

VZŤAH ZVLÁDANIA ZÁŤAŽE, KVALITY ŽIVOTA A ÚROVNE NEZÁVISLOSTI U PACIENTOV PO PREKONANÍ CIEVNEJ MOZGOVEJ PRÍHODY

Solgajová Andrea, Zrubcová Dana, Vörösová Gabriela

Katedra ošetrovateľstva, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva,

Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre

asolgajova@ukf.sk

Abstrakt

Východiská: Hodnotenie kvality života u pacientov po prekonaní cievnej mozgovej príhody (CMP) je nevyhnutnou súčasťou liečby. Kvalita života u pacientov po CMP súvisí s neurologickým stavom, úrovňou nezávislosti a prítomnosťou úzkosti a depresie. Vzťah kvality života a adaptívnych schopností pacienta vyrovnáva sa so zmenami spôsobenými CMP si vyžaduje skúmanie.

Cieľ: V príspevku zisťujeme vzájomné vzťahy zvládania záťaže, kvality života a funkčného stavu po prekonaní CMP.

Metódy: Išlo o prierezový typ výskumu. Celkovo bolo dotazovaných 50 hospitalizovaných pacientov po CMP, z toho 31 (62 %) mužov. Pre zber dát boli použité sebahodnotiace dotazníky Brief COPE a SF-36 a meracia škála na zhodnotenie aktivít denného života (Barthel škála ADL). Priemerný vek respondentov bol 62 rokov (SD = 14,65). Výskum bol schválený Etickou komisiou.

Výsledky: Z adaptívnych stratégií zvládania záťaže vykazovali s kvalitou života pozitívne štatisticky významné vzťahy stratégie Inštrumentálna opora, Plánovanie a Viera. Medzi úrovňou nezávislosti (ADL) a stratégiami zvládania záťaže u pacientom po CMP neboli zistené žiadne štatisticky významné vzťahy. S vyššou úrovňou nezávislosti súviselo lepšie hodnotenie kvality života v oblastiach Fyzická aktivita, Bolesť a Celkové fyzické zdravie.

Implikácie: Starostlivosť o pacientov po CMP si vyžaduje komplexný model starostlivosti zahrňujúci individuálne posúdenie ťažkostí každého jednotlivca a vytvorenie alternatívnych alebo kompenzačných opatrení pre adaptívne zvládnutie týchto ťažkostí.

Kľúčové slová: Zvládanie záťaže. Funkčný stav. Cievna mozgová príhoda. Kvalita života.

ÚVOD

Funkčný stav, obmedzenia v každodenných životných činnostiach, kognitívne a rečové dysfunkcie, depresia a úzkosť (Donnellan et al., 2010) sú niektoré z dôsledkov s priamym dopadom na kvalitu života pacientov po prekonaní CMP a ich rodín. Podľa autorov Peixoto et al. (2017) kvalita života pacientov po prekonaní CMP súvisí s neurologickým stavom a úrovňou schopnosti vykonávať aktivity denného života (ADL), ako aj s výskytom úzkosti s depresie, pričom ich predikcia je na úrovni 82 % variability. Na základe týchto zistení autori odporúčajú poskytnúť pacientom po CMP komplexný model psychologickéj starostlivosti zameranej na posúdenie ťažkostí každého jednotlivca a na vytvorenie alternatívnych alebo kompenzačných opatrení. Autori podporujú aj dôležitosť longitudinálnych štúdií s cieľom špecifikovať v manažmente starostlivosti napríklad aj

dôležitosť riešenia adaptívnych ťažkostí pacientov so zmenami spôsobenými ochorením CMP (Robinson, Boltuc, Price, 1987).

Autori Livneh, Lott, Antonak (2004) uvádzajú, že voľba stratégií zvládania záťaže predstavuje dôležitú rolu pre psychosociálnu adaptáciu na postihnutie a chronické ochorenie (Livneh, Lott, Antonak, 2004). Schopnosť používať stratégie zvládania záťaže sú veľmi dôležité, nakoľko zvládanie záťaže predpovedá pokrok v rehabilitácii (Meng et al., 2006).

Z dlhodobého hľadiska sú u pacientov po prekonaní CMP najefektívnejšie na problém zamerané stratégie zvládania záťaže (Donnellan et al., 2006). Naopak zvýšený psychosociálny distress je zastúpený s vyháňavými (maladaptívnymi) stratégiami zvládania záťaže a menej so stratégiami zameranými na riešenie problému (Donnellan et al., 2006; Finset, Andersson, 2000).

