ROLA KLINIMETRII W PRACY PIELĘGNIARKI Z PACJENTEM PO UDARZE MÓZGU

THE ROLE OF CLINIMETRICS IN NURSE'S WORK WITH A PATIENT AFTER STROKE

Małgorzata Bosacka, Grażyna Bączyk

Wydział Nauk o Zdrowiu
Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Hipolita Cegielskiego w Gnieźnie

STRESZCZENIE

Po zdiagnozowaniu i leczeniu udaru mózgu pacjent powinien trafić na oddział rehabilitacji neurologicznej celem dalszego usprawniania. Planując rehabilitację i opiekę pielęgniarską nad chorym, konieczna jest obiektywna ocena jego stanu.
Klinimetria to dziedzina wiedzy medycznej mająca na celu opracowanie i zastosowanie skal pozwalających ocenić zjawiska kliniczne występujące u chorego. Wykorzystując skale klinimetryczne, pielęgniarka na podstawie posiadanej wiedzy, umiejętności i doświadczenia potrafi określić stan chorego, jego potencjalne problemy zdrowotne oraz ustalić plan opieki oparty na diagnozie pielęgniarskiej.
Celem pracy jest przedstawienie najczęściej używanych przez pielęgniarki metod klinimetrycznych do oceny stanu chorego po udarze mózgu.
Do oceny sprawności funkcjonalnej pielęgniarki mogą wykorzystać indeks Barthel lub skalę Katza. Do oceny stopnia niepełnosprawności chorego używana jest skala Rankina. Testem służącym do oceny równowagi i chodu jest skala Tinetti oraz test „wstań i idź" (*timed „up and go"* – TUG *Test*) z kryterium czasowym. Do oceny równowagi służy również skala Berg lub test dwóch wag porównujący symetrię obciążenia kończyn dolnych. Najpopularniejszym narzędziem do oceny siły mięśniowej jest test Lovetta. Do oceny funkcji ręki można wykorzystać test dziewięciu kołków NHPT, test ręki Frenchay (*Frenchay Arm Test*), a także funkcjonalny test z wystandaryzowanym wyposażeniem. Testem pozwalającym pielęgniarce potwierdzić występowanie u chorego zespołu zaniedbania połowiczego jest test rysowania zegara. Skalą służącą do oceny jakości życia chorych po udarze mózgu jest SA-SIP 30. Możliwość utrzymania postawy i próby jej zmian można dokonać za pomocą skali oceny posturalnej po udarze mózgu.

SŁOWA KLUCZOWE: klinimetria, udar mózgu, niepełnosprawność.

ABSTRACT

After the diagnosis and treatment of a stroke, a patient should be taken to the neurological rehabilitation hospital for a further treatment. Planning the treatment and care is necessary to objectively assess the patient's condition.
Clinimetrics is a branch of medical science aiming at elaborating and applying scales enabling to measure clinical features occurring in a patient. Based on their knowledge, skills and experience, nurses can use clinimetric scales to evaluate the patient's state, health problems and to arrange caring plan according to a given diagnosis.
The aim of this paper was to present the most popular clinimetric methods used by nurses to assess the patients' condition after stroke.
In order to evaluate the functional efficiency nurses can apply the Index of Bartz or Katz Scale. Rankin Scale is used to rate the patient's level of disability. Tests that can be used to assess balance and walk are Tinetti Scale as well as Timed Up & Go Test (TUG Test) with the time criterion. To assess balance Berg Scale or Tandem Balance Test comparing symmetry of loading lower limbs are used. The most popular tool used to evaluate the strength of muscles is Lovett Scale. For the assessment of hand functioning Nine Hole-Peg-Test (NHPT), Frenchay Arm Test as well as Standardised Practical Equipment may be applied. A Clock Drawing Test (CDT) can be applied to confirm the presence of the hemineglect syndrome. A scale used to evaluate the patients' quality of life after stroke is SA-SIP 30. The possibility to maintain the posture and attempts of posture changes can be used thanks to the Postural Assessment Scale for Stroke Patients.

KEYWORDS: clinimetrics, stroke, disability.

