Monika Gadomska[1], Diana Piaszczyk[2], Katarzyna Głuchowska[3], Elżbieta Czarnecka[4]
Akademia Bialska im. Jana Pawła II
Zakład Pielęgniarstwa
Studenckie Koło Naukowe Pielęgniarstwa Klinicznego „Clinic”
https://doi.org/10.29316/9788368103137_25

PROBLEMY OPIEKUŃCZO-PIELĘGNACYJNE PACJENTA PO URAZIE CZASZKOWO-MÓZGOWYM Z WYKORZYSTANIEM TERMINÓW ICNP®

CARE PROBLEMS OF THE PATIENT AFTER CRANIOCEREBRAL TRAUMA USING ICNP® TERMS

Streszczenie

Wstęp: Urazy czaszki powodują niepełnosprawność lub zgon. Leczenie i rehabilitacja nie zawsze umożliwia powrót pacjenta do życia społecznego, zawodowego i rodzinnego. Cel pracy: rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych i określenie interwencji pielęgniarskich zgodnie z ICNP®. Materiał: 88 letni chory po urazie głowy. Metoda: wywiad, obserwacja, pomiar, analiza dokumentacji, skale, proces pielęgnowania. Wyniki: Pacjent z bólem głowy, niedowładem mięśni twarzy, nagłą afazją i zaburzeniami równowagi. W wywiadzie upadek kilka miesięcy wcześniej, nie konsultowany z lekarzem. Po kraniotomii wypisany ze szpitala w dobrym stanie po 9 dniach. Wnioski: Przy przyjęciu problemy biologiczne (ból głowy, niedowład mięśni twarzy, afazja, duszność spoczynkowa, zaburzenia równowagi, niepokój), choroby współistniejące (łuszczyca, miażdżyca,

Summary

Background: Cranial injuries result in disability or death. Treatment and rehabilitation does not always enable the patient to return to social, working and family life. Aim of the study: to identify nursing problems and determine nursing interventions according to ICNP®. Material: 88-year-old patient after head injury. Method: interview, observation, measurement, documentation analysis, scales, nursing process. Results: Patient with headache, facial muscle paresis, sudden aphasia and balance disorder. History of a fall several months earlier, not consulted with a physician. After craniotomy, discharged from hospital in good condition after 9 days. Conclusions: On admission, biological problems (headache, facial muscle paresis, aphasia, resting dyspnoea, imbalance, anxiety), comorbidities (psoriasis, atherosclerosis, P leg varicose

[1] lic., https://orcid.org/0009-0003-2880-1133, monikazalewska56@gmail.com
[2] dr, https://orcid.org/0009-0002-2291-9563, d.piaszczyk@dyd.akademiabialska.pl
[3] https://orcid.org/0009-0008-9793-9810, katalycz@op.pl
[4] https://orcid.org/0009-0007-5161-6752, czarneckaelzbieta5@gmail.com

żylaki P nogi, nycturia) i nieprawidłowości w badaniach krwi. Po kraniotomii wysokie RR, ból rany, brak samoopieki, zaparcia, ryzyko (odleżyn, infekcji moczowej i rany). Przed operacją oceniano chorego pod kątem powikłań, a po kraniotomii minimalizowano ból, oceniano oddech i krążenie, realizowano zlecenia, współdziałano w rehabilitacji i prowadzono edukację w zakresie samokontroli i prewencji urazów głowy.

Słowa kluczowe: uraz głowy, pielęgnowanie, ICNP®

veins, nycturia) and abnormalities in blood tests. After craniotomy, high RR, wound pain, lack of self-care, constipation, risk (of decubitus ulcers, urinary and wound infection). Before surgery, the patient was assessed for complications, and after craniotomy, pain was minimised, breathing and circulation were assessed, orders were carried out, rehabilitation was shared and education on self-care and head injury prevention was provided.

Keywords: head injury, nursing, ICNP®

Wstęp

Urazy głowy wymagają leczenia, powodują niepełnosprawność (czasową/trwałą) lub zgon (Czernicki i in., 2024). W Polsce z ich powodu umiera 32,9/100 tys. osób (Whitfield i in., 2020). W krajach UE niepełnosprawność nimi wywołana dt. 6,2 mln. ludzi, częściej 17-44 letnich mężczyzn i 0-4 letnich dzieci (Noszczyk, 2019).

