DOI: 10.19251/pwod/2018.4(2)
www.pwod.pwszplock.pl

Katarzyna Cieślak
Absolwent Kujawskiej Szkoły Wyższej we Włocławku

WIEDZA PACJENTÓW PO UDARZE MÓZGU NA TEMAT WŁASNEJ CHOROBY

Knowledge of patients after the beginning of the brain on own disease

Streszczenie

Wstęp
Udar mózgu – jest jedną z najczęściej wymienianych przyczyn śmierci w Polsce, obok zawału serca i chorób nowotworowych. Wiodącą przyczyną inwalidztwa na świecie. W przypadku udaru mózgu liczy się czas, gdyż czas jaki minął od pojawienia się objawów do czasu hospitalizacji, warunkuje sposób leczenia, a w konsekwencji stan pacjenta w późniejszym etapie rekonwalescencji. Profilaktyka udaru mózgu poprzez zapobieganie występowaniu chorób mający wpływ na ryzyko wystąpienia mózgu, oraz podejmowanie działań zmierzających do, zwiększa świadomości społeczeństwa na ten temat, ma ogromny wpływ na występowanie udaru mózgu.

Cel
Celem badań była ocena poziomu wiedzy pacjentów po udarze mózgu na temat własnej choroby.

Materiał i metody
Badania zostały przeprowadzone w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Mławie, w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym. Badaniem objętych było 60 pacjentów SOR, którzy przebyli udar mózgu. Wśród grupy badanych było: 36 mężczyzn i 24 kobiety. W badaniu uwzględniono czynniki socjodemograficzne i socjalno-bytowe. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego przeprowadzając ankietę.

Wyniki
Na poziom wiedzy pacjentów po udarze mózgu, wpływają czynniki socjodemograficzne: płeć i wykształcenie, czynniki socjalno-bytowe dotyczące miejsca zamieszkania. Pozostałe: jak, wiek i stan cywilny, i miejsce zamieszkania, nie mają wpływu na poziom wiedzy badanych pacjentów.

Wnioski
Stwierdzono, że świadomość badanych na temat wiedzy, o chorobach mających wpływ na ryzyko występowania udaru mózgu jest poprawna. Badana grupa pacjentów, potrafiła wskazać objawy udaru mózgu i prawidłowo zareagować, w przypadku wystąpienia udaru mózgu.

Słowa kluczowe: udar mózgu, wiedza, postępowanie

Abstract

Introduction
Stroke – is one of the most frequently mentioned causes of death in Poland, apart from heart attacks and cancer. The leading cause of disability in the world. In the case of a stroke, time counts, because the time that has passed since the appearance of symptoms until hospitalization, determines the treatment and, consequently, the condition of the patient at a later stage of convalescence. Prevention of stroke by preventing the occurrence of diseases affecting the risk of developing the brain, and taking action to increase public awareness of the subject, has a huge impact on the occurrence of stroke.

Aim
The aim of the study was understanding level of the knowledge of stroke patients about their own disease.

Material and methods
The research was carried out at the Independent Public Health Care Center in Mława, in the Hospital Emergency Department. The study included 60 SOR patients who had had a stroke. The group of respondents included: 36 men and 24 women. The study includes sociodemographic and socio-living factors. The diagnostic survey method was used by conducting a questionnaire.

Results
The level of knowledge of patients after stroke is influenced by sociodemographic factors: sex and education, socio-living factors concerning the place of residence. Other: as age and marital status, and place of residence, do not affect the level of knowledge of the examined patients.

Conclusions
It was found that the consciousness of the subjects about knowledge about diseases affecting the risk of stroke is correct. The study group of patients was able to indicate the symptoms of a stroke and react correctly in the event of a stroke.

Key words: stroke, knowledge, conduct

Wstęp

Udar mózgu – obok chorób serca i nowotworów złośliwych – jest jedną z najczęściej wymienianych przyczyn śmierci w Polsce. Jest również wiodącą przyczyną inwalidztwa na świecie. Udar mózgu wymaga bardzo wysokich nakładów zarówno ekonomicznych, jak i społecznych, głównie związanych z leczeniem.

Udar mózgu oraz jego konsekwencje zdrowotne stanowią jeden z najpopularniejszych problemów współczesnej medycyny [Tomaszewska, 2013].

Powrót do zdrowia jest złożonymi długotrwałym procesem, wymaga zaangażowania pacjenta, najbliższych, rodziny, również personelu medycznego.

Bardzo ważny jest czas reakcji rodziny lub osób, które są świadkami zdarzenia oraz profesjonalna pierwsza pomoc. Odpowiednia wiedza pozwala na postawienie szybkiej diagnozy oraz leczenie. W przypadku udaru mózgu liczy się czas, gdyż czas jaki minął od pojawienia się objawów do czasu hospitalizacji, warunkuje sposób leczenia, a w konsekwencji stan pacjenta w późniejszym etapie rekonwalescencji. Wiele czynników zwiększających ryzyko udaru mózgu można wykluczyć lub im przeciwdziałać. Profilaktyka udaru mózgu poprzez zapobieganie występowaniu takich chorób, jak: nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, choroby serca, nadwaga, miażdżyca tętnic oraz podejmowanie działań zmierzających do walki z nikotynizmem, alkoholizmem, zwiększa świadomość społeczeństwa na temat udaru mózgu.

