

Zdravstvena njega bolesnika s moždanim udarom u kući

Bastalić, Marija

Undergraduate thesis / Završni rad

2022

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Dental Medicine and Health Osijek / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:243:160201>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-12-27**

Repository / Repozitorij:

[Faculty of Dental Medicine and Health Osijek
Repository](#)



SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

FAKULTET ZA DENTALNU MEDICINU I ZDRAVSTVO

OSIJEK

Preddiplomski sveučilišni studij Sestrinstvo

Marija Bastalić

**ZDRAVSTVENA NJEGA BOLESNIKA S
MOŽDANIM UDAROM U KUĆI**

Završni rad

Pregrada, 2022.

SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

FAKULTET ZA DENTALNU MEDICINU I ZDRAVSTVO

OSIJEK

Preddiplomski sveučilišni studij Sestrinstvo

Marija Bastalić

**ZDRAVSTVENA NJEGA BOLESNIKA S
MOŽDANIM UDAROM U KUĆI**

Završni rad

Pregrada, 2022.

Rad je ostvaren na Fakultetu za dentalnu medicinu i zdravstvo.

Mentor rada: Jadranka Plužarić, mag. med. techn.

Rad ima 33 lista i 1 tablicu.

Znanstveno područje: Biomedicina i zdravstvo

Znanstveno polje: Kliničke medicinske znanosti

Znanstvena grana: Sestrinstvo

ZAHVALA

Zahvaljujem se svojoj mentorici, Jadranki Plužarić, mag. med. techn. na strpljenju, dostupnosti i spremnosti da pomogne svojim sugestijama i savjetima.

Također zahvaljujem i svim profesorima Preddiplomskog sveučilišnog studija Sestrinstvo u Pregradi na strpljenju i prenesenom znanju.

Najveća hvala mojoj obitelji i prijateljima na podršci, razumijevanju i pomoći tijekom čitavog školovanja. Bez njihovog oslonca ovo ne bi bilo ostvareno.

SADRŽAJ

1. UVOD	1
1.1. Moždani udar.....	1
1.1.1. Ishemijski moždani udar	1
1.2. Zdravstvena njega bolesnika s moždanim udarom bolnici	3
1.3. Zdravstvena njega bolesnika s moždanim udarom nakon hospitalizacije.....	5
1.4. Patronažna sestrinska skrb.....	6
1.4.1. Prvi posjet bolesniku	7
2. CILJ.....	9
3. ZDRAVSTVENA NJEGA BOLESNIKA S MOŽDANIM UDAROM U KUĆI.....	10
3.1. Otpusno pismo zdravstvene njege.....	10
3.2. Status i anamneza	12
3.3. Dijagnoze u procesu zdravstvene njege	15
4. RASPRAVA.....	19
5. ZAKLJUČAK	21
6. SAŽETAK.....	22
7. SUMMARY	23
8. LITERATURA.....	24
9. ŽIVOTOPIS	28

1. UVOD

Među deset glavnih uzroka mortaliteta u Europi, ali i u Republici Hrvatskoj nalazi se moždani udar koji je jednako tako identificiran i kao prvi uzrok invalidnosti u populaciji (1). Prema podacima, među osobama koje su preživjele moždani udar, njih 50 % imaju određeni neurološki ispad, dok je 40 % oboljelih ovisno o pomoći druge osobe, a jedna trećina oboljelih se smješta u ustanovu (2). Faza oporavka i brzina oporavka razlikuje se kod svakog pojedinca, a najčešće ovisi o razini samog moždanog oštećenja. Kako se razlikuje oporavak tako i klinička slika te posljedični ispad ovise o razini oštećenja mozga što dovodi do zaključka kako svaki pojedinac zahtjeva različitu razinu sestrinske skrbi. Posljedično moždanom udaru najčešće nastaju poteškoće pokreta i ravnoteže, poremećaji vida i govora te psihološke poteškoće poput umora, depresije, apatije, anksioznosti ili agresije (3). Medicinska sestra, kao važan član multidisciplinarnog tima skrbi o bolesniku s moždanim udarom za vrijeme hospitalizacije, ali i nakon otpusta bolesnika kući.

1.1. Moždani udar

Mozak kao organ izuzetno je ovisan o adekvatnoj opskrbi kisika i metabolita, prosječno troši oko jedne litre krvi u minuti tijekom mirovanja osobe. Ukoliko dođe do poremećaja cirkulacije nastupa moždani udar ili cerebralni infarkt koji dovodi do gubitka jedne ili više moždanih funkcija (3). Dvije su glavne podjele moždanog udara: ishemijski moždani udar te hemoragijski moždani udar.

1.1.1. Ishemijski moždani udar

Kao posljedica naglog prekida cirkulacije u mozgu koji je izazvan suženjem krvnih žila nastaje ishemijski moždani udar. Ishemijski moždani udar predstavlja otprilike 80 % svih moždanih udara. Suženje krvnih žila nastaje uzrokovano trombozom, embolijom, hipoperfuzijom ili venskom trombozom. Tromboza je uzrok 60 % ishemijskih moždanih udara, dok se embolizacija javlja kod 65 % slučajeva (4). Za nastanak ishemijskog moždanog udara brojni su kritični čimbenici. Primarni čimbenik je dob, ali na njega se ne može utjecati, kao niti na rasu, spol te predispoziciju genetikom. Međutim, kod 70 % bolesnika sa moždanim udarom

zabilježena je arterijska hipertenzija koja je prethodila samom incidentu najčešće duži niz godina, dok je smrtnost nakon moždanog udara dvostruko učestalija kod osoba sa šećernom bolesti. Ostali čimbenici rizika na koje svaki pojedinac može utjecati su hiperlipidemija, pušenje, pretilost, konzumacija alkohola te razne nekontrolirane srčane bolesti (4). Dijagnostička obrada kod ishemijskog moždanog udara provodi se kako bi se otkrio uzrok incidenta te detektirao nastali deficit. Najčešće primjenjivana pretraga pri detekciji moždanog udara je kompjuterizirana tomografija (CT), a ako se oštećenje nalazi u stražnjoj lubanjskoj jami koristi se magnetska rezonancija (MRI). Kolor dopler (CD) kao jedna od osnovnih pretraga služi za detekciju stenoza i/ili okluzija krvnih žila, a transkranijalnim kolor doplerom (TCD) prikazuju se sve krvne žile Willisovog kruga. Kod svih bolesnik provode se i laboratorijske pretrage krvi, a ponekad je potrebno učiniti i imunološke te serološke analize krvi (4).

Ovisno o uzroku moždanog udara razlikuju se i simptomi i znakovima kojima se isti manifestira. Simptomi i znakovi incidenta razlikuju se i ovisno o mjestu incidenta te opsegu oštećenja, a mogu se ili povući ili produbljivati unutar prvih 48 sati od pojave prvih simptoma (5). Prilikom pregleda u kliničkoj slici prevladava slabost ili paraliza lica, ruku ili nogu (hemipareza ili hemiplegija) uz česti poremećaj govora i/ili otežano gutanje. Prilikom pregleda važno je znati kako oštećenje jedne strane mozga uzrokuje deficit na suprotnoj strani tijela. Ukoliko se oštećenje mozga razvije u prednjem moždanom krvotoku dolazi do motoričke slabosti, osjetne disfunkcije te ispada vidnog polja, dok se pri incidentima koji se razvijaju u srednjem moždanom krvotoku javlja afazija, apraksija i nezainteresiranost. Ukoliko se oštećenje razvije u stražnjoj moždanoj cirkulaciji dovest će do različitih stupnjeva poremećaja svijesti ili vrtoglavice uz ataksiju te motorni i senzorni deficit (6).

