

MARTYNA BĄCZYK

ANNA JAKONIUK-DIALLO

ORCID 0000-0003-3973-8160

*Uniwersytet im. Adama Mickiewicza  
w Poznaniu*

## METODY TERAPEUTYCZNE WYKORZYSTYWANE WE WSPOMAGANIU FUNKCJONOWANIA POZNAWCZEGO OSÓB Z UDAREM NIEDOKRWIENNYM

**ABSTRACT.** Bączyk Martyna, Jakoniuk-Diallo Anna, *Metody terapeutyczne, wykorzystywane we wspomaganiu funkcjonowania poznawczego osób z udarem niedokrwiennym* [Therapeutic Methods Used to Support Cognitive Functioning in People After an Ischemic Stroke]. *Studia Edukacyjne* no. 64, 2022, Poznań 2022, pp. 35-45. Adam Mickiewicz University Press. ISSN 1233-6688. DOI: 10.14746/se.2022.64.3

An ischemic stroke is one of the most common causes of human death and disability, especially among the elderly. However, the condition affects people of all ages. The article outlines the possible consequences of an ischemic stroke depending on the affected brain area. It describes examples of therapeutic activities carried out by special educators, psychologists and speech therapists aimed at restoring at least some of the cognitive and communication skills of people affected by the disease. Of particular interest was the role of ergotherapy.

**Key words:** ischemic stroke, brain, ergotherapy

### Wprowadzenie

Proces wytwarzania mowy oraz przebieg innych procesów poznawczych uwarunkowane są funkcjonowaniem układu nerwowego i obecnością w nim tak zwanych neuroprzekaźników. Należą do nich różnorodne aminokwasy, aminy i peptydy, na przykład kwasy glutaminowy i gamma-aminomasłowy, acetylocholina, dopamina, serotonina, noradrenalina i adrenalina. Dzięki obecności w układzie nerwowym wyżej wymienionych substancji, impuls nerwowy jest przekazywany z odpowiednią prędkością, za pośrednictwem

aksonu, do kolejnej komórki. Nasza sprawność funkcjonowania poznawczego zależy więc od właściwej ilości neuroprzekaźników oraz szerzej – prawidłowego funkcjonowania poszczególnych części naszego mózgu.

Dla samego procesu mowy niezbędne jest właściwe funkcjonowanie płatów czołowych, skroniowych, potylicznego, ciemieniowego oraz najstarszej filogenetycznie wyspy. Skomplikowany, pod względem neurologicznym, charakter mowy, angażuje więc wiele obszarów w proces jej realizacji. Jednym z takich obszarów jest tylna część zakrętu czołowego środkowego i dolnego, w lewej półkuli mózgowej, stanowiąca tak zwany Ośrodek Broca. Steruje on czynnościami ruchowymi, wykorzystywanymi podczas aktu mówienia. Dzięki aktywności tej okolicy mózgu możliwa jest dynamika mowy oraz łączenie poszczególnych elementów językowych, na przykład głoski mogą być łączone w wyrazy, co skutkuje powstaniem wypowiedzi. Możliwa jest również integracja ruchów narządów artykulacyjnych. Ośrodek Broca odbiera impulsy z Ośrodka Wernickiego, przesyłając je później do kory ruchowej. Przed ośrodkiem ruchowym mowy znajdują się struktury korowe odpowiadające za możliwość nadania wypowiedzi treści. Zawartość wypowiedzi tworzona jest za pomocą mowy wewnętrznej. Warto w tym miejscu podkreślić rolę kory przedczołowej, pozwalającej na rozumienie wypowiedzi. Za jej sprawą wywoływane są konkretne zachowania człowieka. Organizm rozumie komunikat werbalny płynący ze świata zewnętrznego bądź odbiera własny komunikat, wytworzony przez mowę wewnętrzną i na tej podstawie decyduje o odpowiednim działaniu. Następnym istotnym ośrodkiem jest ośrodek czuciowy mowy, to znaczy Ośrodek Wernickiego. Znajduje się on w okolicy zakrętu skroniowego górnego. Dzięki niemu możliwe są: prawidłowy odbiór i przetwarzanie dźwięków mowy, czyli słuch fonematyczny. Struktury płata skroniowego, okalające omówiony ośrodek, zajmują się transportem elementów pamięciowych, w których zapisane są informacje, niezbędne do prawidłowej percepcji mowy oraz do jej realizacji. Kolejną częścią mózgu, istotną w zakresie produkcji mowy, jest wieczko czołowo-ciemieniowe, od którego zależy produkcja głosek, oparta na gnozji kinestetyczno-oralnej. Za poprawność gramatyczną wypowiedzi odpowiada tutaj styk płatów skroniowego, ciemieniowego oraz potylicznego. Dzięki niemu możliwe jest również pisanie. Ta funkcja opiera się także na działaniu ośrodka czuciowego mowy pisanej, a także ośrodka ruchowego pisania Exnera<sup>1</sup>.

