ROZPRAWY NAUKOWE
Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu

2019, 65, 93–102

Zbigniew Guzek[1], Aneta Lubczyńska[2], Joanna Kowalska[2]
[1] Zakład Rehabilitacji z Pododdziałem Rehabilitacji Neurologicznej, Szpital Uniwersytecki im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze
[2] Wydział Fizjoterapii, Akademia Wychowania Fizycznego we Wrocławiu

OCENA POCZUCIA WŁASNEJ SKUTECZNOŚCI U PACJENTÓW PO UDARZE MÓZGU OBJĘTYCH SYSTEMATYCZNĄ REHABILITACJĄ

Cel badań. Celem badań była ocena poczucia własnej skuteczności u pacjentów po udarze mózgu objętych systematyczną fizjoterapią. **Materiał i metody.** Grupę badaną stanowiło 38 pacjentów po pierwszym udarze mózgu, średnia wieku 66,9 roku (± 8,8), w tym 12 kobiet i 26 mężczyzn. W badaniach zebrano dane socjodemograficzne i kliniczne oraz wykorzystano: Skalę Uogólnionej Własnej Skuteczności (GSES), Indeks Mobilności Rivermead (RMA), a także Skalę Barthel (BI). Badania wykonano w dwóch punktach pomiarowych: w momencie przyjęcia na oddział rehabilitacyjny (t1) i po trzech tygodniach systematycznej rehabilitacji (t2). W analizie statystycznej zastosowano testy nieparametryczne: test Wilcoxona, test U Manna-Whitneya oraz korelację rang Spearmana. **Wyniki.** Pacjenci po udarze mózgu charakteryzowali się niższym, w porównaniu z innymi grupami klinicznymi, poczuciem własnej skuteczności. Po trzech tygodniach rehabilitacji odnotowano poprawę stanu funkcjonalnego badanych oraz wzrost poczucia własnej skuteczności. Analiza korelacji wykazała istotny statystycznie dodatni związek pomiędzy stanem funkcjonalnym w momencie rozpoczęcia usprawniania a poziomem własnej skuteczności po trzech tygodniach. **Wnioski.** Wyniki sugerują, że poczucie własnej skuteczności może być ważnym czynnikiem w procesie rehabilitacji poudarowej ale dalsze badania są konieczne.

Słowa kluczowe: udar mózgu, stan funkcjonalny, poziom własnej skuteczności, rehabilitacja poudarowa

WPROWADZENIE

Udar mózgu stanowi trzecią co do częstości występowania przyczynę zgonu, zaraz po chorobach serca i nowotworach, oraz pierwszą przyczynę ciężkiego inwalidztwa osób powyżej 45. roku życia (Kaczorowski, Murjas i Bartosik-Psujek, 2015). Zapadalność na udar mózgu w Polsce jest podobna jak w innych krajach Europy, jednak problem stanowi umieralność oraz stopień niepełnosprawności chorych. Wskaźnik umieralności wśród pacjentów po udarze mózgu w Polsce jest większy niż w innych państwach europejskich i USA (Mazurek, Blaszkowska i Rymaszewska, 2013).

Praca wpłynęła do Redakcji: 12.04.2019
Zaakceptowano do druku: 20.08.2019

Adres do korespondencji: Joanna Kowalska, Katedra Rehabilitacji w Chorobach Wewnętrznych, Wydział Fizjoterapii, Akademia Wychowania Fizycznego we Wrocławiu, al. I. J. Paderewskiego 35, 51-612 Wrocław, e-mail: joanna.kowalska@awf.wroc.pl

Jak cytować:
Guzek, Z., Lubczyńska, A., Kowalska, J. (2019). Ocena poczucia własnej skuteczności u pacjentów po udarze mózgu objętych systematyczną rehabilitacją. *Rozprawy Naukowe AWF we Wrocławiu*, *65*, 93–102.

Ze względu na zróżnicowaną etiopatogenezę oraz różnorodność objawów udaru mózgu skuteczna rehabilitacja poudarowa wymaga holistycznego podejścia przy współpracy interdyscyplinarnego zespołu terapeutycznego. W związku z tym ciągle poszukuje się oraz analizuje czynniki mogące mieć związek z poprawą stanu funkcjonalnego i skutecznością prowadzonych terapii, w tym rehabilitacji (Kobylańska i wsp., 2018; Kowalska, Mazurek i Rymaszewska, 2019).

