



Универзитет “Св. Кирил и Методиј“

Филозофски факултет - Скопје

Институт за специјална едукација и рехабилитација



Квалитетот на живот и реинтеграција на работното место кај лица со прележан мозочен удар

- магистерски труд -

Изработил:

Габриел Живковиќ

Досие број: 5473/22

Ментор:

Проф. Д-р Оливера Рашиќ - Цаневска

Скопје, 2025 година

Посвета

Со длабока благодарност, овој труд го посветувам на моето потесно семејство, кои со својата безусловна љубов, трпение и охрабрување ми беа најсилна потпора во секој чекор од ова патување. Вашата верба во мене беше мојата најголема сила, инспирација и поддршка. Без вас, овој подвиг немаше да бидевозможен.

Искрено почитување и до мојата менторка Проф - Д-р Оливера Рашиќ Цаневска, чија стручност, поддршка и насочување беа од непроценливо значење во текот на ова истражување. Нејзината посветеност и верба во мојот потенцијал ме поттикна да го надминам секој предизвик и да се стремам кон академска извонредност.

И на сите оние кои, со своето знаење, поддршка и охрабрување, дадоа придонес во создавањето на овој труд, вашиот ангажман и великодушност се неизмерно ценети. Вашата помош беше клучна во овој процес и секој ваш совет, насока и поттик оставија траен белег врз овај труд.

Ви благодарам од срце!

Мотивациска порака

Има соништа кои мислиме дека се недостижни, недопирливи, незаслужни за нас кои се сметаме за обични, скромни. И токму тогаш се јавува желба за подобро, поуспешно функционирање и со храброст, страст, желба и амбиција почнуваме да чекориме по патот на своите желби и така чекорејќи низ тој пат, пат на секојдневната трнливо-хаотична состојба, прераснуваат во индивидуални животни цели. Токму тие таквите животни цели не распознаваат нам со своите скриени способности и вредности, кои пак не тераат да се запознаеме себеси до нашите крајни граници. Крајни граници? Постојат ли такви? Крајни до моментот со нивното првично запознавање, кои во тој момент стануваат наша почетна точка и скала, водејќи не кон предизвиците и надминување на препреките на нашата иднина.

„Оди до каде што здогледуваш.

Штом ќе пристигнеш таму, ќе гледаш уште подалеку.“

Томас Карлајл

Подалеку? Каде би било тоа? Во кој правец? На која страна? На која раскрсница? Колкава е цената и вредноста на сопствените лични стремежи? Кои се придобивките од нивното остварување? Дали тие воопшто постојат, или сè зависи од нашата перцепција и упорност? Во овој контекст, се поставуваат и прашањата за луѓето кои преживеале мозочен удар. За нив, враќањето во нормалниот живот, а особено во професионалниот, не претставува само физички и медицински предизвик, туку и психолошки, емоционален и социјален тест на нивната издржливост. Кои фактори влијаат врз нивната реинтеграција? Колку далеку можат да одат откако ќе го достигнат првиот чекор на закрепнување? Ова истражување има за цел да одговори на тие прашања, да ги испита врските помеѓу функционалните способности, квалитетот на живот и можностите за реинтеграцијата на работното место, како и да даде појасна слика за предизвиците со кои се соочуваат овие лица. Можеби вистинското прашање не е каде завршуваат границите, туку каде започнуваат новите можности?

Г. Живковиќ

СОДРЖИНА

РЕЗИМЕ	5
ABSTRACT	6
1. ТЕОРЕТСКИ ОСНОВИ НА ИСТРАЖУВАЊЕТО	7
1.1. Вовед	7
1.2. Основни обележја на мозочниот удар	9
1.2.1. Анатомски и физиолошки карактеристики на нервниот систем	9
1.2.2. Етиопатогенеза	10
1.3. Дијагностицирање	13
1.4. Превенција	16
1.5. Комплексен рехабилитациски третман кај мозочен удар	17
1.5.1. Процес на здравствена нега и ран рехабилитациски третман кај пациенти со мозочен удар	19
1.5.2. Физикална медицина како дел од комплексниот рехабилитациски третман	22
1.5.3. Примеси на окупациона терапија (ОТ) во комплексниот рехабилитациски третман	23
1.5.4. Логопедијата како важен сегмент во рехабилитацискиот процес	25
1.5.5. Психосоцијална поддршка при комплексниот рехабилитациски процес	25
1.5.6. Помошни уреди и адаптивната опрема	26
1.5.7. Последици од ударот и трајни промени во функционалната способност	26
1.6. Квалитетот на животот	30
1.7. Процес на реинтеграција на работното место	33
2. МЕТОДОЛОГИЈА НА ИСТРАЖУВАЊЕТО	38
2.1. Предмет на истражување	38
2.2. Цел на истражувањето	38
2.3. Задачи на истражување	38
2.4. Хипотези	39
2.5. Варијабли	41
2.6. Методи, техники и инструменти на истражување	42

2.7. Популација и примерок	44
2.8. Статистичка обработка на податоците	45
2.9. Организација и тек на истражување	45
3. АНАЛИЗА И ИНТЕРПРЕТАЦИЈА НА ДОБИЕНИ РЕЗУЛТАТИ	47
4. ДИСКУСИЈА	117
5. ЗАКЛУЧОК	124
6. ПРЕДЛОГ МЕРКИ.....	128
7. КОРИСТЕНА ЛИТЕРАТУРА	131
8. ПРИЛОЗИ.....	152
8.1. Анкетен лист	152

РЕЗИМЕ

Вовед: Мозочниот удар е водечка причина за долгорочна попреченост и значително влијае на квалитетот на живот и професионалната реинтеграција. Овој магистерски труд анализира процесот на враќање на работа кај испитаници со преживеан исхемичен и хеморагичен мозочен удар, со цел утврдување на факторите што влијаат врз успешната реинтеграција.

Цели: Целта на истражувањето е да се утврди врската помеѓу квалитетот на живот, типот на мозочен удар и успешноста на реинтеграцијата на работното место, како и да се испита влијанието на физичките и психосоцијалните фактори врз овој процес.

Методологија: Истражувањето опфаќа 55 испитаници кои доживеале мозочен удар, поделени во две групи: 45 испитаници со исхемичен и 10 испитаници со хеморагичен мозочен удар. Податоците беа собрани преку анкети, а проценката на нивото на квалитетот на живот и успешноста за враќањето на работа беше извршена користејќи ги скалите за реинтеграција на работното место и севкупниот квалитет на живот.

Резултати: Од испитаниците со исхемичен мозочен удар, 22,5% успешно се вратиле на своите работни места, додека 77,5% не успеале во реинтеграцијата. Кај испитаниците со хеморагичен мозочен удар, само 6,7% се вратиле на работа, додека 93,3% не се вратиле. Анализите покажале дека пациентите со подобра физичка функционалност и со поголема психолошка поддршка имале поголема веројатност за успешно враќање на работа.

Заклучок: Истражувањето покажува дека реинтеграцијата на работното место е посложена кај пациенти со хеморагичен мозочен удар, во споредба со оние со исхемичен мозочен удар. Физичките и психосоцијалните фактори играат клучна улога во успешната реинтеграција, а соодветната рехабилитација и поддршка можат значително да го подобрат овој процес.

Клучни зборови: мозочен удар, професионална реинтеграција, квалитет на живот, рехабилитација, психосоцијална поддршка.

ABSTRACT

Introduction: Stroke is a leading cause of long-term disability and significantly impacts quality of life and professional reintegration. This study focuses on analyzing the return-to-work process among patients who have survived ischemic and hemorrhagic stroke, aiming to determine the factors influencing successful reintegration.

Aims: The goal of this research is to determine the relationship quality of life, type of stroke and the success of reintegration into the workplace, as well as to examine the influence of physical and psychosocial factors on this process.

Methodology: The study involved 55 subjects who had suffered a stroke, divided into groups: 45 subjects with ischemic stroke and 10 subjects with hemorrhagic stroke. Data were collected through surveys, the assessment of the quality of life and the success of the work-life situation was carried out in reintegration into the workplace and overall quality of life.

Results: Among the participants with ischemic stroke, 22,5% successfully returned to work, while 77,5% failed in their reintegration. In the hemorrhagic stroke group, only 6,7% returned to work, while 93,3% did not. Analysis showed that patients with better physical functionality and greater psychological support had a higher likelihood of successfully returning to work.

Conclusion: The study indicates that workplace reintegration is more challenging for patients with hemorrhagic stroke compared to those with ischemic stroke. Physical and psychological factors play a crucial role in successful reintegration, and appropriate rehabilitation and support can significantly improve this process.

Keywords: stroke, professional reintegration, quality of life, rehabilitation, psychological support.

I. ТЕОРЕТСКИ ОСНОВИ НА ИСТРАЖУВАЊЕТО

1.1. Вовед

Мозочниот удар, познат и како цереброваскуларна болест, претставува ненадеен прекин на протокот на крв во мозокот, што доведува до губење на функцијата на мозокот (Khaku and Tadi, 2023). Тој претставува водечка причина за морталитет и долгорочна попреченост ширум светот, со приближно 15 милиони луѓе кои доживуваат мозочен удар секоја година (Feigin, 2005).

Според податоците на Американското здружение за мозочен удар, на секои 4 секунди по еден човек од светската популација доживува мозочен удар, а секоја 40 минута по едно лице има фатален исход (просечна стапка на смртност во 41,6 % во 2007 год) од истата таа причина (Lloyd-Jones et al., 2009) .

Според спроведените истражувања и анализи во 6 од поголемите држави на светско ниво, мозочниот удар учествува во просек со 3% од вкупните трошоци за здравствена заштита на населението, што значи дека е голем предизвик и финансиски товар за општеството (Saka, McGuire and Wolfe, 2008) . Проценетите трошоци за мозочен удар се 73,7 милијарди долари во 2010 година (САД) и се предвидува да биде 1,52 трилиони долари во 2050 година (во 2005 година) (Brown et al., 2006) . Мозочниот удар резултира со значителни предизвици за целокупниот квалитет на животот на поединецот, неговиот животен стил и способноста да се реинтегрира во продуктивната работна сила (Cheng et al., 2022) . Предизвиците со кои се соочуваат овие пациенти варираат, во зависност од целокупната физичка и психосоцијална состојба на поединецот, вклучувајќи ја и когнитивната, емоционалната и социјалната благосостојба (Kalavina, 2019) . Ефектите на мозочниот удар врз квалитетот на животот и професионалната реинтеграција се во голема мера на зависност од факторите како што се видот на мозочниот удар, неговата сериозност и локализацијата на мозочниот удар (Tiwari et al., 2021) .

Со оглед на потенцијалот за долготрајна попреченост и влијанието врз квалитетот на животот, мозочниот удар е значаен проблем за општеството, а напорите за спречување и лекување на мозочниот удар се од најголема важност. Управувањето со

коморбидитетите што ги зголемува потребите за здравствена заштита и поддршка од заедницата кај ваквите пациенти, претставува оптоварување за целокупниот здравствен систем (Elamy et al., 2020).

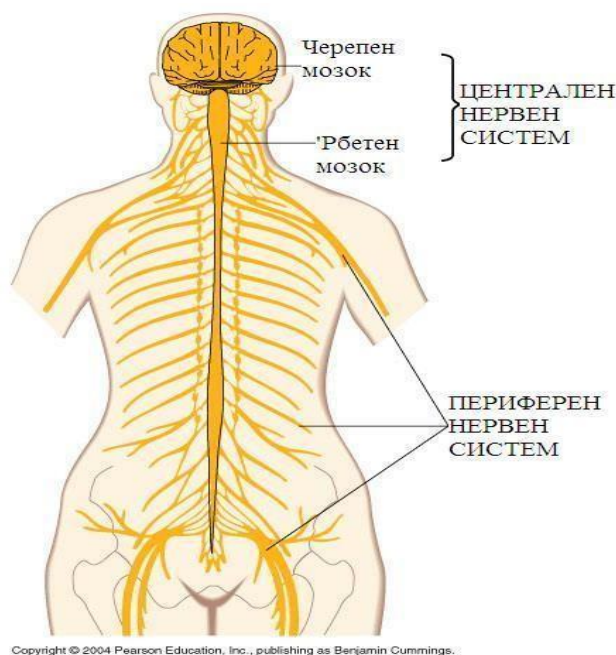
Примарна цел на овој магистерски труд е да ги истражи факторите кои влијаат врз целокупниот квалитет на живот и способноста на преживеаните од мозочен удар да се реинтегрираат на работното место и како овој процес влијае врз нивниот целокупен квалитет на живот. Истражувањето за квалитетот на животот и реинтеграцијата на работното место за преживеаните од мозочен удар е научно релевантно затоа што се однесува на значајните јавно-здравствени прашања, придонесува за економската благосостојба на поединците и општеството и промовира социјална инклузија и грижа насочена кон ваквите поединци.

Со идентификација на бариерите, проценката на влијанијата и развивање насочени интервенции, ова истражување може да доведе до значајни подобрувања во квалитетот на животот и процесот на професионална реинтеграција кај преживеаните од мозочен удар. Тоа придонесува за развој на поефикасни стратегии од давателите на здравствена заштита (мултидисциплинарниот тим) кои можат да обезбедат целосна поддршка кај овие пациенти и работодавачите, за да ја подобрат продуктивноста и активноста на оваа категорија на вработени. Со тоа ќе се намали економскиот товар од оваа ненајдена животно загрозувачка здравствена состојба врз општеството и поединците засегнати од оваа патологија. Наодите од ова истражување можат да влијаат врз креирањето на поефикасни политики и практики во областите на рехабилитациониот третман на мозочен удар, поддршка за попреченоста и процесот на реинтеграција на работното место, што на крајот ќе доведе до поуспешни резултати за преживеаните од мозочен удар и нивните семејства.

1.2. Основни обележја на мозочниот удар

1.2.1. Анатомски и физиолошки карактеристики на нервниот систем

Нервниот систем претставува комплексна мрежа на клетки и ткива што му овозможува на организмот да реагира на надворешни и внатрешни дразби. Невроните претставуваат основните структурни и функционални единици на нервниот систем. Тие се специјализирани клетки кои пренесуваат електрични и хемиски сигнали (Carandina et al., 2021). Според анатомските карактеристики, градбата на нервниот систем се состои од централен и периферен нервен систем. Централниот нервен систем го сочинуваат голем мозок - cerebrum, малиот мозок - cerebellum, мозочно стебло - truncus cerebri и 'рбетен мозок - medula spinalis (Thau, Singh and Reddy, 2022). Периферниот нервен систем е состоавен од 12 пара кранијални и 31 пар спинални нерви. Тие го сочинуваат т.н. соматски нервен систем, кој управува со движењата односно локомоторниот апарат и вегетативен односно автономен нервен систем, кој управува со внатрешните органи (Akinrodoye and Lui, 2022).



Слика 1. Анатомија на централниот нервен систем.

Васкуларизацијата на нервниот систем се однесува на мрежата на крвни садови кои обезбедуваат кислород и преостанати хранливи материи до мозокот и 'рбетниот мозок. Оваа васкуларна мрежа е неопходна за правилно функционирање на нервниот систем. Нарушувањата во васкуларизацијата на нервниот систем може да доведат до различни невролошки нарушувања и мозочни удари. Правилниот проток на крв е од клучно значење за одржување на здравјето и функцијата на нервното ткиво (Tata, Ruhrberg and Fantin, 2015).

1.2.2. Етиопатогенеза

Мозочниот удар, кој се карактеризира со ненадеен прекин на протокот на крв во мозокот, резултира со оштетување на неврните и последователни невролошки дефицити (Kuriakose and Xiao, 2020). Ова се должи на тромбоза, емболија, спазам или крварење на артерискиот крвен сад, кој во крајна мерка доведува до намалување на циркулацијата на одредена регија во зависност од подрачјето на васкуларизацијата и како резултат на тоа оштетување на мозочното ткиво. Дефицитот на крвоснабдувањето доведува до намалено снабдување со кислородот и другите потребни хранливи материи во мозокот што води кон некроза на мозочните клетки (Ciarambino et al., 2022). Според Светската здравствена организација (СЗО), 15 милиони луѓе во светот страдаат од мозочен удар секоја година. Од нив, 5 милиони умираат, а уште 5 милиони остануваат со трајни попречености (World Health Organization, 2022).

Патогенезата на мозочниот удар е процес под влијание на комбинација на ризик фактори кои се категоризираат во две групи:

Природни фактори на ризик (кои не се модифицираат):

- Возраст, која значајно го зголемува ризикот, особено над 55 години;
- Полот, кој укажува дека мажите се изложени на поголем ризик од жените во предменопауза, но ризикот се изедначува во периодот на менопаузата;
- Генетски предиспозиции односно позитивната семејна историја (Osuegbu et al., 2021).

Стегнати фактори на ризик (кои се модифицираат):

- Висок крвен притисок (хипертензија) кој е најзначаен ризик фактор;
- Пушење цигари;
- Вишок холестерол (дислипидемија), особено високи нивоа на ЛДЛ холестерол;
- Дијабетес милитус, како главна предиспозиција за кардиоваскуларни заболувања и промена на структурата на крвните садови особено на артериолите и венулите како најмали крвни садови;
- Обезитас или прекумерната телесна тежина и внесување на лоша исхрана со заситени масти, транс масти и сол;
- Физичка неактивност која придонесува за други фактори на ризик како дебелината и хипертензијата, односно промени во метаболичните процеси во организмот;
- Атријална фибрилација или неправилен срцев ритам може да предизвика згрутчување на крвта и формирање на чеп (тромб);
- Болест на каротидните артерии односно нивно стеснување поради атеросклероза може да го зголеми ризикот од мозочен удар;
- Конзумирање на дрога и алкохол, особено кокаин, амфетамин и хроничното внесување на поголема количина на алкохол;
- Срцеви заболувања као коронарна артериска болест, срцева слабост и дефекти на срцевите залистоци;
- Хроничен стрес и депресија;
- Внесувањето на одредени групи на лекови вклучувајќи апчиња за контрацепција (особено со пушење), хормонска терапија и некои лекови за мигрена и друго (Towfighi and Hill, 2017).

Според етиологијата или причините за мозочниот удар, може да се класифицираат два главни типа: исхемичен и хеморагичен мозочен удар. Исхемичен мозочен удар настанува поради недоволно снабдување или целосен прекин на дотокот на крв во одредени делови на мозокот, а како последица на ова настанува мозочен удар (Hui, Tadi

and Patti, 2024). Тој е застапен со приближно 80% од вкупниот процент на настанати мозочни удари и настанува како последица на атеросклероза, дијабетес, аритмија, срцеви мани и тромбоза (Pu et al., 2023). Нарушувањето или блокадата на циркулацијата може да се појави поради неколку причини, вклучувајќи:

- Тромбоза - која предизвикува згрутчување на крвта и формирање на тромб во крвниот сад во мозокот или во крвните садови на друго место во телото што носат крв до мозокот. Таа настанува најчесто како последица на атеросклероза (стврднување и стеснување на артериите);
- Емболија - предизвикува згрутчување на крвта или други остатоци (емболија), што се формира на друго место во телото, како што се срцето или големите артерии на вратот (каротидни артерии). Тие се отпуштаат и патуваат до мозокот и се сместува во помала артерија каде што предизвикуваат блокирање на протокот на крв;
- Хипоперфузија - намалување на протокот на крв во мозокот, што може да се појави поради системски состојби како што се тешка хипотензија (низок крвен притисок) или шок. Овој тип на исхемичен мозочен удар е поретко од тромботичните или емболичните мозочни удари (Kraft, 2019).

Во зависност од брзината на развојот и времетраењето на симптомите се разликуваат два подтипа на исхемичен мозочен удар:

- Транзиторниот исхемичен напад (ТИА) - кој често се нарекува „мини-мозочен удар“, е привремена епизода на невролошка дисфункција предизвикана од привремено нарушување на протокот на крв во дел од мозокот. За разлика од мозочниот удар, каде симптомите перзистираат и може да предизвикаат трајно оштетување, симптомите на ТИА обично исчезнуваат во рок од 24 часа. Настанувањето на ТИА претставува предупредувачки знак за настанување на потенцијален претстоен мозочен удар (www.stroke.org.uk, n.d.);
- Комплетен мозочен удар - чијшто дефицит потполно се развил непосредно по настанувањето на ненадејното нарушување на здравствената

состојба која останала непроменета во текот на наредните 72 часа (Kuriakose and Xiao, 2020).

Хеморагичен мозочен удар се јавува кога ослабениот крвен сад пука и крвари во околното мозочно ткиво или во просторите што го опкружуваат мозокот (Prasanna Tadi and Forshing Lui, 2019). Стапката на застапеноста на овој тип на мозочен удар е 15-20% од вкупниот број на мозочни удари на светско ниво (Feigin et al., 2021). Постојат два типа на хеморагичен мозочен удар: интрацеребрална хеморагија (ICH) и субарахноидална хеморагија (SAH).

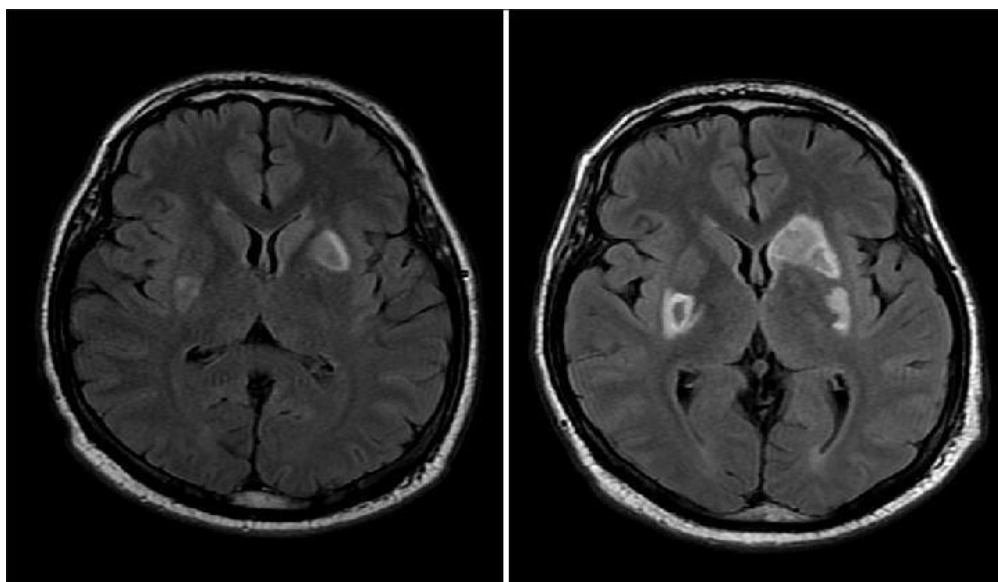
➤ Интрацеребрална хеморагија - предизвикува директно крварење во мозочното ткиво поради руптура на мали артерии или артериоли во мозокот. Најчести причини за настанување на интрацеребрална хеморагија се хипертензијата (висок крвен притисок), церебрална амилоидна ангиопатија - состојба која се карактеризира со таложување на амилоид протеин во сидовите на крвните садови во мозокот) и употреба на антикоагулантни лекови, што може да го зголеми ризикот од крварење (Rajashekar and Liang, 2023);

➤ Субарахноидална хеморагија - претставува крварење во просторот помеѓу мозокот и тенките ткива што го покриваат субарахноидалниот простор. Често е предизвикана од руптура на интракранијалната аневризма (испакната, ослабена област во сидот на артеријата) настаната поради хипертензија, пушење и генетска предиспозиција (Ziu and Mesfin, 2023).

1.3. Дијагностицирање

Поставувањето дијагноза кај мозочниот удар вклучува комбинација од клиничка евалуација (физички преглед, клиничка слика, медицинска анамнеза и документација), дијагностички тестови и испитувања (лабораториски испитувања, радиолошки тестови), и невролошкиот статус. Првиот чекор во дијагностицирање вклучува темелна клиничка евалуација која вклучува земање на детална медицинска анамнеза, спроведување на физички преглед и проценка на симптомите и невролошките дефицити на пациентот

(Choi, Nieves and Jones, 2022). Тука се утврдува дали постојат најкарактеристичните знаци на мозочен удар како што се слабост и вкочанетост на целокупниот мускулоскелетен систем, нарушување на движењето и функционалноста на телото и тешкотии во зборувањето кај пациентот. Како многу важен фактор за поставување на дијагнозата е спроведување на радиолошки испитувања како КТ скен (компјутерска томографија), со која може да се идентификува дали има настанато крварење во мозочното стебло или дали има нарушување или блокирање на циркулацијата на крвните садови (AANS, n.d.) и МР скен (магнетна резонанца) обезбедува детални слики на мозокот, помагајќи да се идентификува типот на мозочниот удар и степенот на оштетување и староста на истиот (Kim et al., 2014).



Слика број 2. Магнетна резонанца која покажува мозочен удар (AlSheef et al., 2019).

Лабораториските тестови на крвта се спроведуваат за да се проценат различни фактори како што се нивото на гликоза во крвта, липидниот профил, факторите на коагулација и маркерите за воспалителен процес. Овие тестови можат да помогнат да се идентификуваат основните состојби како што се дијабетес, хиперлипидемија или нарушувања на згрутчувањето кои можат да придонесат за ризик од мозочен удар (Janes et al., 2022).

Електрокардиограм (ЕКГ) се спроведува за да може да се оцени срцевиот ритам и да се детектираат абнормалности како што е атријална фибрилација, што е чест фактор на ризик за исхемичен мозочен удар (Asadi, 2019). Исто така се спроведува и дополнителни испитувања како што се каротиден ултразвук за утврдување на протокот на крв во каротидните артерии, кои се главните крвни садови кои го снабдуваат мозокот и при појава на атеросклероза на нив го зоглемува ризикот за појава на мозочен удар (Mayo Clinic, 2018). Транскранијален доплер е неинвазивна ултразвучна техника која ја анализира цереброваскуларната функција преку проценка на брзината на протокот на крв во артериите во мозокот, и детектирање на абнормалности како васкуларна стеноза и емболични сигнали. Може да се користи за евалуација на пациенти со цереброваскуларен инсулт и обезбедува вредни информации за терапевското дијагностицирање (Purkayastha and Sorond, 2012).

Ехокардиографијата која може да биде трансторакална или трансезофагеална се прави со цел за да се процени структурата и функцијата на срцето и за да се детектираат потенцијалните извори на емболии, како што се срцеви тромби или валвуларни абнормалности (Sergiu Florin Arnautu et al., 2022).

Специфичните дијагностички испитувања кои може да варираат во зависност од симптомите на пациентот, медицинската историја и проценката на давателот на здравствена заштита. Потоа следува процес на класификација на мозочниот удар врз основа на клиничката презентација, наодите од радиолошките испитувања и лабораториски тестови се класифицираат на исхемични или хеморагични типови, а може да се идентификуваат и понатамошни подтипови (на пр., оклузија на големи садови, лакунарен инфаркт) (Hasan, Hasan and Kelley, 2021). Потоа се спроведува процес на одредување на етиологијата односно основната причина или факторите на ризик кои придонесле за настанување на мозочниот удар, кои може да вклучуваат хипертензија, дијабетес, атријална фибрилација, болест на каротидните артерии или други здравствени состојби (McFarlane, Sica and Sowers, 2005), (Kernan et al., 2014).

Ако пациентот е суспектен дека има мозочен удар, од клучно значење е веднаш да се побара итна медицинска помош и транспорт до најблиската медицинска установа. Времето е значаен и критичен фактор во целокупниот третман на мозочниот удар, а раната медицинска интервенција може да помогне да се минимизира штетата и да се подобри крајниот исход од целокупниот третман и рехабилитациски процес (Davis, Lees and Donnan, 2006).

Постојат и тестови преку кои може брзо да се утврдат симптомите на мозочниот удар. Еден од најдобрите тестови е наречен **B.E.F.A.S.T.** (**B**alance, **E**yes, **F**ace, **A**rms, **S**peech, **T**ime) (Stroke Association, 2023).

ПРЕПОЗНАЈ ГИ ЗНАЦИТЕ

БИДЕТЕ БРЗИ ДОКОЛКУ СЕ СОМНЕВАТЕ НА МОЗОЧЕН УДАР!



Слика број 3. Брз тест за препознавање на мозочен удар - B.E.F.A.S.T.

1.4. Превенција

Превенцијата се однесува на активностите преземени за да се избегне или намали веројатноста за појава на мозочен удар. Во контекст на здравствената заштита, превенцијата опфаќа стратегии насочени кон воспоставување на здрав начин на живот и управување со факторите на ризик за појава на мозочниот удар, негово спречување и рано

откривање, како и минимизирање на неговото влијание врз здравјето и квалитетот на животот на поединецот (Yan et al., 2016). Водењето на здрав начин на живот е важен фактор кој што влијае на ризикот од мозочен удар и тој вклучува елементи од секојдневието како што се: избегнување на пушење цигари, одржување соодветен индекс на телесна маса, физичка активност, вежбање, побогата исхрана со зеленчук и овошје и умерено конзумирање на алкохол. Кај лица со прекумерна телесна тежина, се препорачува намалување на тежината со што ќе се намали крвниот притисок, а со тоа и ризикот од мозочен удар (Bailey, 2018). Истражувањето спроведено од страна на “INTERSTROKE” покажа дека популацијата на која се припишува ризикот за сите мозочни удари е 90,3% кога се земени во предвид 10 фактори на ризик (хипертензија, пушење, сооднос меѓу половината и колковите, резултат на ризик од исхраната, редовна физичка активност, дијабетес мелитус, внес на алкохол, психосоцијален стрес и депресија, срцеви причини и однос на аполипотеините Б спрема А1) (Anderson, 2014).

1.5. Комплексен рехабилитациски третман кај мозочен удар

Според Светската здравствена организација (СЗО), рехабилитација на мозочен удар може да се опише како здравствена процедура која „има за цел да им помогне на луѓето со здравствена состојба кои доживуваат или веројатно ќе доживеат попреченост да постигнат оптимално функционирање при интеракцијата со животната средина“ (Silva et al., 2015). Комплексниот рехабилитациски третман е специјализирана форма на терапевски интервенции и здравствена нега, кој претставува сложен и долготраен процес кој бара итност и континуитет за да се постигнат посакуваните резултати во закрепнувањето кај пациентите со мозочен удар (Bindawas and Vennu, 2019). Рехабилитацискиот третман вклучува високо индивидуализирана програма која бара тимска работа и соработка меѓу медицинските и немедицинските професионалци. Раното започнување и времетраењето на целокупниот рехабилитациски процес, како и конзистентноста на клиничките, амбулантските и домашните услови, се клучни за намалување на инвалидноста, подобрување на квалитетот на животот и реинтеграција на работното место кај лица со преживеан мозочен удар (Nedev, Nenova and Mancheva, 2016).

Главните цели на овој третман е да се оптимизира целокупната благосостојба и моторната функција на една личност преку максимално зголемување на независноста и учество во секојдневните активности, поттикнување на самодовербата, спречување на дополнителни компликации, прилагодување на трајните попречености доколку настанале со спроведување на техники за олеснето моторно учење и преквалификација, обука и прилагодување и потреба на помошни уреди и адаптивна опрема доколку има индикации за истите за да се помогне во мобилноста и функцијата (Park, 2023), (Langton-Frost et al., 2023).

Пред да се започне со третманот, се спроведува сеопфатна проценка на физичкото, когнитивното и емоционалното функционирање на личноста, како и нивните функционални ограничувања и индивидуалните цели. Оваа проценка има значајна улога и помага при утврдувањето и формирањето на индивидуализираниот план за рехабилитација на пациентот (Martín-Sanz et al., 2022). Специфичниот план за рехабилитација има холистички пристап, се фокусира на поставување на реални и остварливи цели кои се значајни за поединецот и е приспособен да ги задоволи индивидуалните потреби и способности. Третманот се состои од интервенции кои се дизајнирани да му помогнат на лицето кон напредување и кон остварување на овие цели. Тој ги зема во предвид факторите како што се природата и сериозноста на нарушената здравствена состојба (мозочниот удар), возраста на лицето, неговиот животен стил и сите постоечки системи за поддршка (Centre (UK), 2013).

Комплексниот рехабилитациски третман вклучува мултидисциплинарен рехабилитациски тим од здравствени работници кои работат заеднички за решавање на различните аспекти на потребите на поединецот и формирање на индивидуалниот план за рехабилитација на една личност. Овој мултидисциплинарен тим може да вклучува физијатри, физиотерапевти, невролози, специјален едукатор и рехабилитатор, логопеди, психолози, социјални работници, дипломирани медицински сестри и други специјалисти по потреба (Rathore, Fahim Anwar and Umer Younas, 2024). Целокупниот третман за рехабилитација за преживеаните од мозочен удар опфаќа широк спектар на терапевтски интервенции и техники, вклучувајќи ран процес на рехабилитација, здравствена нега,

физикална медицина, окупациона терапија, логопедија, когнитивна рехабилитација, процес на психолошко советување и емоционална поддршка, управување со лекови, модификации на животниот стил и обука за користење на помошни уреди и технологии а понекогаш и лекување и подобрување на состојбата со хируршки интервенции (Pizov, 2023).

1.5.1. Процес на здравствена нега и ран рехабилитациски третман кај пациенти со мозочен удар

Акутната фаза при појава на мозочен удар опфаќа времетраење од 2-3 недели од настанатиот мозочен удар. Во оваа фаза се применува третман на излегување на пациентот од животнoзагрозувачка состојба и преземање на мерки за зачувување на свеста и функционалната способност на локомоторниот апарат (Cochrane Database of Systematic Reviews, 1996). Здравствената нега кај пациентите со мозочен удар се извршува во специјализирана единица за интензивна нега, во која што се згрижуваат само пациенти од ваков тип (Rodgers and Price, 2017).



Слика број 4. Единица за интензивна нега.

Единицата за интензивна нега е опремена со комплетен мониторинг за згрижување и следење на виталните знаци кај загрозените пациенти. Кај овие пациенти се препорачува состојба на мирување, во мирна и затемната просторија со минимален пристап на лица и дразби од надворешната средина кои што дополнително ќе го вознемират и ќе влијаат на неговата здравствена и психосоцијална состојба (Poncette et al., 2019). Во ова специјализирана единица за пациенти со мозочен удар постојано е присутен мултидисциплинарен рехабилитациски тим, која мора да функционира организирано и со поединечни активности, а се состои од доктор специјалист за анестезија, реанимација и интензивно лекување, невролог, физијатар, медицинска сестра специјалист за интензивна нега, физиотерапевт, специјален едукатор и рехабилитатор и социјален работник (Clarke and Forster, 2015). Рехабилитациските интервенции се од суштинско значење во рамките на мултидисциплинарниот тим за олеснување при враќањето и спроведување на активностите од секојдневниот живот и подобрување на севкупниот квалитет на живот за време на процесот на закрепнување по мозочен удар (Bindawas and Vennu, 2019).

Медицинска сестра, специјалист за интензивна нега како значаен фактор во мултидисциплинираниот тим има важна улога и одговорност при изведувањето на дијагностичките процедури што се изведуваат кај овој вид на пациенти и таа ја спроведува сложената комплексна терапија и многу значајната здравствена нега и процесот на рана рехабилитација околку ваквите пациенти (Taberna, 2020).

Улогата на специјалниот едукатор и рехабилитатор за пациенти кои преживеале мозочен удар е повеќеслојна и од витално значење за закрепнувањето и рехабилитацискиот процес на пациентот. Тој има улога за проценување на когнитивните, емоционалните и физичките способности на пациентот и неговото семејство за изработка на индивидуален рехабилитациски план, психосоцијална поддршка, поддршка за реинтеграција во општеството и развој на комуникација со целиот рехабилитациски тим при спроведувањето на здравствената нега и раниот рехабилитациски процес (Newcomer et al., 2022) .

Раната рехабилитација започнува најпрво во единиците за интензивна нега. Во најголемиот број на случаи се започнува од наредниот ден веднаш по инсултот, доколку пациентот има зачувана свест и нема нарушувања на кардиоваскуларниот систем. Кај пациенти со крварење се започнува неколку дена подоцна, по стабилизирањето на карактеристичните симптоми и враќање на свеста на пациентот (Pang et al., 2019). Пациентите кои започнуваат со рехабилитација во рок од 24 часа од приемот имаат поголем број на активности во рехабилитацискиот процес на дневна основа, подобра ефикасност за мерката за функционална независност, намален степен на инвалидитет, подобрена когнитивна функција, засилена невропластичност, намалени компликации, во споредба со оние кои подоцна започнуваат со рехабилитацискиот процес (Imura et al., 2017) , (Liu et al., 2022), (Bösel et al., 2012), (Xuefang, Guihua and Fengru, 2021).

Доколку се работи за инфекција, рехабилитацискиот процес започнува по смирување на симптомите на акутното заболување, најчесто по две до три недели. Овај процес се состои од пасивни движења, со кои што се превенира појавата на контрактури, настанувањето на хипостатска пнеумонија, тромбофлебит и декубитус. Мускулно-скелетни компликации, односно контрактури, може да се развијат во секое време за време на акутната или подоцнежната фаза на нега и рехабилитација за мозочен удар (De and Wynn, 2014). Нивната превенција е клучна за одржување на оптималната моторна функција и намалување на ризикот од долгорочни компликации. Во текот на субакутна фаза (од денови до недели) по ненадејниот цереброваскуларниот настан, примарниот фокус е спречување на деформитети поради спастичитет, зглобни контрактури и регрупирање на погодениот екстремитет за извршување на функционални задачи (Mikalef et al., 2019). Одржувањето добра орална хигиена и обезбедувањето правилна исхрана се од суштинско значење во процесот на превенција на аспирациона пневмонија. Тоа претставува детален увид за тоа дали пациентите се способни самостојно да голтаат безбедно и ефикасно, и дека добиваат соодветна исхрана за да го поддржат нивното закрепнување (Seedat and Penn, 2016).

Како најважна превентивна мерка за да се спречи настанување на декубитус која се спроведува е менување на положбата на пациентите со мозочен удар на секои 2-3 часа кај

неподвижни пациенти, кој ја спроведува медицинската сестра со цел подобрување на циркулацијата на крвта и да се намали ризикот од појава на декубитални рани (Sujatmiko and Wahyu Sri Astuti, 2023). Други дополнителни мерки за превенција се: одржување на чиста, затегната и удобна постелнина, одржување на хигиена на урогениталната регија, следење и инспекција на целото тело, користење на воздушни пернициња или гевреци изработени од вата и обвиткани со газа на најиспакнатите места, поставување на антидекубитални душеци и спроведување на соодветна исхрана и хидратација, богата со витамини и минерали (Aziz, 2012).

1.5.2. Физикална медицина како дел од комплексниот рехабилитациски третман

Физикалната медицина игра клучна улога во рехабилитацискиот третман на пациентите со преживен мозочен удар со цел да се подобри нивната функционална независност и квалитет на живот. Прилагодувањето на терапијата за да одговори на специфичните потреби и способности на пациентот е од суштинско значење за подобрувањето на моторната функција (Chen, 2014). Напредокот во програмите за сензомоторна рехабилитативна физикална терапија за пациенти со мозочен удар вклучува напредни стратегии како што се електрична стимулација, биофидбек, системи потпомогнати од роботика, виртуелна реалност и обука на работа поддржана со делумна телесна тежина. Интегрирањето на овие стратегии во конвенционалните програми за рехабилитација врз основа на индивидуалниот функционалниот статус на пациентот за време на различни фази на опоравување може да обезбеди значителни функционални придобивки (Chen, 2014).

