

PREDNOSTI PROCESA ZDRAVSTVENE NEGE PRI OBRAVNAVI BOLNIKA Z MOŽGANSKO KAPJO

Marjeta Furlan–Lipovec

UDK/UDC 616.831–005.1–083

DESKRIPTORJI: cerebrovaskularne motnje; nega bolnika

IZVLEČEK – *Namen sestavka je opozoriti medicinsko sestro na prednosti nove metode dela, se pravi procesa zdravstvene nege, pred staro, tradicionalno metodo negovanja bolnikov, ki jih je prizadela možganska kap. Poudarjena so pomembna spoznanja s področja psihologije, še zlasti starostnikov, in spoznanja o delovanju možganov. V sestavku je opisana predvsem prva faza procesa, se pravi zbiranje podatkov. Podanih je tudi nekaj konkretnih navodil za negovanje takšnih bolnikov.*

THE ADVANTAGES OF THE PROCESS OF NURSING IN THE CARE OF A PATIENT WITH A CEREBROVASCULAR INSULT

DESCRIPTORS: cerebrovascular disorders, nursing care

ABSTRACT – *The purpose of the present article is to point out the positive aspects of the new method of the organization of the work of a nurse, in comparison with the traditional method of the nursing care of patients with cerebrovascular insult. Stressed are the important findings from psychology of the elderly, and some new discoveries about brain functioning. The article presents mainly the first phase of the process, i.e. the gathering of data. Added are also some concrete instructions for the care of such patients.*

Možganska kap – grško apopleksija cerebri (apo – od, plessein – zadeti), latinsko insultus cerebrovascularis je žariščna motnja možganskih funkcij, ki nastane zaradi procesa na žilnem sistemu. Veliki in mali možgani so najbolje prekravljeni organ v našem telesu. Vanje prinašajo kri kar štiri dovodnice, ki se združijo v veliko kolateralno – Willisov krog. Ta anatomsko struktura kaže, da ta organ potrebuje za svoje nemoteno delo izjemno veliko kisika in glukoze, kar 25 odstotkov več kot drugi organi. Zato se vsak primanjkljaj odraža v motnjah funkcije. Možgani se nepopravljivo poškodujejo, če tri do pet minut ostanejo brez krvi.

Možganska kap prizadene človeka nenadoma. Navidez povsem zdrav človek nenadoma zboli in je povsem odvisen od tuje pomoči. Človek ponavadi omahne in izgubi zavest. Ko se mu zavest povrne, opazimo, da ena stran telesa ni samostojno gibljiva. Znaki te bolezni so odvisni od mesta poškodbe žile oziroma procesa na žili, ki določen predel možganov oskrbuje s krvjo. Pokažejo se znaki, ki v veliki meri zmanjšujejo bolnikovo sposobnost za samooskrbo. Znaki so najhuje izraženi v začetku. Kasneje, v nekaj dneh ali tednih, nekateri izginejo, nekateri se omilijo, nekateri pa ostanejo do konca življenja.

Zdravstvena nega lahko prav zaradi teh spoznanj veliko pripomore k okrevanju bolnika; dobra, individualno načrtovana nega vpliva na ostale zdrave celice v možganih, da prevzamejo določene naloge. Bolnik se znova uči sposobnosti, ki jih je izgubil zaradi kapi.

Če negujemo bolnika po tradicionalni metodi, potem se zadovoljimo s podatkom, da bo bolnik tri tedne nepokreten. Takšna zdravstvena nega je pravzaprav zelo preprosta. Bolnika moramo nahraniti, ga umiti, obračati, mu urediti posteljnino in omogočiti odvajanje. To opravljamo po vnaprej določenem urniku. Na ta način ne upoštevamo posebnosti posameznega bolnika. Ker vse opravljamo namesto bolnika, le-ta postaja čedalje bolj odvisen od tuje pomoči v fizičnem, psihičnem in socialnem smislu. To pa vsekakor ni in ne more biti cilj zdravstvene nege. Hkrati pa skoraj vso svojo intelektualno in fizično moč usmerimo v diagnostičnoterapevtski program, kjer je vloga medicinske sestre izražena le v sodelovanju z zdravnikom, ki je iniciator tega programa. Tako prihaja do nesmiselnih situacij, da postaja zdravstvena nega servisna služba zdravniku, bolnik pa ima od tega le posredno korist.

