



LIETUVOS SVEIKATOS MOKSLŲ UNIVERSITETAS

MEDICINOS AKADEMIJA

SLAUGOS FAKULTETAS

REABILITACIJOS KLINIKA

GIEDRĖ STANKUTĖ

**INDIVIDUALIOS ERGOTERAPIJOS POREIKIS NAMUOSE
ASMENIMS, PATYRUSIEMS GALVOS SMEGENŲ INSULTĄ**

**Magistro studijų programos „Sveikatinimas ir rehabilitacija“ (valst. kodas 621B30005)
baigiamasis darbas**

Darbo vadovas(ė)

Doc.dr. Daiva Petruševičienė _____ (parašas)

Darbo konsultantas(ė)

Asist. Daiva Baltaduonienė _____ (parašas)

KAUNAS, 2016

TURINYS

SANTRAUKA	3
ABSTRACT	5
SANTRUMPOS	8
ŽODYNĖLIS	9
ĮVADAS	10
1. LITERATŪROS APŽVALGA	12
1.1. Galvos smegenų insultas: epidemiologija ir etiologija.....	12
1.2. Galvos smegenų insulto patofiziologija	13
1.3. Galvos smegenų insulto rizikos veiksniai ir profilaktika	14
1.4. Galvos smegenų insulto pasekmės	17
1.5. Asmenų, patyrusių galvos smegenų insultą, funkcijų atgavimo ypatumai	18
1.6. Reabilitacijos taikymas asmenims, patyrusiems galvos smegenų insultą.....	19
1.7. Ergoterapijos taikymo namuose aspektai	21
2. TYRIMO ORGANIZAVIMAS IR METODIKA	24
2.1. Tyrimo ontologija ir epistemologija.....	24
2.2. Tyrimo metodai	25
2.3. Duomenų rinkimo ir analizės metodai	26
2.4. Tyrimo imtis ir etika.....	29
2.5. Atvejų charakteristika.....	32
3. REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS	33
3.1. „Ligos pažinimas“	38
3.2. „Veiklos problemų nustatymas“	40
3.3. „Veiklos problemų svarbumas“.....	41
3.4. „Reabilitacijos pasiekimai“	43
3.5. Tikslų kėlimas namuose	45
3.6. Tikslų siekimo problemos	50
3.7. Ergoterapijos poreikis namuose	52
DISKUSIJA	54
ĮŽVALGOS	57
PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS	58
MOKSLO PRANEŠIMŲ, PUBLIKACIJŲ SĄRAŠAS	59
LITERATŪROS SĄRAŠAS	60
PRIEDAI	65

SANTRAUKA

Stankutė G. Individualios ergoterapijos poreikis namuose asmenims, patyrusiems galvos smegenų insultą. Magistro baigiamasis darbas / mokslinė vadovė doc. dr. D. Petruševičienė, konsultantas asist. D. Baltaduonienė Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Slaugos fakultetas, Reabilitacijos klinika. – Kaunas, 2016 – 65 p.

Tyrimo klausimai: Kaip kinta savarankiškumo įgūdžiai prieš ir po reabilitacijos bei grįžus namo? Kodėl asmenims, patyrusiems galvos smegenų insultą yra ergoterapijos poreikis namuose?

Tyrimo tikslas – įvertinti savarankiškumo įgūdžius ir ergoterapijos poreikį namuose asmenims, patyrusiems galvos smegenų insultą.

Tyrimo uždaviniai:

1. Atskleisti asmenų, patyrusių galvos smegenų insultą, savarankiškumo įgūdžius prieš ir po reabilitacijos.
2. Ištirti asmenų, patyrusių galvos smegenų insultą, savarankiškumo įgūdžius namuose praėjus vieno mėnesio laikotarpiui po reabilitacijos.
3. Išanalizuoti asmenų, patyrusių galvos smegenų insultą, savarankiškumo įgūdžius, taikant ergoterapiją namuose.
4. Įvertinti ergoterapijos poreikį namuose, asmenims patyrusiems galvos smegenų insultą.

Tyrimo metodika: Tyrimo tikslui pasiekti buvo atliktas mišrus tyrimas, taikyta kokybinė ir kiekybinė duomenų analizė. Taip pat naudotas vienas iš specifinių kokybinių tyrimų modelių – atvejo analizė, kuris leidžia tyrinėti veiksnius taip, kaip jie egzistuoja, suteikiant galimybes studijuoti sudėtingus reiškinius jų kontekste, duomenis renkant įvairiais būdais. Tyrimo atvejai yra dvi moterys, patyrusios galvos smegenų insultą. Atvejo duomenų rinkimo šaltiniai: buvo atlikta dviejų moterų, patyrusių galvos smegenų insultą 8 interviu bei stebėjimas, duomenys iš ligos istorijų.

Tyrimo išvalgos:

1. Asmenims, patyrusiems galvos smegenų insultą, grįžimas namo sukėlė stresą, tačiau tiriamųjų atveju nepasitikėjimas savimi labiausiai pasireiškė ankstyvosios reabilitacijos pabaigoje. Tiriamųjų motyvacija ir teigiamos emocijos padėjo gerinti savarankiškumo įgūdžius. Prieš reabilitaciją abi tiriamosios buvo priklausomos nuo kitų asmenų pagalbos, tačiau po reabilitacijos abi galėjo savarankiškai pavalgyti, nueiti iki tualetu bei apsirengti viršutinę kūno dalį.
2. Praėjus vieno mėnesio laikotarpiui po reabilitacijos tiriamųjų savarankiškumo įgūdžiai pagerėjo nuo visiškos priklausomybės iki gebėjimo savarankiškai namuose nueiti į tualetą, rengtis ir pasirūpinti asmens higiena. Tačiau veiklos, kuriose kyla didžiausi sunkumai išlieka panašios, tai maudymasis, judėjimas bei maisto gaminimas.

3. Taikant ergoterapiją namuose pastebėta, kad tiriamosios buvo motyvuotos siekti tikslų savarankiškumo gerinimui, žinodamos, kokios veiklos joms yra svarbiausios: maisto gaminimas, bendravimas su kaimynais, judėjimas.

4. Tyrimo pabaigoje nustatėme, kad ergoterapeuto paslaugos namuose asmenims, patyrusiems galvos smegenų insultą, yra labai reikalingos tiek tirtų moterų nuomone, tiek jų artimųjų pastebėjimais.

ABSTRACT

Stankutė G. Individual occupational therapy needs at home for persons after stroke. Master's thesis / scientific leader doc. dr. D. Petruševičienė, consultant assist. D. Baltaduonienė Lithuanian University of Health Sciences, Faculty of Nursing, Department of Rehabilitation. - Kaunas: 2016.,

Research questions: How do change the autonomy skills before and after rehabilitation and return home for patients after stroke? Why do people who have suffered brain stroke need for occupational therapy at home?

The aim of the study - to evaluate the independence of the skills and the need for occupational therapy at home for persons who have suffered brain stroke.

Objectives of the study:

1. Uncover independence skills before and after rehabilitation for patients after stroke.
2. Describe the people who have suffered brain stroke self-sufficiency skills after a one-month period at home after rehabilitation.
3. Analyze the persons who have suffered stroke, self-sufficiency skills, through occupational therapy at home.
4. Evaluate occupational therapy needs at home for persons after stroke.

Methods: The study was conducted as a qualitative study. It is also used in one of the specific qualitative research models - case studies, which allows to explore the factors as they exist, providing opportunities for studying complex phenomena in their context, the collection of data in different ways. The research case is a two-axis stroke suffered by women. Case data sources was conducted of two women after stroke by 8 interviews and observation.

Conclusions:

1. Persons after stroke while returning home suffering stress, but the research cases most experienced of self-doubt the at the end of early rehabilitation. Obtaining motivation and positive emotions have helped improve self-sufficiency skills. Before the rehabilitation of both cases were dependent on the help of others, but after rehabilitation, both were able to eat independently, to go to the toilet and dress the upper part of the body.
2. After a one-month period after the rehabilitation subjects improved self-sufficiency skills from total dependence to the ability of independence at home, go to the toilet, dress and take care of personal hygiene. However, activities that are experienced the greatest difficulties remain similar, it's showering, movement and cooking.
3. For the purposes of occupational therapy at home noted that both research women were motivated to pursue the objectives of improving the independence, knowing what activities are most important to them: cooking, socializing with neighbors.

4. Study showed occupational therapist's home services to persons after stroke is needed, both women surveyed their immediate observations.

PADĖKA

Esu dėkinga tyrimo dalyvėms ir jų artimiesiems už atviras namų duris ir galimybę nuoširdžiai bendradarbiauti bei siekti bendrų tikslų. Taip pat nuoširdžiai dėkoju baigiamojo darbo vadovei už pasitikėjimą ir suteiktą galimybę išbandyti naują metodą bei konsultantei, kuri buvo kiekviename tyrimo žingsnyje ir nuolat palaikė. Esu dėkinga brangiai draugei ir kolegei Paulinai Sutkutei už korektūros darbą ir nuoširdų palaikymą.

SANTRUMPOS

GSI – Galvos smegenų insultas;

PSO – Pasaulio sveikatos organizacija;

TPBT – Trumpas protinės būklės tyrimas;

AH – Arterinė hipertenzija;

AKS – Arterinis kraujo spaudimas;

IŠL – Išeminė širdies liga;

ŠN – Širdies nepakankamumas.

ŽODYNĖLIS

GAS (angl. Goal Attainment Scaling) – Tikslų siekimo skalė.

WHODAS 2.0 (angl. WHODAS 2.0 – World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0) – Pasaulio sveikatos organizacijos negalios vertinimo klasifikacijos klausimynas.

IVADAS

Pagal PSO duomenis, pasaulyje insultas yra antroji mirties ir trečioji pagrindinė negalios priežastis. Visame pasaulyje 70% insultų ir 87% kartu insulto sukeltų mirčių bei negalių įvyksta žemų ir vidutinių pajamų šalyse. Per keturis dešimtmečius šiose šalyse insulto atvejų daugiau nei padvigubėjo [2]. Per tokį patį laiką aukštas pajamas gaunančiose šalyse šie skaičiai sumažėjo 42%. Insultas daugiausia paveikia žmones, jų produktyviausio gyvenimo etape. Nepaisant to, kad galvos smegenų insultas turi didelę įtaką šalių ekonomikai ir socialiniam vystymuisi, ši auganti krizė susilaukia labai mažai dėmesio [2].

Patirtas insultas sukelia daugybę pokyčių kasdieniame gyvenime ne tik tam, kuris šį patyrė, bet ir aplinkiniams. Literatūros duomenimis, insulto sukelti neurologiniai pažeidimai yra svarbūs prognozuojant asmenų, patyrusių galvos smegenų insultą, funkcinės būklės atsigavimą. Nurodoma, kad asmenims, kuriems po insulto nustatoma sunkių neurologinių pažeidimų, funkcinės būklės atsigavimo prognozė yra neigiama ir šie žmonės dažnai tampa neįgaliais [17].

Kadangi visuomenė senėja, tai išskirta, kad amžius yra vienas svarbiausių nekintančių GSI rizikos veiksnių. GSI dažnis kiekvieną 10-metį kas 55 metus dvigubėja ir net 70% įvykusių GSI yra vyresniems nei 65 m. žmonėms. Pagyvenusio ir vyresnio amžiaus žmonių patologijos ypatumai sudėtingai persipina kiekvienu atveju su asmeninėmis, socialinėmis, buitinėmis ir medicinos problemomis [6].

Įvairių autorių duomenimis, motorikos pažeidimo sunkumas yra svarbus funkcinės būklės atsigavimo reabilitacijos metu ir savarankiškumo kasdienėje veikloje per pirmuosius šešis mėnesius po insulto numatomas požymis. Taip pat asmenims, kuriems pasireiškė sunkus galūnių motorikos sutrikimas (hemiplegija), žymiai padidėjo bendrosios funkcinės būklės nepakankamo atsigavimo tikimybė [17].

Didžiausias stresas asmenims patyrusiems GSI yra kuomet jie keliauja namo iš ligoninės. Daugelis ligonių jaučia baimę ir palaikymo stoką. Artimieji gali jausti, kad sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai prarado viltį. Ryšys tarp paslaugų, dažnai dėl nepakankamos informacijos gali būti pateiktas per vėlai [19].

Kitas svarbus veiksnys, lemiantis reabilitacijos sėkmę po insulto yra reabilitacijos paslaugų prieinamumas.

Pacientams, patyrusiems galvos smegenų insultą, išrašymas iš ligoninės po reabilitacijos gali būti kritinė stadija. Greitas atsistatymas ligoninėje ir naujų įgūdžių įgijimas gali būti sunkiai pritaikomi namų aplinkoje.

Funkcines galimybes ir pacientų, po galvos smegenų insulto, pasitenkinimą galima pagerinti trumpa ergoterapijos programa pacientų namuose, iškart po išrašymo iš ligoninės [25].

Kai pacientas yra išrašomas iš ligoninės geriausia, kad namų aplinkos vertinimas būtų atliekamas ergoterapeuto, kuris galėtų maksimaliai palengvinti nepriklausomumą gyvenamoje aplinkoje asmeniui, patyrusiam GSI. Ergoterapeutas turėtų nustatyti kylančius sunkumus ir paciento funkcinis gebėjimus namų aplinkoje ir rekomenduoti pakeitimus [13].

Darbe analizuoti veiksniai, turintys įtakos savarankiškumo įgūdžiams bei ergoterapijos poreikiui namuose, yra svarbūs organizuojant tikslingą reabilitaciją. Todėl remiantis mokslininkų atliktais tyrimais, svarbu suteikti galimybę asmenims patyrusiems GSI gauti reabilitacijos paslaugas namuose kaip vieną iš reabilitacijos programos etapų. Taip pat šio tyrimo tikslas buvo padėti asmenims patyrusiems galvos smegenų insultą grįžti į bendruomenę, kadangi ši prasideda nuo asmenų, kurie sudaro grupę turinčią bendrus tikslus bei interesus.

Tyrimo klausimai: Kaip kinta savarankiškumo įgūdžiai prieš ir po reabilitacijos bei grįžus namo? Kodėl asmenims, patyrusiems galvos smegenų insultą, yra ergoterapijos poreikis namuose?

Tyrimo tikslas – įvertinti savarankiškumo įgūdžius ir ergoterapijos poreikį namuose asmenims, patyrusiems galvos smegenų insultą.

Tyrimo uždaviniai:

1. Atskleisti asmenų, patyrusių galvos smegenų insultą, savarankiškumo įgūdžius prieš ir po reabilitacijos.
2. Aprašyti asmenų, patyrusių galvos smegenų insultą savarankiškumo įgūdžius namuose praėjus vieno mėnesio laikotarpiui po reabilitacijos.
3. Išanalizuoti asmenų, patyrusių galvos smegenų insultą, savarankiškumo įgūdžius, taikant ergoterapiją namuose.
4. Įvertinti ergoterapijos poreikį namuose asmenims, patyrusiems galvos smegenų insultą.

1. LITERATŪROS APŽVALGA

1.1. Galvos smegenų insultas: epidemiologija ir etiologija

Išsivysčiusiose pasaulio šalyse galvos smegenų insultas yra viena dažniausių mirties ir negalios priežasčių. Epidemiologinių tyrimų duomenys rodo, kad insultas dažnesnis Rytų Europos valstybėse, taip pat ne išimtis ir Lietuva [1].

Pagal PSO duomenis, pasaulyje insultas yra antroji mirties ir trečioji pagrindinė negalios priežastis. Insultas, tai staigi kai kurių smegenų ląstelių mirtis dėl deguonies trūkumo, kuomet kraujo tėkmė į smegenis nutrūkta dėl krešulio ar plyšus smegenų kraujagyslėms, taip pat yra demencijos ir depresijos priežastis. Visame pasaulyje 70% insultų ir 87% kartu insulto sukeltų mirčių bei negalių įvyksta žemų ir vidutinių pajamų šalyse. Per keturis dešimtmečius šiose šalyse insulto atvejų daugiau nei padvigubėjo [2]. Per tokį patį laiką aukštas pajamas gaunančiose šalyse šie skaičiai sumažėjo 42%. Vidutiniškai insultas įvyksta 15 metų anksčiau ir sukelia daugiau mirčių žemas ir vidutines pajamas gaunančiose šalyse, lyginant su aukštų pajamų šalimis. Insultas daugiausia paveikia žmones, jų produktyviausio gyvenimo etape. Nepaisant to, kad tai turi didelę įtaką šalių ekonomikai ir socialiniam vystymuisi, ši auganti krizė susilaukia labai mažai dėmesio [2].

Anot Didžiosios Britanijos insulto asociacijos 2015 metais, visame pasaulyje, pirmą kartą insultą patyrė 17 milijonų žmonių. 25 proc. vyrų yra didesnėje rizikoje patirti insultą nei moterys, tačiau šios dėl ilgesnės gyvenimo trukmės patiria dažniau, nors vyrai insultą patiria jaunesni. Nustatyta, kad kas dvi sekundes pasaulyje įvyksta galvos smegenų insultas [3].

Pagal Lietuvos statistikos departamentą 2015 metais nuo kraujotakos sistemos ligų mirė apie 24 tūkst. gyventojų [4].

Dažniausia išeminių insultų priežastis, apie 50 proc., yra magistralinių arba didžiųjų smegenis maitinančiųjų arterijų pakitimai, 20 proc. išeminių insultų yra lakūniniai, apie 15 proc. – kardioembolinės kilmės ir 15 proc. emboliniai [5].

Pagyvenusio ir vyresnio amžiaus žmonių patologijos ypatumai: tai poliligtumas, lėtinė ligų eiga, pakitusi medikamentinių preparatų farmakokinetika ir farmakodinamika, priverstinė politerapija su farmakomanija sudėtingai persipina kiekvienu atveju su asmeninėmis, socialinėmis, buitinėmis ir medicinos problemomis. Amžius yra vienas svarbiausių nemodifikuojamų GSI rizikos veiksnių. GSI dažnis kiekvieną 10-metį po 55 metų dvigubėja ir net 70% įvykusių GSI yra vyresniems nei 65 m. žmonėms [6].

Kasiliauskaitė M. ir kt. (2014) teigia, kad atlikus tyrimą dėl amžiaus įtakos pradiniam funkcinės būklės atsigavimui po galvos smegenų išeminio ar hemoraginio insulto išsiaiškinta, kad nuo amžiaus priklauso ligos baigtis. Buvo tiriami 2219 pacientai, persirgę išeminiu ar hemoraginiu

galvos smegenų insultu, kurių funkcinė būklė vertinta taikant Barthel indeksą. Šio tyrimo metu nustatyta, kad amžius turėjo ne tik didelę įtaką mirštamumui, bet buvo neigiamas veiksnys funkcinės būklės atsigavimui ankstyvuoju reabilitacijos laikotarpiu. Tačiau funkcinės būklės atsigavimo rezultatai labiausiai priklausė nuo funkcinės būklės sunkumo reabilitacijos pradžioje [7].

Nors insulto rizika su amžiumi auga, susirgti galima ir susergama, bet kokiame amžiuje. 2009 m. 34 proc. žmonių patyrusių insultą buvo jaunesni nei 65m. 2016 m. nauja Didžiosios Britanijos insulto draugijos statistika rodo, kad yra tūkstančiu atvejų mažiau mirčių nuo insulto per metus lyginant kaip buvo prieš dešimtmetį [8].

Taigi, remiantis atliktais tyrimais bei publikuota sergamumo statistika galima teigti, kad įvairūs galvos smegenų insulto padariniai priklauso nuo amžiaus, lyties, pagalbos suteikimo faktorių. Taip pat insulto atsiradimą lemia gyvenimo būdas, stresas, žalingi įpročiai.

1.2. Galvos smegenų insulto patofiziologija

Du pagrindiniai mechanizmai, sukeliantys smegenų insultą yra išemija ir hemoragija. Išeminio insulto metu, kuris sudaro apie 80% visų insultų, sumažėja arba nutrūksta kraujo cirkuliacija, nutrūksta neuronų maitinimas būtinomis medžiagomis. Išemijos poveikis yra gana greitas, kadangi smegenys neišsaugo gliukozės, pagrindinio energijos šaltinio ir negeba funkcionuoti anaerobine medžiagų apykaita [9]. Netrauminis intracerebrinis hemoraginis insultas įvyksta maždaug nuo 10% iki 15% visų insultų. Intracerebrinis hemoraginis kraujavimas susiformuoja giliose arterijose ir sukelia žalą, sutrikdant smegenų jungiamuosius audinius ir sukeliant vietinį spaudimą. Bet kuriuo atveju, destruktvyi biocheminė medžiaga paleista iš įvairių šaltinių atlieka svarbų vaidmenį audinių sunaikinime [9].

Išeminio insulto priežastis – kraujotakos sutrikimas smegenyse. Trombai dažniausiai formuojasi smegenų kraujagyslėse, pažeistose aterosklerozės, embolai – kraujo krešuliai, pasigaminę ne smegenų kraujagyslėse, į smegenų kraujagysles atkeliauja iš kitų organizmo kraujagyslių, pvz., iš kojų venų. Insulto metu sutrinka kraujotaka į smegenis [10].

Nors insultas įvyksta nematomoje smegenų dalyje, tačiau simptomai pastebimi lengvai. Šiuos apima: staigus tirpimas ar silpnumas, ypač vienoje kūno pusėje, sumišimas ar sunkumas kalbėti bei suprasti kalbą, regėjimo problemos vienos ar abiejų akių, sunku vaikščioti, galvos svaigimas ar pusiausvyros ir koordinacijos praradimas, staigus stiprus galvos skausmas be žinomos priežasties. Visi galvos smegenų insulto simptomai gali atsirasti staiga ir dažnai tuo pačiu metu pasireiškia daugiau nei vienas simptomas. Todėl insultą paprastai galima atskirti nuo kitų galvos skausmo ar svaigimo priežasčių. Išvardinti simptomai gali rodyti, kad insultas įvyko ir reikalinga medicininė pagalba nedelsiant [11].

