

ŠIAULIŲ UNIVERSITETAS  
SOCIALINĖS GEROVĖS IR NEGALĖS STUDIJŲ FAKULTETAS  
MEDICINOS PAGRINDŲ KATEDRA

Taikomosios kūno kultūros, specializacija – sveikatos edukologija, magistratūros studijų programa

*Lina Eitmantytė*

**ASMENŲ, SERGANČIŲ REUMATOIDINIŲ ARTRITU,  
SAVARANKIŠKUMO KAITA**

*Magistro darbas*

*Magistro darbo vadovė-  
Doc.dr. Daiva Mockevičienė*

**2013**

# Turinys

Turinys.....	3
Santrauka.....	4
Įvadas.....	6
1. REUMATOIDINIO ARTRITO TEORINIAI ASPEKTAI.....	9
1.1. Reumatoidinio artrito paplitimas.....	9
1.2. Sistemų ir organų pakitimai sergant reumatoidiniu artritu.....	10
1.3. Biomechaniniai pokyčiai sergant reumatoidiniu artritu.....	14
1.4. Fizinio aktyvumo įtaka sergančiųjų reumatoidiniu artritu fiziniam ir funkciniam pajėgumui	17
1.5. Fizinio aktyvumo priemonių principai taikomi asmenims sergantiems reumatoidiniu artritu	19
1.6. Socialinė ir medicininė rehabilitacija sergant reumatoidiniu artritu.....	22
2. FIZINIO AKTYVUMO VAIDMUO ASMENIMS, SERGANTIEMS REUMATOIDINIŲ ARTRITU, GYVENIMO KOKYBEI.....	26
2.1. Tyrimo metodai.....	26
2.2. Duomenys apie respondentus.....	27
2.3. Savarankiškumo kaita pagal lytį, amžių, išsilavinimą, šeimyninę padėtį, ligos stadiją.....	31
2.4. Asmenų, sergančių reumatoidiniu artritu, veiklos atlikimo ir pasitenkinimo vertinimas Kanadietišku veiklos vertinimo testu.....	36
Išvados.....	40
Literatūra.....	41
SUMMARY.....	46
PRIEDAI.....	48

## Santrauka

Darbe atlikta teorinė reumatoidinio artrito analizė apie jo paplitimą, organų ir biomechaninius pokyčius segant reumatoidiniu artritu, bei fizinio aktyvumo įtaka asmenims, kurie serga reumatoidiniu artritu.

Iškelta hipotezė teigianti, kad taikomoji kūno kultūra ir judesių mokymas lemia geresnį asmenų, sergančių reumatoidiniu artritu, savarankiškumą.

Anketinės apklausos metodu buvo atliktas tyrimas, kurio tikslas įvertinti asmenų, sergančių reumatoidiniu artritu, savarankiškumo kaitą. Atlikta statistinė duomenų analizė.

Tyrime dalyvavo 70 asmenų sergančių reumatoidiniu artritu.

Empirinėje dalyje nagrinėjami veiksniai įtakoję asmenų, sergančių reumatoidiniu artritu, savarankišką veiklą, bei savarankiškumo kaita priklausomai nuo amžiaus, lyties, išsilavinimo, socialinio statuso bet ligos stadijos.

Svarbiausios empirinio tyrimo išvados:

1. Fizinis aktyvumas turi didelę naudą asmenims, sergantiems reumatoidiniu artritu, nes apsaugo sąnarius nuo progresuojančio funkcijos pažeidimo, stabilizuoja pataloginį procesą, stiprina bendrą fizinį pajėgumą, normalizuoja emocinę būklę, kelia emocinį bei motyvacinį tonusą. Juocevičiaus atliktais tyrimais gauti duomenys parodė, kad fiziniai pratimai yra svarbi priemonė, mažinanti sąnarių skausmą ir sustingimą, bei didina asmenų, sergančių reumatoidiniu artritu, savarankiškumą.
2. Nagrinėjant, veiksnius asmenų, sergančių reumatoidiniu artritu, nuomone, ribojančius jų veiklą buvo nustatyta, kad daugiausiai problemų kildavo apsitarnavimo veiklose, nes dauguma tiriamųjų jau nebeturėjo pilno darbingumo ir savarankiškumo, produktyvume pagrindinės problemos kilo tik namų priežiūros veiklose, o vertinat laisvalaikio problemas daugiausia jų kilo pasyvaus poilsio metu. Todėl galima teigti, jog asmenims, sergantiems reumatoidiniu artritu, yra sutrikdomas savarankiškumas, kuris sutrikdo asmenų dalyvavimą apsitarnaujant, dirbant ir leidžiant laisvalaikį, dar labiau mažindamas savarankiškumą ir įvairesnių veiklų pasirinkimo laisvę.
3. Išanalizavus, kaip asmenys atlieka veiklas ir kaip jie patenkinti rezultatu nustatyta prieš ir po reabilitacijos procedūrų, jog geriau iš visų asmenų, sergančių reumatoidiniu artritu, savo veiklą vertina vyrai, taip pat vidutiniškai vienodai įvertino jauno amžiaus žmonės ( iki 50 metų), turintys aukštąjį išsilavinimą, išsiskyrę asmenys ir sergantys I – aja ligos stadija. Sunkiausia ir mažiausiai patenkinti atliekamomis veiklomis asmenys, kurie yra našliai, sergantys IV – aja ligos stadija, pagyvenę asmenys (nuo 71 metų iki mirties), turintys pradinį išsilavinimą.

Pasitvirtino hipotezė teigianti, kad taikomoji kūno kultūra ir judesių mokymas lemia geresnį asmenų, sergančių reumatoidiniu artritu, savarankiškumą.

*Esminiai žodžiai:* reumatoidinis artritas, asmenys sergantys reumatoidiniu artritu, socialinė ir medicininė reabilitacija, fizinė veikla.

# Įvadas

## **Mokslinė problema ir tyrimo aktualumas**

Reumatoidinis artritas – sunki, fizinę negalią sukelianti liga. Netinkamai gydoma, neesant pakankamos medicininės ir socialinės priežiūros ji gali greitai progresuoti. R.A. pasireiškia lėtiniu progresuojančiu sąnarių uždegimu.

Pasaulio sveikatos organizacijos duomenimis, R.A. serga 1 – 2 proc. žmonių visame pasaulyje (Davis JL., 2006). Šiaurės Amerikoje R.A. serga apie 0,3 – 1 proc. gyventojų. Lietuvoje R.A. serga apie 0,3 – 1 proc. Šalies gyventojų. Dažniausiai susergama 30 - 50 gyvenimo metais. Moterys serga 2 – 3 kartus dažniau nei vyrai. Vyresniems kaip 50 metų sergamumo skirtumas tarp lyčių tampa ne toks didelis (Rapolienė, 2007).

Romanaovskaja ir Juocevičius 2012 metais atliko tyrimą, kurio tikslas įvertinti sergančiųjų reumatoidiniu artritu judrumą, savipriežiūrą ir namų veiklą bei nustatyti jų sąsajas su funkciniais gebėjimais. Buvo naudojamas Keitei testas ir Tarptautinė funkcionavimo, neįgalumo ir sveikatos klasifikacija. Tyrime dalyvavo 40 sergančiųjų reumatoidiniu artritu: 33 moterys ir 7 vyrai. Nustatyta, kad didžiausių problemų tiriamieji turėjo išlaikant kūno padėtį, dviem trečdaliams tiriamųjų buvo nustatyti vidutiniai ir dideli stovėjimo, naudojimosi ranka, transportu ir vairavimo veiklų sutrikimai. Nustatyta, kad beveik puse tiriamųjų buvo vidutiniškai ar labai apsunkintas sugriebimas ranka ir manipuliacijos (Romanovskaja, Janonienė, Tamulaitienė, Juocevičius, 2012).

## **Hipotezė**

Taikomoji kūno kultūra ir judesių mokymas lemia geresnę asmenų, sergančių reumatoidiniu artritu, savarankiškumą.

## **Tyrimo objektas**

Asmenų, sergančių reumatoidiniu artritu, savarankiškumo kaita.

## **Tyrimo tikslas**

Įvertinti asmenų, sergančių reumatoidiniu artritu, savarankiškumo kaitą.

## **Tyrimo uždaviniai**

1. Išanalizuoti mokslinę literatūrą apie fizinio aktyvumo naudą asmenims, sergantiems reumatoidiniu artritu.
2. Nustatyti veiksnius įtakančius asmenų, sergančių reumatoidiniu artritu, savarankišką veiklą.

3. Įvertinti asmenų, sergančių reumatoidiniu artritu, savarankiškumo kaitą, priklausomai nuo amžiaus, lyties, išsilavinimo, socialinio statuso ir ligos stadijos.

### **Respondentai**

Tyrimas atliktas VšĮ. Kelmės ligoninės ambulatorinės reabilitacijos skyriuje 2011 metų spalio - 2012 metų gegužės mėnesiais. Apklausta 70 asmenų, sergančių reumatoidiniu artritu (31 vyras ir 39 moterys). Visiems respondentams buvo diagnozuotas reumatoidinis artritas ir buvo lanke ambulatorinę reabilitaciją.

### **Tyrimo metodai**

Tyrimo tikslams pasiekti buvo naudojami šie tyrimo metodai:

- mokslinės literatūros šaltinių analizė,
- anketinė apklausa,
- statistinių duomenų analizė.

Tyrimo duomenys buvo apdoroti SPSS 11.0 programa. Duomenims įvertinti buvo skaičiuojama imties moda, minimalios ir maksimalios reikšmės, vidurkis, Chi-kvadratas, koreliacija, neparametrinis priklausomų imčių kriterijus ( $p < 0,05$ ), ststistinis reikšmingmas, MS Exel programa.

### **Pagrindinės sąvokos ir santrumpos**

**Žmogaus fizinis aktyvumas** – tai kryptinga asmenų veikla, gerinanti fizines galias, kurios būtinos norint pasiekti ir išlaikyti aukštą sveikatos ir fizinio išsivystymo lygį (Dadelienė, 2006).

**Kineziterapija** – gydymas judesiu. Tai viena pagrindinių reabilitacijos priemonių. Šis terapijos būdas pagrįstas tuo, kad tinkamas kūno judesys padeda atnaujinti, pagerinti ir išlaikyti kaulų ir raumenų, širdies kraujagyslių ir kitų sistemų funkcinę būklę (Skursvydas, 2008).

**Ergoterapija** – pacientų galimybių atstatymas, palaikymas ar sutrikimų kompensavimas tikslinga veikla, siekiant padėti pacientams savarankiškai gyventi, atsižvelgiant į jų norus, poreikius, bei visuomenės nustatytus reikalavimus (Skursvydas, 2008)

**Biosocialinės funkcijos** - tai galimybė orientotis, judėti, apsitarnauti, priimti ar perduoti informaciją, kontroliuoti savo elgesį, bendrauti su kitais žmonėmis, dirbti (Kirlikov, Jasiulionienė, Juocevičius, 2003).

**Reabilitacija** - koordinuotas, kompleksinis medicininių, socialinių, pedagoginių, profesinių priemonių naudojimas, siekiant maksimalaus reabilituojamo funkcinio aktyvumo (Rugienė, 2005).

**Savarankiškumas** – asmens sugebėjimas gyventi atsižvelgiant į norus, poreikius ir galimybes priklausomai nuo veiklos, kurią atlieka kiekvieną dieną, srities, kurioje yra patenkinami poreikiai ir kaip išreiškia save.

**KVVT** – Kanadietiškas veiklos vertinimo testas.

**TFK** – Tarptautinė neįgalumo, funkcionavimo ir sveikatos klasifikacija.

**SN** – standartinis nuokrypis.

**PAV.** – paveikslėlis.

**FNT** – funkcinio nepriklausomumo testas.

### **Magistro darbo struktūra**

Ši magistro darbą sudaro: santrauka lietuvių kalba, įvadas 2 skyriai, išvados, naudotos literatūros sąrašas (60 šaltinių), santrauka anglų kalba, priedai. Tyrimo duomenis iliustruoja 7 lentelės ir 14 paveikslėlių. Prieduose pateikiama Kanadietiškas veiklos vertinimo testas. Darbo apimtis 50 puslapių.

# 1. REUMATOIDINIO ARTRITO TEORINIAI ASPEKTAI

## 1.1. Reumatoidinio artrito paplitimas

*Art* – graikiškai reiškia „sąnarys“, o – *titas* reiškia „uždegimą arba infekciją“. *Rheum* – reiškia sustingimą, skausmą, nuovargį, kuris dažnai lydi reumatoidinį artritą. Sergant daugeliu artritų, nebūna sąnarių uždegimo. Tikslus apibrėžimas – tai sąnarių arba raiščių, sausgyslių ir raumenų, esančių prie sąnario, susirgimas. Reumatas dar platesnis terminas, apimantis visus raumenų ir sąnarių skausmo bei susirgimo tipus (Lietuvos artrito asociacija, 2005).

Reumatoidinis artritas – sunki, negalią sukelianti liga. Netinkamai gydoma, neesant pakankamos medicininės ir socialinės priežiūros ji gali greitai progresuoti. RA pasireiškia lėtiniu progresuojančiu sąnarių uždegimu. Uždegimas žaloja sąnario senovinę dangalą, kremzlę, po to ir kitas struktūrines sąnario dalis bei jį supančius audinius. Liga gali paliesti širdį, plaučius, akis, kraujagysles, inkstus. RA susergera bet kokio amžiaus žmonės, daugiau vyresnio ir turinčio mažesnę išsilavinimo lygį asmenys ( Rapolienė, Kriščiūnas, 2007).

Pasaulio sveikatos organizacijos duomenimis, RA serga 1 – 2 proc. žmonių visame pasaulyje. Šiaurės Amerikoje RA serga apie 0,3 – 1 proc. gyventojų. Lietuvoje RA serga apie 0,3 – 1 proc. Šalies gyventojų. Dažniausiai susergerama 30 50 gyvenimo metais. Moterys serga 2 – 3 kartus dažniau nei vyrai. Vyresniems kaip 50 metų sergamumo skirtumas tarp lyčių tampa ne toks didelis (Rapolienė, 2007).

Skirtingų šalių reumatologinės tarnybos nurodo gana skirtingą RA dažnumą populiacijoje: Suomija – 2% suaugusių žmonių, Anglija – 1,1%, Olandija – 0,9%, JAV – 0,8%, Rusija – 0,8%, Japonija – 0,6%, Indonezija – 0,3% (Dudonienė, 2003). Šiuos duomenis galima lyginti tarpusavyje su labai didelėmis išlygomis, nes jie surinkti skirtingais metais, taip pat kiekviena šalis taiko savitas duomenų rinkimo ir apdorojimo metodikas ( Dudonienė, Gražulevičiūtė, Sadauskaitė, 2002).

Lietuvoje 2004 metais Tamulaitienė ir Veitienė atliko tyrimą, kuriame dalyvavo 43 asmenys, sergantys reumatoidiniu artritu, jie buvo suskirstyti į dvi grupes: a) darė pratimus namuose, b) atliko pratimus ambulatoriškai reabilitacijos skyriuje. Nustatyta, kad abiejų grupių tiriamiesiems po pratimų seanso padidėjo raumenų ir plaštakų jėga, sumažėjo skausmas, padidėjo judesių amplitudė. Geresni rodikliai nustatyti asmenims, kurie pratimus atliko namuose (Tamulaitienė, Veitienė, 2004).



Sprendžiant iš Sveikatos apsaugos ministerijos turimų duomenų, Lietuvoje užregistruota apie 10 000 – 12 000 suaugusių žmonių, besigydančių RA. Toks sergamumo rodiklis yra neįprastai mažas, manoma, kad didesnė dalis asmenų nepatenka į šią statistiką. Iš tikrųjų tokių asmenų Lietuvoje yra per 20 000 (Lietuvos artrito asociacija, 2003).

RA Lietuvoje serga maždaug tiek pat asmenų, kaip ir kitose šalyse. Tai rodo naujų užfiksuojamų susirgimų skaičius per metus. Vidutiniškai Vakarų Europoje suseraga 3 – 5 žmonės iš 10 000 suaugusiųjų gyventojų. Lietuvoje pagal atliktus skaičiavimus kasmet turėtų susirgti 1100 – 1800 asmenų. Kasmet Lietuvoje užregistruojama apie 1200 naujų RA susirgimo atvejų, o tai panašiai atitinka prognozuojamą skaičių. Visi susirgimai patenka į dispanserizavimo sistemą. Lietuvoje dispanserizuojama tik apie 70 – 80% asmenų, kuriems nustatytas reumatoidinis artritas (Juocevičius, 1998).

