

ŠIAULIŲ UNIVERSITETAS
SOCIALINĖS GEROVĖS IR NEGALĖS STUDIJŲ FAKULTETAS
MEDICINOS PAGRINDŲ KATEDRA

Taikomosios kūno kultūros magistrantūros studijų programa

Paulius Zajankauskas

**ASMENŲ PO KOJŲ AMPUTACIJOS GYVENIMO KOKYBĖS KAITA
DĖL DALYVAVIMO SPORTINĖJE VEIKLOJE**

Magistro darbas

*Magistro darbo vadovė-
Dr. Jūratė Požerienė*

Turinys

Magistro darbo santrauka.....	3
Įvadas.....	4
1 skyrius. GYVENIMO KOKYBĖS SAMPRATA.....	6
2. NEĮGALIŪJŲ GYVENIMO KOKYBĖS RODIKLIŲ APŽVALGA	
2.1 Negalios koncepcijos reikšmė neįgaliųjų gyvenimo kokybei.....	8
2.2 Gyvenimo kokybė ir socialinė integracija.....	10
2.3 Aplinkos ir būsto pritaikymas pagal neįgaliųjų poreikius.....	11
2.4 Neįgaliųjų įdarbinimo ir užimtumo galimybės Lietuvoje.....	12
2.5 Teorinė ir metodologinė sveikatos samprata.....	15
3. PROTEZAVIMAS	
3.1 Protezavimo istorinė raida Pasaulyje.....	16
3.2 Protezavimo svarba asmens įgalinimu.....	17
3.3 Negalios socializacija.....	18
3.4 Psichologinis susitaikymas su amputacija.....	19
3.5 Neįgaliųjų asmenų poreikiai.....	20
2 skyrius. ASMENŲ PATYRUSIŲ KOJOS AMPUTACIJĄ SUBJEKTYVIOS	
GYVENIMO KOKYBĖS ĮVERTINIMAS	
2.1 Tyrimo metodika.....	22
2.2 Tyrimo rezultatai.....	24
2.3 Tyrimo rezultatų apibendrinimas.....	39
Išvados.....	40
Summary	
Priedai	

Magistro darbo santrauka

Darbe atlikta *teorinė* asmenų po kojų amputacijos gyvenimo kokybės kaita dėl dalyvavimo sportinėje veikloje analizė.

Iškelta *hipotezė*, kad asmenys, patyrę kojų amputacijas, ir dalyvaujantys sportinėje veikloje pasižymi geresne gyvenimo kokybe nei tie, kurie sportinėje veikloje dalyvauja nereguliariai.

Anketinės *apklausos metodu* buvo atliktas tyrimas, kurio tikslas - įvertinti sporto vaidmenį (reikšmę) asmenų patyrusių kojų amputaciją, gyvenimo kokybės kaitai. Atlikta *statistinė* (aprašomoji koreliacijos ryšio (r) testo) duomenų analizė.

Tyrime dalyvavo asmenys patyrę kojų amputaciją šlaunies lygyje, po amputacijos praėjęs laikas ne trumpesnis nei treji metai, užsiimantis sportine veikla nemažiau nei vieneri metai.

Empirinėje dalyje nagrinėjama asmenų, patyrusių, kojos amputaciją, gyvenimo kokybės rodiklių raišką, patyrusių kojos amputaciją, dalyvavimo sporte poveikį gyvenimo kokybės kaitai, gyvenimo kokybės rodiklių kaitą priklausomai nuo dalyvavimo sporte intensyvumo.

1. Nustatyta, kad gana didelė lankančių sporto klubus fiziškai neįgaliųjų yra vieniši (19%), turintys mažas pajamas (44%), gyvenantys prastai pritaikytuose būstuose (56%), turintys vidurinį ar spec.vidurinį išsilavinimą(58%), nepakankamai geros sveikatos būklės (19%), nejaučiantys pasitenkinimo gyvenimu (19%)
2. Pastebėtas ryšys tarp dalyvavimo sporto veikloje ir žalingų įpročių paplitimo: aktyviai sportuojantys respondentai mažiau rūko ir suvartoja.
3. Nustatytas teigiamas tiesioginis ryšys tarp dalyvavimo sporte ir sveikatos bei gyvenimo kokybės. Vadinas, sportas sąlygoja geresnę sveikatą, kuri yra vienas iš pagrindinių gyvenimo kokybės rodiklių. Respondentai nurodė, kad dalyvavimas sporte galėtų būti gyvenimo kokybę gerinantis veiksnys.
4. Tyrimo rezultatai parodė, kad respondentai, aktyviai dalyvaujantys sportinėje veikloje, pasižymėjo geresniais gyvenimo kokybės rodikliais, nei respondentai, dalyvaujantys sportinėje veikloje nereguliariai.

IVADAS

Ilgą laiką neįgalieji buvo laikomi nenaudingais visuomenėje, medikų pagalbos reikalaujančiais asmenimis. Tačiau dėl pasaulyje vykstančių visuomenės humanizavimo ir demokratijos reikšmių šis požiūris keitėsi. Dabar svarbūs teisiniai Jungtinių Tautų ir Europos Sąjungos politiniai dokumentai, skatina valstybes keisti požiūrį į neįgaliuosius, integruoti juos į visuomenę kaip lygiateisius narius. Keičiantis požiūriui padaugėjo mokslinių tyrimų, nagrinėjančių neįgaliųjų socialines integracijas ir socializacijos problemas, nurodančių priemones ir būdus, kaip tas problemas veiksmingiau išspręsti. Viena iš priemonių, galinčių paspartinti neįgaliųjų integracijos vyksmą, yra taikomoji fizinė veikla (Sherrill, 1998). Dauguma autorių teigia, kad neįgalieji, dalyvaudami sportinėje veikloje, geriau vertina save, savo galimybes, labiau pasitiki savo jėgomis (Olover, 1986; Sherrill, 1998; DePauw, Gavron, 1995; Kardelis, Kasparavičius, 2000). Taikomosios fizinės ir sportinės veiklos poveikio neįgaliųjų gyvenimo kokybei, tyrimai rodo, kad dalyvaujantys šio pobūdžio veikloje neįgalieji tampa labiau integruoti už tuos, kurie taikomojoje fizinėje ir sportinėje veikloje nedalyvauja (Sherrill, 1998).

Pastaruoju metu gyvenimo kokybės terminas yra plačiai naudojamas mokslo srityje. Gyvenimo kokybės gerinimas, tešumas ir lygybė tarp šalių ir žmonių grupių tenkinant ne tik būtiniausius, bet ir aukščiausius žmogaus poreikius, yra vieni iš pačių svarbiausių Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) sveikatos politikos uždavinių. Jau trys dešimtmečiai ekonomiškai ir socialiai pažangesnėse pasaulio šalyse žmonių gyvenimo kokybės klausimams skiriamas ypatingas dėmesys. Lietuvoje sveikatos programoje ir Lietuvos Respublikos Valstybės nustatytoje mokslo prioritetinėse kryptyse gyvenimo kokybės problema pripažinta viena svarbiausių (S. Gradeckienė, 2002).

Gyvenimo kokybė siejama su įvairiomis gyvenimo sritimis: fizine, psichologine, aplinkos, socialinių santykių, žmogaus sveikata (fizine, dvasine, psichine). Gyvenimo kokybė - tai individualus savo paskirties gyvenime vertinimas kultūros ir vertybių sistemos, kurioje individas gyvena, požiūriu, susijęs su jo tikslais, viltimis, standartais bei interesais. Tai plati koncepcija, kompleksiskai veikiama asmens fizinės sveikatos ir psichologinės būklės, nepriklausomybės laipsnio, socialiniu ryšių bei ryšių su aplinka. Dauguma šios srities ekspertų pripažįsta, kad toks apibūdinimas yra pernelyg platus, apima daug gyvenimo sferų (Furmonavičius, 2001; Mikelkevičiūtė 2002). Todėl asmenų, patyrusių kojos amputacijas, gyvenimo kokybę galima nagrinėti siauresniu aspektu, apimančiu tik fizinius, psichologinius ir socialinius rodiklius.

Jau kelis dešimtmečius siekiama per fizinę veiklą gerinti neįgalių žmonių, sudarančių visuomenės dalį, gyvenimo kokybę. Neįgaliųjų tarpusavio santykiai, jų santykiai su sveikaisiais konkrečiomis fizinėmis ir psichologinėmis sąlygomis, kliūčių šalinimo galimybės, įvertinant ne tik kiekvieno neįgaliaus, bet ir sveiko žmogaus prisitaikymo visuomenėje savitumą, apsitarnavimo veiklos negalių atvejais originalumą ir kt. – visi šie įtakojantys veiksniai sąlygoja neįgaliųjų gyvenimo kokybę. (R. Adomaitienė, 2003). Tokiu būdu galima daryti prielaidą, kad nuo asmenų patyrusių įvairias amputacijas fizinės veiklos, socialinių veiksnių įtakos bei psichologinio ir medicininio poveikio priklauso gyvenimo kokybė, bei pasitenkinimas ja.

Lietuvoje atlikta reikšmingų tyrimų, analizuojančių gyvenimo kokybės aspektus (Dučinskienė, 2000; Gradeckienė, 2002), tačiau darbų analizuojančių asmenų, patyrusių kojos amputacijas, gyvenimo kokybę nepavyko surasti, todėl ir buvo atliekamas mūsų tyrimas bei suformuluotas toks probleminis klausimas: Ar dalyvavimas sporte gali pagerinti asmenų patyrusių kojos amputacijas, gyvenimo kokybę.

Probleminio klausimo formuluotė įgalino iškelti **hipotezę** – asmenys, patyrę kojų amputacijas, ir dalyvaujantys sportinėje veikloje pasižymi geresne gyvenimo kokybe nei tie, kurie sportinėje veikloje dalyvauja nereguliariai.

Hipotezės formuluotė leido apibrėžti **tyrimo objektą** – asmenų, patyrusių kojos amputaciją, gyvenimo kokybę.

Tyrimo tikslas – įvertinti sporto vaidmenį (reikšmę) asmenų patyrusių kojų amputaciją, gyvenimo kokybės kaitai.

Įgyvendinant šio tyrimo tikslą buvo sprendžiami tokie pagrindiniai **uždaviniai**:

1. Nustatyti asmenų, patyrusių kojos amputaciją, gyvenimo kokybės rodiklių raišką.
2. Įvertinti asmenų patyrusių kojos amputaciją, dalyvavimo sporte poveikį gyvenimo kokybės kaitai.
3. Palyginti asmenų, patyrusių kojos amputaciją, gyvenimo kokybės rodiklių kaitą priklausomai nuo dalyvavimo sporte intensyvumo.

Tyrimo metodai: Atskleidžiant temą buvo derinami teoriniai ir empiriniai metodai. Metodų pasirinkimą lėmė kaip viso darbo, taip ir kiekvieno atskiro uždavinio specifika. Iš teorinių metodų buvo naudojami sisteminės analizės, loginės dedukcijos, lyginimo, apibendrinimo; iš empirinių metodų – anketavimas.

1. GYVENIMO KOKYBĖS SAMPRATA

Gyvenimo kokybės terminas pirmą kartą pavartotas. Pigou knygoje apie ekonomiką ir gerbūvį 1920m. Tačiau tada atgarsio jis nesukėlė ir apskritai dingo iki Antrojo pasaulinio karo pabaigos (Furmonavičius, 2001). Maždaug tuo metu PSO išplėtė sveikatos apibrėžimą, įtraukdami į jį fizinės, dvasinės ir socialinės gerovės sąvokas. Tai sukėlė diskusiją, ar sveikata būtų galima išmatuoti. Septintojo dešimtmečio viduryje GK paminėta Prezidento komisijos nacionaliniams Jungtinių Valstijų tikslams ataskaitoje. Aštuntojo dešimtmečio viduryje Mičigano universiteto sociologai pradėjo įvairių gyventojų grupių GK tyrimus, nagrinėdami tokių veiksmų, kaip išsimokslinimas, sveikata, šeima, asmeninis gyvenimas, darbas, aplinka ir materialinės sąlygos, įtaką žmonių gerovei.

Haas (1997) išanalizavo mokslo literatūroje spausdintus straipsnius apie GK ir pateikė penkis šią sąvoką apibūdinančius kriterijus:

1. GK yra dabartinių individo gyvenimo aplinkybių įvertinimas.
2. GK savo požiūriu yra daugialypė.
3. GK yra pagrįsta individualiomis vertybėmis ir kintanti.
4. GK apima subjektyvius ir objektyvius vertinimus.
5. GK geriausiai gali įvertinti asmenys, gebantys atlikti subjektyviają savianalizę.

Remiantis šiais kriterijais, suformuluotas GK apibrėžimas:

GK yra įvairiapusis kiekvieno žmogaus esamų gyvenimo aplinkybių įvertinimas, tai pirmiausia subjektyvus gerovės suvokimas, apimantis fizinį, psichologinį ir dvasinį lygmenis. Kai kada objektyvūs duomenys gali pakeisti GK įvertinimą (tuo atveju, jei individas nesugeba atlikti savianalizės). Mikelkevičiūtė (2001), analizuodama gyvenimo kokybės sąvoką įvairiuose literatūros šaltiniuose, išskyrė tokias bendras gyvenimo kokybės sąvokos dimensijas -*psichologinis gerbūvis*: savarankiškas apsisprendimas, autonomija ir asmeninis pasirinkimas; asmeninė kompetencija; prisitaikymas prie bendruomenės ir nepriklausomo gyvenimo įgūdžiai; integracija į bendruomenę, visuomenės priėmimas, socialinis statusas ir ekologinis tinkamumas; asmeninis vystymasis ir įgyvendinimas, gyvenamoji aplinka, rekreacija ir laisvalaikis; individualūs ir socialiniai demografiniai rodikliai; civilinė atsakomybė ir gaunamos paramos paslaugos.

Literatūroje dažnai tokie terminai kaip sveikatos būklė, funkcinė būklė vartojami kartu, o su sveikata susijusi GK ir sveikatos būklės sąvokos dažnai vartojamos pakaitomis. Atkreiptinas dėmesys į Curtis (1997) ir bendraautorių pasiūlytą šių sąvokų tarpusavio sąsajos modelį. Plačiąja prasme GK - tai holistinis subjektyvus pasitenkinimo svarbiais individui

dalykais įvertinimas. Su sveikata susijusi GK - tai GK dalis, kurią įtakoja sveikata ar sveikatos priežiūra. Funkcinė būklė apibūdina asmens fizinį pajėgumą, gebėjimą bendrauti ir emocinę būseną. Ji rodo gebėjimą atlikti kasdieninius uždavinius, o su sveikata susijusi GK apibūdina subjektyvų pojūtį, kaip sveikatos būklė veikia gyvenimo kokybę. Sveikatos būklė - tai žmogaus sveikatos poveikis gebėjimui atlikti kasdienės veiklos uždavinius ir jausti pasitenkinimą juos atlikus. Ši sąvoka yra platesnė ir apima funkcinę būklę bei su ja susijusią GK.

Didelėje nuomonių apie gyvenimo kokybės sąvoką įvairovėje gyvenimo kokybė mokslininkų buvo suprantama kaip nuolatinis siekis vystytis ir dalyvauti sveikoje veikloje. Vidinė motyvacija įsitraukti į aktyvų gyvenimą yra siejama su maloniais įvykiais, iššaukiančiomis galimybėmis ir prasmingu atlikimu. Judėjimas, sveikata, žvalumas tikrai prisideda prie geresnės gyvenimo kokybės. Aplinkos sąlygos, suteikiančios nepriklausomybę, savarankiško pasirinkimo galimybes ir dalyvavimą bet kokioje veikloje bei savarankišką elgesį, pakeis ir pagerins fizinę negalią turinčių gyvenimo kokybę. Savarankiškumo galimybės turėtų būti suteikiamos bet kurioje gyvenimo aplinkoje, o ypač fizinės veiklos, rekreacijos ir laisvalaikio srityje. Kadangi gyvenimo kokybė siejama su fizine veikla, galime daryti prielaidą, kad fizinę negalią turintiems tai suteiks teigiamą savęs vertinimą ir savęs suvokimą, nuotaikos pasikeitimą, būtinus įgūdžius gyventi ir dalyvauti visuomenėje, susidoroti su kasdienine veikla ir gyvenimo reikalavimais (Sherill.1998). *Psichologinę, gyvenimo kokybės* sritį atspindi šie klausimai: teigiami pojūčiai, neigiami pojūčiai, atmintis ir dėmesio sutelkimas, mąstymas, mokymasis, dvasingumas, įsitikinimai, savo vertės pajautimas, išvaizda (Dučinskienė ir kt., 2002).

Teigiamos emocijos apibūdinamos kaip malonūs pasitenkinimo išgyvenimai, patiriami įgyvendinus reikiamus arba norimus tikslus, patenkinus reikmes (pvz. pasiekus norimų rezultatų, laimėjus), o neigiamos emocijos kaip subjektyvios išgyvenimų reakcijos, atsirandančios dėl nemalonių pojūčių nepatenkinus kurių nors reikmių, neįgyvendinus užsibrėžtų tikslų (Sporto terminų žodynas. 2002).

Mokymo procese mokslo žinių pagrindu formuojama mokslinė pasaulėžiūra, ugdomos fizinės ir psichinės asmenybės savybės, ugdomi protiniai sugebėjimai, įsitikinimai, dorovinis sąmoningumas ir elgesys, estetinė pasaulėjauta bei kūrybingumas ir kiti asmenybės bruožai (Laužikas. 1981). *Fizinę gyvenimo kokybę* atspindėtų tokie aspektai kaip skausmas ir diskomfortas, energija ir nuovargis, miegas ir poilsis, judrumas, kasdieniniai darbai, priklausomybė nuo vaistų ar nuo gydymo procedūrų bei gebėjimo dirbti. Visi jie tarpiai tarpusavyje susiję ir jų pagalba nustatome, kaip žmonės vertina savo gyvenimą, sveikatą ir gerovę, gyvenimo kokybės rodiklius (Dučinskienė ir kt.. 2002).

Žmogaus sveikata - asmeninis kiekvieno žmogaus turtas. Ją lemia paveldėjimas, fizinės, socialinės ir ekonominės aplinkybės, o daugiausiai - pats žmogaus elgesys, tačiau ne visi vienodai brangina savo sveikatą. Pernelyg lengvabūdiškas požiūris į sveikatą bei savikontrolei reikalingos valios trūkumas yra viena svarbiausių daugelio kūno ligų ir net psichinės sveikatos sutrikimų priežasčių. Aplinkos gyvenimo kokybės sritis yra siejama su fiziniu saugumu, namų aplinka, finansiniais ištekliais, laisvalaikio praleidimu, galimybe įgyti informacijos ir įgūdžių su išorine aplinka, sveikatos bei socialinės priežiūros prieinamumo kokybė, kuriuos asmuo gauna arba tikisi gauti, jeigu jų prireiktų (Tamošauskas. 2000).