Na základe teoretickej identifikácie skúmanej problematiky a absentujúcim poznatkami v kontexte objasnenia vplyvu adaptívnych mechanizmov na kvalitu života po CMP je cieľom príspevku zhodnotiť vzájomné vzťahy zvládania záťaže, kvality života a úrovne nezávislosti u pacientov po prekonaní CMP.

METÓDY

Celkovo výberový súbor tvorilo $n = 50$ (100 %) pacientov po prekonaní CMP, hospitalizovaných na neurologickej klinike, z toho 31 (62%) mužov a 19 (38 %) žien. Priemerný vek u respondentov bol $AM = 62$ rokov ($SD = 14,65$), najnižší vek bol 23 rokov a najvyšší vek bol 91 rokov. Pacienti boli dotazovaní počas hospitalizácie 72 hodín po prekonaní CMP. Z hľadiska úrovne nezávislosti (ADL) bolo 7 (14%) pacientov s vysokou závislosťou, 11 (22%) so strednou závislosťou, 22 (44%) s ľahšou závislosťou a 10 (20%) pacientov bolo nezávislých.

Medzi zaradujúce kritéria výberu respondentov patrili: lekárska diagnóza CMP, lucídne vedomie, schopnosť komunikácie, schopnosť spolupráce a vyjadrenie informovaného súhlasu s výskumom. Vylučujúcimi kritériami boli: neposkytnutie informovaného súhlasu, ťažký klinický stav pacienta, bezvedomie, afázia, ťažká dyzatria, pacient s jazykovou bariérou a nespolupráca pacienta.

Zvládanie záťaže bolo hodnotené prostredníctvom sebahodnotiaceho dotazníka Brief Cope (Carver) slovenskej verzie (Baumgartner, 2001). Dotazník obsahuje 28 položiek rozdelených do 14 subškál, ktoré predstavujú stratégie zvládania záťaže. K stratégiám zameraným na problém patrí – aktívne zvládanie, plánovanie, inštrumentálna opora, k stratégiám zameraným na emócie patrí emocionálna opora, pozitívne preformulovanie, popieranie, akceptácia, viera a humor. Stratégie zamerané na únik predstavujú ventilovanie, sebarozptýlenie, odangažované správanie, užívanie návykových látok a sebaobviňovanie. Zvládanie zamerané na problém a emócie predstavuje stratégiu adaptívnu a zvládanie zamerané na únik predstavuje stratégiu maladaptívnu. Položky sa hodnotia na štvorstupňovej stupnici: 1 – nikdy, 2 – len výnimočne, 3 – často, 4 – vždy, pričom respondenti vyjadrujú, ako sa v záťažových situáciách správali za posledných 6 mesiacov (Baumgartner, 2001).

Dotazníkom SF 36 bola hodnotená kvalita života u respondentov. Dotazník obsahuje celkom 36 položiek rozdelených do 8 dimenzií: Fyzická aktivita, Obmedzenie fyzickej aktivity, Bolesť, Všeobecné zdravie, Vitalita, Spoločenská aktivita, Emocionálne problémy, Duševné zdravie. Dotazník obsahuje nezaradenú jednu položku Zdravotná zmena, ktorá nepatrí do žiadnej dimenzie. Táto položka opisuje súčasné zdravie v porovnaní so zdravím pred rokom. Ide o jednu samostatnú položku (otázku), počet možných odpovedí na ňu je 5. Položky dotazníka sú formulované tak, že vyššie skóre signalizuje lepší index HRQL (Health-Related Quality of Life). Rozmedzie celkového skóre je od 0 do 100 bodov. Skóre pod 50 môže byť interpretované ako pod normou všeobecnej

populácie. Nižšie skóre SF 36 signalizuje napríklad horší zdravotný stav, dlhodobé ochorenie (Ware et al., 1993; Maruish, 2011).

Úroveň nezávislosti bola u respondentov posúdená na základe použitia Barthel škály ADL (The Barthel Index of Activities of Daily Living; Mahoney, Barthel, 1955), ide o jednoduchý index nezávislosti, resp. index schopnosti pacientov s neuromuskulárnymi starat' sa o seba. Posudzuje funkčnú nezávislosť v 10-tich aktivitách denného života súvisiacich s osobnou starostlivosťou a mobilitou: najedenie/napitie, presun lôžko-stolička-vozič, osobná hygiena, použitie toalety, kúpanie, chôdza po rovine, chôdza po schodoch, obliekanie, kontinencia moču, kontinencia stolice. Jednotlivé položky sa hodnotia v rozmedzí od 0-15, pričom celkové skóre určuje celkovo závislosť pri vykonávaní aktivít denného života: 0-40 - vysoká závislosť, 45-60 stredná závislosť, nad 60 - závislosť ľahšieho stupňa, nad 100 bodov nezávislosť (Bóriková, 2010).

