Я СТАВ ОПІКУНОМ ОСОБИ, ЯКА ПЕРЕНЕСЛА ІНСУЛЬТ. ЩО МЕНІ ПОТРІБНО ЗНАТИ?

caregIVR

ПОСІБНИК

ESSATLA
Atlántica Health School

SGH

uhu.es
Universidad de Huelva
OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI FIRENZE

Co-funded by the European Union

HaDEA

СПИСОК ТРІЩИН

01 **ІНСУЛЬТ – ОСНОВНА ІНФОРМАЦІЯ** **3**
- ПРИЧИНИ ІНСУЛЬТУ 3
- ПРОБЛЕМИ ЛЮДЕЙ, ЯКІ ПЕРЕЖИЛИ ІНСУЛЬТ 4
- РОЗПІЗНАВАННЯ СИМПТОМІВ ІНСУЛЬТУ 9

02 **ПЕРШІ ГОДИНИ ТА ДНІ ПІСЛЯ ПОВЕРНЕННЯ ПАЦІЄНТА ДОДОМУ З ЛІКАРНІ** **15**
- ЯК ЗАБЕЗПЕЧИТИ СПЕЦІАЛІЗОВАНУ ДОПОМОГУ ПО ПОВЕРНЕННЮ ПАЦІЄНТА ДОДОМУ? 15
- ЩО СЛІД ВРАХУВАТИ ПЕРЕД ПОВЕРНЕННЯМ ПАЦІЄНТА ДОДОМУ? 16
- ПАЦІЄНТ САМ ВДОМА 17
- ПЕРША ДОПОМОГА В НАДЗВИЧАЙНІЙ СИТУАЦІЇ, НАДАНА ОПІКУНОМ 18
- ПОРУШЕННЯ ЗДОРОВ'Я ПАЦІЄНТА 19

ОЦентр мовлення 19
Сечовидільна система 19

03 **ПІДТРИМКА ПАЦІЄНТА У ВИКОНАННІ ПОВСЯКДЕННИХ СПРАВ** **20**

04 **СПОГАДИ ПАЦІЄНТІВ** **34**

05 **СПОГАДИ ОПІКУНІВ** **35**

06 **ФОРМАЛЬНА ТА ЮРИДИЧНА ПІДТРИМКА ДЕРЖАВНИХ УСТАНОВ** **36**
- ПІЛЬГИ ТА НАДБАВКИ 36

Закон про довгостроковий догляд 38
Картка опікуна 39
Відпустка опікуна 40
Програми самодопомоги 40

- ПІДТРИМКА НЕУРЯДОВИХ ОРГАНІЗАЦІЙ 40

Організації, що надають психологічну підтримку 41
Навчання та консультування 41
Фінансова та матеріальна підтримка 41
Юридичне консультування 42
Реабілітаційна підтримка 42

07 **ЛІТЕРАТУРА** **43**

01 Інсульт – основна інформація

ПРИЧИНИ ІНСУЛЬТУ

Причиною інсульту є раптове порушення кровотоку в судинах головного мозку, що призводить до гіпоксії та некрозу нервової тканини. Існує два основних типи інсульту: ішемічний (85% випадків) та геморагічний (15%). При ішемічному інсульті ключову роль відіграють процеси, що призводять до артеріальної оклюзії, такі як атеросклероз великих судин, який викликає звуження або повну закупорку однієї з артерій.[1,2]
Емболія також є значним фактором, оскільки тромби, що утворюються в серці (наприклад, під час фібриляції передсердь або після серцевого нападу), мігрують до судин головного мозку, що становить 20–30% ішемічних інсультів.[3]
Іншим механізмом є захворювання дрібних судин, пов'язане переважно з гіпертензією.[4,5] Геморагічний інсульт виникає внаслідок розриву судини головного мозку та екстравазації крові в нервову тканину. Основною причиною є хронічна гіпертензія, яка призводить до пошкодження стінок дрібних артеріол, особливо в глибоких структурах мозку.[6,7]
У людей похилого віку значну роль відіграє амілоїдна ангіопатія, що характеризується відкладенням амілоїдного білка в стінках судин, що збільшує ризик кровотечі в долевих ділянках мозку.[8,9]
Фактори ризику інсульту поділяються на немодифіковані та модифіковані. До перших належать[10,11]:

- вік понад 55 років,
- чоловіча стать,
- генетична схильність, наприклад, мутації, що підвищують згортання крові.

Серед факторів ризику, які можна змінити, найважливішою є гіпертензія, яка значно збільшує ризик як ішемічного, так і геморагічного інсульту [12,13]. Фібриляція передсердь, утворюючи тромби в передсердях, збільшує ризик інсульту в п'ять разів [14]. Діабет і ожиріння прискорюють розвиток атеросклерозу, тоді як куріння пошкоджує судинний ендотелій, що призводить до запалення та тромбозу [15,16]. Відсутність фізичної активності та дієта з високим вмістом насичених жирів і простих цукрів ще більше погіршують ліпідний профіль, збільшуючи ризик судинних подій [17,18].

ПРОБЛЕМИ ЛЮДЕЙ ПІСЛЯ ІНСУЛЬТУ

Симптоми пацієнтів, які перенесли інсульт, призводять до зниження їхньої здатності функціонувати в житті, на роботі, в сім'ях та в соціальному середовищі. Зрештою, це призводить до виключення та ізоляції від громади. Належний догляд та увага суттєво впливають на подальше функціонування та благополуччя пацієнта. З цієї причини ми узагальнили найсуттєвіші проблеми, з якими стикаються люди, що перенесли інсульт.

I РОЗЛАДИ МОВЛЕННЯ

- **Дизартрія,** спричинена дисфункцією мовного апарату, язика, губ, піднебіння, глотки та гортані, призводить до невиразної мови. Пацієнти відчувають труднощі з артикуляцією, а також можуть відчувати труднощі з диханням, фонацією та ковтанням. Мова повільна та часто скандується. Тому комунікація для цього пацієнта пропонується за допомогою письма, заохочення до мовленнєвих вправ, надання підтримки та залучення членів сім'ї до співпраці [19].

- **Моторна афазія,** при якій пацієнт має труднощі з вимовою слів, передбачає повну або часткову втрату здатності говорити – у найважчій формі – нездатність вимовляти будь-який звук. Необхідно заохочувати пацієнта до спроб взаємодіяти з навколишнім середовищем, стимулювати його до мовлення та індукувати автоматизоване мовлення, таке як рахунок [20,21].

- **Сенсорна афазія,** при якій порушено розуміння мовлення, характеризується порушенням розуміння як власного, так і чужого мовлення. Також може бути порушено називання, повторення, читання та письмо. Мова пацієнтів плавна та невимушена, але їй бракує логічного значення. Пацієнти вимовляють велику кількість слів та неправильно їх використовують, а також можуть придумувати нові, безглузді слова. Емоційний контакт необхідний для стримування потоку слів[22].

- **Алексія —** це втрата здатності розпізнавати слова, які людина колись могла прочитати. Це можна назвати «словесною сліпотою».

Вищезазначені типи розладів можуть виникати одночасно. Глобальні дані щодо поширеності індивідуальних лінгвістичних дефіцитів у випадку афазії коливаються в межах 20–40% у пацієнтів з інсультом у гострій фазі, тоді як у випадку дизартрії ця частка в гострій фазі оцінюється в 30–60% [23].

II РОЗЛАД ПИСЬМА

Люди, які перенесли інсульт, можуть втратити навички письма. Залежно від ступеня та місця розташування інсульту, пацієнт може мати труднощі з правописом, написанням неправильних слів або втрату когнітивної здатності вибирати та поєднувати літери для формування слів[24].

III ПОРУШЕННЯ КОВТАННЯ ТА РЕСПІРАТОРНІ ІНФЕКЦІЇ

Акт ковтання складається переважно з оральної фази, яка ініціюється добровільно і може бути розділена на передоральною фазу, підготовчу оральну фазу та власне оральну фазу. Наступні фази ковтання включають фарингеальну фазу та стравохідну фазу. Нейрогенна дисфагія має передстравохідний характер, вражає ротову та фарингеальну фази (верхня дисфагія) та спричинена розладами нервової системи[25]. Нейрогенні розлади стравохідної фази зустрічаються рідко та зазвичай пов'язані з місцевими процесами. Дисфагія в першу чергу пов'язана з ризиком аспірації, пневмонії, що виникає внаслідок так званої тихої аспірації, зневоднення або недоїдання. Інші явища, що супроводжують дисфагію, включають депресію, тривогу та соціальну ізоляцію. Щодо симптомів, то первинними проявами цього стану є:

- Труднощі з ковтанням їжі (тобто неефективне ковтання);
- відчуття застрягання їжі в горлі;
- задуха та кашель під час ковтання;
- надмірне слиновиділення через неможливість ковтати слину;
- відрижка їжі або рідини через ніс [25].

Одним із неврологічних станів, пов’язаних з дисфагією, є інсульт. Варто наголосити, що понад половина пацієнтів, госпіталізованих з ішемічним інсультом, мають труднощі з ковтанням через ослаблення м’язів глотки та гортані [26], що робить інсульт найпоширенішою причиною нейрогенної дисфагії [27-30]. Дисфагія пов’язана з численними небезпечними ускладненнями, такими як зневоднення, недоїдання та аспіраційні ускладнення з потенціалом розвитку небезпечних для життя легеневих інфекцій, що суттєво впливає на якість життя пацієнта [25]. Цей розлад пов’язаний з ризиком аспірації, яка може призвести до пневмонії. Це вимагає відсмоктування секретів з дихальних шляхів та обережності під час годування пацієнта. Рання діагностика зазначеного розладу та коригування харчування пацієнта (внутрішньовенно, перорально, через перкутанний гастроентерологічний або шлунковий зонд), а також підтримка правильного кислотно-лужного балансу можуть запобігти бронхолегеневим ускладненням [31].

IV ПРОЛЕЖНІ

Пролежні – це проблема, яка особливо вражає пацієнтів з неврологічними розладами. Вони є серйозним ускладненням у пацієнтів, які перенесли інсульт. Їх частота становить 1,7-2,6% [32-33]. Пролежні визначаються як обмежене пошкодження шкіри та глибших тканин, що призводить до некрозу тканин, їх втрати та, зрештою, некрозу [34]. Пролежні є ускладненням порушення кровотоку в кровоносних судинах, що проявляється у вигляді поверхневих уражень або важко загоюваних глибоких ран, що поширюються на глибші м'які тканини. В результаті тривалої іммобілізації тканини піддаються механічним силам у вигляді стиснення, тертя та зсуву, що порушує місцевий кровообіг, що призводить до гіпоксії тканин та недоїдання, а зрештою, до некрозу [34]. Пролежні обмежують щоденне функціонування пацієнта та зменшують можливості реабілітації, що призводить до значного зниження якості життя [35].