Postępowanie rehabilitacyjne to ważny etap w postępowaniu z chorym po udarze mózgu, gdyż terapeuta zajęciowy, i pozostali specjaliści zespołu rehabilitacyjnego (lekarz, pielęgniarka, neurologopedia, psycholog, pracownik socjalny), a także rodzina pacjenta wspomagają proces rehabilitacji, zmniejszając skutki choroby. Warunkiem powrotu do sprawności chorego po udarze mózgu jest odpowiednia wiedza samego chorego, jak również osób obcujących, mających styczność z pacjentem.

Cel

Celem podjętych badań jest poznanie wiedzy pacjentów po udarze mózgu na temat własnej choroby.

Materiał i metody

Badania zostały przeprowadzone w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Mławie, w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym. Badaniem objętych było 60 pacjentów SOR, którzy przebyli udar mózgu. W badaniu uwzględniono czynniki socjodemograficzne i socjalno-bytowe. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego przeprowadzając ankietę.

Uzyskane wyniki badań zestawiono przy użyciu arkusza kalkulacyjnego MS Excel. Wykorzystano program MS Excel do przeprowadzenia analizy statystycznej. W przypadku danych o charakterze zmiennych jakościowych (kategoryzowanych) wyniki opisano, przy użyciu następujących parametrów: liczba przypadków (N) i ich procentowy udział (%) w badanej grupie. Do badania struktury rozkładu cechy w grupie zastosowano test chi-kwadrat-χ^2. Za poziom istotności przyjęto $p<0,05$.

W przeprowadzonych badaniach brało udział: 60 pacjentów po przebytym udarze mózgu przebywających w SOR.

W badanej grupie były 24 kobiety, czyli 40% i 36 mężczyzn, co stanowi 60% badanych.

W badanej grupie wiek pacjentów objętych badaniem podzielono na trzy przedziały wiekowe:41 – 50 lat , 51 – 60lat, < 60lat.W grupie 41 – 50 lat było 7 osób, co stanowi 11,6% grupy, w tym 4 mężczyzn i 3 kobiety. Następna grupa stanowiąca 20% badanych, czyli 12 osób w wieku 51 – 60, w tym 9 mężczyzn i 3 kobiety. Powyżej 60 roku życia było 41 osób, czyli 68,4% badanych: 23 mężczyzn i 18 kobiet.

Z grupy badanych 32 osoby, czyli 53,4% stanowią osoby zamieszkałe w mieście, pozostali 46,6% czyli 28 osób pochodziło z terenów wiejskich.

Wykształcenie ankietowanych, czyli grupę osób po przebytym udarze mózgu przeanalizowano dla następujących poziomów wykształcenia: podstawowe, zawodowe, średnie, wyższe. Najwięcej osób (40%), miało wykształcenie średnie, następnie zawodowe 33,4%, wyższe 18,2%.W badanej grupie 8,4% osób miało wykształcenie podstawowe.

Wśród osób badanych płci żeńskiej najwięcej było mężatek: 14 (23,3%), wdów: 6, które stanowiły 10% i 4 stanu wolnego – 6,7%. Płeć męska w badanej grupie przedstawiała się następująco: najwięcej było żonatych: 18 mężczyzn (30%), wdowców 11 stanowiło: 18,4%, stanu wolnego było: 7 mężczyzn, którzy stanowili 11,6%.

Wyniki

W badanej grupie 60 respondentów, ze względu na wiek przebycia udaru mózgu podzielono na trzy przedziały:40 – 50 lat 51-60 lat i 61lat i powyżej.

Najwięcej wśród badanych osób przebyło udar mózgu po 60 roku życia, i tak: płci męskiej 20 osób (33,4%) i płci żeńskiej 16 osób (26,6%). Kolejna grupa to 17 osób w wieku 51 – 60 lat, w tym 11 mężczyzn (18,4%) i 6 kobiet (10%). Najmniej, bo 7 osób było w przedziale wiekowym 41 – 50 lat, w tym 4 mężczyzn(6,6%) i 3 kobiety (5%).

W badanej grupie 34 osoby (59,7%) po przebytym udarze mózgu zna przyczynę powstania udaru, a 26 osób (43,3%) nie potrafi określić przyczyny.

Wśród respondentów u 42 osób, czyli 70% badanych, udar mózgu występował w rodzinie, tylko u 18 osób – 30% nikt w rodzinie nie przebył udaru mózgu.

W badanej grupie 52 osoby (86,7%) udar mózgu, uważają za stan zagrożenia życia, a 7 osób (11,7%) nie zalicza udaru mózgu, jako stanu zagrażającego życiu. Wśród badanych 1 osoba nie wiedziała, czy udar mózgu jest stanem zagrożenia życia.

