

Zofia Sienkiewicz¹, Danuta Stankiewicz², Grażyna Dykowska³, Barbara Knoff¹, Mariola Pietrzak¹, Halina Cieślak¹, Jacek Imiela¹

¹Zakład Pielęgniarstwa Społecznego, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

²Absolwent Kierunku Pielęgniarstwo, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

³Zakład Zdrowia Publicznego, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

PIELĘGNACJA CHOREGO PO UDARZE NIEDOKRWIENNYM MÓZGU W WARUNKACH DOMOWYCH

Home nursing of a patient after an ischemic stroke

Streszczenie

Wstęp

Udar mózgu charakteryzuje się pojawieniem ogniskowych lub uogólnionych zaburzeń pracy mózgu na skutek przyczyn wyłącznie naczyniowych, trwających dłużej niż 24 godziny. Głównymi objawami klinicznymi udaru jest deficyt ruchowy i czuciowy oraz zaburzenie widzenia i świadomości.

Cel pracy

Określenie problemów pielęgnacyjnych występujących po udarze niedokrwiennym mózgu, ze szczególnym zwróceniem uwagi na działania pielęgnacyjne podejmowane w środowisku domowym.

Prezentacja przypadku

Przedstawiono studium indywidualnego przypadku 80-letniej pacjentki po udarze niedokrwiennym mózgu, przebywającej w środowisku domowym. Przeprowadzono wywiad środowiskowy z mężem podopiecznej.

Dyskusja

Pacjentka wymaga pomocy przy wykonywaniu wszystkich czynności życiowych; wyłoniono 11 problemów pielęgnacyjnych i zaproponowano sposoby ich rozwiązania.

Wnioski

Szybkie rozpoznanie pierwszych symptomów, niezwłoczne powiadomienie służb ratownictwa medycznego to postępowanie rokujące skuteczność leczenia niedokrwiennego udaru mózgu.

Słowa kluczowe: udar mózgu, pacjent, opieka domowa.

Abstract

Introduction

A stroke is characterized by the appearance of focal or general disturbances of brain functions caused solely by the vessels and lasting longer than 24 hours. Main clinical symptoms include lack of movement and feeling as well as sight and consciousness disturbances.

Aim

To determine such patients' nursing problems and needs, focusing on the action taken during their home nursing.

Case study

An individual case study of an 80-year-old in-home patient who suffered from an ischemic stroke. An interview with her husband.

Discussion

The patient needs help with all the vital activities; 11 problems have been found and suitable solutions have been suggested.

Conclusion

To effectively treat an ischemic stroke patient it is necessary to quickly recognize the first symptoms and contact emergency medical services as soon as possible.

Key words: brain stroke, patient, home nursing.

Wstęp

Choroby naczyniowe mózgu, a zwłaszcza udary, pozostają nadal poważnym problemem leczniczym i społecznym. Stanowią trzecią po schorzeniach układu krążenia i nowotworach przyczynę zgonów na świecie. Szacuje się, że rocznie na świecie na udar mózgu zapada około 15 milionów osób, a około 5 milionów umiera. Zapadalność na udar mózgu wzrasta z wiekiem. Wynika to ze zwiększonego występowania ogólnie uznanych czynników ryzyka w populacji osób zdrowych, to jest: palenia papierosów, braku aktywności fizycznej, niewłaściwej diety, otyłości, nadużywania alkoholu oraz występowania chorób: nadciśnienia tętniczego, cukrzyca, choroby serca, zaburzenia układu krzepnięcia i zaburzenia gospodarki lipidowej. Działania prowadzące do redukcji czynników ryzyka oraz kształtowanie społecznej świadomości odgrywają istotną rolę w prewencji chorób naczyniowych. Udar mózgu może prowadzić do długotrwałej niesprawności i trwałego kalectwa. Stanowi drugą, co do częstości przyczynę występowania otępienia, najczęstszą przyczynę padaczki wieku podeszłego oraz czynnik prowadzący do depresji. Leczenie szpitalne, długotrwała rehabilitacja, opieka długoterminowa i leczenie przewlekłych chorób po przebytych udarach pochłaniają znaczne koszty z nakładów na ochronę zdrowia. Około 60% pacjentów po przebytych udarach pozostaje w różnym stopniu niesprawnych ruchowo. Większość z nich wymaga stałej opieki [Pełszyńska, 2011; Kozubski, 2007; Czarnecki, Nowacki i Szczudlik, 2012]

