

Zakład Chorób Układu Nerwowego Wydział Zdrowia Publicznego AM we Wrocławiu¹,
Kierownik Zakładu prof. dr hab. Janusz Mierzwa
Department of Neuroscience, Department of Public Health Medical Academy of Wrocław,
Head: Prof. dr hab. J. Mierzwa
Katedra i Klinika Neurochirurgii AM we Wrocławiu²,
Kierownik: Prof. dr hab. W. Jarmundowicz
Department of Neurosurgery Medical Academy of Wrocław,
Head: Prof. dr hab. W. Jarmundowicz

J. ROSIŃCZUK-TONDERYS¹, J. MIERZWA¹, M. KOSMALA¹, B. CZAPIGA²

The nursing role in the rehabilitation process of patients after stroke.

Rola pielęgniarki w procesie rehabilitacji chorych po udarze mózgu

Proces rehabilitacji – wymaga wielokierunkowych profesjonalnych działań specjalistów tworzących zespół rehabilitacyjny. Jednym z członków tego zespołu jest pielęgniarka. Jej zadania w zespole związane są z pełnionymi rolami i funkcjami zawodowymi. Pielęgniarka wykonuje zalecenia lekarskie dotyczące podawania leków, obserwacji wskazanych parametrów życiowych, wykonywania opatrunków. W wyznaczonym zakresie uczestniczy w badaniach diagnostycznych. Wykonuje też czynności i procedury wynikające ze standardów pielęgnowania w poszczególnych jednostkach chorobowych będących lub mogących być przyczyną niepełnosprawności. Do takich czynności należą zabiegi pielęgnacyjne zapobiegające wtórnej niepełnosprawności z hipokinezji: odleżynom, zakrzepom i zatorom żylnym, ograniczeniu ruchów w stawach, powikłaniom płucnym. Są to prawidłowe ułożenia chorego w łóżku, pielęgnacja układu oddechowego z elementami gimnastyki oddechowej, pionizacje – bierna i czynna, pomoc w czynnościach samoobsługi [8]. Szczególna rola w zakresie rehabilitacji przypada pielęgniarce środowiskowo – rodzinnej. Zgodnie z wyznaczoną funkcją zawodową włącza się ona we wszelkie działania zapobiegające niepełnosprawności.

Pielęgniarka wraz z całym zespołem medycznym, jak również opiekunowie niewykwalifikowani powinni pomagać choremu po udarze we wszystkich lub niektórych aktywnościach życia codziennego, oraz wykorzystywać wszelkie podstawowe czynności dla przywrócenia jego sprawności. Do tych podstawowych umiejętności zalicza się:

- Przewracanie i poruszanie się w łóżku, radzenie sobie z ułożeniem pościeli
- Wstawanie i kładzenie się do łóżka
- Wstawanie i siadanie
- Korzystanie z toalety, ubieranie się, zachowanie czystości
- Mycie się, higiena jamy ustnej (mycie zębów, protez)
- Spożywanie posiłków
- Zmiana pozycji i miejsca, sięganie,
- Chodzenie, wchodzenie na stopnie, schody, otwieranie drzwi
- Umiejętność poruszania się na wózku inwalidzkim lub za pomocą sprzętu (np. kula).

Dla osiągnięcia tych możliwości wykorzystuje się doświadczenie całego zespołu pamiętając, że celem jest pomoc a nie wyręczanie pacjenta.

Dobierając właściwy rodzaj ćwiczeń do możliwości chorego najlepiej kierować się oceną siły mięśni, dokonaną na podstawie sześciostopniowej skali Lovetta. [5]

Tab. 1. Dawkowanie ćwiczeń ruchowych, a możliwości chorego

Stopień wg Lovetta	Możliwości ruchowe chorego	Zalecane ćwiczenia usprawniające
0	Brak jakichkolwiek możliwości ruchowych, porażenie, plegia, chory nie współpracuje świadomie	bierne
1	Ślad napięcia mięśnia (chory wspomaga i kontroluje ruch)	czynno-bierne, wspomagane
2	Znaczne osłabienie, niemożność pokonania ciężaru własnego ciała (możliwość wykonania ruchu w warunkach odciążenia)	czynne w odciążeniu
3	Możliwość pokonania ciężaru własnego ciała, swobodne, celowe ruchy w pełnym zakresie	czynne wolne
4	Jw. – z pokonywaniem niewielkich oporów	czynne oporowe
5	Jw. – z pokonywaniem dużych oporów	czynne oporowe

