

Kazimiera Hebel¹, Leszek Bieniaszewski²

¹Katedra Nauk o Zdrowiu Akademii Pomorskiej w Słupsku

²Zakład Fizjologii Klinicznej Katedry Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

Wydolność opiekuńczo-pielęgniacyjna rodziny a stopień zaspokajania wybranych potrzeb zdrowotnych chorych po udarze mózgu

Family nursing care efficiency and the level of fulfilling chosen health needs of cerebral stroke patients

STRESZCZENIE

Wstęp. Rodzina jest głównym, najbardziej znaczącym i pożądanym źródłem wsparcia dla osoby chorej lub niepełnosprawnej. Udział rodziny w opiece domowej sprawowanej nad osobą niepełnosprawną, jej świadomość i zaangażowanie często przesądzają o rezultatach całego procesu rehabilitacji. Właściwa opieka odgrywa również istotne znaczenie w zapobieganiu odległym powikłaniom choroby czy niepełnosprawności.

Cel pracy. Celem badań była analiza wpływu wydolności opiekuńczej rodziny na stopień zaspokajania wybranych potrzeb zdrowotnych chorych po udarze mózgu.

Materiał i metody. Badania przeprowadzono w grupie 82 chorych po przebytych udarze niedokrwiennym mózgu. Grupę badaną stanowiło 82 chorych (46 kobiet i 36 mężczyzn) w wieku 44–94 lat. W celu zebrania potrzebnych danych stan funkcjonalny chorych oceniono na podstawie skali Barthel dwukrotnie: w dniu wypisu ze szpitala oraz po około 3 miesiącach pobytu w środowisku domowym. W tym czasie zebrano również wywiad środowiskowo-rodzinny.

Wyniki. Na podstawie przeprowadzonych analiz wykazano, że wydolność rodziny była tym większa, im liczniejsza była grupa krewnych sprawujących opiekę nad chorym ($p < 0,0001$). Większa wydolność opiekuńcza rodziny w sposób istotny ($p < 0,001$) wiązała się ze zmniejszeniem występowania powikłań chorobowych pod postacią odleżyn, przykurczów czy przewlekłych infekcji. W analizie wpływu postawy rodzin na poprawę stanu funkcjonalnego chorych, przeprowadzonej w podgrupach określonych według skali Barthel, wykazano, że jedynie w grupie chorych z pośrednią oceną wyjściowego stanu funkcjonalnego postawa rodziny w istotny sposób ($p = 0,001$) wpływała na ocenę stanu funkcjonalnego po 3-miesięcznym pobycie chorego w warunkach domowych.

Wnioski. Wydolność opiekuńcza rodziny oraz stopień realizacji potrzeby rehabilitacji ruchowej w istotny sposób wpływają na wielkość poprawy stanu funkcjonalnego chorych pozostających pod opieką rodziny.

Problemy Pielęgniarstwa 2009; 17 (4): 306–314

Słowa kluczowe: udar mózgu, skala Barthel, wydolność opiekuńcza rodziny

ABSTRACT

Introduction. For such patients, family members are the main and the most significant and needed source of support. Family nursing care, their participation, awareness and engagement is often a crucial factor that determines effect of the whole process of rehabilitation. Appropriate care is also important in avoiding disease complications or disability.

Aim of the study. The aim of my thesis was to analyze the influence of family care efficiency on the level of fulfilling chosen health needs of cerebral stroke patients.

Material and methods. The research was undertaken in the group of 82 cerebral stroke patients. The group consisted of 46 women and 36 men. Patients were aged from 44 to 94.

In order to gather required data, patients functional condition was measured twice on the basis of Barthel Index: first, at the day of their discharge and then after 3-month time of their stay in their home environment. During that time a family and environmental history was taken.

Adres do korespondencji: mgr Kazimiera Hebel, Katedra Nauk o Zdrowiu Akademii Pomorskiej w Słupsku, ul. Bohaterów Westerplatte 64, 76–200 Słupsk, tel.: (0 59) 840 59 12, tel. kom. 600 058 387, e-mail: kaziah@op.pl

Results. On the basis of applied analysis it was proved that family efficiency resulted from the number of relatives who looked after the patient. The more relatives took part in the process the bigger efficiency they presented ($p < 0.0001$). Better efficiency was also strictly connected ($p < 0.001$) with decreased number of complications, such as bedsores, contractures or long-term infections. The analysis of family influence on the better functional condition of patients, which took place in subgroups defined according to the Barthel's scale, showed that family attitude had a crucial impact ($p = 0.001$) on the evaluation of the functional condition after 3-month stay in a dormitory conditions, only to a group of patients with an indirect evaluation of a starting functional condition.

Conclusions. Family care efficiency and the realization of motor rehabilitation needs have a crucial impact on the level of improvement of patients' functional condition who suffered from stroke and who were looked after by family members.

Nursing Topics 2009; 17 (4): 306–314

Key words: stroke, Barthel Index, family care efficiency

Wstęp

Każda rodzina, podobnie jak odmienne kultury w różnych społeczeństwach, jest inna niż pozostałe, ma swoją odrębną tożsamość, stanowi swego rodzaju spójny wewnętrznie system. W sytuacji, gdy pewne wydarzenia zewnętrzne zagrażają rodzinnej stabilizacji, członkowie rodziny solidarnie starają się o przywrócenie poprzedniej równowagi.

