

VILNIAUS UNIVERSITETAS
MEDICINOS FAKULTETAS
REABILITACIJOS, FIZINĖS SPORTO MEDICINOS KATEDRA

Tvirtinu:

Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto
Reabilitacijos, fizinės ir sporto medicinos katedros
studijų programų komiteto pirmininkas
prof. dr. J. Raistenskis

Data:

Uršulia Galinskaja

**ASMENŲ, PO KLUBO ŠANARIO ENDOPROTEZAVIMO
OPERACIJOS, SU SVEIKATA SUSIJUSIOS GYVENIMO
KOKYBĖS IR NAMŲ APLINKOS PRITAIKYMO SĄSAJOS**

REABILITACIJOS MAGISTRO BAIGIAMASIS DARBAS

Darbo vadovė: Dr. med. Dainė Janonienė

Darbo priėmimo data:

Parašas

VILNIUS, 2017

ANOTACIJA

Reabilitacijos magistro baigiamasis darbas „Asmenų, po klubo sąnario endoprotezavimo operacijos, su sveikata susijusios gyvenimo kokybės ir namų aplinkos pritaikymo sąsajos“ atliktas 2016 – 2017 metais VšĮ „Pušyno kelias“ sanatorijoje.

Darbo autorė: Uršulia Galinskaja.

Darbo vadovė: dr. med. Dainė Janonienė Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Reabilitacijos, fizinės ir sporto medicinos katedra.

Darbas apsvartytas VU MF Reabilitacijos, fizinės ir sporto medicinos katedros posėdyje 2017 m. gegužės 09 dieną, įvertintas teigiamai ir rekomenduotas viešam gynimui.

Darbo recenzentai:

1. Prof. dr. M. Tamulaitienė
2. Asist. J. Kesienė

Reabilitacijos magistro baigiamasis darbas „Asmenų, po klubo sąnario endoprotezavimo operacijos, su sveikata susijusios gyvenimo kokybės ir namų aplinkos pritaikymo sąsajos“ ginamas viešame Reabilitacijos magistro baigiamųjų darbų gynimo komisijos posėdyje, kuris įvyks 2017 m. birželio mėn. 7 d. 9.00 val. VUL SK, Vaikų ligoninėje, Žaliojoje auditorijoje.

Su darbu galima susipažinti Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Reabilitacijos, fizinės ir sporto medicinos katedroje.

SANTRAUKA

Vilniaus universiteto Medicinos fakultetas
Reabilitacijos, fizinės ir sporto medicinos katedros
Reabilitacijos magistro programa

ASMENŲ, PO KLUBO ŠĄNARIO ENDOPROTEZAVIMO OPERACIJOS, SU SVEIKATA SUSIJUSIOS GYVENIMO KOKYBĖS IR NAMŲ APLINKOS PRITAIKYMO SĄSAJOS

Reabilitacijos magistro baigiamasis darbas

Darbo autorė: Uršulia Galinskaja

Darbo vadovė: dr. med. Dainė Janonienė, Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Reabilitacijos, fizinės ir sporto medicinos katedra.

Raktiniai žodžiai: Reabilitacija, ergoterapija, gyvenimo kokybė, kompensacinės priemonės, klubo sąnarys, endoprotezavimas, namų aplinka, pritaikymas.

Darbo tikslas: Nustatyti asmenų, po klubo sąnario endoprotezavimo operacijos, gyvenimo kokybės ir namų aplinkos pritaikymo sąsajas.

Darbo uždaviniai:

1. Įvertinti asmenų, po klubo sąnario endoprotezavimo operacijos, namų aplinkos pritaikymą atokiuoju periodu.
2. Įvertinti asmenų, po klubo sąnario endoprotezavimo operacijos, gyvenimo kokybę ir skausmą prieš reabilitaciją ir po reabilitacijos.
3. Įvertinti gyvenimo kokybės sąsajas su namų aplinkos pritaikymu atokiuoju periodu.

Tyrimo metodai:

Tyrimas atliktas VŠĮ „Pušyno kelias“ sanatorijoje. Nuo 2016 m. lapkričio 2 d. iki 2017 m. kovo 20 d.

Tyrimė dalyvavo 45 tiriamieji po pirmos klubo sąnario endoprotezavimo operacijos, iš jų 26 vyrai ir 19 moterų. Amžiaus vidurkis yra $66,89 \pm 6,224$. Jauniausiam tyrimo dalyviui 60 metų, vyriausiam – 80 metų. Tyrimui taikytas anketinis testavimas: norėdami nustatyti skausmo intensyvumą, vertinome vizualine analogine skausmo skale, gyvenimo kokybės pokyčius vertinome gyvenimo kokybės klausimyno EQ-5D 5 komponentus: judėjimą, savęs priežiūrą, įprastinę/kasdienę veiklą,

skausmą, nuovargį/depresiją, namų aplinkos pritaikymas buvo vertinamas atokiuoju laikotarpiu, praėjus 1 mėnesiui po operacijos. Klausimynas buvo sudarytas remiantis TFK klasifikacijos judėjimo dalimi, knyga „Aplinka visiems“ ir knyga „Aplinkos pritaikymas neįgaliems asmenims“, atrenkant tam tikrus komponentus. Tyrimo duomenims apdoroti buvo naudojamas statistinis duomenų apdorojimo paketas – SPSS Statistics 17.0 (Statistical Package for Social Science). Tyrimui buvo naudojami neparimetriniai statistiniai metodai: Kronbacho alfa koeficientas, Perason chi – kvadratas (χ^2), Spearman koreliacijos koeficientas.

Rezultatai: Apibendrinus gautus duomenis, galima teigti, kad dauguma tiriamųjų prisitaikė gyvenamąją aplinką, įsigijo reikiamas priemones, kurios padėjo atliekant kasdienes veiklas. Analizuojant skausmo intensyvumą ir gyvenimo kokybės komponentus prieš ir po reabilitacijos, tyrimo metu nustatyta, kad statistiškai reikšmingai sumažėjo skausmo intensyvumas, pagerėjo judėjimas ir sveikata. Išanalizavus ryšius tarp namų aplinkos pritaikymo ir gyvenimo kokybės komponentų, pastebėta, kad kuo labiau namų aplinka pritaikyta, tuo geresnė gyvenimo kokybė.

Išvados:

1. Daugelis tiriamųjų prisitaikė vonios (75,6 proc.), tualetu (55,6 proc.) aplinką, įsigijo reikiamas kompensacines (60 proc.), pagalbines (55,6 proc.) priemones.
2. Reabilitacijos eigoje statistiškai reikšmingai sumažėjo skausmo intensyvumas ($p=0,018$), pagerėjo judėjimas ($p=0,020$), pacientai geriau vertino savo sveikatą ($p=0,006$).
3. Esant labiau pritaikytai namų aplinkai gyvenimo kokybė ir sveikata yra geresnė.

SUMMARY

Vilnius University

Faculty of medicine

Department of Rehabilitation, Physical and Sports Medicine

Master of Rehabilitation Program

RELATIONS BETWEEN HEALTH QUALITY OF LIFE AND HOME ENVIRONMENT ADAPTATION AFTER HIP REPLACEMENT

Rehabilitation Master's thesis

The Author: Uršulia Galinskaja

Work Leader: medical doctor Dainė Janonienė, Vilnius University Faculty of Medicine, Rehabilitation, Physical and Sports Medicine Department.

Keywords: rehabilitation, occupational therapy, quality of life, hip, replacement, home environment, adaptation.

The aim of research work: identify relation between quality of life and adaptation of home environment after hip replacement.

Tasks of work:

1. Assess the pain and quality of life before and after rehabilitation after hip replacement.
2. Assess home environment adaptation during the outlying period after hip replacement.
3. Assess relations between of the quality of life and home environment adaptation during the outlying period.

Materials and methods:

The survey was conducted in the sanatorium VŠĮ „Pušyno kelias“. Period: 2016-11-02 – 2017-03-20.

The survey was attended by 45 subjects after primary hip replacement. 26 men and 19 women. The average of age was 66.89 ± 6.224 . The youngest participants were 60 years old, the oldest - 80 years old. To determine the intensity of pain a questionnaire with a visual analogue scale of pain was used. To find out the changes in quality of life after hip replacement, the following 5 components of the questionnaire EQ-5D were evaluated: mobility, self-care, usual daily activities, pain/discomfort,

anxiety/depression. Home environment adaptation was evaluated during the outlying period, 1 month after operation. The questionnaire was drawn up on the basis of the part about the movement TFK classification, in the books "Environment for All" and "Environment adaptation for people with disabilities". The questionnaire was drawn after review of Lithuanian books and the selection of certain components in said books. Statistical data processing package SPSS 17.0 (Statistical Package for Social Science) was used to process the data of the survey. The following methods were used while conducting the research: Cronbach alfa coefficient, Pearson's chi square, Sperman correlation coefficient.

Results:

After summing up the data, it can be stated, that most of the patients adapted their living environment and bought the necessary tools to help with their daily tasks. While analysing the intensity of pain and the quality of life before and after the rehabilitation, it was confirmed, that statistically, the pain intensity had diminished while movement and health improved. After looking into the relation between home environment adaptation and quality of life, it was noted, that the more the environment was adapted, the more quality of life improved.

Conclusions:

1. Most of the examined patients have adapted their bathroom (75,6 proc.) and toilet (55,6 proc.) areas, bought the required compensating (60 proc.) and helping (55,6 proc.) tools.
2. During the rehabilitation, statistically the intensity of pain decreased substantially ($p=0,018$), movement improved ($p=0,020$) and patients rated their life quality as better ($p=0,006$).
3. Life quality and health improve the more the home environment is adapted.

TURINYS

SANTRAUKA	3
SUMMARY	5
SANTRUMPOS	9
DARBE PATEIKTŲ LENTELIŲ SĄRAŠAS.....	10
DARBE PATEIKTŲ PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS.....	11
1. ĮVADAS.....	13
2. LITERATŪROS APŽVALGA	15
2.1. Klubo sąnario endoprotezavimo priežastys.....	15
2.2. Veiksniai įtakoiantys pacientų, kuriems atlikta klubo endoprotezavimo operacija, mobilumą ir apsitarnavimą	16
2.3. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės pokyčiai pacientams po klubo endoprotezavimo operacijos.....	18
2.4. Reabilitacija.....	21
2.4.1. Ergoterapija	23
2.4.2. Namų aplinkos pritaikymo poreikis	25
3. TYRIMO METODAI IR ORGANIZAVIMAS	27
3.1. Tyrimo organizavimas	27
3.2. Tyrimo metodika.....	28
4. STATISTINĖ DUOMENŲ ANALIZĖ.....	30
5. TYRIMO REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS	32
5.1. Tyrimo kontingentas	32
5. 1.1. Gyvenamoji vieta ir jos aplinkos pritaikymas	32
5. 1.2. Tualetų ir vonios aplinkos pritaikymas.....	39
5. 1.3. Aplinkos pritaikymas ir aplinkinių pagalba.....	43
5.2. Tiriamųjų, po klubo sąnario endoprotezavimo operacijos, skausmas ir gyvenimo kokybė prieš reabilitaciją ir po reabilitacijos	53

5. 3. Tiriamųjų, po klubo sąnario endoprotezavimo operacijos, gyvenimo kokybės ir namų aplinkos pritaikymo sąsajos po reabilitacijos ir atokiuoju periodu	60
6. TYRIMO REZULTATŲ APTARIMAS	63
7. IŠVADOS	65
8. PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS	66
9. LITERATŪROS SĄRAŠAS	67
PRIEDAI	

SANTRUMPOS

HRQoL – su sveikata susijusios gyvenimo kokybės klausimynas

EULAR – Europos Sąjungos lyga prieš reumatą

MMSE – protinės būklės mini tyrimas

VAS – vizualinė analoginė skausmo skalė

TFK – Tarptautinė funkcionavimo, negalumo ir sveikatos klasifikacija

LENTELIŲ SĄRAŠAS

1 lentelė. Skausmo intensyvumo kodavimas	28
2 lentelė. Gyvenimo kokybės klausimo „Jūsų sveikata šiandien“ kodavimas.....	28
3 lentelė. Klausimynų patikimumo analizė.....	30
4 lentelė. Skausmo intensyvumas prieš ir po reabilitacijos.....	53
5 lentelė. Tiriamųjų namų aplinkos pritaikymo ir gyvenimo kokybės sąsajos po reabilitacijos ..	60
6 lentelė. Tiriamųjų namų aplinkos pritaikymo ir gyvenimo kokybės sąsajos atokiuoju periodu.	61

PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

1 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal lytį.....	32
2 pav. Gyvenamoji vieta.....	33
3 pav. Ar Jūsų daugiabutyje yra liftas ir Ar liftas važiuoja iki Jūsų aukšto?.....	33
4 pav. Daugiabučio aukštai	34
5 pav. Laiptai pastato išorėje/namuose/bute.....	34
6 pav. Laiptų skaičius išorėje/namuose.....	35
7 pav. Turėklų poreikis.....	35
8 pav. Laisvas plotas judėjimui namuose su ramentais/vaikštyne	36
9 pav. Kliuviniai, ribojantys judėjimą, namuose su ramentais/vaikštyne	36
10 pav. Kliuviniai ant grindų namuose	37
11 pav. Slenkstis į vonios/tualetų kambarį.....	38
12 pav. Slenksčio aukštis	38
13 pav. Slenksčio plotis.....	39
14 pav. Tualetų pritaikymas	40
15 pav. Tualetų vieta	40
16 pav. Tualetų vieta name/bute.....	41
17 pav. Tualetų turėklai.....	41
18 pav. Tualetų sėdynės paaukštinimas	42
19 pav. Vonios kambario pritaikymas	42
20 pav. Pritaikytos priemonės vonios kambaryje.....	43
21 pav. Kėdžių paaukštinimas.....	44
22 pav. Dažniausiai naudojamas baldas sėdėjimui	44
23 pav. Naudojamas transportas kelionei namo	45
24 pav. Sunkumai įlipti/išlipti į/iš transporto priemonės	46
25 pav. Šeimos pagalbos poreikis	46
26 pav. Pagalbinių priemonių poreikis prausiantis/rengiantis.....	47
27 pav. Pagalbinės priemonės naudojamos prausiantis/rengiantis.....	47
28 pav. Rūpinimasis aplinkos pritaikymu	48
29 pav. Kliuviniai pritaikant namų aplinką.....	49

30 pav. Turimos priemonės namuose po reabilitacijos	49
31 pav. Paaukštintos lovos poreikis	50
32 pav. Paaukštinto tualetu poreikis.....	51
33 pav. Paaukštintos kėdės poreikis	51
34 pav. Priemonių kompensavimas.....	52
35 pav. Įsigytos priemonės.....	52
36 pav. Skausmo intensyvumas prieš ir po reabilitacijos.....	54
37 pav. Judėjimas prieš ir po reabilitacijos	55
38 pav. Savęs priežiūra prieš ir po reabilitacijos.....	56
39 pav. Įprastinė/kasdieninė veikla prieš ir po reabilitacijos	57
40 pav. Skausmas/diskomfortas prieš ir po reabilitacijos	57
41 pav. Nuovargis/depresija prieš ir po reabilitacijos	58
42 pav. Tiriamųjų sveikata prieš ir po reabilitacijos	59

1. Įvadas

Daugiau kaip pusė vyresnių nei 70 m. žmonių serga klubo, kelio, peties ir čiurnos sąnarių ligomis. Šios ligos neretai vargina ir jaunesnio amžiaus žmones, trukdo dirbti, blogina gyvenimo pilnatvę [1].

Pasaulyje augant gyventojų skaičiui, auga ir susirgusiųjų koksartroze skaičius. Vien per 2012 m. klubo sąnario endoprotezavimas atliktas daugiau nei 2 milijonams pacientų, iš jų daugiausia Kinijoje – 700 tūkst., Lietuvoje – daugiau nei 5000, Jungtinėse Amerikos Valstijose – per 200 tūkst. 2030 m. Jungtinėse Amerikos Valstijose planuojama atlikti jau 500 tūkst. klubo endoprotezavimų operacijų [2].

Klubo sąnario pakeitimo operacijų skaičius pateikiamas vis dažniau, bet su skirtingu greičiu visoje Europoje. 2009 metais norma svyravo nuo 296 atvejų 100 tūkst. gyventojų Vokietijoje, ir iki 44 atvejų 100 tūkst. gyventojų Lenkijoje [3]. Pagal demografines tendencijas Šveicarijoje ateinančiais dešimtmečiais labai padidės klubo sąnario endoprotezavimo operacijos poreikis [4].

Simptominis klubo sąnario osteoartritas atsiranda 3 proc. vyresnio amžiaus žmonių ir yra susijęs su prasta bendra sveikatos būkle. Gydomo strategijos klubo skausmo yra dalinamos į dvi stambias kategorijas: konservatyvusis gydymas, kada pasitelkiama analgezija, fizinis aktyvumas/sportas, išsilavinimas, svorio mažinimas, ir chirurginė intervencija - klubo sąnario endoprotezavimas, kuris yra laikomas efektyviausiu gydymu vyraujant paskutiniai ligos stadijai [5].

Asmenims, sergantiems klubo sąnario artritu, chirurginės intervencijos daugeliu atvejų yra sėkmingos. Šių intervencijų dėka pacientams sumažėja arba visiškai išnyksta skausmas, išvengiama funkcinės negalios, pagerinama gyvenimo kokybė [6].

Atlikti tyrimai byloja, kad fizinis aktyvumas ir pacientų informavimas/švietimas dėl namų aplinkos pritaikymo yra rekomenduojamas visiems sergantiems klubo sąnario osteoartritu, artritu kaip pirminiu gydymu. Vieni atlikti tyrimai rodo, kad pratimai ir tikslingai pritaikyta namų aplinka gali būti naudingi mažinant skausmą ir gerinant apatinių galūnių funkcijas. Remiantis bendru sutarimu, kad sąnario pakeitimo operacijos yra tinkamos tik paskutinėse ligos stadijose, sąnarių endoprotezavimo operacijos gali būti naudojamos kaip pasekmė įvertinti ligos progresavimą. Nėra tiksliai žinoma, ar pratimai ir pritaikymas gyvenamosios vietos gali turėti įtakos osteoartrito progresavimui, ir taip sumažinti bendrą sąnarių pakeitimo poreikį. Atlikti tyrimai nenustato statistiškai patikimos namų aplinkos pritaikymo įtakos asmenų savarankiškumui [5].

Darbo mokslinis aktualumas. Po klubo sąnario endoprotezavimo operacijos pacientai susiduria su mobilumo ir savarankiškumo problemomis, turinčiomis tiesioginę įtaką jų gyvenimo kokybei. Dėl apribojimų po klubo sąnario endoprotezavimo operacijos ypač svarbu pritaikyti namų aplinką, siekiant gerinti gyvenimo kokybę. Reabilitacijos įstaigose pacientai neturi apribojimų, nes aplinka yra pritaikyta. Užsienio mokslininkų teigimu, pacientą konsultuojant, mokant ir pritaikant namų aplinką, po klubo endoprotezavimo, padidėja žinių lygis, savarankiškumas, bei sumažėja pooperaciniai apribojimai [5]. Tačiau Lietuvoje nėra atlikta mokslinių tyrimų apie aplinkos pritaikymo problemas pacientams grįžus namo po reabilitacijos.

Darbo mokslinis naujumas. Lietuvoje nėra analizuota esama situacija, t. y. paciento po klubo sąnario endoprotezavimo operacijos namų aplinkos pritaikymas, kliuviniai trukdantys pritaikyti aplinką, nepritaiktos aplinkos įtakos žmogaus gyvenimo kokybei (pvz., mobilumas, savarankiškumas) iš paciento ir ergoterapeuto pozicijos.

Hipotezė: Pritaikius namų aplinką po klubo sąnario endoprotezavimo operacijos, pagerėja gyvenimo kokybė.

Tyrimo objektas: Gyvenimo kokybės gerėjimas, pritaikius namų aplinką.

Tyrimo subjektas: Asmenys, po klubo sąnario endoprotezavimo operacijos.

Tyrimo tikslas: Nustatyti asmenų, po klubo sąnario endoprotezavimo operacijos, gyvenimo kokybės ir namų aplinkos pritaikymo sąsajas.

Uždaviniai:

1. Įvertinti asmenų, po klubo sąnario endoprotezavimo operacijos, gyvenimo kokybę ir skausmą prieš reabilitaciją ir po reabilitacijos.
2. Įvertinti asmenų, po klubo sąnario endoprotezavimo operacijos, namų aplinkos pritaikymą atokiuoju periodu.
3. Įvertinti asmenų, gyvenimo kokybės sąsajas su namu aplinkos pritaikymu atokiuoju periodu.

Darbo praktinė vertė: Tikslinga kuo anksčiau pritaikyti namų aplinką, kad pacientai grįžę namo galėtų gyventi kokybišką ir savarankišką gyvenimą.

2. LITERATŪROS APŽVALGA

2.1. Klubo sąnario endoprotezavimo priežastys

Klubo sąnario osteoartritas, artritas, koksartrozė yra dažniausios vyresnių asmenų negalios priežastys visame pasaulyje. Dėl ligos nulemta sąnario susidėvėjimo kremzlė suminkštėja, supleišėja, sumažėja jos storis, todėl sutrinka klubo sąnario funkcija. Sąnario judesiai tampa skausmingi, sudėtingesni, sąnarys gali patinti. Dažniausiai šios ligos pažeidžia kelio, klubo, stuburo, čiurnos sąnarius [2].

Dabašinskienė AG. su kolegomis pabrėžia, kad klubo sąnarys yra vienas didžiausių ir svarbiausių sąnarių žmogaus organizme. Jis turi didelį judėjimo diapazoną ir gerą stabilumą. Pacientams, kuriems pažeistas klubo sąnarys, sunku atlikti kasdieninę veiklą, pablogėja jų gyvenimo kokybė [7].

Išskiriamos dažniausios klubo sąnario endoprotezavimo priežastys: osteoartritas, artritas, koksartrozė, duobutės nekrozė, kaulų lūžiai, ankilozinis spondilitas, neoplazija, sepsis, įgimta klubo sąnario dislokacija ar displazija, amžius, lytis, kūno masės indeksas, etninės grupės, socio-ekonominis statusas, reumatoidinis artritas, avaskulinė nekrozė [8, 9].

Kristensen J, Franklyn – Miller A, teigia, kad klubo osteoartritu serga 7 –25 proc. vyresnių nei 55 metų amžiaus asmenų. 70 proc. jų jaučia skausmą bei skundžiasi sumažėjusia judesių amplitude kasdieninės veiklos metu [10].

Tyrimas, kurį atliko Chiung-Jui Su D., Yuan KS. et al. parodė, kad pirminis osteoartritas nulemia daugiau nei 65 proc. atliekamų pirminių klubo endoprotezavimu operacijų Jungtinėse Amerikos Valstijose, Skandinavijos šalyse, Škotijoje ir Australijoje. Taip pat pranešama, kad Taivane klubo endoprotezavimo operacijos yra atliekamos dėl trijų pagrindinių priežasčių: avaskulinė nekrozė – 46,9 proc., osteoartritas – 41,6 proc. ir šlaunikaulio kaklo lūžis - 1,5 proc. [11].

Skaičius atliekamų klubo sąnario endoprotezavimo operacijų kasmet didėja visame pasaulyje. Chirurgija paprastai sėkmingai sumažina skausmą ir pagerina fizines funkcijas, pavyzdžiui, gebėjimą vaikščioti, atlikti namų ruošos darbus. Nors operacijos nauda yra žinoma, tačiau svarbiu tikslu išlieka priešoperacinės sveikatos būklės gerinimas. Pirma, žmonės laukia pakeitimo operacijos, ir dėl klubo kenčia didelį skausmą, o dažnai patyria ir negalią. Daugelyje sveikatos priežiūros sistemų, žmonės ilgai laukia operacijos laikotarpio, kuris prailgina jų kančias ir gali sukelti toliau blogėjančios sveikatos požymius, susijusius su gyvenimo kokybe. Antra, būklės įvertinimas prieš operaciją prognozuoja pooperacinę paciento būklę; žmonių su prastesnėmis fizinėmis funkcijomis prieš operaciją prastesni pooperaciniai rezultatai. Tų, kurių fizinės funkcijos yra pakankamai geros prieš, bus geresnės ir po

operacijos. Todėl intervencijos taikomos iki operacijos, sumažinančios skausmą ir pagerinančios fizines funkcijas, gali būti svarbios tiek prieš operaciją, tiek po jos [12, 13].

Pagrindinis klubo endoprotezavimo operacijos tikslas – pagerinti ligonio gyvenimo kokybę, sumažinti ar pašalinti skausmą ir pagerinti klubo sąnario funkciją [14].

Klubo sąnario endoprotezavimas yra viena labiausiai paplitusių ortopedinių operacijų ir viena efektyviausių bei saugiausių chirurginių intervencijų, kuri padeda išvengti neįgalumo, gerina gyvenimo kokybę ir judėjimą [7].

2016 m. lapkričio mėn. Valstybinės ligonių kasos ataskaitoje pateikti duomenis, kurie nurodo, kiek buvo atlikta Lietuvoje pirminių klubo sąnario endoprotezavimo operacijų 2015 metais, ir kiek yra laukiančių klubo sąnario endoprotezavimo pacientų. 2015 metais iš viso Lietuvoje buvo atlikta 4488 pirminių klubo endoprotezavimo operacijų, o 2014 metais buvo atlikta 4239 pirminės klubo sąnario operacijos. Tai yra 3 proc. mažiau nei 2015 metais. Laukiančių klubo sąnario endoprotezavimo pirminės operacijos yra 1521 pacientų [15].

2.2 Veiksniai, įtakoiantys mobilumą ir savarankiškumą po klubo sąnario endoprotezavimo

Vidutinio amžiaus suaugusiųjų tarpe antsvoris ir nutukimas yra gerai žinomi rizikos veiksniai klubo, ir ypač kelio sąnario osteoartrito vystymuisi [16]. Tačiau yra mažai informacijos apie vaikystėje ir jaunystėje turėtą antsvorio ir nutukimo poveikį vėlesniame gyvenime osteoartrito rizikai. Vieni mokslininkai teigia, kad antsvoris vaikystėje turi įtakos klubo skausmams ir osteoartrito išsivystymui vėlesniame gyvenimo etape [17], kiti tyrimai nurodo, kad antsvoris jauname amžiuje skatina klubo ir kelio osteoartrito riziką [18], nemažai tyrimų įrodo, kad antsvoris visą gyvenimą yra aktualus [19].

Pacientai, sergantys klubo osteoartritu, dažnai turi antsvorį, todėl kyla judėjimo apribojimai, kurie didina sėslaus gyvenimo būdo riziką ir sumažina galimybę šios ligos paveiktiems asmenims būti fiziškai aktyviais ir sumažinti antsvorį.

Yra kai kurių įrodymų, kad klubo sąnario endoprotezavimas didina fizinį aktyvumą, bet nė vienam iš pacientų nesumažėja kūno svoris po klubo sąnario endoprotezavimo operacijos. Šio tyrimo tikslas buvo išanalizuoti trumpalaikį (1 metų) ir ilgalaikį (4,5 metų) kūno svorio poveikį po klubo sąnario endoprotezavimo. Trumpalaikiam poveikiui išanalizuoti buvo vertinami pacientai (n = 618); ilgalaikiam poveikiui išanalizuoti buvo vertinami atsitiktiniu būdu atrinkti tiriamieji (n = 100). Prieš operaciją ir po operacijos kūno svorį ir ūgį pacientai savarankiškai pasakė. Amžiaus vidurkis tiriamojame grupėje buvo 70 metai. Rezultatai parodė, kad

vienerių metų po klubo sąnario endoprotezavimo kūno masės indeksas neviršijo 1 proc., o 3,4 proc. nustatytas antsvoris ir nutukimas. Po 4,5 metų, labai sumažėjo kūno masės indeksas - 6,4 proc.

Išvadose pateikiama, kad pacientams, turintiems antsvorį ir nutukimą, po 1 metų svoris sumažėjo, nors kliniškai nebuvo reikšmingas. Po 4,5 metų, svorio sumažėjimas kliniškai buvo reikšmingas tiems pacientams, kurie buvo nutukę. Mokslininkų nuomone, svorio sumažėjimas nors nėra kliniškai reikšmingas, tačiau mobilumui po klubo sąnario endoprotezavimo reikšmę turi didelę [20].

Jungtinėse Amerikos Valstijose nutukimas yra vienas iš pagrindinių epidemiologinių ir svarbiausių sveikatos problemų. 2010 metais daugiau kaip trečdalis suaugusiųjų ir 17 proc. vaikų Jungtinėse Amerikos Valstijose buvo nutukę. Per pastaruosius du dešimtmečius šis skaičius išaugo [21].

Jungtinėje Karalystėje klubo sąnario endoprotezavimas yra vienas iš labiausiai paplitusių pasirenkamųjų chirurginių procedūrų, atliekamų Nacionalinės sveikatos tarnybos, ir prognozuojama, kad šių procedūrų skaičius ateinančiais dešimtmečiais padidės [22].

Gould VC., Blom AW. ir Wylde W. atliko tyrimą, kurio tikslas buvo ištirti sąsajas skausmo ir judėjimo srityse po klubo sąnario endoprotezavimo, ir palyginti rezultatus su kontroline grupe. Visi pacientai, kuriems buvo atlikta pirminė klubo sąnario endoprotezavimo operacija viename centre prieš 12-16 metų, ir praėjus 5-8 metams po operacijos buvo paprašyti užpildyti pašto būdu Oxfordo klubo klausimyną. Klausimynas susideda iš 12 klausimų apie skausmą ir fizinį apribojimą per pastarąsias 4 savaites. 8 kategorijos turi po 5 atsakymo variantus, kurie vertinami nuo 1 iki 5, kur 1 – blogai, 5 – gerai. Kontrolinė grupė, kuriai nebuvo atlikta klubo sąnario pakeitimo operacija, pildė analogišką klausimyną. Palyginus dviejų grupių atsakymo rezultatus, pacientams po klubo sąnario endoprotezavimo rodikliai buvo daug blogesni negu kontrolinės grupės. Taipogi, panašūs rezultatai buvo gauti suskirsčius tiriamuosius pagal amžių. Nors akivaizdaus skirtumo tarp 5-8 ir 12-16 metų po operacijos nepastebėta, bet atsižvelgiant į amžių, tuo laikotarpiu reikšmingas pablogėjimas skausmo ir judėjimo srityse buvo nustatytas vyresniems nei 80 metų asmenims [23].

Remiantis atliktais tyrimais, mokslininkai pabrėžia, kad antsvoris ir nutukimas yra pagrindinė šios dienos ne tik klubo sąnario ligų, bet širdies ir kraujagyslių, psichikos susirgimų priežastis. Teigiama, kad norint sumažinti klubo sąnario endoprotezavimo operacijų skaičių, žmonės turi rūpintis savo sveikata. Kuo žmogaus gyvenimo būdas sėslesnis, tuo didesnė tikimybė susirgti bet kokia liga.

2.3 Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės pokyčiai po klubo sąnario endoprotezavimo

Rugienė R., Dadonienė J. ir kt. pabrėžia, kad žmogaus gyvenimo pilnatvę lemia daug veiksnių, ir pagrindiniai jų yra sveikata, materialinis gerbūvis, santykis su aplinka, nepriklausomumas. Apjungus šiuos veiksnius į visumą, ieškoma būdų, kaip kokybiškai įvertinti žmogaus gyvenimą.

1993 m. Pasaulio sveikatos organizacija pasiūlė gyvenimo kokybės apibrėžimą, kaip individualų savo paskirties gyvenime vertinimą kultūros ir vertybių sistemos, kurioje individas gyvena, požiūriu susijęs su jo tikslais, viltimis bei interesais [24].

