

**Klaudia Pawłowska**

Absolwent Kujawskiej Szkoły Wyższej we Włocławku

## **PROBLEMY ZDROWOTNE CHORYCH PO UDARZE MÓZGU ZMUSZONYCH DO PONOWNEGO KORZYSTANIA Z POMOCY SZPITALNEJ**

**Health problems of stroke patients are forced to reuse with the help of the hospital**

### **Streszczenie**

#### **Wstęp**

Udar mózgu jest jednym z najważniejszych problemem zdrowotnymi społecznym, gdyż jest trzecią, co do częstości występowania przyczyną śmierci na świecie – po chorobach serca i nowotworach, a w Polsce czwartą przyczyną – po wypadkach. Rocznie na udar mózgu zapada milion osób. Udary mózgu występują głównie u ludzi w starszym wieku, ale jednak mogą także występować u ludzi młodych.

#### **Cel**

Celem badań była ocena problemów zdrowotnych chorych po udarze mózgu ponownie korzystających z pomocy szpitalnej.

#### **Material i metody**

Badania zostały przeprowadzone w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Mławie, w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym. Badaniem objętych było 60 pacjentów SOR, którzy przeżyli udar mózgu. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego przeprowadzając ankietę. Kwestionariusz obejmował 19 pytań skierowanych bezpośrednio do osoby badanej.

#### **Wyniki**

W obserwowanej grupie najczęściej doskwiera chorym niepełnosprawność fizyczna (36,7%), problemy z mową i komunikacją, utrudniają funkcjonowanie (26,6%) chorym, natomiast problemy z pamięcią (18,3%). Rzadziej występują problemy z polykaniem (11,7%) oraz depresja i obniżenie nastroju (6,7%).

#### **Wnioski**

1. Ankietowanych cechuje niedostateczna wiedza odnośnie stylu życia po przebytym udarze mózgu zarówno w zakresie odżywiania, aktywności fizycznej jak i używek.
2. Pacjenci po udarze mózgu są częściowo zależni od rodziny w pomocy wykonywaniu podstawowych czynności dnia codziennego.
3. Wczesna, kompleksowa rehabilitacja jest niezbędnym elementem leczenia chorego po udarze mózgu.

**Słowa kluczowe:** udar mózgu, styl życia, powikłania.

### **Abstract**

#### **Introduction**

Stroke is one of the most important health problems and social, because it is the third leading cause of death in the world – after heart disease and cancer, and in Poland the fourth reason – after accidents. Annually, a million people fall for a stroke. Strokes occur mainly in older people, but they can also occur in young people.

#### **Aim**

The aim of the study was to assess the health problems of stroke patients re-using hospital care.

#### **Material and methods**

The tests were carried out in 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 diagnostic survey method was used by conducting a questionnaire. The questionnaire comprised 19 questions addressed directly to the examined person.

#### **Results**

In the group observed most often plagued by ill physical disabilities (36.7 per cent), problems with speech and communication, impede the function (26,6%) patients, while memory issues (18,3%). Rarely have problems with swallowing (11,7%), and depression and depressed mood (6,7%).

## Conclusions

1. The respondents are characterized by insufficient knowledge about the lifestyle after a stroke in terms of nutrition, physical activity and abuse of stimulants.
2. Patients after stroke are partly dependent on the family in helping to perform the basic activities of everyday life.
3. Early, comprehensive rehabilitation is an indispensable element of treatment for a patient after a stroke.

**Key words:** stroke, lifestyle, complications.

## Wstęp

Udar mózgu jest jednym z najważniejszych problemem zdrowotnymi społecznym, gdyż jest trzecią, co do częstości występowania przyczyną śmierci na świecie – po chorobach serca i nowotworach, a w Polsce czwartą przyczyną – po wypadkach. Rocznie na udar mózgu zapada milion osób.

Udary mózgu występują głównie u ludzi w starszym wieku, ale jednak mogą także występować u ludzi młodych. Następstwa udaru mózgu są liczne i bardzo rozległe. W wielu przypadkach u chorych po udarze mózgu pozostawiają trwałą niepełnosprawność, która może prowadzić do całkowitej lub częściowej zależności od osób drugich w życiu codziennym. Baczna uwagę zaczęto zwracać na czynniki ryzyka, między innymi: palenie papierosów, niewłaściwej diety, braku aktywności fizycznej, otyłość, nadużywanie alkoholu i występowanie chorób: cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, choroby serca, zaburzenia gospodarki lipidowej oraz zaburzenia układu krzepnięcia [Sienkiewicz, Stankiewicz i Dykowska, 2016].

Codziennie spotykamy się z chorymi po udarze mózgu i ich problemami zdrowotnymi. Konieczne jest zapewnienie pacjentom opieki w życiu codziennym oraz wsparcie emocjonalne. Główną rolę w opiece nad chorym odgrywa rodzina, jest ona najbardziej pożądanym źródłem wsparcia dla pacjenta chorego lub niepełnosprawnego. Pomoc rodziny oraz jej zaangażowanie w opiece nad chorym świadczy o stanie zdrowia chorego. Prawidłowa opieka, ma istotne znaczenie w zapobieganiu infekcjom oraz powikłaniom choroby lub niepełnosprawności [Hebel i Bieniaszewski, 2009].

