

Proces pielęgnowania pacjenta po udarze niedokrwiennym mózgu – studium indywidualnego przypadku

Nursing Care Plan of Patient after Ischemic Stroke – Case Study

Dorota Słodownik¹, Marcelina Skrzypek-Czerko², Anna Roszmann², Magdalena Kozłowska³

¹Absolwentka Oddziału Pielęgniarstwa Wydziału Nauk o Zdrowiu Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

²Zakład Pielęgniarstwa Neurologiczno-Psychiatrycznego, GUM

³NZOZ Balti-Med., Gdańsk

Streszczenie

Udar mózgu jest stanem zagrożenia życia. Chory prezentuje wiele różnorodnych problemów, stąd pielęgnowanie pacjenta po udarze niedokrwiennym mózgu wiąże się z potrzebą ich właściwego rozpoznania i koniecznością sprawowania profesjonalnej opieki w oparciu o proces pielęgnowania.

Celem pracy było stworzenie propozycji procesu pielęgnowania pacjenta po udarze niedokrwiennym mózgu i jego praktyczne zastosowanie w oddziale neurologii szpitala w Morągu.

Badaniem objęto pacjenta, który był dwukrotnie hospitalizowany z powodu udaru niedokrwiennego mózgu w oddziale neurologii w Morągu – w okresie od lutego do marca 2010 roku. W przedstawionej pracy posłużono się metodą studium indywidualnego przypadku. Wykorzystano następujące techniki badawcze: wywiad, analiza dokumentacji medycznej oraz obserwacja. W oparciu o zastosowane techniki badawcze wyłoniono główne problemy pielęgnacyjne:

- deficyt wiedzy na temat czynników ryzyka udaru mózgu i zasad prewencji wtórnej,
- brak motywacji do zmiany dotychczasowego stylu życia,
- narastający deficyt w zakresie sprawności ruchowej i samoobsługi.

Biorąc pod uwagę zakres działań pielęgniarstwa badany chory wymagał przede wszystkim pomocy w zakresie czynności dnia codziennego oraz motywacji i edukacji na temat zasad prewencji wtórnej udaru mózgu. (PNN 2012;1(2):76-82)

Słowa kluczowe: udar mózgu, proces pielęgnowania

Abstract

Stroke is a medical emergency. The patient presents many different problems, thus fostering the patient after ischemic stroke is associated with the need of proper diagnosis and the need to exercise professional care based on nursing process.

The aim of the study was to develop proposals for the nursing care plan after ischemic stroke and its practical application in neurology department in Morąg hospital.

The study involved a case study of a patient who was hospitalized twice due to ischemic stroke, in the department of neurology at the Morąg hospital – from February to March 2010. In the research were used: interview, analysis of medical documentation and observation. Based on the research techniques used, nursing problems were chosen, as follows:

- deficit of knowledge about risk factors of stroke and secondary prevention rules,
- lack of motivation to change their lifestyle,
- a growing deficit in mobility and self-service.

Given the scope of nursing activities examined, the patient required assistance primarily in activities of daily living, motivation and education on the principles of secondary prevention of stroke. (PNN 2012;1(2):76-82)

Key words: stroke, nursing care plan

Wprowadzenie

Wystąpienie udaru mózgu jest zdarzeniem nagłym i nieprzewidywalnym, pacjent sprawia wrażenie osoby zdezorientowanej, może mieć problemy z mówieniem, niedowład lub porażenie, czasem występują zaburzenia świadomości. Ponadto udarowi mózgu często towarzyszą objawy ogólne (np. wzrost ciśnienia tętniczego krwi) i zaburzenia w sferze emocjonalnej [1-3].

Chorzy dotknięci udarem mają największe szanse na skuteczne leczenie, jeśli objawy zostaną u nich wcześniej rozpoznane i ich leczenie odbywać się będzie w wyspecjalizowanym ośrodku. Poza podawaniem specyficznych leków, zastosowaniem odpowiednich metod terapii i opieki niezwykle istotne jest jak najwcześniejsze wdrożenie rehabilitacji. Działania rehabilitacyjne dotyczą zarówno usprawniania ruchowego, jak również zaburzonych czynności poznawczych, oraz procesów związanych z mówieniem, rozumieniem mowy, czytaniem [4].

Najskuteczniejszą znaną dotychczas formą zminimalizowania medycznych, społecznych i ekonomicznych skutków udaru jest profilaktyka pierwotna i wtórna, która polega na eliminacji bądź modyfikacji szeregu czynników, które zwiększają ryzyko wystąpienia incydentu naczyniowego [5].

Chory może manifestować różne problemy, stąd pielęgniarka wchodząca w skład zespołu terapeutycznego planując działania pielęgniarstwa musi wykazać się odpowiednią wiedzą medyczną i wysokim poziomem profesjonalizmu [9-11].

