

# Teraźniejszość i przyszłość w życiu starszych osób z niepełnosprawnością z powodu przebytego udaru mózgu

## Present and future in the lives of elderly people with disability due to stroke

Elżbieta Kamusińska

Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

### Streszczenie

**Wstęp.** Dla osób po przebytych udarach mózgu najważniejszym problemem jest występowanie trwałej niepełnosprawności, która niekorzystnie wpływa na różne obszary życia, sprawność funkcjonalną, zadowolenie, przyszłość. Celem pracy była analiza aktualnej sytuacji życiowej oraz planów na przyszłość pacjentów w wieku  $\geq 65$  lat i więcej usprawnianych z powodu przebytego udaru mózgu. **Materiał i metoda.** Badaniami objęto 86 pacjentów hospitalizowanych w oddziałach rehabilitacji w województwie świętokrzyskim. Średnia wieku grupy wynosiła 70,7 +/- 4 lata; wiek od 65,1 do 79,9 lat. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, technikę wywiadu w oparciu o autorski kwestionariusz, który zawierał informacje na temat liczby przebytych udarów, czasu jaki upłynął od zachorowania, występowania niepełnosprawności, rodzaju ograniczeń powstałych na skutek choroby, samooceny stanu zdrowia i zakresu samodzielności, zadowolenia z życia, głównych życiowych problemów oraz planów na przyszłość i niezbędnej pomocy. **Wyniki.** Tylko 5,5% pacjentów uważało się za osoby sprawne. Głównymi przyczynami niepełnosprawności były trudności lokomocyjne (43,8%) i zaburzenia stanu zdrowia (27,5%). Ponad połowa badanych (57,0%) miała całkowicie ograniczoną samodzielność; a 31,3% - znaczne. Stwierdzono zależność między całkowitym i znacznym ograniczeniem samodzielności oraz wysokim poczuciem niepełnosprawności ( $\text{Chi}^2 = 25,21$ ). Czwarta część pacjentów (43,1%) wskazała na dodatni bilans życiowy, którego podstawą była rodzina. Nieliczni chorzy (10,4%) nadal realizowali własne życiowe plany. Znaczna część osób (76,7%) nie potrafiła określić swoich planów na przyszłość. **Wnioski.** U większość osób udar mózgu spowodował trwałą niepełnosprawność, której przyczynami były zaburzenia lokomocji i pogorszenie stanu zdrowia. Ograniczony zakres samodzielności istotnie wpływał na występowanie niepełnosprawności. Czwarta część osób była zadowolona z własnego życia, szczególnie z posiadania rodziny. Większość badanych nie planowała żadnych przedsięwzięć na przyszłość. (Gerontol Pol 2014, 3, 135-142)

**Słowa kluczowe:** osoba starsza, niepełnosprawność, udar mózgu, następstwa udaru mózgu

### Abstract

**Introduction.** The most important problem for senior citizens who have had a stroke is the occurrence of permanent disability, which affects adversely different areas of their lives, functional performance, satisfaction with life, their future connected with their life plans and with their needs to provide for a better quality of life. The object of the study was to analyze the current situation and future plans of patients aged 65+ rehabilitated in appropriated wards because of a history of stroke. **Material and method.** The study included 86 patients hospitalized in rehabilitation wards in the Świętokrzyskie Province. The mean age of the group was 70.7 +/- 4 years, with actual ages from 65.1 to 79.9. The method of diagnostic survey was used, with the technique of interview and the author's interview questionnaire being applied. The latter included information on the number of strokes, time lapse since contracting the illness, self-estimation of health and degree of independence, satisfaction with life, vital problems and plans, and necessary aid obtained material was subjected to statistical and descriptive analysis. Statistics values of  $p < 0.05$  were considered significant. **Results.** Only 5.5% of patients thought to be non-disabled people. The main causes of disability were the locomotor difficulties (43.8%) and impaired health status (27.5%). More than half of the respondents (57.0%) had completely limited independence, and 31.3% - significantly limited. A relationship was found between total or significant reduction of independence and the high sense of disability ( $\text{Chi}^2 = 25.21$ ). 43.1% of the patients indicated a positive balance in life, which was based on the family. Few patients still pursued their life plans (10.4%), while 76.7% were not able to identify them. **Conclusions.** In the majority of senior citizens, stroke has caused permanent disability resulting from locomotion disorders and disturbances of their health con-

dition. The limited scope of independence had a significant effect on the prevalence of disability. A quarter of the elderly people were satisfied with their life, especially with having a family. The majority of disabled senior citizens did not plan any projects for the future. (*Gerontol Pol* 2014, 3, 135-142)

**Key words:** elderly person, disability, stroke, consequences of stroke

## Wstęp

W populacji osób po przebytych udarze mózgu będących w wieku podeszłym najważniejszym problemem jest występowanie trwałej niepełnosprawności. Współczynnik niepełnosprawności w tej grupie chorych w Polsce jest wysoki i wynosi 70%; w krajach wysoko rozwiniętych – 50% [1]. Trwała niepełnosprawność niekorzystnie wpływa na różne obszary życia osób starszych, zarówno na codzienną sprawność funkcjonalną przejawiającą się w wykonywaniu prostych czy złożonych czynności, na zadowolenie z własnego życia, jak i na przyszłość związaną z planami życiowymi czy potrzebami w zakresie zapewnienia dobrej jakości życia.

