

*JAKOŚĆ ŻYCIA PACJENTÓW  
PO PRZEBYTYM  
UDARZENIEM NIEDOKRWIENNYM MÓZGU*



**Grzegorz Sebastian Roszkowski  
Barbara Jankowiak**



# Uniwersytet Medyczny w Białymstoku



## JAKOŚĆ ŻYCIA PACJENTÓW PO PRZEBYTYM UDARZE NIEDOKRWIENNYM MÓZGU

Mgr Grzegorz Sebastian Roszkowski  
Dr hab. n. med. i n. o zdr. Barbara Jankowiak

Białystok 2023

## **RECENZENCI MONOGRAFII**

**Dr hab. n. med. i n. o zdr. Bożena Baczevska**

Zakład Interny i Pielęgniarstwa Internistycznego  
Uniwersytet Medyczny w Lublinie

**Dr n. med. Katarzyna Snarska**

Zakład Medycyny Klinicznej  
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

**Wydawca**

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku  
ul. Kilińskiego 1  
Białystok

**Wydanie I**

**Białystok 2023**

Wszelkie prawa zastrzeżone

**ISBN**

978-83-67454-83-4

**Opracowanie graficzne**

wykorzystano darmowy wektor z <https://pl.freepik.com/>

**Druk**

Monografia wydana w formie elektronicznej i zamieszczona na stronie

[https://www.umb.edu.pl/wnoz/o\\_wydziale/monografie\\_pracownikow\\_wnz](https://www.umb.edu.pl/wnoz/o_wydziale/monografie_pracownikow_wnz).

**Monografia powstała na bazie wyników pracy magisterskiej  
Mgr Grzegorza Sebastiana Roszkowskiego**

Zawarte w niej materiały mogą być wykorzystywane tylko na użytek własny,  
do celów naukowych, dydaktycznych lub edukacyjnych  
Zabroniona jest niezgodna z prawem autorskim reprodukcja, redystrybucja lub odsprzedaż

**JAKOŚĆ ŻYCIA PACJENTÓW  
PO PRZEBYTYM  
UDARZE NIEDOKRWIENNYM MÓZGU**



**WYKAZ AUTORÓW**

**Grzegorz Sebastian Roszkowski**

**mgr piel.**

Absolwentk studiów II stopnia Kierunku Pielęgniarstwo na Wydziale Nauk o Zdrowiu,  
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

**Jankowiak Barbara**

**dr hab. n. med. i n. o zdr.**

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku





## **SPIS TREŚCI**

<b>DEFINICJA UDARU MÓZGU .....</b>	<b>11</b>
<b>ETIOLOGIA UDARU MÓZGU .....</b>	<b>12</b>
<b>EPIDEMIOLOGIA UDARU MÓZGU .....</b>	<b>14</b>
<b>CZYNNIKI RYZYKA UDARU MÓZGU .....</b>	<b>15</b>
<b>OBJAWY I DIAGNOSTYKA UDARU MÓZGU .....</b>	<b>17</b>
<b>LECZENIE UDARU MÓZGU .....</b>	<b>20</b>
<b>CEL PRACY .....</b>	<b>24</b>
<b>MATERIAŁ I METODA BADAŃ.....</b>	<b>25</b>
<b>WYNIKI.....</b>	<b>27</b>
<b>Charakterystyka pacjentów .....</b>	<b>27</b>
<b>Stan zdrowia i jakość życia pacjentów .....</b>	<b>34</b>
<b>Nasilenie stanów u pacjentów w ostatnim czasie.....</b>	<b>38</b>
<b>Samopoczucie pacjentów w ostatnim czasie .....</b>	<b>52</b>
<b>Negatywne uczucia odczuwane przez pacjentów w ostatnim czasie.....</b>	<b>84</b>
<b>Analiza punktowa kwestionariusza whoqol-bref .....</b>	<b>86</b>
<b>DYSKUSJA.....</b>	<b>89</b>
<b>WNIOSKI .....</b>	<b>93</b>
<b>WYKAZ PIŚMIENICTWA.....</b>	<b>94</b>



## Definicja udaru mózgu

Nazwa udar odnosi się do czasu jaki mija od pojawienia się pierwszych objawów do gwałtownego pogorszenia się stanu zdrowia pacjenta. Jest to nagłe i gwałtowne wystąpienie zaburzeń w czynności mózgu. Opisy kliniczne udaru są znane już od setek lat. Termin apopleksja (ze starożytnego greckiego ἀποπληξία – paraliż) był używany przez Hipokratesa dla określenia nieurazowego uszkodzenia mózgu. Według definicji WHO (*World Health Organization* – Światowa Organizacja Zdrowia) z 1980 roku, udarem mózgu nazywamy „nagłe wystąpienie ogniskowych lub globalnych zaburzeń czynności mózgu, trwające dłużej niż 24 godziny i spowodowane wyłącznie przyczynami naczyniowym, związanymi z mózgowym przepływem krwi” [1]. Definicja nie uwzględnia TIA (*Transient Ischaemic Attack*) czyli niedokrwienia mózgowego o charakterze przemijającym, które są zaburzeniami w pełni odwracalnymi nie wymagającymi leczenia trombolitycznego. Kryterium odróżniającym udar od TIA jest więc czas. W przypadku TIA objawy neurologiczne (najczęściej trwają od 2 do 15 min) ustępują do 24 godzin [1, 2, 3].

Stanowisko AHA/ASA (*American Heart Association/American Stroke Association* – amerykańskie towarzystwo chorób serca/ amerykańskie towarzystwo udarowe) definiuje udar mózgu jako: „(...) nagłe, ogniskowe, naczyniopochodne uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego (mózgu, siatkówki lub rdzenia kręgowego), którego warunkiem rozpoznania jest potwierdzenie obecności ogniska udarowego w badaniach neuroobrazowych lub utrzymywanie się i objawów ogniskowych ponad 24 godziny przy wykluczeniu innych przyczyn zaburzeń neurologicznych [4].

Uznaje się, że warunkiem rozpoznania udaru jest udowodnienie zmiany patologicznej. W diagnostyce klinicznej podstawową kwestią jest ustalenie:

1. Czy zaburzenia są wywołane przez inne procesy naczyniowe dające objawy podobne do udaru?
2. W jakim miejscu doszło do uszkodzenia układu nerwowego i których naczyń to dotyczy?
3. Jaki jest mechanizm powstania choroby (krwotoczny/niedokrwienny) [5, 6, 7].

Udar mózgu jest to stan wymagający hospitalizacji, który bezpośrednio zagraża życiu chorego. Szanse przeżycia pacjenta są uzależnione od czasu jaki upływa od wystąpienia pierwszych objawów do rozpoczęcia leczenia w wyspecjalizowanym centrum udarowym. Czas, rodzaj i rozległość udaru warunkuje czy pacjent nie będzie miał trwałych uszczerbków neurologicznych [4, 6, 8].

## Etiologia udaru mózgu

Udar jest skutkiem nagłego upośledzenia dopływu krwi do mózgu. Dochodzi do tego w sytuacji gdy ulegnie zwężeniu, pęknięciu lub zamknięciu duża tętnica lub mała tętniczka wewnątrz mózgowia, która doprowadza krew do mózgu. Efektem tego są duże braki tlenu i substancji odżywczych dostarczanych przez naczynia do określonych części mózgu [9]. Zwężenie lub zamknięcie dużego naczynia lub tętniczki w mózgu nazywamy udarem niedokrwiennym. Używane jest też określenie zawał, które częściej jest przypisywane zamknięciu tętnicy wieńcowej serca niż tętnic w mózgu [10]. Proces jego powstawania jest jednak podobny i dotyczy tylko innych naczyń i narządów. Podział udarów mózgu uwzględnia rodzaj uszkodzenia (udar krwotoczny i niedokrwienny). Szczegółowy podział w zależności od objawów i uszkodzenia występuje w literaturze medycznej [6, 11].

1. **Udar krwotoczny** odpowiada za blisko 15% przypadków wszystkich udarów. Skutkiem udaru krwotocznego jest wynaczynienie się krwi do OUN (ośrodkowego układu nerwowego) w wyniku przerwania ściany naczynia tętniczego lub żylnego w mózgu. Doprowadza to do skumulowania się krwi w mięszu OUN i powstania krwiaka śródmózgowego. W przypadku przestrzeni podpajęczynówkowej tworzy się krwiak podpajęczynówkowy [12, 13]. Wyróżnia się postać:
  - **przewlekłą** – jest łagodniejszą postacią. Stan ten cechuje się dosyć wysoką przeżywalnością pacjentów a stan ich zdrowia jest porównywalny do tego sprzed udaru;
  - **ostrą** – postać z najgorszym rokowaniem. Średnio nawet w 50% przypadków kończy się zgonem. Początek jest bezobjawowy i nagły;
  - **podostrą** – postać która występuje w 30% przypadków. W początkowej fazie często występują wymioty, bóle głowy i niedowłady [12, 14].
2. **Udar niedokrwienny** odpowiada za blisko 85% przypadków udarów. Proces powstawania udaru niedokrwiennego polega na zamknięciu tętnicy mózgowej lub przymózgowej. W wyniku tego dochodzi do niedokrwienia określonej struktury mózgu co powoduje zaburzenie czynności mózgu [12, 15, 16, 17, 18].

**Podział udarów mózgu ze względu na czas trwania objawów:**

- a) udar mózgu postępujący - objawy rozwijają się w ciągu pierwszej doby (do pierwszych 6 godzin). Około trzeciej doby stan pacjenta stabilizuje się. W udarze mózgu postępującym dochodzi do pogorszenia stanu neurologicznego, który jest związany z poszerzeniem ogniska niedokrwiennego lub krwotocznego.
- b) CS (*Completed Stroke* - udar dokonany) - objawy utrwalają się i trwają ponad 3 tygodnie. Powoduje trwałe objawy ubytkowe, które mogą ulec zmniejszeniu ale nie ustępują całkowicie.
- c) TIA (*Transient Ischaemic Attack* - przemijający atak niedokrwienności) – przemijające niedokrwienie mózgu występujące nagle w którym objawy samoistnie ustępują w ciągu 24 godzin
- d) RIND (*Reversible Ischemic Neurologic Deficit* - udar niedokrwienności z objawami odwracalnymi) - objawy niedokrwienia mózgu trwają powyżej 24 godzin. Ustępują po upływie 21 dni [1, 2, 5, 9, 19, 20].

## Epidemiologia udaru mózgu

Udar mózgu jest chorobą cywilizacyjną i dotyczy głównie osób powyżej czterdziestego roku życia i stanowi drugą najczęstszą przyczynę zgonów na świecie. Epidemiologia zmienia się bardzo szybko zwłaszcza pod względem geograficznym. Zmniejszone ryzyko wystąpienia udarów mózgu odnotowuje się w krajach rozwiniętych. Jest to efekt zakrojonych na szeroką skalę działań profilaktycznym. W krajach rozwijających się należy spodziewać się ciągłego wzrostu liczby udarów [11, 12, 21, 22, 23].

Według danych IHME (*Institute of Health Metrics and Evaluation* – agencja współpracująca z WHO od 2018 roku w zakresie udoskonalania i gromadzenia danych dotyczących zdrowia na świecie) w 2017 roku ok. 6,2 milionów osób na całym świecie zmarło z powodu udaru mózgu w tym ok. 2,7 miliona w wyniku udaru niedokrwienego mózgu [10, 14, 24].

Z powodu uszczerbku na zdrowiu, inwalidztwa i przedwczesnej śmierci utracono około 130 milionów lat życia według DALYs - (*Disability adjusted life years* - wskaźnik służący do pomiaru obciążenia chorobami, który pozwala ocenić skutki chorób) [7, 25].

Z powodu udaru niedokrwienego utracono blisko 55 mln lat życia. Zaraz po chorobach serca udar jest drugą najczęstszą przyczyną śmierci. Według AHA w 2013 roku udar był przyczyną 12% zgonów na świecie, a w roku 2017 powodem 13% wszystkich zgonów. Według wskaźnika DALYs z 2013 roku śmiertelność z powodu udaru mózgu w krajach rozwiniętych była statystycznie istotnie niższa niż w krajach rozwijających się. Wskaźnik śmiertelności z powodu udaru w latach 1990 – 2013 w krajach rozwijających się zmniejszył się jedynie o ok. 15% a dla porównania w krajach rozwiniętych zmniejszył się blisko o połowę – Tabela 1 [15, 19, 20, 26].

**Tabela 1. Wskaźnik śmiertelności udaru na 100 tyś. mieszkańców w krajach rozwiniętych i rozwijających się -opracowanie własne na podstawie [19]**

Kraje rozwijające się		Kraje rozwinięte	
1990 r.	2013 r.	1990 r.	2013 r.
160,9	136,9	112,9	67,2

W artykule opublikowanym na łamach czasopisma *La Presse Médicale* w 2016 roku naukowcy oszacowali, że na początku XXI wieku blisko 1,1 miliona mieszkańców Europy doznaje udaru mózgu, w tym w ok. 80% jest to udar niedokrwienny. Prawdopodobieństwo zgonu w ciągu 30 dni od wystąpienia udaru jest szacowane między 13% a 35%. Według danych zebranych w latach 1990–2017 (GBD – *Global Burden of Disease* – globalne badanie obciążenia zdrowotnego) z powodu udaru niedokrwiennego umierało rocznie mniej mężczyzn niż kobiet [22, 27]. Jednak to liczba zgonów wśród mężczyzn wzrosła w badanym okresie o ok. 64,5% w stosunku do ok. 34% wśród kobiet. Zauważalna jest zwiększona ilość przypadków występowania udaru niedokrwiennego oraz większa łączna liczba lat utraconych DALY's u mężczyzn niż u kobiet. Wskaźnik u mężczyzn wzrósł o ok. 65% podczas gdy u kobiet o ok. 38%. Co roku zwiększa się liczba osób w młodszym wieku, która choruje na udar mózgu. Spodziewany jest wzrost liczby występowania udarów w nadchodzących latach z powodu starzejącej się populacja Europy oraz zmiany stylu życia ludzi [28].

Według danych NFZ z 2019 roku w Europie Centralnej (Polska, Czechy, Słowacja, Węgry, Rumunia, Słowenia, Serbia, Macedonia, Chorwacja, Czarnogóra, Albania, Bośnia i Hercegowina) obserwuje się wzrost zapadalności na udar niedokrwienny mózgu i niewielki wzrost śmiertelności. Liczba zgonów na 100 tys. osób w Polsce wahała się nieznacznie w badanym okresie, jednakże w 1990 roku jak i 2017 roku wynosiła ok. 69 osób na 100 tys. ludności. Od 1997 roku zapadalność na udar niedokrwienny w Polsce stale rośnie i obecnie kształtuje się na poziomie 190,82/100 tys. ludności (o ok. 35 przypadków na 100 tys. osób mniej niż w Europie Centralnej i ok. 38/100 tys. więcej niż w Unii Europejskiej). W krajach Europy Zachodniej (Niemcy, Francja, Belgia, Holandia, Włochy, Wielka Brytania, Malta, Norwegia, Finlandia, Hiszpania, Portugalia, Cypr, Dania, Grecja, Irlandia, Islandia, Luksemburg, Izrael, Austria, Andora) oraz krajach Unii Europejskiej (wszystkie kraje należące do Unii Europejskiej w dniu 01.10.2019 z wyszczególnieniem krajów: Polska, Czechy, Niemcy, Słowacja) również obserwuje się wzrost zapadalności na udar niedokrwienny mózgu i utrzymujący się na stałym poziomie wskaźnik śmiertelności i DALYs. Sytuacja związana z udarami niedokrwiennymi najgorzej wygląda w Europie Wschodniej (Litwa, Łotwa, Estonia, Białoruś, Ukraina, Mołdawia, Rosja) [1, 2, 3, 4, 28].

## Czynniki ryzyka udaru mózgu

Czynniki ryzyka udaru to te, które podlegają i te które nie podlegają modyfikacji. Przy czym tych pierwszych jest 3 razy więcej niż tych drugich. Czynniki ryzyka niepodlegających modyfikacji są:

- predyspozycje genetyczne
- starszy wiek
- płeć męska
- rasa czarna i Latynosi
- przebyty udar mózgu [37, 39].

Modyfikowalne czynniki ryzyka udaru mózgu to te „[...] na które możemy wpływać działaniami medycznymi oraz pozamedycznymi, w tym przede wszystkim zmianą stylu życia” [16]. W skład działań medycznych wchodzi farmakoterapia, leczenie operacyjne oraz zmiana trybu życia w tym: zmiana diety i unikanie zażywania używek [14, 16]. Czynniki podlegającymi modyfikacji są:

- nadciśnienie tętnicze
- migotanie przedsionków
- miażdżycy naczyń domózgowych i pozamózgowych
- cukrzyca
- zaburzenie hematologiczne
- palenie tytoniu
- otyłość [18, 25, 29].

Według badania INTERSTROKE tylko u 10% badanych pacjentów mechanizmem udaru był czynnik niemodyfikowalny. W 90% przypadków za udar odpowiadał czynnik modyfikowalny. Badanie pokazuje, że programy profilaktyczne są słuszną ścieżką i należy objąć nimi osoby starsze [7, 11, 13].



## Objawy i diagnostyka udaru mózgu

Szybkie rozpoznanie pierwszych objawów i zdiagnozowanie udaru znacząco zwiększają szanse na przeżycie pacjenta. Stan zdrowia w przebiegu udaru może ulegać nagłej poprawie lub gwałtownemu pogorszeniu. Objawy nie zawsze są takie same i są uzależnione od rodzaju udaru i jego lokalizacji w mózgu [23]. Udar pnia mózgu uznaje się za najcięższą postać udaru mózgu. Jest to spowodowane tym, że w pniu mózgu zlokalizowane są ośrodki odpowiedzialne za prawidłową pracę serca, oddychanie i regulację ciśnienia krwi. Przez pień przebiegają też kanały łączące mózg z rdzeniem [6, 15, 24]. Jego dysfunkcja może prowadzić do zaburzeń świadomości, oddychania, krążenia krwi i wywołać niedowład czterech kończyn co jest bezpośrednim zagrożeniem życia pacjenta [16, 17, 30]. Objawami udaru mózgu są:

- objawy ruchowe:
  - osłabienie lub brak sprawności jednej kończyny (*monoparesis*)
  - osłabienie lub brak sprawności obu kończyn po tej samej stronie ciała (*hemiparesis*)
  - osłabienie lub brak sprawności trzech kończyn (*triparesis*)
  - osłabienie lub brak sprawności czterech kończyn (*quadriparesis*) [31].
  
- objawy czuciowe:
  - podwójne widzenie
  - zaburzenie pola widzenia
  - zaniwiedzenie jednooczne/zaburzenie widzenia (*amaurosisfugax*)
  - osłabienie lub brak czucia w kończynach [23].
  
- zaburzenia mowy/językowe
  - trudności w czytaniu/liczeniu/pisaniu
  - problemy w doborze słów – afazja ruchowa
  - trudności w artykulacji słów – dyszartria
  - problemy w rozumieniu mowy – afazja czuciowa [32, 33].
  
- zaburzenia poznawcze/zachowania
  - zaburzenia pamięci (zwłaszcza świeżej)
  - trudności w wykonywaniu codziennych czynności (spożywanie posiłków, mycie, ubieranie się)

- dezorientacja czasowo-przestrzenna [16, 24].
- zaburzenia równowagi
- problemy utrzymywaniu postaci wyprostowanej [30, 34].
- objawy ogólne
  - nagły, silny ból głowy (często z wymiotami)
  - wrażliwość na hałas, światło
  - zaburzenia świadomości
  - senność, utrata przytomności, śpiączka
  - nudności, wymioty
  - asymetria twarzy (opadający kącik ust, opadanie powieki, uczucie mrowienia lub drętwienia twarzy) [1, 2, 3].

Objawy udaru niedokrwiennego są podobne do tych obserwowanych w udarze krwotocznym. Badanie przeglądowe, które pozwala określić typ udaru jest TK (tomografia komputerowa) [35]. W przypadku udaru niedokrwiennego uwidocznienie ogniska niedokrwienia jest zależne od rozległości, lokalizacji i czasu (od zaobserwowania pierwszych objawów do wykonania badania). Zdarza się, że zmiany niedokrwienne można zaobserwować dopiero po ok. 6 godzinach od wystąpienia wstępnych objawów [11, 23]. Wykonanie TK z wykorzystaniem środka kontrastowego (angiotomografia – środek kontrastowy jest podawany dożylnie) pozwala zbadać perfuzję mózgową i uwidocznia obszary zwężenia lub zamknięcia naczyń mózgowych. W przypadku krwotoków tomografia komputerowa pozwala uwidocznić świeżą krew w mózgu nawet do kilku minut od zachorowania. Jeżeli u pacjenta konieczne jest wykonanie badania z powodu podejrzenia krwawienia ze zmiany naczyniowej często wykonuje się angiotomografię lub angiografię (podanie środka kontrastowego poprzez dostęp przez tętnicę udową) [11, 23, 35].

Badanie MRI (rezonans magnetyczny wykonuje się w celu uzyskania lepszej jakości obrazowania. W porównaniu do TK rezonans magnetyczny cechuje się również lepszym zastosowaniem sekwencji czynnościowych co pozwala lepiej ukazać różnicę pomiędzy zdrową tkanką mózgową a tą niedokrwioną. Wykorzystuje się go również do obrazowania guzów mózgu i naczynek (ze względu na niskie ciśnienie krwi które przepływa przez tą zmianę chorobową) [20, 36, 37].

W diagnostyce udaru mózgu wykorzystuje się również badania laboratoryjne. Oznaczenie takich parametrów krzepnięcia jak: APTT (czas koalinowo – kefalinowy – służy do oceny krzepnięcia krwi) i INR (znormalizowany czas protrombinowy – służy do oceny krzepnięcia krwi), morfologii, glikemii, kreatyniny, mocznika, elektrolitów pozwala szybciej skorygować ich nieprawidłowy poziom. Poziom troponiny i badanie EKG (elektrokardiografia) pozwala ponadto ustalić sercową przyczynę udaru mózgu [1, 2, 3, 19].

## Leczenie udaru mózgu

Najbardziej optymalnym sposobem leczenia udaru mózgu jest jego profilaktyka, czyli nie dopuszczenie do jego powstania. Modyfikacja czynników ryzyka może być przeprowadzona poprzez zmianę zachowań zdrowotnych i ich kontrolę [20]. Do profilaktyki pierwotnej zalicza się rozpoznanie u pacjenta czynników ryzyka i chorób, które sprzyjają powstawaniu udaru mózgu oraz promowanie korzystnych zmian w stylu życia pacjenta [37]. U osób, które w przeszłości przebyły udar mózgu stosuje się profilaktykę wtórną, która ma za zadanie zmniejszyć ryzyko wystąpienia kolejnego udaru. Do profilaktyki pierwotnej zalicza się:

- leczenie nadciśnienia tętniczego
- profilaktykę przeciwzakrzepową – zwłaszcza u pacjentów z wadami serca, zaburzeniami krzepnięcia lub migotaniem przedsionków
- zmniejszenie stężenia cholesterolu - w przypadku hiperlipidemii
- zaprzestanie palenia tytoniu
- zmniejszenie masy ciała - w przypadku otyłości lub nadwagi ( $18,5 \leq \text{BMI} < 25$ )
- ograniczenie spożycia alkoholu (mężczyźni do 20g/dobę, kobiety 10g/dobę)
- zwiększenie aktywności fizycznej [31, 38].

W profilaktyce wtórnej ważne jest podjęcie odpowiednich kroków:

- rozpoczęcie edukacji zdrowotnej połączonej ze wsparciem dietetycznym oraz promowaniem aktywności fizycznej
- określone wsparcie środowiskowe przeznaczone dla rodziny chorego i osób z najbliższego otoczenia.
- wdrożenie rehabilitacji i farmakoterapii długoterminowej i we wczesnym okresie po wystąpieniu udaru [38, 39].

