznie wraz ze świadczeniem emerytalnym lub rentowym, a jego wysokość poddawana jest corocznej waloryzacji. Warto pamiętać, że dodatek pielęgnacyjny wstrzymywany jest, gdy świadczeniobiorca przebywa w ZOL lub ZPO.

Kolejnym świadczeniem, o które możemy się ubiegać posiadając orzeczenie o niepełnosprawności jest zasiłek pielęgnacyjny będący świadczeniem opiekuńczym wypłacanym odpowiednio przez wójta, burmistrza lub prezydenta najczęściej za pośrednictwem ośrodka pomocy społecznej lub urzędu miasta lub gminy.

Ten rodzaj świadczenia przyznawany jest na pokrycie wydatków związanych z koniecznością zapewnienia osobie niepełnosprawnej opieki.

Zasiłek pielęgnacyjny przysługuje:

- niepełnosprawnemu dziecku
- osobie powyżej 16 r.ż. posiadającej orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności
- osobie, która ukończyła 75 lat
- osobie niepełnosprawnej powyżej 16 r.ż. posiadającej orzeczenie o

umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, jeżeli niepełnosprawność powstała przed ukończeniem 21 r.ż.

W celu uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego należy wystąpić ze stosownym wnioskiem do właściwego organu wraz z orzeczeniem o stopniu niepełnosprawności. Osoby, które ukończyły 75 r.ż. zobowiązane są do wniosku dołączyć dokument potwierdzający wiek, np. kserokopię dowodu osobistego lub odpis aktu urodzenia. Zasiłek pielęgnacyjny nie przysługuje osobie, która przebywa w ośrodku zapewniającym całodobowe utrzymanie oraz osobie, która posiada przyznany już dodatek pielęgnacyjny. Osoba, która z powodu konieczności zapewnienia opieki członkowi rodziny, także może ubiegać się o zasiłek pielęgnacyjny.

- Ubezważnowolnienie

Każda osoba sprawująca opiekę nad niepełnosprawnym członkiem rodziny codziennie napotyka różne trudności. Są one związane głównie z opieką i pielęgnacją, jednakże w takiej sytuacji problemem staje się także niemożność podejmowania decyzji dotyczących bezpośrednio chorego, gdy ten nie jest w stanie samodzielnie ich podejmować.

Jeśli podopieczny jest osobą świadomą rozwiązaniem może być pisemne pełnomocnictwo, sporządzone najlepiej przez notariusza.

W sytuacji, gdy osoba jest nieprzytomna lub nie jest w stanie nawiązać logicznego kontaktu, możliwość występowania w jego imieniu, podejmowania za niego decyzji, daje nam procedura sądowego ubezważnowolnienia i ustalenie dla osoby chorej opiekuna prawnego.

Wyróżnia się dwa rodzaje ubezważnowolnienia:

- częściowe – polegające na tym, że osoba ubezważnowolniona sama dokonuje czynności prawnych, natomiast by były one ważne konieczna jest zgoda opiekuna. W bieżących sprawach życia codziennego osoba ubezważnowolniona decyzje podejmuje samodzielnie.
- całkowite – pozbawia osoby ubezważnowolnionej możliwości podejmowania czynności prawnych i tym samym we wszystkich sprawach reprezentuje ją opiekun prawny, jednakże we wszystkich ważnych sprawach dotyczących osoby ubezważnowolnionej np. dotyczącym majątku opiekun prawny potrzebuje również zgody sądu opiekuńczego.

Opiekunem prawnym osoby ubezważnowolnionej może zostać osoba, która ukończyła 18 lat, ma pełną zdolność czynności prawnych i nie została pozbawiona praw publicznych. Opiekunem może zostać mąż, żona, rodzic, rodzeństwo czy pełnoletnie dziecko, najważniejszy jest bowiem fakt by osoba sprawująca opiekę nad chorym dbała o jego dobro. Opiekun prawny podlega nadzorowi sądu opiekuńczego i co najmniej raz w roku musi składać pisemne sprawozdanie z prowadzonych czynności.

Wniosek o ubezważnowolnienie składa się we właściwym sądzie okręgowym.

