

PAULINA JABŁOŃSKA^{A-F}, MARIA ZIĘBA^{A, B, E, F}, WIOLETTA ŁAWSKA^{B, C}

Udział rodziny w opiece nad pacjentem hospitalizowanym z powodu udaru mózgu

The Participation of Family in Caring for a Patient Hospitalised Due to a Stroke

Podhalańska Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Nowym Targu, Nowy Targ

A – koncepcja i projekt badania; B – gromadzenie i/lub zestawianie danych; C – analiza i interpretacja danych; D – napisanie artykułu; E – krytyczne recenzowanie artykułu; F – zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Streszczenie

Wprowadzenie. Udar mózgu to jedno z najcięższych schorzeń neurologicznych, prowadzące często do kalectwa oraz ograniczenia samodzielności pacjentów. Szczególnym zadaniem w opiece nad pacjentem po przebytych udarach jest dążenie do zmniejszenia wskaźnika śmiertelności, a także pomoc choremu w powrocie do jak największej niezależności.

Cel pracy. Poznanie udziału rodziny w opiece nad chorym hospitalizowanym z powodu udaru mózgu oraz jej potrzeb z zakresu edukacji.

Materiał i metody. Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego i objęto nimi 52 opiekunów/bliższych pacjenta po przebytych udarach mózgu. Badania wykonano na Oddziale Neurologicznym z Pododdziałem Leczenia Udarów Podhalańskiego Szpitala Specjalistycznego w Nowym Targu. Wyniki poddano analizie statystycznej z użyciem testu χ^2 , przyjmując za poziom istotności statystycznej wartość $p < 0,05$.

Wyniki. Ponad połowa respondentów zetknęła się z osobą po udarze mózgu po raz pierwszy. Opiekunowie borykając się z różnymi trudnościami w opiece nad pacjentem po udarze, otrzymywali informacje najczęściej od lekarza i pielęgniarki. Informacje te dotyczyły możliwości pomocy pacjentowi w takich czynnościach, jak: zmiana pozycji chorego w łóżku, porozumiewanie się, karmienie, nawadnianie pacjenta oraz zaleceń dietetycznych dla chorego.

Wnioski. Według respondentów, aby zwiększyć udział rodziny w opiece nad pacjentem, personel powinien edukować rodzinę, udzielać jasnych i zrozumiałych informacji o chorym, zrezygnować z wyznaczonych godzin odwiedzin, a także bardziej angażować się we współpracę z rodziną chorego. Osoby odwiedzające pacjentów po udarze mózgu chcą podejmować czynności z zakresu nieprofesjonalnej opieki nad chorym. Z powodu niepełnej wiedzy i umiejętności wymagają wsparcia ze strony personelu medycznego (Piel. Zdr. Publ. 2015, 5, 3, 275–282).

Słowa kluczowe: edukacja zdrowotna, opieka pielęgniarstwa, udar mózgu.

Abstract

Background. Stroke is one of the most severe neurological diseases, often leading to disability and to the lack of patient's independence.

Objectives. The aim of the research was to learn about the participation of family in caring for a patient hospitalised due to a stroke, and their needs for education.

Material and Methods. The research was conducted using the method of diagnostic survey and covered 52 caretakers/kin of the patients suffering from a stroke. The research was conducted in the neurology ward in the hospital in Nowy Targ. The results were subjected to statistical analysis using the χ^2 test.

Results. In the case of more than a half of the respondents, it was their first contact with a person suffering from a stroke. The caretakers, dealing with various difficulties while taking care of a stroke patient, got information mainly from a doctor or a nurse. The information concerned possibilities of helping the patient in changing their position in bed, contact with the patient, feeding, hydration and dietetic recommendations for such patients.

Conclusions. According to the respondents, to increase the participation of family in caring for the patient, the hospital staff should educate the family, provide very clear and precise information about the patient, abandon

specified visiting hours, as well as get involved in cooperation with the patient's family. The persons visiting patients suffering from a stroke want to conduct activities in the field of unprofessional treatment (**Piel. Zdr. Publ. 2015, 5, 3, 275–282**).

Key words: health education, nursing care, stroke.

Według międzynarodowej klasyfikacji chorób udar mózgu jest zespołem objawów klinicznych związanych z nagłym wystąpieniem ogniskowych, a niekiedy również uogólnionych, zaburzeń czynności mózgu, utrzymujących się dłużej niż 24 godziny oraz niemających innej przyczyny niż naczyniowa [1, 2].

W przebiegu udaru pacjent cierpi z powodu afazji, dyspraksji, zaburzeń ruchowych (niedowład, porażenia), chodu bądź zaburzeń kontroli postawy ciała, czucia, widzenia. Często są również zaburzenia świadomości, wegetatywne oraz wyższych czynności nerwowych (gnozja, apraksja), co ma znaczący wpływ na stan chorego w okresie ostrym choroby, jak i na jego funkcjonowanie w codziennym życiu po wyjściu ze szpitala [3].

Udar mózgu częściej dotyczy mężczyzn niż kobiet oraz osób powyżej 60. r.ż. Ryzyko jego wystąpienia zwiększa się wraz z wiekiem. Schorzenie to znacznie częściej obserwuje się u osób z nadwagą, prowadzących mało aktywny tryb życia, w znacznym stopniu narażonych na stres w życiu codziennym, palących papierosy i nadużywających alkoholu. U tych chorych przeważnie wcześniej rozpoznaje się nadciśnienie tętnicze, chorobę niedokrwienną serca, miażdżycę, cukrzycę lub zaburzenia gospodarki lipidowej [2, 4, 5].

