

VILNIAUS UNIVERSITETAS
MEDICINOS FAKULTETAS
REABILITACIJOS, SPORTO MEDICINOS IR SLAUGOS INSTITUTAS
SLAUGOS MAGISTRATŪROS PROGRAMA

Tvirtinu:

Vilniaus universiteto slaugos studijų komiteto
pirmininkė prof. habil. dr. D. Kalibatienė

Data:

Aušra Mataitytė

SLAUGOS PASLAUGŲ NAMUOSE
ORGANIZAVIMAS

SLAUGOS MAGISTRO BAIGIAMASIS DARBAS

Darbo vadovas:

Prof. habil. dr. D. Kalibatienė

Vilniaus universiteto

Medicinos fakulteto

Reabilitacijos, sporto medicinos

ir slaugos institutas

Darbo priėmimo data:

VILNIUS, 2008

ANOTACIJA

Slaugos magistro baigiamasis darbas „Slaugos paslaugų namuose organizavimas“ atliktas 2006 – 2008 metais Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Reabilitacijos, sporto medicinos ir slaugos institute, taip pat VŠĮ Vilniaus universitetinėje slaugos ir ilgalaikio gydymo ligoninėje.

Darbo mokslinis vadovas – prof.. habil. dr. Danutė Kalibatienė, Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Reabilitacijos, sporto medicinos ir slaugos institutas.

Darbas apsvarstytas Reabilitacijos, sporto medicinos ir slaugos instituto posėdyje 2008-06- d., įvertintas teigiamai ir rekomenduotas viešam gynimui.

Darbo recenzentai:

- 1.
- 2.

Slaugos magistro baigiamasis darbas „Slaugos paslaugų namuose organizavimas“ bus ginamas viešame Slaugos magistro darbų gynimo komiteto posėdyje, kuris įvyks 2008 m. birželio 10 d. 10 val. Vilniaus miesto universitetinės ligoninės salėje (Antakalnio g. 57). Su darbu galima susipažinti Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Reabilitacijos, sporto medicinos ir slaugos institute.

TURINYS

SANTRAUKA.....	4
SANTRAUKA ANGLŲ KALBA.....	5
LENTELIŲ SĄRAŠAS	6
PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS	7
TERMINŲ IR SANTRUMPŲ PAAIŠKINIMAS.....	8
1. ĮVADAS	9
2. LITERATŪROS APŽVALGA.....	11
2.1. Šiuolaikinė slaugos samprata.....	11
2.2. Slaugos namuose samprata	17
2.3. Slaugos paslaugų namuose patirtis Lietuvoje ir kitose šalyse	21
2.4. Slaugos namuose paslaugų tyrimai Lietuvoje	24
2.5. Slaugos kaštai.....	27
2.6. Slauga Lietuvos sveikatos politikos kontekste	29
2.7. Pagrindinės teisinės normos, susijusios su slauga ir slauga namuose	32
2.8. Ilgalaikės priežiūros paslaugų namuose organizavimas	36
3. TYRIMO MEDŽIAGA IR METODAI.....	38
3.1. Tyrimo metodai.....	38
4. TYRIMO REZULTATAI.....	42
4.1. Klausos sutrikimų tyrimas	42
4.2. Įprastų kasdienio gyvenimo veiklų vykdymo tyrimas	45
4.3. Pusiausvyros ir eisenos vertinimo pagal Tinetti skalę tyrimas	57
4.4. Kritimų rizikos vertinimo tyrimas.....	61
4.5. Pakartotinės kritimų rizikos vertinimo tyrimas.....	74
5. TYRIMO REZULTATŲ APTARIMAS	78
6. IŠVADOS	85
7. PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS	87
8. LITERATŪROS SĄRAŠAS	88
9. PRIEDAI.....	91

SANTRAUKA

SLAUGOS PASLAUGŲ NAMUOSE ORGANIZAVIMAS

Lietuvoje šiuo metu yra pereinamasis laikotarpis organizuojant sveikatos priežiūros paslaugas. Sekant Vakarų Europos šalių patirtimi, Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos modelis yra orientuojamas į bendruomeninių sveikatos priežiūros paslaugų vystymą, o slaugos paslaugų namuose plėtra įvardinama kaip vienas iš sistemos prioritetų. Kadangi Lietuvoje slaugos paslaugos namuose tik pradedamos vystyti, tokių paslaugų teikimo modeliai remiasi daugiau Vakarų šalių patirtimi, tuo tarpu paslaugų organizavimą, poreikius atspindinčių mokslinių tyrimų kol kas stokoja.

Šio **darbo tikslas** buvo įvertinti slaugos paslaugų namuose teikimo poreikį ir galimybes. Tyrimui atlikti buvo panaudotas tarptautinis slaugos paslaugų namuose poreikio vertinimo klausimynas. Tyrime dalyvavo 60 tiriamųjų, tyrimo atsako dažnis siekia 56 proc.

Pacientų slaugos namuose poreikiai buvo įvertinti kompleksškai, atsižvelgiant į keletą aspektų - paciento būklės, savarankiškumo lygio ir gebėjimo pasirūpinti savimi (pacientų būklės įvertinimas, klausos sutrikimų įtakos vertinimas, įprastų kasdienio gyvenimo veiklų priklausomumo ir nepriklausomumo lygio vertinimas, pusiausvyros ir eisenos vertinimas, paciento savarankiškumo ir kritimų rizikos vertinimas) įvertinimas.

Tyrimo rezultatai parodė, kad yra didelis slaugos (ir socialinių) paslaugų namuose poreikis, kuris susijęs su dideliu priklausomumu nuo kitų asmenų, žemu savarankiškumo lygiu, žymiais klausos sutrikimais, didele kritimų rizika. Dauguma žmonių turėjo ribotas bendravimo ir judėjimo galimybes. Tyrimo rezultatai parodė, kad slaugos paslaugos namuose yra būtinos, o šiuo metu egzistuojantis socialinis, teisinis, politinis kontekstas palankus šių paslaugų vystymui.

SANTRAUKA ANGLŲ KALBA (SUMMARY)

**Vilnius University
Faculty of Medicine
Institute of Rehabilitation, Sports Medicine and Nursing**

Author of the master's degree scientific research work: Mataitytė A.
Supervisor of the master degree scientific research work: prof. habil. dr.
Kalibatienė D.
Vilnius, 2008

Organization of nursing services at home

Master degree final scientific research work

Lithuania is recently undergoing the transition period in organization of health care services. Following the experience of the western European countries, Lithuania health care model is focusing on development of community based health care services. Nursing services at patient's home is considered as a nowadays priority. Since home care nursing services are under development in Lithuania, the needs for this type of services is still not based on scientific data but on the western countries experience.

The aim of this research work was to evaluate the needs and opportunities for homecare nursing. The internationally valid questionnaire was translated and adopted for assessment of home care nursing in Lithuania. The sample size consists of 60 research subjects whereas a response rate is 56%.

The patients' needs for home care nursing were evaluated in a systematic approach covering several dimensions – evaluation of patient's state, independence level and self maintaining, assessment of risk for falling. The results of the study show, that patients have significant needs for homecare nursing due to high dependence level on others, low self maintaining level, high risk for falling, severe hearing problems. Most people have restricted abilities in communication and movement activities. According to the study results, home care nursing services are in need and good opportunities for development.

LENTELIŲ SĄRAŠAS

1 lentelė. Slaugos paslaugų namuose kaštų preliminarus paskaičiavimas.....	27
2 lentelė. Kasdieninių gyvenimo veiklų vertinimas.....	40
3 lentelė. Pusiausvyros ir eisenos vertinimas pagal Tinetti skalę.....	40
4 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal amžiaus grupes.....	42
5 lentelė. Klausos sutrikimų įtaka paciento emociniams ir socialiniams poreikiams.....	43
6 lentelė. Paciento savarankiškumo vertinimas	46
7 lentelė. Pusiausvyros, eisenos ir galutinis judrumo rezultatai.	58
8 lentelė. Procentinis kritimo rizikos punktų atsakymų pasiskirstymas.	62
9 lentelė. Pakartotinės kritimų rizikos vertinimo priemonės.	74

PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

1 paveikslas. Klausos sutrikimai	43
2 paveikslas. Klausos sutrikimų pasiskirstymas (proc.) skirtingose respondentų amžiaus grupėse	45
3 paveikslas. Pacientų pasiskirstymas (proc.) pagal įprastų kasdienio gyvenimo veiklų vykdymo skalę.....	47
4 paveikslas. Pacientų pasiskirstymas (proc.) pagal įprastų kasdienio gyvenimo veiklų vykdymo skalę ir paciento lytį.	48
5 paveikslas. Pacientų priklausomumo/nepriklausomumo lygmenų procentinis pasiskirstymas pagal amžiaus grupes.	49
6 paveikslas. Pacientų gebėjimas naudotis telefonu.	50
7 paveikslas. Pacientų gebėjimas įsigyti pirkinius.	51
8 paveikslas. Maisto gaminimas.	52
9 paveikslas. Pacientų gebėjimas tvarkytis namus.	53
10 paveikslas. Pacientų gebėjimas skalbti.	54
11 paveikslas. Judėjimas iš vienos vietos į kitą.	55
12 paveikslas. Atsakomybė dėl tinkamo vaistų vartojimo.	56
13 paveikslas. Gebėjimas disponuoti pinigineis lėšomis.....	57
14 paveikslas. Pusiausvyros rezultatų procentinis pasiskirstymas.	59
15 paveikslas. Eisenos rezultatų procentinis pasiskirstymas.	60
16 paveikslas. Galutinis judrumo rezultatas.	61
17 paveikslas. Pagrindiniai pacientų duomenys, turintys įtakos kritimų rizikai.....	64
18 paveikslas. Pacientų kritimo rizika pagal amžiaus grupes.....	65
19 paveikslas. Fizinė pacientų būklė.....	66
20 paveikslas Fizinė pacientų būklė pagal amžiaus grupes.	68
21 paveikslas. Pacientų psichikos būklė.....	69
22 paveikslas. Pacientų psichikos būklė pagal amžiaus grupes.	70
23 paveikslas. Vartojami vaistai.....	71
24 paveikslas. Vartojami vaistai skirtingose amžiaus grupėse	72
25 paveikslas. Pacientų naudojamos ambulatorinės pagalbos priemonės.	73
26 paveikslas. Ambulatorinių priemonių naudojimas pagal amžiaus grupes.....	74

27 paveikslas. Pakartotinės kritimų rizikos vertinimo priemonės kriterijų procentinis pasiskirstymas.....	75
28 paveikslas. Pakartotinės kritimų rizikos vertinimo priemonės kriterijai pagal amžiaus grupes.....	77

TERMINŲ IR SANTRUMPŲ PAAIŠKINIMAS

BVP	Bendrasis vidaus produktas
HHIE-S	Hearing Handicap Inventory for the Elderly Screening Version
IADL	Instrumental Activities of Daily Living Scale
LRV	Lietuvos Respublikos Vyriausybė
MN	Medicinos norma
PSO	Pasaulio sveikatos organizacija
PSP	Pirminė sveikatos priežiūra
PSPC	Pirminės sveikatos priežiūros centras
RAT	Risk Assessment Tool
RISK	Reassessment Is Safe KARE
SPSS	Statistinės duomenų analizės kompiuterinė programa
UKHCA	Jungtinės Karalystės Slaugos namuose asociacija
VŠĮ	Viešoji įstaiga

1. ĮVADAS

Lietuvoje, kaip ir visame pasaulyje stebima visuomenės senėjimo tendencija. 2006 m. Lietuvoje vyresnių nei 60 metų asmenų buvo 694 tūkst., t.y. 20 proc. bendroje gyventojų amžiaus struktūroje. Prognozuojama, kad pagyvenusių žmonių skaičius šalyje iki 2050 metų išaugs iki 35 procentų [1].

Senstanti visuomenė yra vienas iš slaugos paslaugų poreikio augimo indikatorių.

Šiuolaikinė sveikatos priežiūra ir ypač slaugos paslaugos yra organizuojamos atsižvelgiant į individualius paciento poreikius. Slaugos paslaugų priartinimas prie žmogaus, jo gyvenamosios aplinkos ir individualizuotų (atsižvelgiant į konkrečius kiekvieno asmens sveikatos būklę) poreikių patenkinimas tampa esmine sveikatos paslaugų organizavimo ašimi.

Darbo aktualumas. Pastaraisiais dešimtmečiais Vakarų Europos šalyse organizuojant sveikatos priežiūrą yra mažinama stacionariųjų paslaugų, orientuojamasi į kuo ilgesnį paciento išlaikymą namuose. Sveikatos priežiūros ir socialinės pagalbos namuose tarnybų plėtimas ir jų darbo kokybės gerinimas yra labai svarbi kryptis tobulinant asmenų su negalia, pacientų sergančių lėtinėmis ligomis ir senų žmonių aptarnavimą.

Lietuvoje slaugos paslaugų namuose išvystymas kol kas yra labai ribotas. Slaugos namuose paslauga priartina profesionalią pagalbą prie paciento, sudaro prielaidas jo dvasinės būsenos ir gyvenimo kokybės gerėjimui. Slaugos paslaugos namuose sudaro galimybes taip pat ir paciento šeimos nariams (kurie, tikėtina, iki tol slaugė sergantį šeimos narį atsisakydami asmeninio gyvenimo) gyventi visavertį gyvenimą, tęsti profesinę veiklą ir likti aktyviais darbo rinkos nariais. Slaugos paslaugų namuose teikimas prisideda prie šiuolaikinės humanistinės sveikatos filosofijos įgyvendinimo – gerbti seną ir ligotą asmenį bei užtikrinti jam lygias galimybes gauti kokybiškas slaugos paslaugas.

Slaugos paslaugos Lietuvoje šiuo metu tėra pradinėje kūrimosi stadijoje – įteisintos, tačiau kol kas neišplėtos. Stokojama ir mokslinių įrodymų apie slaugos paslaugų organizavimo efektyvumą, realius pacientų poreikius bei jų patenkinimą. Šio magistrinio darbo vienas iš siekinių ir buvo išanalizuoti slaugos paslaugų namuose poreikį.

Darbo tikslas – įvertinti slaugos paslaugų namuose teikimo poreikį ir galimybes.

Darbo uždaviniai:

1. Išanalizuoti slaugos namuose paslaugų teikimo teisinės galimybes Lietuvoje.
2. Išanalizuoti jau esamą slaugos namuose paslaugų teikimą Lietuvoje ir slaugos namuose teikimo modelius.
3. Iširti slaugos namuose paslaugų poreikį ir pacientų bei jų artimųjų lūkesčius.
4. Įvertinti slaugos paslaugų namuose teikimo galimybes.
5. Parengti rekomendacijas dėl slaugos paslaugų namuose organizavimo.

Tyrimo hipotezė

Slaugos paslaugų namuose poreikį pacientams galima nustatyti vertinant pacientų fizinę, psichinę ir socialinę būklę naudojant tarptautinį tyrimo instrumentą bei teorinį slaugos paslaugų namuose teikimo modelį.

Darbo praktinė reikšmė

Šiame darbe išsamiai išnagrinėtos slaugos paslaugų namuose teikimo teisinė aplinka, aptarti galimi slaugos paslaugų namuose organizavimo modeliai bei įvertintas pacientų slaugos paslaugų namuose poreikis.

Slaugos paslaugos namuose yra stacionarių iki šiol Lietuvoje teiktų slaugos paslaugų alternatyva. Kompleksinis slaugos paslaugų namuose poreikio pilotinis vertinimas naudojant tarptautinius validuotus tyrimo instrumentus yra atliktas pirmą kartą. Šis tyrimas sudarys prielaidas didenės apimties, pakartotiniams, tęstiniams slaugos paslaugų namuose poreikio įvertinimams. Šio tyrimo rezultatai leidžia įvertinti pacientų integruotų slaugos ir socialinių paslaugų poreikius, kadangi nustatyta ne tik pacientų fizinė, psichinė būklė, bet ir savarankiškumo lygmuo bei pagalbos poreikis vertinant kompleksinius indikatorius. Gauti tyrimo rezultatai liudija apie slaugos paslaugų namuose poreikį.

Darbo apibūdinimas. Tai taikomojo pobūdžio mokslo tiriamasis slaugos magistro baigiamasis darbas. Darbas yra 96 puslapių apimties, susideda iš 9 skyrių. Jį iliustruoja 9 lentelės, 28 paveikslai, 1 priedas. Literatūros sąrašą sudaro 47 šaltiniai.

2. LITERATŪROS APŽVALGA

2.1. Šiuolaikinė slaugos samprata

Slaugos samprata kiekvienoje šalyje skirtinga, nes priklauso nuo tautos kultūros, nacionalinių tradicijų, geografinės, kultūrinės aplinkos, visuomenėje vyraujančios politinės ideologijos, religinės filosofijos, socialinės santvarkos, ekonominės padėties ir slaugos istorinės raidos. Šalyse, kuriose medicinos raida yra spartesnė nei slaugos, rūpybos ir globos, žmonių sveikata labai atsilieka nuo medicinos galimybių [2].

Pasaulinės sveikatos organizacijos duomenimis, sveikatos priežiūros efektyvumas priklauso nuo:

- Medicinos pagalbos (50 proc.);
- Slaugos paslaugų (50 proc.).

PSO slaugos apibrėžimas:

Slauga – tai veiksmai, padedantys segančiam ar sveikam individui išsaugoti savo sveikatą arba ją gražinti taip, kad galėtų savarankiškai gyventi ir apsitarnauti, būtų kuo mažiau priklausomas nuo kitų [3].

Anot slaugos praktikos įstatymo, slauga – tai asmens sveikatos priežiūros dalis, apimanti sveikatos ugdymą, stiprinimą ir išsaugojimą, ligų ir rizikos veiksnių profilaktiką, sveikų ir sergančių asmenų fizinę, psichinę ir socialinę priežiūrą. Slaugytojas – tai asmuo, įgijęs slaugos studijų baigimo diplomą ir įgijęs bendrosios praktikos ir (ar) atitinkamą specialiosios praktikos slaugytojo profesinę kvalifikaciją. Slaugos paslaugos – teisės aktų reglamentuota slaugytojo atliekama asmens sveikatos priežiūra. Slaugytojo veiklos objektas:

- Ligonis, kaip asmenybė, jo fizinių, psichologinių, dvasinių ir socialinių problemų visuma;
- Šeima;
- Bendruomenės socialinės grupės [4].

Šiuolaikinė slauga – tai mokslo žinių, praktinių gebėjimų ir priemonių sistema, skirta paciento sveikatos priežiūrai, kurią sudaro paciento gyvybinių funkcijų įvertinimas ir slaugytojo pagalba joms sutrikus [5].

Viena iš svarbiausių XX amžiaus slaugos mokslininkų, Virginija Henderson, suformulavo slaugos apibrėžimą, požiūrį į žmogų, sveikatą, ligą, slaugos tikslą, veiksmus, vertybes. Ji pabrėžė, kad žmogų sudaro ne tik biologiniai (fiziologiniai), bet

ir psichologiniai, socialiniai ir dvasiniai komponentai. Pasak Virginijos Henderson, žmogus turi 14 pagrindinių poreikių, kuriuos turi patenkinti.

Slaugos tikslas – padėti individui patenkinti 14 pagrindinių poreikių, kiek jis pats nepajėgia dėl trūkstamų fizinių jėgų, noro arba žinių. Galutinis tikslas – individo nepriklausomybė. 1966 m. Virginijos Henderson pasiūlytą slaugos apibrėžimą iki dabar vartoja daugelis slaugytojų. Slauga skirta padėti žmonėms (tiek sergantiems, tiek ir sveikiems) atlikti veiksmus, kuriais, stiprinama, arba atgaunama sveikata (arba padedama ramiai numirti), kurių jie imtųsi, jei turėtų pakankamai jėgų, išmanymo arba valios [6].

V. Henderson atskyrė slaugą nuo medicinos. Ji teigė, kad slauga nėra tik gydytojo nurodymų vykdymas. V. Henderson slaugos teorija įdiegė slaugos profesiją kaip savarankišką, savo statusą turinčią profesiją. Ji atvėrė visai naują slaugos epochą.

D. Orem paskelbė savirūpos modelį. Anot, D. Orem, slauga – tai pagalba sudarant sąlygas, kad žmogus galėtų aptarnauti pats save ir būti nepriklausomas nuo kitų visais gyvenimo atvejais. Pagrindinis slaugos tikslas – savirūpa, apibūdinama kaip sąmoningi suaugusio žmogaus veiksmai, kuriais siekiama sveikatos ir gerovės [7].

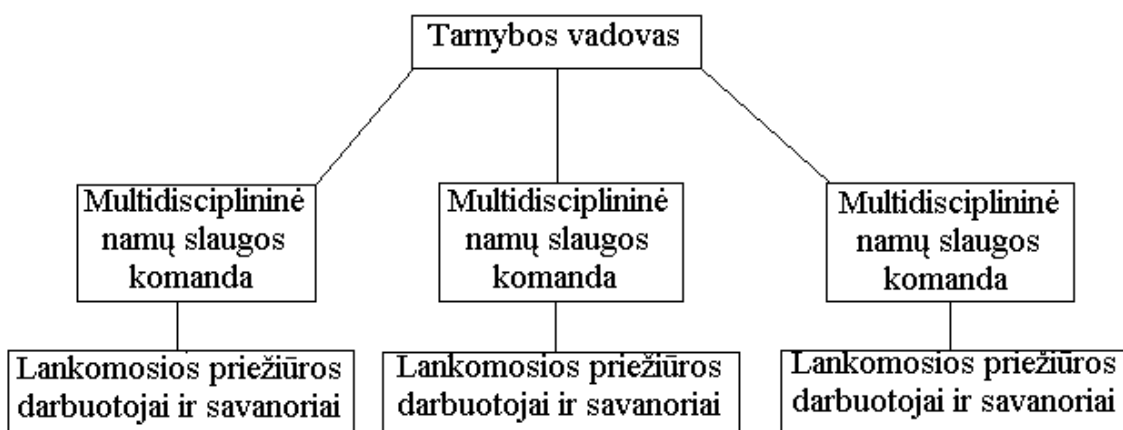
Europoje paplito N. Roper, W. Logan ir A. Tierney 1980 m. pasiūlyta slaugos teorija pagal gyvenimo veiklos modelį, slaugą apibūdinant kaip suteikimą pagalbos, leidžiančios žmogui savarankiškai dalyvauti prevencinėje veikloje ir išvengti ligų. Šiuo modeliu akcentuojama paciento kaip individo svarba ir jo galimybė būti veikliam visą gyvenimą, atsižvelgiant į amžių, aplinkybes ir aplinką [8]. Specifinė slaugos funkcija – padėti žmogui išvengti problemos, ją sumažinti ar išspręsti, prisitaikyti prie akivaizdžių ar potencialių, susijusių su gyvybinėmis veiklomis, problemų ar jas įveikti [9].

Daugelio slaugos modelių pagrindas yra gyvybinė veikla. Slauga aiškinama kaip parama pacientams sprendžiant ar bandant išvengti gyvybinių veiklų problemų, siekiant jas palengvinti arba prie jų prisitaikyti. Išsamiau dvylika gyvybinių veiklų yra išnagrinėtos N. Roper, W. Logan ir A. Tierney gyvenimo veiklos modelyje. Tai saugios aplinkos palaikymas, bendravimas, asmens higiena, apranga, kvėpavimas, normalios kūno temperatūros palaikymas, valgymas ir gėrimas, tuštinimasis ir šlapinimasis, judėjimas, poilsis ir miegas, užimtumas (darbas ir žaidimai), lyties raiška, mirimas ir mirtis [10]. Šio modelio sudedamosios dalys yra slaugos paslaugų namuose modelio pagrindas. Lietuvoje, kaip ir visoje Europoje, slaugytojai, teikdami slaugos paslaugas, dažniausiai naudoja N. Roper modelį.

Vadovaujant profesorei D. Kalibatienei, 2005 m. slaugos magistrantė A. Šalaviejūtė sudarė rekomenduojamą slaugos namuose modelį, kuris pateikiamas žemiau:

Rekomenduojamas namų slaugos modelis

Rekomenduojamo modelio pagrindą ir veikimo principą turėtų sudaryti multidisciplininė specialistų ir savanorių komanda. Komandos nariai dirba kartu: bendrauja tarpusavyje, konsultuojasi, paremia vienas kitą.



Namų slaugos tarnybos personalo struktūra

Multidisciplininę specialistų namų slaugos komandą turėtų sudaryti:

- Bendruomenės (šėimos), bendrosios praktikos, psichikos sveikatos slaugytojas,
- Slaugytojų padėjėjai,
- Socialinis darbuotojas,
- Bendrosios praktikos (šėimos) gydytojas,
- Kineziterapiautas\ergoterapeutas,
- Lankomosios priežiūros darbuotojai,
- Savanoriai.

Mūsų valstybėje per pastaruosius 15 metų požiūris į slaugą stipriai pakito. Šiuos pokyčius įtakojo domėjimasis užsienio slaugytojų darbais, sparti slaugos mokslo raida. Susiformavusi Lietuvoje slaugos sampratos koncepcija atspindi Slaugos praktikos įstatyme.

Šiame įstatyme yra išskiriamos tokios slaugos rūšys:

- *Medicininė slauga* – tai vaistų vartojimas (vaistų sugirdymas, įodinis, poodinis, intraraumeninis, intraveninis vaistų suleidimas); ligonio parengimas tyrimams, bandinių paėmimas tyrimams, asistavimas gydytojams, sudėtingų procedūrų

atlikimas, aparatūros ir prietaisų priežiūra, slaugytojo darbas operacinėje, žaizdų priežiūra ir perrišimas, enterinis paranterinis maitinimas ir kt.

- *Pagrindinė slauga* – rūpinimasis gyvybinėmis veiklomis neatsižvelgiant į pagrindinį susirgimą (prausimas, vartymas, maitinimas ir kt.);

- *Specializuota slauga* – atsižvelgiant į ligos pobūdį, gali būti kardiologinė, neurologinė, chirurginė ir pan. [11].

Pagrindiniai slaugos principai tinka visiems, nes žmonių poreikiai panašūs, tačiau slauga turi būti individuali, kadangi nėra dviejų vienodų žmonių ir kiekvienas savo poreikius interpretuoja savitai. Slaugos specialisto užduotis ir yra kiekvienu konkrečiu atveju nustatyti bei pritaikyti slaugos modelį: slaugos planą, būdus, priemones, atskirus slaugos elementus atliekančių specialistų kontingentą ir kt. Skiriamos dvi pagrindinės slaugytojo veiklos sritys:

Klinikinė slauga teikiama ligoninėse, slaugant vidutinės ar sunkios eigos ligomis sergančius pacientus. Tai dažniausiai trumpalaikė slauga, todėl jai keliami tik artimieji slaugos tikslai – paciento gyvybinių funkcijų palaikymas ir priežiūra.

Bendruomenės slauga - atliekama pirminės sveikatos priežiūros įstaigose: poliklinikose, ambulatorijose, pirminės sveikatos priežiūros centruose (PSPC), palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninėse, senų ar neįgalių žmonių pensionatuose, globos namuose, specialios paskirties įstaigose, sveikatos ugdymo centruose, mokyklose, vaikų darželiuose, internatuose, vaikų namuose, taip pat ligonių namuose. Bendruomenės slaugytojas organizuoja, planuoja ir vykdo namų slaugą, teikia lėtinėmis ligomis sergančiųjų ilgalaikę priežiūrą, pagal savo kompetenciją konsultuoja ligonius slaugos ir sveikatos klausimais [12].

Bendroji slaugos praktika lemia slaugytojo atsakomybę už paciento slaugą, slaugos proceso organizavimą. *Slaugos procesas* – tai sistemingas problemų sprendimas, siekiant patenkinti fizinius, psichinius ir socialinius asmens, šeimos, bendruomenės ar visuomenės sveikatos poreikius [13]. Slaugos procesą sudaro sveikatos būklės įvertinimas (slaugos duomenų rinkimas), slaugos planavimas, slaugos plano įgyvendinimas, slaugos rezultatų įvertinimas.

Bendruomenės slauga pasižymi holistine paslaugų teikimo samprata ir orientacija į klientą. Bendruomenės slaugos objektas – klientas, paslaugos gavėjas – tai individas, šeima, socialinė bendruomenės grupė. Išskiriami šie bendruomenės slaugos principai:

- *Autonomijos principas* – tam, kad galėtų efektyviai realizuoti autonomijos teisę, pacientas turi suvokti savo sveikatos būklę, ligą, kuria serga, gydymo ir slaugos

principus, ligos diagnozę. Šis principas akcentuoja paties individo atsakomybę už savo sveikatą.

- *Holistinis principas* – paremtas nuostata, kad asmenybė (individas) – tai žmogaus fiziologinių, psichologinių, dvasinių, socialinių ir kultūrinių savybių (dimencijų) visuma ir vienybė.

- *Humanizmo principas* – kiekvienas žmogus yra unikalus. Kiekvieno individo fiziologinės, psichologinės, dvasinės, socialinės ir kultūrinės savybės bei jų santykis skiriasi, todėl žmonių poreikiai, kurie yra keliami sveikatos priežiūrai taip pat yra skirtingi [14].

Slaugos procesą sudaro keturi svarbiausi etapai:

1. Asmens poreikių ir slaugos galimybių įvertinimas.
2. Veiksmų, skirtų asmens poreikiams patenkinti, planavimas.
3. Slaugos veiksmų atlikimas pagal numatytą planą.
4. Slaugos rezultatų ir klaidų įvertinimas ir apibendrinimas [15].

Profesorės D.Kalibatienės knygoje „Klinikinė slauga“ išsamiai aprašomas slaugos procesas ir paciento gyvybinės veiklos. **Pirmasis slaugos proceso etapas** – tai nuolatinis slaugos duomenų rinkimas, poreikių išaiškinimas ir išdėstymas pagal svarbą, surinktų slaugos duomenų analizė ir slaugos problemų (diagnozių) suformulavimas. Pacientas apklausiamas, vadovaujantis N. Roper gyvenimo veiklos modeliu. Apklausos metu siekiama surinkti slaugos duomenis, susijusius su dvylika modelio autorių išskirtų gyvenimo veiklų, norima nustatyti paciento nepriklausomumą ir įvardinti slaugos poreikius. Slaugytojas ir pacientas aptaria kiekvieną gyvenimo veiklą. Siekiant išsiaiškinti slaugos poreikius, įvertinimą, ką ligonis gali ir ko negali atlikti realizuodamas gyvenimo veiklas. Išskiriamos šios gyvybinės veiklos:

1. Saugios aplinkos palaikymas

Saugios aplinkos palaikymo veiklos įvertinimą sudaro paciento jutimų tyrimas; su požiūriu į sveikatą susijusių asmens charakterio ir elgesio ypatumų, žalingų įpročių, psichologinės būsenos įvertinimas.

2. Bendravimas

Reikia įvertinti paciento gebėjimą bendrauti, išsiaiškinti bendravimo sunkumus (klausos, regos, kalbos, psichikos sveikatos, mąstymo ir suvokimo sutrikimus, charakterio ypatumus), slaugytojo, paciento ir jo šeimos bendradarbiavimo galimybę ir formą, pacientui priimtą bendravimą, socialinės sąveikos formas.

3. Kvėpavimas

Išsiaiškinama, ar nėra skundų, susijusių su kvėpavimo sistema.

4. Valgymas ir gėrimas

Analizuojamas asmens skonis ir mitybos įpročiai, gebėjimas pavalgyti ir atsigerti, taip pat gebėjimas gaminti maistą, išsiaiškinama, ar reikalingos slaugos priemonės ir kokios.

5. Tuštinimasis ir šlapinimasis

Nustatoma, ar ligonis gali savarankiškai atlikti šias funkcijas, ar jam reikia pagalbos ir kokios, ar reikalingos slaugos priemonės ir kokios.

6. Asmens higiena

Išsiaiškinama, ar ligonis savarankiškai gali palaikyti švarą, ar jam reikia padėti, kokia pagalba turėtų būti teikiama, numatomos slaugos priemonės, kurios yra reikalingos asmens higienai palaikyti.

7. Kūno temperatūros kontroliavimas

Išmatuojama ir užrašoma paciento temperatūra. Jei temperatūra pakilusi, išsiaiškinami ligonio pojūčiai, susiję su karščiavimu, šalčio krėtimu.

8. Judėjimas

Analizuojami aktyvumo ir judrumo lygiai ir įprastinė kasdienė veikla. Nustatoma, ar ligonis gali savarankiškai vaikščioti ir kaip toli, ar jam reikia pagalbos ir kokios, ar nėra veiksnių, mažinančių jo judėjimo galimybes.

9. Užimtumas (darbas ir žaidimai)

Pradinio vertinimo esmė yra darbo ir žaidimų nusistovėjusios tvarkos vertinimas. Reikia išsiaiškinti, ar paciento sveikatos būklė netrukdo realizuoti užimtumo veiklos ir kokios rūšies veikla jis gali užsiimti, atsižvelgiant į jo sveikatos problemas.

10. Seksualumo išraiška

Lyties raiškos gyvybinės veiklos vertinimas apima ir stebėjimą, kaip žmonės reiškia savo priklausymą lyčiai.

11. Miegas

Svarbu įvertinti miego įpročius ir išsiaiškinti, ar ligonis nesiskundžia dėl miego sutrikimų.

12. Mirimas ir mirtis

Nustatoma mirimo procesui būdingi slaugos duomenys: fiziniai – skausmas, pykinimas, apetito stoka, silpnumas, išsekimas; psichiniai-emociniai – baimė, nusiminimas, depresija, mąstymo ir suvokimo sutrikimai [16].

Antrasis slaugos proceso etapas – tai slaugos planavimas. Slaugos planą sudaro: slaugos problemų sugrupavimas ir paskirstymas pagal svarbą ir sprendimo

laiką; slaugos artimų ir tolimų tikslų numatymas; slaugos veiksmų ir procedūrų numatymas. Išsiaiškinęs slaugos problemas ar diagnozes, slaugytojas kartu su ligoniu, kartais ir su jo artimaisiais sudaro ir užrašo slaugos planą.

Trečiasis slaugos proceso etapas – tai koordinavimas ir paciento slaugymas pagal numatytą slaugos planą. Slaugos planas gali būti peržiūrimas ir planuotos priemonės gali būti išbraukiamos ir pakeičiamos kitomis, atsižvelgiant į kintančią situaciją. Todėl po slaugymo reikia pakartotinai tikrinti vertinimo duomenis ir apibendrinti rezultatus.

Ketvirtasis slaugos proceso etapas – tai slaugos priežiūros plano įvertinimas. Vertinant priežiūros planą, laikomasi kelių kriterijų:

- Pagal iškeltus priežiūros tikslus vertinamas progresas ir slaugos rezultatai.
- Nustatomas planuoto slaugymo efektyvumas.
- Jei norimi rezultatai nebuvo pasiekti, reikalingas tolesnis vertinimas ir planavimas.
- Proceso etapai kritiškai analizuojami [17].

2.2. Slaugos namuose samprata

Visuomenėje ilgą laiką vyravo supratimas, kad slauga yra rūpinimasis sergančiais ligoninėse. Idėja apie žmonių slaugymą už ligoninės sienų yra ne nauja, nors dabartinių sveikatos priežiūros reformų kontekste priežiūra namuose pateikiama taip, tarsi ta idėja būtų nauja. Iš tikrųjų garsioji slaugytoja, moderniosios slaugos pradininkė Florence Nightingale daugiau kaip prieš šimtą metų siūlė reformuoti slaugą kaip tik tokia kryptimi. "Mano nuomone, pagrindinė visos slaugos paskirtis yra ligonių slaugymas jų pačių namuose...Aš siekiu, kad būtų panaikintos ir viešos, ir prieglaudų ligoninės... Bet nėra prasmės kalbėti apie dutūkstantuosius metus" [18].

