

LIETUVOS SVEIKATOS MOKSLŲ UNIVERSITETAS

MEDICINOS AKADEMIJA

MEDICINOS FAKULTETAS

REABILITACIJOS KLINIKA

Asta Rapalytė

**Asmens, patyrusio sunkią galvos smegenų traumą, reabilitacijos
efektyvumas; atvejo analizė.**

Medicina

Baigiamasis magistro darbas

Mokslinis vadovas Doc. Raimondas Savickas

Kaunas, 2017

TURINYS

1. SANTRAUKA.....	3
2. INTERESŲ KONFLIKTAS	5
3. ETIKOS KOMITETO LEIDIMAS	5
4. SANTRUMPOS.....	6
5. ĮVADAS	7
6. DARBO TIKSLAS IR UŽDAVINIAI	8
7. LITERATŪROS APŽVALGA.....	9
7.1 Galvos smegenų traumų epidemiologija ir etiologija.....	9
7.2 Galvos smegenų traumų klasifikacija.....	10
7.3 Asmenų, patyrusių galvos smegenų traumą, savarankiškumas.....	11
7.4 Reabilitacija po galvos smegenų traumos	12
8. TYRIMO METODIKA	13
9. REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS	16
9.1 Tiriamosios charakteristika.....	16
9.1.1 Įvykis pakeitęs gyvenimą	16
9.1.2 Pacientės reakcija į ligą.....	17
9.1.3 Vilties būtinybė	18
9.1.4 Pacientės savarankiškumas ankstyvosios reabilitacijos metu	19
9.1.5 Grįžimas namo: savarankiška veikla, aplinkos pritaikymas	22
9.1.6 Pacientės savarankiškumo pokyčiai pakartotinių reabilitacijų metu.....	23
9.1.7 Veiksniai, įtakoję gyvenimo pilnatvės pokyčius.....	29
10. IŠVADOS.....	34
11. PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS.....	35
12. ASMENINĖ TYRĖJOS REFLEKSIJA	36
13. LITERATŪROS SĄRAŠAS.....	37

1. SANTRAUKA

Asta Rapalytė. „ASMENS, PATYRUSIO SUNKIĄ GALVOS SMEGENŲ TRAUMĄ, REABILITACIJOS EFEKTYVUMAS; ATVEJO ANALIZĖ“

Tikslas: įvertinti asmens, patyrusio sunkią galvos smegenų traumą, ankstyvosios, pakartotinos ir palaikomosios rehabilitacijos efektyvumą.

Uždaviniai: 1. Įvertinti paciento, patyrusio galvos smegenų traumą, savarankiškumą ankstyvosios rehabilitacijos laikotarpiu. 2. Įvertinti paciento savarankiškumo pokyčius pakartotinių ir palaikomųjų rehabilitacijų metu 5 metų laikotarpiu po traumos. 3. Išsiaiškinti veiksnius, įtakojusius gyvenimo pilnatvės pokyčius.

Metodika. Darbe taikytas kokybinis atvejo tyrimo metodas. Į tyrimą įtraukta moteris, kuri autoįvykio metu patyrė sunkią galvos smegenų traumą. Tyrimo duomenų rinkimo būdas – individualus giluminis interviu, stebėjimas, ligos istorijų epikrizių analizė. Tyrimo metu apklausta ir tiriamosios motina.

Rezultatai: Ankstyvosios rehabilitacijos metu, nuo ūmaus iki sveikimo periodo, stebimas ženklus savarankiškumo didėjimas, kurį įrodo fiksuotas Barthel indekso kitimas nuo 5 iki 40 balų. Interviu metu išryškintas savarankiškumas valgant, apsirengiant, gebėjimas pavaikščioti su lazdele. Vėlesniu gydymo laikotarpiu stebėtas ženklus pacientės savarankiškumo ir nepriklausomumo didėjimas, lankantis pakartotinėse rehabilitacijose 5 metų laikotarpiu po patirtos traumos. Šiuo laikotarpiu tiriamoji jau galėjo be jokios pagalbos pilnai save apsitarnauti: valgant, apsirengiant, vaikstant. Barthel indekso duomenys nuo ankstyvosios rehabilitacijos pabaigos (2006 metais – 40balų) iki paskutinės tyrimo metu domintos pakartotinės rehabilitacijos (praėjus 5 metams po traumos 2011 metais – 100balų) dar labiau išryškino taikytų pakartotinių ir palaikomųjų rehabilitacijų efektyvumą. Kokybinio tyrimo metu išryškėjo pagrindiniai teigiami (šeimyninės padėties pokyčiai, laisvalaikio veikla, artimųjų palaikymas) ir neigiami (sutrikdyta bendra sveikata, ribojama darbinė veikla) veiksniai, įtakoję gyvenimo pilnatvės pokyčius.

Išvados:1. Tiriamosios savarankiškumo pokyčiai ankstyvosios rehabilitacijos metu buvo gana ženklūs. Interviu duomenimis tiriamoji jau pati galėjo daugiau save apsitarnauti. Barthel indeksas ankstyvosios rehabilitacijos metu nuo ūmaus iki sveikimo periodo padidėjo 35 balais. 2. Pakartotinių rehabilitacijų metu Barthel indeksas nuo 2006 metų iki 2011 metų pakito nuo 40 iki 100 balų. 3. Tiriamosios gyvenimo pilnatvę labiausiai neigiamai veikia sutrikdyta bendra sveikata, dėl kurios ribojama darbinė veikla. Teigiami veiksniai, tokie kaip šeimynės padėties pokyčiai ir laisvalaikio veikla, teikia tiriamajai vilties, pozityvių minčių ir jėgų kabintis į gyvenimą, kad jis būtų kuo savarankiškesnis ir kokybiškesnis.

SUMMARY

Asta Rapalytė “REHABILITATION EFFICIENCY OF THE PERSON, WHO HAS SUFFERED SEVERE TRAUMATIC BRAIN INJURY; CASE STUDY”

The objective: evaluate the early, repeated and supportive rehabilitation efficiency of the person, who has suffered a severe brain injury.

The tasks: 1. Evaluate the independence during the early rehabilitation of the patient, who suffered the brain injury. 2. Evaluate the changes of the self-sufficiency during the repeated and supportive rehabilitation, during the period of five years after the injury. 3. Find out the factors, which affected the changes of the fullness of life.

The methodology: In the work, there is applied the qualitative case study method. In the study, there is included a woman who has suffered a severe brain injury during the accident. The research data collection method - individual deep interview, observation, analysis of the medical epicrisis. During the research, there was also interviewed the mother of the woman.

The results: During the early rehabilitation, from the acute to the conversion period, there is observed the significant increase in the self-sufficiency, which is demonstrated by the fixed variation of Barthel index from 5 to 40 points. The interview was highlighted the independence of eating, dressing, the ability to move with the stick. During the later period of the treatment, there was observed the signs of the patient self-sufficiency and the increasing of the independence. It was observed after the attendance of the repeated rehabilitation, during the period of five years after injury. During this period, the woman may have been without any help: eating, dressing, walking. The data of Barthel index, from the end of the early rehabilitation (in 2006 - 40 points) to the last repeated rehabilitation (5 years after injury in 2011- 100 points), more highlighted the efficiency of the repeated rehabilitation. During the qualitative research, there was revealed the main positive factors (the changes of the family status, the leisure activities, the support of the family) and the negative factors (the disturbance of the general health, the restricted work activity) that impacted the changes of the fullness of life.

The conclusions: 1. The self-sufficiency of changes of the woman has been influenced by the early rehabilitation. According to the interview data, the woman could have more to look after herself. Barthel index during the period of the early rehabilitation from the acute to the recovery period increased by 35 points. 2. During the repeated rehabilitation, during the period of five years after injury Barthel index from 2006 to 2011 increased from 40 to 100 points. 3. The fullness of life of the women is disturbed and the most negative impact on overall health, which restricted the work activity. The positive factors, such as changes of the social family situation, and the leisure activities, provides to the woman the hope, the positive thoughts and the strength to cling to life that it would be more independent and a better quality.

2. INTERESŲ KONFLIKTAS

Autoriui intereso konfliktų nebuvo.

3. ETIKOS KOMITETO LEIDIMAS

Baigiamasis magistro darbas atliktas gavus Lietuvos sveikatos mokslų universiteto bioetikos centro leidimą Nr. BEC-MF-84. Išdavimo data 2016-11-02.

4. SANTRUMPOS

FNT – Funkcinio nepriklausomumo testas

GSP – Galvos smegenų pažeidimas

GKS – Glasgow komos skalė

GST – Galvos smegenų trauma

KMUK – Kauno medicinos universiteto klinikos

KMU – Kauno medicinos universitetas

KT – Kompiuterinė tomografija

PSO – Pasaulio sveikatos organizacija

TFK – Tarptautinė funkcionavimo, negalumo ir sveikatos klasifikacija

BIS – Bispektralinis indeksas

JAV – Jungtinės Amerikos Valstijos

5. ĮVADAS

Galvos smegenų trauma (GST) – tai rimta sveikatos ir socialinė – ekonominė problema, kuri sukelia fizinių ir pažintinių sutrikimų bei socialinių apribojimų, kurie gali būti trumpalaikiai arba tęstis visą gyvenimą [1,2]. Dažniausiai nukenčia jauni, darbingo amžiaus žmonės [1,3,4]. Didžioji dalis GST patyrusių žmonių, net 40-50 % nukentėję autoįvykio metu. Šiaurės Amerikoje asmenims nuo 1 iki 45 metų amžiaus tai yra pirmaujanti mirties priežastis, vyrams du kartus dažniau nei moterims [5]. Lietuvoje 2009 metų duomenimis GST užima trečią vietą po širdies ir kraujagyslių bei onkologinių ligų [1].

GST baigtys, priklausomai nuo patirtos traumos sunkumo, gali būti įvairios: neretai baigiasi mirtimi, dalis ligonių tampa neįgalūs, kiti visam gyvenimui lieka nuolatinės vegetacinės būklės ir tik maža dalis gali jausti trumpalaikį sveikatos pablogėjimą. Įvykus GST labai svarbu laiku suteikta pirmoji pagalba, tačiau vėlesniame etape svarbu koordinuotas ir kompleksinis reabilitacijos komandos darbas, kuriuo būtų siekiama maksimalaus sužeistųjų funkcinio aktyvumo [3,4]. Kuo toliau tuo labiau pabrėžiama, kad anksti pradėta reabilitacija duoda geresnių rezultatų [3,4,6]. Tačiau norint pasiekti efektyvių gydymo rezultatų būtinas paties paciento bendradarbiavimas ir aktyvus dalyvavimas gydymo procese. Priklausomai nuo paciento pastangų bei reabilitacijos komandos profesionalumo, laikui bėgant gali išryškėti taikomo gydymo efektyvumas [6].

Temos aktualumas ir naujumas. Literatūroje daug minama apie galvos smegenų traumos priežastis, mechanizmus, pasekmes, tačiau mažiau randama informacijos apie ankstyvosios ir pakartotinių reabilitacijų svarbą ir jų efektyvumą. Mažiau atlikta darbų, naudojant kokybinį tyrimo metodą, ypač orientuotą į vieno atvejo tyrimą, siekiant suprasti tiriamus reiškinius. Šiame darbe nagrinėjamo atvejo rezultatai galėtų būti naudojami pagalbos pacientų, patyrusių sunkią galvos smegenų traumą, gerinimui: keičiant pačių nukentėjusiųjų nuostatas savo ligos atžvilgiu, didinant motyvaciją reabilitaciniam gydymui ne tik pačių pacientų, bet ir jų šeimos narių, koreguojant pacientų ir gydymo personalo tarpusavio santykius, sudarant individualias reabilitacijos programas, parenkant jų trukmę, apimtį, numatant pakartotinių reabilitacijų galimybes. Darbe aptariamos pacientės atvejais galėtų būti pavyzdys, kaip dėka pacientės pastangų, ankstyvosios ir pakartotinės reabilitacijos komandos efektyvaus ir kompleksinio darbo, laikui bėgant galima pasiekti efektyvių gydymo rezultatų.

6. DARBO TIKSLAS IR UŽDAVINIAI

Tyrimo tikslas: įvertinti asmens, patyrusio sunkią galvos smegenų traumą, ankstyvosios, pakartotinos ir palaikomosios reabilitacijos efektyvumą.

Tyrimo uždaviniai:

1. Įvertinti paciento, patyrusio galvos smegenų traumą, savarankiškumą ankstyvosios reabilitacijos laikotarpiu.
2. Įvertinti paciento savarankiškumo pokyčius pakartotinių reabilitacijų metu per pirmus 5 metus po traumos.
3. Išsiaiškinti veiksnius, įtakojučius gyvenimo pilnatvės pokyčius.

7. LITERATŪROS APŽVALGA

7.1 Galvos smegenų traumų epidemiologija ir etiologija

Galvos smegenų trauma (GST) – apibūdinama, kaip smegenų funkcijos sutrikimas arba smegenų patologija, kurią sukelia išorinės jėgos [1]. Skirtingų autorių duomenimis GST kasmet įvairiuose pasaulio regionuose patiria apie 1% gyventojų. Tarp GST patyrusių pacientų pasiskirstymas pagal lytį yra panašus visame pasaulyje. Kaip ir daugelio kitų trauminių sužalojimų taip ir patyrusių GST vyrų dažnis didesnis nei moterų ir svyruoja nuo 2:1 iki 2,8:1. [7]. Ryškesnis šis skirtumas tarp sunkią galvos smegenų traumą patyrusių – 3,5:1 [8]. Tačiau moterims būdinga sunkesnė būklė ir blogesnė prognozė [8].

Jungtinėse Amerikos Valstijose kiekvienais metais GST patiria apie 1,7 milijonai žmonių, iš jų maždaug 275,000 asmenų patyrę vidutinio sunkumo ir sunkią traumą, reikalaujančią didelės medicininės priežiūros [9]. Pagal JAV Nacionalinio Sveikatos Statistikos Centro (National Center of Health Statistics (NCHS)) duomenis 2009 metais buvo užfiksuota 3,5 mln GST atvejų, iš jų: 1,75 mln paleisti iš skubios pagalbos centrų, 275.000 hospitalizuoti, 52.000 mirė [9]. Tačiau tai didžiulė problema ne tik JAV, bet ir visame pasaulyje [5,9].

Literatūroje nurodoma, kad išsivysčiusiose šalyse dažniausiai GST patiria jauno, darbingo amžiaus žmonės ir tai pareikalauja didelių ekonominių išteklių [3,4]. Dažniausiai nukenčia 15 – 30 metų asmenys. Kiti autoriai teigia, kad GST labiausiai paplitusi tarp 20 – 39 metų amžiaus žmonių [3,4,9]. Dėl patirtų sužalojimų sutrinka jų bendra sveikata, o dėl to ir profesiniai gebėjimai, kas žymiai sumenkina jų gyvenimo kokybę. Jauni žmonės patyrę GST tampa socialiai izoliuoti, nedarbingi, o tai yra didžiulis nuostolis valstybei [4,7,9]. Tačiau vis gerėjantys išgyvenamumo rodikliai, visuomenės senėjimas lemia tai, kad didėja senyvo amžiaus žmonių, patyrusių GST [3,7,11].