Hemoraginio insulto priežastis – ūmus kraujavimas į smegenis. Kraujavimas prasideda plyšus smegenų kraujagyslei. Dažniausiai smegenyse plyšta kraujagyslių aneurizmos (balionėlio formos kraujagyslių išplatėjimai, kurių sienelės yra nepakankamai tvirtos, kad galėtų atlaikyti didelį tekančio kraujo spaudimą). Plonos sienelės išsiplėtusios gali pratrūkti ir kraujas išsilieja į smegenų ląsteles supančią erdvę. Kraujavimas taip pat atsiranda, kai arterijų sienelės plyšta. Arterijų sienelių sluoksniai galiausiai praranda savo elastingumą ir tampa trapūs ir ploni, linkę trūkinėti. Hipertenzija arba aukštas kraujospūdis padidina riziką trūkti ir paleisti kraują į aplinkinių smegenų audinį [10, 11].

Galvos smegenų kraujotakos pažeidimai yra vis dažnėjanti problema visame pasaulyje, kadangi gyvenimas intensyvėja ir žmonės nebekreipia dėmesio į smegenų senėjimo procesus.

1.3. Galvos smegenų insulto rizikos veiksniai ir profilaktika

Vidutinei žmogaus gyvenimo trukmei ilgėjant, arterinė hipertenzija tampa nuo amžiaus priklausomu veiksniu. Anot Taylor M. (2015) senyvi pacientai yra didesniame hipertenzijos ir prieširdžių virpėjimo paplitime ir labiau tikėtina, jog galvos smegenų insultą patirs moterys, o jaunesni pacientai yra linkę rečiau patirti insultą, kadangi apskritai turi mažesnius širdies ir kraujagyslių rizikos veiksnius [11, 12].

Padidėjęs arterinis kraujospūdis (AKS), ypač sistolinis – tai ne normalaus fiziologinio senėjimo komponentas, bet širdies ir kraujagyslių sistemos sutrikdytos fiziologijos ir struktūros patofiziologinė pasekmė, susijusi su padidėjusiu sergamumu širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis bei mirštamumu nuo jų [12].

Arterinė hipertenzija (AH) yra svarbiausias rizikos veiksnys, turintis įtakos pagyvenusių žmonių sergamumui išemine širdies liga (IŠL), širdies nepakankamumu (ŠN), širdies ritmo sutrikimais bei smegenų kraujotakos sutrikimais. Arterinė hipertenzija – vienas svarbiausių insulto ir kraujagyslinės demencijos rizikos veiksnių. Taigi, pagyvenusių žmonių AH gydymas – ne vien arterinio kraujospūdžio kontrolė, bet ir išeminių įvykių rizikos bei mirtingumo mažinimas, demencijos profilaktika bei gyvenimo kokybės gerinimas [12].

Riziką susirgti pirmuoju išeminiu galvos smegenų insultu lemia šie veiksniai: patvirtinti bei iš dalies patvirtinti, modifikuojami:

- Kardiovaskulinės ligos – koronarinė širdies liga, širdies ydos, periferinių arterijų liga.
- Hipertenzija.
- Rūkymas.
- Cukrinis diabetas.
- Asimptominė karotidinė stenozė.

- Anemija.
- Nutukimas.
- Fizinis neaktyvumas ir kt.

Galimai modifikuojami:

- Metabolinis sindromas.
- Alkoholizmas.
- Narkomanija.
- Kontraceptikai.
- Uždegiminiai procesai.
- Ūmi infekcija.
- Migrena.
- Miego kvėpavimo sutrikimai.

Nemodifikuojami:

- Amžius.
- Rasė.
- Lytis.
- Mažas gimimo svoris.
- Šeiminė insulto/praeinančio smegenų išemijos priepuolio anamnezė [13].

Insultas nėra neišvengiamas ir apie 80% visų insultų gali būti užkirstas kelias. Kai kurie rizikos faktoriai, tokie kaip senėjimas, vyriška lytis ir šeimos insulto istorijos turėjimas bei širdies priepuoliai, negali būti pakeisti. Insulto riziką ženkliai sumažina gyvensenos pokyčiai. Rizikos veiksnių ir tam tikrų ligų kontroliavimas, gali dar labiau pagerinti insulto prevencijos galimybes. Jei rizikos veiksniai yra kontroliuojami, bendra insulto rizika, taip pat gerokai sumažėja [12, 14].

Insulto rizika, vis dėl to, didėja su amžiumi, skaičius dvigubėja kas 10 metų sulaukus 55 metų amžiaus. Du trečdaliai visų insulto atvejų pasitaiko tarp žmonių vyresnių nei 65m. amžiaus. Tai mitas, kad insultas įvyksta tik vyresnio amžiaus žmonėms. Net jeigu tai yra antra pirmaujanti mirties priežastis tarp žmonių virš 60 metų amžiaus, insultas taip pat yra penkta pirmaujanti mirties priežastis tarp tų, kuriems 15-59 metų amžiaus [14].

Svarbu nustatyti asmeninius rizikos veiksnis, bendradarbiaujant su sveikatos priežiūros paslaugų teikėjas ir sieki sumažinti asmeninę riziką. Kai kurie rizikos veiksniai gali padidinti insulto tikimybę. Insulto profilaktika vyksta vadovaujantis šiomis gairėmis:

1. Nustatyti. Asmuo pats peržiūri rizikos veiksnis savo aplinkoje.
2. Sumažinti savo rizikos veiksnis. Tam, kad sumažėtų insulto rizika reikia keisti gyvenimo įpročius ir, jei būtina vaistus.

3. Atpažinti ir reaguoti. Svarbu išmokti atpažinti ženklus ir insulto simptomus (angl. F.A.S.T.). [14]

Didžioji dalis įvykstančių insultų yra tarp vyresnio amžiaus žmonių, tačiau taip pat tai yra ir jaunesnių, ypač daug dirbančių asmenų, kurie patiria didelį stresą žmonių, mirties arba negalios priežastis. Arterinė hipertenzija – vienas svarbiausių insulto ir kraujagyslinės demencijos rizikos veiksnių. Labai svarbu nustatyti šį rizikos faktorių.

1.4. Galvos smegenų insulto pasekmės

Ligos pasekmės priklauso nuo to, kaip greitai suteikiama pagalba insultą patyrusiam asmeniui. Jeigu pagalba suteikta pavėluotai, pasekmės gali būti negailestingos. Galvos smegenų insultas gali paveikti vaikščiojimą, kalbą, pusiausvyrą, koordinaciją, regą, erdvinį suvokimą, rijimą, šlapimo pūslės ir tuštinimosi kontrolę. Insultas sukelia daug daugiau sutrikimų nei bet kuri kita būklė.

- **Apsitarnavimo įgūdžių ir judėjimo funkcijos pasekmės.** Žmogus pats negali apsirengti, pavalgyti, jam reikia pagalbos tualete, vonioje. Vienos kūno pusės paralyžius – vienas dažniausių insulto padarinių, kuris smarkiai apsunkina žmogaus judėjimą. Laikui bėgant kūno funkcijų sutrikimai ir veiklų atlikimo negalia, po insulto pasižymi žymia įvairove. Kai kurie pacientai net per ilgą laikotarpį visai nepagerėja, o kiti pacientai visiškai pasveiksta per kelias valandas ar dienas po patirto galvos smegenų insulto [10, 56].

- **Kalbos sutrikimai.** Gali būti pažeisti įvairūs kalbos ir jos suvokimo centrai. Afazija tai įgytas kalbos gebėjimas deficitas, kuris yra dažna ir sekinanti pasekmė asmenims patyrusiems galvos smegenų insultą. Šis deficitas gali pasireikšti įvairiomis kalbos sutrikimo rūšimis: motorinė afazija (ligonis negali kalbėti, nors žino, ką nori pasakyti), sensorinė afazija (ligonis nesupranta kitų žmonių kalbos, o pats kalba nesuprantamai), semantinė afazija (ligonis nesupranta sudėtingesnių žodžių, giminystės ryšių), amnezinė afazija (ligonis nebeprisimena daiktų pavadinimų, nuolat pamiršta žodžius, vardus) ir kt. [10, 57].

- **Depresijos pasekmės.** Ayerbe L., ir kt. mokslininkai (2013) teigė, kad depresijos dažnis per 5 metus nuo insulto padidėja iki 52%, o bendrame paplitime 29% bei šie dažniai išlika stabilūs per pirmuosius 10 metų po insulto. Tyrimai daugiau nei vieną kartą parodė, kad įvertinus pacientų depresijos riziką paaiškėjo, jog dauguma asmenų, patyrusių galvos smegenų insultą tapo prislėgtais iškart po ligos [58].

- **Ekonominės ir socialinės pasekmės.** Insultą patyrę žmonės ne visada gali grįžti į ankstesnį darbą, likusi negalia dažnai apsunkina savarankišką dalyvavimą kultūriniame bei visuomeniniame gyvenime [10].

Galvos smegenų insulto negalios pasekmė yra vienos kūno pusės paralyžius – hemiplegija. Panašus sutrikimas tik ne taip sekinantis kaip paralyžius yra vienpusis silpnumas ar hemiparezė. Paralyžius ar silpnumas gali paveikti tik veidą, ranką ar koją arba gali paveikti visą vieną kūno pusę. Asmeniui, kuriam insultas įvyko kairiajame smegenų pusrutulyje patirs dešinėsios kūno pusės paralyžių ar parėzę. Atvirkščiai jei asmuo patyrė insultą dešiniajame galvos smegenų pusrutulyje. Insultą patyręs pacientas gali turėti problemų su paprasčiausiomis kasdienėmis veiklomis, pavyzdžiui, vaikščiojimas, rengimasis, valgymas ir tualete bei maudantis. Po vienerių metų paralyžiai išlieka apie 50% ligonių. Judėjimo sutrikimai išnyksta per pirmuosius 6-9-12 mėn. [15, 56].

Jutimų sutrikimai. Insultas gali sukelti jutimų išnykimą arba sutrikimus, kurie sumažina funkcinę galūnių judesių kontrolę. Vieni nemaloniausių jutimų sutrikimų yra giliai, kurie atsiranda trečdaliui ligonių po GSI, tuomet asmuo negali atlikti tikslingų judesių [15, 56].

Aukštosios nervinės veiklos sutrikimai. Pažeidus nedominojantį galvos smegenų pusrutulį, atsiranda pažinimo funkcijų (atmintis, intelektas, dėmesys), emocijų – valios, veiklos (jutimai, koordinacija), skaičiavimo, erdvinio suvokimo sutrikimų. Plačiai pažeidus nedominojantį (dešinįjį) galvos smegenų pusrutulį, atsiranda psichikos ir judėjimo sutrikimų, anozognozija (pažeistos pusės neigimas), emocijų labilumas, saikingumo ir taktiškumo praradimas [15].

Regos sutrikimai. Pažeidus regos analizatorių galvos smegenų pakaušio srities žievėje ar regimuosius takus už regos kryžmės, dažniausiai pasitaiko homoniminė hemianopsija (kairiojo regos lauko „iškritimas“, pažeidus dešinįjį pusrutulį, ir atvirkščiai). Gali būti akių raumenų parėzė, jei bus pažeistas šiuos raumenis inervuojantis nervas. Kamieninių pažeidimų atvejais – žvilgsnio parėzė [15].

Koordinacijos sutrikimai labai sunkina judėjimą ir apsitarnavimą; jų atsiranda pažeidus smegenėles, vestibulinį aparatą [15, 16].

Galvos smegenų insultas sukelia įvairiausių neurologinius sutrikimus, taip pat smegenų pakenkimas turi reikšmės žmogaus pažinimo funkcijų sutrikdymui, nuo kurio priklauso tolimesnis kasdienis buitinis gyvenimas asmens, kuris patyrė insultą.

1.5. Asmenų, patyrusių galvos smegenų insultą, funkcijų atgavimo ypatumai

Insultas gali turėti didžiulę įtaką žmogaus gyvenime. Pavyzdžiui, po insulto asmuo gali likti su liekamaisiais sutrikimais tokiais, kaip vaikščiojimo sunkumai ar kalbos sutrikimai, kurie sukelia rimtus iššūkius kasdieniame gyvenime. Kol yra atliekama daug tyrimų kaip gydyti ir išvengti insulto, palyginus mažai yra taikoma tyrimų apie asmenų reagavimą į insultą ir kaip jiems atsistatyti ir tvarkytis kasdieniame gyvenime po insulto [17, 18]

Galvos smegenų insultas tai sukrečiantis įvykis, kuris turi poveikį kiekvienoje asmens gyvenimo veikloje, verčiantis žmogų pakeisti gyvenimo būdą ir keisti asmenybę.

Asmenys, patyrę GSI gali patirti psichologines problemas, pavyzdžiui, padidėjęs nerimas, baimė, kad gali įvykti kitas insultas, pasitikėjimo praradimas ir depresija. Tai dažnai yra nepastebima kitiems, tačiau yra pagrindiniai neigiami veiksniai sunkinantys nepriklausomybės atgavimą ir paveikia žmonės taip, kad šie nenori eiti vieni ar grįžti į darbą. Insultą patyręs asmuo išsikelia sau tikslus ir kuria strategijų pasiekimui. Kai kuriems, šie tikslai išreiškiami bendrąja prasme, bet kiti labai konkretūs. Pasiekus bent vieną tikslą dažnai įvykdomi ir kiti, pavyzdžiui, nueinant į tualetą savarankiškai, sumažėja artimajam streso ir naštos, sumažina priklausomybę, didėja pasitikėjimas savimi [17].

Atsistatymas po insulto vyksta gerai, kuomet tikslai yra abipusiai, tačiau kai jie įvertinami tik specialisto nuožiūra tai trukdo bendradarbiavimui, o taip pat gali paveikti funkcijų atgavimo progresą. Specialistai siekia pasiekti pusiausvyrą tikslo nustatymo procese, bando būti realūs bei skatinantys. Jie pastebėjo, kad asmenys, patyrę GSI ir turintys artimųjų bei specialistų paramą dažnai atsigauna geriau nei tie, kurie buvo su reikliais asmenimis [17].

Literatūros duomenimis, insulto sukelti neurologiniai pažeidimai yra svarbūs prognozuojant asmenų, patyrusių galvos smegenų insultą, funkcinės būklės atsigavimą. Nurodoma, kad asmenims, kuriems po insulto nustatoma sunkių neurologinių pažeidimų, funkcinės būklės atsigavimo prognozė yra neigiama ir šie žmonės dažnai tampa neįgaliais [17, 18]. Kai kurių autorių duomenimis, motorikos pažeidimo sunkumas yra svarbus funkcinės būklės atsigavimo reabilitacijos metu ir savarankiškumo kasdienėje veikloje per pirmuosius šešis mėnesius po insulto prognozinis požymis. Taip pat asmenims, kuriems pasireiškė sunkus galūnių motorikos sutrikimas (hemiplegija), žymiai padidėjo bendrosios funkcinės būklės nepakankamo atsigavimo tikimybė [18].

Įrodyta, kad ankstyva mobilizacija po insulto turi teigiamą poveikį funkciniam atsigavimui. Tokiu būdu, turėtų būti bandoma pasiekti nedidelį tikslą – „Kelkis iš lovos!“ per dvi dienas, tol kol yra stabili somatinė būklė. Mobilizacija nuo lovos krašto į vežimėlį, pakartojant persikėlimą, turėtų būti papildyta mokymu, kaip vairuoti vežimėlį ir kaip atsistoti prie stalo, kad būtų užkirstas kelias funkciniam sutrikimui, kontraktūrų klubo ir kelio sąnariuose susidarymą [19].

Vertikalizacijos nauda:

- kraujotakos gerinimas,
- prevencija nuo plaučių uždegimo ir venų trombozės,
- autonominės nervų sistemos stimuliavimas,
- sensorinis aktyvavimas per stovėjimą.

Apie 80% sergančiųjų galvos smegenų insultu kenčia nuo viršutinių galūnių parezių. Tie, kuriems insultas pasireiškė nežymiai gali pradėti vėl judinti pirštus per pirmas keturias ar šešias savaites po insulto ir greitai atgauti gebėjimą aktyviai judinti riešą ir pirštus [19].

Daug sunkiau atgauti funkciją viršutinėje galūnėje, kuri yra smarkiai pažeista, kai rankos riešo ir pirštų tiesiamieji lieka plegijoje nuo keturių iki šešių savaičių po insulto ir ligonis gali atlikti ne daugiau kaip sinergetinius judesius peties ir alkūnės sąnariuose [19].

Pažinimo funkcijų atsigavimas susijęs su sąmonės, dėmesio, kalbos, atminties ir planavimu. Funkcijų atsistatymas priklauso nuo įvairių veiksnių, tai laikas ir mokymasis palaipsniui [19].

Maždaug pusė įvykusių galvos smegenų insulto atvejų visiškai atsistato. Iš likusių 50% maždaug 30% lieka su nepilnu atsigavimu, o likę 20% reikalinga kito asmens pagalba, atliekant kasdienės buitines veiklas. Fizinė negalia ir didelis sergamumas atsirandantis po galvos smegenų insulto kelia didelę naštą ne tik individualiai, bet ir visuomeninė lygmenyje. Socialinė ir psichologinė pasekmės apima: menkavertiškumo jausmą, beviltiškumo ir kitus depresijos simptomus. Grįžus namo po sunkaus insulto ligoninėje gali būti ypač sunku, kadangi šeimai tenka prižiūrėti artimąjį [19, 61].

Didelė insulto pasekmė yra ilgalaikė negalia. Asmuo, patyręs insultą, gali grįžti namo ir toliau atlikti veiklas, kuriomis užsiėmė prieš tai. Tačiau jie patiria daug iššūkių, tokių, kaip baimė, jog įvyks kitas insultas, sumažėjęs pasitikėjimas savimi – tai yra dideli neigiami veiksniai atgauti savarankiškumą. Reabilitacija gali padėti asmeniui pasiruošti grįžti namo, tačiau negali visiškai išmokyti gyventi namuose savarankiškai.

1.6. Reabilitacijos taikymas asmenims, patyrusiems galvos smegenų insultą

Reabilitacijos gydymo tikslas – pasiekti kuo didesnę savarankiškumą ir, idealiu atveju, visišką psichosocialinę reintegraciją asmeniui patyrusiam GSI. Apie 40% galvos smegenų insulto atvejų po reabilitacijos gali vėl grįžti į darbą bei gyventi įprastą gyvenimą [20].

Reabilitacijos tikslai priklauso nuo insulto poveikio ir ką asmuo galėjo padaryti prieš insultą ir jo pageidavimus. Dirbant kartu, tikslai nustatomi ligonio, šeimos ir reabilitacijos specialistų komandos. Jei tikslai yra pernelyg dideli, ligonis negalės jų pasiekti. Jei jie yra per maži, ligonis gali negauti visų paslaugų, kurios galėtų pagelbėti. Jei tikslai nesutampa su paciento interesais, jis gali nenorėti dirbti. Todėl svarbu, kad tikslai būtų realūs, kad ergoterapeutas padėtų pasiekti juos, ligonis ir jo artimieji turi pasakyti reabilitacijos komandai tai, ką ligonis nori galėti daryti [20, 19].

Didžiausias stresas asmenims patyrusiems GSI yra kuomet jie keliauja namo iš ligoninės. Daugelis ligonių jaučia baimę ir palaikymo stoką. Artimieji gali jausti, kad sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai prarado viltį. Ryšys tarp paslaugų, dažnai dėl nepakankamos informacijos gali būti pateiktas per vėlai [20].

Insulto pažeidimo vieta, dydis ir pobūdis (išeminis ar hemoraginis) yra pagrindiniai veiksniai, funkcijai atgauti. Visų pirma, atsistatymui trukdo baltosios medžiagos (neuronų skaidulų) ir hipokampo pažeidimo ar jo veiklos nutrūkimo sutrikimai, kurie yra svarbiausi mokymosi ir

neurologinių funkcijų atgavime. Apskritai, nervų funkcija atsistato ne taip gerai senyviems pacientams, nors daugelis atsistato stebėtinai gerai po insulto [20]. Vienas svarbiausių veiksnių yra smegenų rezervinis gebėjimas, t. y. ankstesnių kraujagyslių pažeidimų nebuvimas. Taigi asmenys, kurie prieš pat insultą aktyviai gyveno ir tie, kurie turėjo tik mažus baltosios medžiagos pakitimus, pastebėta, kad atsistato po insulto itin sėkmingai. Tiesą sakant, baltosios smegenų medžiagos pažeidimų nebuvimas yra reikšmingas ir lyginamas su atliekama trombolize. Galima teigti, kad prieš patiriant insultą amžius atgaunant funkcijas yra svarbiau, kuomet nėra buvę patirtų smegenų pažeidimų [20, 32].

Kitas svarbus veiksnys, lemiantis reabilitacijos sėkmę po insulto yra reabilitacinės infrastruktūros prieinamumas. Vokietijoje taikoma nuoseklus (etapinis) reabilitacijos po insulto modelis, jame naudojama plataus spektro reabilitacinės priemonės, atsižvelgiant į paciento individualius poreikius. Skubi pagalba patyrusiam insultą yra A etapas, o toliau neurologinė reabilitacija yra B etapo, gydymas ir reabilitacija, kuriam būdingas gydymo svarbumas (kartais įskaitant ir intensyvią priežiūrą). C etape asmenys po insulto reabilitacijoje gali aktyviai dalyvauti, tačiau vis dar reikalingas gydymas ir slaugos pagalba. D etapas yra iš karto po ankstyvo mobilizacijos etapas, šis etapas atitinka reabilitaciją siauresne apibrėžtimi po ligoninės gydymo. E etapas susideda iš reintegracijos į visuomenę, etapas F tęsti reabilitacijos paslaugas, skirtas, išsaugoti, palaikyti arba pagerinti funkciją. Ankstyvame etape po insulto, ligonio atsistatymo prognozė nustatoma pagal galimų komplikacijų ir pradinių smegenų funkcijų sutrikimų [20].

Ankstyvas išrašymas yra skirtas insultą patyrusiems asmenims, kuriems nustatyta lengva ar vidutinio sunkumo negalia ir gali būti išrašyti iš ligoninės anksčiau tam, kad gautų reikalingą reabilitaciją namuose. Ankstyvo išrašymo reabilitacijos ilgis gali svyruoti nuo savaitių iki mėnesių, tačiau paprastai trunka apie šešias savaites. Manoma, kad ligoninėje gulėjimo laikas sumažėtų jei asmenys, patyrę insultą būtų išrašomi anksčiau ir gautų reabilitaciją namuose [20].

