

# Wsparcie społeczne pacjentów po udarze mózgu w okresie hospitalizacji (wyniki wstępne)

Social support among patients after cerebral stroke during hospitalization (preliminary report)

Marcelina Skrzypek<sup>1</sup>, Walenty M. Nyka<sup>1</sup>, Lucyna Wilczewska<sup>2</sup>, Mariusz Siemiński<sup>1</sup>, Magdalena Karwacka<sup>1</sup>, Agata Janowicz<sup>1</sup>, Anna Trybull<sup>1</sup>, Magdalena Kass<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinika Neurologii Dorosłych Akademii Medycznej w Gdańsku

<sup>2</sup>Zakład Pielęgniarstwa Neurologiczno-Psychiatrycznego Akademii Medycznej w Gdańsku

## Streszczenie

**Wstęp.** Wsparcie społeczne to szczególny sposób i rodzaj pomocy udzielanej osobom i grupom pacjentów, głównie w celu mobilizowania ich sił, potencjału i zasobów, aby mogli sami sobie radzić ze swoimi problemami. Celem niniejszej pracy było określenie zapotrzebowania na wsparcie u pacjentów po udarze mózgu w okresie hospitalizacji, z uwzględnieniem deklarowanego oczekiwanego wsparcia i deklarowanej otrzymanej pomocy. Wsparcie społeczne zbadano przy użyciu autorskiego kwestionariusza wywiadu dotyczącego trzech głównych rodzajów deklarowanego wsparcia: emocjonalnego, informacyjnego i instrumentalnego (rozumianego jako wykonywanie specjalistycznych procedur medycznych). Pytania odnosiły się do wczesnej fazy choroby oraz okresu stabilizacji stanu klinicznego.

**Materiał i metody.** Badaniu poddano 50 chorych po udarze mózgu hospitalizowanych na oddziałach neurologii 2 trójmiejskich szpitali. Średnia wieku badanych wynosiła 69 lat, z odchyleniem standardowym 13 lat. U 94% badanych wystąpił niedokrwienny udar mózgu, a u 6% — udar krwotoczny.

**Wyniki.** Od pielęgniarek chorzy otrzymali mniej wsparcia psychicznego i informacyjnego niż oczekiwali w obu fazach choroby. W okresie stabilizacji stanu klinicznego badani oczekiwali więcej wsparcia psychicznego i informacyjnego od lekarzy. Rodziny były w stanie udzielić pacjentom oczekiwanego wsparcia. Spośród badanych 50% było zdecydowanie zadowolonych z otrzymanego wsparcia od pielęgniarek i lekarzy. Oczekiwane wsparcie nie zależało od płci i wieku chorych, zależało natomiast od fazy choroby ( $p < 0,05$ ).

**Wnioski.** Uzyskane wyniki wstępne wymagają poszerzenia grupy badawczej i uwzględnienia dodatkowych zmiennych. Konieczne jest opracowanie skali umożliwiającej ocenę zapotrzebowania na wsparcie wśród chorych po udarze mózgu w okresie hospitalizacji. Ze względu na znaczną potrzebę wsparcia informacyjnego obecnie trwają prace nad stworzeniem dotyczącego go profesjonalnego programu dla pacjentów po udarze mózgu i ich rodzin.

*Słowa kluczowe:* udar mózgu, wsparcie społeczne

## Abstract

**Background.** Social support is understood as a special kind of help, which is delivered to individual person or to groups of patients specially for mobilization their strength, potential and resources to contrive with problems. The purpose of the study was to assess the demand for support in the population of patients after cerebral stroke during hospitalization with declared expected and received support. Social support was assessed using an original questionnaire for patients focused on three domains of declared social support: the emotional support, informative support and technical support (understood as performing specialized medical procedures). Questions apply to acute and post-acute phases of stroke.

**Material and methods.** The researched population was 50 patients hospitalized in Neurology Ward (in Gdansk and Gdynia). The mean age was  $69 \pm 13$ . The majority of patients underwent ischemic cerebral stroke (94%), but 6% had brain haemorrhage.

**Results.** Patients received less emotional and informative support from nurses, than they expected in both phases. During the next days of hospitalization doctors should give more emotional and informative support. The families gave such support, as patients expected. 50% patients were definitively satisfied of received support from doctors and nurses. Expected support does not depend on patients age and sex, but it depends on stroke phase ( $p < 0.05$ ).

**Conclusions.** The researched population should be increased with other variables. We need to make a special scale to assess the demand for support among patients after cerebral stroke during hospitalization. Most patients declared that they received less informative support than they expected so nowadays we are preparing a professional education program for patients after cerebral stroke and their carers.

