

Kierunki wsparcia opiekunów pacjentów po przebytych udarze mózgu w opiece domowej

Directions of support of stroke survivors' caregivers in home care

Emilia Mikołajewska

Klinika Rehabilitacji 10. Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką SP ZOZ w Bydgoszczy

Streszczenie

Wstęp. Udar mózgu jest wciąż najczęstszą przyczyną długotrwałej niepełnosprawności. W naszym kraju 68,5% pacjentów po fazie ostrej trafia do domu, gdzie opiekuje się nimi najczęściej rodzina. Udar mózgu oddziałuje nie tylko na życie osoby nim dotkniętej, ale także na funkcjonowanie jego opiekunów.

Materiał i metody. Przeprowadzono przegląd piśmiennictwa z obszaru wsparcia opiekunów pacjentów po przebytych udarze mózgu w opiece domowej, używając wyspecyfikowanych słów kluczowych. Dokonano syntezy i dyskusji reprezentatywnych krajowych i zagranicznych pozycji piśmiennictwa.

Wyniki. Problemy opiekunów mogą mieć równie istotne znaczenie dla przebiegu terapii, jak problemy samych pacjentów, a rozwiązanie problemów opiekunów może przyczynić się do poprawy efektywności terapii. Rodziny i opiekunowie osób po udarze mózgu zajmujący się nimi w domu znajdują się nieprzygotowani w nowej, trudnej sytuacji. Muszą się zmagać z wieloma problemami, a sprawowana opieka stanowi dla nich znaczne dodatkowe obciążenie, wpływając na relacje z podopiecznym.

Wnioski. Opiekunowie rzadko otrzymują wystarczające wsparcie, a dodatkowo rozumia się ono z ich oczekiwaniami. Wskazuje to na potrzebę poprawienia standardów w zakresie opieki zdrowotnej oraz pomocy społecznej na rzecz opiekunów osób po udarze mózgu.

Udar Mózgu 2011; 13 (1–2): 12–17

Słowa kluczowe: udar mózgu, opieka zdrowotna, pomoc społeczna, rehabilitacja, opieka domowa, opiekun

Abstract

Background. Stroke is still one of most frequent causes of long-term disability. In Poland 68.5% post-stroke survivors requires the assistance of family caregivers during home care. This way stroke affects not only the patients, but their families too.

Material and methods. A rigorous research was conducted using specified keywords. Representative Polish and abroad literature was synthesized and discussed.

Results. Caregivers problem can significantly influence course and results of the therapy of stroke-survivors. Family caregivers are often unprepared for the demands required of them. Family members may struggle to adapt to a care-giving role, and relationships between stroke survivors and other family members can be altered by the illness.

Conclusion. Caregivers of stroke patients report inadequate support, which often do not meet their needs. The findings call for improved standards of health care and welfare, both on the area of patients and caregivers according to their needs.

Interdisciplinary Problems of Stroke 2011; 13 (1–2): 12–17

Key words: stroke, health care, welfare, rehabilitation, home care, caregiver

Wstęp

W Polsce odnotowuje się rocznie 60 000–70 000 nowych przypadków udaru mózgu [1], a roczna zapadalność wynosi 126/100 000 osób. Wraz ze starzeniem się populacji liczby te będą rosnąć. Około 25% pacjentów po udarze umiera z powo-

du udaru lub jego komplikacji. Dalsze 50% umiera z powodu powikłań długoterminowych. Tym niemniej 25% wraca do zdrowia, co nie znaczy, że do pełnej sprawności. Udar mózgu jest wciąż najczęstszą przyczyną długotrwałej niepełnosprawności. Liczba osób niepełnosprawnych spośród tych, którzy przeżyli udar wynosi odpowiednio 70% w Polsce i 50% w krajach wysoko uprzemysłowionych Europy Zachodniej [1]. Medycyna i opieka społeczna wciąż poszukują sposobów na to, by przywrócić osobę po przebytych udarze mózgu do maksymalnego dostępnego dla niej poziomu funkcjonowania w społeczeństwie. W naszym kraju 68,5% pacjentów po fazie ostrej trafia do domu [1].

