

ŠIAULIŲ UNIVERSITETAS
SOCIALINĖS GEROVĖS IR NEGALĖS STUDIJŲ FAKULTETAS
MEDICINOS PAGRINDŲ KATEDRA

Taikomosios kūno kultūros magistrantūros studijų programa

Agnė Naujokaitienė

**ASMENŲ, PATYRUSIŲ RANKŲ KAULŲ LŪŽIUS, MOTYVACIJOS IR
SAVARANKIŠKUMO KAITA TAIKANT REABILITACIJĄ**

Magistro darbas

*Magistro darbo vadovė -
doc.dr. D.Mockevičienė*

2013

Magistro darbo santrauka

Darbe atlikta *teorinė* mokslinės literatūros analizė, kuri susijusi su motyvacija ir rankų kaulų lūžių tema, bei grindžiami tyrimo rezultatai juos lyginant su mokslininkų panašaus pobūdžio tyrimo duomenimis.

Iškelta *hipotezė* kad, ne tik reabilitacijos priemonės bet ir pačio asmens motyvacija pasveikimui lemia greitesni funkcinį nepriklausomumą.

Tyrimo tikslas: Nustatyti asmenų, patyrusių rankų kaulų lūžius, motyvacijos ir savarankiškumo kaitą taikant reabilitaciją.

Siekiant išsiaiškinti, kaip asmenys vertina veiklos atlikimą kasdienėje, darbo ir laisvalaikio srityje buvo naudojamas Kanadietiškas veiklos vertinimo testas. Įvertinti asmenų motyvaciją buvo naudotas Pasveikimo padėties valdymo klausimynas. Tiriamieji taipogi buvo apklausti naudojant anketą, kuri buvo paruošta tyrėjo.

Tyrimo dalyvavo 100 asmenų patyrusių įvairius rankų kaulų lūžius.

Empirinėje dalyje nagrinėjami biosocialinių įgūdžių, savarankiškumo ir motyvacijos pokyčiai, taikant reabilitaciją.

Svarbiausios empirinio tyrimo *išvados*:

1. Asmenims, patyrusiems rankų kaulų lūžius reabilitacijos pradžioje daugiausia kilo apsitarnavimo problemos - 73,4 %. Reabilitacijos pabaigoje stebėtas statistiškai reikšmingas ($p < 0,05$) atlikimo (nuo $5,3 \pm 1,0$ iki $7,5 \pm 0,7$ balo iš 10 galimų) ir pasitenkinimo (nuo $4,0 \pm 1,2$ iki $7,0 \pm 1,1$ balo iš 10 galimų) pokytis.
2. Asmenų, patyrusių rankų kaulų lūžius, ambulatorinės reabilitacijos pradžioje motyvacijos lygis buvo pakankamas, vidutiniškai $26,1 \pm 0,7$ balo iš 36 galimų pagal PPVK. Įvertinus tiriamųjų motyvaciją po reabilitacijos nustatyta, kad motyvacija pagerėjo statistiškai reikšmingai ($p < 0,05$) ir siekė $29,1 \pm 0,8$ balo pagal PPVK.
3. Reabilitacijos metu didžiausias atlikimo pokytis stebėtas vyrams (nuo $5,3 \pm 0,8$ iki $7,8 \pm 0,7$ balo), 45-59 metų asmenims (nuo $5,5 \pm 1,1$ iki $7,7 \pm 0,5$ balo), asmenims po pirštakaulių lūžimo (nuo $4,9 \pm 0,5$ iki $7,6 \pm 0,9$ balo). Didžiausias pasitenkinimo pokytis stebėtas vyrams (nuo $3,6 \pm 1,1$ iki $7,1 \pm 1,1$ balo), iki 44 metų asmenims (nuo $3,8 \pm 1,2$ iki $7,2 \pm 1,1$ balo), po pirštakaulių lūžimo (nuo $3,2 \pm 0,8$ iki $7,0 \pm 0,8$ balo) bei aukštos motyvacijos asmenims (nuo $4,0 \pm 1,1$ iki $7,2 \pm 1,0$ balo).

Esminiai žodžiai: Rankų kaulų lūžiai, biosocialiniai įgūdžiai, motyvacija, neįgalumas, sveikata.

Turinys

| | |
|---|----|
| Magistro darbo santrauka | 2 |
| Įvadas | 4 |
| 1 skyrius. ASMENIMS PATYRUSIEMS RANKŲ KAULŲ LŪŽIUS MOTYVACIJOS IR REABILITACIJOS VAIDMUO, BIOSOCIALINIŲ FUNKCIJŲ ATSTATYMO KONTEKSTE: TEORINIAI ASPEKTAI | 8 |
| 1.1. Motyvacija ir jos problema reabilitacijoje..... | 8 |
| 1.2. Sveikatos ir negalios samprata bei sąsajos | 13 |
| 1.3. Biosocialinių funkcijų atstatymas po rankos kaulų lūžių | 17 |
| 2 skyrius. REABILITACIJOS IR MOTYVACIJOS VAIDMUO ASMENIMS PO RANKŲ KAULŲ LŪŽIŲ GYVENIMO KOKYBEI | 24 |
| 2.1. Tyrimo imtis ir organizavimas | 24 |
| 2.2. Tyrimo metodai | 24 |
| 2.3. Duomenys apie tiriamuosius | 29 |
| 2.3. Asmenų motyvacijos vertinimas | 32 |
| 2.4. Asmenų veiklos sutrikimų vertinimas Kanadietišku veiklos vertinimo testu | 35 |
| Išvados | 45 |
| Literatūra | 46 |
| Priedai | 52 |

Įvadas

Mokslinė problema ir jos aktualumas.

Pasak psichologų motyvacija suteikia veiklai prasmę ir kryptį, tai vidinis impulsas, noras patenkinti nepatenkintus poreikius, tai valia siekti. Motyvacija yra veiklos skatinimo sistema, kurią sąlygoja motyvai. Ji neatsiejama nuo asmeninės dispozicijos, motyvų, tikslų, taip pat vertės ir identiteto.

Motyvacijos lygį įtakoja paties asmens nusiteikimas dalyvauti reabilitacijoje ir požiūris į sveikatą, taip pat terapeuto ir asmens tarpusavio bendravimas (R. Colombo, F. Pisano, A. Mazzone et al., 2007). C. Lloyd, R. King, M. McCarthy et al. nurodo statistiškai patikima priklausomybė tarp motyvacijos ir sveikimo proceso. Palankus rezultatų palyginimas, reikiamos informacijos gavimas iš reabilitacijos komandos narių turi teigiamą poveikį motyvacijai. Per didelę šeimos narių bei personalo globa, informacijos trūkumas, nepalankus palyginimas su kitais asmenimis neigiamai įtakoja motyvaciją. Aplinka, kurioje asmuo reabilituojamas bei specialistų komanda įtakoja motyvacijos lygį (N. Maclean, P. Pound, C. Wolfe et al., 2000).

Rankos aktyviai dalyvauja kasdienėje žmogaus veikloje, todėl jos yra labiausiai pažeidžiama žmogaus kūno dalis. Rankos tarnauja žmogui ne tik dirbant, bet ir bendraujant su kitais. Pagrindinė plaštakos funkcija – paimti daiktus, juos išlaikyti, pajusti smulkių daiktų formą, struktūrą, jais naudotis. Rankos funkcijos praradimas dėl traumos ar ligos paveikia gebėjimą atlikti kasdienę veiklą savarankiškai.

Kasdienėje žmogaus veikloje traumų pasitaiko gana dažnai. Labai aktualios rankų bei plaštakos traumos, kadangi daugiausia jomis atliekami įvairūs darbai, kurių metu gali būti sužalojamos plaštakos funkcijai svarbios struktūros.

Nors pagerėjus technologijoms ir sutrumpėjus imobilizacijos laikui, net ir taikant visus metodus neužtenka asmenų gyvenimo kokybės užtikrinimui labai svarbią vietą užima motyvacija. Asmenų savarankiškumas priklauso ne tik nuo taikyto gydymo, bet ir pačio asmens pastangų, valios ir motyvacijos.

Darbo naujumas: Asmenų, patyrusių rankų kaulų lūžius, savarankiškumo kaita vertinta motyvacijos aspektu.

Tyrimo objektas - Asmenų patyrusių rankų kaulų lūžius savarankiškumo ir motyvacijos kaita.

Iškelta **hipotezė** teigianti kad, ne tik reabilitacijos priemonės bet ir pačio asmens motyvacija pasveikimui lemia greitesnį funkcinį nepriklausomumą.

Tyrimo tikslas – Nustatyti asmenų, patyrusių rankų kaulų lūžius, motyvacijos ir savarankiškumo kaitą taikant reabilitacija.

Tyrimo uždaviniai:

1. Įvertinti asmenų, patyrusių rankų kaulų lūžius, savarankiškumą reabilitacijos pradžioje ir pabaigoje.
2. Nustatyti asmenų, patyrusių rankų kaulų lūžius, motyvacijos lygį pasveikimui ir padėties valdymui reabilitacijos pradžioje ir pabaigoje.
3. Įvertinti asmenų savarankiškumo kaitą priklausomai nuo motyvacijos lygio, amžiaus, lyties bei traumos pobūdžio.

Tyrimo imtis. Tyrime dalyvavo 100 asmenų patyrusių įvairius rankų kaulų lūžius, iš jų 41 vyras ir 59 moterys. Tyrimas buvo atliktas Panevėžio fizinės medicinos ir reabilitacijos centre. Tyrimas truko 14 mėnesių. Tyrimas buvo pradėtas 2011 metų sausio mėnesi ir baigtas 2012 metų vasario mėnesi.

Tyrimo metodologija ir metodai. Teorinė mokslinės literatūros šaltinių analizė, klausimynas. Siekiant išsiaiškinti, kaip asmuo vertina veiklos atlikimą kasdienėje, darbo ir laisvalaikio veikloje, buvo naudojamas Kanadietiškas veiklos vertinimo testas (KVVT). Įvertinti asmenų motyvaciją buvo naudotas Pasveikimo padėties valdymo klausimynas (PPVK) (ang. Recovery Locus of Control). Tyrimo duomenys buvo apdoroti MS Excel, SPSS 12.0 programa. Duomenys įvertinti buvo skaičiuojami aritmetiniais vidurkiais, standartiniais nuokrypiais. Vidurkių skirtumo patikimumui buvo naudojamas Vilkoksono neparаметrinis priklausomų imčių kriterijus ($p < 0,05$).

Santrumpos

KVVT – Kanadietiškas veiklos vertinimo testas

n – tiriamųjų skaičius

p – patikimumas

pav. – paveikslas

PPVK - Pasveikimo padėties valdymo klausimynas

proc. – procentai

PSO – Pasaulinė sveikatos organizacija

SD – standartinis nuokrypis

Pagrindinės sąvokos

Ergoterapija (gr. *ergon* - darbas, *terapija* – gydymas) – pacientų galimybių atstatymas, palaikymas ar sutrikimų kompensavimas tikslinga veikla, siekiant padėti pacientams savarankiškai gyventi, atsižvelgiant į jų norus, poreikius, bei visuomenės nustatytus reikalavimus. Ir pati ergoterapijos definicija skelbia, jog tai "menas ir mokslas" paskatinti žmogų dalyvauti tikslingoje veikloje, kad būtų atkurta, sustiprinta ir pagerinta atliekama veikla, lengvesnis būtų įgūdžių ir veiklos mokymasis, kurios yra svarbios paciento adaptacijai bei produktyvumui siekiant sumažinti patologiją, pagerinti sveikatą (www.vaikosveikata.lt).

Funkcija – organizmo dalies specialioji veikla. (Medicinos terminu žodynas, 1980, p. 214).

Kineziterapija - bendrų judesių (sėdėjimo, vaikščiojimo, ropojimo ir kt.) sutrikimų gydymo metodika (www.vaikosveikata.lt).

Kontraktūra (lot.*contractura* – sutraukimas) - med. sąnario judesių amplitudės sumažėjimas dėl minkštųjų audinių arba nervų pakitimų (Bendorienė ir kt, 2003, p. 398).

Kvalifikacija – žmogaus tinkamumo tam tikrai profesinei veiklai atlikti formalus

Lavinimas – fizinių, psichinių, praktinių mokėjimų ir sugebėjimų plėtojimas bei karjeros planavimo gebėjimų ugdymo D metodika, 2007).

Medicininė reabilitacija – asmens sveikatos priežiūros paslaugų rūšis, apimanti kompleksinę reabilitacijos priemonių taikymą (sugrąžinant, kompensuojant sutrikusias funkcijas, palaikant pasiektą lygį) siekiant didžiausio galimo fizinio, psichinio, socialinio asmens savarankiškumo (<http://www.smm.lt>).

Neįgalumas – dėl asmens kūno sandaros ir funkcijų sutrikimo bei nepalankių aplinkos veiksnių sąveikos atsiradęs ilgalaikis sveikatos būklės pablogėjimas, dalyvavimo visuomenės gyvenime ir veiklos galimybių sumažėjimas (Žin., 2004, Nr. 83-2983).

Neįgalusis – asmuo, kuriam Lietuvos Respublikos neįgalųjų socialinės integracijos įstatymo nustatyta tvarka pripažintas neįgalumo lygis mažesnis negu 55 procentų darbingumo lygis ir (ar) nustatyta specialiųjų poreikių tenkinimo reikmė (Žin., 2004, Nr. 83-2983).

pripažinimo laipsnis, kurį lemia turimos žinios, gebėjimai ir vertybinės nuostatos. (Profesinės tobulinimas (Jovaiša, 1993).

Magistro darbo struktūra. Šį magistro darbą sudaro: santrauka lietuvių kalba, įvadas, 2 skyriai, išvados, naudotos literatūros sąrašas (67 šaltiniai), santrauka anglų kalba, priedai. Tyrimo duomenis iliustruoja 20 paveikslų, 5 lentelės. Magistro darbo apimtis – 51 puslapis.

Pridedami magistro darbo priedai, kuriame pateikiami:

- Klausimynas
- Kanadietiškas veiklos vertinimo testas
- Pasveikimo padėties valdymo klausimynas
- Pratimai
- Priemonės sutrikusių funkcijų lavinimui.

1 skyrius. ASMENIMS PATYRUSIEMS RANKŲ KAULŲ LŪŽIUS MOTYVACIJOS IR REABILITACIJOS VAIDMUO, BIOSOCIALINIŲ FUNKCIJŲ ATSTATYMO KONTEKSTE: TEORINIAI ASPEKTAI

1.1. Motyvacija ir jos problema rehabilitacijoje

Jau žiloje senovėje žmonės, norėdami paveikti kitų elgesį pageidaujama linkme ir pasiekti trokštamų rezultatų, vartojo skirtingas poveikio priemones: prievartą (vergų darbas), bausmes, materialines (pinigai, žemė, brangenybės) ir moralines (pagyrimas ir pasmerkimas, titulai) nuobaudas ir paskatas. Kaip teigia S. Michel pats žodis „motyvacija“, kuris dabar yra labai paplitęs, atsirado tik apie 1920 metus. Iki tol psichologai kalbėjo apie motyvus, kurie iššaukia tai „kas verčia veikti“. Pradinė motyvacijos sąvoka reiškė visumą veiksnių, įtakojančių elgesį (D. Jančauskaitė, 2008).

Motyvacija – tai psichologinis procesas, kuris suteikia veiklai prasmę ir kryptį, tai vidinis impulsas, norint patenkinti nepatenkintus poreikius, tai valia siekti. Motyvacija – elgesio skatinimo sistema, kurią sąlygoja įvairūs motyvai. Žmonės motyvuoja daugelis dalykų – psichologiniai poreikiai, psichologinės paskatos, išlikimas, potraukiai, emocijos, nuoskaudos, impulsai, baimės, grėsmė, atlygis, turtai, norai, tikslai, vertybės, laisvė, vidinis pasitenkinimas, interesai, malonumas, nusistovėję įpročiai, įvertinimai, ambicijos ir t. t. (J. Gikaraitė, 2004).

Motyvacija yra procesas, neatsiejamas nuo asmeninės dispozicijos, motyvų, tikslų, taip pat vertės ir identiteto. Ji lemia tam tikrą mūsų veiksmų trukmę ir intensyvumą. Ji glaudžiai susijusi su tų veiksmų kryptingumu. Kryptingumu vadiname tikslingą ir pagrįstą veiksmų, kuriuos lemia koks nors motyvas, atlikimą. Paskatinimai stiprina motyvaciją, todėl kartais jie reikalingi vien tam, kad pažadintų kur nors giliai slypinčius motyvus, kurių, kaip ir poreikių, žmonės turi pačių įvairiausių (G. Felser, 2006).

Motyvacija rodo, ko mums reikia, ko norime. Ji padeda geriau prisitaikyti prie aplinkos poveikių, sudaro palankesnes sąlygas ne tik išgyventi, bet ir pratęsti savo rūšį (D. Kalinauskaitė, 2005).

Kad žmogus ko nors išmokytų, pirmiausia turi būti palanki motyvacija. Mokymąsi ir išmokimą skatina vidiniai ir išoriniai motyvai. Psichologiniai tyrimai rodo, jog lengviau ir greičiau išmokstama skatinant vidiniams motyvams (I. Šarienė, 2010).

Vidinė motyvacija – tai impulsas naudoti savo sugebėjimus nepriklausomai nuo visų išorinių pagalbų. Kiekvienas kūdikis gimė su šiuo impulsu. Gyvenimo patirtis įtakoja kaip visa tai panaudoti ir išdėstyti. Vidinė motyvacija ragina individą gyvenimo cikle ieškoti ir visais būdais siekti naujų sugebėjimų. Jei asmuo savo veikos rezultatais yra patenkintas, jis toliau ieško pasitenkinimo ir savo kompetencijos įrodymų (J. Creek, 1997).

Vidinė motyvacija remiasi savaiminiais faktoriais. Kiekvienas žmogus kažką laiko svarbiu ir, norėdamas tą dalyką pasiekti, nukreipia į jį savo veiksmus. Tuo tarpu išorinės motyvacijos pagrindas – dalykai, veikiami aplinkos. Šia motyvacija remiasi tas, kuris siekia naudos arba nori išvengti nuostolių. Veikiant išorinei motyvacijai, elgesys kontroliuojamas ne pačiame žmoguje glūdinčių priežasčių. Tuo tarpu akivaizdžiai individualios elgesio priežastys byloja apie vidinę motyvaciją. Elgesys, kuris remiasi vidine motyvacija, mažiau priklauso nuo išorinių situacijos aplinkybių. Ji labiau susijusi su vertybių sistema ir asmenybės bruožais (G. Felser, 2006).

Išorinė motyvacija - veiklos atlikimas siekiant išvengti nemalonių padarinių ar gauti materialinę naudą - yra linkusi mažinti vidinę motyvaciją - veiklos atlikimas pasitenkinimui, kurį pats atlikimas suteikia. Vidinė motyvacija lemia didesnę įsitraukimą į veiklą ir atkaklumą siekiant tikslo. Žmonės daug daugiau pasiekia, kai jiems patinka tai, ką jie daro, o ne tada, kai jie kažką daro dėl pinigų ar iš baimės (V. Legkauskas, 2001).

Žmogus turi patirti motyvuojantį veiksnį iš vidinės ar išorinės aplinkos, kad būtų aktyvus. Išorinė ir vidinė motyvacija gali veikti tuo pačiu metu (K. L. Reed, 1984).

Pagrindiniai motyvacijos šaltiniai yra vidiniai individo stimulai vadinami motyvais ir aplinka – tai paskatos ir paskatinimai. Paskatos – laukiamos vertės, paskatinimas – tai kas gaunama. Skiriamos motyvacijos būsenos – siekimas ir vengimas. Siekimas – kažko siekiama, kažko norima, žmogus yra orientuotas kažko pasiekti, įgyti, turėti. Dažniausiai kalbama apie malonumo siekimą, kai pasiekus tikslą jaučiamas pasitenkinimas. Vengimas – stengimasis pabėgti nuo kažko. Tas kažkas gali būti tiek specifiniai, tiek labai bendri objektai. Vengimo motyvacija išgyvenama intensyviai, tokią būseną sunkiau ignoruoti. Jei mus veikia vengimo būsena, atidėlioti elgesio negalime, darome, kad kažko išvengti, tai susiję su išlikimo, saugumo poreikiais. Siekimo motyvaciją galima atidėti, galima ne taip greitai reaguoti. Siekimo – vengimo motyvacija gali reikštis vienu metu (D. Jančauskaitė, 2008).

Psichoneurologai nustatė su motyvacija (vengimo/siekimo) susijusius prefrontalinės smegenų žievės aktyvumo skirtumus. Vyraujant siekimo motyvacijai, didesnis aktyvumas fiksuojamas kairiajame smegenų pusrutulyje, o vyraujant vengimo motyvacijai – dešiniajame. Skirtingą siekimo ir vengimo motyvacijos neurologinį pagrindą patvirtina ir nustatytas kai kurių

psichikos sutrikimų bei smegenų prefrontalinės žievės aktyvacijos vietos ryšys (Ž. Grakauskas, 2006).

Dabartinės motyvacijos sampratos paprastai pradedamos plėtoti remiantis prielaida, jog motyvacinė būseną yra ypatinga, savita būseną, smarkiai išsiskirianti iš kitų organizmo būsenų. Tačiau kaip tik priešingai - pagrįsta motyvacijos teorija turėtų remtis prielaida, kad motyvacija yra nuolatinė, nesibaigianti, kintanti ir sudėtinga, visuotinė organizmo būsenos charakteristika (A. H. Maslow, 2006).

