

УДК 615.825

WPLYW KOMPLEKSOWEJ REHABILITACJI SZPITALNEJ NA JAKOŚĆ ŻYCIA OSÓB PO UDARZE MÓZGU

Agnieszka BEJER^{1,2}, Mirosław PROBACHTA^{1,2},
Grzegorz TROJAN¹, Ewa SZELIGA¹, Dominik PIKUŁA²

¹Institut Fizjoterapii Uniwersytetu Rzeszowskiego,

²Oddział Rehabilitacji Szpitala Specjalistycznego im. Świętej Rodziny, Rudna Mała, Polska

ВПЛИВ КОМПЛЕКСНОЇ СТАЦІОНАРНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ЛЮДЕЙ ПІСЛЯ ІНСУЛЬТУ. Агнешка БЕЄР², Мірослав ПРОБАХТА^{1,2}, Гжегож ТРОЯН¹, Ева ШЕЛІГА¹, Домінік ПІКУЛА² ¹Інститут фізіотерапії Жешувського університету, ²Відділ реабілітації Шпиталю спеціального ім. Святої Родини, Рудна Мала, Польща

Анотація. Комплексна реабілітація людей після інсульту, яка впливає як на фізичний рівень, так і психічний, може істотно обумовлювати якість життя, що залежить від стану здоров'я (англ. HRQoL). Метою цієї праці було визначення впливу отриманих ефектів реабілітації на якість життя людей після інсульту.

Дослідження було проведено серед пацієнтів після перенесеного інсульту, які лікувалися у відділі реабілітації в реабілітаційному медичному центрі у Ланцуті. У дослідженні брали участь 39 осіб, у тому числі 17 жінок і 22 чоловіків. Вік хворих коливався від 35 до 82 років, середній вік становив 62,6 року.

Для виміру якості життя використовувалася шкала якості життя після інсульту. Для оцінювання ефектів реабілітації використовувалися індекс Бартела (BI), шкала рухових функцій (MFAS), а також шкала депресії Бека (BDI).

У результаті комплексної стаціонарної реабілітації спостерігалось поліпшення якості життя після інсульту у більшості оцінюваних сфер. Важливими факторами, які визначають поліпшення якості життя після інсульту є поліпшення функціонального та емоційного станів.

Ключові слова: інсульт, реабілітація, якість життя, SJZUM.

Wstęp. Udar mózgu stanowi jedną z najczęstszych przyczyn uszkodzeń mózgu. Na świecie żyje ponad 55 milionów ludzi po udarze, a u połowy z nich incydent ten wywarł znaczący wpływ na dalsze funkcjonowanie w codziennym życiu [1]. Konieczne jest zatem wdrożenie efektywnej rehabilitacji nakierowanej na przywrócenie upośledzonych funkcji psychofizycznych bądź skompensowanie funkcji utraconych. Jest ona równocześnie formą prewencji wtórnej, mającą na celu zmniejszenie ryzyka wystąpienia kolejnego udaru [2, 3].

Kompleksowa rehabilitacja osób po udarze, oddziałując zarówno na sferę fizyczną, jak i psychiczną, w sposób istotny może determinować jakość ich życia zależną od stanu zdrowia (ang. health – related quality of life HRQL). W pojęciu tym mieści się zdolność do fizycznego, psychicznego i społecznego funkcjonowania w odniesieniu do ograniczeń spowodowanych przez chorobę [3]. Obniżenie jakości życia po udarze mózgu spowodowane jest tu głównie przez zmniejszenie sprawności fizycznej i zależność od opiekunów, depresję oraz brak wsparcia społecznego [4, 5].

Badanie jakości życia osób po udarze mózgu służy rozpoznawaniu różnych uwarunkowań funkcjonowania tych osób, co według Deklaracji Helsingborskiej jest istotnym warunkiem właściwego planowania rehabilitacji [5]. Pozwala także spojrzeć na skuteczność postępowania postrzeganą przez pacjenta i pomaga w modyfikacji terapii [6].

Celem pracy była ocena wpływu uzyskanych efektów rehabilitacji na jakość życia osób po udarze mózgu.

