

Specyfika opieki pielęgniarzkiej nad pacjentem po udarze niedokrwiennym mózgu

Specificity of nursing care for a patient after ischemic stroke

Agnieszka Lamch

Wyższa Szkoła Zarządzania w Częstochowie

Streszczenie

Udary mózgu niezależnie od etiologii stanowią bardzo duży odsetek zachorowań wśród populacji ogólnoswiatowej. Właściwie prowadzone leczenie oraz późniejsza rehabilitacja zdecydowanie poprawiają stan chorego, a nawet pozwalają na powrót do pełnej sprawności. Analizując statystyki można bez wątplenia stwierdzić, że zwiększenie świadomości społeczności dotyczącej profilaktyki pierwotnej oraz wtórnej pozwoliłoby na zmniejszenie ilości zachorowań. Kształtowanie już w dzieciństwie i młodości prawidłowych nawyków żywieniowych, odpowiedniego stylu życia pozwala zmniejszyć ryzyko zachorowalności na wiele schorzeń.

Cel: Głównym celem było przedstawienie specyfiki opieki pielęgniarzkiej sprawowanej nad pacjentem po przebytych udarze niedokrwiennym mózgu w warunkach opieki domowej

Materiał i metody: Metodą badawczą zastosowaną w niniejszej pracy jest studium indywidualnego przypadku. Przeprowadzono wywiad pielęgniarzki z pacjentem oraz jej rodziną w celu określenia stanu bio-psycho-społecznego. Ze względu na trudności w komunikacji z chorym większą ilość informacji uzyskano od opiekunów nieformalnych pacjenta. Dokonano analizy dotychczasowej dokumentacji medycznej. Zastosowano szczegółową obserwację chorego w środowisku domowym w celu określenia potrzeb na świadczenia pielęgniarzkie.

Wyniki: Pacjent 76-letni po hospitalizacji w oddziale udarowym z powodu osłabienia kończyn lewych oraz utrudnionego kontaktu słownego. Chory po przebytych w październiku 2023 roku udarze niedokrwiennym półowiczym prawostronnym z afatycznymi zaburzeniami mowy.

Ponadto w wywiadzie choroba niedokrwienna serca, stan po CABG (16 lat temu), stan po implantacji kardio-stymulatora w 2022r, utrwalone migotanie przedsionków (w trakcie terapii dabigatranem). Dodatkowo stwierdzona złożona wada zastawki mitralnej (mała stenoza z umiarkowaną niedomykalnością zastawki trójdzielnej, nadciśnienie tętnicze, hiperlipidemia.

Wnioski: Edukacja rodziny w zakresie właściwej opieki

nad chorym pozwala na poprawę komfortu życia pacjenta oraz jego rodziny. Zauważana poprawa stanu zdrowia wynikająca z odpowiednio dobranej rehabilitacji zwiększa szanse chorego na powrót do pełnej sprawności fizycznej. Odpowiednio dobrany sprzęt medyczny nie tylko ułatwia opiekę nad chorym, ale zdecydowanie odciąża rodzinę. Edukacja zdrowotna całej rodziny pozwala na wprowadzenie profilaktyki wtórnej skierowanej dla pacjenta oraz profilaktyki pierwotnej dla członków rodziny.

Słowa kluczowe: udar niedokrwienny, edukacja rodziny, opieka długoterminowa, profilaktyka

Abstract

Strokes, regardless of their etiology, constitute a very large percentage of illnesses among the global population. Properly conducted treatment and subsequent rehabilitation significantly improve the patient's condition and even allow for a return to full fitness. Analyzing the statistics, it can be undoubtedly stated that increasing the awareness of the community regarding primary and secondary prevention would reduce the number of illnesses. Shaping proper eating habits and an appropriate lifestyle already in childhood and adolescence reduces the risk of illness from many diseases.

Aim: The main aim was to present the specificity of nursing care provided to a patient after an ischemic stroke in home care conditions

Material and methods: The research method used in this work is an individual case study. A nursing interview was conducted with the patient and her family in order to determine the bio-psycho-social state. Due to difficulties in communicating with the patient, more information was obtained from the patient's informal caregivers. The previous medical documentation was analyzed. Detailed observation of the patient in the home environment was used to determine the need for nursing services.

Results: A 76-year-old patient after hospitalization in the stroke unit due to weakness of the left limbs and difficult verbal contact. The patient had a right-sided ischemic stroke with aphasic speech disorders in October 2023.

In addition, the history included ischemic heart disease, condition after CABG (16 years ago), condition after implantation of a pacemaker in 2022, permanent atrial fibrillation (during dabigatran therapy). Additionally, a complex mitral valve defect was diagnosed (small stenosis with moderate tricuspid valve regurgitation, arterial hypertension, hyperlipidemia).

Conclusions: Educating the family about proper care for the patient allows for improving the quality of life of the patient and his family. The noticeable improvement in health resulting from appropriately selected rehabilitation increases the patient's chances of returning to full physical fitness. Properly selected medical equipment not only facilitates care for the patient, but also significantly relieves the family. Health education of the entire family allows for the introduction of secondary prevention directed at the patient and primary prevention for family members.

Keywords: ischemic stroke, family education, long-term care, prevention

Z danych wynika, że w samym 2022 roku odnotowano 73,9 tys. przypadków udaru niedokrwienego mózgu, gdzie 89,1% były epizodami pierwszorazowymi. Jako medianę wieku pacjentów NFZ podaje 73 lata, przy czym u kobiet jest to 77 lat, zaś u mężczyzn 70 rok życia. Dodatkowo coraz częściej udar niedokrwieny dotyka młodsze pokolenie do 54 roku życia. Śmiertelność pacjentów z tym rodzajem udaru wynosiła 23% (zgony nastąpiły w okresie do 90 dni od wystąpienia objawów udaru) [1].

Statystyki światowe wyglądają bardzo niepokojąco, gdyż badania przeprowadzone przez Health Metrics and Evaluation w 2019 roku (przed epidemią Covid-19) wskazują na 7,6 mln przypadków udaru niedokrwienego w skali ogólnoswiatowej, przy 3,3 mln osób zmarłych [1].

Przy tak zatrważających statystykach w Polsce od 2019 roku wprowadzony został pilotażowy program wskazujący sposób leczenia i postępowania w przypadku ostrej fazy udaru niedokrwienego z wykorzystaniem przezcewnikowej trombektomii mechanicznej. Wszyscy pacjenci po przebyciu udaru mózgu podlegają rehabilitacji, co pozwala im w dużym stopniu powrócić do poprzedniej sprawności fizycznej. Bardzo istotne jest wczesne wykrycie toczącego się udaru oraz odpowiednio dobrana metoda leczenia, co pozwala na większą przeżywalność pacjentów z ograniczeniem powikłań.

Skutki udaru

Wśród skutków udaru niedokrwienego naukowcy dostrzegają liczne zaburzenia krążeniowe, co prowadzi do zaburzeń rytmu i przewodnictwa serca, zaburzenia niedokrwienne w mięśniu sercowym oraz zaburzenia ciśnienia tętniczego [2]. W ramach takich zaburzeń bardzo często obserwowane jest kalectwo poudarowe, które obejmuje przede wszystkim zaburzenia motoryczne w postaci niedowładu bądź porażenia o różnym obrazie klinicznym. Stosunkowo często pojawia się spastyczność

mięśniowa a rzadziej samo obniżenie napięcia mięśniowego. Wymaga to długotrwałej rehabilitacji i niekiedy pacjent powraca do dawnej sprawności fizycznej.