Наявність пролежнів ускладнює реабілітацію та погіршує стан пацієнта. Вони супроводжуються болем, некрозом та інфекцією, що сприяє ускладненням та затримкам реабілітації, подовжує термін госпіталізації та збільшує витрати на лікування.

V ПАРАЛІЧ

Параліч є одним із симптомів інсульту [36]. Серед тих, хто вижив через шість місяців після інсульту, у 48% спостерігається стійкий геміпарез, 22% не можуть ходити самостійно, а 24–53% потребують повної або часткової допомоги у повсякденній діяльності [37]. Параліч є одним із найпоширеніших ускладнень після інсульту, що являє собою односторонню або двосторонню м'язову слабкість [38]. Він виникає з різною інтенсивністю у кожного пацієнта і є більш-менш тривалим. Це робить процес лікування постінсультного парезу різним. Це зниження є наслідком ішемічних вогнищ у мозку, що викликають дисфункцію, що призводить до рухових порушень у вигляді геміплегії з рівним ураженням обох кінцівок або з чітким переважанням верхньої чи нижньої кінцівки, а також парезу. Хоча це не є паралічем, тобто повною втратою м'язового контролю, постінсультний парез може призвести до майже повної неможливості рухати кінцівкою. [38] Постінсультний параліч найчастіше виникає поперечно, тобто пошкодження правої півкулі мозку викликає парез лівої сторони тіла і навпаки. Однак, якщо уражається домінантна сторона, розлади мовлення також є дуже поширеними.

Параліч спричинений пошкодженням рухових нейронів, які контролюють опорно-рухову систему. Ці нейрони можуть бути пошкоджені на рівні головного мозку, спинного мозку, периферичних нервів та м’язів.[38] Після інсульту пацієнту найчастіше доводиться стикатися з такими типами паралічу:

- **тетрапарез –** виникає внаслідок пошкодження стовбура мозку та вражає всі кінцівки;
- **геміпарез –** уражається лише одна сторона тіла;
- **спастичний парез –** характеризується підвищеним м’язовим напруженням та посиленням глибоких рухів, і викликається пошкодженням нижнього рухового нейрона; на щастя, цей парез розвивається повільно і зазвичай досить легко піддається реабілітації;
- **міастенія –** пацієнт відчуває швидше м’язове стомлення; окрім кінцівок, міастенія може також впливати на м’язи обличчя; пацієнти після інсульту часто страждають від опущення повік, змін рис обличчя або проблем з мовленням[38].

VI ІНФЕКЦІЇ СЕЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ

Найчастіше вони спричинені зниженням імунітету та наявністю сечового катетера. Катетеризація необхідна через порушення функції сфінктера або супутні захворювання сечостатевої системи, а також дисфункцію сечовипускання, спричинену лежанням, але вона також сприяє розвитку інфекцій сечовивідних шляхів [39]. Варто зазначити, що інфекція супроводжується болем, часто пов'язаним з відчуттям позивів до сечовипускання. Наявність больових симптомів відбиває бажання у пацієнтів проводити реабілітаційні заходи та може ще більше посилити депресію, поширену серед тих, хто стикається з раптовою втратою рухливості та незалежності. Період початку вертикального положення та тренування ходьби зазвичай є моментом, коли більшість пацієнтів відновлюють контроль над функцією свого сфінктера, що дозволяє швидко припинити використання катетера [40].

VII ПОСТІНСУЛЬТНА ДЕПРЕСІЯ

Діагноз депресії має бути підтверджений психіатром. Окрім фармакологічного лікування, використовується психотерапія. Можна приблизно оцінити, що постінсультна депресія розвивається приблизно у 40% пацієнтів протягом 4 місяців після інсульту.[41] Основним фактором, що сприяє розвитку депресії, є той факт, що пацієнти залишаються під впливом хронічного стресу через постійні симптоми інвалідності, залежність від інших та страх за власне життя та життя своїх близьких.

Частота депресії варіюється залежно від часу, що минув з моменту інсульту. У перші 2 тижні після інсульту частота коливається від 6% до 41%, через 3–4 місяці – 47–53%, через 1 рік – 21–47%, а через 5 років – 35%. Обмежений вербальний контакт ускладнює або навіть унеможливлює розуміння переживань пацієнта, а отже, і виявлення симптомів та характеристик, необхідних для діагностики депресії як психопатологічного синдрому.[42]

Беручи до уваги вищезазначені проблеми, слід зазначити, що пацієнт, який переніс інсульт, у повсякденному житті піддається, серед іншого, таким впливам:

- Страх, тривога та знижений настрій, пов'язані з погіршенням якості життя через хворобу,
- Ризик тромбоемболії,
- Ризик контрактур,
- Труднощі з пересуванням та виконанням дій з самообслуговування,
- Порушення виведення калу, спричинені тривалою іммобілізацією та уповільненою перистальтикою кишечника, а також порушення сечовипускання,
- Труднощі із засинанням[43].

РОЗПІЗНАВАННЯ СИМПТОМІВ ІНСУЛЬТУ

I РУХ, ВІДЧУТТЯ ТА СПРИЙНЯТТЯ ПРОСТОРУ

- **Анозогнозія**
  Що це таке: Відсутність усвідомлення власного неврологічного дефіциту.
  Як розпізнати: Пацієнт із геміплегією стверджує, що його кінцівки повністю функціонують, і намагається виконувати ними різні дії, демонструючи повну відсутність критичного ставлення до свого фактичного стану здоров'я.
- **Апраксія**
  Що це таке: Втрата здатності виконувати знайомі цілеспрямовані рухи за відсутності м'язової слабкості або парезу.
  Як розпізнати: Пацієнт, якого просять скористатися гребінцем або ручкою, не може правильно спланувати рух і відповідним чином розташувати руку та пальці, використовуючи предмет не за його призначенням.
- **Атаксія**
  Що це таке: Порушення координації рухів за збереженої нормальної м'язової сили.
  Як розпізнати: Пацієнт виконує некоординовані, неточні та незграбні рухи, що проявляється труднощами під час точного дотягування до предметів або нестійкістю під час ходьби.
- **Дисметрія**
  Що це таке: Нездатність зупинити цілеспрямований рух у потрібній кінцевій точці.
  Як розпізнати: Під час пальце-носової проби або при спробі взяти склянку пацієнт зупиняє руку перед предметом або, навпаки, різко виходить за межі цілі та вдаряється в нього.
  Гемінеглект (синдром однобічного просторового ігнорування)
- **Що це таке:** Ігнорування центральною нервовою системою простору з боку, протилежного до осередку ураження головного мозку.
  Як розпізнати: Пацієнт не помічає людей або предметів, розташованих зліва від нього, з'їдає їжу лише з правої половини тарілки або голить тільки праву половину обличчя.

Геміпарез (Однобічний парез)
Що це таке: Зниження м’язової сили з одного боку тіла.
Як розпізнати: Пацієнт має труднощі з утриманням предметів, наприклад склянки, через зниження м’язового тонусу та сили в кисті й усій верхній кінцівці.

Гемігіпестезія (Однобічне зниження чутливості)
Що це таке: Зниження чутливості до дотику, болю та температури з одного боку тіла.
Як розпізнати: Пацієнт неадекватно реагує на чутливі подразники, наприклад укол або тепло, які застосовуються до ураженої половини тіла, а також може недостатньо контролювати хват кисті через дефіцит чутливої інформації.

Геміплегія (Однобічний параліч)
Що це таке: Повна відсутність активних рухів в одній половині тіла.
Як розпізнати: Пацієнт не здатний виконати жодного довільного руху ураженою верхньою або нижньою кінцівкою, яка залишається повністю млявою або нерухомою.

Пропріоцепція (Порушення глибокої чутливості)
Що це таке: Втрата здатності визначати положення власних кінцівок у просторі без зорового контролю.
Як розпізнати: Пацієнт із заплющеними очима не може визначити, чи дослідник зігнув або розігнув палець його руки чи всю нижню кінцівку.

Спастичність
Що це таке: Патологічне, залежне від швидкості розтягнення підвищення м’язового тонусу.
Як розпізнати: Під час пасивного розгинання кінцівки пацієнта відчувається виражений м’язовий опір, а верхня кінцівка часто набуває стійкого згинального положення в ліктьовому та променево-зап’ястковому суглобах.

- **Моторна афазія (афазія Брока)**
  Що це таке: Порушення мовленнєвої експресії за збереженого розуміння мовлення.
  Як розпізнати: Пацієнт розуміє звернені до нього інструкції, але має значні труднощі з вимовлянням слів, говорить повільно, короткими фразами або використовує лише окремі склади.
- **Сенсорна афазія (афазія Верніке)**
  Що це таке: Порушення розуміння мовлення за збереженої плавності мовлення.
  Як розпізнати: Пацієнт говорить вільно й багато, однак його висловлювання позбавлені логічного змісту (афатичний жаргон), а сам він не розуміє запитань, які ставить дослідник.
- **Зорова агнозія**
  Що це таке: Нездатність розпізнавати предмети за допомогою зору за відсутності сліпоти.
  Як розпізнати: Пацієнт дивиться на ключ, що лежить перед ним, і не може його назвати, однак правильно розпізнає предмет одразу після того, як бере його в руку та обстежує на дотик.
- **Amaurosis fugax (минуща сліпота)**
  Що це таке: Раптова, тимчасова втрата зору на одне око.
  Як розпізнати: Пацієнт повідомляє про епізод повного затемнення зору в одному оці (ефект «опускання завіси»), який самостійно минає через кілька хвилин.
- **Диплопія (подвійне бачення)**
  Що це таке: Бачення двох зображень одного об’єкта.
  Як розпізнати: Пацієнт повідомляє про накладання або роздвоєння зображення, що може супроводжуватися асиметричним положенням очних яблук і зникає після закриття одного ока.

- **Дизартрія**

  Що це таке: Порушення артикуляції, спричинене дисфункцією виконавчого апарату мовлення.

  Як розпізнати: Пацієнт правильно формулює речення з мовного погляду, однак вимовляє слова нечітко, змазано та нерозбірливо через парез м’язів язика та піднебіння.

- **Дисфагія**

  Що це таке: Порушення акту ковтання твердої їжі та рідини.

  Як розпізнати: Під час спроби випити воду у пацієнта виникають поперхування, кашель або потрапляння рідини в носову порожнину, що може свідчити про дисфункцію м’язів глотки.

