

PPWSZ w Nowym Targu

JOLANTA SUŁEK, MARIA PÓŁTORAK,  
WIOLETTA ŁAWSKA, MARIA ZIĘBA, MARIA ŁYŻNICKA

*The knowledge and skill those taking over care of people  
after cerebral stroke*

---

**Wiedza i umiejętności osób przejmujących opiekę nad chorym po udarze mózgu**

Udar jest zespołem klinicznym charakteryzującym się nagłym wystąpieniem ogniskowego, a czasami uogólnionego zaburzenia czynności mózgu wskutek uszkodzenia naczyń mózgowych(1). W postępowaniu z udarem mózgu dąży się do ograniczenia zapadalności na tę chorobę, zmniejszenia śmiertelności oraz poprawy jakości życia po udarze. W świetle deklaracji podpisanej w Helsinborgu na konferencji poświęconej udarom mózgowym celem opieki nad pacjentem z udarem powinno być właściwe leczenie, rehabilitacja oraz pielęgnacja tych chorych, co ma zmniejszyć liczbę oraz nasilenie komplikacji i niedowładu oraz zapobiec występowaniu powikłań (1,2,4). W Polsce zapada na udar ok. 80000 osób rocznie. Ponad połowa z nich traci sprawność, a 20% nie jest zdolnych do samodzielnego życia (1,2,4). Rodzina powinna być wyposażona w wiedzę na temat choroby i posiadać umiejętności, które pozwolą jej na wczesne wykrywanie zaburzeń i powikłań oraz modyfikowanie zachowań dotyczących stylu życia, odżywiania, komunikowania się z pacjentem w przypadku afazji oraz poszukiwania źródeł profesjonalnej pomocy. Rodziny powinny być także poinformowane o konieczności przygotowania domu na przyjęcie osoby niepełnosprawnej.

Celem pracy jest próba oceny; w jakim zakresie i w jakim stopniu opiekunowie są przygotowani do pielęgnacji chorego po udarze w warunkach domowych.

Badaniem objęto 77 losowo wybranych pacjentów oraz ich rodziny. Badania prowadzone były od listopada 2004 r. do końca stycznia 2005 r. w oddziałach neurologicznych szpitali w Nowym Targu, Limanowej, Puławach oraz w oddziałach wewnętrznych szpitali w Rabce i w Zakopanem. Zastosowano metodę analizy dokumentacji medycznej (karty gorączkowe, historie chorób) oraz sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem ankiety własnej konstrukcji. Ankieta zawierała pytania dotyczące orientacji w zakresie czynników predysponujących, objawów i powikłań udaru, konieczności stosowania diety oraz umiejętności radzenia sobie z objawami utrzymującymi się po przebytych epizodzie choroby; tzn. zaburzeniami w komunikowaniu i niedowładami/porażeniami. Próbowano także ustalić, czy stan liczebny rodzin, zajęcia pozostałych członków rodziny pozwolą na zaopiekowanie się osobą chorą i czy warunki finansowe pozwolą na zakup leków, sprzętu i dokonanie niezbędnych udogodnień w wyposażeniu mieszkania.

**DYSKUSJA**

Jak podaje literatura (1,2,6), odpowiednio prowadzona pielęgnacja i rehabilitacja chorych po udarze mózgu znacząco przyczynia się do poprawy jakości ich życia i do zminimalizowania możliwości powikłań wynikających z istoty choroby. Wiadomo, że zapewnienie prawidłowej pielęgnacji przyczynia się do zmniejszenia ryzyka następnego udaru, do poprawy sprawności ruchowej chorych oraz zmniejszenia ryzyka takich chorób jak: zakażenia układu moczowego, infekcje układu moczowego, infekcje układu oddechowego wynikające z unieruchomienia oraz odleżyny i zaparcia. W wyniku przeprowadzonych badań stwierdzono, że znaczna część opiekunów nie posiada wystarczającego