Udar mózgu to stan zagrażający życiu, wymaga bezwzględnej hospitalizacji, najlepiej na wyspecjalizowanym oddziale udarowym. Większość udarów (około 80% przypadków) stanowią udary niedokrwienne, stąd też szczególną uwagę w pracy zwrócono na problematykę związaną z udarem niedokrwiennym mózgu. [Gajewski i Szczeklik, 2013]

Cel pracy

Celem pracy jest omówienie problemów pielęgnacyjnych pacjentki po udarze niedokrwiennym mózgu, ze szczególnym zwróceniem uwagi na działania pielęgnacyjne podejmowane w środowisku domowym.

Prezentacja przypadku

Przedstawiono studium indywidualnego przypadku 80-letniej pacjentki po udarze niedokrwiennym mózgu, przebywającej w środowisku domowym.

Do zebrania informacji o podopiecznej wykorzystano: wywiad środowiskowy z mężem podopiecznej, obserwację pacjentki, próbę rozmowy z pacjentką, pomiar podstawowych parametrów życiowych oraz analizę dokumentacji medycznej.

Pacjentka I.J., lat 80, wraz z mężem mieszka w domku jednorodzinnym, parterowym, w Pruszkowie. Zajmuje dwa pokoje z kuchnią i łazienką. Warunki socjalno-bytowe są dobre. Pani z wykształcenia jest nauczycielką, obecnie na emeryturze. W wolnym czasie jeździła na rowerze, czytała książki i zajmowała się pracą w ogrodzie. Dieta zawierała mało owoców i warzyw, a bogata była w tłuszcze zwierzęce, potrawy smażone i słodkie. Stąd też pojawiła się nadwaga. Od około 10 lat leczyła się na nadciśnienie tętnicze krwi.

Pacjentka przebywała na oddziale udarowym czternaście dni. Przyjęta została do oddziału z powodu osłabienia prawych kończyn oraz zaburzeń mowy pod postacią afazji. Otrzymała leczenie trombolityczne – Actilise, nie uzyskując poprawy stanu neurologicznego. Z oddziału neurologicznego wypisana została z utrzymującą się afazją, niedowładem nerwu VII prawego, niedowładem kończyny górnej prawej i niedowładem kończyny dolnej prawej. Podczas hospitalizacji była intensywnie rehabilitowana. Z powodu znacznych dysfunkcji narządu ruchu i mowy nie została zakwalifikowana do leczenia na oddziale rehabilitacyjnym. Korzysta z domowej rehabilitacji ruchu i mowy. Opiekę nad pacjentką przejął lekarz rodzinny wraz z pielęgniarką środowiskowo-rodzinną. Mąż podopiecznej aktywnie uczestniczy w procesie zdrowienia.

Diagnoza pielęgnarska

Ograniczenia wynikające z choroby są źródłem problemów pielęgnacyjnych pacjentki. Jest ona zorientowana, co do stanu swojego zdrowia. W wyniku przebytego udaru występują zaburzenia mowy i połykania. Jej mowa jest bełkotliwa i trudna do zrozumienia. Bardzo się denerwuje, gdy wypowiada pojedyncze słowa. Dysfunkcja narządu ruchu i mowy uniemożliwia samoopiekę oraz wpływa niekorzystnie na jej na-

strój. Wymaga pomocy podczas wykonywania wszystkich czynności. Niedowład kończyny górnej prawej i dolnej prawej ograniczają ruchomość i powodują kłopoty z poruszaniem się. Z pomocą opiekuna zmienia pozycję ułożeniową oraz próbuje wstawać. Wymaga wsparcia psychicznego oraz motywacji w czasie wykonywania ćwiczeń usprawniających. Wystąpiły zaburzenia ze strony poszczególnych układów.

