

Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego i Neurochirurgicznego AM w Bydgoszczy
Kierownik: dr hab. n. med. Wojciech Beuth
Katedra i Klinika Neurologii AM w Bydgoszczy
Kierownik: prof. dr hab. n. med. Barbara Książkiewicz
Zakład Neurotraumatologii AM w Bydgoszczy
Kierownik: dr hab. n. med. Maciej Śniegocki

ROBERT ŚLUSARZ, WOJCIECH BEUTH, BARBARA KSIĄŻKIEWICZ,
MACIEJ ŚNIEGOCKI

*State of knowledge of stroke among students of department
of nursings and sciences about health*

**Stan wiedzy na temat udaru mózgu
wśród studentów wydziału pielęgniarstwa i nauk o zdrowiu**

WSTĘP

Zespół kliniczny charakteryzujący się nagłym wystąpieniem ogniskowego, a czasem również uogólnionego, zaburzenia czynności mózgu, którego objawy utrzymują się- (jeśli nie spowodują wcześniej zgonu), dłużej niż 24 godziny i nie mają innej przyczyny niż naczyniowa nazywamy udarem mózgu (UM). Taką definicję podaje WHO (1976) [9]. Udar mózgu należy do stanów zagrożenia życia. Licznie publikowane prace poruszają głównie problematykę kliniczną- epidemiologię, diagnostykę i leczenie [4, 5, 9]. Prace z dziedziny pielęgniarstwa obejmują głównie przygotowanie standardów postępowania pielęgniarckiego [1, 6, 7, 8, 10, 11], przygotowanie pacjentów do samoopieki [2] oraz aspekt edukacyjny [1, 3, 10].

Rozpoznanie aktualnego stanu wiedzy studentów (kierunku Pielęgniarstwa) na temat udarów mózgu, ma istotny wpływ na świadczenie wysokiej jakości usług pielęgniarckich w opiece nad pacjentami z zaburzeniami neurologicznymi. Wobec małej ilości doniesień na ten temat podjęto niniejsze badania.

CEL PRACY

Celem pracy było określenie poziomu wiedzy studentów na temat udaru mózgu (UM). Dla precyzyjnego określenia danego zagadnienia sformułowano cele szczegółowe badania:

1. Jaki jest stan wiedzy z zakresu znajomości:
 - terminologii i klasyfikacji UM,

- czynników ryzyka UM,
 - przyczyny UM,
 - objawów UM,
 - postępowania w UM
2. Jaka jest samoocena wiedzy badanych osób, z zakresu problematyki UM
 3. Jakie są najważniejsze elementy w edukacji pacjenta i jego rodziny, po UM według respondentów

MATERIAŁ I METODA

Badania przeprowadzono wśród 24 studentów IV roku kierunku Pielęgniarstwa, Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu AM w Bydgoszczy. Wszystkie badane osoby to pielęgniarki posiadające dyplom ukończenia Szkoły Pielęgniarskiej (Liceum Medyczne, Studium Medyczne). Uwzględniając płeć przebadano 24 kobiety (100%), w przedziale wiekowym 23-32 lata. Najliczniejszy przedział wiekowy to 24-25 lat (17 osób- 70,8%) (tabela 1).

Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety składający się z 3 części. Część pierwsza to informacja dla badanego (studenta) o badaniu. Część druga to dane charakteryzujące badanych. Natomiast część trzecia zawierała 16 pytań skategoryzowanych o charakterze otwartym i zamkniętym, ukierunkowanych na udzielenie odpowiedzi na badane zagadnienie. Pytania zamknięte zostały zaopatrzone kafetrią koniunktywną jak i dysjunktywną. Część pytań tworzyła test ze zadaniami prawda- fałsz. Pytania- zadania zawierały odpowiedzi prawidłowe i kilka dystraktorów. W tej części kwestionariusza uwzględniono pytania z zakresu terminologii i klasyfikacji UM oraz z zakresu czynników ryzyka UM z podziałem na czynniki kliniczne i środowiskowe (związane ze stylem życia). Uwzględniono również pytania z zakresu znajomości przyczyn i objawów UM (zarówno niedokrwienych jak i krwotocznych), oraz z zakresu postępowania w przypadku wystąpienia stanu zagrożenia życia związanego z UM. Za wskazanie odpowiedzi prawidłowej respondent otrzymywał 1 punkt, za brak odpowiedzi lub odpowiedź błędną 0 punkta. Następnie przeliczono punktację na procenty i otrzymano wynik w postaci procentowej znajomości danego zagadnienia. Przyjęto skalę 3 poziomową gdzie:

- 60% prawidłowych odpowiedzi oznaczało poziom niski- dostateczny (do 14 pkt.)
- 61-85% prawidłowych odpowiedzi oznaczało poziom średni- dobry (15-20 pkt.)
- powyżej 85% prawidłowych odpowiedzi oznaczało poziom wysoki- bardzo dobry (21-24 pkt.)

