

## Hjúkrun einstaklinga með taugasjúkdóma



- ❓ Hefurðu kynnst einstaklingi með taugasjúkdóm?  
Hverjar voru þarfir hans?

Þessi kafli fjallar um hjúkrun einstaklinga með taugasjúkdóma, þ.e. sjúkdóma í taugakerfinu. Nú á dögum bjóðast einstaklingum með taugasjúkdóma svo margvísleg meðferðarúrræði að margir þeirra geta lifað góðu og virku lífi þrátt fyrir langvinnan taugasjúkdóm. Margir þeirra þurfa þó einnig umönnun og meðferð, bæði þegar sjúkdómurinn er í bráðafasanum og síðar, og þess vegna eru viðfangsefni þeirra sem starfa við hjúkrun einstaklinga með taugasjúkdóma af ýmsu tagi.

Fyrsti hluti kaflans hefur að geyma tvö dæmi úr raunverulegum aðstæðum um aðhlyningu einstaklinga með taugasjúkdóma. Því næst er brugðið ljósi á þær grunnþarfir sem algengt er að geri vart við sig hjá einstaklingum með taugasjúkdóma og fjallað um úrræði þín í því sambandi.

Við hjúkrun einstaklinga með sjúkdóma í taugakerfi gefst þér tækifæri til að vinna með ófáa flokka grunnþarfa.

→ Sjá meira um taugakerfið í  Sjúkdómafræði og lyfjafræði.

## Einstaklingar með taugasjúkdóma

Í starfi þínu áttu eftir að komast í kynni við einstaklinga með sjúkdóma í taugakerfi á ýmsum stöðum í heilbrigðiskerfinu. Viðkomandi sjúklingur hefur kannski lagst inn á spítala vegna nýtilkominna sjúkdómseinkenna, t.d. vegna heilablóðfalls (apoplexy), eða vegna þess að langvinnur sjúkdómur sem fyrir var versnaði, t.d. MS-sjúkdómur eða Parkinsonsveiki. Allt eru þetta taugasjúkdómar sem þú gætir einnig átt eftir að sjá hjá skjólstæðingum í heimahjúkrun eða á hjúkrunarheimilum.

Skjólstæðingar með taugasjúkdóma eru mjög misjafnlega í stakk búnir til að sjá um sig sjálfir og því hefur þú mjög ólíkum verkefnum að sinna, allt frá því að leiðsegja og styðja sjúklinginn og til aðgerða í hans þágu.


Taugasjúkdómur einstaklingsins getur valdið röskun á líkamstarfsemi, t.d. lömun, eða vitsmunalegum truflunum, s.s. örðugleikum með að muna hluti, rata eða skipuleggja verk.

Oft er geta skjólstæðingsins almennt minni en heilbrigðra og hann þarfnast því umönnunar og stuðningsþjónustu í ótakmarkaðan tíma. Hann getur t.d. þurft á ýmiss konar ADL-hjálp að halda, svo sem við að borða og sinna persónulegu hreinlæti.

→ Sjá meira um sjálfsumönnun og hjúkrunarkerfi í 3. kafla.

→ Sjá meira um vitsmunalegar truflanir í  Forvarnir og endurhæfing.

Hvort sem þú starfar sem sjúkraliði í heimahjúkrun eða á sjúkrahúsum getur það verið í þínum verkahring að tryggja góða samfellu og samstarf þessara tveggja geira. Ef þú vinnur í heimahjúkrun og skjólstæðingurinn á að leggjast inn á sjúkrahús er t.d. brýnt að allar viðkomandi upplýsingar fylgi, t.d. í innlagnarskýrslu. Á sama hátt skiptir máli að með sjúklingnum fylgi skýrsla um ástand við útskrift þegar hann yfirgefur spítalann. Þessar upplýsingar þarf að nota markvisst til að sjúklingurinn fái sem besta aðhlynningu og til að samfella og samhengi sé í meðferðinni.

→ Sjá meira um samfellu í meðferð sjúklings í  Samhæfing, gæðatrygging og skráning.

Einkennin sem hrjá fólk með taugasjúkdóm fara eftir því hvaða hluti taugakerfisins hefur skaddast:



#### Miðtaugakerfið

- Stóri heilinn: t.d. lömun, minnisleysi og persónuleikaraskanir
- Litli heili: t.d. vandamál með að samstillta hreyfingar
- Heilastofninn: t.d. bráðir öndunarerfiðleikar
- Mænan: t.d. lömun, truflanir á snertiskyni, þvaglátsvandamál.

#### Úttaugakerfið

- Úttaugakerfið: t.d. truflanir á snertiskyni.

María er 54 ára að aldri. Hún er gift og móðir tveggja barna sem bæði eru komin yfir tvítugt. Fyrir 20 árum greindist María með MS-sjúkdóminn. Fyrstu einkennin voru skert sjón á öðru auganu, sem hurfu síðan aftur að mestu. Það leið næstum heilt ár þar til sjúkdómurinn lét aftur á sér kræla, í þetta sinn olli hann svima og jafnvægistruflunum. Fyrstu 12 árin skiptust því á löng, stöðug og góð tímabil og sjúkdómsköst. Síðustu árin hefur sjúkdómurinn ágerst hægt og sígandi. María býr nú við máttleysi og krampasamdrætti í vinstri fótlegg, truflanir á snertiskyni og stöðugt versnandi jafnvægi, sem gerir að verkum að hún fer helst ekki út nema í hjólastól. Að auki þjáist María af ósjálfráðum kippum í hægri handlegg, sem hamla henni við sumar ADL-athafnir. Hún stríðir einnig við kyngingarörðugleika sem dregur úr löngun til að borða. Áður vann María sem grunn-skólakennari en þegar sjúkdómurinn ágerðist neyddist hún til að hætta að vinna og var metin til örorku. María býr í einbýlishúsi og fær heimilishjálp einu sinni á dag, við persónulega umhirðu á morgnana.

Upp á síðkastið á María erfiðara með að sjá fram úr daglegum verkum og skipuleggja þau eða aðra viðburði í fjölskyldunni. Einnig á hún erfitt með að venja sig við skyndilegar breytingar á áætlunum; hún þarf meiri tíma og ró til að meðtaka það. Óeðlileg þreyta er einnig áberandi einkenni. María þarf nauðsynlega að hvíla sig mörgum sinnum á dag.





Sören er 64 ára og býr einn. Hann fékk blóðtappa í vinstra heilahvel og lamaðist á hægri handlegg og fótlegg. Hann á einnig erfitt með mál (málstol) og glímir við kyngingarörðugleika. Auk þess hrjá hann jafnvægisvandamál og erfiðleikar með að halda vatni (þvagleki). Sören á eina dóttur, tengdason og tvö barnabörn, sem hann hefur gott samband við. Áður vann hann hjá fjarskiptafyrirtæki, en er nú á eftirlaunum.

Sören reykir 15–20 sígarettur á dag, er of þungur og vanur að borða tilbúinn mat frá kjötkaupmanni í hverfinu. Hann er með of hátt kólesteról og stundar enga hreyfingu en var vanur mikilli hreyfingu í vinnunni og þótti gaman að fara í langar gönguferðir.

### Sjónarhorn sjúklings og aðstandenda

50 ára gamall maður: „... ég hef verið með dálítinn hausverk ... og einhverja smelli í höfðinu ... en ég ... ég hef oft verið vakandi ... ö ... og svo ... púff, á einu sekúndubroti var ég orðinn handa- og fótalaus... öðrum megin ... ö ... ég missti ekki meðvitund ... en mér fannst að ... **hrikalegt ... nú dey ég ...**“ (Blicher Pedersen, 2005).

Miklu skiptir að umönnun einstaklinga með taugasjúkdóma sé einstaklingsbundin og raunhæf. Þess vegna þarf að sinna umönnunarverkefnum frá sjónarhóli sjúklings og aðstandenda, að því marki sem unnt er.

