LIETUVOS SVEIKATOS MOKSLŲ UNIVERSITETAS

MEDICINOS AKADEMIJA

VISUOMENĖS SVEIKATOS FAKULTETAS

SVEIKATOS VADYBOS KATEDRA

Raminta Pociūtė

**VYRESNIO AMŽIAUS ŽMONIŲ SLAUGOS IR SOCIALINIŲ PASLAUGŲ POREIKIO VERTINIMAS KAUNO MIESTE**

Magistro diplominis darbas

(Visuomenės sveikatos vadyba)

**Mokslinis vadovas:**

Prof.dr. J. Macijauskienė

2014-05-10

**KAUNAS, 2014**

**SANTRAUKA**

Visuomenės sveikatos vadyba

**VYRESNIO AMŽIAUS ŽMONIŲ SLAUGOS IR SOCIALINIŲ PASLAUGŲ POREIKIS KAUNO MIESTE**

**Raminta Pociūtė**

Mokslinis vadovas Prof.dr. Jūratė Macijauskienė;

Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Visuomenės sveikatos fakultetas, Sveikatos vadybos katedra. Kaunas; 2014. 90 p.;

**Darbo tikslas.** Įvertinti vyresnio amžiaus asmenų slaugos ir socialinių paslaugų poreikį Kauno mieste.

**Uždaviniai:** Įvertinti vyresnio amžiaus žmonių, gyvenančių namuose, slaugos ir socialines problemas. Nustatyti slaugos ir socialinių paslaugų poreikį vyresnio amžiaus žmonėms Kauno miesto Aleksoto mikrorajone. Sukurti slaugos ir socialines paslaugas namuose vyresnio amžiaus žmonėms teikiančio centro veiklos modelį.

**Tyrimo metodika**. Tyrimo objektas – 65 metų ir vyresni Kauno miesto gyventojai, registruoti Aleksoto mikrorajono PASPĮ. Anketinės apklausos metu buvo išdalintos 370 anketos. Grįžo 342 anketos (atsako dažnis – 92,4 proc.), kurios ir buvo naudotos tolimesnei analizei. Duomenys analizuoti IBM SPSS Statistics 22 kompiuterine programa ir MS Excel 2007 programa. Ryšiai tarp kokybinių požymių įvertinti, naudojant χ2 kriterijų. Skirtumai tarp grupių ar ryšiai tarp požymių buvo statistiškai reikšmingi, kai taikyto kriterijaus reikšmingumas p<0,05. Slaugos ir socialines paslaugas namuose teikiančio centro veiklos modelis buvo ruošiama remiantis literatūra, kitų įstaigų struktūra ir apklausos rezultatais.

**Rezultatai.** 55,3 proc. tiriamųjų buvo reikalingos slaugos, 60,2 proc. – socialinės paslaugos. Tiek slaugos, tiek socialinių paslaugų poreikis didėjo kartu su tiriamųjų amžiumi bei lėtinių ligų skaičiumi. Skirtingai nei slaugos paslaugos, socialinių paslaugų poreikis priklauso nuo to, su kuo asmuo gyvena, bei kokio pobūdžio įstaigoje (viešojoje ar privačiojoje) tiriamasis yra registruotas. Socialinės paslaugos aktualiausios buvo asmenims, kurie gyveno vieni (76,8 proc.) bei su kitais asmenimis (išskyrus sutuoktinį ir/ar vaikus) (68,8 proc.). Tiriamiesiems, registruotiems privačiose PASPĮ socialinių paslaugų reikėjo labiau (63,3 proc.) nei registruotiems viešojoje PASPĮ (45,5 proc.). Daugiausia problemų kasdieninėje veikloje tiriamieji turėjo apsiperkant (50,3 proc.), ruošiant maistą (43,6 proc.) bei tvarkant namus (40,9 proc.). 83 proc. tiriamųjų norėtų, jog slaugos ir socialinės paslaugos jiems būtų teikiamos namuose. Labiausiai tiriamiesiems reikalinga arterinio kraujo spaudimo/pulso matavimo paslauga (42,8 proc.), injekcijų atlikimas bei lašinių sistemų prijungimas (35,7 proc.), tyrimų paėmimas bei konsultavimas slaugos, sveikos gyvensenos, ligų ir komplikacijų prevencijos klausimais (36,1 proc.). Namuose tiriamieji pageidautų tokių socialinių paslaugų: pagalbos tvarkant kambarius (50,3 proc.), nuperkant maistą (49,1 proc.), pagalbos sumokant mokesčius (45,3 proc.) bei pagalbos nuperkant medikamentus (45 proc.). Tiriamieji taip pat norėtų fizinės mankštos (43,9 proc.) ir gydomojo masažo (43,8 proc.) paslaugos. Papildomai primokėti už slaugos ir socialinių paslaugų teikimą namuose sutiktų 45,5 proc. respondentų.

**Išvados.** Tiek slaugos, tiek socialinės paslaugos namuose reikalingos daugiau kaip pusei tyrime dalyvavusių Kauno miesto gyventojų. Ir slaugos, ir socialinių paslaugų poreikis didėjo kartu su tiriamųjų amžiumi bei ligų skaičiumi.

**Raktiniai žodžiai:** Vyresnio amžiaus asmenys, bendruomenė, namų slauga, socialinės paslaugos.

**SUMMARY**

Management of Public Health

**ASSESMENT OF SOCIAL AND NURSING CARE NEEDS OF ELDERLY PEOPLE IN THE CITY OF KAUNAS**

Raminta Pociūtė

Scientific Supervisor: Prof.dr. Jūratė Macijauskienė

Department of Health Management, Faculty of Public Health, Kaunas University of Health sciences, Kaunas, 2014, 90 pg.

**Aim of the study.** The aim of the study is to analyze and estimate the need of social and nursing care for the elderly in Kaunas city.

**Objectives.** To evaluate social and nursing problems of elderly who live at home. To determinate needs of social and nursing care for the elderly in Kaunas city. To prepare the possible model of centre for the elderly who need social or nursing services at they own home according to the data in literature and results of the survey.

**Methods.** The data of the structured questions was processed applying programmable batch of statistical data-processing SPSS for Windows v. 10.0. Quantitative data-processing analysis was applied for the responses. Pearson Chi-Square (χ2) was employed in trying to estimate the intensity of statistical cohesion. The conclusions are considered to be plausible, when p<0, 05.

**Results.** 55.3% of respondents needed nursing and 60.2% - social services. Nursing and social services need increased along to the age and number of chronic diseases. Unlike nursing services, social services need depend on with whom person was living, and what kind of institution (public or private) respondent was registered. Social services were most relevant for people living alone (76.8%) and with others persons (excluding spouse and/or children) (68.8%). The elderly registered in private family clinics social services needed more (63.3%) than registered in public clinics (45.5%). Most problems in daily activities the elderly had in shopping (50.3%), preparing meal (43.6%), and cleaning house (40.9%). 55.3% of elderly needed nursing services and 60.2% needed social care services. Mostly the elderly required for arterial blood pressure/ pulse measurement service (42.8%), injections and intravenous infusion (35.7%), taking tests and counseling services of health promotion, disease prevention and it’s complications (36.1%). The elderly would like to get the following social services: house cleaning (50.3%), food buying (49.1%), help paying taxes (45.3%), and help buying medications (45%). The elderly also were aiming to get physical exercise (43.9%) and therapeutic massage (43.8%) services. Paying extra for social care and nursing services at home agreed 45.5% of the elderly.

**Conclusions.** 55.3% of the respondents needed nursing and 60.2 % social services. Nursing and social services need increased along to the age and number of chronic diseases.

**Key words.** Elderly, community, home-based care, social care.

**LENTELIŲ SĄRAŠAS**

1 [lentelė. Reikalingų apklausti Kauno miesto Aleksoto mikrorajono vyresnio amžiaus gyventojų skaičius pagal prisirašymą prie PSPĮ 35](#_Toc387610812)

2 [lentelė. Imties pasiskirstymas pagal amžiaus grupes ir lytį. 39](#_Toc387610813)

3 [lentelė. Šeiminės padėties pasiskirstymas pagal lytį 39](#_Toc387610814)

4 [lentelė. Sveikatos būklės vertinimas pagal sociodemografinius veiksnius 41](#_Toc387610815)

5 [lentelė. Ligų skaičiaus pasiskirstymas pagal amžių 45](#_Toc387610816)

6 [lentelė. Griuvimų pasiskirstymas pagal lytį 46](#_Toc387610817)

7 [lentelė. Šlapimo nelaikymo pasiskirstymas pagal lytį 47](#_Toc387610818)

8 [lentelė. Sunkumų atliekant kasdieninę veiklą pasiskirstymas pagal amžių 52](#_Toc387610819)

9 [lentelė. Slaugos paslaugų poreikio pasiskirstymas pagal lytį 56](#_Toc387610820)

10 [lentelė. Slaugos paslaugų poreikis pagal PASPĮ, kurioje asmuo registruotas, pobūdžio 56](#_Toc387610821)

11 [lentelė. Slaugos paslaugų poreikis priklausomai su kuo tiriamieji gyvena 57](#_Toc387610822)

12 [lentelė. Socialinių paslaugų poreikio pasiskirstymas pagal PASPĮ, pobūdį 58](#_Toc387610823)

13 [lentelė. Socialinių paslaugų poreikis pagal su kuo tiriamieji gyvena 58](#_Toc387610824)

14 [lentelė. Socialinių paslaugų poreikis pagal amžių 59](#_Toc387610825)

15 [lentelė. Naudojimasis centro teikiančio slaugos ir socialines paslaugas namuose pasiskirstymas pagal PASPĮ pobūdį. 61](#_Toc387610826)

16 [lentelė. Slaugos paslaugų poreikio pasiskirstymas pagal ligų skaičių 62](#_Toc387610827)

17 [lentelė. Socialinių paslaugų namuose pasirinkimas pagal pagal ligų skaičių 64](#_Toc387610828)

18 [lentelė. Sutikimo primokėti už slaugos ir socialines paslaugas namuose pasiskirstymas pagal gaunamas mėnesines pajamas. 66](#_Toc387610829)

19 [lentelė. Darbuotojų personalo struktūra 76](#_Toc387610830)

20 [lentelė. Kineziterapeuto paslaugų kainos 78](#_Toc387610831)

21 [lentelė. SWOT analizė 79](#_Toc387610832)

22 [lentelė. „Slaugos ir socialinės paslaugos namuose“ darbo užmokesčių išlaidos 82](#_Toc387610833)

23 [lentelė. „Slaugos ir socialinės paslaugos namuose“ eksploatacinės išlaidos 82](#_Toc387610834)

24 [lentelė. „Slaugos ir socialinės paslaugos namuose“ kitos išlaidos 83](#_Toc387610835)

**PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS**

1 [pav. Sergamumas kraujotakos sistemos ligomis Lietuvoje 2012 metais pagal amžiaus grupes 100 000 gyv. 13](#_Toc387609580)

2 [pav. Sergamumas onkologinėmis ligomis Lietuvoje 2012 metais pagal amžiaus grupes 14](#_Toc387609581)

3 [pav. Sergamumas akių ligomis Lietuvoje 2012 metais pagal amžiaus grupes 100 000 gyv. 14](#_Toc387609582)

4 [pav. Socialinės pagalbos namuose gavėjų skaičius vidutiniškai per mėnesį Kauno mieste 2008 - 2012 metais 26](#_Toc387609583)

5 [pav. Mokėjusių ir nemokėjusių už socialinių paslaugų teikimą namuose asmenų skaičius 2008-2012 metais Kauno mieste 26](#_Toc387609584)

6 [pav. Asmenų gavusių slaugos paslaugas namuose skaičius Lietuvoje 2008 – 2011m. 10 000 gyv. 31](#_Toc387609585)

7 [pav. Vizualinio analogo skalė (VAS) skausmo intensyvumui įvertinti 37](#_Toc387609586)

8 [pav. Respondentų subjektyvaus savo sveikatos vertinimo pasiskirstymas procentais 40](#_Toc387609587)

9 [pav. Reikalingų įrengti ir jau įrengtų pagalbinių priemonių tiriamųjų namuose pasiskirstymas procentais 43](#_Toc387609588)

10 [pav. Tiriamųjų lėtinių ligų skaičiaus pasiskirstymas procentais 44](#_Toc387609589)

11 [pav. Jutimų sutrikimų pasiskirstymas vyresnio amžiaus žmonių tarpe 46](#_Toc387609590)

12 [pav. Skausmo dažnumo pasiskirstymas procentais 47](#_Toc387609591)

13 [pav. Skausmo intensyvumo pasiskirstymas procentais 48](#_Toc387609592)

14 [pav. Skausmo dažnumas pagal psichologinę būseną. 49](#_Toc387609593)

15 [pav. Vartojamų vaistų kiekis pagal amžių 49](#_Toc387609594)

16 [pav. Sunkumų atliekant kasdieninę veiklą pasiskirtymas procentais 51](#_Toc387609595)

17 [pav. Asmenų padedančių kasdieninėje veikloje pasiskirtymas procentais 52](#_Toc387609596)

18 [pav. Sunkumų atvykti į šeimos kliniką pasiskirtymas procentais 53](#_Toc387609597)

19 [pav. Sunkumų atvykti į šeimos kliniką pasiskirtymas pagal amžių 53](#_Toc387609598)

20 [pav. Slaugos ir socialinių paslaugų namuose gavėjų pasiskirstymas procentais 54](#_Toc387609599)

21 [pav. Priežasčių, ko trūksta slaugos paslaugoms namuose pasiskirstymas procentais 55](#_Toc387609600)

22 [pav. riežasčių, ko trūksta socialinėms paslaugoms namuose pasiskirstymas procentais 55](#_Toc387609601)

23 [pav. Slaugos paslaugų namuose poreikis pagal ligų skaičių 57](#_Toc387609602)

24 [pav. Socialinių paslaugų namuose poreikis pagal ligų skaičių 59](#_Toc387609603)

25 [pav. Respondentų pasiskirstymas pagal tai, kur norėtų, jog jiems būtų teikiamos slaugos ir socialinės paslaugos procentais 60](#_Toc387609604)

26 [pav. Slaugos paslaugų namuose pasirinkimas procentais 62](#_Toc387609605)

27 [pav. Socialinių paslaugų namuose pasirinkimas procentais 63](#_Toc387609606)

28 [pav. Kitų paslaugų namuose pasirinkimas procentais 64](#_Toc387609607)

29 [pav. Specialistų lankymo valandų namuose pasirinkimas procentais 65](#_Toc387609608)

30 [pav. Primokėjimo už slaugos ir socialines paslaugas sumos pasiskirstymas procentais 66](#_Toc387609609)

31 [pav. Bendroji struktūros schema 71](#_Toc387609610)

32 [pav. „Slaugos ir socialinės paslaugos“ įstaigos galimas pastato modelis 80](#_Toc387609611)

**SANTRUMPOS**

ES – Europos Sąjunga;

JAV – Jungtinės Amerikos Valstijos;

JTO – Jungtinių Tautų Organizacija;

lls – laisvės laipsnių skaičius;

m. – metai;

n – absoliutus skaičius;

NVO – nevyriausybinės organizacijos;

p – statistinis reikšmingumas;

Pav. – paveikslas;

Proc. – procentai;

PAASP – pirminė ambulatorinė asmens sveikatos priežiūra;

PASPĮ – pirminė asmens sveikatos priežiūros įstaiga;

PSDF – privalomojo sveikatos draudimo fondas;

PSO – Pasaulio sveikatos organizacija;

PSPC – pirminės sveikatos priežiūros centras;

SAM – Sveikatos apsaugos ministerija;

χ2 – chi kvadrato kriterijus.

TURINYS

[ĮVADAS 9](#_Toc387697171)

[DARBO TIKSLAS IR UŽDAVINIAI 11](#_Toc387697172)

[I. LITERATŪROS APŽVALGA 13](#_Toc387697173)

 [1.1. VYRESNIO AMŽIAUS ASMENŲ SVEIKATOS PROBLEMOS 13](#_Toc387697174)

 [1.1.1. Geriatriniai sindromai 15](#_Toc387697175)

 [1.1.2. Kasdieninė veikla ir pagalbinės priemonės 18](#_Toc387697176)

 [1.2. SOCIALINĖS PASLAUGOS 20](#_Toc387697177)

 [1.2.1. Socialinių paslaugų rūšys 20](#_Toc387697178)

 [1.2.2. Socialinių paslaugų organizavimas Lietuvoje 21](#_Toc387697179)

 [1.2.3. Socialinių paslaugų poreikio nustatymas 23](#_Toc387697180)

 [1.2.4. Socialinių paslaugų teikimas Kauno mieste 25](#_Toc387697181)

 [1.3. SLAUGOS PASLAUGOS NAMUOSE LIETUVOJE 27](#_Toc387697182)

 [1.3.1 Slaugos paslaugų namuose organizavimas Lietuvoje 27](#_Toc387697183)

 [1.3.2. Slaugos paslaugų teikimo namuose trūkumai 28](#_Toc387697184)

 [1.4. SLAUGOS IR SOCIALINIŲ PASLAUGŲ TEIKIMAS EUROPOJE 32](#_Toc387697186)

 [1.4.1 Socialinių paslaugų modeliai 32](#_Toc387697187)

[II. TYRIMO METODIKA IR KONTINGENTAS 35](#_Toc387697188)

 [2.1. Tyrimo objektas 35](#_Toc387697189)

 [2.2. Tyrimo metodai 35](#_Toc387697190)

 [2.2.1. Literatūros paieška 36](#_Toc387697191)

 [2.2.2. Anketinė apklausa 36](#_Toc387697192)

 [2.2.3. Statistinė duomenų analizė 37](#_Toc387697193)

 [2.2.4. Cento veiklos modelio kūrimas 38](#_Toc387697194)

[III. TYRIMO REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS 39](#_Toc387697195)

 [3.1. Respondentų socialinė – demografinė charakteristika 39](#_Toc387697196)

 [3.2. Sveikatos sutrikimų ryšiai su socialiniais - demografiniais veiksniais 44](#_Toc387697197)

 [3.3. Slaugos ir socialinių paslaugų poreikio ryšiai su socialiniais - demografiniais veiksniais 50](#_Toc387697198)

 [3.4. Centro, teiksiančio slaugos ir socialines paslaugas asmens namuose poreikio ryšiai su socialiniais-demografiniais veiksniais 60](#_Toc387697199)

[IV. „SLAUGOS IR SOCIALINĖS PASLAUGOS“ VEIKLOS MODELIS 68](#_Toc387697200)

 [4.1. Veiklos apibūdinimas 68](#_Toc387697201)

 [4.1.1. Paslaugos, jų unikalumas, pranašumai 68](#_Toc387697202)

 [4.1.2. Priėmimo tvarka 69](#_Toc387697203)

 [4.1.3. „Slaugos ir socialinės paslaugos“ įstaigos veikla ir paslaugos 69](#_Toc387697204)

 [4.1.4. Įmonės vizija, misija, tikslai, uždaviniai 70](#_Toc387697205)

 [4.1.5. Organizacinė struktūra 70](#_Toc387697206)

 [4.1.6. Personalo struktūra 76](#_Toc387697207)

 [4.1.7. Paslaugos 77](#_Toc387697208)

 [4.1.8. SSGG analizė 79](#_Toc387697209)

 [4.1.10. Finansai 80](#_Toc387697210)

[IŠVADOS 84](#_Toc387697211)

[LITERATŪROS SĄRAŠAS 86](#_Toc387697212)

[PRIEDAI 91](#_Toc387697214)

## ĮVADAS

Vyresnių ir senų žmonių skaičiaus pasaulio populiacijoje augimo tendencijos neabejotinai rodo, jog ateityje didelę mūsų visuomenės dalį sudarys pagyvenę žmonės [1]. Šio amžiaus pradžioje 605 milijonai pasaulio gyventojų sudarė vyresni nei 60 metų amžiaus asmenys. Prognozuojama, jog 2050 metais šis skaičius pasieks 2 milijardus [2].

Demografinių duomenų analizė taip pat rodo progresuojantį ir Lietuvos gyventojų senėjimo procesą, ir iš to kylančių pasekmių įveikimo aktualumą [3]. Lietuvos statistikos departamento2011 metų gyventojų surašymo duomenimis**,** metų pradžioje Lietuvoje gyveno 709,05 tūkst. 60 metų ir vyresnio amžiaus žmonių, tai sudarė 21,4 proc. visų gyventojų [4]. Per 2010 m. šio amžiaus grupės žmonių padaugėjo 4,1 tūkst. (0,6 proc.), o per pastaruosius dešimt metų – 32,6 tūkst. (4,9 proc.). Verta atkreipti dėmesį į tai, jog bendras gyventojų skaičius per šį laikotarpį sumažėjo beveik puse milijono (2000 m. - 3 512 074 gyventojų, 2014 m. - 2 944 459 gyventojų) gyventojų [5].

Remiantis Europos Sąjungos (toliau – ES) statistikos tarnybos (Eurostato) prognozėmis Lietuvai ir toliau numatomas spartus gyventojų senėjimas. Prognozuojama, kad 2060 m. pradžioje beveik kas trečias Lietuvos gyventojas (apie 37 proc.) bus pagyvenęs žmogus, 27 valstybių narių vidurkis sieks 35 proc. [3].

Demografinio senėjimo pokyčiai lemia gyventojų socialinio aprūpinimo bei sveikatos priežiūros paslaugų poreikio didėjimą. Valstybinės ligonių kasos specialistų skaičiavimais vidutinės sveikatos priežiūros išlaidos, tenkančios vienam 50-64 m. amžiaus grupės Lietuvos gyventojui buvo 2 kartus, o 65 m. ir vyresnių gyventojų bei vaikų amžiaus grupės – 3 kartus didesnės nei 20-49 m. amžiaus grupės [6].

Sveikatos priežiūros paslaugų poreikis didės ir dėl šeimos struktūros kaitos. Lietuvoje, kaip ir daugelyje Europos valstybių, pastarąjį dešimtmetį stipriai pakito šeimos gyvenimo stilius: tuokiasi vyresni, mažėja gimstamumas, gausėja vienišų žmonių, nepilnų šeimų. Keičiasi ir šeimos struktūra – kelių kartų šeimų, gyvenančių po vienu stogu, mažėja ypač sparčiai.

Slaugos ir socialinių paslaugų poreikio didėjimui įtakos turi ir turės gyventojų emigracija. Per 22 nepriklausomybės metus iš šalies išvyko apie 769 tūkst. asmenų arba apie penktadalis Lietuvos gyventojų [4].Nors emigracija pati savaime nėra neigiamas reiškinys, tačiau Lietuvos atveju dideli emigracijos mastai šaliai kelia nemažai iššūkių, nes kinta šalies demografinė struktūra. Dėl emigracijos Lietuva praranda daug jaunų darbingo amžiaus gyventojų. 76 proc. emigrantų yra 15 - 44 metų amžiaus. Tuo tarpu 65 ir vyresnio amžiaus asmenys sudarė apie 1,2 proc. visų emigravusių asmenų. Likę vyresnio amžiaus artimieji neretai lieka be priežiūros, jiems tenka patiems savimi pasirūpinti [7]. Taigi, sulaukę vyresnio amžiaus, netekę savarankiškumo tokių šeimų nariai pagalbos gali tikėtis tik iš oficialių pagalbos institucijų. Vienišų (gyvenančių vienų) 65 metų ir vyresnių asmenų, 2001 metų surašymo duomenimis, buvo apie 145 tūkstančiai (beveik 30 proc. visų šio amžiaus žmonių) [8].

Tyrimai rodo, jog vyresnio amžiaus žmonės nenori stacionarių paslaugų, o tikisi kuo ilgiau gyventi savo pačių namuose. L. Hitaitės [9] atlikto tyrimo duomenimis 79 proc. visų tyrime dalyvavusių vyresnio amžiaus Kauno rajono gyventojų nurodė, jog esant reikalui norėtų būti slaugomi namuose. Slaugos ir socialinės paslaugos buvo reikalingos atitinkamai 71,3 proc. ir 58,2 proc. visų tyrime dalyvavusių asmenų.

2012 metų duomenimis Kauno mieste socialines paslaugos į namus vidutiniškai per mėnesį buvo teikiamos 143 vyresnio amžiaus asmenims [10]. Kauno miesto savivaldybės socialinių paslaugų plane nurodoma, jog skiriama vis daugiau lėšų, tačiau socialinių paslaugų poreikis vis dar išlieka. Kauno m. savivaldybės kaip ir kitų šalies savivaldybių galimybes teikti socialines paslaugas riboja finansiniai ir žmogiškieji ištekliai.

## DARBO TIKSLAS IR UŽDAVINIAI

**Tikslas** – Įvertinti vyresnio amžiaus žmonių slaugos ir socialinių paslaugų poreikį Kauno mieste.

**Uždaviniai**:

1. Įvertinti vyresnio amžiaus žmonių, gyvenančių namuose, slaugos ir socialines problemas.
2. Nustatyti slaugos ir socialinių paslaugų poreikį vyresnio amžiaus žmonėms Kauno miesto Aleksoto mikrorajone.
3. Sukurti slaugos ir socialines paslaugas namuose vyresnio amžiaus žmonėms teikiančio centro veiklos modelį.

**Darbo temos aktualumas:** Lietuvoje socialinių ir slaugos paslaugų poreikis vis didėja dėl spartaus visuomenės senėjimo. Lietuvos Statistikos departamento duomenimis, Lietuvoje, kaip ir kitose Europos Sąjungos valstybėse, kasmet vis didesnę dalį sudaro 65 metų ir vyresni žmonės [11].

Sergantys vyresnio amžiaus asmenys turi nemažai problemų tenkinant kasdieninius asmeninius ir socialinius poreikius namuose. Sveikatos priežiūros specialistai siekia kuo ilgiau vyresnio amžiaus asmenis išlaikyti jų namuose, bet pastangos rasti specialistų, lėšų bei sėkmingus modelius šiai pagalbai teikti kelia nemažus iššūkius [12].