## ***1.2. Sistemų ir organų pakitimai sergant reumatoidiniu artritu***

Tai sisteminė, uždegiminio audinio liga, pasireiškianti lėtiniu progresuojančiu eroziniu destruktiniu poliartritu. Uždegiminis procesas labiausiai žaloja sąnarinį sinusinį dangalą, kremzlę po to ir kitas struktūrines sąnario dalis bei jį supančius audinius. Be to liga paliečia širdį, plaučius, akis, gali išsivystyti kraujagyslių uždegimai ( Bacevičienė, 2002).

Artritui būdingas skausmas, sustingimas dažniausiai (70%) prasideda lėtai, keletu sąnarių uždegimu, 20% – poūmiai ir iki 10% asmenų ligos pradžia yra ūminė ir apima daugelį sąnarių, greitai progresuoja. Kartais galima išskirti prodrominį laikotarpį, kai pasireiškia ir po truputį ilgėja rytinis sustingimas, maudžia sąnarius, sunku suspausti kumštį ( Pliseckytė, 2004).

Iš pradžių dažniausiai pasireiškia delnakaulių-pirštakaulių, pirštų proksimalinių, riešų ir padikaulių - pirštakaulių smulkiųjų sąnarių bei kelių sąnarių simetrinis uždegimas. Net 40 proc. ligonių gali susirgti pavojingu kaklo slankstelių (ypač C<sub>1</sub>-C<sub>2</sub>) artritu. Stambieji alkūnių, pečių, čiurnų ir kiti sąnariai pažeidžiami rečiau ir vėliau. Ypač retai pažeidžiami klubų sąnariai, nepažeidžiami nykščio pagrindo, kryžmeniniai klubo sąnariai, stuburo torokalinė ir liumbalinė dalys (Kriščiūnas, Rapolienė, 2007).

Ligos pradžia būna įvairi. Jis gali prasidėti staiga ar palengva, iš pradžių pažeidžiami vienas ar keli sąnariai. Dažniausiai ligos pradžioje asmuo skundžiasi trumpalaikiu rytiniu sąnarių susitingimu, sąnarių skausmais keičiantis orams. Vėliau atsiranda tipiški simptomai: sąnarių skausmas stiprėja, užtrunka iki valandos ar ilgiau (priklausomai nuo ligos aktyvumo), sąnariai

patinsta. Dažniausiai artritas būna simetriškas – tai yra susitingsta ir vienos, ir kitos rankų tie patys sąnariai. Liga tęsiasi visą gyvenimą, progresuoja, deformuoja sąnarius, neretai sukelia negalią. Raumenys susilpnėja, sumažėja plaštakų jėga (Goronzy, 2004).

Tik pasireiškus ligai, tikslios diagnozės nustatyti nelengva. Per pirmąsias ligos savaites svarbu diagnozuoti artritą, tai yra atskirti jį nuo dažniau pasitaikančių periartikulinių minkštųjų audinių susirgimų ir nuo sąnarių degeneracinių ligų paūmėjimo. Būtina išsiaiškinti, ar nustatytas artritas nėra kokios nors kitos ligos (endokrininės sisteminės jungiamojo audinio) padarinys (Shick, 2004).

Artrito diagnozė patikslinama įvertinus ligos pradžią ir eigą, vietinius ir bendruosius simptomus, sąnarių pažeidimo požymius. Reumatoidinis artritas įtariamas remiantis ilgai trunkančiu rytiniu sustingimu, simetrišku būdingos lokalizacijos periferinių sąnarių pažeidimu (Mosley – Williams, 2004).

Pabrėžiama, kad sąnarių sutinimą turi nustatyti gydytojas, nes pats asmuo ne visada teisingai įvertina atsiradusius pakitimus. Ligai nustatyti naudojami visuotinai pripažinti Amerikos reumatologų kolegijos parengti reumatoidinio artrito diagnostikos kriterijai, kuriais galima naudotis tik praėjus keliems mėnesiams nuo ligos pradžios, iki tol reumatoidinio artrito diagnozė gali būti tik įtariama (Rindflisch, Muller, 2005).

Apie 20 - 30% pacientų aptinkama gumos konsistencijos neskausmingų poodinių reumatoidinių mazgelių. Jų atsiranda vėlai, dažniausiai ties alkūnėmis. Randamų mazgelių pobūdžiui, ryšiui su reumatoidiniu artritu įrodyti gali būti reikalingas histologinis tyrimas (Veitienė, 2004).

Daugelis gydytojų naudojami Amerikos gydytojų kolegijos nustatytais septyniais kriterijais:

1) Rytinis sąnarių sustingimas. Trunka ne mažiau kaip 1 val., kol maksimaliai pagerėja judrumas.

2) Trijų ir daugiau sąnarių uždegimas. Gydytojas nustato bent tris sutinusius sąnarius (ne vien kaulines deformacijas), vertindamas 14 jų grupių (kairės ir dešinės pusių proksimalinius interfalanginius, metakarpofalanginius, riešus, kelius, čiurnas, ir metatarsofalanginius sąnarius).

3) Plaštakų sąnarių uždegimas. Sutinęs bent vienas iš šių sąnarių: riešai, metakarpofalanginiai, proksimaliniai interfalanginiai.

4) Simetrinis artritas. Yra abipusis minėtųjų sąnarių grupių artritas.

5) Reumatoidiniai mazgeliai. Poodiniai mazgeliai šalia sąnarių arba virš kaulinių iškyšulių tiesiamuosiuose paviršiuose.

6) Reumatoidinis faktorius serume. Naudojant metodą, kuriuo faktorius nustatomas kaip 5 proc. sveikų kontrolinės grupės asmenų.

7) Rengenu nustatomi pakitimai. Erozijos ir periartikulinė osteoporozė tiesinėse ir riešų rentgenogramose.

Diagnozė patvirtinama, jei randami bent 4 iš 7 kriterijų. Pirmiems 4 kriterijams būtina bent 6 savaičių trukmė (Rindflisch, Muller, 2005).

Liga gali pasidėti ne vien dėl įvairių pakitimų organizme bet ir po traumos, pervargimo, praėjusios infekcijos patinsta sąnariai, jie būna skausmingi. Palpuojant gali būti karšti ir paraudę. Kartu atsiranda negalavimo požymiai: nuovargis, silpnumas, prakaitavimas, svorio kitimas, karščiavimas, anemija. Būdingiausiu laikomas simetrinis progresuojantis erozinis smulkiųjų sąnarių artritas (Venalis, 2008).

Asmens funkcinė būklė įvertinama pagal jo kasdieninį aktyvumą, judrumą (vaikščiojimas, kopimas laiptais), apsitarnavimą (apsirengimas, prausimasis, valgymas), ypač rankų funkciją, kurią dažnai būtina koreguoti įvairiomis ortozėmis. Kadangi skausmas ir sąnarių uždegimas yra pagrindiniai simptomai, dėl jų mažėja fizinis aktyvumas, ilgainiui susidaro sąnarių kontraktūros, sumažėja raumenų jėga ir ištvermė. Ligai paūmėjus asmenys nebepajėgia susišukuoti, pavalgyti, o dėl pažeistų kojų sąnarių darosi sunku vaikščioti. Dėl ligos darosi vis sunkiau dirbti, dažnai nustatomas neįgalumas (Mosley – Williams, 2004).

Neiko ir Golovač (2001) atliko tyrimą, kurio tikslas buvo ultragarsine denistometrija iširti reumatoidiniu artritu sergančiųjų asmenų kaulų audinio struktūrinę ir funkcinę būklę. Iširti 237 pacientai, sergantys reumatoidiniu artritu. Buvo nustatyta, kad asmenų, sergančių reumatoidiniu artritu kaulų audinio struktūra bei funkcijos yra nukrypusios nuo normos, taip pat išsivystant sisteminiams ir lokaliniais osteopenijos sindromams (Neiko, Golovač, 2001).

Naujausi tyrimai parodė, kad vyresnio amžiaus žmonėms, sergantiems reumatoidiniu artritu, jis progresuoja daug greičiau ir gerokai anksčiau prarandamos funkcijos lyginant su jaunesnio amžiaus žmonėmis (Neiko, Golovač, 2001).

Gydytojai reumatologai pataria rūpintis pažeistais sąnariais ir išskiria šiuos sąnarių tausojimo principus:

1. Naudotis stipriausiu ir didžiausiu sąnariu tinkamu numatytam veiksmui atlikti;
2. paskirstyti krūvį keliems sąnariams;
3. Naudotis sąnariu jo stabiliausioje funkcinėje padėtyje;
4. Vengti kūno padėčių ar veiksmų, deformuojančių sąnarius, sukeliančių kontraktūras;
5. Vengti ilgalaikės vienodos sąnario padėties;

6. Vengti veiksmų, kurie negali būti sustabdyti;
7. Nedaryti nereikalingų judesių.

### **1.3. Biomechaniniai pokyčiai sergant reumatoidiniu artritu**

Asmenims, sergantiems reumatoidiniu artritu dažniausiai yra pažeidžiami smulkieji sąnariai, tokie kaip artimieji ir tolimieji tarppirštakauliniai ir tarpdėlnakauliniai, vėliau įtraukiant ir stambiuosius sąnarius (Trupin, Gansky, Tooner, 2011).

Reumatoidinis artritas gali pažeisti bet kurį sinovinį sąnarį. Dažniausiai liga prasideda šiuose sąnariuose: riešai, keliai, alkūnės, čiurnos, rečiausiai pažeidžiami klubai ir pečiai. Ankstyvas gydymas padeda užkirsti kelią tolimesnių sąnarių įtraukimui. Reumatoidinis artritas taip pat gali pažeisti ir kaklinę stuburo dalį. Žmonės, sergantys reumatoidiniu artritu turi didelę riziką susirgti ir osteoporoze, todėl labai svarbu yra kuo anksčiau susirūpinti ir užkirsti kelią ligos progresavimui (Muckus, 2006).

Dažniausiai reumatoidinio artrito pažeidžiama kūno dalis yra plaštakos. Ligos pradžioje sąnarių deformacijos dar nebūna, bet aplink trečiąjį ir penktąjį artimuosius tarppirštakaulinius sąnarius matomas minkštųjų audinių patinimas ir pabrinkimas. Tolimieji tarppirštakauliniai sąnariai pažeidžiami tuo atveju, jeigu pacientas serga osteoartritu, nes abi šios ligos yra bendros ir gali egzistuoti greta viena kitos, dažniausiai vyresnio amžiaus (pagyvenusiems) asmenims (Barthon, 2000).

Pažengus ligai, išryškėja alkūninis nukrypimas (ulnarinė deviacija) ir „gulbės kaklo“ deformacija (artimųjų tarppirštakaulinių sąnarių hiperekstenzija). Ši deformacija pasitaiko apie 28 proc. reumatoidinio artrito atvejų. Dar viena deformacija, kuri atsiranda sergant artritu yra „sagos skylutė“ - tai hiperekstenzija tarpdėlnakauliniuose sąnariuose. Jai atsiradus, tarpdėlnakaulinis sąnarys yra sulenktas, o tarppirštakaulinis sąnarys – hiperekstenzijoje. Ši deformacija ypač apriboja sugnybimo ir sugriebimo veiksmus (Trupin, Gansky, Tooner, 2011).

Reumatoidinis artritas dažnai pažeidžia ir riešo sąnarius; stipininis nukrypimas (radialinė deviacija), būdingas daugumai asmenų sergančiųjų reumatoidiniu artritu. Ligos pradžioje sinovinis išvešėjimas plinta aplink riešus ir yra spaudžiamas vidurinis nervas, o tai sukelia riešo kanalo tunelinį sindromą. Vėliau, šis sinovinis išvešėjimas gali pažeisti sausgysles ir skatinti jų plyšimą (Muckus, 2006).

Sergant reumatoidiniu artritu pėdų tarppirštakauliniai sąnariai yra pažeidžiami beveik visais atvejais, ir yra antroje vietoje pagal pakitimų pasireiškimą, po plaštakų. Rentgeno nuotraukose pakitimus pėdose galima pamatyti taip pat anksti, kaip ir plaštakose. Pirštų subliuksacija tarppirštakauliniuose sąnariuose yra dažniausiai pasitaikanti problema ir skatina dvigubą odos

išopėjimo kliniką, kadangi pažeidžiama pirštų viršutinė dalis, o gydymas yra skausmingas, nes nutrinamos pirštų pagalvėlės (Muckus, 2006).

Didieji sąnariai, tokie kaip keliai, čiurnos, alkūnės, klubai ir pečiai yra pažeidžiami gerokai vėliau nei smulkieji sąnariai tokie kaip plaštakos, pėdos, riešai. Į ligos procesą visas sąnario paviršius yra įtraukiamas simetriniu būdu. Dėl to, reumatoidinis artritas nėra tikrai simetriškas iš vienos kūno pusės į kitą, bet simetriškas atskiro sąnario viduje (ribose). Pavyzdžiui: reumatoidinis artritas kelio sąnario vidinę ir šoninę puses pažeidžia abi vienodai pilnai, tuo tarpu sergant osteoartritu, į pažeidimą dažniausiai įtraukiama tik viena pusė (Trupin, Gansky, Tooner, 2011).

Didžioji stuburo dalis yra apsaugota nuo reumatoidinio artrito, tačiau, kaklinė dalis ne. Kaip ir kitose vietose, taip ir kaklinėje dalyje, sergant reumatoidiniu artritu, gali pasitaikyti raiščių pažeidimas, o tai gali skatinti subliuksaciją. Todėl žmonėms, sergantiems reumatoidiniu artritu reikia būti atsargiems ir vengti forsuočių kaklo padėčių, ypač lenkiant kaklą (Mikuls, Kenneth, Saag, 2001).

Riešo sąnaryje deformacijos atsiranda kai dėl reumatoidinio artrito nusilpsta riešakaulių raiščiai, nes tada sumažėja jų stabilumas. Prie riešakaulių jokios sausgyslės nesitvirtina (išskyrus žirniuką), bet lenkime, tiesime, stipiniame (radialiniame) ir alkūniniame (ulnariniame) rankos judėjime išorinių raumenų dėka, riešo linijos juda viena ant kitos. Riešo sąnario uždegimas deformuoja kapsulinius raištinius audinius, kurie palaiko šiuos sąnarius. Delniniai raiščiai, būdami tvirtesni už nugarinius, sukelia pakitimus, ko pasekoje nukenčia sąnarių nugariniai raiščiai. Raiščių susilpnėjimas sukelia artimosios (proksimalinės) ir tolimosios (distalinės) riešakaulių eilės nestabilumą (Moreland LW, O'Dell JR, 2002).

Normalus rankos alkūninis nukrypimas (ulnarinė deviacija), kuriam priklauso distaliai išsirikiavę alkūnkaulis ir stipinkaulis, sukelia kompensacinį pirštų stipininį nukrypimą (radialinę deviaciją). Kai yra didelis proksimalinės riešo eilės spaudimas alkūnine (ulnarine) kryptimi, keičiasi pirmojo delnakaulio kampas į stipininę (radialinę) kryptį, sukeliant aiškią deformaciją (Mikuls, Kenneth, Saag, 2001).

Kai mes lenkiame ranką, tarpdelnakauliniuose sąnariuose pasireiškia fiziologinis alkūninis nukrypimas (ulnarinė deviacija). Tai ypač atsispindi antrajame ir trečiajame pirštuose. Šis fiziologinis alkūninis nukrypimas (ulnarinė deviacija) yra susijęs su „normalia“ sąnario struktūra ir kelių laipsnių deformacija yra ne kas kita, kaip normalaus sąnario fiziologinis judesys. Sąnario stabilumą užtikrina išoriniai raumenys, o didžiausią palaikymą suteikia sąnario raiščiai, kurie kontroliuoja tarpdelnakaulinių sąnarių alkūninį (ulnarinį) ir stipininį (radialinį) nukrypimą (deviaciją). Tačiau jeigu išoriniai raumenys yra pažeisti reumatoidinio artrito, tai jie nebesugeba

kompensuoti raištinį nestabilumą (Trupin, Gansky, Tooner, 2011).

Tarpdelnakaulinių sąnarių paviršiaus forma leidžia lenkimo, tiesimo, šiek tiek sukimo, atitraukimo ir pritraukimo judesius. Tarpdelnakauliniame sąnaryje artimasis pirštakaulis yra fiziologiškai palinkęs. Tai paaiškina šalutinių raiščių ilgio skirtumą. Tiksliai ketvirtasis pirštas yra tiesioje vienoje linijoje. Pagal jų formos savybes tarpdelnakauliniuose sąnariuose nėra stabilumo. Palaikymas iš esmės galimas tik šalutinių raiščių ir šiek tiek kapsulių. Tarpdelnakaulinių sąnarių šalutiniai raiščiai tiesime yra silpni, leisdami šoninį judesį, o alkūniniame nukrypime (ulnarinėje deviacijoje) jų ilgis yra nevienodas. Šalutinių raiščių silpnumas sukelia delninę subliuksaciją ir sąnarių galutinę dislokaciją (Bartho, 2000).