Zgodnie z wytycznymi Deklaracji Helsińgorskiej z 2006 roku pacjenci, u których rozpoznaje się udar mózgu powinni być jak najszybciej leczeni w specjalistycznych oddziałach udarowych, gdyż prowadzona tam terapia oraz rehabilitacja przebiega znacznie skuteczniej w porównaniu z leczeniem w oddziałach niewyspecjalizowanych. Związane to jest z redukcją śmiertelności i zmniejszeniem niepełnosprawności w wyniku udaru mózgu [12-14].

Terapia udaru niedokrwiennego mózgu polega na postępowaniu ogólnym (monitorowaniu czynności układu oddechowego, układu sercowo-naczyniowego; kontroli ciśnienia tętniczego, gospodarki wodno-elektrolitowej, kontroli odżywiania pacjentów) oraz leczeniu farmakologicznym (zależnie od etiologii udaru) z zastosowaniem rt-PA, alteplazy w dożylnym leczeniu trombolitycznym, leczeniu antyagregacyjnym, antykoagulacyjnym, rewaskularyzacji (operacyjnie lub angioplastyce) zwężenia tętnic szyjnych. Istotna jest również profilaktyka i leczenie powikłań neurologicznych (obrzęku mózgu, drgawek, wtórnego krwawienia) i ogólnoustrojowych (krążeniowych, oddechowych, metabolicznych, wodno-elektrolitowych, zakażeń i odleżyn), wczesna rehabilitacja oraz wtórna profilaktyka udaru [2,13-16].

W zależności od stanu klinicznego pacjent z udarem niedokrwinnym mózgu może prezentować różnego rodzaju problemy [17,18]. Opieka pielęgniarstwa w ostrej fazie leczenia udaru koncentruje się głównie na zapobieganiu powikłaniom wynikającym z przebytego incydentu naczyniowego ośrodkowego układu nerwowego [8,17].

Celem niniejszej pracy było opracowanie propozycji procesu pielęgnowania pacjenta z udarem niedokrwinnym mózgu, w oparciu o studium indywidualnego przypadku.

Metodyka badań

Badania własne przeprowadzono w okresie od lutego do kwietnia 2010 roku w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Morągu, w oparciu o studium indywidualnego przypadku. Dane zebrano podczas dwukrotnej hospitalizacji chorego. Uzyskano świadomą zgodę pacjenta na udział w badaniu. W celu korzystania z dokumentacji medycznej uzyskano stosowną zgodę od dyrekcji szpitala. Posłużono się następującymi technikami badawczymi: wywiadem, analizą dokumentacji medycznej i obserwacją.

Studium indywidualnego przypadku

Podmiotem badania był 59-letni mężczyzna, żonaty, mieszkający na wsi, od około dziesięciu lat przebywający na rencie, jednocześnie pracujący zawodowo w niepełnym wymiarze godzin w charakterze pracownika fizycznego.

Pacjent od 18 roku życia palił papierosy, około paczki dziennie, alkohol pił okazjonalnie. Z zebranego wywiadu uzyskano informacje na temat przebytych chorób oraz aktualnego stanu zdrowia pacjenta.

Choroby współistniejące to: cukrzyca typu 2 rozpoznana trzy lata temu, nadciśnienie tętnicze, przebyty zawał serca ściany dolnej w 1990 roku i ściany dolnej i przedniej w 1991 roku, hipercholesterolemia, w wywiadzie choroba wrzodowa żołądka i przepuklina rozworu przełykowego. Pacjent przyjmował na stałe leki przeciwcukrzycowe oraz stosował dietę cukrzycową.

Pierwszy pobyt pacjenta w oddziale neurologii

Pacjent (lat 59) dnia 17 lutego 2010 roku został skierowany do oddziału neurologii przez lekarza rodzinnego z rozpoznaniem przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA).

Objawy choroby pojawiły się rano podczas pracy, pacjent nagle poczuł się słabo, miał mroczki przed oczami, czuł drętwienie lewej połowy twarzy i pocił się. Ciśnienie tętnicze mierzone w gabinecie lekarza rodzinnego wynosiło 215/90 mm Hg, poziom cukru 85 mg%. Z uwagi na wysokie ciśnienie tętnicze skierowano do oddziału neurologii z rozpoznaniem TIA.

