

**RYŚ Bogusława, GRUSZCZYK Aneta. Nursing care of a 69-year-old patient after a stroke staying in the neurological ward. Journal of Education, Health and Sport. 2024;64:11-33. eISSN 2391-8306. <https://dx.doi.org/10.12775/JEHS.2024.64.001>
<https://apcz.umk.pl/JEHS/article/view/49423>
<https://zenodo.org/records/10819616>**

The journal has had 40 points in Minister of Science and Higher Education of Poland parametric evaluation. Annex to the announcement of the Minister of Education and Science of 05.01.2024 No. 32318. Has a Journal's Unique Identifier: 201159. Scientific disciplines assigned: Physical culture sciences (Field of medical and health sciences); Health Sciences (Field of medical and health sciences). Punkty Ministerialne 40 punktów. Załącznik do komunikatu Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 05.01.2024 Lp. 32318. Posiada Unikatowy Identyfikator Czasopisma: 201159. Przypisane dyscypliny naukowe: Nauki o kulturze fizycznej (Dziedzina nauk medycznych i nauk o zdrowiu); Nauki o zdrowiu (Dziedzina nauk medycznych i nauk o zdrowiu). © The Authors 2024; This article is published with open access at Licensee Open Journal Systems of Nicolaus Copernicus University in Torun, Poland
Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author (s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non commercial license Share alike. (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.
The authors declare that there is no conflict of interests regarding the publication of this paper.
Received: 05.01.2024. Revised: 10.02.2024. Accepted: 28.02.2024. Published: 15.03.2024.

Nursing care of a 69-year-old patient after a stroke staying in the neurological ward

Opieka pielęgniarska nad 69-letnim pacjentem po przebytych udarze mózgu przebywającym na oddziale neurologicznym

Bogusława Ryś

mail address: brys@ubb.edu.pl

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-1087-3449>

Affiliation: University of Bielsko-Biala, Bielsko-Biala, Poland; Faculty of Health Sciences

Aneta Gruszczyk

mail address: anettagruszka@gmail.com

ORCID ID <https://orcid.org/0009-0001-8594-4339>

Affiliation: Student of the University of Bielsko-Biala, Bielsko-Biala. Poland; Faculty of Health Sciences

Streszczenie

Prezentowana praca skupia się na opisie zagadnień związanych z udarem niedokrwiennym mózgu oraz przedstawieniu procesu pielęgnowania dla pacjenta po tym incydencie chorobowym. Pierwszą część stanowi opis kliniczny choroby, drugą natomiast opis przypadku pacjenta po udarze niedokrwiennym, przebywającym na oddziale neurologicznym. Praca zawiera również opisany przebieg hospitalizacji, problemy pielęgnacyjne, podjęte interwencje pielęgniarskie oraz ewaluacje działań pielęgniarskich

Słowa klucz: udar mózgu, problemy pielęgnacyjne, oddział neurologiczny

Abstract

The presented work focuses on the description of issues related to ischemic stroke and the presentation of the patient's care process after this incident. The first part is a clinical description of the disease, and the second part is a case report of a patient after an ischemic stroke staying in a neurological ward.

The work also includes a description of the course of hospitalization, nursing problems, nursing interventions undertaken and evaluations of nursing activities.

Key words: stroke, care problems, neurological department

Wstęp

Udar mózgu należy do głównych przyczyn śmierci i inwalidztwa wśród osób dorosłych w krajach rozwiniętych. Stanowi trzecią co do częstości przyczynę zgonów na świecie oraz ciężkiej niepełnosprawności, tuż po chorobach serca i nowotworach, powodując szereg powikłań, włącznie ze skutkiem śmiertelnym. Każdego roku na udar zapada około 15 milionów osób. Według statystyk Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), śmiertelność w wyniku udaru jest zróżnicowana w poszczególnych regionach świata i obecnie ocenia się ją na około 5 milionów osób rocznie [1].

Większość udarów, około 80% przypadków, stanowią udary niedokrwienne, 15% udary śródmózgowe a 5% to krwotoki podpajęczynówkowe [2].

W Polsce zapadalność na udar mózgu jest porównywalna do krajów europejskich. Częściej dotyka on mężczyzn niż kobiety. Szacuje się, że wynosi 175/100 000 mężczyzn i 125/100 000 kobiet. Oznacza to, że w naszym kraju liczbę udarów określa się na ponad 60 tysięcy osób rocznie. Według danych statystycznych przebyte udary mózgu stanowią najczęstszą przyczyną trwałego inwalidztwa wśród populacji osób powyżej 40 roku życia [3]. Ryzyko udaru jest wprost proporcjonalne do wieku. Ocenia się, że ponad połowa wszystkich udarów dotyczy osób po 70 roku życia, a nagły wzrost zachorowania odnosi się do grupy wiekowej 54-64 lat (Ministerstwo Zdrowia MZ 2018) [4]. To wynika ze zwiększonego występowania ogólnie uznanych czynników ryzyka w populacji osób zdrowych, takich jak: palenia papierosów, brak aktywności fizycznej, niewłaściwa dieta, otyłość, nadużywanie alkoholu oraz występowanie chorób takich jak nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, choroby serca, zaburzenia układu krzepnięcia i zaburzenia gospodarki lipidowej [5].

Udary mózgu dzielimy na krwotoczne, wśród których wyróżniamy krwotok śródmózgowy i krwotok podpajęczynówkowy oraz udary niedokrwienne, które powstają na skutek zatoru lub zakrzepu naczyń mózgowych [6].

Stany niedokrwienia mózgu mogą występować w postaci przemijającego napadu niedokrwienia mózgu, odwracalnego udaru niedokrwienego oraz udaru dokonanego. Ostateczny charakter udaru uzależniony od czasu trwania i odwracalności tego schorzenia [2].

Najczęstszymi objawami udaru są osłabienie, drętwienie mięśni twarzy, kończyn górnych i dolnych, zaburzenia widzenia, zaburzenia równowagi i koordynacji ruchów, silny ból głowy oraz zaburzenia lub utrata przytomności [7].

Udar mózgu, zarówno krwotoczny, jak również niedokrwienno jest stanem zagrażającym zdrowiu i życiu pacjenta. W obu przypadkach występują specyficzne objawy, które mogą wyraźnie sygnalizować występowanie któregoś z udarów. Wczesne rozpoznanie może zapobiec lub zmniejszyć niepełnosprawność w dalszym życiu. W każdym przypadku należy możliwie szybko przeprowadzić pełną diagnostykę tak, by móc adekwatnie zareagować i wdrożyć odpowiednie leczenie. Częstość występowania udaru sytuuje go niemal na równi z zawałem mięśnia sercowego jako bezpośredniej przyczyny śmierci. W leczeniu zasadnicze znaczenie ma rehabilitacja, którą należy wdrożyć w pierwszych dniach po udarze, w celu przywrócenia utraconych funkcji życiowych. Największą skuteczność rehabilitacji można osiągnąć, poprzez indywidualne planowanie opieki dla każdego pacjenta przy udziale wielospecjalistycznego zespołu medycznego [3,8].

Nie ulega wątpliwości, że udar mózgu jest istotnym problemem zarówno zdrowotnym, jak i społecznym, a jego następstwa są liczne i bardzo rozległe. Przyczynia się do długotrwałej niepełnosprawności fizycznej, zaburzeń funkcji poznawczych, a także zaburzeń psychologicznych, co prowadzi do obniżenia poziomu funkcjonowania w rodzinie, pracy oraz środowisku [1,3].

Aby uniknąć lub zmniejszyć zapadalność na udar mózgu, należy zadbać o edukację zdrowotną oraz świadomość społeczną z zakresu profilaktyki udaru. W prewencji udaru mózgu stosuje się profilaktykę pierwotną obejmującą zapobieganie schorzeniom zwiększającym ryzyko udaru tj.: nadciśnienie tętnicze, cukrzyca a także otyłość. Podstawę tych działań stanowi również promocja ukierunkowana na zdrowy styl życia [5].

Udar mózgu

Według definicji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) udar mózgu to: „zespół kliniczny

charakteryzujący się nagłym pojawieniem się ogniskowych lub globalnych zaburzeń czynności mózgowia - jeżeli nie doprowadzą wcześniej do zgonu utrzymują się dłużej niż 24 godziny i nie mają innej przyczyny niż naczyniowa”. Zgodnie z tą definicją rozpoznanie udaru obejmuje również pacjentów z uwidocznionymi w badaniach obrazowych ogniskami zwałowymi, u których objawy kliniczne ustąpiły w czasie krótszym niż 24 godziny. Udar przedstawiony jest również jako: „nagle wystąpienie mniej lub bardziej rozległych objawów ogniskowego uszkodzenia mózgu, z utratą lub bez utraty świadomości, spowodowane krwotokiem mózgowym, zakrzepem lub zatorom tętnic mózgowych” [9].

Według najnowszej literatury udar mózgu obejmuje również objawy ogniskowe, trwające nie dłużej niż 24 godziny, gdzie niedokrwienie zostaje potwierdzone w badaniach neuroobrazowych lub objawy ustępują po wdrożonym leczeniu. Może wystąpić również w postaci krwotoku podpajęczynówkowego [10].

Udary mózgu dzielimy na:

Krwotoczne:

Wylew śródmózgowy;

Wylew podpajęczynówkowy;

Niedokrwienne:

Spowodowane zatorom naczyń mózgowych;

Spowodowany zakrzepem naczyń mózgowych [1].

Udar niedokrwienny

Etiopatogeneza udaru niedokrwiennego

Udar niedokrwienny powstaje w momencie, w którym tętnica zaopatrująca którąś z części mózgu w krew traci drożność. W efekcie tego krew nie może swobodnie przepływać lub nie przepływa w takiej ilości, która zaspokaja zapotrzebowanie komórek mózgu. Zamknięcie dopływu krwi do określonego obszaru mózgu nie tylko powoduje niedobory tlenu, ale również ogranicza transport składników odżywczych, głównie glukozy. Natomiast zmniejszenie odpływu krwi z mózgu skutkuje komasowaniem się niepożądanych metabolitów. Powstający deficyt tlenu i glukozy powoduje zmiany w metabolizmie mózgu, które wywołują zaburzenia ogniskowe i globalne. Gwałtowne zatrzymanie dopływu krwi do mózgu jest efektem zwężenia lub też całkowitego zamknięcia światła naczyń tętniczych [11].

Ze względu na dynamikę udaru niedokrwiennego można wyodrębnić:

Przemijający atak niedokrwienny TIA - występujący w postaci ogniskowego ubytku czynności ograniczonego obszaru mózgowia, które trwa nie dłużej niż 24 godziny;

Odwracalny albo mały udar - w przypadku, którego objawy cofają się w ciągu 3 tygodni;

Udar postępujący - objawy występują nagle, ale następnie narastają powoli i stopniowo;

Udar dokonany (zawał mózgu) gdzie objawy utrzymują się ponad 3 tygodnie [6].