Adres do korespondencji:

dr n. biol. Emilia Mikołajewska
Klinika Rehabilitacji, 10. Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ
ul. Powstańców Warszawy 5, 85–681 Bydgoszcz
e-mail: e.mikolajewska@wp.pl
Praca wpłynęła do Redakcji: 28 marca 2011 roku
Zaakceptowano do druku: 14 lutego 2012 roku

Opiekunami w Polsce są najczęściej osoby z rodziny (dzieci: 53%, współmałżonek: 27% — niski rezultat może wynikać z wieku lub stanu zdrowia, przeważającą część opiekunów stanowią kobiety), a z pomocy opieki społecznej najczęściej korzystają osoby samotne (niespokrewnieni: tylko 13%) [1–3]. Opiekunowie nie zawsze mieszkają z podopiecznymi, co również ma swoje implikacje. Udar mózgu oddziałuje nie tylko na życie osoby nim dotkniętej, ale także na funkcjonowanie jego opiekunów. Dodatkowo w podejściu holistycznym (tj. całościowym) wiek, stan zdrowia i samopoczucie opiekunów (rodziny) przekłada się bezpośrednio również na efekty terapii i jakość życia pacjentów po udarze mózgu [4]. Stąd problemy opiekunów mogą mieć równie istotne znaczenie dla przebiegu terapii, jak problemy samych pacjentów, a rozwiązanie problemów opiekunów może przyczynić się do poprawy efektywności terapii [5]. Należy zaznaczyć, że dla większości opiekunów zajmowanie się osobą po udarze mózgu jest sytuacją nową, do której nie są przygotowani i wymagają pomocy oraz wdrożenia do nowych obowiązków, nie mówiąc o czasie na przemodelowanie własnego życia.

Materiał i metody

Przeprowadzono przegląd piśmiennictwa z obszaru wsparcia opiekunów pacjentów po przebytych udarach mózgu indeksowanego w bazie danych Pubmed (*U.S. National Library of Medicine*), używając wyspecyfikowanych słów kluczowych (ryc. 1). Dokonano syntezy i dyskusji reprezentatywnych krajowych i zagranicznych pozycji piśmiennictwa w celu przedstawienia zakresu tematycznego oraz wagi aktualnych dowodów naukowych.

Wyniki

W świetle badań prowadzonych w latach 2006–2010 w Polsce wsparcie i opieka oferowane innej osobie są determinowane głównie przez:

- liczbę osób sprawujących opiekę;
- poziom ich zasobów i umiejętności;
- deklarowany/dostępny zakres tej opieki.

Atutami opieki rodzinnej są: wysoki stopień mobilizacji i zaangażowania oraz bliskość i zaufanie pacjenta. Niemniej należy zauważyć, że wymienione czynniki są zależne między innymi od:

- liczby osób w rodzinie (w tym małych dzieci);
- stopnia pokrewieństwa;
- rodzaju aktywności zawodowej oraz stopnia obciążenia innymi zajęciami (w tym takich czynników, jak konieczność równoczesnej pracy lub pozostawanie bezrobotnym) [6];

- wieku oraz poziomu sprawności fizycznej i umysłowej opiekunów;
- poziomu zamożności;
- płci [6];
- wiedzy i umiejętności w zakresie opieki nad chorym [7];
- poziomu wykształcenia;
- stopnia i źródeł motywacji (miłość, poczucie więzi, poczucie obowiązku, religijność);
- umiejętności radzenia sobie ze stresem;
- poczucia bezpieczeństwa i własnej wartości;
- wsparcia społecznego.