Szacuje się, że śmiertelność z powodu udarów mózgu stanowi 10% ogółu wszystkich zgonów osób dorosłych. W Polsce wskaźnik śmiertelności z powodu tej choroby jest jednym z najwyższych w Europie [6]. Według raportu Zespołu Ekspertów Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Udaru Mózgu w Polsce rejestruje się 60 000 nowych udarów rocznie. W Polsce zapadalność na udar mózgu wynosi 177 przypadków na 100 000 mężczyzn i 125 przypadków na 100 000 kobiet [7]. Udar mózgu jest chorobą powszechną zarówno w krajach rozwiniętych, jak i rozwijających się [8]. W związku z tym jest obecnie uważany za jedno z najpoważniejszych schorzeń neurologicznych i jest uznawany za stan bezpośredniego zagrożenia życia [9]. Doznana niepełnosprawność w przebiegu choroby lub jej powikłań prowadzi do obniżenia poziomu funkcjonowania w rodzinie, pracy oraz środowisku [2]. Następstwa udaru są liczne i bardzo rozległe. W większości przypadków pozostawiają trwałą niepełnosprawność, która prowadzi do częściowej lub całkowitej zależności od innych osób w codziennym życiu [10]. Udar (zarówno

krwotoczny, jak i niedokrwienny) jest ponadto główną przyczyną trwałego kalectwa i ograniczenia samodzielności u osób dorosłych.

Udar mózgu wpływa na jakość życia nie tylko pacjentów, ale także ich opiekunów [11]. Aktualne wytyczne zachęcają rodzinę do udziału w procesie terapeutycznym nad pacjentem po przebytym udarze mózgu [12–14]. Mimo to wskaźnik zaangażowania rodziny w sprawowanie opieki nad pacjentem po udarze nadal jest niski [15]. Obserwuje się natomiast, że potrzeby pacjentów w coraz większym stopniu nie zostają zaspokojone, co potencjalnie ma negatywne skutki dla zdrowia psychicznego [16] i fizycznego [17], a także wpływa na zwiększenie niepokoju u opiekunów [18]. Badania wykazują jednak, że rodziny na ogół chcą brać udział w opiece nad pacjentem po przebytym udarze mózgu, ale [19] wymagają przygotowania przez wykwalifikowany personel medyczny, w tym pielęgniarki. Czas hospitalizacji pacjenta po udarze mózgu to również czas na przygotowanie rodziny do opieki nad pacjentem w domu [12].

Celem niniejszej pracy była próba oceny udziału rodziny w opiece nad pacjentem po udarze mózgu w okresie jego hospitalizacji oraz jej oczekiwania z zakresu edukacji.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono na Oddziale Neurologicznym z Pododdziałem Leczenia Udarów Podhalańskiego Szpitala Specjalistycznego w Nowym Targu po uzyskaniu zgody dyrekcji i ordynatora oddziału. Niniejsze badania odbyły się w latach 2010–2011. Wykonano je metodą sondażu diagnostycznego za pomocą anonimowej ankiety stworzonej na potrzeby pracy. Kwestionariusz składał się z 22 pytań zamkniętych i otwartych. Były to pytania metrykalne, dotyczące pokrewieństwa i stopnia zaangażowania w opiekę nad chorym, pytania o trudności oraz chęć uzyskania informacji związanych z doznanym udarem mózgu przez pacjenta, a także jego pobytem w szpitalu. Anonimowe badania wykonano wśród 52 osób. Respondentów wybrano losowo spośród osób, które systematycznie odwiedzały pacjentów leczonych z powodu udaru mózgu. Do badań wybierano tylko jedną osobę z rodziny, która najczęściej odwiedzała danego pacjenta i która wyraziła świadomą i dobrowolną zgodę na udział w badaniu.

Wiek respondentów był zróżnicowany. Najmłodsza badana osoba miała 19 lat, a najstarsza 77. Średni wiek ankietowanych wynosił 48,4 roku. Najwięcej osób odwiedzających pacjenta było w wieku 19–34 lat (30,8% ogółu badanych), a najmniej – 65–77 lat (15,4% respondentów). W badanej grupie zdecydowaną większość stanowiły kobiety (82,7%) mieszkające w mieście (51,9%).

Najwięcej ankietowanych miało wykształcenie średnie (30,8%) oraz wyższe (28,8%). Prawie co czwarta osoba odwiedzająca (23,1%) miała wykształcenie zawodowe. Respondenci z wykształceniem podstawowym stanowili 17,3% badanej grupy. 19,2% badanych deklarowało ponadto, że ma wykształcenie związane z zawodem medycznym. Wśród osób odwiedzających pacjentów większość była czynna zawodowo – 38,5%, 19,2% badanych nie pracowało, co czwarty ankietowany (25%) był na emeryturze lub rencie, a 21,1% w trakcie nauki.