Przyczyny udaru niedokrwiennego

Główną przyczyną udaru niedokrwiennego jest zatorowość sercowopochodna, dysfunkcja mikrokrążenia mózgowego (mikroangiopatia mózgowia) i patologia miażdżycowa tętnic zewnętrz- i wewnętrzczaszkowych oraz zaburzenia krzepnięcia krwi. Bezpośrednią przyczyną udaru niedokrwiennego jest niedotlenienie komórek nerwowych, przez co zaczynają one obumierać. W przypadku udarów niedokrwiennych do niedotlenienia komórek nerwowych dochodzi na skutek zablokowania przepływu krwi przez naczynie, z kolei w przebiegu udaru krwotocznego pęka ściana naczynia. Układ naczyń krwionośnych, które zaopatrują tkankę nerwową w tlen i składniki odżywcze ma skomplikowaną budowę, dzięki czemu może właściwie odżywić każdą część mózgu dostarczając do niej niezbędne substancje [12].

Najczęstsza przyczyna udaru niedokrwiennego to miażdżyca. W przebiegu miażdżycy w naczyniach tętnic szyjnych i kręgosłupa, które doprowadzają krew do mózgu odkładają się blaszki cholesterolu na skutek czego następuje zgrubienie ich ścian. Jednocześnie światło naczynia ulega zwężeniu, przez co krew nie może swobodnie przepływać. Bywa też, że dochodzi do wytworzenia

się skrzepliny. Zwykle powstaje ona właśnie w zwężonym odcinku naczynia. W momencie, gdy jej fragment oderwie się zostaje niesiony wraz z krwią przez co dochodzi do blokady tętnicy. To mechanizm powstawania całkowitej niedrożności naczynia. Na zachorowanie na miażdżycę najbardziej podatne są osoby z nadciśnieniem tętniczym, zwłaszcza nieleczonym [13].

Czynniki ryzyka udaru niedokrwiennego

Wśród czynników ryzyka wymienić należy: nadciśnienie tętnicze, cukrzycę oraz podwyższony poziom cholesterolu. Zarówno wysokie ciśnienie krwi wraz z przekroczonym poziomem normy glukozy we krwi stanowi objaw specyficzny w przypadku diabetyków. Na skutek ich występowania może dojść do uszkodzenia i zwężenia małych tętniczek zaopatrujących tkanki mózgowe w krew [10,13].

W początkowej fazie udaru niedokrwienie dotyczy tylko niewielkiego obszaru mózgu, jednak zmiany postępują, prowadząc do coraz większych uszkodzeń. Tym samym następuje przekształcenie małego udaru w udar pełnoobjawowy. Udar niedokrwienny mózgu jest szczególnie zagrożeniem dla pacjentów z niektórymi chorobami serca, zwłaszcza dla tych, u których stwierdzono predyspozycje do występowania migotania przedsionków. Praca mięśnia sercowego zostaje zaburzona, przez co skrzeplina krwi zaczyna się przemieszczać. Wówczas zachodzi ryzyko, iż dotrze do tętniczek mózgowych, co będzie skutkowało zatorami. W grupie czynników ryzyka należy wymienić też płeć, wiek oraz rasę, które nie są modyfikowalne. Szczególnie narażoną grupą są mężczyźni, w tym ci, którzy ukończyli już 40 rok życia. Prawdopodobieństwo wystąpienia udaru niedokrwiennego znacząco wzrasta zwłaszcza po 55 roku życia, ponieważ właśnie wtedy wraz z upływem każdego 10 lat podwaja się ryzyko wystąpienia tego incydentu. Pewne znaczenie ma również podłoże genetyczne, ponieważ ryzykiem udaru obarczone są osoby, w przypadku których podczas wywiadu stwierdzono występowanie obciążenia rodzinnego.

Na wystąpienie udaru niedokrwiennego wpływają też takie czynniki jak:

- Znaczna otyłość – wskaźnik BMI przekracza wartość wynoszącą 35;
- Nieleczona dna moczanowa;
- Użytki, w tym szczególnie palenie tytoniu i nadmierne spożywanie alkoholu;
- Uzależnienie lekowe;
- Mała aktywność fizyczna;
- Złe warunki socjoekonomiczne, niski poziom edukacji;
- Hormonalna antykoncepcja [14].

Oprócz nadciśnienia tętniczego, cukrzycy, zaburzeń gospodarki lipidowej oraz migotania przedsionków wyróżniamy również inne czynniki chorobowe, które determinują do ryzyka udaru:

- Choroby serca tj.: zawał mięśnia sercowego;
- Choroba wieńcowa;
- Choroby krwi;
- Zaburzenia metaboliczne wynikające z niewydolności nerek;
- Migrena;
- Dna moczanowa;
- Zespół bezdechu nocnego, głównie u mężczyzn;
- Bezobjawowe zwężenie tętnicy szyjnej wewnętrznej;
- Przewlekłe zakażenia bakteryjne i wirusowe [15].

Objawy udaru niedokrwiennego

Objawy udaru niedokrwiennego mózgu są wywoływane poprzez zaburzenie czynności neuronów. Dochodzi wówczas do niedotlenienia, przez co komórki obumierają. Należy mieć na uwadze, że objawy udaru są różne, na co wpływa przede wszystkim to, w jakim miejscu przepływ krwi przez naczynie został wstrzymany. Wśród najbardziej sugestywnych objawów udaru niedokrwiennego

należą objawy wczesne, do których zalicza się:

- drętwienie kończyny;
- zaburzenia widzenia w postaci widzenia rozmytego lub nagłej utraty wzroku;
- osłabienie mięśni twarzy, zniekształcenie, zwłaszcza opadanie kącika ust;
- spadek siły mięśniowej w kończynie o charakterze nagłym;
- niemożność wypowiedzania pełnych zdań lub też trudności ze zrozumieniem tego, co komunikuje druga osoba;
- bardzo silny ból głowy;
- niemożność utrzymania równowagi, nawet podczas siedzenia [16].

Często u pacjentów można zaobserwować takie objawy, które sygnalizują, że atak niedokrwienny mija. Pomimo względnie szybkiej przemijalności objawów nie można mówić, że są one mniej niebezpieczne, gdyż mogą jednocześnie zwiększyć prawdopodobieństwo tego, iż w przyszłości u pacjenta pojawi się pełnoobjawowy udar niedokrwienny. Objawy ogniskowe są konsekwencją wyniszczenia określonej części mózgu, co może skutkować różnymi objawami u poszczególnych pacjentów. Bierze się to głównie z możliwości różnej lokalizacji ogniska niedokrwienia. Objawy te są następujące:

- zaburzenia przytomności, od senności do śpiączki z objawami wegetatywnymi;
- zaburzenia świadomości tj.: omamy, urojenia, konfabulacje, splątanie, majaczenie;
- porażenie lub niedowład połowiczny (pojawia się objaw Babińskiego);
- Zaburzenia czucia: ruch, bólu, temperatury;
- mimowolne i nieskoordynowane ruchy ciała, nad którymi nie można zapanować, zawroty głowy, nudności, ataksja kończy;
- zaburzenia widzenia;
- Zaburzenia zwieraczy, które mogą się pojawić w pierwszym okresie udaru;
- zespoły atypowe np. dyzartria (niewłaściwa artykulacja) i dysfagia (zaburzenia połykania);
- zaburzenia pamięci wraz z amnezją;
- zaburzenia wegetatywne takie jak: zaburzenia oddychania, rytmu serca, termoregulacji, wahaniami ciśnienia tętniczego krwi [12].

Diagnostyka i leczenie udaru niedokrwiennego

W celu skutecznego leczenia najpierw należy przeprowadzić diagnostykę udaru niedokrwiennego za pomocą tomografii komputerowej głowy. Tomografia pozwala rozstrzygnąć rodzaj udaru, co jest kluczowe z punktu widzenia leczenia. Niekiedy wykonuje się rezonans magnetyczny, który dobrze uwidacznia zawał. Inne badania to: EEG oraz USG tętnic, badanie angiograficzne. Badania z krwi: morfologia, czas protrombinowy, INR i APTT, stężenie elektrolitów i glukozy w surowicy krwi, OB lub CPR. Elementem standardowej procedury leczenia udaru niedokrwiennego jest aplikacja leków trombolitycznych mających rozpuścić skrzep zaburzający przepływ krwi. Pacjentowi należy udzielić pomocy do czterech i pół godziny po wystąpieniu pierwszych symptomów sugerujących udar. Moment wdrożenia leczenia warunkuje, jak duży obszar mózgu obejmie udar i czy powstałe uszkodzenia będą trwałe. Gdy minie rekomendowany czas na zaaplikowanie trombolityków, metoda ta straci szansę powodzenia. Skrzeplinę u pacjentów z niedrożnością tętnicy szyjnej lub dużej tętnicy mózgowej usuwa się za pomocą trombektomii mechanicznej, lecz zabieg ten należy przeprowadzić w czasie do 6 godzin po wystąpieniu objawów udaru [17].

W okresie ostrym podstawowe zasady leczenia udaru mózgu są następujące:

- Stały monitoring i podtrzymanie podstawowych funkcji i parametrów życiowych takich jak tętno, oddech, temperatura ciała i ciśnienie tętnicze krwi;
- Ocena neurologiczna stanu świadomości, nasilenia objawów ogniskowych, obecności zaburzeń połykania oraz pracy zwieraczy;
- Diagnostyka w postaci tomografii komputerowej, badania dopplerowskiego tętnic zewnątrz- i wewnątrzczaszkowych oraz badań biochemicznych;

- Leczenie przywracające krążenie mózgowe;
- Kontrola gospodarki wodno-elektrolitowej wraz z metabolizmem glukozy [18, 19].

Poddanie badaniu pacjenta z udarem mózgu powinno być ukierunkowane w taki sposób, który pozwoli wykryć wszelkie nieprawidłowości mogące zagrażać życiu – szczególnie te, które przyczyniają się do zaburzeń świadomości. Podczas pierwszych kilkunastu godzin, może dojść do pogorszenia stanu neurologicznego pacjenta, a przyczyn należy wówczas upatrywać w ogniskowych zaburzeniach krążenia mózgowego, któremu towarzyszy obrzęk mózgu, ponowny udar lub narastanie obszaru niedokrwienia. Warto jednak zwrócić uwagę na to, że intensyfikacja objawów neurologicznych może mieć przyczyny pozamózgowe, w postaci tętniaka rozwarstwiającego aorty, zachłystowego zapalenia płuc, niedomagania krążenia, niewydolności nerek, współistniejącego zawału serca lub infekcji ogólnoustrojowej.

Zaburzenia świadomości sugerują, jak rozległy jest udar i stanowią przesłankę do tego, by poddać pacjenta intensywnej opiece medycznej. Biorąc pod uwagę to, iż u podstaw około 80% udarów niedokrwienych leży zakrzep lub zator, czyli zamknięcie tętnic mózgowych lub domózgowych można uznać, iż najbardziej uzasadnioną metodą leczenia jest udrażnianie naczyń, czyli m.in. metoda trombolityczna. Leczenie swoiste ma za zadanie:

- rekanalizować niedrożne naczynia;
- przywrócić krążenie (reperfuzja) w obszarze niedokrwienia mózgu przed rozwinięciem się nieodwracalnych zmian martwiczych [5].