Ważne jest, aby aspekty profilaktyki wtórnej były dostosowane do stanu zdrowia pacjenta. Pierwszą ważną czynnością jaką należy wykonać przy kontakcie z chorym jest zebranie wywiadu z nim lub osobą/osobami które znajdują się w jego najbliższym otoczeniu [20, 37]. Podczas zbierania wywiadu należy skupić się na takich informacjach jak:

- jakie objawy występują u chorego?
- czas w jakim wystąpiły pierwsze objawy i jak długo trwają?
- jakie leki stosuje pacjent?

- czy chory przeszedł kiedyś udar? (jak tak to kiedy?)
- czy pacjent choruje na inne choroby przewlekłe?
- przebyte operacje [14, 25].

W dalszej kolejności należy dokonać oceny podstawowych parametrów życiowych.

- tętno
- liczba oddechów
- saturacja krwi
- ciśnienie tętnicze
- temperatura ciała
- EKG [14, 25].

W przypadku, gdy stan zdrowia pacjenta uniemożliwia przeprowadzenie wywiadu należy w pierwszej kolejności przejść do oceny parametrów życiowych. W przypadku wystąpienia objawów lub podejrzenia udaru należy bezzwłocznie wezwać zespół pogotowia ratunkowego [1, 2, 3, 10].

W skład leczenia swoistego wchodzi przede wszystkim leczenie trombolityczne, które jest skuteczną metodą leczenia udaru niedokrwienego mózgu. Działanie leków trombolitycznych polega na przemianie plazminogenu w plazminę. Ma to na celu udrożnienie zamkniętego przez skrzeplinę naczynia [9, 20, 40].

Wyróżnia się trzy generacje leków trombolitycznych:

- I generacja (urokinazy, streptokinazy)
- II generacja (prourokinaza, rt-PA)
- III generacja (stafylokinaza, lanteplazasaruplaza i reteplaza) [40].

Przed zastosowaniem czynnika rt-PA pacjent musi mieć wykonane TK głowy (aby wykluczyć krwawienie) oraz musi zostać przebadany neurologicznie [35, 40].

Wskazania do leczenia trombolitycznego:

- wiek 18-80 lat
- czas objawów do 4,5 godzin [40].

Przeciwwskazania do leczenia trombolitycznego:

- krwotok podpajęczynówkowy
- wystąpienie objawów nie więcej niż 4,5h przed rozpoczęciem leczenia
- wiek poniżej 18 i powyżej 80 lat
- przebyte krwawienia zagrażające życiu
- ostre zapalenie trzustki
- rozpoznana skaza krwotoczna
- zapalenie wsierdzia/osierdzia
- używanie heparyny lub innych leków o działaniu przeciwkrzepliwym w ciągu 48h przed wystąpieniem udaru
- ciąża i okres karmienia
- liczba płytek krwi  $<100000/ml$
- nieunormowany poziom glikemii ( glikemia  $>400mg/dl$  lub  $<50mg/dl$ )
- udar mózgu rozpoczynający się drgawkami
- retinopatia krwotoczna
- ustępujący deficyt neurologiczny
- przebyty udar w ciągu ostatnich 3 miesięcy
- ciśnienie tętnicze skurczowe powyżej 185mmHg lub rozkurczowe powyżej 110mmHg
- nowotwory o dużym ryzyku krwawienia
- wskaźnik INR wyższy niż 1.4-1.5 [40].

Leczenie ogólne udaru krwotocznego jest zbliżone do leczenia udaru niedokrwiennego. Dużym zagrożeniem jest utrzymujące się wysokie ciśnienie krwi tętniczej dlatego należy monitorować jego wartości i ograniczać zgodnie z zaleceniami:

- u chorych z rozpoznany nadciśnieniem tętniczym, u których wyjściowe ciśnienie skurczowe wynosi  $>180$  mm Hg, a rozkurczowe  $>105$  mm Hg, ciśnienie krwi tętniczej należy utrzymywać blisko wartości 170/100 mm Hg
- u chorych, u których nie rozpoznano nadciśnienia tętniczego należy je obniżyć, jeżeli wyjściowe ciśnienie skurczowe wynosi  $>160$  mm Hg, a rozkurczowe  $>95$  mm Hg [9, 20].

W celu obniżenia ciśnienia tętniczego krwi w warunkach szpitalnych używa się:

- furosemid (dawka 20–40 mg w bolusie i.v)
- urapidyl ( dawka 12,5–25 mg w bolusie i.v lub 5 –40 mg/h i.v we wlewie ciągłym) [9, 20].

U pacjentów z udarem krwotocznym, u których stwierdza się wzmożone ciśnienie wewnątrzczaszkowe dużo częściej dochodzi do pogorszenia stanu zdrowia pacjenta, co zmniejsza jego szanse przeżycia. Do leczenia podwyższonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego często stosuje się barbiturany [8, 26, 27]. Powodują one zmniejszenie metabolizmu mózgu czego konsekwencją jest spadek przepływu krwi w mózgu. Jest to działanie protekcyjne. Czynniki, które mogą doprowadzić do wzrostu ciśnienia wewnątrzczaszkowego są:

- nadciśnienie tętnicze
- hiponatremia
- ból
- podwyższona temperatura ciała [8, 26, 27].

## **CEL PRACY**

Udar niedokrwienny mózgu jest zespołem objawów neurologicznych, które trwają więcej niż 24 godziny i wynikają z zaburzenia przepływu krwi przez daną część mózgu. Do zatrzymania lub znacznego ograniczenia przepływu krwi przez naczynie może dochodzić na skutek zamknięcia jego światła przez blaszki miażdżycowe lub materiał zatorowy. Przyczyny udaru niedokrwiennego w dużym stopniu związane są ze stylem życia oraz chorobami współistniejącymi, np. nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, choroby serca, otyłość, nadużywanie alkoholu, palenie tytoniu.

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

W szczególności cel pracy uwzględniono w oparciu o zmienne tj. płeć, występowanie chorób przewlekłych i czas jaki minął od potwierdzonego udaru niedokrwiennego mózgu z uwzględnieniem celów szczegółowych:

1. Poziom zadowolenia pacjentów z własnego stanu zdrowia.
2. Przedstawienie rodzajów nasilenia stanów, których doznawali badani w ostatnich czterech tygodniach.
3. Dominujące samopoczucie u ankietowanych pacjentów.
4. Rodzaje doznań negatywnych towarzyszących pacjentom w ostatnim czasie.



## MATERIAŁ I METODA BADAŃ

W badaniu wzięło udział łącznie 105 pacjentów hospitalizowanych w Oddziale Neurologii z Pododdziałem Udarowym SPZOZ Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku. Badanie zostało przeprowadzone wśród pacjentów po przebytych udarze niedokrwiennym mózgu w okresie od 30.03.2023-25.05.2023 roku.

Do badania zakwalifikowano 49,5% kobiet (n=52) oraz 50,5% mężczyzn (n=53). Większość badawczą stanowili pacjenci, u których występują choroby przewlekłe, tj. cukrzyca, miażdżyca tętnic, nadciśnienie tętnicze, choroby serca (n=64; 60,9%), u których udar niedokrwienny wystąpił całkiem niedawno tj. mniej niż rok temu (n=51; 48,6%) bądź od roku do 10 lat temu (n=54; 51,4%).

W oparciu o zmienne tj. płeć, występowanie chorób współistniejących oraz czas, jaki upłynął od ostatniego potwierdzonego udaru niedokrwiennego mózgu, było możliwe dokonanie oceny jakości życia wśród pacjentów po przebytych udarze niedokrwiennym mózgu.

Material badawczy zebrany został w oparciu o metodę badań społecznych, techniką ankiety z wykorzystaniem narzędzi badawczych w postaci: autorskiego kwestionariusza ankiety oraz standaryzowanej skali WHOQOL-BREF – oceniającej jakość życia chorego.

Kwestionariusz ankiety składał się z metryczki oraz pytań stanowiących o występowaniu chorób przewlekłych, czasie jaki minął od ostatniego potwierdzonego udaru niedokrwiennego mózgu, ilości zdiagnozowanych udarów mózgu oraz występowaniu obecnie deficytów poudarowych.

WHOQOL-Bref opracowany został przez zespół ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia. Kwestionariusz składa się z 26 pytań, które obejmują cztery dziedziny: fizyczną, psychologiczną, społeczną i środowisko. Dwa dodatkowe pytania dotyczą zadowolenia ze zdrowia i z życia. Odpowiedzi udziela się na 5-stopniowej skali Likerta, gdzie 1 oznacza najbardziej negatywną oceną, a 5 – pozytywną. Dziedzina fizyczna zawiera pytania o czynności życia codziennego, zależność od leków i leczenia, energię i zmęczenie, mobilność, ból i dyskomfort, wypoczynek i sen oraz zdolności do pracy. Dziedzina psychologiczna obejmuje pytania dotyczące oceny wyglądu zewnętrznego, odczuwania negatywnych i pozytywnych uczuć, samooceny, duchowości/religii/osobistej wiary, myślenia, uczenia się, pamięci, koncentracji. Dziedzina społeczna zawiera pytania o związki osobiste, wsparcie społeczne, aktywność seksualną. Dziedzina środowisko zawiera pytania o: zasoby finansowe, wolność, bezpieczeństwo fizyczne i psychiczne, dostępność i jakość opieki zdrowotnej,

środowisko domowe, możliwości zdobywania nowych informacji i umiejętności, możliwość i uczestnictwo w rekreacji i wypoczynku, środowisko fizyczne (zanieczyszczenie, hałas, ruch uliczny, klimat), transport.

Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku z numerem uchwały APK.002.198.2023,. Z kolei „Standaryzowana Skala WHOQOL-BREF” oraz krótki kwestionariusz ankiety dla badanych znajduje się na stronach 101 i 104. Pacjenci zostali poinformowani o anonimowości badania oraz o fakcie, że wypełnienie kwestionariuszy wiąże się z jednoczesnym wyrażeniem zgody na udział w badaniu. W każdym momencie przeprowadzenia badań, pacjenci mieli możliwość ich przerwania bez podawania przyczyny.

Wszystkie odpowiedzi pacjentów zostały zliczone w Microsoft Excel. Dało to możliwość uwzględnienia zmiennych tj. płeć, występowanie chorób przewlekłych i czas jaki minął od potwierdzonego udaru niedokrwiennego mózgu. Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej, w której dla cech jakościowych przedstawiono ich rozkład ilościowo-procentowy. Obliczenia statystyczne przeprowadzono samodzielnie przy pomocy wykresów kołowych oraz tabel w zestawieniu procentowym i liczbowym.

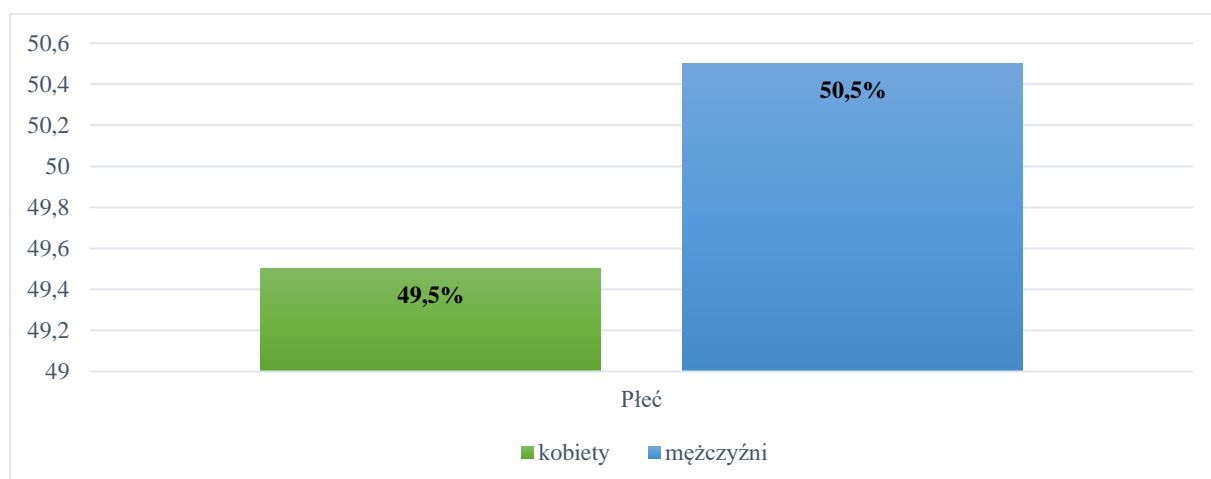
Analizę kwestionariusza WHOQOL-BREF opracowano zgodnie z wytycznymi, w skali punktowej. Skala punktowa dla pytania 3, 4, 26 została odwrócona; 1=5pkt; 2=4pkt; 3=3pkt; 4=2pkt; 5=1pkt.

## WYNIKI

Analiza zebranego materiału badawczego została podzielona na pięć części, tj. charakterystyka demograficzna badanych i stan ich zdrowia, nasilenie stanów w ostatnim czasie u badanych, samopoczucie pacjentów w ostatnim czasie, poziom zadowolenia z własnego stanu zdrowia, rodzaje doznań negatywnych występujących w ostatnim czasie u pacjentów.

### Charakterystyka pacjentów

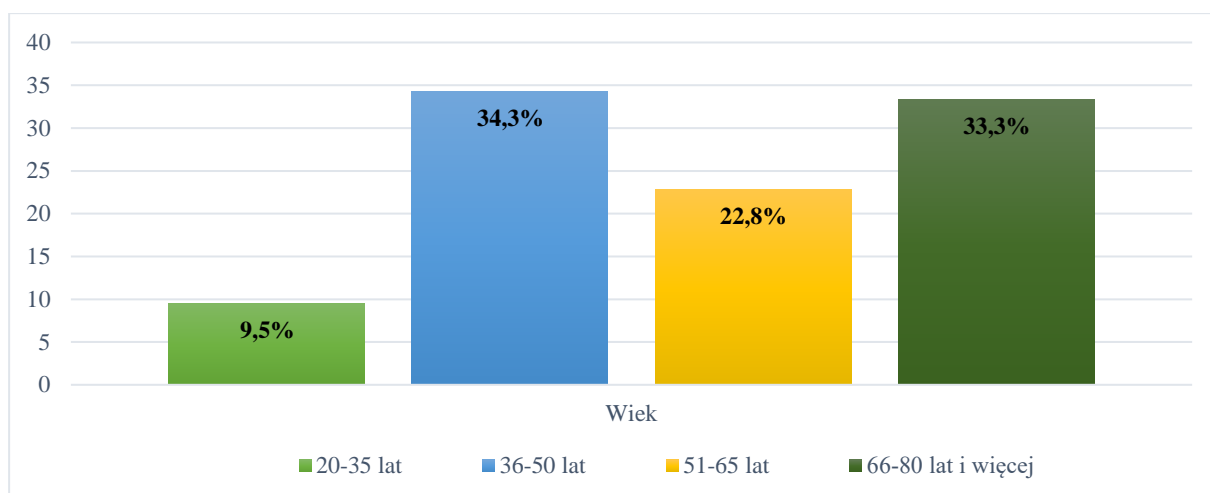
Pierwsze pytanie zawarte w kwestionariuszu ankiety dotyczyło charakterystyki pacjentów z uwzględnieniem ich płci (Rycina 1). W badaniu wzięło udział 49,5% kobiet (n=52) oraz 50,5% mężczyzn (n=53).



**Rycina 1.** Płeć pacjentów (%)

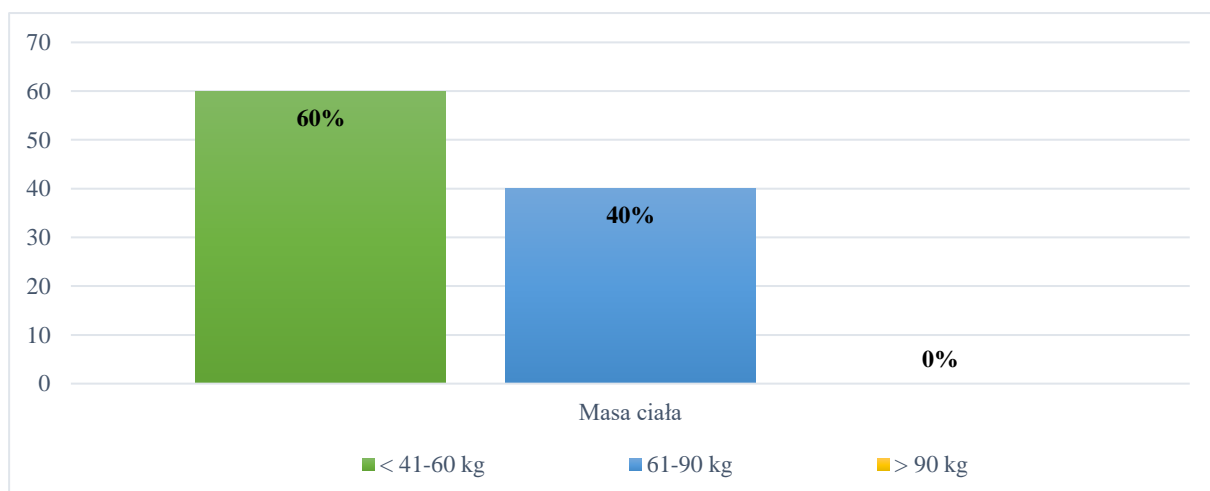
Na Rycinie 2 przedstawiono wiek respondentów, z której wynika, że przeważnie w badaniu wzięli udział pacjenci znajdujący się w przedziale wiekowym 36-50 lat (n=36; 34,3%) oraz 66-80 lat i więcej (n=35; 33,3%). Pozostali ankietowani to osoby znajdujące się w przedziale wiekowym 20-35 lat (n=10; 9,5%) oraz 51-65 lat (n=24; 22,8%).

## Wyniki – charakterystyka pacjentów



**Rycina 2.** Wiek pacjentów (%)

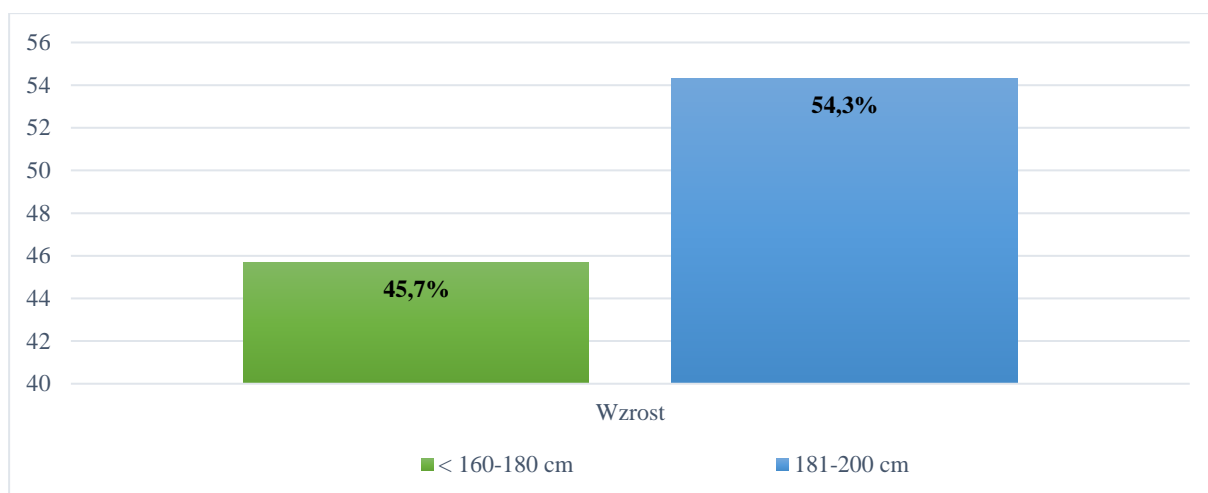
Dokonano także pomiarów masy ciała respondentów, które przedstawiono na Rycinie 3. Z danych przedstawionych na tej rycinie można wywnioskować, że masa ciała pacjentów wynosiła najczęściej <40-60 kg (n=63; 60%). Pozostali ankietowani osiągają masę ciała 61-90 kg (n=42; 40%).



**Rycina 3.** Masa ciała pacjentów (%)

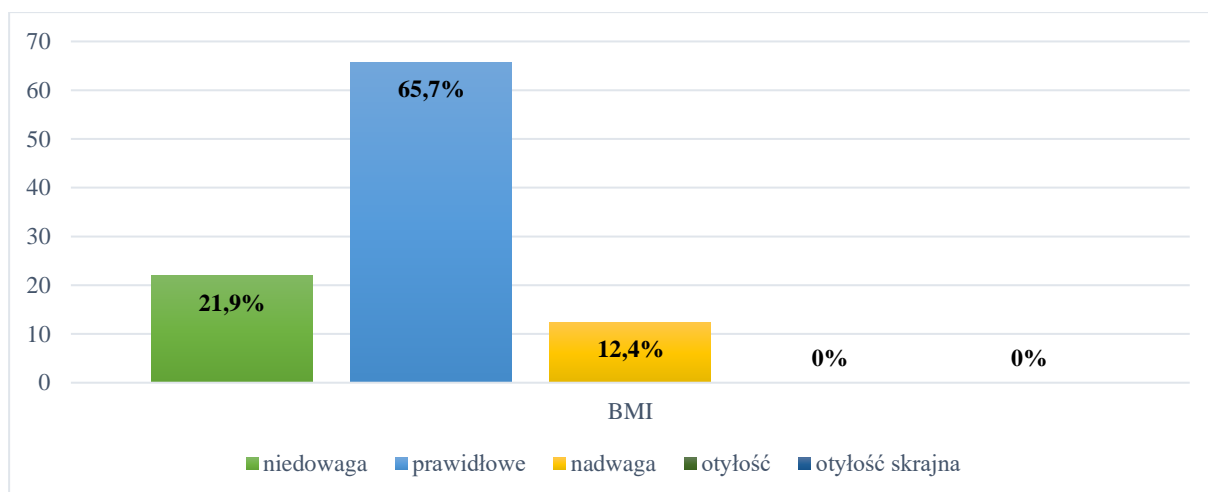
Na Rycinie 4 zestawiono z kolei pomiary wzrostu badanych. Większość pacjentów osiąga wzrost 181-200 cm (n=57; 54,3%), zaś niewielu mniej badanych osiąga wzrost < 160-180 cm (n=48; 45,7%).

## Wyniki – charakterystyka pacjentów



**Rycina 4.** Wzrost pacjentów (%)

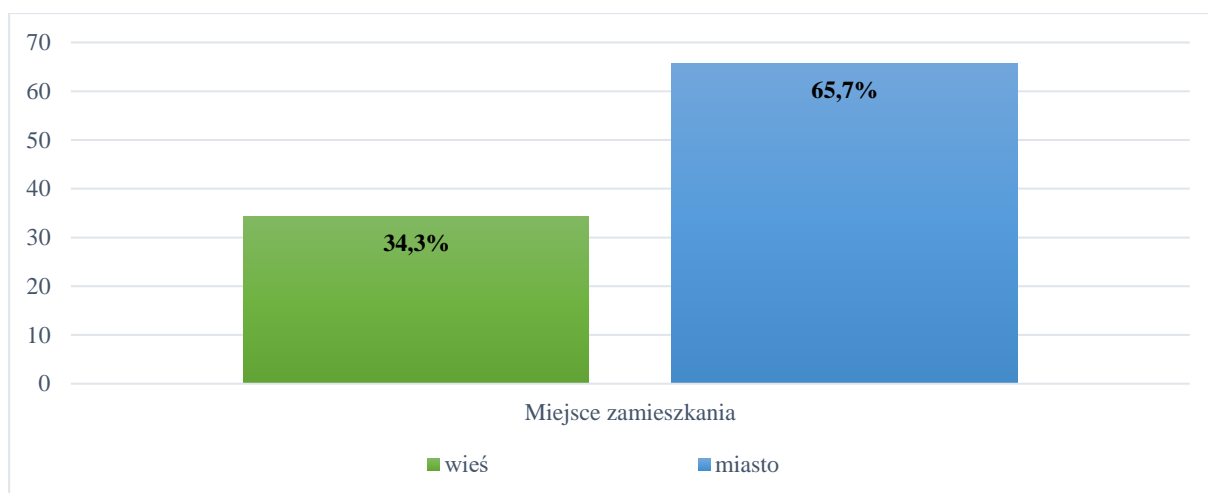
Znając masę ciała oraz wzrost wyliczono wskaźnik masy ciała badanych (BMI). Wynik BMI pacjentów zestawiono na Rycinie 5, z której wynika, że większość badanych ma prawidłowe BMI (n=69; 65,7%). Niewielu pacjentów zmagają się z nadwagą (n=13; 12,4%) oraz niedożywieniem (n=23; 21,9%).



