

UDAR MÓZGU
PRZYGOTOWANIE DO SAMOOPIEKI
PORADNIK DLA PACJENTA I OPIEKUNÓW



WSTĘP

Choroby naczyń mózgu, których udar mózgu jest najbardziej dramatycznym powikłaniem, stanowią główny problem zdrowotny społeczeństwa. Ze względu na swoje rozpowszechnienie i skutki jest jedną z najpoważniejszych chorób układu nerwowego. Udar mózgu jest główną przyczyną niesprawności w grupie osób dorosłych, stanowi trzecią co do częstości przyczynę umieralności.

Udary mózgu występują najczęściej nagle, u człowieka w pełni sprawnego ruchowo, czynnego zawodowo, który zajmuje określoną pozycję społeczną, pełniącego różne role społeczne w środowisku, w którym funkcjonuje. Na skutek choroby następuje duża zmiana sytuacji chorego spowodowana stałym lub czasowym obniżeniem sprawności, która utrudnia lub nawet uniemożliwia normalne funkcjonowanie w dotychczasowym środowisku. Funkcjonowanie i jakość życia chorych z deficytami neurologicznymi ulega znacznemu pogorszeniu. Niepełnosprawność osób po udarach stanowi problem nie tylko społeczny, ale również ekonomiczny.

Stan chorego po udarze mózgu jest także trudną sytuacją dla rodziny, utrata samodzielności, pogarszająca się sytuacja ekonomiczna i społeczna, nieumiejętne radzenie sobie z chorym może doprowadzić do zerwania kontaktów, więzów rodzinnych z pacjentem. Osoba chora może sama również izolować się od bliskich, znajomych. Z powodu niepowodzeń rezygnuje z prób porozumienia się z otoczeniem, przyjmuje postawę bierną, rezygnacyjną, wycofującą się. Pacjent ma poczucie, że jest niepotrzebny, stał się ciężarem dla otoczenia, może czuć się odrzucony, samotny, co sprawia, że nie znajduje motywacji do odzyskania sprawności. Czasami pojawia się nieżyczliwy, wrogi stosunek otoczenia do chorych co stanowi dla nich duże obciążenie psychiczne, z którym nie potrafią poradzić sobie.

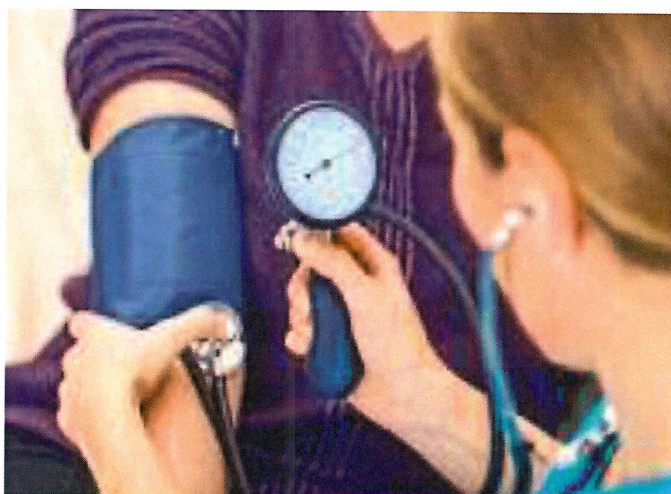
Jeśli w Państwa rodzinie pojawi się osoba po udarze mózgu, oznacza to dla jej członków wielkie wyzwanie w wielu sferach życia, mamy nadzieję że Poradnik umożliwi Wam lepiej przygotować się do opieki nad chorym w domu.

Chorzy i opiekunowie w Poradniku znajdą wiedzę na temat kontroli czynników ryzyka, sposobów pielęgnacji i rehabilitacji oraz zmiany stylu życia.

**Jak możemy zapobiec udarom mózgu? Zalecenia dla pacjentów i opiekunów.
Nadciśnienie tętnicze krwi.**

Nadciśnienie tętnicze jest jednym z głównych czynników powodujących powstawanie udarów mózgu. Pacjencie, opiekunie:

- *naucz się pomiaru ciśnienia tętniczego
- *pamiętaj o systematycznych pomiarach ciśnienia i prowadzeniu dzienniczka kontroli
- *przyjmuj regularnie leki na nadciśnienie
- *naucz się rozpoznawania sytuacji wymagającej wizyty u lekarza w celu zmiany terapii (wzrost i obniżenie ciśnienia)
- *prawidłowe wartości: 120/80 mmHg
- *wyniki wymagające kontaktu z lekarzem:
140-159/90-99 mmHg (nadciśnienie łagodne)
160-179/100-109 mmHg (umiarkowane nadciśnienie tętnicze)
180/110 mmHg (ciężkie nadciśnienia tętnicze). Ciśnienie tętnicze skutecznie można obniżyć przez zmianę diety, aktywność fizyczną zaniechanie stosowania używek tj papierosy, alkohol.