Pacjent komunikatywny, chętnie opowiadał o swoich dolegliwościach, zdawał sobie sprawę z powagi sytuacji, w której się znalazł, był w dobrym kontakcie z rodziną – przybył do oddziału w towarzystwie żony i syna, mógł liczyć na ich pomoc i wsparcie. Uskarżał się na silny ból i zawroty głowy, obserwowano niewielkie osłabienie siły mięśniowej lewej kończyny górnej i dolnej. Występowały zaburzenia snu pod postacią utrudnionego zasypiania z powodu bólu głowy. W godzinach rannych wystąpiły zaburzenia widzenia, pojawiły się mroczki przed oczami. Chory z niedowidzeniem korygowanym okularami. Nastroj obniżony, denerwował się, gdy opowiadał o swoich dolegliwościach. Chory samodzielny w zakresie zaspokajania czynności dnia codziennego (według skali Barthel 90/100 punktów). Włosy czyste, skóra czysta, sucha z tendencją do łuszczenia się, paznokcie grzybicze. Waga pacjenta 85 kilogramów, wzrost 164 centymetrów (BMI – 31,5). W badaniu neurologicznym nie stwierdzono objawów ogniskowych i oponowych. U pacjenta nie stwierdzono ryzyka narażenia na odleżyny. W 24-punktowej skali Douglasa otrzymał 22 punkty (odjęto 2 punkty ze względu na cukrzycę).

Trzeciego dnia pobytu pacjent około godziny 15.00 zgłosił silny ból głowy, ciśnienie tętnicze wynosiło 180/100 mm Hg, otrzymał przeciwbólowo 1 gram Perfalganu dożylnie oraz 12,5 mg Captoprilu doustnie. Ból zmniejszył się nieznacznie. Ciśnienie tętnicze obniżyło się do 150/90 mm Hg. Od godziny 18.30 pojawił się trwający około 2 godzin epizod niedowładu lewostronnego stopnia umiarkowanego. Nastąpiło osłabienie siły mięśniowej kończyn lewych połączone z drętwieniem twarzy, chwiejny chód. Dodatkowo pacjent zaczął uskarżać się na pogorszenie ostrości widzenia. Zlecono Clexane 2 x 20 mg podskórnie, Polocard 1 x 75 mg, Gasec 2 x 20 mg, Codipar 3 x 2 tabletki oraz konsultację okulisty. Po zastosowanym leczeniu przeciwplatekcyjnym dolegliwości ustąpiły, poprawiła się siła mięśniowa kończyn lewych – symetryczna. Opisane powyżej incydenty nie powtarzały się.

W kolejnych dobach pobytu stan pacjenta stabilny, samopoczucie chorego poprawiło się, samodzielny w zakresie zaspokajania potrzeb. Zawroty i bóle głowy zmniejszyły się, ale nie ustąpiły całkowicie. Zaburzenia ostrości widzenia ustąpiły. Pacjent okresowo zgłaszał jeszcze dolegliwości bólowe głowy, które doraźnie przerywane były gramem Perfalganu podawanym drogą dożylną lub doustną – Codipar 500 mg. Podczas hospitalizacji kontrolowano poziom glikemii w surowicy krwi. W wykonywanych kontrolnych pomiarach glikemii stwierdzono prawidłowe wartości przy stosowanej diecie cukrzycowej i odstąpiono od leków przeciwcukrzycowych.

W dziesiątej dobie hospitalizacji chory w stanie ogólnym dobrym wypisany został z oddziału z zaleceniem przyjmowania leków i przestrzegania diety cukrzycowej. Dodatkowe zalecenia to kontrola w poradni lekarza rodzinnego, kontrola w poradni neurologicz-

nej, kontrola poziomu cukru we krwi oraz redukcja masy ciała.

Drugi pobyt pacjenta w oddziale neurologii

Po około dwóch tygodniach pacjent w godzinach wieczornych ponownie trafił do oddziału neurologii z powodu utrzymującego się od godziny niedowładu lewostronnego kończyny górnej lewej w miernym stopniu. Z wywiadu uzyskano informację, że chory od godzin rannych czuł się źle, odczuwał zawroty głowy i drętwienie lewej kończyny górnej i dolnej. Ciśnienie tętnicze krwi 150/90 mm Hg.

Przed dwoma tygodniami hospitalizowany z powodu dwóch epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu. W lutym 2010 roku – tętnice szyjne drożne. Chory przyjęty na oddział w stanie ogólnym dobrym, przytomny, w pełnym kontakcie słownologicznym. W badaniu neurologicznym stwierdzono niedowład lewostronny z niedoczulicą, niedowidzenie połowicze lewostronne. W ciągu pierwszych dni pobytu deficyt neurologiczny narastał, chory skarżył się na bóle głowy nasilające się przy pionizacji. Osłabienie siły mięśniowej kończyn lewych nasiliło się, pojawił się niedowład kończyn lewych znacznego stopnia. Obniżyła się sprawność ruchowa chorego oraz pogorszył kontakt słowny z powodu niewyraźnej mowy. Pacjent wymagał pomocy w zaspokajaniu niektórych potrzeb fizjologicznych (oddanie moczu i stolca, toaleta ciała, zmiana bielizny osobistej). Funkcja połykania prawidłowa. Posiłki stałe i płynne przyjmował, nie krztusił się. Okresowo nie był w stanie samodzielnie zmienić pozycji ułożeniowej w łóżku. Kończyna górna lewa obrzęknięta. Pojawiły się trudności w zasypianiu.