Układ krążenia – występują wahania ciśnienia tętniczego krwi 110/80 mmHg do 160/100 mmHg, tętno 80 uderzeń na minutę niemiernicze.

Układ nerwowy – porażenie połowiczne prawostronne, niedoczulica prawostronna, afazja, akalkia, amnezja, aleksja, agrafia.

Układ moczowy – pacjentka pieluchowana z powodu dysfunkcji pęcherza moczowego.

Układ pokarmowy – zaburzenia połykania powodujące krztuszenie się, kłopoty z wypróżnianiem.

Układ ruchu – ograniczona ruchomość kończyny górnej prawej i dolnej prawej, spowodowana niedowładem.

Wdrożenie i egzekwowanie profilaktyki wtórnej oraz prowadzenie intensywnej rehabilitacji jest jednym z głównych aspektów działań pielęgniarstwa w tym środowisku.

Plan opieki pielęgniarstwa

Diagnoza pielęgniarstwa 1

Trudności związane ze zmianą pozycji ciała w łóżku na skutek niedowładów połowicznych.

Cel: Zapewnienie bezpieczeństwa i pomocy przy zmianie pozycji ułożeniowej oraz zapobieganie powikłaniom płucnym, przykurczom, zeszywnieniom i odleżynom.

Działanie.

- Zapewniono dostęp do łóżka pacjentki ze wszystkich stron. Przy czym szafka i najpotrzebniejsze przedmioty usytuowano po stronie niedowładnej – prawej.
- Regularnie, co dwie godziny zmieniano pozycję ciała.

Diagnoza pielęgniarstwa 2

Trudności w samoobsłudze spowodowane niedowładem.

Cel: Wdrożenie chorej do samoobsługi.

Działanie.

- Nakłoniono do współpracy podczas wykonywania czynności higienicznych.
- Zachęcono do pomocy w ubieraniu się – wszystkie czynności zaczynano od strony niedowładnej, postępowanie takie jest elementem rehabilitacji ruchowej i usprawnia funkcje poznawcze. Zalecono noszenie ubrań dwuczęściowych, unikanie odzieży zapinanej na guziki, warto, aby zapięcie było na rzep lub suwak, a obuwie łatwe w zakładaniu z podeszwą antypoślizgową.
- Wskazano korzyści, jakie niesie korzystanie z toalety i łazienki. Przemieszczanie się przyspiesza powrót funkcji ruchowych. Łazienkę przystosowano do potrzeb osób niepełnosprawnych. Wskazano korzyści ze stosowania uchwytów i maty antypoślizgowej.
- Dostarczono i nauczono korzystania ze sprzętu ortopedycznego, ułatwiającego samoobsługę – balkonik do chodzenia i wózek inwalidzki.

Diagnoza pielęgniarstwa 3

Trudności w samoobsłudze i poruszaniu się, spowodowane zaburzeniami wyższych czynności nerwowych – zespół zaniedbywania połowicznego.

Cel: Poprawa samodzielności chorej, niwelowanie objawów zaburzeń funkcji poznawczych.

Działanie.

- Zadbano, aby bodźce wzrokowe i akustyczne dobiegały od strony porażonej. Podchodzono i zwracano się do pacjentki zawsze od strony prawej.
- Prawidłowo ułożono kończyny zaniedbywane, zwrócono uwagę, aby nie zwisały z łóżka.
- Angażowano stronę zaniedbywaną w wykonywanie podstawowych czynności.

Diagnoza pielęgniarstwa 4

Trudności w przyjmowaniu posiłków na skutek niesprawności ruchowej oraz utrzymujących się zaburzeń połykania.

Cel: Zmniejszenie trudności w jedzeniu, zwiększenie komfortu podczas spożywania posiłków.

Działanie.

- Pozwolono chorej na samodzielność podczas spożywania posiłków, zadbane o dogodną i bezpieczną pozycję, zapewniono urozmaicone posiłki, ciepłe, rozdrobnione. Wzięto pod uwagę indywidualne upodobania. Ubranie zabezpieczono śliniakiem z kieszonką.
- Poinformowano o konieczności gryzienia i żucia pokarmu, również osłabioną stroną, ponieważ na skutek braku aktywności może dojść do nasilenia spastyczności.
- Pomagano i wspierano psychicznie, ale nie wyręczano podczas jedzenia.