Kolejne pytania umożliwiły dokonania samooceny badanych osób z zakresu problematyki UM oraz udzieliły odpowiedzi, na jakie elementy należy zwrócić uwagę podczas edukacji chorego i jego rodziny po UM.

WYNIKI BADAŃ

I. WIEDZA Z ZAKRESU

1. Terminologia i klasyfikacja UM.

Większość badanych prawidłowo podaje definicję udaru mózgu. Prawidłową odpowiedź (zgodną z definicją wg WHO), podało 19 osób (79,2%). Nieprawidłowych odpowiedzi było 5 (20,8%) (tabela 2).

Inaczej przedstawia się wiedza z zakresu znajomości, postaci ostrego niedokrwienia mózgu. Najczęstsze odpowiedzi wymieniane przez badanych to: przemijające niedokrwienie mózgu- TIA (17 osób- 70,8%) i odwracalne niedokrwienie mózgu- RIND (10 osób- 41,7%) (tabela 3).

Na zadane pytanie „czy udar mózgu stanowi stan zagrożenia życia?”, 23 osoby (95,8%) odpowiedziało, że tak, tylko 1 osoba (4,2%), odpowiedziało nie wiem (tabela 4).

2. Czynniki ryzyka UM.

Najczęściej jako pewny kliniczny czynnik ryzyka UM, wymieniano nadciśnienie tętnicze (23 osoby- 95,8%), następnie przebyty incydent TIA lub udar (18 osób- 75,0%), choroby serca (17 osób- 70,8%) oraz cukrzycę i podwyższony hematokryt (po 12 osób- 50,0%). Najczęściej wymieniane pewne czynniki ryzyka UM, związane ze stylem życia i środowiskiem, to alkohol i nikotyna (24 osoby- 100%), czynniki rodzinne i genetyczne (19 osób- 79,2%) oraz wiek i płeć (17 osób- 70,8%) (tabela 5).

3. Najczęstsze przyczyny UM.

Wszyscy badani jako najczęstszą przyczynę UM (bez uwzględnienia podziału na udar niedokrwienno i krwotoczny), wymieniają zwężenie lub zamknięcie naczynia mózgowego doprowadzającego krew do mózgu (24 osoby- 100%). Znajomość pozostałych przyczyn przedstawia się następująco:

- rozerwanie naczynia mózgowego (21 osób- 87,5%),
- niedostateczne wypełnienie naczynia mózgowego krwią- [zaburzenia hemodynamiczne](19 osób- 79,2%).
- zagęszczenie krwi powodujące spowolnienie przepływu krwi (12 osób- 50,0%) (tabela 6).

4. Objawy UM.

Spośród odpowiedzi prawidłowych dotyczących charakterystycznych objawów UM, najwięcej badanych wymieniło porażenia i niedowład (23 osoby- 95,8%) oraz zaburzenia mowy pod postacią afazji (19 osób- 79,2%), następnie zaburzenia czucia (17 osób- 70,8%), niedowład nerwu twarzowego (16 osób- 66,7%), zaburzenia widzenia (14 osób- 58,3%) oraz apraksja (6 osób- 25,0%) (tabela 7).

5. Postępowanie w UM.

Prawie wszyscy badani na zadane pytanie odnośnie postępowania w przypadku wystąpienia UM, odpowiedzieli, że udzieliliby pierwszej pomocy (23 osoby- 95,8%). Tylko 1 osoba (4,2%), postąpiłaby inaczej (tabela 8).