Tarp pirmaujančių GST priežasčių nurodomos buitinės ir smurto traumos, kurios sudaro 26 – 79%. Kitos taip pat dažnos priežastys: autoįvykių metu patirtos traumos (9-29%), griuvimai ir kritimai iš aukštai (21%), sporto traumos (12%). Autoįvykiuose dažniausiai nukenčia jauni žmonės, o tarp senyvo amžiaus žmonių dažniausia GST priežastis yra kritimai, kurie vyresniems nei 65 metų žmonėms sudaro 61% visų patiriamų traumų [3,7,8]. Per šešerius metus (2007-2013) JAV GST padaugėjo 45%, hospitalizacijų sumažėjo 2,5%, o mirtingumas sumažėjo 5% [5]. Vis didėjanti traumatizma lemia transporto pramonės pažanga, nesilaikymas saugaus greičio, didėjantis alkoholio ir narkotinių medžiagų vartojimas, įtemptas gyvenimo ritmas, kuris sukelia psichologinių problemų [5,12]. Pasaulio sveikatos organizacija prognozuoja, kad GST 2020 metais bus pirmaujanti negalios ir mirties priežastis.

7.2 Galvos smegenų traumų klasifikacija

Literatūroje randama nemažai GST klasifikacijų: pagal priežastis, mechanizmus, komplikacijas, taip pat išskiriamas klasifikavimas patomorfologiniu principu. Tačiau dažniausiai GST klasifikuojama pagal sužalojimo pobūdį ir sunkumą [1,4,].

Atsižvelgiant į sužalojimo pobūdį išskiriamos trys galvos smegenų traumos: difuzinės, lokaliai ir mišrios. Literatūros duomenimis židininiai pažeidimai apima tik nedidelę galvos smegenų sritį ir sutrikdomos tik tos srities funkcijos. Difuzinio pažeidimo metu stebimas ryškus sąmonės sutrikimas, kuris įvyksta dėl išplitusio aksoninių ryšių nutrūkimo, sutrikusių pusrutulių tarpusavio ryšių. Šios traumos metu sutrikdoma visa galvos smegenų veikla [4,13].

Pagal traumos sunkumą, atsižvelgiant į Glasgow komos skalę, GST klasifikuojama į lengvą, vidutinę ir sunkią galvos smegenų traumą [1,4]. Užsienyje atliktas tyrimas, kurio metu lygintas Glasgow komos skalės ir Bispektrinio indekso (BIS) taikymas, nustatant sąmonės lygį. Teigiama, kad sąmonės vertinimui naudojant GKS vieno gydytojo duomenys gali skirtis nuo kitų gydytojų. Būtent BIS naudojimas yra vienas iš būdų padedančių objektyviai įvertinti sąmonės lygį [14]. Tačiau literatūroje nurodoma, kad klasifikavimas pagal Glasgow komos skalę yra labai priimtinas ir plačiai naudojamas praktikoje [1,4].

- **Lengva galvos smegenų trauma** – tai trauma, kuri labai paplitusi visame pasaulyje. Literatūroje nurodoma, kad 2012 metų duomenimis lengva galvos smegenų trauma yra pagrindinė visuomenės sveikatos problema ir sudaro 70 – 90% visų gydytų galvos smegenų traumų pasaulyje [15]. Vertinant tokių asmenų sąmonės būklę pagal Glasgow komos skalę surenkama 13 – 15 balų [1,4]. Pagrindiniai simptomai, kuriuos išsako lengvą GST patyręs asmuo yra galvos skausmas ir svaigulys, sutrikusios kognityvinės funkcijos (dėmesio, atminties pablogėjimas), dažnai pasitaiko ir psichooginių problemų (padidėjęs irzlumas, depresija), pabrėžiamos ir elgesio problemos (impulsyvus ir agresyvus elgesys, apatija), o tai labai pakenkia kasdieninėje veikloje [4]. Literatūroje nurodoma, kad lengva GST dar gali būti klasifikuojama atsižvelgiant į rentgenologinius radinius: sudėtinga (rentgenologiškai teigiama) ir nesudėtinga (rentgenologiškai neigiama). Toks išskyrimas svarbus planuojant tolimesnius gydymo veiksmus [4]. Dažniausiai tokių traumų prognozė yra gera ir pasveikimo galima tikėtis trijų mėnesių laikotarpyje.
- **Vidutinio sunkumo galvos smegenų trauma** – lygiant su lengvą galvos smegenų traumą patyrusiais, šie asmenys pagal Glasgow komos skalę surenka 9 – 13 balų [1,4,14]. Patyrus tokio sunkumo traumą asmenims nustatomi židininiai neurologiniai simptomai.

- **Sunki galvos smegenų trauma** – literatūroje nurodoma, kad tokie pacientai komos būsenoje išlieka ilgiau nei 6 valandas, o pagal Glasgow komos skalę surenka nuo 3 iki 8 balų [1,4,16]. JAV kasmet sunkią galvos smegenų traumą patiria apie 300.000 asmenų [17]. Tiriant neurologiškai randama židinių neurologinių simptomų, galvos kompiuterinėje tomografijoje dažniausiai matyti sunkūs kaukolės smegeninės, pamato dalies lūžiai ir kiti smegenų pokyčiai [1,4,16]. Nors sunki galvos smegenų trauma gana dažna mirties ar lėtinio sergamumo priežastis, tačiau medicinos pažanga kuo toliau, tuo labiau lemia mažėjantį mirštamumą po sunkios galvos smegenų traumos [4,16].

Literatūroje išskiriamas pirminis ir antrinis traumą patyrusių asmenų smegenų pažeidimas, tai ypač svarbu esant lengvai ar vidutinio sunkumo GST, kai bet kuriuo metu ji gali komplikuotis į sunkią galvos smegenų traumą. Patyrus GST pasekmės, priklausomai nuo jos sunkumo, labai įvairios. Literatūroje pabrėžiama, kad asmenims, patyrusiems vidutinę ir sunkią GST pasekmės būna labai sunkios ir laukia ilgas gydymo procesas ūmiame ir sveikimo periode [16].

7.3 Asmenų, patyrusių galvos smegenų traumą, savarankiškumas/dalyvumas

Asmenys, patyrę galvos smegenų traumą dažnai patiria apribojimų dalyvaujant visuomeniniame gyvenime ir atliekant kasdieninius darbus. Nuo patirtos traumos sunkumo ir taikyto gydymo (ūmiu ir reabilitacijos periodu) efektyvumo priklauso tolimesnis asmenų dalyvumas. Tarptautinėje funkcionavimo, negalumo ir sveikatos klasifikacijoje dalyvumas kasdieninėje veikloje apibūdinamas, kaip sąveika tarp žmogaus funkcinų galimybių ir aplinkos, kurioje jie gyvena. Todėl norint įvertinti reabilitacinio gydymo efektyvumą, svarbu vertinti asmenų dalyvumą [18].

Vieno atlikto tyrimo metu buvo vertinamas asmenų, patyrusių vidutinę ir sunkią galvos smegenų traumą, gebėjimas savarankiškai gyventi ir dalyvauti visuomeninėje veikloje praėjus metams po patirtos traumos. Tyrime dalyvavo 160 asmenų, patyrusių vidutinę ir sunkią GST, iš jų 81% nebegalėjo dalyvauti visuomeninėje veikloje taip, kaip prieš patiriant traumą [19].

Materne ir kiti (2017) atliko kokybinį tyrimą, kurio tikslas buvo nustatyti asmenų, patyrusių galvos smegenų traumą, galimybes grįžti į darbinę ir visuomeninę veiklą. Tyrime dalyvavo 5 moterys ir 5 vyrai, kurie buvo apklausti panaudojant pusiau struktūrizuoto interviu metodą. Šio tyrimo metu nustatyta, kad galimybėms susigrąžinti dalyvumą visuomenėje didelę reikšmę turėjo: individualiai pritaikyta reabilitacija ir paties nukentėjusio asmens motyvacija ir aktyvus išitraukimas į reabilitaciją [20].

Donker-Cools ir kiti (2016) atliko kokybinį tyrimą, kuriame pusiau struktūrizuotų interviu metu apklausta 10 asmenų, patyrusių galvos smegenų traumą. Tyrimo tikslas buvo išsiaiškinti

veiksnius, kurie labiausiai veikia pacientų galimybes grįžti į darbą. Tyrimo metu nustatyta, kad grįžti į darbinę veiklą labiausiai trukdo: sutrikdyta bendra sveikata, nuolatinis nuovargis, ilgos darbo valandos, didelis krūvis darbe [21].

7.4 Reabilitacija po galvos smegenų traumos

Galvos smegenų trauma visame pasaulyje yra aktuali medicininė bei socialinė problema. Priklausomai nuo traumos sunkumo pasekmės būna labai įvairios – galimas pasveikimas arba traumos padariniai gali privesti prie visiškos negalios [1,3,4]. Gydytojams vis dažniau tenka susidurti su traumų pasekmėmis, kurios sutrikdo asmenų biosocialines funkcijas. Asmenys, patyrę GST, susiduria su fizinėmis ir psichinėmis problemomis, o joms atstatyti reikalingas efektyvus medicinos darbuotojų darbas. Literatūroje nurodoma, kad reikalingas ne tik medicininių, bet ir socialinių, pedagoginių priemonių kompleksas [10,18,22]. Todėl vis didesnis dėmesys skiriamas koordinuotai ir kompleksinei reabilitacijai. Įvertinus paciento traumos sunkumą, pradedama reabilitacija, kurios bendras tikslas siekti kuo geresnės funkcinės būklės, kiek įmanoma labiau padidinti asmens savarankiškumo ir nepriklausomumo lygį, pagerinti gyvenimo kokybę [18,22]. Literatūroje ypač akcentuojama tai, kad geresni reabilitacijos rezultatai pasiekiami tada, kai pacientas pats aktyviai įsitraukia į gydymo procesą [22,23].

Reabilitacinis procesas reikalauja didelio specialistų poreikio. Reabilitacinė komanda apima ne tik gydytoją reabilitologą, bet ir slaugos darbuotojus, logopedus, fizioterapijus, kineziterapijus, psichologus, socialinius darbuotojus. Labai didelis dėmesys skiriamas šeimos narių mokymui bei pačių pacientų motyvacijos gydymuisi didinimui [23,24].

Paciento reabilitacija priklauso nuo jo funkcinių sutrikimų ir turimų išteklių. Ūmiu traumos periodu, pacientui dar gulint intensyvios terapijos skyriuje, stabilizavus būklę pradedama ankstyvoji reabilitacija [24]. Literatūroje nurodoma, kad šiuo laikotarpiu labai svarbu komplikacijų prevencija ir prarastų funkcijų grąžinimas. Todėl šiuo reabilitacijos laikotarpiu didelis vaidmuo tenka kineziterapijai [10,18]. Vėlesniu laikotarpiu, jau stabilizavus būklę, asmenys perkeliama į specializuotą stacionarą, tolimesnei ankstyvajai reabilitacijai. Literatūroje pabrėžiama, kad šiuo laikotarpiu pagrindinės problemos yra: apsunkintas vaikščiojimas, sumažėjusi judesių amplitudė, pusiausvyros, koordinacijos sutrikimai, padidėjusi kontraktūrų tikimybė. Todėl šiame periode ypač svarbu sumažinti sutrikimus, padidinti fizinę, pažintinę ir psichologinę nepriklausomybę, kompensuoti negalią ir sumažinti pacientų ir jų artimųjų stresą [18,24]. Po ankstyvojo reabilitacinio gydymo asmenims, patyrusiems sunkią GST, taikomos pakartotinės ir palaikomosios reabilitacijos, kuriuose efektyvus reabilitacijos komandos darbas gali sugrąžinti prarastas funkcijas ir padėti sugrįžti į pilnavertišką visuomeninį gyvenimą [23,24].

8. TYRIMO METODIKA

Tyrimo metodika. Darbe taikytas kokybinis tyrimo metodas. Tai sistemingas, nestruktūrizuotas atvejo, situacijos ar įvykio tyrimas natūralioje aplinkoje, siekiant suprasti tiriamuosius reiškinius bei pateikti interpretacinį jų paaiškinimą [25,26]. Šiam tyrimui pasirinktas kokybinis atvejo tyrimo metodas. Šiuo tyrimo metodu, naudojantis įvairiais duomenų šaltiniais, įskaitant dokumentus, dalinai struktūrizuotą interviu ir stebėjimo metu gautus duomenis, siekiama surinkti kuo gilesnę informaciją apie paciento išgyvenimus, patirtį ir dėl jų kylančius jausmus ir emocijas. Būtent tuo šis tyrimo metodas ir skiriasi nuo kiekybinių tyrimų, kuriuose sunku kiekybiškai išmatuoti tiriamųjų emocinius išgyvenimus [25,26].

Tyrimo objektas. Į kokybinį tyrimą buvo įtraukta moteris, gimusi 1978m., 2006.02.10 dieną autoįvykio metu patyrusi sunkią galvos smegenų traumą. Pradiniu traumos laikotarpiu pacientė gydyta Klaipėdos ligoninėje (KL) Intensyvios terapijos skyriuje. Stabilizavus būklę 2006.03.16 dieną (maždaug po mėnesio) pervežta į Kauno medicinos universiteto kliniką (KMUK) Galvos smegenų traumų skyrių. Abiejuose ligoninėse pacientei pradėta taikyti ankstyva reabilitacija. 2006.04.19 dieną tolimesniam gydymui perkelta į Neuroreabilitacijos poskyrį. Vėlesniame gydymo etape pacientei buvo skiriamos pakartotinės ir palaikomosios reabilitacijos įvairiose Lietuvos reabilitacinėse ligoninėse. Vertintas pirmųjų 5 metų po patirtos traumos taikytos reabilitacijos efektyvumas, atsižvelgiant į pacientės savarankiškumo bei gyvenimo pilnatvės pokyčius.

Duomenų rinkimas.

Tyrimui duomenys surinkti:

- iš pacientės ligos istorijų epikrizių ir kitų reabilitacinių ligoninių išrašų;
- individualaus giluminio dalinai struktūrizuoto interviu metu. Interviu buvo imamas 4 kartus. 3 kartus kalbinta tiriamoji, 1 kartą apklausta ir tiriamosios mama.

Vienas iš priimtinausių kokybinio tyrimo duomenų rinkimo metodų yra **individualusis giluminis dalinai struktūrizuotas interviu** – tai viena iš apklausos rūšių, kurios metu siekiama gauti kuo daugiau nestruktūruotos informacijos apie tiriamąjį. Pasirinktas būtent toks metodas, nes jis suteikia tyrėjui galimybę labiau įsigilinti į tiriamojo situaciją. Tyrėjo užduotis šiuo atveju – skatinti tiriamąjį išsikalbėti, pasidalinti savo patirtimi [25,26].

