Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej
im. L. Rydygiera w Brzesku

PORADNIK DLA PACJENTA

„Zalecenia poszpitalne dla chorych po udarze mózgu oraz ich opiekunów”

Opracowała: mgr Urszula Majmurek

Brzesko 2019

U chorych po udarach mózgowych niezbędne staje się zapobieganie nawrotom choroby oraz usprawnienie funkcji psychoruchowych. Ważne jest, aby jeszcze podczas pobytu chorego w szpitalu, w proces pielęgnacji i rehabilitacji zaangażowała się rodzina, która pomoże mu później włączyć się do codziennych czynności domowych. Wyeliminowanie lub obniżenie emocji negatywnych (lęku, depresji, gniewu), wytworzenie pozytywnego nastawienia do choroby, siebie samego i celów życiowych oraz korzystna zmiana stylu życia składają się na aktywne zwalczanie czynników ryzyka choroby i zapobiegają jej nawrotom. Po powrocie ze szpitala każdy pacjent wymaga kontynuowania leczenia w domu, profilaktyki przeciwodleżynowej i usprawniającej. Zakres i charakter opieki nad chorym po udarze pomoże ustalić lekarz lub pielęgniarka. Rehabilitant pomoże odzyskać sprawność ruchową. Pacjent leżący będzie wymagał znacznie większego zakresu opieki niż pacjent chodzący.

OTOCZENIE PACJENTA

1. Przed powrotem chorego do domu należy przygotować pokój, w którym chory będzie przebywał. Pokój powinien być umeblowany tak, aby ułatwiał pielęgnację pacjenta i wykonywanie czynności życia codziennego przez pacjenta. Temperatura otoczenia powinna wynosić 20 stopni Celsjusza, łóżko powinno mieć wysokość ok. 63-65 cm. Najlepsze jest łóżko szpitalne z unoszonym wezgłowiem wyposażone w uchwyty i drabinkę, na kółkach, co ułatwia jego przesuwanie.

2. Dla osób leżących powinniśmy przygotować poduszki rehabilitacyjne oraz materac przeciwodleżynowy zmiennociśnieniowy. Niezbędnym będzie również zapewnienie choremu wózka inwalidzkiego, który posłuży do przemieszczania oraz wychodzenia na spacery z rodziną lub z opiekunką, jeśli stan zdrowia chorego na to pozwoli.. Wszystkie udogodnienia oraz łóżko szpitalne można kupić albo wypożyczyć. Wydatek ten może być refundowany po złożeniu wniosku do właściwego oddziału NFZ.

3. Obok łóżka umieszczamy małą szafkę na której chory będzie mógł trzymać najbardziej niezbędne przybory. Pamiętajmy, że szafkę i rzeczy na niej - np. kubeczek z piciem - stawiamy zawsze po stronie porażonej, aby chory mógł aktywizować właśnie tę chorą połowę ciała.

4. Celem zapobiegania upadkom w domu należy przygotować otoczenie pacjenta -usunąć dywaniki leżące na śliskiej posadzce, usunąć progi ,zniwelować schody, w łazience i toalecie zamontować uchwyty, brodzik z natryskiem. Ważne jest dobre oświetlenie i używanie stabilnego obuwia

a przede wszystkim zachowanie szczególnej ostrożności w wykonywaniu czynności dnia codziennego.

PIELĘGNACJA CHOREGO

1.Zapobieganie zachłyśnięciu podczas jedzenia

- dostosowanie konsystencji pokarmu np. rozdrobnienie, zmiksowanie, zagęszczenie zagęstnikiem spożywczym do konsystencji kisielu, pozycja do karmienia: siedząca ewentualnie półsiedząca, skierowanie głowy pacjenta lekko w bok, na stronę zdrową i lekkie przygięcie do klatki piersiowej, podawanie posiłków częściej, ale w mniejszych porcjach, podawanie pokarmu na stronę jamy ustnej niedotkniętą niedowładem/porażeniem, wykonanie toalety jamy ustnej po posiłku, sprawdzenie czy resztki jedzenia nie zalegają po stronie niedowładnej.

