DOM POMOCY SPOŁECZNEJ JAKO MIEJSCE POBYTU PACJENTA Z MÓZGOWYM PORAŻENIEM DZIECIĘCYM – OPIS PRZYPADKU

NURSING HOME AS A PLACE OF RESIDENCE FOR A PATIENT WITH A CEREBRAL PALSY – CASE STUDY

Małgorzata Ratajczyk[1], Luiza Mendyka[2], Beata Bajurna[3]

[1] Pielęgniarka opieki długoterminowej – Dom Pomocy Społecznej w Chwałkowie
[2] Instytut Zdrowia i Kultury Fizycznej
Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Jana Komeńskiego w Lesznie
[3] Katedra i Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

STRESZCZENIE

Wprowadzenie. Dom pomocy społecznej przeznaczony jest dla osób niepełnosprawnych intelektualnie. To miejsce, w którym zaspokajane są potrzeby zdrowotne, bytowe i edukacyjne podopiecznych. Osoby z mózgowym porażeniem dziecięcym mają takie same potrzeby co ludzie zdrowi. Pielęgnowanie i usprawnianie pacjentów z MPD jest procesem długotrwałym i wymaga ogromnego wysiłku ze strony personelu. Właściwa opieka, pielęgnacja, rehabilitacja zapobiegają powikłaniom, poprawiają stan zdrowia podopiecznych oraz stan psychiczny. Praca pielęgniarki z osobami z MPD bywa trudna. Ważnym elementem, który nadaje sens jej działaniu w domu pomocy społecznej, jest zadowolenie podopiecznych. Kompleksowe zaangażowanie całego zespołu opiekuńczo-terapeutycznego powinno znacznie poprawić jakość życia pacjentów w DPS, gdyż jest to miejsce, w którym podopieczni spędzają wiele lat, a nawet całe swoje życie.

Cel. Celem pracy jest przedstawienie na podstawie indywidualnego przypadku problemów pielęgnacyjnych u pacjenta dorosłego z mózgowym porażeniem dziecięcym w domu pomocy społecznej.

Materiał i metoda. Badaniem objęta została pacjentka z mózgowym porażeniem dziecięcym: kobieta w wieku 39 lat, mieszkanka Domu Pomocy Społecznej w Chwałkowie. W pracy zastosowano metodę indywidualnego przypadku. W tym celu wykorzystano techniki badawcze: analizę dokumentów, wywiad, obserwację pielęgniarską.

Wnioski. Instytucja domu pomocy społecznej odgrywa istotną rolę w realizowaniu potrzeb osób niepełnosprawnych. Pacjentka została objęta kompleksową opieką całego zespołu opiekuńczo-terapeutycznego. W wyniku podjętych działań pielęgniarskich, poprzez akceptację, wsparcie psychiczne oraz zaspokajanie potrzeb fizjologicznych, osiągnięto cele na zaplanowanym poziomie. Indywidualne podejście do osoby dorosłej z MPD oraz właściwe rozpoznanie problemów stanu bio-psycho-społecznego pozwala na zapewnienie ciągłej opieki, pielęgnacji, rehabilitacji i leczenia.

SŁOWA KLUCZOWE: dom pomocy społecznej, mózgowe porażenie dziecięce, opis przypadku.

ABSTRACT

Introduction. A nursing home is designed for people with intellectual disabilities. It is a place where healthcare, household and educational needs of the occupants are met. People with cerebral palsy have the same needs as healthy people. Nurturing and improving patients with CP is a long-term process and requires a huge effort from the staff. Proper care, nourishment, rehabilitation, prevent complications and improve the health condition and mental state. Working with people with CP is sometimes difficult for the nurses. An important element, which gives working in the nursing home the meaning, is charge's satisfaction. The comprehensive involvement of the entire therapeutic and educational team should greatly improve the quality of nursing home patients' lives, as this is a place where residents spend a number of years, and even their entire lives.

Aim. The aim of the present work is to present problems related to care of an adult patient with cerebral palsy at the nursing home, based on the individual case description.

Material and method. A patient with cerebral palsy was a subject for the test. The female was a 39 year-old resident of a nursing home in Chwałkowo. In this study an individual case method was used. For that the following research techniques were used: the analysis of documents, an interview, and observations by nurses.

Conclusions. The institution of nursing home plays an important role in meeting the needs of people with disabilities. The patient was provided the comprehensive care by the entire therapeutic and educational team. As a result of the actions taken by nurses, the planned objectives were achieved through the acceptance, support, and satisfying patient's physiological needs. An individual approach to the adult person with CP, and the proper diagnosis of bio-psycho-social state problems enable to provide continuous care, nurturing, rehabilitation and treatment.