W badanej grupie, wśród objawów wskazujących na wystąpienie udaru mózgu, najwięcej bo 14 osób (23,3%) wskazało na niedowład nerwu twarzowego, opuszczenie kącika ust po jednej stronie, wykrzywienie twarzy. Kolejny najczęściej wskazywany objaw przez 12 respondentów (20%), to: osłabienie kończyn lub, kończyny po jednej stronie ciała. Zaburzenia czucia, lub drętwienie połowy ciała wskazało – 11 osób (18,3%). Zaś 10 respondentów (16,6%) wskazało zaburzenia mowy, a 7 osób (11,6%) zaburzenia widzenia. Najmniejsza grupa badanych bo 6 osób (10%), uznała apraksję za objaw wskazujący na udar mózgu.

Wśród grupy badanych 51 osób (85%) stwierdziło, że w momencie wystąpienia udaru mózgu należy udzielić pierwszej pomocy i natychmiast wezwać pogotowie ratunkowe. Nieliczna 5 osobowa grupa (8,3%) badanych uważa, że należy czekać, aż objawy ustąpią, 4 osoby (6,7%) uznały, że trzeba udać się do lekarza rodzinnego.

W opinii grupy badanych największy wpływ na ryzyko wystąpienia udaru mózgu ma nadciśnienie tętnicze, tak wskazało 29 osób (48,3%), zaś na inne choroby serca wskazało 11 ankietowanych (18,3%). Jako kolejną pod względem ryzyka wymieniona została miażdżyca tętnic – 10 osób (16,7%), przebyty udar mózgu 6 osób (10%). Najmniejsza grupa ankietowanych 4 osoby (6,7%) uznały cukrzycę jako największe ryzyko wśród chorób mający wpływ na udar mózgu.

W badanej grupie 73,3% tj. 44 osoby uważa, iż alkohol ma wpływ na powstawanie udaru mózgu, 16 osób (26,7%) twierdzi, że nie może mieć wpływu.

Na pytanie na temat wpływu palenia tytoniu na występowanie udaru mózgu ankietowani odpowiedzieli: na tak – 45 osób (75%), a 15 (25%) uznało, iż palenie tytoniu nie ma wpływu na występowanie udaru mózgu.

Grupa badanych – 44 osoby (73,3%) - na kolejne pytanie o otyłości jako czynniku ryzyka uznała, że ma wpływ na wystąpienie udaru mózgu, jednak 16 osób (26,7%) była przeciwnego zdania.

Wśród ankietowanych 46 osób (76,7%) uznało, że nieprawidłowa dieta może mieć wpływ na powstanie udaru mózgu, 14 osób (23,3%) stwierdziła, że nieprawidłowa dieta nie ma wpływu.

W badanej grupie 28 osób (46,7%), stwierdziło, że stres ma duże znaczenie na występowanie udaru mózgu, 21 osób (35%), że bardzo duże. Niewielkie znaczenie wskazało 10 osób (16,7%), natomiast, że bez znaczenia określiła tylko 1 osoba (1,6%).

Bardzo duży wpływ aktywności fizycznej na występowanie udaru mózgu uznała, grupa 13 osób (21,7%), natomiast kolejne 33 osoby (55%) określiło go, jako duży, a niewielki 11 osób (18,3%). Nieliczna grupa badanych 3 osoby (5%) uważa, iż aktywność fizyczna nie ma wpływu na występowanie udaru mózgu.

Rehabilitacja dla 58 osób (96,7%) badanych, jest bardzo ważna dla usprawnienia pacjentów po udarze mózgu, jednak 2 osoby (3,3%) stwierdziło, że nie jest istotna.

Respondenci biorący udział w badaniu, wiedzę na temat udaru mózgu czerpią najczęściej od: personelu medycznego: 17 osób (28,3%), natomiast z książek, czasopism 16 osób (26,7%). Źródłem czerpania wiedzy dla 13 osób (21,7%) jest Internet, od rodziny 8 osób (13,3%), a od innego chorego 6 osób (10%).

Respondenci swoją wiedzę na temat czynników ryzyka udaru mózgu oceniają: bardzo dobrze 7 osób (11,7%), dobrze 28 osób (46,7%), dostatecznie 21 osób (35%), a słabo swoja wiedzę ocenia 4 badanych (6,6%).

Osoby po przebytym udarze mózgu biorący udział w badaniu swoja wiedzę na temat objawów udaru mózgu oceniają następująco: bardzo dobrze – 9 osób (15%), dobrze – 30 osób (50%), dostatecznie – 20 osób (33,3%), a słabo – 1 osoba (1,7%).

Najwięcej respondentów swoją wiedzę na temat udaru mózgu chciałoby pogłębić w zakresie: rehabilitacji, bo aż 20 osób (33,3%), na temat: pozyskiwania umiejętności samoobserwacji i samokontroli – 16 osób (26,7%). Swoją wiedzę, w ogólnym zakresie o udarze mózgu poszerzyć chce 12 osób (20%) i 12 osób (20%) na temat trybu życia w tej jednostce chorobowej.

