

Joanna Girzelska, Aneta Kościółek, Violetta Mianowana, Beata Dobrowolska

Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa, Zakład Pedagogiki i Dydaktyki Medycznej, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Świadomość pożądaných zachowań zdrowotnych jako czynnika warunkującego oddziaływanie edukacyjne pielęgniarki w przygotowaniu do samoopieki pacjenta po przebytych udarze mózgu

Awareness of desired health behaviours as a factor conditioning educational effect by a nurse in the preparation for self-care of patients who had undergone cerebral stroke

STRESZCZENIE

Wstęp. Rozpoznanie udaru mózgu, rokowanie i dalsza egzystencja po udarze stanowią dla pacjenta i jego rodziny wielką niewiadomą, z której wynika ogromny zakres zadań edukacyjnych dla personelu medycznego, w tym także dla pielęgniarki. W zapobieganiu udarów istotną rolę odgrywa edukacja zdrowotna, mająca na celu wzbogacenie osób po udarze i ich rodzin w wiedzę i umiejętności konieczne do przyjęcia zachowań korzystnych dla zdrowia. Należy do nich głównie prowadzenie zdrowego stylu życia, do którego zalicza się niepalenie tytoniu, ograniczenie spożycia alkoholu, 7–8 godzin snu na dobę, aktywność fizyczna, utrzymywanie prawidłowej masy ciała i inne.

Cel pracy. Celem niniejszego badania było określenie świadomości pożądaných zachowań zdrowotnych wśród pacjentów po przebytych udarze mózgu jako czynnika warunkującego działania edukacyjne pielęgniarki w przygotowaniu do samoopieki. W pracy starano się odpowiedzieć na pytanie, czy badani mają wiedzę w zakresie zalecanego stylu życia obejmującego głównie prawidłowe żywienie, aktywność fizyczną oraz jakie są oczekiwania pacjentów dotyczące wiedzy i umiejętności w zakresie zalecanego stylu życia.

Materiał i metody. Zbadano 99 chorych przebywających na Oddziale Neurologii z Pododdziałem Udarowym w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Lublinie, leczonych z powodu udaru mózgu. Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem kwestionariusza ankiety.

Wyniki i wnioski. Wyniki dotyczące wiedzy ankietowanych odnośnie zalecanego stylu życia po przebytych udarze mózgu wykazały, że tylko około 33% badanych ma wiedzę w tym zakresie, aż 66,67% badanej grupy nie zna zasad stylu życia zalecanego po udarze. Wyniki badań dotyczące żywienia wykazały, że tylko około 34% badanej grupy ma wiedzę na temat prawidłowego żywienia po udarze mózgu, a ponad 65% respondentów nie posiada wiedzy w tym zakresie. Badania wykazały, że około 57% osób oczekuje informacji dotyczących żywienia. Około 33% badanej grupy chce uzyskać wiedzę dotyczącą zalecanej aktywności fizycznej oraz metod radzenia sobie ze stresem. Niewiele mniej badanych (ok. 26%) chciałoby wiedzieć, jakie są sposoby redukcji masy ciała. Aż 73,73% respondentów chce poznać metody rezygnacji ze spożywania alkoholu.

Problemy Pielęgniarstwa 2010; 18 (4): 413–419

Słowa kluczowe: udar mózgu, zachowania zdrowotne, styl życia

ABSTRACT

Introduction. The diagnosis of stroke, prognosis and further existence are often a great unknown for patients and their families, with the resulting enormous scope of educational tasks for a nurse. In the prevention of strokes, health education is of great importance aimed at providing patients who had undergone stroke and their families, with skills and knowledge necessary to adopt health promoting behaviours, primarily those contributing to a healthy life style, including non-smoking, moderate alcohol consumption, 7-8 hours of sleep daily, physical activity, normal body mass and others.

Adres do korespondencji: mgr Joanna Girzelska, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Al. Raclawickie 1, 20–059 Lublin, tel. kom. 668 149 724, e-mail: aasia@interia.eu

The aim of the study. The objective of the presented study was determination of awareness of the desired health behaviours among patients who had undergone cerebral stroke, as a factor conditioning the educational effect by a nurse in the preparation for self-care. An attempt was undertaken to provide a reply to the following questions: do the respondents possess knowledge concerning the recommended life style, especially adequate nutrition and physical activity and what are the expectations of patients with respect to knowledge and skills within the recommended life style.