*Key words:* stroke, cerebrovascular accident, social support

### Adres do korespondencji:

Mgr pielęgniarstwa Marcelina Skrzypek  
Klinika Neurologii Dorosłych AMG, ul. Dębinki 7, 80–211 Gdańsk  
Tel.: 0 58 349 23 00  
e-mail: marcelinaskrzypek@amg.gda.pl  
Praca wpłynęła do Redakcji: 29 marca 2007 roku  
Zaakceptowano do druku: 9 czerwca 2007 roku

## Wstęp

Potocznie wsparcie rozumiane jest jako pomoc, pomaganie [1]. W piśmiennictwie medycznym coraz częściej porusza się problematykę wsparcia społecznego (*social support*). Jest to specyficzny sposób i rodzaj pomocy udzielanej poszczególnym osobom oraz grupom, przede wszystkim w celu mobilizowania ich sił, potencjału i zasobów, aby mogli sami sobie radzić ze swoimi problemami. Wsparcie społeczne wynika z przynależności człowieka do grup społecznych. Dostępne człowiekowi wsparcie społeczne jest konsekwencją jego powiązań z innymi ludźmi, grupami społecznymi, społeczeństwem [2]. Istotną funkcję pełnią również instytucje i organizacje społeczne udzielające pomocy medycznej, społecznej i psychologicznej. Helena Sęk [3] traktuje wsparcie społeczne w kategoriach interakcji wspierającej, w której wyróżnia się osobę wspierającą (pomagającą) i odbierającą wsparcie (wspomaganą). W toku tej interakcji następuje wymiana informacji, emocji, usług czy dóbr materialnych (rzeczowych). Wyróżnia się następujące rodzaje wsparcia społecznego [4]:

- emocjonalne — rozumiane jako dzielenie myśli i uczuć z innymi; umiejętność współodczuwania (empatii); okazanie przychylności, zrozumienia; wsparcie emocjonalne ma na celu zmianę, złagodzenie lub zniwelowanie przeżywanych emocji, może być okazywane przez dotyk terapeutyczny, podnoszącą na duchu rozmowę, życzliwość, również przez przekaz niewerbalny — uśmiech, gest;
- informacyjne — polegające na przekazywaniu informacji lub rad pomocnych w rozwiązaniu określonych problemów, na przykład dotyczących edukacji chorego i jego rodziny;
- instrumentalne (wsparcie usługowe, wsparcie przez świadczenie usług) — mogą to być czynności lub usługi wykonywane na rzecz osoby potrzebującej, na przykład pomoc w czynnościach dnia codziennego, w pracach domowych, w wyjściu na spacer, zrobieniu zakupów, spożywaniu posiłków;
- materialne (rzeczowe) — świadczona pomoc materialna, rzeczowa lub finansowa.

Miarą skuteczności, trafności i efektywności **wsparcia społecznego** jest dopasowanie rodzaju udzielonej pomocy do potrzeb odbiorcy [5].

Biorąc pod uwagę źródła wsparcia społecznego, wyróżnia się: wsparcie profesjonalne — świadczone przez specjalistów, na przykład pielęgniarki, lekarzy, psychologów oraz wsparcie nieprofesjonalne, na przykład rodziny, sąsiadów [6].

Wsparcie to forma oddziaływania, która łagodzi stres i napięcie, pomaga rozwiązywać problemy. Wpływa ono korzystnie na zdrowie ludzkie — na przebieg choroby i jej leczenie. Wsparcie społeczne jest niezwykle istotne w przypadku wystąpienia sytuacji stresującej, jaką w życiu człowieka jest choroba [7]. Dotyczy to szczególnie chorób w jednej chwili zmieniających dotychczasowe życie pacjenta i jego bliskich, takich jak udar mózgu.

Udar mózgu jest trzecią pod względem częstości przyczyną zgonu oraz najczęstszą przyczyną inwalidztwa u osób powyżej 40.–45. roku życia [8]. Szacuje się, że rocznie w Polsce udar mózgu występuje u około 70 tysięcy osób. Połowa z tej grupy pacjentów umiera w ciągu roku, a u połowy pozostają trwałe objawy inwalidztwa [9, 10].

W konsekwencji licznych powikłań udaru mózgu, które są ogromnym obciążeniem fizycznym i psychicznym, znacząco obniża się jakość życia chorych [11–14]. Około 20–25% pacjentów po udarze wymaga stałej opieki, a około 40% — znacznej pomocy w czynnościach dnia codziennego [15]. Chorzy stają się zależni od otoczenia; wymagają pomocy oraz opieki innych osób [16, 17]. Sytuację życiową pacjenta pogarsza występowanie licznych problemów fizycznych i emocjonalnych (niedowład, zaburzenia mowy i niesprawność ogólna). U osób z udarem mózgu często wcześniej obecne są inne schorzenia, na przykład nadciśnienie tętnicze, choroby serca, choroby narządu ruchu, które dodatkowo ograniczają ich aktywność. Zwykle choroba zmienia życie bliskich i opiekunów pacjenta.