W oparciu o zebrane informacje z dwóch pobytów pacjenta w oddziale neurologii rozpoznano liczne problemy pielęgnacyjne, na podstawie których przygotowano proces pielęgnowania chorego z udarem niedokrwinnym mózgu. Poniższe wyniki odnoszą się do kolejnych pobytów pacjenta w szpitalu.

Propozycja procesu pielęgnowania pacjenta

Podczas pierwszej dziesięciodniowej hospitalizacji wyłoniono następujące problemy pielęgnacyjne:

1. U pacjenta występuje silny ból głowy
Cel opieki: zminimalizowanie lub zlikwidowanie bólu głowy.

Działania pielęgnacyjne:

- ocena poziomu bólu,
- podanie pacjentowi zleconych leków przeciwbólowych,
- eliminowanie określonych bodźców ze środowiska: silnego światła, hałasu,
- ustalenie okoliczności występowania bólu, jego natężenia, określenie pozycji, w której nasila się ból i takiej, która przynosi ulgę,

- kontrola natężenia bólu, skuteczności terapii przeciwbólowej,
- obserwacja w kierunku narastania wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego (ocena stanu świadomości, występowanie nudności, ocena wydolności oddechowej, kontrola ciśnienia tętniczego i tętna).

Ocena działania: ból głowy zmniejszył się, wartości ciśnienia tętniczego po zastosowanym leczeniu obniżyły się.

2. Niepokój pacjenta na skutek nagłej hospitalizacji

Cel opieki: zniwelowanie lęku, pozyskanie zaufania i sympatii chorego.

Działania pielęgniarские:

- zapoznanie pacjenta z personelem medycznym,
- zapoznanie pacjenta z innymi pacjentami, z którymi został umieszczony na wspólnej sali,
- zapoznanie chorego z kartą praw pacjenta,
- zapoznanie pacjenta z topografią i regulaminem oddziału,
- okazywanie zainteresowania ogólnym samopoczuciem pacjenta przez pielęgniarkę.

Ocena działania: pacjent spokojniejszy.

3. U pacjenta występują wysokie wartości ciśnienia tętniczego, które są czynnikiem ryzyka udaru mózgu

Cel opieki: obniżenie wartości ciśnienia tętniczego, zmniejszenie stopnia ryzyka powtórnego incydentu naczyniowego.

Działania pielęgniarские:

- podawanie leków obniżających ciśnienie na zlecenie,
- edukacja pacjenta na temat konieczności zmiany stylu życia i stosowania właściwego sposobu odżywiania ze zmniejszeniem ilości spożywania soli kuchennej,
- systematyczna kontrola ciśnienia i informowanie pacjenta o wyniku pomiaru,
- motywowanie do podjęcia konsekwentnej decyzji zaprzestania palenia tytoniu,
- kształtowanie umiejętności radzenia sobie ze stresem (pozytywne myślenie, rozmowa o problemach, ustalenie jakie sytuacje są stresujące i unikanie ich w miarę możliwości, ograniczenie reakcji żywiołowych, chwila refleksji i zastanowienia),
- edukacja chorego na temat konieczności samokontroli ciśnienia tętniczego, stosowania farmakoterapii i współpracy z lekarzem.

Ocena działania: ciśnienie tętnicze w trakcie pobytu pacjenta zostało obniżone.

4. Otyłość jako czynnik ryzyka choroby naczyniowej mózgu

Cel opieki: normalizacja masy ciała.

Działania pielęgniarские:

- edukacja pacjenta na temat prawidłowego żywienia i przestrzegania zaleceń dietetycznych,
- uświadomienie pacjentowi, że otyłość ma niekorzystny wpływ na jego zdrowie i samopoczucie,

- zapoznanie żony pacjenta z przykładowymi jadłospisami, które można wykorzystać w domu (ograniczenie w diecie tłuszczów zwierzęcych i węglowodanów, unikanie sosów, zasmażek, wybieranie produktów o małej zawartości tłuszczów),
- wzmacnianie motywacji pacjenta do wyrabiania właściwych nawyków dietetycznych,
- po konsultacji z lekarzem zalecanie pacjentowi aktywności fizycznej w formie spacerów na świeżym powietrzu.