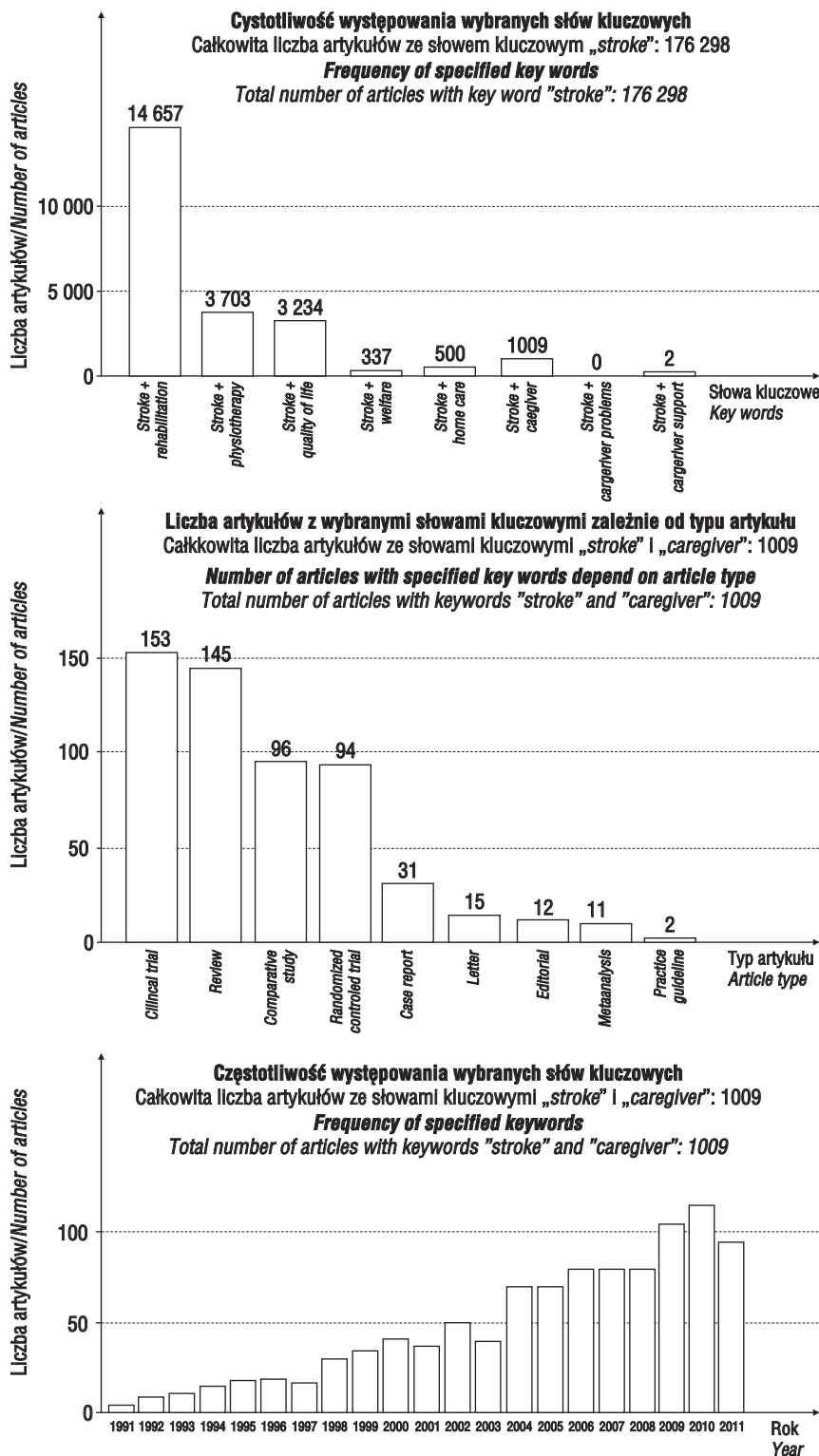
Większość z opiekunów zajmuje się podopiecznymi średnio 5–10 godzin na dobę [1, 8], nie rezygnując przy tym z pracy zawodowej. Krańcowymi przypadkami są osoby zajmujące się pacjentem z jednej strony powyżej 20 godzin na dobę, a z drugiej do 10 godzin na tydzień. Dodatkowym istotnym czynnikiem jest fakt, że większość opiekunów stanowią kobiety, a wśród pacjentów po udarach jest wiele osób z hemiplegią i hemiparezą, pomoc którym wymaga znacznej siły fizycznej. W piśmiennictwie zdefiniowano zjawisko obciążenia, które jest zjawiskiem zdecydowanie negatywnym, rzutującym na zdrowie fizyczne i psychiczne opiekuna osoby przewlekle chorej i niepełnosprawnej. Obciążenie to jest pojęciem wielowymiarowym, a najważniejsze z nich to problemy:

- fizyczne, takie jak czas poświęcony podopiecznemu;
- psychiczne, obejmujące zmiany emocjonalne;
- społeczne, obejmujące głównie ograniczenia w kontaktach z innymi ludźmi;
- finansowe, obejmujące zarówno koszty związane bezpośrednio z leczeniem, jak i pośrednio (rezygnacja z pracy przez opiekuna lub konieczność zmniejszenia jej wymiaru) [8–11].

