



УНИВЕРЗИТЕТ „СВ. КИРИЛ И МЕТОДИЈ“
ФИЛОЗОФСКИ ФАКУЛТЕТ – СКОПЈЕ
ИНСТИТУТ ЗА СПЕЦИЈАЛНА ЕДУКАЦИЈА И
РЕХАБИЛИТАЦИЈА



**ПРИМЕНА НА РАН РЕХАБИЛИТАЦИСКИ ТРЕТМАН
КАКО МОЖНОСТ ЗА НАМАЛУВАЊЕ НА
ИНВАЛИДНОСТА КАЈ ЛИЦА ПОСЛЕ МОЗОЧЕН УДАР**

- магистерски труд -

Кандидат:
Илија Тодоров

Ментор:
проф. д-р Владимир Трајковски

август 2020
СКОПЈЕ

СОДРЖИНА

Резиме.....	4
Abstract.....	5
Вовед.....	6
I. Теоретски основи.....	8
1. Мозочен удар.....	8
1.1. Што е мозочен удар?.....	8
2. Основни карактеристики кај мозочен удар.....	9
2.1. Крвоносен систем на мозокот.....	9
2.2. Патофизиолошки податоци за мозокот при мозочен удар.....	10
2.3. Причини за појава на мозочен удар.....	13
2.4. Васкуларни заболувања на мозокот при мозочен удар.....	14
2.5. Невролошки карактеристики на мозочен удар.....	14
3. Хемиплегија.....	15
4. Инвалидност.....	19
5. Рехабилитација.....	20
5.1. Рана болничка рехабилитација.....	21
5.2. Статус на пациентот и индивидуално прилагоден програм.....	23
5.3. Вежби и рана мобилизација.....	23
5.4. Болно рамо и колк.....	25
5.5. Логопедски третман.....	26
5.5.1. Карактеристики на афазисјата.....	26
5.5.2. Вежби говор.....	28
5.6. Работна терапија.....	29
5.7. Оспособување на пациентот за работа во кујна.....	31

5.8. Активности на секојдневниот живот.....	32
5.8.1. Хранење.....	32
5.8.2. Тоалета.....	32
5.8.3. Облекување и соблекување.....	33
5.9. Превенција и профилакса на болните за намалување на ризикот од повторен мозочен удар.....	35
5.10. Психологија на болен со мозочен удар.....	36
6. Враќање на работа.....	38
6.1. Асистивни технологии за лица со мозочен удар.....	38
II. Истражувачки дел.....	41
1. Методологија на истражување.....	41
1.1. Предмет на истражувањето.....	41
1.2. Цел и карактер на истражувањето.....	41
1.3. Хипотези на истражувањето.....	41
1.4. Примерок и карактеристики на истражувањето.....	42
1.5. Методи, техники и инструменти на истражувањето.....	43
1.6. Статистичка обработка на податоците во истражувањето.....	44
1.7. Место и време на истражувањето.....	44
III. Резултати.....	45
IV. Дискусија.....	115
1. Лимитации на истражувањето.....	125
V. Заклучоци.....	126
VI. Предлог-мерки.....	129
VII. Литература.....	142
VIII. Прилози.....	150

РЕЗИМЕ

Тодоров И. Примена на ран рехабилитациски третман како можност за намалување на инвалидноста кај лица после мозочен удар. Магистерски труд. Филозофски факултет: Скопје, 2020; 1-157.

Целта на ова истражување е да се направи компарација на инвалидноста кај оние пациенти со мозочен удар кои биле отпочнати со ран рехабилитациски третман и пациенти кои не биле третирани навреме со рехабилитацискиот третман.

Во истражувањето се вклучени 50 лица во две групи на испитаници, во кои се опфатени 26 лица во првата група кај кој бил применет ран рехабилитациски третман во домашни или болнички услови и 24 лица во втората група на испитаници на кој не бил применет ран рехабилитациски третман или воопшто не биле вклучени во рехабилитација.

Интерпретацијата и анализата на добиените резултати ни покажа дека поголемиот број на болни по спроведената рехабилитациска програма можат самостојно да ги остваруваат секојдневните животни активности во својот дом, без потреба за стална нега и туѓа помош, што е многу важен фактор, како на економски, така и на хуман план. Кај првата група пациенти отпочнати со ран рехабилитациски третман самостојни во движењето се кај високи 73% од испитаниците, додека делумно се самостојни кај 19%, а не се самостојни во движењето само кај 8%, додека кај втората група пациенти кој не се отпочнати со ран рехабилитациски третман, испитаниците ги дале следните одговори, незначителен број од нив, односно 13% одговорија дека се самостојни во движењето, 33% сметаат дека делумно се самостојни во движењето, а 54% од испитаниците одговориле дека не се самостојни во движењето.

Од овој труд можеме да заклучиме за важноста на раниот рехабилитациски третман и неговиот ефект за намалувањето на степенот на инвалидноста до потполна самостојност, без потреба за постоење од туѓа помош, способноста за самостојно остварување на дневните животни активности, па сè до можноста за враќање на пациентот повторно на своето работно место.

Клучни зборови: мозочен удар, инвалидност, ран рехабилитациски третман, самосталност, дневна животна активност.

ABSTRACT

Todorov I. Application of early rehabilitation treatment as an opportunity for mitigation of impairment in patients following a stroke. Master thesis. faculty of Philosophy: Skopje, 2020; 1-157.

This research aims at comparing the disability in stroke patients started on an early rehabilitation treatment and patients who did not receive a timely rehabilitation treatment.

The research involves 50 people divided in two groups of respondents. The first group of 26 patients received an early rehabilitation treatment at home or in the hospital. The second group of 24 patients did not receive an early rehabilitation treatment or any rehabilitation whatsoever.

The results interpretation and analysis showed that most of the patients, after having completed the rehabilitation program, can independently perform the daily life activities in their home, without any need for permanent care or third-party assistance, which is a very important factor both from an economic, as well as humane standpoint. In the first group of patients, started on an early rehabilitation treatment, the vast majority, i.e. 73% of the patients can perform movements independently, 19% can perform movements semi-independently, while only 8% cannot perform movements without help at all. In the second group of patients, not started on an early rehabilitation treatment, the patient responses suggest that an insignificant 13% of the patients can perform movements without any help, 33% consider that they can require some help while performing movements, and 54% of the patients responded that they cannot perform any movements without help at all.

This paper highlights the importance of early rehabilitation treatment and its effect in reducing the level of disability until full independence, without any need of a third-party assistance until the patients can independently perform the daily activities, and ultimately return to their jobs.

Key words: stroke, disability, early rehabilitation treatment, independence, daily activities.

ВОВЕД

Мозочниот удар претставува сериозна медицинска состојба која бара едукација на јавноста, итен прием и лекување на пациентите во специјализирани институции, за што треба да се има развиена мрежа на единици за мозочен удар (Stroke unit). Мозочниот удар е водечка причина за инвалидност во модерните општества. Во развиените земји е на второ или трето место меѓу причините за смртност, а во нашата земја е на второ место како причина за смртност во последните неколку децении. Поради тоа, мозочниот удар е меѓу првите причинители за инвалидност кај нас и во светот. Сведоци сме и факт е дека мозочниот удар веќе не ја зафаќа само постарата возрасна популација, туку во последно време од мозочен удар заболуваат се почесто и лица во најпродуктивните години на животот. Сето тоа мозочниот удар го прави голем не само како здравствен, туку и како социјален и економски проблем во општеството (1).

Болните по прележаниот мозочен удар многу често имаат тешки оштетувања и функционални ограничувања во движењето и перцепцијата. Кај повеќе од 40% преживевани од мозочен удар останува поголема или помала зависност од помош на други лица во извршувањето на дневните животни активности, околу 25% од болните се трајно хоспитализирани, 10% не се во можност самостојно да се движат и имаат потреба од инвалидска количка и други ортопедски помагала, а 66% веќе не се работо способни (2).

Рано отпочнатата рехабилитација може значително да ја намали инвалидноста и е клучна во згрижувањето на болниот со прележан мозочен удар. Рехабилитациските програми можат многу да придонесат во осамостојувањето на болниот. Класично рехабилитацијата се дели на физикална терапија, работна терапија и говорна терапија. Тимот кој учествува во спроведувањето на рехабилитацијата на болниот со прележен мозочен удар треба да биде мултидисциплинарен и вклучува: невролог, физијатар, медицинска сестра искусна во таа област, физиотерапевт кој е специјализиран за рехабилитација на болни со мозочен удар, логопед-афазиолог, невропсихолог, работен терапевт, дефектолог-соматопед и социјален работник. Болните и членовите на нивните семејства мораат да бидат

активно вклучени во тимот. Најважен е фактот дека поголемиот број на болни по спроведената рехабилитациска програма можат самостојно да ги остваруваат секојдневните животни активности во својот дом, без потреба за стална нега и туѓа помош, што е многу важен фактор, како на економски, а што е уште поважно и на хуман план. Поради враќањето и реинтеграцијата во своето семејство многу е важно правилното информирање на семејството за можностите на опоравувањето и принципите на рехабилитацијата кои треба да се применат во домашни услови после завршувањето на болничката медицинска рехабилитација (3).

Дванаесет до петнаесет месеци по настанатиот мозочен удар, не се очекува подобрување на функционалниот статус на болниот со понатамошни рехабилитациски постапки и неговата постигната состојба на функционално опоравување се смета за дефинитивно (4).

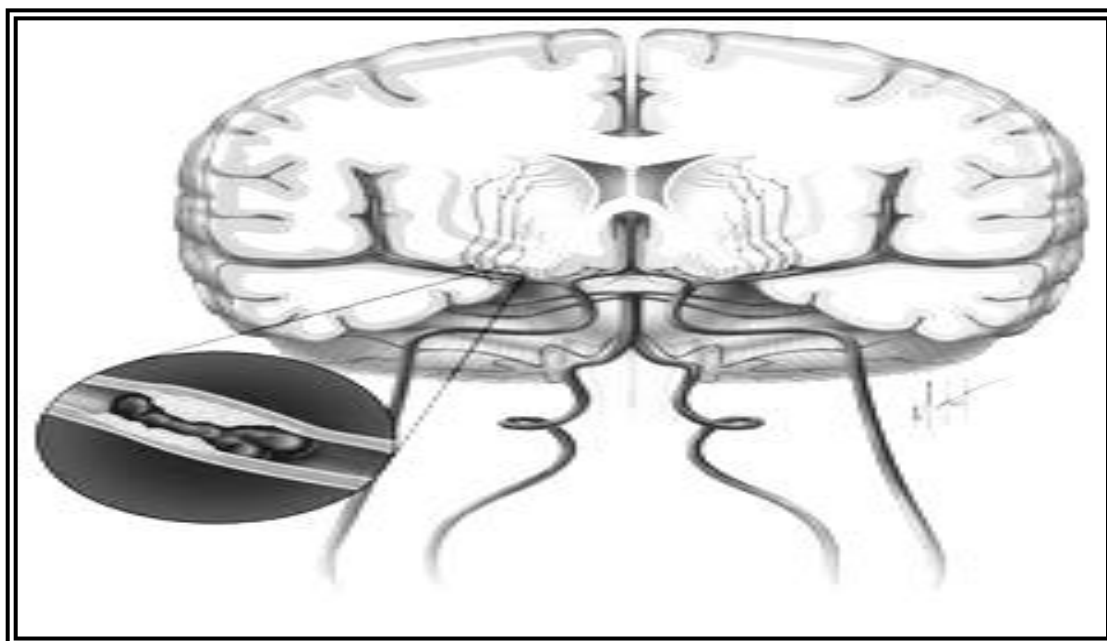
Оваа магистерска теза, се базира на истражување кое се спроведе со цел, да се направи компарација на инвалидноста кај оние пациенти со мозочен удар кои биле отпочнати со ран рехабилитациски третман и пациенти кои не биле третирани навреме со рехабилитацискиот третман, за да може да се укаже на важноста од раниот рехабилитациски третман и неговиот ефект за намалувањето на степенот на инвалидноста до потполна самостојност, без потреба за постоење од туѓа помош, способноста за самостојно остварување на дневните животни активности, па сè до можноста за враќање на пациентот повторно на своето работно место.

I ТЕОРЕТСКИ ОСНОВИ

1. МОЗОЧЕН УДАР

1.1. Што е мозочен удар?

Мозочниот удар претставува одеднаш настанат фокален невролошки дефицит предизвикан со нарушување на мозочната циркулација кој предизвикува битно намалување или потполн прекин на протокот на крв во одреден дел на мозокот. Нарушувањето на циркулацијата предизвикува недоволно снабдување во одредени делови на мозокот со кислород и хранливи материи. Недостатокот на кислород и хранливи материи доведува до оштетување и изумирање на нервните клетки во деловите на мозокот кои се снабдуваат преку оштетените крвни садови, при што како последица настанува оштетување на оние функции со кој мозокот управува во тие делови (5).



Слика 1. Нарушување на циркулацијата во мозокот со крв

Во 1970-тите Светската здравствена организација го дефинира мозочниот удар како "невролошки дефицит од цереброваскуларна причина што трае повеќе од 24 часа или потполн прекин на протокот на крв во одреден дел на мозокот за време од 24 часа". Мозочниот удар, според X-та ревизија на Меѓународната класификација за болести и сродни здравствени проблеми (МКВ-10), е класифициран од Светската здравствена организација (WHO) и е ставен во

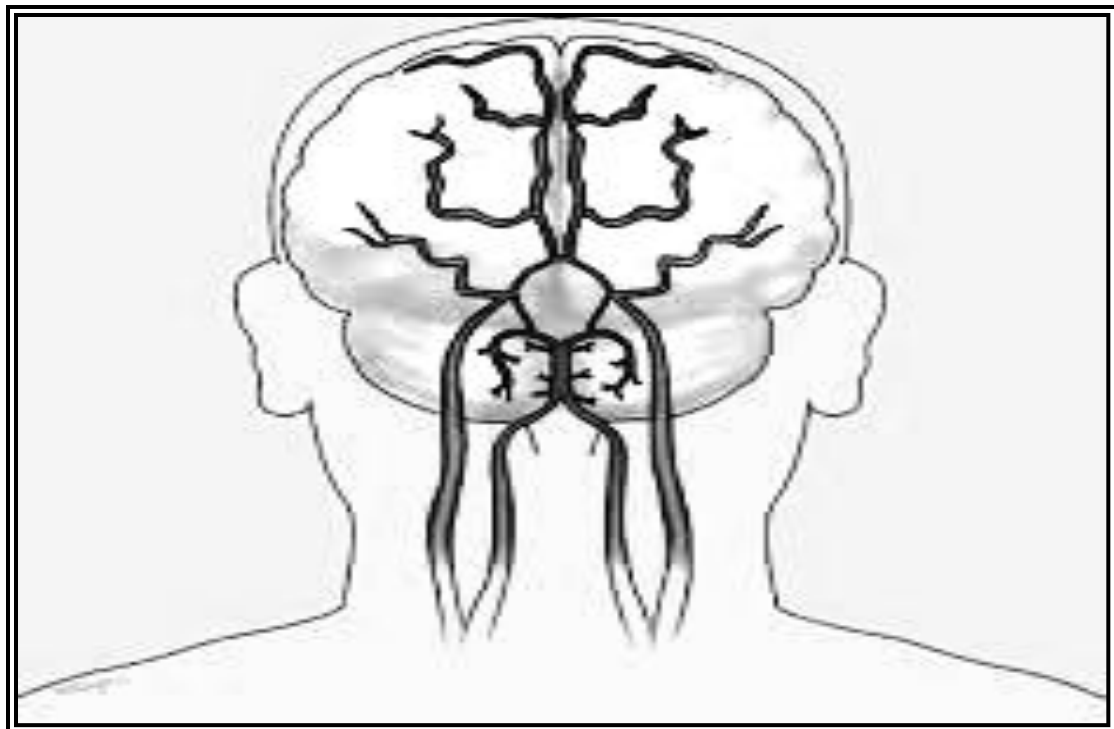
поглавјето IX/I: Болести на циркулаторниот (крвоносен) систем, под точка 61 - 64 и тоа се следните:

- I61 Интрацеребрално крварење;
- I62 Останати нетрауматски интракранијални крварења;
- I63 Церебрален инфаркт;
- I64 Инсулт, неспецифициран како крварење или инфаркт (6).

2. ОСНОВНИ КАРАКТЕРИСТИКИ КАЈ МОЗОЧЕН УДАР

2.1. Крвоносен систем на мозокот

Артериското снабдување на мозокот со крв се одвива преку двете артерии a.carotis internaе и двете артерии a.vertеbralis. Овие два система на базата на мозокот анастомозираат меѓу себе формирајќи го *circulus arteriosus Willisii*.



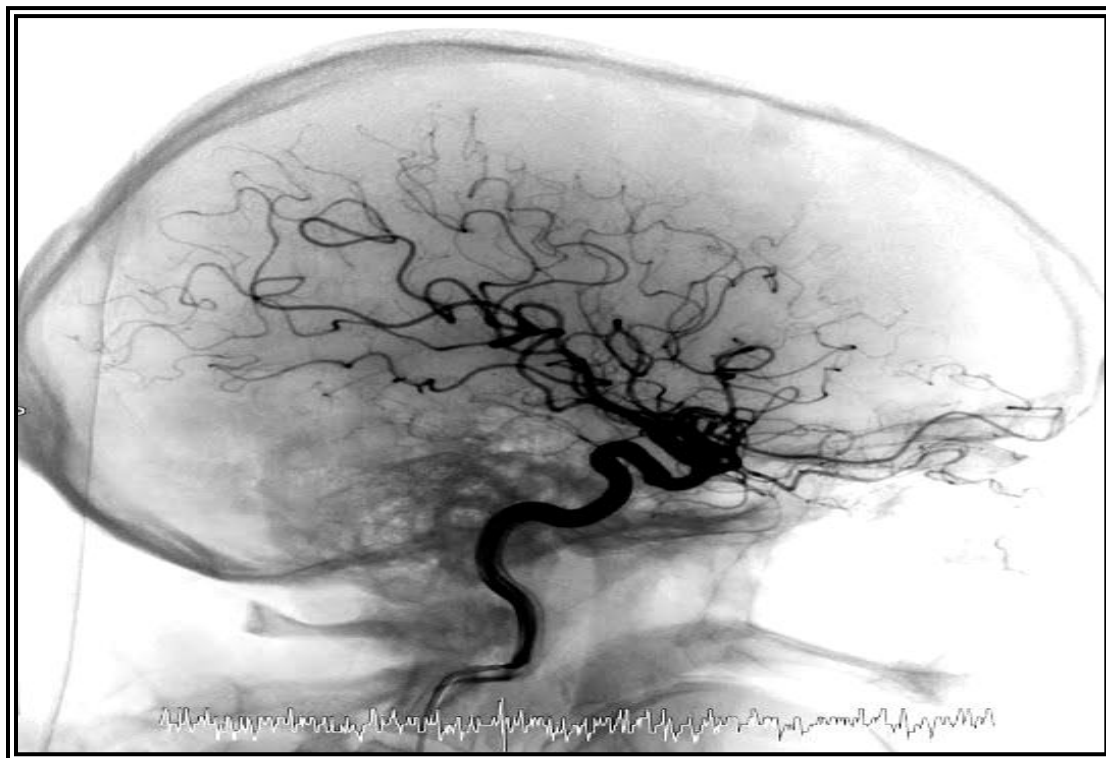
Слика 2. circulus arteriosus Willisii

Внатрешната каротидна артерија се разгранува на: a.ophtalmica, a.chorioidea anterior, a.comunicans posterior, a.cerebri anterior и a.cerebri media.

Двете вертебрални артерии се спојуваат меѓу себе формирајќи ја артеријата bazilaris која со своите странични гранки го иригира малиот мозок и мозочното

стебло, а со своите завршни гранки *a.cerebri posterior* иригира дел од окципиталниот лобус (7).

Венската циркулација на мозокот се одвива преку длабоките мозочни вени и површните кортикални вени. Од нив крвта се дренира во дуралните синуси, а преку нив, во вена *jugularis interna* на вратот.



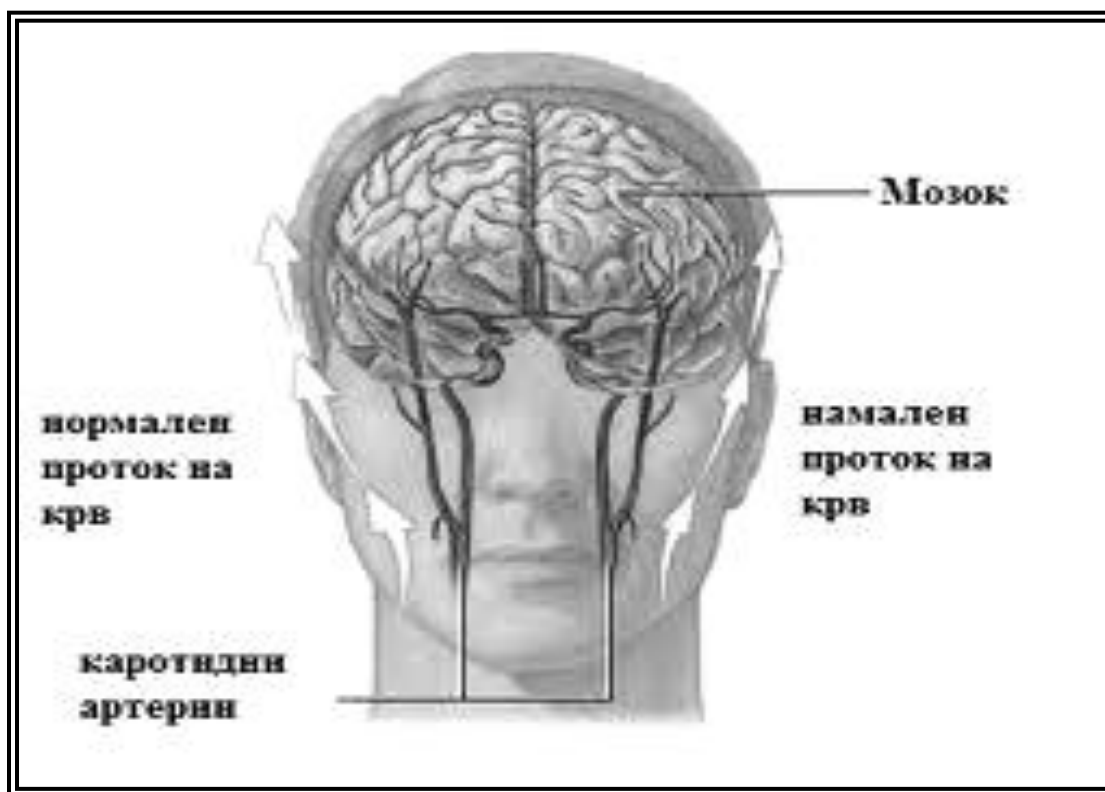
Слика 3. Анастомози кај мозочните артерии

Мозочните артерии се богати со анастомози, внатрешни и надворешни. Функционално се како завршни гранки, односно крвотекот на една артерија не може да биде заменет со крвотекот на друга (8).

2.2. Патофизиолошки податоци за мозокот при мозочен удар

Снабдувањето на мозочното ткиво со доволна количина на кислород се остварува преку цела низа на регулаторни механизми. На 100 гр. мозочно ткиво во една минута поминуваат 40-50 см³ крв односно 33% од целокупната крв. Мозокот троши 25% од калориите на вкупната потрошувачка на организмот или 17% од гликозата и 25% од целата потрошувачка на кислород. Кислородот е неопходен за оксидација на гликозата која е главен извор на енергија. Околу 100-200 гр. гликоза се троши во текот на денот (9).

Количината на проток на крв низ мозокот се регулира на повеќе начини а најважни се: срцевата активност, крвниот притисок, хуморални фактори, рефлексни механизми.



Слика 4. Снабдување на мозочното ткиво со крв

Притисокот помеѓу 70 и 180 mmHg не се одразува на постојаноста на крвниот тек на мозокот, а регулацијата се одвива преку промената во тонусот на крвните садови кој, сепак, е ограничен поради затвореноста на мозокот во тврда обвивка. Во сидот на синокаротидната област има рецепторни зони кои испраќаат вазомоторни импулси за регулација на мозочниот крвоток, независно од промените на општиот крвоток. Зголемување на парцијалниот притисок на кислородот води до стеснување на крвните садови а негово намалување до ширење на крвните садови (10).

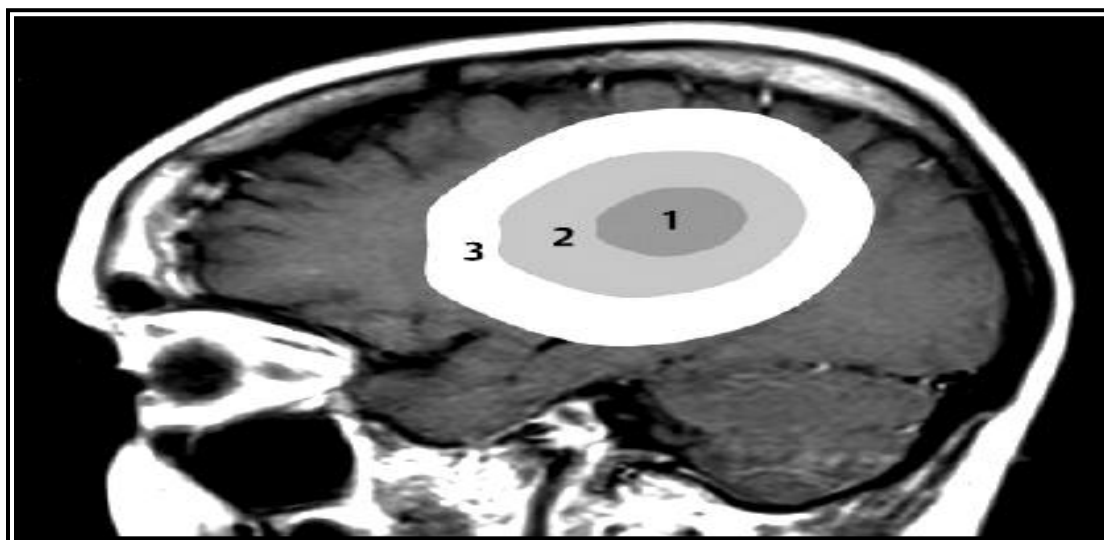
Зголемување на интракранијалниот притисок над 500 mmHg предизвикува умерено или значително смалување на протокот на крв низ мозокот. На овој начин се создава патолошки круг на зголемен крвен притисок, смален проток на крв (хипоксија), метаболични промени со осмотско активни токсични материи, пропустливост на капиларите и едем на мозокот. Прекин од 12 сек. доведува до губиток на свеста, над 3 мин. трајно оштетување на мозочното ткиво, или прекин на крвотокот во траење од 3-5 мин. доведува до комплетно

искористување на гликозата. Крвните садови во оштетената зона го губат својот тонус. Ако до тој момент се реализира дотокот на крв, се враќа мозочната функција, но ако тоа не се случи, доаѓа до следните промени: најпрво се создава исхемија, а потоа тотална аноксија што доведува до изумирање на ткивото. При тоа најосетливи се клетките од четвртиот и петиот слој на мозочната маса кои толерираат најмногу пет минути длабока хипоксија, клетките на средниот мозок 10 мин, а на мозочното стебло 20 минути. Електричната активност се губи после 6-8 мин. (исхемија).

Смалување на потрошувачката на кислород за 17% дава поспаност, 24% сомнолентност, а 39% кома. Во крвта доаѓа до пораст на лактатите, пируватите и се зголемува ацидозата. Тоа доведува до ширење на крвните садови, а со тоа се зголемува волуменот на мозочната маса (оток) што уште повеќе ја усложнува клиничката слика (11).

Во почетокот доаѓа до скок на притисокот, а после мозочниот удар тој паѓа со што уште повеќе ја отежнува општата состојба на пациентот и се одразува на работата на срцето (12).

Инфарктот на мозокот доведува до некроза на ткивото. Околу некрозата се создава зона на таканаречена пенумбра каде се наоѓаат сè уште живи клетки, но кои ја изгубиле функцијата. Околу пенумбрата настанува во првата фаза цитотоксичен, а во втората фаза вазоген едем (13).



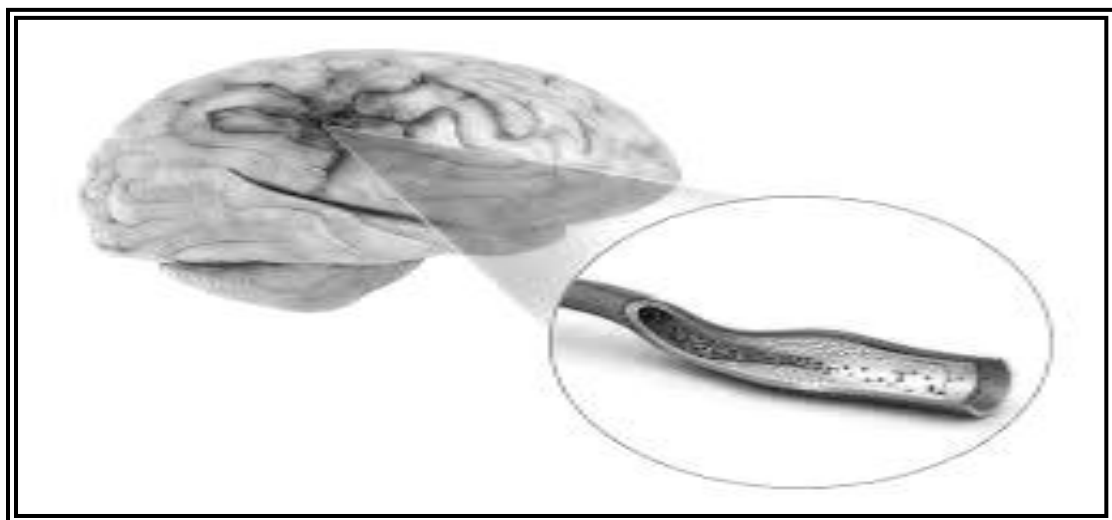
Слика 5. Пенумбра (2)

Во оваа фаза е неопходно да се даде антиедематозна терапија и друга соодветна медикаметозна терапија, а покасно физикален и логопедски третман со што би се активирале клетките на пенумбрата. Се мислело дека оштетувањето

на мозокот е дефинитивно. Денес се знае дека мозокот поседува пластичност и дека постои процес на регенерација и реструктурирање со разгранување на аксонските влакна и појавување на колатерални изданоци на повредениот аксон се пополнуваат оштетените синаптички места и по пат на реорганизација на клетките кои имале една функција, тие превземаат друга и со други механизми. Доцното функционално оспособување може да се објасни и со постоење на неми патишта кои се активираат по повредата (14).

2.3. Причини за појава на мозочен удар

Мозочниот удар е процес, предизвикан од низа причинители т.н. фактори на ризик. Во нив спаѓаат следните. Природни фактори на ризик а тоа се возраст, пол, наследност. Фактори на ризик стекнати во текот на животот како што се зголемен крвен притисок, шеќерна болест, срцеви заболувања, зголемени маснотии во крвта, артериосклероза, претерано пушење цигари, физичка неактивност, алкохолизам, долготраен психички стрес, зголемена телесна тежина, злоупотреба на лекови, несоодветни услови за живот, разни придружни заболувања, хемореолошките фактори, климатските и временските промени. Како причина за мозочен удар може да бидат и проширување на крвните садови во мозокот или артерио-венски малформации, инфекции, воспалителни промени на крвните садови и мозочните структури, тумори, траума, демиелинизирачки заболувања и други фактори. Главна причина за појава на мозочен удар се атеросклерозата и артериосклерозата, посебно кај тромботичните процеси (15).



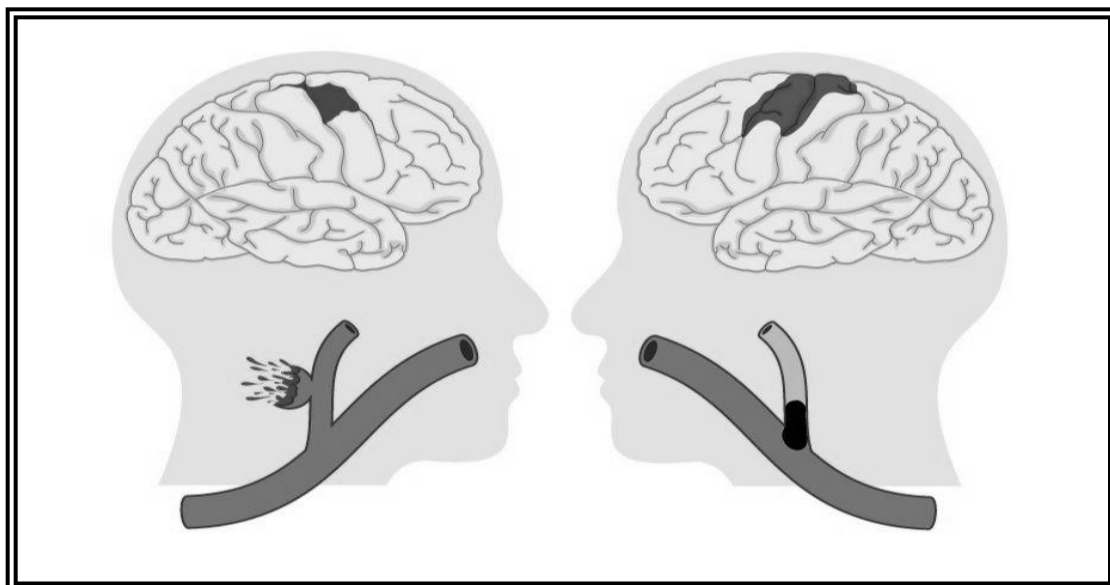
Слика 6. Атеросклерптични промени на крвните садови

2.4. Васкуларни заболувања на мозокот при мозочен удар

Васкуларните заболувања на мозокот, според етиологијата и клиничката слика, се делат на две големи групи.

А. ХЕМОРАГИЧНИ кои според локализацијата на промената можат да бидат: субарахноидална хеморагија, интрацеребрална хеморагија, интравентрикуларна хеморагија. Причина се: аневризма, артериско-венозна малформација, хипертензија

Б. ИСХЕМИЧНИ кои можат да бидат: транзиторни исхемични атаки, инфаркт, емболија. Причина се: артериосклероза, дијабетес, аритмија, срцева мана, тромбоза.



Слика 7. Васкуларните заболувања на мозокот

Со зголемување на просечната старост на населението, неправилната исхрана, недоволното движење доведува до сè почести заболувања на крвните садови во мозокот и се главна причина за смртност (16).

2.5. Невролошки карактеристики кај мозочен удар

Невролошките симптоми зависат од локализацијата на мозочното оштетување на спротивната хемисфера. Во почетокот тоа е пошироко подрачје од вистинското, поради следствениот едем на околното ткиво кое полека се сведува само на оштетениот крвен сад што доведува до подобрување на првобитната состојба на пациентот (17).

Оштетување на централниот моторен неврон во кортексот дава централен фацијалис, слабост на раката и на ногата со изразен спастицитет и ригидитет.

Постојат промени на перцепција на одредени сетила: за вкус, мирис и ориентација во простор (18).

Промени во препознавањето на еден предмет, било со вид, слух или со допир се викаат агнозии. Промените во еден сензитивен орган не мора да бидат и во друг.

Тактилна агнозија - астереогнозија е кога болниот со затворени очи не може да го распознае предметот кој му е ставен во рацете, но ако чуе звук, на пример чукање на саат, тој ќе го препознае. Промената е во париеталниот лобус.

Оптички агнозии се кога болниот не препознава познати предмети и покрај зачуваниот вид. Тој ќе се сети на лицето ако го чуе гласот или ако го допре предметот. Промената е во секундарната оптичка сфера на окципиталниот лобус во доминантната хемисфера.

Аудитивни агнозии се кога пациентот не е во состојба да ги слуша звуците и покрај здравите слушни органи, промената е во темпоралниот лобус.

Апраксија е кога болниот не е во состојба да изведе ниту едно осмислено движење особено при сложена работа. Апраксиите можат да бидат: моторни, сензорни и мешовити. Промената е во премоторната зона на спротивната хемисфера. Други нарушувања можат да се јават во облик на:

Дизартрија е говорна промена која се манифестира како отежнат говор - заплеткување на јазикот,

Алексија е промена кога не е во состојба да чита иако му е зачуван видот,

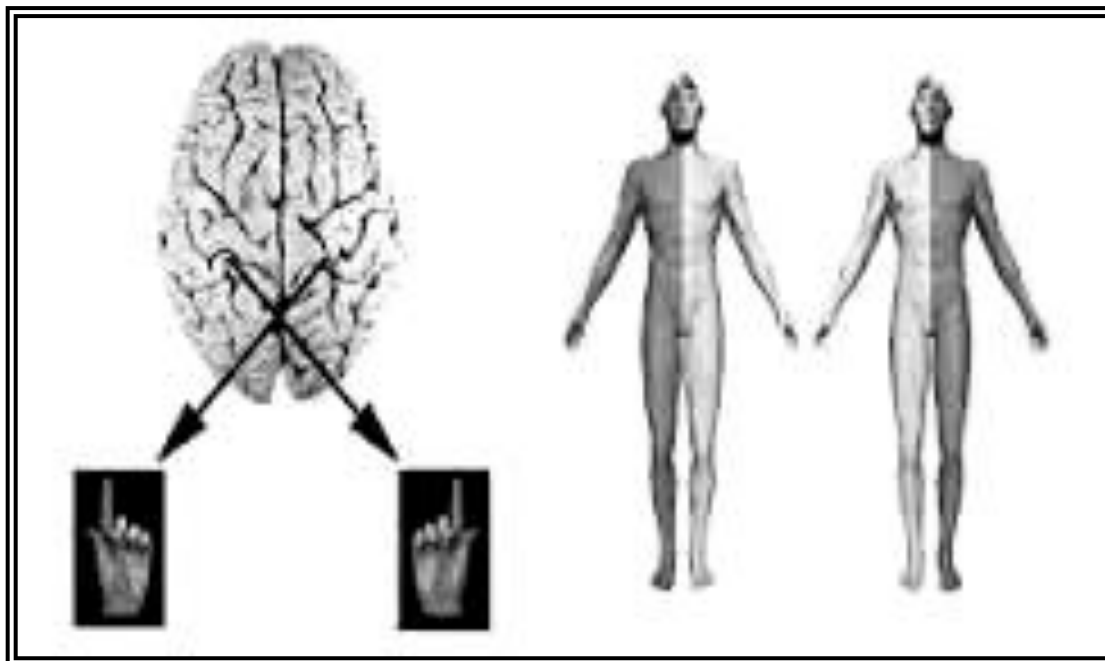
Аграфија е промена кога пациентот не е во можност да ги препознае буквите,

Акалкулија е неспособност за изведување едноставни математички операции (19).

3. ХЕМИПЛЕГИЈА

Хемиплегија е состојба на целосна загуба на невромускулните функции манифестирани на едната страна од телото, предизвикани од оштетување на спротивната хемисфера на мозокот, а ако се работи за делумно слабеење на функциите тогаш се работи за хемипареза. Хемиплегијата претставува

невролошки синдром на оштетување на пирамидалниот пат и околните структури, манифестиран со губење на волевите движења на левата или десната половина од телото. Најчеста причина за настанување на хемиплегија е мозочниот удар. Последиците не се само функционални, туку и естетски, психиолошки, когнитивни, социјални и други (20).



Слика 8. Потполна еднострана парализа на телото со соодветните екстремитети

Изразот хемиплегија потекнува од грчките зборови (hemi – наполоа, plege – удар) која би значела потполна еднострана парализа на телото со соодветните екстремитети. Според X-та ревизија на меѓународната класификација за болести и сродни здравствени проблеми (МКВ-10), светската здравствена организација хемиплегијата ја класифицира, и е ставена во поглавјето VI/G: Болести на нервниот систем, под точка 81 и тоа се следните:

- G81 Хемиплегија;
- G81.0 Флакцидна хемиплегија;
- G81.1 Спастична хемиплегија;
- G81.9 Хемиплегија, неозначено (21).

Болните со хемиплегија минуваат низ две клинички фази и тоа:

1. ФАЗА НА ФЛАКЦИДНА ХЕМИПЛЕГИЈА – фаза на мирување;
2. ФАЗА НА СПАСТИЧНА ХЕМИПЛЕГИЈА – фаза на мобилизација.

Првата фаза на флакцидна хемиплегија е непосредно по церебро васкуларниот инсулт, поради дијашиза и едем на мозокот, при што настанува

фаза на млигава хемиплегија, која трае од неколку денови до неколку недели па и подолго. Се карактеризира со следните клинички знаци: нарушување на состојбата на свест од конфузна состојба, сомноленција до сопор и коматозна состојба со различна длабочина и траење. Болниот може да ги поставува главата и очите кон оштетената страна на мозокот (гледа во лезијата). Кај лезиите на доминантната хемисфера, присутна е афазија која значително ја отежнува комуникацијата, па често доаѓа и до неможност или растројство на спонтаниот говор (болниот не е во состојба да ги изговара зборовите), неможност за разбирање на изговорените зборови (говор), нивното значење кај изговорените или напишаните зборови. Голтањето е оневозможено или отежнато, поради парализа или пареза на мускулите на јазикот и ждрелото. Тонусот на одземените мускули е низок каде што постои млигава одземеност. Кога екстремитетот ќе се подигне, а потоа ќе се пушти тој паѓа како предмет, за разлика од здравиот екстремитет кој паѓа значително поспоро. Стопалото е поставено во надворешна ротација. Пациентот не ги чувствува својата рака и нога. Поради растројство на функцијата на централниот нервен систем, нарушена е работата на срцето и дишењето. Волевата контрола на сфинктерите изостанува. Оваа фаза трае од 10 до 30 дена (22).

Втората фаза на спастична хемиплегија започнува со зголемување на тонусот на мускулите каде се чувствува отпор при пасивните движења во зглобовите на паретичните екстремитети, појава на спазам и се јавуваат активни движења кај болните каде што плегијата преоѓа во пареза. Хиперрефлексија, појава на патолошки рефлeksi, воспоставување на волева контрола на сфинктерите. Постои флексионен синергизам на горните екстремитети, а екстензионен синергизам на долните екстремитети. Хемиплегичарите се со емоционална лабилност која се карактеризира со брзи преоѓања од едно расположение во друго, пациентот многу лесно заплакува или пак преоѓа во состојба на еуфорија.

Клиничката манифестација зависи од локализацијата и големината на лезијата, а се манифестира со различни синдроми. Константна појава е моторен дефицит на едната половина од телото и промена на мускулниот тонус на зафатената страна на телото, а можни се и други дефицити (сензорни и интелектуални нарушувања), промени во однесувањето и друго (23).

Лезија на кортексот во зона на *a. cerebri media* дава *facio brachialna* хемипареза.

Лезија во зоната на иригација на *a. cerebri anterior* доведува до хемипареза со изразена слабост на ногата (24).

Церебералните лезии даваат атаксија, промени во кординацијата, неволеви движења, тремор, хореа и атетоза.

Промена во вегетативните центри даваат промени во работата на срцето, дишењето, мочниот меур и цревата (25).

Промена во конгестивните центри се следени со психички промени и неможност за комуникација.

Оштетување на централниот моторен неврон во висина на *capsula interna* дава масовна хемиплегија здружена со хемианопсија и хемианестезија поради близина на сензорните патишта.

Лезијата на пирамидалниот систем е следена со спастицитет, а лезијата на мозочното стебло дава вкрстен синдром (26).

Покрај моторните промени има и промени во сензибилитетот кој дава неможност за стоење, правилно седење, правилно држење на телото, распознавање на предметите, чувство за допир, температурни разлики и слично.

Ако болниот, на пример има доволно снага во раката, поради оштетениот сензибилитет, нема да ја користи, доколку не го потсетиме (27).

Кај одредени пациенти постојат и промени во перцепцијата и ориентацијата во просторот. Таа може да биде нарушена по вертикала и по хоризонтала. По верикала е кога пациентот предметите, кои се право поставени, ги гледа накосени, на пример вратите се поставени косо, а и останатите предмети во просторијата. Оштетувањето по хоризонтала е кога пациентот пишува на половина хартија, јаде од едната половина од чинијата, седи само на ивицата на столот. Промената е во париеталната зона од спротивната хемисфера (28).

Покрај невролошките испади на раката и на ногата, поради засегнатост на долната гранка на *n. facialis*, се јавува парализа од централен тип на мускулатурата на усниот агол. Пациентот не е во состојба да ја отвори устата на едната половина, усниот агол е спуштен, храната му истекува од таа страна и тешко зборува (29).

Астериоагнозија е оштетување кога пациентот има неколкукратни мали мозочни удари. Овде моторниот дефицит е релативно благ но билатералното сензорно оштетување го оневозможува одењето што го фрустрира пациентот кој што не е во состојба да разбере зашто не може да оди (30).

Вкочанетост се јавува кај пациенти со промена во базалните ганглии, особено при поопсежни крварења или инфаркт на мозокот што подоцна доведува до енцефалопатија која ја отежнува рехабилитацијата и прогнозата на пациентот (31).

4. ИНВАЛИДНОСТ

Мозочниот удар води до траен инвалидитет кај пациентите и во некој случаи и до комплетна зависност од друго лице. Дури 46% од мозочните удари настануваат во најпродуктивната животна возраст, помеѓу 45 и 59 години од животот, што го прави мозочниот удар многу голем здравствено – економски проблем и претставува прва причина за инвалидност во нашата земја (32).

Инвалидноста е индивидуален проблем, директно поврзан со болест, повреда или некое друго оштетување на здравјето што условува неопходност од медицинска помош и нега која ја даваат професионалци. Основниот начин на решавање на овој проблем е лекување, рехабилитација и адаптација на личноста на постојната состојба, при што согледувањата на природата на инвалидноста се однесува исклучиво на поединецот, неговите физички, сензорни и интелектуални оштетувања (33).

Мозочниот удар е болест со многу висок степен на морталитет, но подеднакво е сериозен фактот дека оваа болест е со најголем степен на инвалидност. Се смета дека околу половината од сите преживевани кои биле работоспособни, со рехабилитациски третман се враќаат повторно на некој вид на вработување со незначителна инвалидност, а додека кај околу 20 – 30% болни, веќе се неспособни за преживување без помош на друго лице и постои сериозна инвалидност. Освен што оваа состојба драматично го нарушува животот во семејството и опкружувањето на болниот, тоа претставува и големо материјално оптоварување за општествената заедница, па се смета дека трошоците за лекување на еден болен со мозочен удар низ целиот негов живот (сметајќи хоспитализација, рехабилитација, отсуство од работата и друго) изнесува од 60 000 до 230 000 долари (34).