Przyczynami urazów są: wypadki komunikacyjne (50%), upadki z wysokości (20%), wypadki w pracy (10%), pobicia (6%), urazy sportowe/jeździectwo (5%), utrata przytomności (6%), alkohol (80%) (Czernicki i in., 2024).

U starszych, przyczyną urazów głowy są: wypadki w domu/komunikacyjne, zażywane leki, osłabione zmysły, długi czas reakcji, zaburzenia równowagi, zła sprawność ruchowa, a u dzieci powoduje je przemoc i wypadki komunikacyjne (Whitfield i in., 2020). Nawet lekkie urazy powodują zab. psychiczne, społeczne, poznawcze i typowe objawy: utrata przytomność do 20 min., złe samopoczucie, nudności, wymioty, zawroty, bóle głowy (Ścisło, 2020).

Jednym z urazów jest wstrząśnienie mózgu z: utratą przytomności, bólami i zawrotami głowy, nudnościami, wymiotami, wahaniami RR, bradykardią, zab. snu, nadwrażliwością na bodźce (słuchowe/wzrokowe), trudnościami z pamięcią/koncentracją (Szczepanek, Trojanowski, 2018). Są 3 stopnie wstrząśnienia: lekkie z utratą przytomności do 15 min. i niepamięcią do 1 h, średnie z utratą przytomności do 1 h i niepamięcią do 24 h, ciężkie z utratą przytomności do 6 h i niepamięcią powyżej doby, a objawy utrzymujące się ponad 3 mies. stanowią zespół powstrząśnieniowy (Noszczyk, 2019).

Stłuczenie mózgu przypomina wstrząśnienie (dłuższa utrata przytomności, objawy zależne od lokalizacji) (tabela 1) (Whitfield i in., 2020).

Tabela 1. Objawy stłuczenia mózgu a lokalizacja

Lokalizacja uszkodzenia	Objawy
płat skroniowy	przeciwstronny niedowład, afazja
płat czołowy	utrata przytomności, pobudzenie, zab. psychiczne (brak poczucia choroby, przeobrażenie osobowości, amnezja, dezorientacja, zab. zwieraczy)
płat ciemieniowy	przeciwstronne zab. ruchów/czucia, drgawki (ogniskowe, połowicze, ogólne), afazja, zab. praksji (zespół Gestmanna), niedowidzenie połowicze, przeciwstronne, jednoimienne
płat potyliczny	ślepota korowa
móżdżek	objawy oponowe, wiotkość mięśni, niezborność kończyn, dysmetria, zab. równowagi), oczopląs, zab. błędnika
pień mózgu	śpiączka, zab. szerokości/reaktywności źrenic, rozbieżne ustawienie gałek ocznych, rozkojarzenie wegetatywne (zab. oddychania/krążenia, hipertermia, pocenie, śluzotok oddechowy, hipermetabolizm

Zamknięte urazy głowy zagrażają krwiakiem czaszkowym, wzrostem ciśnienia śródczaszkowego, obrzękiem mózgu objawiając się: bólem głowy, wymiotami, zab. ruchomości gałek ocznych, obrzękiem tarczy n. II, padaczką, sztywnością karku, obj. Babińskiego, niedowładem n. VII, jednostronnym poszerzeniem źrenicy, zaburzeniami (mowy, widzenia, zachowania), wzrostem RR, bradykardią, sennością, zab. świadomości (Whitfield i in., 2020).

Urazem głowy jest złamanie czaszki z wgłobieniem/wgnieceniem kości uszkadzającym mózg, a złamanie otwarte z uszkodzeniem opony twardej zagraża infekcją, uszkodzeniem mózgu, krwiakiem (Lindsay i in., 2023). Po złamaniu czaszki typowe są zab. powonienia, zmiany psychiki i zab. ruchu gałek ocznych (Whitfield i in., 2020).