Artimieji tarppirštakauliniai sąnariai normoje lenkiasi ir tiesiasi, bet fiziologiškai nebūna hyperekstenzijos, priešingai nei alkūninio nukrypimo (ulnarinės deviacijos). Jei tarpdelnakaulinis sąnarys yra pasyviai ištiesiamas, tai tarppirštakauliniai sąnariai negali būti pilnai sulenkti (Trupin, Gansky, Tooner, 2011).

Reumatoidinio artrito ankstyvoje fazėje būna sąnarių, sausgyslių ir vidinių raumenų ūminis uždegimas. Bet kurio sąnario patinimas ir pabrinkimas riboja judesio amplitudę, o uždegimas ir/ar spazmas riboja aktyvų judesį. Jeigu uždegimas yra nuolatinis, arba kada yra sumažėjęs ūmus uždegimas, – galima deformacija privalo būti įvertinama. Šios deformacijos įtraukia sąnario subliuksaciją, raumenų ir/ar sąnario kontraktūrą ir sausgyslės irimą (O'Dell JR, 2001).

#### **1.4. Fizinio aktyvumo įtaka sergančiųjų reumatoidiniu artritu fiziniam ir funkciniam pajėgumui**

Sergančiojo reumatoidiniu artritu fizinį aktyvumą reikia didinti pačioje ligos pradžioje, kada dar nėra ryškus sutrikimas, raumenų atrofijos ar kontraktūros. Didžiausią įtaką daro žmogaus sveikatai reabilitacija, kurios tikslas sumažinti sąnarių skausmą ir susitingimą, išlaikyti judesių amplitudę, raumenų jėgą bei ištvėrę, išvengti sąnarių deformacijų arba jas sumažinti, mažinti negalią kompensuojant prarastas funkcijas ir išmokstant asmenį tausoti pažeistus sąnarius. Reabilitacijos sėkmė priklauso nuo asmens motyvacijos, informuotumo, tinkamų pratimų parinkimo, fizinio aktyvumo ir nuo visų reabilitacijos specialistų ir ypač kineziterapeutų kompetencijos, kurie dirba su asmeniu, reumatoidiniu artritu (Dadelienė, 2006).

Sergantiems reumatoidiniu artritu asmenims kineziterapija svarbiausia reabilitacijos sritis. Kineziterapijos tikslai sergantiems reumatoidiniu artritu:

1. Siekti, kad sumažėtų ir išnyktų bendrieji ir vietiniai uždegiminiai pokyčiai;
2. Apsaugoti nuo progresuojančio sąnarių funkcijos pažeidimo ir ją atstatyti;
3. Stabilizuoti patologinį procesą;
4. Stiprinti bendrą fizinį pajėgumą;
5. Normalizuoti emocinę būklę, kelti emocinį bei motyvacinį tonusą (Skursvydas, 2008).

Reumatoidiniam artritui gydyti rekomenduojamas medikamentinis gydymas kartu, su fiziniais pratimais, sąnarių tausojimu ir kitais nemedikamentiniais gydymo būdais, tačiau moksliniais tyrimais, išskyrus medikamentinį gydymą, įrodytas tik fizinių pratimų efektyvumas (Veitienė, Tamulaitienė, 2004).

Labai svarbu, kad specialistas suprastų, kaip liga paveikia kasdieninį žmogaus gyvenimą. Fizinė veikla priklauso nuo žmogaus sąnarių judesių amplitudės, todėl bet kokie sąnarių pažeidimai gali sutrikdyti kasdienę veiklą. Taip pat specialistas visada turi išsiaiškinti ar sutrikusi kasdieninė veikla, ar pablogėjusi gyvenimo kokybė. Privaloma išsiaiškinti apie asmens sergančio reumatoidiniu artritu namus, darbą, laisvalaikio pomėgius, požiūrį, šeimos bei draugų paramą. Kokie yra žmogaus norai, ar veiklos apribojimas trukdo asmeniui dalyvauti privalomoje ir norimoje veikloje (Woolf, Cederlund, 2007).

Lengviausia pajėgumą atlikti kasdienę veiklą įvertinti atsižvelgiant į šiuos aspektus:

1. Apsitarnavimas;
2. Namų priežiūra;



3. Darbas (apmokamas ir neapmokamas);
4. Laisvalaikis;
5. Judėjimas, vikrumas, socialinis bendravimas ir miegas.

Išsiaiškinus šiuos dalykus, gaunamas tikslesnis vaizdas apie tai, kiek pažeistas vienas ar kitas gyvenimo aspektas. Taip pat svarbu nustatyti, per kiek laiko atsirado veiklos sutrikimai. Kadangi poveikis priklauso nuo gyvenamosios aplinkos: namų, šeimos, Darbo ir laisvalaikio – svarbu visa tai išsiaiškinti užduodant klausimus (Woolf, Cederlund, 2007).

Sudarant judesių programą bei vertinant sergančiųjų reumatoidiniu artritu kineziterapijos efektyvumą, tikslinga įvertinti klinikinės būklės pokyčius (uždegiminio proceso aktyvumą, sąnarių funkcinę būklę) ir asmens fizinį pajėgumą, kaip judinamojo aparato savybių, fizinių rodiklių visumą. Sergančiųjų reumatoidiniu artritu fizinį pajėgumą lemia patologinio proceso eiga bei amžius, profesija, lytis ir fizinis aktyvumas. Individuali kompleksinė kineziterapijos programa sulėtina ligos progresavimą, teigiamai veikia sąnarių būklę ir bendrą asmens fizinį pajėgumą, įgalina ilgiau išsaugoti asmens darbingumą (Dadelienė, 2006).

Lietuvos artrito asociacija teigia, jog viena iš svarbiausių taisyklių, kurias turi žinoti asmuo sergantis reumatoidiniu artritu tai, kad judesiai jo sąnariams yra būtini, reikia kasdien juos mankštinti. Tik esant smarkiam artrito paūmėjimui, trumpam, kelioms dienoms galima paskirti tausojantį režimą. Skausmui ir tinimui bent kiek aprišus, asmuo vėl turi pradėti mankštintis. Bet sąnariai negali būti perkraunami, nes tai stiprina skausmą ir gali skatinti uždegimą. Sąnariai turi judėti maksimaliai įmanoma amplitude, bet be didelio skausmo ir be didelio krūvio. Būtina stengtis išsaugoti sąnario lankstumą, raumenų jėgą. Netgi besinaudojantiems lazdele ar ramentais, svarbiausia kuo daugiau judėti. Nejudėdami sąnariai stingsta, o aplinkiniai raumenys silpnėja. Štai kodėl gydomoji mankšta yra vienas svarbiausių gydymo metodų (Lietuvos artrito asociacija, 2003).

Juocevičius (2001) atliko tyrimą, kurio metu ištyrė 154 ligonius, sergančius reumatoidiniu artritu (113 moterų ir 41 vyras) ir 86 sveikus to paties amžiaus asmenis. Po kineziterapijos ciklo, naudojant pasiūlytą kompleksinę programą, ligonių fizinio pajėgumo rodikliai pasiekė sveikų asmenų lygį (Juocevičius, 2001).

Tyrimais nustatyta, kad fiziniai pratimai nedidina sąnarių uždegimo ir ligos aktyvumo, nesustiprina skausmo – atvirkščiai, kai kurių tyrimų metų gauti duomenys parodė, kad fiziniai pratimai yra svarbi priemonė, mažinanti sąnarių skausmą ir sustingimą (Juocevičius, 2001).

Fiziniai pratimai taip pat stiprina raumenis, didina sąnarių paslankumą, sergančiųjų fizinę jėgą ir funkcinis gebėjimus. Nurodoma, kad sergančiųjų reumatoidiniu artritu raumenų jėga, atliekant dinaminis pratimus, padidėja 15 – 59proc. 2003 metais L.H.Daltroy su nustatė, kad

fiziniai pratimai, ypač aerobiniai per 4 mėnesius pagerino sergančiųjų savijautą bei funkcinį pajėgumą, o asmenims, kurie tęsė užsiėmimus ilgiau, pagerėjimas išliko 2 – 5 metus. Atlikta nemažai tyrimų, tačiau dar diskutuojama, ar aktyvaus reumatoidinio artrito laikotarpiu reikėtų skirti dinaminis fizinius pratimus ir kokio intensyvumo jie turėtų būti, nes yra manančių, kad fiziniai pratimai gali pagreitinti ligos progresavimą. Asmenims galima taikyti izometrinius ir dinaminis jėgos pratimus. Esant ūminiam uždegimui rekomenduojama ramybė ir izometriniai pratimai, nes jie turi mažesnę poveikį sąnariams negu dinaminiai pratimai. Ligos aktyvumui sumažėjus, - funkcijai pagerinti rekomenduojami dinaminiai pratimai, nes padidėjusi jėga, taikant izometrinius pratimus, nepagerina dinaminės funkcijos. Raumenų atpalaidavimo pratimai turi tik trumpalaikį poveikį. Jie pagerina kojų ir rankų funkcijas, sąnarių judesių amplitudes, tačiau pasiektas pagerėjimas trunka trumpiau negu metus (Skirius, 2007).

Veitienė, Tamulaitienė, Juocevičius (2004) atliko tyrimą, kurio metu buvo ištirti 71 asmuo (69 moterys ir 2 vyrai). Tyrimo nebaigė 8 asmenys, pratimus atlikinėję reabilitacijos skyriuje, ir 10 – namuose. Veitienės, Tamulaitienės, Juocevičiaus darbai rodo, kad atliekant fizinius pratimus pagerėjo tiriamųjų funkcinė būklė: padidėjo raumenų jėga, sąnarių judesių amplitudės, sumažėjo skausmas ir skausmingų sąnarių skaičius, pagerėjo ėjimas ir funkciniai sugebėjimai (Veitienė, Tamulaitienė, Juocevičius, 2004).

Taip pat 2012 metais buvo atliktas tyrimas, kurio tikslas įvertinti sergančiųjų reumatoidiniu artritu judrumą, savipriežiūrą ir namų veiklą bei nustatyti jų sąsajas su funkciniais gebėjimais. Buvo naudojamas Keitei testas ir Tarptautinė funkcionavimo, neįgalumo ir sveikatos klasifikacija. Tyrime dalyvavo 40 sergančiųjų reumatoidiniu artritu: 33 moterys ir 7 vyrai. Nustatyta, kad didžiausių problemų tiriamieji turėjo išlaikant kūno padėtį, dviem trečdaliams tiriamųjų buvo nustatyti vidutiniai ir dideli stovėjimo, naudojimosi ranka, transportu ir vairavimo veiklų sutrikimai. Nustatyta, kad beveik pusė tiriamųjų buvo vidutiniškai ar labai apsunkintas sugriebimas ranka ir manipuliavimas (Romanovskaja, Janonienė, Tamulaitienė, Juocevičius, 2012).

### ***1.5. Fizinio aktyvumo priemonių principai taikomi asmenims sergantiems reumatoidiniu artritu***

Fizinio aktyvinimosi priemonių yra labai daug, jos prieinamos visiems asmenims sergantiems reumatoidiniu artritu. Kiekvienu atveju, kiekvienam asmeniui sergančiam artritu fizinio aktyvumo priemonės ir metodai, apimtis ir intensyvumas turi būti individualūs. Tačiau yra bendrieji

fizinio krūvio taikymo principai, reikalavimai, kurių reikia laikytis, kad veikla duotų pageidaujamą rezultatą, nežalotų sąnarių, o juos stiprintų (Dadelienė, 2006).

Sistemingumo principas aiškinamas asmens organizmo prisitaikymo prie fizinių krūvis dėsningumas. Tik atliekant daugkartinę reguliarią sistemingą fizinę veiklą, darbą derinant tinkamai su poilsio tarpais. Galima tikėtis teigiamų organizmo adaptacinių pokyčių. Vadovaujantis organizmo reakcijos į fizinius krūvius ir atsigaunant po jų superkompensacijos dėsniu, reikia suprasti, kad fiziškai dirbant, organizmo funkcijos suaktyvėja, naudojamos energinės ir kitos medžiagos, pavargstama. Po fizinio krūvio vyksta atsigavimas. Tačiau ši padidėjusio pajėgumo fazė tęsiasi neilgai. Jeigu fizinė veikla bus kartojama šiai fazei išnykus, nėra pagrindo tikėtis pažangos, jeigu fizinis krūvis bus kartojamas darbingumo fazėje, po nuovargio atsigaunant fizinis ir funkcinis pajėgumas didės. Tam pasiekti reikėtų, kad po fizinio aktyvinimosi laiko tarpas nebūtų ilgesnis kaip 2- 3 dienos. Taigi fiziškai aktyvinantis 3 kartus per savaitę, galima tikėtis pažangos. Su amžiumi atsigavimo vyksmai lėtėja. Tačiau trumpi, neintensyvūs 15 – 30 min. fiziniai veiksmai taikytini ir kiekvieną dieną, jie nekelia nuovargio, atsigaunama labai greitai (Woolf, 2007).

Prieinamumo principas suprantamas kaip pasirinkimas ir taikymas tokių fizinių krūvių, kuriuos įstengiama atlikti techniškai, sąnariai tokios veiklos metu geba be perkrovų gerai dirbti, nėra pavojaus pažeisti aplink sąnarį esančius audinius. Prieinamumo principas grindžiamas daugeliu veiksnių su individualiomis savybėmis – tai amžius, lytis, sveikatos būklė, fizinis išsivystymas, pasirengimas, pajėgumas, reumatoidinio artrito fazė, interesai, pomėgiai, psichinė būklė, socialiniai veiksniai (Gaigalienė, 1999).

Sveiktos būklės įvertinimas yra pagrindinis veiksnys pasirenkant fizinės veiklos priemones, jų apimtį ir intensyvumą. Neįvertinus esamos organizmo būklės, negalima būti tikram ir tikėtis, kad pasirinkta fizinė veikla turės teigiamą įtaką organizmui, nedarys jam žalos (Dudonienė, 2002).

Sąmoningumo principas reikalauja, kad fizinę veiklą taikantis kineziterapeutas gerai suvoktų veiklos esmę ir prasmę. Tam reikia gerų teorinių žinių, kai kurių praktinių įgūdžių. Pirmiausia nusakomi motyvai kam ir kodėl tai reikia daryti, kokią prasmę, naudą turi ši veikla. Svarbu pažinti asmens pagrindinių funkcijų raidą, susijusią su amžiumi, gebėjimu atlikti tam tikrą veiklą, organizmo reakcijos į fizinį krūvį pagrindinius požymius, adaptacijos dėsningumus. Kiekvienas asmuo sergantis reumatoidiniu artritu privalo žinoti savo ligos fazę, esamą būklę, mokėti įvertinti pokyčius, koreguoti veiklos priemones, metodus, intensyvumą ir apimtį (Adomaitienė, Skučas, 2003).

Laipsniškumo principas teigia, kad bet kokia fizinė veikla pradedama nuo nesudėtingų judesių, mažos apimties ir nedidelio intensyvumo veiklos. Tačiau organizmas prisitaiko prie tos veiklos ir pasiekęs tam tikrą adaptacijos lygį nustoja tobulėti. Todėl asmenims, sergantiems reumatoidiniu artritu, taikomi fiziniai pratimai po truputį kinta, darosi sudėtingesnė struktūra, didėja apimtis, intensyvumas (Vasilaisukas, Ivaškienė, 2002).

Visapusiškumo principas nusako fizinio aktyvumo plataus poveikio kryptį. Vienpusiška fizinė veikla gali veikti tik dalį žmogaus organizmo, o kitos dalys gali nykti toliau ir bendros naudos nebūti. Sveikata gali sutrikti toms sunykusioms dalims atsisakius reikiamai funkcionuoti. Visa tai įpareigoja kiek galima daugiau organų ir sistemų aktyvinti fizine veikla. Todėl vienpusišką fizinę veiklą reikėtų derinti su kitais pratimais, kurie įtraukia ir kitus organus, audinius. Tik visapusiškas organizmo aktyvinimas teikia naudą visam organizmui (Poteliūnienė, 2003).