Daug dėmesio su gyventojų senėjimu susijusių klausimų sprendimui skiriama Lietuvos Respublikos Vyriausybės programoje. Programoje gyventojų senėjimas analizuojamas socialiniame bei šeimos kontekste [13]. Didėjantis slaugos paslaugų poreikis namuose pabrėžiamas ir Nacionalinėje gyventojų senėjimo pasekmių įveikimo strategijoje, kuri yra patvirtinta 2004 metais, konstatuojant, kad medicinos pagalba vyresnio amžiaus žmonėms dar nėra pakankamai gerai organizuota namuose ir toliau būtina plėtoti ambulatorinės slaugos paslaugas namuose pagyvenusiems žmonėms [14].

Nors slaugos ir socialinių paslaugų poreikis pastaruoju metu vis didėja, Kauno miesto savivaldybės, kaip ir kitų šalies savivaldybių, galimybes teikti šias paslaugas riboja finansiniai ir žmogiškieji ištekliai [10].

Socialinių ir slaugos paslaugų namuose stoka ir paskatino mane plačiau gilintis į šią problemą. Siekta įvertinti vyresnio amžiaus žmonių slaugos ir socialines problemas bei vyresnio amžiaus žmonių pasitenkinimą šiuo metu veikiančiu slaugos ir socialinių paslaugų teikimo namuose modeliu. Didelį įspūdį palikusi studijų praktika ir viešnagė Norvegijoje, ypatingai paskatino susidomėti šių paslaugų teikimo skirtumais šioje Skandinavijos šalyje, kitose sparčiai senėjančios visuomenės šalyse bei Lietuvoje.

## I. LITERATŪROS APŽVALGA

### 1.1. VYRESNIO AMŽIAUS ASMENŲ SVEIKATOS PROBLEMOS

Ne vienas autorius pabrėžia [15,16], jog daugumą vyresnio amžiaus žmonių vargina daugybė fizinių ligos simptomų, psichologinių, dvasinių, socialinių ir praktinių problemų.

Lietuvos statistikos departamento duomenimis 2012 m. net 87,2 proc. vyresnio amžiaus asmenų (vyresnių nei 65 m.) buvo nustatytos ligos. Šiame amžiuje dominavo kraujotakos sistemos (655,3/1000), akių (240,8/1000), jungiamojo audinio ir raumenų skeleto (238,8/1000), onkologinės ligos [17].

Remiantis Lietuvos statistikos departamento duomenimis apie vyresnio amžiaus asmenų sergamumą neinfekcinėmis ligomis, galime daryti išvadą, jog Lietuvoje vyresnio amžiaus žmonės labiau serga lėtinėmis ligomis nei asmenys iki 65 metų amžiaus. Kraujotakos sistemos ligomis vyresnio amžiaus asmenys serga beveik dvigubai daugiau nei visi asmenys iki 65 metų amžiaus kartu sudėjus – 46 proc. daugiau (žiūrėti 1 pav.). Onkologinėmis ligomis sergančiųjų vyresnių amžiaus asmenų sergamumas dar didesnis nei kraujotakos sistemos ligomis sergančiųjų. Daugiau nei dvigubai vyresnio amžiaus asmenų serga onkologinėmis ligomis nei visi asmenys iki 65 metų amžiaus kartu sudėjus – 68 proc. daugiau (žiūrėti 2 pav.).

**1 pav. Sergamumas kraujotakos sistemos ligomis Lietuvoje 2012 metais pagal amžiaus grupes 100 000 gyv.**

**2 pav. Sergamumas onkologinėmis ligomis Lietuvoje 2012 metais pagal amžiaus grupes**

**100 000 gyv.**

Statistikos departamento duomenimis sergamumas akių ligomis buvo panašus 0-17 m. amžiaus ir ≥65 m. amžiaus grupėse. Vis dėlto, vyresnių nei 65 metų amžiaus asmenų sergamumas buvo 35 proc. didesnis nei 45-64 m. amžiaus grupėje ir net 78 proc. didesnis nei 18-44 m. amžiaus grupėje (žiūrėti 3 pav.).

**3 pav. Sergamumas akių ligomis Lietuvoje 2012 metais pagal amžiaus grupes 100 000 gyv.**

Šiuo metu didelis dėmesys skiriamas asmenų “polisergamumui” - asmens sergamumui dvejomis ar daugiau ligų. Dažniausi lėtiniai susirgimai - kardiovaskulinės ligos (hipertoninė liga, išeminė širdies liga), kvėpavimo takų ligos (astma, lėtinė obstrukcinė plaučių liga – LOPL), onkologinės ligos, demencijos sindromas, depresija, II tipo cukrinis diabetas, osteoporozė, artritas, akių ligos ir kt. [18]. Dauguma šių lėtinių susirgimų didina paciento ir jo artimųjų dvasinę ir fizinę kančią, blogina gyvenimo kokybę, ypač jei tai tęsiasi ne vienerius metus.

Dažniausiai ligos kankinančios vyresnio amžiaus asmenis yra lėtinės ir ilgai trunkančios, todėl šios gyventojų grupės skaičius bendro tipo ligoninėse yra daug didesnis nei bet kurio kito amžiaus tarpsnio žmonių, jie yra ir pagrindiniai specializuotų medicinos (slaugos ligoninių) bei ilgalaikės priežiūros įstaigų klientai [19].

### ****1.1.1. Geriatriniai sindromai****

Kalbėdami apie vyresnio amžiaus asmenų sveikatos problemas turėtume atkreipti dėmesį į keturis pagrindinius geriatrinius sindromus.

Pirmasis – **griuvimai.** Tai vienas pagrindinių ir labiausiai paplitusių geriatrinių sindromų. JAV griuvimai sąlygoja daugiau nei 10 000 mirčių per metus [20]. Šeimos gydytojai kasdien susiduria su daugiau nei 10 tokių pacientų, bet neatpažįsta įspėjamųjų ženklų. Griuvimo priežasčių gali būti daug ir ne viena. Pagrindinės – tai nelaimingi atsitikimai ir su aplinkos veiksniais susijusios priežastys bei eisenos ir pusiausvyros sutrikimai ir raumenų silpnumas [21]. Dažniau linkę griūti sergantys keliomis lėtinėmis ligomis, funkciškai priklausomi pagyvenę žmonės, moterys [22].

Griuvimai ir susižalojimai patirti griuvimo metu dažnai sąlygoja ligų ir neįgalumo atsiradimą senyvo amžiaus asmenims. Nepaisant patirtų sveikatos problemų ir gyvenimo kokybės sumažėjimo, griuvimai turi didelę įtaką sveikatos priežiūros išlaidoms. Griuvimų metu patirti sužalojimai (pavyzdžiui šlaunikaulio lūžis) neretai pareikalauja hospitalinio gydymo ir brangių intervencijų, įskaitant reabilitaciją, o funkciniai apribojimai neretai pareikalauja ilgalaikės priežiūros, įskaitant asmens stacionarizavimą į slaugos ligonines [23]. V. Alekna su bendraautoriais atlikęs tyrimą nustatė, jog 34,4 proc. asmenų bent kartą per metus yra griuvę. Daugelis griuvimų įvyko užsiimant kasdienine veikla: einant, sėdantis, stojantis, dirbant namų ruošos darbus, keliantis iš lovos, lipant laiptais [24].

**Demencijos sindromas.** Ankstyvoje stadijoje demencija dažnai lieka nepastebėta, nepaisant gana dažno pasireiškimo tarp vyresnio amžiaus asmenų. Neretai artimieji ir patys vyresnio amžiaus asmenys suranda daug pateisinamų priežasčių, kodėl jiems sunku prisiminti kai kuriuos dalykus ar įvykius. Žmonės dažniausiai linkę kaltinti vyresnį amžių [20]. Iš tikrųjų demencija – tai sindromas – dažniausiai lėtinis ir progresuojantis – kurio metu sutrinka pažintinė funkcija (pvz. galimybė dėlioti mintis). Šis sindromas pažeidžia atmintį, orientaciją, suvokimą, kalbą, gebėjimą skaičiuoti, mokintis bei kritiškai mąstyti [25].

Demencija kiekvieną pacientą paveikia skirtingai, priklausomai nuo ligos progresavimo bei žmogaus asmenybės iki susergant šia liga. Demencijos sindromo eigą galima suskirstyti į tris stadijas. Ankstyvoje stadijoje asmuo dažnai užmiršta, pasimeta laike, pasiklysta pažįstamose erdvėse [25]. Progresuojant ligai simptomai tampa ryškesni ir labiau pastebimi. Tokie asmenys užmiršta neseniai įvykusius įvykius ir žmonių vardus, pasiklysta namuose, jiems sunku bendrauti, dėstyti mintis, pamažu išryškėja asmeninės priežiūros poreikis. Ligai pasiekus trečiąją stadiją simptomai visiškai išryškėja. Keičiasi asmens elgesys, jis nesiorientuoja laike ir erdvėje, jam sunku atpažinti artimuosius ir draugus, sutrinka eisena, žmogui reikalinga visiška pagalba tvarkantis su asmeninėmis kasdieninėmis veiklomis, atsiranda agresijos protrūkiai [25].

Pasaulyje 35.6 milijonai gyventojų serga demencija, kasmet skaičiuojama 7,7 milijonai naujų atvejų. Spėjama, kad išliekant tokiam pačiam susirgimų skaičiui, 2030 metais sergančiųjų skaičius sudarys 65,7 milijonus, o 2050 metais – 115,4 milijonus viso pasaulio gyventojų [25]. Lietuvoje 2012 metų duomenimis sergamumas demencija ir Alzheimerio liga vyresnių nei 65 metų amžiaus gyventojų grupėje buvo 1347 atvejai 100 000 tūkst. gyventojų. [26].

Literatūroje pabrėžiama [27], jog kasdieninės veiklos atlikimas asmenims sergantiems demencijos sindromu sukelia daug sunkumų. Gebėjimas atlikti pagrindinės kasdieninės veiklas kaip prausimasis, valgymas ar apsirengimas, mažėja progresuojant ligos eigai, o kai kurios veiklos gali tapti potencialiai pavojingos (skutimasis, nagų karpymas). Mitybos problemos yra vienos svarbesnių sergantiesiems demencija. Sergantieji gali pamiršti pavalgyti ar valgyti per daug. Gyvenantys vieni vis mažiau gamina valgį, todėl dėl nesubalansuotos mitybos nepakankamo maisto krenta svoris [28].

Nepaisant kylančių grėsmių, sergančiuosius demencijos sindromu siekiama kuo ilgiau išlaikyti namuose, jiems įprastoje aplinkoje, pasitelkiant specialistų komandą (psichiatrą, geriatrą, šeimos gydytoją, slaugytoją, psichikos sveikatos slaugytoją, ergoterapeutą, kineziterapeutą ir kt.) ir pasiūlant ambulatorines socialines bei sveikatos priežiūros paslaugas [29].Tik svarbu – kuo labiau pritaikyti aplinką prie paciento poreikių. Pripažįstama, jog aplinkos pritaikymas yra vienas svarbiausių veiksnių rūpinantis sergančiaisiais demencija [28].

Nustatyta, kad demencija sergančių asmenų sveikatos priežiūros išlaidos yra didesnės nei sergant kitomis lėtinėmis ligomis, o taip pat, kad išlaidos didėja demencijos ligai progresuojant.

1. Didžiojoje Britanijoje sergantiems demencija asmenims išleidžiama virš 23 milijardų svarų per metus.

2. Skandinavijos šalyse išlaidos vidutiniškai siekia daugiau 15 000 eurų per metus vienam pacientui [30].

3. JAV kasmet išleidžiama apie 203 milijardų dolerių demencija sergantiems [31].

Lietuvoje trūksta duomenų apie demencijos stadijų paplitimą. Turint tokius duomenis galima būtų planuoti sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas. Škotijos modelio apskaičiavimai rodo, kad 6 proc. sergančiųjų demencija bus savarankiški, 11 proc. pagalba bus reikalinga vieną kartą per savaitę, 48 proc. – reguliari kasdieninė pagalba apsirengti bei valgyti, o 34 proc. – nuolatinė priežiūra ir globa [29].

**Depresija** - tai vienas labiausiai pasaulyje paplitusių sveikatos sutrikimų. PSO duomenimis, depresija užima ketvirtą vietą tarp visuomenės negalios ir naštos šaltinių.

PSO duomenimis depresijos paplitimas siekia 3–5 proc. pasaulio gyventojų skaičiaus. Tačiau šeimos gydytojai dažnai nepastebi ligos simptomų. Apie 50 proc. asmenų sergančių depresija negauna jokio gydymo jo vengdami dėl gėdos jausmo ar neigimo, paslaugų trūkumo ar medicinos personalo negebėjimo atpažinti depresiją [32].

Valstybinio psichikos sveikatos centro duomenimis, Lietuvoje sergamumas depresija nuo 2000 metų vis augo – nuo 380/100 000 gyv. iki 722,2/100 000 gyventojų 2010 metais [33].

Vyresniame amžiuje depresija dažnėja. Pagyvenusiems asmenims ji didina sergamumą, sunkina somatinių simptomų, didina negalios laipsnį, blogina gyvenimo kokybę ir savęs aptarnavimą. Sunki depresijos forma didina mirštamumą ir yra pagrindinė savižudybių priežastis [34].

**Šlapimo nelaikymas** – tai ne tik liga, bet ir psichologinis, socialinis bei fizinis diskomfortas, darantis įtaką fizinei ir psichologinei sveikatai, socialiniam ir seksualiniam gyvenimui bei atnešantis nemažai finansinių išlaidų. Pasaulinė sveikatos organizacija šlapimo nelaikymą priskiria prie *socialinių* ligų. Tačiau tai yra ne tik socialinė, bet ir sveikatos, higienos bei ekonominė problema. JAV apskaičiuota, kad dėl inkontinencijos per metus išleidžiama daugiau nei 12 milijardų dolerių [35].

Šlapimo nelaikymo paplitimas auga su amžiumi [36]. Šlapimo nelaikymas 20-39 metų amžiaus moterų tarpe sudaro 7 proc., 40-59 m. – 17 proc., 60-79 m. – 23 proc. virš 80 m. – 32 proc. Šlapimo nelaikymas vyrų tarpe yra maždaug trečdaliu žemesnis, tačiau virš 90 metų šlapimą nelaikančių abiejų lyčių santykis panašus. Ypač aukštas šlapimo nelaikymo procentas pacientų, kurie yra slaugomi slaugos ligoninėse. 60-78 proc. – moterų tarpe ir 45-72 proc. vyrų tarpe [35].

Kaip pastebi G. Mereckas ir bendraautoriai, nors šlapimo nelaikymas yra dažna problema vyresnio amžiaus žmonių tarpe, asmenys turintys šį sutrikimą dažniausiai drovisi apie tai kalbėti ir į gydytoją kreipiasi pavėluotai [37].

Šlapimo nelaikymas vengiama, tačiau labai aktuali problema. Asmenys susiduria su daugybe ne tik fizinių, bet ir socialinių bei psichologinių problemų (vengia tolimesnių kelionių, naudojimosi transportu, nežinomų vietų ir pan.), apribojamas žmogaus fizinis ir socialinis aktyvumas. Asmenys, kurie nelaiko šlapimo, dažnos tarpvietės grybelinės infekcijos, celiulitas ir opos dėl nuolatinio vilgymo šlapimu. Vyresnio amžiaus žmonėms taip pat dažnesni kritimai ir kaulų lūžiai dėl paslydimo ant šlapimo. Ligoniams, nesulaikantiems šlapimo, dažnos depresijos, seksualinė disfunkcija [35].

### ****1.1.2. Kasdieninė veikla ir pagalbinės priemonės****

Didžioji dalis vyresnio amžiaus asmenų susiduria su problemomis kasdieninėje veikloje kylančių dėl lėtinių ligų ar su sveikata susijusio neįgalumo. Šios negalios riboja asmens savarankiškumą atliekant kasdienines veiklas. Būtent nesugebėjimas pasirūpinti pačiu savimi ir yra dažna priežastis, kodėl vyresnio amžiaus asmenys ieško pagalbos iš aplinkos, persikrausto į įvairias globos įstaigas ar slaugos ligonines [38].

Senstant mažėja gebėjimas atlikti tas veiklas, kurias asmuo išmoko dar vaikystėje ir bręstant tai suvokė kaip savaimę suprantamą veiksmą.

Sveikatos priežiūros specialistai kasdieninei veiklai apibūdinti yra išskyrę du terminus: Kasdieninė veikla (*angl. activities of daily living (ADL))* ir instrumentinė kasdieninė veikla *(angl. instrumental activities of daily activities (IADL)).* Į kasdieninių veiklų sąrašą įeina tokios veiklos kaip apsirengimas, nusiprausimas, naudojimasis tualetu, valgymas, vaikščiojimas, atsikėlimas iš lovos ar nuo kėdės. Tuo tarpu instrumentinei kasdieninei veiklai priskiriami namų ūkio priežiūros veiksmai, kaip valgio gaminimas, namų tvarkymas, skalbimas, siuvimas, vairavimas, naudojimasis telefonu ir (ar) kompiuteriu, apsipirkimas, piniginių operacijų atlikimas, medikamentų vartojimas ir kitos panašios kasdieninės veiklos.

Kasdieninės veiklos problemos kyla dėl daugelio priežasčių, kurios yra glaustai susijusios su kitomis sveikatos problemos. Pavyzdžiui, asmuo sergantis plaučių ligomis ar (ir) širdies nepakankamu neturės pakankamai ištvermės ir jėgų atlikti tokias kasdienines veiklas patys kaip namų tvarkymasis, maisto ruoša ar skalbimas. Tuo tarpu asmuo sergantis sąnarių ligomis sunkiai atliks kruopštumo reikalaujančias kasdienines veiklas. Suprastėjusi rega ir klausa taip pat gali įtakoti savipriežiūrą. Negebėjimas taisyklingai vartoti medikamentus gali būti susijęs su negebėjimu perskaityti vaistų paskyrimą, atidaryti pakuotę, įsipilti stiklinę vandens ir svarbiausia prisiminti išgerti vaistus.

Paramos pagyvenusio amžiaus žmonėms socialinę dalį sudaro žmonės, teikiantys pagalbą (šeima, draugai, profesionalūs globėjai), fizinę dalį – technologijos, kurios palengvina gyvenimą ir suteikia daugiau savarankiškumo [22]. Pagalba pagyvenusiam žmogui turi būti teikiama tikslingai, kad būtų išsaugotas jo savarankiškumas, autonomija, bet ne dirbtinai kuriamas priklausomumas [29].

Literatūroje nurodoma, jog pagrindiniai pagalbos teikėjai vyresnio amžiaus asmenims yra jų šeimos nariai (dažniausiai sutuoktinis ar (ir) vaikai). Tačiau artimiesiems neretai gali trūkti žinių ir įgūdžių padėti ligoniui: daugeliui tai visiškai nauja situacija, nepakanka žinių apie ligą, gydymą, slaugą ir pan. Būna, kad tiesiog sunku atvirai kalbėti su ligoniu apie jo būklę [14]. Vis dėlto, nurodoma, jog keičiantis šeimos vertybėms, normoms ir požiūriui, tikėtina, jog socialinė globa ateityje vis mažiau bus realizuojama šeimos erdvėje, o socialinės globos funkciją atliks kitos socialinės institucijos [39].

Literatūroje pabrėžiama, jog reikia stengtis asmenį kuo ilgiau išlaikyti jam pažįstamoje aplinkoje [14], stengiantis namų aplinką pritaikyti pagal vyresnio amžiaus asmenų poreikius.

Šiuo metu ypač didelis priemonių, galinčių padėti atlikti kasdienines veiklas kasdieninėje buityje ar išvengti traumų, pasirinkimas. Pavyzdžiui, rekomenduojama vyresnio amžiaus asmenų namuose įrengti apie griuvimus įspėjančius ženklus ar garso priemones. Kai kurios sistemos gali garso signalu įspėti apie ligonį, besikeliantį iš lovos ar kėdės [36]. Siekiant išvengti griuvimų taip pat rekomenduojama įmontuoti laikiklius ir neslystančius kilimėlius, įmontuoti laiptų turėklus.

Vis dėlto, pagyvenusio amžiaus žmonės nenoriai pripažįsta naujas technologijas dėl „technikos baimės“. Pagalbinės medžiagos pabrėžia negalią ir nesąrankiškumą, trikdo įprastinę namų rutiną [40].

Apibendrinant galėtume teigti, jog nors senėjimas nėra jokia liga, ir yra griežtai draudžiama padėti lygybės ženklą tarp senėjimo bei ligos bei poreikio slaugyti [41]. beje, didesnes išlaidas sukelia ne pats gyventojų senėjimas, bet nesveikas senėjimas [42], vis dėlto tenka pritarti, kad senyvame amžiuje sergamumas lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis auga taip didindamas šiuo metu medicininio aptarnavimo ir slaugos reikalingumas neproporcingai didėja [41].

### 1.2. SOCIALINĖS PASLAUGOS

Kiekvienoje visuomenėje socialinių paslaugų sistema yra svarbi socialinės politikos dalis, nes visose visuomenėse yra dalis žmonių, kurie dėl įvairių priežasčių negali patys savarankiškai spręsti iškylančių socialinių problemų, jie negali pilnavertiškai dalyvauti visuomenės gyvenime, jaučiasi nesaugūs ir atstumti. Tokiems žmonėms reikalinga socialinės paramos sistema ir socialinių darbuotojų pagalba [43].

### ****1.2.1. Socialinių paslaugų rūšys****

Šiuo metu Lietuvos gyventojams yra teikiamos: bendrosios socialinės paslaugos ir specialiosios socialinės paslaugos.

Socialines paslaugas, jų turinį pagal atskiras socialinių paslaugų rūšis ir socialinių paslaugų įstaigų tipus apibrėžia socialinių paslaugų katalogas [44].

*Bendrosios socialinės paslaugos:*

Bendrosios socialinės paslaugos yra atskiros, be nuolatinės specialistų priežiūros teikiamos paslaugos. Bendrosios socialinės paslaugos ir socialinė priežiūra teikiama socialinių paslaugų įstaigose ar asmens namuose. Tam tikrais atvejais bendrosios socialinės paslaugos ir socialinės priežiūros paslaugos gali būti keičiamos į piniginę išmoką – pagalbos pinigus. Socialinė globa yra visuma paslaugų, kuriomis asmeniui (šeimai) teikiama kompleksinė, nuolatinės specialistų priežiūros reikalaujanti pagalba. Socialinė globa teikiama institucijoje (socialinės globos įstaigoje) ar asmens namuose [44].

Įstatyme nurodoma, jog bendrąsias socialines paslaugas sudaro:

* Informacijos teikimas ir konsultavimas – konsultantai ir specialistai teikia informaciją apie galimybes gauti visapusišką pagalbą sprendžiant iškilusią problemą, prašymo nagrinėjimo eigą, savo teises ir pareigas, paslaugos kainą, bei kitas organizacijas, kurios galėtų klientui padėti.
* Pagalba namuose – tai bendravimo, konsultavimo, asmeninės higienos priežiūros paslaugų, asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo, maitinimo organizavimo/ maisto paruošimo, būsto (aplinkos) pritaikymo organizavimo/ namų sutvarkymo, įvairų pavedimų vykdymo ir kt.
* Slauga namuose – asmens sveikatos priežiūros paslauga teikiama asmens namuose bendradarbiaujant bei dirbant vienoje komandoje: sveikatos priežiūros specialistams kartu su socialiniais darbuotojais, lankomosios priežiūros darbuotojais bei kitų sričių specialistais.
* Globos pinigų skyrimas [45].

*Specialiosios socialinės paslaugos:*

Kad būtų užtikrintas reikiamas žmogaus savarankiškumas, kai bendrosios socialinės paslaugos yra neveiksmingos, teikiamos specialiosios socialinės paslaugos. Specialiosios socialinės paslaugos teikiamos stacionaruose, slaugos ir globos įstaigose, reabilitacijos centruose, laikino gyvenimo namuose ir kitose socialinės globos įstaigose. Bendruomenėje gali būti teikiamos ir kitos pagalbos formos: savirūpos grupių veikla, transportavimo paslaugos pagyvenusiems žmonėms ir neįgaliesiems, bendruomenės centrai, krizių centrai, labdaringos valgyklos ir t.t. [46].

### ****1.2.2. Socialinių paslaugų organizavimas Lietuvoje****

Iki nepriklausomybės atkūrimo Lietuvoje socialinės paslaugos buvo teikiamos tik stacionariose socialinės globos įstaigose. Atkūrus Nepriklausomybę, Lietuva, kaip ir kitos postsovietinės valstybės, pamažu pradėjo vystyti šiuolaikinę socialinių paslaugų sistemą [47].

Socialinių paslaugų valdymas apima socialinių paslaugų planavimą, organizavimą, kompetencijos pasiskirstymą ir socialinių paslaugų kokybės vertinimą, priežiūrą bei kontrolę valstybės ir vietos savivaldos lygmenimis.

Pagrindinės socialinių paslaugų valdymo institucijos yra:

* Socialinės apsaugos ir darbo ministerija;
* savivaldybės;
* Socialinių paslaugų priežiūros departamentas prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos (toliau –Socialinių paslaugų priežiūros departamentas) [45].

L. Žalimienė nurodo, jog socialinių paslaugų organizavimą ir teikimą Lietuvoje reglamentuoja:

* nacionaliniu lygmeniu – įstatymai, Vyriausybės nutarimai, ministrų įsakymai;
* regioniniu lygmeniu – savivaldybių tarybų patvirtinti dokumentai: veiklos nuostatai, normatyvai, vidaus tvarkos taisyklės;
* instituciniu lygmeniu – įstaigų darbuotojų pareiginės instrukcijos, normos, etikos kodeksas ir etikos taisyklės [48].

Organizuodama socialinių paslaugų teikimą Socialinės apsaugos ir darbo ministerija įgyvendina valstybės socialinę politiką, Socialinių paslaugų priežiūros departamentas vertina, prižiūri ir kontroliuoja socialinių paslaugų kokybę [45].