Šis tyrimo motodas lankstesnis, nei anketinė apklausa, nes tyrėjas turi galimybę gauti daugiau informacijos, kuri leistų visapusiškai suprasti tiriamojo požiūrį, pačią situaciją ir atrasti naujų, įdomių tyrimo sričių. Geriausių rezultatų pasiekama tada, kai tyrėjas interviu suteikia nuoširdaus bendravimo – pokalbio formą [25,26].

Visi keturi interviu buvo imami nuo 2016 metų rugsėjo mėn. iki 2017 metų vasario mėn. Organizuojant interviu buvo gautas raštiškas tiriamosios ir jos mamos sutikimas dalyvauti tyrime. Su pačia tiriamąja dėl susitikimo vietos ir laiko buvo susitarta telefonu. Visi keturi interviu vyko pacientės tėvų namuose. Pirmojo susitikimo metu tiriamoji buvo supažindinta su tyrimu: paaiškinta tyrimo tema ir tikslas. Kiekvieno interviu trukmė skirtinga: P1- 2h10min, P2- 1h50min, P3- 2h, P4- 1h. Literatūroje nurodoma, kad dažniausiai tokio tipo interviu vyksta nuo 40min iki 2h [26].

Visi interviu buvo įrašomi į diktafoną ir garso įrašo analizė atlikta transkripcijos pagrindu, laikantis transkripcijos taisyklių – ant popieriaus ranka surašoma sutrumpinta interviu transkripcija.

Literatūroje nurodoma, kad nėra universalus transkripcijos formato, kuris būtų tinkamas visiems kokybinių duomenų rinkimo metodams, nes kiekviena tyrimo metodologija kelia savitus klausimus atliekant transkripciją. Yra sukurtos įvairios transkribavimo taisyklės, padedančios užfiksuoti visą neverbalinę informaciją – intonaciją ir kalbėjimo garsumą. Interviu atlikimo metu taip pat gali būti svarbūs ir išoriniai požymiai į kuriuos reikia atsižvelgti jau atliekant garso įrašų analizę. Tokių kaip: trečio asmens pasirodymas patalpoje arba išėjimas iš jos, telefono skambėjimas ir kiti trikdžiai [26].

Pirmojo interviu (P1) tikslas buvo susipažinti su paciente, jos artimaisiais ir jų gyvenamąja aplinka. Pirmiausia pacientės buvo prašoma papasakoti apie savo gyvenimą iki patirtos traumos. Gyvenimo istorijos išsiaiškinimui buvo naudojami tokie klausimai kaip: „Aš norėčiau, kad Jūs papasakotumėte savo gyvenimo istoriją iki traumos. Papasakokite viską, kas Jums yra svarbu. Neskubėkite“. Kitas pirmojo interviu metu užduotas klausimas skambėjo taip: „Kuris gyvenimo etapas Jums labiausiai įsimintinas? Galbūt, tai kažkuris laikotarpis iš Jūsų vaikystės, o gal iš studijų laikų?“. Kadangi interviu buvo dalinai struktūrizuotas, jo metu buvo užduodami ir iš anksto nesuplanuoti klausimai, kurie iššaukti pačios pacientės pasakojimo metu.

Antrojo interviu (P2) metu buvo norima išsiaiškinti, kaip pacientė jautėsi po patirtos traumos ir įvertinti, kaip jai sekėsi ankstyvosios reabilitacijos metu, atsižvelgiant į pacientės savarankiškumo pokyčius. Susitikimo metu buvo užduodami tokie iš anksto numatyti klausimai: „Gal galėtumėte papasakoti, ką prisimenate iš to laikotarpio, kai gulėjote Klaipėdos ligoninėje po patirtos traumos?“. Kiti du interviu klausimai skambėjo taip: „Kada pabudote ir pradėjote suvokti, kas jums nutiko?“, „Norėčiau paklausti, koks buvo Jūsų savarankiškumas ankstyvosios reabilitacijos metu, kas buvo sunkiausia?“. Taip pat ir kiti iš anksto nesuplanuoti klausimai.

Trečiojo interviu (P3) metu buvo norima išsiaiškinti, kaip pacientei sekėsi pakartotinių ir palaikomųjų reabilitacijų metų ir kokie veiksniai lėmė jos gyvenimo pilnatvės pokyčius. Šio interviu metu buvo užduodami klausimai susiję su pacientės lankymu reabilitacinėse ligoninėse per 5 metus po patirtos traumos. Pokalbio su paciente metu buvo užduodami iš anksto numatyti

klausimai: „Kurioje reabilitacijos ligoninėje gulėjote pirmiausia?“, „Galbūt prisimenate, kokios procedūros jums buvo taikomos?“, „Kurioje reabilitacijos ligoninėje Jums patiko labiausiai. Kas labiausiai įsiminė? Kas Jūsų manymu labiausiai padėjo sustiprinti sveikatos būklę?“ , „Ar buvote motyvuota reabilitacijai? Su kokiais problemomis tada susidūrėte?“ bei kiti iš anksto nesuplanuoti, bet pačios pacientės pasakojimo iššaukti interviu klausimai.

Ketvirtojo interviu (P4) metu kalbinta tiriamosios motina, kuriai taip pat buvo užduodami su tyrimu susiję klausimai. Kadangi tiriamoji daugelio dalykų neprisimena ir jai sunku viską smulkiai atpasakoti, motinos pataisymai ir kitų detalių pateikimas buvo labai naudingi tyrimo metu. Su tyrimo eiga pacientės motina buvo supažindinta ir tyrime dalyvauti sutiko.

Tyrimo etika. Tyrimui vykdyti buvo gautas LSMU Bioetikos centro leidimas (Nr. BEC-MF-84). Tyrimo metu buvo laikomasi visų tyrimo etikos principų. Tiriamųjų konfidencialumas buvo užtikrintas, asmeniniai duomenys, t. y. vardai ir pavardės darbe nebuvo analizuojami. Tyrimo rezultatai bus skelbiami tik apibendrinti.

Duomenų analizė: Surinktų duomenų analizei buvo taikomas kokybinės turinio analizės metodas. Atlikus interviu, transkribuoti diktofono įrašai buvo skaitomi po kelis kartus ir šifruojami. Kartu buvo analizuojamos surinktos tiriamosios ligos istorijų epikrizės ir vertinami tiriamosios stebėjimo duomenys interviu metu. Šiuo analizės metodu buvo siekiama surasti esminius vienetus, kurie padėtų išskirti pagrindines temas.

Barthel indeksu vertintas tiriamosios savarankiškumas ir gebėjimas apsitarnauti, gauta informacija apie kasdieninės veiklos ir judrumo galimybes. Kiekvienos pakartotinės reabilitacijos metu (5 metų laikotarpyje po traumos) Barthel indeksas buvo fiksuotas reabilitacinių ligoninių išrašuose, lygintas atvykus gydytis į ligoninę ir išrašymo metu. Tyrimo metu Barthel indeksų lyginimas tarpusavyje buvo vienas iš metodų, padedančių įvertinti reabilitacijos efektyvumą.

9. REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS

9.1 Tiriamosios charakteristika.

Pacientė Viktorija (vardas pakeistas), gimusi 1973m, jau daug metų gyvenanti Kaune. Tiriamoji baigė KMU ir iki traumos dirbo veterinarijos gydytoja. Šiuo metu gyvena kartu su savo tėvais ir aštuonerių metų dukra, kurios ji susilaukė praėjus 3 metams po patirtos traumos, dar lankantis pakartotinėse reabilitacijose. Po traumos pacientė turi II grupės invalidumą.

Išanalizavus surinktus duomenis: dalinai struktūrizuotus tiriamosios ir jos motinos interviu, ligos istorijos epikrizes, pacientės stebėjimo duomenis atsiskleidė tokios pagrindinės temos:

- Įvykis pakeitęs gyvenimą
- Pacientės reakciją į ligą
- Vilties būtinybė
- Pacientės savarankiškumas ankstyvosios reabilitacijos metu
- Grįžimas namo: savarankiška veikla, aplinkos pritaikymas
- Pakartotinės reabilitacijos 5 metų laikotarpyje po patirtos traumos
- Veiksniai, įtakoję gyvenimo pilnatvės pokyčius

9.1.1 Įvykis pakeitęs gyvenimą

Analizuojant P1 interviu paaiškėjo, kad Viktorijos gyvenimas iki traumos buvo gana intensyvus ir pilnas planų įvairiuose srityse: tiek asmeniniame gyvenime, tiek ir darbinėje veikloje. Galima teigti, kad tiriamoji buvo patenkinta savo gyvenimu ir siekė, kad jis būtų dar geresnis. Kaip pati pacientė teigia: „*Atrodo, viskas buvo gerai, gyvenau visai gerai, turėjau planų*“. Kalbant apie gyvenimą iki patirtos traumos, Viktorijos veide matyti šypsena. Tiriamoji baigė KMU Veterinarijos studijas ir po jų iš kart susirado darbą ir dirbo pagal specialybę. Paklausta ar buvo patenkinta studijomis ir darbu pacientė vėl nusišypso: „*Taip, baigiau studijas, jos man patiko, darbas taip pat patiko, vedžiau jau ir seminarus ūkininkams. Bet ką buvau išmokus, dabar jau nepamenu*“. Analizuojant P1 interviu išryškėjo, kad tiriamoji daug laiko skirdavo darbui, todėl asmeninis gyvenimas nukentėdavo, tačiau visada sulaukdavo artimųjų ir draugų palaikymo. Paklausta ar turi draugų, Viktorija su nusivylimu sako: „*Turėjau kelias drauges, su kuriomis dažnai susitikdavau, tačiau po traumos viskas pasikeitė, neliko nė vienos, labai daug žmonių tiesiog nususuko ir*

nebebendravo“. Stebint matomas didžiulis nusivylimas, nusivylimas žmonėmis, kurie buvo tokie artimi, tačiau sunkią akimirką visiškai nuo jos nusigręžė.

Analizuojant tolimesnį P1 interviu, vis labiau jaučiasi, kad tiriamoji vengia kalbėti apie tą lemtingą dieną, kuri pakeitė visą gyvenimą. Tačiau paklausta, kaip įvyko avarija, pacientė noriai viską papasakoja: *„Tą dieną su kolege iš darbo važiuoju į seminarą, kurį turėjome vesti ūkininkams Šilutėje. Ne, Klaipėdoje, aš turėjau skaityti pranešimą, tačiau nespėjome. Aš sėdėjau keleivio vietoje, mano kolegė vairavo, važiuoju dviese, kelias gana siauras, stengėmės greitai nevažiuoti*“. Pasakojant šią dalį Viktorija daro didesnes pauzes, jos balse jaučiasi susijaudinimas: *„Labai sunku viską prisiminti, viskas nutiko labai netikėtai, tiesiog ramiai važiuoju keliu iki seminaro*“. Paklausta, kas įvyko vėliau, pacientė kalba ryžtingiau, jaučiasi truputį ir pykčio: *„Važiuoju normaliu greičiu, kai į mus trenkėsi mašina, kurią vairavo girti policininkai, susipuolėme ir kas vyko toliau nepamenu*“.

Analizuojant ligos istorijų epikrizes paaiškėjo, kad tiriamoji buvo sunkiai sužalota. Pirmiausia atvežta į Šilutės ligoninę, stabilizavus būklę tolimesniam gydymui stacionarizuota į Klaipėdos ligoninę. Pacientės būklė buvo sunki: *„GKS – 6 balai, dešinysis vyzdys siauresnis už kairįjį, apie akis hematomos, kairiojo smilkinkaulio srityje plėstinė kraujuojanti žaizda*“. Atlikus KT stebėta: *„Skeveldrinis kaukolės skliauto lūžimas kairėje frontalinėje dalyje su impresijos požymiais. Kontūzinis hemoraginis židiny su perifokaline edema kairėje temporaliai, pavienės hemoragijos kairėje parietaliai. Ryški smegenų edema. Kelių kaulinių plokštelių impresija viršutinėje dalyje į akiduobę. Kairiojo dilbio lūžis*“. Tiriamajai atlikta skubi galvos smegenų operacija. Literatūros duomenimis, pacientai, kurie ne mažiau kaip 6 valandas po traumos lieka ištikti komos, pagal Glasgow komos skalę surenka 3 – 8 balus, tiriant nustatoma židinių neurologinių simptomų, o galvos kompiuterinėje tomografijoje matyti kaukolės smegeninės dalies lūžiai, trauminiai smegenų pokyčiai, priskiriami sunkią galvos smegenų traumą patyrusiems [1,4]. Būtent tokią traumą patyrė ir tiriamoji.

Išanalizavus P1 interviu ir ligos istorijos epikrizės duomenis galime teigti, kad Viktorijos gyvenimas po avarijos visiškai pasikeitė, ji tapo priklausoma nuo gyvybę palaikančių aparatų ir visų aplinkinių žmonių – medicininio personalo ir artimųjų.

9.1.2 Pacientės reakcija į ligą

Analizuojant P1 ir P3 interviu išryškėjo dvi skirtingos tiriamosios reakcijos į ligą, kurios pasireiškė skirtingu laikotarpiu po patirtos traumos: viena iš jų ūmiu periodu, o kita jau sveikimo periodu, lankantis pakartotinėse reabilitacijose.

Analizuojant P1 interviu skiriamas dėmesys į tai, kokia buvo pačios tiriamosios reakcija į avariją ir jos būklę po patirtos traumos dar ūmiu periodu. Pirmą kartą prabudusi Viktorija dar nesuvokė, kokia prasta jos būklė: *„Supratau, kad patyriau sunkią traumą. Bet tikėjau, kad kažkada*

vėl dirbsiu, vėl būsiu gydytoja. Dar nesupratau, kad pas mane smegenų nėra, kad visa atmintis ate ate. Tikėjau, kad viskas susitvarkys. Tikrai negalvojau, kad taip blogai su manim“. Šis tikėjimas, kad viskas gali pasitaisyti, padėjo tiriamajai nepalūžti: „*Dar planavau, galvojau, kad viskas pasitaisys“.*

Analizuojant P3 interviu išryškėjo kita tiriamosios reakcija į visą situaciją, kuri visiškai pasikeitė jau sveikimo periodu, kai Viktorija lankėsi pakartotinėse reabilitacijose. Viso interviu metu tiriamoji paryškina, kad jaučia pyktį ir nusivylimą dėl to, kas nutiko: „*Su kolege važiovome keliu, kai į mus trenkėsi mašina, kurią vairavo girtas žmogus. Mes važiovome gražiai, nebuvo kaltos“.* Viktorija pyksta ant žmonių, kurie kelyje būna tokie neatsakingi: „*Važiuoja girti, o kenčia nekalti žmonės“.*

Pyktis suteikia galimybę išlieti susikaupusias emocijas, palengvina psichologinę naštą: „*Iš kart po avarijos dar ilgai nesupratau, kas įvyko. Po truputį prisiminiau tą baisią avariją. Galvoje sukosi net noras kerštauti“.* Neumann ir kitų (2017) atliktame tyrime pyktis įvardijamas kaip natūrali žmogaus, kuris prarado tai, ką turėjo, reakcija, todėl tokiu metu ypač reikalingas artimųjų palaikymas [27].