Laikantis pagrindinių fizinio aktyvumo principų asmenims sergantiems reumatoidiniu artritu išengiama daug klaidų, kryptingai taikoma fizinė veikla gerins fizines, funkcinės galias bei sveikatos būklę. Šie principai padeda psichiškai atsigauti po fizinio aktyvinimosi. Toks kompleksinis poveikis daro sergančiojo reumatoidiniu artritu gyvenimą malonesnį, gražesnį, teikia džiaugsmą ir malonumą (Dudonienė, 2002).

## **1.6. Socialinė ir medicininė rehabilitacija sergant reumatoidiniu artritu**

Žmogaus gyvenimo pilnatvę lemia daug veiksnių. Pagrindiniai jų yra sveikata, materialinis gerbūvis, santykis su aplinka, nepriklausomumas. Apjungus šiuos veiksnius į visumą, ieškoma būdų, kaip kokybiškai įvertinti žmogaus gyvenimą. 1993 metais Pasaulio sveikatos organizacija pasiūlė gyvenimo kokybės apibrėžimą. Gyvenimo kokybė – tai individualus savo paskirties gyvenime vertinimas kultūros ir vertybių sistemos, kurioje asmuo gyvena, požiūriu susijęs su jo tikslais, viltimis bei interesais (Rugienė, Dudonienė, Venalis, 2005).

Reumatoidinis artritas - lėtai progresuojanti sąnarių liga, ilgainiui sukianti ne tik ryškius sveikatos pokyčius, bet ir turinti rimtų socialinių pasekmių. Sveikatos ir socialinės problemos yra didžiulė našta ligoniui, šeimai ir visuomenei.

Šios naštos dydį galima suvokti tik atlikus kruopščią sergančiųjų apklausą, įvertinant sveikatos, medicininius ir socialinius klausimus. Šiam tikslui įgyvendinti Vilniaus universiteto Eksperimentinės ir klinikinės medicinos institute ir Reumatologijos klinikoje buvo įsteigtas Vilniaus reumatoidiniu artritu sergančiųjų registras, vedama apskaita asmenų, sergančių reumatoidiniu artritu. Į šį sąrašą įrašomi visi ligoniai, kurie dėl reumatoidinio artrito įregistruoti poliklinikose ar gydomi stacionariame reumatologijos skyriuje (Lukšienė, Dadonienė, 2002).

Skausmas, sustingimas, sutrikusi sąnarių biomechanika, sąnarių kontraktūros, raumenų atrofija bei blogas fizinio krūvio toleravimas palaipsniui mažina asmenų, sergančių reumatoidiniu artritu fizinį aktyvumą. Visa tai ženkliai sutrikdo mobilumą ir socialines funkcijas (Boonen, Rasker, Stucki, 2007).

Pastaruoju metu žmonių biologinių ir socialinių funkcijų sutrikimams vertinti naudojama Tarptautinė funkcionavimo, neįgalumo ir sveikatos klasifikacija (TFK), sukurta Pasaulio sveikatos organizacijos 2001 metais (PSO, 2001), į lietuvių kalbą išversta 2004 metais (VU Specialiosios psichologijos laboratorija, 2004). Naudojant šią klasifikaciją galima gauti informaciją apie visas tris sritis, kurios yra svarbios funkcionavimui: kūno funkcijos ir struktūra, veikla (asmens veiksmai), ir dalyvavimas gyvenimo situacijose. TFK plačiai aprėpia funkcionavimą, atkreipdama dėmesį į aplinkos (socialinį) ir asmeninį veiksnius, todėl plačiai naudojama vertinant biopsichocialinį neįgalumą sergant lėtinėmis ligomis (Weigl, Cieza, Ewert, Fuessl, 2006).

Klasifikacijoje nurodoma, kad sąvoka „funkcionavimas“ apima funkcijas, veiklas ir dalyvavimą gyvenimo situacijose. Sąvoka „neįgalumas“ apima funkcijų sutrikimus, veiklos apribojimus ir dalyvavimo suvaržymus. Veikla ir dalyvavimas – žmogaus funkcionavimo aspektai asmens ir socialiniu lygmenimis (Kriščiūnas, Samėnienė, Šveikauskaitė, 2007).

Veikla – tai asmens atliekama užduotis ar veiksmas. Veiklos ribotumai – tai sunkumai, kylantys ką nors darant ar veikiant. Veiklos sutrikimas nustatomas, kai kokybiškai ar kiekybiškai keičiasi jos atlikimo būdai, jie pasireiškia atsiradus skausmui, diskomfortui, asmuo segantis reumatoidiniu artritu veikia daugiau laiko nei įprastai.

Dalyvavimas – tai asmens įtraukimas į gyvenimo situacijas, susijusias su funkcijos sutrikimu, veiklomis, sveikatos būkle ir aplinkybėmis. Dalyvavimo varžymai – problemos, su kuriomis asmuo susiduria įsitraukdamas į gyvenimiškas situacijas. Gali būti ribota asmens dalyvavimo prigimtis, trukmė ir kokybė, tai liečia visus žmones. Asmens pasireiškimo lygmuo socialinėje sferoje apima visus gyvenimo aspektus: rūpinimąsi savimi, mobilumą, bendravimą, užimtumą ir darbingumą (Ferraro, Bailey, Loman, Buckman, 2004).

Sergant reumatoidiniu artritu, vienas didžiausių negalios rizikos faktorių yra mažas fizinis aktyvumas. Veitienės ir Tamulaitienės tyrimais nustatyta, kad sergančiųjų reumatoidiniu artritu funkcinis aktyvumas sumažėja šešis kartus, dėl ligos kasdieninė veikla sumažėja keturis kartus ir net 10 kartų dažniau sumažėja jų darbingumas, lyginant su sveikais asmenimis. Tuo tarpu atliekant fizinius pratimus, negalią galima sumažinti 11–16 proc. (Gerson, 2002).

Reumatoidinis artritas dažnai sutrikdo judėjimo funkcijas, sukelia neįgalumą. Asmenų, tapusių neįgaliais, gyvenimo visavertiškumas priklauso ne tik nuo funkcinės būklės, bet ir nuo juos supančios aplinkos, jų aktyvumo ir dalyvavimo gyvenimo situacijoje (Alladi, Azovi, Carr, 2003). Detalus sergančių reumatoidiniu artritu asmenų veiklos ir dalyvavimo vertinimas padeda tiksliau suformuoti reabilitacijos specialistų komandą, taikyti reabilitacijos priemones ir vertinti jų efektyvumą gydymo eigoje.

Nors TFK apima daug kategorijų ir subkategorijų, kurios padeda įvertinti kūno funkcijas, veiklas ir dalyvavimą gyvenimo situacijose bei aplinkos veiksnius, to nepakanka visapusiškai vertinant ligos sukeltus biopsichosocialinių funkcijų sutrikimus, kurie yra nevienareikšmiai esant skirtingai pažeidimo lokalizacijai, laipsniui ar ligos aktyvumui (Verhoef, Toussaint, Lillemo, 2007, Cieza, Stucki, 2004). Todėl siekiant konkrečių vertinimo tikslų gali būti naudojami įvairūs klausimynai ir testai. Šiame darbe vertinant asmenų sergančių reumatoidiniu artritu sveikatos būklės funkcinį aspektą buvo naudojamas Kanadietiškas veiklos vertinimo testas.

Statistiniai skaičiavimai rodo, jog sergančiųjų reumatoidiniu artritu darbingumas išsaugomas lengviau, kai asmuo yra jaunesnio amžiaus ir aukštesnio išsilavinimo, o jo ligos trukmė trumpesnė. Darbingumui išsaugoti reikšmės neturi ligos aktyvumas, tačiau ypač svarbus funkcinio neįgalumo rodiklis. Gyvenimo kokybė labai aiškiai priklauso nuo darbingumo išsaugojimo.

Dirbančiųjų asmenų gyvenimo kokybė fizinės sveikatos atžvilgiu ir emocinės būklės prasme yra kur kas geresnė.

Biosocialinės funkcijos – tai galimybė orientuotis, judėti, apsitarnauti, priimti ar perduoti informaciją, kontroliuoti savo elgesį, bendrauti su kitais žmonėmis, dirbti (Kirlikov, Jasiulionienė, Juocevičius, 2003).

Sutrikusios biosocialinės funkcijos – tai dėl sutrikusios funkcijos ar negalios susidariusi padėtis, ribojanti žmogaus normalius veiksmus pagal amžių, lytį, socialinę ir kultūrinę padėtį (Kirlikov, Jasiulionienė, Juocevičius, 2003).

Įprasta reabilitacijos efektyvumą vertinti pagal keturis kriterijus, tai: mirštamumo rodiklį, klinikinius požymius, fizinę toleranciją, kitų organų ir sistemų funkcinę būklę atspindinčių rodiklių dinamiką bei jų skirtumus lyginant su kontroline grupe (Jurgelevičienė, 2007).

Šie rodikliai leidžia įvertinti atskirų asmenų grupių medicininės reabilitacijos priemonių efektyvumą, bet jais negalima įvertinti individualios asmens reabilitacijos programos efektyvumo kiekvienu konkrečiu atveju. Todėl siūloma reabilitacijos efektyvumą vertinti pagal ligonio grįžimą į darbą, neįgalumo grupių dinamikos, pakartotinos hospitalizacijos, nedarbingumo trukmės rodiklius (tačiau jie nėra objektyvūs, nes priklauso nuo socialinių ir ekonominių sąlygų).

Reabilitacijos (medicininės, socialinės, profesinės) efektyvumą kiekvienu konkrečiu atveju reikia vertinti pagal tai, kiek pavyko pagerinti neįgaliojo sveikatos būklę, atstatyti jo biosocialines funkcijas, pagerinti gyvenimo kokybę.

Biosocialinės funkcijos vertinamos pagal galimybę orientuotis – negali, dalinai negali, gali, galimybę judėti, galimybę apsitarnauti, galimybę priimti ir perduoti informaciją, galimybę kontroliuoti savo elgesį, galimybę bendrauti su kitais žmonėmis, galimybę dirbti.

Toliau įvertinama, kas yra reabilitacijos eigoje padaryta pažeistai biosocialiniai funkcijai pagerinti:

1. Galimybė orientuotis: aprūpinimas surdo, tiflo (klausos ir regėjimo) ir kita kompensacine technika, aplinkos pritaikymas ypač kurtiems ir silpnai regintiems.
2. Galimybė judėti: aprūpinimas kompensacine technika (kambario ir gatvės vežimėliais, specialiais automobiliais), kokybiškas kojų protezavimas ir aprūpinimas ortopediniais gaminiais,
3. Galimybė apsitarnauti: aprūpinamas kompensacine technika tai yra savitarnos, asmens higienos, valymo, kambario ir gatvės vežimėliais, motoriniais vežimėliais, specialiais automobiliais, kokybiškas protezavimas ir aprūpinimas ortopediniais gaminiais,

aprūpinimas įprastine buitine ryšių ir kita technika, gyvenamosios aplinkos pritaikymas (įvažiavimų, atramų, liftų);

4. Galimybė priimti ir perduoti informaciją tai - aprūpinimas kompensacine technika, aprūpinimas įprastine ryšių ir informatikos technika, specialus apmokymas (kalbos, gestų, Brailio rašto, skaitymo), spaudos, radijo, televizijos programų pritaikymas;
5. Galimybė kontroliuoti savo elgesį: medicininės reabilitacijos technika (medikamentinė ir psichologinė korekcija).
6. Galimybė bendrauti su kitais žmonėmis: valstybinių ir kitų visuomeninių įstaigų, įmonių ir organizacijų parama, organizuojant įvairias kultūrinės, sportinės ir kitas socialines priemones. Aplinkos pritaikymas ir aprūpinimas judėjimo technika.
7. Galimybė dirbti tai - profesinis apmokymas, perkvalifikavimas, galimybes atitinkantis darbas, darbo aplinkos ir vietos pritaikymas, aprūpinimas specialia technika (Kirdaitė, 2006).

Testai, tiriantys žmogaus biosocialines funkcijas: Bartelio indeksas (valgymas, pasinaudojimas tualetu, apsirengimas, nusirengimas, šlapimo pūslės kontrolė, lipimas laiptais, žarnyno funkcijos kontrolė); Funkcinio nepriklausomumo testas (FNT) (judėjimas, judrumas, bendravimas, socialinis pažinimas); Intelektinio mini testas; Keitelio indeksas; Karnovskio indeksas, Kanadietiškas veiklos vertinimo testas (Kirdaitė, Dudonienė, 2006).



## **2. FIZINIO AKTYVUMO VAIDMUO ASMENIMS, SERGAMTIEMS REUMATOIDINIU ARTRITU, GYVENIMO KOKYBEI**

Tyrimas atliktas VŠĮ Kelmės ligoninės ambulatorinės reabilitacijos skyriuje 2011 metų spalio - 2012 metų gegužės mėnesiais, kuriame dalyvavo asmenys, sergantys reumatoidiniu artritu. Jie buvo apklausti ergoterapijos kabinete anketine apklausa.

### **2.1. Tyrimo metodai**

Tyrimo tikslams pasiekti buvo naudojami šie tyrimo metodai:

- Mokslinės literatūros šaltinių analizė;
- Anketinė apklausa;
- Statistinė duomenų analizė.

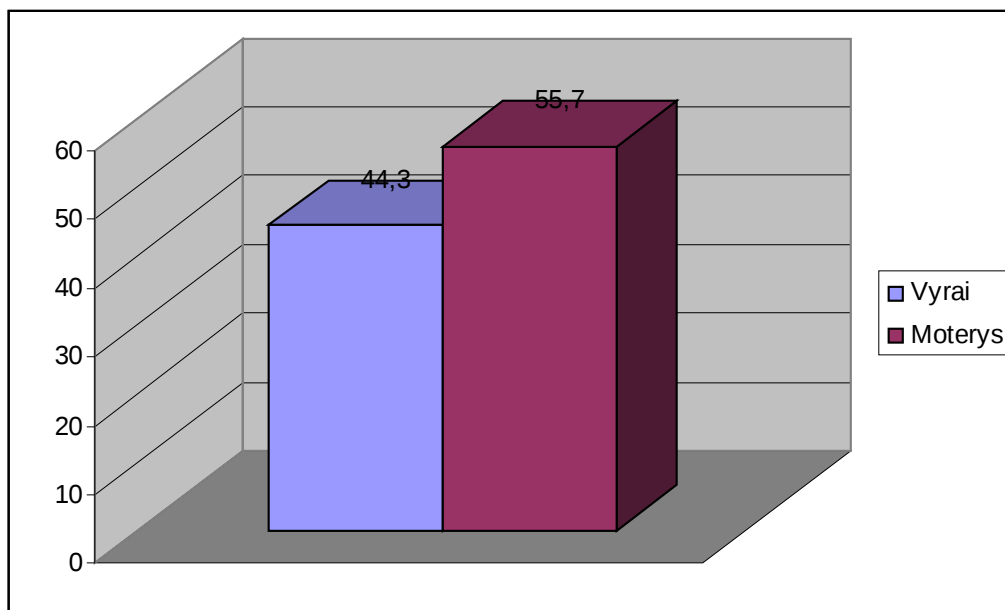
Tyrimo dalyvavę asmenys, sergantys reumatoidiniu artritu, buvo testuojami Kanadietišku veiklos vertinimo testu (žr. 1 priedą). Jį sudaro trys pagrindinės dalys. Tai apsitarnavimas, produktyvumas ir laisvalaikis. Šis testas yra pusiau struktūrizuotas interviu, kuris truko 40 – 50 min. Pacientai buvo paprašyti išsakyti pagrindines problemas ir jas įvertinti kiekvienoje veikloje „Svarbumo skalėje“ nuo 1 iki 10 balų (1 balas – visiškai nesvarbu, 10 balų – ypač svarbu). Iš išvardintų problemų buvo išskirtos penkios pagrindinės problemos, kurias paprašyta įvertinti „Atlikimo skalėje“ kurią sudaro balai nuo 1 iki 10 balų (1 balas – visiškai nieko negali atlikti, 10 balų – gali daryti labai lengvai). Taip pat buvo paprašyta įvertinti pasitenkinimą „Pasitenkinimo skalėje“ nuo 1 iki 10 balų (1 balas – visiškai netenkina, 10 – visiškai tenkina) (Sumsion, 2004). Šis Kanadietiškas veiklos vertinimo testas buvo naudotas norint nustatyti veiksnius įtakojančius asmenų, sergančių reumatoidiniu artritu, savarankišką veiklą. Įvertinti sergančiųjų R.A. savarankiškumo kaitą, priklausomai nuo amžiaus, lyties, išsilavinimo, socialinės padėties ir ligos stadijos.

Tyrimo duomenys buvo apdoroti SPSS 11.0 programa. Duomenims įvertinti buvo skaičiuojama imties moda, minimalios ir maksimalios reikšmės, vidurkis, Chi-kvadratas, koreliacija, neparametrinis priklausomų imčių kriterijus ( $p < 0,05$ ), statistinis reikšmingumas.