Rodzina w chwili zachorowania jednego z jej członków mobilizuje wszystkie swoje siły, integruje się i wspólnie pomaga choremu. Korzystny wpływ choroby na utrzymanie równowagi rodzinnej, poprawę relacji między jej członkami bierze się z tego, że choroba wyzwala wiele pożądaných pozytywnych reakcji wśród członków rodziny. Istotne jest jednak ustalenie choroby na właściwym miejscu, tak, aby nie zdominowała emocji i życia rodzinnego. Bardzo trudnym zadaniem dla rodziny jest znalezienie „złotego środka” między nadmiernym uwikłaniem się, owijaniem się dookoła choroby, a zaniedbywaniem chorego i pozostawianiem go samemu sobie. Ustalenie choroby na właściwym miejscu to zarówno odpowiedni podział obowiązków domowych wynikających z opieki na chorym, jak i zadbanie, aby potrzeby pozostałych członków rodziny nie zostały odsunięte na dalszy plan [1]. Jednak choroba może wiązać się również z dezintegracją, nasileniem agresji wewnątrz rodziny aż do jej rozpadu. Wynikająca z choroby ograniczona sprawność człowieka wywołuje w rodzinie silne przeżycia emocjonalne, burzy dotychczasowy ład oraz prowadzi do istotnych zmian w funkcjonowaniu rodziny [2].

Reakcje rodziny na fakt wystąpienia choroby czy ograniczonej sprawności jednego z członków są indywidualne i zależą od wielu czynników, między innymi od stosunku członków rodziny do samego faktu choroby oraz od stosowanych mechanizmów obronnych. Reakcje te mogą być pozytywne lub negatywne. Reakcje pozytywne wyrażają się większą troską o chorą osobę, okazywaniem miłości, unikaniem konfliktów. Negatywne reakcje wynikają z zaistniałych zmian, takich jak pogorszenie sytuacji materialnej, ograniczenie kontaktów, ograniczenie rekreacji i wypoczynku [3].

Opieka rodziny nad osobą przewlekle chorą, niepełnosprawną ma duże znaczenie w zapobieganiu odległym powikłaniom choroby czy niepełnosprawności. Dlatego obecnie kładzie się nacisk na nieprofesjonalną opiekę rodzinną [4]. Rodzina jest traktowana jako partner służby zdrowia poprzez wzmacnianie działań pracowników służby zdrowia. Istotne znaczenie i w zasadzie decydujące ma edukacja pacjenta i jego rodziny w zakresie czynników ryzyka i przyczyn choroby, mechanizmów, objawów i przebiegu procesu chorobowego, terapii, badań diagnostycznych oraz zmian w dalszym trybie życia. Zakres wsparcia jest uzależniony od zapotrzebowania i deficytu wiedzy potrzebnej do sprawowania właściwej nieprofesjonalnej opieki w domu, na przykład powikłania choroby, dolegliwości, których można uniknąć (zaparcia, zapalenie płuc, przykurcze, odleżyny).

To, czy rodzina poradzi sobie z trudnymi problemami wynikającymi ze sprawowania opieki nad osobą niepełnosprawną, przewlekle chorą, zależy od wielu czynników, między innymi od tkwiących w niej samej możliwości, potencjału i od pomocy z zewnątrz. Potencjał rodziny charakteryzują takie cechy, jak: wzajemna pomoc emocjonalna członków rodziny, współdziałanie w wypełnianiu codziennych obowiązków oraz znajomość źródeł pomocy. Do elementów, które aktywizują potencjał dający siłę, rodziny zaliczają: miłość, poczucie więzi, troskę o los najbliższych, chęć do życia tkwiącą w samym człowieku, poczucie obowiązku, nadzieję na poprawę sytuacji i wiarę w Boga [2].

Wydolność rodziny w zakresie funkcji opiekuńczo-pielęgnacyjnej zależy od czynników wewnątrzrodzinnych i zewnątrzrodzinnych [5]. Do czynników wewnątrzrodzinnych można zaliczyć: liczbę osób w rodzinie, poziom sprawności fizycznej i psychicznej członków rodziny, sytuację bytową, wiedzę i umiejętności, poziom wykształcenia członków rodziny. Czynniki zewnątrzrodzinne to szeroko rozumiane wsparcie społeczne. Rodzina chorego powinna dołożyć wszelkich starań, aby zdołać go do pokonywania przeszkód, wzbudzać chęć do działania. Istotne jest ustalenie nowych zadań, znalezienie celów i kierunku działania tak, aby nadać życiu nowy sens istnienia, gdyż jest on podstawową potrzebą ludzkiej egzystencji [6].

Materiał i metody

Grupę badaną stanowiło 82 chorych hospitalizowanych z powodu niedokrwiennego udaru mózgu. Chorych dobrano losowo na kolejnych hospitalizacjach. Z grupy wykluczono chorych z krwotocznym udarem mózgu, chorych będących mieszkańcami Domu Pomocy Społecznej oraz tych, u których w okresie prowadzenia badań nastąpił zgon.

Średni wiek chorych wynosił $73,2 \pm 10$ lat i kształtował się w zakresie 44–94 lat.

W grupie badanych 82 osób było 46 (56%) kobiet i 36 (44%) mężczyzn. Wśród badanych 55 osób (co stanowi 67% ogółu badanej grupy) to mieszkańcy miasta, natomiast 27 osób (33% ogółu) to mieszkańcy wsi. W badanej grupie 66 osób przeżyło udar mózgu po raz pierwszy, natomiast 16 osób — po raz drugi. U 19 chorych nie stwierdzono afazji. U pozostałej części chorych zaobserwowano objawy afazji ruchowej i mieszanej (odpowiednio 28 i 35 osób). Lewostronny niedowład połowiczny występował w grupie 39 chorych. Prawostronny niedowład stwierdzono u 43 chorych.

Dla dalszych analiz wprowadzono klasyfikację oceny stanu funkcjonalnego według skali Barthel na trzy podgrupy, w zależności od liczby uzyskanych punktów: grupa „0” — 0 pkt; grupa „1” — 5–25 pkt; grupa „2” — co najmniej 30 pkt. W ocenie wyjściowej stanu funkcjonalnego w grupie „0” znalazło się 25 chorych, w grupie „1” — 28 chorych, a w grupie „3” — 29 chorych.