Ocena działania: pacjent potwierdził słuszność ograniczeń dietetycznych i zasadność wdrożenia systematycznej aktywności fizycznej, nie było jednak możliwości kontroli masy ciała z powodu wypisu pacjenta do domu.

5. U pacjenta występuje osłabienie siły mięśniowej w lewej kończynie górnej i dolnej

Cel opieki: pomoc pacjentowi w przemieszczaniu się, poprawa sprawności motorycznej, zabezpieczenie przed upadkiem.

Działania pielęgniarские:

- pomoc przy wstawaniu,
- asekuracja podczas chodzenia.

Ocena działania: sprawność lokomocyjna poprawiła się, siła mięśniowa w lewej kończynie górnej i kończynie dolnej wróciła do normy.

6. Niepokój pacjenta z powodu pogorszenia ostrości widzenia

Cel opieki: poprawa ostrości widzenia i uspokojenie pacjenta.

Działania pielęgniarские:

- poinformowanie lekarza o objawach zgłaszanych przez pacjenta,
- spokojna, rzeczowa rozmowa z chorym,
- zgłoszenie konsultacji okulistycznej na zlecenie lekarza,
- spokojne, rzeczowe poinformowanie pacjenta o terminie planowanej konsultacji okulistycznej.

Ocena działania: pacjent nadal zaniepokojony sytuacją, w jakiej się znalazł.

7. U pacjenta wystąpił chwiejny chód

Cel opieki: pomoc w przemieszczaniu się, poprawa sprawności lokomocyjnej, zapewnienie bezpieczeństwa pacjenta przed ewentualnymi upadkami.

Działania pielęgniarские:

- pomoc przy wstawaniu,
- asekuracja podczas chodzenia,
- zastosowanie łóżka z barierkami,
- poinformowanie lekarza o zaistniałym deficycie neurologicznym,
- podanie zleconych leków na zlecenie lekarza.

Ocena działania: chód pacjenta poprawił się.

8. Deficyt wiedzy pacjenta na temat palenia tytoniu jako czynnika ryzyka udaru mózgu

Cel opieki: pogłębienie motywacji do rezygnacji z palenia papierosów.

Działania pielęgniarские:

- uświadomienie pacjentowi, że wydając pieniądze na papierosy świadomie inwestuje w chorobę,
- wskazanie sposobów, które pomagają w rzuceniu palenia, na przykład zastosowanie nikotyny w postaci gumy do żucia czy plastrów.

Ocena działania: podczas pobytu w oddziale pacjent nie palił papierosów.

9. Ryzyko wystąpienia ponownego incydentu naczyniowego

Cel opieki: zmniejszenie ryzyka ponownego udaru mózgu.

Działania pielęgniarские:

- przedstawienie pacjentowi wszystkich czynników ryzyka,
- motywowanie pacjenta do modyfikacji stylu życia,
- zalecenie systematycznego przyjmowania leków, systematycznej kontroli ciśnienia krwi, poziomu glukozy w surowicy.

Ocena działania: w trakcie pobytu wystąpił jeden epizod przemijającego niedokrwienia mózgu, który po zastosowanym leczeniu ustąpił i nie pozostawił trwałych deficytów neurologicznych.

10. Możliwość wystąpienia hiperglikemii lub hipoglikemii

Cel opieki: ustabilizowanie i utrzymanie poziomu glikemii w granicach normy.

Działania pielęgniarские:

- kontrola wartości glikemii w surowicy krwi według karty profilu glikemii,
- kontrola przyjmowanych przez pacjenta posiłków,
- podawanie leków doustnych obniżających glukozę na zlecenie lekarza i pod kontrolą wartości glikemii,
- rozmowa z chorym na temat konieczności przestrzegania diety cukrzycowej w szczególności dotycząca wyeliminowania z diety napojów typu coca-cola,
- edukacja rodziny pacjenta na temat diety cukrzycowej, przekazanie broszurki informacyjnej dotyczącej diety rodzinie,
- upewnienie się, że przekazane treści zostały dobrze zrozumiane poprzez odebranie przez pielęgniarkę informacji zwrotnej.

Ocena działania: przy stosowanej diecie poziom glikemii ustabilizował się, odstąpiono od stosowania doustnych leków przeciwcukrzycowych.

11. Sucha, matowa skóra z tendencją do łuszczenia się

Cel opieki: ochrona naturalnej bariery skóry, zapobieganie przesuszeniu skóry.

Działania pielęgniarские:

- unikanie niekorzystnego działania gorącej wody na skórę podczas wykonywania toalety ciała,
- unikanie pianaących się płynów, które niszczą płaszcz lipidowy skóry,

- delikatne osuszanie skóry,
- stosowanie emolientów, np. Oliatum, Emolium,
- dostarczenie odpowiedniej ilości wody do organizmu,
- wietrzenie pomieszczenia, gdzie przebywa pacjent.

