

**VINIAUS UNIVERSITETO MEDICINOS FAKULTETAS**  
**REABILITACIJOS, SPORTO MEDICINOS IR SLAUGOS INSTITUTAS**  
**SLAUGOS MAGISTRANTŪROS DIENINIŲ STUDIJŲ PROGRAMA**

**PATYRUSIŲ GALVOS SMEGENŲ INSULTĄ ASMENŲ SLAUGOS POREIKIŲ  
NAMUOSE ĮVERTINIMAS**

**SLAUGOS MAGISTRO BAIGIAMASIS DARBAS**

Darbo vadovė: Prof., habil. dr. D. Kalibatiienė

Darbo autorė: Ana Petkevičienė  
Slaugos specialybės II kurso magistrantė

VILNIUS, 2008

## **DARBO ANOTACIJA**

Slaugos magistro baigiamasis darbas „Patyrusių galvos smegenų insultą asmenų slaugos poreikių namuose įvertinimas“ atliktas 2005 – 2008 metais Vilniaus Universiteto Medicinos fakulteto Reabilitacijos, sporto medicinos ir slaugos instituto bazėje bei Vilniaus miesto ligoninėse: VUL „Santariškių klinikose“, Greitosios pagalbos universitetinėje ligoninėje, Mykolo Marcinkevičiaus ir „Vilkpėdės“ ligoninėse.

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 2008-05-26 d., įvertintas teigiamai ir rekomenduotas viešam gynimui.

Darbo recenzentai:

1. Prof. habil. dr. V. Vaičekonis
2. Asist. R. Čepanauskienė

Slaugos magistro baigiamasis darbas „Patyrusių galvos smegenų insultą asmenų slaugos poreikių namuose įvertinimas“ bus ginamas viešame Slaugos magistrų darbų gynimo komiteto posėdyje, kuris įvyks 2008 m. Birželio 09 d. 10 val. Vilniaus miesto universitetinės ligoninės salėje (Antakalnio 57). Su darbu galima susipažinti Vilniaus Universiteto Medicinos fakulteto Reabilitacijos, sporto medicinos ir slaugos institute.

Už pagalbą rašant magistro baigiamąjį darbą ir naudingus patarimus nuoširdžiai dėkoju:

Darbo vadovei prof. D. Kalibatienei

„Vilkpėdės ligoninės“ direktorei Z. Ramanauskienei

Greitosios pagalbos universitetinės ligoninės direktoriaus pavaduotojai slaugai Daliai Guobužienei, VUL „Santariškių klinikos“ direktorei slaugai Reginai Nalivaikienei, Mykolo Marcinkevičiaus ligoninės direktoriaus pavaduotojui slaugai Andriui Paulauskui.

## TURINYS

SANTRAUKA LIETUVIŲ KALBA.....	5
SANTRAUKA ANGLŲ KALBA.....	7
DARBE PATEIKTŲ LENTELIŲ IR PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS.....	9
1.ĮVADAS.....	11
2. LITERATŪROS APŽVALGA.....	14
2.1. Galvos smegenų insulto samprata ir paplitimas.....	14
2.2. Slaugos poreikiai.....	16
2.3. Slauga namuose.....	18
2.4. Patyrusio insultą asmens slaugos namuose ypatumai.....	22
3. TYRIMO MEDŽIAGA IR METODAI.....	32
4. TYRIMO REZULTATAI.....	35
4.1. Tiriamųjų charakteristika.....	35
4.2. Pacientų tyrimo rezultatų analizė.....	38
4.3.Pacientų artimųjų tyrimo rezultatų analizė.....	48
5.DARBO REZULTATŲ APTARIMAS.....	55
6. IŠVADOS.....	58
7. PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS.....	59
8. LITERATŪROS SĄRAŠAS.....	60
9. PRIEDAI.....	63
9.1. PRIEDAS. Pacientų apklausos anketa.....	63
9.2. PRIEDAS. Šeimos narių, slaugančių pacientą, apklausos anketa.....	67

# SANTRAUKA

Vilniaus Universiteto Medicinos Fakultetas  
Reabilitacijos, sporto medicinos ir slaugos institutas  
Slaugos magistrantūros programa

## PATYRUSIŲ GALVOS SMEGENŲ INSULTĄ ASMENŲ SLAUGOS POREIKIŲ NAMUOSE ĮVERTINIMAS

Slaugos magistro baigiamasis darbas

Darbo autorė: Ana Petkevičienė

Darbo vadovė: prof. habil. dr. Danutė Kalibatienė

Vilnius, 2008 m.

**Pagrindinės sąvokos:** *Galvos smegenų insultas, namų slauga, slaugos poreikiai, slaugos ir socialinės paslaugos.*

Galvos smegenų insultas yra dažna negalios, priklausomybės bei socialinių įgūdžių praradimo priežastis. Nepaisant įgytos negalios, du trečdaliai pacientų, patyrusių insultą, po stacionarinio gydymo grįžta į namus. Atsakomybė už jų priežiūrą namuose tenka šeimos nariams, kurie neturi reikiamos patirties, slaugant tokius pacientus.

**Darbo tikslas :** nustatyti patyrusių galvos smegenų insultą asmenų ir jų šeimos narių slaugos paslaugų poreikį namuose, išvykstant į namus po gydymo ir reabilitacijos stacionare.

**Darbo uždaviniai:** Ištirti , kokių paslaugų ir kaip dažnai pacientai, patyrę galvos smegenų insultą, pageidautų namuose; Įvertinti amžiaus, lyties, išsilavinimo, šeimyninės ir socialinės padėties įtaką slaugos paslaugų į namus poreikiui; Ištirti ir palyginti slaugos poreikio priklausomybę nuo pirmą kartą ar pakartotinai patirto galvos smegenų insulto, gydymo bei gydymo ir reabilitacijos stacionare; Ištirti artimųjų poreikius slaugant šeimos narį, patyrusį galvos smegenų insultą.

**Medžiaga ir metodika:** Tyrimo objektas- asmenų, patyrusių galvos smegenų insultą, slaugos į namus poreikiai. Tyrimo populiacija – 62 pacientai, persirgę galvos smegenų insultu, ir 31 šeimos narys, slaugantis artimaji po insulto. Tyrimo metodas – patyrusių galvos smegenų insultą

pacientų ir juos slaugančių šeimos narių anketinė apklausa, panaudojant tam tikslui sukurtas originalias anketas, ligos istorijų analizė. Gauti duomenys apdoroti, naudojant statistinio paketo socialiniams mokslams (SPSS) 12-ąją versiją.

