

Problemy pielęgnacyjne pacjenta po niedokrwiennym udarze mózgu w środowisku domowym

Nursing problems among patients who suffered from ischemic stroke in home environment

Rena Wójcik, Anna Adam, Justyna Natora, Izabela Sulisz

Katedra Pielęgniarstwa, Wydział Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Technologiczno-Humanistyczny im. K. Pułaskiego w Radomiu

Streszczenie

Udar niedokrwienny mózgu charakteryzuje się zespołem objawów neurologicznych, o patofizjologii naczyniowej, trwających powyżej 24 godzin. Udar mózgu jest częstą przyczyną niepełnosprawności lub trwałego inwalidztwa. Pacjenci stają się zależni od osób trzecich, wymagają całodobowej opieki, dlatego tak ważna jest profilaktyka i edukacja społeczeństwa obejmująca niwelowanie czynników ryzyka. Do tych najistotniejszych należą: nadwaga, cukrzyca, palenie papierosów, brak aktywności fizycznej, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia gospodarki lipidowej, nadużywanie alkoholu. Pielęgnowanie chorych po przebytych udarze mózgu polega na określeniu deficytów w zakresie samoopieki i wdrożeniu indywidualnego planu opieki opartego na trafnym wyborze systemu pielęgnowania, zwiększającego szansę pacjenta na osiągnięcie niezależności i aktywne uczestnictwo w życiu rodzinnym. *Geriatrics 2021; 15: 95-101. doi: 10.53139/G.20211513*

Słowa kluczowe: udar mózgu, problemy pielęgnacyjne, plan opieki

Abstract

Characteristics of ischemic stroke are neurological symptoms of vascular pathology, which can last longer than 24 hours. Stroke is a frequent cause of crippling injury or permanent disability. Since the patients who are affected by it are dependent on other people, and often require full care, it is essential to educate the society in preventive healthcare and nullifying the risk factors. The most important risk factors are: overweight, diabetes, smoking, lack of physical exercise, arterial hypertension, disorder of lipid metabolism, alcohol abuse. Nursing of the inpatients is to determine their ability to self-care. Moreover it should implement individual care schedule based on choosing the right nursing system, which will increase the patient's chances to become self-reliable and allow them to take active part in family life. *Geriatrics 2021; 15: 95-101. doi: 10.53139/G.20211513*

Keywords: stroke, nursing problems, care schedule

Wstęp

Udar mózgu to schorzenie neurologiczne, które znane było już w czasach starożytnych. Leczenie udaru dawniej polegało głównie na pielęgnowaniu chorego i wdrażaniu czynności zapobiegających powstawaniu odleżyn. Do przełomu doszło w przeciągu dwóch ostatnich dziesięcioleci, kiedy to nastąpiła zmiana w podejściu do leczenia pacjenta po przebytych udarze. Zaczęto tworzyć specjalne oddziały udarowe mające na celu zapewnienie kompleksowej opieki choremu.

W oparciu o definicję WHO: „udar mózgu to nagłe wystąpienie ogniskowych lub globalnych zaburzeń

czynności mózgu, trwające dłużej niż 24 godziny i wynikające z przyczyn naczyniowych. Warunkiem jego rozpoznania jest potwierdzenie wystąpienia ogniska udarowego w badaniach neuroobrazowych bądź utrzymywanie się objawów ogniskowych przez ponad 24 godziny” [1].

Udar mózgu stanowi wciąż bardzo poważny problem zarówno leczniczy, jak i społeczny. Jest w „czołówce” przyczyn zgonów na całym świecie. Każdego roku około 1 milion mieszkańców Europy doświadcza udaru, z czego 80% stanowi udar niedokrwienny.

Zauważa się także zachorowania w coraz młodszym wieku.

W Polsce także stwierdza się stały wzrost nowych zachorowań, których ilość szacuje się na około 90 tys. w ciągu roku. Część polskich ośrodków wdrożyła opiekę w wyspecjalizowanych oddziałach udarowych. Dzięki temu udało się zredukować śmiertelność wczesną nawet do około 10 %. Jak wynika z danych Narodowego Funduszu Zdrowia w okresie 2013-2018, o prawie 8% spadła liczba pacjentów hospitalizowanych z powodu udaru niedokrwiennego mózgu [2-4].