Aby zbadać poziom wiedzy pacjentów po udarze mózgu na temat własnej choroby, wzięto pod uwagę czynniki socjodemograficzne: płeć, wiek, stan cywilny, wykształcenie i socjalno-bytowe: miejsce zamieszkania. Badając płeć wytypowano dwa zbiory punktowe:1 punkt kobieta, 2 punkty mężczyzna. (Tab. 1)

Tab. 1. Zestawienie statystyczne wpływu czynników socjalno-bytowych miejsca zamieszkania i czynników socjodemograficznych (płci).

Table. 1. Statistical summary of the influence of socio-living factors of the place of residence and sociodemographic factors (gender).

Zmienne	Kategorie	N	Średnia arytmetyczna	Odchylenie standardowe a=0,05
Płeć	Kobiety	24	1,6	0,58
	Mężczyźni	36		
	Razem	60		

Badania statystyczne wykazały, że ankietowani uzyskali średnio 2 punkty, co oznacza, że największą wiedzę z zakresu poziomu wiedzy po udarze mózgu na temat własnej choroby posiadają mężczyźni.

Kolejna tabela obrazuje zależność jaka zaistniała w badaniach pomiędzy czynnikami socjalno-bytowym, a czynnikami socjodemograficznymi: płcią. (Tab. 2)

Tab. 2. Zestawienie statystyczne czynników socjalno-bytowych (wieś/miasto) z czynnikami socjodemograficznymi (płcią).
Table 2. Statistical comparison of socio-living factors (village/city) with sociodemographic factors (gender).

		Czynniki socjalno-bytowe							
		Wieś		Miasto		Ogółem		Zależności	
		n	%	n	%	n	%	x^2	P
Płeć	Kobiety	14	46,7%	10	33,3%	24	40%	1,1	0,294
	Mężczyźni	16	53,3%	20	67,7%	36	60%		
	Ogółem	30	100%	30	100%	60	100%		

Kolejny poddany badaniu czynnik socjodemograficzny: wiek, w którym wytypowano trzy zbiory punktowe: 1 punkt – 41-50 lat, 2 punkty – 51-60 lat, 3 punkty – >60 lat. (Tab. 3)

Tab. 3. Charakterystyka wpływu czynników socjalno-bytowych (wieś miasto), a czynnikami socjodemograficznymi (wiekiem)
Table 3. Characteristics of the influence of socio-living factors (rural village), and sociodemographic factors (age)

Zmienne	Kategorie	N	Średnia arytmetyczna	Odchylenie standardowe a=0,05
Wiek	41-50lat	7	2,6	0,69
	51-60lat	12		
	>60lat	41		
	Razem	60		

Badania statystyczne wykazały, że ankietowani uzyskali średnio 3 punkty, co oznacza, że największą wiedzę z zakresu poziomu wiedzy po udarze mózgu na temat własnej choroby posiadają osoby w wieku powyżej 60 lat.

Z wyników przeprowadzonych wśród ankietowanych wynika, iż brak jest zależności pomiędzy miejscem zamieszkania, a wiekiem respondentów. W analizie statystycznej można zauważyć, że najmniejszy poziom wiedzy wśród respondentów mają osoby w wieku 41 – 50 lat, (11,7%). (Tab. 4)

Tab. 4. Zestawienie statystyczne czynników socjalno-bytowych (wieś miasto), a czynnikami socjodemograficznymi (wiekiem)
Table.4. Statistical summary of socio-living factors (village city), and sociodemographic factors (age)

		Czynniki socjalno-bytowe							
		Wieś		Miasto		Ogółem		Zależności	
		n	%	n	%	n	%	x^2	P
Wiek	41-50 lat	4	14,3%	3	9,4%	7	11,7%	0,42	0,811
	51-60 lat	5	17,9%	7	21,9%	12	20%		
	>60 lat	19	67,0%	22	68,8%	41	68,3%		
	Ogółem	28	100%	32	100%	60	100%		

Badając stan cywilny – jako czynnik socjodemograficzny, wytypowano trzy zbiory punktowe: 1 punkt mężatka/żonaty, 2 punkty wdowa/wdowiec, 3 punkty wolna/wolny. (Tab. 5)

Tab. 5. Charakterystyka wpływu czynników socjalno-bytowych (wieś miasto), a czynnikami socjodemograficznymi - mstanem cywilnym.
Table 5. Characteristics of the influence of socio-living factors (village city), and sociodemographic factors - civil status.

Zmienne	Kategorie	N	Średnia arytmetyczna	Odchylenie standardowe a=0,05
Stan cywilny	Mężatka/żonaty	32	1,7	0,6
	Wdowa/wdowiec	17		
	Wolna/ wolny	11		
	Razem	60		

Badania statystyczne wykazały, że ankietowani uzyskali średnio 2 punkty, co oznacza, że największą wiedzę na temat własnej choroby posiadają: wdowy i wdowcy.

Analiza statystyczna wykazała brak zależności pomiędzy miejscem zamieszkania, a płcią ankietowanych. najmniejszy poziom wiedzy, w analizie statystycznej wykazali respondenci stanu wolnego (18,3%). (Tab. 6)

Tab. 6. Zestawienie statystyczne czynników socjalno-bytowych (wieś miasto), a czynnikami socjodemograficznymi - stanem cywilnym.
Table 6. Statistical summary of socio-living factors (village city), and sociodemographic factors - civil status.