Kalbant apie tiriamosios reakciją į jos sveikatos pokyčius išryškėja bejėgiškumo jausmas. Galbūt, vidinis suvokimas, kad tu nebesi toks, kaip anksčiau, iššaukia bejėgiškumą ir pyktį aplinkiniams, kuris prasiveržia į išorę žodžiais ar veiksmais: „*Buvo dienu, kai buvo taip sunku, kad nenorėjau nieko aplink matyti“.* Atrodo, tokioje situacijoje žmogui padėti yra labai sunku, todėl paklausta, kur surado vidinės motyvacijos gydymuisi, tiriamoji apsižvalgo ir padaro trumpą pauzę: „*Jaučiau, kad labai sunku, tačiau vilties ir jėgų suteikė noras greičiau sugrįžti į normalų gyvenimą“.* Galima tik numanyti, kaip sunku turėjo būti Viktorijai išgyventi neigiamus jausmus dėl ligos bei ateities ir dar sąmoningai stengtis neskaudinti ir neliūdinti savo artimųjų.

Galima daryti išvadą, kad po avarijos ūmiu periodu tiriamoji, nesuprasdama visos situacijos ir savo būklės dar tikėjo, kad visiškai pasveiks ir galės grįžti į normalų gyvenimą, galės dirbti taip, kaip anksčiau. Tačiau laikui bėgant tiriamosios tikėjimą ir pozityvias mintis pakeitė pyktis ir beviltiškumas, kuris buvo nukreiptas į avarijos kaltininkus.

9.1.3 Vilties būtinybė

„Pirmos dienos neteikė daug vilčių“

Pirmojo susitikimo (P1 interviu) metu tiriamoji nemažai kalbėjo apie tai, kad jos būklė ūmiu periodu buvo labai sunki. Tokia sunki, kad daug vilčių išgyventi nebuvo: „*Nebuvo pusės smegenų, nemačiau viena akimi. Tada dar buvau be sąmonės. Viską vėliau papasakojo mama“.* Viktorija iš įvykio vietos atvežta į ligoninę ir iš kart operuota.

Kad būtų lengviau išsiaiškinti, kaip viskas atrodė kitų žmonių akimis, P4 interviu metu pakalbinta ir tiriamosios motina. Sužinoję apie nelaimę tėvai i kart atvažiavo ir išvydę tokį vaizdą paširpo: „*Buvo sunku suvokti, kad tai galėjo nutikti mano vaikui. Buvo daug ašarų, nevilties akimirku. Priėjusi gydytoja pasakė, kad daug nesitikėtume, nes būklė labai sunki. Tačiau mes tėvai nenorėjome prarasti vilties. Buvome pasiruošę viską iškęsti, kad tik dukrai palengvėtų*“. Interviu metu motinos veide pasirodo ašaros, kurios tik išryškina, kad tas laikotarpis visiems buvo sunkus ir pakeitė visų gyvenimą: „*Šalia dukters buvome visą laikotarpį, metėme darbus, atrodo nieko nebematėme aplink*“. Tą akimirką tėvams buvo nelengva ir skaudu suvokti, kad dukters ateities planai ir svajonės gali neišsipildyti. Jie jautė, kad pasikeis ne tik dukters, bet ir jų pačių gyvenimas. Motina sunkiai tvardė ašaras ir darė didesnes pauzes pasakodama apie dieną, kai dukters gyvybę palaikantys aparatai jau rodė artėjančią pabaigą: „*Šalia dukters tą akimirką buvo tėvas ir jis pamatęs, kad dukra jau nebekvėpuoja ėmė ją purtyti, šaukdamas, kad ji atsigautų. Gydytojai norėjo atjungti aparatus, bet dukra staiga vėl pradėjo kvėpuoti*“. Mamos pasakojimas tik išryškina, kad tai buvo pati baisiausia diena, tačiau atsigavusi Viktorija įrodė, kad yra labai stipri ir šis atsigavimas suteikė visiems daugiau vilčių.

„Spartėjantis gijimas- teikė daugiau vilčių“

Analizuojant tiriamosios ir jos motinos interviu išryškėjo tai, kad gydymo pradžia daug vilties neteikė, tačiau vis spartėjantis tiriamosios gijimas suteikė visiems daugiau vilčių. Ilgas gydymas ūmiu periodu buvo nevilties periodas, kurį pakeitė šviesesnis laikotarpis. Šį laikotarpį P4 interviu metu ypač pabrėžia tiriamosios motina: „*Buvo toks momentas, kad reabilitacijoje, praėjus 3 mėnesiams, ji taip gerai sukalbėjo, tai jau galvojom vaje vaje viskas eina geryn*“. Pati tiriamoji taip pat prisimena, kad jautėsi savarankiškesnė: „*Jau galėjau pavaikščioti ir pati suvalgyti paduotą maistą*“. Šis didėjantis savarankiškumas pačiai pacientei buvo labai svarbus: „*Jaučiausi geriau, nebereikėjo kitiems taip šokinėti aplink*“. Tai suteikė pasitikėjimo ir vilties, kad ši situacija gali bent kažkiek pagerėti.

Pagerėjimo laikotarpis buvo jaučiamas po traumos praėjus 3 mėnesiams, kai tiriamajai buvo taikyta ankstyvoji reabilitacija KMUK Neuroreabilitacijos poskyryje. Tai tik dar labiau paryškina lieteratūroje vis minimos ankstyvosios reabilitacijos svarbą, kurios tikslas yra kuo greičiau atgauti prarastas funkcijas [23,24].

9.1.4 Pacientės savarankiškumas ankstyvosios reabilitacijos metu

Tyrėją šioje dalyje labiausiai domino Viktorijos požiūris į jos savarankiškumo pokyčius ankstyvosios reabilitacijos metu (per pirmus mėnesius), taip pat greta buvo vertinami ligos istorijos epikrizės duomenys. Norint įvertinti tiriamosios savarankiškumo pokyčius, tarpusavyje lyginti Barthel

indekso duomenys. Tiriamajai ankstyvoji reabilitacija taikyta ūmiu (7 dieną po traumos), poūmiu (30 dieną), sveikimo (po 3 ir 4 mėnesių) periodais.

Analizuojant tiriamosios ligos istorijos epikrizes nustatyta, kad stabilizavus būklę ankstyvoji reabilitacija ūmiu traumos periodu pradėta Viktorijai dar esant intensyvios terapijos skyriuje Klaipėdoje ir perkėlus į Kauno medicinos universiteto klinikų Galvos smegenų traumų skyrių. Literatūroje ypač pabrėžiama, kad labai svarbu kuo ankščiau pradėti reabilitaciją, norint išvengti komplikacijų, kurios vėliau gali sukelti negalią [24]. Literatūroje nurodoma, kad Austrijoje buvo atliktas tyrimas, kuris rodo blogesnes patyrusių galvos smegenų traumą išėitis anksti nepradėjus reabilitacijos. Tyrime lyginamos dvi grupės: vienoje grupėje pacientai, kuriems dar ūmiu periodu pradėta taikyti reabilitacija (užtruko apie 40 dienų), o kitoje grupėje pacientai su gydymu pradėtu vėliau (užtruko dvigubai ilgiau – 80 dienų). Todėl atstačius gyvybines funkcijas, dar esant Neurochirurgijos skyriuje, būtina pradėti reabilitaciją [28].

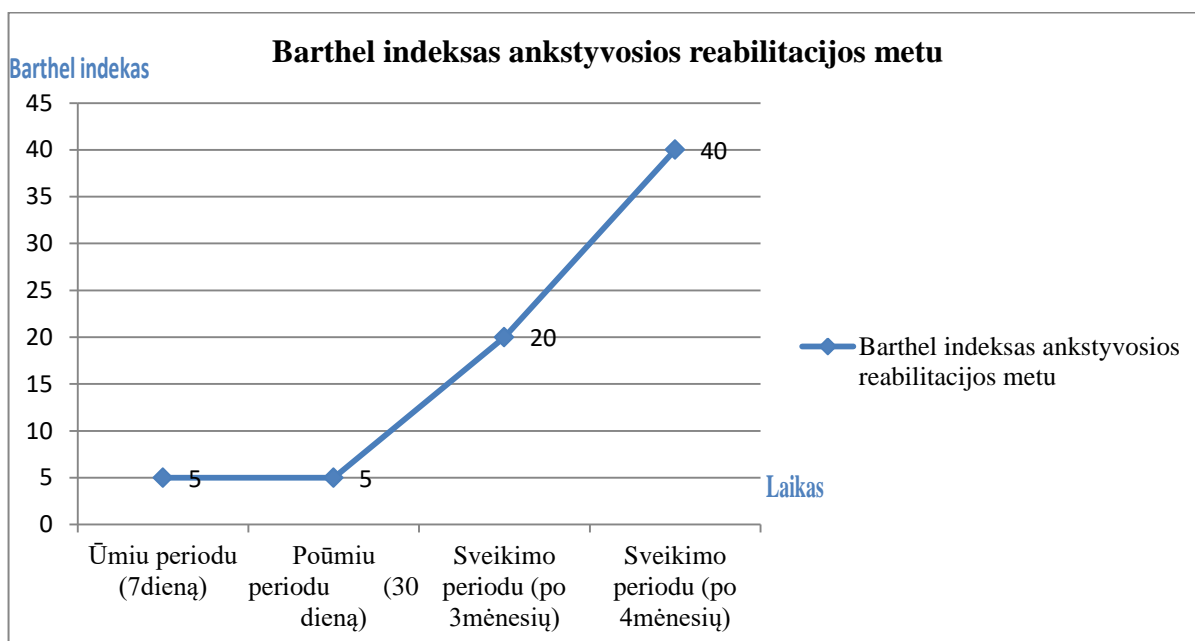
Iš ligos istorijų išsiaiškinta, kad Viktorijos būklė ankstyvosios reabilitacijos metu dar buvo gana sunki: *„Po traumos išlikęs kalbos ir suvokimo sutrikimas, dešiniųjų galūnių silpnumas, negalėjimas vaikščioti, sėdėti, nematymas kaire akimi, šalinimo funkcijų nekontroliavimas“*. Kaip ir pati pacientė P2 interviu metu teigia: *„Daug iš to laikotarpio nepamenu, tik matydavau, kad šalia manęs mano mama, tėtis ir daug gydytojų, o reabilitacijai tada neturėjau daug motyvacijos, sunku buvo kažką daryti, sunku suvokti, kas nutiko“*.

Vienas pagrindinių ankstyvosios reabilitacijos metu taikytų metodų buvo kineziterapija. Literatūros duomenimis kineziterapijos tikslai ir metodai priklauso nuo to, kokio sunkumo galvos smegenų traumą pacientas patyrė, bei nuo paties nukentėjusiojo funkcinės būklės [24]. Tiriamosios atveju Barthel indekso rezultatai parodė, kad Viktorija visiškai nesavarankiška (Barthel indeksas – 5 balai), todėl reikėjo intensyvios kineziterapijos, kuri greičiau padidintų funkcinį aktyvumą. Šiuo atveju pagrindinis kineziterapijos tikslas buvo – užtikrinti komplikacijų prevenciją, o kartu ir visavertę slaugą. Vienas iš slaugos sudedamųjų komponentų – kuo daugiau padidinti pacientės savarankiškumą: padedant judėti, keičiant kūno padėtį, valgant. Tiriamosios motina P4 interviu metu teigia, kad ūmiu periodu taikyta kineziterapija labai didelės naudos neteikė, nes Viktorija buvo labai sunkios būklės: *„Dėl sunkios galvos traumos, jos galva tiesiog kabojo. Niekas ten nesigavo“*. Pati tiriamoji ši laikotarpį apibūdina tokiais žodžiais: *„Buvau gyvas lavonas“*. Į klausimą, ar šiuo laikotarpiu tiriamajai reikėjo visiškos priežiūros mama pabrėžia: *„Taip. Paduodant maistą ji dažnai springdavo, reikėdavo atpurtyti“*.

Analizuojant P2 interviu sunku vertinti, kaip pati tiriamoji jautėsi ankstyvosios reabilitacijos metu, nes užduodant klausimus pastebima, kad pacientė daro didžiules pauzes, jaučiasi pasimetusi, daugelį dalykų painioja: *„Kaip sekėsi tuo metu sunku pasakyti, nes tada daug dalykų negalėjau atlikti pati, tiesiog gulėjau, nes negalėjau normaliai valdyti savo kūno“*. Paklausta, kada pradėjo jaustis

truputį savarankiškesnė, Viktorija bandė kuo nuosekliau atpasakoti, kas vyko ankstyvosios reabilitacijos metu: „Kai gulėjau 6 aukšte, jau po truputį galėjau ištarti kelis žodžius, jau ir atsisėdavau su mamos pagalba“. Stebint Viktoriją matoma šypsena ir džiugi nuotaika: „Apie tai sunku pasakoti, daug nepamenu, bet tada jau galėjau pati suvalgyti paduotą maistą. Dar nevaikščiojau. Na, aišku iš pradžių važiauvau vežimėliu, važinėjo mane po koridorių. Paskui po koridorių jau su pagalba vaikščiojau vaikštyne. Prisimenu ranką ir koją mankštino, buvo lengviau lankstyti“.

Pacientės Barthel indeksas ankstyvajame reabilitacijos etape buvo vertintas 4 kartus: ūmiu traumos periodu (vidutiniškai 7 dieną, dar esant Klaipėdos ligoninėje – 5 balai), poūmiu periodu (vidutiniškai 30 dieną, kai pacientė jau perkelta į Kauno klinikas – 5 balai), sveikimo periodu (vidutiniškai po 3 mėnesių, gulint Neuroreabilitacijos poskyryje – 20 balų, dar po mėnesio – 40balų). Vertinant Barthel indekso duomenis, lyginant juos tarpusavyje, matoma, kad tiriamosios savarankiškumas ir apsitarnavimas ankstyvosios reabilitacijos metu nuo ūmaus periodo iki sveikimo žymiai padidėjo. Pacientės Barthel indekso kitimas ankstyvosios reabilitacijos metu pateiktas 1 paveiksle.



1 pav. Pacientės Barthel indekso kitimas ankstyvosios reabilitacijos metu

Literatūroje randama tyrimų, kuriuose pabrėžiama, kad anksti pradėjus reabilitaciją galima pasiekti geresnių rezultatų. Būtent tai parodo Lam Wai Shun ir kitų (2017) atliktas kokybinis tyrimas, kuriame interviu metu buvo apklausta 12 medicinos darbuotojų, kurie buvo susidūrę su sunkią galvos smegenų traumą patyrusiais žmonėmis ūmiu periodu ir stacionarinės reabilitacijos metu. Tyrimo metu akcentuojama individualaus reabilitacijos plano sudarymo svarba, atsižvelgiant į tokius veiksnius kaip: paciento amžių, traumos sunkumą, kognityvines funkcijas, funkcinę ir emocinę būklę,

savarankiškumą, gebėjimą apsitarnauti, šeimyninę padėtį. Tyrimo rezultatai atskleidė, kad ankstyvosios reabilitacijos metu, norint pasiekti geresnių gydymo rezultatų medicinos personalas turi atkreipti didžiulį dėmesį į šiuos veiksnius [29].