Naloge zdravstvene nege pa se bistveno spremenijo z uporabo nove metode dela, ki upošteva bolnika kot psihofizično in socialno celoto, ga obravnava individualno, sistematično in pri tem uporablja primerno dokumentacijo. Vse te naloge zahtevajo od medicinske sestre večjo zavzetost in več znanja. O prednostih te nove metode je bilo že veliko povedanega. Težave pa se pokažejo predvsem pri uvajanju le-te v prakso.

Pomembno je zbiranje podatkov, ki so pomembni za individualni načrt; na prvem mestu moramo omeniti opazovanje funkcij obolelih možganov, ki jih lahko primerjamo le s funkcijami zdravih.

Dolgo že vemo, da so veliki možgani razdeljeni na dve polovici, ki sta le navidez simetrični. V resnici pa so funkcije specifično lokalizirane v eni oziroma drugi polovici, ki ju med seboj povezuje v celoto prečnik (*corpus callosum*). Ta specifična lokalizacija centrov se imenuje lateralizacija. Desna polovica možganov sprejema dražljaje iz leve polovice telesa in jo nadzoruje. Leva ima enako funkcijo glede na desno stran telesa. Motnje teh funkcij so najosnovnejši podatek za zdravstveno nego in hkrati tudi problem ali diagnoza zdravstvene nege.

Desna polovica možganov je »nema«, kar pa seveda ne izključuje tihega govora (misli). V njej je lokalizirana sposobnost za obvladovanje prostora, prepoznavanje obrazov in drugih podob, za ustvarjalnost, intuitivno mišljenje in sposobnost sinteze.

Leva polovica možganov je »govoreča«. V tej so pri večini ljudi centri za govor. Leva polovica obvladuje logične miselne operacije in je analitična. Imenujemo jo tudi dominantna polovica.

Polovici pa se razlikujeta tudi glede na spol. Lateralizacija se namreč začne po rojstvu in se pri dečkih konča okrog šestega leta starosti, pri deklicah pa pri trinajstih letih. Prekrivanje obeh polovic se torej prej konča pri dečkih. Pomemben je tudi vpliv okolja, vendar je le-ta še slabo raziskan. Vemo pa, da se vzgoja dečkov povsod po svetu razlikuje od vzgoje deklic. Ne glede na to pa vemo, da imajo deklice manj težav pri branju, pisanju in računanju kot dečki. Dečki bolje obvladujejo vizualne, prostorske naloge (gibanje), pri matematiki pa trigonometrijo in geometrijo. Dečki so tudi bolj radovedni. Ta različnost pride do izraza prav pri poškodovanih možganih. Peter Russell (1) v svoji knjigi o možganih pravi, da je pri moških posledica poškodbe leve polovice možganov dosti hujša prizadetost govornih funkcij kot pri ženskah. Poškodba desne polovice pa povzroči dosti hujšo

prizadetost vizualno prostorskih funkcij. Pri tem je pri ženskah zveza med izgubljenimi funkcijami in poškodovanimi območji manj specifična.

Na drugem mestu so podatki, ki jih dobimo z negovalno anamnezo. Negovalna anamneza medicinski sestri osvetli način življenja bolnika pred prihodom v bolnišnico. Pridobi jo od bolnika samega in od njegovih svojcev. Pogovor s svojci je potreben tudi zato, ker včasih z bolnikom ni mogoče navezati verbalne komunikacije, včasih pa je v začetku še zmeden in neorientiran. Pogosto pa medicinski sestri pogovor s svojci razkrije odnose v družini, predvsem odnose svojcev do bolnika, ter materialne možnosti. Ti podatki so ji v veliko pomoč za pripravo bolnika na odpust iz bolnišnice.

