

Ocena jakości życia pacjentów po przebytych udarach mózgu

Assessment of the quality of life of patients after stroke

KAMILA WITKOWSKA¹

¹ Szpital Lipno Sp. z o.o.

Streszczenie

Wstęp. Udary mózgu, stanowią jeden z głównych problemów współczesnej medycyny. W Polsce rocznie dochodzi do około 70 tys. udarów są one jednym z najczęstszych przyczyn inwalidztwa oraz drugim z zakresu częstości zgonów. W czasie pierwszego miesiąca od wystąpienia epizodu co 6 chory umiera, natomiast pozostała grupa to osoby z deficytem w zakresie samodzielności wymagający wsparcia osób trzecich.

Cel. Celem badań była ocena jakości życia pacjentów po przebytych udarach mózgu.

Materiały i metody. Badaniem objęto grupę 100 pacjentów po przebytych incydencie udarowym. Respondenci przebywali w oddziale rehabilitacji po udarowej. Do oceny jakości życia wykorzystany został kwestionariusz oceny jakości życia SF-36. oraz kwestionariusz WHOQOL-BREF jest o narzędzie wystandardyzowane służące do oceny jakości życia osób zarówno zdrowych jak i chorych.

Wyniki. Uzyskane wyniki dotyczące ogólnej oceny zdrowia fizycznego na podstawie danych z kwestionariusza WHOQOL-BREF wyniósł $30,35 \pm 4,54$, ogólna ocena zdrowia mentalnego $46,02 \pm 7,15$. Natomiast ogólny wskaźnik jakości życia $38,18 \pm 4,13$. Analiza statystyczna wykazała istotną zależność pomiędzy wiekiem ankietowanych a ich oceną jakości życia w dziedzinie somatycznej oraz środowiskowej. Im osoby starsze tym wyższy poziom zadowolenia z jakości życia. Analiza statystyczna nie wykazała istotnej zależności pomiędzy płcią ankietowanych a ich oceną jakości życia w każdej z dziedzin. Analiza statystyczna wykazała istotną zależność pomiędzy wiekiem ankietowanych a ich ogólną oceną zdrowia mentalnego. Im osoby starsze tym wyższa ocen zdrowia mentalnego.

Wnioski. Subiektywna ocena jakości życia osób po udarze mózgu w zakresie obniżenia funkcjonowania fizycznego oraz w aspekcie psycho-społecznym jest wprost uzależniona od poziomu samodzielności. Przebyty udar mózgu ma negatywny wpływ na jakość życia w aspekcie funkcjonowania i ograniczeń fizycznych. Wiek ma istotny wpływ na ocenę jakości życia w dziedzinie somatycznej oraz środowiskowej. Im starsza osoba tym wyższy poziom satysfakcji z jakości życia.

Słowa kluczowe: jakość życia, udar

Summary

Introduction. Strokes are one of the main problems of modern medicine. In Poland, it reaches about 70,000 annually. strokes are one of the most common causes of disability and the second in terms of death rates. During the first month of the episode, every sixth patient dies, while the rest of the group are people with a deficit in independence requiring the support of third parties.

The aim. The aim of the study was to assess the quality of life of patients after a stroke.

Materials and methods. The study included a group of 100 patients after a stroke incident. The respondents stayed in the post-stroke rehabilitation unit. A questionnaire was used to assess the quality of life the SF-36 quality of life assessment and the WHOQOL-BREF questionnaire is a standardized tool for assessing the quality of life of both healthy and sick people.

Results. The obtained results concerning the general assessment of physical health on the basis of the data from the WHOQOL-BREF questionnaire amounted to 30.35 ± 4.54 , the general assessment of mental health was 46.02 ± 7.15 . On the other hand, the general indicator of the quality of life was 38.18 ± 4.13 . Statistical analysis showed a significant relationship between the age of the respondents and their assessment of the quality of life in the somatic and environmental domains. The older the people, the higher the level of satisfaction with the quality of life. Statistical analysis did not show any significant correlation between the respondents' sex and their assessment of the quality of life in each of the areas. Statistical analysis showed a significant correlation between the age of the respondents and their overall assessment of mental health. The older the people, the higher the mental health rating.

Conclusions. The subjective assessment of the quality of life of people after stroke in terms of reduced physical functioning and in the psycho-social aspect is directly dependent on the level of independence. A history of stroke has a negative impact on the quality of life in terms of functioning and physical limitations. Age has a significant impact on the assessment of the quality of life in the somatic and environmental fields. The older the person, the higher the level of satisfaction with the quality of life.

