
Asmenų gyvenimo kokybės ir savarankiškumo vertinimas ergoterapijoje, patyrus galvos smegenų insultą

L. Gedmintaitė*
D. Petruševičienė*
E. Lendraitienė*
K. Šmigelskas**

**LSMU MA Slaugos fakulteto
Reabilitacijos klinika*

***LSMU MA Visuomenės
sveikatos fakulteto
Sveikatos psichologijos katedra*

Santrauka. Galvos smegenų insultas yra trečioji pagal dažnumą mirties priežastis Šiaurės Amerikoje, Europoje ir Azijoje bei viena dažniausių ir ekonomiškai nuostolingiausių ligų, kuri vyrauja tarp suaugusiųjų neįgalumo priežasčių. Straipsnyje pateikiami naujausi duomenys apie asmenų, persirgusių galvos smegenų insultu, funkcinės būklės ir gyvenimo kokybės vertinimą ergoterapijoje. Daug dėmesio skiriama gyvenimo kokybei ir įvairioms paciento gyvenimo sritims, kurias stipriai paveikia liga. Taip pat pateikiami duomenys apie ergoterapiją, kuri yra orientuota į pacientų gebėjimų sugrąžinimą, palaikymą ar sutrikimų kompensavimą tikslinga veikla, siekiant padėti pacientams savarankiškai gyventi.

Raktažodžiai: galvos smegenų insultas, ergoterapija, gyvenimo kokybė, savarankiškumas. Neurologijos seminarai 2013; 17(57): 198–202

IVADAS

Galvos smegenų insultas (GSI) – tai ūminis galvos smegenų kraujotakos sutrikimas, pasireiškiantis bendraisiais smegeniniais ir židininiais neurologiniais simptomais, trunkantis ilgiau kaip 24 valandas [1].

Europos Sąjungoje galvos smegenų insultą per metus patiria apie vienas milijonas žmonių. Tuo tarpu JAV kasmet registruojama 700 000 insulto atvejų (500 000 pirmą kartą įvykusių, 200 000 – pakartotinių insultų). Nustatyta, kad vidutiniškai pasaulyje kas 45 sekundes įvyksta galvos smegenų insultas, kas 3–4 minutes nuo insulto miršta žmogus [2]. Patyrę insultą, 15–30 % ligonių visam laikui lieka neįgalūs, 20 % ilgiau negu 3 mėnesius reikia specialios priežiūros gydymo įstaigose. Po pirmojo insulto per metus miršta 21 % vyrų ir 24 % moterų, vyresnių negu 40 m., per penkerius metus – 47 % vyrų ir 51 % moterų [3]. Pasaulinės sveikatos organizacijos (PSO) koordinuojamo tyrimo MONICA (*World Health Organization Multinational Monitoring of Trends and Determinants in Cardiovascular disease*) duomenimis, didžiausias GSI paplitimas buvo Suomijoje, Rusijoje ir Lietuvoje [3].

Lietuvoje, pagal oficialią statistiką, sergančiųjų galvos smegenų insultu asmenų skaičius 2011 m. siekė 22 889 [4]. Lietuvoje 100 000 gyventojų pirminių insultų padažnėjo nuo 2008 m. – 628,95 iki 2011 m. – 710,36 atvejo. Lyginant duomenis apskrityse, 2011 m. mažiausiai pirminio in-

sulto atvejų buvo Klaipėdos apskrityje – 593,91/100 000 gyv., daugiausiai Vilniuje – 797,19/100 000 gyv. [5]. Galvos smegenų insultas yra opi problema ne tik medicininis, bet ir socialiniu ir ekonominiu požiūriais, kadangi insultu dažniausiai serga darbingo amžiaus žmonės. GSI yra viena pagrindinių ligonių hospitalizacijos ir ilgalaikės negalios priežasčių daugelyje pasaulio šalių, tarp jų ir Lietuvoje [6].