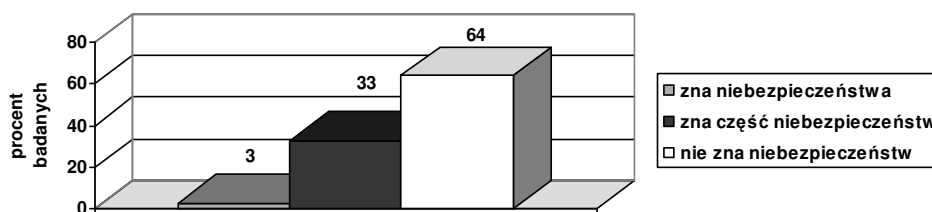
zasobu wiadomości na temat przyczyn choroby, czynników predysponujących oraz powikłań wynikających w dużej mierze z niewłaściwej opieki. Większość opiekunów nie dostrzega zależności pomiędzy sposobem odżywiania chorego i występującym schorzeniem. Nie potrafi także wymienić potraw, których chory nie powinien spożywać, lub może spożywać w ograniczonej ilości. Świadomość bliskiego terminu wypisu chorego ze szpitala nie wpływa mobilizująco na poszukiwanie źródeł informacji o opiece, rehabilitacji ani diecie.

Kolejną ważną kwestią w opiece nad chorym po udarze mózgu jest umiejętność nawiązania satysfakcjonującego kontaktu z chorym w przypadku afazji (1,2,3). Problem dotyczył 62% badanych, z czego 22% oceniło, że nie radzi sobie z występującymi u chorego zaburzeniami komunikowania. Większość (63%) badanych deklaruje, że nie będzie miała możliwości skorzystania z pomocy rehabilitanta mimo negatywnej oceny możliwości pacjenta w zakresie samodzielnej aktywności fizycznej (40%). W związku z brakiem wiadomości na temat ćwiczeń fizycznych, jakie aktualnie i po wypisie do domu powinien wykonywać pacjent, wynik ten nasuwa pesymistyczne prognozy na temat wdrażania chorego do samopielegnacji i zapobiegania powikłaniom wynikającym z długotrwałego unieruchomienia. Większość badanych (73%) potrafi mierzyć i regularnie mierzy ciśnienie tętnicze chorego. Literatura przedmiotu wykazuje, że udogodnienia w przypadku niedowładów są nieodzownym elementem ułatwiającym poruszanie się i wykonywanie czynności samoobsługowych (1,2,3,6). Większość respondentów nie planuje ich zainstalowania; część ze względu na brak możliwości ekonomicznych (21%), większość (44%) nie widzi takiej potrzeby, natomiast 22% ma zamiar zainstalować udogodnienia i wie, jakie – zaś 13% chciałaby zainstalować i ocenia, że ma takie możliwości, ale nie wie, jakie udogodnienia byłyby potrzebne.

## WYNIKI BADAŃ

Największą grupę wśród osób badanych stanowiły rodziny chorych po udarze niedokrwiennym (80%). Wiek chorych wahał się od 48 do 84 lat. Najliczniejszą grupę stanowili pacjenci powyżej 70 r. ż. (64%). Większość osób ankietowanych mieszka na wsi (52%). Opiekunami osób chorych są w 100% ich krewni – najczęściej współmałżonek (58% chorych to osoby pozostające w związku małżeńskim). W 52% przypadków z chorymi mieszkały niepracujące, dorosłe osoby. W znacznym odsetku badanych (39%) rodzina ma pod opieką oprócz chorego dzieci lub inne osoby wymagające opieki. Z jednej strony jest to czynnik korzystny (doświadczenie w opiece) lecz z drugiej – ogranicza fizyczne możliwości sprawowania opieki. Większość badanych przebywała na oddziale ponad tydzień (68%), ale 70% nie orientowało się, kiedy nastąpi wypis chorego do domu. W 17% badanych rodzin jeden z członków pracuje w służbie zdrowia.