Objawy złamań podstawy czaszki zależą od lokalizacji: krwiaki okularowe (przedni dół czaszki), zasinienia ok. wyrostków sutkowych (środkowy i tylny dół czaszki), wyciek płynu mózgowo-rdzeniowego z nosa/ucha (podstawa czaszki i opona twarda) powodujący zab. słuchu, równowagi i niedowład n. VII (Lindsay i in., 2023; Whitfield i in., 2020).

Skutkami urazów głowy są: krwiaki nadtwardówkowe (między oponą twardą a czaszką), podtwardówkowe (między oponą twardą a powierzchnią mózgu/móżdżku), śródmózgowe (w półkuli mózgu/móżdżku), które są: ostre (3 dni od urazu); podostre (4-14 dni od urazu), przewlekłe (po 14 dniach od urazu) i powodują: nierówne źrenice (szeroka po stronie krwiaka), zbaczanie gałek ocznych (gałki „patrzą w kierunku krwiaka”), porażenie kończyn (po

stronie przeciwnej krwiaka), niesymetryczność ruchów kończyn (Lindsay i in., 2023; Whitfield i in., 2020; Noszczyk, 2019).

Powikłania urazu głowy są różne (tabela 2) (Noszczyk, 2019; Lindsay i in., 2023).

Tabela 2. Objawy powikłań urazów głowy

Typ powikłania	Objawy
wodniak podtwardówkowy	objawy uciskowe
uszkodzenia nerwów czaszkowych	zab./zniesienie węchu, zab. widzenia/ruchomości gałki ocznej, poszerzenie źrenicy z brakiem reakcji na światło, opadanie powiek, zab./zniesienie czucia powierzchniowego twarzy/błon śluzowych, zniesienie odruchu rogówkowego, niedowład mm. żwaczy, zab./zniesienie ruchów ½ twarzy, niedomykalność powiek (obj. Bella), porażenie podniebienia/gardła, dysfagia, zbaczanie języka, dyzartria, zab. skręcania głowy i unoszenia barków
wodogłowie pourazowe	zab. (sprawności psychicznej, osobowości, świadomości) bóle głowy
padaczka pourazowa wczesna/późna	drgawki
ropnie/ropniaki wewnątrzczaszkowe w płatach czołowych/ skroniowych	padaczka, obj. ogniskowe, wzmożone ciśnienie śródczaszkowe, stan podgorączkowy, zmiany płynu mózgowo-rdzeniowego

U chorego po urazie głowy istotna jest ocena stanu w skali Glasgow, w której 13-14 pkt. oznacza uraz lekki, 8-12 pkt. uraz średnio ciężki, a <7 pkt. uraz ciężki oraz skali Garisson uwzględniającej wynik Glasgow, czas utraty przytomności i trwanie amnezji (Czernicki i in., 2024).

Urazy głowy leczy się zachowawczo lub chirurgicznie (kraniotomia) (Lindsay i in., 2023; Whitfield i in., 2020).

Rehabilitacja w opiece nad chorym istotnie zapobiega przykurczom, zanikom mięśni, zastojom/zakrzepom żylnym, odleżynom, zaparciom, kamicy żółciowej), poprawia (stan psychiczny, krążenie, ukrwienie skóry) (Keranflec'h, Décaillet, 2017; Froger i in., 2017) poprzez: drenaż ułożeniowy, inhalacje, oklepywanie, odsysanie wydzieliny), masaż, ćw. izometryczne, bierne i bierno-czynne mięśni (Ścisło, 2020), elektrostymulację (zwiększa siłę/masę mięśni, poprawia wytrzymałość), ciepło, krioterapię, ultradźwięki, laser, pole elektromagnetyczne (Keranflec'h, Décaillet, 2017; Froger i in., 2017).