Material and methods. The study covered 99 patients treated due to cerebral stroke in the Neurology Ward with the Sub-Ward for Stroke at the Cardinal Stefan Wyszyński Regional Specialist Hospital in Lublin. The study was conducted by the method of a diagnostic survey, with the use of a questionnaire form.

Results and conclusions. The results of the survey concerning the respondents' knowledge with respect to the recommended life style after stroke showed that only 33% of patients in the study possessed essential knowledge, while as many as 66.67% of the group examined were not familiar with the style of life recommended after stroke. Studies concerning nutrition indicated that only 34% of the group examined were familiar with adequate nutrition after stroke, whereas over 65% of respondents showed a deficit of knowledge in this respect. The results of the study confirmed that approximately 57% of patients expect knowledge concerning nutrition. Only about 33% of the group examined would like to obtain knowledge regarding the recommended physical activity and methods of coping with stress. A slightly bigger number of respondents, approximately 26%, wish to become familiar with the methods to reduce body mass. As many as 73.73% of respondents want to get acquainted with the methods to abstain from alcohol consumption.

Nursing Topics 2010; 18 (4): 413–419

Key words: cerebral stroke, health behaviours, life style

Wstęp

Udar mózgu jest poważnym problemem medycznym i społecznym ze względu na częstość występowania oraz swoje następstwa, które mają charakter wielowymiarowy i mogą dotyczyć wielu dziedzin życia chorego. Według raportu Zespołu Ekspertów Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Udarów Mózgu z 1999 roku wynika, że w Polsce współczynnik zapadalności na udar mózgu wynosi 125/100 000 u kobiet i 177/100 000 u mężczyzn. Oznacza to, że każdego roku objawy udaru stwierdza się u 60 000 osób [1–3].

Rozpoznanie udaru mózgu, rokowanie i wynikające z choroby konsekwencje w postaci dysfunkcji ruchowych, zaburzeń depresyjnych czy następstw społecznych (rezygnacja z pracy, ograniczenie kontaktów) powodują dezorganizację sytuacji życiowej chorego i jego rodziny, są źródłem stresu, wielu problemów i wyzwań, z których wynika ogromny zakres zadań dla zespołu medycznego. Rolą poszczególnych członków zespołu jest nie tylko wczesne rozpoznanie i natychmiastowe podjęcie leczenia udaru oraz prowadzenie działań profilaktycznych z zakresu powikłań udarów mózgu, ale też właściwe przygotowanie pacjenta do samoopieki, a rodziny bądź opiekunów do opieki poprzez prowadzenie edukacji zdrowotnej.

Edukacja zdrowotna ma na celu wzbogacenie osób po udarze i ich rodzin/opiekunów w wiedzę i umiejętności konieczne do przyjęcia zachowań korzystnych dla zdrowia, składających się na zdrowy styl życia. Zalicza się do niego niepalenie tytoniu, ograniczenie spożycia alkoholu, 7–8 godzin snu na dobę, aktywność fizyczna, utrzymywanie prawidłowej masy ciała i inne. Modyfikacja stylu życia i wzmacnianie odpowiedzialności za swoje zdrowie są jednym z istotnych elementów współ-

czesnej profilaktyki pierwotnej i wtórnej chorób układu sercowo-naczyniowego [4–7].

Model zachowań zdrowotnych Kasla i Cobba (1996) [7] szczególne znaczenie przypisuje samokontroli i niektórym czynnościom wynikającym z aktywności dnia codziennego, wspomagających zdrowy tryb życia bez specjalnych starań ze strony osoby działającej, oraz warunkom odgrywającym rolę w rozpoczynaniu i kontynuowaniu zachowań antyzdrowotnych. Działania zdrowotne zależą od poziomu wiedzy medycznej oraz poglądów na temat zdrowia, stąd też poznanie tych zagadnień jest istotne, gdyż ukierunkowuje działania osób uznających się za zdrowe i może mieć wpływ na podejmowane decyzje w zakresie profilaktyki zdrowotnej. Zachowania związane z samoopieką wyznaczają aktywność poszczególnych osób, ich rodzin, szkoły czy społeczności lokalnych, podejmowaną dla rozpoznania indywidualnej podatności na zachorowanie. Ukierunkowane są na zaspokojenie potrzeb zdrowotnych, a także obejmują zdolność przystosowania się do zmian, jakie mogą nastąpić na przestrzeni lat w zdrowiu człowieka. Umiejętność samoopieki obejmuje wszystkie rodzaje aktywności podejmowane przez ludzi w celu utrzymania lub polepszenia zdrowia, a także działania związane z rozpoznaniem, prewencją i leczeniem problemów zdrowotnych lub zmianą warunków, które te problemy wywołują [8].