- **Дисфонія**

  Що це таке: Порушення утворення голосу в гортані.

  Як розпізнати: Голос пацієнта стає глухим, хрипким, тихим або набуває характеру постійної осиплості, що може бути пов’язано з парезом голосових складок.

- **Геміанопсія (випадіння половини поля зору)**

  Що це таке: Втрата зору в однойменних половинах полів зору обох очей.

  Як розпізнати: Під час периметричного або орієнтовного дослідження пацієнт не помічає об’єктів, що з’являються в певній половині поля зору обох очей, унаслідок чого може, наприклад, наштовхуватися на дверні одвірки.

- **Ністагм (мимовільні ритмічні рухи очей)**

  Що це таке: Ритмічні, мимовільні рухи очних яблук.

  Як розпізнати: Коли пацієнта просять стежити поглядом за пальцем, спостерігаються ритмічні рухи очних яблук у горизонтальній, вертикальній або ротаційній площині.

- **Прозопагнозія**

  Що це таке: Втрата здатності розпізнавати знайомі обличчя.

  Як розпізнати: Пацієнт не впізнає риси обличчя членів родини або навіть власне відображення у дзеркалі, ідентифікуючи близьких лише після того, як почує їхній голос.

III ЕМОЦІЇ, МИСЛЕННЯ ТА СПЕЦИФІЧНІ СИНДРОМИ

- **Постінсультна акатизія**

  Що це таке: Суб'єктивне відчуття непереборної потреби постійно перебувати в русі.

  Як розпізнати: Пацієнт демонструє виражений руховий неспокій, постійно змінює положення тіла, рухає нижніми кінцівками в положенні сидячи або безперервно ходить через відчуття внутрішнього напруження.

- **Постінсультна апатія**

  Що це таке: Стійке зниження мотивації та власної активності.

  Як розпізнати: Пацієнт тривалий час залишається бездіяльним, не ініціює контакту та цілеспрямованої діяльності, демонструючи емоційне збіднення, яке не обов'язково пов'язане з депресивним синдромом.

- **Астереогнозія**

  Що це таке: Нездатність розпізнати предмет виключно за допомогою дотику.

  Як розпізнати: Пацієнт із заплющеними очима обстежує рукою монету, покладену йому в долоню, може описати її форму, однак не здатний визначити та назвати, що це за предмет**.**

- **Нейрогенна дисфагія з «німою» аспірацією**

  Що це таке: Потрапляння їжі або рідини в дихальні шляхи без виникнення кашльового рефлексу.

  Як розпізнати: У пацієнта рідкий вміст потрапляє в трахеобронхіальне дерево без помітного поперхування або кашлю. Такий стан може бути виявлений під час відеофлюороскопічного дослідження ковтання або за раптовим погіршенням респіраторних показників.

- **Гемібалізм**

  Що це таке: Різкі, мимовільні, розмашисті рухи кінцівок великої амплітуди.

  Як розпізнати: У пацієнта спостерігаються раптові, некоординовані розмашисті рухи всією верхньою або нижньою кінцівкою з одного боку тіла, які нагадують кидальні рухи.

- **Емоційна лабільність (нетримання афекту)**

  Що це таке: Втрата контролю над проявами емоцій.

  Як розпізнати: Пацієнт реагує мимовільним плачем або сміхом на нейтральні подразники, при цьому така реакція не відповідає його реальному емоційному стану.

- **Судинна деменція**

  Що це таке: Погіршення когнітивних функцій унаслідок ішемічних змін головного мозку.

  Як розпізнати: Під час нейропсихологічного обстеження у пацієнта виявляють значні порушення короткочасної пам'яті, розлади уваги та уповільнення процесів мислення, що ускладнюють повсякденне функціонування.

- **Персеверації**

  Що це таке: Порушення здатності до планування та цілеспрямованої діяльності.

  Як розпізнати: Пацієнт має труднощі з виконанням багатоетапних завдань, наприклад приготуванням їжі за інструкцією, через нездатність упорядкувати дії в логічну послідовність.

- **Порушення виконавчих функцій**

  Що це таке: Втрата зору в однойменних половинах полів зору обох очей.

  Як розпізнати: Під час периметричного або орієнтовного дослідження пацієнт не помічає об'єктів, що з'являються в бічній частині поля зору лівого та правого ока, внаслідок чого може, зокрема, наштовхуватися на дверні одвірки.

- **Синдром замкненої людини (Locked-in syndrome)**

  Що це таке: Стан повного паралічу тіла за збереженої свідомості.

  Як розпізнати: Пацієнт не може рухати кінцівками або м'язами обличчя та не може говорити, а єдиною формою усвідомленого контакту й відповіді на запитання залишаються навмисне моргання або вертикальні рухи очних яблук.

02

Перші години та дні після повернення пацієнта додому з лікарні

ЯК ЗАБЕЗПЕЧИТИ СПЕЦІАЛІЗОВАНУ ДОПОМОГУ ПІСЛЯ ПОВЕРНЕННЯ ПАЦІЄНТА ДОДОМУ?

Чи забезпечить лікарня безпечне транспортування пацієнтів?

Так, лікарня може забезпечити медичне транспортування пацієнта, якщо йому важко пересуватися.

Чи можливий цілодобовий контакт з медичним персоналом? Якщо трапляється щось, що викликає занепокоєння у родини та пацієнта, щось, що вони вважають настільки важливим, що не можуть дочекатися запланованого повторного прийому?

У такій ситуації вам слід скористатися цілодобовою допомогою або звернутися до найближчого відділення невідкладної допомоги. Інформацію про найближче місце, де пропонуються ці послуги, можна отримати на гарячій лінії для пацієнтів за номером 800-190-590.
Якщо ваш доглядач підозрює, що з пацієнтом щось не так, негайно зателефонуйте за номером 999.

Чи повинен опікун/пацієнт повідомляти сімейному лікарю про те, що у пацієнта стався інсульт?

Так, слід повідомити заклад первинної медичної допомоги про інсульт пацієнта та надати копію виписки зі стаціонару.

Хто в системі охорони здоров'я виконує роль, подібну до координатора пацієнтів з інсультом?

Це може бути сімейний лікар або медсестра.

Чи лікарня плануватиме подальші візити для пацієнта, чи доглядач повинен сам планувати візити до AOS?

Лікуючий лікар призначає пацієнту подальші візити, які він вважає необхідними; всі зустрічі повинні бути зафіксовані у виписці пацієнта зі стаціонару.

Чи організовує транспортування пацієнта на подальші прийоми медичний заклад, де відбувається візит? Чи мені слід звернутися до мого сімейного лікаря?

Якщо родина не може самостійно транспортувати пацієнта, їм слід звернутися до свого сімейного лікаря з проханням про медичне транспортування.

ПРО ЩО СЛІД ПОДБАТИ, ПЕРШ НІЖ ПАЦІЄНТ ПОВЕРНЕТЬСЯ ДОДОМУ?

Про що маємо подбати у першу чергу, перш ніж доставити пацієнта додому?

Чи забезпечить лікарня безпечне транспортування пацієнтів?

Все залежить від стану здоров'я пацієнта. Якщо пацієнт прикутий до ліжка, слід забезпечити ліжко з протипролежневим матрацом, клинами, подушками для підтримки пацієнта, наприклад, на боці, підгузками, прокладками, кремами та серветками.
Для пацієнтів, які пересуваються: милиці/ходунки, підгузники-трусики та твердостінні пластикові чашки.

Чи можна орендувати це обладнання?
Чи є плата за таку оренду?
Чи кожен має право на це?

Можлива оренда медичного обладнання; така оренда обладнання є платною, за винятком людей з інвалідністю (вони можуть отримувати фінансування).

На який термін можна орендувати це обладнання?

Оренда можлива на різні терміни – від кількох днів до навіть кількох місяців.

Чи довго доводиться чекати в черзі на таке обладнання?

Зазвичай це питання 2-3 днів.

Чи можна безкоштовно позичити неосновне обладнання, яке полегшує догляд за пацієнтами та сприяє відновленню втрачених функцій організму? Де я можу знайти такі варіанти?

Швидше, вам потрібно бути готовим до того, що обладнання, що підтримує відновлення, можна буде орендувати за певну плату, або ж вам доведеться його придбати.

Яким найважливішим елементом догляду за хворим не можна нехтувати після повернення додому?

Вам слід спробувати дати пацієнту можливість самостійного виконання основних побутових завдань. Наприклад, під час приймання їжі, дозвольте йому робити це самостійно, навіть якщо це призведе до забруднення речей, пацієнта або продовження часу прийому їжі. Якщо це можливо, дайте можливість пацієнту їсти самостійно.
Намагайтеся проводити з пацієнтом логопедичні, реабілітаційні та фізіотерапевтичні вправи, які фахівці рекомендують для домашнього використання.

Чи розуміє пацієнт, який переніс інсульт, що ми йому говоримо?

Так, пацієнт розуміє, що ви йому говорите. Однак, опікун повинен ставитися до пацієнта з розумінням; іноді пацієнту потрібно кілька разів пояснювати, що робити, наприклад. Важливо, звертаючись до пацієнта, використовувати прості та короткі повідомлення. Також важливо поважати висловлену пацієнтом потребу в просторі або тиші. Кожен пацієнт справляється з новою ситуацією з різним темпом.

ПАЦІЄНТ САМ ВДОМА

Чи можна залишати лежачого пацієнта самого вдома, і на який термін? Чи існує для нього ризик задухи або інших небезпечних для життя надзвичайних ситуацій? Чи ризик таких нещасних випадків такий самий, як і для здорової людини?

Слід уникати залишення пацієнта без нагляду, ймовірний ризик небезпечних для життя ситуацій, ризик аспірації дуже високий і більш імовірний, ніж у здорової людини.

Яку дивну поведінку ви можете спостерігати після інсульту?

Хворі можуть забувати речі, мати труднощі із засвоєнням нової інформації або часто повторюватися. Спілкування може стати ускладненим через проблеми з мовленням та розумінням. Багатьом також важко концентруватися та підтримувати увагу. Може виникати імпульсивна поведінка, що призводить до поспішних рішень або дій без урахування наслідків. У більш важких випадках пацієнти можуть проявляти вербальну або фізичну агресію, а також соціально чи сексуально неприйнятну поведінку, яка відображає неврологічні наслідки інсульту, а не є навмисною.

ПЕРША ДОПОМОГА ОПІКУНА У НАДЗВИЧАЙНІЙ СИТУАЦІЇ

Чи може після інсульту статися ще один інсульт?

Так, існує ймовірність повторного інсульту.