Rolą pielęgniarki jest profilaktyka wzrostu ciśnienia wewnątrzczaszkowego: właściwe ułożenie – pozycja płaska, głowa pod kątem 30˚; delikatne

podnoszenie/odwracanie; nie stosowanie ćwiczeń (izometrycznych, biernych, oklepywania) do czasu unormowania ciśnienia wewnątrzczaszkowego; duże czynności pielęgnacyjne z przerwą 1 h (Auron i in., 2017). Pielęgniarka eliminuje ból i negatywne bodźce (zapewnia spokój, leki przeciwbólowe); obserwuje pod kątem hipertermii (stan zapalny opon mózgowo-rdzeniowych, zakażenie rany/kości, uszkodzenie pnia mózgu) oraz hipotermii (ciężkie uszkodzenie mózgu); ocenia obj. neurologiczne: porażenie, niedowład, afazja, drgawki, prężenia zgięciowe/wyprostne kończyn (narastający krwiak, niedokrwienie/niedotlenienie/obrzęk mózgu); obserwuje płynotok z nosa/ucha (Ścisło, 2020).

W przypadku płynotoku pielęgniarka: stosuje jałowe gaziki; izoluje chorego; zapewnia pozycję płaską z uniesioną głową lub półsiedzącą (brak przeciwwskazań); obserwuje ilość/jakość wycieku; stosuje antybiotyki; zaleca (higienę ciała/bielizny, unikanie pochylania do przodu, kichania, leżenie w łóżku do ustąpienia objawów), a gdy wyciek nie ustępuje asystuje lekarzowi w założeniu drenażu lędźwiowego (Auron i in., 2017).

Kraniotomia wymaga od pielęgniarki: przygotowania fizycznego i psychicznego chorego, współpracy z lekarzem, oceny pacjenta po zabiegu i dokumentowania działań (Raszka i in., 2018; Auron i in., 2017).

Pielęgniarka ocenia też oddech (bradypnoë sugeruje ucisk pnia mózgu, a tachypnoë uszkodzenie pnia mózgu, gorączkę, wstrząs), utrzymuje drożność oddechową (odsysa wydzielinę/zakłada rurkę U-G/intubacyjną), prowadzi tlenoterapię/wentylację mechaniczną), kontroluje SpO2, monitoruje RR (powinno wynosić 90-110 mmHg), TT, gdyż wzrost RR i bradykardia sugerują ciasnotę śródczaszkową, krwiak/obrzęk mózgu (Auron i in., 2017).

Pielęgniarka ocenia skórę chorego w kierunku sinicy dystalnej (zab. hemodynamiczne) lub bladości (krwotok/wstrząs), obrzęków (przewodnienie), normowolemii, zab. wodno-elektrolitowych (hiponatremia nasila obrzęk mózgu, pogarsza świadomość), podaje leki (przeciwobrzękowe przeciwdrgawkowe, uspokajające, przeciwwymiotne), stosuje zimne okłady na czoło, zapobiega infekcjom moczowym (higiena krocza 1-2 razy/dobę i po wypróżnieniu, ocenia ilość/barwę moczu, umieszcza worek na mocz poniżej pęcherza; wymienia cewnik) (Auron i in., 2017).

Z uwagi wzmożony metabolizm i zab. wodno-elektrolitowe/kwasowo-zasadowe pielęgniarka na zlecenie stosuje sedację (obniża metabolizm); ocenia stan odżywienia, stosuje żywienie dojelitowe (zgłębnik żołądkowy/PEG) lub pozajelitowe (Ścisło, 2020).

Pielęgniarka prowadzi też profilaktykę przeciwodleżynową, gdyż ograniczenia w poruszaniu zagrażają zab. troficznymi, zanikami mięśni, zakrzepowym zap. żył (Raszka i in., 2018) dlatego pielęgniarka wykonuje toaletę ciała środkami o pH 5,5, osusza i natłuszcza skórę, zmienia co 2 h

pozycję chorego, zapewnia czystą bieliznę osobistą/pościelową, zmienia pieluchomajtki, stosuje materac, poduszki, wałki, krążki, ocenia skórę (rumień, obrzęk, ból), zapobiega powikłaniom zakrzepowo-zatorowym (Auron i in., 2017).

Działania pielęgniarki powinny być kompleksowe, wielodyscyplinarne, dostosowane do rozpoznanych deficytów pacjenta i ukierunkowane na przygotowanie do samopielęgnacji i samoopieki (Raszka i in., 2018; Keranflec'h, Décaillet, 2017; Froger i in., 2017).