GSI PATYRUSIŲ ASMENŲ GYVENIMO KOKYBĖ

Nuo XX a. 7-ojo dešimtmečio pradžios JAV ir Vakarų šalių mokslininkų darbuose ir politinėse programose [7, 8] buvo pradėta plačiau kalbėti apie socialinę ir ekonominę veiksmų svarbą: įvairių socialinių grupių (ypatingą dėmesį skiriant socialiai pažeidžiamoms grupėms) gyvenimo kokybę, gerovę, pragyvenimo lygio ir sąlygų pokyčius. Kaip atskira tyrimų sritis, gyvenimo kokybės samprata susiformavo ir subjektyvios gyvenimo kokybės tyrimai prasidėjo 1960 metais – susidomėta gyvenimo kokybe skirtingose socialiniuose moksluose (ekonomikoje, sociologijoje), psichologijoje, medicinoje ir kt. Gyvenimo kokybės sampratos daugialypiškumas kėlė daug neaiškumų. Kadangi gyvenimo kokybė yra daugialypė socialinė sąvoka, dėl to suvokiama labai įvairiai [8]. 1993 m. Pasaulinė sveikatos organizacija pasiūlė gyvenimo kokybės apibrėžimą, pagal kurį gyvenimo kokybė – tai individo savos pozicijos gyvenime, tikslų, lūkesčių, interesų ir kultūros vertybių sistemoje, kurioje jis gyvena, suvokimas. Gyvenimo kokybei įtakos turi asmens fizinė, dvasinė ir sveikatos būklės, savarankiškumo laipsnis ir socialiniai ryšiai su aplinka [9].

Adresas:

*Daiva Petruševičienė
Tel. (8 680) 27 117
El. paštas daiva.petruseviciene@gmail.com*

Nors anksčiau, tiriant galvos smegenų insultu (GSI) persirgusius asmenis, buvo labiau orientuojamasi į funkcinę būklę ir į jų išgyvenamumą, dabar gyvenimo kokybės vertinimas taikomas vis dažniau ir yra pripažįstama, kad gydymo veiksmingumo įvertinimas turi apimti tiek išgyvenimo trukmę, tiek ir gyvenimo kokybę [10]. Paciento suvokimas yra vienas esminių veiksnių dabartinėje sveikatos priežiūros sistemoje, akcentuojančioje į pacientą orientuotą priežiūrą, todėl gyvenimo kokybės aprašymai būtini vertinant ir kontroliuojant pacientų būklę po insulto. Objektivių testų, kuriais įvertinami fiziniai sutrikimai ir (arba) funkciniai apribojimai, duomenys nesuteikia informacijos apie tai, kaip pacientas suvokia psichologinę (emocinę) savo sutrikimų įtaką. Vis daugiau dėmesio skiriama gyvenimo kokybei, susijusiai su sveikatos būkle po insulto, kaip papildomam ligos pasekmių ir gydymo veiksmingumo rodikliui [11]. Atsiranda poreikis medicams gilinti žinias apie patikimų ir pagrįstų gyvenimo kokybės nustatymo priemonių parinkimą ir taikymą, taip pat nustatyti gyvenimo kokybę lemiančius veiksnius. Šiam tikslui šiuo metu plačiai naudojamas klausimynas SF-12, kuris vertina fizinę ir psichinę sveikatą. Atlikti tyrimai rodo, kad prisitaikymas po insulto reikalauja sudėtingų ir ilgalaikių pokyčių asmens gyvenime [12]. Žinant svarbiausius persirgusiųjų GSI ir sveikų žmonių gyvenimo kokybės aspektus, būtų galima tobulinti sveikatos ir socialinės priežiūros sistemą [10]. Lietuvos sveikatos programoje nurodyta, kad Lietuvos gyventojų gyvenimo kokybę bus galima pagerinti nuolat ją stebint, aktyvinant žmonių dalyvavimą visuomenės gyvenime ir formuojant sveikatos politiką [13].

