

ZDROWIE I JEGO UWARUNKOWANIA

ROZDZIAŁ VI

Wyższa Szkoła Biznesu i Przedsiębiorczości w Ostrowcu Świętokrzyskim
The College of Business and Entrepreneurship in Ostrowiec Świętokrzyski

MAŁGORZATA CICHONSKA, BOŻENA ZBOINA, DOROTA MACIĄG,
HANNA CZAJKA, MONIKA BOREK, WIOLETTA KRAWCZYK

Poprawa wybranych zakresów sprawności funkcjonalnej osób po udarze niedokrwiennym mózgu

Improvement of selected functional ranges of patients after ischemic stroke

Słowa kluczowe: udar niedokrwienny mózgu, sprawność funkcjonalna, skala Bartel

Key words: brain ischemic stroke, functional efficiency, Bartel scale

WSTĘP

Model terapii zalecanej w przypadku wystąpienia udaru niedokrwiennego mózgu przewiduje, że wszyscy chorzy w początkowym okresie udaru mają prawo do opieki bez uprzedniej selekcji. Wczesna profesjonalna opieka, pielęgnacja i rehabilitacja dobrana do aktualnego stanu pacjenta po udarze niedokrwiennym warunkuje w znacznym stopniu jego dalsze losy [1].

Podstawowym celem działań podejmowanych na rzecz chorych po udarze mózgu jest odtworzenie w sposób jak najbardziej pełny utraconych funkcji, w miarę możliwości pacjenta, jego umiejętności i zdolności (fizycznych, psychicznych i społecznych) lub kompensacja funkcji bezpowrotnie utraconych.

Dla części chorych kwalifikujących się do bardziej intensywnych działań optymalnym rozwiązaniem jest bezpośrednie przekazanie ich pod opiekę zespołu rehabilitacyjnego działającego w ramach oddziału (pododdziału) rehabilitacji udarów mózgu [2].

Udowodniono, że kilkutygodniowa rehabilitacja w tego typu oddziałach daje najlepsze rezultaty i przynosi także wymierne efekty ekonomiczne wynikające ze znacznego skrócenia czasu hospitalizacji w znacznie droższych oddziałach szpitalnych [3].

Proces pielęgnacji chorego w niedokrwiennym udarze mózgu obejmuje szeroki wachlarz działań, a wśród nich min.: [4] pielęgnację przeciwoleżynową (obracanie chorego na boki co 2-3 godziny), odpowiednią technikę układania pacjenta i jego kończyn, ćwiczenia oddechowe, czy zapobieganie powstawaniu odleżyn.

Celem badań jest poznanie stopnia poprawy sprawności funkcjonalnej osób po przebytych udarze niedokrwiennym w zakresie wybranych obszarów.

MATERIAL

Badania zostały przeprowadzone w Zespole Opieki Zdrowotnej w Ostrowcu Świętokrzyskim, w oddziale rehabilitacji poudarowej, w okresie od października 2014 roku do lutego 2015 roku, w grupie 96 pacjentów po przebytych udarze niedokrwiennym mózgu.

Każda osoba zakwalifikowana do badania została objęta profesjonalną opieką i pielęgnacją uzupełnianą ćwiczeniami biernymi i czynnymi, ćwiczeniami w odciążeniu, ćwiczeniami ułatwiającymi pionizację, naukę chodu oraz chodzenie po schodach. W ramach przywracania sprawności funkcjonalnej badanych zastosowano także tonilizę, elektrostymulację, kąpiele wirowe i światłolecznictwo.

METODA

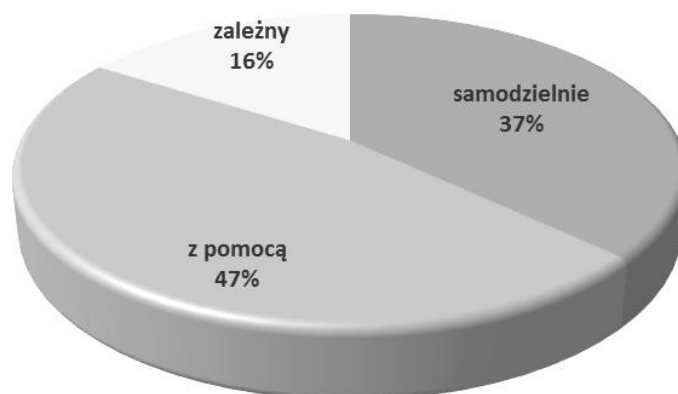
W badaniach wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, wywiad, który uzupełniła obserwacja, analiza dokumentacji medycznej oraz dwukrotna ocena sprawności funkcjonalnej badanych skalą Bartel. Pierwsza ocena stanu pacjentów wg skali Bartel została zrealizowana w momencie rozpoczęcia pobytu chorego w oddziale rehabilitacji poudarowej, a druga miała miejsce po zakończeniu cyklu profesjonalnej opieki, pielęgnacji i rehabilitacji.

WYNIKI

W badaniach wzięło udział 48% kobiet i 52% mężczyzn. Największa grupa chorych objętych badaniem była w wieku 76-80 lat, gdyż osoby w tym wieku stanowiły 33% badanych. W wieku 71-75 lat było 20%. 66-70 lat miało 10% badanych, a 60-65 lat 12%, natomiast poniżej 60 roku życia było 10% badanych. 55% badanych pochodziło ze wsi, a 45% z miasta. Uczestnikami badań z wykształceniem wyższym było 14% badanych, średnim 22%, zawodowym 26%, pozostałe 39% deklaroowało wykształcenie podstawowe.

Chorych oceniono w zakresie wydolności spożywania posiłków, przemieszczania się z łóżka na wózek, poruszania się po powierzchniach płaskich, wchodzenie i schodzenia po schodach oraz ubierania i rozbierania się.

Wyniki pierwszej oceny wydolności badanych w zakresie spożywania posiłków dokonane w momencie rozpoczynania cyklu profesjonalnej opieki pod nadzorem wielodyscyplinarnego zespołu wykazały, że spośród 96 badanych 37% chorych je samodzielnie, 47% z pomocą, a 16% wymaga bezwzględnego podawania posiłków.



Wykres 1. Sprawność funkcjonalna badanych w zakresie spożywania posiłków

Wśród badanych mężczyźni i kobiety posiłki spożywają odpowiednio w 35% i 38% samodzielnie, 50% i 44% korzysta z pomocy, a 15% i 18% jest całkowicie zależna od osób trzecich.

Więcej mężczyzn (40%), niż kobiet (39%) spożywa posiłki samodzielnie. Z pomocy podczas jedzenia korzysta tyle samo mężczyzn 50%, co kobiet 50%, natomiast nieznacznie więcej (9%) kobiet, niż mężczyzn (8%) jest zupełnie zależnych.

Różnice w radzeniu sobie ze spożywaniem posiłków zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn są minimalne i wynoszą po 52% w korzystaniu z pomocy przy jedzeniu. Zależnie spożywa posiłki 9% kobiet i 8% mężczyzn, a samodzielnie je 39% kobiet i 40% mężczyzn.

W wieku do 60 lat posiłki spożywa samodzielnie 6% badanych, z pomocą 4%, a w tej grupie nie było osób zależnych w jedzeniu. Wydolność pacjentów w zakresie spożywania posiłków była największa wśród 60 – 65 latków, 8% robiło to samodzielnie, pomocy wymagało 4% chorych, nie było w tej grupie osób całkowicie zależnych.

Osoby w wieku 66-70 lat z kolei najczęściej są samodzielne (3%) lub wymagają pomocy (5%), tylko 1% osób w tym wieku spożywa posiłki zależnie.

Badani w wieku 71-75 lat to osoby, które najczęściej korzystają z pomocy (11%) przy jedzeniu. Samodzielnie spośród osób w tym wieku je 6% chorych, a zależni stanowią (3%) badanych.

W wieku 76-80 lat są badani, którzy najczęściej korzystają z pomocy (18%) lub są samodzielni (13%), zależnie spożywa posiłek w tej grupie tylko 2% chorych.

Chorzy w wieku 81-85 lat najczęściej są osobami korzystającymi z pomocy (11%), zależnie oraz samodzielnie posiłki spożywa po 2% badanych.

W wieku do 60 lat oraz 60-65 lat nie ma osób zależnych w czynności spożywania posiłków, natomiast chorzy najczęściej jedzą samodzielnie (6% i 8%).

W pozostałych grupach wieku najczęściej pacjenci jedzą z pomocą, a najmniej jest osób jedzących zależnie.

Chorzy zamieszkujący na wsi częściej spożywają posiłki samodzielnie (20%), niż chorzy zamieszkujący w mieście (18%). Z pomocy także korzysta więcej chorych ze wsi (30%) niż z miasta (22%). Natomiast osób zależnie spożywających posiłki jest tyle samo wśród zamieszkujących w mieście, co i na wsi (4%). Opisane wyniki w tabeli I.