Umönnun einstaklinga með sjúkdóma í taugakerfi, eins og t.d. Maríu og Sörens, getur verið mjög flókin því að taugasjúkdómum geta fylgt mörg og mismunandi vandamál. Hún krefst því mjög sérhæfðrar þekkingar umönnunaraðila og þess að umönnun fari fram í samstarfi við bæði sjúkling og aðstandendur hans.

Hjúkrunin byggist á gagnreyndum aðferðum að svo miklu leyti sem unnt er. Að byggja á gagnreyndum aðferðum þýðir að vinna út frá „því sem við vitum“, þ.e. út frá rannsóknum, frekar en út frá „því sem við höldum“ eða „því sem okkur finnst“. Jafnframt þarf að hafa í huga að *gagnreyndar aðferðir* fela einnig í sér að nýta bestu þekkingu sem völ er á þegar teknar eru klínískar ákvarðanir um meðferð einstakra sjúklinga. Að vinna samkvæmt gagnreyndum aðferðum þýðir samstarf milli fagaðila og sjúklings. Fagaðilinn býr yfir þekkingu sem byggir á rannsóknum og hefur jafnframt klíníska reynslu,

**Gagnreyndar aðferðir:** Að byggja vinnu okkar á því sem við vitum út frá rannsóknum, en ekki á því sem okkur finnst.

pa í vinstra  
egg. Hann á  
ngingarörðug-  
g erfiðleikar  
ur, tengdason  
id við. Áður  
irlaunum.  
ungur og vanur  
inu. Hann er  
ju en var vanur  
ara í langar

en sjúklingurinn býr yfir þekkingu um sitt eigið líf, sín vandamál og veit hvaða óskir hann hefur gagnvart viðkomandi úrlausnarefni. Það þýðir að við ákvarðanatöku í sambandi við meðferð, aðhlyningu og endurhæfingu taugasjúklinga koma þessir þrír þættir saman, eins og sýnt er á mynd 13.1.



Mynd 13.1

Við hjúkrun taugasjúklinga er mikilvægt að byggja á rannsóknum, faglegri reynslu og upplifun sjúklingsins á aðstæðum.

→ Sjá meira um mannleg tengsl í hjúkrun í 4. kafla.

Dæmi um þessa samvinnu milli sjúklings og þín, sjúkraliðans, gæti verið að fyrirbyggja hættuna á nýju heilablóðfalli hjá Sören. Hjá honum liggja fyrir nokkrir áhættuþættir, t.d. yfirþyngd, skortur á hreyfingu og reykingar. Það er oft skynsamlegt að einbeita sér að einum áhættuþætti í einu. Ef við lítum á reykingar þá vitum við að þær eru mikill áhættuþáttur að því er varðar heilablóðfall. Það væri því mjög gott ef Sören fengist til að hætta að reykja. En hann hefur reyndar engan áhuga á því. Fyrir honum eru reykingar stór þáttur í lífsgæðum hans og tilhugsunin um að slappa af með kaffibolla og sígarettu er honum afar kær. Það gefur lífinu gildi! Í þessu samhengi verðurðu að nýta faglega þekkingu þína á aðferðum við forvarnir og heilbrigðiseflingu.

❓ Hvernig ætlarðu að vekja áhuga Sörens á því að hætta að reykja?

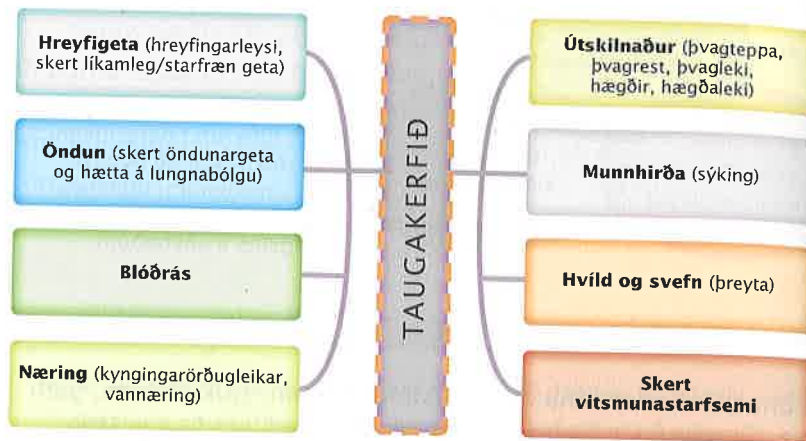
## Sjúkraliðinn á starfsvettvangi

Sem sjúkraliði muntu bæði vinna sjálfstætt og vera hluti af þverfaglegu samstarfi. Eins og áður hefur verið nefnt eru þarfir sjúklinganna oft flókna og misjafna og því skiptir miklu máli að þverfaglegt samstarf sé milli t.d. sjúkraliða, hjúkrunarfræðinga og sjúkra- og iðjuþjálfara.

Hér á eftir verður fjallað um þau úrlausnarefni sem algengt er að sjúkraliðar kynnist hjá einstaklingum með taugasjúksóma.

Vandamál sem einstaklingar með taugasjúkdóma glíma við fara eftir því hvaða sjúkdómseinkenni frá taugakerfi þeir hafa. Við hjúkrun sjúklinga með taugasjúkdóma eru þarfir og úrlausnarefni því athuguð almennt en ekki út frá einstaka sjúkdómsflokkum.

### Þarfir og úrlausnarefni



Mynd 13.2. Vandamál og úrlausnarefni sem tengjast taugakerfinu.

### Hreyfigeta

Hjá einstaklingum með taugasjúkdóma verður vart við minnkaða líkamlega athafnagetu og hreyfingarleysi í mismiklum mæli. Það getur stafað af beinum áhrifum sjúkdómsins á hreyfifærni sjúklingsins en einnig af leyndum fylgikvillum eins og t.d. afbrigðilegri þreytu og *vitsmunatruflunum*, líkt og t.d. sést hjá Maríu í dæminu.

- Einstaklingur sem fær taugasjúkdóm á á hættu að fá einhvers konar lömun, þ.e. tapa vöðvaflí í einhverjum mæli, annaðhvort lömun að hluta til eða helftarlömun (paresis) eða algera lömun (paralysis).
- Sjúklingur með helftarlömun hefur mjög minnkaðan vöðvastyrk.
  - Hin tegund lömunar (paralysis) felur í sér að sjúklingurinn hefur misst alla getu til að beita vöðvunum.

Lömun getur einkennst af slappleika, sem lýsir sér með minnkaðri vöðvaspennu, eða verið spastísk, sem lýsir sér með aukinni vöðvaspennu, og sjúklingurinn getur þjáðst af vöðvakrömpum (langvarandi ósjálfráðum samdráttum í einum vöðva eða vöðvahópi).

**Vitsmunatruflanir:** Vandamál sem varða skynjun og skilning, þ.e. það sem lýtur að hugsuninni.

Bæði spastísk lömun (eða stjarfalömun) og krampar geta verið mjög sársaukafull.

Hjá sjúklingum með parkinsonssjúkdóm er algengt að hreyfingar einkennist af:

- Vöðvastirðleika, þ.e. sjúklegum stirðleika í vöðvum.
- Skjálfta, sem á sér einnig stað í hvíld. Þetta getur t.d. verið skjálfti í hendi. Skjálftinn hverfur á meðan sofið er en versnar þegar sjúklingurinn verður fyrir tilfinningaálagi og þegar hann er í þann veginn að gera eitthvað.
- **Hreyfitregðu**, eða vanhreyfni, þ.e. skertum líkamshreyfingum og varðar bæði gróf- og fínhreyfingar. Hreyfitregða getur lýst sér í **fáhreyfni** og **seinhreyfni**. Fáhreyfni einkennist af einhæfum og fábrotnum (e. spontaneous) hreyfingum, þrátt fyrir eðlilegan prótt. Seinhreyfni eru hægar líkamshreyfingar.

→ Sjá meira um óvirkni og hreyfingarleysi í  Forvarnir og endurhæfing.