Wprowadzenie

Udar mózgu jest jednostką chorobową powstającą nagle i utrzymującą się powyżej 24 godzin. W ostatnich latach udar mózgu uważany jest za trzecią z kolei przyczynę zgonów po chorobach krążenia i nowotworach. Stopień zapadalności na udar mózgu w każdym kraju jest inny. Szacuje się, że w Polsce każdego roku na udar mózgu zapada 70 tys. osób; przyjmuje się, że na świecie jest to 15 mln rocznie. Zakłada się, że przeważającą większość stanowią udary niedokrwienne (80–85%), przy czym udary krwotoczne stanowią 10–12%. Biorąc pod uwagę skutki udaru mózgu i jego rozpowszechnienie, należy przyjąć, że jest on jedną z najpoważniejszych chorób układu nerwowego. Spo-

śród chorych, którzy przeżyli udar mózgu, 60% ma trwałe objawy ogniskowego uszkodzenia mózgu, a 50% pozostaje niepełnosprawnymi do końca życia [1, 2].

Udar mózgu stwarza zagrożenie dla zdrowia i życia chorego – z tego powodu każdy pacjent podejrzany o udar mózgu powinien być hospitalizowany na oddziale leczenia udarów bądź też oddziale neurologicznym [3, 4, 5].

Po zdiagnozowaniu i leczeniu udaru mózgu w ostrej fazie pacjent powinien trafić na oddział rehabilitacji neurologicznej celem dalszego usprawniania. Leczenie, rehabilitacja i fachowa opieka pielęgniarska mają pomóc mu wrócić do normalnego funkcjonowania w domu, pracy i w społeczeństwie. Należy tu podkreślić konieczność holistycznego podejścia do pacjenta oraz umiejętność efektywnej współpracy interdyscyplinarnego zespołu sprawującego opiekę nad chorym. Zdolność wymiany informacji, wzajemne zaufanie, formułowanie wspólnych celów pozwolą nieść efektywną pomoc choremu. Dzięki takiemu podejściu możliwe staje się określenie wszystkich potrzeb pacjenta i wypracowanie sposobów ich realizacji [2, 6].

Na oddziale rehabilitacji neurologicznej pacjent pozostaje pod opieką lekarza specjalisty rehabilitacji, neurologa, logopedy, psychologa, terapeuty zajęciowego, zespołu rehabilitantów i personelu pielęgniarskiego. Z całej tej grupy specjalistów to pielęgniarka jest z pacjentem przez 24 godziny na dobę. Dzięki właściwej pielęgnacji nie dojdzie do powstania odleżyn, którym sprzyja długotrwałe unieruchomienie chorego. Ćwiczenia polegające na przemieszczaniu się w łóżku, z łóżka na wózek i z powrotem pomogą w utrzymaniu mobilności chorego. Edukacja pacjenta w zakresie treningu pęcherza moczowego oraz nauka ćwiczeń dna miednicy pozwolą pomóc w powstających problemach związanych z pęcherzem neurogennym [2].

Planując leczenie, rehabilitację i opiekę pielęgniarską nad chorym po udarze mózgu, konieczna jest obiektywna ocena jego stanu. Wykorzystanie metod klinimetrycznych pozwoli w obiektywny sposób ustalić deficyty, ocenić stopień samodzielności, zaplanować rehabilitację oraz określić poziom potrzebnej opieki pielęgniarskiej.

Cel pracy

Celem pracy jest przedstawienie najczęściej używanych przez pielęgniarki na oddziale rehabilitacji neurologicznej metod klinimetrycznych do oceny stanu chorego po udarze mózgu. Przegląd taki pozwoli wybrać najlepsze metody oceny stanu chorego, na podstawie których można rozpoznać potrzeby i opracować plan pielęgnacji.

Klinimetria

Klinimetria to dziedzina wiedzy medycznej mająca na celu opracowanie i zastosowanie skal pozwalających ocenić zjawiska kliniczne występujące u chorego [7]. Dziedzina ta została zapoczątkowana przez Einsteina (1983), a następnie rozwinięta przez Asplunda (1987). Początek klinimetrii dały skale punktowe dotyczące udarów mózgu. Obecnie skale punktowe dotyczące udaru mózgu dzielimy na: skale uszkodzeń, skale funkcjonale i skale oceniające jakość życia. Poprawnie skonstruowana skala powinna być czuła, prosta w użyciu i powtarzalna. Skuteczność skali zależna jest również od doświadczenia osoby badającej [1].

