© Autor(rzy) 2023. Artykuł opublikowany na zasadach otwartego dostępu, rozpowszechniany na warunkach licencji Creative Commons Attribution (CC BY), wydany przez Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

OPIEKA PIELĘGNIARSKA NAD CHORYM Z MÓZGOWYM PORAŻENIEM DZIECIĘCYM – STUDIUM PRZYPADKU

NURSING CARE IN PATIENTS WITH CEREBRAL PALSY. CASE STUDY

Gabriela Izabela Szulerowicz[1], Barbara Grabowska-Fudala[2, a]

[1] studentka III roku, studia pierwszego stopnia, kierunek Pielęgniarstwo, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
3rd year nursing undrgraduate student, Department of Health Sciences, Poznan University of Medical Sciences
[2] Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Department of Neurological Nursing, Poznan University of Medical Sciences

[a] https://orcid.org/0000-0002-9378-7310

DOI: https://doi.org/10.20883/pielpol.2023.6

STRESZCZENIE

Wstęp. Mózgowe porażenie dziecięce to zespół zaburzeń rozwoju układu ruchu oraz postawy spowodowany niepostępującym uszkodzeniem mózgu w okresie płodowym lub niemowlęcym, skutkujący ograniczeniem aktywności. Wyróżnia się jego 3 główne postacie: spastyczną, dyskinetyczną i ataktyczną.
Cel. Celem pracy jest przedstawienie planu opieki pielęgniarskiej nad nastoletnią osobą z mózgowym porażeniem dziecięcym.
Materiał i metody. Na podstawie opisu przypadku przedstawiono plan opieki pielęgniarskiej nad chorą z czterokończynowym, spastycznym mózgowym porażeniem dziecięcym w trakcie hospitalizacji.
Wnioski. 1) Opieka pielęgniarska nad pacjentem z mózgowym porażeniem dziecięcym jest ukierunkowana na wspieranie i pogłębianie jego samodzielności i zdolności do samoopieki. 2) W trakcie sprawowania opieki pielęgniarskiej nad chorym z mózgowym porażeniem dziecięcym duże znaczenie ma świadomość zespołu pielęgniarskiego na temat odrębności zachowania chorego, jego reakcji oraz wrażliwości. 3) W opiece pielęgniarskiej nad chorym z mózgowym porażeniem dziecięcym ze względu na złożoność jego potrzeb, istotna jest współpraca pomiędzy członkami zespołu terapeutycznego.

SŁOWA KLUCZOWE: mózgowe porażenie dziecięce, opieka pielęgniarska, spastyczność mięśni, przewlekłe ograniczenie aktywności, opis przypadku.

ABSTRACT

Introduction. Cerebral palsy is a group of musculoskeletal and posture-related developmental disorders caused by non-progressive brain damage in the fetal or infancy period, resulting in a limited activity. There are three main forms of it: spastic, dyskinetic and atactic.
Aim. The aim of the work is to present a nursing care plan for a teenage person with cerebral palsy.
Material and methods. On the basis of a case study, a plan of nursing care for a patient with tetraplegia and spastic cerebral palsy during hospitalization was presented.
Conclusions. 1) Nursing care for a patient with cerebral palsy is aimed at supporting and enhancing his independence and self-care ability. 2) During the nursing care of a patient with cerebral palsy, the nursing team's awareness of the specifics in the patient's behaviour, reactions and sensitivity is of great importance. 3) In the nursing care of a patient with cerebral palsy, due to the complexity of his needs, cooperation between members of the therapeutic team is important.

KEYWORDS: cerebral palsy, nursing care, muscle spasticity, chronic limitation of activity, case study.

Wstęp

Według definicji, która została sformułowana w 2006 roku, mózgowe porażenie dziecięce (ang. cerebral palsy, MPD) to zespół zaburzeń rozwoju układu ruchu oraz postawy spowodowany przez niepostępujące uszkodzenia mózgu płodu lub niemowlęcia, które skutkują ograniczeniem aktywności [1]. Poza trudnościami motorycznymi w MPD występują także: padaczka (30–65%), zaburzenia wzroku (50%), zaburzenia mowy (50%), zaburzenia słuchu (25%) oraz zaburzenia zachowania – drażliwość, agresja [2]. W krajach wysoko rozwiniętych występowanie MPD szacuje się na 2,11 na 1000 urodzonych dzieci, a w Polsce na 2–2,5 na 1000. Istnieją 3 główne postacie MPD (spastyczna, dyskinetyczna i ataktyczna). U niektórych dzieci występuje także postać hipotoniczna z powodu zajęcia obwodów móżdżkowych lub pozapiramidowych [3].