Material i metody. Badania przeprowadzone zostały wśród osób po udarze mózgu leczonych od stycznia do września 2011 r. w Oddziale Rehabilitacji w Centrum Medycznym Łańcucie.

Kryteria włączenia do badań:

pierwszy udar mózgu, zlokalizowany w półkuli mózgu (potwierdzony badaniem KT lub MRI głowy), okres: powyżej 3 miesięcy do 2 lat od udaru mózgu, brak istotnych chorób układu kostno-mięśniowego wpływających w znacznym stopniu na stan funkcjonalny pacjenta, sprawność umysłu

wa i komunikacji werbalnej pozwalająca na udział w badaniu bez konieczności pomocy innych osób, wiek badanego powyżej 18 roku życia, świadoma oraz dobrowolna zgoda na udział w badaniu.

Kryteria wykluczenia z badań: drugi lub kolejny udar mózgu, lokalizacja ogniska udarowego poza półkulą mózgu, brak potwierdzenia udaru mózgu badaniem KT lub MRI, okres od udaru: poniżej 3 miesięcy i powyżej 2 lat, brak możliwości porozumiewania się z pacjentem, obecność dodatkowych schorzeń istotnie wpływających na stan pacjenta, wiek badanego poniżej 18 roku życia, a także brak dobrowolnej zgody pacjenta.

Do badań zakwalifikowano 39 osób, w tym 17 kobiet i 22 mężczyzn. Wiek pacjentów wahał się w granicach od 35 do 82 lat, średnia wieku: 62,6 lat. Czas od wystąpienia udaru wynosił od 3,5 miesiąca do 2 lat (średnio 14 miesięcy). Udar niedokrwienny wystąpił u 25 osób (64%), a krwotoczny u 14 osób (36%). Niedowład wystąpił po prawej stronie u 11 osób (28%), natomiast po lewej u 28 (72%) badanych. W mieście mieszkało 12 badanych (31%), natomiast na wsi 27 osób (69%). Stanu wolnego było 3 osoby (8%), w związku małżeńskim pozostawały 24 osoby (61%), natomiast 12 (31%) osób zakwalifikowano do grupy „wdowa/wdowiec.”

Metody oceny stanu chorych. Pomiaru jakości życia dokonano za pomocą polskiej wersji skali Stroke Specific Quality of Life (SSQoL) – Skali Jakości Życia po Udarze Mózgu (SJŻUM). Umożliwia ona uzyskanie profilu jakości życia w zakresie dwunastu podskal: samoobsługa (S), wzrok (W), mowa (MA), mobilność (MĆ), praca (P), funkcja kończyn górnych (KG), myślenie (ME), osobowość (O), nastrój (N), role w rodzinie (RR), role społeczne (RS), energia (E), a także w dwóch dziedzinach: fizycznej i psychospołecznej oraz ogólnej jakości życia. Każda z podskal zawiera od trzech do sześciu pozycji, łącznie 49. SJŻUM posiada dwa zestawy odpowiedzi, które powinny być udzielane adekwatnie do stanu zaobserwowanego przez pacjenta w tygodniu poprzedzającym badanie. Rozwinięte zostały na podstawie 5-cio stopniowej skali Likerta (1.0- 5.0), gdzie wyższy wynik świadczy o lepszej funkcji [7, 8, 9, 10].

Do oceny efektów rehabilitacji wykorzystano:

1) Wskaźnik Barthel – BI (0-100 pkt.) – ocena samodzielności w zakresie wykonywania czynności dnia codziennego,

2) Skalę Oceny Funkcji Motorycznych – MFAS (44 – 0 pkt.) – ocena sprawności funkcjonalnej kończyn górnych (12-0 pkt.), funkcję w siedzeniu (8-0 pkt.), wstawanie i stanie (9-0 pkt.) oraz ocenę chodu (15-0 pkt.),

3) Skalę Samooceny Depresji Becka – BDI – ocena stanu emocjonalnego (0-21 pkt.).

Chorych badano 2-krotnie: w dniu przyjęcia na oddział i przeddzień wypisu z oddziału (średnio w 20 dniu).