Wykorzystując skale klinimetryczne, pielęgniarka na podstawie posiadanej wiedzy, umiejętności i doświadczenia potrafi określić stan chorego, jego potencjalne problemy zdrowotne oraz ustalić plan opieki oparty na diagnozie pielęgniarskiej. Dokonując systematycznej oceny stanu chorego przy użyciu skal, może stale ewaluować przebieg procesu pielęgnowania i odpowiednio reagować na powstające nowe problemy pielęgnacyjne.

Udar mózgu jest jedną z najczęstszych przyczyn powstawania trwałej niepełnosprawności osób dotkniętych następstwami tego schorzenia. Grupą skal mających zastosowanie w pracy pielęgniarki z pacjentem po udarze mózgu są skale do oceny sprawności funkcjonalnej. Pojęcie sprawności funkcjonalnej określane jest jako zdolność bycia niezależnym od osób trzecich w zakresie podstawowych czynności życiowych, takich jak: poruszanie się, odżywianie, utrzymanie higieny ciała i kontrolowanie zwieraczy [8, 9, 10].

Ocena sprawności funkcjonalnej

Niezwykle często używanym narzędziem do oceny czynności dnia codziennego jest opublikowany przez Doroty Barthel w 1965 roku indeks Barthel. Za jego pomocą dokonuje się oceny dziesięciu podstawowych czynności życiowych, takich jak: higiena osobista, spożywanie posiłków, korzystanie z toalety, przesiadanie się z łóżka na wózek, kontrola zwieraczy, ubieranie się, poruszanie się po płaskim terenie, chodzenie po schodach. Test ten jest prosty w konstrukcji i łatwy do wykonania. Powszechnie używany przez pielęgniarki do oceny stanu czynnościowego chorego na oddziale. Pacjent może otrzymać maksymalnie 20 lub 100 punktów (w zależności od wersji). Przyznając choremu 86–100 punktów (wersja stopunktowa), stan jego oceniany jest jako ,,lekki'', 21–85 jako ,,średnio ciężki", a 0–20 punktów jako ,,bardzo ciężki" [11].

Wystandaryzowanym narzędziem do oceny sprawności funkcjonalnej jest również skala Katza ADL (ang.

Activities of Daily Living). Za pomocą tej skali można dokonać oceny sześciu podstawowych czynności życiowych, takich jak: spożywanie posiłków, ubieranie się, kontrola wydalania moczu i stolca, korzystanie z toalety, kąpanie się, zdolność do przemieszczania się w domu. Pacjent może otrzymać maksymalnie 6 punktów, po punkcie za każdą samodzielnie wykonaną czynność. Uzyskanie 5–6 punktów świadczy o w pełni zachowanych i kontrolowanych czynnościach, 4 punkty to średni stopień upośledzenia, a 2 punkty lub mniej to ciężkie upośledzenie czynnościowe [12].

Przedstawione skale w zakresie oceny ADL są uniwersalne i mogą służyć również do oceny funkcjonalnej chorych z innymi jednostkami chorobowymi. Pozwalają one określić poziom samodzielności chorego i stopień jego niepełnosprawności. Na tej podstawie pielęgniarka może oszacować deficyty i zaplanować plan opieki.

Ocena stopnia niepełnosprawności

Do oceny stopnia niepełnosprawności chorego na oddziale rehabilitacji neurologicznej używana jest również skala Rankina opublikowana w 1957 roku. Jest to prosta pięciopunktowa skala oceniająca funkcje lokomocji i stopień zależności od osób trzecich. Niestety jest mało czuła i może jedynie służyć do wstępnej oceny chorego [1, 7, 13, 14].

Utrata samodzielności po udarze mózgu i zależność od osób trzecich znacznie ograniczają funkcjonowanie w życiu codziennym chorego. Z tego też powodu sprawą niezwykłej wagi jest poprawa tej sprawności w zakresie samoobsługi. Na pielęgniarce spoczywa tutaj ogromne zadanie, gdyż od tego, co pacjent uzyska na oddziale, zależeć będzie jego dalsze funkcjonowanie w życiu codziennym.