Які симптоми можуть свідчити про інсульт?

- *Раптова слабкість або оніміння: Найчастіше з одного боку тіла, вражаючи обличчя, руки або ноги.*
- *Утруднення мовлення: Невиразна мова, труднощі з розумінням або вираженням слів.*
- *Порушення зору: Двоїння в очах, сліпота на одне око або інші зміни зору.*
- *Запаморочення: Може супроводжуватися втратою рівноваги.*
- *Втрата рівноваги: Труднощі з підтриманням рівноваги, незграбність.*
- *Раптовий, сильний головний біль: Особливо при субарахноїдальному крововиливу.*
- *Інші симптоми: Нудота, блювання, зміна свідомості, зміни поведінки.*

Симптоми мікроінсульту: Схожі на симптоми інсульту, але зазвичай короткочасні (зазвичай минають протягом 24 годин). Можуть включати порушення зору, труднощі з мовленням, слабкість кінцівок або втрату рівноваги.

Чи може після інсульту статися ще один інсульт?

У разі повторного інсульту абсолютно необхідно негайно повідомити служби невідкладної допомоги та госпіталізувати пацієнта.

ПОГІРШЕННЯ СТАНУ ЗДОРОВ'Я ПАЦІЄНТА

ЦЕНТР МОВЛЕННЯ

СЕЧОВИДІЛЬНА СИСТЕМА

Чи повернеться до пацієнта здатність говорити? (Афазія)

Це залежатиме від кількох факторів: ступеня пошкодження мозку, ураженої ділянки та часу, що минув з моменту інсульту. Реабілітація, включаючи логопедію та інші форми терапії, може допомогти пацієнту відновити або покращити комунікативні навички.

Як займатися фізичними вправами з пацієнтом, який переніс інсульт?

Відповідно до рекомендацій спеціалістів, також важливо пам'ятати, що під час виконання вправ з пацієнтом вдома не слід на нього злитися. Слід бути дуже спокійним і терплячим. Це зробить пацієнта, який, можливо, вже зневірений і нервовий, набагато охочішим виконувати всі інструкції та вправи.

Як розмовляти з пацієнтом, який страждає на афазію після інсульту?

Уникайте постійного перебивання чи виправлення пацієнта. Доповнюйте розмовну мову жестами, мімікою та візуальними посібниками. Будьте терплячими та розуміючими — вияв підтримки та заохочення є надзвичайно важливим.

Пацієнту в лікарні встановили катетер. Чи повинен доглядач міняти катетер вдома? Як часто це слід робити? Чи доступна допомога медсестер через державні послуги?

Не слід самостійно замінювати катетер; такі процедури повинна виконувати медсестра первинної медичної допомоги.

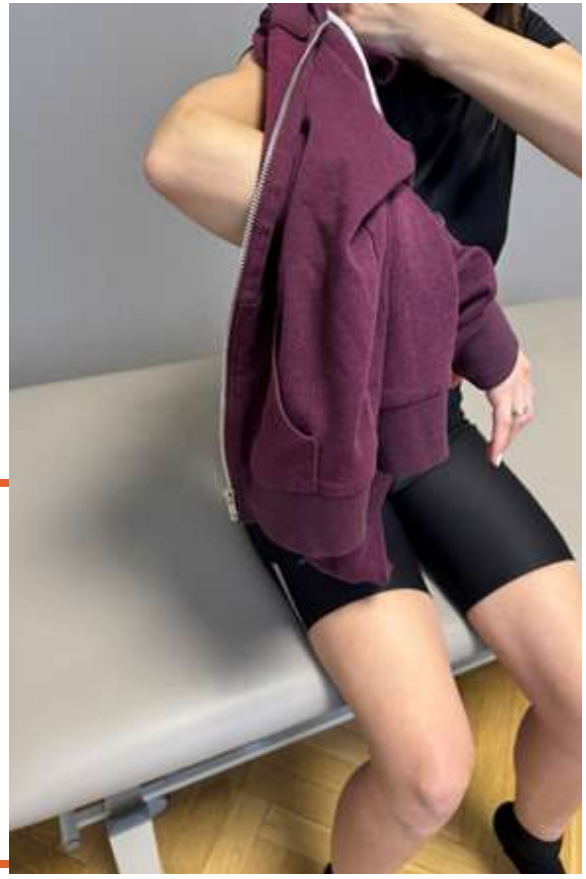
03

ОДЯГАННЯ СВЕТРА АБО ФУТБОЛКИ

Підтримка пацієнта у виконанні повсякденних справ

Одягаючи верхню частину тіла, завжди починайте з ослабленої кінцівки. Рукав слід щільно підтягнути до плеча, перш ніж переходити до іншої руки.

Найпоширеніша помилка: частково одягнути рукав і спробувати перетягнути одяг через спину на іншу руку. Цей рух може призвести до неконтрольованого підняття кінцівки та ризику травми плеча.



ОДЯГАННЯ ШТАНІВ/БРЮК

Одягання нижньої частини тіла також слід починати з ослабленої кінцівки..

Помилка: починати одягати штани зі здорової нижньої кінцівки

Під час натягування штанів на стегна пам’ятайте, що потрібно по черзі піднімати таз – ліворуч і праворуч – щоб полегшити одягання.
Пацієнту може знадобитися підтримка під час одягання штанів на ослаблену сторону.

ОДЯГАННЯ ШТАНІВ В ПОЗИЦІЇ СТОЯЧИ

Якщо пацієнт добре контролює поставу стоячи, він може самостійно підтягнути штани. Найкраще робити це біля стіни – це забезпечує додаткову стійкість і безпеку.

НАДЯГАННЯ ШКАРПЕТОК

Щоб одягнути шкарпетку на уражену ногу:

1.
Покладіть уражену ногу на коліно здорової ноги.

2.
Розправте шкарпетку пальцями та надіньте її на пальці ніг.

3.
Потім розтягніть її по всій стопі.

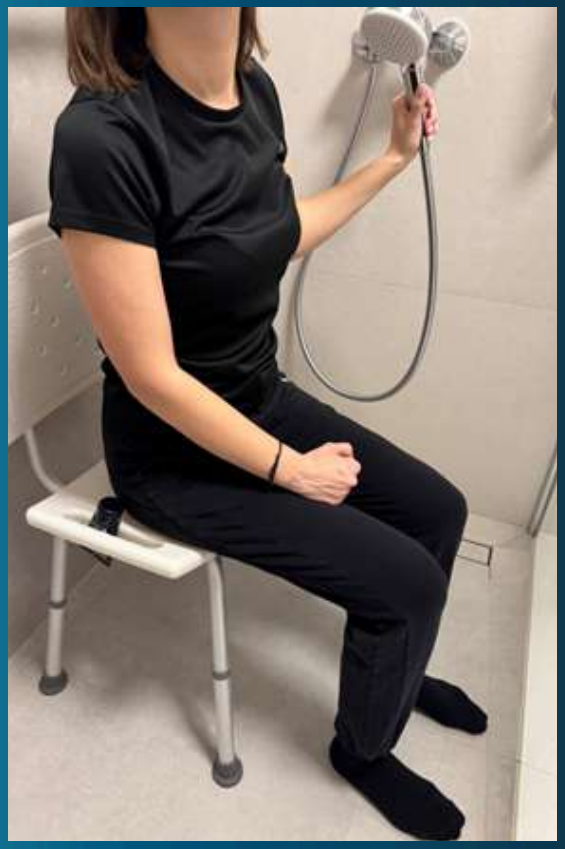
Така техніка знижує ризик травмування та полегшує точне одягання шкарпет.

ВСТАВАННЯ З УНІТАЗУ

Під час самостійного вставання з унітазу пацієнт повинен використовувати здорову руку, тримаючись за настінну ручку або за опускні поручні, залежно від того, яка сторона спаралізована.

Ретельна підготовка місця (стабільні ручки) допомагає підвищити безпеку та незалежність пацієнта.

КОРИСТУВАННЯ ДУШЕМ



Для безпечного прийняття душу рекомендується використовувати спеціальний душовий стілець.

Якщо пацієнт добре контролює поставу, він може користуватися душем стоячи, тримаючись за поручні, встановлені на стіні.

Важливо: Поверхня душу повинна бути неслизькою.

ПРИЙМАННЯ ЇЖІ ЗА СТОЛОМ

Під час їжі ослаблену кінцівку слід класти на стіл і добре підтримувати всім передпліччям.

Найпоширеніша помилка:
Кінцівка спирається на коліна або тулуб – таке положення може призвести до болю, набряку або контрактур.

Також уникайте годування в лежачому положенні – пацієнт може вдавитися їжею або отримати інші ускладнення.

ПРИЙМАННЯ ЇЖІ ЛЕЖАЧИ (якщо цього вимагає ситуація, наприклад, пацієнт ще не може сидіти)

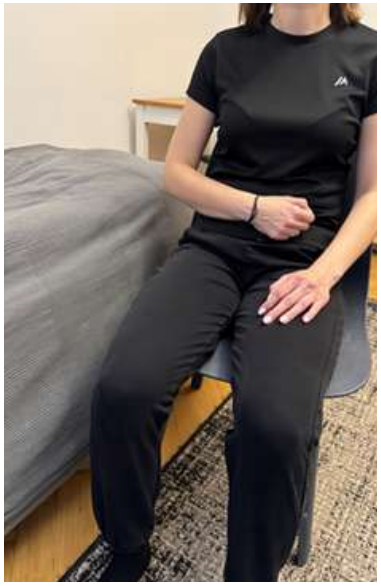
Навіть у напівлежачому положенні уражену кінцівку слід підтримувати – бажано подушкою або тумбочкою. Голова та тулуб повинні бути піднятими. Їжа повинна мати правильну консистенцію, щоб зменшити ризик вдавитися їжею.

Не рекомендується їсти, повністю лежачи.

САМОСТІЙНА ЗМІНА СИДЯЧОЇ ПОЗИЦІЇ

Щоб безпечно пересісти, наприклад, з інвалідного візка на ліжко:

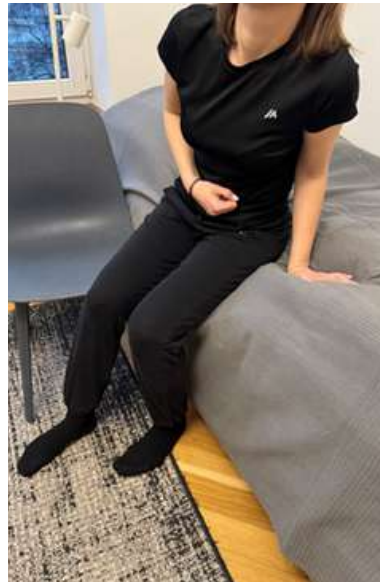
1.
Розташуйте здоровий бік якомога ближче до ліжка.



