

oraz zawodową umożliwiającą osobie niepełnoprawnej przekształcenie zawodowe, organizację zatrudnienia i opiekę nad niepełnosprawnymi w zakładach pracy).

Celem badań było określenie poziomu funkcjonowania społecznego i zawodowego chorych po przebytych udarze mózgu.

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

Badaniem ankietowym objęto 50 chorych (30 kobiet i 20 mężczyzn, w wieku od 42-96 lat (średnio 66,2), po przebytych udarze niedokrwiennym mózgu (w czasie od 3 miesięcy do 1,5 roku od zachorowania). Ankieta zbudowana była z 36 pytań zamkniętych, dotyczących warunków socjalnych, statusu społecznego i zawodowego, zachorowania, z uwzględnieniem objawów choroby oraz rodzaju i stopnia niepełnosprawności po udarze, a także zmian jakie zaszły w zakresie zawodowym, socjalnym i społecznym, w wyniku choroby.

Do analizy danych uzyskanych z ankiet zastosowane zostały metody statystyki opisowej, korelacje oraz test χ^2 .

WYNIKI BADAŃ

W badanej grupie 17 osób (35%) miało wykształcenie zawodowe, 13 osób (27%) podstawowe, średnie - 12 osób (24%), 7 osób (14%) wykształcenie wyższe.

Po przebytej chorobie 11 osób (22%) nadal pracuje, 5 osób (10%) jest na rencie. U 6 osób (12%) choroba spowodowała utratę pracy, u następnych 6 osób (12%) zaszła potrzeba przekwalifikowania się, w tym 2 osoby (4%) pracują obecnie poniżej swoich kwalifikacji.

Większość chorych (28 osób, 56%) skarży się na złą sytuację materialną, twierdząc że jest ona skutkiem choroby. Znaczne pogorszenie sytuacji materialnej podaje 18 osób (36%).

Potrzeby materialne chorych po udarze zaspokajane są w sposób dostateczny u 22 osób (45%), 17 osób (35%) ocenia zaspokojenie potrzeb w sposób nie dostateczny. Siedem osób (14%) uważa swój stan materialny jako dobry.

Do pomocy finansowej ze strony rodziny lub Opieki Społecznej przyznało się 13 osób. Większość chorych (48 osób, 96%) skorzystało z różnych form rehabilitacji (szpitalna, sanatoryjna, domowa, ambulatoryjna).

Wszyscy badani samodzielnie spożywają posiłki. Większość badanych po przebytej chorobie jest w stanie samodzielnie wykonywać czynności dnia codziennego: 47 osób (94%) samodzielnie chodzi, 43 osoby (86%) nie wymagają pomocy przy utrzymaniu higieny osobistej. Jednak tylko 31 osób (62%) jest w stanie kontrolować wydatki, 24 osoby (48%) opłaca rachunki, 26 osób (52%) samodzielnie korzysta z komunikacji miejskiej, 21 (42%) samodzielnie robi zakupy, 16 osób (32%) gotuje samodzielnie posiłki, 14 osób (28%) samodzielnie dba o dom lub pracuje w ogródku.

Kontakty towarzyskie po chorobie utrzymują 34 osoby (63% ankietowanych). 18 osób (37%) ograniczyło je, podając jako przyczynę niepełnosprawność (w 9 przypadkach, 18%), brak akceptacji (3 osoby, 6%) lub inne powody (6 osób, 12%).

Depresję poudarową, wymagającą leczenia stwierdzono u 16 osób (33%). Objawy depresyjne w postaci zaburzeń snu podają 22 osoby (45%), 7 osób (14%) odczuwa utratę zainteresowań. Obniżenie nastroju lub poczucie winy i krzywdy odczuwa 12 osób, natomiast 14 osób skarży się na zmiany nastroju.

W odczuciu chorych 27 osób (54%) podaje, że jakość ich życia nie uległa zmianie, a 22 osoby (44%) odczuwa pogorszenie jakości życia.