**Darbo rezultatai ir išvados:** Pacientams ir jų artimiesiems namuose reikalingos ir slaugos ir socialinės paslaugos. 75,8 % pacientų nurodė, kad jiems yra aktuali tolimesnė slauga namuose po gydymo stacionare. 90,3% pacientų artimųjų buvo svarbu, kad slaugytojas jiems būtų pagalbininkas ir mokytojas, slaugant ligonį, bei aktyviai dalyvautų, atstatant slaugomo asmens kasdienes įgūdžius. Dažniausiai buvo pageidaujama, kad slaugos paslaugos namuose (dažnis, trukmė, pobūdis) būtų teikiamos pagal esamą asmens poreikį tam tikram momentui. Skirtingus slaugos ir socialinių paslaugų ypatumus įtakojo pirminis bei pakartotinai patirtas insultas bei tai, kokioje gydymo įstaigoje pacientas gydėsi. Amžius, lytis, išsilavinimas, šeimyninė bei socialinė padėtis slaugos į namus poreikio patyrusiems galvos smegenų insultą asmenims įtakos neturėjo.

## SUMMARY

Vilnius University, Faculty of Medicine  
Rehabilitation, Sport Medicine and Nursing Institute  
Nursing Master study program

### EVALUATION OF CARE/NURSING NEEDS OF PATIENTS' AFTER STROKE AT HOME

Thesis on Master's Degree in Nursing

Author: Ana Petkevičienė

Supervisor: Prof. Danutė Kalibatiėnė, Vilnius University, Faculty of Medicine, Institute of Rehabilitation, Sport Medicine and Nursing

Vilnius, 2008

**Keywords:** *encephalon stroke, home care, nursing needs, nursing and social services.*

Brain stroke frequently is the cause for disability, dependence and loss of social skills. Despite of acquired disability due to stroke, two thirds of patients return back to their homes after treatment in hospital. Responsibility for their nursing at home falls on their family members who lack necessary experience in caring for such patients.

**Goal of the thesis:** to identify the needs of nursing care at home of the persons who had an encephalon stroke and their family members when going home after the in-patient treatment and rehabilitation.

**The tasks of the thesis:** is to investigate what services and how often would be requested by the patients who had an encephalon stroke; to assess the effect of age, sex, education, family and asocial status on the needs of nursing services at home; to investigate and compare the correlation of nursing needs after encephalon stroke sustained for the first

time or repeatedly and treatment, and in-patient treatment and rehabilitation; to investigate the needs of family members in nursing a family member who had an encephalon stroke.

**Materials and methodology:** the object of study is nursing needs of the person who had an encephalon stroke. The scope of survey – 62 patients who had an encephalon stroke, and 31 family members taking care of their family member after a stroke. The method of study – a questionnaire survey of the patients with encephalon stroke and of the family members who nursed them, using the original questionnaires created for this purpose, analysis of the health records. The data obtained was processed using the 12th version of the statistical package for the social sciences (SPSS).

**Results and conclusions of the thesis:** the patients and their family members are in need of both, nursing and social services at home. 75.8 per cent of the patients indicated that they are in need of further nursing at home after the in-patient treatment. 90.3 per cent of the family members of the patients indicated that it is important that a nurse was an assistant and a teacher in providing care to the patient, and actively participated in restoring the daily skills of the person being taken care of. Most frequently it was requested that the nursing services were provided at home (their frequency, length, type) subject to the person's need for a particular moment. Different peculiarities of nursing and social services were affected by the originally and repeatedly experienced stroke and the treatment institution in which the patient underwent treatment. Age, sex, education, family and social status did not have an effect on the need of nursing care at home for the persons who had an encephalon stroke.



## LENTELĖS, PAVEIKSLAI

### Lentelės

1 lentelė. Pacientų pasiskirstymas pagal lytį ir amžių.

2 lentelė. Sutrikimų skaičius, esant pirminiam ir pakartotiniam insultui.

### Paveikslai

1 pav. Pacientų pasiskirstymas pagal amžių.

2 pav. Pacientų pasiskirstymas pagal socialinę padėtį.

3 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal amžių.

4 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal ryšį su slaugomu asmeniu.

5 pav. Pirmo ir pakartotinio insulto įtaka sveikatos būklės sutrikimams.

6 pav. Pacientų pasiskirstymas pagal funkcinių gebėjimų sutrikimus.

7 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal slaugytojų funkcijų svarbumą.

8 pav. Slaugytojo pacientų namuose apsilankymo dažnis.

9 pav. Ar svarbu, kad slaugytojas būtų pagalbininkas ir mokytojas šeimos nariams.

10 pav. Pirminio ir pakartotinio insulto įtaka mokumui už paslaugas namuose.

11 pav. Rekomendacijų dėl tolimesnės slaugos namuose suteikimas.

12 pav. Slaugytojo kaip šeimos mokytojo ir pagalbininko vaidmuo priklausomai nuo gydymosi įstaigos.

13 pav. Slaugytojo apsilankymų paciento namuose poreikis priklausomai nuo gydymosi įstaigos.

14 pav. Slaugytojo vizito paciento namuose trukmė priklausomai nuo gydymosi įstaigos.

15 pav. Socialinės pagalbos poreikis namuose pacientams.

16 pav. Socialinio darbuotojo konsultacijos priklausomai nuo pirminio ir pakartotinių insultų.

17 pav. Socialinės paslaugos priklausomai nuo pirmą kartą ir pakartotinai patirto insulto.