Celem pracy była analiza aktualnej sytuacji życiowej oraz planów na przyszłość pacjentów w wieku  $\geq 65$  lat i więcej usprawnianych w oddziałach rehabilitacji z powodu przebytego udaru mózgu.

## Materiał i metoda

Badaniami objęto 86 pacjentów, w tym 40 kobiet (46,5%) i 46 mężczyzn (53,5%) hospitalizowanych w czterech oddziałach rehabilitacji na terenie województwa świętokrzyskiego. Do badań zakwalifikowano chorych na podstawie wstępnego rozpoznania lekarskiego – stan po udarze mózgu, możliwości nawiązania logicznego kontaktu słownego oraz kryterium wieku – co najmniej 65 lat. Udział w badaniach był dobrowolny i anonimowy.

Zastosowano dobór celowy populacji, metodę sondażu diagnostycznego, technikę wywiadu oraz autorski kwestionariusz wywiadu. W ocenie aktualnej sytuacji badanych uwzględniono liczbę przebytych udarów, czas jaki upłynął od zachorowania, który podzielono na następujące kategorie: do 1 roku; od 1 roku do 5 lat oraz powyżej 5 lat; występowanie niepełnosprawności prawnej, biologicznej i jej przyczyny, rodzaje ograniczeń powstałych na skutek choroby, samoocenę stanu zdrowia i zakresu samodzielności, zadowolenie z życia oraz główne życiowe problemy. Natomiast przyszłość w życiu pacjentów z niepełnosprawnością obejmowała plany życiowe i niezbędną pomoc w aktualnej sytuacji życiowej.

Za niepełnosprawność biologiczną przyjęto deklarację co do występowania ograniczeń sprawności funkcjonalnej – poczucie niepełnosprawności w sytuacji, gdy

osoba nie posiadała dokumentu stwierdzającego niepełnosprawność. Natomiast niepełnosprawność prawna wynikała z przepisów prawa i dotyczyła formalnej podstawy kwalifikacji do grupy osób z niepełnosprawnością. W Polsce obowiązują dwa rodzaje orzecznictwa, prowadzone przez różne instytucje, tj. dla celów rentowych (ubezpieczeniowych) – orzecznictwo o niezdolności do pracy prowadzone przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) i Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS) oraz dla celów poza rentowych (poza ubezpieczeniowych) – orzekanie o stopniu niepełnosprawności prowadzone przez zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności.

Dla samooceny stanu zdrowia badanych osób wyodrębniono pięć następujących kategorii: bardzo dobry stan zdrowia, dobry, przeciętny, zły i bardzo zły. Do samooceny zakresu samodzielności przewidziano cztery kategorie odpowiedzi: zakres samodzielności pełny, nieznacznie ograniczony, znacznie ograniczony, ograniczony całkowicie. Wszystkim badanym zadano dwa pytania dotyczące zadowolenia z życia i życiowego sukcesu. W zagadnieniu dotyczącym bilansu życiowego przewidziano następujące odpowiedzi: tak, dlaczego?, nie, dlaczego?, trudno mi powiedzieć.

## Analiza statystyczna

Uzyskany materiał poddano analizie statystycznej i opisowej. Do wykrycia różnic między porównywanymi grupami użyto testu jednorodności  $\chi^2$ . Jako poziom krytyczny orzekania o istotności różnic przyjęto prawdopodobieństwo błędu I rodzaju  $p = 0,05$ . Za istotne statystycznie uznawano wartości statystyk dla  $p < 0,05$ . Analizę statystyczną przeprowadzono przy użyciu programu Statistica wersja 10.

## Wyniki

### Charakterystyka badanej populacji

Średnia wieku grupy badanej wynosiła 70,7 $\pm$ 4 lata; wiek osób wahał się od 65,1 do 79,9 lat. Średnia wieku dla kobiet to 70,6 $\pm$ 3,8 lat, minimum 65,1 – maksimum 79,9 lat; średnia dla mężczyzn – 70,8 $\pm$ 4,2 lat; wiek w przedziale 65,2-79,3 lat.