Klubo sąnario pakeitimo arba endoprotezavimo operacija yra pažangus skausmingų ir ribojančių judesius sąnarių pažeidimų gydymo metodas, kuris pagerina gyvenimo kokybę asmenims, sergantiems osteoartritu, koksartroze ar kitomis ligomis [25].

Nemažai atliktų tyrimų rodo, kad po klubo endoprotezavimo ne visiems pacientams yra stebimas pagerėjimas. Net 9 proc. pacientų skundžiasi nuolatiniu skausmu po klubo endoprotezavimo ir 20% pooperacinis skausmas lydi juos ir atokiuoju periodu [26].

Nors teigiama, kad gyvenimo kokybės rodikliai gali negerėti atlikus operaciją, tačiau kiekvienais metais vis daugiau mokslininkų skiria dėmesį gyvenimo kokybei, ir nagrinėja jos sudedamąsias dalis po įvairiausių ligų, traumų ir pažeidimų. Fizinė ir psichinė žmogaus sveikata turi įtakos gyvenimo kokybei, nulemia savarankiškumo ir darbingumo lygį, gerina socialinius santykius ir sąveikauja su kitais aplinkos veiksniais [27].

Graikijos mokslininkai atliko tyrimą, kurio metu ištyrė ir palygino pacientų gyvenimo kokybės pokyčius. Norint palyginti ir įvertinti gyvenimo kokybės pokyčius, tyrimas buvo atliekamas tris kartus, prieš operaciją, po operacijos ir atokiuoju periodu (po 12 mėnesių). Rezultatai parodė, kad po vienerių metų gyvenimo kokybės rodikliai pagerėjo, padidėjo savarankiškumo lygis, sumažėjo poreikis pagalbos artimųjų namų aplinkoje. Pooperacinis skausmas visiškai išnyko, padidėjo judesių amplitudė, pacientai neturėjo sunkumų judant, save prižiūrint, kasdieninėje veikloje [28].

Kiti mokslininkai nagrinėjo pacientų gyvenimo kokybę ir raumenų funkciją po klubo endoprotezavimo operacijos. Mokslininkų tikslas buvo palyginti prieš ir po operacijos asmenų gyvenimo kokybės ir raumenų funkcijos pokyčius. Į tyrimą mokslininkai įtraukė 250 pacientų, kurie vertinami buvo Vakarų Ontarijo ir McMaster universitetų osteoartrito indeksu ir EQ-5D gyvenimo kokybės klausimynais. Tyrimo rezultatai parodė reikšmingą gyvenimo kokybės visų komponentų bei raumenų funkcijos pagerėjimą [29].

Peter W. F. su bendraautoriais atliko tyrimą, kuriuo metu tyrė ryšį tarp gretutinių ligų, skausmo, fizinių funkcijų ir gyvenimo kokybės. Tyrimas buvo atliekamas nuo 7 iki 22 mėnesių 4 ligoninėse. Autoriams svarbios buvo gretutinės ligos: nugaros, peties skausmas, alkūnės, riešo ar rankos skausmas, hipertenzija, šlapimo nelaikymas, klausos sutrikimas arba vėžys. Tyrimo rezultatai atskleidė, kad gretutinės ligos turėjo didesnę įtaką skausmo paūmėjimui, fizinių funkcijų sutrikimams ir gyvenimo kokybės rodiklių pablogėjimui, negu atlikta pirminė klubo sąnario endoprotezavimo operacija. Taip pat tyrimo metu nustatyta, kad paūmėjus nugaros skausmui po klubo sąnario endoprotezavimo, pablogėjo gyvenimo kokybės rodikliai [30].

Gyvenimo kokybės komponentai gali būti naudojami kaip priemonė stebėti pagerėjimą; tarp intervencijų taikoma priemonė įvertinti pokyčius; ištirti ekonominį veiksni tarp gydymo, medicinos centrų arba sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų [31].

Vogl M. su kolegomis iš Vokietijos atliko palyginamąjį tyrimą tarp Anglijos ir Vokietijos kohortų po klubo sąnario endoprotezavimo. Autorių tyrimo tikslas – palyginti priešoperacinius ir pooperacinius gyvenimo kokybės rodiklius bei pooperacinę gulėjimo trukmę ligoninėje. Vokietijos mokslininkų kohorta sudarė 271 tiriamąjį, kurie buvo atrinkti pagal atrankos kriterijus Ortopedijos klinikoje Miunchene, Vokietijoje. Anglijos mokslininkų kohorta sudarė 265 tiriamųjų iš Nacionalinės sveikimo programos. Abiejų šalių tiriamieji buvo vertinami gyvenimo kokybės klausimynais EQ-5D ir HRQoL. Tyrimo rezultatai atskleidė, kad Anglijoje tiriamųjų atsakymų balai EQ-5D klausimyno prieš operaciją buvo žemesni nei Vokietijos tiriamųjų (0,35 ir 0,52, $p < 0,001$), tačiau pooperaciniai HRQoL klausimyno rezultatai buvo aukštesni Anglijos kohortoje nei Vokietijos (0,43 ir 0,33, $p < 0,001$). Vokietijos tiriamieji buvo linkę nurodyti pooperaciniu periodu sunkumus judėjimo ir skausmo srityje. Patobulinus HRQoL klausimyną ir dar kartą jį pateikus kohortoms, atsakymai buvo panašūs tarp abiejų grupių (0,82 ir 0,85, $p = 0,585$). Tačiau pooperacinė trukmė ligoninėje Anglijos kohortos buvo trumpesnė nei Vokietijos (4,5 ir 9,0 dienų, $p < 0,001$).

Tyrimo rezultatai išryškino sveikatos būklę tarp šalių prieš operaciją, kurią gali nulemti įvairūs veiksniai. Kalbant apie gyvenimo kokybę, klubo endoprotezavimo operacija yra veiksminga priemonė abiejose šalyse, tačiau pooperacinis laikotarpis ligoninėje yra trumpesnis Anglijoje [32].

Švedijos mokslininkai apibūdino ir palygino gyvenimo kokybę pacientų išrašomų iš ligoninės po planinės klubo sąnario endoprotezavimo operacijos. Aprašomasis, lyginamasis tyrimas buvo atliekamas Europos mastu, tiriamos buvo 12 ligoninių iš 5 Europos šalių: Kipras, Suomija, Graikija, Islandija, Švedija. Į tyrimą įtraukti pacientai turėjo įvertinti gyvenimo kokybę, emocijas prieš operaciją ir po operacijos išvykstant iš ligoninės. Iš viso tyrime dalyvavo 413 tiriamųjų. Susiję veiksniai ir emocijos

buvo vertinami kiekvienam tiriamajam atskirai. Tyrimo rezultatai atskleidė, kad neįskaitant skausmo po operacijos, gyvenimo kokybės rodikliai buvo aukštesni nei prieš operaciją. Prieš operaciją visi pacientai patyrė neigiamas emocijas, kuriuos po operacijos pagerėjo [33].

McLawhorn AS. ir Steinhaus ME. su bendraautorais atliko tyrimą, kurio tikslas buvo palyginti pacientų su sveikata susijusią gyvenimo kokybę remiantis Pasaulio sveikatos organizacijos nustatyta kūno masės indekso klasifikacija prieš ir po klubo sąnario endoprotezavimo. Tyrimo pacientai, sergantys paskutinės stadijos klubo osteoartritu, buvo atrinkti remiantis registru ir Pasaulio sveikatos organizacijos kūno masės indekso klasifikacija. Buvo registruojamas amžius, lytis, susirgimo metai, ir Charlson-Deyo gretutinių ligų indeksas. Pagrindiniu vertinimu buvo laikomas EQ-5D-3L klausimynas ir vaizdinė analoginė skausmo skalė prieš ir po operacijos praėjus 2 metams. Siekta nustatyti ryšius tarp kūno masės indekso klasifikacijos ir su sveikata susijusios gyvenimo kokybės.

EQ-5D-3L balai gydymo pradžioje ir po 2 metų kūno masės indekso kategorijose buvo statistiškai skirtingi. Pacientų turinčių didesnę kūno masės indeksą pagal klasifikaciją skausmas buvo didesnis. Taipogi jokio skausmo skirtumo nebuvo pastebėta po 2 metų, tačiau buvo statistiškai didesnis padidėjimas nutukusiųjų pacientų pagal kūno masės indekso klasifikaciją. Skausmo balai buvo statistiškai reikšmingo neigiamo poveikio didėjančiam kūno masės indeksui. Kūno masės indeksas yra nepriklausomai susijęs su sumažėjusiais gyvenimo kokybės balais po 2 metų po klubo sąnario endoprotezavimo. Galutiniai EQ-5D gyvenimo kokybės klausimyno balai nutukusiems pacientams buvo žymiai mažesni, tačiau po klubo sąnario endoprotezavimo operacijos EQ-5D gyvenimo kokybės klausimyno balai nutukusiems pacientams rodė teigiamus pokyčius. Šio tyrimo rezultatai parodo, kokią įtaką kūno masės indeksas turi pacientų gyvenimo kokybės pokyčiams prieš ir po klubo sąnario endoprotezavimo operacijos, kurie yra tiesiogiai susiję su ekonominiu šios problemos sprendimu ateityje [34].

Švedijos mokslininkai Nemes Sz., Rolfson O. ir Garrelick G. siekė nustatyti bendrą sprendimų priėmimo priemonę, kuri padėtų gydytojams vertinti klubo sąnario endoprotezavimo naudą ateityje, ir pateikti prognostinius rodiklius po 1 metų po endoprotezavimo atsižvelgiant į gyvenimo kokybės rodiklių pokyčius. Mokslininkai naudojo duomenis savo tyrimui iš Švedijos klubo sąnario endoprotezavimo registro. Taikyta tyrimo metu metodika: priešoperacinis EQ-5D gyvenimo kokybės klausimynas, EQ vizualinė analoginė skalė, vizualinė analoginė skausmo skalė, Charnley klasifikacija, amžius, lytis, kūno masės indeksas, Amerikos anesteziologų draugijos klasifikacija, chirurginiai metodai ir protezų rūšys. Remiantis gautais rezultatais, norint sėkmingai įgyvendinti bendrą sprendimų priėmimo priemonę, kuri gali padėti gydytojams ir pacientams suprasti numatomos gyvenimo kokybės pokyčių

pagerėjimą po klubo sąnario endoprotezavimo operacijos reikalauja aukštesnio prognozavimo lygio, nei mokslininkai pasiekė atliekant šį tyrimą. Jų nuomone, bendra sprendimų priėmimo priemonė būtų sėkminga tuo atveju, jei kiti kintamieji, tokie kaip socio-ekonominiai būtų išsamiau apsvarstyti [35].

Atlikti tyrimai įrodo, kad atlikus klubo sąnario endoprotezavimo operaciją, žmogaus gyvenimo kokybė pagerėja, išnyksta skausmo jausmas, atsistato judesių amplitudė. Žmogus tampa savarankiškas kasdieninėje veikloje, išvengia neįgalumo, nereikalauja aplinkinių pagalbos, o darbingo amžiaus žmogus gali grįžti į darbą.

2.4 Reabilitacija

Kriščiūnas A. pabrėžia, kad, sprendžiant sveikatos priežiūros problemas, akcentuojamos trys medicinos priežiūros dalys: profilaktika, ligų diagnostika bei gydymas, reabilitacija. Autoriaus teigimu, šios dalys tarpusavyje susijusios, tačiau jų reikšmė skirtingų ligų atvejais ir skirtingo amžiaus žmonių nevienoda. Žmogus, pasirinkdamas tinkamą gyvenimo būdą, gali turėti didelę įtaką savo sveikatai, gyvenimo kokybei ir trukmei, deja, ilgainiui liga ar trauma sutrikdo jo biopsichosocialines funkcijas, kurių atgavimas ar kompensacija galima taikant reabilitacijos priemones [36].

2014 m. Pasaulio sveikatos organizacija teigė, kad reabilitacijos procesas turi būti grindžiamas dabartinės padėties analize, o pagrindiniais aspektais siūlo laikyti – lyderystę, finansavimą, informacijos, paslaugų teikimą, produktus ir technologijas, ir reabilitacijos darbuotojus – ir nustatyti prioritetus pagal vietos poreikius [37].

Reabilitacija apima asmens problemas ir poreikius, susijusius su asmens ir aplinkos veiksniais. Liga ar trauma gali sutrikdyti žmogaus biosocialines funkcijas, tai yra:

- galimybę judėti aplinkoje
- galimybę nepriklausomai gyventi ir garantuoti fiziologinius poreikius (valgymas, asmens higiena ir kt.)
- galimybę orientuotis aplinkoje ir normaliai reaguoti į dirgiklius
- galimybę gyventi įprastą gyvenimą
- dalyvauti visuomenės gyvenime
- bendrauti su aplinkiniais
- išlaikyti socialinį bei ekonominį aktyvumą [38].

Klubo sąnario disfunkcija sukelia didelių problemų, nes jos sukelia funkcinį apribojimą, o antra – atsiranda gretutinės ligos, kurių eigoje atsiranda nejudrumas. Po klubo sąnario endoprotezavimo operacijos didžiausias dėmesys turi būti sutelktas į reabilitaciją. EULAR siūlo kompleksinį gydymą

esant klubo sąnario pažeidimui: klubo sąnario endoprotezavimo operacija, vaistai, rehabilitacija ir paciento mokymas [39].

Ligonių daugiaprofilinė rehabilitacija jungia ištisą kompleksą medicininių, pedagoginių, socialinių ir kitų priemonių. Tam tikrais ligos ar traumos tarpsniais naudojamas skirtingas rehabilitacijos priemonių kompleksas, tačiau niekuomet neapsieinama be medicininės rehabilitacijos [1].

Pacientai patyrę pirminę klubo sąnario endoprotezavimo operaciją gali pasinaudoti rehabilitacijos paslaugoms, kuriuos pagerina asmens savarankišką judėjimą, persikėlimą, didina judesių amplitudę ir raumenų jėgą. Po išrašymo iš ligoninės pacientas turi pasirinkimą tęsti reabilitacinį gydymą pagal savo poreikius.

Šveicarijoje mokslininkai atliko tyrimą, kurio metu norėjo įvertinti tiriamųjų funkcinę sveikatą (pirminis rezultatas) ir svarbius funkcijų veiksnius pacientams, patyrusiems klubo sąnario endoprotezavimo operaciją, ir palyginti juos atsižvelgiant į pasirinktinai skirtingas reabilitacijas: stacionarinę, sanatorinę ir ambulatorinę, bei palyginti tiriamųjų sveikatos būklės pooperacinius pokyčius per visus šiuos etapus. Funkcinėms savybėms vertinti buvo naudojami: Stotis ir eiti ir IOWA lygių vertinimo skalė. Funkciniai vertinimai buvo atliekami prieš operaciją ir po jos ūminiu laikotarpiu. Kuomet sveikatos būklės pokyčiai prieš operaciją ir po jos buvo vertinami Vakarų Ontarijo ir McMaster universitetų osteoartrito indeksu. Tyrimo rezultatai parodė, kad atlikus funkcinis vertinimus ir juos įvertinus prieš reabilitaciją, rodikliai buvo blogesni, tačiau atlikus Vakarų Ontarijo ir McMaster universitetų osteoartrito indeksą po 6 mėnesių parodė gerus rezultatus nepriklausomai nuo reabilitacijos pasirinktos rūšies. Mokslininkų nuomone, amžius, gretutiniai susirgimai ir funkcinė negalia stipriai koreliuoja su dažnesniu lankymusi reabilitacijos skyriuose, ir iš dalies turi įtakos sveikatos pokyčiams po reabilitacijos [40].

Reabilitaciją būtent po klubo sąnario endoprotezavimo operacijos sudaro šios procedūros:

- kineziterapija (judesių amplitudei, raumenų jėgai ir ištvėrmei didinti, kontraktūrų mažinimui)
- kompresinė terapija (kojų tinimui mažinti)
- ergoterapija (apsitarnavimo įgūdžių lavinimas, sąnarių ir energijos tausojimo principų

mokymas, ergonominių padėčių mokymas, konsultavimas bei pritaikymas pagalbinių priemonių (pažastiniai, alkūniniai ramentai, lazdelės, vaikštynės,)

- masažas
- pagalbinės priemonės
- medikamentinis gydymas (skausmui mažinti, tromboembolijų profilaktikai).
- paciento ir jo artimųjų mokymas

- pagalbinės ortopedinės priemonės, užtikrinančios sąnarių stabilumą [41].

Europos Sąjungos komisija 2015 m. ataskaitos išvadose nurodo, kad paciento sąvoka apima visapusišką teisę gauti sveikatos priežiūros paslaugas ir dalyvauti jos procese. Naujausi tyrimai rodo, kad paciento dalyvavimas po klubo sąnario endoprotezavimo operacijos teikiamoje reabilitacijoje pagerina sveikatos būklę bei gyvenimo kokybę. 2010 – 2013 metais Danijos mokslininkai atliko empirinį tyrimą su 260 pacientais iš 3 skirtingų Danijos ligoninių po klubo sąnario endoprotezavimo operacijos. Tyrimui mokslininkai panaudojo SF-36 klausimyną kaip bendrą priemonę, norint įvertinti pacientų savarankiškumą ir gyvenimo kokybę. Pacientai buvo suskirstyti į dvi grupes. Viena grupė pildė klausimyną prieš operaciją ir 3, 6, 9, 12 mėnesių po operacijos. Kontrolinė grupė pildė po 1, 3, 7 savaitių išėjus iš ortopedinės klinikos. Tyrimo rezultatai parodė, kad geresnius rezultatus parodė tiriamoji grupė po 3, 6, 9, 12 mėnesių, negu kontrolinė. Mokslininkų teigimu, reabilitacijos taikymas yra labai naudingas ir reikalingas. Jos metu padidinamas fizinis aktyvumas, pagerinama gyvenimo kokybė ir sumažinama rizika susirgti kitomis ligomis [42].

2.4.1 Ergoterapija

Ergoterapija (gr. *ergon* – darbas, *therapeia* – gydymas) ligonių galimybių gražinimas, palaikymas ir sutrikimų kompensavimas tikslinga veikla, siekiant padėti ligoniams savarankiškai gyventi, atsižvelgti į jų norus, poreikius bei visuomenės poreikius. Pagrindinis ergoterapijos tikslas – padėti sugrįžti ligonio fizinėms, protinėms, socialinėms, profesinėms galimybėms. Ergoterapeuto tikslas – nuo ligos ar traumos pradžios siekti, kad ligonis būtų kiek įmanoma mažiau priklausomas nuo aplinkinių ir kasdieninėje veikloje.

Vis dažniau ergoterapija yra taikoma ūminiu ligos periodu, pooperaciniu periodu ar intensyvios priežiūros skyriuose. Tačiau ergoterapija yra svarbi bet kurios gydymo stadijos metu. Ergoterapijos priemonių skirtumas yra atliekamų veiklų dažnyje ir intensyvume, nes ergoterapeutas prieš pradėdamas darbą su pacientu turi atsižvelgti į jo sveikatos būklę, ligos stadiją, fizines galimybes [1].

Ergoterapija yra reguliariai teikiama pacientams po klubo sąnario endoprotezavimo operacijos kaip viena iš reabilitacijos paslaugų, tačiau mažai žinoma apie jos veiksmingumą. Ergoterapijos praktikoje po klubo sąnario endoprotezavimo esminiu aspektu yra laikomas kompensacinės technikos pritaikymas, bet reikia įrodymų, kurie pagrįstų jos klinikinį veiksmingumą. Kadangi ekonominės problemos įtakoja ilgesnį hospitalizavimo laikotarpį ligoninėje po klubo sąnario endoprotezavimo, tai ergoterapija yra pasirenkama kaip intervencija, kuri padėtų sutrumpinti gulėjimo po operacijos ligoninėje trukmę. Hospitalizavimas daugiau nei 10 dienų po operacijos buvo įprastas iki 2000 metų,

tačiau dabar dauguma pacientų yra išleidžiami po 4-5 dienų. Jungtinėje Karalystėje taikoma ergoterapeutų metodika, kompensacinių priemonių taikymas ir apmokymas jais naudotis prieš operaciją ir po jos. Tai sutrumpina gulėjimo laiką ligoninėje pooperaciniu laikotarpiu [43].

Boorgi JAA. ir Ghamkhar L. atsitiktinių imčių tyrimo tikslas buvo įvertinti ergoterapijos protokolą mokant vyresnio amžiaus asmenis, gyvenančius Irane, naudotis kompensacinėmis priemonėmis po klubo sąnario endoprotezavimo ir palyginti su tradicinės ergoterapijos pasiektais funkciniais rezultatais ir savarankiškumo lygiu. Vieni iš įtraukimo į tyrimą kriterijų buvo osteoartrito diagnozė ir atlikta klubo sąnario endoprotezavimo operacija, po kurios tiriamieji atsitiktiniu būdu buvo suskirstyti į dvi grupes: kontrolinė – n = 20, eksperimentinė n = 20. Skausmas, negalia, savarankiškumas ir raumenų jėga buvo vertinama vizualine analogu skale, Vakarų Ontarijo ir McMaster osteoartrito universitetų osteoartrito indeksu, Barthel indeksu ir dinamometru, 2 dienas prieš ir 6 savaites po klubo operacijos. Abi grupės turėjo tradicinę ergoterapiją, bet eksperimentinė grupė papildomai turėjo kompensacinių priemonių naudojimo užsiėmimus. Užsiėmimų metu tiriamieji buvo mokomi jais naudotis ir pritaikyti pagal poreikį. Pastebėta, kad eksperimentinė grupė pasiekė daug geresnį pagerėjimą po operacijos, nei kontrolinė grupė. Įrodyta, kad ergoterapija taikoma papildomai kaip pedagoginė intervencija leidžia pasiekti pacientams geresnių rezultatų po operacijos, negu taikant paprastą tradicinę ergoterapiją [44].

Smith T.O. ir Sackley C.M. atliko tyrimą, kuriuo norėjo išsiaiškinti ergoterapeutų ir kineziterapeutų patirtį bei požiūrį į klubo sąnario endoprotezavimo operaciją bei pritaikymo priemones. Apklausai buvo sudarytas klausimynas iš 27 klausimų, kuris buvo platinamas tarp ergoterapeutų ir kineziterapeutų, kurie dirbo su pacientais po pirminės klubo sąnario endoprotezavimo operacijos. Į klausimyną buvo įtraukti klausimai, susiję su dabartinėmis priemonėmis taikomomis praktikoje. Apklausa buvo platinama per spaudą ir interneto pagrindu / socialinius medijos kanalus. 170 sveikatos priežiūros specialistų (87 kineziterapeutų ir 83 ergoterapeutų), atsakė į apklausą. Specialistai atsakė apie dažniausiai naudojamas pritaikymo priemones gydymo metu tokiu eiliškumu: tualetu sėdynė (95 proc. atsakiusiųjų respondentų), tualetu ranktūriai ir turėklai (88 proc. atsakiusiųjų respondentų), paaukštinta kėdė (79 proc. atsakiusiųjų respondentų). Atsargumo buvo dažniausiai mokoma prieš operaciją (52 proc. atsakiusiųjų respondentų). Pritaikymo priemonės buvo dažniausiai pateikiamos iš anksto (61 proc.), ir dažniausiai iki ergoterapeuto konsultacijos (74 proc. atsakiusiųjų respondentų). Ateities atliekami tyrimai patvirtins arba paneigs, siekiant nustatyti, kam ir ar reikės pritaikymo priemonių po klubo sąnario endoprotezavimo operacijos Anglijoje [45].

Jepson P., Sands G., Beswick AD. et al. atliko tyrimą norėdami įvertinti ergoterapijos taikomų intervencijų efektyvumą prieš klubo sąnario endoprotezavimo operaciją. Intervencijos buvo taikomos prieš operaciją ir 4, 12, 26 savaitės po operacijos. Tyrimui atlikti buvo suformuotos dvi grupės: eksperimentinė, kuriai taikytos buvo ergoterapijos intervencijos, ir kontrolinė, kuri gavo įprastą gydymą. Eksperimentinė tiriamųjų grupė prieš operaciją buvo konsultuota ergoterapeuto namuose dėl namų aplinkos pritaikymo, priemonių įsigijimo, ergonominių padėčių, saugaus judėjimo. Tyrimo rezultatai parodė, kad eksperimentinėje tiriamųjų grupėje buvo stebimas mažesnis komplikacijų atsiradimas, negu kontrolinėje grupėje. Mokslininkų nuomone, ergoterapijos taikomos intervencijos yra efektyvios prieš operaciją, nes sumažina komplikacijų skaičių atsiradimą, pagerina gyvenimo kokybę bei greitą prisitaikymą namuose [46].

2.4.2 Namų aplinkos pritaikymo poreikis

Fizinės, namų aplinkos pritaikymas, nepriklausomai nuo pažeidimo lygio, susirgimo yra būtina sąlyga atkurti žmogaus fizinį, dvasinį ir ekonominį savarankiškumą ir sudaryti sąlygas aktyviam šių asmenų bendruomeniniam gyvenimui ir socializacijai. Dėl judėjimo sunkumų ir ribotų galimybių pasirūpinti savimi būtina pritaikyti būsto aplinką.

Namų aplinka – veiksnys, lemiantis asmens sveikatos būklę, gyvenimo kokybę, gerą savijautą. Atsižvelgiant į tokius svarbius aspektus, kaip ekonominės kliūtis namų aplinkos pritaikymui, Skandinavijos mokslininkai atliko tyrimą, kurio metu norėjo prisidėti prie ekonominių namų aplinkos pritaikymo vertinimo strategijų, kaip intervencinės priemonės, kuri skatins sklaidą ir sieks sąvokų išlaidų ir sąnaudų efektyvumo. Tyrimo rezultatai atskleidė, kad, norint pritaikyti namų aplinką, būtina informuoti ir įtraukti į šią intervenciją ne tik medicinos darbuotojus, bet ir politikus. Mokslininkų nuomone, taikant nuosekliai sisteminius metodus yra galimybė sustiprinti tarptautinius ryšius tarp įvairių sektorių, taip pat bendradarbiauti su kitais mokslininkais tarptautiniu lygiu [47].

Per pastarąjį dešimtmetį Jungtinėse Amerikos Valstijose pagrindinis diskusijos klausimas yra sveikatos priežiūra, kuri apima ligos diagnozavimą, gydymą, reabilitaciją, gyvenimo kokybės gerinimą bei, esant poreikiui, gyvenamųjų patalpų pritaikymą gerai asmens savijautai. Tačiau dabar dažnai dėl krizės susiduriama ties kokybe ir išlaidomis [48].

Salpakoski A. ir Tormakangu atliko tyrimą, kurio tikslas buvo ištirti reabilitacinės programos efektyvumą pritaikytoje namų aplinkoje ir standartinę pooperacinę priežiūrą. Tyrime dalyvavo 81 tiriamasis. Tiriamieji buvo suskirstyti į eksperimentinę ir kontrolinę grupes atsitiktiniu būdu. Mokslininkai atlikdami šį tyrimą norėjo pristatyti, kad taikoma reabilitacija namuose, ypač pritaikytoje

namų aplinkoje, skatina didesnę pacientų judrumą, fizinį, funkcinį pajėgumą bei didina motyvaciją atlikti namų programą. Tyrimo metu tiriamieji savo namuose buvo mokomi saugaus judėjimo, nefarmakologinio skausmo valdymo, taisyklingo pratimų atlikimo, ergonominių padėčių bei konsultuoti dėl fizinio aktyvumo formų. Atlikto tyrimo rezultatai įrodo reabilitacijos efektyvumas pritaikytoje namų aplinkoje. Remiantis tyrimo duomenimis, pagerėjo tiriamųjų mobilumas, pusiausvyra, išnyko skausmas, daugelis tiriamųjų buvo savarankiški, motyvuoti užsiimti fizine veikla, reikalavo minimalios pagalbos atliekant kasdienes veiklas [49].

Siekiant išlaikyti fizinį aktyvumą kasdienėse veiklose, būtina ne tik sudaryta pratimų programa, bet ir pritaikyta namų aplinka, kurioje saugiai galima tęsti pratimų atlikimą, judėti, gyventi savarankišką gyvenimą. Tyrimai rodo, kad pratimų atlikimas pritaikytoje namų aplinkoje yra veiksminga priemonė, kuri sumažina komplikacijų riziką, stiprina funkcinę paciento būklę. Atlikta sisteminė apžvalga remiantis duomenų bazėmis (PubMed, EBSCOhost, Science Direct) nuo 2004 m. iki 2015 m. atskleidė, kad pratimų programa atliekama namuose, kuri yra pritaikyta būtent pacientams po klubo sąnario endoprotezavimo operacijos, pagerino gyvenimo kokybę, padidino savarankiškumą, pagerino emocinę pacientų savijautą, sustiprino vidinę motyvaciją. Mokslininkai, atlikę sisteminę apžvalgą, pateikia rekomendacijas išsamiau nagrinėti namų aplinkos pritaikymo įtaką paciento gyvenimo kokybės gerinimui bei komplikacijų mažinimui [50].

Atlikti tyrimai teigia, kad pritaikyta namų aplinka daro teigiamą poveikį ne tik gyvenimo kokybės pagerėjimui, bet stebimas ir namų reabilitacinės programos efektyvumas. Nors atliktų tyrimų yra pakankamai mažai ir ne visos šalys gilinaisi į šią problemą, tačiau mokslininkai rekomenduoja atlikti daugiau tyrimų, nagrinėjančių namų aplinkos pritaikymo sąsajas su gyvenimo kokybe.

3. TYRIMO METODAI IR ORGANIZAVIMAS

3.1 Tyrimo organizavimas

Tyrimas atliktas „Pušyno kelias” sanatorijoje, 2016 11 - 2017 03 mėnesiais. Tiriamieji buvo supažindinti su tyrimo tikslais, uždaviniais, tyrimo nauda ir žala, vertinimo klausimynais. Noras dalyvauti tyrime buvo patvirtintas raštu, sutinkant, kad jų asmens sveikatos duomenys bus panaudoti magistro baigiamajame darbe laikantis konfidencialumo taisyklių. (žr. 1 priedą)

Tyrime dalyvavo 45 tiriamieji po pirminės klubo sąnario endoprotezavimo operacijos, iš jų 26 vyrai ir 17 moterų. Jauniausias tyrimo pacientas 60 metų, o vyriausias 80 metų.

Pagrindiniai į tyrimą įtraukimo kriterijai:

- amžius 60 – 80 metų
- klubo endoprotezavimo operacija atlikta pirmą kartą
- asmenys, raštiškai sutikę dalyvauti tyrime.

Tiriamųjų į tyrimą neįtraukimo kriterijai:

- asmenys, kuriems klubo sąnario endoprotezavimo operacija atlikta ne pirmą kartą
- MMSE \leq 21 balas (žr. 2 priedą)
- asmenys, sirgę kitomis ligomis, turinčiomis judėjimo funkcijai ir savarankiškumui (pvz., insultas, amputacijos ir kt.)
- asmenys, nesutikę raštiškai dalyvauti tyrime.

Tyrimo metu tikslinei grupei buvo vertinamas skausmas, gyvenimo kokybė ir namų aplinka. Taikyti metodai buvo pasirinkti atsižvelgiant į mokslinėje literatūroje nagrinėtus kitų autorių metodus, straipsnius, pavyzdžius, kokie testai ir kokios metodikos dažniausiai yra naudojamos norint vertinti asmenų, po klubo sąnario endoprotezavimo operacijos, skausmo pokyčius, gyvenimo kokybės rodiklių pokyčius po operacijos.

Tyrimo eiga: pacientai vertinti 3 kartus. Ištyrimą sudarė 1vertinimas – 1 diena po atvykimo į reabilitaciją, 2 vertinimas – 1 dieną prieš išvykstant iš reabilitacijos, 3vertinimas – po 1 mėnesio namuose.