**Rycina 5.** BMI pacjentów (%)

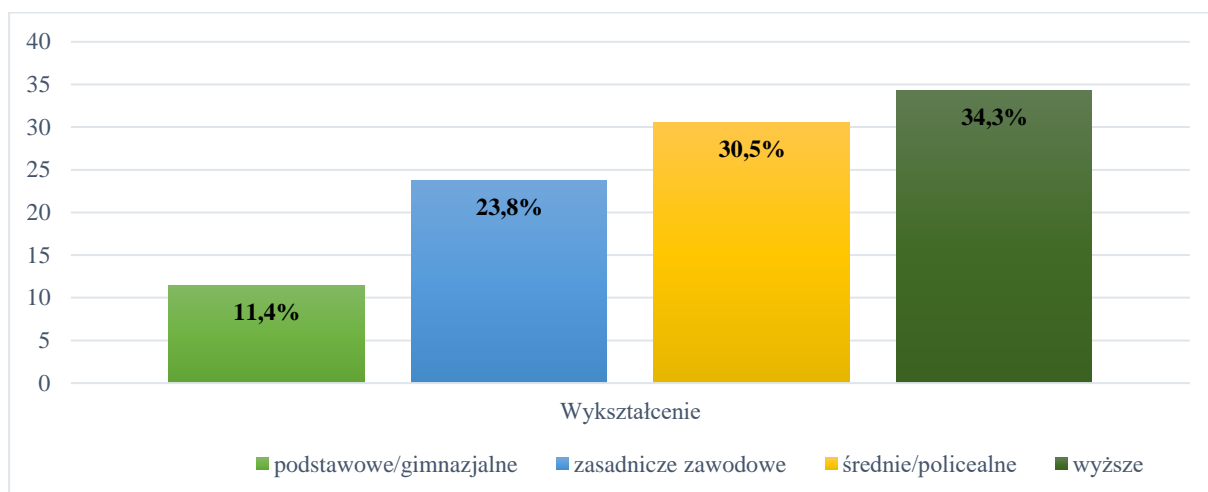
Kolejne pytanie z metryczki dotyczyło miejsca zamieszkania pacjentów. Większość ankietowanych zamieszkuje miasto (n=69; 65,7%), zaś pozostała liczba badanych zamieszkuje wieś (n=36; 34,3%). Na Rycinie 6 przedstawiono te zależności.

## Wyniki – charakterystyka pacjentów



**Rycina 61.** Miejsce zamieszkania pacjentów (%)

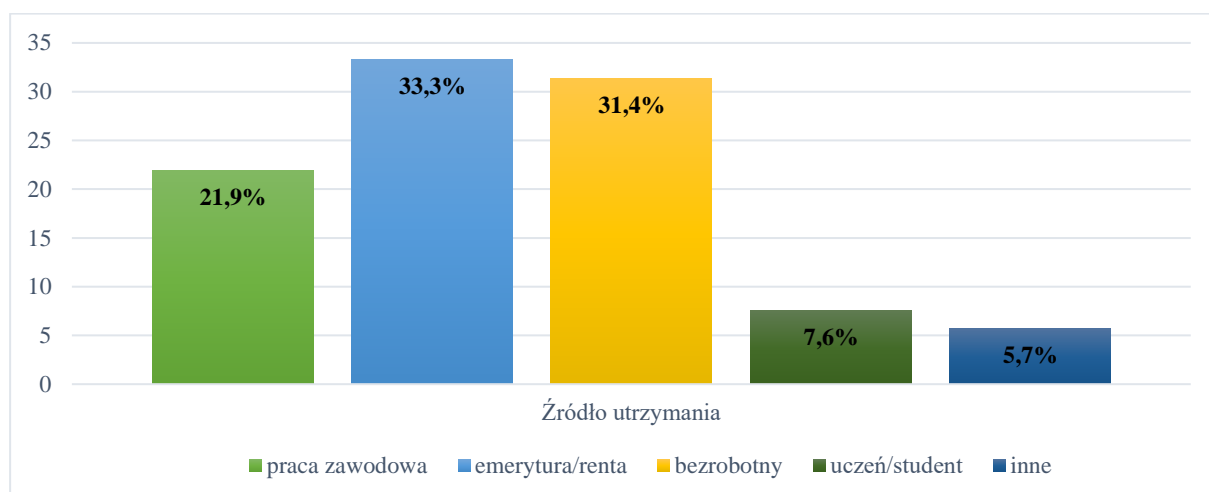
Respondentów zapytano o posiadane wykształcenie. 1/3 pacjentów wskazała, że posiada wykształcenie wyższe (n=36; 34,3%), zaś 30,5% ankietowanych odpowiedziało, że posiada wykształcenie średnie/policealne (n=32). Niektórzy respondenci posiadają wykształcenie zasadnicze zawodowe (n=25; 23,8%), zaś najmniej liczna grupa pacjentów posiada wykształcenie podstawowe/gimnazjalne (n=12; 11,4%). Na Rycinie 7 przedstawiono odpowiedzi badanych w tym zakresie.



**Rycina 7.** Wykształcenie pacjentów (%)

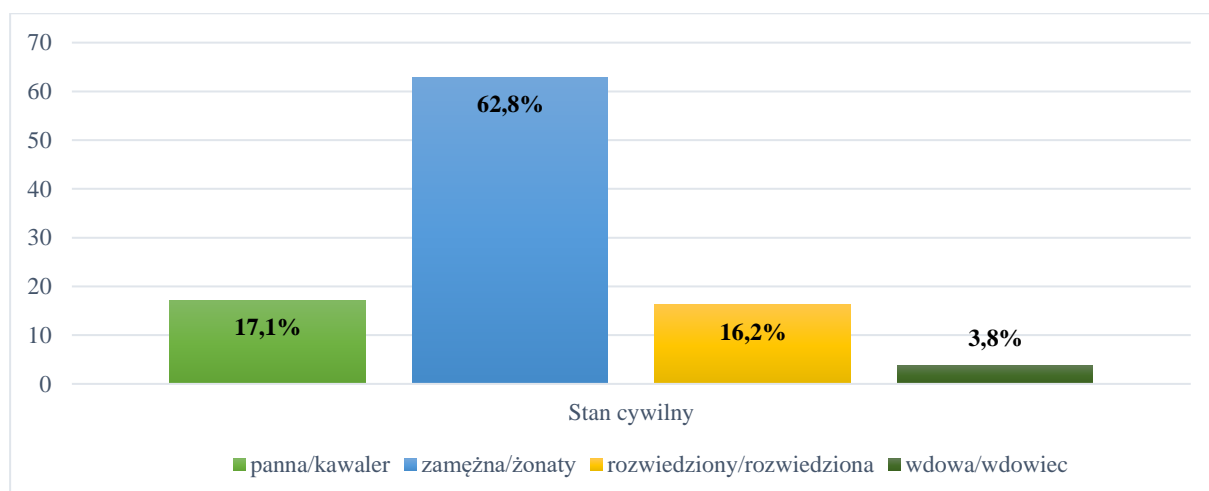
Na Rycinie 8 zobrazowano odpowiedzi ankietowanych odnośnie ich źródła utrzymania. Jak wskazała większość pacjentów obecnie przebywają oni na emeryturze/rencie (n=35; 33,3%) oraz są osobami bezrobotnymi (n=33; 31,4%). 1/3 badanych pracuje zawodowo (n=23; 21,9%), z czego połowa wykonuje pracę fizyczną (n=12), zaś druga połowa –

pracę umysłową (n=11). W badaniu wzięli również udział pacjenci będący uczniami/studentami (n=8; 7,6%), bądź ich źródło utrzymania jest „inne” (n=6; 5,7%).



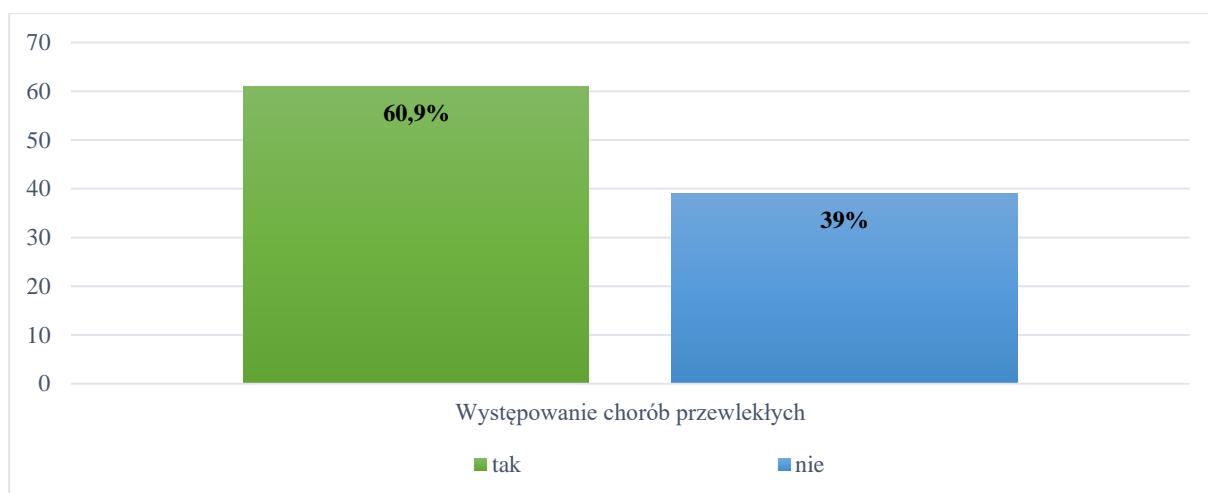
**Rycina 82.** Źródło utrzymania pacjentów (%)

Kolejne pytanie dotyczyło stanu cywilnego badanych. Większość respondentów pozostaje w związku małżeńskim (n=66; 62,8%). Pozostali pacjenci to osoby stanu wolnego (n=18; 17,1%), rozwiedzione (n=17; 16,2%) oraz wdowy/wdowcy (n=4; 3,8%). Na Rycinie 9 przedstawiono te dane.



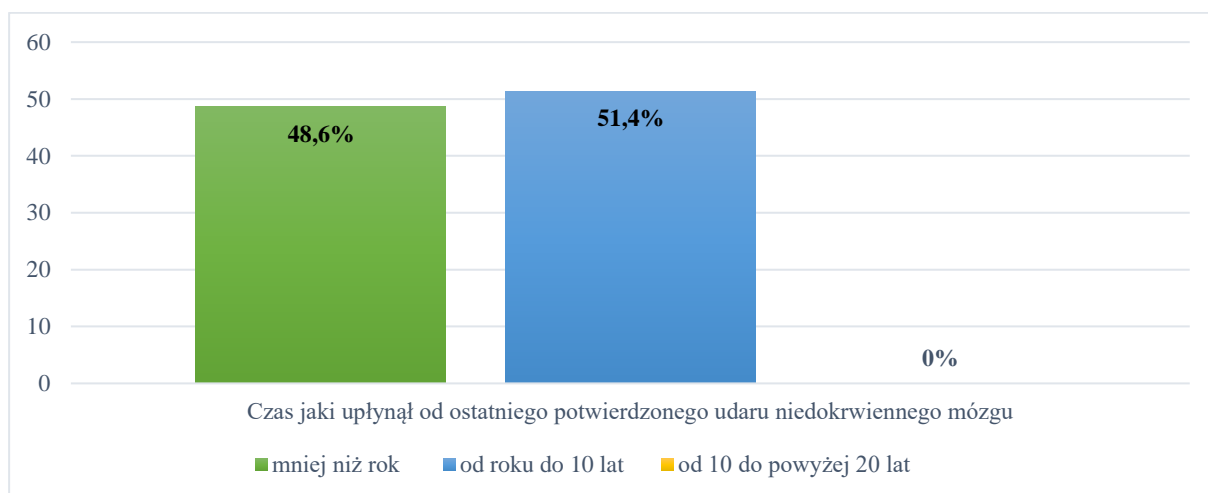
**Rycina 93.** Stan cywilny pacjentów (%)

Ważnym pytaniem skierowanym do respondentów dotyczyło występowania chorób przewlekłych, współistniejących. U większości badanych występują choroby współistniejące, tj. cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, miażdżyca itp. (n=64; 60,9%), zaś pozostali pacjenci wskazali, że nie występują u nich żadne inne choroby przewlekłe (n=41; 39,1%) - Rycina 10.



**Rycina 10.** Występowanie chorób przewlekłych u pacjentów (%)

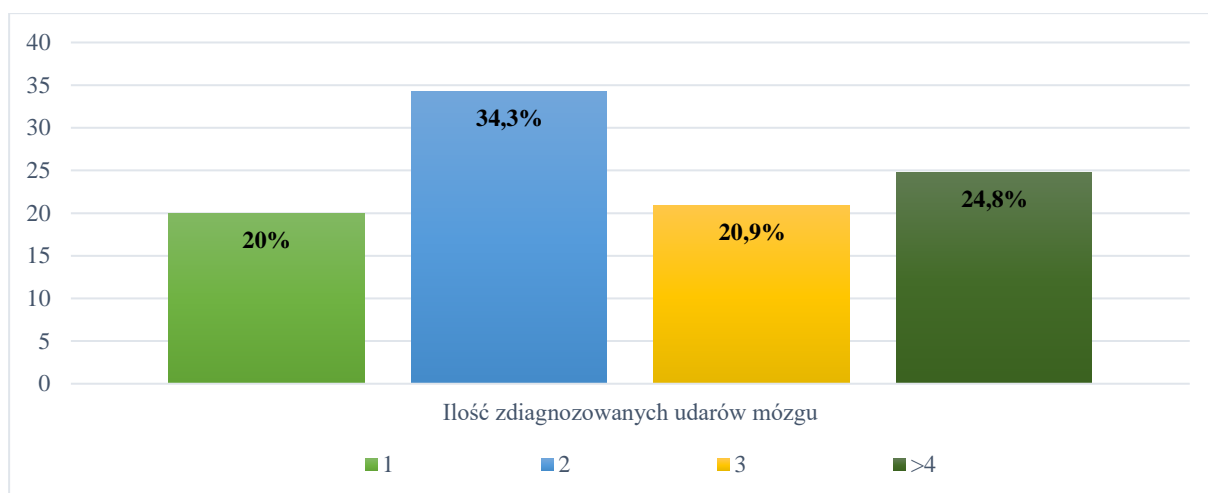
Pacjentów po przebytych udarach niedokrwiennym mózgu zapytano również o to jaki czas upłynął od ostatniego potwierdzonego udaru niedokrwiennego mózgu. Jak wynika z danych przedstawionych na Rycinie 11, ok. połowa pacjentów wskazywała, że ten czas to mniej niż rok temu (n=51; 48,6%), zaś druga ok. połowa ankieterowanych wskazywała, że udar niedokrwienny u nich wystąpił dużo wcześniej – od roku do 10 lat temu (n=54; 51,4%).



**Rycina 11.** Czas jaki upłynął u pacjentów od ostatniego potwierdzonego udaru niedokrwiennego mózgu (%)

Pacjentów zapytano także o to ile razy był diagnozowany u nich udar niedokrwienny mózgu. Najwięcej badanych wskazywało, że było to 2 razy (n=36; 34,3%), zaś pozostali pacjenci w podobnej liczbie odpowiadali, że było to tylko 1 raz (n=21; 20%), ale też i więcej razy m.in. 3 razy (n=22; 20,9%) oraz więcej niż 4 razy (n=26; 24,8%). Na Rycinie 12 przedstawiono odpowiedzi pacjentów na to pytanie.





**Rycina 12.** Ilość zdiagnozowanych udarów niedokrwiennych mózgu u pacjentów (%)

Ostatnie pytanie mające na celu poznanie pacjentów po przebytych udarach niedokrwiennych mózgu dotyczyło występowania deficytów poudarowych. Na to pytanie istniała możliwość wyboru większej liczby odpowiedzi. Pacjenci najczęściej wskazywali, że tego rodzaju deficyty to: trudność z porozumiewaniem się (82,8%); problemy z poruszaniem się (68,6%) oraz zawroty głowy (58,1%). Niektórzy pacjenci zmagają się również z niedowładem połowicznym prawostronnym (39%), ale rzadziej z niedowładem połowicznym lewostronnym (n=16; 15,2%). Brak deficytów poudarowych po przebytych udarach niedokrwiennych mózgu zadeklarowało 9,5pacjentów (Tabela 2).

**Tabela 2.** Występowanie deficytów poudarowych u pacjentów po przebytych udarach niedokrwiennych mózgu

Deficyty poudarowe	N	%*
trudność z porozumiewaniem się	87	82,8%
problemy z poruszaniem się	72	68,6%
niedowład połowiczny lewostronny	16	15,2%
niedowład połowiczny prawostronny	41	39%
zawroty głowy	61	58,1%
brak deficytów	10	9,5%

\*wyniki nie sumują się do 100%, gdyż ankietowani mieli możliwość wielokrotnej odpowiedzi

### Stan zdrowia i jakość życia pacjentów

Pierwsze pytanie z Kwestionariusza Życia WHOQOL-BREF dotyczyło oceny jakości życia pacjentów po przebytym udarze niedokrwiennym mózgu. Większość badanych odpowiedziała, że ich jakość życia jest zła (n=56; 53,3%), przy czym takiego zdania było 38,5% kobiet oraz 67,9% mężczyzn. Bardzo źle jakość swego życia oceniło 22,8% respondentów (n=24) – głównie mężczyzn (28,3%), zaś ani dobrze, ani źle jakość życia oceniło 19% badanych (n=20), gdzie większość badawczą stanowiły kobiety (34,6%). Jedynie 9,6% pacjentek (ogółem 4,8% badanych) swoją jakość życia oceniło dobrze. W Tabeli 3 przedstawiono te zależności.

**Tabela 3.** Jakość życia pacjentów w zależności od ich płci

Jakość życia	kobiety		mężczyźni		Razem	
	N	%	N	%	N	%
bardzo zła	9	17,3%	15	28,3%	24	22,8%
zła	20	38,5%	36	67,9%	56	53,3%
ani dobra, ani zła	18	34,6%	2	3,8%	20	19%
dobra	5	9,6%	0	0%	5	4,8%
bardzo dobra	0	0%	0	0%	0	0%
Ogółem:	52	100%	53	100%	105	100%

W Tabeli 4 przedstawiono odpowiedzi respondentów w oparciu o występowanie u nich chorób współistniejących. Analizując dane zawarte w poniższej tabeli można było wywnioskować, że 51,6% pacjentów, u których występują inne choroby przewlekłe oraz 56,1% badanych bez chorób współistniejących źle oceniło swoją jakość życia. Co trzeci respondent z występującymi chorobami dodatkowymi bardzo źle ocenił swoją jakość życia (32,8%), zaś przeważnie dobrze częściej jakość swego życia oceniali pacjenci bez współwystępujących chorób przewlekłych (12,2%).

**Tabela 4.** Jakość życia pacjentów w zależności od występowania chorób współistniejących

Jakość życia	tak		nie		Razem	
	N	%	N	%	N	%
bardzo zła	21	32,8%	3	7,3%	24	22,8%
zła	33	51,6%	23	56,1%	56	53,3%
ani dobra, ani zła	10	15,6%	10	24,4%	20	19%
dobra	0	0%	5	12,2%	5	4,8%
bardzo dobra	0	0%	0	0%	0	0%
Ogółem:	64	100%	41	100%	105	100%

U pacjentów, u których udar niedokrwienny mózgu wystąpił mniej niż 1 rok temu częściej jakość życia była oceniana źle (58,8%) oraz bardzo źle (41,2%). Z kolei pacjenci, u których udar niedokrwienny mózgu wystąpił od roku do 10 lat, jakość swego życia oceniali źle (48,1%), ale także ani dobrze, ani źle (37%). W Tabeli 5 przedstawiono odpowiedzi badanych.

**Tabela 5.** Jakość życia pacjentów w zależności od okresu czasu, w jakim wystąpił udar niedokrwienny mózgu

Jakość życia	mniej niż 1 rok		od roku do 10 lat		Razem	
	N	%	N	%	N	%
bardzo zła	21	41,2%	3	5,6%	24	22,8%
zła	30	58,8%	26	48,1%	56	53,3%
ani dobra, ani zła	0	0%	20	37%	20	19%
dobra	0	0%	5	9,2%	5	4,8%
bardzo dobra	0	0%	0	0%	0	0%
Ogółem:	51	100%	54	100%	105	100%

Następnie pacjentów zapytano o ich stan zadowolenia ze swojego zdrowia. Jak można zauważyć z danych przedstawionych w Tabeli 6 połowa ankietowanych jest niezadowolona ze swego stanu zdrowia (n=47; 44,8%), przy czym dominowały w tym zakresie odpowiedzi kobiet (61,5%), zaś 1/3 badanych przyznała, że jest bardzo niezadowolona ze swego stanu zdrowia (n=36; 34,3%), przy czym była to odpowiedź zarówno kobiet (34,6%), jak i mężczyzn (34%). Niektórzy pacjenci wskazywali, że są ani zadowoleni, ani niezadowoleni ze swego stanu zdrowia (n=21; 20%), gdzie przeważnie była to odpowiedź respondentów płci męskiej (35,8%). Tylko 1 osoba badana (0,9%) przyznała, że jest zadowolona ze swego stanu zdrowia i był to mężczyzna (1,9%).

**Tabela 6.** Zadowolenie pacjentów ze stanu swojego zdrowia w zależności od ich płci

Zadowolenie ze stanu zdrowia	kobiety		mężczyźni		Razem	
	N	%	N	%	N	%
bardzo niezadowolony	18	34,6%	18	34%	36	34,3%
niezadowolony	32	61,5%	15	28,3%	47	44,8%
ani zadowolony, ani niezadowolony	2	3,8%	19	35,8%	21	20%
zadowolony	0	0%	1	1,9%	1	0,9%
bardzo zadowolony	0	0%	0	0%	0	0%
Ogółem:	52	100%	53	100%	105	100%

Jak wynika z danych przedstawionych w Tabeli 7, niezadowolenie ze swego stanu zdrowia zadeklarowało 62,5% pacjentów, u których występują choroby współistniejące. Ta grupa badanych wskazywała, że jest również bardzo niezadowolona ze swego stanu zdrowia (32,8%). Pacjenci, u których nie występują żadne choroby współistniejące przeważnie odpowiadali, że nie są zadowoleni, ani niezadowoleni ze swego stanu zdrowia (43,9%), jednak co trzeci ankietowany w tej grupie wskazywał, że jest bardzo niezadowolony ze stanu swego zdrowia (36,6%).

**Tabela 7.** Zadowolenie pacjentów ze stanu swojego zdrowia w zależności od występowania chorób współistniejących

Zadowolenie ze stanu zdrowia	tak		nie		Razem	
	N	%	N	%	N	%
bardzo niezadowolony	21	32,8%	15	36,6%	36	34,3%
niezadowolony	40	62,5%	7	17,1%	47	44,8%
ani zadowolony, ani niezadowolony	3	4,7%	18	43,9%	21	20%
zadowolony	0	0%	1	2,4%	1	0,9%
bardzo zadowolony	0	0%	0	0%	0	0%
Ogółem:	64	100%	41	100%	105	100%

W przypadku pacjentów, u których udar niedokrwienny mózgu wystąpił mniej niż rok temu najczęściej występowały odpowiedzi wskazujące niezadowolenie (45,1%) oraz bardzo duże niezadowolenie (54,9%) ze swego stanu zdrowia. Respondenci, u których udar niedokrwienny mózgu wystąpił od roku do 10 lat temu wskazywali najczęściej niezadowolenie ze swego stanu zdrowia (44,4%) bądź ani zadowolenie, ani niezadowolenie (38,9%). W Tabeli 8 przedstawiono te zależności.

