

# Zdravstvena njega i rehabilitacija bolesnika nakon cerebrovaskularnog infarkta

## Health care and rehabilitation of patients after stroke

Ana Tomaš<sup>1</sup>, Josip Vidović<sup>2</sup>, Nikša Matas<sup>3</sup>, Maja Bakić<sup>4</sup>, Ljubica Trogrlić<sup>5</sup>

**SAŽETAK:** Poznato je da je u porastu pojavnost cerebrovaskularnih infarkta. U većini razvijenih zemalja cerebrovaskularni infarkt je treći uzrok smrti među odraslom populacijom, odmah nakon srčanih i malignih oboljenja. Cerebrovaskularni infarkt označava naglo nastali neurološki poremećaj uzrokovan poremećajem moždane cirkulacije. Ateroskleroza je najčešći uzrok oštećenja krvnih žila u mozgu koja dovodi do cerebrovaskularnog infarkta. Simptomi cerebrovaskularnog infarkta su: trnjenje usana, jezika ili jedne polovine lica i tijela; smetnje s vidom; smetnje govora; motorički deficit; iznenadna jaka glavobolja; pojava vrtoglavice; zbunjeno i smeteno stanje.

Prema patofiziološkom uzroku cerebrovaskularni infarkt se dijeli u dvije velike skupine, ishemijske i hemoragijske, a s obzirom na stadij bolesti dvije su skupine cerebrovaskularnog infarkta, infarkt u razvoju i dovršeni infarkt.

Intenzivna terapija cerebrovaskularnog infarkta sastoji se od općih terapijskih postupaka i specifične terapije. Prevencija ima sve veće težinu u suvremenom svijetu, a dijelimo je na primarnu i sekundarnu.

Najčešći poremećaji koji se javljaju kod bolesnika nakon cerebrovaskularnog infarkta su: hemipareza ili hemiplegija, poremećaji u ponašanju, poremećaji govora, poremećaji vida, poremećaji seksualnih funkcija i poremećaji mikcije i defekacije.

Provođenje zdravstvene njege kod bolesnika s cerebrovaskularnim infarktom dijeli se na: intenzivnu njegu bolesnika, održavanje tjelesnih funkcija i sprječavanje komplikacija, psihološke potrebe, rehabilitaciju unutar bolnice i planiranje otpusta.

**Cljučne riječi:** cerebrovaskularni infarkt, proces zdravstvene njege, rehabilitacija

**ABSTRACT:** It is well known that the incidence of stroke has been increasing over the years. In most developed countries stroke is the third leading cause of death among adults, immediately after heart diseases and cancer. Stroke signifies a suddenly occurring neurological disorder caused by disturbed cerebral circulation. Atherosclerosis is the most common cause of damage to blood vessels in the brain leading to stroke.

The symptoms of stroke include: numbness of the lips, tongue, or one-half of the face and body, vision problems, speech disturbances, motor deficit, sudden severe headache; dizziness, confused and disoriented state.

According to their pathophysiological cause, strokes are divided into two major groups, ischemic and hemorrhagic, and considering the stage of the disease there are two groups of strokes, strokes in evolution and completed strokes.

An intensive stroke therapy consists of general treatment procedures and specific therapy. Prevention is becoming increasingly emphasized in the modern world, and can be divided into primary and secondary.

The most common disorders that occur in patients after stroke are hemiparesis or hemiplegia, behavior disorders, speech disorders, vision disturbances as well as sexual function, micturition and defecation disorders.

Providing health care to patients after a stroke includes intensive care, the maintenance of bodily functions and prevention of complications, psychological needs, rehabilitation within the hospital and discharge planning.

**Key words:** stroke, health care process, rehabilitation

Zaprimljeno / Received: 23.06.2010.

Odobreno / Accepted: 12.07.2010.