3.2 Tyrimo metodai

Atliekant tyrimą buvo naudojami šie tyrimo metodai:

1. Siekiant nustatyti skausmo intensyvumą, vertinome vizualine analogine skausmo skale (VAS). Skausmo intensyvumas vertinamas balais nuo 0 iki 10 (nuo „nėra skausmo“ iki „nepakeliamas skausmas“) [51] (žr. 3 priedą).

Norėdami išsiaiškinti tiriamųjų skausmo intensyvumą, bet dėl tiriamųjų atsakymų pasiskirstymo, rezultatai yra perkoduojami. Kodavimas pateikiamas 1 lentelėje.

1 lentelė. Skausmo intensyvumo kodavimas

Skausmo intensyvumas	Kodavimas
0 balų	0 – skausmo nėra
1 – 3 balai	1 – nestiprus skausmas
4 – 5 balai	2 – vidutinio stiprumo skausmas
6 – 7 balai	3 – stiprus skausmas
8 – 9 balai	4 – labai stiprus skausmas
10 balų	5 – pats stipriausias (nepakeliamas) skausmas

Kuo didesnė reikšmė, tuo skausmo intensyvumas didesnis.

2. Analizuodami gyvenimo kokybės pokyčius po klubo sąnario endoprotezavimo operacijos, vertinome gyvenimo kokybės klausimyno (EQ-5D) 5 komponentus: judėjimą, savęs priežiūrą, įprastinę/kasdienę veiklą, skausmą, nuovargį/depresiją. Tiriamieji susipažino su klausimyno turiniu ir savarankiškai jį užpildė. Kiekvienas komponentas turi 3 atsakymo variantus: 1- nėra problemos, 2 – nedidelė problema, 3 – didelė problema. Taip pat šio klausimyno vieną dalį sudaro skalė nuo 0 iki 100, kurioje asmuo atžymi savo sveikatos būklę vertinimo dieną [52] (žr. 4 priedą).

Tam, kad išsiaiškintume, kokia yra tiriamųjų bendra gyvenimo kokybė, „sveikata šiandien“ įvertinimas yra užkoduojamas. Kodavimas pateikiamas 2 lentelėje.

2 lentelė. Gyvenimo kokybės klausimo „Jūsų sveikata šiandien“ kodavimas

Gyvenimo kokybė: sveikata šiandien	Kodavimas
0 – 33 balai	1 – nepatenkinama sveikata

34 – 66 balai	2 – nei patenkinama, nei nepatenkinama sveikata
67 – 100 balai	3 – patenkinama sveikata

Šis teiginys „Jūsų sveikata šiandien“ yra reversinis, todėl yra perkoduojamas: $1 \rightarrow 3, 2 \rightarrow 2, 3 \rightarrow 1$, ir tik tuomet skaičiuojama visų teiginių (t.y. gyvenimo kokybės klausimyno 6 teiginiai) bendra suma. Susumavus teiginių įvertinimus, gaunama minimali suma 6, maksimali suma 18. Kuo didesnė reikšmė, tuo gyvenimo kokybė yra blogesnė.

3. Namų aplinkos pritaikymas buvo vertinamas atokiuoju laikotarpiu, praėjus 1 mėnesiui po operacijos. Šis klausimynas buvo sudarytas remiantis TFK klasifikacijos judėjimo dalimi, knyga „Aplinka visiems“ ir knyga „Aplinkos pritaikymas neįgaliems asmenims“ atrenkant namų aplinkos komponentus. Į klausimyną įtrauktas buvo 41 klausimas. Klausimyną sudaro 3 pagrindinės kategorijos: gyvenamoji aplinka, gyvenamosios vietos pritaikymas ir judėjimas. Kiekviena kategorija turi 3 skirtingus atsakymo variantus: 1 – teisingą atsakymą apibraukti, 2 – kur prašoma įrašyti, kur prašoma įrašyti, 3 – vertinimas nuo 0 iki 4 balų: 4 – visiškas sunkumas, 3 – didelis sunkumas, 2 - vidutinis sunkumas, 1 – nedidelis sunkumas, 0 – nėra sunkumo [53,54,55] (žr. 5 priedą).

Norėdami išsiaiškinti, kokie yra bendri sunkumai judant, buvo skaičiuojama namų aplinkos pritaikymo klausimyno 35 – 41 klausimų bendra suma. Susumavus teiginių įvertinimus, gaunama minimali suma 7, maksimali suma 35. Kuo didesnė reikšmė, tuo mažiau yra sunkumų judant.

4. STATISTINĖ DUOMENŲ ANALIZĖ

Tyrimo duomenims apdoroti buvo naudojamas statistinis duomenų apdorojimo paketas – SPSS Statistics 17.0 (Statistical Package for Social Science). Grafiniam duomenų vaizdavimui buvo naudojama MS Excel 2007 programa.

Siekiant patikrinti skalių vidinį patikimumą, buvo skaičiuojamas Kronbacho alfa koeficientas (žr. 3 lentelę).

3 lentelė. Klausimynų patikimumo analizė

Klausimynai	Kronbacho α	Teiginių skaičius
Skausmo vertinimo skalė (VAS)	0,812	1
Gyvenimo kokybės klausimyno (EQ-5D) prieš reabilitacijos	0,795	6
Gyvenimo kokybės klausimyno (EQ-5D) po reabilitaciją	0,862	6
Gyvenimo kokybės klausimyno (EQ-5D) atokiuoju periodu	0,913	6
Bendro gyvenimo kokybės klausimyno (EQ-5D)	0,918	18
Namų aplinkos pritaikymo klausimyno	0,827	7 (t. y. 35 – 41 teiginiai)

Nustatyta, kad klausimynų patikimumas svyruoja nuo 0,812 iki 0,918. Visų klausimynų vidinis patikimumas yra didelis.

Taip pat naudojama aprašomoji statistika – dažniai, procentai, vidurkiai, standartiniai nuokrypiai. Norint išsiaiškinti, ar tenkinama normalumo sąlyga, buvo apskaičiuojamas Kolmogorov – Smirnov kriterijus. Nustatyta, kad kintamųjų skirstinys neatitinka normaliojo skirstinio pagal Kolmogorov – Smirnov kriterijų ($p < 0,05$), todėl šiems kintamiesiems negalima naudoti parametrinių kriterijų, nes netenkinama normalumo sąlyga. Todėl buvo naudoti neparametriniai statistiniai metodai:

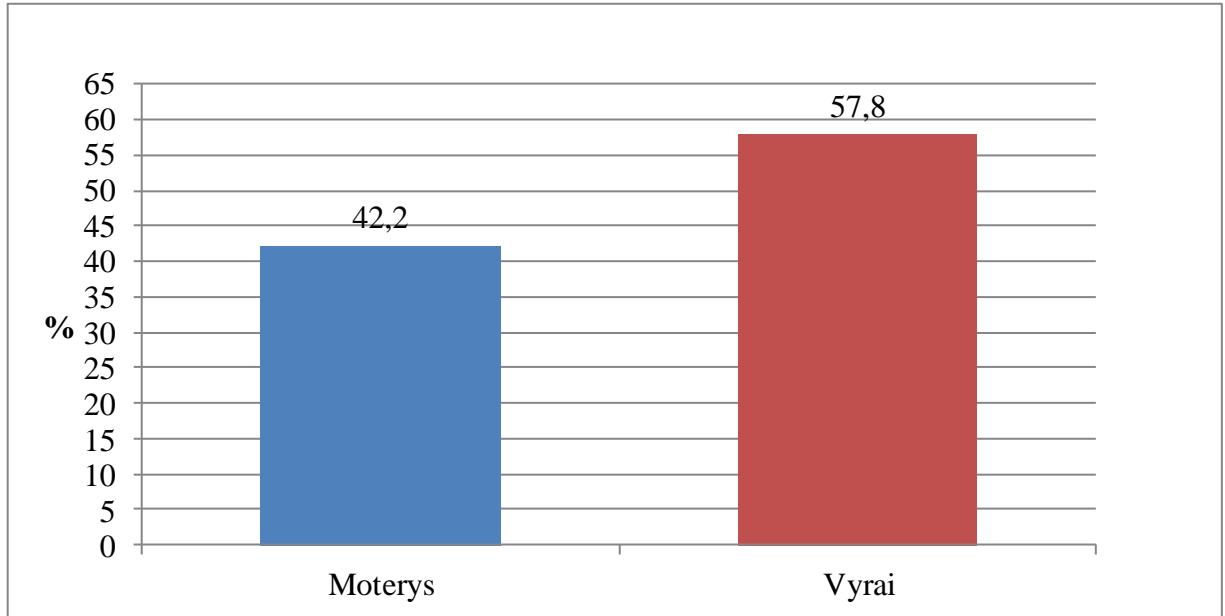
- Pearson chi – kvadratas (χ^2) – priklausomybės nustatymui tarp vardinių ir rangų skalės kintamųjų, t.y. tarp skausmo intensyvumo, gyvenimo kokybės komponentų (judėjimas, savęs priežiūra, įprastinė/kasdieninė veikla, skausmas/diskomfortas, nuovargis/depresija, sveikata) prieš ir po reabilitacijos.

- Spearman koreliacijos koeficientas – nustatyti ryšiui tarp kintamųjų, t.y. namų aplinkos pritaikymo ir gyvenimo kokybės komponentų (judėjimas, savęs priežiūra, įprastinė/ kasdieninė veikla, skausmas/diskomfortas, nuovargis/depresija, sveikata) bei bendros gyvenimo kokybės [56]. Statistinio reikšmingumo lygmuo – 0,05.

5. TYRIMO REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS

5.1. Tiriamųjų kontingentas

Tyrimė dalyvavo 45 tiriamieji po klubo sąnario endoprotezavimo operacijos, kurių amžius nuo 60 iki 80 metų, amžiaus vidurkis $66,89 \pm 6,224$. Iš jų 19 moterų ir 26 vyrai (pav. 1).

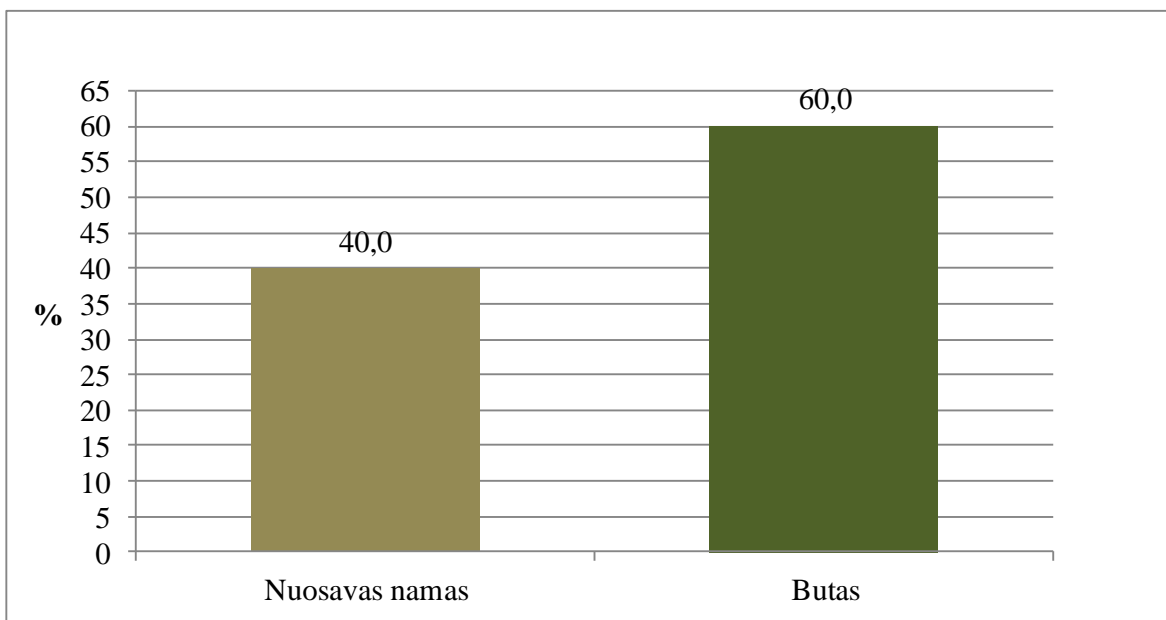


1 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal lytį

5.1.1 Gyvenamoji vieta ir jos aplinkos pritaikymas

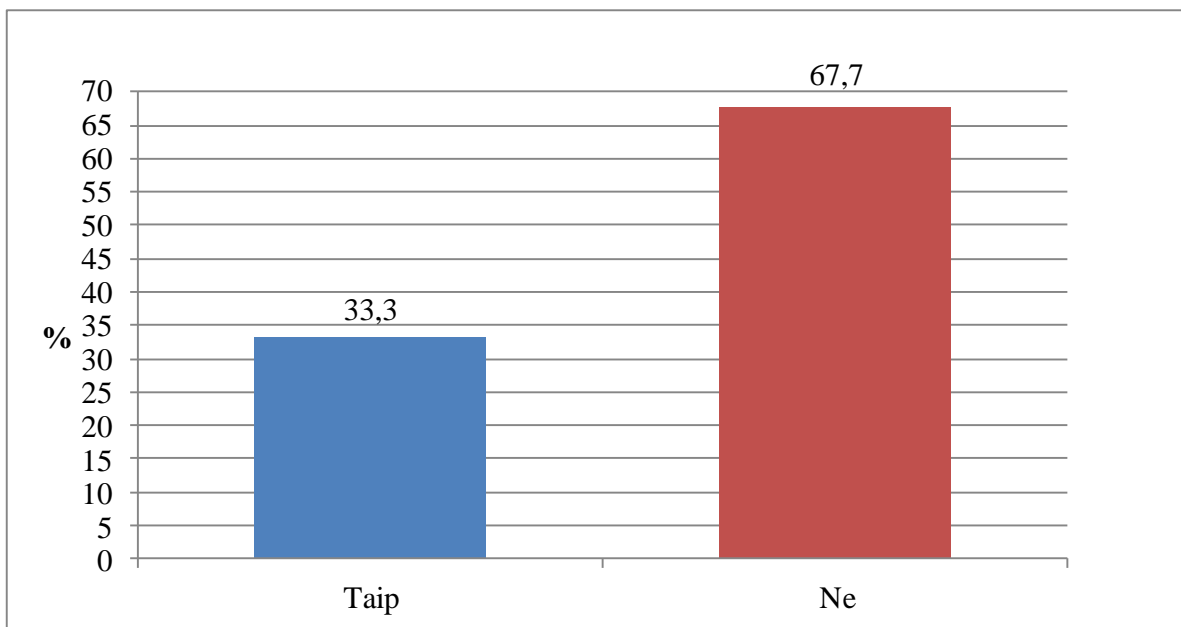
Siekiant nustatyti tiriamųjų, po klubo sąnario endoprotezavimo operacijos, namų aplinkos pritaikymą buvo naudojamas Namų aplinkos pritaikymo klausimynas.

Apklausoje metu nustatyta, kad daugiau nei pusė tiriamųjų gyvena bute (60 proc.), kiti tiriamieji gyvena nuosavame name (40 proc.) (pav. 2).

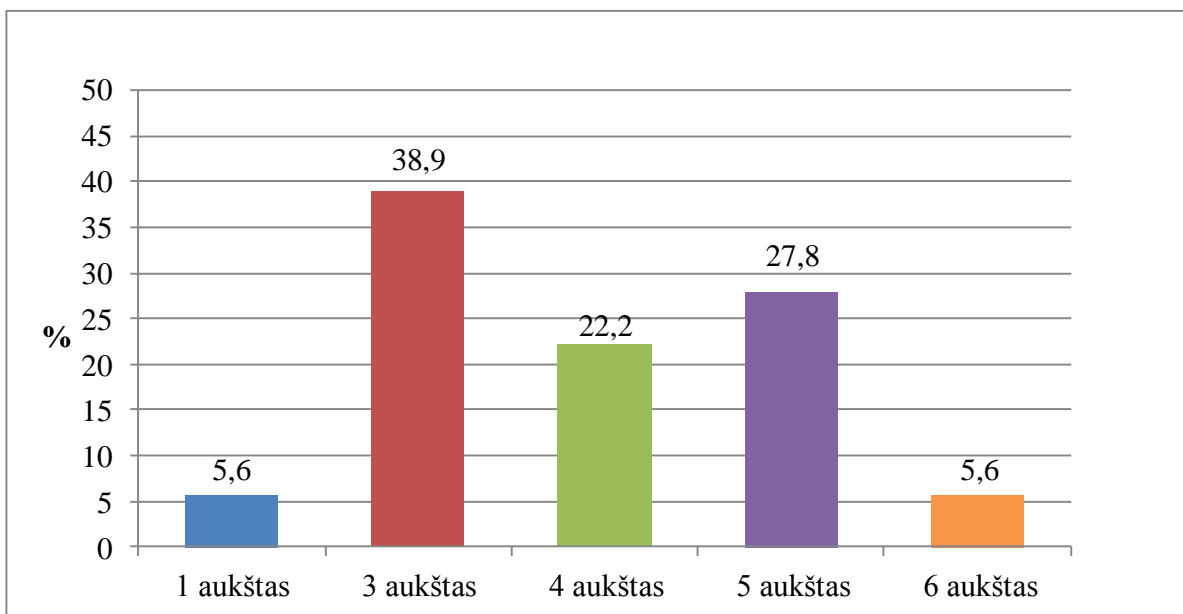


2 pav. Gyvenamoji vieta

Tik 33,3 proc. tiriamųjų, kurie gyvena bute atsakė, kad yra liftas, ir važiuoja iki jiems reikiamo aukšto, kai 67,7 proc. gyvenantys bute tiriamieji, atsakė, jog name nėra lifto. (pav. 3).

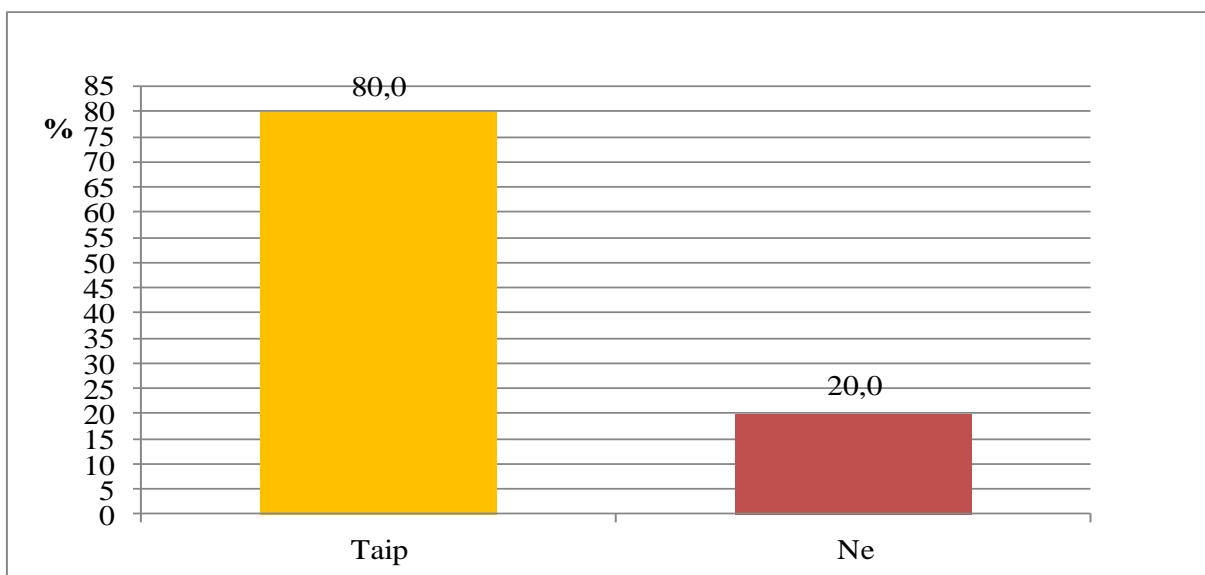


3 pav. „Ar Jūsų daugiabutyje yra liftas“ ir „Ar liftas važiuoja iki Jūsų aukšto?“



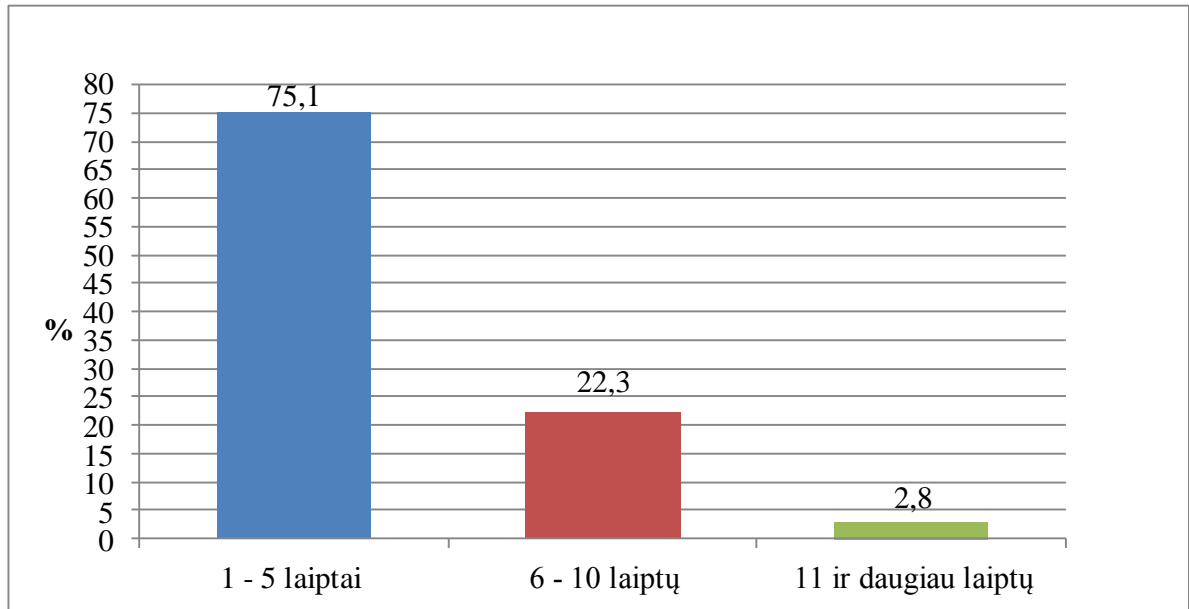
4 pav. Daugiabučio aukštai

Nustatyta, kad iš gyvenančių daugiabutyje be lifto daugiausiai tiriamųjų (38,9 proc.) gyvena 3 daugiabučio aukšte, 27,8 proc. – 5 aukšte, 22,2 proc. – 4 aukšte, kai 5,6 proc. tiriamųjų nurodo, kad gyvena 1 arba 6 daugiabučio aukšte (pav. 4).



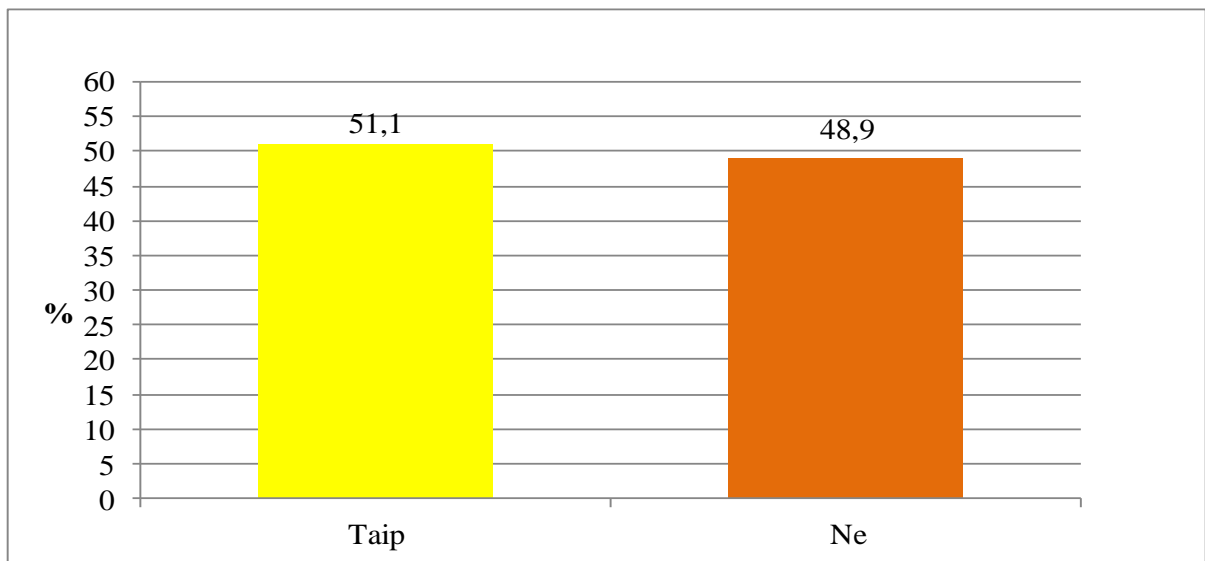
5 pav. Laiptai pastato išorėje/namuose/bute

Net 80 proc. tiriamųjų norėdami patekti namo, susiduria su problema, nes norint įeiti į namus, reikia įveikti laiptus (pav. 5.). Daugiau kaip pusė tiriamųjų (75,1 proc.) atsakė, jog jų namuose yra nuo 1 iki 5 laiptų, 22,3 proc. tiriamųjų atsakė, kad yra nuo 6 iki 10 laiptų ir tik 2,8 proc. tiriamųjų nurodo, kad namuose yra 11 ar daugiau laiptų (pav. 6).



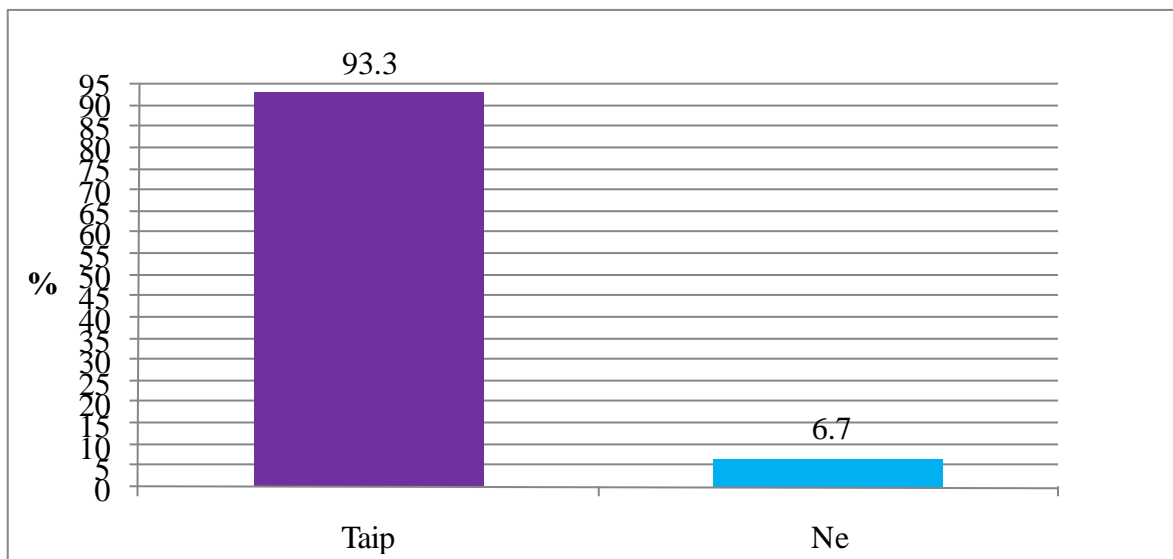
6 pav. Laiptų skaičius išorėje/namuose

Apskaičiuota, kad 51,1 proc. tiriamųjų atsakė, kad yra turėklai, kai 48,9 proc. tiriamųjų teigia, kad turėklų nėra (pav. 7).



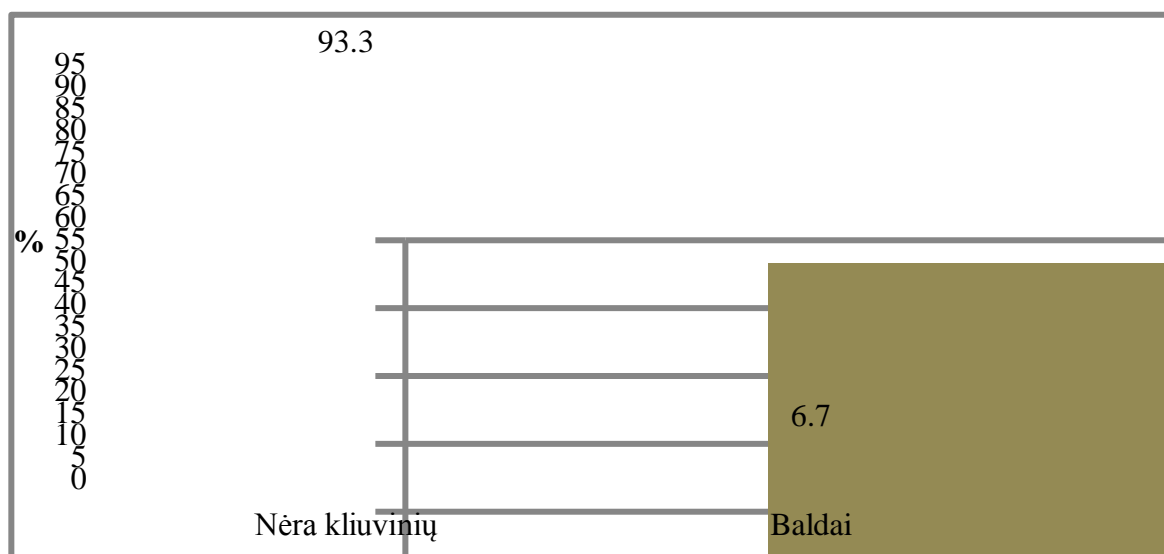
7 pav. Turėklai

Analizuojant apklausos rezultatus galima pastebėti, kad daugumos tiriamųjų (93,3 proc.) namuose yra pakankamai laisvo ploto judant su ramentais ar vaikštyne, kai 6,7 proc. tiriamųjų teigia, kad neturi pakankamai vietos laisvam judėjimui su ramentu ar vaikštyne savo namuose (pav. 8).



