

A betegvezetés folyamata egy stroke beteg gondozása során - esetbemutatás

Szabó-Laboda Adrienn ügyvivő-szakértő,

Dr. Papp László főiskolai docens, Papp Anita tanársegéd

SZTE Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar

Ápolási Tanszék

email: labodaa@freemail.hu

Absztrakt

A betegvezetés, mint ápolói kompetencia fontos szerepet játszik az ápolási folyamat megvalósulásában. A betegség lefolyását befolyásolja a beteg veszteségre adott reakciója, szemlélete, megküzdési stratégiája. Az ápolási folyamat holisztikus megvalósulásának záloga a fizikális szükségleteken túl a fenti befolyásoló tényezők figyelembe vétele az ápolási terv kialakítása során.

Jelen tanulmány egy stroke-on átesett páciens betegvezetési folyamatát mutatja be egy konkrét eseten keresztül. A stroke a harmadik leggyakoribb halálok Magyarországon, így az ilyen betegségben szenvedők gondozása kiemelt jelentőségű. Az esetbemutatás során képet kapunk a stroke-on átesett betegek betegútjáról is. A páciens betegvezetése már a szegedi Neurológiai Klinika Stroke Osztályának őrzőjében elkezdődött és végig kísérte az intenzív osztályon át a neurorehabilitációs osztályig.

Kulcs szavak: betegvezetés, stroke, thrombolysis, prevenció

Abstract

Counseling as a part of nursing competence has an important role in the nursing process. The procession of this illness is strongly influenced by the patient's reaction to the loss of body functions, views and coping strategies. The key to fulfill holistic nursing is to react to those influences along with physical needs when shaping the nursing plan.

This study presents the counseling process using a stroke patient's actual case. Stroke is the third leading cause of mortality in Hungary, so caring for these patients should be emphasised in health care. The case study also shows the treatment path of a person who suffers from stroke. The counseling process started as early as it was possible, and lasted from University of Szeged's Neurology Clinic's Stroke Subintensive Ward to Neurorehabilitation.

Keywords: counseling, stroke, prevention, thrombolysis

Bevezetés

A stroke a mortalitási és morbiditási statisztikák előkelő helyén áll a világ fejlett országaiban, emellett az összes betegség között az agyi érkatasztrófának a legnagyobb a gazdasági terhe és a társadalomra gyakorolt hatása. Hazánkban a stroke kiemelt fontosságú népegészségügyi problémát jelent, mivel hosszú távú önellátási deficitet okoz. A betegség mortalitása csökkenő tendenciájú, de még mindig jelentősen magas. A kórkép leggyakrabban 60 év felettieket érint, de a betegek 25%-a 60 év alatti. A fiatalabb korosztályok viszonylag magas érintettsége, főleg férfiakra jellemző, de mindkét nemet érinti. Fejlett országokhoz képest, hazánkban a stroke-betegek átlagosan 5-10 évvel fiatalabbak. (1)

Szegeden 2016. évben 1263 beteg került felvételre (1334 esetből) a Neurológiai Klinika Stroke osztályára akut stroke diagnózissal, amelyből 83 betegnél volt szükség thrombolysis kezelésre. A beteg közel egyenlő arányban volt nők és férfiak (39 nő, 44 férfi), és átlagéletkoruk 72,05 év volt.

A betegellátás során a kimenetel szempontjából az első észlelő feladata kiemelkedő. Kulcsfontosságú a mentők mielőbbi értesítése a stroke-ra utaló tünetek, illetve figyelmeztető jelek észlelésekor, mivel a statisztikai vizsgálatok is azt bizonyítják, hogy ez szignifikáns mértékben csökkenti a kórházba érkezés és az ellátás megkezdése közötti időt. Emiatt nélkülözhetetlen az adott területen élő lakosságra irányuló, szervezett prevenció. (1)