Ocena mobilności i zaburzeń równowagi

Konsekwencją zmian powstałych po udarze mózgu są zaburzenia mobilności. Obejmują one trudności w zmianie pozycji, wstaniu z krzesła, przesiadaniu się z łóżka na wózek, zaburzenia chodu. Testem służącym do oceny zaburzeń mobilności jest skala Tinetti. Test ten zawiera dwie próby: statyczną i kinetyczną. W pierwszej części ocenie podlega równowaga, w drugiej natomiast chód badanego. W części dotyczącej równowagi ocenia się: siadanie i siedzenie na krześle, wstawanie, nieruchome stanie oraz obrót wokół własnej osi o 360 stopni. Ocenie podlega również próba utrzymania równowagi przy zamkniętych i otwartych oczach pacjenta, po delikatnym trąceniu w klatkę piersiową przez badacza. W drugiej części testu zostaje oceniona zdolność do przejścia krótkiego dystansu, swobodnym, możliwie szybkim krokiem. Pod uwagę brane są pozycja przy chodzeniu, długość i symetria kroku, tor chodu, współruchy tułowia oraz korzystanie z zaopatrzenia ortopedycznego, np. kuli, laski. Pacjent może otrzymać maksymalnie 28 punktów, 16 punktów w pierwszej i 12 punktów w drugiej części. Na podstawie ilości uzyskanych punktów określa się wskaźnik ryzyka upadków: poniżej 18 punktów – wysokie ryzyko, 19–23 punkty – umiarkowane, 24 punkty – niskie [1, 15, 16].

Popularnym i prostym testem służącym również do oceny zaburzeń równowagi i chodu jest test ,,wstań i idź'' (*timed ,,up and go''* – TUG *Test*) z kryterium czasowym. Test obejmuje powstanie z pozycji siedzącej na krześle, przejście odcinka o długości 3 m, obrót o 180 stopni i powrót do krzesła z zajęciem pozycji siedzącej. Pacjent test wykonuje dwukrotnie, możliwie szybko, w swoim tempie. Analizie podlega lepszy wynik czasowy. Uzyskanie czasu powyżej 14 sekund świadczy o istniejącym ryzyku upadków. Test jest dobrym kryterium oceny mobilności, siły i sprawności kończyn dolnych [17, 18].

Do oceny równowagi służy również test dwóch wag porównujący symetrię obciążenia kończyn dolnych. Prawidłowo obciążenie kończyn dolnych powinno być równomierne, z dopuszczalnym odchyleniem od 4 do 5 kilogramów. Na podstawie uzyskanych parametrów oblicza się wskaźnik symetryczności obciążenia kończyn dolnych podczas stania. Wg Kwolka wskaźnik oblicza się jako iloraz wartości większej przez mniejszą. Wynik prawidłowy powinien mieścić się w granicach od 1,00 do 1,15 [7].

Kolejnym testem, bardziej rozbudowanym, do oceny równowagi i chodu jest skala Berg. Skala zawiera 56 punktów i służy do oceny równowagi statycznej i dynamicznej w trakcie wykonywania takich czynności, jak: wstanie z krzesła, obrót, podnoszenie przedmiotu z podłogi, stanie na jednej nodze, wchodzenie na stopień. Dokonując oceny przy użyciu tej skali, można pomóc pacjentowi dobrać odpowiednie pomoce ortopedyczne [19].

Możliwość utrzymania postawy i próby jej zmian można ocenić za pomocą skali oceny posturalnej po udarze mózgu. Skala ta składa się z dwóch części: do oceny utrzymania postawy i do oceny zmian postawy. W części dotyczącej utrzymania postawy ocenia się czynności związane z siedzeniem i staniem, w drugiej części – czynności zawiązane ze zmianą pozycji i odwracaniem. Ocena jest czteropunktowa: 0 – nie może wykonać, 1 – może wykonać zadanie z dużą pomocą, 2 – może wykonać z niewielką pomocą, 3 – może wykonać bez pomocy [1, 20].