Wielu autorów podkreśla ogromne znaczenie czynników biopsychospołecznych w leczeniu i rekonwalescencji pacjentów po udarze mózgu (Kobylańska i wsp., 2018; Stelmach, Lorencowicz, Jasik i Turowski, 2016). Jednym z nich jest poczucie własnej skuteczności (ang. *perceived self-efficacy*). Pojęcie to wprowadził w 1977 r. Albert Bandura, który w swoich badaniach dowiódł, że wyższe poczucie własnej skuteczności zwiększa motywację do działania, nawet w obliczu piętrzących się porażek, i wiąże się z lepszymi osiągnięciami jednostki (Bandura, 1977; Juczyński, 2000). Niskie poczucie własnej skuteczności jest związane z depresją, lękiem i bezradnością (Juczyński, 2000; Schwarzer i Fuchs, 1996). Warto podkreślić, że poczucie własnej skuteczności wzrasta w miarę zdobywania kolejnych doświadczeń życiowych. Aby działania jednostki były jak najbardziej skuteczne, muszą być uwzględnione również jej aktualne możliwości, zdolności i umiejętności (Juczyński, 2000).

Udar mózgu wiąże się z gwałtownym, częściowym lub całkowitym, ograniczeniem sprawności funkcjonalnej. Ograniczenia dotyczą zarówno sfery fizycznej, jak i psychicznej, w tym poznawczo-emocjonalnej (np. depresja poudarowa) (Kamusińska i Rojowska, 2012; Kowalska, Bojko, Szczepańska-Gieracha, Rymaszewska i Rożek-Piechura, 2016). Lewin, Jöbges i Werheid (2013) podkreślają, że wysokie poczucie własnej skuteczności jest czynnikiem predykcyjnym występowania depresji poudarowej, z kolei wielu autorów potwierdza poprawę stanu funkcjonalnego i większą skuteczność rehabilitacji w przypadku pacjentów bez zaburzeń nastroju (Kowalska i wsp., 2016; Miller, 2007; Park, Im, Oh, Lee i Pae, 2015; Szczepańska-Gieracha, Kowalska, Malicka i Rymaszewska, 2010). Dodatkowo poczucie własnej skuteczności jest czynnikiem determinującym zachowania zdrowotne (np. aktywność fizyczną, odżywianie) (Baumgart, Szpinda, Radzimińska, Goch i Zukow, 2015; Brünger i Spyra, 2018). Wydaje się zatem, że poczucie własnej skuteczności może mieć wpływ na ostateczne efekty rehabilitacji poudarowej. Lepsze zrozumienie roli poczucia własnej skuteczności w trakcie rehabilitacji pacjentów po udarze mózgu może pomóc w opracowaniu skutecznych interwencji i terapii wspierających proces zdrowienia i powrotu do samodzielności.

CEL BADAŃ

Celem badań była ocena poczucia własnej skuteczności u pacjentów po udarze mózgu objętych systematyczną fizjoterapią oraz odpowiedź na pytanie, jaka jest zależność pomiędzy poczuciem własnej skuteczności a stanem funkcjonalnym badanych.

MATERIAŁ I METODY

Badania przeprowadzono w oddziale rehabilitacyjnym w Brzeskim Centrum Medycznym, w okresie od maja 2017 r. do lutego 2018 r. Objęto nimi osoby po pierwszym udarze

mózgu (krwotocznym lub niedokrwiennym). Grupę badaną stanowili pacjenci spełniający następujące kryteria włączenia: pierwszy incydent udarowy, pisemna zgoda na udział w badaniach, zadowalający stan funkcji poznawczych (MMSE > 23). Ustalono również kryteria wyłączenia osób z badań: afazja, pobyt na oddziale rehabilitacyjnym krótszy niż trzy tygodnie, obecność w dokumentacji lub w chwili badania poważnych zaburzeń psychicznych, np. zaburzeń świadomości lub zaburzeń umysłowych.

Badania miały charakter obserwacyjny i były pozbawione jakiejkolwiek interwencji czy struktury eksperymentu. Przeprowadzano je za zgodą pacjentów oraz kierującego oddziałem, pod nadzorem etycznym i prawnym Wydziału Fizjoterapii Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu.