Postacie spastyczne

Pacjenci z tym typem porażenia mają objawy zaburzeń funkcjonowania górnych neuronów ruchowych, w tym: spastyczność, hiperrefleksję oraz objaw podeszwowy. *Obustronne porażenie kurczowe* (*diplegia spastyczna*) dotyczy pacjentów z dużymi zaburzeniami motorycznymi, szczególnie w kończynach dolnych, zachowana jest zazwyczaj motoryka mała w kończynach górnych. Zwykle powiązana jest z występowaniem leukomalacji okołokomorowej i zawałem krwotocznym okołokomorowym. U części pacjentów z tej przyczyny mogą występować problemy ze wzrokiem. *Spastyczne porażenie czterokończynowe* (*quadriplegia spastyczna*) – dzieci z tym rodzajem porażenia mają głębokie zaburzenia motoryczne. W niemal jednakowy sposób objęte są nim kończyny górne oraz dolne, znaczna część dzieci ma także ograniczenia mowy, rozwoju języka, zaburzenia wzroku, epilepsję oraz trudności w przyjmowaniu pokarmów. *Spastyczne porażenie połowicze* (*hemiplegia spastyczna*) – jest to typ porażenia, którym bardziej dotknięte są kończyny górne niż dolne. Występują w nim ruchy mimowolne (atetotyczne) połączone ze spastycznością. U znacznej części dzieci ze spastycznym porażeniem połowiczym występują również deficyty sensoryczne, objawiające się jako osłabienie mięśni po stronie dotkniętej chorobą, nie są one powiązane z zaburzeniami motorycznymi. Z tą postacią porażenia bywa również powiązane upośledzenie umysłowe, hemianopia (utrata połowy pola widzenia) i inne wady wzroku. Zauważalne w tej grupie pacjentów są również problemy natury behawioralnej, takie jak stany lękowe, zaburzenia opozycyjno-buntownicze i specyficzne fobie [3].

Postacie dyskinetyczne (pozapiramidowe)

U pacjentów z dyskinetycznym porażeniem mózgowym często występuje więcej niż jeden rodzaj ruchu mimowolnego oraz sztywnienie kończyn w trakcie próby ruchu lub pod wpływem emocji. Odruchy ścięgniste mogą być niezaburzone lub ich wywołanie może być utrudnione. Ruchy mimowolne mogą pojawić się również w spastycznym typie porażenia, jednak postać dyskinetyczną odróżnia brak przykurczów. *Choreoatetoidowe porażenie mózgowe* – typowe dla tego rodzaju porażenia są szybkie, nieskoordynowane i mimowolne skurcze mięśni lub grup mięśni twarzowych, opuszkowych, proksymalnych kończyn i palców. Charakterystyczne są także powolne, wijące się ruchy mięśni dystalnych kończyn. Często występuje także swoisty grymas twarzy, który może powodować dysfunkcje w obrębie jamy ustnej oraz gardła. *Dystoniczne porażenie mózgowe* – jego cechą charakterystyczną są równoczesne skurcze mięśni agonistycznych i antagonistycznych. Przeważnie są one obserwowane razem z innymi objawami piramidowymi oraz dyzartią [3].

Postać ataktyczna (móżdżkowa)

Ten typ porażenia występuje rzadko i w jego przypadku konieczne jest właściwe rozróżnienie go od zaburzeń neurodegeneracyjnych. U tych dzieci zazwyczaj opóźnione jest osiąganie kamieni milowych mowy oraz motoryki [4].

W piśmiennictwie naukowym, zwłaszcza polskim, nie ma zbyt wielu opisów przypadku pacjentów z mózgowym porażeniem dziecięcym. Niewiele jest też prac opisujących opiekę pielęgniarską nad pacjentem z tym typem niepełnosprawności. Zazwyczaj podejmowanym tematem w pracach dotyczących MPD jest rola rehabilitacji w procesie usprawniania pacjenta. Skupiają się one przeważnie na pracy fizjoterapeuty, wpływie terapii oraz nowych rozwiązań technologicznych np. egzoszkieletu kończyn dolnych na stan funkcjonowania osób z MPD [5–7].

Celem pracy jest przedstawienie planu opieki pielęgniarskiej nad nastoletnią osobą z mózgowym porażeniem dziecięcym.

Materiał i metody

Obserwacją objęto 14-letnią dziewczynę z rozpoznanym czterokończynowym, spastycznym MPD, podczas pobytu w szpitalu ortopedyczno-rehabilitacyjnym. Badanie przeprowadzono metodą analizy przypadku z wykorzystaniem: badania fizykalnego (podmiotowego i przedmiotowego), obserwacji pielęgniarskiej i analizy dokumentacji medycznej. Do oceny stanu chorej wykorzystano: skalę Barthel (do oceny samodzielności w czynnościach życia codziennego), skalę Norton (do oceny stopnia ryzyka powstania odleżyn). Badanie przeprowadzono za zgodą osoby chorej i jej opiekuna.