U povijesti se liječenje moždanog udara svodilo na simptomatsku terapiju, sekundarnu prevenciju te rehabilitaciju dok se danas primjenjuju razni lijekovi te endovaskularna terapija (7). Tako je liječenje moždanog udara danas usmjereno na medikamentoznoj terapiji u svrhu revaskularizacije krvnih žila, prevenciji komplikacija, sekundarnoj prevenciji te rehabilitaciji (8). Ranim prepoznavanjem simptoma i znakova moždanog udara moguće je smanjiti oštećenje te smrtnost. Ukoliko se bolesnik zbrine unutar šest sati od nastupa prvih simptoma, a ne postoje protokolarne kontraindikacije, moguće je učiniti revaskularizaciju koja se provodi postupkom trombolize. Postupak trombolize, odnosno otapanja ugruška u krvnoj žili provodi se rekombiniranim tkivnim aktivatorom plazminogena (rtPA) koji se primjenjuje putem vene, a sve po strogim smjernicama i protokolima (9). Ukoliko se liječnik pak odluči za postupak neuroradiološke metode liječenja ishemijskog moždanog udara pristupa se mehaničkoj trombektomiji pri kojoj se vadi tromb iz začepljene krvne žile u mozgu. Trombektomija se

danas provodi u svim Kliničkim bolničkim centrima Republike Hrvatske (Zagreb, Osijek, Split i Rijeka). Sve mjere koje se primjenjuju u svrhu prevencije komplikacija moždanog udara nazivamo neuroprotektivnim liječenjem. Nerijetko se kod bolesnika nakon ishemijskog moždanog udara može pojaviti povećanje intrakranijalnog tlaka ili razviti edem mozga koji se mogu spriječiti adekvatnim neuroprotektivnim liječenjem. Kako bi bolesnik nakon moždanog udara što ranije povećao svoju funkcionalnost i samostalnost neophodna je rana i pravovremena rehabilitacija. Primjenom antiagregacijskih lijekova nakon preboljenja ishemijskog moždanog udara provodi se sekundarna prevencija, a ukoliko je ishemijski moždani udar nastao kao posljedica poremećenog ritma srca, u svrhu prevencije se mogu primijeniti i peroralni antikoagulansi te rjeđe niskomolekularni heparin.

1.2. Zdravstvena njega bolesnika s moždanim udarom bolnici

Kako i samo liječenje bolesnika tako se i zdravstvena njega bolesnika oboljelih od ishemijskog moždanog udara razlikuje ovisno o periodu nastanka simptoma te nastalom oštećenju kod bolesnika. U svim većim bolnicama organizirane su jedinice za liječenje moždanog udara u sklopu neuroloških odjela. Kod bolesnika koji u prvih šest do dvanaest sati od nastupa simptoma uspiju doći do bolnice zdravstvena skrb usmjerena je na smanjenje oštećenja mozga, kod bolesnika koji se hospitaliziraju nakon 12 sati do 72 sati od pojave simptoma ključno je sprječavanje komplikacija moždanog udara kao i kod bolesnika koji se hospitaliziraju tri do 14 dana nakon pojave simptoma, u takozvanoj subakutnoj fazi.

Svaki bolesnik kod kojeg se postavi sumnja na akutni ishemijski moždani udar najčešće se zbrinjava kao i svi pacijenti za koje se smatra da su vitalno ugroženi, uz osiguravanje dišnog puta, disanja te održavanja cirkulacije. Nakon hitnog prijema i opservacije takvog bolesnika medicinska sestra pristupa procjeni bolesnika i prikupljanju podataka, kako bi mogla utvrditi potrebe bolesnika i probleme s kojima se bolesnik susreće, a s time postaviti sestrinske dijagnoze. Osobitu pažnju medicinska sestra posvećuje procjeni stanja svijesti (Glasgow koma skala, GCS) (slika 1).

REAKCIJA	OPIS	SAT							
Otvaranje Očiju	4 spontano								
	3 na govor								
	2 na bolni podražaj								
	1 ne otvara oči								
Najbolja verbalna reakcija	5 orijentiran								
	4 smeten								
	3 neprikladno								
	2 nerazumljivo								
	1 ne odgovara								
Najbolja motorna reakcija	6 izvršava naloge								
	5 lokalizira bol								
	4 fleksija na bolni podražaj								
	3 abnormalna fleksija na bol								
	2 ekstenzija na bolni podražaj								
	1 ne reagira								

Slika 1. Glasgow koma skala. Izvor:

<https://esavjetovanja.gov.hr/ECon/MainScreen?entityId=3188>.

Pregled neurologa baziran je, osim na procjeni stanja svijesti, na orijentaciju, izvršavanje naredbi, ispitivanju mimike lica, motoričke sposobnosti udova, osjetnog statusa te poremećaja govora u obliku otežane artikulacije, disfagije ili pak afazije. Sve uočene teškoće omogućavaju medicinskim sestrama prilagodbu ciljeva ka otklanjanju problema kod bolesnika i individualizaciju intervencija za svakog bolesnika (10). Medicinska sestra tijekom hospitalizacije bolesnika u sklopu procesa zdravstvene njege provodi određene i zadane intervencije, ali i prati bolesnika na ordinirane dijagnostičke pretrage te uzorkuje krv za tražene pretrage krvi. Vrlo važnim se pokazao položaj bolesnika o kojem ovisi i saturacija kisika, brzina protoka u moždanoj arteriji kao i cjelokupna perfuzija i razina intrakranijalnog tlaka. Nijedan položaj do sada nije definiran kao optimalan za postizanje svih željenih parametara, ali je ključno da bolesnik leži ukoliko nema kontraindikacija (11).

Prilikom promatranja bolesnika za vrijeme hospitalizacije medicinska sestra prati saturaciju bolesnika koja treba biti veća od 94 %, a povišeni krvni tlak dozvoljen je kod većine bolesnika tijekom akutne faze jer bi se agresivnim skidanjem krvnog tlaka mogla dodatno urušiti perfuzija mozga. Medicinska sestra treba promatrajući uočiti moguće znakove hipohidracije ili hiperhidracije jer se kontinuirano održava perfuzija primjenom otopina 0,9 % fiziološke otopine, uz to treba pratiti znakove hiperglikemije koja se javlja kod više od 40 % bolesnika, a znatno pogoršava tijek bolesti i povećava mogućnost komplikacija, ali i regulirati tjelesnu temperaturu jer se kod jedne trećine bolesnika s akutnim ishemijskim moždanim udarom uočava prisutnost hipertermije s pretpostavkom kako je ista posljedica povećanih metaboličkih potreba. Bolesnicima s akutnim ishemijskim moždanim udarom izrazito je važno osigurati adekvatan nutritivni status, medicinska sestra će posebnu pažnju posvetiti ishrani i hidraciji bolesnika, a ukoliko je kod istog prisutna disfagija medicinska sestra će primijeniti ordiniranu parenteralnu prehranu prema uputi liječnika. Bolesnici s akutnim ishemijskim moždanim udarom leže i miruju u prvom periodu bolesti, što povećava rizik za nastanak komplikacija dugotrajnog ležanja, primarno duboke venske tromboze. Medicinska sestra će provoditi sve intervencije u sprječavanju istih. Svi bolesnici se uključuju u proces rane rehabilitacije uz aktivne i pasivne vježbe te tretman logopeda. Kroz cijeli period hospitalizacije medicinska sestra educira, pruža bolesniku i njegovoj obitelji podršku, ohrabruje ih i potiče savladavanje novonastalih prepreka (12-17).

1.3. Zdravstvena njega bolesnika s moždanim udarom nakon hospitalizacije

Nakon hospitalizacije, a ovisno o stupnju zaostalog oštećenja nakon moždanog, bolesnik se otprema ili izravno na rehabilitaciju ili pak prvo kući za vrijeme čekanja realizacije rehabilitacije. Svakako nakon provedene rehabilitacije, većina bolesnika se vraća u svoj dom i uobičajenu okolinu unatoč zaostalim funkcionalnim, kognitivnim ili bihevioralnim oštećenjima. Skrb za bolesnike preuzima najčešće obitelj ili skrbnici, time obitelj i/ili skrbnici postaju dio tima koji skrbi za bolesnika oboljelog od moždanog udara (18).