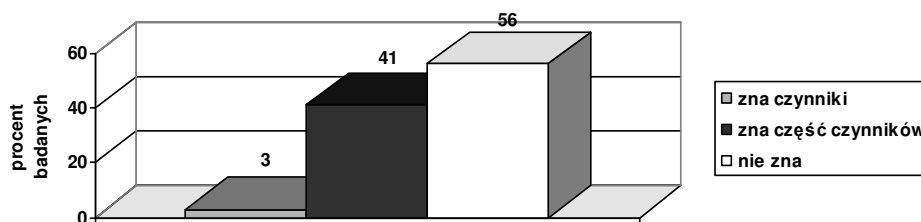
Większość badanych nie potrafiła wskazać objawów poprzedzających udar, czynników predysponujących, sposobów ich eliminowania, ani nie potrafiła wymienić potraw przeciwwskazanych w tym schorzeniu.



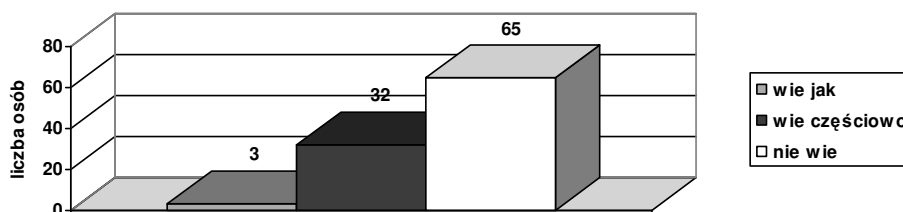
**Tab. 1. Znajomość niebezpieczeństw udaru**

Doświadczenie w opiece nad przewlekle ciężko chorymi ma 32% respondentów, mimo to aż 68% badanych nie oczekuje pomocy w opiece nad chorym. Wśród osób oczekujących pomocy najwięcej pragnęłoby ją uzyskać od pielęgniarki i innych pracowników służby zdrowia (72%) i od otoczenia (56% oczekujących). Część osób (12%) nie wie, od kogo mogłaby uzyskać pomoc. Pomoc od innych osób miałyby obejmować pielęgnację, rehabilitację, uzyskanie świadczeń rentowych. Kilka osób (12%) zgłosiło chęć uzyskania pomocy, lecz nie potrafiło wskazać jej zakresu. Opiekunowie byli proszeni o ocenę możliwości chorego w zakresie samoopieki: 40% oceniło, że podopieczni nie będą

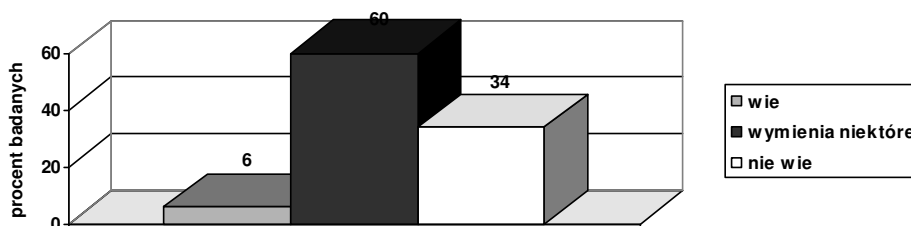
zdolni do samoopieki, 4% nie potrafiło tego ocenić, natomiast 56% osób uznało, że po wypisie ze szpitala chorzy będą sprawni w zakresie samopielęgnacji.



Tab.2. Wiedza na temat czynników predysponujących



Tab.3. Znajomość sposobów eliminowania czynników predysponujących



Tab.4. Znajomość potraw przeciwwskazanych dla chorego

Możliwość skorzystania z pomocy rehabilitanta w warunkach domowych deklarowało 36% badanych. Jednocześnie 74% badanych nie orientowało się, jakie ćwiczenia rehabilitacyjne chory wykonuje aktualnie, a 79% badanych nie potrafiło wskazać ćwiczeń, które pacjent powinien wykonywać po wypisie do domu. Zaburzenia mowy u pacjenta i problemy z komunikowaniem występowały u 60% badanych, z czego 40% deklarowało, że nie radzi sobie z tym problemem.