Cel pracy

Celem przeprowadzonych badań było określenie świadomości pożądanego zachowań zdrowotnych wśród pacjentów po przebytym udarze mózgu jako czynnika warunkującego oddziaływanie edukacyjne pielęgniarki w przygotowaniu do samoopieki.

Tabela 1. Znajomość zalecanego stylu życia po przebytych udarze w opinii respondentów
Table 1. Respondents' opinion about recommended life style after undergone cerebral stroke

Odpowiedzi ankietowanych	Styl życia po przebytych udarze					
	Tak		Nie		Razem	
	n	%	n	%	n	%
Cztery prawidłowe odpowiedzi:						
— tryb życia dobrze zorganizowany i pozbawiony nadmiernych wysiłków fizycznych i psychicznych						
— systematyczna kontrola ciśnienia tętniczego krwi	33	33,33	66	66,67	99	100
— przestrzeganie odpowiedniej diety						
— zachowanie odpowiedniej aktywności ruchowej						
Trzy prawidłowe odpowiedzi (niepełna liczba prawidłowych odpowiedzi)						
	22	22,22	77	77,78	99	100
Dwie prawidłowe odpowiedzi (na 4 prawidłowe odpowiedzi udzielono 2)						
	28	28,28	71	71,72	99	100
Jedna prawidłowa odpowiedź (na 4 możliwe)						
	16	16,16	83	83,84	99	100
Dwie złe odpowiedzi (brak prawidłowych odpowiedzi)						
	9	9,09	90	90,91	99	100
Jedna zła odpowiedź						
	46	46,46	53	53,54	99	100

W badaniach starano się uzyskać odpowiedź na pytania:

- czy badani mają wiedzę w zakresie zalecanego stylu życia, obejmującego głównie prawidłowe żywienie, aktywność fizyczną?
- jakie są oczekiwania pacjentów dotyczące wiedzy i umiejętności w zakresie zalecanego stylu życia?

Material i metody

Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego, wykorzystując autorski kwestionariusz ankiety i objęto nimi 99 pacjentów leczonych z powodu udaru mózgu.

W grupie tej znalazło się 56 kobiet (56,57%) i 43 mężczyzn (43,43%). Badania prowadzono na Oddziale Neurologii z Pododdziałem Udarowym w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Lublinie, w okresie od stycznia do maja 2007 roku.

Zebrane dane poddano analizie statystycznej, wykorzystując program STATISTICA 7.1. Wartości analizowanych parametrów scharakteryzowano za pomocą liczności i odsetka. Zależności między zmiennymi analizowano testem χ^2 . Za istotny statystycznie uznano poziom istotności $p < 0,05$.

Większość respondentów mieszkała w mieście (66 osób), 33 osoby pochodziły ze wsi. Przedział wiekowy ankietowanych mieścił się w granicach 40–89 lat. Najlicniejszą grupę stanowiły osoby w przedziale wiekowym 70–79 lat — 26 osób oraz w przedziale 60–69 lat

— 24 osoby. Najmniej liczną grupę (12 osób) stanowili pacjenci powyżej 80 lat — 12 osób.

Większość ankietowanych miała wykształcenie średnie — 45 osób, wykształcenie podstawowe i zawodowe posiadały 33 osoby, a wykształcenie wyższe — 21 osób. W badanej grupie znajdowały się 33 osoby pracujące zawodowo, na rencie było 15 osób, a 51 ankietowanych przebywało na emeryturze.

Wyniki

Ponad połowa badanych pacjentów — 52 osoby (52,53%) — miała nadwagę, u 13 pacjentów (13,13%) stwierdzono otyłość, natomiast 34 ankietowanych (34,34%) miało prawidłową masę ciała.