Lietuvoje atliktų tyrimų rezultatai atskleidžia, kad gyvenimo kokybės samprata, jos vertinimas, „laimės jausmo“ supratimas susiję su respondentų lytimi, gyvenimo patirtimi, išgyvenimais (teigiamais ar neigiamais), dabartinėmis gyvenimo sąlygomis ir sveikata. Veiksniai, labiausiai lemiantys pagyvenusių žmonių gyvenimo kokybę, susiję su individualiomis savybėmis (pvz., sveikata, aktyvumu ar pasyvumu), mikroaplinka (t. y. artimiausia socialine aplinka) ir materialinės gerovės komponentais (pajamomis, galėjimu dirbti) [14]. Tuo tarpu užsienio autorių duomenys rodo, kad pacientams, patyrusiems galvos smegenų insultą, vienas svarbiausių veiksnių gyvenimo kokybės atžvilgiu yra išlaikyti sveikus socialinius santykius [15]. Kiti autoriai, naudoję SF-36, taip pat nustatė, kad fizinė sveikata yra labiausiai paveikiamas komponentas, patyrus galvos smegenų insultą [16].

REABILITACIJA PO GALVOS SMEGENŲ INSULTO

Vienas pagrindinių rehabilitacijos principų – ji pradeda, kai tik žmogus suseraga. Ankstyvoji rehabilitacija yra plačiai vertinama kaip svarbus bruožas veiksmingo insulto priežiūrai [17]. Visais atvejais rehabilitacijoje turi dalyvauti šeima ir visuomenė. Šiuo metu vis labiau pripažįstama, kad ir

sunkią negalią turintys žmonės gali būti savarankiški, jeigu jiems sudaromos tinkamos sąlygos [18].

Reabilitacijos specialistai, dirbantys su pacientais, patyrusiais galvos smegenų insultą, ilgai manė, kad funkcijų atsigavimas trunka tris pirmuosius mėnesius po įvykusio insulto. Tačiau pastaruoju metu atlikti tyrimai rodo, kad pagrindinis funkcijų, suvokimo atsigavimas vyksta pirmus tris mėnesius, bet tuo jis nesibaigia [19]. Neurologinis ir funkcinis atsigavimas greičiausiai vyksta per pirmuosius tris mėnesius po insulto, vyresnio amžiaus žmonėms progresas trunka ir po šio laiko, tačiau lėčiau [20]. JAV atlikto tyrimo duomenimis, praėjus 6 mėnesiams po insulto 33 % asmenų eina su pagalba, 26 % – nesavarankiški kasdienėje veikloje, 26 % – tęsia gydymą slaugos namuose [21].

Kiti tyrimai rodo, kad ligonio biosocialinių funkcijų atsigavimas vidutiniškai trunka nuo trijų iki šešių mėnesių nuo ligos simptomų atsiradimo [19]. Išskiriamos trys atsigavimo stadijos: ūmioji (kuri trunka apie dvi savaites); pūmė (trunkanti iki šešių mėnesių po simptomų atsiradimo) ir lėtinė fazė (kuri trunka mėnesius ar net metus po insulto, ši fazė kartais gali trukti ir visą likusį asmens gyvenimą) [21].

Lietuvoje palaikomąją reabilitaciją namuose reglamentuoja 2010 m. SAM įsakymas Nr. V-50 „Dėl medicininės reabilitacijos ir sanatorinio (antirecidyvinio) gydymo organizavimo“. Palaikomoji reabilitacija namuose apibrėžiama kaip trijų valandų trukmės paslauga, susidedanti iš trijų procedūrų, teikiama tris kartus per savaitę. Kiekviena procedūra turi trukti ne trumpiau kaip 60 min. Procedūras visą paciento gyvenimą atlieka skirtingų profesinių kvalifikacijų specialistai. Palaikomosios reabilitacijos paslaugas namuose teikia šie specialistai: fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojas (ne rečiau kaip 2 k. per metus), kineziterapeutas, ergoterapeutas. Teikiamos procedūros – kineziterapijos, masažo, ergoterapijos [24]. Tačiau, vadovaujantis šiuo įsakymu, reabilitacijos paslaugų taikymas namuose nenumatomas asmenims, patyrusiems galvos smegenų insultą.

ERGOTERAPIJA PO GALVOS SMEGENŲ INSULTO

Ergoterapija yra grindžiama tikslinga veikla, kuri padeda pasiekti funkcinių rezultatų, gerinančių sveikatą. Ergoterapija skiriama asmenims, turintiems įvairių pažeidimų, pažinimo sutrikimų, psichosocialinę disfunkciją, protinę negalią, mokymosi sutrikimų ar fizinę negalią [25].

