JAKOŚĆ ŻYCIA PACJENTÓW PO PRZEBYTYM UDARZE MÓZGU W ASPEKCIE KOMUNIKACJI

Dr n. med. Katarzyna Krystyna Snarska

Mgr Magdalena Zysik

Dr n. med. Dorota Halicka

Dr hab. n. med. Monika Chorąży

Białystok, 2024

UNIWERSYTET MEDYCZNY W BIAŁYMSTOKU

JAKOŚĆ ŻYCIA PACJENTÓW PO PRZEBYTYM UDARZE MÓZGU W ASPEKCIE KOMUNIKACJI

Dr n. med. Katarzyna Krystyna Snarska

Mgr Magdalena Zysik

Dr n. med. Dorota Halicka

Dr hab. n. med. Monika Chorąży

Białystok, 2024

Recenzenci monografii

Dr n. med. Anna Ślifirczyk
Uniwersytet Przyrodniczo Humanistyczny w Siedlcach
Wydział Nauk Medycznych i Nauk i Zdrowiu Instytut Nauk o Zdrowiu

Dr n. o zdr. Mariola Pietrzak

Warszawski Uniwersytet Medyczny, Wydział Nauk o Zdrowiu
Zakład Rozwoju Pielęgniarstwa, Nauk Społecznych i Medycznych

ISBN - 978-83-68268-08-9
Wydanie I
Białystok 2024

Opracowanie graficzne: wykorzystane w pracy ryciny/fotografie pochodzą z darmowej bazy Pixabay

Monografia powstała na bazie wyników pracy magisterskiej mgr Magdaleny Zysik
Zawarte w niej materiały mogą być wykorzystywane tylko na użytek własny, do celów naukowych, dydaktycznych lub edukacyjnych.
Zabroniona i niezgodna z prawem autorskim jest reprodukcja, redystrybucja lub odsprzedaż.

Druk: RobotA Piotr Duchnowski, Zaścianki 6, 15-521 Zaścianki

WYKAZ AUTORÓW

Mgr Magdalena Zysik
Absolwentka Logopedii z Fanaudiologią, Wydział Nauk o Zdrowiu,
Uniwersytet Medyczny w Białystoku

Dr n. med. Dorota Halicka
Klinika Neurologii
Wydział Lekarski z Oddziałem Stomatologii i Oddziałem Nauczania w Języku Angielskim
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Dr n. med. Katarzyna Krystyna Snarska
Zakład Medycyny Klinicznej
Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Dr hab. n. med. Monika Chorąży
Klinika Neurologii
Wydział Lekarski z Oddziałem Stomatologii i Oddziałem Nauczania w Języku Angielskim
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

SPIS TREŚCI

1. WSTĘP 5
1.1. Udar mózgu 5
1.1.1. Udar mózgu - definicja 5
1.1.2. Udar mózgu – symptomy 6
1.1.3. Udar mózgu - czynniki ryzyka 7
1.1.4. Udar mózgu – epidemiologia 8
1.1.5. Udar mózgu - klasyfikacja udarów mózgu 10
1.1.6. Udar mózgu - następstwa udarów mózgu 11
1.2. Zaburzenia komunikacyjne występujące u pacjentów, po przebytym udarze mózgu 12
1.2.1. Afazja - definicja, klasyfikacja afazji 12
1.2.2. Apraksja - definicja, klasyfikacja apraksji mowy 14
1.2.3. Dyzartria - definicja, klasyfikacja dyzartrii 15
1.3. Jakość życia 17
1.3.1. Jakość życia – definicja 17
1.3.2. Jakość życia - czynniki wpływające na jakość życia 18
1.3.3. Jakość życia - obniżenie jakości życia po przebytym udarze mózgu 19
1.3.4. Jakość życia - skale oceny jakości życia po przebytym udarze mózgu 20
2. CEL PRACY 21
3. MATERIAŁY I METODYKA BADAŃ 22
3.1. Materiały 22
3.2. Metodyka badań 25
4. WYNIKI 26
5. DYSKUSJA 40
6. WNIOSKI 44
7. WYKAZ PIŚMIENNICTWA 49
8. WYKAZ TABEL 54
9. WYKAZ RYCIN 55
10. ANEKS 55
10.1. Autorski kwestionariusz ankiety wykorzystany w badaniu. 56

1. WSTĘP

1.1. Udar mózgu

1.1.1. Udar mózgu – definicja

Udar mózgu definiowany jest przez ekspertów na wiele sposobów, w zależności od źródła i pochodzenia definicji, oraz samego autora. W następujących akapitach przedstawię te, które są kluczowe dla rozwoju medycyny i wywarły na nią znaczący wpływ.

Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia, czyli World Health Organization (WHO) udar mózgu definiowany jest jako: *„nagłe występowanie ogniskowych lub uogólnionych zaburzeń czynności mózgu, trwających dłużej niż 24 godziny (o ile wcześniej nie doprowadzą do zgonu) i spowodowanych wyłącznie przyczynami naczyniowymi, związanymi z mózgowym przepływem krwi*". [1]

Definicja ta została jednakże uwspółcześniona w 2013 roku przez badaczy z American Heart Association (AHA) – organizacji zajmującej się publikacją wytycznych dotyczących chorób sercowo-naczyniowych, jak również ich profilaktyką oraz American Stroke Association (ASA) – organizacji zajmującej się profilaktyką pierwotną udarów mózgu. Postęp nastał wraz z rozwojem medycyny w leczeniu udarów i badaniach neuroobrazowych, jak również nowymi technologiami następującymi wraz z XXI wiekiem. Deficyt neurologiczny powyżej 24 godzin był kluczowy, według definicji World Health Organization, natomiast nowa definicja umożliwia szybsze rozpoznanie udaru nawet gdy neurologiczne objawy ogniskowe trwają krócej. [2] Przykładem tego może być: „*pacjent, u którego deficyty ustąpiły pod wpływem leczenia trombolitycznego, lub w razie jednoznacznego potwierdzenia ogniska niedokrwiennego za pomocą badań neuroobrazowych*". [3]

Zgonie z najnowszą definicją z 2013 roku krwotok podpajęczynówkowy możemy zakwalifikować do udarów mózgu.

1.1.2. Udar mózgu – symptom

Objawy poprzedzające z reguły nie występują podczas udaru mózgu. Godziny wczesno poranne oraz nocne charakteryzują występowanie udarów niedokrwiennych mózgu, natomiast udary krwotoczne następują zwykle podczas wykonywania wysiłku fizycznego takiego jak realizowanie codziennych czynności lub intensywne wzburzenia emocjonalne. Już w początkowych fazach występowania stan chorego, który przechodzi udar krwotoczny jest wyjątkowo ciężki. Silny nietypowy ból głowy jak również gwałtowna utrata przytomności to cechy charakteryzujące krwotok podpajęczynówkowy, który zazwyczaj pojawia się nagle i niespodziewanie. [4]

Symptomy kliniczne towarzyszące udarom mózgu występujące najczęściej to: asymetria twarzy, osłabienie jak również drętwienie mięśni połowy twarzy, nieprawidłowa lub utrudniona artykulacja, trudność w rozumieniu usłyszanych wypowiedzi, zawroty głowy, bezsilność kończyn górnych i dolnych, a także zaburzenia równowagi. Objawami mogą być również zaburzenia widzenia takie jak: zaburzenia ostrości widzenia, podwójne widzenie i zaburzenia pola widzenia. Symptomy te mogą występować po jednej stronie, ale również ich występowanie może pojawić się obustronnie. [5] Ból głowy, utrata świadomości, nudności i wymioty niejednokrotnie potrafią towarzyszyć innym objawom.

1.1.3. Udar mózgu - czynniki ryzyka

Przyczyn występowania udarów mózgu jest wiele i są zależne od różnorodnych czynników. Czynniki ryzyka udaru mózgu możemy podzielić na dwie istotne grupy: czynniki niezależne od człowieka oraz czynniki zależne od człowieka, które możliwe są do wyeliminowania w życiu codziennym. Wśród czynników niezależnych od człowieka wyróżniamy: wiek, płeć - mężczyźni są w grupie większego ryzyka niż kobiety; rasa - podatni na zachorowanie są znacznie bardziej Latynosi i mieszkańcy Afryki, a także wielki wpływ na zachorowanie mają uwarunkowania genetyczne i rodzinne. [6] Natomiast przyczyn, które są zależne od człowieka jest zdecydowanie więcej i tu również możemy dokonać podziału na dwie podgrupy: przyczyny udarów modyfikowalne (nadciśnienie tętnicze, choroby wieńcowe, migotanie przedsionków, hipercholesterolemia, cukrzyca, zaburzenia krzepnięcia); oraz przyczyny udarów modyfikowalne samodzielnie przez człowieka (palenie tytoniu, nadmierne spożywanie alkoholu, dieta bogato tłuszczowa, otyłość oraz brak aktywności fizycznej).
Przyczyn modyfikowalnych jest oczywiście znacznie więcej, ponieważ one w dużej mierze uzależnione są od stylu życia człowieka, jego aktywności fizycznej, nałogów, diety jak również posiadanych chorób współistniejących. Niektórym z podanych wyżej czynników można zapobiegać lub nawet je wyeliminować, za pomocą różnorakich zabiegów chirurgicznych, działania farmakologiczne, a także część z nich jesteśmy w stanie wyeliminować samodzielnie w domu. [7]

Tabela 1. Przyczyny udarów. [8]

Przyczyny udarów		
Niemodyfikowalne	**Modyfikowalne**	**Modyfikowalne samodzielnie**
Wiek	nadciśnienie tętnicze	palenie tytoniu
Płeć	choroba wieńcowa	nadmierne spożywanie alkoholu
Rasa	migotanie przedsionków	dieta bogatotłuszczowa
Czynniki genetyczne	hipercholesterolemia	otyłość
	cukrzyca	brak aktywności fizycznej
	zaburzenia krzepnięcia	

1.1.4. Udar mózgu – epidemiologia

Udar mózgu jest silnie rozpowszechnioną chorobą na całym świecie, w związku z tym jest drugą najczęstszą przyczyną zgonów, tuż po chorobach niedokrwiennych serca, chorobie wieńcowej. Udar jest również na pierwszym miejscu wśród przyczyn trwałego kalectwa wśród społeczeństwa.

Eksperci WHO wykazali w swoich statystykach, iż w najbliższych latach wraz ze wzrostem starzenia się społeczeństwa ilość udarów mózgu będzie stale wzrastać, mimo prowadzonych coraz to nowych akcji edukujących społeczeństwo, jak również wykorzystywanych nowoczesnych metod leczenia i terapii. W ostatnich latach odnotowano, iż w niektórych regionach świata, między innymi krajach skandynawskich doświadczyć można spadków zachorowalności na udary niedokrwienne mózgu. Dowiodło to więc, że prowadzona w tych krajach edukacja dotycząca prowadzenia zdrowego stylu życia przyniosła znaczne korzyści. Jednakże udary nadal stanowią znaczący problemem społeczny oraz medyczny w skali globalnej całego świata. [9]

Organizacja WHO podaje, że udar mózgu stanowi drugą pod względem częstotliwości występowania przyczynę zgonów populacji świata wśród osób dorosłych. *„Rocznie na świecie objawy udaru mózgu występują u 17 milionów osób, w tym 10-15% to osoby w wieku poniżej 45 roku życia, dla których przebycie udaru wiąże się z utratą pracy, czasami rozpadem rodziny, koniecznością rezygnacji z realizacji wymarzonych planów życiowych*.”. [10]

Osoby starsze są głównie narażone na występowanie udarów mózgu, ponieważ ryzyko zachorowania wzrasta wprost proporcjonalne do wieku, co sprawia, że osoby te są nawet kilkanaście razy bardziej podatne na zachorowanie, niż osoby w młodszym wieku. Po 55 roku życia ryzyko występowania udarów mózgu wzrasta co kolejne 10 lat, natomiast osoby starsze po 70 roku życia stanowią ponad połowę ogólnej liczby występowania wszystkich udarów. 25% więcej zachorowań stanowią udary wśród mężczyzn, niż u kobiet, co wykazują statystyki. Zachorowanie na udar mózgu dotyczy również dzieci. [11]

Na tle Europy Zachodniej, czy USA, Polska wypada zdecydowanie gorzej niż inne kraje pod względem liczby zachorowań, a śmiertelność po udarze w naszym kraju wynosi około 30%. W Polsce liczba zachorowań waha się w przedziale 65 000 – 75 000 rocznie. [12]

Tabela 2. Globalna skala zgonów na choroby serca i pochodnych układu krążenia. [13]

l.p.	**Procentowa liczba zgonów [%]**	**Liczba zgonów [mln.]**	**Nazwa choroby**	**Opis choroby**
1.	49,2%	9,0 mln.	Choroba niedokrwienna serca, choroba wieńcowa	Ograniczony dopływ krwi do mięśnia sercowego, na skutek zwężenia się światła tętnic wieńcowych w wyniku miażdżycy naczyń krwionośnych
2.	35,3%	6,46 mln.	Udar mózgu	Odcięcie dopływu krwi do mózgu
3.	6,2%	1,35 mln.	Nadciśnieniowa choroba serca	Przerost mięśnia sercowego, w skutek chronicznego nadciśnienia tętniczego
4.	1,8%	0,33 mln.	Kardiomiopatie i zapalenie mięśnia sercowego	Schorzenia dotyczące budowy i czynności serca; proces zapalny w tkance serca
5.	1,7%	0,31 mln.	Migotanie przedsionków	Zaburzenie rytmu serca, czyli nieskoordynowane pobudzenie przedsionków serca, któremu może towarzyszyć szybka akcja komór
6.	1,6%	0,30 mln.	Choroba reumatyczna serca	Powikłanie gorączki reumatycznej, zapalnego schorzenia zaczynającego się od anginy paciorkowcowej uszkadzając zastawki serca
7.	4,2%	0,79 mln.	Inne choroby	Choroby układu krążenia

Tabela powyżej przedstawia udział określonych chorób serca oraz chorób pochodnych układu krążenia w skali globalnej liczby zgonów spowodowanych chorobami sercowo naczyniowymi, w tym udar mózgu zajmujący drugą pozycję, czyli aż 35,3%.

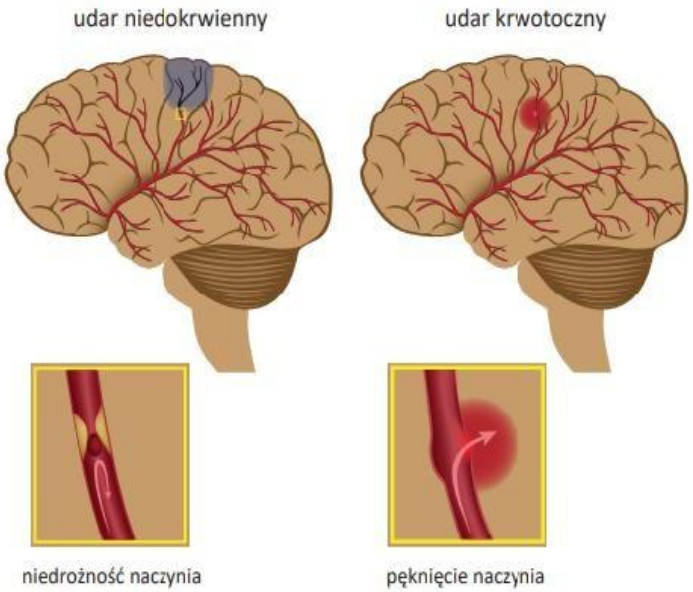
1.1.5. Udar mózgu - klasyfikacja udarów mózgu

Podział udarów mózgu dokonujemy w następujący sposób: udary niedokrwienne, udary krwotoczne oraz krwotoki podpajęczynówkowe. Dzięki tej klasyfikacji można wyodrębnić trzy główne grupy.