Veikiami Darvino idėjų, teoretikai iškėlė mintį, kad elgesį valdo biologiniai veiksniai, pavyzdžiui, instinktai. Kai paaiškėjo, kad, pavadindami įvairius veiksmus instinktais, jie tik įvardijo, bet nepaiškino elgesio, psichologai sukūrė stūmio teoriją. Dauguma fiziologinių poreikių sukuria psichologinius stūmius, kurie skatina tuos poreikius patenkinti. Stūmių mažinimas motyvuoja elgesį, būtiną norint išlikti (D. G. Mayers, 2000).

Pagal A. Maslow, poreikiai skirstomi į žemus (fiziologiniai, saugumo) ir aukštus (priklausomybės, savigarbos, saviaktualizacijos). Jis manė, kad tokia poreikių hierarchija, kai žmogus pirmiausia turi patenkinti savo žemus poreikius aukštų poreikių tenkinimui, veda prie aukštos moralės individo. Šioms mintims pritarė humanistinės psichologijos šalininkas K. R. Rogers. Jis pažymėjo, kad poreikis saviaktualizacijai yra didžiausias žmogaus motyvas veikti. F. Herzberg pabrėžia higieninių veiksnių svarbą žmogaus motyvacijai. D. McClelland nurodo, kad žmogaus elgesį lemia trys poreikiai t.y. pasiekimo poreikis, galios poreikis ir poreikis priklausyti grupei. J. Atkinson pratęsė D. McClelland darbą, nagrinėdamas šių poreikių tenkinimo problemas. Pastiprinimo arba elgesio keitimo teorijos atstovas B. F. Skinner teigė, kad bet koks pozityvus arba neigiamas pastiprinimas padidina tam tikro elgesio lygį, tai yra motyvuoja. Bet koks slopinimas arba bausmės, atitinkamai, sumažina tam tikro elgesio lygį. Teisingumo teorijos atstovas J. S. Adams nurodė, kad žmogaus elgesį veikia teisingumo jausmas. Laukimo teorijos atstovas V. Vroom skirtingai nei kitų motyvacijos teorijų šalininkai teigė, kad motyvacija yra jungianti funkcija tarp žmogaus bandymo veikti, pasisekimo ir apdovanojimo už pastangas. Pasiekimo motyvacijos teorijos šalininkas D. G. Myers apibrėžia motyvaciją kaip poreikį, kuris teikia žmogaus elgesiui energijos ir nukreipia jį į tikslą. F. Heider suformulavo balanso teoriją. Jis iškėlė tokią hipotezę – žmogus siekia harmoningų, subalansuotų santykių ir yra linkęs vengti neharmoningų (D. Pereg, 2003).

Čia paminėtos psichologijoje taikomos teorijos, kurios bando paaiškinti žmogaus elgesį sąlygojančius veiksnius, nustatyti motyvacijos kilmę ir veikimo principus.

Žmogų ištikusi negalia pakeičia jo santykius su artimiausia aplinka. Asmenys įvairiai reaguoja į negalios sukeltus nepatogumus, todėl yra svarbu aptarti su pacientu jo atsistatymo bei prisitaikymo galimybes, tikimybę, kad gali likti dalinė negalia ir jos pasekmių sumažinimą prisitaikant. Tokiu būdu nustatčius bendrus tikslus, asmenų motyvacija žymiai padidėja (R. Cibulskienė, 2004)

Reabilitacijos proceso eigoje asmuo, norintis pasiekti pasveikimo ar didesnio prarastų funkcijų kompensavimo, turi aktyviai dalyvauti. Dalyvavimas priklauso nuo to, ar asmuo nori ir kaip nori dalyvauti reabilitacijos procese, tai yra kokie motyvai skatina jį tai daryti. Viena iš svarbiausių indikacijų reabilitacijai yra asmens noras dalyvauti reabilitacijos procese, tai yra jo motyvacija (D. Jančauskaitė, 2008).

Asmeniui svarbu paaiškinti padėties svarbumą ir gydymo procesą. Pacientas turi būti informuotas apie jo gydymo eigą ir esančią pažangą. Yra daug faktorių slopinančių motyvaciją. Socialinės problemos, šeimos santykiai, finansai gali paveikti pacientą ir neleisti jam susikaupti gydymui. Pasitikėjimo stoka stabdo procesą. Pagerėjimas turi sugrąžinti pasitikėjimą savimi. Tikslų siekianti, stimuliuojanti aplinka yra būtina. Pasitikėjimo stoka gali būti problema siekiant įsilieti į visuomenę (E. M. Macdonald, G. Maccaul, L. Mirrey et al., 1970).

Nustatyta, kad apie 20-25 proc. asmenų mankštos atsisako per pirmus 8 mėnesius po reabilitacijos, 40-50 proc. atsisako po 6-12 mėnesių. Psichosocialiniai faktoriai, kurie įtakoja mankštos nutraukimą yra motyvacija, nuotaikų kaita, socialinis palaikymas. Motyvacija yra pabrėžiama kaip esminis reabilitacijos veiksnys daugelyje literatūros šaltinių. Motyvacija išreiškia paciento poreikį ir norą, kurie reguliuoja tam tikros veiklos kryptingumą ir tęstinumą, paaiškina vidinius ir išorinius veiksnius, kurie skatina tam tikrą elgesį. Vidinė motyvacija apima individo dalyvavimą veikloje dėl pasitenkinimo siekimo. Išorinė motyvacija susijusi su išoriniais veiksniais. Skiriamas trečias motyvacijos tipas – amotyvacija, kuri apibūdinama idėja, kad veikla neturi jokios kontrolės, elgesys yra nulemtas nežinomos jėgos, lemties. Buvo atliktas tyrimas, kurio tikslas įvertinti asmenų motyvaciją reabilitacijai. Dalyvavo 51 pacientas, kuris sirgo širdies vainikinių arterijų ligomis. 15 tiriamųjų dalyvavo fizinės mankštos programoje, 18 – plaukimo programoje, o 18 sudarė kontrolinę grupę. Motyvacija buvo vertinama Sporto motyvacijos skale. Pacientai, kurie dalyvavo fizinės mankštos programoje, turėjo statistiškai reikšmingai aukštesnį vidinės motyvacijos lygį. Skirtumas tarp dviejų sportuojančių grupių galėjo būti sąlygotas fizinės veiklos tipo. Asmeninis pasitenkinimas, įgytos žinios ir malonumas skatino pacientus dalyvauti mankštoje. Kontrolinės grupės pacientai parodė statistiškai reikšmingai aukštesnį išorinės motyvacijos lygį (P. Papageorgiou, P. Fotinakis, E. Tsitskari, et al., 2004).

Atlikta studija, kuri analizavo 6 metų reabilitacijos rezultatus apie pacientų gyvenimo kokybę. Studijoje dalyvavo 236 pacientai (42 vyrai ir 194 moterys), 19-61 metų amžiaus su judamojo aparato sutrikimais. Tyrimo metu buvo vertinama pacientų gyvenimo kokybė bei motyvacija. Reabilitacija buvo efektyvesnė pacientams su aukštu motyvacijos lygiu (B. E. M. Grahn, L. A. Borgquist and C. S. Ekdahl, 2004).

Motyvacijos sumažėjimas vyresniame amžiuje vaidina svarbų vaidmenį sveikimo procese. Galimybė nustatyti motyvacijos lygį gali palengvinti gydymo procesą (B. Resnick, S. I. Zimmerman, J. Magaziner, 1998).

Atliktas tyrimas, kuriame aprašoma reabilitacijos sėkmė pacientams su kaulų-raumenų ir širdies kraujagyslių ligomis. Teigiama, kad reikšmingą įtaką reabilitacijos sėkmei turi paciento motyvacija. Duomenys gauti iš Vokietijos. Daugumai (mažiausiai 80 procentų dalyvavusių) reabilitacija turėjo teigiamą poveikį (K. Meng, J. Zdrahal-Urbaneck, S. Frank, 2006).

Japonijos reabilitologai pripažino paciento motyvacijos naudą reabilitacijos rezultatams. Motyvacija laikoma išpuoselėtų santykių su pacientu pasekme (B. T. Slingsby, 2006).

Buvo atliktas kokybinis tyrimas siekiant įvertinti pacientų, patyrusių galvos smegenų infarktą, motyvacijos lygį. Jo metu ištirti 22 pacientai, iš kurių 14 pacientų medicininiu požiūriu vertinti kaip aukštos motyvacijos, o 8 kaip žemos motyvacijos. Į šį tyrimą nebuvo traukiami pacientai turintys sunkių pažinimo sutrikimų, kalbos sutrikimų, bei sergantys depresija. Pacientai interviu metu kalbėjo apie pasveikimą, santykius su specialistais, paciento vaidmenį reabilitacijos procese, reabilitacijos tikslus. Atlikus apklausą paaiškėjo, kad visiems pacientams buvo svarbu pasveikti. Aukštos motyvacijos pacientai reabilitaciją matė kaip svarbiausią priemonę jų pasveikimui ir reabilitacijos procese vaidino aktyvų vaidmenį. Svarbiausias jų tikslas buvo nepriklausomumas namuose. Žemos motyvacijos pacientai nepriklausomumo tikslą siejo su reabilitacijos sėkme ir teigė, kad pasveikimo reikia sulaukti. Šie pacientai teigė, kad patyrė informacijos iš komandos narių trūkumą ir specialistų palaikymo stoką. Noras palikti ligoninę, palankus rezultatų palyginimas, reikiamos informacijos gavimas iš reabilitacijos komandos narių turėjo teigiamą poveikį motyvacijai. Per didelę šeimos narių bei personalo globa, informacijos trūkumas, nepalankus palyginimas su kitais pacientais neigiamai įtakoja motyvaciją. Aplinka, kurioje pacientas reabilituojamas bei specialistų komanda įtakoja motyvacijos lygį. Kaufman teigia, kad pacientų motyvacija padidinama dalinantis reabilitacijos ideologija. Kitos studijos rodo, kad pacientai, kurie dalinasi šia ideologija gauna didesnę dėmesį iš reabilitacijos specialistų (N. Maclean, P. Pound, C. Wolfe, 2000).

Buvo pristatytas projektas apie dviejų automatinių prietaisų panaudojimą rankų funkcijai lavinti, ir kuris per nustatytas motorines užduotis, gali motyvuoti atitinkamos veiklos atlikimą.

Reguliarus pasiekto pagerėjimo aptarimas su pacientu, skatina pacientą tęsti mankštas, o tuo pačiu padidina ir motyvaciją. Tyrime dalyvavo pacientai persirgę galvos smegenų infarktu. Motyvacijai vertinti buvo naudojamas Vidinės motyvacijos klausimynas. Po taikytos programos pastebėtas reikšmingas rankos funkcijos pagerėjimas. Motyvacijos vertinimo klausimynas parodė aukštus balus susidomėjimo, naudingumo, svarbumo skalėse. Motorinių užduočių parinkimas pagal sunkumo laipsnį, užduoties atlikimo supratimas, grįžtamojo ryšio užtikrinimas įtakoja paciento motyvaciją. Motorinės užduotys atliekamos automatiniu aparatu pagerina paciento motyvaciją, nes suteikia galimybę atlikti tam tikrą užduotį pažeista ranka. Motyvacijos lygį įtakoja paties paciento nusiteikimas dalyvauti reabilitacijoje ir požiūris į sveikatą, taip pat specialisto ir paciento tarpusavio bendravimas (R. Colombo, F. Pisano, A. Mazzone, 2007).

Žmogaus interesų išaiškinimas leidžia sužinoti, kaip galima padidinti motyvaciją. Žmogus yra psichologiškai prisirišęs prie veiklos, kai jos trūksta žmogus jaučiasi blogai (E. B. Crepeau, E. S. Cohn, B. A. B. Schell, 2003).

1.2. Sveikatos ir negalios samprata bei sąsajos

Sveikata yra plati sąvoka, kuri gali įkūnyti platų reikšmių diapazoną, pradedant nuo siaurai techninių ir baigiant visa apimančiomis moralinėmis ar filosofinėmis reikšmėmis (Z. Javtokas, 2009).

Istorijos eigoje „sveikatos“ sąvoka pamažu keitėsi. Nepriklausomoje Lietuvoje sveikata buvo pripažįstama kaip viena iš svarbiausių žmogaus vertybių. Sovietmečiu didžiausias dėmesys, kalbant apie žmogaus sveikatą, buvo kreipiamas fizinei sveikatai. Todėl ilgą laiką vyravo nuostata, kad, darniai funkcionuojant mūsų kūnui, tai yra - visoms organizmo sistemoms dirbant sinergiškai, žmogus yra sveikas. Pastaruoju metu keičiasi ir sveikatos samprata, į sveikatą imta žiūrėti platesne (holistine) prasme. Sveikata suprantama kaip visuma, susidedanti iš viena nuo kitos priklausančių sričių: emocinės, fizinės, protinės, socialinės, asmeninės, dvasinės ir profesinės. Jei kas nors nutinka vienai sričiai, neišvengiamai paveikiama ir kita. Kiekvieną sritį reikia suvokti visumos kontekste (V. Gudžinskienė, 2007).

Sveikata dažnai apibrėžiama dvejopai – vartojant neiginį arba teiginį. Vartojant neiginį, ji nusakoma kaip ligų ir negalavimų nebuvimas. Toks sveikatos supratimas buvo paplitęs Vakarų kultūrose ir atspindi medicininį sveikatos modelį. Teigiamas sveikatos supratimas akcentuoja fizinės, dvasinės ir socialinės gerovės būseną (S. Laškovaitė, 2012).

Sveikata yra pagrindinė žmogaus teisė, todėl visi žmonės turi turėti prieigą prie pagrindinių sveikatos stiprinimo šaltinių. Sveikata yra kasdieninio gyvenimo šaltinis, o ne gyvenimo tikslas (B. Smith, 2006).

Sveikatingumo reikia siekti, kuriant sveiką aplinką, stiprinant bendruomenės veiklą, ugdant asmeninius įgūdžius ir perorientuojant sveikatos paslaugas ir jų prieinamumą ne tik įgaliesiems, bet ir neįgaliesiems.

Negalia – tai asmens būklė, kai jis dėl sutrikusios sveikatos negali atlikti funkcijų, kurias paprastai atlieka įgalus žmogus.

Kai kurie autoriai (Ruškus, 2007, Adomaitienė 2007 ir kt.) savo darbuose pažymi, kad vyrauja keletas negalės koncepcijų, tačiau dauguma vieningai sutinka, kad svarbiausia šiandien yra Pasaulinė sveikatos organizacijos 2001 m. Tarptautinė funkcionavimo, neįgalumo ir sveikatos klasifikacija. Pagal ją, visuomenėje ir tarp specialistų dominuoja dvi - medicininė ir socialinė - koncepcijos.

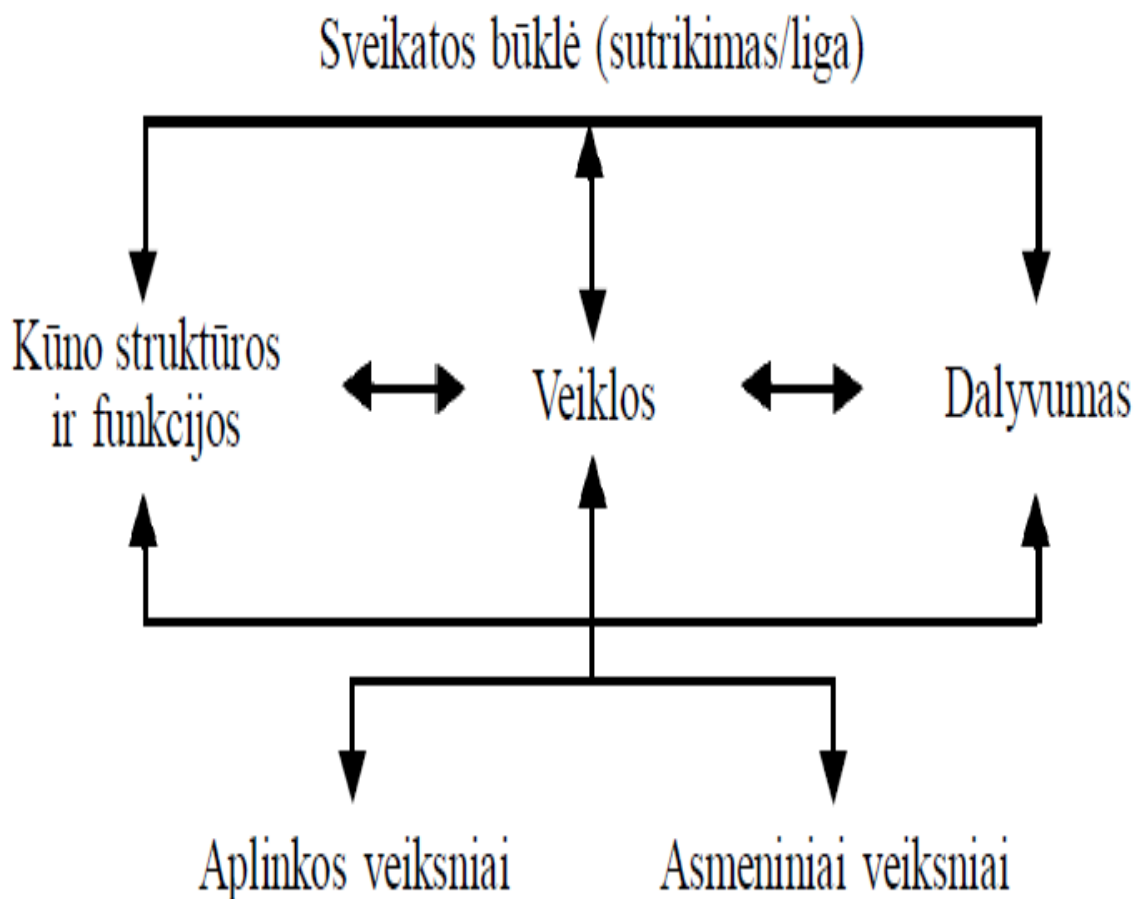
Ruškus, Daugėla (2004), ištyrė viename nacionaliniame ir kitame regioniniame laikraštyje visas paskelbtas per pastaruosius dešimt metų publikacijas. Nagrinėjo, kaip pateikiamas laikraščiuose negalę turintis žmogus. Negalia laikraščiuose daugiausiai pristatoma medicininio požiūriu, pabrėžiant netektis tapus neįgaliam, kita vertus, dažnai aprašomos paties žmogaus pastangos, gebėjimas įveikti savo negalią ir jos keliamus sunkumus. Be to, yra nemaža tekstų apie neįgaliųjų dalyvavimą socialiai vertingose, pripažintose veiklose. Pirmuosiuose laikraščių puslapiuose apie neįgaliuosius beveik nerašoma, daugiausia publikacijų apie negalią yra nukeliamos į priedus. Vis dėlto socialinis fizinės negalės vaizdinys Lietuvos laikraščiuose yra daugiamačiškas ir ambivalentiškas: fiziškai neįgalus asmuo matomas, kaip reorganizuojantis savo vidinius išteklius ir siekiantis įveikti negalią, bei kaip ateinančios jam į pagalbą visuomenės subjektas, o kartu jis yra ir medicininės reabilitacijos „remontuojamas“, vadinasi, etiketizuojamas, objektas.

Tačiau ne visada ir ne visur negalia buvo traktuojama kaip neigiama žmogaus savybė. Pavyzdžiui, indėnų bendruomenėse neįgaliesiems būdavo skiriamas ypatingas dieviškųjų galių turinčio individo vaidmuo (M. Bagdonienė, 2007).

1980 metais Pasaulio Sveikatos Organizacija (PSO) išleido *Tarptautinę sutrikimų, negalumų ir invalidumų klasifikaciją*. Nors invalidumo sampratos esmė lieka ta pati – liga yra žmogaus socialinio funkcionavimo svarbiausia priežastis, negalia ir invalidumas yra suprantami kaip tiesioginė įgimtų ar įgytų fizinių ar psichinių trūkumų pasekmė, dėl kurios asmuo negali visai arba iš dalies pasirūpinti savimi, savo socialiniu gyvenimu, įgyvendinti savo teisių ar

vykdyti savo pareigų, negali dirbti bei atlikti savo funkcijų, kurias atlieka „sveikas žmogus“ (R. Adomaitienė, 2004). Tačiau klasifikacijoje jau kalbama apie tris žmogaus funkcionavimo lygmenis: kūno organų, asmens - individo ir socialinį. O XX amžiaus paskutiniame dešimtmetyje klasifikacijoje atsiranda dvi naujovės. Pirmą, prie trijų (kūno sutrikimų, negalumo ir invalidumo) klasifikacijų prijungiama aplinkos veiksnių klasifikacija. Be to, neigiamos sąvokos keičiamos teigiamomis ar neutraliomis: kūno sutrikimai – kūno funkcijomis ir struktūromis; negalumas – veikla; invalidumas – dalyvumu. Specialistų mąstymas pasikeičia, ir jie pradeda matuoti ne tai, *ko žmogus negali*, o tai, *ką jis gali*. Taigi, pagal naująją sampratą, negalumas (veiklos ribotumas ir dalyvumo varžymas) yra sveikatos pokyčio ir aplinkybių (aplinkos veiksnių ir asmenybės savybių) sąveikos išdava (A. Kriščiūnas, J. Samėnienė, A. Šveikauskaitė, 2007).