Физикалната терапија се фокусира за подобрување на мобилноста, силата, рамнотежата, координацијата, целокупната физичка подготвеност преку приспособени вежби и интервенции со цел да им помогне на пациентите да ги извршуваат секојдневните активности (одење, облекување, капење и др) и севкупно подобар квалитет на живот (Shahid, Kashif and Shahid, 2023). Физијатарот заедно со физиотерапевтот спроведуваат сеопфатна проценка на пациентот. Врз основа на оваа целокупна проценка, тие ќе ги

дефинираат индивидуализираните цели за рехабилитацискиот план, прилагоден за специфичните потреби и способности на пациентот, намалување на инвалидноста и спречување на дополнителни компликации (Kuliński and Szałas, 2019), (Saif, 2022). Физикалната медицина во рехабилитацискиот процес кај пациенти со мозочен удар препорачува примена своите методи како што се: мануелна масажа, криотерапија, хидротерапија, електротерапија, парафино – терапија и кинезитерапија (ROMAN et al., 2023).

1.5.3. Примеси на окупациона терапија (ОТ) во комплексниот рехабилитациски третман

Окупационата терапија претставува суштинска компонента во стандардниот третман за рехабилитација за преживеаните од мозочен удар доведува до значителни подобрувања во целокупниот квалитет на живот, способноста за реинтеграцијата во секојдневните и професионални активности (AYDİLEK, YAŞAR and YAKŞI, 2022), (Zafar et al., 2023). Тоа го спроведува преку обука ориентирана со вклучување на практикување функционални задачи и активности и воведување на адаптивни техники и помошни уреди за да им помогнат на преживеаните од мозочен удар да ги извршуваат активностите кој се значајни за нив во секојдневието понезависно и попродуктивно (Liu et al., 2023).

Многу од преживеаните пациенти доживуваат слабост, и нарушување на визуелната перцепција и способноста да се координираат визуелните информации со моторните движења. Па затоа окупационите терапевти вршат евалуација на моторните вештини, когнитивната функција, сетилната перцепција и олеснување на извршувањето на активностите во секојдневниот живот (ADLs) како што се облекувањето, капењето и јадењето (McAndrew et al., 2000). Нивната улога е дизајнирање на прилагодени вежби и активности приспособени за специфичните моторни нарушувања, нарушената функција на горните екстремитети, силата, опсегот на движење, координацијата, фините моторни вештини, визуелната обработка и перцепцијата на длабочината и визуелно скенирање и координација на рака-око (Petruseviciene and Krisciūnas, 2008).

Специфичните терапевтски сесии може да се спроведуваат во различни услови, вклучувајќи болници, центри за рехабилитација, амбулантски клиники, домот на пациентот и надворешната околина. По завршувањето на комплексниот медицинско - рехабилитационски третман во болничките услови, таа вклучува практикување активности надвор од клиничкото опкружување и обезбедување на поддршка и насоки за пристап до ресурсите на заедницата и професионална рехабилитација, приспособена на способностите и интересите на секој поединец оделно (шопинг, користење јавен превоз и ангажирање во социјални активности) (Legg et al., 2017).

Една од дефинирачките карактеристики на окупационата терапија е нејзиниот холистички, клиент-центриран пристап. Наместо да се фокусираат само на физичкото закрепнување на преживеаните од мозочен удар, окупационите терапевти ги земаат предвид емоционалните, психолошките и социјалните димензии на рехабилитацијата. Тие тесно соработуваат со пациенти, семејства и мултидисциплинарни тимови, осигурувајќи дека планот за нега е прилагоден на индивидуалните цели, потреби и животните околности на поединецот (Cochrane Database of Systematic Reviews, 1996). Со тоа што им дава овластување на преживеаните од мозочен удар да преземат активна улога во нивната рехабилитација, окупационата терапија поттикнува чувство на автономија и самоефикасност, што е од клучно значење за долгорочно закрепнување. Терапијата е често повторувачка, прилагодувајќи се како што напредува пациентот и како што се појавуваат нови предизвици за време на неговото патување за опоравување (Szczepańska-Gieracha and Mazurek, 2020).

Крајната цел на овај вид на терапија кај пациентите со мозочен удар е да им помогне на поединците да ја максимизираат и промовираат својата независност, подобрување на своите перформанси и благосостојба, да ја вратат самодовербата, да постигнат исполнет и подобар квалитет на живот за секој поединец, и да помогни во професионалниот реинтеграциски процес (Rowland, Cooke and Gustafsson, 2008).

1.5.4. Логопедијата како важен сегмент во рехабилитацискиот процес

Логопедијата е важна компонента на рехабилитацискиот процес за пациенти со преживен мозочен удар со цел да ја подобри нивната комуникација ефективно (Richards and Cramer, 2023). Логопедите како професионалци и дел од мултидисциплинираниот рехабилитациски тим се лицата кои ги проценуваат и подобруваат комуникациските способности и вештини на пациентот, вклучувајќи сеопфатна програма која се однесува на различни аспекти за производство на говор, разбирање јазик, изразување, читање и пишување. Програмата е прилагодена на индивидуалните потреби и способности на пациентот, земајќи ги предвид нивните специфични јазични дефицити и сите други когнитивни или физички оштетувања што може да ги имаат (Hadlaw-Klimaszewska et al., 2022). Тие се вклучуваат и имаат значаен придонес во оценувањето на когнитивно-комуникациските вештини како што се вниманието, меморијата, решавањето проблеми и социјалната комуникација и инкорпорираат вежби и стратегии за поддршка во целокупниот усах во комуникацијата и способноста на пациентите да учествуваат во социјалните активности (Farooq et al., 2022). Затоа потребата од инкорпорирање на специфични орални интервенции во мултидисциплинарни програми за рехабилитација за преживеаните од мозочен удар е од клучно значење (de Sire et al., 2019).

1.5.5. Психосоцијална поддршка при комплексниот рехабилитациски процес

Психосоцијалната поддршка и советување е витална компонента на сложениот процес на рехабилитација за преживеаните од мозочен удар. Се однесува на емоционалните, менталните и социјалните предизвици кои се јавуваат за време на рехабилитацискиот процес, помагајќи им на поединците да се справат со психолошките ефекти од мозочниот удар (Kirkevold et al., 2018).

Клиничките психолози заедно со специјалните едукатори и рехабилитатори нудат поддршка која вклучува советување, когнитивно-бихејвиорална терапија и групни сесии кои поттикнуваат емоционална благосостојба и обезбедување на безбеден простор (споделување на животни приказни, практични совети и насоки) за пациентите да ги изразат своите чувства и емоции, да ги обработат своите искуства, како и намалување на

чувствата на изолација (Marmarosh et al., 2022). Дополнително, вклучувањето на семејството и напорите за социјална реинтеграција се клучни за да им се помогне на преживеаните од мозочен удар да ги обноват односите и да ја вратат самодовербата. Свкупно, психосоцијалната поддршка придонесува за подобрување на квалитетот на животот и овозможува полесно враќање на секојдневните активности и социјалната средина (Obembe and Eng, 2015).

1.5.6. Помошни уреди и адаптивната опрема

Помошните уреди и адаптивната опрема играат важна улога во рехабилитацискиот процес преку помагањето на пациентите со мозочен удар да ја вратат независноста, мобилноста и функционалноста по мозочен удар. Овие уреди се дизајнирани да ги компензираат физичките, когнитивните и комуникациските оштетувања, овозможувајќи им на преживеаните од мозочен удар полесно и поефикасно да ги извршуваат секојдневните активности, а со тоа и поефикасен квалитет на живот (O'Brien et al., 2019).

Тие можат да бидат уреди за помош при подвижност (бастун, инвалидска количка..), протези и ортози, помагала за комуникација, адаптивна опрема во домот и надворешната околина и други (National Institutes of Health, 2018).

1.5.7. Последици од ударот и трајни промени во функционалната способност

Мозочниот удар може да предизвика промени во функционалните способности кои влијаат на физичките, когнитивните и емоционалните и социјалните капацитети на поединецот. Овие промени се резултат со оштетување на одредени области на мозокот, во зависност од видот на мозочниот удар (исхемичен или хеморагичен), локализацијата на зафатениот дел од мозок, степенот на оштетување и индивидуалните фактори на пациентот. Додека рехабилитацијата често може да помогне да се ублажат некои оштетувања, многу преживеани и нивните семејства се соочуваат со трајни тешкотии во различни аспекти од секојдневниот живот (Elendu et al., 2023).

Физичките ефекти се вообичаени последици од мозочниот удар, како резултат на оштетување на специфичните области на мозокот, одговорни за контролирање на

локомоторниот апарат. Една од најчестите физички последици е хемипареза (слабост на едната страна од телото) или хемиплегија (парализа на едната страна од телото). Тоа негативно влијае на активностите од секојдневието и мобилноста на поединецот (Stroke Association, 2013). Локализацијата и тежината на мозочниот удар одредуваат која страна од телото е засегната. Мозочниот удар настанат на десната хемисфера на мозочното ткиво ја засегнува левата страна на телото, и обратно. Оваа слабост или парализа може да ја наруши координацијата, а со тоа и фините моторни вештини. Многу преживевани од мозочен удар доживуваат спастичност, состојба во која мускулите остануваат згрчени или вкочанети и трнење на екстремитетите поради нарушени сигнали помеѓу мозокот и мускулите (Subramanian et al., 2022). Ова може да го направи движењето тешко, болно и непредвидливо, особено кога се комбинира со други моторни оштетувања

Мозочниот удар може да предизвика нарушување на рамнотежата, зголемувајќи го ризикот од падови и повреди. Затоа поединците може да развијат изменета шема на одење, што може дополнително да ги комплицира мобилноста и независноста (Tan et al., 2023). Преживеаните од мозочен удар може да страдаат од дизартрија (тешкотии во зборувањето поради слабост во мускулите што се користат за говор) или афазија (тешкотии во разбирањето или производството на јазикот). Афазијата може да влијае на вештините за читање, пишување, зборување и слушање. Дисфагија или отежнато голтање е исто така честа појава, што претставува ризик од аспирациона пневмонија или неухранетост (Cochrane Database of Systematic Reviews, 1996).

Мозокот е одговорен за различни когнитивни функции, а секое нарушување предизвикано од мозочен удар може да доведе до нарушувања во размислувањето, меморијата, решавањето проблеми и други интелектуални способности. Проблемите со меморијата, особено краткорочното губење на меморијата, се честа појава по мозочен удар. Преживеаните може да имаат потешкотии да се сетат на неодамнешните настани, да ги задржат новите информации или да се сетат на имиња и лица. Долгорочната меморија е помалку засегната, иако може да страда во потешки случаи (Maeshima and Osawa, 2021). Преживеаните од мозочен удар често доживуваат проблеми со вниманието, што претставува предизвик да се фокусираат на задачите, разговорите или активностите. Овој

намален опсег на внимание може да влијае во секојдневниот живот, професионалните и социјалните интеракции на поединецот (Loetscher and Lincoln, 2013).

Извршните функции, како што се планирање, организирање, одлучување и решавање проблеми, често се нарушени по настанатиот мозочен удар. Ова може да резултира со тешкотии при справувањето со сложени задачи, поставување цели или остварување на плановите. Овие когнитивни дефицити можат да придонесат за фрустрација и намалено чувство на независност (Conti et al., 2015). Заморот по мозочниот удар е значаен проблем за многу преживевани. За разлика од типичниот замор, тој може да биде огромен и често не се ублажува со одмор. Ова може сериозно да влијае на способноста на лицето да се реинтегрира на работното место и да ги извршува секојдневните активности (Yan and Lin, 2022).

Синдромот на хронична болка е честа поради промени во начинот на кој мозокот ги обработува сигналите за болка по мозочен удар. Овој тип на болка е предизвикан од оштетување на централниот нервен систем и може да се манифестира како чувство на печење, прободување или пецкање. Управувањето со болката кај овие лица е сложен процес и може да вклучува лекови, физикална терапија и други интервенции (Mohanap et al., 2023).

Мозочните удари не влијаат само на физичките и когнитивните способности, туку можат да имаат и длабоки емоционални и психолошки ефекти. Овие последици можат да бидат исто толку исцрпувачки како и физичките ограничувања, честопати бараат значително прилагодување и за преживеваниот и за неговото семејство (Eslinger, Parkinson and Shama, 2002). Депресијата е една од најчестите емоционални последици од мозочниот удар, која влијае на една третина од преживеваните. Ова може да се манифестира како постојана тага, губење на интерес за претходно пријатни активности, промени во апетитот и чувство на безвредност или безнадежност. Депресијата по мозочен удар често е недоволно дијагностицирана, но сепак значително влијае на процесот на рехабилитација и квалитетот на животот (Williams, 2005).

Многу преживевани од мозочен удар развиваат анксиозност, особено поврзана со стравот од нов мозочен удар или загриженоста за нивната способност да функционираат независно. Некои може да доживеат генерализирана анксиозност или напади на паника, особено во непознати или предизвикувачки ситуации (Lambiase, Kubzansky and Thurston, 2014).

Емоционална инконтиненција е состојба која вклучува ненадејни, неконтролирани епизоди на плачење или смеење кои се непропорционални на фактичката ситуација. Ова може да биде збунувачки и срамно и за преживеваниот мозочен удар и за оние околу нив (Morris, Robinson and Raphael, 1993). Преживеваните од мозочен удар може да доживеат промени во самата личноста или промени во однесувањето. На пример, некој кој претходно бил смирен и присебен може да стане раздразлив, импулсивен или склон кон испади. Ова може да биде предизвикано од оштетување на фронталниот лобус на мозокот, кој ги регулира емоциите и социјалното однесување (Kim, 2016).

Апатијата, или недостатокот на мотивација, е уште еден вообичаен емоционален исход на мозочниот удар. Преживеваните може да се борат да се вклучат во активности или да започнат задачи, дури и оние во кои претходно уживале. Таа може да има негативно влијание врз функционалното закрепнување, активностите во секојдневниот живот, општото здравје и квалитетот на животот (Nama et al., 2007).

Надвор од индивидуалните физички, когнитивни и емоционални ефекти од мозочниот удар, постојат пошироки последици кои влијаат на социјалните односи на преживеваниот, професионалната кариера и целокупната интеграција во нивната заедница. Поради комбинираниите ефекти на физичката попреченост, тешкотиите во комуникацијата и емоционалните предизвици, многу преживевани од мозочен удар доживуваат социјална изолација. Ограничената подвижност, заморот и самосвеста за новите оштетувања може да го отежнат учеството во социјалните активности, што доведува до повлекување од општествените кругови (O'Keefe et al., 2014). Ударот може длабоко да влијае на личните односи, особено во семејството. Сопружниците, децата и блиските роднини често преземаат улоги за грижа, што може да доведе до промени во семејната динамика.

Негувателите може да доживеат емоционален напор, додека преживеаните може да се чувствуваат како товар. Проблемите со комуникацијата може дополнително да ги заострат односите, предизвикувајќи фрустрации и недоразбирања (Bucki, Spitz and Baumann, 2019).

Реинтегрирањето на работното место по ударот е значајна грижа за многу преживеани. Степенот до кој некој може да продолжи со својата претходна професија или било кој нов професионален ангажман зависи од сериозноста на оштетувањата. Когнитивните, физичките и емоционалните предизвици може да го отежнат исполнувањето на барањата за професионалните обврски, што доведува до предвремено пензионирање или потреба за сместување на ново работното место (Balasooriya-Smeekens et al., 2016). Покрај потенцијалната загуба на приход, преживеаните од мозочен удар и нивните семејства често се соочуваат со значителни финансиски оптоварувања. Тие може да вклучуваат медицински трошоци, трошоци за рехабилитација, домашни модификации и долгорочни трошоци за нега. Финансискиот стрес може дополнително да го комплицира процесот на емоционално и социјално закрепнување (Rochmah et al., 2021).

1.6. Квалитетот на животот

Квалитетот на животот е мултидимензионален концепт кој опфаќа различни аспекти на целокупната благосостојба на поединецот. Според Светската здравствена организација (СЗО) тој претставува „состојба на целосна физичка, ментална и социјална благосостојба, а не само отсуство на болест или слабост“ (Patil and Mayur, 2021). Квалитетот на животот ја претставува способноста да се живее на начин што секој преживеан поединец да се чувствува значајно, избалансирано и исполнето покрај потенцијалните ограничувања предизвикани од мозочен удар. За разлика од медицинските резултати кои се фокусираат на физичките аспекти на закрепнувањето, квалитетот на животот го нагласува субјективното искуство за тоа како личноста се чувствува за својот живот воопшто (Schmid et al., 2013).

Квалитетот на животот за преживеаните од мозочен удар е под влијание на неколку детерминанти кои ги опфаќаат: лични (социодемографски), клинички, психосоцијалните, еколошки и општествени аспекти. Разбирањето на овие детерминанти помага во

дизајнирањето на индивидуално сеопфатни планови и стратегии за нега и третман, можат значително да го подобрат квалитетот на живот кај преживеаните од мозочен удар (Kariyawasam, Pathirana and Hewage, 2020).

Во лични детерминанти спаѓаат полот, возраста, образованието и социоекономскиот статус. Полот може да биде значајна одредница, бидејќи мажите и жените може да се соочат со различни општествени очекувања и структури за поддршка кои влијаат на нивото на квалитет на животот (Carod-Artal et al., 2000). Женскиот пол со преживеан мозочен удар често укажува на понизок степен на квалитет на живот во споредба со мажите, потенцијално поради разликите во социјалната поддршка и здравствениот статус (Wong et al., 2021). Возраста и веќе постоечките здравствени состојби исто така играат улога, бидејќи помладите преживеани и оние со подобро здравје пред мозочен удар може да доживеат повеќе позитивни траектории за закрепнување (Rochette, Johanne Desrosiers, Luc N, 2001), (Sturm et al., 2004). Лицата со поголема старосна возраст имаат понизок степен на квалитет на живот. Ова може да се должи на зголемени коморбидитети и поголема зависност од старателите (Kariyawasam, Pathirana and Hewage, 2020). Повисоките нивоа на образование и приходи се исто така многу значајни бидејќи се поврзани со понизок степен на квалитет на живот. Поединците со понизок социо-економски статус може да имаат ограничен пристап до здравствена заштита и услуги за рехабилитација, што негативно ќе влијае на нивното закрепнување (Wong et al., 2021). Тежината на мозочниот удар и степенот на инвалидитет се меѓу најзначајните фактори кои влијаат на нивото на квалитетот на животот (Aprile et al., 2006), (Kwa, Limburg and Naan, 1996). Таа се проценува преку скали како што е Бартел индексот кој го проценува функционалниот статус на поединецот. Потешките мозочни удари обично резултираат со поголема попреченост и понизок квалитет на живот (Chou, 2015).

Според типот на ударот е утврдено дека хеморагичните мозочни удари се поврзани со полоши исходи во споредба со исхемичните мозочни удари, делумно поради сериозноста на резултантните оштетувања (Salvadori et al., 2020).

Психосоцијалната компонента може значително да влијае врз нивото на квалитет на животот кај поединецот со преживеан мозочен удар. Кај овие пациенти има потреба од поддршка бидејќи имаат проблеми со менталното здравје и имаат нарушувања на расположението и емоционални промени, како појава на анксиозност и депресија. Овие нарушувања се силни предиктори за понизок степен на квалитет на живот. Според истажувањата се укажа дека анксиозноста и депресијата имаат негативна корелација со резултатите од физичкото и менталното здравје на поединецот (Devereux and Berns, 2023).

Мозочниот удар често ги нарушува социјалните односи и интеракции на поединецот, бидејќи преживеаните може да се борат да ги задржат своите претходни улоги во нивните семејства, пријателства и заедници. Способноста за учество во општествени активности, ефективно комуницирање и исполнување на обврските во социјалните и работните средини придонесуваат за социјалната благосостојба на една личност (Norlander et al., 2021). Силните социјални поврзувања кај овие поединци обезбедуваат емоционална поддршка, помагаат во секојдневниот третман и ги поттикнуваат за придржување кон програмите за рехабилитација. Психолошката благосостојба претставува критичен фактор за мотивација, ангажирање и обезбедување на чувство за цел и самодоверба на поединецот во процесот на рехабилитација, особено при прилагодливоста на ограничувањата предизвикани од мозочниот удар (Meng et al., 2024).

Околината во која живее преживеаниот, односно непосредната физичка средина и поширокиот општествен контекст играат клучна улога во одредувањето на нивниот степен на квалитет на живот. Пристапните простори за живеење преку обезбедување на достапна животна средина, вклучувајќи ги неопходните модификации во домот (на пр., рампи, шипки за грабање) и достапност на квалитетни здравствени услуги и целосен рехабилитациски третман (Cho et al., 2016). Тие се клучни за да се подобри независноста, безбедноста и закрепнувањето, а со тоа и повисоко ниво на квалитет на живот. Тоа се постигнува преку обезбедување на пристап до социјална поддршка, соодветна здравствена заштита и фактори на животната средина. Разбирањето на овие влијанија е од клучно значење за подобрување на резултати и целокупната благосостојба, а со тоа и позитивно чувство на независности самоефикасност кај оваа популација (Novilla et al., 2023).

Силен систем за социјална поддршка може да го подобри исходот од рехабилитацијата, а со тоа и нивото квалитет на живот. Спротивно на тоа, недостатокот на социјална поддршка е поврзан со послабо ниво на рехабилитација, а со тоа и квалитет на живот (Chollou et al., 2022).

1.7 Процес на реинтеграција на работното место

Професионалната рехабилитација претставува клучен аспект во процесот на опоравување на лицата кои претрпеле мозочен удар. Оваа форма на рехабилитација е насочена кон враќање на работната способност на пациентите и нивна реинтеграција во работната средина, кога тоа е возможно. Професионалната рехабилитација вклучува индивидуален пристап, кој го зема предвид нивото на оштетеност, видот на работата што ја извршувал пациентот, како и неговите желби и можности за повторно вклучување во работниот процес (Mohammed, Gifty Gyamah Nyante and Mothabeng, 2023).

Еден од главните аспекти на професионалната рехабилитација е проценка на функционалната способност на пациентот. Оваа проценка овозможува да се утврди кои активности пациентот може да ги извршува и да се идентификуваат потенцијалните ограничувања што можат да го попречат враќањето на работа. Потоа, се развиваат стратегии за надминување на овие ограничувања, вклучувајќи адаптација на работното место, модификации на опремата, или препораки за нови вештини што пациентот може да ги научи (Wing Yu and Ennion, 2019). Професионалната рехабилитација може да вклучува и обука за нови вештини или преквалификација, особено доколку пациентот не е во можност да се врати на своето претходно работно место. Оваа обука може да биде насочена кон развивање на нови технички или административни вештини, кои ќе овозможат пациентот да најде ново, поприлагодено работно место (Pereira and Monteiro, 2019).

Учеството, како што е дефинирано со Меѓународната класификација на функционирањето, претставува „вклучување во животна ситуација“ и опфаќа три главни домени: интеграција во домот и семејството, интеграција во социјалната заедница и инреграција во професионални/продуктивни активности како што се вработување,

образование или волонтерство(Lama, Damkliang and Kitrungrrote, 2020), (Gough et al., 2021). Реинтеграцискиот процес е клучна цел за преживеаните поединци, бидејќи претставува и успешно закрепнување и ангажирање во ценети активности, со што влијае на квалитетот на животот поврзан со здравјето во текот на процесот на закрепнување од мозочен удар (Renwick et al., 2003). Професионалната реинтеграција, дефинирана како севкупен процес на овозможување на поединцот да пристапи, да се вратат или да останат на постоечкото работно место, и има комплексен исход под влијание на биолошки, психолошки, социјални и економски фактори (Wilson et al., 2017), (Alaszewski et al., 2007).

Процесот на реинтеграцијата на работното место за преживеаните од мозочен удар претставува динамичен и индивидуален процес, кој е дизајниран да им помогне на поединците да се вратат во својот професионален живот. Професионалниот живот претставува витален простор за лично исполнување и социјална интеракција за секој поединец. За многу преживеани од мозочен удар, продолжувањето со работните обврски е клучна пресвртница во нивниот рехабилитациски третман. Успешната реинтеграцијата на професионалните улоги е клучна за намалување на товарот од мозочен удар врз овие поединци- поединците и целокупното општеството (Martin-Saez and James, 2019), (Strilciuc et al., 2021), (Vyas et al., 2016) .

Неуспехот на поединецот да се врати на работа може да резултира со зголемена стапка на смртност, лошо општо здравје и лошо ментално здравје и психолошка благосостојба, покрај губење на самодовербата, социјалното учество, исполнетоста и финансиските приходи (Australasian Faculty of Occupational & Environmental Medicine, 2011). Спротивно на тоа, успешната реинтеграција го подобрува опоравувањето и личното задоволството, преку зајакнување на самодовербата, личниот социјален идентитет, поттикнување на психосоцијалната регулација, одржување на благосостојбата на семејството и промовирање на реинтеграција во заедницата (Burns et al., 2018), (Wolfenden and Grace, 2009).

Затоа овај процес мора да биде сеопфатен и да се однесува на медицинските, психолошките и професионалните аспекти на поединецот. Разбирањето на овој процес

бара индивидуален пристап и ангажирање на различни стручни професионалци за успешно справување со предизвиците кој влијаат врз работниот капацитет на секоја индивидуа (Greiner and Knebel, 2023). Патувањето кон реинтеграција започнува со сеопфатна медицинска проценка, во кој специјалниот едукатор и рехабилитатор има централна улога за проценка на здравјето на преживеаниот, функционалните способности и специфичните оштетувања кои произлегле од мозочниот удар. Овие оштетувања може да вклучуваат моторни дефицити, говорни и комуникациски предизвици, проблеми со меморијата и вниманието и емоционални или психолошки состојби како депресија или анксиозност. Секој од нив може да ја попречи способноста на преживеаниот да ги исполни обврските што ги бара неговата професија, што доведува до отежнување на процесот и неуспешна реинтеграција (Cochrane Database of Systematic Reviews, 1996). Откако ќе се заврши првичната проценка, мултидисциплинираниот рехабилитациски тим изготвува индивидуален план со утврдување на сите цели и потреби на поединецот. Потоа рехабилитацискиот процес продолжува со спроведување на стратегии кои опфаќаат медицински, психолошки, социјални и професионални интервенции. Тие интервенции претставуваат целукупна и стручна поддршка за преживеаниот кој треба да завземе целкупно учество комплексно рехабилитацискиот третман (Taberna, 2020). Реинтеграцискиот процес спроведува анализа за професионалната способност на личноста кој е од клучно значење. Во зависност од добиените резултати, за способноста и ограничувања на поединецот по прележаниот мозочен удар се проценува дали може да се реинтегрира на својот претходен стучен ангажман со спроведување на одредени модификации или преквалификација на ново работно место (Liu et al., 2024).

Професионалната анализа зема предвид неколку клучни фактори, како што се физичките потреби на работата, како што се кревање, одење или ракување со машини, когнитивните барања, како што се способноста за концентрирање, управување со повеќе задачи или донесување одлуки и работната средина, вклучително и физичката пристапност и нивото на поддршка на располагање од колегите и претпоставените. Оваа фаза од процесот често вклучува стручно советување, каде што преживеаните се водени низ потенцијални промени во кариерата, можности за преквалификација или адаптации

што би можеле да го направат остварливо враќањето на нивниот поранешен професионален ангажман (Jones, Strickfaden and Kumar, 2005). Стручното советување, исто така го информира поединецот за нивните законски права во врска со сместувањето на работното место, помагајќи му да се движи низ сложениот пејзаж на правата за попреченост и законите за вработување. Еден од најкритичните елементи на реинтеграцискиот процес е имплементацијата на модификации и сместување на работното место. Физичките модификации може да вклучуваат прилагодувања на работната средина, како што се инсталирање рампи за инвалидски колички, обезбедување соодветен мебел или попристапни работни места (igpp.org.uk, n.d.).

Честопа се неопходни и когнитивни модификации кои вклучуваат поедноставување на работните задачи, обезбедување на мемориски помагала или менување на работното време (скратени работни часови) за да се намали когнитивното оптоварување и со тоа расти издржливоста и самодовербата кај поединецот. Меѓутоа може да бидат потребни и организациски промени, како што се менување на работните обврски, менување на роковите или спроведување флексибилни работни часови за да се овозможи управување со заморот (Wollter Bergman et al., 2021).

Потребите на поединецот може да се променат со текот на времето, барајќи прилагодувања на сместувањето или работните обврски. Покрај физичкото и когнитивното сместување, суштинска е емоционалната и психолошката поддршка на преживеаните од мозочен удар. Емоционалните предизвици по мозочниот удар, како што се анксиозноста, депресијата или промената на идентитетот на себе, може значително да влијаат на способноста на преживеаниот да се реинтегрира на работното место. Затоа, важно е да се обезбеди пристап до услуги за советување, програми за помош на вработени (ЕАП) или групи за поддршка од врсници (Krishnan et al., 2017).

Тековното следење на работното место е од суштинско значење за да се осигура дека реинтеграцискиот процес ќе биди успешен. Понатаму, образовните програми на работното место насочени кон подигање на свеста за оштетувањата поврзани со мозочен удар кај колегите можат да помогнат да се поттикне поинклузивна и поподдржлива

средина, намалувајќи ја стигмата што може да ја почувствуваат преживеаните (La Torre et al., 2022).

Процесот на реинтеграцијата на работното место не претставува голем предизвик само за поединецот, туку и за работодавците, давателите на здравствени услуги и општеството. Редовните координации помеѓу преживеаниот, работодавачот и давателите на здравствена заштита може да помогнат да се идентификуваат сите нови предизвици и да се овозможат рани интервенции за да се спречат неуспесите (Cochrane Database of Systematic Reviews, 1996). Работодавците мора да размислат како да ги балансираат деловните потреби со реинтеграцискиот процес за преживеаните од мозочен удар ефикасно да ги спроведуваат работните задачи. Покрај овие практични размислувања, правните и финансиските фактори исто така играат значајна улога во овај комплексен процес (Pearce et al., 2023). Во многу земји, законите за попреченост, како што е законот за американци со инвалидитет во САД, ги штитат преживеаните од мозочен удар од дискриминација и обезбедуваат тие да добијат разумно сместување (Gréaux et al., 2023). Додека пак во Р.С. Македонија законската рамка е регулирана со законот за пензиско и инвалидско осигурување, односно преку правилник за организација, составот и начинот на работа на комисијата за оцена на работната способност кои произлегува од самиот закон.

Навигацијата на овие законски права е од клучно значење и за преживеаните и за работодавците за да се обезбеди усогласеност и да се заштити правото на преживеаните на еднакви можности за вработување. Дополнително, властите и креаторите на државни политики мора да создадат рамки за обезбедување поддршка на преживеаните од мозочен удар да имаат пристап до потребните ресурси, како што се услугите за професионална рехабилитација, правна заштита и финансиска помош (U.S. Equal Employment Opportunity Commission, 2022).

II. МЕТОДОЛОГИЈА НА ИСТРАЖУВАЊЕТО

2.1. Предмет на истражување

Квалитетот на животот ја опфаќа целокупната благосостојба на поединецот во различни животни домени. Тие домени се клучни за целокупната среќа, задоволство и способност на поединците да водат исполнето и автономно секојдневие во живот. Предмет на ова истражување е утврдување на квалитетот на живот кај лицата со прележан мозочен удар и можноста за нивна реинтеграција на работното место.

2.2 Цел на истражувањето

Основната цел на истражувањето е да се процени какво е влијанието на мозочниот удар, како водечка болест за долготраен инвалидитет ширум светот, врз севкупниот индивидуален квалитет на живот на една личност, вклучувајќи проценка на физичката, ментална и социјална благосостојба, како и способноста за извршување на секојдневните активности и враќање на работното место кое го обавувал поединецот пред да доживеат мозочен удар или преквалификација за ново врз база на престанатите способности.

Овој труд детално ќе ги испита најновите достигнувања во дијагностичките техники и терапевските интервенции, фокусирајќи се врз еволуирачкиот медицински пејсаж и влијанието на специјалниот едукатор и рехабилитатор врз целокупниот рехабилитациски третман со одредени аспекти на окупациона терапија и реинтеграциски третман на лицата со мозочен удар.

2.3. Задачи на истражување

Задачите на ова истражување се:

- Утврдување на квалитетот на живот кај пациенти кои прележале мозочен удар;
- Утврдување на влијанието на мозочниот удар врз моториката кај пациенти кои прележале мозочен удар;
- Утврдување на влијанието на мозочниот удар врз говорот кај пациенти кои прележале мозочен удар;
- Утврдување на влијанието на мозочниот удар врз емоционалната состојба кај пациенти кои прележале мозочен удар;

- Утврдување на влијанието на мозочниот удар врз социјалниот живот кај пациенти кои прележале мозочен удар;
- Да се утврдат проблемите во секојдневниот живот со кои се соочуваат пациентите кои преживеале мозочен удар;
- Да се утврди успешноста на професионалниот реинтеграциски процес и преквалификација на работното место;

2.4. Хипотези

Главна хипотеза:

Квалитетот на живот кај лицата со прележан мозочен удар е во директна корелација со степенот на функционална способност и можноста за реинтеграција на работното место. Односно, колку лицето има помала мера на трајни оштетувања по мозочниот удар, толку ќе има подобар квалитет на живот.

Субхипотези:

X1: Претпоставуваме дека испитаниците кои преживеале мозочен удар од женскиот пол почесто имаат потреба од почести одмори во текот на денот за да се чувствуваат подготвени за обавување на своите обврски во споредба со испитаниците од машкиот пол.

X2: Претпоставуваме дека брачниот статус влијае на перцепцијата на социјалната поддршка кај анкерираните испитаници со преживеан мозочен удар, при што оние кои се во брак почесто добиваат емоционална и психосоцијална поддршка и поретко се чувствуваат како товар за семејството во споредба со оние кои не се во брак.

X3: Претпоставуваме дека испитаниците кои преживеале исхемичен мозочен удар почесто пројавуваат потешкотии со говорот или со разбирањето при комуникација во споредба со испитаниците кои преживеале хеморагичен мозочен удар.

X4: Претпоставуваме дека испитаниците кои преживеале хеморагичен мозочен удар имаат значително почести потешкотии со движењето, одржувањето на рамнотежата,

користењето на помошни помагала и извршувањето на прецизни моторички активности во споредба со испитаниците кои преживеале исхемичен мозочен удар.

X5: Претпоставуваме дека испитаниците од женскиот пол, кои преживеале исхемичен или хеморагичен мозочен удар, почесто чувствуваат загриженост и обесхрабреност во однос на подобрувањето на нивната благосостојба и имаат помала самодоверба во својата способност да ја подобрат моменталната состојба, во споредба со испитаниците од машкиот пол.

X6: Претпоставуваме дека испитаниците кои преживеале исхемичен мозочен удар покажуваат поголеми промени во карактерните особини и повисок степен на раздразливост во споредба со испитаниците кои преживеале хеморагичен мозочен удар.

X7: Претпоставуваме дека испитаниците кои се постарите лица и оние кои преживеале хеморагичен мозочен удар имаат зголемена потреба за помош при активности за само-грижа (лична хигиена, исхрана, облекувањето, и сл.) во споредба со испитаниците кои се помладите и оние со исхемичен мозочен удар.

X8: Претпоставуваме дека испитаниците кои живеат во урбана средина и оние со исхемичен мозочен удар имаат поголеми можности за социјална интеракција, почесто поминуваат време со пријателите и се поактивни во рекреативни или духовни активности, за разлика од испитаниците од рурални средини и оние со хеморагичен мозочен удар, кои почесто се соочуваат со социјална изолација и намалена учество во ваквите активности.

X9: Претпоставуваме дека испитаниците од женскиот пол и оние со хеморагичен мозочен удар почесто пројавуваат нарушувања во психичката благосостојба, како тешкотии со концентрацијата, депресија, анксиозност, промени во расположението и проблеми со памтењето, во споредба со испитаниците од машкиот пол и оние со исхемичен мозочен удар.

X10: Претпоставуваме дека испитаниците од машкиот пол и оние со исхемичен мозочен удар полесно се реинтегрираат во професионалните активности (со модифицирани работни обврски спрема нивните потреби), се соочуваат со помалку

пречки при враќањето на работното место, додека испитаниците од женскиот пол и оние со хеморагичен мозочен удар почесто доживуваат тешкотии и перцепираат ограничени можности за професионален напредок.

X11: Претпоставуваме дека полот и видот на мозочниот удар влијаат на бариерите во професионалната реинтеграција, при што испитаниците од женскиот пол и оние со хеморагичен мозочен удар почесто пројавуваат физички, емоционални и социјални тешкотии во извршувањето на професионалните задачи.

X12: Претпоставуваме дека испитаниците од машкиот пол и оние со исхемичен мозочен удар успешно се реинтегрираат на своето работно место со полно или скратено работно време во споредба со испитаниците од женскиот пол и оние со хеморагичен мозочен удар.

X13: Претпоставуваме дека успешноста на реинтеграцијата зависи од степенот на образование и професијата на испитаниците кои ја обавувале пред преживувањето на мозочниот удар, при што оние испитаници со повисок степен на образование и помалку физички и когнитивно интензивни професии имаат поголеми шанси за успешно враќање на работа.

X14: Претпоставуваме дека испитаниците од машкиот пол и оние со исхемичен мозочен удар почесто добиваат обука или помош за преквалификација и адаптација на ново работно место во споредба со испитаниците од женскиот пол и оние со хеморагичен мозочен удар.

2.5. Варијабли

Во ова истражување варијаблите се групирани како независни и зависни варијабли. Независни варијабли се:

- Пол;
- Возраст;
- Место на живеење;
- Брачна состојба;

- Степен на образование;
- Професија;
- Тип на мозочен удар;

Зависни варијабли се:

- Енергија;
- Семејни улоги;
- Комуникација;
- Моторика;
- Емоционална благосостојба;
- Карактерни особини на личноста;
- Само-грижа за себе;
- Социјални улоги;
- Размислување – психичка благосостојба;
- Реинтеграција на работното место;
- Бариери во процесот на реинтеграцијата на работното место;
- Успешен/Неуспешен реинтеграциски процес;

2.6. Методи, техники и инструменти на истражување

Во изработката на овој магистерски труд беа користени методи на дескриптивна анализа, метод на компарација, метод на генерализација.

Техниките кои беа употребени се:

- анализа на документација;
- скалирање;
- анкетање;

Инструменти кои се користеја во ова истражување се скали за проценка и анкетен прашалник.

Bartel Index - (Бартел индекс) - Бартел индексот се користи за мерење на нивото на независност односно способност на пациентот за самостојно извршување на активностите во секојдневниот живот (ADLs) како и напредокот во текот на рехабилитациониот процес. Овие активности вклучуваат основни задачи за грижа за себе, како што се хранење, капење, дотерување, облекување, контрола на дебелото црево и мочниот меур, користење тоалет, трансфери (на пример, од кревет до стол), мобилност (на пример, одење или користење инвалидска количка) и качување по скали. Секоја активност се бодува врз основа на нивото на потребната помош, со вредности кои се движат од 0 (целосна зависност) до 10 или 15 поени (целосна независност). Максималниот можен резултат е 100, што укажува на целосна независност во извршувањето на сите активности, додека оценката 0 означува целосна зависност. Повисок резултат укажува на поголема независност и подобар квалитет на живот, додека понизок резултат укажува на поголема зависност од помош и понизок квалитет на живот (Mahoney and Barthel, 1965).

The Stroke Specific Quality of Life Scale - SS-QOL (Скалата за специфичен квалитет на живот за мозочен удар) - SS-QOL е специјално прилагодена и дизајнирана алатка за да го процени влијанието на мозочниот удар и квалитетот на животот врз различни аспекти од животот на поединецот со прележан мозочен удар. Опфаќа 12 домени вклучувајќи физичка функција, мобилност, грижа за себе, функција на горните екстремитети, работа/продуктивност, расположение, општествени улоги, енергија, јазик, визија, личност и семејни улоги. Секој домен содржи неколку ставки оценети на Ликертова скала. Оваа скала обезбедува сеопфатна проценка на субјективната благосостојба и задоволството на преживеаниот мозочен удар во различни области од животот кои може да бидат засегнати од мозочниот удар. Тоа им овозможува на мултидисциплинираниот рехабилитациони тим да ги разберат специфичните предизвици со кои се соочуваат преживеаните од мозочен удар и да прилагодат интервенции за да го подобрат нивниот квалитет на живот (Zeltzer, 2008).