2. Zapobieganie powikłaniom zakrzepowo - zatorowym:

-aktywizowanie pacjenta, gimnastyka kończyn dolnych, częsta zmiana pozycji (co 2 godz. z boku porażonego po pół godzinie), unikanie podkładania pod kolana wałków lub innych udogodnień, które spowodują utrudnienie odpływu krwi żylnej, odpowiednie nawodnienie pacjenta (2 - 2,5 l/dobę).

3. Utrzymanie prawidłowego rytmu wypróżnień:

- podejmowanie działań ułatwiających wypróżnienie poprzez pobudzenie perystaltyki jelit
np. masaż brzucha kilka razy na dobę (ruchy głaskające w kierunku zgodnym z ruchem wskazówek zegara) , zastosowanie diety bogato resztkowej - zwiększenie ilości błonnika pokarmowego do 20 - 30 g/dobę (owoce, warzywa, otręby, kasza gruboziarnista, pieczywo z ziarnami zbóż), podaż odpowiedniej ilości płynów (nie mniej niż 1,5 l/dobę), podawanie chłodnego mleka, maślanki, kefiru, jogurtu, moreli, kompotu z suszonych śliwek, soku z owoców lub warzyw, wody mineralnej, wody przegotowanej z miodem i sokiem z cytryny pół godziny przed śniadaniem (na czczo), przy uporczywych zaparciach wspomaganie wypróżnienia środkami farmakologicznymi (np. czopki glicerynowe),w przypadku nietrzymania stolca zabezpieczenie chorego przed zanieczyszczeniem się (pieluchomajtki, wkładki chłonne itp.) oraz częsta ich wymiana.

4. Pomoc w samoobsłudze

-Chorzy leżący muszą mieć wdrożone postępowanie przeciwodleżynowe, polegające na codziennej pielęgnacji skóry pacjenta, natłuszczaniu, diecie bogatej w białka, jak najczęstszej zmianie pozycji ciała w łóżku- co 1- 2 godziny, a nawet częściej. Naprzemiennie układamy chorego w pozycji niskiej, wysokiej, na boku lub pochylonej do przodu. Jeżeli odleżyny już są, należy stosować preparaty p/odleżynowe i leczenie prowadzić pod kierunkiem lekarza POZ oraz pielęgniarki.

-Ważne jest codzienne utrzymanie ciała chorego w czystości. A to oznacza toaletę chorego w łóżku i higienę jamy ustnej rano, wieczorem i po każdym posiłku. Również zmiana pampersów wymaga każdorazowej pielęgnacji skóry.

-Należy pamiętać, iż osoba leżąca jest narażona również na zapalenie płuc, toteż trzeba kilka razy dziennie oklepywać plecy chorego, w celu pobudzenia krążenia i umożliwienia wykrztuszenia zbierającej się wydzieliny. Spróbujmy nauczyć chorego wykonywania prostych ćwiczeń oddechowych - głęboki wdech, zatrzymanie powietrza przez 2-3 sekundy i wydech, który powinien naśladować "dmuchanie materaca" lub np. np. dmuchanie przez rurkę do butelki z wodą. Pozwoli to na uaktywnienie pęcherzyków płucnych i zapobiegnie schorzeniom układu oddechowego.

Wdrażanie chorego do samoobsługi:

- motywowanie chorego do podejmowania aktywności mającej na celu radzenie sobie z codziennymi czynnościami, nie wyręczanie chorego w czynnościach, które może wykonać sam, instruowanie o technice podstawowych czynności, pomoc w wykonaniu toalety ciała, toalety jamy ustnej, myciu rąk przed posiłkami,
- przy zakładaniu odzieży zaczynać od strony niedowładu/porażenia, wkładając górną część garderoby w pierwszej kolejności nałożyć rękaw na kończynę niesprawną, potem włożyć ubranie przez głowę, a na końcu sprawną rękę, wkładając spodnie także zacząć od ubierania kończyny niesprawnej, ściąganie odzieży należy przeprowadzać w odwrotnej kolejności (od kończyny niesprawnej),

praktyczniejsze są ubrania dwuczęściowe i zapinane na suwaki, rzepy i zatrzaski, wykorzystanie luźnych podkoszulków i spodni dresowych zamiast piżamy, zakładanie butów również zaczynamy od strony kończyny niesprawnej - najpierw „w powietrzu" zakładamy but na palce stopy, a potem na podłożu wsuwamy piętę pomagając sobie - naciskając ręką niedowładne/porażone kolano,