Tab. 5. Ocena możliwości finansowych dotyczących wydatków na leki, sprzęt i opiekę

Odpowiedź	Tak	Raczej tak	Raczej nie	Nie	Nie dotyczy
Zakup leków	72%	22%	5%	1%	0%
Zastosowanie udogodnień	18%	16%	27%	35%	4%
Zakup sprzętu rehabilitacyjnego	17%	14%	23%	42%	5%
Zatrudnienie osoby do opieki	13%	5%	10%	66%	6%

Wskazówki dotyczące dalszego postępowania opiekunowie otrzymali od: lekarza 55%, pielęgniarki 21%, innych pacjentów 3%, rehabilitanta 6%, znajomych 5%. Niektórzy opiekunowie korzystali z kilku źródeł informacji, a 38% badanych nie otrzymało od nikogo informacji na temat dalszego postępowania. Oczekiwanie na informację deklarowało 74% badanych. Miałyby one dotyczyć pielę-

gnacji (68%) i usprawniania (55%). Osoby, od których badani oczekują informacji, to: lekarz (53%), pielęgniarka (18%), rehabilitant (9%), dietetyk (5%), psycholog (1%) i logopeda (1%).

W analizie statystycznej wykorzystano test niezależności  $\chi^2$ . Wszystkie hipotezy statystyczne weryfikowano na poziomie istotności  $p = 0,05$ .

Nie wykazano zależności między czasem pobytu pacjenta w oddziale a wiedzą opiekunów na temat ćwiczeń rehabilitacyjnych, ani na temat diety. Nie istnieje zależność pomiędzy planowanym wypisem pacjenta a wiedzą opiekunów na temat rehabilitacji ani diety. Nie ma zależności pomiędzy poziomem wiedzy opiekunów na temat rehabilitacji i diety a faktem, że jedna z osób w rodzinie pracuje w służbie zdrowia. Nie istnieje zależność pomiędzy oczekiwaniami dotyczącymi pomocy a wiedzą osób podejmujących opiekę.

#### WNIOSKI

1. Przeważająca ilość osób przejmujących opiekę nad chorym po okresie hospitalizacji nie posiada wystarczającej wiedzy na temat czynników ryzyka udaru, objawów choroby, diety, potraw przeciwwskazanych, powikłań, rehabilitacji oraz udogodnień w domu.
2. Większość badanych potrafi monitorować ciśnienie tętnicze krwi.
3. Możliwości finansowe nie pozwolą znacznej części badanych na zakup niezbędnego sprzętu do rehabilitacji, zainstalowanie udogodnień ani zatrudnienie dodatkowej osoby do opieki. Część badanych ze względu na brak środków nie wykupi wszystkich leków zleconych przez lekarza.
4. Większość badanych nie posiada wystarczających informacji ani umiejętności niezbędnych do przejęcia opieki nad chorym po udarze w domu. Część osób nie wie, gdzie szukać informacji na temat pielęgnacji, rehabilitacji, ćwiczeń logopedycznych oraz diety. Większość respondentów oczekuje informacji od lekarza, znacznie mniejsza ilość od pielęgniarki i innych pracowników służby zdrowia (rehabilitanta, dietetyka).

#### LITERATURA

1. Adamczyk K.: Pielęgniarstwo neurologiczne. Wyd. Czelej Lublin 2000
2. Adamczyk K.: Pielęgnowanie chorych po udarach mózgowych. Wyd. Czelej Lublin 2003
3. Buckman R., Sutcliffe J., Cleese J.: Co trzeba wiedzieć o opiece nad osobą po udarze mózgu. KDC Warszawa 2000
4. Członkowska A., Świdorski W.: Udar mózgu. IPIŃ Warszawa 1998
5. Klimkowski M., Harzyk A.: Neuropsychologia kliniczna. Wydawnictwo UMCS 1994
6. Rożnowska K.: Udar mózgu. Emilia, Agencja Wydawniczo – Usługowa, sc, Kraków 1999