Funkcionavimo, negalumo ir sveikatos komponentų sąveikos schema pateikta 1 paveiksle. Analizuojant schemą, matome, kad vieno elemento pokyčiai sukelia kito arba kitų elementų pokyčius. Tie pokyčiai ir sąveikos yra specifiniai ir ne visuomet nuspėjami. Negalumas taip pat gali pakeisti pačią sveikatos būklę. Normalu teigti, kad pajėgumą riboja vienas ar daugiau sutrikimų arba asmens veiksmus varžo vienas ar daugiau veiklos ribotumų. Aplinkos veiksniai įtakoja asmenybės veiksmus, pastariesiems priskirtini lytis, rasė, amžius bei kiti veiksniai (A. Kriščiūnas, A. Keizeris, A. Urbonienė, 2010).



1 pav. Funkcionavimo, negalumo ir sveikatos komponentų sąveikos schema (A. Kriščiūnas, A. Keizeris, A. Urbonienė, 2010).

Terminas gera savijauta yra susijęs su darbu (veikla) ir sveikata. Tačiau galime rasti ir įvairesnių apibūdinimų. Pvz., gerovė, tai kasdieniame gyvenime turėti galimybę asmeniškai tobulėti ir bendrauti su aplinkiniais. Gerą savijautą apibrėžia keturi požiūriai: holistinis, fizinis, psichinis, socialinis.

- Holistinis, gera savijauta, tai laimė, gerovė, sveikata, transendentinė būseną, asmeninis tobulėjimas, galimybė bendrauti ir kokybiškas gyvenimas.
- Fizinis - gera savijauta, tai sveikata, sveikatingumas, sveika gyvensena, kokybiška aplinka.
- Psichinis - gera savijauta, tai taika su savimi ir kitais, pasitenkinimas, supratimas, religinė nuostata.

- Socialinis - gera savijauta, tai subjektyvi pagarba sau ir socialinė integracija, bendravimas. Tačiau svarbu suprasti, kad geriausiai gerą savijautą gali apibūdinti pats asmuo. Veikla (darbas) leidžia žmogui jaustis socialiai aktyviam, suteikia socialinį statusą ir pakelia savivertės jausmą, kai žmogus išnaudoja savo psichines ir fizines galimybes, tuomet jis jaučiasi nepriklausomas ir savarankiškas (C. Charles, 2005).

Apibendrinant Lietuvos bei užsienio autorių mintis, galime teigti, kad negalios samprata ir požiūris į neįgaliuosius visose kultūrose, istoriniu aspektu kito į gerąją pusę. Senovėje neįgalieji buvo laikomi prakeiktaisiais, jų buvo vengiama ar netgi žudomi. Laikant bėgant šis požiūris kito. Naujaisiais laikais turime teisinę bazę, ginančią asmenis su negalia, taip pat universitetuose rengiami specialistai, galėsiantys teikti profesionalias paslaugas neįgaliesiems, yra įsteigtos valstybinės ir nevalstybinės institucijos bei organizacijos besirūpinančios neįgaliųjų visokeriopu gerbūviu.

1.3. Biosocialinių funkcijų atstatymas po rankos kaulų lūžių

Pasak Adomaitienės ir kt. (2003), žmogaus biologinės funkcijos: maitinimasis, judėjimas, miegas, tuštinimasis, higiena yra įvardijamos kaip biosocialinės.

Skučo (2006) nuomone, neįgaliųjų biosocialinių įgūdžių tyrimai labai svarbūs ir aktualūs vertinant neįgaliųjų asmenų reabilitacijos ir psichosocialinės adaptacijos bei socializacijos perspektyvas ir galimybes. Biosocialinių įgūdžių formavimas – labai svarbi neįgaliųjų reabilitacijos, fizinio ugdymo dalis. Nuo to, kaip išlavinti neįgaliojo biosocialiniai įgūdžiai, daugiausia priklauso tolesnė gyvenimo visuomenėje perspektyva.

Visus įgūdžius, kurie būtini kasdieninėje veikloje, vadinami kasdieninės gyvenimo veiklos įgūdžiais (J.Poderys, 2004).

Adomaitienė ir kt. (2003) pažymi, jog pagrindinis biosocialinių įgūdžių formavimo tikslas yra grąžinti individą, kurio organizmo funkcijos pažeistos, į kiek galima visavertį gyvenimą atgaunant ar kompensuojant pažeistas ir palaikant ar gerinant išlikusias organizmo funkcijas. Žmogaus fizinei veiklai priskiriami sensomotoriniai įgūdžiai, būtini atlikti kasdieninės veiklos veiksmus. Šie įgūdžiai vadinami biosocialinėmis funkcijomis, kurias nusako pagrindinė kasdieninio gyvenimo veikla. Ji apima lipimą iš lovos, lipimą laiptais, prausimąsi, valgymą, rengimąsi, asmens higieną, judėjimą. Socialinė veikla remiasi individo gebėjimu sėkmingai bendrauti su kitais atliekant tam tikrus socialinius vaidmenis ir pareigas. Biosocialinių funkcijų

tyrimo metu nustatomi kasdieninio gyvenimo ar savitvarkos apribojimai, įvertinant asmens priklausomybę nuo aplinkinių žmonių ir pašalinės pagalbos poreikį, reabilitacijos priemonių efektyvumą garantuojant asmens saugumą.

Jovaiša (1993) teigia, jog „įgūdis yra mąstymo ir daiktinės, praktinės veiklos automatizuotas veiksmas“. Įgūdžiui susidaryti reikia pratybų, kol jis išlavinamas, pereinama keletą fazių: nuo sąmoningos tikslingos judesių kontrolės, nereikalingų judesių ir veiksmų išnykimo iki atitinkamų veiksmų automatizacijos“.

Sutrikusių biosocialinių funkcijų atstatymo planavimas prasideda duomenų apie asmenį rinkimu. Duomenų rinkimui dažnai naudojamos įvairios standartizuotos formos, kurios pagrįstos modeliais. Labai svarbu parinkti modelį, kuris yra tinkamiausias duomenų rinkimui. Modeliai padeda sujunkti teorines žinias su praktine veikla. Literatūroje dažniausiai aprašomi šie modeliai: veiklos modelis, Kanadietiškas veiklos modelis, žmogaus veiklos modelis, biomechaninis modelis, pažinimo negalios modelis, pažinimo suvokimo modelis, grupinės veiklos modelis, judesių valdymo modelis, jutiminės integracijos modelis, erdvės – laiko prisitaikymo modelis (D. Petruškevičienė, A. Kriščiūnas, 2003).

Sutrikusios biosocialinės funkcijos – tai dėl sutrikusios funkcijos ar negalios susidariusi padėtis, ribojanti žmogaus normalius veiksmus pagal amžių, lytį, socialinę ir kultūrinę padėtį.

Liga ar trauma gali sutrikdyti žmogaus biosocialines funkcijas, tai yra galimybė:

- judėti supančioje aplinkoje;
- nepriklausomai egzistuoti ir garantuoti fiziologinius poreikius (valgymas, asmens higiena ir t.t.);
- orientuotis aplinkoje ir normaliai reaguoti į dirgiklius;
- gyventi įprastą gyvenimą;
- tenkinti savo profesinius ir kultūrinius poreikius;
- dalyvauti visuomenės gyvenime;
- bendrauti su aplinkiniais;
- išlaikyti socialinį bei ekonominį aktyvumą ir savarankiškumą.

Žmogui, gyvenančiam socialinėje aplinkoje ir prisitaikančiam prie tam tikrų visuomenėje priimtų tradicijų, judančiam abiem kojom ir daugelį funkcijų atliekančiam abiem rankom, biologinės funkcijos, siekiant išgyventi ir apsaugoti save, įgauna socialinį pobūdį. Todėl visuomenėje gyvenančio žmogaus biologinės funkcijos įvardinamos, kaip biosocialinės. Žmogaus fizinei veiklai priskiriami sensomotoriniai įgūdžiai, būtini atlikti kasdieninės veiklos

veiksmus. Tai apima lipimą iš lovos, lipimą laiptais, prausimąsi, valgymą, rengimąsi, asmens higieną ir judėjimą. Ji dar vadinama kasdienine savitvarka (P.J.M. Marcel ir kt., 2005).

Rankos funkcijos ypatybės

Ranka yra žmogaus intelekto priežastis ir jo pasekmė. Plaštaka tarnauja žmogui ne tik dirbant, bet ir bendraujant su kitais. Pagrindinė plaštakos funkcija – paimti daiktus, juos išlaikyti, pajusti smulkių daiktų formą, struktūrą, jais naudotis. Savo rankų pagalba galime manipuluoti daiktais darbinėje aplinkoje; perkelti daiktus iš vienos vietos į kitą.

Pagrindiniai siekimo judesio komponentai yra: žasto atitraukimas, lenkimas, tiesimas, dilbio lenkimas ir tiesimas. Atliekant šiuos judesius visada vyksta pečių lanko judesiai ir sukimasis peties sąnaryje. Svarbiausi plaštakos judesiai yra daikto ėmimas, jo paleidimas ir įvairios manipuliacijos. Esminiai judesių komponentai yra šie: plaštakos atitraukimas kartu su riešo tiesimu, riešo tiesimas ir lenkimas, nykščio priešpastatymas, nykščio priešpastatymas su kiekvienu pirštu atskirai, tiesimas ir lenkimas plaštakos ir pirštų savuosiuose sąnariuose, dilbio nugręžimas ir atgręžimas. Normali rankų funkcija – tai pagrindas smulkiosios motorikos manipuliaciniamis įgūdžiams. Rankų funkcija labai svarbi ir stambiajai motorikai – ėjimui, pusiausvyros išlaikymui ir kūno apsaugojimui nuo galimų traumų. Jeigu pusiausvyra prarandama, rankomis galima atsiremti ir nenukristi. (H. J. Carr, B. R. Shepard, 2003).

Yra skiriamos 6 suėmimo formos (R. Proseer, 2003):

1. Sulenktais kabliu pirštais suėmimas;
2. Tarpupirštinis;
3. Plokštuminis;
4. Žiupsninis;
5. Cilindrinis;
6. Sferinis.

Kaulo lūžis (lot. frāctūra – lūžis) yra dalinis arba visiškas kaulo vientisumo sutrikdymas, sukeltas greitai veikiančios jėgos arba įvykės dėl patologinės kaulo būklės (naviko, osteomielito ir k t.) ir susijęs su minkštųjų audinių sužalojimu. Šis apibrėžimas rodo, kad esant kaulo lūžiui tenka kalbėti ne tikrai apie patį kaulą, bet ir apie visos galūnės sužalojimą. Lūžio metu neretai įvyksta raumenų, sausgyslių, nervų, kraujagyslių plyšimas, t. y. dalyvauja visi aplinkiniai minkštieji audiniai (B. Vaitekoniš, 2001).

Silpnas lūžimas (*angl. – simple fracture*) – tai toks kaulų lūžimas, kuomet nepažeidžiami išoriniai audiniai. Stiprus lūžimas (*angl. – compound fracture*) – tai kaulų lūžimas, pažeidžiantis ne tik vidinius, bet ir išorinius audinius (C.B. Corbin ir kt., 2006).

Literatūroje aprašomi įvairūs lūžių tipai. Priklausomai nuo kilmės, lūžiai skirstomi į įgimtuosius ir neįgimtuosius. Priklausomai nuo to, ar lūžio vietoje sužalota, ar nesužalota oda, lūžiai skirstomi į atviruosius ir uždaruosius. Nuo lokalizacijos vienoje ar kitoje kaulo dalyje, lūžiai skirstomi į epifizinius, metafizinius ir diafizinius. Dažnesni yra diafiziniai, retesni epifiziniai ir metafiziniai lūžiai. Priklausomai nuo kilmės mechanizmo, lūžiai skirstomi į lūžius nuo suspaudimo, nuo lenkimo, nuo sukimo ir nuo atplėšimo (R. Dadelienė, 2006).

Lūžiai priklausomai nuo sužalojimo laipsnio, skirstomi į visiškus, kai kaulo vientisumas suardomas per visą jo storį, ir nevishiškus, kai tik iš dalies suardomas kaulo vientisumas, t. y. kai kaulas tik įtrūksta arba įlūžta. Nuo lūžio linijos krypties ilgosios kaulo ašies atžvilgiu skiriami šie lūžiai: skersiniai, išilginiai, sraigtiniai arba spiraliniai, įstrižiniai. Lūžiai priklausomai nuo jų komplikacijų, skirstomi į paprastuosius ir komplikuotus (S. Sipavičienė, 2007).

Analizuojant literatūros duomenis pastebimi tam tikri lūžių pasiskirstymo pagal lytį ir paciento amžių dėsniumi 15 – 49 metų amžiaus grupėje vyrai patiria lūžius 3 kartus dažniau negu moterys, o vyresnių nei 60 metų pacientų amžiaus grupėje kaulai lūžta 2,5 karto dažniau moterims (V. Kučinskas, 2008).

Nustatyta, kad per visą gyvenimą vidutiniškai du žmonės iš dešimties patiria lūžius. Yra ryškus sezoniškumas (padaugėja lūžimų žiemos metu, kai slidu). Šie lūžiai apima nuo paprastų be poslinkio iki sudėtingų intrasąnarinį lūžių, pažeidžiančių ir kitas minkštųjų audinių struktūras. Tyrimai rodo, kad vyresniems kaip 50 metų asmenims kasmet padidėja lūžių rizika dėl osteoporozės: moterims 15 %, vyrams 5,4 % per kiekvienus metus. Nustatyta kad, iš visų galimų rankų kaulų lūžių labiausiai paplitęs stipinkaulio lūžis tipinėje vietoje. Laivakaulio lūžis sudaro 80% visų riešo kaulų lūžių (Lietuvos statistikos departamentas 2012).

Viena svarbiausių funkcijų žmogaus kasdienėje aplinkoje yra rankos funkcija. Tai labai svarbus gyvenimo kokybės užtikrinimo komponentas. Sutrikus jos funkcijai iškyla judesių ribotumo, jutimo sutrikimų problema; žmogus nebegali savarankiškai atlikti įvairių kasdienių darbų. Todėl rankos funkcijos atstatymas yra vienas svarbiausių reabilitacijos uždavinių.

1969 metais Pasaulinės Sveikatos Organizacijos ekspertai reabilitaciją apibrėžė kaip kompleksinį, medicininių, profesinių, socialinių ir teisinių priemonių taikymą žmogaus funkciniam aktyvumui atgauti. Šiuo metu kuriant reabilitacijos strategiją, vis labiau akcentuojama, kad reabilitacija apima ne tik medicinos sritį, bet ir visas žmogaus veiklos sritis –

tai yra šeima, gyvenamąją aplinką, profesinę veiklą, laisvalaikį, kultūrą, sportą, realigiją, bendruomeninius santykius (A. Kriščiūnas, 2005).

Lietuvoje reabilitacija yra suprantama kaip medicininis, socialinis, pedagoginis, profesinis, psichologinis priemonių taikymo kompleksas asmenims po ligos patyrusiems biosocialinių funkcijų sutrikimus, siekiant sugrąžinti sutrikusi jų darbingumą ir užtikrinti darbingumą buityje (Adomaitienė ir kt., 2004).

Peldžienė (2004) aprašo reabilitacijos komandos nariu darbo svarba stacionarinės reabilitacijos metu. Ši komanda sudaryta iš sveikatos priežiūros specialistu (gydytojo reabilitologo, bendrosios praktikos slaugytojo, kineziterapeuto, ergoterapeuto, masažuotojo, psichologo, logopedo, socialinio darbuotojo ir jei reikia gydytojo specialisto), padeda asmeniui maksimaliai koreguoti jo negalia. Komandos nariai dirbdami kartu ir siekdami tikslo gali greičiau pasiekti reabilituojamo asmens maksimalaus fizinio aktyvumo. Komandos pasitarimuose diskutuojama apie tikslus, uždavinius, rezultatus.

Bendrieji reabilitacijos principai:

1. Prieinamumas – turi būti taikoma visiems, kuriems jos reikia;
2. Tinkamas laikas – turi būti pradama pirmomis ligos ar traumos dienomis;
3. Reabilitaciją vykdo reabilitacijos specialistų komanda: fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojas, slaugytojas, kineziterapeutas, ergoterapeutas, socialinis darbuotojas, psichologas, šeimos narys, likimo draugas, ortopedas;
4. Kompleksiškumas (medicininė, profesinė ir t.t.);
5. Aktyvus, motyvuotas paciento dalyvavimas. Paciento pastangos taip pat turi įtakos galutiniams rezultatams;
6. Reabilitacijos programų individualumas;
7. Aplinkos ir techninių priemonių pritaikymas – maksimaliai artinama prie gyvenamosios vietos;
8. Informacijos teikimas, šeimos narių įtraukimas;
9. Gryžtamojo ryšio užtikrinimas;
10. Ekonominio efektyvumo vertinimas (A. Kriščiūnas, 2005).

Skiriamos šios reabilitacijos rūšys:

1. medicininė – tai gydymo priemonės, kurios skiriamos, kad ligonis greičiau pasveiktų;
2. socialinė – priemonių kompleksas ligoniui padėti prisitaikyti aplinkoje, buityje;

3. profesinė – darbo įgūdžių įsisavinimas (ligoniui dėl sutrikusios plaštakos funkcijos kartais tenka pakeisti darbą) (A. Kriščiūnas, 2005).

Po imobilizacijos labai svarbu šalinti liekamuosius potrauminius reiškinius:

1. Sąnarių kontraktūras;
2. Raumenų hipotrofiją ar atrofiją;
3. Raumenų jėgos ir ištvėmės susilpnėjimą;
4. Atstatyti lygiavertę galūnės statinę ir motorinę funkcijas (K.E. Morrison, 2007).

Kiekvienam asmeniui sudaroma individuali reabilitacijos programa, kurios intensyvumas, apimtis bei tikslai priklauso nuo asmens būklės. Reabilitacija taikoma kompleksiskai, nepertraukiamai, koordinuotai su grįžtamuju ryšiu. Svarbus dėmesys skiriamas aktyviam asmens dalyvavimui reabilitacijos procese, i kuri įtraukiami sergančiojo šeimos nariai.

Artimieji neturėtų perdėtai rūpintis sergančiuoju, o pagal galimybes padėti jam būti savarankiškam, prisitaikyti prie naujų aplinkybių, skatinti sergančiojo pasitikėjimą savo jėgomis, elgtis su juo pagarbiai, suteikti galimybę jaustis reikalingu aplinkiniams (S. Jasulaitienė, 2004).

Be abejo, geresniu rezultatu galima pasiekti, kai asmuo yra aktyvus, bendradarbiauja su reabilitacijos specialistu komanda. Tačiau asmenys skirtingai įsitraukia i reabilitacijos programa. Tai gali priklausyti nuo individualiu asmenybės savybių, kaulo lūžio sunkumo, šeimos paramos ir t. t. Dažnai atsisakantys reabilitacijos asmenys sako, kad jiems suteikiama per mažai informacijos, ji būna neaiški arba prieštaringa. Taip pat dažnai skundžiasi šeimos paramos stoka.

Reabilitacija pradama pirmomis dienomis po traumos ir operacijos, priklausomai nuo lūžio ir minkštųjų audinių būklės. Sąnariai, esantys šalia lūžio, turėtų būti imobilizuoti; be to esant atviram lūžiui, raumenų bei sausgyslių veikla apie lūžio vietą gali erzinti minkštuosius audinius ir sumažinti atsparumą infekcijai. Pirmą parą skiriami sveikų pirštų judesiai, kurie pagerina kraujo apytaką, sumažina edemą, teigiamai veikia sąnarių, raiščių, sausgyslių anatominius elementus ir jų funkciją. Taip pat raumenims susitraukiant dalyvauja centrinė nervų sistema, todėl greičiau sunormalėja judesių koordinacija. Labai svarbu paskirti tinkamus judesius po imobilizacijos. Optimaliausi yra aktyvūs (o ne pasyvūs) pirštų judesiai iki skausmo, o ne “per skausmą”. Judesių apimtis laipsniškai didinama, jie atliekami su pasipriešinimu (pirštų raumenų tonusui ir jėgai atstatyti), vėliau ritmas spartinamas (koordinacijai sureguliuoti). Atliekami aktyvūs ir pasyvūs pratimai sąnario mobilumui užtikrinti, atsižvelgiant į minkštųjų audinių gijimą. Reikia įvertinti neurologinį deficitą, kuris sąlygoja aktyvių judesių sumažėjimą, o taip pat

atitinkami sąnariai turėtų būti įtvare funkcinėje padėtyje, kad būtų galima išvengti kontraktūrų (C. A. Trombly, M. V. Radomski, 2001).

Užsiėmimai su asmenimis patyrusiai kaulų lūžius vyksta grupėmis arba individualiai. Užsiėmimai organizuojami žaidimo forma, panaudojant įvairius įrankius, kamuolius ir kt. Tokiu būdu nejučiom prislopinamas plaštakos nepilnavertiškumo židiny s megenu žievėje, savaimė atsipalaiduoja raumenys, atsistato jėga ir judesių koordinacija. Judesius, kuriuos asmuo išmoksta gydymo metu, turi keletą kartų per dieną kartoti namuose. Kartu su medicinine rehabilitacija skiriami pratimai ir buitinei rehabilitacijai. Siūloma namuose atlikti darbus, kurie nesukelia skausmų: sužalota ranka valgyti, nešti krepšelį, užsegti sagas, megzti, lipdyti iš molio plastilino. Tobulėjant įgūdžiams, laipsniškai pereinama prie profesinės rehabilitacijos, tačiau profesinė rehabilitacija turi būti pradama kuo anksčiau, kad būtų užtikrintas visavertis sugrįžimas į visuomenę (S.B. Connon, H. Lohman, R. L. Padilla, (2004).