Dieta chorych po udarach.

Stosowanie prawidłowej diety pozwala na zminimalizowanie czynników ryzyka udaru mózgu tj, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, wysoki poziom cholesterolu, otyłość. Dostosowanie dziennej porcji kalorii do zapotrzebowania energetycznego pozwala utrzymać prawidłową masę ciała. U pacjentów, którzy mają kłopoty z poruszaniem się (mniejsza aktywność fizyczna) potrzebna jest mniejsza ilość energii dostarczonej z pożywieniem. Chorzy z nadwagą lub otyłością powinni stosować dietę odchudzającą 1000-1500 kcal (pod kontrolą lekarza, dietetyka)

Pacjencie, opiekunie pamiętaj o:

- *dostosowaniu dziennej właściwej porcji kalorii ograniczeniu spożycia soli
- *ograniczeniu spożycia tłuszczów zwierzęcych
- *zalecane są tłuszcze roślinne i chude mięso
- *zalecane owoce, warzywa produkty zawierające witaminy C, E, B, A
- *zalecane produkty zawierające mikroelementy potas, magnez, wapń
- *zaleca się włączenie do diety ryb morskich
- *zalecane produkty ze znaczną ilością błonnika
- *u osób z zaburzeniami połykania podawaj pokarmy półpłynne, miksowane karmienie przez sondę, gastrostomię (stosuj zagęstniki do nabycia w aptekach, wskazana dieta przemysłowa)
- *zakaz spożywania alkoholu, niektóre źródła podają jednak, że dopuszczalne jest przyjmowanie alkoholu, ale w niewielkich ilościach do 20 g na dobę.



Redukcja masy ciała

Pamiętaj:

- * o konieczności utrzymania należytnej masy ciała (umożliwia optymalną rehabilitację)
- * metody zmniejszania masy ciała (dieta, regularny wysiłek fizyczny, metody farmakologiczne).



Hiperlipidemia

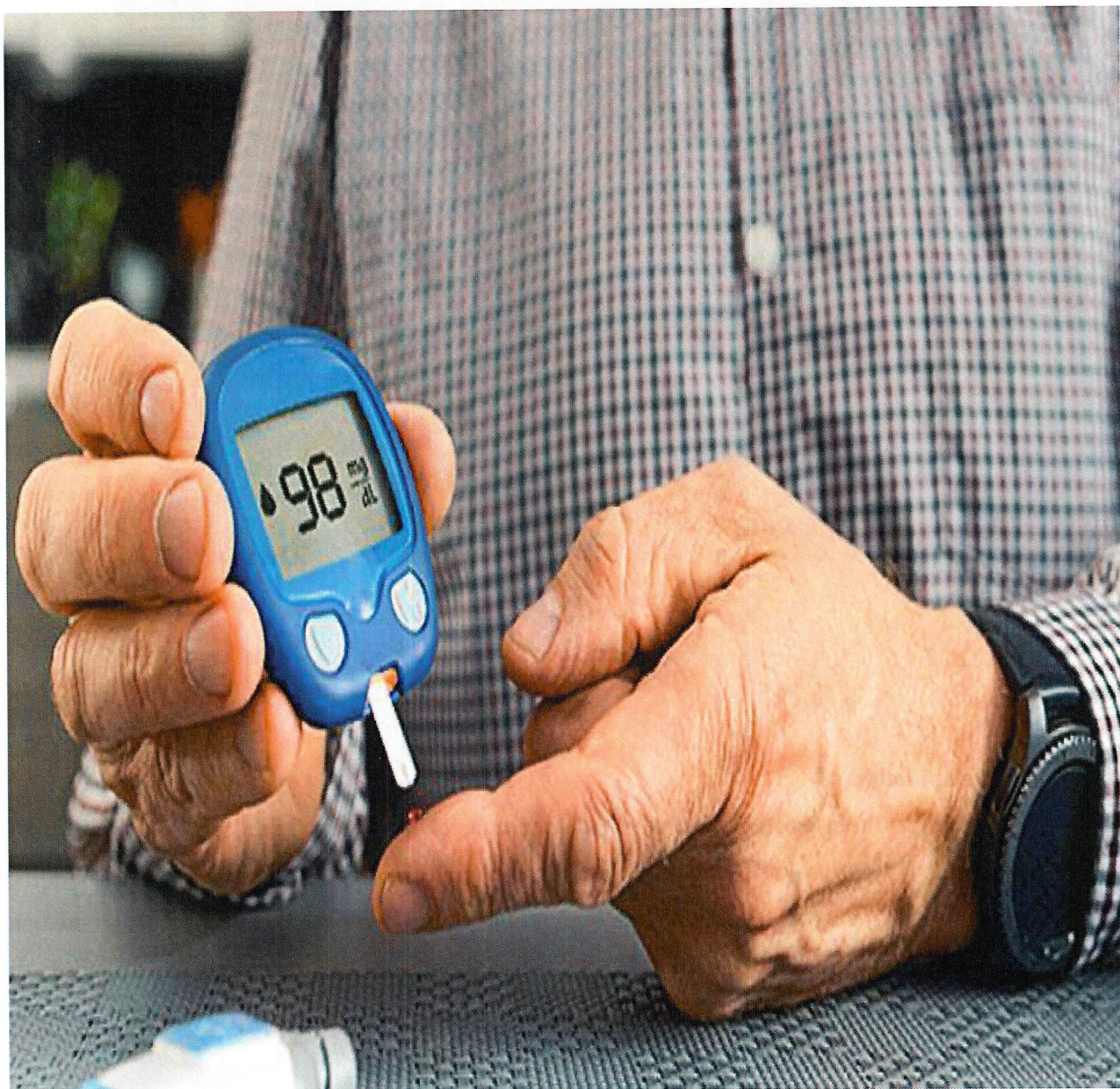
Hipercholesterolemia, czyli niskie stężenie cholesterolu frakcji HDL (tzw. „dobry cholesterol”), a wysokie stężenie cholesterolu frakcji LDL (tzw. „zły cholesterol”) i wysokie stężenie trójglicerydów może mieć wpływ na występowanie ponowne udarów mózgu. Pamiętaj utrzymanie prawidłowych wartości cholesterolu we krwi można osiągnąć po zastosowaniu odpowiedniej diety zwiększeniu aktywności ruchowej leczeniu farmakologicznym.