Keywords: quality of life, stroke

Wstęp

Szczególnie istotne znaczenie ma ocena jakości życia u pacjentów z chorobami przewlekłymi. Dotyczy to chorób neurodegradacyjnych i ich konsekwencji dla sprawności psychofizycznej. Choroba przewlekła niesie ze sobą konsekwencje wpływające na różne wymiary życia chorego, które mogą mieć charakter tymczasowy lub stały: konieczność zmiany dotychczasowego trybu życia, konieczność stosowania długotrwałego leczenia [1]. Udar mózgu jest to nagły, bezpośredni stan zagrożenia życia, wymagający bezzwłocznej hospitalizacji. Udary są jednym z najczęstszych przyczyn inwalidztwa oraz drugim z zakresu częstości zgonów [2, 3]. Następstwa udaru bywają dramatyczne. Neurony mózgu nie mają zdolności do reprodukcji w przeciwieństwie do innych komórek. Bowiem ich zniszczenie wskutek udaru powoduje nieodwracalny proces [4, 5]. Wiedza oraz umiejętność rozpoznawania czynników ryzyka udarów jest niezbędna w praktyce pielęgniarstwa, ponieważ pozwala nie tylko na wczesne zidentyfikowanie osób ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia udaru, jak również na odpowiednio wczesne rozpoczęcie profilaktyki pierwotnej i wtórnej. Do najczęstszych objawów niedokrwienia mózgu zaliczamy: porażenie lub niedowład, ataksja, zaburzenia mowy – afazja, zaburzenia widzenia, czucia, koordynacji ruchowej, pamięci [6, 7]. Udary mózgu są głównym czynnikiem niepełnosprawności u osób w podeszłym wieku. Wiążą się z radykalną zmianą dotychczasowego życia chorego. Następstwa udaru mózgu m.in. afazja,

pogorszenie funkcjonowania sprawności fizycznej oraz intelektualnej, które mają negatywny wpływ na jakość życia. Obniżenie jakości życia po udarze mózgu wywołane jest szczególnie po przez zmniejszenie sprawności fizycznej, brak akceptacji choroby i samego siebie, depresję oraz brak wsparcia społecznego [8]. U osób po udarze może dojść do zmian nie tylko fizycznych, ale również psychicznych, emocjonalnych. Udowodniono, że obecność zaburzeń emocjonalnych oraz poznawczych staje się przyczyną większej bezradności chorych aniżeli deficyt ruchowy i może mieć decydujące znaczenie w ocenie jakości życia [9]. Oprócz widocznych powikłań poudarowych chorzy borykają się także z wieloma innymi zaburzeniami m.in.: przykurcze mięśni, zaburzenia mowy i komunikacji, padaczka, zaburzenia poznawcze, otępienie, omamy, nietrzymanie moczu i stolca. Najczęstszym jednak powikłaniem po udarze mózgu jest zespół depresyjny, spowodowany barkiem akceptacji choroby oraz sytuacji, w której znajduje się w danym momencie. Pacjenci niezależni dotychczas, nagle wymagają pomocy przy podstawowych czynnościach takich jak mycie, ubieranie, pisanie oraz czytanie. Do wyżej wymienionych objawów dochodzi również apatia, szybsza męczliwość pacjenta, co ma negatywny wpływ na proces rehabilitacji i usprawniania. Rzutuje to małą efektywnością terapii oraz opóźnia jej potencjalne efekty, a co za tym idzie obniża jakość życia osób po przebytych udarze mózgu [1, 10].

Cel

Celem pracy badawczej, była ocena jakości życia pacjentów po przebytych udarze mózgu.