Lietuvoje reabilitacijos metu, siekiant visiškos psichosocialinės reintegracijos asmeniui patyrusiam GSI nėra visiškai įmanoma, kadangi tai gali įvykti tik tokio atveju, jeigu reabilitacijos komandos specialistai galėtų stebėti asmens prisitaikymą natūralioje aplinkoje, namuose. Taip pat teikti rekomendacijas esant poreikiui pritaikyti aplinką, gerai suprantant ir stebint realią situaciją, asmens patyrusio GSI namuose.

1.7. Ergoterapijos taikymo namuose aspektai

Namų reabilitacija yra apibūdinama kaip specifinė mokymų strategija, atliekama specialistų komandos, tiesiogiai padedančių asmenims, patyrusiems GSI, šių namuose. Tokios paslaugos yra taikomas, kad būtų sutrumpinti lovodieniai ligoninėje. Reabilitacija namuose yra alternatyva

įvairiems dienos reabilitacijos centrams, ambulatorinės reabilitacijos programoms. Tokia alternatyva yra kintanti, priklausomai nuo asmens, patyrusio GSI poreikių ir ligos eigos [21].

Svarbiausia insultą patyrusiems specializuotų reabilitacijos skyrių funkcija yra multidisciplininės specialistų komandos teikiamos paslaugos. Insulto išgyvenamumo ir funkcinės būklės pagerėjimą įrodė reabilitacijos komandos specialistų susivienijimas. Ilgos hospitalizacijos finansinės ir socialinės problemos paskatino suinteresuotumą tarnybomis, kurios palengvintų paciento grįžimą į visuomenę [21].

Komanda, kuri dirbtų su asmenimis patyrusiais GSI, išrašant iš stacionaro turėtų būti sudaryta iš slaugytojų, kineziterapeutų ir ergoterapeutų, kurie galėtų veiksmingai sumažinti lovodienių skaičių, insultą patyrusiems pacientams, kurių negalia yra lengvo ar vidutinio laipsnio. Specialistų komanda į namus yra labai reikalinga, kadangi galėtų perimti ligonio gydymą išrašius jį iš stacionaro, nes taikant tik visuomeninės paramos priemones, literatūros duomenimis reikšmingai padidėja anksti išrašytų pacientų mirštamumas [22, 21].

Metaanalizę atlikę Bernhardt ir kt. (2009) įrodė, kad tęsiant reabilitaciją mažiausiai vienerius metus po insulto, mažėja funkcinės būklės blogėjimo rizika ir gerėja kasdienio gyvenimo veikla. Intervencijos apėmė ergoterapiją, kineziterapiją ir multidisciplininių komandų darbą, todėl neįmanoma nustatyti optimalaus atskirų reabilitacijos priemonių taikymo režimo [22].

Cochrane Colloboration mokslininkai atliko tyrimus, kuriose nagrinėjo ergoterapijos poveikį ligonių po GSI sveikimo procesui. Tyrimo dalyvavo 1258 žmonės kurių amžius buvo nuo 55 iki 88 metų amžiaus. Ergoterapijos procedūros buvo palygintos su kitomis, kurių tikslas buvo kasdienės veiklos gerinimas. Dalyviai buvo tiriami savo namuose. Tyrimas truko vidutiniškai 3 mėnesius. Gauti tyrimo rezultatai atskleidė, kad ergoterapijos taikymas tiriamiesiems pagerino prausimosi ir rengimosi įgūdžius,ėjimą į tualetą ir persikėlimą [23].

Walker M.F. Leonardi-Bee J. ir kt. (2004) atliktame tyrime nustatė, kad ergoterapeutų darbas bendruomenėje pagerina ligonių po GSI asmeninį gyvenimą, kasdieninės veiklos ir su laisvalaikio susijusių veiklų atlikimą [24].

Ergoterapeutas padeda pacientui po GSI iškelti tikslus, kurie suskaidomi į mažesnius, lengviau pasiekiamus tikslus. Pavyzdžiui, ligonio iškeltas tikslas gali būti, eiti į parduotuvę, tačiau pradėti vaikščioti galima pirma tik iki namų durų, tada išeiti iki kelio ir t.t., palaipsniui kuriant pasitikėjimą savimi ir ugdant gebėjimus. Priklausomai nuo poreikių, ergoterapeutas gali:

- Įvertinti kylančius sunkumus ir paaiškinti tai ligoniui ir jo šeimai
- Pasiūlyti veiklą, siekiant pagerinti gebėjimus ir didinti asmens nepriklausomybę
- Naudoti ir pritaikyti kasdienę veiklą, kaip dalį ligonio reabilitacijos.
- Išmokyti strategijų ir metodų, siekiant pacientui po GSI padėti įveikti kylančias problemas.

- Teikti informaciją apie pagalbą ir kompensacines priemones.
- Aplankyti namus ir patikrinti ar tinka ligoniui.
- Patarti, kaip geriausia ir kada geriausia grįžti į darbą bei patarti artimiesiems kaip jie gali rūpintis ligoniu [25, 24].

Pacientams patyrusiems GSI, asmeniniai tikslai iškelti namų viduje ar lauke dažnai susiję su jų mobilumu ir savarankiškumu. Namų viduje asmenys patyrę GSI stengiasi būti mobilūs ir atlikti savo asmeninę priežiūrą bei atgauti įgūdžius ir veiklą, pavyzdžiui, atliekant maisto gaminimą ar sodininkystę [25].

Būti nepriklausomu ir savarankišku, tai judėti pėsčiomis, automobiliu ar vežimėliu buvo veikla, kurią respondentai įvertino aukščiausiai, tačiau išskyrė, kad tokia veikla jiems yra iššūkis bei rizika, su kuria susidūrė. Mokymasis vaikščioti buvo vertinamas kaip sudėtingas tikslas. Namuose asmenys patyrę GSI turėjo valdyti kritimo riziką. Gebėjimas vaikščioti pakankamai toli, nuovargis ir bendravimas su kitais žmonėmis bei griuvimo rizika buvo didžiausi iššūkiai esant ne namuose. [26]

Pacientams, patyrusiems galvos smegenų insultą, išrašymas iš ligoninės po reabilitacijos gali kelti stresą, nerimą. Greitas atsistatymas ir naujų įgūdžių įgijimas sunkiai pritaikomi namų aplinkoje.

Funkcines galimybes ir pacientų, po galvos smegenų insulto, pasitenkinimą galima pagerinti trumpa ergoterapijos programa pacientų namuose, iškart po išrašymo iš ligoninės. Tačiau tai nesuteiks ilgalaikės naudos [26].

Edinburgo medicinos mokyklos atliktame tyrime pacientų pasitenkinimas ergoterapijos teikiamomis paslaugomis namuose buvo aukštesnis nei tų pacientų, kurie negavo paslaugų. Visų pirma, jie žymiai labiau sutiko su tuo, kad viskas buvo labai gerai paruošta sugrįžimui namo ir, kad jie žinojo su kuo galima susisiekti iškilus sunkumams, susijusiems su insultu ir jo sukeltomis pasekmėmis [27].

Ergoterapija namuose turi daug privalumų klientams. Keletas mokslinių tyrimų parodė paslaugų į namus svarbą pagyvenusiems asmenims. Viename iš tyrimų buvo nustatyta, kad ergoterapijos programa namuose sumažino mirtingumo rodiklius (Gitlin, 2009). Taip pat buvo nustatyta, kad paslaugos į namus pagyvenusiems asmenims koreguoja ir sumažina įvairias sveikatos problemas tokias, kaip griuvimai ar kiti gyvybei pavojingi įvykiai (Fisher, 2007). Iš atliktų tyrimų, galima daryti išvadą, kad paslaugos namuose yra labai svarbi sritis, kurioje reikia atlikti daugiau tyrimų [27, 17].

Kai pacientas yra išrašomas iš ligoninės geriausia, kad namų aplinkos vertinimą atliktų ergoterapeutas, kuris galėtų maksimaliai palengvinti asmens patyrusio GSI nepriklausomumą gyvenamoje aplinkoje. Ergoterapeutas turėtų padėti padaryti saugią aplinką atsižvelgdamas į paciento funkcinis gebėjimus namų aplinkoje [14].

Gunilla Eriksson ir kt. iškelta hipotezė teigia, jog yra teigiamas ryšys tarp dalyvavimo veikloje, kai asmuo nori daryti (nėra veiklos trūkumų), pasitenkinimo gyvenimu, savo atsistatymo įsivertinimo, funkcionavimo kasdienėse veiklose ir dalyvumo po insulto [28].

Pacientų patyrusių GSI veiklos trūkumas ir kasdienis gyvenimas vienerius metus nuo patirto insulto bei pasitenkinimas gyvenimu esant namų reabilitacijai buvo apibūdintas kaip teigiamas, tačiau kartu turintis sričių, kurias reikia tobulinti [28].

Ankstyvas išrašymas iš ligoninės ir reabilitacijos taikymas namų aplinkoje, rekomenduojamas šalyse, gaunančiose dideles pajamas, asmenims, kuriems yra lengvas arba vidutinio sunkumo pažeidimas po insulto. Švedijoje asmuo patyręs GSI grįžta namo iš ligoninės labai anksti, 12 dienų po insulto [29].

Lietuvoje šiuo metu asmenims patyrusiems GSI reabilitacija skiriama priklausomai nuo to kokie sunkumai kyla kasdienėse veiklose ir pažinimo funkcijų sutrikimo lygio. Tai atliekama pagal LR SAM 2008 m. sausio 17 d. įsakymą Nr. V-50 „Dėl medicininės reabilitacijos ir sanatorinio (antirecidyvinio) gydymo organizavimo" [30].

Ergoterapija namuose gali suteikti galimybes asmenims patyrusiems GSI sugrįžti į kasdienį gyvenimą. Ergoterapeutas turi žinių bei gebėjimų, kuriais gali įgalinti žmogų prisitaikyti prie esamos gyvenimo situacijos, mokyti gyventi su negalia bei padėti grįžti į bendruomenę. Taigi svarbu atsižvelgti į mokslinius tyrimus, kuriuose teigiama, kad ergoterapijos programa namuose sumažina mirtingumo rodiklius. Taip pat nustatyta, kad paslaugos į namus pagyvenusiems asmenims koreguoja ir sumažina įvairias sveikatos pakenkimo rizikas, kaip griuvimai ar kiti gyvybei pavojingi įvykiai. Iš atliktų tyrimų, galima daryti išvadą, kad paslaugos namuose yra labai svarbi sritis, kurioje reikia atlikti daugiau tyrimų.

2. TYRIMO ORGANIZAVIMAS METODIKA

2.1. Tyrimo ontologija ir epistemologija

Mišrių metodų tyrimas – tai metodologija, skirta kiekybinių ir kokybinių duomenų surinkimui, analizavimui ir integravimui (sujungimui) viename bendrame tyrime ar ilgalaikėje tyrimų programoje. Mišrių metodų tyrimas pasirinktas, kadangi suteikia galimybę atskleisti tyrimo dalyvių subjektyvias patirtis ir pažinti jų kuriamą realybę, prisitaikant namuose, po patirto GSI bei vertinant savarankiškumo pasiekimus ir pokyčius. Kadangi šio tyrimo pagrindas yra kokybinis tyrimas, svarbu pabrėžti, kad nesiekama bendrų žinių apie didelę žmonių grupę, tačiau apie mažą tikslinę grupę.

Asmuo pasirenka elgesį, kuris jo nuomone yra tinkamiausias toje situacijoje. Layder (2007) pasiūlė mintį, apie vidinį asmens psichinį pasaulį ir subjektyvią patirtį socialiai sąveikaujant. Jis rašė, kad žmonės reaguoja į socialinės aplinkos stimulus analizuodami apie tai, ką konkretus stimulus jam pačiam reiškia, kokia jo prasmė [33].

Socialinio konstravimo perspektyvoje svarbu, kaip asmenys supranta pasaulį ir kokias prasmes jam suteikia. Pirmiausia šioje perspektyvoje analizuojama žmonių subjektyvi socialinė tikrovė, antra – patirtys suprantamos kaip sudarytos iš įvykių [33].

Asmenų, patyrusių galvos smegenų insultą, sukonstruotos realybės priklauso nuo patirto galvos smegenų insulto pasekmių, kultūros, religijos ir laikmečio, kuriame jie gyvena. Tai, kas laikoma tiesa yra žmonių tarpusavio sąveikos produktas. Socialinis konstravimas leidžia pripažinti, kad vietoj vienos tiesos yra daug tiesų. Pasak Layder (2007) asmenų patirtys gali būti analizuojamos nagrinėjant subjektų kalbą [33].

Šio tyrimo objektas yra asmenys, patyrę GSI, ir jų savarankiškumo įgūdžiai, grįžus namo. Remiamasi atvejų analizės ontologija (kas egzistuoja), kuri pasak, Bryman yra tai, jog socialinius reiškinius ir jų prasmes asmuo konstruoja naudodamas kalbą. Egzistuoja objektyvios ir subjektyvios tiesos pasaulyje ir vienos objektyvios tiesos nėra, pagal kurią būtų galima apibendrinti tiriamą fenomeną [33].

Epistemologija (kokiais būdais pažįstama tikrovė) – subjektyvistinė interpretatyvioji, kai socialinė realybė suprantama tyrėjui ir tyrimo dalyviui ją konstruojant ir interpretuojant. Kaip teigia Malinauskas ir Naujanienė (2012), subjektyvistinė interpretatyvioji epistemologija, socialinė realybė yra subjektyvi, o pasaulis matomas iš kiekvieno asmens (tyrimo dalyvio) individualios perspektyvos, todėl asmenų, patyrusių GSI, savarankiškumo įgūdžiai ir sunkumai, kylantys grįžus namo po reabilitacijos bei sprendimų priėmimas matomas per jų mėginimą kurti savo socialinę realybę. Epistemologija siekia atsakyti į klausimą kaip mes pažįstame pasaulį, koks yra ryšys tarp klausinėjančio ir žinančiojo?

2.2. Tyrimo metodai

Tyrimui atlikti pasirinktas mišrus metodas, taikyti: atviri ir uždari klausimai, įvairių duomenų iš visų įmanomų šaltinių analizė, stebėjimas, interviu, duomenys iš ligos istorijų. Kadangi vienas iš tyrimo metodų yra kokybinis tyrimas, tai siekiama suprasti analizuojamą fenomeną ar įvykį iš vidaus. Kokybinis tyrimas nesiekia apibendrintų žinių apie populiaciją, tačiau ieško specifikos ar detalių [34].

Vienas iš mišrių tyrimo metodų apibrėžimų suteikia galimybę naudoti įvairius metodus ir išplėsti tyrimo hipotezę bei apima socialinius, elgesio ir biologijos mokslus [62].

PSO specialistai rekomenduoja taikyti kokybinius tyrimo metodus, kuomet tiriamoji populiacija yra pažeidžiama. Tvirtinama, kad jie yra efektyvūs tiriant pažeidžiamas populiacijas tokias kaip neįgalūs, neraštingi, sergantys AIDS ir kiti žmonės [35].

Kokybinis tyrimas leidžia pateikti interpretacinį, reiškinio paaiškinimą, todėl kokybiniai tyrimai kartais vadinami interpretaciniais, nes pabrėžiamas tyrėjų siekis interpretuoti reiškinius tomis prasmėmis, kurias jiems suteikia tiriami žmonės [36].

Dar visai neseniai, gyvenimo kokybė daugiausia buvo matuojama kiekybiškai, apklausų ir antrinių duomenų šaltinių (pvz. surašymo duomenys) naudojimu. Tačiau aktyvus bendruomenės dalyvavimas gyvenimo kokybės tyrimuose padidino kiekybinio tyrimo (pvz. telefoninė apklausa) ir kokybinio (pvz. interviu) metodo taikymą. Taigi, naudojant daugiau nei vieną analizės metodą, tyrimas yra vadinamas "mišrių metodų" modeliu. Įvairių disciplinų atstovams, pvz., psichologams, sveikatos srities specialistams, mišrių metodų sistema yra naudingesnė nei kitos [62].

Šiame darbe naudojama dviejų homogeninių (kuo labiau panašių) atvejų analizė, pasitelkiant stebėjimą, kryptingąjį (iš dalies struktūrizuotą) interviu bei duomenis iš ligos istorijų.

Atvejo tyrimo tikslas yra giliai išanalizuoti programą, įvykį, procesą ar individą. Naudojamasi įvairiais duomenų šaltiniais, įskaitant dokumentus, interviu ir stebėjimo metu gautus duomenis [37].

Nurodoma, kad kokybinio tyrimo metu procesai yra nagrinėjami natūraliomis sąlygomis, duomenys renkami ir analizuojami, remiantis tyrimo dalyvių požiūriais – tai suteikia galimybę užpildyti spragą, susidarancią tarp mokslo atradimų ir jų įgyvendinimo praktikoje bei pagrindinį dėmesį sutelkti į patį tiriamąjį žmogų. [37, 35].

Atliekant mišrių metodų tyrimą, svarbų vaidmenį vaidina ir tyrėjas, kuris yra duomenų rinkimo instrumentu, tad jo vertinimas labai svarbus, nes čia išryškėja savianalizės, refleksijos bei kritinio mąstymo reikalingumas tyrimo kokybiškumui palaikyti. Tuo pačiu metu tyrėjas, rinkdamas duomenis, tampa ir stebėtoju, nes turi galimybę stebėti tiriamojo kūno kalbą, emocijas bei nutylėjimus, kurie savaip formuoja, leidžia plačiau interpretuoti tiriamą reiškinį [38].

Šio tyrimo tikslas buvo taikyti mišrią metodų sistemą, nagrinėjant asmenų, patyrusių GSI savarankiškumo įgūdžius ir ergoterapijos poreikį namuose bei kurti konkretesnius bendruomenės požiūrius ir racionalizuoti duomenų apimtį.

2.3. Duomenų rinkimo ir analizės metodai

Pasirinktas vienas iš kokybinio tyrimo metodų, tai iš dalies struktūruotas individualus interviu. Pasak Briggs (1997) interviu duomenų rinkimo metodas yra vienas populiariausių, kokybinių duomenų rinkimo metodas, kuris taikomas grindžiant prielaidą, kad prasminga žinoti informantų požiūrius, vertinimus ir nuomones. Jis išpopuliarėjo XX amžiuje [39].

Interviu – vienas efektyviausių būdų surinkti duomenis apklausiant tyrimo dalyvius ir sužinant jų subjektyvias patirtis. Kokybinio interviu analizė yra sudėtingas procesas dėl surinktų duomenų įvairiapusiškumo ir gausumo. Tyrimo dalyviai, norėdami suteikti prasmę tam, kas vyksta, pasinaudoja kalba ir kartu patys save formuoja. Šiame procese yra vertinamas pokalbis, kuris padeda lengviau sukurti tą patirties prasmę ir leidžia lengviau kontroliuoti bei keisti savo kasdienį gyvenimą. Jau įvykęs pokalbis gali būti užrašomas [34].

1. Yra tiriamas mažas atvejų skaičius. Nėra nurodomas joks skaičius, kiek atvejų turėtų būti tiriami. Analizės tiriamasis gali būti asmuo, šeima, grupė ar bendruomenė.

2. Mažai žinių apie tiriamą sritį – kaip ir dauguma kitų tyrimų, atvejo analizė yra naudojama, kai apie problemą yra žinoma nedaug.

3. Atvejo analizė yra daugiau naudojama ištirti elgesį, požiūrį ar išgyvenimus, kurių nėra taip lengva ištirti, naudojant kitus tradicinius tyrimo modelius.

4. Atvejo analizei yra neįmanoma sudaryti reprezentacinės imties. Kadangi yra tiriami išskirtiniai atvejai, tyrimo objektai yra sunkiai prieinami arba jų yra nedaug.

5. Reikalingi įgudę ir jautrūs tyrimo apklausėjai. Jie turi būti pasirengę projektuoti imlų požiūrį, mokėti integruoti keletą įvairių ir skirtingų informacijos dalių bei kaupti žinias, įgytas stebėjimo metu. Taip pat jie turi sugebėti vystyti pasitikėjimu grindžiamus santykius su tiriamuoju [40].

Atliktų interviu trukmė: nuo 30 min. iki 1 val. Vidutiniškai interviu truko – 45min. Iš dalies struktūruotas interviu buvo sudarytas iš 4 interviu ligoninėje ir 4 – tiriamųjų namuose. Ypatingas dėmesys skirtas asmenų, patyrusių GSI, savarankiškumo įgūdžiams bei požiūriui į reabilitacijoje išmuktų metodų pritaikymą bei ergoterapijos poreikį namuose. Taip pat buvo taikomas ir neformalusis stebėjimas, kuomet tyrėjas yra stebimosios aplinkos dalyvis. Duomenų analizei pasirinktas teksto turinio interpretavimas.

Prie konstruojamos tyrimo dalyvių subjektyvios realybės galima prieiti ne tik per kalbą, o taip pat per įvairias dokumentacijas, todėl buvo pasirinkta ir kiekybinė duomenų analizė [34, 40]. Penkios sąlygos, kurios apibūdina atvejo analizės modelio tinkamumą:

Keturi interviu vyko Kauno klinikinėje ligoninėje (1 pav.), Fizinės medicinos ir reabilitacijos II skyriuje, ergoterapijos kabinete, dalyvaujant tyrėjui ir tiriamajam, kiti keturi interviu buvo atlikti tiriamųjų namuose, ramioje ir natūralioje aplinkoje (2 pav.). Iš viso tyrimas truko nuo 2016 m. gegužės mėn. iki rugsėjo mėn. (5 mėn.). Individualiai su kiekvienu atveju truko po 80 dienų.

Antras mišraus metodo analizės būdas buvo kiekybinis, naudojant savarankiškumo įgūdžių ir tikslų siekimo vertinimo instrumentus ir siekiant stebėti, ar išsikelti tikslai padeda pasiekti geresnių savarankiškumo įgūdžių.

1. Kanados veiklos atlikimo testas (angl. COPM) – sudarytas pagal žmogaus užimtumo modelį ir Kanados pritaikomosios veiklos modelį, akcentuojamas į žmogaus asmenybę. Padeda pačiam tiriamajam išsikelti problemas bei jas įvertinti. Vertinama balais nuo 1 (visai nesvarbu) iki 10 (ypač svarbu) ir taip pat vertinimas atlikimas bei veiklos pakankamumas [41].

2. Tikslų siekimo skalė (angl. GAS) – skirtas įvertinti asmenų, patyrusių galvos smegenų insultą išsikeltų tikslų pasiekimą. Kiekvienas tikslas turi 6 balus.

