

Снежана НИКОЛИЋ
Данијела ИЛИЋ-СТОШОВИЋ
Санела ПАЦИЋ
Мариенка ЗОЛЊАН

Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију, Београд

КВАЛИТЕТ ЖИВОТА ОСОБА СА СПАСТИЦИТЕТОМ

Само појединац може да одреди лично значење квалитета живота, јер је то субјективан појам који нема универзално значење. Постоје многобројни фактори који могу да наруше квалитет живота, а један од тих фактора су свакако дуготрајне последице хроничних болести и стања. Једно такво стање је спастицитет. Јак спастицитет утиче на многе аспекте рехабилитационог третмана и отежава независност у бројним ситуацијама свакодневног живота. Спастицитет мења живот особе, али свака особа има сопствени доживљај једног истог стања или болести, јер су околности и услови живота различити за сваког појединца.

Циљ рада је да утврдимо у којој мери спастицитет утиче на квалитет живота оболеле особе, кроз способност обављања свакодневних активности. Истраживање је спроведено на узорку од 30 пацијената, који су у тренутку истраживања били стационарани на Клиници за рехабилитацију „Др Мирослав Зотовић“ у Београду. За потребе истраживања коришћена је Скала за процену животних навика (Fougeyrollas P, et all., 1999), део који се односи на свакодневне активности.

Анализом добијених резултата заључујемо да особе са спастицитетом отежано функционишу у свим испитаним областима, са посебним нагласком на способност кретања (покретљивост) и област одговорности, а најмање потошкоћа показују у комуникацији. На квалитет њиховог живота утиче дијагноза и време протекло од настанка болести.

КЉУЧНЕ РЕЧИ: квалитет живота, спастицитет, свакодневне активности.

УВОД

Међународна класификација оштећења, инвалидности и хендикепа Светске здравствене организације (ICDH, СЗО, 1980) суштину биомедицинског модела фокусира на етиологију, патологију и манифестацију болести или повреда, а пружање помоћи се односи на лечење и медицинску рехабилитацију. Квебешка класификација (Fougeyrollas P, Cloutier R, Bergeron H, Cote J, St Michel G., 1999) се надовезује на ову класификацију, са циљем да је унапреди кроз истраживања, сарадњу светских стручњака и организација које се баве развијањем усклађене терминологије и унапређивањем разумевања последица болести и траума. „Крајем 80-тих на Квебешким међународним сусретима, на тему Међународне класификације оштећења, инвалидности и хендикепа, предложено је уважавање срединских, социјалних и физичких димензија препрека са којима се суочавају особе са оштећењима и инвалидитетом, при реализацији социјалне интеграције” (Ђурђевић А., 2008, стр.22). Почетком 90-тих година, СЗО признаје значај интеракције особе и њеног окружења у настајању ситуације хендикепа.

Међутим, дуготрајне последице хроничних болести и стања захтевају помоћ која би омогућила примену стратегија за квалитетнији и подношљивији живот оболеле особе. Спастицитет, као такав, је „моторни поремећај који се карактерише од брзине зависним повећањем у тоничном рефлексу истезања (мишићном тонусу), са повишеним тивним одговором, који је резултат хиперексцитабилитета рефлекса истезања. Синдром горњег моторног неурона (Sy GMN) укључује позитивне симптоме: повишен рефлекс истезања – спастицитет и ослобођен флексорни рефлекс у доњим екстремитетима, и негативне симптоме: губитак спретности и слабост, а поремећаји који га изазивају су: церебрална парализа, мултипла склероза, трауматска оштећања мозга, мождани удар, оштећења кичмене мождине и неуродегенеративне болести” (Стефановић Д., 2002, стр. 45). У литератури се наводе две клиничке форме спастицитета: спинална и церебрална. **Церебралну форму (којом се бавимо у овом раду) карактерише:** повишена ексцитабилност моно-синаптичких путева; брза изградња рефлексне активности; везаност између прекомерне активности у антигравитационим мишићима и развитка хемиплегичке постуре (аддукција рамена и лакта, флексија ручног зглоба на горњем екстремитету, аддукција кука, екстензија колена и плантарна флексија скочног зглоба, који рефлектују екстензију у постури у доњем екстремитету). Сматра се да "хемиплегична постура", која се често јавља као последица спастицитета, потиче од повишене активности мотоневрона у антигравитационим мишићима.