The Return to Work Scale – RTW (Скалата за враќање на работа) - RTW е алатка која се користи за проценка на подготвеноста и довербата на поединецот да се врати на работа по период на отсуство поради болест, повреда или инвалидитет. Ги мери

различните аспекти на согледаната способност на поединецот успешно да продолжи со работните улоги и одговорности. Скалата вообичаено вклучува ставки поврзани со физичките способности за себе, когнитивното функционирање, емоционалната подготвеност, социјалната поддршка и согледаните бариери за враќање на работа. Одговорите на скалата RTW често се оценуваат на Ликертова скала, при што поединците укажуваат на степенот до кој се согласуваат или не се согласуваат со изјавите што ја одразуваат нивната подготвеност и доверба во враќањето на работа. Повисоките резултати на скалата RTW укажуваат на поголема самодоверба и подготвеност за враќање на работа, додека пониските резултати може да укажат на повисоки нивоа на несигурност, анксиозност или перцепирани бариери за враќање на работа (Skagseth et al., 2021).

Целокупниот анкетен прашалник е детално презентираан во прилози.

2.7. Популација и примерок

Истражувањето беше спроведено на примерок од 55 испитаници, поделени во две групи според видот на преживениот мозочен удар;

- Првата група се состои од 45 испитаници со преживеан исхемичен мозочен удар;
- Втората група, се состои од 10 испитаници со преживеан хеморагичен мозочен удар;

Испитаниците беа од различен пол и возраст од 18 до 64 годишна возраст, кои спаѓаат во работноспособно население со различен степен на образование и професионални активности. Сите испитаници доброволно учествуваа во ова истражување, кое е спроведено во период од шест месеци, односно од јануари 2024 год. до јуни 2024 година. Станува збор за пациенти кои биле хоспитализирани во одделението за неврологија и физикална медицина и рехабилитација со преживеан мозочен удар при ЈЗУ Клиничка болница „Д-р Трифун Пановски“ – Битола.

2.8. Статистичка обработка на податоците

Откако податоците беа собрани, истите беа анализирани, табеларно и графички прикажани во вид на апсолутни броеви и процентуални вредности, користејќи дескриптивен метод. Податоците беа обработени со помош на алатката SPSS. Спроведена е демографска анализа според пол, возраст, место на живеење, брачна состојба, професија и тип на мозочен удар. За верификација на хипотезите и субхипотезите беше применет Хи-квадрат тестот со вредност $p=0.05$. Споредбата беше направена врз основа на демографските податоци, типот на мозочниот удар и можноста за извршување одредени активности, со цел детална проценка на целокупниот квалитет на живот и успешноста на професионалниот реинтеграциски процес кај различни испитаници.

2.9. Организација и тек на истражувањето

За да се излезе на терен беше обезбедена дозвола од институцијата каде се вршеше истражувањето. Пред да се изврши анализа на документација, разговор и проценка, побарана е согласност од испитаниците за нивно вклучување во истражувањето. Запознаени се со етичките принципи и начинот на испитување, податоците се анонимни и се внимаваше да не се предизвика влошување на здравствената состојба. Направени се инструменти и нивно сондажно мерење, а потоа се излезе на терен.

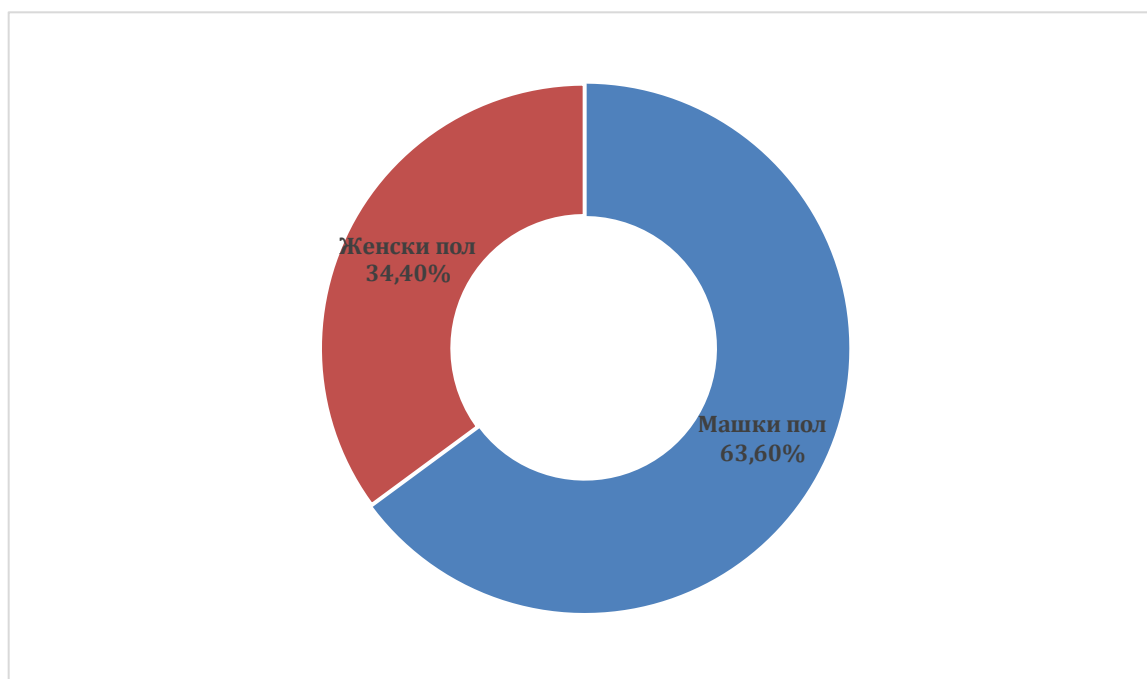
Истражувањето се одвиваше во четири фази:

- Подготвителна фаза во која освен планирање на временската рамка ќе се изврши техничка подготовка и ќе се обезбедат потребните дозволи од страна на директорот и етичката комисија на установата. Дополнително обезбедување на поединечна дозвола од секој испитаник за користење на споделените информации во истражувањето со задоволување на сите етички кодекси на ова истражување;
- Спроведување на пилот тестирање за разгледување релевантноста и валидноста на инструментите кои ќе се користат во истражувањето (BARTEL INDEX, SS - QOL и RTW);

- Фаза на реализација во која ќе се спроведе истражувањето;
- Аналитичка фаза во која ќе се интерпретираат добиените резултати;

III. АНАЛИЗА И ИНТЕРПРЕТАЦИЈА НА ДОБИЕНИ РЕЗУЛТАТИ

Во ова поглавје се прикажуваат и анализираат добиените резултати од спроведеното истражување. На почетокот ќе бидат презентирани демографските податоци на испитаниците, а потоа ќе следи статистичка обработка и интерпретација на податоците поврзани со поставените хипотези. Преку оваа анализа ќе се даде осврт на значењето на наодите во контекст на квалитетот на живот и професионалната реинтеграција кај лица кои преживеале мозочен удар.



Слика број 5. Сооднос на испитаниците според полот.

Според добиените резултати дадени на слика број 5 за демографските податоци во однос на полот, од вкупно 55 испитаници, од кои мнозинството се мажи 35 (или 63,6%), додека испитаниците од женскиот пол се застапени со помал број односно 20 (или 36,4%). Овие податоци укажуваат дека машкиот пол е почесто застапен во оваа анализа, што може

да се должи на различни фактори како што се повисокиот ризик од мозочен удар кај мажите или нивната поголема вклученост во активната(физичката) работната сила.

Табела број 1. Сооднос на испитаниците според местото на живеење.

Место на живеење	Вредности	Проценти
Град	40	72,7%
Село	15	27,3%
Вкупни вредности	55	100,0%

Според добиените резултати дадени во табела број 1 за демографските податоци во однос на местото на живеење, од вкупно 55 испитаници, најголемиот дел од нив живеат во урбана средина односно 40 (или 72,7%), додека помал дел се од рурални подрачја 15 (или 27,3%). Ова може да укажува на поголема достапност до медицинска грижа во градовите, како и на подобри можности поради поголемиот пазар на труд за реинтеграција на работното место.

Табела број 2. Сооднос на испитаниците според брачниот статус.

Брачен статус	Вредности	Проценти
Самци	5	9,1%
Разведени	6	10,9%
Вдовци	6	10,9%
Во брак	38	69,1%
Вкупни вредности	55	100,0%

Според добиените резултати дадени во табела број 2 за демографските податоци во однос на брачниот статус, од вкупно 55 испитаници, поголемиот дел од нив се во брак односно 38 (или 69,1%), додека самците се застапени со 5 (или 9,1%), разведените со 6 (или 10,9%) и вдовците 6 (или 10,9%) се во значително помал број. Овие податоци можат да бидат значајни при анализата на психосоцијалната поддршка, бидејќи лицата во брак генерално имаат поголема емотивна и практична помош, што може позитивно да влијае на нивото на квалитетот на живот и нивниот професионален реинтеграциски процес.

Табела број 3. Сооднос на испитаниците според степен на образование.

Степен на образование	Вредности	Проценти
Основно образование	11	20,0%
Средно образование	23	41,8%
Високо образование	21	38,2%
Вкупни вредности	55	100,0%

Според добиените резултати дадени во табела број 3 за демофските податоци во однос на степенот на образование, од вкупно 55 испитаници, најголем дел од нив имаат средно образование 23 (или 41,8%), додека високо образование имаат 21 испитаник (или 38,2%), а основно образование имаат 11 испитаници (или 20,0%). Овие податоци можат да укажат на корелација помеѓу образованието, нивото на квалитет на живот и можностите за реинтеграција на работното место, бидејќи лицата со повисоки нивоа на квалитет на живот и образование можат полесно да најдат работни позиции со помали физички барања.

Табела број 4. Сооднос на испитаниците според професијата.

Професии	Вредности	Проценти
Технички и инженерски професии	7	12,7%
Здравствени професии	3	5,5%
Правни и економски професии	4	7,3%
Образовни професии	3	5,5%
Креативни и уметнички професии	2	3,6%
Транспорт и логистика	7	12,7%
Општи професии	16	29,1%
Администрација	7	12,7%
Земјоделство/сточарство	6	10,9%
Вкупни вредности	55	100,0%

Според добиените резултати дадени во табела број 4 за демофските податоци во однос на професијата, испитаниците доаѓаат од различни професионални сфери, при што

од вкупниот број 55 испитаници, најголемиот дел од нив се вклучени во општи професии со 16 испитаници, (или 29,1%), испитаниците кои работат во администрација се застапени со 7 испитаници (или 12,7%), со транспорт и логистика 7 испитаници (или 12,7%). Значаен дел се и во технички и инженерски професии со 7 испитаници (или 12,7%). Овие податоци покажуваат дека различни професионални профили се погодени за ниско ниво квалитет на живот и појава на мозочен удар, но исто така можат да дадат увид во тоа кои професии нудат поголеми можности за професионална реинтеграција.

Табела број 5. Сооднос на испитаниците според видот на преживеаното од мозочен удар.

Вид на мозочен удар	Вредности	Проценти
Ишемичен мозочен удар	40	72,7%
Хеморагичен мозочен удар	15	27,3%
Вкупни вредности	55	100,0%

Според добиените резултати дадени во табела број 5 во однос на видот на мозочниот удар, од вкупниот број 55 испитаници, најголем број преживеале исхемичен мозочен удар односно 40 испитаници (72,7%), додека помала застапеност се оние со хеморагичен мозочен удар 15 испитаници (или 27,3%). Овој податок е во согласност со медицинската статистика, според која исхемичниот мозочен удар е значително почест. Овие информации се значајни при анализата на влијанието на видот на мозочниот удар врз квалитетот на живот и можноста за професионалната реинтеграција.

Табела број 6. Зависност помеѓу полот и потребата за почести одмори во текот на денот.

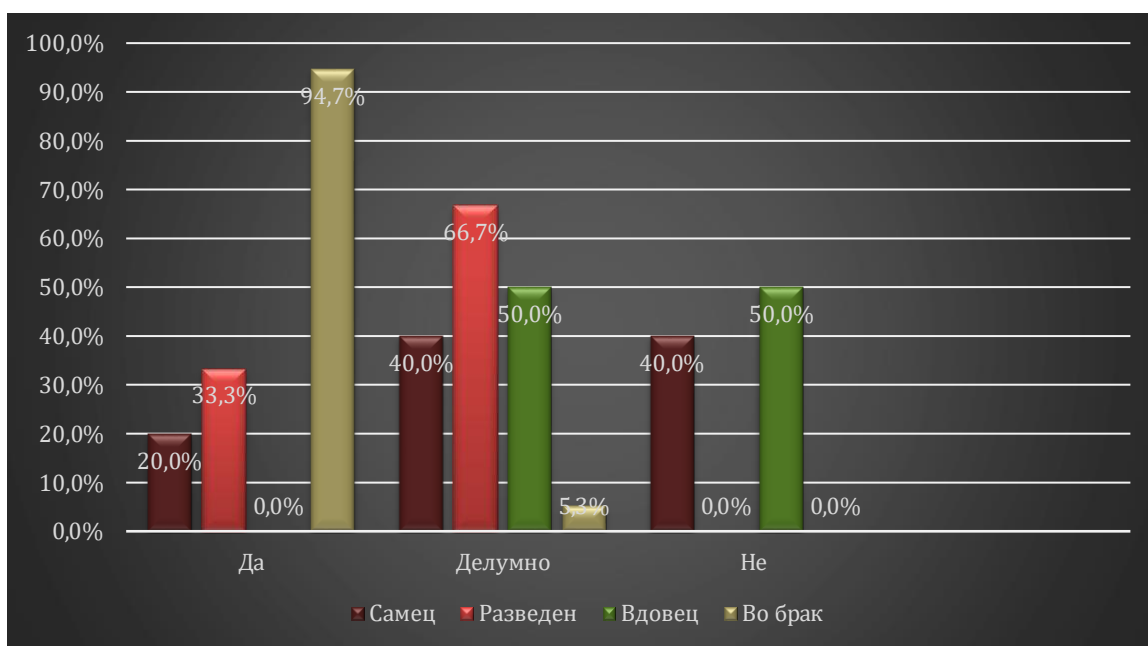
Прашање		Пол на испитаниците		Вкупни вредности
		Машки	Женски	
Дали имате потреба од почести одмори во текот на денот за да се чувствувате подготвени за обавување на вашите обврски?	Да	30	19	49
		85,7%	95,0%	89,1%
	Не	5	1	6
		14,3%	5,0%	10,9%
Вкупни вредности		35	20	55
		100,0%	100,0%	100,0%

Според добиените резултати дадени во табела број 6 во однос на прашањето “Дали имате потреба од почести одмори во текот на денот за да се чувствувате подготвени за обавувањето на вашите обврски?”, 30 од 35 испитаници од машки пол (или 85,7%) и 19 од 20 од испитаниците од женски пол (или 95%) се изјасниле дека имаат потреба од почести одмори во текот на денот за да се чувствуваат подготвени за обавување на нивните обврски, додека само 5 од 35 од испитаниците од машкиот пол (или 14,3%) и само 1 од 20-те испитаници од женски пол (или 5%) се изјасниле дека немаат потреба од почести одмори во текот на денот. Овие резултати ја нагласуваат важноста на периодичното одморање за закрепнување и одржување на енергијата кај преживеаните од мозочен удар.

Со примена на Хи-квадрат тестот се добива вредноста $p=0,288 > 0,05$ што значи дека не постои статистички значајна разлика во потребата за почести одмори во текот на денот за да се чувствуваат подготвени за обавувањето на своите обврски, и тоа независно од полот на испитаниците.

Табела број 7. Влијание на брачниот статус врз емоционалната и психо-социјалната поддршка од семејството

Прашање		Брачен статус				Вкупни вредности
		Самци	Разведени	Вдовци	Во брак	
Дали добивате емоционална и психо-социјална поддршка од вашето семејство?	Да	1	2	0	36	39
		20,0%	33,3%	0,0%	94,7%	70,9%
	Делумно	2	4	3	2	11
		40,0%	66,7%	50,0%	5,3%	20,0%
	Не	2	0	3	0	5
		40,0%	0,0%	50,0%	0,0%	9,1%
Вкупни вредности		5	6	6	38	55
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%



Слика број 6. Графички приказ на влијание на брачниот статус врз емоционалната и психо-социјалната поддршка од семејството.

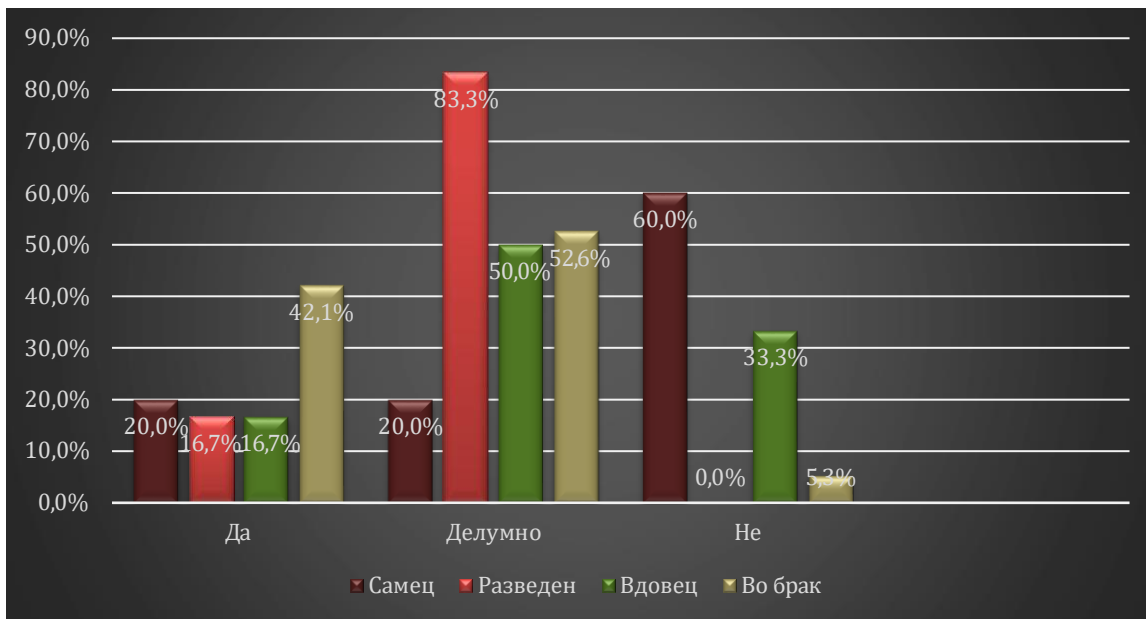
Според добиените резултати дадени во табела број 8 и слика број 6 во однос на прашањето “Дали добивате емоционална и психо-социјална поддршка од вашето семејство?”, од вкупно 55 анкетирани испитаници, 1 од 5 од испитаниците кои се самци

(или 20%), 2 од 6 кои се разведени (или 33,3%), 0 од 6 кој е вдовци (0%) и 36 од 38 од испитаниците кои се во брак (или 94,7%) се изјасниле дека добиваат емоционална и психо-социјална поддршка од семејството, додека 2 од 5 од испитаниците кои се самци (или 40%), 4 од 6 кои се разведени (или 66,7%), 3 од 6 кои се вдовци (или 50%) и 2 од 38 од испитаниците кои се во брак (или 5,3%) се изјасниле дека делумно добиваат емоционална и психо-социјална поддршка од семејството, а 2 од 5 кои се самци (или 40%), 0 од 6 кои се разведени (0%), 3 од 6 кои се вдовци (50%) и 0 од 38 кои се во брак (или 0%) се изјасниле дека не добиваат емоционална и психо-социјална поддршка од семејството.

Со примена на Хи-квадрат тестот се добива $p=0,00>0,05$ што значи дека **постои статистички значајна разлика** во однос на типот на мозочниот удар, односно дека емоционалната и психо-социјалната поддршка од семејството **не е подеднакво застапена** кај испитаници со различна брачна состојба. Тоа укажува дека испитаниците во брак најчесто добиваат поддршка од семејството, додека самците, разведените и вдовците се соочуваат со значително помала поддршка. Овие разлики укажуваат на потребата од дополнителни мерки за поддршка на поранливите групи.

Табела број 8. Влијание на брачниот статус врз перцепцијата за товар на семејството.

Прашање		Брачна состојба				Вкупни вредности
		Самци	Разведени	Вдовци	Во брак	
Дали чувствувате дека сте товар за семејството поради вашата состојба?	Да	1	1	1	16	19
		20,0%	16,7%	16,7%	42,1%	34,5%
	Делумно	1	5	3	20	29
		20,0%	83,3%	50,0%	52,6%	52,7%
	Не	3	0	2	2	7
		60,0%	0,0%	33,3%	5,3%	12,7%
Вкупни вредности		5	6	6	38	55
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%



Слика број 7. Графички приказ на влијание на брачниот статус врз перцепцијата за товар на семејството.

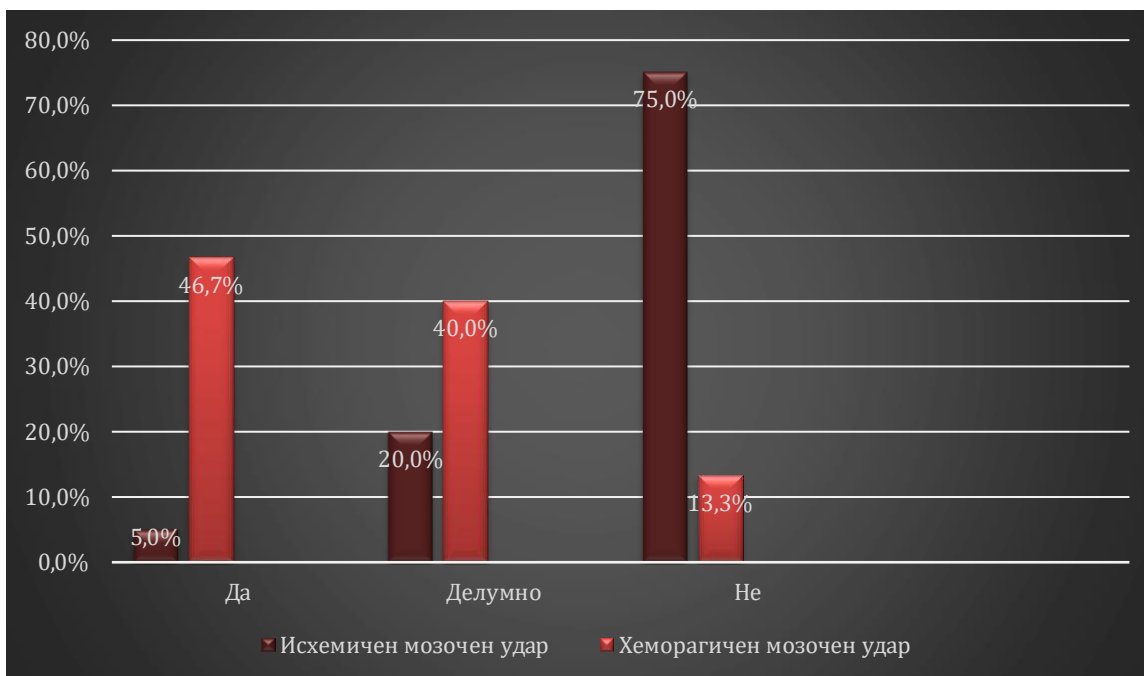
Според добиените резултати дадени во табела број 8 и слика број 7 во однос на прашањето “Дали чувствувате дека сте товар за семејството поради вашата состојба?”, од вкупно 55 анкетирани испитаници, 1 од 5 од испитаниците кои се самци (или 20%), 1 од 6 кои се разведени (или 16,7%), 1 од 6 кој се вдовци (16,7%) и 16 од 38 од испитаниците кои се во брак (или 42,1%) се изјасниле дека чувствуваат дека се товар за семејството, додека 1 од 5 од испитаниците кои се самци (или 20%), 5 од 6 кои се разведени (или 83,3%), 3 од 6 кои се вдовци (или 50%) и 20 од 38 од испитаниците кои се во брак (или 52,6%) се изјасниле дека делумно чувствуваат дека се товар на семејството, а 3 од 5 кои се самци (или 60%), 0 од 6 кои се разведени (0%), 2 од 6 кои се вдовци (33,3%) и 2 од 38 кои се во брак (или 5,3%) се изјасниле дека не се чувствуваат дека се товар за семејството.

Со примена на Хи-квадрат тестот се добива $p=0,008 < 0,05$ што значи дека **постои статистички значајна разлика** во однос на типот на мозочниот удар, односно дека чувството за товар за семејството **не е подеднакво застапено** кај пациентите со различна брачна состојба. Испитаниците во брак почесто изразуваат вакво чувство, додека самците, разведените и вдовците покажуваат различни степени на перцепција. Овие наоди

укажуваат на потребата од поголема психо-социјална поддршка за подобрување на емоционалната благосостојба кај овие групи.

Табела број 9. Влијание на типот на мозочен удар врз говорот и комуникацијата.

Прашање		Тип на мозочен удар		Вкупни вредности
		Исхемичен мозочен удар	Хеморагичен мозочен удар	
Дали имате потешкотии со говорот или со разбирањето при комуникација?	Да	2	7	9
		5,0%	46,7%	16,4%
	Делумно	8	6	14
		20,0%	40,0%	25,5%
	Не	30	2	32
		75,0%	13,3%	58,2%
Вкупни вредности		40	15	55
		100,0%	100,0%	100,0%



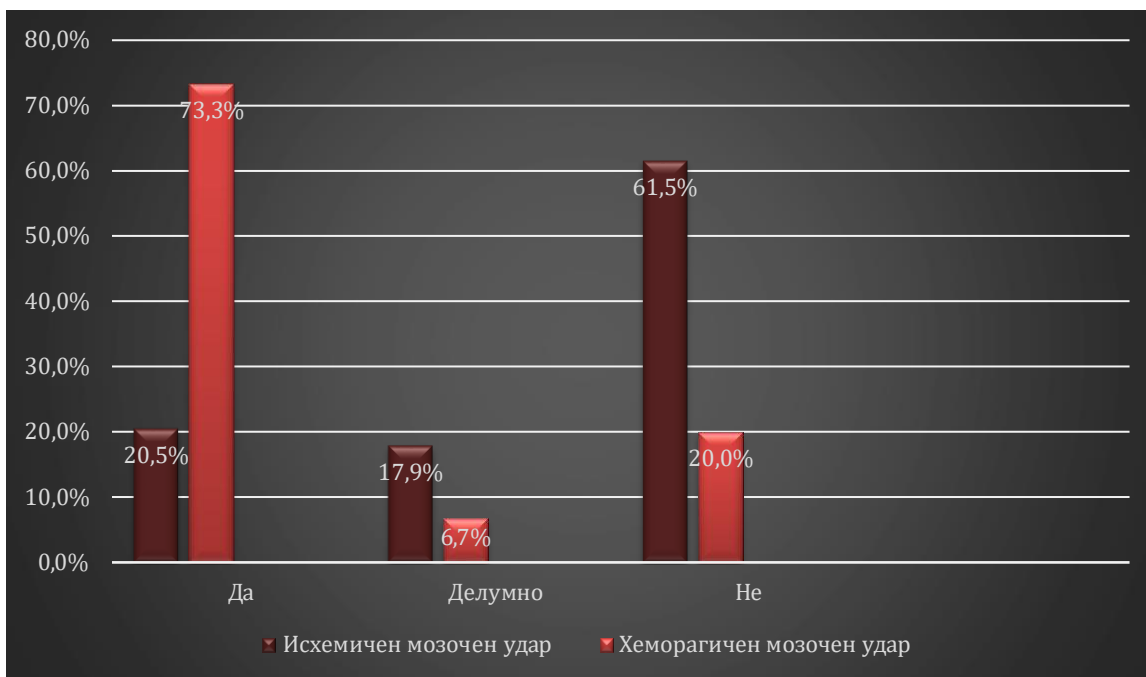
Слика број 8. Влијание на типот на мозочен удар врз говорот и комуникацијата.

Според добиените резултати дадени во табела број 9 и слика број 8 во однос на прашањето “Дали имате потешкотии со говорот или со разбирањето при комуникација?”, од вкупно 55 анкетирани испитаници, 2 од 40 од испитаниците со исхемичен мозочен удар (или 5%) и 7 од 15 од испитаниците со хеморагичен мозочен удар (или 46,7%) се изјасниле дека имаат потешкотии со говорот или со разбирањето при комуникација, додека 8 од 40 од испитаниците со исхемичен мозочен удар (или 20%) и 6 од 15 од испитаниците со хеморагичен мозочен удар (или 40%) се изјасниле дека делумно имаат потешкотии со говорот или со разбирањето при комуникација, а 30 од 40 со исхемичен мозочен удар (75%) и 2 од 15 со хеморагичен мозочен удар (или 13,3%) се изјасниле дека немаат потешкотии со говорот или со разбирањето при комуникација.

Со примена на Хи-квадрат тестот се добива $p=0,0<0,05$ што значи дека **постои статистички значајна разлика** во однос на типот на мозочниот удар, односно дека потешкотии со говорот или со разбирањето при комуникација **не се среќаваат поденкаво** кај испитаници со двата типа на мозочен удар. Испитаниците со хеморагичен мозочен удар почесто пријавуваат вакви потешкотии во споредба со оние со исхемичен мозочен удар. Овие наоди укажуваат на важноста од индивидуализиран логопедски третман за подобрување на комуникациските способности кај пациентите.

Табела број 10. Влијание на типот на мозочниот удар врз потребата од користење на помошни помагала или адаптивна опрема.

Прашање		Тип на мозочен удар		Вкупни вредности
		Исхемичен мозочен удар	Хеморагичен мозочен удар	
Дали користите некое од помошните помагала или адаптивна опрема за полесно извршување на вашите секојдневни активности?	Да	8	11	19
		20,5%	73,3%	35,2%
	Делумно	7	1	8
		17,9%	6,7%	14,8%
	Не	24	3	27
		61,5%	20,0%	50,0%
Вкупни вредности		39	15	54
		100,0%	100,0%	100,0%



Слика број 9. Влијание на типот на мозочниот удар врз потребата од користење на помошни помагала или адаптивна опрема.

Според добиените резултати дадени во табела број 10 и слика број 9 во однос на прашањето “Дали користите некое од помошните помагала или адаптивна опрема за полесно извршување на вашите секојдневни активности?”, од вкупно 55 анкетирани испитаници (од кои 54 одговориле, а 1 не одговорил на ова прашање), 8 од 39 од испитаниците со исхемичен мозочен удар (или 20,5%) и 11 од 15 со хеморагичен мозочен удар (или 73,3%) се изјасниле дека користат некое од помошните помагала или адаптивна опрема за полесно извршување на секојдневните активности, додека 7 од 39 со исхемичен мозочен удар (или 17,9%) и 1 од 15 со хеморагичен мозочен удар се изјасниле дека делумно користат некое од помошните помагала или адаптивна опрема за полесно извршување на секојдневните активности, а 24 од 39 од испитаниците со исхемичен мозочен удар (или 61,5%) и 3 од 15 со хеморагичен мозочен удар (или 20,0%) се изјасниле дека не користат некое од помошните помагала или адаптивна опрема за полесно извршување на секојдневните активности.

Со спроведувањето на Хи-квадрат тестот се доби $p = 0,001 < 0,05$, што значи дека **постои статистички значајна разлика** во однос на типот на мозочниот удар. Ова значи

дека користењето на помошни помагала или адаптивна опрема за полесно извршување на секојдневните активности се разликува кај двата типа на мозочен удар. Конкретно, испитаниците кои преживеале хеморагичен мозочен удар имаат поголема потреба од користење на овие помагала во споредба со оние кои преживеале исхемичен мозочен удар.

Табела број 11. Влијание на типот на мозочниот удар врз појавата на потешкотии при одржување на стабилноста при седење, станување од стол или подолго стоење.

Прашање		Тип на мозочен удар		Вкупни вредности
		Исхемичен мозочен удар	Хеморагичен мозочен удар	
Дали имате потешкотии при одржување на стабилноста при седење, станување од стол или подолго стоење?	Да	10	9	19
		25,0%	60,0%	34,5%
	Делумно	29	6	35
		72,5%	40,0%	63,6%
	Не	1	0	1
		2,5%	0,0%	1,8%
Вкупни вредности		40	15	55
		100,0%	100,0%	100,0%



Слика број 10. Влијание на типот на мозочниот удар врз појавата на потешкотии при одржување на стабилноста при седење, станување од стол или подолго стоење.

Според добиените резултати дадени во табела број 11 и слика број 10 во однос на прашањето “Дали имате потешкотии при одржување на стабилноста при седење, станување од стол или подолго стоење?”, од вкупно 55 анкетирани испитаници, 10 од 40 од испитаниците со исхемичен мозочен удар (или 25%) и 9 од 15 со хеморагичен мозочен удар (или 60%) се изјасниле дека имаат потешкотии при одржување на стабилноста при седење, станување од стол или стоење подолго време, додека 29 од 40 со исхемичен мозочен удар (или 72,5%) и 6 од 15 со хеморагичен мозочен удар (или 40%) се изјасниле дека делумно имаат потешкотии при одржување на стабилноста при седење, станување од стол или стоење подолго време, а 1 од 40 од испитаниците со исхемичен мозочен удар (или 2,5%) и 0 од 15 со хеморагичен мозочен удар (или 0%) се изјасниле дека немаат потешкотии при одржување на стабилноста при седење, станување од стол или стоење подолго време.

Со спроведувањето на Хи-квадрат тестот се добива $p=0,048<0,05$ што значи дека **постои статистички значајна разлика** во однос на типот на мозочниот удар, односно дека потешкотиите при одржување на стабилноста при седење, станување од стол или стоење подолго време зависи од типот на мозочниот удар. Испитаниците со хеморагичен мозочен удар почесто пријавуваат потешкотии при седење, станување од стол или подолго стоење, во споредба со оние со исхемичен мозочен удар. Овие наоди укажуваат на потребата од индивидуализирани рехабилитациски програми за подобрување на мобилноста и рамнотежата кај овие пациенти.

Табела број 12. Влијание на типот на мозочниот удар врз потребна помош при активност како станување, качување по скали или носење потешки предмети.

Прашање		Тип на мозочен удар		
		Исхемичен мозочен удар	Хеморагичен мозочен удар	Вкупни вредности
Дали ви е потребна помош при активност како станување, качување по скали или носење потешки предмети?	Да	19	10	29
		47,5%	66,7%	52,7%
	Делумно	21	5	26
		52,5%	33,3%	47,3%
Вкупни вредности		40	15	55
		100,0%	100,0%	100,0%

Според добиените резултати дадени во табела број 12 во однос на прашањето “Дали ви е потребна помош при активност како станување, качување по скали или носење потешки предмети?”, од вкупно 55 анкетирани испитаници, 19 од 40 од испитаниците со исхемичен мозочен удар (или 47,5%) и 10 од 15 со хеморагичен мозочен удар (или 66,7%) се изјасниле дека им е потребна помош при активност како станување, качување по скали или носење потешки предмети, додека 21 од 40 со исхемичен мозочен удар (или 52,5%) и 5 од 15 со хеморагичен мозочен удар (или 33,3%) се изјасниле дека делумно им е потребна помош при активност како станување, качување по скали или носење потешки предмети.

Со примена на Хи-квадрат тестот се добива $p=0,205>0,05$ што значи дека не постои статистички значајна разлика во однос на типот на мозочниот удар, односно дека потребата од помош при активност како станување, качување по скали или носење потешки предмети не зависи од возраста на пациентите.

Табела број 13. Влијание на типот на мозочниот удар врз појавата на потешкотии при извршување на активностите што бараат прецизно движење.

Прашање		Тип на мозочен удар		Вкупни вредности
		Исхемичен мозочен удар	Хеморагичен мозочен удар	
Дали имате потешкотии при извршување на активностите што бараат прецизно движење (пишување или користење електронски уреди)?	Да	5	6	11
		12,5%	40,0%	20,0%
	Делумно	18	7	25
		45,0%	46,7%	45,5%
	Не	17	2	19
		42,5%	13,3%	34,5%
Вкупни вредности		40	15	55
		100,0%	100,0%	100,0%



Слика број 11. Влијание на типот на мозочниот удар врз појавата на потешкотии при извршување на активностите што бараат прецизно движење.

Според добиените резултати дадени во табела број 13 и графикон број 11 во однос на прашањето “Дали имате потешкотии при извршување на активностите што бараат прецизно движење (пишување или користење електронски уреди)?”, од вкупно 55 анкетирани испитаници, 5 од 40 од испитаниците со исхемичен мозочен удар (или 12,5%) и 6 од 15 со хеморагичен мозочен удар (или 40%) се изјасниле дека имаат потешкотии при извршување на активностите што бараат прецизно движење, додека 18 од 40 со исхемичен мозочен удар (или 45%) и 7 од 15 со хеморагичен мозочен удар (или 46,7%) се изјасниле дека делумно имаат потешкотии при извршување на активностите што бараат прецизно движење, а 17 од 40 од испитаниците со исхемичен мозочен удар (или 42,5%) и 2 од 15 со хеморагичен мозочен удар (или 13,3%) се изјасниле дека немаат потешкотии при извршување на активностите што бараат прецизно движење.

Со спроведување на Хи-квадрат тестот се добива $p=0,033 < 0,05$ што значи дека **постои статистички значајна разлика** во однос на типот на мозочниот удар, односно дека потешкотиите при извршување на активностите што бараат прецизно движење (пишување или користење електронски уреди) зависат од типот на мозочниот удар. Испитаниците со хеморагичен мозочен удар почесто имаат потешкотии при пишување или користење електронски уреди во споредба со оние со исхемичен мозочен удар. Овие наоди укажуваат на потребата од специјализирани рехабилитациски методи за подобрување на фини моторни способности кај пациенти со хеморагичен мозочен удар.

Табела број 14. Влијание на полот врз загриженоста и обесхрабреноста во однос на подобрувањето на благосостојбата

Прашање		Пол на испитаниците		Вкупни вредности
		Машки	Женски	
Дали сте загрижени, обесхрабрани во однос на подобрувањето на вашата благосостојба?	Да	27	17	44
		77,1%	85,0%	80,0%
	Делумно	7	3	10
		20,0%	15,0%	18,2%
	Не	1	0	1
		2,9%	0,0%	1,8%
Вкупни вредности		35	20	55
		100,0%	100,0%	100,0%

Според добиените резултати дадени во Табела број 14 во однос на прашањето “Дали сте загрижени и обесхрабрани во однос на подобрувањето на вашата благосостојба?”, од вкупно 55 анкетирани испитаници, 27 од 35 од испитаниците од машкиот пол (или 77,1%) и 17 од 20 од испитаниците од женски пол (или 85%) се изјасниле дека се загрижени и обесхрабрани во однос на подобрувањето на нивната благосостојба, додека 7 од 35 од испитаниците од машкиот пол (или 20%) и 3 од 20 од испитаниците од женски пол (или 15%) се изјасниле дека делумно се загрижени и обесхрабрани во однос на подобрувањето на нивната благосостојба, а 1 од 35 од машки пол (или 2,9%) и 0 од 20 од женски пол (или 0%) се изјасниле дека не се загрижени и обесхрабрани во однос на подобрувањето на нивната благосостојба.

