

## STRESZCZENIE

**WSTĘP.** Udar niedokrwienny mózgu powoduje zaburzenia w sferze somatycznej, poznawczej i emocjonalnej, prowadząc niejednokrotnie do niepełnosprawności i zależności społecznej. Pacjenci w większym stopniu odzyskują sprawność, jeżeli są aktywni w procesie leczenia i rehabilitacji oraz mają poczucie odpowiedzialności za zdrowie. Szczególnego znaczenia nabiera więc samoopieka, rozumiana nie tylko jako wykonywanie podstawowych czynności życia codziennego, ale również podejmowanie działań mających na celu poprawę stanu zdrowia oraz z zakresu prewencji wtórnej.

**CEL PRACY.** Celem pracy było poznanie zakresu i czynników warunkujących samoopiekę u osób po udarze niedokrwiennym mózgu.

**MATERIAŁ I METODY.** W badaniach wzięło udział 105 pacjentów po przebytych pierwszym udarze niedokrwiennym mózgu, zgłaszających się na wizytę kontrolną po 2 – 3 miesiącach od zachorowania. Były one prowadzone w Poradni Prewencji Wtórnej Udaru Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie od 27 lutego 2007 r. do 4 lutego 2009 r., na podstawie pozytywnej opinii Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego. Do kryteriów wyłączenia należały zaburzenia mowy i funkcji poznawczych uniemożliwiające czynny udział w badaniach. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, analizę dokumentów oraz następujące narzędzia badawcze: autorski kwestionariusz ankiety z testem wiedzy o chorobie, Krótką Skalę Oceny Stanu Psychicznego (*Mini - Mental State Examination - MMSE*), Skalę Udarów Narodowego Instytutu Zdrowia (*National Institutes of Health Stroke Scale - NIHSS*), Wskaźnik Funkcjonalny Repty (WFR), Skalę Samooceny Depresji Zunga (*Zung Self - Rating Depression Scale - SDS*), Skalę Uogólnionej Własnej Skuteczności (*Generalized Self - Efficacy Scale - GSES*), Wielowymiarową Skalę Umiejscowienia Kontroli Zdrowia typ B (*Multidimensional Health Locus of Control Scale form B - MHLC typ B*), Skalę Wsparcia Społecznego (SWS) oraz Skalę Wydolności Pacjenta i Opiekuna (SWPiO). Analizy statystyczne, wykonane z zastosowaniem pakietu IBM SPSS Statistics w wersji 26, obejmowały statystyki opisowe, test *t* Studenta dla prób zależnych oraz niezależnych, testy *U* Manna Whitney'a, jednoczynnikową analizę wariancji ANOVA, analizy korelacji ze współczynnikiem *r* Pearsona i *rho* Spearmana oraz hierarchiczną analizę regresji liniowej. Za poziom istotności statystycznej przyjęto próg  $\alpha = 0,05$  ( $p < 0,05$ ).

**WYNIKI.** Wydolność samoopiekuńcza badanych została określona na poziomie średnio wysokim. Wyższy poziom samoopieki mieli mieszkańcy miasta, osoby wykształcone, aktywne

zawodowo i o dobrym statusie materialnym. Nie zaobserwowano natomiast istotnych różnic w samoopiece w zależności od płci badanych ( $p=0,348$ ). Wydolność samoopiekuńcza korelowała dodatnio ze sprawnością funkcjonalną ( $r=0,87$ ), wiedzą o udarze ( $r=0,45$ ), a także ze wsparciem społecznym ( $r=0,59$ ). Zaobserwowano również istotną korelację z poczuciem uogólnionej własnej skuteczności ( $r=0,59$ ) oraz wewnętrznym umiejscowieniem kontroli zdrowia ( $r=0,67$ ). Z kolei ujemną korelację samoopieki zaobserwowano z objawami depresji ( $r=-0,74$ ) i ciężkością stanu klinicznego ( $r=-0,71$ ). W celu podsumowania analiz wykonano hierarchiczną analizę regresji liniowej. W pierwszym modelu czynnikiem wyjaśniającym zmienność samoopieki był wiek i był z nią ujemnie powiązany. Drugi model uwzględniał również czynniki somatyczne i psychospołeczne. W modelu tym zmienność samoopieki były wyjaśniały: sprawność funkcjonalna, typ zewnętrzny umiejscowienia kontroli zdrowia i poczucie własnej skuteczności (relacje dodatnie). Natomiast ujemną relację z poziomem samoopieki miała obecność objawów depresji, typ wewnętrzny umiejscowienia kontroli zdrowia oraz typ powiększający wpływ przypadku, a także wydolność opiekuna.