Udar niedokrwienny mózgu jest to najpopularniejsza forma udaru i występuje najczęściej, nawet 4 na 5 przypadków to udary niedokrwienne. [14] Udar ten powstaje na skutek ograniczonego dopływu krwi do mózgu, poprzez zamknięcie naczynia mózgowego. Spowodowany jest głównie zakrzepem wewnątrz naczyniowym, jak również zatorem lub wywołany może być za pośrednictwem nagłego spadku ciśnienia wewnątrz naczyń mózgowych. Ostatni z wymienionych przypadków, czyli spadek ciśnienia określa się mianem niedokrwienia o podłożu hemodynamicznym.

Udar krwotoczny mózgu zazwyczaj zachodzi na skutek wystąpienia krwotoku śródmózgowego, czyli spowodowany jest wynaczynieniem się krwi do mózgu podczas pęknięcia w nim naczynia krwionośnego. Konsekwencją udaru krwotocznego mogą być powikłania nadciśnienia tętniczego. [15]

Patrząc na skalę wszystkich udarów mózgu, udary niedokrwienne stanowią aż 80% wszystkich przypadków, natomiast krwotoczne to około 15% przypadków. Najmniejszą grupę stanowią krwotoki podpajęczynówkowe zachodzące u 5% pacjentów. Wywołane są najczęściej pęknięciem tętniaków wrodzonych. [16]



Rycina 1. Umiejscowienie udaru niedokrwiennego i krwotocznego mózgu. [17]

1.1.6. Udar mózgu - następstwa udarów mózgu

Udary mózgu w dzisiejszym świecie są problematyką globalną i wiodą wśród wszystkich chorób naczyniopochodnych. Udary zajmują drugą pozycję wśród przyczyn zgonów oraz dominują w aspekcie wszystkich niepełnosprawności.

Następstw bezpośrednich udaru mózgu jest wiele, lecz głównymi z nich są niedowłady i porażenia kończyn górnych i dolnych. Niedowład może dotyczyć tylko jednej kończyny, dwóch kończyn po tej samej stronie ciała lub wszystkich czterech. Występowanie niedowładu jest zlokalizowane zawsze po stronie przeciwnej względem lokalizacji ogniska udarowego w półkuli mózgu. [18]

Innymi znaczącymi następstwami udarów mogą być: padaczka pourazowa, zaburzenia równowagi, chód marynarski, depresja oraz otępienie naczyniopochodne.

Kolejnymi skutkami są utrudnienia w komunikacji słownej takie jak: zaburzenia o typie afazji. Afazja może występować na skutek udaru struktur podkorowych, jak również jej lokalizacja może być skupiona ogniskowo w półkuli mózgowej o funkcji dominującej. Dominującą półkulą mózgu u większości ludzi dla funkcji językowych jest półkula lewa, ale nie dotyczy to wszystkich, ponieważ u osób leworęcznych to ponad 70%. Afazja to utrata zdolności językowych w zakresach odpowiedzialnych za rozumienie mowy, wypowiadanie zdań, oraz nazywanie przedmiotów. [19]

W przypadku zaburzenia mowy o typie dyzartrii dochodzi do uszkodzenia różnych struktur mózgu, a także dróg nerwowych, unerwiających narządy artykulacyjne. Dyzartria to zaburzenie artykulacyjno-fonacyjno-opuszkowe podczas którego dochodzi do niezdolności do wyraźnego mówienia.

Kolejnym następstwem udaru mózgu może być apraksja mowy. „*Głównymi jej objawami są nieprawidłowości artykulacyjne i prozodyczne, obecne mimo zachowanej sprawności sensomotorycznej narządów aparatu mowy. Najczęściej występuje z afazjami niepłynnymi: afazją motoryczną Broki lub afazją mieszaną.*”. [21]

1.2. Zaburzenia komunikacyjne występujące u pacjentów, po przebytym udarze mózgu

1.2.1. Afazja - definicja, klasyfikacja afazji

U pacjentów po przebytym udarze mózgu często można zaobserwować liczne zaburzenia. Jednym z nich jest grupa zaburzeń komunikacyjnych, takich jak problemy z porozumiewaniem się z otoczeniem, pisanie, czytanie, lub problemy z koncentracją. Afazja jest jednym z zaburzeń mowy występujących często na skutek udaru mózgu. Afazję możemy zdefiniować w następujący sposób: „ *Afazja jest utratą zdolności językowych w różnych zakresach rozumienia mowy, wypowiadania zdań logicznych, nazywania przedmiotów. Spowodowana jest przez uszkodzenie mózgu, a konkretnie jego lewej półkuli, najczęściej w wyniku udaru, guza mózgu, urazu lub zwyrodnieniowych chorób OUN. Afazja sama w sobie nie jest chorobą, jedynie zespołem objawów wynikających z uszkodzenia tkanek mózgu. Może być nabyta lub wrodzona.*”.[22] Zaburzenie o typie afazji występuje zazwyczaj łącznie z niedowładem prawostronnym, podczas udaru w dominującej półkuli mózgu.

Dla potrzeb rehabilitacji afazji dokonuje się zazwyczaj podziału, dzieląc ją na następujące typy: afazja ruchowa, afazja czuciowa, afazja anomiczna oraz afazja przewodzeniowa.

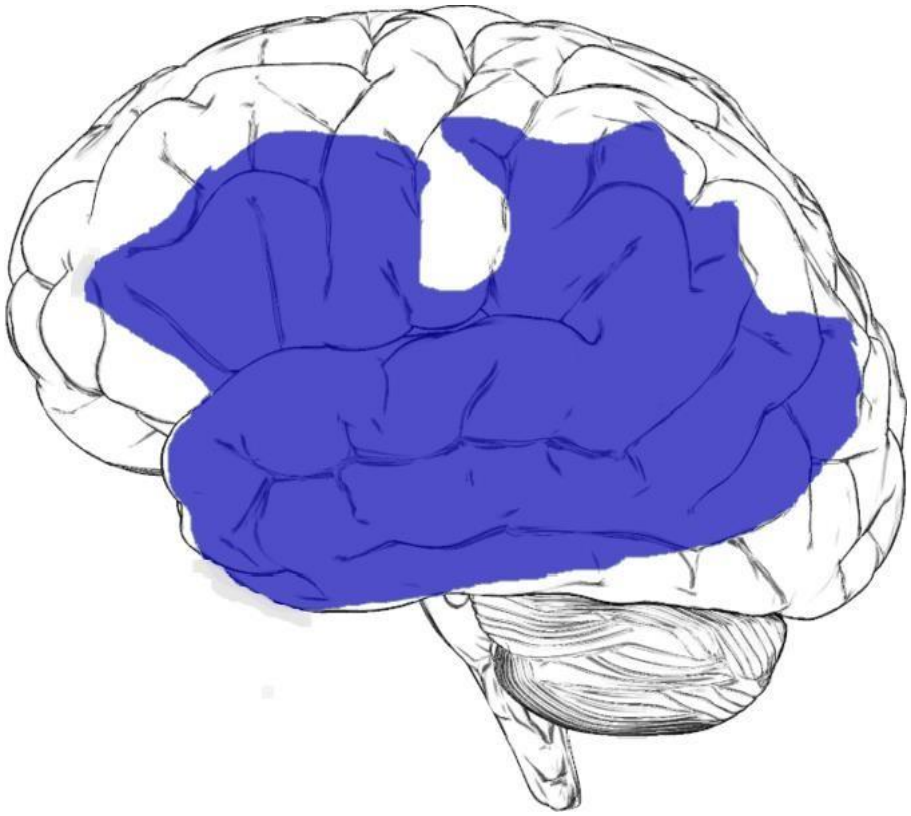
Afazja ruchowa zwana również przez wiele źródeł afazją motoryczną charakteryzuje się całkowitą lub częściową utratą zdolności do wypowiadania słów oraz zdań logicznych. Chory cierpiący na ten typ afazji często posługuje się pojedynczymi słowami i często występują w nich parafazje – słowa zniekształcone, jak również można zaobserwować pojawianie się perseweracji, czyli skłonności do powtarzania słów w nieuzasadniony sposób. W wypowiedziach mogą pojawić się błędy gramatyczne, nieprecyzyjna artykulacja wyrazów oraz wypowiadanie słów z dużym wysiłkiem. Rozumienie mowy zostaje zachowane. [23]

Afazja czuciowa nazywana również afazją sensoryczną lub recepcyjną, opiera się na całkowitej lub częściowej utracie rozumienia, a zarazem trudnościach w tworzeniu treści językowych. W ciężkiej postaci tego typu afazji zdarza się, że człowiek nie potrafi zrozumieć prostych i krótkich poleceń. Postać lżejsza odznacza się rozumieniem krótkich poleceń, natomiast w tym przypadku następuje trudność ze zrozumieniem złożonych wypowiedzi i ich tworzenie. Mowa pacjenta jest płynna, a słowa zniekształcone. [24]

Afazja anomiczna, czyli innymi słowy afazja nominalna charakteryzuje się głównie występowaniem u chorego trudności z przypomnieniem sobie nazwy przedmiotu. Osoba dotknięta tym typem afazji nie potrafi dopasować nazwy do określonego przedmiotu, natomiast potrafi opisać do czego dany przedmiot jest przeznaczony.

Afazja przewodzeniowa odznacza się występowaniem u chorego trudności z powtarzaniem. W przypadku prostszych i krótszych form zdaniowych, oraz spontanicznych wypowiedzi rozumienie pacjenta jest upośledzone tylko w niewielkim stopniu, a wypowiadane słowa są względnie zrozumiałe. [25]

Afazja występuje w wielu typach, które odznaczają się swoistymi cechami. Afazja ruchowa i czuciowa to formy występujące w największym stopniu w porównaniu do pozostałych typów afatycznych. Stosunkowo rzadkim zaburzeniem jest afazja przewodzeniowa. [26]



Rycina 2. Obszar mózgu narażony na wystąpienie afazji**.** [27]

1.2.2. Apraksja - definicja, klasyfikacja apraksji mowy

Definicja apraksji mowy brzmi następująco: *„Apraksja mowy (AOS od ang. apraxia of speech) stanowi rodzaj deficytu lingwistycznego o charakterze motorycznym (motor speech disorders), który polega na zaburzeniach planowania lub programowania precyzyjnych ruchów potrzebnych do produkcji mowy. Czystą postać apraksji mowy należy różnicować zarówno z dyzartrią, jak i z afazją.”.* [28]

Autorzy w swoich dziełach naukowych podają wiele możliwości według których jest dozwolony podział symptomów AOS. Autorzy Feiken i Jonkers dokonali podziału dzieląc objawy na trzy główne grupy, pod względem występujących u pacjentów odmiennych deficytów.

Klasyfikacja AOS wg Feiken i Jonkers:

- Ideomotoryczna - występujące zaburzenia to: problemy z inicjowaniem wypowiedzi, natomiast objawami są: powtórne próby szukania wzorca artykulacyjnego, utrudniona mowa, wolniejsze tempo mowy, powtarzanie początkowych fonemów.
- Kinetyczna - występujące zaburzenia to: deficyty w zakresie programu ruchowego dla artykulacji, natomiast objawami są: zniekształcenia, substytucje, słaba zrozumiałość produkowanych wypowiedzi.
- Ideacyjna - występujące zaburzenia to: błędy w sekwencji programu ruchowego, natomiast objawami są: zamiany fonemów w sylabach tworzących wypowiedzi. [29]

1.2.3. Dyzartria - definicja, klasyfikacja dyzartrii

Dyzartria może być zaburzeniem towarzyszącym szeregowi przypadków chorobowych. Przykładami tych przypadków są między innymi: choroby naczyniowe, choroby móżdżku, guzy mózgu, guzy pnia mózgu, choroba Parkinsona, neuropatie, miopatie oraz choroby dotyczące układu ruchu.

Definicja dyzartrii brzmi następująco: „*jeden z typów zaburzeń mowy, wynikający z dysfunkcji aparatu wykonawczego (języka, podniebienia, gardła, krtani). Dysfunkcja może być spowodowana: uszkodzeniem mięśni, unerwiających ich nerwów czaszkowych, jąder tych nerwów, dróg korowo-jądrowych, układu pozapiramidowego*.”. [30]

Warto zaznaczyć, iż „*Tarkowski podobnie jak Mitrynowicz-Modrzejewska podaje, że dyzartria jest zaburzeniem oddechowo-fonacyjno-artykulacyjnym, wynikającym z uszkodzenia ośrodków i dróg unerwiających aparat artykulacyjny*.”. [31]

Klasyfikacji dyzartrii można dokonać za pomocą podziału umiejscowienia uszkodzenia, obrazu klinicznego zaburzenia oraz najczęściej występujących przyczyn określonego typu dyzartrii.

Dyzartria spastyczna nazywana jest również dyzartrią piramidową lub mową rzekomo – opuszkową. Pełen zespół objawów obserwuje się podczas obustronnego uszkodzenia dróg piramidowych – korowo – jądrowych. Do obrazu klinicznego można zaliczyć: powolną mowę, chrapliwą lub nosową, zwykle występującą w niskiej tonacji, oraz może dochodzić do upośledzenia artykulacji. Kluczową przyczyną tego typu dyzartrii jest miażdżyca naczyń mózgowych. [32]

Dyzartria wiotka jest znana również pod innym określeniem jako mowa opuszkowa. Typ ten umiejscowiony jest zwykle w uszkodzonych jądrach lub pniach nerwów: V, VII, IX, X i XII. Obrazem klinicznym tegoż zaburzenia są zaburzenia dotyczące artykulacji pacjenta, takich jak mowa nosowa, bezgłośna, czy też mowa zamazana. Głównymi przyczynami mowy opuszkowej są: miażdżyca naczyń mózgowych, choroba Charcota, udary na poziomie pnia mózgu, udary zatorowe, czy miopatie. [33, 34]

Dyzartria ataktyczna nazywana przez liczne źródła jako mowa skandowana lub mowa móżdżkowa. Istotą zmian zachodzących podczas tego typu dysfunkcji jest uszkodzenie móżdżku, natomiast do widocznego obrazu klinicznego głównie można zaliczyć mowę skandowaną lub wybuchową, a także w wypowiedziach pojawiają się przerwy pomiędzy sylabami bądź słowami. Czynnikami wpływającymi na występowanie dyzartrii ataktycznej są: udar mózgu, zatrucia układu nerwowego, zanik lub guzy móżdżku, jak również stwardnienie rozsiane lub zwyrodnienia móżdżku. [35]

Dyzartria hipokinetyczna / hipertoniczna znana jest również pod nazwą mowy pozapiramidowej. Dla tego typu charakterystyczne jest uszkodzenie do, którego dochodzi na obszarze układu pozapiramidowym, co skutkuje zaburzeniami mowy, które mają związek ze sztywnością i spowolnieniem. Obrazem klinicznym są takie zaburzenia jak: palilalia, oraz spowolnienie mowy, monotonność a także słowa wypowiadane są niewyraźne. Główną przyczyną podczas której dochodzi do owej dyzartrii jest choroba Parkinsona oraz zespół parkinsonowski. [36, 37]

Dyzartria hiperkinetyczna jest dysfunkcją, podczas której dochodzi do uszkodzenia układu pozapiramidowego. Występujące w tym przypadku zaburzenia mowy mają związek z mimowolnymi ruchami całego ciała, jak również z ruchem narządów artykulacyjnych takich jak język, wargi, czy podniebienie. W tym przypadku obrazem klinicznym jest porywista, wybuchowa mowa, a najczęstszymi przyczynami występowania są: dystonie, pląsawica Huntingtona, pląsawica Sydenhama oraz zespół Gilles'a de la Tourette'a. [38, 39]

1.3. Jakość życia

1.3.1. Jakość życia – definicja

Definicja jakości życia została sformułowana przez gupę Quality of Life, która działa w ramach WHO, czyli Światowej Organizacji Zdrowia.