Określając poziom wiedzy za pomocą zaproponowanej wcześniej punktacji i skali, można stwierdzić, że:

- 7 osób (29,2%) otrzymało do 14 pkt., czyli udzieliło do 60% prawidłowych odpowiedzi (poziom niski- dostateczny),
- 17 osób (70,8%) otrzymało w granicach 15-20 pkt., czyli odpowiedziało na 61-85% prawidłowych odpowiedzi (poziom średni- dobry),
- 0 osób (żadna osoba) nie otrzymało powyżej 21 pkt., czyli nie odpowiedziało na więcej niż 85% prawidłowych odpowiedzi (poziom wysoki- bardzo dobry) (tabela 9).

II. SAMOOCENA BADANYCH OSÓB, Z ZAKRESU ZNAJOMOŚCI PROBLEMATYKI UM

Badani dokonali również samooceny z zakresu znajomości problematyki UM. 19 osób (79,2%) stwierdziło, że ma wiedzę dobrą, a 5 osób (20,8%), że słabą. Żadna z osób nie oceniła siebie najwyżej (a więc, że ma wiedzę bardzo dobrą) (tabela 10).

Jak widać wyniki samooceny dokonanej przez badanych pokrywają się z wynikami uzyskanymi za pomocą punktacji. 19 ankietowanych osób (79,2%), stwierdza, że posiada wiedzę dobrą; według punktacji 17 osób (70,8%). Żadna z osób, według punktacji, jak i samooceny, nie zna problematyki UM w stopniu bardzo dobrym.

Na zadane pytanie, jakie obszary (elementy wiedzy), wymagają uzupełnienia, otrzymano następujące odpowiedzi:

- uzupełnienie wiedzy o czynnikach ryzyka UM (5 osób- 20,8%),
- uzupełnienie wiedzy o przyczynach UM (7 osób- 29,2%),
- uzupełnienie wiedzy o objawach UM (5 osób- 20,8%),
- uzupełnienie wiedzy o postępowaniu w przypadku UM (11 osób- 45,8%) (tabela 11).

Źródłem wiedzy o UM dla wszystkich ankietowanych, były zajęcia kliniczne (w postaci wykładów, seminariów, ćwiczeń z neurologii i neurochirurgii) (24 osoby- 100%). Dla 17 osób (70,8%) fachowa literatura medyczna (podręczniki, publikacje naukowe), natomiast dla 4 osób (16,7%) rodzina (tabela 12).

III. NAJWAŻNIEJSZE ELEMENTY W EDUKACJI PACJENTA I JEGO RODZINY PO UM

Według ankietowanych w edukacji chorego i jego rodziny (z zakresu UM), należy uwzględnić:

- informację o właściwym trybie życia (19 osób- 79,2%),
- informację o rehabilitacji (19 osób- 79,2%),
- przygotowanie do samoobserwacji i samokontroli (19 osób- 79,2%) (tabela 13).

WNIOSKI

1. Stan wiedzy wśród badanych studentów z zakresu problematyki udaru mózgu (wiedza o czynnikach, przyczynach, objawach i postępowaniu), w większości przypadków, jest dobry.
2. Samoocena dokonana przez badanych odnośnie znajomości problematyki udaru mózgu, również wypadła na poziomie dobrym.
3. Według ankietowanych, najważniejsze elementy w edukacji pacjenta i jego rodziny po przebytych udarze mózgu, to zagadnienia: rehabilitacji, właściwego trybu życia oraz umiejętności samoobserwacji i samokontroli.

PIŚMIENNICTWO

1. Adamczyk K.: Pielęgniarstwo neurologiczne. Wydawnictwo Czelej. Lublin 2000, 47-56
2. Adamczyk K.: Przygotowanie pacjentów po udarach mózgowych do samoopieki. Udar Mózgu. 2000,2,75-80
3. Adamczyk K.: Standard pielęgnowania w zakresie edukacji zdrowotnej dla osób po przebytych udarach mózgowym i ich rodzin. Red.: Turowski K.: Wybrane standardy pielęgniarstwa klinicznego. Tom II. Akademia Medyczna w Lublinie. 1995, 7-14
4. Członkowska A., Świdorski W.: Udar mózgu - zapobieganie-leczenie-rehabilitacja. Instytut Psychiatrii i Neurologii. Warszawa 1997.

