

Rehabilitacija bolesnika nakon moždanog udara s logopedskog aspekta

Nada VLAH, Olivera DOMINIĆ-TRATNJAK

Specijalna bolnica za medicinsku rehabilitaciju, Varaždinske Toplice

Sažetak

Među posljedicama moždanog udara su i poremećaji govorno-jezične komunikacije.

Najsloženiji i najčešći poremećaj je afazija, nastala samostalno ili s pridruženim teškoćama. Pacijenti premješteni s neuroloških odjela klinika i općih bolnica upućeni na akutnu rehabilitaciju u našu Ustanovu uključuju se u logopedsku obradu. Ovisno o tipu afazije, odabire se najoptimalnija metoda rada. Logopedska terapija i spontani oporavak u prvim tjednima rehabilitacije najčešće dovode do djelomičnog oporavka govora, te je nastavak terapijeneophodan. Zbog ograničenih mogućnosti pacijenta ili nedostupnosti logopeda akcent je stavljen na savjetodavno-edukacijski rad s pacijentom i obitelji.

Ključne riječi: moždani udar, afazija, logopedska terapija, savjetodavno-edukacijski rad

Post-stroke Rehabilitation from a speech-language therapy perspective

Abstract

Stroke leads to speech and communication disorders, with aphasia being the most complex and common, which may have further complications. Patients that are transferred from neurological wards of university or general hospitals to rehabilitation programme in our Hospital, are included in speech assessment and therapy. Optimal modality of the treatment is based on the type of aphasia.

Speech therapy and recovery in the first weeks of rehabilitation procedures lead to partial recovery of speech in most cases, with the need for continuation of the therapy. For limitation of resources of therapists and patients, the emphasis is given to advisory and educational work with patients and relatives.

Key words: stroke, aphasia, speech therapy, advisory and educational work

Uvod

Moždani udar (MU) nastaje radi gubitka moždanih funkcija uslijed poremećene cirkulacije u mozgu. Može biti ishemijski (tromboza, embolija), hemoragijski uslijed spontanog intracerebralnog ili subarahnoidalnog krvarenja, te hemodinamski. Poznato je da kod trećine pacijenata koji prežive moždani udar zaostaje široki spektar posljedica, a jedna od njih je poremećaj u komunikaciji.

Afazija

Afazija kao najčešći, ali ne i jedini poremećaj govorno-jezične komunikacije, nastupa kod 25-40% pacijenata. S porastom učestalosti moždanog udara kod mlađih osoba, taj se postotak povećava i do 46% (1). Uz afaziju, kao samostalne ili pridružene teškoće u govoru može se javiti anartrija/dizartrija, apraksija/dispraksija, disfagija, afonija/disfonija. Postoji niz definicija afazija, no važno je napomenuti da je afazija stečeni poremećaj jezičnog izražavanja i/ili razumijevanja, uz moguću zahvaćenost ostalih jezičnih modaliteta.

Procjena afazije i postupci logopeda

S obzirom na to da u našu Ustanovu uglavnom dolaze pacijenti na akutnu rehabilitaciju upućeni s neuroloških odjela klinika i općih bolnica, najčešće se kod nas provodi prva detaljnija logopedska intervencija (osim ako navedeni odjeli imaju logopeda u timu). Koristeći dostupnu medicinsku dokumentaciju i dijagnostičke instrumente prilagođene hrvatskom jeziku, procjenjuje se komunikacijski i jezično-govorni status pacijenata. U ovom radu namjera nam je predstaviti pristup i metode rada korištene u našoj Ustanovi kod osoba s najčešće zastupljenim afazijama kod dolaska: ne fluentnom Brocinom, fluentnom Wernickeovom, te globalnom afazijom. Uzimajući u obzir sve faktore koji utječu na oporavak govorno-jezične funkcije – tipa afazije, dobi, spola, etiologije, lokalizacije oštećenja mozga i veličine lezije, pacijenta se uključuje u tretman. Novija istraživanja terapije afazija nakon MU-a govore u prilog tome da je intenzivna govorna terapija u kraćem vremenskom razdoblju uspješnija od manje intenzivne u dužem periodu (2). Jedna od otežavajućih okolnosti

terapije osoba s afazijom je kratki boravak u našoj ustanovi (prosječno 4-6,5 tjedana). Uzimajući u obzir faktor spontanog oporavka u prva dva tjedna nakon moždanog udara, posebice kod afazija ishemičke etiologije, te nešto kasnije kod hemoragijske (3), provodi se što intenzivniji individualni program, te rad u grupi.

Ishodi rada

Velik broj pacijenata (80% i više) nije u mogućnosti nastaviti s logopedskim tretmanom radi nedostupnosti logopeda (posebice u manjim mjestima) te ostalih otežavajućih okolnosti (mobilnost, komplikacije liječenja...). Tijekom trajanja akutne rehabilitacije, članove obitelji ili skrbnike uključuje se u savjetodavno-edukacijski program rada s pacijentom. Osobe s afazijom vraćaju nam se povremeno na održavajuću rehabilitaciju, te se pruža mogućnost procjene njihova napretka. Tamo gdje terapija i izostanak spontanog oporavka nisu doveli bar do ublažavanja afazije i mogućnosti svakodnevne komunikacije, predlažu se alternativne metode komunikacije (4).

Zaključak

Složenost kliničke slike, individualne govorno-jezične karakteristike, motivacija pacijenta samo su neki od faktora opsega i brzine oporavka. Obično oporavak zahtjeva dugotrajne i složene postupke, dostupnost logopeda, te maksimalni angažman obitelji (5). Naša iskustva u provođenju savjetodavno-edukacijskog programa pokazala su da je većina pacijenata i obitelji visoko motivirana, spremna na suradnju i provođenje savjetovanih postupaka.

Literatura:

1. Leko A, Krhen A, Prizl Jakovac T. Afazija – što je to? Logopedija. 2005;5:15-9.
2. Prizl Jakovac T, Leko A, Keko M, Vozetić M, Šmit L, Habus S. Noviji pristup u dijagnostici i rehabilitaciji afazija. Zbornik radova, 3. kongres logopeda Hrvatske. Dubrovnik, 2005.
3. Sinanović O, Mrkonjić Z, Zukić S, Vidović M, Imamović K. Jezični poremećaji nakon moždanog udara. Acta Clinica Croatica. 2011;50(1):79-94.
4. American Speech-Language-Hearing Association. Augmentative and Alternative Communication: Knowledge and Skills for Service Delivery. Available from www.asha.org/policy, 2002.
5. Kotevski Akrap V. Smetnje komunikacije nakon moždanog udara: priručnik za obitelji i skrbnike. Zagreb: FOMA, 2002.