Jednym z czynników wzrostu obciążenia jest wzrost czasu poświęconego na opiekę nad pacjentem.

Pacjenci po udarze najczęściej obawiają się braku możliwości powrotu do poprzedniej sprawności, uzależnienia od innych oraz osamotnienia. Dlatego zasadnicze funkcje opiekunów obejmują:

- dbałość o ciągłość terapii;
- opiekę (całodobową lub nie), w tym zapobieganie odleżynom, przykurczom, infekcjom i tym podobnym powikłaniom;
- czynności życia codziennego (w tym m.in. higiena osobista, ubiór, pomoc w gospodarstwie domowym);
- pomoc w przemieszczaniu się;
- robienie zakupów, załatwianie spraw urzędowych itp.;
- wsparcie psychiczne i motywowanie.



Rycina 1. Wyniki przeszukiwania bazy danych PubMed (U.S. National Library of Medicine) (źródło [12])

Figure 1. Results of authors’ investigation of the PubMed database (U.S. National Library of Medicine) (source [12])

Wpływ opieki na życie opiekunów osób po udarze mózgu jest bardzo duży. Przejawia się on poprzez:

- zmianę trybu życia u 73% opiekunów;
- zmęczenie opieką u 60% opiekunów;
- pogorszenie standardów życia u 67% opiekunów, a aż 30% z nich musiało ograniczyć pracę lub z niej zrezygnować;

- wpływ na stan zdrowia — aż 47% opiekunów zaczęło częściej chorować;
- 60% opiekunów musiało ograniczyć kontakty towarzyskie;
- brak wsparcia ze strony rodziny — tylko 33% opiekunów deklaruje wystarczające wsparcie ze strony innych członków rodziny, a 37% nie otrzymuje go w ogóle;
- brak wsparcia ze strony instytucji rządowych lub pozarządowych — tylko 20% opiekunów deklaruje wystarczające wsparcie z ich strony, a 60% nie otrzymuje go w ogóle [1].

Należy przy tym zaznaczyć, że otrzymywane wsparcie obejmowało głównie porady medyczne (31%) i pomoc materialną (nie finansową — 26%), rzadziej pomoc finansową (13%) i w opiece nad pacjentem (13%) [1]. Opiekunowie oczekują pomocy od (w kolejności): rodziny, pielęgniarki środowiskowej, lekarza rodzinnego, instytucji rządowych i pozarządowych, rzadziej psychologa i rehabilitanta. Oczekiwania opiekunów obejmują:

- zastąpienie w opiece nad pacjentem lub pomoc w czynnościach pielęgnacyjnych i rehabilitacyjnych: 60%;
- pomoc w pozyskaniu wiedzy medycznej, prawnej i socjalnej: 26%;
- pomoc finansową: 20%;
- opiekę psychologa, grup wsparcia i wymiany doświadczeń [1].

Rozmijanie się potrzeb i oferty wsparcia powoduje, że około 60% opiekunów stosuje leki nasenne, przeciwdepresyjne lub uspokajające. Być może należy to tłumaczyć również tym, że:

- 47% badanych opiekunów twierdziło, że podopieczny robi im na złość;
- zaspokajanie potrzeb pacjenta jest ograniczone ze względu na szczupłość budżetu domowego.

Gorszy stan funkcjonalny pacjenta przekłada się na gorsze samopoczucie opiekuna i większą skłonność do depresji. Dodatkowym czynnikiem w tym obszarze jest podatność opiekuna na załamania psychiczne. Mimo tego 2/3 badanych opiekunów odczuwa satysfakcję ze sprawowanej opieki.

Dla porównania w badaniach nad opiekunami osób z chorobą Parkinsona około 50% badanych oczekuje profesjonalnej pomocy od lekarza, pielęgniarki, a tylko 12% wsparcia finansowego czy też zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny [9].