- 18 pav. Socialinės pagalbos poreikis priklausomai nuo gydymosi įstaigos.
- 19 pav. . Socialinio darbuotojo konsultacijos priklausomai nuo gydymosi įstaigos.
- 20 pav. Artimo žmogaus patirto insulto įtaka šeimos narių gyvenimui.
- 21 pav. Slaugančių artimųjų amžiaus įtaka teiginiui „artimojo slauga atima didžiąją laiko dalį“.
- 22 pav. Slaugančių artimųjų amžiaus įtaka teiginiui „pakeitė šeimos gyvenimą“.
- 23 pav. Šeimos narių problemos, slaugant asmenį po insulto.
- 24 pav. Giminytės ryšio įtaka bendravimo pokyčiams su ligoniu.
- 25 pav. Po patirto insulto slaugomam asmeniui atsiradę sveikatos sutrikimai.
- 26 pav. Informacijos šaltiniai apie tolimesnę ligonio slaugą namuose.
- 27 pav. Ligoninėje ir namuose šeimos narių informuotumas.
- 28 pav. Slaugytojo pagalbos poreikio šeimos nariams pasiskirstymas.
- 29 pav. Šeimos narių paslaugų į namus jų slaugomam asmeniui poreikis.
- 30 pav. Socialinių paslaugų šeimos nariams poreikis.
- 31 pav. Šeimos narių nuomonė apie ilgalaikę priežiūrą.
- 32 pav. Šeimos narių galimybės mokėti už paslaugas sąsajos su socialine padėtimi.

## 1. ĮVADAS

**Darbo aktualumas.** Galvos smegenų insulto (GSI) perspėjimas ir gydymas šiandien yra aktuali ir daug dėmesio reikalaujanti visuomenės sveikatos problema, sąlygojanti didelį medicininių bei socialinių priemonių mastą. Nors tobulėja medicinos diagnostinės technologijos, gerėja visuomenės švietimas ir daugiau skiriama dėmesio profilaktikai bei reabilitacijai, galvos smegenų insultas ir toliau išlieka darbingo amžiaus ir pagyvenusių žmonių viena iš pagrindinių sveikatos problemų. Kaip ir daugelyje Europos šalių, Lietuvoje didėja amžiaus vidurkis. Todėl reikia tikėtis, kad senėjant populiacijai ateityje gali daugėti galvos smegenų insultų atvejų skaičius. Ligos pasekmės dažnai sąlygoja sergančiųjų negalią ir sutrikdo biosocialines funkcijas. Dėl sutrikusių savarankiškumo ir judėjimo funkcijų tokie asmenys tampa priklausomi nuo kitų asmenų. Daugelyje šalių atliktose studijose nurodoma, kad tokia priklausomybė blogina gyvenimo pilnatvę, didina slaugos įstaigų poreikį, jai reikia didelių visuomenės sąnaudų. [1] Vien JAV 1999 m. tiesioginės ir netiesioginės išlaidos, susijusios su šia liga, sudarė 51,3 milijono JAV dolerių. Jungtinėje Karalystėje ir Suomijoje jos sudaro 5-6 proc. visų išlaidų, skiriamų sveikatos apsaugai. [2]

Nors insultas – galvos smegenų liga, ji atsiliepia visam organizmui. Insultas gali sukelti išliekantį paralyžių, kalbos sutrikimus, skausmą, protinių funkcijų ir emocinius sutrikimus, gali sutrikdyti daugelį gyvenimo funkcijų bei skatinti kraujagyslinės demencijos vystimąsi. [3] Sutrikus individo gebėjimui būti nepriklausomu bet kurioje kasdienio gyvenimo veikloje, ir šeimos nariams taip pat ne visada sugebant užtikrinti tokios veiklos galimybes, atsiranda slaugos paslaugų namuose būtinumas, užtikrinantis patyrusiam insultą asmeniui kvalifikuotą pagalbą atgaunant prarastus įgūdžius, prisitaikant prie aplinkos bei išmokstant kokybiškai gyventi su liekamaisiais ligos padariniais.

### **Darbo tikslas:**

Mūsų vykdomo tyrimo tikslas – nustatyti patyrusių galvos smegenų insultą asmenų ir jų šeimos narių slaugos paslaugų poreikį namuose, išvykstant į namus po gydymo ir reabilitacijos stacionare.

### **Darbo uždaviniai:**

1. Ištirti, kokių paslaugų ir kaip dažnai pacientai, patyrę galvos smegenų insultą, pageidautų namuose.
2. Įvertinti amžiaus, lyties, išsilavinimo, šeimyninės ir socialinės padėties įtaką slaugos paslaugų į namus poreikiui.
3. Ištirti ir palyginti slaugos paslaugų poreikio priklausomybę nuo pirmą kartą ar pakartotinai patirto galvos smegenų insulto, gydymo bei gydymo ir reabilitacijos stacionare.
4. Ištirti artimųjų poreikius slaugant šeimos narį, patyrusį galvos smegenų insultą.

### **Darbo hipotezė:**

Atlikus darbą būtų sudarytos prielaidos užtikrinti slaugos paslaugų tęstinumą po gydymo stacionare asmenims, patyrusiems galvos smegenų insultą, praktikoje bei pagerinti šių pacientų slaugą ir priežiūrą namuose, jų ir jų šeimos narių gyvenimo kokybę.

### **Darbo praktinė reikšmė:**

Kadangi galvos smegenų insultas yra pagyvenusių žmonių liga, Lietuvoje senstant visuomenei reikia tikėtis ir daugiau susirgimų insultu atvejų. Daugumai pacientų, patyrusių galvos smegenų insultą, lieka įvairaus laipsnio pažeidimų ar netgi sunkus neįgalumas. Tokie asmenys gali sunkiai prisitaikyti prie aplinkos, turėti sunkumų bendraudami, gali nesugebėti gyventi be kitų pagalbos. Literatūros duomenimis, nepaisant įgytos negalios didžioji dalis pacientų, patyrusių insultą, po stacionarinio gydymo grįžta į namus. Atsakomybė už jų priežiūrą namuose tenka šeimos nariams, kurie neturi reikiamos patirties slaugant tolius ligonius, susiduria su pagalbos ir informacijos trūkumu. Be to artimojo persirgęs insultas turi didelės įtakos ir jų pačių asmeniniam gyvenimui bei sveikatai. Todėl šiame darbe bus siekiama numatyti ir pagrįsti aktyvų slaugytojo dalyvavimą, organizuojant ir teikiant paslaugas bei užtikrinant slaugos tęstinumą po gydymo stacionare namuose pacientams, patyrusiems galvos smegenų insultą.