Najczęściej występującymi dodatkowymi schorzeniami były: nadciśnienie tętnicze (100%), miażdżyca (61%), demencja (41%), choroba wieńcowa (39%), cukrzyca (37%), utrwalone migotanie przedsionków (17%).

Badania przeprowadzono w latach 2006 i 2007. Potrzebne do badań dane gromadzono w trzech etapach. Pierwszy z nich to zbieranie danych w trakcie hospitalizacji — analiza dokumentacji szpitalnej pod kątem współistniejących chorób, ocena stanu ogólnego chorego i objawów neurologicznych. Kolejnym etapem była ocena stanu funkcjonalnego chorych pod koniec hospitalizacji za pomocą skali Barthel. Ostatni trzeci etap to ponowna ocena stanu funkcjonalnego za pomocą tej samej skali po około 3 miesiącach pobytu chorego w środowisku domowym. W tym czasie również gromadzono dane na podstawie analizy dokumentacji pielęgniarki środowiskowej oraz przeprowadzono wywiad środowiskowy pod kątem warunków mieszkaniowych, liczby osób w rodzinie, występowania ewentualnych powikłań chorobowych, atmosfery panującej w domu chorego. Podjęto również próbę oceny wydolności opiekuńczej rodziny oraz postawy członków rodziny wobec chorego.

Na podstawie zebranych danych badano zależności pomiędzy wydolnością opiekuńczo-pielęgniacyzną rodzin a następującymi zmiennymi:

- liczba osób w danej rodzinie;
- obecność powikłań chorobowych;
- postawa członków rodziny wobec chorego;
- stopień realizacji wybranych potrzeb zdrowotnych chorych;

— zależność między postawą członków rodziny a stopniem poprawy stanu funkcjonalnego chorych.

Poza tym zbadano również wielkość osiągniętej poprawy stanu funkcjonalnego w zależności od wyjściowej oceny tego stanu.

Wyniki

Wydolność opiekuńcza rodziny a liczba osób w danej rodzinie

Dla dokonania analizy wydolności opiekuńczej rodziny ustalono 3 kategorie wydolności: „2” — pełna, „1” — niepełna i „0” — brak wydolności. Te kategorie wydolności opiekuńczej rodziny ustalono na podstawie wywiadu środowiskowego.

Chorych pogrupowano również w zależności od liczby osób sprawujących nad nimi opiekę.

W badanym materiale wydolność rodziny w sposób istotny ($p < 0,0001$) wiązała się z liczbą krewnych sprawujących opiekę nad chorym (ryc. 1). W grupie 33 chorych, w przypadku których wydolność rodziny oceniono jako pełną, 84,8% stanowiły rodziny, w których opiekę sprawowały co najmniej 2 osoby, a 15,2% — rodziny, w których chorym opiekowała się jedna osoba. W grupie chorych, u których opiekę rodziny oceniono jako w pełni wydolną, zdecydowana większość to chorzy, którymi opiekowały się co najmniej 2 osoby.

Wydolność rodziny a obecność powikłań chorobowych

W analizie zebranego materiału stwierdzono, że obecność powikłań chorobowych pod postacią odleżyn, przykurczów czy przewlekłych infekcji w sposób istotny ($p < 0,001$) wiązała się z wydolnością opiekuńczą rodziny (ryc. 2).

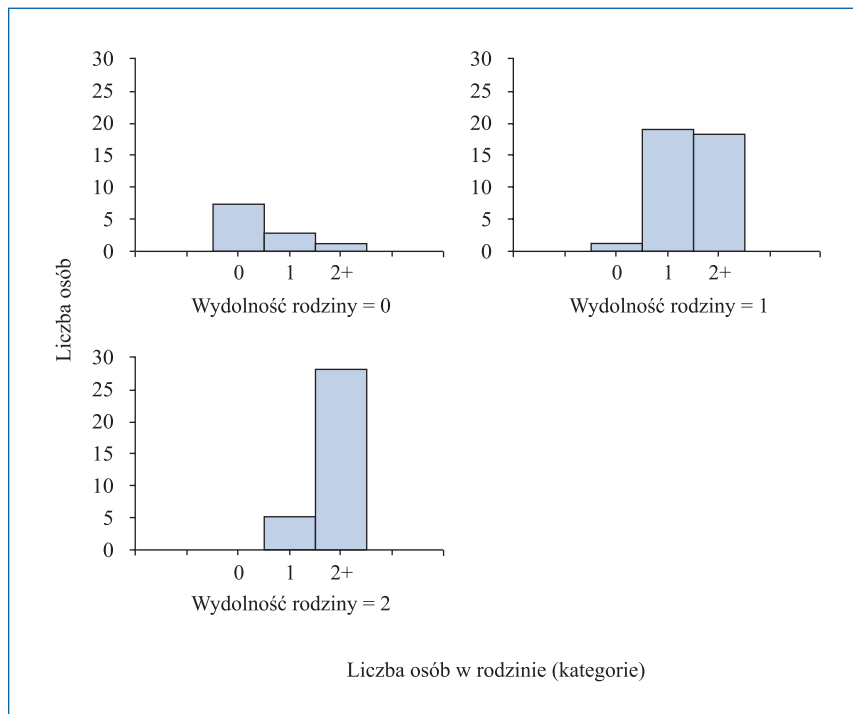
Niepełną wydolność rodziny lub jej brak stwierdzano w przypadku 45% chorych, którzy nie mieli powikłań, oraz u 100% chorych, u których występowały powikłania.

Wydolność rodziny a postawa jej członków wobec chorego

Na podstawie przeprowadzonych analiz wykazano, że oceniane zmienne opisujące wydolność opiekuńczą rodziny i jej postawę wobec chorego są ze sobą ściśle związane ($p < 0,0001$) (ryc. 3). Grupa rodzin, których postawę określono jako opiekuńczą, w 96,4% była w pełni wydolna w sprawowaniu opieki nad chorym po udarze mózgu. Natomiast w grupie rodzin przejawiających negatywną postawę wobec chorego w żadnym przypadku nie stwierdzono pełnej wydolności opiekuńczej.

