

Utjecaj pružene socijalne podrške na poboljšanje funkcionalne neovisnosti kod bolesnika nakon moždanog udara

Ivandić, Veronika

Undergraduate thesis / Završni rad

2021

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Dental Medicine and Health Osijek / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:243:578731>

Rights / Prava: [In copyright](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2022-10-04**

Repository / Repozitorij:

[Faculty of Dental Medicine and Health Osijek
Repository](#)



**SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU
FAKULTET ZA DENTALNU MEDICINU I ZDRAVSTVO
OSIJEK**

Preddiplomski sveučilišni studij Sestrinstvo

Veronika Ivandić

**UTJECAJ PRUŽENE SOCIJALNE
PODRŠKE NA POBOLJŠANJE
FUNKCIONALNE NEOVISNOSTI KOD
BOLESNIKA NAKON MOŽDANOG
UDARA**

Završni rad

Osijek, 2021.

Rad je ostvaren na Fakultetu za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek, Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku.

Mentorica rada: Brankica Juranić, mag. med. techn.

Rad sadrži: 28 listova.

Znanstveno područje: Biomedicina i zdravstvo

Znanstveno polje: Kliničke medicinske znanosti

Znanstvena grana: Sestrinstvo

SADRŽAJ

1. UVOD	1
2. POSTUPCI.....	2
3. UTJECAJ PRUŽENE SOCIJALNE PODRŠKE NA POBOLJŠANJE FUNKCIONALNE NEOVISNOSTI KOD BOLESNIKA NAKON MOŽDANOG UDARA	3
3.1. Funkcionalni status oboljelih od moždanog udara.....	3
3.2. Kvaliteta života nakon moždanog udara	4
3.2.1. Čimbenici koji utječu na kvalitetu života nakon moždanog udara	5
3.3. Rehabilitacija osoba oboljelih od moždanog udara.....	6
3.3.1. Neurorehabilitacija	7
3.3.2. Rehabilitacija tjelesnih sustava	8
3.4. Važnost utjecaja socijalne podrške tijekom rehabilitacije	9
3.4.1. Obitelj kao izvor socijalne podrške	10
3.4.2. Socijalna interakcija nakon moždanog udara.....	11
3.4.3. Komunikacija s osobama s afazijom.....	12
4. ULOGA ILI VAŽNOST ZA SESTRINSKU PRAKSU	13
4.1. Uloga medicinske sestre u pružanju socijalne podrške.....	13
4.2. Uloga sestre u uključivanju zajednice u pružanje podrške	15
4.3. Digitalna komunikacija	16
5. ZAKLJUČAK	18
6. SAŽETAK.....	19
7. SUMMARY	20
8. LITERATURA.....	21
9. ŽIVOTOPIS	24

1. UVOD

Moždani udar jedan je od vodećih uzroka invalidnosti i smrtnosti u svijetu. Godišnja stopa smrtnosti na globalnoj razini iznosi 5,5 milijuna ljudi, što moždani udar smješta na drugo mjesto prema uzroku smrtnosti. Problem nije samo velika smrtnost, nego i činjenica da 50 % osoba koje su doživjele moždani udar završi sa kroničnim invaliditetom. Uzevši u obzir veliku pojavnost i posljedice koje moždani udar ostavlja, u današnjem je svijetu moždani udar velik javnozdravstveni problem, ali i socijalni i ekonomski izazov (1). Moždani se udar može podijeliti prema uzroku nastanka na ishemijski, koji se događa u približno 80 % slučajeva i hemoragijski koji se javlja u 15-20 % slučajeva. Kod ishemijskog moždanog udara dolazi do začepjenja cerebralnih arterija uslijed čega je onemogućen daljnji prolaz krvi kroz tu arteriju. Hemoragijski moždani udar, odnosno intracerebralno krvarenje, obilježava stanje u kojem dolazi do prsnuća krve žile pri čemu krv odlazi u okolna tkiva (2). Neovisno o kakvom se točno moždanom udaru radi, jedno im je zajedničko: mogu imati ozbiljne posljedice na psihofizičko stanje čovjeka. Iz tog je razloga pravovremeno liječenje i rehabilitacija od ključne važnosti. U liječenju i rehabilitaciji sudjeluje niz osoba koje su posebno educirane za rad s takvim bolesnicima, no okolina u koju se bolesnik vraća te osobe koje su uz njega tijekom procesa ozdravljenja mogu odigrati značajnu ulogu u stupnju njegova ozdravljenja i vremenu potrebnom za oporavak. Najranija rehabilitacija započinje već u jedinici intenzivnog liječenja, a prepreke s kojima se zdravstveni tim može susretati su disfagija, urinarna inkontinencija, bolovi, padovi, psihičke poteškoće te mnoge druge. Najbolji rezultati rehabilitacije vide se kroz prvih 6 mjeseci od nastanka moždanog udara. Nakon otpuštanja bolesnika iz bolnice, oni se vraćaju u kućne uvjete i okruženje u kojem su bili prije nastanka oboljenja. Okruženje u kojem se nalaze utječe na njihovo stanje, a uvjeti, koji nerijetko mogu biti neprilagođeni njihovom stanju, mogu otežati ili usporiti oporavak. Cilj rada je opisati na koji će način socijalno okruženje doprinijeti povećanju funkcionalne neovisnosti bolesnika koji su preboljeli moždani udar te u kojoj je mjeri važna njihova podrška. Uključivanje obitelji i/ili ostalih osoba koje se brinu za oboljeloga, neophodno je u situacijama kad osoba, primjerice, nije u mogućnosti samostalno obavljati dnevne aktivnosti, no ništa manje nije značajno ni kada treba djelovati samo kao podrška ili motivator (3). Ipak, važnost pružanja socijalne podrške oboljelima od moždanog udara nije do kraja istražena, što upućuje na činjenicu da postoji neotkriveno područje koje znatno može olakšati oporavak i kvalitetu života takvih bolesnika (4).

2. POSTUPCI

Podatci za pisanje završnog rada prikupljeni su pretraživanjem internetskih baza podataka kao što su: Scopus, Medline, Embasa, PubMed, EBSCO, Hrčak i Google Scholar te uz pomoć sestrinskih članaka.

Ključne riječi koje su korištene pri pretraživanju bile su: bolesnik (eng. *Patient*), moždani udar (eng. *Stroke*), socijalna podrška (eng. *Social support*).

Većina literature koja je korištena u ovome radu objavljena je u posljednjih pet godina, nekolicina u posljednjih deset godina. Korišteni su članci pisani hrvatskim i engleskim jezikom. Kriterij odabira za izradu završnog rada temeljio se na njihovoj sadržajnoj primjenjivosti na temu istog.