Opis przypadku

Historia choroby

Chora urodziła się w 32. tygodniu ciąży II zakończonej przez cięcie cesarskie. Ciąża została zakończona przed wyznaczonym terminem porodu, ze względu na próbę ratowania życia matki i dziecka, z powodu występującej u matki sepsy w przebiegu zapalenia otrzewnej po usunięciu wyrostka robaczkowego. Po urodzeniu u dziecka stwierdzono: masę urodzeniową 1,4 kg, długość ciała 44 cm, obwód głowy 28 cm i obwód klatki piersiowej 25 cm. Punktacja w skali Apgar wynosiła 4 punkty. Z powodu zamartwicy urodzeniowej oraz niewydolności oddechowej dziecko po urodzeniu zostało przeniesione na oddział intensywnej opieki noworodkowej, gdzie umieszczono je w inkubatorze, zaintubowa-

no oraz stosowano oddech zastępczy z respiratora. Po urodzeniu stwierdzono także: zakażenie wewnątrzmaciczne ze zmianami zapalnymi w płucach, krwawienie śródczaszkowe 2. stopnia oraz niedokrwistość. MPD zdiagnozowano 4 miesiące po urodzeniu. W wieku 9 lat przeżyła śmierć mamy.

Pielęgniarska ocena stanu zdrowia chorej na podstawie badania fizykalnego

Układ oddechowy: oddech prawidłowy, przez nos.

Układ sercowo-naczyniowy: praca układu krążenia prawidłowa, tętno: 80–100, ciśnienie tętnicze w granicach od 90/60 mmHg do 115/80 mmHg.

Układ pokarmowy: łaknienie prawidłowe; pragnienie w normie; wzrost: 160 cm; masa ciała: 42 kg; BMI: 16,4 (centyl 3.-10.); wydalanie: pojawiają się zaparcia; odżywianie doustne; krztuszenie, kaszel podczas posiłku, częściej przy spożywaniu produktów stałych niż płynów (czynniki rozpraszające: rozmowa lub śmiech); czas spożywania posiłku dłuższy niż u osoby w pełni sprawnej, ale jest zachowana samodzielność przy użyciu specjalnie wyprofilowanych sztućców; brak możliwości samodzielnego przygotowania posiłku, trudności w krojeniu, smarowaniu, nabieraniu sypkich produktów, ponieważ nie posługuje się nożem.

Układ mięśniowo-szkieletowy: pacjentka porusza się na wózku inwalidzkim; siedzi samodzielnie z oparciem lub przytrzymując się rękoma uchwytów; nie jest w stanie samodzielnie wstać z wózka, przesiąść się z wózka na łóżko lub toaletę, ustać w miejscu bez poręczy i asekuracji; we wszystkich stawach kończyn obecne są przykurcze ograniczające ich ruchomość; napięcie mięśni wzmożone; siła mięśniowa osłabiona, motoryka mała ograniczona przez przykurcze mięśni oraz zwyrodnienia stawów; skala Barthel: 35 pkt. – pacjentka wymaga stałej pomocy w czynnościach życia codziennego.

Układ moczowo-płciowy: korzysta z toalety w celu oddawania moczu i stolca, ale używa również pieluchomajtek z powodu nietrzymania moczu; menstruacja prawidłowa.

Narządy zmysłów: słuch, węch, czucie, smak: prawidłowe; wzrok: dalekowzroczność; chora nosi okulary.

Skóra: skóra pacjentki jest czysta, delikatna i wrażliwa na podrażnienia; tkanka podskórna słabo rozwinięta; skala Norton: 15 punktów – brak ryzyka odleżyn.

Układ nerwowy: pełna przytomność oraz świadomość; sen prawidłowy; czas reakcji na bodźce wydłużony; czucie powierzchniowe prawidłowe, kontakt słowny nieznacznie utrudniony, komunikat spójny i logiczny, występują trudności z poprawną artykulacją, wypowiedzi zrozumiałe dla rodziny, dla osób nieznających chorej czasami konieczne jest kilkakrotne powtórzenie wypowiedzi, poprawnie buduje i wypowiada zdania złożone.

Stan psychiczny, emocjonalny oraz intelektualny: według opinii poradni psychologiczno-pedagogicznej funkcjonowanie intelektualne dziewczynki kształtuje się w granicach normy, poniżej przeciętnej. Uczęszcza do szkoły podstawowej z oddziałami integracyjnymi (uzyskała promocję do 7. klasy). Interesuje się informatyką, grafiką komputerową oraz pisaniem opowiadań. Pacjentka jest pogodna, choć często bywa wycofana. Jest świadoma swojej choroby i ilości obowiązków, które mają jej opiekunowie. Stara się nie zwracać na siebie uwagi. Jest osobą ambitną, bardzo wrażliwą oraz emocjonalną, dlatego łatwo wybucha płaczem i często bywa z siebie niezadowolona.