**Darbo apibūdinimas:**

Tai taikomojo pobūdžio mokslo tiriamasis slaugos magistro baigiamasis darbas. Darbas yra 69 puslapių apimties, susideda iš 9 skyrių. Jį iliustruoja 2 lentelės, 32 paveikslai, 2 priedai. Literatūros sąrašą sudaro 43 šaltiniai .

## 2.LITERATŪROS APŽVALGA

### 2.1.Galvos smegenų insulto samprata ir paplitimas

Pagal įprastą neurologinėje praktikoje taikytą apibrėžimą, galvos smegenų insultu buvo vadinamas klinikinis sindromas, pasireiškiantis greitai besivystančiais klinikiniais simptomais ir/arba židininiais požymiais, galvos smegenų funkcijos sutrikimais, trunkantis ilgiau negu 24 valandas (arba sukeltantis mirtį) ir esantis kraujagyslinės kilmės. Esant didelei kompiuterinės technologijos pažangai, vis plačiau taikant modernius neurovizualinius metodus insultui diagnozuoti, paaiškėjo, kad nemažai daliai ligonių klinikiniai simptomai trunka trumpiau negu 24 valandas, bet galvos smegenyse jau susiformuoja išeminis židinytis. Taigi, pagal naujausiose studijose taikomą išeminio galvos smegenų insulto arba infarkto apibrėžimą, klinikiniai simptomai turi tęstis ilgiau negu 24 valandas arba trumpiau, jeigu neurovizualiniais metodais patvirtinamas kliniškai reikšmingas galvos smegenų pažeidimas. Naujausių tyrimų duomenimis, 87 proc. visų galvos smegenų insultų yra išeminiai, 13 proc. sudaro kraujo išsiliejimas į smegenis (intracerebrinė hemoragija) ir į smegenų dangalus (subarachnoidinė hemoragija). [4]

Pagal tai kokia smegenų dalis (kuris pusrutulio yra pažeistas ir kokio dydžio sužalojimas) yra pažeista, pasireiškia ir simptomai. Ryškiausi simptomai yra paralizė ir jautrumo praradimas vienoje kūno pusėje. Dėl šių simptomų pacientas dažnai tampa nejudrus, sutrinka jo gebėjimas išreikšti save, jam sunku valgyti ir gerti. Daugelį dar vargina ir bendravimo problemos; dėl afazijos jiems sunku bendrauti su žmonėmis, o taip pat ir patiems suprasti, kas jiems sakoma. Gali atsirasti regos, kvėpavimo ir rijimo sutrikimų, galvos svaigimas ir pusiausvyros praradimas, epilepsija, protinių funkcijų ir nuotaikos sutrikimų. [5] . Žmogaus funkcionavimui taip pat svarbus ryšys tarp abiejų smegenų pusrutulių. Šis ryšys sutrikdomas, kai dėl įvykusio insulto yra sužalojamas vienas smegenų pusrutulis. Atsiranda sutrikimai, paveikiantys paciento galimybę iš naujo mokytis ir atgauti prarastus įgūdžius [6]. Insultu sergantys pacientai jaučia fizinę ir emocinę įtampą, pablogėja jų gyvenimo kokybė. Trečdalis žmonių, patyrusių insultą, miršta per pirmuosius metus, kitam trečdaliui žmonių sutrikusios funkcijos atsinaujina, o likusiam trečdaliui – lieka vidutinio ar sunkaus laipsnio negalia.[7]

Galvos smegenų insultas – viena dažniausių ir ekonomiškai nuostolingiausių ligų, vyraujanti tarp suaugusiųjų neįgalumo priežasčių, bei trečioji pagal dažnumą mirties priežastis Šiaurės Amerikoje, Europoje ir Azijoje.

Europos Sąjungoje per metus įvyksta apie vieną milijoną insultų. Kiekvienais metais 700 000 žmonių Jungtinėse Valstijose patiria naują arba pakartotinį galvos smegenų insultą: apie 500 000 yra pirmoji ataka, 200 000- pakartotinės atakos. Nustatyta, kad vidutiniškai kas 45 sekundės įvyksta galvos smegenų insultas, kas 3-4 minutės nuo insulto miršta žmogus. Patyrus insultą, 15-30 proc. ligonių visam laikui lieka invalidais, 20 proc. reikia specialios priežiūros gydymo įstaigose ilgiau nei 3 mėnesius. [4]

Lietuvoje, valstybinės ligonių kasos registro duomenimis, kasmet hospitalizuojama daugiau kaip 17 000 naujų insulto atvejų.[8] Sergamumas Lietuvoje insultu siekia 272 atvejus 100 000 gyventojų, o mirtingumas nuo insulto-62 atvejai 100 000 gyventojų.[9] Vyrų sergamumas pirmuoju galvos smegenų insultu - 184/100 000, o moterų - 98/100 000. [4] 2002 – 2004 metais 79 proc. visų susirgusių GSI pacientų amžius siekė 55 -84 metus.[9]

Nors sergamumas ir mirštamumas nuo galvos smegenų kraujagyslių ligų išsivysčiusiose šalyse pastaraisiais metais mažėja ( ypač dėl geresnio arterinės hipertenzijos ir širdies ligų gydymo ), insultas lieka trečia pagal dažnį mirties priežastis ir dažniausia nuolatinio invalidumo priežastis tarp suaugusiųjų [3]. Išsivysčiusių šalių duomenimis, tik 20 proc. persirgusių galvos smegenų insultu vėl būna darbingi, 50 proc. lieka laikinai arba nuolat neįgalūs, o apie 10 proc. reikia slaugos. Lietuvoje į darbą po insulto grįžta tik apie 20 proc. iki tol dirbusių žmonių.[10] Apie 80 proc. pacientų, išgyvenusių po insulto, tampa neįgalūs dėl motorinių ir kognityvinių funkcijų sutrikimų, trikdančių jų kasdieninę veiklą bei darbingumą. [8,11] 2004 metais Lietuvoje galvos smegenų kraujotakos sutrikimai lėmė beveik 13 proc. visų mirčių, 23 proc. visų mirčių nuo širdies ir kraujagyslių sistemos ligų ir 33 proc. neįgalumo dėl širdies ir kraujagyslių sistemos ligų.[12] Taigi Lietuvoje, lyginant su Vakarų Europos šalių duomenimis, mirštamumas nuo insulto iki šiol yra didelis. Dauguma pacientų miršta per pirmąjį mėnesį dėl hipostatinės ar aspiracinės pneumonijos bei šlapimo takų infekcijos. Be to, daugelio pacientų rehabilitacija trunka gana ilgai, todėl slaugos kokybė gali turėti ilgalaikio gydymo rezultatus.