Vis dėlto, vadovaujantis Lietuvos socialinių paslaugų sritį reglamentuojančiais teisės aktais, socialinių paslaugų organizavimas ir teikimas yra savarankiška savivaldybių funkcija.

L. Žalimienė aprašinėdama socialinių paslaugų organizavimą teigia, jog savivaldybės lygmeniu pagrindinis asmeninių socialinių paslaugų organizavimo principas – paslaugų deinstitucionalizavimas. Kitaip tariant sąlygų sudarymas klientui kuo ilgiau gyventi savo namuose, neplečiant stacionarių paslaugų tinklo [48].

Savivaldybės atsako už socialinių paslaugų teikimo savo teritorijose gyventojams užtikrinimą planuodama ir organizuodama socialines paslaugas, kontroliuodama bendrųjų socialinių paslaugų ir socialinės priežiūros kokybę. Savivaldybė vertina ir analizuoja gyventojų socialinių paslaugų poreikius, pagal gyventojų poreikius prognozuoja ir nustato socialinių paslaugų teikimo mastą ir rūšis, vertina ir nustato socialinių paslaugų finansavimo poreikį [49].

Tai reiškia, kad kiekviena savivaldybė turi teisę ir galimybę kurti tokią bendruomeninių socialinių paslaugų sistemą, kuri labiausiai atitiktų savivaldybės galimybes ir savivaldybės gyventojų žmonių socialinius poreikius. Todėl socialinių paslaugų plėtra kiekvienoje Lietuvos savivaldybėje iki šiol vyksta gana skirtingai, ko pasekoje šalyje jau išryškėjo regioniniai socialinių paslaugų plėtros netolygumai, atskirose savivaldybėse skiriasi ne tik teikiamų socialinių paslaugų apimtys, teikiamų paslaugų veiksmingumas, bet ir teikiamų socialinių paslaugų kokybė [47].

Dažniausiai Lietuvoje socialines paslaugas teikiančios tarnybos turi biudžetinės įstaigos statusą, o jų steigėjas yra Valstybė arba savivaldybė [45].

### ****1.2.3. Socialinių paslaugų poreikio nustatymas****

Asmenims socialinių paslaugų poreikis nustatomas vadovaujantis Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro 2007 m. kovo 13 d. įsakymu „Dėl Asmens (šeimos) socialinių paslaugų poreikio nustatymo ir skyrimo tvarkos aprašo ir Senyvo amžiaus asmens bei suaugusio asmens su negalia socialinės globos poreikio nustatymo metodikos patvirtinimo“.

Dėl socialinių paslaugų, kurių teikimą finansuoja savivaldybė iš savo biudžeto lėšų ar iš valstybės biudžeto specialiųjų tikslinių dotacijų savivaldybių biudžetams, skyrimo asmuo (vienas iš suaugusių šeimos narių) ar jo globėjas, rūpintojas raštišku prašymu kreipiasi į asmens (šeimos) gyvenamosios vietos savivaldybę.

Savivaldybės institucijos nustatyta tvarka paskirti socialiniai darbuotojai nustato pareiškėjo socialinių paslaugų poreikį. Nustatant poreikį, kompleksiškai vertinami šeimos narių gebėjimai, galimybės bei motyvacija spręsti savo šeimos socialines problemas, palaikyti ryšius su visuomene bei galimybes tai ugdyti ar kompensuoti šeimos interesus ir poreikius atitinkančiomis bendrosiomis socialinėmis paslaugomis ar socialine priežiūra.

Socialinių paslaugų poreikio vertinimas yra pirmas žingsnis organizuojant bei teikiant socialines paslaugas. Lietuvos Respublikos Socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakyme „Dėl asmens (šeimos) socialinių paslaugų poreikio nustatymo ir skyrimo tvarkos aprašo bei senyvo amžiaus asmens bei suaugusio asmens su negalia socialinės globos poreikio nustatymo metodikos patvirtinimo“, pateiktas asmens (šeimos) socialinių paslaugų poreikio nustatymo bei skyrimo tvarkos aprašas, kuriuo remiantis nustatomas asmens socialinių paslaugų poreikis, subjektai, kriterijai, procedūros, asmens socialinės globos poreikis, socialinių paslaugų skyrimas, sustabdymas bei nutraukimas, asmens siuntimas į socialinės globos įstaigą tvarka, teisės, pareigos, skundų nagrinėjimas bei pateikiama socialinės globos poreikio nustatymo metodika [49].

Nustatant slaugos ir socialinių paslaugų poreikį namuose, būtina kreipti dėmesį ne vien tik į paciento savarankiškumo laipsnį, diagnozę, bet ir į jo gyvenimo sąlygas. Tokia situacija rodo, kad socialinis darbuotojas yra neatsiejamas gydytojo ir slaugytojo komandos narys, todėl siekiant užtikrinti paslaugų kokybę, svarbu, kad slaugos ir socialines paslaugas teiktų kvalifikuoti specialistai, turintys atitinkamą išsilavinimą ir sugebantys teikti kokybiškas paslaugas laiku. Tik glaudus sveikatos priežiūros ir socialinių tarnybų bendradarbiavimas gali pagerinti socialinės rizikos grupėje esančių žmonių gyvenimo kokybę [43].

Slaugos ir socialinių paslaugų bendro teikimą Lietuvoje reglamentuoja Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro ir Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakymas [50] „Slaugos ir socialinių paslaugų bendro teikimo tvarkos aprašas“*,* kuris nustato slaugos ir socialinių paslaugų bendro teikimo pagrindinius tikslus ir principus, paslaugų gavėjus, ilgalaikės priežiūros paslaugų organizavimą, dokumentavimą bei finansavimą.

Sveikatos priežiūra šiame teisės akte apibrėžiama kaip slaugos ir socialinių paslaugų visuma, kurias teikiant asmeniui tenkinami slaugos ir socialinių paslaugų poreikiai, teikiama nuolatinė kompleksinė specialistų pagalba ir priežiūra. Ilgalaikė priežiūra teikiama nuo tada, kai nustatomas ilgalaikės priežiūros paslaugų poreikis asmeniui (šeimai). Tokių paslaugų gavėjai yra asmenys su negalia, senyvo amžiaus asmenys bei asmenys, kuriems teikiamos paliatyviosios pagalbos paslaugos, kurių susirgimai yra lėtiniai bei, kuriems slaugos ir socialinės paslaugos teikiamos kartu. Į šių paslaugų teikimą turėtų būti įtraukiama ir šeimos nariai bei artimiausi žmonės. Už ilgalaikės priežiūros paslaugų organizavimą bei specialistų komandos sudarymą yra atsakinga savivaldybė, kuri turi parengti ir patvirtinti bendradarbiavimo tarp įstaigų, įmonių ir organizacijų sutarčių sudarymo ir šių paslaugų teikimo tvarkos aprašus.

### ****1.2.4. Socialinių paslaugų teikimas Kauno mieste****

Kauno miesto savivaldybėje, kaip ir kitose savivaldybėse socialinių paslaugų teikimo ir plėtros tikslai yra įvardinti socialinių paslaugų plane. Siekiant gerinti socialinių paslaugų infrastruktūrą ir teikiamų paslaugų kokybę, išskiriami šie tikslai:

1. plėsti ir stiprinti socialinių paslaugų tinklą, teikti paslaugas šeimai ir vaikui;
2. plėsti socialines paslaugas asmenims, atsidūrusiems socialinėje atskirtyje, skatinti jų socialinę adaptaciją, reabilitaciją ir integraciją į visuomenę;
3. spartinti neįgaliųjų socialinę (fizinę, reabilitacinę, profesinę) integraciją;
4. gerinti socialinių paslaugų infrastruktūrą, skatinant kokybiškų socialinių paslaugų teikimą seniems ir pagyvenusiems žmonėms [10].

2013 metų duomenimis Kauno savivaldybėje gyveno 307 498 gyventojai, iš jų – 73 710 (16 proc. visų gyventojų) pensinio amžiaus [10].

Kaip ir kitų šalies savivaldybių, Kauno miesto savivaldybės gyventojų socialinių paslaugų poreikius sąlygoja panašūs veiksniai. Dažniausi jų: visuomenės senėjimas, nedarbas, alkoholio, narkotinių, psichotropinių ir kitų medžiagų vartojimas ir psichologinė, fizinė ar seksualinė prievarta, negalia [10]. Kauno miesto savivaldybėje, kaip ir visoje Lietuvoje daugėja vyresnio amžiaus asmenų. Dažniausiai senyvo amžiaus asmenims reikalingos pagalbos į namus, socialinės globos, transporto paslaugos ir techninės pagalbos priemonės (vežimėliai, lazdelės, vaikštynės ir kita).

Socialinių paslaugų plane pabrėžiama, jog senstant miesto populiacijai didės socialinių paslaugų poreikis, nes šis poreikis įvertinamas pagal demografinę, ekonominę ir socialinę padėtį mieste. Šiuo metu Kauno savivaldybėje sukurta bazinė socialinių paslaugų infrastruktūra. Socialinėms problemoms kokybiškai spręsti skiriama vis daugiau lėšų, dirba vis daugiau organizacijų, tačiau socialinių paslaugų poreikis tam tikroms gyventojų grupėms 2013 m. vis dar išliko. Kauno m. savivaldybės kaip ir kitų šalies savivaldybių galimybes teikti socialines paslaugas riboja finansiniai ir žmogiškieji ištekliai [10].

Kauno mieste pagrindinis socialinių paslaugų organizatorius yra Socialinių paslaugų skyrius, o socialinių paslaugų teikimas koncentruojamas aplink Socialinių paslaugų skyriaus reguliavimo sričiai priskirtas socialine veikla užsiimančias įstaigas. Bendruomeninių paslaugų tinklas mieste kol kas nėra plačiai išplėtotas, socialines paslaugas efektyviai teikia tik keletas bendruomeninių įstaigų [10].

2012 metais vidutiniškai per mėnesį socialinės pagalbos namuose paslaugos Kauno miesto savivaldybėje buvo teikiamos 479 asmenims, iš jų – 143 senyvo ar pensinio amžiaus asmenims (26 jų gyveno Aleksoto seniūnijoje). Nuo 2008 iki 2012 metų paslaugų gavėjų skaičius atitinkamai padidėjo 11 proc. visose amžiaus grupėse ir 59 proc. vyresnio amžiaus asmenų grupėje. (žiūrėti 4 pav.) [10].

**4 pav. Socialinės pagalbos namuose gavėjų skaičius vidutiniškai per mėnesį Kauno mieste 2008 - 2012 metais**

Per 2012 metus vidutiniškai per mėnesį pagalbos namuose paslaugų gavėjai: nemokėjo už paslaugas – 77 (24 proc. visų gavusiųjų paslaugas); mokėjo už paslaugas – 402 (76 proc. visų gavusiųjų paslaugas). Tuo tarpu 2008 metais už šias paslaugas atitinkamai nemokėjo 75 proc. visų gavusiųjų paslaugas, o mokėjo 25 proc. paslaugų gavėjų (žiūrėti 5 pav.) [10].

**5 pav.** **Mokėjusių ir nemokėjusių už socialinių paslaugų teikimą namuose asmenų skaičius 2008-2012 metais Kauno mieste**

Socialines paslaugas Kauno miesto gyventojams teikia ir nevyriausybinės organizacijos, kurių veikla finansuojama iš Kauno miesto savivaldybės biudžeto lėšų, skirtų projektinei veiklai.

Plane pabrėžiama, jog Savivaldybė ir toliau stengsis gerinti socialinių paslaugų infrastruktūrą, skatinant kokybiškų socialinių paslaugų teikimą seniems ir pagyvenusiems asmenims [10].

Apibendrindami socialinių paslaugų teikimą pastebime, jog Lietuvoje socialinių paslaugų valdymą, skyrimą ir teikimą, socialinės globos įstaigų licencijavimą, finansavimą, mokėjimą už socialines paslaugas bei ginčų, susijusių su socialinėmis paslaugomis, nagrinėjimą reglamentuoja Lietuvos Respublikos socialinių paslaugų įstatymas. Pagrindiniai socialinių paslaugų organizatoriai Lietuvoje yra savivaldybės, dėl to mūsų šalyje ryškėja regioniniai socialinių paslaugų plėtros netolygumai. Kauno miesto savivaldybė susiduria su panašiomis problemomis, kaip ir kitos savivaldybės. Kauno miesto savivaldybė kasmet skiria vis daugiau lėšų spręsti socialines problemas, tačiau šių paslaugų poreikis vis dar išlieka. Šių paslaugų teikimą, kaip ir kitose šalies savivaldybėse riboja finansiniai ir žmogiškieji ištekliai.

### 1.3. SLAUGOS PASLAUGOS NAMUOSE LIETUVOJE

### ****1.3.1 Slaugos paslaugų namuose organizavimas Lietuvoje****

Sveikatos apsaugos ministro 2007 m. pasirašytas įsakymas „Dėl slaugos paslaugų ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose ir namuose teikimo reikalavimų patvirtinimo“ [51] numato, kad už slaugos paslaugų namuose teikimą yra atsakingos PAASP teikiančios įstaigos, o slaugos paslaugas namuose savarankiškai teikia bendruomenės slaugytojas, turintis galiojančią licenciją verstis šia praktika, bendradarbiaujant bei dirbant komandoje su kitais asmens sveikatos priežiūros specialistais bei socialiniais darbuotojais.

Įsakyme nurodoma, jog slaugos paslaugų namuose teikimo tvarką ir apimtis slaugos paslaugų gavėjų grupėms nustato asmens sveikatos priežiūros įstaigos vadovas. Suderinęs su steigėju, vadovas gali spręsti dėl slaugytojo padėjėjų etatų reikalingumo, atsižvelgiant į slaugos paslaugų poreikius ir apimtį. Iškeliamas pagrindinis slaugos paslaugų namuose teikimo tikslas – pagerinti pacientų gyvenimo kokybę, išsaugoti jų savarankiškumą gyvenamojoje aplinkoje bei skatinti jų savirūpą. Nurodyta, kad slaugytojas namuose prižiūrimam pacientui savarankiškai įvertina slaugos poreikius namuose, vykdo šeimos gydytojo rekomendacijas, paskyrimus, įgyvendina pacientui sudarytą slaugos planą. Slaugos paslaugos namuose yra teikiamos pacientams, kuriems nustatytas specialusis nuolatinės slaugos poreikis (SP-1) [52].

Už ilgalaikės priežiūros paslaugų organizavimą bei specialistų komandos sudarymą yra atsakinga savivaldybė, kuri turi parengti ir patvirtinti bendradarbiavimo tarp įstaigų, įmonių ir organizacijų sutarčių sudarymo ir šių paslaugų teikimo tvarkos aprašus [52].

Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos iniciatyva 2013–2015 m. savivaldybėse kuriasi mobilios specialistų komandos, kurios teikia integralias socialinės globos ir slaugos paslaugas paciento namuose. 21 savivaldybė rengėsi dalyvauti šiame pilotiniame projekte, kurio įgyvendinimo metu socialinį darbą dirbantieji kartu su slaugos specialistais ir jų padėjėjais komandiniu principu teikia socialinės globos ir slaugos paslaugas sunkiems ilgalaikės slaugos reikalingiems pacientams savo regione. Šia iniciatyva siekiama padėti šeimos nariams, suteikiant prižiūrintiems neįgalius (sunkios negalios) savo artimuosius, derinti šeimos ir darbo įsipareigojimus, pagalbą jų neįgaliesiems artimiesiems, bei reikiamą integralią pagalbą vienišiems nesavarankiškiems ar iš dalies savarankiškiems neįgaliesiems bei senyvo amžiaus asmenims. Iš Europos socialinio fondo lėšų trejus metus bus skiriamos lėšos specialistų komandose dirbančių slaugos specialistų darbo užmokesčiui, techninės pagalbos ar slaugos priemonėms, padengiamos transporto įsigijimo ir eksploatavimo išlaidos. Be to, mobilių komandų darbuotojams bus finansuojami mokymai, tobulinama profesinė kvalifikacija. Siekiant įtraukti ir bendruomenę, projektų vykdytojai organizuos mokymus ir savanoriams pagalbininkams. Socialinių darbuotojų ar socialinių darbuotojų padėjėjų, kurie dirbtų mobiliosiose komandose ar koordinuotų jų darbą, darbo užmokesčio išlaidas kaip ir iki šiol finansuos savivaldybė [53].

Bandomieji projektai įgyvendinami šiose savivaldybėse: Anykščių, Biržų, Kauno, Kretingos, Pasvalio, Radviliškio, Raseinių, Šakių, Šilalės, Šilutės, Tauragės, Telšių, Trakų, Ukmergės, Vilkaviškio rajonų, Alytaus, Klaipėdos Šiaulių, Visagino, Vilniaus miestų bei Elektrėnų savivaldybėse. Programa bus vykdoma 2013-2015 m., finansuojama Europos socialinio fondo lėšomis, programai skirtos lėšos sudaro 20,625 mln. Lt. [53].

### ****1.3.2. Slaugos paslaugų teikimo namuose trūkumai****

Lietuvoje socialinių paslaugų teikimą prižiūri Socialinės apsaugos ir darbo ministerija, tuo tarpu slaugos paslaugas – Sveikatos apsaugos ministerija.

Apibendrinant teisės aktuose numatytą apmokėjimą už slaugos ir socialinių paslaugų namuose teikimą, pastebima, kad šios paslaugos finansuojamos skirtingais lėšų šaltiniais:

* slaugos bei paliatyviosios pagalbos paslaugos apmokamos PSDF lėšomis,
* socialinės paslaugos apmokamos savivaldybių lėšomis bei iš dalies kompensuojamos pagalbos į namus paslaugas gaunančių asmenų lėšomis.

Vertinant lėšas, skiriamas paciento slaugai namuose, pastebima, kad įkainiai neatitinka realių sąnaudų. S. Šileikaitė su bendraautoriais, nagrinėdami VšĮ Centro poliklinikos patirtį modernizuojant slaugos paslaugų teikimą, teigia, jog palyginus slaugos paslaugų pacientams namuose visas sąnaudas bei išlaidas su PAASP gaunamomis pajamomis iš PSDF biudžeto, gaunami dideli nesutapimai, t. y. išlaidos visiškai nepadengiamos, ir būtent dėl to Lietuvoje PASPĮ šiuo metu nėra suinteresuotos teikti slaugos paslaugų pacientams namuose. Galima daryti išvadą, kad nacionaliniu (sisteminiu) lygmeniu parengti teisės aktai leidžia ir skatina teikti integruotas slaugos ir socialines paslaugas pacientams namuose, tačiau šios paslaugos teikiamos skirtingų institucijų tiek nacionaliniu (SAM ir Socialinės apsaugos ir darbo ministerija), tiek savivaldybių (PASPĮ ir Socialinės paramos centrai) lygmeniu, dėl to sudėtingas sprendimų priėmimas, fragmentuotas paslaugų planavimas, finansavimas, organizavimas, bendradarbiavimas bei informacijos sklaida. Pagalbos namuose paslaugų teikimas šiuo metu neatitinka realių poreikių, todėl būtina keisti požiūrį į šių paslaugų teikimą, prieinamumą ir kokybę [52].

Kaip rodo praktika, sunkiems ligoniams, besigydantiems namuose, labai trūksta slaugytojų dėmesio [54]. Poliklinikose dirbantys slaugos specialistai dėl didelio darbo krūvio nesuspėja jų aplankyti, suleisti jiems vaistų, atlikti slaugos procedūrų[54]. Dar yra ne vienas ligonis, paliktas likimo valiai arba tapęs našta artimiesiems, kuriems trūksta elementariausių slaugos žinių. Jeigu tinkamai būtų organizuojama slauga namuose, į slaugos ligonines turėtų patekti tik pacientai su visiška negalia, ar tie, kuriems paslaugas teikti namuose nėra sąlygų. Jei būtų nustatyti konkretūs slaugos paslaugų įkainiai paciento namuose, daugumas slaugytojų patys būtų suinteresuoti kuo daugiau ir kokybiškiau tokių paslaugų suteikti, o tai skatintų slaugytojų motyvaciją darbui bendruomenėje [54].

Nors Lietuvoje yra galimybė asmenį, turintį specialių poreikių stacionarizuoti į slaugos ligoninę, tačiau tokia galimybė suteikiama keturiems mėnesiams per metus. Likusius aštuonis mėnesius sunkaus, iš lovos nepakylančio žmogaus šeimos nariai turi patys savo jėgomis ir lėšomis spręsti jo priežiūros problemą. Dažnas mūsų šalies gyventojas dėl lėšų stokos nėra pajėgus pasitelkti privačias paslaugas teikiančius specialistus. Beje, mūsų visuomenėje vyrauja opinija, apie privačiose slaugos ligoninėse teikiamų paslaugų kokybę. Tad neretai vyresnio amžiaus asmenis artimieji stengiasi bet kokiais būdais hospitalizuoti, taip eikvojant valstybės lėšas brangiam hospitaliniam gydymui, nors dažnam pacientui reikia slaugos ir socialinių paslaugų, o ne pačio gydymo.

Kita vertus tai suprantama, nes slaugytojai iš pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų namuose gali lankytis tik nustatytą skaičių per metus ir atlikti ribotą kiekį procedūrų. O socialiniai darbuotojai rūpinasi tik itin mažas pajamas gaunančiais asmenimis. Be to, jiems leidžiama atlikti tik socialinės priežiūros, bet ne slaugos funkciją.

Pirminės sveikatos priežiūros įstaigos slaugos paslaugų neteikia ne todėl, kad nėra poreikio ar pinigų, o todėl kad nustatytas įkainis yra toks, kad teikti paslaugą yra tiesiog nuostolinga. Pagal sveikatos apsaugos ministro įsakymą slaugos paslaugų namuose išlaidoms kompensuoti vienam prisirašiusiam gyventojui per metus skiriama 0,97Lt. Slaugos paslaugos vidutinio sunkumo pacientams apmokamos kaip skatinamosios. Vienos paslaugos kaina svyruoja nuo 6 iki beveik 19 Lt. Tačiau šių paslaugų skaičius apribotas – ne daugiau 12 kiekvienos rūšies procedūrų per metus – tokių, kaip pragulų priežiūra, lašelinė infuzija, tyrimo paėmimas ir kita.

Vieno asmens išlaikymas globos namuose kainuoja apie 3 000 Lt per mėnesį, tačiau globos namų infrastruktūros išlaidos sudaro didžiausią šios sumos dalį. Namuose juo rūpintis kur kas pigiau. Valstybė čia galėtų prisidėti, suteikti tokiai šeimai paramą, užuot steigusi brangius senelių globos namus.

*Vykdant slaugos paslaugų namuose teikimo pokyčius galima būtų tikėtis:*

* mažėjančių išlaidų;
* efektyvesnio pinigų sveikatos apsaugai panaudojimo;
* sumažėjusio hospitalizacijų skaičiaus;
* gerėjančios vyresnio amžiaus asmenų sveikatos būklės;
* galimybės užkirsti kelią naujiems susirgimams;
* slaugos ir socialines paslaugas teikiančių įstaigų bendradarbiavimo ir (ar) sujungimo.
* slaugos ir socialinių paslaugų kokybės gerėjimo;
* sumažėjusio darbo krūvio pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų medicinos personalui;
* naujų darbo vietų sukūrimo.

Lietuvoje 2008 metais iš 10 000 tūkst. gyventojų slaugos paslaugas namuose gavo 50 gyventojų, o 2011 metais – 97 gyventojai (žiūrėti 6 pav.). Nuo paslaugų teikimo pradžios, per ketverius metus, paslaugų gavėjų skaičius išaugo 1,9 karto. Iš viso 2011 metais slaugos paslaugos namuose buvo suteiktos 31 514 asmenų. Tai sudarė 81,5 proc. paslaugų gavėjų, kurie turėjo nustatytus specialiuosius poreikius.

**6 pav. Asmenų gavusių slaugos paslaugas namuose skaičius Lietuvoje 2008 – 2011m. 10 000 gyv.**

Slaugos ir socialines paslaugas namuose Lietuvoje taip pat teikia ir privatūs paslaugų teikėjai. Apžvelgus privačių įstaigų internetiniuose puslapiuose pateikiamą informaciją galima apibendrinti, jog į teikiamų paslaugų sąrašą įeina panašios slaugos paslaugos, kurias teikia PASPĮ: injekcijos, tyrimų paėmimas, žaizdų bei pragulų priežiūra, kateterizavimas, stomų priežiūra, arterinio kraujo spaudimo (toliau AKS) matavimas, vaistų stebėjimas ir kt. Skirtingai nuo PASPĮ teikiamų paslaugų namuose, privačios įstaigos kartu siūlo ir socialinių paslaugų, tokių kaip maitinimo organizavimas, pagalbą buityje, pavedimų tvarkymas, užimtumo organizavimas, aplinkos tvarkymas, transporto organizavimas bei kt. Kai kurios privačios įstaigos siūlo kineziterapijos bei psichiatrinės/ psichologinės pagalbos paslaugas. Visos paslaugos yra mokamos.

### Apibendrinant, galime teigti, jog Lietuvoje patvirtinti teisės aktai suteikia galimybę teikti integruotas slaugos ir socialines paslaugas pacientų namuose, vis dėlto šios paslaugos teikiamos skirtingų institucijų ir finansuojamos skirtingais lėšų šaltiniais.

### 1.4. SLAUGOS IR SOCIALINIŲ PASLAUGŲ TEIKIMAS EUROPOJE

Socialinių paslaugų teikimas įvairiose ES šalyse yra labai skirtingas, jis atspindi įvairų socialinį – kultūrinį, politinį, ir ekonominį šalių vystymąsi bei tradicijas, paslaugų struktūrą ir esamą praktiką, tikslus ir paslaugų spektrą, jų organizavimą, paslaugų teikėjus ir finansavimo formas [47].