Sytuacja społeczna: chora mieszka z ojcem, macochą oraz dwójką przybranego rodzeństwa. Mieszkają oni w trzypokojowym mieszkaniu komunalnym na parterze, do którego prowadzi kilka schodów, dlatego dziewczynka nie może sama wyjść na dwór. Jest znoszona ze schodów przez opiekuna. W domu porusza się samodzielnie na wózku. W mieszkaniu panuje nieład, co może utrudniać funkcjonowanie chorej. Pod względem architektonicznym jest ono przystosowane do osoby niepełnosprawnej – nie ma progów w drzwiach, w łazience są zamontowane barierki oraz prysznic. Chora ma także łóżko rehabilitacyjne. Ojciec dziewczynki ma stałą pracę, a finanse rodziny wspomaga renta rodzinna po zmarłej mamie. Gdy ojciec pracuje, opiekę nad chorą sprawują pozostali członkowie rodziny. Do chorej przychodzi również opiekunka. Odpowiedzialność za opiekę nad chorą ponosi jej ojciec. Jest przytłoczony ilością obowiązków, a przez to bywa przemęczony i rozdrażniony. Napięcie rozładowuje, paląc papierosy. Odczuwa presję otoczenia – rodziny, społeczeństwa, aby sprostać wymaganym standardom opieki nad osobą niepełnosprawną. Stara się zaspokoić wszystkie fizyczne potrzeby córki, ale nie ma wystarczającej wrażliwości i cierpliwości, aby dostrzec i prawidłowo reagować na jej psychiczne i emocjonalne problemy. Pozostali członkowie rodziny deklarują chęć pomocy w opiece nad chorą, ale nie są zdolni do wymaganego poświęcenia. Traktują tę sytuację jako ich obciążenie. Są zniechęceni i przytłoczeni koniecznością stałej opieki. Dziewczynka dostrzega nastawienie jej najbliższego otoczenia. Czuje się obciążeniem dla domowników i ma z tego powodu poczucie winy.

Farmakoterapia: nie przyjmuje żadnych leków na stałe, również podczas hospitalizacji.

Terapia podczas hospitalizacji: 1) Sesje terapii chodu z wykorzystaniem bieżni do treningu i analizy chodu, neuroformy, zrobotyzowanego systemu edukacji chodu (Lokomat), systemu do treningu i równowagi (Zero G), urządzeń do treningów ruchowych z wykorzystaniem wirtualnej rzeczywistości. 2) Zajęcia pedagogiczno-psychologiczne.

Plan opieki pielęgniarskiej nad chorym z mózgowym porażeniem dziecięcym

Poniżej przedstawiono propozycję planu opieki pielęgniarskiej dla przedstawionej wyżej pacjentki.

Problemy pielęgnacyjne aktualne

1. Problem pielęgnacyjny: trudności w samodzielnym przygotowaniu i przyjmowaniu posiłku spowodowane przykurczami mięśni oraz ograniczeniem ruchomości w stawach dłoni oraz nadgarstku, objawiające się rozsypywaniem i rozlewaniem jedzenia, korzystaniem z pomocy w krojeniu, smarowaniu oraz brakiem umiejętności posługiwania się nożem.

Cel: zapewnienie największej możliwej samodzielności chorej w przygotowywaniu i przyjmowaniu posiłków.

Planowane działania: dostosowanie czasu trwania posiłku do potrzeb chorej, nie ponaglanie; dostosowanie do potrzeb chorej wysokości stołu, zapewnienie stolika z regulowaną wysokością; powstrzymanie się od gwałtownych, negatywnych reakcji, zachowanie spokoju i atmosfery wsparcia, kiedy chorej zdarzy się rozsypać lub rozlać jedzenie i pobrudzić siebie lub otoczenie [8]; zabezpieczenie chorej i otoczenia przed pobrudzeniem; zastosowanie dostępnych udogodnień ułatwiających samodzielne jedzenie, np. odpowiednio wyprofilowane sztućce, talerz z wysokim rantem, kubek plastikowy z dzióbkiem.

2. Problem pielęgnacyjny: utrudniona samodzielność podczas zmiany pozycji ciała oraz wykonywania czynności higienicznych spowodowana przykurczami stawów ograniczającymi ruchomość kończyn, wzmożonym napięciem mięśni oraz osłabioną siłą mięśniową, objawiające się zależnością chorej od otoczenia, biernością w wykonywaniu codziennej toalety.

Cel: poprawa samodzielności chorej w czynnościach higienicznych.