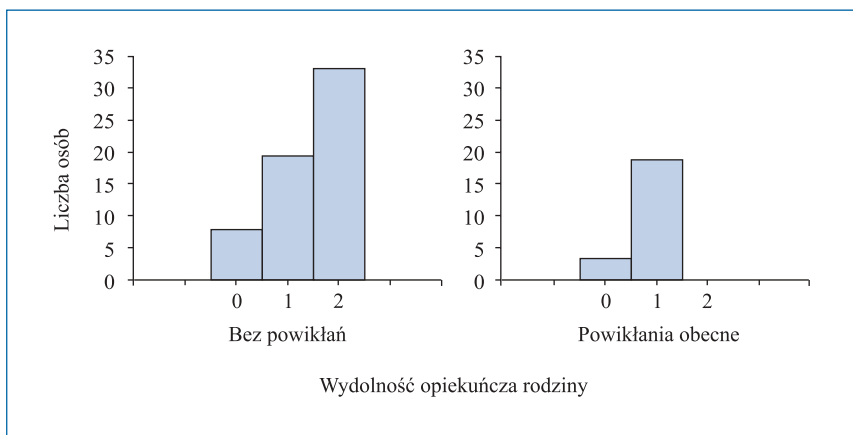
Wpływ postawy rodziny na poprawę stanu funkcjonalnego

Analiza zależności między postawą rodzin a stopniem poprawy stanu funkcjonalnego chorych nie ujawniła istotnej statystycznie relacji między tymi zmiennymi (ryc. 4).



Rycina 1. Wydolność opiekuńcza rodziny a liczba osób w danej rodzinie

Figure 1. Family care efficiency towards the number of person from the family



Rycina 2. Wydolność rodziny a obecność powikłań chorobowych

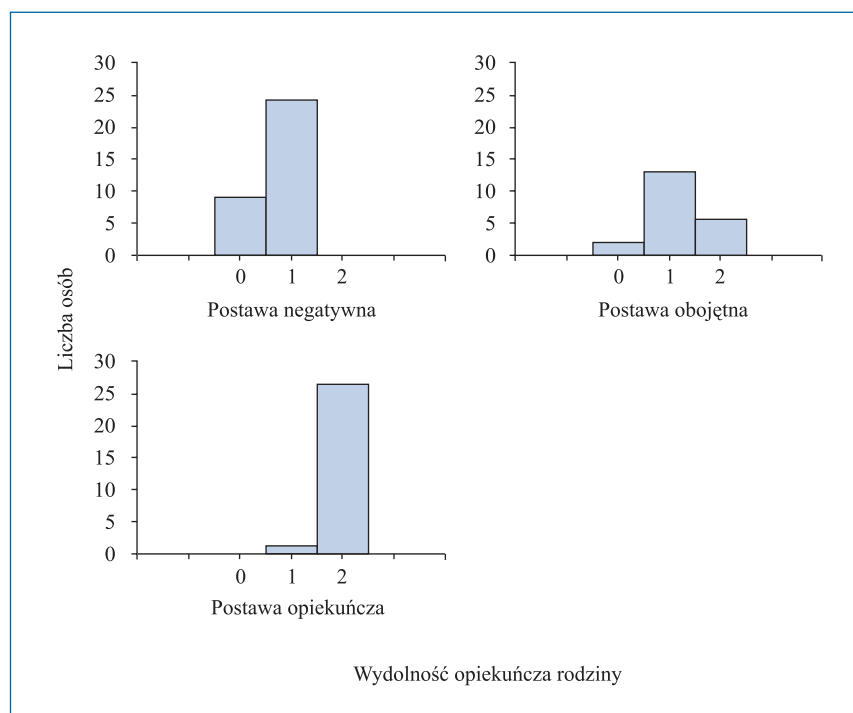
Figure 2. Family efficiency towards the presence of complications of diseases

Stopień osiągniętej poprawy w zależności od wyjściowej oceny stanu funkcjonalnego

W dalszej części analizy porównano stan funkcjonalny chorych w ocenie wyjściowej z oceną tego stanu po około 3 miesiącach pobytu chorych w środowisku domowym. Chorych sklasyfikowano w podgrupy w zależności od wielkości poprawy wyrażonej w punktach skali Barthel: grupa „0” — chorzy, którzy nie uzyskali żadnej poprawy; grupa „1” — chorzy, którzy uzyskali

poprawę o 5–25 pkt; grupa „2” — poprawa o co najmniej 30 pkt.

Wyniki tej analizy przedstawiają się następująco: w grupie „0” oceny wyjściowej 18 chorych nie osiągnęło żadnej poprawy, 6 chorych osiągnęło poprawę w granicach 5–25 pkt i jedna osoba z tej grupy osiągnęła poprawę o co najmniej 30 pkt. W „1” grupie chorych 10 osób nie osiągnęło żadnej poprawy, po 9 osób znalazło się w podgrupach, które osiągnęły



Rycina 3. Wydolność rodziny a postawa jej członków wobec chorego
Figure 3. Family efficiency and family attitudes towards patient

poprawę w granicach 5–25 pkt i o co najmniej 30 pkt. Natomiast w grupie chorych, którzy w ocenie wyjściowej osiągnęli 30 pkt i powyżej w skali Barthel tylko jedna osoba nie osiągnęła żadnej poprawy, 9 osób uzyskało 5–25 pkt poprawy i 19 osób uzyskało poprawę stanu w wysokości co najmniej 30 pkt. (ryc. 5).

