

# Komunikowanie w rodzinie w sytuacji zapewnienia opieki osobie po udarze mózgu

Barbara Koc-Kozłowiec

Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji Lublinie

[barbara\\_ko@o2.pl](mailto:barbara_ko@o2.pl)

**Abstrakt:** Udar mózgu jest drugą przyczyną śmierci ludzi powyżej 60. roku życia. Szacuje się, że około 70% pacjentów po udarze staje się niepełnosprawnymi. Codzienne czynności (chodzenie, ubieranie, jedzenie) przestają być dla nich wykonalne. Chory potrzebuje opieki innych. Choroba – udar mózgu – jest sytuacją kryzysową dla rodziny. Dotyczy to szczególnie tych rodzin, w których mąż/żona jest osobą starszą, a dorosłe dzieci mają własne rodziny. W niniejszej pracy autorka prezentuje zaobserwowane porozumiewanie się rodzin w sytuacji zapewnienia opieki nad chorym w warunkach domowych.

**Słowa kluczowe:** komunikowanie, kryzys, rodzina, udar mózgu

## Wprowadzenie

Choroba – w tym przewlekła (chroniczna) – wpisuje się w życie rodziny i staje się specyficznym elementem struktury systemu rodzinnego. Zależność między chorobą a rodziną powoduje, że choroba może wpływać na procesy wewnątrzrodzinne. Wpływ ten jest modyfikowany przez znaczenie, jakie rodzina wiąże z sytuacją wywołaną chorobą. Jeśli choroba jest postrzegana jako poważne zagrożenie to reakcją rodziny jest lęk i depresja. Natomiast kiedy jest traktowana jako wyzwanie to następuje w rodzinie mobilizacja energii i środków potrzebnych do skutecznego poradzenia sobie z chorobą.

Rodziny stosują różne style radzenia sobie z chorobą, które zależą od takich czynników, jak więzi uczuciowe, umiejętności komunikowania się, gotowość do zmian, samoocena poszczególnych członków rodziny, ich osobowość, schemat choroby oraz stopień zagrożenia życia<sup>1</sup>.

---

1 M. Radochański, *Rola rodziny w zmaganiu się ze stresem wywołanym chorobą somatyczną*, „Problemy Rodziny”

Komunikacji w rodzinie w obliczu choroby jest niejednokrotnie trudna. Może to wynikać z nieszczerości wobec siebie członków rodziny bądź też z traktowania tematu choroby jako tabu (nie podejmuje się rozmów o chorobie, prowadzi się je bez udziału chorego lub przy jego udziale, jak na przykład w sytuacji zapewnienia osobie chorej opieki po zakończonej hospitalizacji). Zakłócenia w komunikacji przyjmują wtedy najczęściej postać przekazywania sobie wzajemnie wewnętrznie sprzecznych komunikatów, dyskwalifikowania partnera interakcji lub nieokazywania sobie empatii<sup>2</sup>. Otwarta komunikacja i jawne mówienie o opiece nad chorym poza szpitalem, pozwala na wyrzucenie z siebie negatywnych uczuć i postaw oraz daje możliwość ustalenia wspólnych zadań, a także uświadomienia sobie różnic w postrzeganiu problemów.

## Choroba i rodzina

Choroba to „dynamiczny stan organizmu, w którym dochodzi do nieprawidłowej reakcji układów lub narządów na bodźce środowiska zewnętrznego lub wewnętrznego, który może doprowadzić do zmian anatomicznych w narządach lub do zakłóceń w mechanizmach regulacyjnych”<sup>3</sup>. Choroba jest również definiowana jako subiektywne doświadczenie dyskomfortu lub cierpienia, które może (ale nie musi) wiązać się z obiektywnymi zaburzeniami o charakterze patologicznym<sup>4</sup>.

Wyróżnia się trzy fazy reagowania rodziny na chorobę przewlekłą jednego z jej członków. Pierwsza to faza kryzysu („rodzina owija się wokół choroby”, czyli rezygnuje z innych zadań i ról na rzecz chorego)<sup>5</sup>. Faza druga to faza przewlekła, a typowe w tej fazie zachowania to: izolacja, poczucie utarty, brak satysfakcji. Trzecia faza – faza zejścia – bezpośrednio poprzedza śmierć chorego (towarzyszenie osobie podczas umierania).

Rodzina z osobą chorą stosuje różne strategie radzenia sobie w tej sytuacji. Wśród nich można wyróżnić: poszukiwanie wsparcia społecznego (pomoc ze strony dalszej rodziny, przyjaciół), redefiniowanie sytuacji stresowej tak, by była możliwa do zaakceptowania, poszukiwanie wsparcia duchowego, poszukiwanie pomocy z zewnątrz (instytucje i organizacje) oraz pasywna ocena sytuacji (brak inicjatywny i poczucia odpowiedzialności)<sup>6</sup>. Osoby chore największe znaczenie przypisują pomocy ze strony instytucji formalnych. Chore kobiety często przyjmują postawę pasywną, a także podkreślają znaczenie modlitwy i poszukiwania

---

1991, nr 6, s. 6–10.

2 A. Pietrzyk, *Ta choroba w rodzinie*, Kraków 2006, s. 63.

3 W. Gomulka, W. Rewerski, *Encyklopedia zdrowia*, Warszawa 2002, s. 157.

4 G. Bishop, *Psychologia zdrowia*, tłum. A. Śliwa, L. Śliwa, Wrocław 2007, s. 252.

5 B. de Barbaro, *Pacjent w swojej rodzinie*, Warszawa 1997, s. 81.

6 D. Ochojska, M. Radochański, *Choroba w rodzinie. Style zmagania się z sytuacją trudną*, „Problemy Rodziny” 1997, nr 5–6, s. 39–43.

pomocy wśród osób duchownych. Chorzy mężowie zwykle liczą na pomoc krewnych, rodziny i przyjaciół, podczas gdy ich żony i dzieci przeważnie odrzucają tę formę pomocy<sup>7</sup>.

Zdarza się również, że osoby zdrowe w rodzinie nabierają skłonności do krytykowania i oskarżania chorych o niedogodności życiowe, nie akceptują zmian życia codziennego, unikają otwartych rozmów<sup>8</sup>.