Það er afar mikilvægt að einstaklingur með parkinsonssjúkdóm fái rétta lyfjameðferð sem dregur úr sjúkdómseinkennum. Það getur verið hárfínt jafnvægisþing að finna rétta skammtinn því að lyfin geta valdið aukaverkunum sem lýsa sér í ofhreyfingum (of miklum og óstýrilátum hreyfingum).

### Athuganir

Þegar einstaklingar með taugasjúkdóm eiga í hlut er mikilvægt að þú fylgist með og metir athafnir og athafnagetu sjúklingsins með tilliti til:

- Persónulegs hreinlætis og annarra ADL-athafna. Hvernig ræður sjúklingurinn við þær? Á sjúklingurinn örðugt með hreyfingar, hefur hann t.d. lömunarsnert í einum eða fleiri útlimum sem gera ADL-athafnir erfiðar? Er sjúklingurinn með handskjálfta? Er hann snyrtilegur að sjá? Hve langan tíma þarf hann til persónulegrar umhirðu? Hvernig lítur sjúklingurinn út eftir að hafa borðað? Hefur hann sulað niður? Þarfnast hann leiðsagnar eða hjálpar til að sinna einhverjum þessara athafna?
- Göngufærni. Hverju tekurðu eftir í sambandi við göngufærni sjúklingsins? Ber hann fætuna gleitt til að halda jafnvægi? Dregur hann annan fótinn vegna máttleysis? Á hann erfitt með að hefja gang vegna fáhreyfni? Er sjúklingurinn tregur til að ganga, t.d. vegna óöryggis? Þarfnast hann hjálpartækja?

**Hreyfitregða**  
(hypokinesia):  
Minnkuð hreyfigeta líkamans.

**Fáhreyfni**  
(akinesia): Skert ósjálfráð hreyfni.

**Seinhreyfni**  
(bradykinesia):  
Hægar hreyfingar.

- Tilfærsla. Hverju tekurðu eftir þegar sjúklingurinn fer fram úr rúminu? Og frá rúminu að stól og öfugt? Þarfnast hann leiðsagnar eða hjálpar?
- Lega eða seta. Hvernig liggur sjúklingurinn í rúminu eða situr í stólnum? Er hann órólegur? Sígur hann niður í rúmið eða stólinn þannig að stellingin verður óþægileg?

→ Sjá meira um ADL í  Forvarnir og endurhæfing.

### Aðgerðir

Þegar þú styður sjúkling til meiri athafna og hreyfingar krefst það oft hjúkrunar sem tekur mið af margvíslegum þörfum samtímis og byggir á þverfaglegu samstarfi milli sjúkraliða, hjúkrunarfræðinga og sjúkraþjálfara. Aðkoma sjúkraþjálfara getur verið trygging fyrir því að sjúklingurinn fái þá sérhæfðu endurhæfingu sem nauðsyn er á. Það tryggir skjólstæðingnum mesta möguleika á endurbata, þ.e. að hann nái bestu mögulegu hreyfigetu.


Mikilvægt er að þú sem sjúkraliði leggir þitt af mörkum til að sjúklingurinn fari að hreyfa sig eins fljótt og hægt er meðan á innlögn stendur, og að því marki sem unnt er eftir að hann útskrifast. Það eykur möguleika sjúklingsins á að endurheimta athafnagetu sína eins og kostur er. Áhugi sjúklings á því að hreyfa sig eflist ef hann og e.t.v. aðstandendur hans taka þátt í ákvörðunum þar að lútandi.


Auk þess þarftu að taka þátt í matinu á því hve virkur sjúklingurinn er, til að ganga úr skugga um hvort þau markmið sem sett voru með sjúklingnum séu raunhæf. Getur sjúklingurinn t.d. komist sjálfur að og frá stól eins og ákveðið var eða er það of tæpt að þínu mati? Fer sjúklingurinn eins að og ákveðið var?


Að lokum getur mikilvægur skerfur af þinni hálfu falist í að leiðbeina sjúklingnum við að fylgja þjálfunaráætluninni og tengja hana daglegum athöfnum.

Almennt getur hreyfingarleysi sjúklings og skert athafnageta haft í för með sér að hann þarfnast aðstoðar við ýmsar ADL-athafnir, s.s. persónulega umhirðu, máltíðir, salernisferðir o.s.frv.

→ Sjá meira um viðhaldsumhyggju og vaxtarumhyggju í 4. kafla.

→ Fjallað er um ABC-kerfið og endurhæfingu einstaklinga með taugasjúkdóm í  Forvarnir og endurhæfing.

→ Sjá meira um flutning og tilfærslu í  Handbók um líkamsbeitingu.

→ Sjá meira um verklega og persónulega aðstoð í  Hjúkrun, 1. þrep.



## Öndun

Hjá einstaklingum með taugasjúkdóm getur verið um að ræða skyndileg eða langvinn vandamál tengd öndun. Skyndileg vandamál geta t.d. komið upp vegna:

- Blæðingar í heilastofni, þar sem heilastofninn hefur m.a. að geyma lífsnauðsynlegar stöðvar fyrir öndun, blóðrás og meðvitund.
- Flogaveikikasts, annaðhvort þannig að sjúklingurinn missir meðvitund og vöðvaspenna eykst, eða þá að flogið lýsir sér í blöndu af aukinni vöðvaspennu og vöðvakippum. Það getur orðið lífshættulegt ef kastið varir lengur en fimm mín. eða ef sjúklingurinn fær fleiri köst og kemur ekki til meðvitundar á milli þeirra.
- Lungnabólgu hjá einstaklingi með taugasjúkdóm sem þar að auki býr við langvinna skerta öndunargetu.

Einstaklingar með sjúkdóm í taugakerfi geta einnig haft bráða eða langvinna öndunarskerðingu, sem gerir þá útsettari fyrir því að öndunargetan versni enn frekar vegna þess að sjúkdómurinn skerðir taugaboð til öndunarvöðvanna. Það veldur máttleysi og lömum, sérstaklega í rifjavöðvum (intercostal (muscles)) og þind (diaphragm). Minni máttur í öndunarvöðvum hefur í för með sér að loftskiptin í innsta hluta lungnanna verða tregari, þ.e. upptaka súrefnis ( $O_2$ ) og útskilnaður koltvísýrings ( $CO_2$ ) minnkar. Þessu fylgir einnig minni hóstakraftur og þá gengur verr að hósta upp slími, eða fæðu ef sjúklingnum svelgist á. Slímið getur orðið gróðrarstía fyrir gerla í öndunarvegi og lungum og þannig leitt til lungnabólgu eða sýkingar í öndunarvegi, en við það getur ástand sjúklingsins versnað alvarlega úr því að öndun hans er skert hvort sem er.

→ Sjá meira um lungnabólgu í  Sjúkdómafræði og lyfjafræði.

### Athuganir og aðgerðir

Ef grunur leikur á bráðum og/eða langvinnum vandamálum í tengslum við öndunarfæri er mikilvægt að fylgjast með öndun sjúklingsins og litarrafti, og ef til vill hósta og slímuppgangi.

Ef sjúklingurinn á í bráðum eða langvinnum öndunarerfiðleikum þarftu að skrifa lýsingu á því hvernig öndunin vikir frá því sem eðlilegt er og koma henni áfram til hjúkrunarfræðingsins.

→ Sjá meira um athuganir og aðgerðir hjá einstaklingum með lungnasjúkdóma í 9. kafla.

## Blóðrás

Það er mjög mikilvægt að fylgjast með blóðþrýstingi og þúlsí sjúklings með tilliti til þess að fyrirbyggja heilablóðfall og eins í kjölfar heilablóðfalls. Hækkaður blóðþrýstingur í langan tíma getur valdið heilablóðfalli vegna æðakölkunar. Óreglulegur þúls getur valdið heilablóðfalli vegna segareka/blóðtappa, þ.e. segar eða blóðtappar frá hjartanu flytjast upp í heilann og stífla slagæðar.

Hjá parkinsonssjúklingum getur réttstöðulágþrýstingur einkum verið vandamál. Réttstöðulágþrýstingur er þegar blóðþrýstingur fellur mikið við að sjúklingurinn réttir sig upp; það getur valdið svima, að sjúklingnum sortnar fyrir augum, og jafnvel yfirliði.