Podatki o načinu življenja pripomorejo k realnejšemu postavljanju ciljev zdravstvene nege in s tem tudi realnejšemu načrtovanju. Bolniki, ki so pred kapjo sami solidno skrbeli za svoje telo in duha, ki so se zavedali pomembnosti skrbi za lastno zdravje, imajo namreč večjo možnost za hitrejše in boljše okrevanje. Zdravstvena nega jim pomeni le pomoč pri njihovi okrnjeni sposobnosti gibanja. Hitro se zavejo nujnosti aktivne vključitve v proces zdravljenja. Njihovi možgani so namreč vitalnejši in nepoškodovani deli lažje sprejmejo nove funkcije. Obratno velja za bolnike, ki so pred kapjo zanemarjali svoje zdravje. Niso urili telesa in še manj duha. Niso se zavedali skrbi za lastno zdravje in zato tega tudi niso počeli. Nemara so tudi veliko kadili, pogosto uživali alkohol, predvsem žgane pijače, in preveč jedli. Žal so to vse tudi pospeševalni dejavniki, ki so statistično dokazani. Pri skoraj vseh bolnikih z možgansko kapjo žal odkrijemo po enega ali tudi vse dejavnike tveganja. Taki bolniki predstavljajo za zdravstveno nego velik problem. Medicinska sestra jim mora ponuditi svoje znanje, voljo in moč. Problemi se ponavadi kažejo v hujši prizadetosti, v obilici simptomov, v nerazumevanju diagnostičnoterapevtskega programa. Predvsem ne razumejo nujnosti strogega ležanja. Ti bolniki niso pripravljeni aktivno sodelovati v procesu zdravljenja. Za motivacijo porabi medicinska sestra veliko časa, ta pa je prav v bolnišnici dobrina, ki nam je najbolj primanjkuje in je zato še bolj dragocena. V takih primerih medicinsko sestro čaka huda preizkušnja. Dopovedati jim je dolžna, da je bil njihov prejšnji način življenja zgrešen. Predstaviti jim mora možnosti za nov, boljši način življenja. Brez dobre in dovolj številčne kadrovske zasedbe in dobre organizacije dela ji seveda na tem nivoju ne bo uspelo uresničiti svojega poslanstva. Medicinska sestra takim bolnikom ponavadi ponudi pomoč pri izvajanju osnovnih življenjskih aktivnosti in še pri tem rajši opravi vse sama namesto njih, saj na tak način opravi več dela v enakem časovnem obdobju.

Na tretjem mestu so podatki, ki izvirajo iz bolnikovega trenutnega stanja. Ti se pojavljajo sproti, se spreminjajo in so lahko rezultat bodisi spreminjanja bolezenskega stanja ali pa rezultat ukrepov tako zdravstvene nege kot celotne zdravstvene oskrbe. Rezultate zdravstvene nege je zelo težko dokazati. Medicinska sestra namreč ni edina, ki pomaga bolniku, temveč je to zdravstveni tim, ki ga sestavljajo zdravniki, psiholog, logoped, medicinska sestra, fizioterapevt, delovni terapevt in socialni delavec. Pri izvajanju celotne zdravstvene oskrbe pa je prav medicinska sestra najdlje ob bolniku, praktično neprekinjeno 24 ur. Tako ima tudi največ možnosti, da pripomore k zgodnejšemu okrevanju. To naj bo zanj hkrati tudi velik izziv.

Medicinska sestra mora torej opazovati in spoznavati simptome, ki so vezani na poškodbo posamezne polovice možganov zato, da bo lahko bolniku strokovno pomagala, kolikor je v njeni moči, in to čimprej.

Pomembnejši simptomi prizadete leve polovice možganov:

- desna hemiplegija ali pareza,
- desna homonimna hemianopsija,
- afazija (motorna – pomanjkanje sposobnosti slišnega govora, senzorna – pomanjkanje sposobnosti izbire pravih besed),
- agrafija (frustracija, depresija, nesposobnost razlikovanja med levo in desno).

Pomembnejši simptomi prizadete desne polovice možganov:

- leva hemiplegija ali pareza,
- leva homonimna hemianopsija,
- nesposobnost spoznavanja obrazov, tako domačih kot tudi zdravstvenega osebja,
- spremenjenost v kognitivnih procesih (zmanjšanje koncentracije, zmanjšanje sposobnosti presoje, skrajšan čas pozornosti),
- zmanjšana sposobnost oblačenja, umivanja, česanja itn. leve strani telesa,
- bolnik se zlahka izgubi,
- bolnik ne zna paziti nase.