„Jakość życia definiowana jest jako spostrzeganie przez jednostkę jej pozycji w życiu w kontekście kultury i systemów wartości akceptowanych przez społeczeństwo, w jakich żyje, oraz w relacji do jej celów życiowych, oczekiwań, zainteresowań. Stanowi ona podstawę i punkt odniesienia dla wielu rozważań teoretycznych i empirycznych.". [40]

Podczas analizy przedstawionej definicji, należy zwrócić szczególną uwagę na:

- Perspektywę subiektywną, czyli w sytuacji, kiedy to jednostka jest podmiotem, określającym subiektywnie jakość posiadanego życia i jednostka ta musi w swojej opinii odnieść się do własnej oceny.
- Społeczno – kulturowe uwarunkowania dokonanych ocen, oraz kontekstualność. Ocenę i postrzeganie swojej obecnej sytuacji życia dokonuje się w sytuacji, gdy wartości i normy społeczne wynikają z obecnego miejsca w strukturze i grupy, do której w społeczeństwie należy określona jednostka.
- Jakość życia jest aspektem wielowymiarowym i może wskazywać na życiowe aspekty przyjmowane przez jednostkę, lub też obecność grup społecznych, co warto uwzględniać podczas kompleksowego tworzenia oceny dotyczącej jakości życia człowieka. [41, 42]

Organizacja WHO za pomocą opublikowanej definicji może pojednać pewną część badaczy zajmujących się tym zagadnieniem, pomimo iż naukowcy wywodzą się z różnych dyscyplin nauki, a definicja ta jest w wielkim stopniu oparta o zdrowie publiczne.

1.3.2. Jakość życia - czynniki wpływające na jakość życia

Na jakość życia pacjentów po przebytym udarze mózgu składają się różne czynniki współistniejące. Jest ona w dużym stopniu zależna od istniejących zaburzeń sprawności ruchowej, jak również występujących zaburzeń o podłożu emocjonalnym, intelektualnym, czy też poznawczym.

Czynnikami wpływającymi na jakość życia osoby chorej jest wiek, płeć, wykształcenie oraz status społeczno – ekonomiczny. Znaczącym determinantem jest również aktywność zawodowa. Pacjenci po przebytym udarze mózgu często przejawiają mniejsze zdolności do wykonywania pracy zarobkowej, co zmusza ich do rezygnacji z wcześniej wykonywanych zawodów i obejmowanych stanowisk. Osoby te ze względu na posiadaną niepełnosprawność zwykle przechodzą na rentę, a to wpływa na dodatkowe obniżenie ich aktywności oraz osłabienie relacji społecznych. [43]

U osób po przebytym udarze mózgu mogą występować problemy o podłożu komunikacyjnym. Częstymi skutkami udaru są: zaburzenia mowy, zaburzenia czytania i pisania, otępienie, popełniają więcej błędów w swoich wypowiedziach oraz często są mniej rozmowni. Ponadto chorzy w swoich wypowiedziach wielokrotnie natykają się na trudności z mówieniem takie jak jąkanie, czy zacinanie. Do znacznego obniżenia poziomu jakości życia, może dochodzić również w sytuacjach, gdy u pacjentów występują trudności w skupieniu uwagi na rozmówcy, trudności z koncentracją oraz zmęczenie lub znudzenie podczas rozmowy. Część osób po przebytym udarze mózgu wykazuje takie działania jak przerywanie innym w ich wypowiedziach. [44]

Czynnikami wpływającymi szczególnie negatywnie na poziom jakości życia pacjentów po przebytym udarze mózgu są czynniki komunikacyjne, związane z osłabieniem umiejętności językowych oraz występowaniem zaburzeń ruchowych aspektów mowy. Aspekty te mają negatywny wpływ na kontakty społeczne osoby chorej, co może skutkować wykazywaniem mniejszej chęci do podejmowania rozmowy, unikaniem kontaktów z bliskimi oraz odosobnieniem od społeczeństwa. [45]

Poważnym problemem są również zaburzenia poruszania oraz koordynacji ruchowej. Wpływają one niekorzystnie na pacjenta oraz na jego stan psychiczny i emocjonalny. Trudności pacjenta z poruszaniem się mogą wpływać na sferę komunikacyjną i emocjonalną, oraz za ich pośrednictwem pacjent może mieć mniejszą ochotę do prowadzenia aktywnego życia w społeczeństwie i komunikacji. [46]

1.3.3. Jakość życia - obniżenie jakości życia po przebytym udarze mózgu

U pacjentów po przebytym udarze mózgu zwykle można zaobserwować znaczne zmiany w aspekcie jakości życia. Chorzy często zmagają się ze spadkiem satysfakcji życiowej w stosunku do okresu przed udarem. Głównymi czynnikami mającymi największy wpływ na obniżenie jakości życia pacjenta są: niepełnosprawność ruchowa, zaburzenia komunikacyjne, poznawcze i emocjonalne oraz liczne ograniczenia aktywności społecznej. [47]

Ograniczenia związane z poruszaniem i aktywnością fizyczną mają ogromny wpływ na codzienną aktywność pacjenta. Chory po przebytym udarze często nie jest w stanie sam się poruszać i jest zmuszony do korzystania z pomocy bliskich. Na największe ograniczenia pacjent może napotkać się jednak w życiu codziennym podczas dbania o własną higienę, jedzenia, dbania o gospodarstwo domowe oraz chodzenia. W sytuacji ograniczonej aktywności fizycznej człowiek po przebytym udarze mózgu jest zwykle zmuszony do korzystania z pomocy rodziny lub bliskich mu osób, ponieważ sam nie jest w stanie funkcjonować w prawidłowy sposób, co wpływa na jego samodzielność i postrzeganie obecnej sytuacji w której się znajduje. [48]

Na obniżenie jakości życia wpływają w dużym stopniu liczne zaburzenia komunikacyjne. U osób po przebytym udarze mózgu występują problemy z mówieniem, pisaniem i czytaniem, które utrudniają codzienne funkcjonowanie. Relacje społeczne i kontakty z bliskimi są również utrudnione, ponieważ u pacjentów mogą występować kłopoty z nazywaniem przedmiotów codziennego użytku, opisywaniem zjawisk atmosferycznych, problemy ze skupieniem uwagi na rozmówcy, trudności ze zrozumieniem metafor i przysłów jak również zaburzenia myślenia przyczynowo – skutkowego. [49] Objawy te mogą przekładać się na zjawisko wykluczenia społecznego i utrudnione kontakty z rodziną osoby chorej. Pacjenci często sami decydują się na wycofanie z życia społecznego, rezygnują z wcześniej wykonywanych zawodów oraz są mniej aktywni towarzysko. Mają mniejszą ochotę do wypowiadania się, unikają ludzi i zamykają się w sobie. [50]

Jakość życia pacjenta jest czynnikiem podatnym na obniżenie szczególnie u osób po przebytym udarze mózgu. Chorzy zmagają się z licznymi dysfunkcjami fizycznymi, które mają wpływ na powstawanie zaburzeń emocjonalnych takich jak: depresja, apatia, stany maniakalne czy napady lękowe. Obniżenie jakości życia pacjenta jest więc czynnikiem wieloaspektowym, ponieważ występujące dysfunkcje poudarowe pojawiają się na wielu płaszczyznach funkcjonowania człowieka. [51]

1.3.4. Jakość życia - skale oceny jakości życia po przebytym udarze mózgu

Jakość życia człowieka składa się na możliwość prowadzenia aktywnego i użytecznego życia społecznego oraz posiadanie naturalnie nabytych zdolności fizycznych jak również umysłowych. Warto zaznaczyć, iż czynniki subiektywne i czynniki obiektywne wpływają aktywnie na jakość życia człowieka. [52]

W 1997 roku van Straten opublikował pierwszą skalę do oceny jakości życia człowieka, która jest skierowana do pacjentów po przebytym udarze mózgu. [53] Skala Stroke – Adapted 30 – Item Version of the Sickness Impakt Profile- S.A.-SIP 30, bo tak w pełni brzmi jej nazwa składa się kluczowych pytań, które mają wpływ na ocenę jakości życia chorego. Obecnie jest to kwestionariusz ogólnie uznawany za najbardziej przydatny do prowadzenia badań dotyczących jakości życia pacjentów po udarze mózgu i jest on skróconą wersją Profilu Wpływu Choroby. Skala ta składa się z 30 pytań, które to można zaliczyć do 8 podskal takich jak: stosunki międzyludzkie, komunikacja, stan emocjonalny, mobilność, samoobsługa, poruszanie się, koncentracja uwagi i dbałość o gospodarstwo domowe. Za pomocą program STATISTIKA przeprowadza się analizę statystyczną i oblicza się dla określonych parametrów następujące statystyki opisowe: minimum i maksimum, średnią arytmetyczną, odchylenie standardowe oraz wykorzystuje się tablice dwudzielcze. [54, 55]

Za pomocą skali SIP składającej się z jej podskal tematycznych można zaprezentować ocenę jakości życia pacjenta po przebytym udarze mózgu i ocenić poszczególne elementy badanej grupy chorych, dotyczące ich obecnego funkcjonowania. Skala ta ocenia czynniki fizyczne i psychiczne danej grupy osób wpływające na stan zdrowia, aktywność i komunikację pacjenta. [56, 57]

2. CEL PRACY

Głównym celem pracy, była analiza wybranych aspektów jakości życia pacjentów po przebytym udarze mózgu w aspekcie komunikacji.

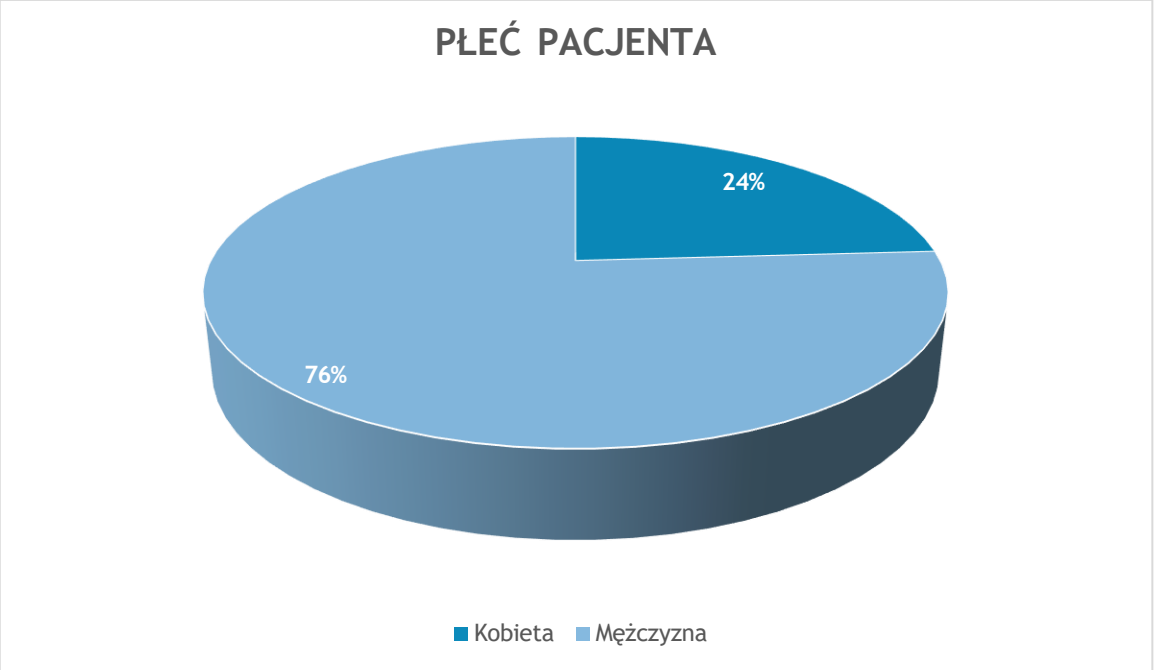
Cel główny został rozbudowany o następujące cele szczegółowe:

1. Ocena procentowa liczby chorych po przebytym udarze mózgu odczuwających obniżenie jakości życia spowodowane występującymi zaburzeniami komunikacyjnymi.
2. Ocena procentowa liczby chorych po przebytym udarze mózgu odczuwających obniżenie jakości życia w zakresie zaburzeń komunikacyjnych, społecznych, komunikacyjno – społecznych, ruchowych i poznawczych.
3. Analiza procentowa grupy chorych po przebytym udarze mózgu z podziałem na mężczyzn i kobiety, zauważających obniżenie poziomu jakości życia w aspekcie komunikacji.

3. MATERIAŁY I METODYKA BADAŃ

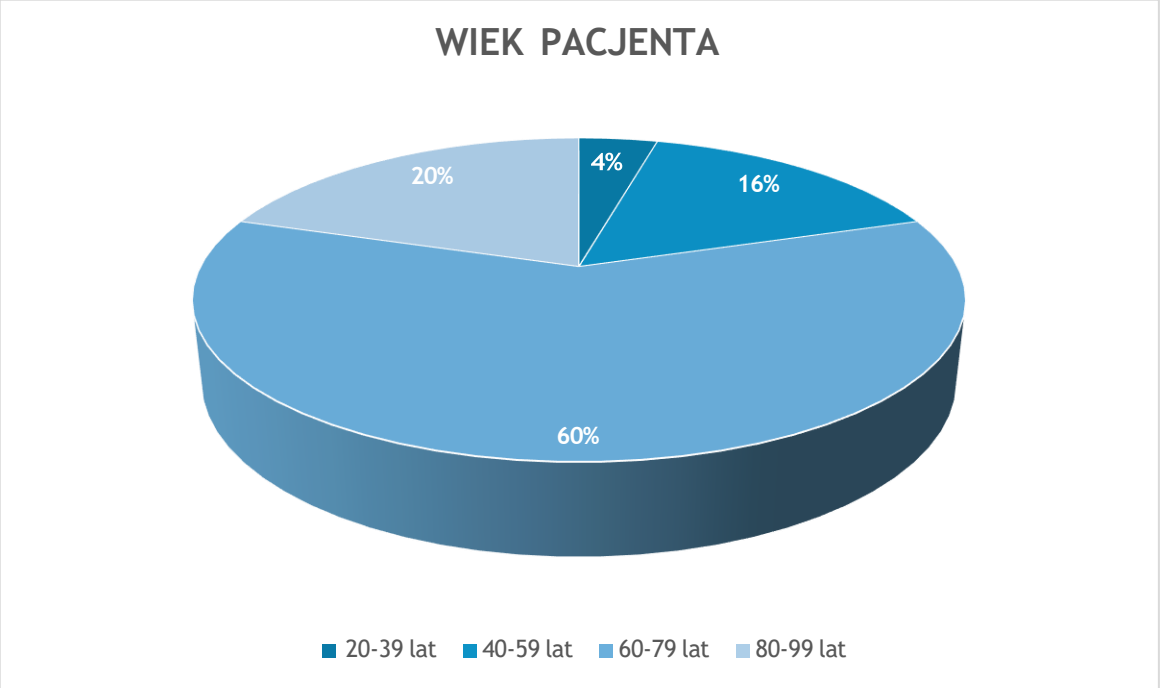
3.1. Materiały

Dla potrzeb niniejszej pracy grupę badaną stanowiło 50 osób po przebytym udarze mózgu, leczących się w Klinice Neurologii, w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku. W badaniu wzięło udział 38 mężczyzn (76% wszystkich badanych) i 12 kobiet (24% badanych) (Ryc. 3). W badaniu wzięły udział osoby dorosłe w przedziale wiekowym od 20 do 99 lat. Największą grupę badanych stanowią osoby w przedziale wiekowym od 60 do 79 lat i stanowią one 60% wszystkich ankietowanych. (Ryc. 4). W zajęciach logopedycznych udział deklaruje 72% ankietowanych (36 osób), 28% pacjentów (14 osób) deklaruje, iż nie brała udziału w zajęciach.