Prilikom povratka kući bolesnik i njegova obitelj susreće se sa mnoštvom izazova u prilagodbi na novonastalu situaciju: nedostatno znanje i vještine, nerazumijevanje uputa, otežana komunikacija, osiguravanje sigurnosti, nedostatna informiranost, otežana suradnja s liječničkim timom te neprilagođeni uvjeti stanovanja samo su neki od problema s kojima se obitelj susreće.

Veliki izazov za svakodnevno funkcioniranje predstavljaju i emocionalne poteškoće, problemi s pamćenjem, depresija kod bolesnika, povlačenje, socijalna izolacija i slično (19,20). Zbog svih nabrojanih poteškoća izuzetno je važna edukacija obitelji koja treba započeti još za vrijeme boravka bolesnika u bolnici kako bi bili što spremniji za povratak svog člana obitelji u kuću. Kako obitelj ili skrbnici u kratkom periodu primaju veliku količinu informacija, bitno je omogućiti sve upute i savjete u pisanom i usmenom obliku (21). Po otpustu bolesnika kući, obitelj i bolesnika posjećuju patronažna sestra i sestra iz ustanove za zdravstvenu njegu u kući koje su cijeli naredni period dostupne bolesniku i njegovoj obitelji, za pomoć, savjet, podršku, ali primarno za ponovnu uspostavu bolesnikove samostalnosti. Kako bi cijela obitelj uspješno funkcionirala unatoč novonastaloj situaciji vrlo je važno da članovi obitelji zbog oboljelog člana ne zanemaruju svoje obaveze i društveni život, dapače s tim mogu potaknuti i samog bolesnika za povratak u zajednicu. Brojne su i udruge za samopomoć i podršku osnovane unutar županija i države kako bi se omogućila lakša komunikacija oboljelih ali i njihovih skrbnika, a komunikacija omogućava razmjenu iskustava, znanja i vještina te međusobnu podršku (18,22).

1.4. Patronažna sestrinska skrb

Patronažna djelatnost je dio sestrinstva u zajednici čije je djelovanje usmjereno na skrb korisnika izvan zdravstvenih ustanova, a organizirana je polivalentno i uključena je u provedbu preventivnog, kurativnog i socijalnog zbrinjavanja svih stanovnika (23).

Patronažna sestra se pri radu s korisnicima općenito u zajednici služi brojnim vještinama, primjenjuje proces zdravstvene njege, poučava, kritički promišlja te prosuđuje, komunicira sa pojedincima, vrši ulogu menadžera te surađuje sa raznim suradnicima na različitim razinama medicinske skrbi, a uz to osigurava fizičko zbrinjavanje potrebitima. Kompetencijama nazivamo primjenu specifičnih vještina u sklopu ovlasti medicinske sestre, a koje su proizvod znanja i umijeća stečenih kroz obrazovanje i dodatno usavršavanje. Tako su kompetencije patronažne sestre kritičko razmišljanje, komunikacija te suradnja (24).

Kritičko razmišljanje podrazumijeva proces aktivnog i spretnog konceptualiziranja, analize te sinteze uz evaluaciju informacija te mogućnost kreativnog razmišljanja. Kritičko razmišljanje može biti ometeno rutinom, anksioznošću, vanjskim faktorima ili pak nedostatkom iskustva. U patronažnoj službi je komunikacija specifična, mora biti asertivna, empatična te uključivati terapijsku komunikaciju jer se razvija na odnosu kuća korisnika/ obitelj i patronažna sestra.

Patronažna sestra prilikom komunikacije sa bolesnikom i njegovom obitelji treba obratiti pažnju na neverbalnu komunikaciju kako osobnu tako i bolesnika uz njegovu obitelj, empatiju i asertivnost. Empatična komunikacija omogućava prisniji odnos te olakšava razgovor, dok asertivna komunikacija osigurava poštovanje individualnih želja i potreba uz rješavanje problemskih situacija. Patronažna sestra za uspješan svakodnevni rad sa korisnicima treba ovladati i vještinom terapijske komunikacije kako bi pomagala drugima te pri tome ublažavala negativna emocionalna stanja korisnika i/ili bolesnika. Terapijska komunikacija je poboljšava vježbanjem i usavršavanjem, a isključuje naređivanje, moraliziranje, sugeriranje ili interpretacije. Provodi se kroz reflektiranje, razjašnjavanje, dogovor, fokusiranje, sumiranje te planiranje.

1.4.1. Prvi posjet bolesniku

Bolesnik se iz bolnice otpušta sa otpusnim pismom zdravstvene njege uz otpusno pismo liječnika. U otpusnom pismu zdravstvene njege sadržane su sve informacije o bolesniku uključujući uočene probleme tijekom hospitalizacije, provedene intervencije i postignute ciljeve, ali i sestrinske dijagnoze prisutne kod bolesnika u trenutku otpusta sa predloženim i potrebnim savjetima i preporukama. Patronažna sestra učini prvi posjet bolesniku u njegovom domu prema uputi liječnika obiteljske medicine ili po pristigloj prijavi iz bolnice u kojoj je bolesnik bio hospitaliziran. Prilikom prve posjete patronažna sestra stiče uvid u stanje i potrebe bolesnika otpuštenog iz bolnice, kategorizira ga, dokumentira uočeno i potrebno te dostavlja potrebne informacije liječniku obiteljske medicine. Liječnik obiteljske medicine ispisuje nalog za potrebom zdravstvene njege u kući te potom medicinska sestra zdravstvene njege izrađuje plan, provodi njegu te evaluira i izvještava liječnika obiteljske medicine o ostvarenim ciljevima, stanju i potrebama bolesnika. Prilikom prijave bolesnika patronažna sestra dobiva informaciju o bolesniku, njegovoj dijagnozi, problemima iz područja zdravstvene njege, odnosno što se točno traži od patronažne sestre, potrebama praćenja te redovitim kontrola kod specijalista.

Za prvu posjetu medicinska sestra/patronažna sestra prolazi nekoliko razina pripreme: stručno sadržajnu pripremu, tehničku pripremu te psihofizičku pripremu. Stručno sadržajna priprema podrazumijeva prikupljanje i analizu dostupnih podataka uključujući provjeru vlastitih ranije evidentiranih podataka, konzultaciju s kolegicama, provjeru vlastitih znanja i vještina potrebnih za zadovoljavanje potreba bolesnika. Prije prvog posjeta patronažna sestra treba utvrditi cilj i svrhu planirane posjete te odrediti plan posjeta i definirati vrijeme trajanja posjeta. Tehnička

priprema podrazumijeva pripremu materijala i pribora neophodnih za rad. Patronažna sestra treba osigurati sav potreban pribor za intervencije u kući bolesnika, pribor za osobnu zaštitu, pribor za pranje i dezinfekciju ruku te zdravstveno odgojne materijale. Psihofizička priprema medicinske sestre obuhvaća izgled, ponašanje, planiranje vremena usklađenog sa vremenom sestre, ali i kućanstva u koje dolazi te planiranje osobne sigurnosti obraćanjem pažnje na odjeću, ponašanje i prijevozno sredstvo. Patronažna sestra se prije prvog posjeta u kuću bolesnika treba najaviti te dogovoriti vrijeme i trajanje posjeta.