Ocena działania: skóra pacjenta ma mniejszą tendencję do łuszczenia się.

Problemy pielęgnacyjne, jakie się pojawiły w trakcie drugiej hospitalizacji

Nadal aktualne pozostały problemy związane z dolegliwościami bólowymi głowy, z deficytem wiedzy na temat czynników ryzyka udaru mózgu (problem stanowiła otyłość i nadciśnienie tętnicze), z adaptacją do warunków szpitalnych. Dodatkowo wystąpiło rozregulowanie wartości glikemii w surowicy. Pojawił się lęk o własne zdrowie pacjenta i pogorszenie snu. Powtórnie pojawił się i utrwał niedowład połowiczny lewostronny. Kolejny problem to adaptacja do zmienionego przez chorobę stanu pacjenta (niesprawność). Częściowy brak samodzielności w zakresie samoopieki i samopielęgnacji.

1. U pacjenta wystąpił niedowład połowiczny

Cel opieki: wdrożenie pacjenta z niedowładem lewostronnym do samoobsługi i uzyskanie przez niego podstawowych umiejętności w zakresie samoobsługi, przywrócenie funkcji narządu niepełnosprawnego, wzmocnienie wiary we własne siły, poprawa samopoczucia i jakości życia, pobudzenie czucia, ułatwienia percepcji, ćwiczenia kończyn po stronie niedowładnej w koordynacji ze stroną zdrową.

Działania pielęgniarские:

- wdrożenie chorego do współpracy,
- wszelkie działania inicjowane od strony niedowładnej,
- przestrzeganie prawidłowej pozycji podczas leżenia, siedzenia, stania, chodzenia,
- układanie chorego w sposób zapobiegający powstawaniu przykurczy (podkładanie poduszki pod niedowładną rękę i zapobieganie podeszwowemu zgięciu stopy),
- zwracanie uwagi podczas siedzenia na ułożenie kończyn (czy stopa jest dobrze podparta, czy nie opada, wygodne podparcie dla kończyny górnej,
- ustawienie łóżka w sposób zapewniający kontakt z chorym od strony niedowładnej,
- ustawienie stolika po stronie z niedowładem,
- zachęcanie do aktywności fizycznej z zaangażowaniem kończyn z niedowładem,
- niewyręczanie chorego w czynnościach, które on sam może wykonywać,
- podkreślanie nawet najmniejszych osiągnięć, zachęcanie pacjenta do aktywności fizycznej z używaniem kończyn niedowładnych,
- nauczenie pacjenta układania porażonych kończyn.

Ocena działania: osiągnięto poprawę stanu neurologicznego pacjenta zwłaszcza w kończynie dolnej lewej.

2. Niepokój pacjenta o stan swojego zdrowia

Cel opieki: obniżenie poziomu lęku.

Działania pielęgniarские:

- poinformowanie chorego o stanie i dalszym postępowaniu,
- przebywanie z chorym,
- zapewnienie ciszy i spokoju,
- uprzedzenie i informowanie o wykonywanych badaniach,
- umożliwienie rozmowy z lekarzem, kontaktu z rodziną,
- postępowanie spokojne i troskliwe.

Ocena działania: pacjent ma mniejsze poczucie niepokoju, jego wątpliwości zostały wyjaśnione.

3. Możliwość powikłań z powodu nadmiernego wzrostu ciśnienia tętniczego

Cel opieki: uniknięcie powikłań naczyniowych i pogłębienia się deficytów neurologicznych.

Działania pielęgniarские:

- częste monitorowanie ciśnienia tętniczego krwi oraz po każdym wysiłku (czynności higieniczne, wyjście do toalety),
- pomoc przy wstaniu z łóżka,
- podawanie leków na zlecenie lekarza.

Ocena działania: powikłania związane ze wzrostem ciśnienia tętniczego nie rozwinęły się.

4. Ryzyko wystąpienia obrzęku mózgu wskutek wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego

Cel opieki: niedopuszczenie do powstania powikłań z powodu obrzęku mózgu.