## Udar mózgu – kryzys w rodzinie

Termin *kryzys* – w życiu potocznym – oznacza niebezpiecznie rozwijającą się sytuację. W medycynie Hipokratesa był to punkt kulminacyjny choroby, kiedy objawy narastały i osiągały szczyt pogorszenia lub wyzdrowienia. *Kryzys* bywa także używany zamiennie z takimi terminami, jak *stres*, *konflikt*, *trudna sytuacja*, *nienormalna reakcja* albo sytuacja, która wymaga natychmiastowej pomocy otoczenia i interwencji w środowisku. Zenona Płużek wskazuje, że nie każda sytuacja trudna wywołuje kryzys, lecz tylko taka, która pojawia się w następujących okolicznościach<sup>9</sup>: po pierwsze, wywołuje bardzo silne napięcie, co utrudnia normalne funkcjonowanie; po drugie, gdy problem jest subiektywnie bardzo ważny; gdy człowiek staje bezradnie wobec problemu i nie wie, jak ma się dalej zachować, to jest trzecie; po czwarte, kiedy poczucie dyskomfortu psychicznego trwa znacznie dłużej niż zazwyczaj przy przeżywaniu trudności; piątą okolicznością jest moment, kiedy nie znajduje się pomocy ani wsparcia w otoczeniu osób najbliższych. Mając na uwadze powyższe, można powiedzieć, że choroba jest kryzysem dla rodziny. Choroby przewlekłe wymagają nowych sposobów zmagania się z nimi, zmian w rodzinie osoby chorej oraz długiego czasu adaptacji. Do takich chorób przewlekłych zalicza się udar mózgu.

Udar mózgu jest trzecią co do częstości (po chorobach serca i nowotworach) przyczyną zgonu oraz najczęstszą przyczyną niesprawności u ludzi powyżej 40. roku życia<sup>10</sup>. Jest zatem istotnym społecznie problemem zdrowotnym.

Światowa Organizacja Udaru Mózgu szacuje, że co szósta osoba na świecie dozna w swoim życiu udaru mózgu<sup>11</sup>. Spośród osób, które przeżyją udar mózgu aż 70% zostaje inwalidami i cierpi z powodu różnie objawiającej się niepełnosprawności. Z badań epidemiologicznych wynika, że około 30–50% chorych jest

7 I. Janicka, H. Liberska, *Psychologia rodziny*, Warszawa 2014, s. 391.

8 K. de Walden-Gałuszko, *Problemy psychoonkologiczne rodziny*, Kraków 2000, s. 99.

9 Z. Płużek, *Psychologia pastoralna*, Kraków 1994, s. 88.

10 *Pierwotna profilaktyka udaru mózgu*, „Przewodnik Lekarza” 2001, nr 5, [www.termedia.pl/Czasopismo/Przewodnik\\_Lekarza-8/Streszczenie-1149](http://www.termedia.pl/Czasopismo/Przewodnik_Lekarza-8/Streszczenie-1149), dostęp 20.12.2015.

11 *Udar mózgu i co dalej?*, [www.fum.info.pl/page/index/197](http://www.fum.info.pl/page/index/197), dostęp 11.01.2016. Co roku z jego powodu umiera ok. 6 mln osób na świecie, a w samej Europie ok. 1,25 mln. W Polsce udar mózgu występuje rocznie u 70–80 tys. osób, z czego 25–30 tys. pacjentów umiera.

niesamodzielnym, 22% nie chodzi samodzielnie, a 24–35% wymaga całkowitej lub częściowej pomocy w codziennych czynnościach<sup>12</sup>. Zapadalność na udar mózgu w Polsce utrzymuje się na średnim europejskim poziomie i wynosi 177 na 100 tysięcy w przypadku mężczyzn i 125 na 100 tysięcy kobiet<sup>13</sup>.

Światowa Organizacja Zdrowia zdefiniowała udar mózgu, jako „zespół kliniczny charakteryzujący się nagłym wystąpieniem ogniskowego, a niekiedy również uogólnionego zaburzenia czynności mózgu, którego objawy utrzymują się dłużej niż 24 godziny lub prowadzą wcześniej do śmierci i nie mają przyczyny innej niż naczyniowa”<sup>14</sup>. Objawy neurologiczne, które mogą wystąpić osobno lub w kombinacji, to: zaburzenia widzenia, osłabienie/zaburzenie czucia po jednej stronie ciała, dyzartria, zaburzenie wyższych czynności nerwowych (afazja, splątanie, zaburzenia orientacji przestrzennej, zaburzenia pamięci), zaburzenia chodu<sup>15</sup>.

Leczenie udaru mózgu ma na celu, po pierwsze, zapobieganiu trwałemu uszkodzeniu mózgu lub jego zmniejszeniu; po drugie, poprawę funkcjonowania chorego i po trzecie, zapobieganie nawrotom udaru. Poprawę funkcjonowania chorego można uzyskać poprzez zabiegi fizjoterapeutyczne. Zabiegi te ukierunkowane są na poprawę sprawności w zakresie codziennych czynności, siły mięśni, poruszania się, przemieszczania, ubierania i utrzymania higieny<sup>16</sup>. Mają również na celu przeciwdziałanie przykurczom kończyn górnych i/lub dolnych oraz zmianom psychicznym, takim jak depresja czy brak motywacji.

Ze względu na krótki pobyt w szpitalu i konieczność kontynuowania rehabilitacji w domu wiedza pacjenta i jego rodziny ma pierwszorzędne znaczenie dla uzyskania poprawy stanu zdrowia i dojścia „do siebie” po chorobie.

Powrót do domu to dla pacjenta sprawdzian samodzielności. Rodzina nie powinna wyręczać chorego w czynnościach, które potrafi wykonać bez pomocy. Zalecane jest także przystosowanie mieszkania i najbliższego otoczenia, by ułatwić choremu poruszanie się i wykonywanie codziennych czynności.