Celem pracy było rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych i określenie interwencji pielęgniarskich zgodnie z ICNP®.

Materiał i metoda

Materiał: 88 letni chory po urazie głowy.
Metody: wywiad, obserwacja, pomiar, analiza dokumentacji.

Wyniki

Pacjent z narastającym bólem głowy, niedowładem twarzy, nagłą afazją, zaburzeniami równowagi. TK głowy: zhemolizowany krwiak podtwardówkowy ok. czołowo-ciemieniowej L (27mm). Kilka miesięcy temu upadek i uraz głowy przy wysiadaniu z auta. Chory nie zgłosił się do lekarza. Wykonane badania krwi nieprawidłowe (MCV, PDW i OB). Chory zaplanowany do zabiegu. Przy przyjęciu: łuszczyca, nadciśnienie (155/72 mmHg), duszność spoczynkowa, afazja, zaburzenia nastroju, niepokój.

Przed trepanacją zarezerwowano 2KKCZ, podano leki (Clexane 40mg s.c., Relanium 5mg p.o.) oraz monitorowano: RR, TT, świadomość, temp. ciała. W dniu zabiegu ostrzyżono i zdezynfekowano głowę.

Po operacji chory przytomny, kontakt słowny logiczny. Z rany wyprowadzony dren, cewnik Foleya w pęcherzu moczowym. Po zabiegu obserwowano: RR, TT, SpO2, ból; RR z tendencją wzrostową (max. 208/91mmHg), po Nitrendypinie 20mg p.o. prawidłowe (114/97 mmHg). Po zabiegu TT (68 u/min.), SpO2 (96-98%), okresowa tlenoterapia (3 l/min).

Z uwagi na ból podawano: Oxycodone 2 mg/h, Paracetamol 1 gx3i.v. i Metamizol 2,5 gx2i.v. Po operacji średnie ryzyko odleżyn (13 pkt. skala Waterlow), prowadzono profilaktykę przeciwodleżynową (zmieniano co 2 h pozycję, natłuszczano skórę Linomagiem, prześcielano łóżko, stosowano udogodnienia (wałki, kliny, materac statyczny). Chory wypisany do domu w stanie dobrym po 9 dniach.

W planowaniu opieki wykorzystano terminy dt. diagnoz pielęgniarskich: negatywnych DN (ang. *negative diagnosis*), pozytywnych DP (ang. *positive diagnosis*), interwencji I (ang. *interventions*) oraz terminów z osi: F (ang. *focus*) – przedmiot, T (ang. *time*) – czas, L (ang. *location*) – lokalizacja,

M (ang. *means*) – środki, J (ang. *judgement*) – osąd, które zaczerpnięto z wersji ICNP® z 2019 roku z kodami cyfrowymi.

1. (DN) Zaburzona komunikacja werbalna [10025104] + (F) niedowład [10014075] + (L) twarz [10007481] + (L) oddział ratunkowy [10006754] + (J) umiarkowany [10025865].
INTERWENCJE: identyfikowanie przeszkody w komunikacji [10009683]
WYNIK OPIEKI (DN) Zaburzona komunikacja werbalna [10025104] + (F) niedowład [10014075] + (L) twarz [10007481] + (L) hospitalizacja (10009122) + (J) mały [10018315].

2. (DN) Zaburzona równowaga [10047170] + (F) układ mięśniowo-szkieletowy [10012363]+ (T) przyjęcie [10001843] + (J) stan rzeczywisty [10000420].
INTERWENCJE: ocenianie ryzyka upadków [10023520]
WYNIK OPIEKI: (DN) Zaburzona równowaga [10047170] + (F) układ mięśniowo-szkieletowy [10012363] + (J) poprawa [10026692].

3. (DN) Ból [10023130] + (F) ból naczyniowy [10020612] + (L) głowa [10008688] + (T) przyjęcie [10001843] + (J) duży [10011116].
INTERWENCJE: ocenianie kontroli objawów [10026161], monitorowanie bólu [10038929], konsultowanie z usługodawcą usług zdrowotnych [10005029], współdziałanie z lekarzem [10023565], administrowanie lekiem przeciwbólowym [10023084]
WYNIK OPIEKI: (DN) Ból [10023130] + (F) ból naczyniowy [10020612] + (L) głowa [10008688] + (J) umiarkowany [10025865].