5. Majkowski J.: Urazy naczyniowe mózgu- diagnostyka i leczenie. PZWL. Warszawa 1998, 13-22, 142-163
6. Muraczyńska B.: Standard kompleksowej opieki nad pacjentem z afazją. Red.: Adamczyk K., Turowski K.: Wybrane szczegółowe standardy pielęgniarstwa klinicznego. Akademia Medyczna w Lublinie 1996, 103-107
7. Paluch H.: Standardy opieki nad chorym po udarze mózgu. Red.: Kózka M.: Wybrane standardy opieki pielęgniarstwa. Kraków 1997, 66-87
8. Paluch H., Wilczek-Rużyczka E.: Standard komunikowania z chorym z afazją. Red.: Kózka M.: Wybrane standardy opieki pielęgniarstwa. Kraków 1997, 60-65
9. Prusiński A., Domżał T.M., Kozubski W., Szczudlik A.: Niedokrwienne udary mózgu. α- medica press. Bielsko-Biała 1999, 9-30, 141-185
10. Różnowska K.: Udar mózgu. Emilia. Kraków 1999, 90-134
11. Szczygielska-Majewska M.: Standard opieki pielęgniarstwa w rehabilitacji osób po udarach mózgu. Red.: Adamczyk K., Turowski K.: Wybrane szczegółowe standardy pielęgniarstwa klinicznego. Akademia Medyczna w Lublinie 1996, 115-121

Tabela I. Ogólna charakterystyka badanych
Table I. General characteristic

Charakterystyka (characteristic)	24 n	100%
Płeć (Sex)		
Męska (male)	0	0
Żeńska (female)	24	100
Wiek (Age)		
23	2	8,4
24-25	17	70,8
26-32	5	20,8

Tabela II. Terminologia
Table II. Terminology

Terminologia (terminology)	24 n	100%
Prawidłowa (proper)	19	79,2
Nieprawidłowa (incorrect)	5	20,8

Tabela III. Klasyfikacja
Table III. Classification

Klasyfikacja (classification)	Odpowiedzi (answers)	
	N	%
TIA	17	70,8
RIND	10	41,7
CIS	3	12,5
PND	2	8,3

Tabela IV. Czy UM to stan zagrożenia życia?
Table IV. State of threat of life UM this?

	24 n	100%
TAK (yes)	23	95,8
NIE (no)	0	0
NIE WIEM (I do not know)	1	4,2

Tabela V. Czynniki ryzyka UM
Table V. Stroke risk factors

Czynniki ryzyka (risk factors)	Odpowiedzi (answers)	
	N	%
Kliniczne (clinical)		
Nadciśnienie tętnicze (hypertension)	23	95,8
Przebyte TIA, udar (TIA, stroke)	18	75,0
Choroby serca (heart diseases)	17	70,8
Cukrzyca (diabetes)	12	50,0
Podwyższony hematokryt (raised haematocrit)	12	50,0
Związane ze stylem życia (life style)		
Alkohol, nikotyna (alcohol, nicotine)	24	100
Czynniki rodzinne i genetyczne (family and genetic factors)	19	79,2
Wiek, płeć (age, sex)	17	70,8

Tabela VI. Przyczyny UM
Table VI. Causes of stroke

Przyczyny (causes)	Odpowiedzi (answers)	
	N	%
Zwężenie lub zamknięcie naczynia (narrow or occlusion of blood- vessel)	24	100
Rozerwanie naczynia (tearing of blood- vessel)	21	87,5
Zaburzenia hemodynamiczne (haemodynamic disorders)	19	79,2
Zagęszczenie krwi (condensation of blood)	12	50,0

Tabela VII. Objawy UM
Table VII. Stroke symptoms

Objawy (symptoms)	Odpowiedzi (answers)	
	N	%
Porażenie/ niedowład (paralysis/ paresis)	23	95,8
Zaburzenie mowy [afazja] (of speech disorder)	19	79,2
Zaburzenia czucia (disorders of sense)	17	70,8
Niedowład nerwu twarzowego (facial paralysis)	16	66,7
Zaburzenia widzenia (visual disorders)	14	58,3
Apraksja (apraxia)	6	25,0

Tabela VIII. Postępowanie w UM
Table VIII. Stroke action

Postępowanie (action)	24 n	100%
Pierwsza pomoc (first aid)	23	95,8
Inne (other)	1	4,2

Tabela IX. Poziom wiedzy badanych
Table IX. Level of knowledge investigated students