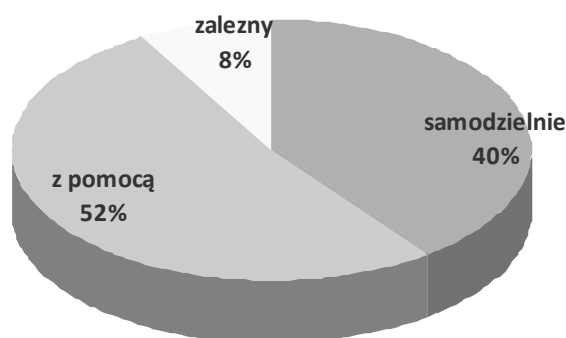
Tab. I. Zakres wydolności funkcjonalnej badanych w zakresie spożywania posiłków wg płci, wieku, miejsca zamieszkania i wykształcenia

Parametr opisujący badaną populację	Zakres wydolności badanych w zakresie ubierania i rozbierania się									Razem	
	samodzielnie			z pomocą			zależny			N	%
	I ocena	II ocena	różnica	I ocena	II ocena	różnica	I ocena	II ocena	różnica		
Płeć											
kobieta	17	19	2	24	25	1	7	4	- 3	46	48
mężczyzna	20	21	1	23	27	4	9	4	- 5	50	52
Razem	37	40	3	47	52	5	16	8	- 8	96	100
Wiek											
do 60 lat	6	6	0	3	4	1	1	0	- 1	10	10
60-65 lat	8	8	0	4	4	0	0	0	0	12	13
66-70 lat	5	3	- 2	3	5	2	1	1	0	9	9
71-75 lat	5	6	1	13	11	2	1	3	2	19	20
76-80 lat	8	14	6	14	18	4	11	2	- 9	32	33
81-85 lat	3	2	- 1	8	11	3	3	2	- 1	14	15
Razem	35	39	4	45	53	7	17	8	- 9	96	100
Miejsce zamieszkania											
miasto	19	19	0	22	22	0	4	4	0	43	45
wieś	18	21	3	25	30	5	14	4	- 10	53	55
Razem	37	40	3	47	52	5	18	8	- 10	96	100
Wykształcenie											
wyższe	10	9	- 1	3	3	0	0	1	1	13	14
średnie	9	8	- 1	8	10	2	4	3	1	21	22
zawodowe	8	9	1	16	15	- 1	2	2	0	25	26
podstawowe	8	13	5	20	24	4	10	2	- 8	37	38
Razem	35	39	5	47	52	5	16	8	- 8	96	100

*Małgorzata Cichońska, Bożena Zboina, Dorota Maciąg, Hanna Czajka,
Monika Borek, Wioletta Krawczyk*

Poprawa wybranych zakresów sprawności funkcjonalnej osób
po udarze niedokrwiennym mózgu

W ramach oceny wydolności funkcjonalnej osób po przebytych udarze niedokrwiennym mózgu po okresie opieki, pielęgnacji i rehabilitacji stwierdzono, że w obszarze spożywania posiłków badani w 40% są samodzielnymi, 52% korzysta z pomocy, a 8% jest w tym zakresie całkowicie zależna od osób trzecich.



Wykres 2. Sprawność funkcjonalna badanych w zakresie spożywania posiłków po okresie opieki poudarowej

Porównując uzyskane wyniki oceny wg skali Bartel stwierdzono, że samodzielnych jest o 3% więcej, osób radzących sobie z pomocą o 5% więcej, a zależnych o 8% mniej niż przed wdrożeniem opieki poudarowej.

Analiza danych wykazała, że więcej mężczyzn (40%) niż kobiet (39%) po profesjonalnej opiece spożywa posiłki samodzielnie. Z pomocy podczas jedzenia korzysta tyle samo mężczyzn, co kobiet, natomiast nieznacznie więcej kobiet (9%), niż mężczyzn (8%) jest zupełnie zależnych.

Analizując wydolność funkcjonalną badanych po okresie badania w zakresie spożywania posiłków stwierdzono, że w grupie osób do 60 lat posiłki spożywa samodzielnie 6% badanych, z pomocą 4%, a nie ma osób zależnych w tej czynności.

Wydolność pacjentów w zakresie spożywania posiłków była największa wśród 60 – 65 latków, gdyż 8% badanych robiło to samodzielnie, pomocy wymagało 4% chorych, a nie było osób całkowicie zależnych.

Osoby w wieku 66-70 lat z kolei najczęściej są samodzielne (3%) lub wymagają pomocy (5%), a 1% osób spożywa posiłki zależnie.

Badani w wieku 71-75 lat to osoby, które najczęściej korzystają z pomocy (11%) przy jedzeniu. Samodzielnie je 6% chorych, a zależni stanowią 3% badanych.

Badani w wieku 76-80 lat najczęściej korzystają z pomocy (18%) lub są samodzielnymi (13%), zależnie spożywa posiłek tylko 2% chorych z tej grupy.

Chorzy w wieku 81-85 lat najczęściej są osobami korzystającymi z pomocy (11%), zależnie oraz samodzielnie posiłki spożywa po 2% badanych.

W grupie do 60 roku życia oraz 60-65 lat nie ma osób zależnych w spożywaniu posiłków, natomiast chorzy najczęściej jedzą samodzielnie 6%. W pozostałych grupach wieku najczęściej pacjenci jedzą z pomocą, a najmniej jest osób jedzących zależnie.

Chorzy zamieszkujący na wsi częściej spożywają posiłki samodzielnie (20%) niż chorzy zamieszkujący w mieście (18%). Z pomocy również korzysta więcej chorych ze wsi (30%), niż z miasta (22%). Natomiast osób zależnie spożywających posiłki jest tyle samo w mieście co i na wsi (4%).

Zarówno na wsi, jak i w mieście najczęściej posiłki są spożywane z pomocą (30% i 22%), najrzadziej natomiast zależnie (jednakowo na wsi i w mieście po 4%).

Osoby z wykształceniem wyższym to osoby najczęściej spożywające posiłki samodzielnie (9%). Z pomocy korzysta z tej grupy 3% chorych, zaś zależnie wykonuje tę czynność 1% chorych.

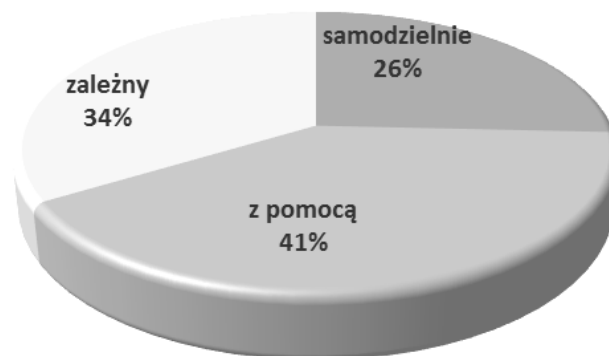
W grupie osób z wykształceniem średnim najczęściej chorzy jedzą z pomocą (10%). 8% spożywa posiłki samodzielnie, a 3% badanych jest całkowicie zależna.

Pacjenci z wykształceniem zawodowym najczęściej posiłki spożywają z pomocą (15%), samodzielnie je posiłki 9% osób, natomiast zależnych jest 2% chorych.

Wykształcenie podstawowe dominuje wśród osób jedzących posiłki z pomocą (24%), ale też dosyć duża liczba chorych z tej grupy je samodzielnie (13%), tylko 2% badanych jest całkowicie zależna.

Najwięcej chorych z wykształceniem podstawowym korzysta z pomocy (24%) w zakresie spożywania posiłków, najmniej osób z wykształceniem wyższym jest zależnych (1%) w czynności jedzenia.

Kolejny oceniany obszar funkcjonalny to przemieszczanie się z łóżka na krzesło, czy wózek. W zakresie przemieszczania się w chwili przyjęcia 26% chorych z łóżka na krzesło i z powrotem przemieszcza się samodzielnie, 41% robi to z pomocą, a 34% jest w tym zakresie zupełnie zależna od osób trzecich.



Wykres 3. Wydolność sprawności funkcjonalnej badanych w zakresie przemieszczania się z łóżka na krzesło czy wózek

*Małgorzata Cichońska, Bożena Zboina, Dorota Maciąg, Hanna Czajka,
Monika Borek, Wioletta Krawczyk*

Poprawa wybranych zakresów sprawności funkcjonalnej osób
po udarze niedokrwiennym mózgu

Czynność przemieszczania się samodzielnie wykonuje 24% kobiet i 28% mężczyzn. Z pomocą przemieszcza się 41% kobiet i 42% mężczyzn, całkowicie zależnych jest 35% kobiet i 30% mężczyzn.

Osoby do 60 roku życia najczęściej są samodzielne w przemieszczaniu się (6%), a 3% wymaga pomocy w tym zakresie, a 1% jest całkowicie zależny. Wydolność pacjentów w zakresie przemieszczania się była największa wśród 60 – 65 latków, (7%) przemieszczało się samodzielnie, pomocy wymagało 4% chorych, a 2% było całkowicie zależnych.

Osoby w wieku 66-70 lat z kolei najczęściej w przemieszczaniu są samodzielne (3%) lub wymagają pomocy (4%), a 2% osób jest zależnych w zakresie.