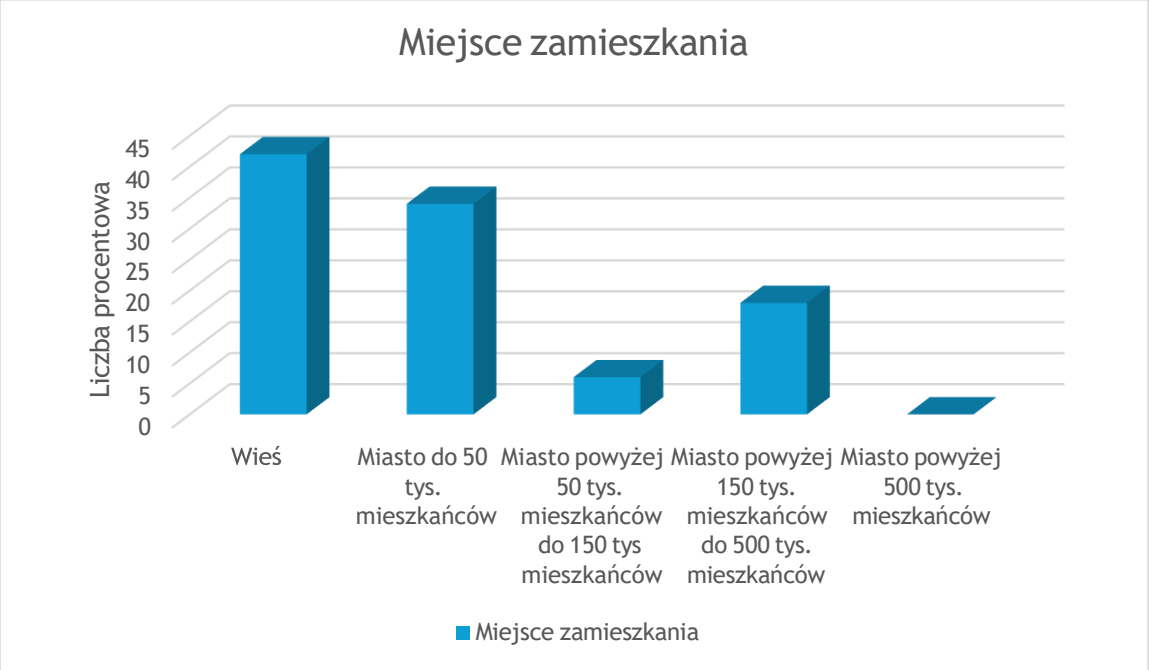


Rycina 3. Płeć pacjenta.

Ponad $^{3}/_{4}$ osób poddanych badaniu ankietowemu stanowią mężczyźni (76%). (Ryc.3.)

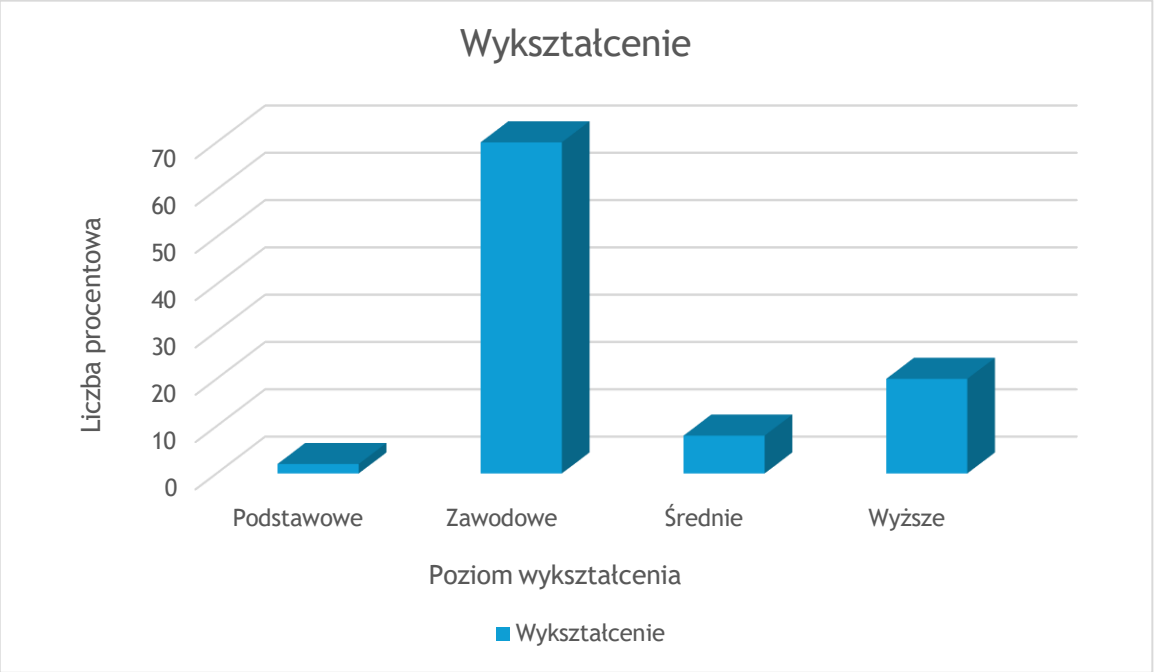


Rycina 4. Wiek pacjenta.



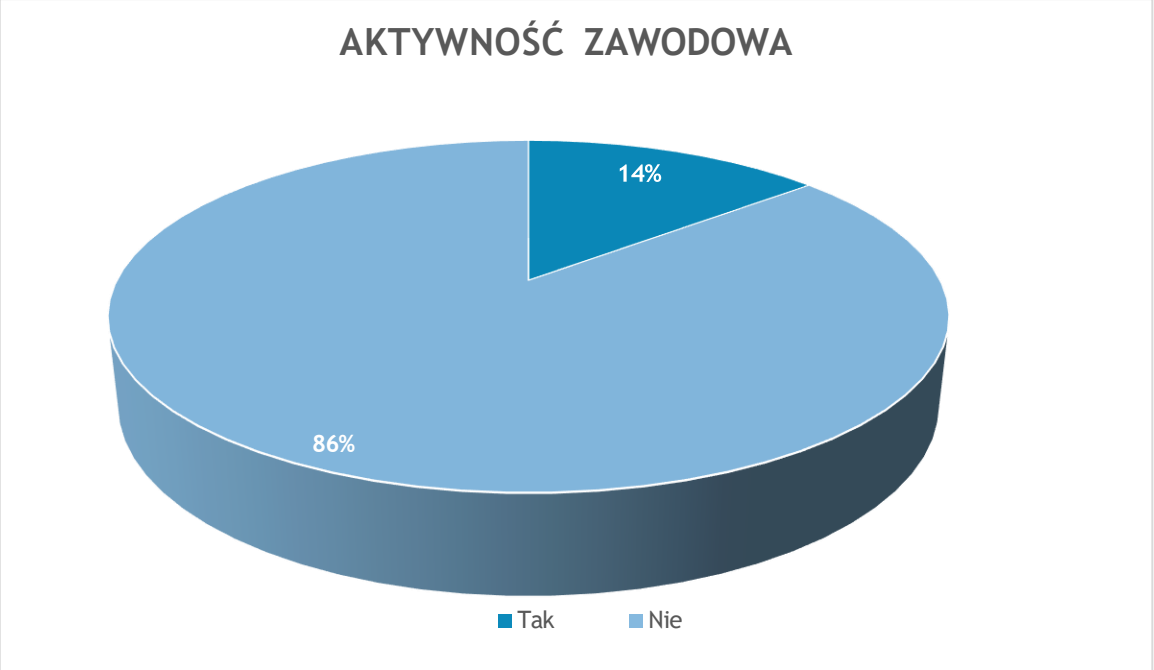
Rycina 5. Miejsce zamieszkania.

Ponad 40% ankietowanych mieszka na wsi. (Ryc. 5.)



Rycina 6. Wykształcenie.

Większość chorych po przebytym udarze mózgu posiada wykształcenie zawodowe (70%). (Ryc. 6.)



Rycina 7. Aktywność zawodowa.

Zaledwie 14% ankietowanych deklaruje, że przed udarem mózgu były aktywne zawodowo. (Ryc. 7)

3.2. Metodyka badań

Niniejsza praca miała na celu analizę subiektywnej oceny jakości życia pacjenta po przebytym udarze mózgu w aspekcie komunikacji, poprzez anonimowe badania ankietowe. Badania zostały przeprowadzone w dniach od 24.11.2024r. do 12.01.2024r.

Każdy z pacjentów, który wyraził chęć na badanie otrzymał do wypełnienia autorski kwestionariusz ankiety. Kwestionariusz składał się z 20 pytań jednokrotnego wyboru. Pytania składają się z metryczki oraz z pytań dotyczących istniejących zaburzeń komunikacyjnych, społecznych, komunikacyjno – społecznych, ruchowych i poznawczych. Prawidłową odpowiedź należało zaznaczyć znakiem „X”. Czas trwania jednej ankiety szacowany jest na około 10minut.

Do przedstawienia wyników w postaci wykresów posłużył program MS EXCEL.

Uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku na przeprowadzenie badań (Rekomendacja nr: APK.002.493.2023).

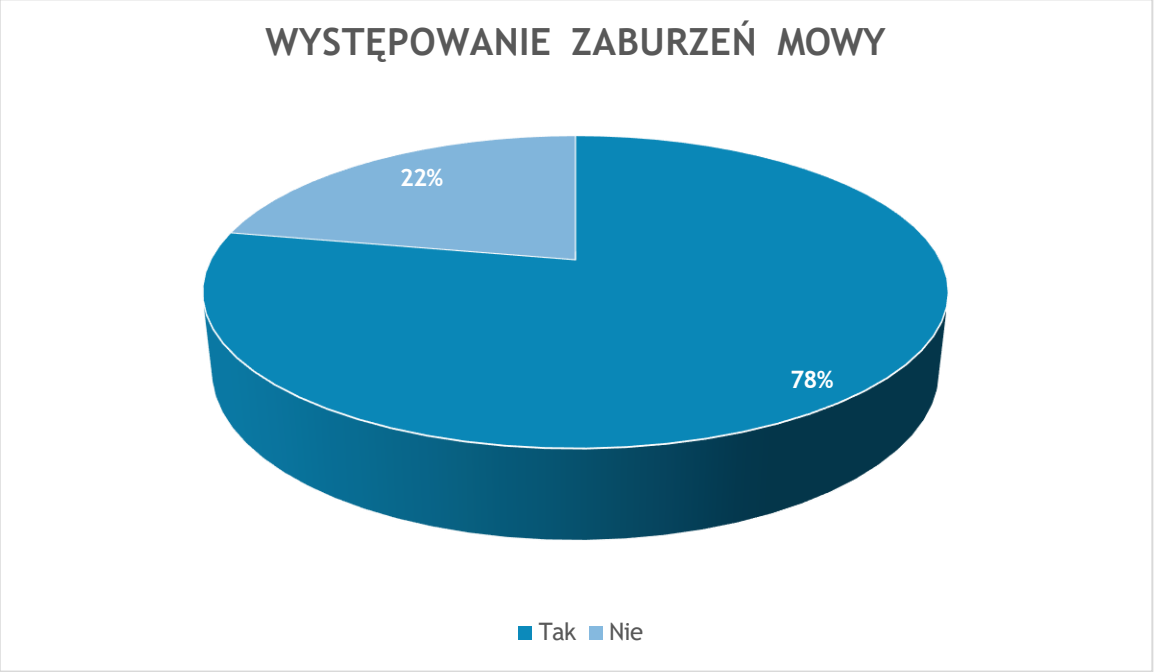
4. WYNIKI

4.1. Ocena procentowa liczby chorych po przebytym udarze mózgu odczuwających obniżenie jakości życia spowodowane występującymi zaburzeniami komunikacyjnymi.

Tabela 3. Zestawienie procentowe liczby chorych po przebytym udarze mózgu odczuwających obniżenie jakości życia spowodowane występującymi zaburzeniami komunikacyjnymi.

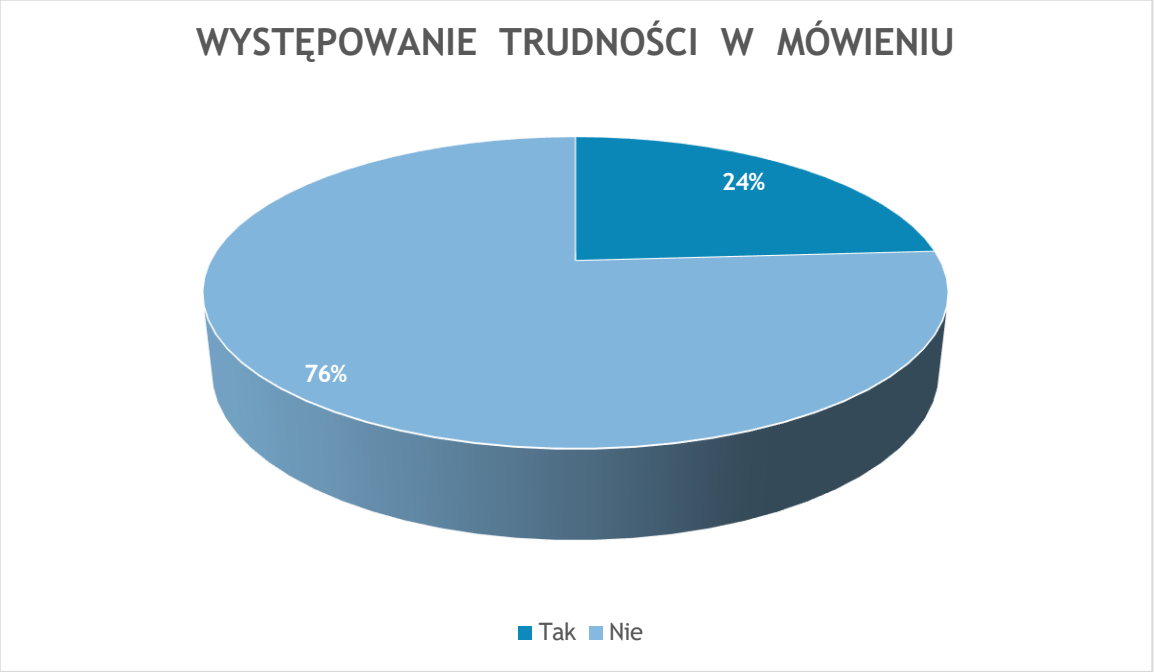
Zaburzenia komunikacyjne	TAK		NIE	
	[%]	[n]	[%]	[n]
Występowanie zaburzeń mowy	78	39	22	11
Występowanie trudności w mówieniu np. jąkanie się, zacinanie	24	12	76	38
Popełnianie większej ilości błędów w swoich wypowiedziach	66	33	34	17

n- liczba ankietowanych



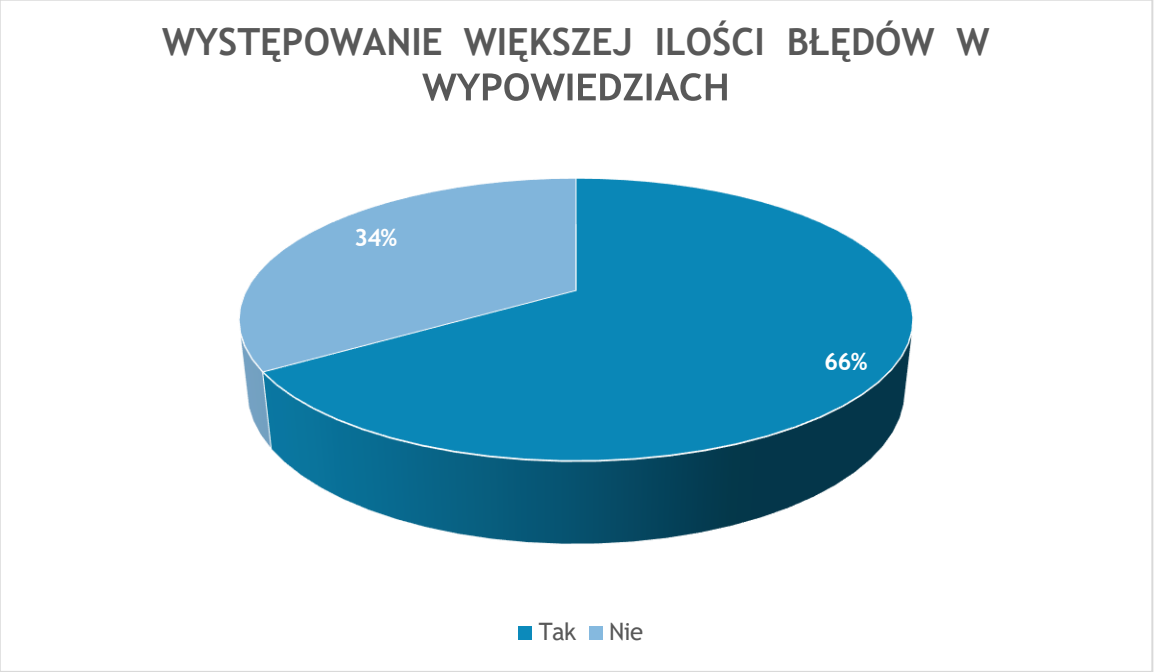
Rycina 8. Występowanie zaburzeń mowy.