Cukrzyca

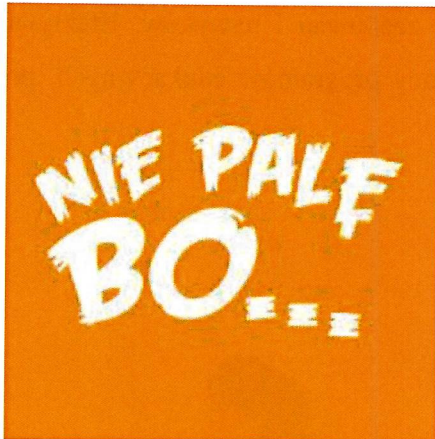
Cukrzyca jest schorzeniem, które często towarzyszy udarom mózgu. Duże wahania stężeń glukozy mają niekorzystny wpływ na organizm, szczególnie niebezpieczna jest hipoglikemia (stany niedocukrzenia). Pacjencie, opiekunie pamiętaj o:

*stałej kontroli poziomu glukozy i prowadzeniu dzienniczka kontroli

*naucz się obsługi glukometru, stosuj systematycznie leki na cukrzycę wspieraj terapię odpowiednią dietą i regularnym wysiłkiem fizycznym



Palenie tytoniu.



Całkowite zaniechanie palenia tytoniu ma duże znaczenie w profilaktyce udarów mózgu, palenie nasila powstawanie i rozwój zmian miażdżycowych, zwiększa lepkość płytek krwi, podnosi ciśnienie krwi, co za tym idzie zwiększa ryzyko udaru 2-3 krotnie.

Pamiętaj:

- *zaprzeszanie palenia spowoduje spowolnienie rozwoju miażdżycy
- *poprawi skuteczność leków nadciśnieniowych
- *podniesie odporność organizmu.

Wysiłek fizyczny

Wysiłek fizyczny wprawdzie nie należy do czynników ryzyka udaru mózgu, ale jest podstawowym elementem profilaktyki udarowej. Bierny tryb życia może być przyczyną powikłań występujących jako ogólne osłabienie, przykurcze i zaniki mięśniowe, upośledzenie sprawności układu krążenia i oddechowego, zwyrodnienia stawów, obniżenie sprawności wydalniczych organizmu.

Pamiętaj:

- * o konieczności stałej regularnej aktywności ruchowej
- * aktywność fizyczna powinna być dostosowana do stopnia niepełnosprawności chorego, jego możliwości i powinna być stosowana oprócz rehabilitacji ruchowej
- *wskazane są spacery na świeżym powietrzu, pływanie, jazda na rowerze, bieganie, spokojny taniec

*aktywność fizyczna zredukuje masę ciała, poprawi ogólne samopoczucie, wyrówna ciśnienie tętnicze, obniży poziom glukozy i cholesterolu.

Skuteczna profilaktyka udaru mózgu zależy od właściwej kontroli czynników ryzyka oraz zaniechania niekorzystnych dla zdrowia zachowań i nawyków. Efektywność działań profilaktycznych można zwiększyć przy pomocy programów edukacyjnych, prowadzonych razem z leczeniem farmakologicznym.



Techniki samoopieki w zakresie wykonywania czynności dnia codziennego.

