

OPIEKA PIEŁĘGNIARSKA NAD PACJENTEM PO PRZEBYTYM UDARZE NIEDOKRWIENNYM MÓZGU – STUDIUM PRZYPADKU

Nursing care of patients after ischemic stroke – case study

Karolina Bajor, Patrycja Andrzejczyk

Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu (studentki kierunku Pielęgniarstwo)

adres do korespondencji: kbajor97@gmail.com

STRESZCZENIE

Obecnie liczba zachorowań na udary mózgu niebezpiecznie wzrasta, co stanowi duże wyzwanie dla współczesnej medycyny. Udar niedokrwienny stanowi główną przyczynę powodującą niepełnosprawność, pogarszając znacznie jakość życia chorego, a często prowadzi nawet do śmierci. Ponad 20% pacjentów w Europie umiera w pierwszych 3 miesiącach po wystąpieniu epizodu udarowego, natomiast kolejne 20% zmaga się z ciężką niepełnosprawnością, nie pozwalającą na powrót do normalnego życia sprzed wystąpienia choroby. Zmniejszenie wydolności pacjenta po udarze wpływa na wszystkie aspekty jego życia. Stan chorego po udarze wymaga pomocy przy podstawowych czynnościach życia codziennego, co stanowi znaczne obciążenie dla samego pacjenta, jak i jego rodziny. Konieczne jest więc pogodzenie się z faktem choroby i wynikającymi z niej ograniczeniami oraz nabycie wiedzy i umiejętności niezbędnych do opieki nad pacjentem po udarze mózgu.

Celem pracy było wskazanie wybranych problemów opiekuńczo-pielęgnacyjnych i deficytów pacjenta po udarze niedokrwiennym mózgu i zaproponowanie czynności mających na celu ich skuteczne rozwiązanie. Do opracowania procesu pielęgnowania posłużono się metodą indywidualnego przypadku i wykorzystano następujące metody badawcze: obserwacja bezpośrednia pacjentki, wywiad, analiza występujących objawów i dokumentacji medycznej, wykorzystanie skali oceny świadomości pacjenta Glasgow, skali samoobsługi Barthel i skali ryzyka odleżyn Norton. U analizowanej pacjentki występujące problemy były skutkiem obciążenia sercowo-naczyniowego, wynikającego z choroby niedokrwiennej serca, nadciśnienia tętniczego oraz stanu po zawale mięśnia sercowego, a także deficytu w kwestii samoopieki i obniżonego nastroju. Stan badanej pacjentki oceniono również pod kątem wystąpienia ponownego epizodu udaru mózgu w wyniku przewlekłego nadciśnienia tętniczego.

Badany przypadek przebiegał typowo dla obrazu klinicznego udaru niedokrwiennego. Chora była przytomna, choć występowały lekkie zaburzenia świadomości. Jej stan określany był na średnio ciężki. Obserwowany był narastający deficyt neurologiczny, objawiający się narastającymi problemami z mową i zaburzeniem równowagi. Nie stwierdzono gwałtownych objawów charakterystycznych dla udaru krwotocznego. Chora poddana została leczeniu zachowawczemu na oddziale neurologicznym. Prawidłowo realizowany proces pielęgnacyjny i leczniczy pozwolił uniknąć niebezpiecznych dla zdrowia i życia powikłań związanych z wystąpieniem udaru mózgu, a podjęte interwencje pielęgnarskie zaszkutkowały skutecznym rozwiązaniem problemów opiekuńczo-pielęgnacyjnych pacjentki.

Słowa kluczowe: proces pielęgnowania, udar niedokrwienny mózgu, studium przypadku.

SUMMARY

Nowadays, the number of cerebral stroke increases dangerously, which is a challenge for modern medicine. Ischemic stroke is the main cause of disability, significantly worsening the patient's quality of life and often even leading to death. In Europe, more than 20% of patients die within the first three months after the onset of an episode of stroke, while another 20% struggle with severe disability, not allowing them to return to life before the onset. Decrease in the efficiency of the patient after stroke affects all aspects of his life. The condition of a patient after stroke requires help with the basic activities of everyday life, which is a significant burden for the patient and his family. It is necessary to reconcile with the fact of the disease and the resulting restrictions and to acquire the knowledge and skills necessary to care for the patient after a stroke.

The aim of the study was to identify selected care and nursing problems and deficits of the patient after ischemic stroke and to propose actions for their effective solution. In order to develop the nursing process, an individual case method was used and the following methods were used: patient's direct observation, history, symptoms and analysis of medical records, Glasgow coma scale, Barthel self-care scale and Norton scale for assessing risk for pressure ulcer.

In the analyzed patient, the existing problems were the result of cardiovascular burden resulting from the current ischemic heart disease, hypertension and condition after myocardial infarction, as well as the deficit in the matter of self-care and depressed mood. The patient's condition was also evaluated for re-occurrence of stroke as a result of long-term hypertension. The case studied was typical for the clinical picture of ischemic stroke. The patient was conscious, although there were slight disturbances of consciousness. Her condition was determined to be medium heavy. There was a growing neurological deficit manifested by increasing problems with speech and disturbance of balance. There were no violent symptoms characteristic of hemorrhagic stroke. The patient underwent conservative treatment in the neurological ward. Properly implemented care and treatment process allowed to avoid complications related to the occurrence of stroke that are dangerous for health and life, and the nursing interventions have resulted in an effective solution to the patient's care problems.