- zaopatrzenie chorego w sprzęt i przybory ułatwiające samoobsługę: stolik przyłóżkowy, sztućce o masywnych trzonkach, talerze z gumowymi podkładkami, a na dalszym etapie wyposażenie w: balkonik, trójnóg do chodzenia oraz wózek inwalidzki.

Zapobieganie podwichnięciu w stawie barkowym na etapie wiotkości kończyny:

u pacjentów uruchamianych zastosowanie odpowiednich temblaków tzn. składających

się z dwóch pętli przechodzących ukośnie przez plecy, jedna podtrzymująca niedowładne/porażone przedramię, a druga - rękę, temblak powinien obciążać zdrowy bark i nie powodować ucisku na szyję, zachowanie ostrożności w zmianie ułożenia - nie pociągać kończyny niesprawnej za bark, ale obracając pacjenta obejmować okolicę łopatki i podłopatkową, uniemożliwić zsunięcie się kończyny i zwisanie z łóżka.

Pacjent po udarze wymaga nieustannej rehabilitacji zarówno w warunkach domowych pod kierunkiem wykwalifikowanego fizjoterapeuty jak również w warunkach szpitalnych i ambulatoryjnych. Leczenie poszpitalne w środowisku pacjenta jest optymalną metodą profilaktyki wtórnej udaru mózgu.

Jeżeli pacjent ma afazję lub problemy z mową należy kontynuować terapie logopedyczną

Żeby powrócić do zdrowia, konieczne jest korzystanie z terapii zajęciowej, która jest częścią całego procesu rehabilitacyjnego z wyszczególnieniem rehabilitacji ruchowej i neuropsychologicznej. Zadaniem terapii zajęciowej jest przywrócenie choremu, w miarę możliwości, samodzielnego wykonywania czynności dnia codziennego.
Rodzinie, w której bliska osoba wymaga rehabilitacji po udarze na pewno przyda się też wsparcie psychologiczne oraz czynna pomoc szerszego grona rodzinnego.

5.Rehabilitacja po udarze – świadczenia

Sytuacja chorego w czasie rehabilitacji po udarze, jak i jego bliskich staje się momentalnie trudna, także finansowo. Świadczenia, o jakie można wystąpić, to:
renta z tytułu niezdolności do pracy (decyduje lekarz orzecznik ZUS, przysługuje tylko ubezpieczonym);

a) zasiłek pielęgnacyjny (ZUS może przyznać zasiłek pielęgnacyjny dla osoby z orzeczeniem o znacznej niepełnosprawności lub dodatek pielęgnacyjny dla osoby powyżej 75. roku życia/ niezdolnej do samodzielnej egzystencji);

b) świadczenie pielęgnacyjne (przyznawane osobie, która musi zrezygnować z pracy, by opiekować się chorym członkiem rodziny z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności);

c) orzeczenie o stopniu niepełnosprawności po udarze (warto wystąpić o to jak najszybciej, ponieważ wiąże się z różnymi przywilejami, jak na przykład z podatkową ulgą rehabilitacyjną i ulgami w środkach komunikacji);

d) usługi opiekuńcze (koordynowane przez lokalny ośrodek pomocy społecznej; jest to wsparcie w codziennej opiece nad chorym – myciu się, ubieraniu, zażywaniu leków).
Poza tym możliwe jest dofinansowanie zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, dofinansowanie zmian architektonicznych w otoczeniu, a także turnusu rehabilitacyjnego.