Со Хи-квадрат тестот се добива $p=0,656>0,05$ што значи дека не постои статистички значајна разлика во однос на полот, односно дека пациентите од двата пола подеднакво се загрижени и обесхрабрани во однос на подобрувањето на нивната благосостојба.

Табела број 15. Влијание на типот на мозочен удар врз појавата на загриженост и обесхрабреност во однос на подобрувањето на благосостојбата.

Прашање		Тип на мозочен удар		Вкупни вредности
		Исхемичен мозочен удар	Хеморагичен мозочен удар	
Дали сте загрижени, обесхрабрани во однос на подобрувањето на вашата благосостојба?	Да	33	11	44
		82,5%	73,3%	80,0%
	Делумно	6	4	10
		15,0%	26,7%	18,2%
	Не	1	0	1
		2,5%	0,0%	1,8%
Вкупни вредности		40	15	55
		100,0%	100,0%	100,0%

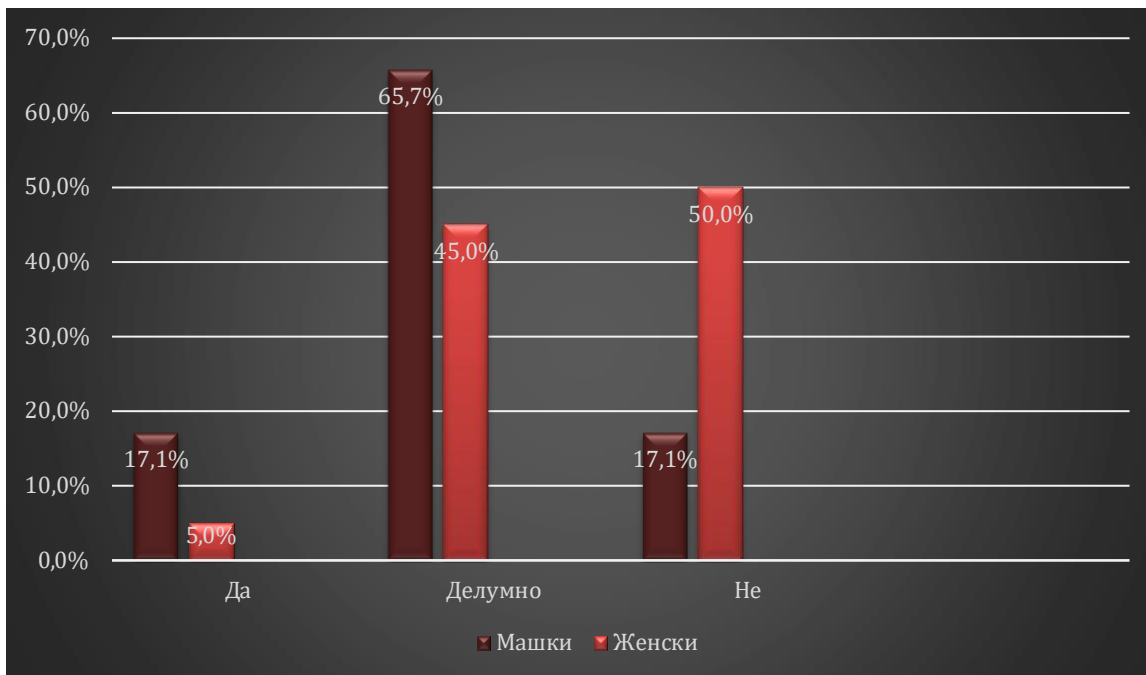
Според добиените резултати дадени во табела број 15 во однос на прашањето “Дали сте загрижени и обесхрабрани во однос на подобрувањето на вашата благосостојба?”, од вкупно 55 анкетирани испитаници, 33 од 40 од испитаниците со исхемичен мозочен удар (или 82,5%) и 11 од 15 од испитаниците со хеморагичен мозочен удар (или 73,3%) се

изјасниле дека се загрижени, обесхрабени во однос на подобрувањето на нивната благосостојба, додека 6 од 40 од испитаниците со исхемичен мозочен удар (или 15%) и 4 од 15 од испитаниците со хеморагичен мозочен удар (или 26,7%) се изјасниле дека делумно се загрижени и обесхрабени во однос на подобрувањето на нивната благосостојба, а само 1 од 40 со исхемичен мозочен удар (70%) и ниеден од 15 со хеморагичен мозочен удар (или 0%) се изјасниле дека не се загрижени и обесхрабени во однос на подобрувањето на нивната благосостојба.

Со Хи-квадрат тестот се добива $p=0,520>0,05$ што значи дека не постои статистички значајна разлика во однос на типот на мозочниот удар, односно дека пациентите независно од кој тип мозочен удар преживеале, загрижени се и обесхрабени во однос на подобрувањето на нивната благосостојба.

Табела број 16. Влијание на полот врз самодовербата за подобрување на моменталната состојба.

Прашање		Пол на испитаниците		Вкупни вредности
		Машки	Женски	
Дали имате самодоверба дека можете да ја подобрите вашата моментална состојба?	Да	6	1	7
		17,1%	5,0%	12,7%
	Делумно	23	9	32
		65,7%	45,0%	58,2%
	Не	6	10	16
		17,1%	50,0%	29,1%
Вкупни вредности		35	20	55
		100,0%	100,0%	100,0%



Слика број 12. Влијание на полот врз самодовербата за подобрување на моменталната состојба.

Според добиените резултати дадени во табела број 16 и слика број 12 во однос на прашањето “Дали имате самодоверба за да можете да ја подобрите вашата моментална состојба?”, од вкупно 55 анкетирани испитаници, 6 од 35 од испитаниците од машкиот пол (или 17,1%) и 1 од 20 од испитаниците од женски пол (или 5%) се изјасниле дека имаат самодоверба за да можат да си ја подобрат нивната моментална состојба, додека 23 од 35 од испитаниците од машкиот пол (или 65,7%) и 9 од 20 од испитаниците од женски пол (или 45%) се изјасниле дека делумно имаат самодоверба за да можат да си ја подобрат моменталната состојба, а 6 од 35 од машки пол (или 17,1%) и 10 од 20 од женски пол (или 50%) се изјасниле дека немаат самодоверба за да можат да си ја подобрат нивната моментална состојба.

Со Хи-квадрат тестот се добива $p=0,028 < 0,05$ што значи дека **постои статистички значајна разлика** во однос на полот, односно дека самодовербата дека можат да си ја подобрат нивната моментална состојба е различна кај пациентите од двата пола. Испитаниците од машкиот пол покажуваат поголема самодоверба за подобрување на својата состојба во споредба со испитаниците од женскиот пол. Овие наоди сугерираат

дека може да постојат различни психолошки и социјални фактори кои влијаат на самодовербата кај мажите и жените по мозочен удар.

Табела број 17. Влијание на типот на мозочниот удар врз самодовербата за подобрување на моменталната состојба.

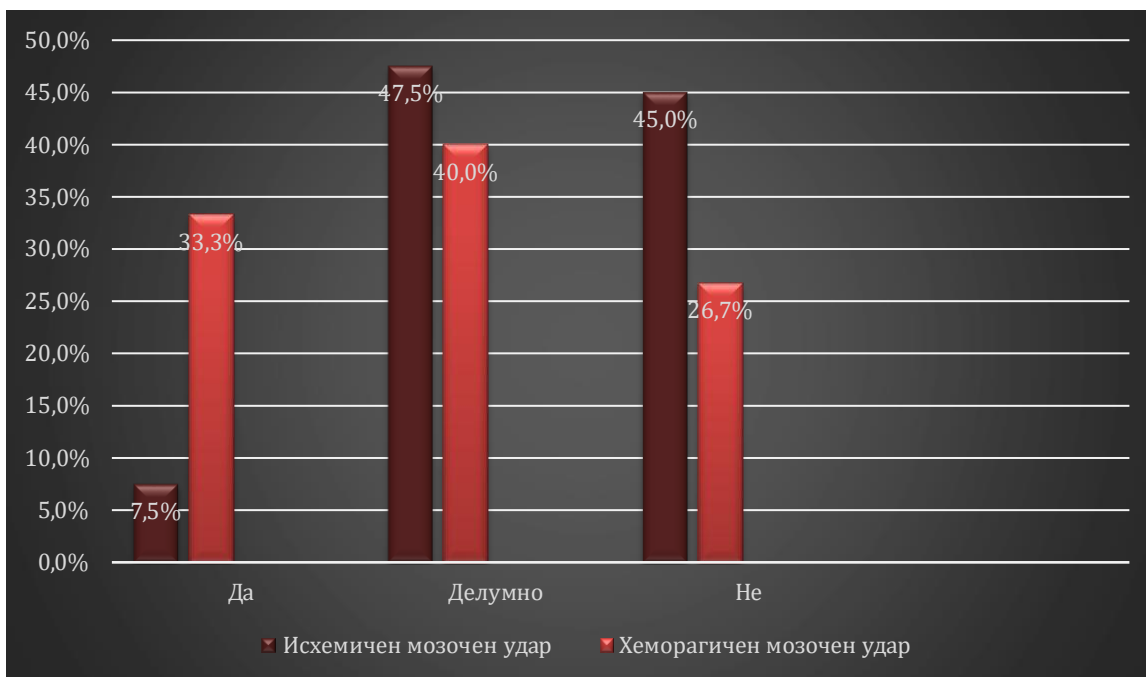
Прашање		Тип на мозочен удар		Вкупни вредности
		Исхемичен мозочен удар	Хеморагичен мозочен удар	
Дали имате самодоверба дека можете да ја подобрите вашата моментална состојба?	Да	6	1	7
		15,0%	6,7%	12,7%
	Делумно	22	10	32
		55,0%	66,7%	58,2%
	Не	12	4	16
		30,0%	26,7%	29,1%
Вкупни вредности		40	15	55
		100,0%	100,0%	100,0%

Според добиените резултати дадени во табела број 17 во однос на прашањето “Дали имате самодоверба за да можете да ја подобрите вашата моментална состојба?”, од вкупно 55 анкетирани испитаници, 6 од 40 од испитаниците со исхемичен мозочен удар (или 15%) и 1 од 15 од испитаниците со хеморагичен мозочен удар (или 6,7%) се изјасниле дека имаат самодоверба за да можат да си ја подобрат нивната моментална состојба, додека 22 од 40 од испитаниците со исхемичен мозочен удар (или 55%) и 10 од 15 од испитаниците со хеморагичен мозочен удар (или 66,7%) се изјасниле дека делумно имаат самодоверба за да можат да си ја подобрат нивната моментална состојба, а 12 од 40 од испитаниците со исхемичен мозочен удар (или 30%) и 4 од 15 од испитаниците со хеморагичен мозочен удар (или 26,7%) се изјасниле дека немаат самодоверба за да можат да си ја подобрат нивната моментална состојба.

Со примена на Хи-квадрат тестот се добива $p=0,640>0,05$ што значи дека не постои статистички значајна разлика во однос на типот на мозочниот удар. Односно дека пациентите се загрижени и обесхрабрани во однос на подобрувањето на нивната благосостојба независно кој тип на мозочен удар го преживеале.

Табела број 18. Влијание на типот на мозочниот удар врз појавата на промени во карактерните особини.

Прашање		Тип на мозочен удар		Вкупни вредности
		Исхемичен мозочен удар	Хеморагичен мозочен удар	
Дали забележавте промени во вашите карактерни особини по преживеаниот мозочен удар?	Да	3	5	8
		7,5%	33,3%	14,5%
	Делумно	19	6	25
		47,5%	40,0%	45,5%
	Не	18	4	22
		45,0%	26,7%	40,0%
Вкупни вредности		40	15	55
		100,0%	100,0%	100,0%



Слика број 13. Влијание на типот на мозочниот удар врз појавата на промени во карактерните особини.

Според добиените резултати дадени во табела број 18 и слика број 13 во однос на прашањето “Дали забележавте промени во вашите карактерни особини по преживеаниот мозочен удар?”, од вкупно 55 анкетирани испитаници, 3 од 40 од испитаниците со исхемичен мозочен удар (или 7,5%) и 5 од 15 од испитаниците со хеморагичен мозочен удар (или 33,3%) се изјасниле дека забележале промени во нивните карактерни особини по преживеаниот мозочен удар, додека 19 од 40 од испитаниците со исхемичен мозочен удар (или 47,5%) и 6 од 15 од испитаниците со хеморагичен мозочен удар (или 40%) се изјасниле дека забележале делумни промени во нивните карактерни особини по преживеаниот мозочен удар, а 18 од 40 со исхемичен мозочен удар (или 45%) и 4 од 15 со хеморагичен мозочен удар (или 26,7%) се изјасниле дека не забележале промени во нивните карактерни особини по преживеаниот мозочен удар.

Со спроведување на Хи-квадрат тестот се добива $p=0,048 < 0,05$ што значи дека **постои статистички значајна разлика** во однос на типот на мозочниот удар, односно дека забележувањето на промени во сопствените карактерни особини по преживеаниот мозочен удар се различни кај двата типа на мозочен удар. Испитаниците со хеморагичен мозочен удар почесто забележуваат промени во нивните карактерни особини во споредба со оние со исхемичен мозочен удар. Овие наоди укажуваат на важноста од психо-социјална поддршка и терапија за справување со промените во личноста по мозочен удар.

Табела број 19. Влијание на типот на мозочниот удар врз појавата на раздразливост.

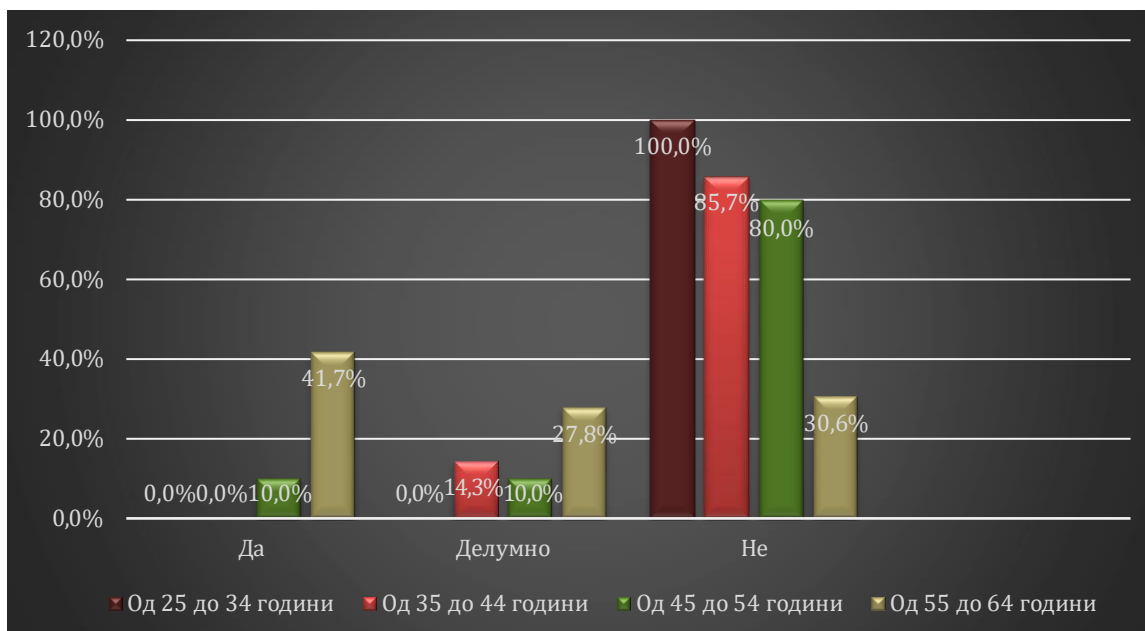
Прашање		Тип на мозочен удар		Вкупни вредности
		Исхемичен мозочен удар	Хеморагичен мозочен удар	
Дали се чувствувате раздразлив по преживувањето на мозочниот удар?	Да	15	10	25
		37,5%	66,7%	45,5%
	Делумно	19	3	22
		47,5%	20,0%	40,0%
	Не	6	2	8
		15,0%	13,3%	14,5%
Вкупни вредности		40	15	55
		100,0%	100,0%	100,0%

Според добиените резултати дадени во табела број 19 во однос на прашањето “Дали се чувствувате раздразлив по преживувањето на мозочниот удар?”, од вкупно 55 анкетирани испитаници, 15 од 40 од испитаниците со исхемичен мозочен удар (или 37,5%) и 10 од 15 од испитаниците со хеморагичен мозочен удар (или 66,7%) се изјасниле дека се чувствуваат раздразливи по преживувањето на мозочниот удар, додека 19 од 40 од испитаниците со исхемичен мозочен удар (или 47,5%) и 3 од 15 од испитаниците со хеморагичен мозочен удар (или 20%) се изјасниле дека се чувствуваат делумно раздразливи по преживувањето на мозочниот удар, а 6 од 40 со исхемичен мозочен удар (или 15%) и 2 од 15 со хеморагичен мозочен удар (или 13,3%) се изјасниле дека не се чувствуваат раздразливи по преживувањето на мозочниот удар.

Со примена Хи-квадрат тестот се добива $p=0,127 > 0,05$ што значи дека не постои статистички значајна разлика во однос на типот на мозочниот удар, односно дека пациентите приближно еднакво се чувствуваат раздразливи по преживувањето на мозочниот удар независно од типот (исхемичен или хеморагичен).

Табела број 20. Влијание на возраста врз потребата од помош за одржување на личната хигиена .

Прашање		Возраст на испитаниците				Вкупни вредности
		Од 25 до 34 години	Од 35 до 44 години	Од 45 до 54 години	Од 55 до 64 години	
Дали ви е потребна помош при одржувањето на личната хигиена?	Да	0	0	1	15	16
		0,0%	0,0%	10,0%	41,7%	29,1%
	Делумно	0	1	1	10	12
		0,0%	14,3%	10,0%	27,8%	21,8%
	Не	2	6	8	11	27
		100,0%	85,7%	80,0%	30,6%	49,1%
Вкупни вредности		2	7	10	36	55
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%



Слика број 14. Влијание на возраста врз потребата од помош за одржување на личната хигиена

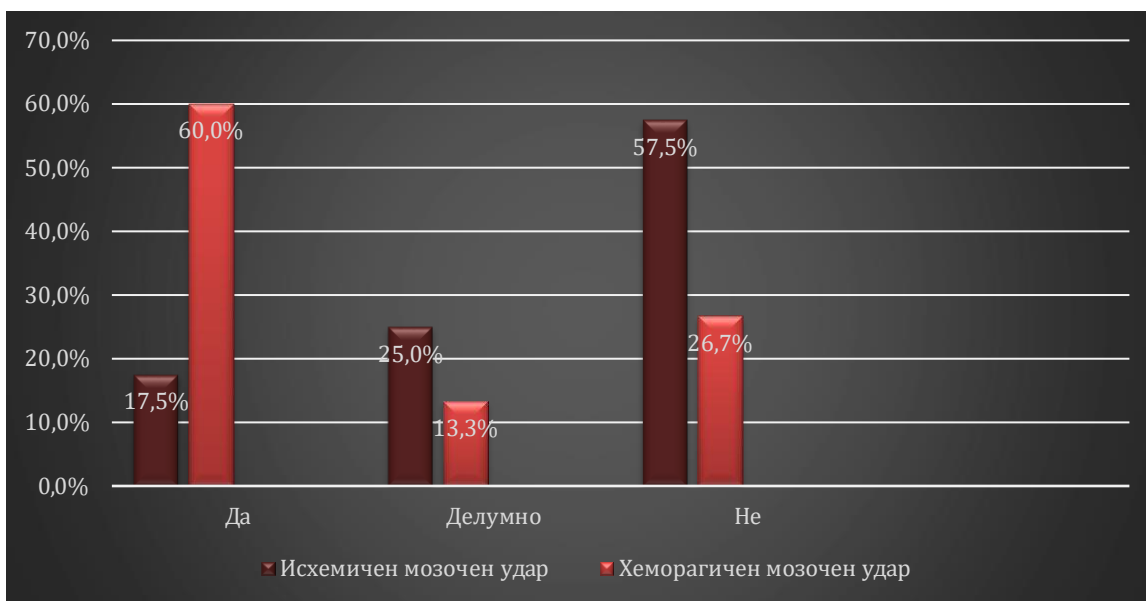
Според добиените резултати дадени во табела број 20 и слика број 14 во однос на прашањето “Дали ви е потребна помош при одржувањето на личната хигиена?”, од вкупно 55 анкетирани испитаници, 0 од 2 од испитаниците на возраст од 25 до 34 години (или 0%), 0 од 7 на возраст од 35 до 44 години (или 0%), 1 од 10 на возраст од 45 до 54 години (или 10%) и 15 од 36 од испитаниците на возраст од 55 до 64 години (или 41,7%) се изјасниле дека им е потребна помош при одржувањето на личната хигиена, додека 0 од 2 на возраст од 25 до 34 години (или 0%), 1 од 7 на возраст од 35 до 44 години (или 14,3%), 1 од 10 на возраст од 45 до 54 години (или 10%) и 10 од 36 од испитаниците на возраст од 55 до 64 години (или 27,8%) се изјасниле дека делумно им е потребна помош при одржувањето на личната хигиена, а на 2 од 2 испитаници на возраст од 25 до 34 години (или 100%), 6 од 7 на возраст од 35 до 44 години (или 85,7%), 8 од 10 на возраст од 45 до 54 години (или 80%) и 11 од 36 од испитаниците на возраст од 55 до 64 години (или 30,6%) се изјасниле дека не им е потребна помош при одржувањето на личната хигиена.

Со спроведувањето на Хи-квадрат тестот се добива $p=0,019 < 0,05$ што значи дека **постои статистички значајна разлика** во однос на возраста, односно дека потребата од помош при одржувањето на личната хигиена зависи од возраста на пациентите. Постарите

испитаници (55-64 години) имаат поголема потреба од помош во споредба со помладите, што укажува на тоа дека возраста има влијание на способноста за самостојно извршување на активностите за лична хигиена. Ова може да сугерира потреба за дополнителна поддршка и адаптирање на условите за постарите пациенти.

Табела број 21. Влијание на типот на мозочниот удар врз потребата од помош за одржување на личната хигиена.

Прашање		Тип на мозочен удар		Вкупни вредности
		Исхемичен мозочен удар	Хеморагичен мозочен удар	
Дали ви е потребна помош при одржувањето на личната хигиена?	Да	7	9	16
		17,5%	60,0%	29,1%
	Делумно	10	2	12
		25,0%	13,3%	21,8%
	Не	23	4	27
		57,5%	26,7%	49,1%
Вкупни вредности		40	15	55
		100,0%	100,0%	100,0%



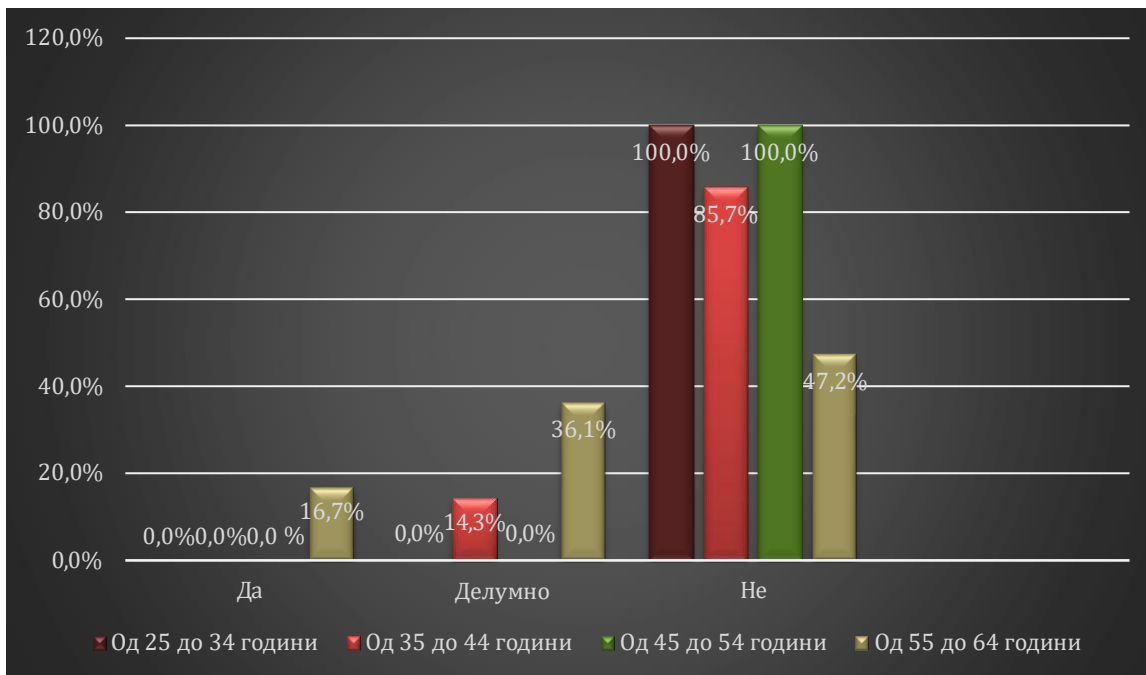
Слика број 15. Влијание на типот на мозочниот удар врз потребата од помош за одржување на личната хигиена.

Според добиените резултати дадени во табела број 21 и слика број 15 во однос на прашањето “Дали ви е потребна помош при одржувањето на личната хигиена?”, од вкупно 55 анкетирани испитаници, 7 од 40 од испитаниците со исхемичен мозочен удар (или 17,5%) и 9 од 15 од испитаниците со хеморагичен мозочен удар (или 60%) се изјасниле дека им е потребна помош при одржувањето на личната хигиена, додека 10 од 40 од испитаниците со исхемичен мозочен удар (или 25%) и 2 од 15 од испитаниците со хеморагичен мозочен удар (или 13,3%) се изјасниле дека им е потребна делумна помош при одржувањето на личната хигиена, а 23 од 40 испитаници со исхемичен мозочен удар (или 57,5%) и 4 од 15 со хеморагичен мозочен удар (или 26,7%) се изјасниле дека не им е потребна помош при одржувањето на личната хигиена.

Со спроведување на Хи-квадрат тестот се добива $p=0,008<0,05$ што значи дека **постои статистички значајна разлика** во однос на типот на мозочниот удар, односно дека потребната помош на пациентите при одржувањето на личната хигиена зависи од типот на мозочниот удар кој го прележале пациентите. Испитаниците со хеморагичен мозочен удар имаат поголема потреба од помош во однос на испитаниците со исхемичен мозочен удар.

Табела број 22. Влијание на возраста врз потребата од помош за користење на тоалетот.

Прашање		Возраст на испитаниците				Вкупни вредности
		Од 25 до 34 години	Од 35 до 44 години	Од 45 до 54 години	Од 55 до 64 години	
Дали ви е потребна помош при користењето на тоалетот?	Да	0	0	0	6	6
		0,0%	0,0%	0,0%	16,7%	10,9%
	Делмно	0	1	0	13	14
		0,0%	14,3%	0,0%	36,1%	25,5%
	Не	2	6	10	17	35
		100,0%	85,7%	100,0%	47,2%	63,6%
Вкупни вредности		2	7	10	36	55
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%



Слика број 16. Влијание на возраста врз потребата од помош за користење на тоалетот.

Според добиените резултати дадени во табела број 22 и слика број 16 во однос на прашањето “Дали ви е потребна помош при користењето на тоалетот?”, од вкупно 55 анкетирани испитаници, 0 од 2 од испитаниците на возраст од 25 до 34 години (или 0%), 0 од 7 на возраст од 35 до 44 години (или 0%), 0 од 10 на возраст од 45 до 54 години (или 0%) и 6 од 36 од испитаниците на возраст од 55 до 64 години (или 16,7%) се изјасниле дека им е потребна помош при користењето на тоалетот, додека 0 од 2 испитаници на возраст од 25 до 34 години (или 0%), 1 од 7 на возраст од 35 до 44 години (или 14,3%), 0 од 10 на возраст од 45 до 54 години (или 0%) и 13 од 36 од испитаниците на возраст од 55 до 64 години (или 36,1%) се изјасниле дека делумно им е потребна помош при користењето на тоалетот, а на 2 од 2 на возраст од 25 до 34 години (или 100%), 6 од 7 на возраст од 35 до 44 години (или 85,7%), 10 од 10 на возраст од 45 до 54 години (или 100%) и 17 од 36 од испитаниците на возраст од 55 до 64 години (или 47,2%) се изјасниле дека не им е потребна помош при користењето на тоалетот.

Со спроведување на Хи-квадрат тестот се добива $p=0,048 < 0,05$ што значи дека **постои статистички значајна разлика** во однос на возраста, односно дека потребата од

помош при користењето на тоалет зависи од возраста на пациентите. Помладите испитаници (25-54 години) покажуваат значително помал процент на потреба за помош, додека постарите групи (55-64 години) имаат повисок процент на испитаници кои се изјасниле дека им е потребна помош при користењето на тоалетот.

Табела број 23. Влијание на типот на мозочниот удар врз потребата од помош за користење на тоалетот.

Прашање		Тип на мозочен удар		Вкупни вредности
		Исхемичен мозочен удар	Хеморагичен мозочен удар	
Дали ви е потребна помош при користењето на тоалетот?	Да	0	6	6
		0,0%	40,0%	10,9%
	Делумно	10	4	14
		25,0%	26,7%	25,5%
	Не	30	5	35
		75,0%	33,3%	63,6%
Вкупни вредности		40	15	55
		100,0%	100,0%	100,0%



Слика број 17. Влијание на типот на мозочниот удар врз потребата од помош за користење на тоалетот.

Според добиените резултати дадени во табела број 23 и слика број 17 во однос на прашањето “Дали ви е потребна помош при користењето на тоалетот?”, од вкупно 55 анкетирани испитаници, 0 од 40 од испитаниците со исхемичен мозочен удар (или 0%) и 6 од 15 од испитаниците со хеморагичен мозочен удар (или 40%) се изјасниле дека им е потребна помош при користењето на тоалетот, додека 10 од 40 од испитаниците со исхемичен мозочен удар (или 25%) и 4 од 15 од испитаниците со хеморагичен мозочен удар (или 26,7%) се изјасниле дека им е потребна делумна помош при користењето на тоалетот, а 30 од 40 со исхемичен мозочен удар (или 75%) и 5 од 15 со хеморагичен мозочен удар (или 33,3%) се изјасниле дека не им е потребна помош при користењето на тоалетот.

Со спроведување на Хи-квадрат тестот се добива $p=0,000<0,05$ што значи дека **постои статистички значајна разлика** во однос на типот на мозочниот удар, односно дека потребната помош на пациентите при користењето на тоалет зависи од типот на мозочниот удар кој го преживеал пациентот. Испитаниците со хеморагичен мозочен удар имаат значително повисок процент на потреба за помош при користењето на тоалетот во споредба со оние со исхемичен мозочен удар.

Табела број 24. Влијание на типот на возраста врз потребата од помош при подготовка и конзумирање на храна.

Прашање		Возраст на испитаниците				Вкупни вредности
		Од 25 до 34 години	Од 35 до 44 години	Од 45 до 54 години	Од 55 до 64 години	
Дали ви е потребна помош при подготовка или консумирање на храна?	Да	0	0	0	1	1
		0,0%	0,0%	0,0%	2,8%	1,8%
	Делумно	1	1	0	19	21
		50,0%	14,3%	0,0%	52,8%	38,2%
	Не	1	6	10	16	33
		50,0%	85,7%	100,0%	44,4%	60,0%
Вкупни вредности		2	7	10	36	55
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Според добиените резултати дадени во табела број 24 во однос на прашањето “Дали ви е потребна помош при подготовка или консумирање на храна?”, од вкупно 55 анкетирани испитаници, 0 од 2 од испитаниците на возраст од 25 до 34 години (или 0%), 0 од 7 испитаници на возраст од 35 до 44 години (или 0%), 0 од 10 на возраст од 45 до 54 години (или 0%) и 1 од 36 од испитаниците на возраст од 55 до 64 години (или 2,8%) се изјасниле дека им е потребна помош при подготовка или консумирање на храна, додека 1 од 2 испитаници на возраст од 25 до 34 години (или 50%), 1 од 7 на возраст од 35 до 44 години (или 14,3%), 0 од 10 на возраст од 45 до 54 години (или 0%) и 19 од 36 од испитаниците на возраст од 55 до 64 години (или 52,8%) се изјасниле дека делумно им е потребна помош при подготовка или консумирање на храна, а на 1 од 2 испитаници на возраст од 25 до 34 години (или 50%), 6 од 7 на возраст од 35 до 44 години (или 85,7%), 10 од 10 на возраст од 45 до 54 години (или 100%) и 16 од 36 од испитаниците на возраст од 55 до 64 години (или 44,4%) се изјасниле дека не им е потребна помош при подготовка или консумирање на храна.

Со спроведување на Хи-квадрат тестот се добива $p=0,054>0,05$ што значи дека не постои статистички значајна разлика во однос на возраста, односно дека потребата од помош при подготовка или консумирање на храна не зависи од возраста на пациентите.

Табела број 25. Влијание на типот на мозочниот удар врз потребата од помош при подготовка и конзумирање на храна.

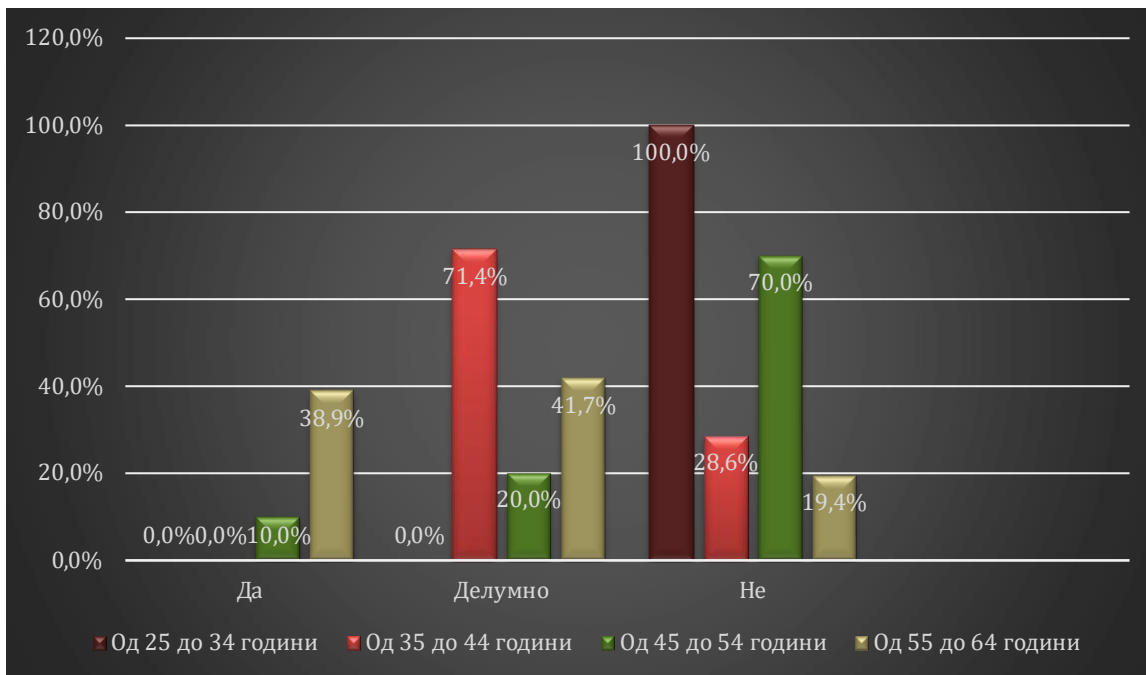
Прашање		Тип на мозочен удар		Вкупни вредности
		Исхемичен мозочен удар	Хеморагичен мозочен удар	
Дали ви е потребна помош при подготовка или консумирање на храна?	Да	0	1	1
		0,0%	6,7%	1,8%
	Делумно	15	6	21
		37,5%	40,0%	38,2%
	Не	25	8	33
		62,5%	53,3%	60,0%
Вкупни вредности		40	15	55
		100,0%	100,0%	100,0%

Според добиените резултати дадени во табела број 25 во однос на прашањето “Дали ви е потребна помош при подготовка или консумирање на храна?”, од вкупно 55 анкетирани испитаници, 0 од 40 од испитаниците со исхемичен мозочен удар (или 0%) и 1 од 15 од испитаниците со хеморагичен мозочен удар (или 6,7%) се изјасниле дека им е потребна помош при подготовка или консумирање на храна, додека 15 од 40 од испитаниците со исхемичен мозочен удар (или 37,5%) и 6 од 15 од испитаниците со хеморагичен мозочен удар (или 40%) се изјасниле дека им е потребна делумна помош при подготовка или консумирање на храна, а 25 од 40 со исхемичен мозочен удар (или 62,5%) и 8 од 15 со хеморагичен мозочен удар (или 53,3%) се изјасниле дека не им е потребна помош при подготовка или консумирање на храна.

Со примена на Хи-квадрат тестот се добива $p=0,242 > 0,05$ што значи дека не постои статистички значајна разлика во однос на типот на мозочниот удар, односно дека потребната помош на пациентите при подготовка или консумирање на храна не зависи од типот на мозочниот удар кој го прележал пациентот.

Табела број 26. Влијанието на возраста врз потребата од помош при облекување.

Прашање		Возраст на испитаниците				Вкупни вредности
		Од 25 до 34 години	Од 35 до 44 години	Од 45 до 54 години	Од 55 до 64 години	
Дали ви е потребна помош при облекување?	Да	0	0	1	14	15
		0,0%	0,0%	10,0%	38,9%	27,3%
	Делумно	0	5	2	15	22
		0,0%	71,4%	20,0%	41,7%	40,0%
	Не	2	2	7	7	18
		100,0%	28,6%	70,0%	19,4%	32,7%
Вкупни вредности		2	7	10	36	55
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%



Слика број 18. Влијанието на возраста врз потребата од помош при облекување.

Според добиените резултати дадени во табела број 26 и слика број 18 во однос на прашањето “Дали ви е потребна помош при облекување?”, од вкупно 55 анкетирани испитаници, 0 од 2 од испитаниците на возраст од 25 до 34 години (или 0%), 0 од 7 на возраст од 35 до 44 години (или 0%), 1 од 10 на возраст од 45 до 54 години (или 10%) и 14 од 36 од испитаниците на возраст од 55 до 64 години (или 38,9%) се изјасниле дека им е потребна помош при облекување, додека 0 од 2 на возраст од 25 до 34 години (или 0%), 5 од 7 на возраст од 35 до 44 години (или 71,4%), 2 од 10 на возраст од 45 до 54 години (или 20%) и 15 од 36 од испитаниците на возраст од 55 до 64 години (или 41,7%) се изјасниле дека делумно им е потребна помош при облекување, а на 2 од 2 на возраст од 25 до 34 години (или 100%), 2 од 7 на возраст од 35 до 44 години (или 28,6%), 7 од 10 на возраст од 45 до 54 години (или 70%) и 7 од 36 од испитаниците на возраст од 55 до 64 години (или 19,4%) се изјасниле дека не им е потребна помош при облекување.

Со примена на Хи-квадрат тестот се добива $p=0,007 < 0,05$ што значи дека **постои статистички значајна разлика** во однос на возраста, односно дека потребата од помош

при облекување зависи од возраста на пациентите. Потребата за помош при облекување е поголема кај постарите групи испитаници, а помалку изразена кај помладите.

Табела број 27. Влијание на типот на мозочниот удар врз потребата од помош при облекување.