Przy współpracy z pacjentem po udarze należy zawsze pamiętać o podstawowej zasadzie plastyczności układu nerwowo – mięśniowego. Stałe powtarzanie czynności jest podstawą usprawniania po udarze. Włączenie w te czynności przez pielęgniarkę opiekunów rodzinnych, oraz samej rodziny od początku jeszcze na salach szpitalnych Ułatwi to im przyswojenie prostych czynności i nauczy zwracać uwagę na każdą poprawę, ponadto oswoi z istniejącą sytuacją chorego, jak również jego bliskich, zapewniając postęp w rehabilitacji [7]. Zaniedbania pielęgnacyjne w okresie leczenia szpitalnego i wczesnej rehabilitacji bardzo utrudniają i oddalają w czasie podjęcie specjalistycznych zabiegów usprawniających, a także rzutują negatywnie na końcowy efekt wszelkich zabiegów rehabilitacyjnych. Wczesne rozpoczęcie rehabilitacji musi uwzględniać aktywną i dokładną pielęgnację, która obejmuje m.in.: pewne elementy kinezyterapii, oraz diagnozę pielęgniarstwa w zakresie sytuacji życiowej chorego i wczesnej pomocy psychologicznej.

Na oddziałach szpitalnych i w zakładach opieki zdrowotnej, w których nie pracuje kompletny zespół rehabilitacyjny, znacznie wzrasta rola pielęgniarki. Określa się że rola ta ma funkcje:

- Instrumentalną
- Ekspresyjną

Funkcja instrumentalna pielęgniarki przewiduje, że podejmie się ona podstawowych zabiegów usprawniających: m.in. wykona niektóre ćwiczenia bierne, zapobiegając bolesnym ograniczeniom ruchów w stawach; zaktywizuje ruchowo chorego w łóżku i poza nim, celem zapobiegania niewydolności krążeniowo – oddechowej. Poprawi sprawność w samoobsłudze i udzieli pomocy w zakresie posługiwania się sprzętem ortopedycznym [8].

Funkcja ekspresyjna pielęgniarki polega na podjęciu takich działań edukacyjnych i informacyjnych, które pozwolą na intensyfikację koniecznych działań rehabilitacyjnych. Dotyczy to sugestii potrzeby konsultacji, np. psychologicznej, logopedycznej, pedagogicznej, w zakresie poradnictwa zawodowego. Przewiduje się że pielęgniarka będzie jedną z osób w zespole profesjonalistów kształtujących postawy społeczne, które z jednej strony umożliwiają adaptację lub reintegrację społeczną osób trwale niepełnosprawnych, z drugiej zaś przygotowują społeczeństwo osób zdrowych na przyjęcie i pełną akceptację niepełnosprawności w każdej sferze życia.

Wyróżnia się zwykle trzy okresy przebiegu choroby:

- okres ostry, trwający od kilku dni do kilku tygodni,
- okres poprawy, zwany regeneracyjno – kompensacyjnym, trwający od kilku tygodni do kilku, kilkunastu miesięcy,
- okres przewlekły, utrwalonej niesprawności.

Podobnie jak przebieg choroby również rehabilitację można podzielić na trzy podstawowe etapy.

1. okres profilaktyki funkcjonalnej, wczesnej rehabilitacji szpitalnej (1 – 14 - 21 dni),
2. okres rehabilitacji funkcjonalnej (od 2 - 3 tygodni do 12 - 24 miesięcy),
3. okres adaptacji funkcjonalnej, rehabilitacji środowiskowej (od 1 roku do 5 lat) [6].

Okres profilaktyki funkcjonalnej

Rehabilitację z naczyniowymi uszkodzeniami mózgu należy rozpoczynać natychmiast po ustaleniu rozpoznania.

Celem profilaktyki funkcjonalnej jest przygotowanie narządu ruchu do optymalnego odzyskania ruchów czynnych użytecznych. Każdego chorego prowadzi się tak jakby miał odzyskać pełną sprawność.

