

Problemy opiekunów chorych po udarze mózgu

Problems of stroke patient caregivers

Justyna Maria Morawska*, Aleksandra Gutysz-Wojnicka

Katedra Pielęgniarstwa Wydziału Nauk Medycznych Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie

Streszczenie

Wstęp. Po zakończeniu hospitalizacji z powodu udaru mózgu 68,5% pacjentów wraca do domu, gdzie opiekę nad nimi sprawują: małżonek, dziecko, rzadziej osoby obce lub członkowie dalszej rodziny. Rodzina w Polsce jest podstawową jednostką, która zapewnia opiekę i wsparcie osobom chorym, starym i zniepełniałym. Gwarantuje ona pomoc w zakresie czynności samoobsługowych, gospodarczych, w załatwianiu spraw urzędowych, w przemieszczeniu się, a także zapewnia całodobową opiekę. Z pomocy bezpłatnej opieki formalnej najczęściej korzystają osoby mieszkające samotnie, stanu wolnego. Celem pracy było określenie problemów osób opiekujących się pacjentem po przebytych udarze mózgu, przebywającym w środowisku domowym.

Material i metody. Posłużono się techniką ankietowania. Narzędziem badawczym był kwestionariusz, skonstruowany na potrzeby tej pracy, który zawierał pytania z zakresu poszczególnych sfer życia opiekunów. W badaniu uczestniczyło 30 opiekunów z terenu miasta Olsztyn.

Wyniki i wnioski. Autorzy stwierdzili, że problemy opiekunów dotyczą sfer życia fizycznej, emocjonalnej i społecznej. Niemal połowa opiekunów (47%) zaobserwowała, że po podjęciu opieki zaczęła częściej chorować, a większość nich (73%) deklarowała konieczność zmiany trybu życia. 66% respondentów odczuwało satysfakcję ze sprawowanej opieki, 20% – złość na chorego, a 43% stwierdziło, że chory robi im na złość. Ponad połowa opiekunów (60%) ograniczyła kontakty towarzyskie. Jedynie 17% badanych deklarowało konieczność rezygnacji z pracy zawodowej, a 13% – jej ograniczenie. Znaczna część badanych (67%) odczuwała pogorszenie warunków życia. Około 1/3 respondentów (33,3%) stwierdziła, że wystarczające wsparcie daje im rodzina i przyjaciele, zaś 20% badanych oceniło, że wsparcie instytucjonalne jest wystarczające. Najczęściej badani zgłaszali zapotrzebowanie na następujące formy pomocy: pomoc finansową, zastąpienie w opiece nad chorym, pomoc w wykonywaniu czynności opiekuńczych i pielęgnacyjnych oraz poszerzenie wiedzy medycznej. Ponad połowa badanych opiekunów przyznała się do zażywania środków nasennych, przeciwdepresyjnych czy uspokajających.

Udar Mózgu 2008; 10 (2): 83–90

Słowa kluczowe: udar mózgu, opiekun nieprofesjonalny, opieka domowa, doświadczenia życiowe

Abstract

Introduction. When the hospitalization after cerebral stroke is over the 68.5% of patients return home, where they are looked after by a spouse, a child, less frequently a stranger or members of a more remote family. In Poland, the family is a basic unit, which gives care and support to the ill, old, decrepit. Family members provide a 24-hour assistance with self service activities, household duties, taking care of official matters or moving around. Most frequently, it is single people living on their own who take advantage of these free, formal assistance service.

The aim of this paper was to specify the problems that caregivers of patients after cerebral stroke might have as well as to specify the tasks of a nurse in solving these problems.

Material and methods. This thesis uses a survey technique, the research tool being a survey questionnaire was created for the purpose of the paper, and contains questions about particular spheres of the caregivers' lives. In the research 30 caregivers from Olsztyn region have participated.

Result and conclusions. The results of the research show that the caregivers' problems are of physical, emotional and social nature. Almost half of the carers (47%) think that they became more illness-prone after they began their work, and the majority (73%) declares the necessity to change their lifestyles. More than half of the respondents (66%) are satisfied with their work as caregivers, some (20%) feel anger towards their patients, and 43% of respondents think that the patients act out of spite. Only a few respondents had to resign (17%) or limit (13%) their work activities. Quite a lot (67%) feel that their lives have deteriorated. Some respondents (33.3%) think that they get sufficient support from their families and friends, and

Adres do korespondencji:

Aleksandra Gutysz-Wojnicka
ul. Żołnierska 14c, 10–554 Olsztyn
Tel./faks: (0 89) 524 61 54
e-mail: a.gut.wojnicka@uwm.edu.pl
Praca wpłynęła do Redakcji: 21 października 2008 r.
Zaakceptowano do druku: 31 stycznia 2009 r.