W badanej grupie subpopulacja mężczyzn była nieznacznie liczniejsza (46 osób, tj. 53,5%) aniżeli subpopulacja kobiet (40 osób, tj. 46,5%). Wśród badanych przeważali pacjenci pozostający w związku małżeńskim (59 osób, tj. 68,6%). Ponad połowa osób starszych (48 pacjentów, tj. 55,6%) posiadała najniższe wykształcenie, czyli niepełne podstawowe lub podstawowe. Główne źródło utrzymania dla większości badanych stanowiła emerytura (74 osoby, tj. 86,0%). Szczegółową charakterystykę badanej grupy przedstawiono w tabeli 1.

**Tabela 1. Ogólna charakterystyka badanej populacji**  
**Table 1. General characteristics of the studied group**

Kategoria	N	%
<b>Płeć</b>		
Kobieta	40	46,5
Mężczyzna	46	53,5
<b>Stan cywilny</b>		
Panna/kawaler	3	3,5
Mężatka/zonaty	59	68,6
Wdowa/wdowiec	24	27,9
<b>Wykształcenie</b>		
Niepełne podstawowe, podstawowe	48	55,6
Zasadnicze zawodowe	14	16,4
Średnie lub średnie policealne	17	19,8
Wyższe	7	8,2
<b>Miejsce zamieszkania</b>		
Wieś	39	45,3
Miasto do 100 tys.	39	45,3
Miasto powyżej 100 tys.	8	9,4
<b>Aktualne źródło utrzymania</b>		
Emerytura	74	86,0
Renta inwalidzka	7	8,2
Renta rolnicza, socjalna i inne niezarobkowe	5	5,8
<b>Ogółem</b>	<b>86</b>	<b>100,0</b>

### *Niepełnosprawność osób w wieku $\geq 65$ lat po przebytych udarach mózgu*

Znaczna większość badanych, tj. 73 osoby (83,6%) uważała się za osobę z niepełnosprawnością; 8 osób (9,3%) miało trudności w skategoryzowaniu siebie do grupy niepełnosprawnych, natomiast 5 pacjentów (5,5%) uznało się za osoby sprawne.

W ocenie pacjentów z niepełnosprawnością biologiczną zasadniczą przyczyną ich niepełnosprawności były trudności lokomocyjne (w poruszaniu się), które występowały u 32 osób (43,8%). Drugą, pod względem wielkości subpopulację stanowili pacjenci, u których przyczyną niepełnosprawności tkwiła w zaburzeniach stanu zdrowia (20 osób -27,5%). Na ograniczenia samodzielności (zależność od innych) wskazało 9 badanych (12,3%). Pozostałe przyczyny dotyczyły niewielkiej grupy chorych i były to: trudności w samoobsłudze (6 osób - 8,2%), trudności lub brak możliwości wykonywania określonych prac (3 osoby - 4,1%) oraz stałe przebywanie w łóżku (3 osoby - 4,1%).

Znaczna część pacjentów (56 osób - 65,1%) posiadała formalne orzeczenie o niepełnosprawności. Najczęściej legitymowali się oni orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności (43 pacjentów - 76,8%). Orzeczenie o umiarkowanym stopniu miało 9 osób (16,1%), a o lekkim - 4 badanych (7,1%).

Niepełnosprawność zarówno prawna, jak i biologiczna występowała u 25 osób (29,1%).

### *Stan zdrowia badanej grupy*

Pacjenci przebyli jeden udar (80 osób - 93,0%), dwa (5 osób - 5,8%) lub trzy (1 osoba - 1,2%). Ponad połowa badanych, tj. 43 pacjentów (53,9%) hospitalizowana była do 1 roku po udarze mózgu. Mniej liczną subpopulację tworzyli pacjenci w okresie do 5 lat po zachorowaniu (37 osób - 46,4%). Najmniejszą grupę stanowili

**Tabela 2. Stan zdrowia a występowanie niepełnosprawności biologicznej w badanej populacji**

**Table 2. The health status and the prevalence of biological disability in the studied population**

Stan zdrowia		Poczucie niepełnosprawności			Razem
		Nie	Tak	Trudno powiedzieć	
Dobry	N	1	2	-	3
	%Kolumny	20,0	2,7	-	3,5
Przeciętny	N	4	31	5	40
	%Kolumny	80,0	42,5	62,5	46,5
Zły	N	-	39	3	42
	%Kolumny	-	53,4	37,5	48,8
Bardzo zły	N	-	1	-	1
	%Kolumny	-	1,4	-	1,2
Ogółem	N	5	73	8	86
	%Kolumny	100,0	100,0	100,0	100,0

chorzy, którzy przebyli udar mózgu ponad 5 lat wstecz – 6 osób, tj. 7,7%.