Jei asmuo pasiekia nustatytą tikslą, kaip tikėtasi, tai vertinama **0**.

Jei asmuo pasiekia geriau nei tikėtasi pasiekti tikslą, vertinama:

+1 Tikslas pasiektas (geriau, nei tikėtasi);

+2 Tikslas pasiektas (daug geriau, nei tikėtasi).

Jei asmuo nepasiekia tikslo arba pasiekia mažiau nei tikėtasi, vertinama:

-1 Tikslas nepasiektas (mažiau, nei tikėtasi gauti rezultatą);

-2 Tikslas nepasiektas (daug mažiau nei tikėtasi gauti rezultatą);

-3 Tikslas nepasiektas (pablogėjimas nuo to kaip buvo pradžioje) [42].

3. Pasaulio sveikatos organizacijos negalios vertinimo klasifikacijos klausimynas (angl. WHODAS 2.0) – skirta apklausiant, nustatyti, kuriose gyvenimo srityse kyla sunkumai. Klausimynas apima šešias skirtingas funkcionavimo sritis: pažinimo, mobilumo, savęs rūpinimosi, socialinius ryšius, kasdienes veiklas (darbas, namų ruošą) ir dalyvumą. Taip pat surenkama demografinė ir bendroji informacija [43].

Taip pat, Yin nustatė šešis šaltinius, kurie naudojami atvejo analizės tyrimų duomenims pateikti. Kiekvieno iš jų naudojimui gali reikėti skirtingų tyrėjo įgūdžių. Ne visi šaltiniai yra svarbūs kiekvienu atveju, bet iš daugelio šaltinių duomenų tyrimo svarbos patikimumas yra nusistovėjęs.

Šeši nustatyti Yin šaltiniai yra:

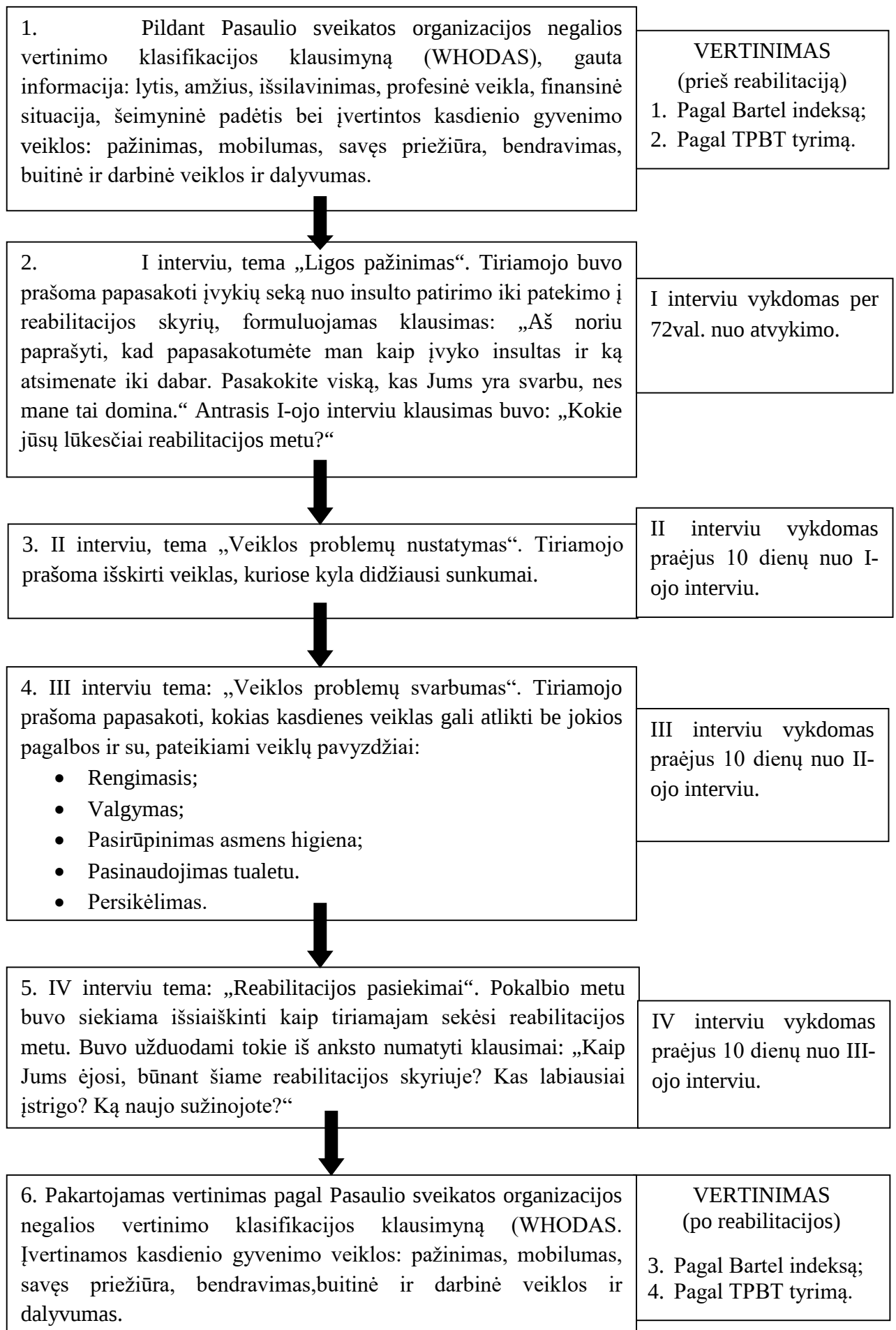
- dokumentacija,

- archyviniai dokumentai,
- interviu,
- tiesioginis stebėjimas,
- stebėjimas dalyvaujant,
- fiziniai artefaktai.

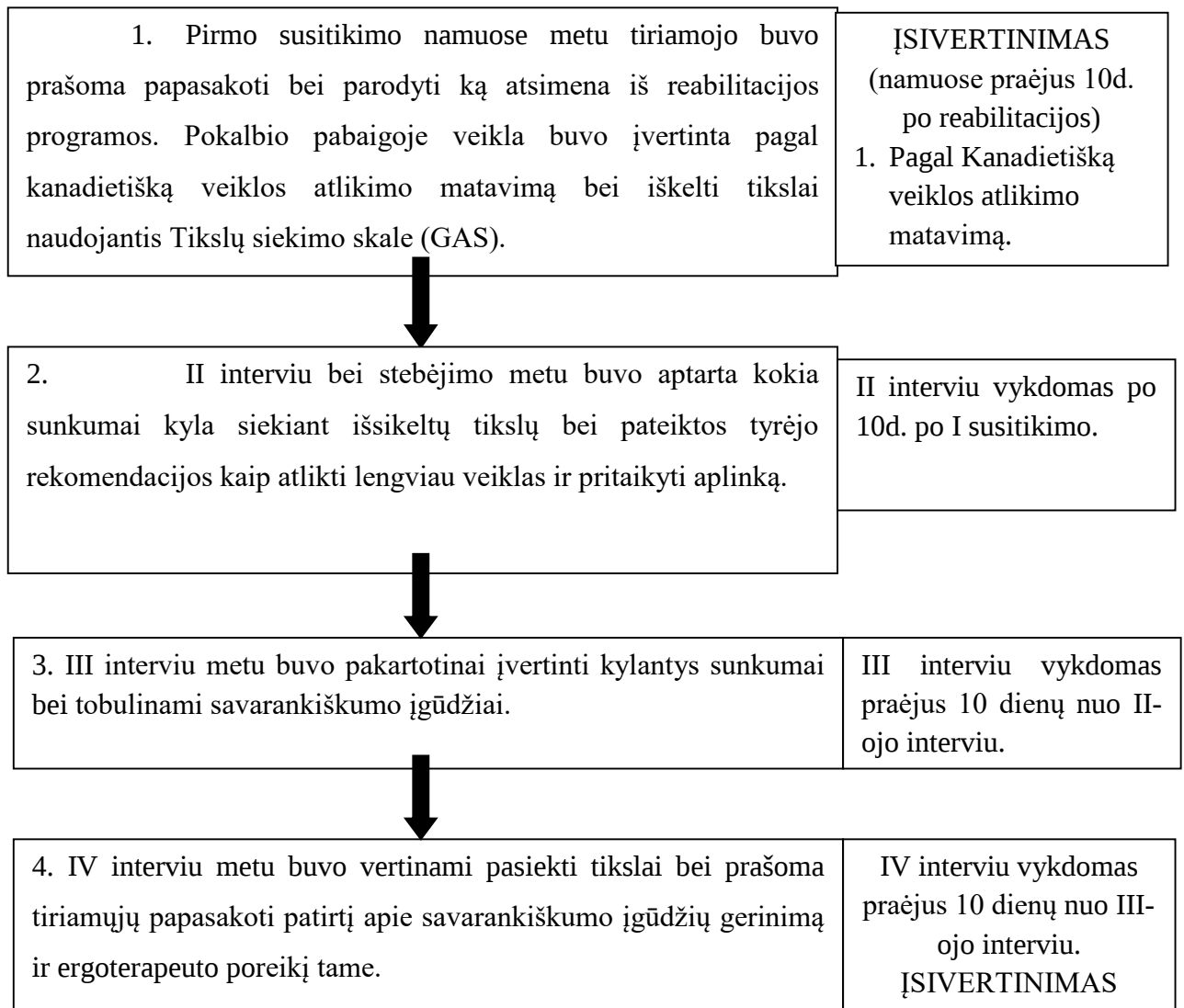
Nėra nė vieno šaltinio, kuris būtų pranašesnis prieš kitus, tačiau jie gali papildyti vienas kitą ir naudojami kartu. Taigi, atvejo tyrimui turėtų būti naudojama kaip įmanoma daugiau šaltinių, kurie yra susiję su tyrimo objektu [44, 47].

Nepaisant mūsų pasirinkto duomenų rinkimo metodo privalumų, yra keletas trūkumų: interviu yra sudėtingas ir reikalauja daug laiko, reikia aukštos tyrėjo kvalifikacijos, nemažas kiekis gaunamos informacijos, kurios kokybė priklauso nuo tyrėjo pasirengimo tyrimui, sunku formalizuoti rezultatus taip pat nėra daug informacijos apie mišrių metodų taikymo galimybes.

Taip pat svarbu pabrėžti, kad mišrių metodų tyrimas dvejiems atvejams leidžia tyrėjui ištirti tiek skirtumus, tiek panašumus tarp atvejų. Tikslas yra atkartoti išvadas visuose atvejuose. Kadangi bus sudaryti palyginimai būtina atvejus parinkti atsargiai, kad tyrėjas galėtų prognozuoti panašius rezultatus tarp atvejų ar prognozuoti kontrastingus rezultatus, priklausomai nuo pasirinktos teorijos [45, 46].



1 pav. Tyrimo eiga reabilitacijos metu.



2 pav. Tyrimo eiga tiriamųjų namuose

2.4. Tyrimo imtis ir etika.

Tyrimui atlikti buvo gautas Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Bioetikos leidimas Nr. BEC – SR (M) – 165; 2016 – 02 – 29. bei VšĮ Kauno klinikinės ligoninės vadovo sutikimas. Asmenys, patyrę galvos smegenų insultą ir gydęsi VšĮ Kauno klinikinėje ligoninėje, pasirašė tiriamo asmens informavimo ir sutikimo formas.

Tyrimo metu laikytasi duomenų konfidencialumo (vardai, miestai, vietovių pavadinimai ir kita informacija, pagal kurią būtų galima atpažinti tyrimo dalyvius, pakeista), laisvanoriškumo principais, suteikiant informaciją apie tyrimo temą, tikslą, klausimus. Tyrimo dalyviai galėjo laisvai pasirinkti, ar dalyvaus tyrimo. Užtikrintas geranoriškumo principas – su tyrimo dalyviais buvo bendraujama pagarbiai, užtikrinant saugią aplinką, kurioje jie kuo mažiau jaustų nerimo ar nepatogumo, paprastais žodžiais buvo paaiškintas tyrimo tikslas.

Tyrimo metu dalyvavo 2 moterys. Atvejo Nr.1 amžius 71m., Atvejo Nr.2 amžius 73m. Su kiekvienu tyrimo dalyvavusiu asmeniu buvo kalbama individualiai. Tyrimo dalyvių atranka – pasirinkta tikslinė atranka.

Renkantis tiriamuosius naudoti tokie atrankos kriterijai:

- Išeminis galvos smegenų insultas,
- Neturintis kalbos sutrikimo.

Pagal instrumentinius tyrimus:

- Trumpas protinės būklės tyrimas – 21–30 (lengvas pažinimo sutrikimas arba jo nėra).
- Barthel indeksas – 35-45 balai (pagal LR SAM 2008 m. sausio 17 d. įsakymą Nr. V-50

„Dėl medicininės reabilitacijos ir sanatorinio (antirecidivinio) gydymo organizavimo“)

2.5. Atvejų charakteristika

Atvejis Nr. 1: A.S. 71m. A.S. moteris gyveno viena namuose, tvarkėsi sode savarankiškai iki patirto galvos smegenų insulto. Tačiau apklausos metu gyvenamoji situacija pasikeitė ir pati tiriamoji išreiškė, kad tyrimo metu gyvens su dukra. Respondentės išsilavinimas yra profesinis, ji taip pat yra pensininkė ir našlė.

Ligos istorija: A.S. į Kauno klinikinės ligoninės Reabilitacijos II skyrių pateko 2016 metų gegužės mėn. 24d. Buvo diagnozuota kairiojo smegenų pusrutulio išeminis insultas su dešinės kūno pusės paralyžiumi. Įvertinus Barthel indeksą jis siekė 20 balų, tiriamoji buvo visiškai priklausoma nuo kitų asmenų. Atlikus Trumpą protinės būklės tyrimą gautas 25 balų rezultatas, tiriamajai nenustatyti pažinimo funkcijų sutrikimai. Reabilitacijos metu tiriamoji buvo labai motyvuota, norėjo kuo greičiau tapti savarankiška, tačiau suprato, kad pažeidimo lygis yra nemažas.

Atvejis Nr. 2: V.B. 73m. V.B. moteris gyveno su dukra ir jos vyru, buvo savarankiška, atlikdavo kasdienes buitines veiklas, kartais dalyvaudavo „Lietuvos pensininkų sąjungos“ veiklose. Apklausos metu tiriamoji teigė, kad galbūt gyvens su dukra ir toliau, jei dukrai nebus per sunku. Respondentės išsilavinimas aukštasis, pensininkė ir santuokoje nebegyvena daug metų.

Ligos istorija: V.B. į Kauno klinikinės ligoninės Reabilitacijos II skyrių atkeliavo 2016 metų birželio 15d. Buvo diagnozuota kairiojo galvos smegenų pusrutulio išeminis insultas su dešinės pusės paralyžiumi. Įvertinus Barthel indeksą buvo gautas 30 balų rezultatas, tiriamoji buvo beveik visiškai priklausoma nuo kitų asmenų pagalbos. Atlikus Trumpą protinės būklės tyrimą gautas 23 balų rezultatas, tiriamoji turėjo lengvą pažinimo funkcijų pažeidimą. Reabilitacijos metu tiriamosios nuotaikos svyravo, kartais būdavo labai motyvuota, kitomis dienomis mažiau. Tačiau suprato, kad reabilitacijos produktyvumas priklauso ne tik nuo specialistų darbo, bet ir nuo jos pastangų.

3. REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS

Visų pirmą pateiksime gautus instrumentinių tyrimų rezultatus prieš ir po reabilitacijos. Atvykus į Kauno klinikinės ligoninės Fizinės medicinos ir reabilitacijos II skyrių abi tiriamosios buvo pakartotinai įvertintos. Žvelgiant į žemiau pateiktoje 1 lentelėje galima stebėti kokius rezultatus pasiekė abi tiriamosios reabilitacijos laikotarpiu. Atvejis Nr. 1 atvykus reabilitacijos pradžioje Barthel indekso įvertinimas buvo 20 balų (visiškai priklausoma), o atvejis Nr. 2 – 30 balų (beveik visiškai priklausoma). Pagal šį kriterijų taip pat galima stebėti tiriamųjų pagerėjimą, atliekant kasdienes veiklas. Po reabilitacijos Atvejis Nr. 1 pagerėjo 6 srityse: judėjimas nuo vežimėlio į lovą ir atgal, asmens higiena, pasinaudojimas tualetu, vaikščiojimas lygiu paviršiumi, apsirengimas ir nusirengimas bei šlapimo pūslės kontrolė. Atvejis Nr. 2 po reabilitacijos pagerėjo 7 srityse: valgymas, judėjimas nuo vežimėlio į lovą ir atgal, asmens higiena, pasinaudojimas tualetu, vaikščiojimas lygiu paviršiumi, apsirengimas ir nusirengimas bei šlapimo pūslės kontrolė.

1 lentelė. Tiriamųjų įvertinimas prieš ir po reabilitacijos pagal Barthel Indeksą

Testų įvertinimai	<u>Atvejis Nr. 1</u>		<u>Atvejis Nr. 2</u>	
	Prieš	Po	Prieš	Po
Barthelio indeksas:	Viso: 20 b.	Viso: 65b.	Viso: 30 b.	Viso: 70b.
<i>Valgymas</i>	5	5	5	10
<i>Judėjimas nuo vežimėlio į lovą ir atgal</i>	0	15	5	15
<i>Asmenins higiena</i>	0	5	0	5
<i>Pasinaudojimas tualetu</i>	0	5	0	5
<i>Maudymasis</i>	0	0	0	0
<i>Vaikščiojimas lygiu paviršiumi</i>	0	5	5	10
<i>Lipimas laiptais</i>	0	0	0	0
<i>Apsirengimas ir nusirengimas</i>	0	5	0	5
<i>Žarnyno funkcijos kontrolė</i>	10	10	10	10
<i>Šlapimo pūslės kontrolė</i>	5	10	5	10

Taip pat vertinant TPBT tyrimu stebimas pagerėjimas. Atvejui Nr.1 – 3 balais, po vieną balą pagerėjo trumpalaikė atmintis, kalba ir instrukcijų atlikimas. Atvejis Nr. 2 pagal TPBT pagerėjo 5 balais, labiausiai stebimas pagerėjimas – trumpalaikės atminties ir instrukcijų atlikimą, taip pat pagerėjo dėmesys ir kalba.

2 lentelė. Tiriamųjų įvertinimas prieš ir po reabilitacijos pagal Trumpą protinės būklės tyrimą

Trumpas protinės būklės tyrimas:	<u>Atvejis Nr. 1</u>		<u>Atvejis Nr. 2</u>	
	Viso: 25 b.	Viso: 28 b.	Viso: 23 b.	Viso: 29 b.
<i>Orientacija laike</i>	5	5	5	5
<i>Orientacija vietoje</i>	5	5	5	5
<i>Pakartojimas</i>	3	3	3	3
<i>Dėmesys</i>	5	5	4	5
<i>Trumpalaikė atmintis</i>	2	3	1	3
<i>Kalba (įvardinti, pakartoti)</i>	2	3	2	3
<i>Instrukcijos (perlenkti, piešinys, sakiny, „užmerkite akis“)</i>	3	4	3	5

Taip pat apklausus abi tiriamąsias, naudojantis WHODAS 2.0 klausimynu buvo gauta informacija apie tiriamųjų gyvenimo sritis, kuriose kyla sunkumai. Abi respondentės atsakinėdamos į klausimus turėjo įvertinti kokie sunkumai kyla pažinimo, mobilumo, savęs rūpinimosi, bendraujant su žmonėmis, kasdienėse veiklose (darbas, buitinė veikla) ir dalyvume. Įvertinimas pateiktas nuo 1 (jokių sunkumų) iki 5 (ypač dideli sunkumai). Taip pat surinkta gyvenamoji, demografinė ir bendroji informacija. Pateikiami tiriamųjų įvertinimai prieš ir po reabilitacijos pagal WHODAS 2.0 skyrius ir sritis (žr. 3 priedas, 2 lentelė).

3 lentelė. Tyrimo dalyvių gyvenamoji situacija ir demografinė informacija

WHODAS 2.0 sritys	<u>Atvejis Nr. 1</u>	<u>Atvejis Nr.2</u>
Gyvenamoji situacija	Prieš reabilitaciją: viena. Po reabilitacijos: su dukra.	Prieš reabilitaciją: su dukra ir jos vyru. Po reabilitacijos: su dukra ir jos vyru, tačiau turi abejonių.
Demografinė informacija	71m., našlė.	73m., išsiskyrusi (prieš daug metų).

Gauti vertinimai buvo labai įdomūs tuo, kad tiriamosios turėjo vertinti save 30 dienų laikotarpyje, taigi sunkumai prieš reabilitaciją apima ir laiką namuose. 4 lentelėje pateikti pažinimo srityje kylantis sunkumai. Atvejo Nr. 1 pažinimo sunkumai labiausiai išsiskyrė vertinant atminties bei naujos užduoties išmokimą, pati tiriamoji teigė, kad tai jau sena jos problema, tačiau po reabilitacijos tai pagerėjo. Atvejo Nr. 2 didžiausi sunkumai buvo taip pat atmintis, naujos užduoties atlikimas bei sprendimų ieškojimas problemoms spręsti, nors ir nežymiai, tačiau anot tiriamosios tai pagerėjo po reabilitacijos.

4 lentelė. Tyrimo dalyvių pažinimas pagal WHODAS 2.0

Pažinimas:	Prieš	Po	Prieš	Po
D1.1	1 (jokių)	1 (jokių)	1 (jokių)	1 (jokių)
D1.2	3 (vidutiniai)	2 (nedideli)	4 (dideli)	3 (vidutiniai)
D1.3	2 (nedideli)	2 (nedideli)	3 (vidutiniai)	2 (nedideli)
D1.4	5 (ypač dideli)	3 (vidutiniai)	4 (dideli)	2 (nedideli)
D1.5	1 (jokių)	1 (jokių)	1 (jokių)	1 (jokių)
D1.6	1 (jokių)	1 (jokių)	2 (nedideli)	1 (jokių)

Funkcinės būklės bei pažintinių funkcijų gerėjimą galima stebėti ir pagal anksčiau pateiktus vertinimus: Barthel indeksas ir TPBT. 5 lentelėje pateikti tiriamųjų vertinimai prieš ir po reabilitacijos mobilumo srityje. Atvejui Nr. 1 labiausiai pagerėjo D2.1 (ilgas stovėjimas, 30 min.) sritis. Atvejui Nr. 2 stebimas pagerėjimas 3 srityse, tai D2.1 (ilgas stovėjimas, 30min.), D2.2 (atsistojimas iš sėdimos padėties) ir D2.5 (ilgų distancijųėjimas).