W sytuacji patologicznych zmian, zachodzących w ośrodkowym układzie nerwowym, które mogą być wynikiem urazu lub procesu chorobowego o charakterze postępującym, mowa może okazać się jedną z tych form na-

---

<sup>1</sup> A. Kozołub, *Biomedyczne podstawy logopedii*, [w:] *Logopedia. Pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*, tom I, red. T. Gałkowski, G. Jastrzębowska, Opole 2017.

szej aktywności, które ulegają zaburzeniu. Jej przywrócenie wymaga szeroko rozumianego wspomagania funkcjonowania osoby, obejmującego leczenie, terapię, a także wsparcie najbliższego środowiska w zakresie sprawowania opieki nad osobą dotkniętą zaburzeniami mowy.

### **Udar niedokrwienny mózgu i jego konsekwencje dla funkcjonowania osoby nim dotkniętej, w tym posługiwania się przez nią mową**

Udar jest stanem bezpośrednio zagrażającym zdrowiu i życiu człowieka. Jest to ostre zaburzenie przepływu krwi w mózgu, objawiające się między innymi: porażeniem połowy ciała, niedowładami poszczególnych części ciała, zawrotami głowy, a także zaburzeniami czucia, mowy, wzroku oraz równowagi. Udary można podzielić na dwa podstawowe typy: udar niedokrwienny oraz udar krwotoczny. Pierwszy z nich został przedstawiony w niniejszym tekście i występuje aż w 85% przypadków klinicznych. Pojawia się w momencie uniemożliwienia dopływu odpowiedniej ilości krwi do mózgu. Jest to spowodowane zwężeniem naczyń krwionośnych lub całkowitym ich zamknięciem. Może również wynikać z zaburzeń hemodynamicznych, to znaczy z niewystarczającego natlenowania krwi w naczyniach. Jest przyczyną zawałów mózgu. Objawy osoby z udarem niedokrwiennym są narastające. Pacjent może mieć problemy z równowagą i mową, a także mogą występować u niego niedowłady. Warto zauważyć, że ten typ udaru często nie wiąże się z utratą przytomności. Udar krwotoczny, występujący u około 15% pacjentów udarowych, jest znacznie bardziej gwałtowny i charakteryzuje się większą śmiertelnością. Stanowi najczęściej następstwo choroby cywilizacyjnej – nadciśnienia tętniczego. Krwotok do mózgu wywołany jest poprzez nagłe pęknięcie naczynia krwionośnego w mózgu. Pacjent znajduje się najczęściej w stanie ciężkim, a pierwsze objawy – bardzo silny ból głowy oraz wymioty – przekształcają się następnie w utratę przytomności. W przypadku tego typu udaru często obserwowane jest połowicze porażenie ciała. Choroba ta niezależnie od typu trwa ponad 24 godziny.

Udar niedokrwienny dotyczy najczęściej pewnego regionu w mózgu. Od tego, w której części mózgu doszło do niedotlenienia, zależą późniejsze konsekwencje dla organizmu. Niedokrwienie mózgowia może zajść w jego przedniej lub tylnej części, bądź w obu z nich. Jeśli temu zjawisku ulegnie przednia część mózgu, można przewidzieć, że u pacjenta wystąpi któryś z wymienionych objawów: połowicze porażenie ciała, niedowłady, afazja podarowa, agnozja, zaburzenia czucia, widzenia, połykania. W przypadku dotknięcia udarem tylnej części mózgowia, mamy do czynienia przede

wszystkim z zawrotami głowy, którym towarzyszą nudności i wymioty. Dojść może do zaburzeń słuchu oraz równowagi, a także do podwójnego widzenia oraz tak zwanych „mroczków” przed oczami. Pojawić się mogą także nagłe „padania”, podczas których dochodzi do zwiotczenia mięśni w dolnych kończynach, doprowadzając do upadku na kolana. Kiedy udar obejmuje całe mózgowie, oprócz wymienionych powyżej objawów, charakterystycznych zarówno dla przedniej, jak i tylnej jego części, występują również zaburzenia przytomności<sup>2</sup>.

