

Aniela Wojtan¹, Stanisław Wojtan²

¹Klinika Neurologii Szpitala Uniwersyteckiego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

²Klinika Neurochirurgii i Neurotraumatologii Szpitala Uniwersyteckiego, Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa Wydziału Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

C

harakterystyka zespołu zaniedbywania połowiczego; specyfika opieki pielęgniarskiej

Characterization of the hemineglect syndrome; specificity of the nursing care

STRESZCZENIE

Zespół zaniedbywania połowiczego występuje po uszkodzeniu jednej półkuli mózgu, najczęściej prawej (niedominującej) i polega na nieświadomości istnienia przestrzeni osobniczej i pozaosobniczej po stronie przeciwległej do uszkodzonej półkuli. Są to złożone zaburzenia w zakresie różnych modalności zmysłowych: wzrokowej, słuchowej, czuciowej lub kinestetyczno-ruchowej, przede wszystkim jednak pomijanie stron jest zaburzeniem poznawczym. Pacjenci żyją w okrojonej przestrzeni, nie zdając sobie sprawy z ograniczeń w funkcjonowaniu.

Przyczyny i patomechanizm zespołu zaniedbywania połowiczego nadal nie są do końca poznane. Wpływ na powstawanie zaburzeń ma uszkodzenie różnych struktur mózgowych. Wskazuje się na neuropsychologiczne podłoże zjawiska poprzez analizę procesów ustosunkowania, uwagi i emocji. Diagnostyka opiera się głównie na testach neuropsychologicznych. W obrazie klinicznym zespołu zaniedbywania uwagę zwracają zaburzenia komunikacji, odtwarzania, orientacji względem bodźców ze strony pomijanej, często przy zachowaniu prawidłowych funkcji czucia i ruchu.

Postępowanie reedukacyjne jest wciąż na etapie badawczym. Opiera się głównie na programach rehabilitacyjnych z elementami psychologii mających na celu wyróżnianie bodźców pomijanej strony, stymulację zaniedbywanych części ciała, usprawnianie analizy wzrokowo-przestrzennej i integrację percepcyjno-motoryczną. Specyficzne problemy pacjenta wymagają od zespołu terapeutycznego odpowiedniego podejścia. Ważne jest uświadomienie i motywowanie chorego, eliminowanie objawów pomijania, a w efekcie poprawa samodzielności i jakości życia chorego.

Celem pracy jest charakterystyka zespołu zaniedbywania połowiczego oraz przedstawienie postępowania pielęgniarskiego nastawionego na zmniejszenie występujących zaburzeń i poprawę funkcjonowania pacjenta w czynnościach codziennych.

Problemy Pielęgniarstwa 2009; 17 (2): 132–138

Słowa kluczowe: zespół zaniedbywania połowiczego, zaburzenia funkcjonowania, pielęgnacja

ABSTRACT

Hemineglect results from the damage of the single, usually right brain hemisphere (non-dominant one). It consists of the lack of awareness of the intra- and extrapersonal space contralaterally to the affected hemisphere. This disturbance combines complex abnormalities in various modalities of special senses: visual, auditory, sensory, and kinesthetic-motor one. Hemineglect is predominantly a cognitive disorder. Patients live in limited space, being unaware of functional restrictions.

Causes and pathomechanisms of hemineglect remain poorly understood. The occurrence of the disorder results from the damage of the various cerebral structures. Analysis of the attitude, attention and emotions suggests the neuropsychological background of that phenomenon. The diagnosis of hemineglect is based mainly on neuropsychological testing. Clinical picture of the hemineglect syndrome is dominated by the disordered communication, recall, orientation towards the stimuli coming from the neglected side, frequently with preserved motor and sensory functions.

Reeducational management is still at the research stage. It is based mainly on the rehabilitation programs including psychological elements that promote stimuli from the neglected side, stimulation of the neglected parts of the body, improvement of the visuospatial analysis, as

Adres do korespondencji: mgr piel. Stanisław Wojtan, ul. Kozińskiego 1/25, 30–809 Kraków, tel.: 0 608 350 193, (0 12) 657 15 92, e-mail: s.wojtan@op.pl

well as the perceptive-motor integration. Specific patient's problems require the adequate approach of the therapeutic team. Important activities include motivation and making patient aware of the deficit, elimination of the neglect signs, and consequently, improvement of patient's self-dependence and quality of life.

The goal of this work is the presentation of the hemineglect syndrome characteristics and the nursing proceedings aimed at the alleviation of the occurring disorders, and at improving patients performance in their daily functions.

Nursing Topics 2008; 17 (2): 132–138

Key words: hemineglect syndrome, disorders of functioning, nursing

Wstęp

Zespół zaniedbywania połowiczego (pomijanie stronne, nieuwaga połowicza, *hemineglect syndrome*) dotyczy nieświadomości istnienia przestrzeni osobniczej i pozaosobniczej po stronie przeciwległej do uszkodzonej półkuli. Nieświadomość ta może przejawiać się na wiele sposobów, objawy pomijania ujawniają się w prostych oraz złożonych formach zachowania. Manifestuje się symptomami pomijania stronnego: jednej strony ciała, jednej strony przestrzeni. Ujawnia się w specyficznym zachowaniu względem przestrzeni w zakresie postrzegania, organizacji działania, procesów wyobraźniowych oraz emocjonalnych [1–3].

Pomijanie stronne częściej występuje po stronie lewej, jest zatem następstwem uszkodzenia prawej półkuli mózgu. Pacjent, najczęściej bez zakłóceń w funkcjonowaniu intelektualnym, ignoruje, zapomina, odwraca się od lewej strony ciała, przestrzeni lub bodźców dźwiękowych, stwarza wrażenie, że ta strona rzeczywistości nie istnieje albo nie ma znaczenia [3–5].

Celem niniejszej pracy jest charakterystyka zespołu zaniedbywania połowiczego, specyfiki problemów pielęgnacyjnych u chorych wykazujących cechy tych zaburzeń oraz przedstawienie postępowania pielęgniarskiego nastawionego na niwelowanie objawów i poprawę funkcjonowania pacjenta w czynnościach codziennych.

Charakterystyka zespołu zaniedbywania połowiczego

Pomijanie stronne to zaburzenie nabyte, obserwowane głównie u pacjentów po przebytych udarze mózgu, jako następstwo urazów czaszkowo-mózgowych lub choroby nowotworowej (guzy mózgu) [1, 2]. Wywołane jest przez uszkodzenie różnych (korowych i podkorowych) struktur mózgowych. Przy uszkodzeniach prawopółkulowych występuje częściej, utrzymuje się dłużej i jest bardziej nasilone niż w przypadku uszkodzeń lewopółkulowych. Obraz pomijania stronnego jest zróżnicowany i zależy od umiejscowienia dysfunkcji w obszarach mózgowych, rozległości i trwałości uszkodzenia. Przyjmuje się, że z uszkodzeniami czołowymi mózgu wiąże się niemożność inicjowania ruchów w kierunku lewej połowy przestrzeni (elementy eksploracyjno-motoryczne), natomiast z uszkodzeniami ciemienio-

wymi wiąże się ignorowanie bodźców z pomijanej strony (elementy sensoryczno-percepcyjne) [2, 5, 6]. Dysfunkcje przednich obszarów mózgu mogą powodować pomijanie motoryczne — hipokinezę połowiczą (zaburzenie motorycznej eksploracji strony przeciwległej do uszkodzenia), zaś następstwem uszkodzenia w okolicach położonych bardziej z tyłu może być deficyt uwagi [1, 3, 6].

Zespół połowiczego zaniedbywania dotyczy różnych zaburzeń behawioralnych, takich jak: postrzeganie, praktyka, emocje [3, 5, 7]. Są to zaburzenia komunikacji, wrażliwości, odtwarzania, orientacji względem bodźców lub zdarzeń prezentowanych po stronie przeciwnej do patologii mózgowej, pomimo zachowania prawidłowej podstawowej funkcji czuciowej i ruchowej. Pacjenci dostrzegają „połowę” świata. Najczęściej zaburzenia dotyczą zaniedbywania przestrzeni osobistej lub przestrzeni ciała, przestrzeni okołosobowej (będącej w zasięgu pacjenta) lub przestrzeni odległej, będącej w zasięgu wzroku, a także tej wyobrażanej [3, 4, 6, 8]. Pacjent z połowicznym zaniedbywaniem żyje w zawężonym świecie, nie radzi sobie z wykonywaniem czynności dnia codziennego, ma trudności w samoobsłudze. Chory ma problemy z orientacją w przestrzeni, poruszaniem się, czytaniem, pisaniami. Utrudnione są kontakty interpersonalne związane z niepodejmowaniem kontaktu ze strony „pomijanej” [4, 9].

Wyróżnia się wiele klinicznych symptomów zespołu zaniedbywania połowiczego potwierdzonych testami neuropsychologicznymi [1, 3–5, 8–10]:

- zaprzeczanie istnienia jednej strony ciała (kontralateralnej do uszkodzonej półkuli) lub jej zmienione odczuwanie (pacjent uważa, że kończyny po jednej stronie nie są jego lub są dodatkowe i niepotrzebne);
- anozognozja — negowanie przez pacjenta istnienia zaburzeń neurologicznych, na przykład niedowład połowiczego;
- anozodiaforia — emocjonalne zobojętnienie wobec zaburzeń zauważanych przez chorego;
- ignorowanie jednej strony ciała w trakcie wykonywania codziennych czynności samoobsługowych i pielęgnacyjnych (np. pacjenci nie ubierają jednego z rękawów, nie zakładają buta, golą jedną połowę twarzy, wykonują makijaż połowy twarzy);

- zaniechanie jednej strony przestrzeni pozaosobowej (reakcja na bodźce z otoczenia), na przykład opróżnianie tylko jednej strony talerza (przy tym często chory skarży się na zbyt małe porcje), dostrzeganie osób znajdujących się tylko po prawej stronie (Crichley w 1953 roku opisał przypadek dyrygenta orkiestry, który w czasie koncertu, przestał „zauważać” muzyków po lewej stronie sceny), dezorientacja topograficzna;
- zaniechanie połowy przestrzeni w zadaniach kopiowania rysunków i tekstu, w rysunkach spontanicznych, w wykreślaniu elementów;
- dysleksja, dysgrafia i dyskalkulia — z powodu ignorowania lewej strony;
- akinezya jednostronna — nieużywanie lewych kończyn pomimo braku ich niedowład;
- spontaniczne ustawianie ciała i głowy w kierunku odpowiadającemu uszkodzeniu mózgowemu;
- sensoryczne wygaszanie (nieuwaga sensoryczna) — pomijanie bodźców po stronie lewej podczas ich równoczesnej obustronnej stymulacji, obserwowane w różnych modalnościach: wzrokowej, słuchowej, dotykowej, przy odbieraniu bodźców bólowych;
- allestezja — zmienione odczuwanie bodźca dotykowego ze strony pomijanej (pacjent wskazuje odczucia po stronie przeciwnej).

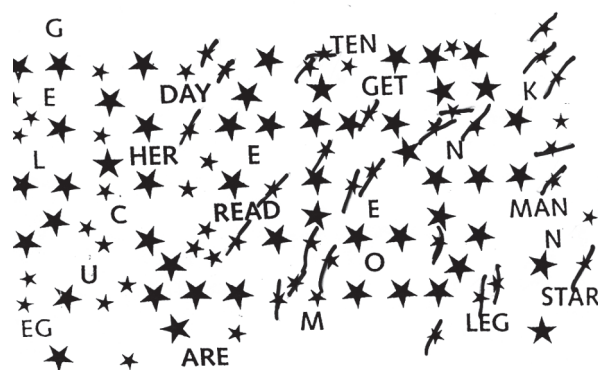
Czasem obserwuje się dezorientację w czasie, miejscu i w stosunku do osób oraz reduplikację (powielanie w świadomości chorego faktów, zdarzeń, przedmiotów, a nawet części ciała), zmienność nastroju (apatia, euforia, rozbawienie, dysforia, paranoja) [5, 7].

Zespół zaniechania połowiczego, choć często związany z uszkodzeniem prawej półkuli mózgu, rozpoznawany jest stosunkowo rzadko. Przyczyną tego stanu rzeczy jest brak przeprowadzania szczegółowych badań neuropsychologicznych u chorych z patologią prawopółkulową [1, 10].

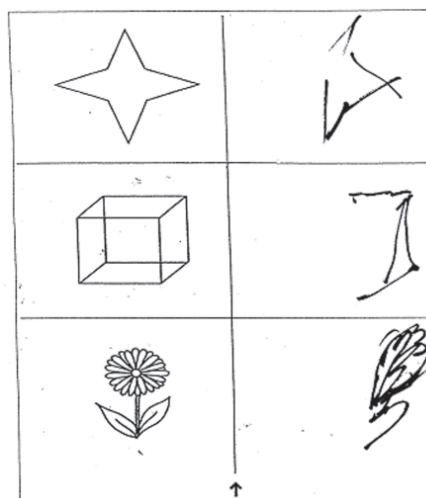
Na wykrywalność wystąpienia zespołu zaniechania połowiczego wpływa przede wszystkim dynamika objawów. Ostateczne potwierdzenie diagnozy musi być poparte badaniem neuropsychologicznym. Opracowano różne metody badania i klasyfikacji symptomów opartych głównie na modalności wzrokowej, słuchowej i dotykowej. Badania neuropsychologiczne zawierają zadania konwencjonalne (tzw. testy „papier-ołówek”) oraz zadania behawioralne, które odzwierciedlają aspekty aktywności życia codziennego [1, 3, 4, 6, 8].

Zadania konwencjonalne:

1. Przekreślanie linii (test Alberta), dzielenie odcinków.
2. Wyszukiwanie liter (przekreślanie wybranych przez badacza liter rozrzuconych pośród wielu innych znajdujących się na kartce).
3. Wyszukiwanie gwiazdek (wśród umieszczonych na planszy liter, krótkich słów, gwiazdek różnej wiel-



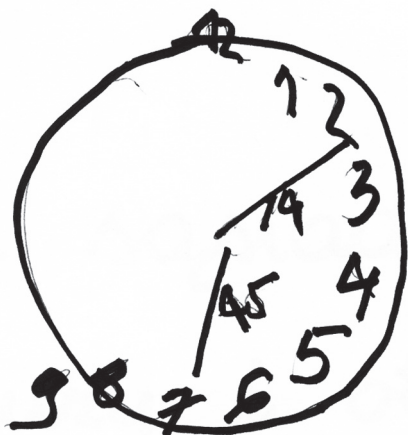
Rycina 1. Test wyszukiwania gwiazdek. Źródło: autorzy pracy
Figure 1. Star cancellation test. Source: Authors of the paper



Rycina 2. Test kopiowania. Źródło: autorzy pracy
Figure 2. Test of figure-copying. Source: Authors of the paper

kości badany wyszukuje gwiazdki o wskazanej wielkości) (ryc. 1).

4. Kopiowanie złożonego wzoru i pojedynczych rysunków — kopiowanie rysunków znajdujących się po lewej stronie kartki i figur umieszczonych obok siebie w linii poziomej i pionowej (ryc. 2).
5. Dzielenie odcinków na połowy (badana osoba ma za zadanie podzielić na równe części 3 odcinki tej samej długości umieszczone przy lewym brzegu, centralnie i przy prawym brzegu kartki — oceniane jest odchylenie od rzeczywistego środka każdego odcinka).
6. Rysowanie (na czystej kartce badany ma narysować np. tarczę zegara z cyframi oraz wskazówkami, postać człowieka, motyla) (ryc. 3).



Rycina 3. Test rysowania zegara i oznaczania godzin (14.45).
Źródło: autorzy pracy

Figure 3. Clock-drawing and hour-marking test (14.45).
Source: Authors of the paper

Dom sąsiadów
jest duży i otoczony
pięknym ogrodem.

on sąsiadów
duży i otoczony
ogrodem

Rycina 4. Test przepisywania zdania. Źródło: autorzy pracy

Figure 4. Sentence-rewriting test. Source: Authors of the paper

Zadania typu behawioralnego:

1. Przeszukiwanie plansz (wskazywanie i nazywanie przez badanego przedmiotów na planszy, rozmieszczonych względnie równomiernie po obu stronach linii środkowej — plansza musi znajdować się dokładnie na wprost osoby wskazującej).
2. Wybieranie numeru telefonu (wybieranie na tarczy telefonicznej wskazanych numerów telefonu — ocenia się pomijanie wykręcanych cyfr).
3. Odczytywanie menu (osoba badana ma za zadanie otworzyć i odczytanie z menu pozycji — w ocenie bierze się pod uwagę pominięcie całych lub części wyrazów).
4. Czytanie artykułu (ocena pomijanej części czytanego tekstu), wykonywanie działań arytmetycznych.
5. Odczytywanie godziny i nastawianie zegara (zadanie składa się z trzech części: odczytywanie godziny na zegarze cyfrowym, odczytywanie godziny na zegarze analogowym, nastawianie zegara analogowego na określoną godzinę).
6. Sortowanie monet (wśród ułożonych w trzech rzędach monet badany wskazuje te o nominałach wymienionych przez badacza).
7. Przepisywanie adresu i zdania (przepisywanie na białą kartkę A4 adresu i zdania prezentowanych po kolei na wprost osoby badanej) (ryc. 4).
8. Wędrowanie („wędrowanie” palcem po mapie trasą wskazaną przez badającego).
9. Sortowanie kart (wskazywanie wymienianych kart ułożonych przed badanym).

Objawy zespołu zaniedbywania połowiczego towarzyszące zaburzeniom naczyniowym mózgu w wielu przypadkach cofają się samoistnie. Przy braku odpowiedniego postępowania nastawionego na niwelowa-

nie defektów może jednak dojść do utrwalenia symptomów, co wpływa negatywnie na usprawnianie ruchowe chorego [5, 11].

Współczesna medycyna zajęła się problemami pomijania stronnego. Kolejni specjaliści, prowadząc badania nad tymi zaburzeniami, próbują znaleźć sposób na ich pokonanie. Pomocna ma być psychologia, dużego znaczenia nabiera pomysłowość terapeuty, w wielu przypadkach próbuje się wykorzystać skomplikowane urządzenia techniczne [5]. Grupa badaczy uważa za stosowne zwracanie działań w kierunku wyrównania deficytu w zakresie aktywacji. Wskazują oni na zasadność terapii agonistami dopaminy, kierując się doniesieniami (pochodzącymi głównie z badań na zwierzętach) o korelacji pomiędzy obniżonym poziomem dopaminy a symptomami pomijania stronnego [12]. Inne metody zwracają szczególną uwagę na redukcję deficytu w zakresie reakcji na bodźce pochodzące ze strony przeciwnej do uszkodzenia mózgu i odrywaniu uwagi od bodźców tożsłonnych do uszkodzenia [12–15]. Metody skierowane na odbudowę wewnętrznego schematu ciała mają stymulować reprezentację ruchową niedowładnej kończyny. Przykładem jest metoda wymuszenia ruchu (CIT, *constraint-induced movement therapy*), która opiera się na wymuszeniu posługiwania się kończyną niedowładną poprzez okresowe unieruchomienie kończyny zdrowej [13, 16].

Wyraźną poprawę sprawności chorych z omawianymi zaburzeniami obserwuje się, prowadząc wieloetapową rehabilitację. Pierwszy etap opiera się na wielo-

sensorycznym oddziaływaniu stymulującym poprzez zwracanie uwagi na bodźce z lewej strony i przestrzeni pozaosobowej [12]. Działania zespołu rehabilitacyjnego skierowane są na podawanie wyróżniających się bodźców, uruchamiających odruch orientacyjny w lewo oraz korygowanie pozycji ciała i głowy chorego. Kolejnym etapem jest wprowadzenie ćwiczeń usprawniających analizę wzrokowo-przestrzenną i integrację percepcyjno-motoryczną. Do takich czynności można zaliczyć: kopiowanie wzorów, czytanie tekstów z różną wielkością i rodzajem liter, wyszukiwanie braków w obrazkach, rysowanie i odczytywanie planu, opowiadanie treści obrazów sytuacyjnych (historii obrazkowych), układanie puzzli, liczenie rozrzuconych monet, wybieranie numeru telefonu, odnajdywanie określonych przedmiotów. Równolegle prowadzone są ćwiczenia stymulujące lewe kończyny w celu wzmocnienia świadomości ich posiadania i maksymalnego zaangażowania w wykonywane czynności. Wyniki badań porównawczych wykonywane w kolejnych etapach terapii wyraźnie wskazują na poprawę sprawności chorego w testach neuropsychologicznych i przede wszystkim w codziennym funkcjonowaniu chorego [1, 5, 15, 17].

Opieka pielęgniarska

Starania o przywrócenie zdrowia pacjentowi z zespołem zaniedbywania połowiczego podejmuje zespół terapeutyczny składający się z wielu specjalistów, wśród których pielęgniarka zajmuje czołowe miejsce. Zaburzenia procesów poznawczych dające objawy pomijania stronnego mogą znacznie ograniczać samodzielność chorego, utrudniać rehabilitację ruchową, a tym samym opóźniają powrót do zdrowia i prawidłowego funkcjonowania pomimo braku zaburzeń somatycznych [4, 7, 8]. Nie wystarczy uzyskanie sprawnego wykonywania sztucznie ustalonych zadań, pacjent musi być przekonany o konieczności zastosowania w życiu codziennym sprawności motorycznej i percepcyjnej. Ćwiczenia podstawowych czynności życiowych muszą mieć zastosowanie praktyczne w warunkach codziennego życia [5, 15]. W pracy z pacjentem należy szczególnie pamiętać o konieczności zwrócenia i przywiązania uwagi do wykonywanych zadań z wykorzystaniem wszelkich sugestii, jakie dają odczucia zmysłowe, konieczne do zapoczątkowania, wykonywania i ukończenia czynności. Do tego celu wykorzystane muszą być zmysły wzrokowe, czuciowe, werbalne, słuchowe. Używanie skomplikowanych urządzeń technicznych w programach terapeutycznych, polecanych przez niektórych badaczy, nie jest możliwe w przeciętnych warunkach szpitalnych, ale wybrane z tych programów proste ćwiczenia typu „papier-olówek” z powodzeniem mogą być prowadzone przez pielęgniarkę czy rodzinę. Ważna jest znajomość tematu i inicjatywa terapeuty z zachowaniem idei zadania [5, 15, 16].

Każdy chory wymaga odpowiedniego, mniej lub bardziej indywidualnego, podejścia ze strony zespołu terapeutycznego. Wystąpienie u podopiecznego objawów zespołu zaniedbywania połowiczego pociąga za sobą konieczność podjęcia w procesie leczniczo-pielęgnacyjno-rehabilitacyjnym specyficznych kroków już na samym początku, ale należy tak ukierunkować zachowania pacjenta, aby przede wszystkim on sam zrozumiał cel prowadzonych zabiegów. Duże znaczenie ma pozytywna motywacja chorego do ćwiczeń usprawniających i jego współpraca z terapeutą (pielęgniarką, lekarzem, rehabilitantem, psychologiem). Często właśnie brak motywacji przeszkadza we współpracy, ponieważ taki pacjent może ignorować, pomniejszać znaczenie wielu działań. W trakcie terapii niejednokrotnie pacjent bywa bierny, może nawet negatywnie nastawiony do prowadzonych czynności. Fundamentem wszelkich działań mających na celu usprawnienie pacjenta powinno być przede wszystkim wyjaśnienie choremu istoty jego deficytu i wynikających z niego negatywnych skutków w sferze percepcyjnej i motorycznej. Symptodem zaniedbywania jest nie tylko nieużywanie jednej strony ciała, ale dość często także przekonanie, że problem tego typu nie występuje (anozognozja) [4, 5, 17, 18].

Pielęgnując chorego, trzeba pamiętać o stronie pomijanej, która ma „pierwszeństwo”, a więc o takim zorganizowaniu środowiska chorego, które będzie stymulować lub korygować jego nieprawidłową percepcję. Wszelkie działania powinny być inicjowane od strony zaniedbywanej, a pacjent musi być przekonany o konieczności świadomego używania słabszych kończyn, przyjmowania naturalnego położenia części ciała po obu stronach [5, 17, 19]. Pomocne może być zachęcenie pacjenta do dotykania i oglądania swojego ciała, do „poznawania” go na nowo [15].

Postępowanie terapeutyczne w zespole zaniedbywania połowiczego wskazuje na konieczność dostarczania choremu wyraźnych sygnałów, ułatwiających szczegółowe penetrowanie przestrzeni. Mogą to być pomocnicze wskazówki słowne, ale dobre efekty przynoszą ćwiczenia kierowania wzroku w stronę zaniedbywaną poprzez stymulowanie uwagi na wyraźnym, jaskrawym lub świecącym przedmiocie znajdującym się w punkcie centralnym, stopniowo przesuwany w upośledzoną stronę [5, 15, 19, 20]. Przykładem takiego działania jest też odpowiednie układanie na talerzu różnych potraw (pacjent może pozostawiać część posiłku znajdującą się po lewej stronie talerza) [19]. Oprócz słownych informacji na temat zawartości podanego posiłku, można ułożyć pokarmy odznaczające się mocniejszym zapachem, ulubione przez pacjenta, z lewej strony talerza. W swoim działaniu pielęgniarka musi uwzględnić bezpieczeństwo chorego, które jest zagrożone z powodu występujących zaburzeń. Namawiając chorego do używania niesprawnych części ciała, pielęgniarka ochrania go i asekuruje do

momentu, w którym sposób jego postępowania będzie w pełni dla niego bezpieczny [17, 19, 20].

Współpraca pielęgniarki z pacjentem musi być oparta na odpowiedniej edukacji, która uwzględni poziom intelektualny chorego. Nauka właściwego postępowania będzie skuteczna, jeśli instrukcje podawane choremu będą proste i zrozumiałe dla niego, w razie potrzeby powtarzane kilkakrotnie, bez okazywania jakichkolwiek oznak zniecierpliwienia, pośpiechu [20]. Pielęgniarka musi pamiętać, że nawiązanie pozytywnego emocjonalnego kontaktu z chorym może osiągnąć poprzez opanowanie, spokój, zrozumienie i zainteresowanie jego problemami. Należy ułatwić choremu koncentrowanie się na wykonywanej czynności, konieczne muszą być wyeliminowane czynniki wpływające na rozproszenie uwagi (np. oglądanie telewizji, słuchanie radia). Analizując problem, konieczne wydaje się dostarczenie pacjentowi zwrotnej informacji co do poprawności wykonywanych zadań i zachowań [5, 15].

Pielęgniarka powinna kontynuować terapię neuropsychologiczną, na którą składają się ćwiczenia typu „papier–ołówki”. Wykorzystując każdą wolną chwilę, może ona polecić pacjentowi wykonywanie prostych zadań ukierunkowanych na wyostrenie postrzegania. Nie wystarczą pojedyncze ćwiczenia na osiągnięcie pozytywnego efektu. Im więcej treningu, tym większa sprawność — to stwierdzenie z całą odpowiedzialnością można zastosować w ocenie efektów terapii pomijania stronnego [5, 15].

Wychodząc naprzeciw założeniom współczesnego pielęgniarstwa, nie można pominąć roli współpracy pielęgniarki z rodziną chorego. Przyszli opiekunowie muszą znać zasady postępowania, znaczy to, że pielęgniarka powinna w swoim działaniu uwzględnić również odpowiednią edukację rodziny. Musi to być rzetelna informacja na temat zaburzeń i ich następstw, postępowania reedukacyjnego wymagającego specyficznego podejścia do chorej osoby.

Podsumowując, postępowanie pielęgniarstwa w przypadku wystąpienia omawianych zaburzeń, powinno opierać się na uświadomieniu, wyznaczeniu pacjentowi prostych zadań zmuszających go do zwracania się w stronę zaniedbywaną, kierowaniu uwagi równocześnie w obie strony z pokonywaniem tendencji do „ciągnięcia” w prawo, dostarczaniu sygnałów ułatwiających systematyczne i uporządkowane przeszukiwanie przestrzeni, dostarczaniu informacji zwrotnej o poprawności zachowań. Wszystkie działania muszą być prowadzone systematycznie, z zachowaniem wszelkich zasad bezpieczeństwa, za zgodą chorego i we współpracy z innymi członkami zespołu terapeutycznego i rodziną pacjenta.

Dyskusja

Zespół zaniedbywania połowiczego stwarza współczesnej medycynie wiele trudności zarówno diagnostycz-

nych, jak i terapeutycznych. Herzyk [7, 18] popiera tezę, że na wykrywalność zespołu zaniedbywania jednostronnego wpływa przede wszystkim dynamika objawów. Polanowska i Seniów [1, 21] uważają, że nasilenie symptomów zmienia się w zależności od czasu trwania zaburzeń. W miarę upływu czasu objawy mają tendencję do cofania się.

Domańska [3, 8] wskazuje na szczególne znaczenie zaburzeń funkcji wzrokowo-przestrzennych wśród objawów zespołu zaniedbywania połowiczego, które sprawiają, że pacjent żyje w zawężonym świecie, ma trudności w orientowaniu się w przestrzeni, w czynnościach samoobsługowych. Różne nasilenie objawów i różnice w manifestacjach zaburzeń mogą mieć charakter jakościowy, co pomaga w konstruowaniu specyficznych programów rehabilitacji. Domańska [4] podkreśla wpływ uświadomienia pacjenta na terapię. Podobne zdanie przedstawia Seniów i Członkowska [5], uważając za fundamentalną część rehabilitacji aktywne motywowanie i stymulowanie zaniedbywanych kończyn. Podkreślają skuteczność prostych ćwiczeń typu „papier–ołówki”, potwierdzoną badaniami neuropsychologicznymi.

Wszyscy badacze są zgodni w opinii, że objawy zespołu zaniedbywania połowiczego można minimalizować lub kompensować, stosując odpowiednie programy rehabilitacyjne. Niestety, obecnie niewiele ośrodków leczniczych i rehabilitacyjnych jest w pełni przygotowanych do prowadzenia odpowiedniej rehabilitacji, nastawionej na niwelowanie zaburzeń wynikających z zespołu zaniedbywania połowiczego.

Na efekty zwalczania zaburzeń wpływa współpraca wszystkich członków wieloosobowego zespołu terapeutycznego, także pielęgniarek. Jaracz i Kozubski [19] zwracają uwagę na konieczność interwencji pielęgniarstwa prowadzących do łagodzenia pomijania stronnego. Polegać one mają na stałym aktywizowaniu strony zaniedbywanej poprzez stosowanie odpowiednich bodźców wzmacniających (akustycznych, wzrokowych, dotykowych), angażowanie zaniedbywanej strony, podchodzenia do chorego od tej właśnie strony oraz właściwe, fizjologiczne ułożenie zaniedbywanych kończyn. Problem ten dostrzega również Adamczyk [22].

Poszerzenie wiedzy na temat omawianych zaburzeń, przeanalizowanie dostępnej literatury (przede wszystkim neuropsychologicznej) oraz własne obserwacje skłoniły autorów niniejszej pracy do wyrażenia własnych sugestii o sposobie postępowania z chorymi wykazującymi symptomy pomijania stronnego. Autorzy w pełni zgadzają się z przedstawianymi interwencjami pielęgniarstwowymi. Uważają, że problemy związane z zespołem zaniedbywania połowiczego zajmują zbyt mało miejsca w literaturze pielęgniarstwiej.

Podsumowanie

Zespół zaniedbywania połowiczego dotyczy nieświadomości istnienia przestrzeni osobniczej i poza-

osobniczej po stronie przeciwległej do patologii mózgowej. Wystąpienie objawów zespołu zaniedbywania połowicznego wpływa ujemnie na funkcjonowanie i samodzielność pacjentów. Postępowanie reedukacyjne powinno być nastawione na naukę prawidłowego patrzenia, słuchania i czucia oraz wykorzystania sprawnych zmysłów do uzupełniania i kompensowania tych utraconych lub uszkodzonych. W opiece pielęgniarskiej należy uwzględnić działania aktywizujące zaniedbywaną stronę. Kryterium efektu terapii jest readaptacja pacjenta w czynnościach codziennych i poprawa jego samodzielności.

Piśmiennictwo

- Polanowska K., Seniów J. Obraz kliniczny i diagnostyka zespołu zaniedbywania połowicznego. *Rehabilitacja Medyczna* 2005; 3: 9–18.
- Mumenthaler M., Mattle H. *Neurologia*. Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2001.
- Domańska Ł. Więżniowie podzielonej przestrzeni. Wyd. UMCS, Lublin 2004.
- Domańska Ł. Próba jakościowej i ilościowej charakterystyki pomijania stronnego u osób z uszkodzeniem prawej półkuli mózgu. W: Herzyk A., Kądziałowy D. (red.). *Jakościowy opis w neuropsychologii klinicznej*. Wyd. UMCS, Lublin 2002.
- Seniów J., Członkowska A. Zespół połowicznego zaniedbywania. Charakterystyka kliniczna i postępowanie reedukacyjne. *Neurologia i Neurochirurgia Polska* 1997; 1: 123–133.
- Martin G.N. *Neuropsychologia*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2001.
- Śpiewła Ł., Herzyk A. Objawy pomijania połowicznego u pacjentów ze stronnym uszkodzeniem mózgu. W: Klimkowski M., Herzyk A. (red.). *Neuropsychologia kliniczna. Wybrane zagadnienia*. Wyd. UMCS, Lublin 1994.
- Domańska Ł. Kliniczna ocena objawów pomijania stronnego. W: Borkowska A., Szepietowska E. (red.). *Diagnoza neuropsychologiczna. Metodologia i metodyka*. Wyd. UMCS, Lublin 2000.
- Walsh K. *Neuropsychologia kliniczna*. PWN, Warszawa 1998.
- Seniów J., Kuczyńska-Zardzewiały A., Członkowska A. Zespół połowicznego zaniedbywania — opis przypadku. *Neurologia i Neurochirurgia Polska* 1997; 1: 145–153.
- Heilman K.M., Watson R.T., Valenstein E. *Neglect and related disorders*. W: Geschwind N., Greer M. *Clinical neuropsychology*. Oxford University Press 1993.
- Pierce S.R., Buxbaum L.J. Treatments of unilateral neglect: a review. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 2002; 83: 256–268.
- Schwartz R.L., Barrett A.M., Kim M., Heilman K.M. Ipsilesional intensjonal neglect and the effect of cueing. *Neurology* 1999; 53: 2017–2022.
- Beis J.M., Andre J.M., Baumgarten A., Challier B. Eyepatching in unilateral spatial neglect: efficacy of two methods. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 1999; 80: 71–76.
- Pąchalska M., Frańczuk B., Talar J., Tomaszewski W., MacQueen B.D., Nelson K. Neurorehabilitacja stronnego pomijania u pacjentów po urazach czaszkowo-mózgowych. *Fizjoterapia Polska* 2001; 2: 143–154.
- Robertson I.H. Rehabilitation of unilateral neglect: improving function by contralesional limb activation. *Neuropsychological rehabilitation* 1998; 81: 19–29.
- Laidler P. *Rehabilitacja po udarze mózgu*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1996.
- Herzyk A. Anozognozja: mechanizmy mózgowo i objawy. *Przeгляд Psychologiczny* 1999; 1–2: 99–110.
- Jaracz K., Kozubski W. (red.). *Pielęgniarstwo neurologiczne. Podręcznik dla studiów medycznych*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008.
- Adamczyk K. *Pielęgniarstwo neurologiczne*. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2000.
- Polanowska K., Seniów J. Motoryczny wariant zespołu zaniedbywania jednostronnego w następstwie uszkodzenia mózgu. *Neurologia i Neurochirurgia Polska* 2005; 2: 141–149.
- Adamczyk K. *Pielęgowanie chorych po udarach mózgowych*. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2003.