Diagnoza pielęgniarstwa 5

Zaburzenia komunikacji werbalnej, spowodowane uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego.

Cel: Utrzymanie kontaktu słownego z chorą.

Działanie.

- Rozmawiano z chorą podczas wykonywania wszystkich czynności.
- Zachęcano do mówienia, cierpliwie słuchano (nie należy poprawiać niepoprawnie wypowiedzianych słów w trakcie wypowiedzi pacjenta). Dostrzegano nawet niewielką poprawę mówienia.
- Uczono i motywowano chorą do wykonywania ćwiczeń wzmacniających mięśnie twarzy i warg.
- Zorganizowano zajęcia z logopedą.
- Zwracano się do chorej twarzą w twarz i komunikowano się spokojnym tonem głosu. Unikano rozproszenia uwagi przez inne czynności, np. oglądanie telewizji.

Diagnoza pielęgniarstwa 6

Występowanie zaburzeń w oddawaniu moczu, zwiększające ryzyko pojawienia się zakażeń układu moczowego oraz odleżyn.

Cel: Przywrócenie prawidłowych funkcji układu moczowego. Zapobieganie zakażeniom oraz poprawa jakości życia.

Działanie.

- Systematycznie podawano basen lub wprowadzano do toalety.
- Zalecono, aby świadomie powstrzymywała mocz, celem treningu mięśni pęcherza moczowego.
- Utrzymano higienę okolicy krocza, zaopatrzoneo w pieluchomajtki.
- Podawano do picia 1,5 l/dobę płynów.

Diagnoza pielęgniarstwa 7

Zaburzenia wydalania stolca, spowodowane brakiem ruchu i dysfunkcją neurologiczną.

Cel: Zapewnienie regularnych wypróżnień.

Działanie.

- Podawano pokarmy przyspieszające perystaltykę jelit (owoce, warzywa, kasze gruboziarniste, otręby).
- Wykonano masaż brzucha.
- Codziennie podano do wypicia nie mniej niż 1,5 l/dobę płynów.
- Uruchamiano chorą.

Diagnoza pielęgniarstwa 8

Ryzyko wystąpienia ponownego udaru mózgu.

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

Działanie.

- Dostarczono chorej i rodzinie informacje na temat czynników ryzyka wystąpienia udaru mózgu. Wyedukowano na temat odżywiania: wyeliminowania produktów bogatych w tłuszcze, które często pojawiały się w diecie pacjentki, podkreślono konieczność utrzymania prawidłowej wagi ciała oraz zwiększonej aktywności fizycznej – regularnie prowadzonej rehabilitacji ruchowej.
- Udzielono wskazówek dotyczących: prawidłowych wartości ciśnienia tętniczego, konieczności regularnego przyjmowania leków, przestrzegania terminów wizyt kontrolnych w poradniach specjalistycznych oraz konieczności wykonywania badań analitycznych.
- Nauczono pacjentkę i jej rodzinę umiejętności rozpoznawania objawów sugerujących wystąpienie udaru. Zwrócono uwagę na konieczność natychmiastowego wezwania pogotowia ratunkowego w takiej sytuacji.

Diagnoza pielęgniarska 9

Zagrożenie wystąpienia uszkodzeń skóry: odleżyn, odparzeń i mikrourazów.

Cel: Zastosowanie profilaktyki przeciwoleżynowej.

Działania.

- Zmieniało pozycję ułożeniową co dwie godziny.
- Codziennie wykonywano toaletę całego ciała oraz toaletę krocza po każdym wypróżnieniu.
- Natłuszczano skórę maścią Alantan.
- Pobudzano krążenie poprzez masowanie i oklepywanie miejsc narażonych na wystąpienie zmian skórnych.
- Zmieniało bieliznę w razie potrzeby.

Diagnoza pielęgniarska 10

Zagrożenie wystąpienia choroby zakrzepowo–zatorowej.

