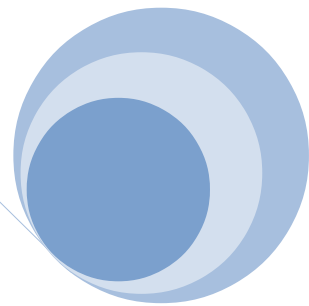


Šolski center Novo mesto
Srednja zdravstvena in kemijska šola
Šegova ulica 112
8000 Novo mesto



ZDRAVSTVENA NEGA BOLNIKA PO PREBOLELEM MOŽGANSKEM INZULTU

Seminarska naloga

UVOD.....	2
DEJAVNIKI TVEGANJA.....	4
SIMPTOMI.....	4
POSLEDICE.....	5
PRVA POMOČ.....	5
RIZIČNI FAKTORJI.....	5
ZDRAVSTVENA NEGA.....	6
Prehranjevanje in pitje.....	6
Izločanje in odvajanje.....	7
Gibanje in ustrezna lega.....	8
Spanje in počitek.....	8
Oblačenje in slačenje.....	8
Osebna higiena.....	9
Izogibanje nevarnostim iz okolja.....	9
Komunikacija.....	10

UVOD

Možganska kap ali cerebro vaskularni insult je posledica bolezni možganskega parenhima, ki je rezultat motene prekrvavljenosti možganov. Glavni vzrok pa je **ateroskleroza** pri kateri se na stene žil nalagajo snovi, ki žilo popolnoma zaprejo.

Kljub vsem terapevtskim in diagnostičnem napredku je CVI na 3. mestu vzroka smrti in na 2. mestu vzroka za invalidnost.

Moški so že ob rojstvu bolj ogroženi od žensk in svojo življenjsko pot v primerjavi z ženskami začnejo z rizičnim faktorjem tri. Ženske do približno štiridesetega leta starosti ščitijo estrogeni.

Pri možganski kapi je nadvse pomembno, da bolnik pride k zdravniku takoj, ko začuti simptome.

Najpomembnejšo vlogo pri zdravljenju možganske kapi pa ima, čas.

DEJAVNIKI TVEGANJA

Dejavnike delimo na tiste na katere ne moremo vplivati in na tiste na katere lahko vplivamo. Vplivati tako ne moremo na starost in spol lahko pa na slog življenja. Vplivamo lahko predvsem na zvišan krvni tlak, z uravnavanjem sladkorne bolezni, predhodne

kapi ali prehodni možganski ishemični napad ali TIA, motene presnove maščob v krvi (dislipidemija), kajenje, uživanje alkohola ter motnje srčnega ritma (atrijska fibrilacija). Motnje srčnega ritma so prav tako dejavnik tveganja za nastanek možganske kapi saj atrijska fibrilacija pomeni, da se srce krči prehitro in neenakomerno. Kadar srce fibrilira, lahko krvne strdke

iz srca odnese v možgansko žilje in ga zamaši, to pa povzroči propad možganovine okoli zamašene arterije, čemur pravimo možganski infarkt ali možganska kap.

Lahko se pojavi tudi znotrajmožganska krvavitev, do katere pride zaradi spremenjene arterije, ki se zamaši in se zaradi prevelikega tlaka razpoči. Najpogostejša je pri nezdravljenih hipertoničnih in alkoholiki.

SIMPTOMI

Možgansko kap pogosto napovedujejo znaki tako imenovanega prehodnega ishemičnega napada ali TIA (tranzitorna ishemična ataka), ki ga povzroči manjši krvni strdek. Ta se najpozneje v 24 urah raztopi.

Znaki so zelo podobni znakom prave možganske kapi, vendar minejo.

- Trzanje ustnic
- motnje vida,
- motnje govora
- močan glavobol
- atrofija mišic polovice telesa
- vrtoglavica
- motnje zavesti

V takem primeru je dobro, če gre bolnik, ki je doživel TIA, k nevrologu, ki ga pregleda in začne z zdravljenjem dejavnikov tveganja za možgansko kap.

Znaki možganske kapi so različni, odvisni so predvsem od tega, katera arterija oziroma kateri del možganov je prizadet. Najpogosteje je prizadeta (zožena ali zamašena) katera od notranjih srčnih arterij v vratu, po katerih kri priteče iz srca v možgane, ali ena od njenih vej.