### Athugasemur og aðgerðir

→ Sjá meira um aðhlyningu einstaklinga með blóðrásarsjúkdóma í 8. kafla.

## Næring

Mikilvægur hluti þinna viðfangsefna er að hjálpa skjólstæðingnum við að uppfylla næringarþörf sína. Kyngingarörðugleikar eru algengt vandamál sem getur hamlað því að sjúklingurinn fullnægi næringarþörf sinni. Hér á eftir verður fjallað um kyngingarörðugleika og vannæringu.



**Mynd 13.3**

Næring er mikilvægur þáttur í endurhæfingu einstaklinga með taugasjúkdóma.

## Kyngingarörðugleikar (dysphagia)

Með kyngingarörðugleikum er átt við að sjúklingurinn á í erfiðleikum með að kyngja og svelgist á mat eða vökva í meira eða minna mæli. Aðalástæða kyngingarörðugleika hjá einstaklingum með taugasjúkdóma er heilaskaðinn sem þeir hafa orðið fyrir vegna sjúkdómsins. Lömun í munni og koki hefur áhrif á kynginguna, og eins getur lömun hreyfitauga í andliti valdið því að sjúklingurinn safnar upp mat í munninum sem hann á síðan erfitt með að kyngja.

Sjúklingur með kyngingarörðugleika er í sérstakri hættu á að fá lungnabólgu vegna þess að matur og/eða vökvi ratar ofan í barkann þegar honum mistekst að kyngja. Hættan er sérlega mikil hjá þeim sem eru alvarlega veikir eða með veifar eða bældar ónæmisvarnir.

### Athuganir

Ef vísbending er um kyngingarörðugleika er brýnt að þú fylgist með eftirfarandi:

- Á sjúklingurinn erfitt með að halda uppi í sér vökva eða munnvatni? Kyngir hann með töfum? Fylgstu með því hvort sjúklingurinn kyngir strax eftir að hann borðar eða drekkur, með því að horfa á eða þreifa eftir því hvort barkakýlið hreyfist.
- Situr sjúklingurinn rétt?

Það getur bent til kyngingarörðugleika ef þú verður vör/var við að sjúklingurinn verður andstuttur, hóstar eða ræskir sig, eða hefur torkennilega rödd eftir að hafa innbyrt vökva/mat.

### Aðgerðir

Hjúkrun sjúklinga með kyngingarörðugleika er þverfaglegt verkefni, þar sem hjúkrunarfræðingur, sjúkráþjálfari og sjúkraliði starfa náið saman við að kanna, meðhöndla og meta vandann. Könnun og meðhöndlun kyngingarörðugleika felst í óbeinu kyngingarprófi og beinu kyngingarprófi ásamt mati á því hve örðugleikarnir eru miklir. Markmiðið er að hægt sé að velja heppilega fæðu handa sjúklingnum.

- Óbeint kyngingarpróf  
Fylgst er með því hvort:
  - sjúklingurinn sé vakandi og meðvitaður um umhverfi sitt
  - sjúklingurinn sé fær um að hósta eða ræskja sig
  - sjúklingurinn sé fær um að kyngja munnvatni sínu
  - sjúklingurinn slefi
  - rödd sjúklingsins sé breytt (hás, óskýr, þvogluleg, veik).

**Þykkingarefni:**  
Sterkjuefni sem notað er til að þykkja þunna vökva.

#### ▪ Beint kyngingarpróf

Beint kyngingarpróf er próf með vatni, með og án *þykkingarefnis*, og fastri fæðu.

Mikilvægt er að hafa í huga að hjá sumum sjúklingum verður „þögul ásvelging“ (e. silent aspiration), þ.e.a.s. þeim svelgist á en þeir bregðast ekki við með því að hósta eða ræskja sig vegna þess að þeir eru ófærir um það. Þeir geta því ekki verndað öndunarveginn með því að hósta upp mat eða vökva.

Ef sjúklingurinn stenst ekki óbeint kyngingarpróf, þ.e. hann

- er ekki vakandi og meðvitaður um umhverfi sitt og því ófær um að gangast undir beint kyngingarpróf í kjölfarið,
- getur ekki hóstað/ræskt sig og verndað þannig öndunarveginn,
- getur ekki kyngt munnvatni sínu eða slefar, sem er merki um lömum í munn og koki,

nær könnun á kyngingarörðugleikum ekki lengra, sjúkráþjálfarinn tekur við og gerir sérhæfða athugun á kyngingu sjúklingsins.

Ef sjúklingurinn stenst óbeint kyngingarpróf fer hann í beint kyngingarpróf í kjölfarið. Á grundvelli niðurstaðna úr því gerir sjúkráþjálfarinn áætlun um kyngingarþjálfun og breytingar á þéttleika fæðunnar. Sjúkráþjálfarinn gefur ráðleggingar um æskilegan þéttleika fæðunnar út frá mati á því hvort kyngingarvandinn er minni háttar, í meðallagi eða mikill.

Það kemur í þinn verkahring að aðstoða sjúklinginn við kyngingarþjálfun samkvæmt áætluninni og fylgja tilmælum um þéttleika fæðunnar þegar hann fær að borða eða drekka. Á spítala getur sjúkráþjálfari komist að þeirri niðurstöðu að tiltekinn sjúklingur skuli borða undir leiðsögn sjúkráþjálfara sem er sérhæfður í að vinna með sjúklingum með kyngingarörðugleika og þjálfu þá í að kyngja fæðunni.



#### Mismunandi þéttleiki matar og drykkjar

Matur	Drykkir
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ eðlilegur þéttleiki</li><li>▪ mjúk fæða</li><li>▪ gratín</li><li>▪ mauk</li><li>▪ sondunæring</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ eðlilegur þéttleiki</li><li>▪ kakómjólk</li><li>▪ síróp</li><li>▪ hlaup</li></ul>

## Vannæring

Ef sjúklingur fær ekki orku og prótein í samræmi við þarfir sínar eða ef hann er ekki fær um að taka inn fæðuna, líður hann næringarskort.

Fleiri ástæður geta verið fyrir hættu á næringarskort. Skert meðvitund getur valdið því að sjúklingurinn sé ófær um að neyta matar og drykkjar, og eins hafa starfræn vandamál, s.s. lömum í öðrum eða báðum handleggjum, og samhæfingartruflanir hamlandi áhrif á matarinntöku. Sjúklingurinn þarf t.d. að geta fært mat og drykk af borði að munnum til að uppfylla næringarþörfina.

Kyngingarörðugleikar eru einnig áhættuþáttur í vannæringu þar sem eðlileg kynging er forsenda þess að fá nóg af mat og drykk. Að lokum getur lystarleysi, ógleði og punglyndi haft sitt að segja.

Einkenni vannæringar geta verið þyngdartap samfara rýrnun í fituforða og vöðvamassa.

Afleiðingar vannæringar eru aukin hætta á sýkingum, t.d. þvagfærasýkingu, sýkingu í munnholi og lungnabólgu. Minni vöðvamassi getur skert hjarta- og lungnastarfsemi vegna þeirra vöðva sem þar koma við sögu og hætt er við að líkamleg geta skerðist almennt vegna þess að vöðvakerfi líkamans veikist.

### Athuganir


Mikilvægt er að fylgjast með meðvitundarstigi sjúklings, þar með hvort hann sé vakandi og nógu skýr til að neyta sjálfur nægilegs vökva og fæðu. Auk þess þarf að athuga starfræn átvandamál: Er sjúklingurinn t.d. lamaður í hendi þannig að hann þurfi aðstoð við að borða? Fylgst er með kyngingarörðugleikum og þeir meðhöndl- aðir eins og fyrr er lýst.