4. (DN) Niepokój [10000477] + (F) negatywna emocja [10012675] + (T) okres przedoperacyjny [10025923] + (J) duży [10011116].
INTERWENCJE: zapewnienie wsparcia emocjonalnego [10027051]
WYNIK OPIEKI: (DN) Niepokój [10000477] + (F) negatywna emocja [10012675] + (T) okres przedoperacyjny [10025923] + (J) umiarkowany [10025865].

5. (DN) Zaburzone komunikowanie [10023370] + (F) wzrok [10018124] + (F) słuch [10008814] + (J) częściowy [10014081]
INTERWENCJE: ocenianie możliwości [10026040], nauczanie o urządzeniach wspomagających słuch [10045067], konsultowanie z usługodawcą usług zdrowotnych [10005029]
WYNIK OPIEKI: (DN) zaburzone komunikowanie [10023370] + (F) wzrok [10018124] + (F) słuch [10008814] + (J) częściowy [10014081]

6. (DN) Zaburzona funkcja układu oddechowego [10023362] + (F) duszność w pozycji leżącej [10013823] + (T) przyjęcie [10001843] + + (J) umiarkowany [10025865].
INTERWENCJE: monitorowanie saturacji krwi tlenem za pomocą pulsoksymetru [10032047]
WYNIK OPIEKI: (DN) Zaburzona funkcja układu oddechowego [10023362] + (F) duszność w pozycji leżącej [10013823] + (J) niski [10011438].

7. Żylaki [10043279] + (F) zaburzony proces układu naczyniowego [10012993] + (L) noga [10011298] + (L) prawy [10017234] + (L) lewy [10011267]+ (T) przyjęcie [10001843] + + (J) nieprawidłowy [10013269]
INTERWENCJE: ocenianie układu krążenia [10050193]
WYNIK OPIEKI
(DN) Żylaki [10043279] + (F) zaburzony proces układu naczyniowego [10012993] + (L) noga [10011298] + (L) prawy [10017234] + (L) lewy [10011267] + (T) hospitalizacja [10009122] + (J) nieprawidłowy [10013269].

8. (DN) Zaburzona funkcja obwodowa nerwowo-naczyniowa [10023153] + (F) ciśnienie krwi [10003335] + (T) okres pooperacyjny [10027242] + (J) wysoki [10009007].
INTERWENCJE: monitorowanie objawów podmiotowych i przedmiotowych [10012203], monitorowanie ciśnienia krwi [10032052]
WYNIK OPIEKI: (DP) Kontrola objawów [10025820] + (F) ciśnienie krwi [10003335] + (T) okres pooperacyjny [10027242]+ (T) noc [10013207] + (J) poprawa [10026692].

9. (DN) Ból [10013950] + (F) rana chirurgiczna [10019265] + (L) głowa [10008688] + (T) okres pooperacyjny [10027242] + (J) umiarkowany [10025865].
INTERWENCJE: ocenianie kontroli objawów [10026161], ocenianie bólu [10026119], konsultowanie z usługodawcą usług zdrowotnych [10005029], współdziałanie z lekarzem [10023565], administrowanie lekiem przeciwbólowym [10023084]
WYNIK OPIEKI: (DN) Ból [10013950] + (F) rana chirurgiczna [10019265] + (L) głowa [10008688] + (T) okres pooperacyjny [10027242] + (J) niski [10011438].

10. (DN) Deficyt samoopieki [10023410] + (F) przyjmowanie pokarmów [10008101] + (F) przyjmowanie płynów [10008015] + (T) okres pooperacyjny [10027242]+ (J) częściowy [10014081].

INTERWENCJE: asystowanie w jedzeniu i piciu [10037269], ocenianie zachowań związanych z jedzeniem lub piciem [10002747], zapewnienie koordynacji opieki pielęgniarskiej [10046465]
WYNIK OPIEKI: (DN) Deficyt samoopieki [10023410] + (F) przyjmowanie pokarmów [10008101] + (F) przyjmowanie płynów [10008015] + (T) okres pooperacyjny [10027242]+ (J) mały [10018315].