Skutki udarów mózgu

Następstwa udaru niedokrwienego mają niekorzystny wpływ na prawidłowe i samodzielne funkcjonowanie chorego. Uwarunkowane są stanem zdrowia pacjenta przed udarem, a także wielkością i umiejscowieniem ogniska niedokrwienego. Niepełnosprawność poudarowa, obejmuje zaburzenia ruchowe, które są w głównej mierze następstwami udaru niedokrwienego. Można zaobserwować wtedy niedowład (osłabienie siły mięśniowej), problemy z utrzymaniem równowagi czy pionizacją ciała. Zaburzenia czucia powierzchownego i głębokiego oraz wzmożone napięcie mięśniowe, należą do najbardziej powszechnych konsekwencji udarów mózgu. Chorzy najczęściej uskarżają się na różnego rodzaju bóle, ciężkie do zlokalizowania i opisanego, które bardzo utrudniają codzienne funkcjonowanie. Kolejnym istotnym następstwem przebytego udaru niedokrwienego jest otępienie, pojawiają się problemy ze skupieniem uwagi, wycofanie, problemy ze wzrokiem, brak orientacji przestrzennej. Jeżeli dojdzie do uszkodzenia obszaru mózgu odpowiadającego za mowę, u pacjentów rozwija się afazja, objawiająca się brakiem zdolności do rozumienia, tworzenia zdań i wypowiedzania słów. Wówczas wypowiedzi chorego są niezrozumiałe lub bełkotliwe. Występują także kłopoty z pisaniem (agrafia), liczeniem oraz czytaniem (aleksja). U chorych z przebyłym udarem mózgu obserwowane są również zaburzenia psychiczne takie jak: depresja, apatia, zmienność nastrojów. Ich główną przyczyną jest uszkodzenie mózgu powstałe w przebiegu udaru, jak również doświadczenia związane z chorobą [9,14].

Cała gama przedstawionych skutków udaru wymaga wdrożenia jak najszybszej rehabilitacji, która czasami trwa miesiącami, a osiągnięte efekty wielokrotnie nie są zadowalające. Konieczne jest również ze strony rodziny okazywanie empatii, zrozumienia oraz cierpliwości.

Rehabilitacja po udarze mózgu

Bardzo ważną rolę w powrocie do zdrowia po przebyłym udarze mózgu odgrywa rehabilitacja, jednak obumarcie neuronów jest nieodwracalne bez względu na plastyczność ośrodkowego układu nerwowego. Te funkcje, które zostały „wyłączone” mogą przejąć aktywne komórki nerwowe, lecz tylko w ograniczonym zakresie. Rehabilitację poudarową należy rozpocząć możliwie jak najwcześniej tzw. rehabilitacja przyłóżkowa, która zostaje wdrożona w pierwszej dobie hospitalizacji. Następnie należy rozpocząć postępowanie późne będące kontynuacją wczesnej rehabilitacji, dotyczące stanów przewlekłych. Podczas rehabilitacji istotne jest to, by pacjent aktywizował się we współpracy z fizjoterapeutą, logopedą i neurologiem. Wszystkie podejmowane

działania mają na celu odtworzenie umiejętności i zdolności fizycznych, psychicznych i społecznych. Służy to zredukowaniu powikłań poudarowych oraz pozwala pacjentowi możliwie dobrze funkcjonować. Głównym ogniwem rehabilitacji jest rodzina, ponieważ ma kontakt z chorym na co dzień. Rehabilitację trzeba dostosować do możliwości chorego, gdyż zbyt ambitne cele w stosunku do jego zdolności mogą prowadzić do zniechęcenia i braku motywacji do kontynuowania procesu usprawniania. Do zadań wczesnej rehabilitacji należy:

- Profilaktyka przeciwoleżynowa obejmująca głównie częste zmiany pozycji chorego w łóżku co dwie godziny.
 - Profilaktyka przeciwzkrzepowa, w której kończyny zostają ułożone w pozycji drenażowej oraz zastosowanie ćwiczeń biernych i czynnych poprawiające krążenie.
 - Walka z przykurczami, gdzie dochodzi do osłabienia siły mięśniowej lub do całkowitego porażenia kończyn (wiotkie i spastyczne).
 - Zachowanie i torowanie dróg ruchowy (ćwiczenia bierne, ćwiczenia bierno-czynne, wspomagane lub czynne).
 - Adaptacja organizmu do wysiłku fizycznego (pionizacja bierna i czynna).
- W rehabilitacji późnej zalecana jest fizjoterapia, doskonalenie funkcji chodu, sprawności funkcjonalnej kończyn w celu uzyskanie maksymalnej samowystarczalności i sprawności ruchowej. Ważnym elementem tych działań jest czas i systematyczność. Należy również zapewnić choremu kontakt z psychologiem oraz logopedą [3,8].

Według badań dotyczących opieki pielęgniarskiej i rehabilitacji, zarówno w szpitalu, jak i w późniejszym czasie prowadzonej w domu, kluczową rolę odgrywa edukacja pacjenta oraz jego rodziny lub opiekunów, dotycząca aktywizacji, skutków udaru oraz profilaktyki [20]. Instrukcje powinny dotyczyć profilaktyki wtórnej udaru, na przykład kontroli ciśnienia tętniczego, kontrolowania poziomu cukru i tłuszczu we krwi, stosowania diety, także unikanie nałogów, w tym palenia nikotyny, nadmiernego spożycia alkoholu i zażywania narkotyków [1,5].

Cel pracy

Celem niniejszej pracy jest przedstawienie przypadku 69-letniego pacjenta przebywającego na oddziale neurologii z rozpoznaniem udarem niedokrwiennym mózgu, opracowanie indywidualnego planu opieki dla niego oraz poszerzenie wiedzy odbiorców na temat tej jednostki chorobowej.

Wybrałam ten temat, ponieważ właściwe rozpoznanie pierwszych symptomów i szybkie wdrożenie leczenia jest kluczowym aspektem dla pacjentów z udarem mózgu. Choroba ta posiada szeroką gamę objawów, które wcześniej rozpoznane zapobiegają niepełnosprawności w dalszym życiu.

Materialy i metody

Metoda badawcza polega na podjęciu określonych czynności postępowania, jak i zastosowanie odpowiednich narzędzi badawczych. Ma na celu skoordynowanie sposobu postępowania z zakładanym celem badań. Powinna wynikać z przyjętych celów, rezultatów i stanowić najprostszą drogę do ich osiągnięcia. Zapobiega popełnianiu błędów i wpływa na poszerzenie wiedzy w danej tematyce [21].

Do pisania pracy licencjackiej została wykorzystana metoda indywidualnego przypadku. Badaniem został objęty 69-letni mężczyzna przebywający w Szpitalu Śląskim w Cieszynie na oddziale neurologii z rozpoznaniem udarem niedokrwiennym mózgu.

Zastosowano techniki takie jak:

- Wywiad
- Obserwacja
- Pomiar podstawowych parametrów życiowych
- Pomiar podstawowych parametrów antropometrycznych
- Pomiar BMI
- Analiza dokumentacji medycznej (lekarskiej, pielęgniarskiej, historii choroby, karty gorączkowej)

- Analiza publikacji medycznej krajowej, jak i zagranicznej
- Skale, które zastosowano do oceny stanu zdrowia pacjenta (skala Glasgow - oceniająca stan świadomości, skala Barthel - oceniająca podstawowe funkcje życiowe, skala NRS - oceniająca stopień bólu pacjenta, skala Norton - oceniająca ryzyko powstania odleżyn, skala Yesavage'a do oceny depresji oraz skala ATMS – oceniająca funkcje poznawcze)

Opis przypadku

Pacjent J.M. w wieku 69 lat został przyjęty na Szpitalny Oddział Ratunkowy w Szpitalu Śląskim w Cieszynie z powodu wystąpienia zaburzeń równowagi, zaburzeń gałkoruchowych i wymiotów. Pierwsze niepokojące objawy w postaci zasłabnięcia i wysokich wartości ciśnienia tętniczego krwi (CTK) 185/110mmHg miały miejsce o godzinie 18.00 dnia poprzedniego. Pacjent zbagatelizował symptomy i udał się na spoczynek nocny, około 2.00 w nocy obudził go ból głowy i nudności. Rodzina natychmiast zareagowała wzywając Zespół Ratownictwa Medycznego.

Pacjent w chwili przybycia był przytomny w logicznym kontakcie, nieznacznie pobudzony. Proste polecenia starał się wykonać. Według skali Glasgow mężczyzna otrzymał 14/15 punktów, co świadczy o łagodnych zaburzeniach świadomości. W przeprowadzonym badaniu fizykalnym stwierdzono oddech fizjologiczny bez cech niewydolności, nad polami płucnymi szmer pęcherzykowy prawidłowy, słyszalny symetrycznie. Podstawowe parametry życiowe mężczyzny wynosiły: tętno (HR) 100 ud/min., CTK 170/80 mmHg, oddech 85/min., temperatura ciała 36,5°C. W badaniu palpacyjnym stwierdzono brzuch miękki, niebolesny bez objawów i oporów patologicznych. Ruchy mimiczne twarzy niesymetryczne, zaburzone ruchy dowolne gałek ocznych, a także osłabienie siły mięśniowej kończyn, którą oceniono za pomocą skali Lovetta (3°).

W wywiadzie z rodziną uzyskano informacje dotyczące chorób współistniejących takich jak: nadciśnienie tętnicze (I10) oraz cukrzyca typu 2 (E11), na które pacjent choruje od 3 lat, jednak nie przyjmuje regularnie leków. Ponadto od 40 lat pali papierosy, obecnie około 30 dziennie. W wywiadzie rodzina nie podaje innych chorób ani alergii.

Pacjent sygnalizuje nieurazowy ból głowy, po ocenie bólu wg skali numerycznej (NRS) otrzymano 6 punktów, co świadczy o umiarkowanym bólu. Przy przyjęciu chorego do szpitala w trybie pilnym wykonano badania diagnostyczne: tomografię komputerową głowy (TK), elektrokardiografię (EKG), badania biochemiczne krwi (leukocytoza, elektrolity, hematokryt, stężenie mocznika, glukozy, kreatyniny we krwi, próby wątrobowe, fibrynogen, wskaźnik protrombinowy, czas kaolinowo-kefalinowy).

Po wykonaniu badań i TK głowy zdiagnozowano: zawał mózgu wywołany przez zator tętnic mózgowych- udar niedokrwienny z zakresu pnia mózgu, lewej półkuli mózdzku (I63.4). Rozpoznanie dodatkowe: nadciśnienie tętnicze, hypokalemia, cukrzyca typu 2, hyperlipidemia, nikotynizm. Pacjent został ze Szpitalnego Oddziału Ratunkowego przyjęty na oddział neurologii w obrębie tego samego szpitala, gdyż nie wymagał interwencji chirurgicznej - wskazane jedynie leczenie zachowawcze.