### Aðgerðir

Hjá sjúklingum sem þú heldur að stafi hætta af næringarskortu skaltu:

- Athuga áhættuþætti næringarskorts með tilliti til viðkomandi sjúklings.
- Reikna út orku-, prótein- og vökvapörf sjúklingsins.
- Skrá fæðu- og vökvainntöku sjúklingsins. Það má gera með því að halda vökva-/fæðuskrá, þ.e. skrá kerfisbundið hve mikið sjúklingurinn hefur innbyrt, og síðan reikna út hve mikið hann hefur raunverulega fengið af orku, próteinum og vökva.
- Velja viðeigandi þéttleika og form fæðunnar, bæta ef til vill upp með viðbótardrykkjum.

Starf þitt getur falist í því að aðstoða sjúklinginn við að borða og drekka ef hann er með skerta meðvitund eða ekki fær um það sjálfur vegna lömunar. Það fer eftir því hve starfræn geta hans er mikið skert hvort þú þarft að hjálpa-honum alveg með athafnirnar eða hvort nægir að leiðbeina. Það er hjúkrunaraðgerð sem felur í sér bæði siðræna og fagurfræðilegia þætti og krefst sérstakrar samvinnu milli þín og skjólstæðingsins (Martinsen og Harder, 2005).

→ Sjá meira um verkefni tengd máltíðum í  Hjúkrun, 1. þrep.

→ Sjá meira um næringu í  Forvarnir og endurhæfing.

Ef sjúklingurinn á við kyngingarörðugleika að stríða og fær ónógan mat getur verið að hann þurfi nefsondu (sondu sem liggur um nefið í magann), eða, ef örðugleikarnir eru viðvarandi, PEG-sondu (percutaneous endoscopic gastrostomy), sem er lögð beint inn í kviðinn.

→ Sjá meira um næringarsondur á bls. 199.

## Útskilnaður

Vandamál tengd þvagi og hægðum eru algeng hjá sjúklingum með taugasjúkdóm. Hér á eftir verður fjallað um þvagfæravandamál, þ.e. þvagteppu, þvagrest og þvagleka, og þar á eftir um vandamál tengd hægðum, þ.e. hægðatregðu og vanstjórn á hægðum.

## Þvagteppa

Með þvagteppu er átt við skerta getu til að tæma blöðruna, sem stafar af skertum taugaboðum til hennar. Það er mjög mikilvægt að bera kennsl á þvagteppu, þar sem taugaboðleiðir til blöðrunnar geta beðið viðvarandi skaða af ofþaninni og yfirfullri blöðru.

## Athuganir

Ef grunur er um þvagteppu þarftu að athuga eftirfarandi:

- Hefur sjúklingurinn verki og er hann órólegur?
- Er blaðran mjög þanin? Þú finnur það með því að þrýsta á kvið sjúklingsins yfir blöðrunni.
- Er sjúklingurinn fær um að tæma blöðruna?

Ef sjúklingurinn hefur verki og er órólegur getur það stafað af of miklu þvagi í blöðrunni vegna þess að hann getur ekki tæmt hana. Mikilvægt er að hafa í huga að þvagleki getur einnig stafað af þvagteppu. Ef blaðran er yfirfull getur orðið yfirflæði (yfirflæðisblaðra).

## Aðgerðir

Hjá sjúklingum komast að því 400 ml af þvaga þangað til þvaga → Sjá meira um a

## Þvagrest

Þvagrest lýsir s vegna þess að en 100 ml af þvaga eða þvagleifar þvaglegg.

Ýmis lyf g Einstaklingar m færasýkingar v örðugt með að → Sjá meira um þ

## Athuganir

Ef eitthvað ben

- Tæmir sjúklingur eftir í blöðrunni
- Fær sjúklingurinn
- Er sjúklingurinn

## Aðgerðir

Ef merki eru ur ganga úr skugga Ef sjúklingur geturðu bent h þvaglát) til að t dugar ekki þar Þú getur k sjúklingurinn f þess þarf að se

### Aðgerðir

Hjá sjúklingum með þvagteppu verðurðu að óma blöðruna til að komast að því hve mikið þvag er í blöðrunni. Ef í henni eru meira en 400 ml af þvagi verður sjúklingurinn að fá þvaglegg. Þetta er gert þangað til þvaglát komast aftur í lag.

→ Sjá meira um aðhlyningu sjúklinga með þvaglegg á bls. 238.

### Þvagrest

Þvagrest lýsir sér í því að blaðran tæmist ekki alveg við þvaglát vegna þess að taugaboðleiðir til blöðrunnar eru skertar. Ef meira en 100 ml af þvagi eru eftir í blöðrunni eftir þvaglát er um þvagrest eða þvagleifar að ræða og blöðruna verður að tæma með einnota þvaglegg.

Ýmis lyf geta haft þau áhrif að erfitt reynist að tæma blöðruna. Einstaklingar með taugasjúkdóma geta fengið endurteknar þvagfærasýkingar vegna truflana á þvaglátum, sérstaklega ef þeir eiga örðugt með að tæma blöðruna.

→ Sjá meira um þvagrest á bls. 260.

### Athuganir

Ef eitthvað bendir til þvagleifa þarftu að athuga eftirfarandi:

- Tæmir sjúklingurinn blöðruna? Ef ekki, hve mikið þvag er þá eftir í blöðrunni eftir þvaglát?
- Fær sjúklingurinn lyf sem geta haft áhrif á tæmingu blöðrunnar?
- Er sjúklingurinn með þvagfærasýkingu?

### Aðgerðir

Ef merki eru um þvagrest hjá sjúklingi skaltu óma blöðruna til að ganga úr skugga um að svo sé og í hvaða mæli.

Ef sjúklingurinn er með meira en 100 ml af þvagi í blöðrunni geturðu bent honum á að reyna að endurtaka þvaglát (tvítekin þvaglát) til að tryggja að blaðran tæmist eins vel og unnt er. Ef það dugar ekki þarf að tæma blöðruna með einnota þvaglegg.

Þú getur komist að því hjá hjúkrunarfræðingi eða lækni hvort sjúklingurinn fái lyf sem geta hamlað tæmingu blöðrunnar. Auk þess þarf að senda þvagprufu í ræktun og næmispróf.

L. Einkum við meðferð með þríhringslaga þunglyndislyfjum eða MAO-hemlum geta komið upp erfiðleikar sem tengjast þvaglátum sem aukaverkun. Sjá meira um geðlyf í Geðsjúkdómafræði og lyfjafræði.

## Þvagleki

Með þvagleka er átt við ósjálfráð þvaglát. Oft upplifir sjúklingurinn þetta sem mikið vandamál, bæði félagslega og/eða með tilliti til hreinlætis.

Þvagleki er til í ýmsum myndum:

- Sjúklingur með bráðapvagleka hefur ósjálfráð þvaglát tengd knýjandi þvaglátapörf.
- Sjúklingur með áreynsluþvagleka hefur ósjálfráð þvaglát við líkamlega áreynslu vegna slappra grindarbotnsvöðva. Þessi einkenni einskorðast ekki við einstaklinga með taugasjúkdóma en geta verið almennt vandamál, sérstaklega hjá öldruðu fólki.
- Sjúklingur með yfirflæðisþvagleka á sömuleiðis erfitt með að halda þvagi. Ástæðan getur verið sú að blaðran hefur verið þanin í langan tíma vegna ónógrar tæmingar og því yfirfyllist hún. Það getur stafað af truflunum á taugaboðleiðum til blöðrunnar. Einnig getur yfirflæðisþvagleki orðið þegar þvaglátapörf er bæld í langan tíma – þetta er það sem kallað er „selskapsblaðra“.
- Þvagleki af völdum lyfja (þvagræsilyfja).

Tíð þvaglát geta verið fylgifiskur allra taugafræðilegra truflana á starfsemi blöðrunnar, en geta líka verið merki um sýkingu. Eðlilegt er að hafa þvaglát allt að sjö sinnum á dag og tvisvar á nóttunni.

→ Sjá meira um þvagleka á bls. 254 og í  Sjúkdómafræði og lyfjafræði.

### Athuganir

Að rannsaka þvaglátvandamál af taugafræðilegum toga er verkefni fyrir sérfræðing, en þú sem sjúkraliði getur lagt þitt af mörkum við að komast að eðli og umfangi vandans.