Благодарение на современите методи на дијагностика и лекување, многу од лицата со мозочен удар преживуваат, но по цена на трајни последици како на

ограничувањето на работната способност, така и на нарушување на нивниот социјален и економски статус. Сето тоа создава потреба од продолжено лекување, борба за намалување на инвалидноста и материјално обезбедување со инвалидски пензии кое исто така има огромно значење, во подобрување на економската положба на овие лица (35).

Покрај својата дејност на полето на медицината, рехабилитацијата има огромен и економски ефект. Со неа се скратува времетраењето на боледувањето и неспособноста за работа, а со тоа се заштедуваат и огромни материјални средства кои што ги одделува општеството (36).

Примената на рехабилитациски третман на лицата со ограничена работна способност и поскоро враќање на нивните работни места, осигурува повисок стандард на болниот и на неговото семејство. Со тоа средствата вложени во одделенијата за рехабилитација неколкукратно му се враќаат на општеството. Треба да се нагласи дека не се рехабилитира болеста, туку болниот човек кој треба да биде објект на целосна грижа во сите стадиуми на заболувањето, а лечењето треба да почне веднаш од болничката постела, а некогаш може да трае и до крајот на животот (37).

Рехабилитационата програма треба да има јасни цели и тоа превенција на инвалидноста, оспособување на инвалидот за одредени корисни и конкретни активности, кај лица со постара возраст, што е можно подолго да бидат активни и независни од туѓа помош, враќање на работа кон основната професија, промена на работно место со полно или скратено работно време, работа во дневна смена, вработување во заштитна работилница или работно место предвидено за лица со инвалидност и делумно или потполно оспособување за самозгрижување (38).

5. РЕХАБИЛИТАЦИЈА

Рехабилитацијата на болните после мозочниот удар треба да започне што е можно порано, поточно веднаш, во единиците за лекување на мозочен удар, штом болниот е во стабилна медицинска состојба поради тоа што до опоравување на невролошкиот дефицит доаѓа најбргу во првите три месеци по настанувањето на мозочниот удар, што е воедно и оптимално време за почеток

на рехабилитацијата. Раната рехабилитација е клучна во згрижувањето на болните со прележан мозочен удар. Болните по прележаниот мозочен удар многу често имаат тешки оштетувања и функционални ограничувања во движењето и перцепцијата. Клуч на успешната рехабилитација лежи во координираната тимска работа на лекарот специјалист, физиотерапевтот, болниот и неговото семејство (39).

Значајни предиктори на функционалното закрепнување на пациентите по прележаниот мозочен удар се утврдувањето на неспособноста при приемот во болницата, одржување на рамнотежата при седење, тежината на парализата, уринарната инконтиненција, степенот на свесност по појавата на мозочниот удар, како и старосната возраст на болниот. Проценката на состојбата на болниот вклучува и утврдување на интелектуалното оштетување, вклучувајќи ги и специфичните когнитивни дефицити, како што се афазија, агнозија, апраксија, степен на моторната слабост како и сензорниот и визуелен дефицит. Други фактори кои влијаат на одговорот на пациентот да се спроведува рехабилитацијата го вклучуваат финансиски товар кој мора да се поднесе, можноста за враќање на работа, способност за вршење на секојдневните активности, сочуваност на сексуалната функција и потребата за туѓа помош од друго лице (40).

5.1. Рана болничка рехабилитација

По завршувањето на лекување во единиците за интензивна нега, болниот го продолжува лекувањето и раната болничка рехабилитација на одделот за лекување на лица со мозочен удар при што мораат да бидат исполнети следните услови:

1. Пациентот мора да биде кардиопулмонално стабилен;
2. Мора да има значаен невромоторен дефицит;
3. Да има задоволителна когнитивна функција – памтење.

Значаен невромоторен дефицит е оној каде постои онеспособеност односно зависност од друго лице во најмалку две од пет набљудувани функции:

1. Подвижност;
2. Самозгрижување;
3. Комуникација;

4. Контрола на мокрење и столица;
5. Контрола на голтање.

Целите на рехабилитацијата мораат да бидат насочени кон болниот, треба да се дефинираат заедно со болниот и неговото семејство, а тие секогаш треба да се:

1. Специфични;
2. Мерливи;
3. Остварливи;
4. Реални;
5. Временски ограничени.

По завршување на акутното лекување и рехабилитација во зависност од заостанатата онеспособеност и инвалидност се продолжува или со стационарна медицинска рехабилитација во некој од рехабилитациските центри или продолжува рехабилитацијата во домашни услови каде се организира постојана грижа и помош од друго лице (41).

Раната физикална терапија секогаш го подобрува функционалното опоравување и го намалува бројот на болните зависни од туѓа помош. Главните цели на рехабилитацијата по мозочниот удар се превенција на контрактурите и емболија, оптимално згрижување на специфичните медицински проблеми и обезбедување на психолошка помош и подршка на болните и нивните семејства. Рехабилитацијата треба да започне што е можно порано, дури и кај коматозните пациенти, на кој им е многу корисно менувањето на положбата на телото, правилно позиционирање и пасивното одржување на опсегот на движењето. Интензитетот на рехабилитациската програма зависи од статусот на болниот, како и од степенот на неговата телесна неспособност. Доколку се работи за болен кој не е при свест, се спроведува пасивна рехабилитација, со цел за спречување да настанат контрактури и болки во зглобовите, за да би се олеснал периодот на болниот по последователното прекинување на периодот за имобилизација и повторно воспоставување на движењето. Пасивната рехабилитација исто така многу ги спречува можностите за настанување на декубитуси и пневмонија. По прележаниот мозочен удар, ретко е потребно да лежи болниот во кревет во траење подолго од еден до два дена, освен во случај на тешко влошување на состојбата на свеста. После два до три дена, поголем број на болни, кои се при свест можат од кревет да се прместат во инвалидска количка во текот на поголемиот дел од денот. Соодветно и рано предвидување

на можното функционално опоравување на болните по прележаниот мозочен удар е важно поради планирање на отпустот на болниот од болница, за прилагодување на домот на пациентот за нивните потреби и да се обезбеди социјална поддршка и да се идентификуваат реални и остварливи цели на рехабилитацијата (42).

5.2. Статус на пациентот и индивидуално прилагоден програм

По доваѓањето на пациентот на болничко медицинска рехабилитација, најпрво со детален преглед се утврдува функционалниот статус на основа на која што се планира индивидуалниот прилагоден програм врз објективните можности на болниот. Програмот и целите мораат да бидат прифатливи за пациентот за да би можел активно да учествува во спроведување на програмата (43).

5.3. Вежби и рана мобилизација

Со раната мобилизација на болниот се намалува ризикот за создавање на длабока венска тромбоза и инфекции на дишните патишта, а има и големо позитивно психолошко влијание кај пациентите (44).

Еден од основните проблеми е создавањето на контрактури на паретичната страна на телото. Напоредно со создавањето на контрактурите доаѓа и до појава на спастичност на мускулите. Можна е превенција со правилно местеење при лежење на пациентот во кревет, правилно седење на столот како и специфичната мобилизација на скратените мускули и вежби за инхибација на спазмот како на пример стимулација на кортикостероидниот тракт. Пожелно е да се вежба два пати дневно по 45 минути. Намалувањето на ризик за длабоката венска тромбоза со рана имобилизација се постигнува со носење на еластични чорапи, но и вклучување на пациентот со тренинг на „кинотек“ каде што се прават пасивни меѓутоа правилни движења на нозете и рацете. Раната дозирана вертикализација го спречува развојот на ортостатската хипотензија.

Раната рехабилитација има и многу големо позитивно психолошко влијание кај болните. Со пасивна мобилизација низ фацилитација и стимулација се стреми кон активна мобилизација. Спроведувањето на активностите на

секојдневниот живот помага за понатамошната мобилизација и на болниот му помага да го согледа можниот напредок (45).

Повеќе од болните со инсулт се во поодмината возраст каде што веќе постојат васкуларни промени а потребата од кислород не е секогаш во задоволително количество. На паретичната страна се јавува и проблем со послабо дишење што го потенцира проблемот на внесување на доволно количество на кислород, меѓутоа доаѓа и до опасност од развој на пневмонија поради отежнатото искашлување. Болните со самото доаѓање на рехабилитација треба да им се покаже како се изведуваат вежбите за дишење и како се контролира должината за издишување за да би се вентилирале и најниските длови на белите дробови, кои се најчесто место за развој на пневмонија. Без вежбите за дишење, само антибиотиците не се доволни за спречување на развојот при воспалување на белите дробови (46).

Поради долгото лежење во кревет на одделите за неврологија, болните прво ги едуцираме како можат да ја променат положбата во креветот, потоа вршине едукација како самостојно да го изведат трансферот од лежечка во седечка позиција, а потоа им ги даваме вежбите за баланс во седечка положба, и мesteње во седечка позиција. Следната цел на едукацијата е трансферот од седечка во стоечка положба, а потоа се даваат вежби за баланс при стоење како и фацилитација на одот во правило со помош од страна на физиотерапевт, притоа да се избегнува користење на патерици или бастун на здравата страна со која долгорочно би се зголемил спазмот со тоа што се отежнува и оневозможува самостојното одење. Во оваа фаза единствено е оправдано одењето со одалка. Понекогаш одењето е полесно со помош на перонеална ортоза, меѓутоа и со примена на ортоза за колено со која се лимитира можноста на флексија и екстензија во коленото. Доколку постои можност во фазата на вежби за одење, пациентот потребно е да се вклучи со вежби одење на подвижна лента или „локомот“. Доколку кај пациентот нема задоволителна селективна подвижност во колкот, потребно е пред одењето да се спроведат вежби за подобрување на селективата подвижност во колкот како и вежби за подобрување на постуралната контрола на трупот во седечка и стоечка положба како и да се инхибираат асоцираните реакции во текот на одењето. Доколку воспоставувањето на самостојното одење без помагала не е можно, треба да се размислува за употреба на одалка или за самостојно движење во инвалидска

количка. Потешките облици на спазам кои не успеваме да ги инхибираме со вежби, денес можеме да ги контролираме со фокална примена на ботулинум токсини А или Б кои се аплицираат од страна на едуциран лекар во таа сфера со што денес спазамот може успешно да се регулира и лекува (47).

Пасивните вежби кои ги спроведува физиотерапевтот доведува до намалување на спастичноста и полесно функционирање, меѓутоа битно е да се истакне дека пасивните вежби не помагаат на невролошкото опоравување.

Во текот на рехабилитацијата пациентот треба да добие импровизиран перонеусен апарат. По завршување на третманот болниот со ортопедска потврда добива соодветен перонеусен апарат (48).

Во рамките на работната терапија и самозгрижувањето се пробува што е можно повеќе да се добие зголемување на функцијата на раката и дланката. Обидот за апликација на електронски стимулатори за раката не дава добри резултати како кај ногата поради комплексноста и многубројните функции кој ги има дланката (49).

Од првиот ден треба да се настојува за постигнување на самостојност во хранењето и облекувањето кај болниот. Сите движења при хранењето и облекувањето од страна на болниот мора да ги контролира визуелно за да може да го зголеми функционалното подобрување на дланката. Кај десностраниите парези или плегии треба да се тежнее за постигнување на подобра функционалност на левата дланка и рака. Најдобри резултати во подобрувањето на функцијата на раката се постигнати со вклучување на пациентот во така наречените СИМТ вежби (Constrain Induced Movement Therapy), како и визиооперцептивен и ЕМГ "biofeedback" тренинг. Денес, во невролошката рехабилитација сè повеќе се користи роботика со вежби како постапка за повторно воспоставување на функцијата на дланката и раката користејќи разновидни апарати како на пример «Biomove 3000» (50).

5.4. Болно рамо и колк

Проблемот со болното рамо на паретичната страна често ги мачи болните. Најчеста причина за болно рамо кај пациентот со мозочен удар е сублуксираното рамо со оштетување на скапулохумералната поставеност, меѓутоа тоа може да биде и тендинитис на долгата глава на бицепсот. Преку

физиотерапевтските постапки (кinezитерапија, ласер, импулсно тераписки ултра звучни бранови со NSAR креми - sonoforeza, примена на крио терапија - масажа или облоги, TENS, како и примена на медикаментозни аналгетици) (51).

Може да се појави проблем и со болка во колкот. Поради тоа што главно се работи за постари пациенти може да се декомпензира коксартрозата на паретичната страна по што се губи правилната контрола на колкот. За тоа придонесува и спастичноста на мускулите (52).

5.5. Логопедски третман

Ако забележиме проблем со разбирањето и/или говорот на пациентот, уште од првиот ден мора да биде вклучен во логопедски третман кој обврзно е индивидуално прилагоден. Ова е многу важно за пациентот да може да разбере што од него бараат членовите на тимот за рехабилитација и што би сакале да постигнат со него. Со усвојување на просторната и временската рехабилитација и телесната шема полесно ќе се постигнат подобри резултати кај моторните дисфункции. Вербалната комуникација е многу битна поради реинтеграција на болниот во семејството, и за избегнување на непотребните конфликти во самото семејство. Ова е многу важно кај помладите болни за да проблемот на љубомора се сведе на минимум (53).

5.5.1. Карактеристики на афазијата

Основните карактеристики на афазијата се:

Нефлуентен, колеблив спонтан говор, кој се карактеризира со непотполни, синтаксички поедноставени и аграматични реченици, редуцирана должина на фразата (должината на фразата се движи до 4 збора), со изменета прозодија и отежната „невешта“ артикулација (54).

Нарушувањето на вербалната продукција често пати е придружено со говорна апраксија и аграматизам, иако тоа не се инваријатни карактеристики на Брокината афазија (55).

Карактеристично е дека пациентот со овој вид на афазија често пати ги испушта функционалните зборови (членовите, сврзниците, помошните глаголи, предлозите, заменките) и граматички (зависните) морфеми, а ги задржува

релативно големиот број на семантичко содржински зборови (именки, глаголи и прилози).

Аграматизмот, иако не секогаш е присутен, претставува централен симптом на афазисот (56).

Се карактеризира со испуштање или со погрешна употреба на функционалните зборови, т.н слободните морфеме (сврзници, членови, предлози, помошни глаголи) и зависните морфеме (префикси и суфикси). Заради недостатокот на членовите, сврзниците, помошните глаголи и флексивните наставки, говорот на овие пациенти звучи „телеграфски“.

Со други зборови искажано, пациентите продуцираат кратки низови на зборови, кои главно ги сочинуваат именки и глаголи (57).

„Иако речениците се непотполни, тие се содржински и информативни за соговорникот.“

Аудитивното разбирање е помалку оштетено од експресивната функција на говорот.

Нивото на очуваност на разбирањето честопати е доволно за секојдневната комуникација, така да во текот на вообичаената конверзација не се ни забележува дефицитот во декодирањето (58).

Нарушувањата се откриваат со помош на формални и неформални тестирања и се манифестираат дефицитите во разбирањето на сложените синтаксички конструкции (сложени налози) и дефицитите во разбирањето на дискурсите (приказните).

Репетицијата на јазичките задачи (зборови и реченици) обично е многу тешко оштетена.

Номинативната функција на говорот исто така е оштетена, а дефицитот во именувањето воглавно се манифестира според типот на експресивната аномалија (неможност за коректна продукција на одреден поим).

Читањето на глас е оштетено, а грешките се манифестираат со отежната артикулација на зборовите како целина, со фонемски парафразии и намалена брзина на читањето (59).

Разбирањето на прочитаното е дефициентно во таа мерка колку е дефициентно и аудитивното разбирање. Дефицит се манифестира кај разбирањето и сфаќањето на долг текст (60).

Нарушувањето во пишувањето се движи од потполна аграфија до дизаграфични облици од поблаг степен. Грешките во пишувањето се квалитативно слични на грешките во вербалната продукција.

Пишаниот дискурс е значајно редуциран, буквите се оштетени, речениците синтаксички се упростени и аграматични (61).

5.5.2. Вежби говор

Афазијата и дисфазијата се состојби на деснострани хемиплегии и многу ретко на леви. Тие се манифестираат во разни форми

- Жаргонска – претставува еден вид имитирана комбинација на зборови без смисла;
- Семантичка – се збир на специфични фрази;
- Прагматични – се збир на поими логични и нелогични;
- Синтетички е сличен на телеграфскиот – комуникација без граматичка поврзаност на зборови.

При говорните промени во тимот за рахабилитација треба да е вклучен и логопед. Физиотерапевтот може многу да придонесе за враќање на нормалниот говор. Сето тоа бара долга и истрајна работа како и помош од семејството.

За време на третманот, физиотерапевтот треба вербално да комуницира со пациентот. Пациентот треба визуелно да го следи терапевтот кој повеќе пати ги повторува слоговите, цели зборови и бара од пациентот да повторува. Се повторува додека тој разбере и полека ги меморира движењата и гласовите (62).

Покрај визуелното следење на говорот, треба да се работи и на движењата на усната шуплина на јазикот, усните и мандибулата. Мора да бидат застапени следните постапки:

Се активираат внатрешните и наворешните мускули на јазикот, потпомогнати со механички стимули, со прстот на болниот или со лажица – шпатула и сл. Цвакањето се провоцира со вметнување на тврда храна помеѓу забите и паретичниот образ на лицето (63).

Се вежба мандибулата – отварање и затварање.

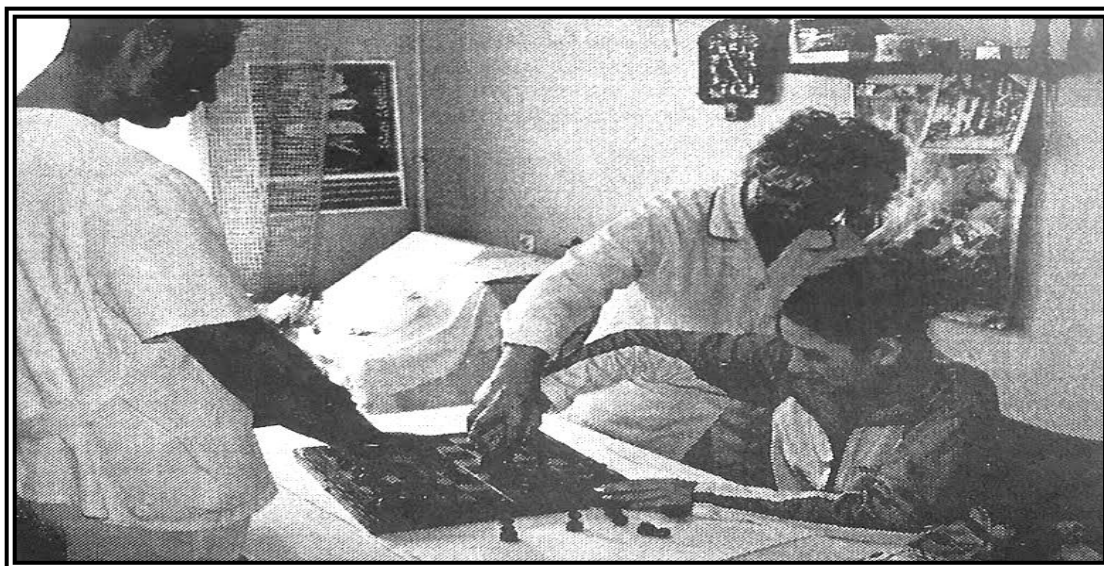
Се вежбаат усните – со растегање, собирање, дување посебно на паретичната страна, отварање, затварање на усните и рачно подигање на усниот агол.

Вежбите се изведуваат пред огледало двострано, со максимален отпор на движењата на здравата страна (64).

Вежби терба да има и на орбикуларните мускули, зошто при нивна слабост излегува хараната од паралитичниот устен агол, особено течната (65).

5.6. Работна терапија

Вежбите со пациентот се еден до два часа во текот на денот. Останатото време тој е препуштен на самите мисли кои најчесто се депресивни и со неприфаќање на болеста. Затоа е потребно да се организира неговото слободно време. Напоредно со вежбите и останите физикални процедури се воведува и работна терапија во установите за рехабилитација тоа го прават специјално оспособени кадри – работни терапевти, а во домашни услови - најблиските на болниот. Погрешен е ставот да се излегува во пресрет на сите желби на пациентот. Со време тој ќе стане сосема зависен од оклината, ова не смее да се дозволи. Со добра тактика и внимание, полека пациентот треба да се воведува во секојдневните активности пред се за самозгрижување. Тоа буди чувство на задоволство кај пациентот, самодоверба и желба за оздравување. Во акутната фаза работниот терапевт има задача да води грижа за правилната положба на пациентот во креветот. Во колку тој е свесен, да го потсетува пациентот на пложбата на екстремитетите со цел да се развие позитивно чувство, препознавање на неговото тело во просторот – кинестетичко чувство (66).



Слика 9. Развивање на позитивно чувство со работната терапија

Со овој вид на терапија се почнува кога пациентот ќе почне да седи в кревет. Секој болен бара индивидуален пристап и план за работа. На пример, кај лабавите парализи може да дојде до луксација и сублуксација на рамениот зглоб, а посебен проблем е лабавата дланка која е отечена и ливидна. Треба да сме задоволни ако ја оспособиме во рачниот зглоб и ја вклучиме во активности како помошна за придржување. Дури и оваа активност каква – таква треба да се вежба по цел ден. При недоволно отворање на прстите, се даваат предмети што можат да се опфатат со цела дланка како: држење на валјак, топче, коцка или сл. Се бара пациентот најпрво да ги фати со дланката и да ја премести од едно на друго место или да го истркала валјакот, топчето и слично (67).

Со цел да се вежба координација на раката се бара од пациентот предметот од раката да го смести или доведе на одредено место, на пример, својата дланка да ја постави врз лист хартија со нацртана дланка поставен на масата. Предметот во шаката да го постави во посебен отвор. На пример, дрвен валјак во посебна подлога со соодветни отвори или коцка врз други коцки и сл. Сето ова зависи од фантазијата на терапевтот и општата состојба на пациентот. Со здравата рака не се вежба (68).



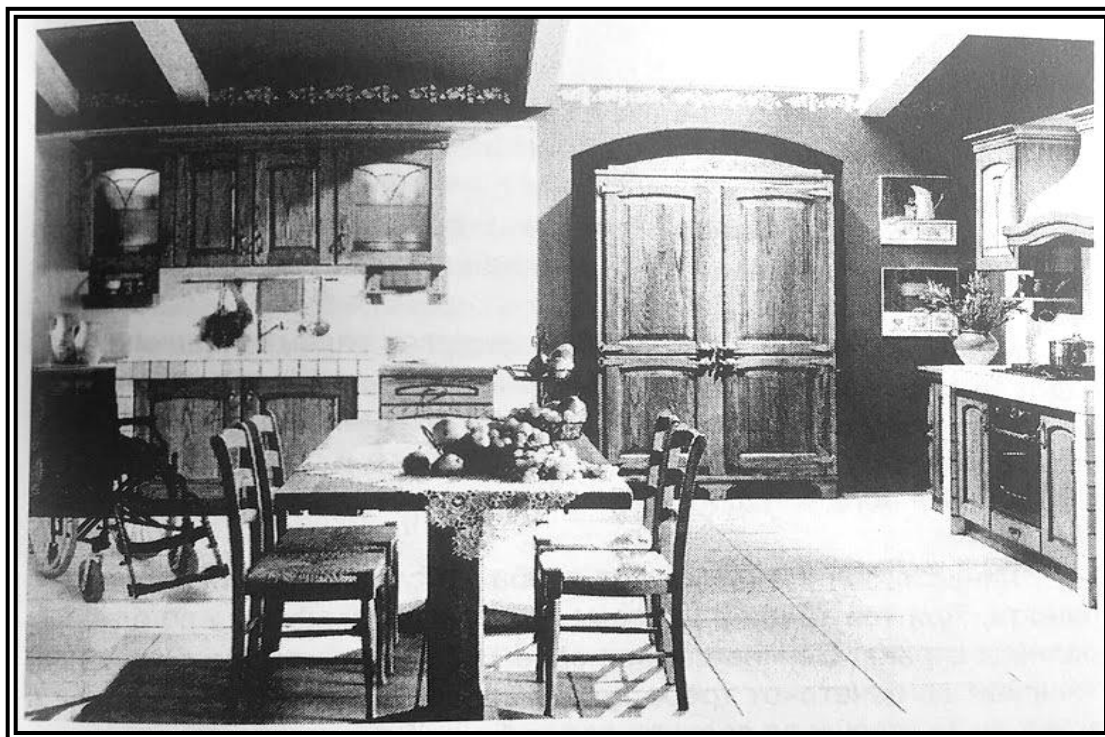
Слика 10. Работна терапија за координација на раката

Со цел да се активира болното рамо и лактот кај лабавите хемипарези, а истовремено да се исклучи земјината тежа и тежината на раката, се применува работна терапија со вежби во суспензија. Раката е поставена во манжети, во висина на рамото со испружена подлактица и надлактица прицврстени со два каиша кои се фиксирани над креветот (суспензиони апарати). Ова овозможува

слободно нишање на раката во просторот. За да не биде ова бесмислено нишање, се бара одредена активност, на пример свесно движење во рамото и во лактот и притоа се допира со дланката по косата, челото и устата – како подготовка за хранење и самозгрижување. Пациентот овие активности ги прави свесно и ги контролира визуелно што е особено важно. Во колку е зафатена доминантната рака, во исто време се вежба другата рака да ја преземе функцијата (69).

5.7. Оспособување на пациентот за работа во кујна

Кујната е место во кое ќе се најде секоја жена пациент, а многу често и маж. Желбата за самостојно подготвување на храна за себе и своето семејство е присутно кај секоја жена и мајка. За таа цел потребна е адаптација како на кујната, така и на кујнскиот прибор. Потребно е се да се постави така што пациентот од седечка положба да може да ги дофати неопходните садови, крпи и лажици, виљушки и се што е неопходно за подготовка на храна. Понекогаш е потребно и адаптирање на приборот на пример подолга и подебела рачка на тавата, ножевите и другиот прибор (70).



Слика 11. Адаптација на кујната и кујнскиот прибор за пациентите

Ако пациентот е вертикализиран, тој од повисоко има потреба за прегледност во кујната, на садовите и намирниците.

Во почетокот терапевтот или некој од домашните му помага на пациентот. Се настојува колку може повеќе да остане сам и самостојно да ги заврши задачите.

Доколку раката и ногата останат лабави а пациентот е принуден да употреби инвалидска количка, тогаш се прави адаптација на просторијата (по можност со помалку мебел за слободно движење на количката и без прагови), садовите да не се кршливи, ниско поставени и на дофат на раката (71).

5.8. Активности на секојдневниот живот

5.8.1. Хранење

Во почетокот хранењето е со лажица. Тоа го прави некој од фамилијата или медицинската сестра. Бидејќи течноста истекува преку паралитичниот устен агол, таа во почетокот се дава со цевкичка или приспособен сад се додека не се воспостави контрола на јазикот и усните. Се вежба пренесување на храната кон устата со здравата рака. Кога пациентот ќе почне да седи пред него се става масичка за јадење, двете раце се на масата, хемиплегичната рака е поставена напред и потпрена. Садовите се едноставни, некршливи и нетреба да се лизгаат по масата. Тој јаде со здравата рака, а со болната придржува. Пациентот може да има проблеми со цвакањето и голтањето, а терапевтот треба да е присутен и да помага по потреба (72).

5.8.2. Тоалета

Оваа активност се врши со здравата рака додека болната помага. Во лична хигиена спаѓа: миене на раце, лице, заби, чешлање, бричење, бањање итн. Понекогаш, особено ако доминантната рака е паретична се адаптира приборот, на пример: чешел со подолга рачка истиот е фиксиран за дланката. Истото важи и за четкичката за заби, крпа на дофат на раката, сапун. Косата по можност да биде кратка. Во почетокот бањањето е со помош, а подоцна пациентот треба да се осамостои. Најдобро е тоа да се прави во када или туш. Потребна е извесна адаптација како: држачи за сидот до WC шољата, простори без прагови (73).

Пациентот ја мие болната рака со тоа што ја потпира на мијалникот кон напред со помош на здравата, по потреба помага терапевтот.

Миеење на нозете – пациентот е поставен кон мијалникот или садот за вода. Седнува на стол при што се внимава на рамнотежата. Со преплетени прсти на здравата и болната рака во висина на коленото ја префрла болната нога преку здравата и со здравата рака ја мие болната нога, а подоцна се обидува и со болната рака. Помага терапевтот (74).

Лична хигиена – пациентот треба да стои пред мијалникот или бањата. При тоа треба да заземе правилна рамнотежа во однос на болната страна. Се мие самиот себе со здравата рака. Присутниот терапевт во почетокот треба да внимава на рамнотежата. Миеењето може да се изврши во седечка положба (75).

5.8.3. Облекување и соблекување

Пациентот треба да се научи на што поедноставен начин де се облекува и соблекува. Облекувањето на палто, кошулата, џемпер нема да биде тешко ако му се објасни на пациентот дека ракаот прво се навлекува на болната рака, потоа на здравата, се префрла преку главата а при соблекувањето е обратно (76).

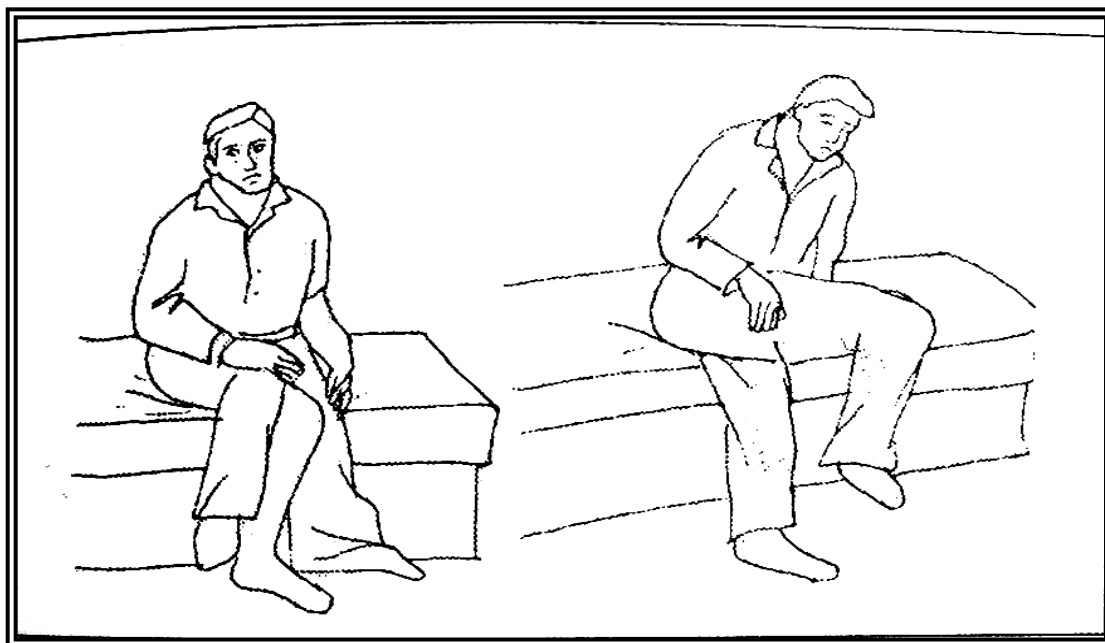


Слика 12. Облекување и соблекување на горниот дел од облеката

Облекувањето на долниот дел од пиџамите или панталоните се врши на следниот начин. Пациентот минува од лежечка положба во седечка со нозете преку работ на креветот. Со здравата рака ја прифаќа парализираната нога под коленото и ја префрла преку здравата нога. Со здравата рака ја навлекува

ногавицата преку стапалото и со постепено повлекување ја извлекува до коленото на болната нога. Потоа ја испружува болната нога, ја свиткува здравата и ја вовлекува во ногавицата до колено. Потоа зазема лежечка положба и со вртење на карлицата постепено ги повлекува панталоните од една на друга страна, додека не ги навлече на половината (77).

Соблекувањето на панталоните се прави на ист начин, но по обратен редослед. Од лежечка положба со наизменични вртења на карлицата се соблекуваат панталоните на ист начин. Пациентот зазема седечка положба, со свиткани нозе и ги соблекува панталоните под колената. Придржувајќи ги панталоните со здравата рака пациентот ја извлекува прво здравата па потоа болната нога (78).

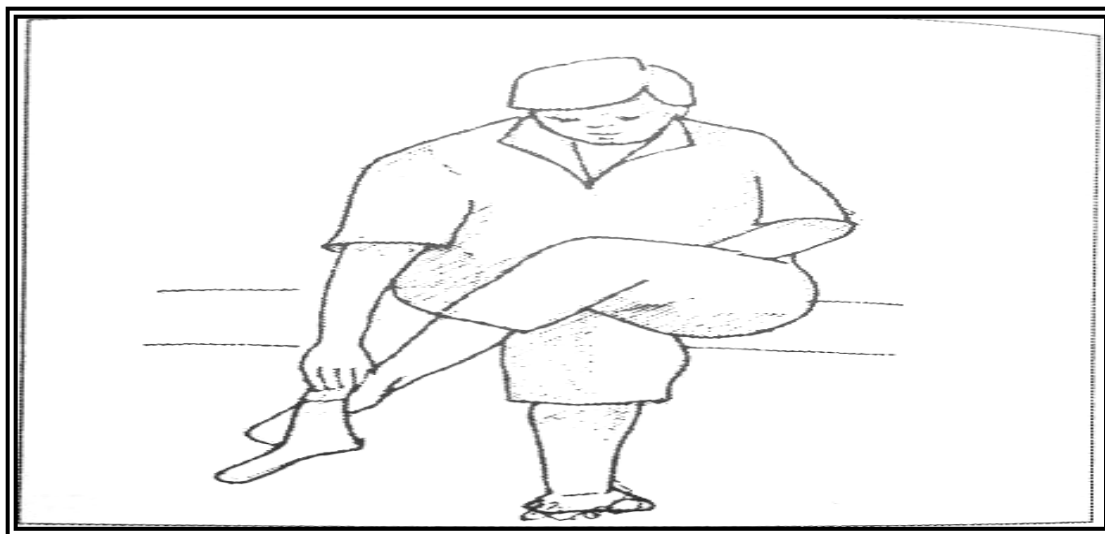


Слика 13. Облекување и соблекување на длниот дел од облеката

Облекувањето на чорапи се прави на тој начин што пациентот од лежечка положба преоѓа во седечка и со здравата рака го витка коленото на болната нога и ја префрла преку здравото колено. Со здравата рака полека го облекува чорапот на болната нога. Соблекувањето на чорапите е многу полесно и се прави по обратен редослед, со вовлекување на прстите на здравата рака меѓу чорапите и болната нога и со туракање надолу се соблекува чорапот (79).

Најдобро е облеката да се модифицира и пациентот да биде независен од околината. Таа да биде широка, комотна, лесно да се одржува. Место врвци да има патент или самолеплива врвца место каиш да има ластик.

Облекувањето на чевлите се прави од седечка положба. Чевелот претходно добро се разлабавува со здравата рака и прво се облекува чевелот на парализираната нога, а потоа на здравата (80).



Слика 14. Облекување на чорапи и обувки

Со здравата рака се фаќа болната нога под коленото и врвот на стапалото се става во чевелот и полека се турка, при тоа се внимава добро на прстите кои миже да се подвиткуваат под стапалото. За облекување на чевли со врвци потребна е туѓа помош, најдобра е самолеплива лента, патент и слично (81).

5.9. Превенција и профилакса на болните за намалување на ризикот од повторен мозочен удар

За болни од ваква масовна болест треба да се превземат мулти димензионални превентивни мерки со кои повторниот мозочниот удар може да се спречи, да се појави во полесна клиничка слика и да се спречи инвалидноста и да се намали смртноста. Превенцијата се остварува како примарна превенција која претставува активност насочена кон запознавање на целата популација и јавноста со оваа болест и кои се причините односно фактори на ризик пред да се појават првите симптоми на мозочен удар. Затоа се препорачува на секој пациент да има свој семеен лекар кој перманентно ќе ја следи неговата здравствена состојба, ќе му укажува на промените на здравјето и соодветно ќе го лекува. Навремено даден совет на пациентот во најголем број случаи му го спасува животот. Проблем се оние пациенти кои сметаат дека лекар не им е потребен и се јавуваат на преглед само тогаш ако забележат некои карактеристични

сигнали на болеста. Во оваа фаза се преземаат соодветно, профилатички – диететски мерки и медикаментозна терапија ако е потребно. Понекогаш е потребно и хируршко лекување (82).

Кај прогресивните форми на артериосклероза со соодветна диета од исхраната се намалува внесување на холестерол и заситени масни киселини. Храната треба да е богата со овошје, зеленчук, житарки, а да се намали дневното внесување на шеќер, мед, алкохол и да се престане со пушење. Ноќниот одмор да трае 7 – 8 часа и тоа да почне пред 12 часот на полноќ. Дневната активност да е умерена со прошетки на чист воздух и колку е можно повеќе избегнување на стресни ситуации (83).

5.10. Психологија на болен со мозочен удар

Хемипарезата не е болест туку инвалидност. Покрај физичката инвалидност вклучува и цел комплекс на психички промени. Неконтролираното плачење може да биде придружна појава, иритабилност, летаргичност, психогени манифестации, празнина во меморијата, неразбирање на обичниот говор и сл.

Се забележува една необична манифестација во однесувањето на пациентот со левострана хемиплегија, на кои му останала функционална десната рака, да покажува послаби резултати и послаба ориентација во просторот. За разлика од него пациентот со деснострани хемиплегија има промени во говорот и тешкотии во извршувањето на вербалните упастства (84).

Пациентите кои не ја прифаќаат својата инвалидност бараат начин за целосно излекување, без да настојуваат да си помогнат самите себе. Тие имаат изменето расположение од негирање до депресија и неможат да ги прифатат целите на рехабилитацијата кои се редовно под нивните очекувања. Еден дел од пациентите ја прифаќаат својата инвалидност и се трудат да живеат со неа, што е можно понормално, сите болни од хемиплегија не се понесуваат еднакво, што зависи од големината на лезијата, местото на лезијата, но и од структурата на личноста пред болеста, интелигенцијата и образованието. Најчеста реакција е депресија. Извор на депресијата е самата инвалидност. Чувството на сегашниот губиток ги буди сите дотогашни животни губитоци и пациентот се чувствува полн со невољи. Пациентите често плачат што се смета за оштетување на таламусот или поради попуштање на контролата на вишите кортикални центри.

Некои сметаат дека овој синдром на плачење претставува тип на социјална адаптација и служи за привлекување внимание на нивната инвалидност и не е директна последица на нивната инвалидност (85).

Се поставува прашање дали интелегентна и образована личност е подобра за рехабилитација. Емпириските докази ова го потврдуваат. Практиката покажува дека луѓе научници не постигнале успех во рехабилитација. Се смета дека ова се случува кај луѓе кои својот успех го должат на многу лични жртви и кои немаат блиски луѓе околу себе. Депресијата и загриженоста ја намалува мотивацијата. Мотивацијата сепак е подстрек за напредување, но не секогаш ако пациентот сфати дека таа е недостижна (86).

Семејството на хемиплегичарот е тежок проблем. Тоа е уплашено, дали болниот кој главно е во постара возраст ќе се рехабилитира барем до степен на самозгрижување. Понекогаш депресијата од пациентот се пренесува на сите нив. Ако семејството од пред болеста живеело складно полесно го прифаќа болниот (87).

На професионален план треба да се земе предвид ограничувањата кои ги поставува инвалидната. Треба пациентот да се наведе што порано да мисли, не само за својот физички хендикеп туку и професионален план особено ако пациентот е млад и ако пред тоа немал професија. За таа цел се ангажираат цел тим на стручњаци, физијатар, физиотерапевт, лекар по трудова медицина, социјален работник кои ја прават предпрофесионалната ориентација за пациентот. Особено активно е вклучен психологот кој има задача да го испита психичкиот интегритет на личноста. За таа цел се користат стандардни тестови. Овие иследувања даваат непроценливи податоци за насочување и планирање на рехабилитацијата. Психологот како член на рехабилитациониот тим во текот на проценката на болниот го утврдува влијанието на болеста на однесувањето во секојдневието, го анализира однесувањето од гледиште на рехабилитационата програма и нејзините цели, помага во планирањето на тераписката стратегија, а кај одредени пациенти спроведува психотерапија (88).

Решавање на социјалните проблеми е во доменот на социјалниот работник, посебно после престојот на пациентот во болницата. Користејќи ги позитивните законски прописи тој се ангажира во решавање на проблемите со семејството и често има улога на нејзин советодавец во поглед на понатамошно згрижување на пациентот (89).

6. ВРАЌАЊЕ НА РАБОТА

Прашањето за враќање на работа треба да се постави колку што е можно побргу по мозочниот удар на пациентот, редовно да се разгледува и активно да се менаџира (90).

Активното менаџирање треба да опфати:

- Одредување на физичките, когнитивните, комуникациските и психолошките барања на работното место (на пример: мултикомплексно работно место со одговарање на електронски пораки и телефонски разговори во зафатена канцеларија).
- Откривање на какво било намалување на ефикасноста на работното место (на пример: физички ограничувања, анксиозност, замор кој спречува присутност на работното место со полно работно време, когнитивни нарушувања кои спречуваат обавување мултикомплексни задачи и комуникациски дефицити).
- Подготвување активности (на пример: одржување предавања за стратегии за поддржување мултикомплексни барања или за тешкотии во запаметувањето, предавања за користење софтвер кој се активира гласовно за пациентите кои имаат тешкотии да работат со тастатура и достава на работни симулации).
- Едуцирање во врска со Закон за еднаквост (Equality Act) 2010 и достапна поддршка (на пример: пристап до работни шеми).
- Посети на работното место и контакти со работодавците за да се направи соодветно сместување, како што е набавување опрема и постепено враќање на работа (91).

6.1. Асистивни технологии за лицата со мозочен удар

Многу лица со мозочен удар имаат тешкотии при користење компјутери без посебно адаптирани уреди и софтвери. Оваа тешкотија создава поголеми бариери за нив да учествуваат во општеството, бидејќи се поголем број на работни места и можности за вработување бараат употреба на компјутери (92).

Лицата со тешкотии во координацијата, со помош на компјутерот и компјутерските апликации полесно можат да пишуваат и создаваат графикони. Доколку користењето на стандардната тастатура претставува проблем, постојат

тастатури со големи копчиња. Ако лицето, за работа може да го користи глумчето, а не може да користи стандардна тастатура, постојат софтверски тастатури кои се прикажуваат на екранот, а се контролираат со глумчето или со помош на екран осетлив на допир (93).

Софтверските алатки за пристапност овозможуваат компјутерот да биде прилагоден на потребите на лицето со мозочен удар. На пример, доколку лицето може да ја користи само едната рака или ја користи главата (брадата, челото или устата) за контрола на покажувачот, тогаш може да се искористи опцијата „Лепливи копчиња“. Оваа опција овозможува притискање по едно копче, наместо да се притискаат и држат повеќе копчиња во исто време. Друга опција се „Филтер копчињата“ кои ја прилагодуваат реакцијата на тастатурата при повторно притискање на едно исто копче или брзо неодредено притискање на повеќе копчиња (94).

Доколку користењето на глумчето претставува проблем, постојат алтернативни уреди, како тракбол или џојстик кои можат да се користат како негова замена. Исто така, постои можност одредени копчиња од тастатурата да се програмираат да работат во својство на копчињата на глумчето, па дури и комплетно да ја заменат неговата функција (95).

Ваквите прилагодувања на лицата со мозочен удар им овозможуваат одредено ниво на независност, им помагаат во учеството во секојдневните работни задачи.

Компјутерите го подобруваат самостојниот пристап на лицата кон работните обврски, лицата со моторни нарушувања можат да ги извршуваат задачите со темпо кое ним им одговара, можат полесно да комуницираат со помош на ИКТ.

Тие кои користат помагала за гласовна комуникација се здобиваат со самодоверба и општествен кредибилитет во заедницата во која живеат (96).

Зголемената самодоверба при користење на информатичката технологија ги мотивира да го користат интернетот и дома, како за работните обврски така и за забава (97).

За работата кај овие лица важно е да се изврши правилен избор на асистивни уреди и софтвер (џојстик, одвоен клик, тастатура со големи копчиња итн.). Работната површина на компјутерот треба да биде еднобојна и да не содржи многу икони. Одберете ги најупотребуваните и претставете ги во поголема

форма. Пишувањето со молив не се исклучува како можност, но компјутерот како алатка го олеснува овој процес. За таа цел користете ја тастатурата со големи копчиња и кирилично писмо во комбинација со програмата Word. Одберете соодветен фонт и контраст, следејќи ги интересите и можностите на лицето со мозочен удар (98).

II ИСТРАЖУВАЧКИ ДЕЛ

1. МЕТОДОЛОГИЈА НА ИСТРАЖУВАЊЕ

1.1. Предмет на истражувањето

Предметот на истражувањето ја опфаќа рано отпочнатата рехабилитација која може значително да ја намали инвалидноста и е клучна во згрижувањето на болниот со прележан мозочен удар. Рехабилитациските програми можат многу да придонесат во осамостојувањето на болниот. Најважен е фактот дека поголемиот број на болни по рано отпочнатата рехабилитациска програма можат самостојно да ги завршуваат секојдневните животни активности во својот дом, без потреба за стална нега и туѓа помош, што е многу важен фактор, како на хуман, така и на економски план.

1.2. Цел и карактер на истражувањето

Целта на истражувањето е да се направи компарација на инвалидноста кај оние пациенти со мозочен удар кои биле отпочнати со ран рехабилитациски третман и пациенти кои не биле третирани навреме со рехабилитацискиот третман, за да може да се укаже на важноста од раниот рехабилитациски третман и неговиот ефект за намалувањето на степенот на инвалидноста до потполна самосталност, без потреба за постоење од туѓа помош, способноста за самостојно обавување на дневните животни активности, па сè до можноста за враќање на пациентот повторно на своето работно место.

1.3. Хипотези на истражувањето

❖ Нулта Хипотеза:

- **X0:** Се претпоставува дека не постои значајна разлика помеѓу испитаниците со мозочен удар кои биле опфатени со ран рехабилитациски третман и лицата со мозочен удар кои не биле подложени на рехабилитациски третман.