Dokonano analizy publikacji z omawianego zakresu na podstawie bazy danych PubMed (*U.S. National Library of Medicine*) [12]. Zwraca uwagę relatywnie mała liczba publikacji ze słowami kluczowymi „stroke” + „caregiver” (1009) — stanowią one jedynie 0,57% wszystkich publikacji ze

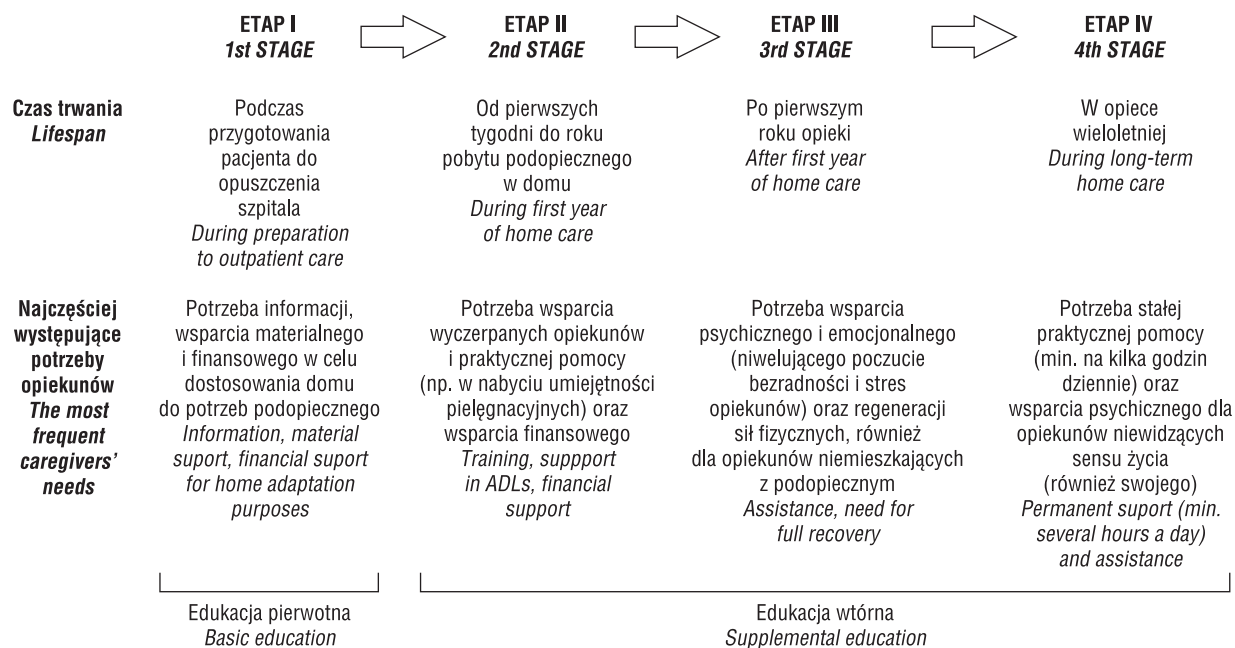
słowem kluczowym „stroke” (176 298). Dla porównania, artykuły poświęcone rehabilitacji poudarowej stanowią 8,3% wszystkich publikacji, a artykuły dotyczące jakości życia po udarze: 1,8% [12]. Wydaje się to świadczyć o niedocenianiu znaczenia badań nad opiekunami osób po udarze we współczesnej literaturze naukowej. Potwierdzają to dwa kolejne spostrzeżenia:

- w obszarze omawianej problematyki, mimo znacznej liczby prób klinicznych, badań porównawczych oraz artykułów przeglądowych, zdecydowanie brakuje metaanaliz oraz wytycznych;
- znaczący przyrost liczby badań z omawianego zakresu nastąpił dopiero na początku XXI wieku i na razie utrzymuje tendencję wzrostową (ryc. 1) [12].

Dotychczasowe badania zagraniczne wskazują na ważność następujących kwestii:

- opiekunowie — członkowie rodzin osób po udarze mózgu są często nieprzygotowani do pełnienia tej funkcji [13], a ich dodatkowe obowiązki odbijają się na ich życiu rodzinnym i zawodowym [14];
- wydłużony czas na dostosowanie do nowej sytuacji, dostrzeżenie jej pozytywnych stron oraz dodatkowe szkolenie pomaga im zaakceptować swoją nową rolę [13, 15–18];
- warto dokonać różnicowania opiekunów ze względu na płeć i odrębnie oceniać kobiety i mężczyzn w roli opiekunów osób po udarze mózgu, w tym ich współpracę z personelem medycznym [19];
- jako elementy krytyczne należące dla opiekunów są wskazywane przede wszystkim: ich sytuacja finansowa oraz programy wsparcia świadczone ze strony instytucji państwowych i organizacji społecznych — odbijają się to również na rynku pracy zawodowych opiekunów [20];
- silne zróżnicowanie wsparcia potrzebnego opiekunom utrudnia prowadzenie badań w tym zakresie [21, 22];
- mimo potwierdzonego badaniem przemęczenia i wypalenia u opiekunów (nawet do 54% badanych przypadków) [23, 24], ciągle trudno znaleźć optymalny sposób opieki domowej nad pacjentami po udarze mózgu [25], w tym z wykorzystaniem najnowszych rozwiązań technicznych (w tym telemedycznych) [26].

Dodatkowych badań wymaga kwestia znacznego pozytywnego wpływu profesjonalnego wsparcia społecznego na jakość życia chorych po udarze mózgu, co jednak nie do końca oznacza, że takie wsparcie jest nieefektywne czy niepotrzebne



Rycina 2. Etapy opieki nad pacjentem a potrzeby opiekunów (wariant) (źródła: [28, 29])

Figure 2. Stages of patient care and, respectively, caregivers needs (version) (sources: [28, 29])

[10, 27]. Należy również pamiętać, że doświadczenia wynikające z wyżej wymienionych badań zagranicznych mogą nie być w pełni implementowalne w polskiej rzeczywistości, ze względu na specyfikę systemu służby zdrowia i pomocy społecznej w Polsce, a także na przykład inny poziom zaможności czy świadomości społecznej w kwestii osób niepełnosprawnych.

W przygotowaniu opiekunów i pacjenta ważny jest również podział opieki na etapy (ryc. 2).

Działania mające na celu wsparcie opiekunów powinny być adresowane z uwzględnieniem wymienionych przedziałów czasowych. Niestety — badania opiekunów obejmują głównie okres do dwóch lat po przejściu opieki.

Jak już wspomniano, w omawianym zakresie trudno dokonać analizy porównawczej z wykorzystaniem badań zagranicznych. Wynika to ze znacznych różnic w organizacji i funkcjonowaniu systemów służby zdrowia oraz opieki społecznej (w tym stopnia zinstytucjonalizowania, dostępności usług, stopnia odpłatności za usługi), a także różnic kulturowych, akceptacji społecznej dla osób niepełnosprawnych i przewlekle chorych oraz utrwalonego stopnia zamożności społeczeństwa.

Wnioski

1. Problem niepełnosprawności oraz opieki nad ofiarami chorób cywilizacyjnych, jaką jest udar mózgu, stanowią jeden z największych

problemów opieki zdrowotnej oraz pomocy społecznej w społeczeństwach wysoko uprzemysłowionych.

2. Właściwa opieka domowa nad pacjentami po udarze mózgu ma bardzo istotne znaczenie nie tylko dla właściwego przebiegu procesu rehabilitacji, ale również dla zapobiegania powikłaniom oraz wzrostu jakości życia i dobrego samopoczucia pacjentów [10].
3. Problemy opiekunów wpływają na jakość sprawowanej przez nich opieki, co przekłada się bezpośrednio na szybkość i stopień powrotu do zdrowia (maksymalnej dostępnej sprawności) podopiecznych. Dbałość o opiekunów jest istotnym elementem terapii, a rodzina/opiekunowie chorego powinni być traktowani przez służbę zdrowia i pomoc społeczną jako partnerzy.
4. Rodziny i opiekunowie osób po udarze mózgu zajmujący się nimi w domu są nieprzygotowani do nowej, trudnej sytuacji. Muszą się zmagać z wieloma problemami, a sprawowana opieka stanowi dla nich znaczne dodatkowe obciążenie.
5. Rodziny i opiekunowie osób po udarze mózgu zajmujący się nimi w domu wymagają:
 - przyuczenia do nowej sytuacji, na przykład przez lekarza, fizjoterapeutę, pracownika socjalnego itp., gdyż dostępne źródła informacji nie zawsze odpowiadają na ich potrzeby [27, 30, 31];