Spastyczność występuje u około 25-43% chorych w okresie pierwszego roku od udaru, przy czym zdecydowanie częściej jest obserwowana w przypadku udaru krwotocznego. Wzrost napięcia mięśniowego dotyczy głównie mięśni antygravitacyjnych odpowiedzialnych za utrzymywanie prawidłowej postawy ciała (zginacze w kończynie górnej, prostowniki w kończynie dolnej). W przypadku badania fizykalnego obserwuje się przywódczenie kończyny górnej do klatki piersiowej, zaś kończyna dolna jest nadmiernie wyprostowana w obrębie stawu biodrowego oraz kolanowego. Stopa jest charakterystycznie ustawiona w pozycji końsko – szpotawej, stąd chód koszący [4].

Zaburzenia neurologiczne w bardzo istotny sposób utrudniają pacjentowi wykonywanie czynności dnia codziennego oraz wymagają długiej i żmudnej rehabilitacji. Dodatkowo zwiększają ryzyko upadków przez pacjenta w związku z zaburzeniami chodu.

Świadomość ograniczeń w funkcjonowaniu bezpośrednio wpływa na nastawienie psychiczne chorego, który sukcesywnie wycofuje się z pełnionych ról społecznych. Powstające zaburzenia psychiczne pod postacią depresji czy stanów lękowych mogą być obserwowane w każdej fazie udaru, jednak najczęściej uwidaczniają się kilka miesięcy po leczeniu. Niedowłady często korelują z odczuwaniem przez pacjenta bólu, niejednokrotnie wymuszając pozycję leżącą u chorego. Z kolei długotrwałe przebywanie w pozycji leżącej w łóżku czy też nadmierne przeciążenie układu kostno-stawowego podczas spędzania czasu w wózku inwalidzkim przyczynia się do zwiększenia ryzyka odleżyn.

W przypadku wystąpienia udaru w obrębie jądra podkorowego w wyniku udaru zatokowego u chorych widoczne są objawy Parkinsonizmu poudarowego w postaci mniej widocznych drżeń niż w samej chorobie Parkinsona, ale nie zmniejszających swojego nasilenia przy stosowaniu farmakoterapii.

Jeśli udar mózgu obejmował obie strony mózgu (zajęcie dróg korowo-opuszkowych biegnących do jąder nerwów V, VII, IX, X oraz XII) i miał niewielkie nasilenie może występować zespół rzekomoopuszkowy. Powoduje on u chorych zaburzenia połykania, przymusowy płacz i śmiech, zaburzenia mimiczne (hipermimia) oraz zaburzenia dyzartryczne. Dysfagia może występować u ponad 50% chorych w okresie ostrego udaru mózgu. W literaturze medycznej można spotkać się także z opisami zaburzeń praktyki oraz zaburzeń mózdkowych jako skutki udaru mózgu [3].

U 90% chorych dysfagia ustępuje samoistnie częściowo lub całkowicie w okresie od 2 do 4 tygodni od udaru.

W wyniku tego zaburzenia u pacjentów można obserwować niedożywienie bądź nadmierną utratę masy ciała. W takich przypadkach wskazane jest żywienie za pomocą sondy nosowo – żołądkowej jednak maksymalnie przez 6 tygodni lub z wykorzystaniem przezskórnej gastrostomii. W przypadku zaburzeń w połykaniu personel medyczny w ramach profilaktyki zachyłstowego zapalenia płuc wykonuje test połykania GUSS.

Zaburzenia zwieraczy dotyczą nawet 60% pacjentów w ostrej fazie udaru, zaś jako powikłanie w okresie pierwszego roku utrzymuje się u 15% chorych [4]. W związku z uszkodzeniem ośrodków odpowiedzialnych za kontrolę mikcji może dochodzić do powstania pęcherza neurogennego. Pacjenci mogą zgłaszać parcie na mocz, częstomocz oraz nietrzymanie moczu. W ostrej fazie udaru pacjentom zakładany jest cewnik Foley'a, który należy utrzymywać stosunkowo krótko, o czym decyduje lekarz prowadzący pacjenta.

Oprócz neurologicznych powikłań udaru mózgu występują także uszkodzenia narządowe, do których należy zaliczyć [6]:

- powikłania płucne w tym zapalenie płuc występujące w okresie do 36 godzin od udaru dokonanego, w dużej mierze spowodowane aspiracją, wynikającą z niemożności utrzymania drożności dróg oddechowych u pacjentów po udarze,
- zespół ostrej niewydolności oddechowej – najczęściej w wyniku aspiracji treści pokarmowej do płuc, co związane jest z zaburzeniami połykania,
- niedotlenienie z wynikiem SpO₂ poniżej 90% zwłaszcza w pierwszych godzinach po przyjęciu do szpitala,
- zaburzenia w układzie sercowo – naczyniowym spowodowane zmianami w szlakach autonomicznych i neurohormonalnych zaangażowanych w kontrolę czynności sera,
- zmiany w obrazie EKG obejmujące odwrócenie załamka T, uniesienie lub obniżenie odcinka ST, pionowe załamki T i patologiczne załamki Q, co sprzyja niedokrwiennemu uszkodzeniu mięśnia sercowego,
- ostre uszkodzenie nerek, powikłania wątrobowe – zmienia się metabolizm glukozy i białek biorących udział w syntezie insuliny, zmniejszeniu ulega hormon wzrostu w wątrobie. Uszkodzenie wątroby wywołane udarem i dysfunkcja hepatocytów są związane z zaburzeniami metabolicznymi, zmniejszeniem liczby wątrobowych czynników transkrypcyjnych i upośledzeniem funkcji układu odpornościowego.
- powikłania endokrynologiczne – może występować u chorych niedoczynność przedniego płata przysadki mózgowej powodując niewydolność nadnerczy.

Nowoczesne metody leczenia

Ośrodki udarowe bądź oddziały udarowe zajmują się leczeniem pacjentów po udarach różnej etiologii. Obecnie jeszcze w niektórych ośrodkach stosowana jest metoda trombolizy, która pozwala rozpuścić powstałe w świetle tętnicy zakrzep z zastosowaniem rtPa lub streptokinazy.

Celem takiego leczenia jest przywrócenie drożności w naczyniach krwionośnych. Do niedawna była metodą pierwszego wyboru, jednak nie może być stosowana u wszystkich pacjentów z udarem niedokrwiennym. Wykluczenia zgodnie z zaleceniami European Society of Cardiology obejmują przeciwwskazania bezwzględne i względne [7]. Do pierwszych zaliczono między innymi przebyte różnego rodzaju udary w tym niedokrwienny w okresie ostatnich sześciu miesięcy, uraz lub nowotwór OUN, przebytą operację, uraz głowy w ostatnich 3 tygodniach, krwawienie z przewodu pokarmowego w ciągu ostatniego miesiąca, zaburzenia krzepnięcia, tętniaki rozwarstwiające aorty. Do przeciwwskazań względnych należą: TIA w ciągu ostatnich sześciu miesięcy, stosowanie leków przeciwkrzepliwych, pierwszy tydzień połogu, RKO pourazowa, nadciśnienie tętnicze odporne na działanie farmakoterapię z utrzymującym się ciśnieniem skurczowym powyżej 180 mm Hg, zaawansowane choroby wątroby, wirusowe zapalenie wsierdzia oraz czynna choroba wrzodowa.

Fibrynoliza dotętnicza przy zastosowaniu jej do 6 godzin od pierwszych objawów udaru niedokrwiennego, zwiększa szanse pacjenta na powrót do zdrowia, jednak żadne wytyczne nie określają jednoznacznie dawki jaką należy zastosować.