Amennyiben felmerül az időablakon belüli, definitív stroke ellátás lehetősége, az OMSZ (Országos Mentőszolgálat) kiemelt betegutat biztosít, melynek során a helyszíni ellátást legfeljebb 30 percen belül be kell fejezni, és meg kell kezdeni a beteg szállítását a stroke centrumba. A mentésirányítók értesítik a Sürgősségi Betegellátó Osztályt (SBO), hogy időablakon belüli stroke-s beteget szállítanak az osztályra. A beteget már egy neurológussal kibővült sürgősségi team várja és megtörténik az elsődleges vizsgálat (neurológiai státusz, labor) és az előre egyeztetett CT vizsgálatra szállítják a beteget. A képalkotó diagnosztikai vizsgálat során megtörténik a diagnózis felállítása ischaemiás vagy vérzéses stroke irányába. Ezt követően a CT-ből a beteg Stroke Osztályon való elhelyezése történik, amely thrombolysis kivitelezésére felkészült és alkalmas osztály. (2)

Amennyiben a betegnél nem vérzéses stroke diagnózist állapítanak meg és a diagnózis felállítás a tünetek megjelenésétől számított 3-4,5 órás időablakon belül történik, akkor megkezdhető a thrombolysis. (3)

A stroke túlélési láncának (tünetek felismerése, mentők riasztása, mentőellátás, kórházi ellátás) bármelyik pontján jelentkező indokolatlan késedelem a betegség kimenetelét súlyosbíthatja, esetleg a betegség halálozási arányát növelheti.

Esetbemutató

30 éves nőbeteg sürgősséggel kerül felvételre, időablakon belüli (1 óra) stroke diagnózisával thrombolysis céljából. A páciens vezető tünete bal oldali végtaggyengeség.

Felvételi státusz: Normál testalkatú nőbeteg. BMI: 25, RR: 98/69 Hgmm, P: 95/ min. Lázatlan. Hallása, látása panaszmentes. Kültakaró ápolat, bőrén sérülés nem látható. Éber, tiszta tudat, megtartott orientáció. Meningeális izgalmi jel nincs. Baloldalon Babinszky pozitívitas, bal oldali hypoton hemiparesis, bal felső végtaggal időnként befelé csavaró mozgás észlelhető. Beszéd, beszédértés eltérés nélkül. Hozzá tartozó elmondása szerint felvétel napján 7:30-7:45 között hirtelen bal oldala elgyengült, bal szájzuga elhúzódott, elesett, eszméletét nem vesztette el, fejét nem ütötte be. A beteg anamnéziséből kiderül, hogy aktuális panaszai a mozgás nehezítettsége és az ebből következő önellátási deficitek.

A beteg önellátását FIM skála segítségével mértük fel, mely során 71-es pontot ért el, mely jelentős önellátási hiányt jelez. A páciens a hely- és helyzetváltoztató mozgás tekintetében teljes segítségre szorul, mely azt jelenti, hogy kevesebb, mint 25%-ban képes elvégezni ezeket a tevékenységeket. Az önellátás képességében részleges függőség alakult ki, mérsékelt segítségre szorul. A kommunikáció és szociális képességek kis mértékben szenvedtek károsodást, bizonyos tevékenységekhez igényel segítséget. (Pl.: Probléma megoldó képessége.) (4)

Gyógyszerallergia: Sumetrolim.

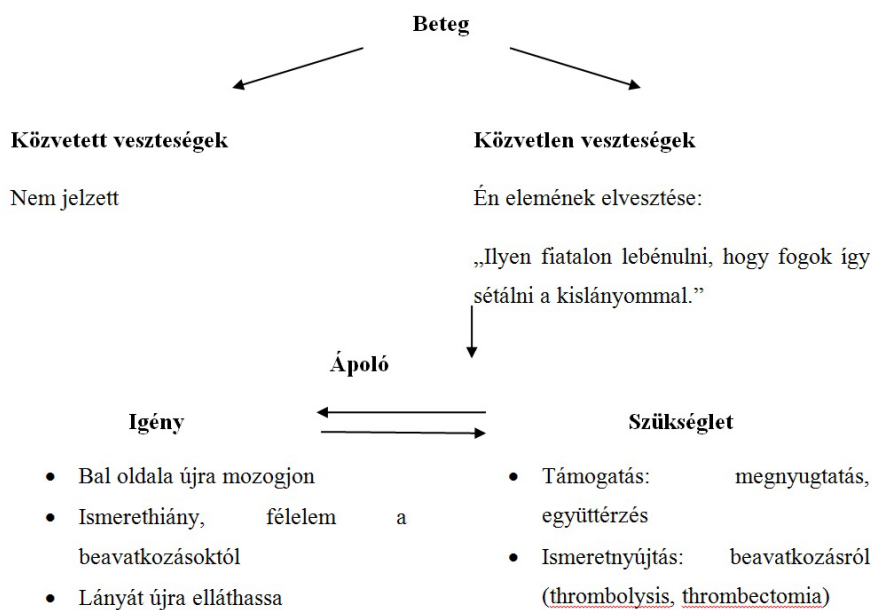
Az anamnézis-fellevő beszélgetés alapján egy rizikófaktor (fogamzásgátló szedés) volt feltárható (desogestrel). Korábbi ismert betegsége a páciensnek nem volt. A CT vizsgálat a betegnél ischaemiás stroke-ot igazolt.