Od pierwszych dni udaru intensywne leczenie farmakologiczne i pielęgnacja łączą się z profilaktyką funkcjonalną, która uwzględnia:

- ułożenie funkcjonalne kończyn,
- zmiany pozycji ciała,
- ćwiczenia bierne, czynno - bierne i oddechowe,
- zapobieganie podwichnięciu w stawie barkowym,
- zapobieganie powikłaniom (przykurczom, zeszywnieniom, odleżynom, zakrzepicy żył głębokich, zapaleniom płuc, zakażeniom układu moczowego).

Okres rehabilitacji funkcjonalnej

Przy wyrównanym ogólnym stanie zdrowia rozpoczyna się usprawnianie funkcjonalne z rozszerzonym zakresem zabiegów fizjoterapeutycznych. Równocześnie prowadzi się psychoterapię i ustala się wczesną diagnozę i prognozę społeczną [1, 4, 6].

W zależności od przyczyny naczyniowego uszkodzenia mózgu czynne usprawnianie osób rozpoczyna się:

- po udarze niedokrwiennym mózgu na tle zakrzepu i zatoru po kilku dniach,
- u osób z udarem krwotocznym po 3 - 4 tygodniach od momentu zachorowania.

Pionizacja jest fazą kluczową w usprawnianiu w przejściu z pozycji leżącej do siedzącej i stojącej. Leżenie w łóżku przez 2 - 3 tygodnie zmniejsza sprawność układu krążenia zwłaszcza u osób starszych, z jakimi w przypadku udarów mamy do czynienia najczęściej. Dlatego zaleca się przed rozpoczęciem chodzenia przeprowadzenie pionizacji biernej na specjalnym stole lub pionizacji czynnej przy łóżku chorego.

Okres rehabilitacji funkcjonalnej obejmuje przedział czasu, kiedy możliwa jest jeszcze rzeczywista poprawa sprawności fizycznej i psychicznej łącznie z zaburzeniami wyższych czynności nerwowych. Rozpoczęcie jak najwcześniej rehabilitacji funkcjonalnej ze stopniową aktywizacją fizyczną i psychiczną pozwala na maksymalne wykorzystanie możliwości kompensacji.

W okresie rehabilitacji funkcjonalnej podejmuje się również decyzję o zakresie indywidualnego wyposażenia technicznego, które ułatwia wykonywanie czynności codziennych, zwiększa aktywność i samodzielność chorego.

Okres adaptacji funkcjonalnej

Po powrocie ze szpitala część osób nie kontynuuje ćwiczeń ruchowych z powodu braku odpowiedniej motywacji, zniechęcenia, apatii, obojętności rodziny i innych trudności życia codziennego. Dla najbliższej rodziny jest to praktyczny sprawdzian wiadomości w zakresie opieki i pomocy, którą trzeba zapewnić choremu. Należy podkreślić, że rodzina nie powinna zastępować chorego w czynnościach codziennych, które potrafi wykonywać samodzielnie.

Teoretycznie można liczyć na poprawę funkcji ruchowej nawet do 3 - 5 lat, jeśli usprawnianie jest ciągle, systematyczne i dobrze ukierunkowane. Wymaga to wykształcenia ponownie określonych stereotypów dynamicznych [2, 4].

Funkcja środowiskowo - rodzinna pielęgniarki

Szczególna rola w zakresie rehabilitacji przypada pielęgniarsce środowiskowo - rodzinnej. Zgodnie z wyznaczoną funkcją zawodową włącza się ona we wszelkie działania zapobiegające niepełnosprawności. W przypadku sprawowania środowiskowej opieki pielęgniarskiej nad osobami niepełnosprawnymi, pielęgniarka w podstawowej opiece zdrowotnej powinna sprawdzić czy chory włączony jest w program rehabilitacji ustawicznej (ciągłej). Ma również obowiązek mobilizować podopiecznych do kontynuacji zaleconego programu rehabilitacji w warunkach ambulatoryjnych i domowych. Powinna też włączyć się we wszelkiego rodzaju działania adaptacyjne osoby trwale niepełnosprawnej (np. pomoc w likwidacji barier technicznych, edukacyjnych i społecznych), zmierzające do wyrównania