Rehabilitacijos efektyvumui labai svarbu sergančiojo motyvacija pastangos, noras. Tačiau kartais asmuo po rankos sužalojimo gali įprasti turėti nejudrią ranką, kuria vengia naudotis buityje, darbe. Tai dvi prieštaraujančios viena kitai rehabilitacijos baigtys: įprotis – pasyvus faktorius, o rankos pritaikymas – aktyvus, nes jis reikalauja iš asmens didelių fizinių ir psichinių pastangų. Kartais tenka stebėtis, kaip asmuo su deformuota ranka atlieka darbus, kurių kartais nepajėgia dirbti žmonės su sveikomis rankomis.

Tikslinga veikla gali pagerinti fizinę ir socialinę aplinką.

2 skyrius. REABILITACIJOS IR MOTYVACIJOS VAIDMUO ASMENIMS PO RANKŲ KAULŲ LŪŽIŲ GYVENIMO KOKYBEI

2.1. Tyrimo imtis ir organizavimas

Tyrimo dalyvavo 100 asmenų, patyrusių įvairius rankų kaulų lūžius jiems buvo taikyta reabilitacija.

Tyrimas buvo atliktas Panevėžio fizinės medicinos ir reabilitacijos centre. Tyrimas truko 14 mėnesių, tyrimas buvo pradėtas 2011 metų sausio mėnesi ir baigtas 2012 metų vasario mėnesi. Asmenų atranka buvo atlikta atsitiktinė, savanoriška. Su kiekvienu asmeniu atskirai buvo dirbama 10 dienų. Užsiėmimai buvo taikomi 1 karta per dieną po 30 minučių.

2.2. Tyrimo metodai

Tiriamieji buvo apklausti naudojant anketą, kuri buvo paruošta tyrėjo (1 priedas). Anketa naudojama siekiant išsiaiškinti asmenų lytį, išsilavinimą, šeimyninę padėtį, kokiai amžiaus grupei priklauso, rankos kaulo lūžio etiologiją bei lokalizaciją.

Siekiant išsiaiškinti, kaip asmuo vertina veiklos atlikimą kasdienėje, darbo ir laisvalaikio veikloje, buvo naudojamas Kanadietiškas veiklos vertinimo testas (KVVT) (2 priedas). Kanadietiškas veiklos atlikimo testas sudarytas iš: A pakopa- apsitarnavimas (savipriežiūra, funkcinis judėjimas, visuomeninis gyvenimas); B pakopa- produktyvumas (darbas, namų priežiūra, žaidimai/mokykla); C pakopa- laisvalaikis (pasyvus/aktyvus poilsis, socializacija) (T. A. Stamm, A. Cieza, K. Machold, J. S. Smolen, G. Stucki, 2006). Tai pusiau struktūruotas interviu, kuris truko 20 - 30 min. Pirmiausia asmuo išsakė savo veiklos problemas, apsitarnavimo, produktyvios veiklos ir laisvalaikio srityse, kurias pagal svarbumą įvertino „Svarbumo skalėje“. Šioje vizualinėje skalėje skaičiai išdėstyti nuo 1 iki 10 balų. 1 balas - „visiškai nesvarbu“, 10 - „ypač svarbu“. Iš išvardytų problemų buvo išrinktos iki 5 pačios svarbiausios ir paprašyta įvertinti jų atlikimą „Atlikimo skalėje“, kuri taip pat suskirstyta nuo 1 iki 10 balų. 1 balas - „visiškai nieko negali atlikti“ ir 10 - „gali daryti labai lengvai“. Pabaigoje paciento buvo paprašyta įvertinti atliekamos veiklos pasitenkinimą „Pasitenkinimo skalėje“ nuo 1 iki 10 balų. 1 - „Visiškai netenkina“, 10 - „Visiškai tenkina“. Norint įvertinti asmenų

nuomonę apie jų veiklos atlikimą ir pasitenkinimą buvo skaičiuojamas atlikimo ir pasitenkinimo balų sumos vidurkis.

Kanadietiškas veiklos modelis (testas)

Kanadietiškas veiklos modelis pirmą kartą publikuotas 1983m. Trečiame „Uniform Terminology“ leidime, 1994m. publikuotas Kanadietiškas veiklos modelis buvo labiau pritaikytas JAV kultūrai. Šioje versijoje veiklos atlikimo modelis išskiria tris atlikimo sritis, tris atlikimo komponentus ir du atlikimo kontekstus. Atlikimo sritis sudaro: apsitarnavimas, produktyvioji veikla ir laisvalaikis. Atlikimo komponentai susideda iš sensomotorinio, pažintinio ir psichosocialinio komponento. Aplinka ir laikas sudaro atlikimo komponentus (I. Nilson, 2006).

Dar viena Kanadietiško veiklos modelio versija buvo išspausdinta 1997m. Australijoje ir Honkonge. Taigi šis veiklos modelis šiuo metu naudojamas kelėtoje šalių.

Kanadietiškas veiklos atlikimo modelis buvo sukurtas tam, kad iliustruotų sąsają tarp asmens, aplinkos, kurioje vyksta asmens kasdienis gyvenimas ir veiklos, kurią jis atlieka. Modelis padeda atskleisti dinaminę ryšį tarp asmens, aplinkos ir veiklos (E. Townsend, 2002).

Šiame modelyje aplinka susideda iš keturių elementų t.y. kultūrinės, socialinės, fizinės ir institucinės aplinkos. Kultūrinė aplinka apima etninius, rasinius skirtumus, kasdienį visuomenės gyvenimą nulemtą kultūros aspektu. Socialinė aplinka – tai socialiniai prioritetai, žmonių santykiai, gyvenimas visuomenėje taip pat ir vertybės, nuostatos ir tikėjimas. Fizinė aplinka yra visa tai, kas supa asmenį: gamta, pastatai, gatvės, transporto priemonės, technologijos. Institucinė aplinka – tai visuomenės organizacijos, šalies ekonomika ir politika (T. B. Üstün, 2002).

Modelyje skiriami asmens komponentai: emocinis, pažintinis, fizinis ir dvasingumas. Emocinis komponentas apima žmogaus ir visuomenės emocines funkcijas. Pažintinis komponentas apima pažintines ir intelektualias funkcijas, kurias sudaro suvokimas, susikaupimas, atmintis, supratimas, nuomonė ir mąstymas. Fizinį sudaro jutiminės, motorikos, sensomotorikos funkcijos. Dvasingumas – tai visos sąveikos pagrindas. Dvasingumas yra žmogaus savybė, kurią suformuoja aplinka, ir suteikia veiklai prasmę. Tai žmogaus gyvenimo patirtis apie kurią tyrėjas sužino bendraudamas ir išklausydamas jį. Dvasingumas, kaip centrinė gyvenimo šerdis, yra išskirtinė Kanadietiško veiklos modelio savybė (D. Petruševičienė, 2005).

Reabilitacijoje naudojama daug modelių, tačiau tik Kanadietiškas veiklos modelis vienintelis, kurio pamatas yra į klientą orientuota praktika ir veiklos atlikimas. Į klientą orientuota – tai partnerystė tarp asmens ir terapeuto, kurios metu asmuo išsako savo nuomonę, valią ir priima galutinį sprendimą (E. Wressle, 2002).

Kanadietiškas veiklos atlikimo modelis teigia, kad veiklos atlikimas susideda iš savęs priežiūros, produktyviosios veiklos ir poilsio. Šių veiklų atlikimas priklauso nuo individualių žmogaus sugebėjimų fiziniuose, socialiniuose, protiniuose ir dvasiniuose komponentuose. Veiklos atlikimas yra veikiamas faktorių, išskyrus individualius, tokiu kaip aplinka, vystymosi lygis ir vaidmuo veikloje (gyvenime). Pagal šį modelį veiklos atlikimas yra apibūdinamas kaip ne tik kaip požiūris į asmens sugebėjimus atlikti pagrindines veiklas, bet ir kaip asmens pasitenkinimas jų atlikimu (N. Pollock, 1993).

Kanadietiškas Veiklos Atlikimo Vertinimas buvo sukurtas kaip atitinkantis Kanadietišką veiklos atlikimo modelį 1991m. ir naudojamas kaip vertinimo priemonė, kuria siekiama išsiaiškinti, kaip asmuo vertina veiklos atlikimą kasdienėje, darbo, laisvalaikio veikloje. Per pastarąjį dešimtmetį Kanadietiškas veiklos vertinimo testas išplito visame pasaulyje. Šiuo metu oficialiai yra išversta į 24 skirtingas kalbas ir naudojamas 35 valstybėse (M. Mccoll, M. Law, 2005).

Dauguma autorių teigia, kad Kanadietiškas veiklos vertinimo testas yra geresnis už kitus tradicinius testus. Tradiciniai testai buvo kritikuojami dėl per didelio domėjimosi atlikimo komponentais, neorientuotais į asmenį, ir nepakankamai holistiniais įvertinant asmens funkcijas ir aplinką (T. Sumsion, 2000).

Kanadietiškas veiklos vertinimo testas sudarytas iš trijų dalių: savęs priežiūros (kasdienės veiklos ir įrankių padedančių kasdienėje veikloje naudojimas), produktyvioji (mokymasis ir darbas), laisvalaikio (žaidimai, poilsis ir socialinis dalyvavimas). Šis testas prašo asmens papasakoti apie veiklos atlikimo problemas, nereikalaujant išoriškai patvirtinti ar pagrįsti savo nuomonę. Asmuo pats apibūdina veiklos problemas, išvardina jas pagal svarbumą ir pats sau įvertina funkcinį mobilumą. Naudojant Kanadietišką veiklos vertinimo testą sutrikimus identifikuoja asmuo, nes laukiamų vaidmenų neatlikimas ar aplinkos reikalavimai trukdo sėkmingai užbaigti veiklą. Šio tyrimo rezultatai yra skaičiuojami dviem sritimis: atlikimui ir pasitenkinimui. Veiklos atlikimas nurodo sugebėjimą pasirinkti, organizuoti ir patenkinamai atlikti prasmingą kasdienę veiklą, kuri yra apibrėžta kultūriniu požiūriu ir amžiumi, atitinkamai prižiūrėti save (savęs priežiūra), mėgautis gyvenimu (poilsis), ir prisideda prie socialinių ir ekonominių organizacijų (produktyvioji veikla) (S. Arthanat, 2004).

Šis testas gali būti naudojamas įvairiems asmenims ir įvairiose gyvenimo stadijose stebint pokyčius. Gaunami testo rezultatų pokyčiai atspindi reikšmingą informaciją, apie asmenį ir jo atliekamas veiklas. Skirtumas tarp veiklos atlikimo ir pasitenkinimo yra susijęs su funkcijos pasikeitimu, tai yra pagerėjimu ir pablogėjimu (T. Sumsion, 2000).

Kanadietiškas veiklos vertinimo testas pripažintas tarptautiniu mastu ir naudingas tiek klinikinėje, tiek mokslinėje praktikoje. Law ir Polloko moksliniai tyrinėjimai parodė KVVT naudingumą įvairiuose veiklos sutrikimų srityse: ortopedijoje, kai jaučiamas skausmas, esant trauminiais smegenų sužalojimams (S. Arthanat, 2004).

Dedding ir kiti autoriai mėgino įrodyti KVVT pagrįstumą. Savo tyrime autoriai naudojo kelis testus, tai – SIP 68 (Sickness Impact Profile), The Disability and Impact Profile (DIP), atvirą klausimyną. Jų teigimu KVVT teste buvo išsakyta daug daugiau veiklos problemų, nei atliekant kitus testus (SIP 68, DIP, atviras klausimynas). Duomenys patvirtino prielaidą, kad KVVT suteikia informaciją, kurios nesuteikia standartizuoti testai naudojami reabilitacijoje (C. Dedding, 2004).

1996m. Ward ir kiti autoriai KVVT naudojo tiriant asmenis, kuriems reikalinga ortopedo pagalba, siekiant nustatyti jų veiklos sutrikimus. KVVT taip pat buvo naudingas tiriant asmenis patyrusius galvos smegenų traumas (Trombly ir kiti, 1998), turinčius pažintinių funkcijų sutrikimų (Hobson, 1996), taip pat siekiant įvertinti skausmo valdymo programos efektyvumą (Carpenter ir kiti, 2001). Tomey (1995) tyrinėjo praktinį KVVT naudingumą bendruomenėje. Visi autoriai sutinka, kad informacija gauta atlikus KVVT yra unikali ir naudinga.

Kjeken siekė išsiaiškinti Kanadietiško veiklos vertinimo testo patikimumą asmenims sergantiems ankiloziniu spondilitu. Gauti rezultatai patvirtino, kad šis testas yra patikimas instrumentas naudojamas klinikinėje praktikoje asmenims sergantiems ankiloziniu spondilitu. Taip pat straipsnyje teigiama, kad testas gali padėti įvertinti reabilitacijos programos efektyvumą (I. Kjeken, 2005).

Lexell, EM., tyrinėjo kasdienės veiklos sunkumus atsirandančius sergant išsėtine skleroze. Šio tyrimo tikslas buvo išsiaiškinti kokių veiklos problemų turi išsėtine skleroze sergantys asmenys apsitarnavimo, produktyviosios veiklos ir laisvalaikio srityse, ir kaip šias problemas jie vertina pagal svarbumą, atlikimą ir pasitenkinimą. Tikslui pasiekti buvo naudojamas KVVT. Išvadose autorius pabrėžia testo poreikį siekiant išsiaiškinti kasdienės veiklos sudėtingumą (E. Lexell, 2006).

Įvertinti asmenų motyvaciją buvo naudotas Pasveikimo padėties valdymo klausimynas (PPVK) (ang. Recovery Locus of Control). Šį klausimyną sudaro devyni teiginiai ir penki sutikimo su teiginiu lygiai (0 – 4 balai). Nuo pirmo iki penkto teiginio atsakymai yra: visiškai sutinku - 4 balai, sutinku – 3 balai, nežinau – 2 balai, nesutinku – 1 balas, visiškai nesutinku – 0 balų. Nuo šešto iki devinto teiginio visiškai sutinku – 0 balų, sutinku - 1 balas, nežinau – 2 balai,

nesutinku – 3 balai, visiškai nesutinku – 4 balai. Bendra suma svyruoja nuo 0 iki 36 balų. Kuo didesnis balų skaičius, tuo motyvacijos lygis didesnis (3 priedas).

Tyrimo duomenys buvo apdoroti MS Excel, SPSS 12.0 programa. Duomenys įvertinti buvo skaičiuojami aritmetiniais vidurkiais, standartiniais nuokrypiais. Vidurkių skirtumo patikimumui buvo naudojamas Vilkoksono neparametrinis priklausomų imčių kriterijus ($p < 0,05$).

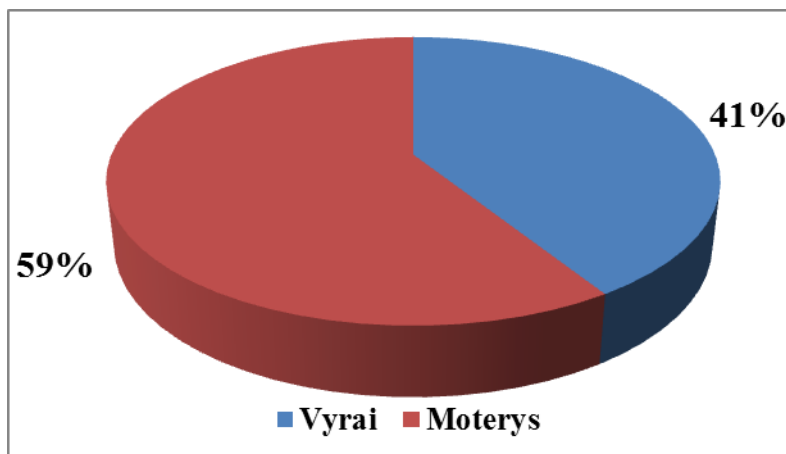
Asmenims, patyrusiems rankos kaulų lūžimus, buvo sudaryta individuali programa, atsižvelgiant į rankos funkcijos ir savarankiškumo sutrikimą.

Programą sudarė:

- Pratimai (4 priedas);
- Priemonės raumenų stiprinimui (5 priedas, 10,11,12 pav.);
- Priemonės judesių amplitudės gerinimui (5 priedas, 9,10,13 pav.);
- Priemonės smulkiosios motorikos lavinimui (5 priedas, 11 pav.).
- Kitos priemonės (5 priedas tęsinys).

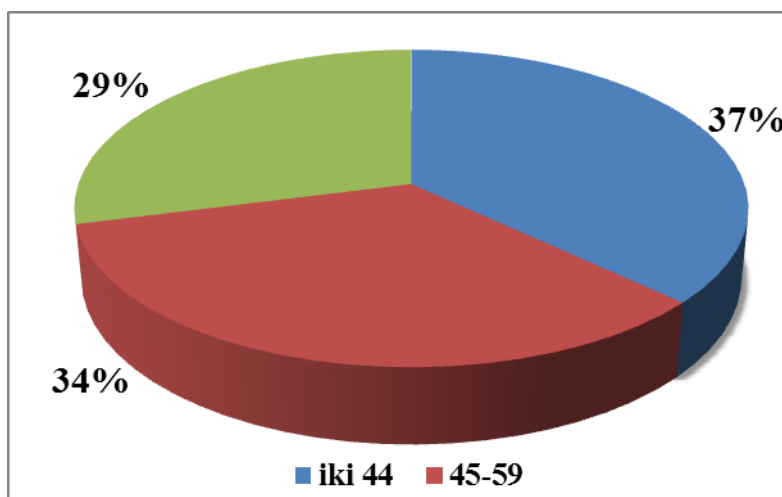
2.3. Duomenys apie tiriamuosius

Tyrimo dalyvavo 100 asmenų: 59 moterys ir 41 vyras (59 % ir 41%), (žr. 2 pav.).



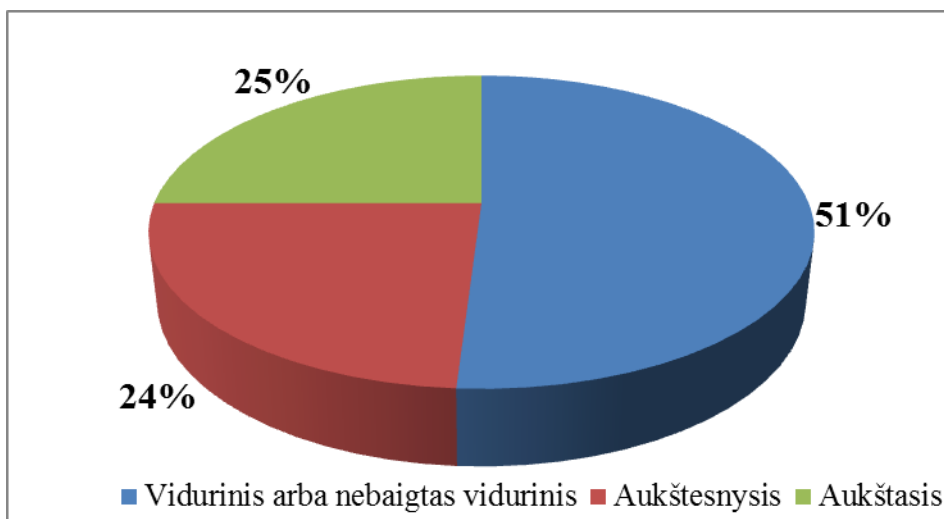
2 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal lytį, %.

Remiantis PSO rekomendacijomis visi tiriamieji buvo suskirstyti į tris grupes: iki 44 metų, 45-59 metų ir virš 60 metų. Iki 44 metų grupei priklauso 37% (n=37) tiriamųjų, 45-59 metų grupei 34% (n=34) tiriamųjų ir virš 60 metų grupei 29% (n=29) tiriamųjų (žr. 3 pav.). Tarp visu trijų grupių yra statistiškai reikšmingi skirtumai $p < 0,05$.



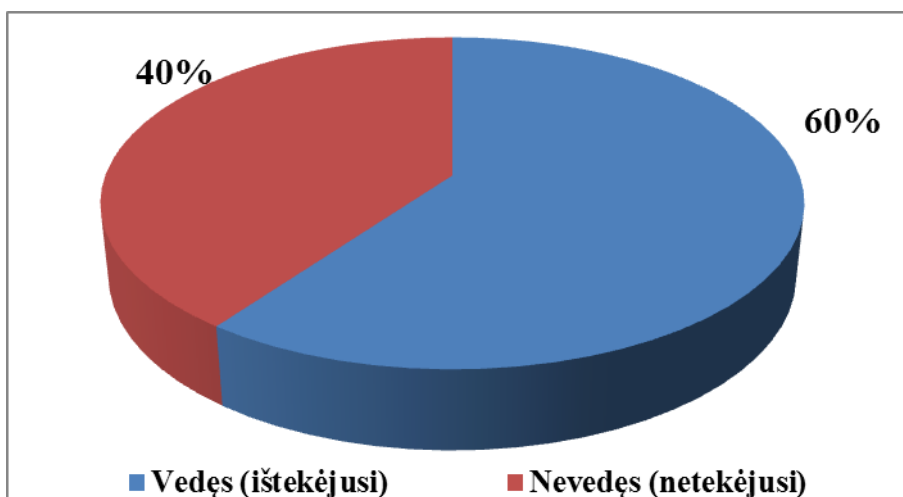
3 pav. Kontingento pasiskirstymas pagal amžiaus grupes, %.

Tyrimo dalyvavę asmenys buvo suskirstyti pagal išsilavinimą: 51 % (n = 51) tiriamųjų išsilavinimas yra vidurinis arba nebaigtas vidurinis, 24% (n = 24) aukštesnysis ir 25 % (n = 25) aukštasis (žr. 4 pav.), ($p < 0,05$).