A tünetek és az időbeliség mérlegelésével, a beteg beleegyezése után a neurológiai team thrombolysist indikált, mely sikertelennek bizonyult. A páciens neurológiai státusza nem javult, ezért a neuroradiológus thrombectomiát végzett, majd intenzív osztályos megfigyelésre szorult. A beavatkozást követő 24 óra elteltével került vissza a beteg a Stroke osztályra.

A beteg neurológia státuszában a thrombectomiát megelőző állapothoz képest jelentős javulás volt észlelhető. Bal felső végtag mozgásában minimálisan deficit volt észlelhető, alsó végtagjait és jobb kezét mozgatni tudta, facialis paresise csak jelzetten állt fenn. A kritikus állapot lezárása után lehetőségünk nyílt a szükségletek és az igények felmérésére, mely a betegvezetés szempontjainak figyelembe vételével történt.

Ennek elemeit az 1. sz. ábra mutatja be.

1. sz. ábra. A szükségletek és igények felmérése a betegvezetési folyamat alkalmazásával



A beszélgetés során a tünetek és fizikai panaszok mellett a beteg viselkedése utal az aktuális érzelmi állapotra, megküzdési stratégiáira. A beteg elmondja, hogy meg van ijedve, hogy baloldali végtaggyengesége maradandó károsodású lesz. Nem akar ilyen fiatalon mások segítségére szorulni. A stroke betegségről már hallott, de nem mélyedt el a témát illetően, hisz erre nem volt eddig szüksége. (5)

Az ellátási folyamat következő lépése az ápolási folyamat elemeinek a beteggel közös kialakítása volt, melyet az 1. sz. táblázat foglal össze.

1. sz. táblázat Az ápolási folyamat keretterve

Keretterv				
Kinek?	Miért?		Mit?	Hogyan?
	Á p o l á s i diagnózis	Betegvezetési di- agnózis		
„Ilyen fiatalon lebénulni, hogy fogok így sétálni a kislánnyal?”	Mozgáskészség romlása az agyi ér elzáródása miatt, amely bal oldali végtagbénulásban nyilvánul meg.	Tehetlenség érzése a bal oldali végtagbénulás miatt, amely érzelmi központú k é r ő d z ő stratégiában nyilvánul meg.	P1/1: Megnyugtatózás, biztatás. Együttérzés kimutatása. P1/2: Figyelem elterelés	Orientáció: Ismeretnyújtás konzultáció lehetőségek ismertetése a betegségről. Facilitáló stratégia , é r z e l m e k t i s z t á z á s a , kikérdezés.
„Nem ismerem a kezelési lehetőségeket, nem igazán értem, amit az orvos mondott, elmondaná még egyszer?”	Ismerethiány orvosi szakfejezések miatt, amiről a beteg verbálisan beszél.	Adekvát viszonyulás az ismerethiányhoz, tehetlenség érzés miatt, amely probléma központú stratégiában nyilvánul meg.	P/2: A beteg pszichés felkészítése a thrombectómiára és rehabilitációra, kezelés ismertetése ápolói kompetencián belül.	Orientáció: Ismeretnyújtás, konzultáció. Facilitáló stratégiák: minimális szóbeli megerősítés.

(6)

A megbeszélés során egyértelműen kiderült, hogy a beteg legjelentősebb problémája a mozgászavar, melyet az alábbi módon fogalmazott meg: „Ilyen fiatalon lebénulni, hogy fogok így sétálni a kislánnyal?” Az ápoló, ezt figyelembe véve, és a fizikális aspektust beemelve a panaszba, megfogalmazta ápolási diagnózisát: Mozgáskészség romlása az agyi ér elzáródása miatt, amely bal oldali végtagbénulásban nyilvánul meg.