## 2.2. Duomenys apie respondentus

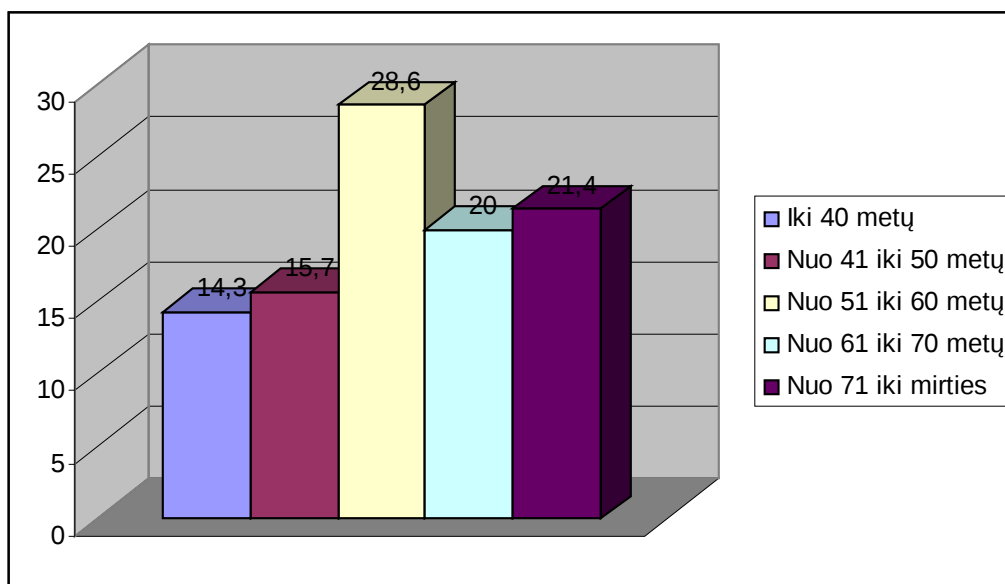
Buvo apklausta 70 asmenų iš jų 31 vyras ir 39 moterys (žr. 1 pav.). Visiems respondentams buvo diagnozuotas reumatoidinis artritas ir buvo lanke ambulatorinę reabilitaciją.

Respondentai pasiskirstę pagal lytį nevienodai. Didžiąją dalį sudaro moterys (55,7%), likę 44,3% - vyrai.



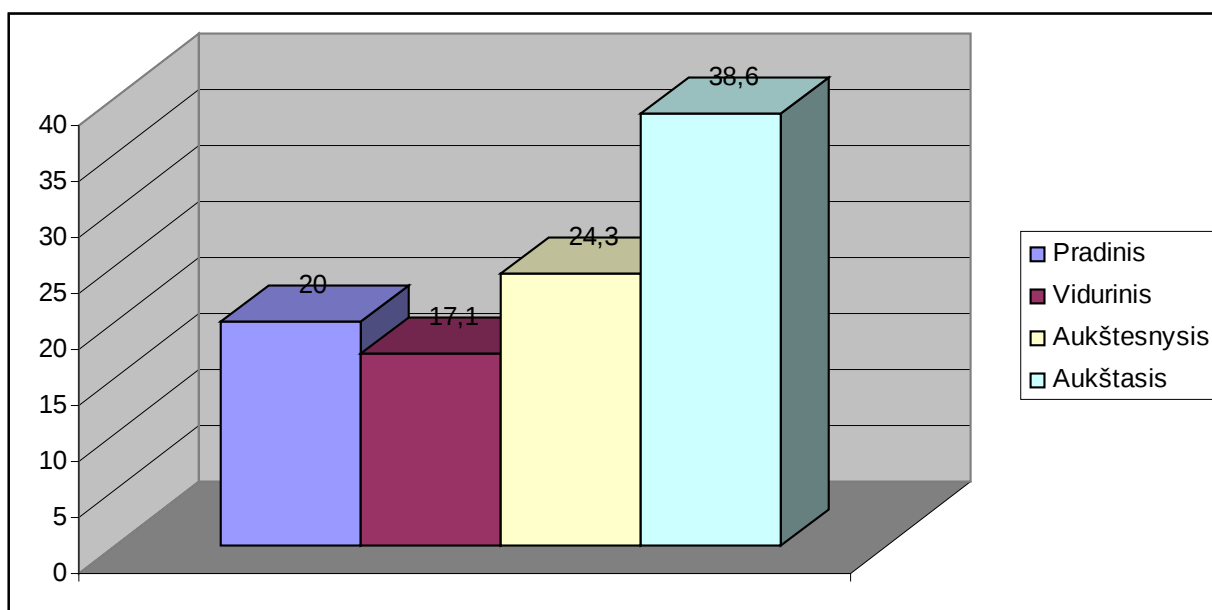
1 pav. Sergančiųjų reumatoidiniu artritu pasiskirstymas pagal lytį, %

Remiantis Pasaulinės sveikatos organizacijos duomenimis visi asmenys buvo suskirstyti į amžiaus grupes: iki 40 metų, nuo 41 iki 50 metų, nuo 51 iki 60 metų, nuo 61 iki 70 metų ir nuo 71 metų iki mirties. Asmenų amžius buvo nuo 30 iki 87 metų. Pasiskirstymas parodytas 2 paveikslėlyje. Didžiąją dalį (28,6%) respondentų sudaro 51 - 60 metų asmenys. Mažiausia dalis yra asmenų, kurių amžius yra iki 40 metų.



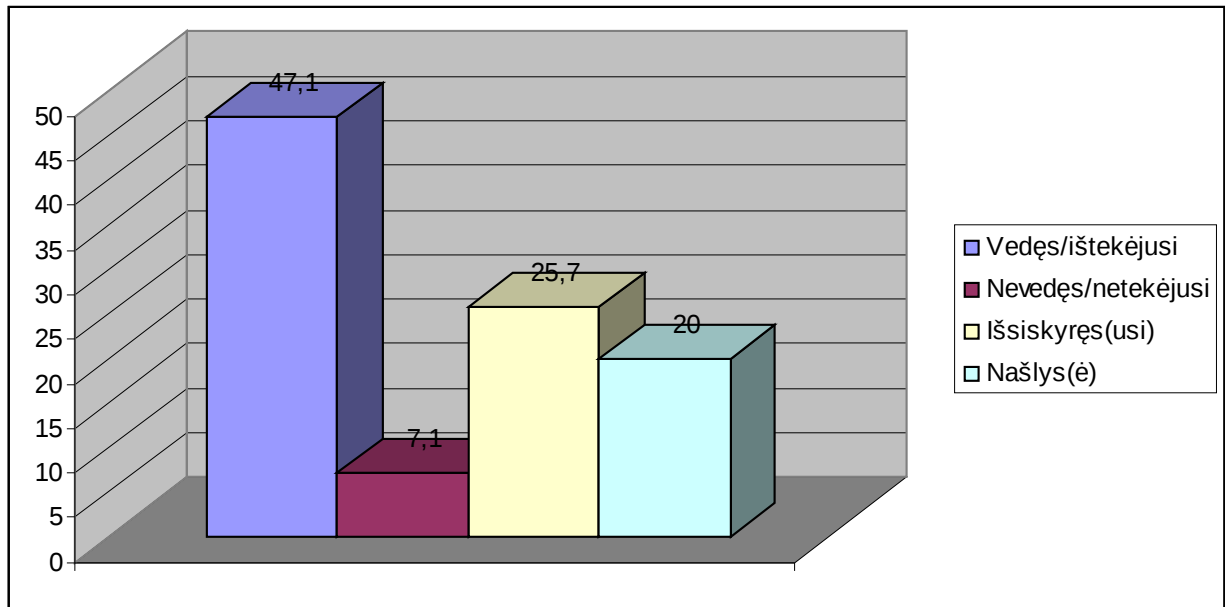
**2 pav.** Sergančiųjų reumatoidiniu artritu pasiskirstymas pagal amžių, %

Vertinant asmenis pagal išsilavinimą buvo išskirtos keturios kategorijos: pradinis, vidurinis, aukštesnysis, aukštasis. Pasiskirstymas pagal išsilavinimą nevienodas, didžioji dalis yra įgiję aukštąjį išsilavinimą (38.6%), mažiausiai respondentų turi vidurinį išsilavinimą (17.1%) (žr. 3 pav.).



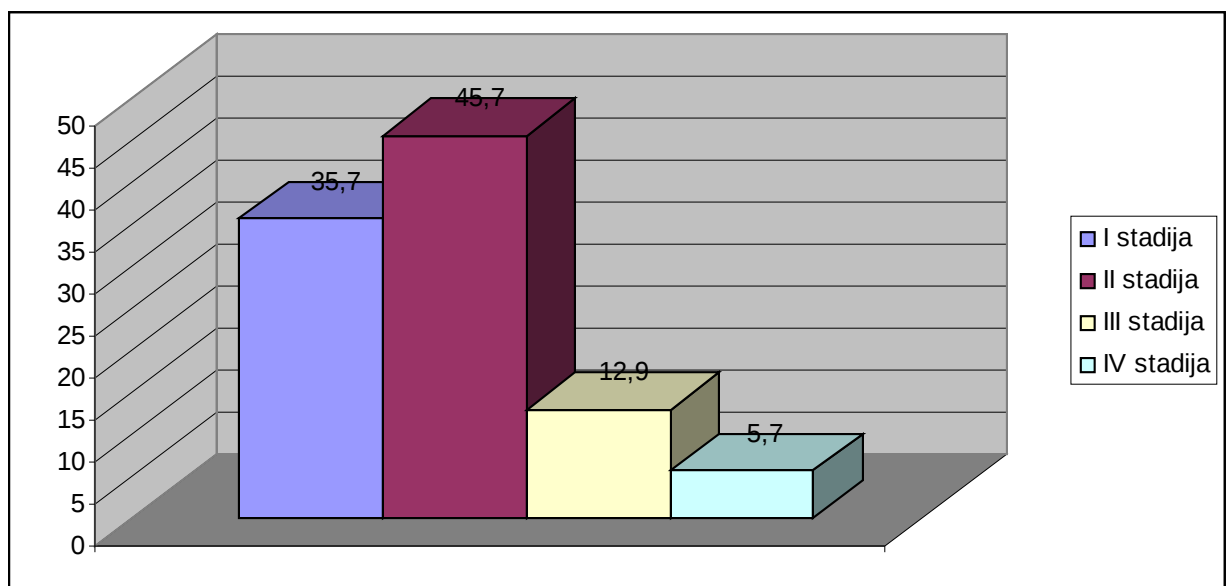
**3 pav.** Sergančiųjų reumatoidiniu artritu pasiskirstymas pagal išsilavinimą, %

Vertinant asmenis pagal šeimyninę padėtį didžioji dalis respondentų yra susituokę. Jie sudaro 47,1% visos tiriamosios imties. Mažiausia dalis respondentų yra išsiskyre – jie sudaro tik 7,1% visų respondentų (žr. 4 pav.).



**4 pav.** Sergančiųjų reumatoidiniu artritu pasiskirstymas pagal šeimyninę padėtį, %

Respondentai yra pasiskirstę netolygiai ir pagal diagnozuotos ligos stadiją. Didžiajai daliai jų yra diagnozuota II -oji stadija, tokių yra 45,7%. Nemažą dalį (35,7%) sudaro respondentai su I-mąja ligos stadija. Mažiausia dalis respondentų yra su IV-ąja stadija, jie sudaro 5,7% visų respondentų (žr.5 pav.).



**5 pav.** Sergančiųjų reumatoidiniu artritu pasiskirstymas pagal ligos stadiją,%

Siekiant išsiaiškinti svarbiausius asmenų, sergančių reumatoidiniu artritu, problemas kasdienėje, produktyvumo ir laisvalaikio veikloje buvo naudojamas Kanadietiškas veiklos vertinimo testas. Asmenų buvo prašoma įvardinti svarbiausias problemas ir savo nuožiūra įvertinti jų atlikimą ir pasitenkinimą pateiktoje skalėje nuo 1 iki 10 balų.

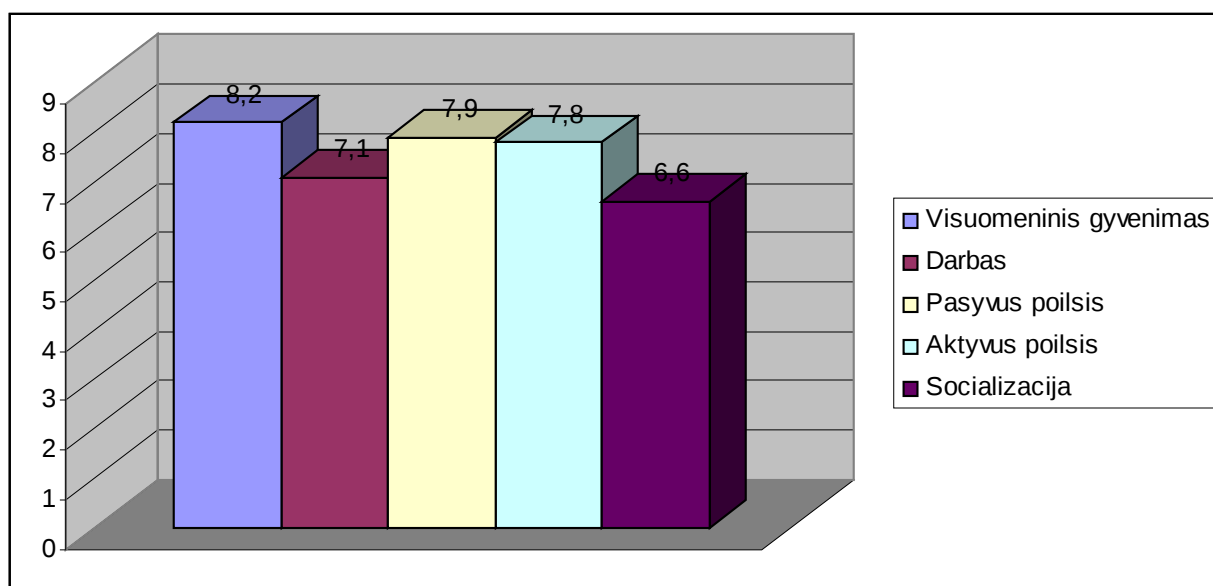
Ištyrus, sergančiųjų reumatoidiniu artritu, kontingentą Kanadietišku veiklos vertinimo testu buvo nustatyta, kad dažniausiai pasikartojanti reikšmė yra 10, tai rodo, jog dažniausiai respondentai namų priežiūrą, funkcinį judėjimą ir namų priežiūrą vertina 10 balų, todėl galima teigti, kad didžiajai daliai respondentų šios veiklos sukelia daugiausiai problemų. Įdomu tai, jog namų priežiūros vertinime skiriamų balų diapazonas yra didesnis nei kitų dviejų požymių, jis kinta nuo 1 iki 10, tuo tarpu asmens priežiūros ir funkcinio judėjimo vertinime mažiausios reikšmės yra 7 balai (žr. 1 lentelę).

1 lentelė

**Imties moda, minimali ir maksimali reikšmės, balais**

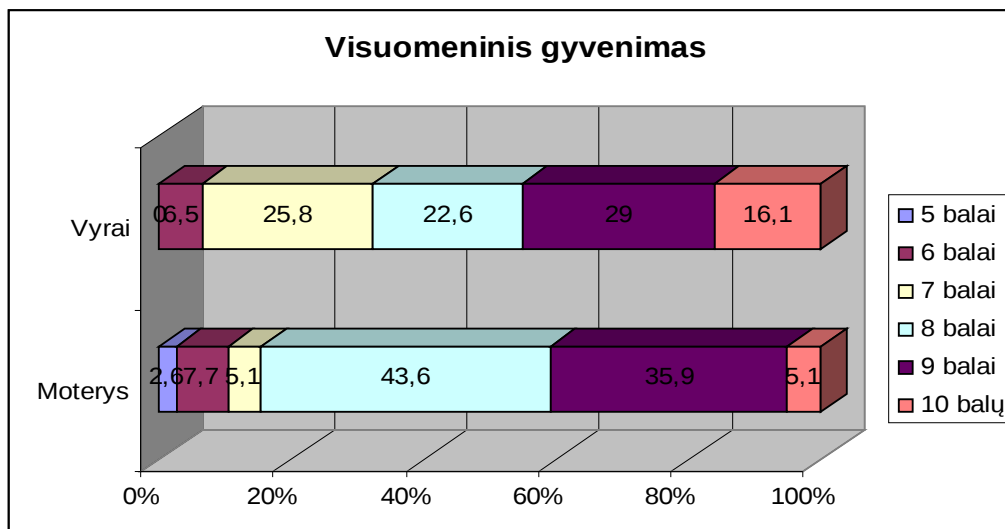
	<b>Asmens priežiūra</b>	<b>Funkcinis judėjimas</b>	<b>Namų priežiūra</b>
<b>Moda</b>	10	10	10
<b>Minimumas</b>	7	7	1
<b>Maksimumas</b>	10	10	10

Toliau nagrinėjant veiklos problemas mažiausias įvertinimų vidurkis fiksuojamas socializacijos vertinime (6,6 balo) t.y. vidutiniškai respondentams lengviausia veikla yra socializacija, lyginant su kitais lentelėje pateiktais kintamaisiais. Tuo tarpu didžiausias vidurkis (8,2 balo) yra visuomeninio gyvenimo vertinime t.y. vidutiniškai respondentams yra sunkiausia visuomeninio gyvenimo veikla (žr.6 pav.).