Badani w wieku 71-75 lat to osoby, które najczęściej korzystają z pomocy (10%), przemieszczają się samodzielnie (3%) lub są zależni (6%)

W grupie osób w wieku 76-80 lat dominują osoby zależne (19%), korzystające z pomocy (11%) oraz przemieszczające się samodzielnie (4%).

Chorzy w wieku 81-85 lat najczęściej korzystają z pomocy (9%), są zależne (3%) i samodzielnie przemieszczają się (2%).

Zgromadzone dane pozwoliły stwierdzić, że przemieszczają się samodzielnie najczęściej osoby w wieku 60-65 lat (7%) i -60 lat, których było 6%. Korzystają z pomocy w tym zakresie najczęściej osoby w wieku 76-80 lat (11%) i 71-75 lat (10%). Całkowicie zależna od osób trzecich najczęściej jest populacja badanych po udarze mózgu w wieku 76-80 lat licząca 19% badanych.

W zakresie przemieszczania się najczęściej pacjenci z miasta samodzielnie wykonują tę czynność w 14%, z pomocą robi to 20% osób, a zależnych jest 16%.

Z kolei chorzy mieszkający na wsi najczęściej przemieszczają się z pomocą 22%. Samodzielnych jest 12%, a zależnych 17%.

Wśród badanych zarówno w mieście jak i na wsi najczęściej pacjenci przemieszczają się z pomocą (20% i 22%). Osób całkowicie zależnych z miasta jest 16%, a ze wsi 17%. Wśród przemieszczających się samodzielnie chorzy z miasta stanowią 14%, ze wsi 12%.

Przemieszcza się samodzielnie 6% osób z wykształceniem wyższym, 7% ze średnim oraz z zawodowym i 5% z podstawowym. Z pomocą przemieszcza się 5% badanych z wykształceniem wyższym, 9% ze średnim, 12% z zawodowym oraz 16% z podstawowym. Wśród osób całkowicie zależnych jest 5% chorych z wykształceniem wyższym, 5% ze średnim, 7% z zawodowym i 18% z podstawowym.

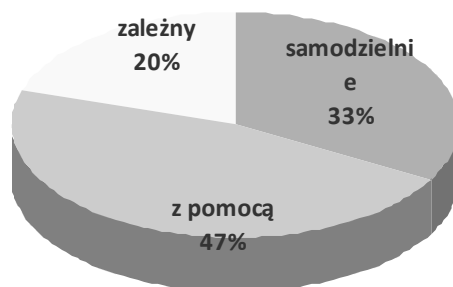
Najmniejszą wydolność w zakresie przemieszczania się mają osoby z wykształceniem podstawowym, ponieważ wśród nich jest 18% chorych zależnych.

Najwięcej korzystających z pomocy (16%) to osoby z wykształceniem podstawowym i zawodowym (12%) oraz średnim (9%). Chorzy z wyższym wykształceniem najczęściej są samodzielni (6% badanych).

Tab II. Zakres wydolności funkcjonalnej badanych w zakresie przemieszczania się (z łóżka na krzesło i z powrotem/siadanie) wg płci, wieku, miejsca zamieszkania i wykształcenia

Parametr opisujący badaną populację	Zakres wydolności badanych w zakresie ubierania i rozbierania się									Razem	
	samodzielnie			z pomocą			zależny			N	%
	I ocena	II ocena	różnica	I ocena	II ocena	różnica	I ocena	II ocena	różnica		
Płeć											
kobieta	11	16	5	20	23	3	17	9	- 6	46	48
mężczyzna	15	20	5	21	26	5	16	6	- 10	50	52
Razem	26	36	10	41	48	8	33	15	- 18	96	100
Wiek											
do 60 lat	6	6	0	3	4	1	1	0	-1	10	10
60-65 lat	7	7	0	4	4	0	1	1	0	12	13
66-70 lat	3	6	3	4	3	- 1	2	0	-2	9	9
71-75 lat	3	4	1	10	13	3	6	3	-3	19	20
76-80 lat	4	8	4	11	22	11	19	3	-16	32	33
81-85 lat	2	3	1	9	3	- 6	3	8	5	14	15
Razem	25	34	9	41	49	8	32	15	-17	96	100
Miejsce zamieszkania											
miasto	14	19	5	20	22	2	16	4	-12	43	45
wieś	12	17	5	22	27	5	17	12	-5	53	55
Razem	26	36	10	42	49	7	33	16	- 16	96	100
Wykształcenie											
wyższe	6	6	0	5	5	0	2	2	0	13	14
średnie	7	9	2	9	10	1	5	2	- 3	21	22
zawodowe	7	8	1	12	14	2	7	4	- 3	25	26
podstawowe	5	12	7	16	20	4	18	7	- 11	37	38
Razem	25	35	10	42	49	7	32	15	-17	96	100

Po okresie opieki, pielęgnacji i rehabilitacji prowadzonej przez profesjonalistów stwierdzono, że 33% badanych w zakresie wydolności przy przemieszczania się z łóżka na krzesło i z powrotem radzi sobie samodzielnie, 47 % z pomocą, a 20% jest zależna.



Wykres 4. Wydolność badanych w zakresie przemieszczania się z łóżka na krzesło i z powrotem/siadanie na wózek

Porównując uzyskane wyniki oceny wg skali Bartel stwierdzono, że samodzielnych jest o 7,5% więcej, osób radzących sobie z pomocą o 6,5 % więcej, a zależnych o 14% mniej niż przed wdrożeniem opieki poudarowej.

Wśród kobiet wydolność w zakresie przemieszczania się przedstawiała się następująco: 33% radzi sobie samodzielnie, 47 % z pomocą, a 20% jest zależna. Mężczyźni w zakresie przemieszczania radzą sobie w 38% badanych samodzielnie, 50% korzysta z pomocy, a 12% jest całkowicie zależna w tym obszarze funkcjonowania od osób trzecich.

Porównując wyniki oceny wydolności stwierdzono, że o 5% więcej mężczyzn radzi sobie samodzielnie, 8% mniej z nich jest zależnych, a 3% więcej radzi sobie z pomocą.

Co pozwala na wstępne wnioskowanie, że mężczyźni po udarze w sferze przemieszczania się są bardziej wydolni od kobiet

Osoby w wieku mniej niż 60 lat najczęściej przemieszczają się samodzielnie (6%), 4% korzysta z pomocy. Nie ma osób zależnych w tej grupie wiekowej.

W wieku 60-65 lat najczęściej osoby przemieszczają się samodzielnie (7%), z pomocy korzysta 4% chorych zaś zależnych jest 1%.

Osoby w wieku 66-70 lat z kolei najczęściej są samodzielne (6%) w przemieszczaniu się lub wymagają pomocy (3%), nie ma w tej grupie osób zależnych.

Badani w wieku 71-75 lat to osoby, które najczęściej korzystają z pomocy (13%). W tej grupie samodzielnie przemieszcza się 4% chorych, a zależni stanowią 3% badanych.

W wieku 76-80 lat najczęściej korzystają z pomocy (22%) lub są samodzielni (8%), zależnie przemieszcza się tylko 3% tych osób.

Chorzy w wieku 81-85 lat najczęściej są osobami zależnymi (8%). Z pomocy korzysta 3% z nich, a samodzielnie przemieszcza się 2%.

W zakresie przemieszczania się najczęściej samodzielnie wykonują tę czynność osoby w wieku 76-80 lat (8%), w tej też grupie jest najwięcej osób korzystających z pomocy (22%), zaś najwięcej chorych zależnych jest w wieku 71-76 lat (8%).

W mieście więcej osób czynność przemieszczania się wykonuje samodzielnie (19%), natomiast na wsi więcej korzysta z pomocy (27%) oraz jest zależnych (12%).

Zarówno chorzy pochodzący z miasta, jak i ze wsi najczęściej przemieszczają się z pomocą (22% i 27%). Grupa osób przemieszczająca się samodzielnie to 18% mieszkańców miasta i 17% ze wsi. Po intensywnej i profesjonalnej opiece, pielęgnacji i rehabilitacji grupa osób zależnych zmniejszyła się i obecnie wynosi 4% w mieście i 12% na wsi.

Najczęściej w grupie z wykształceniem wyższym badani przemieszczają się samodzielnie (6%), 5% korzysta z pomocy a tylko 2% to osoby zależne.

W grupie z wykształceniem średnim chorzy najczęściej korzystają z pomocy (10%) w przemieszczaniu się, samodzielnie wykonują tę czynność 9% badanych zaś zależne 2%.

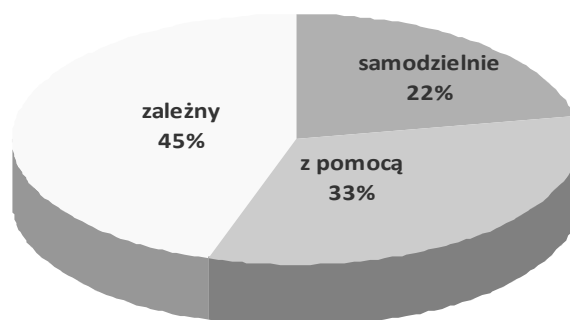
Grupa pacjentów z wykształceniem zawodowym najczęściej przemieszcza się z pomocą (14%), 8% chorych przemieszcza się samodzielnie, a 4% jest zależnych.