## Cel

Celem badań była ocena problemów zdrowotnych chorych po udarze mózgu ponownie korzystających z pomocy szpitalnej.

## Material i metody

W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Jako narzędzie wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety dla pacjentów zgłaszających się do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego z problemami zdrowotnymi po udarze mózgu

Grupę badawczą stanowiły osoby z występującymi problemami zdrowotnymi po udarze mózgu, którzy potrzebują pomocy szpitalnej. Badania objęto grupę 60 osób, którzy przeszli udar mózgu, w tym mężczyzn było 42, czyli 70% i kobiet 18, co stanowiło 30% badanych.

Największą część badanych obejmuje przedział wiekowy powyżej 60 lat. W grupie tej znalazło się 24 osoby, czyli 40%, w tym 10 kobiet i 14 mężczyzn. W przedziale wiekowym 50-59 lat jest 19 badanych, co stanowi 31,7%, czyli 4 kobiety i 15 mężczyzn. Do najmniejszej grupy badanej należą chorzy do 49 lat, 17 osób, czyli 28,3% w tym 4 kobiety i 13 mężczyzn.

Z badań wynika, że 50% ankietowanych (tj. 30 osób) mieszka w mieście i tyle samo pochodzi ze wsi.

Sytuacja społeczno-rodzinną jest istotnym czynnikiem wpływającym na sposób postrzegania choroby i radzenia sobie z nią. Jeśli chory może liczyć na kogoś bliskiego, łatwiej jest mu zmagać się z dolegliwościami. Osoby samotne bez wsparcia emocjonalnego i pomocy ze strony bliskich mogą mieć problemy z akceptacją choroby i jej następstw.

Z badań wynika, że 25 osób mieszka z rodziną, co stanowi 41% badanych, 12 osób, czyli 20% mieszka samotnie, ale ma opiekuna medycznego, 10 chorych, czyli 17% mieszka w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym, samotnie mieszka 9 osób, czyli 15%, najmniejszą liczbę stanowią chorzy mieszkający w Domu Pomocy Społecznej 4 osoby, czyli 7%.

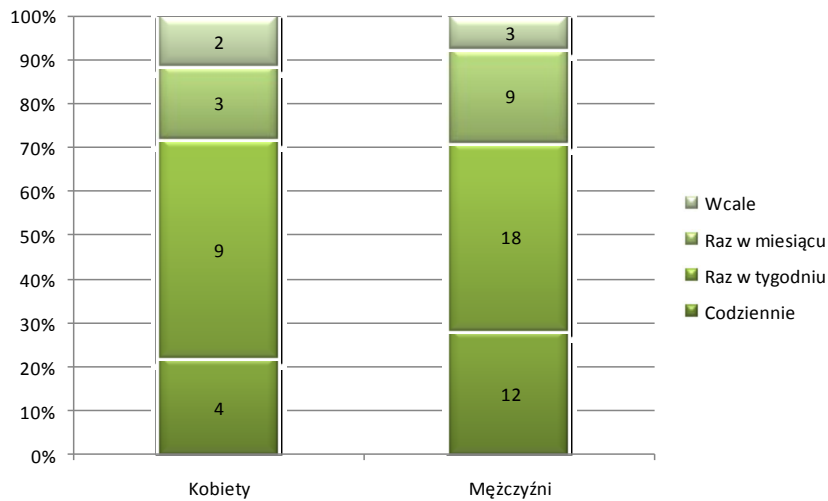
## Wyniki

Na pytanie dotyczące aktualnego stanu zdrowia uzyskano następujące odpowiedzi: samodzielnych jest 5 kobiet, czyli 8,3% i 18 mężczyzn, co stanowi 30%. Potrzebujących pomocy jest 11,7% kobiet, czyli 7, a mężczyzn 26,7% – 16 osób, zaś chorych leżących pośród kobiet jest 6, czyli 10% i mężczyzn 8 osób – 13,3%.

W grupie badanej ze względu na miejsce zamieszkania w mieście największą liczbę stanowią osoby samodzielne 17 chorych, czyli 28,3%, a najmniej jest osób leżących 6, czyli 10%, jednakże na wsi najwięcej jest chorych potrzebujących pomocy 16 osób stanowiących 26,7% badanych, a najmniej jest chorych samodzielnych 10%, czyli 6 osób.

Choroba to stan walki o siebie, o swoje plany i marzenia. Dzięki pomocy innych oraz akceptacji tej pomocy chorzy nie muszą czuć się osamotnieni. Dlatego w zmaganiu z chorobą niezwykle ważne jest wsparcie psychiczne ze strony najbliższych.