**Tabela 8.** Zadowolenie pacjentów ze swojego stanu zdrowia w zależności od okresu czasu, w jakim wystąpił udar niedokrwienny mózgu

Zadowolenie ze stanu zdrowia	mniej niż 1 rok		od roku do 10 lat		Razem	
	N	%	N	%	N	%
bardzo niezadowolony	28	54,9%	8	14,8%	36	34,3%
niezadowolony	23	45,1%	24	44,4%	47	44,8%
ani zadowolony, ani niezadowolony	0	0%	21	38,9%	21	20%
zadowolony	0	0%	1	1,8%	1	0,9%
bardzo zadowolony	0	0%	0	0%	0	0%
Ogółem:	51	100%	54	100%	105	100%

**Nasilenie stanów u pacjentów w ostatnim czasie**

W tej części badania, ankietowanych pytano o nasilenie stanów, które mogły się u nich pojawić w ostatnim czasie. Na początku pacjentów zapytano, jak bardzo ból fizyczny przeszkadza im w robieniu tego co powinni. Większość badanych odpowiedziała, że w dużym stopniu ból fizyczny im w tym przeszkadza (n=50; 47,6%) i takiej odpowiedzi udzielały przeważnie kobiety (67,3%), ale także niektórzy mężczyźni (28,3%). Ból fizyczny średnio przeszkadza 25,7% pacjentom (n=27) w robieniu tego czego powinni i takiego zdania było 28,3% mężczyzn oraz 23,1% kobiet. W bardzo dużym stopniu ból fizyczny jest uporczywy w opinii jedynie mężczyzn (11,3%), zaś pozostali ankietowani wskazywali takie odpowiedzi jak „nieco” (n=12; 11,4%) oraz wcale (n=10; 9,5%). W Tabeli 9 przedstawiono odpowiedzi badanych.

**Tabela 9.** Uporczywy ból fizyczny przeszkadzający pacjentom w robieniu tego co powinni w zależności od ich płci

Uporczywy ból fizyczny	kobiety		mężczyźni		Razem	
	N	%	N	%	N	%
wcale	2	3,8%	8	15,1%	10	9,5%
nieco	3	5,8%	9	17%	12	11,4%
średnio	12	23,1%	15	28,3%	27	25,7%
w dużym stopniu	35	67,3%	15	28,3%	50	47,6%
w bardzo dużym stopniu	0	0%	6	11,3%	6	5,7%
Ogółem:	52	100%	53	100%	105	100%

Jak wynika z danych przedstawionych w Tabeli 10, uporczywy ból fizyczny w dużym stopniu przeszkadza w robieniu tego co powinni 71,9% pacjentom z współistniejącymi chorobami, zaś średnio przeszkadza w opinii 41,5% pacjentom bez chorób współistniejących. U badanych, u których nie występują żadne choroby współistniejące częściej padały także odpowiedzi tj. „nieco” (26,8%) oraz wcale (21,9%), czego nie zauważono u ankietowanych, którzy zmagają się z innymi chorobami współistniejącymi.

**Tabela 10.** Uporczywy ból fizyczny przeszkadzający pacjentom w robieniu tego co powinni w zależności od występowania chorób współistniejących

Uporczywy ból fizyczny	tak		nie		Razem	
	N	%	N	%	N	%
wcale	1	1,6%	9	21,9%	10	9,5%
nieco	1	1,6%	11	26,8%	12	11,4%
średnio	10	15,6%	17	41,5%	27	25,7%
w dużym stopniu	46	71,9%	4	9,7%	50	47,6%
w bardzo dużym stopniu	6	9,4%	0	0%	6	5,7%
Ogółem:	64	100%	41	100%	105	100%

Ból fizyczny przeszkadza w dużym stopniu w robieniu tego co powinni przeważnie u większości pacjentów, u których udar niedokrwienny mózgu wystąpił od roku do 10 lat (55,6%), ale również u 1/3 badanych, u których udar wystąpił mniej niż rok temu (39,2%). Znacznie częściej badani, u których udar niedokrwienny mózgu wystąpił od roku do 10 lat odpowiadali, że ból fizyczny przeszkadza im w stopniu średnim (13%), niewielkim (16,7%) bądź wcale (14,8%) w porównaniu do pacjentów, u których udar wystąpił całkiem niedawno. Odpowiedzi badanych przedstawione zostały w Tabeli 11.

**Tabela 11.** Uporczywy ból fizyczny przeszkadzający pacjentom w robieniu tego co powinni w zależności od okresu czasu, w jakim wystąpił udar niedokrwienny mózgu

Uporczywy ból fizyczny	mniej niż 1 rok		od roku do 10 lat		Razem	
	N	%	N	%	N	%
wcale	2	3,9%	8	14,8%	10	9,5%
nieco	3	5,9%	9	16,7%	12	11,4%
średnio	20	39,2%	7	13%	27	25,7%
w dużym stopniu	20	39,2%	30	55,6%	50	47,6%
w bardzo dużym stopniu	6	11,8%	0	0%	6	5,7%
Ogółem:	51	100%	54	100%	105	100%

Następnie pacjentów zapytano w jakim stopniu potrzebują leczenia medycznego do codziennego funkcjonowania. W większości respondenci odpowiadali, że potrzebują leczenia medycznego do codziennego funkcjonowania w dużym stopniu (n=54; 51,4%) – w szczególności pacjenci płci męskiej wskazywali taką odpowiedź (71,7%). Średnio taką potrzebę zadeklarowało łącznie 17,1% (n=18) badanych, zaś niewielką potrzebę posiadało w tym zakresie (n=14; 13,3%) – głównie była to odpowiedź pacjentek (23,1%). W bardzo dużym stopniu leczenia medycznego do codziennego funkcjonowania potrzebuje 15,2% badanych (n=16) i była to dość częsta odpowiedź wybierana przez pacjentki (25%).

W Tabeli 12 przedstawiono odpowiedzi ankietowanych.

**Tabela 12.** Potrzeba leczenia medycznego do codziennego funkcjonowania wśród pacjentów w zależności od ich płci

Potrzeba leczenia medycznego	kobiety		mężczyźni		Razem	
	N	%	N	%	N	%
wcale	2	3,8%	1	1,9%	3	2,8%
niewielko	12	23,1%	2	3,8%	14	13,3%
średnio	9	17,3%	9	17%	18	17,1%
w dużym stopniu	16	30,8%	38	71,7%	54	51,4%
w bardzo dużym stopniu	13	25%	3	5,7%	16	15,2%
Ogółem:	52	100%	53	100%	105	100%

W dużym stopniu leczenia medycznego do codziennego funkcjonowania potrzebuje 62,5% pacjentów, u których występują inne choroby przewlekłe oraz 34,1% pacjentów bez chorób współistniejących. Przeważnie to właśnie badani, u których nie występują choroby współistniejące częściej odpowiadali, że odczuwają średnią potrzebę leczenia medycznego do codziennego funkcjonowania (24,4%), a nawet, że jest ona niewielka (29,3%). W Tabeli 13 zestawiono odpowiedzi respondentów w tym zakresie.



**Tabela 13.** Potrzeba leczenia medycznego do codziennego funkcjonowania wśród pacjentów w zależności od występowania chorób współistniejących

Potrzeba leczenia medycznego	tak		nie		Razem	
	N	%	N	%	N	%
wcale	0	0%	3	7,3%	3	2,8%
nieważnie	2	3,1%	12	29,3%	14	13,3%
średnio	8	12,5%	10	24,4%	18	17,1%
w dużym stopniu	40	62,5%	14	34,1%	54	51,4%
w bardzo dużym stopniu	14	21,9%	2	4,9%	16	15,2%
Ogółem:	64	100%	41	100%	105	100%

Jak wynika z danych przedstawionych w Tabeli 14 w dużym stopniu potrzebę leczenia medycznego do codziennego funkcjonowania zadeklarowało 45,1% badanych, u których udar niedokrwienny mózgu wystąpił mniej niż 1 rok temu oraz 57,4% pacjentów, u których udar wystąpił dawniej. W bardzo dużym stopniu tego leczenia potrzebuje także 23,5% pacjentów, u których udar niedokrwienny mózgu wystąpił mniej niż rok temu.

**Tabela 14.** Potrzeba leczenia medycznego do codziennego funkcjonowania wśród pacjentów w zależności od okresu czasu, w jakim wystąpił udar niedokrwienny mózgu

Potrzeba leczenia medycznego	mniej niż 1 rok		od roku do 10 lat		Razem	
	N	%	N	%	N	%
wcale	0	0%	3	5,6%	3	2,8%
nieważnie	4	7,8%	10	18,5%	14	13,3%
średnio	12	23,5%	6	11,1%	18	17,1%
w dużym stopniu	23	45,1%	31	57,4%	54	51,4%
w bardzo dużym stopniu	12	23,5%	4	0%	16	15,2%
Ogółem:	51	100%	54	100%	105	100%

Pacjentów zapytano także o to, ile radości mają w swoim życiu. Analizując odpowiedzi respondentów wynika, że większość odczuwa średnią radość z życia (n=63; 60%) i była to twierdząca odpowiedź większości kobiet (50%) oraz mężczyzn (69,8%). Pozostali ankietowani odpowiadali, że mają niewielką radość życia (n=14; 13,3%) – szczególnie kobiety (19,2%) – oraz wcale nie odczuwają radości z życia (n=18; 17,1%), przy czym zdecydowanie częściej takiej odpowiedzi także udzielały respondentki (26,9%). W Tabeli 15 przedstawiono odpowiedzi pacjentów.

**Tabela 15.** Radość życia wśród pacjentów w zależności od ich płci

Radość życia	kobiety		mężczyźni		Razem	
	N	%	N	%	N	%
wcale	14	26,9%	4	7,5%	18	17,1%
nieco	10	19,2%	4	7,5%	14	13,3%
średnio	26	50%	37	69,8%	63	60%
w dużym stopniu	2	3,8%	8	15,1%	10	9,5%
w bardzo dużym stopniu	0	0%	0	0%	0	0%
Ogółem:	52	100%	53	100%	105	100%

Zarówno pacjenci, u których występują choroby współistniejące (60,9%) oraz bez chorób współistniejących (58,5%) wskazywali, że ich radość życia jest na poziomie średnim. Wcale radości z życia nie odczuwa 18,7% pacjentów z chorobami współistniejącymi oraz 14,6% badanych bez chorób współistniejących. W dużym stopniu radość z życia posiadają respondenci, u których nie występują choroby współistniejące (21,9%). Odpowiedzi respondentów w oparciu o tę zmienną przedstawia Tabela 16.

**Tabela 16.** Radość życia wśród pacjentów w zależności od występowania chorób współistniejących

Radość życia	tak		nie		Razem	
	N	%	N	%	N	%
wcale	12	18,7%	6	14,6%	18	17,1%
nieco	12	18,7%	2	4,9%	14	13,3%
średnio	39	60,9%	24	58,5%	63	60%
w dużym stopniu	1	1,6%	9	21,9%	10	9,5%
w bardzo dużym stopniu	0	0%	0	0%	0	0%
Ogółem:	64	100%	41	100%	105	100%

Większość badanych, u których udar niedokrwienny mózgu wystąpił od roku do 10 lat temu wskazywała, że ich radość życia jest średnia (74,1%). Również badani, u których udar wystąpił niedawno byli zdania, że ich radość z życia jest na średnim poziomie (45,1%), niemniej w tej grupie często respondenci wskazywali, że w niewielkim stopniu odczuwają radość z życia (23,5%) bądź wcale (23,5%). Tabela 17 przedstawia te zależności.

**Tabela 17.** Radość życia wśród pacjentów w zależności od okresu czasu, w jakim wystąpił udar niedokrwienny mózgu

Radość życia	mniej niż 1 rok		od roku do 10 lat		Razem	
	N	%	N	%	N	%
wcale	12	23,5%	6	11,1%	18	17,1%
nieco	12	23,5%	2	3,7%	14	13,3%
średnio	23	45,1%	40	74,1%	63	60%
w dużym stopniu	4	7,8%	6	11,1%	10	9,5%
w bardzo dużym stopniu	0	0%	0	0%	0	0%
Ogółem:	51	100%	54	100%	105	100%

Pacjentów zapytano w jakim stopniu oceniają, że ich życie ma sens. W tym wypadku większość respondentów wskazała, że w dużym stopniu odczuwa, iż ich życie ma sens (n=58; 55,2%), przy czym była to odpowiedź zdecydowanej większości kobiet (69,2%) oraz sporej liczby mężczyzn (41,5%). Niektórzy pacjenci odczuwają w bardzo dużym stopniu, że ich życie ma sens (n=17; 16,2%) – zarówno 19,2% pacjentek oraz 13,2% pacjentów płci męskiej. Średnio jednak odczuwa, że życie ma sens 13,3% ogółu badanych (n=14) – przeważnie była to odpowiedź mężczyzn (20,7%). Pozostali ankietowani wskazywali, że w niewielkim stopniu odczuwają, że ich życie ma sens (n=10; 9,5%), a nawet i wcale nie mają takiego odczucia (n=6; 5,7%). Odpowiedzi ankietowanych przedstawia Tabela 18.

**Tabela 18.** Ocena odczucia wśród pacjentów, że życie ma sens w zależności od ich płci

Odczucie, że życie ma sens	kobiety		mężczyźni		Razem	
	N	%	N	%	N	%
wcale	1	1,9%	5	9,4%	6	5,7%
nieco	2	3,8%	8	15,1%	10	9,5%
średnio	3	5,8%	11	20,7%	14	13,3%
w dużym stopniu	36	69,2%	22	41,5%	58	55,2%
w bardzo dużym stopniu	10	19,2%	7	13,2%	17	16,2%
Ogółem:	52	100%	53	100%	105	100%

Analizując odpowiedzi respondentów zestawione w Tabeli 19 należy wywnioskować, że większość pacjentów, u których występują choroby współistniejące wskazywała, że w dużym stopniu ma odczucie, że ich życie ma sens (79,7%). W przypadku pacjentów, u których nie występują choroby współistniejące opinia była podzielona, ponieważ 31,7% badanych wskazało, że średnio odczuwa, iż ich życie ma sens, a 34,1% ankietowanych w bardzo dużym stopniu ma tego rodzaju odczucie.

**Tabela 19.** Ocena odczucia wśród pacjentów, że życie ma sens w zależności od występowania chorób współistniejących

Odczucie, że życie ma sens	tak		nie		Razem	
	N	%	N	%	N	%
wcale	4	6,2%	2	4,9%	6	5,7%
nieco	5	7,8%	5	12,2%	10	9,5%
średnio	1	1,6%	13	31,7%	14	13,3%
w dużym stopniu	51	79,7%	7	17,1%	58	55,2%
w bardzo dużym stopniu	3	4,7%	14	34,1%	17	16,2%
Ogółem:	64	100%	41	100%	105	100%

Biorąc pod uwagę okres czasu, w jakim wystąpił udar niedokrwienny u badanych, należy wskazać, że zarówno 52,9% pacjentów, u których udar wystąpił mniej niż 1 rok temu oraz 57,4% badanych, u których udar wystąpił od roku do 10 lat, wskazało, że odczuwają oni w dużym stopniu, że ich życie ma sens (Tabela 20).

**Tabela 20.** Ocena odczucia wśród pacjentów, że życie ma sens w zależności od okresu czasu, w jakim wystąpił udar niedokrwienny mózgu

Odczucie, że życie ma sens	mniej niż 1 rok		od roku do 10 lat		Razem	
	N	%	N	%	N	%
wcale	5	9,8%	1	1,8%	6	5,7%
nieco	8	15,7%	2	3,7%	10	9,5%
średnio	6	11,8%	8	14,8%	14	13,3%
w dużym stopniu	27	52,9%	31	57,4%	58	55,2%
w bardzo dużym stopniu	5	9,8%	12	22,2%	17	16,2%
Ogółem:	51	100%	54	100%	105	100%

Grupę pacjentów zapytano, czy dobrze koncentrują oni swoją uwagę. Niektórzy respondenci wskazywali, że w niewielkim stopniu w sposób odpowiedni koncentrują swoją uwagę (n=36; 34,3%) i była to odpowiedź 34,6% kobiet oraz 34% mężczyzn. Inni badani odpowiedzieli, że w średnim stopniu potrafią koncentrować swoją uwagę (n=41; 39%), przy czym była to odpowiedź 34,6% pacjentek oraz 43,4% pacjentów płci męskiej. Sporadycznie badani odpowiadali, że wcale nie są w stanie koncentrować własnej uwagi (n=20; 19%), bądź wychodzi im to dość dobrze (n=8; 7,6%). Odpowiedzi pacjentów przedstawia Tabela 21.

**Tabela 21.** Koncentracja uwagi wśród pacjentów w zależności od ich płci

Koncentracja uwagi	kobiety		mężczyźni		Razem	
	N	%	N	%	N	%
wcale	14	26,9%	6	11,3%	20	19%
nieco	18	34,6%	18	34%	36	34,3%
średnio	18	34,6%	23	43,4%	41	39%
dość dobrze	2	3,8%	6	11,3%	8	7,6%
bardzo dobrze	0	0%	0	0%	0	0%
Ogółem:	52	100%	53	100%	105	100%

W zależności od występowania chorób współistniejących wśród badanych należy wskazać, że w stopniu średnim jest w stanie koncentrować swoją uwagę 45,3% pacjentów z chorobami współistniejącymi oraz 29,3% badanych bez takich chorób. W niewielkim stopniu jest w stanie skoncentrować swoją uwagę 32,8% ankietowanych z występującymi chorobami przewlekłymi oraz 36,6% badanych bez chorób współistniejących. Trudność całkowicie z koncentracją uwagi posiada 18,7% respondentów z występującymi chorobami współistniejącymi oraz 19,5% pacjentów bez chorób współistniejących. Dość dobrze koncentruje swoją uwagę 14,6% pacjentów, u których nie występują żadne choroby przewlekłe (Tabela 22).

**Tabela 22.** Koncentracja uwagi wśród pacjentów w zależności od występowania chorób współistniejących

Koncentracja uwagi	tak		nie		Razem	
	N	%	N	%	N	%
wcale	12	18,7%	8	19,5%	20	19%
nieco	21	32,8%	15	36,6%	36	34,3%
średnio	29	45,3%	12	29,3%	41	39%
dość dobrze	2	3,1%	6	14,6%	8	7,6%
bardzo dobrze	0	0%	0	0%	0	0%
Ogółem:	64	100%	41	100%	105	100%

Badani, u których udar niedokrwienny mózgu wystąpił od roku do 10 lat w większości wskazywali, że w średnim stopniu są oni w stanie koncentrować własną uwagę (63%). Z kolei badani, u których udar wystąpił mniej niż rok temu w niewielkim stopniu mają możliwość koncentrowania własnej uwagi (51%) bądź nie mają żadnej możliwości w tym zakresie (35,3%). W Tabeli 23 przedstawiono odpowiedzi ankietowanych w oparciu o tą zmienną.

**Tabela 23.** Koncentracja uwagi wśród pacjentów w zależności od okresu czasu, w jakim wystąpił udar niedokrwienny mózgu

Koncentracja uwagi	mniej niż 1 rok		od roku do 10 lat		Razem	
	N	%	N	%	N	%
wcale	18	35,3%	2	3,7%	20	19%
nieco	26	51%	10	18,5%	36	34,3%
średnio	7	13,7%	34	63%	41	39%
dość dobrze	0	0%	8	14,8%	8	7,6%
bardzo dobrze	0	0%	0	0%	0	0%
Ogółem:	51	100%	54	100%	105	100%

Następnie do respondentów skierowano pytanie, czy mają poczucie bezpieczeństwa w życiu codziennym. Pacjenci przeważnie wskazywali, że mają średnie poczucie bezpieczeństwa w życiu codziennym (n=39; 37,1%), przy czym tego zdania była większość kobiet (65,4%). Niektórzy badani odpowiadali, że ich poczucie bezpieczeństwa w życiu codziennym jest niewielkie (n=22; 21%) i to była także przeważnie odpowiedź pacjentek (30,8%). Sporadycznie ankietowani mają dość dobre poczucie bezpieczeństwa (n=15; 14,3%) oraz bardzo dobre (n=15; 14,3%), przy czym były to przeważnie odpowiedzi badanych mężczyzn (20,7%). W Tabeli 24 zestawiono odpowiedzi pacjentów.

**Tabela 24.** Poczucie bezpieczeństwa w codziennym życiu wśród pacjentów w zależności od ich płci

Poczucie bezpieczeństwa w codziennym życiu	kobiety		mężczyźni		Razem	
	N	%	N	%	N	%
wcale	10	19,2%	4	7,5%	14	13,3%
niewielkie	16	30,8%	6	11,3%	22	21%
średnio	34	65,4%	5	9,4%	39	37,1%
dość dobrze	4	7,7%	11	20,7%	15	14,3%
bardzo dobrze	4	0%	11	20,7%	15	14,3%
Ogółem:	52	100%	53	100%	105	100%

Biorąc pod uwagę występowanie chorób współistniejących u badanych, należy wskazać, że średnie poczucie bezpieczeństwa w życiu codziennym zadeklarowało 48,4% pacjentów z chorobami współistniejącymi, przy czym 28,1% badanych w tej grupie odczuwa niewielkie poczucie bezpieczeństwa. Z kolei ankietowani, u których nie występują żadne choroby współistniejące częściej odpowiadali, że odczuwają dość dobrze poczucie bezpieczeństwa (31,7%), a nawet bardzo dobrze (29,3%). Tabela 25 przedstawia tego rodzaju zależności.



**Tabela 25.** Poczucie bezpieczeństwa w codziennym życiu wśród pacjentów w zależności od występowania chorób współistniejących

Poczucie bezpieczeństwa w codziennym życiu	tak		nie		Razem	
	N	%	N	%	N	%
wcale	10	15,6%	4	9,7%	14	13,3%
nieco	18	28,1%	4	9,7%	22	21%
średnio	31	48,4%	8	19,5%	39	37,1%
dość dobrze	2	3,1%	13	31,7%	15	14,3%
bardzo dobrze	3	4,7%	12	29,3%	15	14,3%
Ogółem:	64	100%	41	100%	105	100%

Jak wynika z danych przedstawionych w Tabeli 26 najczęściej respondenci, u których udar niedokrwienny mózgu wystąpił mniej niż 1 rok temu (35,3%) oraz od roku do 10 lat (38,9%) wskazywali, że odczuwają średnie poczucie bezpieczeństwa w życiu codziennym. Większe poczucie bezpieczeństwa odczuwają przeważnie pacjenci, u których udar niedokrwienny mózgu wystąpił dawniej np. dość dobrze (22,2%) oraz bardzo dobrze (16,7%) w porównaniu do ankietowanych, u których udar wystąpił mniej niż rok temu, ponieważ u nich częściej występuje niewielkie poczucie bezpieczeństwa w codziennym życiu (27,4%).

**Tabela 26.** Poczucie bezpieczeństwa w codziennym życiu wśród pacjentów w zależności od okresu czasu, w jakim wystąpił udar niedokrwienny mózgu

Poczucie bezpieczeństwa w codziennym życiu	mniej niż 1 rok		od roku do 10 lat		Razem	
	N	%	N	%	N	%
wcale	10	19,6%	4	7,4%	14	13,3%
nieco	14	27,4%	8	14,8%	22	21%
średnio	18	35,3%	21	38,9%	39	37,1%
dość dobrze	3	5,9%	12	22,2%	15	14,3%
bardzo dobrze	6	11,8%	9	16,7%	15	14,3%
Ogółem:	51	100%	54	100%	105	100%

Ostatnie pytanie dotyczące występowania pewnych stanów u pacjentów dotyczyło tego, czy ich otoczenie sprzyja zdrowiu. Najczęściej pacjenci byli zdania, że ich otoczenie średnio sprzyja zdrowiu (n=55; 52,4%) i była to odpowiedź większości kobiet (50%) oraz mężczyzn (54,7%). Niektórzy respondenci wskazywali, że ich otoczenie w niewielkim stopniu sprzyja zdrowiu (n=21; 20%), co zauważyły to przeważnie respondentki (25%). Inni badani nawet byli zdania, że ich otoczenie wcale nie sprzyja zdrowiu (n=26; 24,8%) i była to odpowiedź 25% kobiet oraz 24,5% mężczyzn. Zaledwie 5,7% mężczyzn (ogółem 2,8% badanych) wskazało, że ich otoczenie dość dobrze sprzyja zdrowiu (Tabela 27).