Planowane działania: ocena możliwości chorej do samoopieki wg skali Barthel, rozmowa z chorą i ocena jej nastawienia do obecnego poziomu samodzielności; podczas wykonywania toalety ciała, zachęcanie chorej do wykonywania drobnych czynności samodzielnie, przy asekuracji pielęgniarki lub opiekuna [10]; chwalenie i wspieranie chorej w najdrobniejszych czynnościach; zachowanie zasad intymności w czasie wykonywania codziennej toalety; zachęcanie chorej do wykonywania ćwiczeń usprawniających i aktywnego udziału w fizjoterapii.

3. Problem pielęgnacyjny: zaparcia spowodowane ograniczeniami ruchu i małą aktywnością chorej oraz złymi nawykami żywieniowymi, objawiające się trudnościami w efektywnej defekacji.

Cel: zminimalizowanie zaparć i uregulowanie procesu defekacji.

Planowane działania: dokumentowanie częstości oddawania stolca w karcie wypróżnień [8]; zachęcanie do przyjmowania 2–2,5 l płynów w ciągu doby [9, 10]; stosowanie diety bogatoresztkowej, zwiększenie ilości błonnika w diecie [9]; motywowanie chorej do aktywności – ruch w łóżku, na wózku według możliwości chorej [8–10]; częste pionizowanie chorej oraz automasaż brzucha [8, 10]; zapewnienie chorej warunków intymności, niepospieszanie chorej podczas defekacji; podawanie leków zmiękczających stolec oraz ułatwiających wypróżnianie, zgodnie ze zleceniem lekarskim w przypadku zaostrzenia zaparć [8–10]; zachęcanie do aktywnego udziału w fizjoterapii.

4. Problem pielęgnacyjny: trudności w komunikacji spowodowane niewyraźną artykulacją wypowiedzi oraz cichym tonem głosu, objawiające się brakiem płynności w komunikacji z osobami nieznającymi chorej, koniecznością kilkukrotnego powtarzania przez chorą komunikatów.

Cel: poprawa możliwości komunikacyjnych.

Planowane działania: wykazywanie się cierpliwością i empatią w kontakcie z chorą – zapewnienie wystarczającego czasu na samodzielną wypowiedź, niewtrącanie odpowiedzi za chorą, kiedy chora się zastanawia; usuwanie czynników powodujących rozproszenie uwagi lub zaburzających odbiór komunikatów, np. hałas; niepoprawianie chorej w trakcie jej wypowiedzi, po zakończeniu wypowiedzi przez chorą zachęcenie pacjentki do powtarzania słów, które chora wymówiła niepoprawnie – w przypadku niewyraźnej wypowiedzi chorej, poproszenie o powtórzenie lub znalezienie innej formy przekazu informacji, np. piktogramy; wyrażanie zainteresowania poruszanymi przez chorą problemami, postawa zrozumienia, aktywne słuchanie; zauważanie każdej nawet drobnej poprawy w sposobie wypowiadania się chorej; częste nawiązywanie kontaktu z chorą [11]; zachęcanie chorej do czytania na głos; zgłoszenie potrzeby konsultacji logopedycznej w trakcie hospitalizacji lub po jej zakończeniu.

5. Problem pielęgnacyjny: zachowania nieadekwatne do sytuacji, przesadnie nacechowane emocjonalnie, spowodowane trudnościami w kontrolowaniu emocji, objawiające się nagłymi wybuchami płaczu lub śmiechu trudnymi do opanowania.

Cel: uwzględnienie w opiece nad chorą jej emocjonalnych reakcji.

Planowane działania: wyrozumiałość wobec przesadnych reakcji chorej; używanie spokojnego tonu głosu; okazywanie chorej cierpliwości i empatii; wyeliminowanie gwałtownych, negatywnych reakcji na zachowania chorej, nieuciszanie, nieocenianie; ograniczenie bodźców mogących wywołać niekontrolowane

reakcje chorej; odnalezienie wraz z chorą sposobów na rozładowanie emocji i uspokojenie; przyjmowanie przez zespół pielęgniarski „nietypowych zachowań" chorej ze spokojem i akceptacją; zaplanowanie czasu i przestrzeni do uspokojenia się chorej, następnie kontynuowanie rozmowy na inny temat lub przedstawienie zagadnienia, które wywołało daną reakcję w łagodniejszy, bardziej przystępny dla chorej sposób.

6. Problem pielęgnacyjny: niskie poczucie własnej wartości spowodowane nadmierną presją otoczenia, trudnościami w nauce oraz odrębnością w grupie rówieśniczej, objawiające się poczuciem niezadowolenia z siebie i swoich osiągnięć.

Cel: zwiększenie samooceny chorej.