Stan zdrowia pacjentów przedstawiał się następująco: bardzo dobry – 0,0%; dobry – 3,5%; przeciętny – 46,5%; zły – 48,8%; bardzo zły – 1,2%. Nie stwierdzono istotnych statystycznie zależności między stanem zdrowia i niepełnosprawnością biologiczną (tabela 2).

Na skutek udaru mózgu u pacjentów występowały różnego rodzaju ograniczenia sprawności organizmu. Wśród ograniczeń wszyscy badani wskazywali na trudności w chodzeniu; 69 pacjentów (80,2%) – na trudności w rozumieniu poleceń, a połowa z nich (43 osoby, tj. 50,0%) – trudności w mówieniu. U czterech chorych (4,7%) zaburzenia sprawności obejmowały brak możliwości poruszania się (stałe przebywanie w łóżku), a u jednej osoby (1,2%) – szybkie męczenie się. Dane liczbowe i w odsetkach nie sumują się do podanych wartości, ponieważ u część osób występowało więcej niż jedno ograniczenie sprawności funkcjonalnej.

### **Zakres samodzielności starszych osób z niepełnosprawnością**

Ponad połowa badanej populacji (49 osób, tj. 57,0%) uznała swoją samodzielność jako całkowicie ograniczoną; a blisko trzecia część (27 osób, tj. 31,3%) wskazała na znaczne jej ograniczenie. Pozostali pacjenci ocenili zakres swojej samodzielności na poziomie nieznacznego ograniczenia (9 osób, tj. 10,5%). Tylko jeden pacjent stwierdził, że jest w pełni samodzielny (1,2%).

Stwierdzono istotną statystycznie zależność między zakresem samodzielności i poczuciem niepełnosprawności badanych osób ( $\chi^2 = 25,21$ ;  $df = 6$ ;  $p < 0,0005$ ). W przypadku całkowitego i znacznego ograniczenia samodzielności poczucie niepełnosprawności było wysokie (tab. 3).

### **Bilans życiowy badanych osób**

Najliczniejsza subpopulacja pacjentów (37 osób, tj. 43,1%) wskazała, że jest zadowolona z życia. Niezadowoleni stanowili 20,9% (18 ankietowanych). Stosunkowo liczna grupa nie miała zdania na ten temat (31 osób, tj. 36,0%).

Na podstawie analizy powodów życiowej satysfakcji stwierdzono, że badani cieszyli się: z życia w dobrej rodzinie i otaczających ich przyjaciół (15 osób – 17,4%), ponieważ samo życie jest wartością (8 osób – 9,3%), ze względu na dorobek życiowy (6 osób – 7,0%), pomimo choroby nadal funkcjonowali oraz byli zadowoleni bez podania przyczyny – po 4 chorych (4,7%).

Przyczynami ujemnego bilansu życia były: ograniczenia wynikające z choroby, które wskazało 15 osób (17,4%), niezrealizowane plany życiowe – 2 osoby (2,3%) i brak bliskich – jedna osoba (1,2%).

W analizie zadowolenia z życia w powiązaniu z występowaniem niepełnosprawności biologicznej nie odnotowano statystycznie istotnych zależności.

Znaczna grupa osób (72 pacjentów, tj. 83,7%) wymieniła największe osiągnięcia w swoim życiu. W opinii badanych najważniejszym sukcesem był dorobek życiowy (67 osób, tj. 77,9%) oraz rodzina (58 osób, tj. 67,4%). Pracę oraz inne sukcesy – pomoc innym doceniło dwóch chorych (2,3%). Własnych sukcesów życiowych nie umiało określić 14 badanych (16,3%). Dane liczbowe i w odsetkach nie sumują się do podanych wartości, ponieważ część osób wymieniła więcej niż jeden sukces życiowy.

### **Plany na przyszłość**

Tylko niewielka grupa osób nadal realizowała własne życiowe zamierzenia (9 badanych, tj. 10,4%). Natomiast pozostali badani zaprzestali tej aktywności czę-

**Tabela 3. Zakres samodzielności a niepełnosprawność biologiczna badanych osób**

**Table 3. The scope of independence and biological disability of the studied subjects**

Zakres samodzielności		Poczucie niepełnosprawności			Razem
		Nie	Tak	Trudno powiedzieć	
Pełny	N	1	–	–	1
	%Kolumny	20,0	–	–	1,2
Nieznacznie ograniczony	N	2	5	2	9
	%Kolumny	40,0	6,9	25,0	10,5
Znacznie ograniczony	N	1	23	3	27
	%Kolumny	20,0	31,5	37,5	31,3
Ograniczony całkowicie	N	1	45	3	49
	%Kolumny	20,0	61,6	37,5	57,0
Ogółem	N	5	73	8	86
	%Kolumny	100,0	100,0	100,0	100,0

ściowo (28 chorych, tj. 32,6%) lub zupełnie (17 osób, tj. 19,8%), albo też zmienili dążenia życiowe (17 osób, tj. 19,8%). Była też grupa pacjentów, którzy nie mieli przed zachorowaniem żadnych planów (15 osób, tj. 17,4%).