❖ Алтернативни хипотези:

- **X1:** Се претпоставува дека лицата со мозочен удар побрзо се реинтегрираат во општеството, поради раниот рехабилитациски третман со примената на индивидуалниот прилагоден програм, со која што ќе се намали инвалидноста побрзо и подобро ќе се оспособат за дневните животни активности на личен и професионален план.
- **X2:** Се претпоставува дека лицата со мозочен удар со ограничена работна способност со примената на раниот рехабилитациски третман, поскоро се враќаат на нивните работни места, осигурува повисок стандард на болниот и на неговото семејство, со тоа средствата вложени во одделенијата за рехабилитација неколкукратно му се враќаат на општеството.
- **X3:** Се претпоставува дека со раниот рехабилитациски третман постои активен пристап, партнерска улога и поддршка од членовите на семејствата на лицата со мозочен удар во остварувањето на секојдневните животни активности.

1.4. Примерок и карактеристики на истражувањето

Во истражувањето се вклучени 50 лица во две групи на испитаници, во кои се опфатени 26 лица во првата група и 24 лица во втората група на испитаници.

Групите не се изедначени по возраст и пол и се избрани по пат на пригоден и случаен примерок.

- Првата група – **експериментална**, се состои од лица со мозочен удар кај кој бил применет ран рехабилитациски третман во домашни или болнички услови. Испитаниците се избрани по пригоден примерок.
- Втората група – **контролна**, се состои од лица со мозочен удар на кој не бил применет ран рехабилитациски третман или воопшто не биле вклучени во рехабилитација. Испитаниците се избрани по случаен примерок.

Сите испитаници доброволно учествуваа во истражувањето, кое е спроведено во период од шест месеци, од јуни до декември 2019 година.

1.5. Методи, техники и инструменти на истражувањето

>> Методи :

- Каузален метод
- Метод на дескриптивна анализа
- Метод на компаративна анализа

>> Техники :

- Анкетирање
- Набљудување
- Анализа на медицинска документација

>> Инструменти :

- Анкетени листови за испитаниците со мозочен удар од двете групи кои се во домашни услови или каде што пациентите се хоспитализирани во медицинските институции, специјално подготвен за потребите на истражувањето користени се тестови за проценка на функционалната способност кај пациентот, и тоа: FIM (FUNCTIONAL INDEPENDENCE MEASURE), ФИМ – тест за проценка на функционалната независност кај пациентите со невролошки оштетувања кој со минимум податоци дава адекватна, брза, валидна, општа проценка на функционалните можности на пациентот со мозочен удар и како таков е прифатен секаде во светот, и BARTEL INDEX – Протокол за евалуација на степенот на функционалната независност која ја следи функционалната независност пред и после рехабилитацијата и укажува на нивото на неопходна нега, со кој дојдовме до податоци релевантни за потврдување на поставените хипотези, составени од 50 анкетни прашања од затворен тип со селекција.

1.6. Статистичка обработка на податоците во истражувањето

Податоците кои што се добиени од истражувањето се групирани, табелирани, обработени и графички прикажани со употреба на програмата *Microsoft Office Excel 2016*. Со дескриптивната статистика е претставена структурата, а разликите во податоците помеѓу едната и другата категорија на испитаници се анализира со *Fisher Exact* тест со ниво на значајност од $p < 0.05$.

1.7. Место и време на истражувањето

Истражувањето беше изведено во Скопје, и спроведувано во домашни услови, медицинските институции каде што пациентите се хоспитализирани и во геријатриските центри каде што се згрижени, а тоа се:

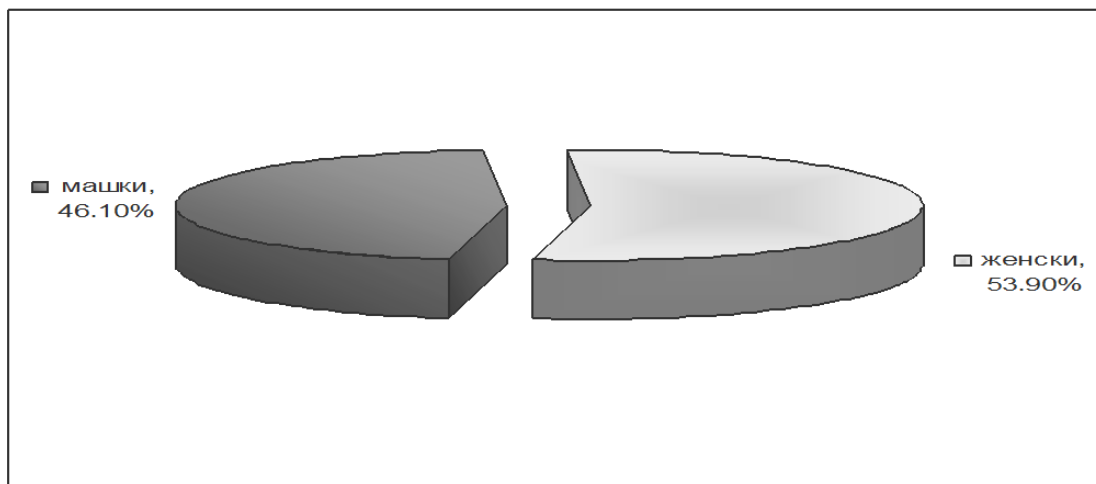
- ЈЗО „Институт за физикална и медицинска рехабилитација” - Скопје;
- ПЗО „Медицинска рехабилитација Катлановска бања “ - Скопје;
- ЈЗО „Невролошка Клиника” - Скопје;
- ПЗО геријатриски центар „Идила Терзиева” - Скопје;
- ЈЗО општа болница „8-ми Септември“ – Скопје;
- ПЗО центар за згрижување на стари лица „Света Надеж” – Скопје;
- ЈЗО специјализирана болница за геријатрија „13-ти Ноември“ – Скопје.

Истражувањето е спроведено во периодот од шест месец, односно од јуни до декември 2019 година.

III РЕЗУЛТАТИ

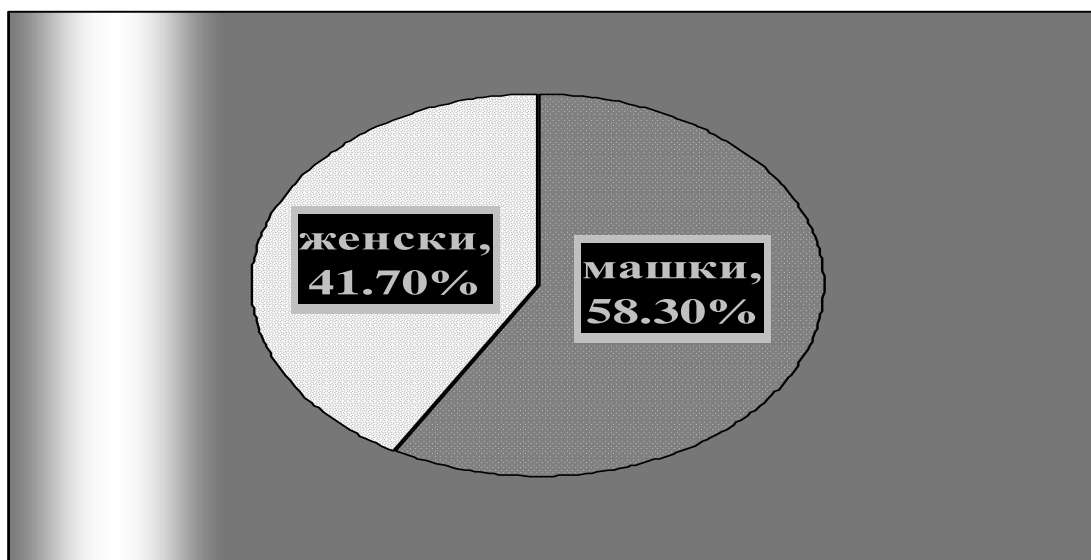
Во истражувањето беа опфатени вкупно 50 испитаници кои беа поделени во две групи.

Првата група на испитаници ја сочинуваа 26 лица со мозочен удар кај кој бил применет ран рехабилитациски третман во домашни или болнички услови, од кои што 14 лица, односно (53.9%) се од женски пол, а 12 лица, односно (46.1%) од машки пол.



Слика 15. Полова распределба на испитаниците во првата група

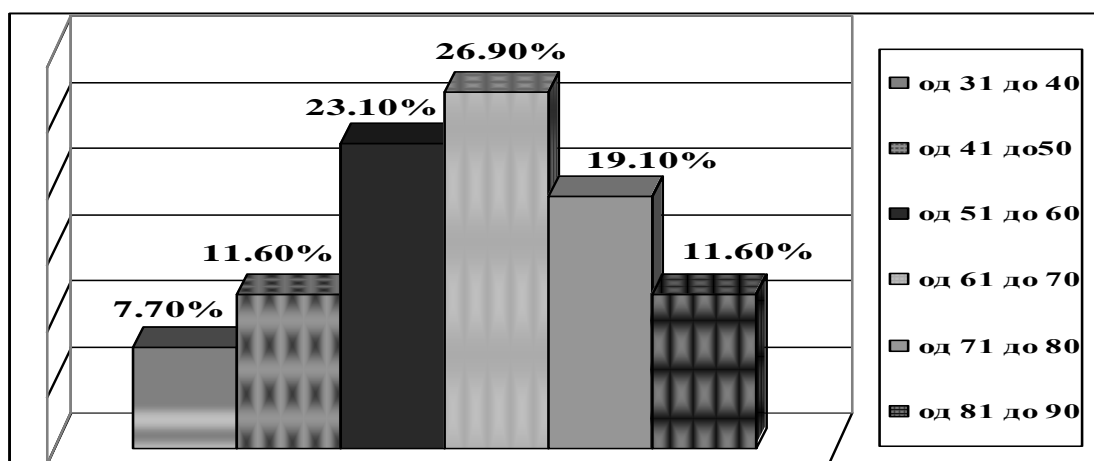
Втората група на испитаници се состои од 24 лица со мозочен удар на кој не бил применет ран рехабилитациски третман или воопшто не биле вклучени во рехабилитација, од кои што 14 лица, односно (58,3%) се од машки пол, а 10 лица, односно (41,7%) од женски пол.



Слика 16. Полова распределба на испитаниците во втората група

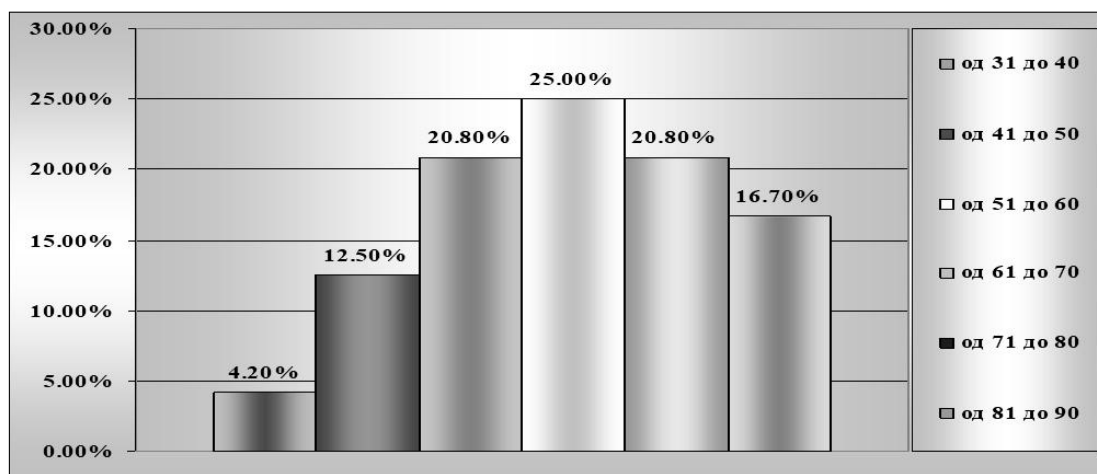
На следните слики е претставена застапеноста на испитаниците во одредени возрастни категории.

Во првата група може да се забележи дека 2 лица односно (7,7%) од испитаниците се на возраст од 31 - 40 години, 3 лица односно (11,6%) се на возраст од 41 - 50 години, 6 лица односно (23,1%) се на возраст од 51 - 60 години, 7 лица односно (26,9%) се на возраст од 61 - 70 години, 5 лица односно (19,1%) се на возраст од 71 - 80 години и 3 лица односно (11,6%) се на возраст од 81 - 90 години.



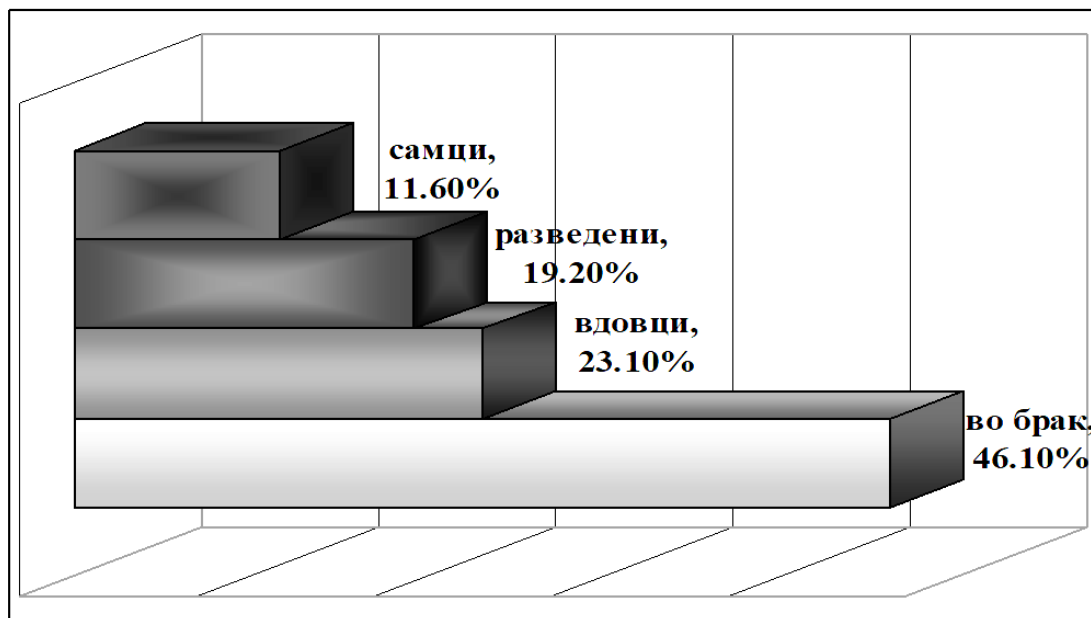
Слика 17. Застапеност на лицата по возрастни категории во првата група

Во втората група може да се забележи дека 1 лице односно (4,2%) од испитаниците се на возраст од 31 - 40 години, 3 лица односно (12,5%) се на возраст од 41 - 50 години, 5 лица односно (20,8%) се на возраст од 51 - 60 години, 6 лица односно (25%) се на возраст од 61 - 70 години, 5 лица односно (20,8%) се на возраст од 71 - 80 години и 4 лица односно (16,7%) се на возраст од 81 - 90 години.



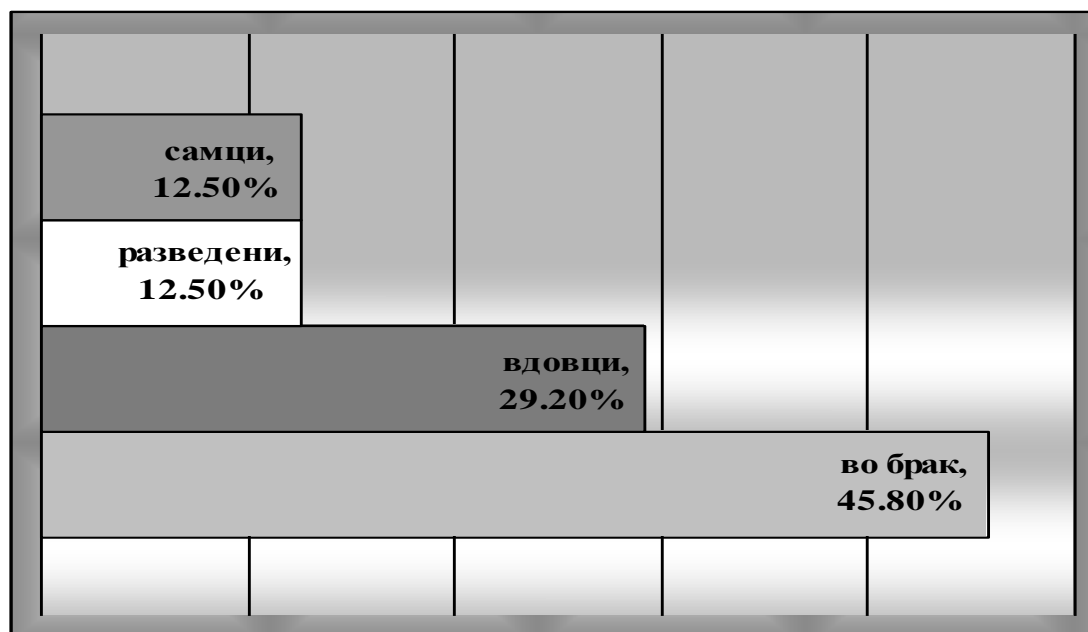
Слика 18. Застапеност на лицата по возрастни категории во втората група

Брачната состојба на испитаниците кои беа анкетирани се графички претставени на следниот начин: кај првата група во брак беа 12 лица односно (46,1%) од испитаниците, вдовци од испитаниците беа 6 лица односно (23,1%), разведени 5 лица или (19,2%), а не засновале брак (самци) 3 испитаници односно (11,6%).



Слика 19. Брачна состојба на испитаниците во првата група

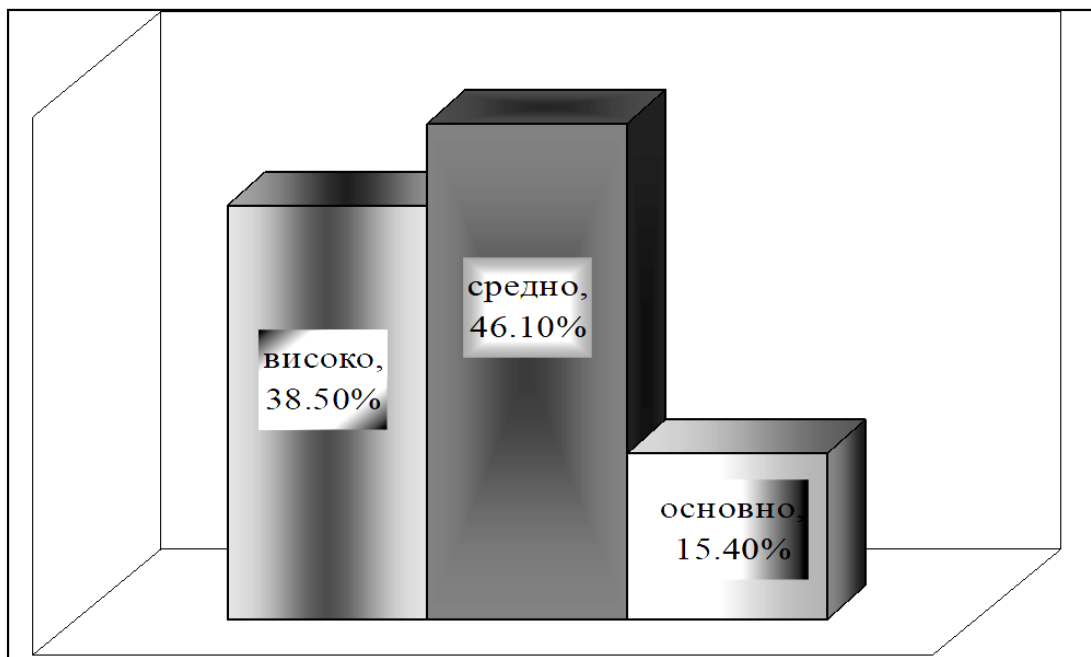
Кај втората група во брак беа 11 лица односно (45,8%) од испитаниците, вдовци од испитаниците беа 7 лица односно (29,2%), разведени 3 лица или (12,5%), а не засновале брак (самци) 3 испитаници односно (12,5%).



Слика 20. Брачна состојба на испитаниците во втората група

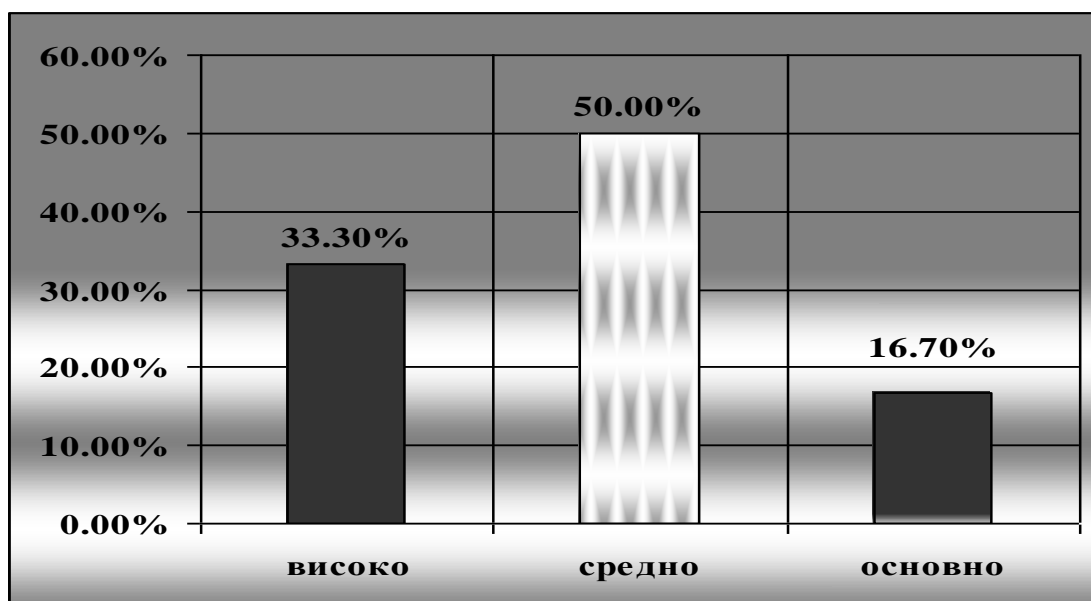
Образованието кај испитаниците кои беа анкетирани во двете групи беше следното:

Во првата група основно образование имаа завршено 4 лица односно (15,4%), со средно образование беа 12 лица односно (46,1%), и со високо образование беа 10 лица, односно (38,5%).



Слика 21. Стекнато образование кај испитаниците од првата група

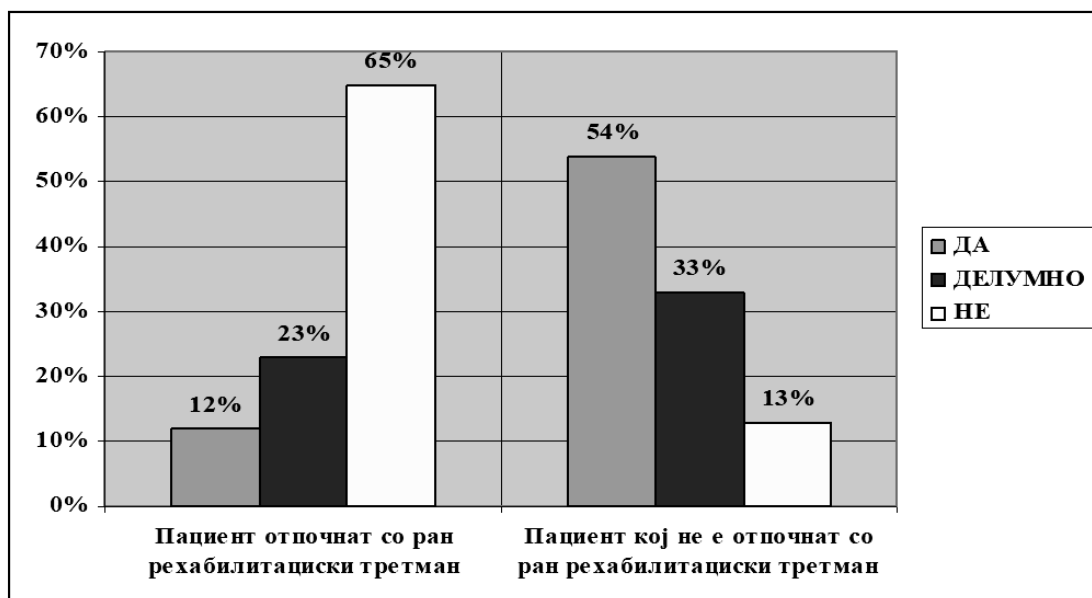
Во втората група основно образование имаа завршено 4 лица односно (16,7%), со средно образование беа 12 лица односно (50%), и со високо образование беа 8 лица, односно (33,3%).



Слика 22. Стекнато образование кај испитаниците од втората група

I. Лична хигиена:

На 1-то прашање: „Дали е потребна помош во сите аспекти на личната хигиена?“ Во првата група на испитаници, пациенти отпочнати со ран рехабилитациски третман добиени се следниве резултати, позитивни се 12% од резултатите дека е потребна помош, со делумно има 23% од резултатите, а дека не е потребна помош се со високи 65% од резултатите. Додека кај втората група на испитаници, пациенти кои не се отпочнати со ран рехабилитациски третман, беа добиени следниве резултати, од вкупниот број на испитаници, 54% одговорија потврдно дека е потребна помош, 33% од испитаниците одговорија дека делумно е потребна помош, а 13% испитаници одговорија негативно дека не е потребна помош, добиените резултати се претставени на следната слика 23.



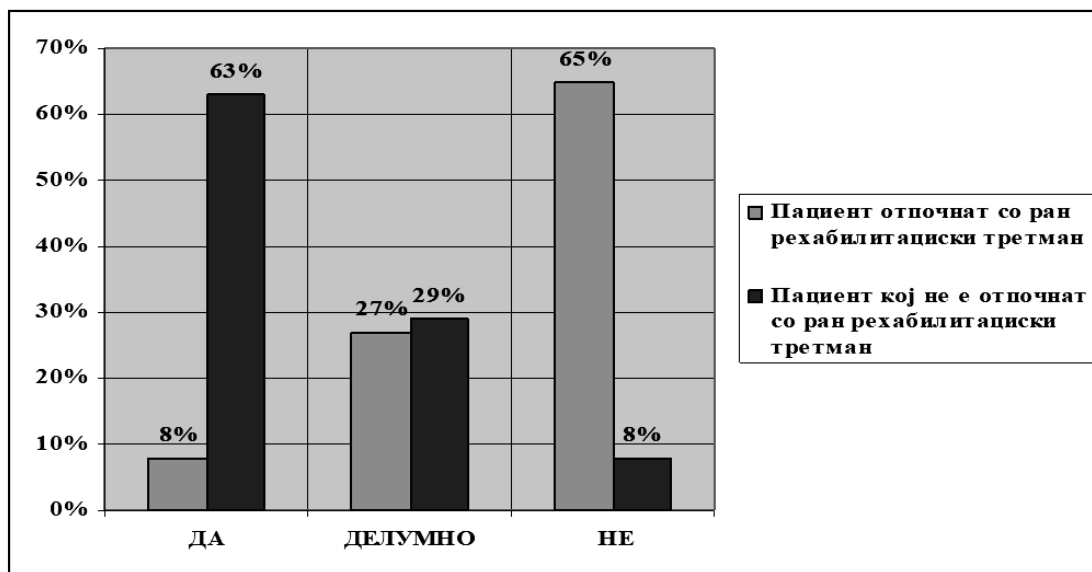
Слика 23. Помош во сите аспекти на личната хигиена

Со споредба на податоците кои се добиени за ова прашање од двете групи на испитаници опфатени во истражувањето, не се прифаќа нулта хипотезата т.е. постои статистички значајна разлика во одговорите на двете групи испитаници.

Табела 1. Потребна е помош во сите аспекти на личната хигиена

<i>Одговори</i>	<i>Да</i>	<i>Делумно</i>	<i>Не</i>	<i>Вкупно</i>	<i>p</i>
<i>Испитаници</i>					
<i>Пациент отпочнат со ран рехабилитациски третман</i>	<i>3 (12%)</i>	<i>6 (23%)</i>	<i>17 (65%)</i>	<i>26 (100%)</i>	<i>0.000</i>
<i>Пациент кој не е отпочнат со ран рехабилитациски третман</i>	<i>13 (54%)</i>	<i>8 (33%)</i>	<i>3 (13%)</i>	<i>24 (100%)</i>	
<i>Вкупно</i>	<i>16 (32%)</i>	<i>14 (28%)</i>	<i>20 (40%)</i>	<i>50 (100%)</i>	

На 2-то прашање: „Дали е потребна извесна помош во еден или повеќе аспекти на хигиената?“ Испитаниците ги дале следните одговори, кај првата група пациенти отпочнати со ран рехабилитациски третман на испитаници е потребна извесна помош во еден или повеќе аспекти на хигиената кај 8% од испитаниците, делумно одговорите беа кај 27%, а не е потребна извесна помош во еден или повеќе аспекти на хигиената се одговорите кај високи 65% од испитаниците, додека кај втората група пациенти кој не се отпочнати со ран рехабилитациски третман, испитаниците ги дале следните одговори, значителен број од нив, односно 63% одговорија дека е потребна извесна помош во еден или повеќе аспекти на хигиената, 29% сметаат дека делумно е присутна потреба за извесна помош во еден или повеќе аспекти на хигиената, а исто така од 8% од испитаниците одговориле дека не е потребна извесна помош во еден или повеќе аспекти на хигиената, добиените резултати се претставени на слика 24.



Слика 24. Извесна помош во еден или повеќе аспекти на хигиената

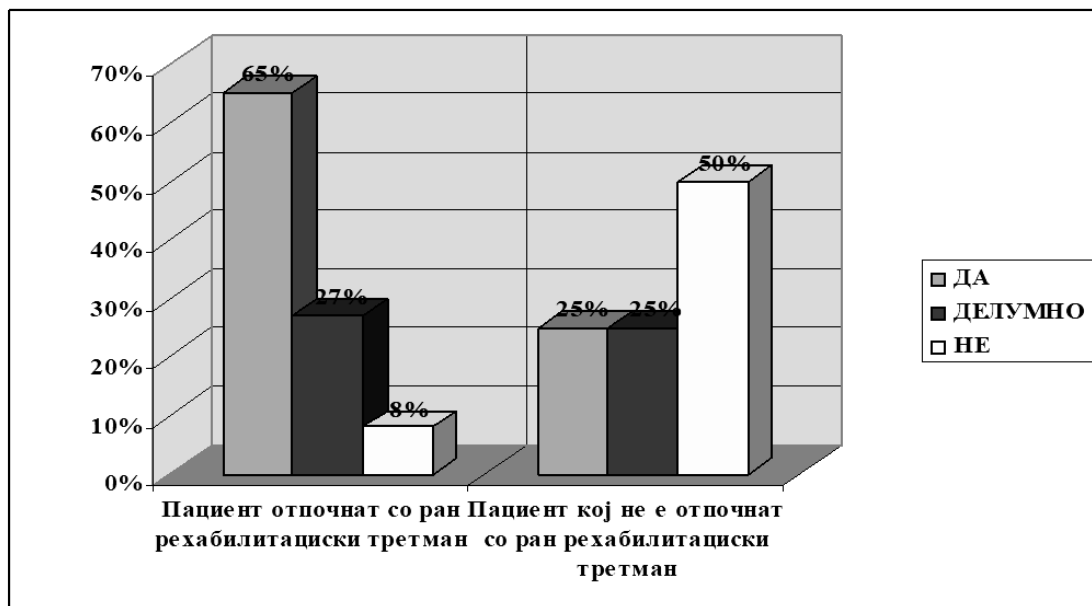
Со споредба на податоците кои се добиени за ова прашање од двете групи на испитаници опфатени во истражувањето, не се прифаќа нулта хипотезата т.е. постои статистички значајна разлика во одговорите на двете групи испитаници.

Табела 2. Потребна е извесна помош во еден или повеќе аспекти на хигиената

Одговори	Да	Делумно	Не	Вкупно	<i>p</i>
Испитаници					
Пациент отпочнат со ран рехабилитациски третман	2 (8%)	7 (27%)	17 (65%)	26 (100%)	0.000
Пациент кој не е отпочнат со ран рехабилитациски третман	15 (63%)	7 (29%)	2 (8%)	24 (100%)	
Вкупно	17 (34%)	14 (28%)	19 (38%)	50 (100%)	

На 3-то прашање: „Дали е потребна миимална помош пред и /или по самата лична хигиена?“ Кај првата група на испитаници пациенти отпочнати со ран рехабилитациски третман ги добивме следните резултати, кај кој високи 65% е потребна минимална помош пред и /или по самата лична хигиена, делумно имаме кај 27% од резултатите, а негативни резултати добивме кај 8% од испитаниците. Втората група на пациенти кои не се отпочнати со ран

рехабилитациски третман анкетираниите лица ги дале следните одговори, 25% од нив одговориле позитивно дека е потребна минимална помош пред и /или по самата лична хигиена, идентични 25% дале одговор делумно, а 50% дале негативен одговор дека не е потребна минимална помош пред и /или по самата лична хигиена, добиените резултати се претставени на слика 25.



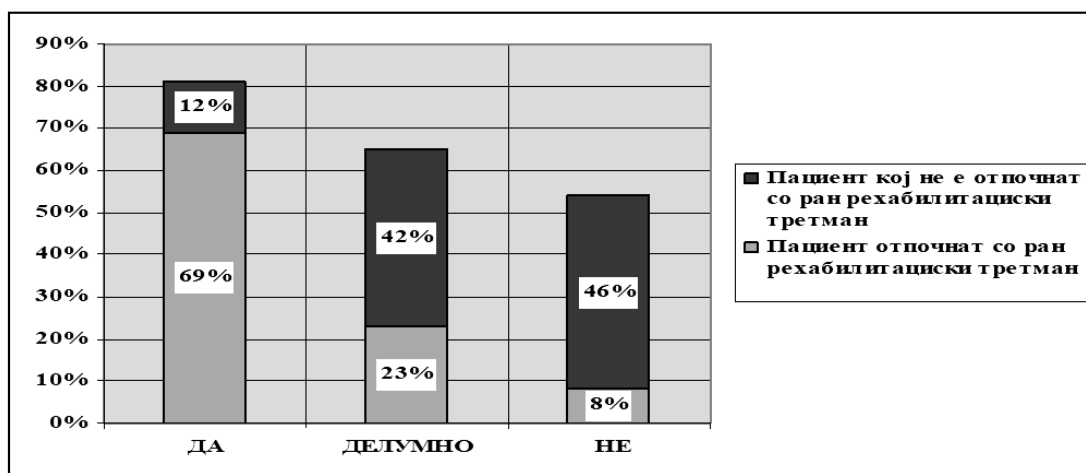
Слика 25. Минимална помош пред и /или по самата лична хигиена

Со споредба на податоците кои се добиени за ова прашање од двете групи на испитаници опфатени во истражувањето, не се прифаќа нулта хипотезата т.е. постои статистички значајна разлика во одговорите на двете групи испитаници.

Табела 3. Потребна е минимална помош пред и /или по самата лична хигиена

Одговори	Да	Делумно	Не	Вкупно	<i>p</i>
Испитаници					
Пациент отпочнат со ран рехабилитациски третман	17 (65%)	7 (27%)	2 (8%)	26 (100%)	0.002
Пациент кој не е отпочнат со ран рехабилитациски третман	6 (25%)	6 (25%)	12 (50%)	24 (100%)	
Вкупно	23 (46%)	13 (26%)	14 (28%)	50 (100%)	

На 4-то прашање: „Дали може да ги измие рацете, лицето и забите, да се исчешла и избричи?“ Испитаниците во првата група пациенти отпочнати со ран рехабилитациски третман ги дале следните одговори, 69% одговориле да, може, 23% одговориле со понекогаш, а останатите 8% одговориле не, не може, додека испитаниците кај втората група пациенти кој не се отпочнати со ран рехабилитациски третман ги дале следните одговори, кај 12% од нив одговориле со позитивен одговор, 42% дале одговор, делумно, а 46% испитаници одговориле со негативен одговор, добиените резултати се претставени на слика 26.



Слика 26 Да ги измие рацете, лицето и забите, да се исчешла и избричи

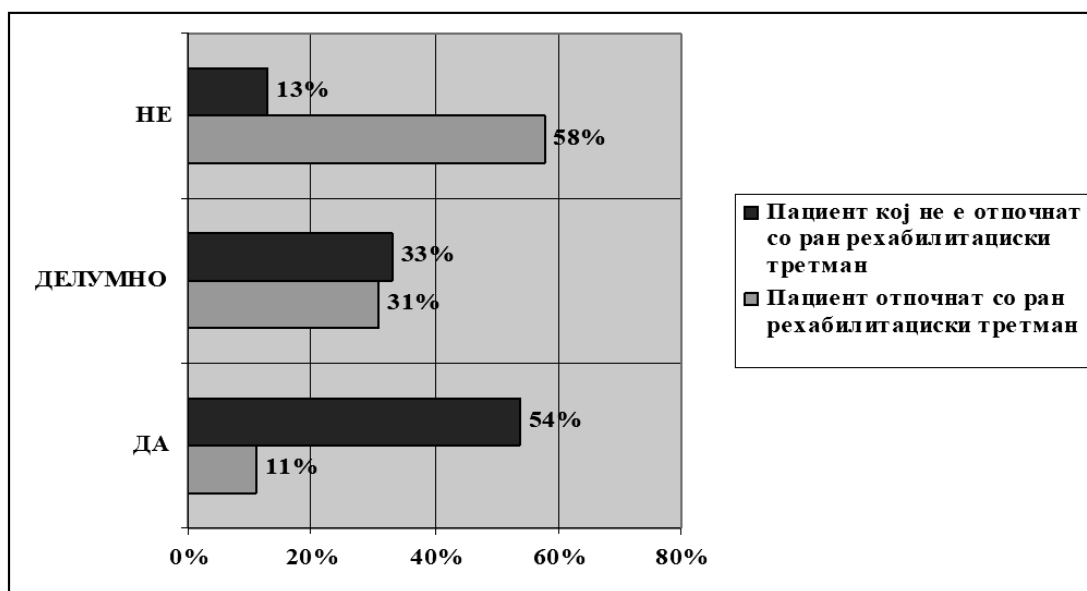
Со споредба на податоците кои се добиени за ова прашање од двете групи на испитаници опфатени во истражувањето, не се прифаќа нулта хипотезата т.е. постои статистички значајна разлика во одговорите на двете групи испитаници.

Табела 4. Може да ги измие рацете, лицето и забите, да се исчешла и избричи

Одговори	Да	Делумно	Не	Вкупно	<i>p</i>
Испитаници					
Пациент отпочнат со ран рехабилитациски третман	18 (69%)	6 (23%)	2 (8%)	26 (100%)	0.001
Пациент кој не е отпочнат со ран рехабилитациски третман	3 (12%)	10 (42%)	11 (46%)	24 (100%)	
Вкупно	21 (42%)	16 (32%)	13 (26%)	50 (100%)	

II. Капење:

На 5-то прашање: „Дали е потребна помош во секој дел од капењето?“ 5. Првата група пациенти отпочнати со ран рехабилитациски третман на испитаници ги дале следните одговори, 11% одговориле да, потребна е помош во секој дел од капењето, 31% одговориле со делумно, а останатите 58% одговориле не, некористи помош во секој дел од капењето, додека втората група на пациенти кој не се отпочнати со ран рехабилитациски третман, анкетираниите лица ги дале следните одговори, 54% од нив одговориле позитивно дека е потребна помош во секој дел од капењето, 33% дале одговор делумно, а 13% дале негативен одговор со не е потребна помош во секој дел од капењето, добиените резултати се претставени на слика 27.



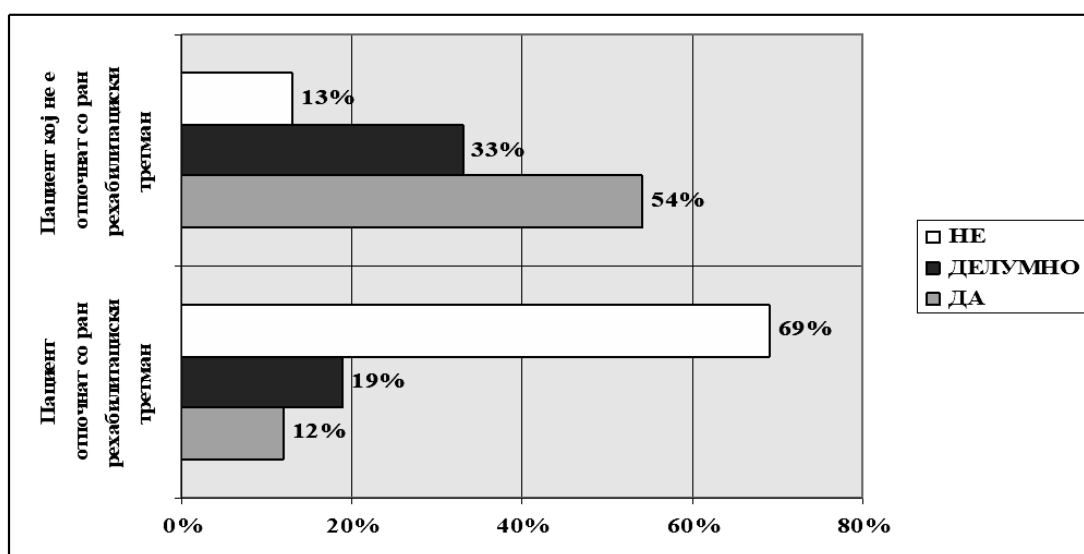
Слика 27. Помош во секој дел од капењето

Со споредба на податоците кои се добиени за ова прашање од двете групи на испитаници опфатени во истражувањето, не се прифаќа нулта хипотезата т.е. постои статистички значајна разлика во одговорите на двете групи испитаници.

Табела 5. Помош потребна во секој дел од капењето

Одговори	Да	Делумно	Не	Вкупно	p
Испитаници					
Пациент отпочнат со ран рехабилитациски третман	3 (11%)	8 (31%)	15 (58%)	26 (100%)	0.001
Пациент кој не е отпочнат со ран рехабилитациски третман	13 (54%)	8 (33%)	3 (13%)	24 (100%)	
Вкупно	16 (32%)	16 (32%)	18 (36%)	50 (100%)	

На 6-то прашање: „Дали е потребна помош при доаѓањето до кадата/тушот или во миењето или бришењето?“ Пациенти отпочнати со ран рехабилитациски третман во првата група на испитаниците ги дадоа овие одговори, во мал процент од 12% одговорија дека им е потребна помош, делумно им е потребна на 19% од испитаниците, а не им е потребна помош кај 69% од испитаниците, додека пациенти кој не се отпочнати со ран рехабилитациски третман од втората група на испитаници кај 54% од испитаниците користеле помош, со процент од 33% одговориле со делумно користеле, а не користеле 13% од испитаниците, добиените резултати се претставени на слика 28.



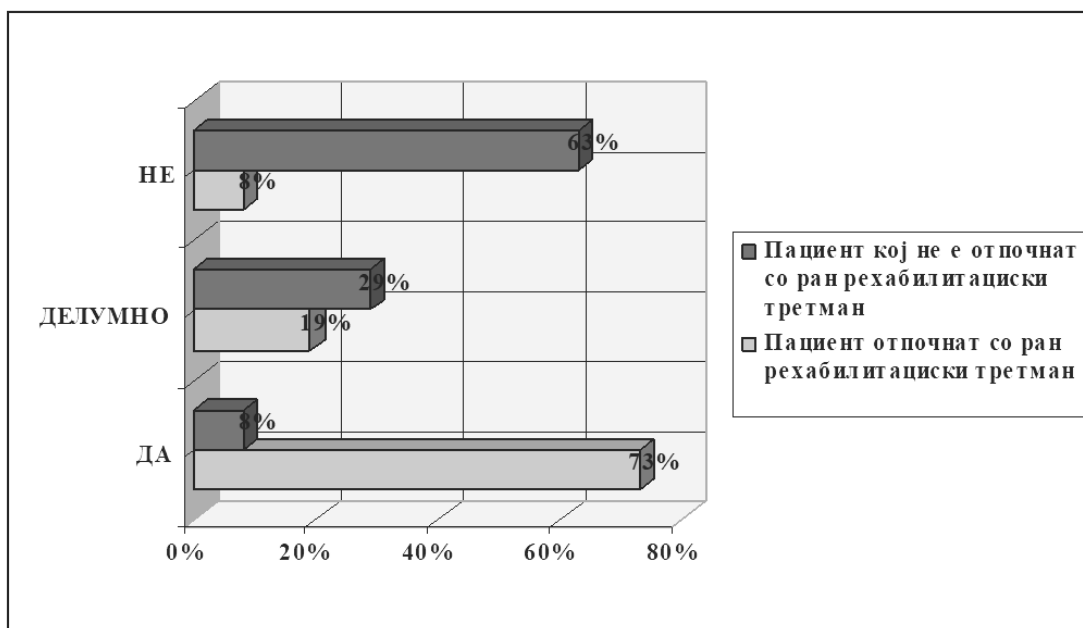
Слика 28. Помош при доаѓањето до кадата/тушот или во миењето или бришењето

Со споредба на податоците кои се добиени за ова прашање од двете групи на испитаници опфатени во истражувањето, не се прифаќа нулта хипотезата т.е. постои статистички значајна разлика во одговорите на двете групи испитаници.

Табела 6. Потребна е помош при доаѓањето до кадата/тушот или во миењето или бришењето

<i>Одговори</i>	<i>Да</i>	<i>Делумно</i>	<i>Не</i>	<i>Вкупно</i>	<i>p</i>
<i>Испитаници</i>					
<i>Пациент отпочнат со ран рехабилитациски третман</i>	3 (12%)	5 (19%)	18 (69%)	26 (100%)	0.001
<i>Пациент кој не е отпочнат со ран рехабилитациски третман</i>	13 (54%)	8 (33%)	3 (13%)	24 (100%)	
<i>Вкупно</i>	16 (32%)	13 (26%)	21 (42%)	50 (100%)	

На 7-то прашање: „Дали може да се измие или истушира без туѓа помош?“ На ова прашање постигнати се следниве резултати од одговорите на испитаниците од првата група пациенти отпочнати со ран рехабилитациски третман кај 73% од испитаниците можеле, со процент од 19% одговориле со делумно можеле, а не можеле 8% од испитаниците, во споредба со втората група пациенти кои не се отпочнати со ран рехабилитациски третман ги добивме следните резултати, кај кој можеле се 8%, делумно имаме кај 29% од резултатите, а негативни резултати добивме кај 63% од испитаниците кои не можеле да се измие или истушира без туѓа помош, добиените резултати се претставени на слика 29.