Każdego człowieka cechuje indywidualna (subiektywna) potrzeba wsparcia [18]. Znaczny deficyt w zakresie samoopieki i samopielęgnacji w trakcie hospitalizacji wywołuje u chorych potrzebę wsparcia społecznego — zarówno profesjonalnego, jak i nieprofesjonalnego. Dlatego, aby zapewnić optymalną jakość opieki, pielęgnacji i rehabilitacji, już w pierwszych dniach pobytu w szpitalu należy nie tylko określić u chorego deficyt w zakresie samodzielnego zaspokajania potrzeb biopsychospołecznych, ale również deklarowaną potrzebę wsparcia. Najbardziej pożądanym jest, aby dostarczane wsparcie w pełni zaspokajało oczekiwania pacjenta. Ważna wydaje się także analiza niezgodności między deklarowanym oczekiwanym wsparciem a deklarowaną otrzymaną pomocą, która może ułatwić ocenę efektywności udzielanego wsparcia. Dzięki temu personel medyczny może ocenić swoje działania i dopasować je do oczekiwań chorego.

Celem przedstawionych poniżej badań była ocena zapotrzebowania na wsparcie u pacjentów po udarze mózgu w ostrej fazie choroby oraz w okre-

się stabilizacji stanu klinicznego. Uwzględniono również niezgodność między deklarowanym oczekiwanym wsparciem a deklarowaną otrzymaną pomocą. Analizie poddano hipotezę dotyczącą zależności między rodzajem oczekiwanego wsparcia profesjonalnego a fazą choroby.

## Material i metody

### Osoby badane

Do badań włączono 50 chorych (27 kobiet i 23 mężczyzn) w wieku 59–82 lat (śr. wieku 69 lat) hospitalizowanych w Klinice Neurologii Dorosłych Akademii Medycznej w Gdańsku oraz na Oddziale Neurologii i Leczenia Udarów Szpitala Miejskiego w Gdyni. Badania prowadzono od stycznia do kwietnia 2006 roku.

Kryteria włączenia do badanej grupy były następujące: rozpoznany przez neurologa udar mózgu — niedokrwienny lub krwotoczny (potwierdzony za pomocą tomografii komputerowej), zachowana świadomość u pacjenta, możliwy do nawiązania kontakt słowno-logiczny (wykluczona przez neurologa afazja). Udar mózgu określano zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) jako „nagłe pojawienie się ogniskowego deficytu neurologicznego lub uogólnionych zaburzeń czynności mózgu, które, jeśli wcześniej nie spowodują zgonu, utrzymują się dłużej niż 24 godziny i nie mają innej przyczyny niż naczyniowa” [18].

### Metody badawcze

Na podstawie wywiadu *face-to-face* z użyciem autorskiego kwestionariusza (*patrz* „Kwestionariusz wywiadu z pacjentem po udarze mózgu”) określano zapotrzebowania na wsparcie społeczne u pacjentów po udarze mózgu. Odpowiedzi respondentów nanoszono na wcześniej przygotowany skategoryzowany kwestionariusz.

Badano deklarowaną potrzebę wsparcia emocjonalnego, informacyjnego i instrumentalnego (**wsparcie oczekiwane**) oraz deklarowane otrzymane wsparcie. Zmienne te określano w ostrej fazie udaru, jak również w okresie stabilizacji stanu klinicznego. Pozwoliło to ocenić zapotrzebowanie na wsparcie oraz niezgodność między deklarowanym oczekiwanym wsparciem a deklarowaną otrzymaną pomocą — na wstępnym i końcowym etapie hospitalizacji chorego.

Jako źródła wsparcia przyjęto lekarzy, pielęgniarki (wsparcie profesjonalne) i rodzinę (wsparcie nieprofesjonalne). Respondent mógł wybrać źródła wsparcia, od których oczekuje pomocy i ją otrzymuje.

Metodami pomocniczymi była analiza dokumentacji oraz obserwacja kliniczna chorego. Dodatkowo, przy użyciu skategoryzowanego arkusza, dokumentowano zmienne społeczno-demograficzne oraz dane kliniczne.

Stan funkcjonalny badanych diagnozowano za pomocą 100-punktowej Skali Barthel (BI, *Barthel Index*), dokonując oceny samodzielności chorego w zakresie czynności dnia codziennego (ADL, *activities of daily living*). Pacjentów skategoryzowano, przyjmując za Jorgensenem [19] następujące przedziały niesprawności: BI 0–20 pkt. — bardzo poważna niesprawność; 25–45 pkt. — poważna niesprawność; 50–70 pkt. — średnie nasilenie niesprawności; 75–95 pkt. — lekka niesprawność i 100 pkt. — pełna sprawność.