Ef grunur er um þvagleka þarftu því að athuga eftirfarandi:

- Hefur sjúklingurinn ósjálfráð þvaglát? Ef svo er athugarðu hvort þeim fylgi knýjandi þvaglátapörf, hvort þau séu samfara líkamlegri áreynslu eða hvort um sé að ræða ósjálfráð þvaglát af öðrum ástæðum.

Auk þess skaltu:

- teikna upp þvaglátamynstur sjúklingsins með því að skrá og tímasetja ósjálfráð þvaglát og ef til vill orsökina fyrir þeim
- komast að raun um vökvainntöku sjúklingsins með því að skrá hve mikið og hvenær hann neytir vökva
- bera vökvainntöku sjúklingsins saman við þvaglátamynstur hans.

### Aðgerðir

- Hjá sjúklingur
- að reyna
  - meta í sa
  - gögn við
  - einnota
  - finna út

→ Sjá meira um

### Hægðir

Hægðatregða  
því að sjúkling  
losun er honu  
þegar það var  
Hægðatr  
meltingarveg  
lyfja sem haf  
orsök hægða  
ekki hjálparla

### Athuganir

- Gættu að efti
- erfið hæ
  - ef til vill
  - langur t
  - uppsöfr
  - hægðir

### Aðgerðir

- þegar sjúklingur
- benda á
  - fyrirbyg

### Vanstjórn á

Hægðaleki lý  
stjórna vind  
upp sem afle



### Aðgerðir

Hjá sjúklingum með þvagleka er mikilvægt:

- að reyna að venja sig á skipulagða salernistíma
- meta í samvinnu við sjúklinginn hvort hann sé með rétt hjálpargögn við þvagleka, svo sem rétta tegund bleyju, rétta stærð einnota þvagleggs o.s.frv.
- finna út hvort sjúklingurinn þurfi aðstoð við salernisferðir.

→ Sjá meira um aðhlyningu sjúklinga sem stríða við þvagleka á bls. 254.

### Hægðir

Hægðatregða er skilgreind sem ófullnægjandi *hægðalosun* og lýsir sér í því að sjúklingurinn hefur hægðir sjaldnar en þrisvar í viku, að hægðalosun er honum áreynsla eða hvoru tveggja. Ástandið er álitíð langvinnt þegar það varir að meðaltali lengur en þrjá mánuði á einu ári.

Hægðatregða getur stafað af skertum taugaboðleiðum til meltingarvegs, ofþornun, trefjarýru fæði, hreyfingarleysi og inntöku lyfja sem hafa áhrif á starfsemi þarmanna, t.d. morfíns. Loks getur orsök hægðatregðu að hluta lagið í því að skjólstæðingurinn kemst ekki hjálparlaust á salernið.

### Athuganir

Gættu að eftirfarandi einkennum ef grunur leikur á um hægðatregðu:

- erfið hægðalosun, óeðlilega langur tími milli hægðalosunar og ef til vill reglubundin neysla hægðalyfja
- langur tími fer í að hafa hægðir (> 30 mín.)
- uppsöfnun saurs í endaparmi (hægðastopp)
- hægðir samsvara tegund 2 og 3 á Bristol-kvarða (sjá bls. 189).

### Aðgerðir

Þegar sjúklingur er með hægðatregðu er mikilvægt að:

- benda á fyrirbyggjandi úrræði, s.s. fæðu, vökva og aukna hreyfingu
- fyrirbyggja og meðhöndla með hægðalyfjum.

### Vanstjórn á hægðum

Hægðaleki lýsir sér ýmist sem ósjálfráð hægðalosun eða vanhæfni í að stjórna vindgangi, fljótandi eða föstum hægðum. Hægðaleki getur komið upp sem afleiðing þess að taugaboðleiðir til meltingarvegjar eru skertar.

**Hægðalosun (defecation):** Að hafa hægðir.

Að rannsaka hægðaleka er verkefni fyrir sérfræðing, en þú sem sjúkraliði getur lagt þitt af mörkum við að komast að eðli og umfangi vandans.

#### Athuganir

Gættu að eftirfarandi einkennum ef grunur leikur á um hægðaleka:

- ósjálfráður og ómeðvitaður vindgangur eða saurlát
- knýjandi þörf, þar sem ekki er unnt að halda aftur af hægðum
- vætlandi hægðir.

Ef sjúklingurinn er með vætlandi hægðir og ef þær samsvara tegund 5 til 7 á Bristol-kvarða, getur það stafað af framhjáhlaupi. Húðvandamál við endaparm stafa oft af hægðaleka.

#### Aðgerðir

Þegar sjúklingur er með hægðaleka er mikilvægt að:

- teikna upp hægðalosunarmynstur sjúklingsins með því að skrá og tímasetja ósjálfráða hægðalosun
- reyna skipulagða salernistíma
- meta í samvinnu við sjúklinginn hvort hann noti rétt hjálpargögn við lekanum, þ.e. bleyjutegund og viðeigandi hægðalyf
- finna út hvort sjúklingurinn þurfi aðstoð við salernisferðir.

#### Munnhirða og sýkingar í munnholi

Einstaklingum með taugasjúkdóma getur verið hættara við sýkingu í munnholi og þar með lungnabólgu. Það getur m.a. stafað af slæmri munnhirðu. Ekki er víst að sjúklingurinn sé fær um að bursta tennurnar ef hann býr við skerta meðvitund eða vitsmuna- og hreyfing tengd vandamál.

Aðrir áhættuþættir munnholssýkinga eru andlitslömum (facial paralysis), vannæring, öndun gegnum munninn og súrefnismeðferð. Vannæringarástand sjúklings eykur almennt hættu á sýkingum; öndun gegnum munninn og súrefnismeðferð gera að verkum að slímhimnur þorna upp, sem eykur einnig sýkingarhættu. Munnþurrkur vegna minnkaðrar munnvatnsframleiðslu eykur einnig hættu á munnholssýkingum.

Greinileg fylgni er á milli sjúkdómsvaldandi baktería í munnholi og lungnabólgu. Talið er að lungnabólga geti komið upp vegna samspils sýklaberandi slíms úr munni og koki, sem berst niður

öndunarveginn, og veikra ónæmisvarna eða alvarlegs sjúkdóms. Hjá sjúklingum í sýklalyfjameðferð er aukin hættu á að sjúkdómsvaldandi bakteríur safnist fyrir í skán á tönnum, sem og á sveppasýkingu í munnholi. Það stafar af breytingum sem verða á eðlilegri gerlafi. Heilbrigði í munnholi er frumskilyrði þess að fyrirbyggja megi munholssýkingu, að hægt sé að matast með góðu móti, tjá sig við aðra og fyrir vellíðan almennt.

Sýking í munnholi er sýking af völdum örvera, s.s. veira, sveppa og/eða baktería.

→ Sjá meira um sýkingar í  Sjúkdómafræði og lyfjafræði.

### Athuganir

Mikilvægt er að ákvarða hvort sjúklingurinn eigi á hættu að fá munholssýkingu, því að þá má fyrirbyggja sýkingu með því að gera áætlun um munnhirðu sem byggir á aðgerðunum hér á eftir.

Gættu að eftirfarandi einkennum ef grunur leikur á um munholssýkingu:

- bólga í tannholdi
- skán á tungu
- örveruskán á tönnum (tannskýklar)
- andremma.

### Aðgerðir

Þegar munnhirða er annars vegar er mikilvægt að:

- Sjúklingurinn geti burstað tennur vandlega a.m.k. einu sinni á dag. Af tillitssemi við venjur og vellíðan sjúklings getur tannburstun farið fram tvisvar á dag. Til viðbótar má nota millitannabursta („flöskubursta“) og tannstöngla. Ef sjúklingur er með gervitennur er einnig mikilvægt, auk þess að bursta þær, að hreinsa munninn undir þeim.
- Varir séu smurðar með kremáburði eftir þörfum; hann má ekki innihalda steinolíu eða olíu. Efnum sem innihalda olíu eða steinolíu (t.d. vaselín eða varastifti) fylgir sprengi- og eldhætta þar sem súrefnismeðferð fer fram.
- Tannhold og slímhimna séu nudduð með bómullarpinum til að örva blóðrás í munnholi. Gættu þess sérstaklega að halda gómnum hreinum, svo og tungu og kinnunum innanverðum.
- Komið sé í veg fyrir munnþurrk með því að væta munnhol með bómullarpinum bleyttum í fersku köldu vatni og að jafnvel sé gefið gervimunnvatn. Vertu vakandi fyrir hættu á ásvelgingu.