		Czynniki socjalno-bytowe							
		Wieś		Miasto		Ogółem		Zależności	
		n	%	n	%	n	%	x^2	P
Stan cywilny	Mężatka/żonaty	17	54,8%	15	51,7%	32	53,3%	0,23	0,891
	Wdowa/wdowiec	8	25,8%	9	31%	17	28,3%		
	Wolna/ wolny	6	19,4%	5	17,2%	11	18,3%		
	Razem	31	100%	29	100%	60	100%		

Ostatni czynnik socjodemograficzny poddany badaniu: wykształcenie i tu również wytypowano, tym razem cztery zbiory punktowe: 1 punkt – podstawowe, 2 punkty – zawodowe, 3 punkty – średnie, 4 punkty – wyższe. (Tab. 7)

Tab. 7. Statystyczne zestawienie kształtowania się poziomu wiedzy pacjentów, a wykształcenie.
Table 7. Statistical summary of the patient's level of knowledge and education.

Zmienne	Kategorie	N	Średnia arytmetyczna	Odchylenie standardowe a=0,05
Wykształcenie	Podstawowe	5	2,1	3,3
	Zawodowe	20		
	Średnie	24		
	Wyższe	11		
	Razem	60		

Z przeprowadzonych badań statystycznych wynika, że ankietowani uzyskali średnio 2 punkty, co oznacza, że największą wiedzę z zakresu poziomu wiedzy po udarze mózgu na temat własnej choroby posiadają: osoby z wykształceniem zawodowym.

Przeprowadzona analiza statystyczna wykazała zależność pomiędzy miejscem zamieszkania, a wykształceniem respondentów. Najmniejsza grupa osób biorąca udział w badaniu posiadała wykształcenie podstawowe: 5 osób, (8,3%), natomiast z wykształceniem wyższym było: 11 osób (18,3%). (Tab. 8)

Tab. 8. Zestawienie statystyczne czynników socjalno-bytowych (wieś/ miasto), a czynnikami socjodemograficznymi - wykształceniem.
Table 8. Statistical summary of social-living factors (village / city), and sociodemographic factors - education.

		Czynniki socjalno-bytowe							
		Wieś		Miasto		Ogółem		Zależności	
		n	%	n	%	n	%	x^2	P
Wykształcenie	Podstawowe	3	10,3%	2	6,5%	5	8,3%	10,98	0,012
	Zawodowe	15	51,7%	5	16,1%	20	33,3%		
	Średnie	9	31%	15	48,4%	24	40%		
	Wyższe	2	6,9%	9	29%	11	18,3%		
	Razem	29	100%	31	100%	60	100%		

Do zbadania poziomu wiedzy u pacjentów po udarze mózgu, o chorobach mających wpływ na ryzyko występowania udaru mózgu, wytypowano pięć zbiorów punktowych: 1 punkt – nadciśnienie tętnicze, 2 punkty – przebyty udar mózgu, 3 punkty – cukrzyca 4 punkty – choroby serca, 5 punktów – miażdżyca tętnic. (Tab. 9)

Tab. 9. Zestawienie statystyczne kształtowania się poziomu wiedzy o chorobach mających wpływ na ryzyko występowania udaru mózgu.
Table 9. Statistical summary of the level of knowledge on diseases affecting the risk of stroke.

	N	Minimum	Maksimum	Średnia arytmetyczna	Odchylenie standardowe 5%=0,05
Poziom wiedzy ankietowanych o chorobach mających wpływ na ryzyko występowania udaru mózgu.	60	1 pkt	5 pkt	2,45	1,6

Badania statystyczne wykazały, że ankietowani uzyskali średnio 2 punkty, co oznacza, że największą wiedzę posiadają z zakresu przebytego udaru mózgu.

Poniższa tabela obrazuje wiedzę ankietowanych na temat chorób mających wpływ na ryzyko występowania udaru mózgu. (Tab. 10)

Tab. 10. Zestawienie statystyczne chorób mających wpływ na ryzyko występowania udaru mózgu wśród badanych kobiet i mężczyzn.
Table 10. Statistical summary of diseases affecting the risk of stroke among the examined women and men.

			Choroby							
			Nadciśnienie tętnicze	Przebyty udar mózgu	Cukrzyca	Choroby serca	Miażdżyca tętnic	Ogółem	x^2	P
Płeć	Kobiety	n	11	2	1	6	4	24	1,51	0,825
		%	45,8%	8,3%	4,2%	25%	16,7%	100%		
	Mężczyźni	n	18	4	3	5	6	36		
		%	50%	11,1%	8,3%	13,9%	16,7%	100%		
	Ogółem	n	29	6	4	11	10	60		
		%	48,3%	10%	6,7%	18,3%	16,7%	100%		

Analiza statystyczna wykazała nie zależność pomiędzy wpływem chorób występujących jako ryzyko udaru mózgu, a płcią (kobieta, mężczyzna). Analizując wyniki statystyczne szczególną uwagę należy zwrócić na cukrzycę – chorobę, która wśród ankietowanych jest najmniejszym czynnikiem ryzyka wpływającym na udar mózgu.