KEYWORDS: nursing home, cerebral palsy, a case study.

Wprowadzenie

Każdego dnia wokół nas spotykamy osoby niepełnosprawne fizycznie i intelektualnie. Nie wszyscy wiemy, jak mamy się wtedy zachować. Osoby z mózgowym porażeniem dziecięcym mają te same potrzeby co ludzie zdrowi. Może to wydać się nieprawdziwe, szczególnie w przypadku głęboko upośledzonych umysłowo, u których dostrzegamy i najchętniej zaspokajamy jedynie potrzeby fizjologiczne. Uważamy, że żyją one w bardzo ograniczonym świecie. Jednak osoby te mają potrzeby wyższego rzędu, ale trudno im je wyrazić. Szukają oparcia w opiekunie, pragną miłości i szacunku, chcą być akceptowane takimi, jakimi są, interesują się najbliższym otoczeniem, są wrażliwe na przyjemne bodźce estetyczne. Każda osoba z MPD jest niepowtarzalnym człowiekiem, mającym indywidualne uczucia i reakcje, jak również wspomniane potrzeby psychiczne, inny jest tylko poziom ich występowania i sposób zaspokajania. Oceny zadowolenia z życia są zróżnicowanie w zależności od stopnia niepełnosprawności. Im większa niepełnosprawność fizyczna osób z MPD, tym niższy jest wskaźnik oceny poziomu jakości życia [1].

Personel domu pomocy społecznej ma ogromny wpływ na jakość życia podopiecznych, w tym osób z MPD. W miarę możliwości stara się zaspokajać wszystkie ich potrzeby. Wymaga to większego skupienia, uwagi poświęconej mieszkańcowi, więcej czasu, pomocy, cierpliwości, wyrozumiałości ze strony personelu. Na szczególną uwagę zasługują pielęgniarki pracujące w domach pomocy społecznej dla osób fizycznie i intelektualnie niepełnosprawnych. Podopieczni w tych placówkach spędzają wiele lat, a nawet całe swoje życie. Wtedy pielęgniarka staje się w ciągu miesięcy i lat świadkiem nie poprawy zdrowia, ale również jego degradacji. Praca pielęgniarki z osobami z MPD bywa trudna. Ważnym elementem, który nadaje sens pracy pielęgniarki w domu pomocy społecznej, jest zadowolenie podopiecznych [1].

Leczenie pacjentów z MPD wymaga działań z zakresu różnych dyscyplin. Pojęcie mózgowego porażenia dziecięcego opisuje grupę trwałych zaburzeń rozwoju ruchu i postawy, powodujących ograniczenie czynności, które przypisuje się niepostępującym zakłóceniom, pojawiającym się w rozwoju mózgu płodu lub niemowlęcia. Zaburzeniom motoryki w MPD często towarzyszą zaburzenia czucia, percepcji, poznania, porozumiewania się i zachowania, epilepsja oraz wtórne problemy mięśniowo-szkieletowe [2].

Dom Pomocy Społecznej w Chwałkowie istnieje od 1958 roku i przeznaczony jest dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie. Posiada 82 miejsca dla kobiet i mężczyzn. Jest jednostką organizacyjną powiatu gostyńskiego, działającą w formie jednostki budżetowej. Celem Domu Pomocy Społecznej jest zapewnienie mieszkańcom całodobowej opieki oraz zaspokajanie podstawowych potrzeb bytowych, zdrowotnych, edukacyjnych, a także podjęcie działań zmierzających do usamodzielniania podopiecznych w miarę ich możliwości i według obowiązujących standardów. W placówce działa zespół opiekuńczo-terapeutyczny. Dom prowadzi terapię i rehabilitację w pracowniach na swoim terenie [3].

W Domu Pomocy Społecznej w Chwałkowie prowadzone są różne formy rehabilitacji podopiecznych. Aktywizacja mieszkańców w życiu codziennym wyrabia samodzielność życiową, rozwija różne zainteresowania, niweluje agresję, zapewnia poczucie bezpieczeństwa, a także pozwala zlikwidować nudę i jednostajny tryb życia. Formy zajęć terapeutycznych są dostosowane do preferencji i możliwości podopiecznych.

Osoby z MPD biorą również udział w zajęciach w sali doznań wizualno-dźwiękowych i relaksacji, w której za pomocą odpowiednich bodźców, takich jak muzyka i światło, oddziałuje się na zmysł wzroku i słuchu. Zajęcia te mają na celu zapewnić mieszkańcowi odprężenie, znieść stany agresji, niepokoju ruchowego, lęku, działają rozluźniająco, relaksująco, poprawiają samopoczucie. Oddziaływanie światłem i muzyką ma korzystny wpływ na poprawienie koordynacji wzrokowo-słuchowej, a tym samym poprawienie ogólnego funkcjonowania organizmu.