Nie stwierdzono istotnych statystycznie zależności między realizacją planów życiowych i niepełnosprawnością biologiczną.

Znaczna część osób (66 badanych, tj. 76,7%) nie potrafiła określić swoich planów na przyszłość. Plany pozostałych zebrano na rycinie 1.

### Główne problemy życiowe i niezbędna pomoc w tym zakresie

Znaczna część pacjentów (65 osób, tj. 75,6%) potwierdziła występowanie problemów w życiu codziennym związanych ze stanem zdrowia. Badani wskazali najczęściej na trzy grupy zasadniczych problemów, były to:

- trudności związane z nieprzystosowaniem mieszkania/domu i/lub obejścia domowego do rodzaju niepełnosprawności lub brakiem wody i wygod w domu (34 osoby, tj. 39,5%);
- trudności materialne (21 osób, tj. 24,4%);
- trudności w dostępie do lekarza – długie terminy oczekiwania na wizytę u lekarza specjalisty i znaczna odległość placówek medycznych od miejsca zamieszkania (28 osób, tj. 32,6%).

Inne kategorie problemów, dotyczyły mniejszych grup badanych i obejmowały: samotność (14 osób, tj. 16,3%); problemy w rodzinie i środowisku oraz bariery architektoniczne (po 5 osób, tj. 5,8%).

W opinii badanych niezbędna pomoc w rozwiązywaniu codziennych trudności powinna polegać na: lepszej dostępności działań rehabilitacyjnych (59 osób, 68,6%), pomocy materialnej (12 badanych, 14,0%), opiece i pomocy w codziennym życiu (8 pacjentów, 9,3%), łatwiejszym dostępie do lekarza, głównie specja-

listy (6 osób, 7,0%), pomocy ze strony opieki społecznej (5 badanych, 5,8%). Inne oczekiwania, które zgłosiły 4 osoby (4,7%) dotyczyły: lepszej dostępności do dóbr kultury i do sportu, do usług fryzjerskich, pomocy w rozwiązywaniu problemów z członkiem rodziny nadużywającym alkohol.

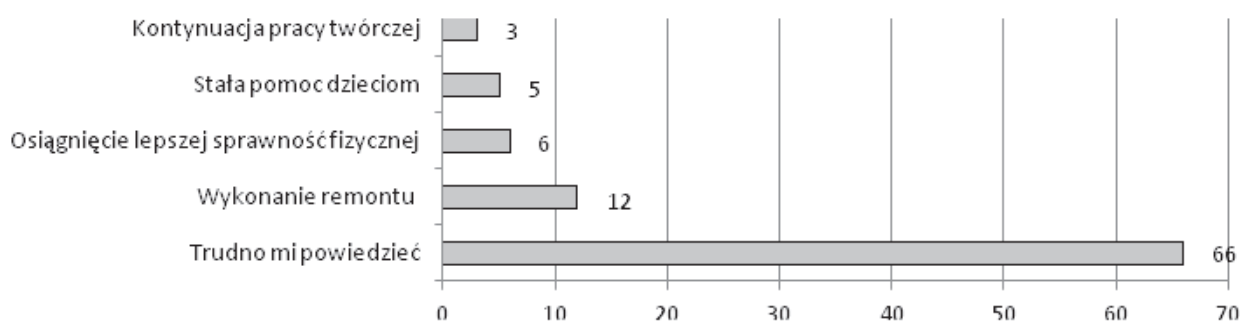
Grupa 21 badanych (24,4%) nie potrafiła określić swoich potrzeb.

### Dyskusja

Nie często podejmowana jest tematyka przyszłości osób starszych z niepełnosprawnością po przebytym udarze mózgu. Natomiast dobrze określono aktualną sytuację tych osób odnosząc się do anatomicznych i funkcjonalnych następstw udaru, współczynnika niepełnosprawności [1, 2] czy też badając jakość życia [3-8].