2. NEĮGALIŲJŲ GYVENIMO KOKYBĖS RODIKLIŲ APŽVALGA

2.1 Negalios koncepcijos reikšmė neįgaliųjų gyvenimo kokybei

Negalia yra socialinis - kultūrinis konstruktas, kintantis laike ir kultūrose. Tai reiškia, jog proto, kūno ar psichikos sutrikimo faktas, sprendžiant neįgaliųjų socialinės integracijos, ugdymo klausimus, iš esmės yra tik antrinis. Pagrindinį vaidmenį vaidina tai, koks visuomenėje vyrauja negalios vaizdinys, kokios socialinės nuostatos formuojasi į neįgaliuosius (Ruškus 2001). Nors ir keičiasi visuomenės požiūris į neįgaliuosius, tačiau šių žmonių asmenybės vertingumo, socialinio lygiateisiškumo klausimas iki šiol labai skausmingas. Tai atsispindi ir mokslinėse studijose. Pavyzdžiui, sociologai ilgą laiką buvo linkę žiūrėti į negalią kaip į medicininę ir psichologinę problemą, todėl neįgaliųjų problemos buvo vertinamos kaip antisocialios arba visai nesocialios. Sociologai ignoravo neįgalių žmonių, kaip svarbios socialinės grupės, lygiavertę ir lygiateisę galimybę gyventi visuomenėje kartu su sveikaisiais jos nariais (Borton, 1996). Nelabai palankią žmonių su fizine negale asmenybės charakteristiką pateikia Fortova ir Vasnerova. Jų nuomone, neįgaliųjų emocijos yra labilesnės, jie nerimastingi, impulsyvūs ir dėl riboto mobilumo mažėja kontaktas su aplinka. Susidūrę su sunkumais, jie emociškai išgyvena situaciją, jiems pritrūksta ryžtingumo. Taigi mintys, apie asmenybės ryšį su defektu, jausmų sferos pasikeitimu, kurių nors funkcijų sutrikimu, asmeninio gyvenimo subjektyvios kokybės ir laimės vertinimu yra prieštaringos galbūt todėl, kad atlikta nedaug empirinių tyrimų (Gogaitis. 2001) . Europos Taryba. Jungtinės tautos, atskiros šalys, taip pat ir mūsų valstybė kuria ir plečia įstatyminę bazę, kuri turėtų padėti spręsti neįgalių žmonių, tarp jų ir jų šeimų gyvenimo problemas, pagerinti šios socialinės grupės žmonių gyvenimo kokybę ir užtikrinti lygias su sveikais žmonėmis galimybes į pilnavertį ir laimingą gyvenimą (Neįgalių žmonių teisių deklaracija. 1997).

Gyvenimo kokybei svarbiausi elementai turėtų būti vienodi visai visuomenei - tiek įgaliesiems, tiek neįgaliesiems žmonėms, kad neįgalių žmonių gyvenimo kokybė turėtų susidėti iš tų pačių elementų, todėl būtina siekti lygybės tarp neįgalių ir įgalių žmonių, lenkinant ne tik būtiniausius (pvz, sveikatos), bet ir aukščiausius (pvz. draugystės, saviraiškos) poreikius (Goode. 1990)

Neįgaliųjų gyvenimo kokybę rodo tokie kintamieji (Ruškus. 2002):

- ◆ Sveikata: fizinės ir psichinės sveikatos būklė.
- ◆ Psichikos būklė, protinis sutrikimas.
- ◆ Individo materialinė padėtis.
- ◆ Gyvenimo sąlygos: aplinkos ypatybės, jų tinkamumas individui.
- ◆ Šeima, jos įtaka individui
- ◆ Socialiniai santykiai: soc. pagalbos būklė, socialinė - emocinė tiriamojo patirtis.
- ◆ Poilsis, kūryba: laisvalaikio veiklos kiekybė ir būdas arba kūrybinė veikla.
- ◆ Dalyvavimas bendruomenės veikloje, dalyvavimo kiekybė, profesinė/darbinė veikla.
- ◆ Religija: formalus(privalomas) ar laisvas religijos praktikavimas arba dvasinė veikla.
- ◆ Savęs vertinimas/subjektyvi individo būseną apimanti bendrą savęs vertinimą.
- ◆ Individualių poreikių vertinimas.

2.2 Gyvenimo kokybė ir socialinė integracija

Socialinių paslaugų raida. Vakarų Europos šalyse buvo smarkiai tobulinamos ir plečiamos socialinės paslaugos. Dėmesys buvo sutelktas į apsaugą, pasiekiamumą, egzistuojančių įstaigų paslaugų plėtrą (gyvenimo sąlygų gerinimą, švietimą, rehabilitaciją, sveikatos priežiūrą ir kt).

Lygybė ir žmonių teisės. Išsivysčiusiose šalyse, pasirašius tokius tarptautinius dokumentus kaip Europos žmogaus teisių ir pagrindinių laisvių apsaugos konvenciją, buvo pripažintos lygios visų žmonių teisės. Tai padidina žmonėms siekti aukštesnės gyvenimo kokybės.

Teisėtvara ir politika. Visose Vakarų valstybėse žmogaus teisės buvo apibrėžtos įstatymais. Tai tiesiogiai palietė tam tikrų visuomenės grupių atstovus. Pvz.: „Amerikiečių turinčių negalią " 1990 metų įstatymas ir deinstitucionalizavimo politika pakeitė daugelio neįgalių žmonių gyvenimo sąlygas ir kėlė būtinybę tirti gyvenimo kokybę ir jos pokyčius.

Normalizacija. Šis terminas atsirado Vakarų šalyse, pradėjus įgyvendinti žmonių, turinčių raidos sutrikimą perkėlimą iš uždarytų įstaigų į „normalius " butus ar namus „normaliam "

gyvenimui bendruomenėje. Neįgaliųjų žmonių normalizacija reiškia gyvenimą aplinkoje, kurioje gyvena sveikieji, malonumų, kuriuos gali suteikti šis gyvenimas, pojūtį. GK didinimą. Tai siekimas neįgalų žmogų bet kokia kaina priversti įgyti įgūdžių ir atlikti funkcijų, kurios būdingos įgaliesiems, t.y paversti „normaliu“. Šiuo principu pagrįstos reabilitacijos ar abilitacijos programos yra kritikuojamos, nes jos ne tik nepagerina paciento gyvenimo kokybės, bet ją pablogina, versdamos siekti tikslų, kurie nėra svarbūs individo savarankiškam gyvenimui (Conachie, Smyth, Bax, 1997).

Ekonominės kliūtys. Pakilę visų žmonių gyvenimo standartai pagerino ir jų GK. Bet materialinė gerovė vienoje šalyje, nauji ekonominiai ribojimai kitose, verčia peržvelgti gyvenimo vertybes ir prioritetus, ir atsižvelgiant į tai, formuoti maksimalią GK garantuojančias gyvenimo sąlygas (Renwick, Brown, Nagler, 1996). Reabilitacija ir abilitacija. apimdamos daugybę sričių, glaudžiai susijusios su visuomenės pokyčiais. Taigi:

- Individas nuolat sąveikauja su aplinka ir yra nuo jos priklausomas.
- Negalia kaip būseną dar negali sumažinti ar padidinti individo GK.
- GK sudarantys komponentai yra vienodi ir įgalių, ir neįgalių žmonių, bet skirtingi

kiekvieno asmens (Renwick, Brown, Nagler, 1996).

Viena iš svarbiausių socialinės neįgaliųjų integracijos prielaidų yra geresnis tarpusavio pažinimas, įmanomas tik atsikračius tarpusavio sąveiką varžančių archajinių, psichologinių, profesinių mitų normalioje. įprastoje visiems neinstitucinėje aplinkoje, kai neįgaliajam sudaromos sąlygos parodyti, ką jis gali, o ne tai, ko negali, išryškinant panašumus, o ne skirtumus. Kita vertus, neįmanoma ir visiškai nereikia ignoruoti skirtumų, nematyti negalių. Tačiau akcentuojant panašumus, bendrumus, pirminis tampa asmuo, o negalė - tik antrinė, neesminė. Deja, kartais specialistams yra sunkiausia atsikratyti profesinių mitų ir vertybių gniaužtų, per elgesio, raidos, asmenybės sutrikimus į neįgalų pažvelgti kaip į asmenį, visavertį žmonių bendrijos narį. Šis vaidmuo yra ypatingas tuo, jog specialistų sąmonėje negalės socialiniai vaizdiniai yra sustiprinami, įvelkami į profesinės leksikos ir elgesio apvalkalą. Be asmens kaip vertybės neįgaliųjų socialinė integracija kokybės požiūriu išliktų tik agregacijos lygmens. Negalios fenomeno struktūroje skirtingi keturi neįgaliųjų socialinės integracijos agentai: pats neįgalusis, jo šeima, specialistai bei visuomenė (bendruomenė), kurių kiekvienas savaip konstruoja sąvąjį tapatumą asmens, kaip vertybės, požiūriu. Negalios fenomeno postmodernistinės sampratos kritika kūno sociologijos teorijoje rodo poreikį ieškoti nuolatinės kūno negalės sampratos, remiantis fenomenologijos teorija apie pojūčius ir sąmonę suvokiamus reiškinius (Adomaitienė. 2001).

Artimiausia grandis, kuri turėtų padėti neįgaliajam integruotis į visuomenę, yra jo šeima. Tačiau dažnai kaip tik šioje grandyje susiduriama su sudėtingomis situacijomis. Be reikiamos

paramos, socialinė šeimos izoliacija didėja. Be to, šeimos pačios pradeda izoliuotis nuo aplinkos. Galima net kalbėti apie tam tikrą šeimos narių, tarp kurių yra neįgalus asmuo, socialinės saviizoliacijos bei psichologinio atsiribojimo fenomeną. Kai neigiama žmogaus negalė, šeimos nariai tampa psichologiškai uždaresni, nukreipia visą dėmesį į neįgalųjį, nerealiai vertina jo ateitį. Tokia psichologinė šeimos narių būklė leidžia nematyti neįgalaus žmogaus negalių ir nepriimti reikalingos pagalbos, atsiriboti nuo ryšių su kitomis sistemomis. Šeimos atotrūkis nuo visuomenės turėtų kelti specialistų susirūpinimą.

Šiandien reikia kalbėti apie Lietuvoje susidariusią paradoksalią neįgaliųjų socialinę situaciją. Viena vertus, įsigalint demokratijos procesams ir plintant modernioms Vakarų šalių idėjoms, vis labiau siekiama neįgaliuosius integruoti į visuomenę. Neįgaliųjų integracija į bendrojo lavinimo procesą rodo, kad iš esmės suvokta, jog pilietinėje visuomenėje negali būti atstumtųjų. Kita vertus, tenka pripažinti, kad dažnai rūpinimasis neįgaliaisiais tėra deklaratyvus. Šiandien šalyje pagrįstai visuotinai propaguojamos humanizmo, besąlygiškos pagarbos kitam žmogui idėjos, todėl kartais darosi nepadoru reikšti savo nepalankias nuostatas neįgaliųjų atžvilgiu. Tačiau dažnai atsitinka taip, kad išsakomas pakankamai palankus požiūris į neįgaliuosius tampa iš dalies arba visiškai nepalankus, kai neįgalusis „paliečia“ asmeninę erdvę. Akivaizdu, kad, nepaisant gerų iniciatyvų integruoti neįgaliuosius, egzistuoja tam tikros psichosocialinės kliūtys, dėl kurių neįgaliųjų įsiliejimas į visuomenę vis dar yra problematiškas.

2.3 Aplinkos ir būsto pritaikymas pagal neįgaliųjų poreikius

Atstatant neįgalaus asmens fizinį, dvasinį ir ekonominį savarankiškumą, aplinkos pritaikymas yra būtinas. Apie trečdalis Lietuvos gyventojų turi judėjimo sunkumų ir ribotas apsitaravimo galimybes. Jiems turi būti pritaikta aplinka.

Invalidų socialinės integracijos įstatymas nustato, kad projektuojant, statant, rekonstruojant miestų, gyvenamųjų vietovių gatves, aikštes, parkus, mašinų stovėjimo aikšteles, susisiekimo linijas, viešuosius pastatus, asmens sveikatos priežiūros įstaigas, gyvenamuosius namus, kultūros, sporto ir kitus objektus, būtina juos pritaikyti specifiniams invalidų poreikiams. Poreikis kasmet pritaikyti neįgaliesiems būstą siekia virš 3.5 tūkstančio, o viso iš dalies ar visiškai pritaikyti būstą reikėtų 24 tūkstančiams neįgaliųjų. Aplinkos ministro 2001 m. Birželio 14 d. Įsakymu Nr. 317 patvirtintas Statybos techninių reikalavimų reglamentas STR 2.03.01:2001 “Statiniai ir teritorijos. Reikalavimai žmonių su negalia reikmėms” (Zin.. 2001. Nr. 53 – 1898). Šis reglamentas nustato privalomuosius miestų, miestelių ir kaimų teritorijų, pavienių sklypų bei jų įrangos elementų, viešųjų, gyvenamųjų bei kitų pastatų, jų interjero bei įrangos elementų reikalavimus, taip pat specialiuosius reikalavimus, taikomus rengiant

susisiekimo sistemos ir jos elementų projektus. Minėtame dokumente nurodoma, kad miestų, miestelių ir kaimų (toliau –miestai) teritorijos bei visi jų elementai turi būti suprojektuoti ir įrengti taip, kad nesukeltų kliūčių negalią turintiems žmonėms. Reglamente taip pat yra numatyta, kad visų rūšių įmonėse. Įstaigose ir organizacijose, kuriose yra daugiau nei 50 darbo vietų, 2% jų turi būti įrengta taip. Kad jose galėtų dirbti žmonės su negalia .

Teisinis pagrindas aplinkos pritaikymui per 1992-2001 m. Sukurtas, tačiau sistema vystosi netolygiai. Visuomeninės kelių, geležinkelio, oro ir vandens transporto priemonės, infrastruktūros objektai, reglamente išvardinti pastatai yra nepakankamai pritaikyti neįgaliųjų poreikiams, teikiamos visuomeninio transporto paslaugos neįgaliesiems neatitinka šiuolaikinių reikalavimų. Jeigu nauji statiniai jau iš esmės atitinka neįgaliųjų poreikius, tai senesniųjų rekonstravimas vyksta gan lėtai.

Nuo 1998 m. Vykdoma būsto pritaikymo programa, kurios metu 1998-2000 metais pritaikyti 682 butai, o poreikis yra virš 3.5 tūkstančio kasmet, viso iš dalies ar visiškai pritaikyti būstą reikėtų 24 tūkstančiams neįgaliųjų. Taigi, akivaizdu, kad šis poreikis nėra pakankamai tenkinamas. Informacinės aplinkos pritaikymas taip pat yra problemiškas. Neįgalūs dėl nepritaikytos fizinės aplinkos dažnai neturi galimybių pasinaudoti informacija ir pasiekti informacijos šaltinį. Reikėtų tęsti pradėtą informacinės aplinkos plėtojimą, be to, turi būti užtikrinamos neįgaliųjų lygios galimybės dalyvauti informacinės visuomenės kūrimo procese.

2.4 Neįgaliųjų įdarbinimo ir užimtumo galimybės Lietuvoje

Lietuvos Respublikos įstatymu dėl 1996 m. Europos socialinės chartijos (pataisytos) ratifikavimo įstatymo 2 straipsniu Lietuva įsipareigojo laikytis chartijos 15 straipsnio 2 dalies, kuri numato, jog šalys įsipareigoja padėti neįgaliesiems įsidarbinti naudojantis visomis priemonėmis, kurios skatintų darbdavius priimti ir aprūpinti darbu neįgaliuosius įprastoje darbo aplinkoje arba pritaikyti darbo sąlygas prie neįgaliųjų poreikių, arba, jeigu tai neįmanoma dėl neįgalumo pobūdžio, nustatant arba sukuriant užimtumo garantijas pagal neįgalumo laipsnį.

Dirbančių neįgaliųjų skaičius 1990 metai sudarė 40 proc. o 2000 metais tik 17 proc. Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos duomenimis šiuo metu dirba 28 282 neįgalieji. 2000 m. teritorinėse darbo biržose įsiregistravo 4375 neįgalieji: I grupės - 178. II grupės - 432. III grupės - 3765 asmenys. Aktyviai dirbti norėjo 30 proc. neįgaliųjų, įsiregistravusių Darbo biržoje, o 60 proc. siekė gauti bedarbio pašalpą. 2000 m. į kvotomis nustatyta darbo vietas buvo įdarbinti 246. o 2001 m. -452 neįgalieji (Žin.. 1999, Nr. 36-1062).

Neįgalieji įdarbinami įprastinėse darbo vietose arba specialiai jiems įrengtose. Neįgaliųjų darbo vietų ir profesijų reikalavimai yra nustatyti Sveikatos apsaugos ir Socialinės apsaugos ir darbo ministerijų. Bedarbių rėmimo įstatymo (5str.) nustatyta, jog invalidai - darbo rinkoje papildomai remiami asmenys. Darbo biržos teikimu savivaldybės kasmet nustato darbdaviams I ir II grupių neįgaliųjų įdarbinimo arba papildomų darbo vietų skaičiaus steigimo kvotas. Neįgaliesiems pirmumo teise teikiamos visos teritorinės darbo biržos paslaugos, mokamos bedarbio pašalpos, darbo rinkos profesinis mokymas, užimtumo fondo remiamų darbų organizavimas, asmenų, norinčių pradėti savo verslą, rėmimas. Lietuvos įstatymai papildomas garantijas neįgaliesiems numato ne tik įsidarbinant, bet ir nutraukiant darbo sutartį. Taip pat numatytos ir specifinės darbo sąlygos: jei invalidumą nustatančių komisijų išvados nenumato kitaip, neįgalieji jų pageidavimu atleidžiami nuo viršvalandinio darbo, darbo poilsio ir švenčių dienomis ir nakties metu. remiantis komisijos išvada gali būti numanias sutrumpintas darbo laikas. Jiems suteikiamos ilgesnės kasmetinės atostogos (35 kalendorinės dienos). Reikėtų pastebėti ir tai, jog neįgaliųjų nevyriausybinių organizacijų įmonėms suteiktos papildomos ekonominės lengvatos.

Siekiantiems įsidarbinti neįgaliesiems iškyla profesinių įgūdžių ir kvalifikacijos problema. Siekiant šios problemos išvengti, vykdomas neįgaliųjų darbo rinkos profesinis informavimas, orientavimas ir pats mokymas. Profesinį informavimą ir konsultavimą vykdo Švietimo ir mokslo ministerijos papildomojo ugdymo įstaigų profesinio orientavimo skyriai ir Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos Lietuvos darbo rinkos mokymo teritorinės tarnybos

apskričių centruose. Ši paslauga, yra prieinama ne visiems neįgaliesiems (ypač gyvenantiems kaimo regionuose ir turintiems sunkią negalią). Taip pat susiduriama ir su paties mokymo prieinamumu, čia itin ryškūs skirtumai regioniniu aspektu. Mokymas ir perkvalifikavimas vykdomas darbo rinkos mokymo tarnybose, mokymo centruose ir pan., turintys sunkią negalę perkvalifikuojami arba įsigyja naujas profesijas nevyriausybinių organizacijų iniciatyva, kurią remia Lietuvos darbo birža ir Lietuvos invalidų reikalų taryba. Pačios mokymą vykdančios institucijos nėra pakankamai išvystytos, kad galėtų patenkinti esamus poreikius. Vienu problemos sprendimo būdu galėtų būti distancinio mokymo vystymas (įgyvendinant Valstybinę distancinio švietimo plėtros programą), taip pat reikėtų skatinti iniciatyvą steigti privačioms mokymo įstaigoms. Mokymas turi būti plėtojamas jį siejant su konkrečiomis neįgaliųjų įdarbinimo programomis. Darbo rinkos profesinio mokymo programos turi būti pritaikytos specialioms

neįgaliųjų grupėms, keliama profesinį mokymą vykdančių pedagogų ir specialistų kvalifikacija, modernizuojama mokymo bazė.