Norint, kad slauga būtų kokybiška, reikia nustatyti pagrindinį slaugos tikslą ir jos praktikos vertinimo standartus. Florence Nightingale kruopščiai tyrė slaugos praktikos būdus, parašė kai kuriuos standartus, jų vertinimą. Šiuo metu slauga ir toliau siekia aukštų standartų ir turi daug bendra su Florence Nightingale. Bet pastaruoju metu negalime naudotis jos standartais, nes tradicinė slauga, paremta ritualais ir militaristine rutina, netinka moderniai sveikatos priežiūrai.

Slaugą namuose galima apibūdinti kaip sistemingas, koordinuotas, savalaikės sveikatos ugdymo, profilaktikos, palaikomosios, reabilitacinės, o taip pat ir medicininės techninės slaugos paslaugas, teikiamas žmonėms jų pačių namuose, siekiant, kad jiems

nereikėtų gydymo ligoninėje ar stacionarių bei socialinių paslaugų. Slauga namuose yra pigesnė už pagalbą, teikiamą ligoninėje. Ją užtikrina bendruomenės organizuojamos pirminės sveikatos priežiūros slaugos tarnybos.

Slaugos namuose paslaugos teikiamos bendradarbiaujant bei dirbant vienoje komandoje asmens sveikatos priežiūros specialistams kartu su socialiniais darbuotojais bei kitų sričių specialistais. Slaugą namuose vykdo bendruomenės slaugytojai, bendrosios praktikos slaugytojai ir slaugytojų padėjėjai. Bendruomenės slaugytojų funkcijas, pareigas, teises, kompetenciją ir atsakomybę reglamentuoja sveikatos apsaugos ministro įsakymu patvirtinta medicinos norma.

Bendruomenės slaugytojams suteikiama gana plati savarankiškos veiklos erdvė. Tenkindami bendruomenės narių sveikatos poreikius, bendruomenės slaugytojai atlieka profesinius slaugytojo, vadovo ir neformalaus lyderio, komandos nario ir patikėtinio, sveikatos mokytojo bei tyrinėtojo vaidmenis. Atlikdamas slaugytojo vaidmenį, bendruomenės slaugytojas užtikrina bendruomenės slaugos procesą: pastebi esančias ir galimas bendruomenės sveikatos problemas, planuoja savo veiklą bendruomenės sveikatai gerinti, moka savarankiškai pasitelkti kitų žinybų darbuotojus, jei jų veikla gali prisidėti prie sveikatos gerinimo, pasirenka darbo vertinimo kriterijus. Veikdamas kaip vadovas ir neformalus lyderis, bendruomenės slaugytojas turi išmanyti vadovavimo metodus ir mokėti juos taikyti praktiškai, žinoti ir mokėti paskirstyti darbą bendruomenėje, tai yra paciento namuose, jį koordinuoti, išmanyti efektyvaus išteklių naudojimo principus, mokėti atsižvelgti į permainas, žinoti ir suprasti, kaip skatinti žmonių aktyvumą siekiant sveikatos. Komandos nario ir patikėtinio vaidmuo suteikia bendruomenės slaugytojui galimybę, jei tik pastebi bendruomenės narių sveikatos pablogėjimą įtakojančius veiksnius, pranešti apie tai įstaigoms ir organizacijoms, kurios galėtų padėti, tarpininkauti pacientams sveikatos, socialinėse, švietimo ar kitose žinybose, ginti bendruomenės narius, tenkinti jų sveikatos poreikius, bendrauti su visuomeninėmis, religinėmis organizacijomis, kai sprendžiami sveikatos klausimai [19].

Komandinė veikla pagrįsta lygiaverčio bendradarbiavimo, vieningos darbo organizavimo struktūros, tikslų, slaugos vientisumo, tęstinumo ir atsakomybės principais. Kiekvienas komandos narys atlieka specifinį vaidmenį savo kompetencijos ribose, kurį nustato praktikos įstatymai, normos bei pareigybės.

Bendruomenės slaugytojas namuose turi rūpintis:

- Slaugomo paciento bazinė slauga – tai gyvybinių funkcijų priežiūra nepriklausomai nuo pagrindinio susirgimo.
- Įgyvendinti trumpalaikės, terminuotos priežiūros planą pagal ūmines

paciento ligas.

- Įgyvendinti ilgalaikės priežiūros planą pagal paciento lėtines ligas ir negalios laipsnį, vykdyti dispanserizaciją.

- Rūpintis artimųjų ir šeimos sveikata, iškilusiomis problemomis.

Sergantieji lėtinėmis ligomis ar sveikstantieji pacientai turėtų būti gydomi ir slaugomi namų aplinkoje. Šiuo atžvilgiu pirminės sveikatos priežiūros tarnybos yra labai svarbios, informuojant ir patariant žmonėms, kaip išsaugoti ir gerinti sveikatą, suteikiant gydymo ir slaugos pagalbą namuose [20].

Išskiriamos pacientų grupės, kurioms teikiamos ilgalaikės slaugos paslaugos namuose:

- Senyvo amžiaus asmenys;
- Neįgalieji;
- Sergantys lėtinėmis ligomis asmenys, kuriems būtina priežiūra;
- Asmenys po insulto, miokardo infarkto;
- Amputaciją patyrusieji asmenys;
- Nepagydomi asmenys, kurie serga vėžiu;
- Senstantys asmenys, kurių gyvenimas artėja prie pabaigos;
- Ūmiomis ligomis sergantys, kurie neturi galimybės, kad artimi žmonės juos slaugytų. Tai kartu ir pagalba asmenims slaugantiems savo artimuosius;
- Asmenys, kuriems būtina paliatyvioji slauga [21].

Senyvas pacientas – taip pat komandos narys, dalyvaujantis slaugos procese ir priimančias sprendimus, kai rūpinamasi jo sveikata. Tai padeda jam suvokti savirūpos proceso reikšmę bei tapti teikiamos priežiūros vertintoju. Daugiadisciplininė komanda užtikrina optimalų paciento gydymą ir slaugą bei garantuoja slaugos kokybę. Jos tikslas patenkinti pagyvenusių bei senų žmonių sveikatos poreikius, sudaryti žmogaus orumą nežeminančias gyvenimo sąlygas, kai senas žmogus ar jo šeima nepajėgia to padaryti, padėti grąžinti asmeninį jo gebėjimą pasirūpinti savimi, integruotis visuomenėje.

Slaugytojas, stebėdamas senyvą asmenį namų aplinkoje gali identifikuoti stresą, senyvo žmogaus reakcijų modelį, identifikuoti šeimos narių baimę. Pasitelkęs žinias, patirtį, panaudojant esamus išteklius, kuriuos galima rasti tarpasmeniniuose santykiuose ar asmeniniuose sugebėjimuose, suvokiant socialinės realybės šeimoje ypatumus, paremti bei pagerinti senyvo žmogaus, šeimos funkcionavimą, pvz. apmokant elementarių slaugos technikos įgūdžių, inicijuojant socialinę paramą, psichologo konsultaciją ir kt.

Namų aplinka yra geriausia senam ar sunkiai sergančiam arba laukiančiam

mirties asmeniui. Slaugymo namuose pranašumas yra tas, kad namuose geriau yra tenkinami individualūs ligonio poreikiai ir sudaromos sąlygos jo išpročioms puoselėti [22].

Paguldant į ligoninę pacientui reiškia, kad jis patenka į kitą, dažniausiai naują bei neįprastą aplinką, atsiskiria nuo artimųjų, atitrūksta nuo kasdienybės. Jis patenka į naują socialinę situaciją. Ligoninės socialinėje aplinkoje žmogus dažniausiai turi tik vieną vaidmenį – paciento vaidmenį. Paciento vaidmuo pasižymi priklausomybe bei paklusnumu. Santykis tarp paciento ir ligoninės personalo, ypač gydytojo ir slaugytojo, apibūdinamas kaip asimetrinis. Esant tokiam asimetriniam vaidmenų pasidalijimui, pacientas turi mažai galimybių spręsti už save patį, rodyti iniciatyvą ir prisiimti atsakomybę. Pacientas privalo:

- Pakeisti vaidmenį – iš sveiko ar sergančio žmogaus namuose privalo tapti pacientu ligoninėje;

- Prisitaikyti prie kasdieninės rutinos, kurią nustato kiti;
- Kęsti įvairius simptomus, gydymą, tyrimus;
- Atsiskirti nuo artimų ir palaikančių sąlygų;
- Kurti naujus, laikinus santykius [23].

Paguldymas į ligoninę keičia ir paciento socialinę situaciją, pavyzdžiui santykį su artimaisiais. Paramos ir saugumo, kuriuos įkūnija šeima ir draugai, sergančiajam labai reikia. Bet šioje socialinėje situacijoje santykis su artimaisiais yra nutrūkstamas ir tolimas. Ligoninės rutina ir taisyklės riboja, kaip dažnai ir kiek ilgai pacientas bei jo artimieji gali būti drauge, ir taip paveikia santykių „kokybę“. Sergantysis gulėdamas ligoninėje daug jautriau reaguoja į organizmo reakcijas ir funkcijas, todėl jam reikia daugiau paramos, rūpinimosi ir artumo, jis yra atitolęs ir atskirtas nuo šeimos ir draugų. Ligoninėje žmogus jaučiasi bejėgis bei sutrikęs. Už ligoninės sienų jis valdytų beveik viską, kas susiję su jo identitetu, tai yra su jo paties kūnu, mintimis, jausmais ir priklausomybe. Galimybė pačiam nustatyti ribas saugo žmogaus identitetą, suteikia jam saugumą, autonomiją bei galimybę išsaugoti asmenines valdas.

Šeima yra seniausia ir vis dar tebėra daugiausiai naudojama pasaulyje sveikatos priežiūros tarnyba. Šeimą, kaip mikrobendriją, sieja socialiniai, ekonominiai bei psichologiniai ryšiai, šeimoje vyksta socializacija, joje susiformuoja požiūris į sveikatą, vertybes, puoselėjamos tradicijos. Šeimoje realizuojama pirminė ir natūrali tarpusavio globa ir priežiūra, teikiama materialinė, moralinė parama. Be to, pasiekimai medicininėje technologijoje įgalina palaikyti nepertraukiamą ryšį tarp paciento gydymo ligoninėje ir tęstinio gydymo bei slaugos namuose.

2.3. Slaugos paslaugų namuose patirtis Lietuvoje ir kitose šalyse

Sveikatos priežiūros ir socialinės pagalbos namuose tarnybų plėtimas ir jų darbo kokybės gerinimas yra labai svarbi kryptis tobulinant slaugos paslaugų teikimo organizavimą mūsų šalyje. Tai, kad Lietuvoje nėra gerai organizuotų slaugos namuose paslaugų, yra viena iš didžiausių sveikatos priežiūros problemų, stabdančių bendrą sveikatos priežiūros sistemos raidą. Siekiant sumažinti gydytojų darbo apimtį, padidinti slaugytojų profesinės veiklos efektyvumą, būtina kurti namų slaugos sistemą, kuri aptarnautų įvairaus amžiaus bei įvairiomis ligomis sergančius pacientus.

Dėl įteisintų, bet tinkamai neišplėtotų paslaugų namuose teikimo, sergantys žmonės namuose išgyvena fiziologines, socialines ir psichologines problemas. Slaugant tokius žmones paprastai dalyvauja tam tikslui nepasirengę šeimos nariai. Rezultate lieka nepatenkintas tiek ligonis, tiek jo artimieji, jiems yra užkertami keliai integruotis į bendruomenę bei ligoniams greičiau pasveikti. Taip pat atsiranda emocinių sunkumų, kyla pavojus fizinės ir psichikos sveikatos išsaugojimui. Siekiant išvengti visų šių sunkumų, yra būtina kompleksinė pagalba, teikiant profesionalias slaugos ir socialines paslaugas tiems žmonėms, kuriems jų reikia.

Per mažai slaugytojų dirba pirminės sveikatos priežiūros srityje, nėra sukurta slaugos namų, prieglaudų, visuomeninės, namų slaugos sistema. Dėl netinkamos namų slaugos ilgėja pacientų gydymosi ligoninėse laikas, brangsta jų gydymas ir rehabilitacija, kyla psichologinių problemų. Tokia padėtis nehumaniška slaugomo žmogaus ir jo artimųjų atžvilgiu, psichologiškai slegia ir žemina jų orumą, brangiai kainuoja valstybei. Slaugytojai praktiškai neįtraukiami į sveikatos politikos formavimą, nors būtent jie, būdami arčiausiai pacientų, galėtų geriausiai patarti, kaip spręsti sveikatos priežiūros problemas [24].

Paslaugos į namus yra viena iš prioritetinių Nacionalinės sveikatos strategijos krypčių. Lietuvos įstatyminė bazė užtikrina slaugos ir globos paslaugų teikimą atskirai, bet nėra pakankamai dėmesio jų integravimui.

Lietuvoje slaugos paslaugos namuose tik pradedamos kurti, todėl išsamių mokslinių tyrimų šalyje nėra. Pavienės iniciatyvos teikti šias paslaugas kyla iš privačių sveikatos priežiūros įstaigų, lanksčiau vertinančių pacientų poreikius. Norint vystyti

slaugos paslaugas namuose, pirmiausia reikalingas palankus kontekstas:

- Palanki teisinė aplinka: priimti šių paslaugų teikimą reglamentuojantys teisiniai dokumentai;
- Ištekiai – specialistai, turintys kvalifikaciją teikti šias paslaugas, taip pat finansiniai ir materialiniai ištekiai;
- Realus tokių paslaugų poreikis.

Lietuvos sveikatos politikos strateginiuose dokumentuose pažymima, kad slaugos ir ilgalaikio palaikomojo gydymo paslaugų labai trūksta, kad jas teikiančių įstaigų tinklas turi būti plečiamas.

Daugelyje Vakarų Europos šalių tokia sistema sėkmingai veikia, teikdama profesionalias slaugos paslaugas pacientams namuose. Pagal Jungtinės Karalystės Slaugos namuose asociacijos (UKHCA) duomenis [25], jų paslaugų kasmet reikia vis daugiau. Kiekvieną savaitę paslaugos suteikiamos 500 tūkst. žmonių, dirbama 3,78 milijonų valandų. 72 proc. slaugos paslaugų namuose teikia nepriklausomos (savarankiškos) slaugos tarnybos. Nuo 1993 m. vietinė valdžia kasmet perka šių paslaugų 3-4 proc. daugiau.

Nors specifiniai pirminės sveikatos priežiūros (PSP) uždaviniai pirmiausia spręstini silpnai ekonomiškai išsivysčiusiose šalyse, esminiai tos sampratos elementai tinka ir „išsivysčiusiam“ pasauliui. Pastaraisiais metais, perkeltant sveikatos priežiūrą iš ligoninių į bendruomenes, įvyko reikšmingų pokyčių tokiose šalyse kaip Didžioji Britanija. 1989 metais Didžiosios Britanijos vyriausybė išleido sveikatos priežiūros bendruomenėje klausimams skirtą Baltąją knygą, pavadintą „Rūpinimasis žmonėmis“. Ja paremtas įstatymas įsigaliojo 1993 metais. Pagrindiniai sveikatos priežiūros bendruomenėje reformos tikslai:

- Propaguoti pasilikimo namuose idėją, visą parą teikiamas paslaugas, kad žmonės galėtų, kada tik įmanoma, gyventi savo namuose;
- Garantuoti, kad paslaugų teikėjai svarbiausiu uždaviniu laikytų praktinę paramą asmenims, atliekantiems pacientų priežiūros darbus;
- Aukštos kokybės priežiūros kertiniu akmeniu laikyti tinkamą poreikių įvertinimą ir gerą reikalų tvarkymą;
- Drauge su geros kokybės visuomeninėmis paslaugomis skatinti klestinčio nepriklausomo sektoriaus plėtrą;
- Kad būtų lengviau pareikalauti atskaitomybės už darbą, išsiaiškinti, kuri institucija už ką atsako;
- Kad mokesčių mokėtojų pinigai būtų racionaliau naudojami, sukurti naują

socialinių paslaugų finansavimo struktūrą [26].

Vadovaujantis vieno iš Olandijos slaugos įstaigos vadovų nuomone (Marselis Garitsenas (Marcel Garristen)), olandai turi sukūrę slaugos namuose paslaugų modelį ir šioje šalyje slaugos paslaugos labai išvystytos, nustatyta slaugytojų kompetencija, pareigybės ir dienotvarkė, slaugos organizavimo sistema, konkrečios slaugos įstaigos bei socialinės tarnybos glaudžiai bendradarbiauja. Taip pat organizuojamos šeimos, turinčios slaugomų ligonių, narių mokymas ir savanorių veikla. Išryškėjo esminis skirtumas – Olandijoje slaugos paslaugos yra atskirtos nuo šeimos gydytojo. Slaugytojas (slaugas) dirba savarankiškai, pats priima sprendimus, kokios slaugos konkrečiam ligoniui reikia – nėra gydytojo nurodymų vykdytojas, tik bendradarbiauja su šeimos gydytoju. Finansavimą slaugytojų tarnyba gauna taip pat atskirai.

Pastaraisiais metais net besivystančiose šalyse buvo tendencija teikti vis labiau specializuotas paslaugas, kurios, nepaisant didelių kaštų, orientavosi į vis sudėtingesnę ligų diagnostikos techniką, į jose gydomų žmonių laikymą. Toks sveikatos priežiūros būdas apibūdinamas kaip liga, ligoninė ir medicina paremtos sveikatos priežiūros modelis, teikiantis didžiausią gerį, pasiekiamą brangia kaina labai nedaugeliui žmonių. Dabar plačiai pripažįstamas neatitikimas tarp tų sistemų aukštos paslaugų kainos ir nedidelės naudos, kurią tos paslaugos teikia sveikatai. Daugelyje šalių sveikatos priežiūros paslaugas teikiantys žmonės dabar pripažįsta, kad labiau turėtų būti akcentuojama sveikatos priežiūra namuose.

2.4. Slaugos namuose paslaugų tyrimai Lietuvoje

Lietuvoje apie slaugos ir socialinių paslaugų teikimą namuose buvo atlikta keletas tyrimų. 2005 m. D.Kalibatienės ir A.Šalaviejūtės atliktame tyrime buvo vertinamas slaugos namuose poreikis. Buvo tiriami paciento namų ir socialinė aplinka, galimybė savarankiškai apsitarnauti, respondentų patirtis gaunant namų priežiūros paslaugas, požiūris į namų slaugą bei slaugos paslaugų teikėjus, lūkesčiai ir mokumas, specialūs respondentų slaugos ir namų priežiūros poreikiai. Buvo nustatyta kad slaugos ir globos paslaugų namuose dažniausiai reikėjo pagyvenusiems ir seniems asmenims, sergantiems širdies- kraujagyslių (50 proc.) ir sąnarių ligomis (22 proc.). Nustatyta, kad vyresni asmenys ateityje norėtų gyventi savo namuose (74 proc.). Slaugos ir globos namuose reikiamų paslaugų gavo tik apie vieną trečdalį ištirtų asmenų (36 proc.). Slaugos paslaugų reikėjo dvigubai daugiau (67 proc.) nei socialinių (33 proc.). Dažniausiai slaugos paslaugas namuose teikė artimieji (64 proc.), daug rečiau socialiniai darbuotojai (24 proc.) ir rečiau slaugytojai (12 proc.). Paslaugomis namuose buvo patenkinti didesnė dalis (60 proc.) apklaustųjų. Juos labiausiai tenkino slaugytojų teikiamos paslaugos (83 proc.), mažiau artimųjų paslaugos (62,5 proc.) ir mažiausiai socialinių darbuotojų paslaugos (42 proc.). Didžioji dalis pacientų (74 proc.) norėjo būti slaugomi namuose, tik 20 proc. – slaugos namuose ir 6 proc. – senelių namuose. Didžioji dalis tiriamųjų (80 proc.) negalėtų iš savo lėšų mokėti už namų priežiūros paslaugas, ypač gyvenantys vieni (96 proc.). Specialūs namų slaugos poreikiai dažniausiai buvo vaistų injekcijos ir pagalba ne namų aplinkoje. Iš slaugytojų dažniausiai buvo tikimasi emocinės, dvasinės paramos (47 proc.), informacijos sveikatos priežiūros ir slaugos klausimais suteikimo (18 proc.) bei pagalbos kasdieninėje veikloje (18 proc.) [27].

2007 m. R. Jurkuvienės ir S. Audronytės buvo atliktas tyrimas, kuriame išnagrinėtas realus lėtinėmis ligomis sergančių senų ir pagyvenusių žmonių paslaugų namuose poreikis keturiose Kaune atsitiktinai atrinktų šeimos klinikų apylinkėse. Bendras respondentų amžiaus vidurkis – 80 metų. Pacientai skundėsi pusiausvyros sutrikimu, ribotu judėjimu, skausmu.

2006 m. I. Levickienė ir N. Istomina atliko Pagėgių bendruomenės pagyvenusių

ir senyvo amžiaus žmonių poreikių vertinimo tyrimą. Tyrėjos analizavo šios bendruomenės pagyvenusių ir senyvo amžiaus žmonių poreikius. Vertinant šių žmonių nusiskundimus, beveik kas antras respondentas (59 proc.) nurodė, kad dažniausiai juos kamuoja įvairūs fiziologiniai sutrikimai ir ligos. Dažniausiai respondentai nurodė, kad serga širdies ir kraujagyslių ligomis, kvėpavimo sistemos sąnarių, akių ligomis. Kas antras nurodė, kad serga keturiomis ir daugiau lėtinėmis ligomis. Senyvo amžiaus žmonės vargina įvairūs sveikatos negalavimai ir didėja tikimybė, kad senstant sveikatos būklė blogės, o tai vėliau ar anksčiau turės įtakos priežiūros ar globos poreikiui. Didėja pagalbos apsitarnauti poreikis. 63 proc. respondentų nurodė, kad jiems reikalinga kito žmogaus pagalba kasdieninėje veikloje. Dažniausiai pagalbą teikia artimieji (57 proc.), daug rečiau socialiniai darbuotojai (37 proc.) ir rečiausiai (29 proc.) – slaugytojai. Didėja slaugos ir globos paslaugų poreikis. Beveik pusė respondentų (49 proc.) nurodo, kad jiems reikalinga lankomosios priežiūros darbuotojų pagalba, 33 proc. norėtų socialinių paslaugų, 29 proc. norėtų slaugos namuose ir tik 3 proc. – senelių namuose. Senatvėje iškyta griuvimo pavojus. Ši rizika dar labiau padidėja, nes 36 proc. respondentų turi judėjimo apribojimų, 23 proc. vaikšto pasiremdami lazdele, 9 proc. naudoja ramentus, vaikštynę ar vežimėlį. Saugi aplinka buvo sutrikdyta daugiau kaip pusė respondentų (54 proc.). Dažniausiai buvo konstatuojama savirūpos stoka, nusilpimas ir koordinacijos sutrikimas. Šio tyrimo duomenimis beveik kas antras pagyvenęs ir senyvo amžiaus žmogus turi judėjimo apribojimų, trukdančių gyventi kasdieninėje veikloje ir tenkinti savo poreikius. Didesnę dalį pagyvenę ir senyvo amžiaus žmonės praleidžia namuose. Beveik kas antram žmogui senatvėje reikalinga kito žmogaus pagalba, nes didėja slaugos poreikis.

R. Stundžienės ir V. Kecoriūtės atliktame nedidelės apimties tyrime buvo analizuojamas žmonių požiūris į slaugos paslaugas namuose. Respondentų amžius buvo 55 – 97 metai. Didžioji dalis tiriamųjų mano, kad slaugos paslaugos namuose turi būti teikiamos neįgaliems asmenims – 69 (87,3 proc.), seniems, vienišiams žmonėms – 69 (87,3 proc.) ir sergantiems lėtinėmis ligomis – 60 (75,9 proc.). Beveik visi respondentai teigė, jog namuose gali būti teikiamos šios slaugos paslaugos: injekcijų atlikimas, žaizdų priežiūra bei fizinių duomenų tyrimas. Slaugos paslaugoms apmokėti beveik pusė respondentų (46,8 proc.) galėtų skirti iki 50 Lt per mėnesį; trečdalis (27,8 proc.) negalėtų skirti nei lito; 50-100 Lt per mėnesį galėtų skirti 20,3 proc. asmenų ir daugiau kaip 100 Lt per mėnesį – tik 3,8 proc. apklaustųjų.

Nuo 2005 metų VšĮ Alytaus medicininės reabilitacijos ir sporto centras vykdo „Pagalbos namuose“, „Globa ir slauga namuose“ ir „Gyventojų užimtumo“ programas.

Šių programų tikslas – teikti socialines ir medicininės slaugos paslaugas pagyvenusiems žmonėms, žmonėms su negalia, padedant spręsti jų socialines problemas bei sudarant sąlygas gyventi savo namuose.

Socialines paslaugas teikia socialinio darbo organizatorė, socialinė darbuotoja, lankomosios priežiūros darbuotojas, slaugės globėjos. Medicininės slaugos paslaugas pacientų namuose teikia vyresnioji slaugytoja, dvi bendrosios praktikos slaugytojos ir masažuotoja. Jiems teikiamos slaugos paslaugos: asmens higienos, maitinimo, pragulų prevencijos priežiūra. Medicininės slaugos paslaugos teikiamos pacientams, kuriems reikalinga nuolatinė medicininė slauga namuose. Medicininės slaugos paslaugos teikiamos pateikus bendrosios praktikos gydytojo paskyrimą. Paslaugos yra mokamos, todėl dauguma klientų, taupydami savo pinigus, šių paslaugų atsisako.

2.5. Slaugos kaštai

Kad sveikatos apsauga pasiektų bent minimalius europinius rodiklius, iki 2010 m. visos sveikatos išlaidos Lietuvoje turėtų sudaryti ne mažiau nei 6,5-6,8 proc. nuo Bendrojo vidaus produkto (BVP), t.y. pasiektų ES naujųjų narių 2003 m. vidurkį, o visuomeninės – ne mažiau kaip 5,5 proc. nuo BVP (priartėtų prie ES naujųjų šalių 2003-2004 m. vidurkio). Didžiojoje Britanijoje slaugių darbo užmokesčiui išleidžiama virš 40 proc. bendrųjų Nacionalinės sveikatos tarnybos biudžeto lėšų. Tad nenuostabu, kad, vykdant sveikatos priežiūros reformą, itin didelis dėmesys turi būti skiriamas slaugai. Nepaprastai svarbu kaupti duomenis, įrodančius, kad slaugytojų darbas yra ekonomiškai efektyvus. Slaugytojų parengimas mokymo įstaigose kainuoja mažiau nei gydytojų parengimas, asmens sveikatos priežiūros įstaigose slaugytojų atlyginimai yra mažesni nei gydytojų, slaugytojų skaičius yra didesnis už gydytojų skaičių, o slaugos paslaugų pacientui reikia labai daug. Didelę dalį tokių paslaugų dabar atlieka gydytojas, pvz.: vizitai į namus matuoti kraujospūdį, paaiškinti dietos klausimus. Slaugos paslaugos namuose kainuotų mažiau, nes jas teikia slaugytojos, be to, jos gerokai pigesnės nei stacionare teikiamos slaugos paslaugos.

1 lentelėje pateikiami preliminarai įvertinti slaugos paslaugų namuose kaštai remiantis Medicinos diagnostikos centro duomenimis.

1 lentelė. Slaugos paslaugų namuose kaštų preliminarus paskaičiavimas.

Pacientų skaičius			10	20	30	40	50	50
Veikla	Vienetų skaičius	Valandos						
Vizitas	1 vnt.	1	10	20	30	40	50	50
Pakartotiniai vizitai	5 vnt.	5	50	100	150	200	250	250
Atvejo valdymas	2 vnt.	2	20	40	60	80	100	100
Bendravimas	1 atvejui	1	10	20	30	40	50	50
Kelionė	1 vizitui	1	10	20	30	40	50	50
Mokymai	5 per mėn.	5	50	100	150	200	250	250
Viso valandų / sk.		15	150	300	450	600	750	750
WTE			1	2	3	4	5	5

Kainos	Vieneto kainos							
Slaugymas / viso	20000		19540	39079	58619,2	78159	97699	97699
Kelionė / visitai	100		6000	12000	18000	24000	30000	30000
Administravimo visos išlaidos	20000		20000	20000	20000	20000	20000	20000
Priemonės	5000		5000	5000	5000	5000	5000	5000
Nuoma	20000		20000	20000	20000	20000	20000	20000
Viršijimas	5%		3527	4804	6080,96	7357,9	8634,9	8634,9
Suma viso:			74067	100883	127700	154517	181334	181334

2.6. Slauga Lietuvos sveikatos politikos kontekste

Lietuvos Respublikos Konstitucijos 53 straipsnyje skelbiama, kad Valstybė rūpinasi žmonių sveikata ir laiduoja medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus. Įstatymas nustato piliečiams nemokamos medicinos pagalbos valstybinėse gydymo įstaigose teikimo tvarką [28].

Lietuvos nacionalinėje sveikatos koncepcijoje numatyti Lietuvos žmonių sveikatos tausojimo bei stiprinimo, ligų profilaktikos, pirminės sveikatos priežiūros plėtros bendroje sveikatos priežiūros sistemoje, sveikatos priežiūros specialistų rengimo pertvarkos pagal Europos Sąjungos standartus, brangios specializuotos medicinos pagalbos koncentravimo universitetiniuose centruose prioritetai Lietuvą įtraukia į pažangiai maistančių apie sveikatos priežiūrą ir ją plėtojančių Europos šalių gretas.

Dėl progresuojančio senėjimo nuolat daugėja 60 metų ir vyresnių gyventojų, kurie 1990 m. sudarė 16,2 proc., 1995 m. – 17,3 proc., 1996 m. – 17,6 proc. visų gyventojų. Tai reiškia, kad Lietuva peržengė aukštos demografinės senatvės ribą. Gyventojų senėjimo procesą nulemia dvi pagrindinės priežastys – dėl mažo gimstamumo mažėja vaikų, o dėl pailgėjusios vidutinės gyvenimo trukmės gausėja pagyvenusių ir senyvo amžiaus gyventojų. Demografinio senėjimo pokyčiai lemia socialines ir ekonomines problemas, gyventojų socialinio aprūpinimo bei sveikatos priežiūros poreikio didėjimą, todėl svarbu siekti užtikrinti pagyvenusių ir senų žmonių galimybes gyventi aktyviai, savarankiškai ir sveikai.

Lietuvos sveikatos programos tikslai:

1. Gyventojų mirtingumo mažinimas ir vidutinės gyvenimo trukmės ilginimas;
2. Sveikatos santykių teisumas – kiekvienas asmuo turi teisę siekti kuo geresnės sveikatos;
3. Gyvenimo kokybės gerinimas.

Socialinė ekonominė krizė, taip pat nauji ekonominiai santykiai ir objektyvūs sutrikimai sveikatos apsaugos ir kitose valstybės infrastruktūros sistemose atsiliepė gyventojams ir neigiamai paveikė visos visuomenės sveikatą. Nuo 1990 metų pradėjo

didėti gyventojų mirtingumas ir trumpėti vidutinė gyvenimo trukmė, kuri iki 1995 m. sumažėjo nuo 71,5 m. iki 69,3 metų. Vyrų vidutinė gyvenimo trukmė sumažėjo labiau negu moterų. 1996 m. ir 1997 m. vidutinė gyvenimo trukmė dar padidėjo. Vyrų vidutinė gyvenimo trukmė 1997 m. pasiekė 66 m., o moterų – 76,9 m., visų Lietuvos gyventojų – 71,5 m. Tad pagrindiniai tikslai:

1. Iki 2010 m. mažinti gyventojų mirtingumą ir ilginti vidutinę gyvenimo trukmę;
2. Prailginti Lietuvos gyventojų vidutinę gyvenimo trukmę iki 73 metų.

Konkrečios pirminės sveikatos priežiūros plėtojimo priemonės šiems tikslams pasiekti turi būti numatytos valstybės bei savivaldos vykdomųjų institucijų parengtose savivaldybių sveikatos programose.

Pagal PSO “Sveikata visiems XXI amžiuje” politiką Lietuvos gyventojų gyvenimo kokybę galima pagerinti, jeigu:

- Bus pradėta bei nuolat vykdoma gyvenimo kokybės stebėsena;
- Suaktyvės individų dalyvavimas visuomenės gyvenime ir formuojant sveikatos politiką;
- Sveikatą lemiantys veiksniai, tokie kaip išsilavinimas, taps visiems labiau prieinami;
- Sveika gyvensena bus pripažinta socialine gerove;
- Pirminė, antrinė ir tretinė sveikatos priežiūra daugiau dėmesio skirs gyvenimo kokybei pagerinti.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos reforma buvo suplanuota remiantis PSO Liublijanos chartija dėl sveikatos apsaugos reformos. Jos pagrindiniai principai: siekti pagerinti žmonių sveikatą, o ne tik pertvarkyti sveikatos apsaugos sektorių. Žmonės turi būti suinteresuoti pertvarkymais bei juos priimti. Reforma yra nukreipta į paslaugų kokybę bei adekvatų finansavimą, reformos esmė – pirminės sveikatos priežiūros plėtra. Pirminė sveikatos priežiūra atskirta nuo antrinės.

Igyvendinant Nacionalinę sveikatos koncepciją ir PSO doktriną “Sveikata visiems XXI amžiuje” buvo numatyti artimieji ir tolimieji sveikatos apsaugos reformos uždaviniai dėl pirminės sveikatos priežiūros. Artimiems uždaviniams buvo numatyta rengti ir perkvalifikuoti sveikatos priežiūros specialistus, pagrindinį dėmesį skiriant bendrosios praktikos gydytojams, vadybos specialistams. Taip pat didelį dėmesį buvo numatyta skirti slaugos specialistų rengimo ir perkvalifikavimo programai.

Sudaryti adekvačią susirgimo sunkumui paciento nukreipimo reabilitacijai tvarką: t.y. sveikatą grąžinančiam gydymui, trumpalaikiai ar ilgalaikiai reabilitacijai,

slaugai – priklausomai nuo biosocialinių funkcijų pažeidimo laipsnio. Biosocialinės funkcijos – tai galėjimas orientuotis, apsitarnauti, girdėti, judėti, dirbti, bendrauti ir kt. Tolimiems uždaviniams numatyta įgyvendinti pirminę asmens sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos priežiūros reformą [29].

Sveikatos priežiūros reformos tikslų ir uždavinių įgyvendinimo strategija rekomenduoja ypatingą dėmesį atkreipti į šias problemas [30]:

- Intensyvesnį ligų prevencijos ir profilaktinių priemonių diegimą bei pirminės sveikatos priežiūros grandies plėtojimą, skatinant privačią veiklą, pilnavertį bendrosios praktikos gydytojų ir jų komandos funkcijų vykdymą, ypatingai kreipiant dėmesį į teikiamų paslaugų apimtį ir jų kokybę;

- Paslaugų prieinamumo visuose sveikatos priežiūros paslaugų teikimo lygiuose gerinimą ir pacientų teisių užtikrinimą;

- Paslaugų kokybės gerinimą.