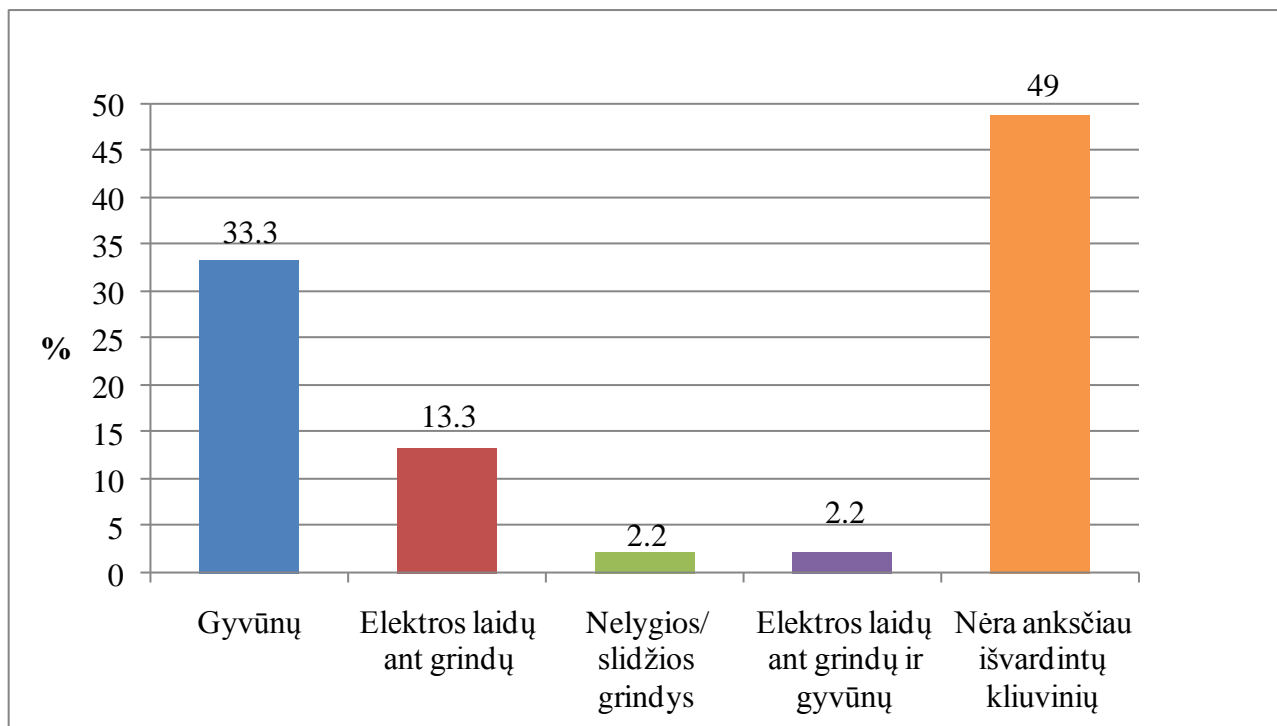
8 pav. Laisvas plotas judėjimui namuose su ramentais/vaikštyne

Apskaičiuota, kad 93,3 proc. tiriamųjų teigia, kad neturi namuose kliūčių, kuriuos riboja judėjimą namuose su ramentais/vaikštyne, kai 6,7 proc. tiriamųjų teigia, kad judėjimą namuose riboja baldai (pav. 9).



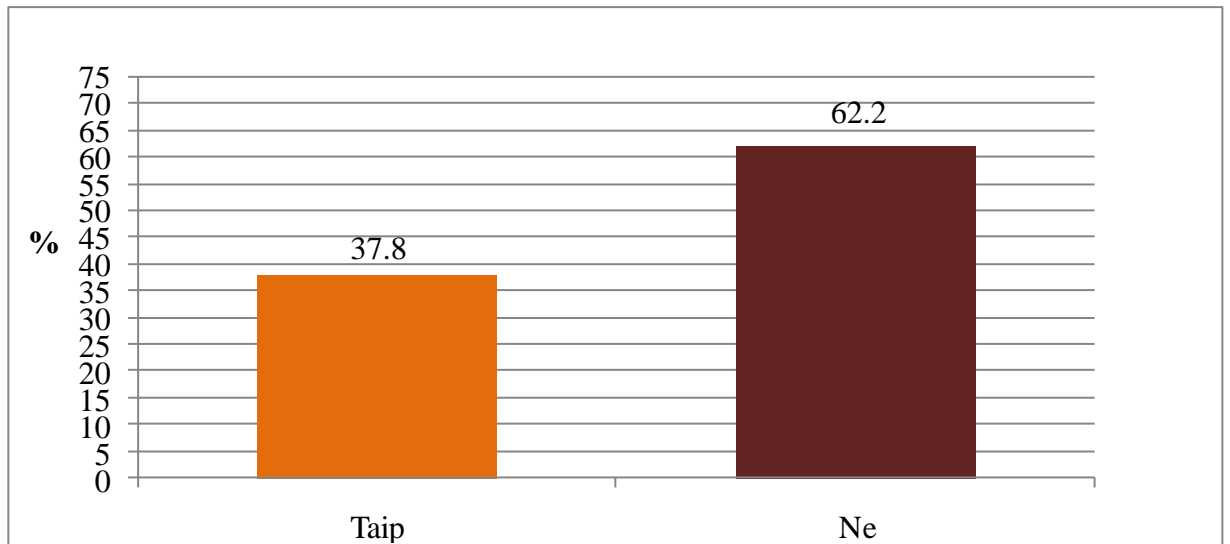
9 pav. Kliuviniai, ribojantys judėjimą, namuose vaikstant su ramentais/vaikštyne

Net trečdalis tiriamųjų (33,3 proc.) namuose laiko gyvūnus. Po 2,2 proc. atsakė, kad namuose yra nelygios/slidžios grindys, ant grindų yra elektros laidų bei laiko gyvūnus. Nustayta, kad 49,0 proc. tiriamųjų teigia, kad namuose nelaiko gyvūnų, ant grindų nėra elektros laidų ir neturi nelygiu/slidžiu grindų (pav. 10).



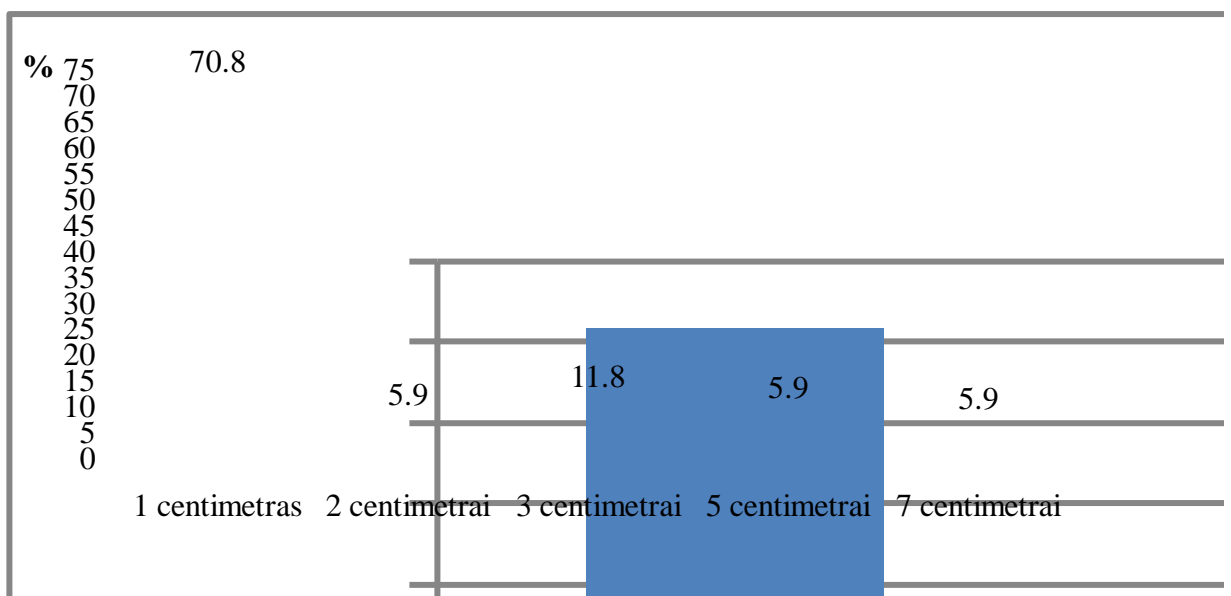
10 pav. Kliuviniai ant grindų namuose

Apskaičiuota, kad 62,2 proc. tiriamųjų vonios/tualetu kambariai neturi slenksčio, kai 37,8 proc. tiriamųjų teigia, kad namuose vonios/tualetu kambarys turi slenkstį (pav. 11).

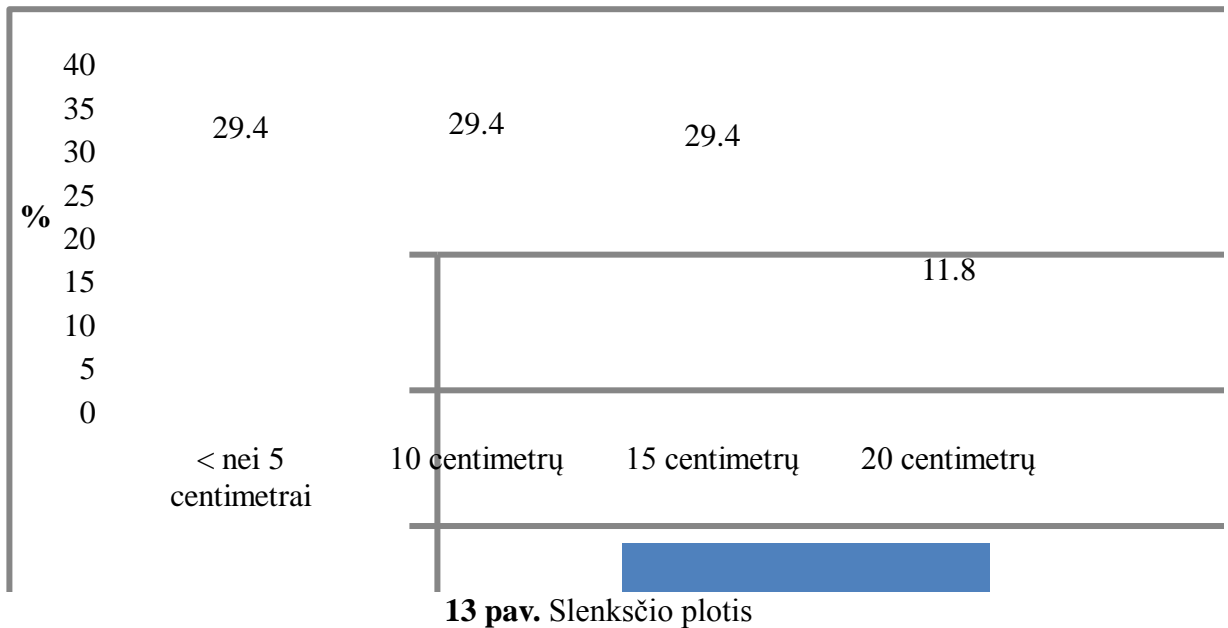


11 pav. Slenkstis į vonios/tualetą kambarį

Analizuojant pateiktus duomenis apie vonios/tualetą slenksčių plotį ir aukštį, 37,8 proc. tiriamųjų įvardino, kad jų vonios/tualetą kambariai turi slenksčius, toliau grafiškai pavaizduoti tik jų atsakymai, kokio aukščio ir pločio yra slenksčiai (pav. 12 ir pav. 13).



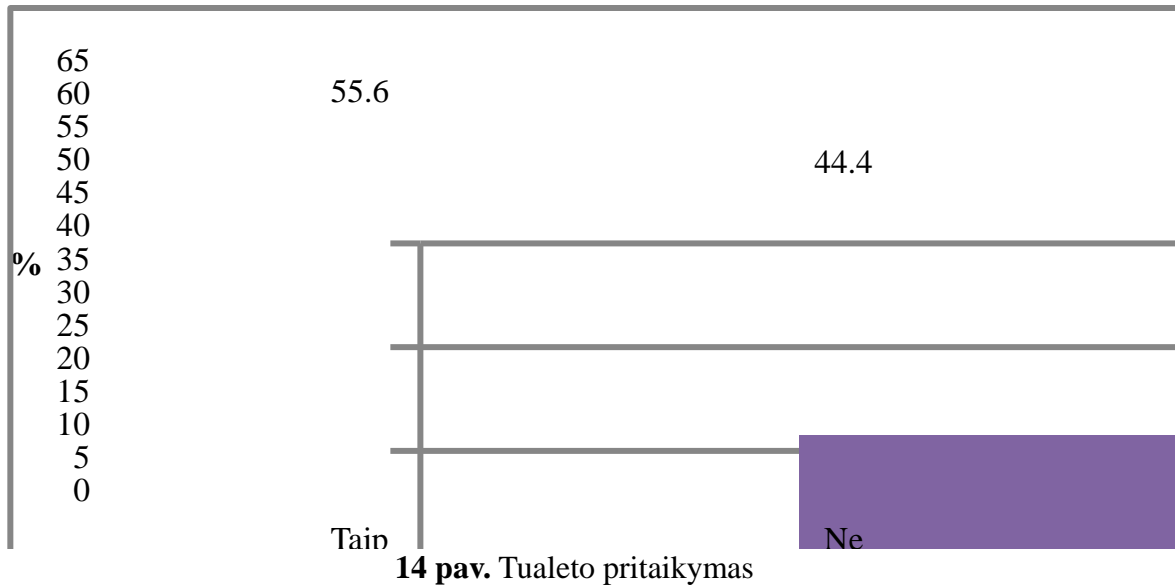
12 pav. Slenksčio aukštis



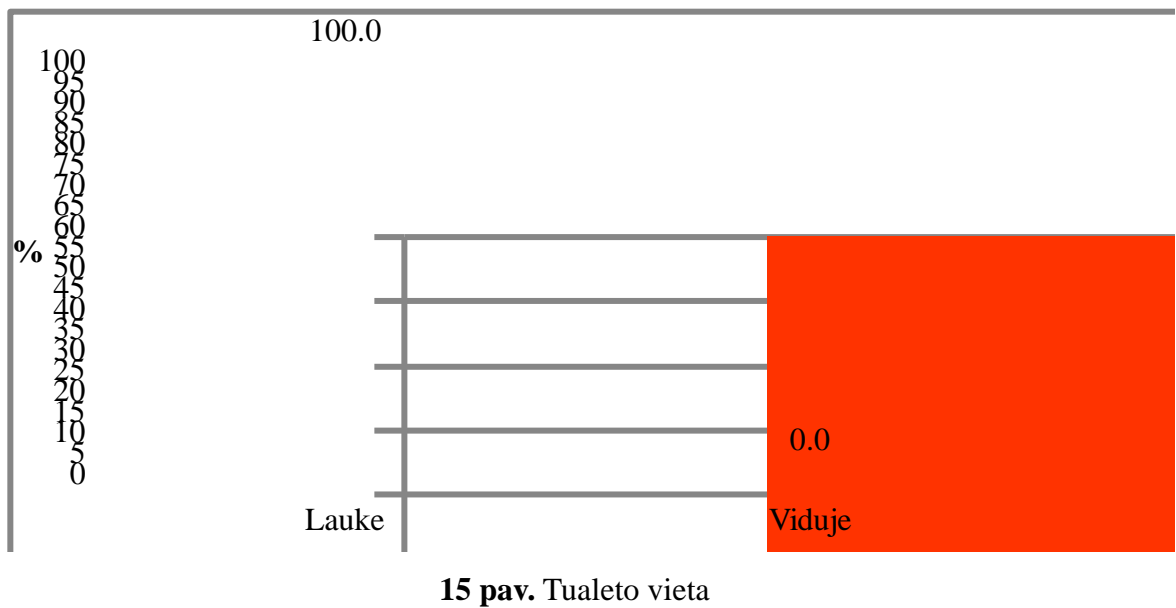
Apskaičiuota, kad daugiausiai tiriamųjų (70,8 proc.) vonios/tualetu kambariuose slenksčio aukštis yra mažiau nei 5 centimetrai, kai 5,9 proc. tiriamųjų teigia, kad jų vonios/tualetu kambario slenksčio aukštis siekia 7 centimetrus (pav. 12), Nustatyta, kad 29,4 proc. vonios/tualetu kambario slenksčio plotis siekia < nei 5, 10 ar 15 centimetrų, o mažiausiai tiriamųjų (11,8 proc.) atsakė, kad slenksčio plotis yra 20 centimetrų (pav. 13).

5.1.2 Tuaeletu ir vonios aplinkos pritaikymas

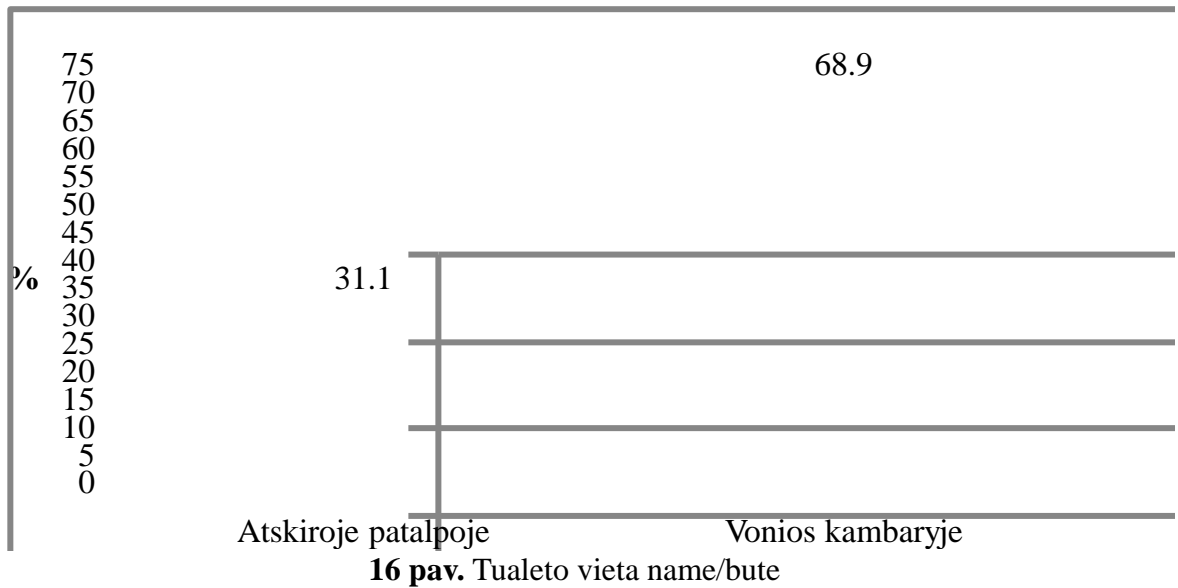
Šiame skyriuje analizuosime tualetu ir vonios pritaikymą. Nustatyta, kad 55,6 proc. tiriamųjų tualetu aplinka yra pritaikyta specialia įranga, kai 44,4 proc. teigia, kad jų tualetu aplinka nėra pritaikyta (pav. 14).



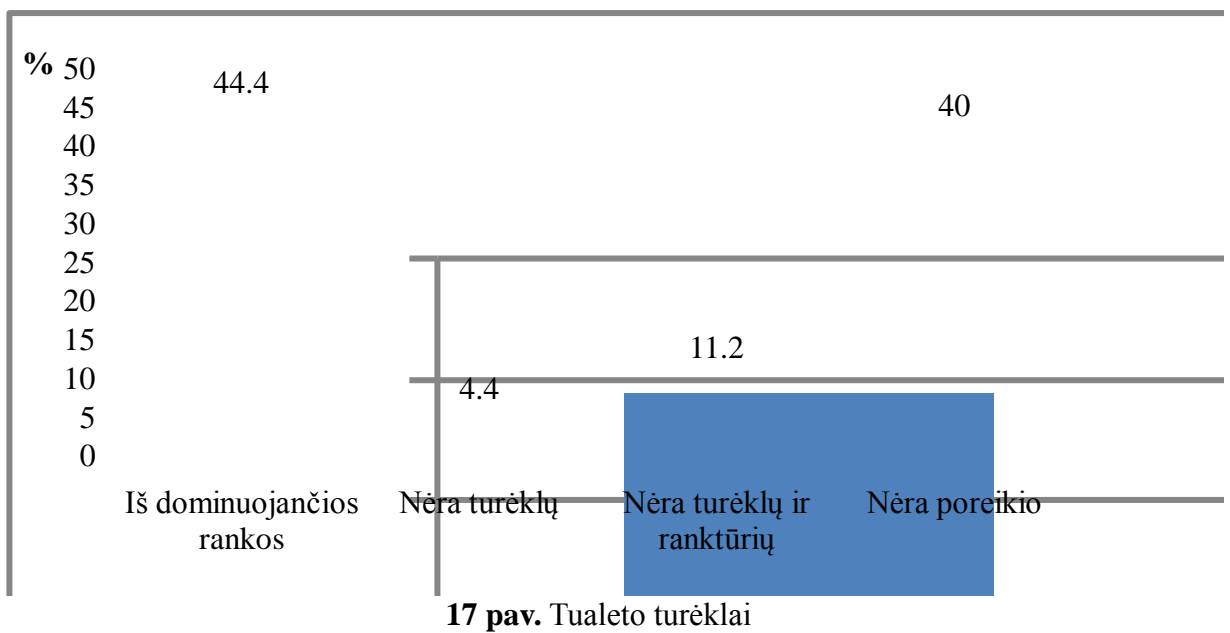
Apklauso metu nustatyta, kad visų tiriamųjų (100 proc.) tualetu vieta yra namo viduje (pav. 15).



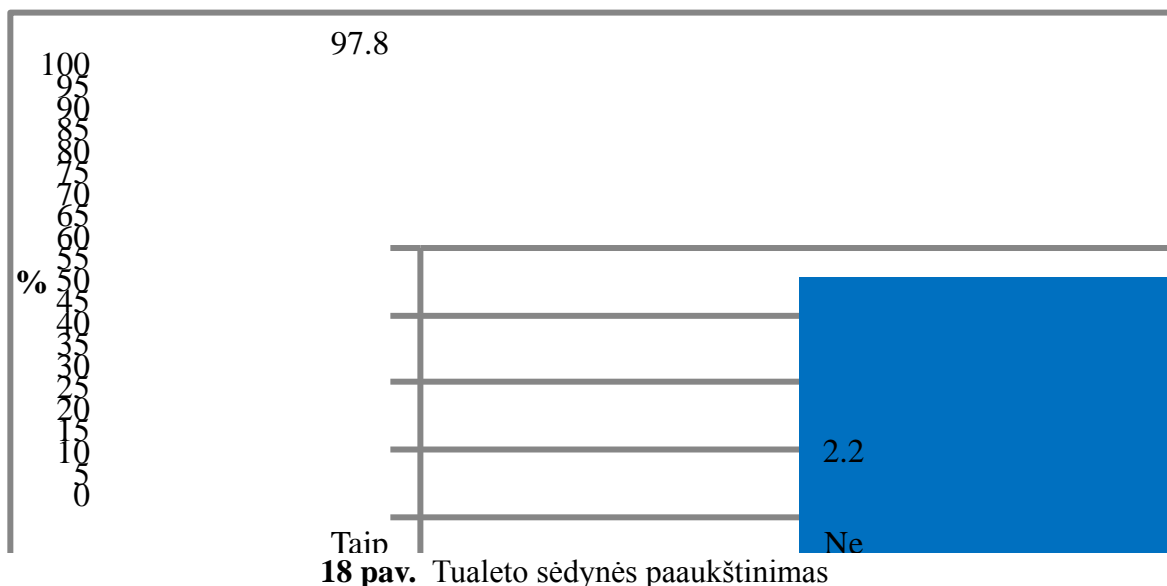
Tik trečdalis tiriamųjų (31,1 proc.) tualetas yra atskiroje patalpoje, o likusiųjų tiriamųjų (68,9 proc.) – vonios kambaryje (pav. 16).



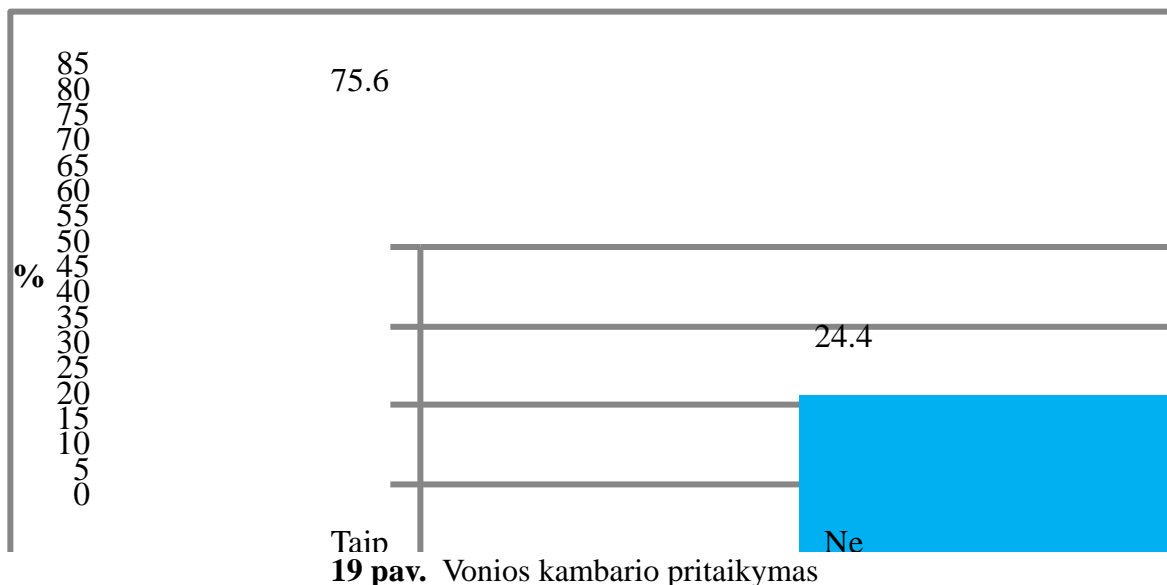
Pateikti apklausos rezultatai rodo, kad 44,4 proc. tiriamųjų tualete yra įsirengę turėklus iš dominuojančios rankos, kai 40,0 proc. tiriamųjų nėra poreikio juos įsirengti. Kiti tiriamieji (15,6 proc.) atsakė, jog jų tualete nėra nei turėklų, nei ranktūrių (pav. 17).



Nustatyta, kad beveik visi tiriamieji (97,8 proc.) atsakė, kad jų tualetų sėdynė turi paaukštinimą, o 2,2 proc. tiriamųjų tualetų sėdynė neturėjo paaukštinimo (pav. 18).

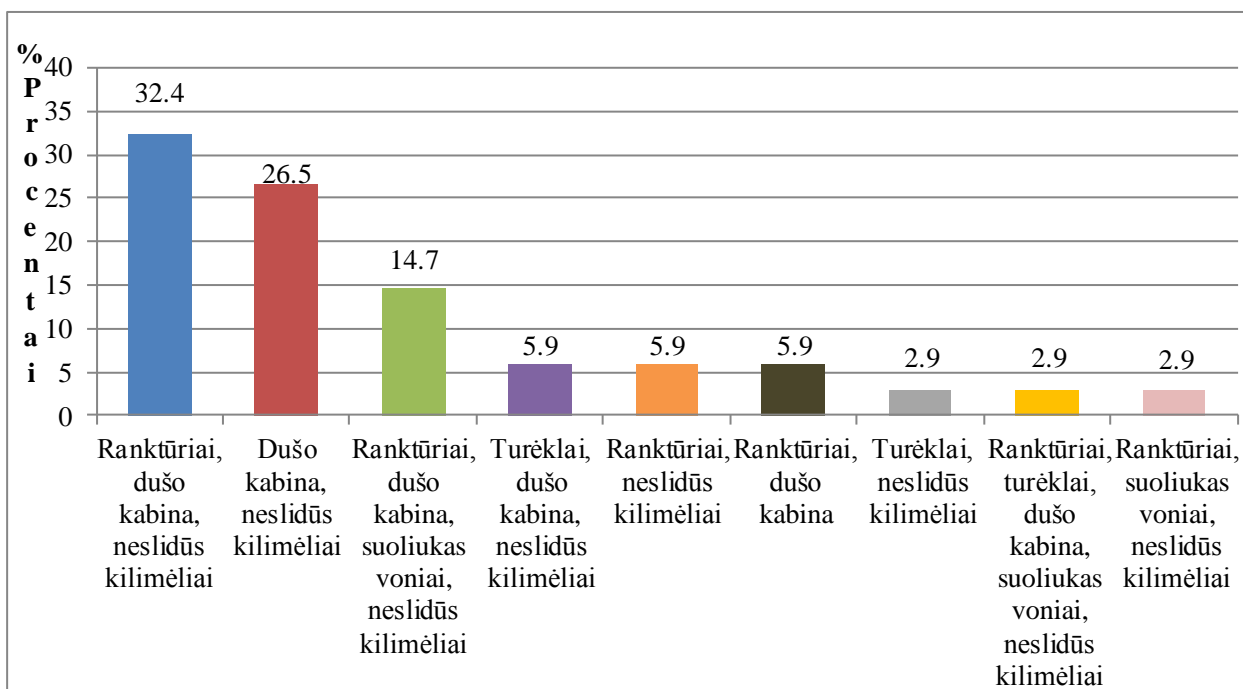


Didžioji dalis tiriamųjų - 75,6 proc. pritaikė, o 24,4 proc. nepritaikė vonios kambario specialią įrangą (pav. 19).



Nustatyta, kad tiriamiesiems, kuriems yra reikalinga speciali įranga vonios kambariuose, daugiausiai atsakė (32,4 proc.), jog savo vonios kambariuose turi ranktūrius, dušo kabinas ir neslidžius

kilimėlius. Tuo tarpu mažiausiai tiriamųjų (po 2,2 proc.) turi vonios kambariuose turėklus ir neslidžius kilimėlius; ranktūrius, suoliukus voniai ir neslidžius kilimėlius bei ranktūrius; turėklus, dušo kabinas, suoliukus voniai ir neslidžius kilimėlius (pav. 20).

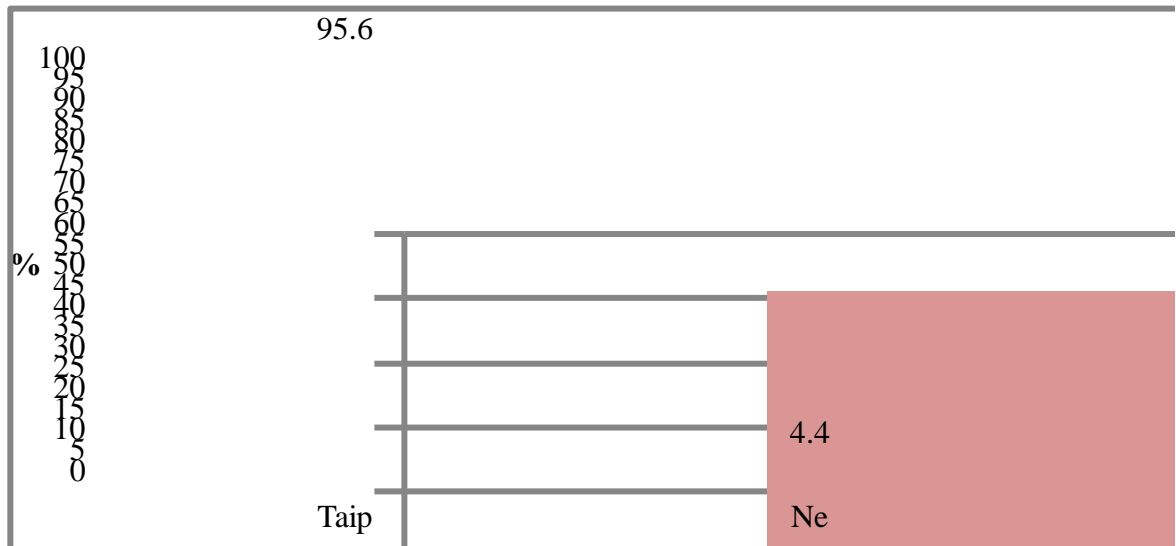


20 pav. Pritaikytos priemonės vonios kambaryje

5.1.3 Aplinkos pritaikymas ir aplinkinių pagalba

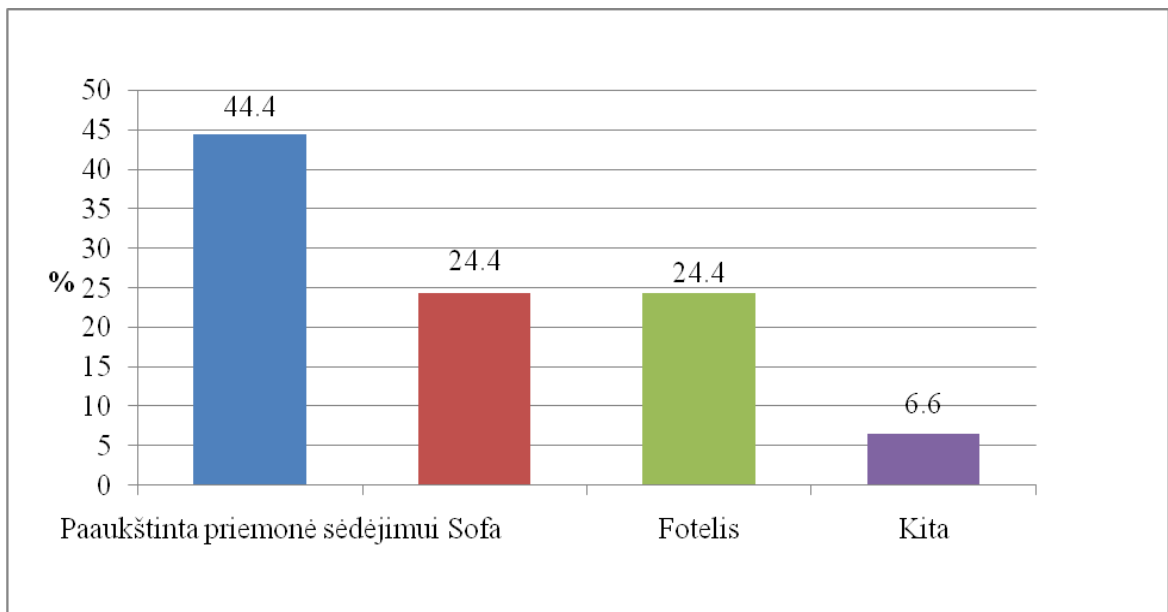
Siekiant įvertinti aplinkinių pagalbos poreikį ir aplinkos pritaikymą buvo analizuojami: kėdžių, lovos, tualetu paaukštinimai, dažniausiai naudojami baldai sėdėjimui, transporto priemonės kelionei namo, sunkumai įlipant/išlipant į/iš transporto, šeimos pagalbos poreikį, pagalbinių priemonių naudojimas prausiantis/rengiantis, rūpinimasis aplinkos pritaikymu, kliuviniai pritaikant namų aplinką, turimas priemonės po reabilitacijos namuose, išgytas priemonės, mokamas priemonės, kompensuojamas priemonės ir kt. Išsamesni duomenys pateikiami 8 priede.