20% of the subjects feel that the institutional support is sufficient. In order of frequency of occurrence, the demand for the following forms of help was diagnosed: financial help, substitution in care taking, assistance in care taking and nursing activities, medical help, and others. In result of the physical, emotional and social problems as well as lack of help, more than half of the respondents confirm that they take sleeping pills, sedatives and antidepressants.

Interdisciplinary Problems of Stroke 2008; 10 (2): 83–90

Key words: cerebral stroke, nonprofessional caregiver, home care, life experiences

Wstęp

W Polsce rocznie odnotowuje się 60 000 nowych zachorowań na udar mózgu. W porównaniu z innymi państwami europejskimi Polska ma jeden z najwyższych współczynników umieralności z powodu tej choroby. Udar mózgu pozostawia konsekwencje zdrowotne: w Polsce 70% pacjentów staje się osobami niepełnosprawnymi; w krajach wysoko rozwiniętych gospodarczo odsetek ten jest niższy i wynosi 50% [1].

Po ustaniu ostrej fazy choroby 68,5% pacjentów wraca ze szpitala do domu, gdzie opiekę nad nimi sprawują: małżonek, dziecko, rzadziej osoby obce lub członkowie dalszej rodziny [2]. Rodzina w Polsce jest podstawową jednostką, która zapewnia opiekę i wsparcie chorym, ludziom zniepełniałym, w podeszłym wieku [3].

W momencie kiedy chory wraca do swojego środowiska domowego, podmiotem opieki pielęgniarskiej staje się nie tylko on, lecz także jego opiekun, który ze względu na chorobę bliskiej osoby musi często zmienić styl życia i nauczyć się radzić sobie w zmienionej sytuacji.

Współczesne pielęgniarstwo cechuje holizm, czyli całościowe traktowanie człowieka we wszystkich jego stanach: w zdrowiu, chorobie i we wszystkich sferach życia [4]. Większość fachowej literatury dotyczącej udaru mózgu zajmuje się problemami pacjentów i samą chorobą. Niewiele zaś pozycji jest poświęconych problemom opiekunów tych pacjentów, a przecież zdrowie fizyczne i psychiczne tej grupy ludzi wpływa na samopoczucie i poprawę sprawności chorego.

Celem pracy było rozpoznanie problemów osób opiekujących się pacjentami po udarze mózgu w środowisku domowym. Podjęto próbę odpowiedzi na następujące pytania:

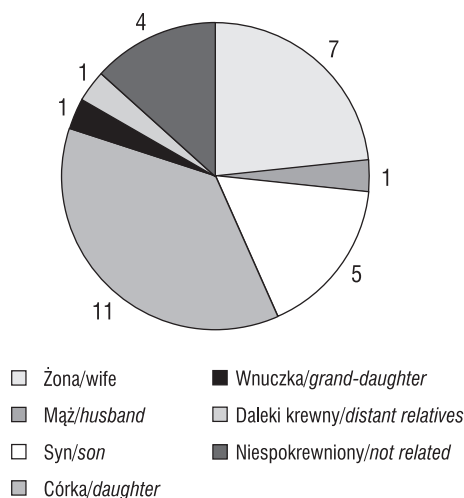
1. Czy opiekunowie pacjentów po udarze mózgu mają problemy wynikające ze sprawowanej opieki i jakiej sfery życia one dotyczą?
2. Czy i w jakim stopniu pielęgniarka może pomóc w rozwiązaniu problemów opiekunów lub jak może zapobiegać ich powstawaniu?
3. Jak opiekunowie oceniają pomoc otrzymywaną ze strony pielęgniarek bądź innych członków zespołu medycznego, a także instytucji pozarządowych?