Wielkość osiągniętej poprawy w istotnym ($p < 0,0001$) stopniu zależy od wyjściowej oceny stanu funkcjonalnego chorego. Chorzy z najniższą oceną wyjściową najczęściej wykazują brak poprawy stanu funkcjonalnego w ciągu 3-miesięcznej obserwacji. Wysoka ocena wyjściowa wiąże się z najwyższą szansą uzyskania poprawy przekraczającej w skali Barthel 30 punktów.

Stopień realizacji wybranych potrzeb zdrowotnych chorego

Do analizy wybrano te potrzeby, których zaspokajanie jest istotne dla chorego z uwagi na konieczność właściwego stylu życia w celu zapobiegania powikłaniom chorobowym.

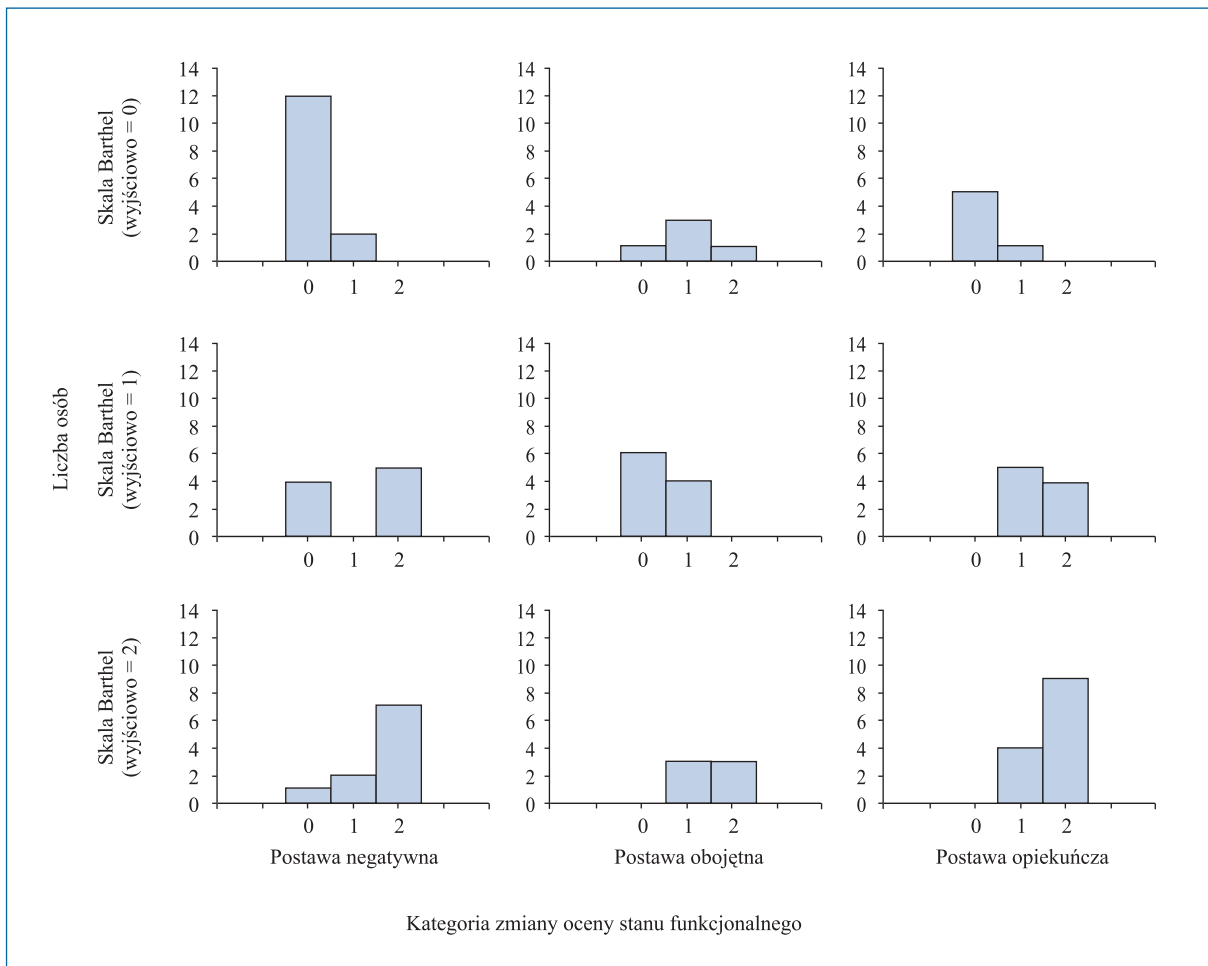
W badanej grupie chorych po udarze mózgu u 31 osób (37,8%) nie przeprowadzano w ogóle rehabilitacji ruchowej, a 21 chorych (25,6%) nie znalazło wsparcia psychicznego w rodzinie. Najczęściej w pełnym stopniu realizowano potrzeby w zakresie systematycznego

podawania leków (75,6%) oraz zaspokajania potrzeb fizjologicznych (71,9%) (tab. 1).

Stopień osiągniętej poprawy w zależności od stopnia realizacji wybranych potrzeb zdrowotnych

W analizie wpływu stopnia realizacji potrzeb zdrowotnych w zakresie przyjmowania leków, rehabilitacji, realizacji potrzeb fizjologicznych, prawidłowego odżywiania czy też wsparcia psychicznego wśród chorych z zerową oceną skali funkcjonalnej nie wykazano istotnej zależności z wielkością poprawy stanu funkcjonalnego po 3-miesięcznym pobycie w domu. Analogiczny brak zależności stwierdzono w grupie chorych z wysoką (≥ 35 pkt. w skali Barthel) oraz pośrednią oceną stanu wyjściowego — z wyjątkiem zależności między stopniem realizacji potrzeby rehabilitacji ruchowej a poprawą stanu funkcjonalnego (tab. 2).