Neįgaliųjų integravimas į darbą yra tinkamai reglamentuotas, tačiau normų efektyvumas nėra pakankamas. Realus įdarbinimas prieinamas tik lengvą negalę turintiems asmenims. Nepakankamai išvystytos kitos užimtumo formos (darbo terapija, bendras užimtumas) Užimtumą reguliuojantys teisės aktai nesudaro ekonominių prielaidų, skatinančių neįgaliųjų užimtumą, todėl darbdaviai nesuinteresuoti priimti neįgaliųjų į darbą, o dažnai patys neįgalieji nėra suinteresuoti ieškoti darbo bei įsidarbinti. Per darbo biržos užimtumo programas dažniausiai įdarbinami tik III grupės invalidai, sunkią negalią turinčių, bet dirbti galinčių invalidų perkvalifikavimo ir įdarbinimo problemos praktiškai neišspręstos. Todėl turėtų būti numautos ir įgyvendinamos pakankamos finansinės ir ekonominės priemonės, skatinančios įmones steigti darbo vietas neįgaliesiems. Neįgaliųjų visuomeninių organizacijų įmonės, kurios šiai dienai yra populiariausia priemonė neįgaliųjų įdarbinimui garantuoti, turi ekonominių problemų, todėl turėtų būti rengiamos programos ir skiriamos atitinkamos lėšos ir šių įmonių veiklai remti. Besimokantiems arba dirbantiems neįgaliesiems gaunamų socialinių išmokų dažnai nepakanka nuvykti į mokymo įstaigas, užimtumo tarnybas, darbą. Jiems būtinos specialios transporto paslaugos ir pritaikyta aplinka.. Kitas problemos sprendimo būdas galėtų būti neįgaliųjų skatinimas užsiimti privačiu verslu, todėl būtina užtikrinti tokio verslo kreditavimą lengvatinėmis sąlygomis (biudžete numatyti tam reikalingas lėšas).

Lietuvoje yra apie 10% neįgalių asmenų. Kiekvienas jų yra lygiavertis Lietuvos pilietis ir mūsų pareiga sudaryti jiems sąlygas integracijai į visuomenę ne tik socialine prasme (pensijos, lengvatos, ortopedinė technika ir pan.). bet ir padėti jiems tapti viešo visuomenės gyvenimo (darbas, laisvalaikis kultūra) pilnaverčiais dalyviais. Lengvatas neįgaliesiems mes suprantame kaip natūralią solidarios visuomenės ir valstybės reakciją, kaip kompensaciją už gamtos ir gyvenimo aplinkybių suteiktą kančią konkrečiam negalę turinčiam žmogui. Ypatingas vaidmuo tenka neįgaliųjų organizacijoms, nes niekas geriau nežino žmonių su negalia problemų kaip pastarosios. Invalidų socialinės integracijos įstatymas sudarė sąlygas kurtis ir veikti neįgaliųjų visuomeninėms organizacijoms, kurių programos yra dalinai finansuojamos iš valstybės ir savivaldybių biudžetų. Tokiu būdu neįgaliesiems atsirado galimybė spręsti savo problemas, dalyvauti formuojant socialinę politiką, rengiant valstybines programas.

Dienos centrai, kaip viena iš socialinio darbo paslaugas teikiančių įstaigų, turi specifinių ypatumų, kurie susiję tiek su šių įstaigų klientų (neįgaliųjų, probleminių šeimų ir vaikų jose. rizikos grupių asmenų) poreikiais, tiek su tiems poreikiams tenkinti reikalingų paslaugų teikimu. Nėra nei tokių įstaigų veiklos organizavimo modelių, nei tinkamų normatyvų, kurie

reglamentuotų tokių įsaigų veiklą, t.y. klientų poreikių vertinimo metodikas, teikiamų paslaugų mastą, struktūrą, personalą, kvalifikaciją, aplinkos pritaikymą ir t.t. (Zalimienė. 2001).

Turėtų būti plečiamas šių centrų tinklas. Reiktų siekti suderinti invalidumo pensijų dydžius bei neįgaliems teikiamų socialinių garantijų ir paslaugų, profesinės reabilitacijos ir užimtumo sistemų kūrimo išlaidas. Rengti darbinio užimtumo gerinimo koncepsiją, aplinkos ir transporto pritaikymo neįgaliems žmonėms programas. Dienos užimtumo centruose intensyviai stengiamasi padėti neįgaliesiems susirasti mėgstamą užsiėmimą, atrasti savo slaptus talentus ar net susirasti darbą.

Šiuolaikinis psichologas Franklas žmogaus aktyvumo ir laisvės šaltiniu laiko gyvenimo prasmės siekį. Jo nuomone, maždaug devyniems iš dešimties žmonių reikia kažko, dėl ko verta būtų gyventi. Žmogus privalo kovoti, o ne ieškoti ramybės ir pusiausvyros. Ryšys tarp žmogaus laisvės, subjektyvios gyvenimo kokybės ir galimybės realizuoti aukščiausius savo siekius - tai, ką jis gali pasiekti. Kiekvienas individas, siekdamas gyvenime užsibrėžto tikslo, nori užsitikrinti lygią vietą su kitais bendruomenės nariais bei užimti bendruomenėje deramą vietą.

2.5 Teorinė ir metodologinė sveikatos samprata

Kas yra sveikta, buvo ir yra diskusijų objektas nuo seniausių laikų. Sveikatos sąvokos turinys keitėsi priklausomai nuo biologijos ir medicinos raidos, taip pat nuo filosofinio ir sociologinio mąstymo paradigmu kaitos (Callahan D. 1988).

Šiuo metu literatūroje galima rasti apie šimtą įvairiausių sveikatos apibrėžimų, pradedant Hipokrato ir baigiant Pasaulinės sveikatos apibrėžimu, tačiau pastarasis apibrėžimas tapęs savotiška sveikatos sampratos paradigma, jau nebegali konstruktyviai paaiškinti sudėtingų jos komponentų visumos (Downie, R. S., Tannahill, C., & Tannahill, A. 1997). Taip ytra dėl to, kad įvardijant sveikatos būklę, labiau buvo akcentuojami negatyviosios sveikatos rodikliai bei jų medikalizavimas. Ir kur kas rečiau buvo kalbama apie kitus – pozityvios sveikatos – rodiklius, labiau priklausomus nuo socialinės gerovės (Kvale, S, 1996).

Norint perprasti sveikatos apibrėžimo įvairovę, tikslinga išskirti penkis sveikatos apibrėžimo modelius: medicinos (arba funkcinį), biomedicinos, biosocialinį, vertybinį socialinį ir integruotąjį socialinį (Downie, R. S., Tannahill, C., & Tannahill, A. 1997). Dažniausiai cituojamas 1946 m. PSO Konstitucijoje pateiktas sveikatos apibrėžimas yra vertybinio socialinio sveikatos modelio pavyzdys (Kvale, S, 1996). Jame teigiama, kad sveikata yra visapusiškai fizinė, psichinė ir socialinė gerovė, o ne tik ligų ar negalavimų nebuvimas. Šis apibrėžimas įvardija pozityvų ir negatyvų sveikatos sampratos aspektą.

Negatyvus aspektas pasireiškia tuo, kad sveikata nusakoma tik kaip ligos ar negalios nebuvimas, *pozityvus* - kad sveikata laikoma fizinė, psichinė ir socialinė gerovė (Kvale, S., 1996). Teiginys apie pozityviają ir negatyviają sveikatą yra labia svarbus metodologine prasme, nes padeda išskaidyti sudėtingą sveikatos apibrėžimo turinį. Ligi šiol vyravo negatyvi sveikatos sampratos dimensija, kurios matmuo yra ligotumo laipsnis (Downie, R. S., Tannahill, C., & Tannahill, A. 1997).

Kalbant apie pozityviają sveikatą, labia svarbus žmogaus fizinis pajėgumas – vienas iš pozityviosios sveikatos komponentų. Yra daugybė kriterijų, kuriais galima apibrėžti fizinį pajėgumą. Viena vertus pajėgumą galima suprasti kaip gebėjimą atlikti įprastas kasdienes užduotis, nejauciant didelio diskomforto, pvz.: raumenų skausmo. (Nettleton, S., 1995). Esama ir sudėtingesnių kriterijų, tarkim pajėgumas atlikti labai specializuotas užduotis arba tenkinti ypatingus poreikius, pvz.: žaisti krepšinį komandoje. Galiausiai galima kalbėti apie maksimalų kūno kaip mašinos efektyvumą ((Nettleton, S., 1995). Taigi geras fizinis pajėgumas gali būti pagrindinių psichinių, socialinių sąvybių, leidžiančių žmogui jausti visišką gerovę, atitikmuo.

Suvokus sveikatos elementų tarpusavio ryšių sudėtingumą, darosi suprantama, kad tikslus kiekybinius sveikatos įvertinimas tiek individo, tiek populiacijos lygmeniu yra sunkiai įmanomas. Kai kalbama apie visuomenės sveikatos stiprinimą (visuomenės sveikatingumą), turime kuriuo nors būdu padidinti bendrą sveikatos potencialą, sveikatos atsargas, stiprindami pozityvius sveikatos aspektus, bendras sveikatos priežiūros tikslas turėtų būti racionalus fizinio, psichinio ir socialinio pozityviosios sveikatos komponentų stiprinimas (Kvale, S., 1996).

Neneigiant PSO Konstitucijoje pateikto sveikatos apibrėžimo pozityvios reikšmės, vis dėl to reikia pripažinti, kad jis turi ir trūkumų. Visų pirma apibrėžimas yra abstraktus ir utopiškas. Realiame gyvenime mes niekad nepasieksime idealios fizinės, psichinės ir socialinės gerovės dermės. Kita vertus, kad žmogus būtų sveikas, nebūtina ideali šių – fizinų, psichinių ir socialinių – vertybių išraiška, užtenka minimalaus jų reiškimosi (Callahan, D. 1988).

3. PROTEZAVIMAS

3.1 Protezavimo istorinė raida Pasulyje

Protezavimas prasidėjo dar senovės laikais, kai netekusios galūnės vietoje buvo naudojama medinė koja. Protezo ėmiklio vietoje buvo naudojamas paprastas audeklas, siekiant sumažinti protezo tiesioginį poveikį žmogaus galūnei ir atlikti bent šiek tiek tokias funkcijas. Atsiradus Egipto, Graikijos ir Romos civilizacijai tobulėjo ir protezavimas, kuris buvo labai naudingas šiuolaikinei medicinai.

Ankstyvasis amžius - laikas, kuris buvo trumpas ir nežymus mokslinis prašviesėjimas. Tuo metu būdavo galima pamatyti tik pagrindinius kojos ir rankos protezus, kuriuos galėdavo sau leisti tik pakankamai turtingi žmonės. Riteriai turėdavo didelius ir labai nepatogius protezus, kurie atlikdavo daugiau kosmetines nei funkcines savybes.

Nuo 1600 iki 1800 metų jau galima pastebėti ryškų tobulėjimą protezavimo srityje ir chirurgijoje. Tuo metu atsiranda daugelis naujų medicinos ligų pavadinimų ir jų gydymo metodų, taip pat ir amputacija įvardijama kaip viena gydymo formų. Todėl tuo metu pradėta galvoti, kaip atlikti amputaciją, kad bigė liktų daug funkcionalesnė, taip pat protezuotojams padaryti tikrai funkcionalų protezą.

1969 metais Pieter Verduyn, olandų chirurgas, pasiūlė pirmąjį šlaunies protezą, kurio ėmiklis buvo padarytas iš storo audinio ir odinio korseto. 1858 metais daktaras Douglas Bly išrado ir patentavo kaip Doctor Bly's anatominę koją. Jis teigė, kad "tai pats geriausias ir sėkmingiausias kada bebuvęs kojos protezo išradimas".

Vėliau Dubois Parmlee išrado protezą, kurio ėmiklis buvo tvirtinamas prisiurbimu (vakuumu), policentrinio kelio šarnyru ir daugiašarnyre pėda. Vėliau Gustav Hermann pasiūlė protezus daryti iš aliuminio arba jį keisti koku kitu metalu (Astrausko A. "Ortopedijos muziejaus" medžiaga, 2007).

3.2 Protezavimo svarba asmens įgalinimui

Medicininį ir socialinių veiksnių kompleksas, skirtas atkurti anatomines ir funkcines prarastos galūnės funkcijas, panaudojant protezavimo bei ortopedines priemones ir įrenginius. Viena svarbiausių protezavimo sąlygų yra ta, kad būtina protezą suderinti su energetinių sąnaudų ėjimui minimizavimo reikalavimu, (Bodeau VS, Mipro RC Jr., Boisseire C, 2004). Ortopedijos technikoje protezai – tai konstrukcijos, kurios naudojamos funkcijos reprodukcijai ir amputuotos galūnės normaliam išoriniam vaizdui atkurti. Protezų gaminius nepriklausomai nuo jų sudėtingumo protezuotojai tiria tik kartu su žmogaus atraminiu – judėjimo aparatu (Stewart R. 1999)

Moksliniai tyrimai parodė, kad amputuotų, nepaisant didelių prisitaikymo galimybių, likusių raumenų apkrovimas ant sveikos ir protezuotos galūnių daro įtaką bendram organizmo gyvybingumui (Edsberg L. E., Mates R. E., Baier R. E., Lauren M. 1999).

Apatinės žmogaus galūnės atlieka atramos ir judėjimo funkcijas, dalyvauja einant, kur

eisena yra sudėtingas koordinacinis veiksmas, tiesiogiai ir nuolat kontroliuojamas galvos smegenų. Dėl apatinės galūnės ar jos dalies praradimo atsiranda sunkių funkcinių sutrikimų, suvra eisenos dinaminis modelis. Paprastai, norint atkurti funkcijas, būtina ne tik pagaminti kokybišką protezą su maksimaliai nustatytomis individualiomis ypatybėmis, bet ir išvystyti naujus sąlyginių refleksų ryšius, padėti kompensaciniais organizmo įrengimais sudaryti naują dinaminį modelį (Edsberg L. E., Mates R. E., Baier R. E., Lauren M. 1999).

Šiuo metu, kai nuolatos tobulėja vis nauji tyrimų bei gamybos metodai, žmogui su protezu atsiranda ne tik galimybė stovėti ir eiti, bet ir aktyviai leisti laisvalaikį, sportuoti. Be to populiarėjant adaptyvaus valdymo protezams žmogui, norinčiam sportuoti nebereikia darbinio protezo keisti sportiniu, tereikia valdymo pulte paspausti atitinkamą mygtuką ir ėjimo režimas pasikeis į bėgimo ir atvirksčiai. Dabar bandoma valdymo pultą pakeisti protezo ėmiklio korpuse įtaisytu impulsų ėmikliu (elektrodu), kuris kontaktuodamas su raumeniu gautus biosignalus paverčia duomenimis ir perduoda juos į kelio sąnarį ar pėdą (Edsberg L. E., Mates R. E., Baier R. E., Lauren M. 1999).

3.3 Negalios socializacija

Gyvenimas – tai kasdieniška ir įprasta istorija. Tik svarbiu gyvenimo momentu kyla klausimas: kam aš gyvenu? Dažniausiai žmonės rūpinasi vienu – kaip pratęsti gyvenimą. Gyvenimas turi prasmę, kai žmogus gali patirti ką nors nauja, kai ko nors laukia, viliasi, gali kurti. Jei gyvenimas žada jausmų pilnatvę, lūkesčių išsipildymą, aistrų ir pomėgių patenkinimą, jis atrodo prasmingas ir gyventi verta.

Gyvenimo kokybės apibrėžimas tebėra diskusijų objektas. PSO 1993m. pasiūlė tokį apibrėžimą:

Gyvenimo kokybė – tai individualus savo paskirties gyvenime vertinimas kultūros ir vertybių sistemos, kurioje individas gyvena, požiūriu, susijęs su jo tikslais, viltimis, standartais bei ineresais. Tai plati koncepcija, kompleksiskai veikiama asmens fizinės sveikatos ir psichologinės būklės, nepriklausomybės laipsnio, socialinių ryšių bei ryšių su aplinka.

Dauguma šios srities eksperų pripažįsta, kad toks apibūdinimas yra pernelyg platus, apima daug gyvenimo sferų, tiesiogiai neįtakojamų sveikatos ar jos priežiūros. Todėl medicinoje gyvenimo kokybė dažniausiai vadinama su sveikata susijusia Gyvenimo kokybe ir nagrinėjama siauresniu aspektu, apimančiu fizinį, psichologinį ir socialinį sveikatos lygmenis, kaip atskiras sritis, įtakojamas asmens patirties, įsitikinimų, lūkesčių ir pojūčių (Furmonavičius, 2001).

Objektas gyvenimo kokybės vertinimas priklauso nuo žmogaus asmenybės, amžiaus, lyties, sveikatos būklės ir t.t. Ir tai yra ne tik prizmės, pro kurias žvelgdamas žmogus vertina

objektyvios tikrovės įvykius. Juos jis įjungia ir į gyvenimo kokybės sąvoką. Labiausiai integruotai suvokiamą gyvenimo kokybę galima lokalizuoti skalėse “Laimingas – nelaimingas”. Subjektyviają gyvenimo kokybės sąvoką galima aiškinti individualia kiekvieno individo gyvenimo jausena, asmens saviraiškos ir savirealizacijos galimybių įvertinimu (Gradeckienė, 2002). Kiekvienas iš mūsų pats gali vertinti, koks gyvenimas yra blogas ir koks geras. Suvokiamos gyvenimo kokybės ir laisvės jausmo veiksnių yra begalės. Todėl tiek daug laisvės šaltinių: vieni individai siekia įvairių dvasinių vertybių, kiti – materialinės gerovės, dar kiti – pripažinimo bei valdžios.

Negalia gali būti konflikto du gyvenimu priežastis: žmogus netikėtai praranda savarankiškumą, fizinę jėgą, galimybę judėti, orientaciją, nuo jo nutolsta draugai, jis nebegali dirbti mėgstamo darbo. Negalia atima galimybę lygiomis teisėmis su sveikaisiais dalyvauti visoumenės gyvenime. Neįgalieji – asmenys, kurie dėl įgimtų ar įgytų fizinių ar psichinių trūkumų visai arba iš dalies negali pasirūpinti savo asmeniniu ir socialiniu gyvenimu, įgyvendinti savo teisių ir vykdyti pareigų. Šie žmonės, nepriklausomai nuo neįgalumo priežasties, pobūdžio, turi tas pačias teises kaip ir kiti asmenys. Neįgaliesiems, negalintiems savarankiškai įgyvendinti savo teisių, visoumenės ir valstybės privalo teikti papildomą paramą ir garantijas (Gradeckienė 2002).