Do zdecydowanie nowszych metod należy zaliczyć leczenie wewnątrznaczyniowe – endowaskularne w ostrej fazie udaru niedokrwiennego. Polega ono na cewnikowym usunięciu z naczynia krwionośnego zakrzepu poprzez wykonanie zabiegu z wykorzystaniem dostępu przez tętnicę udową. Bardzo często metoda ta jest określana mianem trombektomii mechanicznej. Zastosowanie jej jest możliwe nawet do 6,5 godziny od pierwszych objawów udaru. Wykonanie takiego zabiegu możliwe jest tylko w placówkach, ponieważ wymaga to zaangażowania większej ilości specjalistów z różnych dziedzin medycyny takich jak: neurolog, radiolog interwencyjny, neurochirurg, anestezjolog, pielęgniarka anestezjologiczna oraz radiologiczna. Najczęściej stosuje się trombektomię mechaniczną u pacjentów z przeciwwskazaniem do trombolizy dożylną lub niedrożnością dużych naczyń a także u chorych bez efektu leczniczego po rt-Pa.

Pacjentom kwalifikującym się do tej metody leczenia należy wykonać badanie angio-TK, aby dokładnie zlokalizować skrzeplinę, badania laboratoryjne oraz TK w celu wykluczenia krwawienia. Kryteria kwalifikacji do tego zabiegu są bardzo precyzyjne oraz szczegółowe, zgodnie z wytycznymi towarzystw medycznych w których zawarto między innymi takie zalecenia:

- świeży udar niedokrwienny bez reakcji na farmakologię,
- niedrożność tętnicy szyjnej lub bliższego odcinka tętnicy środkowej mózgu powodującej udar,
- ograniczenie dotyczące wieku powyżej 18 roku życia,
- wynik w skali NIHSS ≥ 6 ,
- wynik w skali ASPECTS ≥ 6 .

Skala ASPECT ma zakres od 0 do 10 punktów, przy czym 10pkt. informuje o prawidłowym przepływie mózgowym bez cech niedokrwienia. Wyniki w tej skali powyżej 8pkt informują o lepszym stanie klinicznym pacjenta oraz zmniejszają ryzyko powikłań podczas leczenia trombolitycznego. Niska punktacja wynika z zatorów na odcinku tętnicy szyjnej wewnętrznej, wtedy rokowanie jest niepomyślne [8].

Wśród wielu wykluczeń do tego zabiegu zalicza się: krwawienia śródmózgowe, czas powyżej 6 godzin od pierwszych objawów, hipoglikemia, RR skurczowe powyżej 185 mmHg lub rozkurczowe powyżej 110 mmHg, leczenie heparyną w ostatnich 24 godzinach.

Obecnie uznaje się ten rodzaj leczenia za najbardziej skuteczny w przypadku udaru niedokrwinnego. Pozwala w największym stopniu zminimalizować powikłania oraz deficyty neurologiczne u pacjentów, przez co mają najlepsze rokowania powrotu do całkowitej sprawności fizycznej.

W Polsce pilotażowy program leczenia z zastosowaniem trombektomii mechanicznej został wprowadzony w 2018 roku, jednak zbyt mało wykwalifikowanych operatorów trombektomii powoduje wykonywanie zaledwie 14,7% zabiegów u pacjentów udarowych. Prawdopodobnie pomocne w odpowiedniej edukacji lekarzy – operatorów będą wytyczne WIST, które w sposób precyzyjny ukazują ścieżkę edukacyjną dla przyszłych operatorów, co zwiększy dostępność zabiegów dla pacjentów [7].

Rokowanie po udarze mózgu

Rokowanie u pacjentów po udarze niedokrwinnym mózgu uzależnione jest od kilku przesłanek, mianowicie [9]:

- czasu w którym zostało rozpoczęte leczenie,
- rozległości obszaru niedokrwinnego mózgu,
- oceny wielkości deficytu neurologicznego,
- stanu poszczególnych układów człowieka.

Na rokowania wpływają także przyczyny udaru oraz schorzenia współistniejące takie jak: miażdżyca, choroby metaboliczne w tym cukrzyca oraz ogólny stan układu krążeniowego.

Prognozowanie ubytków neurologicznych oraz następstw udaru jest niezwykle trudne zwłaszcza w okresie pierwszych trzech dni leczenia. Jeśli uszkodzenie mózgu zlokalizowano w obrębie ukrwienia przez tętnicę szyjną wewnętrzną to rokowanie jest niekorzystne dla pacjenta. Dodatkowo występująca utrata przytomności (senność, sopor, śpiączka) oraz zaburzenia czucia są niekorzystne w prognozowaniu długoterminowym, gdyż oznaczają uszkodzenia nie tylko półkul mózgowych lecz także pnia mózgu. Uszkodzenia ogniskowe o małym nasileniu i obszarze nawet u seniorów pozwalają na przeżycie wielu lat bez widocznych następstw udaru. Niestety zaburzenia motoryczne spowodowane udarem wraz z wiekiem pacjenta będą się nasilać prowadząc do kalectwa.

W wyniku miejscowego niedokrwienia chory może samodzielnie poruszać się a także siadać i stać. Z kolei rozlane niedokrwienie diagnozowane jest jeśli pacjent nie może sterować osią ciała [9].

W przypadku leczenia trombolitycznego prognozowanie jest najlepsze dla pacjentów, jednak z uwagi na liczne przeciwwskazania oraz brak odpowiednio przeszkolonego personelu medycznego zabiegi te są zdecydowanie zbyt rzadko stosowane.

Dość często wśród farmaceutyków podawanych pacjentom jest kwas acetylosalicylowy, który zmniejsza ryzyko śmiertelności oraz niepełnosprawności.

Przy odpowiedniej rehabilitacji zarówno fizjoterapeutycznej jak i neurologopedycznej stan zdrowia pacjenta oraz jakość życia ulegną znacznej poprawie.

W przypadku wystąpienia zaburzeń oddechowych u pacjenta w trakcie ostrej fazy udaru ryzyko zgonu okołoudarowego jest bardzo wysokie, należy wdrożyć procedury prawidłowej wentylacji, co przy okazji zapobiega zachłyśnięciu treścią pokarmową [10].

Wystąpienie dysfagii poudarowej przyczynia się do zwiększonego ryzyka zachłystowego zapalenia płuc, stąd tak ważne jest wykonywanie testów zaburzeń połykania.

Należy nadmienić, że w przypadku zaburzeń neurologicznych u pacjentów bardzo często występują deficyty w zaspokajaniu potrzeb życia codziennego, dlatego tak bardzo istotne jest wsparcie najbliższych oraz pomoc specjalistów.

Rehabilitacja następstw schorzenia

Rehabilitacja rozpoczęta w pierwszych dniach po udarze przynosi najwięcej oczekiwanych efektów, warto zaznaczyć, że nie należy jej rozpoczynać w pierwszych 24 godzinach od epizodu u chorych którzy nie mogą poruszać się samodzielnie ani z pomocą osób drugich.

Początkowa rehabilitacja odbywa się już w ramach pobytu na oddziale udarowym, następnie w oddziałach rehabilitacyjnych, szpitalnych lub dziennych.

W powrocie do sprawności choremu pomagają zespół specjalistów w zależności od spowodowanych ubytków w wyniku udaru. Mogą to być zarówno fizjoterapeuci, neurologopedzi, psychologowie.

Chory ma zapewnioną fizjoterapię, która ma poprawić siłę mięśniową i koordynację ruchową .