Prawidłowa pielęgnacja ma ogromny wpływ na przebieg rehabilitacji i stan chorego, zapobiega powikłaniom i staje się elementem wtórnej profilaktyki udarowej. Wykorzystując krótki czas pobytu pacjenta na oddziale neurologicznym bądź oddziale rehabilitacyjnym opiekunowie powinni aktywnie włączyć się w proces pielęgnowania, co ułatwi im późniejszą, właściwą opiekę nad chorym w warunkach domowych.

a. Zasady wspomagania pacjenta

Problemy rozwiązywać zawsze razem z pacjentem:

- * zadania choremu przedstawiać w zrozumiałym sposobie
- * osoba pomagająca choremu powinna mieć przygotowany prosty plan postępowania
- * dłonie chorego powinny dotykać powierzchni przedmiotu
- * przedmiotem dotyka zawsze najpierw pacjent i dopiero wtedy należy pomóc mu go objąć
- * przy wspomaganiu używać obu dłoni
- * starać się kierować całym ciałem chorego
- * w czasie ćwiczeń osoba pomagająca zachowuje milczenie
- * przed wykonaniem ruchu danej połowy ciała, druga połowa ciała chorego musi być asekurowana.

b. Obszary pielęgnacji:

*** pielęgnacja i toaleta ciała z higieną jamy ustnej, kąpiel**

Środki pielęgnacyjne muszą być dobierane indywidualnie w zależności od potrzeb skóry. W przypadku skóry suchej zalecane są delikatne środki myjące, środki przywracające pH skóry, balsamy i lotiony nawilżające i regenerujące, środki natłuszczające. Do pielęgnacji skóry wilgotnej stosuje się pudry i talki (nigdy nie należy stosować jednocześnie tych środków ze środkami natłuszczającymi). Każde użycie środków pielęgnacyjnych musi być poprzedzone staranną toaletą ciała, po której skóra powinna być dokładnie osuszona (zaleca się co dzieńne wykonanie toalety porannej i wieczornej, toalety jamy ustnej, toalety protez zębowych, kąpeli raz w tygodniu, toalety krocza przy każdej wymianie zaopatrzenia jednorazowego). Niedopuszczalne jest stosowanie kolejnych warstw środków pielęgnacyjnych bez uprzedniej toalety skóry. Przy każdej aplikacji środków pielęgnacyjnych stosuje się masaż i delikatne oklepywanie skóry. Zapewnienie choremu, również temu poruszającemu się na wózku inwalidzkim wygodnego dostępu do umywalki, kabiny

prysznicowej pomaga w samodzielnym utrzymaniu higieny osobistej. Należy zadbać o bezpieczeństwo chorego poprzez zastosowanie mat antypoślizgowych na podłogach, a na ścianach zamocowanie uchwytów i poręczy, z których mógłby korzystać. W czasie kąpieli należy udzielać tylko niezbędnej pomocy i pełnić funkcję asekuratora. Dla pacjentów mało sprawnych i ich opiekunów bardzo wygodne są krzesła kąpielowe.

Mycie ręką sprawną porażonej strony.

Pacjent siedzi na krześle, opierając niedowładną kończynę o umywalkę, myje się opiekun stoi za chorym i czuwa nad utrzymaniem równowagi pacjenta

***higiena i obsługa w toalecie, opróżnianie pęcherza moczowego**

Bezpieczeństwo chorego zapewnią zamocowane na ścianach uchwyty, poręcze oraz swobodny dostęp do toalety. W czasie samodzielnego korzystania z toalety należy pozwolić na samodzielność, udzielać tylko niezbędnej pomocy ograniczyć się do asekuracji. Dla pacjentów mało sprawnych i ich opiekunów zalecane są krzesła toaletowe. W przypadku stosowania pieluchomajtek ważny jest dobór odpowiedniego rozmiaru, co pozwoli zapobiegać otarciom i odparzeniom skóry, pamiętać o toalecie krocza przy wymianie środków chłonnych.

W zależności od występujących zaburzeń w oddawaniu moczu istnieje możliwość zastosowania różnych technik, które pozwalają na powrót prawidłowego funkcjonowania pęcherza moczowego, w treningu pęcherza stosuje się ćwiczenia mięśni krocza, polegające na krótkim napinaniu i rozluźnianiu mięśni, kilkakrotnie w ciągu dnia. Zachęcać należy chorych, aby powstrzymywali się od oddania moczu do chwili podania basenu lub kaczki, a w trakcie oddawania moczu próbowali powstrzymać na chwilę strumień. Efekty przynosi również ostukiwanie pęcherza moczowego, które polega na rytmicznym, umiarkowanym stukaniu palcami złożonymi razem bezpośrednio nad spojeniem łonowym, a następnie polecenie choremu wykonania próby oddania moczu. Pacjenci, którzy używają cewników zewnętrznych powinni być przeszkoleni w sposobie ich zakładania i usuwania, uczyć się także doboru zaopatrzenia urologicznego, mając na względzie rodzaj i rozmiar cewników. Chorzy z założonym na stałe cewnikiem do pęcherza moczowego oraz ich bliscy muszą być wyedukowani w kwestii pielęgnowania cewnika, systematycznej wymiany cewnika, higieny, obserwacji diurezy oraz profilaktyki zakażeń układu moczowego, a także rozpoznawania objawów niedrożności cewnika tj. nagły ból głowy, wzrost temperatury ciała, ból w podbrzuszu, nudności, dreszcze. Niektórzy

opiekunowie są w stanie po kilkakrotnym omówieniu zasad i praktycznym instruktażu nauczyć się zakładania cewnika i zastosować tę umiejętność w domu.