Wyniki dotyczące poziomu wiedzy ankietowanych odnośnie zalecanego stylu życia po przebytych udarze mózgu przedstawiono w tabeli 1. Wśród możliwych odpowiedzi cztery były prawdziwe:

- tryb życia dobrze zorganizowany i pozbawiony nadmiernych wysiłków fizycznych i psychicznych;
- systematyczna kontrola ciśnienia tętniczego krwi;
- przestrzeganie odpowiedniej diety;
- zachowanie odpowiedniej aktywności ruchowej.

Dwie odpowiedzi były natomiast nieprawidłowe:

- styl życia prowadzony przed chorobą;
- brak rezygnacji z palenia tytoniu.

Tylko 33 osoby (33,33%) znały zasady stylu życia zalecanego po przebytych udarze mózgu, aż 66 osób (66,67%) z badanej grupy nie miało wiedzy w tym zakresie.

Tabela 2. Wiedza w zakresie żywienia po przebytych udarze mózgu w opinii respondentów
Table 2. Respondents' opinion about nutrition after cerebral stroke

Odpowiedzi ankietowanych	Dieta zalecana po przebytych udarze					
	Tak		Nie		Razem	
	n	%	n	%	n	%
Cztery prawidłowe odpowiedzi:						
— unikać tłuszczów zwierzęcych i słodczy						
— spożywać tłuszcze roślinne i chude mięso	34	34,34	65	65,66	99	100
— ograniczyć sól w diecie						
— spożywać ryby i chudy nabiał						
Trzy prawidłowe odpowiedzi (niepełna liczba prawidłowych odpowiedzi)	32	32,32	67	67,68	99	100
Dwie prawidłowe odpowiedzi (na 4 prawidłowe odpowiedzi udzielono 2)	33	33,33	66	66,67	99	100
Jedna prawidłowa odpowiedź (na 4 możliwe)	—	—	—	—	99	100
Dwie złe odpowiedzi (brak prawidłowych odpowiedzi)	11	11,11	88	88,89	99	100
Jedna zła odpowiedź	27	27,27	72	72,73	99	100

Wśród możliwych odpowiedzi na pytanie o dietę zalecaną po przebytych udarze mózgu 4 odpowiedzi były prawidłowe:

- unikać tłuszczów zwierzęcych i słodczy;
- spożywać tłuszcze roślinne i chude mięso;
- ograniczyć sól w diecie;
- spożywać ryby i chudy nabiał.

Dwie odpowiedzi były natomiast nieprawdziwe:

- jeść wszystko na co ma się ochotę;
- spożywać produkty smażone na smalcu oraz jasne pieczywo.

Tylko 34 osoby (34,34%) miały wiedzę w zakresie żywienia po przebytych udarze mózgu, a aż 65 respondentów (65,66%) nie wiedziało, jaką dietę należy stosować. Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 2.

Analiza danych wykazała, że zdecydowana większość respondentów — 72 osoby (73,73%) — chce zrezygnować ze spożywania alkoholu. Spośród osób palących tylko 8 (8,08 %) chciało poznać sposoby zwalczania nałogu palenia tytoniu, tyle samo badanych nie miało zdania, natomiast aż 21 osób (21,21%) nie chciało poznać sposobów zwalczania nałogu palenia tytoniu. Ponad połowa badanych — 62 osoby (62,62%) — odpowiedziała, że nie ma u nich potrzeby zwalczania nałogu palenia tytoniu — tę grupę ankietowanych stanowiły osoby niepalące.

Odpowiedzi ankietowanych dotyczące chęci poznania metod radzenia sobie ze stresem nie różniły się zasadniczo: 34 osoby (34,34%) wyraziły taką chęć, tyle samo ankietowanych nie wie, czy chce poznać metody

radzenia sobie ze stresem, natomiast 31 osób (31,31%) nie chce poznać tych metod. Szczegółowe dane zawiera tabela 3.

Chęć pogłębienia wiedzy na temat sposobów redukcji masy ciała wyraża 36 ankietowanych (36,36%), 22 osoby (22,22%) nie wyraziły takiej chęci, 26 (26,26%) badanych uważa, że w ich przypadku nie zachodzi potrzeba pogłębienia wiedzy w zakresie redukcji masy ciała, a 15 ankietowanych nie wie, czy chce poznać te sposoby. Dokładne wyniki zawarto w tabeli 3.