Abi tiriamosios dėl patirto galvos smegenų insulto turėjo didelių ir ypač didelių sunkumų judant. Tačiau abi tiriamosios buvo stipriai motyvuotos atsistoti ir judėti, nors Atvejis Nr. 2 kartais nebūdavo motyvuota, sakydama, „*Vaikeli, čia ne man tokiai senai šitaip jau*“.

5 lentelė. Tyrimo dalyvių mobilumas pagal WHODAS 2.0

Mobilumas	Prieš	Po	Prieš	Po
D2.1	5 (ypač dideli)	3 (vidutiniai)	5 (ypač dideli)	2 (nedideli)
D2.2	3 (vidutiniai)	2 (nedideli)	4 (dideli)	2 (nedideli)
D2.3	4 (dideli)	3 (vidutiniai)	4 (dideli)	3 (vidutiniai)
D2.4	4 (dideli)	4 (dideli)	4 (dideli)	3 (vidutiniai)
D2.5	5 (ypač dideli)	4 (dideli)	5 (ypač dideli)	3 (vidutiniai)

6 lentelėje pateikiami vertinimai savęs priežiūros srityje. Atvejis Nr. 1 labiausiai pagerėjo D3.1 (maudymasis), nuo 5 balų iki 3. Atvejis Nr. 2 pagerėjo 2 srityse, tai D3.1 (maudymasis) ir D3.2 (rengimasis).

6 lentelė. Tyrimo dalyvių savęs priežiūra pagal WHODAS 2.0

Savęs priežiūra	Prieš	Po	Prieš	Po
D3.1	5 (ypač dideli)	3 (vidutiniai)	5 (ypač dideli)	3 (vidutiniai)
D3.2	4 (dideli)	3 (vidutiniai)	5 (ypač dideli)	3 (vidutiniai)
D3.3	3 (vidutiniai)	3 (vidutiniai)	3 (vidutiniai)	2 (nedideli)
D3.4	4 (dideli)	4 (dideli)	5 (ypač dideli)	4 (dideli)

7 lentelėje pateikiami sunkumai, kylantys bendravimo srityje. Taigi, stebint rezultatus galima pastebėti, kad prieš ir po reabilitacijos bendravimo įgūdžiuose pasikeitimų nebuvo, abiem tiriamosioms vidutiniai sunkumai kilo naujų draugų ieškojime, tačiau jos neišreiškė jokių neigiamų emocijų dėl to.

7 lentelė. Tyrimo dalyvių bendravimo įgūdžiai pagal WHODAS 2.0

Bendravimas	Prieš	Po	Prieš	Po
D4.1	1 (jokių)	1 (jokių)	2 (nedideli)	2 (nedideli)
D4.2	1 (jokių)	1 (jokių)	1 (jokių)	1 (jokių)
D4.3	1 (jokių)	1 (jokių)	1 (jokių)	1 (jokių)
D4.4	3 (vidutiniai)	3 (vidutiniai)	3 (vidutiniai)	3 (vidutiniai)

Vertinant paskutines 3 sritis: buitinę, darbinę ir dalyvavimą. Buitinė veikla nevertinama, nes vertinimo metu abi tiriamosios buvo ligoninėje, kur sudėtinga įvertinti kaip tiriamosios geba atlikti namų ruošos darbus, taip pat nevertinta darbinė veikla, nes abi moterys yra pensininkės. Vertinant dalyvavimą Atvejo Nr. 1 žymiausi pasikeitimai stebimi emocinės būklės (D6.5), kuri kėlė ypač didelius sunkumus reabilitacijos pradžioje ir sumažėjo iki vidutinių pabaigoje. Taip pat kito ir patiriami sunkumai šeimoje dėl ligos, tiriamoji teigė, kad problemos dėl jos ligos padidėjo iki didelių.

Atvejis Nr. 2 išreiškė didelius sunkumus D6.1 srityje, kadangi nebegalės dalyvauti pensininkų sąjungos veiklose. Taip pat D6.2 srityje (kliūtys ir trukdžiai gyvenime) tiriamoji vertino,

jog kyla vidutiniai sunkumai. D6.5 srityje stebimas pagerėjimas, emocinės būsenos keliamus sunkumus prieš reabilitaciją patyrė didelius, o po liko nedideli sunkumai (žr. 8 lentelė).

8 lentelė. Tyrimo dalyvių buitinė veikla, darbinė veikla ir dalyvavimas pagal WHODAS 2.0

Buitinė veikla	Nevertinama, kadangi ši veikla atliekama namuose			
Darbinė veikla	Nedirba		Nedirba	
Dalyvavimas	Prieš	Po	Prieš	Po
D6.1	1 (jokių)	1 (jokių)	1 (jokių)	4 (dideli)
D6.2	1 (jokių)	1 (jokių)	1 (jokių)	3 (vidutiniai)
D6.3	1 (jokių)	1 (jokių)	1 (jokių)	1 (jokių)
D6.4	3 (vidutiniai)	2 (nedideli)	2 (nedideli)	2 (nedideli)
D6.5	5 (ypač dideli)	3 (vidutiniai)	4 (dideli)	2 (nedideli)
D6.6	4 (dideli)	3 (vidutiniai)	3 (vidutiniai)	3 (vidutiniai)
D6.7	3 (vidutiniai)	4 (dideli)	3 (vidutiniai)	4 (dideli)
D6.8	3 (vidutiniai)	4 (dideli)	2 (nedideli)	3 (vidutiniai)

Abiem atvejais vieni didžiausių sunkumų kilo savęs priežiūroje: maudantis, rengiantis, pavalgant ar pasirūpinant savimi abi respondentės išsakė nemažus sunkumus ir jautė baimę kaip teks gyventi namuose ir savimi pasirūpinti, nepaisant to, kad bus šalia artimieji. Bendravime abi tyrimo dalyvės neturėjo didelių sunkumų. O dalyvavimas visuomenės veiklose buvo aktualiausias Atvejui Nr.2, ji išreiškė nuoskaudas, kad dabar nebežino, ar išvis galės dalyvauti pensininkų draugijoje: „Nes kaip tokią priims“. Galiausiai abi tiriamosios stipriai pergyvena kaip ši liga paveikė ir paveiks ateityje jų artimuosius, kadangi Atvejo Nr.1 dukra paliko savo darbą, kad galėtų padėti mamai, o Atvejis Nr.2 nerimavo, kad jos dukra su vyru negalės jai padėti ir atiduos į kokius senelių namus, tačiau abi moterys gyveno su artimaisiais.

3.1. „Ligos pažinimas“

Įvertinus abu atvejus, pastebėta, kad tiriamosios geba save įvertinti ir suprasti esamą situaciją. Taip pat visų interviu metu buvo stengiamasi viską užsirašyti ranka bei pasižymėti pačias svarbiausias mintis ir pasakymus, svarbius tiriamojo požiūriu. I interviu metu, kuris buvo vykdomas praėjus bent 72 val. nuo atvykimo į Fizinės medicinos ir reabilitacijos II skyrių metu tiriamųjų buvo prašoma papasakoti įvykių seką nuo insulto patyrimo iki patekimo į reabilitacijos skyrių, formuluojamas klausimas: *„Aš noriu paprašyti, kad papasakotumėte man kaip įvyko insultas ir ką atsimenate iki dabar. Pasakokite viską, kas Jums yra svarbu, nes mane tai domina.“* Antrasis I-ojo interviu klausimas buvo: *„Kokie jūsų lūkesčiai reabilitacijos metu?“*

Atvejis Nr.1 I – asis interviu vyko 2016-05-24 pradžia 14:30 val., pabaiga 15:12 val.

Įvykių seka nuo patirto insulto iki atkeliavimo į reabilitacijos skyrių:

„Nu kaip čia gi įvyko. Sunku viską atsiminti, nes kažkaip viskas greit. Buvau darže, graži diena, sėjau pupeles ir staiga aptemo. O tada jau ligoninėj, tai gerai, kad dukra buvo pas mane, nes šiaip viena gyvenu. Bet dabar nežinau kaip bus. O prieš čia buvau penktam aukšte, lygtais neurologijos skyriuje, jūs gi buvot pas mane.“

Atsakinėdama į pirmąjį klausimą tiriamoji vis susigraudindavo, nes stipriai nerimavo kaip pavyks pagerėti, jaudinosi dėl to, kad artimiesiems taps našta, tačiau vis kartojo sau, kad reikia dirbti ir reikia judėti.

Lūkesčiai reabilitacijos metu:

„Nežinau ko čia ir tikėtis, noriu vaikščioti ir vėl dirbti sode, bet tikriausiai bus sunku. Bet noriu judėti ir pati viską daryti. Kad dukroms būtų mažiau su manim bėdos. Žinot mano kaimynei buvo insultas, liko gulėt, tai to bijau.“ (susigaudino)

Taip pat kalbant apie lūkesčius tiriamoji vis gaudinosi, nes nelabai suprato, ko galima tikėtis, kadangi gyvenime nesusidūrė su reabilitacija, tik pasidalino žinanti, jog kaimynė patyrė insultą ir liko gulėti, tas ją stipriai neramino.

Atvejis Nr.2 I – asis interviu vyko 2016-06-17 pradžia 14:20 val., pabaiga 15:00 val.

Įvykių seka nuo patirto insulto iki atkeliavimo į reabilitacijos skyrių:

„Atsimenu viską! Pirmą, buvo labai sunki savaitė, norėjau paruošti dukrai tortą, kad atšvęsti jos gimtadienį ir daug dirbau namuose, dukros gimtadienio išvakarėse, birželio 7d. tiesiog lyg iš niekur pradėjo tirpti ranka dešinė ir nebegalėjau kontroliuoti jos nei kojos. Pakviečiau dukrą, tai ji greitąją iškvietė ir atvežė į šitą ligoninę. Tada buvau viršuj ir va nuleido čia (šypsosi). Visada žinojau, kad turiu aukštą kraujo spaudimą ir reikėtų nestresuoti, bet sunku.“

Atsakinėdama į pirmąjį klausimą tiriamosios emocijos vis keitėsi, tačiau ją džiugino tai, kad atsiminė visą ligos eigą, bet kartu neramino, kad vis dar negali normaliai judėti, valgyti ir pasirūpinti savimi.

Lūkesčiai reabilitacijos metu:

„Tikiuosi pasveikti, čia visi tokie geri, kad sunku nesišypsoti. Sunku atlikti mankštas ir dirbti čia kabinete, nes ta dešinė ranka neklauso, bet gal ji atsistatys, reikia tikėtis. Dar reikia dirbuotis, kartais labai sunku.“

Po to kai baigė atsakinėti į antrąjį klausimą tiriamoji šiek tiek nuliūdo, kadangi nuleido galvą ir pasakė, kad norėtų jau grįžti į palatą.

Taigi abi tiriamosios nori pasveikti ir grįžti į kasdienį savo gyvenimą, tačiau turi daug baimių ir neramiai jaučiasi kaip artimieji į viską reaguos bei ar bus su jomis. Taip pat džiaugėsi, kad gali bent minimaliai kažką padaryti, kaip pavalgyti patiektą maistą ar nusiprausti veidą, nors abi reabilitacijos pradžioje negalėjo vaikščioti ir sėdėjo neįgaliojo vežimėliuose. Pastebėta, kad abi moterys iki patirto galvos smegenų insulto neturėjo informacijos apie tai, kaip būtų galima išvengti ligos ir nesidomėjo savo kraujotakos sutrikimų rizika.

3.2. „Veiklos problemų nustatymas“

Mums, atliekant šį tyrimą buvo labai svarbu išsiaiškinti kokiose veiklose abiem moterims kyla problemos. Taigi II – ojo interviu metu tiriamųjų buvo prašoma išskirti veiklas, kuriose kyla didžiausi sunkumai. Svarbu paminėti, kad visi interviu vyko ergoterapijos kabinete, be pašalinių asmenų, užtikrinant asmens privatumą. Šio interviu tikslas buvo stebėti ir suprasti kaip tiriamosios geba vertinti savarankiškumo įgūdžius kasdienėse veiklose bei ar atsižvelgia į tai siekdamos gerėjimo reabilitacijos metu.

Atvejis Nr.1 II – asis interviu vyko 2016-06-06 pradžia 14:30 val., pabaiga 15:06 val.

„Dabar man sunkiausia, kad negaliu išsimaudyti, apsirengiu megztuką pati, bet visa kitą per sunku, neturiu ir jėgų tiek. Pavalgau bent maistą, nors buvo sunku priprasti su kaire ranka tai daryti. Atrodo gerėja ir dešinė ranka, bet vis dar sunki atrodo, negaliu nieko su ja padaryti. Į tualetą nuveža ir palaukia, pati apsivarkau, tik dar perlipt nuo vežimo ant tualetu sunku.“

Apibendrinant tiriamosios veiklas, kuriose kyla sunkumai, galima teigti, kad labiausiai problemos pasireiškia savęs priežiūroje, tualete, rengiantis ir maudantis. Šiuo atveju pastebėta, kad tiriamoji išties yra motyvuota ir mokinant rengtis nekilo didelių sunkumų, tačiau visad reikėjo nedidelės pagalbos.

Atvejis Nr.2 II – asis interviu vyko 2016-06-27 pradžia 14:00 val., pabaiga 14:35 val.

„Sunku man viskas, nepripratus taip, kad kažko negaliu. Man svarbu, kad galėčiau bent galvą išsiplauti, o dabar negaliu, tai dukra atėjus padeda. Labai sunku rengtis, ypač kelnes, bet ateina slaugutės rytais ir padeda. Stengiuosi rengtis bent marškinius pati, ilgai užtrunku, bet išeina. Veidą nusiplaunu. Sunku tualete, ta dešinė koja tokia medinė, bet šiaip susitvarkau, tik nuvežti reikia. Labai noriu vaikščioti.“

Taigi, Nr.2 tiriamosios veiklos, kuriose kyla didžiausios problemos yra vaikščiojimas, rengimasis, savęs priežiūra, galvos plovimas.

Galima daryti išvadą, kad asmenys patyrę galvos smegenų insultą išsikelia problemas, kylančias kasdienėse veiklose dėl savarankiškumo įgūdžių praradimo, tuo pačiu metu atsiranda ir didesnė motyvacija reabilitacijos metu stengtis atlikti veiklas tinkamai. Reabilitacijos metu yra labai svarbu tiriamosioms vis pasakyti pastebėjimus, kad jų funkcija gerėja ir, kad tai vyksta labiausiai dėl jų motyvacijos bei pastangų.

3.3. „Veiklos problemų svarbumas“

Kadangi II – ojo interviu metu buvo iškeltos veiklos, kuriose kyla sunkumai tai III interviu tikslas suprasti kokio svarbumo tai yra tiriamosioms. Buvo prašoma papasakoti, kokias kasdienes veiklas gali atlikti be jokios pagalbos ir kokioms veikloms pagalba yra reikalinga, pateikiant veiklų pavyzdžius:

- Rengimasis;
- Valgymas;
- Pasirūpinimas asmens higiena;
- Pasinaudojimas tualetu.
- Persikėlimas.

Taip pat buvo primintos veiklos, apie kurias kalbėjome prieš 10 dienų, vykstant II interviu bei prašoma pasakyti kodėl atliekamos veiklos joms yra svarbios.

Atvejis Nr.1 III – asis interviu vyko 2016-06-17 pradžia 14:25 val., pabaiga 15:15 val.

„Galiu apsirengti pati, bet su kelnėmis sunkiau, nes sunku užtempti. Tai sakyčiau, kad reikia čia pagalbos. Pavalgau tikrai, bet pasigaminti negaliu ir nemanau, kad galėsiu. Pasirūpinu kiek galiu higiena, sunkiausia plautis rankas, nes dešinė vis ne sava, palieku visa šlapia. Tualete susitvarkau jau ir su lazduke nueinu, nebereikia vežti, tai patogiau. Jau beveik viską galiu daryti, tik ne maistą gaminti ir maudytis, nors dar nebandžiau, žiūrėsim kaip bus. Man svarbiausia, kad galėčiau išeiti į daržą ar pas kaimynę pabendrauti. O dabar čia tai svarbu, kad niekam nereiktų paskui mane lakstyti.“

Praėjus 25 dienoms nuo reabilitacijos pradžios, galima pastebėti, kad tiriamoji (Atvejis Nr.1) žymiai geriau supranta esamą savo fizinę būklę bei gali vertinti savo veiklas. Taip pat iš jos kalbos galima suprasti, kad reabilitacija „padėjo atsistoti ant kojų“ bei vaikščioti, tačiau išlieka dešinės rankos funkcijos sutrikimų. Taip pat tiriamoji savimi pilnai nepasitiki, kadangi teigia, jog nebegalės gaminti valgyti. Prašant išsakyti veiklų svarbumą, tiriamoji vis galvoja kas jai svarbiausia namuose, o tai yra veikla darže bei bendravimas su kaimyne.

Atvejis Nr.2 III – asis interviu vyko 2016-07-07 pradžia 14:45 val., pabaiga 15:15 val.

„Na ką aš galiu, jau nueinu į tualetą bei apsirengiu tik su sagomis daug sunkiau, nes nesuimu ir greitai pavargstu aplamai. Pavalgau čia pati, maitinti nereikia, bet kaip bus su gaminimu, nežinau, bet norėčiau tai daryti, ypač pyragus. Tai va gavau lazdelę ir pati jau einu, bet dar bijau, nedrąsu, bijau nukristi. Su ta dešine ranka tai bent pamojuoju ir šiek tiek prilaikau duonelę. Kas man svarbiausia? Svarbu, kad nereiktų dukrai namuose aplink mane bėgioti ir, kad valgyti galėčiau jiems pagaminti, vis šiokia tokia nauda. Čia reabilitacijoje man svarbiausia, kad į tualetą nueičiau pati, pavalgyčiau ir nusiprausčiau, tai beveik ir galiu atlikti, tik kartais neišeina vis kas nors, bet stengiuosi.“

Kiekvienam asmeniui svarbu jaustis savarankišku ir įgaliu savimi pasirūpinti, taip ir atvejo Nr.2 tiriamajai tas yra svarbu, ar būsi ligoninėje ar namuose, ji nori daryti tai, kas jai patinka ir yra naudinga šeimai, pvz., gaminti valgyti.

Taigi, stebint abu atvejus, kuomet praėjo dalis reabilitacijos laikotarpio galima teigti, kad abi moterys yra motyvuotos ir turi lūkesčių bei tikslų, kas joms yra svarbiausia kasdienėse veiklose.

3.4. „Reabilitacijos pasiekimai“

IV interviu metu buvo siekiama išsiaiškinti kaip tiriamosioms sekėsi reabilitacijos metu. Buvo užduodami tokie iš anksto numatyti klausimai: „*Kaip Jums sekėsi būnant šiame reabilitacijos skyriuje? Kas labiausiai įstrigo? Ką naujo sužinojote?*“

Atvejis Nr.1 IV – asis interviu vyko 2016-06-27 pradžia 14:50 val., pabaiga 15:20 val.

„Manau, kad man sekėsi neblogai, tikiu, kad ir toliau vaikščiosiu, bet darže nebebūsiu. Labiausiai įstrigo čia dirbantys, labai malonūs, nuotaikingi žmonės, visada norėdavosi dirbti vien dėl to, kad kreipia dėmesį į mane. Pasiilgsiu jūsų visų. (susigraudino) O naujo sužinojau daug, kai niekada su reabilitacija nebuvo susidūrus, tai čia viskas yra naujo ir supratau, kad daug žmonių suserga insultu, kaip ta mano palatos kaimynė, atrodo jauna moteris, bet sunkiai...“

Tiriamoji save vertino lygindama su palatos kaimyne, tačiau vis dar neigiamai į žiūrį į galimybę vėl eiti į daržą, veiklą, kuri buvo jos mėgstamiausia.

Atvejis Nr.2 IV – asis interviu vyko 2016-07-18 pradžia 15:05 val., pabaiga 15:40 val.

„Sekėsi ne taip, kaip norėčiau, kad būtų buvę, bet džiaugiuosi, kad galiu judėti pati ir būti savarankiška pavalgant, kad kiti nemaitintų, kas labiausiai nepatiko. Labiausiai įstrigo pats supratimas, kad insultas gali būti bet kam, kad ir kaip besiziūrėsi, vis kažką pražiūri. Įstrigo ir žmonės, susidraugavau su palatos kaimynę, netikėta, bet labai jau norisi namo. Naujausia man buvo ergoterapija, pirmą kartą girdėjau tokį pavadinimą, bet jūs man daug padėjot, ačiū.“

Šiuo atveju tiriamoji vertino save teigiamai, nes jautėsi pasiekusi nemažai, kadangi gali judėti pati, nors maisto gamyba yra jos mėgstamiausia veikla, apie tai mažai kalbėjo paskutinio interviu metu.

Apibendrinant tyrimo dalyvių savarankiškumo įgūdžių gerėjimą reabilitacijos metu galima pažvelgti į 1 ir 2 lentelėse pagal tyrimo instrumentus prieš ir po reabilitacijos. Taigi, vertinant pagal Barthel indeksą Atvejis Nr.1 funkcinė būklė pagerėjo nuo 20 balų iki 65 balų, tai parodo ir WHODAS 2.0 įsivertinimas mobilumo ir savęs priežiūros srityse, kylantys sunkumai bei pagalbos poreikis, atliekant kasdienes veiklas: gaminant maistą, rengiantis, maudantis. Atvejis Nr. 1 reabilitaciją baigė 2016m. liepos 1 d. Aptariant Atvejį Nr. 2 galima stebėti, kad pagal Barthel indeksą funkcinė būklė pagerėjo nuo 30 balų iki 70 balų, taip pat pagal WHODAS 2.0 įsivertinimą didžiausios problemos

taip pat kyla mobilume bei savęs priežiūroje, taip pat dalyvume, kadangi tiriamoji dalyvavo pensininkų bendrijos veiklose. Atvejis Nr. 2 reabilitaciją baigė 2016 m. liepos 22 d. Kadangi abi tiriamosios po reabilitacijos gyveno su artimaisiais, tai dėl tolimesnio bendravimo buvo atsiklausta ir artimųjų, kurie sutiko.