Šioje strategijoje pateikiami reformos įgyvendinimo pagrindiniai vertinimo rodikliai:

1. Tinkamos sveikatos priežiūros organizavimas;
2. Pirminės sveikatos priežiūros įstaigų skaičiaus dinamika;
3. Privačių pirminės sveikatos priežiūros įstaigų, dirbančių pagal sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis, skaičius;
4. Gyventojų aprūpinimas gydytojais, odontologais, slaugytojomis, farmacijos specialistais šalyje ir pagal regionus;
5. Vidutinė gulėjimo stacionare trukmė;
6. Gyventojų aprūpinimas slaugos paskirties lovomis.

Įgyvendinus sveikatos priežiūros sistemos pagrindines nuostatas, tikimasi sulaukti esminių pokyčių įgyvendinant ilgalaikius siekius sveikatos priežiūros sistemoje:

- Pagerės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir kokybė;
- Ženkliai persiskirstys proporcijos tarp stacionariųjų ir ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų, nes nemažą dalį stacionariųjų paslaugų pakeis ambulatorinio gydymo plėtra;

- Ne mažiau kaip 75-80 proc. sveikatos priežiūros problemų bus sprendžiama pirminėje sveikatos priežiūroje.

2.7. Pagrindinės teisinės normos, susijusios su slauga ir slauga namuose

Pagal LR švietimo ir mokslo ministro įsakymą “Dėl Bendrosios praktikos slaugytojo (slaugytojos) rengimo standarto” [31], slaugytojas moko sveikos gyvensenos, informuoja/pataria, kaip ją saugoti ir išvengti ligų, slaugo (rūpinasi) pacientus gydymo ir/ar reabilitacijos metu, mirštant.

Šio profesinio rengimo standarto objektas yra profesinės kvalifikacijos, kuriomis turi pasižymėti bendrosios praktikos slaugytojas tokiose veiklos srityse:

1. Organizuojant ir įgyvendinant pacientų slaugą:

- įvertinti paciento gyvybinius poreikius ir nustatyti jo savirūpos galimybes;
- sudaryti paciento slaugymo planą ir atlikti slaugos veiksmus;
- analizuoti ir įvertinti slaugymo veiksmingumą.

2. Mokant pacientus (atskirus asmenis, jų šeimas, bendruomenę) sveikatos ir sveikatos priežiūros:

- propaguoti sveikos gyvensenos principus;
- organizuoti ir įgyvendinti sveikatos mokymą;
- bendrauti ir bendradarbiauti su pacientais bei jų šeimos nariais;
- sveikatos atgavimo (reabilitacijos) ir stiprinimo pagrindinius principus,

metodus integruoti į slaugytojo praktinę veiklą.

3. Bendradarbiaujant su kitais asmens sveikatos priežiūros nariais ir kitomis institucijomis, darančioms poveikį sveikatai:

- skleisti profesinę slaugymo patirtį;
- organizuoti, vadovauti, motyvuoti komandinėje veikloje;
- integruoti socialinio darbo organizavimo ir socialinės rūpybos

reikalavimus slaugytojo veikloje;

- laikytis bendravimo ir bendradarbiavimo principų.

4. Dalyvaujant paciento tyrime:

- parengti pacientus instrumentiniams tyrimams;
- paimti organizmo audinius ir skysčius (ekskretus ir sekretus) tyrimams.

5. Atliekant gydomąsias procedūras:

- atpažinti gyvybei pavojingas būkles, teisingai jas įvertinti ir tinkamai reaguoti;
- suteikti pirmąją pagalbą gyvybei pavojingų būklių, traumų atvejais;
- atlikti gydytojų skiriamas procedūras.

Pagal LR sveikatos apsaugos ministro įsakymą (2004 m. birželio 14 d.) Dėl Lietuvos medicinos normos MN 28: 2004 "Bendrosios praktikos slaugytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė" patvirtinimo, bendroji slaugos praktika apsprendžia visišką slaugytojo atsakomybę už ligonio slaugą, slaugymo planavimą ir organizavimą.

Bendrosios praktikos slaugytojas dirba savarankiškai valstybinių ir (ar) privačių asmenų sveikatos įstaigų specialistų komandose, ugdymo, socialinės globos institucijose, bendruomenėje bei pacientų namuose [32].

Pagal LR sveikatos apsaugos ministro įsakymą (1998 m. lapkričio 27 d.) "Dėl Lietuvos medicinos normos MN 57:1998 "Bendruomenės slaugytoja (slaugytojas). Funkcijos, pareigos, teisės, kompetencija ir atsakomybė" patvirtinimo" bendruomenės slaugytojos(-o) funkcijos:

1. Organizuoti ir įgyvendinti slaugą bendruomenėje: įvertinti bendruomenės narių sveikatą, nustatyti ir prioritetine tvarka išdėstyti asmenų, atskirų jų grupių slaugos poreikius, padėti juos patenkinti. Skatinti bendruomenės narių atsakomybę už savo sveikatą, propaguoti žmonių savirūpą.

2. Plėtoti bendruomenės slaugą. Vertinti bendruomenės slaugą, ją planuoti, slaugyti pacientus, slaugą apibendrinti, dokumentuoti patvirtintose statistikos formose. Siūlyti kaip tobulinti bendruomenės slaugą.

Bendruomenės slaugytojos(-o) pareigos:

1. Savo veikloje remtis pirminės sveikatos priežiūros tikslais ir pagrindinėmis šios veiklos sritimis;

2. Stebėti bendruomenės narių ar grupių sveikatos pokyčius, analizuoti bendruomenės sveikatos duomenis, informuoti bendrosios praktikos gydytoją apie pablogėjusią gyventojų sveikatą;

3. Planuoti bendruomenėje gyvenančių žmonių slaugą, pildyti slaugos dokumentus, koreguoti slaugos planą pagal bendruomenės sveikatos poreikius;

4. Slaugyti įvairaus amžiaus bendruomenės narius, padėti tenkinti jų poreikius, rūpintis ligų profilaktika;

5. Užtikrinti, kad pacientai namie tinkamai vartotų paskirtus vaistus;

6. Bendradarbiauti su kitais pirminės sveikatos priežiūros darbuotojais, komandos nariais įgyvendinant planuotą slaugą.

Bendruomenės slaugytoja(-as) turi suprasti kiekvieną bendruomenės narį kaip unikalų individą įvairiomis jo gyvenimo situacijomis. Ji turi gerai išmanyti bendruomenės slaugą, gebėti atsakingai bendradarbiauti su bendruomenės nariais (asmenimis, šeimomis, grupėmis) gerinant gyventojų sveikatą, mokėti slaugyti pacientus jų namuose, padėti mirštantiesiems bei jų artimiesiems [33].

Slauga namuose apima ir paliatyvią pagalbą pirminės sveikatos priežiūros sistemoje. Pagal LR sveikatos apsaugos ministro įsakymą "Dėl paliatyvosios pagalbos paslaugų suaugusiems ir vaikams teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo" *paliatyvioji pagalba* – tai ligonio, sergančio pavojinga gyvybei, nepagydoma, progresuojančia liga, ir jo artimųjų gyvenimo kokybės gerinimo priemonės, užkertančios kelią kančioms ar jas lengvinančios, padedančios spręsti kitas fizines, psichosocialines ir dvasines problemas.

Paliatyvosios pagalbos paslaugų teikimas ligonio namuose organizuojamas visą parą asmens sveikatos priežiūros įstaigos vadovo nustatyta tvarka [34].

Pagal LR sveikatos apsaugos ministro ir socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakymą "Dėl slaugos ir socialinių paslaugų bendro teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo" ilgalaikės priežiūros paslaugos gali būti teikiamos asmens namuose, pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros, socialinių paslaugų įstaigose, įmonėse ir organizacijose, turinčiose slaugos licencijas bei stacionarinės asmens sveikatos priežiūros įstaigose, turinčiose licencijas teikti stacionarinės palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugas.

Organizuojant ir teikiant šias paslaugas vadovaujamosi šiais principais:

1. *Prieinamumo*. Asmens (šėimos) ilgalaikės priežiūros paslaugos turi būti organizuojamos taip, kad būtų užtikrintas šių paslaugų teikimo prieinamumas – kuo arčiau jo gyvenamosios vietos ar asmens namuose.

2. *Tinkamumo*. Pripažįstamos asmens sveikatos priežiūros ir socialinės paramos sąlygos, užtikrinančios ilgalaikės priežiūros paslaugų kokybę ir efektyvumą. Asmeniui turi būti skiriamos ir teikiamos tokios paslaugos, kurios atitiktų asmens ir šėimos interesus bei poreikius.

3. *Bendradarbiavimo*. Ilgalaikės priežiūros paslaugų teikimas asmens, šėimos, bendruomenės, organizacijų, ginančių žmonių socialinių grupių interesus ir teises, turi būti pagrįstas įstaigų, teikiančių socialines paslaugas, sveikatos priežiūros įstaigų, valstybės ir savivaldybių institucijų ir įstaigų bendradarbiavimu bei tarpusavio

pagalba, siekiant tinkamų, kokybiškų ir prieinamų asmenims (šeimoms) paslaugų.

4. *Kompleksiškumo.* Ilgalaikės priežiūros paslaugų poreikis asmeniui turi būti nustatomas kompleksiškai, įvertinant asmens (šeimoms) galimybes ir derinant su kitomis socialinės ir sveikatos apsaugos formomis.

5. *Saugumo.* Asmeniui ir (ar) jo šeimai turi būti užtikrintas kvalifikuotas ir saugus ilgalaikės priežiūros paslaugų teikimas.

6. *Komandos.* Tai specialistų susitelkimas vienam tikslui pasiekti – tenkinti asmens ilgalaikės priežiūros paslaugų poreikius, jų prieinamumą, panaudojant savo profesines žinias ir įgūdžius bei dalijantis atsakomybe už suteiktas paslaugas.

Istatymas apibūdina pagrindines slaugos namuose sąvokas:

Slauga namuose – asmens sveikatos priežiūros kompleksinės slaugos paslaugos, kurios yra teikiamos asmeniui (šeimai) bendruomenėje ir namuose, kur jis gyvena, siekiant užtikrinti paslaugų prieinamumą ir tęstinumą bei tenkinant paciento slaugos poreikius natūralioje aplinkoje (namų sąlygomis), skatinant paciento savirūpą.

Ilgalaikė priežiūra – tai slaugos ir socialinių paslaugų visuma, kurias teikiant asmeniui tenkinami slaugos ir socialinių paslaugų poreikiai, teikiama nuolatinė kompleksinė specialistų pagalba ir priežiūra. Ilgalaike priežiūra asmeniui (šeimai) laikoma tada, kai nustatomas šios priežiūros poreikis.

Asmens (šeimoms) konsultavimas – tai slaugytojo, socialinio darbuotojo, jų padėjėjų teikiama paslauga, kuria kartu su asmeniu ar šeimos nariais analizuojama probleminė slaugos ir socialinė asmens (šeimoms) situacija bei ieškoma veiksmingų problemos sprendimų būdų pagal kompetenciją.

Ilgalaikės priežiūros paslaugų namuose gavėjai:

- Vaikas su negalia – vaikas iki 18 metų, dėl neįgalumo iš dalies ar visiškai neįgijęs jo amžių atitinkančio savarankiškumo, kurio galimybės ugdytis bei dalyvauti visuomenės gyvenime yra ribotos ir kuriam reikalingos ilgalaikės priežiūros paslaugos namuose. Jei vaikui teikiamos ilgalaikės priežiūros paslaugos, tai šios paslaugos organizuojamos derinant bei bendradarbiaujant kartu su ugdymo institucijų teikiamomis paslaugomis;

- Suaugęs asmuo su negalia – darbingo amžiaus asmuo, dėl neįgalumo iš dalies ar visiškai netekęs gebėjimų savarankiškai rūpintis asmeniniu (šeimoms) gyvenimu ir dalyvauti visuomenės gyvenime, kuriam reikalingos ilgalaikės priežiūros paslaugos namuose;

- Senyvo amžiaus asmuo – senatvės pensinio amžiaus asmuo, dėl amžiaus iš dalies ar visiškai netekęs gebėjimų savarankiškai rūpintis savo asmeniniu (šeimoms)

gyvenimu ir dalyvauti visuomenės gyvenime bei sergantis lėtinėmis ligomis, kuriam reikalingos ilgalaikės priežiūros paslaugos;

- Asmuo, kuriam būtinos paliatyvosios pagalbos paslaugos;
- Kiti asmenys, kurių ilgalaikės priežiūros teikimo mastą ir rūšis nustato savivaldybė.

2.8. Ilgalaikės priežiūros paslaugų namuose organizavimas

Ilgalaikės priežiūros tikslas – sudaryti palankias sąlygas asmeniui kuo ilgiau savarankiškai ir pilnavertiškai gyventi bendruomenėje, namuose, užtikrinant tinkamą slaugos ir socialinių paslaugų organizavimą ir teikimą asmeniui, apsaugant jį nuo ligos paūmėjimo ar esamų simptomų progresavimo, atsižvelgiant į šeimos poreikius ir galimybes. Ilgalaikė priežiūra susideda iš asmens, kurio liga ar sveikatos būklė dažnai paūmėja ir kelia pavojų jo paties ar aplinkinių sveikatai arba gyvybei, slaugos ir socialinių paslaugų poreikių nustatymo, teikimo, vertinimo ir paramos; paramos šeimos nariams, mokant juos pagrindinių slaugos įgūdžių, siekiant pagerinti asmens savirūpą ir priežiūros pajėgumą; asmens (šeimos) konsultavimo slaugos ir socialinių paslaugų klausimais.

Už šių paslaugų organizavimą, specialistų komandos sudarymą yra atsakinga savivaldybė, kuri parengia ir patvirtina bendradarbiavimo tarp įstaigų, įmonių ir organizacijų sutarčių sudarymo ir paslaugų teikimo tvarkos aprašą.

Slaugos ir socialinės globos paslaugų teikimo tikslai įgyvendinami dirbant specialistų komandos principu.

Slaugos paslaugos namuose paskiriamos, nustačius asmens (šeimos) poreikį tokioms paslaugoms bei sudarant individualų asmens ilgalaikės priežiūros planą. Nuo asmens (šeimos) poreikio slaugos paslaugoms priklauso slaugos paslaugų namuose rūšys, kiekis ir teikimo dažnumas.

Slaugytojas(-a) dokumentuoja slaugą bei tvarko kitą medicininę ir statistinę dokumentaciją pagal nustatytus reikalavimus, pagal poreikį informuoja ir organizuoja šeimos gydytojo ir (ar) gydytojo psichiatro konsultaciją, paruošia asmenį gydančio gydytojo priėmimui arba pagal kompetenciją savarankiškai sprendžia asmens (šeimos) slaugos problemas asmens (šeimos) namuose. Slaugos paslaugas namuose slaugytojas gali teikti kartu su kitais komandos nariais.

Slaugytojo padėjėjas vykdo visus slaugytojo nurodymus, pagal slaugos planą teikia slaugos paslaugas savarankiškai arba slaugytojui prižiūrint, padeda bei atsiskaito

kartu dirbančiam slaugytojui. Kai slaugos paslaugos teikiamos namuose, apie įtariamą asmens sveikatos būklės pasikeitimą slaugytojo padėjėjas nedelsdamas žodžiu ir raštu informuoja atsakingą slaugytoją, kuris organizuoja asmens sveikatos būklės vertinimą ir reikalingą pagalbą.

Socialinės paslaugos asmeniui (šeimai) namuose yra teikiamos pagal šiuos principus:

- Socialinis darbuotojas kaupia ir analizuoja informaciją apie asmenį (šeimą), atlieka socialinių paslaugų poreikio vertinimą, organizuoja ir koordinuoja socialinių paslaugų teikimą bei užtikrina šios informacijos konfidencialumą;
- Asmens (šeimos) poreikis socialinėms paslaugoms nustatomas vadovaujantis Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos patvirtintomis asmens (šeimos) poreikio asmens (šeimos) socialinių paslaugų poreikio nustatymo ir skyrimo tvarka bei senyvo amžiaus asmens, suaugusio asmens su negalia ir vaiko su negalia socialinės globos poreikio nustatymo metodikomis;
- Socialinis darbuotojas, teikdamas ir organizuodamas socialines paslaugas, konsultuoja asmenį (šeimą), tarpininkauja, pataria, pagal galimybes atstovauja asmens ir šeimos interesams;
- Socialinės paslaugos namuose paskiriamos, nustačius asmens (šeimos) poreikį socialinėms paslaugoms;
- Nuo asmens (šeimos) poreikio socialinėms paslaugoms priklauso socialinių paslaugų namuose rūšys, kiekis ir teikimo dažnumas;
- Socialinių paslaugų rūšis, kiekį, teikimo dažnumą, apmokėjimo už paslaugas ir kitas paslaugų teikimo sąlygas nustato sutartis tarp socialines paslaugas teikiančios įstaigos ir asmens.

Ilgalaikės priežiūros paslaugos teikiamos pagal specialistų komandos sudarytą ilgalaikės priežiūros bendrą paslaugų teikimo planą. Ilgalaikės priežiūros paslaugų poreikį šių paslaugų teikimo laikotarpiu, pasikeitus socialinėms aplinkybėms ar asmens sveikatos būklei, ir ne rečiau kaip kartą per metus peržiūri specialistų komanda.

Ilgalaikė priežiūra laikoma neefektyvia, kai slaugos ir socialinių paslaugų kompleksas nepagerina ir (ar) nestabilizuoja sveikatos būklės ir asmens savarankiškumo. Šeimos gydytojo ar gydytojo psichiatro konsultacijos poreikį rodo pakitusi sveikatos būklė, dėl kurios neįmanoma tęsti ilgalaikės priežiūros [35].

3. TYRIMO MEDŽIAGA IR METODAI

Magistrinis darbas buvo rengiamas Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Reabilitacijos, sporto medicinos ir slaugos instituto bazėje 2006-2008 metais ir Vilniaus miesto Vilniaus universitetinės slaugos ir ilgalaikio gydymo ligoninėje (2008 m. vasario-kovo mėnesiais).

Tyrimo objektas – slaugos paslaugų namuose poreikio įvertinimas.

Tyrimo populiacija. Tyrimo tikslinę grupę sudarė Vilniaus miesto Vilniaus universitetinės slaugos ir ilgalaikio gydymo ligoninėje slaugos paslaugas gaunantys pacientai. Tyrimo atlikimo metu ligoninėje gydėsi 107 pacientai ir visiems jiems buvo pasiūlyta atsakyti į anketos klausimus. Tyrime sutiko dalyvauti 60 pacientų, todėl tyrimo atsako dažnis siekia 56 proc.

Įtraukimo į tyrimą kriterijai:

- asmuo hospitalizuotas Vilniaus miesto Vilniaus universitetinės slaugos ir ilgalaikio gydymo ligoninėje (toliau - Ligoninėje) tyrimo atlikimo metu (2008 m. vasario-kovo mėnesiais);
- pacientas gulėjo liginės terapinės slaugos ir palaikomojo gydymo arba neurologinės slaugos ir palaikomojo gydymo skyriuose;
- pacientui nustatytas ilgalaikės slaugos poreikis (pagal diagnozę);
- pacientas yra sąmoningas ir kompetetingas išreikšti informuotą sutikimą (arba nesutikimą) dalyvauti tyrime;
- gebėjimas bendrauti su tyrėju (atsakyti į tyrėjo klausimus);

Atmetimo kriterijus:

- pacientas nesąmoningas;
- pacientas negali suvokti tyrėjo pateikiamų klausimų ir negali į juos atsakyti;
- paciento išreikštas nesutikimas dalyvauti tyrime.

3.1. Tyrimo metodai

Tyrimui atlikti buvo panaudoti du klausimynai:

- Slaugos paslaugų namuose poreikio vertinimo anketa I – tai anoniminė anketa, kurią tyrimo metu pildė patys tyrimo dalyviai (slaugos paslaugas gaunantys pacientai);

- Slaugos paslaugų namuose poreikio vertinimo anketa II – tai anoniminė anketa, kurią pildė tyrėja, apklausdama tyrimo dalyvius.

Tyrimo klausimynai buvo parengti (išversti ir adaptuoti) remiantis užsienio šalyse slaugos paslaugų poreikio vertinimui naudojamais validuotais klausimynais:

- Išversta ir adaptuota anketa “Įprastų kasdienio gyvenimo veiklų vykdymo nustatymo skalė”, angl. - Instrumental Activities of Daily Living Scale (IADL) [36];

- Išversta ir adaptuota anketa “Pusiausvyros ir eisenos vertinimas pagal Tinetti skalę”, angl. - Tinetti balance and Gait Evaluation/Performance oriented Assessment of Mobility -1 ir Tinetti balance and Gait Evaluation/Performance oriented Assessment of Mobility -2 [37];

- Išversta ir adaptuota anketa “Kritimų rizikos vertinimas”, angl. - Risk Assessment Tool (RAT) for Falls [38];

- Išversta ir adaptuota anketa “Pakartotinės kritimų rizikos vertinimas”, angl. - Reassessment Is Safe KARE (RISK) Tool [39];

- Išversta ir adaptuota anketa “Klausos sutrikimų įtaka senyvo amžiaus žmonėms”, angl. - Hearing Handicap Inventory for the Elderly Screening Version (HHIE-S) [40];

Remiantis minėtais penkiais tarptautinėje mokslinių tyrimų praktikoje naudojamais slaugos paslaugų poreikio vertinimo klausimynais, buvo sudarytos dvi anketos, kurių viena skirta patiems pacientams pildyti, o kita – apklausėjui pildyti.

Slaugos paslaugų namuose poreikio vertinimo anketa-I, skirtą pacientams, sudaro dvi dalys: demografinės informacijos apie respondentą dalis ir 10 klausimų apie paciento klausos sutrikimus. Pats pacientas subjektyvų klausos vertinimo sutrikimą turėjo įvertinti trijų balų skalėje.

Slaugos paslaugų namuose poreikio vertinimo anketa-II, kurią apklausdamas pacientą užpildo tyrėjas, sudaro penkios dalys:

- Pirmoji dalis, kurioje surenkama demografinė informacija apie respondentą;

- Antroji dalis, kurioje vertintas įprastų kasdieninio gyvenimo veiklų vykdymas, apimantis 8 sritis:

- gebėjimas naudotis telefonu;

-
- pirkinių įsigijimas;
 - maisto gaminimas;
 - namų tvarkymas;
 - skalbimas;
 - judėjimas iš vienos vietos į kitą,
 - atsakomybė dėl tinkamo vaistų vartojimo;
 - gebėjimas disponuoti pinigineis lėšomis.
- Trečioji ir ketvirtoji dalis, kuriose vertinama paciento pusiausvyra ir eisena;
 - Penktoji dalis, kurioje vertinama paciento kritimų bei paciento pakartotinė kritimų rizika.

Visi tyrimo anketų klausimai yra uždaro tipo. Kasdienės gyvenimo veiklos, pusiausvyra ir eisena vertinami balais, o kritimų bei pakartotinių kritimų rizika vertinama pažymint situaciją atitinkančius atsakymus anketoje.

Kiekvieno paciento slaugos namuose poreikis bei vertinamas atsižvelgiant į vertinimo skales:

Paciento klausos sutrikimai vertinami atsakymais: Taip, Kartais, Ne;

Kasdienės gyvenimo veiklos:

2 lentelė. Kasdieninių gyvenimo veiklų vertinimas

Balas	Vertinimas
7-8	aukštas nepriklausomumo lygis
5-6	vidutinis nepriklausomumo lygis
3-4	vidutinis priklausomumo lygis
0-2	visiškas priklausomumas

Pusiausvyra ir eisena pagal Tinetti skalę: vertinama, kiek pacientas surinko balų pagal I ir II Tinetti skales, kai maksimalus balų skaičius yra:

3 lentelė. Pusiausvyros ir eisenos vertinimas pagal Tinetti skalę

Balas	Vertinimas
16	Pusiausvyros rezultatas
12	Eisenos rezultatas
28	Galutinis judrumo rezultatas (pusiausvyra ir eisena)

Kritimų rizikos įvertinimas, remiantis tarptautinėmis metodologinėmis rekomendacijomis, yra atliekamas pačio tyrėjo, t.y. sprendimas priskirti pacientą prie

galinčių pavojingai nukristi privalo būti paremtas slaugymo metu padarytomis išvadomis – pacientas, kuris atitinka bent vieną specialiai pažymėtą punktą (pvz. kritimų yra buvę prieš patenkant į gydymo įstaigą), ar bet kuriuos kitus keturis ar daugiau punktų, privalo būti pripažintas kaip galintis pavojingai nukristi.

Vertinant pakartotinio nukritimo riziką, pacientas, kuris atitinka bent vieną iš keturių pirmų punktų, pripažįstamas kaip galintis pavojingai nukristi. Pacientas, kuris atitinka penktąjį punktą („naudoja žmogaus su negalia vežimėlį“) yra pripažintinas kaip turintis didesnę riziką nukristi.

Statistinė duomenų analizė. Iš tyrimo dalyvių gauti anketų duomenys buvo suvesti į kompiuterinę laikmeną – sukurta SPSS-13.0 bylos formatu. Statistinė duomenų analizė atlikta naudojant SPSS 13.0 programą. Duomenų analizei taikyti aprašomosios statistikos metodai, kintamųjų ryšiams nustatyti skaičiuotas koreliacijos koeficientas. Rodiklių skirtumai buvo laikomi statistiškai reikšmingais, kai $p < 0,05$. Tyrimo rezultatai pateikti lentelėse ir histogramose, kurios parengtos naudojant SPSS programą.

4. TYRIMO REZULTATAI

Anoniminėje apklausoje iš 107 pacientų dalyvavo 60 respondentų, iš kurių moterų – 30 (50 proc.), vyrų – taip pat 30 (50 proc.). Respondentų amžius svyravo nuo 23 iki 98 metų. Vidutinis amžius buvo 71 metai, jausias buvo 23 metų, o vyriausias respondentas – 98 metų. Tyrimo dalyviai buvo suskirstyti pagal amžių į penkias grupes (PSO klasifikacija, 4 lentelė). Didesnė dalis respondentų buvo pagyvenę – 17 (28,3 proc.) ir seni – 25 (41,7 proc.). Taigi, 50 proc. respondentų yra 74 metų ir vyresni. Pasiskirstymą pagal amžiaus grupes galime matyti 4 lentelėje.

4 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal amžiaus grupes.

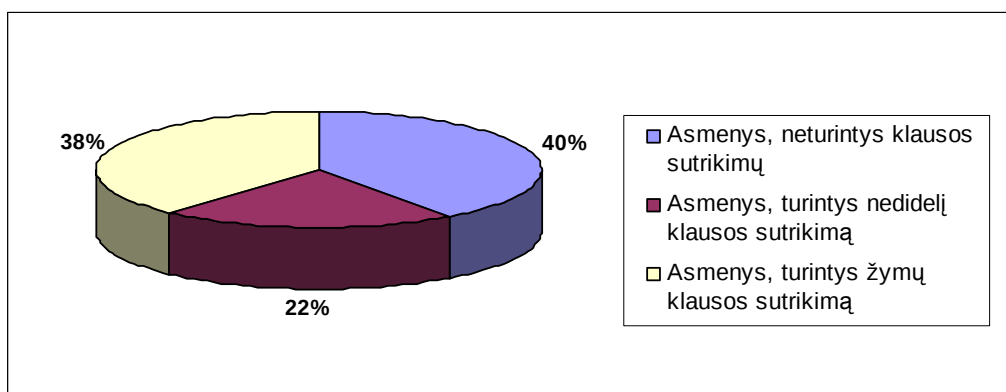
Amžiaus grupė	Dažnis	Procentas
Jauni žmonės (iki 44 metų)	3	5,0
Vidutinio amžiaus (45-59 m.)	11	18,3
Pagyvenę (60-74 m.)	17	28,3
Seni (75-89 m.)	25	41,7
Labai seni (90 metų ir vyresni)	4	6,7

4.1. Klausos sutrikimų tyrimas

Tyrime buvo vertinami pacientų klausos sutrikimai ir sutrikimų įtaka slaugos poreikiams. Buvo nagrinėjama kiek žmonių turi klausos sutrikimų. Klausos sutrikimai buvo vertinami panaudojant taškų skalę. Galimų surinkti taškų skaičius svyravo nuo 0 iki 40. Apklaustieji buvo suskirstyti į 3 grupes: 1) asmenys, neturintys klausos sutrikimų galėjo surinkti nuo 0 iki 8 taškų; 2) asmenys, turintys nedidelį klausos sutrikimą galėjo surinkti nuo 10 iki 22 taškų; 3) asmenys, turintys žymų klausos sutrikimą galėjo surinkti nuo 24 iki 40 taškų.

Kuo didesnis balas, tuo stipresnis klausos sutrikimas, jo jutimas ir didesnė įtaka pacientui emociniame ir socialiniame lygmenyje (E – emocinis lygmuo, S – socialinis lygmuo).

Tyrimo duomenimis, 23 (38,3 proc.) respondentai turi žymų, didelį klausos sutrikimą, 13 (21,7 proc.) respondentų turi nedidelį klausos sutrikimą ir 24 (40 proc.) respondentai neturi klausos sutrikimų. Vadinasi 36 (60 proc.) respondentų turi klausos sutrikimų, o 24 (40 proc.) neturi klausos sutrikimų (1 paveikslas).



1 paveikslas. Klausos sutrikimai.

Vertinant klausos sutrikimų jutimą, apskaičiavome respondentų atsakymų dažnį ir procentą pagal pateiktus klausimus. Suskirstėme į klausos sutrikimų grupes emociniame ir socialiniame lygmenyje.

Šiuos klausimus galima suskirstyti į emocinius ir socialinius poreikius. Emocinį poreikį atspindi 1, 2, 3, 4, 7, 9 anketos klausimai, o socialinį – 5, 6, 8, 10 anketos klausimai.

Į klausimą: „Ar klausos sutrikimai trikdo jus, sutinkant nepažįstamus žmones?“, 22 (36,7 proc.) respondentų atsakė *taip*; 17 (28,3 proc.) – *kartais* ir 21 (35 proc.) – *ne*. Sudėjus atsakymus *taip* ir *kartais* galima teigti, kad 39 (65 proc.) respondentų jaučia diskomfortą, kai jų klausoma yra susilpnėjusi. Į klausimą: „Ar klausos sutrikimai sukelia problemų lankant draugus, giminaičius ar kaimynus?“ 15 (25 proc.) atsakė *taip*, 20 (33,3 proc.) atsakė *kartais*, ir 25 (41,7 proc.) – *ne*. Sudėjus atsakymus *taip* ir *kartais* galima teigti, kad 35 (58,3 proc.) respondentų patiria problemų bendraujant su artimais žmonėmis, o 25 (41,7 proc.) – visiškai neturi

problemų bendraujant su artimaisiais.

Pirmasis nagrinėtas klausimas atspindi paciento emocinį poreikį, t.y. emocinę reakciją, o antrasis socialinį poreikį, t.y. socialinę reakciją. Galima teigti, kad pacientas turintis klausos sutrikimų yra pažeidžiamas tiek emociškai, tiek socialiai (5 lentelė).

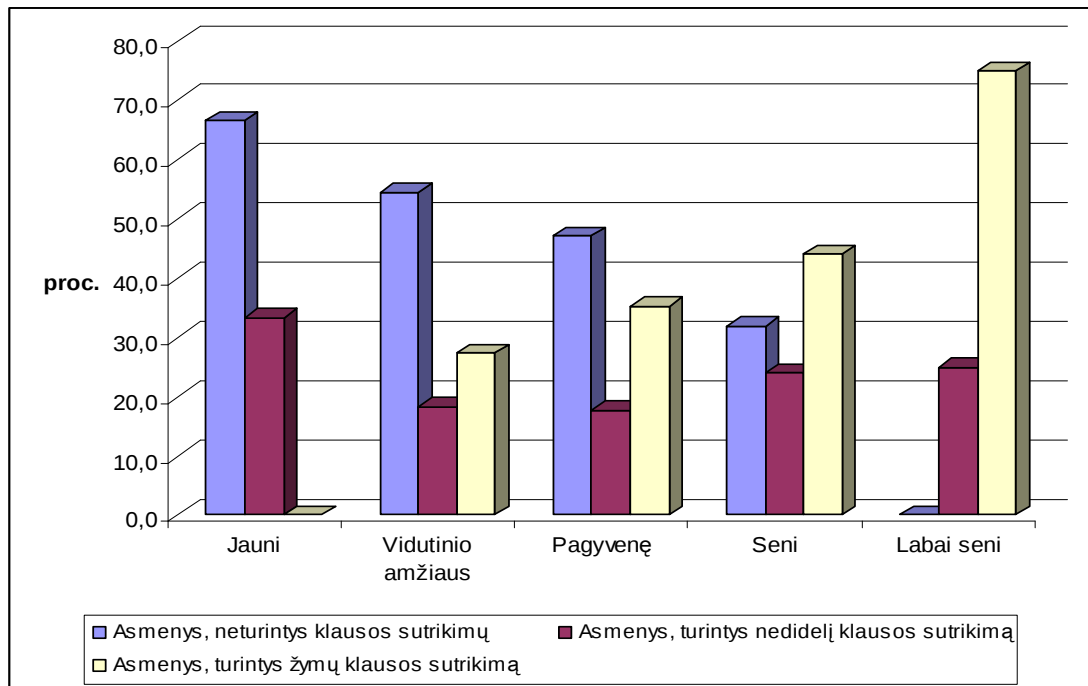
5 lentelė. Klausos sutrikimų įtaka paciento emociniams ir socialiniams poreikiams.

		Taip		Kartais		Ne	
		n	%	n	%	n	%
E-1	Ar klausos sutrikimai trikdo Jus, sutinkant nepažįstamus/naujus žmones?	22	36,7	17	28,3	21	35,0
E-2	Ar klausos sutrikimai erzina Jus, kai kalbate su šeimos nariais?	17	28,3	21	35,0	22	36,7
E-3	Ar sukelia Jums sunkumų išgirsti ką nors šnabždant?	19	31,7	17	28,3	24	40,0
E-4	Ar jaučiatės neigaliu turėdamas klausos sutrikimų?	22	36,7	12	20,0	26	43,3
S-5	Ar klausos sutrikimai sukelia problemų lankant draugus, giminaičius ar kaimynus?	15	25,0	20	33,3	25	41,7
S-6	Ar klausos sutrikimai verčia Jus rečiau dalyvauti religinėje veikloje (lankyti bažnyčioje ir pan.)?	7	11,7	18	30,0	35	58,3
E-7	Ar klausos sutrikimai yra ginčų su šeimos nariais priežastis?	9	15,0	3	5,0	48	80,0
S-8	Ar klausos sutrikimai sukelia sunkumų klausant televizoriaus ar radijo?	17	28,3	16	26,7	27	45,0
E-9	Ar manote, jog Jūsų klausos sutrikimai varžo Jūsų privatų ar socialinį gyvenimą?	17	28,3	15	25,0	28	46,7
S-10	Ar klausos sutrikimai sukelia Jums sunkumų lankantis restorane su giminaičiais ar draugais?	11	18,3	15	25,0	33	55,0

Klausos sutrikimų įtaka buvo nagrinėjama ir pagal amžiaus grupes. Iš visų apklausoje dalyvavusių jaunų žmonių 2 asmenys (67 proc.) neturėjo klausos sutrikimų ir 1 (33 proc.) turėjo nedidelį klausos sutrikimą. Vidutinio amžiaus grupėje 6 (54,5 proc.) neturėjo klausos sutrikimų, o 2 (18 proc.) turėjo nedidelį klausos sutrikimą ir 3 (27 proc.) – žymų klausos sutrikimą. Iš visų apklaustų pagyvenusių žmonių 8 (47 proc.) neturi klausos sutrikimų, 3 (18 proc.) turi nedidelį klausos sutrikimą ir 6 (35 proc.) turi žymų klausos sutrikimą. Senų žmonių grupėje 8 (32 proc.) respondentai neturi klausos sutrikimų, 6 (24 proc.) turi nedidelį klausos sutrikimą ir 11 (44 proc.) turi didelį klausos sutrikimą. Tarp labai senų respondentų 1 (25 proc.) asmuo

turi nedidelį klausos sutrikimą ir 3 (75 proc.) asmenys turi žymų klausos sutrikimą.