**L** Við meðferð með breiðvirkum sýklalyfjum drepast bakteríurnar í eðlilegri örverufloðu meltingarvegarins. Þá gefst ger-sveppnum *Candida Albicans* færi á að mynda sýkingu í munnholinu og ef til vill í vélinda eða lungum.

- Framkvæma munnhirðu áður en breytt er um stellingu á meðvitundarlausum sjúklingum, því að annars er hættu á að þeir sögi sýklaberandi munnvatn niður í lungun.

→ Sjá meira um munnhirðu í  Hjúkrun, 1. þrep.

## Hvíld og svefn

Margir einstaklingar með taugasjúkdóma glíma við þreytu. Sumir þeirra finna mjög afgerandi fyrir því að þeir örmagnast fljótt við ýmsar athafnir. Þreytan getur haft þau áhrif að jafnvel minni háttar daglegar athafnir virðast óyffirstíganlegar, t.d. að klæða sig. Daglegum störfum s.s. innkaupum, matargerð, garðvinnu o.fl. getur reynst erfitt að koma í verk. Einnig getur virst óyffirstíganlegt að taka þátt í viðburðum með fjölskyldu eða vinum, og sumt fólk með taugasjúkdóm getur þurft að aðlaga vinnu sína, fara í hlutastarf, vinna óreglulega, fara fyrir á eftirlaun og þvíumlíkt. Þreytan getur haft áhrif á alla fjölskylduna og venjubundin hlutverkaskipting innan hennar getur breyst. Þreyta er flókið vandamál og stafar fyrst og fremst af líkamlegum, sálrænum og félagslegum þáttum.

### Athuganir

Þú þarft að fylgjast með athafnagetu sjúklingsins. Eru merki um að þreyta hafi áhrif á sjúklinginn, líkamlega, sálrænt eða félagslega?

### Aðgerðir

Þegar sjúklingur er þjakaður af þreytu þarf að hafa eftirfarandi í huga:

- Það skiptir miklu fyrir sjúklinginn að fagfólk í hjúkrun geri sér grein fyrir því að þreyta er raunverulegt vandamál tengt taugasjúkdómum, að hún sé viðurkennd og tekin alvarlega. Þú getur jafnvel hjálpað sjúklingnum við að finna jafnvægi milli athafna og hvíldar yfir daginn/á kvöldin, til að ná góðum nætursvefni. Þið getið kannski gert tímaáætlun fyrir dagana í vikunni – það hjálpar sumum að skipuleggja líf sitt dags daglega.
- Ómögulegt er að segja hvað líkamleg hreyfing hefur mikla þýðingu við að minnka og vinna bug á þreytu, en hún getur skapað vellíðan og fyrirbyggt þreytu sem þróast vegna athafnaleysis. Skrefateljari getur verið einföld leið til að auka líkamlega hreyfingu á skilmerkilegan og hófsaman hátt.

- Mikilvægt er að benda sjúklingnum á að það sé allt í lagi að taka hlé eftir þörfum og umfram allt gera það sem maður hefur gleði af og veitir afslöppun.
- Þú getur einnig hjálpað sjúklingnum með því að útskýra fyrir öðrum (fjölskyldu, vinum o.s.frv.) hvernig það er að vera svona preyttur og hvernig það takmarkar daglega athafnasemi. Þannig skilja aðstandendur kannski betur hvers vegna sjúklingurinn getur ekki tekið fullan þátt í félagslífi.

### Vitsmunalíf og tjáskipti

Tjáskipti við einstaklinga með taugasjúkdóma geta verið erfiðleikum bundin vegna vandamála sem tengjast vitsmunastarfsemi þeirra. Vitsmunastarfsemi og mannlegt mál er eitt það mikilvægasta í starfsemi heilans og skiptir sköpum um atferli og athafnir manneskjunnar dagsdaglega, t.d. við vinnu. Taugasjúkdómur getur gert að verkum að breytingar verða í heilanum með þeim afleiðingum að vitsmunastarfsemin hlýtur skaða af, sem getur lýst sér á ýmsan hátt eftir því hvar heilaskemmdin er. Hjá einstaklingum með sjúkdóma í taugakerfi snertir þetta oft eftirfarandi svið: Áttun, skilning og að þekkja aftur áður lærd fyrirbæri, enn fremur einbeitingu, athyglisgáfu, minni, námsgetu, áætlanagerð, lausn vandamála, hraða hugsunar, skynjun og notkun á tungumálinu. Allur persónuleikinn getur breyst.

Einkennin geta komið fram vegna taugasjúkdóms sem kemur skyndilega upp eða þróast hægt yfir langan tíma. Mat á vitsmunalegum sjúkdómseinkennum sjúklings verður að byggja á heildrænni mynd af því hverju megi búast við af honum, út frá því sem vitað er um menntun hans, starf, félagslegan bakgrunn sem og persónulega eiginleika. Einnig er mikilvægt að hafa í huga að annars konar heilbrigðisástand getur lýst sér á svipaðan hátt, t.d. þunglyndi, versnandi ástand sjúkdóms og afbrigðileg þreyta.

### Athuganir

Sem sjúkraliði hefur þú mikilvægu hlutverki að gegna í að meta vitsmunagetu sjúklingsins.

Að fylgjast með og lýsa vitsmunagetu sjúklings á markvissan hátt krefst tíma, þolinmæði og fagþekkingar ásamt náinnar samvinnu við aðstandendur og ef til vill þverfaglega samstarfsaðila, t.d. hjúkrunarfræðing og sjúkraþjálfara. Í samvinnu þinni við skjólstæðinginn hefur þú, sjúkraliðinn, ríkuleg tækifæri til að gefa gaum að og meta vitsmunagetu hans. Hér verða taldir upp þættir sem þú getur fylgst með:

**Gaumstol** (neglect) merkir að sjúklingurinn skynjar ekki þann helming líkama síns sem lamaður er eða gefur varla gaum öðrum helmingi rýmisins í kringum sig.

**Sjúkdómsafneitun** (anosognosia) merkir að viðkomandi hefur óraunsæjar hugmyndir um eigið (sjúkdóms-)ástand og heldur að hann geti meira en raunin er. Kemur oft fram samfara gaumstoli.

**Verkstol** (apraxia) lýsir sér í því að viðkomandi er ófær um verk sem hann gerði áður án umhugsunar. Þrátt fyrir óskertan vöðvastyrk og skynjunarhæfni og samhæfingu á sjúklingurinn erfitt með hversdagslega hluti, s.s. að klæða sig og leggja á borð á skipulegan hátt – eða koma því í verk yfirleitt.

**Málstol** (aphasia) merkir erfiðleika við að nota og skilja mál vegna breytinga í málstöðvum heilans, sem eru aðallega í vinstra heilahveli.