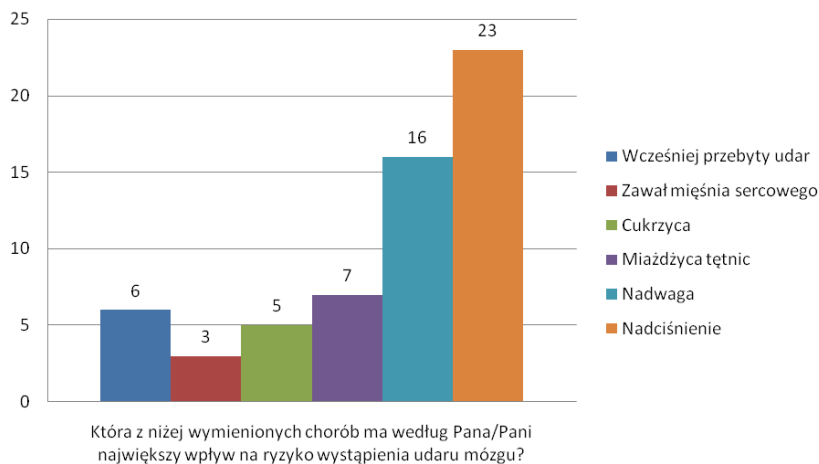
W badanej grupie 45% badanych deklaruje, że rodzina opiekuje się chorym raz w tygodniu. Wśród tych osób jest 15% kobiet i 30% mężczyzn. Wśród badanych 26,7% pacjentów rodzina opiekuje się codziennie, w tym 6,7% kobiet i 20% mężczyzn, następnie 20% badanych przyznaje, że rodzina pomaga w opiece raz w miesiącu, w tym 5% kobiet i 15% mężczyzn. Tylko 8,3% respondentów twierdzi, że nie może liczyć wcale na pomocy. Jest wśród nich 3,3% kobiet i 5% mężczyzn. (Ryc. 1)



Ryc. 1. Zaangażowanie rodziny w opiece nad chorym ze względu na płeć  
Fig. 1. Family involvement in the care of the patient due to sex

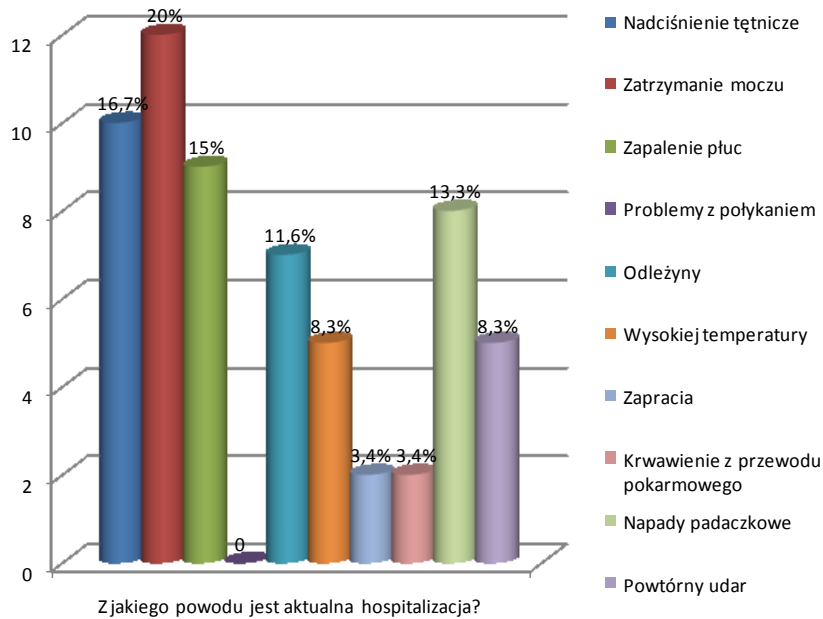
W badanej grupie 19 osób (32%), stwierdziło że najczęściej potrzebują pomocy przy utrzymaniu higieny osobistej, 18 osób (30%), potrzebują pomocy przy ubieraniu się i rozbieraniu. Przy poruszaniu się pomocy potrzebuje 14 osób (23%), natomiast najmniej pomocy 9 chorych, czyli 15% potrzebuje przy spożywaniu posiłków.

W opinii grupy badanych największy wpływ na ryzyko wystąpienia udaru mózgu ma nadciśnienie tętnicze – tak wskazało 23 osób (38,3%). Na nadwagę wskazało 16 ankietowanych (26,7%), jako kolejną pod względem ryzyka wymieniona została miażdżycy tętnic 7 osób (11,7%), wcześniej przebyty udar mózgu 6 osób (10%). Przedostatnią pod względem ryzyka ankietowani wskazali cukrzycę- jest to 6 osób (8,3%). Najmniejszą grupą badanych 3 osoby (5%) uznały zawał mięśnia sercowego. (Ryc. 2)



Ryc. 2. Wpływ chorób na ryzyko wystąpienia udaru mózgu  
Fig. 2. The impact of diseases on the risk of stroke

W badanej grupie aktualna hospitalizacja jest z powodu zatrzymania moczu, aż 12 osób (20%), następnym problemem zdrowotnym chorych jest nadciśnienie tętnicze 10 osób (16,7%). Kolejny najczęściej wskazywanym problemem przez 9 respondentów (15%), jest zapalenie płuc. Napady padaczkowe występowały u 8 osób (13,3%), a 7 respondentów (11,7%) wskazało odleżyny, aż u 5 osób (11,6%) wystąpił problem wysokiej temperatury i powtórny udar. Najmniejsza grupa badanych, bo po 2 osoby (3,3%) zgłaszały się z powodu zapań, krwawienia z przewodu pokarmowego. (Ryc. 3)



Ryc. 3. Powód aktualnej hospitalizacji  
Fig. 3. Reason for current hospitalization

Najwięcej, bo aż 36,7% osób uważa, że niepełnosprawność fizyczna najbardziej doskwiera chorym po udarze mózgu, 26,6% ma problem z mową i komunikacją, 18,3% problemy z pamięcią. Najmniej doskwiera chorym problem z połykaniem 11,7% oraz u 6,7% depresja lub obniżenie nastroju.