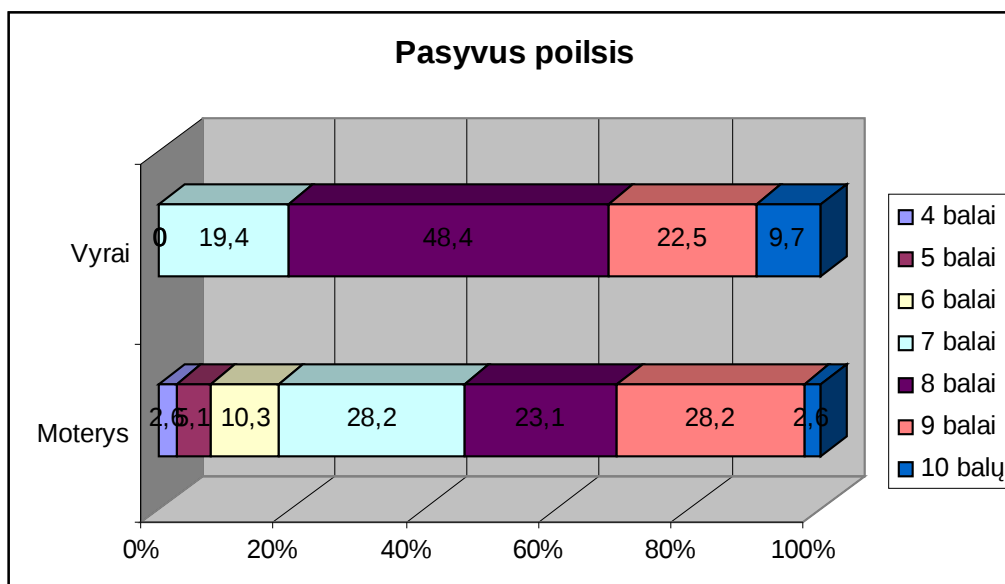
### 2.3. Savarankiškumo kaita pagal lytį, amžių, išsilavinimą, šeimyninę padėtį, ligos stadiją

Išnagrinėjus ar skirtingos lyties apklaustiesiems dalyvauti visuomeniniame gyvenime yra taip pat lengva ar sunku matome (žr. 7 pav.), kad moterys daugiau nei vyrai vertina 8 – 9 balais visuomeninį gyvenimą tai rodo, kad moterims yra sunkiau dalyvauti visuomeniniame gyvenime nei vyrams. 29% vyrų vidutiniškai daugiausiai paminėjo visuomeninį gyvenimą 9 balais. Atlikus palyginimą galima daryti prielaidą apie požymių priklausomumą su 90% tikimybe, tai yra galima manyti, kad visuomeninio gyvenimo vertinimas priklauso nuo lyties ( $x = 10,6$ ,  $df = 5$ ,  $p = 0,061$ ).



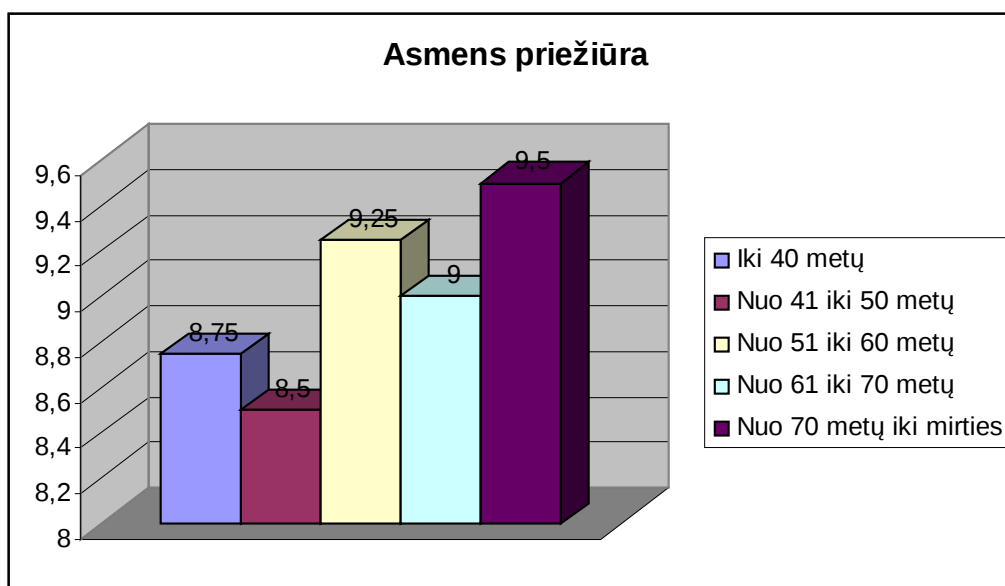
7 pav. Visuomeninio gyvenimo vertinimas, %

Panagrinėjus ar pasyviai poilsiauti tiek vyrams tiek moterims yra taip pat lengva ar sunku nustatyta, kurios lyties atstovams pasyvus poilsis yra sunkesnė veikla. Matoma, kad 79,4% moterų daugiau nei vyrai vertina 7 – 9 balais pasyvų poilsį, o tai rodo, jog moterims pasyvus poilsis yra sunkesnė veikla. Daugiausiai, tai yra 48,4% vyrų pasyvų poilsį vertino 8 balais. Atliktas palyginimas leidžia daryti prielaidą apie požymių priklausomumą su 90% tikimybe, tai galima manyti, kad pasyvaus poilsio vertinimas priklauso nuo lyties ( $x = 11,1$ ,  $df = 6$ ,  $p = 0,86$ ). (žr. 8 pav.).

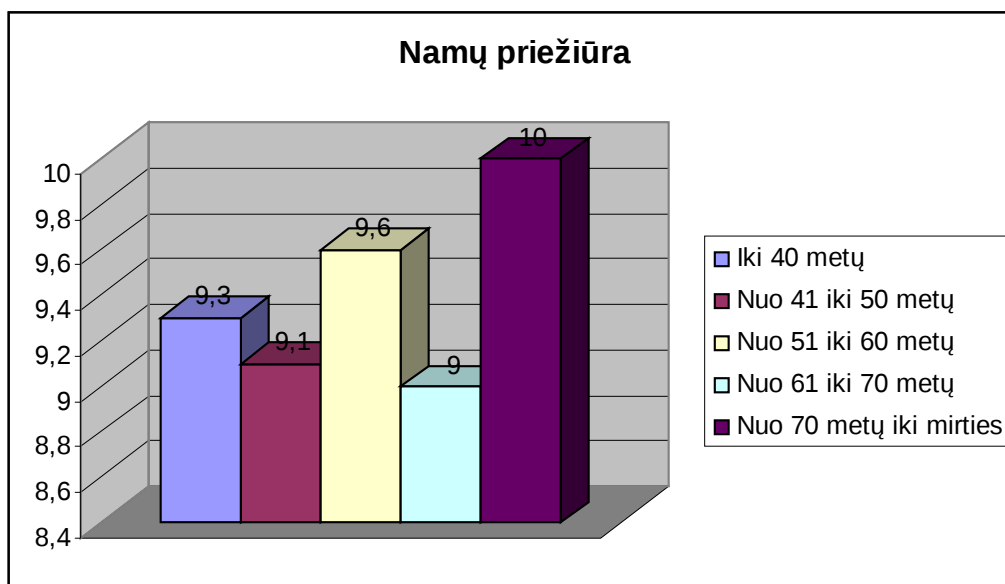


**8 pav.** Pasyvaus poilsio vertinimas, %

Buvo palyginti vertinimų vidurkiai respondentų amžiaus grupėse (žr. 9 ir 10 pav.). Nustatyta, kad asmens priežiūros vertinimas ir namų priežiūros vertinimai statistikai reikšmingai skiriasi amžiaus grupėse, nes reikšmingumo tikimybė  $p = 0,054$ . Grafikuose nurodyta, kad abiejų požymių vertinimų vidurkiai yra didžiausi vyriausių respondentų grupėje, tai yra nuo 71 metų iki mirties. Galima daryti prielaidą, kad vyresniems žmonėms asmens priežiūra ir namų priežiūra sukelia daugiausiai sunkumų, nes vertinimų vidurkiai abiem požymiams svyruoja tarp 9 ir 10 balų. Savarankiškiausi asmens priežiūrai yra 41 – 50 metų ir savarankiškiausi namų priežiūrai yra 41 – 50 metų bei 61 – 70 metų asmenys.



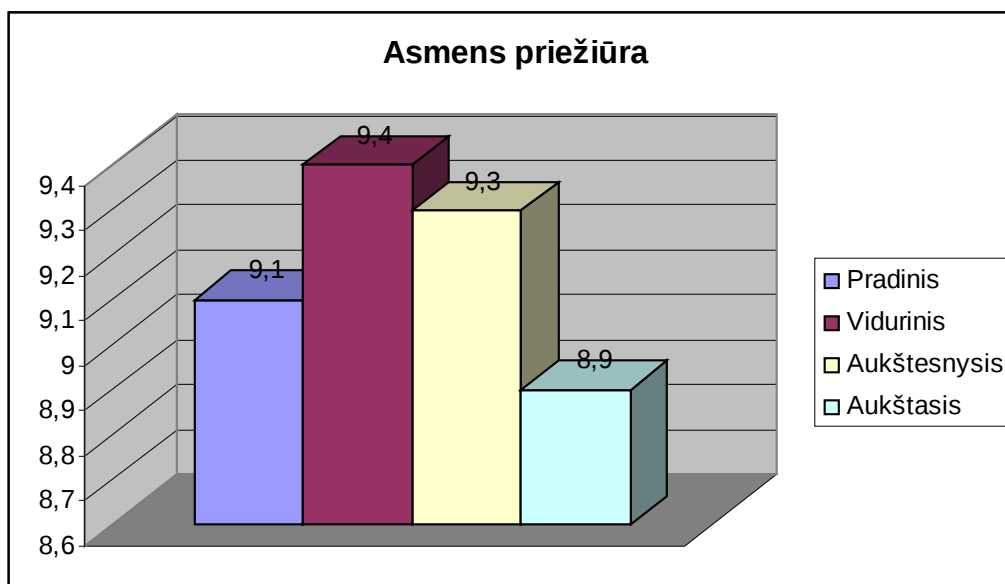
**9 pav.** Savarankiškumo kaita priklausomai nuo amžiaus asmens priežiūroje, balais



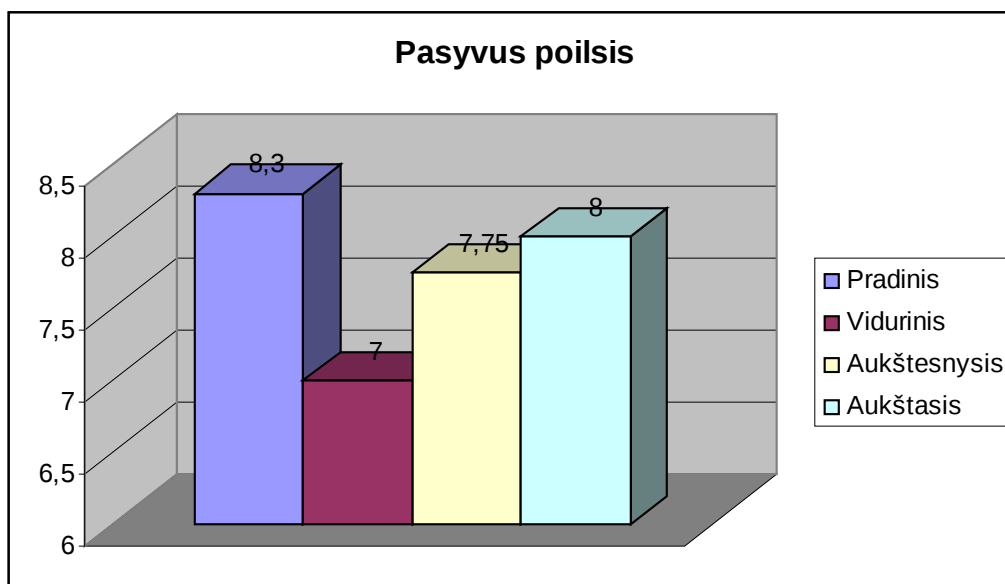
**10 pav.** Savarankiškumo kaita priklausomai nuo amžiaus namų priežiūroje, balais

Palyginus vertinimų vidurkius respondentų išsilavinimo grupėse, nustatyta, kad namų priežiūros ir pasyvaus poilsio vertinimai statistiškai reikšmingai skiriasi išsilavinimo grupėse, nes reikšmingumo tikimybė  $p = 0,004$  ir  $p = 0,009$ . Iš grafikų (žr. 11 ir 12 pav) matoma, kad asmens priežiūros vertinimų vidurkis yra didžiausias vidurinių ir aukštesnųjų išsilavinimą turinčių respondentų grupėse, tuo tarpu pasyvaus poilsio vertinime didžiausi vertinimų vidurkiai stebimi pradinį ir aukštąjį išsilavinimą turinčių respondentų grupėje. Galima daryti prielaidą, kad aukštąjį išsilavinimą turintys respondentai lengviausiai susitvarko su asmens priežiūra, tuo tarpu, sunkiausiai susitvarko vidurinių ir aukštesnųjų išsilavinimą turintiems respondentams. Pasyvus poilsis yra lengviausia veikla vidurinių išsilavinimą turintiems respondentams, o sunkiausiai sekasi pradinį išsilavinimą turintiems respondentams.