## UVOD

Cerebrovaskularni infarkt je naglo nastali poremećaj funkcioniranja živčanog sustava uzrokovan poremećajem moždane cirkulacije koji traje dulje od 24 sata.<sup>1</sup>

Poremećaj cirkulacije uzrokuje nedovoljnu opskrbu određenih dijelova mozga kisikom i hranjivim tvarima. Nedostatak kisika i hranjivih tvari dovodi do oštećenja i odumiranja živčanih stanica u dijelovima mozga, što ima za posljedicu oštećenje onih funkcija kojima ti dijelovi mozga upravljaju.

Cerebrovaskularni infarkt može biti ishemijski (85%) ili hemoragijski (15%). Ishemijski cerebrovaskularni infarkt može biti embolijski ili trombotički, a hemoragijski cerebrovaskularni infarkt obuhvaća intracerebralno krvarenje i subarahnoidalno krvarenje. Najčešći uzrok većine moždanih udara je ateroskleroza.<sup>2</sup>

Cerebrovaskularni infarkt je treći po učestalosti uzrok smrtnosti i prvi uzrok invalidnosti u razvijenim zemljama, a u Hrvatskoj je posljednjih nekoliko godina drugi uzrok smrtnosti i prvi uzrok invalidnosti. Od cerebrovaskularnog infarkta u

<sup>1</sup> Ana Tomaš, dipl.med.techn. KBC Split, Odjel za ortopediju, fizikalnu medicinu, rehabilitaciju i reumatologiju, Šoltanska 1, 21000 Split, segoana@gmail.com

<sup>2</sup> Josip Vidović, dr. med. specijalist ortoped, KBC Split, Odjel za ortopediju, fizikalnu medicinu, rehabilitaciju i reumatologiju

<sup>3</sup> Nikša Matas, dipl. med.techn. KBC Split, Odjel za anesteziju i intenzivno liječenje

<sup>4</sup> Maja Bakić, dipl. med. techn. Ewopharma d.o.o., Ållergan ophtalmology

<sup>5</sup> Ljubica Trogrlić, dipl. med. techn. KBC Split, Klinika za neurologiju

svijetu godišnje umre oko 5 milijuna ljudi. Usprkos znatnom napretku u zbrinjavanju bolesnika s cerebrovaskularnim inzultom i dalje oko trećina bolesnika s cerebrovaskularnim inzultom umire, kod trećine ostane trajni neurološki deficit i ovisni su o tuđoj pomoći, a trećina se bolesnika dobro oporavi.<sup>3</sup>

Cerebrovaskularni inzult nije samo zdravstveni problem nego gospodarski i socio - ekonomski. Od cerebrovaskularnih bolesti svake godine u Hrvatskoj umre gotovo 8500 stanovnika, pa je s bolestima srca, to prvi uzrok smrtnosti u našoj zemlji. Iz svega navedenog treba naglasiti da je cerebrovaskularni inzult hitno stanje i zahtijeva zbrinjavanje u specijaliziranoj neurološkoj ustanovi. Oporavak nakon cerebrovaskularnog inzulta ovisi o kvalitetnoj skrbi za bolesnika, općem zdravstvenom i psihičkom stanju te o potpori obitelji. Medicinska sestra kao član tima ima značajnu ulogu ne samo u zdravstvenoj njezi bolesnika već i u rehabilitaciji i liječenju bolesnika.

#### Simptomi cerebrovaskularnog inzulta:

- trnjenje usana, jezika ili jedne polovine lica i tijela
- naglo zamagljivanje vida ili njegov gubitak osobito u jednom oku ili u polovini vidnog polja
- vrtoglavica i poremećaj koordinacije
- naglo nastala jaka glavobolja praćena povraćanjem bez jasnog uzroka
- poremećaji govora
- motorički deficit – gubitak snage (djelomični ili potpuni) u jednoj polovini tijela, tj. hemipareza ili hemiplegija
- poremećaj svijesti različitog stupnja od smetenog stanja do dezorijentacije u vremenu i prostoru.