3.4 Psichologinis susitaikymas su amputacija

Kojos netekimas nėra vien paprastas kūno pokytis. Tai gali pakeisti žmogaus asmens įvaizdį, savo vertės supratimą ir tarpusavio bendravimą. Svarbių netekčių patyrimas, ar tai būtų draugo ar gebėjimo praradimas, dažniausiai susijęs su emociniu stresu (emocinės pusiausvyros sutrikimu) (Cirtautas, A. 2001). Nepaisant geriausių norų bei didesnių problemų susitaikyti su amputacija, dauguma žmonių neišvengia emocinės pusiausvyros sutrikimo. Daugelis sveikatos sistemos darbuotojų mano, kad net esant pačiai normaliausiai reakcijai į amputaciją, neišvengiama tam tikro emocinio susijaudinimo ir savęs patikrinimo (Slivovskaja, I. 2001). Per šį prisitaikymo laikotarpį žmogus, kuriam amputuota koja, kontroliuoja savo emocines reakcijas ir fizines problemas bei pasirengia atnaujinti nepriklausomą ir jį patenkinantį gyvenimo būdą. Psichologinio prisitaikymo eiga kiekvienam žmogui yra skirtinga. (Slivovskaja, I. 2001).

Cirtautas. A. 2001, išskiria tokias emocinio prisitaikymo stadijas:

1. *Šokas arba neigimas* – neigimas ir šokas yra būdinga reakcija į bet kurią ligą ar asmeninę tragediją. Norėdamas apsaugoti save nuo “savo” įvaizdžio, asmuo gali bandyti neigti ar vengti streso, susijusio su tuo, kad jam kas nors amputuota. Pavyzdžiui, jis gali

nepakankamai įvertinti ir naudotis medicinine pagalba, nesugebėti pakeisti savo asmeninio gyvenimo taip, kad galėtų reabilituotis po amputacijos.

2. *Pyktis*- Kai įsisamoninamas amputacijos realumas, kai kurie amputuotieji pradeda jausti didelį pyktį dėl to, kas yra įvykę. Žmonės dažnai klausia savęs “kodėl aš?” arba stebisi, kodėl jie buvo taip nuskriausti. Nauji veiklos apribojimai sukelia nusivylimą, todėl, užuot daugiau dėmesio skyrę tam, ką jie gali daryti, kai kurie amputuotieji gyvena tuo, ko jie negali daryti, o tai kelia pyktį ir nuoskaudą. Atnaujinus įprastą veiklą ir gyvenimo būdą, daugumai žmonių šis pyktis greitai praeina.
3. *Depresija* – Amputacija yra svarbi netektis. Po tokio praradimo dalis žmonių išgyvena depresiją. Amputuotasis gali gailėtis savęs ir nerimauti dėl savo ateities. Šis laikotarpis kartais gali būti sunkus ne tik amputuotam ligoniui, bet ir jo šeimai. Tačiau tai per tam tikrą laiką išsprendžia, ypač kai žmogus pamažu imasi įprastos veiklos.
4. *Susitaikymas* – Palaipsniui beveik visi amputuotieji pradeda pripažinti ir susitaikyti su tuo, jog nebeturi galūnės. Vis labiau išitraukdamas į kasdieninį gyvenimą amputuotasis vėl ima jaustis normaliu tiek dėl fizinių sugebėjimų, tiek ir dėl savo vertės supratimo. Daugelis žmonių, kuriems amputuota koja, gali vairuoti mašiną, slidinėti, plaukti, žaisti golfą ir šokti, bei kitaip praleisti laisvalaikį.

3.5 Neįgaliųjų asmenų poreikiai

3.6

Poreikis gali būti individo, socialinės grupės, visuomenės būseną, reikmę, kurią suponuoja vidiniu ir išorinių veiklos sąlygų neatitikimas: vidinis aktyvumo žadintojas, pirmiausiai pasireiškiantis intereso forma. Poreikiai yra pagrindinė asmens aktyvumo priežastis. Jų yra daug ir labai įvairių. Poreikiai atsiranda tiek dėl instinktinių poreikių tiek dėl pažinimo. Jacikevičius (1999) išskiria ir aprašo skirtingus poreikių klasifikavimus: pagal kilmę (gamtiniai ir kultūriniai), pagal objektų pobūdį (materialiniai ir dvasiniai).

Sociologiniu požiūriu Bradshov poreikius suskirstė į keturias rūšis:

- Normatyviniai poreikiai.
- Jaučiami poreikiai.
- Išreikšti poreikiai.
- Palyginamieji poreikiai.

Maslow humanistinė asmenybės koncepcija teigia, kad kiekvienas žmogus pasižymi tendencijomis, poreikiais ir sugebėjimais, būdingais visiems žmonėms, nepriklausomai nuo kultūros, kurioje gyvena žmogus. Jei žmogus neįstengė realizuoti visų savo galimybių ir patenkinti esminių savo poreikių, gali išsivystyti patologija (Brovn. 1997).

Snieškienė (1999) žmonių poreikius skirsto į bendruosius ir specialiuosius. Bendrieji poreikiai yra bendri visiems žmonėms ir visiems amžiaus tarpsniams. Plačiau jie skirstomi į: fiziologinius arba biologinius; psichologinius arba emocinius: socialinius arba santykių poreikius. Taip pat išskiriami specialieji poreikiai, kurie būdingi tik tam tikrai žmonių grupei ir tam tikromis aplinkybėmis (tarp kitų ir neįgalieji).

Čepkauskaitė (2001) analizavo fizinę negalę turinčių žmonių psichosocialinių poreikių patenkinimą ir nustatė, kad turintys fizinę negalę, dažnai yra paliekami likimo valiai, su nepatenkintais savo poreikiais. Jų nepasiekia informacija apie galimą pagalbą, jos gavimo būdus. Tai yra viena iš priežasčių, kodėl šie žmonės yra priversti gyventi uždaryti savo namuose taip, kad ne vienas iš esančių sveikų žmonių tokį gyvenimą pavadintų egzistavimu. Ji teigia, kad mes dažnai nesuvokiame neįgalaus žmogaus pilnaverčiu asmeniu ir todėl jo poreikius nustumiame kaip nereikšmingus. Tačiau taip neturėtų būti ir todėl reikia tinių neįgalių žmonių poreikius, kurti programas, padedančias juos tenkinti ir sudaryti sąlygas, kad tos programos veiktų. Tik taip neįgalūs žmonės galės pasijusti pilnaverčiais mūsų visuomenėje.

Neįgalių žmonių gerovei sukurti reikia ne tik gaunamų ir jo poreikius atitinkančių visuomenės paslaugų, bet ir esminio žmogaus gerovės rodiklio - jo autonomijos, o tai labai dažnai užmirštama kuriant neįgaliųjų socialinę politiką. Net ir visapusiškas bei maksimalus kolektyvinis neįgalių asmenų poreikių tenkinimas (visapusiškos socialinės paslaugos) specialiose institucijose nesuteikia neįgaliesiems visiškos asmeninės gerovės pojūčio (Adomaitienė, 2003).

Taigi, galima teigti, kad nepatenkinti neįgalaus žmogaus poreikiai neigiamai veikia ne tik tą žmogų, jo artimuosius, bet ir likusią visuomenės dalį. Žmogus yra keičiamas aplinkos ir kartu pats keisdamasis. Keičia ją. Taigi, neįgaliųjų poreikių patenkinimas neturėtų būti tik jų asmeninis reikalas, bet tai turėtų rūpėti visai visuomenei (Brovn. 1997).

Neįgalūs žmonės dažnai labiau vertina ne tokį kokybišką, bet nepriklausomą gyvenimą, negu patogią kolektyvinę būtį. Toks vertinimas aiškinamas, kad visapusiška, maksimali ir nesuteikianti žmogui pasirinkimo profesionalų pagalba poreikių pagrindu paremtoje socialinėje politikoje prisideda prie neįgalių žmonių diskriminavimo ir jų priklausomybės didinimo mažinant jų gyvenimo autonomiją (Adomaitienė. 2003).

Pagrindinė žmogaus gerovės idėja yra jo poreikiai. Fizinio išgyvenimo ir asmeninės autonomijos poreikiai yra bendri visiems žmonėms, sudaro prielaidą bet kokiam asmens veiklai kiekvienoje visuomenėje nepriklausomai nuo jų kultūros lygio. Žmogaus poreikiai - visuomenės valdymo ir jos kontrolės politikos teorijos pagrindas, susidaro iš žmogaus socialinio gyvenimo patirties atsiradusių įvairių reikmių, kurios ir atspindi socialinės gerovės kūrimo ir paslaugų teikimo esmę. Kitais žodžiais tariant, jeigu visuomenėje nebus tiriami ir įvertinti žmonių įvairių

lygių poreikiai, nei demokratiškai valdyti visuomenės, nei sukurti socialinės gerovės bus neįmanoma (Adomaitienė. 2003).

2.ASMENŲ PATYRUSIŲ KOJOS AMPUTACIJĄ SUBJEKTYVIO GYVENIMO KOKYBĖS ĮVERTINIMAS

Tyrimo metodika

Tyrimo organizavimas:

Tyrimas buvo atliekamas 2007 spalio - 2008 kovo mėnesiais individualioje firmoje "Pirmas žingsnis". Tyrimo kontingentą sudarė fizinę negalią (amputaciją) turintys asmenys, tyrimo periodo apsilankę konsultacijai pas traumatologą - ortopedą. Tačiau iš visų apsilankusių į tiriamąją imtį pateko tik 16 neįgaliųjų, iš jų 6 moterys ir 10 vyrai. Tiriamoji imtis buvo tikslinė ir sudaroma atsižvelgiant į 2 kriterijus: 1) tiriamajam nemažiau kaip prieš 3 metus turėjo būti atlikta kojos amputacija šlaunies lygyje ir 2) tiriamasis turėjo dalyvauti sportinėje veikloje ne mažiau kaip vienerius metus. Tiriamųjų amžius svyravo nuo 20 iki 60 metų.

Tikslu nustatyti dalyvavimo sporte poveikį gyvenimo kokybės rodikliams, tiriamąją grupę suskirstėme į dvi grupes: pastoviai ir nepastoviai sportuojančius.

Tyrimo metodai:

1. **Mokslinės literatūros analizė.** Šiuo metodu buvo studijuojami teoriniai ir empiriniai tiriamosios problemos aspektai, sprendžiant fizinę negalią turinčių asmenų gyvenimo kokybės rodiklių raišką dėl dalyvavimo taikomosios fizinės veiklos neįgaliųjų sporto klube

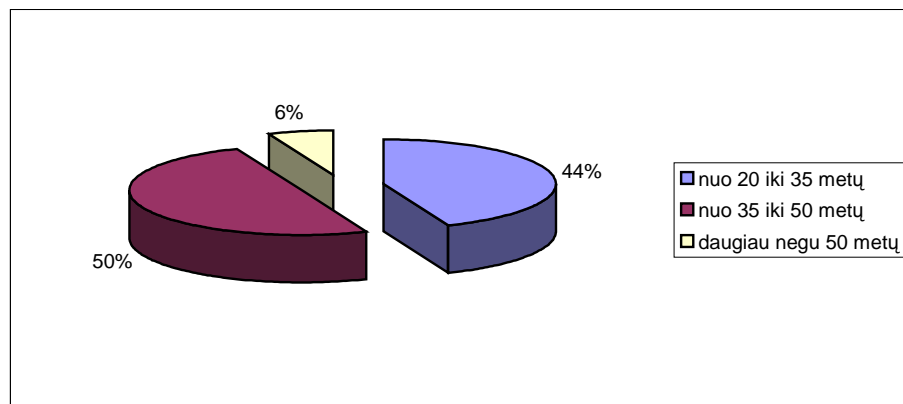
2. **Anketinė apklausa,** kurios paskirtis - nustatyti asmenų patyrusių kojos amputaciją lankančių sporto klubą subjektyviai suvokiamą asmeninę gerovės būseną, t.y. gyvenimo kokybę ir savijautą. Anketa skirta subjektyviai gyvenimo kokybei įvertinti buvo sudaryta remiantis Dučinskienės D. (2000) ir Gradeckienės S. (2002) daktaro disertacijose aprobuotomis Gyvenimo kokybės įvertinimo anketomis. Anketą sudarė 59 uždaro tipo klausimai, kurie suskirstyti į 6 grupes: 1) socialinės padėties. 2) fizinės sveikatos, 3) gyvenamos įpročių, 4) gyvenimo kokybės, 5) užimtumo ir laisvalaikio. 6) jausmų, nuotaikos.

3. **Matematinė statistinė analizė.** Tyrimo duomenys buvo skaičiuojami naudojant duomenų kaupimo ir analizės SPSS (*Statistical Package for Social Science*) programos paketą. Tiriamųjų grupių nagrinėjami požymiai aprašyti, naudojant bendrosios statistikos padėties,

išsibarstymo ir simetrijos apibūdinimus. Koreliaciniams ryšiams tarp tirtų rodiklių įvertinti buvo taikytas Spearman koreliacijos koeficientas (r). Tikrinant statistinę hipotezę naudoti šie reikšmingumo lygmenys: $p < 0,05$ (reikšminga); $p < 0,01$ (labai reikšminga); $p < 0,001$ (ypač reikšminga).

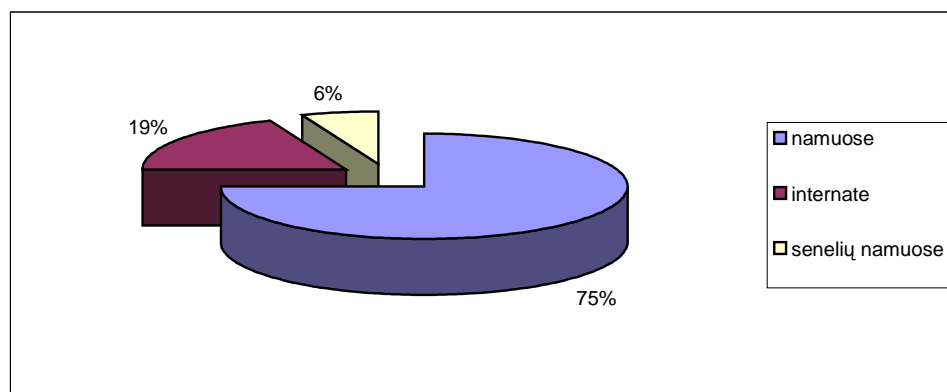
2.3 Tyrimo rezultatai

Pusės tyrime dalyvavusių respondentų amžius svyravo nuo 35 iki 50 metų. Didelė dalis respondentų (44%) buvo 20 – 35 metų amžiaus ir tik 6% visų respondentų amžius buvo virš 50 metų. (žr. 1pav.)



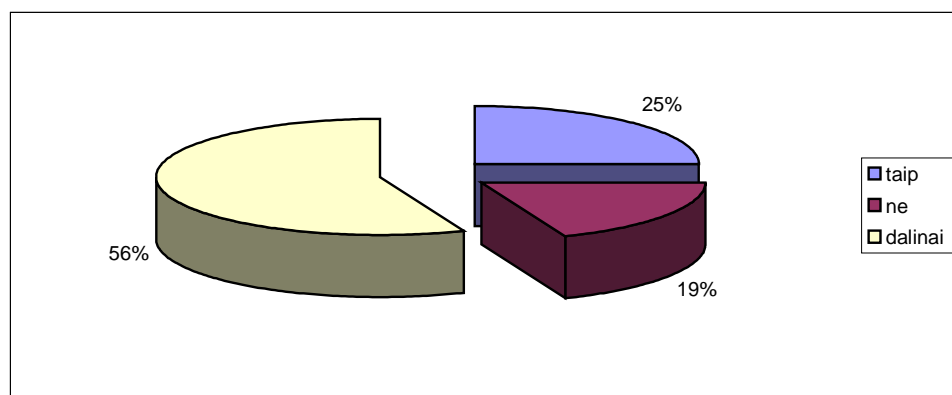
1pav. Tyriamųjų amžiaus pasiskirstymas, %

Anketinės apklausos duomenys parodė, kad didžioji dalis respondentų (75%) gyvena namuose, 19% respondentų gyvena internate, 6% respondentų nurodė gyvenantys senelių namuose. (žr. 2pav.)



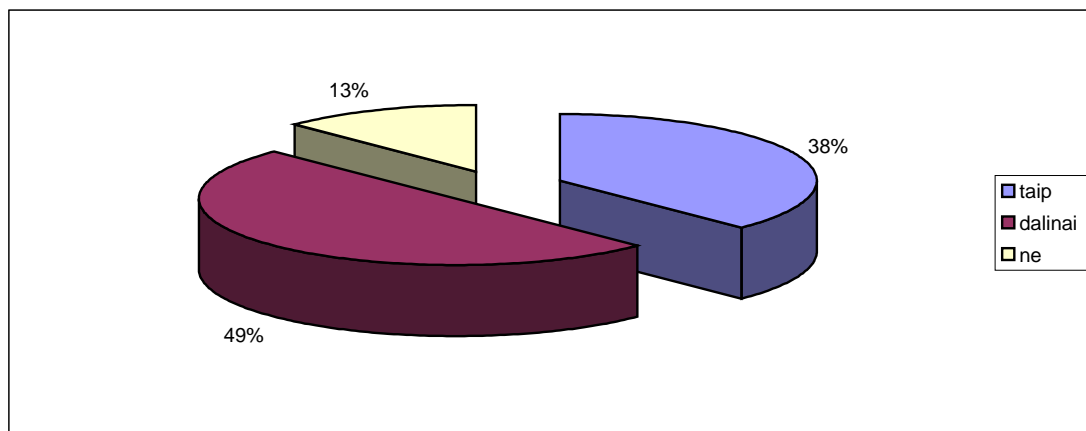
2 pav. Tyriamųjų gyvenamoji vieta, %

Tyrimo duomenimis, 56% respondentų gyvena dalinai pritaikytuose būstuose. Tik 25% respondentų mano, kad jų gyvenamoji vieta yra pilnai pritaikyta ir 19% - visiškai nepritaikyta, (žr.3pav.).



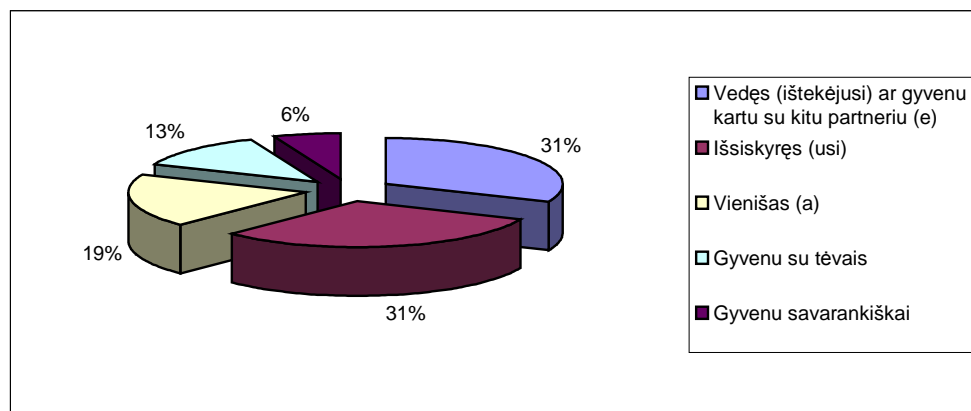
3 pav. Neįgaliųjų būsto pritaikymas,%

Anketos duomenų analizė parodė, kad 13% respondentų iššorinės aplinkos pasiekti be kliūčių negali. Tuo tarpu likusieji respondentai iššorinę aplinką pasiekia be kliūčių ar su nedidelėmis kliūtėmis. (atitinkamai 38% ir 49%) (žr. 4 pav.).