Wśród badanych 28 osób (47%) stwierdziło, że największym problemem zdrowotnych jest powolna reakcja/ odpowiedź, następnie 22 osoby (36%) twierdzi, że najbardziej odczuwa problemy z zacinaniem się na jednym słowie lub zdaniu, nieliczni 10 osób (17%) ma trudności z widzeniem.

Wśród ankietowanych 32 osoby (53,3%) twierdzi, że rehabilitacja była prowadzona jeszcze podczas pobytu w szpitalu, u 14 osób (23,4%) rehabilitacja była prowadzona zaraz po opuszczeniu szpitala. Kolejno 11 osób, czyli 18,3% rehabilituje się samodzielnie w domu, natomiast u 3 osób (5%) rehabilitacji nie było w ogóle.

Większość respondentów 42 osoby (70%) uważa, że rehabilitacja ma wpływ na jakość życia osób po udarze mózgu, 6 osób (10%), twierdzi, że rehabilitacja nie ma wpływu na jakość życia chorych po udarze, natomiast 12 osób (20%), stwierdziło, że nie wie czy rehabilitacja wpływa na jakość życia po udarze.

Spośród badanych 43,3%, czyli po 26 osób ocenia że rehabilitacja jest bardzo skuteczna lub ocenia skuteczność rehabilitacji na poziomie średnim, natomiast 13,3% (8 osób) ocenia jako niewielką skuteczność rehabilitacji.

Najwięcej respondentów dokonuje pomiaru ciśnienia krwi raz dziennie bo aż 34 osób (56,7%), 17 osób (28,3%) przyznaje, że pomiaru dokonuje kilka razy w tygodniu, 6 osób (10%) mierzy swoje ciśnienie tętnicze krwi raz w miesiącu, zaś 3 osoby (5%) przyznaje że wcale nie dokonuje pomiaru ciśnienia tętniczego krwi.

Wśród badanych 48% tj. 29 osób przyznaje, że nigdy nie nadużywali alkoholu, 33% tj. 20 osób twierdzi, że rzadko spożywa alkohol, natomiast 19% (11 osób) twierdzi, że zdarzy im się nadużywać alkohol.

Spośród badanych 50%, czyli 30 pacjentów określa swój poziom aktywności fizycznej jako przeciętny, tymczasem 38%, czyli 23 pacjentów uznało swój poziom aktywności fizycznej jako niski, zaś 12% (7 osób) uważa, swoją aktywność fizyczną za wysoką.

W badanej grupie 36 osób (60%), uważa swój poziom stresu za wysoki, 20 osób (33,3%), że występuje poziom stresu przeciętny. Niski poziom stresu występuje dla 4 osób (6,7%).

Spośród badanych osób po udarze mózgu 70%, 42 chorych uważa, że otyłość jest czynnikiem ryzyka zachorowania na udar mózgu, natomiast 30%, 18 chorych przyznaje, że otyłość nie ma wpływu na zachorowanie na udar mózgu

Do zbadania wpływu ciśnienia tętniczego na styl życia chorych po udarze mózgu wytypowano cztery zbiory punktowe: 1 pkt. – a (raz dziennie), 2 pkt. – b (kilka razy w tygodniu), 3 pkt. – c (raz w miesiącu), 4 pkt. – d (wcale).

Badania wykazały, iż ankietowaniu uzyskali średnio 2 pkt co ukazuje, że chorzy po udarze mózgu dokonują pomiaru ciśnienia tętniczego średnio co najmniej kilka razy w tygodniu. (Tab. 1)

Tabela 1. Wpływ ciśnienia tętniczego na styl życia chorych po udarze mózgu  
Table 1. Influence of arterial pressure on the lifestyle of patients after stroke

	N	Minimum	Maksimum	Średnia arytmetyczna	Odchylenie standardowe 5%=0,05
Wpływ ciśnienia tętniczego na styl życia chorych po udarze mózgu	60	1 pkt	4 pkt	1,63	0,73

Analiza statystyczna nie ukazała zależności między płcią, a wpływem pomiaru ciśnienia tętniczego na styl życia u chorych po udarze mózgu. Analizując badania statystyczne, można zwrócić uwagę, iż największa część badanych respondentów dokonuje pomiaru ciśnienia raz dziennie. (Tab. 2)

**Tabela 2. Zestawienie statystyczne pomiaru ciśnienia tętniczego pacjentów**  
**Table 2. Statistical summary of patients' blood pressure measurement**

	Kobiety		Mężczyźni		Ogółem		Zależność	
	n	%	n	%	n	%	$\chi^2$	P
a (raz dziennie)	10	29,4 %	24	70,6 %	34	100 %	0,082	0,994
b (kilka razy w tygodniu)	5	29,4 %	12	70,6 %	17	100 %		
c (raz w miesiącu)	2	33,4 %	4	66,6 %	6	100 %		
d (wcale)	1	33,4 %	2	66,6 %	3	100 %		
Ogółem	18	30 %	42	70 %	60	100 %		

Do zbadania częstości nadużywania alkoholu przez pacjentów wytypowano trzy zbiory punktowe:

- 1 pkt. – a (nie nigdy);
- 2 pkt. – b (rzadko);
- 3 pkt. – c (tak, zdarza mi się).