Slaugos proceso tobulinimas gali padėti spręsti šias problemas. Didesnė atsakomybė susirgimo prevencijos, gydymo proceso metu turėtų tekti pacientams, o slaugant patyrusiuosius insultą – paciento artimiesiems. Pastarieji turėtų persiorientuoti iš dažnai pasyvių stebėtojų į aktyviai priimančius sprendimus insulto komandos narius. Pacientas, jo

šeima ir profesionalūs slaugytojai turėtų dirbti drauge, kad padėtų atkurti sutrikusias funkcijas ar adaptuotis išlikus negaliai.[7]

## 2.2. Slaugos poreikiai

Įvertinti slaugos poreikius yra pirmas žingsnis planuojant individualią slaugą.

Kiekvienos ligos ir konkretaus žmogaus atveju slaugos poreikiai skiriasi, todėl siekiant sukurti individualizuotą slaugos planą, svarbu įvertinti sergančiojo būklę, bei jo poreikius. Pasitelkus į pagalbą sergančiuosius ir jų artimuosius, bendraujant su jais kaip su visaverčiais partneriais, galima ligoniui suteikti neįkainojamą paramą, vertinant savo būklę, nusprendžiant, kiek jis pats dar gali padėti sau ir kiek profesionalios priežiūros jam reikia.[13]

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro patvirtintoje medicinos normoje MN 28:2004 „ bendrosios praktikos slaugytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ yra nurodyta, kad slaugymas- tai slaugytojo veikla, padedanti užtikrinti paciento pagrindines gyvybines veiklas pagal slaugos poreikius, bei jo atliekamos paskirtos gydymo, diagnostikos procedūros (LR sveikatos apsaugos ministro įsakymas dėl Lietuvos medicinos normos MN 28:20004).

**Slaugos poreikiai** – tai pagrindiniai fiziologiniai, psichiniai ir socialiniai paciento, šeimos, bendruomenės poreikiai, kuriems patenkinti reikalinga slaugytojo pagalba.

**Slaugos poreikių nustatymas** – slaugos proceso dalis, kai surenkama informacija apie paciento sveikatą, šeimą, namų ir darbo aplinką, nustatomos sveikatos problemos ir slaugos poreikiai.

**Slaugos poreikių vertinimas** – tai informacijos apie esamas slaugos problemas ir reikalingus išteklius rinkimas.

Slaugos poreikių nustatymas yra pirmoji viso slaugos proceso dalis ir svarbus dėl daugelio priežasčių. Slaugos poreikiai gali atsirasti dėl fizinių, socialinių, psichologinių ir dvasinių patirčių, kurios turi prognozinę vertę visos ligos metu: psichikos sveikatos pokyčiams, gyvenimo kokybei bei jos kitimui ir ligos baigčiai. Individualus pacientų poreikių vertinimas yra tinkamo pacientų aptarnavimo ir paslaugų plėtros pagrindas. Pirmosiomis slaugos poreikių vertinimo teorijų kūrėjomis laikomos V.A. Henderson (1996) ir D.E. Orem (1985). Jos teigia. Kad vienas svarbiausių slaugytojo uždavinių yra



ligos poreikių sisteminis nustatymas. Poreikių vertinimas apima ne tik sisteminį požiūrį į problemos nustatymą ir priežastis, bet ir į klinikinius sprendimus. Tuo remiantis slauga gali būti planuojama garantuojant paciento autonomiškumą ir išlaikant jo orumą. Sergančiųjų poreikiai turi būti vertinami visuminiu požiūriu, todėl pacientų poreikių vertinimą sudaro:

- Fizinį poreikių vertinimas,
- Psichologinių ir dvasinių poreikių vertinimas,
- Socialinių poreikių vertinimas.

Visi poreikiai yra labai svarbūs, tačiau nė vieno iš jų negalima pradėti tenkinti, kol neišspręstos fizinės ir funkcinės problemos (simptomai). Svarbu išsiaiškinti ne tik tam tikrų simptomų intensyvumą, bet ir kaip juos jaučia kiekvienas ligonis individualiai. Socialinių poreikių vertinimas būtinas rūpinantis sergančiuoju ir jo šeima – labai svarbu išsaugoti nesuardytą šeimos vientisumą. Paprastai šeimos gali pasirūpinti sergančiojo poreikių tenkinimu, tačiau kritiniais momentais ir jiems gali prireikti slaugytojų pagalbos. Dvasinius poreikius pacientams yra gana sunku suformuluoti, todėl sunku ir įvertinti. Vertinant sergančiųjų slaugos poreikius pirmiausia reikia nustatyti svarbiausius veiksnius, galinčius parodyti, kur slypi potenciali ar reali problema.[13]

Šiuo metu vyrauja nuomonė, kad klaidinga vertinti tik paciento problemas, t. y. nesiejant jų su ligos poveikiu pacientą supantiems asmenims.[7] Paciento poreikiams ir jų patenkinimo laipsniui didelę įtaką turi šeima, todėl rūpinantis pacientu neturi būti pamiršti ir šeimos poreikiai. [14]

Po galvos smegenų insulto pacientams, išrašytiems į namus, iškyla nemažai problemų, nes nežino, kaip toliau gyventi. Dažnai jie būna visiškai priklausomi nuo aplinkinių pagalbos. Tyrimų duomenys rodo, kad paciento artimųjų, ilgą laiką prižiūrinčių asmenį po insulto namuose, našta priklauso nuo slaugomų pacientų negalios, patiriamo neigiamo emocinio streso, vienišumo, teikiamos informacijos apimties, psichologinės, socialinės ir kasdienio aktyvumo pagalbos poreikio. Artimųjų indėlis slaugant insultą patyrusius pacientus yra labai reikšmingas, tačiau ligos pasekmės turi didelės įtakos jų pačių sveikatai bei asmeniniam gyvenimui. Todėl labai svarbu, kad slaugytojai profesionalai, įtraukdami į slaugymo procesą pacientus ir jų gimines, susipažintų su jų poreikiais ir specifinėmis problemomis, su kuriomis jie susidurs. Tyrimai rodo, kad paciento artimųjų poreikiai gali būti skirstomi į tris rūšis: informacijos, pasitarimų

(bendravimo ir pagalbos derinys) ir prieinamumo. Daugeliu atvejų didžiausias sergančiojo insultu artimųjų poreikis yra gauti išsamius atsakymus į jiems rūpimus klausimus. Mokymo programa ir pasitarimai apie insulto ištikto paciento priežiūrą stiprina šeimą, gerina šeimos funkcionavimą ir insultu sergančių pacientų bei jų sutuoktinių psichologinių, socialinių problemų išėtis. Tačiau bendruomenės slaugytojams reikia daugiau informacijos apie paciento ir jo giminaičių poreikius hospitalizacijos metu, kad galėtų numatyti strategiją šiems poreikiams patenkinti. Vadovaujantis įvairiapusiu požiūriu, į slaugytojų mokymo programą turi būti įtraukiami ir plėtojami specifiniai klausimai ir metodai, pavyzdžiui pacientų atmintinės, padedančios, gerinti priežiūros tęstinumą ir bendravimą. [7] Išleidžiant pacientus iš antrinio ir tretinio lygio sveikatos priežiūros įstaigų į namus, lieka neišspręstų slaugos ar socialinių problemų. Todėl labai svarbu, kad pirminio lygio sveikatos priežiūros įstaigų slaugytojai gautų informaciją ne tik apie paciento/ kliento diagnozę ar atliktą gydymą, bet ir apie tai, kokių buvo sveikatos, slaugos ar socialinių problemų, kaip jos buvo spręstos, kokių rezultatų pasiekta ir kokios problemos liko neišspręstos. Tuomet bendruomenės slaugytojai turės galimybę panaudoti visas konkrečiam atvejui reikalingas žinias ir galės užtikrinti slaugos tęstinumą. [15]

### **2.3. Slauga namuose**

Namų slauga- kvalifikuota sergančių, pagyvenusių ar neįgalių asmenų slauga jų pačių namuose. Tai viena iš svarbiausių pirminės sveikatos priežiūros sistemos ir bendruomenės slaugos dalių. Deja mūsų šalyje slauga namuose dar nėra tinkamai įteisinta ir išplėsta. Pirminėje sveikatos priežiūroje nesukurtas valstybės remiamas namų slaugos ir paliatyvos priežiūros tarnybų tinklas, veikiantis nepertraukiamai visą parą.[16]

Įgyvendinant Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2006–2008 metų programos įgyvendinimo priemonių, patvirtintų Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2006 m. spalio 17 d. nutarimu Nr. 1020 (Žin., 2006, Nr. 112-4273), 289 priemonę ir vadovaujantis Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2006 m. birželio 29 d. nutarimu Nr. 647 „Dėl Antrojo sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapo strategijos patvirtinimo“ (Žin., 2006, Nr. 74-2827), buvo parengta ir 2007 m. rugsėjo 5 d. patvirtinta Pirminės sveikatos priežiūros plėtros koncepcija. Koncepcijoje pažymėta, kad:

- Yra nepakankamos slaugos paslaugų namuose apimtys – neplėtojamos slaugos paslaugos namuose, turinčios pagerinti pacientų gyvenimo kokybę, išsaugoti jų savarankiškumą jų gyvenamojoje aplinkoje.

- Nepakankamas slaugos ir socialinių paslaugų bendras koordinavimas savivaldybių ir skirtingų institucijų lygmeniu, tenkinant asmens (paciento) slaugos ir socialinių paslaugų poreikius, teikiant nuolatinę kompleksinę specialistų pagalbą ir priežiūrą.
- Nėra pakankamai išplėtos paliatyviosios pagalbos suaugusiesiems ir vaikams paslaugos, mažinančios pacientų, sergančių nepagydomomis, progresuojančiomis ligomis, fizines kančias ir/ar padedančios jų išvengti ar kontroliuoti, pagerinti ligonio ir jo artimųjų gyvenimo kokybę, padėti ligonio šeimai ar jo artimiesiems išgyventi.[17]

70-80 proc. visų sveikatos priežiūros paslaugų yra slaugos paslaugos, o likusioji dalis- gydymo bei su jomis susijusios paslaugos, kuriomis siekiama išgydyti pacientus arba pasiekti, kad sveikata maksimaliai pagerėtų.[18]

Vykdamas asmens sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizaciją, mažėja stacionaro lovų skaičius, trumpėja gydymo trukmė, todėl vis didesniame skaičiuje ir sunkesnių pacientų reikia ambulatorinių slaugos paslaugų, o patiems sunkiausiems jos turi būti teikiamos namuose. Ambulatorinių slaugos paslaugų poreikis mūsų šalyje yra didelis. Stacionarų medikai dažnai susiduria su nepakankamu ambulatorinės grandies gydymo ir slaugos procesu. Pacientai, sergantys lėtinėmis ligomis, neretai sugrįžta į stacionarą ištikti krizės. Sutrumpėjus gydymo laikotarpiui stacionare, ligoniai į namus išleidžiami, sakykime, apgydyti, ir jiems yra būtinas procedūrų tęstinumas. Nevaikštantiems, sunkiai sergantiems bei seniems žmonėms ypač reikalingos paslaugos: medikamentų injekcijos į raumenis bei į veną, kraujo spaudimo matavimas, žaizdų ir pragulų profilaktika gulintiems pacientams, kraujo paėmimas tyrimui (esant gydytojo paskyrimui), lengvas kūno masažas ligoniams, sergantiems insultu ir kt. bei ligonio artimųjų mokymas. Todėl vienas svarbiausių šiandienos uždavinių Lietuvoje yra – savarankiškas slaugytojų darbas pacientų namuose. [18].

Lietuvos Respublikos Statistikos departamento duomenimis, pastarąjį dešimtmetį Lietuvoje susidarė ypatinga situacija: gimstamumas sumažėjo iki neigiamo lygio, vidutinė gyvenimo trukmė padidėjo.[16] Vyresni nei 65 metų amžiaus gyventojai 2005 m. sudarė 15,1 proc., 2006 m. – 15,3 proc. visų gyventojų. Prognozuojama, kad 2050 m. kas trečias (35 proc.) Lietuvos gyventojas bus pagyvenęs žmogus.[17] Pastaruoju metu į savivaldybes kreipiasi nemažai žmonių, nebegalinčių pasirūpinti patys savimi,

tačiau nenorinčių vykti į stacionarias globos įstaigas.[19] Pagyvenusiems ir neįgaliems žmonėms reikalingos tiek slaugos(71,3 proc.) ir tiek socialinės(58,2 proc.) paslaugos namuose, todėl žmonių socialiniai ir slaugos poreikiai gali būti visiškai patenkinami tik kartu dirbant įvairių sričių specialistams: medikams, pedagogams, psichologams, socialiniams darbuotojams.[20]

2007 m. liepos 4 d. įsakymu Nr. V-558/A1-183 Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro ir Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro buvo patvirtintas (įsigaliojo nuo 2007m. liepos 11 d.) „Slaugos ir socialinių paslaugų bendro teikimo tvarkos aprašas“, kuris nustato slaugos ir socialinių paslaugų (toliau vadinama – ilgalaikės priežiūros paslaugos) bendro teikimo pagrindinius tikslus ir principus, paslaugų gavėjus, ilgalaikės priežiūros paslaugų organizavimą, dokumentavimą bei finansavimą. Apraše teigiama, kad:

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

**Ilgalaikės priežiūros tikslas** – sudaryti palankias sąlygas asmeniui kuo ilgiau savarankiškai ir visavertiškai gyventi bendruomenėje, namuose, ten, kur jis gyvena, užtikrinant tinkamą slaugos ir socialinių paslaugų organizavimą ir teikimą asmeniui, siekiant jį apsaugoti nuo ligos paūmėjimo ar esamų simptomų progresavimo, atsižvelgiant į šeimos poreikius ir galimybes.

Už ilgalaikės priežiūros paslaugų organizavimą, specialistų komandos sudarymą atsakinga savivaldybė, kuri parengia ir patvirtina bendradarbiavimo tarp įstaigų, įmonių ir organizacijų sutarčių sudarymo ir šių paslaugų teikimo tvarkos aprašą.[21]

Lietuvoje kai kuriuose miestų savivaldybėse jau pradėjo veikti Integruotų sveikatos paslaugų centrai.[19] Tačiau dažniausiai globą ir priežiūrą namuose neįgaliems asmenims teikia socialinės tarnybos. Statistikos departamento duomenimis socialinė priežiūra ir globa namuose 2006m. buvo suteikta 7,9 tūkst. žmonių, iš kurių 307 tūkst. buvo pagyvenę (pensinio amžiaus), 3,4 tūkst. – neįgalūs pensinio amžiaus ir 0,7 tūkst.-

neįgalūs darbingo amžiaus asmenys bei 0,1 tūkst. –neįgalūs vaikai. Dar 0,8 tūkst. asmenų patys organizavosi aptarnavimą, gavo pagalbą pinigais. Tai dažniausiai kaimo gyventojai.[22] 2006m. neįgaliesiems asmenims buvo pritaikyti 345 būstai ir patenkinta 23 proc. būstų pritaikymo poreikio( 2005 m. – atitinkamai 262 ir 20 proc.), taip pat sutrikusios judėjimo funkcijos neįgaliesiems suteikta 26,4 tūkst. (2005 m. -22,5 tūkst.) įvairių techninės pagalbos priemonių. [23]

Slaugos į namus tarnybos veikia kai kuriose šalies poliklinikose, bet jų kol kas per mažai, kad galėtų patenkinti slaugos į namus poreikį.[18] Lietuvoje, 2001 m. Sveikatos ekonomikos centro duomenimis, 40 proc. pacientų buvo slaugomi šeimos narių. Kas ketvirtas pacientas namuose, kas devintas- ligoninėje. Dauguma slaugytojų buvo dirbantys asmenys. Todėl, siekiant tenkinti visuomenės poreikius, būtina plėtoti slaugos į namus paslaugą. Slaugos namuose komandos galėtų būti kuriamos prie bet kurios viešos ar privačios medicinos įstaigos.[24]

Neįgalių asmenų slauga namuose kaip pigiausia, pažangiausia ir ligonių mėgstamiausia sveikatos priežiūros forma yra įkurta ir tobulinama daugelyje pasaulio valstybių daugiau nei 50 metų. 2005 m. Kauno medicinos universiteto Slaugos fakulteto Geriatrijos klinikos organizuotoje respublikinėje konferencijoje „ Gerontologinė slauga: dabartis ir perspektyvos“ p. L. Hollander pranešime apie slaugą namuose pažymėjo, kad ji kuriama ir tobulinama Danijoje dar nuo 1913 m. Tai pati pigiausia, pažangiausia ir ligonių pageidaujama sveikatos priežiūros forma. Kopenhaga yra suskirstyta į 9 regionus, kuriuose yra slaugos į namus centrai. Čia slaugytojai dirba savarankiškai, gydytojai yra tik kaip konsultantai. Olandijoje slaugos paslaugos atskirtos nuo šeimos gydytojo. Slaugytojas taip pat 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.

Lietuvoje pirminės ambulatorines asmens sveikatos paslaugas kartu teikia gydytojas ir bendruomenės slaugytojas. Paslaugos finansuojamos kartu.[24] Pagalbą į namus sistema dar tiksliai formuojama, paslaugų, teikiamų namuose tinklas plečiamas. Kol kas savivaldybėms pavaldžios poliklinikos ir socialinių paslaugų centrai kompleksinių(teikiamų profesionalių slaugytojų, socialinių ir lankomosios priežiūros darbuotojų) paslaugų namuose 7 dienas per savaitę ir visą parą suteikti nėra pasiruošę.[25]

## 2.4. Patyrusio insultą asmens slaugos namuose ypatumai

Po išrašymo iš stacionariųjų įstaigų asmenys, patyrę galvos smegenų insultą, būna nukreipiami reabilitacijai į ambulatorinį skyrių poliklinikoje ar tolimesniam gydymui ir slaugai namuose. Literatūroje nurodoma, kad neretai ankstyvu susirgimo periodu medicininėje įstaigoje pasiekti rezultatai gali išnykti, jei namuose nėra tęsiama adekvati reabilitacija.[1] Todėl po išrašymo iš ligoninės labai svarbus tęstinis reabilitacijos procesas, apimantis maksimalų paciento galimybių atstatymą [26], į ką turėtų ir būti nukreiptas pagrindinis bendruomenės slaugytojo dėmesys, slaugant patyrusį galvos smegenų insultą asmenį.