#### Klasifikacija cerebrovaskularnog inzulta

S obzirom na patološko anatomsku osnovu cerebrovaskularni inzult dijeli se na:

- ishemijski cerebrovaskularni inzult
- intracerebralnu hemoragiju
- primarnu subarahnoidalnu hemoragiju

Po simptomima i znakovima te njihovoj izraženosti, razlikuju se dva tipa početka oboljenja:

- progresivni ishemijski cerebrovaskularni inzult (*stroke in evolution*) koji počinje naglo, ali sa slabo izraženim simptomima i znakovima koji se tijekom nekoliko sati, rjeđe dana, pojačavaju da bi kasnije dosegli punu izraženost;
- kompletni ishemijski cerebrovaskularni inzult (*completed stroke*) koji nastaje odmah sa svom izraženom simptomatologijom.

#### Liječenje ishemijskog cerebrovaskularnog inzulta

Liječenje cerebrovaskularnog inzulta se pristupa s tri osnovna cilja:

- što je moguće više smanjiti ili spriječiti razvoj bolesti
- omogućiti optimalan oporavak
- spriječiti ponavljanje ishemijske.

Faze liječenja bolesnika s cerebrovaskularnim inzultom dijelimo na primarnu prevenciju, liječenje akutnog cerebrovaskularnog inzulta te sekundarnu prevenciju i rehabilitaciju. Primarnoj prevenciji cerebrovaskularnog inzulta pristupamo kroz masovne mjere poput poticanja na redovite kontrole krvnog tlaka, prestanak pušenja, redovito kretanje i pravilnu prehranu ili kroz mjere usmjerene prema skupini osoba s povišenim rizikom za nastanak cerebrovaskularnog inzulta, gdje provodimo medikamentnu ili kiruršku terapiju. U akutnoj fazi

bolesti pokušavamo bolesnika usmjeriti prema specijaliziranim ustanovama s jedinicama za liječenje cerebrovaskularnog inzulta, gdje je cilj specifičnim i općim mjerama liječenja smanjiti mortalitet i stupanj naknadne invalidnosti. Čim prije, nakon akutnog liječenja započinje sekundarna prevencija i rehabilitacija bolesnika.<sup>4</sup>

#### Prevencija cerebrovaskularnog inzulta

Prevencija cerebrovaskularnog inzulta se provodi kod bolesnika s faktorima rizika, a ne na cijeloj populaciji.

Dvije su razine prevencije:

- primarna (prevencija cerebrovaskularne bolesti)
- sekundarna (prevencija cerebrovaskularnog inzulta)

#### Primarna prevencija

- rano otkrivanje hipertenzije
- prevencija sekundarne hipertenzije
- rano otkrivanje dijabetesa mellitusa
- rano otkrivanje hiperlipoproteinemije
- rano otkrivanje poremećaja koagulacije
- regulacija tjelesne težine
- pravilna prehrana
- prestanak pušenja.

#### Sekundarna prevencija

- praćenje i liječenje rizičnih faktora.

#### Faktori rizika na koje se može utjecati

##### Mijenjanje navika

- nedovoljna fizička aktivnost
- prekomjerna i neadekvatna ishrana
- pušenje
- povećani psihički stres
- konzumiranje prekomjerne količine alkohola.

##### Faktori rizika na koje se ne može utjecati

- hereditet
- godine života
- meteorološki uvjeti.

#### Problemi kod bolesnika nakon cerebrovaskularnog inzulta

Najčešći poremećaji koji se javljaju kod bolesnika nakon cerebrovaskularnog inzulta jesu:

- hemipareza ili hemiplegija
- poremećaji u ponašanju
- poremećaji govora
- poremećaji vida
- poremećaji seksualnih funkcija
- poremećaji mikcije i defekacije.

#### Hemipareza ili hemiplegija

Najčešća posljedica cerebrovaskularnog inzulta je hemipareza ili hemiplegija. Hemipareza ili hemiplegija se očituju kao djelomična ili potpuna oduzetost lijeve ili desne polovine tijela. Kod bolesnika s desnostranom hemiplegijom prisutno je oštećenje govora u većoj ili manjoj mjeri. Obilježja hemiplegije kod bolesnika s cerebrovaskularnim inzultom su spazam mišića gornjeg i donjeg ekstremiteta. Kod gornjeg ekstremiteta spazam mišića je prisutan kod adduktora (nadlaktica), fleksora (podlaktica) i pronatora, a samo ponekad supinatora. Prsti šake su flektirani, a palac je adduciran. Donji ekstremitet je manje zahvaćen spazmom u odnosu na gornji ekstremitet. Stopalo je u plantarnoj fleksiji i inverziji.