***ubieranie i rozbieranie się.**

Zakładanie górnej części garderoby.

Bielizna osobista chorego jak i pościelowa powinna być wykonana z naturalnych materiałów przepuszczających powietrze i wchłaniających wilgoć. Opiekun rozpoczyna wszelkie działania przy pacjencie zawsze od strony porażonej. Naukę ubierania rozpoczyna się od przedstawienia choremu kolejności działań.

Zakładanie górnej części garderoby.

Pacjent siedzi , lekko pochylony do przodu, garderobę kładzie na zdrowym udzie, niedowładną rękę ułoży między kolanami, zdrową rękę wkłada garderobę powyżej łokcia niewładnej ręki, sprawną rękę wkłada w drugi rękaw, wciąga podkoszulek przez głowę

Zakładanie dolnej części garderoby – spodni

Zakładanie dolnej części garderoby powinno poprzedzić znalezienie wygodnej pozycji siedzącej z podparciem, nogę niedowładną założyć należy na drugie kolano i wciągnąć na nią nogawkę spodni, następnie trzeba włożyć drugą nogawkę na zdrową kończynę, potem chory musi wstać, podeprzeć się biodrami np. o stół i wciągnąć spodnie

Rozbieranie polega na zastosowaniu tej samej techniki tylko czynności wykonywane są w odwrotnej kolejności najpierw kończyny zdrowe, następnie porażone.

Rozbieranie górnej części garderoby.

Pacjent siada na krześle, niedowładną rękę układa pomiędzy kolanami, sprawną ręką chwytając za koszulę i ściąga ją przez głowę, rozbiera sprawną rękę , następnie zdejmuje ubranie z ręki niedowładnej.

Zakładanie skarpetek, butów.

Przy wkładaniu skarpetek pacjent rozwiera skarpetkę kciukiem, palcem wskazującymi środkowym zdrowej ręki i wciąga kolejno na obie stopy. Buty natomiast wkłada się „ w powietrzu” nakładając na przednią część stopy, następnie stopę stawia się na podłodze i wsuwa piętę do buta naciskając dłońmi kolano porażone, można użyć łyżki do butów. Doradzić należy chorym, aby rezygnowali z kupna odzieży na guziki, unikali noszenia sukienek, tunik, korzystanie z tego rodzaju odzieży sprawia trudności w samodzielnym ubieraniu i rozbieraniu. Zalecana jest odzież dwuczęściowa, z naturalnych surowców zapinana na zamki, rzepy, napy, obuwie wsuwane lub zapinane na rzepy najlepiej z wysoką piętą, stabilizującą staw skokowy.

*** spożywanie posiłków.**

Korzystanie ze stolika przyłóżkowego typu „przyjaciel” umożliwia choremu sprawną konsumpcję posiłku. Sztućce przeznaczone dla chorych po udarach powinny mieć szeroką, wygodną rękojeść, która ułatwi utrzymanie ich w dłoni. Przy niedowładach można chorego wyposażyć w uchwyt na sztućce zapięty wokół dłoni, który pozwala na manewrowanie łyżką lub widelcem bez upuszczania. Przy posiłkach wskazane jest stosowanie nakładek na talerze, które chronią przed zsuwaniem się jedzenia z talerza i ułatwiają nabieranie na łyżkę, widelec. Podawanie choremu płynów do picia w kubkach z ustnikiem zabezpiecza przed zanieczyszczeniem oraz pozwala na samodzielne i swobodne korzystanie z nich. Podczas posiłków chorą dłoń wraz z łokciem układaj na stole, blacie, „przyjacielu”, będziesz mógł podczas jedzenia kontrolować napięcie mięśniowe chorej ręki.

Spożywanie posiłku.

Pacjent siedzi lekko pochylony przy stole, ręka niedowładna wysunięta do przodu. Podczas posiłków układaj chorą dłoń i łokieć na stole lub blacie przymocowanym do wózka., opiekun wspomaga pacjenta , a nie wykonuje czynności za niego.