**Framsagnartregða** (dysartria) er hreyfi-vandamál og stafar ekki af skertum málskilningi.

- **Meðvitundarstig.** Hve vakandi er sjúklingurinn? Er hann nægilega vakandi til þess að hægt sé að dæma um vitsmunagetuna?
- **Áttun og skilningur.** Á sjúklingurinn í erfiðleikum með að átta sig á tímanum, stað, eigin upplýsingum og sjúkdómi? Er hann með *gaumstol*?
- Má merkja á honum *sjúkdómsafneitun*?
- **Einbeiting og athygli.** Missir sjúklingurinn auðveldlega einbeitinguna? Á sjúklingurinn erfitt með að halda sér við efnið, t.d. við persónulega umhirðu? Virðist sjúklingurinn stundum vera úti á þekju?
- **Minni og námshæfni.** Gleymir sjúklingurinn athöfnum eða því sem ákveðið hefur verið? Gleymir hann t.d. hvar hluti er að finna? Á hann t.d. erfitt með að fylgja endurhæfingaráætlun þar sem hann gleymir inntaki hennar? Er sjúklingurinn með *verkstol*?
- **Skipulagning og lausn vandamála.** Er sjúklingurinn fær um að skipuleggja, framkvæma og meta verkefni sín? Að hafa yfirsýn? Einnig yfir margt samtímis? Er hann fær um að aðlaga og breyta athöfnum? Ræður hann við breytingar?
- **Persónuleiki.** Verður þess vart að sjúklinginn skorti tilfinningu fyrir aðstæðum? Að hann skorti samhygd og hæfileika til að finna til með öðrum? Sýnir sjúklingurinn oft hvatvísleg viðbrögð, eins og hann skorti sjálfstjórn?
- **Hraði hugsunar.** Hvernig virðist sjúklingurinn í samskiptum? Þarf hann sérstakan tíma og ró, t.d. til að svara spurningu? Sýnir sjúklingurinn frumkvæði?
- **Skynjun.** Trufanir á þessu sviði gera að verkum að sjúklingurinn er ófær um að umbreyta upplýsingum frá skynfærum, þ.e. um snertingu, hreyfingu, sjón, heyrn, lykt eða bragð þannig að hægt sé að ljá þeim merkingu og nýta. Þess í stað geta upplýsingar frá skynfærum verið uppspretta angistar þegar sjúklingurinn getur ekki túlkað þær.
- **Notkun tungumáls.** Er sjúklingurinn með *málstol* eða *framsagnartregðu*?

### Aðgerðir

Vitsmunalegar breytingar eru eitt af því erfiðasta sem sjúklingurinn og aðstandendur geta þurft að glíma við, enda geta þær hamlað tjáskiptunum sem skipta einmitt svo miklu máli þegar tekist er á við breyttar lífsaðstæður. Vitsmunaleg vandamál geta gert aðstandendum og heilbrigðisstarfsfólki illkleift að hafa sjúklinginn með í ákvarðanatöku og skipulagningu aðgerða.

Er hann nægi-  
vitsmunagetuna?  
um með að átta  
dómi? Er hann

eldlega einbelt-  
ið efnið, t.d. við  
lum vera úti á

fnum eða því  
luti er að finna?  
lun þar sem  
verksto?

rinn fær um að  
hafa yfirsýn?  
laga og breyta

rti tilfinningu  
eika til að  
sleg við-




mskiptum?  
urningu?

sjúklingur-  
færum, þ.e.  
þannig að  
geta upp-  
egar sjúk-

ða fram-

iklingurinn  
hamlað  
kist er á  
t aðstand-  
n með í

Sem sjúkraliði hefur þú mikilvægu hlutverki að gegna við að bregðast við og koma upplýsingum áfram um breytingar í hegðun sjúklingsins sem geta bent til breytinga á vitsmunastarfsemi. Hjá sjúklingi með vitsmunatruflanir felst verkefni þitt í að taka þátt í og fylgja eftir þeim áætlunum og markmiðum í endurhæfingu sjúklings sem sett eru í þverfaglegu samstarfi.

- Sjá meira um endurhæfingu vegna málstols í  Forvarnir og endurhæfing.
- Sjá meira um endurhæfingu sjúklings með skerta vitsmunastarfsemi í  Forvarnir og endurhæfing.
- Sjá meira um lífssögu og endurminningar í  Forvarnir og endurhæfing.

### Meginatriði kaflans

- Þú getur kynnst einstaklingum með taugasjúkdóm hvort sem er við skyndilega innlögn á spítala eða umönnun heima hjá þeim.
- Aðhlyningarþörf einstaklinga með taugasjúkdóm getur verið mjög mismunandi frá einum þeirra til annars.
- Einkenni taugasjúkdóms fara eftir því hvar í taugakerfinu sjúkdómurinn er.
- Margir sjúklinganna eiga við hreyfivanda að etja, t.d. lömum, skjálfta eða hreyfitregðu, og þeir geta því þurft á aðstoð að halda við ADL.
- Taugasjúkdómi geta fylgt skyndilegir eða langvinnir öndunarerfiðleikar.
- Mikilvægt er að sjúklingurinn fái öll nauðsynleg næringar-efni en það getur verið erfitt við að eiga ef hann á í vand-  
ræðum með að kyngja. Þá er honum hætt við vannæringu.
- Ef sjúklingur á við kyngingarörðugleika að stríða þarf að breyta þéttleika fæðunnar í samræmi við vandann. Hann getur þurft mjúka fæðu eða vökva með þykkingarefni.
- Sjúklingurinn getur einnig átt í erfiðleikum með þvaglát og hægðalosun. Þvaglátsvandamálin geta falist í þvagteppu, þvagrest eða þvagleka. Hægðavandamál eru fyrst og fremst hægðatregða eða vanstjórn á hægðum (hægðaleki).
- Vegna hreyfi- eða vitsmunatruflana getur sjúklingurinn verið ófær um að sinna munnhirðu svo að vel sé, en því fylgir minni vellíðan og aukin hætta á lungnabólgu.
- Margir taugasjúklingar eru þjakaðir af þreytu og verða fljótt örmagna. Að lokum búa margir þeirra við skerta vits-  
munastarfsemi, sem getur verið meira eða minna sýnileg.

- Algengar vitsmunatruflanir eru
  - Túlkunarstol (agnosia, erfiðleikar með að tengja saman skynjanir)
  - Málstol (aphasia, vandi með mál)
  - Gaumstol (neglect)
  - Athyglisruflanir
  - Minnisleysi (amnesia)
  - Verkstol (apraxia, erfiðleikar með verkframkvæmd)
  - Sjúkdómsafneitun (anosognosia).

## Ef þú vilt vita meira

Hjerneskeráðgjafningin. (2012). *Håndbog i neuropædagogik*. Odense Kommune og 8 øvrige fynske kommuner.

## Heimildir

- Andersen, G., Damgaard, D., Forchhammer, H.B. og Iversen, H. (ritstj.). (2012). *Apopleksi – sygdom, behandling og organisation*. Kaupmannahöfn: Munksgaard.
- Blicher Pedersen, B. (2005). *Apopleksi og livsstilsændring – at have en livsstil eller at føre et liv?* Kandidatspeciale, Syddansk Universitet.
- Christensen, D. og Zielke, S. (2000). Evidensbaserede kliniske retningslinjer. *Sygeplejersken*, 17, 50–57.
- Fødevarestyrelsen. (2009). *Anbefalinger for Den Danske Institutionskost*. (4. útg.) Kaupmannahöfn.
- Harder, I. (2000). I Virginia Hendersons fodspor. Sygepleje ud fra grundlæggende behov. *Sygeplejersken*, 44, 2.
- Kjærsgaard, A., Færgemann, K. og Møller Pedersen, B. (2004). *Mad og drikke med modificeret konsistens*, (2. útg.). Hammel Neurocenter.
- Klaringsrapport. (2001, nr. 11). *Vandladningsforstyrrelser ved neurologisk sygdom*. Vejledning til neurologer.
- Martinsen, B. og Harder, I. (2008). At få hjælp til at spise – en undersøgelse af rygmarvsskadedes oplevelser. *Sygeplejersken*, 24, 46.
- Scleroseforeningen. *Kognitive funktioner og multipel sclerose*.
- Soelberg Sørensen, P., Paulson, O.B. og Gjerris, F. (ritstj.). (2010). *Nervesystemets sygdomme – Neurologi for fysioterapeuter, ergoterapeuter og neurologisk personale*, (3. útg.). Kaupmannahöfn: Gads Forlag.
- Trapl, M., Enderle, P., Nowotny, M. o.fl. (2007). Dysphagia Bedside Screening for Acute-Stroke Patients. *Stroke*, 38, 2948–2952.