Badania przeprowadzono w okresie stabilizacji stanu klinicznego (> 5.–6. doby od chwili wystąpienia udaru). W dniu badania chory określał obecne zapotrzebowanie na wsparcie społeczne oraz retrospektywnie potrzebę wsparcia w ostrej fazie choroby.

Zebrane dane oceniono statystycznie, uzyskując dane procentowe, średnie arytmetyczne i odchylenia standardowe. W celu zidentyfikowania zależności między zmiennymi posłużono się testem nieparametrycznym ( $\chi^2$ ) w programie Microsoft Excel z pakietu Office 2000. Przyjęto poziom istotności  $p$  równy 0,05.

Badania przeprowadzono za zgodą Niezależnej Komisji Bioetycznej do Spraw Badań Naukowych przy Akademii Medycznej w Gdańsku.

## Wyniki

Analiza zmiennych społeczno-demograficznych wykazała, że badani chorzy to w większości osoby pozostające w związku małżeńskim (58%), natomiast owdowiałych było 30% ankietowanych. Połowa respondentów (50%) miała wykształcenie średnie, a 44% — podstawowe lub zawodowe. Większość badanych była na emeryturze (64%).

Prawie u wszystkich badanych (94%) rozpoznano niedokrwienny udar mózgu, natomiast czynniki ryzyka udaru stwierdzono u 86% pacjentów. Najczęściej występowały nadciśnienie tętnicze (74%) i choroby serca (48%). Charakterystykę kliniczną badanej grupy przedstawiono w tabeli I.

Średnia wartość w Skali Barthel w badanej grupie wynosiła 63 punkty, co klasyfikowało pacjentów do III kategorii — średniego nasilenia stopnia niesprawności. Szczegółowe dane dotyczące stanu funkcjonalnego badanych chorych ilustruje tabela I. Określenie stopnia ich niesprawności jest niezwykle istotne dla oceny deficytu samoopieki

**Tabela I. Charakterystyka kliniczna badanych chorych (n = 50)**

**Table I. Clinical characteristic of stroke subjects (n = 50)**

<b>Charakterystyka Characteristic</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Typ udaru Type of stroke</b>		
Niedokrwienny <i>Ischaemic</i>	47	94%
Krwotoczny <i>Haemorrhage</i>	3	6%
<b>Choroby towarzyszące Concomitant diseases</b>		
Nadciśnienie tętnicze <i>Hypertension</i>	37	74%
Cukrzyca <i>Diabetes</i>	12	24%
Zakrzepica <i>Thrombosis</i>	3	6%
Choroby serca <i>Heart disease</i>	24	48%
<b>Deficyt funkcjonalny (BI, Barthel Index) Functional deficits (BI)</b>		
Bardzo poważny <i>Very severe</i>	4	8%
Poważny <i>Severe</i>	16	32%
Średni <i>Mild</i>	8	16%
Lekki <i>Moderate</i>	15	30%
Pełna sprawność <i>Independent</i>	7	14%
Średni BI <i>BI mean</i>	63	

i samopielęgnacji, a tym samym — dla oceny stopnia zapotrzebowania na wsparcie instrumentalne od personelu medycznego i rodziny.

Z tabeli II wynika, że w ostrej fazie udaru mózgu największy odsetek chorych (70%) oczekiwał wsparcia emocjonalnego rodziny. W tym samym czasie najwięcej pacjentów (38%) liczyło na wsparcie informacyjne lekarzy. Prawie 70% badanych deklaroowało, że oczekiwała pomocy instrumentalnej od lekarzy i pielęgniarek. W badaniach wykazano znaczną niezgodność w zakresie wsparcia emocjonalnego uzyskanego od lekarzy (24%) i pielęgniarek (14%) na tym etapie choroby. W odniesieniu do pielęgniarek zaobserwowano również nieznaczną różnicę (8%) w świadczeniu wsparcia informacyjnego.

Jak wynika z tabeli III, w okresie stabilizacji stanu klinicznego pacjenci deklarowali, że najbar-

dziej oczekiwali pomocy od rodziny; na emocjonalne wsparcie liczyło 74% chorych, a na informacyjne — 56%. Na tym etapie choroby wsparcia instrumentalnego od lekarzy oczekiwało 70% respondentów, a od pielęgniarek — 60%. Niezgodność w deklarowanym uzyskanym wsparciu emocjonalnym od pielęgniarek wynosiła 20%, a od lekarzy — 6%. Różnica dotyczyła także wsparcia informacyjnego otrzymanego od lekarzy (deficyt = 20%) i pielęgniarek (deficyt = 16%).

Przeanalizowano wsparcie informacyjne udzielane przez personel medyczny. Spośród chorych 90% deklaroowało, że nie zapoznano ich z prawami pacjenta, 92% badanych nie zostało poinformowanych o konieczności adaptacji mieszkania przed powrotem do domu, a 74% — o zasadach samokontroli, samopielęgnacji i prozdrowotnym stylu życia. O tym, w jaki sposób zapobiegać powikłaniom po udarze mózgu, nie wiedziało 66% respondentów. Żaden z badanych nie uzyskał informacji na temat możliwych form pomocy, istnienia grup wsparcia i stowarzyszeń samopomocowych.