Uczestnicy badań byli objęci systematyczną rehabilitacją z określeniem częstotliwości i czasu jej trwania (codziennie od poniedziałku do piątku przez 150 minut, oraz w sobotę przez 40 minut). W ramach procesu usprawniania prowadzono ćwiczenia indywidualne z uwzględnieniem deficytów neurologicznych i funkcjonalnych pacjenta, a także ćwiczenia z wykorzystaniem urządzeń rehabilitacyjnych (np. na rotorze do aktywnej i pasywnej rehabilitacji kończyn górnych i dolnych) oraz nauka i doskonalenie chodu. Dodatkowo, w zależności od wskazań i przeciwwskazań, kinezyterapia wspomagana była zabiegami z zakresu fizykoterapii i hydroterapii.

W badaniach wykorzystano Skalę Uogólnionej Własnej Skuteczności (GSES), Indeks Mobilności Rivermead (RMA) oraz Skalę Barthel (BI). Badania wykonano w dwóch punktach pomiarowych: w momencie przyjęcia na oddział rehabilitacyjny (t1) i po trzech tygodniach systematycznej rehabilitacji (t2). Dodatkowo wypełniano kartę pacjenta, która obejmowała dane socjodemograficzne oraz dane kliniczne (m.in. rozpoznanie, czas od rozpoznania udaru, choroby współistniejące, informacja, czy pacjent bierze udział w terapii zajęciowej oraz czy korzysta z pomocy psychologa).

GSES, stworzona przez Schwarzera i Jerusalema w polskiej adaptacji Juczyńskiego, obejmuje dziesięć pytań dotyczących własnego zachowania oraz umiejętności radzenia sobie w trudnych sytuacjach. Badani, odpowiadając na poszczególne pytania, mają do wyboru cztery możliwości: nie, raczej nie, raczej tak oraz tak. Odpowiedzi były oceniane w skali od 1 do 4, a następnie liczba punktów była sumowana. Im wyższy wynik, tym większa własna skuteczność. W niniejszej pracy przedstawiono wyniki surowe, bez przeliczania na steny. Zastosowano następującą interpretację wyników: 10–24 pkt – wyniki niskie, 25–29 pkt – wyniki średnie, 30–40 pkt – wyniki wysokie (Juczyński, 2000).

RMA, opracowana przez Lincoln i Leadbitter, pozwala ocenić zdolności fizyczne pacjenta, począwszy od czynności prostych, takich jak np. samodzielne siedzenie, do czynności bardziej złożonych, np. podskok na objętej niedowładem kończynie dolnej. Skala obejmuje trzynaście czynności, które są oceniane na 0 lub 1 pkt, gdzie 0 oznacza, że pacjent nie wykonał zadania, a 1 – że wykonał zadanie poprawnie. Każde zadanie było prezentowane przez badacza. W miarę kolejnych zadań wzrastał poziom ich trudności. Im wyższy wynik, tym większa sprawność badanego (Coolen, Wade, Robb i Bradshaw, 1991).

Za pomocą BI, skonstruowanej przez Barthel w 1965 r., ocenia się zdolność do samodzielnego funkcjonowania w zakresie podstawowych czynności dnia codziennego, takich jak np. ubieranie się, czesanie, kontrolowanie zwieraczy, oraz zdolności do samodzielnego poruszania się. Skalę wypełnia personel medyczny na podstawie obserwacji pacjenta i sposobu wykonywania ww. czynności. Badany może zdobyć maksymalnie 100 pkt. Im wyższy wynik, tym lepszy stan funkcjonalny pacjenta. Rezultat 86–100 pkt określa ten stan jako „lekki", 21–85 pkt – jako „średnio ciężki", a 0–20 pkt – „bardzo ciężki" (Mahoney i Barthel, 1965).

W analizie statystycznej, poza podstawowymi statystykami opisowymi (średnia arytmetyczna, odchylenie standardowe, mediana, kwartale, liczebności i udziały procentowe), wykorzystano test Shapiro-Wilka w celu sprawdzenia normalności rozkładu. Ze względu na brak rozkładu normalnego mierzonych zmiennych zastosowano testy nieparametryczne: test Wilcoxona dla grup zależnych i test U Manna-Whitneya dla dwóch grup niezależnych. Siłę związku pomiędzy dwoma zmiennymi badano za pomocą korelacji rang Spearmana. Istotność statystyczną określano na poziomie $p < 0,05$.