4. Jakiego rodzaju pomocy oczekują opiekunowie chorych z przebyłym udarem mózgu?

Materiał i metody

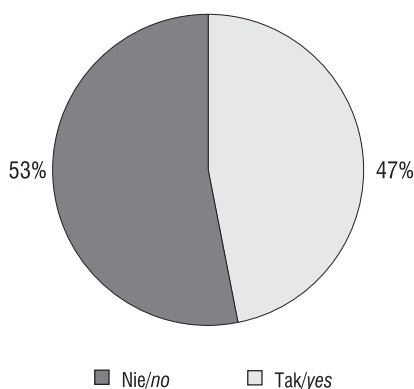
Badaniem objęto 30 osób (6 mężczyzn i 24 kobiety) w wieku 24–83 lat (średnio 56 lat), mieszkających w Olsztynie i opiekujących się w środowisku domowym pacjentami po udarze mózgu. Wśród badanych było 26 osób spokrewnionych z chorymi i 4 osoby spoza rodziny. We wspólnym gospodarstwie domowym z chorym pozostawały 22 osoby, 7 opiekunów mieszkało samodzielnie, jeden mieszkał z podopiecznym tylko wtedy, gdy ten czuł się gorzej. Na rycinie 1 przedstawiono zależności rodzinne opiekunów i chorych. Narzędziem badawczym służącym do realizacji celu był specjalnie opracowany przez autorów kwestionariusz, który się składał z 19 pytań zamkniętych, 4 otwartych i 7 półotwartych (załącznik nr 1, *vide* na końcu artykułu).

Badania przeprowadzono w trybie indywidualnym, a jedynym narzędziem badawczym był kwestionariusz. W okresie od lutego do kwietnia 2008 roku autorka badań wraz z pielęgniarką środowiskowo-rodzinną odwiedzały opiekunów w ich



Rycina 1. Stopień pokrewieństwa między opiekunem a pacjentem

Figure 1. Degree of relationship between carer and patient



Rycina 2. Czy opiekunowie zaczęli częściej chorować?

Figure 2. Have carers frequently become ill?

domach, pozostawiały kwestionariusz do wypełnienia i odbierały go w terminie uzgodnionym z respondentem.

Przed rozpoczęciem badań uzyskano zgodę kierownika przychodni na przeprowadzenie badań wśród pacjentów tejże przychodni. Badania przeprowadzono z zachowaniem zasad poufności i tylko po wyrażeniu zgody przez respondenta.

Wyniki

Osoby badane opiekowały się swoimi chorymi od 3 tygodni do 19 lat, średnio około 5 lat. Na opiekę nad chorym poświęcały 2–24 godzin na dobę, średnio około 9 godzin dziennie, a więc więcej niż wynosi standardowy czas pracy, nie mając przy tym dni wolnych. Wiek podopiecznych wynosił 56–99 lat, średnio 78 lat. Opiekunowie określali sprawność swoich podopiecznych jako dobrą w 13%, lekko ograniczoną — w 27%, znacznie ograniczoną — w 23% i jako zupełnie niesamodzielnych w 37%.

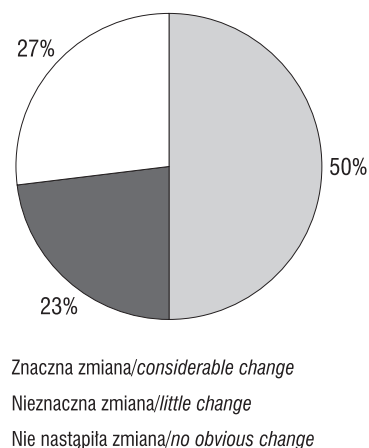
Sfera fizyczna

Respondenci w 60% deklarowali zmęczenie sprawowaną opieką, ale tylko 43% uważało, że z tego powodu nie dosypia. Spora część badanych (47%) uważa, że po podjęciu opieki zaczęła częściej chorować (szczegółowe dane dotyczące tego zjawiska przedstawia ryc. 2).

Znaczna część badanych (43%) stwierdziła, że zaniedbuje swoje potrzeby. Zmianę trybu życia zadeklarowało 73% badanych (ryc. 3).

Sfera emocjonalna

Do aspektów życia dotyczących sfery emocjonalnej zaliczono: odczuwanie negatywnych uczuć w stosunku do chorego, wstyd za jego zachowanie, poczucie satysfakcji ze sprawowanej opieki, wy-



Rycina 3. Zmiana trybu życia respondentów po podjęciu opieki

Figure 3. Change of lifestyle after taking care of respondents

rzuty sumienia z powodu negatywnych emocji odczuwanych w stosunku do chorego.