Iz navedenega je razvidno, da bolnik potrebuje več psihične kot fizične opore. V svojem članku *Vživiljanje v bolnikove potrebe* sem navedla primer psihične podpore hemiplegikom v zvezi z gibanjem. Tu gre za miselno naravnost. Bolnikom s hemiplegijo ne smemo dovoliti miselne naravnosti »ne morem se gibati«. Nasprotno pa jim bo miselna naravnost »moram in morem se gibati« v veliko pomoč. Bolje bodo sodelovali v vajah razgibavanja, boljše in aktivnejše se bodo vključevali v postopke zdravstvene nege. Hkrati pa psihično podporo razumemo tudi kot ponovno učenje posameznih izgubljenih funkcij, kot so: izguba sposobnosti govora, branja, pisanja, oblačenja, orientacije v prostoru, prepoznavanja obrazov itn. S pravilnim, obzirnim in vztrajnim vnašanjem tako slušnih kot vidnih informacij z demonstracijami dosežemo, da možgani nazadnje nanje reagirajo, podatke vskladiščijo in uporabijo za miselno dejavnost in za sprožitev impulzov do izvrševalcev – mišic.

Nekaj osnovnih navodil za izvajanje zdravstvene nege glede na mesto poškodbe

Poškodba v levi polovici:

- Z bolnikom govorimo normalno, sproščeno, primerno glasno.
- Izogibamo se kričanju in govorjenju daleč od njegove postelje.
- Vedno govorimo na bolnikovi levi strani.
- Uporabljamo kratke, preproste stavke in vprašanja z možnostjo odgovora le z da ali ne.
- Bolnika vedno spodbujamo k spontanemu govoru, ga ne priganjamo.
- Za sporočila uporabljamo mimiko in geste.
- Opazujemo bolnikove neverbalne reakcije.

- Pomagamo svojcem spoznati bolnikove motnje in možnosti za sporazumevanje.
- Vse bolnikove pripomočke namestimo na njegovo desno stran, da jih doseže z levo roko.
- Za varnost namestimo ograjico na bolnikovo desno stran.

Poškodba v desni polovici

- Zmanjšamo motnje iz okolja (hrup, frekvenco zdravstvenega osebja).
- Pri bolniku naj se hkrati zadržuje le ena oseba.
- Okrog postelje se gibljemo počasi in ne povzročamo hrupa.
- Vse vidne informacije oblikujemo tudi v slušne.
- Ponavljamo imena stvari, ki se jih dotikamo mi ali bolnik.
- Naloge razdelimo na krajše faze.
- Pomagamo bolniku pri oblačenju in orientiranju.
- Ne precenjujemo bolnikovih sposobnosti koncentracije, pozornosti in presojanja.
- Vključujemo bolnikove bližnje v nego, pojasnimo jim njegove motnje.
- Namestimo pripomočke, ki jih uporablja, na njegovo levo stran.
- Ograjico namestimo na bolnikovo levo stran.

Medicinska sestra naj pri presoji in obravnavi bolnika z možgansko kapjo upošteva tudi to, da jih je večina starostnikov. Starost, tako kot mladost, ima sama po sebi nekaj splošnih značilnosti. Te izvirajo predvsem iz sposobnosti možganov za sprejemanje dražljajev in primerne ter pravočasne reakcije nanje. Pri tem zagotovo velja, da možgani, ki so deležni bogatih in raznovrstnih spodbud, ostajajo dolgo časa elastični in se razvijajo in rastejo vse življenje, tudi v starosti. S primerno vadbo in prehrano dobivajo dovolj kisika in glukoze. Zato lahko rečemo, da smo toliko mladi, kolikor so mladi naši možgani. Zelo ustvarjalni ljudje ponavadi ostanejo ustvarjalni do pozne starosti.

Na splošno pa vendar lahko rečemo, da se pri starih ljudeh spremeni psihomotorna spretnost. To je koordinacija gibov, hitrost in spretnost prstov, reakcijski čas in stopnja vzdržljivosti oziroma moči. Pešati pričneta tudi vid in sluh. Na sploh velja, da so starejši ljudje počasni in nespretni. Najbrž pa so le bolj preudarni in previdni in se zato na dražljaj odzovejo počasneje.

V starosti prične pešati spomin, če sodimo po dejstvu, da stari ljudje bolje pomnijo dogodke iz mladosti kot dogodke iz bližnje preteklosti. Peter Russell (1) pravi, da tiči vzrok verjetno v tem, da si možgani bolje zapomnijo reči, ki so še posebej izrazite; v mladosti pa se zgodi veliko več novega, nenavadnega in izrazitega kot pozneje v življenju in te posebne dogodke si tudi zapomnimo.

V starosti se spremeni tudi družbena vloga človeka. Predvsem nastopi čas upokojitve in spremenjenih vlog. Stari ljudje živijo bolj sami in imajo manj nalog in odgovornosti. Ta značilnost ni več v toliki meri vezana na človekov prejšnji način življenja, temveč je rezultat nujnih sprememb zaradi odraščanja ali preselitve otrok. Lahko je to tudi rezultat žalostnih dogodkov, kot so smrt partnerja, otroka ali bolezen in invalidnost. Osamljenost je lahko huda nadloga za stare ljudi. To se še kako odraža ravno pri bolnikih z možgansko kapjo. Vpliv svojcev, zakonca ali otrok je pri motivaciji za hitrejše in boljše okrevanje izredno velik. Tega naj medicinska sestra s pridom uporabi. Svoje povabi, naj se vključijo v preproste

postopke zdravstvene nege, kolikor le morejo. Na ta način bodo svojega bližnjega lahko bolje spoznali in, kar je pomembnejše, med njimi se ne bo pretrgala čustvena vez, kljub temu, da bo bolnik ostal v bolnišnici najmanj pet tednov.

Splošen problem predstavlja tudi nepoznavanje in iz njega izvirajoče podcenjevanje starih ljudi. Medicinske sestre seveda pri tem nismo izjeme. Vse preveč govorimo in pišemo le o tem, kaj naj bi stari ljudje počeli, jedli in kako naj bi se negovali, ko zbolijo. Ne lotimo pa se pravih problemov, ki morda to celo niso, če le spoznamo, kaj staranje je in se zavemo, da ima to obdobje prav tako svoje lepe in grde strani, tako kot vsako drugo obdobje. Mlade medicinske sestre lahko ravno pri negovanju bolnikov z možgansko kapjo zaradi predsodkov obravnavajo stare ljudi – bolnike podcenjevalno, pomilovalno in pokroviteljsko, včasih celo odklonilno zaradi slabih izkušenj z lastnimi starši ali starejšimi sorodniki. Tu pomaga le strokovnost, se pravi poznavanje značilnosti starih ljudi, in pa zavest o tem, da se bodo hočeš nočeš postarale tudi same.

Sklep

V čem je torej prednost te nove metode? Predvsem v tem, da nas sili v dobro in natančno opazovanje in spoznavanje varovanca in iz tega izhajajočo natančno opredelitev problema zdravstvene nege. To nas hkrati primora tudi k večji strokovnosti, ki jo lahko dosežemo z dodatnim izobraževanjem in izpopolnjevanjem. Tradicionalna metoda nas namreč res ne more več poklicno zadovoljiti, saj nam ne nudi zadovoljstva ustvarjalnosti. Omogoča nam le, da izvajamo postopke po naročilu drugih, predvsem zdravnika. Če torej želimo biti ustvarjalni in zadovoljni v svojem poklicu, ne oklevajmo. Lotimo se nalog za začetek procesa zdravstvene nege tam, kjer tega še nismo storili, in nalog za izboljšanje le-tega tam, kjer smo ga že uvedli.

Literatura

1. Russell P. Knjiga o možganih. Ljubljana: Državna založba Slovenije, 1986: 24–67, 165.
2. Chusid JG. Korelativna nevroanatomija: funkcionalna nevrologija. 16. izd. Beograd: Savremena administracija 1979: 1–27.
3. McFarlane C, Llandof B, Castledine G. A guide to the practice of nursing using the nursing proces. London: Mosby, 1982: 13–29.
4. Norman S. Diagnostic categories for the patient with a right hemisfere lesion. Am J Nurs 1979; 79: 2126–34.
5. Požarnik H. Umetnost staranja. Ljubljana: Cankarjeva založba, 1981.
6. Radojičić B. Klinička nevrologija. 7. izd. Beograd Medicina danas, 1983; 409–429.
7. Wallhagen MI. The split brain: implications for care and rehabilitation. Am J Nurs 1979; 79: 2126–34.