Didžioji dalis tiriamųjų (95,6 proc.) teigia, kad jų kėdės yra paaukštintos (pav. 21).



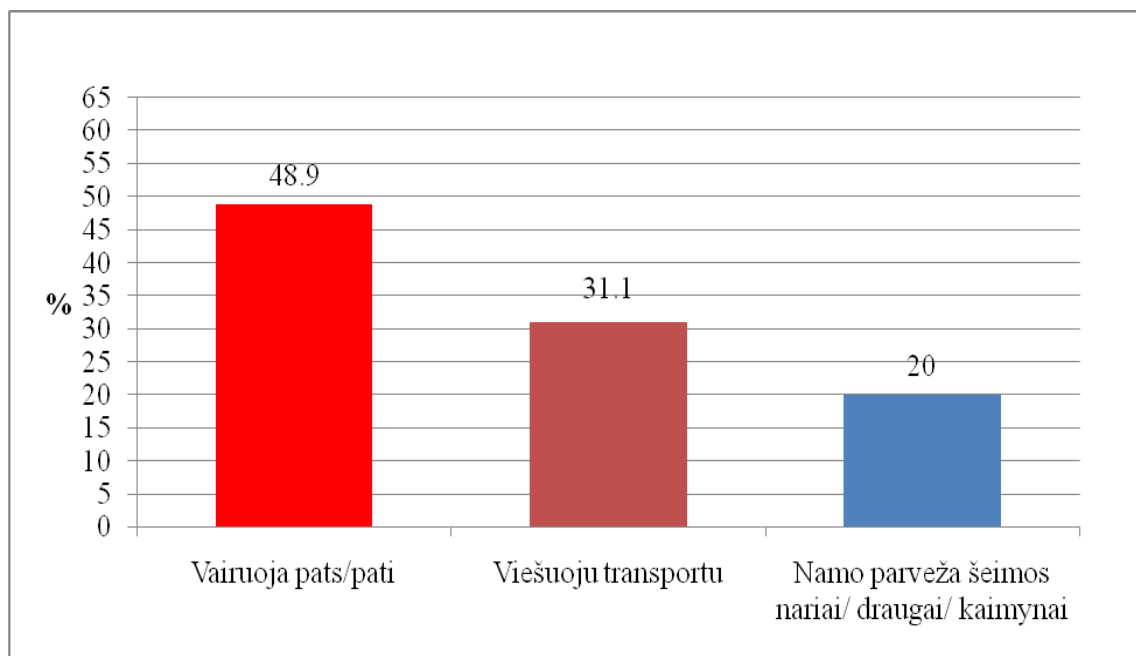
21 pav. Kėdės paaukštinimas

Net 44,4 proc. tiriamųjų, po klubo sąnario endoprotezavimo operacijos, dažniausiai sėdėjimui naudoja paaukštintą priemonę sėdėjimui, mažiau tiriamųjų (po 24,4 proc.) sofą ir fotelį. Likusieji tiriamieji (6,6 proc.) dažniausiai sėdėjimui naudoja kitus sėdėjimui skirtus baldus: supamąją, valgomojo kėdę ir sofą (pav. 22).



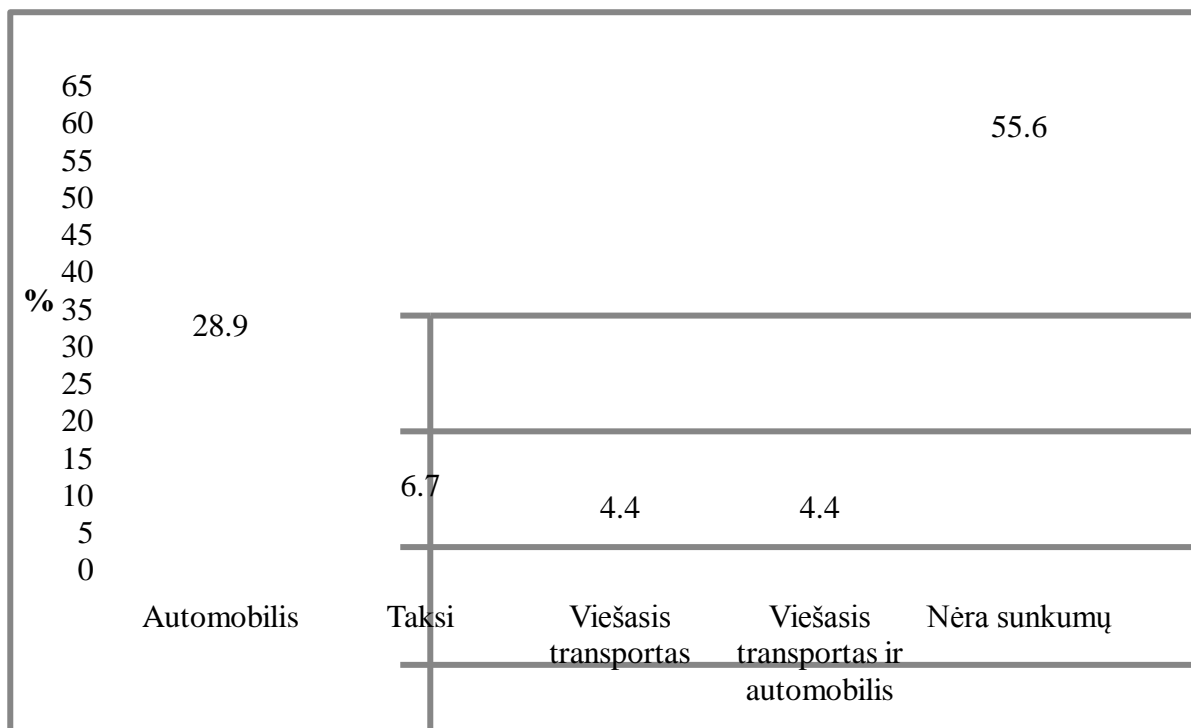
22 pav. Dažniausiai naudojamas baldas sėdėjimui

Nustatyta, kad apie pusę tyrime dalyvavusių tiriamųjų vairuoja patys (48,9 proc.), likusieji tiriamieji (51,1 proc.) naudojami kitų teikiama pagalba ar paslauga, t.y. viešuoju transportu arba šeimos narių pagalba (pav. 23).



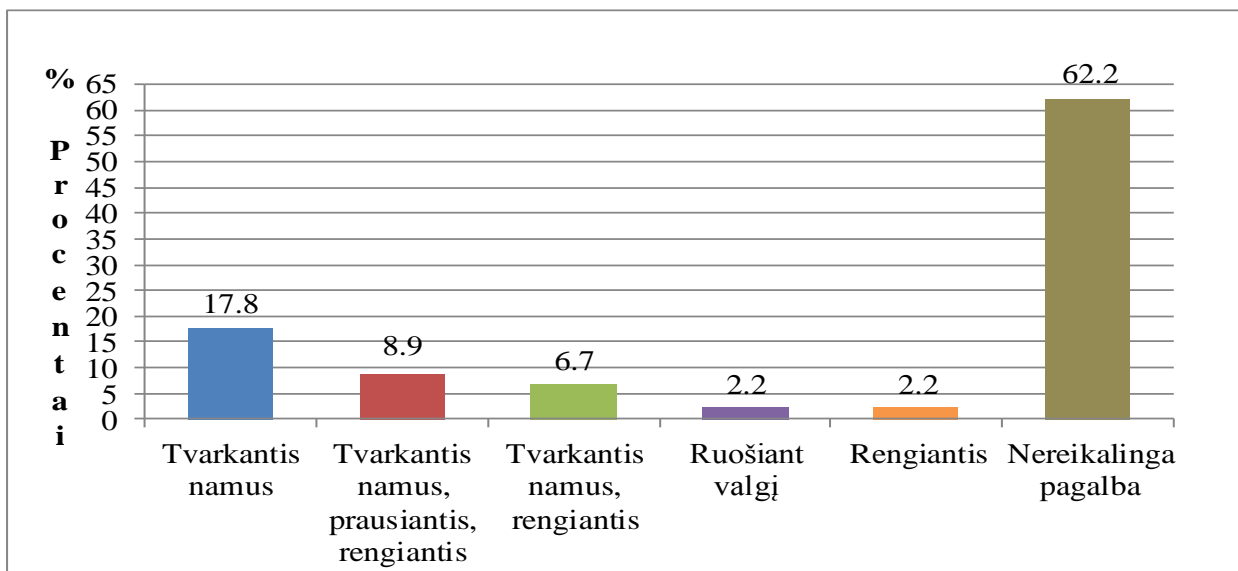
23 pav. Naudojamas transportas kelionei namo

Apklausoje metu nustatyta, kad 55,6 proc. tiriamieji, po klubo sąnario endoprotezavimo operacijos, nepatiria jokių sunkumų įlipdami/išlipdami į/iš transporto priemonės. Pastebėta, kad 28,9 proc. tiriamiesiems kyla sunkumų įlipti/ išlipti į/iš automobilio (pav. 24).

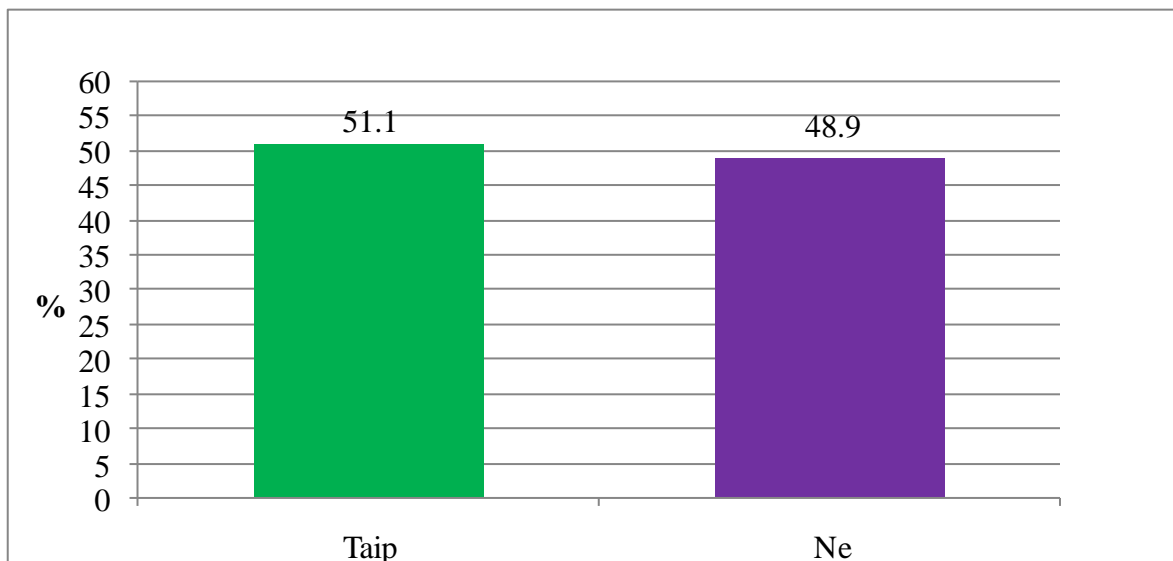


24 pav. Sunkumai įlipti/išlipti į/iš transporto

Daugiau nei pusei tiriamųjų (62,2 proc.), po klubo sąnario endoprotezavimo operacijos, nėra reikalinga šeimos pagalba. Kitiems tiriamiesiems reikalinga pagalba, iš jų labiausiai reikalinga pagalba tvarkantis namus, prausiantis ir rengiantis (17,8 proc.). Apklausoje rezultatai parodo, kad tiriamiesiems mažiausiai reikalinga pagalba rengiantis ir ruošianti valgi (po 2,2 proc.) (pav. 25).

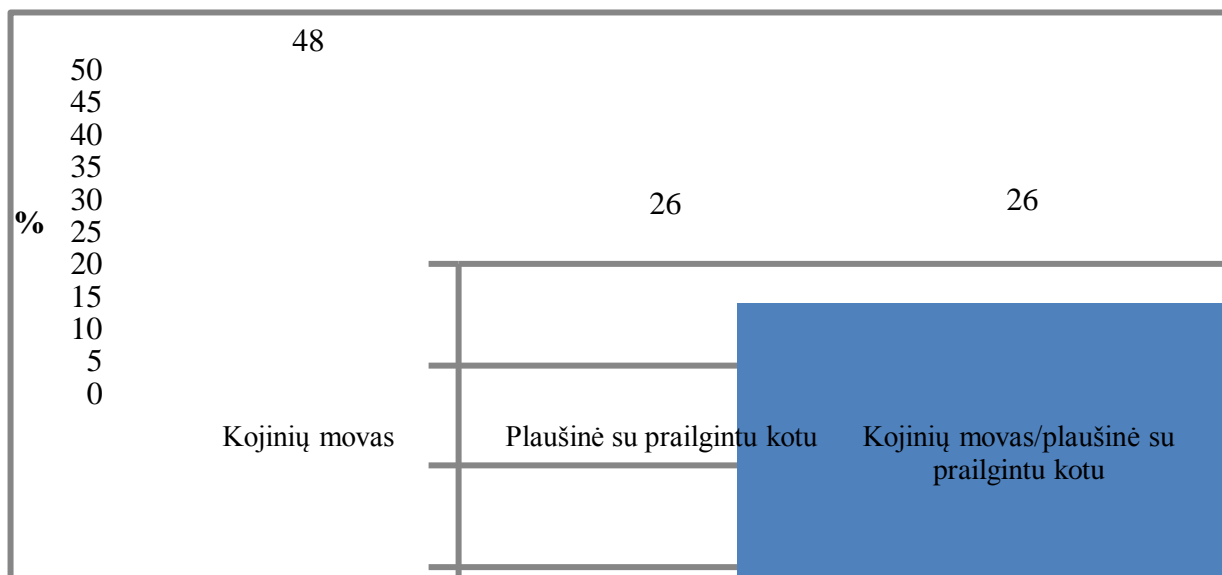


25 pav. Šeimos pagalbos poreikis



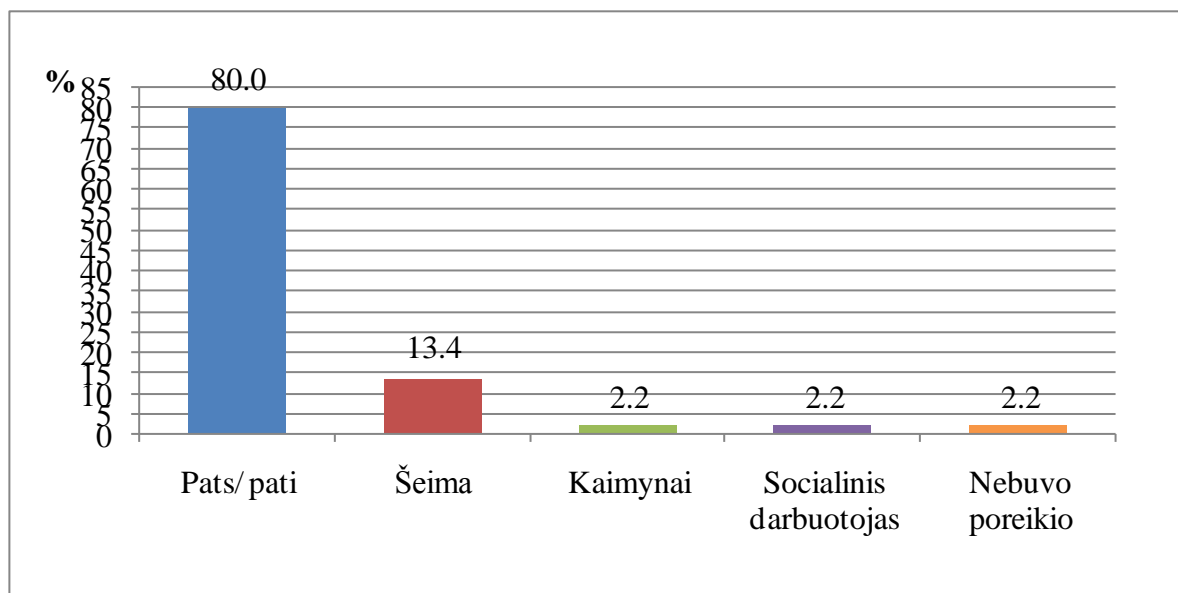
26 pav. Pagalbinių priemonių naudojimas prausiantis/renģiantis

Tyrimo metu tiriamieji ė klausimā, ar po klubo sārario endoprotezavimo operacijos naudoja pagalbines priemones prausiantis/renģiantis, 51,1 proc. atsakė, kad naudoja, kai 48,9 proc. tiriamujų atsakė, kad nenaudoja (pav. 26).



27 pav. Pagalbinės priemonės naudojamos prausiantis/renģiantis

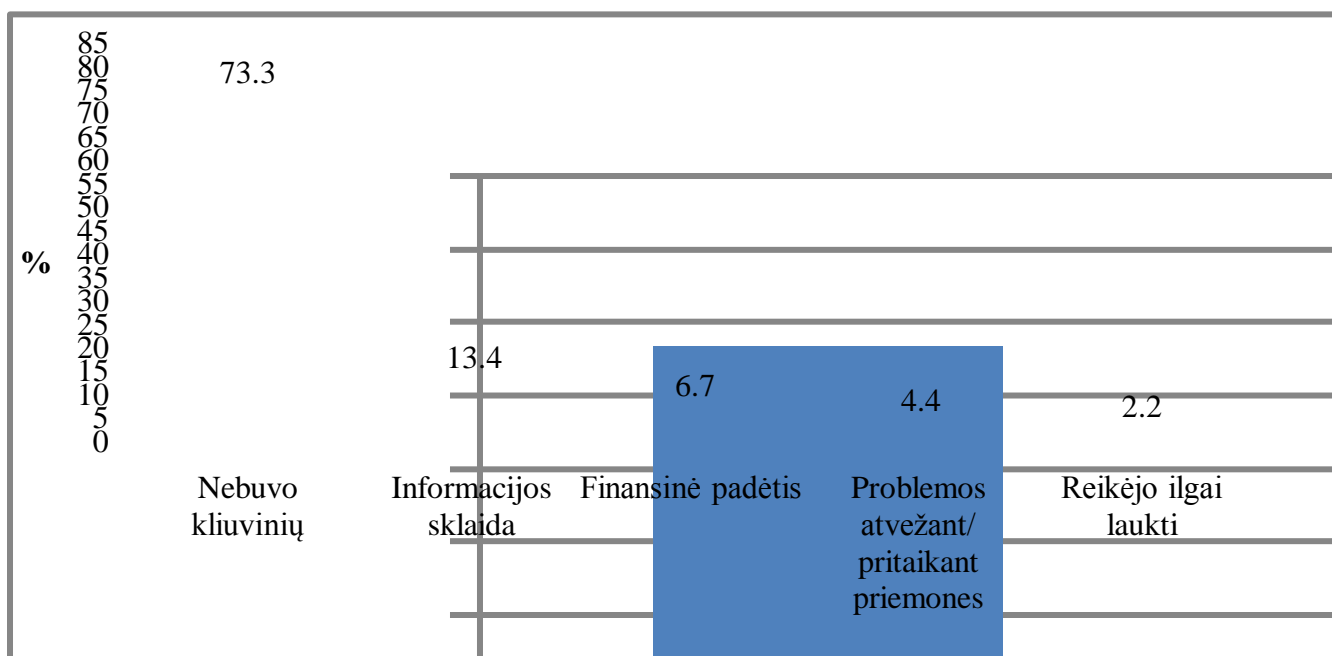
Nustatyta, kad iš tiriamųjų, atsakiusių ar naudoja pagalbines priemones prausiantis/rengiantis, galima pastebėti, kad daugiausiai tiriamųjų (48,0 proc.) rengiantis naudoja kojinių movą. Kai 26,6 proc. tiriamųjų naudoja tik maudymuisi skirtą plaušinę su prailgintu kotu ir tiek pat tiriamųjų (26,6 proc.) naudoja ne tik maudymuisi skirtą plaušinę su prailgintu kotu, bet ir kojinių movą rengiantis (pav. 27).



28 pav. Rūpinimasis aplinkos pritaikymu

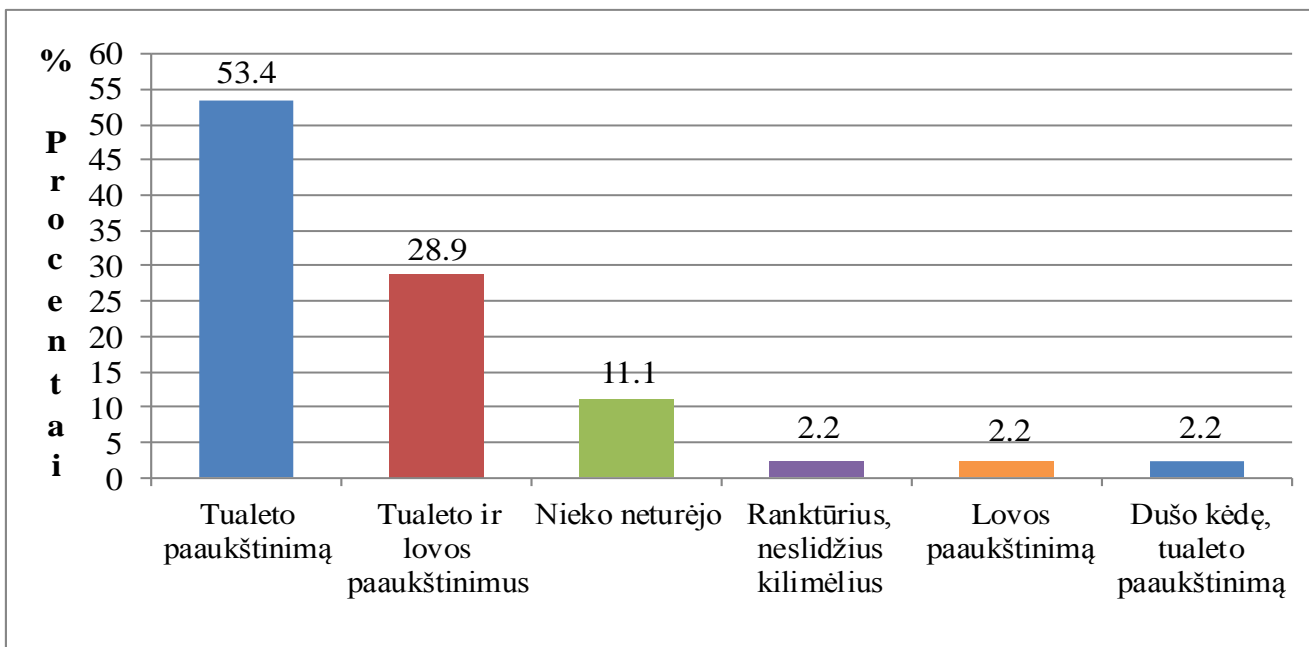
Net 80 proc. tiriamųjų patys rūpinosi savo aplinkos pritaikymu, 13,4 proc. padėjo pritaikyti namų aplinką šeima ir tik 2,2 proc. aplinkos pritaikymu rūpinosi kaimynai, socialinis darbuotojas arba nebuvo poreikio pritaikyti aplinką (pav. 28).

Apklausa metu apskaičiuota, kad 73,3 proc. tiriamųjų, po klubo sąnario endoprotezavimo operacijos, nesusidūrė su jokiais kliuviniais pritaikant namų aplinką, kai 26,7 proc. tiriamųjų susidūrė su informacijos sklaidos trūkumu (13,4 proc.), teko patiems už savo lėšas įsigyti priemones (6,7 proc.), iškilo problemų su priemonių atvežimu/pritaikymu (4,4 proc.) ir ilgu laukimu (13,4 proc.) (pav. 29).

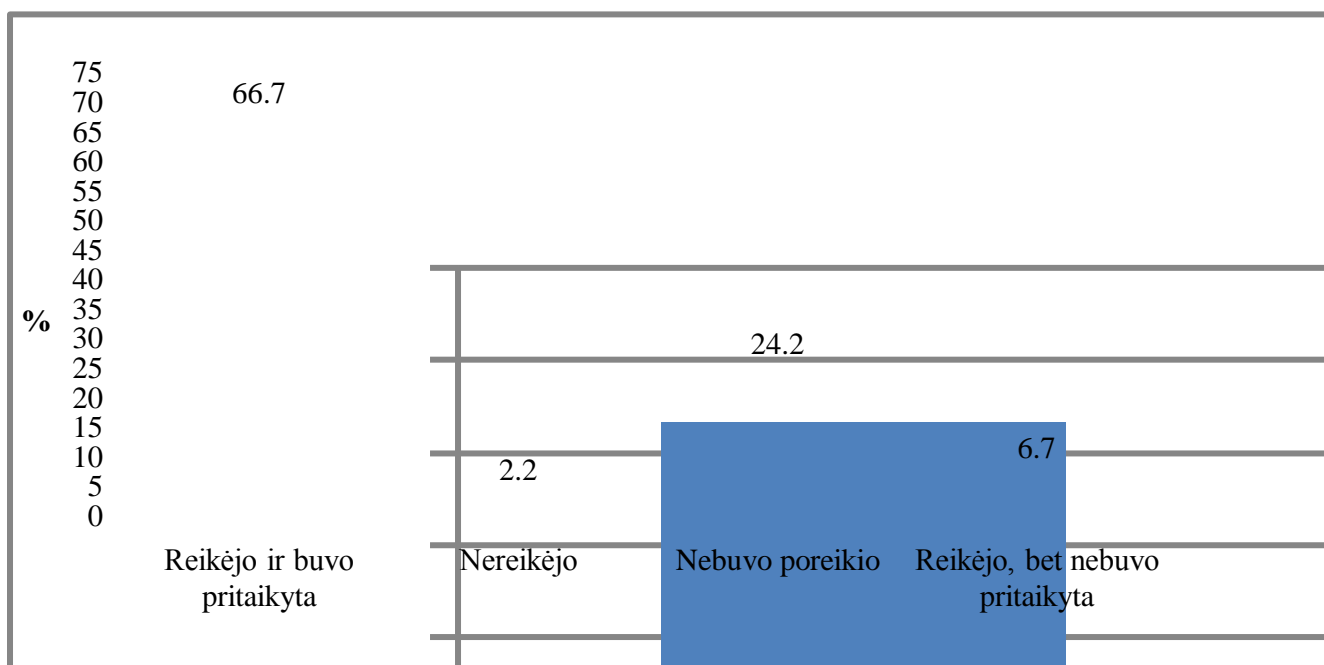


29 pav. Kliuviniai pritaikant namų aplinką

Daugiau nei pusė tiriamųjų (53,4 proc.) turėjo namuose po reabilitacijos tualetą paaukštinimą, 28,9 proc. tualetą ir lovos paaukštinimus, o 11,1 proc. nieko neturėjo (pav. 30).