WYNIKI

Grupę badaną stanowiło 38 osób w wieku od 50 do 87 lat (średnia 66,9 ± 8,8), w tym 12 kobiet i 26 mężczyzn. Większość (71%) stanowili pacjenci po udarze niedokrwiennym mózgu. Średni czas od rozpoznania udaru u badanych wyniósł blisko 4 tygodnie. Dokładną charakterystykę grupy przedstawiono w tabeli 1.

Średnia wartość GSES w momencie przyjęcia na oddział (GSES1) w całej grupie wyniosła 30,5 (± 6,8). Najwięcej osób (n = 27; 71%) charakteryzowało się wysokim poczuciem własnej skuteczności w momencie rozpoczęcia procesu rehabilitacji. Średnia wartość BI w momencie przyjęcia na oddział (BI1) wyniosła 59,2 (± 30,8), a średnia wartość w skali RMA (RMA1) – 5,3 (± 2,7). Po trzech tygodniach systematycznej rehabilitacji odnotowano istotną statystycznie poprawę poczucia własnej skuteczności oraz stanu funkcjonalnego badanych (tab. 2).

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy

Cecha	Pacjenci (%) n = 38
Płeć	
kobiety	12 (32%)
mężczyźni	26 (68%)
Wiek	
średnia (SD)	66,9 (8,8)
mediana (kwartale)	65,0 (60,0-73,0)
Masa ciała (kg)	
średnia (SD)	77,7 (14,9)
mediana (kwartale)	75,5 (67,0-85,25)
Wysokość ciała (cm)	
średnia (SD)	169,65 (8,9)
mediana (kwartale)	169,5 (162,75-176,0)
BMI	
średnia (SD)	26,94 (4,4)
mediana (kwartale)	26,4 (24,2-29,3)
Miejsce zamieszkania	
miasto	25 (66%)
wieś	13 (34%)
Rodzaj udaru	
niedokrwienny	27 (71%)
krwotoczny	11 (29%)

Zajęta półkula mózgu (niedowład)	
lewa (niedowład prawostronny)	9 (24%)
prawa (niedowład lewostronny)	29 (76%)
Czas od udaru mózgu (w tygodniach)	
średnia (SD)	3,9 (1,1)
mediana (kwartale)	4,0 (3,0-5,0)
Liczba chorób współistniejących	
średnia (SD)	1,2 (1,2)
mediana (kwartale)	1,0 (0,0-2,0)
Przyjęty z	
dom	12 (32%)
szpital	26 (68%)
Wykształcenie	
podstawowe i zawodowe	23 (61%)
wyższe i średnie	15 (39%)
Sytuacja ekonomiczna	
renta, emerytura	24 (63%)
pracujący	12 (32%)
bezrobotny	2 (5%)
Stan cywilny	
Mężatka/żonaty	25 (66%)
wdowa/wdowiec, samotna/y	13 (34%)
Wydolność opiekuńcza rodziny	
brak	2 (5%)
niepełna	11 (29%)
pełna	25 (66%)
Udział w terapii zajęciowej	
tak	27 (71%)
nie	11 (29%)
Pomoc psychologa	
tak	25 (65,8%)
nie	13 (34,2%)

Tabela 2. Charakterystyka wybranych zmiennych w badaniu początkowym i końcowym

Zmienne	Badanie początkowe (t1)		Badanie końcowe (t2)		Test Wicoxona	
	mediana	kwartyle	mediana	kwartyle	*Z*	*p*
GSES	32,0	27,75–35,00	34,5	32,00–38,00	–3,8	**< 0,0001**
BI	57,5	28,75–85,00	82,5	60,00–100,00	–5,1	**< 0,0001**
RMA	5,0	4,00–7,00	7,5	6,75–10,00	–5,1	**< 0,0001**

Pogrubioną czcionką zaznaczono wartości istotne statystycznie.