Opieka nad chorym po udarze mózgu w warunkach domowych to zabiegi pielęgnacyjne wykonywane we współpracy z pielęgniarkami środowiskowymi, zgodnie z wytycznymi, które uwzględniają aktualny stan osoby chorej. Należy także zadbać o rehabilitację ruchową chorego (we współpracy z fizjoterapeutą) i asystowanie mu w zalecanych ćwiczeniach, które pobudzają porażone kończyny do aktywności<sup>17</sup>.

Niezbędnym elementem opieki jest również rehabilitacja logopedyczna (we współpracy z terapeutą zaburzeń mowy). Aby osiągnąć możliwie najlepsze efekty,

12 S. Wawrzyniak, K. Wawrzyniak, *Wpływ wybranych czynników społeczno-demograficznych na przebieg udaru niedokrwiennego mózgu*, „Udar Mózgu” 2006, t. 8, nr 1, s. 22–27.

13 I. Sępniak, E. Dolińska, J. Kochanowski, *Przyczyny udaru niedokrwiennego mózgu u osób młodych*, „Terapia” 2005, nr 10, s. 4–9.

14 *Neurologia Merritta*, red. L. Rowland, tłum. I. Domitrz [i in.], Wrocław 2005, s. 217.

15 G. Kozera, *Edukacja chorego po udarze mózgu*, „Choroby Serca i Naczyń” 2007, t. 4, nr 3, s. 123–126.

16 B. Grabowska-Fudala, K. Jaracz K, *Obciążenie osób sprawujących opiekę nad chorymi po udarze mózgu – wyniki wstępne*, „Udar Mózgu” 2007, t. 9, nr 1, s. 24–31.

17 M. Świerkocka-Miastkowska, D. Biesek, *Opieka domowa nad chorym po udarze mózgu*, „Choroby Serca i Naczyń” 2007, t. 4, nr 3, s. 127–129.

konieczne są regularne ćwiczenia, których celem jest usprawnienie mowy oraz umiejętności pisania i czytania. Nie mniej ważna jest rehabilitacja w zakresie codziennych czynności. Tutaj rola opiekuna sprowadza się do towarzyszenia choremu w działaniach możliwych do samodzielnego wykonania. Należy zachęcać osobę po udarze mózgu do podejmowania wielokrotnych prób mimo niepowodzeń.

Praca opiekuna polega na stopniowym dostosowywaniu zadań do ciągle zmieniających się możliwości podopiecznego. Ze względu na długotrwałą i skomplikowaną rehabilitację opiekunowie powinni być cierpliwi, wytrwali i wyrozumiali wobec chorego<sup>18</sup>.

## Rodzina – ujęcie systemowe

Rodzina jest dynamicznym i żywym systemem psychospołecznym. System ten złożony jest z pojedynczych członków rodziny, pozostających w relacji interpersonalnej podczas wspólnego życia. Relacja ta jest jednak czymś więcej niż sumą osobowości swoich członków. Jest bowiem odrębną całością<sup>19</sup>. W systemie rodzinnym szczególnego znaczenia nabierają wzorce relacji pomiędzy poszczególnymi jego członkami.

Właściwością systemów jest ich hierarchiczna organizacja. Rodzina składa się z mniejszych jednostek strukturalnych, czyli podsystemów. Podsystemem w rodzinie może być konkretny człowiek, diada (dwa elementy) lub triada. Istnieje wiele rozmaitych kryteriów, według których tworzone są podsystemy, na przykład wiek, płeć czy funkcja pełniona w rodzinie<sup>20</sup>. Do najważniejszych – według kryterium pełnionej roli – należą: podsystem małżeński (mąż – żona), rodzicielski (rodzice – dzieci) oraz podsystem rodzeństwa (dziecko – dziecko)<sup>21</sup>. Wszystko, co dokonuje się wewnątrz danego podsystemu ma nie tylko wpływ na osoby do niego należące, lecz także oddziałuje na innych członków rodziny oraz na interakcje w innych podsystemach<sup>22</sup>. Matka jest równocześnie córką swojej matki, żoną swojego męża, siostrą dla swojego rodzeństwa. Poza tym w różnych systemach ta sama osoba pełni różne role i wchodzi w rozmaite relacje (na przykład najstarszy syn może przyjmować uległą postawę wobec swojego ojca i równocześnie narzucać

18 J. Morawska, A. Gutysz-Wojnicka, *Problemy opiekunów chorych po udarze mózgu*, „Udar Mózgu” 2008, t. 10, nr 2, s. 83–90.

19 Rodzina traktowana jest jako system naturalny i wielki z perspektywy rodziny wielopokoleniowej. Każdy system rodzinny jest częścią innego większego systemu – społecznego (społeczność lokalna), środowisko okoliczne oraz kultura i społeczeństwo globalne. M. Stepulak, *Relacyjny wymiar rozwoju osobowego w systemie rodzinnym*, Lublin 2010, s. 235.

20 B. de Barbaro, *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny*, Kraków 1997, s. 13.

21 B. Harwas-Napierała, *Komunikacja w rodzinie ujmowanej jako system w relacji rodzice-dzieci*, [repozytorium.amu.edu.pl/bitstream/10593/4975/1/13\\_Barbara\\_Harwas\\_Napierała\\_Komunikacja\\_w\\_rodzinie\\_ujmowanej\\_jako\\_system\\_221-233.pdf](http://repozytorium.amu.edu.pl/bitstream/10593/4975/1/13_Barbara_Harwas_Napierała_Komunikacja_w_rodzinie_ujmowanej_jako_system_221-233.pdf), dostęp 7.01.2016.

22 B. Sidor, *Psychospołeczne aspekty funkcjonowania młodzieży mającej rodzeństwo z niepełnosprawnością umysłową*, Lublin 2005, s. 19.

swoją wolę młodszemu rodzeństwu). Pomiędzy podsystemami są granice, czyli reguły określające kto i jak przynależy do danego systemu<sup>23</sup>.