Apibendrinant galima teigti, kad jauno ir vidutinio amžiaus žmonių grupėje 6 (43 proc.) turėjo klausos sutrikimų, tuo tarpu pagyvenusių, senų ir labai senų žmonių amžiaus grupėje klausos sutrikimų turėjo 30 (65 proc.) (2 paveikslas).



2 paveikslas. Klausos sutrikimų pasiskirstymas (proc.) skirtingose respondentų amžiaus grupėse.

Koreliacija tarp paciento amžiaus ir suminio klausos sutrikimų balo. Yra statistiškai reikšminga koreliacija (reikšmingumo lygmuo mažesnis nei 0,05) tarp paciento amžiaus ir klausos sutrikimų jutimo balo. Pearson koreliacijos koeficientas lygus 0,38 (silpna teigiama koreliacija).

Ryšys tarp amžiaus grupių ir klausos sutrikimų lygių. Egzistuoja statistiškai reikšmingas silpnas ryšys tarp šių požymių ($p < 0,05$). Kendall's tau-b ranginių kintamųjų ryšio koeficientas lygus 0,260.

4.2. Įprastų kasdienio gyvenimo veiklų vykdymo tyrimas

Kiekvienas žmogus savo kasdieninėje veikloje atlieka būtiniausias veiklas, kurios būtinos jo gyvybei palaikyti, t.y. maisto gaminimas, pirkinių

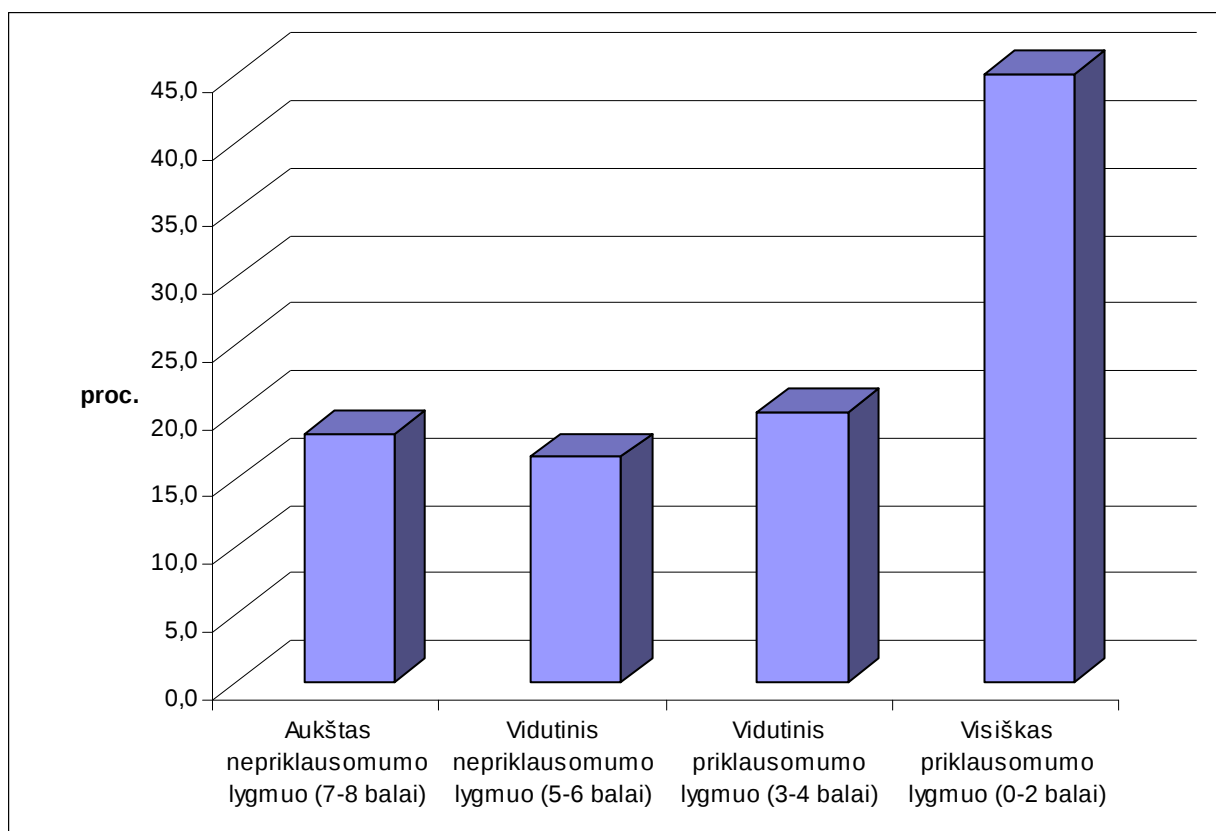
įsigijimas, judėjimas iš vienos vietos į kitą, namų tvarkymas, skalbimas, skambinimas telefonu, mokėjimas vartoti vaistus, disponuoti lėšomis. Šie gebėjimai apibrėžia socialinį žmogaus vaidmenį aplinkoje, tad nuo gebėjimo vykdyti įprastas kasdienio gyvenimo veiklas priklauso paciento priklausomumo ar nepriklausomumo nuo kitų laipsnis, todėl pagal atsakymus į klausimus apie kasdienio gyvenimo veiklas buvo sukonstruota priklausomumo/nepriklausomumo skalė, kurioje pacientas galėjo surinkti nuo 0 iki 8 balų. Kuo didesnę balų skaičių surinko, tuo aukštesnis paciento nepriklausomumo lygis (6 lentelė).

6 lentelė. Paciento savarankiškumo vertinimas

Balas	Vertinimas
7-8	aukštas nepriklausomumo lygis
5-6	vidutinis nepriklausomumo lygis
3-4	vidutinis priklausomumo lygis
0-2	visiškas priklausomumas

Įvertinus įprastų kasdienio gyvenimo veiklų vykdymo skalę (3 paveikslas) nustatyta, kad 11 (18,3 proc.) pacientų yra aukšto nepriklausomumo lygio. Aukštas nepriklausomumo lygmuo yra 7-8 balai. 10 (16,7 proc.) pacientų priskiriami vidutiniam nepriklausomumo lygmeniui, vidutinis nepriklausomumo lygmuo yra 5-6 balai. 12 (20 proc.) pacientų priskiriami vidutiniam priklausomumo lygmeniui, vidutinis priklausomumo lygmuo yra 3-4 balai. 27 (45 proc.) respondentai yra visiškai priklausomi nuo kitų pagalbos. Visiškas priklausomumas sudaro 0-2 balus.

Galima teigti, kad nepriklausomi nuo kitų pagalbos yra 21 (35 proc.) pacientas, o priklausomi nuo kitų pagalbos yra 39 (65 proc.) pacientai. Kaip matome, daugumai pacientų reikalinga socialinė priežiūra, nes jie negali savarankiškai apsitarnauti kasdienėje veikloje (3 paveikslas).

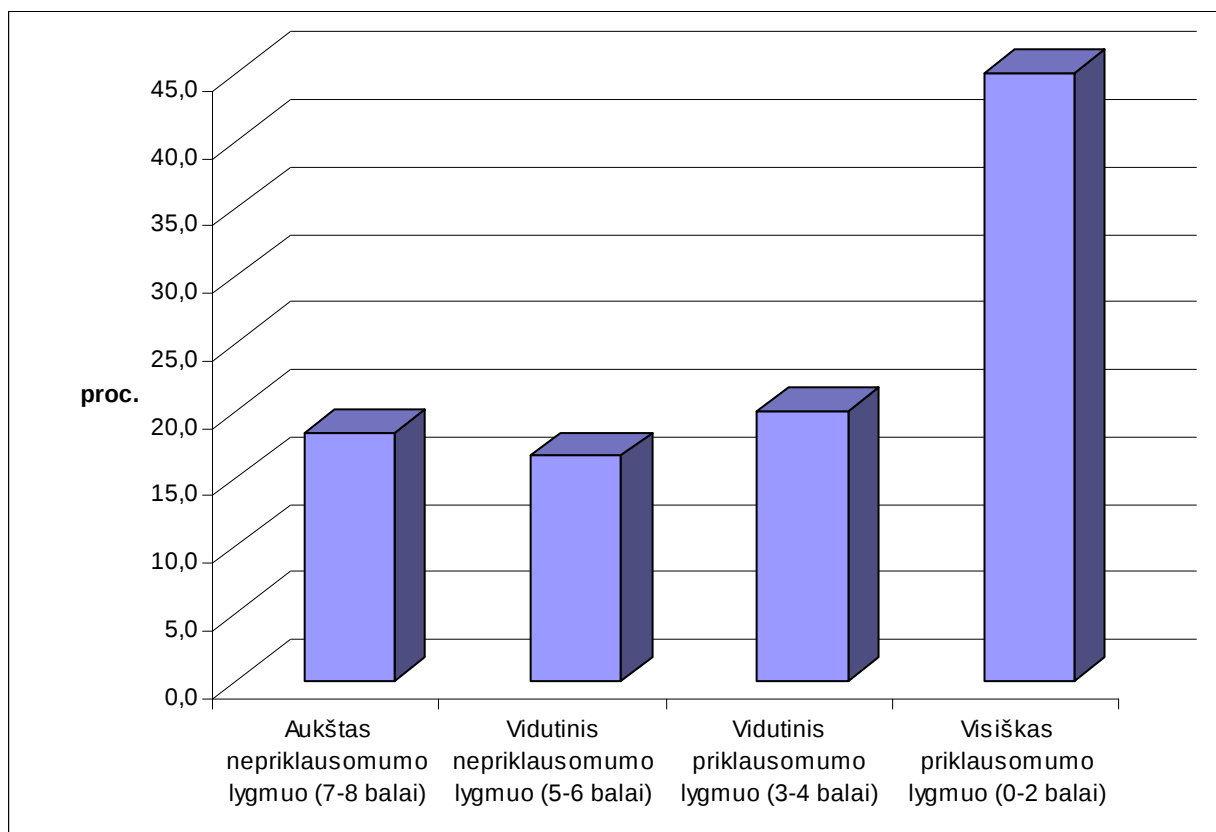


3 paveikslas. Pacientų pasiskirstymas (proc.) pagal įprastų kasdienio gyvenimo veiklų vykdymo skalę.

Tyrime buvo vertinta ir įprastų kasdienio gyvenimo veiklų vykdymo skalė pagal paciento lytį. Aukštam nepriklausomumo lygmeniui (t.y. 7-8 balai) buvo priskirti 6 (20 proc.) vyrai ir 5 (16,7 proc.) moterys. Vidutiniam nepriklausomumo lygmeniui (t.y. 5-6 balai) – 8 (26,7 proc.) vyrai ir keturis kartus mažiau moterų – 2 (6,7 proc.); vidutiniam priklausomumo lygmeniui (t.y. 3-4 balai) buvo priskiriami 7 (23,3 proc.) vyrai ir 5 (16,7 proc.) moterys. Visiškai priklausomi (t.y. 0-9 balai) buvo 9 (30 proc.) vyrai ir du kartus daugiau moterų – 18 (60 proc.)

Statistiškai nepriklausomi nuo kitų pagalbos vyrai 14 (46,7 proc.) ir moterys 7 (23,4 proc.), priklausomi nuo kitų pagalbos 16 (53,3 proc.) vyrų ir 23 (76,7 proc.) moterų. Matome, kad senyvos moterys yra dažniau priklausomos nuo aplinkinių pagalbos ir negali savarankiškai vykdyti kasdienio gyvenimo veiklų, nei vyrai.

Vis dėlto SSPS programos duomenų analizė rodo, jog ryšys tarp lyties ir priklausomumo/nepriklausomumo laipsnio nėra statistiškai reikšmingas (p – reikšmė yra didesnė nei 0,05) (4 paveikslas).



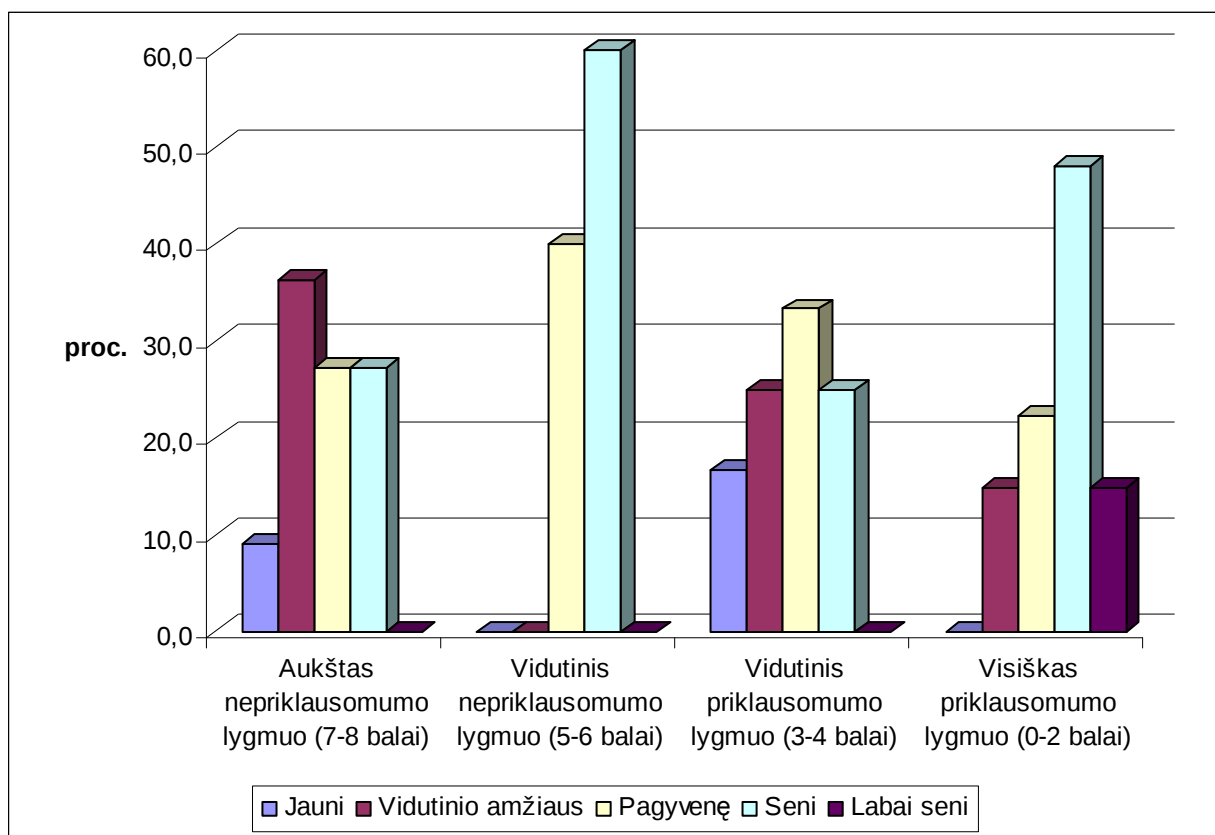
4 paveikslas. Pacientų pasiskirstymas (proc.) pagal įprastų kasdienio gyvenimo veiklų vykdymo skalę ir paciento lytį.

Tyrėme taip pat ir priklausomumo/nepriklausomumo lygmenų pasiskirstymą pagal amžiaus grupes. Aukšto nepriklausomumo (7-8 balai) grupei buvo priskiriami šie respondentai: 1 (9 proc.) – jaunas žmogus; 4 (36 proc.) – vidutinio amžiaus; 3 (27 proc.) – pagyvenę ir 3 (27 proc.) – seni žmonės.

Vidutinio nepriklausomumo (t.y. 5-6 balai) grupėje buvo 4 (40 proc.) ir 6 (60 proc.) – seni žmonės. Vidutiniam priklausomumo lygmeniui (t.y. 3-4 balai) priskiriami 2 (17 proc.) jauni žmonės; 3 (25 proc.) vidutinio amžiaus; 4 (33 proc.) pagyvenę ir 3 (25 proc.) seni žmonės. O visiškai priklausomi (t.y. 0-2 balai) buvo 4 (15 proc.) vidutinio amžiaus žmonės; 6 (22 proc.) pagyvenę; 13 (48 proc.) senų asmenų ir 4 (15 proc.) labai senų žmonių grupė.

Taigi, 9 (64,3 proc.) jauno ir vidutinio amžiaus žmonių yra priklausomi nuo kitų pagalbos, o pagyvenusių, senų ir labai senų amžiaus grupėje 30 (65 proc.) yra priklausomi nuo kitų pagalbos. Šie rezultatai

liudija, kad priklausomybė nuo kitų pagalbos yra susijusi su ligos sunkumu (5 paveikslas).



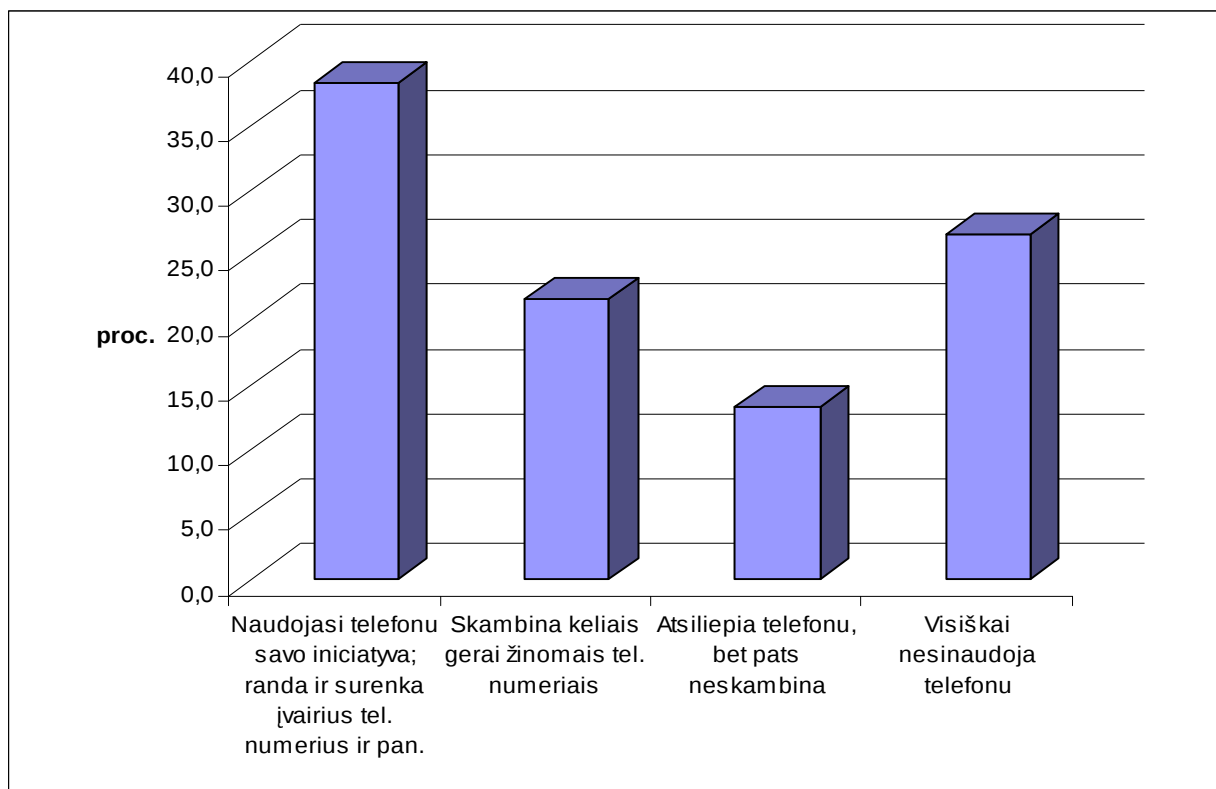
5 paveikslas. Pacientų priklausomumo/nepriklausomumo lygmenų procentinis pasiskirstymas (proc.) pagal amžiaus grupes.

Koreliacija tarp paciento amžiaus ir priklausomumo/nepriklausomumo lygmenų. Yra statistiškai reikšminga neigiama koreliacija tarp amžiaus ir priklausomumo lygio. Neparametrinis (nes 0-8 balų skalė greičiau priskirtina ranginiam, nei intervaliniam kintamajam) Spearmano koreliacijos koeficientas lygus $-0,322$, t.y. vidutinė neigiama koreliacija tarp kintamųjų, t.y. kuo vyresnis respondentas, tuo jis surinko mažiau balų, pagal kuriuos vertinamas nepriklausomumas/priklausomumas.

Ryšys tarp amžiaus grupių ir nepriklausomumo/priklausomumo lygmenų. Statistinė analizė parodė statistiškai reikšmingą ryšį tarp šių požymių. Kendall's tau-b ryšio koeficientas lygus $0,241$ (silpnas ryšys).

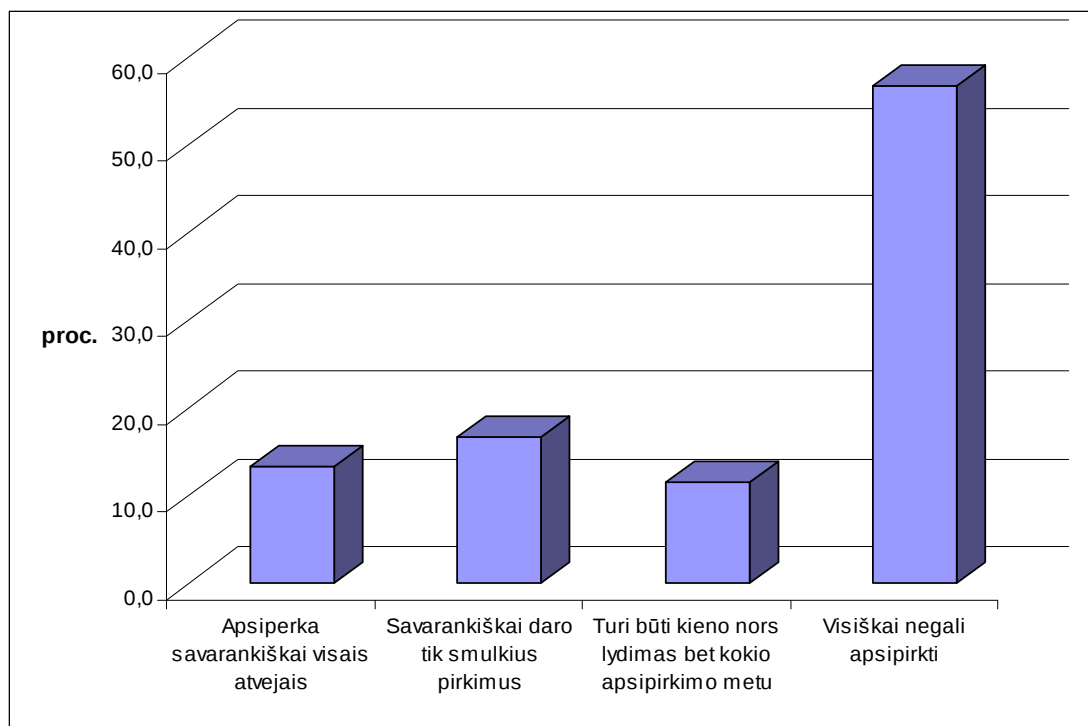
Pacientų savarankiškumas buvo analizuojamas vertinant pacientų gebėjimus atlikti buitines veiklas - buvo analizuojama, kaip pacientai

geba naudotis telefonu. Iš apklaustųjų 23 (38 proc.) pacientai geba laisvai naudotis telefonu, 13 (22 proc.) pacientų skambina tik keliais žinomais numeriais, 8 (13 proc.) – sugeba tik atsiliiepti telefonu ir net 16 (27 proc.) pacientų visiškai nesinaudoja telefonu. Galima teigti, kad pacientai gana neblogai naudojami telefonu (ryšio priemonėmis), o tai reiškia, kad ryšys su aplinka, pasauliu nėra stipriai apribotas (6 paveikslas).



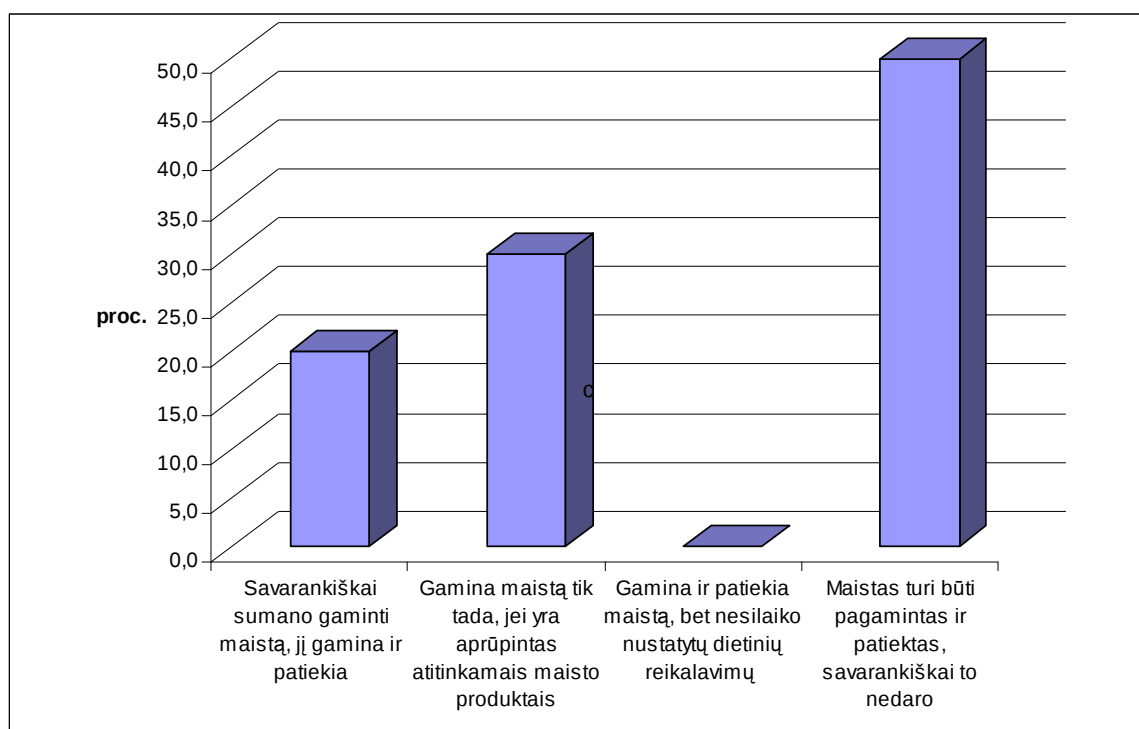
6 paveikslas. Pacientų gebėjimas naudotis telefonu.

Buvo tiriamas pacientų gebėjimas įsigyti pirkinius. Visiškai savarankiškai tai padaryti sugeba tik 8 (13 proc.) pacientai iš visų apklaustųjų ir net 34 (57 proc.) pacientai patys visiškai negali apsipirkti (7 paveikslas). Vadinasi yra sumažėjęs pacientų savarankiškumo rodiklis, o tai priklauso nuo paciento judėjimo (mobilumo) galimybių, amžiaus, sveikatos būklės, psichinės būsenos.



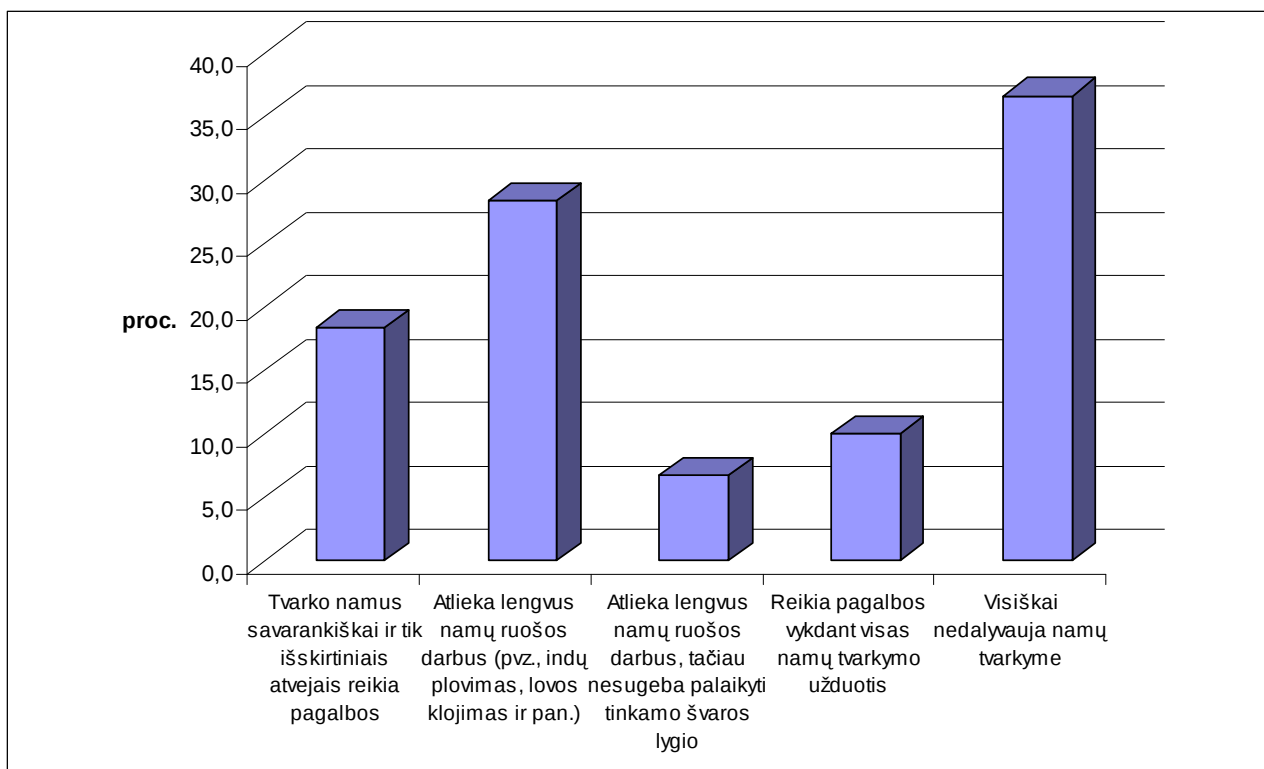
7 paveikslas. Pacientų gebėjimas įsigyti pirkinius.

Tyrėme, kaip pacientas gali gamintis maistą. Gavome šiuos rezultatus: savarankiškai maistą gamina 12 (20 proc.) respondentų; gamina maistą tik tada, jei yra aprūpinti maisto produktais 18 (30 proc.) respondentų ir net pusė respondentų 30 (50 proc.) savarankiškai negamina. Galima teigti, kad pusei pacientų reikalinga pagalba gaminant maistą, o tai reiškia didelį jų savarankiškumo sumažėjimą. Jiems būtina socialinė pagalba (8 paveikslas).



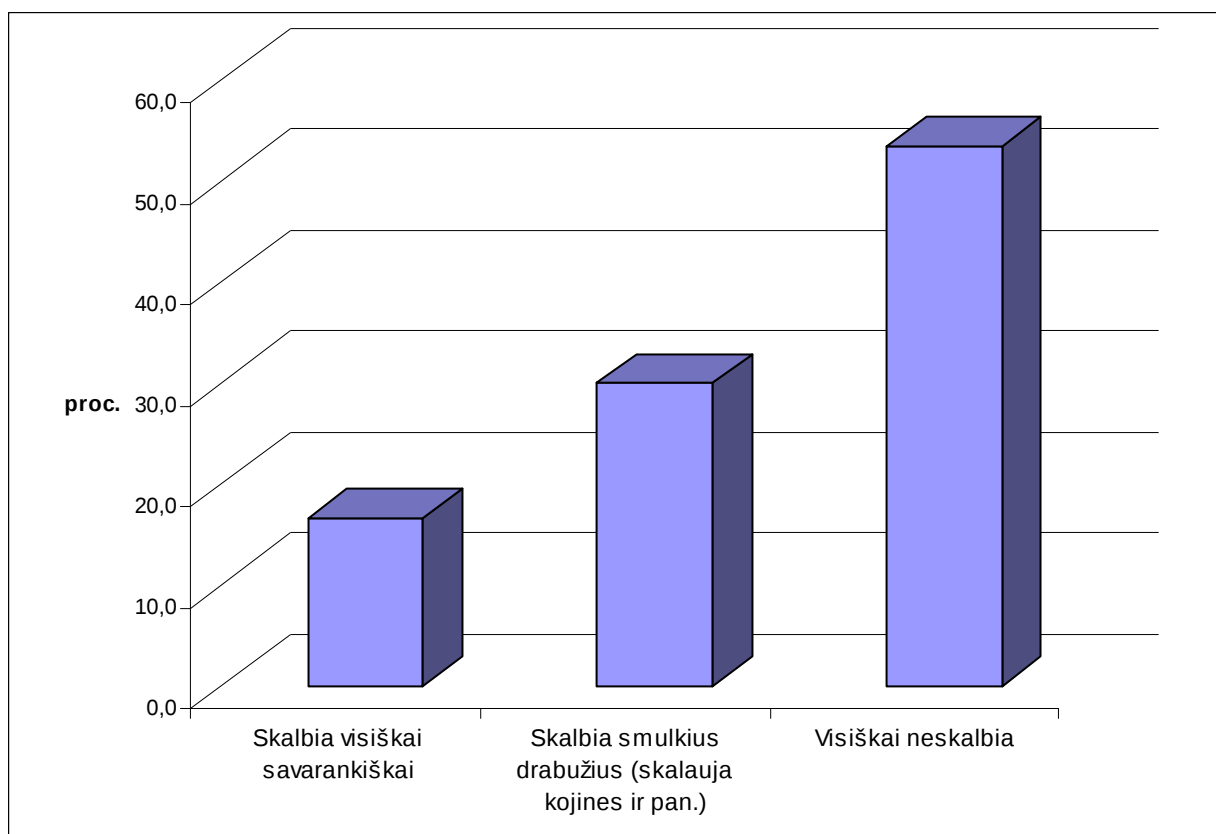
8 paveikslas. Maisto gaminimas.

Tyrime buvo vertinta, kaip pacientai geba tvarkytis namuose. Didžiausia dalis – 22 respondentai (37 proc.) visiškai netvarko namų. Savarankiškai tvarko namus 11 (18 proc.) pacientų; lengvus namų ruošos darbus atlieka 16 (28 proc.) respondentų. 5 (7 proc.) atlieka lengvus namų ruošos darbus, bet nesugeba palaikyti tinkamo švaros lygio ir 6 (10 proc.) respondentams reikia pagalbos vykdant visas namų tvarkymo užduotis. Taigi, daugumai pacientų reikalinga socialinė pagalba atliekant namų ruošą, o tai atspindi socialinį paslaugų poreikį (9 paveikslas).