Narzędziem badawczym był kwestionariusz autorskiej anonimowej ankiety poddany walidacji. Czynności tej dokonano na podstawie 35 wypełnionych pilotażowo kwestionariuszy (test Alfa de Cronbach = 0,738). Analizę statystyczną zebranych danych przeprowadzono z użyciem komputerowego pakietu statystycznego STATISTICA v.5.1 firmy StatSoft. Sprawdzono rozkład procentowy odpowiedzi respondentów na poszczególne pytania oraz oceniono za pomocą testu χ^2 . Analizowano wyniki istotne statystycznie dla $p < 0,05$.

Wyniki

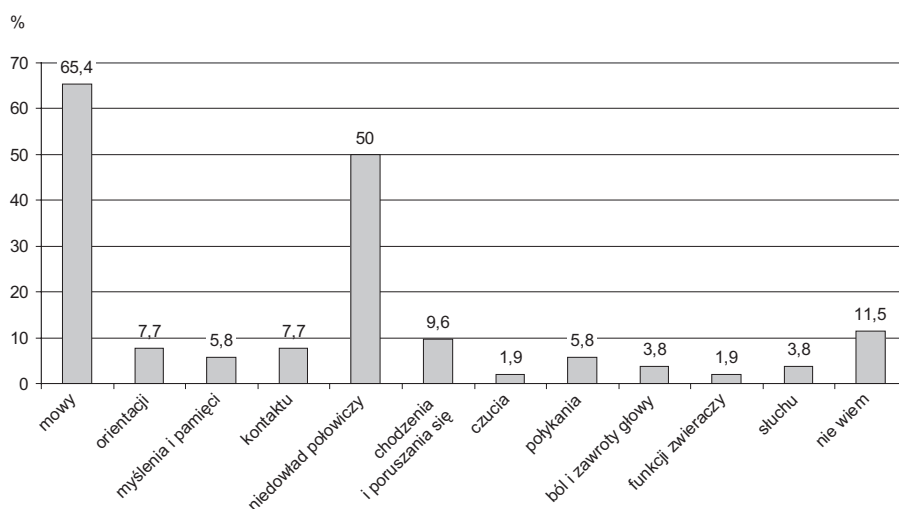
Pacjenci, bliscy ankietowanych, to w 78,8% osoby po przebyciu udaru niedokrwiennym, pozostali pacjenci to osoby, u których rozpoznano udar krwotoczny (5,8%) lub krwotok podpajęzinkowy (5,8%). Pacjenci z przemijającym udarem niedokrwiennym (*transient ischemic attack* – TIA)

stanowili 5,8% wszystkich odwiedzanych chorych, a z rozpoznaniem krwotoku śródmózgowym było 3,8% wszystkich pacjentów. Dla większości pacjentów była to pierwsza hospitalizacja z powodu udaru mózgu (75%). Wśród badanej populacji ponad połowa, tj. 57,7% opiekunów chorego, zetknęła się z osobą będącą po udarze mózgu po raz pierwszy. Największy odsetek respondentów (52%) odwiedza chorych rodziców, znacznie mniejszy odsetek badanych wskazywał na współmałżonka lub dziadków (odpowiednio po 19,2%). Rzadko pacjent był dla odwiedzających dalszym krewnym (5,8%) lub osobą niespokrewnioną – 3,8% ogółu badanych.

Z informacji przekazanych przez odwiedzających oraz uzyskanych z weryfikacji dokumentacji medycznej hospitalizowanych osób wynika, że niemal połowa (48,1%) pacjentów przebywała w szpitalu 4–7 dni, powyżej 7 dni – 28,8% pacjentów, a pozostali pacjenci byli hospitalizowani 1–3 dni.

Ankietowani mieli za zadanie wskazać dolegliwości, jakie ich zdaniem występują u chorego. Ponad połowa odwiedzających, tj. 65,4%, zauważyła obecność zaburzeń mowy oraz niedowład połowiczy (50%). Odwiedzający stwierdzili także inne dolegliwości: zaburzenia chodzenia i poruszania się (9,6%), zaburzenia kontaktu i orientacji (po 7,7%), pamięci, myślenia, trudności w połykaniu (po 5,8%). 11,5% respondentów natomiast nie zauważyło u chorego żadnych odchyśleń od normalnego stanu zdrowia (ryc. 1).

Większość ankietowanych zapytana, w jaki sposób można pomóc pacjentowi w tym okresie pobytu w szpitalu odpowiadała, że w wykonywaniu najtrudniejszych czynności (80,8%). Tylko nieliczni respondenci byli zdania, że należy wykonywać wszystkie czynności za chorego lub uważali, że chory powinien wszystkie czynności wykonywać sam (odpowiednio po 9,6%). Nie stwierdzono przy tym różnicy istotnej statystycznie ($p = 0,43$) w odpowiedziach między badanymi, którzy zetknęli się