System rodzinny posiada wewnętrzne i zewnętrzne granice. Wewnętrzne granice wyznaczają stopień przepływu informacji pomiędzy poszczególnymi osobami. Granice zewnętrzne odgradzają rodzinę od innych systemów i równocześnie umożliwiają porozumiewanie się pomiędzy rodziną a innymi systemami społecznymi, z którymi ona współpracuje, podejmując i wypełniając różnorakie zadania<sup>24</sup>. Zadanie te wynikają z funkcji rodziny. Wymienia się następujące funkcje rodziny:

1. biopsychiczne: prokreacyjną i seksualną,
2. ekonomiczne: materialno-ekonomiczną i opiekuńczo-zabezpieczającą,
3. społeczno-wyznaczające: stratyfikacyjną i legalizacyjno-kontrolną,
4. socjopsychologiczne: socjalizacyjno-wychowawczą, kulturalną, religijną, rekreacyjno-towarzyską i emocjonalno-ekspresyjną<sup>25</sup>.

Wypełnianie przez rodzinę swoich funkcji wskazuje na jej funkcjonalność lub brak funkcjonalności. Funkcjonalny system rodzinny charakteryzuje się tym, że:

- całość jest czymś większym niż suma jej elementów,
- system jest dynamiczny, co oznacza, że stale szuka otwartości i możliwości rozwoju, przystosowując się do napływających informacji i stresu,
- zasady są jawne i negocjowane,
- równowaga między wspólnotą a odrębnością jest oparta na wzajemnym szacunku,
- gdy poziom niepokoju związany ze zjawiskami interpersonalnymi jest niewielki, automatycznie zaczynają działać siły związane z wyodrębnieniem się<sup>26</sup>.

Rodzina powinna mieć zdolność adaptacji do wydarzeń typowych dla procesów rozwojowych, takich jak narodziny czy choroba przewlekła członka rodziny. Zmiana taka oznacza modyfikację zasad kierujących systemem oraz zasad określających współistnienie poszczególnych elementów<sup>27</sup>. Dzieje się tak w sytuacji, kiedy dorosłe dzieci odchodzą i zakładają własne rodziny. Rodzice przystosowują się do powstałej pustki. Zmieniają się wtedy zasady odnoszące się do relacji pomiędzy rodzicami a dziećmi. Dorosłe dzieci stają się partnerami rodziców<sup>28</sup>.

---

23 B. de Barbaro, *Struktura rodziny*, Kraków 1999, s. 47–48.

24 M. Stepulak, *Podejście systemowe we współczesnej psychologii polskiej*, Lublin 1995, s. 119.

25 Z. Tyszka, *Rodzina we współczesnym świecie*, Poznań 2002, s. 7–9.

26 J. Bradshaw, *Zrozumieć rodzinę. Rewolucyjna droga odnalezienia siebie*, tłum. H. Szczepańska, Warszawa 1994, s. 59.

27 B. Sidor, *Psychospołeczne aspekty funkcjonowania młodzieży mającej rodzeństwo z niepełnosprawnością umysłową*, dz. cyt., s. 19.

28 M. Radochański, *Rodzina jako system psychospołeczny*, „Problemy Rodziny” 1986, nr 5, s. 16–18.

## Komunikacja w podsystemach rodzinnych

Interakcje w rodzinie zachodzą w wyniku procesu komunikowania się. Komunikowanie w relacji interpersonalnej można zdefiniować jako wymianę informacji między dwiema osobami w określonym kontekście społecznym<sup>29</sup>. Komunikat wysłany od nadawcy do odbiorcy wpływa na relację istniejącą między nadawcą a odbiorcą. Najważniejszą cechą procesu komunikowania się jest wymiar praktyczny przekazu. Istotne jest zrozumienie i odbiór komunikatu przez odbiorcę. Każdy komunikat ma werbalny i niewerbalny aspekt. Pierwszy to treść komunikatu (słowa, budowa zdania), drugi określa relację między interlokutorami<sup>30</sup>. Sposób odczytania komunikatu przez odbiorcę prowadzi do określonych zachowań (sekwencji zachowań).

Wyróżnić można trzy modele komunikacji w relacji interpersonalnej: jednostronny, dwustronny i relacyjny. W modelu jednostronnym komunikacja przebiega od nadawcy do odbiorcy przy braku troski o sprzężenie zwrotne (o to, czy komunikat został odebrany)<sup>31</sup>. Taki model komunikowania występuje w rodzinach, w których realizuje się typ rodzicielstwa autorytarnego (duży nacisk na kontrolę, sztywne granice w podsystemach, częste wydawanie poleceń, nakazów, zakazów). Dwustronny model uwzględnia sprzężenie zwrotne w relacji nadawca – odbiorca. Komunikacja jest wtedy interakcją i rozpatrywana jest jako „seria przyczyn i skutków, bodźców i reakcji”<sup>32</sup>. Model ten zniekształca rozumienie komunikacji (partner jest obwiniany za zakłócenia w komunikacji). W relacyjnym modelu komunikacji nadawca i odbiorca koncentrują się na tym, co robią lub co mogą zrobić razem<sup>33</sup>.

Opisane modele to kontrakty teoretyczne, które nie istnieją na ogół w czystej formie. W komunikacji w systemie rodzinnym mogą występować – w różnych proporcjach – zachowania komunikacyjne należące do wszystkich wymienionych modeli. Efekt ich oddziaływania będzie zależał od fazy życia rodziny i związanymi z nią okolicznościami.

Styl relacji interpersonalnych w małżeństwie przekłada się na komunikację interpersonalną. Można wyróżnić dwa style komunikacji małżeńskiej: styl partnerski (każdy z partnerów uznaje za równe marzenia, potrzeby i pragnienia zarówno swoje, jak i partnera relacji) oraz styl niepartnerski (preferowanie własnych potrzeb i pragnień, niezgodnych z potrzebami partnera). W stylu partnerskim zadowoleni ze swojego związku małżonkowie otwarcie rozmawiają o problemach codziennych. Potrafią pomagać sobie wzajemnie i aktywnie słuchać komunikatów drugiej strony. Układ sprzężeń zwrotnych między rodzicami

29 I. Namysłowska, *Terapia rodzin*, Warszawa 2000, s. 95.

30 M. Knapp, J. Hall, *Komunikacja niewerbalna w interakcjach międzyludzkich*, Wrocław 1997, s. 121.

31 J. Stewart, *Mosty zamiast murów. O komunikowaniu się między ludźmi*, red. J. Stewart, tłum. Jan Doktor [i in.], Warszawa 2002, s. 35.