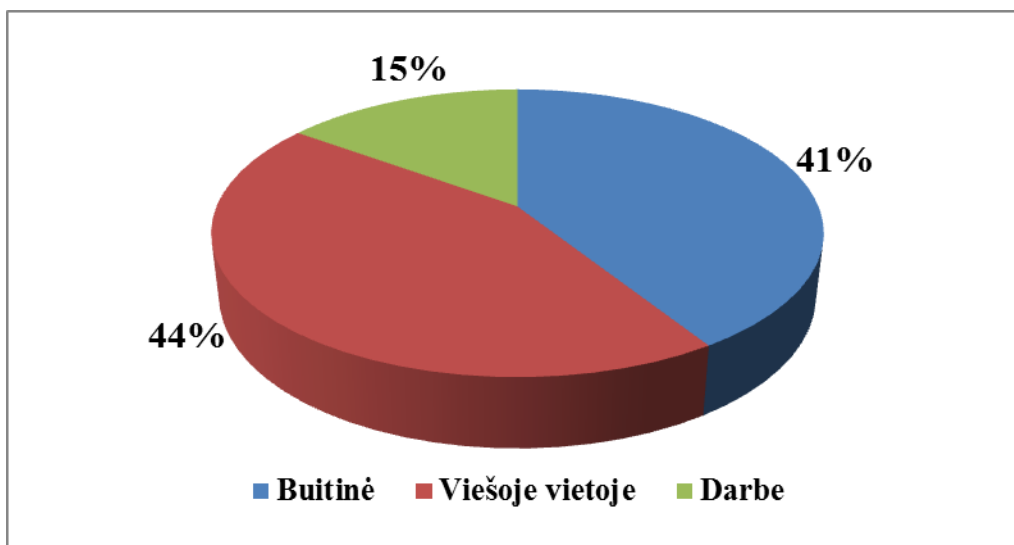
4 pav. Kontingento pasiskirstymas pagal išsilavinimą, %.

Vertinant kontingentą pagal šeimyninę padėtį (žr. 5 pav.) dauguma tiriamųjų yra susituokę t.y. 60% (n = 60), o 40% (n = 40) yra našlys(-ė), niekada nebuvo vedę ar nebuvo ištėkėjusios ar yra išsiskyrę, ($p < 0,05$).



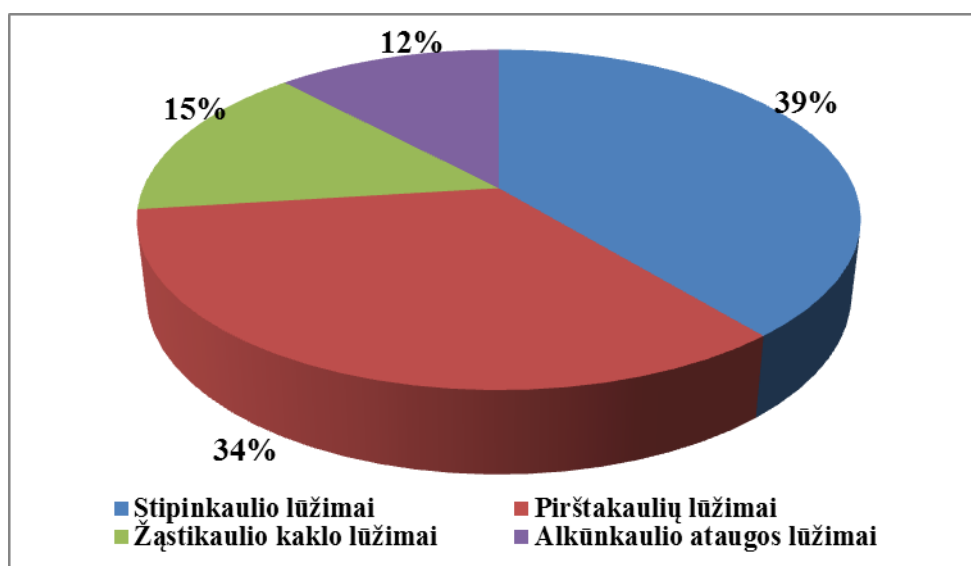
5 pav. Kontingento pasiskirstymas pagal šeimyninę padėtį, %.

Tiriant kontingentą pagal rankos kaulo lūžio aplinkybes (žr. 6 pav.), išaiškėjo, kad traumas daugiausiai įvyko viešoje vietoje 44 % (n = 44), buitinė trauma 41 % (n = 41) ir 15 % (n = 15) trauma įvyko darbe. Statistiškai reikšminga $p < 0,05$.



6 pav. Kontingento pasiskirstymas pagal rankos kaulo lūžio etiologiją, %.

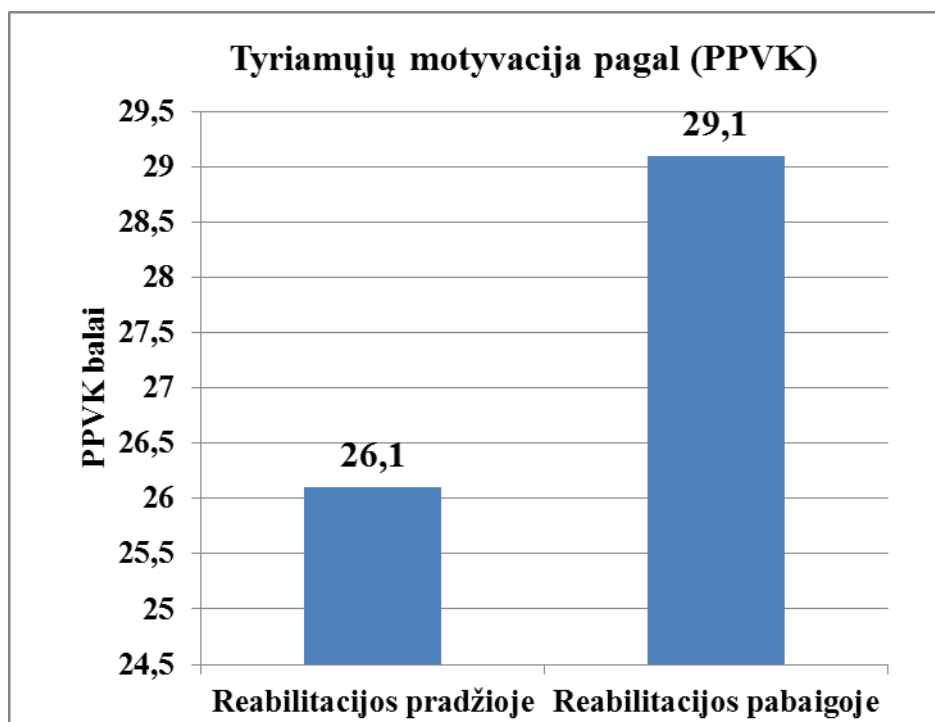
Tyrime dalyvavusių 39 iš ištirtų tyrimųjų (39%) patyrė stipinkaulio lūžimus, 34 asmenys (34%) pirštakaulių lūžimus. 15 asmenų (15%) žastikaulio kaklo lūžimus, 12 tyrimųjų (12%) patyrė alkūnkaulio ataugos lūžimus (žr. 7 pav.). Asmenų skaičiaus skirtumai minėtose grupėse statistiškai reikšmingi $p < 0,05$.



7 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal rankos kaulo lūžio lokalizaciją, %

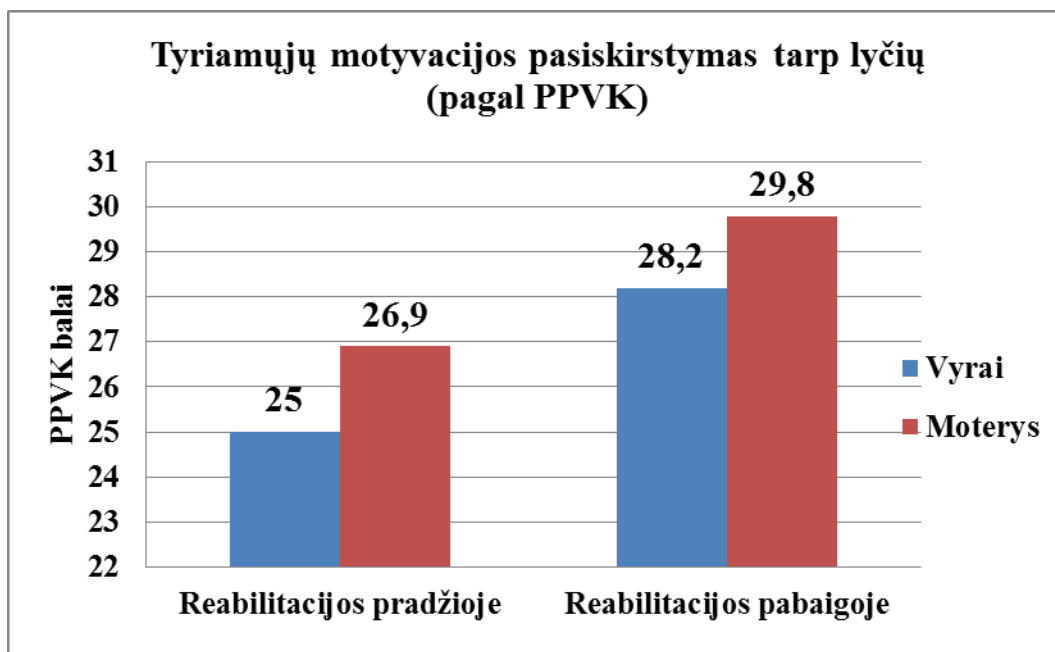
2. 3. Asmenų motyvacijos vertinimas

Asmenų motyvacija buvo vertinama naudojant Pasveikimo padėties valdymo klausimyną (PPVK). Motyvacija buvo analizuojama pagal tyriamųjų lytį, amžių, kaulo lūžio lokalizaciją. Reabilitacijos pradžioje tyriamųjų motyvacijos vidurkis buvo $26,1 \pm 0,7$ balo iš galimų 36 balų pagal PPVK. Įvertinus tyriamųjų motyvaciją po reabilitacijos nustatyta, kad motyvacija pagerėjo statistiškai reikšmingai ($p < 0,05$) ir siekė $29,1 \pm 0,8$ balo pagal PPVK (žr. 8 pav.).



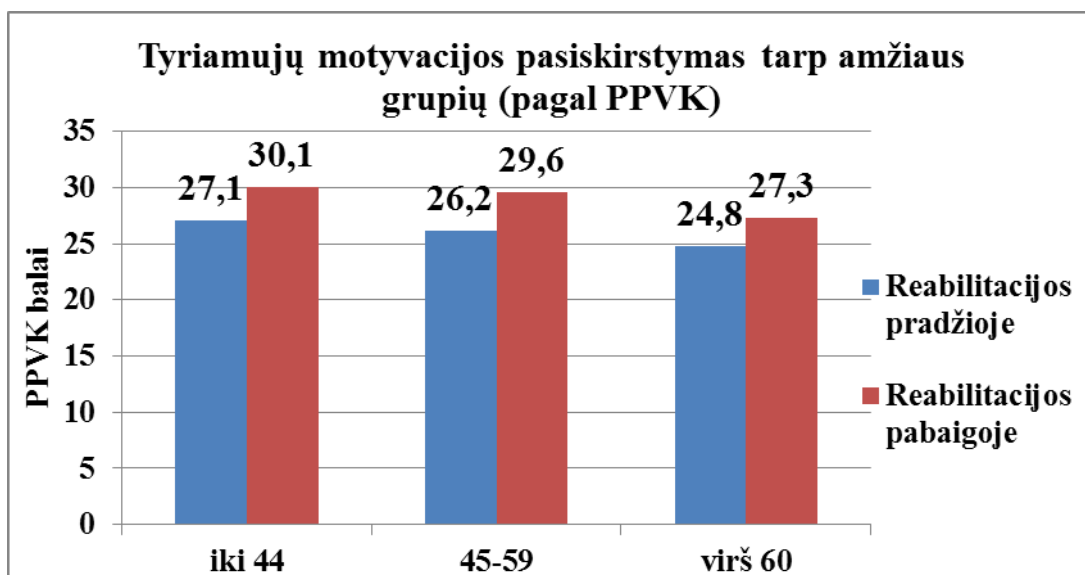
8 pav. Tyriamųjų motyvacija (pagal PPVK).

Analizuojant tiriamųjų motyvaciją priklausomai nuo lyties, nustatyta, kad reabilitacijos pradžioje moterų motyvacijos vidurkis buvo $26,9 \pm 0,7$ balo, vyrų - $25,0 \pm 0,7$ balo pagal PPVK ($p = 0,108$). Reabilitacijos pabaigoje moterų motyvacijos vidurkis pakilo iki $29,8 \pm 0,8$ balo, vyrų - $28,2 \pm 0,8$ balo pagal PPVK ($p = 0,149$) (žr. 9 pav.).



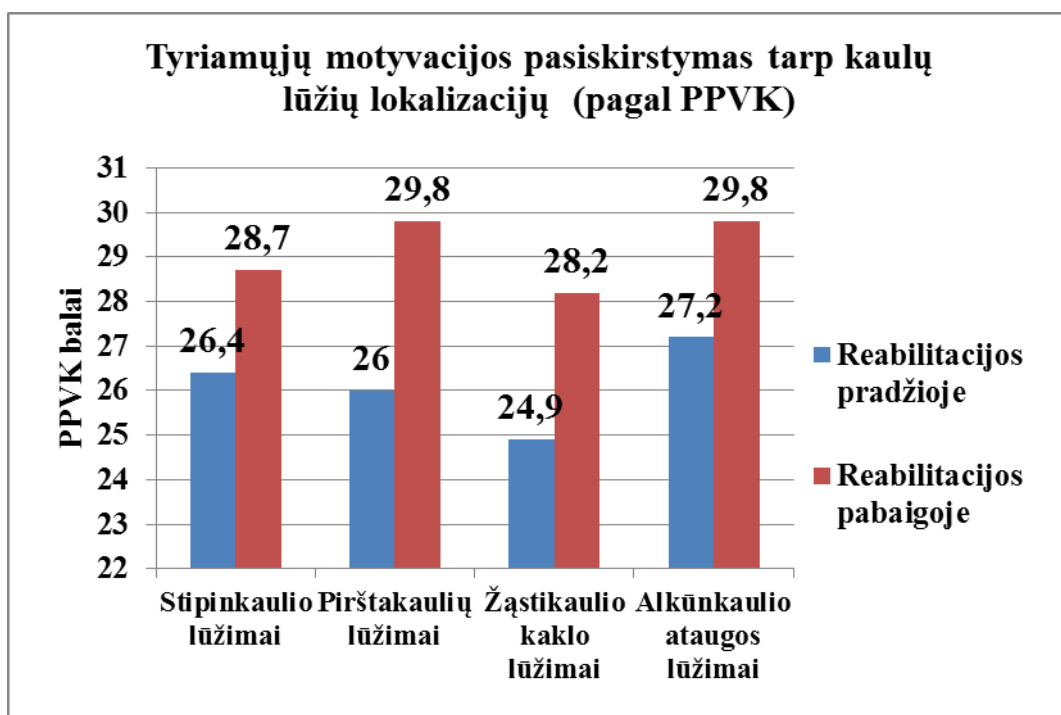
9 pav. Tyriamųjų motyvacijos pasiskirstymas tarp lyčių (pagal PPVK).

Analizuojant tiriamųjų motyvaciją priklausomai nuo amžiaus, nustatyta, kad reabilitacijos pradžioje iki 44 metų amžiaus asmenų motyvacijos vidurkis buvo $27,1 \pm 0,8$ balo, 45-59 metų amžiaus – $26,2 \pm 0,7$ balo, o virš 60 metų amžiaus – $24,8 \pm 0,7$ balo pagal PPVK. Reabilitacijos pabaigoje iki 44 metų amžiaus asmenų motyvacijos vidurkis pakilo iki $30,1 \pm 0,8$ balo ($p = 0,012$), 45-59 metų amžiaus – $29,6 \pm 0,8$ balo ($p = 0,018$), o virš 60 metų amžiaus – $27,3 \pm 0,8$ balo pagal PPVK ($p = 0,072$). (žr. 10 pav.).



10 pav. Tyriamųjų motyvacijos pasiskirstymas tarp amžiaus grupių (pagal PPVK).

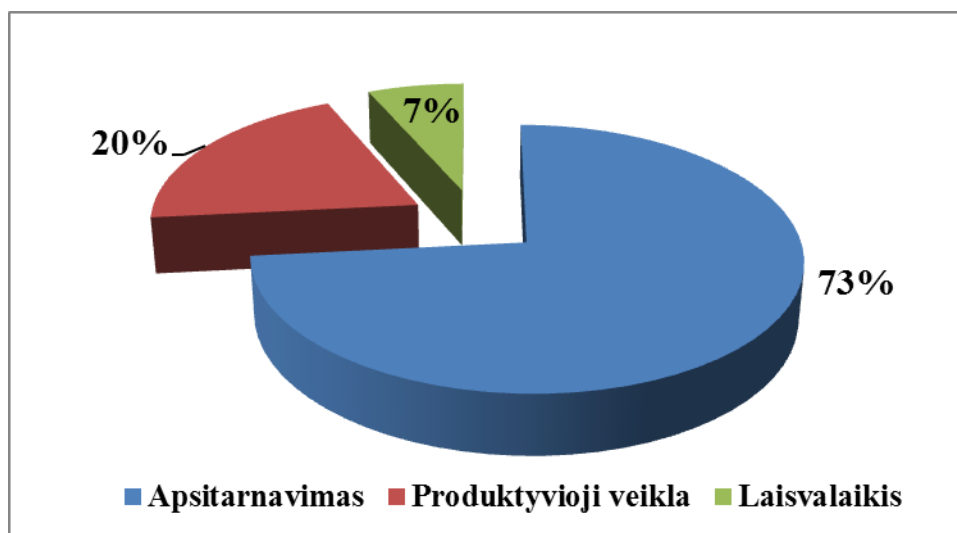
Analizuojant tiriamųjų motyvaciją priklausomai nuo kaulo lūžio lokalizacijos, nustatyta, kad reabilitacijos pradžioje didžiausias motyvacijos vidurkis buvo tyriamųjų po alkūnkaulio ataugos lūžio $27,2 \pm 0,8$ balo ($p = 0,172$), o mažiausias motyvacijos vidurkis nustatytas tyriamiesiems po žastikaulio kaklo lūžimo $24,9 \pm 0,7$ balo pagal PPVK ($p = 0,109$). Reabilitacijos pabaigoje labiausiai motyvacijos vidurkis pakilo tyriamųjų po pirštakaulių lūžimo nuo $26,0 \pm 0,7$ iki $29,8 \pm 0,8$ balo pagal PPVK (žr. 11 pav.).



11 pav. Tyriamųjų motyvacijos pasiskirstymas pagal rankos kaulo lūžio lokalizacijas (pagal PPVK).

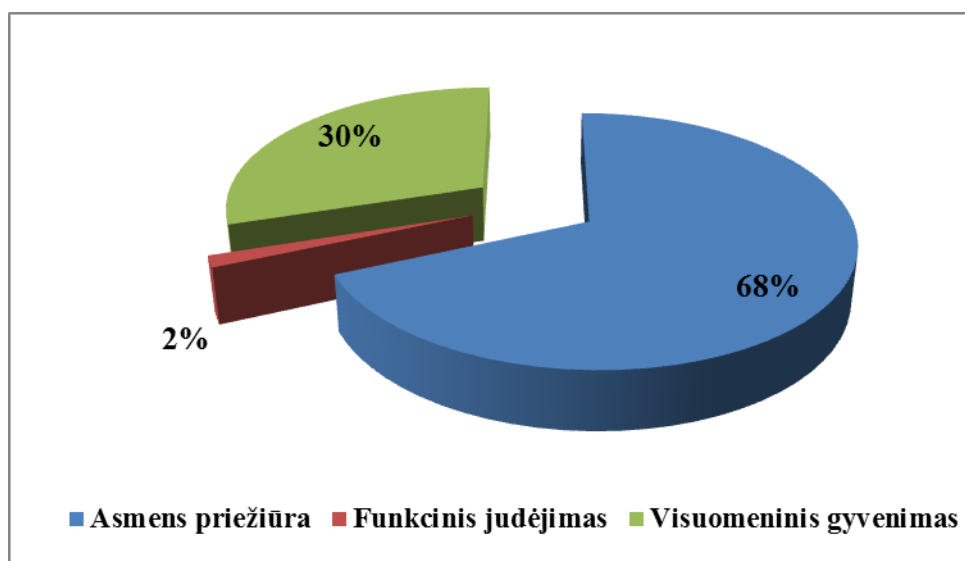
2.4. Asmenų veiklos sutrikimų vertinimas Kanadietišku veiklos vertinimo testu

Naudojant Kanados veiklos vertinimo testą tiriamieji patys vertino savo būklę, įvardindami jiems svarbiausias veiklos problemas. Vertinant veiklos sutrikimus pagal Kanadietišką veiklos vertinimo testą daugiausia veiklos problemų (73%) tiriamieji nurodė apsitarnavimo srityje (žr. 12 pav.). Produktyvumo problemų išsakė (20%). Laisvalaikio srities veiklos problemos buvo mažiausiai aktualios ir sudarė tik (7%) visų išvardintų problemų.