Systematyczne stosowanie ww. metod daje znaczące i zadowalające efekty w procesie rehabilitacji mieszkańców DPS w Chwałkowie.

Znaczącą rolę w procesie realizowania potrzeb mieszkańców DPS w Chwałkowie odgrywa pielęgniarka. Świadczenia pielęgniarskie w tutejszym domu realizowane są na zasadzie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia w ramach pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej, na podstawie Zarządzenia Nr 87/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 18 grudnia 2013 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej. Opieką pielęgniarską objęci są pacjenci, który uzyskali od 0 do 40 punktów w skali Barthel. Obecnie objętych świadczeniami pielęgniarskimi w ramach opieki długoterminowej domowej jest 37 pacjentów (ze względu na limit w kontrakcie z NFZ). Pozostali podopieczni (jest ich większość) objęci są także opieką pielęgniarską w ramach zawartego Porozumienia z Dyrektorem Domu Pomocy Społecznej [4].

Pielęgniarska opieka długoterminowa jest to opieka nad przewlekle chorymi przebywającymi w domu, niewymagającymi hospitalizacji na oddziałach lecznictwa

stacjonarnego, natomiast wymagającymi ze względu na istniejące u nich problemy zdrowotne systematycznej i intensywnej opieki pielęgniarskiej udzielanej w warunkach domowych. Głównym celem opieki długoterminowej jest zapewnienie świadczeń pielęgniarskich pacjentom przewlekle chorym w domu i przygotowanie chorego do samoopieki i samopielęgnacji. Pielęgniarka opieki długoterminowej ściśle współpracuje z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarką środowiskową, pracownikiem socjalnym, fizjoterapeutą, rodziną i opiekunem [5, 6].

W pracy pielęgniarskiej w DPS ważnym elementem jest dostrzeganie i zaspokajanie potrzeb bio-psycho-społecznych pacjenta. Realizacja wszystkich funkcji zawodowych pielęgniarki jest podstawowym elementem pracy z podopiecznymi. Pierwsza funkcja – edukacyjna – połączona z promocją zdrowia jest jedną z najważniejszych funkcji wchodzących w zakres kompetencji pracy pielęgniarki. Kształtowanie prawidłowych zachowań zdrowotnych i odpowiedzialności za własne zdrowie oraz przygotowanie do współpracy w procesie pielęgnowania stanowią podstawę w budowaniu pozytywnych postaw i zachowań mieszkańców. Bardzo ważna jest również funkcja profilaktyczna, polegająca m.in. na ograniczeniu zagrożeń upadkami, wypadkami, uszkodzeniami. Natomiast funkcja terapeutyczna realizowana jest poprzez współpracę ze specjalistami w procesie diagnozowania i terapii. Pielęgniarki DPS biorą udział w prowadzeniu ćwiczeń biernych, czynnych, oddechowych, współpracują z rehabilitantem. Realizują zatem funkcję rehabilitacyjną, pomagając także w akceptacji zmienionej chorobą sytuacji życiowej. Silnie wyeksponowane są funkcje pielęgnacyjno-opiekuńcze, a więc czynności pielęgnacyjne wykonywane w celu zaspokojenia potrzeb życiowych podopiecznych [5]. Personel pielęgniarski bierze czynny udział w procesie diagnozowania, leczenia, pielęgnowania i rehabilitacji. Ściśle współpracuje z zespołem opiekuńczo-terapeutycznym. Opieka nad pacjentem z MPD wymaga od personelu pielęgniarskiego wszechstronnej wiedzy dotyczącej tej choroby w celu realizowania potrzeb podopiecznych domu.

Cel pracy

Celem pracy jest przedstawienie na podstawie indywidualnego przypadku problemów pielęgnacyjnych u pacjenta dorosłego z mózgowym porażeniem dziecięcym w domu pomocy społecznej.

Materiał i metoda

Badaniem objęta została pacjentka z mózgowym porażeniem dziecięcym: kobieta 39 lat, mieszkanka Domu Pomocy Społecznej w Chwałkowie. W pracy zastosowano metodę indywidualnego przypadku. W tym celu wykorzystano techniki badawcze: analizę dokumentów, wywiad, obserwację pielęgniarską.