Zaskakująca potrafi być wielość objawów i późniejszych konsekwencji, wywoływanych przez udar niedokrwienny. Pierwszym w nich jest niedowład kończyn, będący najczęściej występującym spośród innych objawów, pojawia się w momencie niedokrwienia, w obszarze drogi naczyniowej korowo-rdzeniowej. Niedowład kończyn lub mięśni twarzy wynika z uszkodzeń między innymi w obszarze kory ruchowej. Do ataksji oraz zaburzeń związanych z koordynacją ruchów ciała dochodzi w momencie, w którym zawał nastąpił w okolicach mózdzku, a także niekiedy w okolicy wzgórza. Ponad 50% chorych na udar niedokrwienny cierpi na zaburzenia czucia. Objawiają się one najczęściej poprzez zdrętwienie, a także zmniejszone czucie w częściach ciała. Niekiedy pacjenci odczuwają ból. Takie symptomy skojarzone są z uszkodzeniami rdzenia przedłużonego. Jeśli do niedoczulicy doszło po lewej stronie ciała, oznacza to, że najprawdopodobniej zawał nastąpił po drugiej stronie rdzenia. Natomiast, jeśli do zaburzenia czucia doszło w obrębie prawej połowy twarzy, oznacza to, że do zawału doszło najprawdopodobniej z prawej strony rdzenia. Przy zaburzeniach zmysłu dotyku można mówić, że udar nastąpił w obrębie kory czuciowej. Do zaburzeń wzroku dochodzi w momencie wystąpienia niedotlenienia, w obrębie kory wzrokowej, a także tętnicy ocznej bądź pęczka promienistości wzrokowej. Kiedy niedokrwienie następuje w tylnych tętnicach mózgu, mówimy o ślepcie korowej. Do problemów w zakresie zmysłu wzroku zaliczyć można halucynacje wzrokowe (postrzeganie obiektów jako bardziej złożonych), palinopsje (zjawisko, w którym widziany przedmiot jest obecny w polu widzenia, pomimo jego zniknięcia) oraz metamorfopsje (wrażenie, że przedmiot jest m.in. innego rozmiaru, niż w rzeczywistości). Często konsekwencją udaru mózgu jest afazja. Występuje ona w 21-38% przypadków w ostrej fazie udaru<sup>3</sup>.

Według M. Maruszewskiego,

---

<sup>2</sup> R. Mazur, M. Świerkocka-Miastkowska, *Udar mózgu – pierwsze objawy*, Choroby Serca i Naczyń, 2005, 2, 2, s. 84-87.

<sup>3</sup> D. Ryglewicz, D. Milewska, *Epidemiologia afazji u chorych z udarem mózgu*, Udar Mózgu. Problemy Interdyscyplinarne, 2004, 6, 2, s. 65-70.

afazja to spowodowane organicznym uszkodzeniem odpowiednich struktur mózgowych częściowe lub całkowite zaburzenie mechanizmów programujących czynności mowy u człowieka, który już uprzednio opanował te czynności<sup>4</sup>.