### ****1.4.1 Socialinių paslaugų modeliai****

Europoje yra pripažįstami keli socialinių paslaugų teikimo modeliai [55]. Pagal savo bendrąsias charakteristikas – paslaugų teikėjus, paslaugų teikimo organizavimą, finansavimo būdus Europoje paprastai yra išskiriami keturi skirtingi socialinių paslaugų (globos) modeliai:

1. Skandinaviškasis arba socialdemokratinis. Remiasi universalumo principu, kuomet socialinės paslaugas traktuojamos ne tik kaip pagalba, bet kaip žmonių socialinė teisė. Socialinės paslaugos yra plačiai išvystytos ir teikiamos gerai organizuotoje visuomenėje įvairiems žmonių poreikiams tenkinti. Savivaldybės vaidina pagrindinę rolę, teikiant ir planuojant socialines paslaugas. Socialdemokratiniame modelyje yra didelės valstybės išlaidos socialinėms paslaugoms.

2. Šeimos globos modelis. Šis modelis remiasi subsidiarumo principu. Tai reiškia, kad iškilusias socialines problemas pirmiausia turi spręsti pats individas. Jei jis nesugeba ar negali to padaryti turi kreiptis į šeimą ir gimines. Jei jie nepadeda kita institucija turėtų būti vietinė bendruomenė, į kurios sampratą įeina kaimynai, bažnyčia, nevyriausybinės organizacijos. Viešasis sektorius įsikiša, kai visos išvardintos institucijos negali padėti. Taikomas Pietų Europos šalyse kaip Graikija, Portugalija, Ispanija ir Italija. Yra apribotas valstybinių paslaugų teikimas, daugiausia paslaugas teikia neformalus sektorius.

3. Britų (liberalus) modelis. Pabrėžia rinką kaip vieną svarbiausių žmonių tarpusavio pagalbos sričių. Šis modelis laikosi principo, kad žmonės turi sugebėti gyventi be socialinės apsaugos sistemos. Valstybė perduoda rolę paslaugų teikimo pagal kontraktus kitam sektoriui. Jungtinė karalystė ir Airija yra pavyzdžiai liberalaus modelio su paslaugų teikimu, su atrankos kriterijais.

4. Konservatyvusis (Centrinės Europos subsidiarumo modelis). Tipiškas modelis yra Olandijoje, Vokietijoje, dalinai Belgijoje ir Prancūzijoje. Šis modelis pasižymi tuo, kad didelė reikšmė teikiama valstybės kontroliuojamai rinkai ir socialiniam draudimui.

Šie modeliai nėra „teoriniai grynuoliai“, jie daug kur persidengia, o tuo pačiu dar ir kinta ES įtakoje, kitų faktorių poveikyje. Tačiau minėti modeliai leidžia geriau suvokti, kaip skirtingai socialinių paslaugų sistema yra organizuota Europoje.

Svarbu pažymėti, kad skirtingi modeliai praktiškai vykdo tas pačias socialinių paslaugų funkcijas, tokias kaip:

* socialinės sanglaudos stiprinimas,
* socialinės kontrolės (visuomeniškai priimtinų normų, taisyklių ir procedūrų įgyvendinimas),
* bendruomenės vystymas,

globos koordinavimas, socialinės saugos užtikrinimas [47].

*Slaugos ir socialinių paslaugų namuose teikimas Skandinavijos šalyse*

Senas socialinių ir slaugos paslaugų namuose tradicijas turi Skandinavijos šalys.

Socialinės paslaugos Norvegijoje organizuojamos decentralizacijos principu – t.y. pagrindinė atsakomybė už socialinių paslaugų organizavimą ir teikimą suteikiama savivaldoms (*norveg. Kommuner*). Svarbu tai, Norvegijoje savivaldybės yra atsakingos ne tik už socialinių paslaugų teikimą, bet ir už prevencinę veiklą, t.y. veiklą, kuri vykdoma tam, kad išvengti galimų socialinių problemų kilimo. Didžiausias socialinis sektorius Norvegijos savivaldybėse yra senų žmonių globa ir slauga, kuriam vidutiniškai skiriama daugiau nei ketvirtadalis viso savivaldybių biudžetų dalis. Dalis senų ir pagyvenusių žmonių Norvegijoje gyvena stacionariose globos ir slaugos įstaigose, tačiau stacionarių globos įstaigų skaičius turi mažėjimo tendenciją. Teikiant socialines paslaugas seniems ir pagyvenusiems žmonėms pirmenybė teikiama ne stacionariai institucinei globai, o senų žmonių globai ir slaugai namuose [47].

Švedijoje visiška atsakomybė už socialinės ir ilgalaikės slaugos paslaugas 1992 metais taip pat buvo suteikta savivaldoms. Jos yra atsakingos už socialinių ir sveikatos priežiūros paslaugų teikimą pagyvenusiems žmonėms nepriklausomai ar pačių jų namuose, ar dienos centre, ar slaugos namuose. Į socialines paslaugas įeina maisto pristatymas, socialinės veiklos organizavimas, pagalba valgant ir asmenine higiena bei namo tvarkymas. Ši reforma paskatino privataus sektoriaus kūrimąsi, spartų slaugos ligoninių lovų skaičiaus mažėjimą [55].

Danijoje pokyčiai pagalbos namuose tarnybose prasidėjo 1970 metais. Danijoje namų slauga turi būti prieinama įvairaus amžiaus, nuo įvairių ūmių ar lėtinių ligų kenčiantiems žmonėms, kuriems reikia profesionalios slaugos. Išleisti įstatymai numato, kad prevenciniai namų slaugos vizitai į pagyvenusių žmonių namus yra privalomi bent du kartus per metus tam, kad būtų suteikta informacija apie prieinamas egzistuojančias tarnybas bei tam, kad užkirstų kelią potencialioms problemoms [14].

*Slaugos ir socialinių paslaugų teikimas Centrinėje ir Rytų Europoje*

Centrinės ir Rytų Europoje slaugos ir socialinės pagalbos teikimo plėtojimas yra palyginti nauja sritis. Didžioji dalis asmenų, kurie turi specialių poreikių ir (ar) serga lėtinėmis ligomis yra hospitalizuojami. Neretai, norint patekti į slaugos ligonines ar globos įstaigas jiems tenka susidurti su ilgomis eilėmis. Šios institucijos vis dar yra viešojo pobūdžio ir apmokamos vietinės savivaldos ar valstybės lėšų [47].

*Slaugos ir socialinių paslaugų teikimas Jungtinėje Karalystėje*

Jungtinėje Karalystėje teikiant socialines paslaugasSavivaldybių vaidmuo nedidelis. 1990 metais pagal naują Bendruomeninės globos aktą savivaldybės buvo įpareigotos atiduoti paslaugų teikimą NVO, privačiam sektoriui ir tapti tik paslaugų poreikio planavimo ir organizavimo institucijomis, ypač daug paslaugų pagyvenusiems įmonėms šioje šalyje teikia privatūs paslaugų teikėjai [47].

*Slaugos ir socialinių paslaugų teikimas Pietų Europoje*

Šių šalių istorinės tradicijos ir raidos ypatybės lemia didelį neformalios globos paslaugų dominavimą, ypač šeimos ir Bažnyčios. Savivaldybės čia vaidina labai nedidelį vaidmenį. Rinkos teikiamų paslaugų nedaug, panašiai kaip šiaurės Europoje [47].

Apibendrinant slaugos ir socialinių paslaugų teikimą Europoje, galime teigti, jog šių paslaugų teikimas įvairiose ES šalyse vis dar yra labai skirtingas. Šių paslaugų integracijos strategijos įvairiose Europos šalyse skiriasi, tačiau pagrindiniai iššūkiai išlieka panašūs: besikeičianti demografinė situacija, augantis lėtinių neinfekcinių ligų sergamumas, didėjantys visuomenės lūkesčiai, medicinos technologijų vystymasis.

## II. TYRIMO METODIKA IR KONTINGENTAS

### 2.1. Tyrimo objektas

Tikslinė populiacija – 65 metų amžiaus ir vyresni Kauno miesto gyventojai, registruoti Aleksoto mikrorajono PAPSĮ.

Siekiant imties reprezentatyvumo, kad pagal jos rezultatus būtų galima spręsti apie generalinę visumą, tyrimui respondentai buvo atrinkti atsitiktinės atrankos būdu. Tokiu būdu, kiekvieno individo tikimybė patekti į imtį buvo vienoda. Kauno miesto Aleksoto mikrorajone veikia 3 įstaigos, teikiančios pirmines ambulatorines asmens sveikatos paslaugas. Viena iš jų turi viešosios, dvi – privačios įstaigos statusą.

Pagal V.A. Jadov statistinę lentelę, kuri leidžia apskaičiuoti reprezentatyvios imties dydį (su 5% paklaida), numatyta apklausti 351 respondentą (žiūrėti 1 lentelę). Tyrimo metu iš anksto numatyta tikimybė, kad dėl tam tikrų aplinkybių tyrime galės dalyvauti ne visi tiriamieji, buvo suformuota didesnė respondentų imtis. Tyrimo metu kreiptasi į 370 asmenų. Apklausti 342 respondentai, iš jų 121 vyrai, 221 moterys. Atsako lygis 92,4 proc. Tyrimui naudotas anketinės apklausos interviu metodas.

**1 lentelė. Reikalingų apklausti Kauno miesto Aleksoto mikrorajono vyresnio amžiaus gyventojų skaičius pagal prisirašymą prie PSPĮ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Asmens sveikatos priežiūros įstaiga** | **Vyresnių nei 65 metų amžiaus registruotų žmonių skaičius** | **Vyresnių nei 65 metų amžiaus žmonių struktūra proc.** | **Numatomų apklausti asmenų skaičius pagal****demografinius duomenis** |
| Viešoji PSPĮ | 3277 | 79,2 | 278 |
| Privačios PSPĮ | 845 | 20,8 | 73 |
| Viso: | 4122 | 100,0 | 351 |

### 2.2. Tyrimo metodai

I etapas – mokslinės literatūros paieška LSMU bibliotekos informacijos ištekliuose, suvestiniuose Lietuvos bibliotekų kataloguose, duomenų bazėje – Medline.

II etapas – anketos sudarymas. Anketa buvo sudaryta remiantis išanalizuota literatūra. Klausimynas sudarytas taip, kad išanalizavus gautus duomenis būtų galima padaryti išvadas apie vyresnio amžiaus asmenų sveikatos problemas, slaugos ir socialinių paslaugų poreikį Kauno miesto Aleksoto mikrorajone. Vienos anketos užpildymo laikas nebuvo nustatytas, nes kiekvieno asmens skaitymo greitis, kláusimo suvokimas ir gebėjimas atsakyti yra skirtingas.

III etapas – anketinės apklausos vykdymas.

IV etapas – duomenų rinkimas.

V etapas – statistinė duomenų analizė, rezultatų aptarimas.

VI etapas slaugos ir socialines paslaugas namuose teikiančio centro veiklos modelio sukūrimas.

VII etapas – išvadų pateikimas.

### ****2.2.1. Literatūros paieška****

Mokslinės literatūros paieškai buvo pasirinkti LSMU bibliotekos informaciniai ištekliai, suvestiniai Lietuvos bibliotekų katalogai, duomenų bazė – Medline. Paieškai naudoti šie raktažodžius: pagyvenęs (*elderly*), namų priežiūros tarnybos (*home care services*), namų slauga (*home based care*), bendruomenės slauga (*community care*), socialinė gerovė (*social welfare*). Surasta medžiaga apie slaugos ir socialinių paslaugų teikimą ir prieinamumą Lietuvoje ir užsienio šalyse.

### ****2.2.2. Anketinė apklausa****

Klausimynas pacientams sudarytas iš penkių dalių ir turi 56 klausimus: 53 uždaro tipo ir 3 atviro tipo klausimus. Pirmoje dalyje kreipiamasi į respondentus, kviečiama dalyvauti tyrime, pristatoma tyrimo tikslas, padėkojama už suteiktą informaciją ir nurodoma anketos pildymo instrukcija.

Antroje dalyje pateikti demografinius rodiklius atspindintys klausimai apie respondentų lytį, amžių, šeimyninę padėtį, išsilavinimą, gaunamas mėnesines pajamas (1-9 klausimai).

Trečioje dalyje pateikti klausimai, atspindintys pacientų nuomonę apie jų sveikatos būklę (10-23 klausimai).

Ketvirtoje dalyje pateikti klausimai apie pacientų medicinos ir socialinių paslaugų poreikį (24-45 klausimai).

Penktoje dalyje pateikti klausimai pacientams apie slaugos ir socialines paslaugas namuose teiksiančio centro kūrimą (46-56 klausimai).

Pildant šį klausimyną, 37 klausimams buvo kiekvienam teiginiui parenkamas vienas atsakymo variantas (1, 3, 4, 5, 7, 8, 10, 11, 14, 15, 16, 17, 21, 22, 23, 26, 27, 28, 30, 31, 32, 33, 35, 37, 38, 39, 41, 42, 44, 45, 46, 47, 48, 52, 53, 54, 55), 3 klausimai buvo atviro tipo (2, 9, 56 klausimai), 16 klausimų galėjo turėti daugiau nei vieną atsakymą (6, 12, 13, 18, 19, 20, 24, 25, 29, 34, 36, 40, 43, 49, 50, 51 klausimai).

17 klausime respondentų paprašėme skausmą, kurį jie jaučia šiuo metu, pažymėti analoginėje skausmo skalėje (VAS) (žiūrėti 7 pav.).



**7 pav. Vizualinio analogo skalė (VAS) skausmo intensyvumui įvertinti**

Skalėje pavaizduota linija su skaičiais nuo 1 iki 10, išdėliotais iš kairės į dešinę. Skaičiai atitinka skausmo intensyvumą, kurie didėja į dešinę per visą skalę. Todėl skaičius 0 reiškia, kad visiškai neskauda, o 10 – nepakeliamą, patį intensyviausią skausmą.

Buvo gautas raštiškas tiriamųjų sutikimas dalyvauti tyrime. Pacientai, sutikę dalyvauti tyrime buvo informuoti apie tyrimo tikslą, metodą, tyrimo naudą. Anketas jie pildė šeimos klinikose arba namuose.

Atliekant tyrimą laikytąsi prielaidos, kad respondentai sąžiningai atsakė į anketose pateiktus klausimus.

### ****2.2.3. Statistinė duomenų analizė****

Anketų duomenys apdoroti naudojant statistinės duomenų analizės programinį paketą „IBM SPSS 22“ (Statistical Package for Social Sciences) programiniu paketu. Tyrimo rezultatų pateikimui bei apipavidalinimui naudota „Microsoft Office Excel“ 2010 metų programa.

Statistinės duomenų analizės rezultatai pateikiami lentelėse ir paveiksluose. Duomenų analizei taikyti aprašomosios ir palyginamosios statistikos metodai. Kiekybiniams duomenims skaičiuoti vidurkiai, mažiausia ir didžiausia reikšmė. Kokybiniams požymiams skaičiuoti atsakymų dažniai. Ryšiai tarp kokybinių požymių įvertinti, naudojant χ2 kriterijų. Skirtumai tarp grupių ar ryšiai tarp požymių buvo statistiškai reikšmingi, kai taikyto kriterijaus reikšmingumas p<0,05.

### ****2.2.4. Cento veiklos modelio kūrimas****

Šiuo metu Lietuvoje nėra viešosios įstaigos (ne PASPĮ), kuri teiktų slaugos ir socialines paslaugas paciento namuose, tad tokio centro kūrimo galimybės buvo įvertintos apžvelgiant Lietuvos teisinę bazę, įvairius projektus. Šios įstaigos (toliau – „Slaugos ir socialinės paslaugos“), veiklos modelis/ organizacinė struktūra buvo ruošiama remiantis literatūra, kitų įstaigų struktūra ir apklausos rezultatais.

## III. TYRIMO REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS

### 3.1. Respondentų socialinė – demografinė charakteristika

Tyrime dalyvavo 342 Kauno miesto gyventojai, registruoti Aleksoto mikrorajono PASPĮ, iš kurių 34,4 proc. sudarė vyrai ir 64,6 proc. moterys.

Tyrime dalyvavusių respondentų amžius siekė nuo 65 iki 93 metų. Bendras amžiaus vidurkis – 74,43. Duomenų analizei suformuotos 4 amžiaus grupės nuo 65 iki 69 m., nuo 70 iki 74 m., nuo 75 iki 79 m. ir 80 m. ir vyresni. Didesnę dalį tyrime dalyvavusių visų respondentų sudarė 70-74 m. asmenys – 30,1 proc. 65-69 m. respondentai sudarė 26,6 proc., 75-79 m. - 23,4 proc., 80 m. ir vyresni sudarė 19,9 proc. respondentų (žiūrėti 2 lentelę). 77,8 proc. respondentų buvo registruoti viešojoje PASPĮ, 22,2 proc. - privačiose PASPĮ. Tiek vyrų, tiek moterų pasiskirstymas pagal PASPĮ pobūdį buvo panašus ir statistiškai reikšmingo skirtumo tarp šių grupių nebuvo (p<0,05).

**2 lentelė. Imties pasiskirstymas pagal amžiaus grupes ir lytį.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lytis** | **n, proc.** | **Amžiaus grupės** | **Viso:** |
| **65-69 m.** | **70-74 m.** | **75-79 m.** | **80 m. ir vyresni** |
| Vyrai | n | 40 | 29 | 29 | 23 | 121 |
| proc. | 33,1 | 24,0 | 24,0 | 19,0 | 100 |
| Moterys | n | 51 | 74 | 51 | 45 | 221 |
| proc. | 23,1 | 33,5 | 23,1 | 20,4 | 100 |
| Viso: | n | 91 | 103 | 80 | 68 | 342 |
| proc. | 26,6 | 30,1 | 23,4 | 19,9 | 100 |

*χ2= 5,378, lls=3, p = 0,146*

Didesnę dalį tyrime dalyvavusių visų tiriamųjų sudarė susituokę asmenys – 55,6 proc. Našliai sudarė 26,3 proc., išsituokę – 9,1 proc., nesusituokę – 8,2 proc., o gyvenantys nesusituokę – 0,9 proc. (žiūrėti 3 lentelę).

**3 lentelė. Šeiminės padėties pasiskirstymas pagal lytį.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Šeimyninė padėtis** | **Lytis** | **Viso** |
| **Vyrai** | **Moterys** |
| **n** | **proc.** | **n** | **proc.** | **n** | **proc.** |
| Susituokę | 72 | 59,5 | 118 | 53,4 | 190 | 55,6 |
| Našliai  | 21  | 17,4  | 69 | 31,2  | 90 | 26,3  |
| Išsituokę | 14 | 11,6 | 17 | 7,7 | 31 | 9,1 |
| Nesusituokę | 12 | 9,9 | 16 | 7,2 | 28 | 8,2 |
| Gyvena nesusituokę | 2 | 1,7 | 1 | 0,5 | 3 | 0,9 |
| Viso: | 121 | 34,4 | 221 | 64,6 | 342 | 100 |

*χ2= 9,505, lls=5, p=0,05*

Atsakydami į klausimą dėl kokių priežasčių respondentai gyvena vieni, 47,5 proc. atsakiusiųjų nurodė, jog jų vaikai/ anūkai gyvena kitur, 30,5 proc. nurodė gyvenantys vieni, nes neturi vaikų/ anūkų, 11,9 proc. kaip priežastį nurodė paramos trūkumą iš vaikų/ anūkų, 8,5 proc. respondentų nurodė, jog gyvena vieni dėl sveikatos problemų. Vidutiniškai vieni respondentai nurodė gyvenantys 14 metų. Trumpiausias laiko tarpas, kurį nurodė respondentai vieni, buvo 1 metai, ilgiausias – 55 metai.

Vidutinės mėnesio apklaustųjų pajamos sudarė 918,71 Lt. Mažiausios pajamos buvo 500 Lt., o didžiausios – 2000 Lt (N=325).

Analizuojant respondentų pasiskirstymą pagal išsilavinimą, nustatyta, jog didesnę dalį tiriamųjų sudarė asmenys turintys vidurinį – 32,7 proc. ir pagrindinį – 19,6 proc. išsilavinimą. Likusieji respondentai, pagal turimą išsilavinimą, atitinkamai pasiskirstė taip: aukštasis – 17 %, aukštesnysis išsilavinimas - 15,8 proc. respondentų, pagrindinis – 14,6 proc. respondentų. (žiūrėti 3 lentelę).

Į klausimą su kuo šiuo metu gyvena beveik pusė respondentų (44,7 proc.) nurodė gyvenantys su sutuoktiniu. Vidutinis sutuoktinio amžius buvo 73 m. Su vaikais gyveno 15,8 proc. respondentų, vieni – 24 proc., su sutuoktiniu ir vaikais – 10,8 proc. respondentų. Su kitais asmenimis gyvena 4,7 proc. respondentų (žiūrėti 4 lentelę.).

Analizuojant respondentų sveikatą, buvo panagrinėtas subjektyvus respondentų savo sveikatos vertinimas atsižvelgiant į amžių, išsilavinimą, šeimyninę padėtį ir su kuo asmuo gyvena. Subjektyvus savo sveikatos vertinimas buvo identifikuotas klausimu „Kaip šiuo metu vertinate savo sveikatos būklę?“ (žiūrėti 8 pav.).

**8 pav. Respondentų subjektyvaus savo sveikatos vertinimo pasiskirstymas procentais**

7 paveiksle pateikiamas respondentų subjektyvus savo sveikatos vertinimas rodo, kad nepriklausomai nuo lyties, amžiaus, išsilavinimo, šeimyninės padėties bei su kuo asmuo gyvena, vyrauja patenkinamas (44,4 proc.) ir prastas (26,9 proc.) savo sveikatos bendras būklės vertinimas.

**4 lentelė. Sveikatos būklės vertinimas pagal sociodemografinius veiksnius.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Socialinio statuso elementai** | **Sub struktūros** | **n** | **Sveikatos būklė (proc.)** | **χ2** | **p** |
| *Puiki* | *Gera* | *Paten-kinama* | *Prasta* | *Labai bloga* |
| Lytis | Vyrai | 121 | 0,8 | 21,5 | 58,7 | 18,2 | 0,8 | 18,565 | 0,001 |
| Moterys | 221 | 1,8 | 24,9 | 36,7 | 31,7 | 5 |
| Amžius | 65-69 m. | 91 | 5,5 | 34,1 | 46,2 | 14,3 | 0 | 70,592 | <0,001 |
| 70-74 m. | 103 | 0 | 24,3 | 48,5 | 26,2 | 1,0 |
| 75-79 m. | 80 | 0 | 23,8 | 47,5 | 27,5 | 1,2 |
| 80 m. ir vyresni | 68 | 0 | 8,8 | 32,4 | 44,1 | 14,7 |
| Išsilavini-mas | Pradinis | 51 | 0 | 5,9 | 31,4 | 45,1 | 17,6 | 81,365 | <0,001 |
| Pagrindinis | 67 | 0 | 26,9 | 46,3 | 25,4 | 1,5 |
| Vidurinis | 112 | 0,9 | 25,0 | 51,8 | 21,4 | 0,9 |
| Aukštesnysis | 54 | 0 | 40,7 | 27,8 | 31,5 | 0 |
| Aukštasis | 58 | 6,9 | 17,2 | 55,2 | 19,0 | 1,7 |
| Šeiminė padėtis | Susituokęs | 190 | 2,6 | 20,5 | 45,3 | 26,3 | 5,3 | 19,456 | 0,246 |
| Nesusituokęs | 90 | 0 | 42,9 | 32,1 | 21,4 | 3,6 |
| Našlys | 31 | 0 | 20 | 47,8 | 31,1 | 1,1 |
| Išsituokęs | 28 | 0 | 35,5 | 38,7 | 25,8 | 0 |
| Gyvena nesusituokęs | 3 | 0 | 33,3 | 66,7 | 0 | 0 |
| Su kuo gyvena | Gyvena su sutuoktiniu | 153 | 2,0 | 24,8 | 38,6 | 28,1 | 6,5 | 34,586 | 0,005 |
| Gyvena su vaikais | 54 | 0 | 22,2 | 50,0 | 25,9 | 1,9 |
| Gyvena su sutuoktiniu ir vaikais | 37 | 5,4 | 2,7 | 73,0 | 18,9 | 0 |
| Gyvena vienas | 82 | 0 | 32,9 | 39,0 | 26,8 | 1,2 |
| Gyvena su kitais asmenimis | 16 | 0 | 23,7 | 44,4 | 26,9 | 3,5 |

Analizuodami subjektyvų sveikatos būklės vertinimą pagal lytį, matome, jog didžioji dalis vyrų savo sveikatą vertino patenkinamai (58,7 proc.) ir gerai (18,2 proc.), tuo tarpu moterys savo sveikatą buvo linkusios vertinti patenkinamai (36,7 proc.) bei prastai (31,7 proc.). Toks skirtumas tarp grupių buvo statistiškai reikšmingas (p<0,05).

Jaunesni respondentai (iki 80 m.) savo sveikatą buvo linkę vertinti patenkinamai, tuo tarpu vyresni nei 80 m. amžiaus asmenys savo sveikatą vertino prastai arba labai blogai (p<0,05).

Tai gi, vertindami subjektyvų sveikatos būklės vertinimą ir socialinius veiksnius galime teigti, jog sveikatos būklės vertinimas buvo susijęs su lytimi, amžiumi, išsilavinimu bei tai, su kuo asmuo gyveno, (p<0,05), o šeiminė padėtis neturėjo įtakos sveikatos būklės vertinimui (p>0,05).

***Respondentų gyvenamosios sąlygos.***

Daugiausiai respondentų gyveno nuosavame name (52,6 proc.) ir nuosavame bute (38,6 proc.), 6,7 proc. gyveno pas savo artimuosius, 2 proc. respondentų gyvena bendrabučio tipo būste. 14 proc. respondentų nurodė, jog tualetas jų namuose yra įrengtas lauke, o 4,4 proc. tiriamųjų neturi galimybės savo namuose naudotis dušu ar vonia.