Слика 29. Да се измие или истушира без туѓа помош

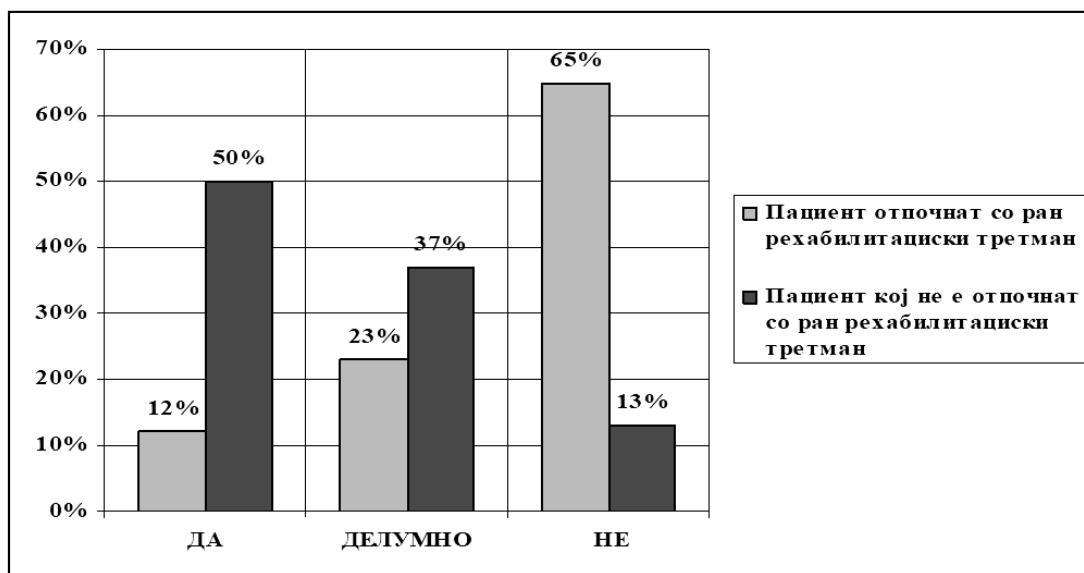
Со споредба на податоците кои се добиени за ова прашање од двете групи на испитаници опфатени во истражувањето, не се прифаќа нулта хипотезата т.е. постои статистички значајна разлика во одговорите на двете групи испитаници.

Табела 7. Може да се измие или истушира без туѓа помош

Одговори		Да	Делумно	Не	Вкупно	p
Испитаници						
Пациент отпочнат со ран рехабилитациски третман		19 (73%)	5 (19%)	2 (8%)	26 (100%)	0.001
Пациент кој не е отпочнат со ран рехабилитациски третман		2 (8%)	7 (29%)	15 (63%)	24 (100%)	
Вкупно		21 (42%)	12 (24%)	17 (34%)	50 (100%)	

III. Хранење

На 8-то прашање: „Дали е потполно зависен во сите аспекти на хранењето?“ Во првата група на испитаници, пациенти отпочнати со ран рехабилитациски третман добиени се следниве резултати, позитивни се 12% од резултатите дека е потполно зависен во сите аспекти на хранењето, со делумно има 23% од резултатите, а дека не е потполно зависен во сите аспекти на хранењето се 65% од резултатите. Додека кај втората група на испитаници, пациенти кој не се отпочнати со ран рехабилитациски третман, беа добиени следниве резултати, од вкупниот број на испитаници, 50% одговорија потврдно дека е потполно зависен во сите аспекти на хранењето, 37% од испитаниците одговорија дека делумно се зависни, а 13% испитаници одговорија негативно за потполна зависност, добиените резултати се претставени на слика 30.



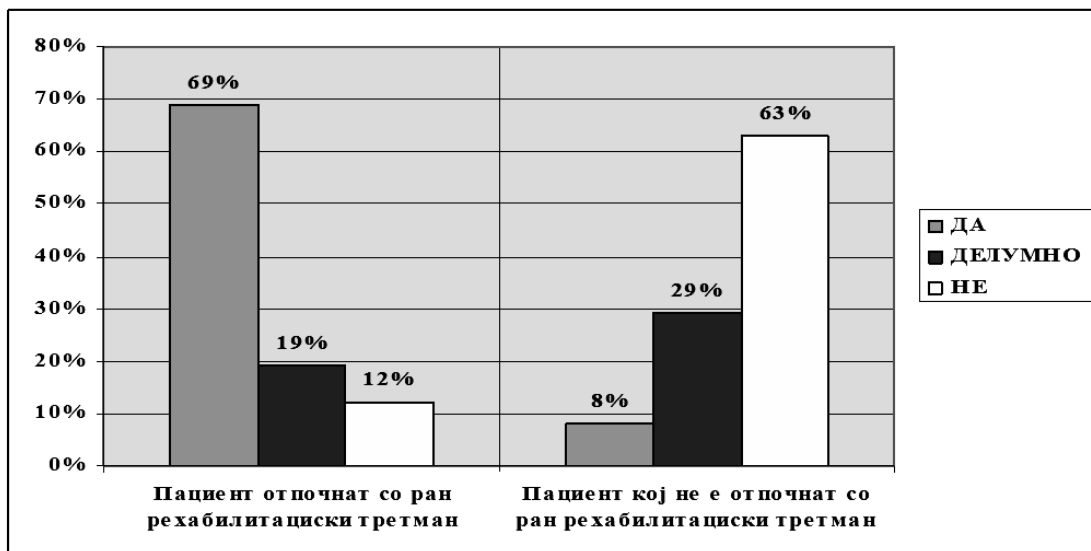
Слика 30. Зависен е во сите аспекти на хранењето

Со споредба на податоците кои се добиени за ова прашање од двете групи на испитаници опфатени во истражувањето, не се прифаќа нулта хипотезата т.е. постои статистички значајна разлика во одговорите на двете групи испитаници.

Табела 8. Потполно е зависен во сите аспекти на хранењето

<i>Одговори</i>	<i>Да</i>	<i>Делумно</i>	<i>Не</i>	<i>Вкупно</i>	<i>p</i>
<i>Испитаници</i>					
<i>Пациент отпочнат со ран рехабилитациски третман</i>	<i>3 (12%)</i>	<i>6 (23%)</i>	<i>17 (65%)</i>	<i>26 (100%)</i>	<i>0.000</i>
<i>Пациент кој не е отпочнат со ран рехабилитациски третман</i>	<i>12 (50%)</i>	<i>9 (37%)</i>	<i>3 (13%)</i>	<i>24 (100%)</i>	
<i>Вкупно</i>	<i>15 (30%)</i>	<i>15 (30%)</i>	<i>20 (40%)</i>	<i>50 (100%)</i>	

На 9-то прашање: „Дали сам работи со средства за јадење/лажица, со помагање за време на јадењето?“ Испитаниците ги дале следните одговори, кај првата група пациенти отпочнати со ран рехабилитациски третман на испитаници кај 69% самостално работи со средства за јадење со помагање за време на јадењето од друго лице, делумно се присутни кај 19%, а не е во можност сам да работи со средства за јадење/лажица, со помагање за време на јадењето само кај 12%, додека кај втората група пациенти кој не се отпочнати со ран рехабилитациски третман, испитаниците ги дале следните одговори, мал број од нив, односно 8% одговорија дека сам работи со средства за јадење/лажица, со помагање за време на јадењето, 29% сметаат дека делумно се можат сами да работат со средства за јадење/лажица, со помагање за време на јадењето, а 63% од испитаниците одговориле дека не се во можност сам да работи со сретства за јадење/лажица, со помагање за време на јадењето, добиените резултати се претставени на слика 31.



Слика 31. Работи со средства за јадење/лажица, со помагање за време на јадењето

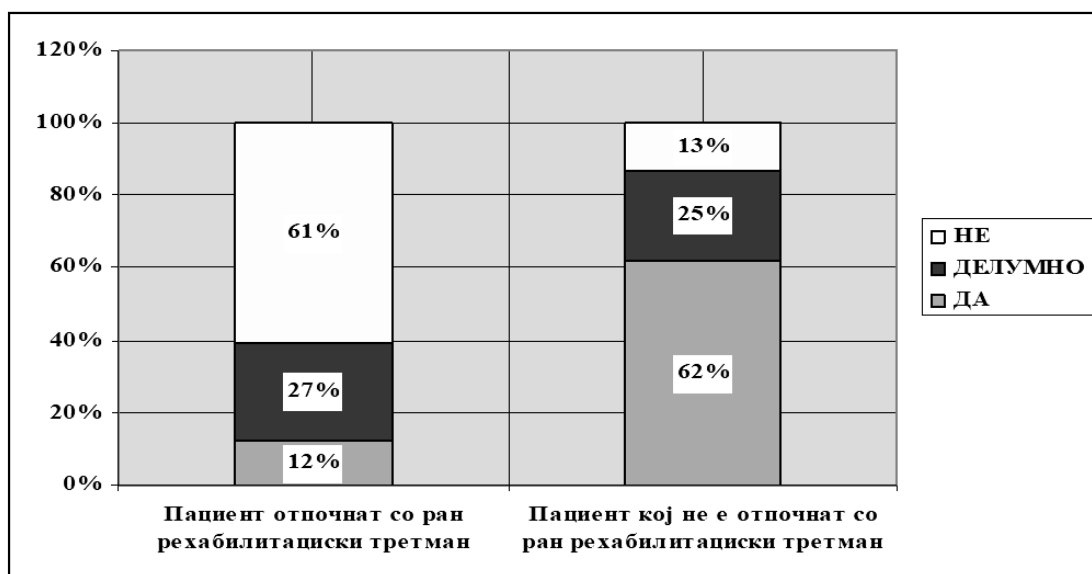
Со споредба на податоците кои се добиени за ова прашање од двете групи на испитаници опфатени во истражувањето, не се прифаќа нулта хипотезата т.е. постои статистички значајна разлика во одговорите на двете групи испитаници.

Табела 9. Сам работи со средства за јадење/лажица, со помагање за време на јадењето

Одговори	Да	Делумно	Не	Вкупно	<i>p</i>
Испитаници					
Пациент отпочнат со ран рехабилитациски третман	18 (69%)	5 (19%)	3 (12%)	26 (100%)	0.000
Пациент кој не е отпочнат со ран рехабилитациски третман	2 (8%)	7 (29%)	15 (63%)	24 (100%)	
Вкупно	20 (40%)	12 (24%)	18 (36%)	50 (100%)	

На 10-то прашање: „Дали се храни со надзор, потребна е помош во ставањето на млеко, шеќер, сол, при мачкањето на леб пренесувањето на чинијата и сл.“ Кај првата група на испитаници пациенти отпочнати со ран рехабилитациски третман ги добивме следните резултати, кај кој потврдни се 12%, делумно имаме кај 27% од резултатите, а негативни резултати добивме кај 61% од

испитаниците. Втората група на пациенти кои не се отпочнати со ран рехабилитациски третман анкетираниите лица ги дале следните одговори, кај 62% од нив одговориле позитивно дека се храни со надзор, потребна е помош во ставањето на млеко, шеќер, сол, при мачкањето на леб пренесувањето на чинијата, 25% дале одговор дека делумно се храни со надзор, потребна е помош во ставањето на млеко, шеќер, сол, при мачкањето на леб пренесувањето на чинијата, а 13% дале негативен одговор дека не се храни со надзор, и не е потребна помош во ставањето на млеко, шеќер, сол, при мачкањето на леб пренесувањето на чинијата, добиените резултати се претставени на слика 32.



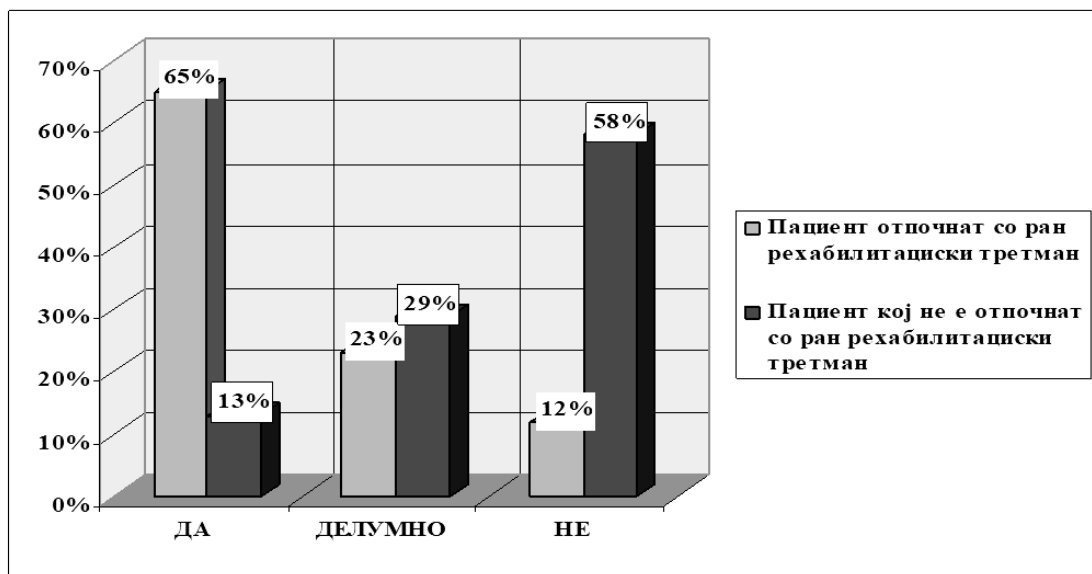
Слика 32. Се храни со надзор, потребна е помош

Со споредба на податоците кои се добиени за ова прашање од двете групи на испитаници опфатени во истражувањето, не се прифаќа нулта хипотезата т.е. постои статистички значајна разлика во одговорите на двете групи испитаници.

Табела 10. Се храни со надзор, потребна е помош во ставањето на млеко, шеќер, сол, при мачкањето на леб пренесувањето на чинијата и слично

<i>Одговори</i>	<i>Да</i>	<i>Делумно</i>	<i>Не</i>	<i>Вкупно</i>	<i>p</i>
<i>Испитаници</i>					
<i>Пациент отпочнат со ран рехабилитациски третман</i>	<i>3 (12%)</i>	<i>7 (27%)</i>	<i>16 (61%)</i>	<i>26 (100%)</i>	<i>0.000</i>
<i>Пациент кој не е отпочнат со ран рехабилитациски третман</i>	<i>15 (62%)</i>	<i>6 (25%)</i>	<i>3 (13%)</i>	<i>24 (100%)</i>	
<i>Вкупно</i>	<i>18 (36%)</i>	<i>13 (26%)</i>	<i>19 (38%)</i>	<i>50 (100%)</i>	

На 11-то прашање: „Дали е самостоен во хранењето, освен можеби при сечкањето на месо, отворање на шише кога присутноста на друго лице е неопходна?“ Испитаниците во првата група пациенти отпочнати со ран рехабилитациски третман ги дале следните одговори, 65% одговориле да, самостоен е, 23% одговориле со делумно самостоен, а останатите 12% одговориле, дека не се самостојни, додека испитаниците кај втората група пациенти кои не се отпочнати со ран рехабилитациски третман ги дале следните одговори, кај 13% од нив одговориле со позитивен одговор дека се самостојни, 29% дале одговор, делумно самостојни, а 58% испитаници одговориле со негативен одговор дека не се самостојни, добиените резултати се претставени на слика 33.



Слика 33. Самостоен е во хранењето

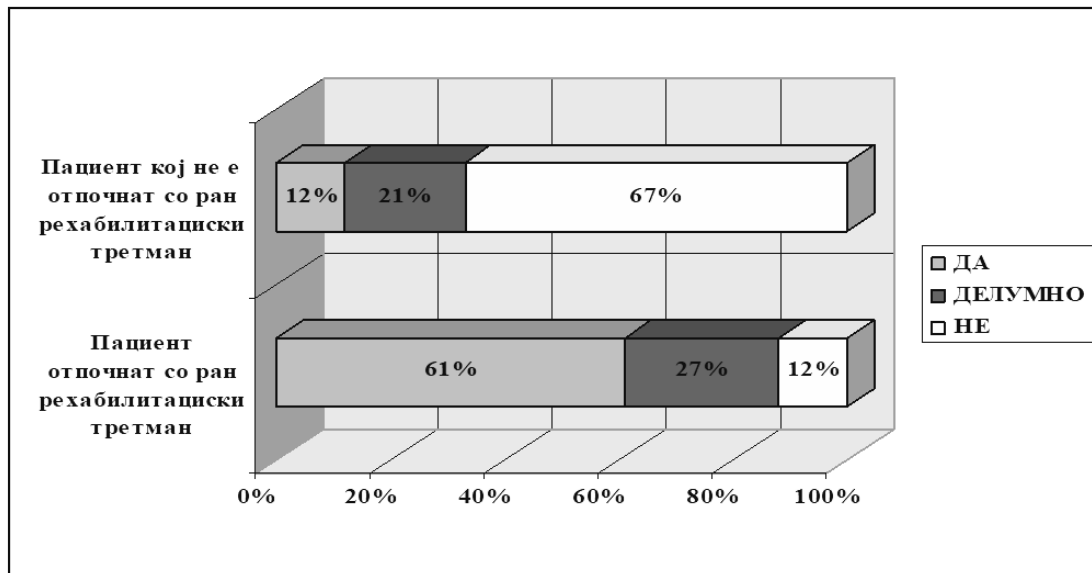
Со споредба на податоците кои се добиени за ова прашање од двете групи на испитаници опфатени во истражувањето, не се прифаќа нулта хипотезата т.е. постои статистички значајна разлика во одговорите на двете групи испитаници.

Табела 11. Самостоен е во хранењето, освен можеби при сечкањето на месо, отворање на шише кога присутноста на друго лице е неопходна

Одговори	Да	Делумно	Не	Вкупно	<i>p</i>
Испитаници					
Пациент отпочнат со ран рехабилитациски третман	17 (65%)	6 (23%)	3 (12%)	26 (100%)	0.000
Пациент кој не е отпочнат со ран рехабилитациски третман	3 (13%)	7 (29%)	14 (58%)	24 (100%)	
Вкупно	20 (40%)	13 (26%)	17 (34%)	50 (100%)	

На 12-то прашање: „Дали може сам да се нахрани, така што некој ќе ја стави храната до негов дофат, може сам да сече, да мачка на леб и сл.“ Првата група пациенти отпочнати со ран рехабилитациски третман на испитаници ги дале следните одговори, 61% одговориле да, може сам да се нахрани, кај 27% одговориле со делумно, а останатите 12% одговориле со не, не може сам да се нахрани, додека втората група на пациенти кои не се отпочнати со ран

рехабилитациски третман, анкетираниите лица ги дале следните одговори: 12% од нив одговориле позитивно со може, кај 21% дале одговор делумно, а 67% дале негативен одговор со не може, добиените резултати се претставени на слика 34.



Слика 34. Хранење сам доколку некој ја стави храната до негов дофат

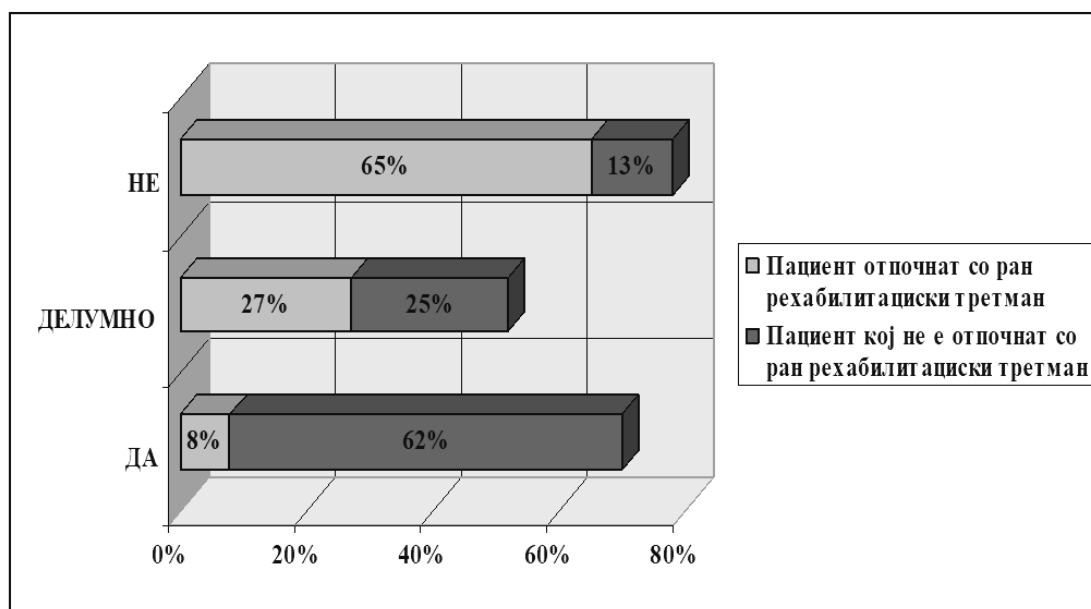
Со споредба на податоците кои се добиени за ова прашање од двете групи на испитаници опфатени во истражувањето, не се прифаќа нулта хипотезата т.е. постои статистички значајна разлика во одговорите на двете групи испитаници.

Табела 12. Може сам да се нахрани, така што некој ќе ја стави храната до негов дофат, може сам да сече, да мачка на леб и слично

Одговори	Испитаници			Вкупно	p
	Да	Делумно	Не		
Пациент отпочнат со ран рехабилитациски третман	16 (61%)	7 (27%)	3 (12%)	26 (100%)	0.000
Пациент кој не е отпочнат со ран рехабилитациски третман	3 (12%)	5 (21%)	16 (67%)	24 (100%)	
Вкупно	19 (38%)	12 (24%)	19 (38%)	50 (100%)	

IV. Тоалет

На 13-то прашање: „Дали е потребна помош при користење на тоалетот?“ Пациенти отпочнати со ран рехабилитациски третман во првата група на испитаниците ги дадоа овие одговори, во мал процент од 8% одговорија дека е потребна помош при користење на тоалетот, делумно е потребна помош одговориле 27% од испитаниците, а не е потребна помош при користење на тоалетот одговориле 65% од испитаниците, додека пациенти кои не се отпочнати со ран рехабилитациски третман од втората група на испитаници кај 62% од испитаниците користеле помош при користење на тоалетот, во 25% одговориле со понекогаш користеле помош, а не користеле помош 13% од испитаниците, добиените резултати се претставени на слика 35.



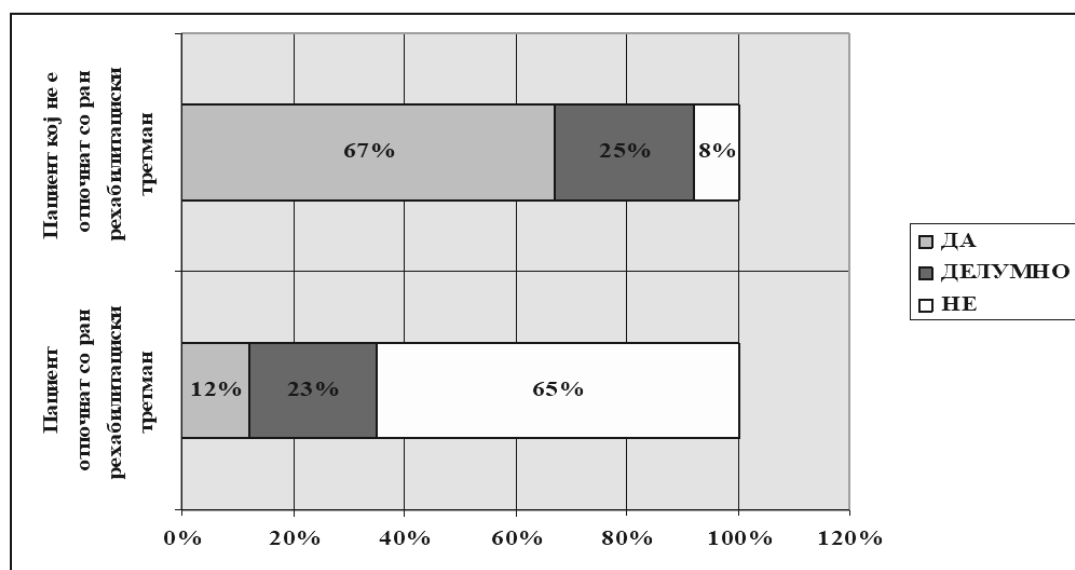
Слика 35. Помош при користење на тоалетот

Со споредба на податоците кои се добиени за ова прашање од двете групи на испитаници опфатени во истражувањето, не се прифаќа нулта хипотезата т.е. постои статистички значајна разлика во одговорите на двете групи испитаници.

Табела 13. Потребна е помош при користење на тоалетот

Одговори	Да	Делумно	Не	Вкупно	p
Испитаници					
Пациент отпочнат со ран рехабилитациски третман	2 (8%)	7 (27%)	17 (65%)	26 (100%)	0.000
Пациент кој не е отпочнат со ран рехабилитациски третман	15 (62%)	6 (25%)	3 (13%)	24 (100%)	
Вкупно	17 (34%)	13 (26%)	20 (40%)	50 (100%)	

На 14-то прашање: „Дали е потребна помош во облекувањето, трансферот или миењето на раце?“ На ова прашање постигнати се следниве резултати од одговорите на испитаниците од првата група пациенти отпочнати со ран рехабилитациски третман кај 12% од испитаниците користеле, со процент од 23% одговориле со понекогаш користеле помош, а не користеле 65% од испитаниците во споредба со втората група пациенти кои не се отпочнати со ран рехабилитациски третман ги добивме следните резултати, кај кој потврдни се 67%, делумно имаме кај 25% од резултатите, а негативни резултати добивме кај 8% од испитаниците, добиените резултати се претставени на слика 36.



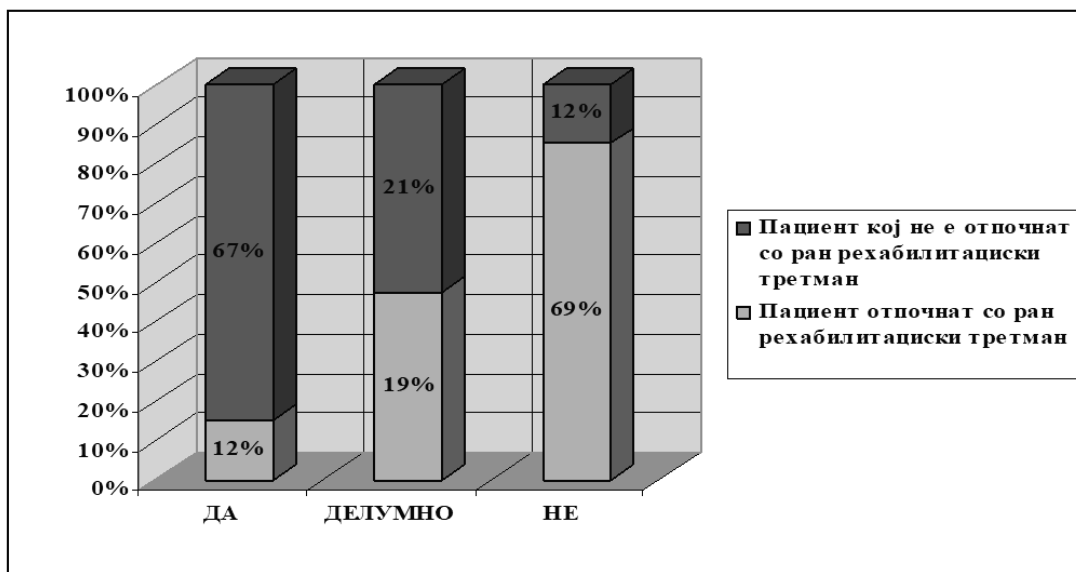
Слика 36. Помош во облекувањето, трансферот или миењето на раце

Со споредба на податоците кои се добиени за ова прашање од двете групи на испитаници опфатени во истражувањето, не се прифаќа нулта хипотезата т.е. постои статистички значајна разлика во одговорите на двете групи испитаници.

Табела 14. Потребна е помош во облекувањето, трансферот или миењето на раце

<i>Одговори</i>	<i>Да</i>	<i>Делумно</i>	<i>Не</i>	<i>Вкупно</i>	<i>p</i>
<i>Испитаници</i>					
<i>Пациент отпочнат со ран рехабилитациски третман</i>	<i>3 (12%)</i>	<i>6 (23%)</i>	<i>17 (65%)</i>	<i>26 (100%)</i>	<i>0.000</i>
<i>Пациент кој не е отпочнат со ран рехабилитациски третман</i>	<i>16 (67%)</i>	<i>6 (25%)</i>	<i>2 (8%)</i>	<i>24 (100%)</i>	
<i>Вкупно</i>	<i>19 (38%)</i>	<i>12 (24%)</i>	<i>19 (38%)</i>	<i>50 (100%)</i>	

На 15-то прашање: „Дали е потребен надзор поради сигурност, може да се користи и гуска во текот на ноќта, но, сепак, е потребна помош?“ Во првата група на испитаници пациенти отпочнати со ран рехабилитациски третман добиени се следниве резултати, позитивни се 12% од резултатите дека е потребен надзор поради сигурност, со делумно е потребен надзор поради сигурност има 19% од резултатите, а дека не е потребен надзор поради сигурност 69% од резултатите. Додека кај втората група на испитаници, пациенти кои не се отпочнати со ран рехабилитациски третман, беа добиени следниве резултати, од вкупниот број на испитаници, 67% одговорија потврдно со потребен е надзор поради сигурност, кај 21% од испитаниците одговорија дека делумно е потребен надзор поради сигурност, а 12% испитаници одговорија негативно дека не е потребен надзор поради сигурност, добиените резултати се претставени на слика 37.



Слика 37. Тоалет - потребна е помош

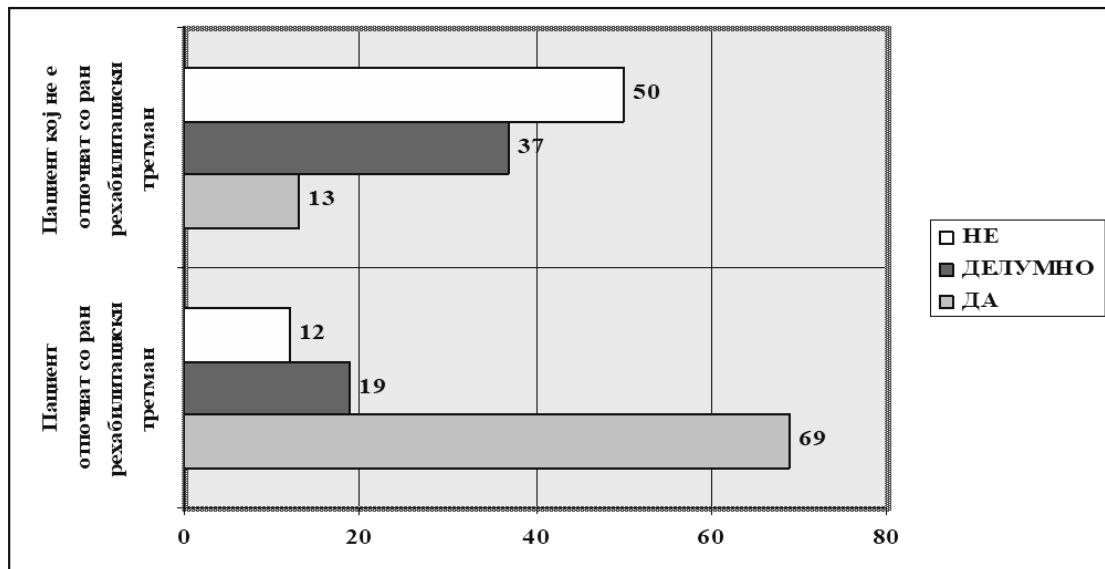
Со споредба на податоците кои се добиени за ова прашање од двете групи на испитаници опфатени во истражувањето, не се прифаќа нулта хипотезата т.е. постои статистички значајна разлика во одговорите на двете групи испитаници.

Табела 15. Потребен е надзор поради сигурност, може да се користи и гуска во текот на ноќта, но, сепак, е потребна помош

Одговори	Да	Делумно	Не	Вкупно	<i>p</i>
Испитаници					
Пациент отпочнат со ран рехабилитациски третман	3 (12%)	5 (19%)	18 (69%)	26 (100%)	0.000
Пациент кој не е отпочнат со ран рехабилитациски третман	16 (67%)	5 (21%)	3 (12%)	24 (100%)	
Вкупно	19 (38%)	10 (20%)	21 (42%)	50 (100%)	

На 16-то прашање: „Дали може да дојде и да се симне од WC, да ја закопча или откопча облеката, да го спречи мокрењето на облеката, да користи тоалетна хартија?“ Испитаниците ги дале следните одговори, кај првата група пациенти отпочнати со ран рехабилитациски третман на испитаници можат се кај 69% од испитаниците, делумно можат кај 19%, а не можат се само кај 12%, додека кај втората група пациенти кои не се отпочнати со ран рехабилитациски третман,

испитаниците ги дале следните одговори, мал број од нив, односно 13% одговорија дека можат, 37% сметаат дека делумно можат, а исто така од 50% од испитаниците одговориле дека не се во можност, добиените резултати се претставени на слика 38.



Слика 38. Може да користи тоалет

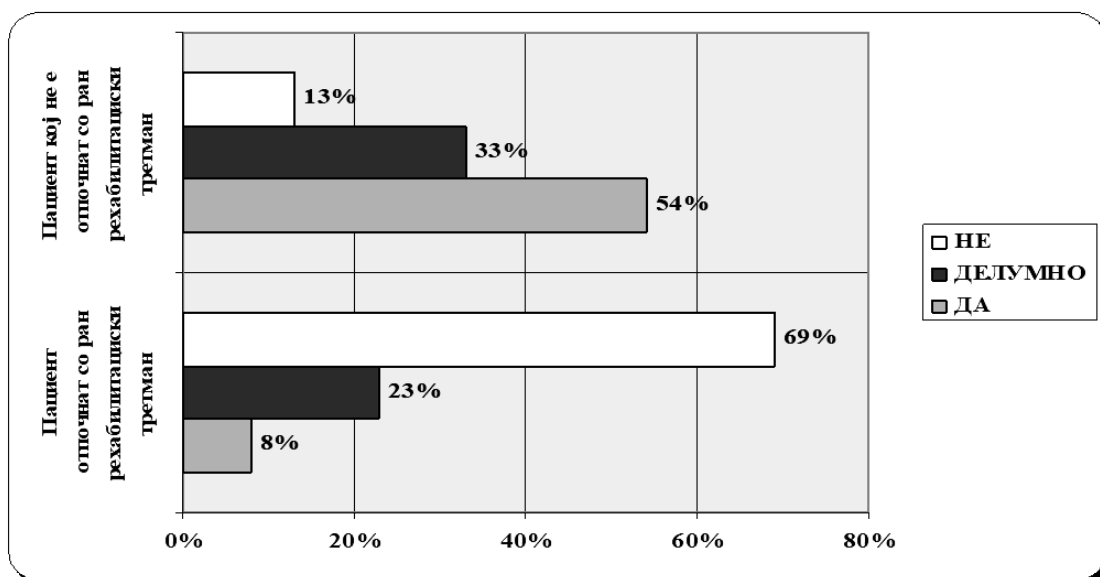
Со споредба на податоците кои се добиени за ова прашање од двете групи на испитаници опфатени во истражувањето, не се прифаќа нулта хипотезата т.е. постои статистички значајна разлика во одговорите на двете групи испитаници.

Табела 16. Може да дојде и да се симне од WC, да ја закопча или откопча облеката, да го спречи мокрењето на облеката, да користи тоалетна хартија

Одговори	Испитаници			Вкупно	p
	Да	Делумно	Не		
Пациент отпочнат со ран рехабилитационски третман	18 (69%)	5 (19%)	3 (12%)	26 (100%)	0.000
Пациент кој не е отпочнат со ран рехабилитационски третман	3 (13%)	9 (37%)	12 (50%)	24 (100%)	
Вкупно	21 (42%)	14 (28%)	15 (30%)	50 (100%)	

V. Качување по скали

На 17-то прашање: „Дали не може сам да се качува по скали?“ Кај првата група на испитаници пациенти отпочнати со ран рехабилитациски третман ги добивме следните резултати, кај кој потврдни се 8% дека не може сам да се качува по скали, делумно не може сам да се качува по скали имаме кај 23% од резултатите, а негативни резултати добивме кај 69% од испитаниците. Втората група на пациенти кои не се отпочнати со ран рехабилитациски третман анкетираниите лица ги дале следните одговори, не може сам да се качува по скали 54% од нив одговориле позитивно со да, кај 33% дале одговор делумно не може сам да се качува по скали, а 13% дале негативен одговор со тоа што може сам да се качува по скали, добиените резултати се претставени на слика 39.



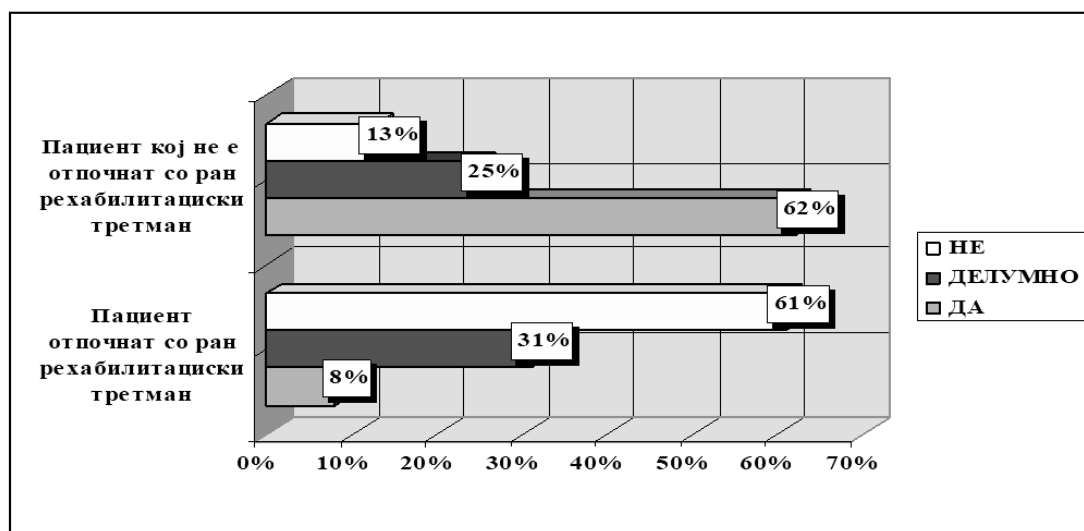
Слика 39. Не може сам да се качува по скали

Со споредба на податоците кои се добиени за ова прашање од двете групи на испитаници опфатени во истражувањето, не се прифаќа нулта хипотезата т.е. постои статистички значајна разлика во одговорите на двете групи испитаници.

Табела 17. Не може сам да се качува по скали

Одговори	Да	Делумно	Не	Вкупно	p
Испитаници					
Пациент отпочнат со ран рехабилитациски третман	2 (8%)	6 (23%)	18 (69%)	26 (100%)	0.000
Пациент кој не е отпочнат со ран рехабилитациски третман	13 (54%)	8 (33%)	3 (13%)	24 (100%)	
Вкупно	15 (30%)	14 (28%)	21 (42%)	50 (100%)	

На 18-то прашање: „Дали е потребна помош (вклучувајќи и помагала за одење)?“ Испитаниците во првата група пациенти отпочнати со ран рехабилитациски третман ги дале следните одговори, 8% одговориле да, користи, кај 31% одговориле со понекогаш, а останатите 61% одговориле не, некористи, додека испитаниците кај втората група пациенти кои не се отпочнати со ран рехабилитациски третман ги дале следните одговори, кај 62% од нив одговориле со позитивен одговор дека е потребна помош, 25% дале одговор, понекогаш, а 13% испитаници одговориле со негативен одговор дека не им е потребна помош, добиените резултати се претставени на слика 40.



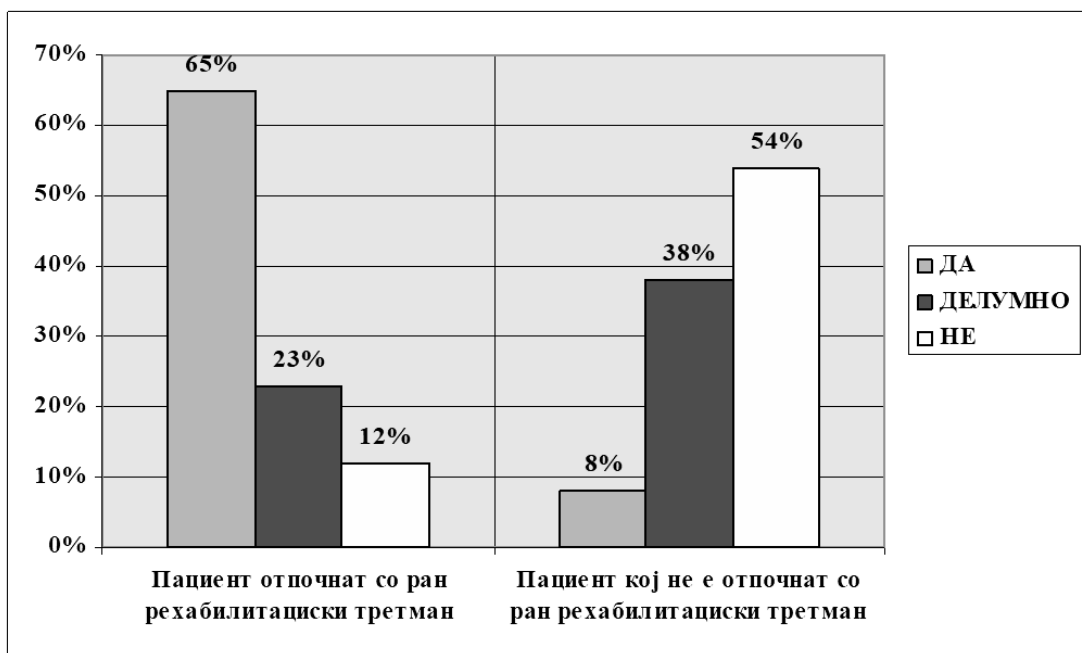
Слика 40. Качување по скали потребна е помош

Со споредба на податоците кои се добиени за ова прашање од двете групи на испитаници опфатени во истражувањето, не се прифаќа нулта хипотезата т.е. постои статистички значајна разлика во одговорите на двете групи испитаници.

Табела 18. Потребна е помош (вклучувајќи и помагала за одење)

<i>Одговори</i>	<i>Да</i>	<i>Делумно</i>	<i>Не</i>	<i>Вкупно</i>	<i>p</i>
<i>Испитаници</i>					
<i>Пациент отпочнат со ран рехабилитациски третман</i>	2 (8%)	8 (31%)	16 (61%)	26 (100%)	0.000
<i>Пациент кој не е отпочнат со ран рехабилитациски третман</i>	15 (62%)	6 (25%)	3 (13%)	24 (100%)	
<i>Вкупно</i>	17 (34%)	14 (28%)	19 (38%)	50 (100%)	

На 19-то прашање: „Дали може да оди по скалите и помагалата да ги носи сам?“ На ова прашање постигнати се следниве резултати од одговорите на испитаниците од првата група пациенти отпочнати со ран рехабилитациски третман кај 65% од испитаниците може да одат по скалите и помагалата да ги носат сами, 23% одговориле со делумно може да одат по скалите и помагалата да ги носат сами, а не може да одат по скалите и помагалата да ги носат сами кажалe 12% од испитаниците во споредба со втората група пациенти кои не се отпочнати со ран рехабилитациски третман ги добивме следните резултати, кај кој потврдни се 8%, делумно имаме кај 38% од резултатите, а негативни резултати добивме кај 54% од испитаниците кои не може да одат по скалите и помагалата да ги носат сами, добиените резултати се претставени на слика 41.



Слика 41. Оди по скалите и помагалата да ги носи сам

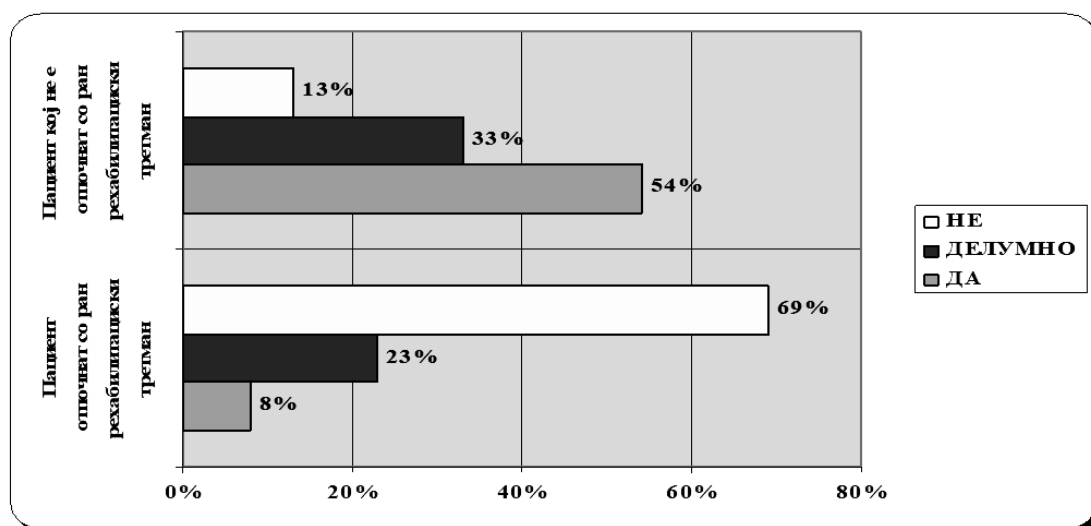
Со споредба на податоците кои се добиени за ова прашање од двете групи на испитаници опфатени во истражувањето, не се прифаќа нулта хипотезата т.е. постои статистички значајна разлика во одговорите на двете групи испитаници.

Табела 19. Може да оди по скалите и помагалата да ги носи сам

Одговори	Да	Делумно	Не	Вкупно	p
Испитаници					
Пациент отпочнат со ран рехабилитациски третман	17 (65%)	6 (23%)	3 (12%)	26 (100%)	0.000
Пациент кој не е отпочнат со ран рехабилитациски третман	2 (8%)	9 (38%)	13 (54%)	24 (100%)	
Вкупно	19 (38%)	15 (30%)	16 (32%)	50 (100%)	

VI. Облекување

На 20-то прашање: „Дали е зависен од сите аспекти на облекувањето и не може сам да учествува?“ Во првата група на испитаници пациенти отпочнати со ран рехабилитациски третман добиени се следниве резултати, 8% од резултатите се дека е зависен од сите аспекти на облекувањето и не може сам да учествува, со делумно има 23% од резултатите, а дека не е зависен од сите аспекти на облекувањето и може сам да учествува се 69% од резултатите. Додека кај втората група на испитаници, пациенти кои не се отпочнати со ран рехабилитациски третман, беа добиени следниве резултати, од вкупниот број на испитаници, 54% одговорија потврдно дека е зависен од сите аспекти на облекувањето и не може сам да учествува, кај 33% од испитаниците одговорија дека делумно е зависен, а 13% испитаници одговорија негативно дека не е зависен од сите аспекти на облекувањето и може сам да учествува, добиените резултати се претставени на слика 42.