Zadaniem rehabilitacji jest pobudzenie neuroplastyczności mózgu do tworzenia nowych połączeń nerwowych. Stosowane są metody Kabata, Bobatha, Brunnstroma oraz wymuszenia ruchu. Ćwiczenia te wymagają wielogodzinnej pracy z terapeutą, co pozwala osiągnąć zakładane

korzyści dla pacjenta. Taka odbudowa neuronów może trwać nawet latami jednak przy intensywnym i stałym treningu motorycznym możliwa jest prawie całkowita poprawa stanu zdrowia [11].

Najchętniej stosowaną metodą rehabilitacji przez fizjoterapeutów jest metoda Bobath polegająca na stosowaniu głośnych komend po których chory ma wykonywać ćwiczenia chorą kończyną, tak by zapobiegać jej wiotkości. Praca polega na ułatwieniu reakcji wyprostnych porażonej kończyny. Fizjoterapeuci wprowadzają ćwiczenia równoważne z pozycji bardzo niskich do wysokich oraz ćwiczenia propriocepcji. W kolejnych fazach dobiera się tak ćwiczenia, by zapobiec spastyczności stawów porażonej kończyny. Dodatkowo z chorym wykonywane są ćwiczenia w zamkniętych oraz otwartych łańcuchach kinematycznych, zwłaszcza ćwiczenia mięśni tułowia pomagających w stabilizacji pacjenta. Kolejna faza ćwiczeń w tej metodzie pozwala na wykonywanie ruchów całym ciałem z wykorzystaniem wszystkich kończyn za pomocą podpórek. Ostatnim elementem są ćwiczenia ręki pozwalające osiągnąć maksymalną funkcjonalność. Kolejne ćwiczenia pomagają zachować płynność wykonywanych ruchów [12].

W zależności od stopnia uszkodzenia wdraża się ćwiczenia ukierunkowane na poprawę funkcji chodu, równowagę ciała, powrót czucia głębokiego oraz przywrócenie sprawności porażonej kończyny. Wśród stosowanych ćwiczeń wykonywane są także ćwiczenia normalizujące napięcia mięśniowe przy jednoczesnym zwiększaniu siły mięśni i tolerancji na wysiłek.

Istotnym problemem w terapii jest nietrzymanie moczu przez pacjentów po udarach, ale dzięki odpowiednim ćwiczeniom problem ten zostaje zniwelowany. Pomocna w tym zakresie jest elektrostymulacja porażonych grup mięśniowych.

W bardziej zaawansowanych ośrodkach rehabilitacyjnych możliwe jest wykorzystanie inżynierii biomedycznej do celów rehabilitacyjnych. Zastosowanie mają wtedy bieżnie ruchome, platformy o stabilnym i niestabilnym podłożu a także roboty rehabilitacyjne. Zastosowanie wspomnianych bieżni pozwala pacjentom zwiększyć siłę mięśniową oraz wydolność fizyczną [13]

Dodatkowo podczas usprawniania mięśni porażonych można stosować zapisy potencjałów elektrycznych generowanych przez poszczególne partie mięśniowe. W kręgach specjalistycznych jest on nazywany elektromiograficznym biofeedbackiem i można go łączyć z ortezami pacjentów, co w efekcie końcowym zdecydowanie skraca czas rehabilitacji.

W ramach nowoczesnej rehabilitacji na świecie są już wykorzystywane roboty rehabilitacyjne zapewniające pacjentom kompletny oraz powtarzalny wzorzec chodu. Dodatkowo podczas takich ćwiczeń pacjent jest bar-

dziej zabezpieczony przed upadkiem niż w przypadku rehabilitacji tradycyjnej. Niestety taki rodzaj ćwiczeń wymaga od pacjenta między innymi dobrej tolerancji wysiłkowej, dobrego stanu ogólnego, braku zaburzeń ortostatycznych oraz padaczki.

Do mniej zaawansowanych metod rehabilitacji stosowanej u pacjentów po udarze niedokrwiennym z możliwością wykonywania ich nawet w POZ zalicza się [5]:

- kinezyterapię,
- fizjoterapię,
- psychoterapię,
- rehabilitację zawodową i społeczną.

U pacjentka przebywającego jeszcze w łóżku można zastosować ćwiczenia bierne oraz oddechowe. W przypadku braku możliwości wcześniejszego rozpoczęcia rehabilitacji wskazane jest jak najczęstsze zmienianie pozycji ciała co zapobiega nie tylko odleżynom ale także przykurczom mięśniowym.

Należy pamiętać, że pacjent po udarze może odczuwać dolegliwości bólowe porażonej kończyny, jednak przy zastosowaniu zabiegów cieplnych lub pola magnetycznego możliwa jest redukcja dolegliwości, zaś dodatkowo poprawie ulega utlenowanie tkanek. Zabiegi fizykalne w postaci masażu wirowego lub podwodnego pozwalają na rozluźnienie poszczególnych partii mięśniowych.

W przypadku zaistniałej spastyczności mięśni po epizodzie udarowym bardzo często stosuje się terapię TENS (impulsy o niskiej częstotliwości) lub prądy Traberta (jednokierunkowe). Zastosowanie z kolei krioterapii bądź ultradźwięków przed ćwiczeniami zmniejsza dolegliwości bólowe podczas rehabilitacji [13].

Cel

Głównym celem było przedstawienie specyfiki opieki pielęgniarskiej sprawowanej nad pacjentem po przebytym udarze niedokrwiennym mózgu w warunkach opieki domowej

Metoda badawcza

Metodą badawczą zastosowaną w niniejszej pracy jest studium indywidualnego przypadku. Jako pierwsze działania przed ustaleniem deficytów u chorego zgodnie z metodologią badań w pielęgniarstwie przeprowadzono [14]:

- Wywiad pielęgniarski z pacjentem oraz jej rodziną w celu określenia stanu bio – psycho – społecznego. Ze względu na trudności w komunikacji z chorym większą ilość informacji uzyskano od opiekunów nieformalnych pacjenta.
- Analizę dotychczasowej dokumentacji medycznej.
- Badanie podmiotowe i przedmiotowe za zgodą chorego.
- Zastosowano szczegółową obserwację chorego w jego naturalnym domowym środowisku w celu określenia potrzeb na świadczenia pielęgniarskie.

Organizacja przebiegu badań

Badanie oraz obserwację środowiska zamieszkania pacjenta przeprowadzono przez 3 kolejne dni, natomiast plan opieki indywidualnej realizowano przez 10 kolejnych dni.

Chory został poinformowany o poufności danych wrażliwych w przypadku zgody na przeprowadzenie badania oraz realizację planu opieki. Dodatkowo pacjent wraz z rodziną został poinformowany o możliwości przerwania prowadzonego badania bez podania przyczyny przez obie strony. Uzyskano pisemną zgodę pacjenta na udział w badaniu. Chory udostępnił dobrowolnie swoją dokumentację medyczną wykorzystaną na potrzeby niniejszej pracy.

W opracowanej pracy przedstawiono przypadek 76-letniego pacjenta, u którego w październiku 2023 roku został zdiagnozowany udar niedokrwienny mózgu z niedowładem połowicznym.

Pacjent był hospitalizowany w oddziale neurologii z pododdziałem udarowym w szpitalu w Częstochowie. Po hospitalizacji chory został skierowany do opieki domowej, gdzie nadzór lekarsko – pielęgniarski miał być sprawowany przez Przychodnię Rejonową.

Analiza przypadku

Pacjent 76-letni po hospitalizacji w oddziale udarowym z powodu osłabienia kończyn lewych oraz utrudnionego kontaktu słownego. Chory po przebytych w październiku 2023 roku udarze niedokrwiennym połowicznym prawostronnym z afatycznymi zaburzeniami mowy.