W tabeli 2 przedstawiono wielkość istotności statystycznej dla porównania zmiany stanu funkcjonalnego pacjentów w zależności od stopnia realizacji potrzeb za pomocą testu Manna-Whitneya. Wśród chorych, którzy w wyjściowej ocenie stanu funkcjonalnego uzyskali 5–25 pkt w skali Barthel, realizacja potrzeby rehabilitacji miała istotny statystycznie wpływ na wielkość poprawy stanu funkcjonalnego ($p = 0,008$).



Rycina 4. Wpływ postawy rodziny na poprawę stanu funkcjonalnego chorych

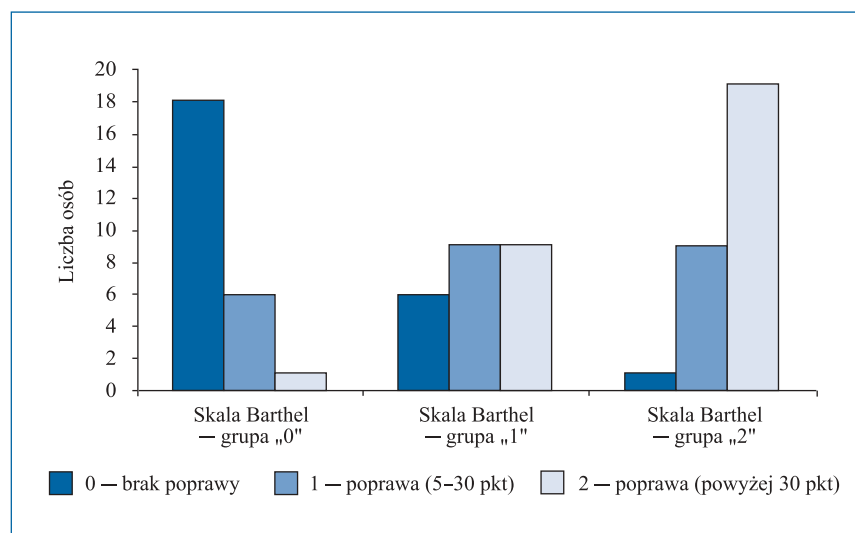
Figure 4. The influence of family attitude on the better functional condition of patients

Wyniki

Udar mózgu stanowi główną przyczynę niepełnosprawności u osób powyżej 40. roku życia [7, 8]. Rocznie rejestruje się w Polsce około 60 000–70 000 nowych zachorowań. Wśród tych chorych, którzy przeżyli udar, około 70% pozostaje niepełnosprawnymi [9]. Deficyty neurologiczne wywołane udarem mózgu powodują długotrwałe zaburzenia równowagi fizycznej i psychicznej organizmu ludzkiego, prowadząc do stanu zależności od pomocy innych osób. Następstwem tego jest trwała zmiana sytuacji chorego zarówno zdrowotna, jak i społeczna, a w konsekwencji obniżona sprawność życiowa. Poza tym choroba niekorzystnie wpływa na życie pozostałych członków rodziny, często stwarza nowe wyzwania i zakłóca normalne funkcjonowanie. To właśnie rodzina jest głównym, najbardziej znaczącym i pożądanym źródłem wsparcia dla chorego. Oczywiście jest, że nagle lub też postępująco ograniczenie sprawności jednego z członków rodziny pociąga za sobą zmianę roli tych osób w funkcjonowaniu rodziny. Sytuacja

taka zmienia zakres obowiązków w zasadzie wszystkich członków rodziny. Zachodzi konieczność opieki nad osobą niepełnosprawną, poczucia odpowiedzialności za jej los. Udział rodziny w opiece domowej sprawowanej nad osobą niepełnosprawną, jej świadomość i zaangażowanie często przesądzają o rezultatach całego procesu terapii, a jednocześnie decydują o jakości życia osób z ograniczoną sprawnością [10].

Istotne znaczenie dla poprawy stanu funkcjonalnego chorych po udarze mózgu ma wydolność opiekuńczo-pielęgniacyjna rodziny. Jest ona uwarunkowana wieloma czynnikami wewnątrz- oraz zewnątrzrodzinnymi, na które rodzina nie zawsze ma wpływ, na przykład tylko jedna osoba opiekująca się chorym, więcej niż jedna osoba niepełnosprawna w rodzinie, niski stan majątkowy rodziny, brak pomocy z zewnątrz, trudności w dostępie do specjalistycznej opieki medycznej [2, 5]. W badaniach przeprowadzonych nad zmaganiem się rodziny ze stresem wywołanym przewlekłą chorobą somatyczną wykazano, że osobiste zasoby sił i środków członków rodziny,



Rycina 5. Wielkość osiągniętej poprawy w zależności od wyjściowej oceny stanu funkcjonalnego

Figure 5. Improvement of patients' functional condition depending on the a starting functional condition

Tabela 1. Stopień realizacji poszczególnych potrzeb zdrowotnych chorych po udarze mózgu

Table 1. The level of fulfilling specific health needs of cerebral stroke patients

Potrzeby zdrowotne	Stopień realizacji potrzeb zdrowotnych						p — dla analizy wpływu wydolności rodziny
	0 (brak)		1 (niepełny)		2 (pełny)		
Leki	–	–	20	20,4%	62	75,6%	0,068
Rehabilitacja	31	37,8%	21	25,6%	30	36,6%	0,313
Fizjologia	–	–	23	28,1%	59	71,9%	0,205
Odżywianie	–	–	33	40,2%	49	59,8%	0,070
Wsparcie psychiczne	21	25,6%	41	50,0%	20	24,4%	0,811

umiejętne wykorzystanie tych zasobów oraz system wsparcia społecznego rodziny mają zasadniczy wpływ na wydolność opiekuńczą rodziny oraz na umiejętne radzenie sobie z sytuacją stresową w rodzinie [11].