Poziom poczucia własnej skuteczności zarówno w badaniu początkowym, jak i końcowym był wyższy u mężczyzn, badanych po udarze krwotocznym mózgu, osób ze średnim i wyższym wykształceniem, pacjentów samotnych oraz zamieszkujących wieś. Wartości te nie były jednak istotne statystycznie. Pacjenci pracujący charakteryzowali się statystycznie istotnie wyższym, w porównaniu z pacjentami pozostającymi na rencie bądź emeryturze, poziomem poczucia własnej skuteczności w momencie rozpoczęcia usprawniania (tab. 3).

Tabela 3. Poziom poczucia własnej skuteczności w momencie przyjęcia na oddział (GSES 1) i po trzech tygodniach rehabilitacji (GSES 2) (test U Mnna-Whitneya)

Cecha	*n*	GSES 1		GSES 2	
		Mediana (kwartale)	*p*	Mediana (kwartale)	*p*
Płeć					
kobiety	12	30,5 (20,75-34,5)	0,293	35,5 (26,25-38,75)	0,787
mężczyźni	26	33,0 (28,75-35,25)		34,5 (32,0-38,0)	
Rodzaj udaru					
krwotoczny	11	34,0 (27,0-37,0)	0,352	36,0 (32,0-39,0)	0,357
niedokrwienny	27	32,0 (29,0-34,0)		34,0 (32,0-38,0)	
Udar					
prawej półkuli mózgu	29	32,0 (28,0-36,0)	0,484	35,0 (32,0-38,0)	0,568
lewej półkuli mózgu	9	33,0 (27,5-33,5)		34,0 (31,0-37,0)	
Wykształcenie					
podstawowe i zawodowe	23	32,0 (28,0-35,0)	0,880	34,0 (32,0-38,0)	0,522
średnie i wyższe	15	33,0 (26,0-35,0)		37,0 (32,0-38,0)	
Stan cywilny					
mężatka/żonaty	25	32,0 (26,0-36,0)	0,779	34,0 (32,0-38,0)	0,652
wdowa/wdowiec/samotny	13	31,0 (30,0-34,0)		35,0 (32,5-38,0)	
Miejsce zamieszkania					
miasto	25	31,0 (28,0-35,0)	1,000	35,0 (31,0-38,0)	0,984
wieś	13	32,0 (27,0-35,0)		34,0 (32,0-38,0)	
Sytuacja ekonomiczna					
praca	12	33,5 (27,0-36,75)	**0,017**	34,5 (30,5-39,0)	0,254
renta/emerytura	24	32,0 (27,5-34,0)		35,0 (32,0-38,0)	

Nie odnotowano istotnych statystycznie różnic w odniesieniu do stanu funkcjonalnego pomiędzy pacjentami po udarze krwotocznym mózgu a pacjentami po udarze niedokrwiennym mózgu oraz pomiędzy pacjentami po udarze prawej półkuli mózgu (niedowład lewostronny) a pacjentami po udarze lewej półkuli mózgu (niedowład prawostronny). Stwierdzono natomiast istotną statystycznie różnicę w stanie funkcjonalnym pomiędzy mężczyznami i kobietami (BI1, $p = 0{,}047$; BI 2, $p = 0{,}017$). Mimo **że** u mężczyzn zaobserwowano lepszy stan funkcjonalny, zarówno w badaniu początkowym, jak i końcowym, to większą poprawę w tym zakresie odnotowano w grupie kobiet.

Analiza korelacji wykazała istotny statystycznie dodatni związek pomiędzy stanem funkcjonalnym badanych w momencie przyjęcia na oddział (badany skalą BI) a poziomem własnej skuteczności po trzech tygodniach rehabilitacji (tab. 4).

Tabela 4. Korelacje Spearmana wybranych par zmiennych

Para zmiennych	rho	p
GSES1 & B1	0,18	0,2770
GSES1 & BI2	0,12	0,4771
GSES2 & BI1	0,32	**0,0467**
GSES2 & BI2	0,26	0,1116
GSES1 & RMA1	0,24	0,1497
GSES1 & RMA2	0,15	0,3521
GSES2 & RMA2	0,22	0,1898
BI1 &RMA1	0,82	**0,0000**
BI1 & RMA2	0,70	**0,0000**
RMA1 & BI2	0,73	**0,0000**
BI2 & RMA2	0,78	**0,0000**