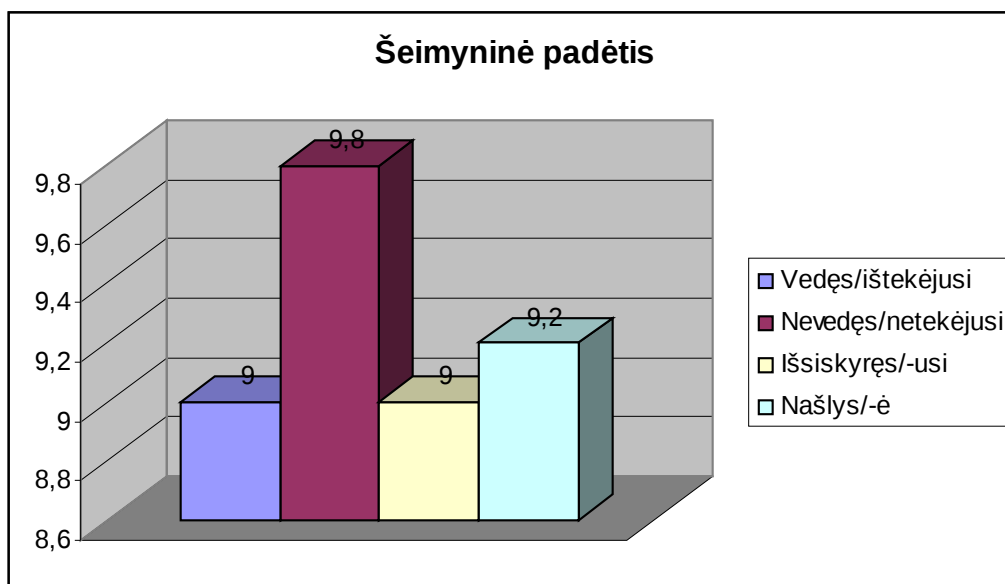


**11 pav.** Savarankiškumo kaita pagal išsilavinimą asmens priežiūroje, balais



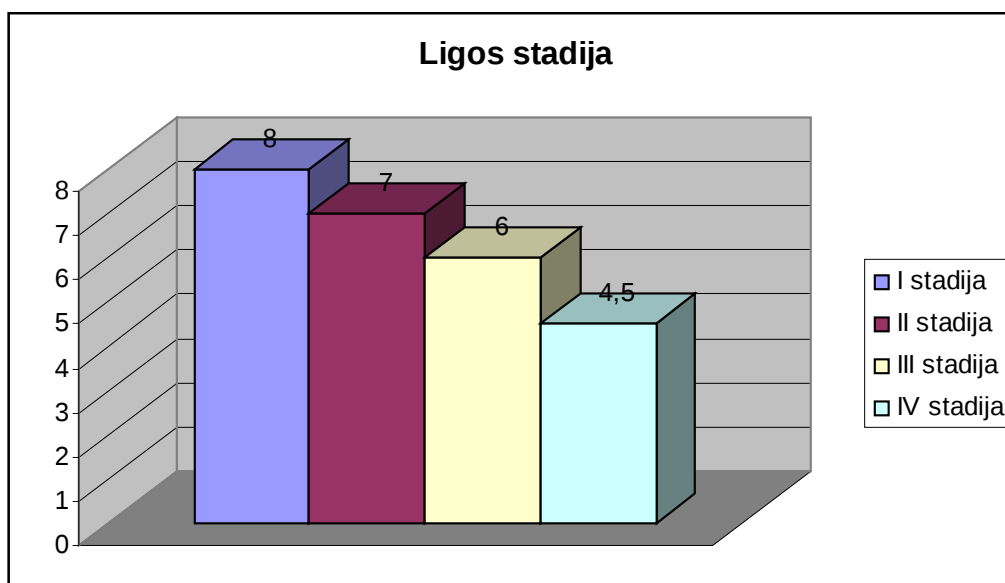
**12 pav.** Savarankiškumo kaita pagal išsilavinimą pasyvaus poilsio metu, balais

Palyginus vertinimų vidurkius respondentų šeimyninės padėties grupėse nustatyta, kad asmens priežiūros vertinimų vidurkiai statistikai reikšmingai skiriasi šeimyninės padėties grupėse, nes reikšmingumo tikimybė  $p = 0,033$ . Grafike (žr. 13 pav.) matoma, kad asmens priežiūros vertinimų vidurkis yra didžiausias nevedusių respondentų grupėje, tuo tarpu mažiausi vertinimų vidurkiai stebimi vedusių ir išsiskyrusių respondentų grupėse. Galima daryti prielaidą, kad nevedusiems respondentams asmens priežiūra yra sunkiausia veikla nei vedusiems arba išsiskyrusiems.



**13 pav.** Savarankiškumo kaita priklausomai nuo šeimyninės padėties asmens priežiūroje, balais

Palyginus vertinimų vidurkius respondentų ligos stadijos grupėse nustatyta, kad darbo vertinimų vidurkiai statistiškai reikšmingai skiriasi ligos stadijos grupėse, nes reikšmingumo tikimybė  $p = 0,046$ . Grafike (žr. 14 pav.) matoma, kad darbo vertinimų vidurkis yra didžiausias I – os ir II – os stadijos respondentų grupėse, tuo tarpu mažiausias vertinimų vidurkis yra IV – os ligos stadijos grupėje. Galima daryti prielaidą, kad IV – os ligos stadijos respondentams yra sunkiausia atlikti su darbu susijusias veiklas, lyginant su kitų ligos stadijų respondentų gebėjimais atlikti darbą.



**14 pav.** Savarankiškumo kaita priklausomai nuo ligos stadijos darbinėje veikloje, balais

## **2.4. Asmenų, sergančių reumatoidiniu artritu, veiklos atlikimo ir pasitenkinimo vertinimas Kanadietišku veiklos vertinimo testu**

Siekiant išsiaiškinti, kaip asmuo, sergantis reumatoidiniu artritu, subjektyviai vertina veiklos atlikimą ir pasitenkinimą kasdienėje, produktyvumo ir laisvalaikio veikloje, buvo naudojamas Kanadietiškas veiklos vertinimo testas. Iš visų paminėtų veiklos problemų buvo išrenkamos penkios pačios svarbiausios, kurias asmenys turėjo įvertinti atlikimo skalėje nuo 1 iki 10 balų (1 balas – nieko negali daryti, 10 balų – gali daryti labai lengvai). Taip pat buvo paprašyta įvertinti ir pasitenkinimą atlikta veikla nuo 1 iki 10 balų (1 balas – visiškai netenkina, 10 balų – visiškai tenkina). Vertinimas buvo atliekamas du kartus. Pirmasis etapas atliktas pirmąją reabilitacijos dieną, o kitas paskutiniąją dieną (po 10 dienų).

Išanalizavus gautus rezultatus paaiškėjo jog pirmąją reabilitacijos procedūrą dieną didžiausias asmenų, sergančių reumatoidiniu artritu atlikimo ir pasitenkinimo įvertinimas buvo 9 balai. Taip pat išanalizavus paskutiniosios procedūros asmenų įvertinimus, pastebimas įvertinimų pagerėjimas (žr. 2 lentelę).

2 lentelė

*Asmenų, sergančių reumatoidiniu artritu, veiklos atlikimo ir pasitenkinimo vertinimas ambulatorinės reabilitacijos metu (n=70)*

<b>Veiklų vertinimas</b>	<b>Pieš reabilitaciją</b>	<b>Po reabilitacijos</b>
	<b>Vidurkis±SN</b>	<b>Vidurkis±SN</b>
Atlikimas	5,7±0,6	6,8±0,8
Pasitenkinimas	4,5±0,5	6,6±0,7

\*kai  $p < 0,05$

Analizuojant, kaip vyrai ir moterys vertina atlikimą ir pasitenkinimą pirmąją reabilitacijos dieną, buvo pastebėta, jog nei vyrai nei moterys atlikimo neįvertino maksimaliu balu, dažniausiai buvo vertinama 6 balais. Daugiausia buvo įvertinama žemesniais balais, tai rodo, jog asmenys nėra pakankamai savarankiškai atlikti įvairias veiklas. Vyrai atlikimą vertino geresniais balais, todėl galima teigti, kad vyrai yra savarankiškesni nei moterys. Pasitenkinimas vertinamas vidutiniškai mažesniais balais nei atlikimas. Po procedūrų stebimas įvertinimų pagerėjimas tiek tarp vyrų, tiek tarp moterų. Vienas vyras pasitenkinimą po reabilitacijos įvertino 10 balų (žr. 3 lentelę).

3 lentelė

*Veiklos atlikimo ir pasitenkinimo vertinimas priklausomai nuo lyties prieš ir po reabilitacijos (KVVT)*

Lytis	Prieš reabilitaciją		Po reabilitacijos	
	Vyrai (n=31)	Moterys (n=39)	Vyrai (n=31)	Moterys (n=39)
	Vidurkis±SN			
<b>Veiklų vertinimas</b>				
<b>Atlikimas</b>	6,1±0,7	5,5±0,7	7,0±0,8	6,7±0,8
<b>Pasitenkinimas</b>	4,8±0,5	4,3±0,6	6,8±0,7	6,6±0,7

kai  $p < 0,05$

Nagrinėjant asmenų, sergančių reumatoidiniu artritu, veiklos atlikimo ir pasitenkinimo vertinimą priklausomai nuo amžiaus prieš ir reabilitacijos, nustatyta, jog vyriausi asmenys (71 metai iki mirties) atliekamą veiklą vertino vidutiniškai mažesniais balais nei jauno (iki 40 metų) ar vidutinio (41 – 50 metų) amžiaus asmenys (žr.4 lentelę).

Nagrinėjant vertinimus po reabilitacijos procedūrų paaiškėjo, jog vidutiniškai mažiausiai atliekamą veiklą vertino taip pat vyriausio amžiaus žmonės, o vidutiniškai geriausiai iš penkių amžiaus grupių atliekamą veiklą vertino 41 – 50 metų asmenys. Vertinant pasitenkinimą paaiškėjo, jog vidutiniškai labiausiai patenkinti atliekama veikla buvo taip pat vidutinio amžiaus žmonės ir mažiausiai patenkinti pagyvenę žmonės.

4 lentelė

*Veiklos ir pasitenkinimo vertinimas priklausomai nuo amžiaus prieš ir po reabilitacijos (KVVT)*

Amžius	Prieš reabilitaciją				
	Iki 40 metų (n=10)	41 – 50 metų (n=11)	51 – 60 metų (n=19)	61 – 70 metų (n=15)	71 iki mirties (n=15)
	Vidurkis±SN				
<b>Veiklų vertinimas</b>					
<b>Atlikimas</b>	6,7±0,8	6,7±0,7	6,0±0,8	5,6±0,7	4,0±0,7
<b>Pasitenkinimas</b>	5,8±0,7	5,4±0,7	5,3±0,6	4,3±0,6	2,3±0,5
Amžius	Po reabilitacijos				
	Iki 40 metų (n=10)	41 – 50 metų (n=11)	51 – 60 metų (n=19)	61 – 70 metų (n=15)	71 iki mirties (n=10)
	Vidurkis±SN				
<b>Veiklų vertinimas</b>					
<b>Atlikimas</b>	7,7±0,9	8,0±0,8	7,4±0,8	6,7±0,7	5,0±0,7
<b>Pasitenkinimas</b>	7,4±0,8	7,6±0,8	7,4±0,7	6,8±0,8	4,6±0,6

\* kai  $p < 0,05$

Nagrinėjant veiklos atlikimą ir pasitenkinimą prieš ir po reabilitacijos priklausomai nuo asmenų, sergančių reumatoidiniu artritu, išsilavinimo nustatyta jog, vidutiniškai geriausiai atlikimą vertino asmenys turintys aukštąjį išsilavinimą, vidutiniškai mažiausiai atlikimą vertino asmenys turintys pradinį išsilavinimą. Nagrinėjant, kaip asmenys vertino pasitenkinimą paaiškėjo, jog vidurinių tiek aukštesniųjų turintys asmenys yra vienodai patenkinti atliekama veikla.

Analizuojant veiklos atlikimą ir pasitenkinimą po reabilitacijos priklausomai nuo asmenų, sergančių reumatoidiniu artritu, išsilavinimo paaiškėjo, vidutiniškai aukščiausius balus skyrė asmenys turintys aukštąjį išsilavinimą, o vidutiniškai mažiausią pradinį išsilavinimą turinčius asmenis. Pasitenkinimą atliekama veikla vidutiniškai apytiksliai vertino vidurinį, aukštesnįjį ir aukštąjį išsilavinimą turintys asmenys (žr. 5 lentelę).

5 lentelė

**Veiklos atlikimo ir pasitenkinimo vertinimas priklausomai nuo išsilavinimo prieš ir po reabilitacijos (KVT)**

Išsilavinimas	Prieš reabilitaciją			
	Pradinis (n=14)	Vidurinis (n=12)	Aukštesnysis (n=17)	Aukštasis (n=27)
	Vidurkis±SN			
<b>Atlikimas</b>	3,4±0,6	5,8±0,7	6,2±0,8	6,5±0,7
<b>Pasitenkinimas</b>	2,1±0,4	4,9±0,7	4,9±0,7	5,3±0,6
Išsilavinimas	Po reabilitacijos			
	Pradinis (n=14)	Vidurinis (n=12)	Aukštesnysis (n=17)	Aukštasis (n=27)
	Vidurkis±SN			
<b>Atlikimas</b>	4,8±0,7	6,9±0,8	7,1±0,8	7,7±0,8
<b>Pasitenkinimas</b>	4,4±0,6	7,0±0,8	7,1±0,8	7,4±0,7

Išnagrinėjus asmenų, sergančių reumatoidiniu artritu, veiklos atlikimo ir pasitenkinimo vertinimus prieš ir po reabilitacijos, priklausomai nuo šeimyninės padėties, kuri buvo skirstoma į keturias grupes: vedę, nevedę, išsiskyrę ir našliai pastebėta, jog vidutiniškai mažiausius balus skyrė našliai, tai galima teigti, kad jiems yra sunkiausia atlikti veiklas, o lengviausia išsiskyrusiems asmenims. Taip pat vertinant pasitenkinimą atliekama veikla pastebėta, jog vidutiniškai geriausiai vertina išsiskyrę asmenys, o vidutiniškai mažiausiai našliai.

Nagrinėjant veiklos ir pasitenkinimo vertinimus po reabilitacijos, priklausomai nuo šeimyninės padėties, nustatyta, jog asmenys, kurie yra išsiskyrę vidutiniškai geriau vertina atliekamą veiklą nei asmenys kurie yra vedę. Taip pat, išsiskyrę asmenys vidutiniškai geriau vertina ir pasitenkinimą, nei asmenys, kurie yra vedę (žr. 6 lentelę).

6 lentelė

**Veiklos atlikimo ir pasitenkinimo vertinimas priklausomai nuo šeimyninės padėties prieš ir po reabilitacijos (KVVT)**

Socialinis statusas	Prieš reabilitaciją			
	Vedęs(-usi) (n=32)	Nevedęs(-usi) (n=6)	Išsiskyręs(-usi) (n=19)	Našlys(-ė) (n=13)
	Vidurkis±SN			
<b>Atlikimas</b>	5,8±0,6	5,5±0,8	6,6±0,8	4,2±0,6
<b>Pasitenkinimas</b>	4,8±0,5	4,7±0,7	5,3±0,8	2,7±0,5

Socialinis statusas	Po reabilitacijos			
	Vedęs(-usi) (n=32)	Nevedęs(-usi) (n=6)	Išsiskyres(-usi) (n=19)	Našlys(-ė) (n=13)
<b>Veiklų vertinimas</b>	<b>Vidurkis±SN</b>			
<b>Atlikimas</b>	6,9±0,7	6,8±0,9	7,8±0,9	5,4±0,7
<b>Pasitenkinimas</b>	6,9±0,7	6,3±0,7	7,5±0,8	4,9±0,6

\* kai p=0,05

Išnagrinėjus asmenų, sergančių reumatoidiniu artritu, veiklos atlikimo ir pasitenkinimo vertinimus prieš ir po reabilitacijos, priklausomai nuo ligos stadijos, kurios buvo suskirstytos į keturias grupes: I stadija, II stadija, III stadija, IV stadija pastebėta, jog asmenys sergantys I stadija vidutiniškai geriausiai vertina atliekamą veiklą, todėl galima teigti, jog jiems yra lengviausiai atlikti veiklas, o vidutiniškai mažiausiai vertino asmenys IV stadija. Taip pat vertinant pasitenkinimą atliekamomis veiklomis, asmenys sergantys tiek III, tiek IV ligos stadijomis, vienodai vertina pasitenkinimą.

Nagrinėjant veiklos ir pasitenkinimo vertinimus po reabilitacijos priklausomai nuo ligos stadijos, nustatyta, jos asmenys sergantys IV stadija vertino vidutiniškai mažiausias balais, o vidutiniškai didžiausiais I ligos stadija sergantys asmenys. Taip pat, asmenys su I ligos stadija vidutiniškai geriausiai vertino pasitenkinimą atliekama veikla (žr. 7 lentelę).

7 lentelė

***Veiklos atlikimo ir pasitenkinimo vertinimas priklausomai nuo ligos stadijos prieš ir po reabilitacijos (KVVT)***

Ligos stadija	Prieš reabilitaciją			
	I stadija (n=33)	II stadija (n=25)	III stadija (n=9)	IV stadija (n=4)
<b>Veiklų vertinimas</b>	<b>Vidurkis±SN</b>			
<b>Atlikimas</b>	6,7±0,7	5,8±0,7	4,6±0,8	3,8±0,6
<b>Pasitenkinimas</b>	5,6±0,7	4,6±0,5	3,2±0,6	3,2±0,6
Ligos stadija	Po reabilitacijos			
	I stadija (n=33)	II stadija (n=25)	III stadija (n=9)	IV stadija (n=4)
<b>Veiklų vertinimas</b>	<b>Vidurkis±SN</b>			
<b>Atlikimas</b>	7,7±0,8	6,9±0,8	5,2±0,7	4,0±0,7
<b>Pasitenkinimas</b>	7,3±0,8	7,1±0,7	4,8±0,6	3,5±0,7

\* kai p<0,05

## Išvados

1. Fizinis aktyvumas turi didelę naudą asmenims, sergantiems reumatoidiniu artritu, nes apsaugo sąnarius nuo progresuojančio funkcijos pažeidimo, stabilizuoja pataloginį procesą, stiprina bendrą fizinį pajėgumą, normalizuoja emocinę būklę, kelia emocinį bei motyvacinį tonusą. Juocevičiaus atliktais tyrimais gauti duomenys parodė, kad fiziniai pratimai yra svarbi priemonė, mažinanti sąnarių skausmą ir sustingimą, bei gerina asmenų, sergančių reumatoidiniu artritu, savarankiškumą.
2. Nagrinėjant, veiksnius įtakojančius asmenų, sergančių reumatoidiniu artritu, savarankišką veiklą, buvo nustatyta, kad daugiausiai problemų kildavo apsitarnavimo veiklose, nes dauguma tiriamųjų jau nebeturėjo pilno darbingumo ir savarankiškumo, produktyvume pagrindinės problemos kilo tik namų priežiūros veiklose, o vertinat laisvalaikio problemas daugiausia jų kilo pasyvaus poilsio metu. Todėl galima teigti, jog asmenims, sergantiems reumatoidiniu artritu, yra sutrikdomas savarankiškumas, kuris sutrikdo asmenų dalyvavimą apsitarnaujant, dirbant ir leidžiant laisvalaikį, dar labiau mažindamas savarankiškumą ir įvairesnių veiklų pasirinkimo laisvę.
3. Išanalizavus, kaip asmenys atlieka veiklas ir kaip jie patenkinti rezultatu nustatyta prieš ir po reabilitacijos procedūrų, jog geriau iš visų asmenų, sergančių reumatoidiniu artritu, savo veiklą vertina vyrai, taip pat vidutiniškai vienodai įvertino jauno amžiaus žmonės ( iki 50 metų), turintys aukštąjį išsilavinimą, išsiskyrę asmenys ir sergantys I – aja ligos stadija. Sunkiausia ir mažiausiai patenkinti atliekamomis veiklomis asmenys, kurie yra našliai, sergantys IV – aja ligos stadija, pagyvenę asmenys (nuo 71 metų iki mirties), turintys pradinį išsilavinimą.