Planowane działania: nawiązywanie kontaktu z chorą jako osobą sprawną intelektualnie, oferowanie rozmowy, spędzanie czasu z chorą; zauważanie mocnych stron chorej, chwalenie, zachęcanie chorej do ich dostrzeżenia i koncentrowania się na mocnych, a nie słabych stronach; zachęcanie chorej przez pielęgniarkę do wyrażania swoich emocji, aktywne słuchanie, postawa zrozumienia; zachęcanie do możliwej dla chorej aktywności, realizacji swoich zainteresowań, podjęcia możliwej samodzielności [12]; nieporównywanie chorej do rówieśników; zaproponowanie spotkania, rozmowy telefonicznej lub za pośrednictwem mediów społecznościowych z dobrymi znajomymi, przyjaciółmi; zaproponowanie konsultacji psychologicznej.

7. Problem pielęgnacyjny: niedostosowanie opieki sprawowanej przez rodzinę w domu do potrzeb chorej spowodowane deficytem wiedzy rodziny na temat prawidłowej opieki nad chorą.

Cel: poprawa stanu świadomości i wiedzy rodziny na temat potrzeb chorej.

Planowane działania: edukacja rodziny na temat aktywności fizycznej, pionizacji i diety w minimalizacji zaparć [8, 9]; edukacja rodziny na temat dostępnych udogodnień ułatwiających samodzielne spożywanie posiłków (odpowiednio wyprofilowane sztućce, talerze z rantem, kubek plastikowy z dzióbkiem); edukacja rodziny na temat usprawniania chorej w czynnościach higienicznych, prawidłowej higieny osobistej i profilaktyki zmian skórnych w okolicy krocza [9]; edukacja rodziny w zakresie możliwego wsparcia chorej i jej rodziny przez instytucje, np. pomoc psychologa; edukacja rodziny na temat ograniczeń fizycznych oraz intelektualnych chorej i dostosowania wymagań wobec chorej.

Problemy pielęgnacyjne potencjalne

1. Problem pielęgnacyjny: ryzyko zakrztuszenia się w trakcie spożywania posiłku spowodowane rozproszeniem uwagi, rozmową i śmiechem podczas spożywania posiłku.

Cel: zachowanie bezpieczeństwa podczas spożywania posiłku.

Planowane działania: utrzymanie bezpiecznej pozycji ciała chorej podczas jedzenia: pozycja siedząca, plecy wyprostowane, zapobieganie odchylaniu głowy do tyłu [8, 10]; zapewnienie spokoju i ciszy, zniwelowanie bodźców mogących powodować rozproszenie uwagi w czasie posiłku [8]; wykonywanie testu połykania, w przypadku wątpliwości co do możliwości bezpiecznego połykania płynu i pokarmu stałego [13], nieinicjowanie rozmowy podczas posiłku, niezadawanie pytań chorej w trakcie jedzenia; zapewnienie komfortowej ilości czasu na spożycie posiłku, niepospieszanie chorej; przypominanie chorej o konieczności powolnego i dokładnego gryzienia i żucia pokarmu [8]; rozdrobnienie pokarmu na małe porcje produktów stałych, np. kanapka pokrojona na mniejsze części, aby połykanie nie stanowiło problemu [8, 10]; zadbanie o bezpieczną temperaturę posiłków – zupy minimum 75°C, drugie dania minimum 63°C [8].

2. Problem pielęgnacyjny: ryzyko zakażenia układu moczowego i powstania zmian skórnych w okolicach krocza spowodowane nietrzymaniem moczu.

Cel: zapobieganie zakażeniu układu moczowego oraz zmianom skórnym okolic krocza.

Planowane działania: zachęcanie chorej do regularnego przyjmowania płynów; stosowanie preparatów powodujących łagodne zakwaszenie moczu (np. witaminy C, środków na bazie żurawiny) [14]; systematyczna obserwacja skóry w kierunku pojawiających się zmian [15]; systematyczna dostosowana do potrzeb chorej toaleta całego ciała i dokładna higiena okolic krocza [14]; używanie delikatnych, niedrażniących środków odkażających, np. ziołowych oraz mydeł o pH neutralnym lub kwasowym; nawilżanie i natłuszczanie skóry w miejscu przylegania pieluchomajtek; dokładne osuszanie i nawilżanie skóry po kąpieli, zmiana pieluchomajtek 3–4 razy dziennie w zależności od potrzeb, przy każdej zmianie wykonanie toalety krocza [15]; przypominanie chorej o potrzebie oddania moczu i zachęcanie do zgłaszania tej potrzeby [14]; zaproponowanie systematycznej mikcji, np. co 3–4 godziny na toalecie [10]; zakładanie luźnej odzieży z naturalnych materiałów dostosowanej do temperatury otoczenia [14].

Podsumowanie

W zaprezentowanym opisie przypadku próbowano przybliżyć sytuację pacjentki z MPD. W czasie opieki pielęgniarskiej skoncentrowano się na najważniejszych problemach pielęgnacyjnych, które można podzielić na dwie grupy: aktualne i potencjalne.