ich szans życiowych.[8] Najpełniej wyrażają się one w sprawowaniu opieki nad rodziną z osobą po udarze mózgu. Istotnym zadaniem pielęgniarki środowiskowo – rodzinnej jest przygotowanie domu na przyjęcia chorego po udarze mózgu. Wybierając pomieszczenie dla chorego należy brać od uwagę komfort całej rodziny, nie tylko osoby chorej. Ważne jest, aby zapewnić wygody głównemu żywicielowi rodziny (musi on mieć zapewnione warunki do dobrego wypoczynku i ewentualnej pracy w mieszkaniu). Od jego sprawności bowiem zależą warunki bytowe mieszkańców. Należy uwzględnić sytuację pozostałych mieszkańców. Chory nie może być najważniejszą osobą w rodzinie. Trzeba się o niego troszczyć, pomagać, ale również stawiać mu wymagania, bowiem osoba chora lub niepełnosprawna powinna być aktywna psychicznie i fizycznie, choćby w minimalnym stopniu. Rodzina nie powinna okazywać litości w stosunku do pacjenta, ale starać się w sposób konstruktywny wspomagać go, motywować i egzekwować od niego zachowania usprawniające.

PODSUMOWANIE

Wyniki badań potwierdzają konieczność wczesnej i kompleksowej rehabilitacji pacjentów po udarze mózgu, niezależnie od wieku chorych. Chory po udarze powinien być pod stałą opieką wszystkich specjalistów z zespołu rehabilitacyjnego, bo tylko to daje mu szansę na osiągnięcie jak najwyższego pułapu sprawności fizycznej.

Pielęgniarka ze względu na bardzo rozległą funkcję w kontakcie z pacjentem jest jednym z podstawowych czynników warunkujących poprawny przebieg usprawniania. Sumienna i systematyczna rehabilitacja jest korzystniejsza dla chorego, ponieważ daje mu szansę na w miarę normalne życie.

PISMIENICTWO

1. Kiwerski J. „Wprowadzenie do problemów rehabilitacji po udarach mózgu.”
2. Post. Reh. T. XIII, z.1. 1999
3. Kiwerski J. „Zdaniem specjalisty” Rehabilitacja medyczna T. I, nr. 2. 1997.
4. Kwolek A., Mróz B., Pyrcz P. „Sytuacja socjalna chorych po udarze mózgu rehabilitowanych na oddziale – badanie porównawcze”. Post. Reh. T. XII, z.2.1999.
5. Majakowski J. „Udary naczyniowe mózgu, diagnostyka i leczenie” Wyd. Lek. PZWL Warszawa 1998.
6. Prusiński A. „Neurologia praktyczna” Wyd. Lek. PZWL. Warszawa 1998.
7. Reizner C., Skwarcz Skwarz. „Zespół rehabilitacji społeczno zawodowej w procesie rehabilitacji kompleksowej” Post. Reh. T. X, z.4. 1990.
8. Retinger – Grzesiułowa M. „Neurologia i pielęgniarstwo neurologiczne” PZWL. Warszawa 1994.
9. Rutkowska E. „Rehabilitacja i pielęgnowanie osób niepełnosprawnych” Wyd. Czelej. Lublin 2003.

STRESZCZENIE

Proces rehabilitacji – wymaga wielokierunkowych profesjonalnych działań specjalistów tworzących zespół rehabilitacyjny. Jednym z członków tego zespołu jest pielęgniarka. Zgodnie z wyznaczoną funkcją zawodową włącza się ona we wszelkie działania zapobiegające niepełnosprawności: jak też wszelkiego rodzaju działania adaptacyjne osoby trwale niepełnosprawnej (np. pomoc w likwidacji barier technicznych, edukacyjnych i społecznych), zmierzające do wyrównania ich szans życiowych, w sprawowanie opieki nad rodziną z osobą po udarze mózgu. Ma również obowiązek mobilizować podopiecznych do kontynuacji zaleconego programu rehabilitacji w warunkach szpitalnych, ambulatoryjnych i domowych.

SUMMARY

The rehabilitation process needs multidisciplinary team of professionals. A nurse is one of the team member. According to her professional role she is involved in many activities that will prevent the disability: adaptation actions for disabled people in order to improve their quality of life, and to take care for the person after stroke in coordination with the family members.