ма, а то су флексори у горњим екстремитетима и екстензори у доњим екстремитетима, када пацијент стоји усправно, насупрот гравитацији (Стефановић Д., 2002). Спастицитет се постепено појачава у току првих шест месеци и обично достиже врхунац унутар годину дана од повреде. Спастицитет појачавају многи спољашњи и унутрашњи стимулуси, укључујући промене положаја, кутане стимулације, спољашња температура, уска одећа, камен у мокраћној бешици или бубрегу, фекалне импакције, запушење катетера, уринарне инфекције, декубиталне улцерације и емоционални стрес. Интензитет спастицитета варира.

Јак спастицитет утиче на многе аспекте рехабилитационог третмана и отежава независност у бројним ситуацијама свакодневног живота. Спастицитет мења живот особе, али треба истаћи да свако има сопствени доживљај једног истог стања или болести, јер су околности и услови живота различити за сваког појединца.

Када се ради о квалитету живота постоје различите интерпретације, одређења и описи појма квалитет живота. „Што се тиче семантичког значења, реч „квалитет“ нас подстиче да размишљамо о позитивним вредностима, као што су срећа, успех, богатство, здравље и задовољство. Реч „живљење“ показује да се концепт односи на средишње аспекте људског постојања. Полазишта у дефинисању могу бити врло различита, с обзиром на то говори ли се о квалитету живота само у контексту „смисла живота“, о квалитету живота у одређеном друштву, о квалитету живота одређене групације особа или пак појединца“ (Братковић Д., 2006, стр. 101). Квалитет живота је, по природи, субјективан појам који нема универзално значење и само појединац може да одреди лично значење квалитета живота. Концепт квалитета живота према Ђурђевић (2008), чини подручје мултидимензионалности, субјективности и динамична суштина. Према дефиницији Светске здравствене организације (WHO-QOL Group, 1995, стр. 41), „квалитет живота је индивидуална перцепција животне позиције, у контексту културе и система вредности у коме појединац живи и односи се на његове циљеве, очекивања, стандарде и интересовања“ .

Према Братковић (2006):

- Квалитет живота није нешто што особа једноставно поседује или добија, већ креира заједно са другима;
- Квалитет живота је дискрепанца између остварених и незадовољених потреба и жеља појединца (што је већа несразмерност, лошији је квалитет живота);
- Квалитет живота је остварен када су задовољене основне потребе особе и када особа има могућност да оствари своје циљеве и могућности у важним животним подручјима;

- Квалитет живота подразумева корак у коме појединац остварује контролу над властитим животом или да...“живљење доброг живота значи да је неко у могућности да одреди смер свог живота и креира своје постојање на основу сопствених тежњи, жеља и потреба” (Холм и др., 1994, стр. 10).

Квалитет живота се може посматрати кроз остварење животних навика. „Животна навика је свакодневна активност или друштвена улога коју особа или њен друштвено-културни контекст вреднују у зависности од својства саме особе (старост, пол, друштвено културни идентитет). Она омогућава опстанак и развој особе у друштву током читавог њеног постојања” (Ђурђевић А., 2008, стр.30). Према Квебешкој класификацији („Assessment of life habits, Life-H”, Fougeyrollas P., Noreau L., Bergeron H. i sar. 1998), у животне навике спадају: *свакодневне активности*: исхрана, општа физичка способност, лична хигијена, комуникације, становање, покретљивост – кретање, и *социјалне улоге*: одговорности, међуљудски односи, живот у заједници, образовање, запослење, и остале навике.