A beteg fenti kijelentését a betegvezetés szempontja szerint elemezve érzelemközpontú, kérdő stratégia merül fel. Ennek jelei a következmények felett aggodalom, és a panaszok felől nehezen terelhető gondolkodás. Az ápoló ebben a helyzetben elsősorban megnyugtatózással, biztatással, az együttérzés kimutatásával és a figyelem elterelésével tudja támogatni betegét. További lehetőség különféle facilitáló stratégiák alkalmazása, amely az érzelmek tisztázását, kikérdezést, minimális szóbeli megerősítések használatát foglalja magában. Ebben az esetben a kognitív aspektust ismeretek nyújtásával és konzultációs lehetőségek biztosításával lehet kielégíteni.

A beteg megfogalmazta továbbá ismereteinek hiányát, saját szavaival: „Nem ismerem a kezelési lehetőségeket, nem igazán értem, amit az orvos mondott, elmondaná még egyszer?” Ebben az esetben az ápoló által megalkotott ápolási diagnózis a következő volt: Ismerethiány orvosi szakkifejezések használata miatt és figyelemzavar miatt, amiről a beteg verbálisan beszámol.

A fenti idézet arra utal, hogy a beteg elfogadja állapotát, a betegség leküzdésére törekszik. A betegvezetés szempontjai szerint ez adekvát viszonyulásra utal, mely során a beteg alternatívákat mérlegel, döntéseket hoz, azaz problémaközpontú stratégiát alkalmaz. Ebben a helyzetben kiemelt ápolási feladat a beteg pszichés felkészítése a thrombectomiára és rehabilitációra, melynek kognitív összetevője a konzultáció, ismeretnyújtás, a pszichés aspektust pedig facilitáló stratégiákkal segíthetjük.

A beteg ellátásának következő lépése a gondozási terv kialakítása, mely az egyes ápolási napok beteggel egyeztetett céljait és tevékenységeit tartalmazza.

Első napon tervezett programok között szerepelt a megnyugtató, biztatás, együttérzés kimutatása, figyelem elterelése a problémáról, illetve a beteg pszichés felkészítése a thrombectomiára. A megvalósítás során felmerült a betegnél az én fontos elemének elvesztése, tehetetlenségérzése, szorongás a jövőre tekintve, ismerethiány a betegséggel és kezeléssel kapcsolatban. A beteg először nem értette meg az orvos közlését, amit a személyzet felé jelzett. Fontos volt az érzelmek tisztázása, kikérdezés, saját erő mozgósítása. Kiemelendő elem továbbá a problémaközpontú megküzdési stratégia megjelenésének tendenciája, hiszen kilátástalannak látta helyzetét, mert a thrombolysist követően állapota nem javult.

Nap végére a tehetetlenség érzésének megszűnése látszott a betegen, minimális szóbeli megerősítések megjelenése jellemezte a kliens viselkedését. Viszonyulása adekváttá vált, melyet az jelzett, hogy számára megfelelő segítő források elérésére törekszik, fejleszti ismereteit, lehetőségeket feltérképezi, átgondolja. Elfogadja, vállalja a szembesülést problémáival.

Gondozási terv: 2-4. nap

A beteg állapota napról- napra javult, először ágy szélére ült ki, majd kísérettel mosdóba kísétált. A második napon már bal kezét is jobban mozgatta, fogásnál erőtlenebb volt. A mozgás támogatására rendszeres fizioterápiában részesült. A pszichés vezetés során továbbra is nagy szerepe volt a biztatásnak, megnyugtatónak, együttérzésnek, amit a beteg is megfogalmazott: „Köszönöm, hogy biztatott, remélem minden rendben lesz.” A konzultációs lehetőségek biztosítása, az ismeretek bővítésének lehetősége folyamatos volt, mely során a figyelemelterelés is megvalósult, hiszen kislányáról mesélt és elmondta, hogy sokszor tévét néz. Ezekben a napokban már adekvát viszonyulás jellemezte: „Most mi lesz a következő lépés?”