Z računalniško tomografijo glave lahko določimo, kateri del možganov je prizadet. Če je prizadeta leva polobla možganov, vidimo prizadetost živčnih centrov, ki so v levi polovici; govor, računanje, pisanje in branje, to pa spremljata ohromelost in motnja občutka desne polovice telesa. Če je okvara v desni polovici možganov, je prizadeta leva polovica telesa in obratno.

Okvara v zatilnem delu se kaže v obliki motenj vida po polovici vidnega polja. Okvara v čelnem delu možganov povzroči motnje osebnosti.

Pri možganski kapi je nadvse pomembno, da bolnik pride k zdravniku takoj, ko začuti naštetih simptome. Pomenben čas. Za raztapljanje strdkov imajo tri ure časa po napadu, s tem, da je potrebno opraviti tudi pregled bolnika in pregled možganov. Če na izvidu niso vidni sledovi okvare, je še čas za raztapljanje.

POSLEDICE

Posledice možganske kapi so zelo različne, odvisne pa so od obsežnosti okvare, od mesta, ki je bilo prizadeto in od hitrosti ukrepanja.

Ker se po možganski kapi zelo malo ljudi rehabilitira do te mere, da so sposobni za delo, je jasno, da možganska kap oziroma njene posledice pomenijo tudi zelo veliko finančno breme.

PRVA POMOČ

Prosimo osebo, da se nasmeje (če ne more, je to znak)

Prosimo osebo, da pove povsem navaden stavek. Npr.: Danes je zelo lepo vreme.

Prosimo osebo, da dvigne roke nad glavo

Prosimo osebo, da vam pokaže jezik. Če jezik stoji ali visi nepravilno, je to znak možganske kapi.

Če ima oseba katerega koli od teh znakov, **takoj pokličite nujno medicinsko pomoč** in opišite simptome. Pomenbno je predvsem **opazovanje** osebe in hitro **ukrepanje**.

RIZIČNI FAKTORJI

- hipertenzija
- diabetes
- telesna neaktivnost
- motnje v srčnem ritmu
- alkohol
- stres
- starost

Primarna preventive je izogibanje rizičnim faktorjem in zdravo življenje.

Pri sekundarni preventive pa je pomenbno čimprejšnje zdravljenje.

Bolniki z možgansko kapjo se zdravijo na nevrološkem oddelku in klinikah, domu počitka in po odpustu iz bolnice tudi doma.

ZDRAVSTVENA NEGA

Prehranjevanje in pitje

Bolnik po preživelih možganski kapi potrebuje pomoč pri hranjenju. Da bi mu omogočili in olajšali hranjenje moramo biti potrpežljivi a vztrajni. Vključujemo tudi svojce.

- Hranimo počasi, previdno, potrpežljivo in v zgodnji fazi po žlički. Hrano naj bolnik uživa v miru. Koščki hrane morajo biti majhni, da jih lažje prežveči. Položaj je polsedeči ali sedeči z dvignjenim vzglavjem hrano tudi postavimo v vidno polje bolnika, da jo vidi; bolniku hrano tudi opišemo. Žlico polagamo na spodnjo ustnico in s tem izzovemo refleks – odpiranje ust. Temperatura hrane naj bo primerna – ne prevroča, ne premrzla. V zgodnji fazi okrevanja je priporočljiva kašasta hrana, saj se tekoča rada zaletava, v kasnejši fazi lahko bolnik je sam z neprizadeto roko. Mi mu približamo mizico z hrano.

- Pijačo ponudimo v kozarcu po slamici

Le – ta naj bo vedno potopljena v tekočino. Bolniku lahko dajemo piti tudi po žlički- jo postavimo na spodnjo ustnico, lahko pa jo tudi dvigujemo, da tekočina teče v usta, bolnik pa lahko normalno požira.

- Bolnik si lahko pomaga s posebej prirejenim jedilnim priborom, ki ima lahko ukrivljena držala. Krožnik je podoben otroškemu in se prilepi na površino, da se ne bi odmikal; prav tako ima lahko obrobo na robu, da bolnik lažje zajame hrano. Improviziran jedilni pribor pa lahko naredimo sami iz teniške žogice ali spužv, ki dajejo oporo in se prilegajo v bolnikovo dlan

Bolnika pa lahko hranimo tudi:

- **Enteralno** - hranjenje po sondi, če je bolnik v nezavesti in v primeru motenj požiranja.

Sonda je lahko nasogastrična (speljana čez nos), gastrična, ali jejunostoma (operacijsko speljana v želodec ali tanko črevo).

Bolnika hranimo mi.

- **Parenteralno** - hranjenje mimo prebavnega trakta, kadar bolnik ne more, ne sme ali noče jesti.