Następstwa udaru mózgu najczęściej obejmują niedowład połowiczy (*hemiplegia, hemiparesis*), zmniejszoną samodzielność w wykonywaniu codziennych czynności (ADL, *activities of daily living*), afazję oraz często objawy depresji [9]. Zaburzenie sprawności funkcjonalnej oraz występowanie innych objawów chorobowych wpływają na ograniczenie okrojonych już kontaktów społecznych starszych osób i rzutują na satysfakcję z własnego życia. W badaniach własnych stwierdzono, że stan zdrowia pacjentów w wieku > 65 lat po przebytym udarze mózgu był zły (48,8%) lub przeciętny (46,5%). W badanej grupie u wszystkich osób występowały zaburzenia sprawności lokomocyjnej, u znacznej większości zaburzenia w komunikacji interpersonalnej w formie trudności w rozumieniu poleceń (80%) oraz u połowy – trudności w mówieniu, chociaż z badań wykluczono chorych z afazją.

Samoocena zdrowia pacjentów może różnić się od obiektywnych ocen specjalistów, ale nawet poprawa parametrów klinicznych nie zawsze wpływa na progre-



Rycina 1. Najważniejsze plany na przyszłość badanych osób

Figure 1. The most important plans for the future of the studied subjects

sję sprawności funkcjonalnej w zakresie wykonywania czynności codziennych, pełnionych ról w rodzinie czy społeczności sąsiedzkiej [10].

U połowy badanych osób nastąpiło znaczne pogorszenie stanu zdrowia w wyniku udaru. Utrata zdrowia jest jednym z najczęściej występujących „zdarzeń krytycznych po 60. roku życia”, obok utraty kondycji i atrakcyjności fizycznej, utraty bliskich osób, utraty statusu społecznego i ekonomicznego, utraty poczucia przydatności i prestiżu, i świadomość zbliżającej się nieuchronnie śmierci [11].

U znaczącej większości osób starszych (88,3%) występowało całkowite lub znaczne ograniczenie samodzielności, które istotnie wpływało na jakość ich życia wyrażoną poczuciem niepełnosprawności ( $p < 0,0005$ ). Również inni autorzy wskazują na problem następstw udaru mózgu związany z ograniczeniem samodzielności osób w wykonywaniu czynności życia codziennego, który prowadzi do niepełnosprawności i zależności od innych [3, 4]. Badania własne potwierdzają wysoki wskaźnik niepełnosprawności osób w wyniku przebytego udaru mózgu, choć w grupie badanych odsetek ten był wyższy aniżeli w doniesieniach innych badaczy [1, 2] i wynosił 83,6%. Może to wynikać ze zmian inwolucyjnych w okresie starzenia się organizmu, mniejszych zdolności regeneracyjnych układu nerwowego czy ograniczonej dostępności do świadczeń rehabilitacji. Przyczynami niepełnosprawności biologicznej były trudności lokomocyjne, zaburzenia stanu zdrowia, ograniczenie samodzielności i zależność od innych, trudności w wykonywaniu podstawowych i złożonych czynności życiowych. Należy zaznaczyć, że przyczyny poczucia niepełnosprawności, czyli niepełnosprawności biologicznej są zbieżne z następstwami udaru mózgu opisywanymi w piśmiennictwie medycznym [9].

Uwzględnianie w badaniach podmiotowego podejścia do problemu niepełnosprawności podkreśla i wyraża duże znaczenie, poza obiektywnymi wskaźnikami stanu zdrowia – subiektywnej oceny, sądów i odczuć pacjenta [12] tak istotnych wg Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) w ocenie jakości życia [13]. Jednym ze wskaźników jakości życia osób starszych z niepełnosprawnością po przebyciu udaru mózgu jest życiowa satysfakcja (bilans życiowy), którą w pozytywnym wymiarze odczuwało ponad 40% osób, głównie za przyczyną dobrych relacji z kręgiem otaczających ludzi – najczęściej rodziny. Niezadowolony z życia badanych wynikało z ograniczeń spowodowanych konsekwencjami udaru mózgu, niezrealizowanych planów i braku bliskich osób. Wyniki badań innych autorów [3, 5, 6] wskazują, że wyraźnie korzystniejszy bilans życiowy charakteryzuje osoby pozostające w związku małżeńskim, które mogą

zaspakając kontakty społeczne w rodzinie i realizować się w niej. Badacze podkreślają duże znaczenie aktualnej sytuacji na ocenę życia, co w badanej grupie widoczne jest we wszystkich subpopulacjach. Na negatywny bilans życiowy wpływa osamotnienie.

Trzecia część badanych miała trudności w ocenie życiowej satysfakcji, co może wynikać z braku przystosowania się do aktualnej sytuacji – następstw udaru mózgu, ograniczeń samodzielności, sytuacji osobistej, istniejącej niepełnosprawności, itd. Straś-Romanowska twierdzi, że człowiekowi zwykle najtrudniej przystosować się do tego, co już się nie zmieni albo będzie się dalej pogarszać [10], a Sujak dowodzi, iż adaptację do starości utrudnia obniżenie stanu zdrowia i statusu materialnego [11] co możemy obserwować w badanej subpopulacji osób w podeszłym wieku.