### Poremećaji u ponašanju

Nakon cerebrovaskularnog infarkta, pored poteškoća koje nastaju kao posljedica neurološkog deficita, važan su faktor psihičke posljedice i poremećaji ponašanja. Poremećaji ponašanja kod bolesnika s cerebrovaskularnim infarktom se manifestiraju nakon akutnog stadija bolesti. Poremećaje ponašanja uzrokuju brojni faktori kao primjerice fizički hendikep, gubitak socijalnog statusa, financijska nesigurnost i osjećaj bespomoćnosti. Smetnje koje se nazivaju duševnima ne moraju biti rezultat cerebrovaskularnog infarkta, ali možemo ih naći kod oko 50% bolesnika. Depresija se javlja obično nakon cerebrovaskularnog infarkta i nastaje spontano.

Smetnje ponašanja kod bolesnika s cerebrovaskularnim infarktom jesu:

- osjetljivost
- zabrinutost
- uznemirenost
- napetost
- razdražljivost
- zlovoljnost
- malodušnost
- plačljivost
- depresija
- euforija
- afektivna labilnost
- afektivna inkontinencija.

### Poremećaji govora

Poremećaj govora je prisutan kod 41% bolesnika s cerebrovaskularnim infarktom. Najčešće se poremećaji govora manifestiraju kao afazija i dizartrija.

Afazija je nemogućnost govora uzrokovana oštećenjima kortikalnih govornih centara, a uz očuvanu motoriku govornih mišića. Može biti motorička i senzorička.

Motorička afazija jest bolesnikova nesposobnost izražavanja riječima unatoč razumijevanju što mu se govori i što on želi reći.

Senzorička afazija označuje bolesnikovu nesposobnost govorne komunikacije zbog nerazumijevanja onoga što mu se govori.

Dizartrija je poremećaj u oblikovanju riječi (artikulacije) najčešće izazvana bolestima mišića koji sudjeluju u artikulaciji i poremećaju neuromišićnog prijenosa.

### Poremećaji vida

Najčešći poremećaji vida kod bolesnika nakon cerebrovaskularnog infarkta su:

- diplopija
- homonimna hemianopsija
- smanjena oštrina vida

Diplopija ili dvoslike označava dvostruku sliku jednog predmeta.

Homonimna hemianopsija je gubitak vida na polovni vidnog polja iste strane.

### Poremećaji seksualnih funkcija

Istraživanja su pokazala da kod bolesnika nakon cerebrovaskularnog infarkta dolazi do promjene učestalosti seksualnog odnosa i seksualnog deficita kod oba spola bez obzira na dob.

### Poremećaji mikcije i defekacije

Kod posljedičnih hemiplegija učestalost poremećaja funkcije sfinktera mjehura i crijeva je takva da 2/3 bolesnika nisu u stanju kontrolirati mokrenje i defekaciju. Kada je posljedica cerebrovaskularnog infarkta hemipareza tada su bolesnici u povoljnijem položaju zato što 1/3 bolesnika nije u stanju kontrolirati mokrenje i defekaciju.

### Sestrinska skrb bolesnika s cerebrovaskularnim infarktom

#### Sestrinska anamneza

Prikupljanje podataka kod bolesnika s cerebrovaskularnim infarktom počinje uzimanjem sestrinske anamneze i statusa. Sestrinska anamneza i status mora sadržavati: opće podatke, situacijske podatke i obrasce zdravstvenog funkcioniranja.

Kvalitetna anamneza i status u velikoj mjeri ovise o komunikacijskim vještinama medicinske sestre i njenom umijeću vođenja intervjua.

#### Planiranje sestrinske skrbi

Kada se planira provođenje zdravstvene njege kod bolesnika s cerebrovaskularnim infarktom treba uzeti u obzir pet područja:

- intenzivna njega
- održavanje tjelesnih funkcija i sprečavanje komplikacija
- psihološke potrebe
- rehabilitacija u vrijeme hospitalizacije
- planiranje otpusta.