Problemy pielęgnacyjne o charakterze aktualnym odnoszą się do stanu obecnego. U chorej obserwowano głównie problemy wynikające z braku samodzielności w czynnościach życia codziennego, tj. trudności w samodzielnym przygotowywaniu posiłków oraz jedzeniu, trudności w wykonywaniu czynności higienicznych i zmianie pozycji ciała.

W opiece pielęgniarskiej zaproponowano ważne rozwiązania mające na celu zmniejszenie zaparć u chorej. Jak wskazują autorzy w tej sytuacji kluczowa jest dieta, w której powinny dominować produkty bogate w błonnik [10], znaczenie ma również szeroko rozumiana aktywność fizyczna. W przypadku pacjenta z MPD może to być utrudnienie, jednak w zakresie możliwym dla chorego warto spróbować wdrażać rozwiązania, do których sam może być pozytywnie nastawiany. Częsta pionizacja, zachęcanie do ruchu zgodnie z możliwościami pacjenta, automasaż brzucha, aktywny udział w fizjoterapii, nawodnienie organizmu poprzez przyjęcie od 2 do 2,5 litra płynów dziennie, stosowanie diety bogatoresztkowej, zapewnienie spokoju i warunków intymności podczas defekacji. Takie propozycje przedstawiają autorzy różnych publikacji, podręczników [8–10].

Innym problemem należącym do grupy aktualnych były trudności w komunikacji. To jest ważny problem, który chory z prawidłowym rozwojem intelektualnym może traktować jako barierę z otaczającymi go ludźmi. Należy pamiętać, że w przypadku gdy chory ma zachowaną zdolność rozumienia, myślenia – nieadekwatne odpowiedzi na jego pytania, ignorowanie go ze względu na niezrozumienie wynikające z zaburzeń mowy mogą nasilać zdenerwowanie chorego, poczucie braku zrozumienia jego sytuacji przez inne, często bliskie osoby. Tym bardziej profesjonalna opieka pielęgniarska powinna uwzględniać potrzeby chorego w tym zakresie. W planowanej opiece zaproponowano rozwiązania, takie jak eliminowanie czynników zakłócających komunikację, kierowanie się empatią i cierpliwością w kontakcie z chorą, nieprzerywanie i niepoprawianie w trakcie wypowiedzi chorej, zapewnienie czasu na swobodną, samodzielną wypowiedź, niewtrącanie słów za chorą, ćwiczenie poprawnej wymowy poprzez częsty kontakt z chorą, zachęcanie do czytania na głos, zaproponowanie konsultacji logopedycznej [11].

W opiece nad chorym z MPD ważna jest kontynuacja prawidłowych działań, zachowań w stosunku do chorego przez jego rodzinę. Brak wiedzy na temat prawidłowych rozwiązań w sprawowaniu opieki może spowodować długotrwałe skutki u opiekunów osób chorych, głównie pogorszenie ich stanu zdrowia oraz obciążenie opieką [16]. Dlatego w planowanej opiece pielęgniarskiej również odniesiono się do działań w kierunku rodziny pacjentki. Zaproponowano wdrożenie działań edukacyjnych, głównie dotyczących wspierania samodzielności chorej i pomocnych w tym zakresie udogodnień, profilaktyki zaparć, prawidłowej higieny skóry, szczególnie w okolicach narażonych na odparzenia, oraz dbania o zdrowie psychiczne chorej i jej rodziny.

Problemy pielęgnacyjne o charakterze potencjalnym pomagają zobrazować ewentualne niebezpieczeństwo, głównie w zakresie dwóch kwestii: ryzyka zakrztuszenia podczas spożywania posiłku oraz ryzyka zakażenia układu moczowego i powstania zmian skórnych w okolicy krocza.

Aby przeciwdziałać zakrztuszeniu zastosowano profilaktykę obejmującą wykonanie testu połykania, utrzymywanie bezpiecznej pozycji ciała podczas jedzenia, zapewnienie spokoju oraz wymaganej ilości czasu na spożycie posiłku, minimalizowanie bodźców powodujących rozproszenie uwagi, unikanie rozmów z chorą w czasie posiłku, skupianie uwagi pacjentki na dokładnym gryzieniu i żuciu pokarmów, rozdrabnianie pokarmów dostosowane do ograniczeń połykania [8, 10, 13].

W odniesieniu do profilaktyki zakażeń układu moczowego oraz zmian skórnych okolic krocza zaproponowano działania, takie jak regularne przyjmowanie płynów, łagodne zakwaszanie moczu preparatami z witaminą C lub na bazie żurawiny. Ważna jest dostosowana do potrzeb chorego wymiana pieluchomajtek i toaleta krocza przy każdej zmianie, dokładne osuszanie, nawilżanie i natłuszczanie okolic narażonych na odparzenia, stosowanie luźnych ubrań z naturalnych materiałów, przypominanie chorej o potrzebie oddawania moczu, zaproponowanie systematycznej mikcji na toalecie [15, 16].