9.1.5 Grįžimas namo: savarankiška veikla, aplinkos pritaikymas

Pasibaigus ankstyvajai reabilitacijai (praėjus 4 mėnesiams), Viktorija grįžo į tėvų namus. Grįžusi tiriamoji jautėsi savarankiškesnė: „*Vaikščiojau su lazdele, pati atlikdavau daug darbų*“. Nors tiriamoji jau pati save apsitarnaudavo, tačiau pradžioje daugiausia artimųjų pagalbos reikėjo vaikstant. Artimieji padėjo vesdami Viktoriją už parankės. Taip pat didžiulės pagalbos prireikė maudantis vonioje. Po kelių savaičių Viktorija jau pati galėdavo įlipti į vonią ir išsimaudyti be jokios pagalbos. Tai teikė tiriamajai daugiau pasitikėjimo, džiaugsmo ir savarankiškumo, kuris palengvino jos pačios ir artimųjų gyvenimą.

Užsienio literatūroje nurodoma, kad šeimos nariai yra labai svarbi reabilitacijos komandos dalis, jie turi būti supažindinami su tolimesne sunkiai sužaloto asmens priežiūra ir gydymu, jam išvykus į namus [23,24]. Tiriamosios atveju didelę reikšmę turi tai, kad jos mama dirba medicinos srityje. Todėl Viktoriją, grįžusią iš Neuroreabilitacijos poskyrio, mankštinti ir stiprinti galėjo pati mama.

Artimųjų svarbą gydymosi procese pabrėžia Adams ir kitų (2016) atliktas kokybinis tyrimas, kuriame pusiau struktūrizuotų interviu metu apklausta 17 sunkią galvos smegenų traumą patyrusių asmenų artimieji. Tyrimo tikslas buvo išsiaiškinti jų vaidmenį ir svarbą reabilitacijoje. Tyrimo rezultatai parodė, kad artimųjų palaikymas ir aktyvus dalyvavimas gydymo procese turėjo didelę reikšmę tada, kai asmenys, patyrę sunkią GST, grįžo gydytis į namus [30].

Analizuojant P2 interviu išryškėja tai, kad Viktorija jau labai laukė grįžimo į namus: „*Norėjosi namo, nusibodo ligoninės aplinka*“. Literatūroje nurodoma, kad namų aplinka gali prisidėti prie greitesnio pacientų gijimo. Tačiau labai svarbu, kad namų aplinka būtų tinkamai pritaikyta [24]. Tiriamosios atveju namuose buvo visos reikiamos pagalbinės priemonės: lazdelė, padėjusi tiriamajai lengviau vaikščioti, specialus laikiklis vonioje, palengvinęs įlipimą ir išlipimą iš vonios.

Kalbinant tiriamąją ir jos motiną sunku nepastebėti jų veiduose esančių šypsenų, nes šis laikotarpis buvo šviesesnis. Po ilgo gydymo ligoninėse, Viktorija pagaliau galėjo sugrįžti į namus. Tai suteikė vilties, kad esama situacija gali pagerėti dar labiau. Didėjantį savarankiškumą pabrėžia ir pati tiriamoji: „*Pavalgydavau pati, atsiprausdavau be pagalbos. Vaikstant reikėjo tik lazdelės*“.

Prieš vykstant į reabilitacijos ligoninę, tiriamoji lankėsi KMUK Ambulatorinės reabilitacijos poskyryje, kuriame buvo sudarytas individualus reabilitacijos planas (16 apsilankymų), pagrindinės taikytos priemonės: kineziterapija, hidroterapija, masažas, ergoterapija. Taip pat ir kitos priemonės bei

pacientės mokymai, kurie pagerintų judėjimą, apsitarnavimą ir savarankiškumą. Po ambulatorinės reabilitacijos tiriamaji tęsė kineziterapiauto ir logopedo rekomenduotus pratimus namuose. Kaip tiriamaoji teigia, atsirado daugiau jėgų ir motyvacijos: „*Pati pastebėjau pagerėjimą*“.

Namų aplinka yra labai svarbi, nes suteikia pacientams didesnę motyvaciją gydymuisi. Taip pat svarbu, kad namuose esančios pagalbinės priemonės (vaikštytės, specialūs laikikliai, ir kt. priemonės) padeda greičiau pasiekti norimų rezultatų.

Nors Viktorijos namuose buvo geros sąlygos tolimesniam gijimui, tačiau P4 interviu metu tiriamosios mama vis pabrėžia: „*Bijojom, kad neužsisėdėtų namuose, jau taip gerai sekėsi, norėjosi geresnių rezultatų, todėl mąstėm apie pakartotinių reabilitacijų galimybę*“. Viktorijai ilgai namuose užsibūti neteko. Analizuojant ligos epikrizės duomenis, pastebėta, kad 2006.09.22 atsirado galimybė, už savo lėšas vykti pakartotinei reabilitacijai į Palangos reabilitacijos ligoninę.

9.1.6 Pacientės savarankiškumo pokyčiai pakartotinių reabilitacijų metu

Tiriamajai, patekus į autoavariją ir patyrus sunkią galvos smegenų traumą, reikėjo įdėti daug pastangų ir laiko, kad vėl galėtų atsistoti ant kojų ir kiek įmanoma savarankiškiau gyventi. Viktorija nuolat pabrėžia, kad jai labai padėjo reabilitacija. Iš pat pradžių buvo sunku atlikti reabilitacijos komandos narių suplanuotas užduotis, tačiau su kiekviena diena buvo lengviau tiek fiziškai, tiek psichologiškai. Visų interviu metu tiriamaoji vis pabrėžia, kad ši avarija buvo labai didelė ir viskas galėjo baigtis dar blogiau: „*Po avarijos buvau sunkiai sužalota, buvo sunkiai sužalota galva. Smūgis avarijos metu buvo labai didelis, iš mūsų mašinos nieko neliko, o mano pusėje neišsiskleidė oro pagalvė*“. Šis tiriamosios teigiamas nusiteikimas reabilitacijos atžvilgiu prisidėjo prie vis gerėjančių rezultatų pakartotinių reabilitacijų metu.

Analizuojant pačios tiriamosios, jos mamos prisiminimus ir reabilitacinių ligoninių, kuriuose pacientė lankėsi, išrašus buvo išsiaiškinta, kaip keitėsi tiriamosios savarankiškumas per paskutinius 5 metus po patirtos traumos.

Kiekvienoje reabilitacijos ligoninėje, atsižvelgiant į tiriamosios funkcinę būklę, buvo sudaromos individualios reabilitacijos programos. Reabilitaciją vykdė specialistų komanda, kurią sudarė: gydytojas reabilitologas, slaugytojos, kineziterapiautas, logopedas, ergoterapiautas, psichologas, socialinis darbuotojas, pati tiriamaoji, tiriamosios artimieji, likimo draugas, gydytojai konsultantai ir kitas personalas.

Gydytojas reabilitologas užima labai svarbią vietą visoje reabilitacijos komandoje, nes turi koordinuoti visų specialistų efektyvų darbą, kad pacientai kuo greičiau atgautų prarastas funkcijas ir savarankiškumą. Jis konsultuoja šeimos narius, nuolat supažindindamas su esama situacija. Taip pat labai svarbus ir kitų specialistų darbas, reikalaujantis daug kantrybės ir pastangų [23].

Darbe tiriamosios savarankiškumas įvertintas remiantis ligos istorijose fiksuotu Barthel indekso kitimu ir tiriamosios bei jos motinos interviu analize.

Toliau pateikiami trumpi aprašymai, kaip pacientei sekėsi kiekvienos pakartotinės reabilitacijos metu 5 metų laikotarpyje po patirtos traumos.

Palangos reabilitacijos ligoninė (2006.08.23- 2006.09.22)

Tai pirmoji pakartotinės reabilitacijos ligoninė į kurią Viktorija atvyko po ankstyvosios reabilitacijos. Analizuojant ligos istorijos epikrizės duomenis išryškunami pagrindiniai tiriamosios nusiskundimai atvykus į reabilitacijos ligoninę: *„Sutrikusi atmintis, sutrikusi koordinacija ir pusiausvyra, greitas nuovargis, labilios emocijos, sutrikęs dešinės rankos ir kojos valdymas“*. Pati tiriamoji P2 interviu metu pabrėžia, kad šiuo laikotarpiu buvo gana sunku susitvarkyti su emocijomis: *„Buvau nusiteikusi gyduomisi, bet norėjosi greičiau atgauti jėgas, liūdna, kad man taip nutiko“*. Tiriamosios mama taip pat neslepia slogių emocijų: *„Dabar tai visai kitaip, tada buvo labai sunku, norėjom, kad dukra kuo greičiau atsigautų“*.

Šioje reabilitacijos ligoninėje tiriamajai patiko aplinka ir visa reabilitacijos komanda: *„Visi buvo draugiski ir malonūs“*. Labiausiai įsiminęs įvykis, kai pati be aplinkinių pagalbos ir vaikštynės pradėjo vaikščioti po kambarį: *„Tada pati kojom pradėjau eiti, pasiramščiau į sienas, kad neparvirščiau“*. Tai buvo pirmasis tiriamosios išvykimas į didesnę reabilitacijos ligoninę, todėl reikėjo laiko adaptuotis prie naujos aplinkos. Tačiau tiriamoji buvo motyvuota reabilitacijai ir atsakingai atlikdavo visas paskirtas užduotis.

Analizuojant ligos istorijos epikrizę pastebimas Barthel indeksas atvykus – 50 balų, o baigiantis gydymui ir vykstant į namus – 60 balų. Galime teigti, kad tai rodo nežymų savarankiškumo ir apsitarnavimo padidėjimą. Tačiau vertinant tai, kad tiriamosios būklė ūmiu traumos periodu buvo labai sunki, šis indekso padidėjimas 10 balų atspindi tikslingą ir efektyvų gydymą.

Valakupių reabilitacijos centras (2006.11.17 – 2007.02.11)

Atvykus į reabilitacijos ligoninę tiriamajai buvo sudarytas gydymo planas, didelį dėmesį skiriant bendro fizinio pajėgumo didinimui, nusilpusių raumenų stiprinimui, koordinacijos gerinimui, apsitarnavimo įgūdžių lavinimui, kad tiriamoji kuo greičiau pasiektų didesnę savarankiškumo lygį.

Analizuojant P3 interviu tiriamoji su šypsena prisimena šią reabilitacijos ligoninę: *„Čia man labai patiko, patiko visos procedūros, prabuvau čia 4 mėnesius“*. Paklausta, kas labiausiai įsiminė, Viktorija be ilgesnės pauzės atsako: *„Patiko plaukioti baseine. Čia lankiau smagius užsiėmimus“*.

Apie šį reabilitacijos centrą noriai ir su šypsena P4 interviu metu pasakoja ir tiriamosios mama: „*I visas reabilitacijos ligonines lydėdavome, dažnai lankydavome, tačiau šioje ligoninėje mums pasakė, kad paliktume ją vieną. Iš pradžių išsigandome, galvojom, kaip čia ji be mūsų bus, gi reikės pagalbos. Bet išvažiavome. Atvykome po dviejų savaitių aplankyti ir labai nustebome pamatę ją tokią atsigavusią. Jau užnešdavo į šoną mažiau nei prieš tai. Šioje reabilitacijos ligoninėje ji išbuvo apie 4 mėnesius ir po jų matėme ženklus pokyčius. Čia dirba labai geri ergoterapiautai. Grįžusi namo ji kalbėjo žymiai geriau. Net išsižiojome išgirdę, nes anksčiau tik du žodžius pasakydavo“.* Tiriamoji šiame centre prabuvo 4 mėnesius, tačiau savaitgaliais galėdavo grįžti į namus Kaune: „*Ne kiekvieną savaitgalį, kas antrą pavykdavo grįžt, kitus kartus lankė tėvai“.*

Iš medicininės dokumentacijos išsiaiškinta, kad atvykusiai į reabilitacijos centrą tirimajai nustatytas Barthel indeksas buvo – 60 balų. Pabaigus šią reabilitaciją Viktorijai pastebėtas ženklus pagerėjimas: „*Žymiai pagerėjo bendras organizmo tonusas bei fizinis pajėgumas, padidėjo raumenų jėga, pagerėjo pusiausvyra, lengvai ir saugiai keičia kūno padėtis, drąsiau eina viena, atlieka daugiau užduočių, apsitarnauja savarankiškai, reikalinga priežiūra saugumo tikslu lipant į vonią ir maudantis. Barthel indeksas – 80 balų“.*

Grįžusi iš šios reabilitacijos ligoninės tiriamoji namuose buvo energingesnė ir savarankiškesnė. Tai paveikė ir pacientės emocinę būseną, galėdama lengviau save apsitarnauti jautėsi žymiai geriau, buvo labiau motyvuota tolimesniam gydymui. Tiriamosios mama taip pat pabrėžia padidėjusią dukters motyvaciją ir nusiteikimą: „*Grįžusi atlikdavo logopedės ir ergoterapeutės užduotus pratimus atminties, kalbos lavinimui“.*

Išanalizavus P2 interviu ir ligos epikrizės duomenis, galime teigti, kad ši 4 mėnesių trukmės reabilitacija buvo gana efektyvi, nes stebimas ženklus tiriamosios funkcinės ir emocinės būklės pagerėjimas, taip pat Barthel indekso padidėjimas nuo 60 iki 80 balų, o tai rodo didėjančią savarankiškumą ir gebėjimą apsitarnauti kasdieninėje veikloje.

Palangos reabilitacijos ligoninė (2007.06.28- 2007.07.22)

Praėjus pusei metų nuo gydymo Valakupių reabilitacijos centre, tiriamoji atvyko į Palangą dar vienai pakartotinei reabilitacijai. P2 interviu metu tiriamoji pasakoja, kad su kiekviena reabilitacija jautėsi vis geriau: „*Atvažiavau su noru dar labiau pasveikt“.* Tiriamosios mama taip pat priduria, kad visi apsilankymai reabilitacijos ligoninėse buvo tik į naudą: „*Matėm, kad ji vis labiau ir labiau atsigaua, nenorėjom, kad užsisėdėtų namuose, todėl reabilitacijas išsipirkdavom net už savo lėšas“.*

Analizuojant ligos istorijos epikrizes išryškėjo, kad atvykusi reabilituotis tiriamoji vis dar jautė galvos smegenų traumos padarinius: „*Silpnesnė dešinės rankos ir kojos jėga, pusiausvyros ir koordinacijos sutrikimas, sunkumas susikalbėti, atminties sutrikimas. Barthel indeksas – 70 balų“.*

Kaip ir kiekvienos reabilitacijos metu buvo sudarytas individualus gydymo planas. Tikslas – lavinti kalbą, koreguoti apsitarnavimo funkcijas ir didinti savarankiškumą. Paklausta, kas labiausiai įsiminė šios reabilitacijos metu, tiriamoji ilgai negalvojusi pasakoja apie pasivaikščiojimus ligoninės aplinkoje ir plaukiojimą baseine: „*Buvo vasara, geras oras, prie jūros buvo geresnė nuotaika*“. Tiriamosios mama pasakoja, kad vieno pasivaikščiojimo metu, tiriamoji užsiminė, kad jaučia didžiulį pyktį ir išsakė keršto troškimą, nukreiptą į avarijos kaltininkus: „*Atsigavau ir norėjau atkeršyti*“. Nors mama vis sakė, kad nieko nebeįmanoma pakeisti, tačiau Viktorija vis kartojė: „*Taip visko nepaliksiu ir vis tiek atkeršysiu*“. Literatūroje nurodoma, kad pyktis yra normali žmogaus reakcija į tai, kad gyvenimas jau nebebus toks, kaip anksčiau [27].