Prvi posjet u kuću bolesnika ne smije trajati predugo, tako treba biti dobro planiran sa jasnim ciljem uz ugodnu atmosferu a kroz prvi posjet se patronažna sestra upoznaje sa bolesnikom i njegovom obitelji/ukućanima, kroz razgovor sestra iznosi ciljeve i svrhu posjeta i objašnjava iste. Prilikom dolaska treba pristupiti profesionalno i s poštovanjem bolesniku i članovima obitelji, uz obrazloženje razloga i povoda dolaska i provjere što bolesnik očekuje od patronažne sestre. Tijekom prve posjete patronažna sestra gradi odnos na kojem će se zasnivati daljnja suradnja i posjeti. Neophodno za kvalitetan i potpun posjet kući bolesnika je komunikacija i interakcija. Komunikacija mora biti održana na profesionalnoj razini, ali empatična i prilagođena bolesniku kako bi on razumio i shvatio sve izrečeno. Patronažna sestra tako kroz razgovor s bolesnikom i obitelji te uvidom u medicinsku dokumentaciju uzima anamnezu i status, procjenjuje obitelj, njegovatelja te okoliš i utvrđuje potrebe na temelju kojih postavlja ciljeve i provodi daljnje intervencije. Tijekom prve posjete i upoznavanja sa bolesnikom patronažna sestra se može susresti s negativnim osjećajima koji su se razvili posljedično novonastalom stanju bolesnika, poput ljutnje, poricanja, šutnje ili potištenosti. Iste emocije se mogu pojaviti i kod obitelji bolesnika. Patronažna sestra će te emocije prepoznati te ohrabrit bolesnika, ali i njegovu obitelj na verbalizaciju istih kako bi se problem riješio.

Nakon prvog posjeta patronažna sestra ostvaruje suradnju s drugim stručnjacima ili ustanovama kako bi se dosegli ciljevi za dobrobit bolesnika. Jedna od takvih suradnji koje ostvaruje patronažna sestra je suradnja sa medicinskim sestrama iz zdravstvene njege u kući. Medicinske sestre iz zdravstvene njege u kući provode fizičko zbrinjavanje bolesnika u njegovom domu u dogovoru sa patronažnom sestrom, a sve s ciljem ostvarenja što većeg stupnja samostalnosti bolesnika (25).

2. CILJ

Cilj rada je kroz proces zdravstvene njege prikazati pacijenta oboljelog od moždanog udara u njegovom domu.

3. ZDRAVSTVENA NJEGA BOLESNIKA S MOŽDANIM UDAROM U KUĆI

Bolesnik se nakon hospitalizacije u KBC-u Osijek zbog ishemijskog moždanog udara otpušta kući na kućnu rehabilitaciju. Po otpustu bolesnika patronažna sestra zaprima prijavu od strane obiteljskog liječnika koji prosljeđuje patronažnoj sestri otpusno pismo zdravstvene njege dostavljeno uz otpusno pismo bolesnika. Patronažna sestra se priprema prije prve posjete iščitavajući otpusno pismo zdravstvene njege te provjerom vlastite dokumentacije o ukoliko postoje prijašnji razlozi posjeta istom bolesniku. S obzirom da bolesnik prije moždanog udara nije teže bolovao, patronažna sestra se prvi puta susreće s bolesnikom i njegovom obitelji u predstojećoj posjeti. Kako je bolesnik otpušten nakon moždanog udara patronažna sestra će pripremiti dostupne materijale koji će olakšati edukaciju te omogućiti bolesniku i njegovoj obitelji lakše savladavanje novih znanja i vještina. Nakon uspostavljenog kontakta sa obitelji, patronažna sestra dogovara prvi posjet.

3.1. Otpusno pismo zdravstvene njege

Bolesnik rođen 1958., po struci inženjer strojarstva, u mirovini. Oženjen je i otac dvoje djece, a živi sam sa suprugom u Osijeku. Hospitaliziran na Klinici za neurologiju zbog ishemijskog moždanog udara te nakon provedenog liječenja i obrade otpušta se kući. Tijekom hospitalizacije kod bolesnika su uočeni sljedeći problemi:

- Sindrom SMBS, osobna higijena (3), hranjenje (2), odijevanje (3), eliminacija (2) u/s slabosti desne strane tijela.
- Visok rizik za pad u/s nestabilnošću pri hodu i slabošću desne strane tijela 2° moždani udar.
- Visok rizik za socijalnu izolaciju u/s novonastalim stanjem 2° moždani udar.
- Isprekidan san u/s okolinskim čimbenicima
- Anksioznost u/s novonastalim stanjem 2° moždani udar
- Visok rizik za dekubitus
- Neprihvatanje vlastitog tjelesnog izgleda u/s novonastalim stanjem 2° moždani udar.

Nakon provedenih intervencija većina ciljeva je pozitivno evaluirana.

Pri otpustu bolesnika kući kod bolesnika su prisutne sljedeće sestrinske dijagnoze:

- Smanjena mogućnost brige o sebi, osobna higijena (3) u/s u/s slabosti desne strane tijela što se očituje nemogućnošću samostalne pripreme pribora, pranja leđa i lijeve ruke.
- Smanjena mogućnost brige o sebi, odijevanje (3) u/s slabosti desne strane tijela što se očituje nemogućnošću samostalnog oblačenja čarapa i pidžame
- Visok rizik za pad u/s nestabilnošću pri hodu i slabošću desne strane tijela.

Ad 1. Tijekom boravka u bolnici bolesnik je osobnu higijenu obavljao u krevetu, a kasnije na toaletnim kolicima u kupaonici. Pri otpustu kući dane su upute i savjeti supruzi i bolesniku o potrebnom poticanju samostalnosti, ali i situacijama u kojima bolesnik zahtjeva pomoć. Potrebna je pomoć medicinske sestre i obitelji pri obavljanju osobne higijene po otpustu bolesnika kući.

Ad 2. Tijekom boravka u bolnici bolesnik se odijevao u pidžamu uz pomoć medicinske sestre nakon obavljene osobne higijene. Pri otpustu kući bolesnik ne može samostalno obući čarape, pidžamu, a također ni obrisati se i odjenuti donji dio pidžame nakon obavljanja nužde. Potrebna je pomoć druge osobe kako bi bolesnik bio obučen i uredan.

Ad 3. Kod bolesnika je prisutna slabost desne strane tijela te je shodno s tim bolesniku potrebno osigurati pomagalo za kretanje i pomoć druge osobe kako bi se izbjegao incident. Dane su upute obitelji i bolesniku o čimbenicima rizika za pad, prilagodbi okoline i kreveta bolesnika te prigodnoj obući i odjeći kako bi se otklonili svi čimbenici. Bolesnik je savladao potrebu traženja pomoći te istu od supruge i medicinskih sestara traži i prima bez neugode.

Kod bolesnika je preporučeno provoditi aktivne i pasivne vježbe, a u skrb uključiti fizioterapeuta te medicinsku sestru za zdravstvenu njegu u kući prema preporuci liječnika kako bi se ostvario daljnji oporavak i povratila maksimalna samostalnost, a time i kvaliteta života bolesnika.

3.2. Status i anamneza

Bolesnik rođen 1958., po struci inženjer strojarstva, ali je u mirovini. Oženjen je i otac dvoje djece, a živi sam sa suprugom u Osijeku. Hospitaliziran na Klinici za neurologiju zbog ishemijskog moždanog udara te nakon provedenog liječenja i obrade otpušten kući prije 2 dana.

Prije hospitalizacije uredno je jeo tri obroka dnevno, raznoliku hranu. Nikad nije bio izbirljiv te je imao dobar apetit. Pio je do dvije litre tekućine na dan, većinom sokove. Tijekom boravka u bolnici isprva je jeo pasirane obroke, postupno prelazio na krute, ali usitnjene obroke. Ne žali se na otežano gutanje. Po dolasku kući, smanjenog apetita, pojede polovičan usitnjeni obrok te pije 1,5 čaja i vode na dan.