Cel: Prowadzenie profilaktyki przeciwzakrzepowej.

Działanie.

- Systematycznie zmieniano pozycję ułożeniową, sadzano na wózek i pionizowano.
- Prowadzono gimnastykę oddechową.
- Stosowano masaż kończyn dolnych, w celu lepszego krążenia.
- Obserwowano zabarwienie i ocieplenie kończyn.
- Regularnie podawano zalecane leki.

Diagnoza pielęgniarska 11

Niepokój i lęk spowodowany wystąpieniem choroby, związany z pogorszeniem jakości życia w następstwie choroby.

Cel: Poprawienie samopoczucia chorej poprzez pomoc w zaakceptowaniu skutków przebytego udaru.

Działanie.

- Dostarczono pacjentce wiedzę na temat jej choroby w sposób dla niej przystępny do zrozumienia.
- Poinformowano o konieczności dalszego leczenia farmakologicznego oraz prowadzenia rehabilitacji ruchu i mowy.
- Zapoznano z czynnikami ryzyka udaru i omówiono profilaktykę wtórną.
- Zachęcono do uczestnictwa w życiu rodzinnym i towarzyskim, nakłoniono, aby powróciła do dawnych zainteresowań, jednocześnie rozwijała nowe, dostosowane do obecnych możliwości.
- Zaproponowano uczestnictwo w psychoterapii.
- Nakłoniono do odbywania spacerów na wózku.
- Poinformowano podopieczną i jej rodzinę o możliwości uczestnictwa w spotkaniach organizowanych przez grupy wsparcia dla osób po przebytych udarach mózgu.
- Przystosowano mieszkanie do potrzeb chorej.

Wskazówki do dalszej pielęgnacji

Chorzy po przebytych udarach mózgu bardzo często wymagają korzystania z różnych form opieki. Niepełnosprawność odbiera im chęci do działania, a perspektywa dalszego życia z kalectwem źle wpływa na stan psychiczny. Izolacja społeczna wywołuje lub nasila istniejącą już depresję. Dlatego też należy podjąć działania redukujące skutki przebytego udaru.

Pacjenta, jak również jego opiekunów, należy uświadomić o konieczności:

- przyjmowania leków,
- utrzymania prawidłowej masy ciała,
- stosowania diety śródziemnomorskiej,
- kontroli w poradniach specjalistycznych,
- eliminacji czynników ryzyka,
- korzystania ze sprzętu rehabilitacyjnego,
- dostosowania mieszkania do zmieniających się potrzeb,
- aktywizacji poprzez terapię zajęciową i grupy wsparcia,
- nieustannej edukacji w zakresie samoopieki, usprawniania i zdrowego stylu życia,

- kształtowania właściwej postawy wobec niepełnosprawności,
- akceptacji nowej, zaistniałej sytuacji.

Dyskusja

Udar mózgu stanowi najczęstszą przyczynę niepełnosprawności. W Polsce około 15% pacjentów z udarem mózgu umiera podczas hospitalizacji, zaś 45-75% osób, które przeżyły, pozostaje zależnych od otoczenia. Rehabilitacja ma na celu poprawę lub przywrócenie utraconych funkcji w maksymalnie wysokim stopniu. Prowadzona przez wykwalifikowany zespół już od pierwszych godzin po udarze jest jednym z elementów decydujących o zmniejszeniu liczby zgonów i ciężkiej niesprawności. Pozwala na poprawę komfortu życia i przystosowuje do samoopieki, minimalizując obciążenia jego opiekunów [Wiszniewska i Zdanowicz, 2014; Miller, 2007]. Cele rehabilitacji zmieniają się w zależności od etapu choroby. Pacjenci oceniani są na początku oraz w czasie trwania usprawniania w zakresie ubytków neurologicznych. W celu oceny skuteczności i modyfikacji terapii stosuje się skalę NIHSS i Barthel [Fiszer i Michałowska, 2010].