Tolimesniame etape tyrėją labiausiai domino Viktorijos požiūris į jos savarankiškumo pokyčius. P2 interviu metu pacientė pasakoja apie užsiėmimus su logopedu: „*Skaičiau kaip pirmokė, reikėjo atpasakoti tekstus*“. Šie užsiėmimai labiau išlavino pacientės kalbą, tapo lengviau bendrauti su aplinkiniais. Paklausta, ar tuo metu jautė savarankiškumo pokyčių, tiriamoji nutyla, nes ne viską atsimena. Apie tai P4 interviu metu pasakoja tiriamosios mama, kuri prisimena kiekvieną detalę iš reabilitacijos: „*Grįžusi į namus dukra buvo gana savarankiška, daugiau kalbėdavo, daugiau padėdavo buityje. Atėjau į virtuvę ir matau, kaip dukra indus plauna*“.

Pacientės savarankiškumas įvertintas atsižvelgus ir į ligos epikrizės duomenis, kuriuose fiksuojama, kad po gydymo Viktorijai pagerėjo: suvokimas, orientacija, kalba, judesių pusiausvyra ir koordinacija. Tyrėjui svarbu išryškinti ir Barthel indeksą, kuris po gydymo buvo 80 balų.

Išanalizavus P2 interviu ir ligos epikrizės duomenis, galima teigti, kad tiriamajai reabilitacija buvo efektyvi, nes grįžusi į namus jautėsi savarankiškesnė tiek savęs apsitarnavimo tiek darbinėje veikloje, tai atspindi ir Barthel indeksas, kuris padidėjo nuo 70 iki 80 balų.

Abromiškių reabilitacijos ligoninė (2008.02.04 -2008.02.29)

P2 interviu metu kalbėdama apie Abromiškių reabilitacijos ligoninę tiriamoji pabrėžia tai, kad: „*Viskas čia buvo gerai, patiko aplinka ir visi žmonės*“. Pacientė pasakoja, kad gydytis atvyko už savo lėšas. Nagrinėjant medicininę dokumentaciją nustatomi pagrindiniai nusiskundimai: „*koordinacijos sutrikimas, atminties pablogėjimas ir apsunkinta kalba*“.

Kad pacientės savarankiškumas padidėjo, įrodo ir medicininėje dokumentacijoje fiksuojamas Barthel indekso kitimas: atvykus – 80, baigus gydymą – 90 balų.

(2008.09.03 -2008.09.27)

Kaip pacientei sekėsi šios reabilitacijos metu? Kalbant apie savarankiškumą tiriamoji ir jos mama interviu metu vis pakartoja, kad tai buvo jau gana šviesus laikotarpis. Mamos žodžiais: „*Uoj tada jau mažiau reikėjo pagalbos ir mes su vyru galėjome atsikvėpti*“.

Nors pacientė buvo jau gana savarankiška ir galėjo save apsitarnauti, tačiau reabilitacijos metu bandyta lavinti kalbą, kuri buvo dar gana apsunkinta. Analizuojant medicininę dokumentaciją atkreipiamas dėmesys į logopedės išvadą: „*Pacientės kalba pagerėjo, kalbėdama laisviau vartoja žodžius ir reiškia savo mintis*“. Tai rodo efektyvų gydymą.

Kalbant apie šią reabilitacijos ligoninę, Viktorijos mama prisimena įvykį, kuris ją tuo metu labai nustebino: „*Tą rudenį dukra pati, niekam nesakius, išvažiavo į Vilnių. Tada galvojom, kad galva jau turbūt gerai veikia*“. Stebint pacientę sunku nepastebėti veide esančios šypsenos: „*Jo jo, prikrėčiau truputį*“. Tiriamoji vis pabrėžia, kad pati jautėsi energingesnė ir labiau motyvuota ieškoti sau patinkančios veiklos. Literatūroje nurodoma, kad pacientų teigiamas nusiteikimas ir motyvacija turi didžiulės vertės, norint pasiekti efektyvių gydymo rezultatų [24].

Analizuojant medicininę dokumentaciją stebima, kad Barthel indeksas atvykus į ligoninę ir baigus gydymą išliko toks pat – 90 balų.

(2011.04.25 -2011.05.14)

Paskutinė pakartotinė reabilitacija, kuri tyrėją domino, vyko Abromiškių reabilitacijos ligoninėje. Į šią reabilitaciją tiriamoji atvyko po dukters gimimo praėjus metams. Kaip tiriamosios mama teigia: „*Po anūkės gimimo dukrai jau reikėjo važiuoti reabilituotis, ilgą laiką niekur nebuvo išvykusi*“.

Nors pats nėštumas ir gimdymas tiriamajai praėjo be komplikacijų, tačiau po tarumos likę padariniai jautėsi ir šiuo laikotarpiu. Tačiau dukters gimimas viską trumpam pakeitė: „*Rūpinausi dukra, neturėjau kada važiuoti gydytis į reabilitacijos ligoninę*“. Kada tiksliai tiriamoji atvyko į Abromiškių reabilitacijos ligoninę primena mama: „*Kai anūkę paūgėjo, jai buvo jau metukai, tada jau galėjome ir dukrą išleisti reabilituotis*“.

Iš medicininių dokumentų išrašų išsiaiškinta, kad pagrindiniai tiriamosios skundai, po ilgesnio laikotarpio be reabilitacijos buvo tokie: „*galvos skausmas, pablogėjusi atmintis, pusiausvyros sutrikimas. Barthel indekas tuo metu buvo – 100 balų*“.

Kaip ir visų reabilitacijų metu buvo sudarytas reabilitacijos planas, kurį vykdė specialistų komanda. Ypač išryškintamas dėmesys pacientės kalbos lavinimui. Analizuojant P2 interviu tyrėjo dėmesį patraukia tai, kad tiriamoji šį laikotarpį žymiai geriau pamena, nei ankstesnius. Tai tik įrodo, kad jos funkcinė būklė buvo žymiai geresnė: „*Uoj šiuo laikotarpiu jau pati viską atlikdavau, savarankiškai eidavau į parduotuvę ir į kitas tolimesnes vietas, važiauvau autobusais, pati pirkdavau*

maisto produktus, tvarkydavausi namuose“. Tiriamosios mama taip pat džiaugiasi dukters savarankiškumu: *„Nebelijojom išleisti, pati važiuodavo visur, jau iš tikro 2008 metais pati važinėdavo autobusu, tikrai pasitikėdavom*“.

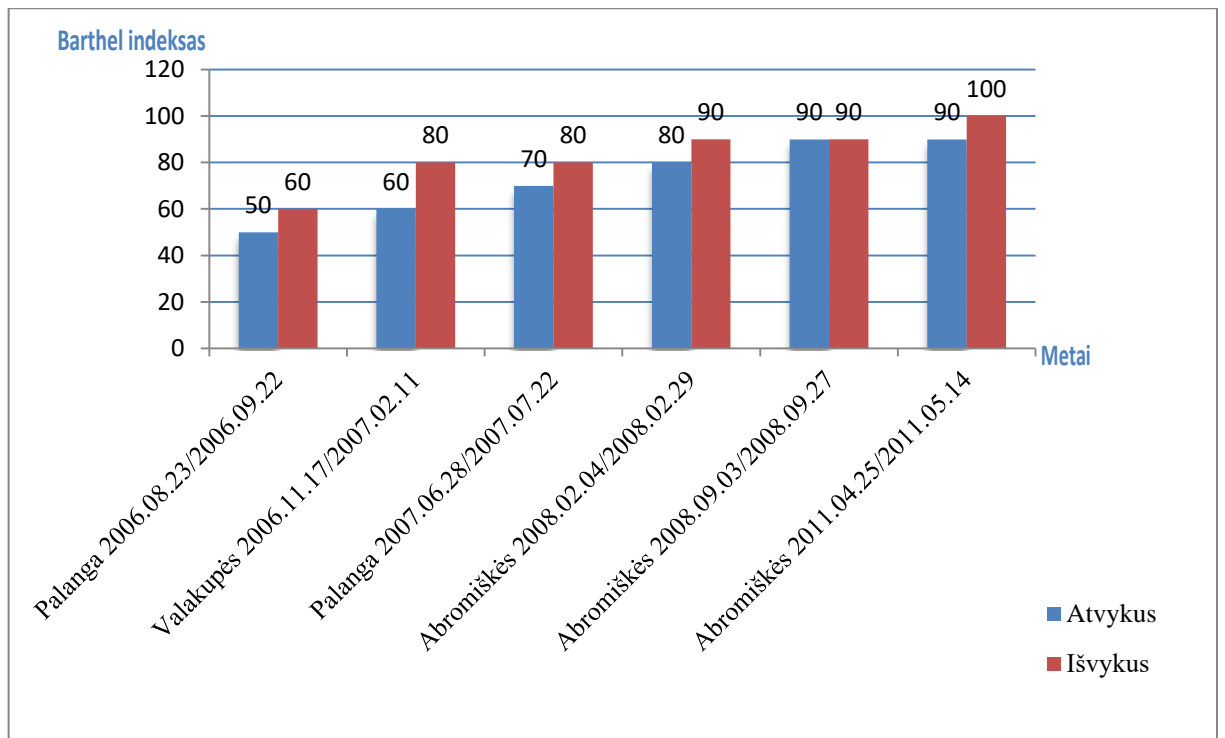
Analizuojant medicininę dokumentaciją, tyrėją domino pacientės būklė išrašant: *„būklė nežymiai pagerėjo, sustiprėjo raumenų jėga, o kalbos funkcija pagerėjo tik nežymiai. Barthel indeksas išliko 100 balų*“.

Grįžusi iš reabilitacijos ligoninės tiriamoji buvo labiau motyvuota dalyvauti visuomeninėje veikloje, pradėjo intensyviau ieškoti sau patinkančios veiklos. Taip pat stebėtas ir žymus emocinės būklės pagerėjimas. Pykčio ir nuoskaudų šiame laikotarpyje pasitaikydavo žymiai rečiau. Interviu metu, kalbant apie šį laikotarpį, sunku nepastebėti tiriamosios šypsenos: *„Norėjau būti naudingesnė, užsiimti kokia nors veikla*“.

Taigi, galime daryti išvadą, kad pati tiriamoji savo teigiamu nusiteikimu prisidėjo prie efektyvios reabilitacijos ir spartesnio gijimo.

Analizuojant P2 interviu ir medicininę dokumentaciją pastebėta, kad laikotarpiu nuo 2009 iki 2011 tiriamoji nesilankė reabilitacijos ligoninėse (ambulatorinėje ir pakartotinėse reabilitacijose). 2008 metais vasarą tiriamoji susipažino su savo vyru ir tų pačių metų pabaigoje susituokė. 2009 metais gimė jų dukra Lina (vardas pakeistas). Tiriamoji su šypsena prisimena laikotarpį, kai laukėsi dukters: *„Buvo sunkus metas, buvau ne visiškai pasveikusi, bet jaučiau, kad viskas bus gerai*“. Tiriamosios mama taip pat prisimena laikotarpį, kai visi gyveno anūkės laukimu: *„Nėštumas ir gimdymas praėjo sklandžiai, o auginti dukrą padėjome mes su vyru*“. Santuokai ilgai netrukus, tiriamoji kartu su dukra apsigyveno tėvų namuose, kuriuose iki šiol gyvena.

Išanalizavus visas 5 metų laikotarpyje vykusias pakartotines reabilitacijas, stebimi ženklūs pacientės savarankiškumo pokyčiai. Analizuojant tiriamosios ir jos mamos interviu, medicininę dokumentaciją stebėtas ženklus pacientės savarankiškumo ir nepriklausomumo didėjimas. Labiausiai išryškintas lankymasis pakartotinėje reabilitacijoje Valakupių reabilitacijos ligoninėje. Šiuo laikotarpiu tiriamoji jau galėjo be jokios pagalbos pilnai save apsitarnauti: valgant, apsirengiant, vaikstant. Barthel indekso duomenys nuo ankstyvosios reabilitacijos pabaigos (2006 metais – 40 balų) iki paskutinės tyrimo metu domintos pakartotinės reabilitacijos (praėjus 5 metams po traumos 2011 metais – 100 balų) dar labiau išryškino taikytų pakartotinių reabilitacijų efektyvumą. Pacientės Barthel indekso kitimas, lankantis pakartotinėse reabilitacijose, pateiktas 2 paveiksle.



2 pav. Pacientės Barthel indekso kitimas, lankantis pakartotinėse reabilitacijose

Literatūroje randama nemažai panašių tyrimų, kuriuose bandoma išsiaiškinti taikomos reabilitacijos efektyumą. Gould KR. ir kitų (2017) atliktame kokybiniame tyrime, pusiau struktūrizuotų interviu metu apklausti 9 vyrai, patyrę sunkią GST, 9 šeimos nariai, 7 medicinos darbuotojai. Tyrimas atliktas norint išsiaiškinti reabilitacijos efektyvumą, atsižvelgiant į savarankiškumo ir gyvenimo kokybės pokyčius. Tyrimo metu išryškėjo pagrindinės temos: galvos smegenų trauma, padariniai, socialiai santykiai, ankstyvosios ir pakartotinės reabilitacijos, emocinė būklė ir saarankiškumas/ dalyvumas visuomeninėje veikloje. Tyrimo rezultatai išryškino pakartotinių ir palaikomųjų reabilitacijų naudą asmenų savarankiškumui/ dalyvumui ir sužeistųjų ir jų šeimos narių gyvenimo kokybei [31].

9.1.7 Veiksniai, įtakoję gyvenimo pilnatvės pokyčius

Išsiaiškinti, kokie veiksniai turėjo reikšmės tiriamosios gyvenimo pilnatvei, pasitelkta interviu analizė. Apibrėžti, ką reiškia gyvenimo pilnatvė gana sunku. Literatūroje nurodoma, kad sveikatos medicinoje dažniausiai tyrinėjama su sveikata susijusi gyvenimo pilnatvė, apimanti fizinį, psichinį ir socialinį lygmenis [32]. Šiuos lygmenis įtakoja pačių asmenų patirtys ir pojūčiai. Veiksnių gali būti labai daug ir sunku išskirti pagrindinius ar svarbiausius. Išanalizavus visus keturis interviu, išryškėjo teigiami ir neigiami, tiriamosios gyvenimo pilnatvę įtakoję veiksniai:

Teigiami:

- Pozityvus mąstymas
- Artimųjų palaikymas
- Aplinkos pritaikymas
- Didėjantis savarankiškumas
- Laisvalaikio veikla
- Šeimyninės padėties pokyčiai
- Religingumas/dvasingumas

Neigiami:

- Sutrikdyta bendra sveikata
- Epilepsijos diagnozė
- Sumažėjęs draugų ratas
- Pažintinių funkcijų (ypač atminties) sutrikdymas
- Psichologinis stresas
- Apribojimas vairuoti
- Darbinės veiklos ribojimas

Darbinė veikla

Patirta trauma sutrikdė tiriamosios bendrą sveikatą ir dėl to nuketėjo jos darbinė veikla. Šiuos du veiksnius galime laikyti pagrindiniais neigiamais veiksniais. Literatūroje nurodoma, kad patyrus sunkią galvos smegenų traumą, pagrindinis reabilitacijos tikslas yra pasiekti gerą asmenų dalyvumą visuomeninėje veikloje. Todėl kai kurių autorių duomenimis, reikia vertinti reabilitacijos efektyvumą, vertinant asmens dalyvumą [23,24,31].