Badania pokazały, że respondenci uzyskali średnio 2 pkt, co ukazuje, że chorzy po udarze mózgu rzadko spożywają napoje alkoholowe. (Tab. 3)

**Tabela 3. Częstość spożywania alkoholu wśród chorych po udarze mózgu**  
**Table 3. Frequency of alcohol consumption among patients after stroke**

	N	Minimum	Maksimum	Średnia arytmetyczna	Odchylenie standardowe 5%=0,05
Częstość spożywania alkoholu wśród chorych po udarze mózgu	60	1 pkt	3 pkt	1,7	0,76

Analiza statystyczna nie wykazała zależności między płcią, a chorymi nadużywającymi alkohol po udarze mózgu. Można stwierdzić, że wśród badanych kobiet 34,5% nigdy nie nadużywała alkoholu. (Tab. 4)

**Tabela 4. Zestawienie statystyczne częstości spożywania alkoholu przez chorych**  
**Table 4. Statistical comparison of the frequency of alcohol consumption by patients**

	Kobiety		Mężczyźni		Ogółem		Zależność	
	n	%	n	%	n	%	$\chi^2$	P
a (nie nigdy)	10	34,5 %	19	65,5 %	29	100 %	0,55	0,760
b (rzadko)	5	25 %	15	75 %	20	100 %		
c (tak, zdarza mi się)	3	27,3 %	8	72,7%	11	100 %		
Ogółem	18	30 %	42	70 %	60	100 %		

Do zbadania oceny poziomu aktywności fizycznej wśród chorych po udarze mózgu wytypowano trzy zbiory punktowe:

- 1 pkt. – a (wysoki);
- 2 pkt. – b (przeciętny);
- 3 pkt. – c (niski).

Badania ankietowanych wykazały, że respondenci uzyskali średnio 2 pkt, co wskazują na przeciętny poziom aktywności fizycznej wśród pacjentów. (Tab. 5)

**Tabela 5. Ocena poziomu aktywności fizycznej u chorych po udarze mózgu**  
**Table 5. Evaluation of the level of physical activity in patients after stroke**

	N	Minimum	Maksimum	Średnia arytmetyczna	Odchylenie standardowe 5%=0,05
Ocena poziomu aktywności fizycznej u chorych po udarze mózgu	60	1 pkt	3 pkt	2,3	0,66

Analiza statystyczna wykazała zależności między płcią, a poziomem aktywności fizycznej chorych. Analizując badanych respondentów, można powiedzieć, że u mężczyzn jest wyższy poziom aktywności fizycznej niż u kobiet. (Tab. 6)

**Tabela 6. Zestawienie statystyczne oceny poziomu aktywności fizycznej**  
**Table 6. Statistical summary of the level of physical activity**

	Kobiety		Mężczyźni		Ogółem		Zależność	
	n	%	n	%	n	%	$\chi^2$	P
a (wysoki)	2	28,6 %	5	71,4 %	7	100 %	0,004	0,998
b (przeciętny)	9	30 %	21	70 %	30	100 %		
c (niski)	7	30,4 %	16	69,6 %	23	100 %		
Ogółem	18	30 %	42	70 %	60	100 %		

Do zbadania otyłości, jako czynnik ryzyka w zachorowaniu na udar mózgu wytypowano dwa zbiory punktowe:

1 pkt. – tak;

2 pkt. – nie.

Badania ankietowanych ukazały, że ankietowani uzyskali średnio 1 pkt, co pokazuje, że otyłość ma wpływ na zachorowanie na udar mózgu. (Tab. 7)

**Tabela 7. Wpływ otyłości, jako czynnik ryzyka zachorowania na udar mózgu**  
**Table 7. Effect of obesity as a risk factor for stroke**

	N	Minimum	Maksimum	Średnia arytmetyczna	Odchylenie standardowe 5%=0,05
Wpływ otyłości, jako czynnik ryzyka zachorowania na udar mózgu	60	1 pkt	2 pkt	1,3	0,46

Analiza statystyczna nie wykazała zależności między płcią, a otyłością jako czynnikami zachorowania na udar mózgu. Analizując badania statystyczne, można stwierdzić iż, mężczyźni w 71,4% twierdzą, że otyłość jest czynnikiem ryzyka zachorowania na udar mózgu. (Tab. 8)

**Tabela 8. Zestawienie statystyczne wpływu otyłości na zachorowanie na udar mózgu**  
**Table 8. Statistical summary of the impact of obesity on stroke**

	Kobiety		Mężczyźni		Ogółem		Zależność	
	n	%	n	%	n	%	$\chi^2$	P
Tak	12	28,6 %	30	71,4 %	42	100 %	0,14	0,708
Nie	6	33,4 %	12	66,6 %	18	100 %		
Ogółem	18	30 %	42	70 %	60	100 %		

Do zbadania najczęstszych czynności udzielania pomocy ze strony rodziny u chorego po udarze mózgu wytypowano cztery zbiory punktowe:

1 pkt. – spożywanie posiłków;

2 pkt. – utrzymywanie higieny osobistej;

3 pkt. – ubieranie się i rozbieranie;

4 pkt. – poruszanie się.