Dzieli się ona na wiele typów, zależnych od lokalizacji, w jakich wystąpiło niedokrwienie. Według Bostońskiego Centrum Badań nad Afazją wyróżniamy:

- afazję ruchową – przyczyna: uszkodzenie w obrębie Ośrodka Broca;
- afazję czuciową – przyczyna: uszkodzenie w obrębie Ośrodka Wernickiego;
- afazję przewodzeniową – przyczyna: uszkodzenia pęczka łukowatego, istoty białej;
- afazję nominacyjną – przyczyna: uszkodzenie zakrętu kąтового;
- transkorową afazję motoryczną – przyczyna: uszkodzenie okolicy czołowej znajdującej się przed oraz powyżej ośrodka ruchowego mowy;
- transkorową afazję sensoryczną – przyczyna: uszkodzenie w styku skroniowo-potylicznym;
- mieszaną afazję transkorową – przyczyna: uszkodzenie w części tętnicy środkowej;
- afazję całkowitą – przyczyna: uszkodzenie w obszarze wokół bruzdy Sylwiusza;
- afazję podkorową (torebkowo-prążkowiową przednią, torebkowo-prążkowiową tylną, torebkowo-prążkowiową całkowitą, wzgórzową) – przyczyna: uszkodzenia w obszarach podkorowych<sup>5</sup>.

Zaburzenia związane z mową występujące przy udarze niedokrwiennym nie ograniczają się jedynie do afazji. Kolejnym częstym objawem jest dyszartria, która wynikać może z niedokrwienia w obszarze kory ruchowej, górnej części pnia mózgu lub też istoty białej w półkulach mózgowych. W momencie, gdy niedokrwieniu ulega mózdzek, możliwe jest pojawienie się mowy skandowanej. Dotkliwą dolegliwością chorych jest dysfagia, uniemożliwiająca prawidłowe połykanie. Występuje najczęściej w wyniku uszkodzenia rdzenia przedłużonego.

Bardzo uciążliwe objawy są związane z zaburzeniami świadomości. Pierwszy z nich, czyli zespół majaczeniowy, polegający na problemie z prawidłową oceną czasu i miejsca, zaburzeniami pamięci, snu i koncentracji uwagi, a także pobudzeniu ruchowym, jest następstwem niedotlenienia w tylnej tętnicy mózgu lub płata ciemieniowego, bądź skroniowego. Mutyzm kinetyczny objawia się tym, że pacjent nie reaguje na bodźce, nie posługuje się mową i nie wykonuje poleceń, pomimo że jest przytomny, ma otwarte oczy. Jest on wynikiem uszkodzeń w przednio-przyśrodkowej części płata czoło-

<sup>4</sup> M. Maruszewski, *Afazja. Zagadnienia teorii i terapii*, Warszawa 1966.

<sup>5</sup> D. Ryglewicz, D. Milewska, *Epidemiologia afazji*, s. 65-70.

wego, tak jak i zjawisko abulii. Pacjenci z abulią nie podejmują komunikacji jako pierwsi. Są w stanie odpowiadać na pytania, jednakże z opóźnieniem, stosując szept i bardzo krótkie odpowiedzi (często jednosylabowe). Charakterystyczny jest również brak emocjonalnej reakcji. Potrafią wykonywać polecenia, lecz z opóźnieniem i niepewnością<sup>6</sup>.

W wyniku udaru niedokrwienego zaburzonych zostaje wiele funkcji poznawczych. Zaburzenia uwagi mogą występować w momencie, gdy lokalizacją uszkodzenia jest wstępująca część układu siatkowatego. Występują pod wieloma postaciami, między innymi osłabienia uwagi dowolnej. Pogorszeniu mogą również ulec przerzutność i podzielność uwagi, która również częściej zostaje poddana rozproszeniu. Za pamięć oraz uczenie się odpowiedzialne są między innymi ciało suteczkowate, hipokamp oraz wzgórze. W wyniku udaru w obszarach tych dochodzi na przykład do trudności z przechowywaniem informacji oraz z ich przypominaniem, co również znacząco negatywnie wpływa na proces uczenia się. U pacjentów zdarzają się paramnezje, amnezje, hipomnezje i hiperamnezje. Pacjenci udarowi wykazują często również zaburzenia pamięci krótkotrwałej. Nie należy zapominać również o funkcjach wykonawczych, ulegających pogorszeniu, kiedy udar dotyka kory czołowej. Może się to objawiać problemami z planowaniem ruchów, trudnościami z hamowaniem niektórych zachowań i samokontrolą. Pojawić się mogą również między innymi konfabulacje, persewacje oraz impulsywność. Charakterystyczne dla zawału mózgu w obszarze pól asocjacyjnych, odpowiedzialnych za pracę konkretnych zmysłów, są trudności percepcyjne. Zakłóceniu ulec może odbiór wrażeń zmysłowych, między innymi wzrokowych, słuchowych i czuciowych<sup>7</sup>.