Bezpośrednią przyczynę niedokrwienia najczęściej stanowi duże zwężenie bądź zamknięcie dopływu światła naczynia, które transportuje krew do określonego obszaru mózgu. Zmniejszenie przepływu krwi doprowadza do braku potrzebnych substancji energetycznych. W miejscu, gdzie doszło do niedokrwienia zbierają się mleczały oraz rośnie ilość dwutlenku węgla w krwiobiegu, co prowadzi do kwasicy. Naczynia rozszerzają się i zmniejsza się możliwość ich autoregulacji. Konsekwencją tego jest wystąpienie ogniskowych lub globalnych deficytów neurologicznych [5].

Udar mózgu jest częstą przyczyną niepełnosprawności lub trwałego inwalidztwa, zwłaszcza u osób w starszym wieku. Pacjenci stają się zależni od osób trzecich, wymagają całodobowej opieki, dlatego tak ważna jest profilaktyka i edukacja społeczeństwa obejmująca niwelowanie czynników ryzyka. Do tych najistotniejszych należą: nadwaga, cukrzyca, palenie papierosów, brak aktywności fizycznej, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia gospodarki lipidowej, nadużywanie alkoholu [6].

Nadciśnienie tętnicze jest bardzo znaczącym czynnikiem ryzyka zarówno w przypadku udaru krwotocznego, jak również niedokrwiennego. Zaleca się zatem systematyczną kontrolę ciśnienia tętniczego krwi, a w przypadku potwierdzonego nadciśnienia wdrożenie odpowiedniej farmakoterapii i podjęcie działań nefarmakologicznych. Należą do nich m.in. zmniejszenie spożywania soli spożywczej, redukcja masy ciała w przypadku otyłości, ograniczenie spożywania alkoholu, wyrobów tytoniowych oraz aktywne spędzanie czasu poprzez podejmowanie systematycznego, dopasowanego indywidualnie wysiłku fizycznego [7].

Skutki i powikłania udaru mózgu

Następstwem udaru mózgu mogą być deficyty neurologiczne w postaci niedowładu kończyn, pro-

blemów z zachowaniem równowagi, zaburzeń funkcji poznawczych. Często pojawia się depresja z napadami lęku, która ogranicza motywację pacjenta do rehabilitacji i jego powrót do zdrowia. Trwała niepełnosprawność i kalectwo wiąże się z częściową lub całkowitą zależnością od innych osób [8].

Upośledzenie funkcji poznawczych po przebytych udarach niedokrwiennym mózgu dotyczy zaburzeń pamięci, percepcji, uwagi, uczenia się, zaburzeń świadomości i myślenia, a także nieumiejętności zapanowania nad własnymi emocjami, co zauważa się w nietypowych i konfliktowych sytuacjach, przekraczających ramy codziennych zadań.

Zaburzenia funkcji poznawczych stanowią ważny czynnik determinujący jakość życia pacjentów po udarze mózgu i często wpływają negatywnie na relacje rodzinne i towarzyskie. Trudno przewidzieć dynamikę i rozwój dysfunkcji kognitywnych, które zależne są od lokalizacji i rozległości uszkodzeń. Obserwuje się związek deficytów w zakresie funkcji poznawczych z występowaniem depresji [5].

U około jednej trzeciej pacjentów po przebytych udarach występują zaburzenia mowy o charakterze afazji lub dyzartii, które utrudniają a nawet uniemożliwiają porozumiewanie się z otoczeniem. Nierzadko dołączają się objawy ze strony układu moczowego, pokarmowego, mięśniowego, odleżyny, będące źródłem infekcji, a także zakrzepica żył głębokich w kończynach dolnych, padaczka, zaburzenia seksualne [9].

Cel pracy

Celem pracy jest przedstawienie wiodących problemów pielęgnacyjnych u pacjenta po udarze niedokrwiennym mózgu w środowisku domowym.