Уникайте зміни сидячої позиції зі сторони з обмеженою рухливістю – це може призвести до втрати рівноваги та падіння**.**

2.
Нахиліться вперед та перенесіть вагу тіла на здорову руку, якою ви опираєтесь на ліжко.

3.
Перейдіть у положення стоячи.

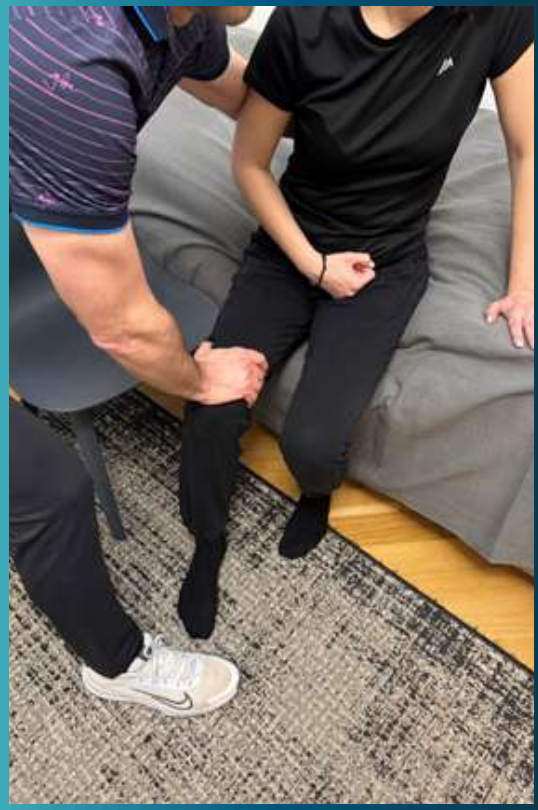


4.
Підтягніться рукою до ліжка та сядьте, опустивши стегна якомога глибше.

ЗМІНА ПОЗИЦІЇ З ПІДСТРАХОВКОЮ

Опікун повинен контролювати положення ослабленої кінцівки, тримаючи пацієнта за коліно.

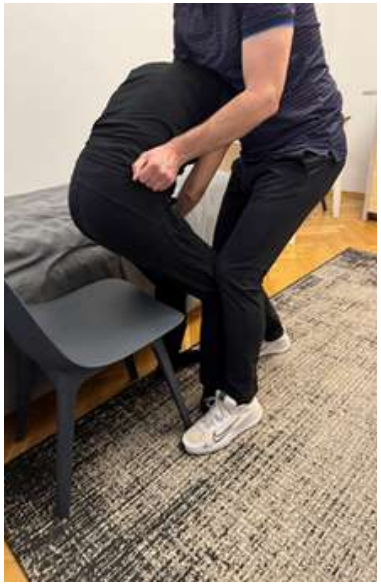
Під час вставання пацієнт спирається спаралізованою кінцівкою на ліжко, а опікун допомагає пацієнту встати зі стільця/інвалідного візка, контролюючи положення нижньої кінцівки.



Протягом усього процесу доглядач забезпечує безпеку пацієнта та правильне положення тіла.

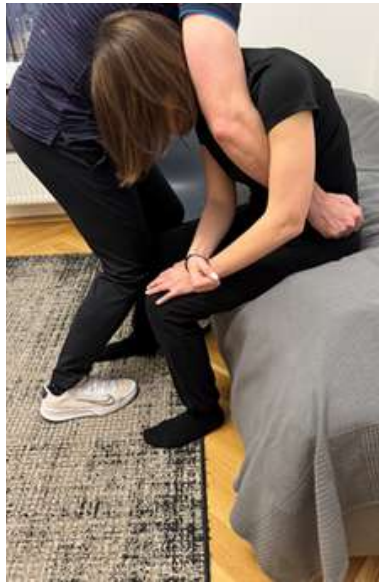
ЗМІНА ПОЗИЦІЇ ПАЦІЄНТА, ЯКИЙ ПОТРЕБУЄ ПОВНОЇ ДОПОМОГИ

Переміщення повністю залежного пацієнта слід виконувати, стоячи обличчям до пацієнта та тримаючи його за стегна з обох боків. Опікун фіксує нефункціональну ногу пацієнта своїми ногами.



Під час переміщення важливо, щоб опікун контролював рух підйому стегон пацієнта, притримуючи їх руками, а також важливо, щоб рух підйому пацієнта вгору виконувався шляхом нахиляння опікуна, щоб він не ніс вагу пацієнта на руках і не перевантажував свій хребет.

Після підняття стегон пацієнта над краєм ліжка, опікун повертається разом з пацієнтом до ліжка, постійно спостерігаючи за тілом пацієнта та забезпечуючи його безпеку.



Важливо, щоб підтримка за стегно пацієнта відбувалась зі здорового боку під верхньою кінцівкою, що забезпечує стабілізацію тіла пацієнта та його безпеку.

Помилкою є захоплення стегон пацієнта вище плечового суглоба, оскільки це може призвести до падіння пацієнта під час нахилу.

СХОДЖЕННЯ СХОДАМИ З ПОРУЧНЕМ РОЗМІЩЕНИМ ПО СТОРОНІ ПАЦІЄНТА, ЯКА НЕУРАЖЕНА ПАРАЛІЧЕМ

Спуск сходами вперед слід починати з опускання ураженої ноги на наступну сходинку. Весь рух опускання має контролюватися неураженою ногою.

Спускатися сходами здоровою ногою вперед дуже ризиковано і може призвести до падіння через поганий контроль усього тіла на цій нозі.

Під час спуску опікун повинен контролювати рух опускання ураженої нижньої кінцівки, тримаючи її за стегно, щоб пацієнт безпечно поставив її на сходинку нижче.

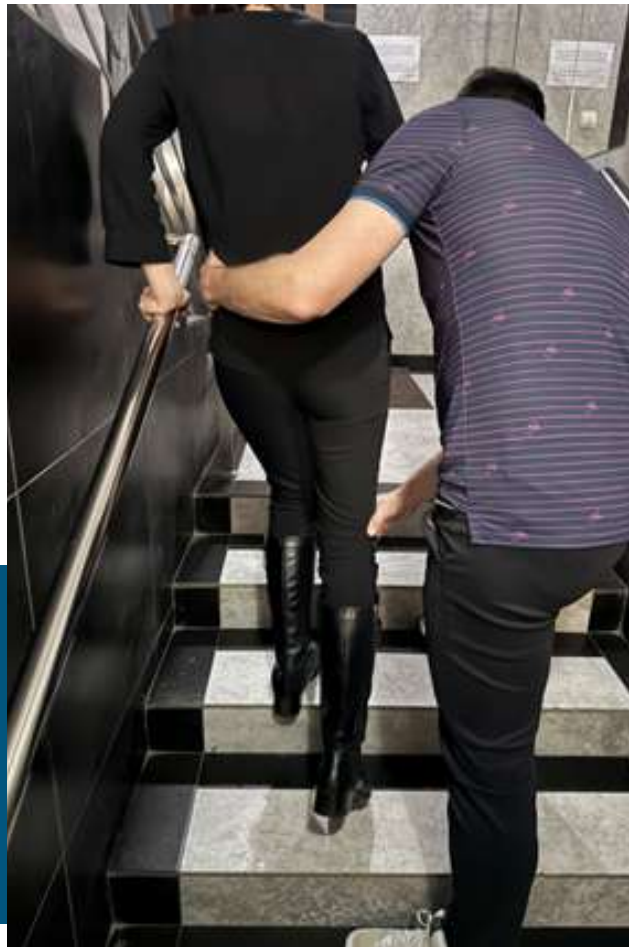
Опікун може контролювати всю нижню кінцівку пацієнта, включаючи стегно, якщо нога має тенденцію до повертання всередину або якщо є напруга.

Кожен крок (особливо на початкових етапах) слід робити повільно, крок за кроком. Опікун повинен бути на один крок нижче, щоб швидко зреагувати за потреби.

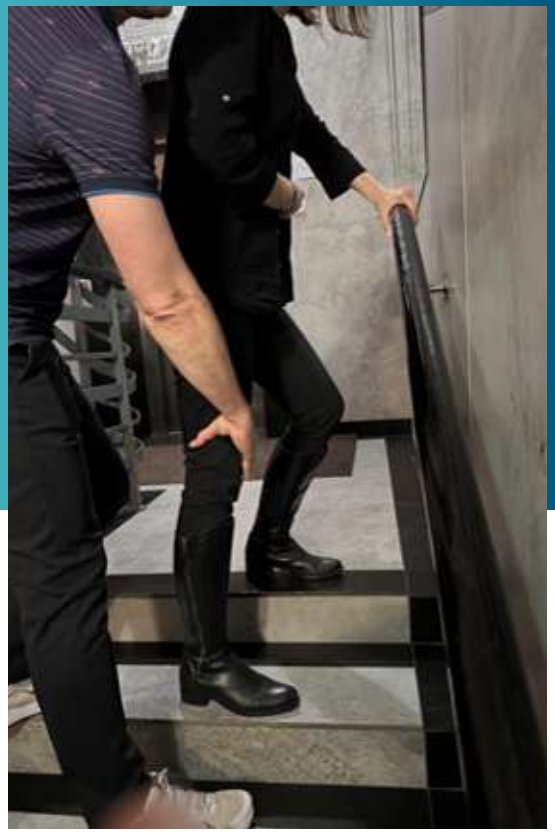
ПІДЙОМ СХОДАМИ З ПОРУЧНЯМИ, РОЗМІЩЕНИМИ ПО СТОРОНІ ПАЦІЄНТА, ЯКА НЕ УРАЖЕНА ПАРАЛІЧЕМ

Підйом сходами слід починати з неураженої ноги. Якщо пацієнт не впевнений або вчиться підніматися сходами, опікун повинен стати на один крок нижче позаду пацієнта, позаду нього та по діагоналі збоку. Руки доглядача повинні підтримувати стегна та коліна пацієнта, щоб запобігти їх згинанню під повною вагою тіла.