ЦИЉ ИСТРАЖИВАЊА

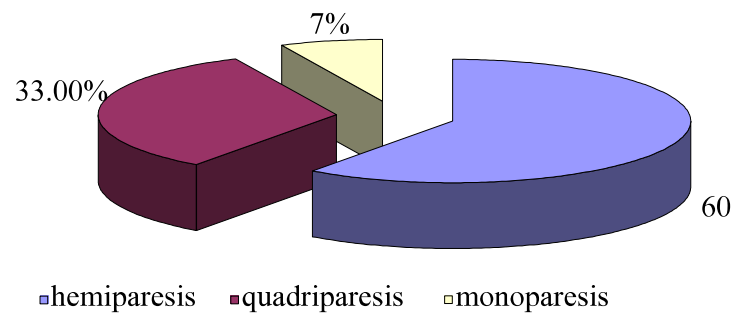
Циљ овог истраживања је да се утврди квалитет живота особа са спастицитетом, испитујући способност реализације свакодневних активности, кроз процену нивоа потешкоћа у реализацији свакодневних активности и степена задовољства оствареним свакодневним активностима и потребну врсту помоћи у њиховом остварењу.

МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЊА

Опис истраживачког узорка

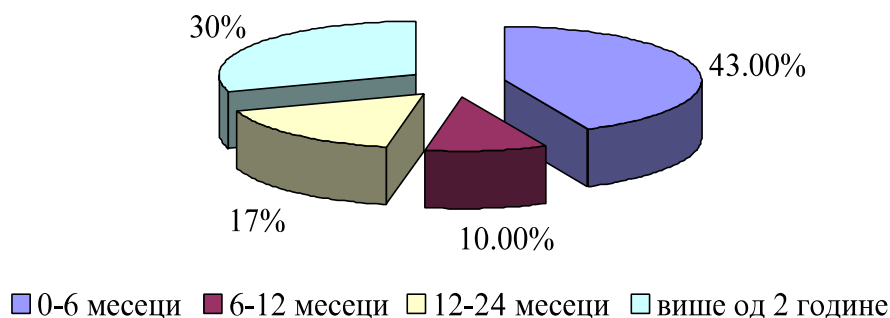
Истраживање је спроведено на узорку од 30 испитаника са церебралним спастицитетом, који су у тренутку истраживања били стационарирани на Клиници за рехабилитацију „Др Мирослав Зотовић“ у Београду. Истраживање је спроведено у периоду фебруар-мај 2009. године.

Узорак обухвата испитанике оба пола, од тога 12 мушкараца (40%) и 18 жена (60%).



Графикон 1: Дистрибуција испитаника према дијагнози

Дистрибуција испитаника према дијагнози (приказана на графико-ну 1), показује да је највише заступљено стање хемипарезе (18 испитаника или 60% укупног узорка), затим квадрипарезе, која је дијагностикована код 10 испитаника (33%) и монопарезе, утврђене код 2 испитаника (7% укупног узорка).



Графикон 2: Дистрибуција испитаника према дужини трајања болести

Испитаници су према времену протеклом од настанка болести, као независне варијабле (приказано на графико-ну 2), за потребе овог истраживања, подељени у 4 категорије: 13 испитаника (43%) спада у прву категорију, која представља дужину трајања болести од 0 -6 месеци, 3 испитаника (10%) спада у другу категорију (6 -12 месеци), 5 испитаника (17%) спада у трећу (12-24 месеца) и 9 испитаника (30%) спада у четврту категорију која приказује дужину трајања болести преко 2 године.