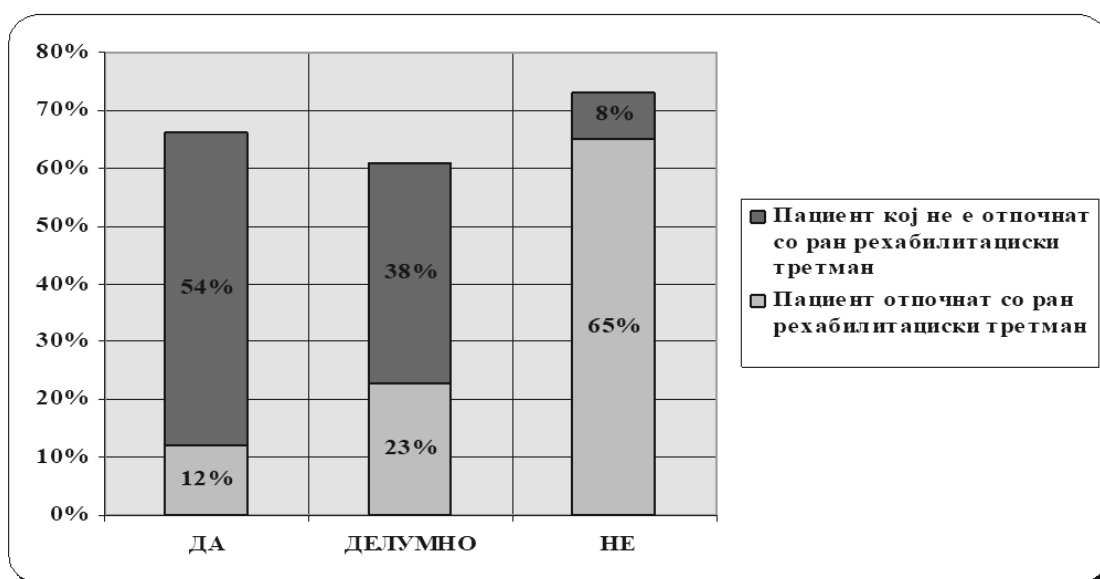
Слика 42. Зависен е од сите аспекти на облекувањето

Со споредба на податоците кои се добиени за ова прашање од двете групи на испитаници опфатени во истражувањето, не се прифаќа нулта хипотезата т.е. постои статистички значајна разлика во одговорите на двете групи испитаници.

Табела 20. Зависен е од сите аспекти на облекувањето и не може сам да учествува

Одговори	Да	Делумно	Не	Вкупно	p
Испитаници					
Пациент отпочнат со ран рехабилитациски третман	2 (8%)	6 (23%)	18 (69%)	26 (100%)	0.000
Пациент кој не е отпочнат со ран рехабилитациски третман	13 (54%)	8 (33%)	3 (13%)	24 (100%)	
Вкупно	15 (30%)	14 (28%)	21 (42%)	50 (100%)	

На 21-то прашање: „Дали е потребна помош во облекувањето и соблекувањето на секоја облека?“ Кај првата група на испитаници пациенти отпочнати со ран рехабилитациски третман ги добивме следните резултати, кај кои потврдни се 12%, делумно имаме кај 23% од резултатите, а негативни резултати добивме кај 65% од испитаниците. Втората група на пациенти кои не се отпочнати со ран рехабилитациски третман анкетираниите лица ги дале следните одговори, 54% од нив одговориле позитивно со да, кај 38% дале одговор делумно, а 8% дале негативен одговор со не, добиените резултати се претставени на слика 43.



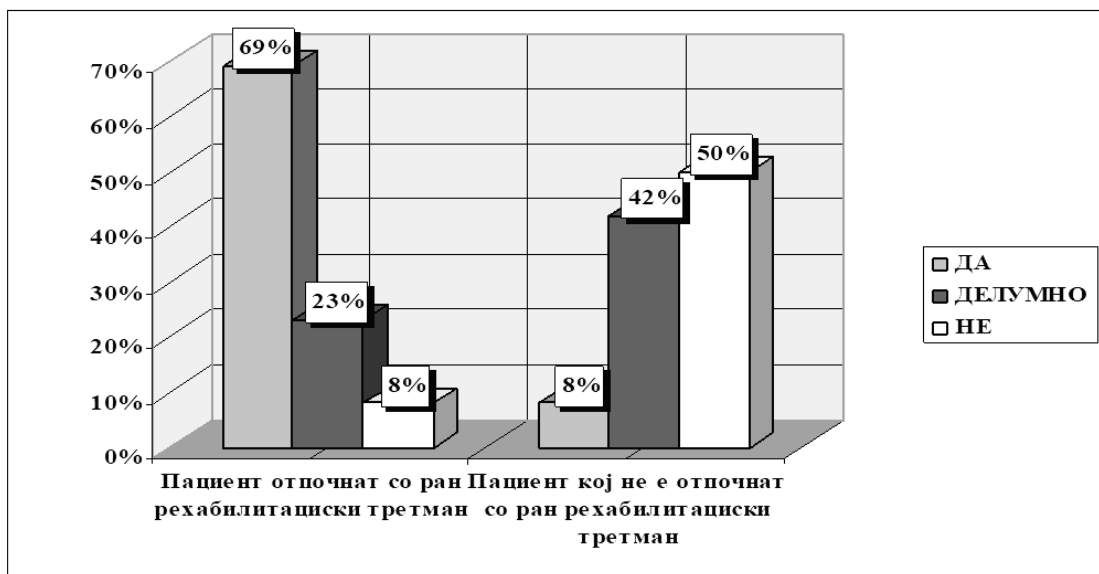
Слика 43. Помош во облекувањето и соблекувањето на секоја облека

Со споредба на податоците кои се добиени за ова прашање од двете групи на испитаници опфатени во истражувањето, не се прифаќа нулта хипотезата т.е. постои статистички значајна разлика во одговорите на двете групи испитаници.

Табела 21. Потребна е помош во облекувањето и соблекувањето на секоја облека

<i>Одговори</i>	<i>Да</i>	<i>Делумно</i>	<i>Не</i>	<i>Вкупно</i>	<i>p</i>
<i>Испитаници</i>					
<i>Пациент отпочнат со ран рехабилитациски третман</i>	<i>3 (12%)</i>	<i>6 (23%)</i>	<i>17 (65%)</i>	<i>26 (100%)</i>	<i>0.000</i>
<i>Пациент кој не е отпочнат со ран рехабилитациски третман</i>	<i>13 (54%)</i>	<i>9 (38%)</i>	<i>2 (8%)</i>	<i>24 (100%)</i>	
<i>Вкупно</i>	<i>16 (32%)</i>	<i>15 (30%)</i>	<i>19 (38%)</i>	<i>50 (100%)</i>	

На 22-то прашање: „Дали може самостјно да се облече да ја закопча облеката да облече чевли итн.“ Првата група пациенти отпочнати со ран рехабилитациски третман на испитаници ги дале следните одговори, 69% одговориле да, може, кај 23% одговориле со делумно, а останатите 8% одговориле дека, не може, додека втората група на пациенти кои не се отпочнати со ран рехабилитациски третман, анкетираниите лица ги дале следните одговори, 8% од нив одговориле позитивно со може, 42% дале одговор делумно, а 50% дале негативен одговор дека не може. Добиените резултати се претставени на слика 44.



Слика 44. Самостјно да се облече

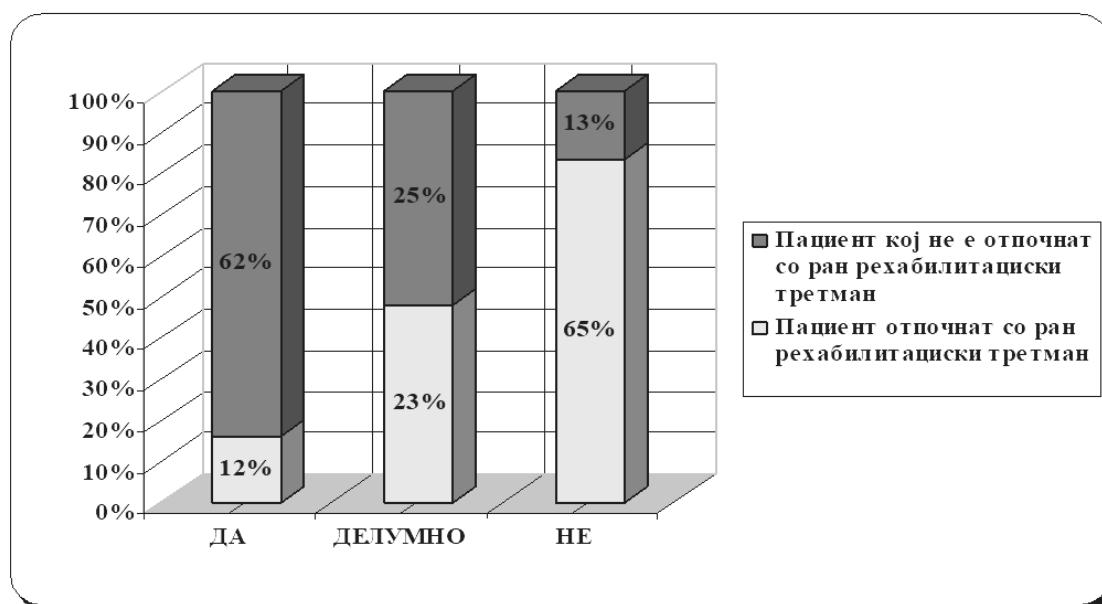
Со споредба на податоците кои се добиени за ова прашање од двете групи на испитаници опфатени во истражувањето, не се прифаќа нулта хипотезата т.е. постои статистички значајна разлика во одговорите на двете групи испитаници.

Табела 22. Може самостојно да се облече да ја закопча облеката да облече чевли итн.

Одговори	Да	Делумно	Не	Вкупно	<i>p</i>
Испитаници					
Пациент отпочнат со ран рехабилитациски третман	18 (69%)	6 (23%)	2 (8%)	26 (100%)	0.000
Пациент кој не е отпочнат со ран рехабилитациски третман	2 (8%)	10 (42%)	12 (50%)	24 (100%)	
Вкупно	20 (40%)	16 (32%)	14 (28%)	50 (100%)	

VII. Контрола на столицата

На 23-то прашање: „Дали е потребна помош за да се постави во вистинската положба?“ Пациенти отпочнати со ран рехабилитациски третман во првата група на испитаниците ги дадоа овие одговори, со процент од 12% одговорија дека е потребна помош за да се постави во вистинската положба, делумно е потребна помош за да се постави во вистинската положба 23% одговориле од испитаниците, а не е потребна помош за да се постави во вистинската положба одговориле 65% од испитаниците, додека пациенти кои не се отпочнати со ран рехабилитациски третман од втората група на испитаници кај 62% од испитаниците користеле помош за да се постави во вистинската положба, во 51% одговориле дека делумно користеле помош за да се постави во вистинската положба, а не користеле 13% од испитаниците. Добиените резултати се претставени на слика 45.



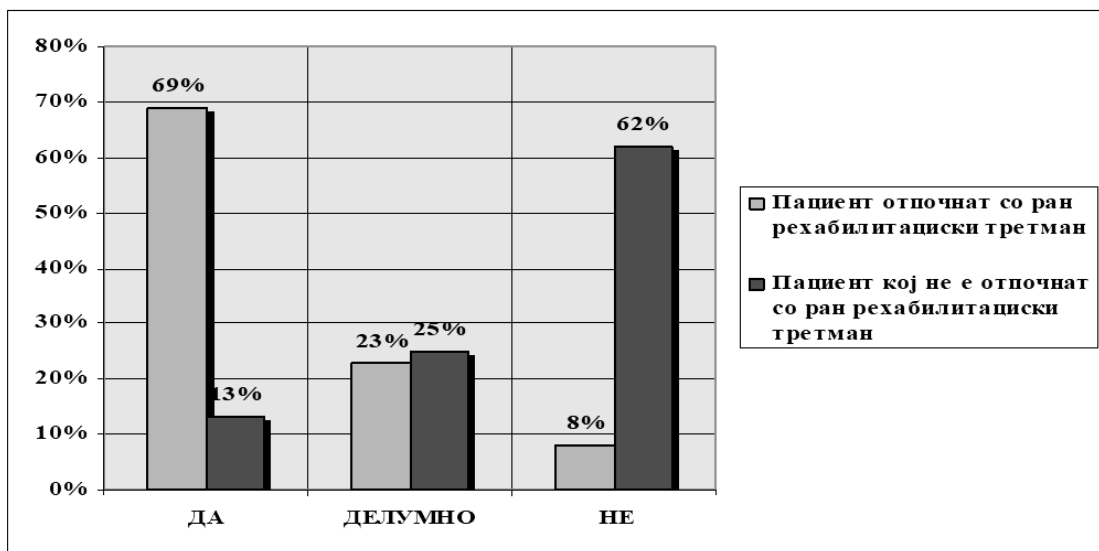
Слика 45. Помош за да се постави во вистинската положба

Со споредба на податоците кои се добиени за ова прашање од двете групи на испитаници опфатени во истражувањето, не се прифаќа нулта хипотезата т.е. постои статистички значајна разлика во одговорите на двете групи испитаници.

Табела 23. Потребна е помош за да се постави во вистинската положба

<i>Одговори</i>	<i>Да</i>	<i>Делумно</i>	<i>Не</i>	<i>Вкупно</i>	<i>p</i>
<i>Испитаници</i>					
<i>Пациент отпочнат со ран рехабилитациски третман</i>	<i>3 (12%)</i>	<i>6 (23%)</i>	<i>17 (65%)</i>	<i>26 (100%)</i>	<i>0.000</i>
<i>Пациент кој не е отпочнат со ран рехабилитациски третман</i>	<i>15 (62%)</i>	<i>6 (25%)</i>	<i>3 (13%)</i>	<i>24 (100%)</i>	
<i>Вкупно</i>	<i>18 (36%)</i>	<i>12 (24%)</i>	<i>20 (40%)</i>	<i>50 (100%)</i>	

На 24-то прашање: „Дали ја контролира столицата и нема незгоди, може да користи супозитории и други средства за опстипација?“ Испитаниците ги дале следните одговори, кај првата група пациенти отпочнати со ран рехабилитациски третман на испитаници ја контролираат столицата и немаат незгоди се 69% од испитаниците, делумно ја контролираат столицата и немаат незгоди 23%, а не ја контролираат столицата и имаат незгоди 8%, додека кај втората група пациенти кои не се отпочнати со ран рехабилитациски третман, испитаниците ги дале следните одговори, незначителен број од нив, односно 13% одговорија дека ја контролираат столицата и немаат незгоди, 25% сметаат дека делумно ја контролираат столицата и немаат незгоди, а исто така од 62% од испитаниците одговориле дека не ја контролираат столицата и имаат незгоди. Добиените резултати се претставени на слика 46.



Слика 46. Ја контролира столицата и нема незгоди

Со споредба на податоците кои се добиени за ова прашање од двете групи на испитаници опфатени во истражувањето, не се прифаќа нулта хипотезата т.е. постои статистички значајна разлика во одговорите на двете групи испитаници.

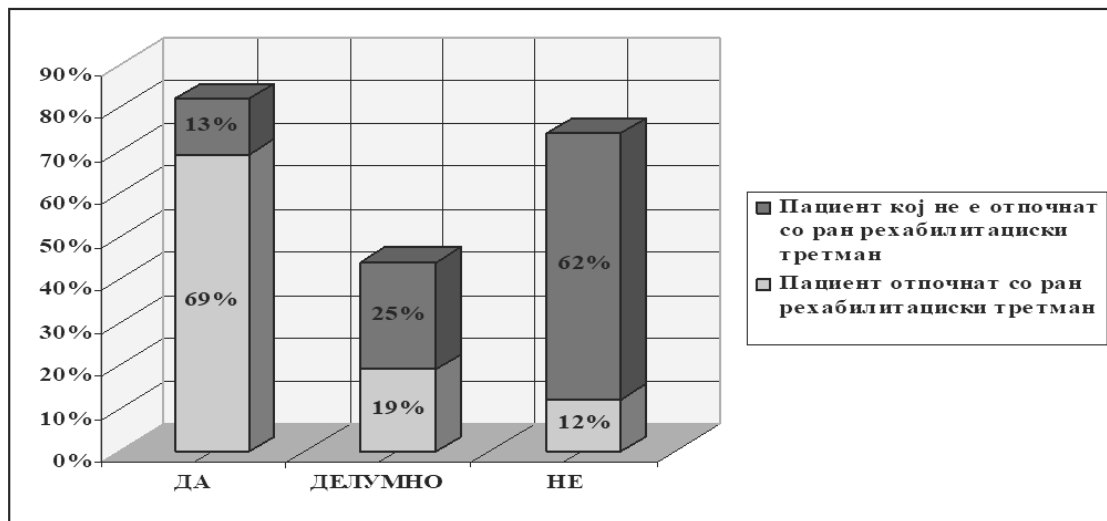
Табела 24. Ја контролира столицата и нема незгоди, може да користи супозитории и други средства за опстипација

Одговори	Да	Делумно	Не	Вкупно	<i>p</i>
Испитаници					
Пациент отпочнат со ран рехабилитациски третман	18 (69%)	6 (23%)	2 (8%)	26 (100%)	0.000
Пациент кој не е отпочнат со ран рехабилитациски третман	3 (13%)	6 (25%)	15 (62%)	24 (100%)	
Вкупно	21 (42%)	12 (24%)	17 (34%)	50 (100%)	

VIII. Контрола при мокрењето

На 25-то прашање: „Дали е инконтинентен, помага при аплицирањето на надворешни или внатрешни помагала?“ Кај првата група на испитаници пациенти отпочнати со ран рехабилитациски третман ги добивме следните резултати, кај кои потврдни се 69%, делумно имаме кај 19% од резултатите, а

негативни резултати добивме кај 12% од испитаниците. Втората група на пациенти кои не се отпочнати со ран рехабилитациски третман анкетираниите лица ги дале следните одговори: 13% од нив одговориле позитивно со може, кај 25% дале одговор делумно, а 62% дале негативен одговор дека не може, добиените резултати се претставени на слика 47.



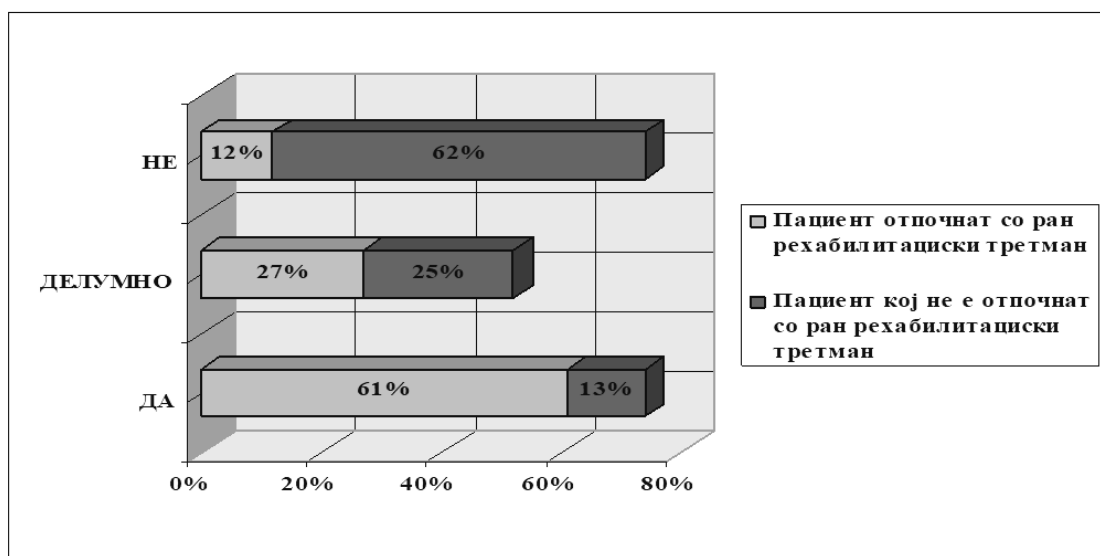
Слика 47. Помага при аплицирањето на надворешни или внатрешни помагала

Со споредба на податоците кои се добиени за ова прашање од двете групи на испитаници опфатени во истражувањето, не се прифаќа нулта хипотезата т.е. постои статистички значајна разлика во одговорите на двете групи испитаници.

Табела 25. Инконтинентен, помага при аплицирањето на надворешни или внатрешни помагала

Одговори	Испитаници			Вкупно	p
	Да	Делумно	Не		
Пациент отпочнат со ран рехабилитациски третман	18 (69%)	5 (19%)	3 (12%)	26 (100%)	0.000
Пациент кој не е отпочнат со ран рехабилитациски третман	3 (13%)	6 (25%)	15 (62%)	24 (100%)	
Вкупно	21 (42%)	11 (22%)	18 (36%)	50 (100%)	

На 26-то прашање: „Дали во текот на денот не е потребна целосна помош, но во текот на ноќта се потребни помагала?“ Испитаниците во првата група пациенти отпочнати со ран рехабилитациски третман ги дале следните одговори, 61% одговориле да, кај 27% одговориле со делумно, а останатите 12% одговориле не, додека испитаниците кај втората група пациенти кој не се отпочнати со ран рехабилитациски третман ги дале следните одговори, кај 13% од нив одговориле со позитивен одговор, 25% дале одговор, делумно, а 62% испитаници одговориле со негативен одговор, добиените резултати се претставени на слика 48.



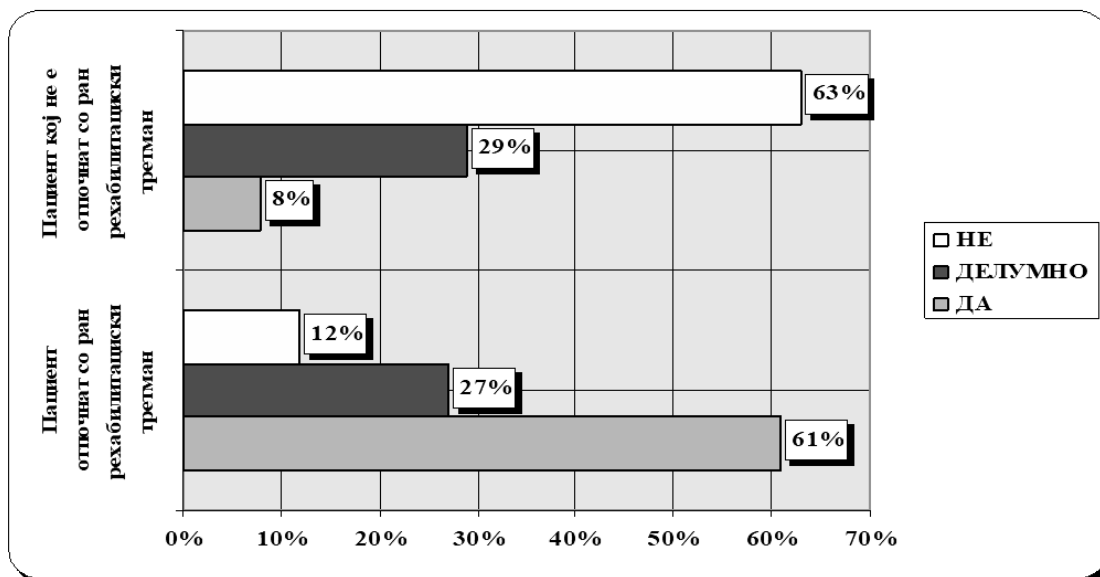
Слика 48. Контрола при мокрењето во тек на денот и ноќта

Со споредба на податоците кои се добиени за ова прашање од двете групи на испитаници опфатени во истражувањето, не се прифаќа нулта хипотезата т.е. постои статистички значајна разлика во одговорите на двете групи испитаници.

Табела 26. Во текот на денот не е потребна целосна помош, но во текот на ноќта се потребни помагала

<i>Одговори</i>	<i>Да</i>	<i>Делумно</i>	<i>Не</i>	<i>Вкупно</i>	<i>p</i>
<i>Испитаници</i>					
<i>Пациент отпочнат со ран рехабилитациски третман</i>	<i>16 (61%)</i>	<i>7 (27%)</i>	<i>3 (12%)</i>	<i>26 (100%)</i>	<i>0.000</i>
<i>Пациент кој не е отпочнат со ран рехабилитациски третман</i>	<i>3 (13%)</i>	<i>6 (25%)</i>	<i>15 (62%)</i>	<i>24 (100%)</i>	
<i>Вкупно</i>	<i>19 (38%)</i>	<i>13 (26%)</i>	<i>18 (36%)</i>	<i>50 (100%)</i>	

На 27-то прашање: „Дали може да го контролира мочниот меур, или е самостоен со внатрешните или надворешните помагала?“ Пациенти отпочнати со ран рехабилитациски третман во првата група на испитаниците ги дадоа овие одговори, во најголем процент од 61% одговорија дека може да го контролира мочниот меур, делумно може да го контролира мочниот меур одговориле 27% од испитаниците, а не може да го контролира мочниот меур само 12% од испитаниците, додека пациенти кои не се отпочнати со ран рехабилитациски третман од втората група на испитаници кај 8% од испитаниците може да го контролира мочниот меур, процент од 29% одговориле со делумно може да го контролира мочниот меур, а не може да го контролира мочниот меур 63% од испитаниците, добиените резултати се претставени на слика 49.



Слика 49. Може да го контролира мочниот меур

Со споредба на податоците кои се добиени за ова прашање од двете групи на испитаници опфатени во истражувањето, не се прифаќа нулта хипотезата т.е. постои статистички значајна разлика во одговорите на двете групи испитаници.

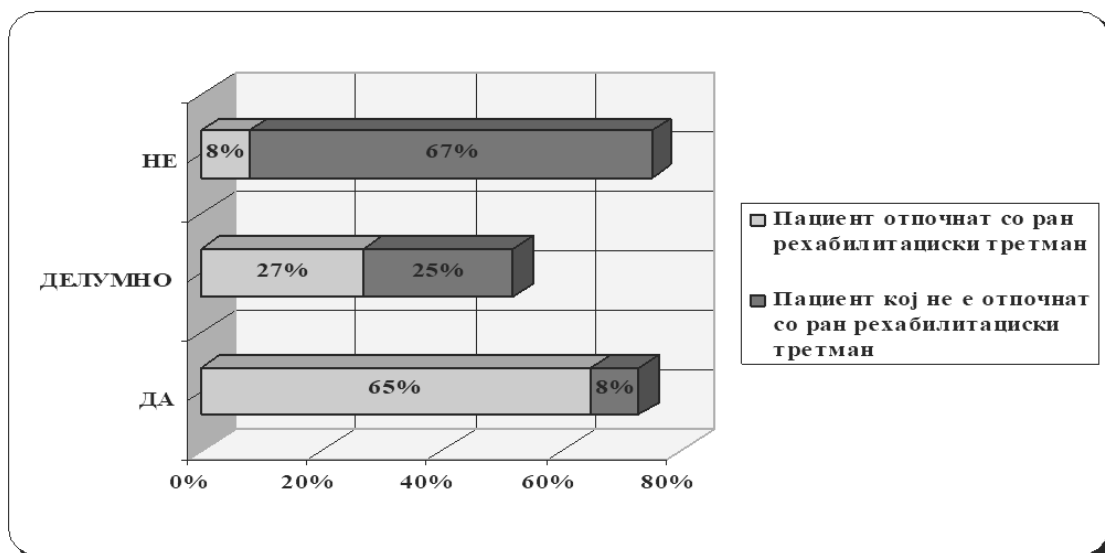
Табела 27. Може да го контролира мочниот меур, или е самостоен со внатрешните или надворешните помагала

Одговори	Испитаници			Вкупно	p
	Да	Делумно	Не		
Пациент отпочнат со ран рехабилитациски третман	16 (61%)	7 (27%)	3 (12%)	26 (100%)	0.000
Пациент кој не е отпочнат со ран рехабилитациски третман	2 (8%)	7 (29%)	15 (63%)	24 (100%)	
Вкупно	18 (36%)	14 (28%)	18 (36%)	50 (100%)	

IX. Трансфер стол – кревет

На 28-то прашање: „Дали може да учествува во трансферот, но со максимална помош на едното лице?“ Во првата група на испитаници пациенти отпочнати со ран рехабилитациски третман добиени се следниве резултати, позитивни се 65% од резултатите дека може да учествува во трансферот, со

делумно има 27% од резултатите, а дека не може да учествува во трансферот се 8% од резултатите. Додека кај втората група на испитаници, пациенти кои не се отпочнати со ран рехабилитациски третман, беа добиени следниве резултати, од вкупниот број на испитаници, 8% одговорија потврдно, кај 25% од испитаниците одговорија делумно, а 67% испитаници одговорија негативно со не, добиените резултати се претставени на слика 50.



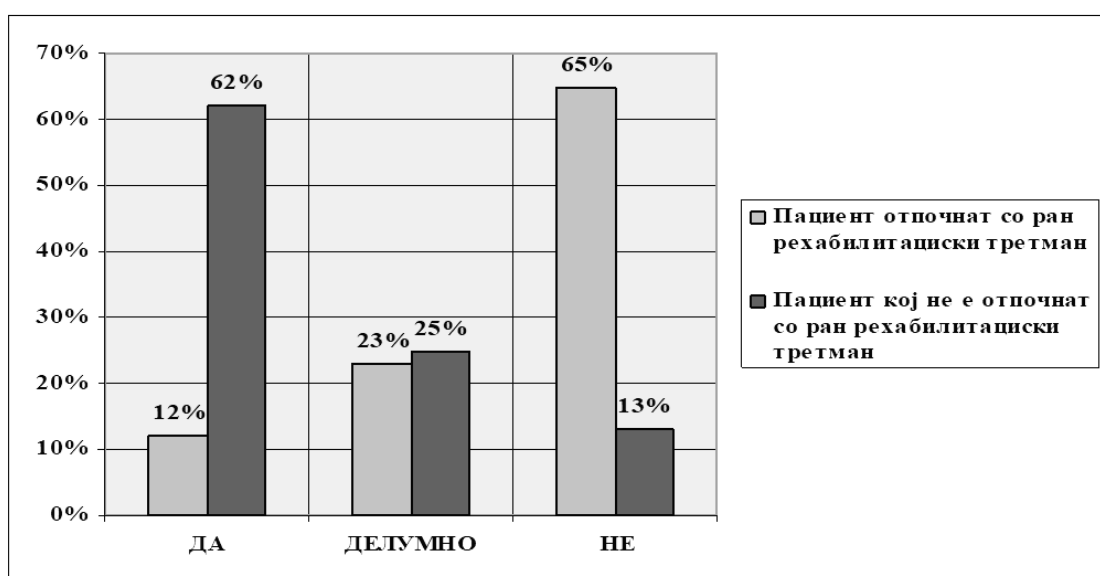
Слика 50. Трансфер стол – кревет со помош

Со споредба на податоците кои се добиени за ова прашање од двете групи на испитаници опфатени во истражувањето, не се прифаќа нулта хипотезата т.е. постои статистички значајна разлика во одговорите на двете групи испитаници.

Табела 28. Може да учествува во трансферот, но со максимална помош на едното лице

Одговори	Испитаници			Вкупно	p
	Да	Делумно	Не		
Пациент отпочнат со ран рехабилитациски третман	17 (65%)	7 (27%)	2 (8%)	26 (100%)	0.000
Пациент кој не е отпочнат со ран рехабилитациски третман	2 (8%)	6 (25%)	16 (67%)	24 (100%)	
Вкупно	19 (38%)	13 (26%)	18 (36%)	50 (100%)	

На 29-то прашање: „Дали трансферот бара помош од друга особа во секој аспект?“ Испитаниците ги дале следните одговори, кај првата група пациенти отпочнати со ран рехабилитациски третман на испитаници бара помош од друго лице се кај 12% од испитаниците, делумно се кај 23%, а не бара помош од друга особа кај 65%, додека кај втората група пациенти кој не се отпочнати со ран рехабилитациски третман, испитаниците ги дале следните одговори, значителен број од нив, односно 62% одговорија дека бара помош од друго лице, 25% сметаат дека делумно бара помош од друго лице, а од 13% од испитаниците одговориле дека не бара помош од друго лице. Добиените резултати се претставени на слика 51.



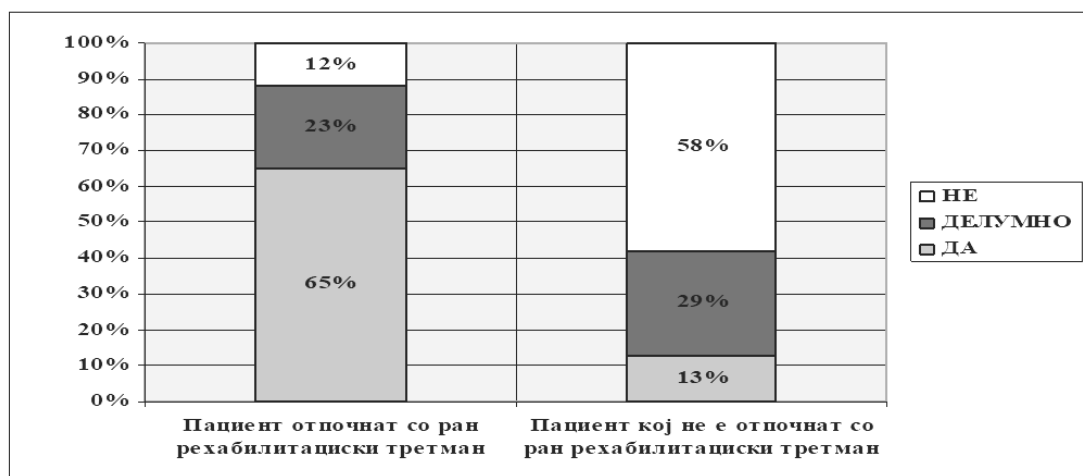
Слика 51. Помош од друго лице во секој аспект

Со споредба на податоците кои се добиени за ова прашање од двете групи на испитаници опфатени во истражувањето, не се прифаќа нулта хипотезата т.е. постои статистички значајна разлика во одговорите на двете групи испитаници.

Табела 29. Трансферот бара помош од друга особа во секој аспект

Одговори	Да	Делумно	Не	Вкупно	p
Испитаници					
Пациент отпочнат со ран рехабилитациски третман	3 (12%)	6 (23%)	17 (65%)	26 (100%)	0.000
Пациент кој не е отпочнат со ран рехабилитациски третман	15 (62%)	6 (25%)	3 (13%)	24 (100%)	
Вкупно	18 (36%)	12 (24%)	20 (40%)	50 (100%)	

На 30-то прашање: „Дали сигурно може да дојде до креветот со/без количка, да ги постави кочниците, да премине праг, да седене и легне на креветот, да ја заврти количката и да седне во неа?“ Испитаниците во првата група пациенти отпочнати со ран рехабилитациски третман ги дале следните одговори, 65% одговориле да, 23% одговориле со делумно, а останатите 12% одговориле не, додека испитаниците кај втората група пациенти кои не се отпочнати со ран рехабилитациски третман ги дале следните одговори, кај 13% од нив одговориле со позитивен одговор, 29% дале одговор, делумно, а 58% испитаници одговориле со негативен одговор, добиените резултати се претставени на слика 52.



Слика 52. Способност за управување со инвалидска количка

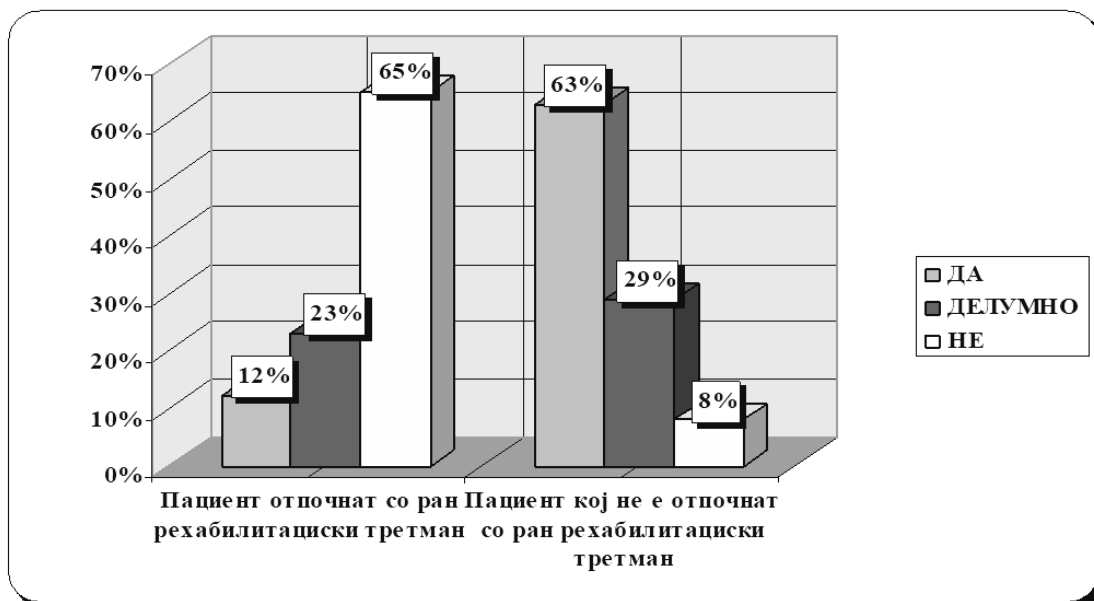
Со споредба на податоците кои се добиени за ова прашање од двете групи на испитаници опфатени во истражувањето, не се прифаќа нулта хипотезата т.е. постои статистички значајна разлика во одговорите на двете групи испитаници.

Табела 30. Сигурно може да дојде до креветот со/без количка, да ги постави кочниците, да премине праг, да седне и легне на креветот, да ја заврти количката и да седне во неа

<i>Одговори</i>	<i>Да</i>	<i>Делумно</i>	<i>Не</i>	<i>Вкупно</i>	<i>p</i>
<i>Испитаници</i>					
<i>Пациент отпочнат со ран рехабилитациски третман</i>	<i>17 (65%)</i>	<i>6 (23%)</i>	<i>3 (12%)</i>	<i>26 (100%)</i>	<i>0.000</i>
<i>Пациент кој не е отпочнат со ран рехабилитациски третман</i>	<i>3 (13%)</i>	<i>7 (29%)</i>	<i>14 (58%)</i>	<i>24 (100%)</i>	
<i>Вкупно</i>	<i>20 (40%)</i>	<i>13 (26%)</i>	<i>17 (34%)</i>	<i>50 (100%)</i>	

X. Подвижност

На 31-то прашање: „Дали е зависен во подвижноста?“ Првата група пациенти отпочнати со ран рехабилитациски третман на испитаници ги дале следните одговори, 12% одговориле дека е зависен, 23% одговориле со делумно, а останатите 65% одговориле дека не е зависен, додека втората група на пациенти кои не се отпочнати со ран рехабилитациски третман, анкетираниите лица ги дале следните одговори: 63% од нив одговориле позитивно дека е зависен, кај 29% дале одговор дека делумно е зависен, а 8% дале негативен одговор дека не е зависен. Добиените резултати се претставени на слика 53.



Слика 53. Зависен е во подвижноста

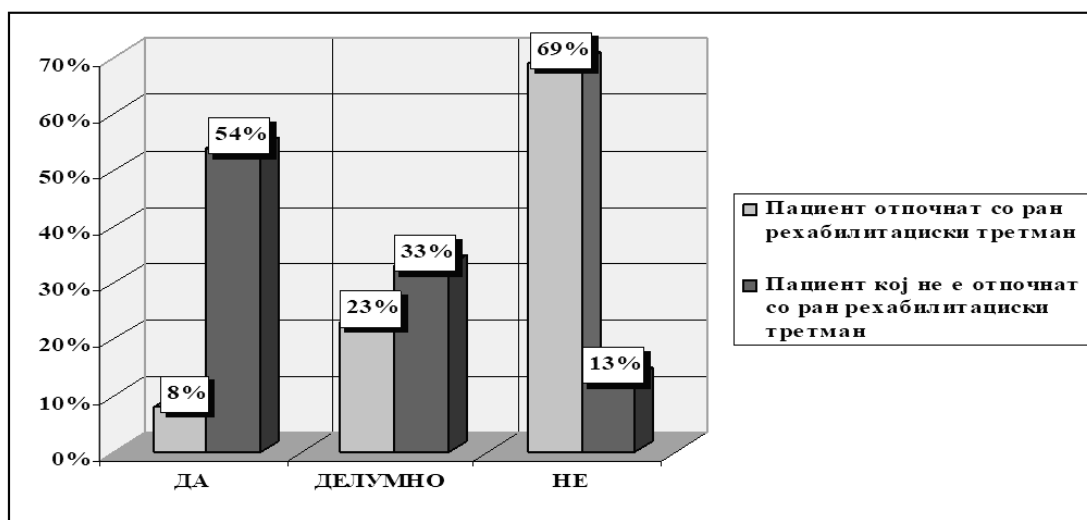
Со споредба на податоците кои се добиени за ова прашање од двете групи на испитаници опфатени во истражувањето, не се прифаќа нулта хипотезата т.е. постои статистички значајна разлика во одговорите на двете групи испитаници.

Табела 31. Зависен е во подвижноста

Одговори	Да	Делумно	Не	Вкупно	p
Испитаници					
Пациент отпочнат со ран рехабилитациски третман	3 (12%)	6 (23%)	17 (65%)	26 (100%)	0.000
Пациент кој не е отпочнат со ран рехабилитациски третман	15 (63%)	7 (29%)	2 (8%)	24 (100%)	
Вкупно	18 (36%)	13 (26%)	19 (38%)	50 (100%)	

На 32-то прашање: „Дали е потребна постојана присутност од еден или повеќе помошници?“ Пациенти отпочнати со ран рехабилитациски третман во првата група на испитаниците ги дадоа овие одговори, во мал процент од 8% одговорија дека е потребна постојана присутност од еден или повеќе

помошници, делумно е потребна постојана присутност од еден или повеќе помошници одговориле 23% од испитаниците, а не е потребна постојана присутност од еден или повеќе помошници одговориле 69% од испитаниците, додека пациенти кои не се отпочнати со ран рехабилитациски третман од втората група на испитаници кај 54% од испитаниците е потребна постојана присутност од еден или повеќе помошници, со процент од 33% одговориле делумно, а не е потребна постојана присутност од еден или повеќе помошници кажалe 13% од испитаниците. Добиените резултати се претставени на слика 54.



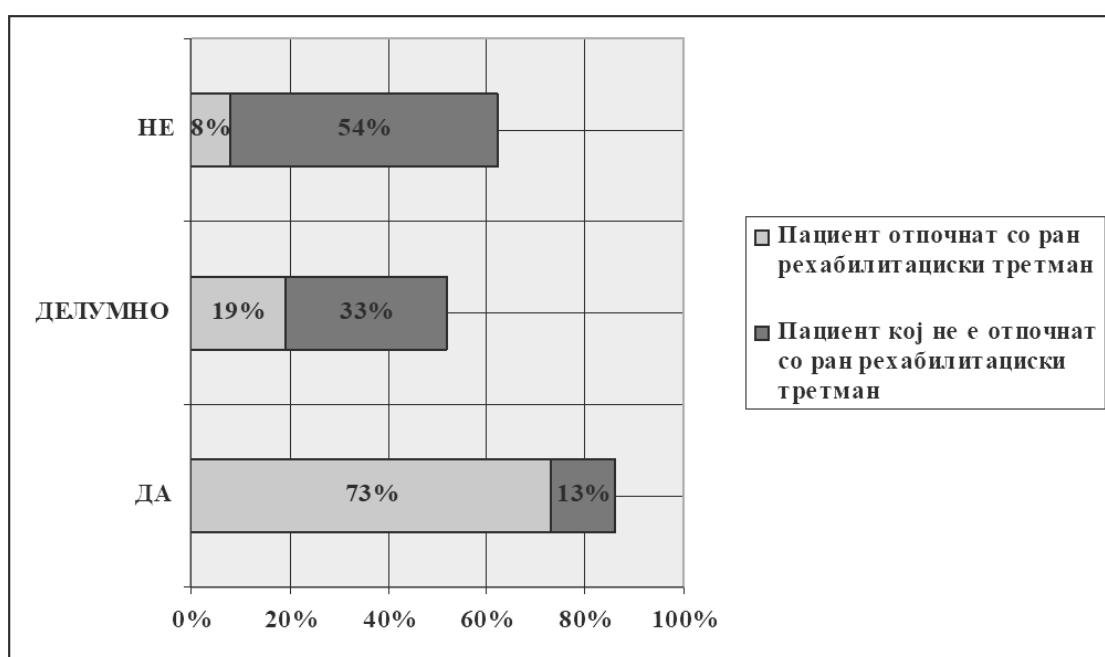
Слика 54. Постојана присутност од еден или повеќе помошници

Со споредба на податоците кои се добиени за ова прашање од двете групи на испитаници опфатени во истражувањето, не се прифаќа нулта хипотезата т.е. постои статистички значајна разлика во одговорите на двете групи испитаници.

Табела 32. Потребна е постојана присутност од еден или повеќе помошници

Одговори	Да	Делумно	Не	Вкупно	<i>p</i>
Испитаници					
Пациент отпочнат со ран рехабилитациски третман	2 (8%)	6 (23%)	18 (69%)	26 (100%)	0.000
Пациент кој не е отпочнат со ран рехабилитациски третман	13 (54%)	8 (33%)	3 (13%)	24 (100%)	
Вкупно	15 (30%)	14 (28%)	21 (42%)	50 (100%)	

На 33-то прашање: „Дали е самостоен во движењето?“ Испитаниците ги дале следните одговори, кај првата група пациенти отпочнати со ран рехабилитациски третман на испитаници самостојни во движењето се 73% од испитаниците, делумно се 19%, а не се самостојни во движењето 8%, додека кај втората група пациенти кои не се отпочнати со ран рехабилитациски третман, испитаниците ги дале следните одговори, незначителен број од нив, односно 13% одговорија дека е самостоен во движењето, 33% сметаат дека делумно е самостоен во движењето, а 54% од испитаниците одговориле дека не е самостоен во движењето. Добиените резултати се претставени на слика 55.