Analizuojant P3 interviu išryškėja tai, kad tiriamoji nors ir nebegali dirbti ankstesnio darbo, tačiau nesėdi vietoje ir bando surasti sau patinkančios veiklos: „*Noriu išmokti siūti, man labai patinka, su ankstesniu darbu jau ate ate*“. Tiriamosios veide stebimas užsidegimas, lyg ir skelbiantis, kad dar ne viskas prarasta, kad dar įmanoma surasti veiklos, kuri suteiktų džiaugsmą ir norą normaliai gyventi: „*Nors atrodo, kad niekada nebus taip, kaip anksčiau, bet bandau surasti veiklos*“. Analizuojant šią interviu dalį išryškėjo, kad būtent pozityvus mąstymas yra vienas pagrindinių teigiamų veiksmų, lemiančių gyvenimo pilnatvės pokyčius: „*Stengiuosi nepasiduoti, dedu daug pastangų*“.

Analizuojant ligos istorijų epikrizes pastebima, kad Viktorijai po patirtos traumos prasidėjo epilepsijos priepuoliai. Tai dar labiau riboja pacientės dalyvumą ir galimybę susirasti sau patinkančios veiklos: „*Svajonu apie darbą siuvykloje, na norėčiau siūti siuvimo mašina, bet dėl priepuolių negalėčiau, bet su mama ieškome, gal kas priimtų*“. Literatūroje teigiama, kad epilepsija ir jos gydymas ženkliai trikdo sergančiųjų epilepsija kasdienį gyvenimą įvairiose srityse [33]. Nors

tiriamajai epilepsijos priepuoliai kartojasi retai, tačiau tai trukdo siekti siuvėjos darbo: „*Sužinoję viršinininkai, manęs nepriimtų*“. Literatūroje teigiama, kad epilepsijos priepuolių nenuspėjamumas ir yra tai, kas labiausiai vargina pacientus ir turi įtakos gyvenimo pilnatvei – asmuo tarp priepuolių negyvena visaverčio gyvenimo, baiminasi, kad tai gali nutikti bet kuriuo metu [33]. Šioje interviu dalyje, užduodant klausimus, stebimas tiriamosios gilus atodūsis, kuris reiškia nusivylimą ir bejėgiškumą šioje situacijoje.

Nors tiriamosios sveikatos būklė ir apriboja jos įsidarbinimo galimybes, tačiau tiriamoji vis tiek bando surasti sprendimą. Galimybę bent kažkiek įsitraukti į visuomeninę veiklą tiriamoji bandė surasti įstaigoje „Vilties žiedas“. Šioje įstaigoje neįgaliems teikiama profesinė rehabilitacija, kurios metu bandoma padidinti neįgaliųjų darbingumą ir galimybes įsidarbinti: „*Lankiau mokymus ir gavau pažymėjimą. Lankiausi ten nemažai laiko*“. Tik užsiminusi apie šią įstaigą tiriamoji iš kart lekia ieškoti pažymėjimo, rodančio, kad ji buvo įvertinta ir kažko išmoko. Rodydama pažymėjimą, viską skaito garsiai: „*2011 metais baigiau neformalaus mokymo – 480 valandų Želdynų prižiūrėtojo programą*“. Stebint tiriamąją nesunku pastebėti, kad tai teikia jai daugiau pasitikėjimo, ji jaučiasi savarankiškesnė: „*Viena važiauvau į užsiėmimus viena, ten buvo nemažai žmonių, kaip aš*“.

Lefebvre H. ir kiti (2008) atliko kokybinį tyrimą, kuriame pusiau struktūrizuotų interviu metu buvo apklausti 22 asmenys, patyrę GST. Tyrimo tikslas buvo išsiaiškinti sunkumus, su kuriais susiduria šie asmenys, siekdami socialinės integracijos. Rezultatai parodė, kad asmenys po sunkios galvos smegenų traumos, praėjus net 10-čiai metų susiduria su sunkumais norint įsidarbinti ir susirasti sau patinkančios veiklos. Šis tyrimas išryškino, kad asmenys, patyrę sunkią traumą, sunkiai integruojasi į visuomeninę veiklą, todėl labai svarbus efektyvus rehabilitacijos komandos darbas ir artimųjų palaikymas [34].

Artimųjų palaikymas

Patyrusi sunkią traumą, tiriamoji jautėsi bejėgė, nes dėl ligos visiškai pasikeitė jos gyvenimas. Dėl sunkios būklės daug laiko praleido ligoninėje, teko iškęsti ilgą ir alinantį gydymą. Po patirtos traumos tiriamajai reikėjo daugiau pagalbos ir palaikymo. Visa tai Viktorijai suteikė jos artimiausi žmonės – šeimos nariai, kurie ja rūpinosi, aukodami visą savo laiką, jėgas ir energiją. Literatūroje daug minima apie šeimos paramą, žmogui susidūrus su sunkia liga. Būtent tada suvokiama, kokie artimi ir brangūs yra šeimos nariai ir koks svarbus yra jų visapusiškas palaikymas [24,34].

Nors tiriamoji pabrėžia tai, kad daug pastangų įdėjo pati: „*Sportavau ir visus pratimus dariausiai pati aš, o ne artimieji*“, tačiau jautė iš artimųjų didžiulę meilę ir palaikymą visuose situacijose: „*Kartais atrodydavo nebenoriu nieko, bet mama vis ragindavo daryti pratimus, glostydavo ranką. Tėtis veždavo į procedūras*“. Tiriamajai tai labai svarbu, nes tai dar labiau sustiprina jos ir artimųjų

tarpusavio ryšį. Jie tapo artimesni ir tarsi dar labiau pradėjo vertinti laiką, praleistą kartu. Literatūroje dažnai minima, kad dažnai šeima ištikusi nelaimė, šiuo atveju sunki Viktorijos trauma, keičia visų šeimos narių vertybių, gyvenimo prasmės ir įsitikinimų suvokimą [34].

Graff ir kiti (2017) metais atliko kokybinį tyrimą, kuriame duomenys taip pat rinkti pusiau struktūrizuotų interviu metu. Tyrimo tikslas įvertinti, pacientų patyrusių sunkią GST reabilitacijos efektyvumą, praėjus 4 metams po patirtos traumos. Išanalizavus surinktus duomenis, išryškėjo trys pagrindinės temos: naujas gyvenimas, šeimos dalyvavimas, pagrindinės problemos reabilitacijos metu. Tyrimo rezultatai atskleidė, kad artimųjų pagalba ir palaikymas padėjo įveikti reabilitacijos metu patirtus sunkumus ir greičiau pasiekti norimų rezultatų. Šiuo tyrimu norėta pabrėžti, kad labai svarbus artimų žmonių dalyvavimas reabilitacijoje [35].

Šeimyninės padėties pokyčiai

P3 interviu metu tiriamoji su didžiuliu džiaugsmu pasakoja apie laikotarpį, kai jos asmeniniame gyvenime atsirado jos vyras (2009 metais), su kuriuo susituokė ir po metų (2010 metais) susilaukė dukters. Tai įvyko praėjus 3 metams po patirtos traumos. Kaip pati tiriamoji pabrėžia, tai buvo vienas iš gražesnių gyvenimo laikotarpių: „*Dukters gimimas – pati didžiausia dovana*“. Tuo metu tiriamoji rečiau lankėsi reabilitacijos ligoninėse, o pats nėštumas ir gimdymas praėjo sklandžiai: „*Dukra gimė sveika, pati jaučiausi gerai*“. Nors vedybinis gyvenimas ilgai netruko, tačiau tiriamoji su dukra neliko vienos, jos iki šiol gyvena tėvų namuose. Tėvų namuose Viktorija buvo viskuo aprūpinta, sulaukė didžiulės pagallbos auginat dukrą: „*Mama buvo šalia, sulaukiau pagallbos*“.

Ši interviu vieta tarsi įrodo, kad tiriamoji sparčiai gijo, tapo savarankiškesnė, o dukters gimimas pakeitė visą jos gyvenimą, tarsi užpildė asmeninio gyvenimo tuštumą, suteikė vilties ir motyvacijos tolimesniam gydymuisi.

Artimųjų žmonių palaikymas yra labai svarbus gydymo procese, tai įrodo ir Tam S. ir kitų (2015) atliktas kokybinis tyrimas, kuriame pusiau struktūrizuotų interviu metu apklaustos 6 moterys, patyrusios sunkią galvos smegenų traumą. Tyrimas atskleidė, kad parama ir palaikymas iš artimiausių žmonių, teikia motyvacijos reabilitacijai ir gali padėti pasiekti geresnių gydymo rezultatų [36].

Laisvalaikio veikla

Analizuojant P3 interviu didelis dėmesys buvo skiriamas išsiaiškinti, kokie yra tiriamosios pomėgiai. Tyrėją labai domino pacientės mėgstama veikla, kuri suteikia džiaugsmą, atpalaiduoja, nukreipia mintis nuo visų aplinkinių rūpesčių. Pati tiriamoji vis pabrėžia, kad po traumos viskas pasikeitė, teko ieškoti naujų užsiėmimų: „*Norisi kažkuo užsiimti, norisi būti aktyvesnei*“. Prieš

patiriant traumą buvusi gana aktyvi tiriamoji negali nuslėpti nusivylimo. Šis nusivylimas nukreiptas į žmones, kurie tiriamosios nuomone labiausiai kalti, dėl įvykusios avarijos: „*Jie buvo girti, atsitrenkė į nekaltus žmones*“. Nors ir jaučiamas nusivylimas, tačiau tiriamoji išlieka stipri ir nepasiduoda: „*Nieko jau nepakeisi, reikia gyventi toliau*“.

Vienas iš Viktorijos pomėgių – kavos gėrimas su draugais. Pati tiriamoji jau ankstesniuose interviu pabrėžė, kad daugelis iš draugų po traumos nusigręžę nuo jos, liko tik kelios vaikystės draugės ir mamos draugės sūnus, kuris yra neįgalus nuo pat gimimo: „*Nuvažiuoju pas senelių, ten geriu kavą, šneku su drauge. Kaune einu pas mamos draugės sūnų, jis gyvena netoli, pabendraujam*“. Literatūroje nurodoma, kad sunkiai sergant svarbu neužsidaryti tarp keturių sienų, bendravimas su kitais žmonėmis padeda lengviau ir greičiau integruotis į visuomenę. Nuolat pabrėžiama, kad likimo draugas yra labai svarbus reabilitacijos komandos narys [24]. Paklausta apie reabilitacijoje sutiktus likimo draugus, tiriamoji prisimena, kad ten matė daug žmonių, vieni buvo geresnės būklės, kiti sunkesnės, tačiau su kuo pakalbėti tikrai buvo: „*Valakapių reabilitacijos ligoninėje, kurioje praleidau ilgai, buvo su kuo pabendrauti. Lankėme bendrus užsiėmimus*“. Viktorijos mama P4 interviu metu taip pat pasakoja, kad dukra po Valakapių reabilitacijos ligoninės taikyto gydymo grįžo labiau bendraujanti: „*Iš kart pamatėme geresnius rezultatus, jau išėjo lengviau susikalbėti*“.

Toliau kalbant apie laisvalaikį tiriamoji iš kart pradeda pasakoti apie tai, kaip jai patinka dirbti kompiuteriu: „*Kompiuteriu galiu bendrauti ir rašinėti su draugais. Randu reikiamos informacijos. Daug laiko sėdžiu prie jo*“. Tiriamosios motina iš kart pabrėžia, kad prie kompiuterio dukra praleidžia labai daug laiko: „*Sunku kartais ir atplėšti, pamiršta ir kitus darbus*“. Tai vienas iš tiriamosios užsiėmimų, kuris užimdavo daug laiko ir prieš patiriant traumą: „*Visada mėgau dirbti kompiuteriu, tik ankščiau darbo reikalais*“.

Išanalizavus visus interviu, galime teigti, kad tiriamosios gyvenimo pilnatvę veikia nemažai teigiamų ir neigiamų veiksnių. Iš jų labiausiai neigiamai veikia sutrikdyta bendra sveikata, dėl kurios ribojama darbinė veikla. Tačiau teigiami veiksniai, būtent šeimyninės padėties pokyčiai ir laisvalaikio veikla, teikia tiriamajai vilties, pozityvių minčių ir jėgų kabintis į gyvenimą, kad jis būtų kuo savarankiškesnis ir kokybiškesnis.

10. IŠVADOS

1. Kokybinis tyrimo metodas atskleidė, kad tiriamosios savarankiškumo pokyčiai ankstyvosios reabilitacijos metu buvo gana ženkliūs. Interviu duomenimis tiriamoji jau pati galėjo daugiau save apsitarnauti. Didėjantį nepriklausomumą ir savarankiškumą įrodo ir fiksuotas Barthel indeksas, kai ankstyvosios reabilitacijos metu nuo ūmaus iki sveikimo periodo jis padidėjo 35 balais, nuo 5 iki 40 balų.
2. Pakartotinių reabilitacijų metu, 5 metų laikotarpyje po patirtos traumos, tiriamoji jau pati be pagalbos galėjo save apsitarnauti. Barthel indeksas nuo 2006 metų iki 2011 metų (5 metų laikotarpyje po patirtos traumos) pakito nuo 40 iki 100 balų, o tai rodo visišką tiriamosios savarankiškumą.
3. Tiriamosios gyvenimo pilnatvę įtakoja neigiami ir teigiami veiksniai. Iš jų labiausiai neigiamai veikia sutrikdyta bendra sveikata, dėl kurios ribojama darbinė veikla. Tačiau teigiami veiksniai, tokie kaip šeimyninės padėties pokyčiai ir laisvalaikio veikla, teikia tiriamajai vilties, pozityvių minčių ir jėgų kabintis į gyvenimą, kad jis būtų kuo savarankiškesnis ir kokybiškesnis.

11. PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS

1. Organizuojant visapusišką pagalbą asmenims, patyrusiems galvos smegenų traumą, būtina sudaryti galimybę gauti visas reabilitacijos paslaugas, ypač pakartotinių ir palaikomųjų reabilitacijų. Reabilitacijų metu skirti didenį dėmesį ir psichosocialinėms priemonėms – psichologinei pagalbai, dažnesnėms socialinio darbuotojo konsultacijoms ir svarbiausia pačių sergančiųjų ir jų artimųjų mokymui.
2. Norint tiksliau įvertinti reabilitacijos efektyvumą, galima remtis ne tik Barthel indeksu, bet panaudoti ir kitus testus: Funkcinio nepriklausomumo testą (FNT), Tarptautinę funkcionavimo, negalumo ir sveikatos klasifikaciją (TFK).
3. Būtina skatinti patyrusių galvos smegenų traumą savitarpio pagalbų veiklą.
4. Būtina formuoti adekvatų požiūrį į reabilitaciją, reabilitaciją pradėti kuo anksčiau ir užtikrinti pakartotinių ir palaikomųjų reabilitacijų galimybę.

12. ASMENINĖ TYRĖJOS REFLEKSIJA

Darbo pradžioje, kai išsirinkau šią magistro temą ir kokybinį tyrimo metodą, buvau pasimetusi. Sunku buvo susidėlioti, nuo ko pradėti, o ir darbo, kuriame bus taikytas kokybinis tyrimo metodas, ėmiausi pirmą kartą. Mokslinio darbo vadovas pasiūlė dėmesio vertą atvejį apie moterį po sunkios galvos smegenų traumos ir jos spartų gijimą, kuriam didelės reikšmės turėjo taikyta efektyvi reabilitacija. Pasirinkusi vieną atvejo tyrimą jutau, kad tai gali būti sunki užduotis. Tačiau nuomonė tyrimo eigoje keitėsi.

Interviu, kuris buvo vienas iš pagrindinių duomenų rinkimo metodų, tyrimo metu man buvo pats įdomiausias. Dėl susitikimo su tiriamąja susitarėme telefonu, o susitikimo dieną labai jaudinausi. Vis galvojau, kaip mane sutiks tiriamoji, kaip sesksis bendrauti. Tačiau pirmojo susitikimo metu su Viktorija susikūrėme jaukią aplinką, kurioje ji galėjo visiškai laisvai papasakoti apie savo patyrimus ir išsakyti savo jausmus. Visų interviu metu dalyvavusi tiriamosios motina taip pat nuoširdžiai ir noriai atsakinėjo į užduotus klausimus. Kiekvieno sekančio susitikimo metu pokalbiai su Viktorija vyko vis sklandžiau, aplinka tapdavo vis jaukesnė, o mano kaip tyrėjos darbas su interviu analizėmis vis gerėjo, kiekvieno interviu metu stengdavausi taisyti trūkumus ir jų nebekartoti.

Kadangi visi interviu vyko tiriamosios tėvų namuose, turėjau galimybę susipažinti su visa Viktorijos šeima. Ši šeima mane labai šiltai priėmė, kiekvieno susitikimo metu jausdavausi labai laukiama. Interviu metu kalbėjome ne tik apie patirtą traumą ir jos sukeltus sunkumus, bet ir apie tiriamosios dukrą, jos pomėgius. Likau nustebinta ir tuo, kad Viktorija ir jos šeima daug norėjo sužinoti ir apie mane, apie mano pomėgius, studijas. Manau tai dar labiau leido atsipalaiduoti ir sukurti dar jaukesnę aplinką.

Visų susitikimų metu mačiau, kokie šie žmonės paprasti, supratingi ir mylintys vienas kitą. Jų meilė, pagalba vienas kitam, užsidegimas, stiprybė ir motyvacija buvo patys svarbiausi veiksniai prisidėję prie tiriamosios efektyvaus ir spartaus gijimo.

Džiaugiuosi, kad pasirinkau šį darbą. Šios pacientės atvejo analizė, mano nuomone, leis atidžiau susipažinti su problemomis, kuriomis susiduria žmonės patyrę galvos smegenų traumą ir bus puikus efektyvios reabilitacijos pavyzdys.

13. LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Budrys V. Klinikinė neurologija. Vilnius: UAB Vaistų žinios. 2009. p. 990.
2. Cnossen MC., Lingsma HF., Tenovuo O., Maas AIR., Menon D., Steyerberg EW., Ribbers GM., Polinder S. Rehabilitation after traumatic brain injury: A survey in 70 European neurotrauma centers participating in the CENTER-TBI study. *Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*. 2017; 21:17-21.
3. Brazinova A., Mauritz W., Leitgeb J., Wilbacher I., Majdan M., Janciak I., et al. Outcomes of patients with severe traumatic brain injury who have Glasgow Coma Scale scores of 3 or 4 and are over 65 years old. *Journal Neurotrauma*. 2010; 27:1549–55. Prieiga per internetą: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20597653> >.
4. Hong CK Joo JY., Shim YS., Sim SY., Kwon MA., Kim YB., Chung J Medical Symptom Validity Test Performance Following Moderate-Severe Traumatic Brain Injury: Expectations Based on Orientation Log Classification. *The Journal Headache and Pain*. 2017; 18(1):48. Prieiga per internetą: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov.ezproxy.dbazes.lsmuni.lt/pubmed/28429236> >
5. Taylor CA., Bell JM., Breiding MJ., Xu L. Traumatic Brain Injury – Related Emergency Department Visits, Hospitalizations, and Deaths — United States, 2007 and 2013. *MMWR Surveill Summ*. 2017; 66:1–16. Prieiga per internetą: < <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/66/ss/ss6609a1.htm> >.
6. Gómez PA., de-la-Cruz J., Lora D., Jiménez-Roldán L., Rodríguez-Boto G., Sarabia R., Sahuquillo J., Lastra R., Morera J., Lazo E, Dominguez J., Ibañez J., Brell M., de-la-Lama A., Lobato RD., Lagares A. Validation of a prognostic score for early mortality in severe head injury cases. *Journal of Neurosurgery*. 2014; 121(6):1314-22. Prieiga per internetą: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25237737>> .
7. Lauren T., Southerland MD., Julie A. Stephens, Shari Robinson, James Falk, Laura Phieffer, Joseph A. Rosenthal, and Jeffrey M. Caterino, MPH Head Trauma From Falling Increases Subsequent Emergency Department Visits More Than Other Fall-Related Injuries in Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2016; 64(4):870–874. Prieiga per internetą: < <http://pubmedcentralcanada.ca/pmcc/articles/PMC4843835/> > .
8. Engberg AW., Liebach A., Nordenbo A. Centralized rehabilitation after severe traumatic brain injury--a population-based study. *Acta Neurologica Scandinavica Journal*. 2006; 113(3):178-84. Prieiga per internetą: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16441248/> >

9. Tagliaferri F., Compagnone C., Korsic M., Servadei F., Kraus J. A systematic review of brain injury epidemiology in Europe. *Acta Neurochirurgica Journal (Wien)*. 2006; 148(3):255-68. Prieiga per internetą: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16311842?dopt=Abstract>> .
10. Hammond, Flora M. MD.; Hart, Tessa PhD.; Bushnik, Tamara PhD.; Corrigan, John D. PhD.; Sasser, Howell PhD. Change and Predictors of Change in Communication, Cognition, and Social Function Between 1 and 5 Years After Traumatic Brain Injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*. 2004;19:314-328. Prieiga per internetą: < http://journals.lww.com/headtraumarehab/Abstract/2004/07000/Change_and_Predictors_of_Change_in_Communication,.6.aspx> .
11. Karoline Doser, Ingrid Poulsen, and Anne Norup. Psychological Outcome in Young Survivors of Severe TBI: A Cross-Informant Comparison *Behav Neurol*. 2015; 41-58. Prieiga per internetą: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4624890/>>.
12. Franck Amyot, David B. Arciniegas, Michael P. Brazaitis, Kenneth C. Curley, Ramon Diaz-Arrastia, Amir Gandjbakhche, Peter Herscovitch, Sidney R. Hinds, II, Geoffrey T. Manley, Anthony Pacifico,corresponding author Alexander Razumovsky,Jason Riley,Wanda Salzer, Robert Shih, James G. Smirniotopoulos, and Derek Stocker. A Review of the Effectiveness of Neuroimaging Modalities for the Detection of Traumatic Brain Injury. *Journal Neurotrauma*. 2015; 15:1693–1721. Prieiga per internetą: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4651019/>>.
13. Corina O. Bondi, Bridgette D. Semple, Linda J. Noble-Haeusslein, Nicole D. Osier, Shaun W. Carlson, C. Edward Dixon, Christopher C. Giza, and Anthony E. Kline. Found in translation: understanding the biology and behavior of experimental traumatic brain injury *Neurosci Biobehav Rev*. 2015;8:123–146. Prieiga per internetą: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4465064/>>.
14. Senapathi TGA, Wiryana M, Aribawa IGNM1, Ryalino C. Bispectral index value correlates with Glasgow Coma Scale in traumatic brain injury patients. *Open Access Emergency Medicine*. 2017; 10;9:43-46. Prieiga per internetą: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov.ezproxy.dbazes.lsmuni.lt/pubmed/28435334>>.
15. Carroll LJ., Cassidy JD., Cancelliere C., Côté P., Hincapié CA., Kristman VL., Holm LW., Borg J., Nygren-de Boussard C., Hartvigsen J. Systematic review of the prognosis after mild traumatic brain injury in adults: cognitive, psychiatric, and mortality outcomes: results of the International Collaboration on Mild Traumatic Brain Injury Prognosis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2014; 95:152-73. Prieiga per internetą: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24581903>>.

16. Senapathi TGA, Wiryana M, Aribawa IGNM1, Ryalino C. Bispectral index value correlates with Glasgow Coma Scale in traumatic brain injury patients. *Open Access Emergency Medicine*. 2017; 10;9:43-46. Prieiga per internetą: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov.ezproxy.dbazes.lsmuni.lt/pubmed/28435334>>
17. Greene NH1, Kernic MA, Vavilala MS, Rivara FP. Variation in Adult Traumatic Brain Injury Outcomes in the United States. *Journal of Head Trauma and Rehabilitation*. 2017; 18:201-22. Prieiga per internetą: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov.ezproxy.dbazes.lsmuni.lt/pubmed/28422899>>.
18. Schultz BA., Bellamkonda E. Management of Medical Complications During the Rehabilitation of Moderate-Severe Traumatic Brain Injury. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*. 2017; 28(2):259-270. Prieiga per internetą: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov.ezproxy.dbazes.lsmuni.lt/pubmed/28390512>>
19. Patterson F., Fleming J., Doig E. Clinician perceptions about inpatient occupational therapy groups in traumatic brain injury rehabilitation. *Brain Injury journal*. 2017; 4:1-11. Prieiga per internetą: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov.ezproxy.dbazes.lsmuni.lt/pubmed/28471238>> .
20. Matérne M, Lundqvist LO, Strandberg T. Opportunities and barriers for successful return to work after acquired brain injury: A patient perspective. *Work*. 2017; 56(1):125-134. Prieiga per internetą: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov.ezproxy.dbazes.lsmuni.lt/pubmed/28035941>>.
21. Donker-Cools BH., Schouten MJ., Wind H., Frings-Dresen MH. Return to work following acquired brain injury: the views of patients and employers. *Journal of Disability and Rehabilitation*. 2016; 10:1-7. Prieiga per internetą: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov.ezproxy.dbazes.lsmuni.lt/pubmed/27830952>>.
22. Dams-O'Connor K., Mellick D., Dreer LE., Hammond FM., Hoffman J., Landau A., Zafonte R., Pretz C. Rehospitalization Over 10 Years Among Survivors of TBI: A National Institute on Disability, Independent Living, and Rehabilitation Research Traumatic Brain Injury Model Systems Study. *Journal of Head Trauma and Rehabilitation*. 2017; 32(3):147-157. Prieiga per internetą: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov.ezproxy.dbazes.lsmuni.lt/pubmed/28476056>> .
23. Gould KR., Ponsford JL. A longitudinal examination of positive changes in quality-of-life after traumatic brain injury. *Journal of Brain injury and Rehabilitation*. 2015; 29(3):283-90. Prieiga per internetą: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov.ezproxy.dbazes.lsmuni.lt/pubmed/25356859>> .
24. Gregório GW., Gould KR., Spitz G., van Heugten CM., Ponsford JL. Changes in self-reported pre- to postinjury coping styles in the first 3 years after traumatic brain injury and the effects on psychosocial and emotional functioning and quality of life. *Journal of Head Trauma and Rehabilitation*. 2014; 29(3):43-53. Prieiga per internetą: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov.ezproxy.dbazes.lsmuni.lt/pubmed/23835873>> .

25. Rupšienė L. Kokybinio tyrimo duomenų rinkimo metodologija. Metodinė knyga. Klaipėda; 2007.
26. B. Bitinas, L. Rupšienė, V. Žydžiūnaitė Kokybinių tyrimų metodologija. Socialinių mokslų kolegija; 2008.
27. Neumann D., Malec JF., Hammond FM. Negative Attribution Bias and Anger After Traumatic Brain Injury. *Journal of Head Trauma and Rehabilitation*. 2017; 32(3):197-204. Prieiga per internetą: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov.ezproxy.dbazes.lsmuni.lt/pubmed/28476058>> .
28. Steiner E., Murg-Argeny M., Steltzer H.Lam Wai Shun. The severe traumatic brain injury in Austria: early rehabilitative treatment and outcome. *Journal of Trauma Management and Outcomes*. 2016; 15;10:5.
29. Adams D., Dahdah. Coping and adaptive strategies of traumatic brain injury survivors and primary caregivers. *NeuroRehabilitation Journal*. 2016; 27;39(2):223-37. Prieiga per internetą: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27372358>>.
30. Gould KR, Hicks AJ, Hopwood M, Kenardy J, Krivonos I, Warren N, Ponsford JL. The lived experience of behaviours of concern: A qualitative study of men with traumatic brain injury. *Journal of Neuropsychological Rehabilitation*. 2017; 10:1-19.
31. Lilley EJ., Williams KJ., Schneider EB. Intensity of treatment, end-of-life care, and mortality for older patients with severe traumatic brain injury. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*. 2016; 80(6):998-1004.
32. Del Felice A., Alderighi M., Martinato M., Grisafi D., Bosco A., Thompson PJ., Sander JW., Masiero S. Memory Rehabilitation Strategies in Nonsurgical Temporal Lobe Epilepsy: A Review. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*. 2017; 15:41-58. Prieiga per internetą: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov.ezproxy.dbazes.lsmuni.lt/pubmed/28207604>>.
33. Lefebvre H., Cloutier G., Josée Levert M. Perspectives of survivors of traumatic brain injury and their caregivers on long-term social integration. *Journal of Brain Injury*. 2008; 22(7-8):535-43. Prieiga per internetą: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18568706>>.
34. Graff HJ., Christensen , Poulsen, Egerod. Patient perspectives on navigating the field of traumatic brain injury rehabilitation: a qualitative thematic analysis. *Journal of Disability and Rehabilitation*. 2017; 27:1-12. Prieiga per internetą: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28129694>>.
35. Tam S., McKay A., Sloan S., Ponsford J. The experience of challenging behaviours following severe TBI: A family perspective. *Journal of Brain Injury*. 2015; 29(7-8):813-21. Prieiga per internetą: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25914927>>.