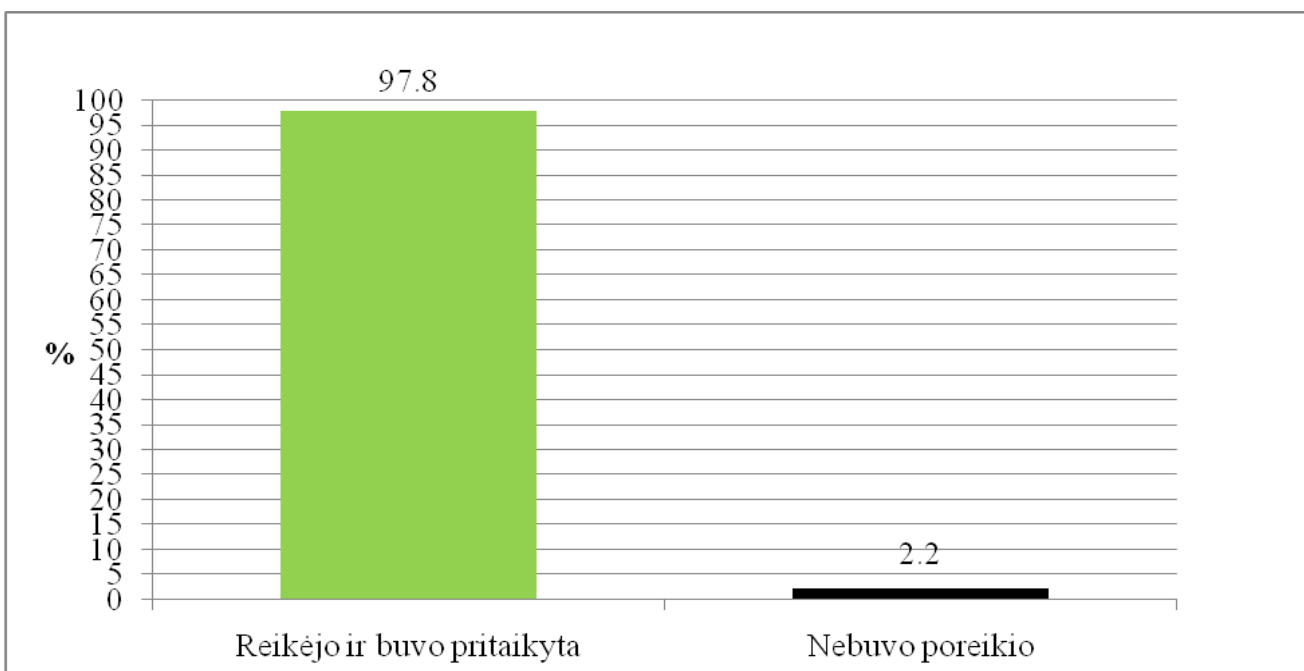


30 pav. Turimos priemonės namuose po reabilitacijos

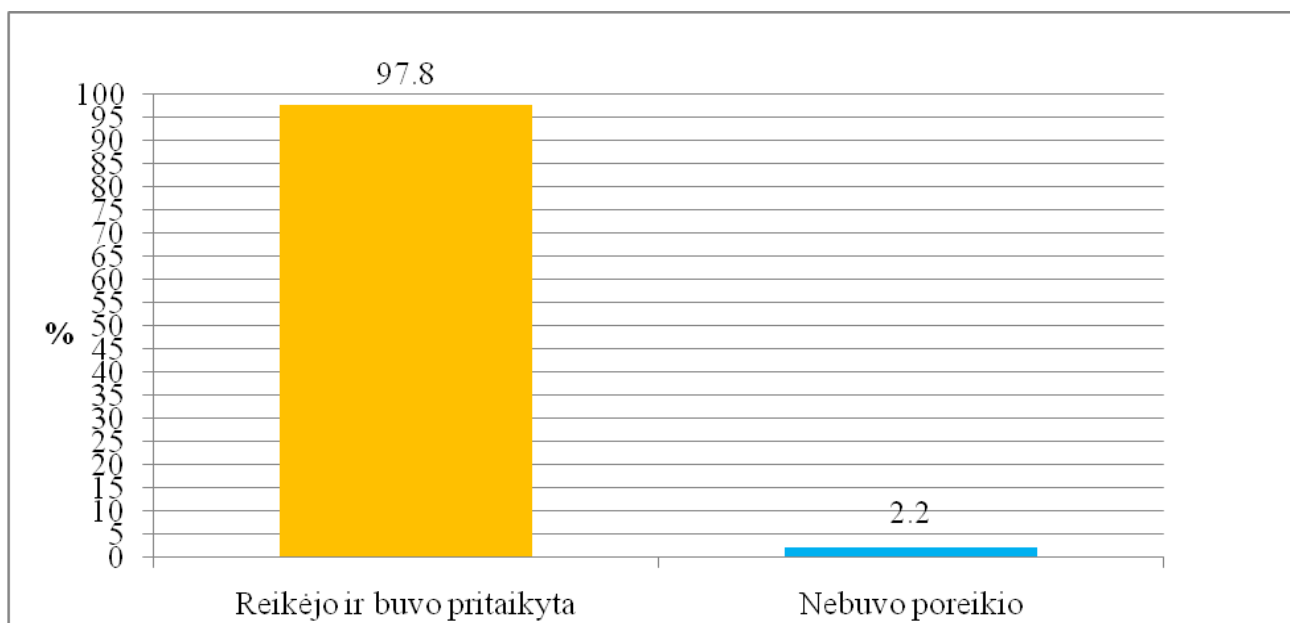


31 pav. Paaukštintos lovos poreikis

Nustatyta, kad 66,7 proc. tiriamiesiems buvo reikalinga ir namuose pritaikyta paaukštinta lova, kai 6,7 proc. tiriamųjų paaukštintos lovos reikėjo, bet nebuvo pritaikyta. Likusiems tiriamiesiems 26,4 proc. nebuvo poreikio arba nereikėjo įsigyti paaukštintos lovos savo namuose (pav. 31).

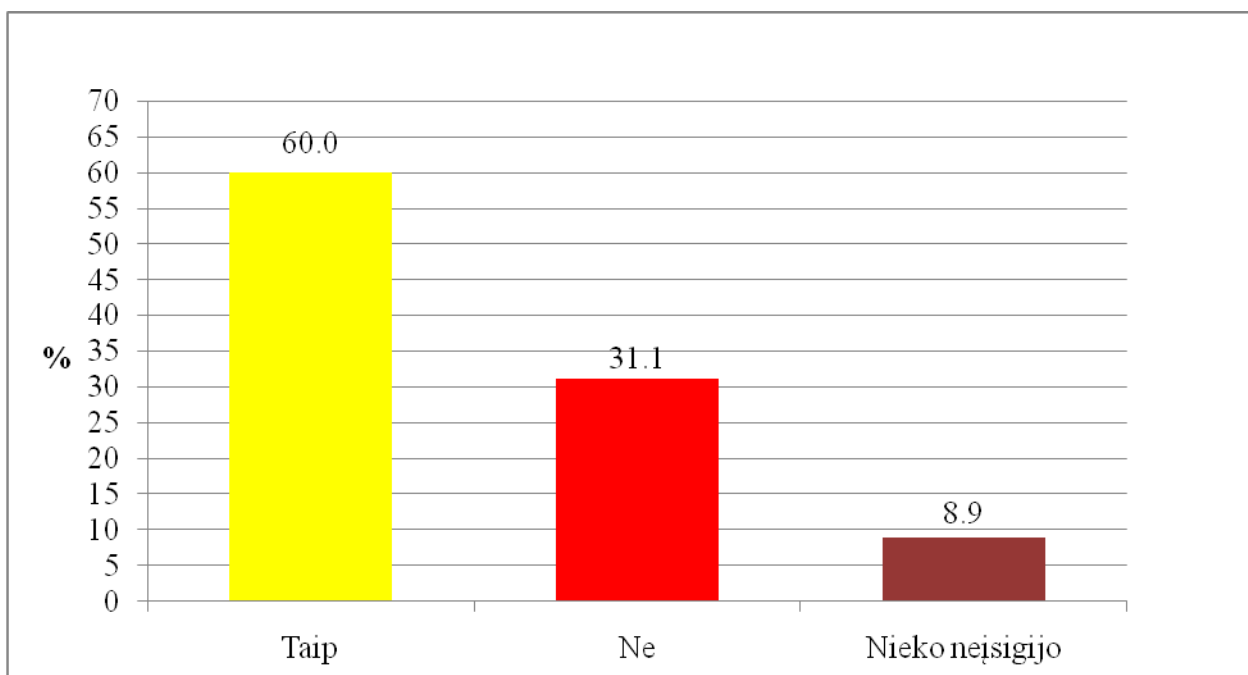


32 pav. Paaukštinto tualetu poreikis



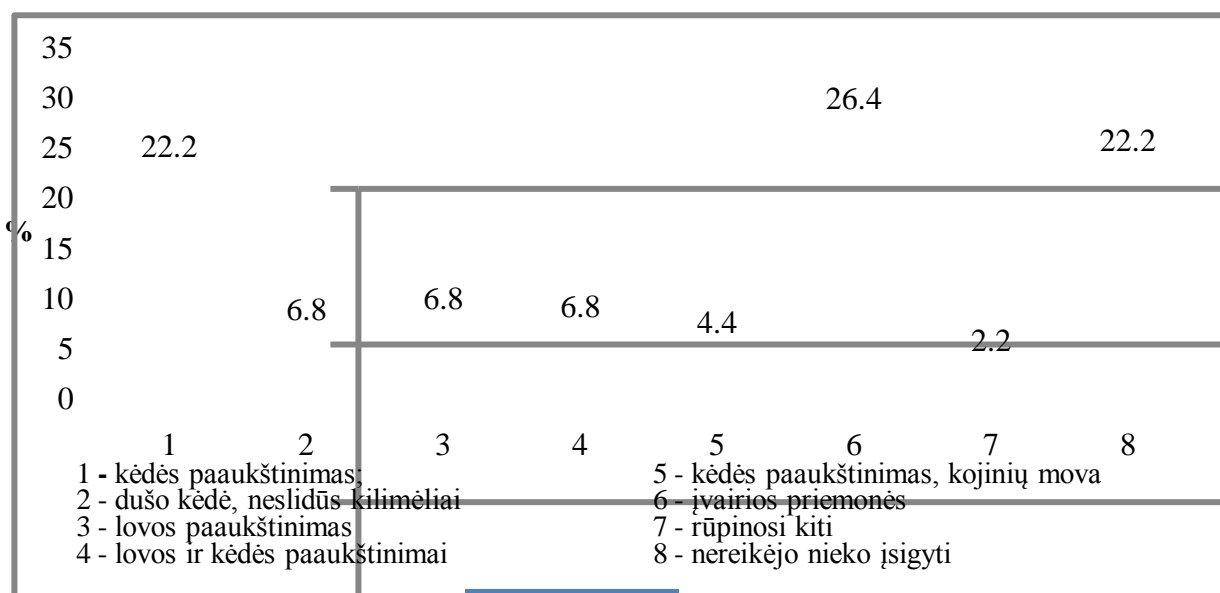
33 pav. Paaukštintos kėdės poreikis

Apklausoje metu nustatyta, kad 97,8 proc. tiriamiesiems reikėjo paaukštintos kėdės ir tualetu, kurie buvo pritaikyti namuose, kai tuo tarpu 2,2 proc. tiriamiesiems nebuvo poreikio pritaikyti savo namuose paaukštintos kėdės ir paaukštinto tualetu (pav. 32 ir pav. 33).



34 pav. Priemonių kompensavimas

Net 60 proc. tiriamųjų atsakė, kad visos priemonės buvo kompensuojamos, kaip 31,1 proc. tiriamųjų priemonės nebuvo kompensuojamos, o 8,9 proc. tiriamųjų jokių priemonių neįsigijo (pav. 34).



35 pav. Įsigytos priemonės

Nustatyta, kad daugiausiai tiriamųjų (22,2 proc.) įsigijo kėdės paaukštinimą, kai tokiam pačiam tiriamųjų skaičiui nereikėjo nieko įsigyti. Pastebėta, kad vienodai tiriamųjų (po 6,8 proc.) įsigijo šių priemonių: dušo kėdę ir neslidžius kilimėlius; lovos paaukštinimus, lovos ir kėdės paaukštinimus, ir 4,4 proc. kėdės paaukštinimą bei kojinių movą. Kai tuo tarpu likusieji tiriamieji (26,4 proc.) įsigijo įvairių priemonių pagal poreikį (trikampė pagalvė, lovos, kėdės, tualetu paaukštinimai, ranktūriai, suoliukas voniai, dušo kėdė, plaušinė su prailgintu kotu, neslidūs kilimėliai, kojinių mova, griebimo lazda). Ir tik 2,2 proc. tiriamųjų teigė, kad priemonėmis rūpinosi kiti, todėl nieko nežino (pav. 35).

5.2 Tiriamųjų, po klubo sąnario endoprotezavimo operacijos, skausmas ir gyvenimo kokybė prieš ir po reabilitacijos

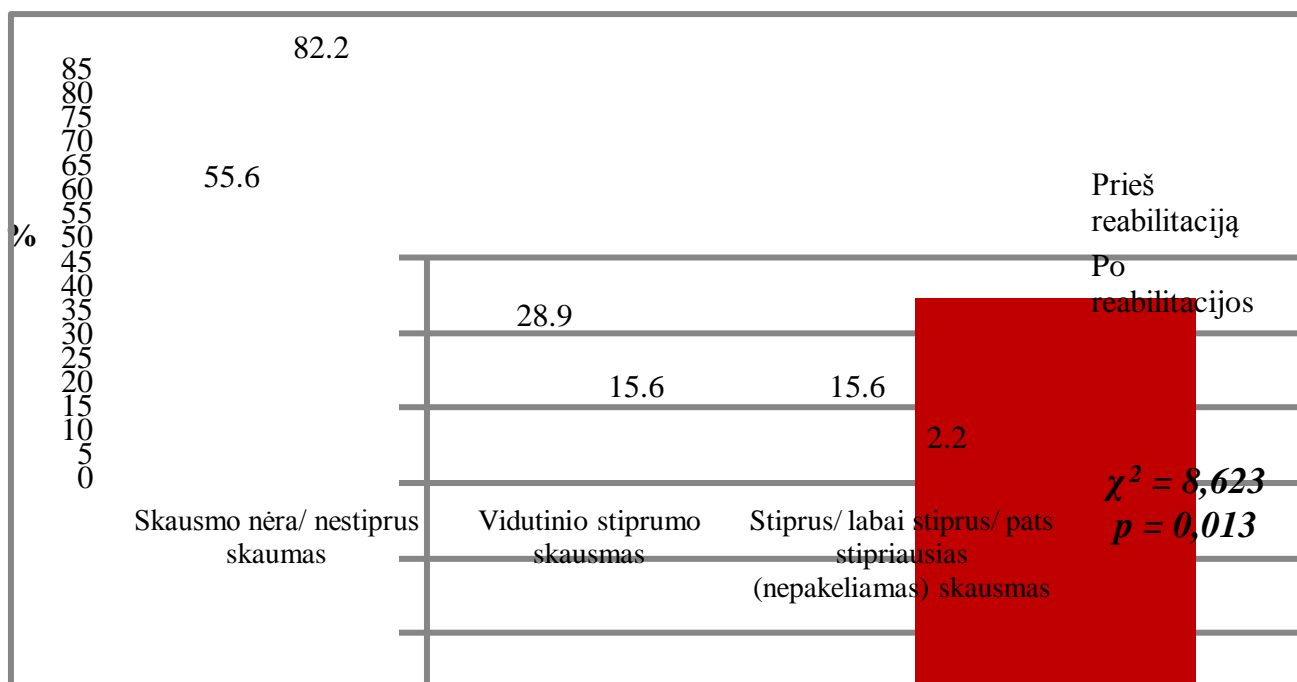
Norėdami išsiaiškinti gyvenimo kokybės ir skausmo pokyčius reabilitacijos eigoje, lyginome visus gyvenimo kokybės komponentus ir skausmą. Atliekant skausmo lyginimą prieš reabilitaciją ir po jos buvo nagrinėjami 6 galimi atsakymų variantai (žr. 4 lentelę).

4 lentelė. Skausmo intensyvumas prieš ir po reabilitacijos

Teiginys	n/%	n/%	n/%	n/%	n/%	n/%
	Skausmo nėra	Nestiprus skausmas	Vidutinio stiprumo skausmas	Stiprus skausmas	Labai stiprus skausmas	Pats stipriausias (nepakeliamas) skausmas
Prieš reabilitaciją (n = 45)	1/ 2,2	24/ 53,3	13/ 28,9	4/ 8,9	1/ 2,2	2/ 4,4
Po reabilitacijos (n = 45)	8/ 17,8	29/ 64,4	7/ 15,6	0/ 0	1/ 2,2	0/ 0
χ^2/p	13,716/ 0,018					

Analizuojant apklausos duomenis nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp skausmo intensyvumo prieš ir po reabilitacijos ($p = 0,018$). Tačiau dėl didelio atsakymų pasiskirstymo (žr. 3 lentelę) yra sunku interpretuoti duomenis, todėl analizė pakartojama su 3 atsakymo variantais, kurie bus nagrinėjami toliau.

Įvertinus tiriamųjų skausmą prieš ir po reabilitacijos, nustatytas statistiškai reikšmingas skausmo sumažėjimas po reabilitacijos ($p = 0,013$) (pav. 36). Nustatyta, kad dauguma tiriamųjų po reabilitacijos (82,2 proc.) jaučia nestiprų skausmą arba visiškai nejaučia skausmo negu prieš reabilitaciją (55,6 proc.). Tačiau remiantis gautais apklausos duomenimis daugiau tiriamųjų jaučia vidutinį (28,9 proc.) arba stiprų/labai stiprų/nepakeliamą skausmą (15,6 proc.) prieš reabilitaciją nei po jos.

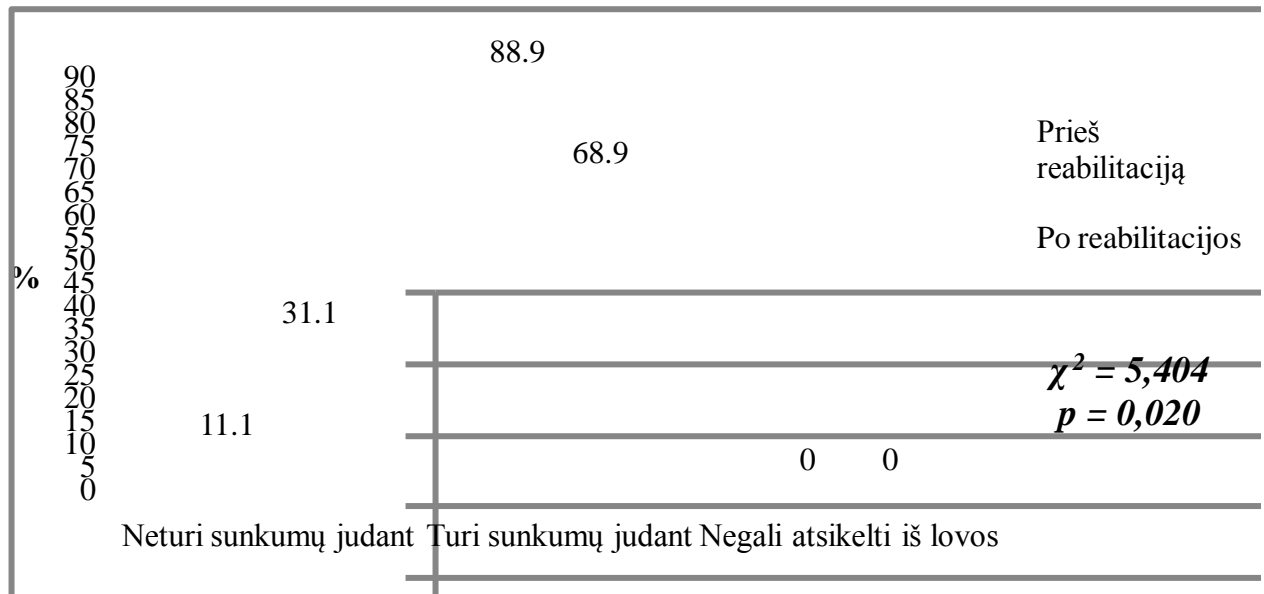


36 pav. Skausmo intensyvumas prieš ir po reabilitacijos

Norėdami sužinoti, kokia yra tiriamųjų, po klubo sąnario endoprotezavimo operacijos, gyvenimo kokybė, nusprendėme palyginti tiriamųjų gyvenimo kokybės komponentų vertinimus prieš ir po reabilitacijos.

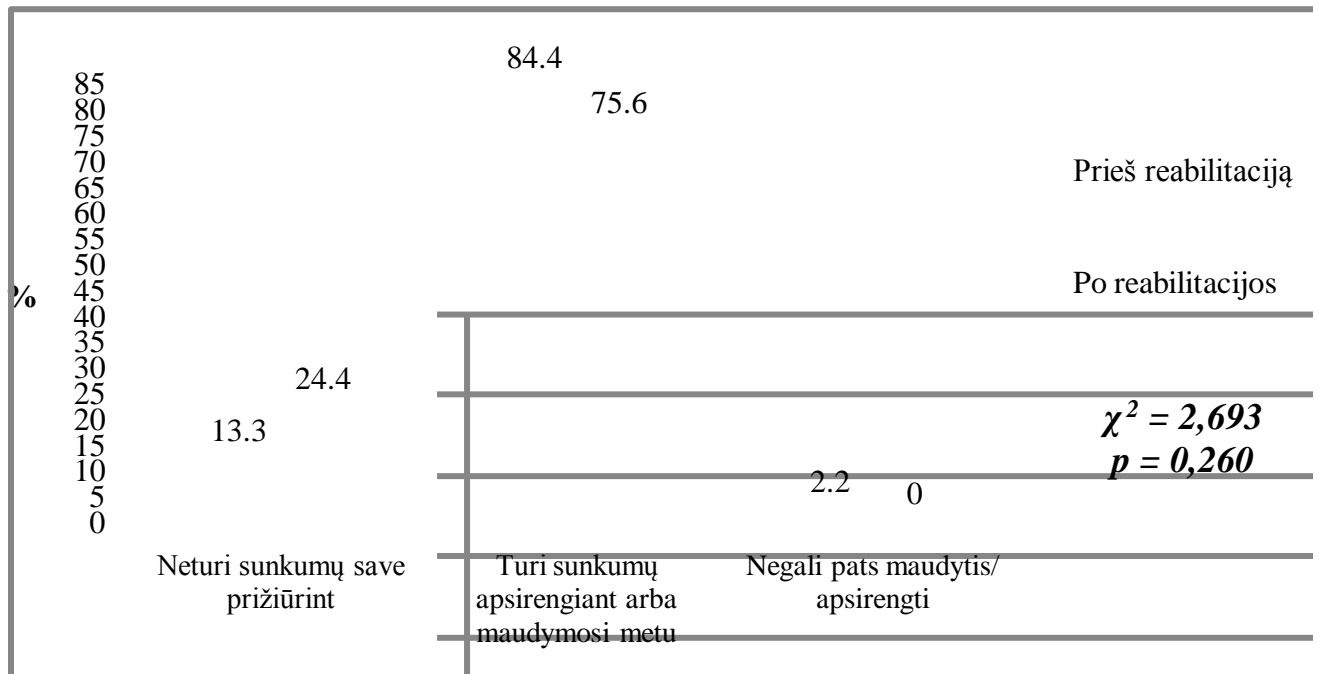
Įvertinus tiriamųjų judėjimą prieš ir po reabilitacijos, nustatytas statistiškai reikšmingas judėjimo pagerėjimas po reabilitacijos ($p = 0,020$) (pav. 37). Rezultatai parodo, kad 88,9 proc. tiriamųjų prieš reabilitaciją turi sunkumų judant, kai po reabilitacijos yra judėjimo sunkumų statistiškai

reikšmingas sumažėjimas (68,9 proc.). Prieš reabilitaciją buvo tik 11,1 proc. tiriamųjų, neturinčių judėjimo sunkumų, o po reabilitacijos 31,1 proc.



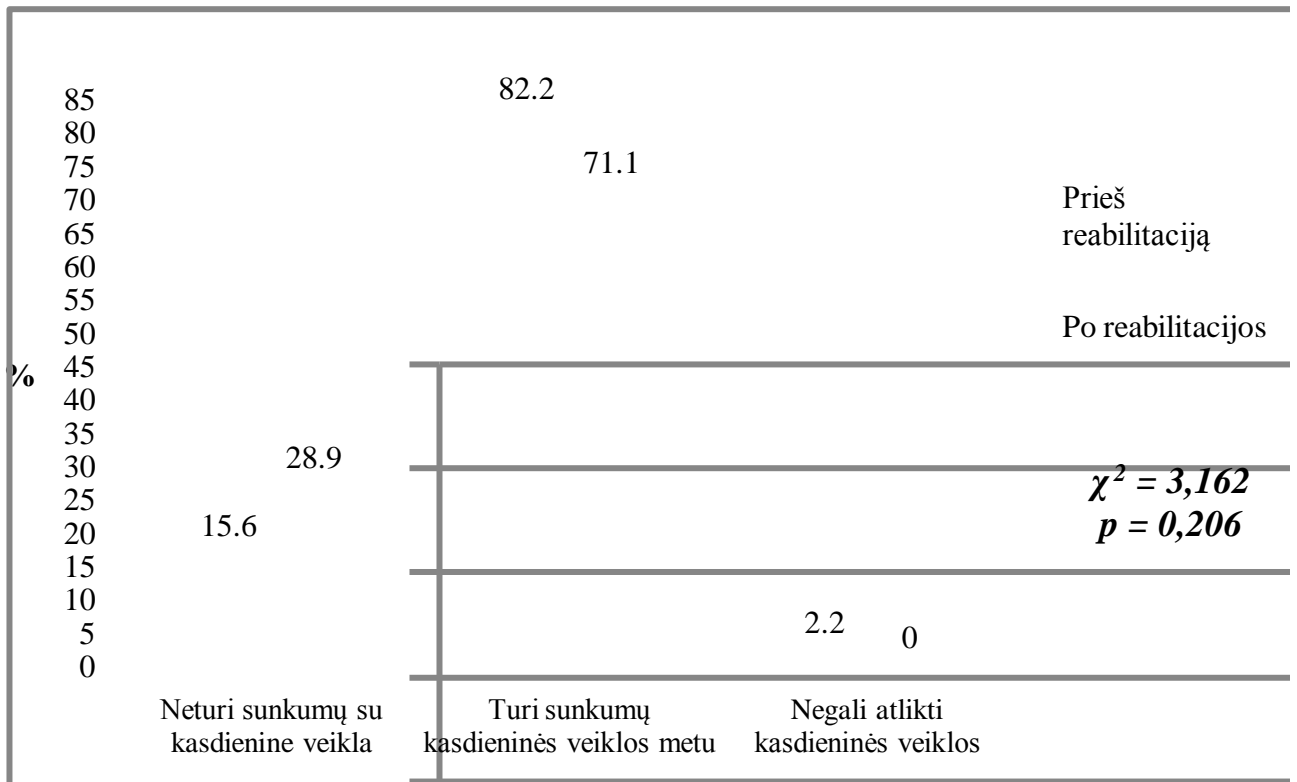
37 pav. Judėjimas prieš ir po reabilitacijos

Nustatyta, kad tarp tiriamųjų savęs priežiūros srityje prieš ir po reabilitacijos nėra nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas ($p = 0,260$). Matyti, kad 84,4 proc. tiriamųjų prieš reabilitaciją turi sunkumų apsirengiant arba maudymosi metu, kai po reabilitacijos tiriamieji tapo savarankiškesni apsirengiant ar maudantis (75,6 proc.). Nors tik 2,2 proc. tiriamųjų prieš reabilitaciją negalėjo patys nusimaudyti ar apsirengti, bet po reabilitacijos nei vienas iš tiriamųjų neturėjo sunkumų savarankiškai maudyti ar apsirengti. Tuo tarpu prieš reabilitaciją buvo tik 13,3 proc. tiriamųjų, neturinčių sunkumų save prižiūrint, o po reabilitacijos yra savęs priežiūros sunkumų neturėjimo statistiškai reikšmingas padidėjimas iki 24,4 proc. (pav. 38).

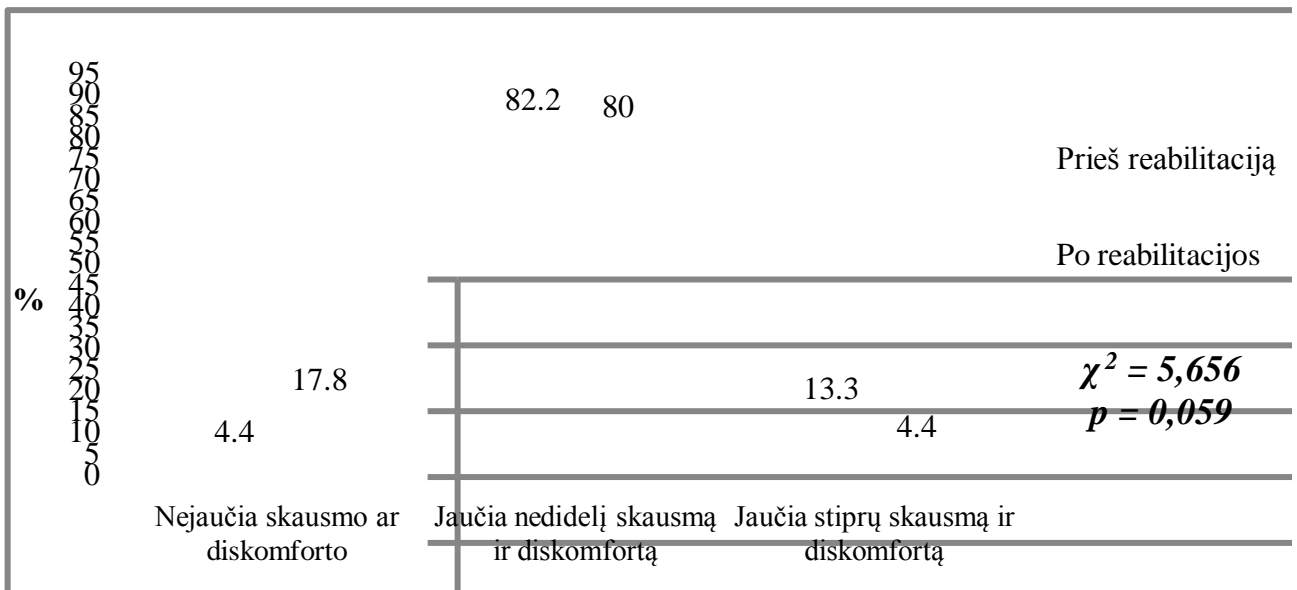


38 pav. Savęs priežiūra prieš ir po reabilitacijos

Įvertinus apklausos duomenis nustatyta, kad tarp tiriamųjų įprastinės/kasdieninės veiklos prieš ir po reabilitacijos nėra nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas ($p = 0,206$). Pastebėta, kad 82,2 proc. tiriamųjų prieš reabilitaciją turėjo sunkumų kasdieninės veiklos metu, kai po reabilitacijos yra stebimas sunkumų kasdieninės veiklos metu statistiškai reikšmingas sumažėjimas (71,1 proc.). Nors tik 2,2 proc. tiriamųjų prieš reabilitaciją negali atlikti kasdieninės veiklos, kai po reabilitacijos nebuvo nė vieno tiriamojo, negalinčio atlikti kasdieninės veiklos. Tuo tarpu prieš reabilitaciją buvo tik 15,6 proc. tiriamųjų, neturinčių sunkumų su kasdienine veikla, o po reabilitacijos yra sunkumų su kasdienine veikla neturėjimo statistiškai reikšmingai padidėjimo iki 28,9 proc. (pav. 39).