Materiał i metody

Metodą wykorzystaną był sondaż diagnostyczny. Technikę badawczą, jaką zastosowano dla potrzeb procesu badawczego była technika ankietowania, celowana w konkretną grupę ludzi. Kwestionariusz ankiety stanowił narzędzie badawcze. Pytania miały charakter zamknięty, a także alternatywny. Ankieta skierowana została do pacjentów po

przebyłym udarze mózgu. Narzędziem badawczym był kwestionariusz SF-36, oraz WHOQOL-BREF. Kwestionariusz SF-36 składa się z 11 pytań zawierających 36 stwierdzeń, które pozwalają określić 8 elementów tj.: funkcjonowanie fizyczne, ograniczenia z powodu zdrowia fizycznego, odczuwanie bólu, ogólne poczucie zdrowia, witalność, funkcjonowanie socjalne, funkcjonowanie emocjonalne i zdrowie psychiczne. Wskaźnik jakości życia jest sumą punktów oceny wszystkich 8 skal jakości życia i umożliwia ogólną ocenę stanu zdrowia. Natomiast kwestionariusz WHOQOL-BREF jest o narzędziem służącym do oceny subiektywnej oceny stanu zdrowia i jakości życia osób zarówno zdrowych jak i chorych. Badanie było dobrowolne oraz anonimowe. Badania zostały przeprowadzone wśród pacjentów przebywających w Oddziale Rehabilitacji – Szpital Lipno Sp. z o.o. Populacją, która została poddana badaniu jest grupa 100 pacjentów, zarówno kobiet jak i mężczyzn, w wieku powyżej 35 roku życia i więcej, którzy przebyli udar mózgu. Badania miały charakter anonimowy i dobrowolny. Testu chi kwadrat użyto do zbadania zależności statystycznej pomiędzy analizowanymi cechami. Otrzymane wyniki badań poddano analizie statystycznej testem χ^2 dla prób niezależnych. Ryzyko błędu przyjęto na poziomie 5%. Natomiast wartość prawdopodobieństwa $p < 0,05$ uznano za istotną statystycznie. Do zbadania zależności statystycznych pomiędzy analizowanymi cechami użyto testu U Manna-whitneya.

Wyniki

W grupie badanej było 43 kobiet (43%) oraz 57 mężczyzn (57%). W przeprowadzonych badaniach wyróżniono pięć grup wiekowych: najliczniejszą grupę, 28% stanowią osoby w wieku 71-80 lat. 24% badanych stanowiły osoby w wieku 61-70 lat. Kolejną grupę osób 21% stanowili badani w wieku 51-60 lat oraz respondenci w wieku powyżej 81 lat, którzy stanowili 15% badanej populacji. Najmniejszą grupę 12% badanych stanowiły osoby w przedziale wiekowym 40-50 lat. Pod względem miejsca zamieszkania 56 respondentów (56%) wskazało miasto, natomiast 44 respondentów (44%) wskazało na wieś. Badania

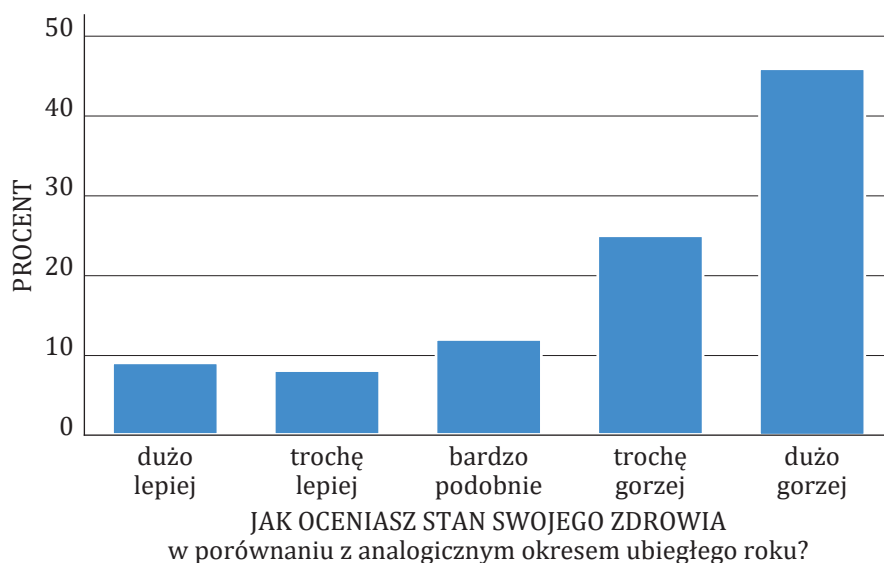
wykazały, iż 51% ankietowanych posiada wykształcenie zawodowe, 33% respondentów ma wykształcenie podstawowe, 12% wykształcenie średnie, natomiast tylko 4% ma wykształcenie wyższe. Z obserwacji przeprowadzonych badań wynika, że 33% respondentów choruje na nadciśnienie tętnicze, 23% badanych choruje na cukrzyce, 20% ankietowanych ma podwyższony cholesterol, 5% respondentów ma wady serca. Natomiast 18% badanych wykazała na inne choroby współistniejące. Tylko 1% respondentów skazał brak chorób współistniejących. Na podstawie przeprowadzonej ankiety ustalono, iż 48% badanych przebyło udar mózgu w ostatnich 2-6 miesiącach. 28% badanych wskazuje że ostatni udar pojawił się 0,7-1 roku, a 24% respondentów wskazało odpowiedź, że ostatni udar mózgu wystąpił powyżej 1 roku. Z analizy wyników przeprowadzonych badań wynika, że 47% respondentów uważa swój stan zdrowia za zadowalający. 40% pacjentów zaś odpowiedziało, iż stan ich zdrowia jest niezadowalający. 13% pacjentów uważa swój stan zdrowia za dobry. 46% ankietowanych uważa swój obecny stan zdrowia za dużo gorszy niż rok temu. 12% respondentów określa swój obecny stan zdrowia za bardzo podobny jak rok temu. Zaś tylko 9% ocenia swój stan zdrowia dużo lepiej niż rok temu. Uzyskane wyniki badań wykazały, iż u 91% ankietowanych zdrowie bardzo ogranicza wykonywanie czynności wymagających energii takich, jak bieganie, natomiast tylko 9% zaznaczyło odpowiedź, że ich zdrowie trochę ogranicza wykonywanie czynności. Wyniki przeprowadzonych badań wskazują, iż 64% badanych dość często odczuwa ograniczenia związane z kąpielą i ubieraniem się, 26% respondentów bardzo odczuwa ograniczenia związane z tymi czynnościami. Natomiast 10% badanych odpowiada „nie ogranicza wcale”.