Uobičajeno je mokrio 4-5 puta dnevno, a stolicu imao i dva puta tijekom dana. Tijekom boravka u bolnici mokrio je u noćnu posudu 3-4 puta dnevno, a stolicu imao svaki treći dan. Od dolaska kući stolicu nije imao, a mokri u toaletu 5-6 puta na dan. Negira kašalj i iskašljavanje.

Prije pojave bolesti sve aktivnosti samozbrinjavanja obavljao je samostalno, tuširao se svakodnevno toplom vodom, većinom prije spavanja. Tijekom boravka u bolnici zbog slabosti desnih ekstremiteta osobnu higijenu obavljao je u krevetu, a kako se slabost ekstremiteta oporavljala osobnu higijenu je prije otpusta obavljao na toaletnim kolicima u kupaonici. Nakon povratka kući je uz pomoć supruge i pridržavajući se uz namještaj otišao u kupaonicu, sjeo na stolicu u tušu te se, također uz pomoć supruge tuširao. Ne može samostalno pripremiti pribor za kupanje, oprati niti obrisati leđa i lijevu ruku. Izjavljuje: „ Inače sam dešnjak, pa su mi sve radnje lijevom rukom dosta komplicirane.“. Ne može samostalno obući čarape i odjenuti donji dio pidžame nakon osobne higijene i obavljanja nužde. Slabost desne ruke otežava samostalno jelo, izmjenjujući obje ruke se trudi pojesti obrok samostalno.

U bolnici se slabo spavao zbog zagušljivosti prostora, a otkako je došao doma spava cijelu noć bez buđenja. Voli prozračan prostor s otvorenim prozorom. Uobičajeno spava oko 23h a budi se u 7h ujutro.

Navodi kako nema poteškoća sa sluhom, nosi već 15 godina naočale za čitanje, a negira i poteškoće sa pamćenjem i učenjem novih sadržaja. Negira bol. Otežano govori, uz pauze uspijeva verbalizirati potpunu rečenicu.

Prije pojave bolesti se opisuje kao pozitivnu, komunikativnu i društvenu osobu. Navodi kako je rado roštiljao s prijateljima, radio u vrtu sa suprugom, a najviše je volio šetnje u društvu unučadi. Sada verbalizira emocionalne poteškoće, tugu zbog pojave bolesti te izjavljuje unatoč otežanom govoru: „ Teško mi je da me vide drugi ljudi ovakvoga, družiti ću se kada se oporavim.“

Navodi kako ima skladan odnos sa svojom suprugom. Naglašava dobre odnose s prijateljima i susjedima prije bolesti s kojima se družio, ali su si i pomagali uvijek kada je bilo potrebno. Sada radije biva sam sa ženom i djecom koja mu dolaze u posjete dva puta dnevno. „Djeca me održavaju na životu, bez njih ne znam što bi nas dvoje sami.“

O spolnosti ne želi razgovarati.

Najstresnija situacija unazad nekoliko godina bila mu je pojava bolesti i hospitalizacija. Uobičajene stresne situacije prebrodi uz pomoć i podršku supruge, iako sada izjavljuje: „ Ne može ona sada shvatiti kako mi je, srećom nije na mom mjestu.“

Vjernik je.

Promatranje i fizikalni pregled

- Visina: 189 cm; težina: 95 kg
- Temperatura: aksilarno 36,2°C
- Puls: frek. 75/min, ritmičan
- Tlak: 130/80 mmhg (L ruka, sjedeći)
- Disanje: frek. 18/min., dubina normalna, dispneje nema, iskašljava
- Koža: bez promjena, toplina: afebrilna, turgor normalan
- Edemi: nema; lezije: rana na mjestu postavljenog torakalnog drena; svrbež: ne navodi, koštana izbočenja: nema
- Usna šupljina: uredna, bez naslaga; zubi: zubalo
- Hod i ravnoteža: nestabilan pri hodu, prisutna slabost desne strane tijela, pokretan uz pratnju i pomagalo
- svijest: orijentirana
- Braden skala: 3+4+3+3+3+3=19
- Morseova ljestvica: 25+0+30+0+20+0 =75

ZDRAVSTVENA NJEGA BOLESNIKA S MOŽDANIM UDAROM U KUĆI

Procjena obitelji

Struktura obitelji: Supruga u dobi od 58 godina, po zanimanju domaćica;

Sin u dobi 32 godine, po zanimanju automehaničar

Kćerka u dobi 35 godina, po zanimanju ekonomist

Bolesnik živi sam sa suprugom. Izvori financiranja je bolesnikova mirovina te financijska pomoć djece.

Obiteljski okoliš: Obitelj živi u uređenom domu, djelomično prilagođenom bolesnikovom novonastalom stanju kako bi mu se olakšalo kretanje po kući. Obitelj živi u Osijeku te je omogućen pristup svim sadržajima, a sin i kćer prevoze oca i majku gdje god je potrebno.

Aktivnosti dnevnog života: Obitelj ima uredne prehrambene navike te uredan obrazac spavanja. Supruga je domaćica cijeli život, a bolesnik u mirovini.

Vrijednosti i pokretačke snage obitelji: Obitelj je izrazito povezana i bliska. Sve životne prepreke prolaze zajedno.

Komunikacija i donošenje odluka u obitelji: Otac (bolesnik) je u obitelji bio glavni savjetodavac, ali se sve odluke donose zajedničkim razgovorom i odlukom.

Obiteljske potrebe: Supruga bolesnika izrazito je voljna, brižna i zainteresirana za skrb oko svog supruga. Djeca svakodnevno sudjeluju u svim aktivnostima u kući i pri zadovoljavanju potreba.

Procjena njegovatelja

Njegovateljem bolesnika se označava supruga bolesnika, u dobi od 58 godina, po zanimanju domaćica. Gospođa negira bolesti i alergije, promatranjem se ne uočavaju tegobe. Cijeli život brine za svoju obitelj, supruga, sina i kćerku koji su joj danas izuzetna podrška i potpora. Izuzetno je brižna te voljna za skrb oko svog supruga iako izjavljuje: „Nadam se kako ću mu uspjeti biti od potpune koristi kako bi bio zadovoljan i sretan iako nemam previše znanja o bolesti.“. Strpljivo sluša supruga i pokušava ne nametati pomoć kako bi mu omogućila maksimalnu samostalnost. Djeca su njegovateljici dostupna za sve vrste pomoći kako bi svi zahtjevi unutar obitelji bili zadovoljeni. Gospođa navodi: „Djeca su uvijek tu i kad su na poslu, nazovu nekoliko puta da provjere kako smo.“ Njegovateljica i suprug, ali i cjelokupna obitelj izrazito su povezani i bliski. Sve životne prepreke prolaze zajedno. Izvor financija obitelji su

mirovine uz pomoć djece koja u kućanstvu kupuju sva potrebna pomagala te pripomažu pri adaptaciji kuće za kretanje bolesnika. Slobodno vrijeme je gospođa prije suprugove bolesti provodila s njim, tako da će im vrijeme sada biti jednako ispunjeno. Ne žali se na nedostatak motivacije ili snage, izjavljuje: „Cijeli život smo skupa, podržavamo se i pomažemo, možemo i ovo izgurati.“

3.3. Dijagnoze u procesu zdravstvene njege

- Smanjena mogućnost brige o sebi, osobna higijena (3) u/s slabosti desne strane tijela što se očituje nemogućnošću samostalne pripreme pribora, pranja leđa i lijeve ruke.
- Smanjena mogućnost brige o sebi, odijevanje (3) u/s slabosti desne strane tijela što se očituje nemogućnošću samostalnog oblačenja čarapa i pidžame.
- Visok rizik za pad u/s nestabilnošću pri hodu i slabošću desne strane tijela.
- Visok rizik za socijalnu izolaciju u/s novonastalim stanjem 2° moždani udar.
- Visok rizik za poteškoće u obavljanju uloge obiteljske njegovateljice u/s nedostatkom znanja.

Smanjena mogućnost brige o sebi, osobna higijena (3) u/s slabosti desne strane tijela što se očituje nemogućnošću samostalne pripreme pribora, pranja leđa i lijeve ruke.

Cilj: Do sljedećeg posjeta patronažne sestre bolesnik će primjenjujući pomagala samostalno oprati i posušiti leđa, a uz pomoć supruge oprati i posušiti lijevu ruku te pripremiti potreban pribor. Biti će zadovoljan postignutom razinom samostalnosti.

Intervencije: Patronažna sestra će s bolesnikom definirati trenutke u kojima bolesnik treba pomoć druge osobe. Uputiti će bolesnika i suprugu u dostupna i moguća pomagala kako bi bolesnik mogao povećati stupanj samostalnosti, primjenu produženih četki sa mekanim spužvama kako bi mogao samostalno oprati leđa i kasnije ih posušiti te dozatora za sapun kako bi bolesnik mogao samostalno dozirati isti, prilagođene stolice za osobnu higijenu i primjenu fleksibilnog tuša. Patronažna sestra će poticati bolesnika na samostalnost, a suprugu savjetovati da dopusti bolesniku samostalnost dok sam ne potraži pomoć, ali da bude blizu bolesnika dok obavlja osobnu higijenu. Savjetovati će također i primjenu blagih sapuna i mekih ručnika

kako bi se spriječilo nadraživanje kože, ali i primjenu police ili pomagala kako bi bolesniku sav pribor za osobnu higijenu bio na dohvat ruke.

Evaluacija: Bolesnik je do sljedećeg posjeta patronažne sestre oprao i posušio leđa, a uz pomoć supruge je oprao i posušio lijevu ruku te pripremio potreban pribor. Izuzetno je zadovoljan postignutom razinom samostalnosti.

Smanjena mogućnost brige o sebi, odijevanje (3) u/s slabosti desne strane tijela što se očituje nemogućnošću samostalnog oblačenja čarapa i pidžame.

Cilj: Do sljedećeg posjeta patronažne sestre bolesnik će biti primjereno odjeven. Povećat će stupanj samostalnosti te sam odjenuti donji dio pidžame, a uz pomoć supruge oblačiti i skidati čarape.

Intervencije: Patronažna sestra će uputiti bolesnika na potrebnu vježbu, upornost i strpljenje pri odijevanju. Poticati ga da si omogući dovoljno vremena za oblačenje donjeg dijela pidžame. Objasniti bolesniku da bez nelagode i ustručavanja traži i prihvati pomoć supruge. Suprugu će poticati da ostavi bolesniku dovoljno vremena kako bi sam pokušao odjenuti čarape i pidžamu, a pomogne tek ako bolesnik traži pomoć ili ne uspijeva sam.

Evaluacija: Do sljedećeg posjeta patronažne sestre bolesnik je primjereno odjeven, samostalno oblači donji dio pidžame, a čarape oblači uz pomoć supruge, dok ih samostalno skida.

Visok rizik za pad u/s nestabilnošću pri hodu i slabošću desne strane tijela 2^o moždani udar.

Cilj: Bolesnik do sljedećeg posjeta patronažne sestre neće pasti tijekom aktivnosti samozbrinjavanja i kretanja.

Intervencije: Kako bi se spriječio pad bolesnika patronažna sestra će uputiti bolesnika i suprugu u adaptaciju životnog prostora te uklanjanje prepreka koje bi mogle prouzročiti pad. Procijeniti će čimbenike koji mogu utjecati na kretanje bolesnika i sa suprugom napraviti plan potrebnih promjena, pratiti i poticati njihovo izvršavanje. Patronažna sestra će preporučiti postavljanje protukliznih podnih prostirki pored kreveta bolesnika, adaptaciju visine toaletne školjke kako bi se olakšalo sjedanje i ustajanje s iste i spriječio pad. Savjetovati će bolesniku da kao oslonac prilikom kretanja koristi teški namještaj koji se neće prevrnuti prilikom oslonca. Ukoliko

bolesnik ne hoda bos preporučiti će obuću s neklizajućim potplatom. Također će upoznati bolesnika i suprugu sa dostupnim pomagalicama za kretanje (štap, hodalice, guralice, rukohvati u kupaonicama) kako bi bolesnik ostvario što veći stupanj samostalnosti. Savjetovati će bolesniku da prilikom hodanja ne vrši druge radnje poput nošenja šalica ili drugih potrepština kako bi bio usmjeren na hod i imao mogućnost oslonca te spriječio eventualni pad. Patronažna sestra poticat će bolesnika na provođenje preporučenih vježbi kako bi ostvario što veći stupanj samostalnosti, demonstrirati će vježbe podizanja stolca te vježbe sjedanja i ustajanja kako bi se jačali mišići i popravila pokretljivost te provjeriti je li bolesnik svladao preporučene vježbe.

Evaluacija: Do sljedeće posjete patronažne sestre bolesnik nije pao.

Visok rizik za socijalnu izolaciju u/s novonastalim stanjem 2° moždani udar.

Cilj: Bolesnik će do sljedeće posjete patronažne sestre razviti pozitivne odnose sa prijateljima i okolinom.

Intervencije: Patronažna sestra će poticati bolesnika na razgovor i prihvaćanje novonastalog stanja te uspostaviti suradnički odnos. Poticat će bolesnika na izražavanje emocija i na ponovno uspostavljanje međuljudskih odnosa i razgovor sa obitelji, prijateljima i okolinom unatoč tegobama s kojima se susreće trenutno, a pritom ga ohrabrivati i pohvaliti za napredak. Poticati ga da se bavi aktivnostima koje je radio prije oboljenja, boravak u vrtu, roštiljanje s prijateljima te šetnja s unučadi. Preporučiti bolesniku pridruživanje udrugama kako bi boravio i razgovarao s bolesnicima sa sličnim ili istim oboljenjima i tegobama.

Evaluacija: Bolesnik je do sljedeće posjete patronažne sestre razvio pozitivne odnose s prijateljima, obitelji i susjedima.

Visok rizik za poteškoće u obavljanju uloge obiteljske negovateljice u/s nedostatkom znanja.

Cilj: Do sljedeće posjete patronažne sestre kod supruge/njegovateljice se neće pojaviti poteškoće u izvršavanju uloge negovateljice.

Intervencije: Patronažna sestra će kroz razgovor učvrstiti odnos s negovateljicom, objasniti joj njenu važnost, ali jednako tako važnost za njeno dobro stanje. Objasniti će negovateljici kako uz skrb za bolesnika treba osigurati i sebi vrijeme za odmor, druženje ili druge obaveze, kako ne treba zapostaviti svoje prijatelje i hobije kako bi izbjegla osjećaj nezadovoljstva ili

ZDRAVSTVENA NJEGA BOLESNIKA S MOŽDANIM UDAROM U KUĆI

neispunjenosti. Njegovateljici će objasniti kako treba prihvatiti i tražiti pomoć drugih, posebno djece, a za sva pitanja se može slobodno obratiti s povjerenjem patronažnoj sestri ili liječniku obiteljske medicine kako bi se izbjegle poteškoće ili nejasnoće.

Evaluacija: Do sljedeće posjete patronažne sestre kod supruge/ njegovateljice se nisu pojavile poteškoće u izvršavanju uloge njegovateljice.