Problemy pielęgnacyjne u pacjenta po udarze niedokrwiennym mózgu

Pielęgnowanie chorego po przebytych udarach mózgu polega na wdrażaniu indywidualnego planu opieki. Zaplanowane działania ukierunkowane są głównie na kompleksową pielęgnację chorego, zapobieganie powikłaniom, edukację pacjenta i jego rodziny, motywowanie do aktywnego udziału w całym procesie terapeutycznym. Wnikliwa obserwacja pozwala na opracowanie planu opieki, z uwzględnieniem hierarchii problemów pielęgnacyjnych. Sformułowane diagnozy pielęgniarstwa wraz z planem opieki przedstawiono w tabeli I.

Tabela I. Diagnozy pielęgniarskie i plan opieki
Table I. Nursing diagnoses and care plan

Lp.	Diagnoza pielęgniarska	Cel opieki	Działania pielęgniarskie
1.	Lęk, niepokój i obniżony nastrój związany z pogorszeniem jakości życia z powodu choroby	Poprawa samopoczucia pacjenta, akceptacja choroby	<ul style="list-style-type: none"> – rozmowa z pacjentem w celu rozpoznania przyczyn niepokoju, – okazywanie zrozumienia pacjentowi i aktywne słuchanie, – przystosowanie mieszkania do potrzeb chorego, – nakłanianie do aktywności fizycznej, spacerów na wózku, – przekazywanie w sposób zrozumiały informacji na temat istoty choroby, jej następstw i czynników ryzyka, – podjęcie leczenia farmakologicznego, rehabilitacji ruchu oraz mowy, – zachęcanie do uczestniczenia w życiu rodziny, rozwijania zainteresowań, – wsparcie ze strony rodziny i przyjaciół, – budowanie poczucia bezpieczeństwa, – zaangażowanie do współpracy psychologa, lekarza prowadzącego i psychiatry.
2.	Możliwość wystąpienia odleżyn, odparzeń, mikrourazów z powodu unieruchomienia	Wdrożenie profilaktyki przeciwoodleżynowej	<ul style="list-style-type: none"> – ocena ryzyka wystąpienia odleżyn wg skali np. Norton, – ocena stanu skóry chorego, zwłaszcza w miejscach narażonych, – ocena dolegliwości bólowych, – określenie modyfikowalnych czynników ryzyka, – zmiana pozycji chorego co 2 godziny, odciążanie miejsc narażonych na ucisk, – zastosowanie zmiennociśnieniowych materaców przeciwoodleżynowych, gwarantujących cykliczne odciążanie wrażliwych na nacisk struktur, – częsta zmiana bielizny pościelowej i osobistej, wykonanych z materiałów naturalnych, – pielęgnacja skóry, natłuszczenie skóry preparatem w postaci maści lub sprayu, stała obserwacja miejsc narażonych, – codzienne wykonywanie toalety całego ciała, ze szczególnym uwzględnieniem okolicy krocza i pośladków z powodu nietrzymania moczu i stolca, stosowanie podkładow chłonnych i pieluchomajtek, – dbanie o prawidłowe nawodnienie, stosowanie diety bogatej w białko, witaminy, – pobudzanie krążenia poprzez oklepywanie i masaż miejsc, które szczególnie narażone są na wystąpienie zmian skórnych.
3.	Niebezpieczeństwo pojawienia się choroby zakrzepowo-zatorowej	Wdrożenie profilaktyki przeciwzakrzepowej	<ul style="list-style-type: none"> – zapobieganie farmakologiczne, regularne podawanie zaleconych dawek leków, – prowadzenie gimnastyki oddechowej, ćwiczeń mięśni klatki piersiowej, – obserwacja kończyn dolnych pod kątem zmian zakrzepowo-zatorowych, – regularna zmiana pozycji, wczesne uruchamianie, sadzanie na wózku, – wykonywanie gimnastyki i masażu dolnych kończyn w celu poprawy krążenia, – zapewnienie prawidłowego nawodnienia pacjenta (ok. 2-2,5 l płynów/dobę), – obserwacja zabarwienia kończyn oraz ocena ich ciepłoty, – korzystanie z odpowiednio dobranych, elastycznych, uciskowych pończoch/podkolanówek przeciwżylakowych, – utrzymywanie prawidłowej wagi ciała (wskaźnik BMI 18,5-25).