- okresu przejściowego na dostosowanie;
 - wsparcia psychicznego, w tym w zakresie zmian we własnym życiu;
 - wsparcia finansowego;
 - wsparcia w opiece nad podopiecznym.
- Szczególną grupą opiekunów są osoby starsze, w większości kobiety (żony lub córki), ze złym stanem zdrowia, sprawujące opiekę od wielu lat z niskim wsparciem, posiadające zaniżoną samoocenę oraz silne poczucie obowiązku [30, 31].
6. Opiekunowie rzadko otrzymują wystarczające wsparcie, a dodatkowo rozmija się ono z ich oczekiwaniami. W badaniach często pojawia się brak powiązania obciążenia opiekunów ze wsparciem, jakie otrzymują.
 7. Opiekunowie nie są w pełni świadomi roli wsparcia psychologicznego oraz rehabilitacji w przywracaniu pacjentów do pełnej sprawności i te elementy są najczęściej zaniedbywane.
 8. Ważną rolę może odegrać edukacja opiekunów już w czasie leczenia szpitalnego podopiecznego, prowadzona przez lekarzy, fizjoterapeutów, personel pielęgniarski oraz innych specjalistów medycznych.
 9. Wymienione wnioski wskazują na potrzebę poprawienia standardów w zakresie opieki zdrowotnej oraz pomocy społecznej na rzecz opiekunów osób po udarze mózgu.