**Tabela 27.** Obecność otoczenia sprzyjającego zdrowiu pacjentów w zależności od ich płci

Otoczenie sprzyjające zdrowiu	kobiety		mężczyźni		Razem	
	N	%	N	%	N	%
wcale	13	25%	13	24,5%	26	24,8%
niewielko	13	25%	8	15,1%	21	20%
średnio	26	50%	29	54,7%	55	52,4%
dość dobrze	0	0%	3	5,7%	3	2,8%
bardzo dobrze	0	0%	0	0%	0	0
Ogółem:	52	100%	53	100%	105	100%

W opinii 42,2% pacjentów z chorobami współistniejącymi oraz 68,3% badanych bez chorób współistniejących, ich najbliższe otoczenie w średnim stopniu sprzyja zdrowiu. Częściej to właśnie respondenci z innymi chorobami przewlekłymi byli zdania, że ich otoczenie nieco sprzyja zdrowiu (21,9%) bądź nie wpływa wcale (35,9%). W Tabeli 28 przedstawiono odpowiedzi ankietowanych w oparciu o zmienną jaką jest występowanie chorób współistniejących.

**Tabela 28.** Obecność otoczenia sprzyjającego zdrowiu pacjentów w zależności od występowania chorób współistniejących

Otoczenie sprzyjające zdrowiu	tak		nie		Razem	
	N	%	N	%	N	%
wcale	23	35,9%	3	7,3%	26	24,8%
nieco	14	21,9%	7	17,1%	21	20%
średnio	27	42,2%	28	68,3%	55	52,4%
dość dobrze	0	0%	3	7,3%	3	2,8%
bardzo dobrze	0	0%	0	0%	0	0%
Ogółem:	64	100%	41	100%	105	100%

Pacjenci, u których udar niedokrwienny mózgu wystąpił od roku do 10 lat wskazywali najczęściej, że ich otoczenie w średnim stopniu sprzyja zdrowiu (66,7%). Takiej samej odpowiedzi udzieliło 37,2% badanych, u których udar wystąpił niedawno. W tej grupie respondentów częściej jednak wskazywano, że ich otoczenie w niewielkim stopniu sprzyja zdrowiu (27,4%) oraz nie sprzyja wcale (35,3%). Odpowiedzi ankietowanych w oparciu o okres czasu, w jakim wystąpił udar niedokrwienny mózgu przedstawia Tabela 29.

**Tabela 29.** Obecność otoczenia sprzyjającego zdrowiu pacjentów w zależności od okresu czasu, w jakim wystąpił udar niedokrwienny mózgu

Otoczenie sprzyjające zdrowiu	mniej niż 1 rok		od roku do 10 lat		Razem	
	N	%	N	%	N	%
wcale	18	35,3%	8	14,8%	26	24,8%
nieco	14	27,4%	7	13%	21	20%
średnio	19	37,2%	36	66,7%	55	52,4%
dość dobrze	0	0%	3	5,6%	3	2,8%
bardzo dobrze	0	0%	0	0%	0	0%
Ogółem:	51	100%	54	100%	105	100%

### Samopoczucie pacjentów w ostatnim czasie

Kolejne pytania z Kwestionariusza Jakości Życia WHOQOL-BREF dotyczyły samopoczucia pacjentów po przebytych udarach niedokrwiennym mózgu. Pierwsze pytanie korespondowało z tym, czy badani mają wystarczająco dużo energii w codziennym życiu. Większość z nich odpowiedziała, że ich energia w życiu codziennym jest raczej na umiarkowanym poziomie (n=67; 63,8%), przy czym była to odpowiedź większości kobiet (75%) oraz mężczyzn (52,8%). Sporadycznie pacjenci wskazywali, że mają niewiele energii w codziennym życiu (n=14; 13,3%) i była to przeważnie odpowiedź pacjentów płci męskiej (22,6%) oraz że tej energii nie mają wcale (n=15; 14,3%) i była to także odpowiedź przeważnie mężczyzn (22,6%). Najrzadziej respondenci odpowiadali, że przeważnie mają wystarczająco energii w codziennym życiu (n=9; 8,6%), przy czym stwierdzały tak przeważnie kobiety (15,4%). W Tabeli 30 przedstawiono odpowiedzi pacjentów.

**Tabela 30.** Wystarczająca energia w codziennym życiu wśród pacjentów w zależności od ich płci

Energia w codziennym życiu	kobiety		mężczyźni		Razem	
	N	%	N	%	N	%
wcale	3	5,8%	12	22,6%	15	14,3%
niewiele	2	3,8%	12	22,6%	14	13,3%
umiarkowanie	39	75%	28	52,8%	67	63,8%
przeważnie	8	15,4%	1	1,9%	9	8,6%
w pełni	0	0%	0	0%	0	0%
Ogółem:	52	100%	53	100%	105	100%

W stopniu umiarkowanym energię w codziennym życiu posiadają przeważnie w większości pacjenci z chorobami współistniejącymi (59,4%) oraz bez chorób współistniejących (70,7%). Częściej na niewielki poziom energii w życiu codziennym uwagę zwracali badani z chorobami współistniejącymi (15,6%), przy czym ta grupa badanych przyznawała, że tej energii nie ma wcale (21,9%). Tabela 31 przedstawia te zależności.

**Tabela 31.** Wystarczająca energia w codziennym życiu wśród pacjentów w zależności od występowania chorób współistniejących

Energia w codziennym życiu	tak		nie		Razem	
	N	%	N	%	N	%
wcale	14	21,9%	1	2,4%	15	14,3%
nieco	10	15,6%	4	9,7%	14	13,3%
umiarkowanie	38	59,4%	29	70,7%	67	63,8%
przeważnie	2	3,1%	7	17,1%	9	8,6%
w pełni	0	0%	0	0%	0	0%
Ogółem:	64	100%	41	100%	105	100%

Jak wynika z danych przedstawionych w Tabeli 32, większość badanych, u których udar niedokrwienny mózgu wystąpił mniej niż 1 rok temu (43,1%) oraz pacjentów, u których udar wystąpił od roku do 10 lat (83,3%) w stopniu umiarkowanym posiada wystarczającą ilość energii w codziennym życiu. Częściej jednak pacjenci, u których udar wystąpił niedawno wskazywali, że ich energia w życiu codziennym jest na niskim poziomie (25,5%) lub nie mają jej wcale (27,4%).

**Tabela 32.** Wystarczająca energia w codziennym życiu wśród pacjentów w zależności od okresu czasu, w jakim wystąpił udar niedokrwienny mózgu

Energia w codziennym życiu	mniej niż 1 rok		od roku do 10 lat		Razem	
	N	%	N	%	N	%
wcale	14	27,4%	1	1,8%	15	14,3%
nieco	13	25,5%	1	1,8%	14	13,3%
umiarkowanie	22	43,1%	45	83,3%	67	63,8%
przeważnie	2	3,9%	7	13%	9	8,6%
w pełni	0	0%	0	0%	0	0%
Ogółem:	51	100%	54	100%	105	100%

Kolejne pytanie dotyczyło akcepcji swego własnego wyglądu. Pacjenci przyznawali w większości, że w stopniu umiarkowanym akceptują swój wygląd (n=59; 56,2%) i takiej odpowiedzi udzielali przeważnie mężczyźni (58,5%) oraz ankietowani płci żeńskiej (53,8%). Przeważnie swój wygląd akceptuje 19% respondentów (n=20) – szczególnie mężczyzn (26,4%), zaś nieco swój wygląd akceptuje 17,1% badanych (n=18) – głównie kobiet (26,9%). Tabela 33 przedstawia odpowiedzi ankietowanych.

**Tabela 33.** Akceptacja własnego wyglądu przez pacjentów w zależności od ich płci

Akceptacja własnego wyglądu	kobiety		mężczyźni		Razem	
	N	%	N	%	N	%
wcale	3	5,8%	0	0%	3	2,8%
nieco	14	26,9%	4	7,5%	18	17,1%
umiarkowanie	28	53,8%	31	58,5%	59	56,2%
przeważnie	6	11,5%	14	26,4%	20	19%
w pełni	1	1,9%	4	7,5%	5	4,8%
Ogółem:	52	100%	53	100%	105	100%

Respondenci, u których występują choroby współistniejące w umiarkowanym stopniu są w stanie zaakceptować własny wygląd (67,2%). W przypadku pacjentów, u których nie występują żadne choroby przewlekłe po części umiarkowanie akceptują swój wygląd (39%) oraz przeważnie są w stanie go zaakceptować (41,5%). Tabela 34 przedstawia odpowiedzi respondentów w oparciu o występowanie chorób współistniejących.

**Tabela 34.** Akceptacja własnego wyglądu przez pacjentów w zależności od występowania chorób współistniejących

Akceptacja własnego wyglądu	tak		nie		Razem	
	N	%	N	%	N	%
wcale	2	3,1%	1	2,4%	3	2,8%
nieco	16	25%	2	4,9%	18	17,1%
umiarkowanie	43	67,2%	16	39%	59	56,2%
przeważnie	3	4,7%	17	41,5%	20	19%
w pełni	0	0%	0	0%	5	4,8%
Ogółem:	64	100%	41	100%	105	100%

Pacjenci, u których udar niedokrwienny mózgu wystąpił mniej niż 1 rok temu (60,8%) oraz ankietowani, u których udar wystąpił od roku do 10 lat (51,8%) najczęściej odpowiadali, że w stopniu umiarkowanym są oni w stanie zaakceptować swój wygląd. W małym stopniu swój wygląd akceptują pacjenci, u których udar wystąpił niedawno (29,4%), zaś badani u których udar wystąpił dawniej przeważnie są w stanie zaakceptować swój wygląd (33,3%). W Tabeli 35 zestawiono szczegółowe odpowiedzi badanych.

**Tabela 35.** Akceptacja własnego wyglądu przez pacjentów w zależności od okresu czasu w jakim wystąpił udar niedokrwienny mózgu

Akceptacja własnego wyglądu	mniej niż 1 rok		od roku do 10 lat		Razem	
	N	%	N	%	N	%
wcale	3	5,9%	0	0%	3	2,8%
nieco	15	29,4%	3	5,6%	18	17,1%
umiarkowanie	31	60,8%	28	51,8%	59	56,2%
przeważnie	2	3,9%	18	33,3%	20	19%
w pełni	0	0%	5	0%	5	4,8%
Ogółem:	51	100%	54	100%	105	100%

Pacjentów zapytano także o to, czy mają wystarczająco dużo pieniędzy na swoje potrzeby. Większość ankietowanych odpowiadała w tym wypadku negująco, ponieważ stwierdzała, że jedynie w małym stopniu posiada pieniądze na swoje potrzeby (n=69; 65,7%), przy czym 24,8% ankietowanych (n=26) przyznała, że nie posiada wcale tych pieniędzy. Pozostali pacjenci odpowiedzieli, że umiarkowanie posiadają wystarczającą ilość pieniędzy na własne potrzeby (n=10; 9,5%). Nie zauważono względnych zależności między odpowiedziami badanych a ich płcią, ponieważ 65,4% kobiet oraz 66% mężczyzn odpowiedziało, że posiada niewiele pieniędzy na swoje potrzeby. Z kolei 23,1% pacjentek oraz 26,4% pacjentów wskazało, że wcale nie posiada wystarczającej ilości pieniędzy na własne potrzeby. Dane te przedstawia Tabela 36.

**Tabela 36.** Wystarczająca ilość pieniędzy u pacjentów w zależności od ich płci

Wystarczająca ilość pieniędzy	kobiety		mężczyźni		Razem	
	N	%	N	%	N	%
wcale	12	23,1%	14	26,4%	26	24,8%
niewiele	34	65,4%	35	66%	69	65,7%
umiarkowanie	6	11,5%	4	7,5%	10	9,5%
przeważnie	0	0%	0	0%	0	0%
w pełni	0	0%	0	0%	0	0%
Ogółem:	52	100%	53	100%	105	100%

Nie było możliwe wykazanie względnych zależności także między odpowiedziami pacjentów, a występowaniem u nich chorób współistniejących. Większość respondentów, u których występują choroby współistniejące (73,4%) oraz bez chorób towarzyszących (53,6%) odpowiedziało, że w niewielkim stopniu posiada wystarczającą ilość pieniędzy na własne potrzeby (Tabela 37).



**Tabela 37.** Wystarczająca ilość pieniędzy u pacjentów w zależności od występowania chorób współistniejących

Wystarczająca ilość pieniędzy	tak		nie		Razem	
	N	%	N	%	N	%
wcale	14	21,9%	12	29,3%	26	24,8%
nieco	47	73,4%	22	53,6%	69	65,7%
umiarkowanie	3	4,7%	7	17,1%	10	9,5%
przeważnie	0	0%	0	0%	0	0%
w pełni	0	0%	0	0%	0	0%
Ogółem:	64	100%	41	100%	105	100%

Podobnie nie było możliwe wykazanie zależności między odpowiedziami pacjentów, a okresem czasu, w jakim wystąpił u nich udar niedokrwienny mózgu, gdyż 64,7% badanych, u których udar wystąpił mniej niż rok temu oraz u 66,7% ankietowanych u których udar wystąpił dawniej, wskazywało, że posiadają w niewielkim stopniu wystarczającą ilość pieniędzy na własne potrzeby (Tabela 38).

**Tabela 38.** Wystarczająca ilość pieniędzy u pacjentów w zależności od okresu czasu w jakim wystąpił udar niedokrwienny mózgu

Wystarczająca ilość pieniędzy	mniej niż 1 rok		od roku do 10 lat		Razem	
	N	%	N	%	N	%
wcale	13	25,5%	13	24,1%	26	24,8%
nieco	33	64,7%	36	66,7%	69	65,7%
umiarkowanie	5	9,8%	5	9,2%	10	9,5%
przeważnie	0	0%	0	0%	0	0%
w pełni	0	0%	0	0%	0	0%
Ogółem:	51	100%	54	100%	105	100%

Grupę respondentów poproszono również o ustosunkowanie się do tego, na ile są dostępne dla nich informacje, których mogą potrzebować w codziennym życiu. W tym wypadku większość pacjentów odpowiedziała, że przeważnie tego rodzaju informacje są dla nich dostępne (n=67; 63,8%), przy czym zadeklarowała tak większość pacjentek (61,5%) oraz mężczyzn (66%). Niektórzy badani stwierdzali, że informacje potrzebne im w codziennym życiu są dostępne dla nich w stopniu umiarkowanym (n=19; 18,1%). Najmniej liczna grupa badanych odpowiadała, że informacje potrzebne im w życiu codziennym są w niewielkim stopniu dla nich dostępne (n=6; 5,7%), ale także i w pełni mają do nich dostęp (n=10; 9,5%). Tylko 3 badanych (2,8%) – pacjentów płci męskiej (5,7%) odpowiedziało, że wcale nie są im dostępne informacje potrzebne w życiu codziennym. W Tabeli 39 zestawiono odpowiedzi badanych.

**Tabela 39.** Dostępność informacji potrzebnych w codziennym życiu w opinii pacjentów w zależności od ich płci

Dostępność informacji	kobiety		mężczyźni		Razem	
	N	%	N	%	N	%
wcale	0	0%	3	5,7%	3	2,8%
nieco	2	3,8%	4	7,5%	6	5,7%
umiarkowanie	10	19,2%	9	17%	19	18,1%
przeważnie	32	61,5%	35	66%	67	63,8%
w pełni	8	15,4%	2	3,8%	10	9,5%
Ogółem:	52	100%	53	100%	105	100%

Nie było możliwe wykazanie zależności między odpowiedziami badanych, a ich występowaniem chorób współistniejących. Przeważnie dostęp do informacji potrzebnych w życiu codziennym posiada 70,3% respondentów zmagających się z chorobami współistniejącymi oraz 53,6% pacjentów bez dodatkowych chorób przewlekłych. Zestawienie odpowiedzi ankietowanych na to pytanie przedstawia Tabela 40.

**Tabela 40.** Dostępność informacji potrzebnych w codziennym życiu w opinii pacjentów w zależności od występowania chorób współistniejących

Dostępność informacji	tak		nie		Razem	
	N	%	N	%	N	%
wcale	2	3,1%	1	2,4%	3	2,8%
nieco	3	4,7%	3	7,3%	6	5,7%
umiarkowanie	12	18,7%	7	17,1%	19	18,1%
przeważnie	45	70,3%	22	53,6%	67	63,8%
w pełni	2	3,1%	8	19,5%	10	9,5%
Ogółem:	64	100%	41	100%	105	100%

Nie było możliwe wykazanie zależności między okresem czasu, w jakim wystąpił udar u badanych a ich odpowiedziami na to pytanie, ponieważ 72,5% pacjentów, u których udar wystąpił mniej niż rok temu oraz 55,6% pacjentów, u których udar wystąpił od roku do 10 lat, wskazywało, że przeważnie mają oni dostęp do informacji potrzebnych w życiu codziennym. Dane szczegółowe w tym zakresie obrazuje Tabela 41.

**Tabela 41.** Dostępność informacji potrzebnych w codziennym życiu w opinii pacjentów w zależności od okresu czasu, w jakim wystąpił udar niedokrwienny mózgu

Dostępność informacji	mniej niż 1 rok		od roku do 10 lat		Razem	
	N	%	N	%	N	%
wcale	2	3,9%	1	1,8%	3	2,8%
nieco	2	3,9%	4	7,4%	6	5,7%
umiarkowanie	8	15,7%	11	20,4%	19	18,1%
przeważnie	37	72,5%	30	55,6%	67	63,8%
w pełni	2	3,9%	8	14,8%	10	9,5%
Ogółem:	51	100%	54	100%	105	100%

Do badanych skierowano pytanie, w jakim zakresie mają oni sposobność realizowania swoich zainteresowań. Jak wynika z danych przedstawionych w Tabeli 42, pacjenci w stopniu umiarkowanym mają sposobność realizowania swoich zainteresowań (n=56; 53,3%) i była to zdecydowana odpowiedź ankietowanych kobiet (80,8%). Pozostali respondenci byli zdania, że nieco udaje się im realizować własne zainteresowania (n=18; 17,1%), przy czym stwierdzali tak przeważnie mężczyźni (28,3%), ale też i wcale nie mają sposobności realizowania swoich zainteresowań (n=12; 11,4%), przy czym także i w tym zakresie częściej stwierdzali tak pacjenci płci męskiej (18,9%). Inni ankietowani odpowiadali, że przeważnie mają taką możliwość (n=10; 9,5%), ale i także mogą realizować własne zainteresowania w pełni (n=9; 8,6%).

**Tabela 42.** Realizowanie zainteresowań przez pacjentów w zależności od ich płci

Realizowanie zainteresowań	kobiety		mężczyźni		Razem	
	N	%	N	%	N	%
wcale	2	3,8%	10	18,9%	12	11,4%
niewiele	3	5,8%	15	28,3%	18	17,1%
umiarkowanie	42	80,8%	14	26,4%	56	53,3%
przeważnie	2	3,8%	8	15,1%	10	9,5%
w pełni	3	5,8%	6	11,3%	9	8,6%
Ogółem:	52	100%	53	100%	105	100%

Wielu badanych, u których występują inne choroby byli zdania, że w stopniu umiarkowanym mają oni sposobność realizowania własnych zainteresowań (62,5%). Tego zdania był także co trzeci badany, u którego nie występują choroby współistniejące (39%), niemniej w tej grupie pacjentów odpowiedzi były podzielone, ponieważ 21,9% pacjentów odpowiedziało, że przeważnie ma możliwość realizowania własnych zainteresowań, a 21,9% innych ankietowanych zadeklarowało, że nie ma żadnych problemów z realizowaniem własnych zainteresowań w codziennym życiu. Tabela 43 przedstawia odpowiedzi pacjentów na to pytanie.

**Tabela 43.** Realizowanie zainteresowań przez pacjentów w zależności od występowania chorób współistniejących

Realizowanie zainteresowań	tak		nie		Razem	
	N	%	N	%	N	%
wcale	10	15,6%	2	4,9%	12	11,4%
nieco	13	20,3%	5	12,2%	18	17,1%
umiarkowanie	40	62,5%	16	39%	56	53,3%
przeważnie	1	1,6%	9	21,9%	10	9,5%
w pełni	0	0%	9	21,9%	9	8,6%
Ogółem:	64	100%	41	100%	105	100%

Biorąc pod uwagę okres czasu, w jakim wystąpił udar niedokrwienny u pacjentów, należy wskazać, że większość badanych, u których udar wystąpił mniej niż rok temu (66,7%) oraz u pacjentów, u których udar wystąpił dawniej (40,7%) wskazywała, że w stopniu umiarkowanym są w stanie realizować własne zainteresowania. Wcale takiej możliwości nie ma np. 19,6% pacjentów, u których udar wystąpił niedawno, zaś w niewielkim stopniu ma sposobność realizowania zainteresowań w życiu codziennym 25,9% pacjentów, u których udar wystąpił od roku do 10 lat (Tabela 44).

**Tabela 44.** Realizowanie zainteresowań przez pacjentów w zależności od okresu czasu w jakim wystąpił udar niedokrwienny mózgu

Realizowanie zainteresowań	mniej niż 1 rok		od roku do 10 lat		Razem	
	N	%	N	%	N	%
wcale	10	19,6%	2	3,7%	12	11,4%
nieco	4	7,8%	14	25,9%	18	17,1%
umiarkowanie	34	66,7%	22	40,7%	56	53,3%
przeważnie	1	2%	9	16,7%	10	9,5%
w pełni	2	3,9%	7	13%	9	8,6%
Ogółem:	51	100%	54	100%	105	100%

Respondentów zapytano jak odnajdują się w obecnej sytuacji (m.in. w związku z chorobą). Jak wynika z danych przedstawionych w Tabeli 45 większość respondentów była zdania, że źle odnajduje się w obecnej sytuacji (n=63; 60%) i była to odpowiedź większości badanych kobiet (57,7%) oraz mężczyzn (62,3%). Niektórzy pacjenci odpowiadali, że bardzo źle odnajdują się w obecnej sytuacji (n=22; 20,9%), zaś inni nie potrafili dokonać jednoznacznej oceny wskazując, że obecnie odnajdują się w danej sytuacji ani dobrze, ani źle (n=18; 17,1%). Tylko 2 badanych odpowiedziało, że dobrze odnajduje się w obecnej sytuacji (1,9%) i były to pacjentki (3,8%).

**Tabela 45.** Odnajdywanie się pacjentów w obecnej sytuacji w zależności od ich płci

Odnajdywanie się w obecnej sytuacji	kobiety		mężczyźni		Razem	
	N	%	N	%	N	%
bardzo źle	13	25%	9	17%	22	20,9%
źle	30	57,7%	33	62,3%	63	60%
ani dobrze, ani źle	7	13,5%	11	20,7%	18	17,1%
dobrze	2	3,8%	0	0%	2	1,9%
bardzo dobrze	0	0%	0	0%	0	0%
Ogółem:	52	100%	53	100%	105	100%

Nie dało się wykazać względnych zależności między odpowiedziami pacjentów a występowaniem u nich chorób współistniejących. Większość respondentów, u których występują choroby współistniejące (67,2%) oraz badani, u których nie występują choroby współistniejące (48,8%) wskazywała, że źle odnajduje się w obecnej sytuacji. Całkowity problem z odnajdywaniem się w obecnej sytuacji ma także 20,3% pacjentów z chorobami współistniejącymi oraz 21,9% badanych, u których nie występują choroby towarzyszące. W Tabeli 46 przedstawiono odpowiedzi ankietowanych.