Ocena siły mięśniowej

Po udarze mózgu ulega osłabieniu siła mięśniowa chorego. Umiejętna ocena siły mięśniowej pozwala zaplanować i kontrolować postępy usprawniania. Najpopu-

larniejszym narzędziem do oceny siły mięśniowej jest test Lovetta. Wartość siły określa się w skali od 1 do 5:

0 – brak śladu skurczu mięśnia badanego,

1 – widoczny skurcz mięsni, ale brak możliwości wykonania ruchu,

2 – możliwy ruch w pełnym zakresie, ale w odciążeniu,

3 – ruch w pełnym zakresie z pokonaniem ciężaru kończyny,

4 – ruch w pełnym zakresie przeciwko umiarkowanemu oporowi,

5 – pełna siła mięśniowa, ruch w całkowitym zakresie wbrew silnemu oporowi.

Ocena siły mięśniowej według tej skali wymaga dużego doświadczenia ze strony badającego. Ważna jest umiejętność odpowiedniego podtrzymania kończyny w celu wykonania badania w ruchu i w odciążeniu [21].

U chorego po udarze mózgu dochodzi do patologicznego wzrostu napięcia mięśniowego niedowładnych kończyn o charakterze spastyczności. Wzmożone napięcie mięśniowe utrudnia wykonywanie podstawowych czynności samoobsługowych i pogarsza sprawność funkcjonalną. Do oceny spastyczności służy skala Ashworth. Badanie z użyciem tej skali polega na wykonywaniu szybkich ruchów biernych w stawach i ocenie oporu przeciwko tym ruchom. Kończyny górne ocenia się w pozycji siedzącej, a kończyny dolne w pozycji leżącej. Wartość napięcia ocenia się w punktach od 0 do 4, gdzie 0 to brak wzmożonego napięcia, a 4 to sztywność mięśni pojawiająca się podczas ruchu [7].

Ocena sprawności i zręczności ręki

Omawiając testy funkcjonalne, należy pamiętać o testach do oceny sprawności kończyny górnej. Często po udarze mózgu obserwowany jest trudniejszy powrót czynności porażonej ręki czy dłoni niż nogi. Kończyna dolna w sposób naturalny jest od początku stymulowana poprzez ruchy ciała przy przekładaniu, siadaniu, wstawaniu. O kończynie górnej często natomiast zapomina sam chory lub traktuje ją bez należytej uwagi. Dlatego niezmiernie ważne jest zapewnienie jej dobrego usprawniania. Stała i cierpliwa rehabilitacja może przywrócić większość utraconych czynności; aby to uzyskać, musimy ocenić powstałe deficyty ruchowe. Do oceny funkcji ręki można wykorzystać test dziewięciu kołków NHPT. Polega on na włożeniu i wyjęciu z otworów w drewnianej tablicy 9 drewnianych kołków. Kołki mają średnicę 9 mm i 32 mm długości. Zadanie wykonywane jest na czas mierzony w sekundach, osobno dla każdej ręki [1, 7, 17, 18, 22].

Testem do oceny zręczności ręki jest także test ręki Frenchay (ang. *Frenchay Arm Test*). Pozwala on ocenić pięć prostych czynności manipulacyjnych, takich jak: otwarcie słoika, chwytanie przedmiotów różnego kształtu i różnej wielkości, uczesanie się. Każda czynność jest osobno oceniana, za wykonanie danej czynności pacjent otrzymuje po punkcie. Pacjent może otrzymać od 0 do 7 punktów [1, 7].

Do oceny sprawności funkcji ręki można wykorzystać również funkcjonalny test z wystandaryzowanym wyposażeniem. Określa on stopień zdolności do wykonania zadań w trzech kolejnych obszarach:

1. Czynność ręki:
   - otwieranie i zamykanie drzwi,
   - włożenie klucza do zamka w drzwiach, zakluczenie lub odkluczenie drzwi,
   - wyjęcie klucza z zamka,
   - odkręcenie słoika lub butelki,
   - odkręcenie kranu z wodą,
   - nalanie do garnka pięciu filiżanek wody z kranu, zagotowanie wody na kuchence gazowej,
   - ubranie poduszki w poszewkę i zawiązanie tasiemek.
2. Aktywność fizyczna:
   - włożenie wtyczki do gniazdka umieszczonego nad podłogą,
   - włączenie i wyłączenie lampki nocnej,
   - wymiana żarówki w lampce nocnej,
   - wejście po schodach i zejście bez pomocy.
3. Aktywność psychiczna: oceniana jest na podstawie możliwości wybrania właściwego numeru telefonu, odczytania właściwej nazwy leku, otwarcia pojemnika z lekami i wyjęcia odpowiedniej liczby tabletek, włożenia leków do specjalnego pojemnika z przegródkami z uwzględnieniem dnia tygodnia.