4.	Trudności przy próbie zmiany pozycji ciała w łóżku wskutek niedowładu	Pomoc przy zmianie pozycji ciała i zapewnienie bezpieczeństwa fizycznego	<ul style="list-style-type: none"> – ustalenie stopnia deficytu w zakresie samoopieki oraz stałe monitorowanie zmian, – ocena sprawności i czynności samoobsługowych (według skali Barthela), – określenie stopnia dysfunkcji ruchowych, – zapewnienie dostępu do łóżka ze wszystkich stron, – zapewnienie bezpieczeństwa fizycznego pacjenta przez przygotowanie otoczenia – drabinki lub barierki przyłóżkowej chroniącej przed upadkiem, – zastosowanie prawidłowego ułożenia chorego w łóżku, – korzystanie ze sprzętu pomocniczego (kliny, rolki, poduszki), – instruowanie pacjenta podczas zmiany pozycji, – regularna zmiana pozycji ciała co 2 godziny, – współpraca z fizjoterapeutą, – podawanie leków przeciwzakrzepowych, – unikanie mikrourazów podczas wszelkich ruchów, – regularny pomiar parametrów życiowych.
5.	Ryzyko wystąpienia przykurczów	Zapobieganie przykurczom i zanikom mięśni	<ul style="list-style-type: none"> – obserwowanie i ocena zaburzeń ruchowych, – ocena i niwelowanie bólu, – regularna zmiana pozycji ciała co 2 godziny, – prowadzenie gimnastyki przyłóżkowej poprzez wykonywanie ćwiczeń czynnych i biernych, – układanie kończyn w sposób zapobiegający wystąpieniu przykurczów, – aktywizowanie i zachęcanie do współpracy, – zastosowanie właściwego ułożenia pacjenta, przeciwdziałającego spastyczności (w pozycji przeciwstawnej do tendencji przykurczowej w kończynach, unikanie ułożenia na plecach), – wykorzystanie sprzętu rehabilitacyjnego, – redukcowanie stresu i napięcia emocjonalnego.
6.	Trudności w poruszaniu się i wykonywaniu czynności samoobsługowych	Poprawa samodzielności pacjenta	<ul style="list-style-type: none"> – zachęcanie pacjenta do współpracy podczas wykonywania czynności pielęgnacyjnych, – zachęcanie do współpracy podczas ubierania się, – angażowanie strony zaniedbywanej do wykonywania czynności samoobsługowych, – inicjowanie wszelkich ruchów przy chorym od strony porażonej, – ustawienie łóżka w sposób zapewniający dostęp od niesprawnej strony pacjenta, – zachęcanie chorego do aktywności fizycznej z używaniem kończyn niewładnych, – edukacja rodziny z zakresu prowadzenia rehabilitacji przyłóżkowej w postaci ćwiczeń czynnych i biernych, – asystowanie choremu podczas spożywania posiłków i wykonywania wszystkich czynności samoobsługowych, – ustawienie szafki przyłóżkowej od strony zaniedbywanej.
7.	Trudności podczas spożywania posiłków związane z osłabieniem siły mięśniowej kończyny górnej po stronie niedowładu	Zwiększenie komfortu podczas przyjmowania posiłków, zapobieganie odwodnieniu	<ul style="list-style-type: none"> – podawanie małych porcji pokarmu, w spokojnym tempie, najlepiej w pozycji siedzącej, – unikanie suchych i twardych produktów spożywczych, – zapewnienie wsparcia psychicznego podczas jedzenia, – zadbanie o bezpieczną pozycję podczas karmienia i ułatwienie samodzielnego spożywania posiłków, – informowanie o konieczności dokładnego żucia i gryzienia jedzenia, – podawanie posiłków w postaci papkowatej bądź płynnej, – zabezpieczenie bielizny pościelowej przed ewentualnym zabrudzeniem, – używanie sztućców z dużym, wygodnym uchwytem.