Šiuo metu ergoterapija yra viena dažniausiai siūlomų sveikatos apsaugos sistemos paslaugų ligoninėse, reabilitacijos centruose, ilgalaikiuose priežiūros namuose, ambulatorijos skyriuose, profilaktinėse bendruomenės programose. Ergoterapeutas gali užtikrinti, kad pacientas atliks uždavinius, susijusius su kasdiena veikla, atlikdamas kiek pakeistus, išdėstytus tam tikra tvarka uždavinius. Ergoterapeutas taip pat pritaiko technines priemones. Norėdamas

įgyvendinti užsibrėžtus tikslus, ergoterapeutas dirba reabilitacijos komandoje. Jo funkcionalumas priklauso nuo žinių apie užimtumą ir nuo atpažinimo, kokios veiklos tam tikru atveju esamoje aplinkoje reikia siekiant pagerinti paciento veiklą [17].

Ergoterapija po insulto apima [26]:

1. Ergoterapijos procedūras, kurios ugdo, gerina arba grąžina kasdienius įgūdžius, tarp jų apsitarnavimą, bendravimą, pasirošimą darbui, žaidimų įgūdžius, laisvalaikio praleidimą ir mokymosi įgūdžius.

2. Gydymo metodus, kuriais lavinama sensomotorika, suvokimas, gerinama nervų ir raumenų veikla, motyvacija, pažinimas ir kiti įgūdžiai.

3. Ligonio, jo šeimos narių ergoterapijos procedūrų atlikimo mokymą. Ši pagalba apima paciento poreikių ir sumanymų įvertinimą, tobulinimą, taikymą arba pagalbinių priemonių naudojimo mokymą, reabilitacijos technologijų kūrimą, gamybą ir taikymą, naudojimosi ortezais arba protezais mokymą; fizinių priemonių, kurios padeda ruošti tikslingai veiklai, naudojimą. Ergoterapijos teorija ir praktika yra skirtos mokyti atlikti veiklą. Veiklos atlikimas yra ergoterapijos įtakos sfera [18, 26].

Po stacionarinės reabilitacijos daugelyje šalių asmenims po GSI teikiamos ambulatorinės ergoterapijos procedūros. Šio etapo tikslas – padėti pacientui išspręsti problemas, su kuriomis jis susiduria savo įprastinėje aplinkoje [27]. Kitose šalyse, kur yra įdiegta namų reabilitacijos sistema, ergoterapeutas įvertina namų aplinką, pataria, ką reikėtų pakeisti, siekiant sumažinti griuvimo riziką, atsižvelgia į paciento ir šeimos narių poreikius. Namų aplinkos vertinimo tikslas yra nustatyti, ar pacientui saugu grįžti į namus, ar jis jau tam pasirėngęs. Tai apima paciento gebėjimą vykdyti įprastas užduotis namų aplinkoje [27]. Ergoterapeutas apžiūri, kokių pagalbinių priemonių gali prireikti pacientui [16]. Didžiosios Britanijos asociacija ir Ergoterapijos kolegija (angl. *The British Association and College of occupational therapists*) pataria, prieš išrašant pacientą iš ligoninės, nuvykti apžiūrėti aplinką, kurioje jis gyvens. Kartais vizitai į namus būna kartu su pacientu, kartais į ligonio namus ergoterapeutas važiuoja vienas [28]. Ergoterapeutas taip pat vertina paciento gebėjimą planuoti, įgyvendinti ir spręsti problemas, užduotis (pasigaminti maisto, saugiai gerti paskirtus vaistus, telefonu išsikviesti pagalbą ar apmokėti sąskaitas) [16]. Indijoje bendruomenėje dirbantis ergoterapeutas skatina žmonių su negalia socialinę integraciją [29].

SERGANČIŲJŲ GSI FUNKCIJŲ VERTINIMAS ERGOTERAPIJOJE

Ergoterapija po GSI apima pacientų stebėjimą ir vertinimą naudojant standartizuotus ir nestandartizuotus testus, matavimus, pasiektų rezultatų įvertinimą. Ergoterapeutas (reabilitacijos komandos narys), norėdamas įvertinti ligonio būklę, numatyti ergoterapijos tikslus ir uždavinius, turi nustatyti kasdienės veiklos sutrikimo pobūdį [26].