Tabela 1. Percepcja własnego zdrowia i jakości życia – kwestionariusz WHOQOL-Bref

NP		M	SD	r (it)	ŁC
1	indywidualna ogólna percepcja jakości życia	3,06	1,09	0,76	0,46
2	indywidualna ogólna percepcja własnego zdrowia.	2,53	1,14	0,99	0,47
NP	SOMATYCZNA				
3	W jakim stopniu czujesz, że ból fizyczny ogranicza Ciebie w robieniu tego, na co masz ochotę?	2,86	0,93	0,99	0,54
4	W jakim stopniu prowadzenie normalnego, codziennego życia zależy od jakiegokolwiek leczenia?	2,87	1,21	0,09	0,96
10	Czy masz wystarczająco sił – „energii” do prowadzenia normalnego życia?	2,25	1,03	0,68	0,78
15	W jakim stopniu możesz się poruszać?	2,69	1,07	0,75	0,64
16	Jak zadowolony jesteś ze swojego snu?	3,13	1,50	0,34	0,38
17	Jak zadowolony jesteś ze swoich możliwości prowadzenia normalnego codziennego życia?	2,60	1,02	0,74	0,79
18	Jak zadowolony jesteś ze swoich zdolności do pracy (zarobkowej lub niezarobkowej, prowadzenia domu)?	1,70	0,93	0,25	0,72
alfa Cronbacha		0,77			
% wyjaśnionej wariancji		15,44			
NP	PSYCHOLOGICZNA	M	SD	r (it)	ŁC
5	Jak bardzo cieszysz się życiem?	3,11	1,27	0,56	0,83
6	W jakim stopniu odczuwasz że Twoje życie ma sens, znaczenie?	3,28	1,24	0,28	0,92
7	Jak łatwo możesz się skupić?	3,27	1,10	0,36	0,83
11	Na ile jesteś zdolny zaakceptować swój wygląd?	3,13	1,20	0,16	0,87
19	Jak zadowolony jesteś z samego siebie?	2,91	0,85	0,86	0,92