**WNIOSKI.** Zdolność do samoopieki w badanej grupie jest na poziomie średnio wysokim, wymagającym motywowania i wsparcia informacyjnego. Jej podejmowanie jest powiązane z wszystkimi analizowanymi zmiennymi, za wyjątkiem płci badanych. Najważniejszymi determinantami samoopieki jest sprawność funkcjonalna i występowanie objawów depresji, a także zasoby osobiste. Zakres pomocy ze strony opiekuna zmniejsza się wraz ze wzrostem samoopieki, wchodząc w relację uzupełniającą. Ze względu na zastosowane kryteria doboru grupy, uzyskane wyniki nie są reprezentatywne dla populacji osób po udarze niedokrwiennym mózgu, ale mogą być wykorzystane w planowaniu edukacji i optymalizacji opieki nad chorymi. Zagadnienie samoopieki, ze względu na swoją złożoność, wymaga dalszych badań.

#### **SŁOWA KLUCZOWE**

samoopieka – udar niedokrwienny mózgu – prewencja wtórna - sprawność funkcjonalna –  
depresja - zasoby osobiste – wydolność opiekuna – wsparcie społeczne

## SUMMARY

### **The ability to provide self-care of people after an ischemic stroke**

**INTRODUCTION.** An ischemic stroke causes disfunctions in the somatic, cognitive and emotional spheres, frequently leading to disability and social dependence. To a greater extent, patients regain their ability, provided they are active in the process of treatment and rehabilitation and have a sense of responsibility for their health. Thus, what becomes particularly important is self-care, understood not only as undertaking basic functions of everyday life, but also as performing actions aimed at improving the patient's health as well as actions in the scope of secondary prevention.

**AIM OF THE STUDY.** The aim of the study was to learn about the scope and factors determining self-care in people after an ischemic stroke.

**MATERIALS AND METHODS.** 105 patients after their first ischemic stroke participated in the study, checking up after 2 - 3 months after becoming affected. The tests were conducted in the Clinic of Secondary Prevention of Stroke of the University Hospital in Krakow from February 27<sup>th</sup> 2007, to February 4<sup>th</sup> 2009, on the basis of the positive opinion of the Bioethics Committee of the Jagiellonian University. Exclusion criteria involved speech and cognitive function disorders preventing active participation in the tests. The diagnostic survey method, the documentation analysis and the following research tools were applied: original questionnaire with a knowledge test on the disease, a Mini - Mental State Examination - MMSE, National Institutes of Health Stroke Scale - NIHSS, Repty Functional Index (RFI), Zung Self-Rating Depression Scale - SDS, Generalized Self - Efficacy Scale - GSES, Multidimensional Health Locus of Control Scale form B – MHLC type B, Social Support Scale (SSS) and Patient-Caregiver Functional Unit Scale. Statistical analyses conducted with the use of the IBM SPSS Statistics package, version 26 included descriptive statistics, Student's *t*- test for dependent and independent samples, the Mann–Whitney *U* tests, the ANOVA one-way analysis of variance, the analysis of the correlation of Pearson's *r* and Spearman's *rho* efficient, and the hierarchical analysis of the linear regression.

The level of statistical significance was established as  $\alpha = 0,05$  ( $p < 0,05$ ).

**RESULTS.** Self-care capacity in the examined was determined at the medium-high level.

Those who are city residents, educated, professionally active and of good material status had a higher level of self-care. No significant variations depending on the gender of the examined

were observed ( $p=0,348$ ). The self-care capacity correlated positively with the functional ability ( $r=0,87$ ), with the knowledge about stroke ( $r=0,45$ ), as well as the social support ( $r=0,59$ ). Similarly, a significant correlation between the general sense of self-efficacy ( $r=0,59$ ) and internal placement of health control ( $r=0,67$ ) was observed. Conversely, a negative correlation was detected between self-care and the symptoms of depression ( $r=-0,74$ ) and severity of the clinical condition ( $r=-0,71$ ). In order to summarize the analyses a hierarchical analysis of the linear regression was performed. In the first model the explanatory factor of variability of self-care was age and it was negatively associated with it. The second model additionally took into consideration somatic and psychosocial factors. In this model the variability of self-care was explained by: functional ability, external type of the health control placement and the sense of self-efficacy (positive associations). In contrast, there was a negative relation of the level of self-care with the presence of the symptoms of depression, with the internal type of the health control placement and with the type enlarging the influence of the case, and also the capacity of the carer.

**CONCLUSIONS.** The ability to self-care in the examined group is at a medium-high level, demanding motivation and informational support. Self-care maintenance is related to all analyzed factors, with the exception of the gender of the examined. The most significant determinants of self-care are functional ability and the presence of the symptoms of depression, as well as personal resources. The scope of assistance from the carer diminishes with the increase of self-care entering in the supplementary relation. Due to the application of the criteria for selecting the group the results are not representative of the population of people after an ischemic stroke, however they may be used in education planning and care optimization. The issue of self-care, because of its complexity, demands further research.

#### **KEY WORDS**

self-care - ischemic stroke- secondary prevention – functional ability – depression – personal resources – capacity of the carer – social support