### **Metody terapii pacjenta po udarze niedokrwinnym, wykorzystywane przez logopedów i pedagogów specjalnych**

Pacjenci po udarach niedokrwiniennych wykazują wiele trudności poznawczych. Jednak nie można traktować ich jednakowo, ze względu na różny charakter i lokalizację udaru, a także z uwagi na wielorakie jego objawy i możliwe późniejsze konsekwencje. Każdy pacjent jest inny i dotyczą go konkretne przypadłości. Wszystkim pacjentom udarowym potrzebna jest pomoc specjalistów: lekarzy, pielęgniarek, fizjoterapeutów, ale także psychologów, pedagogów specjalnych, terapeutów zajęciowych oraz logopedów. Poniżej przedstawiamy kilka form terapii z dziedziny pedagogiki, które odpowied-

<sup>6</sup> W. Turaj, *Objawy i zespoły kliniczne udaru*, Kraków 2007.

<sup>7</sup> M. Sabiniewicz i in., *Wybrane zaburzenia funkcji poznawczych po udarze mózgu – charakterystyka kliniczna i diagnostyka*, Aktualności Neurologiczne, 2015, 15, 1, s. 35-40.



nio prowadzone, mogą znacząco wpłynąć na poprawę funkcjonowania poznawczego oraz jakość życia wspomnianych pacjentów. Terapie dopasowane są do każdego pacjenta przez interdyscyplinarne zespoły specjalistów, biorących pod uwagę każdy aspekt choroby i funkcjonowania pacjenta.

Niezwykle istotną i nieodzowną częścią rehabilitacji osoby po udarze niedokrwiennym jest terapia logopedyczna. Przez szczególnie częste występowanie afazji, dyzartrii oraz dysfagii, logopeda powinien rozpocząć terapię już w momencie, kiedy chory znajduje się jeszcze na oddziale neurologicznym. Wczesne rozpoczęcie terapii daje lepsze rokowania na przyszłość oraz umożliwia szybsze osiągnięcie i usprawnienie przez pacjenta choćby części utraconych funkcji komunikacyjnych. Podczas terapii afazji motorycznej (zaburzenie umiejętności nadawania) bardzo istotne jest początkowo zachęcenie pacjenta do podjęcia intencji komunikacyjnej oraz interakcji z otoczeniem. Później należy wywołać tak zwaną mowę zautomatyzowaną, to jest na przykład liczenie do dziesięciu, czy wymienienie nazw dni tygodnia. Podczas terapii mogą zostać wywołane głoski, a następnie słowa i zdania. Wykorzystuje się w niej również powtarzanie, a na samym końcu podejmuje próby tworzenia zdań i wypowiedzi. W afazji sensorycznej (zaburzenie odbioru rozumienia mowy) postępuje się nieco inaczej, ze względu na inną specyfikę zaburzenia. Terapię rozpoczyna się od emocjonalnego kontaktu z pacjentem. We wczesnym okresie trwania udaru logopeda stara się zahamować u pacjenta potok słów. Pacjent ma problemy z rozumieniem, więc należy nauczyć go ponownie, uważnie słuchać innych osób. Dyzartria natomiast stanowi zaburzenie oparte na nieprawidłowym funkcjonowaniu narządów artykulacyjnych. Mowa pacjenta jest bełkotliwa, niezrozumiała dla otoczenia. Zaburzeniu ulega również prozodia mowy, a także umiejętności czytania i pisania. Specjalista skupia się w tym przypadku na nauce i następnie usprawnianiu prawidłowego oddychania, koordynacji oddechu z wydawaniem dźwięków, korekcją zaburzeń prozodii oraz na usprawnianiu mięśni artykulacyjnych oraz aparatu fonacyjnego<sup>8</sup>. Dysfagia, czyli zaburzenie połykania, jest niezwykle uciążliwa dla pacjentów. Terapia logopedyczna może pomóc w powrocie do prawidłowego przyjmowania pokarmów, co jest niezwykle ważne również dla psychiki osoby chorej. Oprócz problemów z komunikacją i połykaniem logopeda powinien skupić uwagę również na trudnościach poznawczych oraz emocjonalnych danej osoby. Działania terapeuty w wymienionych obszarach wpływają pozytywnie również na proces rehabilitacji ruchowej pacjenta<sup>9</sup>. Oprócz terapii logo-

<sup>8</sup> T. Pałka, M. Puchowska-Florek, *Chory po udarze – rehabilitacja ruchowa i zaburzeń mowy*, Choroby Serca i Naczyń, 2007, 4, 2, s. 89-92.