Pacjent może uzyskać 1, 2, 3 lub 4 punkty, przy czym 1 punkt – gdy nie jest wstanie wykonać zadania; 2 punkty – gdy może zadanie wykonać z niewielką trudnością, przy pomocy drugiej osoby albo może wykonać tylko część zadania; 3 punkty – gdy może wykonać zadanie z niewielką trudnością, musi zastosować pomoc techniczną albo wykonać je powoli; 4 punkty – gdy wykonuje zadanie bez trudu [23].

Ocena jakości życia

Przebyty udar mózgu, a dokładnie jego następstwa potrafią diametralnie zmienić życie chorego. Pogorszeniu może ulec sytuacja chorego we wszystkich aspektach: zarówno fizycznych, psychicznych, jak i społecznych. Chory bardzo często jest zmuszony przejść na rentę inwalidzką, ma trudności w samoobsłudze, nie wychodzi z domu, nie nawiązuje relacji międzyludzkich, pogarsza się jego jakość życia. Skalą służącą do oceny jakości życia chorych po udarze mózgu jest SA-SIP 30. Ocenie podlegają takie czynności, jak: samoobsługa, mobilność,

komunikacja, stan emocjonalny, koncentracja uwagi, poruszanie, relacje międzyludzkie, dbałość o gospodarstwo domowe. Skala ta jest czuła, porównywalna i jednorodna. Pozwala ocenić poziom jakości życia oraz wskazuje deficyty, w których potrzebna jest pomoc [1, 24].

Ocena stanu odżywiania

U chorych po udarze mózgu dochodzi często do zaburzeń połykania (dysfagii). Zaburzenia te mogą być przyczyną zachłyśnięcia i zadławienia, co budzi w chorym lęk przed możliwością bezpośredniego narażenia życia. Konsekwencją tych utrudnień bywa czasami świadome ograniczanie przyjmowanych posiłków, a w dalszej kolejności niedożywienie chorego. Prostym testem, który może wykorzystać pielęgniarka do oceny stanu odżywienia pacjenta, jest *Mini Nutritional Assessement* – MNA. Wersja skrócona (MNA-SF) zawiera sześć pytań. Dotyczą one przyjmowania posiłków, utraty apetytu, kłopotów z żuciem, połykaniem i trawieniem, mobilnością oraz wskaźnika BMI. Pacjent może maksymalnie otrzymać 14 punktów, przy czym uzyskanie 11 i więcej punktów wskazuje na stan odżywienia prawidłowy, a 10 i mniej punktów świadczy o możliwości niedożywienia. Uzyskanie punktacji wskazującej na stan niedożywienia wymaga dalszego badania przy użyciu kwestionariusza MNA w pełnej wersji [25, 26].

Ocena ryzyka odleżyn

Długotrwałe unieruchomienie w łóżku, zaburzenia czucia i nietrzymanie zwieraczy u chorych po udarze mózgu mogą w szybkim tempie doprowadzić do powstania odleżyn. W praktyce pielęgniarskiej wykorzystuje się wiele skal do oceny ryzyka powstania odleżyn. Do najczęściej używanych należą: skala Norton, Braden, Waterlow, Douglas bądź CBO.

Powszechnie używaną i prostą skalą punktową do oceny ryzyka odleżyn jest skala Norton. Ocenie podlega pięć elementów: stan fizykalny, stan świadomości, zdolność przemieszczania, stopień samodzielności oraz czynność zwieraczy. Za każdy z czynników ryzyka pacjent może otrzymać od 1 do 4 punktów. Maksymalnie chory może otrzymać 20 punktów. Ryzyko rozwoju odleżyn stwierdza się u pacjenta z wynikiem równym 14 punktom i niższym [27, 28, 29].