Ponadto w wywiadzie choroba niedokrwienna serca, stan po CABG (16 lat temu), stan po implantacji kardio-stymulatora w 2022r, utrwalone migotanie przedsionków (w trakcie terapii dabigatranem). Dodatkowo stwierdzona złożona wada zastawki mitralnej (mała stenoza z umiarkowaną niedomykalnością zastawki trójdzielnej, nadciśnienie tętnicze, hiperlipidemia.

Podczas hospitalizacji pacjent przytomny, stwierdzano zaburzenia mowy afatyczno-dystryczne oraz niedowład połowiczny lewostronny III/IV stopień Lovetta NIHSS 7pkt Sk Rankin 3pkt.

W TK mózgowia różnoczasowe obszary niedokrwienne w lewym płacie ciemieniowym w okolicy ciemieniowo – potylicznej, prawej półkuli mózgu, w istocie białej w okolicy rogów czołowych komór bocznych mózgu oraz zmiany atroficzne. W okolicy ciemieniowej w warstwach od środkowokomorowych do nadkomorowych widoczna jest duża zmiana hipodensyjna o gęstościach płynowych. W zakresie istoty białej i szarej mózgu odpowiadająca „starej” zmianie niedokrwiennej w zakresie unaczynienia tętnicy środkowej mózgu lewej. W okolicy potylicznej – ciemieniowej w warstwach od dolno do górnokomorowych widoczna jest duża zmiana hipodensyjna o gę-

stościach płynowych odpowiadająca wcześniejszemu niedokrwieniu w zakresie unaczynienia tętnicy środkowej mózgu prawej. Zaniki korowe mózgowia. Drobne i pojedyncze ogniska naczyniopochodne w istocie białej i podkorowo obustronne.

Ultrasonograficznie obraz w Angio TK stwierdzono krytyczne zwężenie początkowego odcinka prawej ICA oraz istotne zwężenie lewej VA w odcinku śródczaszkowym, poza tym w pozostałych tętnicach domózgowych blaszki miażdżycowe bez znaczenia hemodynamicznego.

Przeprowadzono konsultację chirurga naczyniowego. Chory po wyrażeniu zgody na zabieg rekonstrukcji zakwalifikowany do operacji implantacji stentu do RICA-CAS RICA. Wyznaczono termin przyjęcia do Oddziału Chirurgii Naczyniowej.

W przeprowadzonym badaniu EKG: rytm ze stymulatora 60/min-stymulacja skuteczna.

W holterowskim pomiarze wartości ciśnienia nie odbiegają od normy przy zastosowaniu farmakoterapii.

W UKG niewielkie pogorszenie parametrów echokardiograficznych-EF 46%, większa niedomykalność zastawki mitralnej.

W badaniach morfotycznych nie stwierdzono u pacjenta odchyleń od normy.

Chory ma zlecone do stałego stosowania następujące leki:

Eteksylan dabigatranu (Pradaxa) 150mg	1 - 0 - 1
Bisoprololi fumaras (Bisocard) 5mg	1 - 0 - 1
Spironolactorum (Spironol) 25mg	1 - 0 - 1
Ramiprilum (Vivace) 2,5mg	1 - 0 - 0
Atorvastatinum (Atorvasterol) 10mg	0 - 0 - 1
Piracetamum (Memotropil) 1,2g	1 - 1 - 0

Chory wypisany do domu z zaleceniem dalszego leczenia ambulatoryjnego.

Przed opracowaniem planu indywidualnej opieki w asyście pielęgniarki opieki długoterminowej dokonano oceny stanu bio-psycho-społecznego a także przeprowadzono badanie fizykalne.

Proces pielęgnowania

W ramach opracowania indywidualnego procesu pielęgnowania należy dobrać odpowiednie metody działania, które poprawią jakość i komfort życia pacjenta. Edukacja przeprowadzona dla opiekunów nieformalnych pacjenta ma za zadanie ukazać im właściwą opiekę i pielęgnację przy jednoczesnym mniejszym obciążeniu dla własnego zdrowia.

Podstawowe dane o pacjencie: lat 76, żonaty, dwoje dorosłych dzieci, trójka wnucząt, wykształcenie zawodowe, emeryt. Mieszka z żoną w małej miejscowości pod Częstochową, w parterowym budynku z lat 80.

Stan ogólny

- stan świadomości: przytomny, w utrudnionym kontakcie słowno – logicznym, okresowo zorientowany co do miejsca i czasu.
- sposób poruszania się: chory nie przemieszcza się samodzielnie, czas spędza w łóżku ze względu na porażenie lewostronne oraz osłabioną siłę mięśniową w kończynach prawych. Rodzina nie zapewniła jeszcze wózka inwalidzkiego umożliwiającego przemieszczanie chorego.
- stan higieniczny: skóra czysta, nadmiernie sucha. Zaczerwienie w obrębie powłok skórnych w okolicy obu pośladków oraz kości ogonowej, spowodowane zbyt długim unieruchomieniem oraz brakiem zmian pozycji ułożeniowych.

Ocena samodzielności pacjenta wg skali Barthel: ustalono deficyty w zakresie:

- spożywania posiłków – chory potrzebuje pomocy 5 pkt,
- przemieszczania się 0 pkt – nie jest w stanie,
- utrzymania higieny osobistej 0 pkt – potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych,
- korzystanie z toalety- 0 pkt – zależny,
- mycie, kąpiel całego ciała – 0 pkt zależny,
- poruszanie się po powierzchniach płaskich – 0 pkt – nie porusza się,
- wchodzenie i schodzenie po schodach – 0 pkt – nie jest w stanie,
- ubieranie się i rozbieranie – 0 pkt – zależny,
- kontrolowanie stolca- 5 pkt – czasami popuszcza,
- kontrolowanie moczu – 5 pkt czasami popuszcza.

Pacjent w skali Barthel uzyskał tylko 15 pkt na 100 możliwych co świadczy o pełnej zależności od osób trzecich.

Pacjent uskarża się na dolegliwości bólowe w obrębie powłok skóry pośladków. W skali Norton do oceny ryzyka rozwoju odleżyn chory uzyskał 9 pkt, na 24 pkt. Wynik pozwala ocenić duże ryzyko powstania odleżyn. W chwili badania zaczerwienienie na pośladkach oraz kości ogonowej zgodnie z klasyfikacją EPUAP (Europejskiego Panelu Doradczego ds. Odleżyn) kwalifikuje się do I stopnia, w którym uwzględnione zostaje nieblednące zaczerwienienie sprawiające dolegliwości bólowe.

Emocjonalnie chory ma zdecydowanie obniżony nastrój, do czego przyczyniają się trudności w wymowie. Chory ma problemy ze snem nocnym z powodu dolegliwości bólowych oraz nadmiernej senności podczas dnia.

Ocena poszczególnych układów

Układ krążenia:

- tętno: cechy miarowe 62 ud/min,
- prawidłową wydolność serca wspomaga kardiostymulator,

- RR: prawidłowe o wartości 138/78 mmHg, rytm serca: zatokowy.

Układ oddechowy:

- oddech prawidłowy (14 oddechów na minutę) do pomiaru tylko w spoczynku,
- kaszel i duszności chory neguje.

Układ pokarmowy

- łaknienie: obniżone,
- sposób odżywiania: doustnie przy pomocy osób trzecich,
- wydalanie: prawidłowe, sporadycznie niekontrolowane wypróżnienia,
- wzrost i waga pacjenta: 168cm, waga 64kg.

Układ moczowy:

- diureza: prawidłowa,
- sposób wydalania moczu: fizjologiczny, okresowe niekontrolowane mikcje.