Osoby z wykształceniem podstawowym przemieszczają się najczęściej z pomocą (20%), 12% badanych przemieszcza się samodzielnie, a 7% to osoby zależne.

Z kolei analiza oceny stanu wydolności funkcjonalnej po opiece, pielęgnacji i rehabilitacji wg wykształcenia wykazała, że w każdym badanym obszarze najczęściej są osoby z wykształceniem podstawowym, które stanowią 12% poruszających się samodzielnie, 20% z pomocą, a 7% zależnie. Wśród osób z wykształceniem zawodowym jest 14% z pomocą i 8% samodzielnie, a zależnych jest 4%. Osoby z wykształceniem średnim najczęściej przemieszczają się z pomocą 10%, samodzielnie robi to 9% chorych, zaś tylko 2% badanych jest zależna.

W zakresie przemieszczania osoby z wykształceniem wyższym są najczęściej samodzielne 6%, z pomocy korzysta 5%, a tylko 2% badanych to osoby zależne w zakresie przemieszczania się.

Analiza danych dotycząca samodzielnego poruszania się po powierzchniach płaskich wykazała, że po przebyciu udaru mózgu samodzielnie porusza się 22% badanych, z pomocy korzysta 33% pacjentów, a całkowicie uzależnionych w poruszaniu się od osób trzecich jest, aż 45% chorych.



Wykres 5. Struktura wydolności sprawności funkcjonalnej w zakresie poruszania się (po powierzchniach płaskich)

*Małgorzata Cichońska, Bożena Zboina, Dorota Maciąg, Hanna Czajka,
Monika Borek, Wioletta Krawczyk*

Poprawa wybranych zakresów sprawności funkcjonalnej osób
po udarze niedokrwiennym mózgu

W zakresie poruszania się, samodzielnie wykonuje tę czynność 24% mężczyzn i 19% kobiet, z pomocy korzysta 33% kobiet i 34% mężczyzn, natomiast całkowicie zależnych jest 48% kobiet i 42% mężczyzn.

Najwięcej, bo aż 48% kobiet jest całkowicie zależnych, porusza się z pomocą 33% kobiet, a tylko 20% kobiet wykonuje tę czynność samodzielnie.

Najwięcej, bo aż 42% mężczyzn jest całkowicie zależnych, porusza się z pomocą 34% mężczyzn, a 24% chorych wykonuje tę czynność samodzielnie.

Dane uwzględniające wiek badanej populacji wykazały, że osoby do 60 roku życia najczęściej są samodzielnie w poruszaniu się (6%), 3% wymaga pomocy w tym zakresie, a 1% jest całkowicie zależny.

Wydolność pacjentów w zakresie poruszania się była największa wśród 60 – 65 latków. W tej grupie 4% poruszało się samodzielnie, pomocy wymagało 5% chorych, a 3% było całkowicie zależnych.

Osoby w wieku 66-70 lat z kolei najczęściej są samodzielne (2%) lub wymagają pomocy (4%), 3% osób w tej grupie jest zależnych w poruszaniu się.

Badani w wieku 71-75 lat to osoby najczęściej są zależni (9%), następnie korzystają z pomocy (7%) i poruszają się samodzielnie (3%).

W wieku 76-80 lat dominują osoby zależne (17%), następnie korzystające z pomocy (12%) oraz poruszają się samodzielnie (5%).

Chorzy w wieku 81-85 lat najczęściej są zależne (12%), korzystają z pomocy (2%), lub poruszają się samodzielnie (1%).

Najczęściej osobami zależnymi są chorzy w wieku 76-80 lat (16%), one też najczęściej potrzebują pomocy (11%). Najczęściej samodzielne są osoby po udarze do 60 roku życia (6%).

Osoby zamieszkujące miasto najczęściej są osobami zależnymi w zakresie poruszania się (20%), z pomocy korzysta 15%, a samodzielnie tę czynność wykonuje 10% badanych.

Chorzy pochodzący ze wsi najczęściej są osobami całkowicie zależnymi (25%), z pomocy korzysta 19% z nich, a samodzielnie porusza się 12% badanych.

Zarówno w mieście jak i na wsi najczęściej osób jest całkowicie zależnych (20% i 25%) w zakresie poruszania się, z pomocy korzysta odpowiednio 15% z miasta i 19% ze wsi. Samodzielnie porusza się 12% chorych ze wsi i 10% z miasta.

Uwzględniając wykształcenie badanych stwierdzono, że chorzy z wyższym wykształceniem najczęściej poruszają się samodzielnie (6%), z pomocy korzysta 5% z nich, a zależnych jest 2%.

Osoby z wykształceniem średnim najczęściej korzystają z pomocy (8%), poruszają się samodzielnie 7%, a całkowicie zależnych jest 6% badanych.

Badani posiadający wykształcenie zawodowe w zakresie poruszania się najczęściej są osobami zależnymi (14%), z pomocy korzysta 9% z nich, a samodzielnie porusza się 3% z tej grupy.

W grupie z wykształceniem podstawowym największa jest grupa osób zależnych (23%), korzystających z pomocy (10%), a samodzielnie poruszających się jest 5%.

Największą grupę po uwzględnieniu wykształcenia stanowią osoby z wykształceniem podstawowym, które w zakresie poruszania się są najczęściej osobami zależnymi (23%). Najmniej z tym wykształceniem jest osób samodzielnych (5%). Osoby z wykształceniem zawodowym również w przeważającej części są osobami zależnymi (14%), a wśród tej grupy najmniej jest osób samodzielnych (3%).

Chorzy z wykształceniem średnim w zakresie poruszania się najczęściej korzystają z pomocy (8%), a najmniej wśród nich jest osób zależnych (6%). Jeżeli chodzi o badanych z wykształceniem wyższym to poruszają się oni najczęściej samodzielnie (6%), zaś najmniej w tej grupie jest osób zależnych 2%.

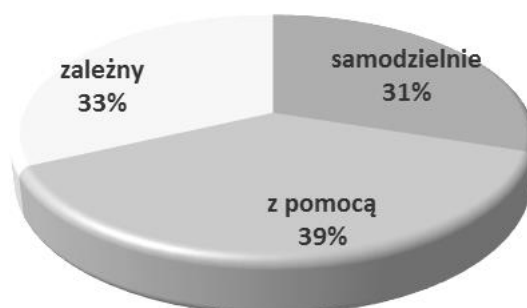
Tab. III. Zakres wydolności funkcjonalnej badanych w zakresie poruszania się (po powierzchniach płaskich) wg płci, wieku, miejsca zamieszkania i wykształcenia

Parametr opisujący badaną populację	Zakres wydolności badanych w zakresie ubierania i rozbierania się									Razem	
	samodzielnie			z pomocą			zależny			N	%
	I ocena	II ocena	różnica	I ocena	II ocena	różnica	I ocena	II ocena	różnica		
Płeć											
kobieta	9	14	5	16	19	3	23	16	- 9	46	48
mężczyzna	12	17	5	18	22	4	22	14	- 8	50	52
Razem	21	31	10	34	41	7	45	30	- 15	96	100
Wiek											
do 60 lat	6	6	0	3	4	1	1	0	- 1	10	10
60-65 lat	4	7	3	5	4	- 1	3	1	- 2	12	13
66-70 lat	2	3	1	4	5	1	3	1	- 2	9	9
71-75 lat	3	6	3	7	7	0	9	6	- 3	19	20
76-80 lat	5	4	- 1	12	15	3	17	15	- 2	32	33
81-85 lat	1	3	2	2	5	3	12	6	- 6	14	15
Razem	21	29	8	33	40	7	45	29	- 16	96	100
Miejsce zamieszkania											
miasto	10	17	7	15	20	5	20	8	- 12	43	40
wieś	12	13	1	19	21	2	25	21	- 4	53	60
Razem	22	30	8	34	41	7	45	29	- 16	96	100
Wykształcenie											
wyższe	6	8	1	5	5	0	2	0	- 2	13	14
średnie	7	7	0	8	7	- 1	6	7	1	21	22
zawodowe	3	8	5	9	11	2	14	7	- 7	25	26
podstawowe	5	6	1	10	18	8	23	15	- 8	37	38
Razem	21	29	8	32	41	9	45	29	- 16	96	100

*Małgorzata Cichońska, Bożena Zboina, Dorota Maciąg, Hanna Czajka,
Monika Borek, Wioletta Krawczyk*

Poprawa wybranych zakresów sprawności funkcjonalnej osób
po udarze niedokrwiennym mózgu

Badania potwierdziły, że w zakresie poruszania się po powierzchni płaskiej po okresie opieki, pielęgnacji i rehabilitacji grupa osób, które radzą sobie z poruszaniem się samodzielnie stanowi 31%, osoby radzące sobie z pomocą to 39%, zaś 33% jest zależnych.



Wykres 6. Sprawność funkcjonalna badanych po profesjonalnej opiece poudarowej w zakresie poruszania się badanych po powierzchni płaskiej

Analiza danych z zakresie poruszania się po powierzchniach płaskich wykazała wzrost osób samodzielnych o 10%, 7% wzrost osób poruszających się z pomocą i 15% spadek chorych zależnych.

Wśród badanych kobiet wydolność w zakresie poruszania się to 28% poruszających się samodzielnie, 39% z pomocą i 33% zależnych. W grupie mężczyzn 32% przemieszcza się samodzielnie, 42% korzysta z pomocy, a 26% jest całkowicie zależna od osób trzecich.

Z danych zawartych w tabeli III wynika także, że w grupie osób do 60 lat najczęściej badani poruszają się samodzielnie 6%, 4% z nich porusza się z pomocą, zaś nie ma wśród nich osób całkowicie zależnych w poruszaniu się.

Wśród osób 60-65 lat najczęściej chorzy poruszają się samodzielnie (7%), 4% wymaga pomocy, a całkowicie zależni stanowią 1% chorych.

Badani w wieku 66-70 lat najczęściej poruszają się z pomocą (5%), samodzielnych jest 3%, a zależnych 1%.

Badani w wieku 71-75 lat to osoby, które najczęściej korzystają z pomocy (7%). Samodzielnie poruszających się i zależnych w tej grupie jest po 6%.

Badani w wieku 76-80 lat najczęściej korzystają z pomocy (15%) lub są zależni 15%, a samodzielnie porusza się 4% z nich.

Chorzy w wieku 81-85 lat najczęściej są osobami zależnymi (6%). Z pomocy korzysta 5% z nich, a samodzielnie porusza się 3%.

Najczęściej wśród badanych w wieku 76-80 lat były osoby poruszające się z pomocą i zależne (po 15%). Wśród badanych nie było zależnych w grupie poniżej 60 roku życia, a w wieku 60-65 lat i 66-70 lat w zakresie poruszania się zależni stanowili po 1% badanych.

Chorzy zamieszkujący w mieście najczęściej poruszają się z pomocą (20%), samodzielnie porusza się 17% badanych, natomiast zależnych jest 8% osób.

Osoby zamieszkujące na wsi najczęściej poruszają się z pomocą (21%). 20% badanych zamieszkujących na wsi jest zależna, a 13% porusza się samodzielnie.

Zarówno zamieszkujący w mieście, jak i na wsi najczęściej poruszają się z pomocą (20% i 21%). Samodzielnie porusza się 17% osób zamieszkujących w mieście i 13% na wsi. Największa różnica występuje wśród chorych poruszających się zależnie – 8% z miasta i 21% ze wsi.

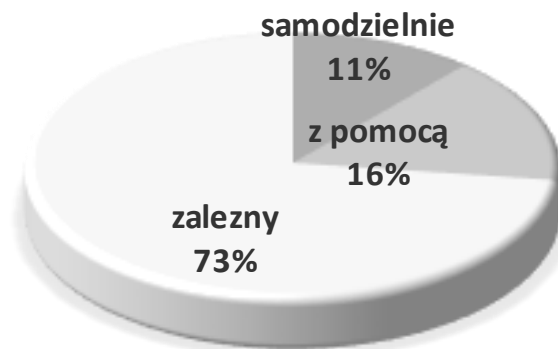
Dane w tabeli III wskazują także, że najczęściej w grupie z wykształceniem wyższym badani poruszają się samodzielnie (8%), 5% korzysta z pomocy. W tej grupie nie ma osób zależnych.

W grupie z wykształceniem średnim chorzy po równo korzystają z pomocy w poruszaniu się, samodzielnie wykonują tę czynność i są zależni (po 7%).

Grupa pacjentów z wykształceniem zawodowym najczęściej porusza się z pomocą (11%), 8% chorych porusza się samodzielnie, a 7% jest zależnych.

Osoby z wykształceniem podstawowym poruszają się najczęściej z pomocą (18%), 6% badanych porusza się samodzielnie, a 15% to osoby zależne.

Wydolność w zakresie schodzenia i wchodzenia po schodach to następny obszar analizy. Schodzenie i wchodzenie samodzielnie wykonuje 11% badanych, z pomocą 16%, zaś 73% osób nie potrafi wykonać tej czynności czyli jest zależnych.



Wykres 7. Struktura sprawności badanych w zakresie schodzenia i wchodzenia po schodach

Samodzielnie wchodzi i schodzi po schodach 9% kobiet i 14% mężczyzn, z pomocy korzysta 11% kobiet i 20% mężczyzn, natomiast całkowicie zależnych jest 80% kobiet i 66% mężczyzn.

W zakresie wchodzenia i schodzenia po schodach 80% kobiet jest zależnych, z pomocy korzysta 11%, a samodzielnie się porusza po schodach 9% kobiet

W zakresie wchodzenia i schodzenia po schodach 66% mężczyzn jest zależnych, z pomocy korzysta 20%, a samodzielnie porusza się po schodach 14% mężczyzn.

*Małgorzata Cichońska, Bożena Zboina, Dorota Maciąg, Hanna Czajka,
Monika Borek, Wioletta Krawczyk*

Poprawa wybranych zakresów sprawności funkcjonalnej osób
po udarze niedokrwiennym mózgu

Dane zgromadzone w tabeli IV pozwoliły stwierdzić, że osoby do 60 roku życia najczęściej są samodzielne w schodzeniu i wchodzeniu po schodach (3%), 5% wymaga pomocy w tym zakresie, a 2% jest całkowicie zależnych w tym zakresie.

Wydolność pacjentów w zakresie schodzenia i wchodzenia po schodach była największa wśród 60 – 65 latków, (2%) poruszało się samodzielnie, pomocy wymagało 4% chorych a 6% było całkowicie zależnych.

Osoby w wieku 66-70 lat z kolei najczęściej są samodzielne (3%) lub wymagają pomocy (2%), 4 % osób zależnych w schodzeniu i wchodzeniu po schodach.

Badani w wieku 71-75 lat to osoby, które najczęściej są zależni (16%). Po 2% badanych to chorzy korzystający z pomocy oraz wchodzące i schodzące po schodach samodzielnie.

Badani z wieku 76-80 lat to osoby najczęściej zależne (30%), korzystające z pomocy (2%) lub schodzące i wchodzące po schodach samodzielnie (1%).

Chorzy w wieku 81-85 lat najczęściej są zależne (15%). W tej grupie nie ma osób samodzielnie wchodzących i schodzących po schodach oraz osób wykonujących tę czynność z pomocą.

Najwięcej osób zależnych było wśród badanych w wieku 76-80 lat (30%). Osoby korzystające najczęściej z pomocy były w wieku poniżej 60 lat (5%). Badani samodzielnie wchodzący i schodzący ze schodów w wieku do 60 lat stanowili 3%.

3% to badani z miasta, którzy samodzielnie wchodzili i schodzili po schodach. Osoby ze wsi w tej grupie stanowiły 8%. Z pomocą wchodzi i schodzi ze schodów 6% chorych z miasta i ze wsi 9%. Zależnych w tej czynności było 36% badanych z miasta i 38% ze wsi.

Zarówno w mieście, jak i na wsi najczęściej osób w zakresie wchodzenia i schodzenia po schodach jest zależnych (35% i 38%). Najmniej osób samodzielnie poruszających się po schodach pochodzi z miasta (3%).

Chorzy z wyższym wykształceniem najczęściej są zależni (9%) w zakresie wchodzenia i schodzenia po schodach, z pomocy korzysta 3%, a samodzielnych jest 1%.

Osoby z wykształceniem średnim najczęściej są zależni (18%) wykonując czynność wchodzenia i schodzenia po schodach. Wchodzi i schodzi samodzielnie i z pomocą po 2% badanych.

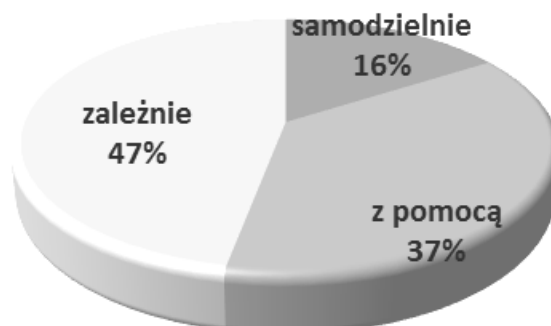
Badani posiadający wykształcenie zawodowe w zakresie wchodzenia i schodzenia po schodach najczęściej są osobami zależnymi (17%). Z pomocy korzysta 5% z nich, a samodzielnie porusza się 4%.

W grupie z wykształceniem podstawowym najczęściej we wchodzeniu i schodzeniu po schodach badani są osobami zależnymi (29%), z pomocy korzysta 5%, a samodzielnie wykonujących tę czynność jest 4%.

Tab. IV. Zakres wydolności funkcjonalnej badanych w zakresie schodzenia i wchodzenia po schodach płci, wieku, miejsca zamieszkania i wykształcenia

Parametr opisujący badaną populację	Zakres wydolności badanych w zakresie ubierania i rozbierania się									Razem	
	samodzielnie			z pomocą			zależny			N	%
	I ocena	II ocena	różnica	I ocena	II ocena	różnica	I ocena	II ocena	różnica		
Płeć											
kobieta	4	7	3	5	16	11	39	25	- 14	44	48
mężczyzna	8	9	1	10	21	11	34	22	- 12	52	52
Razem	12	16	5	15	37	22	73	47	- 36	96	100
Wiek											
do 60 lat	3	3	0	5	6	1	2	1	- 1	10	10
60-65 lat	2	5	3	4	4	0	6	3	- 3	12	13
66-70 lat	3	4	1	2	4	2	4	1	- 3	9	9
71-75 lat	2	2	0	2	12	10	16	6	- 10	20	20
76-80 lat	1	1	0	2	4	2	30	28	- 2	33	33
81-85 lat	0	1	1	0	6	6	15	7	- 8	15	15
Razem	11	16	5	15	36	21	73	46	- 27	96	100
Miejsce zamieszkania											
miasto	3	7	4	6	20		36	18	- 18	43	45
wieś	8	9	1	9	21		38	29	- 11	53	55
Razem	11	16	5	15	41		74	47	- 30	96	100
Wykształcenie											
wyższe	1	5	4	3	7	4	9	1	- 8	13	14
średnie	2	5	3	2	10	8	18	6	- 8	21	22
zawodowe	4	4	0	5	14	9	17	8	- 9	25	26
podstawowe	4	2	- 2	5	5	0	29	31	- 2	37	32
Razem	11	16	5	15	36	21	73	46	- 27	96	100

Wśród badanych po profesjonalnej opiece, pielęgnacji i rehabilitacji samodzielnie z wchodzeniem i schodzeniem po schodach radzi sobie 16%, z pomocą robi to 37%, a zależnych w tym zakresie jest 47% badanych.



Wykres 8. Wydolność w zakresie wchodzenia i schodzenia po schodach wśród badanych po cyklu opieki poudarowej

W tym obszarze funkcjonalności stwierdzono 2% wzrost osób samodzielnych, 17% z pomocą oraz zmniejszenie populacji zależnych o 19%.

Wśród badanych kobiety i mężczyźni wchodzą i schodzą po schodach odpowiednio w 15% i 18% samodzielnie, 33% i 40% korzysta z pomocy, a 52% i 42% jest całkowicie zależna od osób trzecich.

Porównując tę sferę oceny mężczyźni są o 3% liczniejszą grupą która radzi sobie samodzielnie, o 7% liczniejszą, która radzi sobie z pomocą i o 10% mniej liczną w grupie uzależnionych od pomocy.

Z danych zawartych w tabeli wynika, że w grupie wiekowej mniej niż 60 lat najczęściej badani wchodzą i schodzą po schodach z pomocą 6%, 3% chodzi po schodach samodzielnie zaś 1% wchodzi i schodzi zależnie.

W grupie wiekowej 60-65 lat najczęściej chorzy schodzą i wchodzą po schodach się samodzielnie (5%), 4% z pomocą a całkowicie zależnie 3% chorych.

Najczęściej badani w grupie 66-70 lat poruszają się po schodach samodzielnie i z pomocą (4%), a osób zależnych jest 1%.

Badani w wieku 71-75 lat to osoby, które najczęściej korzystają z pomocy (12%), zależni stanowią (6%) badanych a samodzielnie schodzą i wchodzą po schodach 2% chorych.

W wieku 76-80 lat to badani, którzy najczęściej są zależni (28%), z pomocy w zakresie wchodzenia i schodzenia po schodach korzysta 4%, samodzielnie porusza się po schodach 1% chorych.

Chorzy w wieku 81-85 lat najczęściej są osobami zależnymi (7%) korzystającymi z pomocy (6%) oraz samodzielnie wchodzą i schodzą po schodach 1% badanych.

Najczęściej wchodzenie i schodzenie po schodach u osób całkowicie zależnych występuje w grupie wiekowej 76-80 lat (28%). Z pomocy najczęściej korzysta grupa 71-75 lat (12%), natomiast samodzielnie wchodzą i schodzą po schodach najczęściej osoby w wieku 60-65 lat (5%)

Mieszkający w mieście najczęściej korzystają z pomocy przy schodzeniu i wchodzeniu po schodach (20%), zależnie wykonują tę czynność 18% a samodzielnie poruszających się po schodach jest 7% chorych.

Mieszkańcy wsi w zakresie schodzenia i wchodzenia po schodach najczęściej są zależni (29%), z pomocy korzysta 28% a samodzielnie chodzą po schodach 9% chorych.

W mieście najczęściej chorzy w chodzeniu po schodach korzystają z pomocy (20%) a na wsi są zależni (29%). Najrzadziej w zakresie wchodzenia i schodzenia po schodach zarówno w mieście, jak i na wsi poruszają się samodzielnie – 7% miasto, 9% wieś.

Po uwzględnieniu wykształcenia stwierdzono, że najczęściej w grupie z wykształceniem wyższym badani wchodzi i schodzą po schodach z pomocą (7%), 5% schodzi samodzielnie, a 1% jest w tej czynności zależna.

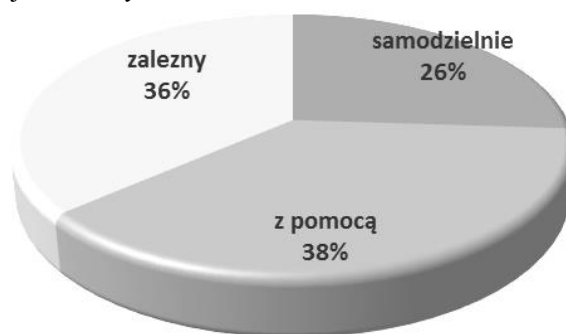
W grupie z wykształceniem średnim chorzy najczęściej korzystają z pomocy (10%) w chodzeniu po schodach, samodzielnie wykonuje tę czynność 5% badanych, a zależnych jest 6%.

Grupa pacjentów z wykształceniem zawodowym najczęściej porusza się z pomocą (14%). W tej grupie 8% chorych jest zależnych, a samodzielnie wchodzi i schodzi po schodach 4%.

Osoby z wykształceniem podstawowym poruszają się po schodach najczęściej są zależni (31%). 5% badanych chodzi z pomocą, a samodzielnie wchodzi i schodzi po schodach 2%.

Analiza wyników potwierdza, że we wchodzeniu i schodzeniu po schodach dominują osoby z wykształceniem podstawowym, które są zależne (31%), natomiast osoby z wykształceniem zawodowym najczęściej korzystają w tej czynności z pomocy (14%). Chorzy z wykształceniem średnim również najczęściej korzystają z pomocy przy przemieszczaniu się po schodach (10%). Z pomocy w tym względzie również najczęściej korzystają osoby z wykształceniem wyższym (7%).

Analiza kolejnego obszaru funkcjonalności, którym jest ubieranie i rozbieranie się wykazała, że 26% chorych jest w tym zakresie samodzielnych, 38% ubiera się z pomocą, a 36% jest zależnych.



Wykres 9. Struktura wydolności funkcjonalnej badanych w zakresie ubierania i rozbierania się

Wśród badanych kobiety i mężczyźni ubierają i rozbierają się odpowiednio w 22% i 30% samodzielnie, 35% i 40% korzysta z pomocy, a 43% i 30% jest całkowicie zależna od osób trzecich.

Wśród kobiet dominują osoby zależne w zakresie ubierania się stanowiące 43%, natomiast wśród mężczyzn te które ubierają się z pomocą (40%), co oznacza, że mężczyźni są bardziej sprawni w tym zakresie niż kobiety.

Zgromadzone dane wykazały, że osoby do 60 roku życia poddane profesjonalnej opiece, pielęgnacji i rehabilitacji poudarowej najczęściej ubierały i rozbierały się samodzielnie (6%), 3% wymaga pomocy w tym zakresie, a 1% jest całkowicie zależny.

Wydolność pacjentów w zakresie ubierania się była największa wśród 60 – 65 latków, (6%) robiło to samodzielnie, po 3% badanych wymagało pomocy i było całkowicie zależnych.

Osoby w wieku 66-70 lat z kolei najczęściej są samodzielne (5%) lub wymagają pomocy (3%), 1% osób był zależnych w ubieraniu i rozbieraniu się.

Badani w wieku 71-75 lat to osoby, które najczęściej korzystają z pomocy (7%) lub są zależni (7%) a samodzielnie ubiera się 5% chorych.

Osoby w wieku 76-80 lat to badani, którzy najczęściej korzystają z pomocy (16%) lub są zależni (16%), a samodzielnie ubiera się tylko 2% chorych z tej grupy.

Chorzy w wieku 81-85 lat najczęściej są zależni (8%), z pomocy korzysta 5% z nich, a tylko 1% badanych ubiera i rozbiera się samodzielnie.

Chorzy zamieszkujący w mieście samodzielnie ubierają się i rozbierają w 14%, z pomocy korzysta 17% z nich, a 15% czynność tę wykonuje zależnie.

Samodzielnie ubiera i rozbiera się 13% osób zamieszkujących na wsi, z pomocy podczas tej czynności korzysta 21% chorych, a 22% jest całkowicie zależna.

Najwięcej osób zależnych w zakresie ubierania się i rozbierania zamieszkuje na wsi (22%), korzystających z pomocy w tym zakresie także najwięcej zamieszkuje na wsi (21%). Chorzy ubierający się samodzielnie najczęściej zamieszkują w mieście (14%).

Odnosząc się do wykształcenia wykazano, że chorzy z wyższym wykształceniem najczęściej są samodzielni (6%) w zakresie ubierania i rozbierania się, z pomocy korzysta 3%, a zależnie wykonujących tę czynność jest 4%.

Osoby z wykształceniem średnim najczęściej są zależne (9%) wykonując czynność ubierania i rozbierania się, z pomocy korzysta 8% z nich, a samodzielnie ubiera się 4% chorych z tej grupy.

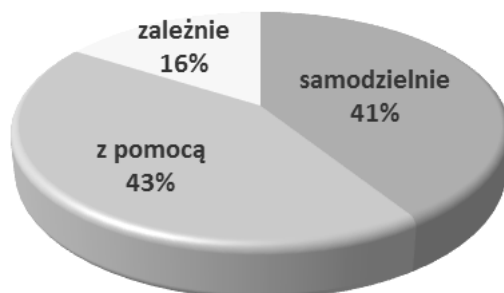
Badani posiadający wykształcenie zawodowe w zakresie ubierania i rozbierania się najczęściej korzystają z pomocy (12%), osób zależnych jest (9%), a samodzielnie ubiera się 5% badanych.

W grupie z wykształceniem podstawowym najczęściej ubiera i rozbiera się korzystając z pomocy 16% chorych, osobami zależnymi podczas wykonywania tej czynności jest (12%) chorych, zaś samodzielnie ubiera się 7% osób.

Tab. V. Zakres wydolności funkcjonalnej badanych w zakresie ubierania i rozbierania się płci, wieku, miejsca zamieszkania i wykształcenia

Parametr opisujący badaną populację	Zakres wydolności badanych w zakresie ubierania i rozbierania się									Razem	
	samodzielnie			z pomocą			zależny			N	%
	I ocena	II ocena	różnica	I ocena	II ocena	różnica	I ocena	II ocena	różnica		
Płeć											
kobieta	10	16	6	17	20	3	21	12	- 9	46	48
mężczyzna	16	25	9	21	23	2	16	4	- 12	50	52
Razem	26	41	15	38	43	5	37	16	- 21	96	100
Wiek											
do 60 lat	6	6	0	3	4	1	1	0	- 1	10	10
60-65 lat	6	7	1	3	4	1	3	1	- 2	12	13
66-70 lat	5	5	0	3	3	0	1	1	0	9	9
71-75 lat	5	7	2	7	8	1	7	4	- 3	19	20
76-80 lat	2	13	11	16	18	2	16	3	- 13	32	33
81-85 lat	1	1	0	5	5	0	8	8	0	14	20
Razem	25	39	14	37	42	5	36	16	- 20	96	100
Miejsce zamieszkania											
miasto	14	21	7	17	18	1	15	6	- 9	43	45
wieś	13	20	7	21	25	4	22	10	- 12	53	55
Razem	27	41	14	38	43	5	37	16	- 21	96	100
Wykształcenie											
wyższe	6	7	1	3	5	2	4	1	- 3	13	14
średnie	4	9	5	8	9	1	9	3	- 6	21	22
zawodowe	5	10	5	12	14	2	9	2	- 7	25	26
podstawowe	7	14	7	16	15	- 1	12	11	- 1	37	38
Razem	22	40	18	39	43	4	34	17	- 17	96	100

Zakres czynności wg oceny w skali Bartel w zakresie ubierania i rozbierania się po procesie profesjonalnej opieki poudarowej wykazała, że 41% badanych radzi sobie samodzielnie, 43% z pomocą, a 16% jest zależnych (obraz wyników na wykresie).



Wykres 10. Sprawność funkcjonalna badanych w zakresie ubierania i rozbierania się po cyklu opieki poudarowej

Uwzględniając płeć badanych stwierdzono, że kobiety i mężczyźni ubierają i rozbierają się odpowiednio w 33% i 48% samodzielnie, 41% i 44% korzysta z pomocy, a 8% i 4% jest całkowicie zależna od osób trzecich.

Z danych zawartych w tabeli V wynika, że osoby do 60 roku życia najczęściej ubierają i rozbierają się samodzielnie (6%), 4% ubiera się z pomocą, osób zależnych nie ma w tej grupie.

W grupie 60-65- latków chorzy najczęściej ubierają się samodzielnie (7%), 4% z pomocą, a całkowicie zależnych jest w tym zakresie 1% chorych.

W grupie 66-70-latków chorzy najczęściej ubierają i rozbierają się samodzielnie 5% badanych, z pomocą wykonuje to 3%, a osób zależnych jest 1%.

Badani w wieku 71-75 lat to osoby, które najczęściej w ubieraniu i rozbieraniu się korzystają z pomocy (8%), zależni stanowią 4% badanych, a samodzielnie ubiera się i rozbiera 7% chorych.

Osoby po udarze niedokrwiennym mózgu w wieku 76-80 lat to badani, którzy najczęściej korzystają z pomocy (18%), samodzielnie ubiera się 13% tych chorych, natomiast 3% osób jest całkowicie zależnych tej czynności.

Chorzy w wieku 81-85 lat najczęściej są osobami zależnymi (8%), korzystającymi z pomocy (5%), oraz samodzielnie ubierającymi i rozbierającymi się (1% badanych).

Wśród osób w wieku 76-80 lat najczęściej badani korzystają z pomocy (18%) w zakresie ubierania i rozbierania się. Najwięcej osób zależnych jest w grupie wiekowej 81-85 lat (8%). Samodzielnie ubierają i rozbierają się najczęściej badani w wieku 76-80 lat (13%).

Biorąc pod uwagę miejsce zamieszkania stwierdzono, że najczęściej samodzielnie ubierają i rozbierają się osoby zamieszkujące w mieście (21%). Z pomocy w mieście korzysta 18%, a zależnych jest 6%.

Osoby zamieszkujące na wsi najczęściej ubierają i rozbierają się z pomocą (25%), samodzielnych ze wsi jest 20%, a zależnych 10%.

W zakresie ubierania i rozbierania się badani mieszkańcy miasta najczęściej wykonują tę czynność samodzielnie (21%), natomiast mieszkańcy wsi korzystają z

pomocy (25%), najmniej osób zarówno w mieście jak i na wsi jest zależnych (6% i 10%).

Po uwzględnieniu poziomu wykształcenia analiza danych potwierdziła, że najczęściej w grupie z wykształceniem wyższym badani ubierają i rozbierają się samodzielnie (7%), 5% ubiera się z pomocą, a 1% jest zależnych.

W grupie z wykształceniem średnim chorzy w równym stopniu są samodzielni (9%), jak też korzystają z pomocy (9%). W zakresie ubierania i rozbierania się 1% jest zależnych.

Grupa pacjentów z wykształceniem zawodowym najczęściej ubiera i rozbiera się korzystając z pomocy (14%), 10% chorych robi to samodzielnie, a 2% jest całkowicie zależna.

Osoby z wykształceniem podstawowym ubierają i rozbierają się najczęściej z pomocą (15%), 14% badanych samodzielnie zakłada garderobę, a 11% jest zależna.

Osoby z wykształceniem podstawowym (15%) oraz zawodowym (14%) najczęściej korzystają z pomocy (15%) w zakresie ubierania i rozbierania się. Chorzy, którzy posiadają wykształcenie średnie jednakowo często są samodzielne i korzystają z pomocy przy zakładaniu garderoby (9%). Samodzielnie ubierają i rozbierają się najczęściej osoby z wykształceniem wyższym (7%).

Z przeprowadzonej analizy statystycznej zgromadzonych danych wynika, że istnieje zależność pomiędzy poprawą wydolności funkcjonalnej w zakresie badanych czynności samoobsługowych w populacji osób po przebytych udarach niedokrwiennym mózgu, a płcią. Zależność ta jest istotna statystycznie ($p < 0,05$ chi² = 0,054837) i potwierdza, że mężczyźni wykazują większą skłonność do poprawy wyników w zakresie samoobsługi po profesjonalnej opiece poudarowej niż kobiety.

Z analizy statystycznej wynika także, że poprawa sprawności funkcjonalnej jest zależna także od miejsca zamieszkania ($p < 0,05$ chi² = 0,443233). Zależność ta jest istotna statystycznie i potwierdza fakt, że pacjenci z miasta wykazują większą skłonność do poprawy wyników w zakresie samoobsługi, niż pacjenci zamieszkali na wsi.

Analiza prowadzonych badań własnych wykazała także zależność pomiędzy wydolnością funkcjonalną, a wiekiem badanych. Osoby, które nie ukończyły 60 roku życia uzyskały najlepsze oceny wg skali Barthel w wybranych, analizowanych obszarach ($P < 0,05$ chi² = 9,87421)

O MÓWIENIE WYNIKÓW BADAŃ WŁASNYCH

Kompleksowo i prawidłowo prowadzony proces usprawniania leczniczego poprawia funkcje motoryczne i zdolność do samoobsługi. Na dalszy los pacjenta po przebytych udarach mózgu podstawowy wpływ ma zapobieganie następstwom udaru tak przez zmianę sposobu życia, jak i przez właściwe postępowanie rehabilitacyjne. Istotne jest też zapewnienie ciągłości w rozpoczętych działaniach, co zależy nie tylko od personelu medycznego, ale w równym stopniu od pacjenta, a zwłaszcza jego rodziny [5].