Obecnie pacjent przebywający na oddziale neurologii jest w stanie ogólnym dobrym. Wystąpiły u niego zaburzenia w funkcjonowaniu narządu ruchu spowodowane niedowładem połowicznym prawostronnym, co uniemożliwia mu samoopiekę, wywołuje apatię oraz niepokój. W ocenie samopoczucia wg skali oceny depresji Yesavage'a (GDS) pacjent otrzymał 18 punkt, co wskazuje na lekką depresję. U chorego przeprowadzono ocenę podstawowych funkcji życiowych przy pomocy skali Barthel, według której pacjent uzyskał 40/100 punktów. Mężczyzna wymaga pomocy przy czynnościach pielęgnacyjnych, fizjologicznych oraz czynnościach dnia codziennego, takich jak: toaleta ciała, odżywanie, ubieranie, rozbieranie. Jest osobą leżącą, wymagającą pomocy w zmianie pozycji oraz przemieszczaniu się. Wskutek unieruchomienia jest narażony na powstawanie powikłań zatorowo-zakrzepowych, przykurczy stawowo-mięśniowych oraz odleżyn. Ryzyko powstania odleżyn przeprowadzone według skali Norton wynosi u mężczyzny 11/20 pkt., co oznacza możliwość wystąpienia odleżyn. Waga ciała pacjenta to 100 kg przy wzroście 175 cm (BMI –32,65), co świadczy o otyłości I stopnia. Pacjent zdaje sobie sprawę że jest otyły. Mimo tego nie stosuje żadnej diety redukującej masę ciała i nie wykazuje motywacji do wdrożenia leczenia dietetycznego.

Poziom glikemii u chorego w dniu przyjęcia wynosił rano: 216 mg/dl oraz wieczorem 222 mg/dl. Podczas obserwacji, w drugiej dobie po udarze niedokrwiennym mózgu, około godziny 18:00, pacjent sygnalizował ból głowy o sile ocenionej na 4 punkty w skali NRS oraz uczucie gorąca. Po zmierzeniu temperatury ciała, stwierdzono, że wynosi ona 39,5°C.

Badanie fizykalne w dniu prowadzonej obserwacji na oddziale neurologii:

Układ krążenia: HR – 81 ud/min., CTK – 130/75 mmHg.

Układ oddechowy: oddechowemu wydolny 14/min., bez kaszlu i duszności.

Układ pokarmowy: pragnienie i łaknienie w normie, brak objawów krztuszenia się podczas spożywania posiłków, wypróżnianie prawidłowe. Pacjent z otyłością I stopnia.

Układ mięśniowo-stawowy: ograniczona ruchomość stawów, siła i napięcie mięśni zaburzone (wg skali Lovetta na 3°), prawostronny niedowład kończyn.

Układ moczowy: diureza dobową prawidłową w ilości 1800 ml. Założono cewnik Foley'a do pęcherza moczowego, rozpoczęto bilans płynów, dodatkowo chory zabezpieczony jest pamperssem w przypadku nietrzymania stolca.

Układ nerwowy i narządów zmysłów: według Skróconego Testu Sprawności Umysłowej (AMTS) chory otrzymał 6pkt. co oznacza, iż pacjent jest w umiarkowanym kontakcie logicznym, zorientowany co do miejsca i czasu, pobudzony. Stara się wykonywać proste polecenia. Ma trudności w komunikowaniu się, ze względu na niezrozumiałą mowę spowodowaną afazją ruchową. Zaobserwowano oczopląs pionowy oraz brak odwodzenia gałki ocznej prawej, dyzmetrię oraz wyraźny niedowład prawej strony ciała bez objawów oponowych. Słuch prawidłowy. Chory nosi okulary.

Stan psychiczny: obniżony nastrój, spowodowany lękiem przed kalectwem i obawą przed przyszłością (wg. skali oceny depresji Yesavage'a (GDS) 18pkt., co potwierdza lekką depresję).

Stan higieniczny: skóra jest w stanie dobrym, prawidłowo napięta, blada i spocona, brak zaobserwowanych odparzeń w okolicy krocza, ran a także zmian na ciele.

Uczulenia: po przeprowadzonym wywiadzie z rodziną wykluczono wszelkie uczulenia.

Status społeczny: chory mieszka z żoną oraz starszym synem w domu jednorodzinnym. Zajmuje jedną kondygnację budynku, warunki socjalno-bytowe są dobre. Mężczyzna jest emerytowanym pracownikiem budowlanym. Utrzymuje kontakt z pozostałymi dziećmi oraz wnukami. Relacje, które panują w rodzinie są dobre, najbliżsi pacjenta wykazują zainteresowanie jego sytuacją zdrowotną.

Przyzwyczajenia i nawyki: chory prowadził mało aktywny tryb życia, jego dieta zawierała znikomą ilość owoców i warzyw, a bogata była w tłuszcze zwierzęce, potrawy smażone i słodkie.

Uzależnienia: palenie papierosów.

W trakcie hospitalizacji stan pacjenta pozostawał dobry, włączono leki przeciwplatekcyjne, przeciwzakrzepowe, przeciwobrzękowe, przeciwbólowe. W związku z występującą u pacjenta cukrzycą typu 2 przeprowadzono profil glikemii (198mg/dl, 216mg/dl, 222mg/dl, 213mg/dl,) i wdrożono dietę cukrzycową. Wyrównano zaburzenia jonowe i hiperglikemię, ze względu na incydent gorączkowy włączono antybiotykoterapię.

Stosowane leczenie farmakologiczne:

- Nootropil 800mg 2xdziennie 1-1-0 i.v.
(działanie: stymuluje metabolizm w ośrodkowym układzie nerwowym)
- Mannitol 20% Fresenius 3xdziennie 100ml i.v.
(działanie: zwiększa diurezę, obniża ciśnienie wewnątrzczaszkowe, zmniejsza obrzęk mózgu i redukuje ciśnienie wewnątrzgałkowe)
- PWE 500ml+20 mEq CI 2xdziennie 1-1-0 i.v.
(działanie: zapewnia równowagę elektrolitową oraz zwiększa objętość osocza)
- Acard 150 mg 3xdziennie p.o.
(działanie: hamuje agregację płytek krwi, zapobiega chorobom serca, zakrzepicy naczyń wieńcowych, żylnych, zatorowości płucnej)
- Fraxiparine 0,6 mg 1xdziennie s.c.

(działanie: zapobiega tworzeniu się zakrzepów w naczyniach krwionośnych)

- Kalipoz prolongatum, 391 mg K+ 3xdziennie p.o.

(działanie: poprawia kurczliwość mięśni, odgrywa ważną rolę w przewodnictwie nerwowym i przemianie węglowodanowej)

- Helicid 40 mg 1xdziennie 1-0-0 i.v.

(działanie: hamuje wydzielanie kwasu solnego w żołądku)

- Metoklopramid 2x dziennie 1-1-0 i.v.

(działanie: zapobiega nudnościom i wymiotom)

- Gensulin R 100j.m.3xdziennie 8-14-8 j. s.c.

(działanie: zmniejsza stężenie cukru we krwi)

- Ketrel 12,5mg 1xdziennie 0-0-1 p.o. (działanie: przeciwpsychotyczne)

- Perfalgan 1000 mg 1xdziennie 1-0-0 i.v.

(działanie: przeciwbólowe i przeciwgorączkowe)

- Rocephin 1g 1xdziennie 1-0-0 i.v.

(działanie: antybiotyk z grupy cefalosporyn, stosowany w leczeniu zakażeń bakteryjnych)

- Zahron 20mg 1xdziennie 0-0-1 p.o.

(działanie: obniża stężenie złego cholesterolu we krwi)

- Nebilet 5 mg 1xdziennie 1-0-0 p.o.

(działanie: zmniejsza częstotliwość rytmu serca i siły jego skurczu, obniża ciśnienie tętnicze krwi)

Po przeprowadzeniu wywiadu w drugiej dobie hospitalizacji oraz analizie stanu pacjenta, sformułowano następujące diagnozy opiekuńczo-pielęgniarskie.

Proces pielęgnacyjny

Problem 1: Ból głowy z powodu zaburzenia krążenia mózgowego (wg skali NRS 4 pkt.)

Cel opieki: Złagodzenie lub całkowita likwidacja bólu oraz zmniejszenie dyskomfortu pacjenta

Plan opieki:

- Ocena charakteru, natężenia i lokalizacji bólu oraz okoliczności jego występowania
- Ocena bólu wg Skali NRS
- Obserwacja w kierunku narastania wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego (ocena stanu świadomości, występowania nudności, wymiotów, ocena parametrów życiowych: tętno, oddech, ciśnienie tętnicze, temperatura i ich dokumentowanie)
- Poinformowanie pacjenta o przyczynie bólu
- Podanie leków przeciwbólowych na zlecenie lekarza
- Obserwacja skuteczności terapii przeciwbólowej, zgłoszenie lekarzowi działań niepożądanych
- Ułożenie pacjenta w pozycji zapobiegającej obrzękowi mózgu
- Założenie cewnika Foley'a w celu prowadzenia bilansu płynów (kontrola diurezy)
- Eliminowanie określonych bodźców ze środowiska: silnego światła, hałasu
- Ułożenie pacjenta wygodnie, w pozycji, która przynosi ulgę
- Unikanie wykonywania gwałtownych ruchów w czasie podnoszenia kończyn
- Wyjaśnienie konieczności przestrzegania "reżimu łóżkowego"

Działanie pielęgniarskie:

Wyjaśniono choremu przyczynę bólu oraz konieczność pozostania w łóżku. Dokonano oceny bólu wg. Skali NRS, w której pacjent otrzymał 4pkt., co wskazuje na ból o lekkim natężeniu który nie

jest akceptowalny dla niego. Przeprowadzono pomiar podstawowych parametrów życiowych: HR – 81 ud/min., CTK – 130/75 mmHg, liczba oddechów – 14/min, saturacja SpO₂ – 97%, temperatura ciała 39,5°C. Uzyskane pomiary odnotowano w karcie gorączkowej. Zapewniono pacjentowi pozycję z uniesioną głową pod kątem 20-30 stopni. Na zlecenie lekarza choremu podano środki przeciwbólowe.

Ocena działania:

Po podaniu leków przeciwbólowych wg zlecenia lekarza, ból głowy zmniejszył się (2 pkt. wg skali NRS). Problem pozostaje do dalszej obserwacji.

Problem 2: Gorączka spowodowana uszkodzeniem ośrodka termoregulacji w wyniku udaru mózgu (39,5°C)

Cel opieki: Obniżenie temperatury i zapewnienie komfortu pacjentowi

Plan opieki:

- Systematyczny pomiar temperatury ciała co 2 godziny oraz prowadzenie zapisu temperatury w dokumentacji pielęgniarskiej (np. w karcie gorączkowej)
- Zapewnienie odpowiedniego nawodnienia pacjenta poprzez: zachęcanie pacjenta do spożycia około 2 l płynów na dobę oraz podawanie płynów dożylnie
- Obniżanie temperatury przy pomocy zabiegów fizykalnych takich jak: okłady chłodzące i wysychające
- Zmiana bielizny osobistej i pościelowej w zależności od potrzeby
- Zapewnienie pacjentowi wygodnej i luźnej bielizny osobistej
- Zastosowanie lekkiego okrycia pacjenta
- Higiena ciała pacjenta i toaleta jamy ustnej (smarowanie ust wazeliną lub kremem, aby zapobiec wysychaniu ust)
- Zapewnienie odpowiedniego mikroklimatu (wilgotność powietrza w granicach 40-60%)
- Podanie środków przeciwgorączkowych zleconych przez lekarza
- Obserwacja stanu pacjenta

Działanie pielęgniarskie:

Dokonywano pomiarów temperatury ciała co 2 godziny. I pomiar – 38,9°C, II pomiar – 39,1°C, III pomiar – 39,5°C. Udokumentowano uzyskane pomiary w karcie gorączkowej. Zastosowano zimne okłady na kark i czoło pacjenta. Zachęcano chorego do spożycia większej ilości płynów. Na zlecenie lekarza podano płyny i leki przeciwgorączkowe.