Badania wykazały, że respondenci uzyskali średnio 3 pkt, czyli najczęściej potrzebują pomocy od rodziny podczas ubierania się i rozbierania. (Tab. 9)

**Tabela 9. Najczęstsze czynności udzielania pomocy ze strony rodziny u chorego po udarze mózgu**  
**Table 9. The most frequent activities of family support in a patient after stroke your brain**

	N	Minimum	Maksimum	Średnia arytmetyczna	Odchylenie standardowe 5%=0,05
Najczęstsze czynności udzielania pomocy ze strony rodziny u chorego po udarze mózgu	60	1 pkt	4 pkt	2,62	1

Analiza statystyczna wykazała zależności między płcią, a najczęstszymi czynnościami udzielania pomocy chorym po udarze mózgu ze strony rodziny.

Można zauważyć, że mężczyźni najczęściej potrzebują pomocy od rodziny przy utrzymaniu higieny osobistej (28,6%) oraz podczas ubierania się i rozbierania (33,3%). (Tab. 10)



**Tabela 10. Zestawienie statystyczne czynności udzielania pomocy ze strony rodziny u chorego po udarze mózgu**  
**Table 10. Statistical summary of the activities of providing help from the family to a patient after a stroke**

		Spożywanie posiłków	Utrzymywanie higieny osobistej	Ubieranie się i rozbieranie	Poruszanie się	Ogółem	$\chi^2$	P
Kobiety	n	3	7		4	18	10,84	0,013
	%	16,7 %	38,9 %	22,2 %	22,2 %	100 %		
Mężczyźni	n	6	12	14	10	42		
	%	14,3 %	28,6 %	33,3 %	23,8 %	100 %		
Ogółem	n	9	19	18	14	60		
	%	15 %	31,7 %	30 %	23,3 %	100 %		

Do zbadania aktualnego stanu zdrowia chorego po udarze mózgu wytypowano trzy zbiory punktowe:

- 1 pkt. – samodzielny;
- 2 pkt. – potrzebujący pomocy;
- 3 pkt. – leżący.

Badania wykazały, że ankietowani uzyskali średnio 2 pkt, co świadczy, że chorzy po udarze mózgu potrzebują pomocy. (Tab. 11)

**Tabela 11. Aktualny stan zdrowia chorego po udarze mózgu**  
**Table 11. The current state of health of a patient after a stroke**

	N	Minimum	Maksimum	Średnia arytmetyczna	Odchylenie standardowe 5%=0,05
Aktualny stan zdrowia chorego po udarze mózgu	60	1 pkt	3 pkt	1,85	0,77

Analiza statystyczna wykazała zależności między płcią, a aktualnym stanem zdrowia pacjentów po udarze mózgu. Analizując aktualny stan zdrowia pacjentów, należy zwrócić uwagę, że wśród respondentów najmniej jest osób leżących (23,3%). (Tab. 12)

**Tabela 12. Zestawienie statystyczne aktualnego stanu zdrowia pacjentów**  
**Table 12. Statistical summary of the current state of health of patients**

		Samodzielny	Potrzebujący pomocy	Leżący	Ogółem	$\chi^2$	P
Kobiety	n	5	7	6	18	1,84	0,399
	%	27,8 %	38,9 %	33,3 %	100 %		
Mężczyźni	n	18	16	8	42		
	%	42,9 %	38,1 %	19 %	100 %		
Ogółem	n	23	23	14	60		
	%	38,3 %	38,3 %	23,3 %	100 %		

Do zbadania istotnego elementu, którym jest rehabilitacja w leczeniu chorych po udarze mózgu wytypowano trzy zbiory punktowe:

- 1 pkt. – niewielka skuteczność rehabilitacji;
- 2 pkt. – średnia skuteczność rehabilitacji;
- 3 pkt. – bardzo wysoka skuteczność rehabilitacji.

Badania ukazały, że ankietowani uzyskali średnio 2 pkt, co oznacza średnia skuteczność rehabilitacji w leczeniu chorych po udarze mózgu. (Tab. 13)

**Tabela 13. Wpływ rehabilitacji w leczeniu chorych po udarze mózgu**  
**Table 13. Impact of rehabilitation in the treatment of patients after stroke**

	N	Minimum	Maksimum	Średnia arytmetyczna	Odchylenie standardowe 5%=0,05
Wpływ rehabilitacji w leczeniu chorych po udarze mózgu	60	1 pkt	3 pkt	2,3	0,69

Analiza statystyczna ukazała zależności między płcią, a skutecznością rehabilitacji w leczeniu chorych po udarze mózgu. Analizując skuteczność rehabilitacji w zależności od płci, szczególną uwagę zwróconą, że u mężczyzn skuteczność rehabilitacji jest średnia (59,5%), a u kobiet skuteczność rehabilitacji jest bardzo wysoka (88,85). (Tab. 14)

**Tabela 14. Zestawienie statystyczne wpływu rehabilitacji w leczeniu chorych po udarze mózgu**  
**Table 14. Statistical summary of the impact of rehabilitation in the treatment of stroke patients**

		Niewielka	Średnia	Bardzo wysoka	Ogółem	$\chi^2$	P
Kobiety	n	1	1	16	18	21,95	P<0,001
	%	5,6 %	5,6 %	88,8 %	100 %		
Mężczyźni	n	7	25	10	42		
	%	16,7 %	59,5 %	23,8 %	100 %		
Ogółem	n	8	26	26	60		
	%	13,4 %	43,3 %	43,3 %	100 %		

Do zbadania powikłań mających wpływ na stan zdrowia chorego wytypowano pięć zbiorów punktowych:

- 1 pkt. – niepełnosprawność fizyczna;
- 2 pkt. – problemy z mową i komunikacją;
- 3 pkt. – problemy z połykaniem;
- 4 pkt. – depresja lub obniżenie nastroju;
- 5 pkt. – problemy z pamięcią.