Pacjentów zapytano także o stopień zadowolenia z otrzymanego wsparcia od lekarzy, pielęgniarek i rodziny oraz o subiektywną ocenę wsparcia otrzymanego w ostrej fazie udaru mózgu i w okresie stabilizacji stanu klinicznego.

Zastosowano 5-stopniową skalę, w której 1 oznaczało „zdecydowanie niezadowolony”, a 5 — „zdecydowanie zadowolony”. W obu fazach choroby pacjenci byli zdecydowanie zadowoleni ze wsparcia społecznego otrzymanego od lekarzy i pielęgniarek (50%) oraz od rodziny (80%).

Stwierdzono statystycznie istotną zależność między oczekiwaniem na wsparcie emocjonalne, informacyjne i instrumentalne od pielęgniarek a fazą choroby ( $p = 0,05$ ). Natomiast w odniesieniu do lekarzy statystycznie istotną zależność wykazano jedynie między oczekiwaniem na wsparcie informacyjne a fazą choroby ( $p = 0,05$ ). Pozostałe zmienne niezależne — wiek i płeć badanych — nie miały istotnego statystycznie wpływu na wsparcie oczekiwane od personelu medycznego.

## Dyskusja

W sytuacji wystąpienia choroby zagrażającej życiu i znacząco zmieniającej jakość życia, jaką niewątpliwie jest udar mózgu, istnieje potrzeba wsparcia chorych. Większość osób po udarze mózgu nie jest w stanie samodzielnie zaspokajać swoich potrzeb biopsychospołecznych. Podczas hospitalizacji głównym źródłem wsparcia społecznego dla chorych są lekarze i pielęgniarki oraz członkowie rodzin.



Tabela II. Zapotrzebowanie na wsparcie społeczne u pacjentów po udarze mózgu, w ostrej fazie choroby (deklarowane wsparcie)

Table II. The demand for social support among patients after cerebral stroke, in the acute phase (declared support)

Rodzaj deklarowanego wsparcia <i>Kind of declared support</i>	Lekarz <i>Doctor</i>		Pielęgniarka <i>Nurse</i>		Rodzina <i>Family</i>	
	n	%	n	%	n	%
Wsparcie emocjonalne <i>Emotional support</i>						
Oczekiwane <i>Needed</i>	3	6%	15	30%	35	70%
Otrzymane <i>Received</i>	15	30%	8	16%	36	72%
Wsparcie informacyjne <i>Informative support</i>						
Oczekiwane <i>Needed</i>	19	38%	12	24%	23	26%
Otrzymane <i>Received</i>	19	38%	8	16%	27	54%
Wsparcie usługowe (instrumentalne) <i>Technical support</i>						
Oczekiwane <i>Needed</i>	34	68%	34	65%	21	42%
Otrzymane <i>Received</i>	38	76%	35	70%	21	42%

Tabela III. Zapotrzebowanie na wsparcie społeczne u pacjentów po udarze mózgu, w okresie stabilizacji stanu klinicznego (deklarowane wsparcie)

Table III. The demand for social support among patients after cerebral stroke, in the post acute phase (declared support)

Rodzaj deklarowanego wsparcia <i>Kind of declared support</i>	Lekarz <i>Doctor</i>		Pielęgniarka <i>Nurse</i>		Rodzina <i>Family</i>	
	n	%	n	%	n	%
Wsparcie emocjonalne <i>Emotional support</i>						
Oczekiwane <i>Needed</i>	14	28%	22	44%	37	74%
Otrzymane <i>Received</i>	11	22%	12	24%	37	74%
Wsparcie informacyjne <i>Informative support</i>						
Oczekiwane <i>Needed</i>	22	44%	20	40%	28	56%
Otrzymane <i>Received</i>	12	24%	12	24%	26	52%
Wsparcie usługowe (instrumentalne) <i>Technical support</i>						
Oczekiwane <i>Needed</i>	35	70%	30	60%	23	46%
Otrzymane <i>Received</i>	39	78%	33	66%	24	48%

Podjęta tematyka badań jest mało zbadanym obszarem. Należy pamiętać, że uzyskane dane to subiektywna opinia chorych, na którą mogło wpływać wiele zmiennych zakłócających, takich jak:

nastawienie pacjenta, jego osobowość, występująca depresja.