Opis przypadku

Kobieta, lat 39, została przyjęta do DPS w 1980 roku. Na podstawie przeprowadzonego postępowania diagnostycznego stwierdzono u niej rozwój funkcji intelektualnych na poziomie upośledzenia umysłowego w stopniu głębokim i niedowład spastyczny czterokończynowy, co jest konsekwencją mózgowego porażenia dziecięcego. Przybyła do DPS jako pięcioletnie dziecko, toteż placówka ta stanowi jedyną znaną jej rzeczywistość. Rodzina utrzymuje z nią kontakt sporadyczny, 2–3 razy w roku.

Nie może samodzielnie poruszać się, dlatego jej świat najczęściej ogranicza się do pokoju, w którym mieszka. Należy do mieszkanek leżących i z tego powodu nie zaspokaja większości pojawiających się u niej potrzeb życiowych. Wszystkie czynności samoobsługowe wykonują za nią osoby z opiekującego się personelu. Ma kłopoty z przemieszczaniem się, nawet w obrębie własnego łóżka. Nie potrafi obrócić się na bok, zmienić pozycji ciała. Procesy manipulacyjne są również znacznie zaburzone, nie potrafi chwycić przedmiotu. Obserwuje się stan wzmożonego napięcia mięśniowego, sztywność ciała i przykurcze mięśniowe. Niekiedy sztywność mięśni jest tak bardzo nasilona, że na twarzy podopiecznej pojawia się grymas, płacze, jest niespokojna. Przyjmuje odgięciową pozycję ciała, krzyżuje kończyny dolne. Zaobserwowano również postępującą skoliozę kręgosłupa. Nie sygnalizuje potrzeb fizjologicznych. Wymaga zakładania pieluchomajtek. Bardzo duże problemy występują przy spożywaniu posiłków, odchyla głowę do tyłu, często krztusi się. Występują również zaburzenia połykania. Istotnym problemem są zaparcia. Kontakt jest bardzo ograniczony, podopieczna nie mówi, wypowiada jedynie pojedyncze sylaby. Niekiedy z otoczeniem usiłuje porozumiewać się za pośrednictwem nieartykułowanych dźwięków, jakkolwiek jej intencje potrafią rozpoznać te osoby z personelu, które opiekują się nią od wielu lat. Na przyjemne bodźce ze świata zewnętrznego reaguje uśmiechem, uniesieniem delikatnym głowy i rąk. Natomiast wszelkie gwałtowne zmiany w jej otoczeniu powodują u niej pojawianie się niepokoju, co komunikuje krzykiem, często pojawiają się wtedy również objawy wegetatywne, takie jak: podwyższona temperatura ciała, obfite poty czy nawet wymioty. Stosunkowo dobrze rozwinięta jest u niej sfera funkcjonowania społecznego. Śmieje się na widok znanych jej osób, choć trzeba zauważyć, że przywiązuje się raczej do stałych opiekunów. Generalnie lubi spokój wokół siebie. U podopiecznej można

zauważyć opóźnienie rozwoju fizycznego. Świadczy o tym niska masa ciała – 30 kg i niski wzrost – 140 cm, w stosunku do wieku.

Aktualne problemy pielęgnacyjne

Problem 1:
Trudności w przyjmowaniu pokarmu i ryzyko zachłyśnięcia w następstwie zaburzeń gryzienia, żucia, połykania.

Cele opieki:
- zmniejszenie trudności w przyjmowaniu posiłków,
- zapobieganie zachłyśnięciu.

Plan działania:
- zastosowanie odpowiedniej pozycji ułożeniowej: pozycja półsiedząca z podparciem pod ramiona i plecy, zapobieganie odchylaniu głowy do tyłu,
- zapewnienie warunków intymności – spokój, cisza,
- zastosowanie odpowiedniej techniki podaży pokarmu zależnie od istniejących trudności,
- dostosowanie konsystencji pokarmu w zależności od trudności (rozdrobniony, zmiksowany),
- dbanie o estetykę i temperaturę posiłków,
- utrzymywanie kontaktu wzrokowego z pacjentem,
- wygospodarowanie wystarczającej ilości czasu: nie ponaglać pacjenta, nie pokazywać poirytowania z powodu nieporadnego i powolnego jedzenia,
- nakłanianie chorego, żeby gryzł i żuł pokarm powoli,
- wykonanie toalety jamy ustnej po każdym posiłku: pozostałości pokarmu mogą zostać zaaspirowane do dróg oddechowych,
- udzielanie choremu pierwszej pomocy w razie zakrztuszenia, zadławienia: nakłanianie do kaszlu, wykonanie pięciu uderzeń w okolicę pomiędzy łopatkami,
- współpracowanie z logopedą w celu prowadzenia ćwiczeń kontroli żuchwy.