3. UTJECAJ PRUŽENE SOCIJALNE PODRŠKE NA POBOLJŠANJE FUNKCIONALNE NEOVISNOSTI KOD BOLESNIKA NAKON MOŽDANOG UDARA

3.1. Funkcionalni status oboljelih od moždanog udara

Moždani udar može ostaviti različite posljedice na ljude, ovisno o tome koji dio mozga je bio zahvaćen tijekom moždanog udara i u kojoj mjeri. Stoga se oboljeli mogu naći u različitim stanjima nakon moždanog udara (5). Osim toga, u kakvom će stanju biti oboljeli te kakvim tijekom će ići njihov oporavak, ovisi o još nekim čimbenicima. Dob, spol, emocionalni status te socijalna potpora uvelike će utjecati na njihovo stanje u mjesecima nakon moždanog udara (4). Funkcionalni status, odnosno stupanj onesposobljenosti može se procijeniti uz pomoć NIHSS skale (engl. *The National Institutes of Health Stroke Scale*), uz pomoć funkcijskog indeksa onesposobljenja FIM (engl. *Functional impairment measurement*) te uz pomoć još nekih testova, kao što su Barthelov indeks, Fugl-Meyer test, Test procjene motoričke aktivnosti, MiniBest-Test i Bergova skala ravnoteže. Također, takvi testovi omogućuju i praćenje napretka rehabilitacije, a rade se prije početka rehabilitacije te po njenom završetku. Što se tiče samoga funkcionalnog statusa bolesnika te posljedica koje moždani udar ostavlja na osobe koje su ga preboljele, mogu se vidjeti promjene u različitim tjelesnim sustavima. Dijelovi tijela uz pomoć kojih se ljudi kreću i/ili obavljaju složene radnje zauzimaju velik broj neurona u mozgu, koji uslijed moždanog udara bivaju oštećeni, što rezultira različitim fizičkim oboljenjima. S obzirom da motorički sustav započinje u mozgu, kao posljedica moždanog udara može se javiti hemiplegija, slabost te smanjena mogućnost kontroliranja voljnih pokreta. Kod oboljeloga može biti prisutan i smanjen osjećaj ravnoteže kao i gubitak ostalih osjetila te poteškoće sa koordinacijom, što za posljedicu može imati različite ozljede ili padove na koje valja obratiti posebnu pozornost. Nerijetko se javlja i oštećenje govora. Afazija se može definirati kao različiti poremećaji govora, a može se podijeliti na Brocinu (motornu) afaziju te Wernickeovu (senzornu) afaziju. Također, osim klasične afazije koju uzrokuje oštećenje lijeve hemisfere mozga, oštećenje desne hemisfere mozga dovest će do pojave aprosodije, odnosno, nemogućnosti osoba da intonacijom izraze emocije tijekom govora, zbog čega pričaju jednakim tempom i intonacijom. Apraksija jest poremećaj koji dovodi do otežanog ili onemogućenog izvođenja naučenih voljnih pokreta. Najčešće zahvaća lijevu stranu tijela i to ne-hemiplegičnu,

3. UTJECAJ PRUŽENE SOCIJALNE PODRŠKE NA POBOLJŠANJE FUNKCIONALNE NEOVISNOSTI KOD BOLESNIKA NAKON MOŽDANOG UDARA

a uzrok je oštećenje lijeve hemisfere mozga. Kada zahvaća desnu stranu, može se očitovati kao tzv. apraksija odijevanja, za koju je važno napomenuti kako je to poremećaj kod kojeg se ne govori o oštećenju motorne funkcije, nego poremećaju prostorne percepcije što se uočava kada osoba, primjerice, ne može obući rukav majice jer ga ne može pronaći, ili ne može pronaći ovratnik majice. Također, oboljeli nerijetko imaju i poteškoće tijekom jela; poput poteškoća sa upotrebom pribora za jelo, tijekom češljanja i sličnih aktivnosti. Spastičnost je još jedna od mogućih posljedica moždanog udara. Naime, karakteristika bolesnika kod kojih je prisutna spastičnost jest da je tijekom brzih kretnji mišićni tonus znatno povišen, a nakon toga slijedi opuštanje mišića. To pacijentu može uzrokovati smanjenu pokretljivost, kontrakture, bol te posljedično i smanjenu mogućnost obavljanja osobne higijene i općenito brige za sebe te namještanje u udoban položaj. Učestali problemi kod oboljelih od moždanog udara su i disfagija i inkontinencija mokraće i stolice. Disfagija se pojavljuje u 30-65 % oboljelih od moždanog udara, a zbog usporenog gutanja te oslabljene funkcije usta i jezika predstavlja visok rizik za aspiraciju. Inkontinencija jest jedna od češćih posljedica moždanog udara, a nastaje zbog nedostatka mogućnosti voljne kontrole mokraćnog sfinktera i neinhibiranog refleksa rektalnog pražnjenja. Kod oboljelih od moždanog udara može doći i do sindroma jednostranog zanemarivanja tzv. neglect sindroma, odnosno, stanja tijekom kojeg pacijent ne obraća pozornost i ne primjećuje predmete i podražaje koji su na suprotnoj hemisferi od oštećene. To se može očitovati tijekom obavljanja osobne higijene, brijanja, češljanja i u tome što pacijent tijekom jela neće obraćati pažnju na hranu na strani tanjura suprotnoj od oštećene hemisfere mozga. Važno je napomenuti kako takvi pacijenti imaju povećan rizik za pad te se nerijetko zabijaju u predmete ili vrata tijekom kretanja. Neuroplastičnost mozga omogućuje prilagodbu mozga na nove uvjete te učenje iz iskustva, a gubitak tog svojstva još je jedna posljedica moždanog udara. Srećom, neuroplastičnost mozga u određenoj se mjeri može vratiti neurorehabilitacijom (6).

3.2. Kvaliteta života nakon moždanog udara

Mnoge kronične bolesti, kao što su različite metaboličke bolesti, srčane bolesti ili maligna oboljenja dovode do snižavanja kvalitete života. No, moždani je udar vodeći ako se gleda iz perspektive u kojoj je mjeri kvaliteta života snižena. Studije pokazuju kako se osobe koje su doživjele ishemijski moždani udar u većem postotku oporavljaju u prva 4 tjedna od nastanka moždanog udara, od osoba koje su doživjele hemoragijski moždani udar (7). Kvaliteta života ljudi koji dožive moždani udar gotovo uvijek opada unatoč napretku medicinskih znanosti.

3. UTJECAJ PRUŽENE SOCIJALNE PODRŠKE NA POBOLJŠANJE FUNKCIONALNE NEOVISNOSTI KOD BOLESNIKA NAKON MOŽDANOG UDARA

Razlog zašto je to tako leži u činjenici da moždani udar ostavlja na ljudski organizam mnogobrojne posljedice koje mogu zahvaćati različite organske sustave te ostaviti trag na kognitivno i psihičko stanje pojedinca, a da bi se spriječila ili smanjila njihova pojava, glavnu ulogu ima medicinski tim, tim koji sudjeluje u rehabilitaciji, obitelj te materijalni resursi pomoću kojih se ostvaruje cjelokupni proces liječenja i rehabilitacije takvih osoba. Ljudi koji su prije nego što su doživjeli moždani udar bili potpuno samostalni, dožive velike promjene koje na njih mogu utjecati na različite načine. Bolesnici u subakutnoj fazi bivaju ovisni o drugima, njihova se samostalnost smanji pa nerijetko trebaju pomoć tijekom hranjenja, obavljanja osobne higijene, odijevanja, odnosno stvari koje su do tada obavljali samostalno, a to na njih ostavlja i psihičke posljedice. Takvi se bolesnici mogu osjećati razdražljivo, bespomoćno, imati manjak povjerenja u druge ljude, biti frustrirani pa čak i agresivni. Upravo su njihove reakcije pokazatelj kvalitete njihova života, koja se očigledno smanjila. Tijekom kronične faze, kvaliteta života bolesnika može se značajno poboljšati, a ulogu u njenom poboljšanju ima cjelokupan zdravstveni tim koji je još tijekom akutne faze zbrinjavao bolesnika, osobe koje sudjeluju u rehabilitaciji bolesnika te ljudi iz njegova okruženja, njegova obitelj i prijatelji. Smanjenje kognitivnih funkcija, pojava anksioznosti, depresije ili druge posljedice, utječu na kvalitetu života tijekom kronične faze oporavka. Adekvatan tretman, aktivno uključivanje pacijenta u proces rehabilitacije te motiviranje, pružanje podrške i ohrabivanje oboljelog jedini je pravi put koji rezultira oporavkom te skraćivanjem trajanja oporavka i povećanjem kvalitete života (8).