Kwalifikacja i wczesne usprawnianie po udarze niedokrwiennym mózgu

Zakres ubytków neurologicznych i stopień niepełnosprawności decyduje o podjęciu rehabilitacji. Planowane usprawnianie musi być poprzedzone wnikliwą oceną stanu neurologicznego, psychicznego, wydolnością układu krążenia, a także oceną zdolności fizycznej niezbędnej podczas ćwiczeń. Wszyscy pacjenci na oddziale udarowym powinni być objęci wczesną rehabilitacją. Ma ona głównie na celu ograniczenie powikłań wtórnych następstw choroby i unieruchomienia. Zapalenie płuc, zakrzepica żylna i zatorowość płuc może być groźne dla życia, inne – jak odleżyny i przykurcze – mogą przyczynić się do dalszego ograniczenia sprawności i przedłużyć pobyt w szpitalu [Miller, 2007].

Zabiegi pielęgnacyjne, prawidłowe ułożenie i częsta zmiana pozycji oraz zastosowanie udogodnień (poduszki, wałki) zapobiegają przykurczom i zanikom mięśni. Ważne jest ustawienie łóżka i szafki przyłóżkowej tak, aby dostęp znajdował się od strony niedowładnej lub porażonej. W celu ciągłej jej aktywizacji [Miller, 2007].

Najwcześniej stosujemy ćwiczenia bierne – ćwiczenia oddechowe, oklepywanie klatki piersiowej i masaż kończyn. Po ocenie funkcjonalnej chorego planujemy siadanie, podczas którego zaleca się kontrolę tętna i ciśnienia tętniczego krwi. Kolejnym etapem jest pionizacja i w końcu nauka chodzenia. Im wcześniej rozpoczniemy proces usprawniania, tym lepsze osiągniemy efekty. Przystępując do planowania usprawniania, oceniamy czynności poznawcze chorego w tym zaburzenia mowy i połykania oraz czynność pęcherza moczowego. W zależności od stopnia dysfunkcji, indywidualnie dobieramy działania rehabilitacyjne. Zaburzenia połykania są częstym i dość niebezpiecznym następstwem udaru. Zwiększają ryzyko zapalenia płuc, odwodnienia i niedożywienia. Do terapii zaburzeń połykania powinien być włączony logopeda. U chorych z zaburzeniami świadomości i nasiloną dysfagią wskazane jest założenie zgłębnika do żołądka lub gastrostomii metodą endoskopową.

Terapii wymagają zespoły ogniskowych dysfunkcji poznawczych:

- afazja – zaburzenia językowe, zaburzenie ekspresji oraz rozumienia wypowiedzi,
- akalkulia – zaburzenia posługiwania się liczbami i niemożność wykonywania działań arytmetycznych,
- agnozja – słuchowa lub wzrokowa,
- apraksja – deficyt celowych wyuczonych ruchów,
- amnezja – deficyt pamięci,
- aleksja – zaburzenia czytania,
- agrafia – zaburzenia pisania.

Decyzje o szczegółowym programie rehabilitacji zostają podjęte na podstawie oceny funkcjonalnej chorego z uwzględnieniem najważniejszych potrzeb. Udar mózgu może spowodować zaburzenia emocji i zachowań afektywnych. Wiąże się to z ograniczeniem samodzielności i uczestnictwa w życiu społecznym. Zaburzone kontakty społeczne upośledzają pełnienie ról społecznych i utrudniają proces zdrowienia. Usprawniające ćwiczenia ruchowe, językowe i poznawcze należy łączyć z psychoterapią, mającą na celu poprawę stanu emocjonalnego [Czarnecki, Nowacki i Szczudlik, 2012].

Po ocenie zaburzeń ruchowych i wiążącymi się z tym trudnościami w poruszaniu, zaopatrujemy chorego w sprzęt rehabilitacyjny typu: balkonik, buty ortopedyczne, wózek inwalidzki, który jest uzupełnieniem procesu fizjoterapii [Miller, 2007].