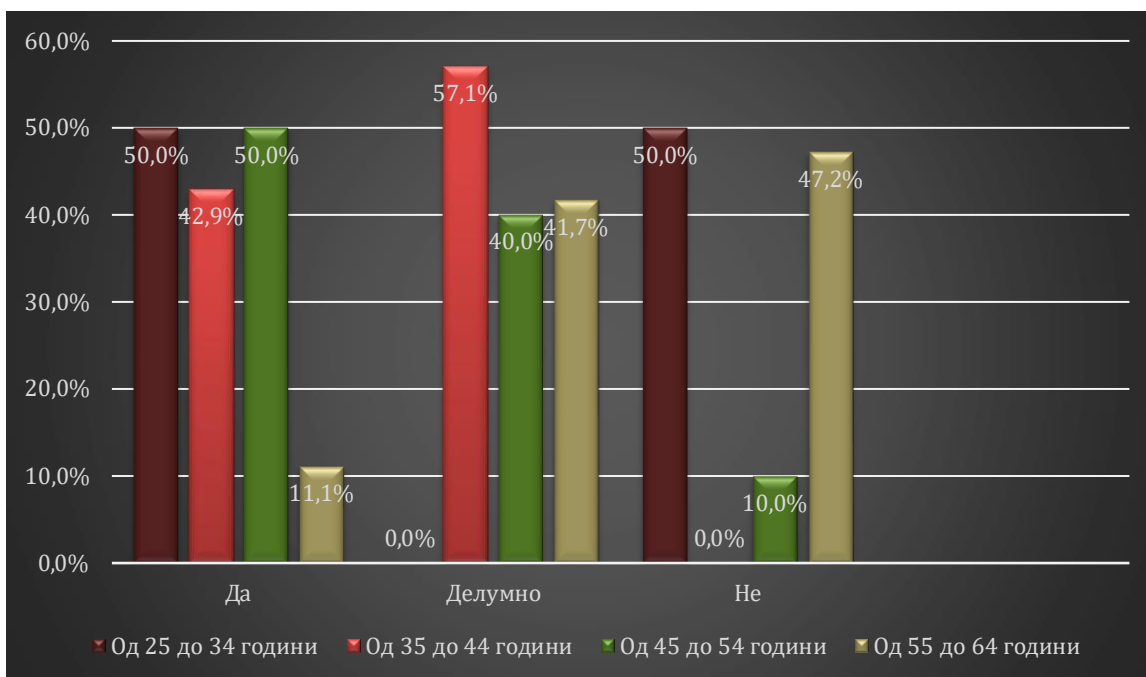
Прашање		Тип на мозочен удар		Вкупни вредности
		Исхемичен мозочен удар	Хеморагичен мозочен удар	
Дали ви е потребна помош при облекување?	Да	8	7	15
		20,0%	46,7%	27,3%
	Делумно	16	6	22
		40,0%	40,0%	40,0%
	Не	16	2	18
		40,0%	13,3%	32,7%
Вкупни вредности		40	15	55
		100,0%	100,0%	100,0%

Според добиените резултати дадени во табела број 27 во однос на прашањето “Дали ви е потребна помош при облекување?”, од вкупно 55 анкетирани испитаници, 8 од 40 од испитаниците со исхемичен мозочен удар (или 20%) и 7 од 15 од испитаниците со хеморагичен мозочен удар (или 46,7%) се изјасниле дека им е потребна помош при облекување, додека 16 од 40 од испитаниците со исхемичен мозочен удар (или 40%) и 6 од 15 од испитаниците со хеморагичен мозочен удар (или 40%) се изјасниле дека им е потребна делумна помош при облекувањето, а 16 од 40 со исхемичен мозочен удар (или 40%) и 2 од 15 со хеморагичен мозочен удар (или 13,3%) се изјасниле дека не им е потребна помош при облекување.

Со примена на Хи-квадрат тестот се добива $p=0,074>0,05$ што значи дека не постои статистички значајна разлика во однос на типот на мозочниот удар, односно дека потребната помош на пациентите при облекување не зависи од типот на мозочниот удар кој го прележал пациентот.

Табела број 28. Влијание на возраста врз можноста за самостојно извршување на обврските во домот.

Прашање		Возраст на испитаниците				Вкупни вредности
		Од 25 до 34 години	Од 35 до 44 години	Од 45 до 54 години	Од 55 до 64 години	
Дали можете самостојно да ги извршувате обврските во вашиот дом?	Да	1	3	5	4	13
		50,0%	42,9%	50,0%	11,1%	23,6%
	Делумно	0	4	4	15	23
		0,0%	57,1%	40,0%	41,7%	41,8%
	Не	1	0	1	17	19
		50,0%	0,0%	10,0%	47,2%	34,5%
Вкупни вредности		2	7	10	36	55
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%



Слика број 19. Влијание на возраста врз можноста за самостојно извршување на обврските во домот.

Според добиените резултати дадени во табела број 28 и слика број 19 во однос на прашањето “Дали можете самостојно да ги извршувате обврските во вашиот дом?”, од вкупно 55 анкетирани испитаници, 1 од 2 од испитаниците на возраст од 25 до 34 години (или 50%), 3 од 7 на возраст од 35 до 44 години (или 42,9%), 5 од 10 на возраст од 45 до 54 години (или 50%) и 4 од 36 од испитаниците на возраст од 55 до 64 години (или 11,1%) се изјасниле дека можат самостојно да ги извршуваат обврските во нивниот дом, додека 0 од 2 на возраст од 25 до 34 години (или 0%), 4 од 7 на возраст од 35 до 44 години (или 57,1%), 4 од 10 на возраст од 45 до 54 години (или 40%) и 15 од 36 од испитаниците на возраст од 55 до 64 години (или 41,7%) се изјасниле дека делумно можат самостојно да ги извршуваат обврските во нивниот дом, а на 1 од 2 на возраст од 25 до 34 години (или 50%), 0 од 7 на возраст од 35 до 44 години (или 0%), 1 од 10 на возраст од 45 до 54 години (или 10%) и 17 од 36 од испитаниците на возраст од 55 до 64 години (или 47,2%) се изјасниле дека не можат самостојно да ги извршуваат обврските во нивниот дом.

Со примена на Хи-квадрат тестот се добива $p=0,027<0,05$ што значи дека **постои статистички значајна разлика** во однос на возраста, односно дека самостојното извршување на обврските во домот зависи од возраста на пациентите. Потребата за помош во извршувањето на домашните обврски е поголема кај постарите испитаници, а помала кај помладите групи.

Табела број 29: Влијание на типот на мозочниот удар врз можноста за самостојно извршување на обврските во домот.

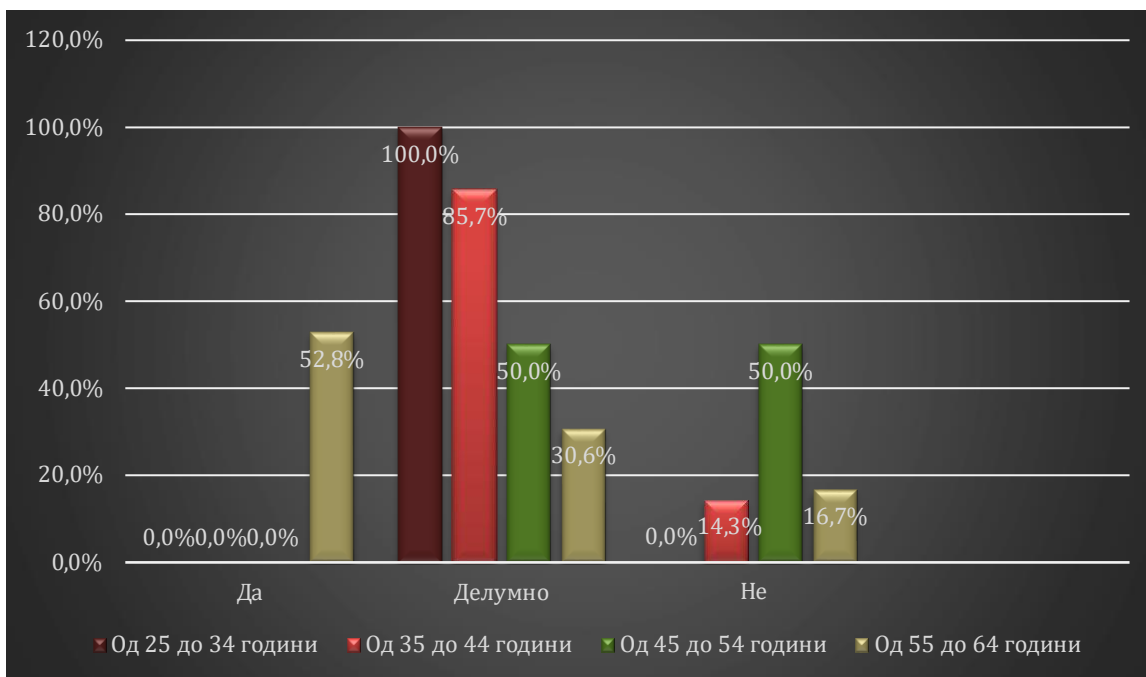
Прашање		Тип на мозочен удар		Вкупни вредности
		Ишемичен мозочен удар	Хеморагичен мозочен удар	
Дали можете самостојно да ги извршувате обврските во вашиот дом?	Да	12	1	13
		30,0%	6,7%	23,6%
	Делумно	16	7	23
		40,0%	46,7%	41,8%
	Не	12	7	19
		30,0%	46,7%	34,5%
Вкупни вредности		40	15	55
		100,0%	100,0%	100,0%

Според добиените резултати дадени во табела број 29 во однос на прашањето “Дали можете самостојно да ги извршувате обврските во вашиот дом?”, од вкупно 55 анкетирани испитаници, 12 од 40 од испитаниците со исхемичен мозочен удар (или 30%) и 1 од 15 од испитаниците со хеморагичен мозочен удар (или 6,7%) се изјасниле дека можат самостојно да ги извршуваат обврските во нивниот дом, додека 16 од 40 од испитаниците со исхемичен мозочен удар (или 40%) и 7 од 15 од испитаниците со хеморагичен мозочен удар (или 46,7%) се изјасниле дека делумно можат да ги извршуваат обврските во нивниот дом, а 12 од 40 со исхемичен мозочен удар (или 30%) и 7 од 15 со хеморагичен мозочен удар (или 46,7%) се изјасниле дека не можат самостојно да ги извршуваат обврските во домот.

Со примена на Хи-квадрат тестот се добива $p=0,173>0,05$ што значи дека не постои статистички значајна разлика во однос на типот на мозочниот удар, односно дека можноста за самостојно извршување на обврските во домот не зависи од типот на мозочниот удар кој го преживеал пациентот.

Табела број 30. Влијание на возраста врз потребата од помош при извршувањето на секојдневни обврски и активности надвор од вашиот дом.

Прашање		Возраст на испитаниците				Вкупни вредности
		Од 25 до 34 години	Од 35 до 44 години	Од 45 до 54 години	Од 55 до 64 години	
Дали ви е потребна помош при извршувањето на секојдневни обврски и активности надвор од вашиот дом?	Да	0	0	0	19	19
		0,0%	0,0%	0,0%	52,8%	34,5%
	Делумно	2	6	5	11	24
		100,0%	85,7%	50,0%	30,6%	43,6%
	Не	0	1	5	6	12
		0,0%	14,3%	50,0%	16,7%	21,8%
Вкупни вредности		2	7	10	36	55
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%



Слика број 20. Влијание на возраста врз потребата од помош при извршувањето на секојдневни обврски и активности надвор од вашиот дом

Според добиените резултати дадени во табела број 30 слика број 20 во однос на прашањето “Дали ви е потребна помош при извршувањето на секојдневни обврски и активности надвор од вашиот дом?”, од вкупно 55 анкетирани испитаници, 0 од 2 испитаниците на возраст од 25 до 34 години (или 0%), 0 од 7 на возраст од 35 до 44 години (или 0%), 0 од 10 на возраст од 45 до 54 години (или 0%) и 19 од 36 од испитаниците на возраст од 55 до 64 години (или 52,8%) се изјасниле дека им е потребна помош при извршувањето на секојдневни обврски и активности надвор од нивниот дом, додека 2 од 2 на возраст од 25 до 34 години (или 100%), 6 од 7 на возраст од 35 до 44 години (или 85,7%), 5 од 10 на возраст од 45 до 54 години (или 50%) и 11 од 36 од испитаниците на возраст од 55 до 64 години (или 30,6%) се изјасниле дека делумно им е потребна помош при извршувањето на секојдневни обврски и активности надвор од нивниот дом, а на ниеден од 2 на возраст од 25 до 34 години (или 0%), 1 од 7 на возраст од 35 до 44 години (или 14,3%), 5 од 10 на возраст од 45 до 54 години (или 50%) и 6 од 36 од испитаниците на возраст од 55 до 64 години (или 16,7%) се изјасниле дека не им е потребна помош при извршувањето на секојдневни обврски и активности надвор од нивниот дом.

Со примена на Хи-квадрат тестот се добива $p=0,002<0,05$ што значи дека **постои статистички значајна разлика** во однос на возраста, односно дека потребата од помош при извршување на секојдневни обврски и активности надвор од домот зависи од возраста на пациентите. Постарите испитаници, особено оние на возраст од 55 до 64 години, имаат поголема потреба од помош во извршувањето на активности надвор од домот во споредба со помладите групи.

Табела број 31. Влијание на типот на мозочниот удар врз потребата од помош при извршувањето на секојдневни обврски и активности надвор од вашиот дом.

Прашање		Тип на мозочен удар		Вкупни вредности
		Исхемичен мозочен удар	Хеморагичен мозочен удар	
Дали ви е потребна помош при извршувањето на секојдневни обврски и активности надвор од вашиот дом?	Да	11	8	19
		27,5%	53,3%	34,5%
	Делумно	19	5	24
		47,5%	33,3%	43,6%
	Не	10	2	12
		25,0%	13,3%	21,8%
Вкупни вредности		40	15	55
		100,0%	100,0%	100,0%

Според добиените резултати дадени во табела број 31 во однос на прашањето “Дали ви е потребна помош при извршувањето на секојдневни обврски и активности надвор од вашиот дом?”, од вкупно 55 анкетирани испитаници, 11 од 40 од испитаниците со исхемичен мозочен удар (или 27,5%) и 8 од 15 од испитаниците со хеморагичен мозочен удар (или 53.3%) се изјасниле дека им е потребна помош при извршувањето на секојдневните обврски и активности надвор од нивниот дом, додека 19 од 40 од испитаниците со исхемичен мозочен удар (или 47,5%) и 5 од 15 од испитаниците со хеморагичен мозочен удар (или 33,3%) се изјасниле дека делумно им е потребна помош при извршувањето на секојдневните обврски и активности надвор од нивниот дом, а 10 од 40 со исхемичен мозочен удар (или 25%) и 2 од 15 со хеморагичен мозочен удар (или

13,3%) се изјасниле дека не им е потребна помош при извршувањето на секојдневните обврски и активности надвор од нивниот дом.

Со примена на Хи-квадрат тестот се добива $p=0,193 > 0,05$ што значи дека не постои статистички значајна разлика во однос на типот на мозочниот удар по 24-то прашање односно дека потребната помош при извршувањето на секојдневните обврски и активности надвор од нивниот дом не зависи од типот на мозочниот удар кој го прележал пациентот.

Табела број 32. Односот на типот на мозочниот удар врз поминувањето на доволно време со пријателите.

Прашање		Тип на мозочен удар		Вкупни вредности
		Исхемичен мозочен удар	Хеморагичен мозочен удар	
Дали поминувате доволно време со вашите пријатели?	Да	2	1	3
		5,0%	6,7%	5,5%
	Делумно	26	7	33
		65,0%	46,7%	60,0%
	Не	12	7	19
		30,0%	46,7%	34,5%
Вкупни вредности		40	15	55
		100,0%	100,0%	100,0%

Според добиените резултати дадени во табела број 32 во однос на прашањето “Дали поминувате доволно време со Вашите пријатели?”, од вкупно 55 анкетирани испитаници, 2 од 40 од испитаниците со исхемичен мозочен удар (или 5%) и 1 од 15 од испитаниците со хеморагичен мозочен удар (или 6,7%) се изјасниле дека поминуваат доволно време со пријателите, додека 26 од 40 од испитаниците со исхемичен мозочен удар (или 65%) и 7 од 15 од испитаниците со хеморагичен мозочен удар (или 46,7%) се изјасниле дека делумно поминуваат доволно време со нивните пријатели, а 12 од 40 со исхемичен мозочен удар (или 30%) и 7 од 15 со хеморагичен мозочен удар (или 46,7%) се изјасниле дека не поминуваат доволно време со нивните пријатели.

Со примена на Хи-квадрат тестот се добива $p=0,462>0,05$ што значи дека не постои статистички значајна разлика во однос на типот на мозочниот удар, односно дека поминувањето доволно време со нивните пријатели не зависи од типот на мозочниот удар кој го преживеале испитаниците.

Табела број 33. Односот на местото на живеење врз поминувањето на доволно време со пријателите.

Прашање		Место на живеење		Вкупни вредности
		Град	Село	
Дали поминувате доволно време со вашите пријатели?	Да	2	1	3
		5,0%	6,7%	5,5%
	Делумно	26	7	33
		65,0%	46,7%	60,0%
	Не	12	7	19
		30,0%	46,7%	34,5%
Вкупни вредности		40	15	55
		100,0%	100,0%	100,0%

Според добиените резултати дадени во табела број 33 во однос на прашањето “Дали поминувате доволно време со вашите пријатели?”, од вкупно 55 анкетирани испитаници, 2 од 40 од испитаниците кои живеат во град (или 5%) и 1 од 15 од испитаниците кои живеат на село (или 6,7%) се изјасниле дека поминуваат доволно време со пријателите, додека 26 од 40 од испитаниците кои живеат во градска средина (или 65%) и 7 од 15 од испитаниците кои живеат во селска средина (или 46,7%) се изјасниле дека делумно поминуваат доволно време со нивните пријатели, а 12 од 40 кои живеат во град (или 30%) и 7 од 15 кои живеат на село (или 46,7%) се изјасниле дека не поминуваат доволно време со нивните пријатели.

Со примена на Хи-квадрат тестот се добива $p=0,462>0,05$ што значи дека не постои статистички значајна разлика во однос на местото на живеење, односно дека поминувањето доволно време со нивните пријатели не зависи од тоа дали испитаникот живее во градска или селска средина.

Табела број 34. Односот на типот на мозочниот удар врз учеството во рекреативни или духовни активности.

Прашање		Тип на мозочен удар		Вкупни вредности
		Исхемичен мозочен удар	Хеморагичен мозочен удар	
Дали учествувате во рекреативни или духовни активности?	Да	2	1	3
		5,0%	6,7%	5,5%
	Делумно	21	4	25
		52,5%	26,7%	45,5%
	Не	17	10	27
		42,5%	66,7%	49,1%
Вкупни вредности		40	15	55
		100,0%	100,0%	100,0%

Според добиените резултати дадени во табела број 34 во однос на прашањето “Дали учествувате во рекреативни или духовни активности?”, од вкупно 55 анкетирани испитаници, 2 од 40 од испитаниците со исхемичен мозочен удар (или 5%) и 1 од 15 од испитаниците со хеморагичен мозочен удар (или 6,7%) се изјасниле дека учествуваат во рекреативни или духовни активности, додека 21 од 40 од испитаниците со исхемичен мозочен удар (или 52,5%) и 4 од 15 од испитаниците со хеморагичен мозочен удар (или 26,7%) се изјасниле дека делумно учествуваат во рекреативни или духовни активности, а 17 од 40 со исхемичен мозочен удар (или 42,5%) и 10 од 15 со хеморагичен мозочен удар (или 66,7%) се изјасниле дека не учествуваат во рекреативни или духовни активности.

Со Хи-квадрат тестот се добива $p=0,228>0,05$ што значи дека не постои статистички значајна разлика во однос на типот на мозочниот удар, односно дека учествувањето во рекреативни или духовни активности на пациентите не зависи од типот на мозочниот удар кој тие го имале (исхемичен или хеморагичен).

Табела број 35. Односот на местото на живеење врз учеството во рекреативни или духовни активности.

Прашање		Место на живеење		Вкупни вредности
		Град	Село	
Дали учествувате во рекреативни или духовни активности?	Да	2	1	3
		5,0%	6,7%	5,5%
	Делумно	17	8	25
		42,5%	53,3%	45,5%
	Не	21	6	27
		52,5%	40,0%	49,1%
Вкупни вредности		40	15	55
		100,0%	100,0%	100,0%

Според добиените резултати дадени во табела број 35 во однос на прашањето “Дали учествувате во рекреативни или духовни активности?”, од вкупно 55 анкетирани испитаници, 2 од 40 од испитаниците кои живеат во град (или 5%) и 1 од 15 од испитаниците кои живеат на село (или 6,7%) се изјасниле дека учествуваат во рекреативни или духовни активности, додека 17 од 40 од испитаниците од градска средина (или 42,5%) и 8 од 15 од испитаниците од селска средина (или 53,3%) се изјасниле дека делумно учествуваат во рекреативни или духовни активности, а 21 од 40 од град (или 52,5%) и 6 од 15 од село (или 40%) се изјасниле дека не учествуваат во рекреативни или духовни активности.

Со примена на Хи-квадрат тестот се добива $p=0,710>0,05$ што значи дека не постои статистички значајна разлика во однос на местото на живеење, односно дека учествувањето во рекреативни или духовни активности на пациентите не зависи од тоа дали живеат во селска или градска средина.

Табела број 36. Влијание на полот врз појавата на промени во психичката состојба.

Прашање		Пол на испитаниците		Вкупни вредности
		Машки	Женски	
Дали по мозочниот удар забележувате промени во вашата психичка состојба, како што се тешкотии со концентрација, депресија, анксиозност или промена во расположението?	Да	14	10	24
		40,0%	50,0%	43,6%
	Делумно	18	9	27
		51,4%	45,0%	49,1%
	Не	3	1	4
		8,6%	5,0%	7,3%
Вкупни вредности		35	20	55
		100,0%	100,0%	100,0%

Според добиените резултати дадени во табела број 36 во однос на прашањето “Дали по мозочниот удар забележувате промени во вашата психичка состојба, како што се тешкотии со концентрација, депресија, анксиозност или промени во расположението?”, од вкупно 55 анкетирани испитаници, 14 од 35 од испитаниците од машкиот пол (или 40%) и 10 од 20 од испитаниците од женски пол (или 50%) се изјасниле дека по мозочниот удар забележуваат промени во психичката состојба, како што се тешкотии со концентрација, депресија, анксиозност или промени во расположението, додека 18 од 35 од испитаниците од машкиот пол (или 51,4%) и 9 од 20 од испитаниците од женски пол (или 45%) се изјасниле дека по мозочниот удар делумно забележуваат промени во нивната психичка состојба, а 3 од 35 од машки пол (или 8,6%) и 1 од 20 од женски пол (или 5%) се изјасниле дека по мозочниот удар не забележуваат промени во психичката состојба односно тешкотии со концентрација, депресија, анксиозност или промени во расположението.

Со примена на Хи-квадрат тестот се добива $p=0,733 > 0,05$ што значи дека не постои статистички значајна разлика во однос на полот, односно дека пациентите од машки пол по мозочниот удар приближно еднакво забележуваат промени во психичката состојба односно тешкотии со концентрација, депресија, анксиозност или промени во расположението како и пациентите од женски пол.

Табела број 37. Влијание на типот на мозочен удар врз појавата на промени во психичката состојба.

Прашање		Тип на мозочен удар		Вкупни вредности
		Исхемичен мозочен удар	Хеморагичен мозочен удар	
Дали по мозочниот удар забележувате промени во вашата психичка состојба, како што се тешкотии со концентрација, депресија, анксиозност или промени во расположението?	Да	15	9	24
		37,5%	60,0%	43,6%
	Делумно	22	5	27
		55,0%	33,3%	49,1%
	Не	3	1	4
		7,5%	6,7%	7,3%
Вкупни вредности		40	15	55
		100,0%	100,0%	100,0%

Според добиените резултати дадени во табела број 37 во однос на прашањето “Дали по мозочниот удар забележувате промени во вашата психичка состојба, како што се тешкотии со концентрација, депресија, анксиозност или промени во расположението?”, од вкупно 55 анкетирани испитаници, 15 од 40 од испитаниците со исхемичен мозочен удар (или 37,5%) и 9 од 15 од испитаниците со хеморагичен мозочен удар (или 60%) се изјасниле дека забележуваат промени во психичката состојба, како што се тешкотии со концентрација, депресија, анксиозност или промени во расположението, додека 22 од 40 од испитаниците со исхемичен мозочен удар (или 55%) и 5 од 15 од испитаниците со хеморагичен мозочен удар (или 33,3%) се изјасниле дека делумно забележуваат промени во психичката состојба, а 3 од 40 со исхемичен мозочен удар (или 7,5%) и 1 од 15 со хеморагичен мозочен удар (или 6,7%) се изјасниле дека не забележуваат промени во нивната психичка состојба, како што се тешкотии со концентрација, депресија, анксиозност или промени во расположението.

Со примена на Хи-квадрат тестот се добива $p=0,314 > 0,05$ што значи дека не постои статистички значајна разлика во однос на типот на мозочниот удар, односно дека промената во психичката состојба на пациентите (тешкотии со концентрација, депресија,

анксиозност или промени во расположението) не зависи од типот на мозочниот удар кој тие го имале (исхемичен или хеморагичен).

Табела број 38. Влијание на полот врз појавата на проблеми со памтењето информации.

Прашање		Пол на испитаниците		Вкупни вредности
		Машки	Женски	
Дали имате проблеми со памтењето информации?	Да	6	4	10
		17,1%	20,0%	18,2%
	Делумно	21	12	33
		60,0%	60,0%	60,0%
	Не	8	4	12
		22,9%	20,0%	21,8%
Вкупни вредности		35	20	55
		100,0%	100,0%	100,0%

Според добиените резултати дадени во табела број 38 во однос на прашањето “Дали имате проблеми со памтењето информации?”, од вкупно 55 анкетирани испитаници, 6 од 35 од испитаниците од машкиот пол (или 17,1%) и 4 од 20 од испитаниците од женски пол (или 20%) се изјасниле дека имаат проблеми со памтењето информации, додека 21 од 35 од испитаниците од машкиот пол (или 60%) и 12 од 20 од испитаниците од женски пол (или 60%) се изјасниле дека делумно имаат проблеми со памтењето информации, а 8 од 35 од машки пол (или 22,9%) и 4 од 20 од женски пол (или 20%) се изјасниле дека немаат проблеми со памтењето информации.

Со примена на Хи-квадрат тестот се добива $p=0,949>0,05$ што значи дека не постои статистички значајна разлика во однос на полот, односно дека пациентите од машки пол по мозочниот удар имаат приближно еднакви проблеми со памтењето информации како и пациентите од женски пол.

Табела број 39. Влијание на типот на мозочен удар врз појавата на проблеми со памтењето информации.

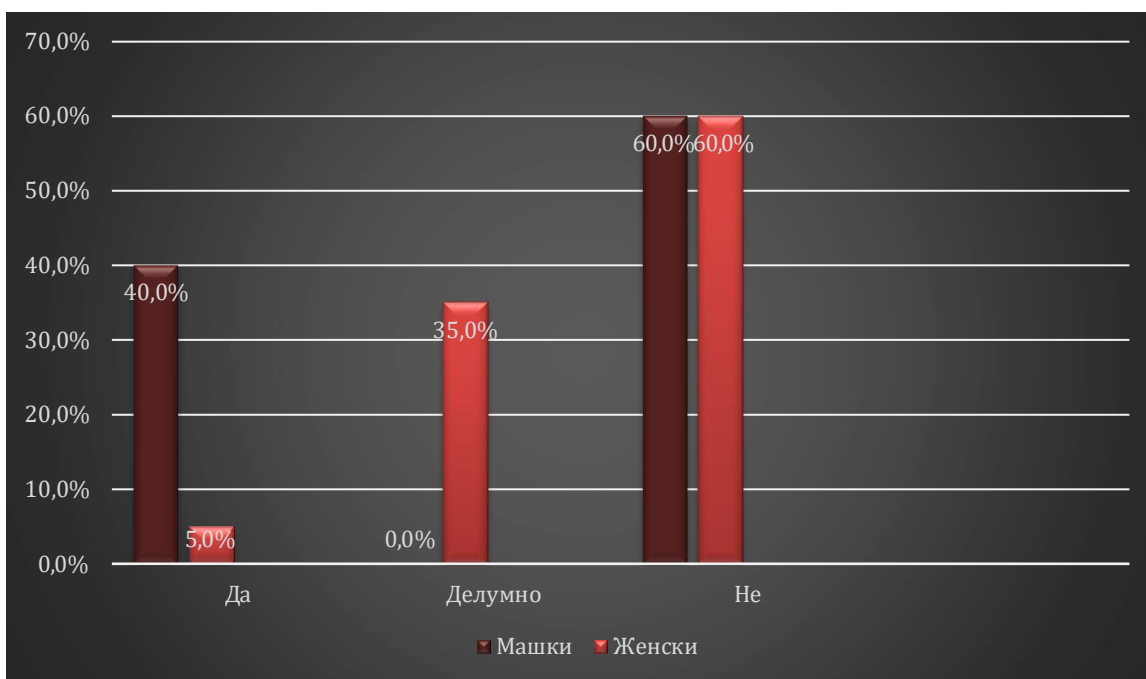
Прашање		Тип на мозочен удар		Вкупни вредности
		Исхемичен мозочен удар	Хеморагичен мозочен удар	
Дали имате проблеми со памтењето информации?	Да	5	5	10
		12,5%	33,3%	18,2%
	Делумно	24	9	33
		60,0%	60,0%	60,0%
	Не	11	1	12
		27,5%	6,7%	21,8%
Вкупни вредности		40	15	55
		100,0%	100,0%	100,0%

Според добиените резултати дадени во табела број 39 во однос на прашањето “Дали имате проблеми со памтењето информации?”, од вкупно 55 анкетирани испитаници, 5 од 40 од испитаниците со исхемичен мозочен удар (или 12,5%) и 5 од 15 од испитаниците со хеморагичен мозочен удар (или 33,3%) се изјасниле дека имаат проблеми со памтењето информации, додека 24 од 40 од испитаниците со исхемичен мозочен удар (или 60%) и 9 од 15 од испитаниците со хеморагичен мозочен удар (или 60%) се изјасниле дека делумно имаат проблеми со памтењето информации, а 11 од 40 со исхемичен мозочен удар (или 27,5%) и 1 од 15 со хеморагичен мозочен удар (или 6,7%) се изјасниле дека немаат проблеми со памтењето информации.

Со примена на Хи-квадрат тестот се добива $p=0,092>0,05$ што значи дека не постои статистички значајна разлика во однос на типот на мозочниот удар, односно дека проблеми со памтењето информации имаат пациентите независно кој тип на мозочниот удар го имале (исхемичен или хеморагичен).

Табела број 40. Влијание на полот врз чувството на оптимизам за професионалниот реинтеграциски процес.

Прашање		Пол на испитаниците		Вкупни вредности
		Машки	Женски	
Дали чувствувате оптимизам во целокупниот реинтеграциски процес на вашите професионални активности?	Да	14	1	15
		40,0%	5,0%	27,3%
	Делумно	0	7	7
		0,0%	35,0%	12,7%
	Не	21	12	33
		60,0%	60,0%	60,0%
Вкупни вредности		35	20	55
		100,0%	100,0%	100,0%



Слика број 21. Влијание на полот врз чувството на оптимизам за професионалниот реинтеграциски процес.

Според добиените резултати дадени во табела број 40 и слика број 21 во однос на прашањето “Дали чувствувате оптимизам во целокупниот реинтеграциски процес на

вашите професионални активности?”, од вкупно 55 анкетирани испитаници, 14 од 35 од испитаниците од машкиот пол (или 40%) и 1 од 20 од испитаниците од женски пол (или 5%) се изјасниле дека чувствуваат оптимизам во целокупниот реинтеграциски процес на нивните професионални активности, додека ниеден од 35 од испитаниците од машкиот пол (или 0%) и 7 од 20 од испитаниците од женски пол (или 35%) се изјасниле дека делумно чувствуваат оптимизам во целокупниот реинтеграциски процес на нивните професионални активности, а 21 од 35 од машки пол (или 60%) и 12 од 20 од женски пол (или 60%) се изјасниле дека не чувствуваат оптимизам во целокупниот реинтеграциски процес на нивните професионални активности.

Со примена на Хи-квадрат тестот се добива $p=0,000<0,05$ што значи дека постои статистички значајна разлика во однос на полот, односно дека чувството за оптимизам во целокупниот реинтеграциски процес на нивните професионални активности се разликува во зависност од полот. Испитаниците од машкиот пол имаат поголем процент на оптимизам во процесот на реинтеграција на работните активности во споредба со испитаниците од женски пол.

Табела број 41. Влијание на типот на мозочен удар врз чувството на оптимизам за професионалниот реинтеграциски процес.

Прашање		Тип на мозочен удар		Вкупни вредности
		Исхемичен мозочен удар	Хеморагичен мозочен удар	
Дали чувствувате оптимизам во целокупниот реинтеграциски процес на вашите професионални активности?	Да	13	2	15
		32,5%	13,3%	27,3%
	Делумно	5	2	7
		12,5%	13,3%	12,7%
	Не	22	11	33
		55,0%	73,3%	60,0%
Вкупни вредности		40	15	55
		100,0%	100,0%	100,0%

Според добиените резултати дадени во табела број 41 во однос на прашањето “Дали чувствувате оптимизам во целокупниот реинтеграциски процес на вашите професионални активности?”, од вкупно 55 анкетирани испитаници, 13 од 40 од испитаниците со исхемичен мозочен удар (или 32,5%) и 2 од 15 од испитаниците со хеморагичен мозочен удар (или 13,3%) се изјасниле дека чувствуваат оптимизам во целокупниот реинтеграциски процес на нивните професионални активности, додека 5 од 40 од испитаниците со исхемичен мозочен удар (или 12,5%) и 2 од 15 од испитаниците со хеморагичен мозочен удар (или 13,3%) се изјасниле дека делумно чувствуваат оптимизам во целокупниот реинтеграциски процес на нивните професионални активности, а 22 од 40 со исхемичен мозочен удар (или 55%) и 11 од 15 со хеморагичен мозочен удар (или 73,3%) се изјасниле дека не чувствуваат оптимизам во целокупниот реинтеграциски процес на нивните професионални активности.

Со примена на Хи-квадрат тестот се добива $p=0,352>0,05$ што значи дека не постои статистички значајна разлика во однос на типот на мозочниот удар, односно дека чувството за оптимизам во целокупниот реинтеграциски процес на нивните професионални активности немаат пациентите независно кој тип на мозочен удар го имале (исхемичен или хеморагичен).

Табела број 42. Влијание на полот врз појавата на тешкотии или пречки во процесот на враќање и прилагодување на вашето работно место.

Прашање		Пол на испитаниците		Вкупни вредности
		Машки	Женски	
Дали се соочувате со тешкотии или пречки во процесот на враќање и прилагодување на вашето работно место?	Да	25	13	38
		71,4%	65,0%	69,1%
	Делумно	2	4	6
		5,7%	20,0%	10,9%
	Не	8	3	11
		22,9%	15,0%	20,0%
Вкупни вредности		35	20	55
		100,0%	100,0%	100,0%

Според добиените резултати дадени во табела број 42 во однос на прашањето “Дали се соочувате со тешкотии или пречки во процесот на враќање и прилагодување на вашето

работно место?”, од вкупно 55 анкетирани испитаници, 25 од 35 од испитаниците од машкиот пол (или 71,4%) и 13 од 20 од испитаниците од женски пол (или 65%) се изјасниле дека се соочуваат со тешкотии или пречки во процесот на враќање и прилагодување на нивното работно време, додека 2 од 35 од испитаниците од машкиот пол (или 5,7%) и 4 од 20 од испитаниците од женски пол (или 20%) се изјасниле дека делумно се соочуваат со тешкотии или пречки во процесот на враќање и прилагодување на работното време, а 8 од 35 од машки пол (или 22,9%) и 3 од 20 од женски пол (или 15%) се изјасниле дека не се соочуваат со тешкотии или пречки во процесот на враќање и прилагодување на работното време.

Со примена на Хи-квадрат тестот се добива $p=0,241 > 0,05$ што значи дека не постои статистички значајна разлика во однос на полот, односно дека соочувањето со тешкотиите или пречките во процесот на враќање и прилагодување на работното време не зависи од полот на пациентот.

Табела број 43. Влијание на типот на мозочен удар врз појавата на тешкотии или пречки во процесот на враќање и прилагодување на вашето работно место.

Прашање		Тип на мозочен удар		Вкупни вредности
		Исхемичен мозочен удар	Хеморагичен мозочен удар	
Дали се соочувате со тешкотии или пречки во процесот на враќање и прилагодување на вашето работно време?	Да	28	10	38
		70,0%	66,7%	69,1%
	Делумно	5	1	6
		12,5%	6,7%	10,9%
	Не	7	4	11
		17,5%	26,7%	20,0%
Вкупни вредности		40	15	55
		100,0%	100,0%	100,0%

Според добиените резултати дадени во табела број 43 во однос на прашањето “Дали се соочувате со тешкотии или пречки во процесот на враќање и прилагодување на вашето работно место?”, од вкупно 55 анкетирани испитаници, 28 од 40 од испитаниците со

исхемичен мозочен удар (или 70%) и 10 од 15 од испитаниците со хеморагичен мозочен удар (или 66,7%) се изјасниле дека се соочуваат со тешкотии или пречки во процесот на враќање и прилагодување на нивното работно време, додека 5 од 40 од испитаниците со исхемичен мозочен удар (или 12,5%) и 1 од 15 од испитаниците со хеморагичен мозочен удар (или 6,7%) се изјасниле дека делумно се соочуваат со тешкотии или пречки во процесот на враќање и прилагодување на нивното работно време, а 7 од 40 со исхемичен мозочен удар (или 17,5%) и 4 од 15 со хеморагичен мозочен удар (или 26,7%) се изјасниле дека не се соочуваат со тешкотии или пречки во процесот на враќање и прилагодување на нивното работно време.

Со примена на Хи-квадрат тестот се добива $p=0,665>0,05$ што значи дека не постои статистички значајна разлика во однос на типот на мозочниот удар, односно дека соочувањето со тешкотии или пречки во процесот на враќање и прилагодување на работното време не зависи од типот на мозочниот удар (исхемичен или хеморагичен).

Табела број 44. Влијание на полот врз прилагодување на професионалните активности и работната средина по прележан мозочен удар.

Прашање		Пол на испитаниците		Вкупни вредности
		Машки	Женски	
Дали вашите професионални активности и работната средина се модифицирани за да одговараат на вашите потреби по прележаниот мозочен удар	Да	17	5	22
		48,6%	25,0%	40,0%
	Делумно	2	2	4
		5,7%	10,0%	7,3%
	Не	16	13	29
		45,7%	65,0%	52,7%
Вкупни вредности		35	20	55
		100,0%	100,0%	100,0%

Според добиените резултати дадени во табела број 44 во однос на прашањето “Дали вашите професионални активности и работната средина се модифицирани за да одговараат на вашите потреби по прележаниот мозочен удар?”, од вкупно 55 анкетирани испитаници, 17 од 35 од испитаниците од машкиот пол (или 48,6%) и 5 од 20 од испитаниците од женски пол (или 25%) се изјасниле дека нивните професионални

активности и работната средина се модифицирани за да одговараат на нивните потреби по прележаниот мозочен удар, додека 2 од 35 од испитаниците од машкиот пол (или 5,7%) и 2 од 20 од испитаниците од женски пол (или 10%) се изјасниле дека делумно нивните професионални активности и работната средина се модифицирани за да одговараат на нивните потреби, а 16 од 35 од машки пол (или 45,7%) и 13 од 20 од женски пол (или 65%) се изјасниле дека нивните професионални активности и работната средина не се модифицирани за да одговараат на нивните потреби по прележаниот мозочен удар.