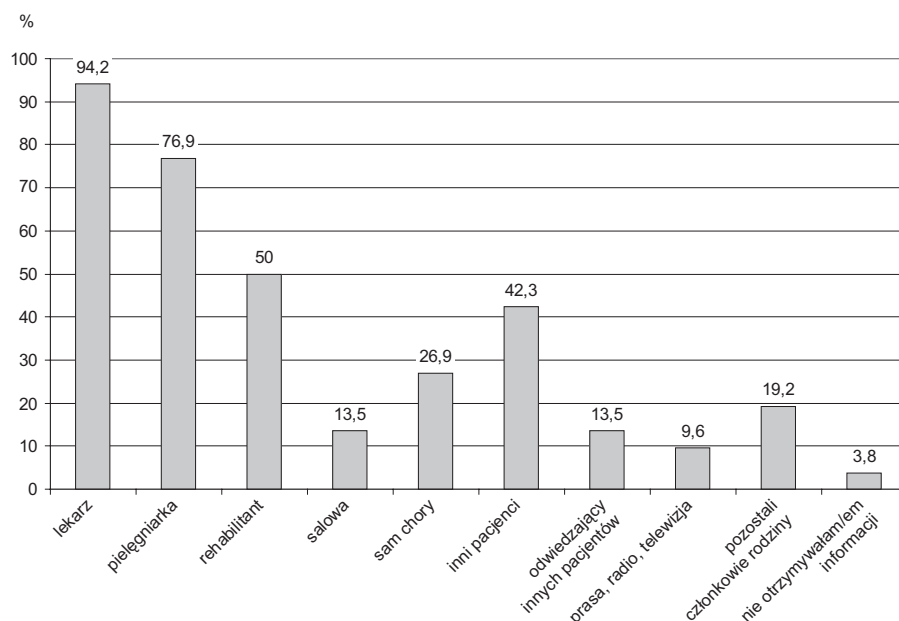
Ryc. 1. Zaburzenia występujące u pacjentów po udarze mózgu w opinii respondentów

Fig. 1. Disorders of patients suffering from a stroke according to the respondents

Tabela 1. Udział rodziny w opiece nad chorym w opinii badanych osób**Table 1.** Family participation in caring for the patients according to the respondents

Odpowiedzi udzielone przez respondentów:	Kontakt z chorym na udar mózgu					
	nie		tak		razem	
	n = 30	%	n = 22	%	n = 52	%
Podczas odwiedzin rodzina powinna ...						
wykonywać wszystkie czynności za chorego	4	13,3	1	4,6	5	9,6
pomóc w wykonywaniu tylko najtrudniejszych czynności	24	80,0	18	81,8	42	80,8
nie pomagać pacjentowi (chory powinien wykonywać wszystkie czynności sam)	2	6,7	3	13,6	5	9,6
Razem odpowiedzi	30	100	22	100	52	100
Razem osób	30	57,7	22	42,3	52	100

$\chi^2(n = 52, df = 2) = 1,66, p = 0,43$ n.s. – nieistotne statystycznie.

**Ryc. 2.** Źródła informacji o pacjencie i postępowaniu z nim w pierwszych dniach hospitalizacji**Fig. 2.** Sources of information about patients and their treatments in first days of hospitalisation

już z osobami po udarze mózgu oraz ankietowanymi, którzy nie mieli takiego doświadczenia (tab. 1).

Należy zauważyć, że podczas pierwszych odwiedzin w szpitalu bliscy pacjenta odczuwali różne trudności związane z wizytą. Ponad połowa odwiedzających uskarżała się na brak wiedzy na temat chorego i jego stanu zdrowia (53,8%). Badani wskazywali ponadto na brak informacji na temat chorego ze strony lekarza (15,4%) oraz pielęgniarki (7,7%). Tylko 15,4% respondentów deklarowało, że nie miało żadnych trudności podczas odwiedzin chorego członka rodziny. 7,7% osób nie potrafiło sprecyzować trudności, z jakimi się spotkali podczas pierwszej wizyty u chorego. Jednocześnie bliscy pacjenta poproszeni o wskazanie, od kogo otrzymywali informacje na temat chorego i postępowania z nim oraz w jakiej kolejności najczęściej wskazywali lekarza (94,2%), pielęgniarkę (76,2%) oraz pozostałych członków zespołu terapeutycznego (rehabilitant, salowa), a także inne osoby, np. innych pacjentów, odwiedzających innych pacjen-

tów, media. Tylko 3,8% ankietowanych twierdziło, że nie otrzymywało od nikogo informacji na temat zachowania się wobec chorego (ryc. 2).

Respondenci zdecydowanie najczęściej wskazywali lekarza (81,6%) jako osobę, od której otrzymywali najwięcej informacji, na drugim miejscu była wymieniana pielęgniarka (82,5%). Podczas pierwszych odwiedzin ponad połowa respondentów chciała zdobyć informacje na temat możliwości pomocy pacjentowi (53,8%), sposobów poruszania chorego w łóżku oraz jakie przydatne przedmioty powinni przynieść z domu (odpowiednio po 40,4%). Prawie co trzeci odwiedzający chciał wiedzieć, jak należy porozumieć się z pacjentem (32,7%) oraz w jaki sposób karmić chorego (23,1%). Inne pożądane informacje dotyczyły napojów, które są wskazane dla pacjenta (15,4%) oraz zaleceń dietetycznych, tj. jakie produkty i potrawy są wskazane dla chorego z uwagi na występujące trudności z karmieniem (5,8%). Respondenci, którzy nie potrzebowali żadnych informacji stanowili

Tabela 2. Informacje, które chcieli uzyskać ankietowani podczas pierwszych odwiedzin u pacjenta

Table 2. The information wanted by the respondents during visiting the patient for the first time