Ocena działania: w wyniku zrealizowania zaplanowanych działań pielęgniarskich osiągnięto następujące cele:
- zminimalizowano u podopiecznej trudności w przyjmowaniu pokarmu,
- chora nie krztusi się, przeżuwa pokarm, lepiej połyka.

Problem 2:
Trudności w utrzymaniu prawidłowej postawy ciała wynikające z zaburzeń ośrodkowego układu nerwowego.

Cel opieki: zminimalizowanie trudności i korygowanie błędów, zapobieganie nieprawidłowej pozycji ciała.

Plan działania:
- stosowanie technik pozycyjnych dostosowanych do możliwości ruchowych pacjenta zgodnie ze wzorcem: pozycja probacyjna (na brzuchu), pozycja supinacyjna (na plecach), leżenie na boku, pozycja siedząca (wysadzanie na wózek inwalidzki),
- podczas każdej czynności pielęgnacyjnej (karmienie, ubieranie) wykonywanie prostych zabiegów usprawniających i korygujących nieprawidłowe ustawienie kończyn,
- zastosowanie klinów, wałków rehabilitacyjnych, poduszek itp.,
- pionizowanie pacjenta na sprzęcie rehabilitacyjnym,
- stosowanie ćwiczeń biernych.

Ocena działania: w wyniku zrealizowania zaplanowanych działań pielęgniarskich u podopiecznej wystąpiła minimalna poprawa w utrzymaniu prawidłowej pozycji ciała, w pozycji na plecach w mniejszym stopniu wygina swe ciało w prawą stronę, nadal krzyżuje kończyny dolne.

Problem 3:
Przykurcze kończyn, deformacja ciała i zaniki mięśniowe spowodowane wzmożoną spastycznością.

Cele opieki:
- profilaktyka przykurczów i dalszej deformacji ciała,
- zmniejszenie spastyczności.

Plan działania:
- zastosowanie ułożenia przeciwspastycznego (najlepiej na łóżku zautomatyzowanym i wielopozycyjnym),
- ułożenie najlepiej na boku, w obrębie którego wzmożone napięcie mięśniowe jest mniej nasilone,
- ułożenie na brzuchu – długotrwałe leżenie na plecach nasila spastyczność mięśni grzbietowych,
- umieszczenie między kolanami poduszki, wałka w przypadku, gdy występuje tendencja do rotacji wewnętrznej stawów kolanowych i biodrowych,
- wykonywanie zleconych zabiegów zmniejszających napięcie mięśni, np. masażów, ciepłych kąpieli, hydromasażów czy okładów z lodu,
- eliminowanie dodatkowych czynników wzmagających spastyczność, np. odleżyn, stresu,
- prowadzenie rehabilitacji przyłóżkowej: ćwiczeń biernych uwzględniających zakres ruchów w poszczególnych stawach kończyn górnych i dolnych, częsta, co dwie godziny, zmiana pozycji ułożeniowej,
- prowadzenie ćwiczeń manualnych kończyn górnych – podawanie do rąk różnego rodzaju przedmiotów, zabawek,
- współudział w rehabilitacji ruchowej pacjenta, np. ćwiczenia na materacu,
- podawanie leków przeciwspastycznych na zlecenie lekarza.

Ocena działania: w wyniku zrealizowania zaplanowanych działań pielęgniarskich osiągnięto następujące cele:

- przy systematycznych i ciągłych zabiegach zmniejszyła się minimalnie spastyka mięśni, lecz przykurcze w stawach kończyn pozostały,
- mimo nauki chwytania różnych przedmiotów podopieczna nie potrafi utrzymać niczego w dłoni. Cel nie został osiągnięty; cel długoterminowy.

Problem 4:
Niska masa ciała spowodowana trudnościami w przyjmowaniu pokarmu.

Cel opieki: zapewnienie optymalnej podaży pokarmów i płynów, zapobieganie niedożywieniu.

Plan działania:

- ogólna ocena stanu odżywienia i nawodnienia chorego,
- określenie zapotrzebowania kalorycznego (ilościowego i jakościowego): pokarmy wysokokaloryczne w mniejszych ilościach i częściej – pięć posiłków na dobę,
- kontrolowanie masy ciała raz w tygodniu – obliczanie wskaźnika BMI,
- zapewnienie komfortu fizycznego i psychicznego podczas spożywania posiłków (odpowiednia pozycja, cisza, spokój),
- wspomaganie pacjenta w przyjmowaniu posiłków – zachęcanie do jedzenia powoli,
- niewywieranie presji czasowej – ponaglanie stanowi czynnik stresowy,
- zapobieganie krztuszeniu się pokarmem podczas jedzenia (odpowiednia pozycja ułożeniowa),
- zapobieganie spastyczności (zabiegi rozluźniające).