11. (DN) Deficyt samoopieki [10023410] + (F) mycie się [10017846] + (F) samodzielne ubieranie lub rozbieranie [10017748] + (T) okres pooperacyjny [10027242]+ (J) częściowy [10014081].
INTERWENCJE: asystowanie w czynnościach toaletowych [10023531], asystowanie w ubieraniu [10050268]
WYNIK OPIEKI: (DN) Deficyt samoopieki [10023410] + (F) samoopieka [10017661] + (T) okres pooperacyjny [10027242]+ (J) niezależność [10026721].

12. (DN) Ryzyko infekcji [10015133] + (F) ekspozycja na kontaminację [10025324]+ (M) cewnik urologiczny [10020373] + (T) okres pooperacyjny [10027242]+ (J) umiarkowany [10025865].
INTERWENCJE: pielęgnacja cewnika urologicznego [10033277]
WYNIK OPIEKI: (DN) Ryzyko infekcji [10015133] (F) ekspozycja na kontaminację [10025324]+ (M) cewnik urologiczny [10020373] + (T) okres pooperacyjny [10027242] +(J) niski [10011438].

13. (DN) Ryzyko odleżyny [10027337] + (F) odleżyna [10015612] + + (T) okres pooperacyjny [10027242] + (J) potencjalne ryzyko [10017252].
INTERWENCJE: ocenianie skóry [10041126], prewencja odleżyny [10040224], pielęgnacja skóry [10032757], pozycjonowanie pacjenta [10014761], przemieszczanie pacjenta [10033188], zastosowanie maści [10050350]
WYNIK OPIEKI: (DN) Ryzyko odleżyny [10027337] + (F) odleżyna [10015612] + (T) okres pooperacyjny [10027242] + (J) umiarkowany [10025865].

14. (DN) Ryzyko infekcji [10015133] + (F) rana chirurgiczna [10019265] + (T) okres pooperacyjny [10027242] + (J) potencjalne ryzyko [10017252].
INTERWENCJE: ciągły nadzór [10005093]
WYNIK OPIEKI: (DN) Ryzyko infekcji [10015133] + (F) rana chirurgiczna [10019265] + (T) okres pooperacyjny [10027242] + (J) niski [10011438].

15. (DN) Zaburzona integralność skóry [10001290] + (F) układ pokrywający [10010428] + (L) ciało [10003388] + (J) dotkliwy [10025877].
INTERWENCJE: ocenianie integralności skóry[10033922], leczenie zmian chorobowych skóry [10033231]
WYNIK OPIEKI: (DN) Zaburzona integralność skóry [10001290] + (F) układ pokrywający [10010428] + (L) ciało [10003388] + (J) poprawa [10026692].

16. (DN) Zaburzony układ sercowo-naczyniowy [10022949] + (F) rezultat laboratoryjny [10011074] + (F) krew [10003319] + (T) przyjęcie [10001843] + (J) zaburzony [10012938].
INTERWENCJE: ocenianie układu krążenia [10050193], promowanie samoświadomości [10036097]
WYNIK OPIEKI:(DN) Zaburzony układ sercowo-naczyniowy [10022949] + (F) rezultat laboratoryjny [10011074] + (F) krew [10003319] + (T) przyjęcie [10001843] + (J) zaburzony [10012938].

17. (DN) Zaburzona funkcja układu moczowego [10001359] + (F) częste oddawanie moczu [10046682] + (L) prostata [10015840] + (T) noc [10013207] + (J) stan rzeczywisty [10000420].
INTERWENCJE: ocenianie statusu urologicznego [10036499]
WYNIK OPIEKI: (DN) Zaburzona funkcja układu moczowego [10001359] + (F) częste oddawanie moczu [10046682] + (L) prostata [10015840] + (T) noc [10013207] + (J) zaburzony [10012938].