W badanej grupie chorych wydolność opiekuńczą ich rodzin oceniono na podstawie wywiadu środowiskowego oraz danych zebranych od pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej. Dla dokonania analizy wydolności opiekuńczej rodziny ustalono trzy kategorie wydolności: pełna, niepełna i brak wydolności. W przeprowadzonych badaniach własnych wykazano, że liczba osób sprawujących opiekę nad chorym po udarze mózgu ma istotny wpływ na wydolność opiekuńczą rodziny. W grupie 33 chorych, w przypadku których wydolność rodziny oceniono jako pełną, 84,8% stanowiły rodziny, w których opiekę sprawowały co najmniej 2 osoby, a 15,2% — rodziny, w których chorym opiekowała się jedna osoba.

Zdaniem Radochońskiego na wydolność rodziny w zakresie opieki nad przewlekle chorym istotny wpływ mają zarówno osobowe, jak i finansowe zasoby, jakimi dysponuje rodzina. Poza tym, zdaniem autora, na wydolność rodziny wpływa również wsparcie społeczne oraz umiejętność radzenia sobie w nowej zmienionej sytuacji. Z piśmiennictwa wynika, że na wydolność opiekuńczą rodziny istotny wpływ ma również poziom jej obciążenia, który zależy od takich czynników, jak: stan funkcjonalny chorego, stan psychiczny zarówno chorego, jak i członków rodziny, umiejętności radzenia sobie ze stresem oraz od czynników środowiskowych [11].

Opieka sprawowana nad chorym po udarze mózgu przez członków rodziny stanowi rodzaj nieprofesjonalnej opieki oraz wsparcia. Wyniki badań własnych wskazują na istotne znaczenie liczby osób biorących udział w opiece nieprofesjonalnej oraz postawę tych osób

Tabela 2. Wpływ realizacji potrzeb zdrowotnych na stopień poprawy stanu funkcjonalnego chorych w poszczególnych kategoriach oceny wyjściowej**Table 2.** The influence of the realization health needs on the level of better functional condition of patients in the individual categories towards a starting functional condition

Potrzeby zdrowotne	Kategoria oceny wyjściowej		
	0 (0 pkt)	1 (5–25 pkt)	2 (≥ 30 pkt)
Leki	0,172	0,107	0,177
Rehabilitacja	0,059	0,008	0,479
Fizjologia	0,076	0,148	0,383
Odżywianie	0,456	0,440	0,244
Wsparcie psychiczne	0,240	0,099	0,563

wobec chorego. Wydolność opiekuńczą rodzin oceniało również pod kątem występowania powikłań związanych z chorobą oraz niepełnosprawnością. Obecność powikłań pod postacią odleżyn, przykurczów czy przewlekłych infekcji była istotnie związana z wydolnością rodziny. W całej grupie chorych, u których wystąpiły powikłania, stwierdzono niepełną bądź brak wydolności rodziny. Istotny wpływ na wydolność rodziny miała również jej postawa wobec chorego. Rodziny, których postawę oceniono jako opiekuńczą, w 96,4% były w pełni wydolne.

Jaracz i Kozubski, na podstawie przeglądu badań eksperymentalnych opublikowanych w czasopiśmie o międzynarodowym zasięgu, wykazali, że w zdecydowanej większości tych prac nie stwierdzono wpływu profesjonalnego wsparcia społecznego na poprawę jakości życia chorych po udarze mózgu [12]. Wpływ wsparcia udzielanego choremu przez rodzinę na poprawę jakości życia nie był badany, gdyż stanowi oddzielną tematykę.

Deficyty neurologiczne występujące u chorych po udarze mózgu wpływają na kształtowanie się podstawowych potrzeb zdrowotnych tych chorych. Stopień ich zaspokojenia bądź nie ma istotne znaczenie dla przyszłości chorego, jego stanu psychicznego oraz stopnia sprawności pozwalającej na samoobsługę. Zasadniczą rolę w zaspokajaniu potrzeb zdrowotnych chorego po udarze mózgu pełnią członkowie rodziny. To oni sprawują bezpośrednią opiekę nad niepełnosprawnym członkiem rodziny. Ich podstawową rolą jest umiejętne rozpoznawanie potrzeb i problemów chorego oraz ich zaspokajanie. Chory niepełnosprawny często posiada niską samoocenę siebie jako pełnowartościowego człowieka.

Istotne stają się wówczas te potrzeby emocjonalne, które zapewniają poczucie bezpieczeństwa oraz własnej wartości. Potrzeby te powinny być zaspokajane przede wszystkim w rodzinie [13].

Wyniki badań przeprowadzonych przez Wasilewskiego i Klimkowskiego wykazały, że pacjenci po udarze mózgu najbardziej obawiali się utraty zdrowia, spraw-

ności i samowystarczalności po wypisaniu ze szpitala. Obawiali się również osamotnienia. Badacze ci wskazywali również, na podstawie uzyskanych wyników, na znaczne ograniczenia rodziny w zaspokajaniu podstawowych potrzeb chorego, wynikające z ograniczonych dochodów i obciążenia budżetu domowego [14].

W badaniach własnych oceniano stopień zaspokojenia podstawowych potrzeb chorych po udarze mózgu w zakresie regularnego przyjmowania leków, rehabilitacji ruchowej, zaspokajania potrzeb fizjologicznych i higieny osobistej, prawidłowego odżywiania oraz potrzeby wsparcia psychicznego. W przeprowadzonych badaniach wykazano, że stopień realizacji potrzeb chorego nie wpływał w istotny sposób na poprawę stanu funkcjonalnego chorych. Jedynie w grupie chorych, którzy w ocenie wyjściowej osiągnęli 5–25 pkt w skali Barthel, realizacja potrzeby w zakresie rehabilitacji ruchowej miała istotny wpływ na poprawę ich stanu funkcjonalnego. Jest to związane z faktem, że chorzy w tej podgrupie wyjściowo znajdowali się w pośrednim stanie funkcjonalnym i oni rokowali największą poprawę swego stanu przy odpowiednim nakładzie opieki.