Pacientų vertinimas atliekamas siekiant ergoterapeutui nustatyti judėjimą, jutimą, koordinacijos, regėjimo, suvokimo, pažinimo funkcijas, gebėjimą atlikti kasdienio gyvenimo užduotis. Vertinimas naudojamas siekiant nustatyti asmens ir aplinkos sritis, kuriose kyla sunkumų, leidžia sudaryti gydymo planą, tikslus ir ergoterapijos užduotis, kurios būtų orientuotos į pacientą, įtraukiant į ergoterapijos procesą ir šeimos narius, artimuosius. Paciento vertinimas turi apimti Tarptautinės funkcionavimo, neįgalumo ir sveikatos klasifikacijos sritis (ICF). Ergoterapeutai siekia nustatyti tikslus, susijusius su paciento veikla, dalyvumu, kurie yra konkretūs, išmatuojami, pasiekiami, realistiški ir susiję su konkrečiu pacientu [27].

Pradinis ergoterapijos vertinimo procesas – interviu su pacientu ir artimaisiais. Juo siekiama nustatyti anksčiau turėtus su judėjimu susijusius gyvenimo vaidmenis, užduotis ir veiklą. Stebėjimų metu vertinamos asmens problemos, susijusios su kasdiene veikla, asmens higiena. Asmens gyvenimo sritims įvertinti ir nustatyti problemas yra naudojami standartizuoti testai: Funkcinio nepriklausomumo testas (FIM), Barthel testas (*Barthel Index*), instrumentinės kasdienės veiklos vertinimo anketa (IADL), kanadietiškas veiklos vertinimo testas (*Canadian Model of Occupational Performance*). Pagalbos reikalingumo supratimas kiekvienoje paciento gyvenimo srityje, veikloje ir prioritetų nustatymas padeda ergoterapeutui tinkamai nustatyti ergoterapijos uždavinius, kuriais bus siekiamas tikslas. Paciento veiklos apribojimų stebėjimas leidžia ergoterapeutui nustatyti judėjimo, jutimą, pažinimo, suvokimo sutrikimus [30].

Ergoterapeutas atlieka patikrą ir išsamesnius pažinimo funkcijų vertinimus, jei randami atminties, suvokimo sutrikimai, kurie turi įtakos kasdienei veiklai. Ergoterapeutas standartizuotais testais gautus rezultatus pritaiko paciento ergoterapijos planui sudaryti. Ergoterapeutai naudoja tokius testus, kaip trumpas protinės būklės vertinimo testas (angl. *Mini mental state examination*), CAM testas (angl. *Cognitive assessment of Minnesota*, liet. Minesotos pažinimo funkcijų testas), Rivermedo elgesio-atminties testas (*Rivermead behavioral memory test*). Pažinimo sutrikimai pacientui kelia sunkumų gaminant maistą, sutrinka gebėjimas planuoti, todėl sergantieji gali pamiršti, kaip tinkamai vartoti vaistus, nebesugeba naudotis kompiuteriu ar kitais daiktais [30].

Tarp minėtų standartizuotų klausimynų labiausiai paplitęs Funkcinio nepriklausomumo testas (FNT, angl. *FIM*). Juo vertinama tiek judėjimo, tiek pažinimo funkcijos. FNT yra standartizuota ir dažnai taikoma ligonių, patyrusių GSI, funkcinę būklę ištyrėti priemonė, vertinant 18 aspektų. Šis testas yra išsamesnis nei Barthel indeksas ir atspindi ne tik ligonio kasdienės veiklas, jo gebėjimą apsitarnauti, judėti, kontroliuoti žarnyno ir šlapimo pūslės funkciją, bet ir pažinimo bei socialines funkcijas. Šiuo testu vertinant funkcinę būklę, gali būti išskiriami gebėjimų priklausomų nuo motorikos (13 aspektų) ir pažinimo funkcijų (5 aspektai), vertinimo poskaliai. Naudojant šį testą, vertinamas ne tik ligonio gebėjimas apsitarnauti, bet ir jo

orientacija, gebėjimas spręsti problemas ir palaikyti socialinius santykius [26].