A betegség akut szakaszának lezárásával fontos ápolási momentum a beteg pszichés felkészítése a neurorehabilitációra. Ez a klinika rehabilitációs osztályán zajlott, ahol a rehabilitációs team

(ápoló, orvos, pszichológus, gyógytornász, ergoterapeuta) segítségével folyhat a beteg egyénre szabott rehabilitációja 6-8 hét közötti intervallumban. Ezt követően otthonában is van lehetőség folytatni a gyógytornát, otthoni szakápolás keretében 2x14 vizit erejéig. A beteg a lehetőségekkel kapcsolatban az alábbi véleményt fogalmazta meg: „Ezek a lehetőségek elég jól hangzanak, csak sokáig tart. Már szeretném én vinni a lányomat az óvodába!” A kijelentésen csökkent önértékelés, érzelmközpontú kérődző stratégia jelei rajzolódnak ki, mely a rehabilitáció során követendő gondozási irányt is kirajzolja.

Gondozási terv: 4-7. nap

A beteg ebben az időszakban egyre erősebbnek érezte magát. Ezt úgy fogalmazta meg, hogy: „Ma már egyedül kiültem ágyszélére és kísérettel mosdóba is kimentem.” Kommunikációjában megjelentek a bizalom jelei, mivel bízott benne, hogy a rehabilitációról teljes felgyógyulásban távozzon. Lefoglalta magát, nem csak a problémájával foglalkozik: „Hozott ma a nagynéném egy jó könyvet, egészen elkalandozom, ha olvasom.” Továbbgondolta, hogy mit tehet annak érdekében, hogy egyre közelebb kerüljön a teljes gyógyuláshoz. A beteg tapasztalatai a foglalkozás fontosságáról: „Most már szinte mindig történik valami, amit csinálhatok.” A gondozási folyamat értékelését a 2. sz. táblázat foglalja össze.

2. sz. táblázat. A beteg és az ápoló értékelése a gondozási folyamatról

Gondozási terv értékelése

<i>Kliens értékelése:</i>	<i>Terapeuta értékelése:</i>
<ul style="list-style-type: none"> „Azért látom, hogy a többi beteghez képest én sokkal gyorsabban alakulok” 	<ul style="list-style-type: none"> A beteg probléma központú megküzdési stratégia felé indult, időnként még megjelenik a kérődző stratégia is.
<ul style="list-style-type: none"> „Nagyon jól esett, hogy ennyit foglalkoztak itt velem” 	<ul style="list-style-type: none"> A betegséghez való viszonyulása adekvát, reális.
<ul style="list-style-type: none"> „Végre közelebb jutok ahhoz, hogy én vigyem a kislányomat az oviba” 	<ul style="list-style-type: none"> Én elemének visszaszerzésének útján halad.
	<ul style="list-style-type: none"> Fontos személy visszaszerzéséhez egyre közelebb kerül. (6)

A beteg egy héttel a történetet követően, kielégítő általános állapotban, Neurorehabilitációs osztályra került további ellátás céljából. Az akut osztályról való távozáskor megtörtént a beérkezéskor alkalmazott önellátás ismételt felmérése FIM skála segítségével. A score ebben az esetben 120 pont, mely jelentős javulást mutat. A beteg szinte minden öngondoskodási elemet önállóan volt képes végrehajtani néhány képességnél pedig részleges függőség maradt fenn, melyet a rehabilitációs osztályos kezeléssel teljesen megszüntethető. (4)

Hivatkozási jegyzék

- 1. Neurológiai Szakmai Kollégium és a Magyar Stroke Társaság Vezetősége:** A Nemzeti Erőforrás Minisztérium szakmai protokollja a cerebrovaszkuláris betegségek ellátásáról.
- 2. OMSz, Szervezési és Módszertani Osztály:** Munkaanyag: A stroke mentőellátása
- 3. Dr. Csiba L.:** Fejezetek a neurológiából. Debreceni Egyetemi Kiadó
- 4. Dr. Papp K.:** Rehabilitáció.
- 5. Dr. Helembai K.:** Általános ápoláslélektan. A beteg/ kliens vezetés pszichológiája
Medicina Könyvkiadó Zrt. Bp. 2010
- 6. Dr. Helembai K., Boros E., Domonkos N., Dr. Erdősi E. és mtsai:** Betegvezetés az ápolásfolyamatában