Ponad $^{3}/_{4}$ osób poddanych badaniu ankietowemu przyznaje, że występują u nich zaburzenia mowy (78%). (Tab. 3., Ryc. 8.)



Rycina 9. Występowanie u pacjentów trudności w mówieniu np. jąkanie, zacinanie się.

Ponad $^{3}/_{4}$ osób poddanych badaniu ankietowemu deklaruje, że nie odczuwa trudności w mówieniu takich jak jąkanie lub zacinanie się. (Tab. 3., Ryc. 9.)



Rycina 10. Występowanie większej ilości błędów w wypowiedziach pacjentów.

$^{2}/_{3}$ ankietowanych (66%) odczuwa, iż w ich wypowiedziach występuje więcej błędów. (Tab. 3., Ryc. 10.)

Rycina 11. Zestawienie procentowe liczby chorych po przebytym udarze mózgu odczuwających obniżenie jakości życia spowodowane występującymi zaburzeniami komunikacyjnymi.

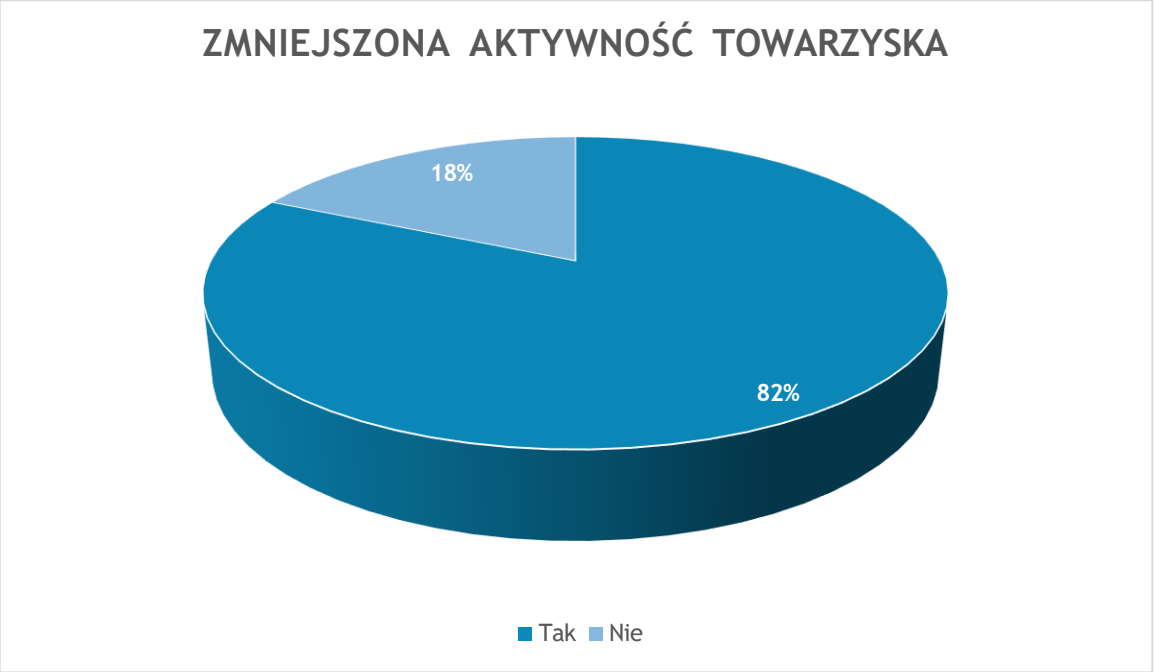
Wśród zaburzeń w zakresie ekspresji mowy dominują, w odczuciu ankietowanych, błędy w wypowiedziach. (Tab. 3., Ryc.11.)

4.2. Ocena procentowa liczby chorych po przebytym udarze mózgu odczuwających obniżenie jakości życia w zakresie zaburzeń komunikacyjnych, społecznych, komunikacyjno – społecznych, ruchowych i poznawczych.

Tabela 4. Zestawienie procentowe liczby chorych po przebytym udarze mózgu odczuwających obniżenie jakości życia w zakresie zaburzeń komunikacyjnych, społecznych, komunikacyjno – społecznych, ruchowych i poznawczych.

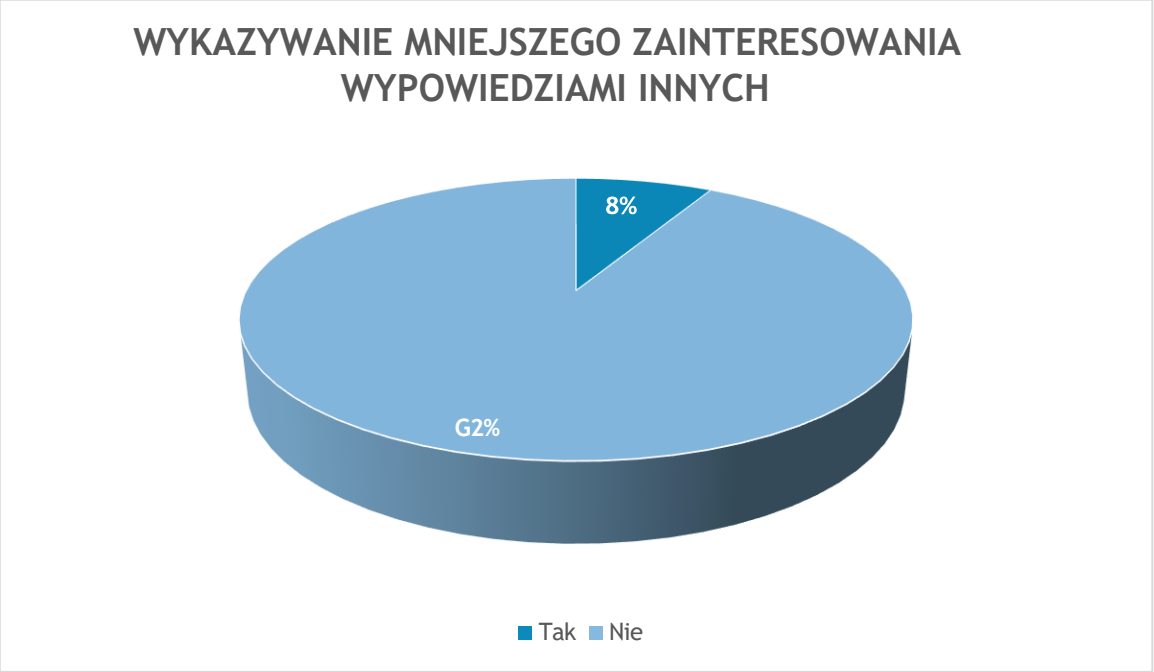
	Zaburzenia komunikacyjne	Zaburzenia społeczne	Zaburzenia komunikacyjno – społeczne	Zaburzenia ruchowe	Zaburzenia poznawcze
TAK	68% (n=34)	36% (n=18)	64% (n=32)	42% (n=21)	48% (n=24)
NIE	32% (n=16)	64% (n=32)	36% (n=18)	58% (n=29)	52% (n=26)

n- liczba ankietowanych



Rycina 12. Zmniejszenie poziomu aktywności towarzyskiej.

Znaczna większość, bo ponad 80% chorych po przebytym udarze mózgu deklaruje mniejszą aktywność towarzyską. (Tab. 4., Ryc. 12.)

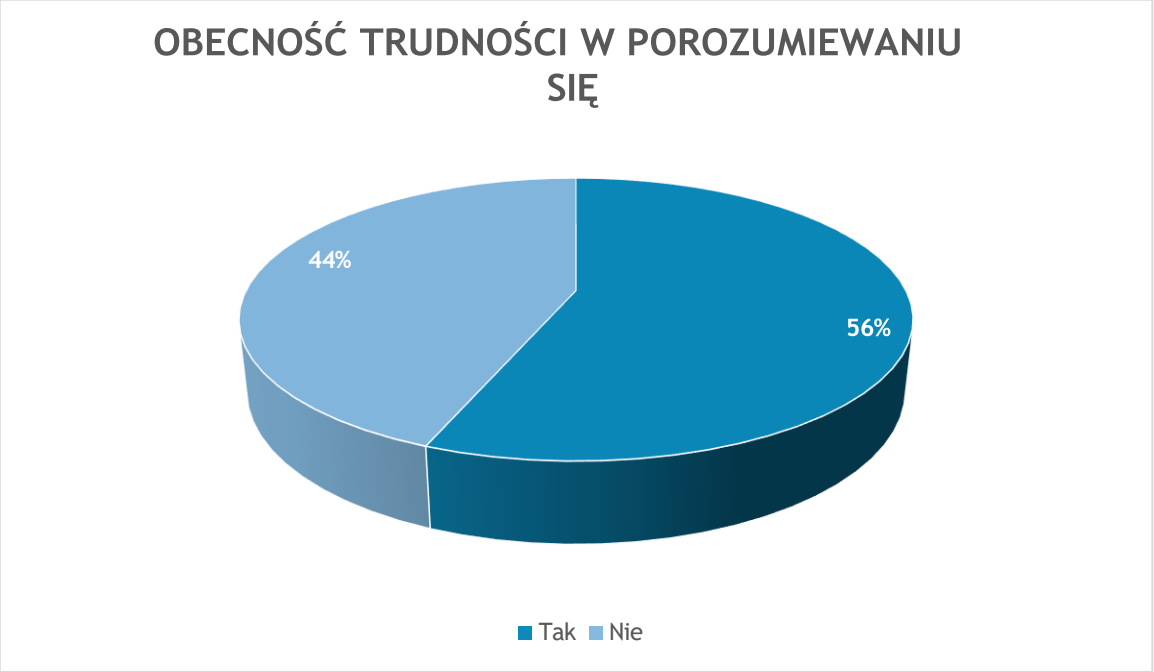


Rycina 13. Wykazywanie mniejszego zainteresowania wypowiedziami innych np. nie słucha z uwagą, nie oferuje pomocy.

Zaledwie 8% ankietowanych deklaruje, iż wykazuje mniejsze zainteresowanie wypowiedziami innych osób. (Tab. 4., Ryc. 13.)

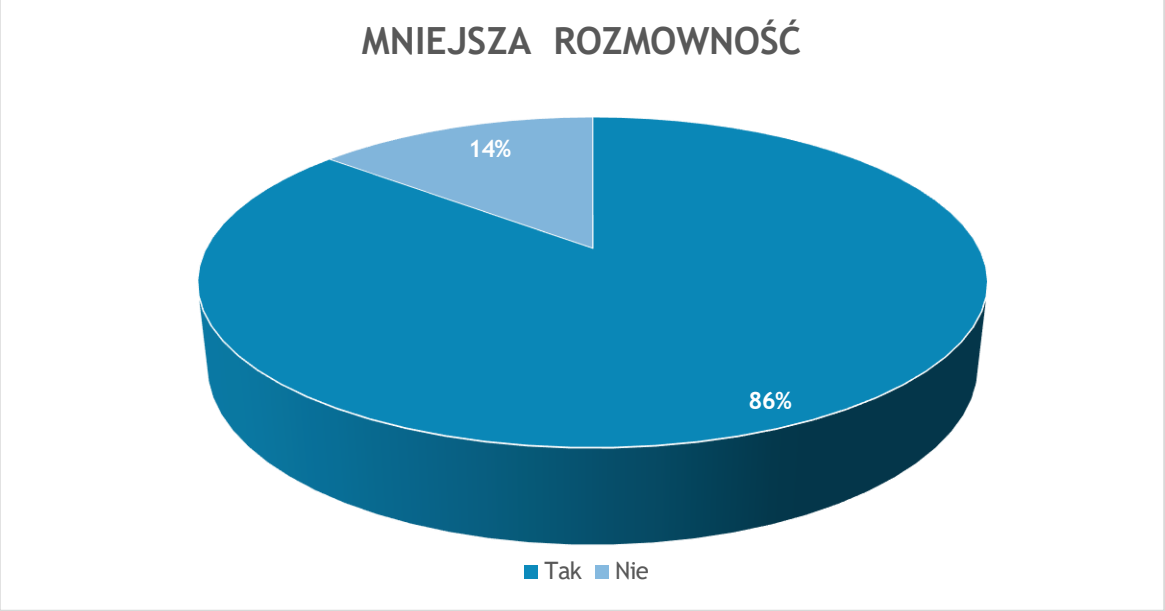
Rycina 14. Wykazywanie działań irytujących na otoczenie np. przerywa innym w ich wypowiedziach, łatwo krytykuje.

Zaledwie 16% ankietowanych deklaruje, iż nie odczuwa by wykazywały zachowania irytujące wpływające na ich otoczenie. (Tab. 4., Ryc. 14.)