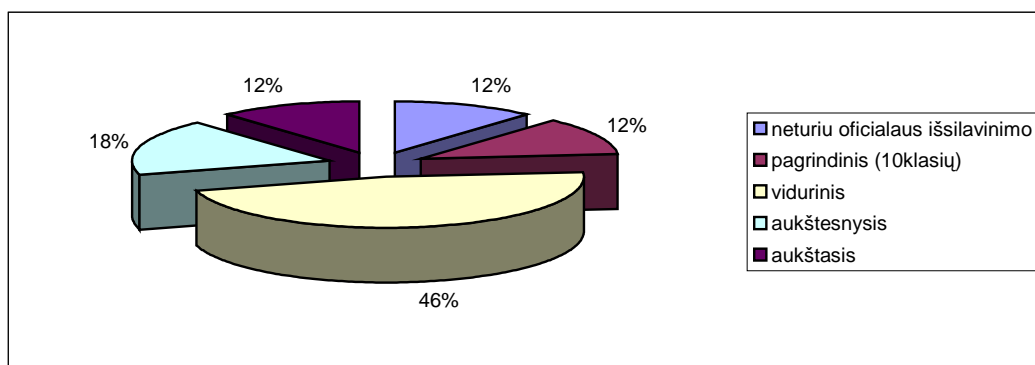
4 pav. Respondentų atsakymų į klausimą “Ar įmanoma be kliūčių iš namų pasiekti iššorinę aplinką” sklaida,%

Tyrimo duomenimis, 31% respondentų gyvena santuokoje. Pastebėta kad, net 31% visų respondentų yra išsiskyrę, 19% vieniši ir tik 6% respondentų nurodė, kad gyvena savarankiškai, (žr. 5 pav.)



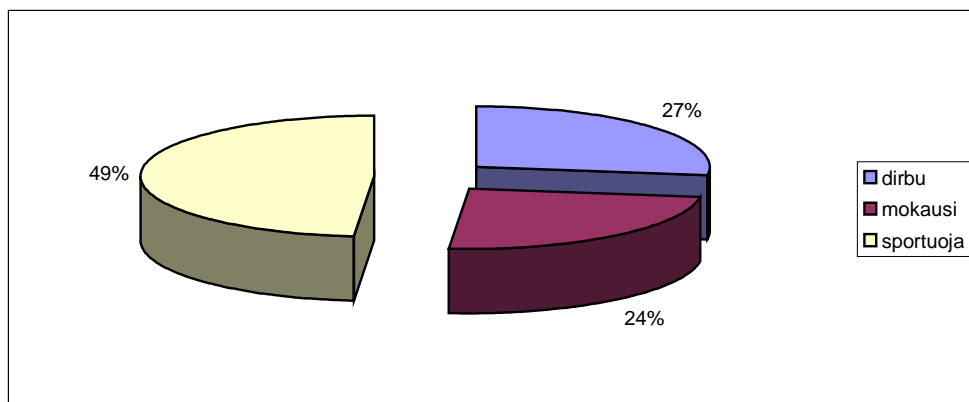
5 pav. Tyriamųjų šeimyninė padėtis, %

Beveik pusė respondentų (46%) turi vidurinį išsilavinimą, aukštesnįjį išsilavinimą turi 18% respondentų, 12% neturi jokio oficialaus išsilavinimo, pagrindinį išsilavinimą turi 12% respondentų, aukštąjį išsilavinimą yra įgiję 12% respondentų. (žr. 6pav.).



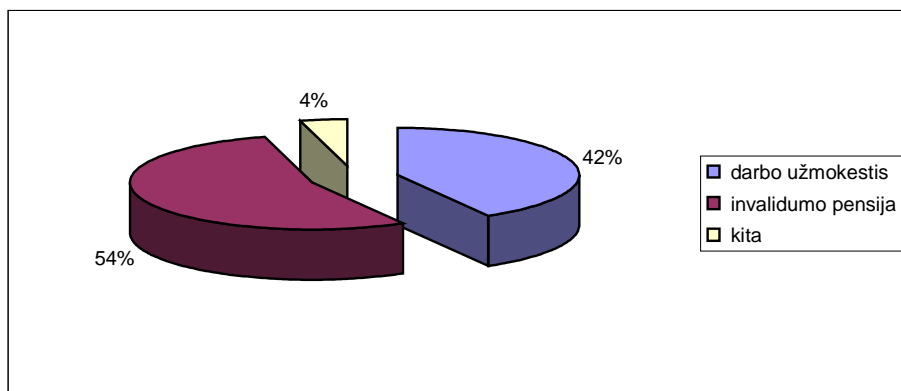
6 pav. Respondentų išsilavinimas, %

Atsakydami į klausimą apie užimtumą 49% respondentų nurodė, kad užsima sportu, 22% didžiąją dalį dienos praleidžia darbe, 24% respondentų mokosi, (žr. 7 pav.).



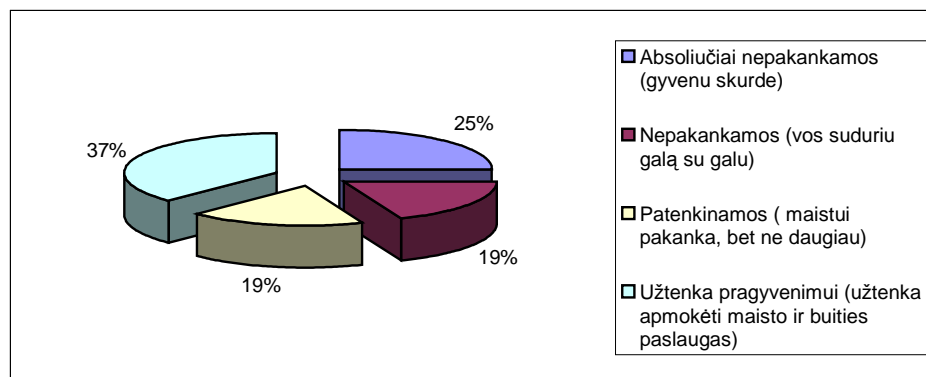
7 pav. Respondentų užimtumas,%

Didžioji dalis respondentų 54% nurodė, pagrindinį pajamų šaltinį – invalidumo pensiją, 42% respondentų deklaravo darbo užmokestį, 4% nurodė kitus pajamų šaltinius, kurių neįvardijo, (žr. 8 pav.).



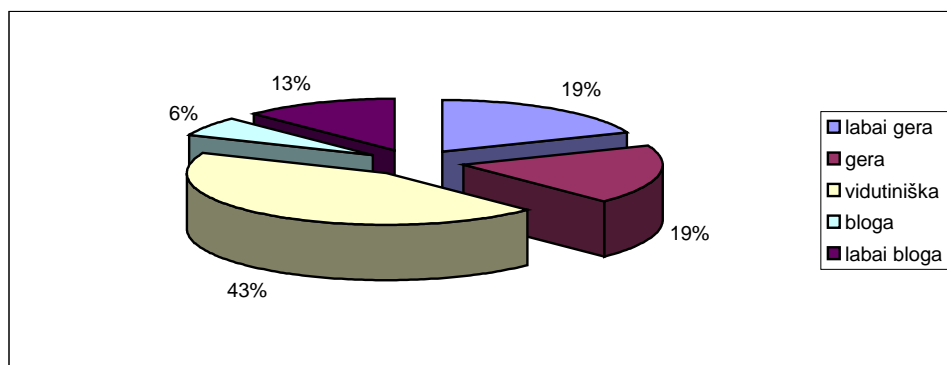
8 pav. Pragyvenimo šaltinis,%

37% respondentų nurodė, kad jiems užtenka pajamų pragyvenimui, 19% atsakė, kad jų pajamos yra patenkinamos. 19% pajamos yra nepakankamos, net 25% įvardijo savo pajamas, kaip absoliučiai nepakankamas, tai yra, jie gyvena skurde, (žr. 9 pav.)



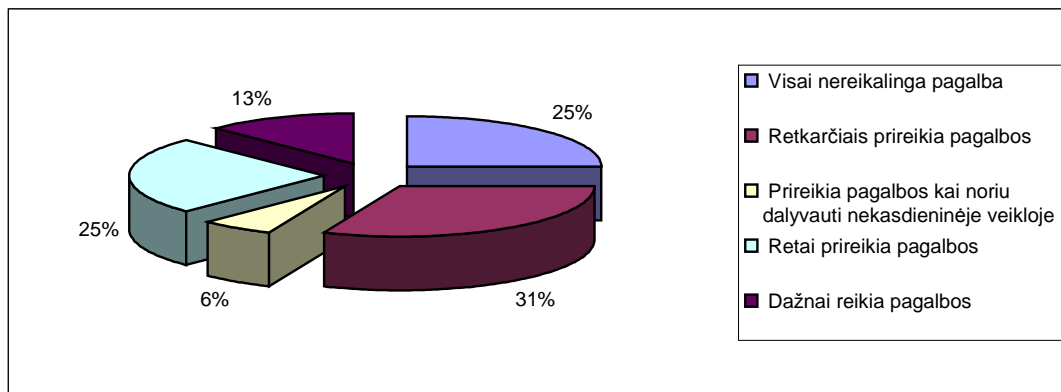
9 pav. Pajamų pakankamumas,%

Tyrimo duomenimis, 43% respondentų mano, kad jų sveikata yra vidutiniška, labai gera ir gera sveikata gali pasidžiaugti 38% respondentų (atitinkamai po 19%). Tuo tarpu tik 6% respondentų jaučiasi blogai, o 13% skundžiasi labai bloga sveikata, (žr. 10pav.)



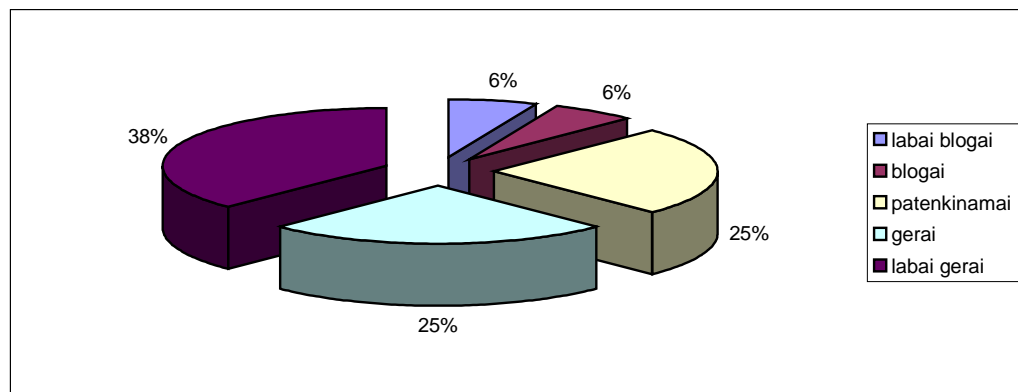
10 pav. Respondentų sveikatos būklė,%

Anketos duomenų analizė parodė, kad 25% respondentų yra savarankiški ir aplinkinių pagalbos jiems visai nereikia, 31% respondentų aplinkinių pagalbos reikia retkarčiais, retai prireikia pagalbos 25% respondentų, 6% respondentų pagalba reikalinga, kai nori dalyvauti nekasdieninėje veikloje, 13% respondentų aplinkinių pagalba yra reikalinga gana dažnai, (žr. 11 pav.).



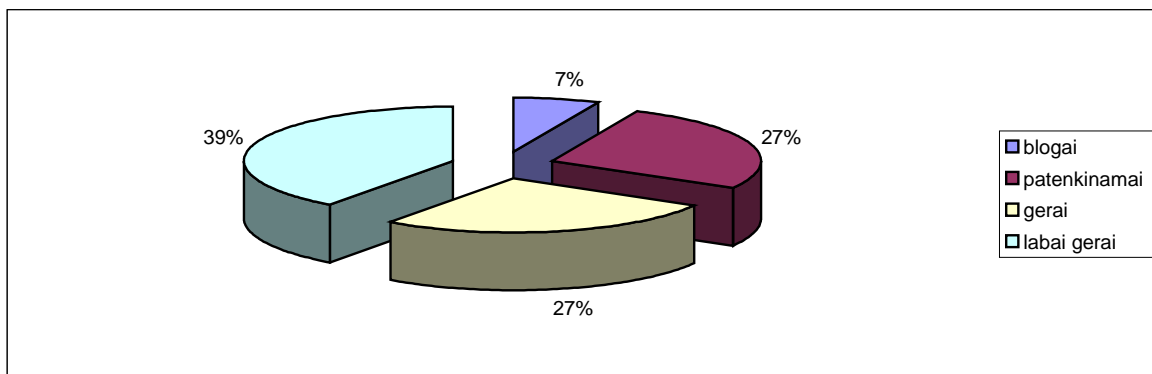
11 pav. Respondentų atsakymų į klausimą "Ar reikalingą aplinkinių pagalba" sklaida, %

Tyrimo duomenų analizė parodė, kad didelė dalis mano, kad su juo elgiamasi labai gerai, ar gerai (atitinkamai 38% ir 25%) . Tuo tarpu 25% respondentų mano, kad šeimos nariai su juo elgiasi tik patenkinamai, įdomu pastebėti, kad 12% respondentų savo šeimos, savo atžvilgiu elgiasi vertina kaip blogą ar labai blogą (atitinkamai 6% ir 6%), (žr. 12 pav.).



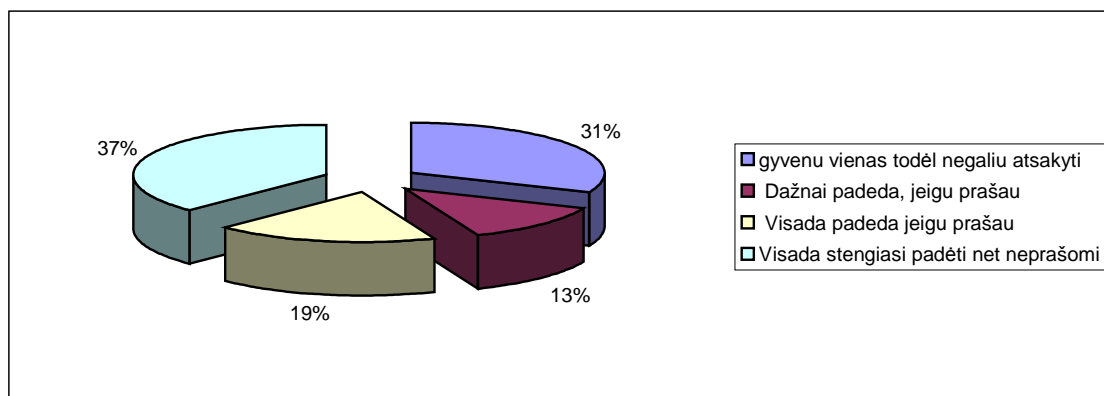
12 pav. Į klausimo "Šeimos elgesys su neįgaliuoju" atsakymų sklaida %

Panašūs rezultatai gauti ir nagrinėjant respondentų nuomonę apie draugų kaimynų ir pažįstamų elgiasi jų atžvilgiu. Dauguma respondentų mano, kad aplinkiniai su jais elgiasi labai gerai ir gerai (atitinkamai 39% ir 27%). Tik 7% respondentų mano, kad aplinkiniai jų atžvilgiu elgiasi blogai, o 27% patenkinamai, (žr. 13 pav.).



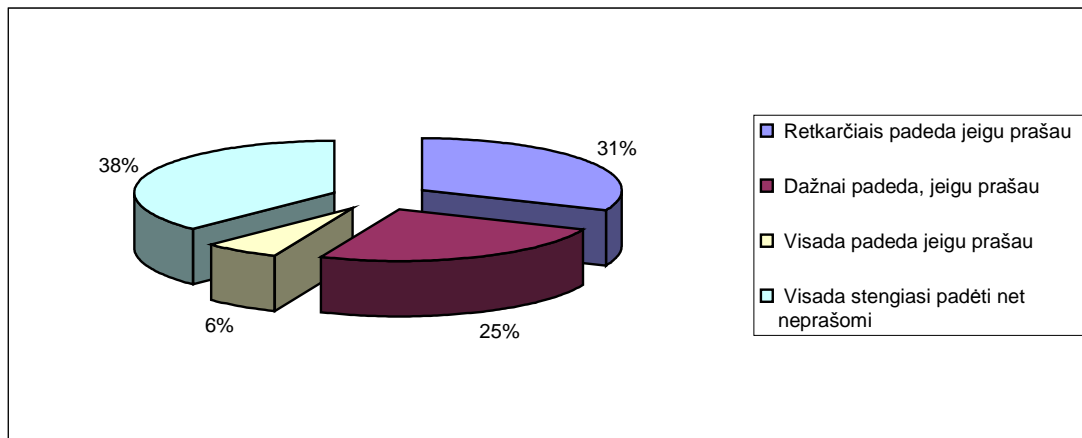
13 pav. Į klausimo “Draugų, pažįstamų, kaimynų elgesys su neįgaliuoju” atsakymų sklaida, %

Tyrimo duomenimis, 37% respondentų artimieji visada stengiasi padėti net neprašomi, 13% respondentų artimųjų padeda dažnai, jeigu jie prašo pagalbos, ir 19% artimųjų visada padeda jeigu respondentai prašo, (žr. 14 pav.).



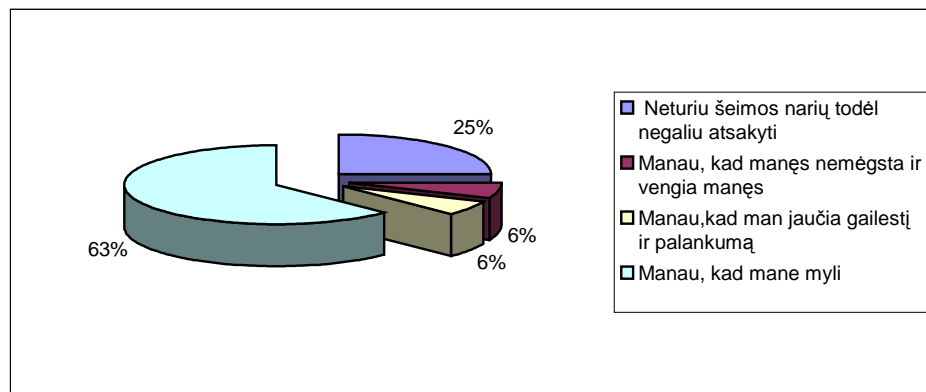
14 pav. Į klausimo “Ar šeimos nariai (kartu gyvenantys asmenys) Jums padeda įvairiose gyvenimo situacijose?” atsakymų sklaida, %

Anketinė duomenų analizė parodė kad, didesnei daliai respondentų aplinkiniai padeda net neprašomi, ar dažnai ir visada, kai respondentai paprašo jiems padėti (atitinkamai 38%, 25% ir 6%), (žr.15 pav.).