Warunki mieszkaniowe nie zmieniły się po chorobie u 16 osób (32%), natomiast 9 osobom poprawiły się. Miejsce zamieszkania zmuszonych było zmienić 18 osób (14 osób przeprowadziło się rodziny, 4 zostały umieszczone w domu opieki społecznej). Szesnaście osób (33%) uważa warunki mieszkaniowe za dostateczne, 14 osób (29%) mieszka w dobrych warunkach, natomiast 17 osób (34%) ma bardzo dobre warunki mieszkaniowe.. 2 osoby (4%) uważa, że mieszka w bardzo złych warunkach. Po przebytych udarze 40 osób mieszka wspólnie z rodziną (80%), a 10 chorych mieszka samotnie (20% ankietowanych). Jedna osoba (2%) podaje, że jakość jej życia uległa poprawie.

Następnie chorych podzielono na dwie grupy, w zależności od faktu występowania depresji i oceniano liczbę deficytów neurologicznych. Do deficytów zaliczono afazję, niedowład kończynowe, zaburzenia równowagi, zaburzenia pamięci oraz zaburzenia połykania. Wyniki zebrano w Tabeli 1.

Tab. 1. Występowanie depresji u pacjentów w zależności od liczby deficytów neurologicznych (test chi2; istotność statystyczna p<0,05)

Liczba deficytów:	0	1	2	3	4	5
pacjenci bez depresji	12	10	6	1	1	3
pacjenci z depresją	1	4	2	6	3	0

Ocena jakości życia w zależności od liczby ubytków neurologicznych zebrana została w Tabeli 2.

Tab. 2. Ocena jakości życia w odczuciu pacjentów w zależności od liczby deficytów neurologicznych (test chi2; istotność statystyczna p<0,05)

Liczba deficytów	0	1	2	3	4	5
bez zmiany jakości życia	11	11	3	0	1	0
pogorszenie jakości życia	2	3	4	7	3	3

Uzyskano istotnie statystyczne korelacje (na poziomie istotności p<0,05):

- wieku i liczby deficytów neurologicznych wynoszącą 0,59;
- liczby deficytów neurologicznych i aktywności towarzyskiej wynoszącą 0,67;
- występowania depresji i aktywności towarzyskiej wynoszącą 0,44;

OMÓWIENIE

Na podstawie przeprowadzonych badań ankietowych można wyciągnąć wniosek, że większość ankietowanych jest w stanie samodzielnie funkcjonować, jednakże korzystają z pomocy rodziny, co może świadczyć o większym zaangażowaniu i nadopiekuńczości osób z otoczenia. Chory mieszkający wspólnie z rodziną są wspierani psychicznie i materialnie. Często jednak są wyręczani ze wszystkich swoich obowiązków mimo braku niesprawności, co wpływa niekorzystnie na rehabilitację społeczną.

Na obserwowany w badaniach niewielki odsetek osób podejmujących ponownie pracę zawodową po udarze mózgu, oprócz niesprawności, może mieć wpływ także fakt, że najniższa płaca niewiele przewyższa wysokość renty i osoby z niskim poziomem wykształcenia mają zbyt małą motywację do podejmowania pracy zarobkowej.

W badanej grupie osób prawie 50% ankietowanych zrezygnowało z uprzednich form spędzania czasu wolnego tłumacząc to głównie swoją niesprawnością, a także pogorszeniem się sytuacji materialnej. Najczęstszym sposobem spędzania czasu jest oglądanie telewizji.

Zaburzenia depresyjne stwierdzono u 33% (16 osób), co zbliżone jest do danych z literatury.

Analiza statystyczna występowania depresji w zależności od liczby deficytów neurologicznych wykazała częstsze pojawianie się depresji w przypadkach przebiegających z licznymi ubytkami neurologicznymi. Podobny wpływ mają ubytki neurologiczne na jakość życia. Pacjenci odczuwają niższą jakość życia w przypadkach większej liczby deficytów neurologicznych.