Ocena działania:

Stan pacjenta dobry. W wyniku podjętych działań oraz leczenia farmakologicznego gorączka uległa zmniejszeniu (38,2°C). Stan pacjenta pozostaje do dalszej obserwacji.

Problem 3: Nadmierna potliwość z powodu gorączki

Cel opieki: Utrzymanie skóry w czystości o prawidłowych cechach wilgotności

Plan opieki:

- Codzienna toaleta ciała z użyciem środków pielęgnacyjnych o neutralnym Ph
- Zmiana bielizny osobistej wg potrzeb
- Zapewnienie wygodnej i luźnej bielizny z naturalnych materiałów zapewniających dobre wchłanianie wilgoci
- Zmiana bielizny pościelowej wg potrzeb
- Zapobieganie odparzeniom skóry poprzez jej dokładne osuszanie oraz stosowanie środków pielęgnacyjnych
- Zapewnienie chłodnych płynów do picia
- Prowadzenie bilansu płynów i dokumentowanie wyników
- Zapobieganie odwodnieniu i codzienna kontrola powłok skórnych

- Zapewnienie odpowiedniej temperatury otoczenia (18-21°C)

Działanie pielęgniarskie:

Wykonano u pacjenta toaletę całego ciała oraz zmieniono bieliznę pościelową i osobista na luźną, przewiewną, bawełnianą. Oceniono powłoki skórne, ich zabarwienie, napięcie oraz elastyczność. Zachęcano chorego do spożycia większej ilości płynów. Założono kartę bilansu płynów: (przyjęte – około 2500 ml), (wydalone – około 1800 ml), otrzymane wartości udokumentowano.

Ocena działania:

Bilans dobowy dodatni. Skóra blada, elastyczna, prawidłowo napięta, spocona, brak objawów odwodnienia. Pacjent czuje większy komfort, problem pozostaje do dalszej obserwacji.

Problem 4: Deficyt samoopieki w zakresie czynności pielęgnacyjno-higienicznych i poruszania się

Cel opieki: Zaspokojenie potrzeb pacjenta i poprawa jego samodzielności

Plan opieki:

- Ocena możliwości samoobsługowych wg skali Barthel (pacjent otrzymał 40 pkt. i wymaga opieki pielęgniarskiej)
- Mobilizowanie chorego do podejmowania aktywności
- Codzienna toaleta ciała i jamy ustnej pacjenta po każdym posiłku
- Pomoc w zmianie bielizny pościelowej i osobistej
- Zmiana pampersa wg. potrzeby
- Dokładne osuszanie i nawilżanie skóry
- Informowanie pacjenta o wykonywanych czynnościach
- Zapewnienie pacjentowi warunków bezpieczeństwa i intymności
- Zapobieganie odparzeniom poprzez stosowanie środków ochronnych i nawilżających na pośladki i pachwiny
- Zapewnienie pacjentowi bezpieczeństwa przy zmianie pozycji
- Zakładanie barierki przed odejściem od pacjenta
- Stosowanie udogodnień - poduszek, kocy, mat
- Okazywanie cierpliwości i wsparcia przy kontakcie z pacjentem
- Umówienie wizyty z rehabilitantem

Działanie pielęgniarskie:

Pacjenta oceniono w skali Barthel wg której otrzymał 40 pkt., co oznacza, iż potrzebuje pomocy w prawidłowym funkcjonowaniu. Zapewniono choremu pomoc przy czynnościach dnia codziennego tj.: toaleta ciała, spożywanie posiłków, zmian pozycji ciała, ubieranie i rozbieranie. Zastosowano na powłoki skórne maści i kremy, które minimalizują powstanie odleżyn i odparzeń. Wszystkie wykonywane czynności przy pacjencie podejmowano od strony porażonej. Zorganizowano spotkanie z rehabilitantem.

Ocena działania:

Trudności w wykonywanych czynnościach zostały ograniczone, pacjent zostaje stopniowo wdrożony do samoobsługi. Problem pozostaje do dalszej obserwacji.

Problem 5: Trudność w przyjmowaniu posiłków spowodowana niedowładem

Cel opieki: Zapewnienie prawidłowego stanu odżywienia

Plan opieki:

- Zachęcanie i mobilizowanie chorego do jak największej samodzielności w spożywaniu pokarmów
- Zapewnienie pozycji wysokiej lub półwysokiej z głową pochyloną do klatki piersiowej
- Towarzystwo i pomoc choremu podczas karmienia
- Zapewnienie ciszy, spokoju oraz odpowiedniej ilości czasu do zjedzenia
- Dostosowanie konsystencji pokarmu do możliwości pacjenta
- Umieszczanie jedzenia po stronie jamy ustnej nie dotkniętej niedowładem,

nakłanianie także do jedzenia po stronie porażonej

- Zadbanie o estetykę oraz temperaturę jedzenia
- Sprawdzenie jamy ustnej po posiłku (zaleganie resztek pokarmu)
- Wykonanie toalety jamy ustnej po każdej konsumpcji

Działanie pielęgniarskie:

Towarzyszono pacjentowi oraz mobilizowano do samodzielności podczas spożywania posiłków. Zapewniono pozycję półwysoką. Wyedukowano chorego o konieczności spożywania pokarmu, również osłabioną stroną. Po posiłku sprawdzono jamę ustną pod kontem zalegania resztek pokarmu i wykonano jej toaletę.

Ocena działania:

Stan odżywiania u pacjenta jest prawidłowy, nie krztusi się. Pacjent chętnie spożywa posiłki oraz podejmuje próby samodzielnego jedzenia. Problem do dalszej obserwacji.

Problem 6: Trudności w porozumiewaniu się spowodowane uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego

Cel opieki: Pomoc w komunikowaniu z personelem i rodziną

Plan opieki:

- Dokonanie oceny rodzaju afazji
- Mobilizowanie i pomoc pacjentowi w nawiązaniu kontaktu słownego w trakcie wykonywania codziennych czynności
- Zapewnienie ciszy i spokoju ułatwiająca koncentrację
- Cierpliwe słuchanie pacjenta i niepoprawnie mimo nieprawidłowych wypowiedzi
- Zastosowanie odpowiednich technik komunikacji pozawerbalnej takich jak: mimika, intonacja głosu, pokazywanie przedmiotów
- Utrzymywanie kontaktu wzrokowego w trakcie rozmowy oraz używanie krótkich komunikatów
- Edukacja pacjenta dotycząca wykonywania ćwiczeń wzmacniających mięśnie twarzy i warg
- Nauka prawidłowego sposobu oddychania
- Okazywanie zainteresowania, cierpliwości i zrozumienia
- Zaplanowanie spotkania z logopedą w celu oceny stopnia i rodzaju zaburzeń mowy

Działanie pielęgniarskie:

Rozpoznano u pacjenta afazję ruchową, chory potrafi wypowiadać pojedyncze słowa, ma problem z budowaniem pełnych zdań. Rozmawiano z chorym podczas wykonywania wszystkich czynności. Mobilizowano do mówienia, cierpliwie słuchano. Uczono i motywowano chorego do wykonywania ćwiczeń wzmacniających mięśnie twarzy i warg. Zapewniono zajęcia z logopedą. Zwracano się do chorego twarzą w twarz, utrzymywano kontakt wzrokowy i komunikowano się spokojnym tonem głosu.

Ocena działania:

Pacjent jest zadowolony z osiągniętych efektów. Chętnie uczestniczy w rehabilitacji logopedycznej.

Problem 7: Lęk i niepokój związany z hospitalizacją i aktualnym stanem zdrowia

Cel opieki: Zmniejszenie niepokojów i zapewnienie bezpieczeństwa choremu

Plan opieki:

- Zapewnienie spokoju i komfortu psychicznego
- Nawiązanie z chorym kontaktu terapeutycznego przez okazanie życzliwości i zainteresowania, akceptację i szacunek, aktywne słuchanie i częsta obecność przy chorym
- Wyjaśnienie celowości podejmowanych zadań terapeutycznych
- Umożliwienie kontaktu z lekarzem
- Zapewnienie kontaktu z rodziną, poinformowanie rodziny o możliwości

odwiedzin w oddziale.

- Obserwacja stanu psychicznego
- Wykonywanie czynności pielęgnacyjnych w sposób zdecydowany zgodnie z procedurami przyjętymi w szpitalu

Działanie pielęgniarские:

Dokonano oceny samopoczucia wg skali oceny depresji Yesavage'a (GDS), w której pacjent otrzymał 18 pkt., co potwierdza lekką depresję. Okazywano choremu zrozumienie, życzliwość oraz wsparcie psychiczne przez towarzyszenie podczas hospitalizacji i okazywanie empatii. Poinformowano go o miejscu, w którym przebywa oraz umożliwiono kontakt z córką. Uświadomiono o konieczności dalszego leczenia farmakologicznego oraz prowadzenia rehabilitacji w zakresie ruchu i mowy. Zachęcano do podjęcia aktywności, do powrotu do dawnych zainteresowań, a także rozwoju nowych, dostosowanych do obecnych możliwości chorego. Zapewniono konsultacje z lekarzem i uczestnictwo w psychoterapii.

Ocena działania:

Po przeprowadzonej rozmowie z lekarzem i interwencjach pielęgniarских pacjent uspokoił się, czuje się już znacznie lepiej na oddziale. Cel został zrealizowany.

Problem 8: Zwiększone ryzyko wystąpienia powikłań nadciśnienia tętniczego krwi (ponowny udar, zawał serca)

Cel opieki: Profilaktyka powikłań, zapobieganie wzrastaniu wartości ciśnienia tętniczego krwi

Plan opieki:

- Częste dokonywanie pomiarów ciśnienia co najmniej 2 razy dziennie lub w razie złego samopoczucia pacjenta
- Wykonanie badania EKG
- Ograniczenie spożywania soli
- Zastosowanie odpowiedniej diety (nisko tłuszczowej)
- Ograniczenie sytuacji stresowych
- Poinformowanie o metodach zmniejszenia masy ciała i utrzymania jej na tym samym poziomie
- Motywowanie pacjenta do zaprzestania palenia papierosów i zwiększenia aktywności fizycznej
- Zastosowanie farmakoterapii wg zleceń lekarza

Działanie pielęgniarские:

Mierzono choremu ciśnienie tętnicze rano 130/75 mmHg i wieczorem 125/85 mmHg oraz wykonano badanie EKG. Udokumentowano uzyskane pomiary w karcie gorączkowej. Podano leki wg zlecenia lekarza. Zastosowano odpowiednią dietę. Polecono choremu unikanie sytuacji stresowych. Wyjaśniono choremu przyczyny, objawy i następstwa nadciśnienia. Wyedukowano chorego na temat konieczności samokontroli ciśnienia tętniczego, stosowania farmakoterapii i współpracy z lekarzem.