***przygotowanie chorego do samoobsługi**

„Samoobsługa jest procesem fizycznym polegającym na umiejętności radzenia sobie z czynnościami dnia codziennego, ma też wymiar psychologiczny, bowiem deficyt sprawności fizycznej wpływa niekorzystnie na samopoczucie i jakość życia” Samodzielny pacjent to taki, który jest w stanie poradzić sobie z podstawowymi czynnościami mimo deficytów, które u niego występują. Uruchomienie pacjenta po udarze staje się bazą do wdrażania u niego samoobsługi. Samodzielność w działaniach oznacza radzenie sobie bez pomocy osób drugih lub przy niewielkiej asekuracji z ich strony, może to być realizowane przy pomocy różnych udogodnień bądź sprzętu medycznego. Nie należy wyręczać chorego w poszczególnych czynnościach, ponieważ powoduje to zmniejszenie udziału chorego w aktywizowaniu, kształtuje postawę bierną. Proste ćwiczenia pozwolą opanować wykonywanie czynności codziennych, początkowo wykonywanie prostych samoobsługowych czynności może okazać się niemożliwe lub potrwa długo, wymaga podejmowania wielu prób, jeśli będziesz pacjentem wytrwały, będziesz miał wsparcie opiekunów to rezultatem prób, ćwiczeń będzie Twoja niezależność i samodzielność.

***rozwiązywanie problemów, zaopatrzenie ortopedyczne**

Zapewnienie pacjentowi przedmiotów zaopatrzenia ortopedycznego zwiększa aktywność chorych, wspomaga proces rehabilitacji i zwiększa zakres samoobsługi, a także chroni przed urazami. U chorych po udarach mózgu stosuje się wózki inwalidzkie, balkoniki, pionizatory, trójnogi, laski w celu zapewnienia bezpieczeństwa możliwość poruszania. Do stabilizacji kończyn służą aparaty szynowo-opaskowe, obuwie ortopedyczne i temblaki zapobiegające podwichnięciom kończyny górnej. Niezbędnym elementem wyposażenia jest odpowiednie regulowane pilotem łóżko z barierkami zabezpieczającymi. Chory wykorzystując różne możliwości łóżek specjalistycznych może w szerokim zakresie sam zmieniać pozycję złożeniową. Dla pacjentów leżących lub mało aktywnych fizycznie niezbędne są materace przeciwoodleżynowe (najlepiej zmiennociśnieniowe) i poduszki p/odleżynowe do wózka pokojowego.

***utrzymanie domu, opieka nad innymi, zarządzanie finansami**

Usamodzielnienie się chorego nawet w ograniczonym zakresie ułatwia sprawowanie opieki nad nim. Dla samego chorego stanowi to ogromne osiągnięcie, mobilizuje go do dalszych starań i pozwala na uniezależnienie się od opiekuna. Pacjentowi samodzielność pozwala na decydowanie o sobie, wzmacnia w nim poczucie własnej wartości i przekonanie, że osiągnie jeszcze więcej.

***komunikacja funkcjonalna**

Zaburzenia mowy powinny być rozpoznane przez logopedę, który na podstawie badania określi rodzaj, głębokość zaburzeń. Logopeda udzieli wskazówek jak prowadzić rozpoczętą terapię, ćwiczenia należy prowadzić przez wiele miesięcy, opiekunowie muszą być dobrze do tej roli przygotowani. Terapia musi być dostosowana do możliwości chorego ćwiczenia dostosowane do indywidualnych zainteresowań pacjenta, i jego potrzeb. Podczas terapii może dojść do stopniowego odblokowywania się i rozwoju umiejętności komunikacyjnych (praktyczne wskazówki do prowadzenia terapii mowy zawarte w poradniku: Terapia mowy chorych z afazją autorstwa A. Wilk)

Kilka zasad komunikowania się z chorym;

*zachęcaj chorego do rozmowy

*mów krótkimi prostymi zdaniami

*pozwól choremu skończyć wypowiedź

*polecenia powtarzaj wiele razy przy rozmowie używaj gestów, mimiki

*okazuj zainteresowanie rozmowa z chorym

*powtarzaj utrwalone teksty : piosenki, modlitwy

c. Podsumowanie zaleceń dla pacjentów i ich rodzin :

- * zwracanie szczególnej uwagi na niedowładną stronę
 - * jak najczęściej powtarzać ćwiczenia i czynności dnia codziennego
- instrukcje wydawane pacjentom powinny być proste i zrozumiałe, w razie potrzeby kilka razy powtarzać
- * naukę rozpoczynać od utraconych prostych czynności, następnie przejść do ćwiczeń bardziej skomplikowanych, nauki czynności dnia codziennego
 - * czynności skomplikowane powtarzać tak długo aż przestaną sprawiać trudności
 - * ważne jest koncentrowanie się zawsze na jednym zadaniu
 - * w czasie wykonywania zadania należy unikać rozpraszania uwagi np. przez oglądanie telewizji, słuchanie radia, obecności wielu osób
 - * regularne i częste zaprowadzanie do toalety np. co 2 godziny (trudności z kontrolą zwieraczy, najczęściej ustępują po powrocie aktywności ruchowej)
 - * zalecany prysznic, zamiast kąpeli w wannie odzież i obuwie łatwe do nakładania i zdejmowania
 - * w przypadku trudności z połykaniem i żuciem, potrawy powinny być miękkie rozdrobnione, mielone, choremu podawać małe kęsy, zwrócić uwagę aby po stronie porażonej nie zostawały resztki jedzenia, stosować zagęstniki do jedzenia i płynów
 - * chory powinien być pod stałą kontrolą poradni neurologicznej i rehabilitacyjnej
 - * chory powinien mieć indywidualnie dobrany, okresowo weryfikowany sprzęt pomocniczy i ortopedyczny ułatwiający poruszanie się i wykonywanie podstawowych czynności życiowych.

d. Zapobieganie najczęstszym powikłaniom.