Ocena zespołu zaniedbania połowicznego

Jednym z częstych powikłań u chorych po udarze mózgu jest zespół zaniedbania połowicznego. Zespół ten charakteryzuje się pomijaniem jednej strony ciała (najczęściej w uszkodzeniu półkuli niedominującej). Objawiać się on może np. pozostawieniem jednej strony ciała nieubranej, czytaniem i pisaniem od środka strony, przy chodzeniu potrącaniem przedmiotów stojących po jednej stronie. Testem pozwalającym pielęgniarce potwierdzić występowanie u chorego zespołu zaniedbania połowicznego jest test rysowania zegara, opracowany przez Shulmana w 1986 roku. Umożliwia on ocenę zdolności wzrokowo-przestrzennych oraz myślenia abstrakcyjno-pojęciowego. Osoba badana ma za zadanie narysowanie tarczy zegara i zaznaczenie na niej poszczególnych godzin. Kolejnym zadaniem jest narysowanie wskazówek zegara tak, aby wskazywały godzinę ,,trzecią zero zero'', a następnie godzinę ,,dziesięć po jedenastej". Pacjent z zespołem zaniedbania połowicznego umieszcza wszystkie cyfry po jednej stronie zegara, pomijając drugą stronę. Pielęgniarka, mając świadomość istnienia u pacjenta tego zespołu, może zwrócić szczególną uwagę na wykonywanie wszystkich czynności od strony pomijanej [25, 30] .

Podsumowanie

Przedstawione w powyższej pracy testy i skale są nielicznymi z dostępnych w literaturze medycznej. Pomogą pielęgniarce pracującej na oddziale rehabilitacji neurologicznej w ocenie stanu pacjenta, a co za tym idzie – pozwolą w obiektywny sposób opracować plan opieki. Wykonanie ich nie zajmuje dużo czasu, a sprzyja nawiązywaniu bliskiego kontaktu z pacjentem i daje szanse indywidualnego, holistycznego podejścia. Realizowane systematycznie są mierzalnym środkiem postępów usprawniania chorego. Dają możliwość wprowadzania korekt w opracowanym i wdrożonym procesie pielęgnowania. Mogą stanowić cenne źródło do napisania prac badawczych.

Piśmiennictwo

1. Opara J. Klinimetria w udarach mózgu. Katowice: AWF; 2010. 7–9.
2. Mikołajewska E. Fizjoterapia po udarze mózgu. Prakt Fizjoter Rehabil. 2012; 12: 26–33.
3. Członkowska A, Newada M. Wytyczne i zasady postępowania w prewencji pierwotnej i wtórnej oraz leczenie ostrej fazy udaru. W: Januszewicz A, Naruszewicz M, Rużyłło W (red.). Postępowanie z chorym o duży ryzyku sercowo-naczyniowym. Kraków: Medycyna Praktyczna; 2005. 139–160.
4. Członkowska A. Udar mózgu – perspektywy leczenia w Polsce w świetle osiągnięć światowych. Pol Prz Neurol. 2005; 1: 1–7.
5. Członkowska A. Osiągnięcia w zakresie udaru mózgu. Med Dypl. 2005; 17: 5–11.
6. Garret G. Postępowanie pielęgniarskie. W: Garret G. Potrzeby zdrowotne ludzi starszych. Warszawa: PZWL; 1990. 87–94.
7. Drużbicki M, Pacześniak-Jost A, Kwolek A. Metody klinometryczne stosowane w rehabilitacji neurologicznej. Prz Med UR. 2007, 3: 268–274.
8. Karabanowicz A, Parnas A, Ślusarz A, et al. Ocena sprawności funkcjonalnej w chorobach układu nerwowego. Ann UMCS. 2005; 352–354.