4. RASPRAVA

Moždani udar kao prvi razlog invaliditeta u svijetu ostavlja najčešće posljedice na bolesnikovo zdravlje i dobro stanje. Kako se mijenja život bolesnika, promjena je vidljiva među njegovom obitelji i zajednici. Osim fizičkih posljedica, nerijetko se javljaju emocionalne poteškoće kod bolesnika koji je često do trenutka pojave bolesti bio potpuno samostalan. Kako klinička slika moždanog udara ovisi o lokalizaciji incidenta kod bolesnika, svakom se bolesniku pristupa individualno i poštujući različitost potreba. O različitim tegobama za vrijeme hospitalizacije i nakon nje govore istraživanja koja su provedena u svijetu obuhvaćajući mnogobrojne bolesnike s moždanim udarom (26). Kod bolesnika opisanog u prikazu slučaja prisutna je zaostala slabost desne ruke što se slaže s podacima iz literature koji navode poteškoće s hodanjem i kontrolom pokreta kao najčešćim poteškoćama koji se javljaju pri svakom moždanom udaru (3). Među svim bolesnicima s moždanim udarom, kod 50 % njih zaostaje invaliditet što je slučaj i kod ovog bolesnika, ovisan je o pomoći supruge kao i 40 % bolesnika oboljelih od moždanog udara (4). Kako je bolesnik još u tijeku još faza oporavka, moguć je pomak i ublažavanje deficita ukoliko postoji adekvatna suradnja multidisciplinarnog tima i obitelji bolesnika (27).

Novonastala situacija direktno utječe na sve, a patronažna sestra prva je s kojom se svi članovi susreću nakon otpusta bolesnika iz bolnice. Ona svojim kritičkim razmišljanjem, komunikacijom i suradnjom djeluje u cijeloj zajednici pa tako i u domu bolesnika. Od izuzetne važnosti je komunikacija patronažne sestre koja treba biti asertivna, empatična, ali pri tome ostati na profesionalnoj razini. Kroz razgovor najčešće tako otkriva razne poteškoće s kojima se nose bolesnik i njegova obitelj kako bi ih mogla ohrabriti, potaknuti ih ili im pružiti pomoć. Nakon prvog posjeta bolesniku patronažna sestra prema potrebi ostvaruje suradnju s drugim stručnjacima ili ustanovama kako bi se zadovoljile sve bolesnikove potrebe. Najčešće patronažna sestra u skrb za bolesnika uključuje ustanovu za zdravstvenu njegu u kući, koja provodi fizičko zbrinjavanje bolesnika u njegovom domu prema uputi patronažne sestre i/ili liječnika obiteljske medicine.

Kako je i ranije navedeno, osim bolesnika koji prolazi kroz mnoštvo promjena i suočava se s brojnim tegobama, nerijetko i skrbnici odnosno obitelj bolesnika biva suočena sa neočekivanom situacijom. Vrlo često nespremni iščekuju svog bolesnika u kuću što rezultira raznim individualnim, organizacijskim ili međuljudskim problemima. Patronažna sestra ih stoga potiče, educira i upućuje kako bi što lakše svi ostvarili kvalitetnu suradnju, s ciljem ostvarivanja svih bolesnikovih potreba.

U slučaju bolesnika prikazanog u radu, nakon prvotnog šoka uslijed ishitrenog nastanka bolesti, i bolesnik i supruga uz podršku svoje djece brzo su svladali brojna znanja i vještine. Promijenili su životne navike i prilagodili životni prostor. Ostvarena je suradnja sa patronažnom sestrom i fizioterapeutima, a bolesnik je ustrajno provodio preporučene vježbe te odlazio na tretmane kod logopeda. Posljedično moždanom udaru zaostaju samo usporeniji govor te slabost šake uz koje je bolesnik ostvario potpunu samostalnost što mu omogućava kvalitetan i ispunjen život.

5. ZAKLJUČAK

Bolesnici s moždanim udarom nakon boravka u bolnici se otpremaju na kućnu njegu ili pak u ustanove za rehabilitaciju, ovisno o stupnju zaostalog oštećenja. Skrb za bolesnika preuzima obitelj koja nerijetko biva nepripremljena. Bolesnik i njegova obitelj se u tim trenucima suočavaju sa brojnim preprekama, a patronažna sestra prvi je kontakt koji ostvaruju. Patronažna sestra kroz svoje djelovanje ima ulogu savjetnice, edukatorice, zastupnice i vođe. Ona kroz razgovor uočava, procjenjuje i bilježi prisutne tegobe i probleme te planira i provodi aktivnosti u svrhu otklanjanja istih. Bolesnik koji stvori odnos povjerenja sa patronažnom sestrom te prihvati pomoć obitelji i bližnjih može ostvariti značajni oporavak kvalitete života.

U ovom prikazu slučaja izložen je skladan odnos bolesnika i njegove obitelji koja mu je podrška i pomoć. Skupa su razvili dobar odnos i kvalitetnu suradnju te komunikaciju sa patronažnom sestrom te uspješno zajedno identificirali probleme i koračali skupa do njihove pozitivne evaluacije što još jednom dokazuje kako su za oporavak bolesnika nakon ovakve bolesti i za integraciju u zajednicu neophodna suradnja bolesnika, njegove obitelji, patronažne sestre, ali i cijelog multidisciplinarnog tima koji sudjeluje u rehabilitaciji i habilitaciji bolesnika nakon moždanog udara.

6. SAŽETAK

Cilj rada: Cilj rada je kroz proces zdravstvene njege prikazati pacijenta oboljelog od moždanog udara u njegovom domu.

Prikaz slučaja: Bolesnik rođen 1958., umirovljenik, oženjen, te otac dvoje djece, a živi sam sa suprugom. Nakon hospitalizacije na Klinici za neurologiju zbog ishemijskog moždanog udara otpušten kući prije 2 dana. Uvidom u dokumentaciju, otpusno pismo zdravstvene njege te kroz promatranje i razgovor sa bolesnikom i njegovom obitelji patronažna sestra detektira prisutne probleme i definira sestrinske dijagnoze, ciljeve i planira intervencije. Kod bolesnika su detektirani problemi: smanjena mogućnost brige o sebi (osobna higijena i odijevanje), visok rizik za pad, visok rizika za socijalnu izolaciju dok je kod njegovateljice uočen visok rizik za poteškoće u obavljanju uloge obiteljske njegovateljice.

Rasprava: Nakon prvotnog šoka i bolesnik i supruga uz podršku svoje djece brzo su svladali brojna znanja i vještine. Promijenili su životne navike i prilagodili životni prostor. Ostvarena je suradnja sa patronažnom sestrom, a bolesnik je ustrajno provodio preporučene vježbe te odlazio na tretmane kod logopeda. Posljedično moždanom udaru zaostaju samo usporeniji govor te slabost šake uz koje je bolesnik ostvario potpunu samostalnost što mu omogućava kvalitetan i ispunjen život.

Zaključak: Za oporavak bolesnika nakon incidenta kao što je moždani udar i za ponovnu integraciju u zajednicu, neophodna je suradnja bolesnika, njegove obitelji, patronažne sestre, ali i cijelog multidisciplinarnog tima koji sudjeluje u rehabilitaciji i habilitaciji bolesnika nakon moždanog udara.

Ključne riječi: moždani udar; patronažna skrb; zdravstvena njega u kući.

7. SUMMARY

Nursing Care of Patients with Stroke at Home

Objectives: The objective of the paper is to present a patient suffering from a stroke in his home through the process of health care.

Case report: The patient was born in 1958, he is retired, married, the father of two, and lives alone with his wife. After being hospitalized at the Neurology Clinic due to an ischemic stroke, he has been discharged 2 days ago. By inspecting the documentation, the nursing care discharge letter, and through observation and conversation with the patient and his family, the visiting nurse detects the present problems and defines the nursing diagnoses, goals and plans interventions. Detected problems in patient: reduced ability to take care of himself (personal hygiene and dressing), high risk of falling, high risk of social isolation, while a high risk of difficulties in performing the role of family caregiver was observed in the caregiver.

Discussion: After the initial shock, both the patient and his wife, with the support of their children, quickly mastered new knowledge and skills. They changed their lifestyle and adapted their living space. Cooperation with the visiting nurse was achieved, and the patient persistently carried out the recommended exercises and went to speech therapy. As a result, only slower speech and weakness of the hand lag behind the stroke, with which the patient has achieved complete independence, and which enables him to live a high-quality and fulfilling life.