Namuose įvykstantys nelaimingi atsitikimai dažnai sąlygoja rimtus sveikatos sutrikdymus, o neretai gali tapti mirties priežastimi. Vyresnio amžiaus asmenys ypač pažeidžiami dėl namuose įvykstančių nelaimingų atsitikimų. Vyresnio amžiaus asmenų kaulai dažnai yra trapesni ir daug lengviau lūžtantys. Paprastas griuvimas gali tapti rimto, neįgalumą sąlygojančio susižalojimo priežastis, kuri riboja asmens savarankiškumą. To išvengti padėtų įrengtos pagalbinės priemonės, tokios kaip turėklai, neslystantys kilimėliai, laikikliai vonios kambaryje, dušo/vonios kėdė ir kt.

Paprašius respondentų nurodyti kokių pagalbinių priemonių jiems reikėtų jų buityje ir kokios yra įrengtos jų namuose šiuo metu, paaiškėjo, jog visų pagalbinių priemonių poreikis buvo didesnis nei jų įrengta respondentų namuose. Neslystančius kilimėlius savo gyvenamojoje erdvėje turėjo 15,5 proc. apklaustųjų, tuo tarpu poreikį juos turėti savo namuose nurodė daugiau nei pusė respondentų (60,5 proc.). Atitinkamai laikikliai šalia tualeto buvo įrengti 7,9 proc. tiriamųjų būstuose, o norą laikiklius turėti savo namuose išreiškė 42,7 proc. respondentų (žiūrėti 9 pav.).

**9 pav. Reikalingų įrengti ir jau įrengtų pagalbinių priemonių tiriamųjų namuose pasiskirstymas procentais**

Apibendrinant respondentų socialinę – demografinę charakteristiką, paaiškėjo, jog daugumą tyrime dalyvavusių sudarė moterys (64,6 proc.). Vyrai sudarė 34,4 proc. Didesnę dalį tyrime dalyvavusių visų respondentų sudarė 70-74 m. asmenys, kurie sudarė 30,1 proc. visų tiriamųjų, 65-69 m. respondentai sudarė 26,6 proc., 75-79 m. - 23,4 proc., 80 m. ir vyresni sudarė 19,9 proc. respondentų. 77,8 proc. respondentų buvo registruoti viešojoje PASPĮ, 22,2 proc. - privačiose PASPĮ. Toks tiriamųjų pasiskirstymas procentasis pagal prisirašymą prie PASPĮ ir buvo planuojamas prieš tyrimą. Pagal šeimynę padėtį didžiausią dalį sudarė susituokę asmenys, kurie sudarė 55,6 proc. visų tiriamųjų. Našliai sudarė 26,3 proc., išsituokę – 9,1 proc., nesusituokę – 8,2 proc., o gyvenantys nesusituokę – 0,9 proc. Daugiausia respondentų nurodė turintys vidurinį (32,7 proc.) ir pagrindinį (19,6 proc.) išsilavinimą. Teikiant slaugos ir socialines paslaugas pacientų namuose svarbu įvertinti namų pritaikymą. Daugiau nei pusė tiriamųjų gyveno nuosavame name (52,6 proc.), nuosavame bute gyveno 38,6 proc., tiriamųjų. 6,7 proc. gyveno pas savo artimuosius, 2 proc. respondentų gyvena bendrabučio tipo būste. 14 proc. respondentų nurodė, jog tualetas jų namuose yra įrengtas lauke, o 4,4 proc. tiriamųjų neturi galimybės savo namuose naudotis dušu ar vonia. Vertinant pagalbinių priemonių poreikį ir priemones, kurios jau yra įrengtos tiriamųjų namuose nustatėme, kad visų pagalbinių priemonių poreikis buvo didesnis nei jų įrengta respondentų namuose. Neslystančius kilimėlius savo gyvenamojoje erdvėje turėjo 15,5 proc. apklaustųjų, tuo tarpu poreikį juos turėti savo namuose nurodė daugiau nei pusė respondentų (60,5 proc.). Atitinkamai laikikliai šalia tualeto buvo įrengti 7,9 proc. tiriamųjų būstuose, o norą laikiklius turėti savo namuose išreiškė 42,7 proc. respondentų. Vertindami savo sveikatos būklę didžioji dalis vyrų savo sveikatą vertino patenkinamai (58,7 proc.) ir gerai (18,2 proc.), tuo tarpu moterys savo sveikatą buvo linkusios vertinti patenkinamai (36,7 proc.) bei prastai (31,7 proc.).

### 3.2. Sveikatos sutrikimų ryšiai su socialiniais - demografiniais veiksniais

10 paveiksle pateikiamas respondentų ligų skaičius rodo, jog nepriklausomai nuo lyties, amžiaus, išsilavinimo, šeiminės padėties bei su kuo asmuo gyvena, vyrauja sergamumas 1 lėtine liga (47,1 proc.) ir sergamumas 2 lėtinėmis ligomis (28,1 proc.).

**10 pav. Tiriamųjų lėtinių ligų skaičiaus pasiskirstymas procentais**

Didžiausią respondentų dalį, nurodžiusių, jog lėtinėmis ligomis neserga sudaro asmenys iki 69 m. amžiaus (57,1 proc.). Kad serga 3 ir daugiau lėtinių ligų anketoje daugiausiai nurodė asmenys vyresni nei 80 metų amžiaus (38,6 proc.). Vertindami ligų skaičiaus priklausomumą nuo amžiaus, nustatėme statistiškai reikšmingą skirtumą tarp grupių (p<0,05**)** (žiūrėti 5 lentelę).

**5 lentelė. Ligų skaičiaus pasiskirstymas pagal amžių.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ligų skaičius** | **Amžiaus grupės** | **Viso** |
| **Iki 69 m.** | **70-74 m.** | **75-79 m.** | **≥80 m.** |
| **n** | **proc.** | **n** | **proc.** | **n** | **proc.** | **n** | **proc.** | **n** | **proc.** |
| Lėtinėmis ligomis neserga | 16 | 57,1 | 8 | 28,6 | 2 | 7,1 | 2 | 7,1 | 28 | 8,2 |
| Serga 1 lėtine liga | 38 | 23,6 | 62 | 38,5 | 39 | 24,2 | 22 | 13,7 | 161 | 47,1 |
| Serga 2 lėtinėmis ligomis | 21 | 21,9 | 27 | 28,1 | 26 | 27,1 | 22 | 22,9 | 96 | 28,1 |
| Serga ≥3 lėtinėmis ligomis | 16 | 28,1 | 6 | 10,5 | 13 | 22,8 | 22 | 38,6 | 57 | 16,7 |
| **Viso:** | 91 | 26,6 | 103 | 30,1 | 80 | 23,4 | 68 | 19,9 | 342 | 100 |

*χ2= 42,006, lls=9, p<0, 001*

Vertindami su judėjimu susijusias sveikatos problemas, 44,4 proc. apklaustųjų nurodė, jog einant/ keičiant kūno padėtį jie jaučia skausmą, 39,8 proc. respondentų nurodė, kad einant/ keičiant kūno padėtį jie jaučia galvos svaigimą, daugiau nei pusė respondentų (52,6 proc.) einant jautė dusulį, patirta trauma judėti trukdė 18,8 proc. apklausos dalyvių.

Beveik trečdalis (31 proc.) respondentų anketoje pažymėjo, jog jiems reikalinga lazda/ ramentai, vaikštynė judėjimui buvo reikalinga kas dešimtam respondentui (10,5 proc.), neįgaliojo vežimėliu naudojosi 2,9 proc. tiriamųjų.

Vyresnio amžiaus žmonių griuvimas ir su tuo susijusios traumos yra viena pagrindinių mirtingumo priežasčių. Šie griuvimai neretai baigiasi šlaunikaulio galvutės lūžimu, sąlygojančiu ilgalaikį funkcijos sutrikimą, o kartu ir neigiamas medicinines socialines bei ekonomines pasekmes.Griuvimai vyresniame amžiuje yra polietiologinė problema, įtakojama amžiaus, fizinio aktyvumo stokos, medikamentų vartojimo, širdies ir kraujagyslių ar motorinių susirgimų, aplinkos ir elgsenos faktorių [21].

Per pastaruosius metus griuvo 45,3 proc. tiriamųjų, o beveik trečdaliui (30,3 proc.) griuvusiųjų sužalojimus teko gydytis ligoninėje. Analizuojant tiriamųjų pasiskirstymą pagal lytį ir griuvimus, didelių skirtumų nebuvo, kiek labiau per pastaruosius metus buvo griuvusios moterys. Nustatėme, jog statistiškai reikšmingo skirtumo tarp šių grupių nėra (p>0,05) (žiūrėti 6 lentelė). Nustatėme, kad 59,6 proc. respondentų griuvusių per pastaruosius metus jaučia galvos svaigimą einant.

**6 lentelė. Griuvimų pasiskirstimas pagal lytį.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Griuvimai** | **Lytis** | **Viso** |
| **Vyrai** | **Moterys** |
| **n** | **proc.** | **n** | **proc.** | **n** | **proc.** |
| Yra griuvęs | 52 | 33,5 | 103 | 66,5 | 155 | 45,3 |
| Nėra griuvęs | 69  | 36,9  | 118 | 63,1  | 187 | 54,7  |
| Viso: | 121 | 35,4 | 221 | 64,6 | 342 | 100 |

*χ2= 0,416, lls=1, p=0,519*

Amžiui bėgant, didėja regėjimo įtaka pusiausvyros kontrolėje. Įrodyta, kad viena vyresnio amžiaus žmonių griuvimo priežasčių yra sutrikusi regos adaptacija tamsai. Regėjimo aštrumas ir akomodacijos  sugebėjimai amžiui bėgant taip pat mažėja. Dėl regėjimo sutrikimų gali lietis vaizdas, sutrinka centrinis ar periferinis regėjimas, atstumo pojūtis. Siaurėjant akipločiui, sutrinka periferinis regėjimas, kuris  yra svarbus judantiems objektams įvertinti, o dėl sutrikusio sugebėjimo įvertinti atstumą sumažėja svyravimų pirmyn-atgal kontrolė.

Regėjimo sutrikimų turėjo 66,7 proc. respondentų, 23,4 proc. nurodė turintys klausos sutrikimų, o 4,7 proc. apklaustųjų nurodė turintys kalbos sutrikimų (žiūrėti 11 pav.).

**11 pav. Jutimų sutrikimų pasiskirstymas vyresnio amžiaus žmonių tarpe**

Šlapinimo nelaikymo problemų turėjo 28,7 proc. respondentų. Iš 7 lentelės matome, kad daugiau moterų nei vyrų turėjo šlapimo nelaikymo problemą (p>0,05). 70,4 proc. respondentų turinčių šlapimo nelaikymą taip pat skundėsi atminties sutrikimais (p<0,05).

**7 lentelė. Šlapimo nelaikymo pasiskirstymas pagal lytį.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Šlapimo nelaikymas** | **Lytis** | **Viso** |
| **Vyrai** | **Moterys** |
| **n** | **proc.** | **n** | **proc.** | **n** | **proc.** |
| Yra | 16 | 33,5 | 82 | 66,5 | 98 | 28,7 |
| Nėra | 105 | 17,4  | 139 | 31,2  | 187 | 71,3  |
| Viso: | 121 | 100 | 221 | 100 | 342 | 100 |

*χ2= 21,812, lls=1, p<0, 001*

45,3 proc. atsakiusiųjų apie miego sutrikimus nurodė, jog jie dažnai prabunda naktį, 36 proc. respondentų nurodė, jog jiems sunku užmigti, 8,8 proc. respondentų teigė naktį nemiegantys visiškai.

Beveik pusė respondentų (48,5 proc.) nurodė, jog šiuo metu yra sunerimę ir (ar) prislėgti, daugiau nei kas trečias respondentas (35,1 proc.) teigė nesantis sunerimęs ir (ar) prislėgtas, o labai sunerimusiais ir (ar) prislėgtais save laikė 16,4 proc. respondentų.

Daugiau nei pusė apklaustųjų, teigė turintys atminties problemų (54,1 proc.).

Vyresnio amžiaus pacientai labai dažnai patiria nuolatinį skausmą. Jam įtakos gali turėti tokie veiksniai kaip depresija, nerimas, miego sutrikimai, sumažėjęs socialumas [52].

Mūsų atlikto tyrimo duomenys patvirtino kitų tyrimų rezultatus, kuriuose teigiama, jog lėtinis, nuolat pasikartojantis skausmas vargina bemaž pusę vyresnio amžiaus žmonių [52]. 46,2 proc. respondentų nurodė, jog skausmą jie jaučia kartais, 21,9 proc. apklausos dalyvių skausmą jautė dažnai, 28,9 proc. – skausmo nejautė niekada, o 2,9 proc. skausmą jautė nuolat (žiūrėti 12 pav.).

**12 pav. Skausmo dažnumo pasiskirstymas procentais**

Skalėje žymėdami skausmo intensyvumą, 23,4 proc. respondentų savo skausmą įvertino kaip vidutinišką (5 balai), 9,9 proc. jį prilygino stipriam skausmui (8 balai,), 9,4 proc. respondentų, jaučiančių skausmą, jį vertino 3 balais (žiūrėti 13 pav.).

**13 pav. Skausmo intensyvumo pasiskirstymas procentais**

Vyresnio amžiaus pacientai labai dažnai patiria nuolatinį skausmą. Jam įtakos gali turėti tokie veiksniai kaip depresija, nerimas, miego sutrikimai, sumažėjęs socialumas [52]. Analizuojant skausmo dažnį ir psichologinę respondentų būseną pastebėjome, jog tiriamieji, kurie buvo labai sunerimę ir (ar) prislėgti skausmą jautė dažniau nei respondentai nurodę, jog nėra sunerimę ir (ar) prislėgti, pastaroji grupė skausmo nejuto niekada (46,5 proc.) ar juto jį kartais (41,8 proc.). Tik kas dešimtas respondentas (10,7 proc.), kuris nebuvo sunerimęs ir (ar) prislėgtas, skausmą jautė dažnai, nė vienas šios grupės respondentas skausmo nejaučia nuolat. Tuo tarpu tik 5,1 proc. respondentų nurodžiusių, jog yra labai sunerimę ir (ar) prislėgti, skausmo nejaučia niekada, 6,3 proc. šios grupės respondentų skausmą jaučia kartais, skausmą dažnai ir nuolat atitinkamai jautė 45,3 proc. ir 70 proc. labai sunerimusių ir (ar) prislėgtų respondentų. Tai statistiškai reikšmingas skirtumas tarp grupių (p<0,05**)** (žiūrėti 14 pav.).

**14 pav. Skausmo dažnumas pagal psichologinę būseną**

***χ2= 96,778, lls=9, p<0, 001***

Literatūroje teigiama, jog vyresnio amžiaus asmenys vartoja daugiausiai medikamentų. Statistika teigia, kad dėl gausybės vyresnių žmonių vartojamų vaistų ir jų šalutinis poveikis 2 kartus dažnesnis nei jauniems žmonėms [53].Paprašyti nurodyti kiek medikamentų šiuo metu vartoja nuolat, tiriamieji pasiskirstė taip: 39,8 proc. anketoje pažymėjo vartojantys 2 medikamentus, 38,9 proc. teigė vartojantys 3 ir daugiau medikamentų nuolat, 1 vaistą nuolat vartoja 10,8 proc. respondentų, o visiškai medikamentų nevartoja 10,5 proc. apklausos dalyvių.

**15 pav. Vartojamų vaistų kiekis pagal amžių**

***χ2= 45,115, lls=9, p<0, 001***

Nustatėme, jog suvartojamų vaistų kiekis didėja kartu su tiriamųjų amžiumi. 16,5 proc. tiriamųjų iki 69 m. amžiaus vaistų nevartoja, 23,1 proc. šios amžiaus grupės tiriamųjų vartoja 3 ir daugiau vaistų. 80 m. ir vyresnių tiriamųjų tarpe 5,9 proc. nurodė vaistų nevartojantys, daugiau nei puse respondentų vyresnių nei 80 m. (54,4%) amžiaus vartoja 3 ir daugiau vaistų. Šis skirtumas statistiškai reikšmingas (p<0,05) (žiūrėti 15 pav.).

Apibendrinant šį skyrių galime teigti, kad didžioji dalis tiriamųjų sirgo bent viena lėtinė liga, o ligų skaičius augo kartu su tiriamųjų amžiumi. Bendrai vyravo sergamumas 1 lėtine (47,1 proc.) ir 2 lėtinėmis ligomis (28,1 proc.) Vertindami su judėjimu susijusias problemas, nustatėme, kad daugiausiai tiriamųjų eidami jautė dusulį (52,6 proc.), bei skausmą (44,4 proc.). Nustatėme, jog per pastaruosius metus griuvo 45,3 proc. tiriamųjų, o beveik trečdaliui (30,3 proc.) griuvusiųjų sužalojimus teko gydytis ligoninėje. Regėjimo sutrikimų turėjo 66,7 proc. respondentų, 23,4 proc. nurodė turintys klausos sutrikimų, o 4,7 proc. apklaustųjų nurodė turintys kalbos sutrikimų. Šlapinimo nelaikymo problemų turėjo 28,7 proc. respondentų. 45,3 proc. atsakiusiųjų apie miego sutrikimus nurodė, jog jie dažnai prabunda naktį, 36 proc. respondentų nurodė, jog jiems sunku užmigti, 8,8 proc. respondentų teigė naktį nemiegantys visiškai. Beveik pusė respondentų (48,5 proc.) nurodė, jog šiuo metu yra sunerimę ir (ar) prislėgti, daugiau nei kas trečias respondentas (35,1 proc.) teigė nesantis sunerimęs ir (ar) prislėgtas, o labai sunerimusiais ir (ar) prislėgtais save laikė 16,4 proc. respondentų. Daugiau nei pusė apklaustųjų, teigė turintys atminties problemų (54,1 proc.). 46,2 proc. respondentų nurodė, jog skausmą jie jaučia kartais, 21,9 proc. apklausos dalyvių skausmą jautė dažnai, 28,9 proc. – skausmo nejautė niekada, o 2,9 proc. skausmą jautė nuolat.Skalėje žymėdami skausmo intensyvumą, 23,4 proc. respondentų savo skausmą įvertino kaip vidutinišką (5 balai), 9,9 proc. jį prilygino stipriam skausmui (8 balai,), 9,4 proc. respondentų, jaučiančių skausmą, jį vertino 3 balais. Padarėme išvadą, jog skausmo jautimo dažniui įtakos turėjo psichologinė tiriamųjų būsena.

### 3.3. Slaugos ir socialinių paslaugų poreikio ryšiai su socialiniais - demografiniais veiksniais

Nemaža dalis vyresnio amžiaus asmenų susiduria su problemomis kasdieninėje veikloje kylančių dėl lėtinių ligų ar su sveikata susijusio neįgalumo. Šios negalios riboja asmens savarankiškumą atliekant kasdienines veiklas. Būtent nesugebėjimas pasirūpinti pačiu savimi ir yra dažna socialinių ir slaugos paslaugų poreikio didėjimo priežastis. Respondentams pateikėme sąrašą dažniausiai atliekamų kasdieninių veiklų ir paprašėme nurodyti,ar jie geba jas atlikti savarankiškai (žiūrėti 16 pav.).

**16 pav. Sunkumų atliekant kasdieninę veiklą pasiskirtymas procentais**

Kaip matome 16 pav. daugiau nei pusė respondentų turėjo problemų apsiperkant (50,3 proc.), antroje vietoje respondentams kilo problemų ruošiant maistą (43,6 proc.), 40,9 proc. nurodė, jog turi sunkumų tvarkant namus, t.y. buvo sutrikusi kasdienė veikla Mažiausiai problemų apklausos dalyviams kilo valgant (3,2 proc.), naudojantis telefonu (6,7 proc.) bei tualetu (6,7 proc.).

Negebėjimas savarankiškai atlikti kasdienines veiklas didėjo kartu su respondentų amžiumi (žiūrėti 8 lentelę.). Respondentai iki 69 m. amžiaus turėjo nedaug arba neturėjo keblumų kasdienines veiklas atlikti patys. Šios amžiaus grupės apklausos dalyviai daugiausia nurodė sunkumus apsiperkant (37,9 proc.). Bent trečdaliui 80 m. amžiaus ir vyresnių respondentų kilo sunkumų visose kasdienėse veiklose. Išryškėjo statistiškai reikšmingas skirtumas tarp amžiaus grupių atliekant kasdienės veiklas pačiam ir amžiaus (p<0,05**).** Nepriklausomai nuo ligų skaičiaus respondentai vienodai dažnai turėjo sunkumų naudojantis telefonu bei valgant (p>0,05).

**8 lentelė. Sunkumų atliekant kasdieninę veiklą pasiskirstymas pagal amžių procentais**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kasdieninė veikla** | **Amžius** | **Viso** |
| **Iki 69 m.** | **70-74 m.** | **75-79 m.** | **≥80 m.** |
| **n** | **proc.** | **n** | **proc.** | **n** | **proc.** | **n** | **proc.** | **n** | **proc.** |
| Asmeninė higiena | 9 | 9,9 | 23 | 22,3 | 33 | 41,3 | 41 | 60,3 | 106 | 31 |
| Apsirengimas | 4 | 4,4 | 8 | 7,8 | 17 | 21,3 | 32 | 47,1 | 61 | 17,8 |
| Atsikėlimas iš lovos | 0 | 0 | 2 | 1,9 | 16 | 20,0 | 22 | 32,4 | 40 | 11,7 |
| Naudojimasis tualetu | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 | 7,5 | 17 | 25,0 | 23 | 6,7 |
| Apsipirkimas | 29 | 31,9 | 44 | 42,7 | 39 | 48,8 | 60 | 88,2 | 172 | 50,3 |
| Maisto ruoša | 9 | 9,9 | 37 | 35,9 | 40 | 50,0 | 63 | 92,6 | 149 | 43,6 |
| Valgymas | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 | 7,5 | 5 | 7,4 | 11 | 3,2 |
| Namų tvarkymas | 9 | 9,9 | 30 | 29,1 | 38 | 47,5 | 63 | 92,6 | 140 | 40,9 |
| Naudojimasis telefonu | 2 | 2,2 | 1 | 1,0 | 8 | 10,0 | 12 | 17,6 | 23 | 6,7 |
| Išėjimas į lauką | 4 | 4,4 | 30 | 29,1 | 40 | 50,0 | 60 | 82 | 134 | 39,2 |

Prašomi įvardinti, kas padeda kasdieninėse veiklose, 72,5 proc. respondentų įvardijo vaikus ir sutuoktinį (52,3 proc.). Likusieji respondentai atitinkamai pasiskirstė taip: padeda kaimynai – 39,4 proc., giminaičiai padeda 20,2 proc. tiriamųjų, 8,8 proc. apklaustųjų padeda socialinė organizacija, 5,6 proc. - samdomas pagalbos teikėjas (žiūrėti 17 pav.).

**17 pav. Asmenų padedančių kasdieninėje veikloje pasiskirtymas procentais**

81 proc. tiriamųjų nurodė, jog kasdieninėje veikloje jiems padedantis asmuo, neturi išsilavinimo susijusio su vyresnio amžiaus asmenų priežiūra, 18,6 proc. nurodė, kad turi, 0,4 proc. nurodė nežinantys, ar jiems padedantis asmuo turi išsilavinimą susijusį su vyresnio amžiaus asmenų priežiūra (N=258).

Lietuvoje slaugos paslaugos yra teikiamos PASPĮ, kuriose asmuo yra registruotas. Tačiau didžioji dalis respondentų (72,5 proc.) nurodė, jog jie turi sunkumų atvykti į savo šeimos kliniką. Kaip pagrindines sunkumų priežastis, kodėl jiems sunku atvykti, 65,1 proc. nurodė, jog dėl sunkumo judant, 63,3 proc. įvardijo prastą sveikatos būklę, pusę atsakiusiųjų (52,8 proc.) nurodė, jog jiems sunku atvykti, nes šeimos klinika yra toli nuo namų, net 69,4 proc. tiriamųjų sunkumai atvykstant į šeimos kliniką kylą dėl to, jog jie neturi nuosavo transporto (žiūrėti 18 pav.).

**18 pav. Sunkumų atvykti į šeimos kliniką pasiskirtymas procentais**

Atlikdami detalesnę analizę, ar apklausos dalyviams sunku atvykti į šeimos kliniką ir respondentų amžių, pastebėjome, jog mažiausiai problemų atvykti turėjo asmenys iki 69 m. amžiaus. Sunkumai patiems atvykti į šeimos kliniką didėjo su amžiumi. Beveik dvigubai daugiau nei asmenys iki 69 m., 80 m. amžiaus ir vyresni asmenys nurodė turintys sunkumų atvykti į šeimos kliniką patys (94,1 proc.). Šis skirtumas yra statistiškai reikšmingas (p<0,05) (žiūrėti 19 pav.).

**19 pav. Sunkumų atvykti į šeimos kliniką pasiskirtymas pagal amžių**

***χ2= 41,153, lls=3, p<0, 001***

***Socialinių ir slaugos paslaugų teikimas.***

Tik 11,7 proc. respondentų nurodė, jog namuose šiuo metu jiems yra teikiamos slaugos paslaugos, socialinės paslaugos buvo teikiamos dar mažiau respondentų - 7,3 proc. (žiūrėti 20 pav.).

**20 pav. Slaugos ir socialinių paslaugų namuose gavėjų pasiskirstymas procentais**

Vertinant įstaigų, kuriose asmuo yra registruotas, pobūdį ir slaugos bei socialinių paslaugų teikimą namuose, tiek viešojoje, tiek privačiose PSPĮ respondentų gaunamų slaugos ir socialinių paslaugų namuose santykis buvo panašus (p>0,05).

68 proc. respondentų, kuriems šiuo metu yra teikiamos socialinės paslaugos namuose (N**=**25) nurodė, jog socialinis darbuotojas juos lanko 2-3 kartus per mėnesį; atitinkamai 2-3 kartus per savaitę ir kiekvieną dieną išskyrus savaitgalius socialinis darbuotojas lankė vienodą skaičių (16 proc.) paslaugų gavėjų.