3.2.1. Čimbenici koji utječu na kvalitetu života nakon moždanog udara

Kada se govori o kvaliteti života bolesnika nakon moždanog udara, u prvome je redu neizostavno spomenuti društvenu zajednicu. Naime, kada bolesnici dožive moždani udar mogu se osjećati usamljeno ili isključeno, naročito ako su prije doživljenog moždanog udara bili društveno aktivne osobe. Važno je da osobe održe stare socijalne kontakte ili stvore nove, što znatno utječe na bolju kvalitetu života i zadovoljstvo oboljelog. Osim toga, veća ovisnost o pomoći druge osobe tijekom obavljanja svakodnevnih aktivnosti pokazatelj je lošije kvalitete života nakon moždanog udara. Čimbenici koje valja uzeti u obzir su i činjenice da su dob oboljelog i njegov ljubavni status, odnosno je li samac ili u braku, također povezane s kvalitetom života i brzinom njenog boljitka nakon moždanog udara. Tako će stariji bolesnici imati nešto lošiju kvalitetu života negoli mlađe osobe koje dožive moždani udar (5). Osim toga,

3. UTJECAJ PRUŽENE SOCIJALNE PODRŠKE NA POBOLJŠANJE FUNKCIONALNE NEOVISNOSTI KOD BOLESNIKA NAKON MOŽDANOG UDARA

ti su čimbenici vezani na način da će se osoba koja je samac, ili osoba koja je starije dobi, a živi sama, osjećati usamljeno, nedostajat će joj potpora i komunikacija s bliskom osobom. Takve će osobe biti emocionalno neispunjene, u lošijem psihičkom stanju, a to im može predstavljati stres zbog kojeg se mogu razviti komplikacije ili dogoditi ponovni moždani udar. Prva 4 tjedna nakon moždanog udara ključna su za povećanje kvalitete života oboljelog, odnosno njegovog psihičkog i fizičkog stanja. Kod osoba kod kojih se psihičko stanje ne poboljša u prva 4 tjedna nakon moždanog udara, treba povećati nadzor te ih, prema potrebi, uputiti stručnjacima jer se na taj način može znatno povećati šansa da se unutar 48 tjedana osoba osposobi za povratak na posao, integraciju u društvo i u velikoj mjeri povрати dosadašnju kvalitetu života. Povratak na posao veoma je važan jer, osim što za bolesnika označava da je „zdrav“, odnosno da se njegov život vratio u normalu i da je uključen u društvo, rješava i problem prihoda koji oboljelima mogu predstavljati još jedan faktor koji im narušava kvalitetu života. Lijekovi, prehrana koja im se preporuča i razne druge potrepštine predstavljaju dodatan financijski izdatak koji ujedno može biti i izvor narušavanja kvalitete života. Jedan od ključnih pokazatelja je li oboljela osoba sposobna za povratak na posao je opće poboljšanje kvalitete života (7).

3.3. Rehabilitacija osoba oboljelih od moždanog udara

Bolesnici koji su doživjeli moždani udar najčešće imaju narušen funkcionalni status u nekom zdravstvenom aspektu. Moždani udar može ostaviti razne posljedice na stanje bolesnika zbog čega se rehabilitaciji pristupa još prije dolaska u zdravstvenu ustanovu, a nastavlja se tijekom boravka u jedinici intenzivnog liječenja. S rehabilitacijom se, naime, započinje već pojavom simptoma i prepoznavanjem bolesti. Tada se dijagnostikom, liječenjem i samim postupanjem s pacijentom sprječavaju potencijalne komplikacije bolesti (6). Ranom se rehabilitacijom skraćuje i boravak bolesnika u bolnici. Ipak, unatoč mnogim pozitivnim učincima na bolesnikovo stanje, još nije do kraja istraženo koliko rehabilitacijski postupak pokrenut već u prvih 48 sati od nastanka moždanog udara ima dobrih učinaka, a koliko loših (9).

Nakon akutne faze rehabilitacije, nastavlja se tzv. subakutna faza rehabilitacije (6) tijekom koje se provodi rad na pojedinim tjelesnim sustavima. Poticanjem bolesnika na provođenje različitih vježbi te što ranijim ustajanjem može se prevenirati nastanak komplikacija dugotrajnog mirovanja te raznih drugih komplikacija poput duboke venske tromboze, dekubitusa, kontraktura, respiratornih komplikacija, konstipacije te psihičkih poteškoća kao što su tjeskoba ili depresivno raspoloženje te osjećaj nemoći (9).

3. UTJECAJ PRUŽENE SOCIJALNE PODRŠKE NA POBOLJŠANJE FUNKCIONALNE NEOVISNOSTI KOD BOLESNIKA NAKON MOŽDANOG UDARA

Nakon otpusta iz bolnice, s rehabilitacijom se nastavlja u specijaliziranim ustanovama kao što su toplice ili lječilišta, a potom kod kuće ili na fizikalnoj terapiji, do koje je ponekad potrebno osigurati prijevoz bolesniku zbog čega je potrebno u proces uključiti i obitelj. Bolesnik svoju rehabilitaciju nastavlja pod kontrolom stručnjaka te 3-5 puta tjedno odlazi na grupnu ili samostalnu fizikalnu terapiju. Nakon te faze, bolesnik kontrole obavlja jednom godišnje ili prema potrebi, a svoju rehabilitaciju i integraciju na radno mjesto i u društvo nastavlja provoditi i dalje (6).

Rehabilitacija se može podijeliti na nekoliko aspekata. Medicinski aspekt podrazumijeva neurorehabilitaciju, čiji je fokus na zdravstvenom stanju pacijenta, a uključuje pružanje terapije senzornih, motornih i kognitivnih oštećenja. Psihosocijalna se rehabilitacija bavi vraćanjem bolesnika u društvo, ponovnim uključivanjem bolesnika u zajednicu i prihvaćanjem bolesnika u zajednici. Kako bi se oboljele osobe mogle vratiti na posao ili pronaći novi posao, uključuje se i radna rehabilitacija. Takve se osobe uključuju u posebne programe radne rehabilitacije ili odlaze na prekvalifikaciju (6).

Pozitivni učinci kvalitetne rehabilitacije bolesnika u bolnici te rane mobilizacije mogu se prepoznati kod bolesnika već u prva tri mjeseca nakon što se vrate u kućne uvjete. Naime, takvi će se bolesnici brže i lakše vratiti u svakodnevne aktivnosti, dakako, u onoj mjeri koliko to njihovo opće stanje dopušta (9).

3.3.1. Neurorehabilitacija

Neurorehabilitacija mozga počiva na neuroplastičnosti mozga, odnosno na činjenici kako se neuroni i njihove veze cijeli život mijenjaju te da su novi zahtjevi najbolji stimulans za njihov razvoj i općenito za mozak. Upravo je na temelju toga moguć i oporavak nakon moždanog udara te povratak nekih funkcija koje su kao posljedice moždanog udara izgubljene. Cilj neurorehabilitacije je vraćanje određenih izgubljenih funkcija pacijentu kao što su poteškoće u komuniciranju, poteškoće u izvođenju određenih kretnji, vizualne poteškoće, inkontinencija i sl., a krajnji je cilj osamostaljenje i uključivanje u zajednicu i društveni život, što može trajati doživotno. S provođenjem neurorehabilitacije treba započeti što ranije, što potkrjepljuje i činjenica kako se najbolji oporavak događa u prva tri mjeseca nakon moždanog udara, a funkcije koje se ne koriste mogu biti trajno izgubljene. Važno je napomenuti i kako je za neurorehabilitaciju od presudne važnosti pacijentova motivacija, volja i uključenost u proces. Naime, pacijent treba svjesno i fokusirano izvoditi kretnje i ponavljati ih puno puta jer je time i neuroplastičnost veća (6).