Инструменти и методе

За потребе истраживања коришћена је скала процене животних навика (Fougeyrollas P, et all., 1999), део који се односи на свакодневне активности. Састоји се од 33 питања подељених у 6 области: исхрана, општа физичка способност, лична хигијена, комуникације, становање и покретљивост. Свака област се процењује кроз следеће аспекте:

- *исхрана* – навике везане за потрошњу хране (режим исхране, припремање намирница и узимање оброка);
- *општа физичка способност – стање тела* – навике везане за добру форму тела и духа (одмор, физичка кондиција и духовно стање);
- *лична хигијена* – навике везане за телесну добробит особе (нега тела, хигијена излучивања, облачење, здравствена нега);
- *комуникације* – навике особе везане за размену информација са другим особама или групама (сигнализација, усмена и телесна комуникација, писмена комуникација, телекомуникације);
- *становање* – навике особе везане за њен стамбени простор (избор и уређење стамбеног простора, одржавање стана, коришћење намештаја и друге кућне опреме);
- *покретљивост – кретање* – навике везане за кретање на мањим и великим раздаљинама, са или без превозног средства (ограничено кретање, превоз).

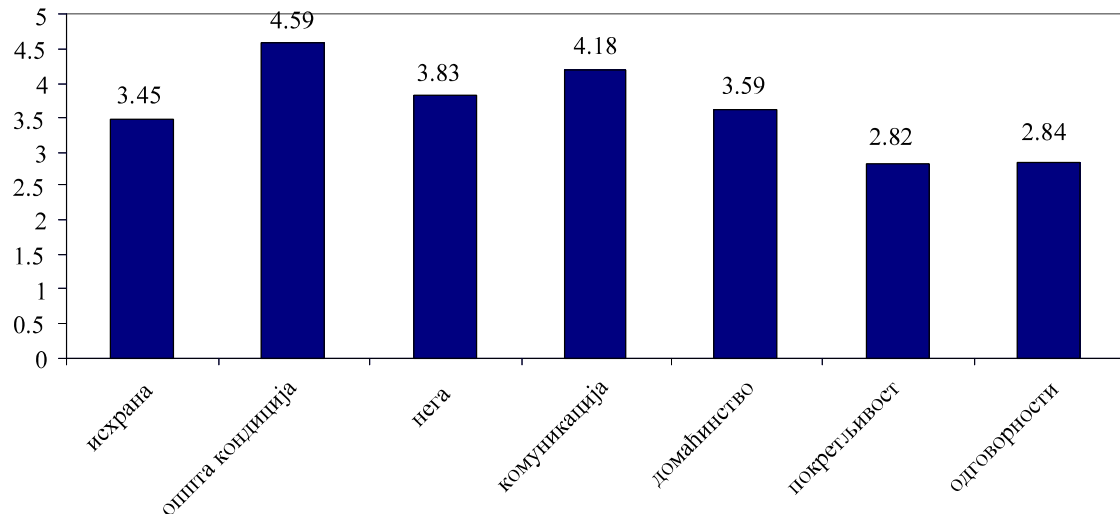
Свака област се процењује са два аспекта:

1. како особа реализује свакодневну активност и која врста помоћи је потребна за ту реализацију (оцењивање је вршено оценом 1 (најлошија) до 5 (најбоља реализација, без додатне помоћи) и

2. степен задовољства оствареном навиком (оцењивање је вршено оценом 1 (најнижи) до 4 (највиши степен задовољства остварењем животне навике).

РЕЗУЛТАТИ СА ДИСКУСИЈОМ

Опис резултата дат је помоћу дескриптивних статистичких мера и њиховог нумеричког и графичког приказа. За статистичку проверу резултата истраживања коришћена је једносмерна факторска анализа ANOVA.



Графикон 3: Дистрибуција испитаника према нивоу (степену) потешкоћа

Испитивање нивоа потешкоћа код пацијената са спастичитетом, показује да су испитаници имали најбоља постигнућа у области опште кондиције (АС=4.59, од мах. 5), а најлошије функционишу у области покретљивости (АС=2.82) и одговорности (АС=2.84).