To je v žilo speljana infuzija, hrana pa je industrijsko pripravljena.

Bolniku po hranjenju izvajamo ustno nego.

Izločanje in odvajanje

Bolnik je po kapi pogosto inkontinenten. Lahko kontrolira izločanje urina in blata. Bolnika učimo hoje na stranišče, samostojnega slačenja, sedenja na stranišču, brisanja in umivanja rok. K izboljššanemu odvajanju prispevajo tudi pravilna prehrana, masaža in gibanje, saj to močno vpliva na peristaltiko.

K izločanju in odvajanju pa spada tudi bruhanje in vodenje bilance tekočin.

- **Stranišče:** Na stran zdrave roke namestimo dolgo poševno držalo, če je potrebno za lažje vstajanje lahko tudi školjko dvignemo za 8-15 centimetrov. Vrata stranišča naj se ne zaklepajo in se odpirajo navzven, zato da je omogočen dostop do bolnika če le-ta pade, prav tako naj bodo širša, da lahko pride noter tudi bolnik na invalidskem vozičku.

- **Posteljna posoda:** Veliko bolnikov je nepokretnih, zato potrebo opravljajo v postelji. Bolniku jo prinesemo takoj ko zaprosi zanjo. Če nas ni pri bolniku naj ima ta ob postelji signalno napravo, s katero nas pokliče. Pri takih bolnikih je pogosta tudi obstipacija (zaprtje), zato pripravljamo hrano, katera pospeši peristaltiko. Če pa obstipacija traja dalj časa zdravnik predpiše odvajala. Prav tako ima lahko bolnik ki je nepomičen vstavljen urinski kateter in nosi plenico. Pri njih moramo pogosteje izvajati anogenitalno nego in preverjati ali je bolnik odvajal.

Učimo ga tudi vaj, ki krepijo mišice na dnu medenice. Potekajo kot trening mišic medeničnega dna.

- **Bruhanje:** opazujemo že pri prvem zaužitju hrane saj je le-to lahko je tudi posledica poškodbe centra v hrbtenjači.

Pri bruhanju bolnika, namestimo v ustrezen položaj in mu odstranimo zobno protezo, pridržimo ledvičko

Poskrbimo za ustno nego in preoblečemo umazano perilo

- **Bilanca tekočin:** merimo zaužito in izločeno količino tekočine pri bolniku saj nam to pomaga, da ne pride do dehidracije.

Gibanje in ustrezna lega

Pri tem upoštevamo stanje bolnika, njegove želje in možne dodatne zaplete. Bolniku v zgodnji fazi okrevanja pogosto menjavamo položaje v postelji, saj s tem preprečujemo spremembe mišičnega tonusa, zmanjšano gibljivost sklepov. Nameščanje vpliva tudi na preprečevanje pljučnih zapletov. Pazimo pa tudi da ne pride do prileženin.

Hromo okončino večkrat razgibamo. Priredimo mizice na primerno višino in mu pomagamo pri hoji. Pri tem naj nosi udobne čevlje.

Če bolnik leži na

- **Neprizadeti steni:** na boku

Trup je pravokoten glede na posteljo, prizadeta noga pa je v predelu kolka in kolena, podprta z blazino

- Čim manj naj **leži na hrbtu** saj lahko nastanejo dekubitusi ali prileženine.

Lahko podložimo kolk in damo blazino za hrbet. Isto kot zgoraj, ne podlagamo stopal.

- **Sedenje** ni priporočljivo, je pa nujno

Bolnik mora biti pokonci kolikor je le mogoče, teža pa mora biti enakomerno razdeljena. Bolj priporočljivo je sedenje na stolu.

- **Vstajanje:** pazimo, da bolnik ne pade. Če pa že naj pade na zdravo stran.

Spanje in počitek

Bolnik naj spi obrnjen na svojo neprizadeto stran. Naj bo obrnjen toliko proti robu postelje da lahko doseže stikalo za luč, nočno omarico, kozarec oziroma svoje pripomočke.

Iz varnostnih razlogov namestimo ograjico, pri preveč nemirnih pa lahko uporabimo tudi varnostne pasove.