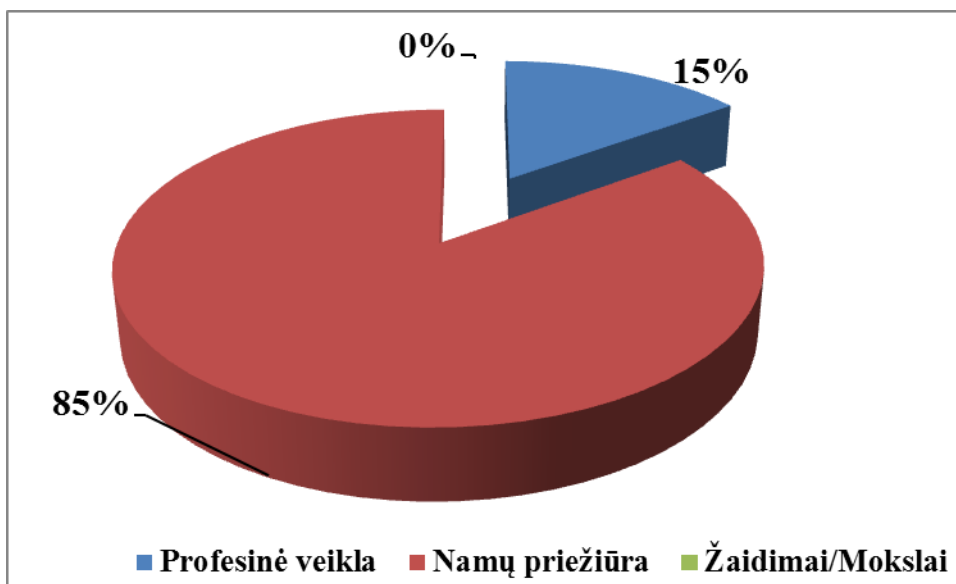
12 pav. Asmenų veiklos problemų pasiskirstymas, pagal Kanadietišką veiklos vertinimo testą, %.

Vertinant tyriamųjų išsakytas veiklos problemas pagal veiklos sritis, (žr. 13 pav.) nustatyta, kad apsitarnavimo srityje vyravo su asmens priežiūra susijusios problemos (68%), mažiau (30%) sudarė visuomeninio gyvenimo problemos. Mažiausiai buvo išsakyta problemų susijusių su funkciniu judėjimu tik (2%).



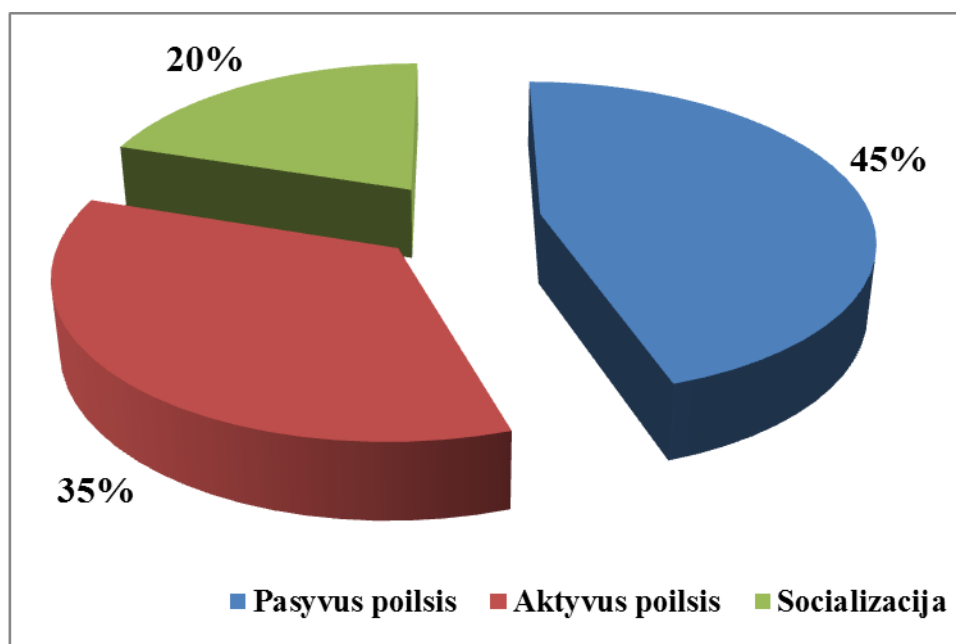
13 pav. Problemų pasiskirstymas apsitarnavimo srityje, %.

Produktyvumo srityje tiriamieji daugiausiai išsakė problemų susijusių su namų priežiūros veiklomis (85%). 15%, iš išvardintų produktyviosios veiklos problemų, sudarė su profesine veikla susijusios problemos. Žaidimai/mokyklai sudarė 0% visų produktyvios veiklos problemų, nes tiriamųjų kontingente nebuvo vaikų (žr. 14 pav.).



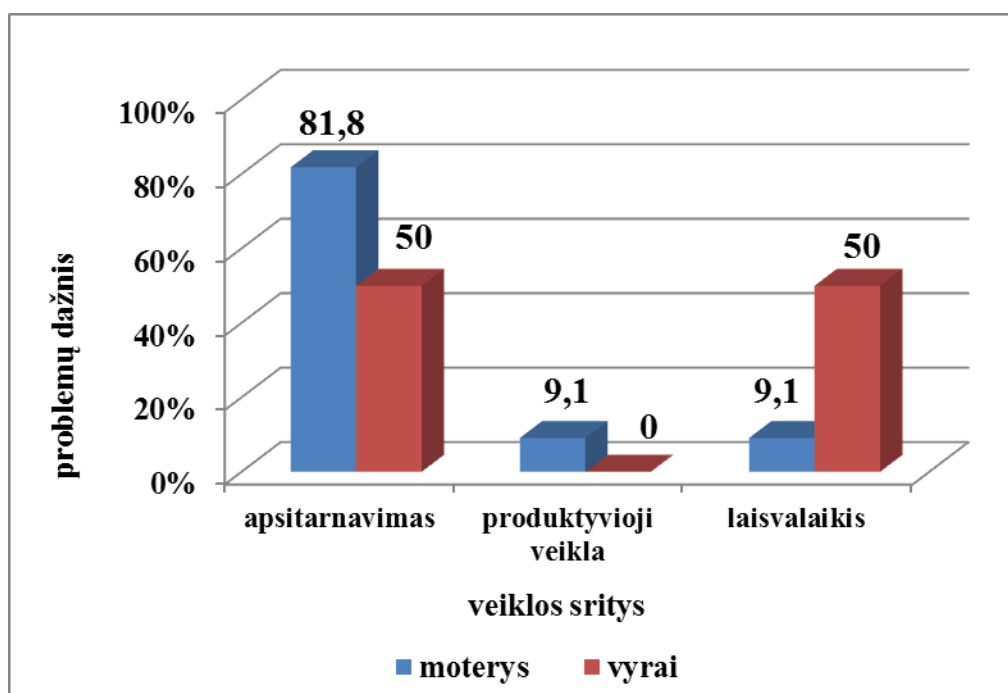
14 pav. Problemų pasiskirstymas produktyvios veiklos srityje, %.

Laisvalaikio srityje tiriamieji dažniausiai minėjo problemas, susijusias su pasyviu poilsiu (45%). (20%) išvardintų laisvalaikio problemų sudarė socializacija. Aktyvus poilsis, kaip veiklos problema, svarbi (35%) apklaustųjų (žr. 15 pav.).



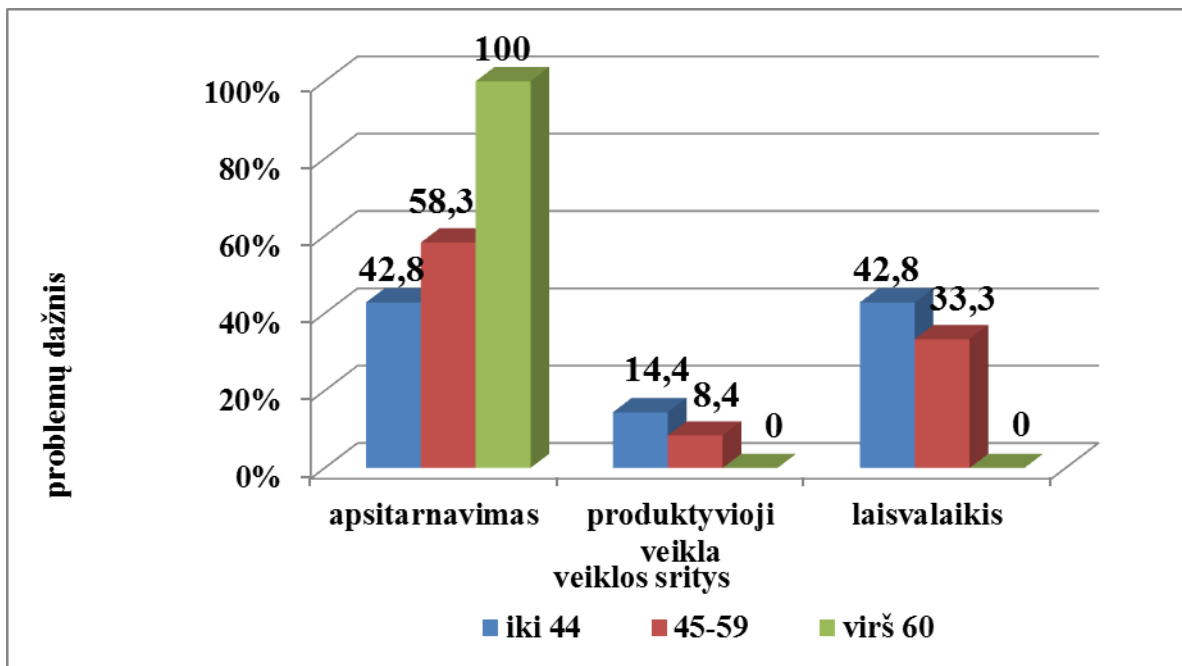
15 pav. Problemų pasiskirstymas laisvalaikio srityje, %.

Analizuojant asmenų, patyrusių rankų kaulų lūžius, problemų veiklos srityse pasiskirstymą pagal lytį, moterys dažniausiai minėjo problemas apsitarnavimo veikloje (žr.16 pav.). Jos vidutiniškai išsakė (81,8 %) visų išvardintų problemų. Laisvalaikio ir produktyvumo srities problemų moterys išsakė vienodai, vidutiniškai po (9,1 %) visų jų problemų. Vyrai išsakė veiklos problemas vidutiniškai vienodai tiek apsitarnavimo, tiek laisvalaikio srityse po (50 %). Lyginant veiklos atlikimo pokyčius priklausomai nuo lyties nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas ($p < 0,05$).



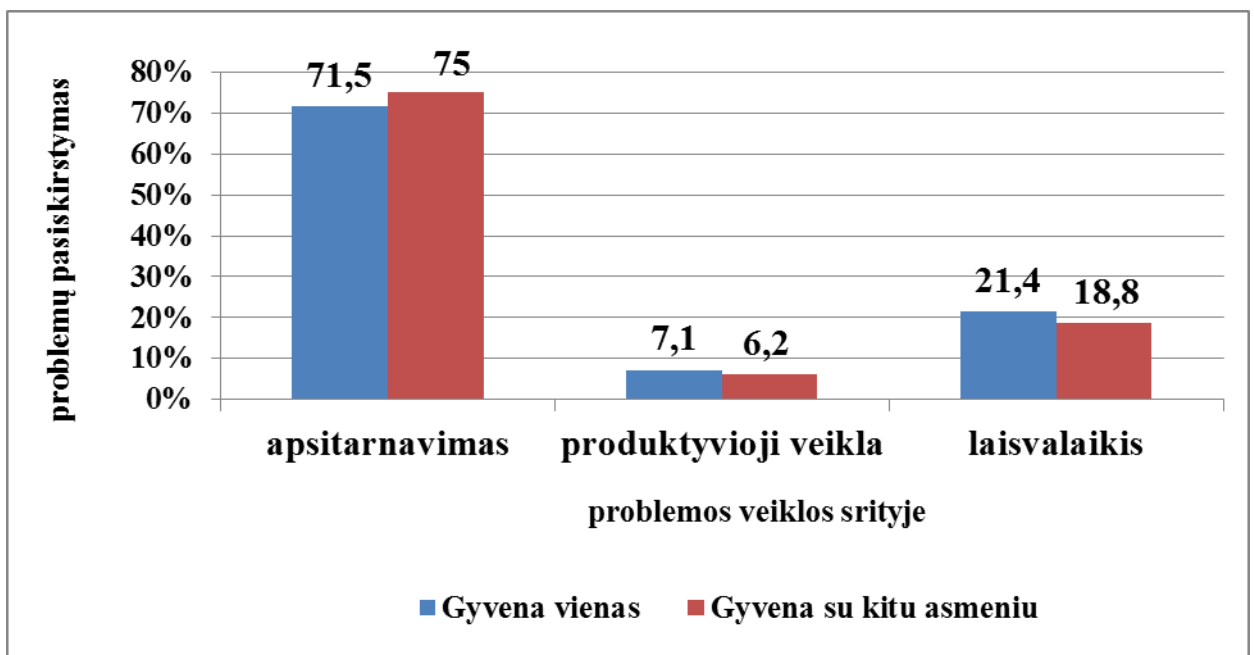
16 pav. Veiklos problemų pasiskirstymas priklausomai nuo lyties, %.

Analizuojant tyriamųjų, patyrusių rankų kaulų lūžius, problemų veiklos srityse pasiskirstymą pagal amžių nustatyta: Problemos apsitarnavimo srityse aktualiausios buvo virš 60 metų asmenims. Šio amžiaus tiriamieji apsitarnavimo problemų išsakė 100 % visų išvardintų problemų. Tiriamiesiems 45-59 metų amžiaus svarbiausios buvo taipogi apsitarnavimo veiklos problemos bet sudarė 58,3 % visų jų problemų, laisvalaikio veiklos problemos buvo aktualiausios iki 44 metų amžiaus asmenims. Šio amžiaus tiriamieji laisvalaikio problemų išsakė 42,8% visų išvardytų problemų (žr. 17 pav.). Veiklos atlikimo vertinimas statistiškai reikšmingai skiriasi ($p < 0,05$).



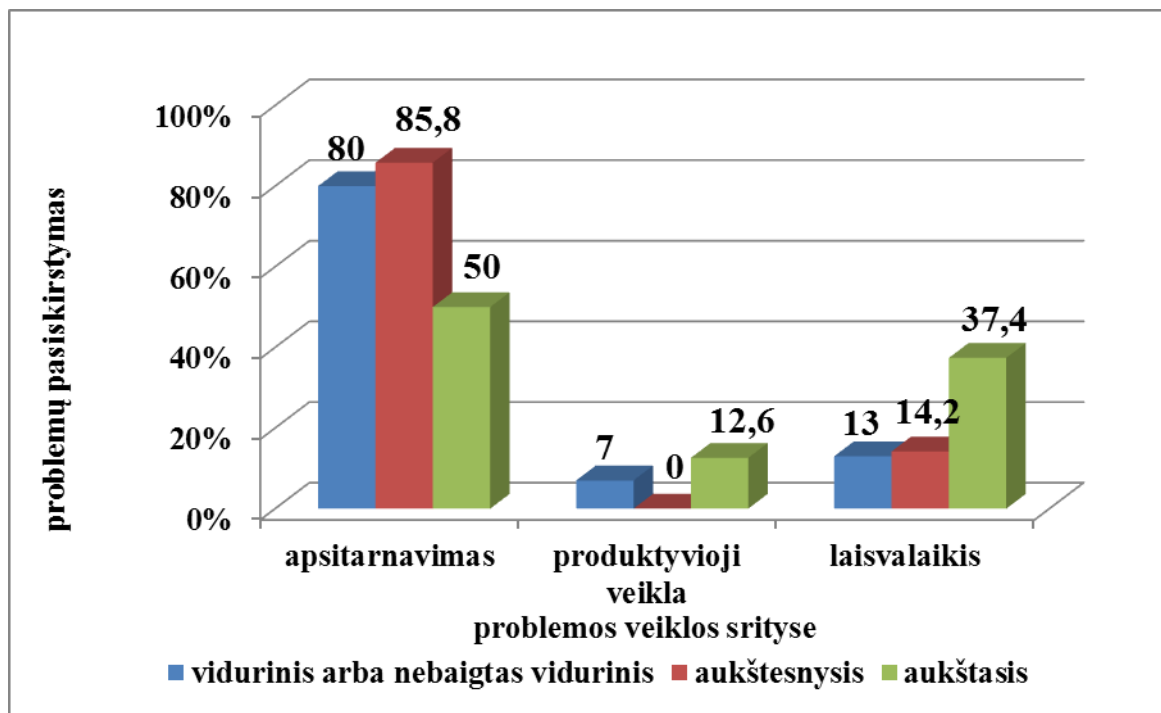
17 pav. Veiklos problemų pasiskirstymas priklausomai nuo amžiaus, %.

Analizuojant problemų veiklos srityje pasiskirstymą pagal šeimyninę padėtį, stebėtas nedidelis skirtumas problemų veiklos srityse. Tiriamieji, kurie gyvena su kitais asmenimis, dažniausiai minėjo problemas susijusias su apsitarnavimo veikla. Vidutiniškai 75 % visų išvardintų problemų. Asmenys gyvenantys vieni dažniausiai taipogi minėjo apsitarnavimo srities problemas, vidutiniškai 71,5 %. Kitose veiklų problemų pasiskirstyme taipogi reikšmingo skirtumo nenustatyta (žr. 18 pav.).



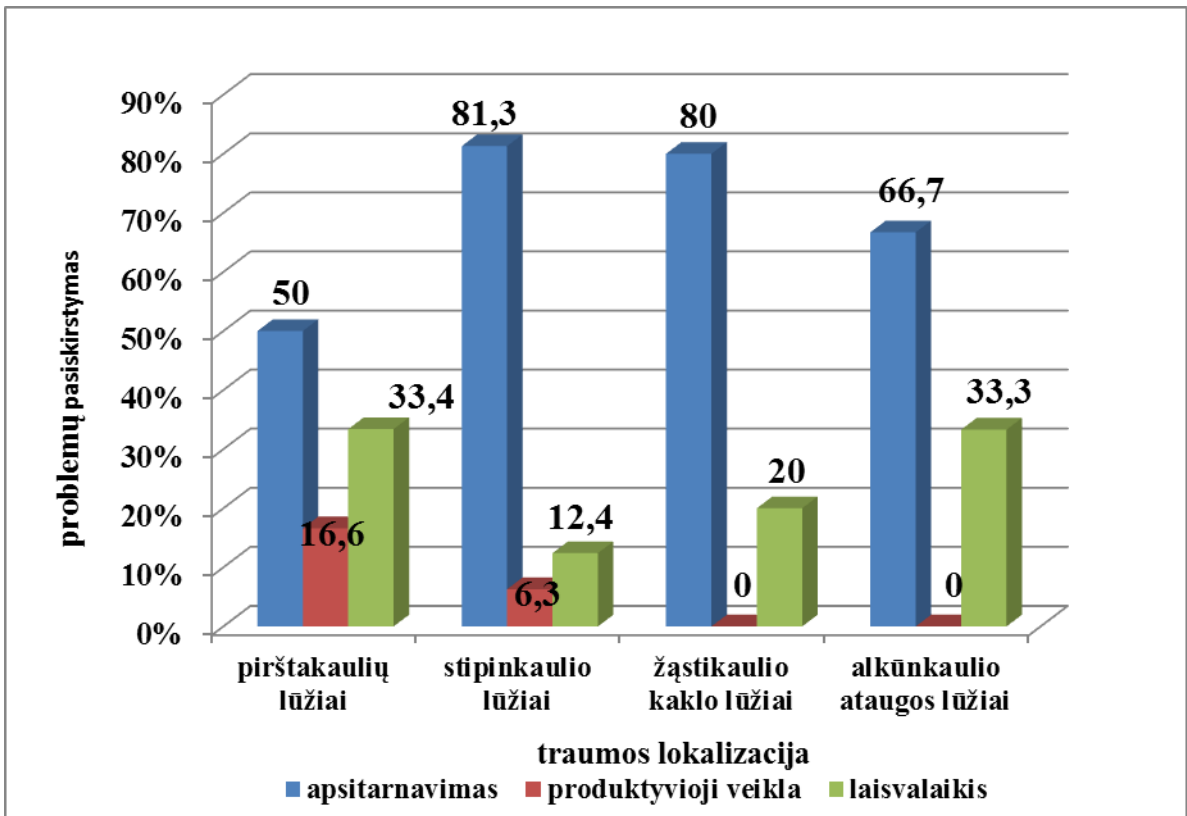
18 pav. Veiklos problemų pasiskirstymas priklausomai nuo šeimyninės padėties, %.

Išsilavinimas nėra labai svarbus nusakant veiklos problemas. Apsitarnavimo srities problemas dažniau minėjo vidurinį arba nebaigtą vidurinį išsilavinimą turintys asmenys jos sudarė 80 % visų išvardintų problemų, laisvalaikio problemos buvo aktualiausios aukštąjį išsilavinimą turintiems asmenims – 37,4 % visų išvardintų problemų, o produktyviosios srities problemas taipogi aktualiausiai įvardijo aukštąjį išsilavinimą turintys asmenys 12,6 % visų išvardintų problemų (žr. 19 pav.).



19 pav. Problemų veiklos srityse dalies palyginimas tarp asmenų turinčių skirtingą išsilavinimą, %.

Išanalizavus duomenis pagal kaulų lūžio tipą nusakant veiklos problemas, gauti duomenys rodo, kad asmenims dažniausiai problemų kyla atliekant apsitarnavimo veiklas. Išvardytos problemos atitinkamai sudarė 50%, 81,3%, 80%, 66,7% visų jų problemų. Pirštakaulių lūžių tiriamieji dažniau minėjo produktyvios veiklos problemas. Vidutiniškai buvo išsakyta 16,6% visų jų problemų. Laisvalaikio srities problemos sudarė antra pagal svarbumą vietą iš išvardytų problemų, kurios atitinkamai sudarė 33,4%, 12,4%, 20%, 33,3% visų jų problemų, statistiškai reikšminga $p < 0,05$ (žr. 20 pav.).