Табела 1: Утицај пола на потешкоће у извођењу свакодневних активности

област	F	Sig.
ИСХРАНА	11.499	.002
ОПШТА КОНДИЦИЈА	3.006	.094
НЕГА	9.555	.004
КОМУНИКАЦИЈА	8.721	.006
ДОМАЋИНСТВО	20.718	.000
ПОКРЕТЉИВОСТ	8.894	.006
ОДГОВОРНОСТИ	18.348	.000

Статистичком провером резултата, констатујемо да пацијенти мушког пола имају више потешкоћа у извођењу свакодневних активности, на нивоу статистички значајне разлике у области: исхране ($F=11.499$, $p<0.05$), неге ($F=9.555$, $p<0.05$), комуникације ($F=8.721$, $p<0.05$), одржавања домаћинства ($F=20.718$, $p<0.05$), покретљивости ($F=8.894$, $p<0.05$) и одговорности ($F=18.348$, $p<0.05$). Ниво статистичке значајне разлике није нађен у области опште кондиције. (Табела 1)

Табела 2: Утицај врсте дијагнозе на потешкоће у извођењу свакодневних активности особа са спастичитетом

област	F	Sig.
ИСХРАНА	1.482	.245
ОПШТА КОНДИЦИЈА	.987	.386
НЕГА	1.122	.340
КОМУНИКАЦИЈА	3.024	.065
ДОМАЋИНСТВО	2.382	.112
ПОКРЕТЉИВОСТ	4.084	.028
ОДГОВОРНОСТИ	3.633	.040

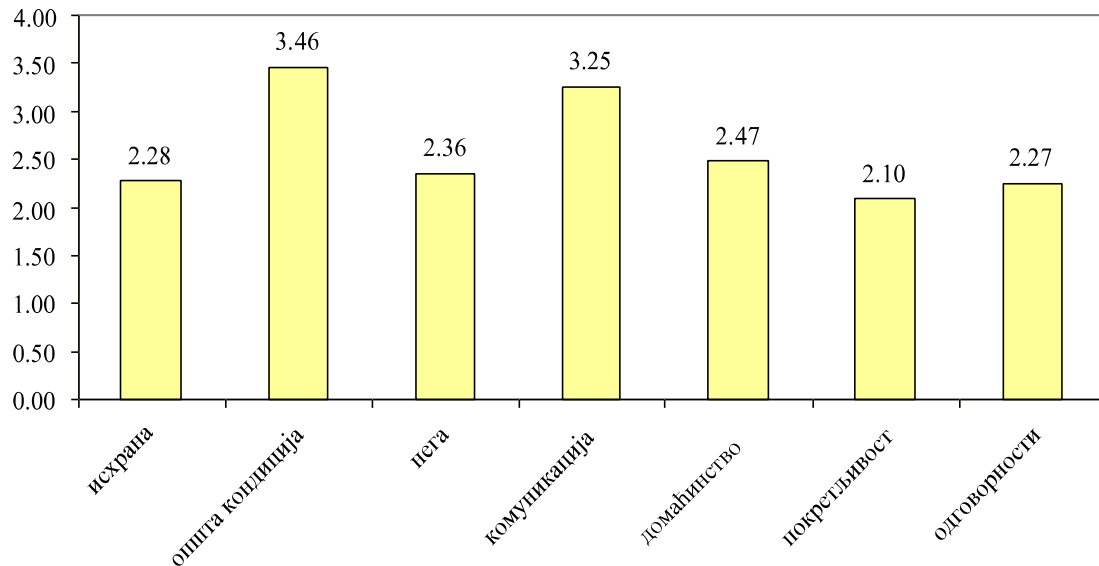
Из Табеле 2. видимо да врста дијагнозе, утиче на способност извођења свакодневних активности на нивоу статистички значајне разлике у области: покретљивост ($F=4.084$, $p<0.05$), одговорност ($F=3.633$, $p<0.05$). Пацијенти са квадрипарезом, у наведеним областима имају највише потешкоћа. У осталим областима није нађена статистички значајна разлика.