Слика 55. Самостоен е во движењето

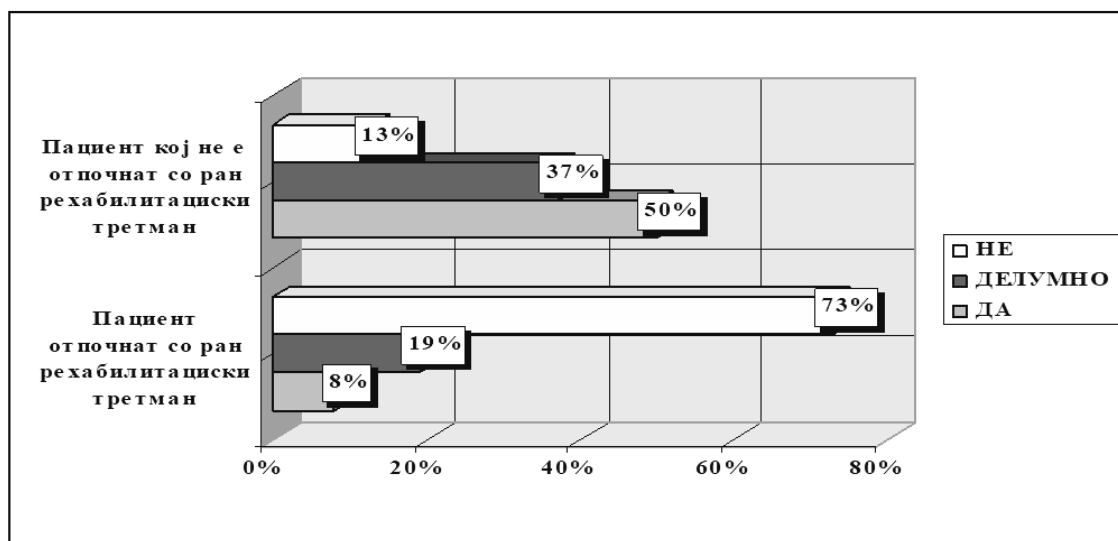
Со споредба на податоците кои се добиени за ова прашање од двете групи на испитаници опфатени во истражувањето, не се прифаќа нулта хипотезата т.е. постои статистички значајна разлика во одговорите на двете групи испитаници.

Табела 33. Самостоен е во движењето

Одговори	Да	Делумно	Не	Вкупно	p
Испитаници					
Пациент отпочнат со ран рехабилитациски третман	19 (73%)	5 (19%)	2 (8%)	26 (100%)	0.000
Пациент кој не е отпочнат со ран рехабилитациски третман	3 (13%)	8 (33%)	13 (54%)	24 (100%)	
Вкупно	22 (44%)	13 (26%)	15 (30%)	50 (100%)	

XI. Подвижност со количка

На 34-то прашање: „Дали е зависен од подвижна количка?“ Кај првата група на испитаници пациенти отпочнати со ран рехабилитациски третман ги добивме следните резултати: потврдни се 8%, делумно има кај 19% од резултатите, а негативни резултати добивме кај 73% од испитаниците. Втората група на пациенти кои не се отпочнати со ран рехабилитациски третман анкетираниите лица ги дале следните одговори: 50% од нив одговориле позитивно со зависен од подвижна количка, кај 37% дале одговор дека делумно е зависен од подвижна количка, а 13% дале негативен одговор дека не е зависен од подвижна количка. Добиените резултати се претставени на слика 56.



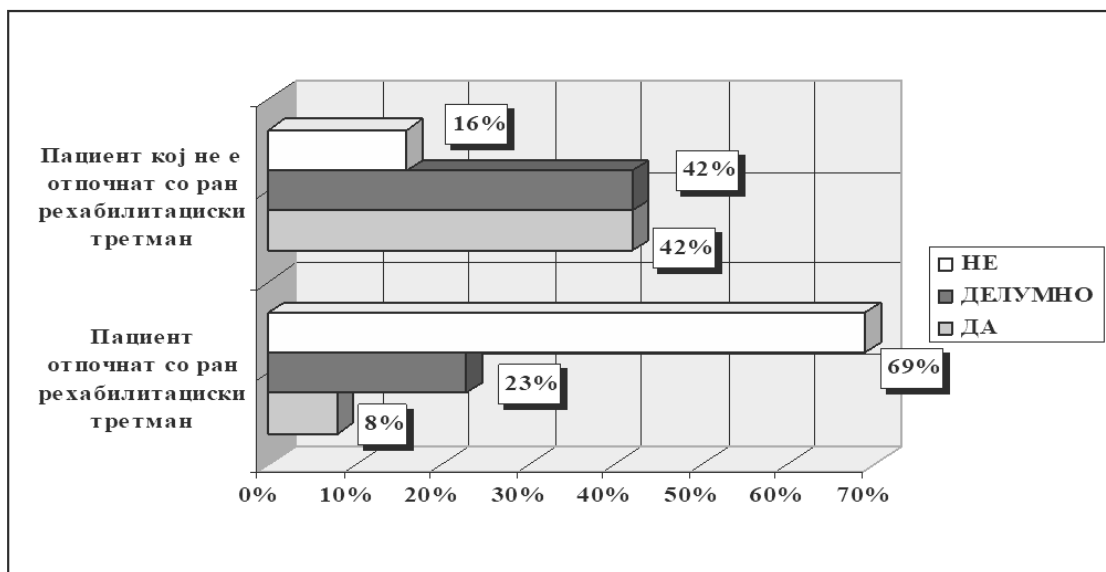
Слика 56. Зависен е од подвижноста со количка

Со споредба на податоците кои се добиени за ова прашање од двете групи на испитаници опфатени во истражувањето, не се прифаќа нулта хипотезата т.е. постои статистички значајна разлика во одговорите на двете групи испитаници.

Табела 34. Зависен е од подвижна количка

<i>Одговори</i>	<i>Да</i>	<i>Делумно</i>	<i>Не</i>	<i>Вкупно</i>	<i>p</i>
<i>Испитаници</i>					
<i>Пациент отпочнат со ран рехабилитациски третман</i>	<i>2 (8%)</i>	<i>5 (19%)</i>	<i>19 (73%)</i>	<i>26 (100%)</i>	<i>0.000</i>
<i>Пациент кој не е отпочнат со ран рехабилитациски третман</i>	<i>12 (50%)</i>	<i>9 (37%)</i>	<i>3 (13%)</i>	<i>24 (100%)</i>	
<i>Вкупно</i>	<i>14 (28%)</i>	<i>14 (28%)</i>	<i>22 (44%)</i>	<i>50 (100%)</i>	

На 35-то прашање: „Дали е неопходно присуство на едно лице и постојана помош при манипулирање на количката до стол или кревет?“ Првата група пациенти отпочнати со ран рехабилитациски третман на испитаници ги дале следните одговори, 8% одговориле да, неопходно присуство на едно лице, 23% одговориле со неопходно присуство на едно лице, а останатите 69% одговориле не, не е неопходно присуство на едно лице, додека втората група на пациенти кои не се отпочнати со ран рехабилитациски третман, анкетираниите лица ги дале следните одговори: 42% од нив одговориле позитивно со неопходно присуство на едно лице, кај 42% дале одговор делумно неопходно присуство на едно лице, а 16% дале негативен одговор дека не е неопходно присуство на едно лице. Добиените резултати се претставени на слика 57.



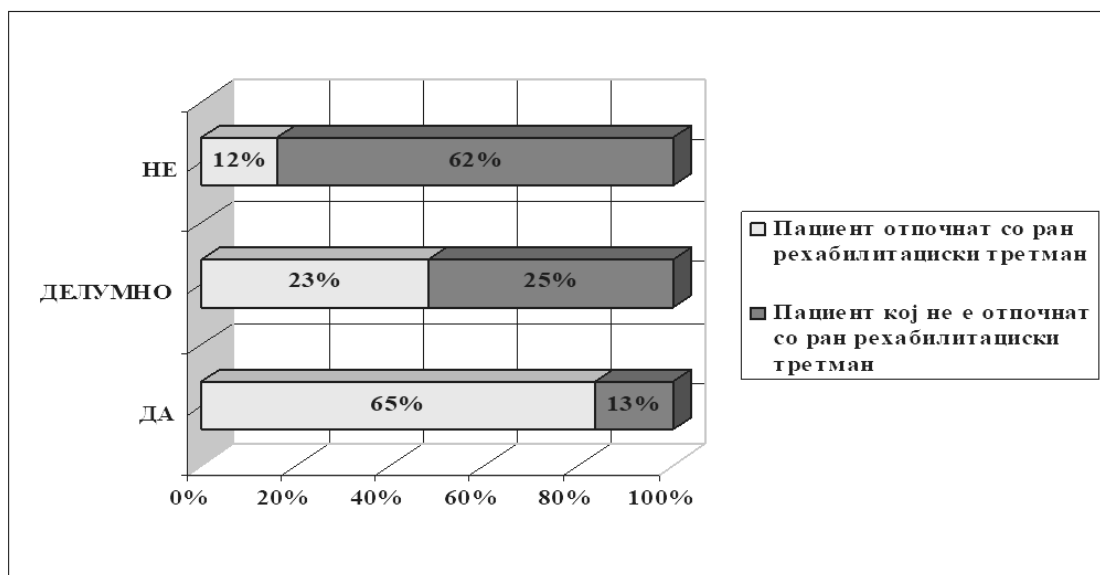
Слика 57. Неопходност од едно лице за подвижност со количка

Со споредба на податоците кои се добиени за ова прашање од двете групи на испитаници опфатени во истражувањето, не се прифаќа нулта хипотезата т.е. постои статистички значајна разлика во одговорите на двете групи испитаници.

Табела 35. Неопходно е присуство на едно лице и постојана помош при манипулирање на количката до стол или кревет

Испитаници	Одговори			Вкупно	p
	Да	Делумно	Не		
Пациент отпочнат со ран рехабилитациски третман	2 (8%)	6 (23%)	18 (69%)	26 (100%)	0.000
Пациент кој не е отпочнат со ран рехабилитациски третман	10 (42%)	10 (42%)	4 (16%)	24 (100%)	
Вкупно	12 (24%)	16 (32%)	22 (44%)	50 (100%)	

На 36-то прашање „Дали може сам да ја турка до одредена далечина на однапред припремен терен, можна е потреба од минимална помош?“ Пациенти отпочнати со ран рехабилитациски третман во првата група на испитаниците ги дадоа овие одговори, во најголем процент од 65% одговорија дека може сам да ја турка до одредена далечина на однапред подготвен терен, делумно може сам да ја турка до одредена далечина на однапред подготвен терен одговориле 23% од испитаниците, а не може сам да ја турка одговориле 12% од испитаниците, додека пациенти кој не се отпочнати со ран рехабилитациски третман од втората група на испитаници кај 13% од испитаниците може сам да ја турка до одредена далечина на однапред подготвен терен, од 25% одговориле со може сам да ја турка, а не може сам да ја турка одговориле 62% од испитаниците. Добиените резултати се претставени на слика 58.



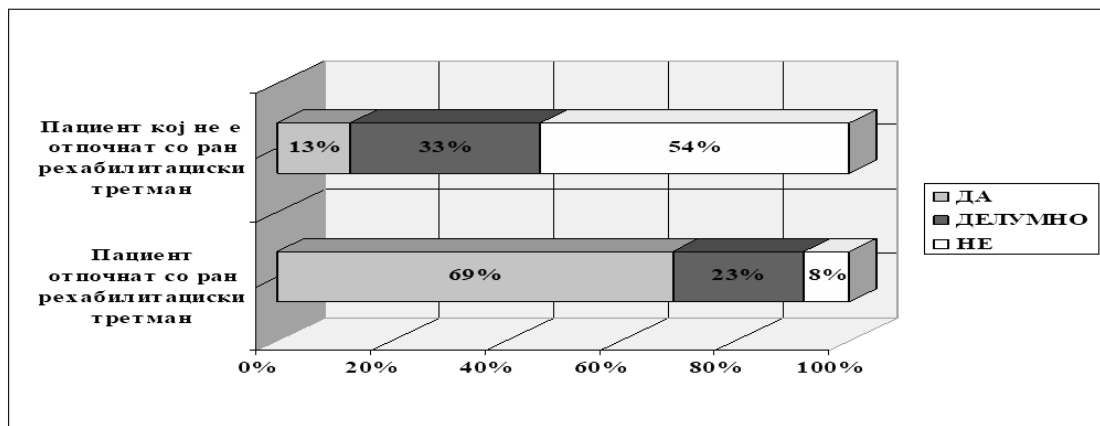
Слика 58. Сам да турка количката со потреба од минимална помош

Со споредба на податоците кои се добиени за ова прашање од двете групи на испитаници опфатени во истражувањето, не се прифаќа нулта хипотезата т.е. постои статистички значајна разлика во одговорите на двете групи испитаници.

Табела 36. Може сам да ја турка до одредена далечина на однапред подготвен терен, можна е потреба од минимална помош

Одговори	Да	Делумно	Не	Вкупно	p
Испитаници					
Пациент отпочнат со ран рехабилитациски третман	17 (65%)	6 (23%)	3 (12%)	26 (100%)	0.000
Пациент кој не е отпочнат со ран рехабилитациски третман	3 (13%)	6 (25%)	15 (62%)	24 (100%)	
Вкупно	20 (40%)	12 (24%)	18 (36%)	50 (100%)	

На 37-то прашање: „Дали може сам да оди со количката околу ќошињата, да се заврти во круг, да дојде до столот, креветот или тоалетот, и може да ја турка количката барем 50м самостојно?“ На ова прашање постигнати се следниве резултати од одговорите на испитаниците од првата група пациенти отпочнати со ран рехабилитациски третман: 69% од испитаниците кажале дека може сам да оди со количката, 23% одговориле дека може сам да оди со количката, а не може сам да оди со количката 8% од испитаниците. Втората група пациенти кои не се отпочнати со ран рехабилитациски третман ги добивме следните резултати, кај кој потврдни се 13%, делумно имаме кај 33% од резултатите, а негативни резултати добивме кај 54% од испитаниците. Добиените резултати се претставени на слика 59.



Слика 59. Подвижност со количка

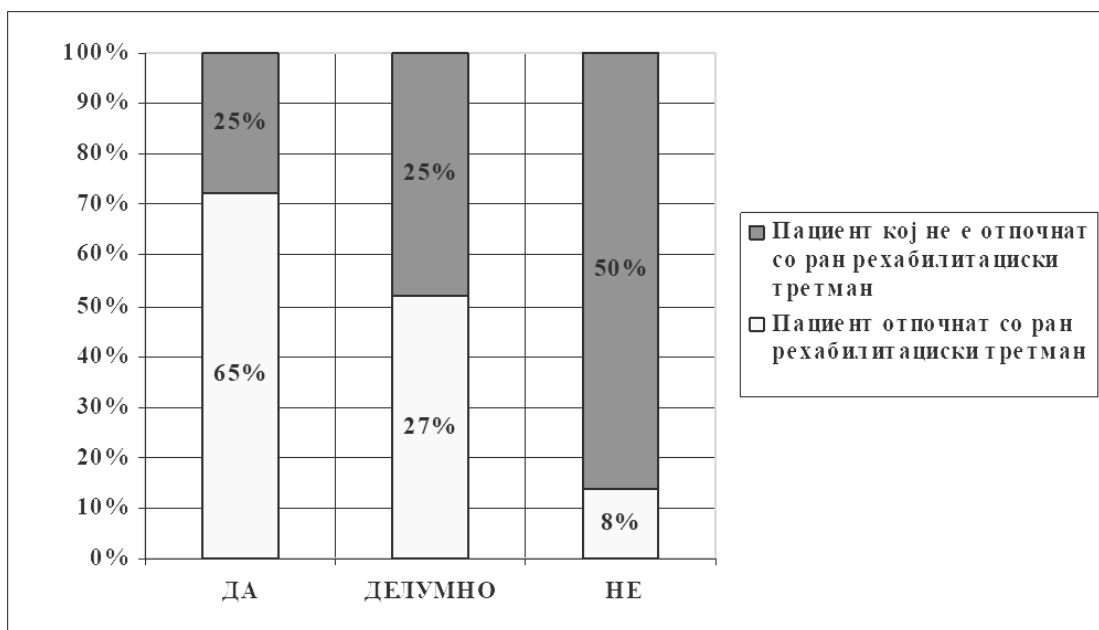
Со споредба на податоците кои се добиени за ова прашање од двете групи на испитаници опфатени во истражувањето, не се прифаќа нулта хипотезата т.е. постои статистички значајна разлика во одговорите на двете групи испитаници.

Табела 37. Може сам да оди со количката околу кошињата, да се заврти во круг, да дојде до столот, креветот или тоалетот, и може да ја турка количката барем 50м самостојно

<i>Одговори</i>	<i>Да</i>	<i>Делумно</i>	<i>Не</i>	<i>Вкупно</i>	<i>p</i>
<i>Испитаници</i>					
<i>Пациент отпочнат со ран рехабилитациски третман</i>	<i>18 (69%)</i>	<i>6 (23%)</i>	<i>2 (8%)</i>	<i>26 (100%)</i>	<i>0.000</i>
<i>Пациент кој не е отпочнат со ран рехабилитациски третман</i>	<i>3 (13%)</i>	<i>8 (33%)</i>	<i>13 (54%)</i>	<i>24 (100%)</i>	
<i>Вкупно</i>	<i>21 (42%)</i>	<i>14 (28%)</i>	<i>15 (30%)</i>	<i>50 (100%)</i>	

XII. Разбирање

На 38-то прашање: „Дали ги препознава броевите?“ Кај првата група на испитаници пациенти отпочнати со ран рехабилитациски третман ги добивме следните резултати: потврдни се 65%, делумно има кај 27% од резултатите, а негативни резултати добивме кај 8% од испитаниците. Втората група на пациенти кои не се отпочнати со ран рехабилитациски третман анкетираниите лица ги дале следните одговори: 25% од нив одговориле позитивно дека ги препознава броевите, исто 25% дале одговор делумно, а 50% дале негативен одговор не ги препознава броевите. Добиените резултати се претставени на слика 60.



Слика 60. Препознава броеви

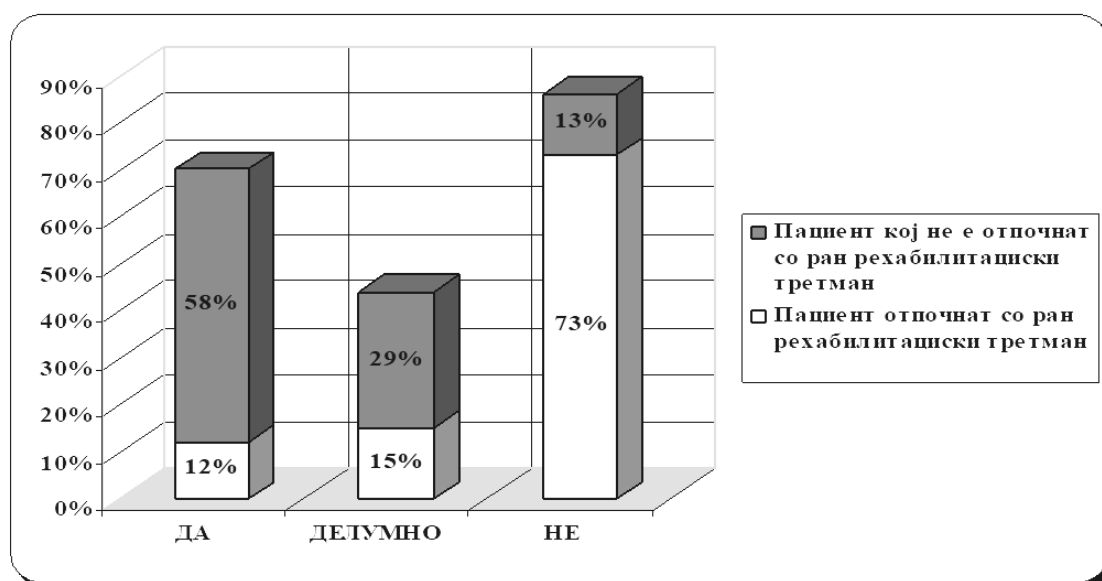
Со споредба на податоците кои се добиени за ова прашање од двете групи на испитаници опфатени во истражувањето, не се прифаќа нулта хипотезата т.е. постои статистички значајна разлика во одговорите на двете групи испитаници.

Табела 38. Ги препознава броевите

<i>Одговори</i>	<i>Да</i>	<i>Делумно</i>	<i>Не</i>	<i>Вкупно</i>	<i>p</i>
<i>Испитаници</i>					
<i>Пациент отпочнат со ран рехабилитациски третман</i>	<i>17 (65%)</i>	<i>7 (27%)</i>	<i>2 (8%)</i>	<i>26 (100%)</i>	<i>0.002</i>
<i>Пациент кој не е отпочнат со ран рехабилитациски третман</i>	<i>6 (25%)</i>	<i>6 (25%)</i>	<i>12 (50%)</i>	<i>24 (100%)</i>	
<i>Вкупно</i>	<i>23 (46%)</i>	<i>13 (26%)</i>	<i>14 (28%)</i>	<i>50 (100%)</i>	

ХIII. Изразување

На 39-то прашање: „Дали постојат граматички неправилности во говорот?“ Испитаниците во повата група пациенти отпочнати со ран рехабилитациски третман ги дале следните одговори: 12% одговориле да, кај 15% одговориле со делумно, а останатите 73% одговориле дека не постојат граматички неправилности во говорот, додека испитаниците кај втората група пациенти кој не се отпочнати со ран рехабилитациски третман ги дале следните одговори: 58% од нив одговориле со позитивен одговор, 29% со делумно, а 13% испитаници одговориле со негативен одговор дека не постојат граматички неправилности во говорот, добиените резултати се претставени на слика 61.



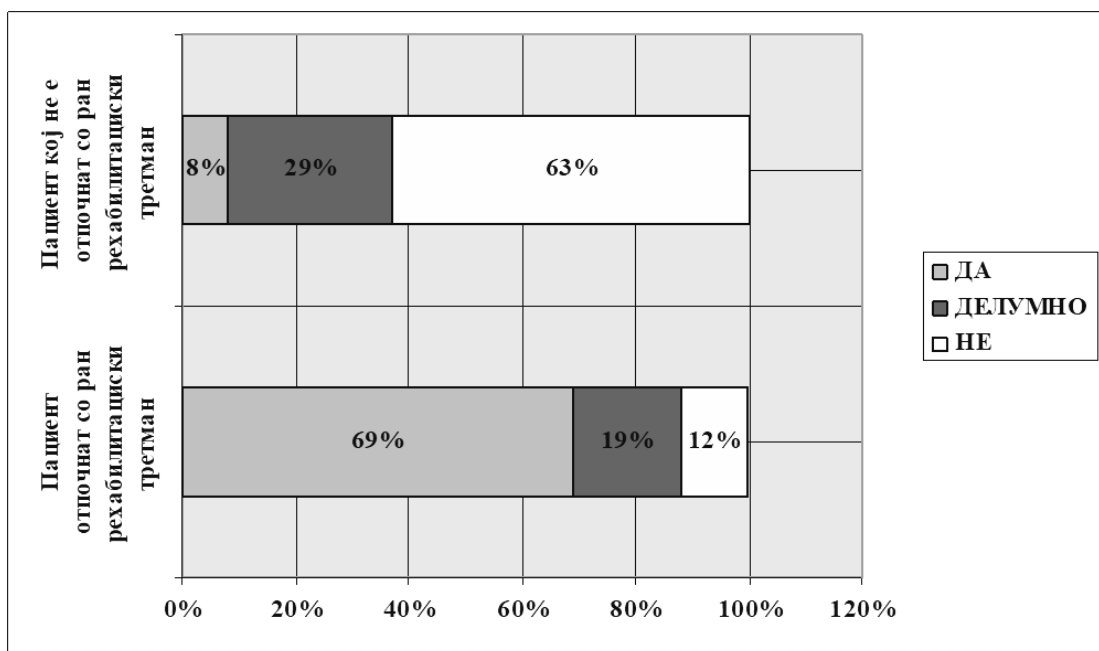
Слика 61. Постојат граматички неправилности во говорот

Со споредба на податоците кои се добиени за ова прашање од двете групи на испитаници опфатени во истражувањето, не се прифаќа нулта хипотезата т.е. постои статистички значајна разлика во одговорите на двете групи испитаници.

Табела 39. Постојат граматички неправилности во говорот

<i>Одговори</i>	<i>Да</i>	<i>Делумно</i>	<i>Не</i>	<i>Вкупно</i>	<i>p</i>
<i>Испитаници</i>					
<i>Пациент отпочнат со ран рехабилитациски третман</i>	<i>3 (12%)</i>	<i>4 (15%)</i>	<i>19 (73%)</i>	<i>26 (100%)</i>	<i>0.000</i>
<i>Пациент кој не е отпочнат со ран рехабилитациски третман</i>	<i>14 (58%)</i>	<i>7 (29%)</i>	<i>3 (13%)</i>	<i>24 (100%)</i>	
<i>Вкупно</i>	<i>17 (34%)</i>	<i>11 (22%)</i>	<i>22 (44%)</i>	<i>50 (100%)</i>	

На 40-то прашање: „Дали пишува реченици, писмо?“ Првата група пациенти отпочнати со ран рехабилитациски третман на испитаници ги дале следните одговори: 69% одговориле да, 19% одговориле со делумно, а останатите 12% одговориле дека не пишува реченици, писмо. Втората група на пациенти кои не се отпочнати со ран рехабилитациски третман, ги дале следните одговори: 8% од нив одговориле позитивно со може да пишува реченици, писмо, 29% дале одговор делумно пишува реченици, писмо, а 63% дале негативен одговор со не може да пишува реченици, писмо. Добиените резултати се претставени на слика 62.



Слика 62. Пишува реченици, писмо

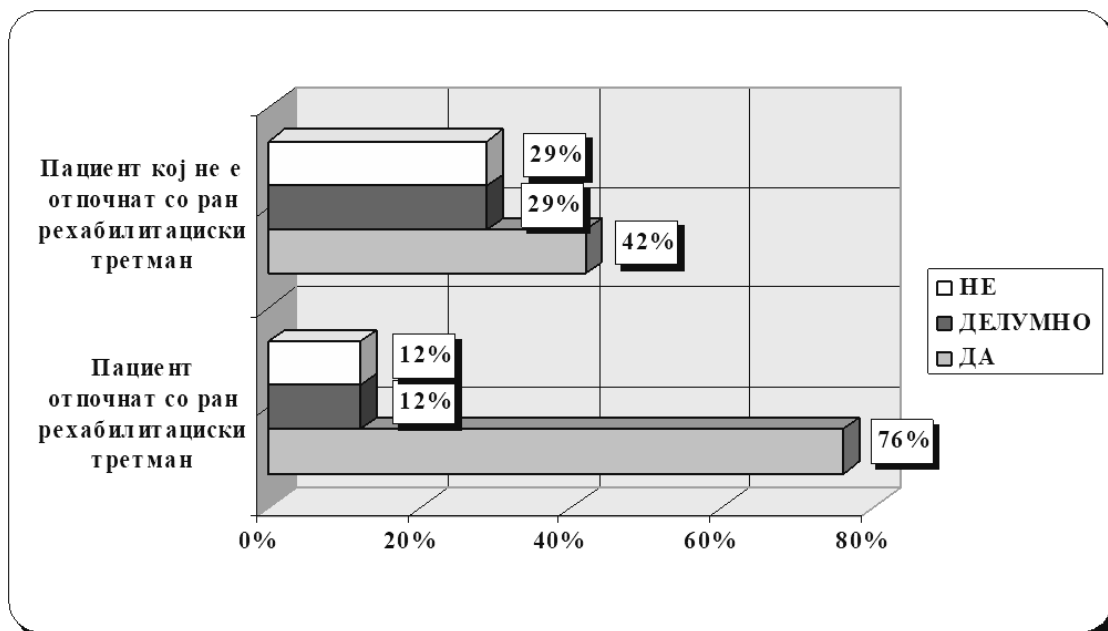
Со споредба на податоците кои се добиени за ова прашање од двете групи на испитаници опфатени во истражувањето, не се прифаќа нулта хипотезата т.е. постои статистички значајна разлика во одговорите на двете групи испитаници.

Табела 40. Пишува реченици, писмо

Одговори	Да	Делумно	Не	Вкупно	<i>p</i>
Испитаници					
Пациент отпочнат со ран рехабилитациски третман	18 (69%)	5 (19%)	3 (12%)	26 (100%)	0.000
Пациент кој не е отпочнат со ран рехабилитациски третман	2 (8%)	7 (29%)	15 (63%)	24 (100%)	
Вкупно	20 (40%)	12 (24%)	18 (36%)	50 (100%)	

На 41-то прашање: „Дали знае едноставни математички операции?“ Пациенти отпочнати со ран рехабилитациски третман во првата група на испитаниците ги дадоа овие одговори, во најголем дел 76% одговорија дека ги знаат, делумно ги

знаат 12% од испитаниците, а не ги разбираат само 12% од испитаниците. Пациентите кои не се отпочнати со ран рехабилитациски третман во 42% од испитаниците знаат едноставни математички операции, 29% одговориле со делумно ги знаат, а не знаат едноставни математички операции 29% од испитаниците. Добиените резултати се претставени на слика 63.



Слика 63. Едноставни математички операции дали ги знае

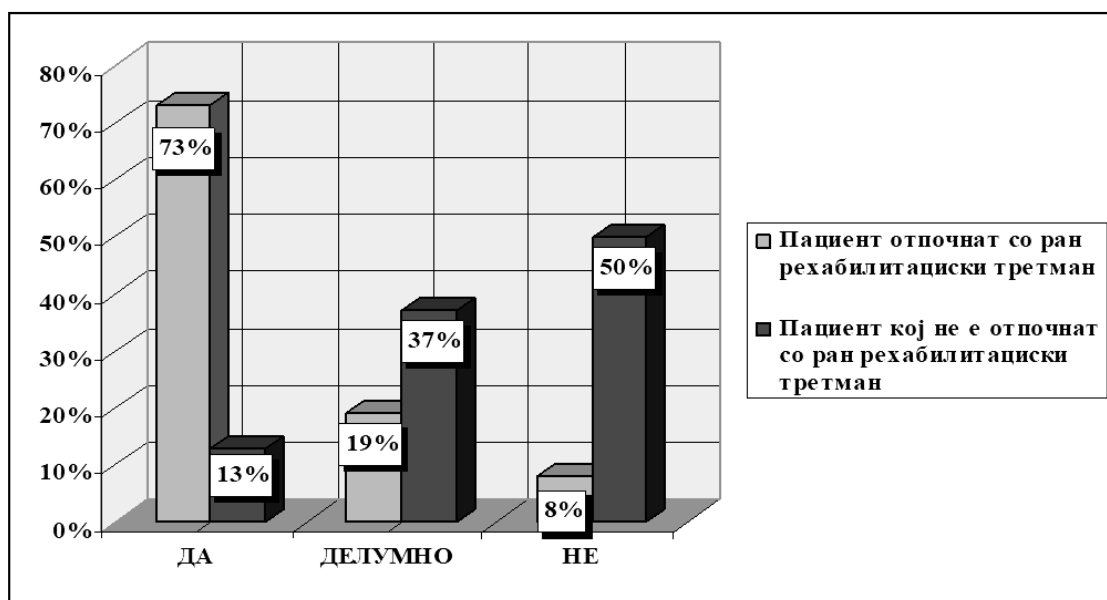
Со споредба на податоците кои се добиени за ова прашање од двете групи на испитаници опфатени во истражувањето, не се прифаќа нулта хипотезата т.е. постои статистички значајна разлика во одговорите на двете групи испитаници.

Табела 41. Знае едноставни математички операции

Одговори	Испитаници			Вкупно	p
	Да	Делумно	Не		
Пациент отпочнат со ран рехабилитациски третман	20 (76%)	3 (12%)	3 (12%)	26 (100%)	0.042
Пациент кој не е отпочнат со ран рехабилитациски третман	10 (42%)	7 (29%)	7 (29%)	24 (100%)	
Вкупно	30 (60%)	10 (20%)	10 (20%)	50 (100%)	

XIV. Социјален контакт

На 42-то прашање: „Дали нивото на будност кај пациентот задоволува?“ На ова прашање постигнати се следниве резултати од одговорите на испитаниците од првата група пациенти отпочнати со ран рехабилитациски третман 73% од испитаниците нивото на будност кај пациентот задоволува, 19% одговориле со делумно, а не задоволува нивото на будност кај 8% од испитаниците. Во втората група пациенти кои не се отпочнати со ран рехабилитациски третман ги добивме следните резултати, од кои потврдни се 13%, делумно има кај 37%, а негативни резултати добивме кај 50% од испитаниците. Добиените резултати се претставени на слика 64.



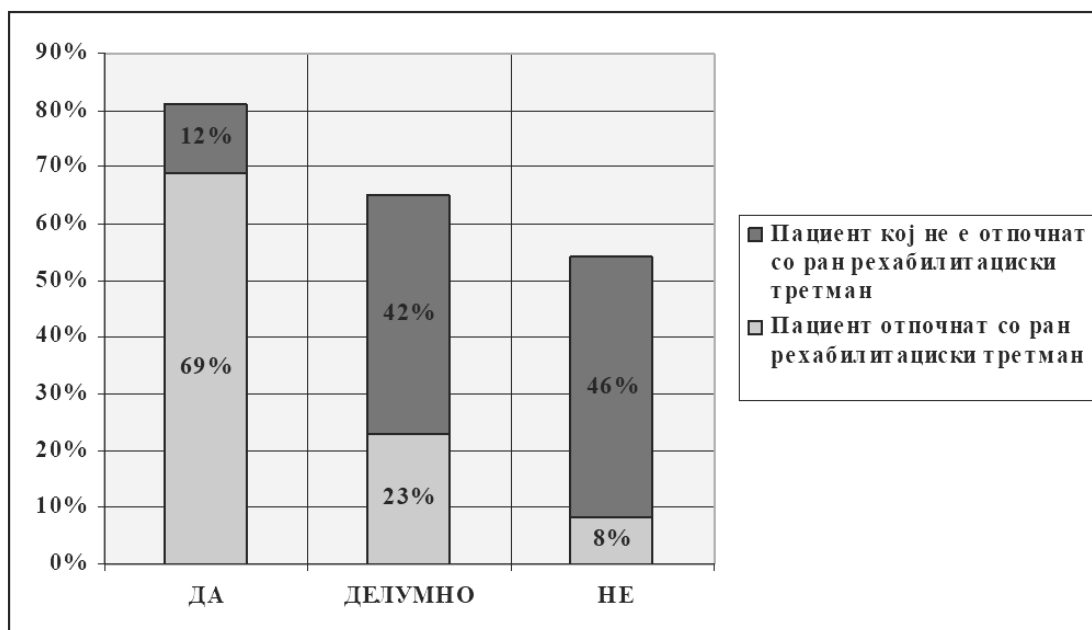
Слика 64. Нивото на будност кај пациентот задоволува

Со споредба на податоците кои се добиени за ова прашање од двете групи на испитаници опфатени во истражувањето, не се прифаќа нулта хипотезата т.е. постои статистички значајна разлика во одговорите на двете групи испитаници.

Табела 42. Нивото на будност кај пациентот задоволува

<i>Одговори</i>	<i>Да</i>	<i>Делумно</i>	<i>Не</i>	<i>Вкупно</i>	<i>p</i>
<i>Испитаници</i>					
<i>Пациент отпочнат со ран рехабилитациски третман</i>	<i>19 (73%)</i>	<i>5 (19%)</i>	<i>2 (8%)</i>	<i>26 (100%)</i>	<i>0.000</i>
<i>Пациент кој не е отпочнат со ран рехабилитациски третман</i>	<i>3 (13%)</i>	<i>9 (37%)</i>	<i>12 (50%)</i>	<i>24 (100%)</i>	
<i>Вкупно</i>	<i>22 (44%)</i>	<i>14 (28%)</i>	<i>14 (28%)</i>	<i>50 (100%)</i>	

На 43-то прашање: „Дали пациентот разбира што му се говори?“ Во првата група на испитаници пациенти отпочнати со ран рехабилитациски третман добиени се следниве резултати, позитивни се 69% дека е добра разбирливоста, кај делумно има 23% од резултатите, а дека не е добра разбирливоста се 8% од испитаниците. Додека кај втората група на испитаници, пациенти кои не се отпочнати со ран рехабилитациски третман, беа добиени следниве резултати: 12% одговорија потврдно со добра е, високи 42% од испитаниците одговорија дека делумно е добра, а 46% испитаници одговорија негативно дека не е добра. Добиените резултати се претставени на слика 65.



Слика 65. Разбира што му се говори

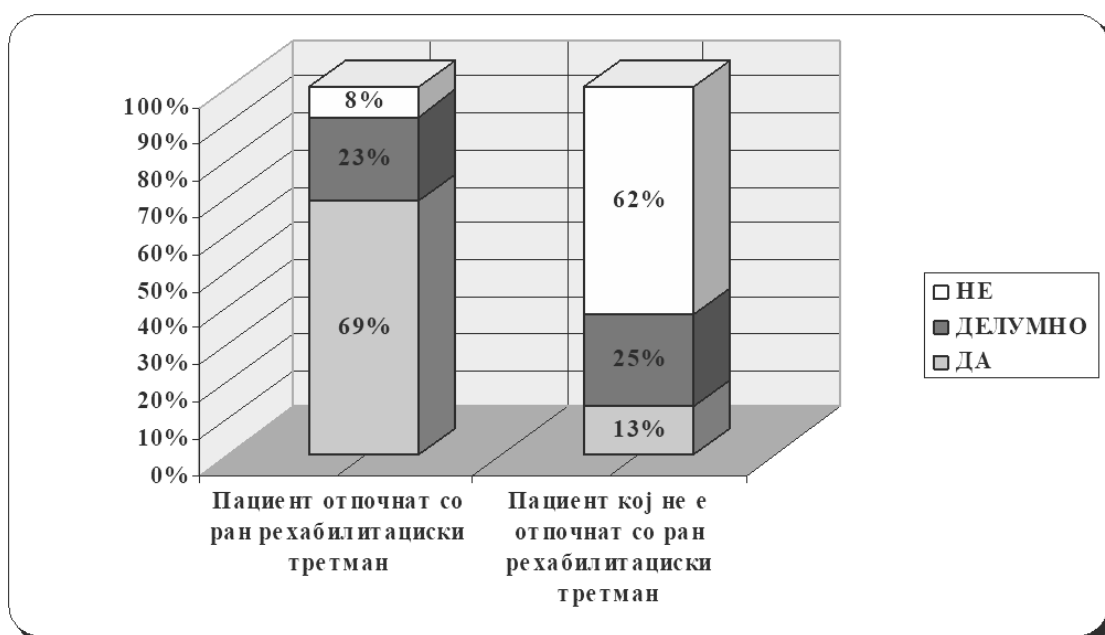
Со споредба на податоците кои се добиени за ова прашање од двете групи на испитаници опфатени во истражувањето, не се прифаќа нулта хипотезата т.е. постои статистички значајна разлика во одговорите на двете групи испитаници.

Табела 43. Пациентот разбира што му се говори

<i>Одговори</i>	<i>Да</i>	<i>Делумно</i>	<i>Не</i>	<i>Вкупно</i>	<i>p</i>
<i>Испитаници</i>					
<i>Пациент отпочнат со ран рехабилитациски третман</i>	<i>18 (69%)</i>	<i>6 (23%)</i>	<i>2 (8%)</i>	<i>26 (100%)</i>	<i>0.000</i>
<i>Пациент кој не е отпочнат со ран рехабилитациски третман</i>	<i>3 (12%)</i>	<i>10 (42%)</i>	<i>11 (46%)</i>	<i>24 (100%)</i>	
<i>Вкупно</i>	<i>21 (42%)</i>	<i>16 (32%)</i>	<i>13 (26%)</i>	<i>50 (100%)</i>	

На 44-то прашање: „Дали пациентот може говорно целосно да ги изрази своите потреби?“ испитаниците ги дале следните одговори: кај првата група пациенти отпочнати со ран рехабилитациски третман на испитаници говорно целосно ги изразуваат своите потреби 69% од испитаниците, делумно говорно ги

изразуваат своите потреби 23%, а не се можни говорно целосно да ги изразуваат своите потреби 8%. Кај втората група пациенти кои не се отпочнати со ран рехабилитациски третман, испитаниците ги дале следните одговори: незначителен број од нив, односно 13% одговорија дека говорно целосно ги изразува своите потреби, 25% сметаат дека делумно говорно ги изразува своите потреби, а 62% од испитаниците одговориле дека не се во можност говорно целосно да ги изразат своите потреби. Добиените резултати се претставени на слика 66.



Слика 66. Говорно целосно ги изразува своите потреби

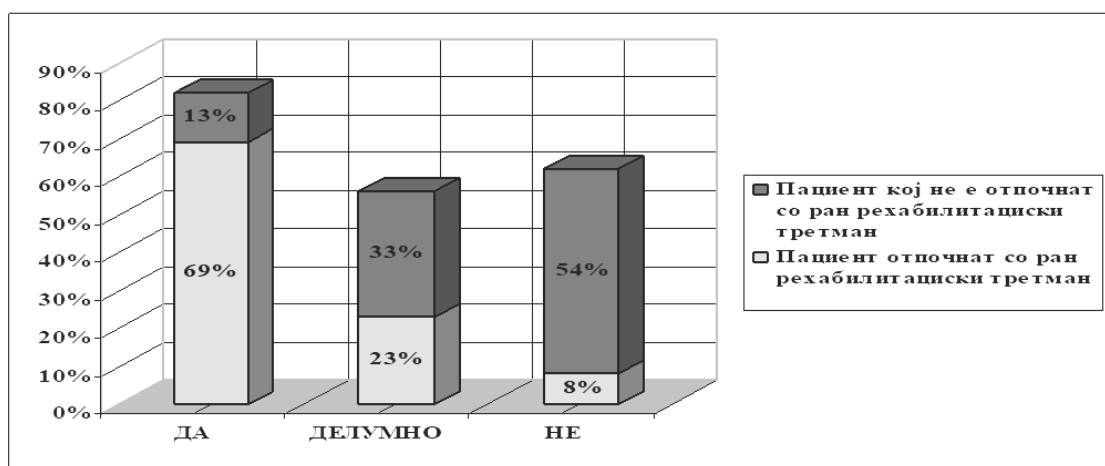
Со споредба на податоците кои се добиени за ова прашање од двете групи на испитаници опфатени во истражувањето, не се прифаќа нулта хипотезата т.е. постои статистички значајна разлика во одговорите на двете групи испитаници.

Табела 44. Пациентот може говорно целосно да ги изрази своите потреби

Одговори	Да	Делумно	Не	Вкупно	p
Испитаници					
Пациент отпочнат со ран рехабилитациски третман	18 (69%)	6 (23%)	2 (8%)	26 (100%)	0.000
Пациент кој не е отпочнат со ран рехабилитациски третман	3 (13%)	6 (25%)	15 (62%)	24 (100%)	
Вкупно	21 (42%)	12 (24%)	17 (34%)	50 (100%)	

XV. Решавање на проблем

На 45-то прашање: „Дали ја знае вредноста на парите?“ Кај првата група на испитаници пациенти отпочнати со ран рехабилитациски третман ги добивме следните резултати: потврдни се 69%, делумно има кај 23% од испитаниците, а негативни резултати добивме кај 8% од испитаниците. Втората група на пациенти кои не се отпочнати со ран рехабилитациски третман анкетираниите лица ги дале следните одговори: 13% од нив одговориле позитивно со може да ја знае, кај 33% дале одговор делумно ја знае, а 54% дале негативен одговор дека не може да ја знае. Добиените резултати се претставени на слика 67.



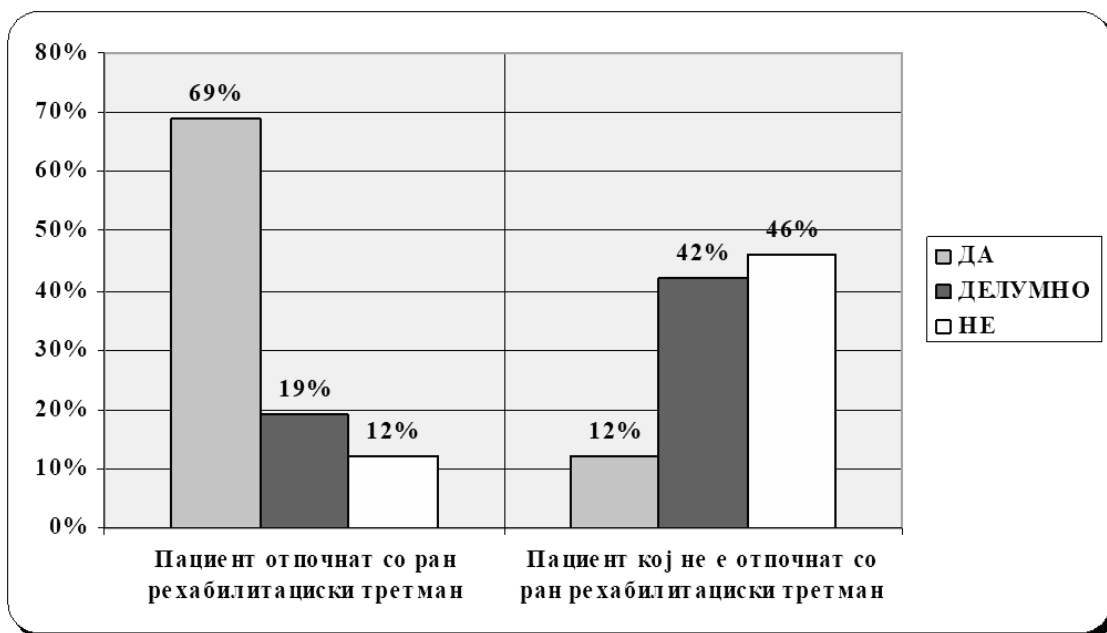
Слика 67. Ја знае вредноста на парите

Со споредба на податоците кои се добиени за ова прашање од двете групи на испитаници опфатени во истражувањето, не се прифаќа нулта хипотезата т.е. постои статистички значајна разлика во одговорите на двете групи испитаници.