3.5. Tikslų kėlimas namuose

Pirmo susitikimo namuose metu tiriamųjų buvo prašoma papasakoti bei parodyti ką atsimena iš reabilitacijos programos. Pokalbio pabaigoje veikla buvo įvertinta pagal Kanadietišką veiklos atlikimo matavimą bei iškelti tikslai naudojantis Tikslų siekimo skale (GAS).

Atvejis Nr. 1 I – asis interviu vyko 2016-07-11 pradžia 16:05 val., pabaiga 17:05 val.

Tiriamoji kartu su dukra gyvena nuosavame name, su kiemu, turėjo šunį. Taip pat įėjus į namus, pastebėta, kad durų slenksčiai labai aukšti, ypač keliaujant į tiriamosios miegamąjį. Tačiau pirmojo susitikimo metu didžiąja laiko dalį praleidome lauke, kadangi buvo vasariškas oras. Tik atėjus pas tiriamąją, ši susigraudino. Paprašius papasakoti ką atsimena iš reabilitacijos programos (praėjus 10d. nuo reabilitacijos pabaigos) tiriamoji pradėjo demonstruoti, kokius pratimus atsimena kojoms, rankoms, parodė kaip vaikšto su lazda. Taip pat pastebėta, kad dukra viską tvarko ir gamina maistą namuose.

„Atsimenu kineziterapeutą. Va darau pratimus kiekvieną dieną, nebent labai tingiu, bet dukra padeda ir vis primena, kad reikia“.

Kartu su tiriamąją vertinome veiklą pagal Kanadietišką veiklos atlikimo matavimą bei išsikėlėme tikslus, kuriuos turėjo vykdyti per ateinančias 10 d.

Pagal žemiau pateiktą 9 lentelę tiriamoji nustatė veiklų svarbumą. 1A pakopoje smulkiau išskyrė asmens priežiūrą, teigė, kad dantų pastą sunku užsidėti ant šepetėlio, apsimausti kojines ir rengtis, įvertino 8 balais. Produktyviojoje veikloje labiausiai išskyrė maisto gaminimas, skalbimą ir valymą, norėtų padėti dukrai, dėl tai yra ypač svarbu. Pasyviame poilsyje išskyrė skaitymą bei darbą sode, o socializacijoje, svečių priėmimą ir lankymąsi pas kaimynes, ko šiuo metu negali padaryti dėl insulto padarinių ir baimės užkliūti.

9 lentelė. Kanadietiškos veiklos atlikimo matavimas, Atvejis Nr.1

Kanadietiškas veiklos atlikimo matavimas	
<i>1A Pakopa: Apsitarnavimas</i>	
Asmeninė priežiūra	Svarbumas - 8
Funkcinis judėjimas	Svarbumas - 9
Visuomeninis gyvenimas	Svarbumas - 5
<i>1B Pakopa: Produktivityji veikla</i>	
Namų priežiūra	Svarbumas - 10
<i>1C Pakopa: Laisvalaikis</i>	
Pasyvus poilsis	Svarbumas - 8
Aktyvus poilsis	Svarbumas - 10
Socializacija	Svarbumas - 9

10 lentelėje pateiktos veiklos, kurias išskyrė pati tiriamoji, įvertino kaip gali tai atlikti ir tos veiklos pakankumą. Taigi išskyrus 5 problemas, tiriamoji vertino save kritiškai, kadangi rengimasis, maudymasis, maisto gamyba ir tvarkymasis yra svarbios veiklos, bet jų negali atlikti taip, kaip norėtų, visur reikalinga artimojo pagalba. Beje, galima stebėti atlikimo ir pakankamumo pokyčius praėjus 20 dienų, t. y., atlikimas 2 rengiantis pagerėjo 4 balais, maudymasis 3 balais, o kitos veiklos 1 arba 2 balais. Labiausiai pagerėjo rengimosi pakankamumas, net 2 balais. Taip save vertino pati tiriamoji.

10 lentelė. Veiklos atlikimo problemos, Atvejis Nr.1

Veiklos atlikimo problemos				
<u>Problemos</u>	<u>Atlikimas 1</u>	<u>Pakankamumas 1</u>	<u>Atlikimas 2</u>	<u>Pakankamumas 2</u>
1. Rengimasis	2	5	6	7
2. Maudymasis	2	3	5	6
3. Maisto gaminimas	1	5	3	5
4. Tvarkymasis	1	2	3	2
5. Judėjimas	5	3	6	4

Atlikus veiklų svarbumo ir atlikimo vertinimus su tiriamąja iškėlėme kelis tikslus naudojantis GAS skale, kuriuos ji turėjo pasiekti per 10 dienų. Vis dėl to tiriamosios svarbiausias

tikslas buvo aplankyti kaimynę, tačiau šalia šio tikslo kartu išskėlėme dar vieną tikslą – maisto gaminimą. Tiriamoji pažadėjo kito susitikimo metu pagaminti sumuštinį (11 lentelė).

11 lentelė. Atvejo Nr. 1 išskirti tikslai ir jų siekimo strategija

Atvejis Nr. 1	Tikslas	Tikslo siekimo strategija
	1. Savarankiškai apsimauti kelnes	• Pasistatyti kėdę kambario kampe, kad stabili būtų. • Kelnes pasidėti ant kėdės ranktūrio. • Patogiai atsisėsti ant kėdės. • Pasiimti kelnes. • Į vieną kelių klešnę įkišti pažeistą koją ir užtempti iki kelių. • Tuomet įkišti kitą koją. • Prilaikant kelnes, atsistoti ir apsisukti. • Keliais remiantis į kėdę užsitempti kelnes.
	2. Aplankyti kaimynę	• Visų pirma apsirengti. • Nieko nenešti rankose. • Treniruotis atstumo nuėjimą: nuosekliai didinant. • Visą savaitę eiti pirmyn ir atgal iki išėjimo vartų. • Likusias 3 dienas išeiti už vartelių, iki kelio.

Atvejis Nr. 2 I – asis interviu vyko 2016-08-01 pradžia 16:15 val., pabaiga 17:10 val.

Tiriamoji kartu su dukra ir jos vyru gyvena 3 kambarių bute, kuris yra 3 aukšte, be lifto. Šios tiriamosios namuose buvo nemažai kilimų, tačiau kaip ji teigė, ketino jais atsikratyti. Slenksčių nebuvo. Pirmojo susitikimo metu didžiąja laiko dalį praleidome virtuvėje. Paprašius papasakoti ką atsimena iš reabilitacijos programos (praėjus 10 d.) tiriamoji pradėjo pasakoti, kad atsimena, jog reikia kiekvieną dieną mankštinti tiek koją, tiek ranką, bet kartais būna, jog guli lovoj ir mažai ką atlieka.

„Bandžiau gaminti, bet viskas veltui, nes ta ranka neklauso ir viskas. Dukra viską daro, nežinau kaip čia būti naudingai, labai noriu pagaminti bent kokią sriubą. Dabar visą laiką sėdžiu, guliu, skaitau, o taip norisi eiti, jau net skambino draugė, pasakojo, kad vyko paskaita senjorams įdomi. Šiaip sunku atsiminti viską, kas buvo rehabilitacijoje, nes čia kitaip, čia aš viena arba dukra su vyru ir vis padeda....“ (nuliūdo)

Tiriamoji norėjo labai daug šnekėti, tačiau paprašiau jos kreipti dėmesį į veiklas, kurias atlieka bei nori atlikti ir įvertinti pagal Kanadietišką veiklos matavimo klausimyną. Žemiau pateiktoje 12 lentelėje galima pastebėti, kad tiriamajai svarbiausia yra asmeninė priežiūra, namų priežiūra, aktyvus poilsis ir socializacija. Asmeninėje priežiūroje ji labiausiai išskyrė maudymasis, teigė, kad rengtis pavyksta, prisitaikė. Namų ruošoje patį svarbiausia išskyrė maisto gaminimą, apie tai ji daug kalbėjo būdama ligoninėje. O 1C pakopoj iš visų svarbiausia jai galimybė būti su bendraminčiais pensininkų bendrijoje.

12 lentelė. Kanadietiškas veiklos matavimas, Atvejis Nr.2

Kanadietiškas veiklos atlikimo matavimas	
<i>1A Pakopa: Apsitarnavimas</i>	
Asmeninė priežiūra	Svarbumas - 10
Funkcinis judėjimas	Svarbumas - 8
Visuomeninis gyvenimas	Svarbumas - 9
<i>1B Pakopa: Produktivityji veikla</i>	
Namų priežiūra	Svarbumas - 10
<i>1C Pakopa: Laisvalaikis</i>	
Pasyvus poilsis	Svarbumas - 6
Aktyvus poilsis	Svarbumas - 10
Socializacija	Svarbumas - 10

13 lentelėje pateiktos veiklos, kurias išskyrė pati tiriamoji, įvertino kaip gali tai atlikti ir tos veiklos pakankamumą. Taigi, išskyrus 4 problemas, tiriamoji vertino save kritiškai, kadangi maudymasis, maisto gamyba ir dalyvavimas visuomeninėse veiklose yra svarbios veiklos, bet jų negali atlikti taip, kaip norėtų, reikalinga kito asmens pagalba. Galima stebėti atlikimo ir pakankamumo pokyčius praėjus 20 dienų, t. y., antro vertinimo metu pagerėjo maudymasis 3 balais, o pakankamumas šios veiklos 4 balais, maisto gaminimo atlikimas 4 balais, pakankamumas 5 balais, o kitos veiklos 1. Labiausiai pagerėjo maudymosi ir maisto gaminimo pakankamumas. Taip save vertino pati tiriamoji.

13 lentelė. Veiklos atlikimo problemos, Atvejis Nr.2

Veiklos atlikimo problemos				
<u>Problemos</u>	<u>Atlikimas 1</u>	<u>Pakankamumas 1</u>	<u>Atlikimas 2</u>	<u>Pakankamumas 2</u>
1. Maudymasis	2	3	5	7
2. Maisto gaminimas	1	1	5	6
3. Judėjimas	3	4	4	5
4. Dalyvavimas	1	2	3	2

Atlikus veiklų svarbumo ir atlikimo vertinimus su tiriamąja iškėlėme kelis tikslus naudojantis GAS skale, kuriuos ji turėjo pasiekti per 10 dienų. Vis dėl to tiriamosios svarbiausias tikslas buvo maisto gaminimas, tačiau šalia šio tikslo kartu iškėlėme ir savarankišką maudymąsi. Tiriamoji pažadėjo kito susitikimo metu gaminti sriubą, su mano priežiūra (žr. 14 lentelė).

14 lentelė. Atvejo Nr. 2 iškelti tikslai ir jų siekimo strategija

Atvejis Nr.	Tikslas	Tikslo siekimo strategija
2		
	3. Maisto gaminimas (sriuba)	• Visos daržovės ant stalo lengvai pasiekiamos. • Pjaustyti daržoves atsisėdus. • Užvirinti puodą, daržoves sumesti. • Laukti kol išvirs. • Nuimant puodą naudoti pirštines ir neskubėti.
	4. Maudymasis	• Visų pirma duše pastatyti kėdę. • Atsisėdus nusirengti. • Pasileisti vandenį ir bandyti nusitrinti kūną.

Apibendrinant pirmus susitikimus su tiriamosiomis buvo pastebėta, kad abi turi stiprią motyvaciją gerinti savarankiškumo įgūdžius mėgstamose veiklose, tačiau be pagalbos nedrįsta nieko daryti taip pat reikėjo didelio skatinimo bei artimųjų pagalbos. Artimieji stengėsi tyrimo metu leisti moterims pačioms atlikti kaip įmanoma daugiau veiksmų. Tikslų siekimo strategijos buvo rašomos kartu su tiriamosiomis.

3.6. Tikslų siekimo problemos

II interviu bei stebėjimo metu buvo aptarta kokie sunkumai kyla siekiant išsikeltų tikslų bei pateiktos tyrėjo rekomendacijos kaip atlikti veiklas lengviau ir pritaikyti aplinką.

Atvejis Nr. 1 II– asis interviu vyko 2016-07-21 pradžia 16:00 val., pabaiga 16:40 val.

Su tiriamąja išskėlėme du tikslus, apsimausti kelnes ir nueiti pas kaimynę, pagal šiuos du tikslus ir pateikiamos problemos interviu metu. Taip pat tiriamoji buvo žadėjusi, kad pagamins sumuštinį.

„Kelias dienas sirgau tai niekur iš namų nėjau, dėl to negalėjau vis pavaikšėti kieme iki tvoros. Bet kelias dienasėjau tai nuėjau. Su kelnėmis sekėsi neblogai, net dukra galėtų pasakyti, kad man pačiai pavyko. Dar ir tualete pati susitvarkau, dukra nebeina, išmokau. O maudantis tai dukra mažai ką padeda, viską galiu pati. Dukra ir ranką padeda treniruoti kiekvieną dieną. Sumuštinį, taip žadėjau, bet, kad nepavyks man tikrai, va dukra jums atpjaus. (sako dukrai ką reikia padaryti)“

Šio pokalbio pabaigoje tiriamoji vis vien pagamino sumuštinį, nors ir išvaizda buvo nekoks, duona storai atpjauta, sviesto daug ir mėsos storai atpjauta, tačiau visos džiaugėmės, kad pavyko. Viso tyrimo metu tiriamoji nenorėjo, kad kas nors būtų fotografuojama dėl to vizualiai negalime parodyti kaip atrodė pagamintas sumuštinis.

Atvejis Nr. 2 II– asis interviu vyko 2016-08-11 pradžia 16:10 val., pabaiga 17:20 val.

Su šia tiriamąja taip pat turėjome du tikslus, tiriamoji turėjo pagaminti sriubą ir savarankiškai maudytis. Taigi didžiąja laiko dalį užėmė sriubos gaminimas, kadangi aš buvau tik stebėtoja, kartais paduodama kokią priemonę, kad nereikėtų tiriamajai dažnai atsikelti. Sriubos gamyba buvo sunki užduotis, manau, kad išsikėlėme per sunkų tikslą, kadangi dešine ranka tiriamoji negalėjo nulaikyti puodo, dėl to teko šį pakeisti į paprastesnį. Vietoje sriubos iš pateiktų daržovių pagaminome salotas, kurias lengvai galėjo maišyti pati tiriamoji. Kitas tikslas buvo maudymasis, šį tikslą tiriamoji turėjo kartu su nedidele artimųjų pagalba atlikti pati.

„Niekas čia man neišėina su ta sriuba, manau nepavyks nieko pagaminti visai. (pagaminus salotas) Nu ką bent tiek galėsiu, maišyti. Žinot, atrodė rehabilitacijoje ranka gerėjo greičiau, o čia kaip yra taip, lyg niekas nesikeičia, matyt be specialistų čia nieko nepadarysi. Per savaitę pavyko išsimaudyti vieną kartą, bet dukra šiek tiek padėjo, paduodama kempinę ar apipildama vandeniu.“

Šio susitikimo pabaigoje tiriamoji šiek tiek nusiramino ir suprato, kad gali pagaminti maistą nors ir minimaliai. Stebint atrodo, kad tiriamoji buvo motyvuota stengtis labiau. Tiriamoji teigė, kad per ateinančias 10 dienų stengsis labiau skirti sau laiko, mankštintis, judėti bute.

III interviu metu buvo pakartotinai įvertinti kylantys sunkumai bei tobulinami savarankiškumo įgūdžiai. Pakartoti įvertinimai pagal Kanadietišką veiklos atlikimo matavimą pateikti Atvejo Nr. 1 (10 lentelė), o Atvejo Nr.2 (13 lentelė).

Susitikimas su **Atveju Nr. 1** vyko 2016-08-01 pradžia 16:00 val., pabaiga 16:30 val.

Šio susitikimo metu tiriamoji teigė, kad kiekvieną dieną vaikšto lauke ir vieną kartą buvo išėjusi iki kelio, tačiau toliau nedrįsta eiti ir nori, kad dukra būtų šalia, nes jaučia baimę nukristi.

Susitikimas su **Atveju Nr. 2** vyko 2016-08-22 pradžia 16:10 val., pabaiga 16:40 val.

Šio susitikimo metu tiriamoji parodė, jog artimieji pasirūpino įvairiomis priemonėmis, kad galėtų stiprinti raumenis bei pagalbinėmis priemonėmis, tokiomis kaip tualetu paaukštinimas. Teigė, kad dabar jaučiasi žymiai drąsiau namuose.

3.7. Ergoterapijos poreikis namuose

Paskutinio susitikimo ir interviu metu buvo vertinami pasiekti tikslai bei prašoma tiriamųjų papasakoti patirtį apie savarankiškumo įgūdžių pagerėjimą iš savo patirties bei ar jų nuomone ergoterapeuto paslaugos reikalingos namuose, grįžus iš ligoninės.

Susitikimas su **Atveju Nr. 1** vyko 2016-08-11 pradžia 16:02 val., pabaiga 16:40 val.

Kadangi tiriamoji žinojo, jog šis susitikimas bus paskutinis, kuomet atėjau buvo paruošta kava ir skanėstai. Tačiau pirmiausia su tiriamąja aptarėme pasiektus ir nepasiektus tikslus pagal GAS skalę šiuos įvertinome (4 priedas).

Pagal 15 lentelėje pateiktus vertinimus Atvejis Nr. 1 visai nepasiekė maisto gaminimo tikslo ir judėjimo, kadangi norėjo nukeliauti pas kaimynę, bet tyrimo metu, jai tas nepavyko. Tačiau pagerėjo maudymasis ir rengimasis, dėl to tai vertinama +1 balu.

Taip pat šio paskutinio susitikimo metu buvo užduotas klausimas, ar buvo naudingos ergoterapeuto paslaugos namuose ir papildomas klausimas, ar norėtų daugiau bei dažniau tokių paslaugų.

„Tikrai šios paslaugos yra labai naudingos, nežinau kaip būtų jei nebūtų buvę, bet aš jaučiausi labiau savimi pasitikinti, žinodama ką ir kaip galiu daryti. Taip pat jūs labai padėjote atsiminti tai, kas buvo reabilitacijoje ir ką galiu daryti namuose. Norėčiau, kad ateitumėte, bet nenoriu gaišinti jūsų laiko.“

Prie šio pokalbio prisijungė ir dukra, kuri teigė, jog ergoterapeuto patarimai padėjo ne tik jos mamai, bet ir jai. Bendravimas su ergoterapeutu padėjo suprasti kaip gyventi su asmeniu, kuris patyręs insultą.

15 lentelė. Tikslų vertinimas pagal GAS

Tikslai:	Maisto gaminimas	Maudymasis	Rengimasis	Judėjimas
	Įvertinimas pagal GAS			
<u>Atvejis Nr.1</u>	-2	+1	+1	-1
<u>Atvejis Nr.2</u>	0	+1	+2	-2

Susitikimas su **Atveju Nr. 2** vyko 2016-09-01 pradžia 16:15 val., pabaiga 16:50 val.

15 lentelėje įvertinus **Atvejo Nr. 2** pasiektus ir nepasiektus tikslus, paaiškėjo, kad didžiausias pasiekimas buvo rengimosi srityje. Kaip pasiektą tikslą įvertinome maisto gaminimą, tiriamoji teigė, kad stengsis tobulėti šioje srityje, kadangi gaminti maistą jai labai patinka. Taip pat nedidelis pagerėjimas yra ir maudymosi srityje, o judėjimas buvo įvertintas kaip nepasiektas tikslas, kadangi tiriamoji nebuvo visai išėjusi iš namų, viso tyrimo metu.

Taip pat paprašius pasakyti savo nuomonę apie ergoterapeuto paslaugas namuose tiriamoji teigė, kad tai buvo įdomiausia ir sunkiausia patirtis nuo pat ligos pradžios, kadangi siekti tikslų labai sunku.

„Man buvo labai įdomu, bet ir sunku, nes daug reikalavot ir spaudėt siekti. Tačiau ačiū, kad taip, net dukra sakė, kad pagerėjo mano nuotaika, kai jūs ateidavot. Liūdna, kad nebebūsit. Aš stengsiuosi treniruotis ir tobulėti. Manau labai svarbu, kad ergoterapeutas ateitų į namus pas tokius kaip aš. Man buvo suprantamiau kaip čia dabar gyventi ir ką galiu, ko ne. Na dar su dukra savaitgalį bandysim išeiti į lauką. Buvo atėjus ir draugė, skatino judėti. Yra kas skatina. Jūsų patarimai labai padėjo man ir mano šeimai bei visa pagalba kaip saugiau atlikti kasdienės veiklas.“

Pokalbio pabaigoje tiriamoji teigė, kad tokios paslaugos kaip ergoterapija yra labai naudingos žmonėms. Prie šio interviu prisijungė ir tiriamosios dukra, kuri šiek tiek papasakojo savo patyrimą su mama, kuri patyrė galvos smegenų insultą. Ji teigė: *„Kai mama grįžo namo, supratau, kad turėsiu rūpintis dar vienu „vaiku“ nors manieji jau studentai ir taip pat norisi pridurti, kad mama nebėra tokia pati, kokia buvo iki ligos.“*

DISKUSIJA

Mišrių metodų tyrimo analizės metu tyrėja kartu su dviem tyrimo dalyvėmis siekė atskleisti kokie veiksniai turi įtakos asmenų, patyrusių galvos smegenų insultą, savarankiškumo įgūdžių gerinimui. Pagalba susidorojant su didelėmis problemomis asmens, patyrusio galvos smegenų insultą, gyvenime turi būti vystoma atsižvelgiant į asmenų individualumą. Kyla klausimas, kaip kinta savarankiškumo įgūdžiai prieš ir po reabilitacijos bei grįžus namo? Kodėl asmenims, patyrusiems galvos smegenų insultą, yra ergoterapijos poreikis namuose?

Tyrimo metu buvo atskleista, kad prie savarankiškumo įgūdžių gerinimo stipriai prisideda ergoterapeutas, teikiantis pagalbą reabilitacijos įstaigoje ir namuose bei artimieji. Svarbu ergoterapeuto profesionalumas pradedant darbą su klientu, asmeninės nuostatos bei profesinė kompetencija. Žmonės, patyrę galvos smegenų insultą, yra bendruomenė turinti savo individualumo. Pagalba jiems prasideda nuo pasitikėjimo savimi didinimo bei mokymo prisitaikyti namų aplinkoje iš naujo. Didelį vaidmenį taip pat atlieka bendravimo poreikio patenkinimas. Dirbant kartu būtina atsižvelgti į asmens norus bei tikslus ir nepamiršti, kad jis turi savo prigimtine teisę į apsisprendimo laisvę. Atliekant tyrimą, išryškėjo, jog asmenys patyrę galvos smegenų insultą jautėsi drąsiau, žinodami, kad yra pagalba.