3.3.2. Rehabilitacija tjelesnih sustava

Tjelesni sustavi mogu biti pogođeni moždanim udarom na različite načine. Ovisno o tome na kojem su tjelesnom sustavu vidljive posljedice moždanog udara, usmjerava se i rehabilitacija bolesnika. Kada je kod bolesnika prisutna pareza ili plegija gornjih udova, važno je da je bolesnikova kognicija očuvana te da mu je očuvana voljna aktivnost u palcu i barem još jednom prstu oštećene ruke. Također, volja i uključenost bolesnika od presudne su važnosti tijekom procesa rehabilitacije. Nekada se, s obzirom da je proces rehabilitacije gornjih udova relativno dugotrajan proces, fokus stavljao na povećanu upotrebu zdravog uda, a danas se oštećena ruka nastoji koristiti više. S obzirom na oštećenost ekstremiteta, kod bolesnika cjelokupan proces može izazvati frustraciju ili gubitak volje pa se stoga zdravi ekstremitet koristi 90% vremena tijekom kojeg je bolesnik budan, a preostalo vrijeme fokus je na rehabilitaciji oštećene ruke. Osim toga, u proces rehabilitacije gornjih ekstremiteta može se uključiti i funkcionalna elektrostimulacija (FES) koja izaziva ponavljane mišićne kontrakcije i na taj način poboljšava motornu funkciju. Rehabilitacija donjih ekstremiteta za cilj uglavnom ima ponovno omogućavanje hodanja, a na samom početku rehabilitacije pacijenti se najčešće ne mogu držati u stojećem stavu te je važno naglasiti kako se ne bi trebali oslanjati na paretičnu nogu koja je preslaba, zbog opasnosti od pada. Rehabilitacija se izvodi na način da se jačaju mišići paretične noge, a bolesnici mogu koristiti ortoze, hodalice ili štake. Tijekom rehabilitacije upotrebljava se i traka za hodanje, potporne trake ili remenje (6). Kognitivna oštećenja i oštećenja govora česta su nakon preboljenog moždanog udara. Poteškoće u komunikaciji ima više od polovine oboljelih od moždanog udara. Tijekom govorne rehabilitacije, koju provodi logoped, vraća se bolesnikova sposobnost pričanja, čitanja ili pisanja. Kognitivne se poteškoće očituju kao problemi s pamćenjem, manjak koncentracije ili pažnje, a najteži oblik kognitivnog oštećenja je demencija. Disfagija predstavlja velik rizik od aspiracije, a tijekom rehabilitacije uči se akt gutanja i novi načini gutanja. Takvim je bolesnicima potrebno davati kašastu ili usitnjenu hranu te je potreban dodatan oprez kako ne bi došlo do aspiracije. Inkontinencija mokraće i stolice pojavljuje se u oko jedne trećine bolesnika. Urinarna inkontinencija javlja se zbog hipotoničnog mokraćnog mjehura, a uglavnom nestaje spontano. Kod pojave neglekt sindroma, bolesnici se trebaju orijentirati i na drugu, lijevu stranu prostora te se učiti orijentirati i na toj strani. Kada se bolesnik vrati u kućne uvjete, prostor bi se trebao prilagoditi njegovu stanju. Praktično, bolesnikov krevet trebao bi se smjestiti s jedne strane do zida i to na onu stranu koja mu je hemiplegična. Krevet ne smije biti previsok ili prenizak, trebaju se ukloniti zapreke kako bi, ukoliko je u mogućnosti, bez opasnosti otišao do toaleta, ako je potrebno treba osigurati

3. UTJECAJ PRUŽENE SOCIJALNE PODRŠKE NA POBOLJŠANJE FUNKCIONALNE NEOVISNOSTI KOD BOLESNIKA NAKON MOŽDANOG UDARA

obavljanje osobne higijene u krevetu, a ako je u mogućnosti odlaziti do kupaone, osigurati držače na ulazu u tuš/kadu te kraj toaleta. Mikroklimatski uvjeti trebaju biti prilagođeni bolesniku, a prostor se treba redovito provjetravati (6).

3.4. Važnost utjecaja socijalne podrške tijekom rehabilitacije

Oporavak osoba koje su doživjele moždani udar složeni je proces koji uključuje biološku i psihološku dimenziju. Prema nekim istraživanjima, moždani udar jest pri vrhu stanja koja znatno narušavaju društveni život pojedinca. Paradoksalno, odnosi s drugim ljudima i socijalna podrška mogu utjecati na brzinu i kvalitetu oporavka oboljelog od moždanog udara te je ona jedan od bitnih faktora u njegovu oporavku i vraćanju funkcionalne sposobnosti. To se može potkrijepiti primjerom kako osoba, kojoj je posljedica moždanog udara hemiplegija, ranije započinje sa društvenim životom i sudjeluje u dnevnim aktivnostima ukoliko oko sebe ima ljude koji će ju podržavati, poticati i pomoći joj pri aktivnostima koje samostalno ne može provesti. Osim toga, okruženje u kojem prevladava socijalna potpora te bogat društveni život pojedinca, utječe na smanjenje pojavnosti kardiovaskularnih, ali i cerebrovaskularnih oboljenja, a kada do oboljenja već dođe, kod osoba oboljelih od moždanog udara utječe na brže i kvalitetnije uključivanje u svakodnevne aktivnosti te cjelokupni oporavak osobe. Osobe koje su doživjele moždani udar te nemaju socijalnu potporu ili su socijalno izolirane, imaju znatno veći rizik od nastanka ponovnog moždanog udara unutar 5 godina od osoba koje ju imaju. Naime, socijalno okruženje doslovno utječe na fizičko stanje čovjeka i to na način da utječe na neuroplastičnost mozga, neurogenezu i angiogenezu. Kada bolesnik oboli od moždanog udara i vrati se u svoju obitelj, odnosno među osobe koje za njega brinu, upravo su te osobe one s kojima on provodi najviše vremena. Zaokupljenost pružanjem njege, pomaganjem takvom bolesniku ili rješavanjem postojećih problema dovodi socijalnu interakciju u drugi plan zbog čega može doći do zapostavljanja pacijentovog socijalnog aspekta, a posljedično i završiti razvojem depresije kod takvih bolesnika. Postoji snažna veza između socijalne potpore i pozitivnih zdravstvenih ishoda koju ne treba zanemarivati (4).

Tijekom faze oporavka i rehabilitacije nakon moždanog udara stopa prevalencije depresije je 30% unutar 10 godina od pojave moždanog udara, dakle može se razviti kao rana ili kasna posljedica, a ta činjenica upozorava na važnost socijalne podrške. Kad se kod bolesnika razvije depresija kao jedna od posljedica moždanog udara, ona utječe na smanjenje motivacije i truda u procesu provođenja rehabilitacije. Posljedično, depresija dovodi do produljenja vremena oporavka, a bolesniku i obitelji dodatno otežava cjelokupni proces. Iako depresija očito

3. UTJECAJ PRUŽENE SOCIJALNE PODRŠKE NA POBOLJŠANJE FUNKCIONALNE NEOVISNOSTI KOD BOLESNIKA NAKON MOŽDANOG UDARA

negativno utječe na kvalitetu života bolesnika te otežava njegovu rehabilitaciju, nerijetko biva zanemarena (10). Kako bi se taj problem smanjio ili uklonio, terapeuti bi tijekom procesa rehabilitacije trebali posebnu pozornost posvetiti i pružanju psihološke podrške bolesnicima, a po potrebi uključivati i psihologa i druge stručnjake, članove obitelji i osobe koje su u bolesnikovom svakodnevnom okruženju. Ukoliko se kod bolesnika uz depresiju javljaju i druge poteškoće, koje mogu biti uzročno-posljedično povezane s depresijom, kao što su bol, poteškoće u komunikaciji i sl., valja najprije riješiti te probleme, odnosno uključiti stručnjake za njihovo rješavanje. Istraživanja pokazuju da osobe koje su prije pojave moždanog udara bile zadovoljne svojim životom imaju manju vjerojatnost da će razviti depresiju u razdoblju nakon moždanog udara, a osobama koje su već bile nezadovoljne svojim životom treba pružiti socijalnu podršku ili ih uključiti u aktivnosti koje će im povećati zadovoljstvo i motivaciju, a ujedno i kvalitetu i učinkovitost tijekom rehabilitacije (11, 12).

3.4.1. Obitelj kao izvor socijalne podrške

Posljednjih se godina boravak u bolnici nakon moždanog udara, kao i nakon drugih oboljenja znatno skraćuje, a bolesnici bivaju otpušteni kući i prepušteni njezi i oporavku u kućnim uvjetima. To na obitelj, ukoliko je obitelj ta koja će s skrbiti o bolesniku, stavlja velik pritisak i zadatak, a najčešće im zapravo nitko detaljno ne objasni kako pomoći bolesniku i sebi. Od obitelji se očekuje da pomažu oboljelom pri zadovoljavanju potreba i pružaju mu podršku, nerijetko ne uzimajući u obzir njihove potrebe, osjećaje i znanje. Zadatak medicinske sestre je edukacija bolesnika i obitelji, a upravo se u ovom segmentu stavlja naglasak na važnost edukacije. Posljedice moždanog udara mogu biti raznolike, od kognitivnih oštećenja, do smanjene pokretljivosti i inkontinencije, a obitelj treba biti upoznata sa stanjem bolesnika te kako postupiti pri zbrinjavanju takvog bolesnika (11, 13).