Poczucie satysfakcji ze sprawowanej opieki odczuwało 66% opiekunów, 27% jej nie odczuwało, a 7% nie wyraziło opinii na ten temat. Jednocześnie 80% opiekunów nie odczuwało złości na chorego, mimo że aż 43% uważało, że chory robi im na złość. Zachowanie chorego w obecności obcych osób w większości przypadków nie budziło wstydu (90%).

Spośród respondentów 53% nie miało wyrzutów sumienia z powodu odczuwania negatywnych emocji w stosunku do chorego, 20% deklarowało tego typu uczucie, a 27% nie udzieliło odpowiedzi na to pytanie.

Sfera społeczna

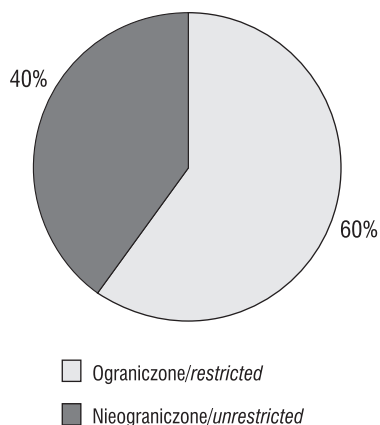
Ograniczenie kontaktów towarzyskich deklarowało 60% badanych, a 30% stwierdziło, że z powodu sprawowanej opieki musiało ograniczyć pracę zawodową lub nawet z niej zrezygnować (ryc. 4, 5).

Zgłaszano również poczucie obniżenia standardu życia opiekunów — 67% badanych deklarowało pogorszenie warunków życia z powodu sprawowanej opieki (ryc. 6).

Wspieranie opiekunów

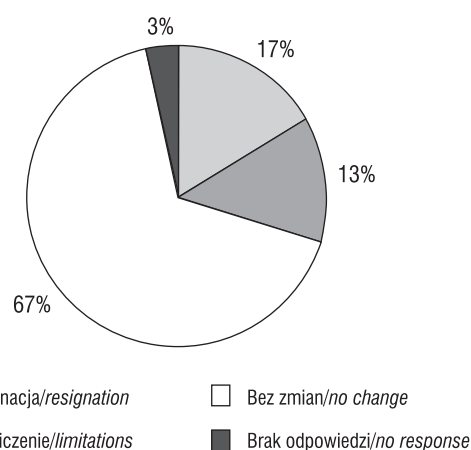
Spośród badanych opiekunów 36,7% stwierdziło, że nie otrzymuje wsparcia ze strony rodziny i znajomych. 63,3% osób badanych deklarowało otrzymywanie takiego wsparcia, ale tylko w 33,3% przypadków było ono uważane za wystarczające (ryc. 7). Źle natomiast oceniono wsparcie instytucjonalne (ryc. 8).

Otrzymywanie wsparcia od instytucji rządowych lub pozarządowych deklarowało 40% opiekunów, z czego 20% uważało, że jest ono wystarczające.



Rycina 4. Poczucie ograniczenia kontaktów towarzyskich

Figure 4. A feeling of social contact restrictions



Rycina 5. Zmiany w pracy zawodowej po podjęciu opieki

Figure 5. Vocational work after undertaking caring

Spośród respondentów 40% otrzymywało pomoc od miejskiego ośrodka pomocy społecznej, 25% — od Stowarzyszenia na rzecz Opieki Długoterminowej, 15% — od zespołu środowiskowej opieki zdrowotnej, 10% — od innych instytucji, do których zaliczono Narodowy Fundusz Zdrowia i wojewódzki szpital specjalistyczny, 5% — od Polskiego Czerwonego Krzyża i domów dziennego pobytu.

Zdaniem respondentów, otrzymywane wsparcie przejawiało się w formie porad medycznych (31%), pomocy materialnej (26%), porad socjalnych (17%), pomocy finansowej (13%), czasu spędzonego z chorym (9%), opieki dziennej nad chorym (4%).