Ergoterapeutui taip pat labai svarbu ištirti paciento jautumus, motoriką ir viršutinės galūnės funkcijas. Ergoterapijos taikymas, atsižvelgiant į pažeidimo laipsnį, orientuojamas į jėgos didinimą, spastiškumo prevenciją, jutimų, smulkiosios motorikos, koordinacijos, viršutinės galūnės funkcijos gerinimą. Ištirimui galima naudoti rankinių raumenų testavimo būdą (angl. *manual muscle testing*), griebimo-suspaudimo testą (angl. *grip and pinch strengths*), devynių kaištukų testą (angl. *nine hole peg test*), modifikuotą Ashworth'o skalę (angl. *modified Ashworth scale*) ir modifikuotą Tardieu skalę (angl. *modified Tardieu scale*). Šios priemonės leidžia identifikuoti, kaip insultas lemia viršutinės galūnės funkcijos sutrikimus ir kasdienės veiklos sunkumus. Šiuo metu nėra vieno patvirtinto universalus testo, su kuriuo būtų įvertinta rankos funkcija, todėl pasaulyje pagal paciento funkcijų pažeidimą naudojami įvairūs testai [27].

Australijoje pacientams, patyrusiems GSI, ergoterapeutas vertina regėjimo, suvokimo sutrikimus [30]. Ergoterapeutui labai svarbu žinoti apie paciento regėjimą ir vizualinio suvokimo pokyčius: regėjimo aštrumą, regėjimo lauką. Ligonių po GSI funkciniam nepriklausomumui atgauti yra svarbu įvertinti vizualinius suvokimo sutrikimus ir reabilitacijos eigoje koreguoti juos ergoterapinėmis priemonėmis [30]. Vertinti yra naudojami standartizuoti vertinimo testai: OT-APST testas (angl. *Occupational Therapy Adult Perceptual Screening Test*, liet. Ergoterapijos – suaugusių suvokimo atrankos testas), RPAB priemonė (angl. *Rivermead Perceptual Assessment Battery*, liet. Rivermead suvokimo įvertinimo priemonė), BIT testas (angl. *Behavioral Inattention Test*, liet. Elgesio neatidumo testas) [30].

Baigiantis paciento reabilitacijos laikotarpiui, svarbu nepamiršti ergoterapijos procedūrų metu sukurti kasdienio gyvenimo situacijas, su kuriomis pacientas gali susidurti namuose. Svarbu, kad pacientas atliktų kasdienės užduotis, o ergoterapeutas jam padėtų tai atlikti pritaikant priemones ar išmokant tam tikrų metodikų (apsirengimo mokymas). Pacientas reabilitacijos pabaigoje turėtų sugebėti baigti kasdienės užduotis ir tai atlikti saugiai namų aplinkoje [16].

Taip pat reikėtų nepamiršti ir kai kurių specifinių, galbūt siauros paskirties, bet dažnai reikalingų veiklų, tokių kaip sumažėjusio mobilumo kompensavimas. Pacientams, kurie vairavo iki insulto, ergoterapeutas teikia informaciją ir konsultuoja apie vairavimo galimybes, atsakomybę. Australijoje rekomenduojama, kad pacientas neturėtų vairuoti mažiausiai mėnesį po insulto arba praeinančio smegenų išemijos priepuolio (PSIP). Kartais ir ilgiau, jei yra didelis nervų, suvokimo, pažinimo deficitas. Priklauso nuo gydytojo konsultacijos. Australijoje yra galimybė pacientą siųsti pas ergoterapeutą, kuris vertina vairavimo įgūdžius, dėmesį, pavojaus išvėlgimą, reakcijos laiką ir žinias apie kelių eismo taisykles. Kelyje važiavimo galimybę vertina transporto priemonės vairavimo instruktorius ir ergoterapeutas [27].

Kita svarbi ir labai reikalinga veikla – darbas. Vertinamam pacientui grįžimą į darbą ergoterapeutui svarbu surinkti kuo daugiau informacijos apie darbo pobūdį, kokias pareigas ėjo (darbo trukmė) ir darbo sąlygas. Ergoterapeutas, naudodamas tyrimų duomenis apie paciento sensorines funkcijas, pažinimo, suvokimo, regėjimo, klausos ir psichologinius gebėjimus, sudaro grįžimo į darbą planą, jei reikia – rekomenduoja profesinės reabilitacijos centrus. Žinodamas paciento būklę ir atlikęs darbo vietos vertinimą, su darbdaviu aptaria grįžimo į darbą galimybes, darbo valandas ir pareigas [31].