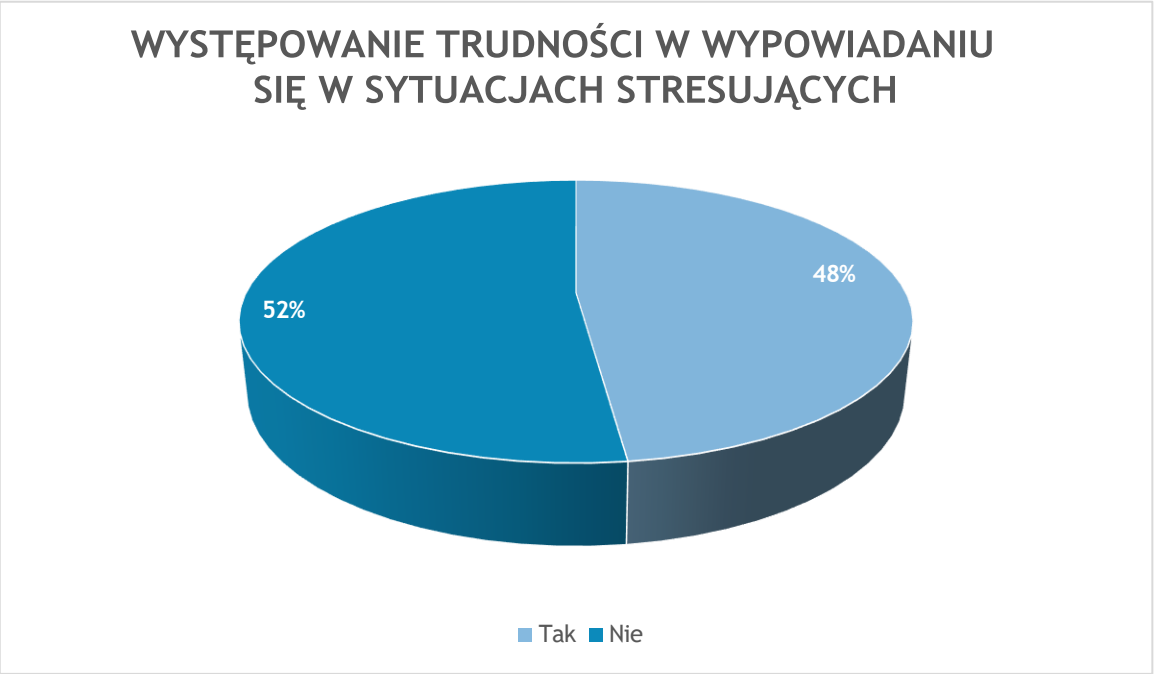
Rycina 15. Obecność trudności z porozumiewaniem się w sytuacjach codziennych (np. z rodziną).

Ponad połowa pacjentów (56%) deklaruje, że odczuwają trudności z porozumiewaniem się w sytuacjach codziennych (np. z rodziną). (Tab. 4., Ryc. 15.)



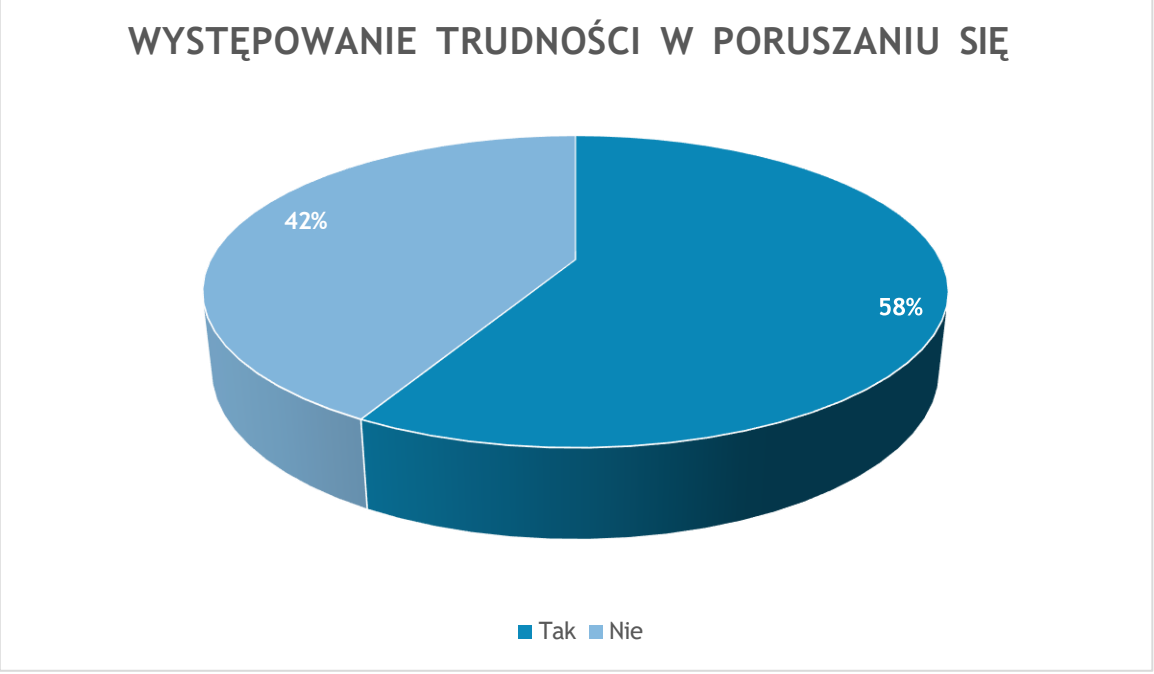
Rycina 16. Pacjent jest mniej rozmowny.

Zaledwie 14% pacjentów poddanych badaniu ankietowemu deklaruje, że nie odczuwa zmniejszonej chęci do rozmowy. (Tab. 4., Ryc. 16.)



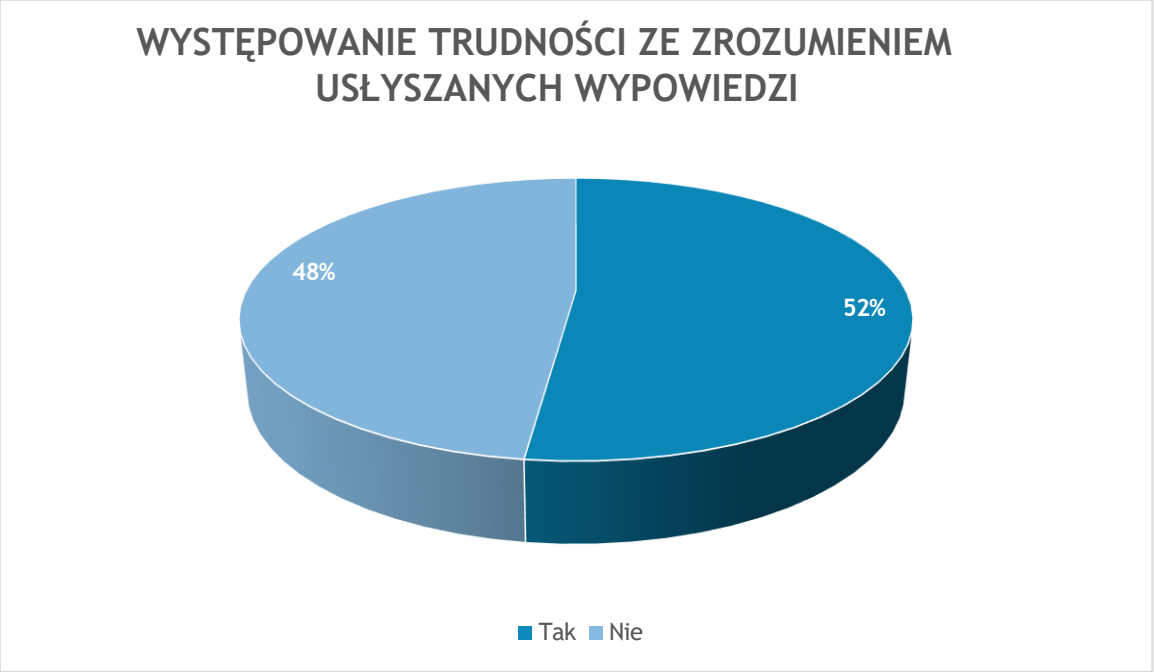
Rycina 17. Występowanie trudności w wypowiadaniu się w sytuacjach stresujących.

Niespełna połowa ankietowanych 48% deklaruje występowanie trudności w wypowiadaniu się w sytuacjach stresujących. (Tab. 4., Ryc. 17.)



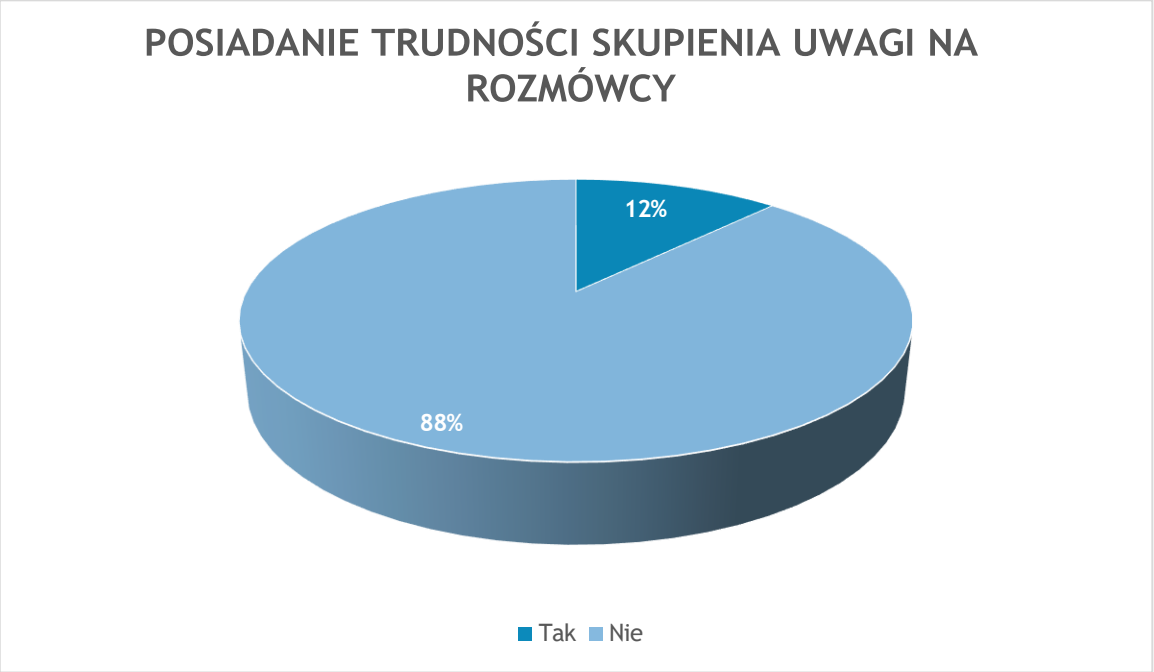
Rycina 18. Występowanie trudności z poruszaniem się.

Niecałe 60% ankietowanych deklaruje, iż występują u nich problemy z poruszaniem się. (Tab. 4., Ryc. 18.)



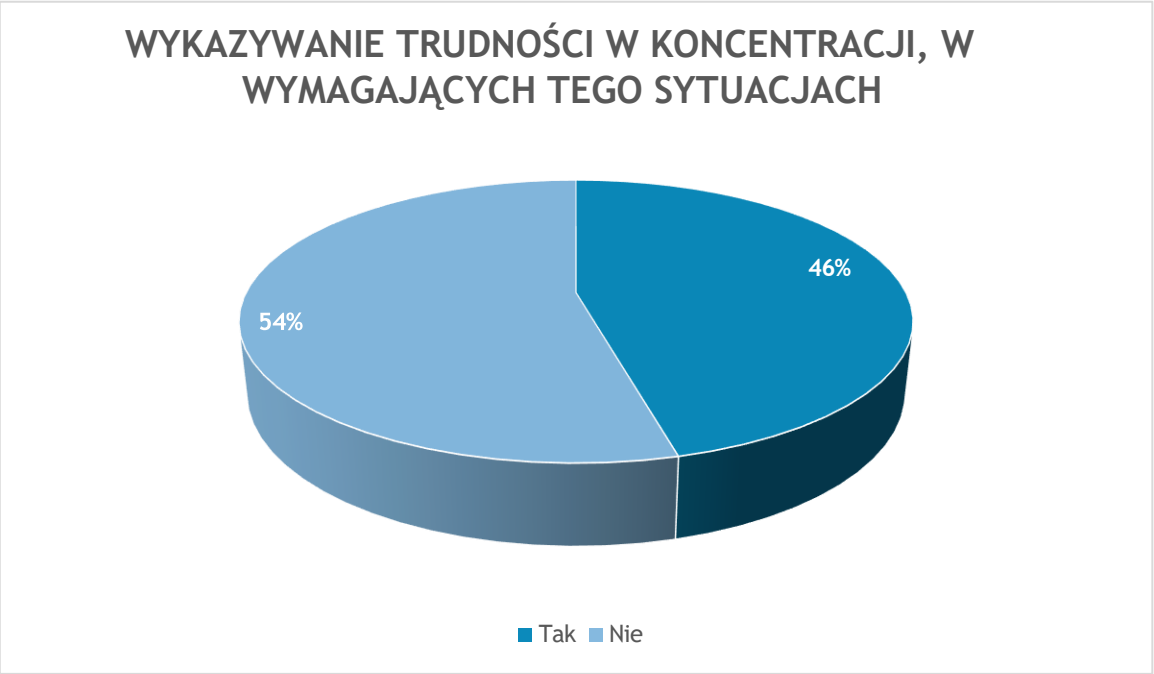
Rycina 19. Występowanie u pacjenta trudności ze zrozumieniem usłyszanych wypowiedzi.

Występowanie u pacjenta trudności ze zrozumieniem usłyszanych wypowiedzi deklaruje ponad połowa pacjentów (52%). (Tab. 4., Ryc. 19.)



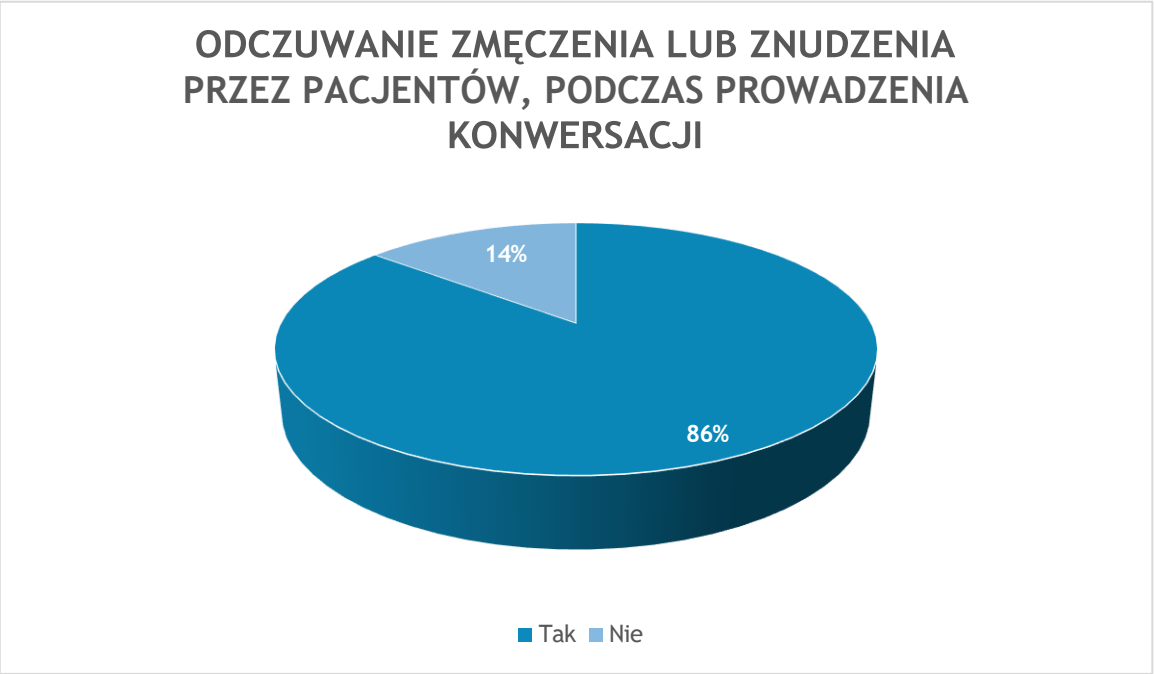
Rycina 20. Posiadanie trudności skupienia uwagi na rozmówcy.