DYSKUSJA

Ogólne przekonanie jednostki na temat własnych możliwości skutecznego radzenia sobie w różnych sytuacjach, w tym doświadczania choroby, może mieć duże znaczenie w trakcie procesu leczenia i rehabilitacji, szczególnie w przypadku pacjentów po udarze mózgu. Istnieje niewiele doniesień na temat związku pomiędzy poczuciem własnej skuteczności a stanem funkcjonalnym pacjentów po udarze mózgu, zatem trudno porównywać otrzymane wyniki z danymi zebranymi przez innych autorów (Arkan, Beser, Ozturk-Haney i Ozturk, 2019). Niemniej jednak Juczyński (2000) podaje, że średni wynik GSES w polskiej populacji wynosi 27,32 co świadczy o średnim poczuciu własnej skuteczności. W przypadku przedstawionej grupy badanej średni poziom własnej skuteczności w momencie przyjęcia na oddział mieścił się w dolnych granicach wyników wysokich. Podobne wyniki otrzymali Jachimowicz i Kostka (2009) wśród pensjonariuszy domu pomocy społecznej. Wśród nich pacjenci po udarze mózgu uzyskali dokładnie takie same wyniki w skali GSES jak w niniejszych badaniach. Kobylańska i wsp. (2018) wykazała natomiast u pacjentów po udarze mózgu średni poziom poczucia własnej skuteczności. Wyniki badań własnych wskazują, że chorzy po udarze mózgu charakteryzują się niższym poczuciem własnej skuteczności w porównaniu z innymi grupami klinicznymi obejmującymi np. kobiety po mastektomii lub histerektomii (Juczyński, 2000; Rogala, Mazur, Maślińska, Koper i Wysocka, 2015).

Osoby czynne zawodowo charakteryzowały się wyższym poziomem poczucia własnej skuteczności niż pacjenci pozostający na emeryturze lub rencie. Należy jednak podkreślić, że po trzech tygodniach rehabilitacji w grupie osób niepracujących poczucie własnej skuteczności wzrosło i osiągnęło wartości porównywalne do wyników uzyskanych przez badanych czynnych zawodowo. W**śród** pacjentów pracujących poziom poczucia własnej skuteczności właściwie się nie zmienił. Być może były to osoby, które pomimo wyższych wartości poziomu poczucia własnej skuteczności w momencie rozpoczęcia rehabilitacji, powinny być objęte dodatkowym wsparciem. W tym przypadku okres rehabilitacji i odzyskiwania sprawności to nie tylko czas walki o samodzielność, ale również próba akceptacji deficytów ruchowych i niepełnosprawności, jako skutków udaru mózgu.

Po trzech tygodniach rehabilitacji odnotowano poprawę we wszystkich badanych parametrach. Szczególnie poprawa stanu funkcjonalnego nie jest wynikiem zaskakującym, bowiem taki jest główny cel pobytu pacjentów po udarze mózgu w oddziale rehabilitacyjnym. Stwierdzono także większe poczucie własnej skuteczności, co zapewne wiąże się z lepszym stanem funkcjonalnym i odzyskiwaniem samodzielności przez pacjentów. Lepszym stanem funkcjonalnym charakteryzowali się też pacjenci z wyższym poczuciem własnej skuteczności. Analizy korelacji wskazują na związek pomiędzy stanem funkcjonalnym a poziomem poczucia własnej skuteczności. Zapewne zależność ta jest wielokierunkowa i wymaga dalszych badań, ale została już potwierdzona w opublikowanych doniesieniach Kobylańskiej i wsp. (2018). Dodatkowo Jachimowicz i Kostka (2009) wykazali, że osoby mające wyższe poczucie własnej skuteczności odznaczały się lepszą sprawnością fizyczną, m.in. chodem, równowagą, większą siłą mięśniową dłoni, oraz deklarowały większą satysfakcję z życia. Z kolei Weber-Rajek, Ciechanowska, Mieszkowski, Niespodziński, Wycech i Perzyńska (2014) pokazują, że poziom własnej skuteczności znacząco wpływa na jakość życia, optymistyczne nastawienie oraz samoocenę pacjentów po udarze niedokrwiennym mózgu.