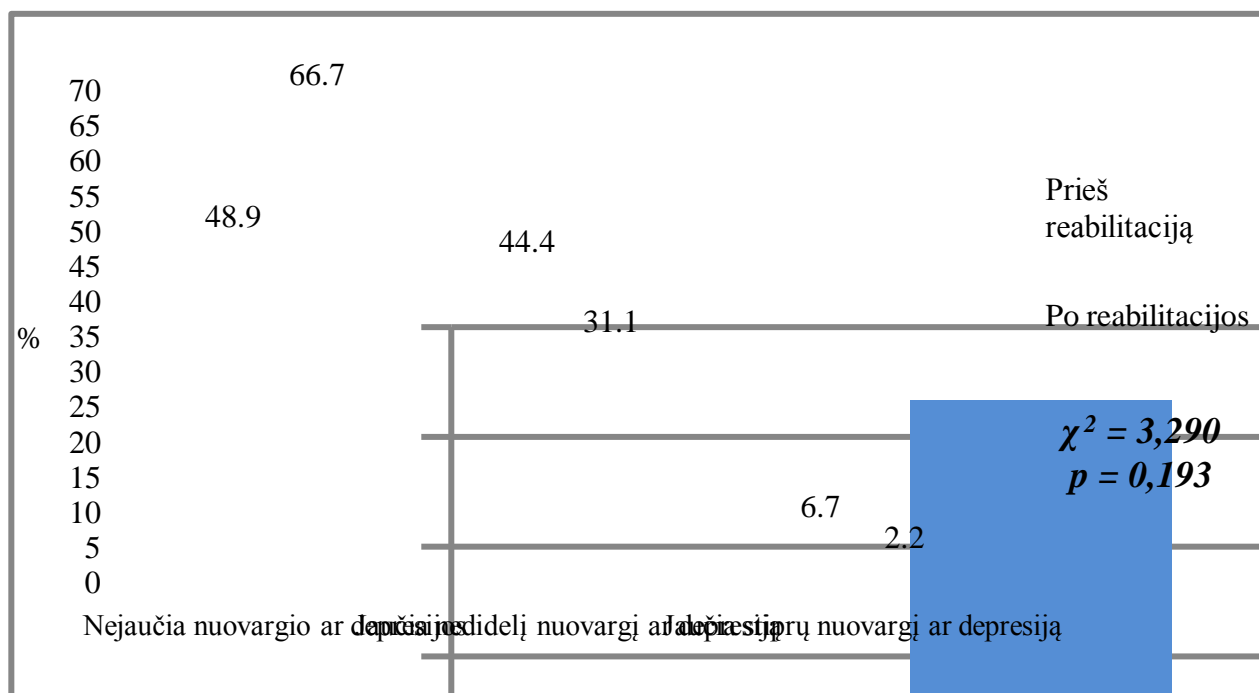


39 pav. Įprastinė/kasdieninė veikla prieš ir po reabilitacijos



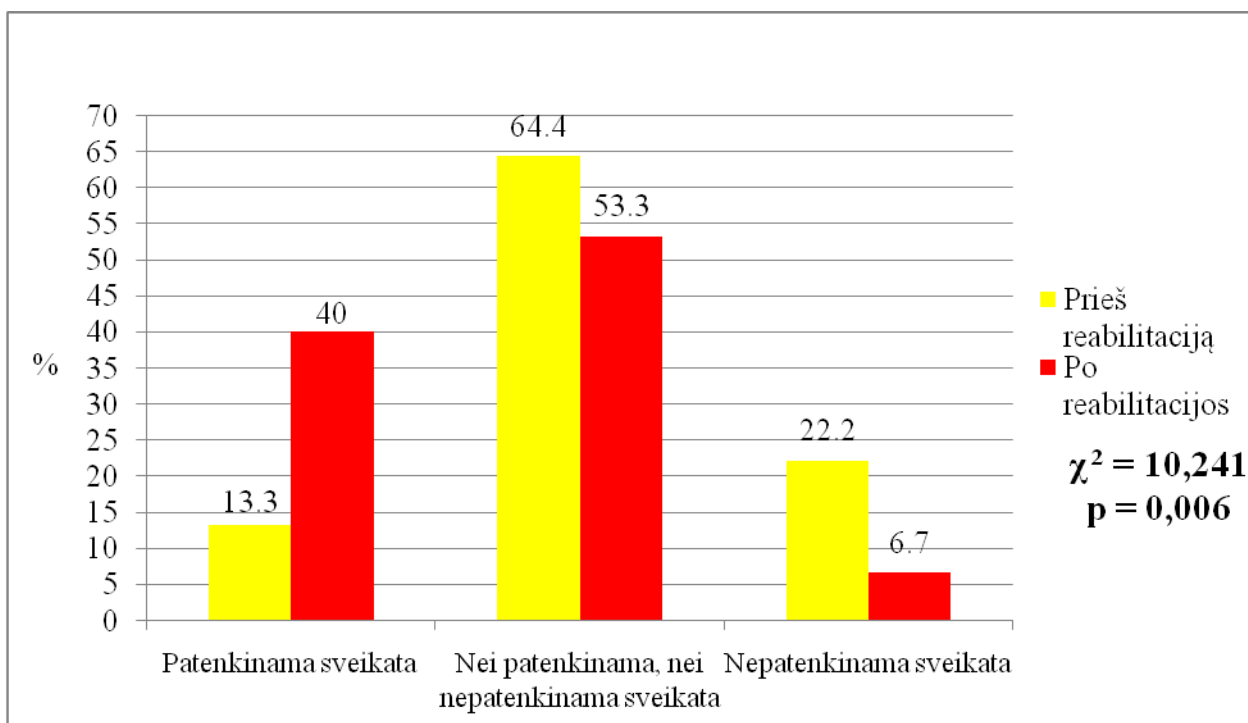
40 pav. Skausmas/diskomfortas prieš ir po reabilitacijos

Nustatyta, kad tarp tiriamųjų skausmo/diskomforto prieš ir po reabilitacijos nėra nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas ($p = 0,059$). Pastebėta, kad 82,2 proc. tiriamųjų prieš reabilitaciją jaučia nedidelį skausmą/diskomfortą, kai po reabilitacijos 80,0 proc. Nors 13,3 proc. tiriamųjų jaučia stiprų skausmą/diskomfortą prieš reabilitaciją, kai po reabilitacijos jaučia stiprų skausmą/diskomfortą tik 4,4 proc. Tuo tarpu prieš reabilitaciją buvo tik 4,4 proc. tiriamųjų, kurie nejautė skausmo/diskomforto, o po reabilitacijos skausmo/diskomforto nejautra statistiškai reikšmingai padidėjo iki 17,8 proc. (pav. 40).



41 pav. Nuovargis/depresija prieš ir po reabilitacijos

Tiriamųjų nuovargis/depresija reabilitacijos eigoje statistiškai reikšmingai nepakito ($p = 0,193$). Nustatyta, kad prieš reabilitaciją buvo daugiausiai tiriamųjų (48,9 proc.), kurie nejautė nuovargio/depresijos, o po reabilitacijos 66,7 proc. Net 44,4 proc. tiriamųjų prieš reabilitaciją jaučia nedidelį nuovargį/depresiją, kai po reabilitacijos yra stebimas nedidelio nuovargio/depresijos nejautos sumažėjimas (31,1 proc.). Prieš reabilitaciją 6,7 proc. tiriamųjų jaučia stiprų nuovargį/depresiją, kai po reabilitacijos jaučia stiprų nuovargį/depresiją tik 2,2 proc. (pav. 41).



42 pav. Tiriamųjų sveikata prieš ir po reabilitacijos

Nustatyta apklausos metu, kad tarp tiriamųjų sveikatos prieš ir po reabilitacijos nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas ($p = 0,006$). Pastebima, kad 13,3 proc. tiriamųjų yra patenkinti sveikata prieš reabilitaciją, o po reabilitacijos stebimas statistiškai reikšmingas patenkinamos sveikatos padidėjimas (40,0 proc.). Kai 64,4 proc. tiriamųjų prieš reabilitaciją yra nei patenkinti, nei nepatenkinti sveikata, kai po reabilitacijos yra statistiškai reikšmingas sumažėjimas (53,3 proc.). Tuo tarpu prieš reabilitaciją buvo 22,2 proc. tiriamųjų nepatenkintų sveikata, o po reabilitacijos nepatenkinamos sveikatos buvo stebimas statistiškas sumažėjimas iki 6,7 proc. (pav. 42).

Apibendrinus gautus duomenis, buvo nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai tarp tiriamųjų skausmo intensyvumo, judėjimo ir sveikatos reabilitacijos eigoje. Pastebėta, kad tiriamieji po reabilitacijos nejautė arba jautė nedidelį skausmą, turėjo mažiau judėjimo sunkumų ir jų sveikata buvo labiau patenkinama nei prieš reabilitaciją. Nustatyta, kad tiriamieji panašiai vertina gyvenimo kokybę (savęs priežiūrą, įprastinę/kasdieninę veiklą, skausmą/diskomfortą, nuovargį/depresiją) prieš ir po reabilitacijos.

5.3 Tiriamųjų, po klubo sąnario endoprotezavimo operacijos, gyvenimo kokybės ir namų aplinkos pritaikymo sąsajos po reabilitacijos ir atokiuoju periodu

Išanalizavus apklausos duomenis, kaip tiriamieji vertina savo gyvenimo kokybę, namų aplinkos pritaikymą po reabilitacijos, toliau darbe bus analizuojami ryšiai tarp bendros gyvenimo kokybės bei jos komponentų ir namų aplinkos pritaikymo po reabilitacijos ir atokiuoju periodu.

Pirmiausia, ieškomi ryšiai tarp namų aplinkos pritaikymo ir gyvenimo kokybės po reabilitacijos. Rezultatai pateikiami 5 lentelėje.

5 lentelė. Tiriamųjų namų aplinkos pritaikymo ir gyvenimo kokybės sąsajos po reabilitacijos

Gyvenimo kokybės komponentai	Namų aplinkos pritaikymo klausimynas	
	r	p
Judėjimas	-0,313*	0,036
Savęs priežiūra	-0,372*	0,012
Įprastinė/ kasdieninė veikla	-0,296*	0,048
Skausmas/ diskomfortas	-0,283	0,060
Nuovargis/ depresija	-0,164	0,281
Sveikata	-0,348*	0,019
Bendra gyvenimo kokybė	-0,371*	0,012

n - koreliacijos koeficientas

* Koreliacija yra reikšminga 0,05 lygmenyje.

Rasta, kad tarp namų aplinkos pritaikymo ir bendros gyvenimo kokybės bei gyvenimo kokybės komponentų apie judėjimą, savęs priežiūrą, sveikatą po reabilitacijos nustatytas statistiškai reikšmingas silpnas neigiamas ryšys (nuo -0,313 iki -0,372; $p < 0,05$). Tarp namų aplinkos pritaikymo ir gyvenimo kokybės teiginio apie įprastinę/kasdieninę veiklą po reabilitacijos nustatytas statistiškai reikšmingas labai silpnas neigiamas ryšys (-0,296, $p < 0,05$). Tai reiškia, kad kuo labiau pritaikyta namų aplinka po reabilitacijos, tuo tiriamieji, po klubo sąnario endoprotezavimo operacijos, mažiau turi problemų judant, save prižiūrint, užsiimant įprastine/kasdienine veikla, mažiau kyla problemų su sveikata ir jaučia geresnę gyvenimo kokybę. Arba kuo tiriamieji turi daugiau sunkumų judant, save prižiūrint, užsiimant įprastine/kasdienine veikla, daugiau kyla problemų su sveikata ir ir jų gyvenimo kokybė yra blogesnė, tuo daugiau tiriamųjų prisitaiko namų aplinką po reabilitacijos. Tačiau nėra

nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai tarp namų aplinkos pritaikymo ir gyvenimo kokybės komponentų apie skausmą/diskomfortą bei nuovargį/depresiją po rehabilitacijos ($p > 0,05$).

Rezultatai, parodantys sąsajas tarp namų aplinkos pritaikymo ir gyvenimo kokybės atokiuoju periodu pateikiami 6 lentelėje.

Išanalizavus duomenis po klubo sąnario endoprotezavimo operacijos tiriamųjų tarpe tarp namų aplinkos pritaikymo ir visų gyvenimo kokybės komponentų yra nustatyti statistiškai reikšmingi ryšiai atokiuoju periodu ($p < 0,05$). Tarp namų aplinkos pritaikymo ir bendros gyvenimo kokybės bei gyvenimo kokybės komponentų apie judėjimą, savęs priežiūrą, įprastinę/kasdienę veiklą, skausmą/diskomfortą nustatytas statistiškai stiprus neigiamas ryšys (nuo -0,744 iki -0,790). Tarp namų aplinkos pritaikymo ir bendros gyvenimo kokybės teiginio apie nuovargį ir depresiją nustatytas statistiškai vidutinis neigiamas ryšys (-0,514), kai tarp namų aplinkos pritaikymo ir bendros gyvenimo kokybės teiginio apie sveikatą nustatytas statistiškai silpnas neigiamas ryšys (-0,482). Remiantis apklausos rezultatais, rasta, kad kuo labiau pritaikyta namų aplinka, tuo tiriamieji jaučia mažiau skausmo/diskomforto, nuovargio/depresijos, mažiau turi problemų judant, save prižiūrint, užsiimant kasdienes veikla, jaučia geresnę gyvenimo kokybę, mažiau kyla problemų su sveikata atokiuoju periodu. Arba kuo tiriamieji turi daugiau sunkumų judant, save prižiūrint, užsiimant įprastine/kasdienine veikla, daugiau kyla problemų su sveikata, jaučia didesnę skausmą/ diskomfortą, nuovargį/depresiją, blogesnę gyvenimo kokybę, tuo daugiau tiriamųjų prisitaiko namų aplinką atokiuoju periodu.

6 lentelė. Tiriamųjų namų aplinkos pritaikymo ir gyvenimo kokybės sąsajos atokiuoju periodu

Gyvenimo kokybės komponentai	Namų aplinkos pritaikymo klausimynas	
	r	p
Judėjimas	-0,744*	0,001
Savęs priežiūra	-0,765*	0,001
Įprastinė/ kasdieninė veikla	-0,790*	0,001
Skausmas/ diskomfortas	-0,783*	0,001
Nuovargis/ depresija	-0,514*	0,001
Sveikata	-0,482*	0,001
Bendra gyvenimo kokybė	-0,782*	0,001

n - koreliacijos koeficientas

* Koreliacija yra reikšminga 0,05 lygmenyje.

Apibendrinant gautus duomenis, pastebėta, kad kuo labiau pritaikyta namų aplinka po reabilitacijos ir atokiuoju periodu, tuo tiriamieji mažiau turi problemų judant, save prižiūrint, užsiimant įprastine/kasdienine veikla, mažiau kyla problemų su sveikata ir jaučia geresnę gyvenimo kokybę. Arba kuo tiriamieji turi daugiau sunkumų judant, save prižiūrint, užsiimant įprastine/kasdienine veikla, daugiau kyla problemų su sveikata ir jaučia blogesnę gyvenimo kokybę, tuo daugiau tiriamųjų prisitaiko namų aplinką po reabilitacijos ir atokiuoju periodu. Kuo labiau pritaikyta namų aplinka, tuo tiriamieji jaučia mažiau skausmo/diskomforto bei nuovargio/depresijos atokiuoju periodu. Arba kuo tiriamieji jaučia didesnę skausmą/diskomfortą bei nuovargį/depresiją, tuo daugiau tiriamųjų prisitaiko namų aplinką atokiuoju periodu.

6. TYRIMO REZULTATŲ APTARIMAS

Kasmet visame pasaulyje yra atliekama daugiau nei vienas milijonas operacijų ir per ateinančią dešimtmetį yra tikimasi padvigubinti operacijų skaičių. Remiantis atliktais tyrimais, maždaug 93 proc. operacijų yra atliekama dėl sunkios osteoartrito stadijos, stipraus skausmo, kurio negalima sumažinti farmakologiniu būdu, ir dėl funkcinių apribojimų. Šiems pacientams, kurie yra atsparūs konservatyvioms gydymo priemonėms, šiuo metu yra rekomenduojama klubo sąnario endoprotezavimo operacija [57, 58]. Literatūros apžvalgos metu nustatyta, kad daugelis mokslininkų atliktuose tyrimuose tyria ryšius tarp skausmo, gyvenimo kokybės [59,60,61], bet labai mažai atlikta tyrimų, kurie analizuotų gyvenimo kokybės ryšius su namų aplinkos pritaikymu.

Atlikus namų aplinkos pritaikymo atokiuoju periodu rezultatų analizę, nustatyta, kad tiriamųjų pritaikyta namų, vonios/tualetu aplinka, rekomenduotų pagalbinių, kompensacinių priemonių įsigijimas sutampa su literatūroje atliktais tyrimo rezultatais. Asmenims, po klubo sąnario endoprotezavimo operacijos kuo anksčiau pritaikius namų aplinką pagerėja gyvenimo kokybė. Nustatyta, kad didžiausia problema kilo tiriamiesiems, gyvenantiems butuose be lifto. Net 80 proc. tiriamųjų norėdami patekti namo, susiduria su problema, nes norint įeiti į namus, reikia įveikti laiptus. Taip pat nustatyta, kad trečdalis (33,3 proc.) tiriamųjų namuose laiko gyvūnus, kurie yra vienu iš rizikos veiksnių griuvimams ir sąnario išklitimui. Išsiaiškinta, kad 26,7 proc. tiriamųjų nepritaikė namų aplinkos dėl įvairių priežasčių. Pastebėta, kad aktualiausia nepritaikymo priežastimi yra laikomas informacijos sklaidos trūkumas (13,4 proc.), ilgas priemonių laukimas (13,4 proc.) ir priemonių įsigijimas savo lėšomis (6,7 proc.). Net 31,1 proc. tiriamajam priemonės nebuvo kompensuojamos. Myrick Freman A., Herriges JA. et al teigia, kad daugelis pacientų negali įsigyti reikiamų priemonių dėl ekonominių priežasčių [62]. Nustatyta, kad kuo daugiau pacientui suteikiama informacijos apie pritaikymą namų aplinkos, pagalbinių priemonių įsigijimą, tuo didėja tikimybės gauti kompensuojamas priemones nemokamai.

Ištyrus skausmą ir gyvenimo kokybę prieš ir po reabilitacijos nustatyta, kad skausmo intensyvumas reabilitacijos eigoje statistiškai reikšmingai sumažėjo ($p=0,018$), pagerėjo judėjimas ($p=0,020$), pacientai žymiai geriau vertino savo sveikatą ($p=0,006$). Mikkelsen LR., Petersen MK. su bendraautoriais pateikia panašius tyrimo rezultatus savo tyrime, tačiau žymesnis skirtumas stebimas gyvenimo kokybėje ($p=0,004$), Liebs TR., Nasser L. su kolegomis savo tyrime irgi pateikia panašius duomenis apie skausmo ir gyvenimo kokybės pokyčius [63,64]. Šveicarijos mokslininkai savo atlikto tyrimo duomenimis nustatė, kad nepriklausomai nuo reabilitacijos rūšies (stacionarinė, ambulatorinė,

sanatorijos) gyvenimo kokybė ir funkciniai vertinimų rodikliai po reabilitacijos buvo žymiai geresni negu prieš reabilitaciją [33].

Nustatytas namų aplinkos pritaikymo ir bendros gyvenimo kokybės bei gyvenimo kokybės komponentų po reabilitacijos statistiškai reikšmingas silpnas neigiamas ryšys. Nustatyta, kad tarp namų aplinkos pritaikymo ir įprastinės/kasdienės veiklos po reabilitacijos rastas statistiškai reikšmingas labai silpnas neigiamas ryšys. Duomenys nurodo, kad kuo labiau pritaikyta namų aplinka po reabilitacijos, tuo tiriamieji turi mažiau problemų su judėjimu, save prižiūrint, atliekant kasdienę veiklą. Tyrimo rezultatai parodo, kad tiriamųjų gyvenimo kokybė geresnė ir mažiau kyla sunkumų su sveikata. Išanalizavus duomenis tarp namų aplinkos pritaikymo ir gyvenimo kokybės komponentų atokiuoju periodu nustatyti statistiškai reikšmingi ryšiai ($p < 0,05$). Apskaičiuotas statistiškai stiprus neigiamas ryšys tarp namų aplinkos pritaikymo ir gyvenimo kokybės komponentų atokiuoju periodu. Nustatyta, kad atokiuoju periodu rastas statistiškai vidutinis neigiamas ryšys tarp namų aplinkos pritaikymo ir gyvenimo kokybės komponento apie nuovargį/depresiją. Taip pat nustatytas statistiškai silpnas neigiamas ryšys (0,482) tarp namų aplinkos pritaikymo ir gyvenimo kokybės apie sveikatą. Remiantis apklausos rezultatais, pastebėta, kad kuo labiau pritaikyta namų aplinka, tuo tiriamųjų geresnė gyvenimo kokybė ir sveikata atokiuoju periodu.

Išanalizavus gautus apklausos tyrimo duomenis pastebėta, kad kuo labiau pritaikyta namų aplinka, tuo tiriamieji turi mažiau problemų su judėjimu, atliekant kasdienes veiklas, jaučia mažesnę skausmą/diskomfortą operuotoje vietoje, arba kuo stipresnis skausmas/diskomfortas, tuo tiriamieji greičiau prisitaiko namų aplinką.

Apžvelgus literatūrą, nerasta panašių tyrimų, kuriuose būtų analizuojami ryšiai tarp namų aplinkos pritaikymo po reabilitacijos ir atokiuoju periodu.

7. IŠVADOS

1. Daugelis tiriamųjų prisitaikė vonios (75,6 proc.), tualetų (55,6proc.) aplinką, įsigijo reikiamas kompensacines (60proc.), pagalbines (55,6proc.) priemones.
2. Reabilitacijos eigoje statistiškai reikšmingai sumažėjo skausmo intensyvumas ($p=0,018$), pagerėjo judėjimas ($p=0,020$), pacientai geriau vertino savo sveikatą ($p=0,006$).
3. Esant labiau pritaikytai namų aplinkai gyvenimo kokybė ir sveikata yra geresnė.

8. PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS

1. Siekiant geresnės pacientų po klubo endoprotezavimo operacijos gyvenimo kokybės, tikslinga kiek įmanoma anksčiau pritaikyti aplinką.
2. Reabilitacijos metu ir esant galimybei po jos taikyti ergoterapijos intervencijas: paciento konsultavimą/švietimą dėl namų aplinkos pritaikymo galimybių, kompensacinių ir pagalbinių priemonių įsigijimo, akcentuojant šių priemonių svarbą gyvenimo kokybei.

9. LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Kriščiūnas A. Reabilitacija ligonių po traumatologinių-ortopedinių didelių operacijų. Iš: Kriščiūnas A. Reabilitacija. Kaunas: 2009;p:229-245
2. Stepukonis F, Norkienė S, Hughes SL. Osteoartritas: paplitimas, veiksniai ir nemedikamentinis gydymas. Sveikatos mokslai. 2014; 24(4):p:17-21
3. EBPO, Sveikatos duomenys, 2011
4. Attinger M, Siebenrock U. Hüftgelenkersatz-Operationen: Grenze zwischen Normalverlauf und Komplikation. Praxis. 2014 Nov 26;103(24):p:1439-1446
5. Okoro T, Lemmy BA, Maddison P, Andrew GJ. An appraisal of rehabilitation regimes used for improving functional outcome after total hip replacement surgery. Sports Medicine, Arthroscopy, Rehabilitation, Therapy and Technology. 2012;4(5):p:1-11
6. Judge AK, Arden N, Batra NR, Geraint T, Deard D et al. The association of patient characteristics and surgical variables on symptoms of pain and function over 5 years following primary hip-replacement surgery: a prospective cohort study. BMJ Open. 2013 April 1;3:p:1-10
7. Dabašinskienė AG. Pacientų po endoprotezavimo operacijų, sveikatos mokymo ir savirūpos ugdymo sąsajos, atsižvelgiant į Dorothea'os Orem Savirūpos modelį. Slauga. Mokslas ir praktika. 2015;4(220):p:4
8. Yoon PW, Lee YK, Ahn J, Jang EJ, Kim Y, Kwak HS et al. Epidemiology of hip replacements in Korea from 2007 to 2011. J Korean Med Sci. 2014 Jun;29(6):p:852-858. PubMed PMID: PMC4055821
9. Siddigui MM, Yeo SJ, Sivaiah P, Chia SL, Chin PL, Lox NN. Function and quality of life in patients with recurvatum deformity after primary total knee arthroplasty: a review of our joint registry. J. Arthroplasty. 2012 Jun;27(6):p:1106-10
10. Kristensen J, Franklyn-Miller A. Resistance training in musculoskeletal rehabilitation: a systematic review. Br J Sports Med. 2012;46:p:719-726
11. Chiung-Jui Su D, Yuan KS, Weng SF, Hong RB et al. Can early rehabilitation after total hip arthroplasty reduce its major complications and medical expenses? Report from a Nationally Representative Cohort. BioMed Research International. 2015 Jun 4;p:1-7
12. Ackerman IN, Bennell KL, Osborne RH. Decline in health-related quality of life reported

by more than half of those waiting for joint replacement surgery: a prospective cohort study. *BMC Musculoskelet Disord.* 2011;12:p:108

13. Stephen D. Gill, PhD, a Helen McBurney, PhD. Does Exercise Reduce Pain and Improve Physical Function Before Hip or Knee Replacement Surgery? A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation.* 2013;94:p:164-76

14. Uvarovas V, Kocius M, Voitkun N et al. Klubo sąnario endoprotezo sepsinis išklibimas esant gužduobės protrūzijai ir išorinės klubinės arterijos sužalojimui: atvejo aprašymas. *Lietuvos chirurgija.* 2015;15(2):p:116-122

15. Vilniaus teritonės ligonių kasos, 2016. [Žiūrėta 2016 lapkričio 24 d.]. Prieig per internetą: < http://www.vlk.lt/veikla/veiklos-sritys/sanariuendoprotezavimas/Documents/vlk_ataskaita.pdf >

16. Apold H, Meyer H, Nordsetten L, Furnes O, baste V, Flugsrud G. Risk factor for knee replacement due to primary osteoarthritis, a population based, prospective cohort study of 315,495 individuals. *BMC Musculoskeletal Disorders.* 2016 June 4;15:p:217. PubMed PMID: 24957045

17. Wills A, Black S, Cooper R et al. Life course body mass index and risk of knee osteoarthritis at the age of 53 years evidence from the 1546 British birth cohort study. *Am Rheum Dis.* 2012 May;71(5):p:655-60. PubMed PMID:21979003

18. Karlson EW, Maudl LA, Aweh GN, Saugha O, Liang MH, Grod Stein F. Total hip replacement due to osteoarthritis: the importance of age, obesity, and other modifiable risk factors. *Am J Med.* 2003 Feb 1; 114(2):p:93-8. PubMed PMID: 12586227

19. Holliday K, McWilliams D, Mackiewicz R, Muir K, Zhang W, Doherty M. Lifetime body mass index, other anthropometric measures of obesity and risk of knee or hip osteoarthritis in the GOAL case-control study. *Osteoarthritis Cartilage.* 2011 Jan;19(1):p:37-43. PubMed PMID: 21044695

20. Paans N, Stevens M, Wagenmakers R, beveren van J et al. Changes in body weight after total hip arthroplasty: short-term and long-term effects. *Physical therapy.* 2012 May 1;92(5):p:680-686

21. Ward DT, Metz LN, Horst Pk et al. Complications of Morbid obesity in total joint arthroplasty: risk stratification based on BMI. *J Arthroplasty.* 2015 march 5;30(1):p:42

22. Kurtz S, Ong K, Lan E, Shibuya T, Ochi T, Tamura S. Projection of primary and revision hip and knee arthroplasty in the United States from 2005 to 2030. *J bone Joint Surg Am.* 2007 Apr;89(4):p:780-5

23. Gould VC, Blom AW, Wylde V. Long-term patient-reported outcomes after total hip replacement:

- comparison to the general population. *Hip Int: the Journal of Clinical and Experimental research on hip pathology and therapy*. 2012 March 1;22(02):p:160-165
24. Rugienė R, Dadonienė J, Venalis A. Gyvenimo kokybės klausimyno adaptavimas, jo tinkamumo kontrolinei grupei ir reumatoidiniu artritu sergantiems ligoniams įvertinimas. *Visuomenės sveikata*. 2005;41(3):p:232
25. WHO, 1993
26. Kaurentjes JCh, Blaue D, Bartley M, Fiocco M, Nelissen RG. Socio-economic position has no effect on improvement in health-related quality of life and patient satisfaction in total hip and knee replacement: a cohort study. *Plos One*. 2013 March 1;8(3):p:1-12
27. Beswick AD, Wykle V, Gooberman-Hill R, Blom A, Dieppe P. What proportion of patients report long-term pain after total hip or knee replacement for osteoarthritis? A systematic review of prospective studies in unselected patients. *BMJ Open*. 2012;2:p:1-14
28. Gordon M, Greene M, Frumento P, Rolfson O, Garellick G, Stark A. Age-and Health related quality of life after total hip replacement. *Acta Othopedica*. 2014 Apr 30;85(3):p:244
29. Dailiana ZH, Papakostidou I, Varitimidis S et al. Patient-reported quality of life after primary major joint arthroplasty: a prospective comparison of hip and knee arthroplasty. *BMC Musculoskelet Disord*. 2015 Nov 26;16:p:366. PubMed PMID: 26612135
30. Mahmood Scs, Mukla SS, Crnalic S, Sayed Noor AS. Association between changes in global femoral offset after total hip arthroplasty and function; quality of life, and abductor muscle strength. *Acta Orthop*. 2016 feb;87(1):p:36-41
31. Peter WF, Dekker J, Tilbury C et al. The association between comorbidities and pain, physical function and quality of life following hip and knee arthroplasty. *Rheumatol Int*. 2015 Jul;35(7):p:1233-41. PubMed PMID: 4436688
32. Greene ME, Rader KA, Garellick G, Malchau H, Freiberg AA, Rolfson O. The EQ 5D-5L Improves on the EQ-5D-3L for Health-related Quality-of-life Assessment in Patients Undergoing Total Hip Arthroplasty. *Clin Orthop Relat Res*. 2015 Nov;473(11):p:3383-90. PubMed PMID: 25488404
33. Vogl M, Leidl R, Plotz W, Gutacker N. Comparison of pre-and post – operative health related quality of life and length of stay after primary total hip replacement in matched English and German patient cohorts. *Qual Life Res*. 2014 Aug 15;24:p:513-520
34. Stark AJ, Characambous A, Istomina N, Salanterci S et al. The quality of recovery on discharge

- from hospital, a comparison between patients undergoing hip and knee replacement – a European study. *J Clin Nur*. 2016 Sept;25(17-18):p:2489-501. PubMed PMID:27264877
35. McLawhorn AS, Steinhaus MS, Southrem DL et al. Body mass index class is independently associated with health-related quality of life after primary total hip arthroplasty: an institutional registry-based study. *J Arthroplasty*. 2016 Jul 6:p:1-7
36. Neues S, Rolfson O, Gerellick G. development and validation of a shared decision-making instrument for health-related quality of life one year after total hip replacement based on quality registries data. *J Eval Clin Pract*. 2016 Jul 27;p:1-7
37. Kriščiūnas A. Reabilitacijos pagrindai. Kaunas: Vitae litera. 2008;p:8-27
38. Kriščiūnas A. paradigm of Rehabilitation of people with disability. *Reabilitacijos mokslai: slauga, kineziterapija, ergoterapija*. 2015;2(13)p:32-39
39. Okoro T, Ramawath A, Howarth J et al. What does Standard rehabilitation practice after total hip replacement in the UK entail? Results of a mixed methods study. *BMC Musculoskelet Disord*. 2013 March 12;14:p:91
40. Benz T, Angst F, Oesch P et al. Comparison of patients in three different rehabilitation setting after knee or hip arthroplasty: a natural observational, prospective study. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 2015 Oct 24;16:p:2-8
41. Kelly MA. Hip and knee reconstruction: an evolving patient population. *Am J Orthop (Belle med NJ)*. 2012 Oct; 41(10):p:444
42. Hørdam B, Boolsen MW. Patient involvement in own rehabilitation after early discharge. *Scand J Caring Sci*. 2016 Dec 8;p:1-8. PMID: 27928825
43. Orpen N, Harris J. Patient's perceptions of preoperative home-based occupational therapy and/or physiotherapy interventions prior to total hip replacement. *Brit J Occup Ther*. 2010;73:p:461-9
44. Bozorgi JAA, Ghamkhar L, Kahlan AH, Sabouri H. The effectiveness of occupational therapy supervised usage of adaptive devices of functional outcomes and independence after total hip replacement in Iranian elderly: a randomised controlled trial. *Occup Ther Int*. 2016 Jun;23(2):p:143-53
45. Smith TO, Sackley CM. UK survey of occupational therapist's and physiotherapist's experiences and attitudes towards hip replacement precautions and equipment. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 2016 May 25;17:p:228
46. Jepson P, Sands G, Beswick AD et al. A feasibility randomised controlled trial of pre-operative

- occupational therapy to optimise recovery for patients undergoing primary total hip replacement for osteoarthritis (PROOF – THR). 2015 March 20;30(2):p:223-324
47. Chiatti C, Iwarsson S. Evaluation of housing adaptation interventions: integrating the economic perspective into occupational therapy practice. *Scand J of Occupational Therapy*. 2014 May 1;21(5):p:323-333
48. Zeev KN, Shermeen V, Garson L, Engwall S et al. The perioperative Surgical House as a Future perioperative practice Model. 2014 May;118(5):p:1126-1130
49. Salpakoski A, Törmäkangan T, Edgren J et al. Effects of a Multicomponent Home-Based Physical Rehabilitation Program on Mobility Recovery after hip replacement: a randomised controlled trial. 2014 May;15(5):p:361-368
50. Ozdemir O, Tosun B. Effects of Home Exercise Programmes During Home Visits after hip replacement: a systematic review. *J Coll Physicians Surg Pak*. 2017 Jan;27(1):p:34-37
51. Sveikatos apsaugos ministro 2004 m. rugpjūčio 26 d. įsakymu Nr. V-608. Juo buvo papildytas 2004 m. balandžio 8 d. įsakymas Nr. V208 [Internet]. Available from: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.C73C6859BC76>
52. Gudex C. The descriptive system of the EuroQol Instrument. In: Kind P, Brooks R, Rabin R., eds., EQ-5D concepts and methods: a developmental history. Dordrecht: Springer; 2005
53. Tarptautinė funkcionavimo, negalumo ir sveikatos klasifikacija, PSO, Ženeva, 2001:p:154 – 163
54. Aplinkos pritaikymas neįgaliems žmonėms. Lietuvos invalidų draugijos leidinys. Vilnius, 2004;p:1-90
55. Stauskis G, Paliukas Č. Aplinka visiems. Gyvenamieji ir visuomeniniai pastatai bei aplinka, pritaikyti žmonėms su fiziniais trūkumais. Lietuvos invalidų reikalų tarybos leidinys. Architektas. Vilnius, 1995;p:1-120
56. Čekanavičius V, Murauskas G. Statistika ir jos taikymai. I dalis. TEV. Vilnius, 2009;p:1-238
57. Pivec R, Johnson AJ, Mears SC, Mout MA. Hip arthroplasty. *The Lancet*. 2012 Nov;380(9855):p:1768-1777
58. Shan L, Shan B, Graham D, Saxens A. Total hip replacement: a systematic review and meta analysis on mid-term quality of life. 2014 March;22(3)p:389-406
59. Peter WF, Dekker J, Tilbury C, Tordar RL, Verdegaal SHM et al. The association between comorbidities and pain, physical function and quality of life hip and knee arthroplasty. *Rheumatol Int*. 2015 July;35(7):p:1233-1241

60. Gonzalez Saenz de Tejada M, escobar A, Bilbao A, Herrera-Espineira C et al. A prospective study of the association of patient expectations with changes in health-related quality of life outcom, following total joint replacement. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 2014 July 23;15(248):p:1-10
61. Lynda L, Mandruck RN, McMilan DE, Bohm ER. A longitudinal study of quality of life and functional status in total hip and knee replacement patients. *Int J Orthop Trauma Nurs*. 2015 May;19(2):p:102-113
62. Myrick Freman A, Herriges JA, Kling CL. The Measurement of Environmental and Resource Values – Theory and Methods. *Resources for the future*. 2014:p:1-374
63. Liebs TR, Nasser L, Herzberg W et al. The influence of femoral offset on health – realted quality of life after total hip replacement. *Bone Joint J*. 2014 Jan 6;96:p:36-42
64. Mikkelsen LR, Petersen MK, Soballe K, Mikkelsen S, Mechlenburg I. Does reduced movement restrictions and use of assistive devices affect rehabilitation outcome after total hip replacement? A non-randomized, controlled study. *J Phys Rehabil Med*. 2014 Jan 30;50(4):p:383. PMID: 24476806

PRIEDAI

Priedas Nr. 1

TIRIAMOJO ASMENS SUTIKIMO FORMA

Aš, _____, sutinku dalyvauti Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Reabilitacijos magistro programos studentės Uršulės Galinskajos atliekamame tyrime bei apklausoje, kurių tikslas nustatyti asmenų, po klubo endoprotezavimo operacijos, gyvenimo kokybės ir namų aplinkos pritaikymo sąsajas.