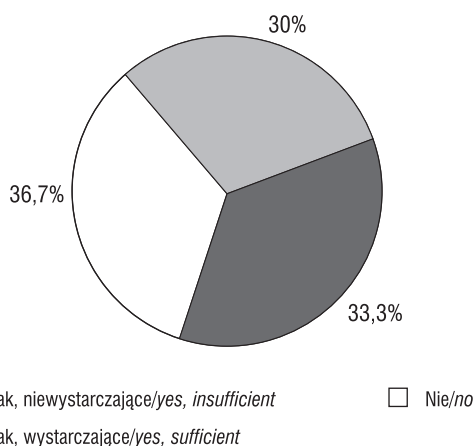
Oczekiwania opiekunów

Opiekunowie oczekiwali pomocy w następującej formie (w kolejności wymieniania; ryc. 9):



Rycina 6. Odczucie zmiany warunków życia opiekunów

Figure 6. Sensing changes in living conditions of carers

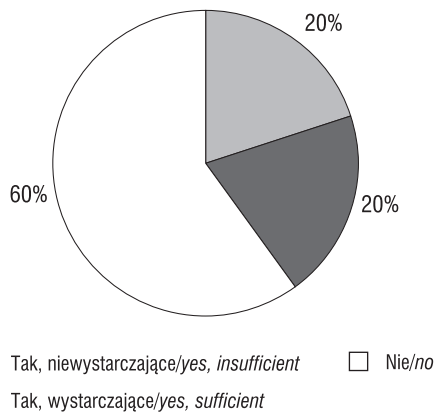


Rycina 7. Wsparcie rodziny i przyjaciół

Figure 7. Support received from friends and family

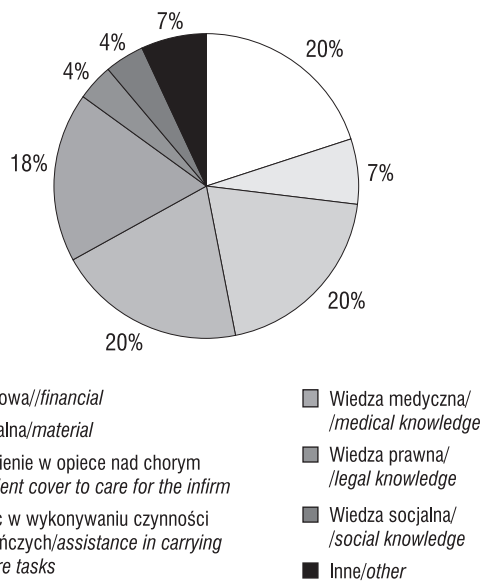
finansowej (20%), zastąpienia w opiece nad chorym (20%), pomocy w wykonywaniu czynności opiekuńczych i pielęgnacyjnych (20%), poszerzenia wiedzy medycznej (18%) i innych (7%), do których zaliczono rehabilitację, opiekę psychologa, spotkania opiekunów w celu wzajemnego wsparcia i wymiany doświadczeń, uzyskania odpowiedniej wiedzy prawnej (4%) i socjalnej (4%).

Respondenci oczekują pomocy (w kolejności wymieniania) od rodziny, pielęgniarki środowiskowej, lekarza rodzinnego, wolontariuszy, instytucji rządowych i pozarządowych, dodatkowo wymieniają psychologa i rehabilitanta (ryc. 10).



Rycina 8. Wsparcie instytucji rządowych lub pozarządowych

Figure 8. Support from government or non-governmental institutions



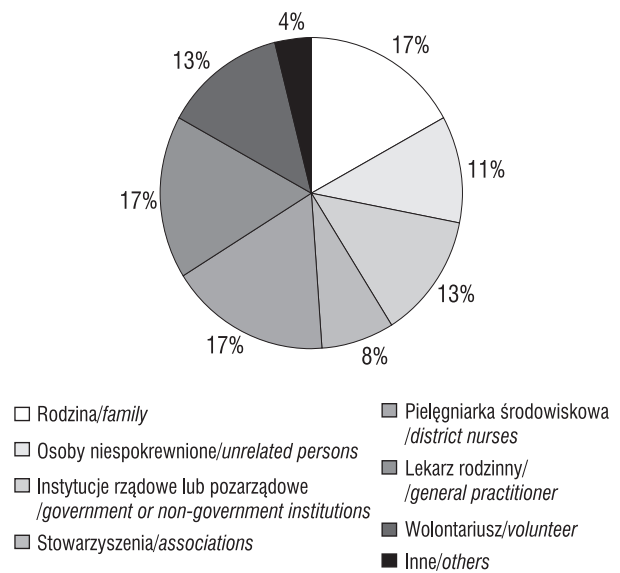
Rycina 9. Formy oczekiwanej pomocy

Figure 9. Expected forms of assistance

Problemy, z jakimi borykają się respondenci w związku z opieką nad chorymi, powodują sięganie przez nich po leki nasenne i psychotropowe: 27% opiekunów regularnie zażywa środki nasenne, przeciwdepresyjne lub uspokajające, a 33% zażywa ich sporadycznie, zatem niemal 60% badanych stosuje tego typu leki (ryc. 11).