Odpowiedzi udzielone przez respondentów	Kontakt z chorym na udar mózgu						p
	nie		tak		razem		
	n = 30	%	n = 22	%	n = 52	%	
Sposób karmienia	7	23,3	5	22,7	12	23,1	0,96
Zalecane napoje	5	16,7	3	13,6	8	15,4	0,76
Wskazówki dietetyczne	4	13,3	5	22,7	9	17,3	0,38
Możliwości poruszania chorego w łóżku	9	30,0	12	54,6	21	40,4	0,07
Sposoby porozumiewania się z chorym	11	36,7	7	31,8	18	34,6	0,72
Jak pomóc choremu	17	56,7	11	50,0	28	53,8	0,63
W co należy zaopatrzyć chorego w szpitalu	14	46,7	9	40,9	23	44,2	0,68
Nie potrzebowałem żadnych informacji	0	–	1	4,6	1	1,9	–
Nie wiem	3	10,0	0	–	3	5,8	–
Razem odpowiedzi	70	–	53	–	123	–	
Razem osób	30	57,7	22	42,3	52	100	

* odpowiedzi nie sumują się do 100%, ponieważ badane osoby udzielały wielu odpowiedzi.

p – poziomy istotności dla testów χ^2 .

Tabela 3. Przeszkody uniemożliwiające większe zaangażowanie się rodziny w opiekę nad chorym hospitalizowanym na oddziale

Table 3. Obstacles hindering greater family involvement in taking care of the patient hospitalised in the ward

Odpowiedzi udzielone przez respondentów	Kontakt z chorymi na udar mózgu						p
	nie		tak		razem		
	n = 30	%	n = 22	%	n = 52	%	
Brak czasu na systematyczne odwiedziny	12	40,0	7	31,8	19	36,5	0,54
Brak wiedzy i umiejętności	16	53,3	15	68,2	31	59,6	0,28
Chorym powinien zajmować się tylko personel	1	3,3	0	–	1	1,9	–
Nie wiem	3	10,0	2	9,1	5	9,6	0,91
Razem odpowiedzi	32	–	24	–	56	–	
Razem osób	30	57,7	22	42,3	52	100	

* odpowiedzi nie sumują się do 100%, ponieważ badane osoby udzielały wielu odpowiedzi.

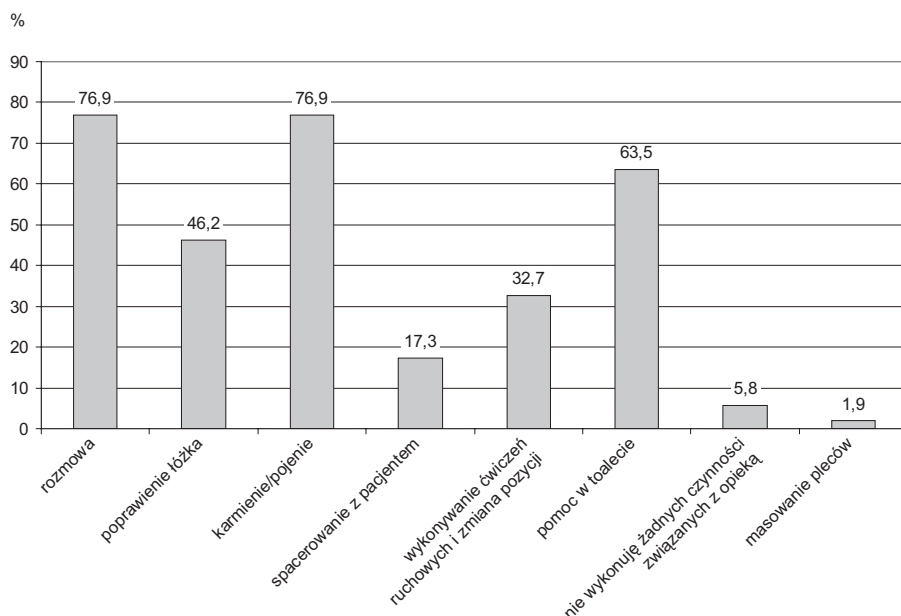
p – poziomy istotności dla testów χ^2 .

zaledwie 1,9% badanych. Nie stwierdzono przy tym różnic istotnych statystycznie ($p > 0,05$) w odpowiedziach badanych, którzy zetknęli się z osobami po przebytym udarze mózgu oraz ankietowanych, którzy nie mieli kontaktu z takimi osobami (tab. 2).

Zdecydowana większość ankietowanych (88,5%) uważa, że w czasie hospitalizacji chory powinien być pod całkowitą opieką personelu, ale z pewnym udziałem rodziny. Większość z nich deklaruje, że może pacjenta odwiedzać codziennie (67,3%), ale co 4 respondent (25% badanych) jest w stanie odwiedzać pacjenta tylko 2–3 razy w tygodniu. Pozostali badani (7,7%) mogą być u pacjenta rzadziej niż 2–3 razy w tygodniu. Mimo takich możliwości opiekuńczych respondenci zapytani o to, co stoi na przeszkodzie większego zaangażowania w opiekę nad chorym, wskazali (36,5%), że