Uzyskane wyniki badań własnych sugerują, że rehabilitacja poudarowa nie powinna się koncentrować tylko na deficytach ruchowych i funkcjonalnych pacjentów, a ocena jej efektów musi uwzględniać także stan psychiczny pacjenta. W literaturze przedmiotu można odnaleźć wiele dowodów na to, że zaburzenia funkcji poznawczych lub depresja znacznie komplikują przebieg usprawniania i wpływają na końcowe efekty rehabilitacji (Kobylańska i wsp., 2018; Kowalska i wsp., 2016; Kowalska, Mazurek, Kubasik i Rymaszewska, 2019). Wśród tych wielu czynników determinujących poprawę stanu funkcjonalnego i skuteczność rehabilitacji pacjentów po udarze mózgu warto zwrócić uwagę na poziom własnej skuteczności, tym bardziej że, jak pokazują badania, jest to czynnik modyfikowalny. Konieczne zatem wydaje się dokładne poznanie roli tego czynnika w procesie kompleksowej rehabilitacji. Wymaga to dalszych badań na większej grupie oraz zastosowania testów przesiewowych w celu wyłonienia tych pacjentów po udarze mózgu, u których należy podjąć interwencję psychologiczną ukierunkowaną na wzmacnianie poczucia własnej skuteczności.

WNIOSKI

1. Wśród badanych lepszy stan funkcjonalny w momencie przyjęcia na oddział wiązał się z wyższym poczuciem własnej skuteczności.
2. Poczucie własnej skuteczności może być ważnym czynnikiem w procesie rehabilitacji poudarowej.
3. Konieczne wydaje się kontynuowanie badań w celu analizy roli poczucia własnej skuteczności w procesie zdrowienia i rehabilitacji pacjentów po udarze mózgu.

BIBLIOGRAFIA

Arkan, G., Beser, A., Ozturk-Haney, M., Ozturk, V. (2019). Psychometric Testing of the Turkish version of the Stroke Self-Efficacy Questionnaire. *J Nurs Res*, doi: https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000308.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychology Review*, *84*, 191–215.

Baumgart, M., Szpinda, M., Radzimińska, A., Goch, A., Zukow, W. (2015). Poczucie własnej skuteczności a zachowania zdrowotne. *Journal of Education, Health and Sport*, *5*(8), 226–235.

Brünger, M., Spyra, K. (2018). A suitable screening to assess self-efficacy in clinical routine and studiem? Psychometric properties of the short-form Generalized self-efficacy scale (GSE-6) in rehabilitation. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, Suppl. *61*, 542–543, doi: 10.1016/j.rehab.2018.05.1262.

Coolen, F.M., Wade, D.T., Robb, F.F., Bradshaw, C.M. (1991). The Rivermead Mobility Index: a further development of the Rivermead Motor Assessment. *Int Disabil Stud*, *13*(2), 50–54.

Jachimowicz, V., Kostka, T. (2009). Ocena poczucia własnej skuteczności u pensjonariuszy Domu Pomocy Społecznej. *Gerontologia Polska*, *17*(1), 23–31.

Juczyński Z. (2000). Poczucie własnej skuteczności – teoria i pomiar. *Acta Universitstis Lodziensis Folia Psychologica*, 4, 11–23.

Kaczorowski, R., Murjas, B., Bartosik-Psujek, H. (2015). The development and new perspectives of stroke treatment in Poland. *Medical Review*, *13*(4), 376–386.

Kamusińska, E., Rojowska, A. (2012). Akceptacja niepełnosprawności przez osoby po przebytym udarze mózgu. *Studia Medyczne*, *25*(1), 37–47.

Kobylańska, M., Kowalska, J., Neustein, J., Mazurek, J., Wójcik, B., Bełza, M., Cichosz, M., Szczepańska-Gieracha, J. (2018). The role of biopsychosocial factors in the rehabilitation process of individuals with a stroke. *Work - A Journal of Prevention Assessment & Rehabilitation*, *61*(4), 523-535, doi: 10.3233/WOR-162823.

Kowalska, J., Bojko, E., Szczepańska-Gieracha, J., Rymaszewska, J., Rożek-Piechura, K. (2016). Occurrence of depressive symptoms among older adults after a stroke in the nursing home facility. *Rehabil Nurs*, *41*(2), 112–119, doi: 10.1002/rnj.203.