Badania wykazały, że ankietowani uzyskali średnio 2 pkt, co oznacza, że średnio chorzy mają problem z mową i komunikacją. (Tab. 15)

**Tabela 15. Wpływ powikłań na stan zdrowia chorego**  
**Table 15. The impact of complications on the patient's state of health**

	N	Minimum	Maksimum	Średnia arytmetyczna	Odchylenie standardowe 5%=0,05
Wpływ powikłań na stan zdrowia chorego	60	1 pkt	5 pkt	2,43	1,49

Analiza statystyczna wykazała, że nie ma zależności między płcią, a powikłaniami mającymi wpływ na stan zdrowia chorego. Analizując powikłania w zależności od płci, zwrócić uwagę, że u mężczyzn częściej występuje depresja i obniżenie nastroju (7,1%) oraz problemy z pamięcią. (Tab. 16)

**Tabela 16. Zestawienie statystyczne powikłań mających wpływ na stan zdrowia chorego**  
**Table 16. Summary statistics of complications affecting the health status**

		Niepełnosprawność fizyczna	Problemy z mową i komunikacją	Problemy z połykaniem	Depresja lub obniżenie nastroju	Problemy z pamięcią	Ogółem	$\chi^2$	P
Kobiety	n	7	5	2	1	3	18	0,12	0,998
	%	38,9 %	27,8 %	11,1 %	5,6 %	16,7 %	100 %		
Mężczyźni	n	15	11	5	3	8	42		
	%	35,7 %	26,2 %	11,9 %	7,1 %	19 %	100 %		
Ogółem	n	22	16	7	4	11	60		
	%	36,7 %	26,7 %	11,7 %	6,7 %	18,3 %	100 %		

## Dyskusja

Osoby niepełnosprawne codziennie stają przed niezwykle skomplikowanym problemem. Czynności każdego dnia, które dla ludzi zdrowych wydają się proste, niekiedy dla osób niepełnosprawnych sprawiają wiele problemów. Zderzanie się na co dzień z przeszkodami bardzo często dezorganizują, jak i uniemożliwiają funkcjonowanie pacjenta.

Przeprowadzone badania dały możliwość oceny z jakimi problemami zdrowotnymi zmagają się chorzy po udarze mózgu. Badania przeprowadzono wśród 60 respondentów po przebyciu udaru mózgu korzystających z ponownej pomocy szpitalnej. Świadomość pacjentów o czynnikach ryzyka jest bardzo ważna w procesie ich eliminacji. Niewiele potrzeba, aby uniknąć chorób układu krążenia, w tym udaru mózgu. Wystarczy odpowiednia edukacja i chęci pacjentów.

Miller prowadziła badania dotyczące istotnego elementu, jakim jest rehabilitacja i opieka nad chorym po udarze mózgu. Twierdzi, że prawidłowa pielęgnacja oraz opieka nad pacjentem po udarze mózgu ma znaczący wpływ na dalsze funkcjonowanie i stan chorego. Badania potwierdzają konieczność wczesnej i kompleksowej rehabilitacji chorych po udarze mózgu, niezależnie od ich wieku. Przygotowanie odpowiedniego procesu rehabilitacji od pierwszych dni po wystąpieniu incydentu udaru umożliwia większą szansę na usamodzielnienie się chorego oraz redukcję deficytu sprawności ruchowej [Miller, 2003].



Z przeprowadzonych badań wynika, że spośród badanych 43,3%, czyli po 26 osób ocenia wpływ rehabilitacji za skuteczną, natomiast niewielka ilość badanych 13,3% twierdzi, że rehabilitacja ma niewielki wpływ na funkcjonowanie chorego po udarze mózgu. Analiza statystyczna wyników badań, ukazała zależność między płcią, a skutecznością rehabilitacji w funkcjonowaniu chorego po udarze mózgu.

Problemy chorych po udarze mózgu, to nie tylko ograniczenie sprawności ruchowej, jak też inne następstwa, które wpływają na jakość życia. Problemy zdrowotne pacjentów po udarze narastają po zakończeniu leczenia szpitalnego. Profilaktyka, wczesne rozpoznanie i zastosowanie adekwatnego postępowania, może pozwolić, by chorzy uniknęli poważnych konsekwencji i następstw po udarze mózgu oraz poprawić ich jakość życia [Broła i wsp., 2008].

W okresie po udarze mózgu pacjenci są szczególnie narażeni na występowanie powikłań związanych z unieruchomieniem. Celem analizy byli respondenci, wśród których nie zaobserwowano powikłań podczas leczenia szpitalnego. W obserwowanej grupie najczęściej doskwiera chorym niepełnosprawność fizyczne (36,7%), problemy z mową i komunikacją, utrudniają funkcjonowanie (26,6%) chorym, natomiast problemy z pamięcią (18,3%). Rzadziej występują problemy z połykaniem (11,7%) oraz depresja i obniżenie nastroju (6,7%). Z badań na temat wpływu powikłań na stan zdrowia chorego po udarze mózgu wynika, że nie ma zależności między płcią badanych, a powikłaniami wymienionymi w ankiecie.