Układ nerwowy

- orientacja auto i allopsychiczna okresowo zaburzona,
- czucie powierzchowne i czucie głębokie: zaburzone w kończynach lewej strony, umiarkowanie obniżone po stronie prawej,
- mowa: niezrozumiała,
- pamięć: zaburzona, okresowo poprawa

Układ kostno-mięśniowy

- postawa ciała: prawidłowa,
- przykurcze: w obrębie stawów kończyn lewych,

Układ mięśniowy

- napięcie i siła mięśniowa zdecydowanie osłabiona po stronie prawej, brak siły mięśniowej po stronie lewej,
- sprawność kończyn: ograniczona po stronie prawej, bez cech sprawności po stronie lewej.

Narządy zmysłów

- wzrok: osłabiony, stosownie do wieku,
- słuch: osłabiony.

Ze względu na deficyt w zakresie samoobsługi i samopielęgnacji oraz trudności w komunikacji u chorego, 70 letnia żona sprawuje nad nim opiekę. Dzieci pacjenta pracują zawodowo i tylko sporadycznie mogą pomagać w opiece nad pacjentem. Małżonka nadzoruje stosowanie farmakoterapii oraz wykonuje systematyczne pomiary ciśnienia tętniczego krwi, co odnotowuje w dzienniczku kontrolnym. Ze względu na swoje schorzenia i stosowny wiek nie jest w stanie samodzielnie przemieszczać pacjenta z łóżka ani zmieniać mu pozycji ułożeniowej, co naraża go na ciągłe przebywanie w łóżku

Problemy pielęgnacyjne

Podczas opieki nad pacjentem stwierdzono liczne deficyty, dla których opracowano indywidualny plan opieki, który systematycznie wdrażano oraz zmieniano w zależności od potrzeb chorego. Wśród diagnoz wyodrębniono między innymi:

Diagnoza pielęgniarska 1: Deficyt w zakresie samoopieki i samopielęgnacji jako następstwo niedowładu połowicznego.

Cel: Zaspokojenie potrzeb dnia codziennego u chorego.

Działania pielęgniarskie:

- ocena stopnia niesprawności pacjenta,
- pomoc przy codziennej toalecie ciała z jednoczesnym zabezpieczeniem powłok skórnych przed nadmiernym wysuszeniem,
- pomoc podczas spożywania posiłków,
- zapewnienie bezpieczeństwa w łazience, toalecie,
- zwiększenie samodzielności poprzez korzystanie ze sprzętu pomocniczego,
- zapewnienie intymności podczas korzystania z toalety czy kąpieli,
- pomoc przy zmianie odzieży oraz bielizny osobistej,
- angażowanie chorego do ćwiczeń biernych,
- edukacja rodziny związana ze sposobami opieki nad chorym.

Ocena podjętych działań: Deficyty samoopieki oraz samopielęgnacji zostały u chorego zaspokojone.

Diagnoza pielęgniarska 2: Trudności w komunikacji z otoczeniem wynikające z dyzartii.

Cel: Ułatwienie komunikacji.

Działania pielęgniarskie:

- zachęcanie chorego do kontaktu z otoczeniem,
- stosowanie form komunikacji pozawerbalnej,
- uważne słuchanie wypowiedzi pacjenta,
- wypowiadanie prostych poleceń z jednoczesnym poparciem gestem,
- okresowa kontrola zmysłu wzroku i słuchu,
- utrzymywanie kontaktu wzrokowego z chorym,
- edukacja rodziny o sposobach komunikacji z pacjentem.

Ocena podjętych działań: Pacjent stara się wypowiadać pojedyncze sylaby, sporadycznie można zrozumieć wypowiadane treści.

Diagnoza pielęgniarska 3: Trudności ze zmianą pozycji zwiększające ryzyko powstania odleżyn.

Cel: Ułatwienie zmian pozycji w łóżku. Prowadzenie profilaktyki p. odleżynowej.

Działania pielęgniarskie:

- regularne zmiany pozycji ciała, nie rzadziej niż co 2 godziny,
- zapewnienie dostępu do łóżka chorego z co najmniej trzech stron,
- wdrażanie rodziny do profilaktyki p. odleżynowej,
- zorganizowanie dostępu do środków ortopedycznych w postaci materaca p. odleżynowego,
- stosowanie wałków oraz innych udogodnień zabezpieczających pozycję ciała,
- zapobieganie powikłaniom zatorowo-zakrzepowym,
- zapobieganie wystąpieniu przykurczy, deformacji stawów.

Ocena podjętych działań: Trudności ze zmianą pozycji ciała zostały zniwelowane przy współdziałaniu rodziny chorego.

Diagnoza pielęgniarska 4: Dolegliwości bólowe w obrębie powłok skórnych okolicy kości ogonowej oraz pośladków wynikająca z występującej odleżyny.

Cel: Zmniejszenie dolegliwości bólowych, eliminacja odleżyny.

Działania pielęgniarskie:

- ocena stanu powłok skórnych,
- ocena odleżyny wg skali np. Torrance'a ,
- pobranie wymazu z rany odleżynowej do badania bakteriologicznego, wdrożenie antybiotyku zgodnie z antybiogramem,
- stosowanie farmakoterapii zmniejszającej dolegliwości bólowe zgodnie z zleceniem lekarskim,
- codzienna toaleta ciała wraz ze stosowaniem środków higienicznych o pH 5,5,
- regularne natłuszczanie powłok skórnych z oceną jej nawodnienia,
- zwiększenie spożycia wody do poziomu ok. 2 litrów dziennie,
- częste wietrzenie powłok skórnych,
- zastosowanie opatrunków dedykowanych leczeniu odleżyn, zgodnie ze skalą,
- wprowadzenie w diecie większej ilości białka,
- ocena stanu klinicznego pacjenta- odżywienia, nawodnienia, awitaminozy/WitC/, niedoborów cynku, magnezu, obniżenia hematokrytu, stężenia glukozy,
- okresowe zastosowanie pieluchomajtek w celu utrzymania odpowiedniego poziomu wilgotności powłok skórnych,
- częste wietrzenie pomieszczenia w którym przebywa chory.

Ocena podjętych działań: Ból u chorego został zniwelowany.

Diagnoza pielęgniarska 5: Brak możliwości samodzielnego spożywania posiłków wynikający z niedowładów oraz osłabienia siły mięśniowej.

Cel: Zaspokojenie potrzeby spożywania pokarmów, poprawa samodzielności podczas spożywania posiłków.

Działania pielęgniarskie:

- dostosowanie odpowiedniej podaży wartości energetycznych,
- zapewnienie odpowiedniego mikroklimatu spożywania posiłków,
- dostosowanie posiłków do możliwości i preferencji smakowych chorego,
- podawanie posiłków o odpowiedniej porze dnia i temperaturze,
- pomoc w samodzielnym utrzymaniu sztućców w dłoni prawej,
- edukacja rodziny z zakresu dostosowywania posiłków w zależności od stanu pacjenta,
- toaleta jamy ustnej po każdorazowym posiłku.

Ocena podjętych działań: Pacjent chętnie spożywa różnorodne posiłki w ilościach pozwalających na prawidłową przemianę materii i funkcjonowanie perystaltyki jelit. Rodzina wyedukowana chętnie pomaga pacjentowi.

Diagnoza pielęgniarska 6: Trudności w zaspokajaniu potrzeby snu wynikająca z zaburzeń rytmu dzień noc.

Cel: Zapewnienie komfortu snu nocnego.