#### Intenzivna njega bolesnika

Bolesnici s cerebrovaskularnim infarktom zbrinjavaju se s obzirom na probleme koji proizlaze iz nastalog neurološkog deficita.<sup>5</sup>

U akutnoj fazi bolesti koja se odnosi na period od prijema do stabilizacije bolesnika, što je obično prvih 24 – 48 sati hospitalizacije bolesnik se hospitalizira i zbrinjava u jedinici intenzivne skrbi.

Sestrinska skrb kod bolesnika s cerebrovaskularnim infarktom u akutnoj fazi bolesti stavlja naglasak na sljedeće:

1. Određivanje polazišta za pojedine parametre i pojavu npr. pravilnosti radi stalnog praćenja i mogućnosti usporedbe
2. Praćenje vitalnih znakova
3. Praćenje pojave i tijeka neuroloških znakova koji uključuju razinu stanja svijesti
  - stupanj prisebnosti
  - kognitivne sposobnosti
  - zjenični znakovi
  - motoričke i osjetne funkcije
  - pokreti oka
  - refleksi
4. Praćenje promjena u tjelesnom sastavu
  - određivanje intrakranijskog tlaka
  - određivanje centralnog venskog tlaka
  - monitoring rada srca
  - kontinuirani EEG monitoring
5. Praćenje vrijednosti laboratorijskih nalaza
  - plinovi u krvi
  - hemoglobin
  - hematokrit
  - kompletna krvna slika
  - urea

- kreatinin
  - glukoza
6. Praćenje vrijednosti intrakranijskog tlaka – snižena razina svijesti
    - zjenice (proširene, fiksirane, sporo reagiraju na svjetlost)
    - motorne disfunkcije
    - promjene respiratornih funkcija
    - promjene vitalnih znakova
  7. Kontrola povišenog intrakranijskog tlaka
    - glava podignuta za 30° radi lakšeg otjecanja likvora
    - sprječavanje hiperventilacije
    - kontraindikacija položaja na trbuhu ili Trendeleburgovog položaja
    - normalizacija tjelesne temperature
    - lagana dehidracija
    - po preporuci liječnika terapija za snižavanje intrakranijskog tlaka (Manitol, Fursemid, Dexamethason)
  8. Sprječavanje konvulzivnog napada (antikonvulzivna terapija)
  9. Održavanje adekvatne oksigenacije i ventilacije
  10. Sprječavanje nastanka tromboflebitisa
  11. Kontrola balansa tekućine
  12. Provjera prehranbenog statusa
  13. Sprječavanje nastanka infekcije.

Tijekom akutne faze bolesti početni dijagnostički postupci se mogu izvesti, a ostala ispitivanja se odgađaju dok bolesnik ne bude u stabilnom stanju.