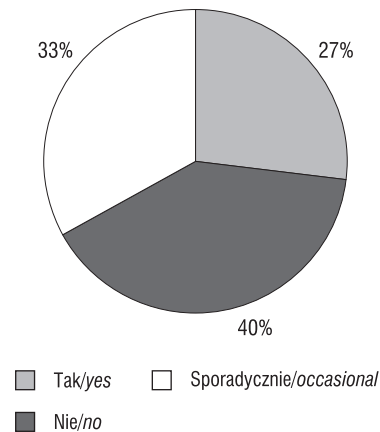
Dyskusja

Wyniki badań autorek wykazały, że opiekunowie pacjentów po udarze mózgu, przebywających w domu, muszą się zmagać z wieloma problemami. Najczęściej dotyczą one sfery społecznej i ekonomicznej ich życia, rzadziej — sfery psychicznej.



Rycina 10. Oczekiwania opiekunów wobec osób, które mogą im służyć pomocą

Figure 10. Expectations of carers to others, who can offer them necessary assistance



Rycina 11. Przyjmowanie środków psychotropowych przez opiekunów

Figure 11. Use of psychoactive substances by carers

Wszystkie doświadczenia i trudności, które napotykać członkowie rodziny w związku z chorobą bliskiej osoby, są określane mianem obciążenia [2]. Obciążenia podzielono na obiektywne, czyli czas, wysiłek fizyczny, problemy finansowe, oraz subiektywne, na które się składają: cierpienia fizyczne i psychiczne, doświadczenie społeczne, emocje powstałe w związku z zaistniałą sytuacją. Stopień obciążenia opiekuna zależy od wielu czynników związanych zarówno z chorym (np. jego stan psychiczny i funkcjonalny), jak i opiekunem (stan psychiczny, umiejętność radzenia sobie ze stresem, wsparcie społeczne) [5]. Z badań Raś i Opali [6]

wynika, że opiekunowie, którzy mają wsparcie innych członków rodziny, odczuwają mniejsze obciążenie. W badaniach własnych autorki wykazały, że opiekunowie otrzymują wsparcie rodziny i przyjaciół w wystarczającym stopniu tylko w 33,3% przypadków (63,3% otrzymuje jakiekolwiek wsparcie rodziny), zaś w pełni wystarczające wsparcie instytucjonalne deklaruje zaledwie 20% badanych opiekunów (40% otrzymuje jakiekolwiek formy wsparcia instytucyjnego).

Z badań przeprowadzonych przez autorki niniejszej pracy wynika, że 27% opiekunów regularnie przyjmuje środki psychotropowe, co jest zgodne z obserwacjami innych autorów [6].

Przedstawiona praca wskazuje na potencjalne problemy opiekunów, które mogą być rozpoznawane przez pielęgniarkę w środowisku domowym. I to właśnie od pielęgniarek 17% respondentów oczekuje pomocy w zakresie wiedzy medycznej, zastąpienia w opiece nad chorym czy w wykonywaniu czynności opiekuńczych i pielęgnacyjnych.

Badania własne, ze względu na małą liczebność grupy badanej (30 osób), nie są w pełni reprezentatywne dla środowiska sprawujących opiekę nad chorymi po udarze mózgu. Jednak uzyskane wstępne wyniki wskazują na potrzebę szerszego wglądu w potrzeby opiekunów pacjentów po udarze mózgu i są zgodne ze współczesną koncepcją pielęgniarstwa.

Wnioski

1. Opiekunami osób po udarze mózgu są zazwyczaj kobiety należące do rodziny; poświęcają na opiekę średnio 9 godzin na dobę.
2. Problemy opiekunów dotyczą fizycznej, społecznej i emocjonalnej sfery ich życia.
3. Podjęcie opieki nad chorym łączy się w przekonaniu opiekunów z tym, że częściej zapa-

dają na różne choroby, czują się zmęczeni sprawowaną opieką, nie dosypiają i zaniedbują własne potrzeby. Problemy te wpływają na jakość sprawowanej przez nich opieki.