Key words: nursing care, ischemic stroke, case study.

WSTĘP

Choroby naczyniowe mózgu stanowią obecnie istotny problem zarówno medyczny, jak i społeczny. Jako trzecią przyczynę zgonów na świecie, zaraz po chorobach układu krążenia oraz chorobach nowotworowych, wyróżnia się właśnie udar mózgu definiowany przez WHO jako: „zespół kliniczny charakteryzujący się nagłym pojawieniem się ogniskowych lub globalnych zaburzeń czynności mózgowia, które – jeżeli nie doprowadzą wcześniej do zgonu – utrzymują się dłużej niż 24 godziny i nie

mają innej przyczyny niż naczyniowa” [1]. W Polsce dane na temat występowania udaru mózgu oscylują na poziomie około 60 do 70 tysięcy zachorowań rocznie, z czego aż 25% osób zmarło w ciągu pierwszych 90 dni od wystąpienia incydentu [2]. Zapadalność na udary zwiększa się wprost proporcjonalnie wraz z wiekiem, szczególnie zauważyć to można w grupie osób, które ukończyły 65. rok życia. Jest to w dużej mierze spowodowane zwiększonym występowaniem ogólnie przyjętych czynników ryzyka chorób naczyniowych mózgu, jak: niska aktywność fi-

zyczna, źle zbilansowana dieta, otyłość, palenie tytoniu oraz występowanie następujących chorób: cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia gospodarki lipidowej czy zaburzenia krzepnięcia. Udar mózgu w wielu przypadkach prowadzi do długotrwałej utraty sprawności fizycznej, często również do trwałego kalectwa. Stanowi również najczęstszą przyczynę występowania padaczki wieku starczego, plasuje się na drugim miejscu wśród czynników wywołujących otępienie oraz jest istotnym czynnikiem prowadzącym do depresji. Szacuje się, że ponad połowa, bo około 60%, pacjentów po przebytych udarach pozostaje niesprawna ruchowo, z czego również wynika fakt, że zdecydowana ich większość wymaga stałej opieki [3].

Udar mózgu jest stanem bezpośrednio zagrażającym życiu, który można podzielić pod względem etiologii na udar niedokrwienny oraz krwotoczny. Ten pierwszy, zwany również zawałem mózgu, stanowi około 85% wszystkich przypadków. U jego podstawy występuje upośledzenie przepływu mózgowego wywołane zamknięciem albo zwężeniem światła tętnicy mózgowej lub doprowadzającej krew do mózgu oraz upośledzenie przepływu w wyniku zaburzeń hemodynamicznych. Udar krwotoczny, stanowiący około 15% przypadków, pojawia się na skutek pęknięcia naczynia mózgowego powodując jednocześnie wynaczynienie krwi w obrębie tkanki mózgowej [4].

Obraz kliniczny obu rodzajów zaburzeń czynności mózgu różni się od siebie, jednak nie stanowi reguły. Mimo tego obserwuje się, że najczęściej podczas zawału mózgu ogólny stan pacjenta jest dobry lub średnio ciężki, chory zazwyczaj jest przytomny. Stopniowo narasta deficyt neurologiczny (m.in. zaburzenie mowy i równowagi). Natomiast wystąpienie udaru krwotocznego charakteryzuje się obrazem chorego w ciężkim stanie ogólnym, wystąpienie krwotoku poprzedza silny ból głowy i wymioty, często obserwowane są zaburzenia przytomności. Deficyt neurologiczny jest nasilony w znacznym stopniu już od momentu zachorowania. W rzadkich przypadkach udar niedokrwienny przy rozległym niedokrwieniu mózgu z narastającym jego obrzękiem może przypominać obrazem klinicznym udar krwotoczny, tak samo jak nieduże ognisko krwotoczne w mózgu może przebiegać bez gwałtownych objawów przypominając udar niedokrwienny [4].

Udar mózgu jest stanem bezpośrednio zagrażającym życiu, dlatego pacjent z objawami świadczącymi o możliwości wystąpienia incydentu naczyniowego mózgu wymaga szybkiej i specjalistycznej pomocy medycznej. Chory z podejrzeniem udaru mózgu powinien zostać natychmiast przetransportowany do szpitala z oddziałem udarowym, gdzie zostaną wykonane neuroobrazowe badania diagnostyczne (TK, MR) w celu różnicowania między udarem krwotocznym a udarem niedokrwiennym. Lokalizuje się również ognisko chorobowe oraz poddaje się ocenie jego rozległość. Niezbędne jest przeprowadzenie wywiadu, który pomoże określić charakter objawów, okoliczności ich wystąpienia oraz czas trwania i ich progresję. Przydatna może być tu pomoc rodziny chorego. Badanie przedmiotowe powinno zawierać przede wszystkim ocenę podstawowych parametrów życiowych (układ oddechowy i układ krążenia), jak i całościowe badanie neurologiczne. Wśród badań koniecznych do wykonania wyróżnia się zapis elektrokardiograficzny, morfologię krwi, koagulogram, oznaczenie elektrolitów, kreatyniny, glikemii, aminotransferaz oraz wysycenie krwi tlenem. Zgodnie z wytycznymi Polskiego Towarzystwa Neurologicznego, podczas hospitalizacji pacjent z udarem powinien zostać poddany badaniu ultrasonograficznemu tętnic szyjnych, badaniu radiologicznemu klatki piersiowej oraz echokardiografii przezklatkowej. Oznaczony powinien zostać lipidogram, poziom białka C-reaktywnego (CRP), odczyn Biernackiego (OB) oraz powinno być wykonane badanie ogólne moczu [5].