Do zbadania poziomu wiedzy u pacjentów po udarze mózgu na temat objawów występujących w udarze mózgu wytypowano sześć zbiorów punktowych:

- 1 punkt – osłabienie kończyn, lub kończyny po jednej stronie ciała;
- 2 punkty – zaburzenia widzenia;
- 3 punkty – zaburzenia mowy;
- 4 punkty – zaburzenia czucia, drętwienie połowy ciała;
- 5 punktów – niedowład nerwu twarzowego;
- 6 punktów – apraksja. (Tab. 11)

Tab. 11. Zestawienie statystyczne kształtowania się poziomu wiedzy o objawach występujących w udarze mózgu
Table 11. Statistical summary of the level of knowledge about the symptoms occurring in a stroke

	N	Minimum	Maksimum	Średnia arytmetyczna	Odchylenie standardowe 5%=0,05
Poziom wiedzy ankietowanych o objawach występujących w udarze mózgu.	60	1 pkt	6 pkt	3,43	1,64

Badania statystyczne wykazały, że ankietowani uzyskali średnio 3 punkty, co oznacza, że największą wiedzę mają z zakresu zaburzeń mowy – jako objawu świadczącego o udarze.

Poniższa tabela obrazuje wiedzę ankietowanych na temat objawów występujących w udarze mózgu. (Tab. 12)

Tab. 12. Zestawienie statystyczne kształtowania się poziomu wiedzy o objawach występujących w udarze mózgu przez kobiety i mężczyzn.
Table 12. Statistical summary of the level of knowledge about the symptoms occurring in a stroke by women and men.

			Objawy								
			Osłabienie kończyn	Zaburzenie widzenia	Zaburzenie mowy	Zab. czucia drętwienia pół ciała	Niedowład nerwu twarzowego	Apraksja	Ogółem	x^2	P
Płeć	Kobiety	n	7	3	4	5	5	0	24	5,93	0,313
		%	29,2%	12,5%	16,7%	20,8%	20,8%	0%	100%		
	Mężczyźni	n	5	4	6	6	9	6	36		
		%	13,9%	11,1%	16,7%	16,7%	25%	16,7%	100%		
	Ogółem	n	12	7	10	11	14	6	60		
		%	20%	11,7%	16,7%	18,3%	23,3%	10%	100%		

Analiza statystyczna wykazała zależności pomiędzy wiedzą o objawach udaru mózgu, a płcią badanych. Analizując wymienione objawy w zależności od dwóch grup płci badanej populacji, zauważono różnicę: iż kobiet 29,2% wskazały osłabienie kończyn, lub kończyny po jednej stronie ciała, mężczyźni natomiast 25% wskazali na niedowład nerwu twarzowego.

Dalej do zbadania poziomu wiedzy u pacjentów po udarze mózgu o postępowaniu w przypadku wystąpienia udaru mózgu wytypowano trzy zbiory punktowe:

- 1 punkt – czekać aż objawy ustąpią;
- 2 punkty – zgłosić się do lekarza rodzinnego;
- 3 punkty – udzielić pierwszej pomocy, natychmiast wezwać pogotowie ratunkowe. (Tab. 13)

Tab. 13. Zestawienie statystyczne kształtowania się poziomu wiedzy o postępowaniu w przypadku wystąpienia udaru mózgu.
Table 13. Statistical summary of the level of knowledge about the procedure in the event of a stroke.

	N	Minimum	Maksimum	Średnia arytmetyczna	Odchylenie standardowe 5%=0,05
Poziom wiedzy ankietowanych o postępowaniu w przypadku wystąpienia udaru mózgu.	60	1 pkt	3 pkt	2,77	0,59

Kolejne badania statystyczne wykazały, iż respondenci uzyskali średnio 3 punkty, co oznacza, że największą wiedzę posiadają z zakresu udzielania pierwszej pomocy oraz wzywania pogotowia ratunkowego. (Tab. 14)

Tab. 14. Zestawienie statystyczne kształtowania się poziomu wiedzy o postępowaniu w przypadku wystąpienia udaru mózgu w grupie badanych kobiet i mężczyzn.
Table 14. Statistical summary of the level of knowledge on the treatment of stroke in the group of women and men examined.

			Czekać aż objawy ustąpią	Zgłosić się do lek. rodzinnego	Udzielić pierwszej pomocy, wezwać pogotowie ratunkowe	Ogółem	x^2	**P**
Płeć	Kobiety	n	1	1	22	24	2,49	0,288
		%	4,2%	4,2%	91,7%	100%		
	Mężczyźni	n	4	3	29	36		
		%	11,1%	8,3%	80,6%	100%		
	Ogółem	n	5	4	51	60		
		%	8,3%	6,7%	85%	100%		

Analiza statystyczna wykazała zależności pomiędzy wiedzą w postępowaniu w przypadku wystąpienia udaru mózgu, a płcią badanych. Respondenci najczęściej udzielają pierwszej pomocy i wzywają pogotowie ratunkowe (85%) w przypadku wystąpienia udaru mózgu, najmniejsza grupa ankietowanych (6,7%) uważa, iż należy zgłosić się do lekarza rodzinnego.