Svarbu atkreipti dėmesį, jog laiku suteikus reikiamas žinias ir informaciją, būtų galima išvengti skaudesnių įvykių tokių, kaip griuvimai, traumos bei pakartotino insulto atvejai, žmonių patyrusių galvos smegenų insultą kasdieniame gyvenime. Atlikdama tyrimą, tyrėja suvokė, jog pati yra dalis tyrimo, dalis realybės, kurią ji analizuoja bei taiko ergoterapiją. Reikia paminėti, kad tyrėjai tyrimo atvejai nebuvo visiškai nepažįstami, tai buvo į teigiamą tyrimo pusę, nes moterys, patyrusios galvos smegenų insultą, pažinodamos tyrėją sutiko dalyvauti tyrime. Kitu atveju yra sudėtinga pasakyti ar tyrimas būtų galėjęs įvykti sėkmingai.

Vis dėlto, buvo stengtasi į tyrimo lauką eiti be išankstinių nuostatų ir „pildyti švarų lapą“, nes suvokimas, jog žinių kiekis apie gyvenimą namuose žmonėms patyrusiems galvos smegenų insultą vis dėlto nėra pakankamas. Norėta dar labiau įsigilinti į šios žmonių grupės ypatumus.

Kita vertus, tyrimas suteikė galimybę teorines žinias sieti su praktika. Kiek sunkiau buvo asmeniškai interviu metu gauti visą išsamią informaciją apie atvejus, nes patirtas insultas sukėlė didelius gyvenimo iššūkius ir antra tai – žmonės, kuriuos sudėtinga suprasti. Interpretuojant duomenis taip pat buvo atsiribota nuo asmeniškumų, prieš tyrimą įgauta patirtis su šios žmonių grupės darbu reabilitacijos srityje. Svarbu paminėti, kad sunkumai iškilo laikantis konfidencialumo, nes atvejo analizė reikalauja pakankamai daug informacijos. Nelengva buvo ir bandant pateikti metodologijos duomenis, nes norėjosi, kad būtų kuo aiškesnė ir suprantamesnė informacija.

Apžvelgiant asmenines vertybes, tyrėjai nebuvo sunku vykdyti tyrimą, nes moralinės nuostatos nesiskyrė nuo tyrimo dalyvių. Atliktą tyrimą galima būtų sugretinti su Henshaw E. ir kitų tyrėjų (2011) atliktu tyrimu [48]. Tai galima būtų padaryti interpretuojant gautus tyrimo duomenis, nes abejuose tyrimuose išryškėja didelis atvejų panašumas, bet kartu ir skirtingumas. Abiejų tyrimų atvejais, dalyviai gebėjo įvardinti tikslus, sukurti ir išmokti tikslų siekimo strategijos ir rezultatai parodė pagerėjimą pasirinktuose įgūdžiuose.

Galima daryti išvadą, kad asmenys, patyrę galvos smegenų insultą, pagerina savarankiškumo įgūdžius geriau, kuomet su jais dirba ergoterapeutas bei palaiko artimieji. Taip pat abiejų tyrimų viena iš pagrindinių užduočių buvo kylančių problemų, siekiant tikslų sprendimas. Neatsitiktinai šie tyrimai yra gretinami ir dar vienu aspektu. Kalbant apie neišnaudotas tyrimo galimybes, reikia paminėti, kad anksčiau minėto tyrimo galima būtų paimti pavyzdį ir ateityje tęsiant tyrimą orientuotis į žmones patyrusius galvos smegenų insultą bei grįžtančius namo su vidutine negalia, klausti jų pačių, įtraukiant juos į tyrimo dalyvavimą, kaip jie gerina savarankiškumo įgūdžius namuose. Žinoma, reikėtų apgalvoti ir atsižvelgti į šios temos jautrumą bei priėjimą prie respondentų.

Atliktą tyrimą taip pat galima lyginti su Schulz H.C. ir kitų tyrėjų (2012) atliktu moksliniu tyrimu, apie kylančius kasdinių įgūdžių sunkumus, prisitaikant namuose [59]. Palyginti šiuos tyrimus galima pagal tikslą, kadangi tyrimuose buvo siekiama suprasti asmenų, patyrusių galvos smegenų insultą, sunkumus, kylančius kasdienėje veikloje. Abiejų tyrimų atvejais, dalyviams didžiausi sunkumai kilo funkciniam judėjime bei maudantis.

Taip pat abu tyrimai buvo kokybiniai, atvejų analizės bei stebėtas artimųjų ir ergoterapeuto įsitraukimas į kylančių sunkumų sprendimus, atliekant kasdienes veiklas. Galima teigti, kad asmenims savarankiškumo įgūdžių gerėjimui didelę įtaką turi asmens patyrusio galvos smegenų insultą artimieji ir ergoterapeutas. Kalbant apie tyrimo ribotas galimybes, reikia paminėti, kad abiejų tyrimų rezultatai reprezentuoja tik tam tikrus insulto tipus, kadangi kokybinio tyrimo metu nėra tiriama populiacija, o tik tam tikra žmonių grupė.

Walker M. F. ir kitų tyrėjų atlikta meta analizė (2013) parodė, kad ergoterapija namuose asmenims, patyrusiems galvos smegenų insultą, per pirmus metus reikšmingai pagerino asmens savarankiškumo įgūdžius kasdienėje veikloje bei praplėtė laisvalaikio galimybes [60]. Tyrime, kuris buvo atliktas šiame darbe taip pat pagerėjo savarankiškumo įgūdžiai kasdienėje veikloje.

Tyrimą galima palyginti su dar vienu moksliniu tyrimu, kuris buvo atliktas Olandijoje. Meijering C., ir kiti (2015) atliko tyrimą, pavadinimu: „Namų aplinkos pritaikymas po insulto. Olandijoje gyvenančių asmenų, patyrusių galvos smegenų insultą, kokybinė analizė“ (ang. Home-making after stroke. A qualitative study among Dutch stroke survivors) [52].

Šio tyrimo ir mūsų tyrimo rezultatai atskleidė, kad reabilitacijos paslaugų poreikis, insultą patyrusiems asmenims yra didelis. Galvos smegenų insultą patyrę asmenys ir jų šeimos namuose susiduria su asmeniniais ir kasdieniais iššūkiais, norint pagerinti savo namų jaukumą ir gyvenimo kokybę. Didžiausi iššūkiai kyla, kai asmeniui, patyrusiam insultą, reikalinga nuolatinė pagalba, tačiau mūsų atliktame tyrime abi moterys gebėjo daug veiklų atlikti savarankiškai tai, kaip rengtis, nueiti į tualetą, pasirūpinti asmens higiena. Abiejų tyrimų dalyvių artimieji turėjo panašią nuomonę apie tai, koks gyvenimas yra su artimu žmogumi, kuris patyrė galvos smegenų insultą. Jie teigė, kad jų artimieji po patirto insulto stipriai pasikeitė bei pakeitė jų gyvenimus, kadangi tapo lyg „vaikai“, kuriais reikia rūpintis.

Apibendrinant galima teigti, kad atliktas tyrimas buvo naudingas asmeniniam augimui, tobulėjimui bei žinių gilinimui, taip pat labai tikimės, kad šiuo darbu bus prisidėta prie ergoterapijos bendruomenėje darbo žinių plėtojimo.

IŽVALGOS

1. Asmenims, patyrusiems galvos smegenų insultą, grįžimas namo sukėlė stresą, tačiau tiriamųjų atveju nepasitikėjimas savimi labiausiai pasireiškė ankstyvos reabilitacijos pabaigoje. Tiriamųjų motyvacija ir teigiamos emocijos padėjo gerinti savarankiškumo įgūdžius. Prieš reabilitaciją abi tiriamosios buvo priklausomos nuo kitų asmenų pagalbos, tačiau po reabilitacijos abi galėjo savarankiškai pavalgyti, nueiti iki tualetu bei apsirengti viršutinę kūno dalį.

2. Praėjus vieno mėnesio laikotarpiui po reabilitacijos tiriamųjų savarankiškumo įgūdžiai pagerėjo nuo visiškos priklausomybės iki gebėjimo savarankiškai namuose nueiti į tualetą, rengtis ir pasirūpinti asmens higiena. Tačiau veiklos, kuriose kyla didžiausi sunkumai išlieka panašios, tai maudymasis, judėjimas bei maisto gaminimas.

3. Taikant ergoterapiją namuose pastebėta, kad tiriamosios buvo motyvuotos siekti tikslų savarankiškumo gerinimui, žinodamos, kokios veiklos joms yra svarbiausios: maisto gaminimas, bendravimas su kaimynais.

4. Tyrimo pabaigoje nustatėme, kad ergoterapeuto paslaugos namuose asmenims, patyrusiems galvos smegenų insultą, yra labai reikalingos, tiek tirtų moterų nuomone, tiek jų artimųjų pastebėjimais.

PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS

Ergoterapeutams, dirbantiems su asmenimis patyrusiais galvos smegenų insultą, rekomenduojama:

- Kelti savo profesinę kompetenciją dirbant su asmenimis patyrusiais galvos smegenų insultą.
- Ir toliau palaikyti bei plėtoti komandinį darbą.
- Dalintis savo patirtimi su kitais ergoterapeutais.
- Vadovaujantis naująja ergoterapeuto norma MN 125:2016 plėsti įgūdžius bei paslaugų galimybes bendruomenėse.

Reabilitacijos paslaugų teikimo organizatoriams rekomenduojama:

- Inicijuoti, vystyti bei paremti reabilitacijos paslaugų teikimo galimybę namuose.
- Skatinti įvairius seminarus, konferencijas ergoterapeutams, kur pastarieji galėtų pagilinti savo žinias bei dalintis sukaupta patirtimi.
- Siekti, kad visose sveikatos įstaigose dirbtų ergoterapeutai.

Slaugos ir socialinių paslaugų namuose teikiančioms organizacijoms rekomenduojama bendradarbiauti su ergoterapeutais.

Tyrėjams rekomenduojama:

- Ir toliau vystyti bei plėtoti tyrimus ergoterapeuto darbo su asmenimis patyrusiais galvos smegenų insultą namuose ir patiriančiais sunkumų savarankiškumo įgūdžiuose, bandant geriau suprasti, kas jiems padeda įveikti sunkumus, kokia pagalba būtų efektyviausia.
- Tyrėjams, kurie norėtų atlikti išsamesnius tyrimus šia tema, siūlyčiau duomenų rinkimo metodu pasirinkti stebėjimą ir grindžiamąją teroją bei atlikti pokalbius su pačiais tiriamaisiais, kad būtų įtraukiamas jų dalyvavimas ir labiau įsigilintą į asmenines patirtis.

MOKSLO PRANEŠIMŲ, PUBLIKACIJŲ SĄRAŠAS

- Stankutė G., Individual occupational therapy needs at home after stroke: two case studies. [Kaunas, 2016] Pranešimas skaitytas “Exercise for Health and Rehabilitation” tarptautinėje konferencijoje. (8 priedas)

LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Norkutė G., Ligonį, patyrusių galvos smegenų pažeidimą, sensomotorinių reakcijų ir savarankiškumo vertinimas ankstyvuoju reabilitacijos laikotarpiu. Magistro baigiamasis darbas / mokslinis vadovas doc. D. Petruševičienė; Kauno medicinos universitetas, Slaugos fakultetas, Reabilitacijos klinika. – Kaunas, 2010. – 83 p.
2. Johnson W., Onuma O., Owolabi M., Sachdev S. Stroke: a global response is needed, Bulletin of the World Health Organization 2016; 94:634-634A. Prieiga per internetą: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.16.181636>.
3. Stroke association. State of the Nation, stroke statistics January 2016. Prieiga per internetą: https://www.stroke.org.uk/sites/default/files/stroke_statistics_2015.pdf.
4. Cicėnienė V. Mirusieji pagal mirties priežastis, Mirusieji 100 tūkst. gyventojų, 2015 m. statistika. Prieiga per internetą: <http://osp.stat.gov.lt/web/guest/statistiniu-rodikliu-analize?portletFormName=visualization&hash=cb4770dc-b9fa-4276-867a-69148cb60f9a>.
5. Dementavičienė J. Valaikienė J, Galvos smegenų insultas: etiopatogenezė, paplitimas, diagnostikos metodai ir jų vertė parenkant optimalią gydymo taktiką. Medicinos teorija ir praktika 2007;13(3):225-231.
6. Kazlauskas H., Radžiuvienė R., Raškauskienė N., Amžiaus ir ilgalaikio išgyvenamumo po galvos smegenų insulto ryšys, Gerontologija 2008; 9(3): 135–143.
7. Kasiliauskaitė M., Kazlauskas H., Norkienė S., Sąlyga J., Žiliukas G. Pacientų po galvos smegenų insulto funkcinės būklės pokyčiai reabilitacijos procese, 2014. SVEIKATOS MOKSLAI / HEALTH SCIENCES, ISSN 1392-6373.
8. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Division for Heart Disease and Stroke Prevention 2015. Prieiga per internetą: <http://www.cdc.gov/stroke/facts.htm>.
9. Guide- Miss.B.M.Gund , Mrs.P.N.Jagtap , Mr.V.B.Ingale , Dr.R.Y.Patil. Stroke: A Brain Attack, 2013. IOSR Journal Of Pharmacy (e)-ISSN: 2250-3013, (p)-ISSN: 2319-4219 Wwww.Iosrphr.Org Volume 3, Issue 8 (September 2013), P 01-23.
10. Budrys V., Klinikinė neurologija, 2009. psl. 89 – 108, ISBN: 9789955884248;
11. National Institute of Neurological Disorders and Stroke, "Stroke Hope Through Research" 2016. Prieiga per internetą: http://www.ninds.nih.gov/disorders/stroke/detail_stroke.htm#1105_2.
12. Traylor M., Loes C.A. Rutten-Jacobs, Elizabeth G. Holliday, Malik R., Sudlow C., Peter M. Rothwell J. M., Maguire S., A. Koblar S., Bevan G., Boncoraglio M., Dichgans C., Levi C., Markus S. Differences in Common Genetic Predisposition to Ischemic Stroke by Age and Sex, 2015.

Stroke. 2015;46: 3042-3047. Prieiga per internet:
<http://dx.doi.org/10.1161/STROKEAHA.115.009816>

13. Valaikienė J, Dementavičienė J. Galvos smegenų insultas: etiopatogenezė, paplitimas, diagnostikos metodai ir jų vertė parenkant optimalią gydymo taktiką. Medicinos teorija ir praktika 2007;13(3):225-231.

14. Padma S. Gunaratne, Stroke care 2012. S. Godage & Brothers (Pvt) Ltd, psl. 74 – 80, ISBN 978-955- 30-3804-3.

15. Kriščiūnas A. Reabilitacijos pagrindai, 2008// Ergoterapija. Kaunas: Vitae litera, psl. 115 –117; 119 – 120.

16. Kriščiūnas, A., Kerpė, R., Kimtys, A., Mingaila, S., Rapolienė, J., Petruševičienė, D., Kavaliauskienė, G., Savickas, R., Varžaitytė, A., Prasauskienė, A., Samėnienė, J. Ergoterapija, 2008//Sergančių galvos smegenų kraujotakos sutrikimais žmonių ergoterapija, Kaunas: Vitae litera, psl.116 – 117.

17. Alaszewski H., Alaszewski A., Billings J., Penhale B., Potter J., Life After Stroke: Reconstructing Everyday Life, 2003. Prieiga per internetą:
<file://Life After Stroke Reconstructing Everyday Life.pdf>.

18. Kriščiūnas A., Milinavičienė E., Rastenytė D., Veiksniai, turintys įtakos patyrusiųjų galvos smegenų insultą funkcinės būklės atsigavimui, Medicina, 2008; 44 (7) psl. 500-509.

19. Paolucci S., Smania N., Tinazzi M, et al. Active finger extension: a simple movement predicting recovery of arm function in patients with acute stroke. Stroke. 2007;38:1088–1090.

20. Hesse S., Knecht S., Oster P., Rehabilitation After Stroke, Deutsches Ärzteblatt International | Dtsch Arztebl Int 2011; 108(36): 600–6.

21. Andersson A., Home rehabilitation after stroke, International Journal of Technology Assessment in Health Care, 2000.

22. Bernhardt J, Thuy MN, Collier JM, Legg LA. Very early versus delayed mobilisation after stroke. Cochrane Database Syst Rev 2009;(1): CD006187. Prieiga per internetą: [http://610-2205-1-PB%20\(1\).pdf](http://610-2205-1-PB%20(1).pdf).

23. Corr S., Drummond A., Gladman J. R. F., Legg L. Leonardi-Bee J., Occupational therapy for patients with problems in personal activities of daily living after stroke: systematic review of randomised trials. British Medical Journal (2007) Vol.335: p.922 – 25. Prieiga per internetą: <http://www.bmj.com/content/335/7626/922.full.pdf>.

24. Baht P., Langhorne P., Leonardi – Bee J., Walker M. F., Individual patient data meta-analysis of randomized controlled trials of community occupational therapy for stroke patients. Stroke

2004; 35: p.2226 – 2232. Prieiga per internetą: <http://stroke.ahajournals.org/cgi/reprint/35/9/2226.pdf>.

25. Stroke Association, Occupational therapy after stroke, 2012. Prieiga per internetą: www.hcpc-uk.org.

26. Gilbertson L, Langhorne P, Walker A, Allen A, Murray GD. Domiciliary occupational therapy for patients with stroke discharged from hospital: randomised controlled trial. *BMJ* 2000 Mar 4;320(7235):603-606.

27. Atwal A., Fellows V., Spiliotopoulou G., Stradenn J., and etc., Factors influencing occupational therapy home visit practice: A qualitative study. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 2014; 21: 40–47.

28. Axelsson A., Nordin A., Sunnerhagen K. S., Patients' expectations of coming home with Very Early Supported Discharge and home rehabilitation after stroke - An interview study. *BMC Neurology* 15(235), DOI: 10.1186/s12883.

29. Ekstam L., Changes in every day life, 2009, psl. 7–15. ISBN978–91–7409–464–0.

30. LR SAM 2008 m. sausio 17 d. įsakymą Nr. V-50 „Dėl medicininės reabilitacijos ir sanatorinio (antirecidvyvinio) gydymo organizavimo". Prieiga per internetą: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.528500FDBAEE>.

31. Aasnes M., Eriksson G., Guidetti S., Tistad M., Von Koch L., Occupational Gaps in Everyday Life One Year After Stroke and the Association With Life Satisfaction and Impact of Stroke, *Top Stroke Rehabil* 2012;19(3):244–255; doi: 10.1310/tsr1903-244.

32. Flöel A., Kugel H., Meinzer M., Mohammadi S., Schiffbauer H., and etc., Integrity of the hippocampus and surrounding white matter is correlated with language training success in aphasia, 2010 Oct 15;53(1):283-90. doi: 10.1016.

33. Kiran S. What is the nature of poststroke language recovery and reorganization? *ISRN Neurology* 2012:2012-01-20.

34. Malinauskas G., Naujanienė R. (2012) Metodinė priemonė nr. VP1-2.2-ŠMM-07-K-02-016. Prieiga per internetą: http://moodle2.vdu.lt/pluginfile.php/90241/mod_resource/content/1/Metodine%20priemone_LT_2012.10.02.pdf.

35. Bitinas B., Rupšienė L., Žydzūnaitė V. (2008). Kokybinių tyrimų metodologija. Vadovėlis vadybos ir administravimo studentams. Antra dalis. Klaipėda;

36. Parton, N., O., Byrne, P. (2000). Constructive social work: towards a new practice. New York: St. Martin,,s press.

37. Stone E, Priestly M. Parasites, pawns and partners: Disability research and the role of non-disabled researchers. *Br J Sociol* 1996; 47: 699-716.
38. Rupšienė, L. Kokybinio tyrimo duomenų rinkimo metodologija. 2007, Klaipėda: KU leidykla.
39. Luobikienė, I. (2007) Socialinių tyrimų metodika, mokomoji knyga.-Kaunas: Technologija.
40. ILO, UNESCO, WHO. Joint Position Paper. Community-Based Rehabilitation for and with People with Disabilities. Switzerland; 2004.
41. Yegidis, B., Weinbach, R. 1991. Research methods for social workers. London: Longman.
42. Baptiste S., Carswell A., Law M., Pollock N. and etc. Canadian occupational performance measure, 2000 published by CAOT Publications. Prieiga per internetą: [ACEhttp://www.neuroreha.cz/sites/default/files/materialy/COPM.pdf](http://www.neuroreha.cz/sites/default/files/materialy/COPM.pdf).
43. Turner-Stokes L. Goal attainment scaling (GAS) in rehabilitation: a practical guide, *Clin Rehabil* 2009 23: 362 originally published online 29 January 2009. DOI: 10.1177/0269215508101742.
44. Thomas J. Kiresuk, Aaron Smith, Joseph E. Cardillo Book Goal Attainment Scaling—Applications, Theory, and Measurement.
45. Tellis Winston M. Application of a Case Study Methodology, *The Qualitative Report*, Volume 3, Number 3, September, 1997. Prieiga per internetą: <http://nsuworks.nova.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2015&context=tqr>.
46. WHO Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0), 2016. Prieiga per internetą: <http://www.who.int/classifications/icf/whodasii/en/>.
47. Baxter, P., & Jack, S. 2008 Qualitative Case Study Methodology: Study Design and Implementation for Novice Researchers . *The Qualitative Report*, 13(4), 544-559. Prieiga per internetą: <http://nsuworks.nova.edu/tqr/vol13/iss4/2>.
48. Baum C. M. Henshaw E., McEwen S., Polatajko H., Ryan J. D., Cognitive Approach to Improving Participation After Stroke: Two Case Studies, 2011, Volume 65, Number 1.
49. Arbesman M., Gillen G., Lieberman D., Nilsen D. Evidence Connection—Occupational therapy interventions for adults with stroke. *American Journal of Occupational Therapy*, 2015, 69, 6905395010. Prieiga per internetą: <http://dx.doi.org/10.5014/ajot.2015.695002>.
50. Matthew R. Hunt, “Active Waiting”: Habits and the Practice of Conducting Qualitative Research *International Journal of Qualitative Methods* 2010, 9(1).
51. Chantal J., De Serres Larose C., Egan M., Gallant L., Scott-Lowery L. The Use of Personal Projects Analysis to Enhance Occupational Therapy Goal Identification. *The Open Journal of Occupational Therapy*, 2016: Vol. 4: Iss. 1, Article. Prieiga per internetą: <http://dx.doi.org/10.15453/2168-6408.1186>.