26	Jak często przeżywasz nieprzyjemne nastroje takie jak: smutek, chandra, lęk, przygnębienie?	3,10	1,11	0,83	0,69
alfa Cronbacha		0,88			
% wyjaśnionej wariancji		9,88			
NP	SOCJALNA	M	SD	r (it)	ŁC
20	Jak zadowolony jesteś ze swoich związków osobistych?	3,56	1,25	0,74	0,84
21	Jak zadowolony jesteś ze swojego życia seksualnego?	2,98	0,20	0,48	0,31
22	Jak zadowolony jesteś ze wsparcia, które otrzymujesz od swoich przyjaciół?	3,96	0,86	0,52	0,15
alfa Cronbacha		0,82			
% wyjaśnionej wariancji		5,11			
NP	ŚRODOWISKOWA	M	SD	r (it)	ŁC
8	Czy czujesz się bezpieczny w codziennym życiu?	3,73	0,75	0,80	0,17
9	Na ile zdrowa wydaje Ci się okolica w której żyjesz?	3,88	0,69	0,67	0,84
12	Czy masz wystarczająco dużo pieniędzy by zaspokoić swoje potrzeby?	3,10	0,82	0,55	0,67
13	Na ile dostępne są dla Ciebie informacje potrzebne do codziennego życia?	3,33	0,67	0,62	0,96
14	W jaki stopniu masz możliwość takiego spędzania wolnego czasu jakbyś chciał?	3,00	0,82	0,12	0,70
23	Jak zadowolony jesteś z warunków, w których mieszkasz?	3,96	0,86	0,79	0,76
24	Jak zadowolony jesteś z dostępności do opieki medycznej?	4,08	0,80	0,03	0,57
25	Jak zadowolony jesteś ze swej możliwości przemieszczania się?	3,63	0,73	0,39	0,81
alfa Cronbacha		0,97			
% wyjaśnionej wariancji		6,77			
M – średnia arytmetyczna; SD – odchylenie standardowe; r (it) – współczynnik mocy dyskryminacyjnej, NP – numer pozycji; ŁC – ładunek czynnikowy					

Na podstawie przeprowadzonej ankiety wynika, iż 31% badanych przyznaje, że przebyty udar czasami ogranicza relacji towarzyski. 29% ankietowanych odczuwa bardzo duże ograniczenia towarzyski i społeczne z względu na przebyty udar. Natomiast 12% respondentów wcale nie zauważyło zmian w relacjach towarzyskich. Na pytanie „Ile razy w ciągu ostatniego miesiąca był/a Pan/Pani załamana i smutna?” 54% ankietowanych zaznaczyło odpowiedź – „jakiś czas”. 4% respondentów odpowiada „wcale”. 16% respondentów odpowiada „większość czasu”, a 6% badanych cały czas odczuwa smutek i załamanie. Uzyskane wyniki dotyczące ogólnej oceny zdrowia fizycznego na podstawie danych z kwestionariusza WHOQOL-BREF wyniósł $30,35 \pm 4,54$, ogólna ocena zdrowia mentalnego $46,02 \pm 7,15$. Natomiast ogólny wskaźnik jakości życia $38,18 \pm 4,13$. Analiza statystyczna wykazała istotną zależność pomiędzy wiekiem ankietowanych a ich oceną jakości życia w dziedzinie somatycznej oraz środowiskowej. Im osoby starsze tym wyższy poziom zadowolenia z jakości życia. Analiza statystyczna nie wykazała istotnej zależności pomiędzy płcią ankietowanych a ich oceną jakości życia



Ryc. 1. Ocena stanu zdrowia w odniesieniu do czasookresu.

w każdej z dziedzin. Analiza statystyczna wykazała istotną zależność pomiędzy wiekiem ankietowanych a ich ogólną oceną zdrowia mentalnego. Im osoby starsze tym wyższa ocen zdrowia mentalnego.

Dyskusja

Jakość życia porównywana jest w powszechnym rozumieniu ze szczęściem. Odnosząc się do ludzkiego życia można przedstawić ją jako dobrą lub złą, natomiast w kontekście wielowymiarowej oceny stanu zdrowia opisać ją można jako, stan obejmujący dobre samopoczucie psychiczne, fizyczne i społeczne. Jakość życia uzależniona jest od stopnia niepełnosprawności. Niepełnosprawność warunkowana jest wieloma czynnikami, takimi jak: rozległość urazu mózgu, czas w jakim zostało rozpoczęte leczenie, wczesna rehabilitacja, zaangażowania chorego i jego rodziny w walce o jego zdrowie oraz proces usprawniania. Uzyskany średni wynik indywidualnej ogólnej oceny percepcji jakości życia wśród badanej grupy osób wyniósł 3,06 (SD=1,09), natomiast zadowolenia własnego z życia 3,11 (SD=1,27) i zdrowia 2,53 (SD=1,14) co stanowi wynik przeciętny. Najniższy wynik uzyskało ogólne zadowolenie ze zdolności do pracy zarobkowej i niezarobkowej, prowadzenia domu 1,7 (SD=0,93) oraz zadowolenie z możliwości prowadzenia normalnego życia codziennego 1,6 (SD=0,87).