20 pav. Problemų veiklos srityse dalies palyginimas tarp skirtingų kaulų lūžių tipų, %.

Asmenų, patyrusių rankos kaulų lūžius, veiklos atlikimo ir pasitenkinimo vertinimas ambulatorinės reabilitacijos etape

Atliekant tyrimą didelis dėmesys buvo skiriamas, kaip tiriamasis subjektyviai vertina savo veiklos problemas. Iš išsakytų veiklos problemų buvo išrenkamos iki penkių pačios svarbiausios. Tuomet tiriamieji savo nuožiūra įvertino jų atlikimą ir pasitenkinimą. Įvertinti šias problemas tiramiesiems buvo pateikiama vizualinė skalė nuo 1 iki 10 balų. Didžiausias balų vidurkis reabilitacijos pradžioje, atlikimo srityje buvo 6,8 balo, mažiausias 2,8 balo. Reabilitacijos pabaigoje mažiausias balų vidurkis 5,4 balo, didžiausias 8,8 balo. Didžiausia pasitenkinimo balų vidurkio suma reabilitacijos pradžioje 5,6 balo, mažiausias vidurkis 1,6 balo. Ir pakartotiniame įvertinime didžiausias balų vidurkis 9,3 balo ir mažiausias 4,2 balo. Veiklos atlikimo pirminio įvertinimo balų vidurkis $5,3 \pm 1,0$ balo ir pakartotinio įvertinimo $7,5 \pm 0,7$ balo. Atliekamos veiklos pasitenkinimo balų sumos pradinio įvertinimo vidurkis $4 \pm 1,2$ balo ir pakartotinio įvertinimo $7,0 \pm 1,1$ balo (žr. 1 lentelė).

1 lentelė

Tiriamųjų, patyrusių rankų kaulų lūžius, veiklos atlikimo ir pasitenkinimo vertinimas ambulatorinės reabilitacijos etape (n=100)

| Vertinimas pagal KVVT(balais) Veiklos Vertinimas | Reabilitacijos pradžioje | Reabilitacijos pabaigoje |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| Atlikimas | $5,3 \pm 1,0^*$ | $7,5 \pm 0,7^*$ |
| Pasitenkinimas | $4,0 \pm 1,2^*$ | $7,0 \pm 1,1^*$ |

* - $p < 0,05$.

Atlikus pirminį įvertinimą priklausomai nuo amžiaus nustatyta, kad tiriamieji virš 60 metų amžiaus, aukštesniais balais vertino veiklos atlikimą $5,5 \pm 1,1$ balo, nei jaunesni tiriamieji (45-59 metų), kurių atlikimo balų sumos vidurkis – $4,9 \pm 1,1$ balo (žr. 2 lentelė). Reabilitacijos pabaigoje asmenys iki 44 metų bei 45-59 metų amžiaus atlikimą įvertino panašiai $7,7 \pm 0,7$ balo ir $7,7 \pm 0,5$ balo. Atitinkamai reabilitacijos pradžioje pasiskirstė ir pasitenkinimo balų sumos vidurkiai. Vyresni tiriamieji veiklos atlikimu buvo labiau patenkinti $4,4 \pm 1,0$ balo, nei 45-59 metų tiriamieji, kurių pasitenkinimo balų sumos vidurkis siekė $3,7 \pm 1,3$ balo. Ir pakartotiniame įvertinime virš 60 metų asmenys irgi pasitenkinimą vertino aukščiausiai $7,3 \pm 0,8$ balo nei 45-59 metų tiriamieji kurių balų vidurkis siekė $6,6 \pm 1,3$ balo.

Tiriamųjų, patyrusių rankų kaulų lūžius, veiklos atlikimo ir pasitenkinimo vertinimas ambulatorinės rehabilitacijos etape priklausomai nuo amžiaus

| Vertinimas pagal KVVVT (balais) Veiklos vertinimas | iki 44 m. (n=37) | 45-59 m. (n=34) | Virš 60 m. (n=29) | iki 44 m. (n=37) | 45-59 m. (n=34) | Virš 60 m. (n=29) |
|---|---------------------------|--------------------|----------------------|---------------------------|--------------------|----------------------|
| | Rehabilitacijos pradžioje | | | Rehabilitacijos pabaigoje | | |
| Atlikimas | 5,4±0,6* | 4,9±1,1* | 5,5±1,1* | 7,7±0,7* | 7,2±0,8* | 7,7±0,5* |
| Pasitenkinimas | 3,8±1,2* | 3,7±1,3* | 4,4±1,0* | 7,2±1,1* | 6,6±1,3* | 7,3±0,8* |

* - $p < 0,05$.

Pasiskirstyme pagal lytį rehabilitacijos pradžioje įvertinimo metu veiklos atlikimą moterys $5,3 \pm 1,1$ balo ir vyrai $5,3 \pm 0,8$ balo vertino vienodai, o pakartotiniame įvertinime vyrai veiklos atlikimą įvertino didesniais balais nei moterys. Pasitenkinimo pirminiam įvertinime moterys daugiau balų skyrė nei vyrai $4,2 \pm 1,2$ balo. O, pakartotiniame įvertinime moterys ir vyrai surinko vienodą balų vidurkį po $7 \pm 1,1$ balo (žr. 3 lentelė).

Tiriamųjų, patyrusių rankų kaulų lūžius, veiklos atlikimo ir pasitenkinimo vertinimas ambulatorinės rehabilitacijos etape priklausomai nuo lyties.

| Vertinimas pagal KVVVT (balais) Veiklos Vertinimas | Moterys (n=59) | Vyrai (n=41) | Moterys (n=59) | Vyrai (n=41) |
|---|---------------------------|-----------------|---------------------------|-----------------|
| | Rehabilitacijos pradžioje | | Rehabilitacijos pabaigoje | |
| Atlikimas | 5,2±1,1* | 5,3±0,8* | 7,4±0,7* | 7,8±0,7* |
| Pasitenkinimas | 4,1±1,2* | 3,6±1,1* | 7,0±1,1* | 7,1±1,1* |

* - $p < 0,05$.

Lyginant tiriamųjų reabilitacijos pradžioje atlikimo įvertinimą pagal rankos kaulo lūžio lokalizaciją pastebėta, kad asmenys po pirštakaulių lūžimo prasčiausiai vertino išsakytų veiklų atlikimą $4,9 \pm 0,5$ balo. Tiriamųjų, patyrusių stipinkaulio lūžius, veiklos atlikimo pagerėjimas 2,3 balo, pasitenkinimo 3 balai. Asmenų, patyrusių žastikaulio lūžius, veiklos atlikimo pagerėjimas 1,8 balo ir po alkūnkaulio ataugos lūžimų, pasitenkinimo pagerėjimas 2,4 balo. (žr. 4 lentelė).

4 lentelė

Tiriamųjų, patyrusių rankų kaulų lūžius, veiklos atlikimo ir pasitenkinimo vertinimas ambulatorinės reabilitacijos etape priklausomai nuo lūžio lokalizacijos.

| Vertinimas pagal KVVT (balais) | Pirštakaulių lūž. (n=34) | Stipinkaulio lūž. (n=39) | Žastikaulio lūž. (n=15) | Alkūnkaulio ataugos lūž. (n=12) | Pirštakaulių lūž. (n=34) | Stipinkaulio lūž. (n=39) | Žastikaulio lūž. (n=15) | Alkūnkaulio ataugos lūž. (n=12) |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------|---------------------------------|
| | Reabilitacijos pradžioje | | | | Reabilitacijos pabaigoje | | | |
| Veiklos vertinimas | | | | | | | | |
| Atlikimas | $4,9 \pm 0,5^*$ | $5,1 \pm 1,1$ * | $6,0 \pm 0,9^*$ | $5,5 \pm 1,1$ * | $7,6 \pm 0,9$ * | $7,4 \pm 0,8$ * | $7,8 \pm 0,6$ * | $7,4 \pm 0,9^*$ |
| Pasitenkinimas | $3,2 \pm 0,8^*$ | $4,0 \pm 1,2$ * | $4,6 \pm 0,9^*$ | $4,4 \pm 1,6$ * | $7,0 \pm 0,8$ * | $7,0 \pm 1,2$ * | $7,0 \pm 0,9$ * | $6,9 \pm 1,8^*$ |

*- $p < 0,05$.

Reabilitacijos metu didžiausias atlikimo pokytis stebėtas pakankamos motyvacijos asmenims nuo $4,0 \pm 1,1$ balo iki $7,2 \pm 1,0$ balo (žr. 5 lentelė).

5 lentelė

Asmenų, patyrusių rankų kaulų lūžius, veiklos atlikimo ir pasitenkinimo vertinimas ambulatorinės reabilitacijos etape priklausomai nuo motyvacijos lygio

| Vertinimas pagal KVVТ (balais) | Žema motyvacija 10-22 b. (n=24) | Pakankama motyvacija 23-36 b. (n=76) | Žema motyvacija 10-22 b. (n=24) | Pakankama motyvacija 23-36 b. (n=76) |
|--------------------------------|---------------------------------------|--|---------------------------------------|--|
| | Reabilitacijos pradžioje | | Reabilitacijos pabaigoje | |
| Veiklos vertinimas | | | | |
| Atlikimas | $5,0 \pm 1,2^*$ | $5,3 \pm 1,0^*$ | $7,3 \pm 1,1^*$ | $7,6 \pm 0,6^*$ |
| Pasitenkinimas | $3,9 \pm 1,4^*$ | $4,0 \pm 1,1^*$ | $6,4 \pm 1,3^*$ | $7,2 \pm 1,0^*$ |

* - $p < 0,05$.

Išvados

1. Asmenims, patyrusiems rankų kaulų lūžius reabilitacijos pradžioje daugiausia kilo apsitarnavimo problemos - 73,4 %. Apsitarnaujant sunkiausia jiems buvo atlikti su asmenine priežiūra susijusias veiklas – 64,2%. Reabilitacijos pabaigoje stebėtas statistiškai reikšmingas ($p < 0,05$) atlikimo (nuo $5,3 \pm 1,0$ iki $7,5 \pm 0,7$ balo iš 10 galimų) ir pasitenkinimo (nuo $4,0 \pm 1,2$ iki $7,0 \pm 1,1$ balo iš 10 galimų) pokytis.
2. Asmenų, patyrusių rankų kaulų lūžius, ambulatorinės reabilitacijos pradžioje motyvacijos lygis buvo pakankamas, vidutiniškai $26,1 \pm 0,7$ balo iš 36 galimų pagal PPVK. Tiriamieji sutiko, kad visų pastangos yra svarbios sveikimo procese, tačiau dauguma nesutiko, kad sveikatos būklė priklauso nuo jų sprendimų. Įvertinus tiriamųjų motyvaciją po reabilitacijos nustatyta, kad motyvacija pagerėjo statistiškai reikšmingai ($p < 0,05$) ir siekė $29,1 \pm 0,8$ balo pagal PPVK.
3. Reabilitacijos metu didžiausias atlikimo pokytis stebėtas vyrams (nuo $5,3 \pm 0,8$ iki $7,8 \pm 0,7$ balo), 45-59 metų asmenims (nuo $5,5 \pm 1,1$ iki $7,7 \pm 0,5$ balo), asmenims po pirštakaulių lūžimo (nuo $4,9 \pm 0,5$ iki $7,6 \pm 0,9$ balo). Didžiausias pasitenkinimo pokytis stebėtas vyrams (nuo $3,6 \pm 1,1$ iki $7,1 \pm 1,1$ balo), iki 44 metų asmenims (nuo $3,8 \pm 1,2$ iki $7,2 \pm 1,1$ balo), po pirštakaulių lūžimo (nuo $3,2 \pm 0,8$ iki $7,0 \pm 0,8$ balo) bei aukštos motyvacijos asmenims (nuo $4,0 \pm 1,1$ iki $7,2 \pm 1,0$ balo).

Hipotezė, teigianti kad, ne tik reabilitacijos priemonės bet ir pačio asmens motyvacija pasveikimui lemia greitesni funkcinį nepriklausomumą, pasitvirtino.

Literatūra

1. Adomaitienė R. (2007). Neįgaliųjų sociologijos pagrindai: negalių modeliai, socialinė integracija. *Projektas „Pedagogų kvalifikacijos kėlimas darbui su įvairias negalias turinčiais mokiniais bendrojo lavinimo mokyklose“*. *Metodinė medžiaga* (p. 5-28). Kaunas: Lietuvos kūno kultūros akademija.
2. Adomaitienė R., Augustinaitytė - Jurčikonienė G., Mikelkevičiūtė J., Morkūnienė A., Ostasevičienė V., Samsonienė L., Skučas K. (2003). *Taikomoji neįgaliųjų fizinė veikla*. Kaunas: Lietuvos kūno kultūros akademija.
3. Adomaitienė R., Samsonienė L., Saplinskas J. (2004). *Nacionalinės neįgaliųjų reabilitacijos koncepcijos analizė teoriniu bei tarptautinės neįgaliųjų socialinės politikos požiūriu*. Reabilitacijos metodu ir priemonių efektyvumas: Lietuvos reabilitologų asociacijos konferencijos medžiaga (p.183-191). Birštonas.
4. Arthanat, S., & Lenker, J.A. June 1-4 (2004). *Evaluating the ICF as a Framework for Clinical Assessment of Persons for Assistive Technology Device Recommendation*. Paper presented at the 10th North American Collaborating Center (NACC) Conference on ICF, Halifax, NS.
5. Bagdonienė M. (2007). *Taikomosios fizinės ir sportinės veiklos poveikio ypatumai regėjimo negalią turinčių asmenų gyvenimo kokybės gerinimo aspektu*. Šiauliai.
6. Carr, H. J., Shepard, B. R. (2003). *Stroke rehabilitation*. New York. Butter Worth-Heineman.
7. Charles, C. (2005) *Occupational therapy performance, participation and well-being*,
8. Cibulskienė R. (2004). *Motyvacijos įtaka ergoterapijoje apsitarnavimo pasiekimams*. Lietuvos reabilitologų asociacijos konferencija.
9. Colombo R., Pisano F., Mazzone A. (2007), no. 4:3. *Design strategies to improve patient motivation during robot-aided rehabilitation*. *Journal of NeuroEngineering and Rehabilitation*.
10. Connon S. B., Lohman H., Padilla R. L. (2004). *Occupational therapy with elders*. 2th ed, (p.280 283).
11. Corbin, C.B., Welk, G. J., Cobin, W. R. (2006). *Concepts of fitness and wellness: a comprehensive lifestyle approach*. 6th ed. New York: McGraw – Hill.

12. Creek J. (1997). *Occupational therapy ant mental health*. Second edition. New York.
13. Crepeau E., B. Cohn, E. S., Schell B. A. B. (2003). *Willard&Spackman's occupational therapy*. Tenth edition. Philadelphia.
14. Dadelienė, R. (2006). *Sporto medicinos pagrindai*. Vilnius: LSIC, (p. 79 – 85).
15. Dedding C., ir kiti. (2004),Nr.18(6). *Validity of the Canadian Occupational Performance Measure: a client – centred outcome measurement*. Clin Rehabil. (p.660-667).
16. Felser G. (2006). *Motyvacijos būdai: asmens sėkmę lemiantys faktoriai, praktinis psichologijos panaudojimas*. Vilnius.
17. Gikaraitė, J. (2004). *KMUK endokrinologijos klinikos slaugytojų darbo motyvacijos įvertinimas*. Bakalauro darbas. Kaunas.
18. Grahn B. E. M., Borgquist L. A., Ekdahl C. S. (2004), no. 20. *Rehabilitation Benefits Highly Motivated Patients: A Six-Year Prospective Cost-Effectiveness Study*. International Journal of Technology Assessment in Health Care.
19. Grakauskas, Ž. (2006), Nr34. *Vengimo/siekimo motyvacijos ir psichologinio streso bei jo įveikos ryšys*. Psichologija.
20. Gudžinskienė V. (2007). *Sveikos gyvensenos ugdymas*. Vilnius.
21. Jančauskaitė D. (2008). *Motyvacijos įtaka ergoterapijoje pacientų savarankiškumui*. Magistro darbas (p.65). Kaunas.
22. Jasulaitienė, S. (2004). Nr. 3. *„Insultą patyrusių pacientu reabilitacija*. Sveikas žmogus. Vilnius.
23. Javtokas Z. (2009). *Sveikatos stiprinimo konspektas*. Vilnius.
24. Jovaiša L. (1993). *Pedagogikos terminai*. Kaunas: Šviesa.
25. Kalinauskaitė D. (2005). *Socialinių darbuotojų motyvacija ir jos skatinimas viešojo sektoriaus ir nevyriausybinių sektoriaus institucijose* (p.84). Magistro darbas. Vilnius.
26. Kjekken I., Dagfinrud H. ir kiti (2005), Nr.32 (8). *Reliability of the Canadian Occupational Perfomance Measure In patients with ankylosing spondylitis*. J Rheumatol.(p.1503-1509).
27. Kriščiūnas A., Keizeris A., Urbonienė A. (2010). 46 1 priedas. *Tarptautinė funkcionavimo, negalumo ir sveikatos klasifikacija bei jos diegimo į praktiką patirtis*. Medicina (Kaunas).

28. Kriščiūnas A., (2005), Nr 3. *Reabilitacijos sistema Lietuvoje (praeitis, dabartis, ateitis)*. Medicina, (p. 246-50).
29. Kriščiūnas A., Samėnienė J., Šveikauskaitė A., (2007). Nr. 7. *Sergančių reumatoidiniu artritu asmenų veiklos ir dalyvumo vertinimas taikant tarptautinę funkcionavimo, negalumo ir sveikatos klasifikaciją*. Sveikatos mokslai, (1317p.).
30. Kučinskas V. ir kt. (2008). *Šeimos sveikatos enciklopedija*. Kaunas, (p.154-160).
31. Laškovaitė S. (2012). *Fizinę negalią turinčiųjų sveikatos stiprinimo rekreacine veikla organizavimas*. Magistro darbas. Kaunas.
32. Legkauskas V. (2001). *Psichologijos įvadas*. Kaunas.
33. Lexell E., Iwarsson S., ir kiti. (2006), Nr.13. *The complexity of daily occupations in multiple sclerosis*. Scandinavian Journal of Occupational Therapy, (p.241-248).
34. Lietuvos statistikos departamentas (2005). <http://www.stat.gov.lt/lt/> (žiūrėta: 2012-01-05).
35. Macdonald E., M. Maccaul, G. Mirrey, L. (1970). *Occupational therapy in rehabilitation. Third edition*. Baltimore.
36. Maclean N., Pound P., Wolfe C. (2000), no. 321. *Qualitative analysis of stroke patients' motivation for rehabilitation*. British Medical Journal.
37. Marcel, P. J. M., Dijkers, Ph.D.(2005). *Quality of life of individuals with spinal cord injury: A review, of conceptualization, measurement and research findings*.
38. Maslow, A. H. (2006). *Motyvacija ir asmenybė*. Vilnius.
39. Mayers, D. G. (2000). *Psichologija*. Kaunas.
40. Mccoll M., M. Law (2005), Nr. 72. *Tageted applications of the Canadian Occupational Measure*. The Canadian Journal of Occupational Therapy, (p.298).
41. Meng K., Zdrahal-Urbaneck J., Frank, S. (2006), no.1. *Patients' expectations, motivation and multidimensional subjective and objective socio-medical success in medical rehabilitation measures*. International journal of rehabilitation research.
42. Morrison, K. E., Kaminski, W. (2007). 42 (1) *Foot characteristics in association With inversijon ankle injury*. National athletic. Trainers Association, January, March, (p. 135-142).
43. Nilson I. (2006). *Occupational engagement among older people*. Sweden, (p.9).
44. Papageorgiou P., Fotinakis, P., Tsitskari E. (2004), no.2. *Evaluation of Motivation in Patients with Coronary Heart Disease Who Participate in Different Rehabilitation Programs*. The Sport Journal.

45. Partridge C., Johnston M. (1989). Perceived control of recovery from physical disability: Measurement and prediction. *British Journal of Clinical Psychology*, (p.53–59).
46. Peldžienė J. (2004). *Neįgaliųjų socialinė reabilitacija*. Reabilitacijos metodu ir priemonių efektyvumas: Lietuvos reabilitologų asociacijos konferencijos medžiaga. Birštonas, (p.159-161).
47. Pėrec D. (2003). *Motyvai, įtakojantys asmenis su judėjimo negalia po nugaros smegenų pažeidimo dalyvauti reabilitacijoje*. Magistro darbas. Kaunas.
48. Petruševičienė D, Kriščiūnas A. (2003), Nr.11. *Ligoniu, sirgusių galvos smegenų insultu, ergoterapija*. Medicina, (p.1065-1070).
49. Petruševičienė D. (2005). *Sergančiųjų galvos smegenų insultu veiklų, motorikos, pažintinių ir psichosocialinių funkcijų bei ergoterapijos efektyvumo įvertinimas ankstyvuoju reabilitacijos laikotarpiu*. Biomedicinos mokslų daktaro disertacija. Kaunas, (p. 11-19).
50. Poderys, J. (2004). *Kineziologijos pagrindai*. Kaunas: KMU.
51. Pollock N. (1993), 47. *Client-centred assessment*. *Am J Occup Ther.* (p.298–301).
52. Prosser R, Conolly WB. (2003). *Rehabilitation of the hand and upper limb*.(p.129-141).
53. Reed K. L. (1984). *Model of practice in occupational therapy*. Baltimore.
54. Resnick B., Zimmerman SI., Magaziner J. (1998), no.3. *Use of the Apathy Evaluation Scale as a measure of motivation in elderly people*. *Rehabilitation nursing*.
55. Ruškus J. (2007). *Požiūris į neįgaliuosius. Ar sugebėsime jį pakeisti?* <http://www.bernardinai.lt/index.php?url=articles/68126> (žiūrėta 2012.07.15).
56. Ruškus J., Daugėla, M. (2004). *Socialinio fizinės negalios vaizdinio Lietuvos žiniasklaidoje (laikraščiuose) struktūra ir kryptingumą*: Tyrimo santrauka. <http://www.lkka.lt/zurnalas/z0402/Ruskus,%20Daugela.pdf> (žiūrėta 2012.07.15).
57. Šarienė I. (2010). *Slaugytojų, dirbančių viešojoje įstaigoje ir privačiuose šeimos sveikatos priežiūros centruose, darbo apimtys ir darbo motyvacijos analizė*. Magistro darbas. Kaunas, (p. 92).
58. Sipavičienė, S. (2007). *Judėjimo ir atramos sistemos sportinės traumos ir jų profilaktika*. Kaunas: LKKA. (p. 9 – 26, 29 – 64).