Postawy wobec niepełnosprawnych chorych są zróżnicowane i zależą od wielu czynników. Kształtują się od postaw pozytywnych poprzez obojętne aż do negacji i nawet agresji [15, 16]. Wsparcie społeczne jest przejawem pozytywnego stosunku i najbardziej pożądaną postawą społeczeństwa wobec niepełnosprawności.

Kawczyńska-Butrym podaje, że wsparcie społeczne jest uwarunkowane liczbą osób, które wyrażają chęć opieki, zasobami, jakimi te osoby dysponują, oraz zakresem, w jakim wyrażają chęć niesienia pomocy chorym [3]. Dla analizy statystycznej postawy prezentowanej przez członków rodziny wobec chorego uszeregowano według trzech kategorii: postawa opiekuńcza, obojętna i negatywna. Wyniki badań wykazały, że postawa opiekuńcza miała istotny wpływ na poprawę stanu funkcjonalnego chorych, którzy w ocenie wyjścio-

wej osiągnęli 5–25 pkt w skali Barthel. Natomiast w grupach chorych, którzy wyjściowo osiągnęli największej punktów (> 30 pkt) oraz najmniej (0 pkt), postawa rodzin nie miała istotnego wpływu na poprawę ich stanu funkcjonalnego.

Kawczyńska-Butrym w przeprowadzonych badaniach wśród pracowników socjalnych wskazała na wiele zaniedbań ze strony członków rodziny w opiece nad niepełnosprawnymi w rodzinie. W co trzeciej rodzinie osoby niepełnosprawne były zaniedbywane pod względem higieny osobistej oraz ubioru [4].

Na podstawie wyników przeprowadzonych badań oceniono stopień realizacji podstawowych potrzeb zdrowotnych chorych po udarze mózgu, pozostających pod opieką krewnych, oraz wpływ stopnia zaspokojenia tych potrzeb na poprawę stanu chorych.

Wnioski

Spośród podstawowych potrzeb zdrowotnych chorych po udarze mózgu w największym odsetku chorych w pełnym stopniu były realizowane potrzeby w zakresie systematycznego przyjmowania leków oraz zaspokajania potrzeb fizjologicznych.

W najmniejszym odsetku w pełni realizowano potrzeby w zakresie rehabilitacji ruchowej oraz wsparcia psychicznego. Stwierdzono również całkowity brak realizacji tylko tych właśnie potrzeb u niektórych badanych chorych.

Wydolność opiekuńczo-pielęgniacyjna rodzin w zasadniczym stopniu jest uwarunkowana liczbą osób opiekujących się chorym oraz postawą prezentowaną przez członków rodziny względem chorego.

Troskliwa postawa krewnych opiekujących się chorym jest ściśle związana z pełną wydolnością rodziny oraz ma istotny wpływ na poprawę stanu funkcjonalnego chorych po udarze mózgu i brak występowania powikłań chorobowych.

Stopień realizacji potrzeby w zakresie rehabilitacji ruchowej w sposób istotny wpływa na stopień poprawy stanu funkcjonalnego chorych.

Piśmiennictwo

1. de Barbaro B. Pacjent w swojej rodzinie. Springer PWN, Warszawa 1997.
2. Kawczyńska-Butrym Z. Rodziny osób niepełnosprawnych. Raport z badań. IFiS PAN, Warszawa 1994.
3. Kawczyńska-Butrym Z. Elementy socjologii dla pielęgniarek. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2000.
4. Wojtal M., Pirogowicz I. Znaczenie samoopieki i opieki rodziny w życiu przewlekle chorego neurologicznie. *Family Medicine & Primary Care Review* 2006; 8: 505–508.
5. Kawczyńska-Butrym Z. Niepełnosprawność — specyfika pomocy społecznej. Wydawnictwo Naukowe Śląsk, Katowice 1998.
6. Popielski K. Człowiek — wartości — sens. Studia z psychologii egzystencjalnej. Lublin 1996.
7. Kobayashi A., Niewada M., Członkowska A. Udary mózgu — wybrane aspekty epidemiologiczne. http://www.udarmozgu.pl/dla_lekarzy/poglady_aspekty.html; 22.05.07.
8. Markus H.S. Perfuzja mózgowa a udar. *Neurologia Praktyczna* 2005; 6 (5): 39–52.
9. Grabowska-Fudala B., Jaracz K. Obciążenie osób sprawujących opiekę nad chorymi po przebyłym udarze mózgu. *Udar Mózgu* 2006; 8 (1): 42–47.
10. Bishop G. Psychologia zdrowia. Wrocław, Wydawnictwo Astrum 2000.
11. Radochoński M. Rola rodziny w zmaganiu się ze stresem wywołanym chorobą somatyczną. *Problemy Rodziny* 1991; 6: 6–10.
12. Jaracz K., Kozubski W. Znaczenie wsparcia społecznego dla jakości życia chorych po udarze mózgu. *Przegląd wybranych badań eksperymentalnych. Neurologia i Neurochirurgia Polska* 2006; 2 (40): 140–150.
13. Sujak E. Życie jako zadanie. Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 1982.
14. Wasilewski T.P., Klimkowski M. Społeczne wyznaczniki jakości życia w ocenie pacjentów z uszkodzeniami prawej i lewej półkuli mózgu. *Pielęgniarstwo Polskie* 2005; 1 (19): 15–21.
15. Ostrowska A., Sikorska J. Syndrom niepełnosprawności w Polsce. Bariery integracji. IFiS PAN, Warszawa 1996.
16. Rejzner C., Szczygielska-Majewska M. Wybrane zagadnienia z rehabilitacji. Warszawa 1992.