CEL PRACY

Celem pracy jest omówienie wielowymiarowości opieki nad pacjentem po udarze niedokrwiennym mózgu, ze zwróceniem uwagi na:

- rozpoznanie problemów pielęgnacyjno-opiekuńczo-rehabilitacyjnych pacjenta po udarze niedokrwiennym mózgu,
- zaprezentowanie działań pielęgnacyjnych umożliwiających skuteczne rozwiązanie występujących problemów,
- edukację pacjenta i jego rodziny na temat choroby i odpowiedniej pielęgnacji chorego,
- zapobieganie najczęstszym powikłaniom po udarze krwotocznym mózgu.

METODA, TECHNIKA I NARZĘDZIA BADAWCZE

Wykorzystaną metodą badawczą jest studium indywidualnego przypadku pacjentki po udarze niedokrwiennym mózgu. Technika, która została wykorzystana do zebrania informacji o chorobie, to m.in.: obserwacja bezpośrednia pacjentki, wywiad, występujące objawy oraz analiza dokumentacji medycznej. Ponadto wykorzystano następujące narzędzia badawcze: skalę Glasgow [6], skalę Barthel [7] i skalę Norton [8].

OPIS PRZYPADKU

K.J., lat 64, wzrost 167 cm, waga, 70 BMI = 25,1 (nadwaga). 64-letnia kobieta przyjęta na oddział Neurologii w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym 5.12.2018 r. w porze wieczornej. Tryb przyjęcia nagły, spowodowany pojawieniem się zaburzeń równowagi oraz zaburzeń mowy. W wywiadzie u pacjentki stwierdzona choroba niedokrwienna serca, nadciśnienie tętnicze i stan po zawale mięśnia sercowego. Chora po wykonanych zabiegach: pomostowaniu aortalno-wieńcowym przed kilku laty oraz leczeniu trombolitycznym w roku bieżącym. Z wywiadu przeprowadzonego z rodziną wynika, że pacjentka jest na emeryturze, warunki mieszkaniowe oraz sytuacja rodzinna są dobre – kobieta mieszka z mężem i synem. Sytuacja materialna stabilna.

Kobieta w trakcie przyjęcia w stanie niekomunikatywnym, nastrój apatyczny, rozumienie częściowe, myślenie nielogiczne, pacjentka nieorientowana w stanie zdrowia, otoczeniu oraz w działaniach leczniczych. Pacjentka w stanie splątania, słuch oraz sen prawidłowy, w skali Glasgow otrzymuje 14 punktów (zaburzenia świadomości); żrenice równe, symetryczne, okrągłe; zachowana reakcja na światło; pacjentka nosi okulary; niedowład połowiczny prawostronny; chora leżąca; objaw Babinskigo ujemny po stronie lewej; po prawej nieprawidłowy (dodatni). Ciśnienie tętnicze krwi (126/73 mm Hg); tętno (76 uderzeń/min) oraz oddechy (16/minutę) prawidłowe; chora bez kaszlu i duszności; pacjentka bez obrzęków i uszkodzeń skóry; nie występuje gorączka.

W wywiadzie rodzinnym obciążenia nie stwierdza się. W rozpoznaniu wstępnym stwierdzono udar niedokrwienny mózgu oraz podejrzenie padaczki, kwalifikujące się do dalszej obserwacji. Chora wymaga pomocy przy czynnościach pielęgnacyjnych II stopnia.

W 7. dobie źródło problemów pielęgnacyjnych stanowią ograniczenia związane ze stanem pacjentki po przebytych udarach niedokrwiennym. W wyniku tego u kobiety występują zaburzenia mowy – pacjentka wypowiada pojedyncze, niezrozumiałe dźwięki; w odpowiedzi na pytanie stara się kiwać głową, stan świadomości jest trudny do określenia, GSC 14. Zaburzenia w funkcjonowaniu narządu ruchu spowodowane niedowładem połowicznym prawostronnym uniemożliwiają kobiecie samoopiekę oraz wywołują u niej apatię i niepokój. Kobieta wymaga pomocy we wszystkich czynnościach życia codziennego – w skali Barthel otrzymała 10/20 pkt. RR 125/72 mm Hg, tętno (70 uderzeń/min) nitkowate, ale regularne, oddech w normie, regularny, kaszel i duszności nie występują. Pacjentka zaopatrywana w pieluchomajtki z powodu zaburzeń czynności zwieraczy cewki moczowej i odbytnicy. Osłabienie apetytu – pacjentka wymaga pomocy przy karmieniu z powodu niedowładu połowicznego prawostronnego, występują zaparcia. Skóra lekko sucha, odleżyn oraz stanów przedodleżynowych nie stwierdzono. W skali Norton pacjentka otrzymała 12 punktów, co świadczy o możliwości wystąpienia odleżyn.