W piśmiennictwie nie ma doniesień o badaniach, w których poruszano by problematykę po-

trzeby wsparcia wśród chorych po udarze mózgu w trakcie hospitalizacji oraz uwzględniano by niezgodność między deklarowanym oczekiwanym wsparciem a otrzymaną pomocą. Jedynie w badaniach Krystyny Jaracz i Wojciecha Kozubskiego [20] można znaleźć informacje o wsparciu emocjonalnym i jego wpływie na jakość życia chorych po udarze mózgu.

Uzyskane wyniki wstępne można rozpatrywać jako efekt współczesnych zmian zachodzących w strukturze zatrudnienia personelu w polskich szpitalach. Ze względu na braki personelu, pielęgniarki ograniczają się głównie do wykonywania czynności instrumentalnych, opiekuńczo-pielęgnacyjnych i nie mogą poświęcić chorym wystarczająco dużo czasu. W przypadku wystąpienia niezgodności między deklarowanym oczekiwanym wsparciem a deklarowaną otrzymaną pomocą chorzy

często „usprawiedliwiali” tę sytuację właśnie zbyt małą liczbą personelu, a tym samym — zbyt małą ilością czasu przeznaczanego dla pacjenta.

### Wnioski

1. Przedstawione wyniki wstępne wymagają poszerzenia grupy badawczej i uwzględnienia dodatkowych zmiennych.
2. Istnieje konieczność opracowania skali umożliwiającej ocenę zapotrzebowania na wsparcie wśród chorych po udarze mózgu w okresie hospitalizacji.
3. Ze względu na znaczną potrzebę wsparcia informacyjnego obecnie trwają prace nad stworzeniem dotyczącego go profesjonalnego programu dla pacjentów po udarze mózgu i ich rodzin.

## KWESTIONARIUSZ WYWIADU Z PACJENTEM PO UDARZE MÓZGU Wersja autorska

### INSTRUKCJA WYPEŁNIANIA KWESTIONARIUSZA:

wybraną odpowiedź należy zaznaczyć krzyżykiem ☒

#### 1. Płeć:

- K  
 M

#### 2. Wiek:

#### 3. Stan cywilny:

- panna/kawaler  
 mężatka/żonaty  
 rozwiedziona/rozwiedziony  
 wdowa/wdowiec

#### 4. Wykształcenie:

- podstawowe  
 zawodowe  
 średnie  
 wyższe

#### 5. Miejsce zamieszkania:

- miasto  
 wieś

#### 6. Typ udaru:

- udar niedokrwienny  
 udar krwotoczny

**7. Czas pobytu w szpitalu:**

..... (liczba dni)

**8. Choroby współistniejące:**

- choroba niedokrwienna serca (choroba wieńcowa)
- cukrzyca
- nadciśnienie tętnicze
- zakrzepica
- hipercholesterolemia/hiperlipidemia (podwyższone lipidogram i trójglicerydy)

**9. Choroby przebyte wcześniej:**

- zawał serca
- niedokrwienny udar mózgu
- krwotok mózgowy
- krwawienie podpajęczynówkowe
- incydent TIA (przemijający niedokrwienny udar mózgu)

**10. Proszę odpowiedzieć:**

Tak    Nie

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Czy w trudnej sytuacji szuka Pan(i) osoby, z którą mógłby(mogłaby) porozmawiać? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Czy w trudnych sytuacjach prosi Pan(i) innych o pomoc?                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Czy w momencie przygnębienia pragnie Pan(i) podniesienia na duchu?              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**11. Co rozumie Pan(i) pod pojęciem wsparcia?**

.....

**OSTRA FAZA CHOROBY**

**12. Czy w pierwszych dniach pobytu w szpitalu oczekiwał(a) Pan(i) wsparcia od lekarza:**

- tak
- nie

**13. Jakiego wsparcia oczekiwał(a) Pan(i) najbardziej od lekarza w pierwszych dniach pobytu w szpitalu:**

- podniesienia na duchu, „wysłuchania”, akceptacji, zniwelowania lęku, poprawy samopoczucia
- udzielenia różnorodnych informacji, np. dotyczących stanu zdrowia, leczenia, celowości badań, odpowiedzi na ewentualne pytania
- leczenia, terapii, wykonywania badań

**14. Jakie wsparcie otrzymał(a) Pan(i) od lekarza w pierwszych dniach pobytu w szpitalu:**

- podniesienie na duchu, „wysłuchanie”, akceptację, zniwelowanie lęku, poprawę samopoczucia
- udzielenie różnorodnych informacji, np. dotyczących stanu zdrowia, leczenia, celowości badań, odpowiedź na ewentualne pytania
- leczenie, terapie, wykonywanie badań

**15. Czy w pierwszych dniach pobytu w szpitalu oczekiwał(a) Pan(i) wsparcia od pielęgniarek:**

- tak
- nie

**16. Jakiego wsparcia oczekiwał(a) Pan(i) najbardziej od pielęgniarek w pierwszych dniach pobytu w szpitalu:**

- potrzymania za rękę, „wysłuchania”, zainteresowania, jej obecności, akceptacji, dodania otuchy, zrozumienia, zniwelowania lęku, motywowania
- rozmowy/edukacji zdrowotnej, zasięgnięcia opinii, porady
- pielęgnowania, wykonywania zabiegów, pomocy przy czynnościach dnia codziennego