<sup>9</sup> W. Nyka, B. Jankowska, *Zasady wczesnej rehabilitacji chorych z udarem niedokrwiennym mózgu*, Forum Medycyny Rodzinnej, 2009, s. 85-91.

pedycznej niezwykle cenne w terapii osoby po udarze jest włączenie terapii zajęciowej.

Terapia zajęciowa pozwala chorym na powrót do zdrowia i sprawności oraz jest elementem rehabilitacji neurologicznej i psychospołecznej. Pomaga zaangażować w codzienne czynności. Terapią tą mogą zostać objęte osoby starsze, osoby niepełnosprawne, chore neurologicznie i psychicznie, a także społecznie wykluczone. Terapia zajęciowa wykorzystuje pedagogiczne podejście do pracy z pacjentami.

Metody wykorzystywane podczas warsztatów terapii zajęciowej to „(...) świadomie i konsekwentnie stosowany sposób oddziaływania pedagogicznego na jednostkę, grupę lub zbiorowość, dla osiągnięcia zamierzonego celu wychowania”<sup>10</sup>.

W przypadku pacjenta po udarze niedokrwiennym mózgu terapia zajęciowa może w pierwszej kolejności pomóc w zakresie samoobsługi. Ważny element stanowi mobilizacja i zmotywowanie chorego do podjęcia konkretnych działań, mających na celu usprawnienie jego codziennego funkcjonowania. Terapeuta ma za zadanie pomóc w najprostszych czynnościach, które mogą sprawiać choremu kłopot. Trening w terapii zajęciowej skupia się również na wspomaganiu funkcji poznawczych oraz współpracy z pedagogiem, logopedą i psychologiem, a także na aktywnym funkcjonowaniu chorego w społeczeństwie<sup>11</sup>.

W skrócie, terapia zajęciowa ma na celu:

- usprawnienie pacjenta w wykonywaniu czynności samoobsługowych, takich jak ubieranie się, higiena osobista;
- poprawę sprawności fizycznej pacjenta, jego mobilności i sprawności motorycznych;
- poprawę wytrzymałości oraz wytrwałości pacjenta w wykonywaniu określonych czynności;
- usprawnienie funkcjonowania pacjenta w społeczeństwie;
- uruchomienie u pacjenta mechanizmów kompensacyjnych<sup>12</sup>.

Pierwszą ciekawą metodą terapii zajęciowej, którą pragnę przybliżyć jest ergoterapia – tak zwana terapia pracą. Cechuje ją wielość przybieranych form, a według E. Janus są to:

- stolarstwo,
- garncarstwo,
- ceramika,
- wikliniarstwo,

<sup>10</sup> M. Sobocki, *Teoria wychowania w zarysie*, Kraków 2003.

<sup>11</sup> B. Juśkiewicz-Swaczyna, J. Białkowska, *Rola terapii zajęciowej w rehabilitacji*, Szkice Humanistyczne, 2015, 15, 3-4, s. 223-228.

<sup>12</sup> M. Arts, *Ergotherapie im Arbeitsfeld Neurologie*, Georg Thieme Verlag, 2002.



- metaloplastyka,
- krawiectwo,
- dziewiarstwo,
- hafciarstwo,
- kaletnictwo,
- ogrodnictwo,
- tkactwo,
- praca przy komputerze<sup>13</sup>.