32 S. Frydrychowicz, *Komunikacja interpersonalna w rodzinie a rozwój dorosłych*, Poznań 2003, s. III.

33 S. Frydrychowicz, *Proces mówienia*, Poznań 1999, s. 14.

oddziałuje na dzieci, które na niego reagują<sup>34</sup>. To, co się dzieje między dziećmi wpływa także na każdego z rodziców, na przykład silny związek matka – dziecko wywołuje specyficzne zachowania i reakcje u pozostałych członków rodziny.

Badania nad komunikacją par małżeńskich wskazują na istnienie par niezależnych, rozdzielnych i tradycyjnych<sup>35</sup>. Pary niezależne nie przywiązują wagi do tradycyjnych ról płciowych – żyją w bliskości fizycznej, ale równocześnie zachowują dystans psychiczny. Efektem tego jest brak wzajemnego zrozumienia i umiejętności otwartej komunikacji. Pary rozdzielone cenią sobie indywidualną wolność i nie są zainteresowane wchodzeniem w głębsze relacje interpersonalne. Komunikacja jest u nich słaba, zwłaszcza w odniesieniu do umiejętności wzajemnego przekazywania uczuć i emocji. Pary tradycyjne cechuje wysoka akceptacja tradycyjnych ról wynikających z płci. Komunikacja między małżonkami jest dojrzała i adekwatna. Szanują się wzajemnie i respektują swoje pragnienia i potrzeby. Poza wspomnianymi typami istnieją pary mieszane, w których każdy z małżonków akceptuje inny styl, na przykład tradycyjno-niezależny, niezależno-rozdzielony. Znaczenie ma także tak zwana metakomunikacja, czyli komunikowaniu się na temat wzajemnej komunikacji. Pozwala to na obniżenie napięcia, stresu, negatywnych emocji i uczuć między partnerami<sup>36</sup>.

Styl wychowania w rodzinie ma wpływ na poziom relacji rodzice – dzieci. Styl permissywny cechuje się akceptacją dziecka, niskim poziomem wymagań i komunikacji<sup>37</sup>. Drugi styl rodzicielski nosi nazwę autorytetu<sup>38</sup>. Polega on na dużej akceptacji, wysokim poziomie wymagań, kontroli i komunikacji rodziców wobec dzieci. Trzeci styl rodzicielski to styl autorytarny. Zauważa się w nim niską samoocenę, a przy tym wysoką kontrolę i duże wymagania wobec dzieci<sup>39</sup>. W takich rodzinach widoczny jest u dzieci wysoki poziom agresji, trudności z kontrolą własnych emocji oraz niska samoocena. Rodzice, przekazując dzieciom pewne treści, robią to w sposób automatyczny, bezuczuciowy, brakuje w tym akceptacji i ciepła<sup>40</sup>. Wymienione style rodzicielskiej komunikacji mają wpływ na rozwój prawidłowych relacji interpersonalnych u dzieci w przyszłości. Młody człowiek będzie się identyfikował z określonym stylem z domu rodzinnego. W budowaniu zdrowych relacji między rodzicami a ich dziećmi ważnych jest kilka zasad. Chodzi tu o uważne słuchanie, wyrażanie pozytywnych/negatywnych uczuć oraz próśb. Stosowanie tych zasad zapobiega eskalacji konfliktów i frustracji poprzez niwelowanie negatywnych emocji oraz wyjaśnienie powstałych nieporozumień<sup>41</sup>.

34 I. Drożdżowicz, *Teoria przywiązania w praktyce teorii par*, Warszawa 2012, s. 252.

35 M. A. Fitzpatrick, *Between husbands and wives. Communication in marriage*, Newbury Park 1988, s. 57.

36 D. Krok, *Znaczenie komunikacji interpersonalnej w funkcjonowaniu rodziny*, Łódź 2007, s. 47.

37 W takich rodzinach zauważa się negatywne rezultaty wychowawcze u dzieci w postaci słabszych wyników w nauce, wyższej agresywności, braku umiejętności nawiązywania dojrzałych relacji z rówieśnikami. Trudno takim dzieciom podejmować decyzje.

38 Dzieci w takich rodzinach mają wysoki poziom samooceny i zdolność podejmowania decyzji. Mają większą wiarę w siebie i swój potencjał. H. Bee, *Lifespan development*, Boston 2003, s. 187.

39 M. Stepulak, *Relacje interpersonalne młodzieży studiującej w systemie rodzinnym*, Lublin 2013, s. 65.

40 C. Sutton, *Psychologia dla pracowników socjalnych*, tłum. E. Józefowicz, Gdańsk 2004, s. 94.

41 H. Bee, *Psychologia rozwoju człowieka*, tłum. A. Wojciechowski, Poznań 2004, s. 300.



Relacje w obrębie rodzeństwa charakteryzują się pewną specyfiką. Jednym z czynników mających na nie wpływ jest wspólne dziedzictwo biologiczne (33–66% genów jest wspólnych)<sup>42</sup>. W ramach rodzeństwa można wyróżnić pięć stylów relacji interpersonalnych. Pierwszy to relacja opiekuńcza (jedno dziecko odgrywa rolę rodzica wobec drugiego, na przykład między starszą siostrą i młodszym bratem). Drugi to relacja koleżeńska (rodzeństwo upodabnia się do siebie, daje to radośną więź). Styl trzeci to relacja krytykująca lub konfliktowa (dominacja jednego dziecka nad drugim; widoczne zachowania agresywne). Relacja rywalizująca to czwarty styl (dominacja z brakiem jakichkolwiek więzi rodzinnych). Ostatni styl to relacja sporadyczna (niska łączność w obrębie rodzeństwa, krótkie kontakty)<sup>43</sup>.

## Procedura badań

Przedmiotem przeprowadzonych badań była komunikacja w rodzinie. Celem badań było ukazanie, jak porozumiewa się rodzina w sytuacji zapewnienia opieki osobie po udarze mózgu. Problem badawczy główny (PG) postawiony został następująco:

PG: Jak komunikuje się rodzina w sytuacji zapewnienia opieki osobie po udarze mózgu?