1. Przebyty udar mózgu ma negatywny wpływ na zdrowie psychiczne pacjenta.

Przeprowadzone badania dowiodły, że na pytanie „Ile razy w ciągu ostatniego miesiąca był/a Pan/Pani załamana i smutna?” 54% ankietowanych zaznaczyło odpowiedź – „jakiś czas”. 16% respondentów odpowiada „większość czasu”, a 6% badanych cały czas odczuwa smutek i załamanie. Tylko 4% respondentów odpowiada, iż wcale nie odczuwa złego samopoczucia. Zatem dzięki tym wynikom wywnioskować możemy, że udar mózgu w znacznym stopniu ma negatywny wpływ na zdrowie psychiczne pacjenta. Porównywalne wyniki badań zostały opublikowane przez Bolach, Bolach i Ptak w 2018 roku w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. Ludwika Perzyny w Kaliszu pokazują, iż

obniżony stan emocjonalny wynosił 58%. Kobiety większym stopniu niż mężczyźni odczuwały obniżenie jakości życia w zakresie mobilności. Mężczyźni natomiast w większym stopniu odczuwali pogorszenie ich stanu emocjonalnego [11]. W wynikach badań własnych analiza statystyczna nie wykazała istotnej zależności pomiędzy płcią ankietowanych, a ich oceną jakości życia, jednakże kobiety wykazały niższy poziom jakości życia.

2. U osób po przebytych udarach mózgu dostrzega się zaburzone relacje społeczne.

Na podstawie wyników badań stwierdzono, iż 44% badanych przyznaje, że przebyty udar bardzo wpływa na ograniczenie relacji towarzyski. 31% ankietowanych czasami odczuwa ograniczenia relacji towarzyskich i społecznych z względu na przebyty udar. Porównując z wynikami badań Bolach, Bolach i Ptak w 2018 roku w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. Ludwika Perzyny w Kaliszu, gdzie w wynikach badań odnotowano ograniczenia w stosunkach międzyludzkich (58%) oraz komunikacji (54%) [11]. Badania własne również ukazały podobieństwo wpływu udaru mózgu na zaburzone relacje społeczne. Możemy również zaobserwować, że czas jaki upłynął od udaru u ankietowanych respondentów, a oceną jakości ich życia w analizie statystycznej nie wykazał istotnej zależności [11].

3. Przebyty udar mózgu wpływa negatywnie na aspekt zdrowia fizycznego chorego.

Z własnych wyników badań odnotowano, iż 46 % ankietowanych uważa swój obecny stan zdrowia za dużo gorszy niż rok temu. Badania również wykazały, że u 91% ankietowanych stan zdrowia bardzo ogranicza wykonywanie czynności wymagających energii takich, jak np.: bieganie. 92% respondentów twierdzi, że przebyty udar ogranicza samodzielne przejściu około 100 m. Z przeprowadzonych badań wynika również, iż 90% badanych ma kłopoty związane z samodzielną kąpielą i ubieraniem się. Porównując badania uzyskane przez Nalepa, Weber, Rogala i Charzyńska-Gula w 2015 roku, które wskazują, że 35,94% respondentów korzystało samodzielnie z toalety, natomiast 23,44% osób wychodziło

do toalety z pomocą innych osób. Chorzy po udarze mózgu najczęściej wymagali pomocy przy ubieraniu się (50%), natomiast 42,19% osób nie potrafiło samodzielnie się ubrać i wymagało pomocy drugiej osoby, zaś 7,81% ankietowanych stanowiły osoby samodzielne [12].