Табела 45. Ја знае вредноста на парите

<i>Одговори</i>	<i>Да</i>	<i>Делумно</i>	<i>Не</i>	<i>Вкупно</i>	<i>p</i>
<i>Испитаници</i>					
<i>Пациент отпочнат со ран рехабилитациски третман</i>	<i>18 (69%)</i>	<i>6 (23%)</i>	<i>2 (8%)</i>	<i>26 (100%)</i>	<i>0.000</i>
<i>Пациент кој не е отпочнат со ран рехабилитациски третман</i>	<i>3 (13%)</i>	<i>8 (33%)</i>	<i>13 (54%)</i>	<i>24 (100%)</i>	
<i>Вкупно</i>	<i>21 (42%)</i>	<i>14 (28%)</i>	<i>15 (30%)</i>	<i>50 (100%)</i>	

На 46-то прашање: „Дали знае да се соочува со проблемите?“ Испитаниците во повата група пациенти отпочнати со ран рехабилитациски третман ги дале следните одговори: 69% одговориле дека знаат, 19% одговориле дека делумно знаат, а останатите 12% одговориле дека не знаат. Испитаниците од втората група пациенти кои не се отпочнати со ран рехабилитациски третман ги дале следните одговори: 12% од нив одговориле со позитивен одговор дека знаат, 42% дале одговор, делумно знаат, а 46% испитаници одговориле дека не знаат. Добиените резултати се претставени на слика 68.



Слика 68. Се соочува со проблемите

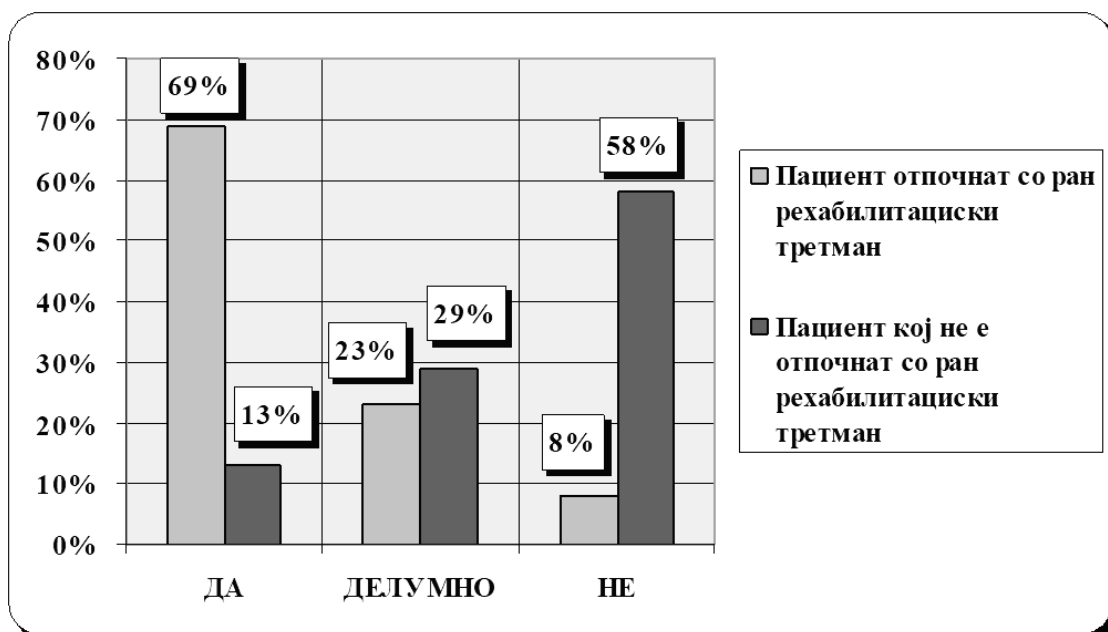
Со споредба на податоците кои се добиени за ова прашање од двете групи на испитаници опфатени во истражувањето, не се прифаќа нулта хипотезата т.е. постои статистички значајна разлика во одговорите на двете групи испитаници.

Табела 46. Знае да се соочува со проблемите

Одговори	Да	Делумно	Не	Вкупно	p
Испитаници					
Пациент отпочнат со ран рехабилитациски третман	18 (69%)	5 (19%)	3 (12%)	26 (100%)	0.000
Пациент кој не е отпочнат со ран рехабилитациски третман	3 (12%)	10 (42%)	11 (46%)	24 (100%)	
Вкупно	21 (42%)	15 (30%)	14 (28%)	50 (100%)	

На 47-то прашање: „Дали може да чита весник?“ Првата група пациенти отпочнати со ран рехабилитациски третман на испитаници ги дале следните одговори, 69% одговориле дека, можат да читаат, 23% одговориле со делумно, а останатите 8% одговориле дека не можат да читаат. Додека втората група на пациенти кои не се отпочнати со ран рехабилитациски третман, анкетираниите

лица ги дале следните одговори: 13% од нив одговориле позитивно дека може да читаат, 29% делумно може да читаат, а 58% дале одговор дека не може да читаат. Добиените резултати се претставени на слика 69.



Слика 69. Чита весник

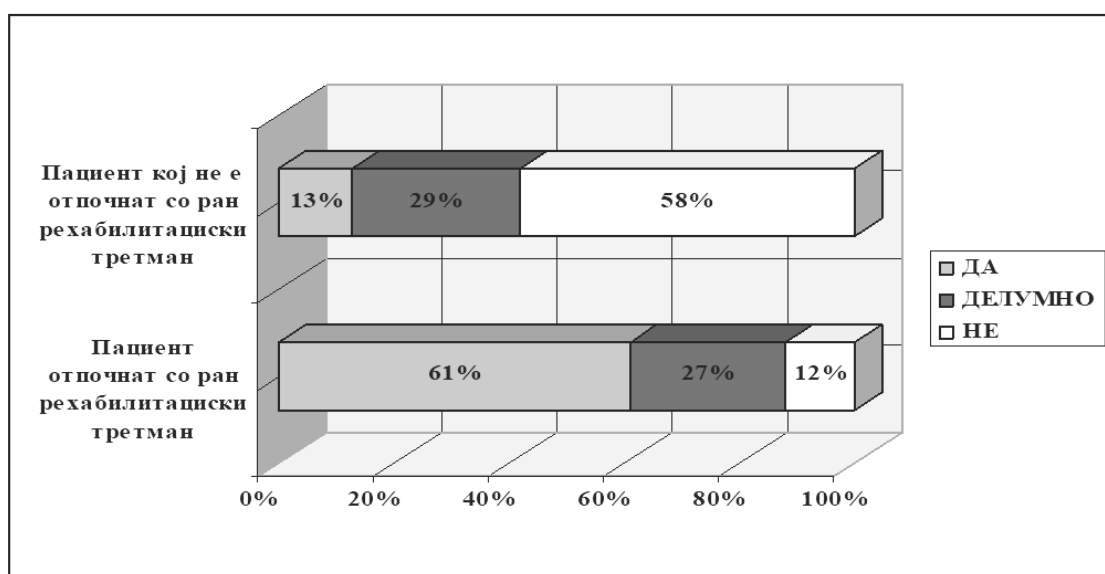
Со споредба на податоците кои се добиени за ова прашање од двете групи на испитаници опфатени во истражувањето, не се прифаќа нулта хипотезата т.е. постои статистички значајна разлика во одговорите на двете групи испитаници.

Табела 47. Може да чита весник

Одговори	Да	Делумно	Не	Вкупно	<i>p</i>
Испитаници					
Пациент отпочнат со ран рехабилитациски третман	18 (69%)	6 (23%)	2 (8%)	26 (100%)	0.000
Пациент кој не е отпочнат со ран рехабилитациски третман	3 (13%)	7 (29%)	14 (58%)	24 (100%)	
Вкупно	21 (42%)	13 (26%)	16 (32%)	50 (100%)	

XVI. Паметење

На 48-то прашање: „Дали ги повторува зборовите на другите луѓе?“ Пациенти отпочнати со ран рехабилитациски третман во првата група на испитаниците ги дадоа овие одговори: во најголем дел 61% одговорија дека ги повторуваат, делумно ги повторуваат 27% од испитаниците, а не ги повторуваат само 12% од испитаниците. Кај Пациенти кои не се отпочнати со ран рехабилитациски третман 13% од испитаниците ги повторуваат зборовите на другите луѓе, 29% одговориле дека делумно може да ги повторуваат зборовите на другите луѓе, а не можеле да ги повторуваат зборовите на другите луѓе 58% од испитаниците. Добиените резултати се претставени на слика 70.



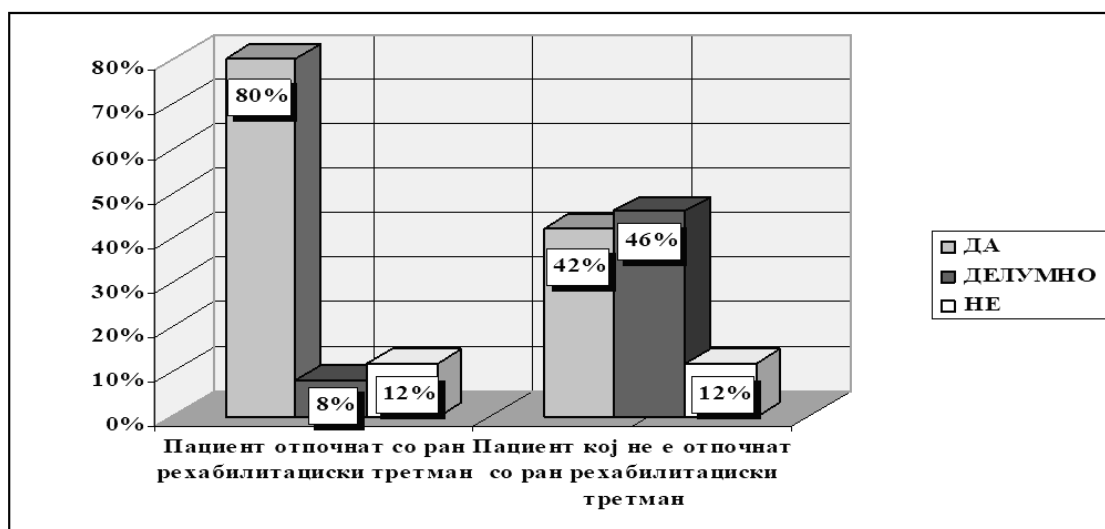
Слика 70. Повторува зборови на другите луѓе

Со споредба на податоците кои се добиени за ова прашање од двете групи на испитаници опфатени во истражувањето, не се прифаќа нулта хипотезата т.е. постои статистички значајна разлика во одговорите на двете групи испитаници.

Табела 48. Ги повторува зборовите на другите луѓе

Одговори	Да	Делумно	Не	Вкупно	p
Испитаници					
Пациент отпочнат со ран рехабилитациски третман	16 (61%)	7 (27%)	3 (12%)	26 (100%)	0.000
Пациент кој не е отпочнат со ран рехабилитациски третман	3 (13%)	7 (29%)	14 (58%)	24 (100%)	
Вкупно	19 (38%)	14 (28%)	17 (34%)	50 (100%)	

На 49-то прашање: „Дали знае колку е часот?“ На ова прашање постигнати се следниве резултати од одговорите на испитаниците од првата група пациенти отпочнати со ран рехабилитациски третман кај 80% од испитаниците знае колку е часот, 8% одговориле дека делумно знаат колку е часот, а не знаат колку е часот 12% од испитаниците. Во втората група пациенти кои не се отпочнати со ран рехабилитациски третман ги добивме следните резултати: потврдни се 42%, делумно има кај 46% од резултатите, а негативни резултати имаат 12% од испитаниците. Добиените резултати се претставени на слика 71.



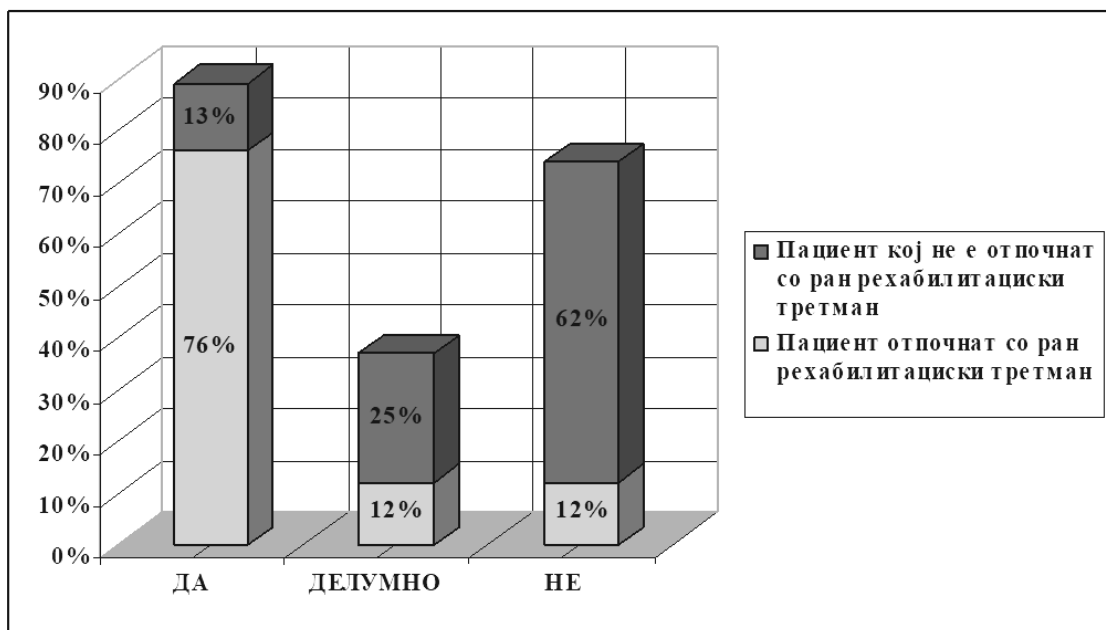
Слика 71. Знае колку е часот

Со споредба на податоците кои се добиени за ова прашање од двете групи на испитаници опфатени во истражувањето, не се прифаќа нулта хипотезата т.е. постои статистички значајна разлика во одговорите на двете групи испитаници.

Табела 49. Знае колку е часот

<i>Одговори</i>	<i>Да</i>	<i>Делумно</i>	<i>Не</i>	<i>Вкупно</i>	<i>p</i>
<i>Испитаници</i>					
<i>Пациент отпочнат со ран рехабилитациски третман</i>	<i>21 (80%)</i>	<i>2 (8%)</i>	<i>3 (12%)</i>	<i>26 (100%)</i>	<i>0.004</i>
<i>Пациент кој не е отпочнат со ран рехабилитациски третман</i>	<i>10 (42%)</i>	<i>11 (46%)</i>	<i>3 (12%)</i>	<i>24 (100%)</i>	
<i>Вкупно</i>	<i>31 (62%)</i>	<i>13 (26%)</i>	<i>6 (12%)</i>	<i>50 (100%)</i>	

На 50-то прашање: „Дали може самостојно да го пишува своето име и презиме?“ Во првата група на испитаници, пациенти отпочнати со ран рехабилитациски третман добиени се следниве резултати: позитивни одговори дале 76%, дека можат самостојно да го пишуваат, делумно има 12% од испитаниците, а дека не можат самостојно да го пишуваат се 12%. Кај втората група на испитаници, пациенти кои не се отпочнати со ран рехабилитациски третман: 13% одговорија потврдно со можат, кај 25% од испитаниците одговорија дека делумно можат, а 62% испитаници одговорија негативно со не можат самостојно да го пишуваат своето име и презиме. Добиените резултати се претставени на слика 72.



Слика 72. Самостојно го пишува своето име и презиме

Со споредба на податоците кои се добиени за ова прашање од двете групи на испитаници опфатени во истражувањето, не се прифаќа нулта хипотезата т.е. постои статистички значајна разлика во одговорите на двете групи испитаници.

Табела 50. Може самостојно да го пишува своето име и презиме

Одговори	Да	Делумно	Не	Вкупно	<i>p</i>
Испитаници					
Пациент отпочнат со ран рехабилитациски третман	20 (76%)	3 (12%)	3 (12%)	26 (100%)	0.000
Пациент кој не е отпочнат со ран рехабилитациски третман	3 (13%)	6 (25%)	15 (62%)	24 (100%)	
Вкупно	23 (46%)	9 (18%)	18 (36%)	50 (100%)	

IV ДИСКУСИЈА

Современите автори препорачуваат ран физикален третман кај пациенти без разлика од половата припадност каде што зафатеноста од мозочен удар е речиси идентична помеѓу мажите и жените кои ќе преживеат цереброваскуларен инсулт, да се почне веднаш по приемот на болните во стационарните институции. Пациентите со полесни цереброваскуларни оштетувања, задржани на домашно лекување, исто така мораат да бидат опфатени со ран физиотерапевтски третман, кој се состои од примена на низа кинезитерапевтски техники со превентивно и лековито делување како рана рехабилитација, за што е можно побрзо оспособување на пациентите за самостоен живот и работа.

Во истражувањето беа опфатени вкупно 50 испитаници кои беа поделени во две групи. Првата група на испитаници ја сочинуваа 26 лица со мозочен удар кај кој бил применет ран рехабилитациски третман во домашни или болнички услови, од кои што 14 лица, односно 53.9% се од женски пол, а 12 лица, односно 46.1% од машки пол. Втората група на испитаници се состои од 24 лица со мозочен удар на кој не бил применет ран рехабилитациски третман или воопшто не биле вклучени во рехабилитација, од кои што 14 лица, односно 58,3% се од машки пол, а 10 лица, односно 41,7% од женски пол.

Сигнификантна е возрастната категорија од 61 до 70 години на испитаниците, со која може да се заклучи дека оваа возрастна категорија е најзастапена во однос на другите возрастни категории со мозочен удар.

Образованието кај испитаниците во двете групи беше следното, во првата група основно образование имаа завршено 4 лица односно 15,4%, со средно образование беа 12 лица односно 46,1%, и со високо образование беа 10 лица, односно 38,5%, во втората група основно образование имаа завршено 4 лица односно 16,7%, со средно образование беа 12 лица односно 50%, и со високо образование беа 8 лица, односно 33,3%.

Сигнификантно е средното образование на испитаниците, со која може да се заклучи дека оваа категорија на испитаници е најзастапена во однос на другите категории на лица со мозочен удар.

Самостојноста во движењето кај испитаниците, во првата група пациенти отпочнати со ран рехабилитациски третман се самостојни во движењето кај 73% од испитаниците, делумно се кај 19%, а не се самостални во движењето само кај

8%, додека кај втората група пациенти кој не се отпочнати со ран рехабилитациски третман, незначителен број од нив, односно 13% се самостојни во движењето, 33% сметаат дека делумно се самостојни во движењето, а 54% од испитаниците не се самостојни во движењето, со споредба на податоците од двете групи на испитаници опфатени во истражувањето, не е прифатена нулта хипотезата т.е. постои статистички сигнификантна разлика во одговорите на двете групи испитаници.

Авторот Лавриќ во Љубљана 1973-та година, во својот научен труд вели дека група на хемиплегичари со релативна добра прогноза им припаѓа некаде околу 50% кои укажуваат на брзо опоравување. Кај 40% болни со хемиплегија, контролата на движењата се јавуваат подоцна, меѓутоа не повеќе од три месеци по настанатиот инзулт. Што порано се појават активните движења, тоа е поповолна прогнозата кај болните. Само 10% од хемиплегичарите, претежно од флаксиден тип, имаат лоша прогноза. Истражувањата на авторот Лавриќ го потврдува трудот објавен за подрачјето на градот Загреб, врз темелите на кои се заклучува дека спонтаното опоравување кај хемиплегиите може да се очекуваат само делумно, и тоа само кај нецелосните хемиплегии. Како метод на интрасистемска реорганизација или пак метода на поставување на организацијата на повисоко ниво, со која се достигнува компензација на функциите, потребно е да се примени ран рехабилитациски третман и современи кинезитерапевтски методи во рехабилитацијата. Па така се случува преку кинезитерапијата и раниот рехабилитациски третман нивото на автоматската моторика да се подигне на степен на свесност, а доколку е збор за фината моторика, или, пак, на степен на медула спиналис доколку тоа се груби автоматски движења (99).

Во ова истражување анализата на резултатите од функционалниот статус односно активностите и функционалните способности како потребата од помош во облекувањето, трансферот или миењето на раце, се следниве резултати од одговорите на испитаниците од првата група пациенти отпочнати со ран рехабилитациски третман кај 12% од испитаниците користеле помош, со процент од 23% одговориле со понекогаш користеле помош, а не користеле 65% од испитаниците во споредба со втората група пациенти кој не се отпочнати со ран рехабилитациски третман, кај кој потврдни одговори за потреба од помош се 67%, делумно имаат потреба од помош кај 25% од лицата со мозочен удар, а

негативни резултати добивме кај 8% од испитаниците дека немаат потреба од помош, каде што не се прифаќа нулта хипотезата т.е. постои статистички значајна разлика во одговорите на двете групи испитаници.

Џексон во своите трудови наведува дека нема чисто моторни ни чисто сензорни зони во кората на мозокот, туку прецентралната регија е повеќе моторна, а постцентралната регија е поизразено сензорна. Вреди да се истакне: начелата на иридацијата можат од соседните делови да се стимулираат дисталните движења со примена на раниот третман на рехабилитација, кај посилно диференцираните делови така што полесно можат да се увежбаваат потребите за примена на дневните животни активности (100).

Овој податок ни покажува мал процент на прашањето, дали е зависен во подвижноста кај првата група пациенти отпочнати со ран рехабилитациски третман на испитаници кој ги дале следните одговори, 12% одговориле да, е зависен, кај 23% одговориле со делумно се зависни, а останатите 65% одговориле дека не се зависни. Додека втората група на пациенти кои не се отпочнати со ран рехабилитациски третман, ги дале одговорите со кои 63% од нив одговориле позитивно дека е зависен, кај 29% дале одговор делумно е зависен, а 8% дале негативен одговор со не е зависен, со споредба на податоците кои се добиени за ова прашање од двете групи на испитаници опфатени во истражувањето, не се прифаќа нулта хипотезата т.е. постои статистички значајна разлика во одговорите на двете групи испитаници.

Фоерстер како автор ја нагласува доктрината дека некои движења се секогаш билатерални така што со дразба на центарот во едната хемисфера се добиваат двострани движења, со помош на примена на раниот рехабилитациски третман. Тоа значи, истакнува авторот, дека во двете хемисфери постојат репрезентативни фокуси за билатерални движења. Тоа се однесува како прво, за респираторната, абдоминалната и очна мускулатура, а е слично и со останатите движења, ако појакно се стимулирани од соседните делови на мозокот. Поедноставните движења се добиваат со помали надразнувања, а исклучок прават сегменти со многу издиференцирани функции како што е дланката со прстите (101).

Се потенцира значењето на степенот со висок процент за можноста да се измие или истушира без туѓа помош, каде што за ова од првата група пациенти отпочнати со ран рехабилитациски третман кај 73% од испитаниците можеле, со

процент од 19% одговориле со делумно можеле, а не можеле 8% од испитаниците. Во споредба со втората група пациенти кои не се отпочнати со ран рехабилитациски третман ги добивме следните резултати: можеле се 8%, делумно имаме кај 29% од резултатите, а негативни резултати добивме кај 63% од испитаниците кои не можеле да се измие или иштушира без туѓа помош, од вкупниот збир на одговори дадени на анкетните прашања од страна на експериментална и контролна група се добиени резултати кои укажуваат на постоењето на силна статистички значајна разлика на ниво p помала од 0.05, во корист на експерименталната група.

Новите научни трудови денес ја мотивираат кинезитерапијата и раниот рехабилитациски третман во рамките на рехабилитацијата. За разлика од не така дамнешните разбирања дека раката на хемиплегичарот би требало да му биде ампутирана, со образложение дека повеќе му смета него што му користи во понатамошниот живот (102).

Деталната проценка на состојбата кај прашањето, дали е потребна помош при користење на тоалетот, пациенти отпочнати со ран рехабилитациски третман во првата група на испитаниците ги дадоа овие одговори, во мал процент од 8% одговорија дека е потребна помош при користење на тоалетот, делумно е потребна помош одговориле 27% од испитаниците, а не е потребна помош при користење на тоалетот одговориле 65% од испитаниците, додека пациенти кои не се отпочнати со ран рехабилитациски третман од втората група на испитаници кај 62% од испитаниците користеле помош при користење на тоалетот, во 25% одговориле со понекогаш користеле помош, а не користеле помош 13% од испитаниците, со споредба на податоците кои се добиени за ова прашање од двете групи на испитаници опфатени во истражувањето, не се прифаќа нулта хипотезата т.е. постои статистички значајна разлика во одговорите на двете групи испитаници.

До следниве податоци дојдовме и при спроведување на прашањето, дали може да го контролира мочниот меур, и е самостоен со внатрешните или надворешните помагала, пациенти отпочнати со ран рехабилитациски третман во првата група на испитаниците ги дадоа овие одговори, во најголем процент од 61% одговорија дека може да го контролира мочниот меур, делумно може да го контролира мочниот меур одговориле 27% од испитаниците, а не може да го контролира мочниот меур само 12% од испитаниците, додека пациенти кои не

се отпочнати со ран рехабилитациски третман од втората група на испитаници кај 8% од испитаниците може да го контролира мочниот меур, процент од 29% одговориле со делумно може да го контролира мочниот меур, а не може да го контролира мочниот меур 63% од испитаниците, со споредба на податоците кои се добиени за ова прашање од двете групи на испитаници опфатени во истражувањето, не се прифаќа нулта хипотезата т.е. постои статистички значајна разлика во одговорите на двете групи испитаници.

Во понатамошниот тек на интервјуто со болните беа опфатени и прашања за потполната зависност во сите аспекти на хранењето, во првата група на испитаници, пациенти отпочнати со ран рехабилитациски третман ги добивме следниве резултати, позитивни се 12% од резултатите дека се потполно зависни во сите аспекти на хранењето, со делумно има 23% од резултатите, а дека не се потполно зависни во сите аспекти на хранењето се 65% од резултатите. Додека кај втората група на испитаници, пациенти кои не се отпочнати со ран рехабилитациски третман, од вкупниот број на испитаници, 50% одговорија потврдно дека се потполно зависни во сите аспекти на хранењето, 37% од испитаниците одговорија дека делумно се зависни, а 13% испитаници одговорија негативно за потполна зависност, со споредба на податоците од двете групи на испитаници, не се прифаќа нулта хипотезата т.е. постои статистички значајна разлика во одговорите.

Овој податок ни покажува дека потреба од помош во сите аспекти на личната хигиена во првата група на испитаници, пациенти отпочнати со ран рехабилитациски третман, се 12% позитивни од резултатите дека е потребна помош, со делумно има 23% од резултатите, а дека не е потребна помош се со високи 65% од резултатите. Додека кај втората група на испитаници, пациенти кои не се отпочнати со ран рехабилитациски третман, беа добиени следниве резултати, од вкупниот број на испитаници, 54% одговорија потврдно дека е потребна помош, 33% од испитаниците одговорија дека делумно е потребна помош, а 13% испитаници одговорија негативно со не е потребна помош, според овие резултати не се прифаќа нулта хипотезата т.е. постои статистички значајна разлика во одговорите на двете групи.

Додека пак процентот беше низок кај прашањето за зависноста од сите аспекти на облекувањето и не можноста сам да учествува во истата, кај првата група на пациенти отпочнати со ран рехабилитациски третман, само 8% од нив

се зависни од сите аспекти на облекувањето и не може сами да учествуваат, со делумно има 23% од резултатите, а дека не се зависни од сите аспекти на облекувањето и можат сами да учествува се 69% од резултатите. Додека кај втората група на пациенти кој не се отпочнати со ран рехабилитациски третман, беа добиени следниве резултати, од вкупниот број на испитаници, 54% одговорија потврдно дека се зависни од сите аспекти на облекувањето и не може сами да учествуваат, кај 33% од испитаниците одговорија дека делумно се зависни, а 13% испитаници одговорија негативно дека не се зависни од сите аспекти на облекувањето и може сам да учествува, со споредбата на добиените одговори од двете групи на испитаници, не се прифаќа нулта хипотезата т.е. постои статистички значајна разлика во одговорите.

Податокот добиен од нашето истражување на тоа дали во трансферот бара помош од друга особа во секој аспект испитаниците одговорија на следниот начин, кај првата група пациенти отпочнати со ран рехабилитациски третман на испитаници бара помош од друга особа се кај 12% од испитаниците, делумно се кај 23%, а не бара помош од друга особа кај 65%, додека кај втората група пациенти кој не се отпочнати со ран рехабилитациски третман, испитаниците ги дале следните одговори, значителен број од нив, односно 62% одговорија дека бара помош од друга особа, 25% сметаат дека делумно бара помош од друга особа, а од 13% од испитаниците одговориле дека небара помош од друга особа, со споредба на податоците кои се добиени за ова прашање од двете групи на испитаници опфатени во истражувањето, не се прифаќа нулта хипотезата т.е. постои статистички значајна разлика во одговорите на двете групи испитаници.

Во однос на способноста дали може да оди по скалите и помагалата да ги носи сам пациентот, на ова прашање постигнати се следниве резултати од одговорите од првата група пациенти отпочнати со ран рехабилитациски третман кај 65% од испитаниците можеле да одат по скалите и помагалата да ги носат сами, 23% одговориле со делумно можат да одат по скалите и помагалата да ги носат сами, а не можеле да одат по скалите и помагалата да ги носат сами кажале 12% од испитаниците во споредба со втората група пациенти кој не се отпочнати со ран рехабилитациски третман ги добивме следните резултати, кај кој потврдни се 9%, делумно имаме кај 38% од резултатите, а негативни резултати добивме кај 54% од испитаниците кои не можат да одат по скалите и помагалата да ги носат сами, со споредба на податоците кои се добиени за ова

прашање од двете групи на испитаници, не се прифаќа нулта хипотезата т.е. постои статистички значајна разлика во одговорите.

Во однос на прашањето дали се зависни од подвижна количка при набљудувањето беше забележано дека, кај првата група на испитаници пациенти отпочнати со ран рехабилитациски третман ги добивме следните резултати, кај кој потврдни се 8%, делумно имаме кај 19% од резултатите, а негативни резултати добивме кај 73% од испитаниците. Втората група на пациенти кој не се отпочнати со ран рехабилитациски третман анкетираниите лица ги дале следните одговори, 50% од нив одговориле позитивно со зависени од подвижна количка, кај 37% дале одговор делумно се зависени од подвижна количка, а 13% дале негативен одговор со не е зависен од подвижна количка, споредба на податоците од двете групи на испитаници во истражувањето, не се прифаќа нулта хипотезата т.е. постои статистички значајна разлика во одговорите кај испитаниците.

Доста интересен е заклучокот од добиените резултати на анкетното прашање во кое дали пациентот може говорно целосно да ги изрази своите потреби, испитаниците кај првата група отпочнати со ран рехабилитациски третман се изјаснија, дека говорно целосно ги изразуваат своите потреби кај 69% од нив, делумно говорно ги изразуваат своите потреби се кај 23%, а не се во можност говорно целосно да ги изразуваат своите потреби само кај 8%, додека кај втората група испитаници кој не се отпочнати со ран рехабилитациски третман, одговориле незначителен број од нив, односно 13% дека говорно целосно ги изразува своите потреби, 25% сметаат дека делумно говорно ги изразуваат своите потреби, а 62% од испитаниците одговориле дека не се во можност говорно целосно да ги изразуваат своите потреби, со споредба на податоците кои се добиени за ова прашање од истражувањето, не се прифаќа нулта хипотезата и постои статистички значајна разлика во дадените одговори.

Научникот Голдстеин со своите трудови уште одамна ги охрабри стручњациите и ги измени многуте песимистички гледишта во однос на раната рехабилитација и кинезитерапевтските влијанија врз состојбите кај хемиплегиите. Тој заклучил дека некои функции, врзани за оштетените регии на ЦНС, можат да оживеат и да се обноват во нови регии така што ќе ги надоместат оштетените зони. Обновата на оштетените функции се постигнува со потполна помош од другите нервни структури, иако степенот на обновата зависи од

сложеноста на функциите. Не е редок преносот на говорната функција од левата во десната хемисфера. Голдстеин вели дека комуникацијата на централниот нервен систем со периферијата, денес се споредува со телефонските врски: прекинатата директна врска помеѓу две места би можеле да ги воспоставиме по заобиколен, подолг пат (103).

Во продолжение се претставени промените во говорот со прашањето, дали постојат граматички неправилности во говорот, кај испитаниците во првата група пациенти отпочнати со ран рехабилитациски третман одговориле со 12% одговор да, кај 15% одговориле со делумно, а останатите 73% одговориле дека не постојат граматички неправилности во говорот, додека испитаниците кај втората група пациенти кој не се отпочнати со ран рехабилитациски третман ги дале следниве одговори, кај 58% од нив одговориле со позитивен одговор, 29% дале одговор, делумно, а 13% испитаници одговориле со негативен одговор дека не постојат граматички неправилности во говорот, податоците кои се добиени за ова прашање од двете групи на испитаници во истражувањето, не се прифаќа нулта хипотезата т.е. постои статистички значајна разлика во одговорите на двете групи.

Професорот Edvard Kontur од Универзитетот „Vanderbilt“ во Нешвил, во своето истражување утврдил дека на лицата со мозочен удар им треба повеќе време да се смират ако емотивно се возбудат, а нивната емотивна реакција тогаш предизвикува неправилно говорно дишење и граматички неправилности во говорот за разлика од лицата кои биле подложени на ран рехабилитациски третман со логопед (104).

Голем број од испитаниците за пишувањето реченици и писмо кај првата група пациенти отпочнати со ран рехабилитациски третман ги дале следните одговори, 69% одговориле со да, дека можат да пишуваат, кај 19% одговориле со делумно, а останатите 12% одговориле не, непишува реченици и писмо. Додека втората група на пациенти кој не се отпочнати со ран рехабилитациски третман, анкетираниите лица ги дале следните одговори, само 8% од нив одговориле позитивно со може да пишува реченици и писмо, кај 29% дале одговор делумно пишуваат реченици и писмо, а 63% дале негативен одговор дека не можат да пишуваат реченици и писмо, споредбата на податоците кои се добиени од двете групи на испитаници опфатени во истражувањето, не се прифаќа нулта хипотезата и постои статистички значајна разлика во одговорите.

Доколку се погледнат и анализираат добиените резултати, може да се забележи дека лицата со мозочен удар дали можат самостојно да го пишуваат своето име и презиме, кај првата група на пациенти отпочнати со ран рехабилитациски третман добиени се следниве резултати, позитивни се 76% од резултатите дека можат самостојно да ги пишуваат, со делумно има 12% од резултатите, а дека неможат самостојно да го пишуваат се 12% од резултатите. Додека кај втората група на пациенти кој не се отпочнати со ран рехабилитациски третман, беа добиени следниве резултати, од вкупниот број на испитаници, 13% одговорија потврдно со можат, кај 25% од испитаниците одговорија дека делумно можат, а 62% испитаници одговорија негативно со неможат самостојно да го пишуваат своето име и презиме, за ова прашање кај испитаници во истражувањето, може да се заклучи дека не се прифаќа нулта хипотезата т.е. постои статистички значајна разлика.

Од аспект на следење на прашањето дали ги препознава броевите, кај првата група на испитаници пациенти отпочнати со ран рехабилитациски третман ги добивме следните резултати, кај кој потврдни се 65%, делумно имаме кај 27% од резултатите, а негативни резултати добивме кај 8% од испитаниците дека не ги препознава броевите. Втората група на пациенти кои не се отпочнати со ран рехабилитациски третман ги дале следните одговори, 25% од нив одговориле позитивно дека ги препознаваат броевите, исто 25% дале одговор делумно, а 50% дале негативен одговор дека не ги препознаваат броевите, со споредба на податоците од двете групи во истражувањето, не се прифаќа нулта хипотезата т.е. постои статистички значајна разлика во одговорите на испитаниците.

Врз основа на добиените податоци од нашето истражување пациентите дали знаат едноставни математички операции отпочнати со ран рехабилитациски третман во првата група на испитаниците ги дадоа одговорите, во најголем процент од 76% дека ги знаат, делумно ги знаат 12% од испитаниците, а не ги разбираат само 12% од испитаниците, додека пациенти кој не се отпочнати со ран рехабилитациски третман од втората група на испитаници кај 42% од нив знаат едноставни математички операции, со процент од 29% одговориле дека делумно ги знаат, а не знаат едноставни математички операции 29% од испитаниците, со споредба на податоците, не се прифаќа нулта хипотезата т.е. постои статистички значајна разлика во одговорите.

Во истражувањето за нивото на будност кај пациентот дали задоволува, кај ова прашање постигнати се следниве резултати од одговорите на првата група пациенти отпочнати со ран рехабилитациски третман кај 73% од испитаниците нивото на будност кај пациентот задоволува, во процент од 19% одговориле со делумно нивото на будност кај пациентот задоволува, а незадоволува нивото на будност кај пациентот 8% од испитаниците во споредба со втората група пациенти кои не се отпочнати со ран рехабилитациски третман ги добивме следните резултати, кај кој потврдни се 13%, делумно имаме кај 37% од резултатите, а негативни резултати добивме кај 50% од испитаниците, со споредба на податоците кои се добиени од испитаниците опфатени во истражувањето, не се прифаќа нулта хипотезата т.е. постои статистички значајна разлика во одговорите.

Според анализата од добиените резултати од податоците од испитувањето на прашањето дали пациентот разбира што му се говори, кај првата група на испитаници, пациенти отпочнати со ран рехабилитациски третман добиени се следниве резултати, позитивни се 69% од резултатите дека е добра разбирливоста, со делумно има 23% од резултатите, а дека не е добра разбирливоста се 8% од резултатите. Додека кај втората група на испитаници, пациенти кои не се отпочнати со ран рехабилитациски третман, беа добиени следниве резултати, од вкупниот број на испитаници, 12% одговорија потврдно со добра е, кај 42% од испитаниците одговорија дека делумно е добра, а 46% испитаници одговорија негативно со не е добра, со споредба на податоците кои се добиени за ова прашање од двете групи на испитаници опфатени во истражувањето, не се прифаќа нулта хипотезата т.е. постои статистички значајна разлика во одговорите на двете групи испитаници.

Разгледувајќи ги податоците за 2019 година, тимот научници предводен од д-р Грегори Рот, професор по медицина на Универзитетот „Вашингтон“ во Вашингтон, Сиетл. Тој вели дека мозочниот удар останува водечка причина за инвалидитет и смрт низ целиот свет, иако ниту еден регион не е ослободен од оваа состојба. Од друга страна пак, родот на лицата се покажал како ирелевантен, односно значајни разлики во ризикот за мозочен удар кај мажите и жените не се покажани (105).

1. ЛИМИТАЦИИ НА ИСТРАЖУВАЊЕТО

Лимитациите во ова истражување вклучуваат, анализа на медицинска документација и собирање на информации директно од медицинските досиеа, за евалуација на степенот на функционалната независност која ја следи функционалната независност пред и по рехабилитацијата и укажува на нивото на неопходна нега бидејќи преку структурирано индивидуално набљудување и анкетирање можна е извесна субјективност или закривеност на резултатите во истражувањето.

Исто така, малиот примерок на групите испитаници кои не беа изедначени по возраст и пол и беа избрани по пат на пригоден и случаен примерок е лимитација во ова истражување.

Со ова истражување се отвора голем опсег на можности за идни истражувања за рано отпочнатата рехабилитација која може значително да ја намали инвалидноста и е клучна во згрижувањето на болниот со прележан мозочен удар.

Истражувањата на рехабилитацииските програми можат многу да придонесат за самостојноста на болниот и враќањето и реинтеграцијата во своето семејство. Многу е важно правилното информирање на семејството за можностите на опоравувањето и принципите на рехабилитацијата кои треба да се применат во домашни услови по завршувањето на болничката медицинска рехабилитација, а членовите на нивните семејства мораат да бидат активно вклучени во тимот за рехабилитација.

Истражувањето со своите заклучоци и предлог мерки придонесува за специјалните едукатори и рехабилитатори, медицинскиот персонал, физиотерапевтите, логопедите, психолозите, социјалните работници и семејствата.

V ЗАКЛУЧОЦИ

Согласно поставените цели и преку анализа на добиените резултати на истражувањето можат да се изведат следните заклучоци:

- Рано отпочнатата рехабилитација може значително да ја намали инвалидноста и таа е клучна во згрижувањето на болниот со прележан мозочен удар.
- Рехабилитациските програми можат многу да придонесат во осамостојувањето на болниот.
- Болните и членовите на нивните семејства мораат да бидат активно вклучени во тимот за рехабилитација.
- Поголемиот број на болни по спроведената рехабилитациска програма можат самостојно да ги извршуваат секојдневните животни активности во својот дом, без потреба за стална нега и туѓа помош.
- Поради враќањето и реинтеграцијата во своето семејство многу е важно правилното информирање на семејството за можностите на опоравувањето и принципите на рехабилитацијата кои треба да се применат во домашни услови по завршувањето на болничката медицинска рехабилитација.
- Со раната мобилизација на болниот се намалува ризикот за создавање на длабока венска тромбоза и инфекции на дишните патишта, а има и големо позитивно психолошко влијание кај пациентите.
- Главните цели на рехабилитацијата по мозочниот удар се превенција на контрактурите и емболија, оптимално згрижување на специфичните медицински проблеми и обезбедување на психолошка помош и поддршка на болните и нивните семејства.
- Функционалниот статус кај лицата со мозочен удар на основа на која што се планира индивидуалниот прилагоден програм се врши врз објективните можности на болниот.
- Доколку воспоставувањето на самостојното одење без помагала не е можно, треба да се размислува за употреба на одалка или за самостојно движење во инвалидска количка.

- Доколку се утврди проблем со разбирањето и/или говорот на пациентот, уште од првиот ден мора да биде вклучен во логопедски третман кој обврзно е индивидуално прилагоден.
- Се заклучува дека кај лицата со мозочен удар раната рехабилитација покрај својата дејност на полето на медицината, има огромен и економски ефект.
- Заклучуваме дека лицата со мозочен удар со ограничена работна способност со примената на раниот рехабилитациски третман, поскоро се враќаат на нивните работни места, осигурува повисок стандард на болниот и на неговото семејство, со тоа сретствата вложени во одделенијата за рехабилитација неколкукратно му се враќаат на општеството.
- Со раниот рехабилитациски третман заклучуваме дека се скратува времетраењето на боледувањето и неспособноста за работа, а со тоа се заштедуваат и огромни материјални сретства кои што ги одделува државата кај лицата со мозочен удар.
- Заклучоците за способноста за пишување ни укажуваат на дизграфични облици од поблаг тип каде што може да се заклучи дека пишува неразбирливо, а сето тоа можеме да го поврземе со мануелна моторна апраксија поради слабост на десната рака (кај деснаците), како последица на цереброваскуларен инсулт во левата мозочна хемисфера.
- На прашањето дали пишува реченици и писмо, заклучуваме дека делумно пишува поради што е редуциран пишаниот дискурс, буквите се оштетени, а речениците синтаксички се упростени и аграматични.
- Се заклучува дека лицата со мозочен удар, проблемот со болното рамо на паретичната страна често ги мачи при што кај десностраниите парези или плегии треба да се тежнее за постигнување на подобра функционалност на левата дланка и рака.
- Заклучуваме дека клиничката опсервација се спроведува во акутната фаза на болеста, со цел да што порано се започне со раниот рехабилитациски третман.
- Заклучок е дека активен пристап, партнерска улога и поддршка од членовите на семејствата на лицата со мозочен удар е клучно во остварувањето на секојдневните животни активности.

Истражување кое се спроведе е со цел, да се направи компарација на инвалидноста кај оние пациенти со мозочен удар кои биле отпочнати со ран рехабилитациски третман и пациенти кои не биле третирани навреме со рехабилитацискиот третман, за да можеме да укажеме на важноста од раниот рехабилитациски третман и неговиот ефект за намалувањето на степенот на инвалидноста до потполна самосталност, без потреба за постоење од туѓа помош, способноста за самостојно остварување на дневните животни активности, па сè до можноста за враќање на пациентот повторно на своето работно место.

VI ПРЕДЛОГ МЕРКИ

- ❖ Лицата со попреченост по мозочен удар би требало да добијат рехабилитација во специјализиран болнички оддел за мозочен удар, а потоа да добијат рехабилитација од специјализиран тим за мозочен удар во рамките на заедницата.
- ❖ Една болничка услуга за рехабилитација по мозочен удар би требало да се состои од:
 - Средина која е наменета за рехабилитација по мозочен удар.
 - Главен мултидисциплинарен тим кој поседува знаење, вештини и релации да работи во заеднички договор со лицата кои доживеале мозочен удар и со нивните семејства, односно негуватели за да се справат со промените кои настанале како резултат на мозочниот удар.
 - Мултидисциплинарна едукативна програма.
 - ❖ Улогите и одговорностите на главниот мултидисциплинарниот тим за рехабилитација би требало јасно да му се укажат на лицето и да се направи конекција со него и со неговото семејство/старател низ патеките за грижа/заштита.
 - ❖ Членовите од мултидисциплинарен тим би требало да ги испитаат лицата со мозочен удар за да направат рангирање на нарушувањата или неспособностите/хендикепот, со цел да бидат запознаени, но и да ја насочат нивната понатамошна проценка и третман.
 - ❖ Болниците треба да поседуваат свои системи за да се осигури дека:
 - Лицата по мозочен удар и нивните семејства и негуватели/старатели (како одговорни) се вклучени во планирањето за трансферирање на грижата и дека негувателите се обучени за заштита (на пример: во движење, ракување и помагање при облекувањето).
 - Лицата по мозочен удар и нивните семејства и негуватели да се чувствуваат адекватно информирани, подготвени и поддржани.
 - Општите лекари и другите одговорни лица да се информирани пред трансферирањето на грижата.
 - Договорен план за здравствена и социјална заштита на лице место, за лицето да знае кого да го контактира ако се јават тешкотии.

- Соодветна опрема (вклучувајќи специјалист кој треба да го постави болниот во седечка положба и во инвалидска количка, ако е потребно) која е на местото на живеење на болниот, без оглед на амбиентот.

Пред трансферот од болничката заштита до домот на лицата со мозочен удар:

- Утврдете дека тие имаат сигурна и овозможена домашна средина, на пример, проверете дека соодветната опрема и адаптациите се спроведени и дека негувателите се поддржани за да се олесни нивната независност.

- Преземете посета во нивниот дом со нив, освен ако нивните способности и потреби може да се откријат и на други начини, на пример со демонстрирање независност во сите самостојни активности за неа, вклучувајќи подготовка на оброк додека престојуваат на одделот за рехабилитација.

- ❖ За трансферот на заштитата/негата од болница до заедницата, спроведете информации до сите релевантни професионалци кои пружаат здравствена и социјална грижа/заштита, како и до лицето со мозочен удар. Ова треба да вклучува:

- Кратка епикриза/запис за напредокот во рехабилитацијата и тековните цели.

- Дијагноза и здравствената состојба.

- Функционални можности (вклучувајќи ги потребите за комуникација).