59. Skučas K. (2006), 2 (15). *Taikomosios fizinės veiklos įtaka neįgaliųjų, judančių vežimėliu, biosocialiniams įgūdžiams*. Specialusis ugdymas, (p.147-150).
60. Slingsby B. T. (2006), no. 2. *Professional approaches to stroke treatment in Japan: a relationship-centred model*. Journal of Evaluation in Clinical Practice.
61. Smith, B., Kwok Cho Tang, Nutbeam, D. (2006). vol. 21, No. 4. *WHO health promotion glossary: new terms // Health Promotion International*.
62. Stamm T.A., Cieza A., Machold K., Smolen J.S., Stucki G. (2006). *Exploration of the link between conceptual occupational therapy models and the International Classification of Functioning, Disability and Health*. Australian Occupational Therapy Journal, (p.9-17).
63. Sumsion T. (2000), number 7, July. The British Journal of Occupational Therapy, (p. 304-309(6)).
64. Townsend E. (2002). *Enabling occupation: an occupational therapy perspective*. Canadian Association of Occupational Therapists. Ottawa, (p.30-46).
65. Trombly C. A, Radomski M. V. (2001). *Occupational Therapy for physical dysfunction*. 5th ed. Philadelphia, Baltimore (p.927-964).
66. Üstün T.B. (2002). *Towards A Common Language for Functioning, Disability and Health ICF*. World Health Organization Geneva, (p.23)
67. Vaitekoniš, B. (2001). *Galūnių kaulų lūžiai ir pirmoji pagalba*. Sveikata, 2, 36 – 38.
68. Wressle E. (2002), Nr. 772. *Client participation in the rehabilitation process*. Sweden, Medical Dissertations, (p.5-26).

CHANGE OF MOTIVATION AND INDEPENDENCE OF PERSONS WHO SUFFERED ARM FRACTURES WHILE APPLYING REHABILITATION

Summary

The *theoretical* analysis of scientific literature related to the motivation and the topic of arm fractures was carried out and the results of the research were based comparing them with the similar research data.

A *hypothesis* is formulated that patient's functional independence is spurred not only by the measures of rehabilitation but also by person's own motivation to get well.

The aim of the research is to define the change of motivation and independence of persons who suffered arm fractures while applying rehabilitation.

In order to find out how people evaluate the performance of activity in daily life, at work and at leisure, Canadian Performance Evaluation Test has been used. Recovery Locus of Control questionnaire was given in order to evaluate people's motivation. The respondents were also questioned using a questionnaire that was prepared by the researchers.

100 patients who suffered different types of arm fractures participated in the research.

Change of biosocial skills, independence and motivation while applying rehabilitation has been analysed in the empirical part of the paper.

The main findings of empirical research are as follows:

1. Persons who suffered arm fractures mainly had self-help problems at the beginning of rehabilitation - 73.4%. At the end of rehabilitation a statistically significant ($p < 0.05$), change of performance (from 5.3 ± 1.0 to 7.5 ± 0.7 points out of a possible 10) and satisfaction (from 4.0 ± 1.2 to 7.0 ± 1.1 points out of 10 possible) was observed.
2. At the beginning of outpatient rehabilitation, motivation level of persons who suffered arm fractures was satisfactory: approximately 26.1 ± 0.7 points out of a possible 36 by RLC. Evaluating participants' motivation after rehabilitation, it was found out that motivation has improved significantly ($p < 0.05$) and reached 29.1 ± 0.8 points according to RLC.
3. During rehabilitation treatment, the biggest change of performance was observed in men (from 5.3 ± 0.8 to 7.8 ± 0.7 points), persons aged 45-59 (from 5.5 ± 1.1 to 7.7 ± 0.5 points), persons with phalangeal fractures (from 4.9 ± 0.5 to 7.6 ± 0.9 points). The biggest change of satisfaction was observed in men (from 3.6 ± 1.1 to 7.1 ± 1.1 points), persons up to the age of 44 (from 3.8 ± 1.2 to 7.2 ± 1.1 points), patients with phalangeal fractures (from 3.2 ± 0.8 to 7.0 ± 0.8 points) and highly motivated persons (from 4.0 ± 1.1 to 7.2 ± 1.0 points).

Key words: arm fractures, biosocial skills, motivation, disability and health.

Priedai

KLAUSIMYNAS

1. Lytis: vyras moteris

2. Kokiai amžiaus grupei jūs priklausote:

• Iki 44 metų

• 45-59 metų

• Virš 60 metų

3. Išsilavinimas:

• Vidurinis arba nebaigtas vidurinis

• Aukštesnysis

• Aukštasis

4. Šeimyninė padėtis:

• Vedęs (ištekėjusi)

• Nevedęs (netekėjusi)

5. Rankos kaulo lūžio etiologija:

• Buitinė trauma

• Viešoje vietoje įvykusi trauma

• Darbe

6. Kaulo lūžio lokalizacija:

• Stipinkaulio lūžimas

• Žąstikaulio kaklo lūžimas

• Pirštakaulių lūžimai

• Alkūnkaulio ataugos lūžimas

2 priedas Kanadietiškas veiklos vertinimo testas.

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

| ATLIKIMAS | | | | | | | | | |
|---------------------|----------|----------|----------|----------|---------------------------|----------|----------|----------|-----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Nieko negali daryti | | | | | Gali daryti labai lengvai | | | | |

| PASITENKINIMAS | | | | | | | | | |
|-----------------------|----------|----------|----------|----------|------------------|----------|----------|----------|-----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Visiškai netenkina | | | | | Visiškai tenkina | | | | |

**1 PAKOPA:
VEIKLOS PROBLEMŲ NUSTATYMAS**

Tam, kad nustatytumėte veiklos problemas, klausimus bei interesus, apklauskite pacientą apie savipriežiūrą, produktyvumą bei laisvalaikį. Paprašykite pacientą, kad šis apibūdintų kasdieninius darbus, kuriuos nori atlikti, jam reikia daryti arba tikimasi iš jų, kad juos atliktų. Padrąsinkite juos daugiau pasvarstyti apie kasdienybę. Tada paprašykite paciento pasakyti kuriuos iš veiksmų yra sunku atlikti iki reikiamo lygio. Užrašykite veiklos problemas pakopose 1A, 1B, 1C.

**2PAKOPA:
SVARBUMO ĮVERTINIMAS**

Naudojantis pateikta vertinimo lentele paprašykite paciento įvertinti kiekvienos veiklos svarbumą nuo 1 iki 10. Įrašykite vertinimus atitinkamuose langeliuose pakopose 1A, 1B, 1C.

1A PAKOPA: Apsitarnavimas

Asmeninė priežiūra

(pvz. rengimasis, maudymasis, valgymas, higiena)

Funkcinis judėjimas

(pvz. persikėlimai, namuose, lauke)

Visuomeninis gyvenimas

(pvz. transportas, apsipirkimas, finansai)

SVARBUMAS

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

1B: Produktyvumas

Apmokamas/neapmokamas Darbas

(pvz. darbo suradimas/turėjimas, pasisiūlymas)

Namų priežiūra

(pvz. valymas, skalbimas, maisto gaminimas)

Žaidimai/Mokykla

(pvz. žaidimo įgūdžiai, namų darbai)

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

1C: Laisvalaikis

SVARBUMAS

Pasyvus poilsis
(pvz., hobis, užsiėmimas,
skaitymas)

Aktyvus poilsis
(pvz., sportas,
išvykos, kelionės)

Socializacija
(apsilankymai,
telefono skambučiai,
svečių priėmimas)

3 IR 4 PAKOPOS: VERTINIMAS TAŠKAIS --- PRADINIS ĮVERTINIMAS ir PAKARTOTINIS ĮVERTINIMAS

Aptarkite su pacientu penkias svarbiausias problemas ir jas žemiau užrašykite. Paprašykite, kad pacientas vertinimų langeliuose įvertintų kiekvieną problemą pagal atlikimą ir pasitenkinimą. Bendras taškų skaičius yra skaičiuojamas sudėjus visų problemų atlikimo ir pasitenkinimo taškus ir padalinus gautą skaičių iš problemų skaičiaus. Pakartotino vertinimo metu pacientas vėl taškais vertina kiekvienos problemos atlikimą ir pasitenkinimą. Suskaičiuokite naują taškų skaičių ir skirtumą tarp pirminio įvertinimo ir pakartotinio įvertinimo taškų.

PRADINIS ĮVERTINIMAS:

VEIKLOS ATLIKIMO
PROBLEMOS:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Atlikimas 1

Pasitenkinimas 1

PAKARTOTINIS ĮVERTINIMAS:

Atlikimas 2

Pasitenkinimas 2

SKAIČIAVIMAS

Bendras taškų skaičius = Bendras atlikimo ir pasitenkinimo taškų skaičius / Problemų sk.

Atlikimo įvertinimas 1

Pasitenkinimo
įvertinimas 1

Atlikimo
įvertinimas 2

Pasitenkinimo
įvertinimas 2

Atlikimo pasikeitimas = Atlikimo įvertinimas 2

Atlikimo įvertinimas 1

Pasitenkinimo Pasikeitimas = Pasitenkinimo 2 įvertinimas

Pasitenkinimo 1 įvertinimas

3 priedas Pasveikimo padėties valdymo klausimynas.

Pasveikimo padėties valdymo klausimynas (ang. Recovery locus of control)

1. Tai, kas su manimi bus ateityje, priklauso nuo manęs paties, o ne nuo to, ką dėl manęs padarė kiti žmonės.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Visiškai sutinku (4 balai) | <input type="checkbox"/> Nesutinku (1 balas) |
| <input type="checkbox"/> Sutinku (3 balai) | <input type="checkbox"/> Visiškai nesutinku (0 balų) |
| <input type="checkbox"/> Nežinau (2 balai) | |

2. Realūs pasikeitimai priklauso nuo to, ką aš pats darau, kad padėti sau.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Visiškai sutinku (4 balai) | <input type="checkbox"/> Nesutinku (1 balas) |
| <input type="checkbox"/> Sutinku (3 balai) | <input type="checkbox"/> Visiškai nesutinku (0 balų) |
| <input type="checkbox"/> Nežinau (2 balai) | |

3. Aš įsitikinęs, kad, nepaisant aplinkybių, padarysiu viską kas įmanoma, kad pasiekti kuo didesnių rezultatų.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Visiškai sutinku (4 balai) | <input type="checkbox"/> Nesutinku (1 balas) |
| <input type="checkbox"/> Sutinku (3 balai) | <input type="checkbox"/> Visiškai nesutinku (0 balų) |
| <input type="checkbox"/> Nežinau (2 balai) | |

4. Būklės pagerėjimas – tai mano paties sprendimas, o ne kažkieno kito.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Visiškai sutinku (4 balai) | <input type="checkbox"/> Nesutinku (1 balas) |
| <input type="checkbox"/> Sutinku (3 balai) | <input type="checkbox"/> Visiškai nesutinku (0 balų) |
| <input type="checkbox"/> Nežinau (2 balai) | |

5. Nesvarbu, kiek pagalbos gauni – galutiniame rezultate svarbios visu asmenų pastangos.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Visiškai sutinku (4 balai) | <input type="checkbox"/> Nesutinku (1 balas) |
| <input type="checkbox"/> Sutinku (3 balai) | <input type="checkbox"/> Visiškai nesutinku (0 balų) |
| <input type="checkbox"/> Nežinau (2 balai) | |

6. Dažniau geriau palaukti ir pažiūrėti, kas atsitiks.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Visiškai sutinku (0 balų) | <input type="checkbox"/> Nesutinku (3 balai) |
| <input type="checkbox"/> Sutinku (1 balas) | <input type="checkbox"/> Visiškai nesutinku (4 balai) |
| <input type="checkbox"/> Nežinau (2 balai) | |

7. Mano pastangos nėra labai svarbios, atsistatymas priklauso nuo kitų asmenų.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Visiškai sutinku (0 balų) | <input type="checkbox"/> Nesutinku (3 balai) |
| <input type="checkbox"/> Sutinku (1 balas) | <input type="checkbox"/> Visiškai nesutinku (4 balai) |
| <input type="checkbox"/> Nežinau (2 balai) | |

8. Mano pastangos atsistatyti neturi būti labai didelės.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Visiškai sutinku (0 balų) | <input type="checkbox"/> Nesutinku (3 balai) |
| <input type="checkbox"/> Sutinku (1 balas) | <input type="checkbox"/> Visiškai nesutinku (4 balai) |
| <input type="checkbox"/> Nežinau (2 balai) | |

9. Aš beveik ar visai nekontroliuoju atsistatymo.

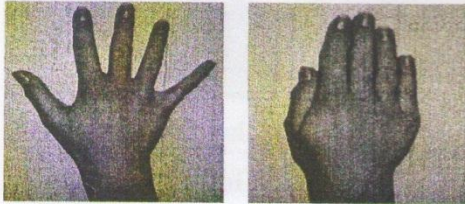
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Visiškai sutinku (0 balų) | <input type="checkbox"/> Nesutinku (3 balai) |
| <input type="checkbox"/> Sutinku (1 balas) | <input type="checkbox"/> Visiškai nesutinku (4 balai) |
| <input type="checkbox"/> Nežinau (2 balai) | |

(C.Partridge, M. Johnston, 1989).

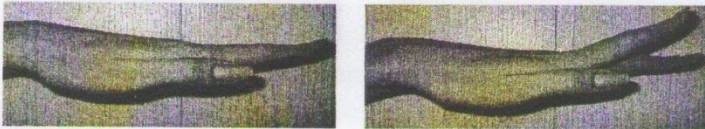
4 priedas pratimai.

Pratimai pirštams:

1. Padedama plaštaka delnu žemyn. Pirštai atitraukiami (praskiečiami) į šonus, šiek tiek palaikomi ir pritraukiami (suglaudžiami).

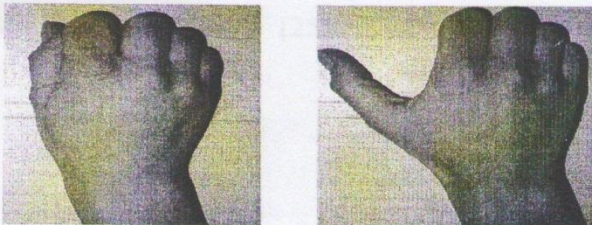


2. Plaštakos padedamos delnu žemyn. Pirštai po vieną keliami į viršų ir nuleidžiami.

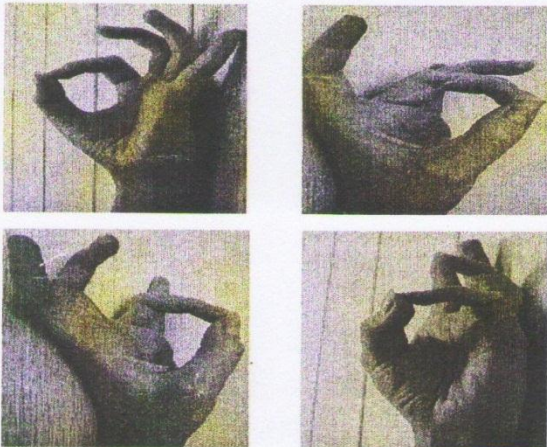


Pratimai nykščiu:

1. Plaštaka padėta delnu žemyn. Pirštai ištiesti arba lengvai sulenkti. Nykštys atitraukiamas į šoną ir pritraukiamas.



2. Daroma rutuliuko forma su nykščiu ir atskirai su kiekvienu pirštu. Svarbu, kad gautūsi kuo apvalesnis rutuliukas.

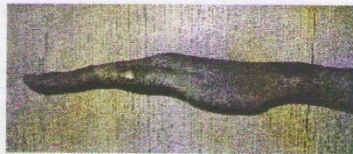
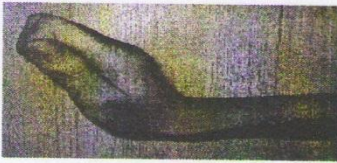


Pratimai riešams:

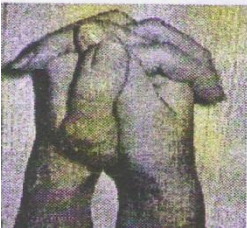
1. Pirštai lengvai sulenkti į kumštį. Per riešo sąnari plaštaka pasukama į dešinę pusę, grįžtama į pradinę padėtį, pasukama į kairę pusę.



2. Pirštai lengvai sulenkti į kumštį. Per riešą plaštaka keliama į viršų. Nuleidžiant plaštaką, tiesiami pirštai.



3. Sunertos rankos lenkiamos per riešą į dešinę, grįžtama į pradinę padėtį, lenkiama į kairę.



5 priedas Priemonės sutrikusių funkcijų lavinimui.



9 pav. Lankstus treniruoklis



10 pav. Minkštas mankštos žiedas



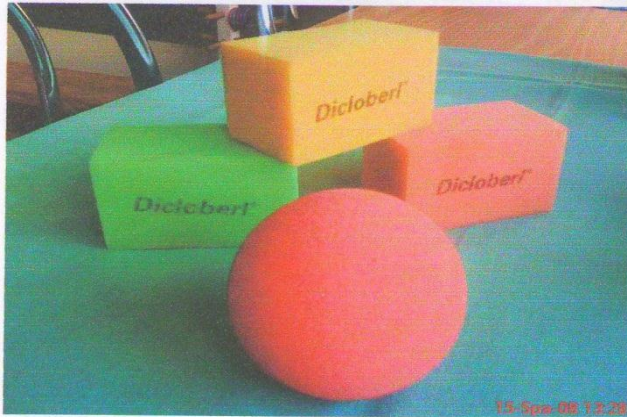
11 pav. Ergoterapinė masė



12 pav. Plaštakos ir dilbio treniruoklis



13 pav. Terapinės juostos



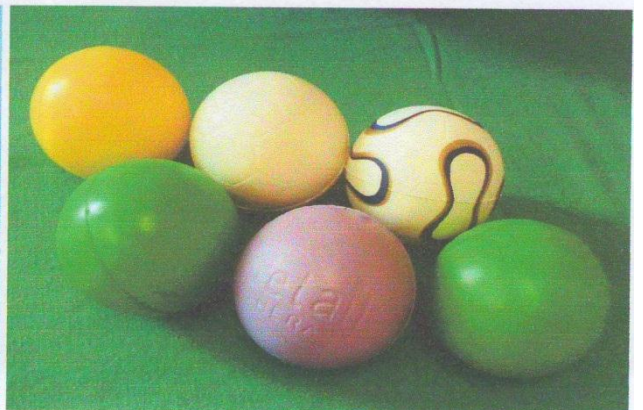
Įvairaus stiprumo kempinės



Spanderiai



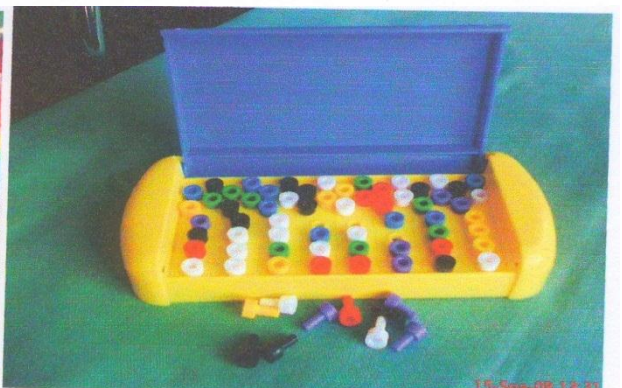
Spanderiai



Įvairaus stiprumo kamuoliukai



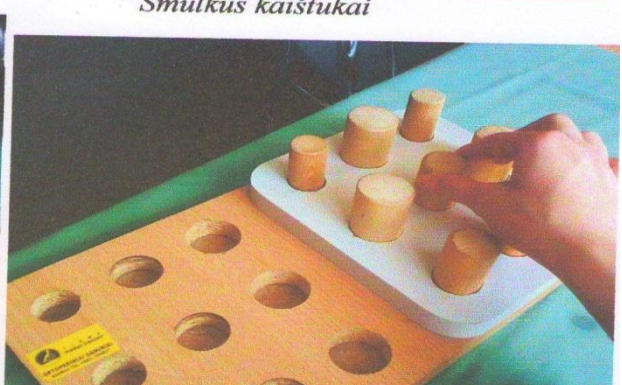
Segtukai



Smulkūs kaištukai



Varžtai



Stambūs kaištukai