#### Održavanje tjelesnih funkcija i sprječavanje komplikacija

Nakon stabilizacije stanja, bolesnik s cerebrovaskularnim inzultom se premješta iz jedinice za intenzivno liječenje na neurološki odjel, gdje se provodi poluintenzivna njega bolesnika. Zadaci medicinske sestre u poluintenzivnoj njezi bolesnika se odnose na održavanje tjelesnih funkcija i sprječavanje komplikacija. Najčešće komplikacije koje se javljaju kod bolesnika s cerebrovaskularnim inzultom su: dekubitusa, upala pluća i kontraktura. Da bi spriječili iritaciju, crvenilo i ozljede kože koji mogu dovesti do dekubitusa, medicinska sestra osigurava rutinsku njegu bolesnika koja se provodi svaka četiri sata dnevno. Osiguravanjem rutinske njege bolesnika i održavanjem čistoće tijela podupiremo i samopoštovanje kod bolesnika. Zbog oduzetosti bolesnik u izvjesnoj mjeri zauzima tzv. prisilni položaj. Oduzeti ekstremiteti su u početku mlohavi. Klijenuta ruka obično leži preko grudnog koša pa je nadlaktica aducirana, a podlaktica, šaka i prsti su flektirani. Noga je ekstenzirana. Stopalo je u plantarnoj fleksiji i to usred vlastite težine i težine pokrivača. U ovakvim uvjetima nastaju kontraktura, koje se mogu javiti i prije pojave spazma, ako se ne poduzmu odgovarajuće mjere. Odgovarajuće mjere se provode korekcijom položaja bolesnikova tijela. Korekciju položaja izvodimo pomoću udloga koje se obično stavljaju noću. Ruka se stavlja u laganu abdukciju, a lakat, šaka i prsti u dorzalnu fleksiju. Danju se u više navrata mijenja položaj. Za bolesnika je najpovoljniji položaj s lagano podignutim uzglavljem. Glavu danju držimo većinom rotiranu na zdravu stranu, jer nam taj položaj omogućava lakše izvođenje pasivne ekstenzije klijenute ruke. Najmanje svaka dva sata treba bolesnika okretati na lijevu ili desnu stranu. Na taj način se postiže bolja cirkulacija, koja je na klijenutoj strani insuficijentna. Okretanjem se osigurava bolja ventilacija pluća i is-

tovremeno bolja opskrba mozga kisikom. Na taj se način vrši prevencija plućnih komplikacija osobito hipostatske pneumonije. Bolesniku veliku pomoć pružaju vježbe disanja koje se u intenzivnoj njezi izvode pasivno, a u poluintenzivnoj njezi aktivno uz suradnju fizioterapeuta. Prije vježbi disanja treba se provjeriti prohodnost dišnih putova. U slučaju pojave sekreta u dišnim putovima izvodi se aspiracija.

Sestrinska skrb za bolesnika s cerebrovaskularnim inzultom u postakutnoj fazi bolesti:

1. Rutinsko promatranje vitalnih i neuroloških znakova
2. Promatranje stanja svijesti i promjena ponašanja
3. Procjena sposobnosti gutanja
4. Osiguravanje prikladne prehrane
5. Pomoć prilikom
  - održavanja osobne higijene
  - odijevanja i dotjerivanja
  - hranjenja
  - eliminacije
6. Pomoć pri poremećaju govornih funkcija.
  - prilagodba komunikacije prikladno bolesnikovim oštećenjima
7. Pomoć pri oštećenju vidnog polja
8. Uvođenje mjera opreza od pada <sup>6</sup>.

#### Psihološke potrebe

Nakon cerebrovaskularnog inzulta, pored poteškoća koje nastaju kao posljedica neurološkog deficita, važan su faktor i psihičke posljedice koje mogu ometati proces rehabilitacije, jer donedavno zdrav čovjek postaje vezan za krevet i ograničen za svakodnevne radnje koje su mu prije bile rutina. Na razini svjesnosti dolazi do promjene. Bolesnik ima periode zbunjenosti. Osim zbunjenosti javljaju se poremećaji osjetljivih, perceptivnih i intelektualnih sposobnosti. Tjelesni imidž i samopoimanje se mijenjaju zato što bolesnik proživljava osjetljive i društvene nedostatke i može imati poteškoće govora. Vidljivi su i emotivni nedostaci. Bolesnik nije u stanju kontrolirati svoje emocije. Vrlo često reagira prestrašenim, neprijateljskim, frustriranim, izoliranim, negativnim i depresivnim ponašanjem.

Najčešći emotivni nedostaci kod bolesnika s cerebrovaskularnim inzultom su:

- emocionalna labilnost (reagira brzo i neprikladno na podražaj)
- gubitak samokontrole
- smanjena tolerancija na bilo koji tip stresa.

Emocionalna labilnost se odnosi na emocionalnu nestabilnost, koja rezultira neprikladnim reakcijama.

Gubitak samokontrole se može opisati i kao gubitak društvenih granica i kulturalnih normi ponašanja.

Kada se tolerancija na stres kod osobe smanji, bilo kakav podražaj, bez obzira koliko lagan ili dobronamjeran bio, može se doživjeti nepravilno. Medicinska sestra treba poznavati emotivne poremećaje i planirati pristup bolesniku. Pristup svakom bolesniku treba biti zasnovan na individualnoj procjeni psiholoških potreba. Psihološke potrebe sastavni su dio plana zdravstvene njege.