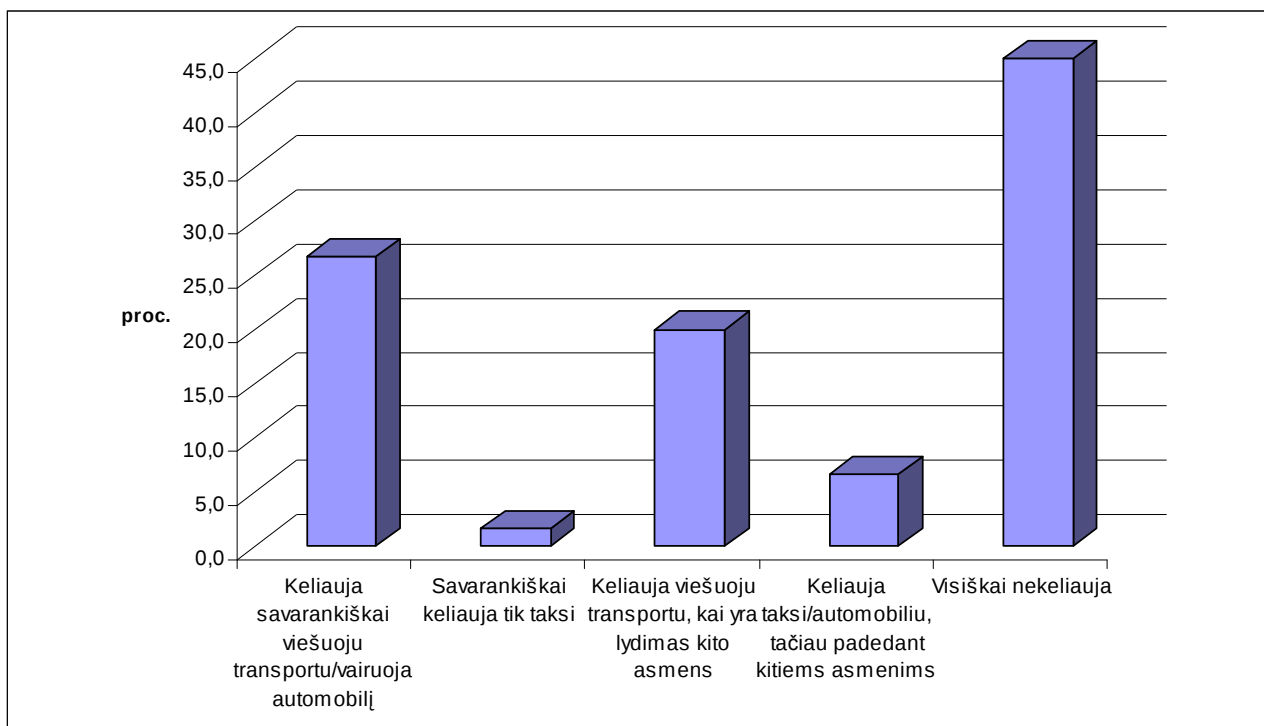
9 paveikslas. Pacientų gebėjimas tvarkytis namus.

Tyrėme, ar pacientas gali pats skalbti. Net 32 (53 proc.) respondentai patys visiškai nescalbia. 18 (30 proc.) asmenų skalbia tik smulkius drabužius ir 10 (17 proc.) respondentų skalbia visiškai savarankiškai. Galima teigti, kad pusė pacientų visiškai negali skalbti, o tai reiškia, kad jiems reikalinga socialinė priežiūra.



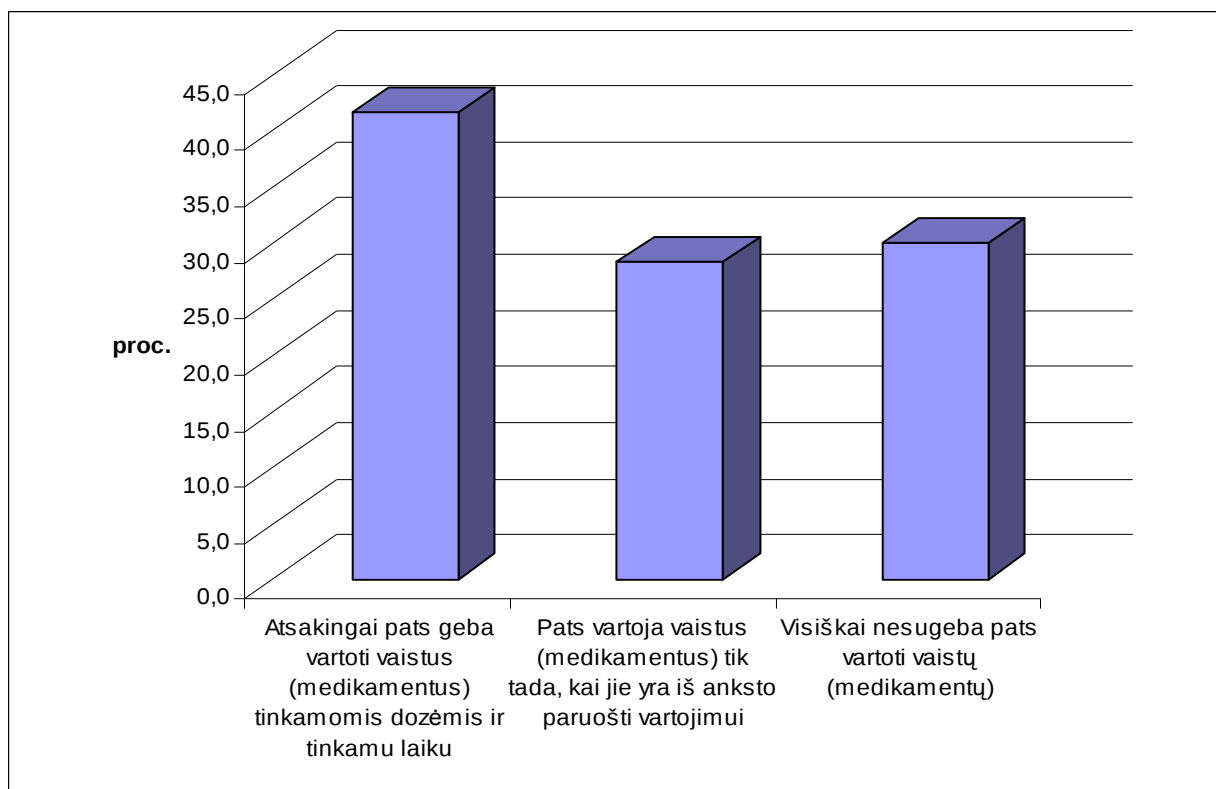
10 paveikslas. Pacientų gebėjimas skalbti.

Buvo tiriamas pacientų gebėjimas judėti, keliauti iš vienos vietos į kitą. Nustatėme, kad visiškai nekeliauja 27 (45 proc.) asmenys. Keliauja taksi ar automobiliu, tačiau padedant kitiems asmenims 4 (7 proc.) apklaustieji. Keliauja viešuoju transportu, kai yra lydimas kito asmens 12 (20 proc.) respondentų. Savarankiškai keliauja tik taksi (viešuoju transportu nesinaudoja) 1 (2 proc.) asmuo ir 16 (27 proc.) respondentų savarankiškai keliauja viešuoju transportu ar savarankiškai vairuoja automobilį. Galime daryti išvadą, kad pusė pacientų visiškai nekeliauja, o tai rodo sumažėjusį judėjimą (mobilumą), nes dauguma pacientų dėl lėtinės ligos ar senatvinių organizmo pakitimų yra ribojami judėti aplinkoje.



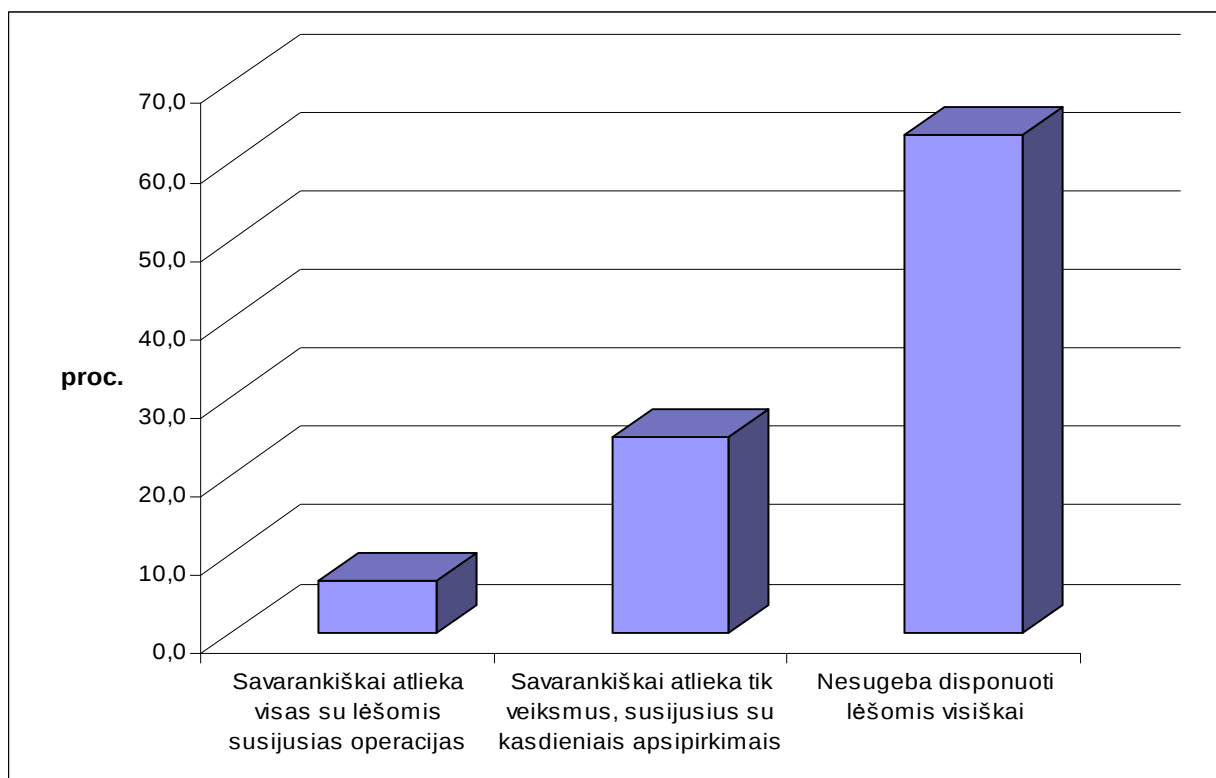
11 paveikslas. Judėjimas iš vienos vietos į kitą.

Tyrėme pacientų atsakomybę, kaip jie geba tinkamai vartoti vaistus. Nustatėme, kad atsakingai patys geba vartoti vaistus tinkamomis dozėmis ir tinkamu laiku 25 (42 proc.) respondentai, 17 (28 proc.) asmenų patys vartoja vaistus tik tada, kai jie yra iš anksto paruošti vartojimui, o 18 (30 proc.) respondentų patys vartoti vaistų nesugeba (12 paveikslas).



12 paveikslas. Atsakomybė dėl tinkamo vaistų vartojimo.

Tyrime taip pat nagrinėjome pacientų gebėjimą disponuoti piniginėmis lėšomis. Savarankiškai atlieka visas su piniginėmis lėšomis susijusias operacijas tik 4 (9 proc.) respondentai, 16 (26 proc.) asmenų savarankiškai atlieka tik veiksmus, susijusius su kasdieniais pirkiniais, tačiau jiems reikia pagalbos atliekant operacijas banke, vykdant stambesnius pirkimus. Net 40 (65 proc.) apklaustųjų visiškai nesugeba disponuoti piniginėmis lėšomis (13 paveikslas).



13 paveikslas. Gebėjimas disponuoti piniginėmis lėšomis.

Apibendrinami pacientų įprastų kasdieninio gyvenimo veiklų vykdymo skalę, galime teigti, kad daugiau nei 50 proc. pacientų yra būtina socialinė ir medicininė pagalba, kad jie galėtų tenkinti savo būtinąsias veiklas. Tirdami nustatėme, kad net 65 proc. apklaustųjų yra priklausomi nuo kitų pagalbos, priklausomumo lygmens koeficientas (vidurkis) yra 3,5 balai. Vadinasi, respondentui reikalinga nuolatinė pagalba namuose, kad jis galėtų jaustis saugiai, patenkindamas būtinausius poreikius, susijusius su jo gyvenimo veiklomis.

4.3. Pusiausvyros ir eisenos vertinimo pagal Tinetti skalę tyrimas

Žmogus nuolat juda. Sklandų jo judėjimą užtikrina judėjimo atramos aparatas, kitos gyvybinės veiklos. Judėjimas, dėl neigiamo jų poveikio, gali keistis, tapti ribotas, o pacientas nesavarankiškas. Pusiausvyra ir eiseną yra viena iš judamojo aparato dalių. Praradus šiuos gebėjimus sutrinka judėjimo funkcija. Žmogus tampa priklausomas nuo kitų pagalbos. Tad norėdami išsiaiškinti pacientų gebėjimą judėti ir kokia pagalba jam reikalinga, atlikome pusiausvyros ir eisenos vertinimo tyrimą.

Vertinant ligonius, buvo stebimi tokie pagrindiniai judesiai: kūno padėties keitimas lovoje, sėdėjimas, atsisėdimas, atsistojimas, stovėjimas, ėjimas, žingsniavimas, pusiausvyros išlaikymas. Buvo svarbu išsiaiškinti, ar pacientui reikalinga:

- maksimali pagalba, kai pacientas dalyvauja minimaliai, pats atlieka tik minimalius judesius ar rodo iniciatyvą, ar visai negali judėti;
- vidutinė pagalba – reikalinga vidutinė fizinė pagalba, pacientas pats atlieka iki 50 veiksmų;
- minimali pagalba – iki 75 proc. veiksmų atlieka pats pacientas, pavyzdžiui, jam reikia tik paduoti pagalbines priemones, prižiūrėti ar minimaliai padėti [41].

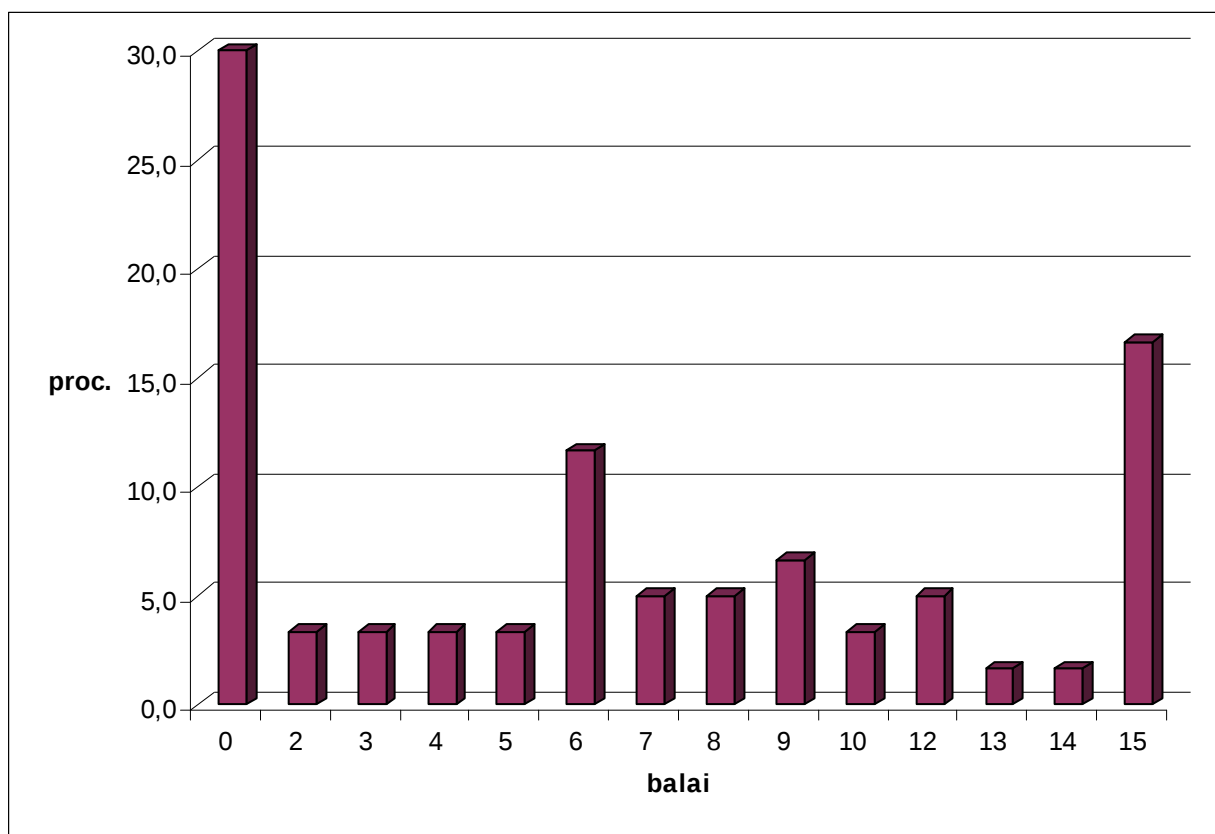
Pusiausvyros rezultate iš 16 galimų surinkti balų, daugiausiai surinko 15 balų, mažiausiai 0 balų. Kuo mažesnis surinktų balų skaičius, tuo labiau sutrikusi pusiausvyros funkcija. Pacientų surinktų pusiausvyros balų vidurkis buvo 6,4 balo iš 16 galimų. Kadangi surinktų balų vidurkis 6,4, tai juntamas žymus pacientų pusiausvyros sutrikimas. Eisenos gautame rezultate iš 12 galimų surinkti balų, daugiausiai surinko 10 balų, mažiausiai 0 balų. Kuo mažesnis surinktų balų skaičius, tuo ženklėsnis eisenos sutrikimas. Respondentų surinktų eisenos balų vidurkis buvo 3,5 balo iš 12 galimų surinkti. Pagal gautus rezultatus, galima spręsti, kad buvo ženklus pacientų eisenos sutrikimas. Pusiausvyra ir eiseną atspindi paciento gebėjimą judėti, tad buvo paskaičiuotas pacientų judrumo rezultatas, sudėjus pusiausvyros ir eisenos rezultatus, iš galimų surinkti 28 balų, maksimali reikšmė buvo 25 balai, o vidutinis judrumo rezultato balas buvo 9,9 balo. Mažiausias surinktas balų skaičius buvo 0, o didžiausias – 25 balai. Mediana – 9 balai, t.y. 50 pacientų surinko ne daugiau nei 9 balus ir 50 pacientų surinko ne mažiau nei 9 balus. Pagal gautus balų rezultatus, galime teigti, kad matomas žymiai ribotas pacientų judrumas (mobilumas) (7 lentelė).

7 lentelė. Pusiausvyros, eisenos ir galutinis judrumo rezultatai.

	N	Vidurkis	Mediana	Minimali reikšmė	Maksimali reikšmė
--	---	----------	---------	------------------	-------------------

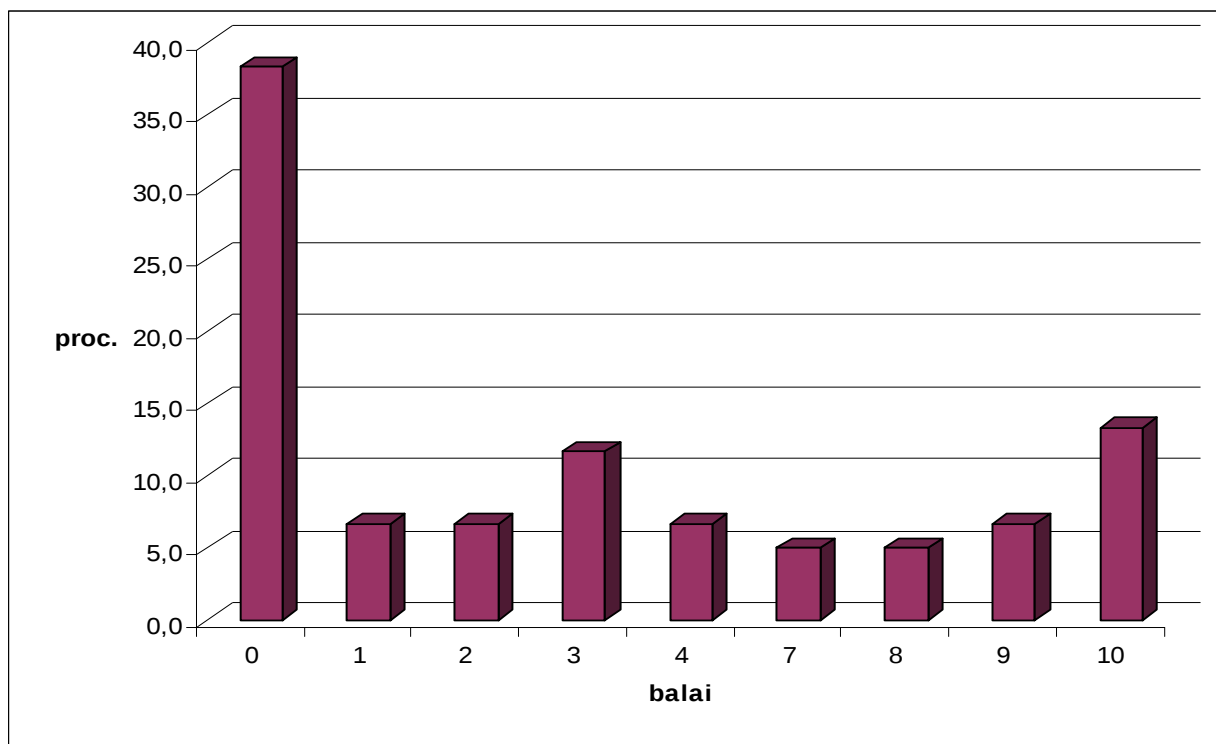
Pusiausvyros rezultatas (iš 16 balų)	60	6,4	6	0	15
Eisenos rezultatas (iš 12 balų)	60	3,5	2	0	10
Judrumo rezultatas (iš 28 balų)	60	9,9	9	0	25

Tyrėme pacientų pusiausvyros procentinį pasiskirstymą. Gavome, kad 18 (30 proc.) pacientų surinko minimalų pusiausvyros balų skaičių – 0 balų. 15 balų surinko 10 (17 proc.) pacientų, o 7 (12 proc.) pacientų surinko 6 balus. Pacientų surinktų pusiausvyros balų vidurkis buvo 6,4 (iš 16 galimų) (14 paveikslas).



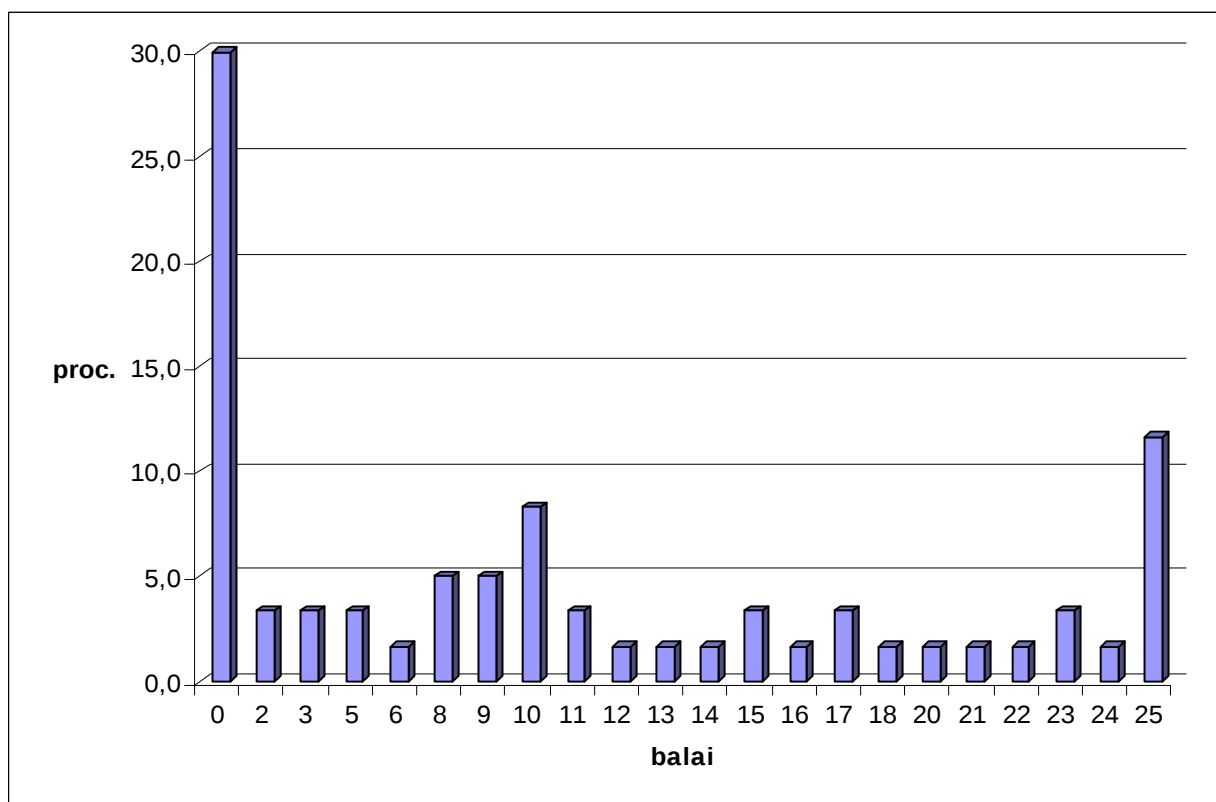
14 paveikslas. Pusiausvyros rezultatų procentinis pasiskirstymas.

Tyrime taip pat nagrinėjome pacientų eisenos procentinį pasiskirstymą. Net 23 (38 proc.) pacientai surinko 0 balų iš 12 galimų. 7 (12 proc.) pacientai surinko 3 balus. 10 balų surinko 8 (13,3 proc.) pacientai. Taigi, didelei daliai pacientų reikalinga padėti einant, jiems yra būtinos techninės pagalbos priemonės – vaikštytynė, lazdelė (15 paveikslas).



15 paveikslas. Eisenos rezultatų procentinis pasiskirstymas.

Sudėjus pusiausvyros ir eisenos rezultatus, išvedėme galutinį judrumo rezultatą. Gavome, kad 18 (30 proc.) pacientų surinko 0 balų; 5 (8 proc.) pacientai – 10 balų; 7 (12 proc.) pacientai – 25 balus. Mediana – 9 balai, t.y. 50 proc. pacientų surinko ne daugiau nei 9 balus ir 50 proc. pacientų surinko ne mažiau nei 9 balus (16 paveikslas).



16 paveikslas. Galutinis judrumo rezultatas.

Ryšys tarp paciento lyties ir pusiausvyros, eisenos ar galutinio judrumo rezultato. Statistiškai reikšmingo ryšio nei vienu iš trijų atvejų nerasta (lytis-pusiausvyra; lytis-eisena; lytis-judrumas).

Koreliacija tarp paciento amžiaus ir pusiausvyros, eisenos ar galutinio judrumo rezultato. Statistiškai reikšmingų koreliacijų nerasta (visais atvejais reikšmingumo lygmuo yra gerokai didesnis nei 0,05).

4.4. Kritimų rizikos vertinimo tyrimas

Šiame tyrime buvo vertinta, kokie rodikliai įtakoja kritimo riziką.

Sprendimas priskirti pacientą prie esančių pavojuje nukristi priklauso nuo kiekvieno atvejo atskirai, tačiau viena iš galimų gairių yra žemiau esantys kriterijai (žr. 8 lentelę). Jei pacientas atitinka bent vieną žvaigždute pažymėtą kriterijų arba bet kuriuos kitus 4 ar daugiau kriterijų, jis turi būti pripažintas kaip galintis nukristi.

Pagal tyrimo duomenis, 77 proc. pacientų buvo vyresni nei 60 metų, t.y. jie įeina į pagyvenusių, senų ir labai senų žmonių grupę. Iš jų net

71,7 proc. buvo nukritę prieš patenkant į ligoninę, vadinasi šie pacientai turi būti pripažinti kaip galintys nukristi.

Nagrinėjome fizinę pacientų būklę, kuri galėtų įtakoti pacientų kritimą. Gavome rezultatą, kad 71,7 proc. pacientų jaučia galvos svaigimą.

Taip pat tyrėme dar vieną fizinę būklę, kuri yra viena iš kritimo rizikos faktorių – tai netvirta eisena, gavome rezultatą, kad 71,7 proc. respondentų yra sutrikusi eisena. Kadangi mūsų tyrime dalyvavo dauguma vyresnių nei 60 metų pacientų, o jie priskiriami pagyvenusių, senų ir labai senų žmonių grupei, tai šis rodiklis (netvirta eisena) siejasi su šių žmonių senatviniais organizmo pokyčiais.

Tyrėme fizinės būklės kriterijų – silpnumą. Net 88,3 proc. pacientų jaučia silpnumą. Tai vienas iš kritimo rizikos rodiklių.

Labai dažnas kritimo rizikos faktorius buvo silpnas regėjimas. Apklausus pacientus paaiškėjo, kad 71,7 proc. pacientų silpnai mato.

Buvo tirama pacientų klausa, nustatėme, kad 55 proc. apklaustųjų turi silpną klausą.

Tyrėme pacientų psichikos būklę. Nustatėme, kad 53,3 proc. respondentų turi orientacijos sutrikimų, o 73,3 proc. silpną atmintį. Šie sutrikimai liudija saugios aplinkos palaikymo sumažėjimą.

Nagrinėjome pacientų vaistų vartojimą, gavome tokius rezultatus: daugiausiai net 90 proc. vartojo centrinę nervų sistemą slopinančius ir kraujo spaudimą mažinančius vaistus. 33,3 proc. – virškinamojo trakto veiklą skatinančius vaistus ir 25 proc. diuretikus. Dažniausiai pacientus vargina nemiga, nerimas, padidėjęs kraujospūdis.

Buvo tirama, kokias daugiausiai pacientai naudoja ambulatorinės pagalbos priemones, kurios sumažina kritimo laipsnį. Žmogaus su negalia vežimėlį naudoja 30 proc. pacientų, lazdelę - 28,3 proc., vaikštynę - 10 proc., ramentus - 6,7 proc., geriatrinę kėdę - 3,3 proc. ir ortopedinį įtvarą - 1,7 proc. Galime daryti išvadą, kadangi dauguma pacientų nevaikšto, tai jie pagalbines priemones naudoja ribotai. Sumažėja pacientų savirūpa, todėl jiems būtina patenkinti saugios aplinkos judėjimo gyvybinę veiklą.

Suminis kritimų rizikos įvertinimo punktų rodiklis parodė, jog 100 proc. pacientų atitiko 4 ir daugiau kriterijų, t.y. pagal šią gairę visi pacientai turi būti pripažinti kaip esantys pavojuje nukristi.

Statistiškai reikšmingo ryšio tarp pacientų atitinkančių punktų skaičiaus ir amžiaus arba lyties nėra.

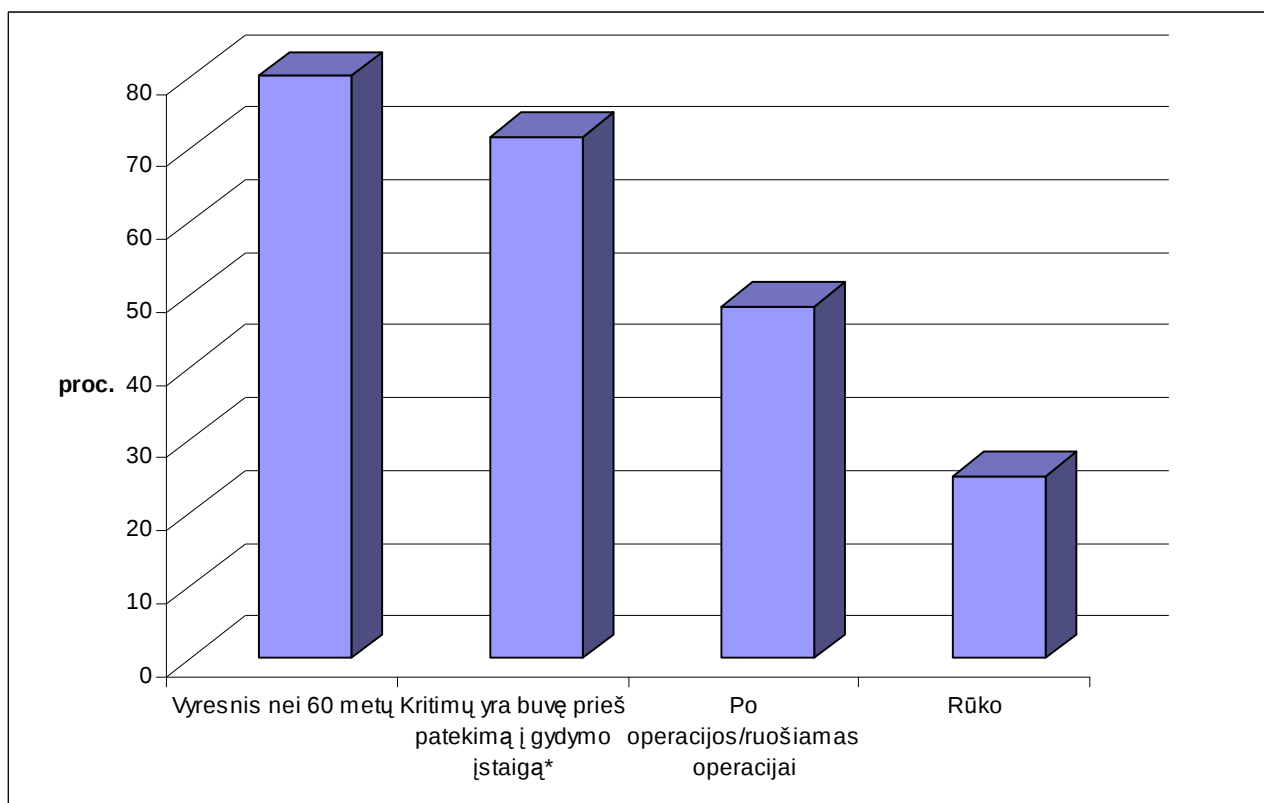
8 lentelė. Procentinis kritimo rizikos punktų atsakymų pasiskirstymas.