Asmenims, patyrusiems galvos smegenų insultą, ypač svarbu gyventi visavertį gyvenimą, išlaikyti tinkamus socialinius santykius, savarankiškumą ir galimybę grįžti į darbą. Visus klausimus, susijusius su minėtų veiklų problemų sprendimu, padeda spręsti ergoterapeutas. Jis padeda žmonėms rasti galimybę būti kuo mažiau priklausomiems nuo kitų asmenų tiek socialiniu, tiek ekonominiu požiūriu, siekti ir įgyvendinti asmeninius kasdienes tikslus, adaptuojantis prie ligos ar traumos sukeltų sąlygų. Pažymėtina, kad ergoterapeuto funkcija nėra vienadienė ir trumpalaikė. Ergoterapeutas aktyvaus gyvenimo proceso siekia nuo gyvenimo pradžios iki pabaigos. Siekiant užtikrinti šį procesą, būtini kiekybiniai ir kokybiniai vertinimai ir testavimai, padedantys nustatyti funkcinis sutrikimus, turinčius įtakos žmogaus veiklai ir gyvenimo pilnatvei. Pacientams po stacionarinės reabilitacijos būtina užtikrinti reabilitacijos tęstinumą, kadangi atsigavimas po ligos labai dažnai trunka ilgiau nei pati stacionarinė reabilitacija. Puikus pavyzdys yra kitų šalių praktika, rodanti, kad būtina namuose užtikrinti ergoterapiją, kadangi iš ligoninės į namus grįžę pacientai susiduria su daugybe problemų, kurias ergoterapeutas padeda spręsti.

Gauta:
2013 06 10

Priimta spaudai:
2013 07 16

Literatūra

1. Klinikinė neurologija. Red V. Budrys. Vilnius, 2009.
2. Rosamond W, Flegal K, Friday G, et al. American Heart Association Statistics Committee and stroke statistics subcommittee, Heart disease and stroke statistics. *Circulation* 2007; 115(5): e69-171.
3. Valaikienė J, Dementavičienė J. Galvos smegenų insultas: etiopatogenezė, paplitimas, diagnostikos metodai ir jų vertė parenkant optimalią gydymo taktiką. *Medicinos teorija ir praktika* 2007; 225–231.
4. Lietuvos sveikatos rodiklių sistema. Higienos instituto sveikatos informacijos centras, 2013.
5. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Higienos instituto sveikatos informacijos centras. Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla 2011 m. Vilnius, 2012.
6. Rastenytė D, Šopagienė D. Galvos smegenų insultas. *Sveikata* 2004; 47-52.
7. Ruta D, Camfield L, Donaldson C. Sen and the art of quality of life maintenance: towards a working definition of quality of life. UK, 2006.