Со примена на Хи-квадрат тестот се добива $p=0,225>0,05$ што значи дека не постои статистички значајна разлика во однос на полот, односно дека модифицирањето на професионалните активности и работната средина за да одговараат на потребите на пациентите по прележаниот мозочен удар не зависи од полот на пациентите.

Табела број 45. Влијание на типот на мозочен удар врз прилагодување на професионалните активности и работната средина по прележан мозочен удар.

Прашање		Тип на мозочен удар		Вкупни вредности
		Исхемичен мозочен удар	Хеморагичен мозочен удар	
Дали вашите професионални активности и работната средина се модифицирани за да одговараат на вашите потреби по прележаниот мозочен удар?	Да	18	4	22
		45,0%	26,7%	40,0%
	Делумно	4	0	4
		10,0%	0,0%	7,3%
	Не	18	11	29
		45,0%	73,3%	52,7%
Вкупни вредности		40	15	55
		100,0%	100,0%	100,0%

Според добиените резултати дадени во табела број 45 во однос на прашањето “Дали вашите професионални активности и работната средина се модифицирани за да одговараат на вашите потреби по прележаниот мозочен удар?”, од вкупно 55 анкетирани испитаници, 18 од 40 од испитаниците со исхемичен мозочен удар (или 45%) и 4 од 15 од

испитаниците со хеморагичен мозочен удар (или 26,7%) се изјасниле дека нивните професионални активности и работната средина се модифицирани за да одговараат на нивните потреби по прележаниот мозочен удар, додека 4 од 40 од испитаниците со исхемичен мозочен удар (или 10%) и ниеден од 15 од испитаниците со хеморагичен мозочен удар (или 0%) се изјасниле дека нивните професионални активности и работната средина се делумно модифицирани за да одговараат на нивните потреби по прележаниот мозочен удар, а 18 од 40 со исхемичен мозочен удар (или 45%) и 11 од 15 со хеморагичен мозочен удар (или 73,3%) се изјасниле дека нивните професионални активности и работната средина не се модифицирани за да одговараат на нивните потреби по прележаниот мозочен удар.

Со Хи-квадрат тестот се добива $p=0,130>0,05$ што значи дека не постои статистички значајна разлика во однос на типот на мозочниот удар, односно дека модифицирањето на професионалните активности и работната средина за да одговараат на потребите на пациентите по прележаниот мозочен удар не зависи од типот на мозочниот удар кој тие го имале (исхемичен или хеморагичен).

Табела број 46. Влијание на преживеаниот мозочен удар врз можноста за професионален напредок во кариерата според полот.

Прашање		Пол на испитаниците		Вкупни вредности
		Машки	Женски	
Дали преживеаниот мозочен удар влијае на можноста за професионален напредок во кариерата?	Да	22	8	30
		62,9%	40,0%	54,5%
	Делумно	10	10	20
		28,6%	50,0%	36,4%
	Не	3	2	5
		8,6%	10,0%	9,1%
Вкупни вредности		35	20	55
		100,0%	100,0%	100,0%

Според добиените резултати дадени во табела број 46 во однос на прашањето “Дали преживеаниот мозочен удар влијае на можноста за професионален напредок во кариерата?”, од вкупно 55 анкетирани испитаници, 22 од 35 од испитаниците од машкиот

пол (или 62,9%) и 8 од 20 од испитаниците од женски пол (или 40%) се изјасниле дека преживеаниот мозочен удар им влијае на можноста за професионален напредок во кариерата, додека 10 од 35 од испитаниците од машкиот пол (или 28,6%) и 10 од 20 од испитаниците од женски пол (или 50%) се изјасниле дека преживеаниот мозочен удар делумно им влијае на можноста за професионален напредок во кариерата, а 3 од 35 од машки пол (или 8,6%) и 2 од 20 од женски пол (или 10%) се изјасниле дека преживеаниот мозочен удар не им влијае на можноста за професионален напредок во кариерата.

Со примена на Хи-квадрат тестот се добива $p=0,240>0,05$ што значи дека не постои статистички значајна разлика во однос на полот, односно дека влијанието на преживеаниот мозочен удар врз можноста за професионален напредок во кариерата не зависи од полот на пациентот.

Табела број 47. Влијание на типот на преживеаниот мозочен удар врз можноста за професионален напредок.

Прашање		Тип на мозочен удар		
		Исхемичен мозочен удар	Хеморагичен мозочен удар	Вкупни вредности
Дали преживеаниот мозочен удар влијае на можноста за професионален напредок во кариерата?	Да	23	7	30
		57,5%	46,7%	54,5%
	Делумно	14	6	20
		35,0%	40,0%	36,4%
	Не	3	2	5
		7,5%	13,3%	9,1%
Вкупни вредности		40	15	55
		100,0%	100,0%	100,0%

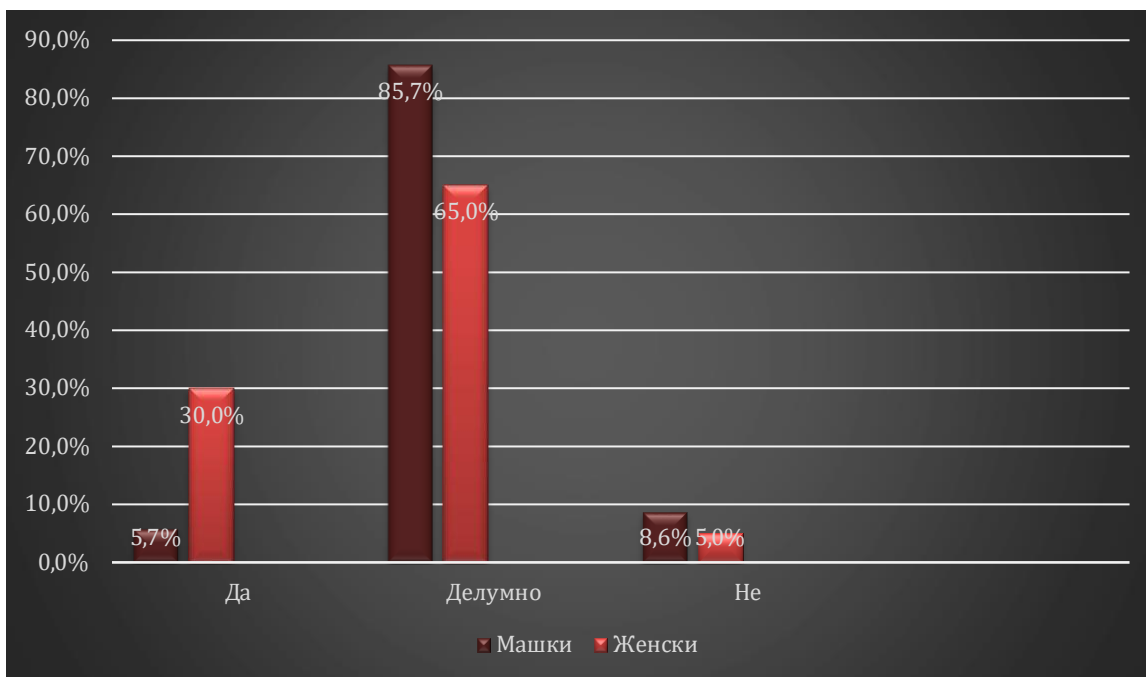
Според добиените резултати дадени во табела број 47 во однос на прашањето “Дали преживеаниот мозочен удар влијае на можноста за професионален напредок во кариерата?”, од вкупно 55 анкетирани испитаници, 23 од 40 од испитаниците со исхемичен мозочен удар (или 57,5%) и 7 од 15 од испитаниците со хеморагичен мозочен удар (или 46,7%) се изјасниле дека преживеаниот мозочен удар им влијае на можноста за професионален напредок во кариерата, додека 14 од 40 од испитаниците со исхемичен

мозочен удар (или 35%) и 6 од 15 од испитаниците со хеморагичен мозочен удар (или 40%) се изјасниле дека преживеаниот мозочен удар делумно им влијае на можноста за професионален напредок во кариерата, а 3 од 40 со исхемичен мозочен удар (или 7,5%) и 2 од 15 со хеморагичен мозочен удар (или 13,3%) се изјасниле дека преживеаниот мозочен удар не им влијае на можноста за професионален напредок во кариерата.

Со примена на Хи-квадрат тестот се добива $p=0,698>0,05$ што значи дека не постои статистички значајна разлика во однос на типот на мозочниот удар, односно дека влијанието на преживеаниот мозочен удар врз можноста за професионален напредок во кариерата не зависи од типот на мозочниот удар кој го имал пациентот (исхемичен или хеморагичен).

Табела број 48. Влијание на полот врз можноста за целосно да ги извршите професионалните задачи поради физичките попречености.

Прашање		Пол на испитаниците		Вкупни вредности
		Машки	Женски	
Дали можете целосно да ги извршите своите професионални задачи поради физичките попречености (моторните нарушувања)?	Да	2	6	8
		5,7%	30,0%	14,5%
	Делумно	30	13	43
		85,7%	65,0%	78,2%
	Не	3	1	4
		8,6%	5,0%	7,3%
Вкупни вредности		35	20	55
		100,0%	100,0%	100,0%



Слика број 22. Влијание на полот врз можноста за целосно да ги извршите професионалните задачи поради физичките попречености.

Според добиените резултати дадени во табела број 48 и слика број 22 во однос на прашањето “Дали можете целосно да ги извршите своите професионални задачи поради физичките попречености (моторните нарушувања)?”, од вкупно 55 анкетирани испитаници, 2 од 35 од испитаниците од машкиот пол (или 5,7%) и 6 од 20 од испитаниците од женски пол (или 30%) се изјасниле дека можат целосно да ги извршуваат нивните професионални задачи поради физичките попречености (моторните нарушувања), додека 30 од 35 од испитаниците од машкиот пол (или 85,7%) и 13 од 20 од испитаниците од женски пол (или 65%) се изјасниле дека делумно можат да ги извршуваат нивните професионални задачи поради физичките попречености (моторните нарушувања), а 3 од 35 од машки пол (или 8,6%) и 1 од 20 од женски пол (или 5%) се изјасниле дека не можат целосно да ги извршуваат нивните професионални задачи поради физичките попречености.

Со примена на Хи-квадрат тестот се добива $p=0,048<0,05$ што значи дека **постои статистички значајна разлика** во однос на полот, односно дека можноста за целосно извршување на своите професионални задачи поради физичките попречености (моторните

нарушувања) зависат од полот на пациентот. Испитаниците од машкиот пол во поголем процент можат делумно да ги извршуваат своите задачи во споредба со испитаниците од женски пол.

Табела број 49. Влијание на типот на мозочен удар врз можноста за целосно извршување професионални задачи поради појавата на физичките попречености.

Прашање		Тип на мозочен удар		Вкупни вредности
		Исхемичен мозочен удар	Хеморагичен мозочен удар	
Дали можете целосно да ги извршите своите професионални задачи поради физичките попречености (моторните нарушувања)?	Да	8	0	8
		20,0%	0,0%	14,5%
	Делумно	30	13	43
		75,0%	86,7%	78,2%
	Не	2	2	4
		5,0%	13,3%	7,3%
Вкупни вредности		40	15	55
		100,0%	100,0%	100,0%

Според добиените резултати дадени во табела број 49 во однос на прашањето “Дали можете целосно да ги извршите своите професионални задачи поради физичките попречености (моторните нарушувања)?”, од вкупно 55 анкетирани испитаници, 8 од 40 од испитаниците со исхемичен мозочен удар (или 20%) и 0 од 15 од испитаниците со хеморагичен мозочен удар (или 0%) се изјасниле дека можат целосно да ги извршуваат нивните професионални задачи поради физичките попречености (моторните нарушувања), додека 30 од 40 од испитаниците со исхемичен мозочен удар (или 75%) и 13 од 15 од испитаниците со хеморагичен мозочен удар (или 86,7%) се изјасниле дека делумно можат да ги извршуваат нивните професионални задачи поради физичките попречености, а 2 од 40 со исхемичен мозочен удар (или 5%) и 2 од 15 со хеморагичен мозочен удар (или 13,3%) се изјасниле дека не можат целосно да ги извршуваат нивните професионални задачи поради физичките попречености (моторните нарушувања).

Со примена на Хи-квадрат тестот се добива $p=0,1210 > 0,05$ што значи дека не постои статистички значајна разлика во однос на типот на мозочниот удар, односно дека

можноста целосно да ги извршуваат нивните професионални задачи поради физичките попречености (моторните нарушувања) не зависи од типот на мозочен удар.

Табела број 50. Влијание на емоционалната благосостојба врз извршувањето на професионалните задачи според пол.

Прашање		Пол на испитаниците		Вкупни вредности
		Машки	Женски	
Дали вашата емоционална состојба (анксиозност, депресја, несигурност) ви пречи во извршувањето на професионалните задачи?	Да	21	12	33
		60,0%	60,0%	60,0%
	Делумно	10	6	16
		28,6%	30,0%	29,1%
	Не	4	2	6
		11,4%	10,0%	10,9%
Вкупни вредности		35	20	55
		100,0%	100,0%	100,0%

Според добиените резултати дадени во табела број 50 во однос на прашањето “Дали вашата емоционална благосостојба (анксиозност, депресја, несигурност) ви пречи во извршувањето на професионалните задачи?”, од вкупно 55 анкетирани испитаници, 21 од 35 од испитаниците од машкиот пол (или 60%) и 12 од 20 од испитаниците од женски пол (или 60%) се изјасниле дека нивната емоционална состојба (анксиозност, депресја, несигурност) им пречи во извршувањето на професионалните задачи, додека 10 од 35 од испитаниците од машкиот пол (или 28,6%) и 6 од 20 од испитаниците од женски пол (или 30%) се изјасниле дека делумно нивната емоционална состојба им пречи во извршувањето на професионалните задачи, а 4 од 35 од машки пол (или 11,4%) и 2 од 20 од женски пол (или 10%) се изјасниле дека нивната емоционална состојба не им пречи во извршувањето на професионалните задачи.

Со примена на Хи-квадрат тестот се добива $p=0,984 > 0,05$ што значи дека не постои статистички значајна разлика во однос на полот, односно дека влијанието на емоционалната состојба (анксиозност, депресја, несигурност) во извршувањето на професионалните задачи не зависи од полот на пациентот.

Табела број 51. Влијание на емоционалната благосостојба врз извршувањето на професионалните задачи според пол.

Прашање		Тип на мозочен удар		Вкупни вредности
		Исхемичен мозочен удар	Хеморагичен мозочен удар	
Дали вашата емоционална благосостојба (анксиозност, депресја, несигурност) ви пречи во извршувањето на професионалните задачи?	Да	22	11	33
		55,0%	73,3%	60,0%
	Делумно	13	3	16
		32,5%	20,0%	29,1%
	Не	5	1	6
		12,5%	6,7%	10,9%
Вкупни вредности		40	15	55
		100,0%	100,0%	100,0%

Според добиените резултати дадени во табела број 51 во однос на прашањето “Дали вашата емоционална состојба (анксиозност, депресја, несигурност) ви пречи во извршувањето на професионалните задачи?”, од вкупно 55 анкетирани испитаници, 22 од 40 од испитаниците со исхемичен мозочен удар (или 55%) и 11 од 15 од испитаниците со хеморагичен мозочен удар (или 73,3%) се изјасниле дека нивната емоционална состојба (анксиозност, депресја, несигурност) им пречи во извршувањето на професионалните задачи, додека 13 од 40 од испитаниците со исхемичен мозочен удар (или 32,5%) и 3 од 15 од испитаниците со хеморагичен мозочен удар (или 32,5%) се изјасниле дека делумно нивната емоционална состојба им пречи во извршувањето на професионалните задачи, а 5 од 40 со исхемичен мозочен удар (или 12,5%) и 1 од 15 со хеморагичен мозочен удар (или 6,7%) се изјасниле дека нивната емоционална состојба не им пречи во извршувањето на професионалните задачи.

Со примена на Хи-квадрат тестот се добива $p=0,464 > 0,05$ што значи дека не постои статистички значајна разлика во однос на типот на мозочниот удар, односно дека влијанието на емоционалната состојба (анксиозност, депресја, несигурност) во извршувањето на професионалните задачи не зависи од типот на мозочен удар.

Табела број 52. Влијание на социјалните нарушувања врз извршувањето на професионалните задачи според полот.

Прашање		Пол на испитаниците		Вкупни вредности
		Машки	Женски	
Дали можете да си ги извршите своите професионални задачи поради социјалните нарушувања?	Да	4	1	5
		11,4%	5,0%	9,1%
	Делумно	13	8	21
		37,1%	40,0%	38,2%
	Не	18	11	29
		51,4%	55,0%	52,7%
Вкупни вредности		35	20	55
		100,0%	100,0%	100,0%

Според добиените резултати дадени во табела број 53 во однос на прашањето “Дали можете да си ги извршите своите професионални задачи поради социјалните нарушувања?”, од вкупно 55 анкетирани испитаници, 4 од 35 од испитаниците од машкиот пол (или 11,4%) и 1 од 20 од испитаниците од женски пол (или 5%) се изјасниле дека можат да си ги извршуваат своите професионални задачи поради социјалните нарушувања, додека 13 од 35 од испитаниците од машкиот пол (или 37,1%) и 8 од 20 од испитаниците од женски пол (или 40%) се изјасниле дека делумно можат да си ги извршуваат своите професионални задачи предизвикани од социјалните нарушувања, а 18 од 35 од машки пол (или 51,4%) и 11 од 20 од женски пол (или 55%) се изјасниле дека не можат да си ги извршуваат своите професионални задачи поради социјалните нарушувања.

Со примена на Хи-квадрат тестот се добива $p=0,727>0,05$ што значи дека не постои статистички значајна разлика во однос на полот, односно дека можноста за извршување на сопствените професионални задачи поради социјалните нарушувања не зависи од полот на пациентот.

Табела број 53. Влијание на емоционалната благосостојба врз извршувањето на професионалните задачи според типот на мозочниот удар.

Прашање		Тип на мозочен удар		Вкупни вредности
		Исхемичен мозочен удар	Хеморагичен мозочен удар	
Дали можете да си ги извршите своите професионални задачи поради социјалните нарушувања?	Да	5	0	5
		12,5%	0,0%	9,1%
	Делумно	14	7	21
		35,0%	46,7%	38,2%
	Не	21	8	29
		52,5%	53,3%	52,7%
Вкупни вредности		40	15	55
		100,0%	100,0%	100,0%

Според добиените резултати дадени во табела број 53 во однос на прашањето “Дали можете да си ги извршите своите професионални задачи поради социјалните нарушувања?”, од вкупно 55 анкетирани испитаници, 5 од 40 од испитаниците со исхемичен мозочен удар (или 12,5%) и 0 од 15 од испитаниците со хеморагичен мозочен удар (или 0%) се изјасниле дека можат да си ги извршуваат своите професионални задачи и покрај социјалните нарушувања, додека 14 од 40 од испитаниците со исхемичен мозочен удар (или 35%) и 7 од 15 од испитаниците со хеморагичен мозочен удар (или 46,7%) се изјасниле дека делумно можат да си ги извршуваат своите професионални задачи поради социјалните нарушувања, а 21 од 40 со исхемичен мозочен удар (52,5%) и 8 од 15 со хеморагичен мозочен удар (или 53,3%) се изјасниле дека не можат да си ги извршуваат своите професионални задачи поради социјалните нарушувања.

Со примена на Хи-квадрат тестот се добива $p=0,322>0,05$ што значи дека не постои статистички значајна разлика во однос на типот на мозочниот удар, односно дека можноста за извршување на сопствените професионални задачи поради социјалните нарушувања не зависи од типот на мозочен удар.

Табела број 54. Успешноста на професионалната реинтеграција според пол.

Прашање		Пол на испитаниците		Вкупни вредности
		Машки	Женски	
Дали успешно се реинтегриравте со полно и скратено работно време на работното место кое го обавувате пред да го преживеете мозочниот удар?	Да	9	1	10
		25,7%	5,0%	18,2%
	Не	26	19	45
		74,3%	95,0%	81,8%
Вкупни вредности		35	20	55
		100,0%	100,0%	100,0%

Според добиените резултати дадени во табела број 54 во однос на прашањето “Дали успешно се реинтегриравте со полно и скратено работно време на работното место кое го обавувате пред да го преживеете мозочниот удар?”, од вкупно 55 анкетирани испитаници, 9 од 35 од испитаниците од машкиот пол (или 25,7%) и 1 од 20 од испитаниците од женски пол (или 5%) се изјасниле дека успешно се реинтегрирале со полно и скратено работно време на работното место кое го обавувале пред да го доживеат мозочниот удар, а 26 од 35 од испитаниците од машкиот пол (или 74,3%) и 19 од 20 од испитаниците од женски пол (или 95%) се изјасниле дека неуспешно се реинтегрирале со полно и скратено работно време на работното место кое го обавувале пред да го доживеат мозочниот удар.

Со примена на Хи-квадрат тестот се добива $p=0,055>0,05$ што значи дека не постои статистички значајна разлика во однос на полот, односно дека успешноста за реинтегрирање со полно и скратено работно време на работното место кое го обавувале пред да го доживеат мозочниот удар не зависи од полот на пациентот.

Табела број 55. Успешноста на професионалната реинтеграција според типот на мозочниот удар.

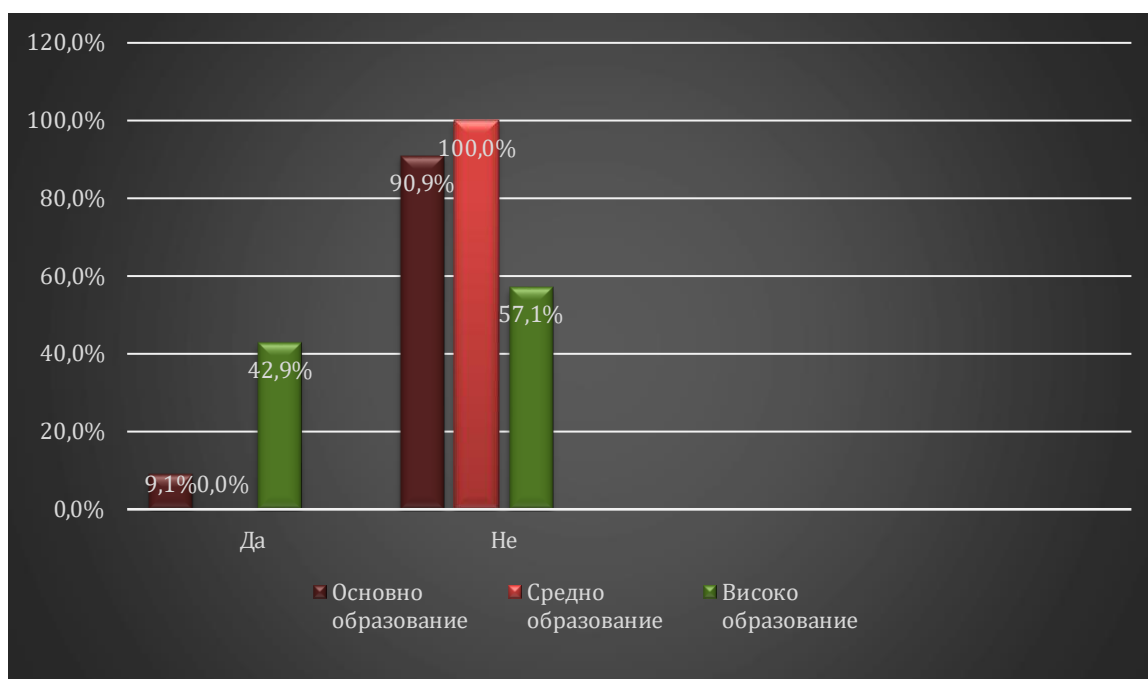
Прашање		Тип на мозочен удар		
		Исхемичен мозочен удар	Хеморагичен мозочен удар	Вкупни вредности
Дали успешно се реинтегриравте со полно и скратено работно време на работното место кое го обавувате пред да го доживеете мозочниот удар?	Да	9	1	10
		22,5%	6,7%	18,2%
	Не	31	14	45
		77,5%	93,3%	81,8%
Вкупни Вредности		40	15	55
		100,0%	100,0%	100,0%

Според добиените резултати дадени во табела број 55 во однос на прашањето “Дали успешно се реинтегриравте со полно и скратено работно време на работното место кое го обавувате пред да го доживеете мозочниот удар?”, од вкупно 55 анкетирани испитаници, 9 од 40 од испитаниците со исхемичен мозочен удар (или 22,5%) и 1 од 15 од испитаниците со хеморагичен мозочен удар (или 6,7%) се изјасниле дека успешно се реинтегрирале со полно и скратено работно време на работното место кое го обавувале пред да го доживеат мозочниот удар, а 31 од 40 со исхемичен мозочен удар (77,5%) и 14 од 15 со хеморагичен мозочен удар (или 93,3%) се изјасниле дека неуспешно се реинтегрирале со полно и скратено работно време на работното место кое го обавувале пред да го доживеат мозочниот удар.

Со примена на Хи-квадрат тестот се добива $p=0,175>0,05$ што значи дека не постои статистички значајна разлика во однос на типот на мозочниот удар, односно дека успешноста за реинтегрирање со полно и скратено работно време на работното место кое го обавувале пред да го доживеат мозочниот удар не зависи од типот на мозочен удар.

Табела број 56. Односот на степенот на образование врз успешноста на реинтеграцијата на работното место.

Прашање		Степен на образование			Вкупни вредности
		Основно образование	Средно образование	Високо образование	
Дали успешно се реинтегриравте на работното место кое го обавувате пред да го доживеете мозочниот удар?	Да	1	0	9	10
		9,1%	0,0%	42,9%	18,2%
	Не	10	23	12	45
		90,9%	100,0%	57,1%	81,8%
Вкупни вредности		11	23	21	55
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%



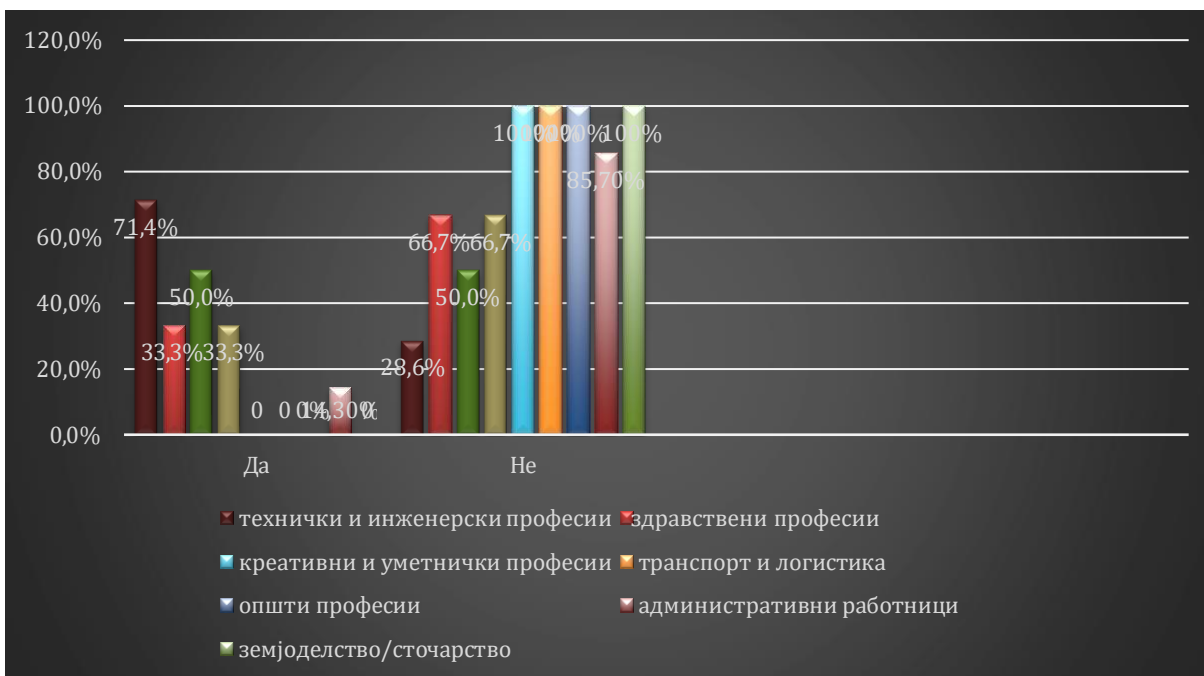
Слика број 23. Односот на степенот на образование врз успешноста на реинтеграцијата на работното место.

Според добиените резултати дадени во Табела број 56 и слика број 23 во однос на прашањето “Дали успешно се реинтегриравте со полно и скратено работно време на работното место кое го обавувавте пред да го доживеете мозочниот удар?”, од вкупно 55 анкетирани испитаници, 1 од 11 од испитаниците со основно образование (или 9,1%) и 0 (ниеден) од 23 испитаници со средно образование (или 0%) и 9 од 21 испитаник со завршено високо образование (или 42,9%) се изјасниле дека успешно се реинтегрирани со полно и скратено работно време на работното место кое го обавувале пред да го доживеат мозочниот удар, додека 10 од 11 од испитаниците со основно образование (или 90,9%), 23 од 23-те испитаници со средно образование (или 100%) и 12 од 21 од испитаниците со високо образование (или 57,1%) се изјасниле дека не успеале да се реинтегрираат со полно и скратено работно време на работното место кое го обавувале пред да го доживеат мозочниот удар.

Со примена на Хи-квадрат тестот се добива $p=0,001<0,05$ што значи дека **постои статистички значајна** разлика во однос на степенот на образование, односно дека успешното реинтегрирање со полно и скратено работно време на работното место кое го обавувале пациентите пред да го доживеат мозочниот удар зависи од нивниот степен на образование. Пациентите со високо образование имаат значително поголеми шанси за успешна реинтеграција во споредба со пациентите со основно и средно образование.

Табела број 57. Односот на професијата врз успешноста на реинтеграцијата на работното место.

Прашање		Професии									Вкупни вредности
		технички и инженерски	здравствени професии	правни и економски	образовни професии	креативни и	транспорт и логистика	општи професии	административни	земјоделств о/сточарств	
Дали успешно се реинте...	Да	5	1	2	1	0	0	0	1	0	10
		71,4 %	33,3 %	50,0 %	33,3%	0,0%	0,0%	0,0%	14,3 %	0,0%	18,2%
	Не	2	2	2	2	2	7	16	6	6	45
		28,6 %	66,7 %	50,0 %	66,7%	100,0%	100,0%	100,0%	85,7 %	100,0%	81,8%
Вкупни вредности		7	3	4	3	2	7	16	7	6	55
		100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0%



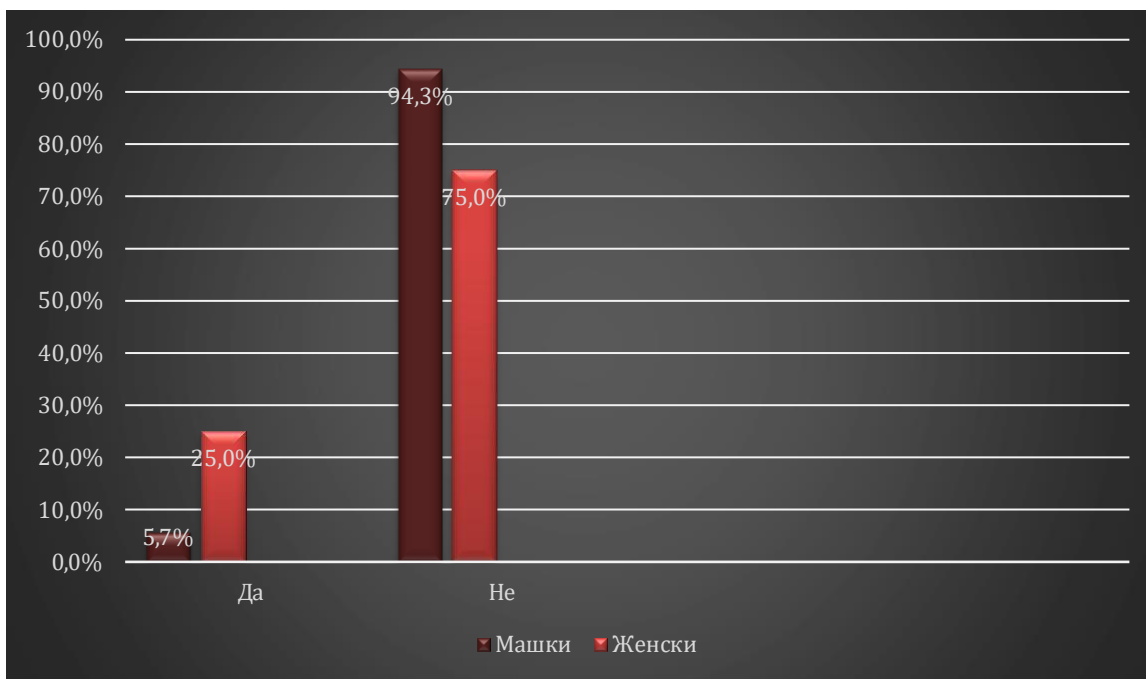
Слика број 24. Односот на професијата врз успешноста на реинтеграцијата на работното место.

Според добиените резултати дадени во табела број 57 и слика број 24 во однос на прашањето “Дали успешно се реинтегриравте со полно и скратено работно време на работното место кое го обавувавте пред да го доживеете мозочниот удар?”, од вкупно 55 анкетирани испитаници: 5 од 7 од испитаниците од техничките и инженерските професии (или 71,4%), 1 од 3 од испитаниците од здравствените професии (или 33,3%), 2 од 4 од испитаниците од правните и економските професии (или 50%), 1 од 3 од испитаниците од образовните професии (или 33,3%), 0 од 2 од испитаниците од креативните и уметничките професии (или 0%), 0 од 7 од испитаниците од транспорт и логистика (или 0%), 0 од 16 од испитаниците од општи професии (или 0%), 1 од 7 од испитаниците од административните работници (или 14,3%) и 0 од 6 од испитаниците од земјоделство/сточарство (или 0%) се изјасниле дека успешно се реинтегрирале со полно и скратено работно време на работното место кое го обавувале пред да го доживеат мозочниот удар, а 2 од 7 од испитаниците од техничките и инженерските професии (или 28,6%), 2 од 3 од испитаниците од здравствените професии (или 66,7%), 2 од 4 од испитаниците од правните и економските професии (или 50%), 2 од 3 од испитаниците од образовните професии (или 66,7%), 2 од 2 од испитаниците од креативните и уметничките професии (или 100%), 7 од 7 од испитаниците од транспорт и логистика (или 100%), 16 од 16 од испитаниците од општи професии (или 100%), 6 од 7 од испитаниците од административните работници (или 85,7%) и 6 од 6 од испитаниците од земјоделство/сточарство (или 100%) се изјасниле дека не успеале да се реинтегрираат со полно и скратено работно време на работното место кое го обавувале пред да го доживеат мозочниот удар.

Со Хи-квадрат тестот се добива $p=0,002<0,05$ што значи дека **постои статистички значајна** разлика во однос на професијата, односно дека успешното реинтегрирање со полно и скратено работно време на работното место кое го обавувале пред да го доживеат мозочниот удар зависи од професијата. Пациентите од техничките и инженерските, здравствените, образовните, креативните и уметничките професии имаат поголеми шанси за успешна реинтеграција во споредба со пациентите од други професии, како што се транспорт и логистика, општи професии и земјоделство.

Табела број 58. Пристап до обука или помош за преквалификација и адаптација на ново работно место според пол.

Прашање		Пол на испитаниците		Вкупни вредности
		Машки	Женски	
Доколку не се реинтегриравте на старото работно место, дали добивте обука или помош за преквалификување и адаптирање на ново работно место?	Да	2	5	7
		5,7%	25,0%	12,7%
	Не	33	15	48
		94,3%	75,0%	87,3%
Вкупни вредности		35	20	55
		100,0%	100,0%	100,0%



Слика број 25. Пристап до обука или помош за преквалификација и адаптација на ново работно место според пол.

Според добиените резултати дадени во табела број 58 и слика број 25 во однос на прашањето “Доколку не се реинтегриравте на старото работно место, дали добивте обука

или помош за преквалификување и адаптирање на нови работно место?”, од вкупно 55 анкетирани испитаници, 2 од 35 од испитаниците од машкиот пол (или 5,7%) и 5 од 20 од испитаниците од женски пол (или 25%) се изјасниле дека добиле обука или помош за преквалификување и адаптирање на ново работно место, а 33 од 35 од испитаниците од машкиот пол (или 94,3%) и 15 од 20 од испитаниците од женски пол (или 75%) се изјасниле дека не добиле обука или помош за преквалификување и адаптирање на ново работно место.

Со примена на Хи-квадрат тестот се добива $p=0,039<0,05$ што значи дека **постои статистички значајна разлика** во однос на полот, односно дека добивањето обука или помош за преквалификување и адаптирање на нови работно место за испитаниците кои не се реинтегрирале на старото работно место зависи од полот на испитаникот. Испитаниците од женскиот пол имаат поголеми шанси да добијат обука или помош за преквалификација и адаптирање на ново работно место во споредба со испитаниците од машки пол.

Табела број 59. Пристап до обука или помош за преквалификација и адаптација на ново работно место според типот на мозочен удар.

Прашање		Тип на мозочен удар		Вкупни вредности
		Исхемичен мозочен удар	Хеморагичен мозочен удар	
Доколку не се реинтегриравте на старото работно место, дали добивте обука или помош за преквалификување и адаптирање на ново работно место?	Да	5	2	7
		12,5%	13,3%	12,7%
	Не	35	13	48
		87,5%	86,7%	87,3%
Вкупни вредности		40	15	55
		100,0%	100,0%	100,0%

Според добиените резултати дадени во табела број 59 во однос на прашањето “Доколку не се реинтегриравте на старото работно место, дали добивте обука или помош за преквалификување и адаптирање на нови работно место?”, од вкупно 55 анкетирани

испитаници, 5 од 40 од испитаниците со исхемичен мозочен удар (или 12,5%) и 2 од 15 од испитаниците со хеморагичен мозочен удар (или 13,3%) се изјасниле дека добиле обука или помош за преквалификување и адаптирање на ново работно место, а 35 од 40 со исхемичен мозочен удар (87,5%) и 13 од 15 со хеморагичен мозочен удар (или 86,7%) се изјасниле дека не добиле обука или помош за преквалификување и адаптирање на ново работно место.

Со примена на Хи-квадрат тестот се добива $p=0,934 > 0,05$ што значи дека не постои статистички значајна разлика во однос на типот на мозочниот удар, односно дека добивањето обука или помош за преквалификување и адаптирање на ново работно место за испитаниците кои не се реинтегрирале на старото работно место не зависи од типот на мозочен удар.

IV. ДИСКУСИЈА

Истражувањето на Kusambiza-Kiingi и сор. (2017) ја истражува реинтеграцијата во заедницата, квалитетот на животот, задоволството од физиотерапијата и стресот кај негувателите на преживеани од мозочен удар во областа Јоханесбург. Откриено е дека 58% од преживеаните имале умерена до целосна реинтеграција во заедницата, додека квалитетот на живот бил низок, особено во однос на енергијата, а најдобро биле оценети визуелните и јазичните домени. Преживеаните биле задоволни со физиотерапевтските услуги, иако се жалеле на паркирањето и цената на услугите. Од друга страна, 55% од негувателите покажале висок степен на стрес (Kusambiza-Kiingi, Maleka and Ntsiea, 2017). Во споредба со нашето истражување, кое е насочено кон реинтеграцијата на работното место кај преживеани од мозочен удар и двата труда покажуваат слични резултати во однос на предизвиците на реинтеграцијата и низок квалитет на живот. И во нашето истражување и во истражувањето на Kusambiza-Kiingi се забележува дека преживеаните често имаат ограничувања при враќањето во заедницата или работното место, особено поради физички и когнитивни дефицити. Сепак, нашето истражување додава дека професионалната реинтеграција и економската независност се клучни фактори кои влијаат врз севкупниот квалитет на животот. Друга значајна разлика е тоа што нашето истражување дополнително ги истражува економските и социјалните импликации на работната реинтеграција, што во трудот на Kusambiza-Kiingi не е примарен фокус. Иако и двата труда потенцираат дека социјалната и здравствената поддршка се клучни, нашето истражување особено нагласува дека мултидисциплинарниот пристап е неопходен за успешна реинтеграција на работното место и намалување на економскиот товар врз општеството.