4. Czas po przebytych udarze mózgu ma wpływ na jakość życia pacjentów.

Ankietowani respondenci to w 57% mężczyźni a 43% to kobiety. Pacjenci u których incydentu neurologicznego wystąpił do 1 roku stanowili 76% (76 osoby), natomiast chorzy, u których od momentu wystąpienia udaru upłynął więcej niż rok stanowili 24% (24 osoby). Pacjenci w największym stopniu odczuwali obniżenie jakości życia w zakresie ograniczeń fizycznych np.: przejście 100 m (62%), oraz ograniczeń kąpielii i ubierania się (64%). Analiza statystyczna nie wykazała istotnej zależności pomiędzy czasem jaki minął u ankietowanych od udaru mózgu a ich oceną jakości życia w każdej z dziedzin. Dla porównania badania przeprowadzone przez Bolach, Bolach i Ptak w 2018 roku w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. Ludwika Perzyny w Kaliszu. Z wyników badań odnotowano obniżenie jakości życia w zakresie mobilności (82%) poruszania się (80%) oraz samoobsługi (65%). Zbliżone wyniki dotyczące obniżenia poziomu sprawności fizycznej uzyskano w niniejszej pracy. Wyniki odnotowane w prezentowanej pracy, jak i w badaniach cytowanych ukazują obniżenie się jakości życia niezależnie od płci pacjentów [11].

Wnioski

1. Zaobserwowano różnice jakości życia osób po udarze mózgu w zakresie obniżenia funkcjonowania fizycznego oraz w aspekcie psycho-społecznym.
2. Przebyty udar mózgu ma negatywny wpływ na jakość życia w aspekcie funkcjonowania i ograniczeń fizycznych.
3. Zaobserwowano istotną zależność między wiekiem ankietowanych, a ich oceną jakości życia w dziedzinie somatycznej oraz środowiskowej. Im wyższy wiek osoby, tym wyższy poziom satysfakcji z jakości życia.

Zalecenia dla praktyki pielęgniarstwa

Jakość życia ma istotny wpływ na funkcjonowanie człowieka w odniesieniu do wszystkich dziedzin życia. Profilaktyka oraz edukacja zmniejsza ryzyko wystąpienia udaru mózgu. Udar mózgu, a zwłaszcza jego konsekwencje związane z niesamodzielnością wpływają negatywnie na zdrowie psychiczne. Działania na rzecz poprawy jakości życia pacjentów po incydencie udarowym stanowią istotny element poprawy funkcjonowania w życiu codziennym. Pielęgniarka w kontaktach z pacjentem oraz osobami sprawującymi opiekę nieformalną prowadzi działania edukacyjne w celu minimalizacji niepełnosprawności. Całościowe i zindywidualizowane postrzeganie problemów chorego stanowi gwarancję poprawy stanu zdrowia pacjenta, a tym samym optymalizuje jakość jego życia.

Bibliografia/Bibliography:

1. Wolicki M., Setkowicz M. Jakość życia w wymiarze psychologicznym, zdrowotnym i społecznym. Wyd. PWSTE w Jarosławiu 2015.
2. Prusiński A. Neurologia praktyczna. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2015:208-233.
3. Raciborski F., Gawińska E., Kłak A., Słowik A., Wnuk M. Udary mózgu – rosnący problem w starzejącym się społeczeństwie, Instytut Ochrony Zdrowia, Warszawa 2016.
4. Hachinski V., Hachinski L. Udar mózgu. Przyczyny, postępowanie, zapobieganie. Wyd. KDC, Warszawa 2006.
5. Michajlik A., Ramotowski W. Anatomia i fizjologia człowieka. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2021.
6. Adamkiewicz B., Głabiński A., Klimek A. Neurologia dla studentów wydziału pielęgniarstwa. Wyd. Wolters Kluwer Polska, Kraków 2010:39-46.
7. Kozubski W. Neurologia kompendium. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2017:309-343.

8. Fudala M., Broła W., Czernicki J. Stan funkcjonalny chorych trzy lata po udarze mózgu w zależności od powikłań neurologicznych i ogólnomedycznych. *Wyd. Med. Uniw. Rzesz.* 2013;1:7-20.
9. Jarosławska B., Błaszczuk B. Jakość życia chorego po przebytych udarach niedokrwiennych mózgu. *Pielęgniarstwo neurologiczne i neurochirurgiczne* 2012;26(2):19-29.
10. Turska W., Skowron A. Metodyka oceny jakości życia. *Farm Pol* 2009;65, 8:572-575.
11. Bolach E., Bolach B., Ptak J. Ocena jakości życia pacjentów po udarach niedokrwiennych mózgu. *Rozprawy Naukowe* 2018;63:92-104.
12. Nalepa D., Weber D., Rogala R., Charzyńska-Guła M. Jakość życia chorych w warunkach domowych po przebytych udarach mózgu. *Journal of Education, Health and Sport.* 2015;5(11):99-110.