Dyskusja

Udar mózgu można uznać za chorobę społeczną. W Polsce od wielu lat obserwuje się niekorzystne wskaźniki epidemiologiczne udarów mózgu w porównaniu do Europy Zachodniej.

Przeprowadzone badania na potrzeby niniejszej pracy dały możliwość oceny poziomu wiedzy 60 osób po przebytym udarze mózgu na temat własnej choroby. Świadomość grupy badanych na temat im bliski, dotyczący funkcjonowania z chorobą na co dzień, daje możliwość wyeliminowania czynników ryzyka, prawidłowego postępowania w przypadku wystąpienia objawów, czy stosowania profilaktyki, edukacji. Okno czasowe jest istotnym czynnikiem w dalszym postępowaniu w przypadku wystąpienia udaru mózgu.

Cichońska i wsp. prowadzili badania dotyczące oceny czasu od wystąpienia incydentu udaru mózgu do uzyskania pomocy medycznej w populacji regionu świętokrzyskiego. Podczas badania zaobserwowano zbyt długi czas od zachorowania na udar mózgu, do przyjęcia chorego do szpitala, w celu podjęcia działań diagnostycznych, leczniczych [Cichońska, 2011].

W przeprowadzonych badaniach respondenci mławskiego SOR wykazali się odpowiednim poziomem wiedzy w przypadku postępowania udaru mózgu. Ogółem 85% respondentów w pierwszej kolejności udzieliłoby pierwszej pomocy i natychmiast wezwałoby pogotowie ratunkowe. Nieliczna grupa kobiet i mężczyzn 8,3% czekałaby, aż objawy ustąpią, a nieliczna grupa ankietowanych 6,7% zgłosiłaby się do lekarza rodzinnego. Tak więc analiza wyników potwierdza fakt, iż pacjenci po udarze mózgu posiadają wiedzę w postępowaniu, w przypadku wystąpienia udaru mózgu.

Podobne wyniki uzyskała również Rosińczuk i wsp. którzy badali stan wiedzy pielęgniarek na temat udarów mózgu [Uchmanowicz i wsp. 2014].

Nierozpoznanie objawów udaru mózgu i zgłaszanie się do lekarza rodzinnego wydłuża czas od wystąpienia udaru mózgu do przyjęcia do szpitala i podjęcia działań leczniczych. Lekceważenie występujących objawów, świadczących o wystąpieniu udaru mózgu, jedynie szkodzi zdrowiu, jak również w dużej mierze może zagrażać życiu człowieka.

Istotna jest też edukacja chorych po wystąpieniu udaru mózgu, gdyż ich wiedza na ten temat jest bardzo ważna w dalszym funkcjonowaniu i życiu. Znając objawy występujące w udarze mózgu, chorzy wyedukowani potrafią prawidłowo zareagować, udzielić pierwszej pomocy, wezwać pogotowie ratunkowe, aby do minimum zmniejszyć czas od wystąpienia udaru, do czasu, kiedy chory znajdzie się pod specjalistyczną opieką medyczną. Odpowiedzi respondentów badań własnych na temat znajomości objawów występujących w udarze mózgu, kształtują się podobnie jak wyniki badań Szpunara i wsp. na temat wiedzy pracowników biurowych na temat udaru mózgu [Szpunar, 2017].

Wśród wskazanych w ankiecie sześciu objawów świadczących o udarze mózgu najwięcej (23,3%) wskazało na niedowład nerwu twarzowego, najmniejsza grupa ankietowanych 10% apraksję, czyli upośledzenie precyzyjnych celowych ruchów przy braku niedowładu. Badania potwierdziły zależność pomiędzy wiedzą o objawach udaru mózgu, a płcią badanych. Analizując wymienione objawy w zależności od dwóch grup płci badanej populacji, zauważono różnicę: iż kobiet 29,2% wskazało osłabienie kończyn, lub kończyny po jednej stronie ciała, mężczyźni natomiast 25% wskazali na niedowład nerwu twarzowego.

Analiza wyników potwierdza, iż pacjenci po udarze mózgu znają objawy występujące w udarze mózgu.

Nadciśnienie tętnicze jest jednym z najgroźniejszych i najczęstszych czynników ryzyka chorób naczyniowych, jednocześnie jest najważniejszym czynnikiem ryzyka udaru mózgu, zarówno krwotocznego jak i niedokrwiennego związek między nadciśnieniem tętniczym, a udarem mózgu jest niezależny, liniowy, im wyższe występujące ciśnienie krwi, tym większe ryzyko udaru mózgu [Strepikowska i Buciński, 2009].

Cukrzyca wpływa na ryzyko wystąpienia udaru mózgu na przebieg i symptomatologię udaru mózgu, oraz na jego następstwa. Udar mózgu jest powodem 15% zgonów chorych na cukrzycę [Zalisz, 2008].