Po dokonaniu analizy stanu pacjentki podczas realizowania planu pielęgnowania 7. dnia hospitalizacji oceniono stan pacjentki oraz postawiono następujące diagnozy opiekuńczo-pielęgniarские:

Diagnoza pielęgniarstwa 1. Trudności w samoobsłudze spowodowane niedowładem prawostronnym, będącym konsekwencją udaru niedokrwiennego.

Cel opieki:

- wdrożenie pacjentki do samoobsługi;
- pomoc w zaspokajaniu potrzeb życiowych;
- zapewnienie chorej bezpieczeństwa.

Działania pielęgniarские:

- ocena stopnia sprawności pacjentki;
- pomoc przy codziennej pielęgnacji ciała (toaleta cała 1 x dziennie i częściowa 2 x dziennie);
- pomoc przy spożywaniu posiłków;
- pomoc w ubieraniu się;
- wykonywanie ćwiczeń usprawniających wraz z pacjentką;
- ustawienie szafki pacjentki po stronie niedowładnej;
- uruchamianie pacjentki;
- dostarczenie i nauka korzystania ze sprzętu ortopedycznego;
- angażowanie strony niedowładnej w wykonywanie podstawowych czynności życiowych.

Ocena końcowa. Trudności z wykonywaniem czynności samoobsługowych zostały ograniczone; pacjentka została powoli wdrożona do samoobsługi; zostało zapewnione jej bezpieczeństwo; podjęła próbę wstania i chodzenia wraz z asekuracją; obsługuje się w prostych czynnościach sama ręką niedotkniętą niedowładem (np. mycie zębów); pacjentka wymaga pomocy w czynnościach złożonych (np. zmiana pieluchomajtek).

Diagnoza pielęgniarstwa 2. Trudności związane ze zmianą pozycji ciała w łóżku spowodowane niedowładem prawostronnym, w wyniku wystąpienia udaru niedokrwiennego.

Cel opieki:

- zapewnienie bezpieczeństwa podczas zmian pozycji pacjentki oraz asekuracji;
- usprawnianie pacjentki.

Działania pielęgniarские:

- regularne zmiany pozycji ciała w łóżku co 2–3 godziny;
- zapewnienie dostępu do łóżka pacjentki co najmniej z 3 stron;
- ustawienie szafki po stronie niedowładnej;
- motywowanie do wykonywania ćwiczeń;
- pionizacja pacjentki;
- ocena dotychczasowych działań i ich kontynuacja.

Ocena końcowa. Trudności związane ze zmianą pozycji w łóżku zostały ograniczone; pacjentce zostało zapewnione bezpieczeństwo podczas zmian pozycji; pacjentka została zmotywowana do procesu usprawniania; podjęła próbę wstania oraz chodu wraz z asekuracją.

Diagnoza pielęgniarstwa 3. Ryzyko wystąpienia odleżyn i odparzeń z powodu długotrwałego unieruchomienia, wynikającego z zaburzeń funkcji ruchowej.

Cel opieki:

- eliminacja ryzyka wystąpienia odleżyn;
- zwiększenie aktywności fizycznej pacjentki.

Działania pielęgniarские:

- ocena ryzyka wystąpienia odleżyn według skali Norton;
- częsta zmiana pozycji w łóżku (co 2 godziny), również w nocy;
- oklepywanie i masaż miejsc szczególnie narażonych na ucisk (np. kość ogonowa);

- równomierne rozłożenie ciężaru ciała, aby uniknąć większego ucisku na jeden obszar skóry;
- pielęgnacja skóry: regularne natłuszczanie, dokładne osuszanie, wykonywanie toalety krocza podczas każdorazowej zmiany pieluchomajtek;
- częsta zmiana bielizny chorej;
- zadbanie o dietę wysokobiałkową oraz bogatą w sole mineralne;
- częste nawadnianie (ok. 1,5 litra wody dziennie);
- umieszczenie pacjentki na materacu przeciwdroczyno- wym;
- motywacja do wykonywania ćwiczeń fizycznych.

Ocena końcowa. Pacjentka w skali Norton otrzymała 12 punktów; odleżyny nie wystąpiły; pacjentka zwiększyła zakres poruszania się – została podjęta próba wstania oraz chodu wraz z asekuracją.

Diagnoza pielęgniarstwa 4. Ryzyko zakażenia układu moczowo-płciowego spowodowane trudnościami w oddawaniu moczu i stolca w wyniku dysfunkcji czynności mięśni zwieraczy.

Cel opieki:

- niedopuszczenie do zakażenia układu moczowo-płciowego;
- usprawnianie czynności mięśni zwieraczy.