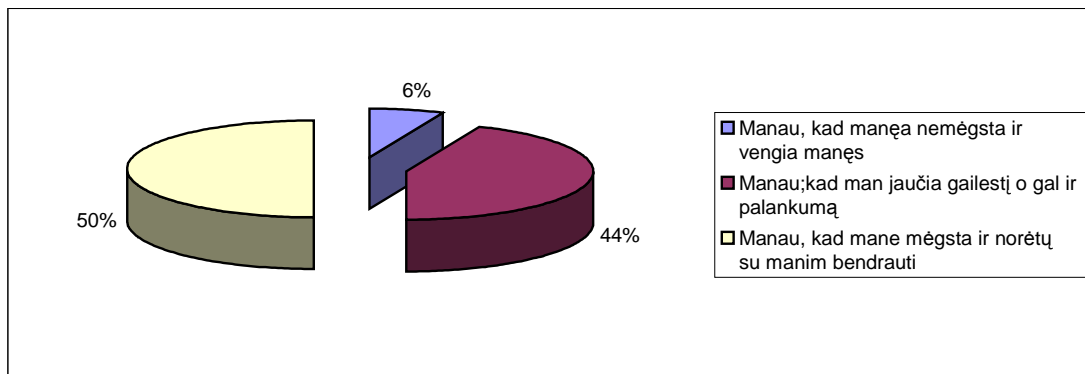
15 pav. Į klausimo “Ar draugai, pažystami, kaimynai, padeda įvairiose gyvenimo situacijose” atsakymų sklaida, %

Didžioji dalis respondentų (63%) atsakė, kad artimieji juos myli, tuo tarpu 6% respondentų mano, kad šeimos nariai jo vengia ir nemėgsta, o 6% respondentų mano, kad šeimos nariai jaučia jiems gailestį ir palankumą, (žr. 16 pav.).



16 pav. Šeimos narių požiūris į neįgalųjį,%

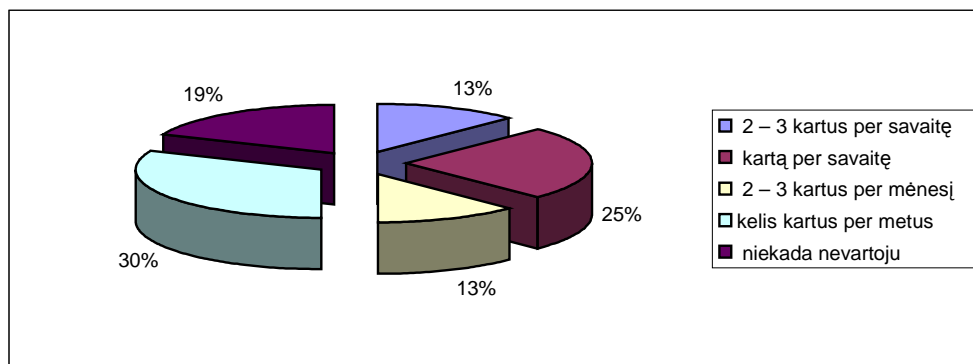
Tyrimo duomenimis, puse respondentų mano, kad yra mėgstami aplinkinių, 44% respondentų mano, kad aplinkiniai jiems jaučia gailestį, ir tik 6% mano, kad jų vengiama. (žr. 17 pav.)



17 pav. Į klausimo “Kokius jausmus, Jūsų nuomone, Jums jaučia aplinkiniai” atsakymų sklaida, %

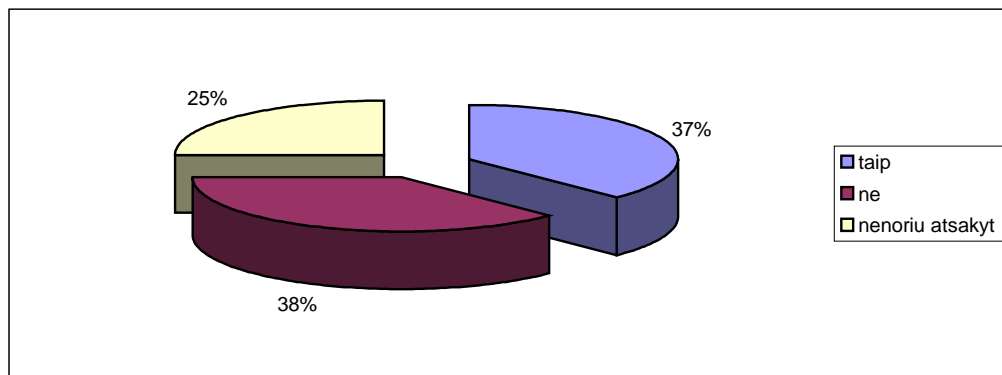
Respondentai atsakydami į klausimą apie rūkymą nurodė, kad rūkymas vienodai gali turėti ir neturėti poveikio gyvenimo kokybei. Respondentų nuomonė pasiskirstė tolygiai (atitinkamai 50% ir 50%).

Tyrimo duomenimis, 30% respondentų alkoholių vartoja kelis kartus per metus, 25% respondentų alkoholių vartoja kartą per savaitę, 19% respondentų yra apstinentai, 13% respondentų atsakė, kad alkoholių vartoja 2-3 kartus per mėnesį o 13% respondentų alkoholiu “mėgaujasi” 2-3 kartus per savaitę, (žr. 18 pav.).



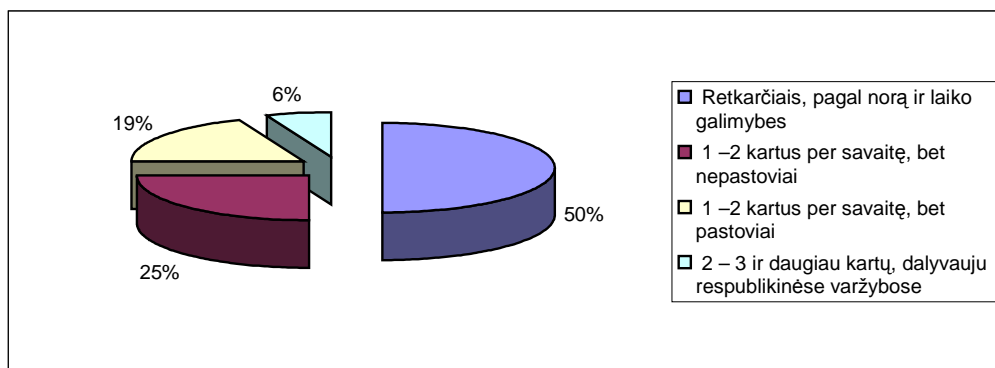
18 pav. Žalingi įpročiai (Alkoholis), %

Suvedus anketės duomenis paaiškėjo, kad 38% respondentų nėra vartoję narkotinių medžiagų, 37% respondentų yra vartoję psichotropines medžiagas, 25% respondentų nenorėjo atsakyti ar yra vartoję narkotines medžiagas, (žr. 19 pav.).



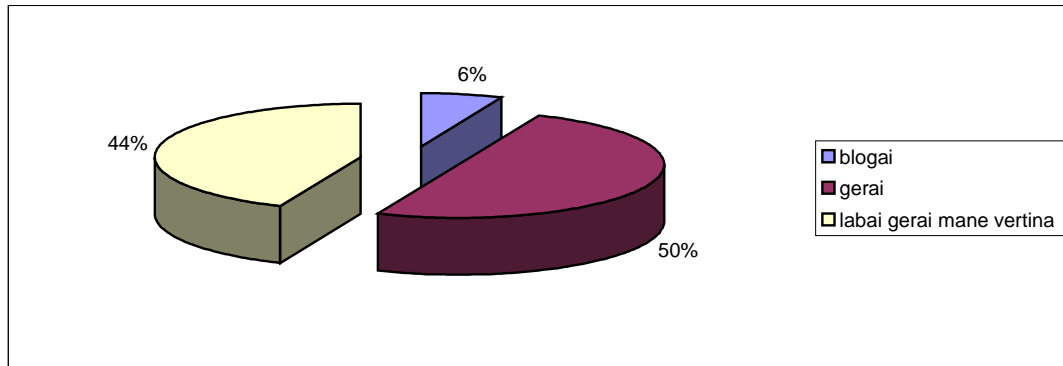
19 pav. Į klausimo apie psichotropinių medžiagų vartojimą atsakymų sklaida, %

50% respondentų atsakė, kad sportuoja retkarčiais pagal norą ir pagal laiko galimybes, 25% respondentų sportine veikla užsiima 1 – 2 kartus per savaitę, bet nepastoviai, 19% respondentų pastoviai sportuoja 1 – 2 kartus per savaitę, ir tik 6% respondentų sportuoja 2 – 3 kartus per savaitę, ir dalyvauja respublikinėse varžybose, (žr. 20 pav.).



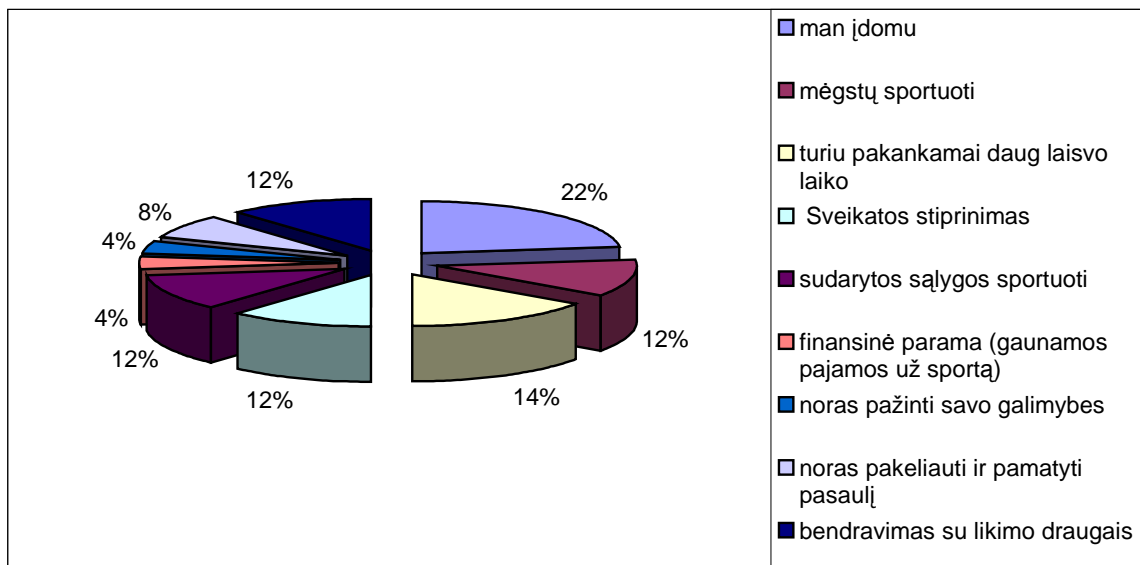
20 pav. Sportavimo ar dalyvavimo varžybose dažnis,%

Duomenų analizė parodė, kad dauguma respondentų mano, kad treneriai su jais elgiasi gerai ir labai gerai (atitinkamai 50% ir 44%). Tik 6% respondentų nurodė, kad treneriai su jais elgiasi netinkamai ir jų elgesį įvertino kaip blogą, (žr. 21 pav.).



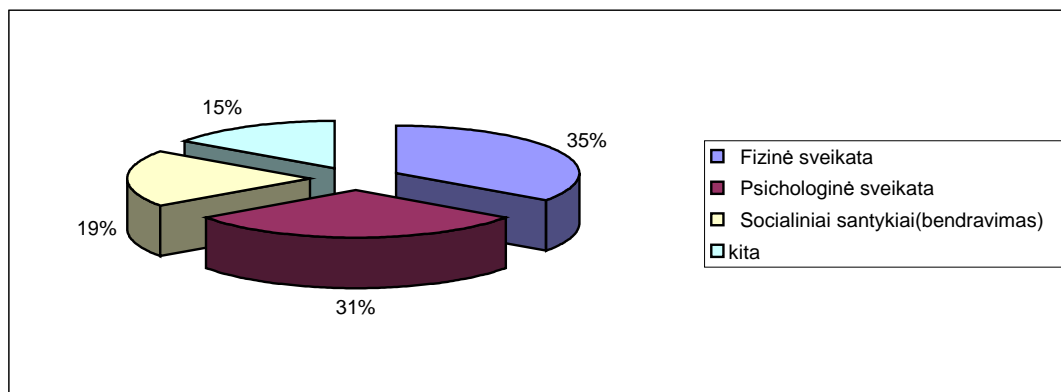
21 pav. Į klausimo “kaip Jūsų nuomone, su Jumis elgiasi treneriai”, atsakymų sklaida, %

Tyrimo duomenų analizė parodė, kad 22% respondentų dalyvauja sporte dėl to, kad jiems įdomu, 14% - dalyvauja sporte kaip vienoje iš laisvalaikio formų dėl turimo laisvo laiko. Pastebėtina, kad 12% respondentų nurodė, kad mėgsta sportą, o 8% nurodė, kad sportas yra vienas iš būdų pakeliauti po pasaulį, (žr. 22 pav.). Anketos duomenų analizė parodė, kad 4% respondentų sportuoja ir viliasi iš sporto gauti pajamų.



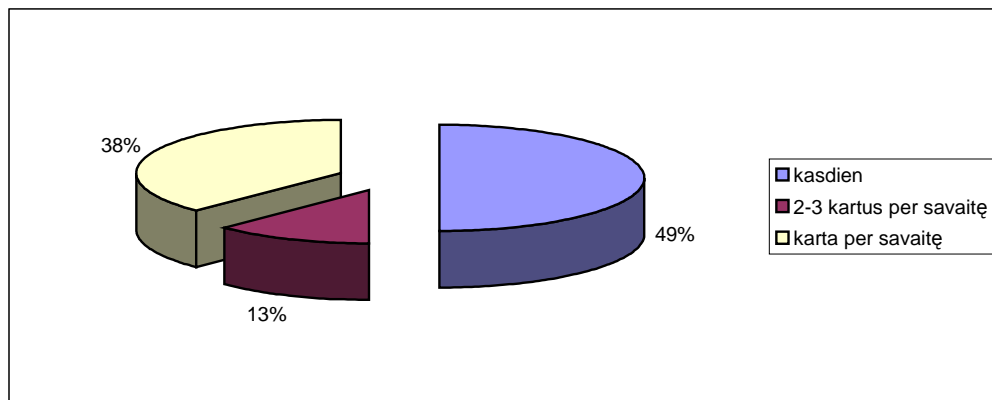
22 pav. Noro sportuoti priežastys, %

Išnaginėjus klausimo apie gyvenimo kokybės svarbą pastebėta, kad 35% respondentų gyvenimo kokybę sieja su fizine sveikata, 31% - su psichologine sveikata ir 19% - su socialiniais santykiais. Rezultatų analizė parodė, kad 15% respondentų negeba gyvenimo kokybės susieti su jokiais rodikliais, (žr. 23 pav.)



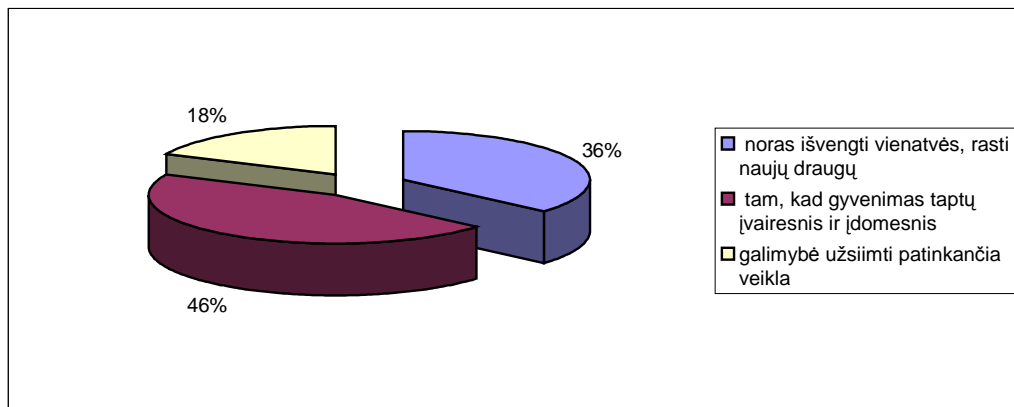
23 pav. Gyvenimo kokybės svarba,%

Anketų duomenų analizė parodė, kad 49% respondentų dalyvauja kasdieninėje sporto klubo veikloje, 38% respondentų sporto klube laiką praleidžia kartą per savaitę, 13% respondentų sporto klube apsilanko 2- 3 kartus per savaitę, (žr. 24pav.).



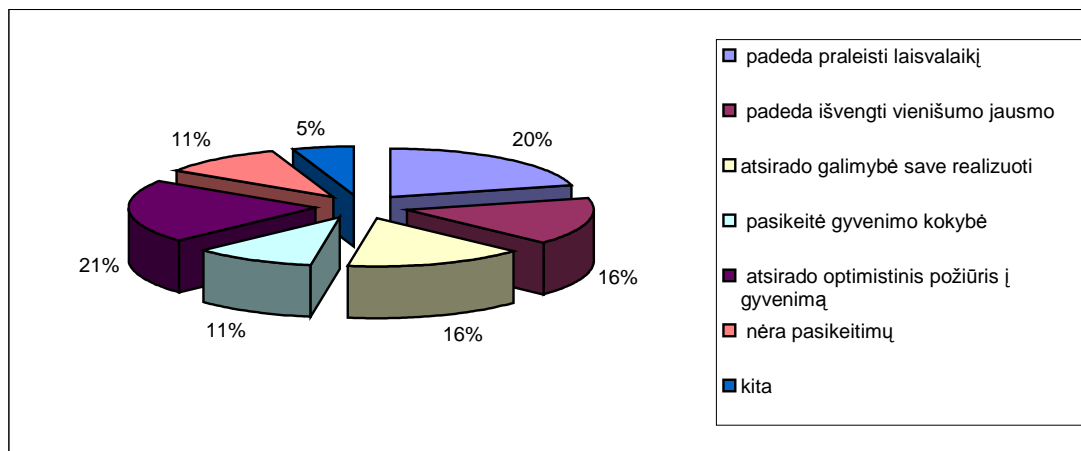
24 pav. Dalyvavimas sporto klubo veikloje,%

Nagrinėdami lankymosi klube priežastis nustatėme, kad 46% respondentų lanko sporto klubą, kad pajavairintų gyvenimą, 36% respondentų nori išvengti vienatvės bei rasti naujų draugų, 18% respondentų įvardija galimybę užsiimti patinkančia veikla, (žr. 25 pav.)