**17. Jakie wsparcie otrzymał(a) Pan(i) od pielęgniarek w pierwszych dniach pobytu w szpitalu:**

- potrzymanie za rękę, „wysłuchanie”, zainteresowanie, jej obecność, akceptację, dodanie otuchy, zrozumienie, zniwelowanie lęku, motywacje
- rozmowę/edukację zdrowotną, zasięgnięcie opinii, poradę
- pielęgnowanie, wykonywanie zabiegów, pomoc przy czynnościach dnia codziennego

**18. Czy oczekiwał(a) Pan(i) wsparcia od rodziny w pierwszych dniach pobytu w szpitalu:**

- tak
- nie

**19. Jakiego wsparcia oczekiwał(a) Pan(i) najbardziej od rodziny w pierwszych dniach pobytu w szpitalu:**

- potrzymania za rękę, „wysłuchania”, zainteresowania, obecności, akceptacji, dodania otuchy, zrozumienia, zniwelowania lęku
- rozmowy — przekazania różnorodnych informacji
- pomocy przy czynnościach dnia codziennego

**20. Jakie wsparcie otrzymał(a) Pan(i) od rodziny w pierwszych dniach pobytu w szpitalu:**

- potrzymanie za rękę, „wysłuchanie”, zainteresowanie, obecność, akceptację, dodanie otuchy, zrozumienie, zniwelowanie lęku
- rozmowę — przekazanie różnorodnych informacji
- pomoc przy czynnościach dnia codziennego

### **OKRES STABILIZACJI STANU KLINICZNEGO**

**21. Czy obecnie oczekuje Pan(i) wsparcia od lekarza:**

- tak
- nie

**22. Jakiego wsparcia najbardziej oczekuje Pan(i) od lekarza obecnie:**

- podniesienia na duchu, „wysłuchania”, akceptacji, zniwelowania lęku, poprawy samopoczucia
- udzielenia różnorodnych informacji, np. dotyczących stanu zdrowia, leczenia, celowości badań, odpowiedzi na ewentualne pytania
- leczenia, terapii, wykonywania badań

**23. Jakie wsparcie aktualnie otrzymuje Pan(i) od lekarza:**

- podniesienie na duchu, „wysłuchanie”, akceptację, zniwelowania lęku, poprawę samopoczucia
- udzielenie różnorodnych informacji, np. dotyczących stanu zdrowia, leczenia, celowości badań, odpowiedź na ewentualne pytania
- leczenie, terapie, wykonywanie badań

**24. Czy obecnie oczekuje Pan(i) wsparcia od pielęgniarek:**

- tak
- nie

**25. Jakiego wsparcia najbardziej oczekuje Pan(i) od pielęgniarek obecnie:**

- potrzymania za rękę, „wysłuchania”, zainteresowania, jej obecności, akceptacji, dodania otuchy, zrozumienia, zniwelowania lęku, motywowania
- rozmowy/edukacji zdrowotnej, zasięgnięcia opinii, rady
- pielęgnowania, wykonywania zabiegów, pomocy przy czynnościach dnia codziennego

**26. Jakie wsparcie aktualnie otrzymuje Pan(i) od pielęgniarek:**

- potrzymanie za rękę, „wysłuchanie”, zainteresowanie, jej obecność, akceptację, dodanie otuchy, zrozumienie, zniwelowanie lęku, motywacje
- rozmowę/edukację zdrowotną, zasięgnięcie opinii, poradę
- pielęgnowanie, wykonywanie zabiegów, pomoc przy czynnościach dnia codziennego



**27. Czy obecnie oczekuje Pan(i) wsparcia od rodziny:**

- tak
- nie

**28. Jakiego wsparcia oczekuje Pan(i) najbardziej od rodziny obecnie:**

- potrzymania za rękę, „wysłuchania”, zainteresowania, obecności, akceptacji, dodania otuchy, zrozumienia, zniwelowania lęku
- rozmowy — przekazania różnorodnych informacji
- pomocy przy czynnościach dnia codziennego

**29. Jakie wsparcie otrzymuje Pan(i) aktualnie od rodziny:**

- potrzymanie za rękę, „wysłuchanie”, zainteresowanie, obecność, akceptację, dodanie otuchy, zrozumienie, zniwelowanie lęku
- rozmowę — przekazanie różnorodnych informacji
- pomoc przy czynnościach dnia codziennego