52. Lettinga A., Meijering L., Nanninga C., Home-making after stroke. A qualitative study among Dutch stroke survivors, 2016. *Health & Place* 37(2016)35–42. Prieiga per internetą: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthplace.2015.11.006>.
53. L'ofqvist C., Eriksson S., Svensson T., Iwarsson S. First Steps towards Evidence-Based Preventive Home Visits: Experiences Gathered in a Swedish Municipality. Hindawi Publishing Corporation *Journal of Aging Research* Volume 2012, Article ID 352942, 11 p. doi:10.1155/2012/352942.
54. Wales K., Clemson L., Lannin N., Cameron I. Functional Assessments Used by Occupational Therapists with Older Adults at Risk of Activity and Participation Limitations: A Systematic Review, 2016. *PLoS ONE* 11(2): e0147980. doi:10.1371/journal.pone.0147980.
55. Waller P. Occupational Therapy Goals during Acute Discharge for Older Adults, 2015. University of Sydney, Master of Occupational Therapy Thesis.
56. Stroke Unit Trialists' Collaboration, Organised inpatient (stroke unit) care for stroke, 2013. DOI: 10.1002/14651858.CD000197.pub3. Prieiga per internetą: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1747-4949.2012.00967.x/full>.
57. Garcia, G., Norise, C., Faseyitan, O., Naeser, M. A., Hamilton, R. H. Utilizing Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation to Improve Language Function in Stroke Patients with Chronic Non-fluent Aphasia. *J. Vis. Exp.* (77), e50228, doi:10.3791/50228 (2013).
58. Ayerbe L., Ayis S., Wolfe C. D. A., Rudd A.G., Natural history, predictors and outcomes of depression after stroke: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry* Jan 2013, 202 (1) 14-21; DOI: 10.1192/bjp.bp.111.107664.
59. Schulz C. H., Hersch G. I., Foust J. L., Wyatt A. L., Godwin K. M., Virani S., Identifying Occupational Performance Barriers of Stroke Survivors: Utilization of a Home Assessment. Pages 109-123 | Received 17 Feb 2012, Accepted 17 Apr 2012, Published online: 25 May 2012 <http://dx.doi.org/10.3109/02703181.2012.687441>.
60. Walker F. M., Sunnerhagen K. S., Fisher R. J., Evidence – Based Community Stroke Rehabilitation. *Stroke*. 2013;44:293-297. DOI: 10.1161/STROKEAHA.111.639914.
61. Hickey et al. Community-based post-stroke service provision and challenges: a national survey of managers and inter-disciplinary healthcare staff in Ireland *BMC Health Services Research* 2012, 12:111 Prieiga per internetą: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/12/111>.
62. Hesse-Biber, S. N. (2010). Mixed methods research: merging theory with practice. New York: Guilford.

PRIEDAI

**LIETUVOS SVEIKATOS MOKSLŲ UNIVERSITETAS****BIOETIKOS CENTRAS**

Kodas 302536989, A. Mickevičiaus g. 9, LT-44307 Kaunas, tel.: (8 37) 327233, viet. tel.: 5121, www.lsmuni.lt, el.p.: sochumkatedra@lsmuni.lt

Medicinos akademijos (MA)
Antrosios pakopos studijų programa –
SVEIKATINIMAS IR REABILITACIJA
I k. magistr. Giedrei Stankutei

2016-02-29

Nr. REC-AR(M)-165

DĖL PRITARIMO TYRIMUI

LSMU Bioetikos centras, įvertinęs (MA) antrosios pakopos studijų programos – Sveikatinimas ir rehabilitacija I k. magistr. Giedrės Stankutės (mokslinio darbo vadovė: doc. dr. Daiva Petruševičienė, LSMUL KK Reabilitacijos klinika) mokslinio-tiriamąjo darbo temos: „Savarankiškumo įgūdžių vertinimas ir ergoterapijos poreikis namuose, asmenims, patyrusiems galvos smegenų insultą“ tiriamojo darbo anotaciją, tiriamojo asmens informavimo formą, tiriamojo asmens informuoto sutikimo formą, tyrimo protokolą, leidžia spręsti, jog planuojamame tyrime neturėtų būti pažeistos tiriamojo teisės, todėl šiam tyrimui pritariama.

Bioetikos centro vadovo pavaduotoja

prof. Z. Liubarskienė

LIETUVOS SVEIKATOS MOKSLŲ UNIVERSITETAS
MEDICINOS AKADEMIJA
SLAUGOS FAKULTETAS

(Magistranto vardas ir pavardė, studento pažymėjimo Nr.)

AUTORIAUS INDĖLIO IR AKADEMINIO SAŽININGUMO DEKLARACIJA

20__m._____mėn.____d.

Magistro baigiamojo darbo _____
(Pavadinimas)

temą, tyrimo apimtį (tinkamą eilutę pažymėti ženklų „x“ ir užpildyti):

☐	suformulavau ir apibrėžiau savarankiškai, remdamasis asmeniniais pastebėjimais: (nurodyti ankstesnius šios srities savo tyrimus, kitus šaltinius ir tyrimus, padėjusius suformuluoti baigiamojo darbo problemą, tikslus ir uždavinius)
☐	pasirinkau iš siūlomų darbo vadovo arba kitų mokslininkų, dėstytojų: (nurodyti mokslininko arba dėstytojo vardą ir pavardę):

Renkant ir įvertinant medžiagą bei rengiant baigiamąjį darbą, mane konsultavo mokslininkai,
dėstytojai ir specialistai, jų indėlis rengiant baigiamąjį darbą:

Rinkdamas medžiagą naudojausi šiomis Lietuvos sveikatos mokslų universiteto priemonėmis ir
infrastruktūra (jei naudojote, pažymėkite; nurodykite procentinę išraišką: jei kitiems asmenims
priklausančios priemonės ir infrastruktūra nenaudota – 100 proc., jei naudota – nurodyti Universiteto
dalies dydį):

Laboratorija ir laboratoriniai prietaisai	☐	proc.
Reagentai	☐	proc.
Kitos priemonės ir medžiagos (nurodykite)	☐	proc.

Patvirtinu, kad mano baigiamasis bakalauro darbas yra savarankiškai parašytas, pateikta medžiaga nėra
plagijuota, falsifikuota, tyrimo duomenys nėra klastoti, darbas nėra dubliuotas. Tiesiogiai arba
netiesiogiai vartotos kitų šaltinių citatos pažymėtos literatūros nuorodose. Kitų asmenų indėlis (jei toks
yra darbe) yra aiškiai deklaruotas. Patvirtinu, kad darbas parašytas taisyklinga lietuvių kalba.

(Parašas)

(Magistranto vardas ir pavardė)

Laisvai disponuodamas turtais autorius teisėmis į savo baigiamąjį darbą Lietuvos sveikatos
mokslų universitetui suteikiu neišimtinę, neatlyginamą, neterminuotą, neribotą teritoriškai licenciją

atkurti baigiamąjį darbą bet kokia forma arba būdu, jį išleisti, versti, viešai demonstruoti, skelbti, padaryti pasiekiamą internetu, adaptuoti arba kitaip perdirbti, naudoti paskesniuose tyrimuose, platinti jo kopijas parduodant, nuomojant, teikiant panaudai ar kitaip perduodant nuosavybėn arba valdyti, taip pat importuojant, eksportuojant.

(Parašas)

(Magistranto vardas ir pavardė)



WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

3 priedas

1 skyrius Pradinis lapas

F1	Respondento identifikavimo numeris			
F2	Apklausėjo identifikavimo numeris			
F3	Įvertinimas (1, 2, ir t.t.)			
F4	Interviu data	diena	mėnuo	metai
F5	Gyvenamoji situacija interviu metu. (pažymėti vieną atsakymą)	Nepriklausomas bendruomenėje	1	
		Gyvena su pagalba	2	
		Ligoninėje	3	

2 skyrius Demografinė ir bendroji informacija

A1	Lytis	Moteris	1
		Vyras	2
A2	Kiek jums dabar yra metų?	_____	
A3	Kiek maždaug metų praleidote mokydamasis/-i mokykloje, kolegijoje ar universitete?	_____	
A4	Jūsų santuokinis statusas? <i>(Pasirinkti vieną galimą atsakymą)</i>	Niekada netekėjusi (nevedęs)	1
		Ištekėjusi (vedęs)	2
		Atskirai gyvenate	3
		Išsiskyrusi (Išsiskyręs)	4
		Našlys (našlė)	5
		Gyvenate be santuokos	6
A5	Kuris teiginys apibūdina geriausiai jūsų darbinį statusą? <i>(Pasirinkti vieną galimą atsakymą)</i>	Apmokamas darbas	1
		Turite savo verlą ar ūkį	2
		Neapmokamas darbas	3
		Studentas	4
		Namų šeimininkas/-ė	5
		Pensininkas/-ė	6
		Bedarbis (dėl sveikatos)	7
		Bedarbis (dėl kitų priežasčių)	8
		Kita (įvardinti)_____	9



WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

4 skyrius Sričių apžvalgos

1 sritis Pažinimas

Per paskutines 30 dienų kokie sunkumai kilo:		Jokių	Nedideli	Vidutiniai	Dideli	Ypač dideli
D1.1	Susikoncentruojant į veiklą 10 minučių?	1	2	3	4	5
D1.2	Prisimenant atlikti svarbius dalykus?	1	2	3	4	5
D1.3	Kasdien nagrinėjant ir randant sprendimus sunkumams spręsti?	1	2	3	4	5
D1.4	Išmokstant naują užduotį, pavyzdžiui, kaip nukeliauti į naują vietą?	1	2	3	4	5
D1.5	Suprantant, ką kiti žmonės kalba?	1	2	3	4	5
D1.6	Pradedant ir palaikant pokalbį?	1	2	3	4	5

2 sritis Mobilumas

Per paskutines 30 dienų kokie sunkumai kilo:		Jokių	Nedideli	Vidutiniai	Dideli	Ypač dideli
D2.1	Ilgai stovint, apie 30min?	1	2	3	4	5
D2.2	Atsistoiant iš sėdimos padėties?	1	2	3	4	5
D2.3	Judant savo namuose?	1	2	3	4	5
D2.4	Išeinant iš namų?	1	2	3	4	5
D2.5	Einant ilgas distancijas, apie 1km?	1	2	3	4	5

3 sritis Savęs priežiūra

Per paskutines 30 dienų kokie sunkumai kilo:		Jokių	Nedideli	Vidutiniai	Dideli	Ypač dideli
D3.1	Maudantis?	1	2	3	4	5
D3.2	Apsirengiant?	1	2	3	4	5
D3.3	Valgant?	1	2	3	4	5
D3.4	Pasirūpinant savimi kelias dienas?	1	2	3	4	5



WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

4 sritis Sutariant su žmonėmis

Per paskutines 30 dienų kokie sunkumai kilo:		Jokių	Nedideli	Vidutiniai	Dideli	Ypač dideli
D4.1	Bendraujant su nepažįstamais?	1	2	3	4	5
D4.2	Palaikant draugystę?	1	2	3	4	5
D4.3	Sutariant su žmonėmis, kurie yra aplink jus?	1	2	3	4	5
D4.4	Naujų draugų radimas?	1	2	3	4	5
D4.5	Seksualinė veikla?	1	2	3	4	5

5 sritis Gyvenimo veiklos

5 (1) Buitinė veikla

Dėl sveikatos būklės, per pastarąsias 30 dienų, kokių sunkumų kilo:		Jokių	Nedideli	Vidutiniai	Dideli	Ypač dideli
D5.1	Pasirūpinant savo buitinėmis atsakomybėmis?	1	2	3	4	5
D5.2	Gera atliekant svarbiausias namų ruošos užduotis?	1	2	3	4	5
D5.3	Atliekant numatytas namų ruošos užduotis?	1	2	3	4	5
D5.4	Atliekant buitines veiklas greitai, kaip tik reikia?	1	2	3	4	5

Jei bent vienas iš atsakymų nuo D5.2 iki D5.5 buvo įvertintas aukščiau nei 1, paklausti:

D5.01	Kiek dienų per paskutines 30 dienų dėl sveikatos būklės negalėjote pasirūpinti buitine veikla?	<i>Įrašyti dienų skaičių</i> ____
-------	--	-----------------------------------

Jei respondentas dirba (apmokamą, neapmokamą darbą ar dirba nepriklausomai) ar eina į mokyklą, atsakyti į D5.5-D5.10 klausimus kitame puslapyje. Kitu atveju, tęsti nuo D6.1.



WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

5(2) Darbo ar mokyklos veikla

Dėl sveikatos būklės, per pastarąsias 30 dienų, kokių sunkumų kilo:		Jokių	Nedideli	Vidutiniai	Dideli	Ypač dideli
D5.5	Darbo ar mokyklos kasdienybėje?	1	2	3	4	5
D5.6	Gera atliekant darbo ar mokyklos svarbiausias užduotis?	1	2	3	4	5
D5.7	Atliekant visus darbus, kuriuos reikia atlikti?	1	2	3	4	5
D5.8	Atliekant savo darbus taip greitai kaip reikia?	1	2	3	4	5
D5.9	Ar turėjote dėl sveikatos dirbti mažiau nei visada?				Ne	1
					Taip	2
D5.10	Ar uždirbote mažiau pinigų dėl sveikatos būklės?				Ne	1
					Taip	2

Jei bent vienas iš atsakymų nuo D5.2 iki D5.5 buvo įvertintas aukščiau nei 1, paklausti:

D5.02	Per paskutines 30 dienų kiek dienų teko praleisti darbą pusei ar daugiau dienos dėl sveikatos būsenos?	<i>Irašyti dienų skaičių ____</i>
-------	--	-----------------------------------

6 sritis Dalyvavimas

Per paskutines 30 dienų:		Jokių	Nedideli	Vidutiniai	Dideli	Ypač dideli
D6.1	Kiek sunkumų patyrėte prisijungiant bendruomenės veiklose, lyginant su kitais, pvz., šventės, religinės ar kitos veiklos?	1	2	3	4	5
D6.2	Kiek sunkumų kilo dėl patiriamų kliūčių ar trikdžių jūsų gyvenime?	1	2	3	4	5
D6.3	Kiek sunkumų kilo dėl patiriamo kitų žmonių požiūrio ir veiksmų į jus?	1	2	3	4	5
D6.4	Kiek laiko praleidote besirūpinant savo sveikatos būseną ar to požymiams	1	2	3	4	5
D6.5	Kaip emociškai buvote paveiktas savo sveikatos būsenos?	1	2	3	4	5
D6.6	Kaip finansiškai jūsų sveikatos būseną paveikė jus ir šeimą?	1	2	3	4	5



WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

D6.7	Kiek sunkumų jūsų šeima patyrė dėl jūsų sveikatos būsenos?	1	2	3	4	5
D6.8	Kiek sunkumų patyrėte darydamas ką nors savo malonumui ar poilsiui?	1	2	3	4	5

H1	Apskritai, per paskutines 30 dienų, kiek dienų turėjote sunkumų?	<i>Irašyti dienų skaičių</i> ____
H2	Per paskutines 30 dienų, kiek dienų negalėjote atlikti savo įprastinių veiklų ar darbo dėl sveikatos būsenos?	<i>Irašyti dienų skaičių</i> ____
H3	Per paskutines 30 dienų, neskaitant dienų, kai visiškai negalėjote nieko padaryti, kiek dienų turėjote sumažinti arba neatlikti savo įprastinės veiklos ar darbo, dėl sveikatos būsenos?	<i>Irašyti dienų skaičių</i> ____



WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

Sveikatos būsenos:

- **Ligos, susirgimai ar kitos sveikatos problemos.**
- **Sužalojimai.**
- **Psichologinės ir emocinės.**
- **Problemos dėl alkoholio.**
- **Problemos dėl narkotikų.**

Kylantys sunkumai, atliekant veiklą reiškia:

- **Daugiau pastangų.**
- **Diskomfortas ar skausmas.**
- **Lėtumas.**
- **Pokyčiai veiklų atlikime.**

Galvokite apie paskutines 30 dienų.

Vertinimo lapas

Paciento vardas:..... Amžius.....

Identifikavimo Nr:..... Išrašymo data:.....

Ergoterapeutas:.....

Svarbumas pacientui: Svarbus , Labai svarbus, Ypač svarbus.

Sunkumas siekiant tikslo (specialistas): Nesunkus, Mažai sunkus, Vidutiniškai sunkus, Labai sunkus

Tikslo siekimo **pagrindas**: paprastai nustatoma kai yra funkcija ar nėra (taip blogai kaip tik galėtų būti)

	Paciento iškelti tikslai	SMART tikslas	Svarbumas	Tikslo siekimo sunkumas	Pagrindas	Pasiekta		Pokytis (aprašyti pasiekimą, jei kitoks nei siekta)
1			☐ Svarbus ☐ L.Svarbus ☐ Ypač svarbus	☐ Nesunkus ☐ Mažai sunkus ☐ Vidut.sunkus ☐ Labai sunkus	☐ Yra funkcija ☐ Nėra funkcijos	☐ Taip ☐ Ne	☐ Daug geriau (+2) ☐ Šiek tiek geriau (+1) ☐ Kaip tikėtasi (0) ☐ Iš dalies pasiekta (-1) ☐ Taip pat, kaip iš pradžių (-2) ☐ Blogiau (-3)	
		Data	Pagrindinė funkcija					Data
2			☐ Svarbus ☐ L.Svarbus ☐ Ypač svarbus	☐ Nesunkus ☐ Mažai sunkus ☐ Vidut.sunkus ☐ Labai sunkus	☐ Yra funkcija ☐ Nėra funkcijos	☐ Taip ☐ Ne	☐ Daug geriau (+2) ☐ Šiek tiek geriau (+1) ☐ Kaip tikėtasi (0) ☐ Iš dalies pasiekta (-1) ☐ Taip pat, kaip iš pradžių (-2) ☐ Blogiau (-3)	
		Data	Pagrindinė funkcija					Data
3			☐ Svarbus ☐ L.Svarbus ☐ Ypač svarbus	☐ Nesunkus ☐ Mažai sunkus ☐ Vidut.sunkus ☐ Labai sunkus	☐ Yra funkcija ☐ Nėra funkcijos	☐ Taip ☐ Ne	☐ Daug geriau (+2) ☐ Šiek tiek geriau (+1) ☐ Kaip tikėtasi (0) ☐ Iš dalies pasiekta (-1) ☐ Taip pat, kaip iš pradžių (-2) ☐ Blogiau (-3)	
		Data	Pagrindinė funkcija					Data

KANADOS VEIKLOS ATLIKIMO MATAVIMAS

(CANADIAN OCCUPATIONAL PERFORMANCE MEASURE)

1A: Apsitarnavimas

- Asmeninė priežiūra

	Problemos	Visai nesvarbu	SVARBUMAS								Ypač svarbu
1		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

- Funkcinis judėjimas

	Problemos	Visai nesvarbu	SVARBUMAS								Ypač svarbu
1		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

- Visuomeninis gyvenimas

	Problemos	Visai nesvarbu	SVARBUMAS								Ypač svarbu
1		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

1B: Produktyvioji veikla

- Apmokamas/neapmokamas Darbas

	Problemos	Visai nesvarbu	SVARBUMAS								Ypač svarbu
1		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

- Namų priežiūra

	Problemos	Visai nesvarbu	SVARBUMAS								Ypač svarbu
1		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

1C: Laisvalaikis

- **Pasyvus poilsis**

	Problemos	Visai nesvarbu	SVARBUMAS									Ypač svarbu
1		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
2		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
3		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

- **Aktyvus poilsis**

	Problemos	Visai nesvarbu	SVARBUMAS									Ypač svarbu
1		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
2		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
3		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

- **Socializacija**

	Problemos	Visai nesvarbu	SVARBUMAS									Ypač svarbu
1		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
2		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
3		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

TIRIAMOJO ASMENS SUTIKIMO FORMA

Aš,, sutinku dalyvauti Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Slaugos fakulteto, magistro Sveikatinimas ir reabilitacija studentės Giedrės Stankutės atliekamoje apklausoje, skirtoje nustatyti, asmenų patyrusių galvos smegenų insultą savarankiškumo įgūdžius ir ergoterapijos poreikį namuose.

Tiriamajo asmens

_____ (Parašas)

Nr. _____

Data _____

TIRIAMOJO ASMENS INFORMAVIMO FORMA

Lietuvos sveikatos mokslų universiteto sveikatinimas ir reabilitacija programos studentė tiriamojo darbo rengimo metu atliks tyrimą, skirtą nustatyti ergoterapijos poreikį ir savarankiškumo įgūdžius namuose. Tyrimo tikslas įvertinti savarankiškumo įgūdžius bei nustatyti ergoterapijos poreikį namuose, asmenims, patyrusiems galvos smegenų insultą. Tyrimo dalyviai VšĮ Kauno klinikinės ligoninės pacientai.

Tyrimo duomenys bus panaudoti tik studijų tikslams.

Anonimiškumas ir gautų duomenų konfidencialumas garantuojamas.

Darbo mokslinis vadovas:

Tyrėjai:

Dr. Doc. Daiva Petruševičienė

Giedrė Stankutė



CERTIFICATE OF ATTENDANCE

This to certify that

Giedrė Stankutė

participated in 2nd International Conference

“Exercise for Health and Rehabilitation”

and presented a poster presentation

*“Individual occupational therapy needs at home
after stroke: two case studies”*

Conference is organized by Institute of Sports of Lithuanian University of
Health Sciences and Lithuanian Federation of Sports Medicine.

Invited participants: physiotherapists, occupational therapists, adapted physical
activity specialists, sports medicine doctors, physical medicine and
rehabilitation physicians, trainers.

The Conference was held by Rector's order No. PS-17-236-T-M.

Head of Institute of Sports,
Lithuanian University
of Health Sciences
Prof. Rimantas Gudas

Vice-president
of Lithuanian Federation
of Sports Medicine
Assoc. Prof. Alma Kajėnienė