Табела 3: Утицај захваћености употребне руке на способност извођења свакодневних активности особа са спастичитетом

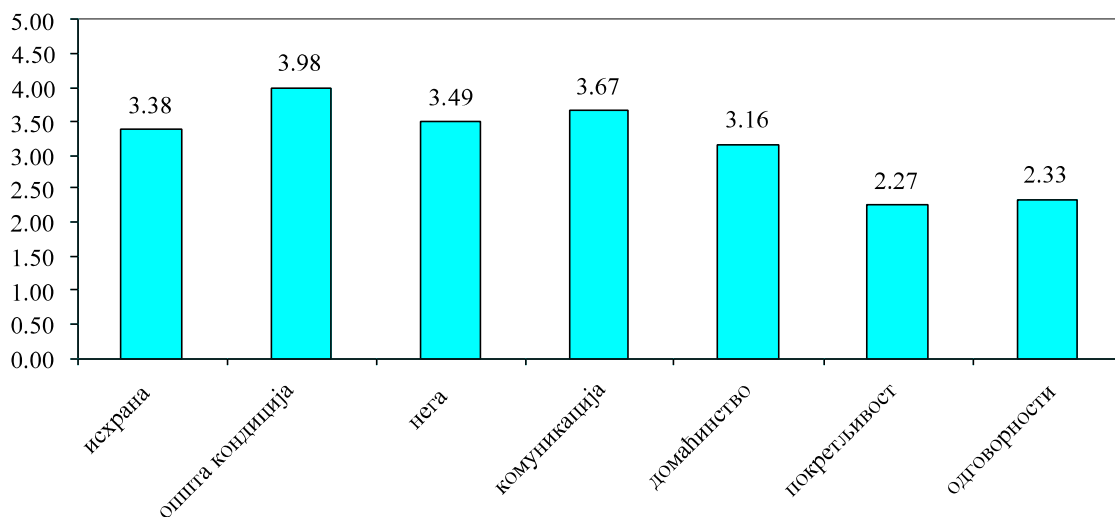
области	F	Sig.
ИСХРАНА	.152	.700
ОПШТА КОНДИЦИЈА	.398	.533
НЕГА	.183	.672
КОМУНИКАЦИЈА	2.156	.153
ДОМАЋИНСТВО	1.194	.284
ПОКРЕТЉИВОСТ	.016	.902
ОДГОВОРНОСТИ	.000	.984

У зависности од захваћености спастичитетом доминантне стране тела, није нађена статистички значајна разлика у испитаним областима.