Metody rehabilitacji w oddziale. Osoby spełniające kryteria włączenia do badań uczestniczyły w 3-tygodniowym ustalonym indywidualnie programie rehabilitacji, weryfikowanym przez zespół rehabilitacyjny. Był on dostosowany do prezentowanej wydolności fizycznej, stanu psychicznego, funkcjonalnego oraz stwierdzanych deficytów neurologicznych. Program z zakresu kinezyterapii obejmował ćwiczenia prowadzone indywidualnie w oparciu o metodę PNF, ćwiczenia bierne, wspomagane, czynne, oddechowe, naczyniowe, ćwiczenia na przyrządach, a także ćwiczenia prowadzone grupowo oraz naukę i korekcję chodu. Jako przygotowanie do ćwiczeń i w zależności od potrzeb u chorych stosowano zabiegi fizykalne. W ramach terapii zajęciowej zwracano szczególną uwagę na naukę samoobsługi i ćwiczeń manipulacyjnych. Weryfikowano i uzupełniano potrzebne zaopatrzenie ortopedyczne celem prawidłowej realizacji programu usprawniania. W razie potrzeby pacjenci otrzymywali indywidualnie prowadzoną psychoterapię i naukę mowy.

Analiza statystyczna. Do analizy pozwalającej ocenić czy zmiany stanu funkcjonalnego, emocjonalnego oraz jakości życia pomiędzy kolejnymi badaniami są istotne statystycznie zastosowano test Wilcoxon: $p < 0,05$ zależność istotna statystycznie (*), $p < 0,01$ wysoce istotna zależność statystyczna (**), $p < 0,001$ bardzo wysoce istotna zależność statystyczna (***).

Dla zbadania zależności pomiędzy efektami rehabilitacji a zmianą poziomu jakości życia, zastosowano analizę korelacji rang Spearmana: $|r| < 0,3$ – brak korelacji; $0,3 \leq |r| < 0,5$ – słaba korelacja; $0,5 \leq |r| < 0,7$ – przeciętna korelacja; $0,7 \leq |r| < 0,9$ – silna korelacja; $0,9 \leq |r| < 1$ – bardzo silna korelacja; $|r| = 1$ – idealna korelacja. Wyniki uzupełnione zostały rezultatami testu istotności współczynnika korelacji.

Wyniki. Przed rehabilitacją badani uzyskali średnio (śr.) 72 pkt. we wskaźniku Barthel, natomiast po usprawnianiu wyniki zostały poprawione i otrzymali śr. 76,9 pkt. Między I a II badaniem zaobserwowano istotne zwiększenie samodzielności w wykonywaniu czynności życia codziennego mierzone wskaźnikiem Barthel $p=0,0000$ [tab. 1].

W wyniku rehabilitacji osiągnięto także istotną poprawę sprawności w zakresie funkcji kończyn górnych, siadania, wstawania i stania oraz chodu mierzoną skalą MFAS (wynik ogólny MFAS, $p=0,0000$). Przed rehabilitacją śr. ogólny wynik w skali MFAS wynosił 24,9 pkt., po rehabilitacji natomiast 21,8 pkt. (im mniejszy wynik, tym lepszy stan badanego) [tab. 1].

Objawy depresji w I badaniu zaobserwowano u 33% badanych ($\bar{x}=24,9$ pkt.) natomiast podczas II badania występowały one u 23% osób ($\bar{x}=21,8$ pkt.). W wyniku rehabilitacji uzyskano istotną poprawę stanu emocjonalnego $p=0,0158$ (im mniejszy wynik, tym lepszy stan badanego) [tab. 1].

Tab. 1

Istotność statystyczna zmian w skalach zachodząca na skutek rehabilitacji

Skala	Wynik testu Wilcoxon (p)
	Razem
Wskaźnik Barthel	0,0000***
MFAS (siedzenie)	0,0007***
MFAS (wstawanie i stanie)	0,0001***
MFAS (chodzenie)	0,0000***
MFAS (kończyny górne)	0,0004***
MFAS (ogółem)	0,0000***
Skala Depresji Becka	0,0158*

W zakresie jakości życia największe ograniczenia funkcjonowania dotyczą podskal: role społeczne ($\bar{x}=2,48$), praca ($\bar{x}=2,71$), funkcja kończyn górnych ($\bar{x}=3,10$), osobowość ($\bar{x}=3,12$). Najmniejsze problemy spotykamy natomiast w zakresie obszarów jakości życia jak: mowa ($\bar{x}=4,58$), wzrok ($\bar{x}=4,15$) oraz myślenie ($\bar{x}=3,89$).

Średni ogólny wynik uzyskany w badaniu I za pomocą skali SJŻUM wynosił 3,4 pkt. Podczas II badania zaobserwowano wzrost o 0,22 pkt (ryc. 1).

Tab. 2

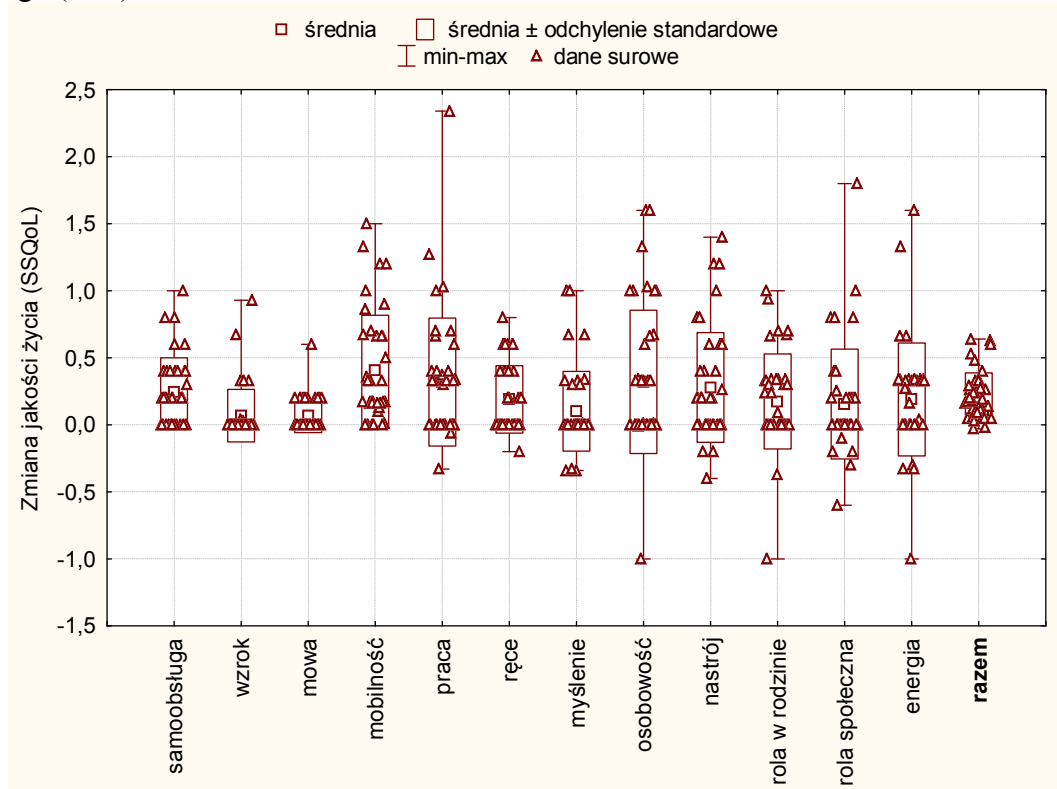
Istotność statystyczna zmian w poszczególnych podskalach SJŻUM po rehabilitacji

SJŻUM	Wynik testu Wilcoxon (p)
	Razem
Samoobsługa	0,0000***
Wzrok	0,0117*
Mowa	0,0022**
Mobilność	0,0000***
Praca	0,0001***
Funkcja kończyn górnych	0,0003***
Myślenie	0,0747
Osobowość	0,0007***
Nastrój	0,0002***
Role w rodzinie	0,0068**
Role społeczne	0,0176*
Energia	0,0023**
Wynik ogólny	0,0000***

Rozpatrując poszczególne podskale – nie uzyskano znamiennej poprawy tylko w podskali myślenie.

W celu identyfikacji czynników warunkujących kształt zmiany jakości życia pomiędzy badaniem I i II, zbadano wpływ uzyskanych wyników rehabilitacji w zakresie samodzielności w zakresie

wykonywania czynności dnia codziennego (BI), sprawności funkcjonalnej (MFAS) oraz stanu emocjonalnego (BDI).



Ryc. 1. Zmiany jakości życia w SJZUM po rehabilitacji

W grupie osób badanych uzyskano przeciętne i słabe zależności pomiędzy samodzielnością w wykonywaniu czynności życia codziennego a podskalami SJZUM: samoobsługa, wzrok, mobilność, praca, funkcja kończyn górnych oraz ogólną jakością życia. Zależności te są istotne statystycznie (tab.3).

Tab. 3

Wpływ zmian w BI na jakość życia

Efekty rehabilitacji	Zmiana jakości życia w poszczególnych podskalach (SJZUM)												
	samoobsługa	wzrok	mowa	mobilność	praca	funkcja kończyn górnych	myślenie	osobowość	nastrój	rola w rodzinie	rola społeczna	energia	razem
Wskaźnik Barthel	0,43	0,41	0,26	0,34	0,43	0,55	0,24	0,15	0,18	0,20	0,09	0,09	0,55

W grupie badanej zaobserwowano przeciętne, przy tym istotne statystycznie korelacje pomiędzy jakością życia SJZUM (wynik ogólny) a poprawą sprawności MFAS (wynik ogólny). Widoczne są także słabe zależności między MFAS a podskalami: samoobsługa, praca, funkcje kończyn górnych oraz osobowość (tab.4).

Gdy rozpatrujemy zależność między zmianą w Skali Depresji Becka a zmianą jakości życia to znajdujemy tu istotną korelację z podskala samoobsługa, praca, funkcja kończy górnych, osobowość, nastrój oraz z ogólną jakością życia (tab. 5).

Dyskusja. Ocena jakości życia osób po udarze mózgu jest zadaniem trudnym, gdyż obejmuje wiele obszarów życia interpretowanych subiektywnie. W analizie jakości życia należy brać pod uwagę aspekty fizyczne, psychologiczne, a także relacje społeczne i środowiskowe [11].

Z piśmiennictwa wynika, że jakość życia osób po udarze mózgu wyraźnie się obniża w porównaniu do okresu sprzed choroby [5, 9, 12]. Największe ograniczenia funkcjonowania badanych dotyczyły podskali: role społeczne, praca, funkcja kończyn górnych oraz osobowość. Zbliżone wyniki otrzymano w badaniach innych autorów [5,12,13].

Tab. 4

Wpływ zmian w MFAS na jakość życia

Efekty rehabilitacji MFAS	Zmiana jakości życia w poszczególnych podskalach (SJŻUM)												
	samoobsługa	wzrok	mowa	mobility	praca	funkcja kończyn górnych	myślenie	osobowość	nastroj	rola w rodzinie	rola społeczna	energia	razem
RAZEM													
siedzenie	- 0,30	- 0,11	0,14	- 0,30	- 0,30	- 0,25	0,01	- 0,15	0,18	- 0,18	0,15	0,16	- 0,28
wstawanie i stanie	- 0,20	- 0,17	0,08	- 0,20	- 0,16	- 0,11	- 0,02	- 0,12	- 0,03	- 0,15	- 0,24	0,17	- 0,22
chodzenie	- 0,29	- 0,05	- 0,08	- 0,28	- 0,35	- 0,35	- 0,13	- 0,38	- 0,20	- 0,20	- 0,27	- 0,00	- 0,48
kończyny górne	- 0,36	- 0,16	- 0,15	- 0,11	- 0,35	- 0,48	- 0,25	- 0,46	- 0,08	0,06	- 0,20	0,06	- 0,49
ogółem	- 0,40	- 0,24	- 0,07	- 0,29	- 0,40	- 0,42	- 0,19	- 0,43	- 0,13	- 0,18	- 0,27	0,12	- 0,50

Tab. 5

Wpływ zmian w BDI na jakość życia

Efekty rehabilitacji BDI	Zmiana jakości życia w poszczególnych podskalach - SJŻUM												
	samoobsługa	wzrok	mowa	mobility	praca	funkcja kończyn górnych	myślenie	osobowość	nastroj	rola w rodzinie	rola społeczna	energia	razem
RAZEM													
Skala depresji Becka	- 0,50	- 0,00	- 0,10	- 0,39	- 0,63	- 0,66	- 0,12	- 0,45	- 0,51	- 0,24	- 0,18	- 0,20	- 0,48

Podobnie jak w badaniach Hopman i wsp. jakość życia osób po udarze mózgu w wyniku rehabilitacji szpitalnej uległa istotnej poprawie (śr. o 0,22 pkt) [14]. U badanych największą poprawę uzyskano w podskali – mobilność, osobowość, praca i samoobsługa (odpowiednio śr. o 0,45; 0,33; 0,32 i 0,25 pkt), natomiast nie zanotowano znamiennej poprawy w podskali myślenie.

W badaniach własnych uzyskano zależności istotne statystycznie pomiędzy samodzielnością w wykonywaniu czynności życia codziennego ocenianą BI oraz sprawnością funkcjonalną ocenianą MFAS a jakością życia. Podobne wyniki uzyskali Jönsson i wsp., wykazując istotne korelacje stanu funkcjonalnego (BI) z jakością życia osób po udarze ocenianą przy użyciu kwestionariusza SF-36. Związki te występują głównie z podskalami z fizycznego wymiaru jakości życia: „ogólny stan zdrowia”, „funkcjonowanie fizyczne”, „ograniczenia w pełnieniu ról z powodu zdrowia fizycznego” oraz „funkcjonowanie społeczne” [15]. Istotne związki stanu funkcjonalnego z jakością życia potwierdzają również badania autorów z Chin – Kwok T. i wsp z wykorzystaniem skali WHOQOL, ze Szwecji – Olsson i wsp. przy użyciu kwestionariusza EuroQoL, z Turcji – Ones i wsp. z wykorzystaniem kwestionariusza NHP, a także McKenzie i wsp [16, 17, 18, 19].

Z licznych badań wynika, że depresja wydaje się być istotnym czynnikiem predykcyjnym pogorszenia się jakości życia po udarze mózgu [20, 21]. W naszych badaniach uzyskaliśmy podobne rezultaty, tak więc zmniejszeniu nasilenia objawów depresyjnych znamienne korelowało z poprawą jakości życia. Badania Carod-Atrial i wsp. na grupie 90-u pacjentów w Hiszpanii dowodzą, że stan emocjonalny wykazuje silne i istotne statystycznie związki ($p < 0,0001$) zarówno z dziedziną psychospołeczną, jak i fizyczną jakości życia mierzoną w rok od udaru mózgu kwestionariuszem SF-36 oraz SIP [22].

Badanie jakości życia stanowi cenne uzupełnienie oceny stanu pacjenta po udarze mózgu. Informacje uzyskiwane z prowadzenia badań przed rozpoczęciem rehabilitacji pozwalają na uwzględnienie subiektywnej sytuacji chorobowej pacjenta w planowaniu terapii. Natomiast ocena ta dokonywana po zakończeniu rehabilitacji jest ważnym wskaźnikiem skuteczności oddziaływań rehabilitacyjnych [3, 23].

Wnioski: 1. Kompleksowa rehabilitacja szpitalna wpływa na poprawę jakości życia osób po udarze mózgu w większości z ocenianych obszarów.

2. Ważnymi czynnikami warunkującymi polepszenie jakości życia osób po udarze mózgu jest poprawa stanu funkcjonalnego oraz emocjonalnego.

Piśmiennictwo

1. The Large and Growing Burden of Stroke. / Paul S. [at al.] // *Curr. Drug Targ.* – 2007. – Vol. 8.P. 786 – 793.
2. Efekty rehabilitacji szpitalnej po udarze mózgu osób w wieku podeszłym. / Pacześniak-Jost A.[i in] // *Fizjoterapia.* – 2006. № 3. – S. 21 – 29.
3. *Tylka J.* Czy badanie jakości życia jest dobrym kryterium oceny skuteczności rehabilitacji? / *Tylka J.* // *Rehabilitacja Medyczna.* – 2003. – Vol. 7, ivr. 4. – S. 50 – 53.
4. *Jaracz K.* Jakość życia po udarze mózgu. Część II – uwarunkowania kliniczne, funkcjonalne i społeczno – demograficzne / *Jaracz K. Kozubski W.* // *Udar Mózgu.* – 2001. Vol. 3, Nr. 2. – S. 63 – 70.
5. *Jaracz K.* Jakość życia po udarze mózgu. Część I – badanie prospektywne / *Jaracz K., Kozubski W.* // *Udar Mózgu.* – 2001. – Vol. 3, Nr. 2. – S. 55 – 62.
6. *Tylka J.* Jakość życia w odniesieniu do rehabilitacji kardiologicznej / *Tylka J.* // *Rehabilitacja Medyczna.* – 2002. – Vol. 6, ivr. 1. – S. 52 - 56.
7. Development of Stroke-Specific Quality of Life Scale / *Williams L.S.* [et al.] // *Stroke.* – 1999. – Vol. 30, iss. 7. – P. 1362 – 1369.
8. Measuring quality of life in way that is meaningful to stroke patients / *Williams L. S.* [i in.] // *Neurology.* – 1999. – Vol. 53. – P. 1839 – 1843.
9. *Bejer A.* Validation analysis of polish version of the Stroke-Specific Quality of Life Scale. New clinimetrics methods in physiotherapy / *Bejer A.* // *Konsorcjum Akademickie.* – Kraków; Rzeszów; Zamość, 2010. – P. 163 - 183.
10. *Bejer A.* Polska adaptacja skali Stroke-Specific Quality of Life / *Bejer A. Kwolek A.* // *Postępy Rehabilitacji.* –2009. – Vol. 1. – S. 41 – 46.
11. Change in quality of life of people with stroke over time: True change or response shift? / *Ahmed S.,* [at al.] // *Qual Life Res.* – 2005. – Vol. 4. – P. 611–627.
12. *Jaracz K.* Jakość życia chorych po udarze mózgu w świetle badań empirycznych / *Jaracz K. Kozubski W.* // *Aktualności Neurologiczne.* – 2002. – Vol. 2, No. 1. – P. 35 – 45.
13. *Jaracz K.* Quality of life in stroke patients / *Jaracz K. Kozubski W.* // *Acta Neurol Scan.* – 2003. – Vol. 107. – P. 324 – 329.
14. Quality of life during and after inpatient stroke rehabilitation / *Hopman W. M.* [i in.] // *Stroke.* – 2003. – Vol. 34, iss. 3. – P. 801 - 805.
15. Determinants of quality of life in stroke survivors and their informal caregivers / *Jönsson A. C.* [at al.] // *Stroke.* – 2005. – Vol. 36, iss. 4. – P. 803 - 808.
16. Quality of life of stroke survivors: a 1-year follow-up study / *Kwok T.* [at al.] // *Arch Pchys Med Rehabil.* – 2006. – Vol. 87, No. 9. – P. 1177 - 1182.

17. Olsson B. G. Functional and cognitive capacity and health-related quality of life 2 years after day hospital rehabilitation for stroke: a prospective study / Olsson B. G. Sunnerhagen K. S. // *J Stroke Cerebrovasc Dis.* – 2007. – Vol. 16. – P. 208 – 215.
18. Quality of life for patients poststroke and the factors affecting it / Ones K. [at al.] // *J Stroke Cerebrovasc Dis.* – 2005. Vol. 15, iss. 6. – P. 261 – 266.
19. McKenzie A. E. Predictors of quality of life following stroke / McKenzie A. E., Chang A. M. // *Disabil Rehabil.* – 2002. – Vol. 24, iss. 5. – P. 259 – 265.
20. Poststroke depression correlates with cognitive impairment and neurological deficits / Kauhanen M. L. [at al.] // *Stroke.* – 1999. – Vol. 30, iss. 9. – P. 1875 – 1880.
21. Magoń G. Wpływ depresji na postępy rehabilitacji u pacjentów po przebytych udarach mózgu – doniesienie wstępne / Magoń G., Bejer A., Sałata B // *Postępy Rehabilitacji.* – 2005. – Vol. 1. – S. 41 – 46.
22. Quality of life among stroke survivors evaluated 1 year after stroke: experience of a stroke unit / Carod-Artal J. [i in.] // *Stroke.* – 2000. – Vol. 31, iss. 12. – P. 2995 – 3000.
23. Muss I. Stroke Specific Quality of Life Scale: Danish adaptation and pilot study for testing psychometric properties / Muss I., Ringsberg K. C. // *Scan J Caring Sci.* – 2005. – Vol. 19. – P. 140 – 147.

WPŁYW KOMPLEKSOWEJ REHABILITACJI SZPITALNEJ NA JAKOŚĆ ŻYCIA OSÓB PO UDARZE MÓZGU

Agnieszka BEJER^{1,2}, Mirosław PROBACHTA^{1,2},
Grzegorz TROJAN¹, Ewa SZELIGA¹, Dominik PIKUŁA²

¹*Institut Fizjoterapii Uniwersytetu Rzeszowskiego,*

²*Oddział Rehabilitacji Szpitala Specjalistycznego im. Świętej Rodziny, Rudna Mała, Polska*

Streszczenie. Kompleksowa rehabilitacja osób po udarze, oddziałując zarówno na sferę fizyczną, jak i psychiczną, w sposób istotny może determinować jakość życia zależną od stanu zdrowia (ang. health-related quality of life, HRQoL). Celem pracy była ocena wpływu uzyskanych efektów rehabilitacji na jakość życia osób po udarze mózgu.

Badania przeprowadzone zostały wśród osób po udarze mózgu leczonych w Oddziale Rehabilitacji w Centrum Medycznym w Łańcucie. Badaniom poddano 39 osób, w tym 17 kobiet i 22 mężczyzn. Wiek pacjentów wahał się w granicach od 35 do 82 lat, średnia wieku: 62,6 lat

Do pomiaru jakości życia użyto Skalę Jakości Życia po Udarze Mózgu (SJŻUM).

Do oceny efektów rehabilitacji wykorzystano Wskaźnik Barthel (BI), Skalę Oceny Funkcji Motorycznych (MFAS) oraz Skalę Depresji Becka (BDI).

W wyniku kompleksowej rehabilitacji szpitalnej zaobserwowano poprawę jakości życia osób po udarze mózgu w większości z ocenianych obszarów. Ważnymi czynnikami warunkującymi polepszenie jakości życia osób po udarze mózgu jest poprawa stanu funkcjonalnego oraz emocjonalnego.

Słowa kluczowe: udar mózgu, rehabilitacja, jakość życia, SJŻUM.

INFLUENCE OF COMPLEX IN – PATIENT REHABILITATION ON THE QUALITY OF PEOPLE LIFE WHO SUFFERED FROM STROKE

Agnieszka BEJER^{1,2}, Mirosław PROBACHTA^{1,2},
Grzegorz TROJAN¹, Ewa SZELIGA¹, Dominik PIKUŁA²

¹*Rzeszow University Institute of Physiotherapy,*

²*Rehabilitation Hospital of the Holy Family, Rudna Mała, Poland*

Abstract. Complex habilitation of people suffering from stroke can stipulate health – related quality of life (HRQOL). The aim of the article is to determine the effect of the habilitation on the quality of peoples life who suffered from stroke.

The research was carried out in a group of people who have got cured from stroke. As a result of the complex in – patient rehabilitation on the quality of life as well as functional and emotional abilities were proved.

Key words : stroke, rehabilitation, quality of life.