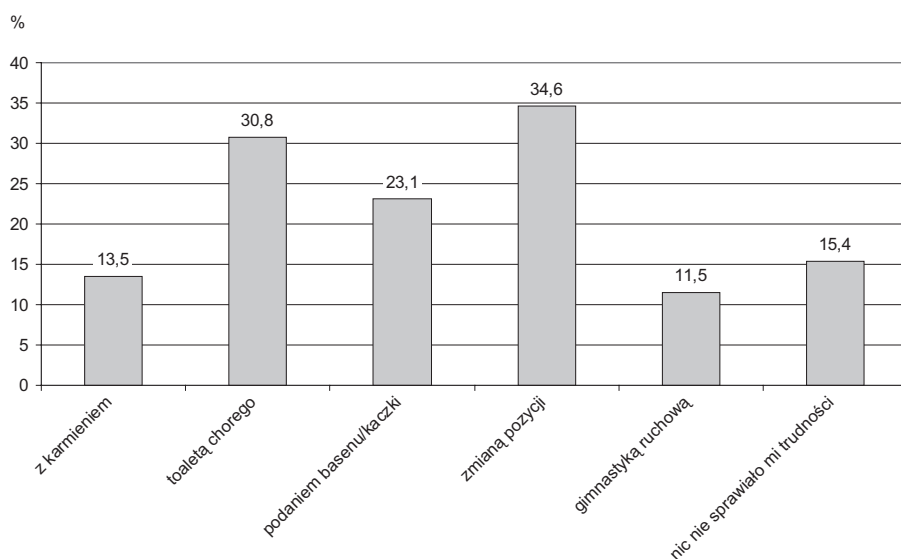
jest to brak czasu na systematyczne odwiedziny. Ponad połowa (59,6%) odpowiedziała, że główną przyczyną nieangażowania się w opiekę nad chorym członkiem rodziny jest brak wiedzy i umiejętności w opiece nad pacjentem po udarze. Nie stwierdzono przy tym różnic istotnych statystycznie ($p > 0,05$) w odpowiedziach między badanymi, którzy mieli doświadczenie w opiece nad osobami będącymi po udarze mózgu a ankietowanymi, dla których był to pierwszy taki kontakt (tab. 3).

Godnym uwagi zagadnieniem był zakres ewentualnych czynności podejmowanych przez osoby odwiedzające pacjenta na rzecz poprawy jego komfortu w czasie odwiedzin przez bliskie osoby. Ankietowanych zapytano o czynności, w jakich ich zdaniem rodzina pacjenta mogłaby być pomocna. Badane osoby najczęściej wskazywały pomoc



Ryc. 3. Czynności wykonywane przez respondentów podczas odwiedzin u pacjenta

Fig. 3. Activities undertaken by the respondents while visiting patients



Ryc. 4. Trudności w wykonywaniu niektórych czynności w opiece nad pacjentem po udarze w opinii badanych

Fig. 4. Difficulties in performing some activities while caring for patients suffering from a stroke according to the respondents

w czynnościach dnia codziennego, np.: karmieniu, zmianie pozycji, toalecie (71,2%) oraz udzielaniu wsparcia choremu (głównie psychicznego, poprawy nastroju) w chwilach najtrudniejszych (25%). Podobnie odpowiadali ankietowani zapytani w kolejnym pytaniu o czynności, które wykonują podczas odwiedzin pacjenta. Tylko 5,8% bliskich pacjenta, systematycznie go odwiedzających, odpowiedziało, że w czasie odwiedzin nie wykonuje żadnych czynności związanych z opieką i zwiększeniem komfortu chorego (ryc. 3).

W opiece nad pacjentem największą trudność respondentom sprawiała: zmiana pozycji w łóżku (34,6%), następnie mycie chorego (30,8%), podanie basenu/kaczki (23,1%), karmienie (13,5%) oraz wykonywanie gimnastyki ruchowej (11,5%). Nie wielki odsetek badanych (15,4%) deklarował, że nie miał żadnych trudności ze świadczeniem opieki na rzecz pacjenta (ryc. 4).

Ważnym elementem badania było uzyskanie

odpowiedzi, w jaki sposób szpital/oddział mógłby przyczynić się do zwiększenia udziału rodziny w opiece nad pacjentem po udarze mózgu. Prawie co 4. ankietowany (23,1%) wskazywał na potrzebę szeroko pojętej edukacji z tego zakresu prowadzonej przez lekarza i pielęgniarkę, a także udzielania bardziej jasnych i zrozumiałych informacji o chorym (9,6% badanych). Znaczny odsetek badanych widziałby rozwiązanie w rezygnacji z wyznaczonych godzin odwiedzin (21,2%), a część respondentów oczekuje zwiększenia zaangażowania ze strony personelu we współpracę z rodziną chorego (11,5%).

Omówienie

W opiece nad pacjentem po udarze mózgu pielęgniarka powinna stosować różne rozwiązania, dostosowując je do jego zmieniającej się sy-

tuacji zdrowotnej. Najważniejsze jest postawienie właściwej diagnozy pielęgniarstwa, która pozwoli na zindywidualizowanie opieki i podjęcie akceptowanych przez chorego działań, dostosowanych do wydolności fizycznej i aktualnego stanu pacjenta [4].

Badania przeprowadzone przez Bieleckiego et al. wśród 76 chorych będących po udarze mózgu wskazują, że choroba najbardziej ogranicza: samoobsługę oraz poruszanie się [20]. Podobne wyniki uzyskali autorzy w badaniach własnych, w których pacjenci po przebytych udarach w największym stopniu cierpieli z powodu ograniczeń ruchowych, zaburzeń mowy i kontaktu z otoczeniem.