4. Opiekunowie emocjonalnie dobrze sobie radzą ze sprawowaniem opieki. Może to wynikać z tego, że mają wiedzę na temat choroby podopiecznego, co pozwala im zrozumieć przyczyny jego różnych zachowań.
5. Podjęcie opieki nad chorym nierzadko się wiąże z ograniczeniem kontaktów towarzyskich, przy czym niewielka część badanych deklaruje ograniczenie lub rezygnację z pracy zawodowej. Większość respondentów uważa, że nie otrzymuje wystarczającego wsparcia rodziny, przyjaciół, instytucji rządowych i pozarządowych.
6. Opiekunowie oczekują najczęściej pomocy finansowej, zastąpienia ich w opiece nad chorym, pomocy w wykonywaniu czynności opiekuńczych i pielęgnacyjnych oraz poszerzaniu wiedzy medycznej.
7. Problemy w sferach fizycznej, emocjonalnej i społecznej, a także odczuwany deficyt pomocy powodują, że ponad połowa opiekunów przyznaje się do zażywania środków nasennych, przeciwdepresyjnych czy uspokajających.

Piśmiennictwo

1. Spetruk P., Opala G.: Wieloaspektowy charakter depresji występującej po udarze mózgu. *Udar Mózgu* 2005, 7, 25–30.
2. Grabowska-Fudala B., Jaracz K.: Obciążenie osób sprawujących opiekę nad chorymi po przebytych udarze mózgu. *Udar Mózgu* 2007, 9, 24–31.
3. Szczerbińska K.: Udział rodziny w realizacji opieki nad osobami starszymi. *Zesz. Nauk. Ochr. Zdr., Zdr. Publ. Zarz.* 2003, 1, 77–87.
4. Ciechaniewicz W.: Pielęgniarka. W: Ciechaniewicz W. (red.): *Pielęgniarstwo — ćwiczenia*. PZWL, Warszawa 2001, 93–136.
5. Grabowska-Fudala B., Jaracz K.: Obciążenie osób sprawujących opiekę nad chorymi po przebytych udarze mózgu — wyniki wstępne. *Udar Mózgu* 2006, 8, 41–47.
6. Raś P., Opala G.: Obciążenie opiekunów osób z otępieniem. *Wiadomości Lek.* 2001, 54, 94–100.

Załącznik 1

KWESTIONARIUSZ ANKIETY

Ankieta ta jest skierowana do opiekuna osoby po udarze mózgu. Udział w badaniu jest dobrowolny. Badanie ankietowe ma na celu uzyskanie informacji na temat problemów opiekunów osób po udarze mózgu. Uzyskane informacje zostaną wykorzystane do celów naukowych.

Odpowiedzi na poszczególne pytania ankietowe należy udzielać poprzez postawienie znaku „x” w odpowiednim kwadracie lub dopisanie własnej odpowiedzi w wyznaczonym miejscu. W każdym pytaniu należy zaznaczyć odpowiedź, która najlepiej odzwierciedla Pana/i sytuację.

Kwestionariusz zostanie odebrany osobiście przez prowadzącą badania.

Dziękuję za udzielenie odpowiedzi i poświęcenie czasu.