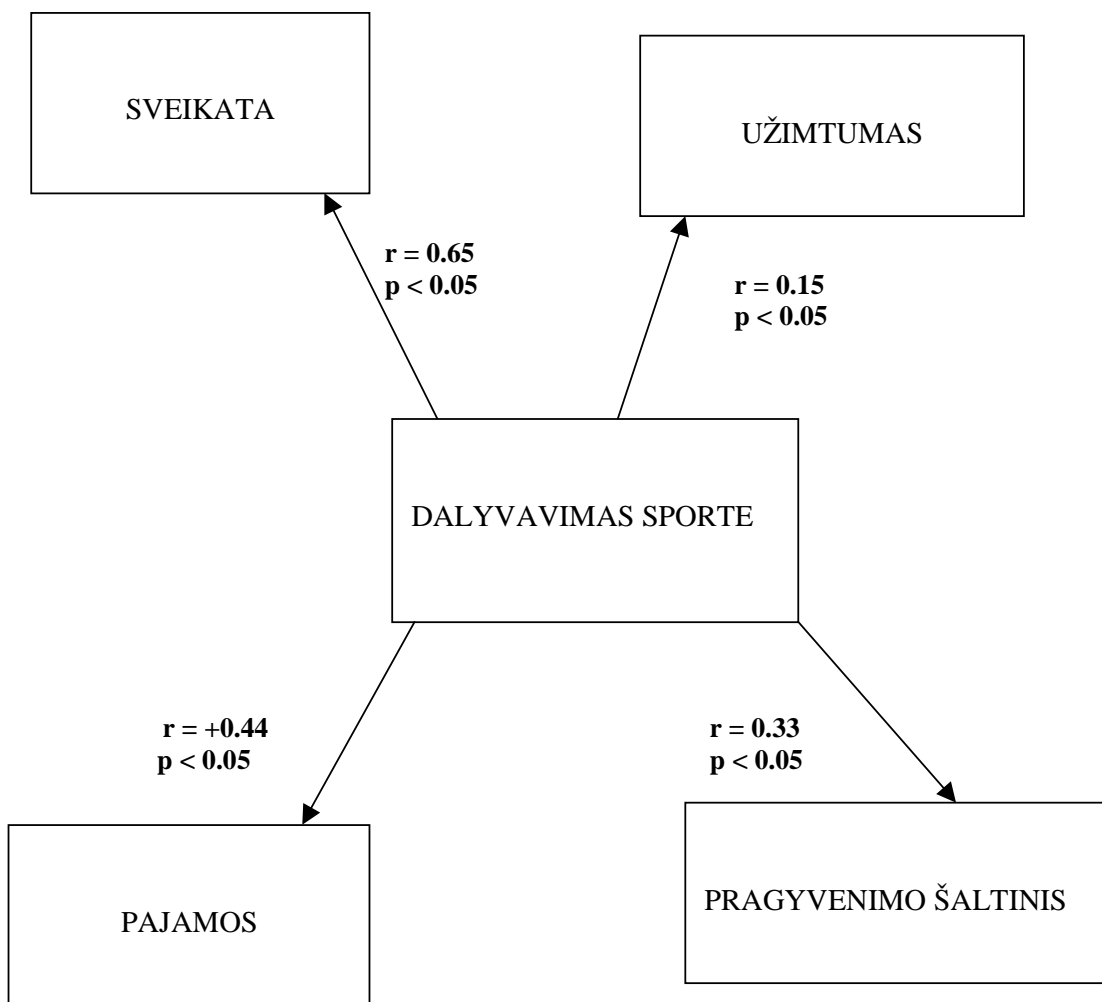
25 pav. Sporto klubo lankymo priežastys,%

Tyrimo duomenys parodė, kad 21% respondentų sporto klubo lankymą siejo su palankesniu požiūriu į gyvenimą, 16% - savęs realizavimu, 11% - pakitusia gyvenimo kokybe. Net 16% respondentų nurodė, kad lankydami sporto klubą, jie išvengė vienišumo jausmo, (žr. 26 pav.).



26 pav. Asmeniniai pokyčiai pradėjus lankyti sporto klubą,%

Analizuojant gyvenimo kokybės rodiklių tyrimo duomenis pagal Spearmano koreliacijos koeficientą pastebėjome teigiamą tiesioginį ryšį tarp dalyvavimo sporte ir sveikatos būklės (žr. 27 pav.). Vadinasi galima daryti prielaidą, kad sportas sąlygoja geresnę sveikatą, kuri yra viena iš pagrindinių gyvenimo kokybės rodiklių.



27 pav. Koreliacijos tarp dalyvavimo Sporte ir gyvenimo kokybės rodiklių, (r)

Koreliacinių ryšių analizė parodė, kad dalyvavimas sporte beveik neturi įtakos užimtumui. Vadinasi dalyvavimas sporte nesuteikia didesnių galimybių susirasti darbą ar geriau mokytis.

Apskaičiavus Spearman koreliacijos koeficientą (r) nustatytas silpnas tiesioginis ryšys tarp dalyvavimo sporte ir pajamų. Vadinasi stebima tendencija, kad dalyvaujančių sporte finansinės galimybės galėtų didėti. Tačiau ši priklausomybė yra labai menka. Panašūs duomenys gauti ir nagrinėjant koreliacinius ryšius tarp pragyvenimo šaltinių ir dalyvavimo sporte (žr. 27 pav.). Todėl galėtume teigti,

kad respondentai pragyvena iš invalidumo pensijos, darbo užmokesčio ar kitų pajamų ir sportas šiam gyvenimo kokybės rodikliui įtakos neturi.

Korelaicinių ryšių analizė parodė, kad rūkymas stipriai ($r = 0.733$, $p < 0.05$) įtakoja respondentų dalyvavimo sportinėje veikloje ryšį. Galima teigti, respondentai aktyviai dalyvaujantys sportinėje veikloje mažiau rūko. (žr. 28 pav.).



28 pav. Korelacija tarp dalyvavimo sporte ir žalingų įpročių, (r)

Nagrinėjant korelaicinį ryšį tarp sporto ir suvartojama alkoholio kiekio, pastebėtas vidutinis, tačiau statistiškai reikšmingas ryšys (0.660 $p < 0.05$). Vadinasi galima daryti prielaidą, kad sportas sąlygoja mažesni alkoholio kiekio suvartojimą. Kas ypatingai svarbu sveikatai, kuri yra vienas iš pagrindinių gyvenimo kokybės rodiklių.

Apskaičiavus Spearmano koreliacijos koeficientą (r) nustatytas statistiškai patikimas, tačiau silpnas koreliacijos ryšys tarp dalyvavimo sporte ir gyvenimo kokybės svarbos ($r = 0.29$, $p < 0.05$). Vadinasi tarp respondentų galima stebėti tendencijas, nusakančias, kad dalyvavimas sporte galėtų būti gyvenimo kokybę gerinantis veiksnys.

Nagrinėjant korelaicinį ryšį tarp grupių ir pasikeitimų pradėjus lankyti sporto klubą pastebėtas statistiškai reikšmingas vidutinis ryšys ($r = 0.676$, $p < 0.05$). Vadinasi galima teigti, kad pastoviai sportuojantys ir praleidžiantis daugiau laiko sporto klube, emociškai ir fiziškai yra stipresni.

Tyrimo rezultatų apibendrinimas

Tyrimo kontingentą sudarė fizinę negalią (amputaciją) turintys asmenys, lankantys neįgaliųjų sporto klubus nuo 20 iki 60 metų. Tyrimo metu buvo apklausta 16 neįgaliųjų, iš jų 6 moterys ir 10 vyrai, kurie buvo protezuojami individualioje firmoje "Pirmas žingsnis". Tyriamoji imtis buvo tikslinė ir sudaroma atsižvelgiant į šiuos kriterijus: nemažiau kaip prieš 3 metus atlikta kojos amputacija šlaunies lygyje, dalyvavimas sporte turi būti nemažiau kaip vieneri metai. Asmenys patyrusius kojos amputaciją, gyvenimo kokybei ištirti suskirstėme į dvi grupes: pastoviai ir nepastoviai sportuojančius. Ištirti koreliacijos ryšiiui tarp grupių pasirinkti šie aspektai: veikla, pragyvenimo šaltiniai, pajamų pakankamumas, sveikatos būklė, žalingi įpročiai (rūkymas, alkoholis), gyvenimo kokybės svarba, atsiradę pasikeitimai pradėjus lankyti sporto klubą

Tyrimas parodė, kad savo gyvenamosios vietos sąlygomis patenkinti tik nedidelė dalis apklaustųjų. Likusieji teigė, kad gyvenamosios vietos sąlygos dalinai arba visiškai neatitinka jų poreikių patenkinimo.

Rezultatai rodo, kad daugeliui neįgaliųjų gyvenamas būstas nepritaikytas jų specialioms poreikiams. Aplinkos ministerija turėtų padėti pritaikyti visiems neįgaliesiems gyvenamą būstą, transportą, darbą, mokymosi įstaigą, kad negalią turinčiam nesudarytų keblumų dalyvaujant visuomeninėje veikloje. Jie turi teisę naudotis priemonėmis, padedančiomis tapti kuo savarankiškesniais ir būti nepriklausomais nuo aplinkinių. Pritaikyta aplinka garantuotų tokiam asmeniui ilgesnį gyvenimą savo namuose, padėtų įveikti bendravimo ir judėjimo kliūtis ir sukurtų geresnę gyvenimo kokybę.

Įvertinus šeimyninę padėtį paaiškėjo, kad dauguma neįgaliųjų sporto klubų lankytojų yra išsiskyre vieniši/vienišos, labai mažai turinčių antrąją pusę. Beveik pusė tiriamųjų turi vidurinį išsilavinimą, kiti - pagrindinį 18% turi aukštesnįjį, 12% aukštąjį išsilavinimą. Todėl galime daryti prielaidą, kad apklaustųjų tarpe vyravo vidurinį išsilavinimą turintys respondentai, pagrindinį ir jokio išsilavinimo neturinčių išsilavinimo buvo mažiausiai. Žinoma, noras mokytis ir galimybės neatitinka vienas kito. Pirmiausia valstybė turėtų padėti neįgaliesiems. Ji privalo: imtis reikiamų priemonių, kad būtų užtikrintas neįgalių asmenų konsultavimas, mokymas ir profesinis rengimas; siūlanti palankias sąlygas siekiant aukštojo mokslo, padėti įsidarbinti pritaikant darbo sąlygas, remti socialinę integraciją ir dalyvavimą visuomenėje.

darbo vietą, kad jie būtų ekonomiškai produktyvūs, tinkamesni darbdaviams ir integruotųsi į realaus darbo rinką.

Neįgaliųjų nedarbas yra pats didžiausias, nors šie skaičiai oficialiai neskelbiami ir neįtraukiami į bendrąją statistiką. Nė viena institucija specialiai nerenka informacijos apie neįgaliųjų žmonių užimtumo poreikius, mažai žinoma apie jų kvalifikaciją ir talentus, o jie galėtų būti plėtojami ir panaudojami darbo rinkoje. Neįgalieji, kurie gali ir nori dirbti, dažnai nesugeba to padaryti kaip kiti visuomenės nariai ir konkuruoti darbo rinkoje. Jiems reikia specialios mokymo, kvalifikacijos tobulinimo ir perkvalifikavimo paslaugos bei kitokios, lankstesnės, užimtumo formos. Galime daryti prielaidą, kad fizinę negalią turintys respondentai gauna per mažas pajamas, kad galėtų gyventi be paramos. Pensijų skyrimas ir įvairios lengvatos skatina neįgalų žmogų likti išlaikytiniu ir apsiriboti tuo.

Įvertinus respondentų sveikatos būklę paaiškėjo, kad beveik pusės respondentų sveikata yra vidutiniška, labai gera ir gera sveikata gali pasidžiaugti beveik ketvirtadalis respondentų, tuo tarpu 6 % jaučiasi blogai, o 13% labai blogai. Galime daryti prielaidą, kad gera sveikata gali pasigirti tie respondentai, kurie dažniau sportuoja ir veda aktyvesni laisvalaikio praleidimo būdą.

Anketos duomenų analizė parodė, kad visiškai savarankiški yra tik ketvirtadalis respondentų, didžiąjai dalei respondentų pagalbos prireikia retai, tačiau 13% respondentų aplinkinių pagalba yra reikalinga gana dažnai. Tai gali įtakoti šeima, aplinkiniai, kurie nori padėti bet kurioje situacijoje respondento net neprašomi, taip sudarydami jiems "vaakumo" sąlygas neleidžiant tapti savarankiškesniu, labiau pasitikinčiu ir nepriklausomu. Tai lemia šeimos ir aplinkinių elgesys ir požiūris į neįgalųjį, kur beveik ketvirtadalis apklaustųjų atsakė, kad jiems šeimos nariai ir aplinkiniai padeda jiems neprašant.

Įvertinus neįgaliųjų žmonių žalingus įpročius nustatyta, kad pusė respondentų šiuo metu rūko. Žmogaus sveikata - pats brangiausias dalykas ką jis turi, tačiau ne visi vienodai brangina savo sveikatą. Pernelyg lengvabūdiškas požiūris į sveikatą bei savikontrolei reikalingą valią.

Išanalizavus alkoholio vartojimą paaiškėjo, kad beveik penktadalis respondentų yra apstinentai, gazdina tai, kad didžioji dalis alkoholiu mėgaujasi, kelis kartus ir daugiau kartų per savaitę. Remdamiesi gautais duomenimis galime kelti prielaidą, kad sporto klubų lankytojai svaigiaisiais gerimais piknaudžiauja gan dažnai, mažiau.

Nagrinėdami respondentų sportavimo ir dalyvavimo varžybose dažni, pastebėjome, kad pusė sportinėje veikloje būna retkarčiais ir pagal laiko galimybę. Likusieji užimtumo centrų lankytojai mėgsta sportuoti. Norėdami išsiaiškinti ar sportinė veikla turi įtakos respondentų sveikatai paaiškėjo, kad visi, kurie pastoviai treniruojasi nesiskundė savo sveikatos būkle metų eigoje.

Motivuojant, kodėl yra sportuojama pagrindinė priežastis yra domėjimasis sportu, atitinkamai seka, sporto mėgstamumas, susirūpinimas sveikata, noras pamatyti pasaulį, noras pažinti savo galimybes, finansinė parama.

Išanalizavus respondentų gyvenimo kokybės svarbą, pastebėta, kad trečdalis respondentų gyvenimo kokybę sieja su fizine sveikata, kitiems yra svarbu psichologinė sveikata, socialiniai santykiai, tuo tarpu 15% respondentų negeba gyvenimo kokybės susieti su jokiais rodikliais.

Sporto klubo veikloje puse respondentu būna kasdien, tačiau tai nereiškia, kad pastoviai užsiima sportu ar kita fizine veikla, klubo lankymo priežastys yra laiko praleidimas, vienatvės jausmo išvengimas, naujų darugų susiradimas kiti respondnetai apsilanko kartą per savaitę ir 2 – 3 kartus per savaitę. Tikėtina, kad pastoviai sportuojantys, klube apsilanko 2 – 3 kartus per savaitę, tam įtakos turi darbas. Apie asmeninius pokyčius, penktadaliui respondentų atsirado optimistinis požiūris į gyvenimą, kiti gali save realizuoti, taip išvengia vienišumo, pakitusi gyvenimo kokybė, tačiau dalis respondentų nejaučia jokių pasikeitimų, tai gali įtakoti asmenybės savybės uždarumas, nepasitikėjimas kitais asmenimis.

Neįgaliųjų sporto klubai turi didelę reikšmą asmenims patyrusiems kojos amputaciją. Didžioji dalis respondentų tik teigiamas sąvybes, teigiamus pokyčius asmeniniame gyvenime, deklaruoja didesnę pasitikėjimą ir geresnę gyvenimo kokybę.

IŠVADOS

1. Nustatyta, kad gana didelė lankančių sporto klubus fiziškai neįgaliųjų yra vieniši (19%), turintys mažas pajamas (44%), gyvenantys prastai pritaikytuose būstuose (56%), turintys vidurinę ar spec.vidurinę išsilavinimą(58%), nepakankamai geros sveikatos būklės (19%), nejaučiantys pasitenkinimo gyvenimu (19%)
2. Pastebėtas ryšys tarp dalyvavimo sporto veikloje ir žalingų įpročių paplitimo: aktyviai sportuojantys respondentai mažiau rūko ir suvartoja.
3. Nustatytas teigiamas tiesioginis ryšys tarp dalyvavimo sporte ir sveikatos bei gyvenimo kokybės. Vadinasi, sportas sąlygoja geresnę sveikatą, kuri yra vienas iš pagrindinių gyvenimo kokybės rodiklių. Respondentai nurodė, kad dalyvavimas sporte galėtų būti gyvenimo kokybę gerinantis veiksnys.
4. Tyrimo rezultatai parodė, kad respondentai, aktyviai dalyvaujantys sportinėje veikloje, pasižymėjo geresniais gyvenimo kokybės rodikliais, nei respondentai, dalyvaujantys sportinėje veikloje nereguliariai.

Literatūros sąrašas

1. Adomaitienė, R. (1999). *Konceptualus neigaliųjų sociologijos kaip bendrosios sociologijos dalies pagrindimas*. Ugdymas kūno kultūra, sportas. N r.2.
2. Adomaitienė R., Mikelkevičiūtė, J. (1999). *The national model of disability and adapted physical activity of the disabled*. Ugdymas, kūno kultūra, sportas. N r.4.
3. Adomaitienė R., Augustinaitytė G, Mikelkevičiūtė, J., ir kt. (2003). *Taikomoji neigaliųjų fizinė veikla*. Kaunas LKKA
4. Aidukienė, T. (2001). *Normalizacija ir integracija: iš kur ateini ir kur eini ir kaip eini...// Lietuva šiandien: demokratinės visuomenės ir atviros mokyklos kūrimo kelyje*, A PPLE seminaras. Kaunas
5. Ališauskas, A. (2002). *Vaikų vystymosi ypatingumų ir specialiųjų ugdymosi poreikių įvertinimas*. Šiauliai
6. Ališauskas A. (1992). *Vaikų vystymosi sutrikimų diagnostika*. Šiauliai
7. Ališauskienė, S. Gudonis, A. (2003). *Ankstyvas ugdymas: dabartis ir perspektyvos*. Šiauliai
8. Astrausko A. (2007) “*Ortopedijos muziejaus*” medžiaga.
9. Brazauskienė A., (2003). *Mes esame/ Švietimo naujienos*
10. Bryan J, Kemp, Ph. D. (2000). *Quality of life while aging with disability*. The university of Southern California.
11. Brown, R. I. (1997). *Quality of Life for People with Disabilities* (Models, research and practice). Mitchell D. and W. Inslade J. Development systems and narrative approaches to working with families of persons with disabilities Padstow
12. Callahan D. (1988). *The WHO Definition of Health*. B Edwards Glenn C. Graber: Bio – ethics. University of Tennessee.
13. Curtis J.R., Martin D.P. (1995). *Quality of life in social science and medicine*.
14. Čepauskaitė L., (2001). *Fizinė negaliųjų turinčių žmonių psichosocialinių poreikių patenkinimas*- socialinės prekybos bakalauro darbas Kaunas: VDU.
15. Downie, R. S., Tannahill, C., & Tannahill, A. (1997) *Health Promotion: Models and Values*. London: Oxford University
16. Dudonienė, V., Bacevičiūtė, R. (2002). *Ergoterapija*. Mokomoji knyga. Kaunas: Šviesa..