Ocena działania: w wyniku zrealizowania zaplanowanych działań pielęgniarskich nastąpił niewielki przyrost masy ciała – 1 kg; cel długoterminowy.

Problem 5:
Uporczywe zaparcia spowodowane brakiem aktywności ruchowej.

Cele opieki:

- przywrócenie prawidłowej perystaltyki jelit,
- zmniejszenie dyskomfortu pacjenta.

Plan działania:

- rozpoznanie charakteru zaburzeń oddawania stolca,
- prowadzenia karty wypróżnień,
- wykonywanie zabiegów poprawiających perystaltykę jelit, np. masażu brzucha rano i wieczorem, ciepłych okładów na powłoki brzuszne godzinę po jedzeniu (należy zachować ostrożność, wszelkie zmiany zapalne w jamie brzusznej, krwawienia są przeciwwskazaniem do tych zabiegów),
- zmodyfikowanie diety stymulującej perystaltykę jelitową – duża zawartość błonnika, zwiększona podaż płynów – około 2 l na dobę, produkty zawierające żywe kultury bakterii (kefir, jogurt),
- podawanie środków zmiękczających stolec na zlecenie lekarza, np. laktulozy,
- podawanie środków wspomagających wypróżnianie w sytuacjach uporczywych zaparć na zlecenie lekarza, np. czopków glicerynowych, bisakodylu, wykonanie wlewu przeczyszczającego,
- zwiększenie aktywności ruchowej pacjenta poprzez częstą zmianę pozycji w łóżku, sadzanie na wózek czy pionizowanie na sprzęcie rehabilitacyjnym,
- zapobieganie wzdęciom brzucha – podawanie na zlecenie lekarza środków farmakologicznych, np. Espumisanu,
- zabezpieczenie miejsc intymnych przed zanieczyszczeniem – pieluchomajtki, utrzymanie w czystości okolic krocza.

Ocena działania: w wyniku zrealizowania zaplanowanych działań pielęgniarskich osiągnięto następujące cele:

- poprawiła się perystaltyka jelit, wypróżnienia stały się bardziej regularne,
- środki wspomagające wypróżnienie, np. bisakodyl, stosowane są rzadziej,
- zmniejszył się dyskomfort pacjenta z powodu zaparć.

Problem 6:
Ból spowodowany sztywnością mięśni oraz nieprawidłową postawą ciała.

Cel opieki: zmniejszenie nasilenia bólu.

Plan działania:

- ocena bólu pod kątem przyczyn, charakteru, czasu trwania, nasilenia,
- zmiana pozycji ciała, przyjęcie pozycji przynoszącej ulgę,
- zastosowanie niefarmakologicznych metod łagodzenia bólu, np. ciepła lub zimna miejscowo, ciepłych kąpieli, masażów, okładów na bolące miejsca,
- wykonanie ćwiczeń biernych,
- podanie leków na zlecenie lekarza, np. Mydocalmu.

Ocena działania: w wyniku zrealizowania zaplanowanych działań pielęgniarskich osiągnięto następujące cele:

- zminimalizowano ból,
- podopieczna jest spokojna, nie płacze.

Problem 7:
Niepokój ruchowy i psychiczny spowodowany nadwrażliwością na bodźce zewnętrzne (hałas, gwałtowne zmiany w otoczeniu).

Cele opieki:
- poprawienie samopoczucia podopiecznej,
- zapobieganie.

Plan działania:
- zapewnienie poczucia bezpieczeństwa fizycznego i psychicznego,
- eliminowanie nieprzyjemnych bodźców z otoczenia,
- stworzenie odpowiednich warunków, zapewnienie spokoju i ciszy,
- obecność drugiej osoby przy podopiecznej (kontakt słowny, uspokajanie),
- włączenie spokojnej muzyki,
- podanie leku na zlecenie lekarza, np. Relanium.

Ocena działania: w wyniku zrealizowania zaplanowanych działań pielęgniarskich podopieczna uspokoiła się, nie płacze, poprawiło się jej samopoczucie.

Problem 8:
Trudności w ubieraniu i wymianie pieluchomajtek z powodu wzmożonego napięcia mięśniowego.

Cel opieki: zmniejszenie/eliminowanie trudności w ubieraniu i wymianie pieluchomajtek.