Kowalska, J., Mazurek, J., Kubasik, N., Rymaszewska, J. (2019). Effectiveness of physiotherapy in the elderly patients with dementia: a prospective, comparative analysis. *Disabil Rehabil*, *41*(7), 815–819, doi: 10.1080/09638288.2017.1410859.

Kowalska, J., Mazurek, J., Rymaszewska, J. (2019). Analysis of the degree of acceptance of illnessamong older adults living in a nursing home undergoing rehabilitation – an observational study. *Clinl Interv Aging*, *14*, 925–933, doi: 10.2147/CIA.S199975.

Lewin, A., Jöbges, M., Werheid, K. (2013). The influence of self-efficacy, pre-stroke depression and perceived social support on self-reported depressive symptoms Turing strokerehabilitation. *Neuropsychol Rehabil*, *23*(4), 546–562, doi: 10.1080/09602011.2013.794742.

Mahoney, F., Barthel, D.W. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Md State Med J*, *14*, 61–65.

Mazurek, J., Blaszkowska, A., Rymaszewska, J.(2013). Rehabilitacja po udarze mózgu – aktualne wytyczne. *Nowiny Lekarskie*, *82*(1), 83–88.

Miller E. (2007). Ocena funkcjonalna skuteczności wczesnej rehabilitacji po udarze mózgu-obserwacja półroczna. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego*, *3*, 205–210.

Park, G.Y., Im, S., Oh, C.H., Lee, S.J., Pae, C.U. (2015). The association between the severity of poststroke depression and clinical outcomes after first-onset stroke in Korean patients. *General Hospital Psychiatry*, *37*(3), 245–250.

Rogala, D., Mazur, A., Maślińska, M., Koper, K., Wysocka, J. (2015). Poczucie własnej skuteczności i strategie przystosowania do choroby u pacjentek z nowotworem narządu rodnego. *Current Gynecologic Oncology*, *13*(3), 154–164.

Schwarzer, R., Fuchs, R. (1996). Self- efficacy and Health Behaviours. W: Conner, M., Norman, P. (red.), *Predicting Health Behaviour* (ss. 163–196). Buckingham–Philadelphia: Open University Press.

Stelmach, A., Lorencowicz, R., Jasik, J., Turowski, K. (2016). Czynniki determinujące ocenę jakości życia dokonaną przez pacjentów, którzy przebyli udar mózgu. *Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne*, *5*(4), 136–143, doi: 10.15225/PNN.2016.5.4.2.

Szczepańska-Gieracha, J., Kowalska, J., Malicka, I., Rymaszewska J. (2010). Cognitive impairment, depressive symptoms and the physiotherapy efficacy in elderly people rehabilitated in a nursing home facility. *Advances in Clinical and Experimental Medicine*, *19*(6), 755–764.

Weber-Rajek, M., Ciechanowska, K., Mieszkowski, J., Niespodziński, B., Wycech, M., Perzyńska, A. (2014).Wpływ zasobów psychicznych na jakość życia chorych po udarze niedokrwiennym mózgu. *Journal of Health Sciences*, *4*(9), 51–60.

ABSTRACT

An assessment of self-efficacy in patients after stroke undergoing systematic rehabilitation

Background. The aim of the study was assessment of perceived self-efficacy among patients after stroke, undergoing regular physiotherapy. **Material and methods.** The study group consisted of 38 patients after first stroke, including 12 women and 26 men, mean age 66,9 (± 8,8). The sociodemographic and clinical data were collected. Before and after three weeks of physiotherapy, the Generalized Self-Efficacy Scale (GSES), the Rivermead Motor Assesment (RMA) and Barthel Index (BI) were also used. Because the hypothesis of a normal distribution was rejected, non –parametric tests were used: a Wilcoxon test, a U Manna-Whitney test and Spearman's rank coefficient. **Results.** The studied patients after stroke were characterized by lower self-efficacy compared to other clinical groups. There was noted an improvement in the functional status of the patients and an increase in their self-efficacy after 3 weeks of rehabilitation. The results of the correlation analysis showed a statistically significant positive correlations between functional status at the beginning of rehabilitation and the level of perceived self-efficacy after three weeks. **Conclusions.** The results suggest that self-efficacy may be an important factor in the post-stroke rehabilitation process but further studies are necessary.

Key words: stroke, functional status, perceived self-efficacy, post stroke rehabilitation