Działania pielęgniarские:

- zachowanie odpowiedniej higieny całego ciała, a w szczególności okolic krocza;
- zaopatrzenie w pieluchomajtki;
- podawanie płynów (1,5 litra dziennie);
- zalecenie kontrolowania oddawania moczu, w tym stopnia wypełnienia pęcherza;
- zalecenie świadomego przetrzymywania moczu w celu treningu mięśni odpowiedzialnych za mikcję;
- obserwacja dotycząca wystąpienia objawów zakażenia: obrzęku, zaczerwienienia, bolesności podczas oddawania moczu;
- cewnikowanie zgodnie z zaleceniem lekarskim, zgodnie z zasadami aseptyki i antyseptyki;
- umieszczanie worków z moczem poniżej pęcherza moczowego i regularne opróżnianie go, w celu uniknięcia cofania się moczu.

Ocena końcowa. Ryzyko wystąpienia zakażenia układu moczowo-płciowego zostało ograniczone; pacjentka została skutecznie zaangażowana w usprawnianie czynności mięśni zwieraczy; objawy świadczące o stanie zapalnym nie wystąpiły.

Diagnoza pielęgniarstwa 5. Występowanie dolegliwości bólowych jamy brzusznej spowodowanych zaburzeniem perystaltyki jelit wynikających z ograniczonej aktywności fizycznej.

Cel opieki:

- uregulowanie wypróżniania się;
- poprawa perystaltyki jelit.

Działania pielęgniarские:

- wykonywanie ćwiczeń aktywizujących z pacjentką;
- podaż pokarmów wysokobiałkowych (zielone warzywa i owoce, otręby, kasze, produkty pełnoziarniste);
- zalecenie ograniczenia spożywania produktów powodujących zaparcia (cukier, kakao, banany);
- polecenie masowania brzucha zgodnie z ruchem wskazówek zegara;
- stosowanie ziołowych herbat;
- ocena dotychczasowych działań i ich kontynuacja.

Ocena końcowa. Wypróżnianie uległo polepszeniu (1 stolec rano i wieczorem), perystaltyka jelit uległa poprawie; zaparcia ustąpiły.

Diagnoza pielęgniarska 6. Ryzyko związane z ponownym wystąpieniem udaru niedokrwiennego z powodu stwierdzonego nadciśnienia tętniczego.

Cel opieki:

- ograniczenie ryzyka związanego z wystąpieniem kolejnego udaru mózgu.

Działania pielęgniarskie:

- monitorowanie wartości ciśnienia tętniczego i notowanie w dzienniczku pomiarów ciśnienia tętniczego oraz w karcie gorączkowej pacjentki;
- obserwacja w kierunku wystąpienia podwyższonych wartości ciśnienia tętniczego;
- realizowanie farmakoterapii zgodnie z zaleceniem lekarza;
- edukacja rodziny oraz pacjentki na temat modyfikowalnych czynników ryzyka udaru mózgu;
- ocena podjętych działań i ich kontynuacja.

Ocena końcowa. Objawy świadczące o kolejnym epizodzie udaru nie pojawiły się; pacjentka oraz rodzina zostali wyedukowani w kwestii prewencji wtórnej oraz chętnie przyjmują nowe informacje na temat danej jednostki chorobowej.

Diagnoza pielęgniarska 7. Ryzyko wystąpienia choroby zakrzepowo-zatorowej oraz niedodmy płuc wskutek długotrwałego unieruchomienia.

Cel opieki:

- zapobieganie powikłaniom spowodowanym unieruchomieniem pacjentki.

Działania pielęgniarskie:

- prowadzenie ćwiczeń przeciwzakrzepowych i gimnastyki oddechowej;
- regularna zmiana pozycji (co 2 godziny);
- wykonywanie masażu kończyn dolnych w kierunku do serca;
- stosowanie opasek i pończoch elastycznych;
- obserwacja kończyn dotycząca wystąpienia obrzęku, zmiany ucieplenia skóry, drętwienia;
- prowadzenie bilansu płynów;
- oklepywanie klatki piersiowej;
- próba pionizacji;
- ocena podjętych działań i ich kontynuacja.

Ocena końcowa. Powikłania związane z unieruchomieniem nie wystąpiły; pacjentka wykonała ćwiczenia przeciwzakrzepowe oraz oddechowe, podjęła próbę wstania oraz chodu wraz z asekuracją; problem wymaga kontynuacji działań.

Diagnoza pielęgniarska 8. Trudności w kontakcie słownym z pacjentką spowodowane zaburzeniem funkcji mowy w wyniku uszkodzenia OUN.

Cel opieki:

- poprawa funkcji mowy oraz kontaktu werbalnego z pacjentką.

Działania pielęgniarskie:

- utrzymywanie kontaktu słownego z pacjentką podczas wykonywania czynności pielęgnacyjnych/zabiegowych;
- angażowanie pacjentki do wykonywania ćwiczeń mięśni twarzy;
- zapewnienie wizyt logopedy;
- utrzymywanie kontaktu wzrokowego z pacjentką podczas prób rozmowy.

Ocena końcowa. Problemy związane z utrudnioną komunikacją uległy poprawie; pacjentka zmieniła nastawienie na bardziej pozytywne podczas prób wykonywania ćwiczeń mięśni twarzy, jednak problem wymaga dalszej obserwacji oraz kontynuacji działań.