Działania pielęgniarские:

- ciągłe monitorowanie pod kątem wystąpienia objawów obrzęku mózgu, takich jak splątanie, zaburzenia oddychania, nudności, wymioty, bóle głowy, bradykardia, podwyższone ciśnienie krwi,
- prowadzenie karty obserwacyjnej i monitorowanie stanu pacjenta oraz parametrów życiowych, takich jak stan przytomności, oddech, tętno, ciśnienie tętnicze krwi, temperatura, szerokość źrenic, napięcie mięśni,
- układanie chorego z głową pod kątem 30 stopni, aby ułatwić odpływ krwi żyłnej z mózgu,
- prowadzenie bilansu płynów i obserwacja objawów odwodnienia,
- leczenie wspomagające na zlecenie lekarza polegające na podaniu leków przeciwbólowych, wyrównaniu hiperglikemii,
- monitorowanie parametrów życiowych,
- podawanie dożylnie środków osmotycznie czynnych w powolnym wlewie kroplowym 20% Mannitolu 4 x 125 ml i Furosemidu 20 x 20 mg dożylnie z jednoczesną kontrolą i uzupełnieniem elektrolitów.

Ocena działania: powikłania z powodu obrzęku mózgu u pacjenta nie wystąpiły.

5. Ryzyko wystąpienia zaburzeń gospodarki wodno-elektrolitowej

Cel opieki: utrzymanie prawidłowego nawodnienia i zrównoważonego bilansu płynów.

Działania pielęgniarские:

- obserwacja i monitorowanie pod kątem hiponatremii: nudności i wymioty, osłabienie, kurcze mięśniowe, brak łaknienia, objawy ze strony ośrodkowego układu nerwowego (zaburzenia orientacji, splątanie, drgawki, śpiączka),
- obserwacja pacjenta pod kątem wystąpienia objawów hipokaliemii, takich jak uczucie zmęczenia, splątanie, osłabienie siły mięśniowej, kurcze oraz zaburzenia czynności serca w postaci skurczów dodatkowych pochodzenia przedsionkowego i komorowego,
- pobieranie chorego krwi na poziom elektrolitów zgodnie ze zleceniem lekarza i interpretacja,
- obserwacja pacjenta pod kątem odwodnienia (suchość skóry, stan błony śluzowej języka, przyspieszona akcja serca).

Ocena działania: pacjentowi zapewniono odpowiednią ilość płynów, uzupełniono niedobory elektrolitowe.

6. Możliwość wystąpienia zakrzepicy żył głębokich oraz zatorowości płucnej

Cel opieki: niedopuszczenie do powstania zakrzepicy żył głębokich.

Działania pielęgniarские:

- wczesne uruchamianie pacjenta (sadzanie w łóżku, potem ze spuszczonej kończynami dolnymi aż do całkowitej pionizacji),
- usprawnianie układu krążeniowo-oddechowego przez ćwiczenia oddechowe,
- dbanie o skórę, natłuszczanie jej oraz odpowiednie ułożenie kończyn dolnych,
- dbanie o prawidłowe nawodnienie pacjenta – około 2,5 litra na dobę,
- codzienne badanie kończyn dolnych (wygląd, obserwacja zmian ocieplenia skóry i obrzęków),
- kontrola parametrów krwi pod kątem czynników układu krzepnięcia,
- podawanie zleconych środków przeciwzakrzepowych.

Ocena działania: nie wystąpiły powikłania pod postacią zakrzepicy żył głębokich.

7. Pacjent ma trudności w zasypianiu

Cel opieki: zapewnienie odpowiedniej liczby godzin snu dającego choremu poczucie wypoczynku.

Działania pielęgniarские:

- prowadzenie ukierunkowanej obserwacji,
- poznanie sposobu radzenia sobie z bezsennością w warunkach domowych,
- umożliwienie odreagowania emocjonalnego przez rozmowę terapeutyczną,

- przypominanie o porze nocnej i potrzebie snu także innym chorym,
 - przygotowanie sali przed snem (wietrzenie, przygotowanie łóżka),
 - zapewnienie odpowiedniego oświetlenia, ciszy i spokoju,
 - podanie środka nasennego Nitrazepamu według wskazań lekarza,
 - pilnowanie, aby pacjent nie spał w ciągu dnia.
- Ocena działania: pacjent spał odpowiednio długo.

Podsumowanie

Opieka pielęgniarska w oparciu o proces pielęgnowania pozwala na indywidualne podejście pielęgniarki do pacjenta i jego potrzeb. U pacjenta, który był podmiotem badań wyodrębniono główne problemy pielęgnacyjne:

- deficyt wiedzy na temat czynników ryzyka udaru mózgu i zasad prewencji wtórnej,
- brak motywacji do zmiany dotychczasowego stylu życia,
- narastający deficyt w zakresie sprawności ruchowej i samoobsługi.

Biorąc pod uwagę zakres działań pielęgniarstwa badany chory wymagał przede wszystkim pomocy w zakresie czynności dnia codziennego oraz motywacji i edukacji na temat zasad prewencji wtórnej udaru mózgu. Przedstawiony proces może zostać wykorzystany w codziennej praktyce pielęgniarstwa w odniesieniu do chorego z udarem niedokrwiennym mózgu.