**Tabela 46.** Odnajdywanie się pacjentów w obecnej sytuacji w zależności od występowania chorób współistniejących

Odnajdywanie się w obecnej sytuacji	tak		nie		Razem	
	N	%	N	%	N	%
bardzo źle	13	20,3%	9	21,9%	22	20,9%
źle	43	67,2%	20	48,8%	63	60%
ani dobrze, ani źle	8	12,5%	10	24,4%	18	17,1%
dobrze	0	0%	2	4,9%	2	1,9%
bardzo dobrze	0	0%	0	0%	0	0%
Ogółem:	64	100%	41	100%	105	100%

Analizując odpowiedzi badanych zestawione w Tabeli 47 można wskazać, że większość pacjentów, u których udar niedokrwienny mózgu wystąpił niedawno (66,7%) oraz większość ankietowanych, u których udar wystąpił dawniej (53,7%) odpowiedziało, że źle odnajduje się w obecnej sytuacji. Poważny problem w tym zakresie zadeklarowało także 19,6% pacjentów, u których udar wystąpił niedawno oraz 22,2% respondentów, u których udar miał miejsce od roku do 10 lat temu.

**Tabela 47.** Odnajdywanie się pacjentów w obecnej sytuacji w zależności od okresu czasu w jakim wystąpił udar niedokrwienny mózgu

Odnajdywanie się w obecnej sytuacji	mniej niż 1 rok		od roku do 10 lat		Razem	
	N	%	N	%	N	%
bardzo źle	10	19,6%	12	22,2%	22	20,9%
źle	34	66,7%	29	53,7%	63	60%
ani dobrze, ani źle	7	13,7%	11	20,4%	18	17,1%
dobrze	0	0%	2	3,7%	2	1,9%
bardzo dobrze	0	0%	0	0%	0	0%
Ogółem:	51	100%	54	100%	105	100%

Kolejne pytania dotyczyły poziomu zadowolenia pacjentów w ostatnim czasie. Na początku do badanych skierowano pytanie odnośnie poziomu zadowolenia z ich snu. Większość ankietowanych wskazała, że jest ani zadowolona, ani niezadowolona ze swego snu (n=65; 61,9%), przy czym była to odpowiedź większości kobiet (59,6%) oraz mężczyzn (64,1%). Niektórzy respondenci wskazywali, że są zadowoleni ze swego snu (n=22; 20,9%). Takiego zdania było 19,2% kobiet oraz 22,6% mężczyzn. Pozostali ankietowani są niezadowoleni ze swego snu (n=13; 12,4%) – przeważnie pacjentki (19,2%) – oraz są bardzo niezadowoleni ze swego snu (n=5; 4,8%). Tabela 48 przedstawia odpowiedzi pacjentów.

**Tabela 48.** Poziom zadowolenia pacjentów ze snu w zależności od ich płci

Poziom zadowolenia ze snu	kobiety		mężczyźni		Razem	
	N	%	N	%	N	%
bardzo niezadowolony	1	1,9%	4	7,5%	5	4,8%
niezadowolony	10	19,2%	3	5,7%	13	12,4%
ani zadowolony, ani niezadowolony	31	59,6%	34	64,1%	65	61,9%
zadowolony	10	19,2%	12	22,6%	22	20,9%
bardzo zadowolony	0	0%	0	0%	0	0%
Ogółem:	52	100%	53	100%	105	100%

Nie było możliwe wykazanie zależności między poziomem zadowolenia pacjentów ze snu, a występowaniem chorób współistniejących, ponieważ 68,7% ankietowanych, u których występują inne choroby oraz 51,2% badanych bez chorób współistniejących wskazywało, że nie są ani zadowoleni, ani niezadowoleni ze swego snu (Tabela 49).



**Tabela 49.** Poziom zadowolenia pacjentów ze snu w zależności od występowania chorób współistniejących

Poziom zadowolenia ze snu	tak		nie		Razem	
	N	%	N	%	N	%
bardzo niezadowolony	5	7,8%	0	0%	5	4,8%
niezadowolony	12	18,7%	1	2,4%	13	12,4%
ani zadowolony, ani niezadowolony	44	68,7%	21	51,2%	65	61,9%
zadowolony	3	4,7%	19	46,3%	22	20,9%
bardzo zadowolony	0	0%	0	0%	0	0%
Ogółem:	64	100%	41	100%	105	100%

Nie udało się wykazać zależności między czasem, w jakim wystąpił udar niedokrwienny a poziomem zadowolenia pacjentów ze snu, gdyż 62,7% respondentów, u których udar wystąpił mniej niż rok temu oraz 61,1% pacjentów, u których udar wystąpił dawniej, nie potrafiło jednoznacznie wskazać czy jest zadowolonych czy też nie ze swego snu. W Tabeli 50 przedstawiono odpowiedzi respondentów na to pytanie.

**Tabela 50.** Poziom zadowolenia pacjentów ze snu w zależności od okresu czasu, w jakim wystąpił udar niedokrwienny mózgu

Poziom zadowolenia ze snu	mniej niż 1 rok		od roku do 10 lat		Razem	
	N	%	N	%	N	%
bardzo niezadowolony	5	9,8%	0	0%	5	4,8%
niezadowolony	12	23,5%	1	1,8%	13	12,4%
ani zadowolony, ani niezadowolony	32	62,7%	33	61,1%	65	61,9%
zadowolony	2	3,9%	20	37%	22	20,9%
bardzo zadowolony	0	0%	0	0%	0	0%
Ogółem:	51	100%	54	100%	105	100%

Następnie grupę badanych zapytano, czy odczuwają oni zadowolenie z własnej wydolności w życiu codziennym. W tym wypadku połowa pacjentów odpowiedziała, że jest niezadowolona z własnej wydolności w życiu codziennym (n=52; 49,5%), zaś druga połowa badanych wskazywała, że jest bardzo niezadowolona z własnej wydolności (n=45; 42,8%). Bez względu na płeć pacjentów, ich odpowiedzi były do siebie zbliżone, gdyż 42,3% kobiet oraz 56,6% mężczyzn odpowiedziało, że jest niezadowolona z własnej wydolności, zaś 44,2% pacjentek oraz 41,5% badanych płci męskiej przyznało, że jest bardzo niezadowolona ze swojej wydolności w życiu codziennym. W Tabeli 51 zestawiono odpowiedzi ankietowanych na to pytanie.

**Tabela 51.** Poziom zadowolenia pacjentów z własnej wydolności w życiu codziennym w zależności od ich płci

Poziom zadowolenia z własnej wydolności	kobiety		mężczyźni		Razem	
	N	%	N	%	N	%
bardzo niezadowolony	23	44,2%	22	41,5%	45	42,8%
niezadowolony	22	42,3%	30	56,6%	52	49,5%
ani zadowolony, ani niezadowolony	7	13,5%	1	1,9%	8	7,6%
zadowolony	0	0%	0	0%	0	0%
bardzo zadowolony	0	0%	0	0%	0	0%
Ogółem:	52	100%	53	100%	105	100%

Niezadowolenie z własnej wydolności w życiu codziennym zadeklarowało 50% pacjentów, u których występują choroby współistniejące oraz 48,8% badanych bez tego rodzaju chorób. Wielu ankietowanych zmagających się z chorobami współistniejącymi odpowiadało, że jest bardzo niezadowolonych z własnej wydolności (39,1%). Podobnego zdania było 48,8% ankietowanych, u których nie występują żadne choroby współistniejące. Dane przedstawiono w Tabeli 52.

**Tabela 52.** Poziom zadowolenia pacjentów z własnej wydolności w życiu codziennym w zależności od występowania chorób współistniejących

Poziom zadowolenia z własnej wydolności	tak		nie		Razem	
	N	%	N	%	N	%
bardzo niezadowolony	25	39,1%	20	48,8%	45	42,8%
niezadowolony	32	50%	20	48,8%	52	49,5%
ani zadowolony, ani niezadowolony	7	10,9%	1	2,4%	8	7,6%
zadowolony	0	0%	0	0%	0	0%
bardzo zadowolony	0	0%	0	0%	0	0%
Ogółem:	64	100%	41	100%	105	100%

Niezadowolenie z własnej wydolności w życiu codziennym wskazywało 57,4% badanych, u których udar niedokrwienny mózgu wystąpił od roku do 10 lat temu. Tego samego zdania było 41,2% respondentów, u których udar wystąpił całkiem niedawno. Z kolei 51% pacjentów z tej grupy odpowiedziało, że jest bardzo niezadowolonych z własnej wydolności, przy czym 35,2% ankietowanych, u których udar wystąpił dawniej udzieliło tej samej odpowiedzi. W Tabeli 53 zestawiono odpowiedzi pacjentów.

**Tabela 53.** Poziom zadowolenia pacjentów z własnej wydolności w życiu codziennym w zależności od okresu czasu, w jakim wystąpił udar niedokrwienny mózgu

Poziom zadowolenia z własnej wydolności	mniej niż 1 rok		od roku do 10 lat		Razem	
	N	%	N	%	N	%
bardzo niezadowolony	26	51%	19	35,2%	45	42,8%
niezadowolony	21	41,2%	31	57,4%	52	49,5%
ani zadowolony, ani niezadowolony	4	7,8%	4	7,4%	8	7,6%
zadowolony	0	0%	0	0%	0	0%
bardzo zadowolony	0	0%	0	0%	0	0%
Ogółem:	51	100%	54	100%	105	100%

Badanych zapytano także o to, jaki jest poziom ich zadowolenia z własnej zdolności do pracy. Respondenci w większości odpowiadali, że nie są zadowoleni z własnej zdolności do pracy (n=56; 53,3%) i była to odpowiedź większości kobiet (59,6%) oraz mężczyzn (47,2%). 1/3 pacjentów wskazała, że jest bardzo niezadowolona z własnej zdolności do pracy (n=36; 34,3%), przy czym zauważyło tak 28,8% pacjentek oraz 39,6% ankietowanych płci męskiej. Niewielu ankietowanych nie potrafiło dokonać jednoznacznej odpowiedzi na to pytanie (n=10; 9,5%), zaś tylko 3 badanych (2,8%) odczuwa zadowolenie z własnej zdolności do pracy, przy czym były to kobiety (5,8%). W Tabeli 54 przedstawiono odpowiedzi respondentów.

**Tabela 54.** Poziom zadowolenia pacjentów z własnej zdolności do pracy w zależności od ich płci

Poziom zadowolenia z własnej zdolności do pracy	kobiety		mężczyźni		Razem	
	N	%	N	%	N	%
bardzo niezadowolony	15	28,8%	21	39,6%	36	34,3%
niezadowolony	31	59,6%	25	47,2%	56	53,3%
ani zadowolony, ani niezadowolony	3	5,8%	7	13,2%	10	9,5%
zadowolony	3	5,8%	0	0%	3	2,8%
bardzo zadowolony	0	0%	0	0%	0	0%
Ogółem:	52	100%	53	100%	105	100%

Analizując odpowiedzi pacjentów w zależności od występowania chorób współistniejących należy wskazać, że niezadowolenie ze swojej pracy odczuwają w zdecydowanej większości pacjenci z chorobami współistniejącymi (73,4%). Z kolei badani, u których nie występują choroby współistniejące częściej wskazywali na bardzo duży poziom niezadowolenia z własnej zdolności do pracy (48,8%). Połowa respondentów wskazała niezadowolenie w tej kwestii (21,9%), zaś druga połowa badanych, u których nie występują choroby współistniejące, odpowiedziała, że nie jest ani zadowolona, ani niezadowolona z własnej zdolności do pracy (21,9%). Tabela 55 przedstawia te zależności.

**Tabela 55.** Poziom zadowolenia pacjentów z własnej zdolności do pracy w zależności od występowania chorób współistniejących

Poziom zadowolenia z własnej zdolności do pracy	tak		nie		Razem	
	N	%	N	%	N	%
bardzo niezadowolony	16	25%	20	48,8%	36	34,3%
niezadowolony	47	73,4%	9	21,9%	56	53,3%
ani zadowolony, ani niezadowolony	1	1,6%	9	21,9%	10	9,5%
zadowolony	0	0%	3	7,3%	3	2,8%
bardzo zadowolony	0	0%	0	0%	0	0%
Ogółem:	64	100%	41	100%	105	100%

Niezadowolenie z własnej zdolności do pracy wykazało 60,8% pacjentów, u których udar niedokrwienny mózgu wystąpił mniej niż 1 rok temu oraz 46,3% badanych, u których udar wystąpił później. Spora liczba ankietowanych, zarówno tych, u których udar mózgu wystąpił mniej niż 1 rok temu (37,2%) oraz więcej niż rok temu do mniej więcej 10 lat (31,5%) wykazała bardzo duże niezadowolenie z własnej zdolności do pracy (Tabela 56).

**Tabela 56.** Poziom zadowolenia pacjentów z własnej zdolności do pracy w zależności od okresu czasu, w jakim wystąpił udar niedokrwienny mózgu

Poziom zadowolenia z własnej zdolności do pracy	mniej niż 1 rok		od roku do 10 lat		Razem	
	N	%	N	%	N	%
bardzo niezadowolony	19	37,2%	17	31,5%	36	34,3%
niezadowolony	31	60,8%	25	46,3%	56	53,3%
ani zadowolony, ani niezadowolony	1	2%	9	16,7%	10	9,5%
zadowolony	0	0	3	5,6%	3	2,8%
bardzo zadowolony	0	0%	0	0%	0	0%
Ogółem:	51	100%	54	100%	105	100%

Kolejne pytanie skierowane do respondentów dotyczyło poziomu zadowolenia z samych siebie. W tym wypadku część respondentów wskazywała, że nie potrafi dokładnie określić, czy jest zadowolona z siebie czy też nie (n=52; 49,5%) i tak stwierdziło 50% kobiet oraz 49% mężczyzn. Inna połowa badanych przyznała, że jest niezadowolona z siebie (n=32; 30,5%) i była to odpowiedź 26,9% pacjentek oraz 34% pacjentów płci męskiej. Pozostali ankietowani odpowiadali, że są bardzo niezadowoleni z siebie (n=12; 11,4%) – przeważnie była to odpowiedź respondentek (19,2%) – bądź zupełnie odmiennie, że są zadowoleni z siebie (n=9; 8,6%) i w tym wypadku dominowała odpowiedź mężczyzn (13,2%). Dane z odpowiedziami pacjentów na to pytanie zostały przedstawione w Tabeli 57.

**Tabela 57.** Poziom zadowolenia pacjentów z samych siebie w zależności od ich płci

Poziom zadowolenia z samego siebie	kobiety		mężczyźni		Razem	
	N	%	N	%	N	%
bardzo niezadowolony	10	19,2%	2	3,8%	12	11,4%
niezadowolony	14	26,9%	18	34%	32	30,5%
ani zadowolony, ani niezadowolony	26	50%	26	49%	52	49,5%
zadowolony	2	3,8%	7	13,2%	9	8,6%
bardzo zadowolony	0	0%	0	0%	0	0%
Ogółem:	52	100%	53	100%	105	100%

Nie potrafiło przeważnie określić swego stanu zadowolenia z siebie 53,1% pacjentów z chorobami współistniejącymi oraz 43,9% respondentów bez chorób współistniejących. Niezadowolenie z samego siebie zadeklarowało 26,6% badanych, którzy zmagają się z innymi chorobami przewlekłymi oraz 36,6% respondentów, u których nie ma żadnych innych chorób współtowarzyszących ich schorzeniu (Tabela 58).

**Tabela 58.** Poziom zadowolenia pacjentów z samych siebie w zależności od występowania chorób współistniejących

Poziom zadowolenia z samego siebie	tak		nie		Razem	
	N	%	N	%	N	%
bardzo niezadowolony	11	17,2%	1	2,4%	12	11,4%
niezadowolony	17	26,6%	15	36,6%	32	30,5%
ani zadowolony, ani niezadowolony	34	53,1%	18	43,9%	52	49,5%
zadowolony	2	3,1%	7	17,1%	9	8,6%
bardzo zadowolony	0	0%	0	0%	0	0%
Ogółem:	64	100%	41	100%	105	100%

Z Tabeli 59 i przedstawionych tam danych wynika, że ankietowani przeważnie, którzy mieli udar dawniej częściej odpowiadali, że są ani zadowoleni, ani niezadowoleni z siebie (75,9%). W przypadku pacjentów, u których udar niedokrwienny mózgu wystąpił mniej niż 1 rok temu, częściej wskazywali oni niezadowolenie z samych siebie (58,8%). W Tabeli 59 zestawiono odpowiedzi respondentów.

**Tabela 59.** Poziom zadowolenia pacjentów z samych siebie w zależności od okresu czasu, w jakim wystąpił udar niedokrwienny mózgu

Poziom zadowolenia z samego siebie	mniej niż 1 rok		od roku do 10 lat		Razem	
	N	%	N	%	N	%
bardzo niezadowolony	10	19,6%	2	3,7%	12	11,4%
niezadowolony	30	58,8%	2	3,7%	32	30,5%
ani zadowolony, ani niezadowolony	11	21,6%	41	75,9%	52	49,5%
zadowolony	0	0%	9	16,7%	9	8,6%
bardzo zadowolony	0	0%	0	0%	0	0%
Ogółem:	51	100%	54	100%	105	100%

Kolejne pytanie skierowane do pacjentów dotyczyło ich poziomu zadowolenia z własnych relacji z innymi ludźmi. Jak można zauważyć z danych zestawionych w Tabeli 60, większość respondentów jest zadowolonych z własnych relacji z ludźmi (n=74; 70,5%) i była to odpowiedź większości kobiet (73,1%) oraz mężczyzn (67,9%). Niektórzy pacjenci są nawet bardzo zadowoleni z tego rodzaju relacji (n=12; 11,4%), przy czym była to jedyna odpowiedź pacjentów płci męskiej (13,2%), ale niewielu więcej odczuwa niezadowolenie z własnych relacji z innymi (n=14; 13,3%). Znikoma liczba badanych nie była pewna wyboru odpowiedniego wariantu odpowiedzi (n=2; 1,9%) oraz wskazywała, że jest bardzo niezadowolona z własnych relacji z innymi ludźmi (n=3; 2,8%), przy czym była to odpowiedź 3 kobiet (5,8%). W Tabeli 60 zestawiono odpowiedzi pacjentów.

**Tabela 60.** Poziom zadowolenia pacjentów z własnych relacji z ludźmi w zależności od ich płci

Poziom zadowolenia z własnych relacji z innymi ludźmi	kobiety		mężczyźni		Razem	
	N	%	N	%	N	%
bardzo niezadowolony	3	5,8%	0	0%	3	2,8%
niezadowolony	6	11,5%	8	15,1%	14	13,3%
ani zadowolony, ani niezadowolony	0	0%	2	3,8%	2	1,9%
zadowolony	38	73,1%	36	67,9%	74	70,5%
bardzo zadowolony	5	0%	7	13,2%	12	11,4%
Ogółem:	52	100%	53	100%	105	100%

Nie było możliwe wykazanie zależności między występowaniem chorób współistniejących a poziomem zadowolenia pacjentów z własnych relacji z innymi ludźmi, ponieważ 64,1% respondentów, u których występują choroby współistniejące oraz 80,5% pacjentów, u których brak jest tego rodzaju chorób, odczuwa zadowolenie z własnych relacji z innymi ludźmi. Zależności te przedstawiono w Tabeli 61.



**Tabela 61.** Poziom zadowolenia pacjentów z własnych relacji z ludźmi w zależności od występowania chorób współistniejących

Poziom zadowolenia z własnych relacji z innymi ludźmi	tak		nie		Razem	
	N	%	N	%	N	%
bardzo niezadowolony	3	4,7%	0	0%	3	2,8%
niezadowolony	12	18,7%	2	4,9%	14	13,3%
ani zadowolony, ani niezadowolony	2	3,1%	0	0%	2	1,9%
zadowolony	41	64,1%	33	80,5%	74	70,5%
bardzo zadowolony	6	9,4%	6	14,6%	12	11,4%
Ogółem:	64	100%	41	100%	105	100%

Zadowolenie z własnych relacji z innymi ludźmi zadeklarowało również 72,5% pacjentów, u których udar niedokrwienny wystąpił mniej niż 1 rok temu oraz 68,5% badanych, u których udar wystąpił dawniej. Tym samym nie istniała możliwość wykazania zależności między okresem czasu, w jakim wystąpił udar niedokrwienny u respondentów a ich odpowiedziami w tym zakresie (Tabela 62).

**Tabela 62.** Poziom zadowolenia pacjentów z własnych relacji z ludźmi w zależności od okresu czasu, w jakim wystąpił udar niedokrwienny mózgu

Poziom zadowolenia z własnych relacji z innymi ludźmi	mniej niż 1 rok		od roku do 10 lat		Razem	
	N	%	N	%	N	%
bardzo niezadowolony	2	3,9%	1	1,8%	3	2,8%
niezadowolony	6	11,8%	8	14,8%	14	13,3%
ani zadowolony, ani niezadowolony	2	3,9%	0	0%	2	1,9%
zadowolony	37	72,5%	37	68,5%	74	70,5%
bardzo zadowolony	4	7,8%	8	14,8%	12	11,4%
Ogółem:	51	100%	54	100%	105	100%

Następnie respondentów zapytano jaki jest ich poziom zadowolenia z życia intymnego. Badani w większości są niezadowoleni ze swego życia intymnego (n=63; 60%) i były to zarówno kobiety (57,7%) oraz mężczyźni (62,3%). Niektórzy pacjenci wskazywali, że są ani zadowoleni, ani niezadowoleni z życia intymnego (n=21; 20%), przy czym odpowiadało tak 19,2% kobiet oraz 20,7% mężczyzn. Pozostali ankietowani udzielali odpowiedzi, że są zadowoleni ze swego życia intymnego (n=9; 8,6%) – przeważnie respondentki (15,4%) – oraz całkowicie odwrotnie tj. wykazywali bardzo duże niezadowolenie ze swego życia intymnego (n=12; 11,4%) – głównie była to odpowiedź mężczyzn (15,1%). W Tabeli 63 przedstawiono odpowiedzi ankietowanych.

**Tabela 63.** Poziom zadowolenia pacjentów z życia intymnego w zależności od ich płci

Poziom zadowolenia z życia intymnego	kobiety		mężczyźni		Razem	
	N	%	N	%	N	%
bardzo niezadowolony	4	7,7%	8	15,1%	12	11,4%
niezadowolony	30	57,7%	33	62,3%	63	60%
ani zadowolony, ani niezadowolony	10	19,2%	11	20,7%	21	20%
zadowolony	8	15,4%	1	1,9%	9	8,6%
bardzo zadowolony	0	0%	0	0%	0	0%
Ogółem:	52	100%	53	100%	105	100%

Nie było możliwe wykazanie zależności między odpowiedziami badanych a występowaniem u nich chorób współistniejących, gdyż 57,8% pacjentów, u których występują choroby współistniejące oraz 63,4% pacjentów bez chorób współistniejących wskazało, że są niezadowoleni ze swego życia intymnego. Zadowolenie w tym przypadku deklarowali częściej badani bez chorób współistniejących (17,1%), przy czym pacjenci, którzy zmagają się z innymi chorobami dość często nie byli w stanie wskazać, czy są zadowoleni, czy też nie z własnego życia intymnego (23,4%). W Tabeli 64 zestawiono szczegółowe odpowiedzi pacjentów.

**Tabela 64.** Poziom zadowolenia pacjentów z życia intymnego w zależności od występowania chorób współistniejących

Poziom zadowolenia z życia intymnego	tak		nie		Razem	
	N	%	N	%	N	%
bardzo niezadowolony	10	15,6%	2	4,9%	12	11,4%
niezadowolony	37	57,8%	26	63,4%	63	60%
ani zadowolony, ani niezadowolony	15	23,4%	6	14,6%	21	20%
zadowolony	2	3,1%	7	17,1%	9	8,6%
bardzo zadowolony	0	0%	0	0%	0	0%
Ogółem:	64	100%	41	100%	105	100%

U pacjentów, u których udar wystąpił mniej niż 1 rok temu częściej padały odpowiedzi wskazujące niezadowolenie (49%) oraz bardzo duże niezadowolenie (23,5%) z własnego życia intymnego. Dość często również w tej grupie badanych, pacjenci nie potrafili wskazać poziomu zadowolenia odnośnie ich życia intymnego (27,4%). Ankietowani, u których udar niedokrwienny mózgu wystąpił od roku do 10 lat temu zdecydowanie deklarowali niezadowolenie z własnego życia intymnego (70,4%). Tabela 65 przedstawia te zależności.