Kriterijus	Taip (%)	Ne (%)
Pagrindiniai duomenys		
Vyresnis nei 60 metų	77	23
Kritimų yra buvę prieš patekimą į gydymo įstaigą*	71,7	28,3
Po operacijos/ruošiamas operacijai	48,3	51,7
Rūko	25	75
Fizinė būklė		
Galvos svaigimas/svaigulys	71,7	28,3
Netvirta eisena	71,7	28,3
Ligos/sutrikimai veikiantys pagrindinius sąnarius	41,7	56,7
Silpnumas	88,3	11,7
Parezė	43,3	56,7
Alpimus sukeliantys sutrikimai	5	95
Silpnas regėjimas	71,7	28,3
Silpna klausa	55	45
Viduriavimas	13,3	86,7
Dažnas šlapinimasis	36,7	63,3
Psichikos būklė		
Orientacijos sutrikimai*	53,3	46,7
Silpna atmintis	73,3	26,7
Negalėjimas suprasti ir vykdyti nurodymų	32,2	67,8
Vartojami vaistai		
Diuretikai/šlapimą skatinantys	25	75
Centrinę nervų sistemą slopinantys ar kraujo spaudimą mažinantys	90	10
Medikamentai, skatinantys virškinamojo trakto veiklą	33,3	66,7
Naudojamos ambulatorinės pagalbos priemonės		

Lazdelė	28,3	71,7
Ramentai	6,7	93,3
Vaikštyne	10	90
Invalido vežimėlis	30	70
Geriatrinė kėdė	3,3	96,7
Ortopedinis įtvaras	1,7	98,3

Tyrėme pacientų duomenis, kurie turėjo įtakos kritimų rizikai. Net 43 (72 proc.) pacientams yra buvę kritimų prieš patenkant į gydymo įstaigą, t.y. šie pacientai turi būti pripažinti kaip galintys nukristi. 48 (80 proc.) pacientai yra vyresni nei 60 metų. 29 (48 proc.) pacientai yra po operacijos arba ruošiami jai. Rūko 15 (25 proc.) pacientų (17 paveikslas).

Iš gautų rezultatų galime teigti, kad kritimo pavojų lemia vyresnis amžius, anksčiau buvę kritimai, buvusi operacija.

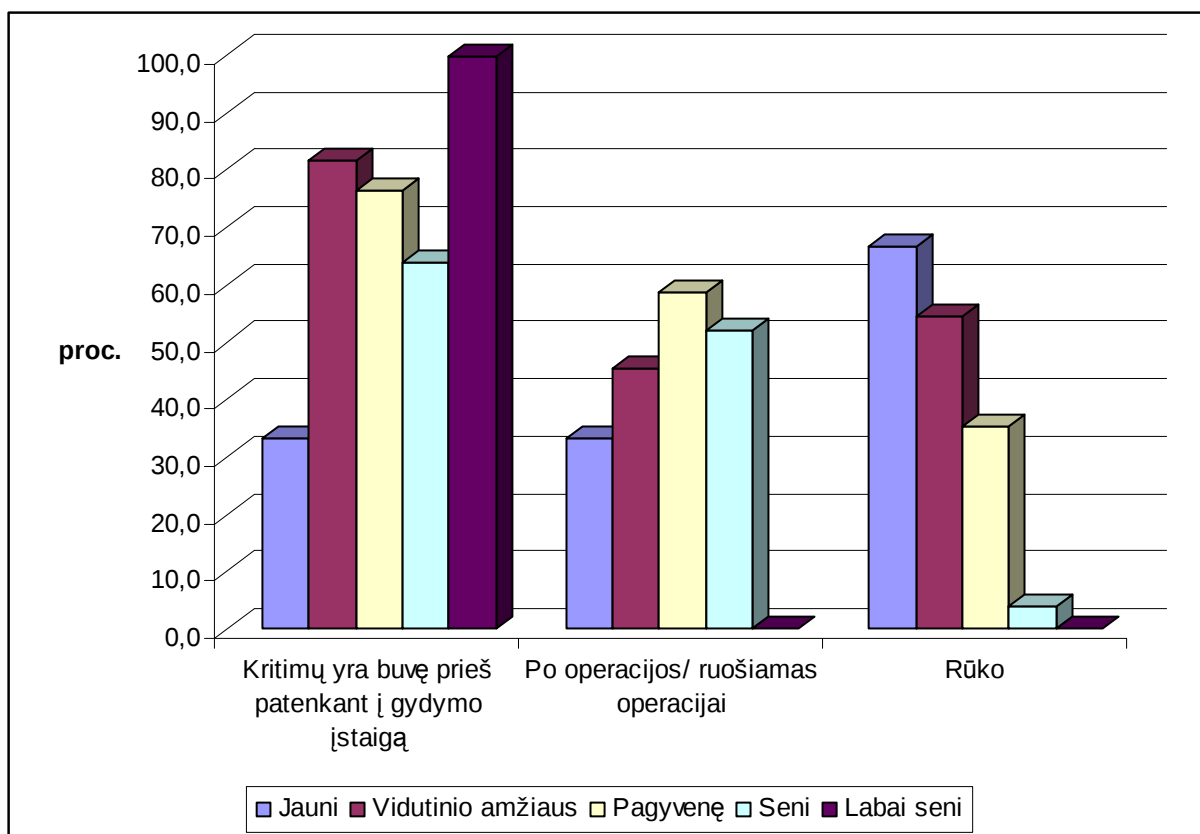


17 paveikslas. Pagrindiniai pacientų duomenys, turintys įtakos kritimų rizikai.

Nagrinėjome pagrindinius pacientų kritimų rizikos duomenis pagal amžiaus grupes. Išanalizavus gautus duomenis, matome, jog kritimų buvo

anksčiau 1 (33 proc. visos šios amžiaus grupės) jaunam respondentui; 9 (82 proc.) vidutinio amžiaus pacientams; 13 (76,5 proc.) pagyvenusių asmenų; 16 (64 proc.) senų ir 4 (100 proc.) labai seniems respondentams. Po operacijos buvo 1 (33 proc.) jaunas žmogus; 5 (46 proc.) vidutinio amžiaus; 10 (59 proc.) pagyvenusių; 13 (52 proc.) senų ir nei vieno labai seno. Rūko 2 (67 proc.) jauni pacientai; 6 (54,5 proc.) vidutinio amžiaus; 6 (35 proc.) pagyvenę; 1 (4 proc.) senas ir nei vienas labai senas pacientas.

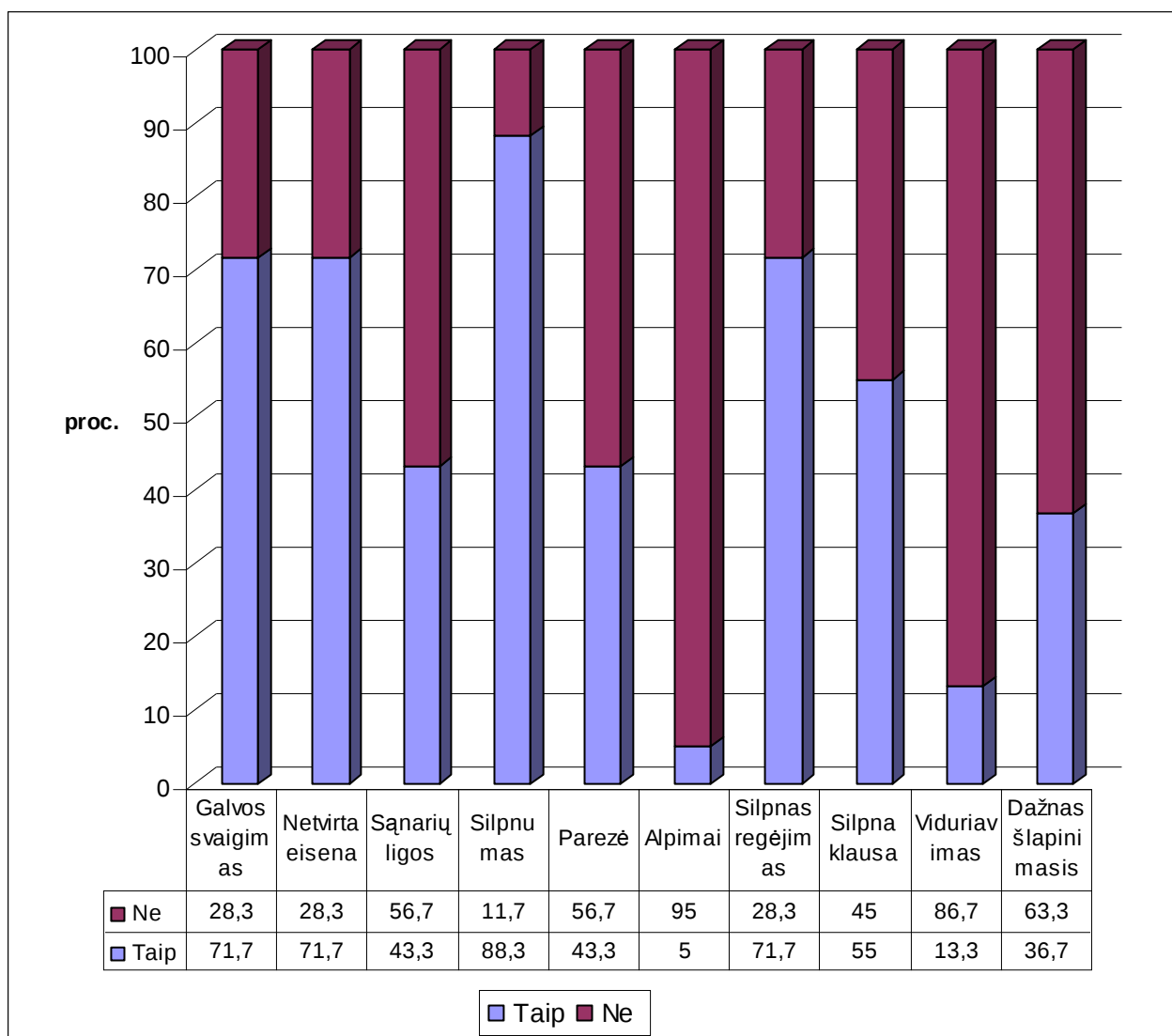
Galime sakyti, kad pagyvenusių, senų ir labai senų žmonių amžiaus grupėje 33 (55 proc.) pacientų buvo patyrę kritimų prieš patenkant į gydymo įstaigą, o jaunų ir vidutinio amžiaus grupėje tokių pacientų buvo 10 (17 proc.). Taigi, kritimai buvo dažnesni pagyvenusių, senų ir labai senų žmonių grupėje. Po operacijos pagyvenusių, senų ir labai senų žmonių grupėje buvo 23 (37 proc.), o jaunų ir vidutinio amžiaus grupėje 6 (13 proc.), tai reiškia, kad pagyvenusieji, seni ir labai seni asmenys buvo operuojami ketvirtadaliu dažniau nei jauni, vidutinio amžiaus. Todėl galime daryti išvadą, kad kritimų atsiradimui turėjo reikšmės pacientų amžius, buvę kritimai prieš patenkant į stacionarą, ir buvusios operacijos. Rūkymas kritimams neturėjo žymios reikšmės. (18 paveikslas).



18 paveikslas. Pacientų kritimų rizika pagal amžiaus grupes.

Tyrime buvo vertinta fizinė pacientų būklė. Nustatėme, kad 43 (72 proc.) pacientams svaigsta galva; netvirta eisena būdinga taip pat 43 (72 proc.) pacientams, 26 (43,3 proc.) pacientams būdingi sutrikimai, veikiantys pagrindinius sąnarius. Daugumai pacientų 53 (88 proc.) būdingas silpnumas. Pareze sega 26 (43 proc.) respondentai; tik 3 (5 proc.) respondentams būdingi alpimai. Silpnas regėjimas būdingas 43 (72 proc.) respondentams, 33 (55 proc.) respondentai turi silpną klausą. Viduriavimas būdingas 8 (13 proc.) pacientams; dažnas šlapinimasis – 22 (37 proc.) respondentams.

Vadinasi, daugiau nei pusė pacientų jaučia silpnumą, šiek tiek mažiau galvos svaigimą, turi netvirtą eisną, silpną regėjimą ir silpną klausą. Sąnarių ligomis ir pareze serga mažiau nei pusė pacientų. Šie rodikliai rodo, kad pacientai susiduria su aplinkos reiškiniais, keliančiais pavojų jų saugumo ir judėjimo gyvybinei veiklai. O tai reiškia žmogaus nepriklausomumo sumažėjimą ir atsiradusį slaugos poreikį (19 paveikslas).



19 paveikslas. Fizinė pacientų būklė.

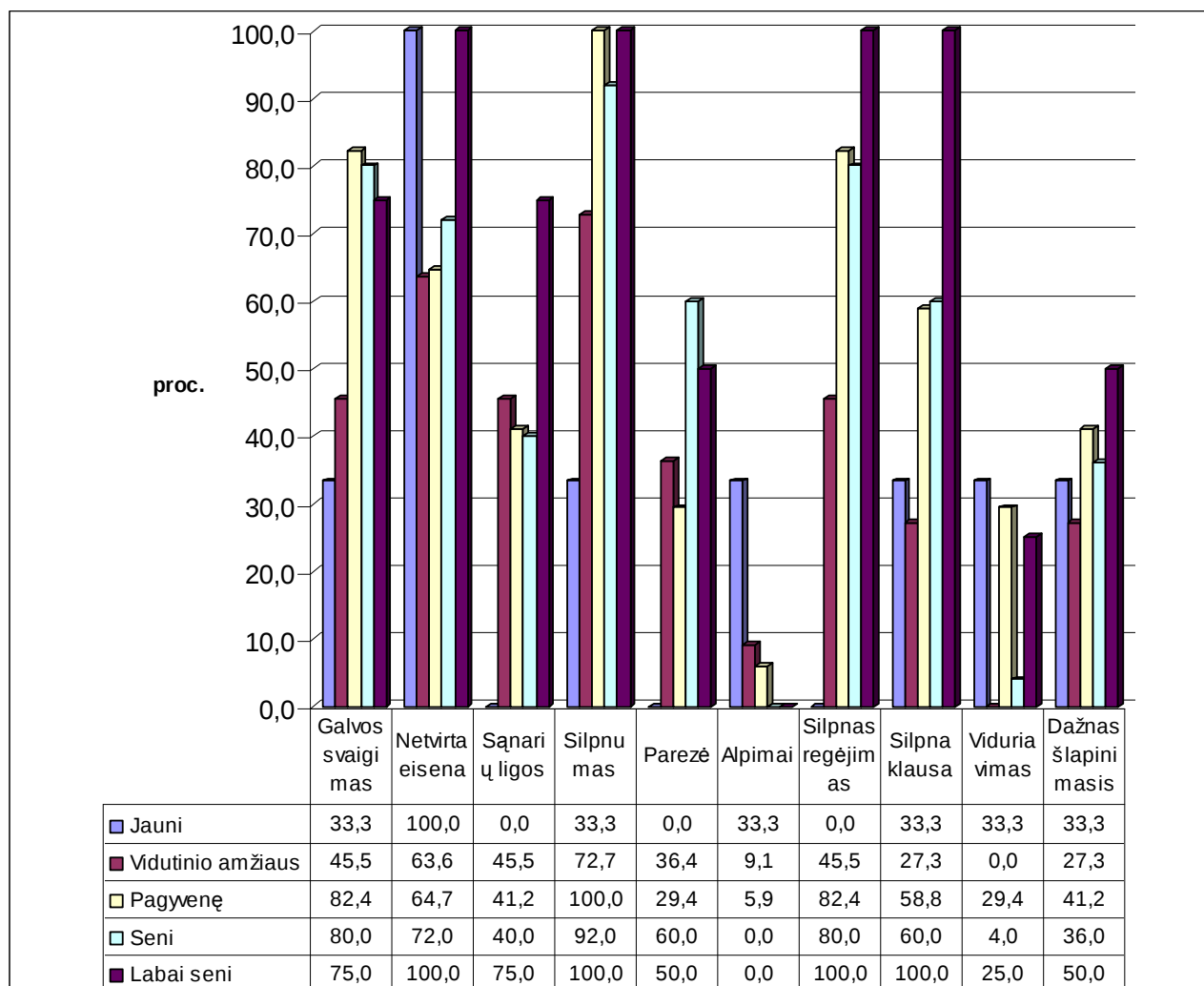
Fizinė pacientų būklė buvo vertinta pagal amžiaus grupes. Nustatyta, kad galva svaigsta 1 (33 proc.) jaunam pacientui; 5 (45,5 proc.) vidutinio amžiaus; 14 (82 proc.) pagyvenusių; 20 (80 proc.) senų ir 3 (75 proc.) labai seniems asmenims. Netvirta eisena būdinga visiems 3 (100 proc.) jauniems pacientams, 7 (64 proc.) vidutinio amžiaus, 11 (65 proc.) pagyvenusių, 18 (72 proc.) senų ir 4 (100 proc.) labai seniems pacientams. Ligomis, veikiančiomis pagrindinius sąnarius, serga 5 (45,5 proc.) vidutinio amžiaus, 7 (41 proc.) pagyvenusių, 10 (40 proc.) senų ir 3 (75 proc.) labai senų pacientų. Silpnumas būdingas 1 (33 proc.) jaunam asmeniui, 8 (73 proc.) vidutinio amžiaus, 17 (100 proc.) pagyvenusių, 23 (92 proc.) senų ir 4 (100 proc.) seniems pacientams. Pareže serga 4 (36 proc.) vidutinio amžiaus, 5 (29 proc.) pagyvenę, 15 (60 proc.) senų ir 2 (50

proc.) labai seni pacientai. Alpimus sukeliantys sutrikimai būdingi 1 (33 proc.) jaunam pacientui, 1 (9 proc.) vidutinio amžiaus ir 1 (6 proc.) pagyvenusiam pacientui. Silpnas regėjimas būdingas 5 (45,5 proc.) vidutinio amžiaus, 14 (82 proc.) pagyvenusių, 20 (80 proc.) senų ir 4 (100 proc.) labai seniems pacientams. Silpna klausa būdinga 1 (33 proc.) jaunam pacientui, 3 (27 proc.) vidutinio amžiaus, 10 (59 proc.) pagyvenusių, 15 (60 proc.) senų ir 4 (100 proc.) labai seniems pacientams. Viduriavimas būdingas 1 (33 proc.) jaunam pacientui, 5 (29 proc.) pagyvenusiems, 1 (4 proc.) senam ir 1 (25 proc.) labai senam pacientui. Dažnas šlapinimasis būdingas 1 (33 proc.) jaunam pacientui, 3 (27 proc.) vidutinio amžiaus, 7 (41 proc.) pagyvenusiems, 9 (36 proc.) seniems ir 2 (50 proc.) labai seniems pacientams.

Apibendrinant galime teigti, kad galvos svaigimą jaunų ir vidutinio amžiaus pacientų grupėje jautė 6 (43 proc.) pacientai, o pagyvenusių, senų ir labai senų žmonių grupėje 37 (80 proc.) pacientams, silpnumą jautė jaunų ir vidutinio amžiaus grupėje buvo 9 (64 proc.) asmenims, o pagyvenusių, senų ir labai senų grupėje – 44 (96 proc.), silpnas regėjimas jaunų ir vidutinio amžiaus grupėje buvo 5 (36 proc.) pacientų, o pagyvenusių, senų ir labai senų grupėje – 38 (83 proc.) pacientams, susilpnėjusi klausa jaunų ir vidutinio amžiaus pacientų grupėje buvo 4 (29 proc.), o pagyvenusių, senų ir labai senų grupėje – 29 (63 proc.) pacientų, sąnarių ligomis skundėsi 5 (36 proc.) jaunų ir vidutinio amžiaus pacientų, o pagyvenusių, senų ir labai senų grupėje – 20 (43 proc.) pacientų; parėzė jaunų ir vidutinio amžiaus grupėje buvo 4 (28 proc.), o pagyvenusių, senų ir labai senų grupėje – 22 (48 proc.); šlapinimosi sutrikimų jaunų ir vidutinio amžiaus grupėje buvo 4 (29 proc.) o pagyvenusių, senų, labai senų grupėje – 18 (39 proc.) pacientų; viduriavimas jaunų ir vidutinio amžiaus grupėje buvo 1 (7 proc.) pacientui, o pagyvenusių, senų ir labai senų grupėje – 7 (15 proc.) pacientams. Kaip matome, šiems sutrikimams turėjo įtakos amžius.

Netvirta eisena jaunų ir vidutinio amžiaus grupėje buvo 10 (71 proc.), o pagyvenusių, senų ir labai senų žmonių grupėje buvo 33 (72 proc.) respondentų, taigi pagal gautus rezultatus sutrikusi eisena

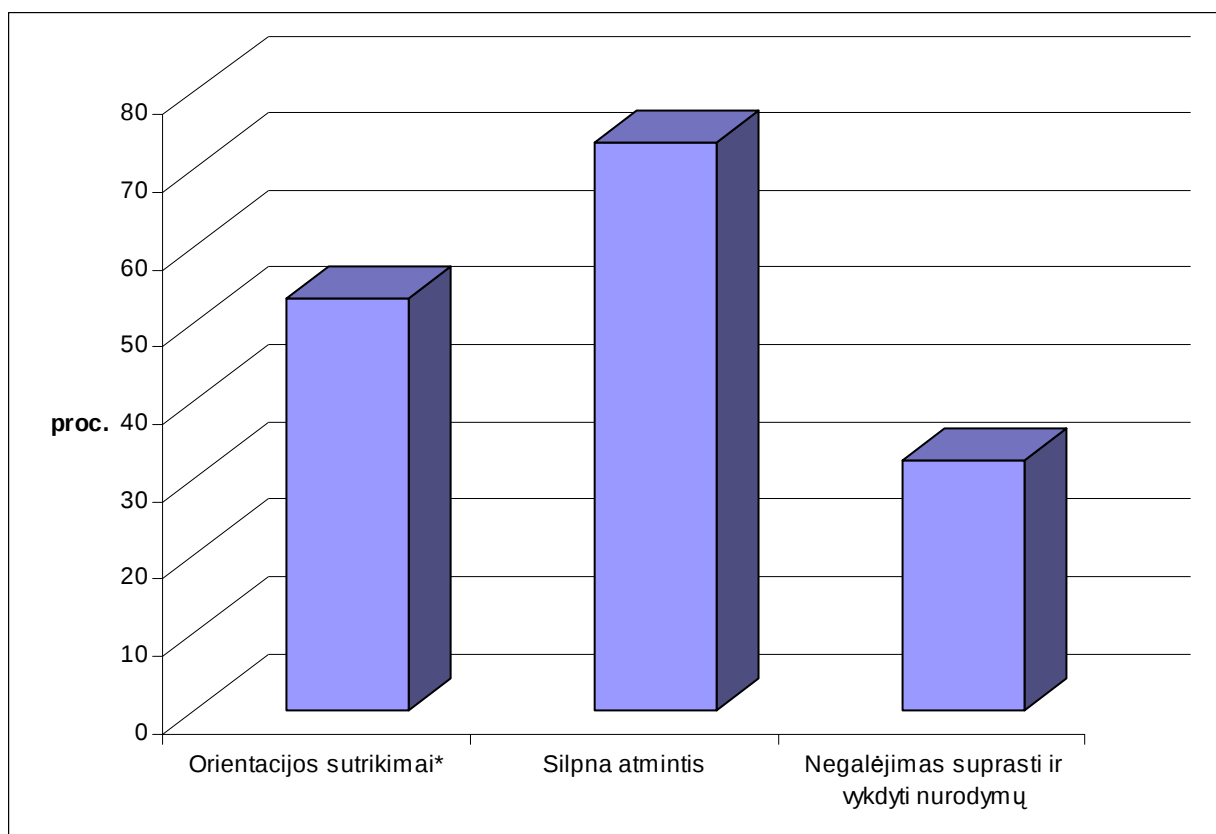
nepriklauso nuo amžiaus, bet priklauso nuo ligos sunkumo, diagnozės (20 paveikslas).



20 paveikslas Fizinė pacientų būklė pagal amžiaus grupes.

Analizavome pacientų psichikos būklę. Orientacijos sutrikimai būdingi 32 (53 proc.) pacientams; silpna atmintis – 44 (73 proc.) pacientams; negalėjimas suprasti ir vykdyti nurodymų – 19 (32 proc.) pacientų

Taigi, ryškiausias psichikos sutrikimas buvo pablogėjusi pacientų atmintis. Gautą rezultatą įtakojo daugumos pacientų senatviniai organizmo pokyčiai, kurie susiję su nervų sistema (21 paveikslas).

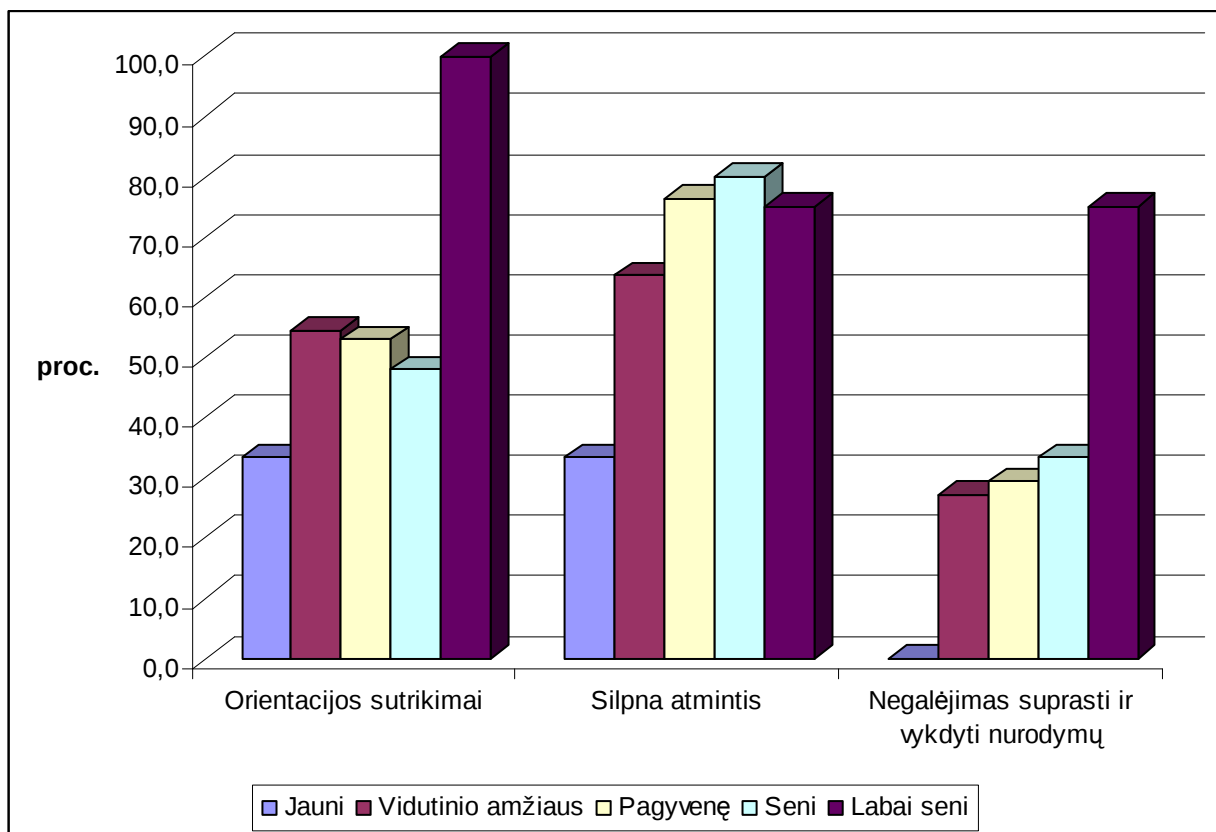


21 paveikslas. Pacientų psichikos būklė.

Psichikos būklė buvo vertinama ir pagal amžiaus grupes. Orientacijos sutrikimai būdingi 1 jaunam pacientui (33 proc.), 6 vidutinio amžiaus (54,5 proc.), 9 pagyvenusiems (53 proc.), 12 senų (48 proc.) ir 4 labai seniems pacientams (100 proc.). Silpna atmintis – 1 jaunam (33 proc.), 7 vidutinio amžiaus (64 proc.), 13 pagyvenusių (76,5 proc.), 20 senų (80 proc.) ir 3 labai seniems pacientams (75 proc.). Negalėjimas suprasti ir vykdyti nurodymų būdingas 3 vidutinio amžiaus (27 proc.), 5 pagyvenusiems (29 proc.), 8 seniems (33 proc.) ir 3 labai seniems (75 proc.) pacientams.

Suskirsčius amžiaus grupes į dvi, gavome tokius rezultatus: jaunų ir vidutinio amžiaus grupėje apklaustųjų 7 (50 proc.) sutrikusi orientacija, o pagyvenusių, senų ir labai senų grupėje – 25 (54 proc.), taigi orientacijos sutrikimams neturi reikšmės amžius. Silpną atmintį jaunų ir vidutinio amžiaus grupėje turi 8 (57 proc.) pacientų, o pagyvenusių senų ir labai senų grupėje – 36 (78 proc.) pacientų. Taigi, atminties susilpnėjimas priklauso nuo pacientų amžiaus. Negalėjimas suprasti ir vykdyti nurodymų jaunų ir vidutinio amžiaus pacientų grupėje buvo 3 (21 proc.), o

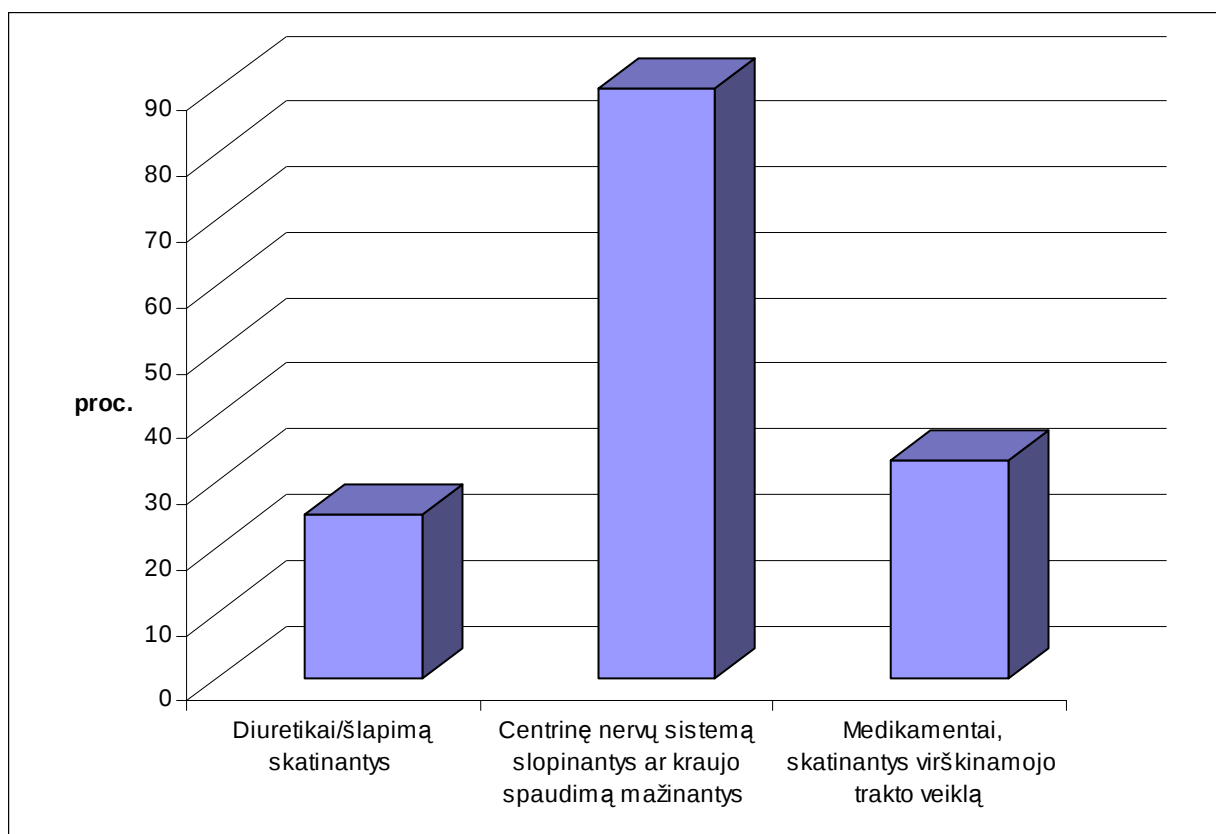
pagyvenusių, senų ir labai senų grupėje – 16 (35 proc.) pacientų. Šis rodiklis rodo, kad pacientų psichikos būklei turi reikšmės pacientų amžius (22 paveikslas).



22 paveikslas. Pacientų psichikos būklė pagal amžiaus grupes.

Tyrėme, kokius vaistus dažniausiai vartojo tyrime dalyvavusieji respondentai. Diuretikus/šlapimą skatinančius vaistus vartojo 15 pacientų (25 proc.). Dauguma pacientų (54 asmenys arba 90 proc.) vartojo centrinę nervų sistemą slopinančius (psichotropiniai, trankvilantai, antidepresantai) ar kraujo spaudimą mažinančius vaistus. Medikamentus, skatinančius virškinamojo trakto veiklą, vartoja 20 pacientų (1 iš 3 pacientų – 33 proc.).

Taigi, daugiausiai pacientai vartojo centrinę nervų sistemą slopinančius ir kraujo spaudimą mažinančius medikamentus (23 paveikslas).

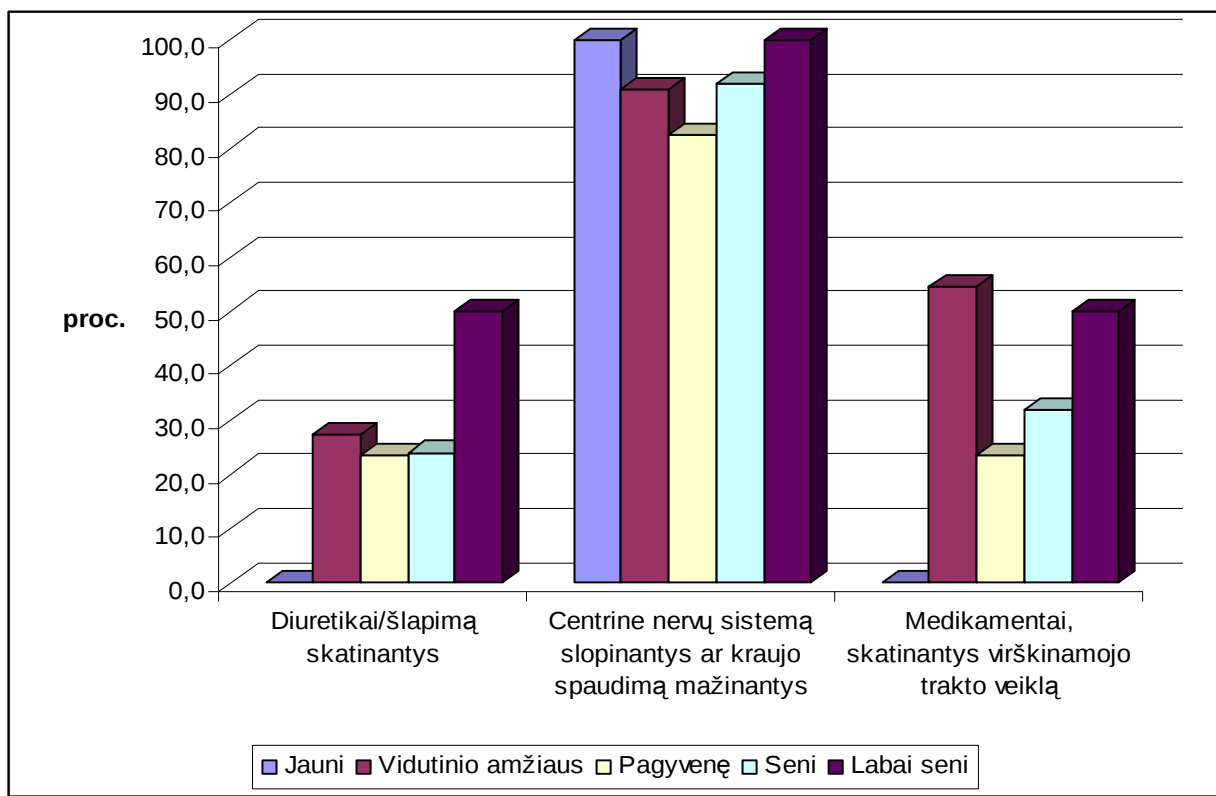


23 paveikslas. Vartojami vaistai.