17. Dudinskienė, D. (2000). *Aukštųjų mokyklų studentų gyvenimo kokybė ir ja itakojantys veiksniai*: daktaro disertacija. Kaunas: KMU.
18. *Encyclopedia of social work*. (1995). Washington: Nasw press,
Edsberg L. E., Mates R. E., Baier R. E., Lauren M. (1999). *Mechanical Characteristics of Human Skin Subjected to Static Versus Cyclic Normal Pressures*.-*J. of Rehabilitation Research and Development*, Department of Veterans Affairs.
19. .Eigirdienė, O , Kašubienė D, ir kt. (2003). *Naujovės socialiniame darbe*. Vilnius.
20. Furmonavičius T,. (2001). *Gyvenimo kokybės tyrimai medicinoje*. Biomedicina. Nr.2
21. Grigonis, A. (1999). *Normalizacija ir integracija: iš kur ateini ir kur eini?*// *Taikomųjų fizinių veikla ir neigaliųjų socializacija: problemos ir perspektyvos*, Tarptautinė mokslinė konferencija. Plenarinis posėdis pranešimų medžiaga.LKKI ir Socialinės apsaugos ir darbo ministerija.Kaunas. KMU
22. Gradeckienė S. (2002). *Lietuvos neigalių vaikų ir jų šeimų gyvenimo kokybė*; daktaro disertacija. Kaunas: KMU
23. Gradeckienė, S. (1998). *Vaikų gyvenimo kokybės problema* //KTU mokslinės konferencijos: sociologija- praeitis ir dabartis, pranešimų medžiaga. K.aunas
24. Gadeckienė, S., Zaborskis, A. (2001). *Gyvenimo kokybės tendencijos neįgaliosius vaikus auginančiose šeimose: bandomasis tyimas*// Šiaulių universiteto konferencijos medžiaga Šiauliai
25. Gradeckienė S, Zaborskis, A. (2000). *Sveikatos priežiūros organizavimas neigaliųjų vaikų šeimoms*// Medicina.
26. Gogaitis, V, (2003). *Neigalieji apie savo gyvenimą*.
- 27..Haas, B.K. (1999). *A multidisciplinary concept analysis of quality of life*. Western Journal of nursing research
- Kaffemanienė, I. (2006). *Negalės ir socialinės gerovės tyrimų metodologiniai aspektai*. Šiauliai
- 28.Kardelis, K. (1997). *Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai*. Kaunas: Technologija,
- 29.Kriščiūnas , A. Klimavičius, R. Kimtys, A. ir kt. (1997). *Reabilitacija*. Kaunas: Technologija,.
- 30.Kvale, S, (1996). *Interview: An Introduction to Qualitative Research Interviewing*. USA: Sage Publications
31. Leliūgienė, I. (2002). *Socialinio pedagogo (darbuotojo) Žinytas*. Kaunas: Technologija,

32. Lietuvos Respublikos buto (individualaus gyvenamojo namo) šildymo išlaidų, išlaidų šaltam ir karštam vandeniui kompensavimo gyventojams turintiems mažas pajamas įstatymas (Žin., 1999, Nr. 36 – 1062).
33. Lowenfeld, V. Lambert, V. Brittain. (1964). *Creative and Mental Growth*. 4th ed. New York.
34. McConachie, H. Smyth, D., Bax, M. (1997). *Services for children with disabilities in European Countries*.
35. *Neigaliųjų kompensacinė technika*. (2000). Respublikinis invalidų kompensacinės technikos centras, Vilnius: Medikų žinių leidykla.
36. O'Sullivan, S. B., Schmitz, T. J. (2001). *Physical rehabilitation Assessment and treatment. Fourth Edition*. F. A. Davis Company : Philadelphia,
37. *Occupational therapy. Practices skills for physical dysfunction*. St Luis, London, Philadelphia, Sydney, Toronto, 2001.
38. Prasauskienė A., (2003). *Vaičių raidos sutrikimai*.
39. Ruškus, J. (2001). *Negalės psichologija: Mokomoji knyga*. Šiaulių universiteto leidykla
41. Ruškus, J. (2002). *Negalės fenomenas*. Šiaulių universiteto leidykla,
42. Renwick, R., Brown, I., Nagler, M., (1996). *Quality of life in health promotion and rehabilitation*.
43. Sabaitė B., Karpavičius, K. (2003). *Neįgaliųjų kūno kultūros ir sporto istorijos Lietuvoje bruožai 1990-2000* mokomoji priemonė. Kaunas: LKKA
44. Slivovskaja I, Cirtautas A (2001). *Reabilitacija po kojos amputacijos*. Vilnius
45. Snieškienė, D (1999). *Socialinės gerovės institucija: socialinės rūpybos paskaitų konceptas*. VDU Socialinės rūpybos profesinių studijų centras,
46. Žalminė, L (1997). *Socialinės paslaugos neįgaliesiems// Neįgaliųjų asmenų socialiniai poreikiai, jų tyrimo ir tenkinimo problemos*, konferencija. Pranešimų medžiaga. Šiauliai: ŠU

Paulius Zajankauskas
The Master's Degree Thesis

Summary

The work presents theoretical analysis of life change of people with leg amputation and their participation in sports activities.

The hypothesis shows that people who faced leg amputation and take part in sports activities have a better quality of life than those, who sport not regularly.

Due to the method of questionnaire, a research was done and its purpose was to evaluate the role of sport in the life of people with leg amputation. Also, there is a statistical analysis of data.

The research included people who faced the leg amputation in the level of a thigh. The period after amputation was not less than 3 years, and the person had to be involved in sports not less than 1 year.

The empiric approach reveals the index of the life quality of people with leg amputation, it also shows the role of sports for the quality of life, the changes in life quality due to the intensity of sports activities.

1. It was stated that the biggest part of disabled people taking part in sports activities are lonely (19%) have small income (44%) live in poor conditions (56%) poor health (19%) don't have satisfaction of life (19%)
2. The relation between participation in sports activities and harmful habits was also noticed. Those who sport actively smoke and use less.
3. The direct relation between taking part in sport and health and quality of life was also revealed. It comes that sport enables to have better health, which is one of main indexes of better life quality. People, who took part in the research, said that participation in sport could be the index, which improves the quality of life.
4. The results of the research showed that those who took part in the sports activities had better indexes of life quality than those who took part in sport not regularly.

ŠIAULIŲ UNIVERSITETAS
SOCIALINĖS GEROVĖS IR NEGALĖS STUDIJŲ FAKULTETAS
MEDICINOS PAGRINDŲ KATEDRA

Taikomosios kūno kultūros magistrantūros studijų programa

Paulius Zajankauskas

**ASMENŲ PO KOJŲ AMPUTACIJOS GYVENIMO KOKYBĖS KAITA
DĖL DALYVAVIMO SPORTINĖJE VEIKLOJE**

Magistro darbo priedai

*Magistro darbo vadovė-
Dr. Jūratė Požerienė*

2008

Labą diena,

Sveiki, šiandien man reikalinga JŪSŪ pagalba, aiškinantis su kokiais sunkumais susiduria neįgalieji, kaip juos priima šeima, visuomenė, su kokiomis problemomis susiduria kasdieninėje veikloje. Siekiant konfidencialumo įrašyti jūsų vardo ir pavardės nereikia.

ŽYMĖKITE

1. Jūsų lytis: vyras moteris

2. Jūsų amžius:

- a) iki 20 metų
- b) nuo 20 iki 35 metų
- c) nuo 35 iki 50 metų
- d) daugiau negu 50 metų

3. Kur gyvenate:

- a) namuose
- b) internate
- c) pensionate
- d) senelių namuose

4. Ar gyvenamasis būstas pritaikytas (durų plotis, slenksčiai, vonia, virtuvė, ir pan.) pagal Jūsų poreikius?

Taip Dalinai Ne

5. Ar galite be kliūčių pasiekti išorinę aplinką iš savo būsto ?

Taip Dalinai Ne

6. Ar mokate vairuoti automobilį ?

Taip Ne

7. Jeigu taip, ar turite automobilį ?

Taip Ne

8. Kokia jūsų šeimyninė padėtis:

- a) Vedęs (ištekejusi) ar gyvenu kartu su kitu partneriu (e)
- b) Išsiskyręs (usi)
- c) Vienišas (a)
- d) Gyvenu su tėvais
- e) Gyvenu savarankiškai

9. Jei vedęs (ištekejusi) ar gyvenate kartu su partneriu, ar sukūrėte šeimą būdamas neįgaliau (ia) ?

Taip Ne

10. Ar mokotės ?

Taip Ne

11 Kur mokotės ?

- a) namuose
- b) internate
- c) pensionate
- d) bendrojo lavinimo mokykloje
- e) aukštesniojoje mokykloje
- f) aukštojoje mokykloje

12. Jūsų išsilavinimas:

- a) Neturiu oficialaus išsilavinimo
- b) Pradinis
- c) Pagrindinis (10 klasių)
- d) Vidurinis
- e) Profesinis
- f) Aukštesnysis
- g) Aukštasis

13. Kokia veikla Jūs užsiimate (galimi keli atsakymo variantai) :

- a) Dirbu
- b) Mokausi
- c) Lankau dienos centrą
- d) Sportuoju
- e) Užsiimu kita veikla (*įrašyti kokia*) • _____
- f) Mano nuomone nieko neveikiu

14. Jei užsiimate kokia nors veikla, ar ji vyksta :

- a) tik tarp neįgaliųjų žmonių
- b) kartu su įgaliaisiais (*sveikaisiais*) žmonėmis

15. Jeigu turite darbą, ar vieta specialiai pritaikyta:

Taip Ne

16. Pragyvenimo šaltinis:

- a) darbo užmokestis
- b) invalidumo pensija
- c) kita (*įrašyti*) _____

17. Ar šios pajamos pakankamos?

- a) Absoliučiai nepakankamos (gyvenu skurde)
- b) Nepakankamos (vos suduriu galą su galu)
- c) Patenkinamos (maistui pakanka, bet ne daugiau)
- d) Užtenka pragyvenimui (užtenka apmokėti maisto ir buitės paslaugas)
- e) Geros (galiu ir sutaupyti , šalia maisto ir buitės paslaugų)

18. Kaip Jūs vertinate dabartinę savo sveikatos būklę:

- a) labai gera
- b) gera
- c) vidutiniška
- d) bloga
- e) labai bloga

19. Ar, kada ir kaip dažnai, Jūsų nuomone, jums reikia medikų (gydytojo ar personalo pagalbos)?

- a) Medikų pagalbos nereikia, nes niekada nesergu ir jaučiuosi sveikas (a)
- b) Reikia medikų pagalbos, kai susergu kokia nors liga ar atsiranda komplikacijų dėl negalios
- c) Retkarčiais (pagal atsitiktinę situaciją) reikia medikų konsultacijos negalios klausimais, nors ir nebūna komplikacijų
- d) Dažnokai (pvz.: 2 – 3 kartus metuose) reikia medikų pagalbos dėl mano negalios neesant komplikacijų
- e) Dažnai (pvz.: 1 – 2 kartus per mėnesį) reikia medikų pagalbos dėl mano negalios, neesant komplikacijų
- f) Pastoviai (pvz.: kas savaitę ar dažniau) reikia pagalbos dėl mano negalios, neesant komplikacijų

20. Ar Jums reikalinga aplinkinių pagalba (kiek ir kokiomis aplinkybėmis) ?

- a) Visai nereikalinga pagalba, esu visiškai savarankiškas
- b) Retkarčiais prireikia pagalbos tik atsitiktinėse situacijose
- c) Prireikia pagalbos kai noriu dalyvauti nekasdieninėje (pvz.: *eskursijos, sportas, teatras, parodos, lavinimo būreliai ir kt.*) veikloje
- d) Retai prireikia pagalbos kasdieninėje veikloje
- e) Dažnai reikia pagalbos kasdieninėse situacijose

21. Ar naudojate kokias nors kompensacines priemones (lazdas, ramentus, vaikštynes ir kt.)

Taip Ne

22. Ar šios priemonės Jus tenkina?

Taip Ne

23. Jei naudojate vežimėlį, ar jis Jus tenkina?

Taip Ne

Jei netenkina, tai kokio tipo vežimėlio norėtumėte (įrašykite) • _____

24. Ar pastaruoju metu Jus vargino šie negalavimai:

- a) galvos skausmas
- b) skrandžio skausmas
- c) miego sutrikimai
- d) nerimas, nervingumas
- e) nemalonūs jautimas širdies plote
- f) alergija
- g) bloga nuotaika, irzlumas
- h) peršalimo ligos
- i) nevargino nei vienas iš išvardintų

25. Ar jaučiate skausmą kokioje nors kūno dalyje?

- a) Nejaučių skausmo
- b) Jaučiu silpnus skausmus
- c) Jaučiu vidutinius skausmus, bet nepastoviai
- d) Jaučiu vidutinius skausmus, bet pastoviai
- e) Jaučiu didelius skausmus, bet nepastoviai
- f) Jaučiu labai didelius skausmus

26. Ar pastaruosius mėnesius lankėtės pas gydytoją:

Taip Ne

27. Ar pastaruosius mėnesius gulėjote ligoninėje:

Taip Ne

28. Ar metų eigoje lankėtės sanatorijose ar reabilitacijos centruose?

Taip Ne

29. Ar Jūs patenkintas savo gydytoju, pas kurį dažniausiai lankotės:

Taip Ne

30. Ar Jums svarbus šeimos narių ir aplinkinių elgesys su Jumi

- a) Visiškai nesvarbus
- b) Negaliu pasakyti, apie tai negalvoju
- c) Šiek tiek svarbus
- d) Ganėtinai svarbus
- e) Svarbus
- f) Labai svarbus

31. Kaip Jūsų nuomone su Jumis elgiasi šeimos nariai?

- a) Labai blogai
- b) Blogai
- c) Patenkinamai
- d) Gerai
- e) Labai gerai

32. Kaip Jūsų nuomone, su Jumis elgiasi draugai/kaimynai/pažįstami?

- a) Labai blogai
- b) Blogai
- c) Patenkinamai
- d) Gerai
- e) Labai gerai

33. Ar šeimos nariai (kartu gyvenantis asmenys) Jums padeda įvairiose gyvenimo situacijose?

- a) Gyvenu vienas todėl negaliu atsakyti
- b) Niekada nepadedą, net jei paprašau
- c) Retkarčiais padeda jeigu prašau
- d) Dažnai padeda, jeigu prašau
- e) Visada padeda jeigu prašau
- f) Visada stengiasi padėti net neprašomi

34. Ar draugai/aplinkiniai/bendradarbiai Jums padeda įvairiose gyvenimo situacijose?

- a) Niekada nepadedą, net jei paprašau
- b) Retkarčiais padeda jeigu prašau
- c) Dažnai padeda, jeigu prašau
- d) Visada padeda jeigu prašau
- e) Visada stengiasi padėti net neprašomi

35. Kokius jausmus, Jūsų nuomone, Jums jaučia šeimos nariai?

- a) Neturiu šeimos narių todėl negaliu atsakyti
- b) Manau, kad manęs bijo, gal net nori užgaulioti ar net nekenčia
- c) Manau, kad manęs nemėgsta ir vengia manęs
- d) Manau, kad man yra abejingi ir į mane nekreipia dėmesio
- e) Manau, kad man jaučia gailestį ir palankumą
- f) Manau, kad mane myli

36. Kokius jausmus, Jūsų nuomone, jums jaučia aplinkiniai?

- a) Manau, kad manęs bijo, gal net nori užgaulioti ar net nekenčia
- b) Manau, kad manęs nemėgsta ir vengia manęs
- c) Manau, kad man yra abejingi ir į mane nekreipia dėmesio
- d) Manau, kad man jaučia gailestį o gal ir palankumą
- e) Manau, kad mane mėgsta ir norėtų su manim bendrauti

37. Ar turite artimų draugų, su kuriais galite pasiklabėti įvairiomis temomis?

- Taip Ne

38. Jeigu neturite ir galėtumėte atsakyti, tai kodėl:

- a) Visada buvau uždaro būdo ir nemėgstantis (i) bendrauti
- b) Ištikus negalei užsisiklėdžiau savyje
- c) Nerandu bendraminčių
- d) Neturiu laiko
- e) Kitos priežastys (*įrašyti*) • _____

39. Ar Jūs dabar rūkote ?

Taip Ne

40. Ar dažnai tenka būti prirūkytose patalpose ?

- a) Kasdien
- b) Kartais
- c) Niekada

41. Ar dažnai vartojate alkoholinius gėrimus ?

- a) kasdien
- b) 2 – 3 kartus per savaitę
- c) kartą per savaitę
- d) 2 – 3 kartus per mėnesį
- e) kelis kartus per metus
- f) niekada nevartoju

42. Ar kada nors bandėte vartoti narkotikus ?

- a) taip
- b) ne
- c) nenoriu atsakyti

43. Kaip dažnai sportuojate ir ar dalyvaujate varžybose ?

- a) Retkarčiais, pagal norą ir laiko galimybes
- b) 1 –2 kartus per savaitę, bet nepastoviai
- c) 1 –2 kartus per savaitę, bet pastoviai
- d) 2 – 3 ir daugiau kartų, dalyvauju respublikinėse varžybose
- e) 3 ir daugiau kartų, dalyvauju tarptautinėse varžybose

44. Kas paskatino Jus sportuoti?

- a) Medicinos darbuotojai
- b) Tėvai ir/ar artimieji
- c) Žinios spaudoje ir televizijoje
- d) Neįgalūs ir įgalūs draugai
- e) Fizinės veiklos specialistai (treneriai, mokytojai)
- f) Kiti asmenys

45. Ar turimas sportinis inventorių Jus tenkina?

- a) Inventoriaus neturiu iš viso
- b) Turiu šioki tokį inventorių, kuris visiškai netenkina
- c) Turiu neblogą inventorių, kuris tenkina dalinai
- d) Turiu gerą inventorių, kuris mane tenkina
- e) Turiu labai gerą sportinį inventorių

46. Kokių transportu vykstate į treniruotes?

- a) Atsitiktiniu transportu, pakeleivinga mašina
- b) Autobusu
- c) draugų mašina
- d) Savo automobiliu
- e) Kitomis transporto priemonėmis (*įrašykite kokiomis*)

• _____

47. Kaip Jūsų nuomone, su Jumis elgiasi treneriai?

- a) Labai blogai, nepagarbiai
- b) Blogai
- c) Patenkinamai
- d) Gerai
- e) Labai gerai, mane vertina

48. Noro sportuoti priežastys?

- a) Daugiau informacijos apie neįgaliųjų sporto klubų veiklą
- b) Sudarytos sąlygos sportuoti
- c) Sudarytos galimybės naudotis viešuoju transportu
- d) Sveikatos stiprinimas (noras įveikti arba palengvinti savo negalia)
- e) Finansinė parama (gaunamos pajamos už sportą)
- f) Savo galimybių pažinimas
- g) Noras pakeliauti ir pamatyti pasaulį
- h) Bendravimas su likimo draugais
- i) Kitos priežastys (*rašyti*) • _____

49. Jūsų gyvenimo kokybei svarbiausia:

- a) Fizinė sveikata
- b) Psichologinė sveikata
- c) Socialiniai santykiai(bendravimas)
- d) Kita

50. Kaip dažnai lankotės šioje įstaigoje:

- a) kasdien
- b) 2 – 3k per savaitę
- c) kartą per savaitę
- d) 2 – 3k per mėnesį
- f) kartą per mėnesį

51. Kodėl lankotės šioje įstaigoje:

- a) noras išvengti vienatvės, rasti naujų draugų

- b) tam, kad gyvenimas taptų įvairesnis ir įdomesnis
- c) galimybė informuoti visuomenę apie žmonių su fizine negalia problemas
- d) galimybė užsiimti patinkančia veikla
- e) kita _____

52. Kokie pasikeitimai atsirado Jūsų gyvenime pradėjus lankytis šioje įstaigoje?

- a) padeda praleisti laisvalaikį
- b) padeda išvengti vienišumo jausmo
- c) atsirado galimybė save realizuoti
- d) pasikeitė gyvenimo kokybė
- e) atsirado optimistinis požiūris į gyvenimą
- f) nėra pasikeitimų
- g) kita _____

Jeigu liko nepaminėtas svarbus Jūsų gyvenimui klausimas arba turite kokių nors pastabų ar pasiūlymų dėl šios anketos ar vykdomo tyrimo, prašome juos užrašyti:
