

# DOLEGLIWOŚCI BÓLOWE, PRZYGNĘBIENIE I LĘK U PACJENTÓW PO UDARZE MÓZGU

Pain, depression and anxiety in patients after stroke

TERESA JANAS<sup>A-F</sup>

Szpital św. Rocha w Ozimku

A – przygotowanie projektu badania | study design, B – zbieranie danych | data collection, C – analiza statystyczna | statistical analysis, D – interpretacja danych | data interpretation, E – przygotowanie maszynopisu | manuscript preparation, F – opracowanie piśmiennictwa | literature search, G – pozyskanie funduszy | funds collection

## STRESZCZENIE

**Wstęp:** Ból, lęk, przygnębienie często towarzyszą pacjentom jako powikłania po przebytych udarach mózgu. Mogą przybierać postać reakcji obronnych chorego, który zmagają się z fizycznymi i psychicznymi konsekwencjami udaru. Stopień natężenia bólu i emocji oraz reakcje z nimi związane są indywidualne dla każdego pacjenta.

**Cel pracy:** Celem pracy było określenie stopnia wpływu bólu poudarowego na codzienne funkcjonowanie pacjenta oraz określenie, czy lęk i przygnębienie determinują postępy w leczeniu i powrocie do codziennych czynności po udarze.

**Materiał i metody:** Narzędziami badawczymi były: autorska ankieta oraz skale badawcze (SOPL, Lawtona, Katza oraz Doloplus). Grupę badanych stanowiło 31 pacjentów Oddziału Rehabilitacji Poudarowej w Szpitalu św. Rocha w Ozimku.

**Słowa kluczowe:** udar mózgu, ból, lęk, przygnębienie

Badanie przeprowadzono w okresie od listopada 2013 do marca 2014 roku.

**Wyniki:** Uczucie lęku i przygnębienia wystąpiło u 41,93% (13) pacjentów. Objawy depresji wystąpiły u 6% (2) respondentów. Ból towarzyszył 90% (28) badanych, jednak w opinii pacjentów nie stanowił on poważniejszej przeszkody w kontynuacji rehabilitacji i w codziennym funkcjonowaniu. Skala Katza wykazała, że 58% (18) pacjentów nie potrzebowała pomocy w podstawowych czynnościach życia codziennego.

**Wnioski:** Ból, lęk i przygnębienie nie miały istotnego wpływu na przebieg rehabilitacji w badanej grupie pacjentów. Ból nie upośledził znacząco aktywności ruchowej. Potencjalne problemy z codziennym funkcjonowaniem pacjentów, dzięki procesowi rehabilitacji, zostały w znaczącym stopniu wyeliminowane.

## SUMMARY

**Background:** Pain, fear, depression often accompany patients as complications after stroke. They can usually take the shape of patients' defensive reaction, who must struggle with physical and psychical consequences of stroke. Degree of those feelings' intensity and the reactions related to them are individual for every patient.

**Aim of the study:** The aim of the research was to determine the effect of post-stroke pain on the daily functioning of the patient and determine whether anxiety and depression determine the effects of treatment and return to activities of daily living after stroke.

**Material and methods:** Research instruments were: an author's questionnaire and the research scales (SOPL, Lawton's IADL Scale, Katz Index and Doloplus Pain Scale). The study sample consisted of 31 patients from the Rehabilitation Department in Saint Roch Hospital in Ozimek. The research was carried out from October 2013 to March 2014.

**Keywords:** stroke, pain, fear, depression

**Results:** The feeling of the fear and depressed appeared among 41.93% (13) patients and it was in the limit of normality. Symptoms of depression appeared among 6% (2) of respondents. The pain occurred among 90% (28) of patients, however, in the opinion of the patients did not constitute a serious obstacle to the continuation of the rehabilitation and daily functioning. The Katz Index revealed that 58% (18) of the patients did not need help with basic activities of daily life.

**Conclusions:** Pain, anxiety, and depression had no significant effect on the course of the rehabilitation of patients in the study group. The pain did not decrease significantly physical activity. Potential problems with the daily functioning of patients through the process of rehabilitation, have been largely eliminated.



## Wstęp

Udar mózgu jest najczęstszą przyczyną niepełnosprawności u dorosłych [1], a w Polsce nierzadko kończy się śmiercią (czwarte miejsce pod względem śmiertelności). Częstość jego występowania wzrasta. Według danych WHO w latach 1990–1999 liczba zachorowań na udar mózgu zwiększyła się o ponad milion. W roku 1990 zachorowało 4,4 mln osób, a w roku 1999 ponad 5,4 mln. Przewiduje się, że w ciągu najbliższych dwudziestu lat zachorowalność na udar wzrośnie do około 7,8 mln, a choroba ta stanie się jedną z głównych przyczyn zgonów [2]. Następstwem udaru mózgu jest gwałtowna i w wielu przypadkach trwała zmiana sytuacji zdrowotnej i psychospołecznej chorego spowodowana powikłaniami poudarowymi. Ból, lęk i przygnębienie, które towarzyszą pacjentom po udarze, wpływają na ich funkcjonowanie w środowisku rodzinnym i społecznym [3]. W Polsce rocznie rejestruje się 60–70 tysięcy nowych zachorowań, częściej występujących u mężczyzn niż u kobiet. Według zgromadzonych danych w Polsce w ciągu miesiąca po przebyciu udaru umiera około 30% pacjentów, natomiast 70% tych, którzy przeżyli, to osoby niepełnosprawne [4,5]. Odpowiednio dopasowana i kompleksowa rehabilitacja po udarze to najistotniejszy i najbardziej wymagający proces rekonwalescencji każdego chorego. Celem rehabilitacji jest przede wszystkim zmniejszenie stopnia inwalidztwa pacjentów. Usprawnianie ruchowe chorego rozpoczyna się od ruchów biernych, a następnie w miarę poprawiania się stanu pacjenta dotacza się ćwiczenia czynne, które mają na celu zapobieganie spastyczności, przykurczom i odleżynom [6]. Rehabilitacja jest ważna na każdym etapie leczenia, tylko ona umożliwi choremu powrót do czynnego życia społecznego.

## Cel pracy

Celem pracy było określenie stopnia wpływu bólu poudarowego na codzienne funkcjonowanie pacjenta oraz określenie, czy lęk i przygnębienie determinują postępy w leczeniu i powrocie do codziennego funkcjonowania pacjentów po udarze i czy mają swoje konsekwencje w zachowaniu pacjenta. Ważne było także sprawdzenie, czy ból powoduje ciągłe i mimowolne skargi pacjenta, czy przyjmuje on bezpiecznie dla siebie pozycje obronne. Poza tym próbowano ustalić, czy i w jakim stopniu zaburzona jest komunikacja z pacjentem oraz takie czynności jak higiena osobista, reakcja na bodźce zewnętrzne czy uczestnictwo w życiu społecznym.

## Materiał i metody

Grupę badanych stanowiło 31 pacjentów Oddziału Rehabilitacji Poudarowej ze Szpitala św. Rocha w Ozimku. Kobiety stanowiły 61% (19) a mężczyźni 39% (12). Średnia wieku pacjentów wynosiła 63 lata. Dane dotyczące płci, wykształcenia, miejsca zamieszkania i wykonywanego zawodu zostały przedstawione w tabeli 1.

Czas, który upłynął po epizodzie udarowym, to u 16 pacjentów – do trzech miesięcy, u 5 – powyżej trzeciego miesiąca do roku, a u 10 – powyżej roku od udaru.

Narzędziem badawczym była autorska, anonimowa ankieta zawierająca pytania dotyczące danych socjodemograficznych. Do oceny komfortu i stanu psychicznego chorych wykorzystano następujące narzędzia: Skalę Behawioralną Oceny Bólu u Ludzi Starszych (Doloplus) [7], Skalę Obserwacji Przygnębienia i Lęku (SOPL) [8], do oceny złożonych czynności życia codziennego – Skalę Lawtona, do oceny podstawowych czynności życia codziennego – Skalę Katza [9].

Za pomocą skali Doloplus przeprowadzamy analizę behawioralną bólu u osób starszych. Skala zawiera 10 pozycji, które są podzielone w trzech obszarach: reakcje somatyczne, reakcje psychomotoryczne, reakcje psychospołeczne. Jest dobrym punktem wyjściowym do zbierania informacji na temat dynamiki bólu chorego, a wyniki tych badań stanowią ważny wskaźnik przy doborze środków przeciwbólowych. Skala Doloplus jest też ważnym narzędziem, które zostało wykorzystane do badania wpływu bólu na zmiany w zachowaniu chorych [4].

Skala SOPL to narzędzie używane przy badaniu osób z ograniczoną sprawnością umysłową. Współczynnik Cronbacha (współczynnik rzetelności skali) wynosi tu 0,69. Za jej pomocą analizuje się dynamikę lęku, napięcia, niepokoju i przygnębienia występującego u pacjentów [8].

Skalę Lawtona stosuje się w celu zbadania zdolności pacjenta do funkcjonowania we współczesnym otoczeniu. Określa też obiektywne potrzeby chorego w zakresie opieki i rehabilitacji. Daje również wstępne informacje, czy wymaga on interwencji psychologa lub psychiatry. Skala Lawtona wypełniana jest samodzielnie przez pacjenta, dlatego też należy ją rozpatrywać indywidualnie. Średni czas potrzebny na przeprowadzenie badania to 2–5 minut.

Za pomocą skali Katza bada się zdolność pacjenta do samodzielnego funkcjonowania oraz ocenia podstawowe parametry życiowe, takie jak zdolność utrzy-

Tabela 1. Dane socjodemograficzne badanych respondentów

Dane		Grupa badana (N = 31) Kobiety: 19, Mężczyźni: 12					
Wiek		Wykształcenie		Miejsce zamieszkania		Wykonywany zawód	
Poniżej 40 lat:	2	Podstawowe:	14	Wieś:	11	Pracownik fizyczny:	14
41–60 lat:	11	Średnie:	14			Pracownik umysłowy:	4
61–75 lat:	9	Wyższe:	3	Miasto:	20	Emeryt/Rencista:	10
Powyżej 76 lat:	9					Bezrobotny:	2

mywania higieny, umiejętność samodzielnego ubierania i rozbierania się, mobilność chorego, sprawdza się, czy pacjent jest w stanie wstać z łóżka i przesiąść się na fotel oraz kontroluje podstawowe czynności fizjologiczne – oddawanie moczu i stolca. Niska punktacja świadczy o tym, iż pacjent potrzebuje stałej opieki. Średni czas badania to 2–4 minuty. [8]

Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę od dyrektora szpitala w Ozimku.

## Wyniki

Występowanie lęku oraz przygnębienia u pacjentów po udarze określane było przy pomocy skali SOPL (tabela 2). Wyniki wskazują, że u 41,93% (13) pacjentów zaburzenia zachowania są wątpliwe i mieszczą się w granicach normy. Rzadziej, bo u 29,05% (9) pacjentów, postawa ciała i ruchy wskazywały na lekkie zaniepokojenie i chwilowy niepokój. Zaburzenie w stopniu ciężkim 12,90% (4) oznaczało, że pacjent był niecierpliwy i niezdolny do dłuższego spokojnego siedzenia.

Tabela 2. Ocena występowania przygnębienia i lęku w badanej populacji według skali SOPL

Widoczne przejawy strachu, lęku, podniecenia, takie jak: sztywność, drżenie rąk, obfite pocenie się	Liczba osób	%
Nie występuje – 1	2	6,45
Minimalne – 2	13	41,93
Łagodne – 3	9	29,05
Umiarkowane – 4	3	9,67
Umiarkowanie ciężkie – 5	0	0,00
Ciężkie – 6	4	12,90
Krańcowe – 7	0	0,00
RAZEM	31	100,00

Minimalny niepokój zaobserwowano u 48,40% (15) chorych, u 25,80% (8) pacjentów niepokój wystąpił w stopniu łagodnym, co oznacza, że stwierdzono niewerbalne przejawy lęku czy przygnębienia, takie jak płacz czy zmieniony wyraz twarzy (tabela 3).

Tabela 3. Ocena występowania niepokoj, podniecenia w badanej populacji według skali SOPL

Ocena słowna i liczbowa (niepokój, podniecenie ruchowe)	Liczba osób	%
Nie występuje – 0	4	12,90
Minimalne – 1	15	48,40
Łagodne – 2	8	25,80
Umiarkowane – 3	4	12,90
Nasilone – 4	0	0,00
RAZEM	31	100,00

Na podstawie obserwacji przypadków występowania smutku można zauważyć, że pacjenci, mimo iż sprawiali wrażenie smutnych i przygnębionych, bez trudu dali się pocieszyć, czyli zaburzenie wystąpiło tylko w stopniu minimalnym. U 30% (10) chorych smutek obserwo-

wany był w stopniu umiarkowanym, co oznaczało, że zarówno wyraz twarzy, jak i postawa ciała wskazywały, że pacjent jest smutny i nieszczęśliwy. Mimo podjętych prób poprawy nastroju poprzez rozmowę wspierającą 9% (3) pacjentów nie udało się pocieszyć i przez cały czas badań byli skrajnie przygnębieni. Depresja wystąpiła u 6% (2) pacjentów. U 16% (5) badanych nie zaobserwowano żadnych zmian czy zaburzeń.

Na podstawie skali Katza oceniono samodzielność pacjentów. 58% (18) z nich nie potrzebowało żadnej pomocy w podstawowych czynnościach życia codziennego, 16% (5) chorych wykazywało upośledzenie średniego stopnia, a 26% (8) wymagało stałej opieki. Najtrudniejsza dla pacjentów okazała się samodzielna kąpiel oraz ubieranie, a najprostszymi czynnościami dla ankietowanych były: kontrola potrzeb fizjologicznych oraz przyjmowanie posiłków. Ocena złożonych czynności życia codziennego odbywała się na podstawie skali Lawtona. Kwestionariusz wykazał, że 30% (9) pacjentów otrzymało maksymalną liczbę punktów, co świadczy o ich całkowitej niezależności. Aż 70% (22) pacjentów uzyskało wynik poniżej 20 punktów, co może oznaczać, że w różnym stopniu potrzebują pomocy w codziennym funkcjonowaniu.

Do oceny bólu u osób, u których występują zaburzenia poznawcze, wykorzystana została skala Dolo-plus. Badanie wykazało, że ból jest nieustannie obecny w życiu pacjentów. Wystąpił u 90% (28) badanych, ale w zasadniczy sposób nie upośledził czynności dnia codziennego badanych osób. Jego natężenie nie osiąga w większości przypadków wartości maksymalnych. Analizując zmiany wywołane bólem w reakcjach psychosomatycznych i psychospołecznych, okazało się, że u badanych pacjentów najbardziej ucierpiała codzienna aktywność ruchowa, toaleta ciała oraz ubieranie. Dolegliwości bólowe wzmagają potrzebę uwagi oraz rozmowy ze strony osób trzecich. Średnia uzyskanych przez pacjentów punktów w skali Dolo-plus wynosi 13,67. Skala mieści się w przedziale od 0 (pacjent bez dolegliwości) do 30 (pacjent całkowicie niesprawny).

## Dyskusja

Dolegliwości bólowe towarzyszą pacjentom po udarze i mają wpływ na wykonywanie przez nich codziennych czynności. W badanej grupie dolegliwości bólowe i związany z nimi lęk nie stanowią przeszkody w rehabilitacji czy kontynuacji terapii. Analizując wyniki badań, można stwierdzić, że natężenie bólu u badanych respondentów jest umiarkowane. U większości z nich ból był przyczyną upośledzenia aktywności ruchowej. W znaczący sposób zakłócał sen pacjentów, powodując w niektórych przypadkach bezsenność. Ponad połowa pacjentów – 61% (19) – potrzebowała pomocy przy wykonywaniu codziennych czynności, szczególnie związanych z przygotowaniem posiłków, prac domowych czy też przyjmowaniem leków. U ponad połowy chorych – 55% (17) – zanotowano wzmożoną potrzebę rozmowy i poświęcenia większej uwagi ze strony członków rodziny, szczególnie w związku z pojawiającym się bólem. Takie zachowanie było spowodowane próbą odnalezienia się pacjenta w nowej, odmiennej sytuacji. Wyniki badań wskazały, że u większości badanych nie wystąpił problem uczest-

niczenia w życiu społecznym. Wyniki potwierdziły, że ból, lęk i przygnębienie były powodem wzmożonej płacizliwości badanych pacjentów, co wiązało się również z częstymi zmianami nastroju. W badaniach przeprowadzonych przez prof. A. Fałę wśród osób z zaburzeniami poznawczymi, bazując na skali SOPL, uzyskano podobne wyniki do tych przedstawionych w pracy. Stwierdzono, że u 50% badanych osób wystąpiły objawy lęku i depresji, zaś u 67% – umiarkowany i znaczny smutek [8].

Stwierdza się, że w badanej grupie lęk oraz przygnębienie w stopniu minimalnym zaburzają kontakty interpersonalne pacjentów oraz hamują postępy leczenia. Jednakże dzięki odpowiedniej rehabilitacji chorzy są w stanie praktycznie samodzielnie funkcjonować nie tylko w domu, ale i poza nim.

Wyniki badań prowadzonych przez dr K. Kozłowską, są porównywalne z wynikami uzyskanymi w tej pracy. Lęk występował u 53% badanych, a smutek odczuwało 43% chorych. Kolejne badania wykazały, że 15% badanych postawą ciała i ruchami okazuje lekkie zaniepokojenie czy chwilowy niepokój. U 16% pojawia się znaczne nasilenie obniżenia nastroju, przygnębienie, zaburzenia snu i normalnego funkcjonowania, aż u 77% badanych stwierdzono występowanie bólu. Potwierdza się tym samym, że ból jest niewątpliwie jedną z głównych przyczyn dyskomfortu pacjenta [9]. W przeprowadzonym przeze mnie badaniu 80% (25) chorych wykazywało przejawy lęku, z czego 42% (13) w minimalnym stopniu, smutek w stopniu łagodnym odczuwało 35% (11) badanych, natomiast w stopniu umiarkowanym – 22% (7).

Zdolności do samoregeneracji układu nerwowego wykorzystywane są w procesie rehabilitacji, która w przypadku udaru powinna rozpocząć się, gdy tylko pozwala na to stan chorego. Po ustabilizowaniu się

pacjenta zespół rehabilitantów wraz z lekarzem i rodziną dobiera odpowiedni do możliwości chorego schemat rehabilitacji. Są to między innymi terapie: indywidualna, grupowa i zajęciowa. W niektórych przypadkach ważna i niezbędna jest także praca chorego z psychologiem, który ułatwi mu dostosowanie się do nowej sytuacji. Poza pracą z pacjentem, konieczna jest edukacja jego rodziny i bliskich, którzy powinni stanowić nie tylko wsparcie, ale także motywować chorego w procesie wyznaczania kolejnych celów. Poczucie bezpieczeństwa i samoakceptacji pacjenta znacznie przyspiesza i zwiększa osiągnięte efekty [6].

## Wnioski

Dolegliwości bólowe, a co za tym idzie – także lęk i przygnębienie, towarzyszą pacjentom po udarze i mają wpływ na wykonywanie przez nich codziennych czynności. W badanej grupie dolegliwości bólowe i związane z nimi lęk nie stanowiły przeszkody w rehabilitacji czy kontynuacji terapii. Większość badanych osób miała problemy ze snem, kilka cierpiało na bezsenność z powodu występowania bólu. U ponad połowy chorych zanotowano wzmożoną potrzebę rozmowy czy uwagi ze strony rodziny czy pielęgniarek. Potwierdzono także, że ból, lęk czy przygnębienie powodują wzmożoną płacizliwość czy też częstsze zmiany nastroju. Indywidualnie dostosowane programy rehabilitacyjne – od najprostszych ćwiczeń fizycznych, ponownej nauki chodzenia, mówienia, po samopielęgnację – przyniosły oczekiwane efekty. Wsparcie rodziny oraz zrozumienie przez najbliższe otoczenie zmieniających się nastrojów pacjenta stanowi pomoc w walce z poczuciem przygnębienia oraz smutku po utraczonej wskutek udaru sprawności.

## Piśmiennictwo

1. Walden-Gatuszko K, Majkovicz M. *Model oceny jakości opieki paliatywnej realizowanej w warunkach stacjonarnych*. Gdańsk: Akademia Medyczna Gdańsk; 2001.
2. Członkowska A, Ryglewicz D. *Epidemiologia udarów mózgu*. *Terapia* 1996; 11: 9–16.
3. Bielecki A, Żmudzka-Wilczek E, Opara J, Mehlich K. Ocena jakości życia osób po udarze mózgu przy pomocy Skali S.A. - SIP 30 cz. 1. *Gerontol Pol* 2010; 18(3): 1–14.
4. Mazur R, Książkiewicz B, Nyka WM. *Udar mózgu w praktyce lekarskiej*. Gdańsk: Wydawnictwo Via Medica; 2004.
5. Kwolek A. *Rehabilitacja Medyczna*. T. II. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner; 2003.
6. Adamkiewicz B, Głabiński A, Klimek A. *Neurologia dla studentów wydziału pielęgniarstwa*. Warszawa: Wydawnictwo Wolters Kluwer Polska; 2010.
7. Kwolek A. *Rehabilitacja Medyczna*. T. I. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner; 2003.
8. Krzyżanowski D, Chybicka A, Fał A. Ocena komfortu i stanu psychicznego osób objętych opieką paliatywną z ciężkimi zaburzeniami poznawczymi. *Onkol Pol* 2008; 11: 141–144.
9. Kozłowska K, Wlazło A, Krzyżanowski D. Wybrane aspekty jakości życia pacjentów w opiece długoterminowej. W: Krzyżanowski D, Fał MA, Steciwko A, Sochocka L, red. *Życie godnie do końca. Etyczne, psychologiczne i duchowe aspekty kresu życia*. T. I. Opole: Wydawnictwo WCM; 2010: 85–114.

### Adres do korespondencji:

Teresa Janas  
ul. Powstańców Śląskich 5/28  
46-040 Ozimek  
Tel. (+48) 660 612 108  
E-mail: ania130689@o2.pl

Praca wpłynęła do redakcji: 01.02.2015  
Po recenzji: 25.02.2015  
Zaakceptowana do druku: 01.03.2015