Formułowane zostały również problemy badawcze szczegółowe:

P1: Jaka jest komunikacja w podsystemie rodzinnym mąż – żona?

P2: Jaka jest komunikacja w podsystemie rodzinnym dzieci – dzieci?

P3: Jaka jest komunikacja w podsystemie rodzinnym rodzice – dzieci oraz dzieci – rodzice?

W badaniu zastosowano – jako metodę badań – eksperyment naturalny z technikami: analizą dokumentacji medycznej, obserwacji uczestniczącej i wywiadu z rodzinami osób chorych<sup>44</sup>. Badania przeprowadzono na oddziale szpitalnym w Lublinie.

Przeprowadzony eksperyment dotyczył komunikacji w rodzinie po usłyszeniu informacji, że osoba po udarze mózgu zostanie wypisana w najbliższym czasie do domu (okres około czterech dni). Rodzina uzyskała tę wiadomość od lekarza prowadzącego z pełnym wyjaśnieniem, że stan chorego jest stabilny, nie wymaga on

42 I. Namysłowska, *Terapia rodzin*, dz. cyt., s. 92.

43 H. Bee, *Psychologia rozwoju człowieka*, dz. cyt., s. 258.

44 Eksperyment naturalny cieszy się wśród badaczy coraz większą popularnością, ponieważ badacz ma możliwość wykorzystania zjawisk zachodzących naturalnie. W tego typu eksperymencie manipulacja zmienną niezależną zachodzi bez udziału eksperymentatora. Możliwa jest obserwacja naturalnych procesów i autentycznych reakcji ludzi na bezpośrednie bodźce ze środowiska. Minusem tej metody badań jest to, że wyniki eksperymentu naturalnego są osłabione wskutek braku kontroli nad zmiennymi (większość zjawisk jest przewidywalna jedynie w niewielkim stopniu). Jednak dzięki tej metodzie można gromadzić unikatowy materiał badawczy, którego nie da się zgromadzić metodami tradycyjnymi.

dalszej hospitalizacji. Rodziny po wysłuchaniu informacji udały się do osoby chorej. Obserwowane były zachowania komunikacyjne rodzin po podanej informacji.

## Analiza i interpretacja wyników

Badaniem objęto 30 pacjentów (11 kobiet i 19 mężczyzn) i ich rodziny (tab. 1). Osoby hospitalizowane były w wieku od 67–79 lat (kobiety) i 65–74 lat (mężczyźni). Wszystkie osoby badane doznały udaru mózgu. Postawione zostało rozpoznanie kliniczne: udar mózgu i niedowład połowiczny prawo lub lewostronny oraz afazja. W Skali Barthela osoby chore uzyskały 35–40 punktów<sup>45</sup>, czyli wymagają stałej opieki innych osób w funkcjonowaniu społecznym. Osoby chore mieszkają tylko z mężem/żoną. Dorosłe dzieci – chorych – mają własne rodziny i mieszkają oddzielnie.

Tab. 1. Prezentacja osób chorych

Płeć osób chorych	Wiek	Liczba osób chorych	Rozpoznanie kliniczne	Skala Barthela [pkt]	Miejsce zamieszkania	Sytuacja domowa
Kobiety	67–79	11	– udar mózgu – niedowład połowiczny prawo lub lewostronny – afazja	35–40	okolice Lublina w promieniu do 70 km	chore mieszkają tylko z mężem
Mężczyźni	65–74	19	– udar mózgu – niedowład prawo lub lewostronny – afazja – nadciśnienie tętnicze – cukrzyca – choroba niedokrwienna serca	33–39	okolice Lublina w promieniu do 70 km	chorzy mieszkają tylko z żoną

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z dokumentacji medycznej i wywiadu z mężem/żoną.

<sup>45</sup> Skala Barthela stosowana jest do oceny funkcjonalnej pacjenta. Oceniane są codzienne czynności: jedzenie, przechodzenie z krzesła na łóżko, higiena osobista (mycie twarzy, czesanie włosów), korzystanie z toalety (basen), kąpiel, chodzenie/wózek, chodzenie po schodach, ubieranie/rozbieranie, kontrola trzymania stolca i kontrola trzymania moczu. Przy pełnej sprawności chorey zyskuje sumę 100 punktów przy obniżonej odpowiednio mniej. J. Majkowski, *Udary naczyniowe mózgu*, Warszawa 1998, s. 185.

W tabeli 2 zamieszczone zostały komunikaty językowe zaobserwowane podczas wizyt rodzin u osób chorych i po rozmowie z lekarzem prowadzącym. Rodzinom przekazano informacje na temat stanu chorego i wypisie do domu w ciągu najbliższych dni. Rozmowa z rodzinami chorych odbyła się w gabinecie lekarskim. Następnie rodziny udały się do osoby chorej i stanęły przy łóżku (mąż/żona na wysokości klatki piersiowej chorego, dorosłe dzieci w nogach chorego – za barierką łóżka). Ustawienie rodziny przy łóżku chorego jest komunikatem niewerbalnym – proksemiką. Ustawienie współmałżonka wskazuje na silną relację między nimi. Natomiast ustawienie dorosłych dzieci może wskazywać na dystansowanie się od problemu – zapewnienia opieki nad chorym rodzicem.

Komunikacja językowa zachodziła w podsystemach: mąż – żona, dzieci – dzieci, rodzic – dzieci i dzieci – rodzic. Na podstawie komunikatów w podsystemie mąż – żona (w którym jedno z małżonków jest chore) można powiedzieć, że występuje styl partnerski w relacji (uznanie potrzeb swoich i partnera), jak również to, że pary te zaliczyć można do par tradycyjnych.

Na podstawie zaobserwowanych komunikatów nadawanych w podsystemie dzieci – dzieci można wyróżnić różne style relacji interpersonalnej: konfliktowe/krytykujące (typu „Maria powinna zająć się ojcem, mieszka najbliżej i jest na emeryturze”); rywalizujące („Tadek dostał od ojca najwięcej, więc powinien zabrać go do siebie”) oraz koleżeńskie („Musimy ustalić, kto będzie się opiekował ojcem”).