Uloga medicinske sestre u osiguravanju emocionalne i psihološke potpore:

- uvjeriti bolesnika i obitelj da je ponašanje uzrokovano bolešću i da nije namjerno; također naglasiti da će se ponašanje s vremenom popraviti

- zanemariti ponašanje poput psovanja ili razgolićavanja
- kontrolirati okoliš smanjujući ili uklanjajući podražaje koji su uznemirujući za bolesnika
- predvidjeti bolesnikove potrebe da bi umanjili njegovu frustraciju
- osigurati pozitivnu reakciju na bolesnikova postignuća
- ohrabriti bolesnika da ponovno nauči vještine potičući ga i dijeleći određeni zadatak na manje korake
- osigurati realnu orijentaciju (orijentaciju u vremenu i prostoru) i reorijentaciju po potrebi
- objasniti emocionalne nedostatke obitelji; biti podrška
- neprihvatljivo ponašanje kontrolirati navodeći bolesnika na produktivniju aktivnost
- ponavljati svakodnevno naučene vještine, jer mnogi bolesnici imaju poteškoća u prijenosu učenja na slične situacije.

### Rehabilitacija u vrijeme hospitalizacije

Bolesnici nakon preboljenog cerebrovaskularnog inzulata vrlo često imaju teška oštećenja i funkcionalna ograničenja kretanja i percepcije. Rana rehabilitacija poboljšava funkcionalni oporavak i smanjuje broj bolesnika ovisnih o tuđoj pomoći. Glavni ciljevi rehabilitacije nakon cerebrovaskularnog inzulata jesu prevencija kontraktura i embolija, optimalno zbrinjavanje specifičnih medicinskih problema i osiguravanje psihološke pomoći i potpore bolesnicima i njihovim obiteljima.<sup>7</sup>

Oporavak bolesnika ovisi o težini onesposobljenosti, programu rehabilitacije, održavanju postignute funkcije i potpori obitelji. U program rehabilitacije uključen je multidisciplinarni tim stručnjaka kojeg čine: neurolog, fizijatar, fizioterapeut, radni terapeut, medicinska sestra, logoped, psiholog, socijalni radnik, obitelj bolesnika, a po potrebi i drugi stručnjaci. Prije početka rehabilitacije procjenjuje se bolesnikovo stanje. Procjena bolesnikovog stanja uključuje utvrđivanje intelektualnog oštećenja, stupanj motoričke slabosti te senzorički i vizualni deficit. Treba naglasiti da emocionalne reakcije, depresivnost i strah smanjuju suradnju bolesnika.

Važnu ulogu u postupku rehabilitacije bolesnika s cerebrovaskularnim inzulatom imaju medicinske sestre.

Studija koja je provedena u jednom kanadskom rehabilitacijskom centru za cerebrovaskularni inzulat pokazuje nezadovoljstvo medicinskih sestara kao ravnopravnih članova tima. Medicinske sestre ističu da se susreću s nizom ograničenja u radu s bolesnicima.

Timovi za moždani udar moraju prepoznati ograničenja s kojima su suočene medicinske sestre u obavljanju uloge u rehabilitaciji, a sve u cilju njegovanja kolegijalnosti koja će doprinijeti boljoj komunikaciji i uvažavanju u radnom okruženju.<sup>8</sup>

### Planiranje otpusta

Planiranje otpusta, iako je navedeno zadnje, počinje kod prijema, kada se sakupljaju informacije o obitelji, životnim uvjetima i bolesnikovim potrebama. Proces se intenzivira kako se bolesnikovo stanje stabilizira. Također se određuje njegov rehabilitacijski potencijal i stanje. Obiteljska situacija treba biti realno procijenjena od strane zdravstvenog tima, odnosno socijalnog radnika koji surađuje s drugim članovima. Svaki bolesnik s cerebrovaskularnim inzulatom i njegova obitelj su jedinstveni, stoga se nivo sudjelovanja obitelji u programu razlikuje od obitelji do obitelji. Kad se odrede bo-

lesnikove potrebe, treba se odlučiti gdje bolesnik može dobiti najbolju skrb i njegu. Za neke bolesnike, čije su potrebe velike, najbolji je izbor specijalna ustanova za zdravstvenu njegu. Rehabilitacija u kući se provodi preko ustanova za zdravstvenu njegu i rehabilitaciju.