Pasitvirtino hipotezė, kad taikomoji kūno kultūra ir judesių mokymas lemia geresnį asmenų, sergančių reumatoidiniu artritu, savarankiškumą.

## Literatūra

1. Adomaitienė, R., Augustinaitytė – Jurčikonienė, G., Miklekevičiūtė, J., Morkūnienė, A., Ostaševičienė, V., Samonienė, L., Skučas, K. (2003). *Taikmoji neįgaliųjų fizinė veikla*. Kaunas: Lietuvos kūno kultūros akademija
2. Alladi S., Meena A. K., Kaul S., (2002). Cognitive rehabilitation in stroke: therapy and techniques. *Neurology India*, 50.
3. Azovi P., Samuel C., Louis-Dreyfus A., Bernati T., Bartalomeo P., (2002). Sensitivity of clinical and behavioural test of spatial neglect after right hemisphere stroke. *Journal of neurology, neurosurgery and psychiatry*. 73:160–166.
4. Bailey M. J., Riddoc M. J., Crone P., (2002). Treatment of visual neglect in elderly patients with stroke. *Journal of physical therapy*. 8:82.
5. Baltuškevičius, A. (1982). *Sąnarių ligos ir jų profilaktika*. Vilnius: Mokslas.
6. Barton, J., Martin, R. (2000). *A Comparison of Etanercept and Methotrexate in Patients with Early Rheumatoid Arthritis*. N Engl J Med, 343:1586 - 1593
7. Byer-Cannon S., Loman H., Padilla L., (2004). Occupational therapy with elders. Mosby.
8. Boonen A., Rasker J., Stucki G. (2007). The international classification for functioning, disability and health. A challenge and need for rheumatology. *Clin Rheumatol*. 10:1007-67.
9. Buckman S., Kubisevsky J., Moore K., Tse A., (2003). Assessing attention in unilateral neglect. Waterloo university, Canada.
10. Butkutė, J., Vaitkienė, G. (2009). Skirtingų kineziterapijos metodikų vandenėje įtaka radikulopatiniam juosmens skausmui. *Reabilitacijos priemonių ir metodų efektyvumas*. Lietuvos reabilitologų asociacijos konferencijos medžiaga (172 – 175psl.). Birštonas
11. Buxbaum L. J., Ferraro M. K., Verammoti T., (2004). Hemispatial neglect: subtypes, neuroanatomy and disability. *Neurology*. 62(5):749.
12. Carr J. H., Shepherd R. B., (2003). Stroke rehabilitation. Elsevier Limited.
13. Cieza A., Ewert T., (2004). ICF Core set development for patients with chronic conditions. *J Rehabil Med*. 44: 9–11.
14. Cieza A., Ewert T., Ustün TB., (2004). Development of ICF core sets for patients with chronic conditions. *J Rehabil Med*., 44: 9–11.
15. Dadelienė, R. (2006). *Sporto medicinos pagrindai*. Vilnius: Lietuvos sporto informacijos centras
16. Davis JL. (2006) Rheumatoid Arthritis: Aggressive early treatment with new drugs helps.



17. Dudonienė, V., Bacevičienė, R. (2002). *Ergoterapija: mokomoji knyga*. Kaunas: Lietuvos kūno kultūros akademija.
18. Ewert T., Fuessl M., Cieza A. (2004). Identification of the most common patient problems in patients with chronic conditions using the ICF checklist. *J Rehabil Med.*, 44: 22–9.
19. Gaigalienė, B. (1999). *Pagyvenusių žmonių fizinis pajėgumas, aktyvus gyvenimo būdas ir sveikata*. Monografija. Vilnius: EKMI Gerontologijos ir reabilitacijos centras.
20. Gaigalienė, B. (2001). *Pagyvenusių žmonių fizinio pajėgumo požymių kaita*. Monografija. Vilnius.
21. Gailiūnienė A., Milašius K. (2001). *Sporto biochemija*. Vilnius: Lietuvos sporto informacijos centras.
22. Gerson CB., (2002). Archived Reports. International Conference on Health Promotion and Disability for Individuals and Populations with Rheumatic Diseases: Evidence for Exercise and Physical Activity. 2002 Mar 22-23; St. Louis, Missouri, USA.
23. Goronzy, J., Matteson, E. (2004). Prognostic markers of radiographic progression in early rheumatoid arthritis. *Arthritis & Rheumatism*. 50(1), 43 – 54.
24. Jurgelevičienė D., Juocevičius A. (2007). Aerobinės kineziterapijos efektyvumas nugaros smegenų pažeidimą patyrusių ligonių fiziniam pajėgumui ir funkciniam savarankiškumui. *Sveikatos mokslai*, Nr. 6, 1263 – 1269.
25. Jurgelevičienė, D., Žukauskaitė, B., Cirtautas, A. (2009). Kineziterapijos įtaka fizinei ir funkciniai būklei esant stuburo juosmeninės – kryžmeninės dalies skausmams. *Reabilitacijos priemonių ir metodų efektyvumas*. Lietuvos reabilitologų asociacijos konferencijos medžiaga (155 – 162psl.). Birštonas.
26. Kirdaitė, G. (2006). *Reumatologija I. Klinikinė, laboratorinė, biofizikinė diagnostika. Bendrieji gydymo principai*. Mokomoji medžiaga. Vilniaus universiteto Eksperimentinės ir klinikinės medicinos institutas, 64 - 67.
27. Kirdaitė, G., Dudonienė, J. (2006). *Reumatologija II. Klinikinė farmakoterapija, biofizikiniai, reabilitaciniai, chirurginiai gydymo metodai*. Mokomoji medžiaga. Vilniaus universiteto Eksperimentinės ir klinikinės medicinos institutas, 131 – 141.
28. Krikščiūnas A., Keizeris A., Urbonienė A., (2010). Tarptautinė funkcionavimo , negalumo ir sveikatos klasifikacija bei jos diegimo į praktiką patirtis. *Medicina*, Kaunas, 46 Supp; 1:1 – 7.
29. Kurilikov. M., Jasiulionienė, I., Juocevičius, A. (2003). Pacientų, sergančių lėtinėmis ligomis, emocinės būsenos tyrimai. *Sveikatos mokslai*, Nr. 1, 24 – 27.

30. Lukšienė A., Dudonienė J. (2002). Reumatoidinio artrito našta ligoniui ir visuomenei. *Sveikata*. 2002.10, 9-11.
31. Mikuls, T., Kenneth, G., Saag, G. (2001). *Comorbidity in Rheumatoid Arthritis*. *Rheumatic Disease Clinics of North America*, 27(2), 283 – 303.
32. Milašius, K. (2005). *Sporto fiziologija*. Vilnius: Vilniaus pedagoginio universiteto leidykla.
33. Miškinis, K. (2002). *Sporto pedagogikos pagrindai: vadovėlis kūno kultūros ir sporto specialybių studentams*. Kaunas: Lietuvos kūno kultūros akademija.
34. Moreland, L., James, O. (2002). *Glucocorticoids and reumatoid arthritis: Back to the future?*. *Arthritis & Rheumatism*, 46:2553 – 2563.
35. Mosley – Williams, A., Williams, C. (2004). Validation of a computer version of the American College of Rheumatology patient assessment questionnaire for the autonomous self-entry of self-report data in an urban rheumatology clinic. *Arthritis & Rheumatism*. 50(1), 332 - 333.
36. Muckus, K., (2006). *Biomechanikos pagrindai*. Kaunas: Lietuvos kūno kultūros akademija
37. Neiko, E.M., Golovač, I.J. (2001). Pagyvenusių žmonių kaulo audinio pakitimai sergant reumatoidiniu artritu. *Gerontologija*. II(1), 39-42.
38. Poteliūnienė, S., (2003). *Savarankiškas mankštinimasis atliekant aerobikos pratimus*. Metodinė mokymo priemonė. Vilnius: Vilniaus pedagogikos universitetas.
39. Rapolienė, J., Kriščiūnas, A. (2007). Sergančiųjų reumatoidiniu artritu plaštakos ir riešo funkcinės būklės ir veiklos sutrikimų vertinimas bei korekcija ergoterapijos priemonėmis. *Reabilitacijos priemonių ir metodų efektyvumas: Lietuvos reabilitologų asociacijos konferencijos medžiaga* (123 – 126psl.). Birštonas.
40. Rindflisch, A., Muller, D. (2005). Diagnosis and Management of Rheumatoid Arthritis. *Am Fam Physician*. 72(6), 1037 – 1047.
41. Rugienė, R., Dudonienė, J., Venalis, A. (2005). Gyvenimo kokybės klausimyno adaptavimas, jo tinkamumo kontrolinei grupei ir reumatoidiniu artritu sergantiems ligoniams įvertinimas. *Medicina*, 41(3), 232 – 239.
42. Sadauskaitė, J., Gražulevičiūtė, E., Dudonienė J. (2009). Sergančiųjų reumatoidiniu artritu dinaminė bendros sveikatos būklės analizė. *Gerontologija*. 10(1), 78 – 82.
43. Shick, C., Arbogast, M. (2004). Continuous enhanced expression of Hsc70 but not Hsp70 in rheumatoid arthritis synovial tissue. *Arthritis & Rheumatism*. 50(1), 88 – 93.
44. Skrinčius, J., (2007). *Sporto medicina*. Kaunas: Lietuvos kūno kultūros akademija.
45. Skursvydas, A. (2001). *Fizinių ypatybių lavinimo teorija ir metodika: mokomoji priemonė*. Kaunas: Lietuvos kūno kultūros akademija.

46. Skursvydas, A. (2008). *Judesių mokslas: raumenys, valdymas, mokymas, reabilitavimas. sveikatingumas, treniravimas, metodologija*. Kaunas: Lietuvos kūno kultūros akademija.
47. Stropuvienė, S., Dudonienė, J., Rugienė, R., Venalis, A. (2008). Trejų metų gyvenimo kokybės pokyčių įvertinimas pacientams, sergantiems reumatoidiniu artritu. *Gerontologija*. 9(4), 219-228.
48. Stucki G., Cieza A., Geyh S., et al., (2004). ICF core sets for rheumatoid arthritis. *J Rehabil Med*. 44: 87–93.
49. Sumsion T., (2004). Canadian occupational performance measure.
50. Sunden, A., Woolf, AD, Cederlund, I., Greiff, R. (2007). *Manual for Osteoarthritis Communcator*. Sweden: The Swedish Rheumatism Association.
51. Tamulaitienė M., Romanovskaja Z., Juocevičius A., Janonienė D. (2012). Sergančiųjų reumatoidiniu artritu funkcinių gebėjimų sąsajos su judamumu, savipriežiūra ir namų veiklomis. *Gerontologija*. 13(1), 46-53.
52. Tarptautinė funkcionavimo, neįgalumo ir sveikatos klasifikacija. Vilnius: VU specialiosios psichologijos laboratorija. 2004:312.
53. Trupin, L., Gansky, S.A., Tooner, C. (2011). Racial and ethnic disparities in disease activity and function among persons with rheumatoid arthritis from university – affiliated clinics. *Arthritis Care & Research*. 63(9), 1238 – 1246.
54. Trupin, L., Gansky, S.A., Tooner, C. (2011). Racial and ethnic disparities in disease activity and function among persons with rheumatoid arthritis from university – affiliated clinics. *Arthritis Care & Research*. 63(9), 1238 – 1246.
55. Uhlig T., Lillemo S., Rikke H, et al. (2004). Reliability of the ICF core set for rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis*. 63 (Suppl): ii40–5.
56. Vasiliauskas, K., Ivaškienė, V., (2002). *Fiziškai neįgalių žmonių fizinis ugdymas ir saviguda*. Metodinis leidinys. Kaunas: LKKA.
57. Veitienė, D., Tamulaitienė, M. (2004). Namuose ir ambulatoriškai atliekamų fizinių pratimų efektyvumas sergant reumatoidiniu atritu. *Medicina*, 40(5), 434 – 438.
58. Verhoef J., Toussaint PJ., Zwetsloot-Schonk JHM., Breedveld FC., Putter H., Vlieland TP., (2007). Effectiveness of the introduction of an international classification of functioning, disability and health-based rehabilitation tool in multidisciplinary team care in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*. 57: 240–8.

59. Weigl M., Cieza A., Kostanjsek N., Kirschneck M., Stucki G., (2006).The ICF comprehensively covers the spectrum of health problems encountered by health professionals in patients with musculoskeletal conditions. *Rheumatology*. 45: 1247–54.
60. World Health Organization. ICF – Internacional Classification of Functioning, Disability and health. Geneva: World Health Organization, 2001.

## **SUMMARY**

The final thesis carried out theoretical analysis of rheumatoid arthritis, the prevalence of organs and bio mechanic changes of rheumatoid arthritis, and physical activity on people who suffer from rheumatoid arthritis.

Hypothesis stating that application, physical education and movement training leads to faster functional independence.

Anonymous standardized test and the questionnaire survey method was used to study aimed to assess individuals with rheumatoid arthritis, self-change. The statistical analysis of the study involved 70 people with rheumatoid arthritis.

The empirical part analyzes the factors of individuals with rheumatoid arthritis, limiting the performance of their activities, but also self-changes, depending on age, sex, education, social status, but the stage of the disease.

The main empirical findings:

1. Physical activity has important benefits for individuals with rheumatoid arthritis, which protects the joints from progressive damage function, stabilizes the pathological process improves overall physical capacity to normalize the emotional state of the Celtic emotional and motivational tone. The studies of Juocevičius have shown that exercise is an important tool for reducing joint pain and stiffness, and increases people with rheumatoid arthritis independence.
2. Examining the factors of individuals with rheumatoid arthritis, consider restricting their activities, it was found that most of the problems encountered in self-care activities, as most of the patients no longer had full working capacity and independence, productivity, the main issues raised in the home care activities, leisure and assessing a problem mainly arose passive rest. Therefore, we can say that people with rheumatoid arthritis are disturbed autonomy that disrupts people's participation on servicing themselves, working and leisure, further reducing independence and a wider range of activities to choose.
3. An analysis of how individuals perform activities and how they are satisfied with the results after the draw and rehabilitation procedures, the better, of people with rheumatoid arthritis, their activities as well as an average of the same assessment of young people males (under 50 years), with higher education , divorced persons, with the first stage of the disease. The hardest and least satisfied with the activities carried out by persons who are widowed with 4th stage of the disease, the elderly (aged 71 years until their death), with a primary education.

The hypothesis stating that the application physical education and movement training leads to faster functional independence is proved.

Key words: rheumatoid arthritis, people with rheumatoid arthritis, social and medical rehabilitation, physical activity.

## **PRIEDAI**

### 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 kasdienes 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 lentelę 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:**

**ĮVERTINIMAS:**

**PAKARTOTINIS**

**VEIKLOS ATLIKIMO  
PROBLEMOS:**

Atlikimas 1

Pasitenkinimas 1

Atlikimas 2

Pasitenkinimas 2

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

-----  
-----  
-----  
-----

-----  
-----  
-----  
-----

-----  
-----  
-----  
-----

-----  
-----  
-----  
-----

**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

[ ]

= [ ]