W procesie kompleksowej rehabilitacji chorych po udarze mózgu obowiązują uniwersalne priorytety: dążenie do uzyskania możliwie maksymalnej niezależności chorego w wykonywaniu czynności życia codziennego i w lokomocji [6].

Wśród czynności życia codziennego najważniejsza jest samoobsługa, a zwłaszcza spożywanie posiłków, mycie się i ubieranie. Ustalanie celów i planowanie opieki, pielęgnacji i rehabilitacji powinno się odbywać z udziałem pacjenta i jego rodziny w oparciu o regularną ocenę stanu sprawności funkcjonalnej chorego [7].

Analiza wyników poprawy sprawności funkcjonalnej w badaniach własnych wykazała poprawę stanu, czyli efektu końcowego profesjonalnej opieki w zależności od płci, wieku i miejsca zamieszkania co potwierdza celowość podejmowania wobec chorych po udarach niedokrwiennych mózgu.

Wyniki prezentowanych prac innych autorów [8] wykazały, że w badaniu końcowym deficyt sprawności najczęściej dotyczył ubierania się (zależność u 69%). W badaniu własnym osoby wymagające pomocy i zupełnie zależne to nieco mniejsza grupa, gdyż badani zależni stanowią 59%.

W zakresie spożywania posiłków w badaniu własnym osoby spożywające posiłki z pomocą oraz zależne stanowią 60%, co jest wynikiem identycznym jak u przywoływanego badacza.

Największy stopień samodzielności ww. badaniu uzyskali pacjenci w chodzeniu po płaskim terenie (samodzielność u 67%) wyniki własne w tym zakresie są zdecydowanie inne (31% samodzielnych) oraz w przemieszczaniu się (samodzielność u 64%) w badaniu własnym było 33 % samodzielnych .

Uzyskane wyniki własne oraz zależności odbiegają od prezentowanych prac innych autorów, którzy wysuwają wniosek, że wyniki kompleksowej opieki, pielęgnacji i rehabilitacji chorych po udarze mózgu nie zależą od płci [9,10].

Są także prace, których wyniki badań [11] wykazały, że kobiety po udarze mózgu uzyskiwały gorsze wyniki w sprawności funkcjonalnej, niż mężczyźni.

Badanie własne potwierdza fakt, że osoby po udarze uzyskały największą poprawę funkcjonalności w czynnościach podstawowych. Takie wyniki uzyskali także inni autorzy [12,13], wykazujący największe postępy pacjentów w czynnościach podstawowych, takich jak: zmiana pozycji z leżenia, poprzez siedzenie do stania, przemieszczanie się po powierzchni płaskiej oraz w czynnościach higienicznych. Natomiast bardziej problematyczne były czynności złożone np.: kąpiel, spożywanie posiłków, czy ubieranie się, przy których konieczna jest pomoc drugiej osoby oraz zaangażowanie większej liczby mięśni, użycie siły oraz większej wydolności.

Odmienności w uzyskiwanych wynikach badań wynikają z faktu, że były realizowane w nieco odmiennych warunkach, czy nieco innej populacji.

WNIOSKI

1. Efektem wczesnej profesjonalnej opieki, pielęgnacji i rehabilitacji poudarowej chorych po przebytych udarze niedokrwiennym mózgu jest zwiększona wydolność sprawności funkcjonalnej.

2. U osób po udarze niedokrwiennym mózgu w zakresie samopielęgnacji występowały deficyty we wszystkich obszarach sprawności funkcjonalnej, które po wdrożeniu profesjonalnej opieki uległy cofnięciu się lub redukcji.
3. Mierzalnym wynikiem profesjonalnej opieki jest poprawa wydolności pacjenta w zakresie samoobsługi i samopielęgnacji.
4. Efektywność opieki poudarowej jest zależna od: wieku, płci i miejsca zamieszkania.

PIŚMIENNICTWO

1. Cywińska-Wasilewska G., Nyka W., Wytyczne postępowania u chorych po udarach mózgu. *Postępy Rehabilitacji* Tom XVIII z. 3, 2004, 3, s. 548-556
2. Kozubski W., *Niedokrwiennie udary mózgu*, Alfa-mediva press, Bielsko-Biała 2013., s.159.
3. Miller E, Śliwiński Z, Cabak A Wczesna rehabilitacja po udarze mózgu i przebytym przeszczepie serca. *Fizjoterapia Polska* 2007, 7(3), s. 351-354.
4. Wrzosek Z., *Podstawy rehabilitacji dla studentów medycyny*, PZWL, Warszawa 2011, s. 201-203
5. Kwolek A., Grochulska W., Małek A.: Ocena stanu chorych z niedowładem połowicznym poudarowym i postępu w rehabilitacji. *Neurologia i Neurochirurgia Polska*, 2001, 2, s. 246–251.
6. Gresham G.E., Duncan P.W., Stason W.B.: Rehabilitacja po udarze mózgu: ocena stanu pacjenta, wskazania do rehabilitacji i sposób postępowania. *Rehabilitacja Medyczna*, 2007 s. 58.
7. Opara J.: Możliwości obiektywnej oceny wyników leczenia i rehabilitacji chorych po udarze mózgowym. *Polski Merkuriusz Lekarski* 2009, 36 (6), s. 336–339.
8. Rynkiewicz M., Rogulska U., Czernicki J., Ocena zmian sprawności funkcjonalnej osób we wczesnym okresie po udarze mózgu. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie*. Wydawnictwo UR. Rzeszów 2011, 2, 325–339.
9. Przysada G, Kwolek A, Mazur A.: Wpływ wybranych czynników na efekty rehabilitacji u chorych po udarze mózgu. *Rehabilitacja Medyczna* 2007;3:29-37.
10. Woldańska-Okońska M, Czernicki J: Ocena wyników rehabilitacji kobiet i mężczyzn po udarze niedokrwiennym mózgu. *Postępy Rehabilitacji* 1999;2:5-9.
11. Glader EL, Stegmayr B, Norriving B, Terent A, Hulter- Asberg K, Asplund K.: Risk-Stroke Collaboration: Sex differences in management and outcome after stroke: a Swedish national perspective. *Stroke* 2003;8:1970–1975.
12. Trochimiuk J, Kochanowski J, Stolarski J, Wójtowicz S: Efekty wczesnej rehabilitacji w okresie pobytu szpitalnego pacjentów z udarem niedokrwiennym mózgu. *Rehabilitacja w praktyce* 2009;4:15-19.

*Małgorzata Cichońska, Bożena Zboina, Dorota Maciąg, Hanna Czajka,
Monika Borek, Wioletta Krawczyk*

Poprawa wybranych zakresów sprawności funkcjonalnej osób
po udarze niedokrwiennym mózgu

13. Jaracz K, Kozubski W.: Jakość życia po udarze mózgu. Część I – badania pro-
spektywne. *Udar Mózgu* 2001;3,2:55-62.

STRESZCZENIE

Celem pracy było wykazanie wyników profesjonalnej opieki, pielęgnacji i rehabilitacji nad osobami po przebytych udarze niedokrwiennym mózgu. Badaną grupę stanowiło 96 osób obu płci, do oceny stanu funkcjonalnego, których zastosowano Indeks Bartel. Wyniki wykazały poprawę sprawności funkcjonalnej osób po udarze niedokrwiennym mózgu pod wpływem realizowanej profesjonalnej opieki, pielęgnacji i rehabilitacji. Uzyskane wyniki opieki były zależne od płci, wieku i miejsca zamieszkania. Efektem wczesnej profesjonalnej opieki, pielęgnacji i rehabilitacji poudarowej chorych jest zwiększona wydolność sprawności funkcjonalnej. U badanych w zakresie samopielęgnacji występowały deficyty we wszystkich obszarach sprawności funkcjonalnej, które po wdrożeniu profesjonalnej opieki zostały zredukowane lub zminimalizowane. Mierzalnym wynikiem profesjonalnej opieki jest poprawa wydolności pacjenta w zakresie samoobsługi i samopielęgnacji. Efektywność opieki poudarowej badanych jest zależna od: wieku, płci i miejsca zamieszkania.

ABSTRACT

The aim of the study was to demonstrate the results of professional care for patients with ischemic stroke. The study group consisted of 96 persons of both sexes, the Bartel Index was applied to assess the functional status of the respondents. Results showed improvement of functional efficiency of patients after ischemic stroke under the influence of professional care. The results of care were dependent on gender, age and the place of residence. The effect of early professional care, nursing and rehabilitation of patients is the increase in functional efficiency. After the implementation of professional post-stroke care, functional deficits were reduced or minimized. The measurable result of professional care is patient's improved capacity for self-care and self-care. The effectiveness of post-stroke care is dependent on: age, sex and place of residence.

Artykuł zawiera 51059 znaków ze spacjami + grafika