Gerai teikiamų paslaugų kokybę respondentai (N**=**41) įvertino 48,8 proc. asmenų, patenkinamai šias paslaugas įvertino 36,6 proc. respondentų, puikiai ir prastai teikiamas paslaugas atitinkamai įvertino 4,9 proc. ir 9,8 proc..

Paprašyti nurodyti priežastį, ko trūksta slaugos paslaugoms, kurios jiems yra teikiamos, didžioji dalis asmenų (89,5 proc.) nurodė, jog per reti slaugytojų vizitai (žiūrėti 21 pav.).

**21 pav. Priežasčių, ko trūksta slaugos paslaugoms namuose pasiskirstymas procentais, n=41**

Gerai teikiamų socialinių paslaugų kokybę respondentai, kuriems šiuo metu yra teikiamos šios paslaugos namuose (N**=**25) įvertino 52 proc. asmenų, patenkinamai šias paslaugas įvertino 44 proc. respondentų, puikiai teikiamas paslaugas įvertino 4 proc. respondentų.

Nurodydami priežastį, ko trūksta socialinėms paslaugoms, kurios jiems yra teikiamos namuose, daugiau nei pusė tiriamųjų taip pat nurodė specialisto vizitų trūkumą (66,7 proc.), tiesa, beveik kas trečias asmuo (29,2 proc.) sulaukiantis socialinių paslaugų nurodė, jog socialiniam darbuotojui taip pat trūksta žinių (žiūrėti 22 pav.).

**22 pav. Priežasčių, ko trūksta socialinėms paslaugoms namuose pasiskirstymas procentais, n=25**

***Slaugos paslaugų poreikis*.**

Į klausimą ar manote, kad Jums šiuo metu reikalingos slaugos paslaugos namuose, 55,3 proc. respondentų nurodė teigiamai, atitinkamai 44,7 proc. apklaustųjų atsakė, jog slaugos paslaugų jiems šiuo metu nereikia.

Kaip matome 9 lentelėje, vyrams slaugos paslaugos buvo reikalingos labiau nei moterims, tačiau šiuo atveju, poreikis slaugos paslaugoms nuo respondentų lyties statistiškai reikšmingai nepriklausė (p>0,05).

**9 lentelė. Slaugos paslaugų poreikio pasiskirstymas pagal lytį.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Slaugos paslaugų poreikis** | **Lytis** | **Viso** |
| **Vyrai** | **Moterys** |
| **n** | **proc.** | **n** | **proc.** | **n** | **proc.** |
| Reikalingos | 75 | 62,0 | 114 | 51,6 | 189 | 55,3 |
| Nereikalingos | 46 | 38,0  | 107 | 48,4  | 153 | 44,7  |
| Viso: | 121 | 100,0 | 221 | 100,0 | 342 | 100,0 |

*χ2=3,421, lls=1, p=0, 064*

Nustatėme, jog slaugos paslaugų poreikis statistiškai reikšmingai nepriklauso (p>0,05) nuo to, kokio profilio įstaigoje yra registruoti asmenys, nors 10 lentelėje matome, jog šios paslaugos aktualesnės privačiose PASPĮ registruotiems asmenims.

**10 lentelė. Slaugos paslaugų poreikio pasiskirstymas pagal PASPĮ, kurioje asmuo registruotas, pobūdžio.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Slaugos paslaugų poreikis** | **PAPSĮ** | **Viso** |
| **Viešoji** | **Privati** |
| **n** | **proc.** | **n** | **proc.** | **n** | **proc.** |
| Reikalingos | 141 | 53,0 | 48 | 63,2 | 189 | 55,3 |
| Nereikalingos | 125 | 57,0  | 28 | 36,8  | 153 | 44,7  |
| Viso: | 266 | 100,0 | 76 | 100,0 | 342 | 100,0 |

*χ2=2,463, lls=1, p=0,117*

Slaugos paslaugų poreikis statistiškai reikšmingai nepriklausė (p>0,05) nuo to, su kuo mūsų tiriamieji gyveno, nors 11 lentelėje matome, jog šios paslaugos aktualiausios gyvenantiems su kitais asmenimis (75,0 proc.) ir gyvenantiems su sutuoktiniu (58,2 proc.).

**11 lentelė. Slaugos paslaugų poreikio pasiskirstymas pagal tai, su kuo tiriamieji gyvena.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Slaugos paslaugų poreikis** | **Su kuo gyvena** | **Viso** |
| **Su sutoktiniu** | **Su vaikais** | **Su sutuoktiniu ir vaikais** | **Vienas** | **Su kitais asmenimis** |
| **n** | **proc.** | **n** | **proc.** | **n** | **proc.** | **n** | **proc.** | **n** | **proc.** | **n** | **proc.** |
| Reikalingos | 89 | 58,2 | 27 | 50,0 | 21 | 56,8 | 40 | 48,8 | 12 | 75,0 | 189 | 55,3 |
| Nereikalingos | 64 | 41,8  | 27 | 50,0  | 16 | 43,2 | 42 | 51,2 | 4 | 25,0 | 153 | 44,7  |
| Viso: | 153 | 100,0 | 54 | 100,0 | 37 | 100 | 82 | 100 | 16 | 100 | 342 | 100,0 |

*χ2=5,076, lls=4, p=0,280*

Nustatėme, jog slaugos paslaugų poreikis didėjo kartu su tiriamųjų ligų skaičiumi. Tik 21,4 proc. tiriamųjų, kurie lėtinėmis ligomis nesirgo, buvo reikalingos slaugos paslaugos namuose, 51,6 proc. tiriamųjų, kuriems buvo reikalingos socialinės paslaugos sirgo 1 lėtine liga, 71,9 proc. - 2 lėtinėmis ligomis. Net 84, 2 proc. tiriamųjų sergančių 3 ir daugiau lėtinių ligų buvo reikalingos slaugos paslaugos namuose. Šis skirtumas statistiškai reikšmingas (p<0,05) (žiūrėti 23 pav.).

**23 pav. Slaugos paslaugų namuose poreikis pagal ligų skaičių**

***χ2=95,446, lls=3, p<0,001***

***Socialinių paslaugų poreikis***

60,2 proc. respondentų nurodė, jog šiuo metu jiems yra reikalingos socialinės paslaugos namuose.

Nustatėme tendenciją, jog moterims socialinės paslaugos reikalingos labiau nei vyrams, tačiau šiuo atveju, poreikis slaugos paslaugoms nuo respondentų lyties statistiškai reikšmingai nepriklausė (p>0,05).

Nustatėme, jog socialinių paslaugų poreikis statistiškai reikšmingai priklauso nuo to, kokio pobūdžio PASPĮ tiriamieji yra registruoti (p<0,05). Tiriamiesiems, registruotiems privačiose PASPĮ, socialinių paslaugų reikėjo labiau (63,3 proc.) nei registruotiems viešojoje PASPĮ (45,5 proc.) (p<0,05) (žiūrėti 12 lentelę).

**12 lentelė. Socialinių paslaugų poreikio pasiskirstymas pagal PASPĮ, pobūdį.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Socialinių paslaugų poreikis** | **PAPSĮ** | **Viso** |
| **Viešoji** | **Privati** |
| **n** | **proc.** | **n** | **proc.** | **n** | **proc.** |
| Reikalingos | 152 | 57,1 | 54 | 71,1 | 206 | 60,2 |
| Nereikalingos | 114 | 42,9  | 22 | 28,9  | 136 | 39,8  |
| Viso: | 266 | 100,0 | 76 | 100,0 | 342 | 100,0 |

*χ2=4,775, lls=1, p=0,029*

Nustatėme, jog socialinių paslaugų poreikis statistiškai reikšmingai priklausė (p<0,05) nuo to, su kuo tiriamieji gyvena. Socialinės paslaugos aktualiausios buvo asmenims gyvenantiems vieniems (76,8 proc.) bei su kitais asmenimis (68,8 proc.) (žiūrėti 13 lentelę).

**13 lentelė. Socialinių paslaugų poreikio pasiskirstymas pagal tai, su kuo tiriamieji gyvena.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Socialinių paslaugų poreikis** | **Su kuo gyvena** | **Viso** |
| **Su sutoktiniu** | **Su vaikais** | **Su sutuoktiniu ir vaikais** | **Vienas** | **Su kitais asmenimis** |
| **n** | **proc.** | **n** | **proc.** | **n** | **proc.** | **n** | **proc.** | **n** | **proc.** | **n** | **proc.** |
| Reikalingos | 96 | 62,7 | 25 | 46,3 | 11 | 29,7 | 63 | 76,8 | 11 | 68,8 | 206 | 60,2 |
| Nereikalingos | 57 | 37,3  | 29 | 21,3  | 26 | 19,1 | 19 | 14,0 | 5 | 31,3 | 136 | 39,8  |
| Viso: | 153 | 100,0 | 54 | 100,0 | 37 | 100,0 | 82 | 100,0 | 16 | 100,0 | 342 | 100,0 |

*χ2=29,069, lls=4, p<0,001*

Nustatėme, jog socialinių paslaugų poreikis didėjo kartu su respondentų amžiumi. Socialinės paslaugos buvo reikalingos 42,9 proc. tiriamųjų iki 69 m. amžiaus, 68,8 proc. - 70-74 m. amžiaus grupėje. 75-79 m. amžiaus grupėje socialinių paslaugų reikia 56,8 proc., 80 metų ir vyresniems šių paslaugų reikia 77,9 proc. respondentų. Tai statistiškai reikšmingas skirtumas (p<0,05) (žiūrėti 14 lentelę).

**14 lentelė. Socialinių paslaugų poreikis pagal amžių.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Socialinių paslaugų poreikis** | **Amžius** | **Viso** |
| **Iki 69 m.** | **70-74 m.** | **75-79 m.** | **≥80 m.** |
| **n** | **proc.** | **n** | **proc.** | **n** | **proc.** | **n** | **proc.** | **n** | **proc.** |
| Reikalingos | 39 | 42,9 | 59 | 68,8 | 55 | 56,8 | 53 | 77,9 | 206 | 60,2 |
| Nereikalingos | 52 | 57,1  | 44 | 42,7  | 25 | 43,2 | 15 | 22,1 | 136 | 39,8  |
| Viso: | 91 | 100,0 | 103 | 100,0 | 80 | 100,0 | 68 | 100,0 | 342 | 100,0 |

*χ2=23,170, lls=3, p<0,001*

Nustatėme, jog socialinių paslaugų poreikis didėjo kartu su tiriamųjų ligų skaičiumi. Tik 21,4 proc. tiriamųjų, kurie lėtinėmis ligomis nesirgo, buvo reikalingos socialinės paslaugos namuose, 51,6 proc. tiriamųjų, kuriems buvo reikalingos socialinės paslaugos sirgo 1 lėtine liga, 71,9 proc. - 2 lėtinėmis ligomis. Net 84, 2 proc. tiriamųjų sergančių 3 ir daugiau lėtinių ligų buvo reikalingos socialinės paslaugos namuose. Šis skirtumas statistiškai reikšmingas (p<0,05) (žiūrėti 24 pav.).

**24 pav. Socialinių paslaugų namuose poreikis pagal ligų skaičių**

**χ2=29,069, lls=4, p<0,001**

Apibendrinant šį skyrių, galime teigti, kad organizuojant socialinių paslaugų teikimą svarbu išsiaiškinti, su kokiomis problemomis kasdieninėje veikloje susiduria vyresnio amžiaus asmenys ir kas padeda susitvarkyti su jomis. Daugiau nei pusei tiriamųjų kilo problemos apsiperkant (50,3 proc.) bei ruošiant maistą (43,6 proc.). Problemos atliekant kasdienines veiklas dažniau kilo vyresnio amžiaus tiriamiesiems. Su kasdienine veikla daugiausiai tiriamiesiems padėjo vaikai ir sutuoktinis. Net 81 proc. tiriamųjų nurodė, jog padedantis asmuo neturi išsilavinimo susijusio su vyresnio amžiaus asmenų priežiūra, tačiau artimiesiems neretai gali trūkti žinių ir įgūdžių padėti ligoniui: daugeliui tai visiškai nauja situacija, nepakanka žinių apie ligą, gydymą, slaugą. Atvykti į PASPĮ, kurioje yra registruotas, turėjo 72,5 proc. respondentų, pagrindines priežastis nurodydami 65,1 proc., jog dėl sunkumo judant, 63,3 proc. įvardijo prastą sveikatos būklę, pusę atsakiusiųjų (52,8 proc.) nurodė, jog jiems sunku atvykti, nes šeimos klinika yra toli nuo namų, net 69,4 proc. tiriamųjų sunkumai atvykstant į šeimos kliniką kylą dėl to, jog jie neturi nuosavo transporto. Tuo tarpu tik 11,7 proc. tiriamųjų buvo teikiamos slaugos ir 7,3 proc. socialinės paslaugos namuose. Specialistų lankymo dažnis buvo pagrindinė priežastis, ko trūksta tiek socialinėm, tiek slaugos paslaugoms namuose. Organizuojant slaugos ir socialinių paslaugų teikimą namuose pagrindinis rodiklis – ar asmenims šios paslaugos yra aktualios ir reikalingos. 55,3 proc. respondentų nurodė, jog jiems reikalingos slaugos, 60,2 – socialinės paslaugos namuose. Tiek slaugos, tiek socialinių paslaugų poreikis didėjo kartu su tiriamųjų ligų skaičiumi.

### 3.4. Centro, teiksiančio slaugos ir socialines paslaugas asmens namuose poreikio ryšiai su socialiniais-demografiniais veiksniais

Prašomi nurodyti, kur norėtų, jog jiems būtų teikiamos slaugos ir socialinės paslaugos, net 83 proc. visų apklaustųjų nurodė, jog savo namuose (žiūrėti 25 pav.). Tiek vyrų, tiek moterų pasirinkimas, kur norėtų, kad jiems būtų teikiamos slaugos ir socialinės paslaugos, buvo panašus, tad nustatėme, kad statistiškai reikšmingo skirtumo tarp šių dviejų grupių nėra. (p>0,05).

**25 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal tai, kur norėtų, jog jiems būtų teikiamos slaugos ir socialinės paslaugos procentais**

76 proc. apklaustųjų nurodė, jog jų nuomone, Aleksoto mikrorajone turėtų veikti slaugos ir socialines paslaugas asmens namuose teikiantis centras, 67,5 proc. respondentų nurodė, jog naudotųsi tokio centro paslaugomis.

Nustatėme, jog statistiškai reikšmingai nepriklauso kokio pobūdžio įstaigoje tiriamasis yra registruotas ir ar naudotųsi centro teikiančio slaugos ir socialines paslaugas namuose paslaugomis (p>0,05) (žiūrėti 15 lentelę).

**15 lentelė. Naudojimasis centro teikiančio slaugos ir socialines paslaugas namuose pasiskirstymas pagal PASPĮ pobūdį.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ar naudotumėtės centro teikiančio slaugos ir socialines paslaugas namuose paslaugomis?** | **PAPSĮ** | **Viso** |
| **Viešoji** | **Privati** |
| **n** | **proc.** | **n** | **proc.** | **n** | **proc.** |
| Naudočiausi | 173 | 65,0 | 76,3 | 71,1 | 231 | 67,5 |
| Nesinaudočiau | 58 | 23,3  | 9 | 11,8  | 71 | 20,8  |
| Neturiu nuomonės | 31 | 11,7 | 9 | 11,8 | 40 | 11,7 |
| Viso: | 266 | 100,0 | 76 | 100,0 | 342 | 100,0 |

*χ2=4,858, lls=2, p=0,088*

Paprašius nurodyti kokių slaugos paslaugų namuose jie norėtų, paaiškėjo, kad labiausiai tiriamiesiems reikalinga arterinio kraujo spaudimo/ pulso matavimo paslauga (42,8 proc.). Antroje vietoje vienodai pasiskirstė noras, jog būtų atliekamos įvairios injekcijos bei lašinių sistemų prijungimas (35,7 proc.). Trečioje vietoje – tyrimų paėmimas bei konsultavimas slaugos, sveikos gyvensenos, ligų ir komplikacijų prevencijos klausimais (36,1 proc.). Mažiausiai aktualios tiriamiesiems pasirodė drenų (0,6 proc.), stomų (1,5 proc.) bei pragulų (2,3 proc.) priežiūra (žiūrėti 26 pav.).

**26 pav. Slaugos paslaugų namuose pasirinkimas procentais**

Nustatėme, jog injekcijų, lašinės sistemos prijungimo, tyrimų paėmimo ir ištyrimo, vaistų stebėjimo, AKS/ pulso matavimo, asmeninės higienos, šlapimo pūslės kateterizavimo ir konsultavimo paslaugų poreikis statistiškai reikšmingai priklauso nuo to keliomis lėtinėmis ligomis serga tiriamieji (p<0,05) (žiūrėti 16 lentelę.).

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Slaugos paslaugos** | **Lėtinėmis ligomis neserga** | **Serga 1 lėtine liga** | **Serga 2 lėtinėmis ligomis** | **Serga ≥ 3 lėtinėmis ligomis** | **Viso** |
| **n** | **proc.** | **n** | **proc.** | **n** | **proc.** | **n** | **proc.** | **n** | **proc.** |
| Injekcijos1 | 25 | 10,7 | 117 | 26,7 | 43 | 54,2 | 33 | 42,1 | 218 | 35,7 |
| Lašinė sistema1 | 1 | 3,6 | 38 | 23,6 | 40 | 41,7 | 43 | 75,4 | 122 | 35,7 |
| Tyrimų paėmimas ir ištyrimas1 | 0 | 0 | 32 | 29,6 | 43 | 39,8 | 33 | 57,9 | 108 | 31,6 |
| Vaistų stebėjimas1 | 0 | 0 | 30 | 18,6 | 35 | 36,5 | 14 | 24,6 | 79 | 23,1 |
| Pragulų priežiūra2 | 0 | 0 | 3 | 1,9 | 3 | 3,1 | 3 | 3,5 | 8 | 2,3 |
| Žaizdų tvarstymas3 | 0 | 0 | 14 | 8,7 | 11 | 11,5 | 9 | 15,8 | 34 | 9,9 |
| AKS/ pulso matavimas1 | 3 | 10,7 | 52 | 32,5 | 54 | 56,3 | 51 | 89,5 | 160 | 46,8 |
| Asmeninė higiena1 | 0 | 0 | 13 | 8,1 | 27 | 28,1 | 15 | 26,3 | 55 | 16,1 |
| Stomos priežiūra4  | 1 | 3,6 | 3 | 1,9 | 1 | 1,0 | 0 | 0 | 5 | 1,5 |
| Drenų priežiūra5 | 1 | 3,6 | 1 | 0,6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0,6 |
| Šlapimo pūslės kateterizavimas1 | 1 | 3,6 | 1 | 0,6 | 2 | 2,1 | 8 | 14,0 | 12 | 3,5 |
| Konsultavimas1 | 0 | 0 | 34 | 21,1 | 36 | 37,5 | 38 | 66,7 | 108 | 31,6 |

**16 Lentelė. Slaugos paslaugų namuose pasirinkimo pasiskirstymas pagal ligų skaičių.**

1 p<0,001, 2p=0,698, 3 p=0,122, 4 p=0,571, 5 p=0,158.

Tuo tarpu atsakinėdami kokių socialinių paslaugų norėtų namuose skirtumas tarp tiriamųjų pasirinkimo buvo labai mažas. Daugiausia atsakiusieji norėtų pagalbos tvarkant kambarius (50,3 proc.), nuperkant maistą (49,1 proc.), pagalbos sumokant mokesčius (45,3 proc.) bei pagalbos nuperkant medikamentus (45 proc.), o mažiausiai reikalinga respondentams pasirodė laisvalaikio organizavimo paslauga (27,1 proc.) (žiūrėti 27 pav.).

**27 pav. Socialinių paslaugų namuose pasirinkimas procentais**

Tiek vyrų, tiek moterų socialinių paslaugų pasirinkimas skyrėsi nedaug ir statistiškai reikšmingo skirtumo nebuvo (p>0,05).

Nustatėme, jog socialinių paslaugų poreikis didėja kartu su ligų skaičiumi (p>0,05) (17 lentelė). Tiriamiesiems, nesergantiems lėtinėmis ligomis, aktualiausios buvo kambarių tvarkymo (32,1 proc.) ir mokesčių mokėjimo (25,0 proc.) paslaugos, sergantys 1 lėtine liga respondentai rinkosi tarpininkavimo tarp teisinių ir sveikatos priežiūros institucijų (52,8 proc.) bei vaistų pirkimo (44,1 proc.), kambarių tvarkymo (59,4 proc.) ir transporto organizavimo (58,3 proc.) paslaugos aktualiausios buvo sergantiems 2 lėtinėmis ligomis, sergantieji ≥3 lėtinėmis ligomis labiausiai rinkosi maisto pirkimo (82,5 proc.), ūkio darbų (70,2 proc.) ir vaistų pirkimo (70,2 proc.) paslaugas.

**17 lentelė. Socialinių paslaugų namuose pasirinkimo pasiskirstymas pagal ligų skaičių.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Socialinės paslaugos** | **Lėtinėmis ligomis neserga** | **Serga 1 lėtine liga** | **Serga 2 lėtinėmis ligomis** | **Serga ≥ 3 lėtinėmis ligomis** | **Viso** |
| **n** | **proc.** | **n** | **proc.** | **n** | **proc.** | **n** | **proc.** | **n** | **proc.** |
| Informacija apie socialinę pagalbą | 3 | 10,7 | 69 | 42,9 | 38 | 39,6 | 38 | 66,7 | 148 | 43,3 |
| Tarpininkavimas tarp teisinių ir sveikatos priežiūros institucijų | 4 | 14,3 | 85 | 52,8 | 48 | 50,0 | 29 | 51,8 | 166 | 48,7 |
| Maisto pirkimas | 7 | 25,0 | 59 | 36,6 | 55 | 57,3 | 47 | 82,5 | 168 | 49,1 |
| Maisto ruošimas | 3 | 10,7 | 39 | 24,4 | 53 | 55,2 | 39 | 68,4 | 134 | 39,3 |
| Kambarių tvarkymas | 9 | 32,1 | 63 | 39,1 | 57 | 59,4 | 43 | 75,4 | 174 | 50,3 |
| Skalbimas | 6 | 21,4 | 65 | 40,4 | 48 | 50,5 | 33 | 58,9 | 152 | 44,7 |
| Mokesčių mokėjimas | 7 | 25,0 | 57 | 35,4 | 54 | 56,3 | 37 | 64,9 | 155 | 45,3 |
| Transporto organizavimas | 5 | 19,2 | 53 | 33,1 | 56 | 58,3 | 33 | 57,9 | 147 | 43,4 |
| Ūkio darbai  | 5 | 17,9 | 50 | 31,1 | 47 | 49,5 | 40 | 70,2 | 142 | 41,6 |
| Vaistų pirkimas | 5 | 17,9 | 71 | 44,1 | 39 | 39,6 | 40 | 70,2 | 154 | 45,0 |

Paprašius nurodyti kokių kitų paslaugų namuose norėtų tiriamieji, paaiškėjo, kad labiausiai tiriamiesiems reikalinga fizinės mankštos (43,9 proc.) ir gydomojo masažo (43,8 proc.) paslaugos. Mažiausiai aktualios tiriamiesiems pasirodė paskaitos sveikatos stiprinimo klausimais (14,3 proc.) bei meno ir muzikos terapija (13,2 proc.) (žiūrėti 28 pav.).

**28 pav.** **Kitų paslaugų namuose pasirinkimas procentais**

Atsakydami kaip dažnai norėtų, kad juos namuose lankytų slaugytojas, beveik 2/3 respondentų (63 proc.) nurodė, jog slaugytojo norėtų sulaukti ne rečiau nei kartą į savaitę. Ne rečiau kaip kas 2 mėnesius slaugytojo vizito norėtų daugiau nei kas trečias respondentas (36,9 proc.). Socialinio darbuotojo bent kartą per savaitę savo namuose norėtų sulaukti 52,5 proc. respondentų. 47,4 proc. respondentų nurodė, jog socialinis darbuotojas namuose juos lankytų ne rečiau kaip kartą per porą mėnesių (N**=**249).

Rinkdamiesi kokiu paros metu norėtų, jog jiems būtų teikiamos slaugos ir socialinės paslaugos namuose, respondentų nuomonės pasidalino pusiau - 47,8 proc. respondentų pasirinko rytinį laiką (8-12 val.), o 51,8 proc. atsakiusiųjų pasirinko popietinį laiką (12-18val.). Tik 0,4 proc. respondentų norėjo, jog paslaugos jiems būtų teikiamos vakare (18-22 val.) (žiūrėti 29 pav.).

**29 pav.** **Specialistų lankymo valandų namuose pasirinkimas procentais**

Papildomai primokėti už slaugos ir socialinių paslaugų teikimą namuose sutiktų 45,5 proc. respondentų, o už vieną slaugytojo ar socialinio darbuotojo vizitą respondentai vidutiniškai sutiktų primokėti 34 Lt. Daugiau pusės tiriamųjų (57,3 proc.) sutiktų primokėti iki 20 Lt, likusieji respondentai, pagal primokėjimo už slaugos ir socialines paslaugas, atitinkamai pasiskirstė taip: 21-50 Lt – 32,9 proc., 51-100 Lt primokėtų 8,4 proc. tiriamųjų, daugiau 100 Lt primokėtų 1,4 proc. respondentų (žiūrėti 30 pav.).

**30 pav. Primokėjimo už slaugos ir socialines paslaugas sumos pasiskirstymas procentais**

Nustatėme, jog sutikimas mokėti už paslaugas statistiškai reikšmingai priklauso (p<0,05) nuo to, kokias pajamas per mėnesį gauna tiriamieji. Už slaugos ir socialines paslaugas namuose papildomai primokėti mažiausiai sutiko tiriamieji gaunantys iki 600 Lt pajamų per mėnesį (17,6 proc.), o daugiausiai – tiriamieji, kurių mėnesinės pajamos ne žemesnės nei 1500 Lt (54,9 proc.) (žiūrėti 18 lentelę).