8.	Zaburzenia wydalania stolca spowodowane długotrwałym unieruchomieniem i spowolnieniem perystaltyki jelit	Zapewnienie regularności wypróżnień	<ul style="list-style-type: none"> – podawanie pokarmów przyspieszających perystaltykę jelit, np. owoce, otręby, warzywa, kasza gruboziarnista, pieczywo pełnoziarniste, chłodne mleko, maślanka, kefir, suszone śliwki, soki, – wykluczenie z diety warzyw wzdymających (kapusta, groch, cebula, fasola), – środki farmakologiczne w przypadku uporczywych zaparć, – wykonywanie masażu brzucha zgodnie z ruchem wskazówek zegara, – zastosowanie zabiegów stymulujących perystaltykę jelit, z zachowaniem intymności, – zapewnienie odpowiedniej ilości płynów (co najmniej 1,5 l w ciągu doby), – podejmowanie prób aktywizacji pacjenta.
9.	Zaburzenia komunikacji werbalnej powstałe w wyniku uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego (afazja motoryczna, bełkotliwa mowa)	Utrzymywanie kontaktu słownego z pacjentem	<ul style="list-style-type: none"> – prowadzenie rozmowy z pacjentem podczas przeprowadzania wszelkich czynności, – przekazywanie informacji powoli i wyraźnie, z utrzymaniem kontaktu wzrokowego, – komunikowanie się z pacjentem także w sposób pozawerbalny, – zachęcanie chorego do mówienia, ale bez nacisku, przymusu i krytyki, – cierpliwe słuchanie i zapewnienie wsparcia psychicznego, – motywowanie chorego do ćwiczeń, które wzmacniają mięśnie twarzy i warg, – organizowanie spotkań z logopedą, – unikanie rozproszenia innymi bodźcami, np. grającym telewizorem, – dostrzeganie i docenianie nawet minimalnych postępów chorego, pochwała prawidłowych reakcji gestem, uśmiechem, słowem, – eliminowanie stresowania chorego niezrozumiałymi dźwiękami, – unikanie działań traumatyzujących chorego (ośmieszanie, zmuszanie do odpowiedzi).
10.	Zaburzenia w oddawaniu moczu wynikające z ubytków neurologicznych, mogące prowadzić do zwiększenia ryzyka pojawienia się zakażeń układu moczowego	Zapobieganie zakażeniom, przywrócenie prawidłowych funkcji układu moczowego	<ul style="list-style-type: none"> – obserwacja charakteru zaburzeń ze strony układu moczowego, – systematyczne podawanie basenu lub próba przetransportowania do toalety, – trening świadomego powstrzymywania moczu w celu trenowania mięśni pęcherza moczowego, – dbanie o utrzymanie higieny okolicy krocza, dokładne i staranne osuszanie miejsc narażonych na odparzenia, utrzymywanie czystości bielizny i pościeli, – podawanie płynów w ilości co najmniej 1,5 l w ciągu doby, – wykluczenie z diety produktów i substancji moczopędnych, – zastosowanie farmakoterapii, – pobieranie próbki moczu do badania bakteriologicznego, – uświadomienie członkom rodziny, że założenie cewnika Foleya, bywa najłatwiejszym rozwiązaniem, które jednak należy wykorzystywać tylko w wyjątkowych sytuacjach, – częsta toaleta okolicy intymnej, stosowanie pampersów, podkładow chłonnych i wkładek higienicznych.