Piśmiennictwo

1. Morawska J.M., Gutysz-Wojnicka A.: Problemy Opiekunów chorych po udarze mózgu. *Udar Mózgu* 2008, 10, 83–90.
2. Grabowska-Fudala B., Jaracz K.: Obciążenie osób sprawujących opiekę nad chorymi po przebyłym udarze mózgu — wyniki wstępne. *Udar Mózgu* 2006, 8, 41–47.
3. Grabowska-Fudala B., Jaracz K.: Obciążenie osób sprawujących opiekę nad chorymi po przebyłym udarze mózgu. *Udar Mózgu* 2007, 9, 24–31.
4. Jaracz K., Grafowska-Fudala B.: Źródła obciążenia opiekunów nad chorymi po przebyłym udarze mózgu — analiza jakościowa. *Pielęg. Pol.* 2007, 2–3, 116–119.
5. Jaracz K., Grabowska-Fudala B.: Przebieg opieki nad chorym po udarze mózgu w środowisku domowym — analiza jakościowa. *Neurol. Neurochir. Pol.* 2008, 42, supl. 4, 435.
6. Opara J.A., Jaracz K.: Quality of life of post-stroke patients and their caregivers. *J. Med. Life* 2010, 3, 216–220.
7. Jaracz K., Zugehoer M., Grafowska-Fudala B.: Potrzeby edukacyjne opiekunów chorych po udarze mózgu. Materiały I Ogólnopolskiej Konferencji „Edukacja pielęgniarska pacjenta i jego rodziny”. Poznań 2007, 22.
8. Grabowska-Fudala B., Jaracz K., Górna K. i wsp.: Obciążenie osób sprawujących opiekę nad chorymi po przebyłym udarze mózgu — wyniki badań. W: Skrzypek-Czerko M., Ślusarz R. red.: *Pielęgniarstwo w neurologii i neurochirurgii — wybrane zagadnienia*. Wyd. CM UMK, Bydgoszcz 2009, 31–42.
9. Grabowska-Fudala B., Jaracz K., Górna K. i wsp.: Obciążenie osób sprawujących opiekę nad osobami z chorobą Parkinsona. Wyniki wstępne. W: Jarosz M. red.: *Dobrostan i powodzenie w chorobie i niepełnosprawności*. Wydawnictwo NeuroCentrum 2009, 73–85.
10. Grabowska-Fudala B., Jaracz K., Górna K.: Obciążenie rodzin sprawujących opiekę nad chorymi po udarze mózgu w świetle badań empirycznych. W: Janowski K., Cudo A. red.: *Człowiek chory — aspekty biopsychosocjalne*. T. 2. Wydawnictwo Drukarnia Best Print 2009, 297–313.
11. Hebel K., Bieniaszewski L.: Wydolność opiekuńczo-pielęgniarska rodziny i stopień zaspokojenia wybranych potrzeb zdrowotnych chorych po udarze mózgu. *Nursing Topics* 2009, 17, 306–314.
12. MEDLINE/PubMed (U.S. National Library of Medicine) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed> — data pobrania 13.02.2012.
13. Lutz B.J., Young M.E., Cox K.J., Martz C., Creasy K.R.: The crisis of stroke: experiences of patients and their family caregivers. *Top Stroke Rehabil.* 2011, 18, 786–797.
14. Gillespie D., Campbell F.: Effect of stroke on family carers and family relationships. *Nurs. Stand.* 2011, 26, 39–46.
15. Mackenzie A., Greenwood N.: Positive experiences of caregiving in stroke: a systematic review. *Disabil. Rehabil.* 2012 [Epub ahead of print].
16. Cramm J.M., Strating M.M., Nieboer A.P. Satisfaction with care as a quality-of-life predictor for stroke patients and their caregivers. *Qual. Life Res.* 2012 [Epub ahead of print].
17. Forster A., Young J., Nixon J. i wsp.: A cluster randomized controlled trial of a structured training programme for caregivers of inpatients after stroke (TRACS). *Int. J. Stroke* 2012, 7, 94–99.
18. Hafsteinsdóttir T.B., Vergunst M., Lindeman E., Schuurmans M.: Educational needs of patients with a stroke and their caregivers: a systematic review of the literature. *Patient Educ. Couns.* 2011, 85, 14–25.
19. Saban K.L., Hogan N.S.: Female caregivers of stroke survivors: coping and adapting to a life that once was. *J. Neurosci. Nurs.* 2012, 44, 2–14.
20. Kusano C.T., Bouldin E.D., Anderson L. A. i wsp.: Adult informal caregivers reporting financial burden in Hawaii, Kansas, and Washington: Results from the 2007 Behavioral Risk Factor Surveillance System. *Disabil. Health J.* 2011, 4, 229–237.
21. Legg L.A., Quinn T.J., Mahmood F. i wsp.: Non-pharmacological interventions for caregivers of stroke survivors. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2011, 10, CD008179.
22. MacIsaac L., Harrison M.B., Godfrey C. Supportive care needs of caregivers of individuals following stroke: a synopsis of research. *Can. J. Neurosci. Nurs.* 2010, 32, 39–46.
23. Rigby H., Gubitz G., Phillips S.: A systematic review of caregiver burden following stroke. *Int. J. Stroke* 2009, 4, 285–292.
24. Saban K.L., Sherwood P.R., DeVon H.A., Hynes D.M.: Measures of psychological stress and physical health in family caregivers of stroke survivors: a literature review. *J. Neurosci. Nurs.* 2010, 42, 128–138.
25. Allison R., Shelling L., Dennett R., Ayers T., Evans P.H., Campbell J.L.: The effectiveness of various models of primary care-based follow-up after stroke: a systematic review. *Prim. Health Care Res. Dev.* 2011, 12, 214–222.
26. Johansson T., Wild C.: Telerehabilitation in stroke care — a systematic review. *J. Telemed. Telecare* 2011, 17, 1–6.
27. Jaracz K., Kozubski W.: Znaczenie wsparcia społecznego dla jakości życia chorych po udarze mózgu. Przegląd wybranych badań eksperymentalnych. *Neurol. Neurochir. Pol.* 2006, 2, 140–150.
28. Kerr S.M., Smith L.N.: Stroke: an exploration of the experience of informal caregiving. *Clin. Rehabil.* 2001, 15, 428–436.
29. Mikołajewska E.: Wpływ rehabilitacji i fizjoterapii na poprawę jakości życia. *Niepełnosprawność i Rehabilitacja* 2012, 1, 5–12.
30. Mikołajewska E.: *Osoba ciężko chora lub niepełnosprawna w domu*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008.
31. Mikołajewska E.: *Neurorehabilitacja. Zaopatrzenie ortopedyczne*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009.
32. Gerstenkorn A., Suwała M.: Jaki jest stan zdrowia opiekunów osób niepełnosprawnych? Materiały I Ogólnopolskiej Konferencji „Psychologia w medycynie — medycyna w psychologii”, Lublin 2009.
33. Gerstenkorn A., Suwała M.: Stan zdrowia opiekunów osób niepełnosprawnych. *Niepełnosprawność i Rehabilitacja* 2009, 1, 36–49.