Ocena działania:

Po zastosowanym leczeniu farmakologicznym stan pacjenta uległ poprawie, ciśnienie tętnicze w trakcie pobytu pacjenta zostało unormowane.

Problem 9: Ryzyko wystąpienia powikłań hipoglikemii i hiperglikemii.

Cel opieki: Profilaktyka powikłań ostrych stanów cukrzycy

Plan opieki:

- Regularny pomiar poziomu glukozy we krwi (rano, w południe, wieczorem)
- Podaż insuliny w zależności od poziomu glukozy we krwi
- Konsultacja z dietetykiem i diabetologiem
- Wprowadzenie diety cukrzycowej, spożywanie regularnych posiłków
- Prowadzenie karty obserwacyjnej poziomu glukozy we krwi

- Zwiększenie aktywności pacjenta przez opracowanie odpowiedni dobranych ćwiczeń aktywizujących
- Poinformowanie lekarza o nieprawidłowych wartościach glikemii
- Edukacja chorego na temat objawów wystąpienia hipoglikemii i hiperglikemii.

Działanie pielęgniarskie:

Założono kartę obserwacyjną poziomu glukozy we krwi. Wykonano u pacjenta skrócony profil glikemii (198mg/dl, 216mg/dl, 222mg/dl, 213mg/dl). Uzyskane pomiary odnotowano w karcie. Podano insulinę w zależności od poziomu glukozy we krwi wg zlecenia lekarza. Zapewniono konsultację z diabetologiem. U chorego zastosowano dietę cukrzycową. Wyedukowano pacjenta w zakresie cukrzycy oraz jej powikłań. Obserwowano pacjenta pod kontem wystąpienia objawów hipoglikemii i hiperglikemii.

Ocena działania:

Samopoczucie pacjenta dobre, ale problem wymaga dalszej obserwacji w celu doboru odpowiednich dawek insuliny. Pacjenta zwiększył swoją wiedzę na temat choroby.

Problem 10: Niebezpieczeństwo powikłań związanych z hiperkaliemią i zaburzeniami gospodarki kwasowo-zasadowe

Cel opieki: Wyrównanie zaburzeń wodno- elektrolitowych

Plan opieki:

- Uregulowanie poziomu elektrolitów, zapewnienie bezpieczeństwa
- Codzienne pobieranie materiału do badań na zlecenie lekarza (poziom mocznika, potasu, sodu, kreatyniny, elektrolitów)
- Ocena podstawowych parametrów życiowych: tętno, oddech, ciśnienie tętnicze, temperatura i ich udokumentowanie)
- Zgłaszanie wszelkich nieprawidłowości parametrów lekarzowi
- Obserwacja układu mięśniowego po kątem: mrowienia stóp, ust, wystąpienia nadmiernej potliwości
- Zastosowanie leczenia spoczynkowego
- Zapobieganie wystąpieniu infekcji oraz gorączki
- Pomoc pacjentowi w samoopiece

Działanie pielęgniarskie:

Pobrano materiał biologiczny na zlecenie lekarza. Dokonano oceny podstawowych parametry życiowych. Skóra elastyczna, dobrze napięta, spocona, błony śluzowe wilgotne. Diureza prawidłowa, ilość wydalonego moczu wynosiła 1800 ml. Udokumentowano uzyskane pomiary i poinformowano lekarza o wysokiej temperaturze ciała i nadmiernej potliwości. Obserwowano chorego pod kątem wystąpienia objawów hiperkaliemii. Na zlecenie lekarza choremu podano leki oraz płyny.

Ocena działania:

Parametry życiowe w normie. Pacjent odczuwa dyskomfort z powodu nadmiernej potliwości i gorączki. Problem do dalszej obserwacji.

Problem 11: Ryzyko wystąpienia wczesnych powikłań udaru mózgu

Cel opieki: Zapobieganie i wczesne wykrywanie powikłań udaru mózgu

Plan opieki:

- Zastosowanie tzw. reżimu łóżkowego (pozycja leżąca)
- Monitorowanie podstawowych parametrów życiowych: tętno, oddech, ciśnienie tętnicze, temperatura ciała, saturacja i ich udokumentowanie)
- Ocena stanu świadomości i szerokości oraz reaktywności źrenic
- Obserwacja pacjenta w kierunku wystąpienia napadów padaczkowych

- Zgłaszanie wszelkich niepokojących objawów lekarzowi
- Prowadzenie bilansu płynów
- Pobieranie materiału do badań na zlecenie lekarza
- Przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki w opiece nad pacjentem (zapobieganie zakażeniom)
- Wdrożenie działania przeciwobrzękowego (ciało w linii prostej głowa uniesiona 30 stopni)
- Podaż leków oraz tlenu na zlecenie lekarza

Działanie pielęgniarskie:

Poinformowano pacjenta, iż powinien pozostać w łóżku, ograniczyć wysiłek fizyczny, a niepokojące objawy zgłosić personelowi medycznemu. Dokonano pomiaru podstawowych parametrów życiowych oraz założono kartę bilansu płynów. Obserwowano chorego pod kątem wystąpienia objawów takich jak: splątanie, zaburzenia oddychania, nudności, wymioty, bóle głowy, bradykardia, podwyższone ciśnienie tętnicze krwi, napady padaczkowe. Dokonano oceny bólu wg. Skali NRS, w której pacjent otrzymał 4pkt. Udokumentowano uzyskane pomiary w karcie gorączkowej i poinformowano lekarza o wysokiej temperaturze ciała i bólu głowy. Ułożono pacjenta w pozycji leżącej z lekko uniesioną głową pod kątem 20-30 stopni. Na zlecenie lekarza podano leki i płyny.

Ocena działania:

Pacjent w dobrym kontakcie logicznym, parametry życiowe w normie. Wysoka temperatura ciała i ból głowy po zastosowaniu farmakoterapii uległ zmniejszeniu. Reszta objawów sugerujących wczesne powikłanie po udarze mózgu nie wystąpiły. Problem do dalszej obserwacji.

Problem 12: Ryzyko powstawania odleżyn i odparzeń wynikające z unieruchomienia

Cel opieki: Zapobieganie występowaniu powikłań skórnych

Plan opieki:

- Ocena ryzyka powstania odleżyn wg. Skali Norton
- Zastosowanie materaca przeciwodleżynowego, zmiennociśnieniowego
- Zmiana pozycji ciała pacjenta co 2h lub w razie potrzeby
- Dokładna toaleta ciała, nawilżenie skóry
- Obserwacja skóry pacjenta pod kątem powstawania zaczerwienień, otarć
- Unikanie zagnieceń prześcieradła oraz wilgoci w łóżku chorego, usuwanie spod pacjenta szwów, guzików
- Zabezpieczenie pozycji pacjenta za pomocą poduszek, wałków
- Masaż miejsc narażonych na powstanie patologicznych zmiany
- Dbanie o to aby warstwy skóry były oddzielone od siebie (gaza, talk)
- Każdorazowa zmiana pampersa po oddaniu stolca lub moczu
- Wykonywanie toalety krocza przy zmianie pampersa
- Stosowanie środków zapobiegających odparzeniom
- Zapewnienie odpowiedniego poziomu nawodnienia pacjenta
- Zastosowanie diety bogatej w białko

Działanie pielęgniarskie:

Oceniono ryzyko powstania odleżyn w skali Norton, wg. której pacjent uzyskała 11 pkt., oraz skórę pod kątem obecności zaczerwienień i otarć. Założono materac zmiennociśnieniowy. Wykonano dokładną toaletę ciała oraz nawilżono skórę. Pomagano pacjentowi w częstej zmianie pozycji. Oklepano, masowano oraz odciążano miejsca narażone na powstanie odleżyn. Wprowadzono dietę wysokobiałkową. Zachęcano chorego do aktywności fizycznej dostosowanej do możliwości i stanu pacjenta.

Ocena działania:

Skóra czysta i sucha, bez zmian świadczących o ryzyku powstania odleżyn lub odparzeń. Stan pacjenta pozostaje na tym samym poziomie, problem do dalszej obserwacji.

Problem 13: Ryzyko przykurczy spowodowane długotrwałym unieruchomieniem

Cel opieki: Zapobieganie powstawaniu przykurczów

Plan działania:

- Regularna zmiana pozycji co 2 godziny
- Stosowanie udogodnień (poduszek, klinów, wałków)
- Prawidłowe ułożenie kończyn w łóżku
- Wykonywanie ćwiczeń biernych kończyn górnych i dolnych
- Edukacja pacjenta na temat właściwego przemieszczania się i odwracania, która zapobiega nasileniu spastyczności i napięciu mięśniowemu
- Zapewnienie wizyty fizjoterapeuty i stosowanie zabiegów fizjoterapeutycznych takich jak: ciepłe kompresy, masaże kończyn górnych i dolnych
- Edukacja rodziny w zakresie prawidłowego ułożenia pacjenta w łóżku i wykonywania ćwiczeń biernych.

Działanie pielęgniarskie:

Zmieniano pozycję chorego co 2h. Układano kończyny naprzemiennie raz w pozycji zgięciowej, raz w wyprostnej. Zapewniono konsultację z rehabilitantem. Systematycznie wykonywano ćwiczenia bierne, uwzględniające pełny zakres ruchów w poszczególnych stawach. Aktywizowano pacjenta do wykonywania ćwiczeń czynnych dostosowanych do jego możliwości.

Ocena działania:

Brak powikłań w postaci przykurczy. Ćwiczenia sprawiają choremu trudność, niechętnie je wykonuje. Problem pozostaje do dalszej obserwacji.

Problem 14: Ryzyko upadku pacjenta spowodowane ograniczoną sprawnością fizyczną

Cel opieki: Zmniejszenie ryzyka upadku i zapewnienie bezpieczeństwa pacjenta

Plan opieki:

- Ocena ryzyka upadku wg. Skali Tinetti
- Pomoc przy czynnościach pielęgnacyjno-higienicznych
- Zabezpieczenie łóżka barierką
- Pomoc przy przemieszczaniu się i zmianie pozycji
- Udzielanie choremu pomocy przy wszelkich czynnościach, które sprawiają mu trudności ruchowe
- Zapewnienie dostępu do przedmiotów potrzebnych pacjentowi w jego zasięgu
- Zadbanie o bezpieczeństwo w otoczeniu pacjenta

Działanie pielęgniarskie:

Po ocenie ryzyka upadku wg. Skali Tinetti pacjent otrzymał minimalną ilość punktów, ponieważ jest osobą leżącą. Stan pacjenta stwarza duże niebezpieczeństwo upadku.

Zapewniono pomoc przy codziennej higienie i pielęgnacji ciała. Pomagano pacjentowi przy zmianie pozycji i przemieszczaniu się. Podczas przemieszczania zastosowano dźwig, pasy oraz podkłady antypoślizgowe. Zapewniono dostęp do łóżka pacjenta ze wszystkich stron. Mobilizowano pacjenta do aktywności i samodzielności z zastosowaniem zasad bezpieczeństwa.