Tiriamąjį asmenį _____

(Parašas)

Nr. _____

Data _____

PROTINĒS BŪKLĒS MINI TYRIMAS

Ligoniņa pavardē, vārds, gimimo metai

Data

Adresas

Balu skačūius

Protinēs būklēs mini tyrimas MMSE (Mini-Mental State Exam)

	UZDUOTIS	NURODYMAI TIRIANČIAJAM	VERTINIMAS	DIDŽIAUSIA SUMA
Orientacija laike	Kurie dabar metai? Koks dabar metu laikas? Koks dabar mēnuo? Kuri mēnesio diena šīandien? Kokia savaitēs diena šīandien?	1 balas už kiekvienā teisingā atsakymā		5
Orientacija vietoje	Kokioje valstybēje mes gyvename? Kokiame mieste mes dabar esame? Kuriame rajone (kurioje gatvėje) Jūs gyvenate? Kokioje ligoninēje (namuose, įstaigoje) mes dabar esame? Kuriame aukšte (skyriuje) mes dabar esame?	1 balas už kiekvienā teisingā atsakymā		5
Īsiminimas	Kartokite mano ištartus žodžius, pvz.: obuolys, stalas, namas	1 balas už kiekvienā teisingai pakartotā atsakymā. Kartoti pratimā, kol išmoks visus tris žodžius		3
Dēmesys	Atimkite iš 100 po 7, kol pasakysiu „užteks“ (arba išvardinkite žodžio „medis“ raides iš kito galo)	1 balas už kiekvienā teisingā atsakymā. Baigti tyrimā po 5 klaidų (sustabdyti po 7 veiksmų)		5
Trumpalaikē atmintis	Pasakykite tris išmokus žodžius	1 balas už kiekvienā teisingai pakartotā žodį		3
Kalba	Pasakykite, kas tai yra (parodykite pieštukā, paskui laikrodį)	1 balas už kiekvienā teisingā atsakymā		2
	Kartokite mano ištartus „be, taip, ne, ar dar“	Tarkite aiškiai. 1 balas, jeigu pakartojo teisingai		1
	Paimkite popieriaus lapā į dešinē rankā, perlenkite jį pusiau ir padēkite ant kelių	1 balas už kiekvienā teisingā veiksmā. Ligoniui sustojus, pasakykite: „darykite tai, ką liepiau“		3
	Perskaitykite ir padarykite tai, kas parašyta („Užmerk akis“)	Parodykite parašytus žodžius. 1 balas už teisingā veiksmā		1
	Parašykite sakinį	1 balas, jeigu sakinys prasmingas ir jame yra veiksnys bei tarinys		1
	Nukopijuokite piešinį	Parodyti piešinį. 1 balas, jeigu yra 10 kampų ir 2 susikirtimai		1

Vertinama:

0 – 10

11 – 20

21 – 24

ryškus pažinimo sutrikimas

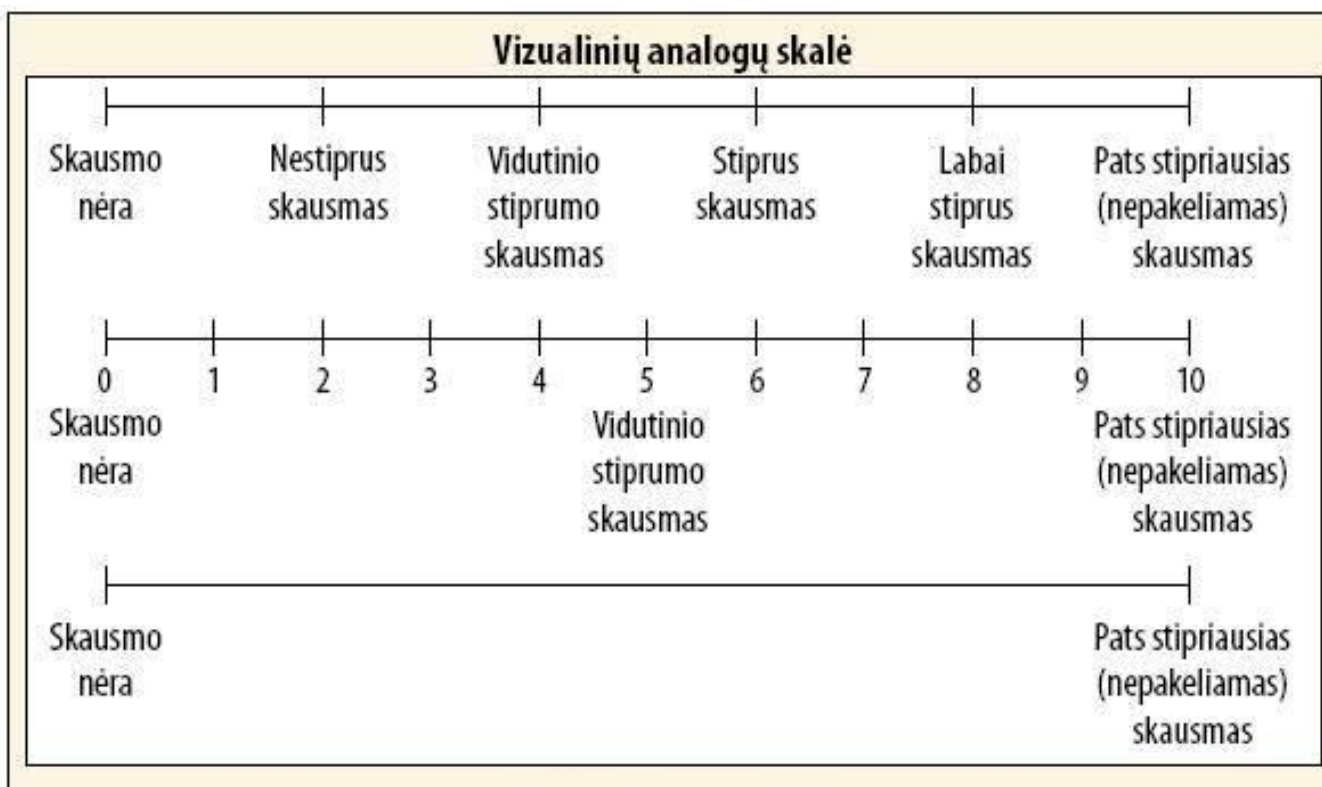
vidutinio sunkumo pažinimo sutrikimas

lengvas pažinimo sutrikimas

Iš viso:

30

VIZUALINĖ SKAUSMO SKALĖ



EQ-5D GYVENIMO KOKYBĖS KLAUSIMYNAS

Pažymėdami vieną iš laukelių kiekvienoje atsakymų grupėje, pažymėkite, kuris teiginys geriausiai aprašo Jūsų šiandienos sveikatos būklę.

Judėjimas

- Neturiu problemų judant
- Turiu sunkumų judant
- Negaliu atsikelti iš lovos

Savęs priežiūra

- Neturiu problemų save prižiūrint
- Turiu sunkumų apsirengiant arba maudymosi metu
- Negaliu pats maudytis, apsirengti

Įprastinė/Kasdieninė veikla (pvz.: darbas, mokslas, šeimyninė arba laisvalaikio veikla)

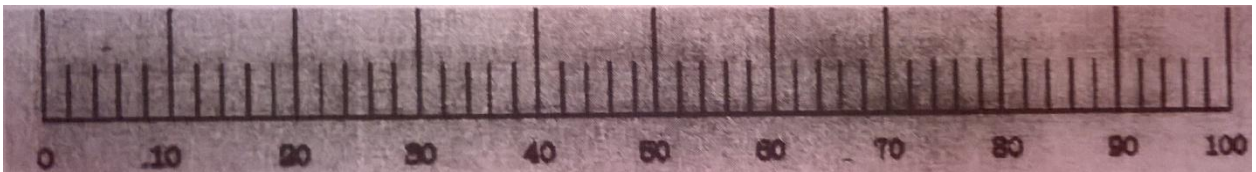
- Neturiu problemų su kasdienine veikla
- Turiu sunkumų kasdieninės veiklos metu
- Negaliu atlikti kasdieninės veiklos

Skausmas/diskomfortas

- Nejaučiu skausmo ar diskomforto
- Jaučiu nedidelį skausmą ar diskomfortą
- Jaučiu stiprų skausmą ar diskomfortą

Nuovargis/depresija

- Nejaučiu nuovargio/depresijos
- Jaučiu nedidelį nuovargį/depresiją
- Jaučiu stiprų nuovargį/depresiją



Prašome pažymėti kaip šiandienai įvertintumėte savo sveikatą.

100 – geriausiai įsivaizduojama sveikatos būklė; 0 – blogiausiai įsivaizduojama sveikatos būklė.

Pažymėkite savo sveikatos būklę nupiešdami liniją nuo nulio iki atitinkamo skaičiaus skalėje.

Užrašykite skalėje pasirinktą skaičių žemiau esančiame stačiakampyje.

JŪSŲ SVEIKATA ŠIANDIEN =

NAMŲ APLINKOS PRITAIKYMO KLAUSIMYNAS

Esu VU Medicinos Fakulteto II kurso reabilitacijos magistrantūros studentė Uršulia Galinskaja. Atlieku apklausą apie namų aplinkos pritaikymą po klubo sąnario endoprotezavimo. Maloniai, Jūsų, prašau skirti savo laiko ir atsakyti į žemiau esančius klausimus. **Teisingą atsakymą apibraukite, o kur prašoma įrašykite.** Šių klausimų atsakymai nebus publikuojami viešai. Labai dėkoju už skirtą laiką!

Vardas, pavardė

Diagnozė:.....

Vertinimo data:

1. Jūs gyvenate:
 - a) Nuosavame name
 - b) Bute
 - c) Bendrabutyje
 - d) Kita (*įrašykite*)
2. Kelių aukštų name/kuriame aukšte bute/bendrabutyje gyvenate?
 - a) 1
 - b) 2
 - c) 3
 - d) 4
 - e) 5
 - f) Kita (*įrašykite*)
3. Ar Jūsų bendrabutyje/daugiabutyje yra liftas?

Taip Ne
4. Ar liftas važiuoja iki Jūsų aukšto?

Taip Ne
5. Ar pastato išorėje/namuose/bute/bendrabutyje yra laiptai?

Taip Ne
6. Jei atsakėte „Taip“:
 - a) Kiek yra laiptelių? (*įrašykite skaičių*)
 - b) Ar yra turėklai?

Taip Ne

7. Ar Jūsų namuose/bute/bendrabutyje yra pakankamai laisvo ploto judėjimui su ramentais, ramentu, vaikštyne?

Taip Ne

8. Jei atsakėte „Ne“:

Kokie kliūviniai riboja Jūsų judėjimą su ramentais ar vaikštyne? (daiktai, baldai, slenkščiai ir t.t.).....(įrašykite)

9. Jūsų namuose yra:

- a) Nelygios/slidžios grindys
- b) Gyvūnų
- c) Elektros laidų ant grindų
- d) Nėra nieko iš anksčiau išvardintų variantų
- e) Kita.....(įrašykite)

10. Ar įėjimas į vonios kambarį/tualetą turi slenkstį?

Taip Ne

11. Jei „taip“:

Koks apytikslis slenkščio aukštis ir plotis?.....(įrašykite)

12. Ar Jūsų vonios kambarys yra pritaikytas, naudojant specialią įrangą? (Pvz. ranktūriai, turėklai, vonios suoliukai, neslidūs kilimėliai)

Taip Ne

13. Jei „taip“:

Kokias pritaikytas priemones turi Jūsų vonios kambarys?

- a) Ranktūrius
- b) Turėklus
- c) Suoliukus voniai
- d) Dušo kabiną
- e) Neslidžius kilimėlius
- f) Nėra poreikio

14. Ar Jūsų tualetas yra pritaikytas, naudojant specialią įrangą? (Pvz. ranktūriai, turėklai, neslidūs kilimėliai)

Taip Ne

15. Ar tualetas yra?
 Lauke Viduje
16. Tualetas yra?
a) Atskiroje patalpoje
b) Vonios kambaryje
17. Tualetu turėklai, ranktūriai yra:
a) Iš dominuojančios rankos
b) Iš nedominuojančios rankos
c) Iš abiejų pusių
d) Nėra turėklų
e) Nėra ranktūrių
f) Nėra poreikio
18. Ar tualetu sėdynė turi paaukštinimą?
 Taip Ne
19. Ar lauko tualete yra tualėtinė kėdė?
 Taip Ne
20. Ar Jūsų kėdžių paaukštinimas yra pakankamas nuo sėdimo paviršiaus viršaus iki grindų, kuris sudarytų sėdimoje padėtyje 90⁰ lenkimu klubo sąnaryje?
 Taip Ne
21. Dažniausiai sėdėjimui naudojamas baldas yra:
a) Sofa
b) Sėdmaišis
c) Supamoji kėdė
d) Fotelis
e) Valgomojo kėdė
f) Kita.....(*įrašykite*)
22. Koku transportu dažniausiai keliaujate namo?
a) Vairuoju pats/pati
b) Taxi
c) Mopedu
d) Dviračiu
e) Viešuoju transportu

- f) Namu parveža šeimos nariai/draugai/kaimynai
23. Ar Jums kyla sunkumų įlipti/išlipti į/iš transporto priemonės?
- Taxi
 - Mopedo
 - Dviračio
 - Viešąjį transportą
 - Automobilį
 - Kita..... (*įrašykite*)
24. Ar Jums reikalinga šeimos narių pagalba namuose dėl endoprotezavimo operacijos?
- a) Nereikalinga
 - b) Reikalinga pagalba ruošiant valgi
 - c) Reikalinga pagalba tvarkantis namus
 - d) Reikalinga pagalba prausiantis
 - e) Reikalinga pagalba rengiantis
25. Ar naudojate pagalbines priemones prausiantis/rengiantis? (Pvz. kojinių movas, plaušinė su prailgintu kotu, griebimo lazda, alkūninius ramentus) Kokias?
-(*įrašykite*)
26. Kas rūpinosi Jūsų namų aplinkos pritaikymu?
- Pats
 - Šeima
 - Draugai
 - Kaimynai
 - Socialinis darbuotojas
 - Kita.....(*Įrašykite*)
27. Su kokiais kliuviniais susidūrėte pritaikant Jūsų namų aplinką?
- Informacijos trūkumas
 - Finansinė padėtis (priemonių įsigijimas savo sąskaitą)
 - Kilo problemų atvežant/pritaikant priemones
 - Kita.....(*Įrašykite*)
28. Pažymėkite kokias priemones namuose turėjote iškart po reabilitacijos?
- a) Dušo kėdę

- b) Vonios lentą
- c) Tualetu paaukštinią
- d) Lovos paaukštinią
- e) Kita.....(*įrašykite*)

29. Kokias priemones įsigijote namuose?

.....(*Įrašykite*)

30. Ar visos priemonės buvo kompensuojamos?

Taip Ne

31. Jei „ne“:

Už kokias priemones reikėjo sumokėti?

.....(*Įrašykite*)

32. Ar Jums reikėjo namuose paaukštintos kėdės?

- Reikėjo, ir buvo pritaikyta
- Nereikėjo
- Nebuvo poreikio pritaikyti
- Reikėjo, bet nebuvo pritaikyti

33. Ar Jums reikėjo namuose paaukštintos tualetu?

- Reikėjo, ir buvo pritaikyta
- Nereikėjo
- Nebuvo poreikio pritaikyti
- Reikėjo, bet nebuvo pritaikyta

34. Ar Jums reikėjo namuose paaukštintos lovos?

- Reikėjo, ir buvo pritaikyta
- Nereikėjo
- Nebuvo poreikio pritaikyti
- Reikėjo, bet nebuvo pritaikyta

35. Ar Jums atsistojimas arba stovimos padėties pakeitimas į kitą padėtį (pv. iš stovimos į sėdimą/iš sėdimos į stovimą) sukelia:

- Visišką sunkumą
- Didelį sunkumą
- Vidutinį sunkumą

- Nedidelį sunkumą
- Nėra sunkumo

36. Ar Jums atsisėdimas arba sėdimos padėties pakeitimas į kitą padėtį (pv. iš sėdimos į gulimą/iš gulimos į sėdimą) sukelia:

- Visišką sunkumą
- Didelį sunkumą
- Vidutinį sunkumą
- Nedidelį sunkumą
- Nėra sunkumo

37. Ar Jums sukelia sunkumų paimti nuo grindų nukritusi daiktą:

- Visišką sunkumą
- Didelį sunkumą
- Vidutinį sunkumą
- Nedidelį sunkumą
- Nėra sunkumo

38. Ar Jums judėjimas nuo vieno ant kito pagrindo (pvz. slinkimasis suoliuku arba persikėlimas nuo lovos ant kėdės) sukelia:

- Visišką sunkumą
- Didelį sunkumą
- Vidutinį sunkumą
- Nedidelį sunkumą
- Nėra sunkumo

39. Daikto padėjimas ant plokštumos ar paviršiaus (pvz. sudėti drabužius į apatinę spintelę) sukelia:

- Visišką sunkumą
- Didelį sunkumą
- Vidutinį sunkumą
- Nedidelį sunkumą
- Nėra sunkumo

40. Ar Jums metrai (pvz. 50 m, 100 m, 150 m ir daugiau) sukelia:

- Visišką sunkumą
- Didelį sunkumą

- Vidutinį sunkumą
- Nedidelį sunkumą
- Nėra sunkumo

41. Ar Jums ėjimas skirtingais paviršiais (pvz. ėjimas žole, sniegu. Miško takeliais) sukelia:

- Visišką sunkumą
- Didelį sunkumą
- Vidutinį sunkumą
- Nedidelį sunkumą
- Nėra sunkumo

GYVENAMOSIOS VIETOS IR NAMŲ APLINKOS PRITAIKYMŲ CHARAKTERISTIKOS

Gyvenamosios vietos ir namų aplinkos pritaikymo charakteristikos		Imtis (n = 45)	Procentai (%)
Gyvenamoji vieta	Nuosavas namas	18	40,0
	Butas	27	60,0
Buto aukštas	1 aukštas	1	5,6
	3 aukštas	7	38,9
	4 aukštas	4	22,2
	5 aukštas	5	27,8
	6 aukštas	1	5,6
Ar Jūsų daugiabutyje yra liftas?	Taip	9	20,0
	Ne	36	80,0
Ar liftas važiuoja iki Jūsų aukšto?	Taip	9	20,0
	Ne	36	80,0
Ar pastato išorėje/ namuose/ bute yra laiptai?	Taip	36	80,0
	Ne	9	20,0
Laiptų skaičius	1-5 laiptai	27	75,1
	6-10 laiptų	8	22,3
	11 ir daugiau laiptų	1	2,8
Turėklai?	Taip	23	51,1
	Ne	22	48,9
Laisvas plotas judėjimui su ramentu (-ais)/ vaikštyne?	Taip	42	93,3
	Ne	3	6,7
Kliuviniai ribojantys judėjimą su ramentais/vaikštyne?	Nėra kliuvinių	42	93,3
	Baldai	3	6,7
Kliuviniai ant grindų namuose	Nelygios/ slidžios grindys	1	2,2
	Gyvūnų	15	33,3
	Elektros laidų ant grindų	6	13,3
	Elektros laidų ant grindų, gyvūnų	1	2,2
	Nėra nieko iš anksčiau išvardintų variantų	22	49,0
Įėjimo į vonios/tualetų kambarį slenkstis	Taip	17	37,8
	Ne	28	62,2

Slenksčio aukštis	1 centimetras	12	70,8
	2 centimetrai	1	5,9
	3 centimetrai	2	11,8
	5 centimetrai	1	5,9
	7 centimetrai	1	5,9
Slenksčio plotis	1 centimetras	4	23,5
	5 centimetrai	1	5,9
	10 centimetrų	4	23,5
	12 centimetrų	1	5,9
	15 centimetrų	4	23,5
	18 centimetrų	1	5,9
	20 centimetrų	2	11,8

TUALETO IR VONIOS APLINKOS PRITAIKYMO CHARAKTERISTIKOS

Tualetu ir vonios aplinkos pritaikymo charakteristikos		Imtis (n = 45)	Procentai (%)
Tualetu pritaikymas naudojant specialia įranga? (Pvz., ranktūriai, turėklai, neslidūs kilimėliai)	Taip	25	55,6
	Ne	20	44,4
Tualetu vieta	Lauke	0	0,0
	Viduje	45	100,0
Tualetu vieta name/bute	Atskiroje patalpoje	14	31,1
	Vonios kambaryje	31	68,9
Tualetu turėklai	Iš dominuojančios rankos	20	44,4
	Nėra turėklų	2	4,4
	Nėra turėklų ir ranktūrių	5	11,1
	Nėra poreikio	18	40,0
Tualetu sėdynės paaukštinimas	Taip	44	97,8
	Ne	1	2,2
Vonios kambario pritaikymas naudojant specialią įranga (pvz., ranktūriai, turėklai, vonios suoliukai, neslidūs kilimėliai)	Taip	34	75,6
	Ne	11	24,4
Pritaikytos priemonės vonios kambaryje	Ranktūriai, dušo kabina, neslidūs kilimėliai	11	32,4
	Dušo kabina, neslidūs kilimėliai	9	26,5
Pritaikytos priemonės vonios kambaryje	Ranktūriai, dušo kabina, suoliukas voniai, neslidūs kilimėliai	5	14,7
	Turėklai, dušo kabina, neslidūs kilimėliai	2	5,9
	Ranktūriai, neslidūs kilimėliai	2	5,9
	Ranktūriai, dušo kabina	2	5,9
	Turėklai, neslidūs kilimėliai	1	2,9

	Ranktūriai, turēklai, dušo kabina, suoliukas voniai, neslidūs kilimēļai	1	2,9
	Ranktūriai, suoliukas voniai, neslidūs kilimēļai	1	2,9

APLINKOS PRITAIKYMO IR APLINKINIŲ PAGALBOS CHARAKTERISTIKOS

Aplinkos pritaikymo ir aplinkinių pagalbos charakteristikos		Imtis (n = 45)	Procentai (%)
Ar Jūsų kėdžių paaukštinimas yra pakankamas nuo sėdimo paviršiaus viršaus iki grindų? (sėdimoje padėtyje 90 laipsnių lenkimu klubo sąnaryje)	Taip	43	95,6
	Ne	2	4,4
Dažniausiai naudojamas baldas sėdėjimui	Valgomojo kėdė	18	40,0
	Sofa	11	24,4
	Fotelis	11	24,4
	Kita (supamoji, valgomojo kėdė, sofa)	3	6,6
Kokiu transportu dažniausiai keliauja namo?	Vairuoju pats/ pati	22	48,9
	Viešuoju transportu	13	28,9
	Namo parveža šeimos nariai/ draugai/ kaimynai	9	20,0
	Taksi	1	2,2
Ar Jums kyla sunkumų įlipti/ išlipti į/ iš transporto priemonės?	Automobilis	13	28,9
	Taksi	3	6,7
	Viešasis transportas	2	4,4
	Viešasis transportas ir automobilis	2	4,4
	Nėra sunkumų	25	55,6

Ar Jums reikalinga šeimos narių pagalba namuose po endoprotezavimo operacijos?	Tvarkantis namus	8	17,8
	Tvarkantis namus, prausiantis ir rengiantis	4	8,9
	Tvarkantis namus ir rengiantis	3	6,7
	Ruošiant valgį	1	2,2
	Rengiantis	1	2,2
	Nereikalinga pagalba	18	62,2

Ar naudojate pagalbinės priemonės prausiantis/ rengiantis?	Taip	23	51,1
	Ne	22	48,9
Naudojamos pagalbinės priemonės prausiantis/ rengiantis	Kojinių mova, griebimo lazda	6	26,1
	Griebimo lazda	4	17,4
	Kojinių mova, plaušinė su prailgintu kotu	3	13,0
	Mova	3	13,0
	Kojinių mova, griebimo lazda, alkūniniai ramentai	2	8,7
	Kojinių mova, griebimo lazda, plaušinė su prailgintu kotu, pažastiniai ramentai	2	8,7
	Kojinių mova, griebimo lazda, plaušinė su prailgintu kotu	1	4,3
	Plaušinė su prailgintu kotu	1	4,3
Naudojamos pagalbinės priemonės prausiantis/ rengiantis	Plaušinė su prailgintu kotu, griebimo lazda	1	4,3
	Pats/ pati	1	2,2
Kas rūpinosi Jūsų namų aplinkos pritaikymu?	Šeima	36	80,0
	Kaimynai	6	13,4
	Socialinis darbuotojas	1	2,2
	Nebuvo poreikio	1	2,2
	Nebuvo kliuvinių	1	2,2
Su kokiais kliuviniais susidūrėte pritaikant Jūsų namų aplinką?	Informacijos sklaida	33	73,3
	Finansinė padėtis (priemonių įsigijimas savo lėšomis)	6	13,4
	Problemos atvežant/ pritaikant priemonės	3	6,7
	Reikėjo ilgai laukti	2	4,4
	Tualetu paaukštinimą	1	2,2
Priemonės, kurias turėjo namuose iškart po reabilitacijos	Tualetu ir lovos paaukštinimus	24	53,4
	Nieko neturėjo	13	28,9
	Ranktūrius, neslidžius kilimėlius	5	11,1
	Lovos paaukštinimą	1	2,2
	Dušo kėdę, tualetu paaukštinimą	1	2,2

	Nieko nereikėjo įsigyti	1	2,2
Kokias priemones įsigijote namuose?	Kėdės paaukštinimą	10	22,2
	Lovos paaukštinimą	10	22,2
		3	6,8
Kokias priemones įsigijote namuose?	Dušo kėdę, neslidžius kilimėlius	3	6,8
	Lovos ir kėdės paaukštinius	3	6,8
	Kėdės paaukštinimą, kojinių movą	2	4,4
	Neslidžius kilimėlius	1	2,2
	Neslidžius kilimėlius, lovos paaukštinimą	1	2,2
	Plaušinę su prailgintu kotu	1	2,2
	Trikampę pagalvę, kėdės paaukštinimą	1	2,2
	Lovos paaukštinimą, griebimo lazda	1	2,2
	Vonios, tualetu paaukštinius	1	2,2
	Dušo kėdę, lovos paaukštinimą	1	2,2
	Plaušinę su prailgintu kotu, kojinių movą, ranktūrius	1	2,2
	Lovos paaukštinimą, neslidžius kilimėlius, griebimo lazda	1	2,2
	Tualetu paaukštinimą, neslidžius kilimėlius, griebimo lazda	1	2,2
	Kėdės, tualetu, lovos paaukštinius	1	2,2

Kokias priemones įsigijote namuose?	Vonios, lovos, kėdės paaukštinius, griebimo lazda	1	2,2
	Neslidžius kilimėlius, suoliuką voniai, plaušinę su prailgintu kotu, kojinių movą	1	2,2
	Rūpinosi kiti	1	2,2
Ar visos priemonės buvo kompensuojamos?	Taip	27	60,0
	Ne	14	31,1

	Nieko neįsigijau	4	8,9
Už kokias priemones reikėjo sumokėti?	Nereikėjo mokėti	28	62,2
	Neslidžius kilimėlius, griebimo lazda	3	6,8
	Dušo kėdę, neslidžius kilimėlius	2	4,4
	Vonios, tualetu paaukštėjimus, griebimo lazda, kojinių movą	2	4,4
	Lovos ir kėdės paaukštėjimus	1	2,2
	Neslidžius kilimėlius	1	2,2
	Neslidžius kilimėlius, ranktūrius	1	2,2
	Plaušinę su prailgintu kotu	1	2,2
	Trikampę pagalvę	1	2,2
	Tualetu paaukštėjimą	1	2,2
	Dušo kėdę, kojinių movą, neslidžius kilimėlius	1	2,2
Už kokias priemones reikėjo sumokėti?	Plaušinę su prailgintu kotu, kojinių movą, ranktūrius	1	2,2
	Tualetu, lovos paaukštėjimus	1	2,2
	Griebimo lazda, kojinių movą	1	2,2
Ar Jums reikėjo namuose paaukštintos kėdės?	Reikėjo ir buvo pritaikyta	44	97,8
	Nebuvo poreikio	1	2,2
Ar Jums reikėjo namuose paaukštinto tualetu?	Reikėjo ir buvo pritaikyta	44	97,8
	Nebuvo poreikio	1	2,2
Ar Jums reikėjo namuose paaukštintos lovos?	Reikėjo ir buvo pritaikyta	30	66,7
	Nereikėjo	1	2,2
	Nebuvo poreikio	11	24,4
	Reikėjo, bet nebuvo pritaikyta	3	6,7