9. Płaszewska-Żywko L, Przuzan P, Malinowska-Lipień I. Sprawność funkcjonalna u osób w wieku podeszłym w domach pomocy społecznej. Probl Hig Epidemiol. 2008; 89 (1): 62–66.
10. Mikołajewska E. Udar mózgu – zaburzenia, zadania terapii, sposoby realizacji. Prakt Fizjoter Rehab. 2011; 17: 8–14.
11. Skalska A. Kompleksowa ocena geriatryczna. W: Grodzicki T (red.). Geriatria z elementami gerontologii ogólnej. Gdańsk: Via Medica; 2006. 68–75.
12. Kochanek-Jagielska K. Skale sprawności trzeciego wieku – instrumenty do pełnej oceny geriatrycznej. MEDI. 2006; 4: 11–12.
13. Sulter G, Steen C, De Keyser J. Use of the Barthel Index and modified Rankin Skale in acute stroke trials. Stroke. 1999; 30: 1538–1541.
14. Wade DT, Langton-Hewer R, Wood VA, et al. The hemiplegic arm after stroke: measurement and recovery. J Neurol Neurosurg Psych. 1983; 46: 521–524.
15. Twardowska-Rajewska J. Krótki program usprawniania seniorów w celu minimalizowania zaburzeń równowagi. Doniesienia wstępne. Gerontol Pol. 2006; 10 (1): 41–45.
16. Skalska A. Niesprawność ruchowa. Upadki i zaburzenia chodu. W: Grodzicki T, Kocemba J, Skalska A (red.). Geriatria z elementami gerontologii ogólnej. Gdańsk: Via Medica; 2006. 123–133.
17. Borowiak E, Kostka T. Analiza sprawności funkcjonalnej osoby w starszym wieku. Rola pielęgniarki w zespole geriatrycznym. W: Wieczorowska-Tobis K, Talarska D (red.). Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne. Warszawa: PZWL; 2008. 81–96.
18. Podsiadło D, Richardson S. The timed “up and go”: a test of basic functional mobilityfor elderly frail persons. J Am Geriatrics Soc. 1991; 39: 142–148.
19. Ogonowski A. Diagnostyka w schorzeniach narządu ruchu. W: Kiwerski J (red.). Rehabilitacja medyczna. Warszawa: PZWL; 2005. 239.
20. Benaim C, Perennoun DA, Villy J, Rousseaux M, Pelissier Y. Validation of a Standardized Assessment of Postural Control In Stroke Patients: The Postural Assessment Scale of Stroke Patients (PASS). Stroke. 1999; 30: 1862–1868.
21. Stryła W, Polaszek J. Ocena siły mięśniowej i lokomocji kończyn z niedowładem u chorych po udarze mózgu. Now Lek. 2001; 70 (1): 9–20.
22. Kellor M, Frost J, Silberberg N, et al. Hand strenght and dexterity. Am J Occup Ther. 1971; 25: 77–83.
23. Bączyk G, Gacek L. Ocena sprawności funkcjonalnej chorych na reumatoidalne zapalenie stawów na podstawie funkcjonalnego testu z wystandaryzowanym wyposażeniem. Reumatologia. 2011; 4, 1: 40–46.
24. Ohtsuru I, Eto F, Wada N, Saotome I, Furuichi T. New reliable and valid motor assessment scale for stroke patients: Hemiplegic motor behavior tests. Geriatrics Gerontol Int. 2011; 1444–1586.
25. Laidler P. Rehabilitacja po udarze mózgu. Warszawa: PZWL; 1996. 71–89.
26. Gariballa SA, Sinclair AJ. Assesmentand trealment of nutritional status in stroke patients.W: Opara J (red.). Neurorehabilitacja. Katowice: Elamed; 2011. 55–59.
27. Jaracz K. Pielęgniarska ocena pacjenta z chorobą układu neurologicznego. W: Jaracz K, Kozubski W (red.). Pielęgniarstwo neurologiczne. Warszawa: PZWL; 2008. 159–205.
28. Balzen K, Schrniedl C, Dassen T. Norton, Waterloo and Braden and the care dependenci scale: comparing their valid predicting patienets’ pressure sore risk. EPUAP Rev. 2001; 4: 1.
29. Szewczyk MT, Cwajda J, Cierzniakowska K, Ślusarz R, Stodolska A. Narzędzia oceny ryzyka rozwoju odleżyn. Przew Lek. 2005, 8 (1): 92–97.
30. Szyrocka-Szwed K. Przydatność niektórych badań elektrofizjologicznych do oceny stanów otępiennych. Wiad Lek. 2005; 58: 9–10.

Praca przyjęta do redakcji: 25.06.2014
Praca przyjęta do druku: 27.08.2014

Adres do korespondencji:
Małgorzata Bosacka
ul. Elizy Orzeszkowej 12a/12
62-200 Gniezno