Истражувањето на La Torre и сор. (2022) ги анализира факторите кои го олеснуваат или попречуваат враќањето на работа кај луѓе кои преживеале мозочен удар. Трудот покажува дека индивидуалните способности, социоекономските фактори, здравствената поддршка и степенот на попреченост по мозочен удар се клучни за враќањето на работа. Еден од клучните заклучоци е дека когнитивните попречености најмногу го попречуваат

RTW, додека професионалната рехабилитација се покажува како најважен фактор за олеснување на враќањето на работа (La Torre et al., 2022). Во споредба со нашето истражување, кое се фокусира на реинтеграцијата на работното место по мозочен удар, двата труда ја нагласуваат важноста на мултидисциплинарната рехабилитација и професионалната поддршка. Додека La Torre и сор. ја истакнуваат улогата на когнитивните попречености како клучна бариера, ова истражување дополнително ги опфаќа и физичките, емоционалните и социјалните аспекти кои влијаат на успешната реинтеграција. Во двата труда се нагласува значењето на индивидуалниот пристап и потребата за соодветна поддршка за овие пациенти. Исто така, и во ова истражување и во трудот на La Torre и соработници, социоекономските фактори и здравствените услуги се идентификувани како клучни влијателни фактори за успешна работна реинтеграција. Додека трудот на La Torre се фокусира на анализа на систематски прегледи и идентификува когнитивните попречености како примарен проблем, ова истражување од магистерскиот труд исто така се занимава со предизвиците на професионалната рехабилитација и економската импликација за преживеаните од мозочен удар.

Истражувањето на Matos и сор. (2024) ги испитува врските помеѓу професионалната реинтеграција, менталното здравје, квалитетот на животот и интеграцијата во заедницата на преживеаните од мозочен удар. Резултатите покажуваат дека 56.6% од преживеаните се вратиле на работа во период од 18-24 месеци по мозочен удар. Враќањето на работа е позитивно поврзано со подобра интеграција во заедницата, но негативно влијае на менталното здравје, особено на симптомите на депресија. Не се пронајдени значајни разлики во квалитетот на живот меѓу оние кои се вратиле на работа и оние кои не се вратиле. Истражувањето заклучува дека недостатокот на социјална и професионална поддршка може да води до отежнато враќање на работа, што ги влошува менталните состојби на преживеаните (Matos et al., 2024). Во споредба со истражувањето од магистерскиот труд кое се фокусира на квалитетот на животот и професионалната реинтеграција кај преживеаните од мозочен удар и двата труда нагласуваат дека враќањето на работа има значително влијание врз менталното здравје и интеграцијата во заедницата. Слично како и кај Matos и сор., ова истражување покажува дека

реинтеграцијата на работното место е клучна за подобрување на целокупната благосостојба, но се идентификуваат и предизвиците поврзани со психолошките аспекти, особено депресијата и анксиозноста. Разликите меѓу двата труда се гледаат во фокусот на поддршката. Додека трудот на Matos се занимава со недостатокот на професионална и социјална поддршка за овие пациенти, истражувањето од магистерскиот труд дополнително го истражува влијанието на мултидисциплинарните тимови и рехабилитационите стратегии кои се потребни за успешна реинтеграција и намалување на економскиот товар. И двата труда повикуваат на подобрување на стратегиите за професионална рехабилитација за да се обезбеди посоодветно враќање на работа, при што ќе се земат предвид индивидуалните потреби на преживеаните од мозочен удар.

Истражувањето на Mascarenhas и сор. (2024) се фокусира на предикторите за враќање на работа (RTW) во период од една година по мозочен удар. Прегледот од осум истражувања со вкупно 4,587 учесници идентификува дека исхемичниот мозочен удар, машкиот пол и способноста за извршување на секојдневните активности се позитивни предиктори за враќање на работа. Негативни предиктори вклучуваат повисока возраст, тежок удар, слаба свест и когнитивно оштетување. Копинг вештините и етничката припадност се покажале како незначајни фактори. Истражувањето заклучува дека целокупната рехабилитација е неопходна за олеснување на RTW, со акцент на предвидувачите како што се тежината на ударот, функционалната независност и когнитивните способности (Mascarenhas et al., 2024). Во споредба со истражувањето од магистерскиот труд кое се фокусира на професионалната реинтеграција и квалитетот на животот кај преживеаните од мозочен удар и двата труда нагласуваат дека тежината на мозочниот удар и функционалната способност се клучни предиктори за успешна реинтеграција на работа. Исто така и во двата труда се препознава важноста на индивидуалните рехабилитациони програми и поддршка за прилагодување на работното место како критични фактори за враќање на работа. Разликите се во акцентот на RTW како директен индикатор за професионална реинтеграција. Додека трудот на Mascarenhas се фокусира на специфични предиктори за враќање на работа, ова истражување дополнително ги истражува социоекономските и психолошките аспекти кои влијаат на

свкупната благосостојба на преживеаните. И двата труда се согласуваат дека когнитивните и функционалните способности се од големо значење, но истражувањето од магистерскиот труд додава дека психолошката поддршка и управувањето со депресијата и анксиозноста се од клучна важност за долгорочната професионална реинтеграција. Ова истражување на Mascarenhas ја нагласува важноста на приспособувањето на работното место и употребата на помошни уреди за олеснување на враќањето на работа, што е комплементарно со нашите наоди за потребата од мултидисциплинарна поддршка и соодветна рехабилитација.

Истражувањето на van der Kemp и сор. (2017) се фокусира на враќањето на работа (RTW) кај пациенти кои преживеале блага до умерена форма на мозочен удар и ги испитува нивото на задоволство од работата и факторите кои го предвидуваат RTW една година по мозочен удар. Резултатите покажуваат дека половина од пациентите не се вратиле на работа (28%) или работеле помалку (22%) во споредба со периодот пред мозочниот удар. Од оние кои се вратиле на полно работно време, 90% биле задоволни од нивната работна ситуација, наспроти 36% од невработените. Глобалната когнитивна функција и симптомите на депресија два месеци по мозочниот удар се покажаа како значајни фактори кои го предвидуваат RTW. Само глобалната когнитивна функција беше независен предиктор за RTW (van der Kemp et al., 2017). Во споредба со нашето истражување, кое исто така го анализира враќањето на работа по мозочен удар, двата труда ја нагласуваат важноста на когнитивните способности како клучни фактори за професионална реинтеграција. Исто така и во двата труда се дискутира влијанието на депресијата врз можноста за враќање на работа. Нашето истражување, слично како и истражувањето на van der Kemp, забележува дека успешната професионална реинтеграција не само што е поврзана со когнитивните способности, туку и со психолошката поддршка и рехабилитацијата. Една разлика меѓу двата труда е акцентот што го ставаат на задоволството од работата. Во трудот на van der Kemp, големо внимание се посветува на задоволството од работата кај оние кои се вратиле на работа, при што се забележува високо ниво на задоволство кај оние кои се вратиле на полно работно време. Во нашето истражување, фокусот е повеќе на општите фактори кои влијаат на враќањето

на работа и квалитетот на животот, а не конкретно на работното задоволство. И двата труда ја нагласуваат потребата од посебни интервенции за подобрување на когнитивните функции и управување со депресијата кај преживеаните од мозочен удар, што е клучно за нивната долгорочна реинтеграција на работа и општото подобрување на нивната благосостојба.

Истражувањето на Naknoi и сор. (2023) се фокусира на врската меѓу психосоцијалниот стрес на работното место, измерен преку моделот за нерамнотежа на напор-награда (ERI) и квалитетот на живот кај работници кои претрпеле мозочен удар. Истражувањето вклучувало 103 тајландски работници во период од една година и ги испитувало напорот (E)-награда и (R) соодносот и прекумерната посветеност, како и нивното влијание врз физичкото и менталното здравје. Резултатите покажуваат дека прекумерната посветеност е значително поврзана со послабо ментално здравје, додека соодносот напор-награда немал значајно влијание врз физичкото или менталното здравје. Овие резултати укажуваат дека личните вештини за справување со стресот и работните обврски се критични за долгорочното ментално здравје на работниците кои претрпеле мозочен удар (Siripan Naknoi et al., 2023). Во споредба со нашето истражување, кое ја истражува професионалната реинтеграција и квалитетот на живот кај преживеаните од мозочен удар, двата труда ја нагласуваат важноста на менталното здравје и неговото значење за успешната реинтеграција на работното место. Додека Naknoi и соработници ставаат акцент на психосоцијалниот стрес на работното место како фактор за квалитетот на животот, нашето истражување истражува поширок опсег на фактори, вклучувајќи ги социоекономските и физичките аспекти на реинтеграцијата. Една значајна разлика меѓу двата труда е во фокусот на психосоцијалниот стрес и прекумерната посветеност. Трудот на Naknoi истакнува дека прекумерната посветеност е негативно поврзана со менталното здравје, додека нашето истражување се фокусира на пошироките предизвици на работната реинтеграција, вклучувајќи го враќањето на работа, управувањето со депресијата и анксиозноста, како и потребата за социјална поддршка. Двата труда сугерираат дека потребна е индивидуализирана поддршка и рехабилитација за да се обезбеди подобро ментално здравје и квалитет на живот на преживеаните од мозочен удар. И двата труда

исто така ја потенцираат потребата од интервенции насочени кон подобрување на вештините за справување со стресот, како клучен елемент за долгорочно ментално здравје и успешна работна реинтеграција.

Истражувањето на Burfein и сор. (2024) се фокусира на враќањето на работа (RTW) кај лица кои претрпеле мозочен удар и имаат афазија. Овој преглед ги истражува резултатите поврзани со вработувањето, факторите кои влијаат на враќањето на работа, како и современите практики за рехабилитација на вокална и комуникациска функција. Резултатите покажуваат дека лицата со афазија по мозочен удар имаат пониски стапки на враќање на работа (34.29%) во споредба со оние без афазија (58.46%) една година по мозочниот удар. Дополнително, не се пронајдени интервенции насочени кон вокална рехабилитација специфична за работното место, што укажува на значителни празнини во литературата за овој тип на рехабилитација (P. Burfein et al., 2024). Во споредба со нашето истражување, кое се фокусира на професионалната реинтеграција кај преживеаните од мозочен удар, двата труда ја нагласуваат важноста на рехабилитацијата за успешно враќање на работа. Сепак, истражувањето на Burfein и соработниците посебно го истакнува предизвикот со кој се соочуваат луѓето со афазија, што дополнително го комплицира нивниот процес на враќање на работа, поради тешкотиите во комуникацијата. Ова е специфичен аспект кој не е директно третиран во нашето истражување, кое има поширок опсег и опфаќа повеќе аспекти на физичката и когнитивната рехабилитација. Главната разлика меѓу двата труда е во специфичниот фокус на афазијата како бариера за враќање на работа, додека нашето истражување се фокусира на повеќе аспекти од професионалната реинтеграција без да се концентрира на афазијата. Трудот на Burfein укажува на недостатокот на целосни рехабилитациони програми насочени кон вокална и комуникациска рехабилитација кај работници со афазија, што претставува важен аспект кој бара понатамошно истражување и развој на програми за подобрување на оваа популација. И двата труда ја нагласуваат потребата од понатамошни истражувања и развој на специфични интервенции за подобрување на враќањето на работа кај преживеаните од мозочен удар, со акцент на индивидуализирани пристапи во рехабилитацијата.

Истражувањето на Obembe и сор. (2013) се фокусира на поврзаноста меѓу моторната функција, депресијата по мозочен удар и реинтеграцијата во заедницата кај преживеани од мозочен удар. Истражувањето, спроведено со 90 учесници покажува дека повисоката реинтеграција во заедницата е поврзана со подобра моторна функција ($r = 0.584$) и помала депресија ($r = -0.373$). Резултатите сугерираат дека моторната функција и депресијата се критични фактори кои влијаат на успешната реинтеграција и дека тие треба да бидат соодветно проценети и третирани пред пациентите да се вратат во заедницата (Obembe et al., 2013). Во споредба со истражувањето од магистерскиот труд, кое се фокусира на професионалната реинтеграција на преживеаните од мозочен удар, трудот на Obembe и соработници се концентрира на реинтеграцијата во заедницата и ги идентификува моторната функција и депресијата како главни фактори кои влијаат на успехот на реинтеграцијата. И двете истражувања го истакнуваат значењето на депресијата како бариера за успешна реинтеграција, без разлика дали станува збор за професионално или социјално враќање на пациентите. Една клучна разлика меѓу двата труда е во опсегот на реинтеграцијата. Додека истражувањето на Obembe се фокусира на реинтеграцијата во секојдневниот живот и заедницата, нашето истражување се концентрира на враќањето на работа и професионалната реинтеграција. И покрај тоа, и двата труда нагласуваат дека моторните способности и психолошката поддршка играат клучна улога во успешната реинтеграција. Двата труда ја нагласуваат потребата од сеопфатни рехабилитациски програми кои ги земаат предвид и физичките и психолошките аспекти, како и важноста на мултидисциплинарниот пристап во третманот на преживеаните од мозочен удар.

V. ЗАКЛУЧОЦИ И ВЕРИФИКАЦИЈА НА ХИПОТЕЗИ

Генералната хипотеза во истражувањето, која предвидува дека повеќе фактори како полот, возраста, брачниот статус, типот на мозочниот удар, психолошките последици и социјалната поддршка и моторните нарушувања значително влијаат врз квалитетот на живот и професионалната реинтеграција на испитаниците кои преживеале мозочен удар, беше потврдена во најголем дел. Резултатите од истражувањето покажаа дека овие фактори имаат значително влијание врз различните аспекти на животот на испитаниците, вклучувајќи ја нивната способност за професионална реинтеграција. Некои фактори, како полот и социјалната поддршка, беа утврдени како клучни за успешната реинтеграција и подобрувањето на квалитетот на живот. Сепак, не сите хипотези беа потврдени во целост, како што беше случај со типот на мозочниот удар, кој не се покажа како значаен фактор за некои аспекти на реинтеграцијата.

Анализата на субхипотезите откри дека различни фактори значајно влијаат врз оваа динамика. Жените кои преживеале мозочен удар имаат полоша субјективна проценка за квалитетот на живот, главно поради психолошките последици и перцепцијата на социјалната поддршка. Постарите испитаници имаат потешкотии со физичката и социјалната адаптација, што е поврзано со зголемените коморбидитети и зависноста од негуватели. Брачниот статус игра значајна улога во социјалната и психолошката стабилност, при што испитаниците во брак имаат подобар квалитет на живот во споредба со самците. Образованието, исто така, се покажа како клучен фактор, бидејќи лицата со повисоко образование полесно се враќаат на работа, имаат подобар пристап до здравствени услуги и поефикасна рехабилитација.

Физичките последици од мозочниот удар се значајно поврзани со неговиот тип. Испитаниците со хеморагичен мозочен удар имаат потешки моторнина нарушувања, вклучително парализа, нарушувања во говорот и проблеми со движењето. Ова ја нагласува потребата од интензивни рехабилитациони програми за оваа група испитаници. Покрај тоа, психолошките последици, како депресијата, анксиозноста и стравот од

повторен удар, дополнително го усложнуваат процесот на закрепнување и социјалната реинтеграција.

Психосоцијалната изолација е чест предизвик за преживеаните од мозочен удар, особено кај лицата со тешки физички ограничувања и комуникациски потешкотии. Социјалната поддршка, вклучително семејната поддршка и пристапот до здравствени услуги, игра клучна улога во олеснувањето на нивниот живот. Лицата со низок социоекономски статус имаат поголеми потешкотии во пристапот до квалитетна рехабилитација, што дополнително ги влошува нивните изгледи за подобрување на квалитетот на живот.

Професионалната реинтеграција е посложена за испитаниците со потешки физички и когнитивни оштетувања. Лицата со исхемичен мозочен удар имаат поголема веројатност да се вратат на работа, додека оние со хеморагичен удар се соочуваат со посериозни ограничувања. Професиите кои бараат помала физичка активност се поиздржливи за враќање, додека когнитивните проблеми, како нарушената меморија и концентрација, остануваат значајна бариера. Жените почесто добиваат поддршка за преквалификација, но сè уште постојат ограничувања во пристапот до вакви програми.

Верификација на субхипотези:

Заклучок X1: Субхипотезата дека полот значително влијае врз потребата за почести одмори по мозочен удар не се потврди, што укажува на универзални физички потреби кај пациентите независно од полот.

Заклучок X2: Потврдено е дека брачниот статус има значително влијание врз перцепцијата на социјалната поддршка, што нагласува потребата од дополнителна поддршка за самците.

Заклучок X3: Субхипотезата дека пациентите со хеморагичен мозочен удар почесто имаат тешкотии со комуникацијата се потврди, што укажува на потребата од специфични интервенции за оваа група.

Заклучок X4: Пациентите со хеморагичен мозочен удар имаат значително потешки физички последици, што укажува на потребата од поинтензивни рехабилитациони програми.

Заклучок X5: Делумно е потврдено дека пациентите имаат загриженост за закрепнувањето, но жените имаат значително помала самодоверба, што покажува потреба од психолошка поддршка.

Заклучок X6: Делумно е потврдено дека пациентите со хеморагичен мозочен удар имаат промени во карактерните особини, но разликите во раздразливоста не се статистички значајни.

Заклучок X7: Потврдено е дека постарите пациенти и оние со хеморагичен мозочен удар имаат зголемена потреба од помош во секојдневните активности.

Заклучок X8: Не се потврди значајна поврзаност меѓу типот на мозочниот удар, местото на живеење и социјалната интеракција.

Заклучок X9: Делумно се потврди дека жените и пациентите со хеморагичен мозочен удар почесто имаат психолошки потешкотии.

Заклучок X10: Делумно се потврди дека типот на мозочниот удар влијае врз професионалната реинтеграција, но без значајно влијание врз кариерата.

Заклучок X11: Делумно се потврди дека жените имаат повеќе физички ограничувања во работата, но социјалните бариери не се значајно поврзани со типот на ударот.

Заклучок X12: Делумно се потврди дека мажите почесто се враќаат на работа, што укажува на структурни и социјални бариери за жените.

Заклучок X13: Потврдено е дека лицата со високо образование почесто се враќаат на работа, што покажува потреба од преквалификација за оние со пониско образование.

Заклучок X14: Делумно е потврдено дека жените почесто добиваат поддршка за преквалификација, додека типот на мозочниот удар не е значаен фактор.

Врз основа на овие наоди, може да се заклучи дека квалитетот на живот и реинтеграцијата по мозочен удар зависат од повеќе фактори, вклучувајќи го полот, возраста, брачниот статус, образованието, социјалната поддршка и типот на ударот. За да се подобрат условите за овие лица, неопходно е да се развијат индивидуализирани рехабилитациони програми, политики за подобар пристап до здравствена заштита и поддршка за професионална преквалификација. Ваквиот холистички пристап може значително да го унапреди квалитетот на живот и да ги зголеми шансите за успешна социјална и професионална интеграција на преживеаните од мозочен удар.

VI. ПРЕДЛОГ МЕРКИ

Врз основа на резултатите добиени од истражувањето, неопходно е да се предложат конкретни и опсежни мерки со цел да се подобри процесот на професионална реинтеграција на преживеаните од мозочен удар и да се обезбеди зголемување на нивниот квалитет на живот. Преземањето на овие мерки ќе придонесе за поуспешен процес на враќање на работното место, како и за подобрување на физичката, психолошката и социјалната благосостојба на овие лица.

Рехабилитацијата треба да започне веднаш по иницијалната стабилизација на пациентот и да вклучи мултидисциплинарен тим кој ги опфаќа физичките, когнитивните и психолошките аспекти на пациентот. Тимот треба да се состои од специјални едукатори и рехабилитатори, физиотерапевти, окупациони терапевти, логопеди, психолози и социјални работници. Раното вклучување на овој тим овозможува поквалитетно планирање на рехабилитацијата со фокус на враќање на пациентот на работното место, намалување на инвалидитетот и спречување на долгорочни последици. Раната интервенција ќе овозможи да се подобри моторната функција, когнитивните способности и емоционалната состојба на пациентот, што е од суштинско значење за негово успешно враќање на работа. Мултидисциплинарниот тим треба редовно да го следи напредокот на пациентот и да ја адаптира рехабилитацијата според неговите потреби и работни обврски.

Еден од клучните фактори за успешна реинтеграција е психолошката состојба на пациентите. Депресијата, анксиозноста и стресот се чести појави кај преживеаните од мозочен удар, што значително влијае на нивниот квалитет на живот и способноста за враќање на работа. Затоа е од суштинско значење да се обезбеди стручна психолошка поддршка во текот на целиот процес на рехабилитација. Психолошките интервенции, како што се когнитивно-бихевиоралната терапија, групните сесии и психосоцијалната поддршка можат да им помогнат на пациентите да се справат со предизвиците, да ја зголемат самодовербата и да развијат техники за справување со стресот и емоционалните проблеми. Долгорочната психолошка поддршка ќе помогне во намалување на ризикот од

рецидив на депресијата и ќе обезбеди постабилна психолошка состојба при враќањето на работното место. За да се обезбеди соодветна работна средина за пациентите со намалени физички и когнитивни способности, потребно е да се воведат мерки за прилагодување на работното место.

Овие мерки вклучуваат:

- Воведување на ергономски работни простори, користење на помошни уреди, приспособување на работните станици и овозможување на пристап до лесно достапни и безбедни простори.
- За пациентите кои имаат намалени физички капацитети, потребно е да се воведат флексибилност во работното време, што ќе им овозможи да се вратат постепено на работа. Флексибилноста може да вклучува кратење на работното време или можност за работа од дома.
- Ангажирање на експерти за трудово право и професионална рехабилитација кои ќе работат со пациентите и работодавците за да ги обезбедат потребните адаптации според локалните трудови закони.

За да се создаде поддржувачка работна средина, потребно е да се спроведат образовни програми за колегите и претпоставените на пациентите кои се враќаат на работа. Овие програми треба да ги подигнат нивото на свест за предизвиците со кои се соочуваат преживеаните од мозочен удар, особено во однос на нивните моторни и когнитивни способности, како и нивните емоционални потреби. Програмите треба да ги обучат работодавачите и колегите како да создадат инклузивна работна средина која ги поддржува потребите на овие пациенти. Подигнувањето на свеста и обуката ќе помогнат да се намали стигмата поврзана со попреченоста и ќе овозможи подобра соработка меѓу пациентите и нивните работни тимови.

Доколку пациентите не можат да се вратат на своето претходно работно место поради променети способности, потребно е да им се обезбедат програми за преквалификација и професионален развој. Овие програми ќе им овозможат на пациентите да стекнат нови вештини и квалификации, со цел да се прилагодат на нови

работни улоги кои се повеќе соодветни на нивните способности по мозочниот удар. Преквалификацијата може да вклучува обука за работа со нови технологии, комуникациски вештини или други професионални компетенции, што ќе им даде на пациентите можност за нова професионална насока. Програмите за поддршка треба да бидат индивидуализирани и да ги земат предвид специфичните потреби и интереси на пациентите.

Пациентите често се соочуваат со правни и административни предизвици при враќањето на работа. Потребно е да се обезбеди правна поддршка која ќе им помогне на пациентите да ги разберат и остварат своите права на работното место, особено во однос на законите за попреченост и приспособување. Правните консултанти треба да ги водат пациентите низ процедурите за добивање на адаптации на работното место, како и да обезбедат информации за нивните права според трудовото законодавство. Административната поддршка треба да вклучува помош за комплетирање на потребната документација и процедури за повторно вработување.

Семејната и социјалната поддршка играат клучна улога во процесот на рехабилитација и реинтеграција. Затоа, потребно е да се организираат програми кои ќе им обезбедат поддршка на членовите на семејството на пациентите, со цел да им помогнат да се справат со промените и предизвиците во секојдневниот живот. Овие програми треба да вклучуваат обуки за грижа за пациенти, емоционална поддршка и информации за достапните ресурси во заедницата. Преку зајакнување на поддршката од семејството и заедницата, ќе се зголемат шансите за успешна реинтеграција на пациентите и подобрување на нивниот квалитет на живот.

Спроведувањето на овие мерки ќе придонесе за подобрување на професионалната реинтеграција на преживеаните од мозочен удар и зголемување на нивниот квалитет на живот. Со мултидисциплинарен пристап, кој ги опфаќа физичките, когнитивните, психолошките и социјалните аспекти, пациентите ќе добијат целосна поддршка за успешно враќање на работа и одржлива реинтеграција во заедницата.

VII. КОРИСТЕНА ЛИТЕРАТУРА

AANS. (n.d.). *Cerebrovascular Disease*. [online] Available at:

<https://www.aans.org/patients/conditions-treatments/cerebrovascular-disease/>.

Akinrodoye, M.A. and Lui, F. (2022). *Neuroanatomy, somatic nervous system*. [online] PubMed.

Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK556027/>.

Alaszewski, A., Alaszewski, H., Potter, J. and Penhale, B. (2007). Working after a stroke:

Survivors' experiences and perceptions of barriers to and facilitators of the return to paid employment. *Disability and Rehabilitation*, 29(24), pp.1858–1869.

doi:<https://doi.org/10.1080/09638280601143356>.

AlSheef, M., Almohaya, M., Mian, A. and Aljuhayyim, S. (2019). Homozygous prothrombin gene mutation and ischemic cerebrovascular disease: A case report and review of literature.

Journal of Applied Hematology, 10(2), p.70. doi:https://doi.org/10.4103/joah.joah_17_19.

Anderson, P. (2014). *New AHA/ASA Guideline on Primary Stroke Prevention*. [online]

Medscape. Available at: <http://www.medscape.com/viewarticle/834187> [Accessed 12 Nov. 2024].

Aprile, I., Piazzini, D.B., Bertolini, C., Caliandro, P., Pazzaglia, C., Tonali, P. and Padua, L.

(2006). Predictive variables on disability and quality of life in stroke outpatients undergoing rehabilitation. *Neurological Sciences*, 27(1), pp.40–46. doi:<https://doi.org/10.1007/s10072-006-0563-5>.

Asadi (2019). Electrocardiogram Changes as an Independent Predictive Factor of Mortality in

Patients with Acute Ischemic Stroke; a Cohort Study. *Archives of academic emergency medicine*, [online] 7(1). Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31432037/>.

AUSTRALIAN and NEW ZEALAND CONSENSUS STATEMENT ON THE HEALTH BENEFITS OF WORK POSITION STATEMENT: REALISING THE HEALTH BENEFITS

OF WORK. (n.d.). Available at: <https://www.racp.edu.au/docs/default-source/advocacy-library/realising-the-health-benefits-of-work.pdf>.

AYDİLEK, M., YAŞAR, M.F. and YAKŞI, E. (2022). The Effect of Occupational Therapy on Upper Extremity Function and Daily Life Activities in Stroke Patients. *Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Bilimleri Dergisi*, 25(1), pp.27–33. doi:<https://doi.org/10.31609/jpmrs.2021-83304>.

Aziz, A.-M. (2012). Mattress cleanliness: the role of monitoring and maintenance. *British Journal of Nursing*, 21(3), pp.152–157. doi:<https://doi.org/10.12968/bjon.2012.21.3.152>.

Bailey, R.R. (2018). Lifestyle Modification for Secondary Stroke Prevention. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 12(2), pp.140–147. doi:<https://doi.org/10.1177/1559827616633683>.

Balasooriya-Smeekens, C., Bateman, A., Mant, J. and De Simoni, A. (2016). Barriers and facilitators to staying in work after stroke: insight from an online forum. *BMJ Open*, [online] 6(4), p.e009974. doi:<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009974>.

Bindawas, S. and Vennu, V. (2019a). Stroke rehabilitation. A call to action in Saudi Arabia. *Neurosciences*, 21(4), pp.297–305. doi:<https://doi.org/10.17712/nsj.2016.4.20160075>.

Bösel, J., Schiller, P., Hacke, W. and Steiner, T. (2012). Benefits of Early Tracheostomy in Ventilated Stroke Patients? Current Evidence and Study Protocol of the Randomized Pilot Trial SETPOINT (Stroke-Related Early Tracheostomy Vs. Prolonged Orotracheal Intubation in Neurocritical Care Trial). *International Journal of Stroke*, 7(2), pp.173–182. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1747-4949.2011.00703.x>.

Brown, D.L., Boden-Albala, B., Langa, K.M., Lisabeth, L.D., Fair, M., Smith, M.A., Sacco, R.L. and Morgenstern, L.B. (2006). Projected costs of ischemic stroke in the United States. *Neurology*, 67(8), pp.1390–1395. doi:<https://doi.org/10.1212/01.wnl.0000237024.16438.20>.

Bucki, B., Spitz, E. and Baumann, M. (2019). Emotional and social repercussions of stroke on patient-family caregiver dyads: Analysis of diverging attitudes and profiles of the differing

dyads. *PLOS ONE*, [online] 14(4), p.e0215425.

doi:<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0215425>.

Burns, S.P., Schwartz, J.K., Scott, S.L., Devos, H., Kovic, M., Hong, I. and Akinwuntan, A. (2018). Interdisciplinary Approaches to Facilitate Return to Driving and Return to Work in Mild Stroke: A Position Paper. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 99(11), pp.2378–2388. doi:<https://doi.org/10.1016/j.apmr.2018.01.032>.

Carandina, A., Lazzeri, G., Villa, D., Di Fonzo, A., Bonato, S., Montano, N. and Tobaldini, E. (2021). Targeting the Autonomic Nervous System for Risk Stratification, Outcome Prediction and Neuromodulation in Ischemic Stroke. *International Journal of Molecular Sciences*, 22(5), p.2357. doi:<https://doi.org/10.3390/ijms22052357>.

Carod-Artal, J., Egido J.A., González J.L. and Varela de Seijas, E. (2000). Quality of Life Among Stroke Survivors Evaluated 1 Year After Stroke. *Stroke*, 31(12), pp.2995–3000. doi:<https://doi.org/10.1161/01.str.31.12.2995>.

Centre (UK), N.C.G. (2013). *Planning and delivering stroke rehabilitation*. [online] www.ncbi.nlm.nih.gov. Royal College of Physicians (UK). Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK327902/>.

Chen, J.-C. (2014a). Progress in sensorimotor rehabilitative physical therapy programs for stroke patients. *World Journal of Clinical Cases*, 2(8), p.316. doi:<https://doi.org/10.12998/wjcc.v2.i8.316>.

Cho, H., MacLachlan, M., Clarke, M. and Mannan, H. (2016). Accessible Home Environments for People with Functional Limitations: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13(8), p.826. doi:<https://doi.org/10.3390/ijerph13080826>.

Choi, E.Y., Nieves, G.A. and Jones, D.E. (2022). Acute Stroke Diagnosis. *American family physician*, [online] 105(6), pp.616–624. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35704804..>

Chollou, K.M., Shirzadi, S., Pourrazavi, S., Babazadeh, T. and Ranjbaran, S. (2022b). The Role of Perceived Social Support on Quality of Life in People with Cardiovascular Diseases.

Ethiopian Journal of Health Sciences, [online] 32(5), pp.1019–1026.

doi:<https://doi.org/10.4314/ejhs.v32i5.17>.

Chou, C.-Y. (2015). Determinants of the Health-related Quality of Life for Stroke Survivors.

Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases, 24(3), pp.655–662.

doi:<https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2014.10.022>.

Ciarambino, T., Crispino, P., Mastrolorenzo, E., Viceconti, A. and Giordano, M. (2022). Stroke and Etiopathogenesis: What Is Known? *Genes*, 13(6), p.978.

doi:<https://doi.org/10.3390/genes13060978>.

Clarke, D. and Forster, A. (2015). Improving post-stroke recovery: the Role of the

Multidisciplinary Health Care Team. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, [online] 8(8),

pp.433–442. doi:<https://doi.org/10.2147/jmdh.s68764>.

Cochrane Database of Systematic Reviews. (1996e). doi:<https://doi.org/10.1002/14651858>.

Conti, J., Sterr, A., Brucki, S.M.D. and Conforto, A.B. (2015). Diversity of approaches in

assessment of executive functions in stroke: Limited evidence? *eNeurologicalSci*, 1(1), pp.12–

20. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ensci.2015.08.002>.

Davis, S., Lees, K. and Donnan, G. (2006). Treating the acute stroke patient as an emergency:

current practices and future opportunities. *International Journal of Clinical Practice*, 60(4),

pp.399–407. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1368-5031.2006.00873.x>.

de Sire, A., Baricich, A., Ferrillo, M., Migliario, M., Cisari, C. and Invernizzi, M. (2019). Buccal hemineglect: is it useful to evaluate the differences between the two halves of the oral cavity for the multidisciplinary rehabilitative management of right brain stroke survivors? A cross-sectional study. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 27(3), pp.208–214.

doi:<https://doi.org/10.1080/10749357.2019.1673592>.

De, D. and Wynn, E. (2014). Preventing muscular contractures through routine stroke patient care. *British Journal of Nursing*, 23(14), pp.781–786.

doi:<https://doi.org/10.12968/bjon.2014.23.14.781>.

Devereux, N. and Berns, A.M. (2023). Evaluation & Treatment of Psychological Effects of Stroke. *Delaware journal of public health*, [online] 9(3), pp.62–69.

doi:<https://doi.org/10.32481/djph.2023.08.011>.

Elamy, A.-H.H., Shuaib, A., Carriere, K.C. and Jeerakathil, T. (2020). Common Comorbidities of Stroke in the Canadian Population. *Canadian Journal of Neurological Sciences / Journal Canadien des Sciences Neurologiques*, 47(3), pp.314–319.

doi:<https://doi.org/10.1017/cjn.2020.17>.

Elendu, C., Amaechi, D.C., Elendu, T.C., Ibhiedu, J.O., Egbunu, E.O., Ndam, A.R., Ogala, F., Ologunde, T., Peterson, J.C., Boluwatife, A.I., Okongko, A.O., Fatoye, J.O., Akpovona, O.L., Onyekweli, S.O., Temitope, A.Y., Achimugu, A.O. and Temilade, A.V. (2023). Stroke and cognitive impairment: understanding the connection and managing symptoms. *Annals of Medicine and Surgery*, [online] 85(12), p.6057.

doi:<https://doi.org/10.1097/MS9.0000000000001441>.

Eslinger, P.J., Parkinson, K. and Shamay, S.G. (2002). Empathy and social-emotional factors in recovery from stroke. *Current Opinion in Neurology*, 15(1), pp.91–97.

doi:<https://doi.org/10.1097/00019052-200202000-00014>.

Farooq, I., Ahmed, M., Azzam Khan, M., Yaqoob, S., Saeed, B., Butt, M., Masood, F. and Anwar Faridi, T. (2022). Efficacy of Melodic Intonation Therapy in Patients with Chronic Broca's Aphasia: Speech Language Pathology Perspective. *Pakistan BioMedical Journal*.

doi:<https://doi.org/10.54393/pbmj.v5i4.410>.

Feigin, V.L. (2005). Stroke epidemiology in the developing world. *The Lancet*, 365(9478), pp.2160–2161. doi:[https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(05\)66755-4](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(05)66755-4).

Feigin, V.L., Stark, B.A., Johnson, C.O., Roth, G.A., Bisignano, C., Abady, G.G., Abbasifard,

M., Abbasi-Kangevari, M., Abd-Allah, F., Abedi, V., Abualhasan, A., Abu-Rmeileh, N.M., Abushouk, A.I., Adebayo, O.M., Agarwal, G., Agasthi, P., Ahinkorah, B.O., Ahmad, S., Ahmadi, S. and Ahmed Salih, Y. (2021). Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990–2019: A systematic analysis for the global burden of disease study 2019. *The Lancet Neurology*, [online] 20(10), pp.795–820. doi:[https://doi.org/10.1016/s1474-4422\(21\)00252-0](https://doi.org/10.1016/s1474-4422(21)00252-0).

Gough, C., Baker, N., Weber, H., Lewis, L.K., Barr, C., Maeder, A. and George, S. (2021). Integrating community participation in the transition of older adults from hospital to home: a scoping review. *Disability and Rehabilitation*, 44(17), pp.1–13. doi:<https://doi.org/10.1080/09638288.2021.1912197>.

Gréaux, M., Moro, M.F., Kamenov, K., Russell, A.M., Barrett, D. and Cieza, A. (2023). Health equity for persons with disabilities: A global scoping review on barriers and interventions in healthcare services. *ProQuest*, [online] 22(236), pp.1–18. doi:<https://doi.org/10.1186/s12939-023-02035-w>.

Greiner, A.C. and Knebel, E. (2023). *The core competencies needed for health care professionals*. [online] Nih.gov. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK221519/>.

Hadław-Klimaszewska, O., Jankowska, A., Laskowska, J. and Woldańska-Okońska, M. (2022). USING THE SODA SCALE TO ASSESS THE EFFECTIVENESS OF NEUROLOGICAL SPEECH AND LANGUAGE THERAPY ON IMPROVING LANGUAGE FUNCTIONS IN POST-STROKE PATIENTS. *Wiadomosci Lekarskie (Warsaw, Poland: 1960)*, [online] 75(5 pt 2), pp.1229–1233. doi:<https://doi.org/10.36740/WLek202205201>.

Hama, S., Yamashita, H., Shigenobu, M., Watanabe, A., Hiramoto, K., Kurisu, K., Yamawaki, S. and Kitaoka, T. (2007). Depression or apathy and functional recovery after stroke. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(10), pp.1046–1051. doi:<https://doi.org/10.1002/gps.1866>.

Hasan, T.F., Hasan, H. and Kelley, R.E. (2021). Overview of Acute Ischemic Stroke Evaluation and Management. *Biomedicines*, 9(10), p.1486.

doi:<https://doi.org/10.3390/biomedicines9101486>.

Hui, C., Tadi, P. and Patti, L. (2024). *Ischemic stroke*. [online] National Library of Medicine. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499997/>.

igpp.org.uk. (n.d.). *How to Create a Disability-Friendly Workplace: Practical Ste...* | IGPP. [online] Available at: <https://igpp.org.uk/blog/article/how-create-disability-friendly-workplace>.

Imura, T., Nagasawa, Y., Fukuyama, H., Imada, N., Oki, S. and Araki, O. (2017). Effect of early and intensive rehabilitation in acute stroke patients: retrospective pre-/post-comparison in Japanese hospital. *Disability and Rehabilitation*, 40(12), pp.1452–1455. doi:<https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1300337>.

Janes, F., Giacomello, R., Blarasin, F., Fabris, M., Lorenzut, S., Gigli, G.L., Curcio, F. and Valente, M. (2022). Contribution and Effectiveness of Laboratory Testing in the Diagnostic Assessment of Juvenile Ischemic Stroke and Transient Ischemic Attack. *Cureus*. doi:<https://doi.org/10.7759/cureus.29256>.

Jones, T., Strickfaden, M. and Kumar, S. (2005). Physical demands analysis of occupational tasks in neighborhood pubs. *Applied Ergonomics*, 36(5), pp.535–545. doi:<https://doi.org/10.1016/j.apergo.2005.03.002>.

Kalavina, R. (2019). The challenges and experiences of stroke patients and their spouses in Blantyre, Malawi. *Malawi Medical Journal*, [online] 31(2), p.112. doi:<https://doi.org/10.4314/mmj.v31i2.2>.