11.	Trudności w zasypianiu	Poprawa jakości snu, uzyskanie poczucia wypoczynku	<ul style="list-style-type: none"> – rozpoznanie przyczyn problemów w zasypianiu, – wygodne ułożenie w łóżku, – stworzenie właściwego mikroklimatu (wietrzenie, zgaszenie światła, eliminacja hałasu), – unikanie drzemek w ciągu dnia, – gimnastyka z zastosowaniem ćwiczeń relaksujących, rozluźniających, oddechowych, na 15 minut przed snem, – unikanie spożywania posiłków, kofeiny i mocnej herbaty przed snem, – stosowanie preparatów nasennych na zlecenie lekarza, – unikanie wysiłku intelektualnego tuż przed snem, – zastosowanie muzyki relaksacyjnej, aromaterapii, fitoterapii.
12.	Ryzyko wystąpienia ponownie udaru mózgu	Ograniczanie czynników ryzyka wystąpienia kolejnego epizodu	<ul style="list-style-type: none"> – informowanie i edukowanie chorego i rodziny o czynnikach ryzyka wystąpienia udaru mózgu, właściwym odżywianiu się i regularnej rehabilitacji, – przekazanie wiedzy odnośnie prawidłowych wartości ciśnienia tętniczego, konieczności wykonywania i dokumentowania pomiarów ciśnienia tętniczego krwi, – uświadomienie pacjentowi o konieczności systematycznego przyjmowania leków przeciwnadciśnieniowych, – edukacja na temat objawów towarzyszących wystąpieniu udaru, – przedstawienie symptomów mogących świadczyć o podwyższeniu ciśnienia tętniczego krwi, – nauka pacjenta i jego rodziny samodzielnego i poprawnego pomiaru ciśnienia tętniczego krwi.
13.	Deficyt wiedzy członków rodziny na temat sposobów aktywizacji i zapobiegania powikłaniom	Pogłębienie wiedzy dotyczącej pielęgnacji pacjenta po przebytych udarze mózgu	<ul style="list-style-type: none"> – angażowanie rodziny w proces edukacyjny, – angażowanie rodziny w aktywizację pacjenta, regularne wykonywanie ćwiczeń czynnych i biernych, – zapoznanie rodziny z istotą choroby, w celu zapewnienia profesjonalnej opieki, – zaproponowanie rodzinie rozwiązań w walce z niepełnosprawnością (sprzęt rehabilitacyjny), dostosowanie mieszkania do potrzeb chorego, – przeprowadzenie instruktażu prawidłowej zmiany pozycji ułożeniowej, – edukacja na temat konieczności regularnej kontroli ciśnienia tętniczego i przyjmowania leków, – zwrócenie uwagi na utrzymanie prawidłowej masy ciała pacjenta, – konieczność systematycznych kontroli w poradniach specjalistycznych, – eliminowanie czynników ryzyka występowania udaru.

Udział pielęgniarki w usprawnianiu pacjenta po udarze niedokrwiennym mózgu

Działania pielęgniarki zmierzają w kierunku motywowania i mobilizowania pacjenta udarowego do leczenia oraz współudziału w procesie pielęgnowania i rehabilitacji. Istotną rolę pielęgniarki w opiece nad pacjentem po udarze jest edukacja dostosowana do potrzeb i oczekiwań podopiecznego i jego rodziny. Planowanie usprawniania należy poprzedzić oceną stopnia deficytów w zakresie czynności poznawczych i ruchowych pacjenta. Dotyczy to zaburzeń mowy, połykania, otępienia poudarowego, niedowładów,

zaburzeń równowagi, koncentracji oraz czynności pęcherza moczowego. W początkowym okresie głównym celem rehabilitacji poudarowej jest zapobieganie przykurczom, nieprawidłowym ułożeniom kończyn, zanikom mięśni oraz odleżynom.

Dość częstym i niebezpiecznym następstwem udaru są trudności w połykaniu, które zwiększają ryzyko zapalenia płuc, odwodnienia oraz niedożywienia. W zapobieganiu zapaleniu płuc istotne jest regularna zmiana pozycji ułożeniowej co 2-3 godziny, oklepywanie klatki piersiowej pacjenta, nacieranie pleców spirytusem, efektywne odsztuszenie wydzieliny. Rolą pielęgniarki jest świadczenie ciągłej, profes-

sjonalnej i systematycznej opieki redukującej skutki przebytego udaru, z uwzględnieniem najważniejszych potrzeb pacjenta.