Plan działania:
- zmniejszenie wzmożonego napięcia mięśniowego – metody jak wyżej,
- zakładanie luźnych i rozciągliwych ubrań,
- wyrobienie najodpowiedniejszych i wygodnych dla pacjenta technik ubierania,
- wykonywanie prostych zabiegów usprawniających i korygujących nieprawidłowe ustawienie kończyn i pozycję ciała podczas każdej czynności ubierania.

Ocena działania: w wyniku zrealizowania zaplanowanych działań pielęgniarskich zmniejszyły się trudności w ubieraniu i wymianie pieluchomajtek u podopiecznej.

Problem 9:
Brak kontaktu z powodu uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego.

Cele opieki:
- stymulacja wzrokowa, słuchowa i dotykowa,
- ułatwienie kontaktu z podopieczną.

Plan działania:
- stymulacja wzroku: kontakt wzrokowy podczas wykonywania wszystkich czynności oraz ciekawe, bogate otoczenie, np. duże, wyraziste i kolorowe obrazki na ścianach,
- stymulacja słuchu: mówienie do podopiecznej podczas wykonywania wszystkich czynności, odtwarzanie muzyki,
- stymulacja dotykowa: delikatny masaż, podawanie do rąk przedmiotów o różnej fakturze, temperaturze,
- stymulacja smaku i węchu: dawanie do posmakowania różnych potraw i skłanianie do wąchania różnych zapachów,
- uważne obserwowanie zachowania podopiecznej w celu prawidłowego odbioru komunikatów.

Ocena działania: w wyniku zrealizowania zaplanowanych działań pielęgniarskich osiągnięto następujące cele:
- podopieczna wypowiada częściej nieartykułowane dźwięki, pojedyncze sylaby, reaguje na głos uśmiechem,
- uważna i ciągła obserwacja pozwala na lepszy odbiór i zrozumienie komunikatów.

Potencjalne problemy pielęgnacyjne

Problem 1:
Ryzyko wystąpienia zmian skórnych (odparzeń, odleżyn, stanów zapalnych skóry) z powodu unieruchomienia i braku kontroli w oddawaniu moczu i stolca.

Cel opieki: zapobieganie odparzeniom, odleżynom i stanom zapalnym skóry.

Plan działania:
- systematyczna ocena stanu powłok skórnych,
- łóżko zautomatyzowane, wielopozycyjne, z materacem przeciwodleżynowym,
- stosowanie udogodnień,
- profilaktyka odleżyn według obowiązujących standardów,
- odciążenie miejsc narażonych na ucisk, zmiana ułożenia pacjenta co 2–3 godziny – także w porze nocnej,
- pielęgnacja skóry – masaż miejsc narażonych na ucisk,
- utrzymanie czystości skóry, okolic krocza – co najmniej raz dziennie mycie całego ciała,
- dobór środków pielęgnacyjnych do stanu skóry, odpowiednich mydeł,
- dokładne osuszenie skóry po kąpieli, stosowanie balsamów nawilżających,
- zmiana pieluchomajtek w zależności od potrzeb (należy sprawdzać co 4 godziny); przy każdej zmianie niezbędne jest wykonanie toalety krocza,
- czysta pościel, prawidłowo zasłana,
- niedopuszczenie do przegrzania pacjenta – odpowiedni ubiór,
- stosowanie środków farmakologicznych na zlecenie lekarza.

Ocena działania: odpowiednio zastosowana profilaktyka przeciwodleżynowa i przeciwodparzeniowa spowodowała, że u podopiecznej nie wystąpiły odleżyny, odparzenia.

Problem 2:
Ryzyko wystąpienia próchnicy zębów i stanu zapalnego dziąseł w wyniku zalegania treści pokarmowych w jamie ustnej.

Cel opieki: zapobieganie próchnicy zębów i stanów zapalnych dziąseł.

Plan działania:
- podawanie po każdym posiłku dużo płynów (wody),
- dokładne oczyszczanie po każdym posiłku jamy ustnej i zębów z resztek pokarmowych,
- konsultowanie podopiecznej w poradni stomatologicznej.

Ocena działania: w wyniku zrealizowania zaplanowanych działań pielęgniarskich osiągnięto następujące cele:
- u podopiecznej nie wystąpiła próchnica zębów,
- stan jamy ustnej jest zadowalający.

Problem 3:
Ryzyko wystąpienia zachłystowego zapalenia płuc w wyniku częstego krztuszenia się pokarmem.

Cel opieki: zapobieganie wystąpieniu zachłystowego zapalenia płuc.