Daje się zauważyć również to, że zmieniły się relacje w rodzinie – dorosłe dzieci stały się partnerami dla rodziców i próbują wspólnie z rodzicem znaleźć rozwiązanie dla tej sytuacji.

Kolejny wniosek – w podsystemie rodzic – dzieci, w sytuacji, gdy chory jest mąż, matka podaje, że sama lub z pomocą innych osób przejmie opiekę nad chorym. Nie włącza i wydaje się nie oczekiwać pomocy od dorosłych dzieci.

W podsystemie dzieci – rodzic (osobą chorą jest ojciec) dorosły syn deklaruje pomoc matce (na przykład „Mamo, pomogę ci w opiece nad ojcem”). Gdy osobą chorą była matka, dorosłe córki komunikowały: „Tato, nie masz siły, trzeba pomyśleć o opiece nad mamą”.

Tab. 2. Komunikaty językowe wypowiedziane w podsystemach rodzinnych

Lp.	Podsystem rodzinny	Przykłady wypowiedzianych komunikatów
1.	mąż – żona	a) „Wychodzisz niedługo do domu” b) „W piątek zabieram cię do domu” c) „Nie wiem, jak sobie poradzę, wypisują cię do domu” d) „Już niedługo będziesz w domu” e) „Lekarz mówi, że wychodzisz do domu” f) „Idziesz za dwa dni do domu”

Lp.	Podsystem rodzinny	Przykłady wypowiedzianych komunikatów
2.	dzieci – dzieci	a) „Maria powinna zająć się ojcem, mieszka najbliżej i jest na emeryturze” b) „Matka nie da sobie rady, trzeba pomyśleć o jakiejś opiece” c) „Musimy ustalić, kto będzie się opiekował ojcem” d) „Trzeba poszukać jakiegoś domu opieki dla ojca” e) „Ojciec powinien oddać matkę pod opiekę jakiejś instytucji” f) „Może porozmawiać z lekarzem, gdzie najlepiej umieścić matkę?” h) „Przecież ojciec nie jest jeszcze zdrowy, dlaczego go wypisują?” i) „Tadek dostał od ojca najwięcej, więc powinien go zabrać do siebie”
3.	rodzic – dzieci	a) „Zajmę się ojcem w domu” b) „Poproszę panią Halinkę do pomocy przy ojcu” c) „Zapytam w księdza, może wskaże kogoś do pomocy” d) „Damy sobie z matką radę sami w domu” e) „Nie wiem, jak dalej będzie, ale poradzimy sobie”
4.	dzieci – rodzic	a) „Mamo, pomogę ci w opiece nad ojcem” b) „Tato, nie masz siły, trzeba pomyśleć o pomocy do mamy” c) „Trudno ci będzie opiekować się ojcem, poszukamy jakiegoś rozwiązania”

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

## Podsumowanie

Zapewnienie opieki osobie po udarze mózgu jest sytuacją kryzysową dla rodziny. Dorosłe dzieci mają swoje rodziny, obowiązki i mieszkają w znacznej odległości od rodziców. Natomiast współmałżonek osoby chorej jest również osobą starszą z różnymi schorzeniami. Dopóki pacjent jest hospitalizowany rodzina na poziomie nieświadomym oczekuje, że wynik leczenia pozwoli na dalsze samodzielne funkcjonowanie osoby po udarze w domu.

Zaobserwowana i opisana sytuacja w ramach eksperymentu naturalnego pozwoliła stwierdzić, że rodziny nie są emocjonalnie i mentalnie przygotowane do przejęcia opieki nad chorym rodzicem.

Komunikowanie w rodzinie w opisanej sytuacji zachodzi w całej rodzinie i w podsystemach rodzinnych. W podsystemie mąż – żona dominuje partnerski

styl komunikowania. W podsystemie dzieci – dzieci obecne są relacje rywalizujące, konfliktowe/krytykujące oraz koleżeńskie, co przekłada się na sposób komunikowania się. W podsystemie rodzic – dzieci (matka/żona osoby chorej) nie komunikuje się dorosłym dzieciom, że oczekuje się od nich pomocy czy wsparcia. Podobną postawę przyjmuje ojciec/mąż osoby chorej. W podsystemie dzieci – rodzice wsparcie w opiece nad ojcem deklaruje matce w komunikatach dorosły syn. Dorosłe córki przekazują takie komunikaty wsparcia ojcom. Niepokojące jest to, że w opisanych sytuacjach komunikacja zachodzi „nad głową” chorego i z wyłączeniem jego udziału. Komunikowanie wydaje się być trudne dla wszystkich członków rodziny.

W takich sytuacjach rodzinom należy się pomoc w postaci rad i wskazówek dalszego postępowania. Jeśli zdecydują się na opiekę nad chorym w domu, to powinni dokonać zmian architektonicznych lub technicznych (na przykład uchwyty w łazience, specjalne łóżko). Osoba niepełnosprawna po udarze mózgu i jej rodzina może wystąpić o wsparcie finansowe ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. W przypadku, gdy rodzina nie porozumie się w sprawie opieki nad chorym członkiem rodziny, rozwiązaniem może być skorzystanie z zakładu opiekuńczo-leczniczego lub pielęgnacyjno-opiekuńczego. Wymienione zakłady są placówkami służby zdrowia. Chory opłaca w nich wyżywienie i zakwaterowanie w wysokości odpowiadającej 250% najniższej emerytury, z tym że opłata nie może być wyższa niż 70% miesięcznego dochodu.