Z innych badań przeprowadzonych przez Jaracz et al. wśród 150 par chorych i ich opiekunów wynika, że u osób sprawujących opiekę nad chorym po udarze mózgu obserwuje się negatywne skutki opieki nad nim, które zależą między innymi od stopnia niepełnosprawności oraz czynników wewnątrzpsychicznych osób sprawujących opiekę. W związku z tym należy dążyć do wzmacniania zdolności opiekunów do radzenia sobie ze stresem oraz poprawy ich kompetencji opiekuńczych przez edukację przy jednoczesnym zwiększaniu samodzielności chorego [21].

Rodzina pacjenta po przebytych udarach mózgu wymaga edukacji na temat choroby, ale także udzielania rzetelnych i jasnych informacji związanych z pobytem pacjenta w szpitalu. W materiale własnym tylko niewielki odsetek respondentów nie potrzebował żadnych informacji. Co więcej, ponad połowa badanych przyznaje, że powodem braku zaangażowania się w opiekę nad pacjentem po udarze jest brak wiedzy i umiejętności z tego zakresu.

Nie ulega wątpliwości, że bliscy i opiekunowie pacjenta powinni, przy udziale personelu medycznego i pracowników socjalnych, angażować się w opiekę nad chorym, aby mógł jak najlepiej funkcjonować na co dzień. Wymaga to dużych zmian w funkcjonowaniu i organizacji rodziny, co wiąże się również z wyżej wspomnianym dużym obciążeniem psychicznym opiekunów. W związku z powyższym jest wskazane i konieczne utworzenie dla nich grup wsparcia, które będą spełniać funkcję informacyjno-edukacyjną oraz stanowić forum wymiany doświadczeń między osobami na co dzień borykającymi się z problemem udaru mózgu [22].

W badaniach własnych również zauważyła się potrzebę stworzenia grup wsparcia, gdyż ponad połowa badanych (57,7%) zetknęła się z osobą po

udarze mózgu po raz pierwszy. Bliscy pacjenta mają ponadto niepełną wiedzę i wskazują na potrzebę szeroko pojętej edukacji z zakresu postępowania z osobą po przebytych udarach mózgu.

W przypadku opiekunów pacjenta i osób bliskich choremu edukacja zdrowotna ma za zadanie poszerzyć wiedzę i zakres umiejętności koniecznych do przyjęcia zachowań korzystnych dla zdrowia [10]. Aby była skuteczna, powinna obejmować wszystkich tych, którzy są związani z życiem i funkcjonowaniem pacjenta. I tak, edukacja ta powinna dotyczyć trybu życia, zaleceń żywieniowych, przygotowania do samoobsługi, samokontroli oraz przygotowania domu na wypis chorego ze szpitala [5].

Obecnie duży nacisk kładzie się na sprawowanie nieprofesjonalnej opieki świadczonej przez rodzinę, co w kontekście losów chorego po przebytych udarach mózgu i zagrożenia jego samodzielności jest priorytetem. Opiekunowie tych osób oczekują traktowania ich jako partnera wzmacniającego skuteczność działań systemu ochrony zdrowia. Na jakość świadczonej opieki przez rodzinę wpływa między innymi liczba osób zdolnych do opieki nad chorym oraz stan ich zdrowia, poziom wykształcenia, sytuacja materialna, a także istniejące więzi w rodzinie. Dodatkowo zwraca się uwagę, aby informacje kierowane do rodziny pacjenta były dla nich dostępne oraz zrozumiałe [2].

Z badań przeprowadzonych przez Hebel et al. dotyczących zaspokajania potrzeb chorego przez rodzinę wynika, że istotnym modulatorem wydolności opiekuńczej rodziny jest postawa wobec chorego. Rodziny, których postawę oceniono jako opiekuńczą, aż w 96,4% były bowiem w pełni wydolne. Co więcej, zauważa się również, że im silniejsze więzi w rodzinie, tym większe oczekiwania wobec członków zespołu terapeutycznego – zwłaszcza lekarzy i pielęgniarek [2].

Troskliwa opieka bliskich jest znaczącym czynnikiem, od którego zależy wydolność opiekuńcza rodziny i ma istotny wpływ na poprawę stanu funkcjonalnego chorych po udarze mózgu oraz zapobieganie występowaniu powikłań [23].

W świetle przedstawionych badań należy zatem dołożyć wszelkich starań, aby oczekiwania bliskich, opiekunów pacjentów były uwzględniane nie tylko przez pielęgniarki, ale także przez cały zespół terapeutyczny zarówno w udzielaniu informacji i edukowaniu, jak i we wszystkich innych aspektach, które mają wpływ na powrót do zdrowia pacjenta oraz wydolność opiekuńczą rodziny.

Piśmiennictwo

- [1] Rosińczuk-Tonderys J., Żerkowska U., Uchmanowicz I., Kalisz A.: Urazy mózgu u dzieci do 5. roku życia. *Probl. Piel.* 2011, 19, 13–20.
- [2] Hebel K., Lesińska-Sawicka M., Waśkow M.: Kierunki edukacji zdrowotnej rodzin chorych po udarze niedokrwiennym mózgu w profilaktyce wtórnej. *Probl. Piel.* 2010, 18, 497–502.