Oczekiwania większości pacjentów wobec pielęgniarki w zakresie edukacji na temat stylu życia dotyczą żywienia i aktywności po przebytych udarze mózgu — 66 badanych osób (66,67%) oczekuje od pielęgniarki edukacji na temat żywienia, natomiast 33 respondentów (33,33%) wyraża chęć poszerzenia wiedzy w zakresie aktywności fizycznej. Szczegółowe dane zawiera tabela 4.

Analiza statystyczna wykazała istotne różnice w poziomie wiedzy na temat wpływu otyłości na wystąpienie udaru ze względu na wykształcenie pacjentów ($p = 0,00003$). Im wyższe wykształcenie ankietowanych, tym większa świadomość w tym zakresie. Otrzymane wyniki przedstawiono w tabeli 5.

Stwierdzono także istotne statystycznie różnice w grupach wiekowych w zakresie chęci rezygnacji z nałogu palenia tytoniu jako czynnika zwiększającego ryzyko udaru ($\chi^2 = 15,94$; $p = 0,04$). Uzyskane dane wskazują, że tylko nieznaczny procent ankietowanych w wieku 40–49 lat wykazuje chęć rezygnacji z nałogu palenia tytoniu. Jednak prawie 100% badanych z tego przedzia-

Tabela 3. Preferowane obszary w zakresie pogłębiania wiedzy wśród ankietowanych**Table 3.** Respondents' opinion about preferred areas of knowledge improving

Chęć pogłębiania wiedzy na temat:	Tak		Nie		Nie wiem		Nie ma takiej potrzeby		Razem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	Zwalczania nałogu palenia	8	8,08	21	21,21	8	8,08	62	62,62	99
Rezygnacji ze spożycia alkoholu	72	73,73	19	19,19	8	8,08	0	0,00	99	100
Radzenia sobie ze stresem	34	34,34	31	31,31	34	34,34	0	0,00	99	100
Sposobów redukcji masy ciała	36	36,36	22	22,22	15	15,15	26	26,26	99	100

Tabela 4. Oczekiwania badanych wobec pielęgniarki w zakresie edukacji na temat stylu życia**Table 4.** Respondents' expectations for education provided by nurses on subject of life style

Odpowiedzi osób ankietowanych	Tak		Nie		Razem	
	n	%	n	%	n	%
Edukacja dotycząca żywienia	66	66,67	30	30,30	99	100
Edukacja w zakresie zalecanej aktywności fizycznej	33	33,33	63	63,64	99	100

Tabela 5. Przekonanie o wpływie otyłości na wystąpienie udaru w zależności od wykształcenia respondentów**Table 5.** Respondents' education v. conviction of the obesity impact on the occurrence of cerebral stroke

Wykształcenie	Tak		Nie		Nie wiem		Razem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Podstawowe	18	54,55	0	0,00	15	45,45	33	100
Średnie	38	84,44	3	6,67	4	8,89	45	100
Wyższe	21	100,00	0	0,00	0	0,00	21	100

łu wiekowego, jak również prawie 100% osób w wieku 70–79 lat i ponad 60% w wieku 60–69 lat nie wyraża chęci rezygnacji z nałogu. Otrzymane wyniki przedstawiono na rycinie 1.

Nie stwierdzono istotnych różnic w grupach wiekowych w zakresie rezygnacji ze spożycia alkoholu po przebytym udarze ($p = 0,10$). Wszyscy ankietowani w wieku 40–49 lat chcą zrezygnować ze spożycia alkoholu. Wraz z wiekiem nieznacznie zmniejsza się odsetek badanych deklarujących tę chęć. Dane przedstawiono w tabeli 6.