## Bibliografia

- Barbaro B. de, *Pacjent w swojej rodzinie*, Warszawa 1997.
- Barbaro B. de, *Struktura rodziny*, [w:] *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny*, red. B. de Barbaro, Kraków 1999.
- Barbaro B. de, *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny*, Kraków 1999.
- Bee H., *Lifespan development*, Boston 2003.
- Bee H., *Psychologia rozwoju człowieka*, tłum. A. Wojciechowski, Poznań 2004.
- Bishop G., *Psychologia zdrowia*, tłum. A. Śliwa, L. Śliwa, Wrocław 2007.
- Bradshaw J., *Zrozumieć rodzinę. Rewolucyjna droga odnalezienia siebie*, tłum. H. Szczepańska, Warszawa 1994.
- Drożdżowicz I., *Teoria przywiązania w praktyce terapii par*, [w:] *Bliskość w rodzinie. Więzy w dzieciństwie a zaburzenia w dorosłości*, red. B. Tryjarska, Warszawa 2012.
- Fitzpatrick M., *Between husbands and wives: communications in marriage*, Newbury Park 1988.
- Frydrychowicz S., *Komunikacja interpersonalna w rodzinie a rozwój dorosłych*, [w:] *Rodzina a rozwój człowieka dorosłego*, red. B. Harwas-Napierała, Poznań 2003.
- Frydrychowicz S., *Proces mówienia*, Poznań 1999.

- Gomułka W., Rewerski W., *Encyklopedia zdrowia*, Warszawa 2002.
- Grabowska-Fudala B., Jaracz K., *Obciążenie osób sprawujących opiekę nad chorymi po udarze mózgu – wyniki wstępne*, „Udar Mózgu” 2007, t. 9, nr 1.
- Harwas-Napierała B., *Komunikacja w rodzinie ujmowanej jako system w relacji rodzice-dzieci*, [repozytorium.amu.edu.pl/bitstream/10593/4975/1/13\\_Barbara\\_Harwas\\_Napierała\\_Komunikacja\\_w\\_rodzinie\\_ujmowanej\\_jako\\_system\\_221-233.pdf](http://repozytorium.amu.edu.pl/bitstream/10593/4975/1/13_Barbara_Harwas_Napierała_Komunikacja_w_rodzinie_ujmowanej_jako_system_221-233.pdf), dostęp 7.01.2016.
- Janicka I, Liberska H., *Psychologia rodziny*, Warszawa 2014.
- Knapp M., Hall J., *Komunikacja niewerbalna w interakcjach międzyludzkich*, Wrocław 1997.
- Kozera G., *Edukacja chorego po udarze mózgu*, „Choroby Serca i Naczyń” 2007, t. 4, nr 3.
- Krok D., *Znaczenie komunikacji interpersonalnej w funkcjonowaniu rodziny*, [w:] *Rodzina świetle psychologii pastoralnej*, red. B. Sowiński, Łódź 2007.
- Majkowski J., *Udary naczyniowe mózgu*, Warszawa 1998.
- Morawska J. M., Gutysz-Wojnicka A., *Problemy opiekunów chorych po udarze mózgu*, „Udar Mózgu” 2008, t. 10, nr 2.
- Namysłowska I., *Terapia rodzin*, Warszawa 1997.
- Neurologia Merritta*, red. L. Rowland, tłum. I. Domitrz [i in.], Wrocław 2005.
- Ochojska D., Radochański M., *Choroba w rodzinie: style zmagania się z sytuacją trudną*, „Problemy Rodziny” 1997, nr 5–6.
- Pierwotna profilaktyka udaru mózgu*, „Przewodnik Lekarza” 2001, nr 5, [www.termedia.pl/Czasopismo/Przewodnik\\_Lekarza-8/Streszczenie-1149](http://www.termedia.pl/Czasopismo/Przewodnik_Lekarza-8/Streszczenie-1149), dostęp 20.12.2015.
- Pietrzyk A., *Ta choroba w rodzinie*, Kraków 2006.
- Plużek Z., *Psychologia pastoralna*, Kraków 1994.
- Radochański M., *Rodzina jako system psychospołeczny*, „Problemy Rodziny” 1986, nr 5.
- Radochański M., *Rola rodziny w zmaganiu się ze stresem wywołanym chorobą somatyczną*, „Problemy Rodziny” 1991, nr 6.
- Sępnik I., Dolińska E., Kochanowski J., *Przyczyny udaru niedokrwinnego mózgu u osób młodych*, „Terapia” 2005, nr 10.
- Sidor B., *Psychospołeczne aspekty funkcjonowania młodzieży mającej rodzeństwo z niepełnosprawnością umysłową*, Lublin 2005.
- Stepulak M., *Podejście systemowe we współczesnej psychologii polskiej*, Lublin 1995.
- Stepulak M., *Relacje interpersonalne młodzieży studiującej w systemie rodzinnym*, [w:] *Specyfika wychowania w systemie rodzinnym*, red. M. Stepulak, Lublin 2013.
- Stepulak M., *Relacyjny wymiar rozwoju osobowego w systemie rodzinnym*, Lublin 2010.
- Stewart J., *Mosty zamiast murów. O komunikowaniu się między ludźmi*, red. J. Stewart, tłum. Jan Doktor [i in.], Warszawa 2002.
- Sutton C., *Psychologia dla pracowników socjalnych*, tłum. E. Józefowicz, Gdańsk 2004.
- Świerkocka-Miastkowska M., Biesek D., *Opieka domowa nad chorym po udarze mózgu*, „Choroby Serca i Naczyń” 2007, t. 4, nr 3.
- Tyszka Z., *Rodzina we współczesnym świecie*, Poznań 2002.
- Udar mózgu i co dalej?*, [www.fum.info.pl/page/index/197](http://www.fum.info.pl/page/index/197), dostęp 11.01.2016.

Walden-Gałuszko K. de, *Problemy psychoonkologiczne rodziny*, [w:] *Psychoonkologia*, red. K. de Walden-Gałuszko, Kraków 2000.

Wawrzyniak S., Wawrzyniak K., *Wpływ wybranych czynników społeczno-demograficznych na przebieg udaru niedokrwinnego mózgu*, „Udar Mózgu” 2006, t. 8, nr 1.

## Communication in the family when care is provided to the person after the stroke

**Abstract:** Stroke is the second cause of death in people over 60 years old. It is estimated that approximately 70% of patients who survive a stroke becomes disabled. Everyday activities (walking, dressing and eating) become unenforceable, the patient needs the care of others. The disease – stroke – a crisis for the family. This applies especially to families in which the husband/wife is an older person and the adult children have their own families. In this work the author presents communication of families in situation to provide care for the sick at home.

**Keywords:** communication, crisis in family, family, stroke