- [3] Rykała J., Kwolek A.: Wpływ wybranych czynników na jakość życia oraz stan funkcjonalny pacjentów po udarze mózgu. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego* 2009, 4, 384–391.
- [4] Kępa E., Kurowska K.: Plan opieki nad pacjentem po udarze mózgu. *Mag. Pielęg. Położ.* 2010, 7–8, 48–49.
- [5] Marciniak M., Królikowska A., Ślusarz R., Jabłońska R., Książkiewicz B.: Opieka pielęgniarska w udarach mózgu. *Probl. Piel.* 2010, 1, 83–88.
- [6] Cichońska M., Borek M., Krawczyk W., Maciąg D., Iłżecka J.: Ocena czasu od wystąpienia incydentu udaru mózgu do uzyskania pomocy medycznej w populacji regionu świętokrzyskiego. *Pielęgniarstwo XXI wieku* 2011, 36, 11–14.
- [7] Benecka-Majkutewicz Z., Dobkowska M., Wichowicz H.: Analiza czynników ryzyka udaru niedokrwiennego mózgu. *Ann. Acad. Med. Gedan.* 2005, 35, 207–216.
- [8] American Heart Association: Heart disease and stroke statistics 2012 update: A report from the American heart association. *Circulation* 2012, 125, 2–220.
- [9] Girzelska J., Kościółek A., Mianowana V., Dobrowolska B.: Świadomość pożądanych zachowań zdrowotnych jako czynnika warunkującego oddziaływanie edukacyjne pielęgniarki w przygotowaniu do samoopieki pacjenta po przebytym udarze mózgu. *Probl. Piel.* 2010, 18, 413–419.
- [10] Grochulska A., Jastrzębska M.: Poprawa stanu funkcjonalnego osób po przebytym udarze mózgu – rola pielęgniarki. *Probl. Piel.* 2012, 20, 300–309.
- [11] Simon C., Kumar S., Kendrick T.: Formal support of stroke survivors and their informal carers in the community: a cohort study. *Health Soc. Care Community* 2008, 16, 582–592.
- [12] Lutz B.J., Young M.E., Cox K.J., Martz C., Creasy K.R.: The crisis of stroke: Experiences of patients and their family caregivers. *Top. Stroke Rehabil.* 2011, 18, 786–797.
- [13] Lindsay P., Gubitz G., Bayley M., Phillips S.: Canadian best practice recommendations for stroke care (updated 2012). *CMAJ* 2012, 179, 1–69.
- [14] Miller E.L., Murray L., Richards L., Zorowitz R.D., Bakas T., Clark P., Billinger S.A.: Comprehensive Overview of Nursing and Interdisciplinary Rehabilitation Care of the Stroke Patient: A scientific statement from the American Heart Association. *Stroke* 2010, 41, 2402–2448.
- [15] Monaghan J., Channell K., McDowell D., Sharma A.K.: Improving patient and carer communication, multidisciplinary team working and goal-setting in stroke rehabilitation. *Clin. Rehabil.* 2005, 19, 194–199.
- [16] Grant J.S., Weaver M., Elliott T.R., Bartolucci A.A., Giger J.N.: Family caregivers of stroke survivors: Characteristics of caregivers at risk for depression. *Rehabil. Psychol.* 2004, 49, 172–179.
- [17] Hinojosa M.S., Rittman M.: Association between health education needs and stroke caregiver injury. *J. Aging. Health* 2009, 21, 1040–1058.
- [18] Greenwood N., Mackenzie A.: An exploratory study of anxiety in carers of stroke survivors. *J. Clin. Nurs.* 2010, 19, 2032–2038.
- [19] Young A.J., Rogers A., Dent L., Addington-Hall J.M.: Experiences of hospital care reported by bereaved relatives of patients after a stroke: A retrospective survey using the VOICES questionnaire. *J. Adv. Nurs.* 2009, 65, 2161–2174.
- [20] Bielecki A., Żmudzka-Wilczek E., Opara J., Mehlich K.: Ocena jakości życia osób po udarze mózgu przy pomocy skali S.A.- SIP 30 cz. I. <http://www.zeszyty.awf.katowice.pl/pdf/vol%2020/07%20bielecki%20et%20al.pdf> (data dostępu: 27.07.2015).
- [21] Jaracz K., Grabowska-Fudala B., Kozubski W.: Obciążenie osób sprawujących opiekę nad chorym po udarze mózgu: w kierunku modelu strukturalnego. *Neurol. Neurochir. Pol.* 2012, 46, 224–232.
- [22] Świerkocka-Miastkowska M., Biesek D.: Opieka domowa nad chorym po udarze mózgu. *Choroby Serca i Naczyń* 2007, 4, 127–129.
- [23] Hebel K., Bieniaszewski L.: Wydolność opiekuńczo-pielęgnacyjna rodziny a stopień zaspokajania wybranych potrzeb zdrowotnych chorych po udarze mózgu. *Probl. Piel.* 2009, 17, 306–314.

Adres do korespondencji:

Paulina Jabłońska
ul. Górczańska 23
34-440 Kluszkowce
e-mail: paulina.jablonska@poczta.onet.pl

Konflikt interesów: nie występuje

Praca wpłynęła do Redakcji: 27.07.2015

Po recenzji: 6.10.2015

Zaakceptowano do druku: 9.10.2015

Received: 27.07.2015

Revised: 6.10.2015

Accepted: 9.10.2015