#### STRESZCZENIE

Udar mózgu jest schorzeniem pozostawiającym deficyty w zakresie samoopieki u dużego odsetka chorych. Poza tym wymaga wprowadzenia zmian dotyczących stosowanej diety i trybu życia oraz wyposażenia najbliższego otoczenia chorego w dodatkowy sprzęt. Stwarza konieczność rehabilitacji oraz profilaktyki groźnych dla życia i zdrowia powikłań (1-6). Chorzy są hospitalizowani po udarze mózgu przez okres, który umożliwia wyrównanie stanu ogólnego oraz wyeliminowanie stanów zagrożenia życia. Po okresie hospitalizacji rodzina lub osoby z najbliższego otoczenia przejmują opiekę nad chorym. Celem niniejszej pracy jest ocena, w jakim zakresie osoby przejmujące opiekę nad chorym są przygotowane do jej świadczenia. Jako narzędzie badawcze wykorzystano kwestionariusz oraz analizę dokumentacji medycznej. Pytania zawarte w ankiecie dotyczyły wiadomości na temat czynników ryzyka, przyczyn, objawów i powikłań udaru oraz diety i potraw przeciwwskazanych w tej chorobie. Pytano również o możliwości rodziny dotyczące opieki oraz o plany dotyczące zainstalowania udogodnień i zakupu sprzętu rehabilitacyjnego. Próbowano ocenić, czy opiekunowie wiedzą, gdzie szukać pomocy w uzyskaniu informacji lub świadczeń finansowych. Analiza materiału empirycznego wykazała, że badani posiadają niezadowalający poziom wiedzy na temat objawów, czynników ryzyka, powikłań choroby oraz diety. Nie umieją także wskazać, jakie ćwiczenia rehabilitacyjne chorey powinien wykonywać po wypisie do domu. Większość opiekunów deklaruje, iż nie dysponuje środkami finansowymi na niezbędny sprzęt rehabilitacyjny, udogodnienia i zatrudnienie dodatkowej osoby do opieki. Znaczna część badanych nie wie, gdzie uzyskać potrzebne informacje dotyczące pielęgnacji i

rehabilitacji; większość oczekuje ich od lekarza. Badania wykazały konieczność edukacji dotyczącej pielęgnacji, diety i rehabilitacji oraz źródeł poszukiwania pomocy dla osób opiekujących się chorymi po udarze mózgu w warunkach domowych.

#### **SUMMARY**

Cerebral stroke is a pathological state leading to self-care deficiency among a considerable number of patients. Moreover, it results in changes in the way of living, diet and brings in the necessity to install special equipment in the immediate surroundings. A proper rehabilitation program and preventive measures are necessary in order to avoid complications posing a threat to patient's health and life (1-6). After stroke, patients are hospitalized as long as their general condition is satisfactory and all life hazards eliminated. Once the hospitalization is complete, the family takes care of the patient. The aim of the research below is to assess the ability to provide help to patients by those who undertake to offer such help. Questionnaires and analysis of medical documentation were applied as research tools. Research questions concerned the risk factor, causes, symptoms and complications connected with cerebral stroke as well as the applicable diet and contraindicated foods. Family members were asked about their abilities to provide personal help (also to hire a professional help), fix utensils and buy rehabilitation equipment. Caregivers were also asked if they know where to search for help. Empirical evidence shows that respondents do not have sufficient knowledge about the symptoms, risk factors, complications and diet. They are also not able to name and describe rehabilitation exercises suitable for patients who leave hospital. The majority of caregivers claim that they do not have financial resources to provide necessary rehabilitation equipment, facilities or to hire additional help to take care. Considerable number of respondents does not know where to find necessary information on care and rehabilitation and most of them expect doctors to help. The research shows that appropriate education for caregivers assisting cerebral stroke patients in home environment is necessary in terms of care, diet, rehabilitation and sources of information.