Zaobserwowano także większą liczbę deficytów neurologicznych w starszym wieku oraz deprymujący wpływ liczby deficytów neurologicznych i depresji na aktywność towarzyską.

Przeprowadzone badania ponadto potwierdziły fakt, że podeszły wiek i objawy depresji decydują o znacznym ograniczeniu ról społecznych i zawodowych.

WNIOSKI

1. Znaczna część badanych osób po dokonanych udarze mózgu wyraźnie ograniczyła swoje funkcjonowanie społeczne i aktywność zawodową.

2. Chorzy po udarze mózgu są w większości sprawni ruchowo, jednakże w nadmiarze korzystają z pomocy opiekunów.
3. Jakość życia w odczuciu chorych po udarze mózgu ulega znacznemu pogorszeniu, głównie w zakresie sytuacji finansowej.
4. Wraz z ilością ubytków neurologicznych wzrasta odsetek występowania depresji u pacjentów po udarze mózgu.
5. Obserwowane częste występowanie depresji po udarze mózgu jest głównym czynnikiem ograniczającym powrót do życia społecznego.

PIŚMIENNICTWO

1. Adamczyk K. Pielęgowanie chorych po udarach mózgowych. Wydawnictwo Czelej Lublin 2002
2. Banecka-Majkutewicz Z. i wsp. Czynniki ryzyka w udarze niedokrwiennym mózgu. Udar mózgu, nr 1, Tom IV 2002
3. Grochmal S., Zielińska-Charszewska S. Rehabilitacja w chorobach układu nerwowego. PZWL, Warszawa 1986.
4. Krychowiak G. Depresje poudarowe. Postępy psychoterapii i neurologii, 1998, 7 supl. 1(6); (47-50).
5. Kwolek A.: Postępy w leczeniu i rehabilitacji osób po udarze niedokrwiennym mózgu. Rehabilitacja Medyczna, 2002, T.6, nr 1
6. Laidler P. Rehabilitacja po udarze mózgu. PZWL, Warszawa 1996.
7. Retinger-Grzesiułowa M. Neurologia i pielęgniarstwo neurologiczne. Podręcznik dla pielęgniarek PZWL, Warszawa 1996.
8. Sufin L. Ludzie niepełnosprawni w Polsce w świetle badań socjologicznych. Problemy rehabilitacji społecznej i zawodowej, nr 1 (143) 1995.
9. Ugniewska C. Pielęgniarstwo psychiatryczne i neurologiczne. PZWL, Warszawa 1998.
10. Wright B. Psychologiczne aspekty fizycznego inwalidztwa. PWN, Warszawa 1965.

STRESZCZENIE

Celem badań było określenie poziomu funkcjonowania społecznego i zawodowego chorych po przebytym niedokrwiennym udarze mózgu. Autorzy przedstawiają wyniki badań ankietowych przeprowadzonych wśród 50 pacjentów. Ankieta zbudowana była z 36 pytań zamkniętych, dotyczących warunków socjalnych, statusu społecznego i zawodowego, zachorowania, z uwzględnieniem objawów choroby oraz rodzaju i stopnia niepełnosprawności po udarze, a także zmian jakie zaszły w zakresie zawodowym, socjalnym i społecznym, w wyniku choroby. Badania wykazały, że znaczna część badanych osób po dokonanych udarze mózgu wyraźnie ograniczyła swoje funkcjonowanie społeczne i aktywność zawodową, jak również, że wraz z ilością ubytków neurologicznych wzrasta odsetek występowania depresji u pacjentów po udarze mózgu.

SUMMARY

The aim of the study was evaluation of social and professional functioning of patients after cerebral ischemic stroke. The authors present results of questionnaire examinations carried out among 50 patients. The questionnaire consisted of 36 questions, concerning social and professional conditions, the degree of disability and changes in social and professional status and public life. Conclusions. Social functioning professional activity was diminished in most of patients after stroke. Increase of number of neurological deficits results in higher frequency of depression.