Występowanie powikłań ogranicza i opóźnia prowadzenie intensywnej rehabilitacji. Powikłania są powodem pogorszenia stanu zdrowia chorego, jego wydolności, pogłębienia zaburzeń emocjonalnych, a przede wszystkim stają się dodatkowym źródłem cierpienia chorego.

Powikłania płucne :

* instruktaż prowadzenia gimnastyki oddechowej, która poprawi wentylację płuc. Ćwiczenia oddechowe polegają na głębokim oddychaniu i odkrztuszaniu. Chory wdycha powietrze przez nos, następnie stara się je zatrzymać 2-3 sekundy i wydycha powietrze ustami, ćwiczenia powtarzane kilka razy dziennie.

* drenaż dróg oddechowych umożliwia pacjentowi odpowiednia pozycja ułożeniową, zastosowanie pozycji bezpiecznej z dolną częścią ciała nieco powyżej klatki piersiowej i głowy; pozycja na brzuchu wzmacnia mięśnie oddechowe i również poprawia wydalanie wydzieliny.

* oklepywanie klatki piersiowej w kierunku od podstawy do szczytu płuc dłonią lekko zgiętą z palcami i kciukiem złożonymi razem, pomijając okolicę nerek i kręgosłupa, działanie to ma na celu ułatwienie ewakuacji wydzieliny z dróg oddechowych.

> wskazane jest także dmuchanie piórek lub przez dren do butelki z wodą

> w okresie grzewczym polecane jest stosowanie nawilżaczy powietrza, aby chronić śluzówki przed wysuszeniem, co powoduje podatność na infekcje

> opiekunowie pacjentów, u których założona jest rurka tracheostomijna powinni nauczyć się prawidłowej pielęgnacji rurki oraz techniki odsysania dróg oddechowych.

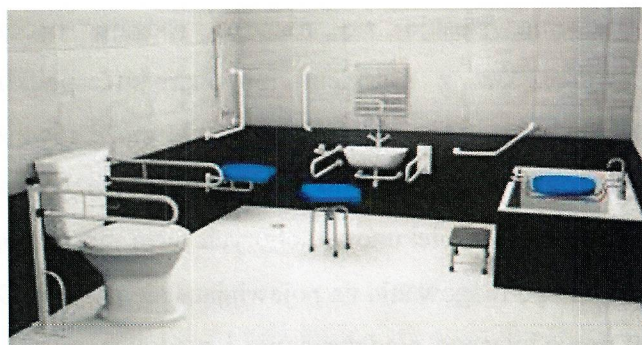
Zmiany na skórze, odleżyny

Do prawidłowej pielęgnacji i profilaktyki przeciwoleżynowej potrzebne jest odpowiednie łóżko wyposażone w materac przeciwoleżynowy z łamanym leżem i regulowaną wysokością. Materace można zabezpieczyć w odpowiednie pokrowce wykonane z delikatnego tworzywa, które chronią przed zanieczyszczeniami i pomagają utrzymać higienę. Zastosowanie tych materacy nie zwalnia jednak od zmiany pozycji ułożeniowej. Odwracanie wykonuje się, co 2-3 godziny z uwzględnieniem leżenia na plecach, na brzuchu, na zdrowym i porażonym boku. Do prawidłowego ułożenia stosuje się różnego rodzaju udogodnienia w postaci poduszek, wałków, woreczków z piaskiem lub ziarnami, podkładek. Łóżko należy zasłać tak, aby nie tworzyły się fałdy pościeli, chory nie może również leżeć na guzikach, szwach bądź okruchach pożywienia. W profilaktyce przeciwoleżynowej ogromne znaczenie ma właściwa pielęgnacja skóry. Opiekunowie chorych uczą się rozpoznawania problemów i potrzeb skóry oraz szybkiego reagowania na pojawiające się zmiany. Odleżyny są wynikiem długotrwałego ucisku powodującego niedokrwienie i niedotlenienie tkanek, a następnie ich

obumieranie. Ich leczenie jest czasochłonne i kosztowne, stanowią one zagrożenie w postaci znacznego pogorszenia stanu zdrowia a nawet śmierci.

Przygotowanie mieszkania dla chorego po udarze mózgu.