Plan działania:
- zastosowanie odpowiedniej pozycji ciała podczas karmienia,
- zastosowanie odpowiedniej techniki karmienia,
- wdrożenie prawidłowej konsystencji pokarmu w zależności od trudności zaburzeń w gryzieniu, połykaniu,
- pielęgnacja układu oddechowego:
  - udrożnianie górnych dróg oddechowych,
  - odsysanie zalegającej wydzieliny,
  - oklepywanie,
  - drenaż ułożeniowy,
- zapewnienie odpowiedniego mikroklimatu sali (temperatura 16–19°C, wilgotność 50–60%) dostępnymi metodami – klimatyzacja, nawilżacze powietrza, wietrzenie sali.

Ocena działania: w wyniku zrealizowania zaplanowanych działań pielęgniarskich nie wystąpiło u podopiecznej zachłystowe zapalenie płuc.

Podsumowanie i wnioski

Pacjentka przebywająca w DPS z rozpoznaniem mózgowego porażenia dziecięcego została poddana terapii mającej na celu zmniejszenie problemów i zapobieganie wtórnym zaburzeniom. Przeprowadzona analiza przypadku wykazała u podopiecznej obecność wielu problemów wynikających z MPD. Problemy te dotyczą sfer:
- medycznej – uszkodzenie OUN,
- fizycznej – porażenie czterokończynowe, spastyczność, sztywność, deformacja układu kostnego, całkowite unieruchomienie,
- psychicznej – upośledzenie umysłowe w stopniu głębokim,
- narządu zmysłów – dysfunkcja aparatu mowy,
- społecznej – zaburzona komunikacja werbalna.

Proces pielęgnowania powinien być dostosowany do oczekiwań i wymagań pacjenta oraz warunków, w jakich jest realizowany. Zaletą opieki pielęgniarskiej jest satysfakcja doświadczana zarówno przez pacjenta, jak i pielęgniarkę [7].

Dzięki podjętym działaniom udało się zminimalizować problem trudności w przyjmowaniu pokarmu, chora nie krztusiła się, lepiej przełykała pokarmy. W wyniku systematycznych oraz ciągłych zabiegów rehabilitacyjnych minimalnie zmniejszyła się spastyka mięśni, jednak przykurcze w stawach kończyn pozostały. Dzięki zmniejszonemu napięciu mięśniowemu można łatwiej ubrać pacjentkę. Właściwie zbilansowana dieta doprowadziła do niewielkiego przyrostu masy ciała oraz poprawy perystaltyki jelit, a tym samym zmniejszyła dyskomfort pacjentki z powodu zaparć. Pacjentka jest spokojniejsza, mniej płacze.

Na tej podstawie wysunięto następujące wnioski:
1) instytucja domu pomocy społecznej odgrywa znaczącą rolę w procesie realizowania potrzeb osób niepełnosprawnych,
2) pacjentka została objęta kompleksową opieką całego zespołu opiekuńczo-terapeutycznego DPS,
3) w wyniku podjętych działań pielęgniarskich, poprzez akceptację, wsparcie psychiczne oraz zaspokajanie potrzeb fizjologicznych, osiągnięto cele na zaplanowanym poziomie,
4) indywidualne podejście do osoby dorosłej z MPD oraz właściwe rozpoznanie problemów stanu bio-psycho-społecznego pozwalają na zapewnienie ciągłej opieki, pielęgnacji, rehabilitacji i leczenia.

Piśmiennictwo

1. Janicka I. Rodzice i dzieci w różnych systemach rodzinnych. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls; 2010. 177–178.
2. Gajewska E. Nowe definicje i skale funkcjonalne stosowane w mózgowym porażeniu dziecięcym. Neurol Dziec. 2009; 18, 35: 67–72.
3. Rutkowska E. Rehabilitacja i pielęgnowanie osób niepełnosprawnych. Lublin: Wydawnictwo Czelej; 2002. 103.
4. Zarządzenie Nr 87/2013/DSOZ. Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 18.12.2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej.

5. Zboina B, Ślusarska B (red.). Wybrane aspekty opieki długoterminowej. Ostrowiec Świętokrzyski: Stowarzyszenie Nauka Edukacja Rozwój; 2009.
6. Marzec A, Biercewicz M. Opieka nad chorymi ze schorzeniami neurologicznymi. W: Kędziora-Kornatowska K, Muszalik M, Skolmowska E (red.). Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej. Warszawa: PZWL; 2010. 57–68
7. Zahradniczek K (red.). Pielęgniarstwo. Warszawa: PZWL; 2004.

Praca przyjęta do redakcji: 12.04.2014
Praca przyjęta do druku: 30.08.2014

Adres do korespondencji:
Luiza Mendyka
Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Jana Komeńskiego w Lesznie
e-mail: luizam76@wp.pl