Rodzina w chwili zachorowania członka rodziny mobilizuje swoje siły, integruje się i wspólnie pomaga choremu. Rodzina jest istotnym i najbardziej znaczącym źródłem wsparcia dla osoby chorej lub niepełnosprawnej. Rola rodziny w opiece domowej pełnionej nad osobą niepełnosprawną i zaangażowanie niejednokrotnie przesądzają o rezultatach całego procesu leczenia. Hebel i wsp. twierdzą, że wydolność opiekuńcza rodziny oraz stopień realizacji potrzeb rehabilitacji ruchowej istotnie wpływa na poprawę stanu funkcjonowania chorego pozostawionego pod opieką rodziny [Hebel i Bieniaszewski, 2009].

Z przeprowadzonych badań wynika, iż chorzy najczęściej potrzebują pomocy ze strony rodziny przy utrzymaniu higieny osobistej (32%), pomoc przy ubieraniu się i rozbieraniu (30%), natomiast pomocy przy poruszaniu się (23%) chorych i przy spożywaniu posiłków (15%) chorych potrzebują pomocy. Badania, także wykazały, że spośród badanych respondentów mieszkających w mieście 28,3% chorych jest samodzielna, a najmniej jest chorych leżących 10%, jednakże chorych mieszkających na wsi najwięcej jest, którzy potrzebują pomocy ze strony rodziny 26,7%, a najmniej jest chorych samodzielnych 10%. Analiza statystyczna wykazała brak zależności między płcią, a opieką rodziny nad pacjentem po udarze mózgu.

W zapobieganiu udarom mózgu szczególne znaczenie ma edukacja zdrowotna, która promuje styl życia, zwłaszcza aktywność fizyczna, odżywianie, zapobieganie nałogom oraz prowadzenia profilaktyki zdrowotnej. Udar mózgu jest często wynikiem wpływu na układ naczyniowy szereg czynników ryzyka, wśród których zalicza się nadużywanie alkoholu, otyłość, niską aktywność fizyczną. Początkowa identyfikacja czynników, odpowiednia wiedza odnośnie zalecanego stylu życia mają na celu wyeliminowanie ryzyka i kształtowanie właściwych zachowań zdrowotnych. Przedstawiają szczególną rolę w profilaktyce udaru mózgu, niekiedy w sytuacji zachorowania mają wpływ na przebieg oraz rokowanie [Girzelska i wsp., 2010].

Przeprowadzona ogólna analiza badań respondentów wynika, że większość pacjentów przed udarem mózgu nie stosowało prewencji pierwotnej: 19% – nadużywało alkoholu, 70% uważa otyłość za czynnik ryzyka udaru mózgu, natomiast 50% przejawia swój poziom aktywności fizycznej jako przeciętny. Do regularnego kontrolowania ciśnienia tętniczego krwi po udarze mózgu przyznaje się 56,7% badanych, natomiast 5% przyznaje że wcale nie dokonuje pomiaru ciśnienia tętniczego krwi. Analiza statystyczna nie wykazała zależności między płcią a stylem życia pacjentów po przebytych udarze mózgu.

### **Wnioski**

1. Ankietowanych cechuje niedostateczna wiedza odnośnie stylu życia po przebytych udarze mózgu zarówno w zakresie odżywiania, aktywności fizycznej jak i używek.
2. Pacjenci po udarze mózgu są częściowo zależni od rodziny w pomocy wykonywaniu podstawowych czynności dnia codziennego.
3. Wczesna, kompleksowa rehabilitacja jest niezbędnym elementem leczenia chorego po udarze mózgu.
4. Chorym po udarze mózgu najbardziej doskwiera niepełnosprawność fizyczna.

### **Piśmiennictwo**

1. Broła Waldemar, Fudala Małgorzata, Przybylski Wojciech. 2008. Profilaktyka późnych powikłań udaru mózgu. *Studia Medyczne*, 9.
2. Girzelska Joanna, Kościółek Aneta, Mianowana Violetta. 2010. Świadomość pożądaných zachowań zdrowotnych jako czynniki warunkujące oddziaływania edukacyjnego pielęgniarki w przygotowaniu do samo opieki pacjenta po przebytych udarze mózgu. *Problemy Pielęgniarstwa*, 18(4): 413-419.
3. Hebel Kazimiera, Bieniaszewski Leszek. 2009. Wydolność opiekuńczo-pielęgniacyjna rodziny a stopień zaspokajania wybranych potrzeb zdrowotnych chorych po udarze mózgu. *Problemy Pielęgniarstwa*, 17(4): 306 – 314.
4. Miller Elżbieta. 2009. Rola pielęgniarki w rehabilitacji i opiece nad chorym po udarze mózgu, *Problemy Pielęgniarstwa*, 17: 152-156.
5. Sienkiewicz Zofia, Stankiewicz Danuta, Dykowska Grażyna. 2016. *Pielęgnacja chorego po udarze niedokrwiennym mózgu w warunkach domowych*. Warszawa: Wydawnictwo WUM, 4(5).