W ocenie terażniejszości osób niepełnosprawnych ważne jest poczucie odniesionego przez nich sukcesu życiowego. Dla osób w podeszłym wieku ważne jest stwierdzenie, czy życie konkretnego człowieka zmieniło coś na lepsze [5, 6]. Pacjenci najbardziej docenili swój dorobek życiowy – wybudowanie domu, posiadanie gospodarstwa lub majątku, zdobycie wykształcenia, oraz rodzinę, tj. stworzenie szczęśliwej rodziny, wychowanie i wykształcenie dzieci, wychowanie wnuków. Zdaniem Straś-Romanowskiej ludzie starsi po zakończeniu aktywności zawodowej zdają sobie sprawę, że na podejmowanie nowych wyzwań nie wystarczy już siła, ani czasu i dlatego bardzo refleksyjnie podchodzą do „oceny stopnia urzeczywistnienia własnych celów życiowych” [10]. Przeprowadzone badania potwierdzają ten pogląd, ponieważ blisko piąta część badanych stwierdziła, że przed wystąpieniem udaru nie miała żadnych planów na przyszłość, a  $\frac{3}{4}$  nie potrafiło ich określić w aktualnej sytuacji.

Przyszłość osób starszych z niepełnosprawnością to trudności w ich codziennym życiu oraz potrzeba rozwiązania problemów dla poprawy jakości życia. Występujące trudności były zróżnicowane i obejmowały: brak adaptacji mieszkania lub obejścia domowego do potrzeb starszych osób; trudności materialne, w tym związane ze zwiększonym wydatkami na leki, utrudniony dostęp do lekarza oraz samotność, problemy w rodzinie i środowisku.

Wiele z rozpoznanych problemów można rozwiązać lub zmniejszyć ich uciążliwość dostarczając wsparcia informacyjnego, materialnego, rzeczowego oraz angażując opiekunów, społeczność sąsiedzką do pomocy, np. istnieje system prawny ułatwiający dofinansowanie adaptacji środowiska życia do potrzeb wynikających z niepełnosprawności [14, 15], określone są formalne warunki pomocy materialnej dla potrzebujących i ich

opiekunów [16]. Prowadzone są też działania naprawcze w celu skrócenia kolejek do specjalistów.

Niezbędna pomoc osobom starszym to dla większości badanych ułatwienie dostępu do działań rehabilitacyjnych. Rehabilitacja chorych po przebytych udarach mózgu jest trudna, długotrwała, wymaga zaangażowania wielu specjalistów oraz samego pacjenta, „a efekt tych działań rzadko w pełni satysfakcjonuje obydwie strony” [17]. Następstwa udaru mogą być częściowo odwracalne, ale zależy to m.in. od zastosowanego postępowania terapeutycznego (czas i rodzaj). Wczesne wprowadzenie działań usprawniających, tj. do 3 miesiąca od wystąpienia udaru, jest optymalne dla poprawy i powrotu sprawności funkcjonalnej, w tym podstawowych czynności życiowych [17-23], szczególnie u osób starszych, u których wiek obok późnego rozpoczęcia rehabilitacji i znacznego nasilenia ubytkowych objawów neurologicznych przy przyjęciu do szpitala istotnie wpływają na gorsze rokowanie [24]. Rehabilitacja podjęta w późniejszym okresie również przynosi efekty, ale jest trudniejsza dla pacjenta i terapeutów ze względu na utrwalone nieprawidłowe stereotypy ruchowe [25]. Główny cel złożonego leczenia i usprawniania chorych w kolejno następujących po sobie okresach to ograniczenie deficytów neurologicznych oraz wczesne wprowadzanie indywidualnych programów terapeutycznych dla poprawy jakości życia [17].

Wszystkie obszary życia osób starszych z niepełnosprawnością ulegają zmianom. Warto diagnozować te zmiany poprzez obiektywną ocenę profesjonalistów, jak i podmiotowe poznanie odczuć samych zainteresowanych, aby móc wspierać, modelować, przekształcać rzeczywistość i osoby w podeszłym wieku w niej żyjące.