Súhlas s realizáciou výskumu bol udelený Etickou komisiou nemocnice, kde výskum prebiehal v časovom období september 2019 – január 2020. Pre štatistické spracovanie dát bola použitá Pearsonovova korelácia (r), štatistický program IBM SPSS Statistics 21.

VÝSLEDKY

Hodnotenie vzťahov zvládania záťaže bolo realizované cez rozdelenie stratégií na adaptívne a na maladaptívne stratégie zvládania záťaže.

V prvej tabuľke prezentujeme zistenia vzájomných vzťahov medzi adaptívnymi stratégiami zvládania záťaže s kvalitou života po prekonaní CMP a úrovňou nezávislosti (ADL).

Tab. 1 Vzťahy adaptívnych na problém zameraných stratégií zvládania záťaže, kvality života a úrovne nezávislosti (ADL)

	Aktívne zvládanie	Inštrumentálna opora	Plánovanie
Fyzická aktivita	0,199	0,282*	0,235
Obmedzenie fyzickej aktivity	0,234	-0,074	0,136
Bolesť	0,120	0,093	0,048
Všeobecné zdravie	0,188	0,228	0,251
Vitalita	0,188	0,284*	0,321*
Spoločenská aktivita	0,269	0,465**	0,170
Emocionálne problémy	-0,061	-0,083	0,093
Duševné zdravie	0,209	0,299*	0,044
Zdravotná zmena	0,089	0,133	0,194
Celkové fyzické zdravie	0,262	0,200	0,249
Celkové psychické zdravie	0,133	0,211	0,196
ADL	0,215	0,107	-0,031

Legenda: r – korelačný koeficient; * p < 0,05; ** p < 0,01

V rámci analýz boli zistené viaceré štatisticky významné vzťahy. Adaptívna stratégia Inštrumentálna opora súvisela s nasledovnými oblasťami kvality života: Fyzickou aktivitou (r = 0,282); Vitalitou (r = 0,284); Spoločenskou aktivitou (r = 0,465), Mentálnym zdravím (r = 0,299) a Celkovým psychickým stavom (r = 0,211). Adaptívna stratégia Plánovanie vykazovala štatisticky významné vzťahy s oblasťou Vitalita (r = 0,321), Všeobecné hodnotenie zdravie (r = 0,251),

Celkové fyzické zdravie ($r = 0,249$), Fyzická aktivita ($r = 0,235$). Žiadna adaptívna stratégia zameraná na problém nesúvisela s úrovňou nezávislosti (ADL) (tab.1).

V druhej časti analýz bol zisťovaný vzťah adaptívnych na emócie zameraných stratégií zvládania záťaže s kvalitou života a úrovňou nezávislosti (ADL).

Tab. 2 Vzťahy adaptívnych na emócie zameraných stratégií zvládania záťaže, kvality života a úrovne nezávislosti (ADL)

	Popieranie	Emocionálna opora	Pozitívne preformulovanie	Humor	Akceptácia	Viera
Fyzická aktivita	-0,127	0,126	0,249	0,217	0,153	0,118
Obmedzenie fyzickej aktivity	-0,238	0,098	0,067	0,131	-0,114	0,022
Bolesť	-0,072	0,109	0,129	0,016	-0,113	0,084
Všeobecné zdravie	-0,027	0,161	-0,114	0,124	0,159	0,299*
Vitalita	-0,15	0,184	0,161	0,154	0,103	0,388**
Spoločenská aktivita	-0,193	0,105	0,093	-0,116	0,21	0,127
Emocionálne problémy	-0,144	0,136	-0,084	-0,078	-0,018	0,034
Duševné zdravie	0,01	-0,008	0,059	-0,068	0,209	0,045
Zdravotná zmena	0,052	-0,167	0,111	0,07	0,029	0,006
Celkové fyzické zdravie	-0,179	0,161	0,163	0,204	0,064	0,155
Celkové psychické zdravie	-0,164	0,154	0,03	-0,046	0,124	0,172
ADL	0,022	0,054	0,036	0,031	-0,006	0,073

Legenda: r – korelačný koeficient; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

V rámci analýz boli zistené štatisticky významné vzťahy iba so stratégiou Viera, ktorá súvisela s oblasťou kvality života Vitalita ($r = 0,388$) a Všeobecným zdravím ($r = 0,299$). Žiadna z adaptívnych stratégií na emócie zameraných nesúvisela s úrovňou nezávislosti (ADL) (tab.2).

V ďalšom kroku predstavujeme analýzy vzájomných vzťahov maladaptívnych stratégií zvládania záťaže, kvality života a úrovne nezávislosti (ADL).

Tab. 3 Vzťahy maladaptívnych stratégií zvládania záťaže, kvality života a úrovne nezávislosti (ADL)

	Sebarozptýlenie	Odangažované správanie	Ventilovanie	Užívanie návykových l.	Sebaobviňovanie
Fyzická aktivita	0,227	-0,075	0,279*	0,1	0,227
Obmedzenie fyzickej aktivity	0,282*	-0,174	0,143	0,034	0,026
Bolesť	0,411**	-0,074	0,154	-0,087	0,178
Všeobecné zdravie	-0,003	-0,293*	0,423**	0,067	0,162
Vitalita	0,205	-0,096	0,357*	0,169	0,297*
Spoločenská aktivita	0,24	-0,23	0,314*	-0,032	0,192
Emocionálne problémy	0,116	-0,098	0,043	-0,008	-0,004
Duševné zdravie	0,396**	-0,249	0,189	-0,068	-0,04
Zdravotná zmena	0,125	-0,133	-0,056	-0,045	0,191
Celkové fyzické zdravie	0,298*	-0,184	0,331*	0,072	0,204
Celkové psychické zdravie	0,305*	-0,211	0,248	0,017	0,105
ADL	0,181	-0,029	0,001	-0,142	-0,136

Legenda: r – korelačný koeficient; * p < 0,05; ** p < 0,01

Podľa zistení maladaptívna stratégia Sebarozptýlenie štatisticky významne súvisela s oblasťou kvality života Obmedzenie fyzickej aktivity (r = 0,282), Bolesť (r = 0,411), Mentálne zdravie (r = 0,396) a Celkové fyzické a psychické zdravie. Maladaptívna stratégia Odangažované správanie negatívne súvisela s oblasťou Všeobecné zdravie (r = -0,293). Ventilovanie ako maladaptívna stratégia pozitívne súvisela s Fyzickou aktivitou (r = 0,279), Všeobecným zdravím (r = 0,423), Vitalitou (r = 0,357), Spoločenskou aktivitou (r = 0,314) a Celkovým fyzickým zdravím (r = 0,331). Maladaptívna stratégia Sebaobviňovanie súvisela iba s oblasťou Vitalita (r = 0,297). Žiadna z maladaptívnych stratégií nesúvisela s úrovňou nezávislosti (ADL) (tab.3).

Poslednou analýzou bolo zhodnotenie vzájomného vzťahu úrovne nezávislosti (ADL) a kvality života, pričom bolo zistené, že funkčný stav (ADL) u pacientov po CMP vykazoval vzájomný vzťah v rámci kvality života s Celkovou fyzickou aktivitou (r = 0,399), Bolesťou (r = 0,304) a Celkovým fyzickým zdravím (r = 0,335).

DISKUSIA

Hodnotenie kvality života býva odporúčané v starostlivosti o pacientov po prekonaní CMP ako jedným z dôležitých prvkov v liečbe a starostlivosti. Podľa zistení viacerých autorov súvisí kvalita života pacientov po prekonaní CMP s neurologickým stavom, úrovňou schopnosti vykonávať aktivity denného života (ADL), s výskytom úzkosti s depresie (Peixoto et al., 2017; Donnellan et al., 2010).

Podľa uvedenia Peixoto et al. (2017) doména kvality života Fyzický stav bola predikovaná v 78,6% neurologickým stavom (NIHSS), úrovňou nezávislosti, kognitívnym stavom a predchádzajúcou CMP. Podľa našich zistení úroveň nezávislosti (ADL) u pacientov po CMP súvisí s hodnotením domén Celková fyzická aktivita a Celkové fyzické zdravie, čím ich zistenia podporujeme.

Autori Gunaydin et al. (2011) uvádzajú, že kvalita života pacientov po prekonaní CMP je horšia ako kvalita bežnej populácie, pričom najhoršie hodnotenou oblasťou kvality života je produktivita (fyzická aktivita/obmedzenie fyzickej aktivity), a najviac súvisí s funkčným stavom a úrovňou depresie.

V tomto kontexte autori Darlington et al. (2007) uvádzajú, že nielen vplyv funkčného stavu ale aj psychosociálny stav má tiež vplyv na hodnotenie kvality života, nakoľko pacienti s minimálnym telesným postihnutím alebo bez telesného postihnutia vyjadrujú zníženú kvalitu života. Preto sa predpokladá, že by aj ďalšie faktory mohli ovplyvňovať kvalitu života u pacientov po CMP.

Autori Peixoto et al. (2017) uvádzajú, že medzi faktory ovplyvňujúce kvalitu života pacientov po CMP sú depresia a úzkosť, pričom depresia súvisela s kognitívnou doménou kvality života, a spolu s úzkosťou aj s doménou Emocionálne problémy. Ďalej uvádzajú, že úzkosť ovplyvňovala doménu Fyzickej aktivity a Spoločenského a rodinného života (Peixoto et al., 2017). Výskyt úzkosti a depresie sa spája v kontexte používania vyvíjajúcich maladaptívnych stratégií zvládania záťaže a menej so stratégiami zameranými na riešenie problému (Donnellan et al., 2006; Finset, Andersson, 2000). Našimi zisteniami môžeme konštatovať, že najmä maladaptívna stratégia Odangažované správanie negatívne súvisela s oblasťou Všeobecné zdravie, čo znamená, že pri jej preferovaní odangažovaného správania pacientmi je táto doména kvality života hodnotená horšie.

Adaptívne stratégie zvládania záťaže vykazovali pozitívne vzťahy s viacerými doménami kvality života. Adaptívna stratégia Inštrumentálna opora súvisela s Fyzickou aktivitou, Vitalitou, Spoločenskou aktivitou, Duševným zdravím a Celkovým psychickým zdravím.

Adaptívna stratégia Plánovanie súvisela s oblasťou Vitalita, Všeobecné zdravie, Celkové fyzické zdravie, Fyzická aktivita. Išlo o adaptívne na problém zamerané stratégie zvládania záťaže, ktoré sú z dlhodobého hľadiska u pacientov po prekonaní CMP najefektívnejšie (Donnellan et al., 2006). S adaptívnou stratégiou (na emócie zamerané zvládania záťaže) Viera pozitívne súvisela oblasť kvality života Vitalita a Všeobecné zdravie.

Autori Rachpukdee et al. (2013) popisujú, že sociálna opora súvisí s úrovňou nezávislosti a vyššia úroveň nezávislosti sa spájala aj s lepším hodnotením kvality života u pacientov po CMP. Podľa našich zistení, žiadna stratégia zvládania záťaže nesúvisela s úrovňou nezávislosti (ADL).

Podľa vyjadrenia autorov Rachpukdee et al. (2013) aj po troch mesiacoch po prekonaní CMP sa pacienti vyrovnávajú s psychosociálnym stresom, pričom zlepšenie sa viac javí vo fyzickej doméne ako v duševnej doméne, preto je dôležité v liečbe zahrnúť starostlivosť o fyzické aj duševné aspekty ochorenia CMP. Pre zlepšenie odporúčajú holistický rehabilitačný program.

ZÁVER

Hodnotenie kvality života u pacientov po prekonaní cievnnej mozgovej príhody (CMP) je nevyhnutnou súčasťou liečby. Úroveň nezávislosti (ADL) súvisí s hodnotením kvality života (celkovou fyzickou aktivitou a celkovým fyzickým zdravím). Adaptívne stratégie zvládania záťaže pozitívne korelovali s kvalitou života. Medzi úrovňou nezávislosti (ADL) a stratégiami zvládania záťaže u pacientom po CMP neboli zistené žiadne štatisticky významné vzťahy.

Starostlivosť o pacientov po CMP si vyžaduje komplexný model starostlivosti zahrňujúci individuálne posúdenie ťažkostí každého jednotlivca a vytvorenie alternatívnych alebo kompenzačných opatrení pre adaptívne zvládnutie týchto ťažkostí.

LITERATÚRA

Baumgartner, F. (2001). Zvládanie stresu – coping. In J. Výrost , I. Slaměník (Eds.). *Aplikovaná sociálná psychologie II*. Praha : Grada, 2001, s. 191-208.

Bóriková, I. (2010). Posudzovanie aktivít denného života. *Ošetrovatelství a porodní asistence*, 1(1), 24-30.

Darlington, A., S., Dippel, D., W., Ribbers, G., M., van Balen, R., Passchier, J., & Busschbach, J., J. (2007). Coping strategies as determinants of quality of life in stroke patients: a longitudinal study. *Cerebrovascular Diseases*, 23(5-6), 401-407. doi: 10.1159/000101463.

Donnellan, D., Hevey, A., Hickey, D., & O'Neil, L. (2006). Defining and quantifying coping strategies after stroke: a review. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 77(3), 1208-1218.

Donnellan, C., Hickey, A., Hevey, D. & O'Neill, D. (2010). Effects of mood symptoms on recovery one year after stroke. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25(12), 1288-1295.

Finset, A., & Andersson, S. (2000). Coping strategies in patients with acquired brain injury: relationships between coping, apathy, depression and lesion location. *Brain Injury*, 14(2), 887-905.

Gunaydin, R., Karatepe, A., G., Kaya, T., & Ulutas, O. (2011). Determinants of quality of life (QoL) in elderly stroke patients: A short-term follow-up study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 53, 19-23. doi: 10.1016/j.archger.2010.06.004.

Livneh, H., Lott, S., M., & Antonak, R., F. (2004). Patterns of psychosocial adaptation to chronic illness and disability: a cluster analytic approach. In *Psychology, Health & Medicine*, 9(2), 411-430.

Mahoney, F., I., & Barthel, D., W. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14(2), 61-65.

Maruish, M. E. (Ed.) (2011). *User's manual for the SF-36v2 Health Survey* (3rd ed.). Lincoln, RI: QualityMetric Incorporated.

Meng, K., Zdrahal-Urbaneck, J., Frank, S., Holderied, A., & Vogel, H. (2006). Patients' expectations, motivation and multi-dimensional subjective and objective socio-medical success in medical rehabilitation measures. *International Journal of Rehabilitation Research*, 29(1). 65-69. doi: 10.1097/01.mrr.0000185955.33046.f.

Peixoto, B., Silvac, S., Carreirad, S., Sousae, D., Rezendef, V., & Teixeiraf, A. (2017). Quality of life predictors after first stroke: A study with post-acute patients. *Neurology, Psychiatry and Brain Research*, 23, 10-15.

Rachpukdee, S., Howteerakul, N., Suwannapong, N., & Tang-aroonasin, S. (2013). Quality of Life of Stroke Survivors: A 3-Month Follow-up Study. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 22(7), e70-e78. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2012.05.005>.

Robinson, R. G., Bolduc, P. L., & Price, T. R. (1987). Two-year longitudinal study of poststroke mood disorders: Diagnosis and outcome at one and two years. *Stroke, 18*(5), 837-843.

Ware, J. E., Jr., Snow, K. K., Kosinski, M., & Gandek, B. (1993). *SF-36 Health Survey manual and interpretation guide*. Boston, MA: The Health Institute.

RELATIONSHIP BETWEEN COPING, QUALITY OF LIFE AND FUNCTIONAL STATUS IN PATIENTS AFTER STROKE

Abstract:

Background: Evaluation of quality of life in patients after stroke is an essential part of treatment. Quality of life in patients after stroke is related to neurological status, functional status, and the presence of anxiety and depression. The relationship between patient's quality of life and adaptive coping with changes caused by stroke requires research.

Aim: Relationships between coping, quality of life and functional status after stroke are studied.

Methods: A cross-sectional type of research was used. Total of 50 hospitalized patients after stroke were interviewed, of which 31 (62%) were men. Brief COPE and SF-36 self-assessment questionnaires and (Barthel ADL) scale for evaluating daily life activities were used for data collection. The average age of the respondents was 62 years (SD = 14.65). The research was approved by the Ethics Committee.

Results: Of the adaptive coping strategies, the Strategic Support, Planning and Faith strategies showed positive statistically significant relationships with quality of life. No statistically significant relationships were found between functional status (ADL) and coping strategies in patients after stroke. Higher level of functional status was associated with better quality of life in the areas of Physical Activity, Pain and General Physical Health.

Implications: Patient care after stroke requires a comprehensive model of care that includes an individual assessment of each individual's difficulties and the development of alternative or compensatory strategies to adaptively cope with these difficulties.

Keywords: Coping. Functional status. Stroke. Quality of life.

Grantová podpora:

Príspevok bol podporený projektom VEGA 1/0418/19 Zvládanie záťaže v procese rekonvalescencie po cievnej mozgovej príhode.