Po osiągnięciu stabilizacji stanu klinicznego pacjenta, interwencje pielęgniarskie ukierunkowane są na przygotowanie chorego do samoopieki i samodzielnego funkcjonowania, na wzmacnianie efektów rehabilitacji oraz motywowanie do zachowań prozdrowotnych.

Podkreśla się, znaczenie kompleksowej i ukierunkowanej rehabilitacji w dążeniu do odzyskania sprawności oraz powrotu do pełnienia określonych ról społecznych i aktywnego uczestnictwa w życiu rodzinnym. W drodze do realizacji tego celu dużą rolę odgrywa sam pacjent i wsparcie jego rodziny. Najbardziej wymierne korzyści w procesie usprawniania są zauważalne w przeciągu pierwszych 3–6 miesięcy. Wymaga to jednak czasu, determinacji, konsekwencji w działaniu i zaangażowania całego zespołu terapeutycznego [10].

Podsumowanie

Kluczowym aspektem zindywidualizowanej opieki pielęgniarskiej wobec pacjentów po udarze mózgowym jest rozpoznanie problemów bio-psycho-społecznych i podjęcie działań pielęgnacyjno-usprawniających, zmierzających do przywrócenia sprawności i aktywności w społeczeństwie. Istotna jest również pomoc rodzinie w rozwiązywaniu problemów w zakresie opieki nad pacjentem w środowisku domowym oraz interwencje pielęgniarskie z elementami wsparcia i psychoterapii, ułatwiającymi pogodzenie się z chorobą i niepełnosprawnością.

Konflikt interesów / Conflict of interest
Brak/None

Adres do korespondencji / Correspondence address

✉ Rena Wójcik

Katedra Pielęgniarstwa, Wydział Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu; Uniwersytet Technologiczno-Humanistyczny w Radomiu

ul. Chrobrego 27, 26-600 Radom

☎ (+48 48) 361 73 50

✉ r.wojcik@uthrad.pl

Piśmiennictwo/References

1. Kaźmierski R. Diagnostyka i leczenie chorych w ostrej fazie udaru niedokrwiennego mózgu. *Anestezjologia i Ratownictwo* 2014;8 62-75.
2. Antecki J, Brelak E, Sobolewski P i wsp.: Profilaktyka pierwotna i wtórna udaru niedokrwiennego mózgu w świetle obecnych zaleceń i rekomendacji. *Forum Medycyny Rodzinnej* 2018;12(3):89-98.
3. <https://pacjent.gov.pl/zapobiegaj/niespodziewany-udar> (data wejścia: 15.05.2021).
4. Piechowski-Józwiak B, Truelsen T, Kwieciński H. Prognoza chorobowości i zapadalności na udar mózgu w Polsce w latach 2005–2025. *Neurol. Neurochir. Pol.* 2005;39,supl. 2,126.
5. Sabiniewicz M, Niwald M, Machina M i wsp.: Wybrane zaburzenia funkcji poznawczych po udarze mózgu – charakterystyka kliniczna i diagnostyka. *Aktualn Neurol* 2015;15(1),35–40.
6. Sienkiewicz Z, Stankiewicz D, Dykowska G i wsp.: Pielęgnacja chorego po udarze niedokrwiennym mózgu w warunkach domowych. *Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej*, 4/2016; vol 1:43-49.
7. Stępień A. (red), *Neurologia*. Wyd. I., Warszawa 2014;147.
8. Adamczyk K. *Pielęgowanie chorych po udarach mózgowych*. Wyd. Czelej, Lublin 2013.
9. Jankowska A, Klimkiewicz R, Krekora K i wsp.: Ocena skuteczności rehabilitacji u osób po udarze mózgu z dysfunkcjami wykonawczymi. *Wiad Lek.* 2013;66(2):145-52.
10. Kuberka I, Aduła A, Rosińczuk J. Profilaktyka odleżyn u pacjentki unieruchomionej po przebytych udarze niedokrwiennym. *Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia* 2017;(4):136.