Nagrinėjome vartojamus vaistus pagal amžiaus grupes. Gavome duomenis, jog diuretikus/šlapimą skatinančius vaistus vartojo 3 vidutinio amžiaus (27 proc.), 4 pagyvenę (23,5 proc.), 6 seni (24 proc.) ir 2 labai seni (50 proc.) pacientai. Centrinę nervų sistemą slopinančius ar kraujo spaudimą mažinančius vaistus vartojo 3 jauni (100 proc.), 10 vidutinio amžiaus (91 proc.), 14 pagyvenusių (82 proc.), 23 seni (92 proc.) ir 4 labai seni asmenys (100 proc.). Medikamentus, skatinančius virškinamojo trakto veiklą, vartojo 6 vidutinio amžiaus (54,5 proc.), 4 pagyvenę (23,5 proc.), 8 seni (32 proc.) ir 2 labai seni pacientai (50 proc.).

Galime teigti, kad diuretikus jaunų ir vidutinio amžiaus grupėje vartojo 3 (21 proc.) pacientai, o pagyvenusių, senų ir labai senų grupėje – 12 (26 proc.) pacientų; centrinę nervų sistemą slopinančius ir kraujo spaudimą mažinančius jaunų ir vidutinio amžiaus grupėje vartojo 13 (93 proc.) apklaustųjų, o pagyvenusių senų ir labai senų grupėje – 41 (89 proc.) pacientų; virškinamojo trakto veiklą skatinančius vaistus vartojo jaunų ir vidutinio amžiaus grupėje 6 (43 proc.) pacientai, o pagyvenusių, senų ir labai senų grupėje – 14 (30 proc.) respondentų. Vadinasi vaistų

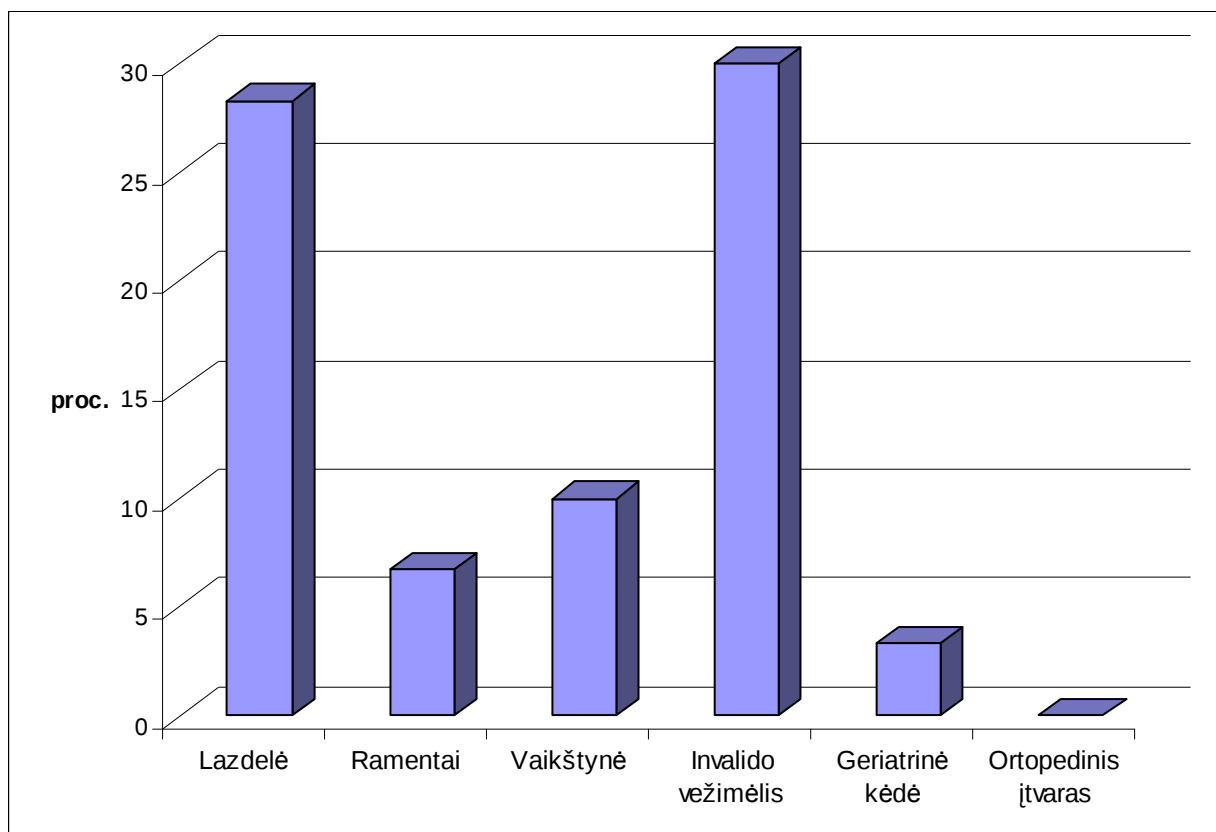
vartojimas nepriklauso nuo amžiaus, bet nuo ligos sunkumo, trukmės, diagnozės (24 paveikslas).



24 paveikslas. Vartojami vaistai skirtingose amžiaus grupėse.

Tyrėme, kokias ambulatorinės pagalbos priemones naudoja pacientai. Lazdelę naudoja 17 pacientų (28 proc.); ramentus – 4 pacientai (7 proc.); vaikštynę – 6 pacientai (10 proc.); žmogaus su negalia vežimėlį naudoja didžiausia dalis pacientų – 18 (30 proc.). Geriatriinę kėdę naudoja 2 pacientai (3 proc.); ortopedinio įtvoro nenaudojo nei vienas pacientas.

Galime teigti, kad dauguma pacientų naudoja žmogaus su negalia vežimėlį ir lazdelę. Šios priemonės kompensuoja prarastą judėjimo funkciją, pristabdo ligos progresavimą, sumažina traumų riziką, pagerina gyvenimo kokybę (25 paveikslas).

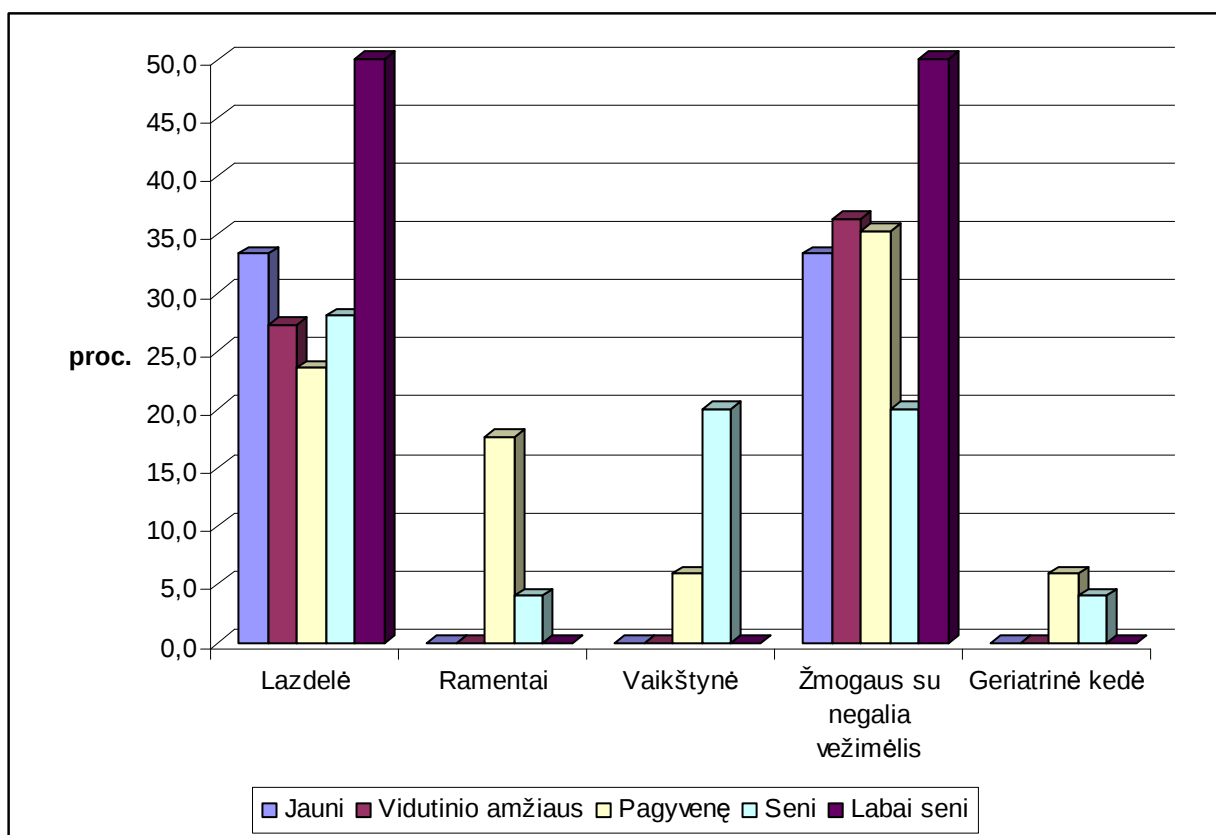


25 paveikslas. Pacientų naudojamos ambulatorinės pagalbos priemonės.

Buvo tiriamas ambulatorinių pagalbos priemonių naudojimas pagal amžiaus grupes. Gavome, kad lazdelę naudoja 1 jaunas asmuo (33 proc.), 3 vidutinio amžiaus (27 proc.), 4 pagyvenę (23,5 proc.), 7 seni (28 proc.) ir 2 labai seni pacientai (50 proc.). Ramentus – 3 pagyvenę (18 proc.), 1 senas (4 proc.). Vaikštynę – 1 pagyvenęs (6 proc.), 5 seni asmenys (20 proc.). Žmogaus su negalia vežimėlį – 1 jaunas (33 proc.), 4 vidutinio amžiaus (36 proc.), 6 pagyvenę (35 proc.), 5 seni (20 proc.) ir 2 labai seni (50 proc.). Geriatriinę kėdę – 1 pagyvenęs (6 proc.) ir 1 senas (4 proc.) asmenys.

Suskirstėme pacientus į dvi amžiaus grupes: jaunų ir vidutinio amžiaus grupėje buvo naudojamos tik dvi pagalbos priemonės – lazdelė ir žmogaus su negalia vežimėlis, o pagyvenusių, senų ir labai senų žmonių grupėje buvo naudojamos visos pagalbos priemonės. Lazdelę jaunų ir vidutinio amžiaus grupėje naudojo 4 (29 proc.) pacientai, o pagyvenusių senų ir labai senų grupėje – 13 (28 proc.). Vadinasi, lazdelės naudojimas

nepriklauso nuo amžiaus. Žmogaus su negalia vežimėlį jaunų ir vidutinio amžiaus pacientų grupėje naudojo 5 (11 proc.) pacientai, o pagyvenusių, senų ir labai senų žmonių grupėje 13 (28 proc.) pacientų. Taigi, šiek tiek daugiau nei pusė pagyvenusių, senų ir labai senų žmonių grupėje buvo naudojamas žmogaus su negalia vežimėlis, tai reiškia, kad vežimėlio naudojimas priklauso nuo amžiaus. Pagyvenusių, senų ir labai senų žmonių grupėje 6 (13 proc.) naudojo vaikštynę, 4 (9 proc.) pacientų – ramentus, ir 2 (4 proc.) – geriatrinę kėdę (26 paveikslas).



26 paveikslas. Ambulatorinių priemonių naudojimas pagal amžiaus grupes.

4.5. Pakartotinis kritimų rizikos vertinimo tyrimas

Mobilumas yra vienas iš svarbiausių žmogaus gebėjimų būtinų visaverčiam gyvenimui užtikrinti. Judėjimas lemia žmogaus nepriklausomumą, savarankiškumą, o esant jo sutrikimams atsiranda slaugos poreikis.

Tyrime norėjome įvertinti pacientų pakartotinę kritimų riziką.

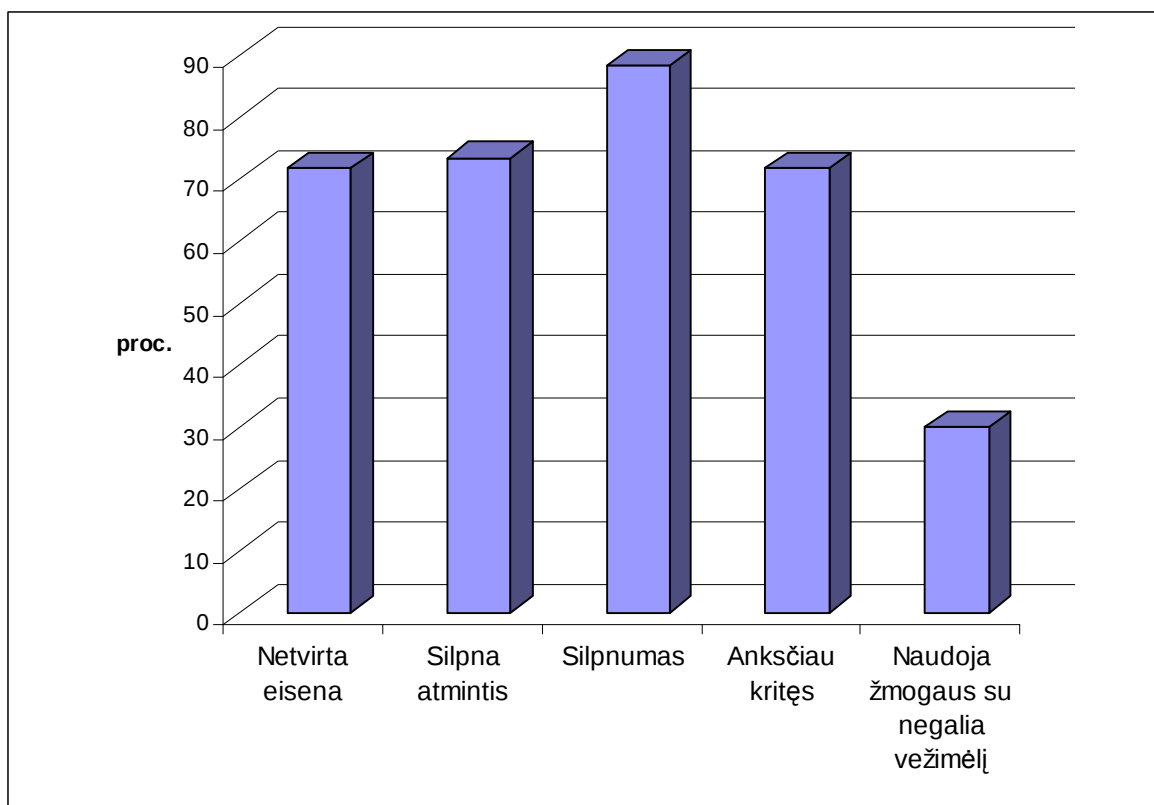
Pacientai, kurie atitiko bent vieną iš penkių punktų (žr. 9 lentelę), turi būti pripažinti kaip esantys pavojuje nukristi. Pacientų, kurie atitiko nors vieną punktą, buvo 59, t.y. 98 proc., todėl galima teigti, kad beveik visi respondentai priskiriami didelei kritimo rizikai.

9 lentelė. Pakartotinės kritimų rizikos vertinimo priemonės.

Kriterijus	Taip		Ne	
	N	%	N	%
Netvirta eisena	43	71,7	17	28,3
Silpna atmintis	44	73,3	16	26,7
Silpnumas	53	88,3	7	11,7
Anksčiau kritęs	43	71,7	17	28,3
Naudoja žmogaus su negalia vežimėlį	18	30,0	42	70,0

Buvo nagrinėtas pakartotinės kritimų rizikos vertinimo priemonės kriterijų procentinis pasiskirstymas. Nustatėme, kad netvirta eisena būdinga 43 pacientams (72 proc.); silpna atmintimi pasižymėjo 44 pacientai (73 proc.); silpnumas būdingas 53 pacientams (88 proc.); anksčiau buvo kritę 43 pacientai (72 proc.); žmogaus su negalia vežimėlį naudojo 18 pacientų (30 proc.).

Netvirta eisena, silpna atmintis, silpnumas, anksčiau buvo kritęs, žmogaus su negalia vežimėlio naudojimas yra pagrindiniai rizikos faktoriai pacientų kritimui, vadinasi jiems būtina pagalba ir nuolatinė slauga (27 paveikslas).



27 paveikslas. Pakartotinės kritimų rizikos vertinimo priemonės kriterijų procentinis pasiskirstymas.

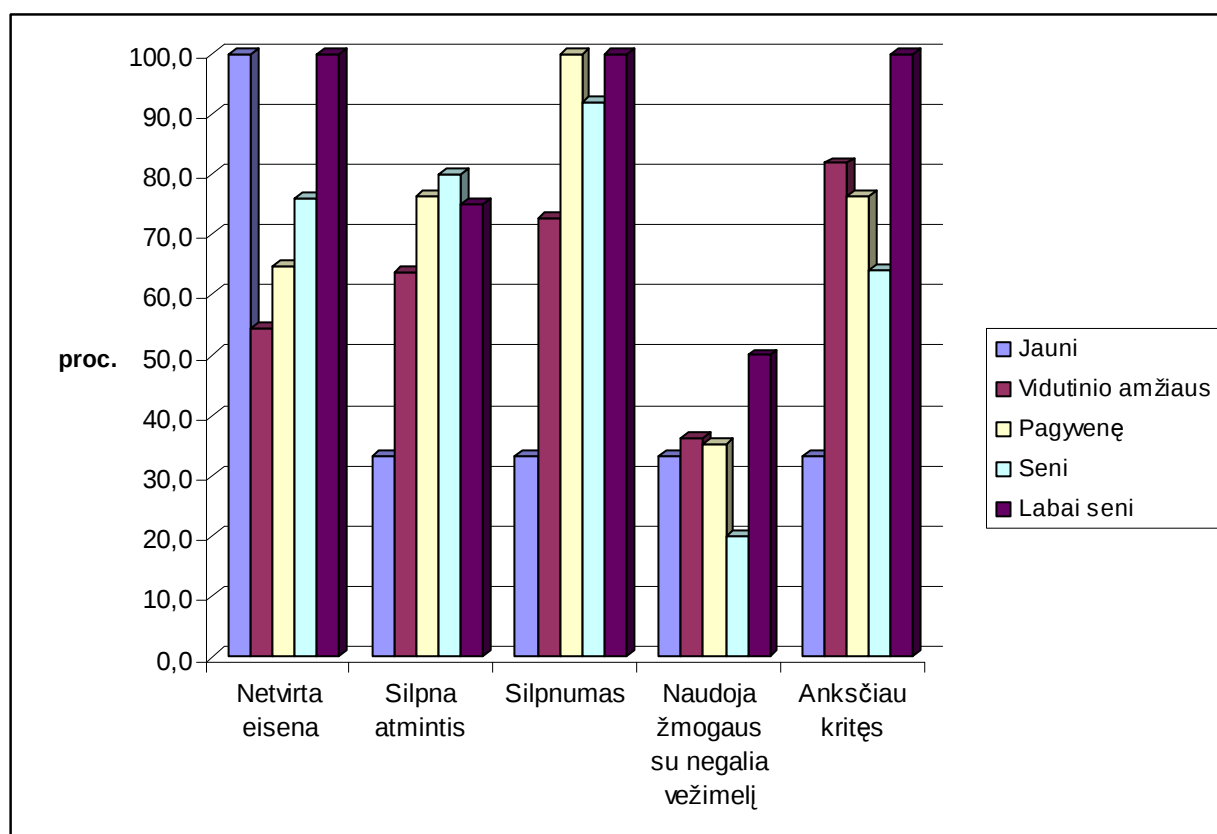
Analizavome pakartotinės kritimų rizikos vertinimo priemonės kriterijus pagal amžiaus grupes. Netvirta eisena būdinga 3 jauniems pacientams (100 proc.), 6 vidutinio amžiaus (54,5 proc. visų šios grupės apklaustųjų), 11 pagyvenusių (65 proc.), 19 senų (76 proc.) ir 4 labai seniems pacientams (100 proc.). Silpną atmintį turėjo 1 jaunas (33 proc.), 7 vidutinio amžiaus (64 proc.), 13 pagyvenusių (76,5 proc.), 20 senų (80 proc.) ir 3 labai seni pacientai (75 proc.). Silpnumas būdingas 1 jaunam asmeniui (33 proc.), 8 vidutinio amžiaus (73 proc.), 17 pagyvenusių (100 proc.), 23 senų (92 proc.) ir 4 seniems pacientams (100 proc.). Anksčiau buvo kritusių jaunų 1 (33 proc.), vidutinio amžiaus grupėje 9 (82 proc.) pacientai, pagyvenusių 13 (76,5 proc.), senų 16 (64 proc.), o labai senų 4 (100 proc.) respondentų. Žmogaus su negalia vežimėlį naudoja 1 jaunas (33 proc.), 4 vidutinio amžiaus (36 proc.), 6 pagyvenę (35 proc.), 5 seni (20 proc.) ir 2 labai seni pacientai (50 proc.).

Susumavus gautus rezultatus, galime teigti, kad netvirta eisena jaunų ir vidutinio amžiaus žmonių grupėje buvo 9 (64 proc.) pacientų, o pagyvenusių, senų ir labai senų žmonių grupėje 34 (74 proc.) – vadinasi

amžius šiek tiek turi reikšmės eisenai. Silpna atmintis jaunų ir vidutinio amžiaus pacientų grupėje buvo 8 (57 proc.), o pagyvenusių, senų ir labai senų grupėje 36 asmenims (78 proc.) – čia amžius taip pat turi įtakos. Silpnumas buvo dažnesnis pagyvenusių, senų ir labai senų žmonių grupėje – net 44 (96 proc.), negu jaunų ir vidutinio amžiaus grupėje – 9 (64 proc.). Anksčiau kritusių jaunų ir vidutinio amžiaus grupėje buvo 10 (71 proc.), o pagyvenusių senų ir labai senų žmonių grupėje 33 (72 proc.) apklaustųjų. Vadinas, galime teigti, kad statistškai anksčiau kritusiųjų amžius neįtakojo.

Žmonėms su negalia vežimėlį naudojo jaunų ir vidutinio amžiaus grupėje 5 (36 proc.), o pagyvenusių senų ir labai senų žmonių grupėje 13 (28 proc.) pacientų, vadinas neįgaliojo vežimėlio naudojimas neturi didelės reikšmės amžiui, tai priklauso daugiau nuo ligos sunkumo laipsnio.

Apibendrinant galime teigti, kad dauguma analizuotų rodiklių turi įtakos amžiui, o tai reiškia taip pat ir pakartotinių kritimų riziką vyresniame amžiuje (28 paveikslas).



28 paveikslas. Pakartotinės kritimų rizikos vertinimo priemonės kriterijai pagal amžiaus grupes.

Taigi, kritimai priklauso tiek nuo vidinių, tiek nuo išorinių priežasčių. Vidinės priežastys – žmogaus fizinė, psichinė būklė, išorinės – supanti aplinka. Vidinės priežastys apima su amžiumi atsirandančius fiziologinius eisenos, pusiausvyros pakitimus, protinės veiklos, mąstymo, atminties, orientacijos sutrikimus, esamus susirgimus ir vartojamus vaistus. Išorinės priežastys – tai aplinkos keliami pavojai: slidžios grindys ar šaligatvis, blogas apšvietimas, turėklų nebuvimas, baldų netinkamas sustatymas ir pan. Iš tyrimo gautų rezultatų galime sakyti, kad kritimai turi daugiau negu vieną priežastį, todėl atskirti išorines ir vidines priežastis kartais būtų sunku. Todėl vyresnio amžiaus pacientams būtina profesionali, intensyvi priežiūra ir slauga.

5. TYRIMO REZULTATŲ APTARIMAS

Pacientų slaugos namuose poreikis vertinamas kompleksškai ir apima keletą skirtingų dimensijų, tačiau svarbiausias kriterijus – paciento būklės, savarankiškumo lygio ir gebėjimo pasirūpinti savimi įvertinimas. Šiame darbe atlikto tyrimo duomenys atspindi aukštą pacientų nesavarankiškumo lygį, susižalojimo (kritimų) riziką, kas sudaro prielaidas teigti, kad slaugos ir socialinės pagalbos poreikis namuose yra tikrai didžiulis.

Slaugos paslaugų poreikis namuose pirmiausia buvo vertintas atsižvelgiant į paciento klausos sutrikimų lygmenį. Daugiau nei pusė

tiriamųjų turėjo klausos sutrikimų, kurie pasireiškė bendraujant su nepažįstamais ar su artimaisiais. Klausos sutrikimai apsunkina pacientų bendravimo galimybes ir blogina komunikacijos kokybę. Pastebėtina, kad bendrauti pacientams su artimais šeimos nariais ar giminaičiais yra šiek tiek lengviau negu su nepažįstamais žmonėmis. Klausos sutrikimai buvo susiję su amžiumi – senstant silpnėja klausa, atsiranda neuroepitelinių ląstelių degeneracinių pakitimų. Paciento lengvesnis bendravimas su artimais žmonėmis yra nuoroda, jog paciento gyvenimo kokybė, adaptacija, net sveikimas jam pažįstamoje aplinkoje yra palankesnis. Taigi, klausos sutrikimai, pasireiškiantys vyresniame amžiuje, yra vienas iš indikatorių, jog atsiradus kompleksiniams organizmo pakitimams, slaugos paslaugų namuose poreikis yra akivaizdus.

Paciento gebėjimas vykdyti kasdienes gyvenimo veiklas yra vienas iš paciento savarankiškumo indikatorių. Kuo mažesnis paciento savarankiškumo lygmuo, tuo didesnė jam reikalinga pagalba. Slaugos paslaugų poreikis namuose taip buvo vertintas atsižvelgiant į paciento gebėjimą atlikti kasdienes buitines veiklas: naudotis telefonu, apsipirkti, pasigaminti maistą, susitvarkyti namuose, išsiskalbti drabužius, gebėjimas judėti (keliauti), vaistų vartojimas, gebėjimas naudotis pinigais ir atlikti finansines operacijas. Tyrimo duomenimis, daugiau nei pusė respondentų (apie 65 proc.) yra vidutiniškai ar visiškai priklausomi nuo kitų pagalbos, kas liudija, jog daugumai pacientų reikalinga socialinė priežiūra, nes jie negali savarankiškai apsitarnauti kasdienėje veikloje. Priklausomybės lygmuo koreliuoja su amžiumi – pagyvenusieji, seni ir labai seni pacientai yra priklausomi nuo kitų pagalbos beveik du kartus daugiau, nei jauni ir vidutinio amžiaus pacientai. Visgi pastebėtina, kad panašus nesavarankiškumo procentas registruojamas ir jauno bei vidutinio amžiaus žmonių grupėje, todėl galima daryti prielaidą, kad priklausomumo lygmuo yra susijęs ir su ligos sunkumu, dėl ko asmuo gauna slaugos paslaugas.

Vertinant kasdienes buitines veiklas atskirai, išskirtina, jog pacientams lengviausia naudotis telefonu, o tai reiškia, kad ryšys su (išorine) aplinka nėra stipriai apribotas. Didžioji dalis pacientų visiškai

negali apsipirkti savarankiškai – tai apsunkina paciento mobilumo apribojimai. Pagalba gaminant maistą reikalinga lygiai pusei pacientų, kurie savarankiškai patys nepasigamina maisto. Šis savarankiškumo sumažėjimas yra tiesioginė indikacija socialinėms paslaugoms gauti. Kadangi pacientas pats negali gamintis maisto, tai galima prognozuoti, kad bus ribota jo valgymo ir gėrimo gyvybinė veikla, jam reikės pagalbos valgant ir geriant, o tai jau yra viena iš slaugos problemų. Apie pusei pacientų reikalinga socialinė pagalba atliekant namų ruošą, išsiskalbiant drabužius, kas atspindi socialinį paslaugų poreikį. Apie pusę pacientų visiškai nekeliauja – tai rodo sumažėjusį judėjimą (mobilumą), nes dauguma pacientų dėl lėtinės ligos ar senatvinių organizmo pakitimų yra ribojami judėti aplinkoje. Judėjimo funkcijos sutrikimas yra vienas iš ryškiausių slaugos poreikio identifikavimo kriterijų, atspindintį judėjimo gyvybinės veiklos poreikį. Be abejonės, tai – ne tik medicininė, bet ir socialinė problema. Didžioji dalis pacientų sugeba vartoti vaistus tinkamomis dozėmis ir tinkamu laiku pagal gydytojo nurodymus. Prasčiausia socialinė situacija yra finansų valdymo srityje – daugiau nei pusė pacientų visiškai nesugeba disponuoti pinigineis lėšomis. Riboti gebėjimai disponuoti pinigais yra susijęs su apribotu paciento mobilumu, sunkumais bendraujant (dėl vyresnio amžiaus), tikėtina ir dėl psichinės būsenos nestabilumo: atminties susilpnėjimo, koordinacijos sutrikimų, orientacijos sumažėjimo. Šie sutrikimai atspindi saugios aplinkos, bendravimo ir judėjimo gyvybines veiklas, kurios yra glaudžiai tarpusavyje susijusios, o atsiradusios šių gyvybinių veiklų problemos daro poveikį viena kitai – paciento slaugos ir socialinių problemų sprendimo poreikis didėja.

Dar vienas slaugos paslaugų poreikio namuose įvertinimo indikatorius – paciento pusiausvyros ir eisenos įvertinimas. Akivaizdu, kad žmogus nuolat juda, o sklandų jo judėjimą užtikrina judėjimo atramos aparatas, kitos gyvybinės veiklos. Judėjimas, dėl neigiamo jų poveikio, gali keistis, tapti ribotas, o pacientas tampa nesavarankiškas. Pusiausvyra ir eisena yra viena iš judamojo aparato dalių. Praradus šiuos gebėjimus sutrinka judėjimo funkcija. Žmogus tampa priklausomas nuo kitų pagalbos. Vertinant ligonius, buvo stebimi tokie pagrindiniai judesiai:

kūno padėties keitimas lovoje, sėdėjimas, atsisėdimas, atsistojimas, stovėjimas, ėjimas, žingsniavimas, pusiausvyros išlaikymas. Tyrimo duomenimis, pacientams nustatytas ženklus pusiausvyros ir eisenos sutrikimas, o bendras judrumo balas tėra 9,9 iš galimų surinkti 28 balų. Šis rezultatas liudija, kad daugumai pacientų yra reikalinga pagalba (techninės pagalbos priemonės, pvz., vaikštynė, lazdelė) pusiausvyrai išlaikyti ir eiti. Sutrikusi pacientų judėjimo gyvybinė veikla reiškia savarankiškumo praradimą kasdienėje veikloje, o tai, be abejonės, yra slaugos (ir socialinių) paslaugų namuose poreikio indikatorius.

Pastebėtina, kad paciento judrumas priklauso nuo amžiaus, ligos sunkumo laipsnio, psichinės ligos, socialinių ir aplinkos veiksnių. Pagyvenusiems ir seniems žmonėms judėjimas sutrinka dėl lėtinių ligų ar senatvinių organizmo pokyčių. Judėjimo sutrikimas riboja žmogaus galimybes patenkinti savo poreikius: atsiranda užimtumo, bendravimo, psichologinių ir socialinių problemų, apribojamas kultūrinis gyvenimas. Taigi, atsiradus judėjimo sutrikimams, atsiranda ir slaugos poreikis.

Žmogus, norėdamas sveikai ir laimingai gyventi, rūpinasi, kaip išvengti išorinės aplinkos pavojų. Tai įvardinama kaip saugios aplinkos palaikymo veikla. Saugumo pojūtis keičiasi sutrikus paciento jutimams ir suvokimui bei kitoms gyvybinėms veikloms. Kritimas yra viena iš slaugos problemų saugiai asmens gyvybinei veiklai palaikyti. Kritimai yra viena iš pagrindinių vyresnio amžiaus žmonių savarankiškumo praradimo priežasčių. Nustatyta, kad trečdalis žmonių, vyresnių kaip 75 m. amžiaus, sunkiai lipa laiptais, 40 proc. negali paeiti daugiau kaip 800 metrų, 7 proc. negali vaikščioti be pagalbos. Mažiausiai kartą per metus pargriūna apie 30 proc. pagyvenusių žmonių. Kas ketvirtas žmogus rimtai susižeidžia arba jam lūžta kaulai. Kritimai yra šešta pagal dažnį pagyvenusių žmonių mirties priežasčių [42]. Pagal tyrimo duomenis, 77 proc. pacientų buvo vyresni nei 60 metų, t.y. jie įeina į pagyvenusių, senų ir labai senų žmonių grupę. Iš jų net 2/3 buvo nukritę prieš patenkant į ligoninę, vadinasi šie pacientai turi būti pripažinti kaip galintys nukristi.

Vertinant kritimų riziką, buvo analizuojama fizinė pacientų būklė, kuri galėtų įtakoti pacientų kritimą. 2/3 pacientų pasižymėjo kritimų rizikos

veiksniais – jautė galvos svaigimą. Tai viena iš slaugos problemų susijusi su sergančiųjų arterine hipertenzija komplikacijomis – hipertenzine encefalopatija [43]. Dažniausia svaigimų priežastis galvos skausmas ir padidėjęs kraujospūdis. Vienas iš slaugos tikslų yra sumažinti galvos skausmą ir aukštą kraujospūdį, kuris turi įtakos atsiradusiam galvos svaigimui. Vienas iš slaugytojos uždavinių yra apmokyti pacientus kaip tinkamai vartoti antihipertenzinius vaistus, laikytis dietos, ramybės režimo; kaip mažinti aplinkos dirgiklius: ryškią šviesą, triukšmą; kaip vengti staigių judesių; paaiškinti, kad lipant iš lovos pirma reikia atsisėsti, nuleisti kojas, ir tik pasėdėjęs, lėtai atsistoti, lėtai keltis nuo kėdės; svaigstant galvai reikia prisėsti arba prigulti. Tai slaugos veiksmai, kurių turi laikytis pacientas, kad sumažintų atsiradusius pakitimus. Jausdamas galvos svaigimą pacientas praranda saugumo užtikrinimo jausmą ir ribotą judėjimo galimybę, todėl mažėja jo savarankiškumas. Vadinasi, atsiranda slaugos problema, susijusi su saugios aplinkos palaikymo ir judėjimo gyvybine veikla.

