

**Streszczenie pracy doktorskiej mgr Doroty Zielińskiej pt.: „Wpływ poznawczych,
emocjonalnych i społecznych czynników na motywację do rehabilitacji
u osób po udarze mózgu”**

Udar mózgu jest uważany za jedną z najczęstszych przyczyn zgonu i niepełnosprawności w populacji osób dorosłych na świecie. Znaczna część chorych pozostaje niepełnosprawna fizycznie oraz pod względem funkcjonowania poznawczego, mimo prowadzonej rehabilitacji. Przyczyn takiego stanu rzeczy można upatrywać między innymi w obniżonej motywacji do rehabilitacji u osób po udarze mózgu. Przypuszcza się, że wpływ na motywację do rehabilitacji mogą mieć zarówno czynniki poznawcze (dysfunkcje wykonawcze, umiejscowienie poczucia kontroli zdrowia oraz anozognozja), emocjonalne (zaburzenia depresyjne występujące po udarze mózgu), jak i wsparcie społeczne. Dlatego też zdecydowano się uwzględnić je w niniejszej pracy.

Celem badania było sprawdzenie wpływu wymienionych czynników na motywację do rehabilitacji u osób po udarze mózgu. Badanie przeprowadzono na grupie 101 osób po udarze mózgu, które rozpoczęły rehabilitację w ciągu tygodnia od przyjęcia do szpitala. Od każdego z uczestników uzyskano pisemną, świadomą zgodę na wzięcie udziału w badaniu. Zostały do niego włączone osoby między 20. a 80. rokiem życia włącznie, hospitalizowane z powodu wystąpienia incydentu naczyniowego w Oddziale Neurologii z Pododdziałem Leczenia Udarów Mózgu Szpitala Specjalistycznego im. Józefa Dietla w Krakowie. Z badania wykluczono osoby z procesem otępiennym o średnim lub głębokim stopniu nasilenia (wynik MMSE poniżej 19 punktów), afazją utrudniającą lub uniemożliwiającą porozumiewanie się, uzależnieniem od substancji psychoaktywnych oraz chorobami psychicznymi w wywiadzie.

W badaniu wykorzystano skalę przesiewową do oceny funkcji poznawczych Mini-Mental State Examination (MMSE), skalę Stroke Motivation Rehabilitation Scale do oceny motywacji do rehabilitacji u osób po udarze mózgu, skalę Visual- Analogue Test Assessing Anosognosia for Motor Impairment (VATAm) do oceny anozognozji, skalę Multidimensional Health Locus Of Control (MHLC) w adaptacji Zygryda Juczyńskiego do oceny umiejscowienia kontroli zdrowia, Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) do oceny zaburzeń depresyjnych oraz Trail Making Test (TMT) i zmodyfikowaną wersję Klocków Weigla do oceny funkcji wykonawczych. Początkowo zamierzano zastosować również Skalę Wsparcia Społecznego (ISSB), jednak po przeprowadzeniu jej u części pacjentów, zrezygnowano z jej dalszego używania, z uwagi na dużą liczbę pytań, trudności z ich zrozumieniem, męczliwość chorych oraz stan ich zdrowia.

Z tego względu ocenie nie podlegało wsparcie społeczne, lecz czynniki wpływające na jego dostępność takie jak: wiek, płeć, wykształcenie, miejsce zamieszkania, samotność, liczba dzieci, stan cywilny, status zawodowy.

Nie udało się potwierdzić wszystkich zakładanych hipotez badawczych. Istotne okazały się być wyniki korelacji motywacji wewnętrznej w zależności od wewnętrznego umiejscowienia kontroli zdrowia, co oznacza, że wraz ze wzrostem motywacji wewnętrznej wzrastał poziom wewnętrznego poczucia kontroli zdrowia. Częściowo potwierdzono hipotezę zakładającą związek motywacji do rehabilitacji oraz anozognozji. Osoby, u których nie stwierdzono cech anozognozji, miały wyższy poziom motywacji wewnętrznej. Ponadto wykryto istotną zależność między wzrostem poziomu depresyjności a wyższymi wynikami amotywacji w kontekście motywacji do rehabilitacji. Natomiast pacjenci z niższymi wynikami w zakresie amotywacji mieli wyższe wyniki podskali oceniającej wewnętrzne poczucie kontroli zdrowia. Nie wykazano związku motywacji do rehabilitacji w odniesieniu do funkcji wykonawczych oraz dostępności wsparcia społecznego.

Można zatem przyjąć, że poziom motywacji do rehabilitacji u osób po udarze mózgu ma częściowy związek z obecnością zaburzeń depresyjnych, umiejscowienia kontroli zdrowia oraz anozognozji.

Słowa kluczowe: motywacja do rehabilitacji, funkcje wykonawcze, anozognozja, depresja poudarowa, umiejscowienie kontroli zdrowia, dostępność wsparcia społecznego

Abstract

Stroke is considered to be one of the most common causes of death and disability in the adult population in the world. A significant portion of patients remain physically disabled, in addition to being cognitively impaired, despite rehabilitation. A reason for this is, amongst others, reduced motivation for rehabilitation in people after stroke. It is assumed that cognitive (executive dysfunctions, health locus of control, and anosognosia) and emotional (depression disorders occur after a stroke) factors along with social support may influence motivation for rehabilitation. Thus, it was decided to include these in this work.

The aim of the study was to determine the influence of these factors on the motivation for rehabilitation in people after stroke. The study group comprised 101 people after stroke who initiated rehabilitation within a week of hospital admission. Each participant gave their written, informed consent to participate in the study. Included in the study were people aged between 20-80 years, hospitalized due to a vascular incident in the Department of Neurology, Subdivision of Stroke Treatment at the Józef Dietl Hospital in Krakow. The study excluded people with moderate or severe dementia (MMSE score below 19 points), aphasia which made it difficult or impossible to communicate, or addiction to psychoactive substances and mental disorders in the interview.

The study used a screening scale to assess cognitive functions of the Mini-Mental State Examination (MMSE), the Stroke Motivation Rehabilitation Scale to assess motivation for rehabilitation in stroke patients, the Visual-Analogue Test Assessing Anosognosia for Motor Impairment (VATAm) to assess for anosognosia, the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) adapted by Zygfryd Juczyński to assess the health locus of control, the Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) for assessment of depressive disorders, and the Trail Making Test (TMT) and a modified version of the Weigl's Blocks for assessment of executive functions. Initially, it was also planned to use the Social Support Scale (ISSB), however, after being carried out in some patients, its further use was abandoned due to the large number of questions, difficulties in understanding them, fatigability of the patients, and their general condition. Because of this, social support was not assessed but factors affecting its availability were assessed such as age, sex, education, place of residence, loneliness, number of children, marital status, and professional status.

It was not possible to confirm all proposed research hypotheses. Results of the internal motivation correlation depending on the internal health locus of control were significant. This meant that with increased internal motivation, internal sense of health control increased. The

hypothesis that a relationship between motivation for rehabilitation and anosognosia exists was partially confirmed. People who did not have features of anosognosia had a higher level of internal motivation. In addition, a significant relationship was found between an increased level of depression and higher amotivation scores in the context of motivation for rehabilitation. In contrast, patients with lower amotivation scores had higher scores for internal health control. A relationship was not demonstrated between motivation for rehabilitation in relation to executive functions and the availability of social support.

It can therefore be assumed that the level of motivation for rehabilitation in people after stroke is partially related to the presence of depressive disorders, health locus of control, and anosognosia.

Key words: motivation for rehabilitation, executive functions, anosognosia, post-stroke depression, health locus of control, availability of social support