Właśnie ta forma terapii stanowi jedną z najstarszych w omawianej dziedzinie. Wykorzystuje ona oddziaływania psychospołeczne, poprzez wprowadzenie pacjenta do miejsca pracy. Pozwala choremu na uczestnictwo w życiu społecznym, dzięki wykorzystaniu pracy jako celowego działania. Ergoterapia ma związek z pedagogiką pracy. Pozwala ona choremu poczuć pewność siebie. Umożliwia mu rozpoznanie swoich rzeczywistych możliwości. Jest stosowana często u osób niepełnosprawnych zarówno fizycznie, jak i umysłowo<sup>14</sup>. Osoby po przebytym udarze mózgu mogą odczuwać brak pewności względem swoich działań. Posiadają trudności w zakresie funkcjonowania poznawczego, jak i wynikające z nich kolejno problemy w funkcjonowaniu w środowisku społecznym. Opisywana terapia jest szczególnie dedykowana osobom, u których proces powrotu do zdrowia nie przebiega szybko i sprawnie, przez co chorzy odczuwają dyskomfort w wielu życiowych dziedzinach. Ogromną zaletą ergoterapii jest możliwość dopasowania jej do możliwości danego podopiecznego. Osoba posiadająca większe możliwości poznawcze i motoryczne będzie mogła z jej pomocą przygotowywać się do wykonywania konkretnego zawodu, natomiast osoba o niższych możliwościach w danych obszarach z pomocą terapii nauczy się wykonywać proste czynności, co pozwoli jej na samodzielne, codzienne funkcjonowanie. Umożliwia usprawnienie człowieka w trzech obszarach: fizycznym, psychicznym oraz zawodowym. Terapia pracą zawiera w sobie terapię ruchem. Uczy pacjenta radzić sobie z czynnościami wymagającymi konkretnego rytmu, a także jest konstruowana w taki sposób, aby pacjent przy niedużym nakładzie wysiłku mógł osiągnąć widoczny efekt swojego działania. Osoby po przebytych chorobach neurologicznych często zdają sobie sprawę z problemów, z jakimi obecnie się zmagają. Są świadomi własnych trudności fizycznych i poznawczych, a porównując siebie obecnie oraz siebie z czasów przed chorobą, wpadają w depresję. Warsztaty terapii pracą prowadzone są w przyjaznej atmosferze, pozwalającej podopiecznym na zapomnienie o stanie choroby-

<sup>13</sup> E. Janus, *Nowa rola terapeuty zajęciowego w opiece zdrowotnej i społecznej na rzecz osób przewlekłe chorych i z niepełnosprawnościami*, Choroba Przewlekła, 2016, 26.

<sup>14</sup> D. Szeligiewicz-Urban, *Rola prac ręcznych w terapii zajęciowej osób niepełnosprawnych*, Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Humanitas. Pedagogika, 2015, 11, s. 25-35.

wym. Mają na celu uświadomienie im, że są w stanie zrobić więcej, niż im się wydaje. Pozwala to również na stopniową akceptację obecnego stanu organizmu. Pacjenci czują się również lepiej, kiedy podczas wyboru zajęć zwraca się uwagę na ich zainteresowania.

Warto w tym miejscu wspomnieć również o roli socjoterapii w procesie usprawniania ogólnego funkcjonowania osoby po przebytej chorobie. Traktowana jest ona jako forma pomocy psychopedagogicznej, która odbywa się w środowisku społecznym i ma na celu dążenie do poprawy funkcjonowania danej osoby, w szczególności w dziedzinie relacji interpersonalnych<sup>15</sup>. W obszarze socjoterapii wyróżnia się: ludoterapię, trening samoobsługi oraz trening umiejętności społecznych. Jednakże, w kontekście omawianej w artykule choroby skupiamy się jedynie na wykorzystaniu treningu samoobsługi w terapii osoby po udarze niedokrwiennym. Wielu pacjentów z tą chorobą zmagają się z wieloma problemami motorycznymi i poznawczymi. Jak w ergoterapii, tak również w treningu samoobsługi dąży się do osiągnięcia przez pacjenta samodzielności. Trening samoobsługi może być prowadzony przez socjoterapeutę bądź fizjoterapeutę. Zadania stawiane przed pacjentem są dla niego specjalnie dobrane i spersonalizowane. Chory, który ma problemy z poruszaniem się, jeśli zajdzie taka potrzeba, podczas treningu dowie się na przykład, jak przemieścić się z wózka inwalidzkiego na łóżko i zostanie od początku pokierowany oraz nauczony w zakresie wykonywania prostych czynności, takich jak ubieranie się, czy utrzymywanie higieny osobistej<sup>16</sup>.