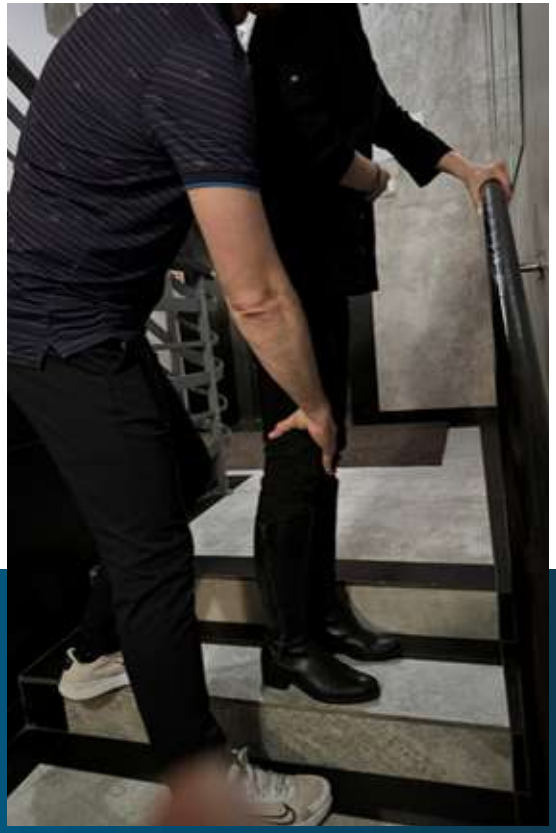
Опікун стежить за коліном пацієнта, коли він ступає на сходинку неураженою ногою, і підтримує його за стегна, щоб запобігти нахилюванню назад. Завдання пацієнта — ступити на сходинку неураженою ногою та з'єднати її з ослабленою ногою.



СПУСК СХОДАМИ БОКОМ, КОЛИ ПОРУЧЕНЬ ЗНАХОДИТЬСЯ НА УРАЖЕНІЙ СТОРОНІ



Спуск сходами боком слід починати зі слабкішої ноги. Якщо пацієнт не впевнений або тільки опановує цю навичку, опікун повинен стати на один крок нижче позаду пацієнта, по діагоналі збоку. Руки доглядача повинні підтримувати стегна та коліна пацієнта, щоб запобігти їх згинанню під повною вагою тіла.



Опікун стежить за коліном пацієнта, коли він піднімається сходинкою, використовуючи здорову ногу, та підтримує його в стегнах для забезпечення безпеки та підтримки. Завдання пацієнта — спуститися сходинкою, використовуючи здорову ногу, та з’єднати її з ослабленою ногою.

04 Спогади пацієнтів

Інсульт – це момент, коли час зупиняється. Раптом вам доводиться заново вчитися речам, які колись сприймалися як належне – як-от їсти чи говорити. Раптом все змінюється – не лише ваше тіло, а й ваш розум. Я пам'ятаю, як забувала слова. Це найбільше дратувало. Я бачила речі в своїй голові, я знала, що хочу сказати – але слова не злітали з моїх вуст.
Так, це той момент, коли все змінюється. Ви втрачаєте контроль над своїм тілом. Вам потрібні інші – і у вас немає вибору.

Але ви все ще людина, незважаючи на все це. У вас є свої приниження та свої потреби. Бувають моменти, коли я хочу зробити щось дурне самостійно, по-своєму. Навіть якщо це повільно і важко – я хочу зробити це сама. Я не відчував, що мій опікун «пестить мене», але я знаю, що це було важко для мене. Ми всі хочемо відчувати, що все ще можемо щось зробити самостійно. Це важливо.

Були моменти зриву. Я не вірила, що все може налагодитися. Тоді мені потрібна була підтримка. Не лікар, хоча вони важливі. Мені потрібні були мої близькі. Їхня присутність була для мене найважливішою. Тому що система... ну, вона не завжди надає все. Медична інформація була надто складною. У лікаря не завжди був час. Але у того, хто доглядає? У нього був час. У нього було терпіння.

У кожного з нас після інсульту можуть бути різні симптоми, різні обмеження. Але одне спільне: бунт. Цей бунт — це не злість до того, хто доглядає. Це наш спосіб боротьби з тим, що з нами сталося. Іноді це гнів, іноді смуток, але це завжди спроба впоратися з новою реальністю. І ще одне — пацієнт все ще людина. Йому все ще потрібно щось, що дасть йому сенс. Навіть якщо це невелика діяльність, яка дозволяє йому «розслабитися», забути на мить. Тому що в цій боротьбі за мобільність найважливіше — не втратити себе. Підтримайте нас, але дозвольте нам бути собою.

05 Спогади опікунів

Минув приблизно місяць, перш ніж я відчула, що турбота про чоловіка стала щоденною реальністю. Найважче було зрозуміти, що він насправді намагався мені сказати. Спочатку я не могла зрозуміти його потреби — це було для мене великим стресом та викликом.

Я пам'ятаю, як я боялася того, як зміниться наше життя. Розмова з кимось, хто мав подібний досвід, була корисною. Я відчувала, що не самотня — це було важливо. На щастя, моя донька — медсестра, і вона навчила мене, як правильно доглядати за чоловіком, як доглядати за його шкірою та як запобігати утворенню тромбів. Без неї було б набагато важче.

Не буду заперечувати — ця ситуація значно позначилася на моєму здоров'ї. Проблемою було не підняття важких предметів, а брак часу для себе. Так, мій настрій погіршився, і мені довелося звернутися за психологічною підтримкою, щоб не занурюватися ще глибше в смуток. На щастя, мені не довелося звільнятися з роботи — я зараз на пенсії — але мені все одно бракувало часу для себе.

З часом мій чоловік навчився краще говорити, а я навчилася краще слухати. Спочатку мені часто доводилося здогадуватися, що його турбує, що його дратує. Але через місяць все почало налагоджуватися – ми знову навчилися пізнавати одне одного. Разом ми виробили щось інше – щось, що допомагає нам обом. Ми піклуємося про нашого онука. Він дає нам енергію. Завдяки цьому мій чоловік не почувається дитиною, яка потребує турботи – внук тепер «дитина» в нашому житті. Мій чоловік все ще потрібен і знає, що відіграє важливу роль. Для мене це найцінніше – бачити в ньому партнера, а не пацієнта.

06 Формальна та юридична підтримка державних установ

Польща пропонує низку програм та послуг для підтримки тих, хто доглядає за хворими членами сім'ї, зокрема тими, хто переніс інсульт. Ця підтримка включає різні форми допомоги, як фінансової, так і організаційної.

ПІЛЬГИ ТА ВИПЛАТИ

У Польщі особи, які доглядають за людьми з інвалідністю, зокрема за тими, хто пережив інсульт, можуть подати заявку на отримання різних фінансових виплат, що надаються державними установами. До них належать:

ДОПОМОГА НА ОПІКУ

Вона доступна для людей, які змушені залишити свою роботу, щоб доглядати за людиною з інвалідністю або хворою. Її можна надати максимум на 14 днів на рік, а у випадку довгострокового догляду її можна подовжити до 30 днів.

опомога по догляду – це допомога, яку виплачує ZUS (Установа соціального страхування) особам, які повинні доглядати за хворим членом сім'ї або дитиною та через це не можуть працювати. Вона доступна в певних ситуаціях, таких як:

1. **Догляд за дитиною –** коли дитина віком до 8 років хвора, а батьки не можуть працювати.
2. **Догляд за іншими членами сім'ї –** наприклад, коли хворіє чоловік/дружина, батьки, брат/сестра тощо, у ситуаціях, коли вони потребують догляду, і його неможливо забезпечити іншим чином.

Допомога по догляду зазвичай становить 80% від бази для розрахунку допомоги, а її розмір залежить від бази страхування, якою застрахована особа, яка здійснює догляд.

ДОПОМОГА НА ДОГЛЯД

передбачена для людей з інвалідністю, зокрема тих, хто переніс інсульт, хто потребує постійного догляду, та їхніх сімей. Виплати можуть бути надані опікуну.

Допомога по догляду – це допомога, що надається особам, які потребують постійного догляду або допомоги в повсякденному житті через хворобу, інвалідність або старість. Це фінансова підтримка, призначена для покриття витрат на догляд за особою, яка не може функціонувати самостійно. Допомога по догляду надається на підставі довідки про інвалідність або медичної довідки про необхідність постійного догляду.

Щоб отримати допомогу по догляду, необхідно виконати певні умови, такі як:

1. Наявність відповідного посвідчення про інвалідність (наприклад, від районної групи з оцінки інвалідності) або іншого документа, що підтверджує потребу в догляді.
2. Подання заяви на отримання допомоги по догляду до відповідного муніципального або міського управління.

Допомога по догляду надається незалежно від доходу одержувача. Її розмір може змінюватися залежно від законодавчих норм.

ВИПЛАТИ ПО ДОГЛЯДУ

надаються особам, які доглядають за людьми з інвалідністю та не мають оплачуваної роботи. Ця допомога вища, ніж допомога по догляду, і вважається основною формою фінансової підтримки осіб, що доглядають.

Виплати по догляду – це фінансова підтримка, що надається особам, які потребують постійного догляду або допомоги з боку інших через вік, хворобу, інвалідність або інші труднощі у самостійному житті. У Польщі допомога по догляду в першу чергу спрямована на осіб, які доглядають за членом сім'ї, який не може функціонувати самостійно та потребує допомоги.

Щоб отримати цю допомогу, необхідно виконати певні умови, зокрема медичне підтвердження потреби в догляді, а також критерії доходу (якщо такі є). Для тих, хто доглядає за дітьми з визнаною інвалідністю, допомога по догляду також доступна за інших обставин.

ЗАКОН ПРО ДОВГОСТРОКОВИЙ ДОГЛЯД

У Польщі також доступний довгостроковий догляд, зокрема для таких захворювань, як інсульт, які можуть вимагати тривалого догляду. Доступні послуги домашнього догляду, а також стаціонарний догляд у таких закладах, як хосписи та будинки для людей похилого віку. У рамках цієї системи опікуни можуть розраховувати як на організаційну, так і на фінансову підтримку.

Закон про довгостроковий догляд – це правовий акт у Польщі, який регулює надання допомоги особам, які потребують довгострокової медичної та соціальної допомоги. Метою Закону є організація системи догляду за людьми похилого віку, хронічно хворими, інвалідами та іншими, хто потребує довгострокової підтримки.

Цей Закон може регулювати такі питання, як:

- **Принципи організації та фінансування послуг довгострокового догляду –** охоплюють як державні, так і приватні форми догляду.
- **Права осіб, які потребують догляду** – визначення критеріїв та процедур надання допомоги по догляду.
- **Види послуг догляду** – як домашній догляд, так і інституційний догляд (наприклад, будинки для людей похилого віку).
- **Кваліфікація опікуна** – визначення професійних вимог до працівників догляду, таких як медсестри та фельдшери.
- **Фінансування догляду –** принципи фінансування довгострокового догляду через систему державного медичного страхування, місцеві органи влади та інші джерела, такі як державні програми.