Kariyawasam, P.N., Pathirana, K.D. and Hewage, D.C. (2020c). Factors associated with health related quality of life of patients with stroke in Sri Lankan context. *Health and Quality of Life Outcomes*, 18(1). doi:<https://doi.org/10.1186/s12955-020-01388-y>.

Kernan, W.N., Ovbiagele, B., Black, H.R., Bravata, D.M., Chimowitz, M.I., Ezekowitz, M.D., Fang, M.C., Fisher, M., Furie, K.L., Heck, D.V., Johnston, S.C.C., Kasner, S.E., Kittner, S.J., Mitchell, P.H., Rich, M.W., Richardson, D., Schwamm, L.H., Wilson, J.A. and American Heart

Association Stroke Council, Council on Cardiovascular and Stroke Nursing, Council on Clinical Cardiology, and Council on Peripheral Vascular Disease (2014). Guidelines for the prevention of stroke in patients with stroke and transient ischemic attack: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, [online] 45(7), pp.2160–236. doi:<https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000024>.

Khaku, A. and Tadi, P. (2023). *Cerebrovascular disease (stroke)*. [online] PubMed. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430927/>.

Kim, B.J., Kang, H.G., Kim, H.-J., Ahn, S.-H., Kim, N.Y., Warach, S. and Kang, D.-W. (2014). Magnetic Resonance Imaging in Acute Ischemic Stroke Treatment. *Journal of Stroke*, [online] 16(3), pp.131–145. doi:<https://doi.org/10.5853/jos.2014.16.3.131>.

Kim, J.S. (2016). Post-stroke Mood and Emotional Disturbances: Pharmacological Therapy Based on Mechanisms. *Journal of Stroke*, [online] 18(3), pp.244–255. doi:<https://doi.org/10.5853/jos.2016.01144>.

Kirkevold, M., Kildal Bragstad, L., Bronken, B.A., Kvigne, K., Martinsen, R., Gabrielsen Hjelle, E., Kitzmüller, G., Mangset, M., Angel, S., Aadal, L., Eriksen, S., Wyller, T.B. and Sveen, U. (2018). Promoting psychosocial well-being following stroke: study protocol for a randomized, controlled trial. *BMC Psychology*, [online] 6(1). doi:<https://doi.org/10.1186/s40359-018-0223-6>.

Kraft, S. (2019). *Cerebrovascular disease: Causes, symptoms, and treatment*. [online] www.medicalnewstoday.com. Available at: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/184601>.

Krishnan, S., Pappadis, M.R., Weller, S.C., Stearnes, M., Kumar, A., Ottenbacher, K.J. and Reistetter, T.A. (2017). Needs of stroke survivors as perceived by their caregivers: A scoping review. *American journal of physical medicine & rehabilitation*, [online] 96(7), pp.487–505. doi:<https://doi.org/10.1097/PHM.0000000000000717>.

Kuliński, W. and Szałas, K. (2019). Analysis of Physical Therapy in Stroke. *Acta Balneologica*, 61(3), pp.157–162. doi:<https://doi.org/10.36740/abal201903101>.

Kuriakose, D. and Xiao, Z. (2020). Pathophysiology and Treatment of stroke: Present Status and Future Perspectives. *International Journal of Molecular Sciences*, [online] 21(20), p.7609. doi:<https://doi.org/10.3390/ijms21207609>.

Kusambiza-Kiingi, A., Maleka, D. and Ntsiea, V. (2017). Stroke survivors' levels of community reintegration, quality of life, satisfaction with the physiotherapy services and the level of caregiver strain at community health centres within the Johannesburg area. *African Journal of Disability*, [online] 6(0). doi:<https://doi.org/10.4102/ajod.v6i0.296>.

Kwa, V.I.H., Limburg, M. and Haan, R.J. (1996). The role of cognitive impairment in the quality of life after ischaemic stroke. *Journal of Neurology*, 243(8), pp.599–604. doi:<https://doi.org/10.1007/bf00900948>.

La Torre, G., Lia, L., Francavilla, F., Chiappetta, M. and De Sio, S. (2022a). Factors that facilitate and hinder the return to work after stroke: an overview of systematic reviews. *La Medicina del lavoro*, [online] 113(3), p.e2022029. doi:<https://doi.org/10.23749/mdl.v113i3.13238>.

Lama, S., Damkliang, J. and Kitrungrrote, L. (2020). Community Integration After Traumatic Brain Injury and Related Factors: A Study in the Nepalese Context. *SAGE Open Nursing*, 6, p.237796082098178. doi:<https://doi.org/10.1177/2377960820981788>.

Lambiase, M.J., Kubzansky, L.D. and Thurston, R.C. (2014). Prospective Study of Anxiety and Incident Stroke. *Stroke*, 45(2), pp.438–443. doi:<https://doi.org/10.1161/strokeaha.113.003741>.

Langton-Frost, N., Orient, S., Adeyemo, J., Bahouth, M.N., Daley, K., Ye, B., Lavezza, A. and Pruski, A. (2023). Development and Implementation of a New Model of Care for Patients With Stroke, Acute Hospital Rehabilitation Intensive Services. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 102(2S), pp.S13–S18. doi:<https://doi.org/10.1097/phm.0000000000002132>.

Legg, L.A., Lewis, S.R., Schofield-Robinson, O.J., Drummond, A. and Langhorne, P. (2017). Occupational therapy for adults with problems in activities of daily living after stroke. *Cochrane*

Database of Systematic Reviews, 7(7). doi:<https://doi.org/10.1002/14651858.cd003585.pub3>.

Liu, S., Zhang, K., Li, X., Li, C. and Peng, M. (2023). Effects of the different intensities of task-oriented training on the upper extremity motor function and self-care ability of stroke survivors: study protocol for a multiarm parallel-group randomised controlled trial in a tertiary hospital in China. *BMJ open*, 13(12), pp.e074106–e074106. doi:<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-074106>.

Liu, Y., Yin, J.-H., Lee, J.-T., Peng, G.-S. and Yang, F.-C. (2022). Early Rehabilitation after Acute Stroke: The Golden Recovery Period. *Acta Neurologica Taiwanica*. [online] Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34918304/>.

Liu, Z., Li, J., Liu, F., Guan, N., Li, Y., Zhang, Y., Hou, L. and Jiang, Q. (2024). Exploring the status and associated factors of the readiness for return-to-work in young and middle-aged stroke patients. *Scientific Reports*, [online] 14(1), p.2841. doi:<https://doi.org/10.1038/s41598-024-53262-2>.

Lloyd-Jones, D., Adams, R., Carnethon, M., De Simone, G., Ferguson, T.B., Flegal, K., Ford, E., Furie, K., Go, A., Greenlund, K., Haase, N., Hailpern, S., Ho, M., Howard, V., Kissela, B., Kittner, S., Lackland, D., Lisabeth, L., Marelli, A. and McDermott, M. (2009). Heart Disease and Stroke Statistics—2009 Update. *Circulation*, 119(3). doi:<https://doi.org/10.1161/circulationaha.108.191261>.

Loetscher, T. and Lincoln, N.B. (2013). Cognitive rehabilitation for attention deficits following stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013(5). doi:<https://doi.org/10.1002/14651858.cd002842.pub2>.

Maeshima, S. and Osawa, A. (2021). Memory Impairment Due to Stroke. *Stroke*, pp.111–120. doi:<https://doi.org/10.36255/exonpublications.stroke.memoryimpairment.2021>.

Marmarosh, C.L., Sandage, S., Wade, N., Captari, L.E. and Crabtree, S. (2022a). New horizons in group psychotherapy research and practice from third wave positive psychology: a practice-friendly review. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, [online]

25(3). doi:<https://doi.org/10.4081/ripppo.2022.643>.

Mahoney, F.I. and Barthel, D.W., 1965. Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, [online] 14, pp.61–65. Available at:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14258950/>

Martin-Saez, M.M. and James, N. (2019). The experience of occupational identity disruption post stroke: a systematic review and meta-ethnography. *Disability and Rehabilitation*, 43(8), pp.1–12. doi:<https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1645889>.

Martín-Sanz, M.B., Salazar-de-la-Guerra, R.M., Cuenca-Zaldivar, J.N., Salcedo-Perez-Juana, M., Garcia-Bravo, C. and Palacios-Ceña, D. (2022). Person-centred Care in Individuals with stroke: a Qualitative Study Using in-depth Interviews. *Annals of Medicine*, [online] 54(1), pp.2167–2180. doi:<https://doi.org/10.1080/07853890.2022.2105393>.

Mascarenhas, R., Nayak, A., Pawani, D., Misri, Z., Mahmood, A., Kumar, K.V. and Iyer, V.L.R. (2024). Predictors of return to work after a year since stroke: A systematic review. *Clinical Epidemiology and Global Health*, [online] 27. doi:<https://doi.org/10.1016/j.cegh.2024.101561>.

Matos, J., Henriques, A., Moura, A. and Alves, E. (2024). Professional reintegration of stroke survivors and their mental health, quality of life and community integration. *Quality of Life Research*. doi:<https://doi.org/10.1007/s11136-024-03797-8>.

Mayo Clinic (2018). *Carotid ultrasound - Mayo Clinic*. [online] Mayoclinic.org. Available at: <https://www.mayoclinic.org/tests-procedures/carotid-ultrasound/about/pac-20393399>.

McAndrew, E., McDermott, S., Vitzakovitch, S., Warunek, M. and Holm, M.B. (2000). Therapist and Patient Perceptions of the Occupational Therapy Goal-Setting Process. *Physical & Occupational Therapy In Geriatrics*, 17(1), pp.55–63. doi:https://doi.org/10.1080/j148v17n01_05.

McFarlane, S.I., Sica, D.A. and Sowers, J.R. (2005). Stroke in Patients With Diabetes and Hypertension. *The Journal of Clinical Hypertension*, 7(5), pp.286–294.

doi:<https://doi.org/10.1111/j.1524-6175.2005.04379.x>.

Meng, M., Ma, Z., Zhou, H., Xie, Y., Lan, R., Zhu, S., Miao, D. and Shen, X. (2024). The impact of social relationships on the risk of stroke and post-stroke mortality: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 24(1). doi:<https://doi.org/10.1186/s12889-024-19835-6>.

Mikalef, P., Imran, R., Power, D. and Harding, P. (2019). Timing of referral for consideration of surgery to the upper limb in patients with spasticity after stroke. *Journal of Neurology & Stroke*, 9(5). doi:<https://doi.org/10.15406/jnsk.2019.09.00383>.

Mohammed, T., Gifty Gyamah Nyante and Mothabeng, J. (2023). The impact of rehabilitation on the community life of stroke survivors in Accra, Ghana. *South African journal of physiotherapy*, 79(1). doi:<https://doi.org/10.4102/sajp.v79i1.1839>.

Mohanan, A.T., Nithya, S., Nomier, Y., Hassan, D.A., Jali, A.M., Qadri, M. and Machanchery, S. (2023). Stroke-Induced Central Pain: Overview of the Mechanisms, Management, and Emerging Targets of Central Post-Stroke Pain. *Pharmaceuticals*, [online] 16(8), p.1103. doi:<https://doi.org/10.3390/ph16081103>.

Morris, P.L.P., Robinson, R.G. and Raphael, B. (1993). Emotional Lability after Stroke. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 27(4), pp.601–605. doi:<https://doi.org/10.3109/00048679309075822>.

National Institutes of Health (2018). *What are some types of assistive devices and how are they used?* [online] <http://www.nichd.nih.gov/>. Available at: <https://www.nichd.nih.gov/health/topics/rehabtech/conditioninfo/device>.

Nedev, N., Nenova, G. and Mancheva, P. (2016). Health care for patients with stroke - a challenge for rehabilitation at home environment. *Varna Medical Forum*, 5(0), p.158. doi:<https://doi.org/10.14748/vmf.v5i0.1994>.

Newcomer, V., Metzinger, M., Vick, S., Robertson, C., Lawrence, T., Glass, A., Elliott, L. and Williams, A. (2022). A Stroke Rehabilitation Educational Program for Occupational Therapy

Students and Practitioners: Usability Study. *JMIR Medical Education*, [online] 8(3), p.e35637. doi:<https://doi.org/10.2196/35637>.

Norlander, A., Iwarsson, S., Jönsson, A.-C., Lindgren, A. and Månsson Lexell, E. (2021). Participation in social and leisure activities while re-constructing the self: understanding strategies used by stroke survivors from a long-term perspective. *Disability and Rehabilitation*, 44(16), pp.1–9. doi:<https://doi.org/10.1080/09638288.2021.1900418>.

Novilla, M.L.B., Goates, M.C., Leffler, T., Kenneth, N., Wu, C., Dall, A. and Hansen, C. (2023). Integrating social care into healthcare: A review on applying the social determinants of health in clinical settings. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(19), pp.6873–6873. doi:<https://doi.org/10.3390/ijerph20196873>.

O’Brien, S.R., Durr, K., Laubisch, E., Losi, L., Parrillo, V., Pericozzi, S., Poirier, B., Poirier, L., Ray, K., Sackett, A. and Simoneau, D. (2019). Every person is an individual: physical therapist clinical reasoning used in inpatient rehabilitation for walking assistive device prescription in patients with stroke and brain injury. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 16(1), pp.1–8. doi:<https://doi.org/10.1080/17483107.2019.1647568>.

O’Keefe, L.M., Doran, S.J., Mwilambwe-Tshilobo, L., Conti, L.H., Venna, V.R. and McCullough, L.D. (2014). Social isolation after stroke leads to depressive-like behavior and decreased BDNF levels in mice. *Behavioural Brain Research*, [online] 260, pp.162–170. doi:<https://doi.org/10.1016/j.bbr.2013.10.047>.

Obembe, A., Mapayi, B., Johnson, O., Agunbiade, T. and Emechete, A. (2013). Community reintegration in stroke survivors: Relationship with motor function and depression. *Hong Kong Physiotherapy Journal*, 31(2), pp.69–74. doi:<https://doi.org/10.1016/j.hkpj.2013.04.001>.

Obembe, A.O. and Eng, J.J. (2015). Rehabilitation Interventions for Improving Social Participation After Stroke. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, [online] 30(4), pp.384–392. doi:<https://doi.org/10.1177/1545968315597072>.

Osuegbu, O.I., Adeniji, F.O., Owhonda, G.C., Kanee, R.B., Alblihed, M., Batiha, G.E.-S. and

Aigbogun, E.O. (2021). Non-Modifiable Risk Factors (Age and Sex), Stroke Types, and Outcomes in Rivers State, Nigeria: A Retrospective Hospital-Based Study. doi:<https://doi.org/10.20944/preprints202107.0446.v1>.

P. Burfein, Roxbury, T., Doig, E.J., McSween, M-P., N. de Silva and Copland, D.A. (2024). Return to work for stroke survivors with aphasia: A quantitative scoping review. *Neuropsychological Rehabilitation*, pp.1–35. doi:<https://doi.org/10.1080/09602011.2024.2381874>.

Pang, Y., Li, H., Zhao, L. and Zhang, C. (2019). An Established Early Rehabilitation Therapy Demonstrating Higher Efficacy and Safety for Care of Intensive Care Unit Patients. *Medical Science Monitor*, 25, pp.7052–7058. doi:<https://doi.org/10.12659/msm.916210>.

Park, J.E. (2023). Identifying nursing interventions captured in patients with stroke by Korean nursing students: Nursing interventions classification study. *Journal of Korean Gerontological Nursing*, 25(1), pp.69–75. doi:<https://doi.org/10.17079/jkgn.2023.25.1.69>.

Patil, A. and Mayur, S.S. (2021). Quality of life and mental health status of hansen disease patients, attending a designated leprosy care center in South-India. *International Journal of Mycobacteriology*, [online] 10(1), pp.31–36. doi:https://doi.org/10.4103/ijmy.ijmy_214_20.

Pearce, G., O'Donnell, J., Pimental, R., Blake, E.W. and Mackenzie, L. (2023). Interventions to Facilitate Return to Work after Stroke: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(15), pp.6469–6469. doi:<https://doi.org/10.3390/ijerph20156469>.

Pereira, R.M.C. and Monteiro, I. (2019). Vocational rehabilitation and return to work: integrative review. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, [online] 17(3), pp.441–455. doi:<https://doi.org/10.5327/z1679443520190350>.

Petruseviciene, D. and Krisciūnas, A. (2008). Evaluation of activity and effectiveness of occupational therapy in stroke patients at the early stage of rehabilitation. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, [online] 44(3), pp.216–224. Available at:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18413989/>.

Pizov, N.A. (2023). Rehabilitation after stroke. *Meditinskiy sovet = Medical Council*, (21), pp.28–33. doi:<https://doi.org/10.21518/ms2023-429>.

Poncette, A.-S., Spies, C., Mosch, L., Schieler, M., Weber-Carstens, S., Krampe, H. and Balzer, F. (2019). Clinical Requirements of Future Patient Monitoring in the Intensive Care Unit: Qualitative Study. *JMIR Medical Informatics*, [online] 7(2). doi:<https://doi.org/10.2196/13064>.

Prasanna Tadi and Forshing Lui (2019). *Acute Stroke (Cerebrovascular Accident)*. [online] Nih.gov. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK535369>.

Pu, L., Wang, L., Zhang, R., Zhao, T., Jiang, Y. and Han, L. (2023). Projected Global Trends in Ischemic Stroke Incidence, Deaths and Disability-Adjusted Life Years From 2020 to 2030: *Stroke*, 54(5), pp.1330–1339. doi:<https://doi.org/10.1161/strokeaha.122.040073>.

Purkayastha, S. and Sorond, F. (2012). Transcranial Doppler Ultrasound: Technique and Application. *Seminars in neurology*, [online] 32(4), pp.411–420. doi:<https://doi.org/10.1055/s-0032-1331812>.

Rajashekar, D. and Liang, J.W. (2023). *Intracerebral hemorrhage*. [online] PubMed. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK553103/>.

Rashikj-Canevska, O. and Chichevska-Jovanova, N. (2015). Some Determinats of Quality of Life in Patients Suffering from Multiple Sclerosis. *Journal of Special Education and Rehabilitation*, 16(1-2). doi:<https://doi.org/10.1515/jser-2015-0002>.

Rathore, F.A., Fahim Anwar and Umer Younas (2024). Multidisciplinary Team Working in Rehabilitation Medicine: Advantages and challenges. *Journal of Pakistan Medical Association*, 74(2), pp.409–412. doi:<https://doi.org/10.47391/jpma.24-13>.

Renwick, R., Nourhaghighi, N., Manns, P.J. and Rudman, D.L. (2003). Quality of life for people with physical disabilities: a new instrument. *International Journal of Rehabilitation Research*, 26(4), pp.279–287. doi:<https://doi.org/10.1097/00004356-200312000-00005>.

Richards, L. and Cramer, S.C. (2023). Therapies Targeting Stroke Recovery. *Stroke*, 54(1), pp.265–269. doi:<https://doi.org/10.1161/strokeaha.122.041729>.

Rochette, Johanne Desrosiers, Luc N, A. (2001). Association between personal and environmental factors and the occurrence of handicap situations following a stroke. *Disability and Rehabilitation*, 23(13), pp.559–569. doi:<https://doi.org/10.1080/09638280010022540>.

Rochmah, T.N., Rahmawati, I.T., Dahlui, M., Budiarto, W. and Bilqis, N. (2021). Economic Burden of Stroke Disease: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(14), p.7552. doi:<https://doi.org/10.3390/ijerph18147552>.

Rodgers, H. and Price, C. (2017). Stroke unit care, inpatient rehabilitation and early supported discharge. *Clinical Medicine*, [online] 17(2), pp.173–177. doi:<https://doi.org/10.7861/clinmedicine.17-2-173>.

ROMAN, N., MICLAUS, R.S., NECULA, R., DUMISTRACEL, A., CHEREGI, C. and GRIGORESCU, O.-D. (2023). Physiotherapy Efficiency in Post-stroke Upper Extremity Spasticity: TENSvs. Ultrasoundvs. Paraffin. *In Vivo*, [online] 37(2), pp.916–923. doi:<https://doi.org/10.21873/invivo.13163>.

Rowland, T.J., Cooke, D.M. and Gustafsson, L.A. (2008). Role of occupational therapy after stroke. *Annals of Indian Academy of Neurology*, [online] 11(Suppl 1), pp.S99–S107. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35721442/>.

Saif, I. (2022). Role of Physical Therapy on Quality of Life and Level of Satisfaction among Patients with Stroke. *The Healer Journal of Physiotherapy and Rehabilitation Sciences*, 2(1), pp.104–109. doi:<https://doi.org/10.55735/thjprs.v2i1.41>.

Saka, O., McGuire, A. and Wolfe, C. (2008). Cost of stroke in the United Kingdom. *Age and Ageing*, [online] 38(1), pp.27–32. doi:<https://doi.org/10.1093/ageing/afn281>.

Salvadori, E., Papi, G., Insalata, G., Rinnoci, V., Donnini, I., Martini, M., Falsini, C., Hakiki, B., Romoli, A., Barbato, C., Polcaro, P., Casamorata, F., Macchi, C., Cecchi, F. and Poggesi, A.

(2020). Comparison between Ischemic and Hemorrhagic Strokes in Functional Outcome at Discharge from an Intensive Rehabilitation Hospital. *Diagnostics*, [online] 11(1), p.38. doi:<https://doi.org/10.3390/diagnostics11010038>.

Schmid, A.A., Van Puymbroeck, M., Altenburger, P.A., Miller, K.K., Combs, S.A. and Page, S.J. (2013). Balance Is Associated with Quality of Life in Chronic Stroke. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 20(4), pp.340–346. doi:<https://doi.org/10.1310/tsr2004-340>.

Seedat, J. and Penn, C. (2016). Implementing oral care to reduce aspiration pneumonia amongst patients with dysphagia in a South African setting. *South African Journal of Communication Disorders*, 63(1). doi:<https://doi.org/10.4102/sajcd.v63i1.102>.

Sergiu Florin Arnautu, Diana Aurora Arnautu, Lascu, A., Hajevschi, A.A., Ciprian, Sharma, A. and Dragos Catalin Jianu (2022). A Review of the Role of Transthoracic and Transesophageal Echocardiography, Computed Tomography, and Magnetic Resonance Imaging in Cardioembolic Stroke. *Medical Science Monitor*, [online] 28. doi:<https://doi.org/10.12659/msm.936365>.

Shahid, J., Kashif, A. and Shahid, M.K. (2023). A Comprehensive Review of Physical Therapy Interventions for Stroke Rehabilitation: Impairment-Based Approaches and Functional Goals. *Brain Sciences*, [online] 13(5), p.717. doi:<https://doi.org/10.3390/brainsci13050717>.

Silva, S.M., Corrêa, F.I., Faria, C.D.C. de M., Buchalla, C.M., Silva, P.F. da C. and Corrêa, J.C.F. (2015). Evaluation of post-stroke functionality based on the International Classification of Functioning, Disability, and Health: a proposal for use of assessment tools. *Journal of Physical Therapy Science*, [online] 27(6), pp.1665–1670. doi:<https://doi.org/10.1589/jpts.27.1665>.

Siripan Naknoi, Li, J., Pongrama ramasoota, Liu, X., Chen, L., Suparat Phuanukoonnon, Ngamphol Soonthornworasiri and Orawan Kaewboonchoo (2023). Associations of effort-reward imbalance at work and quality of life among workers after stroke: a one-year longitudinal study in Thailand. *BMC public health*, 23(1). doi:<https://doi.org/10.1186/s12889-023-16784-4>.

Strilciuc, S., Alecsandra Grad, D., Radu, C., Chira, D., Stan, A., Ungureanu, M., Gheorghe, A. and Muresanu, F.-D. (2021). The economic burden of stroke: a systematic review of cost of

illness studies. *Journal of Medicine and Life*, [online] 14(5), pp.606–619.

doi:<https://doi.org/10.25122/jml-2021-0361>.

Stroke Association (2013). *Physical effects of stroke*. [online] Available at:

https://www.stroke.org.uk/sites/default/files/physical_effects_of_stroke.pdf.

Stroke Association (2023). *Stroke: Signs and symptoms*. [online] www.stroke.org.uk. Available

at: <https://www.stroke.org.uk/stroke/symptoms>.

Sturm, J.W., Donnan, G.A., Dewey, H.M., Macdonell, R.A.L., Gilligan, A.K. and Thrift, A.G.

(2004). Determinants of Handicap After Stroke. *Stroke*, 35(3), pp.715–720.

doi:<https://doi.org/10.1161/01.str.0000117573.19022.66>.

Subramanian, S., Murugan, D., Selvaraj, S., Anandan, A., Neelam, S., Subramanian, M.,

Murugan, D. and Kajamohideen, S. (2022). Analysis of stroke-risk factors among stroke

survivors. *International Journal of Nutrition, Pharmacology, Neurological Diseases*, 0(0), p.0.

doi:https://doi.org/10.4103/ijnpnd.ijnpnd_4_22.

Sujatmiko and Wahyu Sri Astuti (2023). Positioning Techniques for Stroke Infarction Patients to

Prevent Decubitus Wounds. *Health and Technology Journal (HTechJ)*, [online] 1(6), pp.682–

691. doi:<https://doi.org/10.53713/htechj.v1i6.132>.

Skagseth, M., Fimland, M., Rise, M., Nilsen, T. and Aasdahl, L., 2021. Return-to-work self-efficacy after occupational rehabilitation for musculoskeletal and common mental health

disorders: Secondary outcomes of a randomized clinical trial. *Journal of Rehabilitation*

Medicine, 53(1), p.jrm00146. doi:<https://doi.org/10.2340/16501977-2787>.

Szczepańska-Gieracha, J. and Mazurek, J. (2020). The Role of Self-Efficacy in the Recovery

Process of Stroke Survivors. *Psychology Research and Behavior Management*, Volume 13(13),

pp.897–906. doi:<https://doi.org/10.2147/prbm.s273009>.

Taberna, M. (2020). The Multidisciplinary Team (MDT) Approach and Quality of Care.

Frontiers in Oncology, [online] 10(85), pp.1–16. doi:<https://doi.org/10.3389/fonc.2020.00085>.

Tan, H., Gong, Z., Xing, S., Cao, L., Liu, H. and Xu, L. (2023). Effects of balance training in addition to auxiliary activity on balance function of patients with stroke at high risk for falls. *Frontiers in Neurology*, 13. doi:<https://doi.org/10.3389/fneur.2022.937305>.

Tata, M., Ruhrberg, C. and Fantin, A. (2015). Vascularisation of the central nervous system. *Mechanisms of Development*, [online] 138, pp.26–36. doi:<https://doi.org/10.1016/j.mod.2015.07.001>.

Thau, L., Singh, P. and Reddy, V. (2022). *Anatomy, Central Nervous System*. [online] PubMed. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK542179/>.

Tiwari, S., Joshi, A., Rai, N. and Satpathy, P. (2021). Impact of Stroke on Quality of Life of Stroke Survivors and Their Caregivers: A Qualitative Study from India. *Journal of Neurosciences in Rural Practice*, [online] 12(04), pp.680–688. doi:<https://doi.org/10.1055/s-0041-1735323>.

Towfighi, A. and Hill, V. (2017). Modifiable Risk Factors for Stroke and Strategies for Stroke Prevention. *Seminars in Neurology*, 37(03), pp.237–258. doi:<https://doi.org/10.1055/s-0037-1603685>.

U.S. Equal Employment Opportunity Commission (2022). *Best practices for employers and human resources/EEO professionals | U.S. equal employment opportunity commission*. [online] www.eeoc.gov. Available at: <https://www.eeoc.gov/initiatives/e-race/best-practices-employers-and-human-resourceseeo-professionals>.

van der Kemp, J., Kruithof, W.J., Nijboer, T.C.W., van Bennekom, C.A.M., van Heugten, C. and Visser-Meily, J.M.A. (2017). Return to work after mild-to-moderate stroke: work satisfaction and predictive factors. *Neuropsychological Rehabilitation*, 29(4), pp.638–653. doi:<https://doi.org/10.1080/09602011.2017.1313746>.

Vyas, M.V., Hackam, D.G., Silver, F.L., Laporte, A. and Kapral, M.K. (2016). Lost Productivity in Stroke Survivors: An Econometrics Analysis. *Neuroepidemiology*, [online] 47(3-4), pp.164–170. doi:<https://doi.org/10.1159/000454730>.

Williams, L.S. (2005). Depression and Stroke: Cause or Consequence? *Seminars in Neurology*, 25(04), pp.396–409. doi:<https://doi.org/10.1055/s-2005-923534>.

Wilson, B.A., Winegardner, J., Heugten, C.M. van and Ownsworth, T. eds., (2017). *Neuropsychological Rehabilitation*. Abingdon, Oxon ; New York, NY : Routledge, 2017.: Routledge. doi:<https://doi.org/10.4324/9781315629537>.

Wing Yu, T. and Ennion, L. (2019). Participation restrictions and vocational rehabilitation needs experienced by persons with a unilateral lower limb amputation in the Western Cape, South Africa. *African Journal of Disability*, 8. doi:<https://doi.org/10.4102/ajod.v8i0.456>.

Wolfenden, B. and Grace, M. (2009). Returning to work after stroke: a review. *International Journal of Rehabilitation Research*, 32(2), pp.93–97. doi:<https://doi.org/10.1097/mrr.0b013e328325a358>.

Wollter Bergman, M., Berlin, C., Babapour Chafi, M., Falck, A.-C. and Örtengren, R. (2021). Cognitive Ergonomics of Assembly Work from a Job Demands–Resources Perspective: Three Qualitative Case Studies. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(23), p.12282. doi:<https://doi.org/10.3390/ijerph182312282>.

Wong, H.J., Lua, P.L., Harith, S. and Ibrahim, K.A. (2021b). Health-related quality of life profiles and their dimension-specific associated factors among Malaysian stroke survivors: a cross sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 19(1). doi:<https://doi.org/10.1186/s12955-021-01847-0>.

World Health Organization (2022). *Stroke, Cerebrovascular accident*. [online] World Health Organization - Regional Office for the Eastern Mediterranean. Available at: <https://www.emro.who.int/health-topics/stroke-cerebrovascular-accident/index.html>.

www.stroke.org.uk. (n.d.). *Transient ischaemic attack (TIA) | Stroke Association*. [online] Available at: <https://www.stroke.org.uk/stroke/type/tia>.

Xuefang, L., Guihua, W. and Fengru, M. (2021). The effect of early cognitive training and

rehabilitation for patients with cognitive dysfunction in stroke. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 30(3). doi:<https://doi.org/10.1002/mpr.1882>.

Yan, H.-Y. and Lin, H.-R. (2022). Resilience in Stroke Patients: A Concept Analysis. *Healthcare*, 10(11), p.2281. doi:<https://doi.org/10.3390/healthcare10112281>.

Yan, L.L., Li, C., Chen, J., Miranda, J.J., Luo, R., Bettger, J., Zhu, Y., Feigin, V., O'Donnell, M., Zhao, D. and Wu, Y. (2016). Prevention, management, and rehabilitation of stroke in low- and middle-income countries. *eNeurologicalSci*, 2, pp.21–30. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ensci.2016.02.011>.

Zafar, R., Usama Ahmad Khan, Muhammad Usama, Muhammad Khalid Attique, Siddiqui, B. and Yousaf, F. (2023). The Effectiveness of Constraint-Induced Movement Therapy versus Traditional Occupational Therapy on Upper Limb Function after Stroke. *Journal of health and rehabilitation research*, 3(2), pp.305–310. doi:<https://doi.org/10.61919/jhrr.v3i2.135>.

Ziu, E. and Mesfin, F.B. (2023). *Subarachnoid hemorrhage*. [online] Nih.gov. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441958/>.

Zeltzer, L., 2008. *Stroke Specific Quality of Life Scale (SS-QOL) – Strokengine*. [online] Stroke Engine. Available at: <https://strokengine.ca/en/assessments/stroke-specific-quality-of-life-scale-ss-qol/>

Skagseth, M., Fimland, M., Rise, M., Nilsen, T. and Aasdahl, L., 2021. Return-to-work self-efficacy after occupational rehabilitation for musculoskeletal and common mental health disorders: Secondary outcomes of a randomized clinical trial. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 53(1), p.jrm00146. doi:<https://doi.org/10.2340/16501977-2787>.

VIII. ПРИЛОЗИ

8.1. Анкетен лист

(за лица со прележан мозочен удар)

Анкетниот лист се спроведува како дел од магистерски труд на тема: “ Квалитетот на живот и реинтеграција на работното место кај лица со прележан мозочен удар “ од страна на посдипломец при институтот за Специјална едукација и рехабилитација на насоката Моторни нарушувања при Филозофскиот факултет на Универзитетот “ Св. Кирил и Методиј “ - Скопје.

ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ ЗА ИСПИТАНИКОТ:

Име и презиме : _____; Пол : _____; Возраст : _____;

Место на живеење: _____; Брачна состојба : _____;

Степен на образование : _____; Професија : _____;

Тип на мозочен удар што сте го прележале:

- Ишемичен мозочен удар
- Хеморагичен мозочен удар

(Одговорите кои ќе бидат дадени во анкетниот прашалник се однесуваат за евалуацијата на целокупниот квалитет на живот на пациентот за време на анкетањето и неговата способност за реинтеграција на работното место по прележаниот мозочен удар)

I. Енергија

1. Дали чувствувате умор, што ве ограничува во извршувањето на секојдневните активности?

- а) Да
- б) Делумно
- в) Не

2. Дали имате потреба од почести одмори во текот на денот за да се чувствувате подготвени за обавувањето на вашите обврски?

а) Да

б) Не

3. Дали чувствувате недостиг на енергија за извршување на активностите што ги посакувате?

а) Да

б) Делумно

в) Не

II. Семејни улоги

4. Дали добивате емоционална и психо-социјална поддршка од вашето семејство?

а) Да

б) Делумно

в) Не

5. Дали чувствувате дека сте товар за семејството поради вашата состојба?

а) Да

б) Делумно

в) Не

6. Дали вашата физичка состојба ви пречи во личниот семеен живот?

а) Да

б) Делумно

в) Не

III. Комуникација

7. Дали имате проблеми со говорот или комуникацијата, како што е изговарањето на зборови или потребата за повторување? (На пример да пелтечите или да ги нафрлувате зборовите, да читате)

а) Да

б) Делумно

в) Не

8. Дали имате потешкотии со говорот или со разбирањето при комуникација? (При користење на телефон или учество во разговор со поголема група на луѓе)

а) Да

б) Делумно

в) Не

IV. Моторика

9. Дали имате проблеми со движењето или потреба од почести паузи при одење?

а) Да

б) Делумно

в) Не

10. Дали користите некое од помошните помагала или адаптивната опрема (ортопедски помагала, дигитални алатки, домашна адаптација) за полесно извршување на вашите секојдневни активности?

а) Да

б) Делумно

в) Не

11. Дали имате потешкотии при одржување на стабилноста при седење, станување од стол или стоење подолго време?

а) Да

б) Делумно

в) Не

12. Дали ви е потребна помош при активности како станување, качување по скали или носење потешки предмети?

а) Да

б) Делумно

в) Не

13. Дали имате потешкотии при извршување на активностите што бараат прецизно движење? (При пишување или користење на електронски уреди)

а) Да

б) Делумно

в) Не

V. Емоционална благосостојба

14. Дали сте загрижени, обесхрабрани во однос на подобрување на вашата благосостојба?

а) Да

б) Делумно

в) Не

15. Дали имате самодоверба дека можете да ја подобрите вашата моментална состојба?

а) Да

б) Делумно

в) Не

16. Дали успеавте да се опоравите емоционално по преживеаниот мозочен удар?

а) Да

б) Делумно

в) Не

VI. *Карактерни особини на личноста*

17. Дали забележавте промени во вашите карактерни особини по преживеаниот мозочен удар?

а) Да

б) Делумно

в) Не

18. Дали се чувствувате раздразлив по преживувањето на мозочниот удар?

а) Да

б) Делумно

в) Не

VII. *Само-грижа за себе*

20. Дали ви е потребна помош при користењето на тоалетот?

а) Да

б) Делумно

в) Не

21. Дали ви е потребна помош при подготовка или консумирање на храна?

а) Да

б) Делумно

в) Не

22. Дали ви е потребна помош при облекувањето? (На пример, облекување чорапи или чевли, закопчување копчиња или патент)

а) Да

б) Делумно

в) Не

23. Дали можете самостојно да ги извршувате обврските во вашиот дом (На пример мesteње на креветот, собирање ѓубре, миење садови, перење)?

а) Да

б) Делумно

в) Не

24. Дали ви е потребна помош при извршувањето на секојдневни обврски и активности надвор од вашиот дом (На пример посета на банки, пошти или други институции,пазарење)?

а) Да

б) Делумно

в) Не

VIII. Социјални улоги

25. Дали учествувате во социјални активности онолку колку што би сакале?

а) Да

б) Делумно

в) Не

26. Дали поминувате доволно време со вашите пријатели?

а) Да

б) Делумно

в) Не

27. Дали учествувате во рекреативни или духовни активности?

а) Да

б) Делумно

в) Не

IX. Размислување – психичка благосостојба

28. Дали по мозочниот удар забележувате промени во вашата психичка состојба, како што се тешкотии со концентрацијата, депресија, анксиозност или промени во расположението?

а) Да

б) Делумно

в) Не

29. Дали имате тешкотии да се фокусирате на вашите секојдневни задачи/активности?

а) Да

б) Делумно

в) Не

30. Дали имате проблеми со памтењето на информации? (Како на пример имиња, настани или задачи кои треба да ги извршите)

а) Да

б) Делумно

в) Не

31. Дали имате тешкотии со организирање на секојдневните активности, како што се планирање на времето или обврските?

а) Да

б) Делумно

в) Не

X. Реинтеграција на работното место

32. Дали чувствувате оптимизам во целокупниот реинтеграциски процес на вашите професионални активности?

а) Да

б) Делумно

в) Не

33. Дали добивате соодветна поддршка за стручна рехабилитација или преквалификација што ви помага во процесот на професионална реинтеграција?

а) Да

б) Делумно

в) Не

34. Дали се соочувате со тешкотии или пречки во процесот на враќање и прилагодување на вашето работно место?

а) Да

б) Делумно

в) Не

35. Дали вашите професионални активности и работната средина се модифицирани за да одговараат на вашите потреби по прележаниот мозочен удар?

а) Да

б) Делумно

в) Не

36. Дали сметате дека сте физички и ментално подготвени да се вратите на професионалните активности со полно работно време?

а) Да

б) Не

37. Дали би можеле да се вратите на професионалните активности со скратено работно време?

а) Да

б) Не

38. Дали ви е потребно преквалификација за ново работно место, поради неможност од извршување на професионалните активности кои ги обавувавте пред мозочниот удар?

а) Да

б) Не

39. Дали преживеаниот мозочен удар влијае на можноста за професионален напредок во кариерата?

а) Да

б) Делумно

в) Не

XI. Бариери во процесот на реинтеграцијата на работното место

40. Дали можете да се справите со личните проблеми и неуспеси на работното место?

а) Да

б) Делумно

в) Не

41. Дали можете целосно да ги извршите своите професионални задачи поради физичките попречености (моторните нарушувања)?

а) Да

б) Не

42. Дали вашата емоционална состојба (анксиозност, депресија, несигурност) ви пречи во извршувањето на професионалните задачи?

а) Да

б) Делумно

в) Не

43. Дали можете да си ги извршите своите професионални задачи поради социјалните нарушувања?

а) Да

б) Делумно

в) Не

XII. Успешен/Неуспешен реинтеграциски процес

44. Дали успешно се реинтегриравте со полно и скратено време на работно место кое го обавувавте пред да го преживеете мозочниот удар?

а) Да

б) Не

45. Доколку не се реинтегриравте на старото работно место, дали добивте обука или помош за преквалификување и адаптирање на ново работно место?

а) Да

б) Не