8. Vazonienė G. Subjektyvios pagyvenusių žmonių gyvenimo kokybės socialiniai ekonominiai veiksniai. *Sociologija. Mintis ir veiksmai* 2010; 10(2): 186–204.
9. Krančiukaitė D, Rastenytė D, Jurėnienė K. Kauno populiacijos gyvenimo kokybės vertinimas naudojant SF-12 klausimyną. *Medicina* 2007; 43(6): 501.
10. Buck D, Jacoby A, Massey A, et al. Evaluation of measures used to assess quality of life after stroke. *Stroke* 2004.
11. Krančiukaitė D, Rastenytė D, Jurėnienė K, et al. Persirgusiųjų galvos smegenų insultu gyvenimo kokybė. *Medicina* 2007; 43–29.
12. Bo-Ok J, Hee-Ju K, Kyung-Yeol B, et al. Determinants of quality of life in the acute stage following stroke. *Psychiatry Investigation* 2012; 9(2): 127–33.
13. Šumskienė J, Kupčinskas L, Šunskas L, Šepetauskienė E. Kepenų ciroze sergančių ligonių gyvenimo kokybės ypatybės. *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas* 2004; 8: 174–8.
14. Fahey T, Nolan B, Whelan C. Monitoring quality of life in Europe, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Luxembourg, 2003.
15. Lynch EB, Butt Z, Heinemann A, et al. A qualitative study of life after stroke: the importance of social relationships. *Journal of Rehabilitation Medicine* 2008; 40: 518–23.
16. Sturm JW, Donnan GA, Dewey HM, et al. Quality of life after stroke. *Stroke* 2004; 35.
17. Berhardt J, Indredavik B, Langhorne P. When should rehabilitation begin after stroke? *International Journal of Stroke* 2013; 5–7.
18. Kriščiūnas A. Reabilitacijos sistema Lietuvoje (praetis, dabartis, ateitis). *Medicina* 2005; 41–3.
19. Kwakkel G, Kollen BJ. Predicting activities after stroke: what is clinically relevant? *International Journal of Stroke* 2013; 1: 25–32.
20. Stein J, Harvey RL, Mack RF, et al. Handbook of experimental neurology methods and techniques in animal research. *JAMA Neurology* 2009; 345–65.
21. Kelley-Hayes M, Beiser A, Kase CS, et al. The influence of gender and age on disability following ischemic stroke: the Framingham study. *J Stroke Cerebrovascular Disease* 2003; 12: 119–26.
22. McCluskey A, Ada L, Middleton S, et al. Improving quality of life by increasing outings after stroke: study protocol for the Out-and-About trial. *International Journal of Stroke* 2013; 1: 54–8.
23. Kiran S. What is the nature of poststroke language recovery and reorganization? *ISRN Neurology* 2012.
24. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas dėl medicininės reabilitacijos ir sanatorinio (antirecidyvino) gydymo organizavimo Nr. V-50. Vilnius, 2008.
25. Milinavičienė E. Veiksnių, turinčių įtakos sergančiųjų galvos smegenų insultu reabilitacijos efektyvumui, įvertinti ir jų prognozinės vertės nustatymas antruoju reabilitacijos etapu. Daktaro disertacija. Kaunas: KMU, 2008.
26. Petruševičienė D, Kriščiūnas A. Ligonių, sirgusių galvos smegenų insultu, ergoterapija. *Medicina* 2003; 39.
27. Rowland TJ, Cooke DM, Gustafsson LA. Role of occupational therapy after stroke. *Annals of Indian Academy of Neurology* 2008; 99–107.
28. The British Association and College of occupational therapists. Occupational therapy after stroke. 2012.
29. Mishra S. Occupational therapy in community based rehabilitation. *Indian Journal of Occupational Therapy* 2003; 35: 13–6.
30. Cooke D, McKenna K, Fleming J. Development of a standardised occupational therapy screening tool for visual perception in adults. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 2005; 12: 59–71.
31. Royal College of Physicians. National clinical guidelines for stroke. GB, 2004.

L. Gedmintaitė, D. Petruševičienė, E. Lendraitienė, K. Šmigelskas

ASSESSMENT OF FUNCTIONAL INDEPENDENCE AND QUALITY OF LIFE IN OCCUPATIONAL THERAPY FOR PATIENTS AFTER STROKE

Summary

Stroke is the third leading cause of death in Europe, the U.S., and Asia and is one of the most frequent and economically disadvantageous diseases. The disease dominates at the top causes of disability. It is highly important that patients who have suffered a stroke would be able to live a full-fledged life, maintain social activity and independence, and return to work. Occupational therapist is working for improvement of skills related with all these areas. He helps people to maintain their independence from other people in social and economic aspects as well as to seek and achieve their daily goals while adapting to disease or trauma effects. Occupational therapist's function consists of continuous evolving process to achieve an active life. To ensure this process the assessments and testing for evaluation of patient's function and quality of life are necessary. Patients who have completed rehabilitation course as in-patient should continue the process thereafter as out-patients, since the full recovery often takes longer than hospital rehabilitation. In some countries the out-patient rehabilitation is ensured and includes the occupational therapist who helps to cope with challenges in the patient's daily life.

Keywords: stroke, occupational therapy, quality of life, independence.