Piśmiennictwo

- [1] Czerniecki T., Marchel A. Wyniki leczenia udarów niedokrwiennych mózdzku. *Neurologia i Neurochirurgia Polska*. 2004;38:37-43.
- [2] Jaracz K. Rola pielęgniarki w leczeniu trombolitycznym chorych z ostrym niedokrwiennym udarem mózgu. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne*. 2009;1:1-4.
- [3] Mazur R. *Neurologia Kliniczna*. Via Medica, Gdańsk 2005.
- [4] Adamczyk K. *Pielęgnowanie chorych po udarach mózgowych*. Czelej, Lublin 2003.
- [5] Sacco R.L., Adams R., Albers G., et al. Guidelines for Prevention of Stroke in Patients With Ischemic Stroke or Transient Ischemic Attack. A Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association Council on Stroke: Co-Sponsored by the Council on Cardiovascular Radiology and Intervention: The American Academy of Neurology affirms the value of this guideline. *Stroke*. 2006;37:577-617.
- [6] Adamczyk K. *Pielęgniarstwo Neurologiczne*. Czelej, Lublin 2000.
- [7] Jaracz K., Kozubski W. *Pielęgniarstwo neurologiczne*. PZWL, Warszawa 2008.

- [8] Smolińska A., Książkiewicz B. Pielęgnowanie chorych z udarem mózgu. *Choroby Serca i Naczyń*. 2007;4(1):6-9.
- [9] Jachińska K., Lipczyńska-Łojkowska W., Kuran W., Rozenfeld A., Grochowska E., Szpak G.M., Lenart J. Opis przypadku. Rozwarstwienie aorty oraz tętnic szyjnych wspólnych i wewnętrznych powikłane udarem niedokrwiennym mózgu u osoby ze zwyrodnieniem torbielowatym błony środkowej. *Neurochirurgia i Neurochirurgia Polska*. 2009;43(6):584-590.
- [10] Jaracz K., Kozubski W. Jakość życia po udarze mózgu. Część I – badanie prospektywne. *Udar Mózgu*. 2001;3(2):55-62.
- [11] Marciniak M., Królikowska A., Ślusarz R., Jabłońska R., Książkiewicz B. Opieka pielęgniarska w udarach mózgu. *Problemy Pielęgniarstwa*. 2010;18(1):83-88.
- [12] Deklaracja Helsingborska 2006 Europejskich Strategii Udarowych. *Neurologia i Neurochirurgia Polska*. 2008;42,4(supl.3):276-288.
- [13] Członkowska A., Niewada M. Postępowanie w ostrej fazie udaru niedokrwiennego mózgu. *Neurologia i Neurochirurgia Polska*. 2008;42,4(supl.3):211-230.
- [14] Owecki M., Kozubski W. Terapia ostrego okresu udaru niedokrwiennego mózgu. *Udar Mózgu*. 2007;9(2):79-88.
- [15] Ryglewicz D., Milewska D. Zaburzenia przytomności w udarze mózgu. *Udar Mózgu*. 2006;8(2):61-65.
- [16] Wiszniewska M. Profil czynników ryzyka i 30-dniowe następstwa udaru u mężczyzn i kobiet z pierwszym w życiu udarem niedokrwiennym mózgu – analiza 4802 pacjentów z łoańskiego rejestru udarowego. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*. 2009;18(3):263-268.
- [17] Miller M. Rola pielęgniarki w rehabilitacji i opiece nad chorym po udarze mózgu. *Problemy Pielęgniarstwa*. 2009;17(2):152-156.
- [18] Świerkocka M., Skrzypek-Czerko M., Kubach M. Opieka domowa nad chorym po udarze mózgu. W: Mazur R., Książkiewicz B., Nyka W.M. (Red.), *Udar mózgu w praktyce lekarskiej*. Via Medica, Gdańsk 2010;159-178.

Adres do korespondencji:

Marcelina Skrzypek-Czerko
Zakład Pielęgniarstwa Neurologiczno-Psychiatrycznego,
GUM, Do Studzienki 38, 80-227 Gdańsk
email: marcelinaskrzypek@gmail.com

Konflikt interesów: nie występuje

Źródła finansowania: nie występuje

Wkład autorski: Dorota Ślodochnik^{A,B,E,F},
Marcelina Skrzypek-Czerko^{A,B,C,E,H}, Anna Roszmann^{C,F},
Magdalena Kozłowska^{C,F}

(A – Koncepcja i projekt badania, B – Gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – Analiza i interpretacja danych, E – Napisanie artykułu, F – Poszukiwanie piśmiennictwa, H – Zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu)

Praca wpłynęła do Redakcji: 15.05.2012 r.

Zaakceptowano do druku: 29.05.2012 r.