Ocena działania:

Podczas opieki nad pacjentem zastosowano wszelkie zabezpieczenia, dzięki czemu nie doszło do upadku. Ze względu na brak zmian w stanie zdrowia pacjenta, problem pozostaje do dalszej obserwacji.

Problem 15: Ryzyko pojawienia się zapalenia płuc związane z unieruchomieniem

Cel opieki: Zmniejszenie ryzyka powikłań oddechowych

Plan opieki:

- Edukacja pacjenta w kierunku powikłań rozwoju zapalenia płuc
- Nauka efektywnego odkrztuszania zalegającej wydzieliny

- Zastosowanie gimnastyki oddechowej
- Oklepywanie klatki piersiowej (jeśli nie ma przeciwwskazań) i inhalacja
- Częsta zmiana pozycji co 2-3 godziny, wczesne uruchamianie
- Okazywanie cierpliwości i wyrozumiałości, pomoc pacjentowi w zrozumieniu terapii
- Udział w farmakoterapii na zlecenie lekarza
- Podaż tlenu na zlecenie lekarza
- Zapewnienie warunków dogodnych do odpoczynku
- Obserwacja podstawowych parametrów życiowych: CTK, HR, temperatury ciała i udokumentowanie ich na karcie pacjenta
- Obserwacja parametrów oddechowych (gazometria, SpO2)
- Toaleta jamy ustnej

Działanie pielęgniarskie:

Przeprowadzono rozmowę z pacjentem na temat powikłań wynikających z długotrwałego unieruchomienia oraz właściwej techniki odkrztuszania wydzieliny. Pomagano pacjentowi w częstej zmianie pozycji oraz przyjęciu pozycji półwysokiej. Dokonano oceny podstawowych parametrów życiowych. Udokumentowano uzyskane pomiary. Rano po wykonaniu toalety jamy ustnej i ciała, oklepano plecy pacjenta. Nauczono go ćwiczeń oddechowych - gimnastyka oddechowa 3x dziennie po 15 min., wydech przez "zasznurowane usta".

Ocena działania:

Parametry życiowe w normie. Pacjent chętnie wykonywał ćwiczenia oddechowe. Objawy zapalenia płuc nie występują. Problem pozostaje do dalszej obserwacji.

Problem 16: Ryzyko pojawienia się choroby zakrzepowo-zatorowej wskutek unieruchomienia

Cel opieki: Zmniejszenie ryzyka zakrzepicy żyłnej

Plan opieki:

- Wczesne uruchamianie pacjenta
- Zmiana pozycji co 2-3 godziny
- Zakładanie opasek elastycznych lub pończoch uciskowych
- Odpowiednie ułożenie kończyn dolnych
- Zalecenie wykonywania ćwiczeń czynnych i biernych
- Zalecanie zwiększenia aktywności ruchowej
- Podawanie leków p/zakrzepowych na zlecenie lekarza
- Zastosowanie masażu kończyn dolnych w celu poprawy krążenia
- Obserwacja zabarwienia i ocieplenia kończyn dolnych, wystąpienia obrzęku lub drętwienia
- Zapewnienie odpowiedniego poziomu nawodnienia pacjenta około 2-2,5 litra na dobę
- Zalecanie redukcji masy ciała
- Edukacja rodziny na temat ryzyka wystąpienia powikłań
- Edukacja rodziny na temat konieczności utrzymywania prawidłowej masy ciała i zwiększenie aktywności fizycznej

Działanie pielęgniarskie:

Założono pacjentowi pończochy uciskowe w celu profilaktyki zmian zatorowo-zakrzepowych, w nocy kończyny układano wyżej - powyżej poziomu serca. Wykonano ćwiczenia czynne i bierne oraz masaż kończyn dolnych. Zapewniono pomoc przy częstej zmianie pozycji. Podano leki przeciwzakrzepowe wg. zlecenia lekarza oraz płyny do picia w ilości 2-2,5l/d. Rozpoczęto wczesne uruchamianie chorego. Wyedukowano rodzinę i pacjenta na temat konieczności zwiększenia ruchu, zmniejszenia masy ciała oraz ryzyka wystąpienia powikłań.

Ocena działania:

Zabarwienie i ocieplenie kończyn prawidłowe, brak obrzęków. Objawy choroby zatorowo-zakrzepowej nie występują. Problem pozostaje do dalszej obserwacji.

Problem 17: Ryzyko infekcji dróg moczowych spowodowane założeniem cewnika Foley'a

Cel opieki: Zmniejszenie ryzyka, zapobieganie infekcji.

Plan opieki:

- Przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki przy zakładaniu cewnika
- Codzienna obserwacja w kierunku objawów mogących świadczyć o infekcji (zaczerwienienie, ból)
- Obserwowanie ilości i zabarwienie wydalonego moczu
- Wymiana worka po jego napełnieniu
- Wykonanie toalety ciała pacjenta, w szczególności ujścia cewki moczowej
- Zastosowanie właściwej techniki mycia krocza (z góry do dołu)
- Zmiana cewnika co 2-3 tygodnie
- Zapewnienie prawidłowego nawodnienia pacjenta około 2-2,5 litra płynów dziennie
- Prowadzenie bilansu płynów, ocena diurezy
- Ocena bakteriologiczna moczu na zlecenie lekarza

Działanie pielęgniarskie:

Oceniono stan chorego pod kątem wystąpienia objawów zakażenia tj.: ból, obrzęk, zaczerwienienie, bolesności podczas oddawania moczu. Wykonano toaletę ciała, ujścia cewki moczowej oraz zewnętrznej części cewnika z zachowaniem zasad aseptyki i antyseptyki. Podano pacjentowi odpowiednią ilość płynów 2-2,5l/d. Założono kartę bilansu płynów.

Ocena działania:

Dobowy bilans płynów dodatni. Zabarwienie moczu prawidłowe. Objawy świadczące o infekcji nie wystąpiły. Problem pozostaje do dalszej obserwacji.

Problem 18: Ryzyko infekcji spowodowane założonym wkłuciem obwodowym

Cel opieki: Zmniejszenie ryzyka, zapobieganie infekcji.

Plan opieki:

- Codzienna obserwacja miejsca wkłucia pod kątem czystości, drożności, stanu zapalnego
- Przy braku drożności wymiana venflonu
- Przepłukiwanie kaniuli przed użyciem i po użyciu roztworem 0,9% soli fizjologicznej
- Zmiana opatrunku zabezpieczającego wkłucie w razie zabrudzenia
- Przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki podczas każdorazowej manipulacji
- Przygotowywanie i podawanie płynów oraz leków w sposób jałowy
- Uważna obserwacja dostępu naczyniowego pod kontem cech zapalnych
- Unikanie zamoczenia miejsca wkłucia przy toalecie pacjenta
- Prowadzenie karty monitorowania wkłucia (data założenia, miejsce założenia i rodzaj dostępu, wynik obserwacji)
- Edukacja pacjenta na temat konieczności ograniczenia manipulacji w celu zachowania wkłucia w odpowiednim miejscu oraz czystości

Działanie pielęgniarskie:

Założono kartę monitorowania wkłucia, obserwowano miejsce wkłucia. Stosowano zasady aseptyki i antyseptyki w czasie opieki nad wkłuciem oraz w czasie podłączania kroplowych wlewów. Dokonano pomiaru podstawowych parametrów życiowych. Wyedukowano pacjenta na temat konieczności uważania na wkłucie podczas zmiany pozycji i ubierania się.

Ocena działania:

Parametry życiowe w normie. Miejsce wkłucia pozostaje czyste i suche, brak oznak infekcji. Problem pozostaje do dalszej obserwacji.

Problem 19: Ryzyko wystąpienia ponownego udaru mózgu.

Cel opieki: Eliminacja lub ograniczenie czynników ryzyka pojawienia się powtórnego udaru.

Plan opieki:

- Przedstawienie pacjentowi i rodzinie informacji na temat czynników ryzyka wystąpienia udaru mózgu
- Edukacja dotycząca zmiany stylu życia (unikanie produktów bogatych w tłuszcze, zwiększenie ilości spożywanych warzyw i owoców oraz aktywności fizycznej)
- Wskazania do wyeliminowania czynników szkodliwych: otyłości, palenia tytoniu, spożywania alkoholu, braku ruchu, niewłaściwej diety
- Udzielenie wskazówek dotyczących: prawidłowych wartości ciśnienia tętniczego, konieczności regularnego przyjmowania leków, kontroli w poradniach specjalistycznych
- Edukacja na temat utrzymania prawidłowych wartości glikemii
- Poinstruowanie pacjenta i jego rodzinę na temat zdolności rozpoznawania objawów sugerujących wystąpienie udaru mózgu
- Dostarczenie choremu i jego rodzinie broszur, poradników na temat udaru mózgu
- Podanie rodzinie adresów i telefonów instytucji zajmujących się problemami udaru mózgu

Działanie pielęgniarskie:

Wyjaśniono pacjentowi i rodzinie istotę choroby oraz omówiono czynniki ryzyka. Zachęcano do zmiany stylu życia, zwiększenia aktywności fizycznej, wprowadzenia zdrowych zasad odżywiania. Mobilizowano do zmniejszenia masy ciała, zaprzestania palenia papierosów i spożywania alkoholu. Wyedukowano chorego i członków rodziny na temat prawidłowych wartości ciśnienia tętniczego krwi, wartości glikemii oraz zachowania ciągłości farmakoterapii i kontroli w poradniach specjalistycznych. Wyedukowano na temat rozpoznawania pierwszych objawów udaru mózgu.

Ocena działania:

Brak oznak wystąpienia ponownego udaru mózgu. Pacjent zdaje sobie sprawę z zagrożeń ponownym udarem. Wykazuje chęć do podjęcia zmian w swoim życiu.

Problem 20: Otyłość stanowiąca zagrożenie wystąpienia powikłań

Cel opieki: Wsparcie i motywowanie chorego do przestrzegania zaleceń dietetycznych

Plan opieki:

- Edukacja na temat wpływu nadmiernej masy ciała na funkcjonowanie poszczególnych narządów i układów
- Uświadomienie choremu, że dieta stanowi integralną część leczenia
- Przedstawienie zasad stosowania diety niskotłuszczowej, ograniczenie soli, cukru, słodczy, spożywania tłuszczów zwierzęcych
- Wskazanie pozytywnych skutków zmniejszenia masy ciała i zwiększenia aktywności fizycznej
- Nauczanie dokonywania pomiaru BMI
- Zachęcanie do codziennej kontroli masy ciała
- Motywowanie i wspieranie pacjenta w walce z otyłością
- Zapewnienie konsultacji z dietetykiem

Działanie pielęgniarskie:

Obliczono BMI chorego, które wynosi BMI 32,65 co świadczy o otyłości I stopnia. Przeprowadzono rozmowę z pacjentem na temat wpływu nadmiernej masy ciała na funkcjonowanie całego organizmu. Przedstawiono pozytywne skutki zmniejszenia masy ciała i ograniczenia stosowania wysokokalorycznych produktów. Umówiono chorego na konsultację z dietetykiem. Zastosowano odpowiednią dietę. Zachęcano pacjenta do wykonywania prostych ćwiczeń usprawniających w łóżku. Wspierano chorego w podjętej decyzji dotyczącej schudnięcia.