Diagnoza pielęgniarska 9. Niepokój związany z nagłym wystąpieniem choroby, jej powikłań oraz hospitalizacją.

Cel opieki:

- zapewnienie poczucia bezpieczeństwa;
- poprawa samopoczucia.

Działania pielęgniarskie:

- informowanie pacjentki o planie dnia oraz o czynnościach przy niej wykonywanych;
- wsparcie psychiczne przez towarzyszenie podczas hospitalizacji i okazywanie empatii;
- utrzymywanie kontaktu słownego oraz wzrokowego podczas wykonywania czynności pielęgnacyjnych/zabiegowych;
- zapewnienie kontaktu z najbliższymi.

Ocena końcowa. Niepokój uległ zmniejszeniu, jednak nie został ostatecznie wyeliminowany; problem wymaga kontynuacji działań.

DYSKUSJA

Źródło problemów pielęgnacyjnych pacjentów po przebytych udarach mózgu stanowią ograniczenia wynikające z występującej choroby. Rodzaj istniejących problemów jest ściśle zależny od uszkodzeń, jakie dokonały się w mózgu, ich zakresu oraz czasu, jaki minął od momentu podjęcia leczenia. Samozaparcie, motywacja oraz chęć współpracy z zespołem terapeutycznym u chorego niezaprzeczalnie rzutują na jego szanse na powrót do życia sprzed wystąpienia choroby. Pielęgnacja chorego po udarze wymaga wspólnego działania samego pacjenta, jego najbliższych oraz personelu medycznego. Niezmiernie ważne jest, aby zespół pielęgniarski posiadał wiedzę na temat danej jednostki chorobowej na odpowiednim poziomie oraz miał odpowiednio wyćwiczone umiejętności praktyczne. Wówczas możliwe jest zapewnienie profesjonalnej oceny stanu chorego, zapobieganie powikłaniom ogólnomedycznym i neurologicznym oraz zminimalizowanie objawów neurologicznych.

Na podstawie literatury wyróżniamy pewne czynniki ryzyka, które ściśle wiążą się z wystąpieniem udaru mózgu. Dzielimy je na modyfikowalne i niemodyfikowalne. Do czynników ryzyka modyfikowalnych należą m.in.: nadciśnienie tętnicze, choroby serca (migotanie przedsionków), zaburzenia gospodarki lipidowej, cukrzyca, choroby naczyń krwionośnych, palenie papierosów, spożywanie nadmiernej ilości alkoholu, otyłość, zażywanie narkotyków, niska aktywność fizyczna. Do grupy czynników ryzyka niemodyfikowalnych należą: wiek (powyżej 55. r.ż. ryzyko zwiększa się dwukrotnie co 10 lat), płeć męska, czynniki etniczne (czarna oraz żółta), predyspozycje rodzinne i genetyczne (w wywiadzie udar w rodzinie, genetycznie uwarunkowane zespoły predysponujące do stanów zakrzepowych, hiperhomocysteinemia), przebyty udar bądź przemijający atak niedokrwienny, niski status socjoekonomiczny [10, 11].

U badanej chorej stwierdzono kilka czynników ryzyka, które mogły wpłynąć na wystąpienie epizodu udaru mózgu. Z grupy tych modyfikowalnych wyróżnić można: długotrwałe leczone, przewlekłe nadciśnienie tętnicze, stan po zawale serca, niska aktywność fizyczna oraz nadwaga. Natomiast do drugiej grupy ryzyka możemy zakwalifikować: wiek (pacjentka skończyła 64 lata). Udar mózgu u badanej pacjentki przebiegał w sposób typowy dla swoistego obrazu klinicznego. Sugerując się literaturą, chory podczas udaru niedokrwiennego pozostaje w stanie ogólnym dobrym bądź średnio ciężkim. Zazwyczaj nie dochodzi do utraty przytomności oraz nagłego, silnego bólu głowy, co znamienne jest dla udaru krwotocznego. Obserwuje się również stopniowe narastanie deficytu neurologicznego pod postacią pogłębiania się niedowładu połowicznego, zaburzeń mowy, równowagi, zaburzeń postawy ciała [4]. Chora przez cały czas była przytomna, występowały jedynie lekkie zaburzenia świadomości. Jej stan określono na średnio ciężki. Zaobserwowano powoli narastające zaburzenia równowagi oraz mowy. Dolegliwości bólowych nie zgłaszała.