1. **Płeć opiekuna:**

- kobieta
 mężczyzna

2. **Wiek opiekuna:**

3. **Wiek chorego:**
4. **Od jak dawna opiekuje się Pan/i osobą chorą?**
5. **Ile godzin dziennie poświęca Pan/i na opiekę?**
6. **Czy mieszka Pan/i z chorym?**
 tak
 nie
 czasami (wyjaśnij)
7. **Czy istnieje pokrewieństwo z chorym?**
 tak, jestem żoną
 tak, jestem mężem
 tak, jestem córką
 tak, jestem synem
 jestem osobą obcą
 jestem dalekim krewnym
 inna
8. **Jak ocenia Pan/i samodzielność podopiecznego?**
 dobra
 lekko ograniczona
 znacznie ograniczona
 zupełnie niesamodzielna
9. **Czy otrzymuje Pan/i wsparcie innych osób spokrewnionych lub przyjaciół?**
 tak
 nie
 Jeżeli tak, to czy wsparcie to jest wystarczające?
 tak
 nie
10. **Czy otrzymuje Pan/i wsparcie instytucji rządowych lub pozarządowych?**
 tak
 nie
 Jeżeli tak, to czy wsparcie tych instytucji jest wystarczające?
 tak
 nie
11. **Zaznacz instytucje, które wspierają Ciebie w opiece nad chorym (zaznacz wszystkie te, od których otrzymujesz wsparcie):**
 MOPS
 Stowarzyszenie „Niebieski Parasol”
 Hospicjum Domowe *Caritas*
 Dom Dziennego Pobytu
 Zespoły Środowiskowej Opieki Zdrowotnej
 Polski Czerwony Krzyż
 Wspólnota Terytorialna — Olsztyn
 inne
12. **Pomoc instytucji rządowych i pozarządowych przejawia się w formie pomocy (zaznacz wszystkie formy pomocy, które otrzymujesz):**
 finansowej
 materialnej (odzież, sprzęt, wyposażenie itp.)
 czasu spędzonego z chorym
 zrobienia zakupów lub załatwienia innych spraw
 porad prawnych
 porad medycznych
 porad socjalnych
 opieki dziennej nad chorym
 innej
13. **Czy z powodu sprawowanej opieki zmieniły się Twoje warunki życia?**
 tak, w znacznym stopniu się pogorszyły
 tak, nieznacznie się pogorszyły
 są na porównywalnym poziomie
 są znacznie lepsze
 są lepsze, lecz nieznacznie
14. **Czy decyzja o otoczeniu chorego opieką w domu była:**
 Twoją decyzją?
 koniecznością?
15. **Z jakiego powodu zdecydował/a się Pan/i na opiekę nad chorym w domu?**
 z powodu wyznawanej hierarchii wartości
 z powodów ekonomicznych

- z obawy przed złym traktowaniem chorych w takich placówkach
 innego
16. Czy odnosi Pan/i wrażenie, że chory czasami robi coś na złość?
 tak
 nie
17. Czy odczuwa Pan/i złość na chorego?
 tak
 nie
18. Czy zachowanie chorego budzi w Panu/i wstyd przed obcymi ludźmi?
 tak
 nie
19. Czy ma Pan/i wyrzuty sumienia z powodu tych negatywnych emocji w stosunku do chorego?
 tak
 nie
20. Czy sprawowana opieka daje Panu/i poczucie spełnienia?
 tak
 nie
21. Czy z powodu sprawowanej opieki Pana/i kontakty towarzyskie zostały ograniczone?
 tak
 nie
22. Czy po podjęciu się opieki musiał/a Pan/i zrezygnować z pracy zawodowej lub ją ograniczyć?
 tak, musiałem/am zrezygnować
 tak, musiałem/am ograniczyć
 nie nastąpiły zmiany w pracy zawodowej
23. Czy czuje się Pan/i zmęczony opieką nad chorym?
 tak
 nie
24. Czy często z powodu sprawowanej opieki zbyt krótko Pan/i śpi?
 tak
 nie
25. Czy ma Pan/i poczucie zaniedbywania swoich potrzeb z powodu sprawowanej opieki?
 tak
 nie
26. Czy po podjęciu opieki zaczął/ęła Pan/i częściej chorować?
 tak
 nie
27. Czy musiał/a Pan/i zmienić tryb życia?
 tak, znacznie
 tak, lecz nieznacznie
 nie
28. Czy zażywa Pan/i środki przeciwdepresyjne, nasenne lub uspokajające?
 tak
 nie
 sporadycznie
29. Określ, jakiej pomocy w opiece nad chorym potrzebujesz (zaznacz wszystkie te, które odpowiadają Twojej sytuacji):
 finansowej
 materialnej (w jakiej postaci?)

 zastąpienia w opiece nad chorym
 pomocy w wykonywaniu czynności pielęgnacyjnych i opiekuńczych
 wiedzy medycznej
 wiedzy prawnej
 wiedzy socjalnej
 innej
30. Określ, kto mógłby zapewnić Tobie potrzebną pomoc (zaznacz wszystkie te odpowiedzi, które uważasz za słuszne):
 rodzina
 osoby niespokrewnione
 instytucje rządowe lub pozarządowe
 stowarzyszenia
 pielęgniarstwo środowiskowe
 lekarz rodzinny
 wolontariusze
 inni

Dziękuję za rzetelne wypełnienie ankiety.