Ocena działania:

Stan odżywiania u pacjenta jest prawidłowy. Wyraża chęć redukcji masy ciała.

Problem 21: Uzależnienie od nikotyny

Cel opieki: Zmobilizowanie chorego do rezygnacji z nałogu

Plan opieki:

- Ocena poziomu wiedzy chorego na temat szkodliwości nikotyny
- Edukacja pacjentka w kwestii negatywnych skutków wynikających z palenia papierosów
- Motywowanie i zapewnienie wsparcia emocjonalnego
- Zapoznanie z możliwością stosowania środków ułatwiających rzucenie palenia (plastry, akupunktura)
- Edukacja rodziny na temat uzależnienia oraz włączenie jej w proces motywowania i wspierania pacjenta
- Wspieranie pacjenta w decyzji o podjęciu leczenia
- Dostarczenie rodzinie i pacjentowi adresów i telefonów placówek zajmujących się problemem uzależnień

Działanie pielęgniarskie:

Zapoznano pacjenta z negatywnym wpływem nikotyny na układ krążenia. Przedstawiono choremu możliwości zastosowania środków wspomagających zaprzestanie palenia np. gumy, plastry oraz akupunktury jako zabiegu pomagającego w pozbyciu się nałogu. Pacjent otrzymał książeczki informacyjne przedstawiające korzyści zaprzestania palenia a także propozycję planu rzucenia palenia.

Ocena działania:

Plan został zrealizowany, chory wie o sposobach rzucenia palenia. Nie wyraża chęci do rezygnacji z nałogu.

Karta zleceń pielęgniarskich

Zalecenia dla pacjenta:

- Zapoznanie pacjenta z istotą udaru mózgu, objawami, powikłaniami i przebiegiem choroby.
- Samoobserwacja w kierunku symptomów udaru.
- Niwelowanie bodźców powodujących wzrost napięcia mięśniowego.
- Stopniowa pionizacja i wstawanie.
- Stosowanie gimnastyki kończyn dolnych, częsta zmiana pozycji (co 2 godz., z boku porażonego po pół godzinie), unikanie podkładania pod kolana wałków lub innych udogodnień, które spowodują utrudnienie odpływu krwi żyłnej.
- Ruch na świeżym powietrzu dostosowany do możliwości chorego (nieprzemęczanie).
- Zwiększenie w diecie ilości spożywanego białka ze względu na częściowe unieruchomienie.
- Wdrożenie diety pozwalającej na zmniejszenie masy ciała (niskosodowa, niskocholesterolowa).
- Przyjmowanie pokarmów dostosowanych do możliwości chorego (zmiksowane, rozdrobnione).
- Zwiększenie ilości wypijanej wody 2-2,5 litra dziennie.
- Kontrolowanie poziomu glikemii i ciśnienie tętniczego (prowadzenia dzienniczka samokontroli cukrzycy i ciśnienia).
- Zrezygnowanie ze stosowania używek, tj.: kawa, alkohol, palenie papierosów.
- Regularne przyjmowanie leków.
- Wyeliminowanie lub obniżenie emocji negatywnych (lęku, gniewu), wytworzenie pozytywnego nastawienia do choroby, siebie samego i celów życiowych.
- Konieczność korzystania z terapii zajęciowej.

Zalecenia dla rodziny pacjenta:

- Zapoznanie rodziny pacjenta z istotą udaru mózgu, objawami, powikłaniami i przebiegiem choroby.
- Przygotowanie pokoju chorego - umeblowanie ułatwiające pielęgnację i wykonywanie czynności życia codziennego przez pacjenta. Zaopatrzenie w łóżko z unoszonym wezłowiem wyposażone w uchwyty i drabinkę.
- Zapewnienie poduszki rehabilitacyjnej oraz materaca przeciwodleżynowego, zmiennociśnieniowego.
- Wyposażenie chorego w balkonik, wózek inwalidzki, który posłuży do przemieszczania oraz wychodzenia na spacer z rodziną, jeśli stan zdrowia chorego na to pozwoli.
- Zaopatrzenie chorego w sprzęt i przybory ułatwiające samoobsługę: stół przyłóżkowy, sztućce o masywnych trzonkach, talerze z gumowymi podkładkami.
- Ustawienie szafki obok łóżka po stronie porażonej, aby chory mógł aktywizować porażoną połowę ciała.
- Z otoczenia usunąć dywaniki i progi, zniwelować schody, w łazience i toalecie zamontować uchwyty, brodzik z natryskiem. Zapewnić dobre, stabilne obuwie oraz odpowiednie oświetlenie. Udział rodziny pacjenta w profilaktyce przeciwodleżynowej oraz przeciwwzakrzepowej
- Stosowanie właściwej techniki ubierania (rozbieganie od strony sprawnej kończyny, ubieranie od niesprawnej).
- Motywowanie chorego do podejmowania aktywności mającej na celu radzenie sobie z codziennymi czynnościami, niewyręczanie chorego w czynnościach, które może wykonać sam.
- Wspólne spędzanie czasu z chorym, okazywanie ciepła, życzliwości oraz cierpliwości.
- Zapewnienie dalszej rehabilitacji, wizyty u logopedy oraz kontaktu z psychologiem.
- Unikanie krytyki oraz oceniania chorego, mobilizowanie do zmiany stylu życia oraz porzucenia nałogu.
- Systematyczny kontakt z lekarzem POZ, neurologiem, kardiologiem, diabetologiem, rehabilitantem.
- Poinformowanie rodziny na temat świadczeń o jakie mogą się ubiegać z tytułu niezdolności chorego do pracy.

Podsumowanie i wnioski

Udar mózgu jest najczęściej występującą chorobą neurologiczną. Niezmiernie ważna jest znajomość czynników ryzyka tej choroby, jak również wczesne rozpoznanie pierwszych jej symptomów. Odpowiednie postępowanie ma ogromne znaczenie w dalszym leczeniu, ponieważ może uchronić chorego przed wieloma powikłaniami oraz zmniejszyć lub zapobiec jego niepełnosprawności w dalszym życiu.

Część teoretyczna niniejszej pracy poświęcona została klinicznemu aspektowi udaru mózgu. Przedstawia etiologię, czynniki predysponujące do wystąpienia choroby, objawy oraz jej leczenie. W dalszej części omówiono materiały i metody użyte do opracowania i wdrożenia indywidualnego planu opieki, a także analizę konkretnego przypadku pacjenta przebywającego na oddziale neurologii z rozpoznanym udarem niedokrwiennym mózgu.

W pracy skupiono się na najistotniejszych problemach pielęgnacyjnych, które dotyczą opieki nad chorym po udarze mózgu w środowisku szpitalnym, z uwzględnieniem jego stanu bio-psycho-społecznego. Wskazano wiele problemów i możliwości ich rozwiązania we współpracy z pacjentem oraz całym zespołem terapeutycznym. Podjęte interwencje w znacznym stopniu przyczyniły się do poprawy zdrowia oraz samopoczucia chorego podczas hospitalizacji.

Natomiast edukacja i przedstawione zalecenia stanowią cenne źródło wskazówek zarówno dla

opiekunów jak i pacjenta w dalszych zmaganiach z chorobą i powrocie do zdrowia.

Moim zdaniem, ważne i konieczne jest propagowanie wśród osób zdrowych, jak i chorych wiedzy na temat czynników ryzyka tej jednostki chorobowej, prozdrowotnego stylu życia jako profilaktyki zachorowań oraz kształtowanie zachowań korzystnych dla zdrowia.

Piśmiennictwo

1. Lewera D, Zrozumieć udar mózgu, Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2018; s.13-15.
2. Gajewski P, Interna Szczeklika 2020/21, Medycyna Praktyczna, Kraków 2020; s. 388-391.
3. Grochulska A, Jastrzębska M, Poprawa stanu funkcjonalnego osób po przebytym udarze mózgu - rola pielęgniarki, Tom 20, Zeszyt nr 3, Słupsk 2012; 20 (3):300-309.
4. Rekomendacja nr 8/2020 z dnia 30 listopada 2020, Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, s.2.
5. Antecki J, Brelak E, Sobolewski P, Kozera G, Profilaktyka pierwotna i wtórna udaru niedokrwinnego mózgu w świetle obecnych zaleceń i rekomendacji, Forum Medycyny Rodzinnej 2018, Tom 12, Nr 3; s. 90-98.
6. Prusiński A, Neurologia praktyczna, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2022; s. 213-216.
7. Randolph SA, Ischemic stroke, Workplace Health i Stafety, 2016.
8. Piskorz J, Wójcik G, Iłżecka J, Kozak-Putowska D, Wczesna rehabilitacja pacjentów po udarze niedokrwinnym mózgu, Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2014, Tom 20, Nr 4, s. 351–355.
9. Jarcz K, Domitrz I, Redakcja Naukowa, Pielęgniarstwo neurologiczne, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2019; s.224-228, 245-248.
10. Raciborski F, Udary mózgu – rosnący problem w starzejącym się społeczeństwie, Raport Instytutu Ochrony Zdrowia, Warszawa 2016; s.20-26.
11. Pereira A, Markus H, Cloud G, Udary mózgu Tom I. Kompendium diagnostyki i postępowania, Wydawnictwo Czelej, Warszawa 2018; s. 66-77.
12. Budrewicz S, *Udar mózgu*, Edra Urban & Partner, Wrocław 2020; s. 27-47, 59-61.
13. Sieniewicz-Jarosz H, Udar mózgu. Kompendium dla praktyka, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2022, s.134-136
14. Józefowski P, Szafraniec R, Rojek M, Jarzab S, Guła M, Świadomość jako podstawa w procesie profilaktyki pierwotnej wystąpienia udaru mózgu, Gerontologia Współczesna, 2/2016, Vol.4; s, 60-65.
15. Kozubski W, Neurologia - kompedium, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszaw 2014; s. 473-524.
16. Stępień A, Neurologia Tom II, Wydanie II, Wydawnictwo Medical Tribune Polska, Warszawa 2020; s. 175-177.
17. Siebert J, Nyka W M, Udar mózgu: postępowanie diagnostyczne i terapia w ostrym okresie udaru, Wyd. 2 poszerz. uaktual., Via Medica, Gdańsk 2017; s. 107-111.
18. Chwojnicki K, Sobolewski P, Epidemiologia i leczenie udaru mózgu w województwie pomorskim oraz regionie świętokrzysko-sandomierskim w świetle danych Pomorskiego Rejestru Udarów Mózgu, Udar Mózgu, 2010; s. 1-9.
19. Walter N, Guidelines for the Prevention of Stroke in Patients With Stroke and Transient Ischemic Attack: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association, Med Prakt., 2015;
20. Bjartmarz I, Jónsdóttir H, Hafsteinsdóttir T B, Implementation and feasibility of the stroke nursing guideline in the care of patients with stroke: a mixed methods study, 2017; s. 2-3.
21. Apanowicz J, Metodologia Ogólna, Gdynia 2002; s. 60.