U pacjentów po udarze mózgu często dochodzi do licznych powikłań na tle: neurologicznym, sercowo-naczyniowym, oddechowym, żołądkowo-jelitowym, układowym, skórnym oraz dotyczącym czynności zwieraczy [16]. Do grupy zaburzeń neurologicznych zaliczamy: obrzęk mózgu, dysfagię, napady padaczkowe oraz zaburzenia psychiczne. W grupie powikłań sercowo-naczyniowych można wyróżnić: zawał mięśnia sercowego, spadek lub wzrost ciśnienia tętniczego, niewydolność krążenia, zaburzenia rytmu serca oraz zakrzepowe zapalenie żył głębokich. Do powikłań z grupy oddechowych zalicza się: infekcje płuc, zator płuc, zachłyśnięcie, niewydolność oddechową. Grupę powikłań żołądkowo-jelitowych tworzą: zator krezki, krwawienie z przewodu pokarmowego, niedrożność porażenna jelit. Do grupy powikłań układowych należą natomiast hiperglikemia lub hipoglikemia, gorączka oraz zaburzenia wodno-elektrolitowe. Do powikłań skóry należą najczęściej odleżyny. Powikłania dotyczące czynności zwieraczy to głównie zaparcia, nietrzymanie moczu bądź jego zatrzymanie oraz infekcje dróg moczowych [16]. U badanej chorej nie zdiagnozowano żadnego z powyższych powikłań. Jest to skutkiem szybkiego wdrożenia działań profilaktycznych przez pielęgniarki i zespół terapeutyczny. Stan pacjentki był regularnie oceniany, a wyniki i parametry na bieżąco odnotowywane. Stwierdzono jedynie obecność problemu z grupy powikłań dotyczących czynności zwieraczy, związany z zaburzoną perystaltyką jelit, będący skutkiem unieruchomienia pacjentki.

W pielęgnacji chorej po przebytych udarach mózgu ważne jest zapobieganie ponownemu wystąpieniu epizodu. Istotne jest przekazanie pacjentce i jej rodzinie informacji o wszystkich istniejących czynnikach ryzyka udarów mózgu oraz motywowania pacjenta do zmiany stylu życia. Kolejnym ważnym aspektem jest regularne przyjmowanie zleconych leków, kontrola ciśnienia tętniczego krwi oraz poziom glukozy w krwi [12, 13]. Metody, które wykorzystano przy pielęgnacji pacjentki, w celu wyeliminowania powtórnego epizodu niedokrwiennego to regularne pomiary ciśnienia tętniczego krwi, udział w farmakoterapii zgodnie z zaleceniem lekarskim oraz obserwacja dotycząca ewentualnego pogłębiania się deficytu neurologicznego.

Jeden z problemów pielęgnacyjnych u pacjentki po udarze stanowi niedowład kończyn, który jest przyczyną trudności w wykonywaniu czynności samoobsługowych [12]. W opisanym przypadku zdiagnozowany został prawostronny niedowład połowiczny. Pielęgnacja pacjentki polegała na zwiększeniu sprawności podczas wykonywania czynności samoobsługowych, pomoc w razie niemożności zaspokajania potrzeb życiowych, a także zapewnienie bezpieczeństwa w trakcie trwania hospitalizacji.

Z powodu długotrwałego unieruchomienia pacjentka była narażona na powstanie odleżyn. W trakcie hospitalizacji stosowano się do wytycznych na temat profilaktyki odleżyn [8, 14, 15]. Działania, jakie podjęto w celu wyeliminowania ryzyka powstania odleżyn, polegały głównie na zmianie pozycji pacjentki co 2 godziny z prawidłowym ułożeniem kończyn niedowładnych, zastosowane zostały udogodnienia w postaci materacy

przeciwodleżynowych, zadbano o stan skóry pacjentki oraz właściwe odżywienie. Ponadto została wdrożona aktywizacja pacjentki oraz motywowanie jej do ćwiczeń dopasowanych do stanu jej zdrowia.

Chora była narażona także na wystąpienie innych powikłań ogólnoustrojowych, takich jak: zakrzepica żył głębokich, przykurcze, wzmożone ciśnienie śródczaszkowe, obrzęk kończyn objętych niedowładem oraz zapalenie płuc. Personel pielęgniarstwa podjął działania mające na celu wyeliminowanie tych powikłań przez wykonywanie czynności profilaktycznych, które obejmowały prowadzenie ćwiczeń przeciwzakrzepowych i gimnastyki oddechowej, regularną zmianę pozycji co 2 godziny, wykonywanie masażu kończyn oraz współudział w rehabilitacji chorej. Pacjentka zmagała się z zaburzeniami perystaltyki jelit w postaci zaparć. Celem w opiece pielęgniarstwa była ich likwidacja i poprawa perystaltyki jelit. Działania, które zostały podjęte w tym kierunku, to m.in.: wykonywanie ćwiczeń aktywizujących z pacjentką, podaż pokarmów bogato błonnikowych, zalecenie ograniczenia spożywania produktów powodujących zaparcia, masaż brzucha zgodnie z ruchem wskazówek zegara.

Należyce wykonana opieka nad pacjentką po udarze mózgu rozpostruje problemy w ujęciu całościowym i wieloetapowym. Polega ona na współpracy personelu medycznego oraz czynnym udziale pacjentki i jej rodziny w procesie leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji. Na prawidłowo świadczonej opiece wpływ mają odpowiednie rozpoznane problemy pacjentki, wynikające z jej choroby, przepływ informacji między członkami zespołu medycznego oraz jego wiedza i umiejętności praktyczne na wysokim poziomie [16]. Celem niniejszej pracy było rozpoznanie problemów pielęgnacyjno-opiekuńczych, zaprezentowanie działań pielęgnacyjnych umożliwiających skuteczne rozwiązanie występujących problemów, edukację pacjentki i jej rodziny na temat choroby i odpowiedniej pielęgnacji, jak i zapobiegania najczęstszym powikłaniom po udarze niedokrwiennym mózgu. Postawione cele zostały osiągnięte w stopniu zadowalającym. Problemy pacjentki zostały rozpoznane i skutecznie rozwiązane.