Wnioski

1. Opieka pielęgniarska nad pacjentem z MPD jest ukierunkowana na wspieranie i pogłębianie jego samodzielności i zdolności do samoopieki.
2. W trakcie sprawowania opieki pielęgniarskiej nad chorym z MPD duże znaczenie ma świadomość zespołu pielęgniarskiego na temat odrębności zachowania chorego, jego reakcji oraz wrażliwości.
3. W opiece pielęgniarskiej nad chorym z MPD, ze względu na złożoność jego potrzeb, istotna jest współpraca pomiędzy członkami zespołu terapeutycznego.

Piśmiennictwo

1. Stecko MJ, Wawryków A, Korabiusz-Lewandowska K, Kordek A. Comprehensive care of a child suffering from cerebral palsy. J Educ Health Sport. 2020; 10: 212–215.
2. Schwabe AL. Comprehensive Care in Cerebral Palsy. Phys Med Rehabil Clin N Am. 2020; 31: 1–13.

3. Eliks M, Gajewska E. Wczesna diagnostyka mózgowego porażenia dziecięcego. Czy jest możliwa już w pierwszym półroczu życia? Neurol Dziec. 2019; 28, 57: 29–33.
4. Gulati S, Sondhi V. Cerebral Palsy: An Overview. Indian J Pediatr. 2018; 85(11): 1006–1016.
5. Muñoz-Blanco E, Merino-Andrés J, Aguilar-Soto B, García YC, Puente-Villalba M, Pérez-Corrales J, Güeita-Rodríguez J. Influence of Aquatic Therapy in Children and Youth with Cerebral Palsy: A Qualitative Case Study in a Special Education School. Int J Environ Res Public Health. 2020; 23; 17(10): 3690.
6. Falisse A, Pitto L, Kainz H, Hoang H, Wesseling M, Van Rossom S. et al. Physics-Based Simulations to Predict the Differential Effects of Motor Control and Musculoskeletal Deficits on Gait Dysfunction in Cerebral Palsy: A Retrospective Case Study. Front Hum Neurosci. 2020; 18; 14: 40.
7. Diot CM, Thomas RL, Raess L, Wrightson JG, Condliffe EG. Robotic lower extremity exoskeleton use in a non-ambulatory child with cerebral palsy: a case study. Disabil Rehabil Assist Technol. 2021; 4: 1–5.
8. Ratajczyk M, Mendyka L, Bajurna B. Dom pomocy społecznej jako miejsce pobytu pacjenta z mózgowym porażeniem dziecięcym – opis przypadku. Piel Pol. 2014; 3(53): 250–257.
9. Sierżantowicz R. Opieka pielęgniarska nad pacjentem z zespołem jelita drażliwego. W: Jurkowska G, Łagoda K. Pielęgniarstwo internistyczne. Warszawa: PZWL; 2015. 248.
10. Wilkiewicz M, Jaracz K. Diagnoza pielęgniarska i plan opieki nad chorym ze stwardnieniem rozsianym. W: Jaracz K, Domitz I. Pielęgniarstwo Neurologiczne. Warszawa: PZWL; 2019. 294–305.
11. Adamczyk K, Grabowska-Fudala B, Smelkowska A. Diagnoza pielęgniarska i plan opieki nad chorym po udarze mózgu. W: Jaracz K, Domitz I. Pielęgniarstwo Neurologiczne. Warszawa: PZWL; 2019. 257–275.
12. Górna K, Jaracz K, Rybakowski J. Pielęgniarstwo psychiatryczne. Warszawa: PZWL; 2012. 242.
13. Lorencowicz R. Diagnoza pielęgniarska i plan opieki nad pacjentem z chorobą Parkinsona. W: Jaracz K, Domitz I. Pielęgniarstwo Neurologiczne. Warszawa: PZWL; 2019. 321–341.
14. Muscari EM. Pediatria i pielęgniarstwo pediatryczne. Lublin: Wydawnictwo Czelej; 2005.
15. Pawlaczyk B. Pielęgniarstwo pediatryczne. Warszawa: PZWL; 2007. 214.
16. Glac I. Opieka wytchnieniowa jako odpowiedź na potrzeby rodzin dzieci z niepełnosprawnościami. Pedagogika Społeczna. 2021; 1–2(79–80): 167–185.

Artykuł przyjęty do redakcji: 04.02.2023.
Artykuł przyjęty do publikacji: 18.05.2023.

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.
Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:
Gabriela Izabela Szulerowicz,
e-mail: gszulerowicz@wp.pl