Довгостроковий догляд часто надається особам, які не можуть самостійно виконувати основні життєві функції, такі як прийом їжі, одягання або пересування. Закон має на меті забезпечити їм гідні умови життя та підтримку у повсякденному функціонуванні.

КАРТКА ОПІКУНА

Картка опікуна – це документ, який дозволяє опікуну інваліда або хворої особи отримувати різні пільги та знижки, зокрема ті, що пов'язані з транспортуванням та доступом до державних послуг, таких як охорона здоров'я. Картка опікуна доступна в муніципалітетах і дозволяє опікунам користуватися численними пільгами у повсякденному житті.

Картка опікуна – це документ, який у Польщі має на меті підтримувати осіб, які доглядають за залежними членами сім'ї, такими як люди похилого віку, хронічно хворі або інваліди. Картка опікуна надає їм право на різні форми підтримки, що сприяють виконанню обов'язків з догляду та покращують фінансове та організаційне становище опікуна.

Метою Картки Опікуна є:

1. **Надання доступу до пільг та знижок –** Картка опікуна надає вам право на різні знижки та пільги, зокрема на громадський транспорт, культурні та спортивні послуги, а також інші послуги, залежно від місцевих норм.
2. **Допомога в організації догляду –** Картка може забезпечити доступ до різних форм підтримки, таких як юридичні консультації, навчання або психологічна підтримка.
3. **Сприяння доступу до пільг –** Опікуни можуть отримати інформацію про доступні форми інституційної підтримки (наприклад, будинки для людей похилого віку, соціальна допомога) та подати заявку на додаткові пільги.
4. **Соціальна підтримка** – Картка може допомогти отримати пільги, які можуть допомогти покрити витрати, пов'язані з доглядом (наприклад, допомога на догляд).

Хто може подати заявку на отримання Картки Опікуна?

Картка опікуна доступна для осіб, які доглядають за:

- Людьми похилого віку, людьми з хронічними захворюваннями або людьми з інвалідністю, які потребують постійного догляду.
- Людьми, які залежать від інших у повсякденному житті через інвалідність або хронічне захворювання.

Картка видається за заявою опікуна, який повинен відповідати певним умовам, таким як підтвердження того, що він виконував обов'язки опікуна протягом певної кількості годин на день або тиждень.

Порядок отримання Картки опікуна:

- Подайте заявку до відповідного офісу (зазвичай муніципального або міського).
- Перевірка заяви та оцінка відповідності вимогам, наприклад, оцінка ситуації особи, яка потребує догляду.
- Видача картки після схвалення заяви.

Картка опікуна також може регулюватися на місцевому рівні, залежно від муніципалітету або міста, що може призвести до відмінностей у доступних виплатах у різних регіонах.

ВІДПУСТКА ПО ДОГЛЯДУ

Опікуни хворих також можуть доглядати за своїми близькими згідно з Трудовим кодексом. Працівники можуть подати заявку на відпустку, яка дозволяє їм доглядати за членом сім'ї, наприклад, після інсульту. Ця відпустка триває максимум 14 днів на рік, і роботодавець зобов'язаний її надати.

ПРОГРАМИ САМОДОПОМОГИ

На місцевому рівні органи місцевого самоврядування організовують програми психологічної та консультаційної підтримки, які включають правову допомогу та навчання з догляду за хворими людьми.

ПІДТРИМКА НЕУРЯДОВИХ ОРГАНІЗАЦІЙ

У Польщі неурядові організації відіграють ключову роль у підтримці осіб, які здійснюють догляд за людьми з інвалідністю, зокрема за тими, хто переніс інсульт. Ці організації пропонують різні форми допомоги, такі як консультування, навчання, емоційна підтримка та пряма матеріальна допомога. Нижче наведено приклади діяльності неурядових організацій, що підтримують осіб, що здійснюють догляд.

ОРГАНІЗАЦІЇ, ЩО НАДАЮТЬ ПСИХОЛОГІЧНУ ПІДТРИМКУ

Багато осіб, які доглядають за людьми, що пережили інсульт, стикаються з емоційними проблемами, стресом та вигоранням. Неурядові організації реагують на ці потреби, пропонуючи психотерапію, групи підтримки та допомогу в управлінні стресом. Приклади включають:

- **Фонд «Активний з інсультом» –** організація, яка пропонує психологічну підтримку, групи підтримки, а також навчання та семінари для осіб, що доглядають.
- **Асоціація «Рука допомоги» –** організація, яка надає особам, що доглядають, групи підтримки та зустрічі з психологами для покращення їхнього самопочуття та психічного здоров'я.

НАВЧАННЯ ТА ДОРАДНИЦТВО

Деякі неурядові організації пропонують професійну підготовку з догляду за хворими на інсульт. Ці курси надають опікунам знання про методи догляду, першу допомогу та способи подолання складних ситуацій, таких як постінсультна інвалідність. Приклади організацій, що пропонують такі послуги:

- **Польське товариство розсіяного склерозу (PTSR) –** організація, яка організовує курси та навчання з догляду за людьми з різними неврологічними захворюваннями, включаючи інсульт
- **Фонд «Даємо Шанс»** пропонує семінари та навчання як для окремих осіб, так і для їхніх сімей, допомагаючи опікунам впоратися зі складними ситуаціями.

ФІНАНСОВА ТА МАТЕРІАЛЬНА ПІДТРИМКА

Багато неурядових організацій підтримують доглядальників за хворими людьми, надаючи фінансову допомогу, таку як збір коштів на медичне обладнання, ліки та інші засоби, необхідні для щоденного догляду. Вони також надають фінансову підтримку для організації транспортування до медичних закладів та хоспісів.

- **Фонд «Серця для дітей»** організовує благодійні акції зі збору коштів для тих, хто потребує підтримки, а також допомагає у придбанні необхідного медичного обладнання.

ЮРИДИЧНА КОНСУЛЬТАЦІЙНА ПІДТРИМКА

Громадські організації часто надають опікунам доступ до юридичних консультацій, щоб вони могли ефективно подавати заявки на отримання допомоги, допомоги по догляду та інших прав опікунів. У багатьох випадках ці організації пропонують юридичну допомогу у захисті прав опікунів людей з інвалідністю.

- **Фонд “Доступність” –** організовує зустрічі, під час яких юристи допомагають опікунам людей з інвалідністю зрозуміти їхні права та подавати заявки на різні допомоги.

РЕАБІЛІТАЦІЙНА ПІДТРИМКА

Реабілітація є важливим аспектом лікування інсульту. Багато неурядових організацій організовують реабілітаційні програми, як фізичні, так і психологічні, які допомагають людям, які перенесли інсульт, відновити незалежність та полегшити повсякденне життя їхніх опікунів.

- **Асоціація підтримки осіб після інсульту (Udarowcy - Підтримка має значення)** - це громадська організація, метою якої є навчання про інсульти та профілактику серцево-судинних захворювань, а також надання спеціалізованого лікування та фізіотерапії хронічно хворим та інвалідам, особливо тим, хто має неврологічні захворювання. Протягом багатьох років вона активно співпрацює з науковою та медичною спільнотою, а також з державними та місцевими органами влади та іншими подібними асоціаціями та організаціями як у Польщі, так і за кордоном. Одним з основних видів діяльності Асоціації є власна кампанія "Zapopatrzemy Udram", метою якої є поширення знань про інсульти через різні форми комунікації. Асоціація є співініціатором програми "Зупинити інсульти – ти можеш стати супергероєм" та головним партнером кампанії "Академія довгострокового догляду". Крім того, "Підтримка після інсульту" надає медичні консультації, поради з фізіотерапії та підтримку тим, хто переніс інсульт.

07 Література

Наукові джерела

1. Majumder D. Ischemic Stroke: Pathophysiology and Evolving Treatment Approaches. Neurosci Insights. 2024;19:26331055241292600. doi: 10.1177/26331055241292600. PMID: 39444789; PMCID: PMC11497522. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11497522/

2. Sinha RK, Singh A, Kishor A, Richa S, Kumar R, Kumar A. Evaluation of Oral Hygiene Status in Patients with Hemorrhagic and Ischemic Stroke. J Pharm Bioallied Sci. 2021;13(Suppl 1):S233-S236. doi: 10.4103/jpbs.JPBS_698_20. Epub 2021 Jun 5. PMID: 34447083; PMCID: PMC8375821. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8375821/

3. D'Anna L, Abu-Rumeileh S, Merlino G, Ornello R, Foschi M, Diana F, Barba L, Mastrangelo V, Romoli M, Lobotesis K, Bax F, Kuris F, Valente M, Otto M, Korompoki E, Sacco S, Gigli GL, Nguyen TN, Banerjee S. Safety and Outcomes of Mechanical Thrombectomy in Acute Ischemic Stroke Attributable to Cardiological Diseases: A Scoping Review. J Am Heart Assoc. 2024;13(17):e034783. doi: 10.1161/JAHA.124.034783. Epub 2024 Jun 14. PMID: 38874062; PMCID: PMC11646491. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11646491/

4. Gomez GT, Shi L, Fohner AE, Chen J, Yang Y, Fornage M, Duggan MR, Peng Z, Daya GN, Tin A, Schlosser P, Longstreth WT, Kalani R, Sharma M, Psaty BM, Nevado-Holgado AJ, Buckley NJ, Gottesman RF, Lutsey PL, Jack CR, Sullivan KJ, Mosley T, Hughes TM, Coresh J, Walker KA. Plasma proteome-wide analysis of cerebral small vessel disease identifies novel biomarkers and disease pathways. medRxiv [Preprint]. 2024 Oct 8:2024.10.07.24314972. doi: 10.1101/2024.10.07.24314972. PMID: 39417098; PMCID: PMC11483013. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39417098/

5. Miyagi T, Ishida A, Shinzato T, Ohya Y. Arterial Stiffness Is Associated With Small Vessel Disease Irrespective of Blood Pressure in Stroke-Free Individuals. Stroke. 2023;54(11):2814-2821. doi: 10.1161/STROKEAHA.123.042512. Epub 2023 Oct 17. PMID: 37846566. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37846566/

6. Wei W, Ma D, Li L, Zhang L. Cognitive impairment in cerebral small vessel disease induced by hypertension. Neural Regen Res. 2024;19(7):1454-1462. doi: 10.4103/1673-5374.385841. Epub 2023 Sep 22. PMID: 38051887; PMCID: PMC10883517. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10883517/

7. Webb AJS, Werring DJ. New Insights Into Cerebrovascular Pathophysiology and Hypertension. Stroke. 2022;53(4):1054-1064. doi: 10.1161/STROKEAHA.121.035850. Epub 2022 Mar 8. PMID: 35255709; PMCID: PMC7615037. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7615037/