Obitelj osobe koja je doživjela moždani udar, zajedno s oboljelim prolazi kroz krizu i sve faze njegova oporavka. Osim što dobivaju zadatak brinuti se o bolesniku, njihov se život mijenja u gotovo svim aspektima, s obzirom na to da se trebaju prilagoditi novonastaloj situaciji i žrtvovati svoje slobodno vrijeme ili navike, što se odnosi na supružnike oboljelih na koje padne zadatak cjelokupne skrbi za oboljelog. Takve promjene na obitelj mogu ostaviti posljedice te se i kod članova obitelji može razviti depresija, razdražljivost, ljutnja, frustracija, nedostatak sna ili poremećaji u prehrani kao posljedica stresa i novonastale situacije u kojoj oni preuzimaju glavnu ulogu u skrbi. Pored toga što se obitelj treba nositi sa stanjem bolesnika zbog kojeg mogu osjećati zabrinutost ili strah u svezi neizvjesnog ishoda, moraju se nositi i sa

3. UTJECAJ PRUŽENE SOCIJALNE PODRŠKE NA POBOLJŠANJE FUNKCIONALNE NEOVISNOSTI KOD BOLESNIKA NAKON MOŽDANOG UDARA

svakodnevnim teškoćama i zahtjevima zbog čega im treba preporučiti na koji način mogu smanjiti stres i olakšati cjelokupno stanje. Tijekom skrbi za bolesnika, izuzetno je bitno da se ne zanemaruje niti psihofizičko i emocionalno stanje skrbnika. Kao načine za smanjenje stresa i opuštanje može se preporučiti da u slobodno vrijeme odu u šetnju, čitaju, uživaju u kupki ili provode neki drugi oblik opuštanja, a ukoliko je njihovo stanje teže, valja ih uputiti da se za pomoć obrate stručnjacima, psihologu ili psihoterapeutu jer oslobađanjem od stresa ne pomažu samo sebi, nego i bolesniku za kojeg se brinu. Osoba koja je manje opterećena kvalitetnije će provoditi skrb i imat će više snage motivirati bolesnika, a upravo je motivacija i poticanje na aktivnost ono što je potrebno, a što ponekad nedostaje oboljelima za vrijeme provođenja procesa rehabilitacije. Još jedan od ključnih faktora u uspješnosti suradnje i smanjivanju nepotrebnog pritiska i stresa obitelji i bolesnika je i komunikacija, kako između skrbnika tj. obitelji i bolesnika, tako i obitelji i medicinskog osoblja uključenog u proces rehabilitacije. Kako bi komunikacija bila uspješna, važno je da obje strane budu pozitivno nastrojene, bez straha postavljaju pitanja, budu strpljivi, asertivni i empatični (11, 14, 15).

3.4.2. Socijalna interakcija nakon moždanog udara

Socijalna interakcija, kako bi bila održana između dvije osobe, zahtjeva neki oblik komunikacije, odnosno način na koji će oni održati svoj odnos. Kako bi komunikacija uopće bila moguća, sposobnost kontrole određenih mišića mora biti očuvana, kao i centar za govor u mozgu. Pojedinaac mora imati sposobnost oblikovanja misli, kako bi znao što želi reći i kreirati sadržaj koji će izgovoriti. Sve su to složeni kognitivni procesi, a ukoliko je neka od navedenih funkcija nemoguća, odnosno ako postoji oštećenje u mozgu koje je do toga dovelo, može doći i do smanjene mogućnosti komuniciranja, odnosno interakcije oboljelog s drugima. Oštećenja sposobnosti komuniciranja česta su kod bolesnika s moždanim udarom, a ona mogu uključivati poteškoće kao što su otežan govor, nepovezan govor, neprikladni komentari, poteškoće s koncentracijom tijekom razgovora, pasivnost u komunikaciji. Osobe nakon moždanog udara mogu slabije doživljavati neverbalnu komunikaciju te im složene, predugačke rečenice mogu biti preteške za pratiti. Takvim se osobama najbolje obraćati jasnim, direktnim rečenicama, a po potrebi i ukoliko mogu čitati, zapisati ključne informacije koje treba zapamtiti. Ponekad, takve osobe mogu skrenuti s teme ili pričati „naširoko“, tada ih treba vratiti na glavnu misao i fokus staviti na ono o čemu se prvobitno govorilo. Koliko god komunikacija s osobama nakon moždanog udara može biti otežana, nikako ju se ne smije zanemarivati, nego treba pozornost

3. UTJECAJ PRUŽENE SOCIJALNE PODRŠKE NA POBOLJŠANJE FUNKCIONALNE NEOVISNOSTI KOD BOLESNIKA NAKON MOŽDANOG UDARA

skretati na ono što bolesnik ima za reći. Na taj se način poštuje integritet bolesnika i pruža socijalna potpora i kvalitetan odnos s okolinom (13). Pristup bolesniku s poteškoćama u komunikaciji nikako ne bi trebao biti negativan, jer i mali napredak u komunikaciji može činiti veliku razliku u kasnijem tijeku rehabilitacije, kao i kasnije u odnosu između osobe koja je započela komunikaciju i oboljelog (16).

3.4.3. Komunikacija s osobama s afazijom

Komunikacija je složen proces koji uključuje primanje i davanje poruka i obavijesti, a ključni je dio socijalne interakcije čovjeka i zadovoljavanja ljudskih potreba. Nakon moždanog udara, problemi u komunikaciji su među najčešćima te se pojavljuju u trećine osoba koje dožive moždani udar, a u 30-40% se zadržavaju i postaju trajni. Komunikacija nakon moždanog udara može biti narušena na različite načine. Afazija označava oštećenje jezičnih centara u lijevoj moždanoj hemisferi te može dovesti do poteškoća govora, slušanja i razumijevanja, ali i čitanja i pisanja (17). Afazija se može podijeliti na Brockinu afaziju i Wernickeovu afaziju. Osobe s Brockinom afazijom razumiju govor i znaju što žele odgovoriti, ali im poteškoće s govorom to ne dozvoljavaju, ne mogu pronaći riječ koju žele, govor je isprekidan i ujednačenog je tona te, iako znaju koji izraz žele upotrijebiti, izgovore drugi, a kada ih sugovornik ispravi često se mogu osjećati posramljeno. Sugovornici tijekom razgovora s osobom koja ima Brockinu afaziju trebaju imati razumijevanja i strpljenja te ju ne osuđivati, trebaju pokazati osobi kako ima pravo iznijeti svoje mišljenje, reći što želi te joj dati dovoljno vremena za to. Wernickeova afazija je karakterizirana time što osobe ne mogu prepoznati riječi ili osjetilne informacije, ali nemaju poteškoće s izgovaranjem riječi nego pričaju tečno, no to što govore često zapravo nema smisao niti poantu. Takve se osobe mogu naljutiti na sugovornike što ih ne razumiju jer nisu svjesne da ono što govore nema smisao. Tijekom komunikacije s osobama s Wernickeovom afazijom dobro je uključiti vizualna pomagala poput slika ili jednostavno demonstrirati što se želi, npr. dati im ručnik i sapun da operu ruke, a ne samo reći „operite ruke“. Na taj se način postiže određena mogućnost interakcije, ali i omogućuje da se takve osobe osjećaju uključeno i shvaćeno. Globalna afazija uključuje poteškoće iz obje, Brockine i Wernickeove afazije, govor je nepovezan, osoba ima poteškoća sa razumijevanjem ili neprestano ponavlja jednu riječ ili frazu (18, 19).

4. ULOGA ILI VAŽNOST ZA SESTRINSKU PRAKSU

Medicinska sestra, zajedno sa cjelokupnim timom koji se sastojati od liječnika, sestara, suradnika poput fizioterapeuta, psihologa, nutricionista, psihijatra i drugih stručnjaka iz različitih područja, ima veoma važnu ulogu tijekom cjelokupnog procesa zbrinjavanja oboljelog od moždanog udara, od samog nastanka bolesti do potpune rehabilitacije i reintegracije bolesnika. Dug put, od hospitalizacije, preko povratka kući i procesa rehabilitacije, bolesnik upravo dijeli s medicinskom sestrom. Ovisno o bolesnikovu stanju, nakon otpusta iz bolnice, potrebna mu je zdravstvena njega, a medicinska se sestra može naći u različitim ulogama, kao što su pomoć pri obavljanju osobne higijene, pomoć pri sprječavanju ili zbrinjavanju posljedica i komplikacija te edukacija i savjetovanje, kako samog bolesnika, tako i njegove obitelji. Članovi obitelji ili osobe koje skrbe o bolesniku postaju izravni suradnici medicinske sestre tijekom zbrinjavanja. Prilikom provođenja bilo kojeg od ovih aspekata zdravstvene njege, ključan faktor u odnosu između medicinske sestre, bolesnika te obitelji je komunikacija. Komunikacija je proces pomoću kojeg medicinska sestra razmjenjuje poruke s bolesnikom i obitelji, a komuniciranje i interakcija ujedno su i potrebe bolesnika koje se nikako ne bi smjele zanemarivati (17).

4.1. Uloga medicinske sestre u pružanju socijalne podrške

Medicinska sestra, kao član tima koji sudjeluje u skrbi za oboljelog od moždanog udara, važan je sudionik u pružanju i socijalne podrške bolesniku, njegovoj obitelji te pomoći pri uključivanju bolesnika u zajednicu i povratku u društveni život. Ponajprije, medicinska sestra treba procijeniti u kojoj je mjeri bolesnik u mogućnosti komunicirati. Pri procjeni mora imati na umu kako poteškoće u komuniciranju ne moraju nužno značiti da bolesnik ima i poteškoće u kognitivnom funkcioniranju i inteligenciji pa se u skladu s tim treba i odnositi prema njemu. Tijekom rada s bolesnicima oboljelima od moždanog udara, medicinska sestra stalno komunicira s bolesnikom verbalno ili neverbalno. Na taj način, ona bolesniku ujedno pruža i socijalnu podršku, odnosno podiže mu samopouzdanje, uvažava ono što joj ima za reći, poštuje njegove želje te čini da se on osjeća uključen u proces skrbi što ujedno i podiže njegovu

4. ULOGA ILI VAŽNOST ZA SESTRINSKU PRAKSU

motivaciju za oporavkom. Kada se radi o bolesnicima koji imaju poteškoće u komunikaciji, nekoliko je preporuka koje mogu olakšati interakciju. Medicinska sestra treba koristiti jasne i jednostavne rečenice, tijekom razgovora provjeriti je li bolesnikova pažnja još uvijek usmjerena na ono o čemu se govori te davati jednu po jednu informaciju, a ne zatrpati ga informacijama. Na kraju razgovora važno je provjeriti je li bolesnik sve razumio. Osim verbalne, važna je i neverbalna komunikacija, jer iako bolesnici ponekad ne razumiju što im sestra govori, mogu prepoznati izraz lica te stoga sestra ne bi trebala biti namrgođena ili ljutita izraza. Bolesniku treba pristupati holistički, ali poštujući njegovu individualnost, osobitost njegova stanja, mogućnosti i potrebe, bez obzira jesu li one vidljive i očite ili ne tako upadljive poput depresije, problema s vidom i sličnih tegoba. Način na koji medicinska sestra uspostavi komunikaciju s bolesnikom i uspješnost u tome, može imati velik utjecaj na motiviranost i uključenost bolesnika u cjelokupni proces oporavka (16).

Socijalna podrška bolesniku može biti pružena na više načina, a medicinska sestra ju može pružiti i samom edukacijom. Bolesnicima i članovima obitelji potrebno je objasniti što im se zapravo dogodilo, kako spriječiti ponovni moždani udar, koji su rizični čimbenici i slično, a osim o informacijama vezanim uz samu bolest, potrebno ih je upoznati i s pravima te mogućnostima koje mogu ostvariti, kao što su dolazak fizioterapeuta, kućna njega na koju imaju pravo, različite vrste pomagala koja mogu dobiti te suradnja sa drugim stručnjacima koji im mogu pomoći, poput logopeda ili psihologa. Upoznavanje bolesnika i njegove obitelji, odnosno osoba koje se brinu o njemu su važni radi otklanjanja rizičnih čimbenika za ponovni moždani udar. Tjelesnom aktivnošću, rehabilitacijom, pridržavanjem liječničkih uputa te promjenom načina života, smanjuje se rizik od ponovnog moždanog udara na način što će, kada budu dovoljno educirani, i sami članovi obitelji, odnosno osobe koje se brinu o bolesniku, poticati bolesnika na poželjna ponašanja i motivirati ga da se pridržava uputa. To se može jednostavno prikazati i činjenicom da će osobe koje su potaknute i motivirane od strane medicinske sestre i obitelji, i onda kada same smatraju kako nije potrebna, redovito obavljati neki oblik fizičke aktivnosti, te smanjiti rizik od ponovnog moždanog udara, ali i spriječiti simptome depresije koja, kao jedna od teških posljedica moždanog udara, može biti značajna prepreka u rehabilitaciji (17).

4.2. Uloga sestre u uključivanju zajednice u pružanje podrške

Nakon akutne faze i boravka u bolnici, bolesnici oboljeli od moždanog udara vraćaju se u svoje domove, a samim tim i u zajednicu. Dakako, vraćanje bolesnika kući i mogućnost obavljanja rehabilitacije u kućnim uvjetima ovisi o bolesnikovom zdravstvenom stanju i mogućnostima. Što raniji povratak u kućne uvjete ima puno prednosti, kao što su smanjenje troškova, smanjenje stresa za bolesnika i obitelj kojeg može uzrokovati hospitalizacija, ali i stvaranje mogućnosti za uključivanje obitelji i zajednice u oporavak bolesnika te vraćanje bolesnika u „normalne“ uvjete. Da bi nastavak brige za bolesnika te proces oporavka bio jednako kvalitetan kao i u zdravstvenoj ustanovi, važno je da medicinska sestra ostvari dobar odnos sa osobama koje se brinu o bolesniku i osobama iz njegove okoline. Zadatak sestre jest educirati osobe iz bolesnikove okoline, kako bi, uz stručnjake, mogle pružati potporu i pomoći bolesniku u zadovoljavanju njegovih potreba. Kada se rehabilitacija bolesnika provodi u kući bolesnika, uključuju se i članovi bolesnikove obitelji koji tada postaju aktivni sudionici u planiranju i provođenju aktivnosti bolesnika, uz nadzor stručnjaka (17, 20).

Povratak u normalan društveni život često se smatra krajnjim ciljem rehabilitacije i jednim od pokazatelja da se bolesnik uistinu oporavio od moždanog udara. To se osobito odnosi na osobe srednje životne dobi, odnosno osobe koje su još radno sposobne te im je povratak na posao ujedno i povratak u normalan, svakodnevni život. Kako bi se dosegao taj stupanj rehabilitiranosti potrebno je određeno vremensko razdoblje te puno truda i zalaganja kako bolesnika i obitelji, tako i medicinske sestre koja zajedno s njima prolazi kroz proces oporavka (21, 22). Jedan od načina povratka bolesnika u društveni život i ponovni osjećaj uključenosti u zajednicu je bavljenje nekim oblikom fizičke aktivnosti, dakako, prilagođene bolesnikovom stanju. Poticanjem bolesnika na tjelovježbu, osim što će se na taj način poboljšati pokretljivost, izdržljivost i opće tjelesno stanje, prevenira se ili smanjuje depresija, poboljšava bolesnikovo raspoloženje, podiže motivacija i općenito povećava kvaliteta života. Sve te dobrobiti dovode i do povećanja samopouzdanja te lakšeg uključivanja u društveni život. Osim samog provođenja fizičke aktivnosti, ako se radi o grupnoj aktivnosti, bolesnik će već biti u socijalnom kontaktu s drugima, a bavljenje aktivnošću dokazat će mu da još uvijek može činiti nešto za sebe te da ne smije gubiti motivaciju. Ako je bolesnik uključen u grupu u kojoj su i druge osobe koje su preboljele moždani udar ili slične bolesti, članovi će jedni drugima biti izvor podrške i poticati jedni druge da ne odustaju. Takvi se oblici tjelesne aktivnosti provode i u rehabilitacijskim centrima gdje su vođeni od stručnih osoba, a vrlo je korisno da se bolesnici njima nastave baviti

i po povratku iz rehabilitacijskog centra. Medicinska sestra, u dogovoru s obiteljskim liječnikom, ima važnu ulogu u poticanju bolesnika na uključivanje u aktivnosti te može biti presudan faktor u tome hoće li se bolesnik odlučiti boriti ili ponašati pasivno. Sam izlazak bolesnika iz kuće kako bi otišao obaviti neku aktivnost, važan je za reintegraciju. Medicinska je sestra često gotovo jedini stalni izvor socijalne podrške koju bolesnik ima u razdoblju nakon moždanog udara, osim članova obitelji koji stalno borave s njim. Kao izvor socijalne podrške, medicinska sestra bolesniku pomaže u osamostaljivanju i osjećaju korisnog i važnog člana zajednice kako bi se bolesnik bez straha vratio društvenom životu, ali uvažavajući sve preporuke, i živio kvalitetan život i nakon moždanog udara (21, 23, 24).

4.3. Digitalna komunikacija

Bolesnicima koji žive u ruralnim sredinama može biti otežano dolaziti na liječničke preglede, fizikalnu terapiju i sve ono što bi trebali nakon moždanog udara. Također, kompliciranije je i financijski zahtjevnije medicinskim sestrama i cjelokupnom medicinskom osoblju dolaziti u česte posjete takvom bolesniku. Iz tog razloga, u novije se vrijeme radi na razvoju digitalne komunikacije. Telemedicina može biti od velike koristi udaljenim bolesnicima, koji nakon što su otpušteni iz zdravstvene ustanove odlaze u svoje obiteljske domove u ruralnoj sredini. Koristeći se video pozivima, e-poštom, porukama i sličnim digitalnim načinima komunikacije u njihov dom dolazi medicinska pomoć. Takva vrsta komunikacije može se koristiti za konzultacije, odgovaranje na upite, rješavanje problema, educiranje bolesnika te prikupljanje potrebnih podataka o bolesniku i razmjenu rezultata pretraga (kao što su krvne pretrage i sl.). Dakako, takav oblik komunikacije ima i određene nedostatke jer bolesnicima nakon moždanog udara sama posjeta medicinske sestre ili nekog drugog člana medicinskog tima potvrđuje da su još uvijek uključeni u zajednicu i da nisu zaboravljeni. Nedostatak kontakta uživo, ali i znakovi koji se mogu javiti kod bolesnika vezani uz njegovo zdravstveno stanje koje bi medicinska sestra uživo mogla zamijetiti, a putem digitalne komunikacije ne može, još uvijek ovo područje rada ostavljaju neusavršenim i neiskorištenim u potpunosti. Ipak, teži se razvoju digitalne komunikacije jer može uvelike pomoći bolesnicima koji nisu u mogućnosti često dolaziti k liječniku i omogućava brz i efikasan prijenos informacija te omogućuje stalnu povezanost bolesnika i zdravstvenih djelatnika. Osim toga, digitalna komunikacija omogućava povezivanje osoba, a društvene mreže mogu pomoći oboljelom od moždanog udara koji trenutno nije u mogućnosti izlaziti iz kuće da bude uključen i održava društvene kontakte. Dakako, korištenje

4. ULOGA ILI VAŽNOST ZA SESTRINSKU PRAKSU

računala, mobilnih telefona i ostalih uređaja treba biti ograničeno kako oboljelima ne bi donijelo više štete nego koristi. Primjerice, osobama životne dobi koje su još aktivne na svim životnim poljima, a dožive moždani udar, uporaba gadgeta može smanjiti stres i održati uključenost u društvo, no višesatno gledanje u ekran može dovesti do glavobolje i sličnih tegoba. Iako može biti veoma korisna, digitalna komunikacija ne može zamijeniti stvarni socijalni kontakt, a ponekad upravo ona može biti faktor koji pridonosi razvoju depresije i sličnih psihičkih poteškoća. Oboljela osoba koji je u fazi rehabilitacije, može se osjećati lošije misleći kako se ostali ljudi zabavljaju, što ga može demotivirati u vlastitom napretku. Stoga, ravnoteža i savjesna uporaba digitalne komunikacije može donijeti mnogobrojne prednosti i olakšati tijek oporavka od moždanog udara, ali treba obratiti pozornost kako njeno korištenje ne bi dovelo do štetnih učinaka (17, 25).

5. ZAKLJUČAK

Moždani udar je bolest današnjice, a njegove posljedice su među vodećim javnozdravstvenim problemima. Nakon moždanog udara javlja se širok spektar poteškoća s kojima se oboljeli mora suočiti, kako s tjelesnim poteškoćama, poteškoćama u govoru i različitim osjetilnim poteškoćama, tako i psihičkim, kao što su agresija, potištenost, depresija. Općenito, kvaliteta života oboljelih znatno je niža u odnosu na razdoblje prije moždanog udara. Unatoč razvoju medicine, cjelokupni zdravstveni tim, kao i osobe iz bolesnikova okruženja moraju dobro surađivati s bolesnikom, kako bi kvaliteta njegova života bila što bolja. Rehabilitacija je dug proces, ali u današnje vrijeme može biti veoma uspješna ako se s njom započne na vrijeme i ako je bolesnik uporan i aktivno sudjeluje. Socijalna podrška tijekom procesa rehabilitacije pojavljuje se kao jedan od ključnih čimbenika za povećanje motivacije i samopouzdanja bolesnika, a očituje se u fizičkoj i psihičkoj pomoći. Društveni kontakti sprječavaju razvoj depresije kod bolesnika, a uključenost u zajednicu budi nadu i pokazuje kako je on još uvijek važan i potreban član zajednice. Obitelj bolesnika predstavlja prvi izvor socijalne potpore nakon otpusta bolesnika u kućne uvjete, stoga je važno da medicinsko osoblje uspostavi dobar kontakt i otvorenu komunikaciju. Tijek oporavka, kao i krajnji rezultat, uvelike ovise o osobama iz bolesnikova okruženja, njegovom partneru ili partnerici, osobama koje se o njemu skrbe te svim stručnjacima koji mu pružaju pomoć od samog početka bolesti. Nerijetko sam bolesnik nema dovoljno motivacije ili ne smatra važnim provoditi određenu fizičku aktivnost ili truditi se postepeno osamostaljavati, a osobe iz njegove okoline poticat će ga da ne odustaje. Medicinska će sestra provoditi zdravstvenu njegu i pružati socijalnu podršku samom interakcijom i kroz edukaciju. Ona u ovom odnosu ima dvosmjernu ulogu, potaknuti zajednicu na prihvaćanje bolesnika koji prolaze kroz proces rehabilitacije i motivirati bolesnika na uključivanje u aktivnosti i različite oblike terapije. Koliko god da je oporavak težak, uz pomoć osoba iz svoje okoline te brojnih stručnjaka, osobe oboljele od moždanog udara i dalje su korisni i vrijedni članovi zajednice koji zaslužuju bolju kvalitetu života.

6. SAŽETAK

Uvod: Moždani se udar prema uzroku nastanka može podijeliti na ishemijski i hemoragijski. Neovisno o kojem od njih se radi, oboljeli mogu imati ozbiljne posljedice. Iako nije do kraja istražena, važnost pružanja socijalne podrške i uključivanja obitelji u skrb bolesnika je neupitna.

Postupci: Podatci za pisanje završnog rada prikupljeni su pretraživanjem internetskih baza podataka kao što su: Scopus, Medline, Embasa, PubMed, EBSCO, Hrčak i Google Scholar te uz pomoć znanstvenih članaka koji su uglavnom publicirani u posljednjih 5 godina.

Prikaz teme: Moždani je udar prema nekim istraživanjima pri vrhu stanja koja znatno narušavaju društveni život pojedinca. Osobe koje su doživjele moždani udar te nemaju socijalnu potporu ili su socijalno izolirane, imaju znatno veći rizik od nastanka ponovnog moždanog udara unutar 5 godina, od osoba koje ju imaju. Obitelj osobe koja je doživjela moždani udar, zajedno s oboljelim prolazi kroz krizu i sve faze njegova oporavka. Medicinska sestra ima važnu ulogu tijekom procesa zbrinjavanja oboljelog od moždanog udara, sve od nastanka bolesti pa do potpune rehabilitacije i reintegracije bolesnika. Kao bitan izvor socijalne podrške, medicinska sestra mu pomaže u osamostaljivanju kako bi se bez straha vratio društvenom životu te uvažavajući sve preporuke živio kvalitetan život i nakon moždanog udara.

Zaključak: Bolesnici nerijetko nemaju dovoljno motivacije provoditi određenu aktivnost ili truditi se postepeno osamostaljivati, a osobe iz njihove okoline potaknut će ih da ne odustaju. Medicinska sestra ima dvostranu ulogu: potaknuti zajednicu na prihvaćanje bolesnika koji prolaze kroz proces rehabilitacije te ih motivirati na uključivanje u različite aktivnosti.

Ključne riječi: bolesnik; moždani, udar; socijalna, podrška.

7. SUMMARY

The impact of social support on the improvement of functional independence in patients after stroke

Introduction: According to its cause, stroke can be classified as ischemic and hemorrhagic. Regardless of the type, it can cause serious consequences. Although not fully explored, the importance of providing social support and involving families in patient care is unquestionable.

Procedure: Data for writing the final paper were collected by searching online databases such as: Scopus, Medline, Embasa, PubMed, EBSCO, Hrčak, Google Scholar and with the help of scientific articles that have mostly been published over the last 5 years.

Overview: According to some research, stroke is one of the leading medical conditions which significantly disrupts the social life of an individual. People who have suffered a stroke and are lacking social support or are socially isolated have a significantly higher risk of having a recurrent stroke within 5 years than people who have social support. The patient's family, together with the patient, go through the crisis and all stages of patient's recovery. The nurse plays an important role during the process of caring for a stroke patient, from the onset of the disease to the complete rehabilitation and reintegration of the patient. As an important source of social support, the nurse helps the patient to become independent so that he can return to his social life without fear and, respecting all the recommendations, lead a quality life even after a stroke.

Conclusion: Patients often do not have enough motivation to carry out a certain activity or try to gradually become independent, and people around them will encourage them not to give up. The nurse has a twofold role: to encourage the community to accept patients undergoing rehabilitation and to motivate patients to engage in various activities.

Keywords: patient; stroke; social, support.

8. LITERATURA

1. Donkor ES. Stroke in the 21st Century: A Snapshot of the Burden, Epidemiology, and Quality of Life. *Stroke Research and Treatment*. 2018;2018:3238165.
2. Knight-Greenfield A, Quitlong Nario JJ, Gupta A. Causes of Acute Stroke: A Patterned Approach. *Radiol Clin North Am*. 2019;57(6):1093-1108.
3. Budinčević H. Rana neurorehabilitacija u osoba s akutnim moždanim udarom. *Medicinski vjesnik*. 2018;50:26-27.
4. Dhand A, Phil D, Lang CE, Luke DA, Kim A., i sur. Social Network Mapping and Functional Recovery Within 6 Months of Ischemic Stroke. *Neurorehabilitation and Neural Repair*. 2019;00(0):1-11.
5. Telebuh M, Dašek M, Grozdek Čovčić G. Kvalieta života osoba u subakutnoj i kroničnoj fazi oporavka nakon moždanog udara. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*. 2018;54(2):49-58.
6. Oljača A, Schnurrer –Luke-Vrbanić T, Avancini-Dobrović V, Kraguljac D. Neurorehabilitacija u pacijenata nakon preboljenog moždanog udara. *Medicina fluminensis*. 2016;52(2):165-175.
7. Chen Q, Cao C, Gong L, Zhang Y. Health related quality of life in stroke patients and risk factors associated with patients for return to work. *Medicine*. 2019;98(16):1-6.
8. Jasnić I, Raković I. Kvaliteta života kod pacijenata nakon moždanog udara. *Hrvatski časopis za javno zdravstvo*. 2017;13(49):100-110.
9. Chippala P, Sharma R. Effect of very early mobilisation on functional status in patients with acute stroke: a single-blind, randomized controlled trail. *Clinical Rehabilitation*. 2016;30(7):669-675.
10. Rabi-Žikić T, Živanović Ž, Đajić V, Simić S, Ružička-Kaloci S, Slankamenac S, i sur. Predictors of early-onset depression after first-ever stroke. *Acta clinica Croatica*. 2020;59(1):81-90.
11. Lin LF, Ng Yih D, Shih FM, Chu C. Effect of social support and health education on depression scale scores of chronic stroke patients. *Medicine (Baltimore)*. 2019;98(44):e17667.
12. Kelly ME, Duff H, Kelly S, McHugh Power JE, Brennan S, Lawlor BA, i sur. The impact of social activities, social networks, social support and social relationships on

- the cognitive functioning of healthy older adults: a systematic review. *Syst Rev*. 2017;6(1):259.
13. Pozaić V. *Umrijeti u ljudskom dostojanstvu*. Zagreb: Filozofsko-teološki institut Družbe Isusove; 1990.
 14. Dobrila-Dintinjana R, Krznarić Ž, Luzer J, Ljubas-Kelečić D. *Disfunkcija probavnog sustava*. Zagreb: Medicinska naklada; 2010.
 15. Baltar Day C, Becker Kottwitz Bierhals CC, Oliveira Dos Santos N, Mocellin D, Lurdes Predebon M, Laís Fengler Dal Pizzol F, i sur. Nursing home care educational intervention for family caregivers of older adults post stroke (SHARE): study protocol for a randomised trial. *Trials*. 2018;19(1):96.
 16. Aadal L, Angel S, Langhorn L, Pedersen BB, Dreyer P. Nursing roles and functions addressing relatives during in-hospital rehabilitation following stroke. Care needs and involvement. *Scand J Caring Sci*. 2018;32(2):871-879.
 17. Dark J, Sander R. An overview of communication, movement and perception difficulties after stroke. *Nursing Older People*. 2014;26(5):32-37.
 18. Brady MC, Kelly H, Godwin J, Enderby P, Campbell P. Speech and language therapy for aphasia following stroke. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;6:CD000425.
 19. Fridriksson J, Ouden DB, Hillis AE, Hickok G, Rorden C, Basilakos A, Yourganov G, Bonilha L. Anatomy of aphasia revisited. *Brain*. 2018;141(3):848-862.
 20. Parać - Bebek D, i sur. Palijativna skrb u domu bolesnika- možemo li bolje?. *Rovinj: Zbornik IV. Kongresa Hrvatskog društva obiteljskih doktora-Hrvatskog liječničkog zbora*; 2006.
 21. Winstein CJ, Stein J, Arena R, Bates B, Cherney LR, Cramer SC, i sur. Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association on behalf of the American Heart Association Stroke Council, Council on Cardiovascular and Stroke Nursing, Council on Clinical Cardiology, and Council on Quality of Care and Outcomes Research. *Stroke*. 2016;47(6):98-169.
 22. Harrison M, Ryan T, Gardiner C, Jones A. Psychological and emotional needs, assessment, and support post-stroke: a multi-perspective qualitative study. *Top Stroke Rehabil*. 2017;24(2):119-125.
 23. Obembe AO, Janice J. Rehabilitation Interventions for Improving Social Participation after Stroke: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Neurorehabil Neural Repair*. 2016;30(4): 384-392.

24. Preston E, Dean CM, Ada L, Stanton R, Brauer S, Kuys S, i sur. Promoting physical activity after stroke via self-management: a feasibility study. *Top Stroke Rehabil.* 2017;24(5):353-360.
25. Chaet D, Clearfield R, Sabin JE, Skimming K. Ethical practice in Telehealth and Telemedicine. *Journal of General Internal Medicine.* 2017;32(10):1136-1140.