**18 lentelė. Sutikimo primokėti už slaugos ir socialines paslaugas namuose pasiskirstymas pagal gaunamas mėnesines pajamas.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ar sutiktumėte papildomai primokėti už slaugos ir socialines paslaugas namuose? | **Pajamos** | **Viso** |
| **Iki 600 Lt** | **Iki 800 Lt** | **Iki 1000 Lt** | **Iki 1500 Lt** | **> 1500 Lt** |
| **n** | **proc.** | **n** | **proc.** | **n** | **proc.** | **n** | **proc.** | **n** | **proc.** | **n** | **proc.** |
| Taip | 3 | 17,6 | 25 | 30,9 | 71 | 49,0 | 39 | 54,9 | 9 | 100,0 | 174 | 45,5 |
| Ne | 14 | 82,4 | 56 | 69,1 | 74 | 51,0 | 32 | 45,1 | 0 | 0 | 146 | 54,5 |
| Viso: | 17 | 100,0 | 81 | 100,0 | 145 | 100,0 | 71 | 100,0 | 9 | 100,0 | 323 | 100,0 |

*χ2=26,343, lls=4, p<0,001*

Organizuojant slaugos ir socialinių paslaugų teikimą buvo svarbu išsiaiškinti ar tiriamieji norėtų, kad šios paslaugos jiems būtų teikiamos namuose. Net 83 proc. visų apklaustųjų nurodė norintys, kad slaugos ir socialinės paslaugos jiems būtų teikiamos savo namuose. 76 proc. apklaustųjų nurodė, jog jų nuomone, Aleksoto mikrorajone turėtų veikti slaugos ir socialines paslaugas asmens namuose teikiantis centras, 67,5 proc. respondentų nurodė, jog naudotųsi tokio centro paslaugomis. Paprašius nurodyti kokių slaugos paslaugų namuose jie norėtų, paaiškėjo, kad labiausiai tiriamiesiems reikalinga arterinio kraujo spaudimo/ pulso matavimo paslauga (42,8 proc.). Tokį tiriamųjų pasirinkimą galėtume motyvuoti tuo, jog sergamumas arterine hipertenzija Lietuvoje yra labai aukštas. Tyrimai rodo, kad arterine hipertenzija vyresniame negu 65 m. grupėje serga – kas antras ar netgi daugiau. Antroje vietoje vienodai pasiskirstė noras, jog būtų atliekamos įvairios injekcijos bei lašinių sistemų prijungimas (35,7 proc.). Trečioje vietoje – tyrimų paėmimas bei konsultavimas slaugos, sveikos gyvensenos, ligų ir komplikacijų prevencijos klausimais (36,1 proc.). Tuo tarpu atsakinėdami kokių socialinių paslaugų norėtų namuose skirtumas tarp tiriamųjų pasirinkimo buvo labai mažas. Daugiausia atsakiusieji norėtų pagalbos tvarkant kambarius (50,3 proc.), nuperkant maistą (49,1 proc.), pagalbos sumokant mokesčius (45,3 proc.) bei pagalbos nuperkant medikamentus (45 proc.). Papildomai primokėti už slaugos ir socialinių paslaugų teikimą namuose sutiktų 45,5 proc. respondentų, o už vieną slaugytojo ar socialinio darbuotojo vizitą respondentai vidutiniškai sutiktų primokėti 34 Lt. Sutikimas primokėti už slaugos ir socialines paslaugas priklauso nuo to, kokias pajamas per mėnesį gauna tiriamieji. Mažiausiai sutiko tiriamieji gaunantys iki 600 Lt pajamų per mėnesį (17,6 proc.), o daugiausiai – tiriamieji, kurių mėnesinės pajamos ne žemesnės nei 1500 Lt (54,9 proc.)

## IV. „SLAUGOS IR SOCIALINĖS PASLAUGOS“ VEIKLOS MODELIS

### 4.1. Veiklos apibūdinimas

Šalyje socialinių ir slaugos paslaugų poreikis vis didėja dėl sparčiai senstančios visuomenės. Lietuvos Statistikos departamento duomenimis [11], Lietuvoje, kaip ir kitose Europos Sąjungos valstybėse, kasmet vis didesnę dalį sudaro 65 metų amžiaus ir vyresni žmonės, be to, ši tendencija turi polinkį didėti. Prognozuojama, kad 2060 m. pradžioje beveik 37 proc. Lietuvos gyventojų bus pagyvenę žmonės.

Daugumą vyresnio amžiaus žmonių vargina daugybė fizinių ligos simptomų, psichologinių, dvasinių, socialinių ir praktinių problemų.

2009 m. slaugos paslaugos Lietuvoje buvo suteiktos 228 831 asmenims, iš jų, slaugos paslaugas namuose suteiktos tik 28 679 asmenims. Lietuvoje ir toliau stebima nenatūrali slaugos ir socialinių paslaugų atskirtis, nors dažnai sunku nuspręsti slaugos ar (ir) socialinių paslaugų pacientui reikia.

Socialinių paslaugų teikimą Kauno mieste reguliuoja Kauno miesto savivaldybės Socialinių paslaugų skyrius. 2012 metais vidutiniškai per mėnesį socialinės pagalbos namuose paslaugos Kauno miesto savivaldybėje buvo teikiamos 479 asmenims, iš jų – 143 senyvo ar pensinio amžiaus asmenims (26 jų gyveno Aleksoto seniūnijoje).

Šiuo metu slaugos paslaugas paciento namuose Kauno miesto Aleksoto mikrorajone teikia 3 PSPC, prie kurių pacientai yra prisirašę.

Atlikto tyrimo apie slaugos ir socialinių poreikį Kauno mieste duomenimis, 55,9 proc. Aleksoto gyventojų teigė, jog jiems reikalingos slaugos, 64 proc. - socialinės paslaugos**.** 84,1 proc.apklaustųjų teigė, jog norėtų, jog šios paslaugos jiems būtų teikiamos namuose. 75,7 proc. Apklaustųjų teigė, jog Aleksoto mikrorajone turėtų veikti slaugos ir socialines paslaugas namuose teikiantis centras. 66,4 proc. respondentų teigė, jog esant reikalui pasinaudotų centro, kurias paslaugas teiktų namuose, paslaugomis.

### ****4.1.1. Paslaugos, jų unikalumas, pranašumai****

 „Slaugos ir socialinės paslaugos“ įstaiga teiktų slaugos ir socialines paslaugas pacientų namuose. Šias paslaugas teiktų kompleksinė gydytojo geriatro, slaugytojo, socialinio darbuotojo, kineziterapeuto, slaugos padėjėjų komanda individualiai kiekvienam pacientui pagal nustatytus poreikius, atsižvelgiant į tai, kokias paslaugas norėjo gauti tyrimo respondentai.

 „Slaugos ir socialinės paslaugos“ klientai tai - vyresni nei 65 metų asmenys, gyvenantys Kauno miesto Aleksoto mikrorajone, kuriems reikalingos slaugos ir socialinės paslaugos jų pačių namuose dėl neįgalumo ar kitų su sveikata susijusių problemų.

Pirmus įstaigos darbo metus per mėnesį būtų aptarnaujama iki 200 klientų per mėnesį su galimybe kitais metais šį skaičių padidinti.

### ****4.1.2. Priėmimo tvarka****

Asmenys, norintys tapti „Slaugos ir socialinės paslaugos“ įstaigos klientais turėtų pateikti:

1. užpildytą prašymo formą;
2. asmens tapatybę patvirtinanti dokumentą (pasas ar asmens tapatybės kortelė) ar globėjo teises patvirtinantį pažymėjimą, jei klientas turi nustatytą SP1 ar SP2 ar dėl kitų susiklosčiusių aplinkybių negali atstovauti save;
3. socialinių paslaugų poreikio vertinimą (vertina socialiniai darbuotojai, remiantis Lietuvos Respublikos Socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakymu 2006 m. balandžio 5 d. Nr. A1 94).
4. slaugos paslaugų poreikio vertinimą (vertina slaugos specialistai kartu su gydytoju geriatru, remiantis Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymu).

Jei norinčiųjų patekti daugiau nei numatyta priimti, teikiant pirmenybę atsižvelgiama:

* Barthel savarankiškumo skalę (pirmiausiai didžiausią priklausomybę turintys, vėliau vidutiniškai priklausomi, iš dalies priklausomi);
* į situaciją šeimoje – ar yra dirbančiųjų, ar yra kas padeda;

### ****4.1.3. „Slaugos ir socialinės paslaugos“ įstaigos veikla ir paslaugos****

„Slaugos ir socialinės paslaugos“ įstaiga paslaugas teiktų 5 dienas per savaitę, t.y. darbo dienomis nuo 8 val. iki 18 val. Respondentų nuomonės apie paslaugų teikimo laiką išsiskyrė: vieni teigė, jog geriausia jei jiems paslaugos būtų teikiamos rytais, dalis respondentų nurodė popietę, kaip geriausią lankymo laiką, tretieji – vakarą. Kadangi dirbdamas personalas nuo 8 iki 18 val. pažeistų darbo kodeksą [54], darbo grafikas būtų padalintas į rytinę ir vakarinę pamainas.

### ****4.1.4. Įmonės vizija, misija, tikslai, uždaviniai****

**Vizija** – sieksime tapti inovatyviais, atsakingais ir lanksčiais teikdami slaugos ir socialines paslaugas klientų namuose.

**Misija –** VšĮ „Slaugos ir socialinės paslaugos“ komanda yra suburta teikti visapusiškas, į asmenį orientuotas paslaugas vyresnio amžiaus žmonėms, išlaikydama aukščiausius standartus gerinant klientų gyvenimo kokybę, gerbiant kiekvieno asmens orumą ir nepriklausomybę.

**Tikslas –** teikti socialines ir slaugos paslaugos vyresnio amžiaus žmonėms jų pačių namuose, tenkinant jų poreikius bei sudarant galimybę jiems kuo ilgiau išlikti nepriklausomiems ir gyventi savo pačių namuose.

**Uždaviniai:**

1. Patenkinti klientų slaugos ir socialinius poreikius;

2. Bendradarbiauti su klientų ASPĮ ir šeimos gydytojais, siekiant suteikti visapusiškas slaugos ir socialines paslaugas;

3. Bendradarbiaujant su klientų šeimos nariais suteikti žinių apie jų artimųjų priežiūrą.

4. Įgyvendinti pirminės, antrinės ir tretinės profilaktikos priemones siekiant pagerinti klientų gyvenimo kokybę, užkirsti kelią naujų ligų atsiradimui, stabdyti ir palengvinti jau esamų ligų simptomus.

### ****4.1.5. Organizacinė struktūra****

Rekomenduojama dienos centro organizacinė schema pateikta 31 paveiksle. „Slaugos ir socialinės paslaugos namuose“ organizacijos aukščiausią hierarchinį lygį turėtų sudaryti direktorius bei administratorius.

Direktoriui būtų pavaldūs administratorius, buhalteris, sveikatos ir socialinis bei techninis personalas. Gydytojui geriatrui pavaldus būtų slaugytojas bei kineziterapeutas.

**31 pav. Bendroji struktūros schema**

**Direktorius**

**Direktorius**

**Direktorius**

Administratorius

Buhalteris

Administratorius

Buhalteris

Administratorius

**TECHNINIS PERSONALAS**

**SVEIKATOS IR SOCIALINIS PERSONALAS**

**TECHNINIS PERSONALAS**

**SVEIKATOS IR SOCIALINIS PERSONALAS**

Registratorius

Socialinis darbuotojas

Gydytojas geriatras

Registratorius

Socialinis darbuotojas

Gydytojas geriatras

Vairuotojas

Kineziterapeutas

Vairuotojas

Kineziterapeutas

Valytojas

Slaugytojas

Valytojas

Slaugytojas

**Direktorius**

Kinta ne tik organizacijų struktūra, bet ir pats vadovo vaidmuo organizacijoje. Jau neužtenka būti vadovu, turinčiu tik analitinius ir problemų sprendimų įgūdžius. Šiuolaikinėje visuomenėje vadovai turi integruoti ekonominius interesus su visuomenės keliamais tikslais. Vadovai turi ugdyti kūrybiškumą, sąmoningumą, tobulinti įgūdžius. Vadovai dabar yra laikomi ta grandimi, kuri ne tik generuoja viziją, misiją, rūpinasi harmonija ir organizacijos augimu, bet ir padeda darbuotojams atlikti individualius, organizacinius ir socialinius vaidmenis [55].

**Direktorius turi atitikti šiuos reikalavimus:**

* turėti aukštąjį išsilavinimą (pageidautina ekonomikos ir (ar) visuomenės sveikatos vadybos);
* labai gerai mokėti valstybinę kalbą, anglų ir rusų kalbas;
* žinoti tarptautinės ekonomikos pagrindus, išmanyti rinkodarą ir verslumo skatinimo sritį;
* žinoti sveikatos vadybos pagrindus;
* turėti ne mažesnę nei 5 metų vadovavimo ir projektų valdymo darbo patirtį;
* turėti gerus darbo kompiuteriu įgūdžius;
* pasižymėti lyderystės įgūdžiais.
* turėti gerus prezentacinius sugebėjimus lietuvių ir anglų kalbomis;

*Direktoriaus vaidmuo:*

* vadovauja įstaigos veiklai, veikia jos vardu ir jai atstovauja;
* sudaro įstaigos sutartis su kitomis institucijomis ir organizacijomis;
* priima į darbą ir atleidžia iš darbo darbuotojus Lietuvos Respublikos įstatymų ir įstaigos Statuto numatyta tvarka, skelbia konkursus pareigoms eiti, skiria asmenis į šias pareigas, atleidžia iš jų, pasirašo darbo sutartis;
* įstatymų numatyta tvarka nustato įstaigos darbuotojų darbo užmokestį; rūpinasi jų kvalifikacijos kėlimu;
* įstatymų numatyta tvarka siunčia (komandiruoti) įstaigos darbuotojus;
* užtikrina įstaigoje saugias darbo sąlygas ir atsako už jas;
* vykdo kitas teisės aktų įstaigos vadovui numatytas funkcijas.

Administratorius (ė) turi atitikti šiuos reikalavimus:

* Turėti aukštąjį išsilavinimą;
* Privalo gerai mokėti valstybinę lietuvių kalbą ir bent vieną užsienio kalbą;
* žinoti sveikatos sistemos priežiūros pagrindus;
* Išmanyti raštvedybos pagrindus;
* Mokėti dirbti naujomis ryšių ir kitomis organizacinės technikos priemonėmis.

*Administratoriaus vaidmuo:*

* Priima informaciją (telefonu, elektroniniu paštu, faksu) ir perduoda įstaigos direktoriui arba pagal kompetenciją įstaigos darbuotojui.
* Sistemina gaunamus dokumentus ir duomenis, juos perduoda direktoriui bei vykdytojams.
* Registruoja gaunamus ir siunčiamus raštus, Direktoriaus įsakymus.
* Rengia ir įformina dokumentus pagal Dokumentų rengimo ir įforminimo bei Raštvedybos taisykles. To paties reikalauja iš įstaigos darbuotojų.
* Užtikrina tinkamą įstaigos dokumentų saugojimą ir archyvavimą.
* Rengia įstaigos metinius darbo planus ir ataskaitas.
* Organizuoja įstaigos darbuotojų pasitarimus, laiku informuoja apie rengiamus pasitarimus ar posėdžius įstaigos darbuotojus.

**Bendrosios praktikos/ bendruomenės slaugytojas**

Specialistų komandoje didžiausią grupę sudaro slaugytojas. Jie yra tiesiogiai atsakingi už pacientų slaugą ir priežiūra.

Bendrosios praktikos slaugytojas (a) turi atitikti šiuos reikalavimus:

* Išduotą ir galiojančią licenciją verstis slaugos praktika pagal bendrosios praktikos slaugytojo profesinę kvalifikaciją, Lietuvos Respublikos teisės aktų nustatyta tvarka.
* Privalo gerai mokėti valstybinę lietuvių kalbą ir bent vieną užsienio kalbą;
* Išmanyti bazinius sveikatos priežiūros sritį;
* Išmanyti raštvedybos pagrindus;
* Mokėti dirbti naujomis ryšių ir kitomis organizacinės technikos priemonėmis.

*Slaugytojos vaidmuo:*

* Ligonių mokymas;
* Asmens vadyba, paslaugų organizavimas;
* Vaistų skyrimas;
* Žaizdų, opų, pragulų priežiūra;
* Šlapimo pūslės kateterių priežiūra;
* Stomų priežiūra;
* Medžiagos paėmimas laboratoriniams tyrimams;
* Psichologinė pagalba.

**Gydytojas geriatas**

Gydytojas geriatras turi atitikti šiuos reikalavimus:

* Išduotą ir galiojančią licenciją verstis medicinos praktika pagal gydytojo geriatro profesinę kvalifikaciją, Lietuvos Respublikos teisės aktų nustatyta tvarka.
* labai gerai mokėti valstybinę kalbą, anglų ir rusų kalbas;
* Pasižymėti gerais komandinio darbo įgūdžiais.

*Gydytojo geriatro vaidmuo:*

* įvertina paciento fizinę sveikatą, funkcinį savarankiškumą, protinę veiklą ir emocinę būseną, socialinę ir ekonominę būklę bei gyvenamąją aplinką;
* sprendžia paciento problemas, kilusias dėl daugybinės patologijos, negalios, socialinių ir psichologinių veiksnių, sudaro problemų sąrašą, išskiria prioritetus, sudaro tyrimo, gydymo, reabilitacijos ir slaugos planą ir jį įgyvendina;
* interpretuoja laboratorinių, radiologinių, elektrokardiografijos, endoskopijų, ultragarso ir funkcinių tyrimų rezultatus;
* naudojasi standartinėmis anketomis ir skalėmis funkciniam savarankiškumui, pažinimo funkcijai, depresijai, sensorinėms funkcijoms, miego sutrikimams, eisenos ir pusiausvyros sutrikimams, mitybos, gyvenamosios aplinkos ir gyvenimo kokybei įvertinti;
* organizuoja ir koordinuoja specialistų komandos (gydytojo, psichologo, psichiatro, socialinio darbuotojo, kineziterapeuto ar kitų specialistų pagal poreikį) darbą;
* sudaro pacientų gydymo, priežiūros, maitinimosi planą;
* sudaro saugios ir funkcionalios aplinkos pritaikymo neįgaliam pacientui planą;
* sudaro skiepų planą;
* moko savirūpos pacientus ir jų šeimos narius ar globėjus [56].

**Kineziterapeutas**

Kineziterapeuto pareigoms priimamas asmuo, įgijęs aukštąjį kineziterapijos išsilavinimą, turintis kompiuterinio raštingumo įgūdžius, mokantis savarankiškai dirbti ir bendrauti su žmonėmis.

*Kineziterapeutų vaidmuo:*

* Mokyti ir padėti vaikščioti, persėsti, lipti laistais, važiuoti važiuokle;
* Įvertinti pagalbinių įtaisų ir prietaisų poreikį ir padėti juos įsigyti.
* Mankštinti didinant judesių amplitudę, jėgą ir ištvermę.
* Skausmo gydymas fizioterapinėmis priemonėmis (ultragarsu, TENS).
* Aprūpinimas pakėlimo ir manipuliavimo prietaisais.
* Ligonių, sergančių širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis, apmokymas specialių mankštos programų.
* Ligonių, sergančių plaučių ligomis, kvėpavimo mankštos apmokymas.

**Socialinis darbuotojas:**

Socialinio darbuotojo pareigoms priimamas asmuo, įgijęs aukštąjį socialinio darbo arba jam prilygintą išsilavinimą, turintis kompiuterinio raštingumo įgūdžius, mokantis savarankiškai dirbti ir bendrauti su žmonėmis.

*Socialinio darbuotojo vaidmuo:*

* Įvertina paciento psichologinę būklę ir jo šeimos socialinę padėtį;
* Konsultuoja pacientą ir jo šeimą;
* Padeda gauti pietus į namus, pašalpas, kitokias lengvatas ir kt.;
* Siunčia į dienos centrus;
* Padeda sudaryti ilgalaikį priežiūros planą;
* Padeda parengti dokumentus, leidžiančius pacientui iš ankšto pareikšti savo valią, kurios jis, galbūt, nesugebės perteikti žodžiais.

Darbuotojai turi atitikti ne tik profesinius reikalavimus, bet ir tapti komandos dalimi, priimti organizacijos vertybes ir tikslus.

Kiekvienas specialistų komandos narys turi:

* turėti teorinių žinių apie Lietuvos socialinės bei sveikatos apsaugos sistemas, šias sritis reglamentuojančius teisės aktus, žmogaus teises, Europos Sąjungos šalių socialinės paramos sistemas.
* savo įgytomis teorinėmis darbo žiniomis ir praktiniais darbo įgūdžiais bei gebėjimais turi nuolat dalintis su savo kolegomis
* suprasti, kaip funkcionuoja visuomenė ir kaip joje funkcionuoja individas.
* gebėti tiksliai vertinti žmogaus socialinę, psichologinę, fizinę situacijas, veiksmingai bendrauti su asmeniu ir jo aplinka, efektyviai organizuoti žmogiškuosius, finansinius bei kitus galimus išteklius, organizuoti slaugos ir socialinių paslaugų teikimą.
* atsižvelgti į kliento individualumą, vadovautis jo poreikiais ir parinkti tokius darbo metodus bei paslaugas, kurios geriausiai tiktų spręsti konkrečias kliento, jo šeimos problemas ir geriausiai atitiktų jų interesus.
* nuolat kartu bendradarbiauti tarpusavyje.

Kiekvienas komandos narys savo veikloje turi vadovautis šiomis vertybinėmis nuostatomis:

* gerbti savo klientus ir vertinti kiekvieno iš jų unikalumą;
* būti empatiškas, stengtis suprasti kiekvieną klientą ir jam padėti;
* vertinti visus klientus vienodai ir teikti jiems pagalbą nepriklausomai nuo jų socialinės padėties, tikėjimo, lyties, rasės, įsitikinimų ar pažiūrų;
* pasitikėti savo klientu, būti objektyviu priimant sprendimus, nesivadovauti išankstinėmis nuostatomis;
* sukurti bendradarbiavimo su klientu santykius, į jo problemų sprendimą įtraukiant jį patį, jo šeimą, bendruomenę;
* laikytis konfidencialumo, apie klientą žinomą informaciją teikiant tik įstatymų numatytais atvejais ir tik siekiant apginti geriausius kliento interesus.
* Komandos nariai turi pasižymėti tokiomis savybėmis kaip tolerancija, geranoriškumas, atsakingumas, kūrybiškumas bei iniciatyvumas.
* Komandos nariai turi nuolat siekti atnaujinti savo teorines žinias ir praktinius įgūdžius bei gebėjimus.

### ****4.1.6. Personalo struktūra****

Atsižvelgiant į tai, jog pirmus metus per mėnesį planuojama aplankyti iki 200 pacientų, tad numatomas toks darbuotojų poreikis:

**19 lentelė. Darbuotojų personalo struktūra**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Darbuotojai** | **Darbuotojų skaičius** | **Etatų sk., vnt.** | **Valandų skaičius/mėn.\*** |
| Direktorius | 1 | 1 | 168 |
| Administratorius | 1 | 0,5 | 84 |
| Buhalteris | 1 | 1 | 84 |
| Bendrosios praktikos/ bendruomenės slaugytojai | 2 | 1 | 152 |
| Socialiniai darbuotojai | 4 | 1 | 168 |
| Kineziterapeutai | 2 | 1 | 168 |
| Valytojas | 1 | 0,5 | 84 |
| Vairuotojas | 1 | 0,5 | 84 |
| Gydytojas geriatras | 1 | 1 | 152 |
| Registratorius | 2 | 1 | 168 |

\* valandų skaičius skaičiuotas gydytojui ir slaugytojams dirbant 7,6 val. per dieną, kiti darbuotojai - 8 val. per dieną.

### ****4.1.7. Paslaugos****

„Slaugos ir socialinės paslaugos namuose“ įstaiga pagal paciento poreikį teiktų šias paslaugas:

Medicinines procedūros:

* Injekcija į raumenis/poodį/veną;
* Lašinė infuzija;
* Žaizdos perrišimas;
* Pragulų gydymas;
* Dirbtinių kūno angų (stomų) priežiūra;
* Šlapimo pūslės kateterizavimas;
* Arterinio kraujo spaudimo matavimas;
* Artimųjų mokymas.

Nuolatinės slaugos paslauga:

* Pragulų profilaktika;
* Kėlimas ir vartymas;
* Kasdienė kūno priežiūra;
* Sauskelnių keitimas;
* Drabužių ir patalynės keitimas;
* Vaistų davimas ir vartojimo stebėjimas;
* Diurezės stebėjimas;
* Maitinimas;
* Kūno temperatūros ir pulso matavimas;
* Maudymas vonioje arba lovoje;
* Slaugos proceso priežiūra ir konsultavimas (atliekama gydytojo geriatro ir slaugytojo).

Socialinės priežiūros paslauga:

*Maitinimo organizavimas:*

* Maisto produktų nupirkimas ir pristatymas į namus;
* Pagalba namuose ruošiant maistą ar maisto ruošimas;
* Indų plovimas, virtuvės sutvarkymas.

*Pagalba buityje:*

* Būsto tvarkymas: grindų plovimas, kilimų siurbimas, gėlių laistymas, dulkių valymas, dujinės išplovimas;
* Skalbimas ar skalbinių vežimas į skalbyklą, skalbinių padžiovimas;
* Daiktų tvarkymas: peržiūra, sudėjimas į nurodytas vietas, nereikalingų išmetimas.

*Lydėjimas:*

* Vežimas įmonės transportu;
* Lydėjimas viešuoju transportu;
* Laukimas nuvykus į vietą.

*Pavedimų tvarkymas:*

* Dokumentų tvarkymas (užpildymas);
* Mokesčių sumokėjimas;
* Spaudos/ korespondencijos tvarkymas (užsakymas, nupirkimas)
* Asmeninio pobūdžio daiktų (smulkių) nupirkimas.