Udar mózgu najczęściej powoduje trwałą niepełnosprawność. Czynności dnia codziennego wykonywane dotychczas samodzielnie stają się dużym wyzwaniem dla chorego. Napotymane przeszkody w postaci barier architektonicznych i komunikacyjnych stają się źródłem frustracji i zniechęcenia. Rodzina i opiekunowie powinni być poinstruowani, w jaki sposób należy przygotować mieszkanie, aby było wygodne i funkcjonalne dla pacjenta jak również dla osób, które będą się nim opiekowały. Do najbardziej uciążliwych barier architektonicznych należą wąskie drzwi, małe pomieszczenia-szczególnie sanitarne, progi, schody. Adaptacja pomieszczeń i najbliższego otoczenia ułatwia samodzielne poruszanie się oraz wykonywanie codziennych czynności. Mieszkanie powinno być wyposażone w sprzęt ułatwiający przemieszczanie się pacjenta, w zależności od stopnia niepełnosprawności są to: kula łokciowa, balkonik, wózek inwalidzki, wózek toaletowy, podnośnik elektryczny z nosidłem. W korytarzach winny być zamontowane poręcze. W łazience można zamontować uchwyty nad wanną lub pod prysznicem, a także siedziska ułatwiające kąpiel w wannie bądź kabinie prysznicowej. Przy trudnościach z siadaniem i wstawaniem z sedesu wskazane jest zastosowanie nakładki podwyższającej deskę sedesową oraz zamontowanie uchwytów ściennych i podłogowych. Pokój powinien być wyposażony w łóżko, w zależności od potrzeb chorego sterowane elektrycznie (możliwość zmiany pozycji leża bądź regulacja wysokości łóżka ma szczególne znaczenie dla opiekunów, którzy są narażeni na urazy kręgosłupa), zabezpieczone barierkami oraz posiadające materac przeciwodleżynowy. Dostęp do łóżka powinien być z dwóch stron, co ułatwi pielęgnację i rehabilitację pacjenta. Meble i sprzęty winny znajdować się po stronie niesprawnej, zapobiega to tendencji do pomijania strony niedowładnej.





Pomoc instytucjonalna.

Opiekę nad chorym niepełnosprawnym najczęściej przejmuje współmałżonek, dzieci bądź rodzice rzadziej są to osoby obce lub z dalszej rodziny. Sprawowanie opieki pociąga za sobą konsekwencje w postaci obciążenia fizycznego, psychicznego i społecznego oraz finansowego. Chory i jego opiekun mogą liczyć na wsparcie instytucji rządowych i pozarządowych specjalnych programów pomocy chorym i ich rodzinom, grup samopomocy, stowarzyszeń, wolontariuszy. Każde z tych źródeł może udzielać różnego wsparcia, jednak najbardziej pożądane jest udzielanie równoległe kilku rodzajów wsparcia przez różne instytucje.

Do instytucji świadczącej opiekę domową nad chorym niepełnosprawnym należy:

- * POZ (Podstawowa Opieka Zdrowotna): lekarz podstawowej opieki zdrowotnej oraz pielęgniarka środowiskowo-rodzinna. Lekarz może wypisać na wniosek zaopatrzenie ortopedyczne a NFZ dofinansuje zakup sprzętu w postaci wózka inwalidzkiego, balkonika, podnośnika elektrycznego i innych. Refundacją objęte jest także zaopatrzenie urologiczne i pieluchomajtki oraz materiały chłonne.
- * Ośrodek Pomocy Społecznej - zadania pomocy społecznej realizowane są przez pracownika socjalnego (usługi opiekuńcze),
- * Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie - zadania Centrum to diagnozowanie sytuacji materialnej i rodzinnej, przyznanie opiekuna środowiskowego, personelu specjalistycznego

(pielęgniarka, fizjoterapeuta, terapeuta zajęciowy). Pomoc społeczna przyznawana jest w formie zasiłków (stałych, okresowych, celowych, dodatków pielęgnacyjnych dla osób powyżej 75 roku życia), pomocy rzeczowej (zakup sprzętu, leków, ubrań, opału), pomocy usługowej.

* PFRON - Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych – wspiera rehabilitację i aktywizuje niepełnosprawnych, udziela dofinansowania do sprzętu rehabilitacyjnego, organizuje obozy dla niepełnosprawnych. Opieka nad chorym ze strony najbliższych jest niewątpliwie najważniejsza, jednak bez pomocy odpowiednich instytucji osoby niepełnosprawne i ich rodziny często są bezradni i zagubieni.

Literatura

1. Jaracz K., Kozubski W.: Pielęgniarstwo Neurologiczne
2. Krakowiak P., Krzyżański D., Modlińska A.: Przewlekłe chory w domu
3. Mazur R., Książkiewicz B., Nyka W.M. : Udar mózgu
4. Prusiński A. i wsp.: Niedokrwienne udary mózgu
5. Kazimiera Adamczyk : Pielęgniarstwo Neurologiczne
6. Kazimiera Adamczyk, Krzysztof Turowski: Procedury pielęgnowania w Neurologii i Neurochirurgii

Opracowała :

mgr Anna Jerzmańska

mgr Karolina Pudzianowska