Skala (scale)	24 n	100%
60%- poziom niski [dostateczny](low level)	7	29,2
61-85%- poziom średni [dobry](medium level)	17	70,8
Powyżej 85%- poziom wysoki [bardzo dobry](high level)	0	0

Tabela X. Samoocena badanych osób
Table X. Selfevaluation of investigated students

Wiedza (knowledge)	24 n	100%
Bardzo dobra (very good)	0	0
Dobra (good)	19	79,2
Słaba (weak)	5	20,8

Tabela XI. Elementy wiedzy wymagające uzupełnienia
Table XI. Elements of knowledge of exacting supplement

Uzupełnienie wiedzy (supplement knowledge)	Odpowiedzi (answers)	
	N	%
1. Postępowanie w UM (stroke action)	11	45,8
2. Przyczyny UM (stroke causes)	7	29,2
3. Objawy UM (stroke symptoms)	5	20,8
4. Czynniki ryzyka UM (stroke risk factors)	5	20,8

Tabela XII. Źródło wiedzy o UM
Table XII. Source of knowledge UM about

Źródło wiedzy (source of knowledge)	Odpowiedzi (answers)	
	N	%
1. Zajęcia kliniczne (clinical occupation)	24	100
2. Piśmiennictwo fachowe (professional literature)	17	70,8
3. Rodzina (family)	4	16,7
4. Inne (other)	2	8,3
5. Media (medias)	1	4,2
6. Piśmiennictwo niefachowe (unprofessional literature)	1	4,2

Tabela XIII. Elementy edukacji pacjenta i rodziny
Table XIII. Elements of education of patient and families

Elementy edukacji (elements of education)	Odpowiedzi (answers)	
	N	%
1. Właściwy tryb życia (adequate mode lives)	19	79,2
2. Rehabilitacja (rehabilitation)	19	79,2
3. Umiejętność samoobserwacji i samokontroli (skill of self- observation and self- control)	19	79,2
4. Przygotowanie domu (preparation of house)	18	75,0
5. Wiedza o UM (the knowledge of stroke)	15	62,5

STRESZCZENIE

Udar mózgu należy do stanów zagrożenia życia. Licznie publikowane prace poruszają głównie problematykę kliniczną- epidemiologię, diagnostykę i leczenie. Prace z dziedziny pielęgniarstwa obejmują głównie przygotowanie standardów postępowania pielęgniarckiego, przygotowanie pacjentów do samoopieki oraz aspekt edukacyjny. Celem pracy było określenie poziomu wiedzy studentów na temat udaru mózgu. Badania przeprowadzono wśród 24 studentów IV roku kierunku Pielęgniarstwa, Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu AM w Bydgoszczy. Narzędziem badawczym służącym do zbadania danego zagadnienia był kwestionariusz ankiety składający się z pytań otwartych i zamkniętych (o charakterze prawda-falsz). Na podstawie uzyskanych wyników wysunięto wnioski: 1. Stan wiedzy wśród badanych studentów z zakresu problematyki udaru mózgu (wiedza o czynnikach, przyczynach, objawach i postępowaniu), w większości przypadków, jest dobry; 2. Samoocena dokonana przez badanych odnośnie znajomości problematyki udaru mózgu, również wypadła na poziomie dobrym; 3. Według ankietowanych, najważniejsze elementy w edukacji pacjenta i jego rodziny po przebyciu udaru mózgu, to zagadnienia: rehabilitacji, właściwego trybu życia oraz umiejętności samoobserwacji i samokontroli.

SUMMARY

Stroke is lifethreatening clinical condition. The great number of published works confirm clinical problems. Works from field of nursing indicate preparation of standards nursing's conducts, preparation of patients to self- care as well as educational aspect mainly. The estimation of level of students knowledge onto subject of stroke was aim of work. The investigations comprise 24 of students of 4 year of direction of Nursings, Department of Nursings and Sciences about Health AM in Bydgoszczy. Our examinations were based on questionnaire. Their answers led to the following conclusions: 1. The state of knowledge of problem of stroke (risk factors, causes, symptoms and treatment), is good in most of cases; 2. The self- control of knowledge of problem of stroke is on good level; 3. Most important elements in education of patient and his family after stroke, are according to answer a questions: rehabilitation, adequate mode of lives as well as skill of self- observation and self- control.