- Потребите за неа, како што се перење, облекување, јадење и помош за во тоалет.

- Психолошки потреби (когнитивни и емоционални).

- Потребите околу медикаменти (вклучувајќи ги можностите на лицето да се справува со неговите пропишани лекови и каква било поддршка која му е потребна за да го прави тоа).

- Социјални околности, како што се потребите на негувателите.

- Ментален капацитет кој соодветствува за одлуката за трансферирање.

- Менаџирање на ризикот, како што се потребите на вулнерабилните адулти.

- Планови за следење, рехабилитација и пристап до здравствената и социјалната заштита, како и до волонтеристичкиот сектор кој пружа услуги.

- ❖ Обезбедете лицата со мозочен удар кои се пренесуваат од болничко згрижување во домови за згрижување да добијат проценка и третман за рехабилитација на мозочниот удар и услуги за социјална заштита со еднакви стандарди, како и стандардите што би ги примале во нивните сопствени домови.

- ❖ Лицата од локалните сервиси за здравствена и социјална заштита би требало да имаат стандардни процедури за работење за да осигурат безбеден трансфер и долгорочно згрижување на болните после мозочен удар, вклучувајќи ги и оние во домовите за згрижување. Ова треба да вклучува навремена размена на информациите помеѓу различни провајдери кои користат локални протоколи.
- ❖ По трансферот на згрижувањето од болница, лицата кои имаат нарушувања после мозочниот удар (вклучувајќи ги лицата во домови за згрижување) би требало да бидат следени во текот на 72 часа од страна на специјализиран тим за рехабилитација после мозочен удар за проценка на детектираните потреби на пациентите и на развојот на акциските менаџерски планови.
- ❖ На приемот во болница, за да се обезбеди итна безбедност и удобност на лицето со мозочен удар, проверете го пациентот заради следново (ако се детектираат проблеми, започнете со нивно менаџирање колку што е можно побргу):
 - Ориентација.
 - Позиционирање, движење и ракување.
 - Голтање.
 - Преместувања (на пример: од кревет на стол).
 - Ризик на региите, изложени на притисок.
 - Континенција.
 - Комуникација, вклучувајќи ја можноста за разбирање и за следење инструкции, како и да се соопштат потребите и желбите.
 - Нутритивен статус и хидрираност.
 - ❖ Подгответе целосна медицинска проценка на лицето со мозочен удар, вклучувајќи ги когницијата (внимание, паметење, просторна ориентација, апраксија, перцепција), видот, слухот, гласот, силата, осетот и рамнотежата.
 - ❖ Свкупната проценка на лицето со мозочен удар би требало да ги земе предвид:
 - Нивните претходни функционални способности.
 - Нарушувањата на психолошките функции (когниција, емоции и комуникација).

- Нарушувањето на телесните функции, вклучувајќи и болка.
- Ограничени активности и ограничено учество.
- Фактори од опкружувањето (социјални, физички и културни).
 - ❖ Информациите кои се рутински собрани од лицата со мозочен удар со помош на валидни, доверливи и одговорни алатки, во текот на приемот и на испишувањето на пациентот треба да го содржат следново:
- National Institutes of Health Stroke Scale.
- Barthel Index.
 - ❖ Информациите кои се рутински собрани од лицата со мозочен удар со помош на валидни, доверливи и одговорни алатки, би требало да имаат редовен фитбек кај мултидисциплинарниот тим.
 - ❖ Да се смета на влијанието на мозочниот удар што прави врз семејството, пријателите и/или негувателите и, ако е соодветно, препознајте ги изворите на поддршка.
 - ❖ Информирајте ги членовите на семејствата и старателите/негувателите на лицата со мозочен удар за нивното право да добијат проценка на потребите на негувателите.
 - ❖ На пациентите кои се во можност да учествуваат, иницијално, понудете им најмалку 45 минути за секој релевантен рехабилитациски третман за минимум 5 дена во неделата и каде можат да се постигнат функционалните цели. Ако во подоцнежната фаза се бара повеќе рехабилитација, подгответе го интензитетот на третманот според потребите на пациентот во тој преиод.
 - ❖ Сметајте на повеќе од 45 минути од секоја релевантна рехабилитација 5 дена во текот на неделата за пациентите кои се во можност да учествуваат и да продолжат во исполнувањето на функционалните цели и каде функционалните цели би можеле да бидат постигнати.
 - ❖ Ако пациентите со мозочен удар не се во можност да учествуваат во 45 минутен третман од секоја рехабилитациска терапија, обезбедете им таа терапија да се изведува 5 дена неделно за пократко време, со интензитет кој ќе им дозволи со тие активно да партиципираат.
 - ❖ Во текот на работењето со лицата кои доживеале мозочен удар и со нивните семејства или негуватели, идентификувајте ги информациите за нивните потреби и како да им се испорачаат ним, имајќи ги предвид

специфичните нарушувања, како што се афазиса и когнитивните нарушувања. Темпото на информирањето да се прилагоди на емоционалниот капацитет на пациентот.

- ❖ Спроведете информации околу локалните ресурси (на пример: слободно време, домаќинство, социјални услуги и волонтерски сектор) кои можат да помогнат во поддршката на потребите и приоритетите на пациентите со мозочен удар и на нивните семејства, односно негуватели.
- ❖ Ревидирајте ги потребите за информации на пациентот на 6-месечните прегледи и на годишните прегледи и на почетокот и на крајот од секоја извршена интервенција.
- ❖ Испитајте ги пациентите после мозочен удар за когнитивниот дефицит. Таму каде ќе биде откриен, спроведете детална проценка, користејќи валидни, веродостојни и одговорни алатки пред да се направи програмат за третман.
- ❖ Спроведете едукација и поддршка за пациентите со мозочен удар и за нивните семејства, односно негуватели/старатели за да им се помогне да го разберат степенот и влијанието на когнитивниот дефицит после мозочниот удар, сфаќајќи дека тие може да се разликуваат со текот на времето и во различни состојби.
- ❖ Оценете го ефектот на визуелното занемарување после мозочниот удар со помош на функционални задачи, како што е мобилност, облекување, јадење и користење инвалидска количка, користејќи стандардизирани проценки и бихејвиорална опсервација.
- ❖ Користете интервенции за визуелното занемарување со фокусирање на релевантни функционални задачи, притоа имајќи го предвид основното нарушување. На пример:
 - Интервенции за да им се помогне на пациентите во забележување на страната која се занемарува, како што се светло обоени линии или маркирање на работ на страницата.
 - Техники со алармирање, како што се аудитивните сигнали.
 - Повторување задачи, како што е облекувањето.
 - Менување на влезот на перцепцијата, користејќи очила со призма.
- ❖ Проценете ја меморијата и другите релевантни сегменти од когнитивните функции (како што се извршните функции) кај пациентите по мозочниот

удар, особено таму каде што нарушувањата во меморијата влијаат на секојдневните активности.

- ❖ Користете интервенции за меморијата и когнитивните функции кои се фокусираат на релевантни функционални задачи, земајќи го предвид основното нарушување. Интервенциите можат да содржат:
 - Зголемување на свесноста за дефицитот во меморијата.
 - Подобрување на учењето, користејќи техника на учење со помалку грешки и техники со обработување (правење асоцијации, употреба на клучни зборови-мнемоници, внатрешни стратегии кои се во врска со кодирање на информации, како што се: најавување, прашање, читање, наведување, тест).
 - Надворешни помагала (на пример дневници, листи, календари и аларми).
 - Стратегии од средината на опкружувањето (практика и поттикнување од средината).
- ❖ Проценете го вниманието и когнитивните функции кај пациентите по мозочен удар, користејќи стандардизирани проценки. Користете бихејвиорална опсервација за да го евалуирате влијанието на нарушувањето врз функционалната задача.
- ❖ Сметајте на тренирање на вниманието кај пациентите со нарушено внимание. Користете интервенции за внимание и за когнитивните функции кои се фокусираат на релевантни функционални задачи. На пример, користете генерички техники, како што се управување со околината и внесување разни поттици кои се во врска со функционалната задача.
- ❖ Проценете го емоционалното функционирање во рамките на когнитивните дисфункции кај пациентите по мозочен удар. Која било избрана интервенција треба да го земе предвид типот или комплексноста на невропсихолошката манифестација на пациентот и соодветната анамнеза.
- ❖ Поддржете ги и едуцирајте ги пациентите после мозочен удар, како и нивните семејства и негуватели во врска со емоционалното прилагодување кон мозочниот удар, разбирајќи дека психолошките потреби може да се променат со текот на времето и во однос на различните ситуации.

- ❖ Кога некои нови или присутни емоционални нарушувања се откриени кај пациентите на 6-месечниот или на годишниот преглед, упатете ги на соодветни услуги за детална процена и третман.
- ❖ Справувајте се со депресијата и анксиозноста кај пациентите по мозочен удар кои немаат когнитивни нарушувања во правец на препораките во Depression in adults with a chronic physical health problem и Generalised anxiety disorder.
- ❖ Испитајте ги пациентите после мозочниот удар за визуелни нарушувања. Упатете ги пациентите со присутни двојни слики на формална ортоптичка проценка. Понудете им третман со движење на очите на пациентите кои имаат присутна хемианопсија и кои се свесни за состојбата.
- ❖ Кога ќе ги советувате пациентите со визуелни нарушувања во врска со возење, консултирајте ја Агенцијата за дозвола за возач и возило, не ви е, според закон, дозволено да возите автомобил или мотоцикл месец дена после мозочниот удар или ТИА (мал мозочен удар). Пред да почнете повторно да возите, морате да се пријавите кај надлежниот орган за издавање возачки и сообраќајни дозволи, доколку вашата возачка способност е оштетена поради ударот. Ако сте имале некаков вид операција на мозокот или напади ќе мора за тоа да го известите надлежниот орган за издавање возачки и сообраќајни дозволи. Доколку сте возач на градски или меѓуградски автобус или камион, мора да го известите надлежниот орган за издавање на возачки и сообраќајни дозволи, веднаш штом доживеете мозочен удар или ТИА. Програмата за налепници за лица со инвалидитет, ќе ви помогне полесно да се движите, дозволувајќи ви да паркирате на погодни места.
- ❖ Проценете го голтањето кај пациентите после мозочен удар во согласност со препораките за мозочен удар. Понудете третман на голтање најмалку 3 пати неделно на пациентите со дисфагија кои се во можност да партиципираат, се додека тие продолжуваат да добиваат функционални придобивки. Третманот со голтање може да вклучи компензаторни стратегии, вежби и совети за положба. Осигурајте дека е дадена ефикасна нега на устата на пациентите со нарушено голтање после мозочен удар, со цел да се намали ризикот за аспирациска

пневмонија. Здравствените работници со релевантни вештини и обука во дијагностицирањето, проценката и менаџирањето на нарушувањата на голтањето треба редовно да ги мониторираат и преценуваат пациентите со дисфагија кои користат адаптирана храна и течности, си додека не се стабилизираат.

- ❖ Испитајте ги пациентите после мозочен удар за нарушувања во комуникацијата во текот на 72 часа од настанувањето на симптомите од мозочниот удар.
- ❖ Секоја рехабилитациона услуга треба да осмисли стандардизиран протокол за испитување на нарушувањата во комуникацијата кај пациентите после мозочен удар.
- ❖ Упатете ги лицата за кои има сомнение дека имаат комуникациски нарушувања кај терапевт за говор и јазик за детални анализи на нарушувањата на говорот и јазикот и за проценка на нивното влијание.
- ❖ Спроведете соодветни информации, едукација и обука на мултидисциплинарниот тим за тој да биде во можност да ги поддржи пациентите и ефикасно да комуницира со пациентите кои имаат комуникациски нарушувања, со нивните семејства/негуватели.
- ❖ Третманот за говор и јазик кај пациентите после мозочен удар би требало да биде предводен и надгледуван од страна на специјалист терапевт за говор и јазик, кој заеднички соработува со другите соодветни обучени лица, како што се асистенти за третман на говор и јазик, негуватели и пријатели, како и членови од волонтеристичкиот сектор.
- ❖ Предложете можности за пациентите со нарушувања во комуникациите да имаат конверзации и социјално просветување со лицата кои се обучени, кои имаат знаење, вештини и однесување за да ја поддржат комуникацијата. Тоа би требало да биде дополнување на можностите кои се предложувани за семејствата, негувателите и за пријателите.
- ❖ Терапевтите за говор и јазик треба да ги проценат пациентите со ограничено функционирање во комуникацијата заради нивниот потенцијал да добијат бенефит од користената комуникациска помош или од други технологии (на пример: домашен третман, базиран на компјутерската технологија или апликации на смарт телефони).

- Да спроведат прецизен третман кој е насочен на причината за нарушувањето на комуникацијата (на пример: афазија или дисартрија).
- Да им помогнат на пациентите како да ги користат и да ги подобрат другите нивни јазични и комуникациски способности.
- Да ги научат пациентите на други методи на комуницирање, како што се гестикулација, пишување и ракување со прибор.
- Да ги подучува лицата околу пациентите со мозочен удар (вклучувајќи ги членовите на семејството, негувателите и тимот за здравствена и социјална грижа) за да развијат вештини за комуникациска поддршка, со цел да се зголеми комуникацискиот потенцијал на пациентот.
- Да им помогнат на пациентите со афазија или дисартрија и на нивните семејства или негуватели за да се прилагодат на комуникациските нарушувања.
- Да им се даде поддршка на пациентите со комуникациски нарушувања во изградувањето на нивниот идентитет.
- Да им се даде поддршка на пациентите за пристап до информации кои им овозможуваат донесување одлуки.
 - ❖ Кога ќе се откријат присутните нарушувања во комуникацијата на 6-месечниот или на годишниот преглед, упатете ги пациентите повторно кај терапевт за говор и јазик за детална проценка и понудете им третман ако постои потенцијал за функционално подобрување.
 - ❖ Помогнете им и овозможете им на пациентите со комуникациски нарушувања да ги соопштат нивните секојдневни потреби и желби; дајте им поддршка да ги разберат и да учествуваат во секојдневните, но и во големите животни одлуки.
 - ❖ Обезбедете дека бариерите за комуницирање од околината се сведени на минимум за пациентите со мозочен удар. На пример, осигурете сигнализацијата да е јасна, а бучавата од позадината да е намалена.
 - ❖ Осигурајте се дека сите напишани информации (вклучувајќи ги и оние кои соодветствуваат на медицинската состојба и третман) се адаптирани за пациентите со афазија после мозочен удар. Ова треба да содржи, на пример, писма за работното место, термини за рехабилитација и листа на јадења.
 - ❖ Понудете обука на вештините за комуникација (како што е успорување, непрекинување, ракување со комуникациски реквизити, гестикулација,

цртање) на партнерите на пациентите за да можат да конвертираат меѓу себе.

- ❖ Спроведете физиотерапија за пациентите кои имаат слабост на трупот или на горните, односно на долните екстремитети, нарушување на осетот или на рамнотежата после мозочен удар, што се одразува врз функцијата.
- ❖ Пациентите со нарушувања на движењето после мозочен удар би требало да се третираат кај физиотерапевт кој поседува релевантни вештини и обука во дијагностицирањето, во проценката и во менаџирањето на движењето на пациентите.
- ❖ Третманот на пациентите со нарушувања во движењето после мозочен удар треба да продолжи, се додека пациентите не се во состојба да ја одржуваат или да ја подобрат функцијата, независно или со помош од други (на пример: асистенти за рехабилитација, членови на семејството, негуватели или инструктори за фитнес).
- ❖ Сметајте на тренирање на силата кај пациентите со мускулна слабост после мозочен удар. Тоа може да вклучува прогресивно зајакнување на силата со помош на повторување на вежбите за зголемување на телесната тежина (на пример: повторување на седни-стани вежбите), тегови (на пример: вежби со зголемување на отпорот) или вежби со отпор кои се изведуваат на машини, како што е стационаран велосипед.
- ❖ Охрабрете ги пациентите да учествуваат во физички активности после мозочен удар.
- ❖ Оценете ги пациентите кои се во можност да одат и се медицински стабилни после мозочниот удар за кардиореспираторен третинг и тренинг со отпор кои одговараат на нивните индивидуални цели.
- ❖ Кардиореспираторниот тренинг и тренингот со отпор за пациентите после мозочен удар би требало да ги започне физиотерапевт, со цел пациентите да го продолжат програмот самостојно, којшто се базира на инструкциите на физиотерапевтот.
- ❖ Пациентите со мозочен удар кои самостојно продолжуваат со програмот за вежбање, физиотерапевтот треба да ги снабди со сите неопходни информации околу манипулациите и адаптациите, а таму каде што пациентите би користеле провајдер/техничар за вежбање, тој може да им организира нивниот програм да е безбеден и подготвен според нивните

потреби и цели. Овие информации може да бидат срочени во форма на запишани инструкции, телефонски разговори или во вид на заедничка посета со провајдерот/техничарот и пациентот, во зависност од потребите и можностите на провајдерот/техничарот за вежби и пациентот со мозочен удар.

- ❖ Кажете им на пациентите кои учествуваат во фитнес активности за честите потенцијални проблеми, како што е болка во рамото и советувајте ги да побараат совет за лекување од нивниот матичен лекар или од терапевтот, ако овие проблеми се јават.
- ❖ Рутински не понудувајте имобилизација за рачниот зглоб и за дланката на пациентите кои имаат слабост на горниот екстремитет после мозочен удар.
- ❖ Сметајте на терапија за движење, индуцирана од ограничување, кај пациентите со мозочен удар кои имаат движење на рачниот зглоб до 20 степени во екстензија и до 10 степени на прстите во екстезија. Бидете свесни за потенцијалните негативни случки (како што се паѓања, лошо расположение и замор).
- ❖ Спроведете информации за пациентите со мозочен удар и нивните семејства, односно негуватели, како да се заштитат од болката во рамото или траума на рамото ако тие се со ризик за развивање раменска болка (на пример: ако тие имаат слабост и спастицитет на горен екстремитет).
- ❖ Справете се со раменската болка после мозочниот удар, користејќи соодветно позиционирање и други третмани во согласност со потребите на секој пациент.
- ❖ Понудете обука преку повторување на задачите кај слабост на горниот екстремитет (како што се: дофаќање, зграпчување, покажување, движење и ракување со предмети во зададените функционални задачи) и кај слабост на долниот екстремитет (како што се: преместување од типот седнување - станување, одење и користење на скали).
- ❖ Понудете тренинг со одење на пациентите после мозочен удар кои се во состојба да одат, со или без асистенција, за да им помогнете да изградат издржливост и побрзо да се движат.
- ❖ Сметајте на ортозите глужд - стапало за пациентите кои имаат тешкотии во нестабилната фаза после мозочниот удар (на пример: препнување и

паѓање) и/или во фазата на контролирање на положбата (на пример: истрошеност на коленото и глуждот или хиперекстензија во коленото) што се одразува на одењето.

- ❖ Спроведете окупациска терапија за пациентите после мозочен удар кај кои постои веројатност дека може да имаат корист, за да се справат со тешкотиите при секојдневните лични дневни активности.
 - ❖ Терапијата може да се состои од ресторативни и компензаторни стратегии.
- Ресторативните стратегии може да вклучуваат:
 - Охрабрување на пациентите кои имаат феномен на незапазување за да се служат со страната на која има незапазување.
 - Охрабрување на пациентите со слабост на раката за да ги употребуваат и двете раце.
 - Воспоставување рутина на облекување кај пациентите со слаба концентрација, занемарување или диспраксија, кои доведуваат до неможност за облекување.
 - Компензаторните стратегии може да вклучуваат:
 - Обучување на пациентите да се облекуваат со една рака.
 - Обучување на пациентите да користат справи, како што се помагала за капење и за облекување.
 - ❖ Пациентите кои имаат тешкотии во активностите од секојдневниот живот после мозочниот удар, треба да имаат редовен мониторинг и третман од страна на терапевт за окупациска терапија кој поседува вештини и обука за анализирање и менаџирање на активностите од секојдневниот живот. Третманот треба да продолжи, се додека пациентот не стане стабилен или да е во состојба самостојно да напредува.
 - ❖ Проценете ги пациентите после мозочен удар за нивните потреби за опрема и дали нивните семејства или негуватели имаат потреба од обука за да ја користат опремата. Проценката треба да се спроведе од страна на соодветен квалификуван професионалец. Опремата може да вклучува: дигалки, дигалки за столици и мали помагала од типот на долги рачки од сунѓер.
 - ❖ Осигурајте дека соодветната опрема е спроведена и е достапна за користење на пациентите после мозочен удар кога тие од болница се

трансферирани во кој било начин на сместување (вклучувајќи ги и домовите за грижа).

- ❖ Спроведете информации, така што пациентите после мозочниот удар се во можност да го препознаваат развивањето на компликациите од мозочниот удар, како што се чести паѓања, спастицитет, рамена болка и инконтиненција.
- ❖ Охрабрете ги пациентите да се фокусираат на живеењето после мозочниот удар и помогнете им во постигнувањето на целите. Ова може да вклучува:
 - Олеснување на нивното учество во активностите во заедницата, како што е купување, граѓански ангажман, спортови и занимања во слободно време, посетување на омилените места и во здруженијата кои даваат поддршка после мозочниот удар.
 - Поддршка на пациентите во општествени улоги, како што се работење, едуцирање, волонтирање, забава и сексуални релации.
 - ❖ Прегледајте ги потребите за здравствена и за социјална заштита/грижа на пациентите после мозочен удар и потребите на нивните негуватели по 6 месеци, а потоа годишно.

VII ЛИТЕРАТУРА

1. Петрова В. Основни принципи на современата неврологија. Скопје: Просветно Дело, 2002.
2. Warlow CP. Epidemiology of stroke. Edinburgh: Lancet, 1997.
3. Chemerinski E, Robinson RG, Kosier JT. Improved recovery in activities of daily living associated with remission of poststroke depression. Stroke 2001.
4. Murray E. Brandstater. Stroke Rehabilitation. In: Joel A. Delisa, Bruce M. Gans eds. Physical Medicine & Rehabilitation. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005.
5. Demarin V. Emerging strategies in the prevention and diagnosis of stroke. Zagreb: Acta clin Croat, 1997.
6. World Health Organisation. Cerebrovascular Disorders. Geneva: (Offset Publications), 1978.
7. Kwakkel G, Kollen BJ, van der GJ, Prevo AJ. Probability of regaining dexterity in the flaccid upper limb: impact of severity of paresis and time since onset in acute stroke. Stroke 2003.
8. Artur C. Guyton i John E. Hall. Medicinska Fiziologija – Udzbenik, Zagreb: Medicinska Naklada, 2006.
9. Lang CE, MacDonald JR, Reisman DS, et al. Observation of amounts of movement practice provided during stroke rehabilitation. Arch Phys Med Rehabil 2009.
10. Laver KE, George S, Thomas S, Deutsch JE, Crotty M. Virtual reality for stroke rehabilitation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011.
11. Levy RM, Harvey RL, Kissela BM, Winstein CJ, Lutsep HL, Parrish TB, Cramer SC, Venkatesan L. Epidural Electrical Stimulation for Stroke Rehabilitation: Results of the Prospective, Multicenter, Randomized, Single-Blinded Everest Trial. Neurorehabil Neural Repair 2016.
12. Li J, Meng XM, Li RY, Zhang R, Zhang Z, Du YF. Effects of different frequencies of repetitive transcranial magnetic stimulation on the recovery of upper limb motor dysfunction in patients with subacute cerebral infarction. Neural regeneration research 2016.

13. MacLellan CL, Keough MB, Granter-Button S, Chernenko GA, Butt S, Corbett DA, Critical threshold of rehabilitation involving brain-derived neurotropic factor is required for post-stroke recovery. *Neurorehabil Neural Repair* 2011.
14. Krstić S. *Neurologija*. Beograd: Defektoloski fakultet, 1990.
15. Xavier AR, Qureshi AI, Kirmani JF, Yahia AM, Bakshi R. Neuroimaging of stroke. Buffalo: a review. *South Med J.*, 2003.
16. Demarin V, Trkanjec Z. *Neurovaskularne bolesti i moždani udar*. Zagreb: Medicinska naklada, 2008.
17. Morris JH, van WF, Joice S, Ogston SA, Cole I, MacWalter RS. A comparison of bilateral and unilateral upper-limb task training in early poststroke rehabilitation: a randomized controlled trial. *Arch Phys Med Rehabil* 2008.
18. Morris JH, Van WF. Responses of the less affected arm to bilateral upper limb task training in early rehabilitation after stroke: A randomized controlled trial. *Arch Phys Med Rehabil* 2012.
19. Radojčić B. *Klinicka neurologija*. Beograd: Elit - Medica, 2003.
20. Поповски А. Ургентна Неврологија. Скопје: НИП Студентски Збор, 1993.
21. Mediatelly, МКБ-10, *Hemiplegija*. [online 27.12.2015], [cited 2017 May 1st]
URL:<https://mediatelly.co/hr/icd/G00-G99/set/G80-G83/cls/G81/hemiplegija>
22. Moskowitz, H., Goodman, C. R., Smith, E., Balthazar, E., Mellins, H. Z. Hemiplegic shoulder. *New York state journal of medicine*, 2018.
23. Угриновски Ј. *Практична неврохирургија*. Скопје: Култура, 1999.
24. Muresanu DF, Heiss WD, Hoemberg V, Bajenaru O, Popescu CD, Vester JC, Rahlfs VW, Doppler E, Meier D, Moessler H, Guekht A. Cerebrolysin and Recovery After Stroke (CARS): A Randomized, Placebo-Controlled, Double-Blind, Multicenter Trial. *Stroke* 2016.

25. Prabhakaran S, Zarahn E, Riley C, Speizer A, Chong JY, Lazar RM, Marshall RS, Krakauer JW. Inter-individual variability in the capacity for motor recovery after ischemic stroke. *Neurorehabil Neural Repair*. 2008.
26. Vargek-Solter V, Demarin V, Rundek T. Prognostic evaluation of the acute stroke. Zagreb: Period Biolog, 1995.
27. Richardson M, Campbell N, Allen L, Meyer M, Teasell R. The stroke impact scale: performance as a quality of life measure in a community-based stroke rehabilitation setting. *Disability and rehabilitation* 2017.
28. Xavier AR, Qureshi AI, Kirmani JF, Yahia AM, Bakshi R. Neuroimaging of stroke. NY, Buffalo: a review. *South Med J*. 2003.
29. Safaz I, Ylmaz B, Yasar E, Alaca R. Brunnstrom recovery stage and motricity index for the evaluation of upper extremity in stroke: analysis for correlation and responsiveness. *International Journal of Rehabilitation Research* 2009.
30. Sanford J, Moreland J, Swanson LR, Stratford PW, Gowland C. Reliability of the Fugl-Meyer assessment for testing motor performance in patients following stroke. *Physical therapy* 1993.
31. Mayo Clinic, Symptoms and causes, *Stroke*. [online 12.05.2016], [cited 2017 March 31st]
URL:<https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/stroke/symptoms-causes/syc-20350113>
32. Поповски А. Неврологија. Скопје: Просветно Дело, 1995.
33. Senelick RC, Rossi PW, Dougherty K. *Living with Stroke - A Guide For Families*. Chicago: Contemporary Books; 1994.
34. Feigin VL et al. *Stroke epidemiology*. Auckland: Lancet Neurol, 2003.
35. Simondson JA, Goldie P, Greenwood KM. The mobility scale for acute stroke patients: concurrent validity. *Clinical rehabilitation* 2003.
36. Stinear C, Barber P, Petoe M, Anwar S, Byblow W. The PREP algorithm predicts potential for upper limb recovery after stroke. *Brain* 2012.
37. Stinear C, Barber P, Smale P, Coxon J, Fleming M, Byblow W. Functional potential in chronic stroke patients depends on corticospinal tract integrity. *Brain* 2007.
38. Demarin V, Lovrenčić-Huzjan A, Šerić V, Vargek-Solter V, Trkanjec Z, Vuković V, Lupret V, Kalousek M, DeSyo D, Kadojić D, Lušić I, Dikanović

- M, Vitas M. Recommendations for stroke management. Zagreb: Acta Clin Croat, 2001.
39. Rossi PW. Neurological Rehabilitation. New York: Demons Publications, 1992.
40. Roth EJ. Medical complication encountered in stroke rehabilitation. Phys Med Rehabil Clin North. Am. 1991.
41. American Stroke Association, Post-Stroke Rehabilitation, *Life After Stroke*. [online 22.11.2016], [cited 2017 October 23rd]
URL:http://www.strokeassociation.org/STROKEORG/LifeAfterStroke/RegainIndependence/PhysicalChallenges/Post-Stroke-Rehabilitation_UCM_310447_Article.jsp
42. University of Michigan, Stroke Rehabilitation, *Michigan Medicine*. [online 2.10.2016], [cited 2017 May 1st]
URL:<http://www.uofmhealth.org/conditions-treatments/stroke-rehabilitation>
43. The Ohio State University, Stroke Rehabilitation Program, *Wexner Medical Center*. [online 15.02.2016], [cited 2017 September 21st]
URL:<https://wexnermedical.osu.edu/physical-therapy-rehabilitation/stroke-rehabilitation-program>
44. Villán-Villán MA, Pérez-Rodríguez R, Martín C, Sánchez-González P, Soriano I, Opisso E, Hernando ME, Tormos JM, Medina J, Gómez EJ. Objective motor assessment for personalized rehabilitation of upper extremity in brain injury patients. *NeuroRehabilitation* 2018.
45. Bogousslavsky J (ed). Stroke prevention by the practitioner. *Cerebrovasc Dis* 1999.
46. Veerbeek JM, van Wegen E, van Peppen R, van der Wees PJ, Hendriks E, Rietberg M, Kwakkel G. What is the evidence for physical therapy poststroke? A systematic review and meta-analysis. *PloS one* 2014.
47. Wagenaar RC, Meijer OG. Effects of stroke rehabilitation (1 and 2): A critical review of the literature. *J Rehabil Sci*, 1991.
48. Whittall J, Waller SM, Sorkin JD, Forrester LW, Macko RF, Hanley DF, Goldberg AP, Luft A. Bilateral and unilateral arm training improve motor function through differing neuroplastic mechanisms: a singleblinded randomized controlled trial. *Neurorehabil. Neural Repair* 2011.

49. Wolf SL, Winstein CJ, Miller JP, Taub E, Uswatte G, Morris D, Giuliani C, Light KE, Nichols- Wolf SL., Sahu K, Bay RC et al. The HAAPI (Home Arm Assistance Progression Initiative) trial: a novel robotics delivery approach in stroke rehabilitation. *Neurorehabil and Neural Repair* 2015.
50. National Stroke Association, *Rehabilitation Therapy after a Stroke, Hope After Stroke*.
[online 19.12.2015], [cited 2017 June 3rd]
URL:<http://www.stroke.org/we-can-help/stroke-survivors/just-experienced-stroke/rehabilitation>
51. Yavuzer G, Selles R, Sezer N, Sutbeyaz S, Bussmann JB, Koseoglu F, Atay MB, Stam HJ. Mirror therapy improves hand function in subacute stroke: a randomized controlled trial. *Arch Phys Med Rehabil* 2008.
52. Фиџорска Д. Денови по мозочен удар - рехабилитација. Штип: „2-ри Август”, 2006.
53. Small SL. The future of aphasia treatment. Chicago: *Brain and Language*, 2000.
54. Vladislavljevic S. Afazije i razvojne disfazije. Naucna knjiga, Beograd, 2013.
55. Vukovic M. Afaziologija. SO Publik, Beograd, 2012.
56. Vuletic D. Afazija logopedsko lingvistički pristup. Školska knjiga, Zagreb, 2016.
57. Krstic S. Neurologija. Defektološki fakultet, Beograd, 2017.
58. Matic M. Logopedija. Zavod za izdanje udzbenika SRS, Beograd, 2018.
59. Lurija A. Jezik i svest. Zavod za udzbenike i nastavna sredstva, Beograd, 2020.
60. Schuell H. et al., *Aphasia in Adults*. Hoeber Medical Division, N.Y., 2014.
61. Engelter ST, Gostzniski M, Papa S, Frein M, Born C, Gutzwiller F, Lrzler PA. Epidemiology of aphasia attributable to first ischemic stroke, 2006.
62. Golubovic S, Kašic Z. Segmentna i suprasegmentna organizovanost govora i poremećaj fluentnosti, BIG štampa, Beograd, 2010.
63. Brajovic C, Brajovic Lj. Rehabilitacija poremećaja funkcije govora - Metoda svesna sinteza razvoja, Beograd, 2011.
64. Vladislavljevic S. Poremećaji izgovora. – Beograd, Privredni pregled, 2008
65. Shadden BB; Agan JP; *The Social Context of Aphasia Support Groups* Edinburgh, 2003.
66. Finlayson, M, Edwards, J. Occupational therapy and health promotion.

- Centrefold: A natural partnership, 1992.
67. Altenmuller E, Marco-Pallares J, Munte TF, Schneider S. Neural reorganization underlies improvement in stroke-induced motor dysfunction by music-supported therapy. *Ann NY Acad Sci* 2009.
 68. Law, M., Cooper, B., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P., Letts, L. *The Person-Environment-Occupation*. Toronto: Canadian Journal of Occupational Therapy, 1996.
 69. Townsend E., Brintnell S., Staisey N. Developing guidelines for client-centred occupational therapy practice. Toronto: Canadian Journal of Occupational Therapy. 1990.
 70. Ashford S, Slade M, Malaprade F, Turner-Stokes L. Evaluation of functional outcome measures for the hemiparetic upper limb: a systematic review. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 2008.
 71. Lorraine Williams Pedretti, Ms, OTR; Mary Beth Early Ms, OTR/L *Occupational Therapy, Practice Skills for Physical Dysfunction*, 2001.
 72. Slobodan Nikolić, *Osnovi radne terapije*, Beograd: Naucna Knjiga, 1999.
 73. Coupard F, Pollock A, Van Wijck F, Morris J, Langhorne P. Simultaneous bilateral training for improving arm function after stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2010.
 74. Graef P, Michaelsen SM, Dadalt ML, Rodrigues DA, Pereira F, Pagnussat AS. Effects of functional and analytical strength training on upper-extremity activity after stroke: a randomized controlled trial. *Brazilian journal of physical therapy* 2016.
 75. Trombly CA: *Activities of daily living*, Baltimore: Publications, 1983.
 76. Granger CV, Deutsch A, Linn RT. Rasch analysis of the Functional Independence Measure (FIM™) mastery test. *Archives of physical medicine and rehabilitation*. 1998.
 77. Kim E, Kim K. Effect of purposeful action observation on upper extremity function in stroke patients. *Journal of physical therapy science*. 2015.
 78. Head J, Patterson: *Performance context and its role in treatment planing*, 1997.
 79. Poole JL, Whitney SL. Assessments of motor function post stroke: A review. *Physical and Occupational Therapy in Geriatrics* 2001.
 80. Schweighofer N, Han CE, Wolf SL, Arbib MA, Winstein CJ. A functional threshold for long term use of hand and arm function can be determined:

- Predictions from a computational model and supporting data from the Extremity Constraint-Induced Therapy Evaluation (EXCITE) Trial. *Phys Ther* 2009.
81. Spackman, Occupational therapy for restoration of physical function, New York: Health Publications, 1987.
 82. Taub E, Morris DM. Constraint-induced movement therapy to enhance recovery after stroke. *Current atherosclerosis reports*. 2001.
 83. Demarin V. *Mozdani udar-vodic za bolesnike i njihove obitelji*. Zagreb: Belupo, 2010.
 84. Taub E, Uswatte G, Pidikiti R. Constraint-Induced Movement Therapy: a new family of techniques with broad application to physical rehabilitation--a clinical review. *J Rehabil Res Dev* 1999.
 85. Ward NS, Brander F, Kelly K. Intensive upper limb neurorehabilitation in chronic stroke: outcomes from the Queen Square programme. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2019.
 86. Whittall J, McCombe WS, Silver KH, Macko RF. Repetitive bilateral arm training with rhythmic auditory cueing improves motor function in chronic hemiparetic stroke. *Stroke* 2000.
 87. Eng JJ, Reime B. Exercise for depressive symptoms in stroke patients. [Clin Rehabil, 2014.](#)
 88. Wilson JL, Hareendran A, Grant M, Baird T, Schulz UG, Muir KW, Bone I. Improving the assessment of outcomes in stroke: use of a structured interview to assign grades on the modified Rankin Scale. *Stroke* 2002.
 89. Irmo Marini, Mark A. Stebnicki, *The Psychological and Social Impact of Illness and Disability*, New York: Springer Publishing Company, 2016.
 90. Yang SY, Lin CY, Lee YC, Chang JH. The Canadian occupational performance measure for patients with stroke: a systematic review. *Journal of Physical Therapy Science*. 2017.
 91. Vilia T., Michael T. Hartley, *The Professional Practice of Rehabilitation Counseling*, New York: Springer Publishing Company, 2017.
 92. Suzanne Robitaille. "The Illustrated Guide to Assistive Technology and Device". Demos Medical Publishing. New York. 2010.
 93. Scherer, M. J. "Educational and Assistive Technology for People with Disabilities". American Psychological Association (APA) Books. Washington,

- DC. 2004.
94. Anson, D., George, S., Galup, R., Shea, B., Vetter, R. "Efficiency of the Chubon versus the QWERTY keyboard". Assistive-Technology. 2001.
 95. Behrmann, M., Schaff, J. "Assisting educators with assistive technology" Children and Families. 2001.
 96. Cook, A., Hussey, S. "Assistive Technologies —Principles and Practice (2nd ed.)". Mosby. 2002.
 97. Wittich W, Nadon C. The Purdue Pegboard test: normative data for older adults with low vision. Disability and Rehabilitation: Assistive Technology 2017.
 98. Виктор Манчев. "Пристапна Технологија: Водич за едукатори". Отворете ги прозорците. Скопје. 2010.
 99. Demarin V, Lovrenčić-Huzjan A, Šerić V, Vargek-Solter V, Trkanjec Z, Vuković V, Lupret V, Kalousek M, DeSyo D, Kadojić D, Lušić I, Dikanović M, Vitas M. Preporuke za zbrinjavanje bolesnika s moždanim udarom. Prvi dio: Organizacija skrbi za bolesnike s moždanim udarom, liječenje moždanog udara i neurorehabilitacija. Zagreb: Liječ Vjesn, 2003.
 100. Carr J, Shepherd R. Neurological Rehabilitation, Optimizing Motor Performance. Oxford: Butterworth-Heinemann, 1998.
 101. Wade DT. Measurement in Neurological Rehabilitation. Oxford: Oxford University Press, 2003.
 102. European Ad Hoc Consensus Group. European strategies for early intervention in stroke. Cerebrovasc Dis, 1996.
 103. Schuell H. et al. Aphasia in Adults. Hoeber Medical Division, N.Z., 1984.
 104. Engelter ST, Gostznski M, Papa S, Frein M, Born C, Gutzjiler F, Lzrer PA. Epidemiology of aphasia attributable to first ischemic stroke, 2006.
 105. Roth WG, Winters C, Van Wegen EE, Nijland RH, Van Kuijk AA, Visser-Meily A, De Groot J, De Vlught E, Arendzen JH, Geurts AC, Meskers CG. Effects of unilateral upper limb training in two distinct prognostic groups early after stroke: the EXPLICIT-stroke randomized clinical trial. Seattle, WA: Neurorehabilitation and neural repair, 2019.

VIII ПРИЛОЗИ

АНКЕТЕН ЛИСТ

(за лица со мозочен удар)

Анкетата се спроведува како дел од магистерски труд на тема: “Примена на ран рехабилитациски третман како можност за намалување на инвалидноста кај лица после мозочен удар“ од страна на магистрант на студиската програма Специјална едукација и рехабилитација насока Моторни нарушувања на Филозофскиот факултет при Универзитетот “Св. Кирил и Методиј“ - Скопје.

ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ:

Испитаник : _____; Возраст : _____; Пол : _____;

Брачна состојба : _____; Образование : _____;

Пациент отпочнат со ран рехабилитациски третман _____ [__]

Пациент кој не е отпочнат со ран рехабилитациски третман _____ [__]

АНКЕТЕН ПРАШАЛНИК:

(Одговорите кои ќе бидат дадени доле се однесуваат за евалуацијата на степенот на функционалната независност на пациентот сега)

I. Лична хигиена:

1. Потребна е помош во сите аспекти на личната хигиена?

- а) Да
- б) Делумно
- в) Не

2. Потребна е извесна помош во еден или повеќе аспекти на хигиената?

- а) Да
- б) Делумно
- в) Не

3. Потребна е миимална помош пред и /или по самата лична хигиена?

- а) Да
- б) Делумно
- в) Не

4. Може да ги измие рацете, лицето и забите, да се исчешла и избричи?

- а) Да
- б) Делумно
- в) Не

II. Капење:

5. Помош потребна во секој дел од капењето?

- а) Да
- б) Делумно
- в) Не

6. Потребна е помош при доаѓањето до кадата/тушот или во миењето или бришењето?

- а) Да
- б) Делумно
- в) Не

7. Може да се измие или истушира без туѓа помош?

- а) Да
- б) Делумно
- в) Не

III. Хранење

8. Потполно е зависен во сите аспекти на хранењето?

- а) Да
- б) Делумно
- в) Не

9. Сам работи со средства за јадење/лажица, со помагање за време на јадењето?

- а) Да
- б) Делумно
- в) Не

10. Се храни со надзор, потребна е помош во ставањето на млеко, шеќер, сол, при мачкањето на леб пренесувањето на чинијата и сл.?

- а) Да
- б) Делумно
- в) Не

11. Самостоен е во хранењето, освен можеби при сечкањето на месо, отворање на шише кога присутноста на друго лице е неопходна?

- а) Да
- б) Делумно
- в) Не

12. Може сам да се нахрани, така што некој ќе ја стави храната до негов дофат, може сам да сече, да мачка на леб и сл.?

- а) Да
- б) Делумно
- в) Не

IV. Тоалет

13. Потребна е помош при користење на тоалетот?

- а) Да
- б) Делумно
- в) Не

14. Потребна е помош во облекувањето, трансферот или миењето на раце?

- а) Да
- б) Делумно
- в) Не

15. Потребен е надзор поради сигурност, може да се користи и гуска во текот на ноќта, но, сепак, е потребна помош?

- а) Да
- б) Делумно
- в) Не

16. Може да дојде и да се симне од WC, да ја закопча или откопча облеката, да го спречи мокрењето на облеката, да користи тоалетна хартија?

- а) Да
- б) Делумно
- в) Не

V. Качување по скали

17. Не може сам да се качува по скали?

- а) Да
- б) Делумно
- в) Не

18. Потребна е помош (вклучувајќи и помагала за одење)?

- а) Да
- б) Делумно
- в) Не

19. Може да оди по скалите и помагалата да ги носи сам?

- а) Да
- б) Делумно
- в) Не

VI. Облекување

20. Зависен е од сите аспекти на облекувањето и не може сам да учествува?

- а) Да
- б) Делумно
- в) Не

21. Потребна е помош во облекувањето и соблекувањето на секоја облека?

- а) Да
- б) Делумно
- в) Не

22. Може самостјно да се облече да ја закопча облеката да облече чевли итн.?

- а) Да
- б) Делумно
- в) Не

VII. Контрола на столицата

23. Потребна е помош за да се постави во вистинската положба?

- а) Да
- б) Делумно
- в) Не

24. Ја контролира столицата и нема незгоди, може да користи супозитории и други средства за опстипација?

- а) Да
- б) Делумно
- в) Не

VIII. Контрола при мокрењето

25. Инконтинентен, помага при аплицирањето на надворешни или внатрешни помагала?

- а) Да
- б) Делумно
- в) Не

26. Во текот на денот не е потребна целосна помош, но во текот на ноќта се потребни помагала?

- а) Да
- б) Делумно
- в) Не

27. Може да го контролира мочниот меур, или е самостоен со внатрешните или надворешните помагала?

- а) Да
- б) Делумно
- в) Не

IX. Трансфер стол – кревет

28. Може да учествува во трансферот, но со максимална помош на едното лице?

- а) Да
- б) Делумно
- в) Не

29. Трансферот бара помош од друга особа во секој аспект?

- а) Да
- б) Делумно
- в) Не

30. Сигурно може да дојде до креветот со/без количка, да ги постави кочниците, да премине праг, да седне и легне на креветот, да ја заврти количката и да седне во неа?

- а) Да
- б) Делумно
- в) Не

X. Подвижност

31. Зависен е во подвижноста?

- а) Да
- б) Делумно
- в) Не

32. Потребна е постојана присутност од еден или повеќе помошници?

- а) Да
- б) Делумно
- в) Не

33. Самостоен е во движењето?

- а) Да
- б) Делумно
- в) Не

XI. Подвижност со количка

34. Зависен е од подвижна количка?

- а) Да
- б) Делумно
- в) Не

35. Неопхоно е присуство на едно лице и постојана помош при манипулирање на количката до стол или кревет?

- а) Да
- б) Делумно
- в) Не

36. Може сам да ја турка до одредена далечина на однапред припремен терен, можна е потреба од минимална помош?

- а) Да
- б) Делумно
- в) Не

37. Може сам да оди со количката околу кошињата, да се заврти во круг, да дојде до столот, креветот или тоалетот, и може да ја турка количката барем 50м самостојно?

- а) Да
- б) Делумно
- в) Не

XII. Разбирање

38. Дали ги препознава броевите?

- а) Да
- б) Делумно
- в) Не

XIII. Изразување

39. Дали постојат граматички неправилности во говорот?

- а) Да
- б) Делумно
- в) Не

40. Дали пишува реченици, писмо?

- а) Да
- б) Делумно
- в) Не

41. Дали знае едноставни математички операции?

- а) Да
- б) Делумно
- в) Не

XIV. Социјален контакт

42. Дали нивото на будност кај пациентот задоволува?

- а) Да
- б) Делумно
- в) Не

43. Дали пациентот разбира што му се говори?

- а) Да
- б) Делумно
- в) Не

44. Дали пациентот може говорно целосно да ги изрази своите потреби?

- а) Да
- б) Делумно
- в) Не

XV. Решавање на проблем

45. Дали ја знае вредноста на парите?

- а) Да
- б) Делумно
- в) Не

46. Дали знае да се соочува со проблемите?

- а) Да
- б) Делумно
- в) Не

47. Дали може да чита весник?

- а) Да
- б) Делумно
- в) Не

XVI. Паметење

48. Дали ги повторува зборовите на другите луѓе?

- а) Да
- б) Делумно
- в) Не

49. Дали знае колку е часот?

- а) Да
- б) Делумно
- в) Не

50. Дали може самостојно да го пишува своето име и презиме?

- а) Да
- б) Делумно
- в) Не