Działania pielęgniarskie:

- zminimalizowanie bodźców w godzinach wieczornych, min 90 min przed snem,
- zapewnienie zajęcia w ciągu dnia w celu eliminacji drzemek,
- dostosowanie odpowiedniego mikroklimatu pomieszczenia przed snem,
- zadbanie o czystą pościel i odzież osobistą,
- konsumpcja ostatniego posiłku minimum 2 godziny przed snem,
- zastosowanie pieluchomajtek zapewniających komfort skóry,
- ewentualna podaż leków ułatwiających zasypianie jeśli zostaną zlecone przez lekarza,
- wyjaśnienie rodzinie potrzeby wyciszenia chorego w godzinach wieczornych.

Ocena podjętych działań: Pacjent zdecydowanie lepiej przesypia noc, zniwelowano drzemki w ciągu dnia. Użytko prawidłowy rytm snu i czuwania.

Diagnoza pielęgniarska 7: Zaburzenia myślenia oraz orientacji wynikające z istoty choroby.

Cel: Poprawa orientacji oraz myślenia.

Działania pielęgniarskie:

- ocena stanu psychicznego oraz emocjonalnego pacjenta,
- stosowanie zleconej farmakoterapii,
- okazywanie wsparcia oraz zapewnienie poczucia bezpieczeństwa,
- przekazywanie informacji o czasie i miejscu pobytu chorego,
- zastosowanie regularności czynności dnia codziennego,
- unikanie zmian w najbliższym otoczeniu, przypomnienie daty. umieszczenie zegara ściennego, kalendarza w pokoju pacjenta,
- systematyczne utrwalanie wiadomości dotyczących rodziny, wydarzeń, oglądanie albumów rodzinnych,
- motywowanie rodziny do uczestnictwa w życiu chorego.

Ocena podjętych działań: Zaburzenia myślenia utrzymują się, okresowo pacjent zorientowany albo i autopsychicznie.

Diagnoza pielęgniarska 8: Przykurcze w obrębie stawów kończyn po stronie lewej powodujące dolegliwości bólowe.

Cel: Zmniejszenie przykurczów w obrębie stawów, eliminacja dolegliwości bólowych.

Działania pielęgniarskie:

- ocena stopnia przykurczów stawowych,
- wykonywanie ćwiczeń biernych oraz czynno-biernych z uwzględnieniem zakresu ruchomości poszczególnych stawów,
- ćwiczenie pamięci motorycznej u chorego,
- układanie chorego w pozycjach przeciwdziałających spastyczności mięśni,
- stosowanie udogodnień w formie wałków, poduszek w celu odciążenia kończyn bezwładnych,
- zachęcanie do wykonywania ruchów kończynami bez porażenia,

- zapewnienie pomocy fizjoterapeuty

Ocena podjętych działań: Zastosowanie działań z pomocą rehabilitanta w nieznacznym stopniu zmniejszyło powstałe przykurcze kostno – stawowe.

Diagnoza pielęgniarska 9: Ryzyko zakażenia układu moczowego wz wiązku z niekontrolowanym wypróżnianiem.

Cel: Zapobieganie infekcjom dróg moczowych.

Działania pielęgniarskie:

- zachowanie odpowiedniej higieny pacjenta,
- stosowanie pieluchomajtek ze zmianą w razie potrzeby, nie rzadziej niż 3 razy w ciągu dnia,
- kontrolowanie spożywania płynów, bilans płynów,
- kontrolne badania moczu zgodnie ze zleceniem lekarskim,
- obserwacja zgłaszanych dolegliwości pod kątem infekcji (ból, pieczenie, zaczerwienienie w obrębie cewki moczowej), wzrost temperatury ciała,
- pobranie moczu i krwi na posiew,
- wykonanie badań obrazowych,
- wykonywanie cewnikowania pacjenta z zachowaniem aseptyki oraz antyseptyki w przypadku otrzymania zlecenia lekarskiego.

Ocena podjętych działań: Ryzyko zostało zminimalizowane, brak oznak infekcji układu moczowego.

Diagnoza pielęgniarska 10: Ryzyko powstania choroby zakrzepowo – zatorowej wynikające z długotrwałego unieruchomienia.

Cel: Ograniczenie ryzyka choroby zakrzepowo – zatorowej.

Działania pielęgniarskie:

- systematyczna kontrola parametrów ciśnienia tętniczego z odnotowaniem pomiaru w dzienniczku kontrolnym,
- dopilnowanie prawidłowego oraz systematycznego stosowania zleconej farmakoterapii,
- ocena sprawności kardiostymulatora,
- systematyczna kontrola w poradni kardiologicznej,
- prowadzenie ćwiczeń biernych poprawiających funkcjonowanie układu krążenia,
- obserwacja powłok skórnych pacjenta,
- dbałość o prawidłowe nawodnienie pacjenta w ilości około 2 litrów dziennie,
- regularna zmiana pozycji, nie rzadziej niż co 2 godziny,
- wykonywanie masażu limfatycznego kończyn,
- edukacja rodziny w zakresie profilaktyki oraz objawów sugerujących rozwijanie się choroby zakrzepowo – zatorowej.

Ocena podjętych działań: Brak oznak świadczących o rozwoju choroby zatorowo – zakrzepowej u chorego.

Diagnoza pielęgniarska 11: Deficyt wiedzy rodziny w zakresie choroby oraz postępowania w przypadku pogorszenia stanu zdrowia chorego.

Cel: Zwiększenie wiedzy na temat rodziny na temat choroby i postępowania opiekuńczo pielęgniarskiego u pacjenta.

Działania pielęgniarские:

- przekazanie wiedzy dotyczącej możliwych następstw w okresie długofalowym,
- promowanie ćwiczeń biernych w celu usprawniania pacjenta,
- przedstawienie negatywnych skutków braku właściwej pielęgnacji,
- zasugerowanie zwiększenia empatii i zrozumienia dla ograniczeń pacjenta,
- poinformowanie o możliwości korzystania z pomocy odpowiednich instytucji.

Ocena podjętych działań: Rodzina ma zwiększoną świadomość konsekwencji choroby.

Ewaluacja działań pielęgniarских.

1. Dzięki pomocy członków rodziny, którzy chętnie uczestniczyli w czynnościach pielęgnacyjno-opiekuńczych nad pacjentem uzyskano zdecydowaną poprawę w zaspokajaniu potrzeb dnia codziennego u chorego. Rodzina angażując się w pomoc dostrzegła deficyty występujące u chorego oraz uzyskała wiedzę i doświadczenie niezbędne w celach prawidłowego sprawowania opieki. Dzięki takiemu postępowaniu udało się ograniczyć wysiłek fizyczny małżonki chorego, która także wymaga pomocy ze względu na swój stan zdrowia i stosowny wiek.
2. Nie uzyskano znaczącej poprawy w zakresie wymowy pacjenta, nadal istnieją duże trudności w zrozumieniu jego wypowiedzi. Zasugerowano pomoc neurologopedy, która ćwiczyłaby z pacjentem, jednocześnie edukując rodzinę w jaki sposób mogą usprawniać wymowę chorego, co niewątpliwie wpłynie pozytywnie na jego nastrój.
3. Dzięki stosowaniu udogodnień, profilaktyki przeciwodleżynowej oraz odpowiedniej pielęgnacji zaistniałej odleżyny uzyskano normalizację powłok skórnych, a także zniwelowano nadmierne jej przesuszenie. Uzyskano dofinansowanie do materaca p. odleżynowego, co niewątpliwie zmniejszy ryzyko powstania nowych odleżyn. Zakupiono także wałki i kliny w celu łatwiejszej zmiany pozycji ułożeniowej pacjenta. Pokazano w jaki sposób i jak często zmieniać pozycję chorego, co dodatkowo wpłynie korzystnie na profilaktykę choroby zakrzepowo – zatorowej oraz zapobiegnie spastyczności mięśni. W skutek wyleczenia aktualnej odleżyny uzyskano zdecydowane zmniejszenie dolegliwości bólowych u chorego. Wymagało to także wsparcia farmakologicznego.
4. Niewątpliwie lekka modyfikacja diety chorego pozwala na zachowanie prawidłowej perystaltyki jelit a także zapobiega niedoborom minerałów oraz elektrolitów.
5. Pomimo stosowania fizykoterapii nie uzyskano poprawy sprawności kończyn w stopniu pozwalają-

cym na samodzielne spożywanie pokarmów czy też przemieszczanie się, jednak nastąpiło zmniejszenie występujących przykurczów w obrębie stawów kończyn górnych i dolnych.