Zaledwie 12% pacjentów poddanych badaniu ankietowemu deklaruje, że ma trudności w skupieniu uwagi na rozmówcy. (Tab. 4., Ryc. 20.)



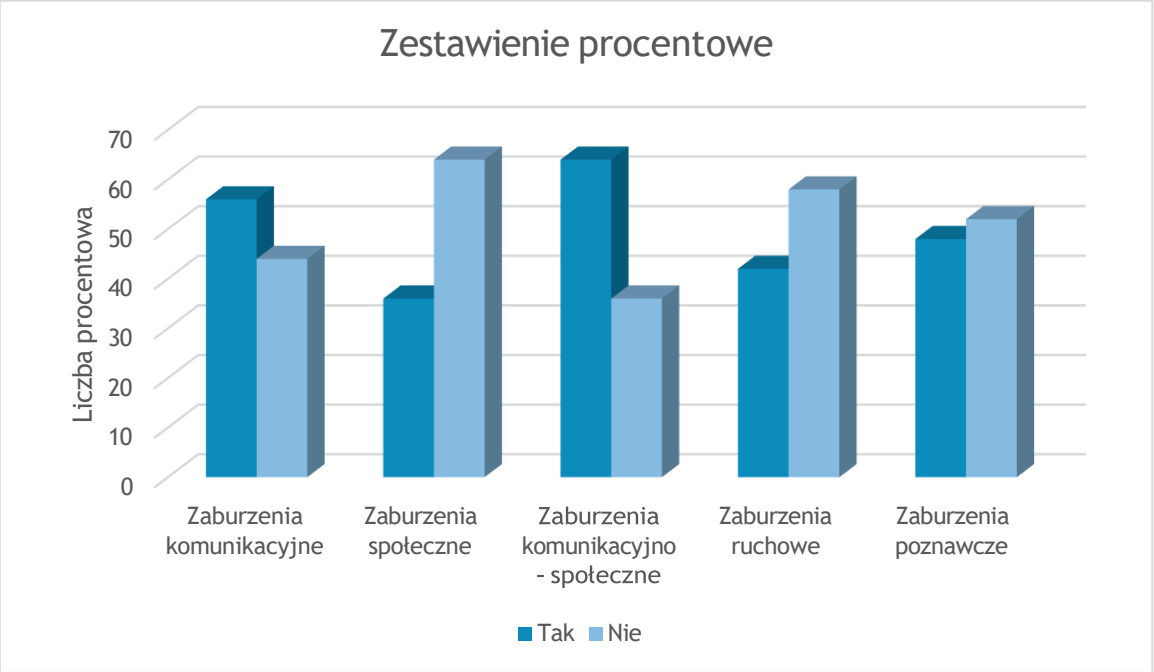
Rycina 21. Wykazywanie trudności w koncentracji, w wymagających tego sytuacjach.

Niespełna połowa (46%) ankietowanych deklaruję, że ma trudności w koncentracji w wymagających tego sytuacjach. (Tab. 4., Ryc. 21)



Rycina 22. Odczuwanie zmęczenia lub znudzenia przez pacjentów, podczas prowadzenia konwersacji.

Zdecydowana większość pacjentów, bo 86% deklaruje, iż odczuwa zmęczenie lub znudzenie podczas prowadzenia konwersacji. (Tab. 4., Ryc. 22.)



Rycina 23. Zestawienie procentowe liczby chorych po przebytym udarze mózgu odczuwających obniżenie jakości życia w zakresie zaburzeń komunikacyjnych, społecznych, komunikacyjno – społecznych, ruchowych i poznawczych.

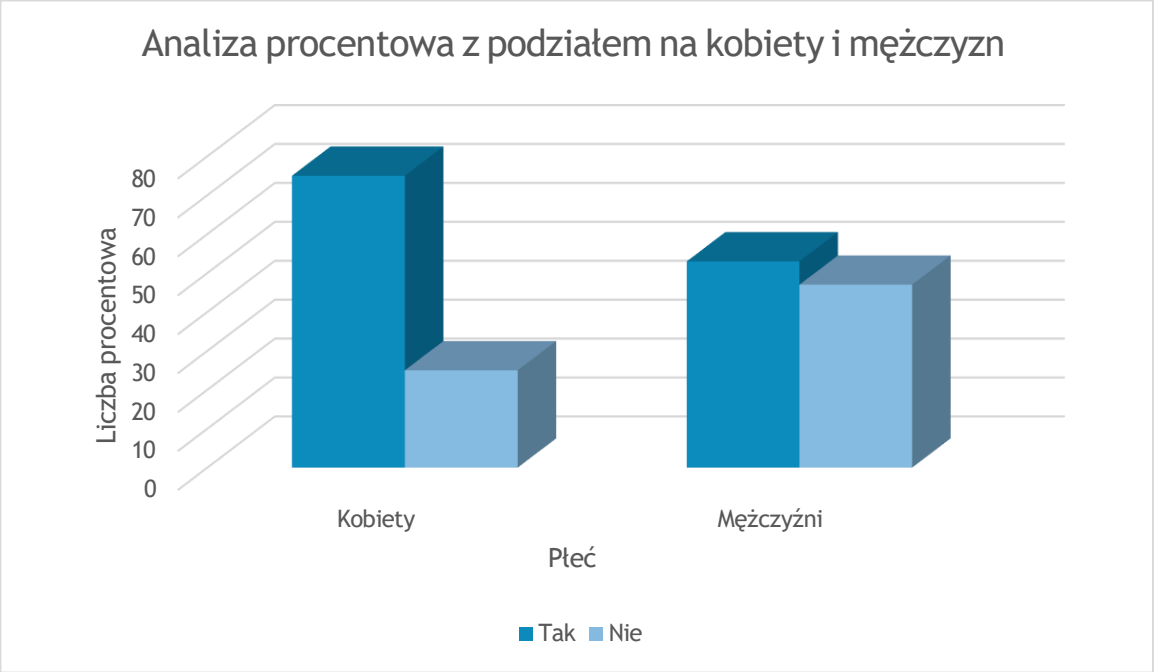
Największa liczba badanych deklaruje występowanie zaburzeń komunikacyjno-społecznych (64%), z tego dominują odczuwane trudności w zakresie komunikacji. (Tab. 4., Ryc. 23.)

4.3. Analiza procentowa grupy chorych po przebytym udarze mózgu z podziałem na mężczyzn i kobiety, zauważających obniżenie poziomu jakości życia w aspekcie komunikacji.

Tabela 5. Analiza procentowa grupy chorych po przebytym udarze mózgu z podziałem na mężczyzn i kobiety, zauważających obniżenie poziomu jakości życia w aspekcie komunikacji.

	Tak	Nie
Kobiety	75% (n=9)	25% (n=3)
Mężczyźni	53% (n=20)	47% (n=18)

n- liczba ankietowanych



Rycina 24. Analiza procentowa grupy chorych po przebytym udarze mózgu z podziałem na mężczyzn i kobiety, zauważających obniżenie poziomu jakości życia w aspekcie komunikacji.

Obniżenie poziomu jakości życia w aspekcie komunikacji deklaruje większa grupa kobiet (75%), niż mężczyzn (53%) po przebytym udarze mózgu. (Tab. 5., Ryc. 24.)

5. DYSKUSJA

Udar mózgu jest jednostką chorobową, która stanowi zagrożenie dla życia i zdrowia pacjenta. Pod względem częstotliwości występowania stanowi drugą przyczynę zgonów osób dorosłych na świecie. Statystyki donoszą, iż objawy udaru mózgu obserwuje się u 17 milionów ludzi na świecie. W Polsce liczba zachorowań waha się w przedziale 65 000 – 75 000 rocznie. Ponad połowę ogólnej liczby występowania wszystkich udarów stanowią osoby po 70 roku życia. Udar mózgu statystycznie dotyka częściej mężczyzn i jego występowanie u mężczyzn i kobiet na świecie rozkłada się w następujących proporcjach: 175/100 000 mężczyzn i 125/100 000 kobiet. [6, 10, 11, 12]

Na jakość życia pacjenta po przebytym udarze mózgu składa się wiele czynników. Obniżenie poziomu jakości życia może być związane z występowaniem u chorego zaburzeń o podłożu: komunikacyjnym, społecznym, komunikacyjno - społecznym, ruchowym, czy poznawczym. Jednym z czynników, który znacząco wpływa na jakość życia pacjenta po przebytym udarze mózgu jest komunikacja. Pacjenci często zmagają się z licznymi zaburzeniami komunikacyjnymi takimi jak: afazja, dyzartria, czy apraksja mowy. Szacuje się, że 60% pacjentów po przebytym udarze mózgu wykazuje cechy afazji, natomiast występowanie dyzartrii szacuje się na ok 32,3%. U pacjentów często dochodzi do obniżenia kompetencji językowych oraz osłabienia pracy narządów artykulacyjnych, co może mieć negatywny wpływ na jakość życia chorego. [22, 30, 45]

Dla potrzeb niniejszej pracy grupę badaną stanowiło 50 osób po przebytym udarze mózgu, leczących się w Klinice Neurologii, w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku.

Statystyki wykazują, iż udar mózgu dotyka znacznie częściej mężczyzn niż kobiet. Zgodnie z badaniami przeprowadzonymi przez K. Witkowską to mężczyźni stanowią większość przebadanych pacjentów. Fakt ten znajduje odzwierciedlenie w wynikach niniejszej pracy magisterskiej. Badaną grupę stanowi 50 osób, z czego 76% chorych stanowią mężczyźni (38 osób). [47]

Wiek pacjenta jest istotnym czynnikiem ryzyka występowania udaru mózgu. Statystyki donoszą, iż po 55 roku życia zachorowalność na udar mózgu gwałtownie wzrasta, natomiast osoby starsze po 70 roku życia stanowią ponad połowę ogólnej liczby występowania wszystkich udarów. Badania K. Witkowskiej wykazały, iż najliczniejszą grupą, bo aż 28% pacjentów po przebytym udarze mózgu stanowią osoby w przedziale wiekowym od 71 do 80 lat. [47] Analizując uzyskane wyniki badania ankietowego niniejszej pracy, możemy zauważyć, iż największą grupę, bo aż 60% badanych, czyli 30 osób stanowią osoby w przedziale wiekowym od 60 do 79 lat., natomiast pacjenci w przedziale od 80 do 99 lat stanowią 20% badanych, czyli 10 osób. Chorzy po 60 roku życia biorący udział w badaniu łącznie stanowią 80% wszystkich badanych. Uzyskane wyniki pracy pokrywają się z ogólnymi statystykami.

Na obniżenie jakości życia mają wpływ ograniczenia ruchowe, komunikacyjne, społeczne i poznawcze. Badania dotyczące jakości życia osób po udarze mózgu T. Tasiemskiego, A. Knopczyńskiej, M. Wilskiego i wsp. wykazały, że sytuacja zawodowa pacjentów jest jedną z najmniej satysfakcjonujących ich dziedzin życia. [57] Zgodnie z danymi uzyskanymi przy pomocy ankiety 86% wszystkich badanych czyli 43 osoby, stanowią chorzy po przebytym udarze mózgu, którzy deklarują, że nie byli aktywni zawodowo przed zachorowaniem, natomiast zaledwie 14% ankietowanych czyli 7 osób to osoby, które deklarują, iż były aktywne zawodowo.

Zgodnie z wynikami uzyskanymi przy pomocy badania ankietowego zawartego w niniejszej pracy, większość chorych po przebytym udarze mózgu, bo aż 78% ankietowanych (39 osób) deklaruje, iż doświadcza zaburzeń mowy, natomiast jedynie 22% ankietowanych (11 osób) deklaruje, że nie ma zaburzeń związanych z ich mową. Według statystyk zaburzenia komunikacyjne są czynnikiem mającym negatywny wpływ na jakość życia pacjentów po przebytym udarze mózgu. Wyniki badań zaprezentowane przez E. Bolacha w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. Ludwika Perzyny w Kaliszu w 2018 roku wykazały, że 54% pacjentów zmaga się z tego typu zaburzeniami. Uzyskane dane ankietowe mają odzwierciedlenie w użytej do stworzenia niniejszej pracy literaturze. [58]

Zmniejszona aktywność towarzyska to czynnik mający znaczący wpływ na obniżoną jakość życia pacjenta. Chory posiadający liczne zaburzenia mowy jest mniej skłonny do rozmów i prowadzenia aktywnego życia towarzyskiego. Literatura wskazuje iż zmniejszenie aktywności towarzyskiej jest jednym z ważniejszych czynników komunikacyjnych obniżających jakość życia człowieka. Zgodnie z badaniami przeprowadzonymi przez K. Witkowską 31% pacjentów po przebytym udarze przyznaje, że udar mózgu jest czynnikiem ograniczającym relacje towarzyskie, natomiast 29% badanych odczuwa bardzo duże ograniczenia w sferze aktywności towarzyskiej i społecznej. Zaledwie 12% pacjentów nie zauważyło zmian w swojej aktywności towarzyskiej. [47] Niniejsza praca magisterska wykazała, iż zmniejszenie aktywności towarzyskiej deklaruje 82% badanych, (41 osób), natomiast jedynie 18%, (9 chorych) zaprzeczyło by odczuwało zmniejszenie aktywności w tym obszarze.

Dane statystyczne podają, iż popełnianie większej ilości błędów w swoich wypowiedziach jest częstym zjawiskiem u pacjentów po przebytym udarze mózgu. Badania przeprowadzone przez A. Bieleckiego oraz wsp. wykazały, że 75% badanych odczuwało występowanie większej ilości błędów w swoich wypowiedziach. [53] Analiza badań ankietowych niniejszej pracy magisterskiej wykazała, że podobnie większość bo 66% pacjentów (33 osoby) potwierdza, iż popełnia więcej błędów w swoich wypowiedziach niż przed zachorowaniem, natomiast 34% pacjentów (17 osób) zaprzeczyło by w ich wypowiedziach pojawiła się większa ilość błędów.

Uzyskane wyniki badania ankietowego przeprowadzonego na grupie pacjentów po przebytym udarze mózgu wykazały, że 86% ankietowanych (43 osoby) potwierdziło, że odczuwają zmęczenie lub znudzenie podczas rozmowy. 14% pacjentów (7 osób) nie posiada takich odczuć. Jak podają statystyki uczucie zmęczenia lub znudzenia podczas prowadzenia konwersacji to następstwa udaru mózgu, które występują u znacznej części pacjentów. Zgodnie z badaniami przeprowadzonymi przez T. Tasiemskiego, A. Knopczyńską, M. Wilskiego i wsp. 88% badanych odczuwają zmęczenie lub znudzenie podczas rozmowy. Uzyskane wyniki niniejszej pracy magisterskiej pokrywają się z wynikami zawartymi w literaturze. [57]

Obniżenie jakości życia w aspekcie komunikacji deklaruje większość badanych pacjentów obu płci biorących udział w badaniu ankietowym niniejszej pracy magisterskiej. Większość pacjentów odczuwających obniżenie jakości życia w zakresie komunikacji stanowią kobiety. Komunikacja oraz umiejętność posługiwania się mową to kluczowe aspekty życia człowieka. Obniżony poziom jakości życia w aspekcie komunikacji to czynnik świadczący o tym, iż pacjenci po przebytym udarze mózgu wymagają rehabilitacji logopedycznej. Zdolności komunikacyjne w życiu człowieka odgrywają istotną rolę i mają znaczny wpływ na poziom jakości życia pacjenta. [11, 45, 47]

6. WNIOSKI

1. Większość pacjentów po przebytym udarze mózgu odczuwa obniżenie jakości życia spowodowane występującymi zaburzeniami komunikacyjnymi.
2. Większość pacjentów po przebytym udarze mózgu odczuwa w znacznym stopniu obniżenie jakości życia wynikające z zaburzeń: komunikacyjnych, społecznych, komunikacyjno – społecznych, ruchowych i poznawczych.
3. Największy problem u pacjentów po przebytym udarze mózgu stanowią zaburzenia komunikacyjne i komunikacyjno – społeczne.
4. Obniżenie jakości życia w zakresie komunikacji pacjentów po przebytym udarze mózgu dotyczy większości kobiet biorących udział w badaniu.