2/3 pacientų taip pat turi netvirtą eisną, kuri yra vienas iš kritimo rizikos faktorių. Kadangi mūsų tyrime dalyvavo dauguma vyresnių nei 60 metų pacientų, o jie priskiriami pagyvenusių, senų ir labai senų žmonių grupei, tai šis rodiklis (netvirta eisena) siejasi su šių žmonių senatviniais organizmo pokyčiais: dėl nervų sistemos pakitimų senatvėje sulėtėja reakcijos greitis, pablogėja kūno padėties erdvėje suvokimas, sustiprėja kūno svyravimas išlaikant pusiausvyrą, trinka judesių koordinacija, todėl metams bėgant keičiasi žmogaus eisena. Seni žmonės vaikšto lėčiau, trumpesniu žingsniu, labiau mosuoja rankomis arba eina jas prispaudę prie kūno, gali šiek tiek vilkti kojas, kartais sulenkia jas per kelius ar klubus. Pagyvenusiems žmonėms sutrinka judėjimo gyvybinė veikla ir dėl lėtinių ligų, sveikatos būklės, diagnozės, taip pat turi įtakos socialiniai ir aplinkos veiksniai. Taigi, atsiradus šiems sutrikimams atsiranda ir slaugos poreikis, kuris siejasi su judėjimo gyvybine veikla. Panašius rezultatus referuoja ir kiti Lietuvoje senyvo amžiaus žmonių slaugos poreikius vertinę autoriai [44].

Dar vienas fizinės būklės kriterijus ir kritimo rizikos veiksnys – silpnumas, kurį jautė absoliuti dauguma pacientų. Galimos jo atsiradimo priežastys - sumažėjęs kraujospūdis, retas pulsas, hipodinamija, anemija,

ilgas priverstinis gulėjimas lovoje. Silpnumą dažniausiai patiria vyresnio amžiaus pacientai. Jaučiant silpnumą yra ribojamos pacientų judėjimo galimybės. Dažniausiai pacientai bijo judėti dėl iškilusio griuvimo pavojaus. Todėl atsiranda ribotas judėjimas, kuris trukdo patenkinti pacientų poreikius: atsiranda užimtumo, bendravimo, psichologinių ir socialinių problemų.

Labai dažnas kritimo rizikos faktorius buvo silpnas regėjimas, kuriuo skundėsi 2/3 tyrime dalyvavusių pacientų. Dažniausios šio sutrikimo priežastys – toliaregystė, trumparegystė, katarakta, glaukoma. Regėjimas yra vienas iš penkių pojūčių. Jam sutrikus, gali kilti problemų paciento saugumui ir judėjimui. Regos susilpnėjimas yra viena iš slaugos problemų. Pagrindinis slaugos tikslas – visomis priemonėmis vengti traumų ir jų rizikos, padėti pacientui susiorientuoti aplinkoje, užtikrinti ligonių savirūpą. Tai dar vienas slaugos paslaugų namuose poreikio indikatorius.

Kartu su regėjimu buvo tiriama ir pacientų klausa. Tyrimo duomenimis apie pusė apklaustųjų turi silpną klausą. Pagrindinės sutrikimo priežastys yra ūžimas ausyse, ausies skausmas, esant senatviniam priekurtimui, sieros kamščiu, paūmėjus lėtiniam ausų uždegimams. Klausos susilpnėjimui didelę įtaką turi senatviniai pokyčiai organizme. Susilpnėjus klausai atsiranda ypatingi kasdienės veiklos apribojimai, žmogus turi iš naujo mokytis prisitaikyti socialinėje aplinkoje, jam reikalingos specialios priemonės klausai gerinti: klausos aparatai, specialūs įrenginiai kurtiesiems, gestų kalba. Sutrikus klausai, atsiranda problemų saugiai aplinkai palaikyti, kas vėlgi liudija apie pagalbos poreikį.

Absoliuti dauguma pacientų turi orientacijos sutrikimų, silpną atmintį – tai psichikos būklės įvertinimas. Gautą rezultatą įtakojo daugumos pacientų senatviniai organizmo pokyčiai, kurie susiję su nervų sistema. Šie sutrikimai liudija saugios aplinkos palaikymo sumažėjimą. Kadangi sulėtėja senų žmonių mąstymas, jie ne taip greitai orientuojasi ir greičiau pasimeta naujoje sudėtingoje situacijoje. Su pacientais sunkiau bendrauti, tad išskiriami šie slaugos tikslai: visomis galimomis priemonėmis sumažinti paciento įtampą, padėti susiorientuoti aplinkoje, užtikrinti ligonio ir aplinkinių saugumą. Orientacijos sutrikimas yra vienas iš kriterijų

pripažinti, kad pacientas gali nukristi ir jam gali būti nustatytas slaugos poreikis [45].

Net 90 proc. vartoto centrinę nervų sistemą slopinančius ir kraujo spaudimą mažinančius vaistus. Vaistų vartojimas nebuvo susijęs su amžiumi, tad tikėtina, kad priklauso nuo kitų veiksnių, tokių kaip ligos sunkumas, trukmė, diagnozė. Dažniausiai pacientus vargina nemiga, nerimas, padidėjęs kraujospūdis. Pagrindinės atsiradimo priežastys buvo ilgiau trunkančios ar dažnai pasikartojančios neigiamos emocijos, dietos nesilaikymas, alkoholio vartojimas, rūkymas, viršsvoris, genetiniai faktoriai, vyresnio amžiaus pacientams sumažėjus kraujagyslių elastingumui, sklerozuotos periferinės kraujagyslės. Vienas iš pagrindinių slaugos tikslų – mažinti kraujospūdį, nuraminti pacientą, išsiaiškinti nemigos, nerimo priežastis, slaugos veiksmai – matuoti ir registruoti kraujospūdį, bendrauti su pacientu. Taigi, šiems respondentams, reikalinga slauga, taisyklingai vartojant vaistus, kurių vartojimas gali įtakoti kritimą.

Tyrimo duomenimis, dar vienas kritimų rizikos veiksnys – buvusi operacija. Todėl galime daryti išvadą, kad kritimų atsiradimui turėjo reikšmės pacientų amžius, buvę kritimai prieš patenkant į stacionarą, ir buvusios operacijos.

Vertinant pakartotinę kritimų riziką, ja pasižymėjo visi tyrimo dalyviai (remiantis pakartotinės kritimų rizikos vertinimo priemonės kriterijais).

Tyrimas taip pat parodė, kad daugiau nei pusė pacientų jaučia silpnumą, šiek tiek mažiau galvos svaigimą, turi netvirtą eisena, silpną regėjimą ir silpną klausą. Sąnarių ligomis ir pareze serga mažiau nei pusė pacientų. Šie rodikliai rodo, kad pacientai susiduria su aplinkos reiškiniais, keliančiais pavojų jų saugumo ir judėjimo gyvybinei veiklai. O tai reiškia žmogaus nepriklausomumo sumažėjimą ir atsiradusį slaugos poreikį.

Pastebėtina, jog netvirta eisena pasižymėjo ne tik vyresnio amžiaus, bet ir jaunų bei vidutinio amžiaus grupės pacientai (71 proc.); pagyvenusių, senų ir labai senų žmonių grupėje netvirta eisena vargino 72 proc. respondentų. Taigi, sutrikusi eisena yra susijusi su ligos sunkumu ir diagnoze. Netvirta eisena, silpna atmintis, silpnumas, anksčiau buvo kritęs, žmogaus su negalia vežimėlio naudojimas yra pagrindiniai rizikos

faktoriai pacientų kritimui, vadinasi jiems būtina pagalba ir nuolatinė slauga. Žmonėms su negalia vežimėlį naudojo 1/3 jaunų ir vidutinio amžiaus grupės, o taip pat ir pagyvenusių, senų ir labai senų žmonių grupės pacientų. Vadinasi neįgaliojo vežimėlio naudojimas neturi didelės reikšmės amžiui, tai priklauso daugiau nuo ligos sunkumo laipsnio.

Apibendrinant galime teigti, kad dauguma analizuotų rodiklių yra susiję su amžiumi, o tai reiškia taip pat ir pakartotinių kritimų riziką vyresniame amžiuje. Taigi, kritimai priklauso tiek nuo vidinių, tiek nuo išorinių priežasčių. Vidinės priežastys – žmogaus fizinė, psichinė būklė, išorinės – supanti aplinka. Vidinės priežastys apima su amžiumi atsirandančius fiziologinius eisenos, pusiausvyros pakitimus, protinės veiklos, mąstymo, atminties, orientacijos sutrikimus, esamus susirgimus ir vartojamus vaistus. Išorinės priežastys – tai aplinkos keliami pavojai: slidžios grindys ar šaligatvis, blogas apšvietimas, turėklų nebuvimas, baldų netinkamas sustatymas ir pan. Iš tyrimo gautų rezultatų galime sakyti, kad kritimai turi daugiau negu vieną priežastį, todėl atskirti išorines ir vidines priežastis kartais būtų sunku. Todėl vyresnio amžiaus pacientams būtina profesionali, intensyvi priežiūra ir slauga.

Vertinant slaugos paslaugų namuose teikimo galimybes, svarbu atsižvelgti į gyventojų požiūrį į slaugos paslaugų teikimą namuose. Lietuvoje atlikto žvalgomojo tyrimo duomenimis, gyventojai palankiai vertina tokią paslaugų teikimo galimybę [46]. Remiantis kitų Lietuvos autorių regioniniais duomenimis (Jurkuvienė, Audronytė, 2007), slaugos paslaugų namuose poreikis nėra patenkintas [47].

Įvertinus slaugos paslaugų namuose poreikį, lieka svarbi užduotis – tinkamas šių paslaugų organizavimas. Slaugos paslaugų organizavimo namuose schema turėtų apimti 4 pagrindines sritis: 1) Slaugos ir socialinių paslaugų apimties nustatymas; 2) Žmogiškųjų išteklių numatymas; 3) Materialinių išteklių nustatymas; 4) Slaugos modelio (modelių) pasirinkimas ir įgyvendinimas.

Apibendrinant tyrimo rezultatus, galima teigti, jog dauguma tyrimo dalyvavusių pacientų turėjo klausos sutrikimų, žymių eisenos ir pusiausvyros sutrikimų, dauguma pasižymėjo kritimų rizika bei priklausė

pakartotinių kritimų rizikos grupei. Daugumos pacientų savarankiškumas atlikti kasdienines gyvenimo veiklas buvo menkas. Visi šie rodikliai tiesiogiai indikuoja apie kompleksinių slaugos paslaugų poreikį. Atsižvelgiant į šiuolaikinę slaugos paslaugų teikimo koncepciją, reikalingumą efektyviai panaudoti ribotus sveikatos išteklius, taip pat remiantis šio tyrimo duomenimis, galima drąsiai teigti, jog slaugos paslaugų poreikis namuose yra neabejotinas.

6. IŠVADOS

1. Slaugos paslaugų namuose koncepcija ir organizavimas yra įtvirtinti Lietuvos teisės aktuose, kurie sudaro galimybes šioms paslaugoms teikti.
2. Lietuvoje slaugos paslaugos namuose nėra plačiai teikiamos, daugiausia privačiose asmens sveikatos priežiūros įstaigose. Slaugos paslaugų namuose teikimo modelis paremtas dvylikos gyvybinių veiklų užtikrinimu bei daugiadisciplininės specialistų komandos darbu.
3. Slaugos paslaugų namuose poreikius atspindi tyrime dalyvavusių pacientų fizinės, psichinės ir socialinės būklės kompleksinis vertinimas.
4. 60 proc. tyrime dalyvavusių pacientų turi klausos sutrikimų. 65 proc. tiriamųjų nurodo, jog jaučia diskomfortą dėl susilpnėjusios klausos, 58,3 proc. nurodo, jog dėl šios priežasties patiria problemų bendraudami su artimais žmonėmis. Suminis klausos sutrikimo balas yra susijęs su paciento amžiumi ($r=0,38$).
5. Tyrime dalyvavę pacientai pasižymi aukštu priklausomumo lygmeniu – 65 proc. respondentų yra vidutiniškai ar visiškai priklausomi nuo kitų asmenų pagalbos.
6. Tyrime dalyvavę pacientai pasižymi mažu savarankiškumo lygmeniu – 1/3 respondentų nesugeba patys naudotis telefonu, 57 proc. – visiškai negali apsipirkti, 50 proc. savarankiškai negali pasigaminti maisto, o 30 proc. pasigamina valgyti tik tuomet, jei jiems nuperkami ir atnešami maisto produktai, 37 proc. pacientų visiškai nesitvarko namuose – jiems reikalinga pagalba, 53 proc. pacientų patys visiškai neskambia, 45 proc. visiškai nekeliauja, o 7 proc. keliauja automobiliu ar taksi tik su

kitų pagalba, 30 proc. respondentų patys negali vartoti vaistų, 65 proc. pacientų visiškai nesugeba disponuoti pinigais, o 26 proc. gali tik apsipirkti parduotuvėje. Paciento priklausomumo lygmuo yra susijęs su paciento amžiumi ($r=0,322$).

7. Tyrime dalyvavę pacientai turi žymius pusiausvyros (surenkti tik 6,4 balai iš galimų 16) ir eisenos sutrikimus (surenkti tik 9,9 balai iš galimų 28). 30 proc. pacientų buvo visiškai nejudrūs.
8. Tyrime dalyvavę pacientai pasižymi didele kritimų rizika – 72 proc. pacientų prieš tai buvo nukritę, jiems svaigsta galva, jų netvirta eisena, silpnas regėjimas. 88,3 proc. jaučia silpnumą, 55 proc. – prastai girdi, 53 proc. turi orientacijos sutrikimų, 73 proc. – silpna atmintis, o 80 proc. vartoja centrinę nervų sistemą slopinančius ir kraujo spaudimą mažinančius vaistus. 30 proc. pacientų naudojami neįgaliųjų vežimėliai. 98 proc. pacientų pasižymi didele pakartotinio nukritimo rizika.
9. Atliktos analizės duomenimis, Lietuvoje yra slaugos paslaugų namuose teikimo galimybės įteisintos teisės aktuose, tačiau trūksta aiškios paslaugų finansavimo tvarkos ir patirties specialistams.

7. PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS

Praktines rekomendacijas galima būtų suskirstyti į 3 pagrindines sritis:

- I. Informavimas.
- II. Slaugos paslaugų namuose teikimo prielaidų užtikrinimas.
- III. Vykdyti tęstinius mokslinius tyrimus.

Informavimas

1. Informuoti **slaugos paslaugų teikėjus** (ambulatorinėse ir stacionarinėse sveikatos priežiūros įstaigose dirbančius specialistus) apie slaugos paslaugų namuose teikimo galimybes, teikiant joms prioritetą lyginant su slaugos ligoninėse teikiamomis paslaugomis.

2. Informuoti **pacientus, kurie yra stacionarizuoti slaugos ligoninėse, bei jų šeimos narius** apie galimybes gauti slaugos paslaugas namuose, pacientui įprastoje ir saugioje aplinkoje.

3. Informuoti **visuomenę** (potencialius pacientus) apie slaugos paslaugų namuose alternatyvą, paciento slaugos paslaugų tipo pasirinkimo galimybę bei pristatyti slaugos paslaugų namuose efektyvumo bei veiksmingumo įrodymus, skatinant žmones rinktis slaugos paslaugas namuose iškilus slaugos poreikiui.

Slaugos paslaugų namuose teikimo **prielaidų užtikrinimas:**

1. Slaugos paslaugų namuose kokybei užtikrinti rekomenduojama organizuoti specialius kompleksinių slaugos paslaugų namuose teikimo **mokymus slaugos specialistams**, pageidaujantiems teikti slaugos namuose paslaugas;
2. Slaugos paslaugų namuose teikimui reikalinga vystyti slaugos namuose paslaugų pilotinius modelius.
3. Rekomenduojama sudaryti palankias **finansines** (nustatytas adekvatus apmokėjimas už paslaugas) ir **materialines** sąlygas (reikalinga turėti transporto ir ryšio, medicininės priemonės) slaugos paslaugų namuose vystymui;

Moksliniai tyrimai

1. Rekomenduojama nuolat vykdyti mokslinius tyrimus, leidžiančius įvertinti slaugos paslaugų namuose poreikį, jo kitimo tendencijas, slaugos paslaugų namuose vystymo perspektyvas.

8. LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Statistikos departamentas prie LRV. Prieiga per internetą: <http://www.stat.gov.lt>
2. Kalibatienė D. Slaugos standartai, Vilnius, 2004, psl. 14.
3. Kalibatienė D. Slaugos standartai, Vilnius, 2004, psl. 15.
4. LR Slaugos praktikos įstatymas. - Vilnius, Nr. IX-413, 2001m. birželio 28 d.
5. Kalibatienė D. Klinikinė slauga. Vilnius, 2008, psl.7.
6. Vesterdal A. Sveikatos priežiūra ir ligonių slauga. Vilnius, 1998, psl. 75-76.
7. Kalibatienė D. Klinikinė slauga. Vilnius, 2008, psl.11.
8. Kalibatienė D. Klinikinė slauga. Vilnius, 2008, psl.12.
9. Roper N, Logan W, Tierney J. Slaugos pagrindai. Vilnius, 1999, psl. 53.
10. Kalibatienė D. Klinikinė slauga. Vilnius, 2008, psl.12.
11. Kalibatienė D. Klinikinė slauga. Vilnius, 2008, psl.13-14.
12. Kalibatienė D. Klinikinė slauga. Vilnius, 2008, psl.14.
13. Lietuvos medicinos norma. MN 28: 2004. Bendrosios praktikos slaugytojas. Teisė, pareigos, kompetencija ir atsakomybė. –Vilnius: LR Sveikatos apsaugos ministro įsakymas, Nr. V-437, 2004 06 14.

-
14. Kalibatienė D. Klinikinė slauga. Vilnius, 2008, psl. 24-25.
 15. Kalibatienė D. Klinikinė slauga. Vilnius, 2008, psl. 41-45.
 16. Kalibatienė D. Klinikinė slauga. Vilnius, 2008, psl. 51-53.
 17. Kalibatienė D. Klinikinė slauga. Vilnius, 2008, psl. 54.
 18. Roper N, Logan W, Tierney J. Slaugos pagrindai. Vilnius, 1999, psl. 21.
 19. D. Šniukaitė. Slauga pirminėje sveikatos priežiūroje. Vilnius, 1998, psl.14-15.
 20. Pasaulio sveikatos organizacija. Sveikata visiems 21 amžiuje, psl.124.
 21. Katilienė V. Ilgalaikė pagyvenusių, ligotų žmonių slauga. Šiauliai, 2007, psl.81.
 22. Barden I. Vogel A., Wodraschke G. Ligonų slaugymas namuose. Kaunas, 2004, psl.140.
 23. Almas H. Klinikinė slauga I; Vilnius, 1999, psl. 26-30.
 24. Kalibatienė D. Slaugos istorija. Vilnius, 2004, psl. 83.
 25. UKHCA Review of the Independent sector Domiciliary Care workforce, February 2006.
 26. Nursing Times 89 (3):24-26.
 27. Kalibatienė D., A.Šalaviejūtė. Slaugos poreikių namuose įvertinimas. Slauga. Mokslas ir praktika. 2005, Nr. 6 (102), psl. 3-6.
 28. Lietuvos Respublikos Konstitucija, 53 str.
 29. Lietuvos sveikatos programa 1997-2010. Patvirtinta Lietuvos Respublikos Seimo 1998 m. Liepos 2 d. Nutarimu Nr. VIII-833.
 30. Sveikatos priežiūros reformos tikslų ir uždavinių įgyvendinimo strategija. Parengė LR Sveikatos apsaugos ministro 2003 m. balandžio 29 d. Įsakymu Nr. V-248 sudaryta koordinacinė darbo grupė.
 31. LR švietimo ir mokslo ministro įsakymas Nr. 1277, 1998 m. spalio 2 d. Dėl Bendrosios praktikos slaugytojo (slaugytojos) rengimo standarto.
 32. Lietuvos medicinos normos MN 28:2004. “Bendrosios praktikos slaugytojas. Teisė, pareigos, kompetencija ir atsakomybė”. – Vilnius: LR sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-437, 2004 06 14.
 33. Lietuvos medicinos normos MN 57:1998 “Bendruomenės slaugytoja (slaugytojas). Funkcijos, pareigos, teisės, kompetencija ir atsakomybė”.
 34. LR Sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-14, 2007 m.sausio 11 d. Dėl paliatyviosios pagalbos paslaugų suaugusiems ir vaikams teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo.
 35. LR Sveikatos Apsaugos ministro ir Lietuvos Respublikos Socialinės Apsaugos ir Darbo ministro įsakymas Nr. V-558/A1-183, 2007 m.liepos 4 d. Dėl slaugos ir

socialinių paslaugų bendro teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo.

36. Adaptuota pagal Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self maintaining and instrumental activities of daily living, *Gerontologist* 9: 179-186, 1969.
37. Adaptuota pagal Tinetti ME: Performance oriented assessment of mobility problems in elderly patients, *J Am Geriatric Soc* 34: 119-126, 1986.
38. Adaptuota pagal Brians LK, Alexander K, Grota P, et al: The development of the risk tool for fall prevention. Reprinted from *Rehabilitation Nursing* 16: 67, 1991.
39. Adaptuota pagal Brians LK, Alexander K, Grota P, et al: The development of the risk tool for fall prevention. Reprinted from *Rehabilitation Nursing* 16: 67, 1991.
40. Adaptuota pagal Ventry IM, Weinstein BE: Identification of elderly people with hearing problems, *ASHA* July 25: 37, 1983.
41. Kalibatiienė D. Klinikinė slauga. Vilnius, 2008, psl. 176.
42. Alekna V., Čeremnych E. ir kt. Senas žmogus šeimoje. Lietuvos gerontologų ir geriatrų draugija, 1999, psl. 28.
43. Kalibatiienė D. Klinikinė slauga. Mokomoji knyga. Vilnius, 2008, psl. 348.
44. Levickienė I., Istomina N. Pagėgių bendruomenės pagyvenusių ir senyvo amžiaus žmonių poreikių vertinimas. *Sauga. Mokslas ir praktika*, 2006, Nr. 36, psl. 12-16.
45. Jakutis J. Socialinės ir medicininės slaugos paslaugos namuose. *Gydymo menas*, 2005 m., Nr. 4 (116), p. 16.
46. Kecoriūtė V., Stundžienė R. Žmonių požiūris į slaugos paslaugų teikimą namuose. VU Medicinos fakultetas. Studentų mokslinės draugijos LIX konferencija. Darbų tezės, Vilnius, 2007.
47. Jurkuvienė R., Audronytė S. Lėtinėmis ligomis sergančių senų ir pagyvenusių žmonių integruotų ilgalaikių paslaugų namuose poreikis. *Sveikatos mokslai*, 2007 (5), tomas 17, p. 1191-1197.

9. PRIEDAI

1 Priedas. Tyrimo anketos.

SLAUGOS PASLAUGŲ NAMUOSE POREIKIO VERTINIMO TYRIMAS

Gerbiamas tyrimo dalyvi,

Jūs esate kviečiamas dalyvauti apklausoje, kurios tikslas – įvertinti slaugos paslaugų namuose teikimo poreikį ir galimybes.

Ši apklausa yra anoniminė,
o duomenys bus konfidencialūs ir naudojami tik mokslo tikslais.
Jūsų nuomonė yra labai svarbi.

Ačiū Jums už bendradarbiavimą.

Informacija apie Jus:

1. Paciento amžius (metai)_____

2. Lytis:

- ☐ vyras
☐ moteris

	Klausimas	Taip	Kartais	Ne
E-1.	Ar klausos sutrikimai trikdo Jus, sutinkant nepažįstamus/naujus žmones?	☐	☐	☐
E-2.	Ar klausos sutrikimai erzina Jus, kai kalbatės su šeimos nariais?	☐	☐	☐
E-3.	Ar sukelia Jums sunkumų išgirsti ką nors šnabždant?	☐	☐	☐
E-4.	Ar jaučiatės neįgaliau turėdamas klausos sutrikimų?	☐	☐	☐
S-5.	Ar klausos sutrikimai sukelia problemų lankant draugus, giminaičius ar kaimynus?	☐	☐	☐
S-6.	Ar klausos sutrikimai verčia Jus rečiau dalyvauti religinėje veikloje (lankytis bažnyčioje ir pan.)?	☐	☐	☐
E-7.	Ar klausos sutrikimai yra ginčų su šeimos nariais priežastis?	☐	☐	☐
S-8.	Ar klausos sutrikimai sukelia sunkumų klausant televizoriaus ar radijo?	☐	☐	☐
E-9.	Ar manote, jog Jūsų klausos sutrikimai varžo Jūsų privatų ar socialinį gyvenimą?	☐	☐	☐
S-10.	Ar klausos sutrikimai sukelia Jums sunkumų lankantis restorane su giminaičiais ar draugais?	☐	☐	☐

NUOŠIRDŽIAI JUMS DĖKOJU UŽ ATSAKYMUS!

SLAUGOS PASLAUGŲ NAMUOSE POREIKIO VERTINIMO TYRIMAS ANONIMINĖ ANKETA

Informacija apie pacientą

3. Paciento amžius (metai)_____

4. Lytis:

- ☐ vyras
☐ moteris

I.Įprastų kasdienio gyvenimo veiklų vykdymo nustatymo skalė

Prašome apibraukti teiginį, atitinkantį paciento požymius.

Nr.	A. <u>GEBĖJIMAS NAUDOTIS TELEFONU</u>	
1.	Naudojasi telefonu savo iniciatyva; pats susisieško ir surenka įvairius tel. numerius	1
2.	Skambina keliais gerai žinomais tel. numeriais	1

3.	Atsiliepia telefonu, bet pats neskambina	1
4.	Visiškai nesinaudoja telefonu	0

Nr.	B. <u>APSIPIRKIMAS</u>	
1.	Visuomet savarankiškai apsiperka	1
2.	Savarankiškai apsiperka nedideliais kiekiais	0
3.	Kokio nors apsipirkimo metu privalo kas nors lydėti	0
4.	Bet koku atveju negali apsipirkti	0

Nr.	C. <u>MAISTO GAMINIMAS</u>	
1.	Savarankiškai nusprendžia gaminti maistą, jį gamina ir patiekia	1
2.	Gamina maistą tik tuomet, jei yra aprūpintas atitinkamais maisto produktais	0
3.	Gamina ir patiekia maistą, bet nesilaiko nustatytų dietinių reikalavimų	0
4.	Maistas privalo būti pagamintas ir patiektas, savarankiškai to nedaro	0

Nr.	D. <u>NAMŲ TVARKYMAS</u>	
1.	Namus tvarko savarankiškai ir tik išskirtiniais atvejais reikia pagalbos	1
2.	Atlieka lengvus namų ruošos darbus (pvz., suplauna indus, pasikloja lovą ir pan.)	1
3.	Atlieka lengvus namų ruošos darbus, tačiau nesugeba palaikyti tinkamo švaros lygio	1
4.	Reikia pagalbos vykdant visas namų tvarkymo užduotis	1
5.	Pats visiškai nesitvarko namų ruošoje	0

NR.	E. <u>SKALBIMAS</u>	
1.	Skalbia visiškai savarankiškai	1
2.	Skalbia smulkius drabužius (skalauja kojines ir pan.)	1
3.	Visiškai neskalbia	0

Nr.	F. <u>JUDĖJIMAS IŠ VIENOS VIETOS Į KITA</u>	
1.	Savarankiškai keliauja viešuoju transportu arba savarankiškai vairuoja automobilį	1
2.	Gali savarankiškai keliauti taksi, bet nesinaudoja viešuoju transportu	1
3.	Keliauja viešuoju transportu, kai yra lydimas kito asmens	1
4.	Keliauja taksi ar automobiliu, kai padeda kiti asmenys	0
5.	Visiškai nekeliauja	0

NR.	G. <u>ATSAKOMYBĖ DĖL TINKAMO VAISTŲ VARTOJIMO</u>	
1.	Pats atsakingai gali vartoti vaistus tinkamomis dozėmis ir tinkamu laiku	1
2.	Pats vartoja vaistus tik tada, kai šie yra iš anksto paruošti vartojimui	0

3.	Pats vienas visiškai nesugeba varuoti vaistų	0
----	--	---

NR.	H. <u>GEBĖJIMAS DISPONUOTI PINIGINĖMIS LĖŠOMIS</u>	
1.	Savarankiškai atlieka visas su pinigineis lėšomis susijusias operacijas (eina į banką, apmoka sąskaitas, moka nuomos mokestį ir pan.)	1
2.	Savarankiškai atlieka tik veiksmus, susijusius su kasdieniais pirkimais, tačiau reikia pagalbos atliekant operacijas banke, vykdant stambesnius pirkimus ir pan.	1
3.	Visiškai nesugeba disponuoti pinigineis lėšomis	0

II. Pusiausvyros ir eisenos vertinimas pagal Tinetti skalę -1 dalis

Pusiausvyra: nurodymai: asmuo privalo sėdėti ant kietos kėdės be atramų. Tikrinami žemiau išvardinti gebėjimai:

- **Sėdėjimo pusiausvyra**
0 = remiasi ar slysta nuo kėdės
1 = sėdi stabiliai
- **Pakyla nuo kėdės**
0 = negeba be pagalbos
1 = geba, bet tik remdamasis rankomis
2 = geba be rankų pagalbos
- **Bandymai kilti nuo kėdės**
0 = negeba be pagalbos
1 = geba, bet ne iš pirmo bandymo
2 = pakyla pirmuoju bandymu
- **Pusiausvyra atsistojus (pirmas 5 sekundes)**
0 = nestabilus (svyruoja, juda liemuo, judina pėdas)
1 = stabilus, tačiau naudoja vaikštynę/lazdelę ar čiumpa kitą daiktą laikytis
2 = stabilus be vaikštynės/lazdelės ar kitų pagalbinių daiktų
- **Pusiausvyra stovint**
0 = nestabilus
1 = stabilus, bet plačiai išskėstos kojos (vidinė kulno dalis daugiau kaip 10 centimetrų atokiau nuo kitos) arba naudojasi lazdele/ vaikštyne ar kitokia pagalba
2 = siaura stovėseną be pagalbos
- **Stumtelėjimas (asmuo kiek įmanoma labiau suglaudęs kojas. Tyrėjas tris kartus delnu lengvai stumtelia jį į krūtinkaulį)**
0 = pradeda kristi
1 = svyruoja, bando ko nors griebtis, bet išsilaiko
2 = stabilus
- **Užmerktos akys (asmuo kiek įmanoma labiau suglaudęs kojas)**
0 = nestabilus
1 = stabilus

- **Apsisukimas 360 laipsnių kampu**
0 = nevientisi žingsniai
1 = vientisi žingsniai
0 = nestabilus (svyruoja, bando laikytis ko nors)
1 = stabilus
- **Atsisėdimas**
0 = nesaugus (neapskaičiuotas atstumas; krenta į kėdę)
1 = naudoja rankas ar nenuoseklūs judesiai
2 = saugus, nuoseklūs judesiai

/16

PUSIAUSVYROS REZULTATAS

III. Pusiausvyros ir eisenos vertinimas pagal Tinetti skalę -2 dalis

Eisena

Nurodymai: asmuo stovi kartu su tyrėju. Eina koridoriumi ar per kambarį, iš pradžių eina jam įprastu greičiu, vėliau „sparčiu, bet saugiu“ tempu (naudojamos įprastos techninės pagalbos priemonės – vaikštytynė ar lazdelė).

- **Ėjimo pradžia (iš karto po nurodymo „eiti“)**
0 = bet kokie svyravimai ar keli bandymai pradėti eiti
1 = jokių svyravimų
- **Žingsnio ilgis ir aukštis (dešinės pėdos svyravimai)**
0 = žingsniu neperžengia kairės pėdos pozicijos
1 = peržengia kairės pėdos poziciją
0 = dešinė pėda pilnai nepakyla nuo grindų
1 = dešinė pėda pilnai pakyla nuo grindų
- **Žingsnio ilgis ir aukštis (kairės pėdos svyravimai)**
0 = žingsniu neperžengia dešinės pėdos pozicijos
1 = peržengia dešinės pėdos poziciją
0 = kairė pėda pilnai nepakyla nuo grindų
1 = kairė pėda pilnai pakyla nuo grindų
- **Žingsnių simetrija**
0 = žingsniai kaire ir dešine pėdomis nėra apytikriai vienodo ilgio
1 = žingsniai kaire ir dešine pėdomis yra apytikriai vienodo ilgio
- **Žingsnio tęstinumas**
0 = trūksta nuoseklumo ir tolygumo tarp žingsnių
1 = žingsniai yra vientisi
- **Takas (maždaug pagal grindų plytelių briaunas, apie 30 centimetrų pločio. Stebėti vienos pėdos judėjimą, įveikiant maždaug 6 metrų atstumą)**
0 = ženklus nukrypimas
1 = vidutinis nukrypimas arba naudojimas vaikštytynė/lazdele

2 = Tiesus ėjimas be jokios pagalbos

- **Liemuo**

0 = ženklus svyravimas arba naudoja techninės pagalbos priemonės

1 = nėra svyravimų, bet einant lenkiami keliai ar nugara ar rankos išskečiamos

2 = nėra svyravimų, lenkimosi, nesinaudojama nei rankomis, nei techninės pagalbos priemonėmis

- **Pozicija einant**

0 = kulnai atskirai

1 = einant kulnai beveik liečiasi

/12	EISENOS REZULTATAS
/28	GALUTINIS JUDRUMO REZULTATAS (PUSIAUSVYRA IR EISENA)

IV. Kritimų rizikos vertinimas

Pagrindiniai duomenys

- ☐ Vyresnis nei 60 metų
- ☐ Kritimų yra buvę prieš patenkant į gydymo įstaigą*
- ☐ Po operacijos/ruošiamas operacijai
- ☐ Rūko

Fizinė būklė

- ☐ Galvos svaigimas/svaigulys
- ☐ Netvirta eisena
- ☐ Ligos/sutrikimai veikiantys pagrindinius sąnarius
- ☐ Silpnumas
- ☐ Parežė
- ☐ Alpimus sukeliantys sutrikimai
- ☐ Silpnas regėjimas
- ☐ Silpna klausa
- ☐ Viduriavimas
- ☐ Dažnas šlapinimasis

Psichikos būklė

- ☐ Orientacijos sutrikimai*
- ☐ Silpna atmintis
- ☐ Negalėjimas suprasti ir vykdyti nurodymų

Vartojami vaistai

☐	Diuretikai/šlapimą skatinantys
☐	Centrinę nervų sistemą slopinantys ar kraujo spaudimą mažinantys (migdomieji, raminamieji, psichotropiniai, trankviliantai, slopinamieji, antidepresantai)

☐	Medikamentai, skatinantys virškinamojo trakto veiklą (vidurius laisvinantys, klizma)
--------------------------	--

Naudojamos ambulatorinės pagalbos priemonės

- ☐ Lazdelė
- ☐ Ramentai
- ☐ Vaikštytė
- ☐ Žmogaus su negalia vežimėlis
- ☐ Geriatriinė kėdė
- ☐ Ortopedinis įtvaras

V. Pakartotinės kritimų rizikos vertinimas

Nurodymai: pažymėkite punktus, kuriuos atitinka Jūsų pacientas. Pacientą, kuris atitinka bent vieną iš keturių pirmų punktų, privalo pripažinti, kaip galintis pavojingai nukristi. Be to, pacientas, kuris atitinka penktąjį punktą („naudoja žmogaus su negalia vežimėlį“) yra pripažintinas kaip turintis didesnę riziką nukristi.

- ☐ Netvirta eisena
- ☐ Silpna atmintis
- ☐ Silpnumas
- ☐ Anksčiau kritęs
- ☐ Naudoja žmogaus su negalia vežimėlį