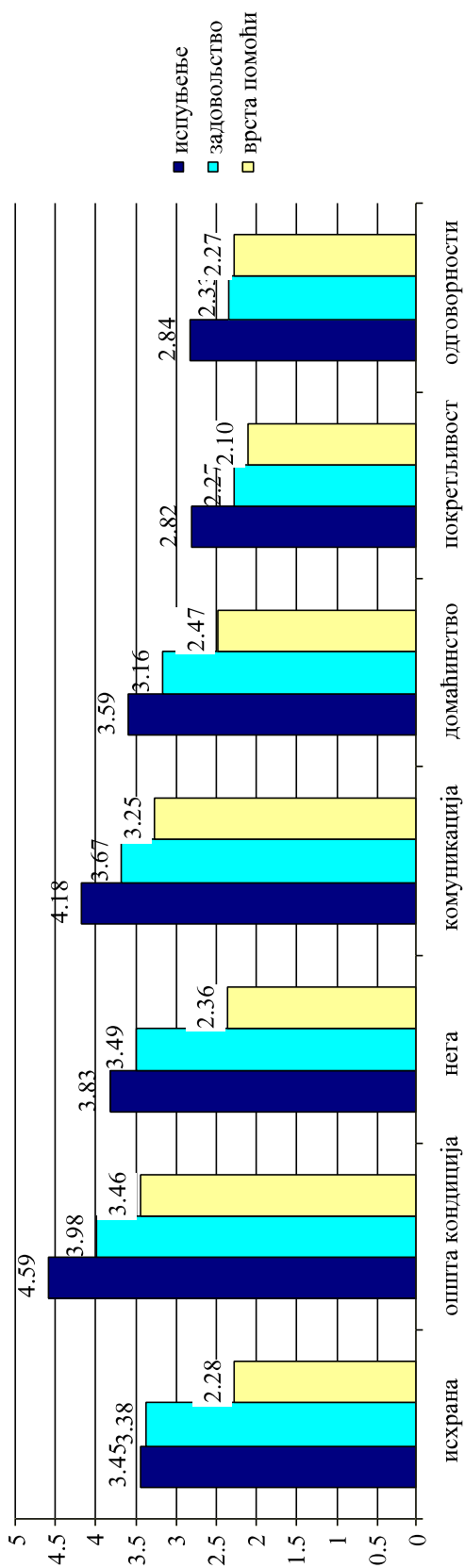
Испитујући утицај времена протеклог од настанка болести, констатујемо да болест у току првих годину дана, статистички значајно утиче на способност особа са спастичитетом ($F=4.715$, $p=0.49$), у односу на дуже време од настанка болести. Статистичка значајност је рађена на нивоу укупног узорка.



Графикон 4: Дистрибуција испитаника према врсти потребне помоћи



Графикон 5: Дистрибуција испитаника према нивоу задовољства оствареним активностима



Графикон 6: Дистрибуција испитаника према степену потешкоћа, врсти потребне помоћи и нивоу задовољства

Графикон 4 показује области у којима је особама са спастичитетом потребна највећа помоћ (технолошка, људска) у обављању свакодневних активности, а то су покретљивост (АС=2.10), одговорности (АС=2.27), исхрана (АС=2.28), затим помоћ при нези (АС=2.36), одржавање домаћинства (АС=2.47), а најмања помоћ је потребна у комуникацији (АС=3.25) и општој покретљивости (АС=3.46).

Испитаници највише задовољство оствареним свакодневним активностима (Графикон 5), показују у области: општа кондиција (АС=3.98), комуникација (АС=3.67), нега (АС=3.49), исхрана (АС=3.38), одржавање домаћинства (АС=3.16), а најмање задовољство у области одговорности (АС=2.33) и покретљивости (АС=2.33).

На Графикону 6 су упоредне аритметичке средине степена потешкоћа, врсти потребне помоћи и нивоа задовољства оствареним свакодневним активностима. Из графикана видимо да се све области преклапају и у сва три сегмента, испитаници најлошији тренд показују у области покретљивости и одговорности, па у нези, исхрани и одржавању домаћинства, а најбољи у општој кондицији и комуникацији.

ЗАКЉУЧАК

Анализом резултата истраживања долазимо до закључка о квалитету живота особа са спастичитетом у свакодневним активностима. Особе са спастичитетом највише потешкоћа имају у области покретљивости, односно кретању, а то су навике везане за кретања на мањим или већим раздаљинама, са или без превозног средства. Ограничено кретање се обично односило на кретање у непосредном окружењу, а превоз подразумева коришћење бицикла, аутомобила, аутобуса, авиона, воза. Такође област одговорности представља потешкоће за особе са спастичитетом, а подразумева финансијску одговорност, употребу новца, планирање буџета, одговорности везане за финансијска права и обавезе. У овим сегментима им је и најпотребнија помоћ, техничка или помоћ људи, или пак обе врсте помоћи. Област исхрана је везана за потрошњу хране, режим исхране при избору, планирању и куповини хране. Приближно исти ниво потешкоћа је у личној хигијени и нези, као навизи везаној за одржавање чистоће и неге тела, као и коришћења свих услуга везаних за активности, као што су купање, прање зуба, шминкање, одлазак код фризера. У одржавању домаћинства и становању постоје потребе за одређеним нивоом помоћи, а подразумевају активности као што су одражавање стамбеног простора, спремање стана, тешки кућни послови, прање веша и одржавање окућнице.

Испитаници изражавају највеће задовољство у реализацији опште кондиције или одржавању добре форме, која подразумева навике везане за сан и спавање, одржавање, побољшање и обнављање физичке кондиције уз помоћ физичких вежби, релаксације тела, уз примену психичке релаксације мисли и осећања; и комуникацији која обухвата навике везане за размену информација са другим особама или групама људи.

У свакодневним активностима боље функционишу жене од мушкараца. Особе са квадрипарезом, као последицом спастицитета, теже задовољавају своје потребе у кретању, одговорностима и теже успостављају комуникацију од пацијената са хемипарезом. Првих годину дана од настанка болести је период у коме пацијенти са спастицитетом теже задовољавају своје свакодневне потребе и период када им је у највећој мери потребна помоћ стручних лица, међу њима и дефектолога-соматопеда, а све у циљу лакшег превазилажења немоћи и што квалитетнијег будућег живота.

ЛИТЕРАТУРА

1. Bratkovic D, Rozman B. (2006). Čimbenici kvalitete življenja osoba s intelektualnim teškoćama, Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja, Vol 42, br. 2, str. 101-112.
2. Ђурђевић А. (2008). Дефектолошки програм у превенцији ситуације хендикеп особа оболелих од малигнух обољења, Докторска дисертација, Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију, Београд.
3. Fougeyrollas P, Cloutier R, Bergeron H, Cote J, St Michel G. (1999). Kvebeška klasifikacija: nastajanje situacije hendikepa, INDCP/CSICIDH.
4. Holm, P, Holst J, Perl B. (1994). Cowrite your own life: Quality of life as discussed in the Danish context. U: Goode, D. (Ed.): Quality of life for persons with disabilities: International perspectives and issues (1-21). Cambridge MA: Brookline Books.
5. Стефановић Д. (2002). Спастицитет – етиологија, процена, терапија, Актуелности из неурологије, психијатрије и граничних подручја, Београд, бр. 3-4, стр. 45-54.
6. The WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. Social Sciences and Medicine; 41, 1403-1409.
7. World Health Organization – International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps, Geneva, 1980-1993.

QUALITY OF LIFE PERSONS WITH SPASTICITY

SNEŽANA NIKOLIĆ
DANIJELA ILIĆ-STOŠOVIĆ
SANELA PACIĆ
MARIENKA ZOLNJAN

Faculty of Special Education and Rehabilitation, Belgrade

SUMMARY

Quality of life is in nature subjective concept which doesn't have universal meaning and only individual can define personal meaning of quality of life. There are many factors which can violate quality of life and one of these factors is certainly enduring consequence of chronically diseases and conditions. One of these conditions is spasticity. Strong spasticity has influence on many aspects of rehabilitation treatment and hamper independence in many situations of everyday life. Spasticity is changing life of person but we should accentuate that every person has ability of her own experience of the same conditions of life are different for every person.

The aim of our work was to appointed to what extent spasticity has influence on quality of life diseased person through the ability of performing everyday activity. Research is making on a sample of 30 patients which were stationed at Clinic for rehabilitation „Dr Miroslav Zotovic” in Belgrade. For research was used scale of appraisal for life habits (short version) first part that is applicable to everyday activity.

Analyzing received results we can conclude that persons with spasticity perform/work more hamper in every area with special accent on ability of movement (mobility) and area of responsibility and the least difficulty they show in communication. On the quality of life has influence diagnosis and time of disease birth.

KEY WORDS: quality of life, spasticity, everyday activities.