Pri dolgotrajnem ležanju lahko pride tudi do dekubitusa, zato pogosto menjavamo položaje oziroma obračamo bolnika; mu med noge v kolenskem predelu podlagamo blazino, eno namestimo tudi za hrbet, priporočljiva uporaba antidekubitusnih pripomočkov kot so: blazine, ovčja volna, blazine polnjene z želejem, zračne blazine. Kožo bolnika dobro umivamo, osušimo in namažemo s kremo

Oblačenje in slačenje

Oblačila naj bodo preprosta, taka ki se raztegnejo. V zgodnji fazi okrevanja naj bo to trenirka.

Pri oblačenju si najprej pripravimo tisto, kar bomo potrebovali prvo. Pomenbno je tudi vedeti, da **prvo oblečemo prizadeto okončino in nato zdravo**, pri slačenju pa je postopek obraten – najprej zdravo.

Pazimo tudi na možne infuzije in katetre.

Pri obuvanju pa se izogibamo vezalk. Lahko si pomagamo z dolgo žlico obstaja pa tudi pripomoček za obuvanje nogavic.

Osebna higiena

Osebna higiena oziroma umivanje in kopanje bolnika teži k temu, da se začne zavedati svoje prizadete strani in da nam pove kako čuti na prizadeti in zdravi polovici telesa. Vsak dan izvajamo posteljno kopel, večkrat na dan osvežilno kopel, intimno nego in higieno ust.

Bolnika vzpodbujamo k temu, da sam naredi čim več s. Pripomočke postavimo v njegovo vidno polje in dovolj blizu da jih lahko doseže.

Če je čisto nepomičen ga v celoti umijemo mi, tudi glavo. Pri tem opazujemo bravo, stanje in spremembe na koži.

Umivamo v smeri **od zdrave proti bolni**. Kožo po tuširanju dobro osušimo in namažemo s kremo. O spremembah poročamo medicinskim sestram ali zdravniku.

Izogibanje nevarnostim iz okolja

Najbolj pogosti so padci in zdrsi.

Bolniku namestimo na posteljico zaščitno ograjico, ki preprečuje padec in hkrati pomirja bolnika saj se počuti varnejšega.

Omogočimo mu uporabo ustreznih in varnih pripomočkov za gibanje kot so bergle, hodulje, invalidski voziček. Lahko uporablja dvigalo.

Umaknemo predmete s katerimi bi se lahko poškodoval, mu nudimo oporo pri hoji.

Pri določenih še bol pazimo na varnost in jih ne puščamo samih, zapiramo okna in onemogočimo dostop. Bolj agresivne in nemirne pa privežemo z varnostnimi pasovi tako, da ne škodijo sebi in drugim.

Komunikacija

Pogosto je pri bolnikih po možganski kapi prizadet center za govor. Pri njemu so motene

motorične, zaznavne, kognitivne, vedenjske in emocionalne sposobnosti.

Bolnika vzpodbujamo za uporabljanje neverbalne komunikacije, se posvetujemo z logopedom ter poučimo svojce kako naj komunicirajo. Z bolnikom se lahko sporazumevamo tudi tako, da mu postavljamo vprašanja na katera odgovarja z da ali ne, saj tako spremljamo tudi razumevanje.

Pri govoru je pomembno da govorimo počasi, uporabljamo kratke stavke in se izogibamo strokovnim besedam. Obrnjeni smo proti bolniku, da vidi naš obraz.

Pomagamo si z gestami, Pomembno je, da smo z takim bolnikom strpni.

Zavedati pa se moramo, da bolnika ne učimo ponovno govoriti, ampak mu le pomagamo.

Lahkomu pomagamo tudi s pripomočki za govorjenje:

- **Govorna table** : omogočena komunikacija s številkami, črkami in enostavnimi simboli
- **Komunikator**: pisalni stroj v manjši obliki, ki ga lahko bolniku obesimo okoli vratu ali

pritrdimo na podlahet pri katerem se popisani trak lahko odtrga.

- **Govorni aparat**, ki ga uporabnik lahko programira tako, da govori z njegovim glasom . Je

primeren tudi za otroke.

- **Elektronski tipkalni stroj**: pripomoček bolnikom z popolno afazijo pri kateri se sporočila

prenašajo preko svetlobnih znakov

Koristno delo, razvedrilo in rekreacija

Za različno zaposlitev pacienta poskrbi delavni terapevt, ki tesno sodeluje s fizioterapevtom saj mora bolnik razgibati telo kolikor se le da.

Omogočena je telovadba, ročna dela, branje.

Pomagamo s pogovorom in sodelovanjem pri izvajanju delovne terapije. Omogočimo mu druženje v dnevnem prostoru, gledanje televizije in poslušanje radia, ter preverjamo ali razume kar gleda, posluša, bere.