**30. Kto informuje Pana(i)ą) odnośnie do:**

	Pielęgniarka	Lekarz	Nikt
• Pana(i) praw (m.in. poszanowania godności, intymności; informacji o stanie zdrowia, celowości wykonywanych badań i zabiegów, wyrażenia zgody na hospitalizację i leczenie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• zapoznaje z topografią oddziału	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• zapoznaje z personelem i innymi pacjentami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• istoty choroby	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• czynników ryzyka, przyczyn, objawów choroby	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• zapobiegania ewentualnym powikłaniom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• pożądanego stylu życia i zachowań zdrowotnych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• zasad samokontroli i samopielęgnacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• dalszego leczenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• konieczności rehabilitacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• przygotowania mieszkania do Pana(i) powrotu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• form pomocy, grup wsparcia, stowarzyszeń	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**31. Proszę ocenić wsparcie otrzymane od rodziny, pielęgniarek i lekarzy, w pierwszych dniach pobytu w szpitalu oraz obecnie (stopień zadowolenia), gdzie:**

- 1 — zdecydowanie niezadowolony
- 2 — raczej niezadowolony
- 3 — trudno powiedzieć
- 4 — raczej zadowolony
- 5 — zdecydowanie zadowolony

Kto? Kiedy?	Pierwsze dni pobytu w szpitalu	Obecnie
Rodzina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pielęgniarka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lekarz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Piśmiennictwo

1. Kawczyńska-Butrym Z. red. *Wsparcie społeczne w zdrowiu i w chorobie*. Centrum Metodyczne Doskonalenia Nauczycieli Średniego Szkolnictwa Medycznego, Warszawa 1994.
2. Hupcey J.E.: Clarifying the social support theory-research linkage. *J. Adv. Nurs.* 1998, 27, 1231–1241.
3. Sęk H., Cieślak R. red. *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004.
4. Langford C.P., Bowsher J., Maloney J.P. i wsp.: Social support: a conceptual analysis. *J. Adv. Nurs.* 1997, 25, 95–100.
5. Becelewska D.: *Wsparcie emocjonalne w pracy socjalnej*. Śląsk, Wydawnictwo Naukowe, Katowice 2005.
6. Kawczyńska-Butrym Z.: *Niepełnosprawność — specyfika pomocy społecznej*. Śląsk, Wydawnictwo Naukowe, Katowice 1998.
7. Tobiasz-Adamczyk B., Szafraniec K., Bajka J.: *Zachowania w chorobie. Opis przebiegu choroby z perspektywy pacjenta*. Collegium Medicum UJ, Kraków 1999.
8. Mazur R. red. *Neurologia kliniczna dla lekarzy i studentów medycyny*. Via Medica, Gdańsk 2005.
9. Prusiński A., Domżał T.M., Kozubski W., Szczudlik A.: *Niedokrwienne udary mózgu*. @medica press, Bielsko-Biała 1999.
10. Siebert J., Nyka W.M. red. *Udar mózgu. Postępowanie diagnostyczne i terapia w ostrym okresie udaru*. Via Medica, Gdańsk 2006.
11. Adamczyk K.: *Pielęgnowanie chorych po udarach mózgowych*. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2003.
12. Jaracz K., Kozubski W.: Jakość życia po udarze mózgu. Część I — badanie prospektywne. *Udar Mózgu* 2001, 3, 55–61.
13. Jaracz K., Kozubski W.: Jakość życia po udarze mózgu. Część II — uwarunkowania kliniczne, funkcjonalne i społeczno-demograficzne. *Udar Mózgu* 2001, 3, 63–69.
14. King R.B.: Quality of life after stroke. *Stroke* 1996, 27, 1467–1472.
15. Członkowska A., Niewada M.: Udar mózgu a choroby serca. *Czynniki Ryzyka* 2000, 2–3, 35–42.
16. Astrom M.: Generalized anxiety disorder in stroke patients. A 3-year longitudinal study. *Stroke* 1996, 27, 270–275.
17. Wolfe C.D.: The impact of stroke. *Br. Med. Bull.* 2000, 56, 275–286.
18. De Walden-Gałaszko K.: Motywacja i wsparcie w leczeniu uzależnienia od tytoniu. Materiały z konferencji naukowo-szkoleniowej: Rozpoznawanie i leczenie zespołu uzależnienia od tytoniu. Akademia Medyczna w Gdańsku, Gdańsk 2005.
19. Jorgensen H.S., Nakayama H., Raaschou H.O., Vive-Larsen J., Stoier M., Olsen T.S.: Outcome and time course of recovery in stroke. Part I: Outcome. The Copenhagen Stroke Study. *Arch. Phys. Med. Rehabil.* 1995, 76, 399–405.
20. Jaracz K., Kozubski W.: Znaczenie wsparcia społecznego dla jakości życia chorych po udarze mózgu. Przegląd wybranych badań eksperymentalnych. *Neurol. Neurochir. Pol.* 2006, 40, 140–150.