Stwierdzono istotne statystycznie różnice w grupach wiekowych w zakresie chęci poznania sposobów redukcji masy ciała ($p < 0,00001$). Przeprowadzone badania wskazują, że wraz z wiekiem badanych słabnie tenden-

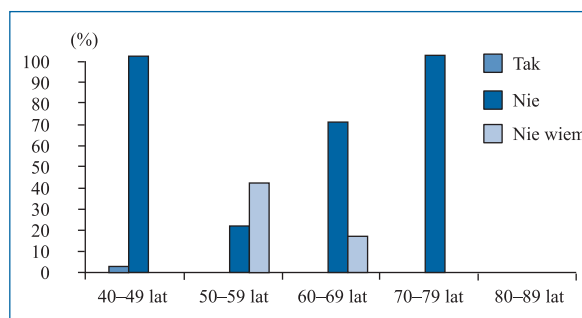
**Rycina 1.** Chęć rzucenia nałogu palenia jako czynnika ryzyka udaru mózgu w zależności od wieku respondentów**Figure 1.** Respondents' age v. the willingness to quit smoking as a stroke risk factor

Tabela 6. Chęć rezygnacji ze spożycia alkoholu po przebytych udarach w zależności od wieku respondentów
Table 6. Respondents' age v. willingness to give up alcohol after stroke

Wiek	Tak		Nie		Nie wiem		Razem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
40–49 lat	18	100,00	0	0,00	0	0,00	18	100
50–59 lat	10	52,63	6	31,58	3	15,79	19	100
60–69 lat	15	62,50	6	25,00	3	12,50	24	100
70–79 lat	19	73,08	5	19,23	2	7,69	26	100
80–89 lat	10	83,33	2	16,67	0	0,00	12	100

Analiza statystyczna: $\chi^2 = 13,27$; $p = 0,10$

Tabela 7. Chęć poznania sposobów redukcji masy ciała w zależności od wieku respondentów
Table 7. Respondents' age v. willingness to explore ways of body weight reducing

Wiek	Tak		Nie		Nie wiem		Nie ma takiej potrzeby		Razem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
40–49 lat	9	50,00	3	16,67	0	0,00	6	33,33	18	100
50–59 lat	10	52,63	0	0,00	9	47,37	0	0,00	19	100
60–69 lat	4	16,67	3	12,50	3	12,50	14	58,33	24	100
70–79 lat	10	38,46	7	26,92	3	11,54	6	23,08	26	100
80–89 lat	3	25,00	9	75,00	0	0,00	0	0,00	12	100

Analiza statystyczna: $\chi^2 = 61,99$; $p < 0,00001$

Tabela 8. Chęć poznania sposobów radzenia sobie ze stresem w zależności od wieku respondentów
Table 8. Respondents' age v. willingness to explore ways of coping with stress

Wiek	Tak		Nie		Nie wiem		Razem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
40–49 lat	9	50,00	6	33,33	3	16,67	18	100
50–59 lat	13	68,42	3	15,79	3	15,79	19	100
60–69 lat	7	29,17	6	25,00	11	45,83	24	100
70–79 lat	2	7,69	7	26,92	17	65,39	26	100
80–89 lat	3	25,00	9	75,00	0	0,00	12	100

Analiza statystyczna: $\chi^2 = 38,72$; $p = 0,00001$

cja do poznania tych metod. Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 7.

Stwierdzono istotne statystycznie różnice w grupach wiekowych w zakresie chęci poznania sposobów radzenia sobie ze stresem ($p = 0,00001$). Analizując zebrane dane, stwierdzono, że wraz z wiekiem maleje chęć poznania tych sposobów. Otrzymane wyniki przedstawiono w tabeli 8.

Dyskusja

W zapobieganiu udarom istotne znaczenie odgrywa edukacja zdrowotna promująca zdrowy styl życia, głównie w zakresie aktywności fizycznej, odżywiania, zapobiegania nałogom. Udar mózgu jest najczęściej wynikiem wpływu na układ naczyniowy wielu czynników ryzyka, do których zalicza się między innymi pa-

lenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, otyłość. Wczesna identyfikacja tych czynników, wiedza na temat zalecanego stylu życia i chęć podjęcia wysiłku, mającego na celu eliminację ryzyka i kształtowanie prawidłowych zachowań zdrowotnych, odgrywają istotną rolę w profilaktyce udaru, a w sytuacji wystąpienia choroby wpływają na jej przebieg i rokowanie [7, 8].