**Tabela 65.** Poziom zadowolenia pacjentów z życia intymnego w zależności od okresu czasu, w jakim wystąpił udar niedokrwienny mózgu

Poziom zadowolenia z życia intymnego	mniej niż 1 rok		od roku do 10 lat		Razem	
	N	%	N	%	N	%
bardzo niezadowolony	12	23,5%	0	0%	12	11,4%
niezadowolony	25	49%	38	70,4%	63	60%
ani zadowolony, ani niezadowolony	14	27,4%	7	13%	21	20%
zadowolony	0	0%	9	16,7%	9	8,6%
bardzo zadowolony	0	0%	0	0%	0	0%
Ogółem:	51	100%	54	100%	105	100%

Następnie badanych zapytano, czy są zadowoleni ze wsparcia przyjaciół jakie mogą otrzymać. Większość respondentów wskazała, że jest zadowolona z oparcia, wsparcia przyjaciół (n=60; 57,1%), przy czym była to odpowiedź większej liczby pacjentek (59,6%) oraz pacjentów płci męskiej (54,7%). Co trzeci ankietowany nie potrafił dokładnie określić swego poziomu zadowolenia w tym zakresie (n=23; 21,9%) i były to przeważnie kobiety (28,8%). Nieliczni badani odpowiadali, że nie są zadowoleni ze wsparcia przyjaciół (n=14; 13,3%), gdzie dominowała w tym wypadku odpowiedź mężczyzn (20,7%). Pozostali ankietowani deklarowali bardzo duże zadowolenie w tej kwestii (n=5; 4,8%), ale też i bardzo duże niezadowolenie ze wsparcia przyjaciół (n=3; 2,8%). W Tabeli 66 przedstawiono te dane.

**Tabela 66.** Poziom zadowolenia pacjentów z oparcia, wsparcia od przyjaciół w zależności od ich płci

Poziom zadowolenia z oparcia, wsparcia przyjaciół	kobiety		mężczyźni		Razem	
	N	%	N	%	N	%
bardzo niezadowolony	3	5,8%	0	0%	3	2,8%
niezadowolony	3	5,8%	11	20,7%	14	13,3%
ani zadowolony, ani niezadowolony	15	28,8%	8	15,1%	23	21,9%
zadowolony	31	59,6%	29	54,7%	60	57,1%
bardzo zadowolony	0	0%	5	9,4%	5	4,8%
Ogółem:	52	100%	53	100%	105	100%

Analizując odpowiedzi ankietowanych w oparciu o występowanie chorób współistniejących należy wskazać, że zarówno większość pacjentów zmagająca się z chorobami współistniejącymi (59,4%), jak i pacjentów bez chorób przewlekłych (53,6%) wskazało, że są zadowoleni ze wsparcia przyjaciół jakie otrzymują (Tabela 67).

**Tabela 67.** Poziom zadowolenia pacjentów z oparcia, wsparcia od przyjaciół w zależności od występowania chorób współistniejących

Poziom zadowolenia z oparcia, wsparcia przyjaciół	tak		nie		Razem	
	N	%	N	%	N	%
bardzo niezadowolony	1	1,6%	2	4,9%	3	2,8%
niezadowolony	6	9,4%	8	19,5%	14	13,3%
ani zadowolony, ani niezadowolony	17	26,6%	6	14,6%	23	21,9%
zadowolony	38	59,4%	22	53,6%	60	57,1%
bardzo zadowolony	2	3,1%	3	7,3%	5	4,8%
Ogółem:	64	100%	41	100%	105	100%

W przypadku pacjentów, u których udar niedokrwienny mózgu wystąpił mniej niż 1 rok temu, większość deklarowała zadowolenie ze wsparcia przyjaciół (66,7%). W przypadku ankietowanych, u których udar wystąpił dawniej, część z nich odpowiadała, że jest zadowolona ze wsparcia swoich przyjaciół (48,1%), zaś inni nie byli w stanie wskazać dobrej odpowiedzi (24,1%) bądź deklarowali niezadowolenie w tej kwestii (22,2%). W Tabeli 68 zestawiono odpowiedzi ankietowanych.

**Tabela 68.** Poziom zadowolenia pacjentów z oparcia, wsparcia od przyjaciół w zależności od okresu czasu, w jakim wystąpił udar niedokrwienny mózgu

Poziom zadowolenia z oparcia, wsparcia przyjaciół	mniej niż 1 rok		od roku do 10 lat		Razem	
	N	%	N	%	N	%
bardzo niezadowolony	0	0%	3	5,6%	3	2,8%
niezadowolony	2	3,9%	12	22,2%	14	13,3%
ani zadowolony, ani niezadowolony	10	19,6%	13	24,1%	23	21,9%
zadowolony	34	66,7%	26	48,1%	60	57,1%
bardzo zadowolony	5	9,8%	0	0%	5	4,8%
Ogółem:	51	100%	54	100%	105	100%

Kolejne pytanie dotyczyło zadowolenia badanych z własnych warunków mieszkaniowych. Większość respondentów wskazywała, że jest zadowolona z własnych warunków mieszkaniowych (n=56; 53,3%) i była to odpowiedź większości kobiet (57,7%) oraz mężczyzn (49%). 1/3 pacjentów odpowiadała, że jest ani zadowolona, ani niezadowolona z własnych warunków mieszkaniowych (n=23; 21,9%), zaś inni są z tego powodu niezadowoleni (n=14; 13,3%) bądź bardzo niezadowoleni (n=12; 11,4%). Tabela 69 przedstawia te zależności.

**Tabela 69.** Poziom zadowolenia pacjentów z własnych warunków mieszkaniowych w zależności od ich płci

Poziom zadowolenia z warunków mieszkaniowych	kobiety		mężczyźni		Razem	
	N	%	N	%	N	%
bardzo niezadowolony	5	9,6%	7	13,2%	12	11,4%
niezadowolony	6	11,5%	8	15,1%	14	13,3%
ani zadowolony, ani niezadowolony	11	21,1%	12	22,6%	23	21,9%
zadowolony	30	57,7%	26	49%	56	53,3%
bardzo zadowolony	0	0%	0	0%	0	0%
Ogółem:	52	100%	53	100%	105	100%

Zwracając uwagę na odpowiedzi pacjentów w oparciu o występowanie chorób współistniejących należy wskazać, że badani, którzy zmagają się z tymi chorobami częściej wskazywali, że są zadowoleni z własnych warunków mieszkaniowych (70,3%). Z kolei ankietowani, u których nie występują choroby współistniejące podzielili się opinią w tym zakresie, ponieważ 31,7% badanych nie potrafiła wskazać, czy jest zadowolona z własnych warunków mieszkaniowych; 26,8% pacjentów odczuwa z tego powodu zadowolenie, zaś 24,4% badanych przyznało, że jest bardzo niezadowolonych z własnych warunków mieszkaniowych (Tabela 70).

**Tabela 70.** Poziom zadowolenia pacjentów z własnych warunków mieszkaniowych w zależności od występowania chorób współistniejących

Poziom zadowolenia z warunków mieszkaniowych	tak		nie		Razem	
	N	%	N	%	N	%
bardzo niezadowolony	2	3,1%	10	24,4%	12	11,4%
niezadowolony	7	10,9%	7	17,1%	14	13,3%
ani zadowolony, ani niezadowolony	10	15,6%	13	31,7%	23	21,9%
zadowolony	45	70,3%	11	26,8%	56	53,3%
bardzo zadowolony	0	0%	0	0%	0	0%
Ogółem:	64	100%	41	100%	105	100%

Nie było jednak możliwe wykazanie zależności między odpowiedziami badanych, a okresem czasu, w jakim wystąpił u nich udar niedokrwienny mózgu. Zadowolenie z tego powodu posiada 51% pacjentów, u których udar niedokrwienny mózgu wystąpił niedawno oraz 55,6% badanych, u których udar wystąpił od roku do 10 lat temu. W Tabeli 71 przedstawiono szczegółowe odpowiedzi ankietowanych w tym zakresie.

**Tabela 71.** Poziom zadowolenia pacjentów z własnych warunków mieszkaniowych w zależności od okresu czasu, w jakim wystąpił udar niedokrwienny mózgu

Poziom zadowolenia z warunków mieszkaniowych	mniej niż 1 rok		od roku do 10 lat		Razem	
	N	%	N	%	N	%
bardzo niezadowolony	6	11,8%	6	11,1%	12	11,4%
niezadowolony	7	13,7%	7	13%	14	13,3%
ani zadowolony, ani niezadowolony	12	23,5%	11	20,4%	23	21,9%
zadowolony	26	51%	30	55,6%	56	53,3%
bardzo zadowolony	0	0%	0	0%	0	0%
Ogółem:	51	100%	54	100%	105	100%

Grupę pacjentów zapytano także o to, czy są zadowoleni z placówek służby zdrowia. Opinia respondentów w tym przypadku była podzielona, ponieważ prawie połowa pacjentów wskazywała, że jest ani zadowolona, ani niezadowolona z placówek służby zdrowia (n=50; 47,6%) – była to odpowiedź 46,1% respondentek oraz 49% pacjentów płci męskiej - zaś inni ankietowani przyznawali, że nie są zadowoleni z placówek służby zdrowia (n=36; 34,3%), przy czym zarówno kobiety (40,4%) jak i mężczyźni (28,3%) byli tego zdania. Pozostali pacjenci albo deklarowali bardzo duże niezadowolenie z placówek służby zdrowia (n=12; 11,4%) bądź wskazywali zadowolenie w tym zakresie (n=7; 6,7%). W Tabeli 72 przedstawiono te dane.

**Tabela 72.** Poziom zadowolenia pacjentów z placówek służby zdrowia w zależności od ich płci

Poziom zadowolenia z placówek służby zdrowia	kobiety		mężczyźni		Razem	
	N	%	N	%	N	%
bardzo niezadowolony	4	7,7%	8	15,1%	12	11,4%
niezadowolony	21	40,4%	15	28,3%	36	34,3%
ani zadowolony, ani niezadowolony	24	46,1%	26	49%	50	47,6%
zadowolony	3	5,8%	4	7,5%	7	6,7%
bardzo zadowolony	0	0%	0	0%	0	0%
Ogółem:	52	100%	53	100%	105	100%

Jak wynika z Tabeli 73 większość pacjentów, u których występują choroby współistniejące jest ani zadowolona, ani niezadowolona z placówek służby zdrowia (54,7%), przy czym co trzeci respondent odpowiadał, że nie czuje zadowolenia z placówek służby zdrowia (34,4%). Ankietowani, u których nie występują choroby współistniejące odpowiedzieli różnie, ponieważ 34,1% pacjentów nie odczuwa zadowolenia z placówek służby zdrowia, zaś 36,6% respondentów nie potrafiło wskazać, czy odczuwa zadowolenie w tym zakresie. W Tabeli 73 zestawiono odpowiedzi ankietowanych.



**Tabela 73.** Poziom zadowolenia pacjentów z placówek służby zdrowia w zależności od występowania chorób współistniejących

Poziom zadowolenia z placówek służby zdrowia	tak		nie		Razem	
	N	%	N	%	N	%
bardzo niezadowolony	5	7,8%	7	17,1%	12	11,4%
niezadowolony	22	34,4%	14	34,1%	36	34,3%
ani zadowolony, ani niezadowolony	35	54,7%	15	36,6%	50	47,6%
zadowolony	2	3,1%	7	17,1%	7	6,7%
bardzo zadowolony	0	0%	0	0%	0	0%
Ogółem:	64	100%	41	100%	105	100%

W przypadku ankietowanych, u których udar niedokrwienny wystąpił niedawno część z nich wskazywała, że odczuwa niezadowolenie z placówek służby zdrowia (35,3%), zaś inni nie mogli wskazać, czy odczuwają, czy też nie zadowolenie w tym przypadku (49%). Podobnie przedstawiały się odpowiedzi badanych, u których udar wystąpił od roku do 10 lat temu, ponieważ 46,3% pacjentów nie mogło dokonać jednoznacznej odpowiedzi, zaś 33,3% respondentów odpowiedziało, że nie odczuwa zadowolenia z placówek służby zdrowia (Tabela 74).

**Tabela 74.** Poziom zadowolenia pacjentów z placówek służby zdrowia w zależności od okresu czasu, w jakim wystąpił udar niedokrwienny mózgu

Poziom zadowolenia z placówek służby zdrowia	mniej niż 1 rok		od roku do 10 lat		Razem	
	N	%	N	%	N	%
bardzo niezadowolony	6	11,8%	6	11,1%	12	11,4%
niezadowolony	18	35,3%	18	33,3%	36	34,3%
ani zadowolony, ani niezadowolony	25	49%	25	46,3%	50	47,6%
zadowolony	2	3,9%	5	9,2%	7	6,7%
bardzo zadowolony	0	0%	0	0%	0	0%
Ogółem:	51	100%	54	100%	105	100%

Ostatnim pytaniem dotyczącym poziomu zadowolenia pacjentów w określonych sytuacjach było to dotyczące komunikacji (transportu). Jak wynika z danych przedstawionych w Tabeli 75, pacjenci przeważnie nie potrafili wskazać, czy są zadowoleni, czy też nie z transportu (n=52; 49,5%). Była to odpowiedź sporej liczby pacjentek (40,4%) oraz pacjentów płci męskiej (58,5%). Co trzeci badany wskazywał, że jest niezadowolony z komunikacji (transportu) (n=23; 21,9%) i zdecydowanie częściej takiej odpowiedzi udzielały kobiety (30,8%). Pozostali respondenci przyznawali, że są bardzo niezadowoleni z transportu (n=15; 14,3%) m.in. 11,5% kobiet oraz 17% mężczyzn, bądź są zadowoleni z komunikacji transportowej (n=15; 14,3%) i tak odpowiadało 17,3% kobiet oraz 11,3% mężczyzn. W Tabeli 75 przedstawiono odpowiedzi pacjentów.

**Tabela 75.** Poziom zadowolenia pacjentów z komunikacji (transportu) w zależności od ich płci

Poziom zadowolenia z komunikacji (transportu)	kobiety		mężczyźni		Razem	
	N	%	N	%	N	%
bardzo niezadowolony	6	11,5%	9	17%	15	14,3%
niezadowolony	16	30,8%	7	13,2%	23	21,9%
ani zadowolony, ani niezadowolony	21	40,4%	31	58,5%	52	49,5%
zadowolony	9	17,3%	6	11,3%	15	14,3%
bardzo zadowolony	0	0%	0	0%	0	0%
Ogółem:	52	100%	53	100%	105	100%

Z danych przedstawionych w Tabeli 76 wynika, że 54,7% badanych, u których występują choroby współistniejące oraz 41,5% pacjentów, u których nie występują choroby współistniejące, nie potrafiło wskazać, czy są zadowoleni, czy też nie z komunikacji transportowej. Nie było możliwe zatem wykazanie względnych zależności w tym zakresie.

**Tabela 76.** Poziom zadowolenia pacjentów z komunikacji (transportu) w zależności od występowania chorób współistniejących

Poziom zadowolenia z komunikacji (transportu)	tak		nie		Razem	
	N	%	N	%	N	%
bardzo niezadowolony	10	15,6%	5	12,2%	15	14,3%
niezadowolony	12	18,7%	11	26,8%	23	21,9%
ani zadowolony, ani niezadowolony	35	54,7%	17	41,5%	52	49,5%
zadowolony	7	10,9%	8	19,5%	15	14,3%
bardzo zadowolony	0	0%	0	0%	0	0%
Ogółem:	64	100%	41	100%	105	100%

Pacjenci, u których udar niedokrwienny mózgu wystąpił mniej niż 1 rok temu (41,2%) oraz pacjenci, u których udar wystąpił dawniej (57,4%) najczęściej wskazywali, że są ani zadowoleni, ani niezadowoleni z komunikacji (transportu). Tym samym nie było również możliwe wykazanie zależności między odpowiedziami badanych, a okresem czasu, w jakim wystąpił u nich udar (Tabela 77).

**Tabela 77.** Poziom zadowolenia pacjentów z komunikacji (transportu) w zależności od okresu czasu, w jakim wystąpił udar niedokrwienny mózgu

Poziom zadowolenia z komunikacji (transportu)	mniej niż 1 rok		od roku do 10 lat		Razem	
	N	%	N	%	N	%
bardzo niezadowolony	7	13,7%	8	14,8%	15	14,3%
niezadowolony	14	27,4%	9	16,7%	23	21,9%
ani zadowolony, ani niezadowolony	21	41,2%	31	57,4%	52	49,5%
zadowolony	9	17,6%	6	11,1%	15	14,3%
bardzo zadowolony	0	0%	0	0%	0	0%
Ogółem:	51	100%	54	100%	105	100%

### Negatywne uczucia odczuwane przez pacjentów w ostatnim czasie

Ostatnie pytanie z Kwestionariusza Jakości Życia WHOQOL-BREF dotyczyło częstotliwości doznań, jakich doświadczali badani w ostatnim czasie tj. w okresie 4 tygodni. Tego rodzaju doznaniem były uczucia negatywne tj. przygnębienie, rozpacz, lęk, depresja. Jak wynika z danych przedstawionych w Tabeli 78, pacjenci często doświadczali takich negatywnych uczuć (n=52; 49,5%). Takiej odpowiedzi udzieliło 44,2% kobiet oraz 54,7% mężczyzn. Niektórzy respondenci wskazywali, że rzadko doświadczają tego rodzaju negatywnych uczuć (n=25; 23,8%) i takiej odpowiedzi udzieliło 23,1% kobiet oraz 24,5% mężczyzn. Bardzo często doświadczają negatywnych uczuć 9,5% badanych (n=10) – przeważnie kobiet (17,3%). Nigdy w ostatnich 4 tygodniach negatywnych uczuć nie doświadczają 11,4% pacjentów (n=12) – głównie mężczyzn (15,1%), zaś zawsze zmagają się z negatywnymi uczuciami 5,7% badanych (n=6) w tym 7,7% pacjentek oraz 3,8% pacjentów płci męskiej.

**Tabela 78.** Częstotliwość doświadczania przez pacjentów negatywnych uczuć w zależności od ich płci

Częstotliwość doświadczania	kobiety		mężczyźni		Razem	
	N	%	N	%	N	%
nigdy	4	7,7%	8	15,1%	12	11,4%
rzadko	12	23,1%	13	24,5%	25	23,8%
często	23	44,2%	29	54,7%	52	49,5%
bardzo często	9	17,3%	1	1,9%	10	9,5%
zawsze	4	7,7%	2	3,8%	6	5,7%
Ogółem:	52	100%	53	100%	105	100%

Często negatywnych uczuć w ostatnim czasie doświadczają 60,9% pacjentów, u których występują choroby współistniejące. W przypadku badanych, którzy nie zmagają się z chorobami współistniejącymi, padały różne odpowiedzi, gdyż 31,7% ankietowanych często doświadczają takich uczuć, u 29,3% respondentów występowały one rzadko, zaś 29,3% pacjentów odpowiedziało, że nigdy nie doświadczają takich uczuć jak przygnębienie, rozpacz, lęk oraz depresja (Tabela 79).

**Tabela 79.** Częstość doświadczenia przez pacjentów negatywnych uczuć w zależności od występowania chorób współistniejących

Częstość doświadczenia	tak		nie		Razem	
	N	%	N	%	N	%
nigdy	0	0%	12	29,3%	12	11,4%
rzadko	13	20,3%	12	29,3%	25	23,8%
często	39	60,9%	13	31,7%	52	49,5%
bardzo często	8	12,5%	2	4,9%	10	9,5%
zawsze	4	6,2%	2	4,9%	6	5,7%
Ogółem:	64	100%	41	100%	105	100%

Ankietowani, u których udar wystąpił niedawno odpowiadali, że często w ostatnim czasie występowały u nich negatywne uczucia (35,3%), ale też niewielu mniej badanych odpowiadało, że występowały one rzadko (31,4%). Zdecydowana większość respondentów, u których udar wystąpił od roku do 10 lat temu było zdania, że często w ostatnich 4 tygodniach zmagali się z takimi uczuciami jak przygnębienie, rozpacz, lęk oraz depresja (63%). W Tabeli 80 przedstawiono szczegółowe odpowiedzi ankietowanych na to pytanie.

**Tabela 80.** Częstość doświadczenia przez pacjentów negatywnych uczuć w zależności od okresu czasu, w jakim wystąpił udar niedokrwienny mózgu

Częstość doświadczenia	mniej niż 1 rok		od roku do 10 lat		Razem	
	N	%	N	%	N	%
nigdy	4	7,8%	8	14,8%	12	11,4%
rzadko	16	31,4%	9	16,7%	25	23,8%
często	18	35,3%	34	63%	52	49,5%
bardzo często	7	13,7%	3	5,6%	10	9,5%
zawsze	6	11,8%	0	0%	6	5,7%
Ogółem:	51	100%	54	100%	105	100%

**Analiza punktowa kwestionariusza WHOQOL-BREF**

Minimalna ilość punktów możliwych do uzyskania w kategorii jakości życia wynosi 1, maksymalna 5. Ankietowani uzyskali średnio 2,1 pkt (Tabela 81).

**Tabela 81.** Jakość życia pacjentów w zależności od ich płci – wartości punktowe

Jakość życia	kobiety		mężczyźni		Razem	
	N	pkt	N	pkt	N	Pkt
bardzo zła – 1 pkt	9	9	15	15	24	24
zła – 2 pkt	20	40	36	72	56	112
ani dobra, ani zła – 3 pkt	18	54	2	6	20	60
dobra – 4 pkt	5	20	0	0	5	20
bardzo dobra – 5 pkt	0	0	0	0	0	0
Ogółem:	52	123	53	93	105	216
Średnia	2,4 pkt		1,7 pkt		2,1 pkt	

Minimalna ilość punktów możliwych do uzyskania w kategorii poziomu zadowolenia pacjentów ze stanu swego zdrowia w zależności od płci wynosi 1, a maksymalna 5. Ankietowani uzyskali średnio 1,9 pkt (Tabela 82).

**Tabela 82.** Zadowolenie pacjentów ze stanu swojego zdrowia w zależności od ich płci – wartości punktowe

Zadowolenie ze stanu zdrowia	kobiety		mężczyźni		Razem	
	N	pkt	N	pkt	N	pkt
bardzo niezadowolony – 1 pkt	18	18	18	18	36	36
niezadowolony – 2 pkt	32	64	15	30	47	94
ani zadowolony, ani niezadowolony – 3 pkt	2	6	19	57	21	63
zadowolony – 4 pkt	0	0	1	4	1	4
bardzo zadowolony – 5 pkt	0	0	0	0	0	0
Ogółem:	52	88	53	109	105	197
Średnia	1,7 pkt		2,1 pkt		1,9 pkt	

Minimalna ilość punktów możliwych do uzyskania w dziedzinie fizycznej wynosi 7, maksymalna 35. Badani uzyskali w tej kategorii 16,2 punktów (Tabela 83).

**Tabela 83.** Jakość życia badanych w dziedzinie fizycznej – wartości punktowe

Dziedzina		1pkt		2pkt		3pkt		4pkt		5pkt	Razem	Średnia
Fizyczna	N		N		N		N		N		pkt	pkt
P3*	10	50	12	48	27	81	50	100	6	6	285	2,7
P4*	3	15	14	56	18	54	54	108	16	16	249	2,4
P10	15	15	14	28	67	201	9	36	0	0	280	2,7
P15	22	22	63	126	18	54	2	8	0	0	210	2,0
P16	5	5	13	26	65	195	22	88	0	0	314	3,0
P17	45	45	52	104	8	24	0	0	0	0	173	1,6
P18	36	36	56	112	10	30	3	12	0	0	190	1,8
Punkty	16,2 pkt											

\*skala punktacji odwrócona

Minimalna ilość punktów możliwych do uzyskania w dziedzinie psychologicznej wynosi 6, maksymalna 30. Ankietowani pacjenci w tej dziedzinie uzyskali łącznie 17,5 punktów (Tabela 84).