8. WYKAZ PIŚMIENNICTWA

1. Błażejewska – Hożorek B., Czernuszenko A., Ferens A., Gąsecki D., Kaczorowski R. i wsp.: Wytyczne postępowania w udarze mózgu. Via Medica 2019, 5-48
2. Lavonas E., Magid D., Aziz K., Berg K., Cheng A. i wsp.: Przegląd najważniejszych informacji dotyczących Wytycznych American Heart Association z 2020 roku w zakresie resuscytacji krążeniowo - oddechowej i doraźnego postępowania w zaburzeniach krążenia. American Heart Association 2020, 3-20
3. Krzystanek E, Lewicka T.: Dysfagia po udarach mózgu – wskazówki diagnostyczne i terapeutyczne. Aktualna Neurologia 2017, 17(4): 208-209
4. Machnia M, Miller M, Niwald M, Sabiniewicz M, Włodarczyk L.: Wybrane zaburzenia funkcji poznawczych po udarze mózgu – charakterystyka kliniczna i diagnostyczna. Aktualna Neurologia 2015, 15(1): 35-40
5. Lewera D.: Zrozumieć udar mózgu. Wydawnictwo Continuo, 2018, 13-30
6. Piskorz J., Wojcik G., Ilzecka J., Kozak - Putowska D.: Wczesna rehabilitacja pacjentów po udarze niedokrwiennym mózgu. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu 2014, 20(49): 351-355
7. Członkowska A.: Nowa definicja udaru. Medycyna Praktyczna 2014; 1; 42-46
8. Markus H., Pereira A., Cloud G.:„Udary mózgu. Kompendium diagnostyki i postępowania.. T. 1”. Wydawnictwko Czelej 2018, 53-278
9. Krzystanek E, Lewicka T.: Dysfagia po udarach mózgu – wskazówki diagnostyczne i terapeutyczne. Aktualna Neurologia 2017, 17(4): 210-212
10. Basińska - Szafrańska A., Karliński M., Konopko M., Kozera G., Ryglewicz D., Sarzyńska - Długosz I, Sienkiewicz - Jarosz H.: Choroby mózgu. Udar mózgu – kompendium dla praktyka. Wydawnictwo Lekarskie 2020, 20(1): 18-46
11. Błażejewska-Hyżorek B., Czernuszenko A., Członkowska A., Ferens A., Gąsecki D., Kaczorowski R., Karaszewski B., Karliński M.: Wytyczne postępowania w udarze mózgu. Polski Przegląd Neurologiczny 2019, t.15, 46-152
12. Pera J.: Przegląd badań genetycznych i neuroobrazowych w diagnostyce udarów mózgu o rzadkiej etiologii. Polski Przegląd Neurologiczny 2017, 13(1): 1-9
13. Rajtar A., Przewoźnik D., Starowicz - Filip A., Będkowska - Karpała B.: Postępy Psychiatrii i Neurologii. Wydawnictwo Elsevier 2014, 28-42

14. Ochałek T.: Choroby serca i układu krążenia – cywilizacyjny koń trojański. Redakcja diagnostyki 2022, 22(1): 16-24
15. Wnuk M., Słowik A.: Udar mózgu na dyżurze". Wydawnictwo Medyczne, Poznań 2016, 64-92
16. Wodzińska M., Doryńska A., Stach B., Bober A., Kurzydło W., Szkarłat J.: Otępienie i depresja po udarze mózgu. Rehabilitacja Medyczna 2014; 18, 1: 15–20.
17. Kopiński P.; Wiercińska M.: Porażenie i niedowład: przyczyny i leczenie. Krakowska Wyższa Szkoła Promocji Zdrowia 2022, 2-8
18. Kaczmarek T.: Udar mózgu i afazja: wspomnienia Tadeusza T. Kaczmarka. Difin 2016, 18-46
19. Krzystanek E, Lewicka T.: Dysfagia po udarach mózgu – wskazówki diagnostyczne i terapeutyczne. Aktualna Neurologia 2017, 17(4): 210
20. Wiercińska M.: Apraksja, agnozja (w tym prozopagnozja): przyczyny, objawy i leczenie. Krakowska Wyższa Szkoła Promocji Zdrowia 2022, 22(1):1-2
21. Hoffman1 J.,Ozdarska K., Hoffman A., Sochanek M.: Rehabilitacja kończyny górnej po udarze mózgu. Choroby XXI wieku - wyzwania w pracy fizjoterapeuty, pod red. M. Podgórskiej, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Zarządzania 2017, 161-179
22. Sut A.: Afazja – czym jest, przyczyny i objawy, leczenie afazji. Wydawnictwo Olmed 2022, 22(1): 1-4
23. Pilarska E.: Afazja rozwojowa. Klinika Neurologii Rozwojowej Katedra Neurologii Gdański Uniwersytet Medyczny 2017, 85-87
24. Osińska O.: Afazja Leo Lipskiego: perseweracje, przesunięcia, zblokowania. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego 2020, 89-108
25. Stępień A.: Neurologia T.1. Medical Tribune Polska, Warszawa 2014, 192-242
26. Konkel M., Drozd A., Nowacka-Kłos M., Hansdorfer-Korzon R., Barna M.: Zespół pomijania stronnego u pacjentów po udarze mózgu - przegląd metod fizjoterapeutycznych. Forum Medycyny Rodzinnej 2015, 405-415
27. Henseler I., Obrig H., Regenbrecht F.: Lesion correlates of patholinguistic profiles in chronić aphasia: comparisons of syndrome, modality and symptom – level assessment. Brain 2014, 14(1): 221
28. Rutkiewicz-Hanczewska M.: Apraksja mowy. Logopedia 2017, nr 46, 193–210;
29. Rutkiewicz-Hanczewska M.: Dziecięca apraksja mowy. Prace Językoznawcze 2020, t. 22, nr 4, 151–167

30. Studnicki R., Hansdorfer-Korzon R., Sławek J.: Zastosowanie fizykoterapii w leczeniu spastyczności u pacjentów po udarze mózgu. Rehabilitacja w Praktyce 2015; 4: 47-52.
31. Ślusarz R.; Zielińska J.; Zieliński M.: Opis przypadku pacjenta z dyzartią. Gerontologia Polska 2016; 24: 71-74
32. Borys T.: Typologia jakości życia i pomiar statystyczny. Główny Urząd Statystyczny 2015; 2-18
33. Bigos K., Panasiuk J., Popiołek - Janiec A.: Afazja a dyzartria. Problemy diagnozy różnicowej w przebiegu powikłanych schorzeń neurologicznych. Polskie Towarzystwo Logopedyczne 2021, 50(2): 201-226
34. Gawińska E.: Epidemiologia. Udary mózgu – rosnący problem w starzejącym się społeczeństwie. Raport Instytutu Ochrony Zdrowia w Polsce, Warszawa 2016: 32-46.
35. Kowalczyk B, Zawadzka B, Lubińska-Żądło B.: The relationship between the level of knowledge in the field of pro-health procedures and the quality of life in people after stroke. Med Rehabil 2018, 22(1): 22-31.
36. Kaźmierski R.: Diagnostyka i leczenie chorych w ostrej fazie udaru niedokrwiennego mózgu. Anaesthesiology & Rescue Medicine / Anestezjologia i Ratownictwo 2014, 34-60
37. Starosta M, Redlicka J, Brzeziański M.: Udar mózgu – ryzyko niepełnosprawności oraz możliwości poprawy funkcji motorycznych i poznawczych. Pol Merkur Lek 2016, 41(241): 51-54.
38. Kaźmierczak M., Wichurska K.: Dynamika obrazu zaburzeń mowy u pacjentki po udarze niedokrwiennym mózgu – opis przypadku. Otorynolaryngologia 2018, 17(2): 72-79
39. Kowalczyk B.: Sytuacja osób po przebytym udarze mózgu. Rehabilitacja a jakość życia osób po udarze mózgu. AWF, Kraków 2018, nr 38: 24-27.
40. Drabowicz T., Petelewicz M.: Jakość życia – globalnie i lokalnie. Pomiar i wizualizacja. Coheris 2016, 16(1): 13-16
41. Bolach E., Bolach B., Ptak J.: Ocena jakości życia pacjentów po udarze niedokrwiennym mózgu. Rozprawy Naukowe 2018, 63:92-104
42. Nalepa D., Weber D., Rogala R., Charzyńska-Gula M.: Jakość życia chorych w warunkach domowych po przebytym udarze mózgu. Journal of Education, Health and Sport 2015; 5(11) 9-110

43. Bejer A., Kwolek A., Zawadzka J.: Wpływ wybranych czynników społeczno – demograficznych na jakość życia pacjentów po udarze mózgu – doniesienie wstępne. Wydawnictwo UR 2014, 36-46
44. Kaźmierski R.: Diagnostyka i leczenie chorych w ostrej fazie udaru niedokrwiennego mózgu. Anesteziologia i Ratownictwo 2014; 8: 62-75
45. Kuczma M., Wolniak J., Filarecka A., Kuczma W.: Przywracanie sprawności kończyny górnej po udarze mózgu. Choroby XXI wieku – wyzwania w pracy fizjoterapeuty, pod red. Podgórskiej M., Wyższa Szkoła Zarządzania 2017; 4-12
46. Jovin T.G.: Trombectomy within 8 hours after Symptom onset in ischemic stroke. N Engl J Med 2015, 96–306.
47. Witkowska K.: Ocena jakości życia pacjentów po przebytym udarze mózgu. Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu, Szpital Lipno 2021, (6)3 9-18
48. Wolicki M., Setkowicz M.: Jakość życia w wymiarze psychologicznym, zdrowotnym i społecznym. PWSTE w Jarosławiu 2015, 4-13
49. Prusiński A.: Neurologia praktyczna. Lekarskie PZWL 2015, 208-233
50. Raciborski F., Gawińska E., Kłak A., Słowik A., Wnuk M.: Udary mózgu – rosnący problem w starzejącym się społeczeństwie. Instytut Ochrony Zdrowia 2016; 48-61
51. Kozubski W.: Neurologia kompendium. Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2017; 309-343
52. Bielecki A., Żmudzka-Wilczek E.,Opara J.,Mehlich K., Wierycz G.: Skala S.A.-SIP 30 w ocenie jakości życia osób po udarze mózgu. Akademia Wychowania Fizycznego w Katowicach Wydziałm Fizjoterapii 2020; 126-131
53. Bielecki A., Żmudzka-Wilczek E.,Opara J.,Mehlich K.: Ocena jakości życia osób po udarze mózgu przy pomocy skali S.A. -SIP 30 cz. I. Akademia Wychowania Fizycznegow Katowicach Wydziałm Fizjoterapii 2020; 71-83
54. Bielecki A., Żmudzka-Wilczek E.,Opara J.,Mehlich K.: Ocena jakości życia osób po udarze mózgu przy pomocy skali S.A. -SIP 30 cz. II. Akademia Wychowania Fizycznegow Katowicach Wydziałm Fizjoterapii 2020; 85-95
55. Cieślik B., Podbielska H.: Przegląd wybranych kwestionariuszy oceny jakości życia. Acta Bio-Optica et Informatica Medica. Inżynieria Biomedyczna 2015, 21(2):102-135
56. Van Mierlo M.L., Van Heugten C.M., Post M.W.: Quality of life during the first two years post stroke. The Restore4Stroke Cohort study, Cerebrovasc Dis 2016, 41(1-2): 19-26.

57. Tasiemski T., Knopczyńska A., Wilski M.: Quality of life after stroke - pilot study. Wyższa Szkoła Edukacji i Terapii w Poznaniu 2014; 1-5
58. Bolach E., Bolach B., Ptak J.: Ocena jakości życia pacjentów po udarze niedokrwiennym mózgu. Rozprawy Naukowe. Akademia Wychowania fizycznego we Wrocławiu 2018; 92-104

9. WYKAZ TABEL

Tabela 1. Przyczyny udarów.....5
Tabela 2. Globalna skala zgonów na choroby serca i pochodnych układu krążenia….....7
Tabela 3. Zestawienie procentowe liczby chorych po przebytym udarze mózgu odczuwających obniżenie jakości życia spowodowane występującymi zaburzeniami komunikacyjnymi… 24
Tabela 4. Zestawienie procentowe liczby chorych po przebytym udarze mózgu odczuwających obniżenie jakości życia w zakresie zaburzeń komunikacyjnych, społecznych, komunikacyjno – społecznych, ruchowych i poznawczych….....28
Tabela 5. Analiza procentowa grupy chorych po przebytym udarze mózgu z podziałem na mężczyzn i kobiety, zauważających obniżenie poziomu jakości życia w aspekcie komunikacji.....37

10. WYKAZ RYCIN

Rycina 1. Umiejscowienie udaru niedokrwiennego i krwotocznego mózgu….....8
Rycina 2. Obszar mózgu narażony na wystąpienie afazji 11
Rycina 3. Płeć pacjenta.....20
Rycina 4. Wiek pacjenta.....21
Rycina 5. Miejsce zamieszkania….....21
Rycina 6. Wykształcenie.....22
Rycina 7. Aktywność zawodowa.....22
Rycina 8. Występowanie zaburzeń mowy….....24
Rycina 9. Występowanie u pacjentów trudności w mówieniu np. jąkanie, zacinanie się….....25
Rycina 10. Występowanie większej ilości błędów w wypowiedziach pacjentów….....26
Rycina 11. Zestawienie procentowe liczby chorych po przebytym udarze mózgu odczuwających obniżenie jakości życia spowodowane występującymi zaburzeniami komunikacyjnymi….....27
Rycina 12. Zmniejszenie poziomu aktywności towarzyskiej….....28
Rycina 13. Wykazywanie mniejszego zainteresowania wypowiedziami innych np. nie słucha z uwagą, nie oferuje pomocy….....29
Rycina 14. Wykazywanie działań irytujących na otoczenie np. przerywa innym w ich wypowiedziach, łatwo krytykuje 30
Rycina 15. Obecność trudności z porozumiewaniem się w sytuacjach codziennych (np. z rodziną) 31
Rycina 16. Pacjent jest mniej rozmowny… 31
Rycina 17. Występowanie trudności w wypowiadaniu się w sytuacjach stresujących….....32
Rycina 18. Występowanie trudności z poruszaniem się.....32
Rycina 19. Występowanie u pacjenta trudności ze zrozumieniem usłyszanych wypowiedzi… 33
Rycina 20. Posiadanie trudności skupienia uwagi na rozmówcy.....33
Rycina 21. Wykazywanie trudności w koncentracji, w wymagających tego sytuacjach… 34
Rycina 22. Odczuwanie zmęczenia lub znudzenia przez pacjentów, podczas prowadzenia konwersacji 35

Rycina 23. Zestawienie procentowe liczby chorych po przebytym udarze mózgu odczuwających obniżenie jakości życia w zakresie zaburzeń komunikacyjnych, społecznych, komunikacyjno – społecznych, ruchowych i poznawczych….....36
Rycina 24. Analiza procentowa grupy chorych po przebytym udarze mózgu z podziałem na mężczyzn i kobiety, zauważających obniżenie poziomu jakości życia

ISBN - 978-83-68268-08-9