Kad se bolesnik otpusti kući, neophodna je socijalna i psihološka potpora obitelji, a također je bitna uloga medicinske sestre koja pored obitelji prati, reagira i ukazuje na bolesnikove potrebe.

### Zaključak

U većini razvijenih zemalja moždani udar je treći uzrok smrti među odraslom populacijom, a kako je vodeći uzrok invaliditeta, njegova je važnost velika. Kod jedne trećine bolesnika moždani udar uzrokuje smrt, jedna trećina bolesnika postaju teški invalidi, dok se samo jedna trećina zadovoljavajuće oporavi ili ostane tek manji invaliditet.

S obzirom na složene rehabilitacijske potrebe kod bolesnika s cerebrovaskularnim inzulatom, važan je individualni pristup. Napredovanje i oporavak je za svakog bolesnika različit.

Rehabilitacija bolesnika nakon cerebrovaskularnog inzulata započinje kada je bolesnik u medicinski stabilnom stanju, znači u jedinicama poluintenzivne njege. Uspješnost oporavka ovisi o opsegu moždanog oštećenja, zauzimanju bolesnika, vještini i trudu rehabilitacijskog tima te suradnji obitelji s bolesnikom i članovima tima. Osobito se ističe važnost bolesnikove želje za oporavkom i težnja što većoj neovisnosti, jer je cilj rehabilitacije omogućiti bolesniku najveći mogući stupanj neovisnosti, samostalnosti i produktivnosti.

Samo uz iskren i strpljiv poticaj obitelji, bolesnik će se okrenuti budućnosti i pokazati volju za oporavak te će napredak biti brži i uspješniji.

### Literatura

1. Demarin V, Trkanjec Z. Neurologija, Medicinska naklada, Zagreb, 2008., 117.-19.
2. Brinar V i suradnici, Neurologija za medicinare, Medicinska naklada, Zagreb, 2009., 187.
3. Broz Lj, Budisavljević M, Franković S, Not T. Zdravstvena njega 3, Školska knjiga, Zagreb, 2007.
4. Andersson A, Hansebo G. Elderly peoples experience of nursing care after a stroke: from a gender perspective. *Journal of Advanced Nursing* 2009; 65(10): 2038-2045.
5. Demarin V, Trkanjec Z. Neurologija, Medicinska naklada, Zagreb, 2008., 140
6. Barreca S, Wilkins S. Experiences of nurses working in a stroke rehabilitation unit. *Journal of Advanced Nursing* 2008; 63(1): 36-44.
7. Raimond J, Taylor JW. Neurological emergencies – effective nursing care, An Aspen Publication, Rockville, Maryland, 1986., 101-25.
8. Galić S. Neuropsihološka procjena, Naklada Slap, Opća županijska bolnica – Požega, 2002.
9. Hickey JV. The clinical practice of neurological and neurosurgical nursing, J.B. Lippincott Company, Philadelphia, 1986.
10. Fučkar G. Proces zdravstvene njege, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, 1992.
11. Keros P. Veliki zdravstveni savjetnik, Novi Liber, Zagreb, 1995.
12. Barac B i sur. Neurologija, Školska knjiga, Zagreb, 1989.
13. Demarin V. Suвременa organizacija prevencije moždanog udara, Medicus, Zagreb, 2001.
14. Demarin V. Priručnik iz neurologije, "Prosvjeta" d.d. Bjelovar, Zagreb, 1998.
15. Netter FH. Neurologic and neuromuscular disorders, The CIBA collection of medical illustrations, New York, 1992., 75-76.
16. Prlić N. Zdravstvena njega, Školska knjiga, Zagreb, 1997.