**Tabela 84.** Jakość życia badanych w dziedzinie psychologicznej – wartości punktowe

Dziedzina		1pkt		2pkt		3pkt		4pkt		5pkt	Razem	Średnia
Psychologiczna	N		N		N		N		N		pkt	pkt
P5	8	18	14	28	63	189	10	40	0	0	275	2,6
P6	6	6	10	20	14	42	58	232	17	85	385	3,7
P7	0	20	36	72	41	123	8	32	0	0	247	2,4
P11	3	3	18	36	59	177	20	80	5	25	321	3,1
P19	2	12	32	64	52	156	9	36	0	0	268	2,6
P26*	2	60	25	100	52	156	10	20	6	6	342	3,3
Punkty	17,5 pkt											

\*skala punktacji odwrócona

Minimalna ilość punktów możliwych do uzyskania w dziedzinie relacji społecznych wynosi 3, maksymalna 15. Badani w tej dziedzinie uzyskali 9,5 punktów (Tabela 85).

Tabela 85. Jakość życia badanych w dziedzinie relacji społecznych – wartości punktowe

Dziedzina Relacji społecznych	N	1pkt	N	2pkt	N	3pkt	N	4pkt	N	5pkt	Razem pkt	Średnia pkt
P20	3	3	14	28	2	6	74	296	12	60	393	3,7
P21	12	12	63	126	21	63	9	36	0	0	237	2,3
P22	3	3	14	28	23	69	60	240	5	25	365	3,5
Punkty	9,5 pkt											

Minimalna ilość punktów możliwych do uzyskania w dziedzinie środowiskowej wynosi 87, maksymalna 40. Pacjenci po przebytych udarach niedokrwiennym mózgu biorąc udział w badaniu uzyskali w tej kategorii 21,7 punktów (Tabela 86).

Tabela 86. Jakość życia badanych w dziedzinie środowiskowej – wartości punktowe

Dziedzina Środowiskowa	N	1pkt	N	2pkt	N	3pkt	N	4pkt	N	5pkt	Razem pkt	Średnia pkt
P8	14	14	22	44	39	117	15	60	15	75	310	3,0
P9	26	26	21	42	55	165	3	12	0	0	245	2,3
P12	26	26	69	138	10	30	0	0	0	0	194	1,8
P13	3	3	6	12	19	57	67	268	10	50	390	3,7
P14	12	12	18	36	56	168	10	4	9	45	265	2,5
P23	12	12	14	28	23	69	56	224	0	0	333	3,2
P24	12	12	36	72	50	150	7	28	0	0	262	2,5
P25	15	15	23	46	52	156	15	60	0	0	277	2,6
Punkty	21,7 pkt											



## DYSKUSJA

Udar mózgu jest stanem zagrażającym życiu, w którym dochodzi do obumarcia części mózgu w wyniku zatrzymania krwi do jego tkanek. Symptomy udaru mózgu najczęściej występują nagle, w momencie, gdy pacjent wcale się nie spodziewa pogorszenia zdrowia. Jednym z rodzajów udaru mózgu jest udar niedokrwienny, który stanowi 4/5 wszystkich przypadków. Przyczyną udaru mózgu niedokrwiennego jest najczęściej miażdżyca, w której dochodzi do tworzenia się w tętnicach blaszek miażdżycowych powodujących stopniowe narastanie i zarazem zwężenie światła tętnicy. Całkowite zablokowanie tętnicy prowadzi do ustania przepływu krwi i udaru mózgu. Inną ważną przyczyną udaru niedokrwiennego mózgu jest zator tj. skrzeplina tworząca się w sercu bądź w żyłach kończyn, powodująca zablokowanie tętnicy i doprowadzająca do niedokrwiennego udaru mózgu.

W badaniu przeprowadzonym w Oddziale Neurologii z Pododdziałem Udarowym SPZOZ Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku wzięło udział 105 pacjentów po przebytych udarach niedokrwiennym mózgu. U niektórych nie był to już pierwszy przebyty udar.

Kustra i wsp. poruszając tematykę jakości życia oraz stanu zdrowia pacjentów po udarze mózgu wskazali, że takie osoby na ogół charakteryzują się obniżoną jakością życia oraz niezadowoleniem z własnego stanu zdrowia [29]. Jak wskazał Nowacki wielu pacjentów zmaga się nadal z wieloma deficytami poudarowymi co wiąże się właśnie z obniżoną jakością życia i poczuciem niewielkiej satysfakcji z życia. Wiele osób wówczas zaczyna zdawać sobie sprawę z powagi choroby [12].

W toku przeprowadzonych badań wśród pacjentów po przebytych udarach niedokrwiennym mózgu większość badanych odpowiedziała, że ich jakość życia jest zła (53,3%), przy czym takiego zdania było 38,5% kobiet oraz 67,9% mężczyzn, jak również 51,6% pacjentów, u których występują inne choroby przewlekłe oraz 56,1% badanych bez chorób współistniejących. Negatywnie swoją jakość życia oceniło także 58,8% pacjentów, u których udar wystąpił niedawno oraz 48,1% pacjentów, u których udar mózgu wystąpił dawniej – powyżej roku do 10 lat temu.

Spora liczba respondentów była również niezadowolona ze swego stanu zdrowia (44,8%), przy czym przeważnie były to kobiety (61,5%) oraz pacjenci, u których występują choroby współistniejące (62,5%). Bardzo duże niezadowolenie ze swego stanu zdrowia obecnie zgłosiło również 54,9% pacjentów, u których udar wystąpił mniej niż rok temu, zaś niezadowolonych ze swego stanu zdrowia jest 44,4% pacjentów, u których wystąpił dawniej.

Można zatem wskazać, że współistniejące choroby oraz przebycie niedawno udaru niedokrwiennego mózgu zdecydowanie wpływają na niższą jakość życia oraz niezadowolenie z własnego stanu zdrowia.

Jak zauważył Witkowski, deficyty poudarowe często wiążą się z dość silnym bólem fizycznym, a pacjenci wymagają rehabilitacji, ciągłej opieki medycznej [23]. Biorąc pod uwagę jakość życia, należy zatem wskazać, że wszelkie niedogodności fizyczne i psychiczne pacjenta oraz jego ciągła potrzeba opieki i wsparcia medycznego zdecydowanie wpływa na ocenę jakości i satysfakcji z życia [34, 41].

Pokrywa się to z niniejszymi badaniami, ponieważ w większości pacjenci uskarżali się, że w dużym stopniu ból fizyczny przeszkadza im w robieniu tego co powinni (47,6%) i także w dużym stopniu potrzebują oni leczenia medycznego do codziennego funkcjonowania (51,4%). W tym wypadku nie było możliwe wykazanie żadnych zależności, gdyż bez względu na płeć, obecność chorób współistniejących oraz okres czasu, w jakim wystąpił udar niedokrwienny, badani byli tego samego zdania.

Raciborski i wsp. zwrócili uwagę, że chorzy po przebytych udarach mogą zmagać się z wieloma problemami emocjonalnymi – przeważnie dotyczącymi satysfakcji z życia oraz oceny, czy rzeczywiście życie ma sens. Wszakże należy przyznać, że udar powoduje wiele niedogodności fizycznych, które zdecydowanie mają wpływ na psychikę chorego [30]. Z kolei Jodzio zwrócił uwagę, że chorym po udarze najbardziej może doskwierać brak poczucia samodzielności, konieczności uzależnienia się od bliskich osób, a to niekiedy powoduje zanik radości z życia oraz poczucia, że życie nie ma sensu. Ważne jest zatem wspieranie psychiczne pacjentów po przebytych udarach mózgu [26].

Przeprowadzone badanie pozwoliło wykazać, że w większości pacjenci posiadają średnią radość życia (60%), przy czym tego zdania byli pacjenci bez względu na płeć, obecność chorób współistniejących oraz czas, w jakim wystąpił udar niedokrwienny mózgu. Wynik badania wykazał, że pacjenci jednak w dużym stopniu zaopiniowali, że ich życie ma sens (55,2%), przy czym badani bez chorób współistniejących wskazywali dość często, że jednak są zdania, iż ich życie w stopniu średnim ma jedynie sens (31,7%). Opierając się jednak na pozostałych zmiennych, zarówno kobiety jak i mężczyźni oraz pacjenci, którzy przebyli udar niedawno bądź dawniej, byli zdania że ich życie ma sens w dużym stopniu.

Jednym z rodzajów deficytu poudarowego jest niemożność skoncentrowania na dłużej uwagi. Wielu pacjentów zmaga się z problemami z poruszaniem się, zawrotami głowy, zaburzeniami mowy. Niekiedy jednak dochodzi do niemożności skupienia uwagi na czymś na

dłużej, co także wpływa na jakość życia pacjentów poudarowych [19]. Istotną kwestią jest również poczucie bezpieczeństwa wśród pacjentów poudarowych, którzy ze względu na ograniczoną samodzielność mogą mieć obawy związane z brakiem poczucia bezpieczeństwa. Należy zatem zapewniać chorym bezpieczeństwo np. zakładając dobre zamki w drzwiach, informując ich o próbach wszelkich oszustw itp. [10,42,43].

Jak wynika z przeprowadzonego badania własnego część pacjentów ma możliwość w niewielkim stopniu w sposób odpowiedni skoncentrować swoją uwagę (34,3%). Inni badani odpowiedzieli, że w średnim stopniu potrafią koncentrować swoją uwagę (39%). Jak przyznawali dość często ankietowani, ich poczucie bezpieczeństwa w życiu codziennym jest raczej na poziomie średnim (37,1%), przy czym to głównie mężczyźni oraz badani bez chorób współistniejących częściej byli zdania, że mają w życiu codziennym dość dobre poczucie bezpieczeństwa. Średnie zaś poczucie bezpieczeństwa w życiu codziennym przedstawiały kobiety oraz osoby badane z chorobami współistniejącymi. W średnim stopniu w opinii pacjentów ich otoczenie sprzyja zdrowiu (52,4%), co ma pewnego rodzaju związek z jednocześnie średnim poziomem poczucia bezpieczeństwa w życiu codziennym.

Zdaniem Ryglewicz osoby, które przeżyły udar mają bardzo mało energii, a przez deficyty poudarowe często nie są w stanie zaakceptować swego wyglądu [44,45,46,47]. Wielu pacjentów zmaga się z problemami finansowymi (leczenie i rehabilitacja są często kosztowne), nie jest w stanie pozyskać najważniejszych informacji odnośnie swego stanu zdrowia oraz realizować własnych zainteresowań. Poza tym pacjentom po udarze w wielu sytuacjach jest ciężko odnaleźć się w nowej rzeczywistości [48,49,50].

Jak przyznała większość pacjentów po przebytych udarze niedokrwiennym mózgu, w stopniu umiarkowanym przeważnie posiadają oni energię w codziennym życiu (63,8%) oraz są w stanie zaakceptować swój wygląd (56,2%). Badani jednak wskazywali, że posiadają niewiele pieniędzy na swoje własne potrzeby (65,7%), ale przeważnie mają dostęp do informacji, których potrzebują w codziennym życiu (63,8%). Pacjenci odpowiadali, że jednak w stopniu umiarkowanym są w stanie realizować swoje zainteresowania (53,3%) i najczęściej źle się odnajdują w obecnej sytuacji (60%). Bez względu na płeć, występowanie chorób współistniejących bądź okres czasu, w jakim wystąpił udar, pacjenci byli tego samego zdania. Należy jednak lekko doprecyzować, że to kobiety bardziej przejmują się własnym wyglądem zewnętrznym oraz pacjenci, u których udar wystąpił mniej niż rok temu. W tych wypadkach niewielu mniej badanych wskazywało, że w małym stopniu są oni zadowoleni z własnego wyglądu zewnętrznego.

## Dyskusja

Analizując wyniki badań własnych w oparciu o poczucie zadowolenia pacjentów w różnych sytuacjach należy wskazać, że badani są średnio zadowoleni: z jakości swego snu (61,9%); z samych siebie (49,5%); z placówek służby zdrowia (47,6%) oraz z komunikacji transportowej (49,5%). Niezadowolenie badanych pacjentów wynika przeważnie: z własnej wydolności w życiu codziennym (49,5%); z własnej zdolności do pracy (53,3%) oraz z życia intymnego (60%). Respondenci w większości są jednak zadowoleni: z osobistych relacji z innymi ludźmi (70,5%); z oparcia/wsparcia jakie otrzymują od swoich przyjaciół (57,1%) oraz z własnych warunków mieszkaniowych (53,3%). Jak wskazywali pacjenci dość często doświadczają oni negatywnych uczuć tj. przygnębienie, rozpacz, lęk oraz depresja (49,5%).

Należy wskazać, że pacjenci po przebytych udarach niedokrwiennym mózgu odczuwają zadowolenie z życia w pewnych sytuacjach, ale ich jakość życia jest na niskim poziomie. Świadczy o tym przede wszystkim występujący ból fizyczny u pacjentów oraz konieczność ciągłego leczenia medycznego, a także występujące deficyty poudarowe m.in. niemożność skoncentrowania dłużej na czymś uwagi. Ponadto otoczenie pacjentów w średnim stopniu sprzyja ich zdrowiu, a to może powodować średnie poczucie bezpieczeństwa. Należy również dodać, że w średnim stopniu badani odczuwają radość życia, ale w dużym stopniu oceniają, że ich życie ma sens.

## WNIOSKI

Opierając się na przeprowadzonych badaniach sformułowano następujące wnioski:

1. Badania potwierdziły, że jakość życia pacjentów po przebytych udarach niedokrwiennym mózgu jest na niskim poziomie.
2. U pacjentów w ostatnim czasie pojawiały się pewne stany odpowiadające za ich zaniżoną jakość życia m.in. uporczywy ból fizyczny, obecność deficytów poudarowych, ciągła potrzeba leczenia medycznego, otoczenie słabo sprzyjające zdrowiu, zaniżone poczucie bezpieczeństwa.
3. Badania potwierdziły niezadowolenie pacjentów z własnego stanu zdrowia, przy czym bardzo duże niezadowolenie z własnego stanu zdrowia deklarowali pacjenci z chorobami współistniejącymi oraz chorzy, u których udar niedokrwienny mózgu wystąpił mniej niż rok temu.
4. U ankietowanych bez względu na płeć, występowanie chorób współistniejących oraz okres czasu, w jakim wystąpił udar dominuje szczególnie średnie samopoczucie, ponieważ są oni zadowoleni z osobistych relacji z innymi, wsparcia od przyjaciół oraz warunków mieszkaniowych, ale przejawiają niezadowolenie z własnej wydolności organizmu, zdolności do pracy oraz życia intymnego.
5. Często u pacjentów w ostatnim czasie występowały negatywne uczucia tj. przygnębienie, rozpacz, lęk, depresja.
6. Pacjenci po przebytych udarach niedokrwiennym mózgu odczuwają zadowolenie z życia w pewnych sytuacjach, ale ich jakość życia jest na niskim poziomie. Świadczy o tym przede wszystkim występujący ból fizyczny oraz konieczność ciągłego leczenia medycznego, a także występujące deficyty poudarowe m.in. niemożność skoncentrowania dłużej na czymś uwagi.

## WYKAZ PIŚMIENICTWA

1. Abbott A.L., Silvestrini M., Topakian R. et al.: Optimizing the definitions of stroke, transient ischemic attack, and infarction for research and application in clinical practice. *Front Neurology* 2017, 8: 537-538.
2. Bath P.M., Appleton J.P., Krishnan K. et al.: Blood pressure in acute stroke: to treat or not to treat: that is still the question. *Stroke* 2018, 49: 1784–1790.
3. Boehme A.K., Esenwa C., Elkind M.S.: Stroke risk factors, genetics, and prevention. *Circulation Research* 2017, 120(03): 472-495.
4. Instytut Ochrony Zdrowia: Udary mózgu – rosnący problem w starzejącym się społeczeństwie Raport Instytutu Ochrony Zdrowia Instytut Ochrony Zdrowia, Warszawa 2016.
5. Błażejewska-Hyżorek B., Czernuszenko A., Członkowska A. i wsp.: Wytyczne postępowania w udarze mózgu. *Polski Przegląd Neurologiczny* 2019, 15: 1-156.
6. Kraft P. (red.): Udarmózgu. Wydawnictwo Edra Urban & Partner, Wrocław 2020.
7. Ryglewicz D.: Udar mózgu – definicja i epidemiologia. [w:] Udar mózgu. Kompendium dla praktyka. Sienkiewicz-Jarosz H. (red.) Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2020: 1-7.
8. Konturek S. J.: Fizjologia Człowieka – podręcznik dla studentów medycyny. Wydawnictwo Edra Urban & Partner, Wrocław 2013.
9. Członkowska A.: Nowa definicja udaru. *Neurologia* 2013, 5: 36-40.
10. Henry G. L., Little N., Jagoda A. i wsp.: Stany nagłe w neurologii. Od objawu do rozpoznania. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2019: 182-185.
11. Michajlik A., Ramotowski W.: Anatomia i fizjologia człowieka. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2021.
12. Nowacki P. Choroby naczyniowe mózgu i rdzenia kręgowego [w:] Kompendium neurologii. Podemski R., Bilińska M., Budrewicz S. i wsp. (red.). Wydawnictwo Via Medica, Gdańsk 2014: 231-283.
13. Prusiński A.: Neurologia praktyczna. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015.
14. Priyanka J., Suemoto C., Rexrode K. et al.: Hypothetical Lifestyle Strategies in Middle-Aged Women and the Long-Term Risk of Stroke. *Stroke* 2020, 51(5): 1381-1387.
15. Litwin A., Członkowska A.: Niedokrwienny udar mózgu. Jak zapobiegać i leczyć. *Czynniki Ryzyka* 2013, 2: 19-32.

16. NFZ o zdrowiu. Udar niedokrwienny. Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia. Departament Analiz i Strategii. Warszawa 2019.
17. Sandset C., Craig S. Anderson C.S. i wsp.: Wytyczne *European Stroke Organisation* dotyczące opanowania ciśnienia tętniczego u pacjentów ze świeżym udarem niedokrwiennym lub krwotokiem śródmózgowym. *European Stroke Journal* 2021, 6(2): 45-99.
18. Kozubski W.: *Neurologia kompendium*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2017.
19. Czaja E.: Udar mózgu. [w:] *Pielęgniarstwo ratunkowe*, Kózka M., Rumian B., Maślanka M. i wsp. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2013: 157-163.
20. Członkowska A., Członkowski A.: *Leczenie w neurologii. Kompendium*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2022.
21. Fischer U., Cooney M.T., Bull L.M. et al.: Acute post stroke blood pressure relative to premorbid levels in intracerebral haemorrhage versus major ischaemic stroke: a population based study. *Lancet Neurology*. 2014, 13: 374-384.
22. Górski J.: *Fizjologia Człowieka*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2018.
23. Witkowski G.: Objawy kliniczne i neuroanatomia udaru mózgu. [w:] *Udar mózgu. Kompendium dla praktyka*. Sienkiewicz-Jarosz H. (red.) Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2020: 25-63.
24. Luchowski P., Rejda K.: Metody leczenia udaru mózgu. *Lekarz POZ* 2020, 3: 199-205.
25. Stępień A.: *Neurologia*. Wydawnictwo Medical Tribune Polska, Warszawa 2014.
26. Jodzio K.: Dysfunkcje wykonawcze w praktyce neurologicznej. *Polski Przegląd Neurologiczny* 2012, 8(2): 57-65.
27. Laidler P.: *Rehabilitacja po udarze mózgu*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2014.
28. Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia Departament Analiz i Strategii: *NFZ o zdrowiu – Warszawa 2019*.
29. Kustra J., Kalisz M.Z., Szepańska-Szerej AM.: Palenie tytoniu jako czynnik ryzyka udaru mózgu. *Medycyna Ogólna Nauk o Zdrowiu* 2014, 20(1): 17–20.
30. Raciborski F., Gawińska E., Kłak A. i wsp.: *Udary mózgu – rosnący problem w starzejącym się społeczeństwie*. Wydawnictwo Instytut Ochrony Zdrowia, Warszawa 2016.

31. Sobolewski P., Kozera G.: Profilaktyka wtórna udaru mózgu. [w:] Udar mózgu. Kompendium dla praktyka. Sienkiewicz-Jarosz H. (red.) Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2020: 141-169.
32. Kaczmarek T.: Udar mózgu i afazja. Wydawnictwo Difin, Warszawa 2022.
33. Miguła B.: Afazja jako zaburzenie mowy po udarze mózgu. Studium przypadku. Logopedia Silesiana 2015, 4: 395-405.
34. Moskal W.: Wsparcie w wydatkach i wsparcie opiekuńcze - udar, krwawienie podpajęczynówkowe, tętniak mózgu. [w:] Poradnik dla pacjentów i bliskich. Staszak K. (red.). Wydawnictwo Agora. Warszawa 2016: 323-325.
35. Walecki J.: Tomografia komputerowa Zastosowanie kliniczne. Wydawnictwo Edra Urban & Partner, Wrocław 2017.
36. Czarnik K., Zyss T.: Badanie wybranych nerwów czaszkowych. Neurolingwistyka Praktyczna 2016, 2: 40-51.
37. Domżał T. M.: Pamięć w neurologii: zaburzenia, diagnostyka i leczenie. Forum Medycyny Rodzinnej 2013, 7(4): 155-164.
38. Anteck J., Brelak E., Sobolewski P. i wsp.: Profilaktyka pierwotna i wtórna udaru niedokrwienego mózgu w świetle obecnych zaleceń i rekomendacji. Forum Medycyny Rodzinnej 2018, 12(3): 89-98.
39. Strożyńska E., Ryglewicz D.: Czynniki udaru mózgu u kobiet. Polski Przegląd Neurologiczny 2013, 9(4): 135-139.
40. Berge E., Whiteley W., Audebert H. et al.: Wytyczne *European Stroke Organisation* dotyczące stosowania trombolizy dożylniej w leczeniu świeżego udaru niedokrwienego. *EuropeanStrokeJournal* 2021, 6(1): 89-96.
41. Wnuk M., Zielonka D., Purandare B. i wsp.: Przegląd koncepcji jakości życia w naukach społecznych. *Hygeia Public Health* 2013, 48(1): 10-16.
42. Ryglewicz D.: Udar mózgu – definicja i epidemiologia. [w:] Udar mózgu. Kompendium dla praktyka. Sienkiewicz-Jarosz H. (red.) Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2020: 1-7.
43. Wolicki M., Setkowicz M.: Jakość życia w wymiarze psychologicznym, zdrowotnym i społecznym. Wydawnictwo PWSTE, Jarosław 2015.
44. Kozera G., Sobolewski P.: Profilaktyka pierwotna – co robić, żeby nie zachorować, i czy to wystarczy? [w:] Udar mózgu. Kompendium dla praktyka. Sienkiewicz-Jarosz H. (red.) Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2020: 7-25.



#### Wykaz piśmiennictwa

45. Gonet B.: Obrazowanie magnetyczno-rezonansowe. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015.
46. Budzyński J., Wiśniewska B.: Statyny w pierwotnej i wtórnej prewencji udaru niedokrwienego mózgu. Forum Medycyny Rodzinnej 2014, 8(1): 1-8.
47. Bujak M., Mazur K.: Postępy w diagnostyce obrazowej tętnic dogłowych. Polski Przegląd Neurologiczny 2013, 6(1): 17-21.
48. Szczuchniak W., Sobolewski P., Kozera G.: Opóźnienia przed i wewnątrzszpitalne w udarze mózgu: przyczyny, skutki, zapobieganie, Forum Medycyny Rodzinnej 2016;10(3):119-128.
49. Bańka A.: Psychologia jakości życia. Stowarzyszenie Psychologia i Architektura, Warszawa 2015.
50. Sobkowicz B.: Sercowo-naczyniowe czynniki ryzyka udaru mózgu. Kardiologia po Dyplomie 2012, 11(5): 41-52.





**ISBN**  
978-83-67454-83-4