Wniosek mogą złożyć:

- współmałżonek
- krewni w linii prostej (rodzice, dzieci, dziadkowie, wnuki)
- rodzeństwo

- przedstawiciel ustawodawczy
- Prokurator Okręgowy

Do wniosku o ubezwłasnowolnienie, który zawiera opis sytuacji, należy dołączyć:

- akt urodzenia osoby, o której ubezwłasnowolnienie się ubiegamy
- zaświadczenie o aktualnym stanie zdrowia psychicznego tej osoby
- odpis aktu z USC stwierdzający pokrewieństwo osoby składającej wniosek z uczestnikiem postępowania, może być to akt urodzenia lub małżeństwa

Komplet dokumentów, oryginał i 3 kopie należy złożyć we właściwym sądzie. Koszt złożenia wniosku to 40 zł; dodatkowym kosztem są opinie biegłych sądowych, jednakże można ubiegać się o zwolnienie z tej opłaty. Po złożeniu wniosku biegli sądowi z zakresu psychiatrii i psychologii dokonują badania uczestnika postępowania. Jeżeli stan zdrowia osoby, o której ubezwłasnowolnienie się ubiegamy, nie pozwala dotrzeć do sądu biegli wraz z sędzią przeprowadzają ocenę stanu zdrowia w miejscu pobytu uczestnika. Jeżeli z opinii biegłych wynikają stosowne przesłanki sąd podczas rozprawy sądowej dokonują ubezwłasnowolnienia. Następnie przekazuje sprawę do sądu rejonowego celem ustalenia opiekuna prawnego, który wcześniej jest zobowiązany do odbycia rozmowy z kuratorem sądowym. Po uprawomocnieniu się wyroku sądu rejonowego, który wyznacza opiekuna prawnego, osoba ta otrzymuje stosowne zaświadczenie. Zwykle czas trwania całego procesu wynosi ok. 6 miesięcy.

Warto zwrócić uwagę na fakt, że w przypadku zmiany stanu zdrowia osoby ubezwłasnowolnionej można dokonać zmiany ubezwłasnowolnienia z częściowego na całkowite i odwrotnie.

W przypadku, gdy opiekun prawny nie wywiązuje się ze swoich obowiązków sąd może dokonać zmiany opiekuna.

Choć podjęcie decyzji o ubezwłasnowolnieniu bliskiej osoby jest trudne należy pamiętać, że w sytuacjach w których osoba chora nie jest w stanie wyrazić swojej woli, ubezwłasnowolnienie staje się jedynym słusznym rozwiązaniem, mającym przecież na celu dobro podopiecznego.

Bibliografia:

1. Konopacka – Brud I.,
2. Kieryk M., Mobilna rekreacja muzyczna
3. Metera A., Muzykoterapia
4. Pąchalska M., Afazjologia
5. Talar J., Urazy pnia mózgu
6. Walsh K., Neuropsychologie kliniczna
7. Weiss M., Zembaty A., Fizjoterapia

Przydatne strony internetowe:

www.apaliczni.com

www.eeg-biofeedback.com.pl

www.forumneurologiczne.pl/forum

www.fizyka.umk.pl

www.swiatlo.org

www.idn.org.pl

www.kosmetyczki.org

www.tematy.info

www.rehabilitacja.pl

SPIS TREŚCI

Wstęp.....	3
Rozdział I. Stany apaliczne w ujęciu teoretycznym.....	6
1. Podstawowa terminologia stanu apalicznego.....	6
2. Uszkodzenia mózgu i ich konsekwencje.....	9
3. Teoretyczne podstawy rehabilitacji.....	16
4. Prawa pacjenta.....	18
5. Porozmawiajmy o... życie trwa do jego naturalnego końca.....	20
Rozdział II. Kompleksowa opieka i rehabilitacja osoby w stanie apalicznym.....	22
1. Najczęstsze problemy pielęgnacyjne w opiece nad chorym w stanie apalicznym.....	22
2. Rehabilitacja.....	28
2.1 Rehabilitacja osoby w stanie apalicznym.....	28
2.2 Masaż.....	39
2.3 Terapia mowy, mimiki, oddychania i połykania.....	40
2.4 Metody pracy psychologa z osobą w stanie apalicznym.....	44
2.5 Wielozmysłowa neurostymulacja.....	46
2.5.1 snoezelen.....	47
2.5.2 terapia grupowa.....	49
2.5.3 terapia naturalna.....	51
3. Specyfika funkcjonowania rodziny dotkniętej stanem apalicznym jej członka.....	53
4. Opieka w świetle prawa - wsparcie finansowe.....	56
Bibliografia.....	59
Przydatne strony internetowe.....	59