## Wnioski

1. U większość osób starszych udar mózgu spowodował trwałą niepełnosprawność, której przyczynami były zaburzenia lokomocji i pogorszenie stanu zdrowia.
2. Ograniczony zakres samodzielności istotnie wpływał na występowanie niepełnosprawności biologicznej w badanej populacji.
3. Pomimo niepełnosprawności, czwarta część osób w podeszłym wieku zadowolona była z własnego życia, szczególnie z posiadania rodziny.
4. Większość starszych osób nie planowała żadnych przedsięwzięć na przyszłość.
5. Istnieje potrzeba kontynuowania zaleceń WHO opracowanych przez prof. W. Degę odnośnie wczesnego zapoczątkowania, kompleksowości, dostępności i powszechności rehabilitacji u wszystkich osób po przebytych udarach mózgu.

**Konflikt interesów** – brak

## Piśmiennictwo

1. Kobayashi A., Niewada M., Członkowska A. Udar mózgu – wybrane aspekty epidemiologiczne. <http://www.udarmozgu.pl/>
2. Litwin T., Kobayashi A., Skowrońska M., Członkowska A. Thrombolysis in acute ischaemic stroke within 3 hours of symptom onset: a report of the first 100 cases. *Neurol Neurochir Pol*, 2008; 42: 1-5.
3. McKenzie A.E., Chang AM. Predictors of quality of life following stroke. *Disabil Rehabil*, 2002; 24: 259-265.
4. Jaracz K., Kozubski W. Pomiar jakości życia po udarze mózgu z zastosowaniem polskiej wersji Sickness Impact Profile. *Postępy Rehabil*, 2003;1: 46-52.
5. Gokkaya N.K.O., Aras M.D, Cakci A. Health – related quality of life of Turkish stroke survivors. *Int J Rehabil Res*, 2005; 28: 229-235
6. Nichols-Larsen D.S., Clark P.C., Zeringue A., Greenspan A., Blanton S. Factors influencing stroke survivors' quality of life during subacute recovery. *Stroke*, 2005; 36: 1480-1484.
7. Zalihić A., Markotić V., Zalihić D., Mabić M. Gender and quality of life after cerebral stroke. *Bosn J Basic Med Sci*, 2010;10: 94-99.
8. Bushnell C.D., Reeves M.J., Zhao X. i wsp. Sex differences in quality of life after ischemic stroke. *Neurology* 2014; 18: 922-931.
9. Duncan P.W., Zorowitz R., Bates B. i wsp. Management of Adult Stroke Rehabilitation Care: a clinical practice guideline. *Stroke*, 2005; 36: 100-143.

10. Straś-Romanowska M. Późna dorosłość. Wiek starzenia się. W: Harwas-Napierała B., Trempała J. (red.), Psychologia rozwoju człowieka. Charakterystyka okresów życia człowieka. PWN, Warszawa 2007; t. 2: 263–292.
11. Sujak E. Rozważania o ludzkim rozwoju. Wyd. Gaudium, Lublin, 2006.
12. Samsa G.P., Matchar D.B. How strong is the relationship between functional status and quality of life among persons with stroke? *J. Reh. Res.* 2004; 41: 279–282.
13. Quality of life special report. WHO, Geneva 1992.
14. Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. *Dz.U.* 1997 Nr 123 poz. 776 art. 35a ust. 1.
15. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. *Dz.U.* 2002 nr 96 poz. 861
16. Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej. *Dz.U.* 2004 nr 64 poz. 593
17. Pasek J., Opara J., Pasek T., Sieroń A. Activities of daily living depending on subtype of ischaemic stroke and early rehabilitation. *Udar Mózgu*, 2009; 11: 41–49.
18. Cifu D.X., Stewart D.G. Factors affecting functional outcome after stroke: a critical review of rehabilitation interventions. *Arch. Phys. Med. Rehab.* 1999; 80: 35–39.
19. Diserens K., Michel P., Boguslavsky J. Early mobilization after stroke: review of the literature. *Cerebrovasc. Dis.* 2006; 22: 183–190.
20. Adams H.P. Jr., del Zoppo G., Alberts M.J. i wsp.: Guidelines for the early management of patients with ischaemic stroke. *Circulation* 2007; 115: 478–534.
21. Bernhardt J., Chan J., Nicola I. i wsp.: Little therapy, little physical activity: rehabilitation within the first 14 days of organized stroke unit care. *J. Rehabil. Med.* 2007; 39: 43–48.
22. Lang C.E., Wagner J.M., Edwards D.F i wsp. Upper extremity use in people with hemiparesis in first few weeks after stroke. *J. Neurol. Phys. Ther.* 2007; 31: 56–63.
23. Walker M.F. Stroke rehabilitation: evidence-based or evidence-tinged? *J. Rehabil. Med.* 2007; 39: 193–197.
24. Szczudlik A. Wczesna rehabilitacja po udarze mózgu — znaczenie dla rokowania. *Post. Rehab.* 1999; 1: 117–123
25. Laidler P. Rehabilitacja po udarze mózgu. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2004.