## Zakończenie

Udar niedokrwienny mózgu jest chorobą niezwykle złożoną o bardzo różnorodnych objawach. Kompleksowe wspomaganie funkcjonowania pacjenta nią dotkniętego staje się nieodzownym elementem życia osoby chorej. Przedstawione w niniejszym tekście rodzaje terapii stanowią wybrane przez nas przykłady wspomagania osób po udarze, które wykraczają poza tak zwane standardowe leczenie. Są one jednak zaledwie kroplą w morzu potrzeb pacjentów, którzy dopiero dzięki oddziaływaniom wielospecjalistycznym mogą choć w części odzyskać utracone kompetencje, a tym samym przynajmniej częściowe poczucie sprawstwa.

<sup>15</sup> B. Jankowiak, E. Soroko, *Socjoterapia jako forma pomocy psychologiczno-pedagogicznej*, [w:] *Socjoterapia jako forma pomocy psychologiczno-pedagogicznej. Teoria i praktyka*, red. B. Jankowiak, Poznań 2013, s. 33-58.

<sup>16</sup> D. Rączkowska, *Rehabilitacja po urazowym uszkodzeniu rdzenia kręgowego na poziomie C4*, Katowice 2009.

## BIBLIOGRAFIA

- Arts M., *Ergotherapie im Arbeitsfeld Neurologie*, Georg Thieme Verlag, 2002.
- Jankowiak B., Soroko E., *Socjoterapia jako forma pomocy psychologiczno-pedagogicznej*, [w:] *Socjoterapia jako forma pomocy psychologiczno-pedagogicznej. Teoria i praktyka*, red. B. Jankowiak, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2013.
- Janus E., *Nowa rola terapeuty zajęciowego w opiece zdrowotnej i społecznej na rzecz osób przewlekle chorych i z niepełnosprawnościami*, *Choroba Przewlekła*, 2016, 26.
- Juśkiewicz-Swaczyna B., Białkowska J., *Rola terapii zajęciowej w rehabilitacji*, *Szkice Humanistyczne*, 2015, 15, 3-4.
- Kozołub A., *Biomedyczne podstawy logopedii*, [w:] *Logopedia. Pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*, tom I, red. T. Gałkowski, G. Jastrzębowska, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole 2017.
- Maruszewski M., *Afazja. Zagadnienia teorii i terapii*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1966.
- Mazur R., Świerkocka-Miastkowska M., *Udar mózgu – pierwsze objawy*, *Choroby Serca i Naczyń*, 2005, 2, 2.
- Nyka W., Jankowska B., *Zasady wczesnej rehabilitacji chorych z udarem niedokrwinnym mózgu*, *Forum Medycyny Rodzinnej*, 2009.
- Pałka T., Puchowska-Florek M., *Chory po udarze – rehabilitacja ruchowa i zaburzeń mowy*, *Choroby Serca i Naczyń*, 2007, 4, 2.
- Rączkowska D., *Rehabilitacja po urazowym uszkodzeniu rdzenia kręgowego na poziomie C4*, Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice 2009.
- Ryglewicz D., Milewska D., *Epidemiologia afazji u chorych z udarem mózgu*, *Udar Mózgu. Problemy Interdyscyplinarne*, 2004, 6, 2.
- Sabiniewicz M. i in., *Wybrane zaburzenia funkcji poznawczych po udarze mózgu – charakterystyka kliniczna i diagnostyka*, *Aktualności Neurologiczne*, 2015, 15, 1.
- Sadowski B., *Rola mózgu w procesach nadawania i odbioru mowy*, [w:] *Podstawy neurologopedii*, red. T. Gałkowski, E. Szelaż, G. Jastrzębowska, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole 2005.
- Sobocki M., *Teoria wychowania w zarysie*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2003.
- Szelaż E., *Mózgowa organizacja funkcjonowania poznawczego*, [w:] *Wprowadzenie do neurologopedii*, red. A. Obrębski, Termedia Wydawnictwo Medyczne, Poznań 2018.
- Szeligiewicz-Urban D., *Rola prac ręcznych w terapii zajęciowej osób niepełnosprawnych*, *Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Humanitas. Pedagogika*, 2015, 11.
- Turaj W., *Objawy i zespoły kliniczne udaru*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2007.