Uzyskane wyniki badań w zakresie obecności czynników sprzyjających wystąpieniu udaru są zbliżone do rezultatów badań innych autorów. W badaniach własnych stwierdzone czynniki to nadmierna masa ciała, nikotynizm, spożywanie alkoholu. Z literatury wynika, że nikotynizm jest najczęstszym i niezależnym czynnikiem sprzyjającym wystąpieniu udaru mózgu, co nie do końca pokrywa się z wynikami badań własnych, w których odsetek osób niepalących był wyższy niż w badaniach innych autorów.

Otyłość (BMI > 30) zwiększa ryzyko udaru. Niepokojący jest fakt występowania wysokiego odsetka osób z nadwagą i otyłością (65,66%) stwierdzony w badaniach własnych, który jest zbliżony z wynikami uzyskanymi przez innych autorów. Wynik ten zwraca uwagę na potrzebę edukacji w zakresie prawidłowego odżywiania [8]. Liczne doniesienia potwierdzają korzystny wpływ diety bogatej w nienasycone kwasy tłuszczowe, kwasy tłuszczowe omega 3, pełne ziarna zbóż, ryby spożywane co najmniej raz w tygodniu, owoce i warzywa na zmniejszenie ryzyka udaru mózgu [4–6].

Skuteczna profilaktyka powoduje wymierne korzyści kliniczne. Opublikowane wyniki badania *Oxford Vascular Study* wykazały, że mimo zmiany struktury wiekowej populacji Oxfordshire w Wielkiej Brytanii — wzrost odsetka osób powyżej 75. roku życia o 33% — nastąpiło zmniejszenie umieralności z powodu udaru o 37%, a pozytywne zmiany są najprawdopodobniej spowodowane powszechnym stosowaniem profilaktyki chorób naczyniowych oraz ograniczeniem rozpowszechnienia czynników ryzyka [5].

Skuteczna profilaktyka udarów mózgu polega na redukcji czynników ryzyka przez zmianę stylu życia. Zaprzestanie palenia tytoniu u osób palących więcej niż 20 papierosów dziennie doprowadzi do spadku ryzyka udaru, jednak pozostanie ono większe niż u osób, które nigdy nie paliły. Nadużywanie alkoholu powoduje wzrost ryzyka udaru. Natomiast regularny wysiłek fizyczny korzystnie wpływa na masę ciała, stężenie cholesterolu, tolerancję glukozy i ciśnienie tętnicze krwi, co powoduje zmniejszenie ryzyka udaru.

Wnioski

1. Ankietowanych cechuje niedostatek wiedzy odnośnie zalecanego stylu życia po przebyłym udarze mózgu zarówno w zakresie żywienia, jak i zalecanej aktywności fizycznej.
2. Badani oczekują od pielęgniarki edukacji w zakresie żywienia i aktywności fizycznej. Ankietowani wyrażają także chęć poznania sposobów radzenia sobie ze stresem, redukcji masy ciała oraz sposobów rezygnacji ze spożycia alkoholu. Powyższe wnioski wskazują, że wobec deficytu wiedzy i umiejętności pacjentów edukacja zdrowotna jest niezbędna, a pozytywne nastawienie do niej rokuje pożądane zmiany w zakresie zachowań zdrowotnych.

Piśmiennictwo

1. Członkowska A., Ryglewicz D. Epidemiologia udarów mózgu w Polsce. *Neur. Neurochir. Pol.* 1999; 32: 99–103.
2. Mazur R., Książkiewicz B., Nyka W.M. Udar mózgu w praktyce lekarskiej. *Via Medica*, Gdańsk 2004.
3. Mazur R. *Neurologia kliniczna*. *Via Medica*, Gdańsk 2005.
4. Adamczyk K. *Pielęgniarstwo neurologiczne*. Czelej, Lublin 2000.
5. Członkowska A. Profilaktyka udaru — nie tylko leki przeciwpłytkowe. *Neur. Neurochir. Pol.* 2005; 39: 488–490.
6. Ryglewicz D. Czynniki ryzyka w udarach mózgu. *Post. Psych. Psychol.* 1994; 5: 33–34.
7. Tobiasz-Adamczyk B. Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby. *Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego*, Kraków 2000.
8. Rotter I., Karakiewicz B., Baranowska E. Identyfikacja czynników ryzyka u chorych po przebyłym udarze mózgu. *Fam. Med. Prim. Care Rev.* 2006; 8: 308–310.