Z badań na temat wiedzy o chorobach mających wpływ na występowanie udaru mózgu wynika, iż nie ma zależności między płcią respondentów, a chorobami wymienionymi w ankiecie. Ankietowi: mężczyźni 50%, kobiety 45,8%, wskazali, iż to nadciśnienie tętnicze ma wpływ na ryzyko wystąpienia udaru mózgu. Kolejną chorobą uznaną przez ankietowanych, mającą wpływ na ryzyko wystąpienia udaru mózgu były choroby serca, ogółem 18,3%. Najmniejsza grupa ankietowanych 6,7%, wskazała na cukrzycę jako chorobę mającą wpływ na wystąpienie udaru mózgu.

Analogiczne wyniki badań uzyskała Tomaszewska w badaniach na temat wiedzy mieszkańców Płocka i jego okolic na temat udaru mózgu [Tomaszewska, 2013].

Respondenci biorący udział w badaniu potwierdzili, iż posiadają wiedzę o chorobach mających wpływ na ryzyko występowania udaru mózgu.

W pracy Białkowskiej i wsp. osiągnięto podobne wyniki [Białkowska, 2007].

W przeprowadzonych badaniach własnych wzięto pod uwagę korelację kilku czynników: socjodemograficznych – płci, wieku, stanu cywilnego, wykształcenia, oraz czynników socjalno-bytowych: miejsca zamieszkania, z poziomem wiedzy pacjentów po udarze mózgu na temat własnej choroby. Z przeprowadzonych wyników badań własnych wynika, iż istnieje zależność pomiędzy płcią osób objętych badaniem, a miejscem zamieszkania. W badaniu brało udział najwięcej mężczyzn zamieszkujących miasto (66,7%). Mężczyzn zamieszkujących wieś stanowiła grupa (53,3%).

Podobny wynik zależności uzyskano w badaniu czynników socjalno-bytowych miejsca zamieszkania i wykształcenia pacjentów po przebytym udarze mózgu.

W badaniu największa grupa badanych (40%) miała wykształcenie średnie, natomiast w mieście zamieszkiwało: 48% ankietowanych ze średnim wykształceniem, na wsi natomiast największa grupa badanych (51,7%) posiadała wykształcenie zawodowe. Brak zależności w badaniach dotyczył korelacji czynników socjodemograficznych takich, jak stan cywilnego i wiek, oraz czynników socjalno-bytowych: miejsce zamieszkania.

Wnioski

1. Na poziom wiedzy pacjentów po udarze mózgu, wpływają czynniki socjodemograficzne: płeć i wykształcenie, czynniki socjalno-bytowe dotyczące miejsca zamieszkania. Pozostałe czynniki: jak wiek, stan cywilny, nie mają wpływu na poziom wiedzy pacjentów po udarze mózgu, na temat własnej choroby.
2. Świadomość badanych na temat wiedzy, o chorobach mających wpływ na ryzyko występowania udaru mózgu jest poprawna.
3. Objęta badaniem grupa pacjentów SOR w Mławie, potrafi rozpoznać objawy udaru mózgu, posiadała odpowiedni poziom wiedzy na temat własnej choroby, zapewniający prawidłowo postępowanie w przypadku wystąpienia objawów.
4. Wśród respondentów tylko nieliczna dziewięcioosobowa grupa osób nie potrafiła prawidłowo zareagować w przypadku wystąpienia udaru mózgu.

Piśmiennictwo

1. Białkowska Joanna, Kaniak Aleksandra, Jary Elżbieta, Niewiadomska Teresa. 2007. Analiza czynników ryzyka i ocena przydatności skal określających stan funkcjonalny chorych po udarze mózgu. *Rocznik Medyczny*, nr 14, (1): 59-63.
2. Cichońska Małgorzata. 2011. Ocena czasu od wystąpienia incydentu udaru mózgu do uzyskania pomocy medycznej w populacji rejonu świętokrzyskiego. *Pielęgniarstwo XXI wieku,* nr 3(36): 11 – 14.
3. Uchmanowicz Izabella, Rosińczuk Joanna, Jankowska – Polańska Beata. 2014. *Wiedza pielęgniarek na temat udarów mózgu. Badania naukowe w pielęgniarstwie i położnictwie*. T 1., Wrocław: Wydawnictwo Continuo: 290-297.
4. Strepikowska Agnieszka, Buciński Adam. 2009. Udar mózgu- czynniki ryzyka i profilaktyka. *Postępy farmakoterapii*. Tom 65, nr 1: 46 – 50.
5. Szpunar Piotr i wsp. 2017 .Wiedza pracowników biurowych na temat udaru mózgu. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu*. 2 (51): 199 – 205.
6. Tomaszewska Anna. 2013. Wiedza mieszkańców Płocka i jego okolic na temat udaru mózgu. *Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne*, Tom 2(3): 109-116.
7. Zalisz Marek. 2008. Wpływ cukrzycy na przebieg i następstwa udaru mózgu. *Udar mózgu,* tom 10, nr 2: 61-64.