8. Charidimou A, Nicoll JA, McCarron MO. Thrombolysis-related intracerebral hemorrhage and cerebral amyloid angiopathy: accumulating evidence. Front Neurol. 2015;6:99. doi: 10.3389/fneur.2015.00099. PMID: 26005432; PMCID: PMC4424854. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4424854/

9. Kumar-Singh S. Cerebral amyloid angiopathy: pathogenetic mechanisms and link to dense amyloid plaques. Genes Brain Behav. 2008;7 Suppl 1:67-82. doi: 10.1111/j.1601-183X.2007.00380.x. PMID: 18184371. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18184371/

10. Johansson A, Drake I, Engström G, Acosta S. Modifiable and Non-Modifiable Risk Factors for Atherothrombotic Ischemic Stroke among Subjects in the Malmö Diet and Cancer Study. Nutrients. 2021 Jun 6;13(6):1952. doi: 10.3390/nu13061952. PMID: 34204127; PMCID: PMC8229981. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8229981/

11. Kumar A, Shams EA, Yadav S. Gender Differences in Risk Factors of Ischemic Stroke Patients in a Tertiary Care Centre in North India. J Evolution Med Dent Sci. 2020;9(23):1718-1722. DOI:10.14260/jemds/2020/358. https://www.semanticscholar.org/paper/Gender-Differences-in-Risk-Factors-of-Ischemic-in-a-Kumar-Shams/44cca389b86a20386812425c3dfd32d01021071f

12. Seram RD, Gadkari C, Pundkar A. Risk factors and predictors among adult patients of ischemic and hemorrhagic stroke: A systematic review. Multidisciplinary Reviews. 2022;5(1):2022222. DOI:10.31893/multirev.2025222. https://www.semanticscholar.org/paper/Risk-factors-and-predictors-among-adult-patients-of-Seram-Gadkari/dd890d9c0435cc3a4f4b191188cfc722ffdfe21a

13. Wu Y, Chen X, Hu S, Zheng H, Chen Y, Liu J, Xu Y, Chen X, Zhu L, Yan W. The impact of potentially modifiable risk factors for stroke in a middle-income area of China: A case-control study. Front Public Health. 2022;10:815579. doi: 10.3389/fpubh.2022.815579. PMID: 36062135; PMCID: PMC9437343. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9437343/

14. Melidoro P, Sultan ARA, Qureshi A, Yacoub MH, Elkhodary KL, Lip GYH, Montarello N, Lahoti N, Rajani R, Klis M, Williams SE, Aslanidi O, De Vecchi A. Enhancing stroke risk stratification in atrial fibrillation through non-Newtonian blood modelling and Gaussian process emulation. J Physiol. 2024 Dec 17. doi: 10.1113/JP287283. Epub ahead of print. PMID: 39689233. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39689233/

15. Ishida M, Sakai C, Kobayashi Y, Ishida T. Cigarette Smoking and Atherosclerotic Cardiovascular Disease. J Atheroscler Thromb. 2024;31(3):189-200. doi: 10.5551/jat.RV22015. Epub 2024 Jan 14. PMID: 38220184; PMCID: PMC10918046. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10918046/

16. Kaur K, Allahbadia G, Singh M. The Role of Diabetes Mellitus (Both T1D and T2D) in the Atherosclerosis Development-A Systematic Review with Part of Inflammation along with Altered Glucose and Lipid Metabolism for Forming Therapeutic Approaches. J Adv Res Diabetes Obes. 2020;2(1):1-13. https://www.semanticscholar.org/paper/The-Role-of-Diabetes-Mellitus-(Both-T1D-and-T2D)-in-Kaur-Allahbadia/6ff2ff07fe8c498b076f42c25b84b46f344f1088

17. Bonaccio M, Di Castelnuovo A, Costanzo S, Gialluisi A, Persichillo M, Cerletti C, Donati MB, de Gaetano G, Iacoviello L. Mediterranean diet and mortality in the elderly: a prospective cohort study and a meta-analysis. Br J Nutr. 2018;120(8):841-854. doi: 10.1017/S0007114518002179. Epub 2018 Aug 30. PMID: 30157978. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30157978/

18. Migliaccio S, Brasacchio C, Pivari F, Salzano C, Barrea L, Muscogiuri G, Savastano S, Colao A; Obesity Programs of nutrition, Education, Research and Assessment (OPERA) Group. What is the best diet for cardiovascular wellness? A comparison of different nutritional models. Int J Obes Suppl. 2020;10(1):50-61. doi: 10.1038/s41367-020-0018-0. Epub 2020 Jul 20. PMID: 32714512; PMCID: PMC7371887. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32714512/

19. https://udarowcy.com.pl/2019/10/29/zaburzenia-mowy-w-dysartrii/;

20. https://nursing.com.pl/artykul/pielegnowanie-pacjenta-z-udarem-niedokrwiennym-mozgu-leczonego-trombolitycznie-612c84149e0a060fc147fec3

21. https://strefalogopedy.pl/terapie/afazja-motoryczna-afazja-ruchowa-przyczyny-objawy-postepowanie-terapeutyczne-2291.html

22. https://www.adamed.expert/pacjent/choroby-i-objawy/uklad-nerwowy/afazja

23. Mickiewicz J, Rutkiewicz-Hanczewska M, Kaźmierski R, Zaburzenia mowy i języka u pacjentów po przebytym udarze mózgu. Studium epidemiologiczne, Prace Językoznawcze, t. 24, Art. nr 2, 2022, doi: 10.31648/pj.7739.

24. https://medicalprogress.pl/choroby/agrafia-id444/redakcja-medical-progress-id256

25. Budrewicz S, Słotwiński K, Madetko N, Koszewicz M, Zaburzenia połykania w chorobach układu nerwowego — diagnostyka i leczenie, Polski Przegląd Neurologiczny, 2018; 14 (1)

26. Piskorz J., Wójcik G, Iłzecka J, Kozak-Putowska D, Wczesna rehabilitacja pacjentów po udarze niedokrwiennym mózgu, Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2014, Tom 20, Nr 4.

27. Walshe M, Oropharyngeal dysphagia in neurodegenerative disease. J Gastroenterol Hepatol Res. 2014; 3(10), s. 1265–1271.

28. Bakheit AM, Management of neurogenic dysphagia. Postgrad Med J., 2001; 77(913), s. 694–699

29. Kłęk S, Błażejewska-Hyżorek B, Czernuszenko A et al. Leczenie żywieniowe w neurologii — stanowisko interdyscypilnarnej grupy ekspertów. Część 1. Zasady ustalania wskazań do leczenia żywieniowego. Pol Przegl Neurol. 2017; 13(3), s. 106–119

30. Singh S, Hamdy S, Dysphagia in stroke patients. Postgrad Med J. 2006; 82(968), s. 383–391

31. Warlow C, Sudlow C, Dennis M, Wardlaw J, Sanercock P, Stroke. Lancet. 2003; 362(9391): 1211–1224

32. Socha M, Kozioł-Montewka M, Pańczuk A, Znaczenie fizjoterapii w prewencji i leczeniu odleżyn u pacjentów po udarze mózgu, Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2017, Tom 23, Nr 3.

33. Kuptniratsaikul V, Kovindha A, Suethanapornkul S, Manimmanakorn N, Archongka Y, Long-term morbidities in stroke survivors: a prospective multicenter study of Thai stroke rehabilitation regist. BMC Geriatrics 2013, 13.

34. Szewczyk MT, Sopata M, Jawień A i in. Zalecenia profilaktyki i leczenia odleżyn. Leczenie Ran, 2010, 7(3–4), s. 79–106.

35. Mikołajewska E, Miejsce fizjoterapii w zapobieganiu i leczeniu ran odleżynowych, „Praktyczna Fizjoterapia i Rehabilitacja", 2010, 3, s. 54–56

36. Mazur R, Świerkocka-Miastkowska M, Udar mózgu — pierwsze objawy, „Choroby Serca i Naczyń", 2005, tom 2, nr 2, s. 84–87.

37. Członkowska A, Niewada M, Ryglewicz D, Sarzyńska-Długosz I, Kobayashi A, Ocena zabezpieczenia chorych z udarem mózgu w zakresie dostępności pododdziałów udarowych w Polsce, „Neurol. Neurochir. Pol.", 2004, 38, 5, s. 353–360.

38. Kras D, Leczenie niedowładów po udarze. Jak wygląda rehabilitacja?, https://fundacjamocpomocy.pl/leczenie-niedowladow-po-udarze-jak-wyglada-rehabilitacja/ (dostęp: 17.03.2025)

39. Smolińska A, Książkiewicz B, Pielęgnowanie chorych z udarem mózgu, Choroby Serca i Naczyń 2007;4(1):6-9.

40. Socha M, Kozioł-Montewka M, Pańczuk A. Zakażenie dróg moczowych u chorych po udarze mózgu - współzależność z procesem rehabilitacji, zapobieganie. Med Og Nauk Zdr. 2017;23(4):221-4. https://doi.org/10.26444/monz/76936

41. Świerkocka-Miastkowska M, Biesek D, Opieka domowa nad chorym po udarze mózgu, Choroby Serca i Naczyń 2007, tom 4, nr 3, 127–129

42. Ryglewicz D, Depresja poudarowa, Polski Przegląd Neurologiczny, Tom 1, Nr 1 (2005)

43. Wójcik R, Adam A, Natora J, Sulisz I. Problemy pielęgnacyjne pacjenta po niedokrwiennym udarze mózgu w środowisku domowym, Geriatria 2021/2.

Проєкт співфінансується Міністерством науки та вищої освіти Польщі в рамках програми під назвою «Міжнародні співфінансовані проєкти».

Цей проєкт співфінансується в рамках Програми охорони здоров'я ЄС через контракт на надання послуг з Європейським виконавчим агентством з питань охорони здоров'я та цифрових технологій (HaDEA), яке діє відповідно до мандату Європейської Комісії.
Інформація та погляди, викладені в цій публікації, належать автору(ам) і не обов'язково відображають офіційну думку Комісії/виконавчого агентства. Комісія/виконавче агентство не гарантує точності даних, що містяться в цій публікації. Ні Комісія/виконавче агентство, ні будь-яка особа, яка діє від імені Комісії/виконавчого агентства, не несуть відповідальності за використання інформації, що міститься в ній.

caregIVR

ESSATLA
Atlántica Health School

SGH

uhu.es
Universidad de Huelva
OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI FIRENZE

Co-funded by the European Union

HaDEA