6. Dzięki zaangażowaniu członków rodziny w pielęgnację chorego uzyskano poprawę jakości snu nocnego, gdyż udało się wyeliminować drzemki w ciągu dnia. Pacjent chętnie słucha tego co się dzieje w domu, dodatkowo w pokoju chorego został umieszczony telewizor i pacjent bardzo chętnie ogląda programy telewizyjne.
7. Zniesiono bariery architektoniczne występujące w mieszkaniu i istnieje duże prawdopodobieństwo, że w wyniku dalszych działań rehabilitacyjnych stan chorego ulegnie poprawie w takim stopniu, że będzie mógł korzystać z wózka inwalidzkiego.
8. Przy stosowaniu systematycznej farmakoterapii związanej z poprawą krążenia w naczyniach mózgowych uzyskano poprawę myślenia oraz orientacji. Chory ma możliwość wskazania ręką przedmiotów, które chce by mu podano oraz wybiera potrawy które chce spożyć.
9. Dzięki właściwej pielęgnacji stref intymnych zmniejszono ryzyko powstania zakażenia układu moczowego, dodatkowo zastosowano ziołowe preparaty pozwalające utrzymać właściwe pH moczu. Dodatkowo zwiększenie ilości spożywanych płynów przyczyniło się do regularnej diurezy, co zapobiega rozwojowi flory bakteryjnej oraz zaleganiom moczu. Dobrano odpowiednie środki pielęgnacyjne do potrzeb pacjenta, co wpłynęło na zwiększenie elastyczności powłok skórnych.
10. Zaangażowanie rodziny niewątpliwie poprawiło jakość i komfort życia pacjenta. Uzyskano także wsparcie z pobliskiego Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej, której pracownicy będą pomagać rodzinie.
11. W założeniach długofalowych przy stosowaniu odpowiedniej rehabilitacji, farmakoterapii oraz wsparciu rodziny możliwa jest większa poprawa stanu zdrowia chorego.

Podsumowanie i wnioski

Niezależnie od rodzaju choroby naczyniowej mózgu opieka nad pacjentem jest długofalowa oraz niezwykle trudna nie tylko dla opiekunów nieprofesjonalnych w postaci rodziny, ale także dla zespołu interdyscyplinarnego.

U pacjenta po przebytych udarze mózgu zmniejszenie wydolności oraz ograniczenie w zaspokajaniu potrzeb dnia codziennego w sposób negatywny wpływa na wszystkie jego aspekty życia. Chory z upływem czasu wycofuje się z pełnionych ról, a nawet popada w stany depresyjne z powodu swoich ograniczeń. Pacjent czuje

skrępowanie wynikające z zależności od osób trzecich, często są to seniorzy, którzy nie mogą liczyć na wsparcie ze strony zapracowanych dzieci.

Na podstawie zrealizowanej opieki nad pacjentem uzyskano następujące wnioski:

1. Edukacja rodziny w zakresie właściwej opieki nad chorym pozwala na poprawę komfortu życia pacjenta oraz jego rodziny.
2. Zauważana poprawa stanu zdrowia wynikająca z odpowiednio dobranej rehabilitacji zwiększa szanse chorego na powrót do pełnej sprawności fizycznej.
3. Odpowiednio dobrany sprzęt medyczny nie tylko ułatwia opiekę nad chorym, ale zdecydowanie odciąża rodzinę.
4. Edukacja zdrowotna całej rodziny pozwala na wprowadzenie profilaktyki wtórnej skierowanej dla pacjenta oraz profilaktyki pierwotnej dla członków rodziny.
5. Pielęgniarki jako profesjonalny personel medyczny poprzez swoje działania motywują nieformalnych opiekunów do prowadzenia dalszej obserwacji chorego pod kątem objawów niepokojących.
6. Pielęgniarki już na etapie leczenia szpitalnego wpływają na poprawę stanu zdrowia chorego, jego funkcjonowanie w społeczeństwie oraz akceptację ograniczeń co jest kontynuowane w opiece długoterminowej.

Bibliografia

1. Portal Narodowego Funduszu Zdrowia URL: <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/zdrowe-dane/raporty/nfz-o-zdrowiu-udar-niedokrwienny-mozgu>, data wejścia 11.11.2023
2. Kozubski W., Liberski P.: Neurologia – podręcznik dla studentów medycyny. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2023.
3. Budrewicz S., Słotwiński K., Madetko N., Koszewicz M.: Zaburzenia połykania w chorobach układu nerwowego – diagnostyka i leczenie. *Polski Przegląd Neurologiczny* 2018; 14 (1), 28-34.
4. Pietrzak M., Knoff B., Kryczka T.: Pielęgniarstwo w Podstawowej Opiece Zdrowotnej. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2021.
5. Jaracz K., Domitrz I.: Pielęgniarstwo neurologiczne. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2019.
6. Robba C., Battaglini D., Ball L. Et al.: Ischaemic stroke-induced distal organ damage: pathophysiology and new therapeutic strategies. *Intensive Care Medicine Experimental* 2020 (23).
7. Musiak P., Niżankowski R., Witkowski A.: Szansa na przełamanie kryzysu w leczeniu udaru mózgu w Polsce. *Wytyczne WIST. Nauka* 3/2023, s.145-149.
8. Podlasek A., Kobayashi A., Grunwald I.: Skala ASPECTS w udarze niedokrwiennym. *Polski Przegląd Neurologiczny* 2018; 14(4), s. 222-229.
9. Domitrz I., Cegielska J., Stolarski J.: neurologia. Podręcznik dla studentów fizjoterapii. Tom 2. Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2023.

10. Czeczelewska E., Skrocka E.: Udar niedokrwienny mózgu leczony trombolitycznie - powikłania i ich leczenie. *Pielęgniarstwo Neurologiczne* 2021. URL: <https://nursing.com.pl/artukul/udar-niedokrwienny-mozgu-leczony-trombolitycznie-powiklania-i-ich-leczenie-611a2d409e-0a066e7247fd92>, data wejścia 13.11.2023, godz. 15.36
11. Szołtys B., Piejko L., Grzebińska A. i wsp.: Nowoczesna rehabilitacja pacjentów po udarach mózgu. *Rehabilitacja w praktyce* 3/2019; s. 19-22.
12. Skorupińska A., Kostorz K., Bojarska – Hurnik S.: Zastosowanie metody Bobath w rehabilitacji osób dorosłych po udarze niedokrwiennym mózgu. *Geriatra* 2017; 11:130- 134.
13. Kwolek A.: Fizjoterapia w neurologii i neurochirurgii. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2012.
14. Lenartowicz H., Kózka M.: Metodologia badań w pielęgniarstwie. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2023.

Data przyjęcia: 12.05.2024

Data recenzji: 15.09.2024

Data wydania: 27.09.2024