18. (DN) Zaburzony proces układu pokarmowego [10012741] + (F) zaparcie [10004999] + (T) hospitalizacja [10009122] + (J) zaburzony [10012938].
INTERWENCJE: leczenie zaparcia [10044729], ocenianie spożycia płynów [10044176]
WYNIK OPIEKI: (DP) efektywna funkcja układu pokarmowego [10028016] + (F) efektywna defekacja [10028398]+ (T) okres pooperacyjny [10027242] + (J) stan normalności [10013305].

19. (DN) Konfliktowa postawa wobec reżimu diety [10024969] + (F) potrzeba dietetyczna [10005946] + (T) okres pooperacyjny [10027242] + (J) całkowity [10019876].
INTERWENCJE: współdziałanie przy reżimie diety [10026190]
WYNIK OPIEKI: (DP) pozytywna postawa wobec opieki [10022275] + (F) potrzeba dietetyczna
[10005946] + (T) okres pooperacyjny [10027242] + (J) rozpoczęte [100187

Wnioski

1. Przy przyjęciu rozpoznano problemy biologiczne (ból głowy, niedowład mięśni twarzy, afazja, duszność spoczynkowa, zaburzenia równowagi, niepokój), choroby współistniejące (psoriasis, miażdżyca, varices, nycturia) i zab. w badaniach krwi.
2. Po kraniotomii wysokie RR, ból, brak samoopieki, zaparcia, ryzyko (odleżyn, infekcji).
3. Przed operacją oceniano chorego pod kątem powikłań, a po kraniotomii minimalizowano ból, oceniano oddech/krążenie, realizowano zlecenia, współdziałano w rehabilitacji i edukowano w zakresie samokontroli i prewencji urazów głowy.

Literatura

1. Raszka, A., Antczak-Komoterska, A., Filipska, K. (2018). Problemy pielęgnacyjne pacjenta po urazie czaszkowo-mózgowym-opis przypadku. *Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne*, *7*(2), 80-85. https://doi.org/10.15225/PNN.2018.7.2.5
2. Czernicki, J., Krukowska, J., Łukasiak, A. (2024). *Uszkodzenia i choroby układu nerwowego*. W: A. Kwolek (red.), *Fizjoterapia w neurologii i neurochirurgii* (194-197). Warszawa: PZWL.
3. Whitfield, P.C., Thomas, E.O., Summers, F., Whyte, M., Hutchinson, P. (2020). *Urazy głowy. Ujęcie międzydyscyplinarne*. Warszawa: PZWL.
4. Lindsay, K.W., Bone, I., Fuller, G. (2023). *Neurologia i neurochirurgia*. Wrocław: Elsevier Urban & Partner.
5. Noszczyk, W. (2019). *Chirurgia-Repetytorium*. Warszwa: PZWL.
6. Szczepanek, D., Trojanowski, T. (2018). *Urazy czaszkowo-mózgowe*. W: K. Sosada, W. Żurawiński (red.), *Ostre stany zagrożenia życia w obrażeniach ciała* (261-277). Warszawa: PZWL.
7. Ścisło, L. (2020). *Opieka nad pacjentem z urazem czaszkowo-mózgowym*. W: L. Ścisło (red.), *Pielęgniarstwo chirurgiczne* (627-648). Warszawa: PZWL.
8. Auron, T., Krzemińska, S., Borodzicz, A., Arendarczyk, M. (2017). Pielęgnowanie pacjenta po urazie czaszkowo-mózgowym w oddziale intensywnej terapii. *Pielęgniarstwo w Anestezjologii i Intensywnej Opiece*, *3*(1), 15-21. https://doi.org/10.15374/PwAiIO2017001
9. Keranflec'h, C.G., Décaillet, F. (2017). Le patient traumatisé crânien et son parcours de vie. *Rev Infirm.*, *66*(229), 31-32. https://doi.org/10.1016/j.revinf.2016.12.029
10. Froger, J., Jourdan, C., Dabek, M.C., Petitqueux, S., Gardes, R., Dupeyron, A. (2017). De la rééducation à la réadaptation, préparer le retour à domicile. *Rev Infirm., 66*(229), 25-27. https://doi.org/10.1016/j.revinf.2016.12.026