Wpływ rehabilitacji na jakość życia po udarze niedokrwiennym mózgu

Pacjenci po przebytych udarze mózgu stanowią najliczniejszą grupę osób wymagających rehabilitacji. Ma ona za zadanie naukę i przystosowanie w najwyższym stopniu do czynności dnia codziennego. Mimo istniejących zaburzeń narządu ruchu i czynności poznawczo-behawioralnych powoduje szybsze uzyskanie samodzielności i utrzymanie sprawności już zdobytych. Najwyższy stopień sprawności uzyskujemy, rozpoczynając usprawnianie już na oddziale udarowym i podczas trzech tygodni od wystąpienia udaru [Fiszer i Michałowska, 2010].

Udział rodziny w usprawnianiu chorej

Dzięki kompleksowej i ukierunkowanej rehabilitacji, chorzy mogą w dużej mierze stać się niezależni i uczestniczyć w życiu rodzinnym. W drodze tej dużą rolę odgrywa sam pacjent i jego rodzina. Największe korzyści w zakresie usprawniania odnosimy w ciągu pierwszych 3–6 miesięcy. Dlatego powinno dążyć się do aktywizacji chorego i regularnego uczestnictwa w terapii zajęciowej oraz kontynuacji ćwiczeń również w domu. Wymaga to czasu, cierpliwości, wiedzy i zaangażowania rodziny. Przed wypisem z oddziału konieczne staje się dostosowanie pomieszczeń, z których będzie korzystał chory do istniejącej niepełnosprawności. Ważne jest wsparcie rodziny chorego pomocą psychoterapeutyczną. Pozwoli to na odnalezienie się w nowej, trudnej sytuacji. Psychoedukacja zapewni lepsze zrozumienie chorego. Poznanie istoty choroby zapewni mu lepszą opiekę i pomoże w powrocie do zdrowia [Czarnecki, Nowacki i Szczudlik, 2012].

Wnioski

Udar mózgu rozpoznajemy, gdy ogniskowe objawy neurologiczne wystąpią nagle i trwają dłużej niż 24 godziny. Objawy trwające krócej niż 24 godziny świadczą o TIA, czyli przemijającym ataku niedokrwiennym mózgu. Wymaga on równie pilnej i specjalistycznej diagnostyki neurologicznej. Istotnym elementem edukacyjnym jest kształtowanie świadomości społecznej dotyczącej głównych objawów choroby oraz konieczności podjęcia natychmiastowych działań w przypadku ich wystąpienia. Ważna jest znajomość czynników ryzyka wchodzących w skład profilaktyki pierwotnej oraz profilaktyka wtórna, zmniejszająca ryzyko wystąpienia kolejnego udaru.

W pracy przedstawiono najistotniejsze problemy pielęgnacyjne dotyczące opieki nad chorym po udarze niedokrwiennym mózgu w środowisku domowym. Wskazano wiele problemów i możliwości ich rozwiązania we współpracy z pacjentem i jego rodziną.

Piśmiennictwo

1. Czarnecki Z., Nowacki P., Szczudlik A. 2012. *Postępowanie w udarze mózgu*. Neurologia i Neurochirurgia Polska, styczeń/luty.
2. Fiszer U., Michałowska M. 2010. *Podstawy Neurologii z opisami przypadków klinicznych*. Poznań: Wydawnictwa Medyczne Termedia: 131 – 155.
3. Gajewski P., Szczeklik A. 2013. *Interna Szczeklika. Podręcznik chorób wewnętrznych*. Kraków: Wydawnictwo Medycyna Praktyczna: 2094–2101.
4. Kozubski W. 2007. *Stany nagłe w neurologii. Od objawu do rozpoznania*. Warszawa: Wydawnictwo PZWL: 87 – 111.
5. Miller E. 2007. *Rola pielęgniarki w profilaktyce wybranych powikłań związanych z unieruchomieniem chorego Problemy Pielęgniarstwa*. Gdańsk: Wydawnictwo Medyczne Via Medica.
6. Pelszyńska B. 2011. *Podstawy neurologii. Seminaria dla studentów pielęgniarstwa*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza WUM: 25–40.
7. Wiszniewska M., Zdanowicz A. 2014. *Profilaktyka pierwotna i wtórna udaru mózgu*. Magazyn Pielęgniarki i Położnej. 01/02: 30–33.