 *Užimtumo organizavimas:*

* Bendravimas (pokalbiai, spaudos skaitymas, nuotraukų peržiūra);

*Valymas:*

* Langų valymas;
* Vonios valymas.

*Neįgaliųjų transporto paslauga.*

Kadangi „Slaugos ir socialinės paslaugos namuose“ įstaiga teiktų nemokamas slaugos ir socialines paslaugas, už kineziterapeuto paslaugas pacientui tektų susimokėti iš asmeninių lėšų. Numatomos tokios kineziterapeuto paslaugų namuose kainos:

20 lentelė**. Kineziterapeuto paslaugų kainos**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Paslauga** | **Trukmė (min.)** | **Kaina (Lt)** |
| Klasikinis viso kūno masažas | 60 | 60 |
| Klasikinis nugaros masažas | 30 | 30 |
| Kaklo ir pečių juostos masažas | 30 | 25 |
| Klasikinis kaklo srities-pečių juostos-rankų masažas | 30 | 35 |
| Galvos, veido masažas | 30 | 25 |
| Kojų masažas | 30 | 25 |
| Rankų masažas | 30 | 25 |
| Krūtinės ląstos vibracinis masažas | 30 | 15 |
| Individuali kineziterapijos programa suaugusiems | 30 | 40 |

„Slaugos ir socialinės paslaugos namuose“ įstaiga teiktų paslaugas už kurias pacientai mokėti neturėtų, tačiau už priemonių (medikamentai, higienos priemonės, apranga ir kt.) apmokėjimą atsakingas būtų pats asmuo.

### ****4.1.8. SSGG analizė****

Atliekant veikos analizę vertinga atlikti analizę, kuri apžvelgia ne tik savą verslą, bet įvertina ir konkurentų veiklą bei esamus įvykius rinkoje. Šią užduotį padeda įvykdyti SSGG (SWOT) analizė (žiūrėti 21 lentelę).

**21 lentelė. SSGG analizė**

|  |  |
| --- | --- |
| **STIPRYBĖS** | **SILPNYBĖS** |
| * Naujos paslaugos teikimas;
* Kvalifikuota komanda;
* Atliktas tyrimas dėl paslaugų poreikio;
* Įstaigos lokalizacija.
 | * Darbuotojų darbo grupėje, panašaus profilio įstaigoje, stoka;
* Darbuotojų savarankiškumo, dirbant vieniems paciento namuose, stoka;
 |
| **GALIMYBĖS** | **GRĖSMĖS** |
| * Palankūs demografiniai pokyčiai;
* Silpna konkurencija;
* Efektyvesnė komunikacija su ASPĮ naudojant e-sveikatos sistemas;
* ES struktūrinių fondų parama;
 | * Visuomenės pasyvumas;
* Vyriausybės kaita ir nuomonių išsiskyrimas.
* Sveikatos ir socialinių paslaugų Nacionaliniu mastu atskyrimas;
* PSPĮ ir privačių įstaigų teikiančių slaugos ir socialines paslaugas namuose konkurencija;
 |

**4.1.9. Pastatai, patalpos**

„Slaugos ir socialinės paslaugos“ įstaiga teiks paslaugas klientų namuose, tačiau bus reikalinga patalpa, kurioje būtų įrengtas direktoriaus, administratoriaus kabinetai, kompiuterių kabinetas, pasitarimų salė, poilsio zona, medicininio inventoriaus patalpa, tualetas. Preliminarus patalpos dydis siektų apie 100 m2. Pavyzdinis patalpos planas pavaizduotas 32 pav.

**2**

**1**

**3**

**4**

**5**

**6**

**7**

**8**

**9**

**10**

**1**

**32 pav. „Slaugos ir socialinės paslaugos“ įstaigos galimas pastato modelis**

**„Slaugos ir socialinės paslaugos“ įstaigoje turi būti numatytos sekančios patalpos:**

1. Registratūra;

**9**

**8**

**6**

**5**

**4**

**3**

2. Kompiuterių klasė ir darbo zona;

3. Poilsio zona;

4. Konferencijų salė;

5. Tualetas;

6. Koridorius;

7. Med. prekių saugojimo patalpa;

8. Administratoriaus kabinetas;

9. Direktoriaus kabinetas;

10. Buhalterio kabinetas.

### ****4.1.10. Finansai****

Beveik visas „Slaugos ir socialinės paslaugos“ įstaigos sąnaudas sudarys veiklos išlaidos:

* darbo užmokesčiai;
* eksploatacinės išlaidos;
* ryšių išlaidos;
* transporto išlaidos;
* kitos išlaidos.

***Eksploatacines išlaidas sudarys:***

* elektros energijos sąnaudos;
* šildymo sąnaudos
* vandens sąnaudos;

„Slaugos ir socialinės paslaugos“ įstaigoje iš viso būtų 16 pareigybių. Jų darbo užmokesčio dydis priklausys nuo tam tikrų socialinių veiksnių:

*subjektyvių (vidinių)* – išsilavinimas ir kvalifikacija, darbo stažas ir pareigybės, darbo krūvio;

*objektyvių (išorinių)*, t.y. nepriklausančių nuo asmens sąmonės ir norų – darbo užmokesčio lygis šalyje, darbo jėgos pasiūla ir paklausa rinkoje, kolektyvinė sutartis, šalies vyriausybės darbo užmokesčio politika.

„Slaugos ir socialinės paslaugos“ įstaigos daugumos darbuotojų darbo užmokestis visais analizuojamais veiklos metais bus fiksuotas (žiūrėti 22 lentelę). Visų rangų vadovų pagrindinis darbo užmokestis bus aukštesnis už vidutinį darbuotojų darbo užmokestį. Jis bus skaičiuojamas atsižvelgiant į šiuos kriterijus:

* vadovaujamo padalinio funkcinę paskirtį;
* atsakomybės laipsnį;
* padalinių skaičių ir padalinių kvalifikaciją;
* valdymo sprendimų reikšmę įmonės veiklai, jų priėmimo intensyvumą;
* darbo turinį ir sąlygas.

**22 lentelė. „Slaugos ir socialinės paslaugos namuose“ darbo užmokesčių išlaidos**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Pareigybės/ etatų sk.** | **Darbo užmokestis neatskaičius mokesčių (mėn./Lt)** | **Darbo užmokestis atskaičius mokesčius (mėn./Lt)** | **Darbo vietos kaina darbdaviui (mėn./ Lt)** |
| Direktorius 1 et. | 4000 Lt | 3040 Lt | 5247,20 Lt |
| Administratorius 0,5 et. | 1250 Lt | 1025,75 Lt | 1639,75 Lt |
| Buhalteris 1 et. | 2000 Lt | 1566,50 Lt | 2623,60 Lt |
| Gydytojas geriatras 1 et. | 3000 Lt | 2287,50 Lt | 3935,40 Lt |
| Bendrosios praktikos/ bendruomenės slaugytojas 1 et. | 1800 Lt | 1422,30 Lt | 2361,24 Lt |
| Socialinis darbuotojas 1 et. | 1500 Lt | 1206,00 Lt | 1967,70 Lt |
| Kineziterapeutas 0,5 et.  | 1100 Lt | 917,60 Lt | 1442,98 Lt |
| Vairuotojas 0,5 et. | 600 Lt | 541, 50 Lt | 787,08 Lt |
| Valytojas 0,5 et. | 500 Lt | 455 Lt | 655, 90 Lt |
| Registratorius, 0,75 et. | 1200 Lt | 989, 70 Lt | 1574, 16 Lt |

Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2012 m. gruodžio 19 d. nutarimu Nr. 1543 [57] valstybė, siekdama apsaugoti samdomųjų darbuotojų interesus, nustatė minimalų valandinį atlygį (MVA) – 6,06 Lt. ir minimalią mėnesinę algą (MMA) – 1000 Lt. Toks priskaitytas darbo užmokestis „Slaugos ir socialinės paslaugos namuose“ įstaigoje būtų mokamas valytojai.

**Eksploatacinės išlaidos**

Numatoma, kad vienas dienos centras sunaudos apie 300 kWh elektros energijos per mėnesį. Elektros energijos kaina įvertinama 0,474 Lt/kWh [58].Planuojamos pradinės šiluminės energijos išlaidos sudaro 6,5 Lt/m2 per mėn. šildymo sezono metu (7 mėn. per metus). Dienos centras per mėnesį sunaudos apie 8 m3 vandens, kuris bus naudojamas darbuotojų poreikiams tenkinti. Vandens kaina įvertinama 4,01 Lt/m³ (žiūrėti 23 lentelė) [59].

**23 Lentelė. „Slaugos ir socialinės paslaugos namuose“ eksploatacinės išlaidos**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Komunalinės sąnaudos** | **Mėnesiui, Lt.** | **Metams, Lt.** |
| Elektros energija | 143 Lt | *1716 Lt* |
| Vanduo | 32 Lt | 384 Lt |
| Šildymas | 650 Lt | 4550 Lt |
| Iš viso: | 825 Lt | 9900 Lt |

**Kitos išlaidos**

Kitas „Slaugos ir socialinės paslaugos namuose“ įstaigos sąnaudas sudarys: transporto, ryšių, interneto ir kitos išlaidos (žiūrėti 24 lentelę).

**24 lentelė. „Slaugos ir socialinės paslaugos namuose“ kitos išlaidos**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Sąnaudos** | **Mėnesiui, Lt.** | **Metams, Lt.** |
| Transportas | 500 Lt | 6000 Lt |
| Internetas | 40 Lt | 480 Lt |
| Ryšių išlaidos | 40 Lt | 480 Lt |
| Kitos išlaidos | 500 Lt | 6000 Lt |
| Iš viso: | 1080 Lt | 12 960 Lt |

Numatyta, kad visas „Slaugos ir socialinės paslaugos namuose“ įstaigos paslaugas, išlaidas finansuoja savivaldybė, tačiau yra siūlomas ir kitas variantas kai už dalį paslaugų ir transporto paslaugas pacientas mokėtų papildomai: vienam pacientui slaugos ir (ar) socialinių paslaugos ir (ar) transporto paslaugos kainuotų vidutiniškai apie 100 Lt./ mėn., o metams - 1200 Lt. Šis variantas padėtų savivaldybei sumažinti dalį išlaidų. Beje, papildomų pajamų galima tikėtis iš paslaugų, kurias teiks kineziterapeutai.

Paskaičiuota, kad „Slaugos ir socialinės paslaugos namuose“ įstaigos bendros išlaidos būtų 30 960, 98 Lt. mėnesiui, o metams – 371 531, 76 Lt. Didžiąją dalį „Slaugos ir socialinės paslaugos namuose“ įstaigos išlaidų sudarytų darbo užmokesčiai t.y. net 67 proc., o eksploatacinės ir kitos išlaidos - 33 proc. visų išlaidų.

## ****IŠVADOS****

1. Tiriamiesiems namuose kyla tiek socialinių, tiek slaugos problemų. Atliekant kasdienines veiklas labiausiai tiriamieji turi problemų savarankiškai apsipirkti (50,3 proc.), ruošti maistą (43,6 proc.) bei tvarkyti namus (40,9 proc.). Negebėjimas savarankiškai atlikti kasdienines veiklas didėja su tiriamųjų amžiumi. Nepriklausomai nuo lyties, amžiaus, išsilavinimo, šeimyninės padėties bei su kuo asmuo gyvena, tiriamųjų tarpe vyrauja sergamumas 1 lėtine liga (47,1 proc.) ir sergamumas 2 lėtinėmis ligomis (28,1 proc.). Šlapinimo nelaikymo problemų turėjo 28,7 proc. respondentų. Daugiau nei pusė apklaustųjų, teigė turintys atminties problemų (54,1 proc.). 48,5 proc. tiriamųjų nurodė esantys truputį sunerimę ar prislėgti, 35,1 proc. nesantys sunerimę ar prislėgti, 16,4 proc. – labai sunerimę ar prislėgti.
2. Tiek slaugos, tiek socialinės paslaugos namuose reikalingos daugiau kaip pusei tyrime dalyvavusių Kauno miesto gyventojų (atitinkamai 55,3 proc. ir 60,2 proc.). Ir slaugos, ir socialinių paslaugų poreikis didėjo kartu su tiriamųjų amžiumi bei ligų skaičiumi. Kuo tiriamasis vyresnis ir kuo daugiau lėtinių ligų serga, šių paslaugų jam reikia labiau. Skirtingai nei slaugos paslaugų poreikį, socialinių paslaugų poreikį dar įtakoja su kuo tiriamasis gyvena. Labiausiai tiriamiesiems reikalingos sekančios slaugos paslaugos: arterinio kraujo spaudimo/ pulso matavimo paslauga (42,8 proc.), įvairios injekcijos, lašinių sistemų prijungimas, tyrimų paėmimas bei konsultavimas slaugos, sveikos gyvensenos, ligų ir komplikacijų prevencijos klausimais (36,1 proc.), socialinės paslaugos: Namų tvarkymas (50,3 proc.), maisto pirkimas (49,1 proc.), mokesčių mokėjimas (45,3 proc.) bei medikamentų pirkimas (45 proc.).
3. “Slaugos ir socialinės paslaugos namuose” įstaiga skirta padėti vyresnio amžiaus asmenims, turintiems sveikatos ir socialinių problemų, ir dėl savo būklės norinčių šias paslaugas gauti namuose, išlikti socialinėje bendruomenėje kuo ilgesnį laiką, padėti užtikrinti bent dalinį funkcinį jų savarankiškumą.

“Slaugos ir socialinės paslaugos namuose” įstaigoje būtų teikiamos ligonio priežiūros, socialinės, fizinio aktyvumo, transportavimo paslaugos.

“Slaugos ir socialinės paslaugos namuose” įstaigoje dirbtų sekantys specialistai: gydytojas geriatras, socialiniai darbuotojai, slaugytojas, kineziterapeutas, slaugos padėjėja.

“Slaugos ir socialinės paslaugos namuose” įstaiga veiktų 5 dienas per savaitę nuo 8 val. iki 18 val.

 „Slaugos ir socialinės paslaugos namuose“ įstaigos bendros išlaidos būtų 30 960, 98 Lt. mėnesiui, o metams – 371 531, 76 Lt.Didžiąją dalį „Slaugos ir socialinės paslaugos namuose“ įstaigos išlaidų sudarytų darbo užmokesčiai t.y. net 67 proc., o eksploatacinės ir kitos išlaidos - 33 proc. visų išlaidų.

## LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Kanopienė V., Mikulionienė S. Gyventojų senėjimas ir jo iššūkiai sveikatos apsaugos sistemai. Gerontologija 2006;7(4):188-200;
2. [O'Brien](http://seniorliving.about.com/bio/Sharon-O-Brien-11931.htm) S., Effects of aging population influence political and economic decisions, prieiga per internetą: <http://seniorliving.about.com/od/lifetransitionsaging/a/seniorpop.htm>;
3. Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakymas: Nacionalinė 2012-ųjų Europos vyresnio amžiaus žmonių aktyvumo ir kartų solidarumo metų programa, 2012 m. kovo 15d. Vilnius;
4. Lietuvos statistikos departamentas prie LRV, [Lietuvos Respublikos 2011 metų visuotinio gyventojų ir būstų surašymo ataskaita](https://osp.stat.gov.lt/documents/10180/1680046/2011GBS_ataskaita_20131209%2B.pdf/634e26f8-b532-48e6-8235-152ddad6891d);
5. Lietuvos statistikos departamentas prie LRV, rodikliai: Gyventojų skaičius, Lietuvos Respublika, iš viso, 2000 m. 2014 m.;
6. Lietuvos statistikos departamentas prie LRV, rodikliai: Gyventojų skaičius metų pradžioje. Požymiai: amžius, lytis. Prieiga per internetą:

 <http://osp.stat.gov.lt/statistiniu-rodikliu-analize1>;

1. Martin S., Kelly G., Kernohan WG., McCreight B., Nugent C. Smart home technologies for health and social care support, Cochrane Database of Systematic Reviews 2008;
2. Lietuvos Respublikos Seimas, Nutarimas dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės programos, 2008 m. gruodžio 9 d. Nr. XI-52, Vilnius;
3. Lietuvos Respublikos Vyriausybė, Dėl Nacionalinės gyventojų senėjimo įveikimo strategijos įgyvendinimo 2005-2013 metų priemonių patvirtinimo, 2005 m. sausio 10 d. Nr. 5, Vilnius;
4. Kauno miesto savivaldybės taryba, Kauno miesto savivaldybės 2013 m. socialinių paslaugų planas, 2013 m. kovo 21 d. Nr. T-156, Kaunas;
5. Sveikatos apsaugos ministro įsakymas, Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos 2009 metų strateginis veiklos planas, 2009 m. kovo 26 d. Nr.V-208, Vilnius;
6. Europos migracijos tinklas, Europos migracijos tinklas, Migracija: 10 metų apžvalga, prieiga per internetą: http://123.emn.lt/lt/bendros-tendencijos/migracija-10-metu-apzvalga
7. Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas dėl Nacionalinės gyventojų senėjimo pasekmių įveikimo strategijos patvirtinimo, 2004 m. birželio 14 d. Vilnius;
8. Hitaitė L., Spirgienė L., Pagyvenusių žmonių slaugos bei socialinių paslaugų poreikis Kauno rajono bendruomenėje, Medicina (Kaunas) 2007; 43(11);
9. Jurgelėnas A., Čeremnych J., Juozulynas A., Alekna V., Filipavičiūtė R. Sveikatos problemų paplitimas ir reikšmė miesto pagyvenusių žmonių tarpe, Vilniaus universiteto Eksperimentinės ir klinikinės medicinos institutas, Gerontologija 2006; 7(4): 208–213;
10. Kanopienė V., Mikulionienė S., Gyventojų senėjimas ir jo iššūkiai sveikatos apsaugos sistemai, Mykolo Romerio universitetas, Socialinės politikos fakultetas, Gerontologija 2006; 7(4): 188–200;
11. Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla 2012 m. Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, Vilnius, 2013, 129 p.;
12. Nacionalinės Sveikatos tarybos Metinis pranešimas 2012, Sveikas senėjimas – nauji iššūkiai Lietuvai;
13. Levy S., The Most Common Issues of Aging, prieiga per internetą:

 <http://www.agingcare.com/Articles/common-issues-of-aging-102224.htm>;

1. Phyllis L. Ehrlich Caring for the Frail Elderly in the Home: A Multidisciplinary Approach;
2. [Laurence Z. Rubenstein](http://ageing.oxfordjournals.org/search?author1=Laurence+Z.+Rubenstein&sortspec=date&submit=Submit), Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for Prevention, Age and Ageing 2006; 35-S2: ii37–ii41;
3. Lesauskaitė V., Macijauskienė J., Širvinskienė E., Geriatrinių pacientų, gyvenančių namuose, poreikiai ir jų užtikrinimas techninėmis priemonėmis, Gerontologija 2009; 10(3): 176–182;
4. WHO, Risk factors of ill health among older people, prieiga per internetą:

 [http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/healthy-ageing/data-and-statistics/risk- factors-of-ill-health-among-older-people](http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/healthy-ageing/data-and-statistics/risk-%20%20%20factors-of-ill-health-among-older-people);

1. Juozulynas A., Stukas R., Jurgelėnas A., Venalis A., Tamulaitytė-Morozovienė I., Pagyvenusių žmonių sveikata ir griuvimai, Gerontologija 2012; 13(2):103–106;
2. WHO, Dementia Fact sheet April 2012. Prieiga per internetą:

#  <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/en/>;

1. Lietuvos sveikatos rodiklių informacinė sistema. Rodikliai: Sergamumas demencija ir Alzhaimerio liga, vyresnių nei 65 metų amžiaus žmonių grupėje 100 000 gyv., Lietuva, 2012 m.;
2. Ennapadam S. Khrisnampprthy, Martin J Prince, Jeffrey L Cummings. Dementia, A global approach Cambridge university press, 2010
3. Macijauskienė J., Sergančiųjų Alzheimerio liga ir kitomis demencijomis priežiūra ir slauga, Kaunas, 2008;
4. Bagdonas G., Damulevičienė G., Lesauskaitė V., Macijauskienė J., Pagyvenusių žmonių sveikatos priežiūra, Vitea Litera, Kaunas, 2009;
5. Psykiske sykdommer: Demens koster penger. Prieiga per internetą:

[http://www.lommelegen.no/artikkel/demens-koster-penger;](http://www.lommelegen.no/artikkel/demens-koster-penger;%20)

1. Alzheimer's Association, Alzheimer's Disease Facts and Figures. Prieiga per internetą:

<http://www.alz.org/alzheimers_disease_facts_and_figures.asp#cost>;

1. WHO Regional office for Europe, Depression in Europe, prieiga per internetą:

<http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/pages/news/news/2012/10/depression-in-europe>;

1. Valstybinis psichikos sveikatos centras, psichikos ligų statistika, sergamumas Lietuvoje depresija 2000-2010 metais 100 000 gyventojų;
2. Filipavičiūtė R., Jurgelėnas A., Juozulynas A., Butkienė B., Depresijos sindromas – pagyvenusių žmonių socialinės rizikos veiksnys, Gerontologija 2008; 9(2): 93–98
3. Kuchel G. A., DuBeau C. E., Chapter 30: Urinary Incontinence in the Elderly;
4. Joy A. Greer & Lily A. Arya & Ariana L. Smith, Urinary Incontinence: Diagnosis and Treatment in the Elderly, Curr Transl Geriatr and Exp Gerontol Rep (2013) 2:66–75 DOI 10.1007/s13670-013-0037-6.
5. Mereckas G., Alekna V., Čeremnych E., Šlapimo nelaikymo sąlygoti gyvenimo kokybės aspektai, Gerontologija 2009; 10(1): 23–28.
6. Resources Eldercare at Home: Problems of Daily Living;
7. Lukamskienė V., Budėjienė A., Socialinės paslaugos vyresnio amžiaus asmenims: savipagalbos ir socialinės globos aspektai, Gerontologija 22001123;; 1134((14)):: 32–2181–234;
8. Damulevičienė G., Lesauskaitė V., Knašienė J., Macijauskienė J., Technologijų pritaikymas pagyvenusio amžiaus žmonių savarankiškumui palaikyti, Medicina Kaunas, 2010; 46;
9. Bardenm I., Vogel A., Wodraschke G., Ligonių slaugymas namuose, Už gyvybę, 2004;
10. Spirgienė L., Riklikienė O., Komforto kontrolė ir griuvimų prevencija geriatrinėje slaugoje, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Medicinos akademijos Slaugos fakulteto Slaugos ir rūpybos katedra, Gerontologija 2011; 12(4): 259–264;
11. Ulianskienė R., Vitkūnienė O., Hitaitė L., Integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų poreikis ir plėtra, Nacionalinis sveikatos tarybos metinis pranešimas, Vilnius 2006m.;
12. Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakymas Nr. A1-93 Socialinių paslaugų katalogas;
13. Laipčienė V., Socialinių paslaugų organizavimas neįgaliesiems bei senyvo amžiaus asmenims, Vilniaus Pedagoginis universitetas, Vilnius 2010;
14. Šniukaitė D., Slauga pirminėje sveikatos priežiūroje, 1998m.;
15. Paprojektis Lietuvos ir Norvegijos savivaldybių asociacijų ir savivaldybių bendradarbiavimo stiprinimas bendruomenių nestacionarių socialinių paslaugų organizavimo vaikams ir kitoms socialinėms žmonių grupėms srityje, Norvegijos patirties nestacionarių socialinių paslaugų srityje adaptavimo, perkėlimo ir įdiegimo Lietuvoje galimybių studija, Vilnius 2010;
16. Žalimienė L. Socialinės paslaugos, VU Specialiosios psichologijos laboratorija, Vilnius, 2003;
17. LR Socialinės aplinkos ir darbo ministerija, Socialinių paslaugų teikimas;
18. LR Sveikatos apsaugos ministro ir LR socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakymas Dėl slaugos ir socialinių paslaugų bendro teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo, 2007 m.liepos 4 d. Nr. V-558/ A1 183, Vilnius;
19. LRS Sveikatos apsaugos ministro įsakymas, Dėl slaugos paslaugų ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose ir namuose teikimo reikalavimų patvirtinimo, 2007 m. gruodžio 14 d. Nr. V-1026, Vilnius;
20. Kudukytė-Gasperė R., Jankauskienė D., Štaras K., Sveikatos ir socialinių paslaugų integracija. Atvejo analizė VšĮ Centro poliklinikoje, Vilniaus VšĮ Centro poliklinika, Myloko Romerio universitetas;
21. LR Socialinės apsaugos ir darbo ministerija. Informacija atnaujinta 2012-07-27;
22. Adomaitienė D., Bendruomenės slaugytojų teikiamų slaugos paslaugų namuose ypatumai, Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, 2011;
23. Lethbridge J., Care services in Europe, 20 February 2005;
24. Ščiupokas A., Jaskovikienė V., Pagyvenusių žmonių skausmo vertinimas, Skausmo medicina 2005, Nr. 4 (13);
25. Razgevičiūtė R., Saugus vaistų vartojimas vyresniame amžiuje, Farmacija ir laikas, 2006 penktas numeris;
26. Lietuvos Respublikos darbo kodeksas, 147 straipsnis, Darbo laiko režimas;
27. Juozaitienė L., Staponkienė J. „Verslo ir vadybos įvadas“, VšĮ Šiaulių universiteto leidykla, 2003;
28. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas dėl Lietuvos medicinos normos MN 71:2006 „Gydytojas geriatras. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo;
29. Lietuvos Respublikos Vyriausybė, Nutarimas dėl minimaliojo darbo užmokesčio didinimo, 2012-12-19, Nr. 1543, Vilnius;
30. Lietuvos elektros skirstomųjų tinklų operatorius (LESTO), Visuomeninės elektros energijos kainos 2014, prieiga per internetą: [www.lesto.lt](http://www.lesto.lt);
31. Kauno vandenys, Geriamojo vandens tiekimo ir nuotekų tvarkymo kainos, prieiga per internetą: [www.kaunovandenys.lt](http://www.kaunovandenys.lt).

## PRIEDAI