Conclusion: For the recovery of a patient after an incident such as a stroke and for reintegration into the community, the cooperation of the patient, their family, the attending nurse, but also the entire multidisciplinary team that participates in the rehabilitation and habilitation of the patients after a stroke is necessary.

Keywords: stroke; outpatient care; health care at home.

8. LITERATURA

1. Kralj V. Hrvatski dan moždanog udara. 2021. Dostupno na: <https://www.hzjz.hr/aktualnosti/hrvatski-dan-mozdanog-udara-21-06-2022/>. Datum pristupa: 10.5.2022.
2. Telebuh M, Dašek M, Grozdek Čovčić G. Kvaliteta života osoba u subakutnoj i kroničnoj fazi oporavka nakon moždanog udara. 2018. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/215641>. Datum pristupa: 10.5.2022.
3. Demarin V, Sinanović O, Trkanjec Z. Neurovaskularne bolesti i moždani udar. U: Sinanović O, Trkanjec Z (ur): Neumotorni simptomi nakon moždanog udara. Zagreb: Medicinska naklada. 2015; 1-26.
4. Butković Soldo S, Titlić M. Neurologija. Osijek: Studio HS internet d.o.o.; 2012.
5. Bašić Kes V, Zavoreo I, Trkanjec Z, Supanc V, Breitenfeld T, Lovrenčić Huzjan A, i sur. Osuvremenjene smjernice za zbrinjavanje akutnog moždanog udara Hrvatskog društva za neurovaskularne poremećaje, Hrvatskog liječničkog zbora i Hrvatskog društva za moždani udar. Acta medica Croatica. 2019. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/218972>. Datum pristupa: 10.5.2022.
6. Ferro JM, Fonseca AC. Clinical features of acute stroke. U: Oxford Textbook of Stroke and Cerebrovascular Disease. Oxford University Press; 2014;85–93. Dostupno na: <http://oxfordmedicine.com/view/10.1093/med/9780199641208.001.0001/med9780199641208-chapter-8>. Datum pristupa: 10.5.2022.
7. Herpich F, Rincon F. Management of Acute Ischemic Stroke. Crit Care Med. 2020;48(11):1654-1663. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32947473/>. Datum pristupa: 7.5.2022.
8. Poljaković Z. Poraz antikoagulantne terapije u liječenju akutnoga ishemijskog moždanog udara? Medicus 2022;31(1):57-61. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/file/399847>. Datum pristupa: 7.5.2022.
9. Hrvatsko neurološko društvo. Smjernice za sistemsku intravensku trombolizu kod ishemijskog moždanog udara. 2019. Dostupno na: https://neuro-hr.org/Content/Documents/Tromboliza_2020.pdf. Datum pristupa: 7.5.2022.

10. Hrvatski liječnički zbor. MSD priručnik dijagnostike i terapije. Split: Placebo; 2014. Dostupno na: <http://www.mod-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/neurologija/mozdani-udar>. Datum pristupa: 7.5.2022.
11. Wojner-Alexander AW, Garami Z, Chernyshev OY, Alexandrov AV. Heads down: Flat positioning improves blood flow velocity in acute ischemic stroke. *Neurology* 2005;64:1354-7. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15851722/>. Datum pristupa: 8.5.2022.
12. Potter JF, Robinson TG, Ford GA i sur. Controlling hypertension and hypotension immediately poststroke (CHHIPS): a randomised, placebo-controlled, double-blind pilot trial. *Lancet Neurol.* 2009;8:48– 56. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19058760/>. Datum pristupa: 8.5.2022.
13. Kreisel SH, Berschin UM, Hammes HP, Leweling H, Bertsch T, Hennerici MG, Schwarz S. Pragmatic management of hyperglycaemia in acute ischaemic stroke: safety and feasibility of intensive intravenous insulin treatment. *Cerebrovasc Dis.* 2009;27:167–75. Dostupno na: <https://www.semanticscholar.org/paper/Pragmatic-Management-of-Hyperglycaemia-in-Acute-and-Kreisel-Berschin/1a812b3161e6b6a61bac87bfa4c04c701452281b>. Datum pristupa: 8.5.2022.
14. Saxena M, Young P, Pilcher D, i sur. Early temperature and mortality in critically ill patients with acute neurological diseases: trauma and stroke differ from infection. *Intensive Care Med.* 2015;41:823-32. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25643903/>. Datum pristupa: 7.5.2022.
15. Jauch EC, Saver JL, Adams HP Jr, i sur. American Heart Association Stroke Council; Council on Cardiovascular Nursing; Council on Peripheral Vascular Disease; Council on Clinical Cardiology. Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke.* 2013;44:870947. Dostupno na: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/STR.0b013e318284056a>. Datum pristupa: 10.5.2022.
16. Pugh JD, McCoy K, Williams AM, Bentley B, Monterosso L. Rapid evidence assessment of approaches to community neurological nursing care for people with neurological conditions post-discharge from acute care hospital. *Health Soc Care Community.* 2019; 27:43–54. Dostupno na: <https://www.mendeley.com/catalogue/4f6ad496-d5ad-3ead-80d2-d2f350797768/>. Datum pristupa: 23.8.2022.

17. Green TL, McNair ND, Hinkle JL, Middleton S, Miller ET, Perrin S, et al. Care of the Patient With Acute Ischemic Stroke (Posthyperacute and Prehospital Discharge): Update to 2009 Comprehensive Nursing Care Scientific Statement: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Stroke*. 2021;52:179–197. Dostupno na: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/STR.0000000000000357>. Datum pristupa: 23.8.2022.
18. Plank A, Mazzoni V, Cavada L. Becoming a caregiver: new family carers' experience during the transition from hospital to home. *J Clin Nurs*. 2012;21:2072–2082. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22672464/>. Datum pristupa: 10.5.2022.
19. Hafsteinsdóttir TB, Vergunst M, Lindeman E, Schuurmans M. Educational needs of patients with a stroke and their caregivers: a systematic review of the literature. *Patient Educ Couns*. 2011;85:14–25. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20869189/>. Datum pristupa: 05.05.2022.
20. King RB, Ainsworth CR, Ronen M, Hartke RJ. Stroke caregivers: pressing problems reported during the first months of caregiving. *J Neurosci Nurs*. 2010;42:302–311. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3064495/>. Datum pristupa: 06.05.2022.
21. King RB, Semik PE. Stroke caregiving: difficult times, resource use, and needs during the first 2 years. *J Gerontol Nurs*. 2006;32:37–44. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16615711/>. Datum pristupa: 05.05.2022.
22. Day CB, Bierhals CCBK, Santos NO, et al. Nursing home care educational intervention for family caregivers of older adults post stroke (SHARE): study protocol for a randomised trial. *Trials*. 2018;19:96. Dostupno na: <https://trialsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13063-018-2454-5#citeas>. Datum pristupa: 22.8.2022.
23. Katić M, Švab I. *Obiteljska medicina*. Zagreb: Alfa; 2013.
24. Fučkar G. *Proces zdravstvene njege*. Zagreb: Medicinski fakultet sveučilišta u Zagrebu; 2013.
25. Mrzljak V, Plužarić J, Žarković G, Ban D, Švarc S. *Smjernice za postupke u zdravstvenoj njezi bolesnika u kući*. Zagreb: Hrvatska komora medicinskih sestara, Udruga medicinskih sestara zdravstvene njege u kući; 2018.
26. Connolly, T, Mahoney, E. Stroke survivors' experiences transitioning from hospital to home. *J Clin Nurs*. 2018;27:3979–3987. Dostupno na: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.14563>. Datum pristupa: 22.8.2022.

27. Gittler M, Davis AM. Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery. JAMA. 2018;319(8):820–821. Dostupno na: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2673525>. Datum pristupa: 22.8.2022.