WNIOSKI

1. Problemy pielęgnacyjno-opiekuńcze pacjentki zostały trafnie rozpoznane przez personel pielęgniarstwa, dzięki czemu można było podjąć odpowiednie działania.
2. Podjęte działania pielęgniarstwa pozwoliły na osiągnięcie w stopniu zadowalającym postawionego celu opieki.
3. Dzięki działaniom zapobiegawczym u chorej nie doszło do rozwoju powikłań charakterystycznych dla udaru niedokrwiennego oraz powikłań wynikających z długotrwałego unieruchomienia.
4. Istotnym elementem jest edukacja pacjentki i jej rodziny na temat istoty choroby, głównych jej objawów, rodzaju działań podejmowanych w przypadku ich wystąpienia oraz edukacja na temat konieczności stosowania się pacjentki do zaleceń lekarskich i pielęgniarstwa.

Źródło finansowania: Praca sfinansowana ze środków własnych autorek.

Konflikt interesów: Autorki nie zgłaszają konfliktu interesów.

BIBLIOGRAFIA

1. Kozubski W. *Choroby naczyniowe układu nerwowego*. W: Kozubski W, Liberski PP, red. *Neurologia*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2011: 424–425, 456–459.
2. Starostka-Tatar A, Łabuz-Roszak B, Skrzypek M, i wsp. Definicja i leczenie udarów mózgu na przestrzeni wieków. *Wiad Lek* 2017; LXX(5): 982–987.
3. Sienkiewicz Z, Stankiewicz D, Dykowska G, i wsp. Pielęgnacja chorego po udarze niedokrwiennym mózgu w warunkach domowych. *Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej* 2016; 4(5): 43–49.
4. Mazur R, Świerkocka-Miastkowska M, red. *Udar mózgu – pierwsze objawy. Choroby Serca i Naczyń* 2005; 2(2): 84–87.
5. Wiszniewska M, Kobayashi A, Członkowska A, red. *Postępowanie w udarze mózgu. Skrót Wytycznych Grupy Ekspertów Sekcji Chorób Naczyniowych Polskiego Towarzystwa Neurologicznego z 2012 roku. Pol Prz Neurol* 2012; 8(4): 161–175.
6. Berlit P. *Neurologia. Kompendium*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2008: 297.
7. Wiebers DO, Feigin VL, Brown RD, red. *Udar mózgu*. Warszawa: MediPage; 2008: 457–458.
8. Smolińska A, Książkiewicz B, red.: *Pielęgnowanie chorych z udarem mózgu. Choroby Serca i Naczyń* 2007; 4(1): 6–9.
9. Wojnar M, Drózd W, Araszkiewicz A, i wsp. Badanie rozpowszechnienia zaburzeń depresyjnych wśród pacjentów zgłaszających się do lekarzy rodzinnych. *Psychiatryczna Praktyka Ogólnolekarska* 2002; 2: 194–195.
10. Strepikowska A, Buciński A, red. *Udar mózgu – czynniki ryzyka i profilaktyka. Farm Pol* 2009; 65: 46–50.
11. Rosińczuk J, Księżyc M, Kołtuniuk A, i wsp. Analiza wybranych czynników ryzyka udaru mózgu wśród pacjentów po udarze. *Wsp Piel Ochr Zdr* 2014; 3(1): 4–7.
12. Słodownik D, Skrzypek-Czerko M, Roszmann A, i wsp. Proces pielęgnowania pacjenta po udarze niedokrwiennym mózgu – studium indywidualnego przypadku. *PNN* 2012; 1: 76–82.

13. Rosińczuk J, Księżyc M, Kołtuniuk A, i wsp. Analiza stanu wiedzy o wybranych czynnikach ryzyka udaru mózgu wśród pacjentów po przebytych udarach mózgu. *Wsp Piel Ochr Zdr* 2014; 3(2): 26–28.
14. Miller E. Rola pielęgniarki w rehabilitacji i opiece nad chorym po udarze mózgu. *Probl Pielęg* 2009; 17(2): 152–156.
15. Nyka W, Jankowska B. Zasady wczesnej rehabilitacji chorych z udarem niedokrwiennym mózgu. *Forum Med Rodz* 2009; 3: 86–87.
16. Kołtuniuk A, Staworowska M, Rosińczuk J. Proces pielęgnowania pacjenta po przebytych udarach krwotocznym. *Wsp Piel Ochr Zdr* 2016, 5(3): 88–93

Adres do korespondencji:

Karolina Bajor
Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
ul. K. Bartla 5
51-618 Wrocław
Tel.: 790 260 817
E-mail: kbajor97@gmail.com

Praca wpłynęła do redakcji: 12.03.2019 r.

Po recenzji: 01.04.2019 r.

Zaakceptowano do druku: 03.04.2019 r.