Slaugant žmogų, persirgusį galvos smegenų insultu, išskiriami trys pagrindiniai slaugos tikslai:

1. Pasiiekti, kad ligonis būtų kuo mažiau priklausomas nuo aplinkinių, sugebėtų atlikti kasdienę įprastą veiklą.
2. Užtikrinti, kad nesivystytų komplikacijos:
  - susijusios su judėjimo sutrikimu;
  - kardiovaskulinės (trombų formavimasis, padidėjęs krūvis širdžiai, ortostatinė hipotenzija);
  - kvėpavimo sistemos (hipostatinė pneumonija, bloga dujų apykaita, didelės pastangos kvėpuojant);
  - gastrointestinalinės (sumažėjęs apetitas, vidurių užkietėjimai);
  - raumenų-kaulų sistemos (raumenų atrofija, kontraktūros);
  - urologinės (šlapimo stazė, šlapimo takų infekcija);
  - emocinės (dėmesio koncentravimas į savo sveikatos būklę, nerimas, depresija, didėjanti priklausomybė nuo aplinkinių)

3. Pasiiekti, kad ligonis adaptuotųsi prie pasikeitusio gyvenimo būdo.[5]

Po insulto atsiradę paralyžiai ar parėzės sutrikdo asmens gebėjimą laisvai judėti.[5] Net 35 proc išgyvenusių pacientų su kojos parėze jos funkcija neatsistato, 20 – 25 proc. nesugeba eiti be pagalbos, net 65 proc. po pusės metų išlieka gili rankos parėzė arba plegija. [9] Todėl, norint atstatyti žmogaus mobilumą, nuo pat pradžių reikia siekti judesių atstatymo pažeistoje rankoje ar/ ir kojoje. Kai raumenų tonusas rankoje ar kojoje pažemėjęs, taikoma padėties terapija. Teisinga paralyžuotos rankos ir kojos padėtis apsaugo nuo raumenų hipertonuso, kontraktūrų ir sumažina jose skausmą. Lengvas masažas ir pasyvūs pratimai apsaugo nuo sąnarių kontraktūrų ir raumenų atrofijos. Būtina skatinti ligonį būti aktyviam (sveika ranka jis pats turi judinti paralyžuotą ranką ir koją, alikti pasyvius judesius paralyžuotos rankos ir kojos sąnariuose). Labai svarbu, kad pacientas reguliariai atliktų gydomosios gimnastikos pratimus (rankų ir kojų sulenkimas, ištiesimas, ėjimo imitacija ir kt.). Vaikščioti turėtų specialiu takeliu, sudėliotu iš atskirų detalių, pažyminčių kiekvieną žingsnį, skiriamą vienas nuo kito 5-10 cm aukščio lentelių. Vaikščiodamas turi avėti pėdą fiksuojančius batelius, kurie apsaugo nuo sausgyslių patempimo. Jeigu asmuo pats negali nueiti iki tualetu, jis turėtų turėti krėslą-tualetą arba prie sienų reikėtų ir durų pritvirtinti specialius turėklus ir rankenas. Tiems ligoniams, kurie po insulto niekada negalės vaikščioti, vienintelė išeitis – vežimėlis. Jei patyręs insultą asmuo visai negali pajudinti paralyžuotų galūnių, tuomet artimieji (išmokyti slaugos darbuotojo) turi reguliariai jas mankštinti (svarbu reguliariai mankštinti ir ligos nepažeistas koją ir ranką), kad būtų išvengta raumenų atrofijos [5]. Gulinčiam pacientui būtina pragulų profilaktika (turi būti švari ir išlyginta patalynė; ligonis paverčiamas lovoje nuo šono ant šono kas 2-3 val. Stengtis, kad kuo mažiau gulėtų ant nugaros, nes tai ilgainiui didina fleksorių tonusą. Rekomenduojama padėtis lovoje- ant hemipleginės pusės ir kt). [27]

Po insulto ligoniui neretai sutrinka kalba. Pacientas negali nieko pasakyti arba sako prasminio ryšio neturinčius žodžius. [28] Tačiau slaugytojas (ligonio artimieji) turi normaliai bendrauti su ligoniu, nes dažnai kalbos sutrikimas nepakenkia intelektui. Labai svarbu, kad su ligoniu būtų kalbama apie žinomus dalykus.[5,6] O rami ir saugi aplinka, neskubėjimas bei kantrybė būtų prasmingo pokalbio su pacientu sąlyga.[6] Išmokyti žmogų, patyrusį insultą, kalbėti nėra taip paprasta. Kuo anksčiau pradedama mokyti, tuo geresnių rezultatų galima tikėtis (atliktų tyrimų duomenimis: sensorinė afazija regresavo 95 proc., motorinė – 92 proc., dizartrija- 88 proc. [29]). Paciento kalbos sutrikimus turi koreguoti logopedas, parinkdamas tinkamą metodiką, o slaugytojas ir artimieji turi mokyti suprasti kalbą, naudojant paprasčiausias frazes: “paduok obuolį”, “paimk lėkštę” ir t. t. Verčiant ligonį veikti, pavyksta normalizuoti jo kalbos supratimą. Esant aferentinei

motorinei afazijai, ligonis žodžių nepamiršta, bet neįstengia jų ištarti. Šiuo atveju ligoniui labai naudinga dainuoti (tariant žodžius) ir kartoti tam tikras žodžių eiles. Išsivysčius sensorinei afazijai, ligonis tarsi negirdi, kas jam yra sakoma. Jis susijaudinęs, sutrikęs, nes praradus klausos kontrolę, kalba pavirsta nesuprantamu murmėjimu. Reikia paprašyti, kad jis atliktų paprasčiausius aritmetinius veiksmus (pvz., 4+4...). Taip pat palaiptams reikia mokytį rašyti ir skaityti. Mokytį tenka ilgai. Tačiau, kai ligonis pagaliau išmoksta skaityti, jis lengviau pradeda suprasti kalbą. Sistemingai dirbdamas ilgainiui ligonis išmoks vis geriau kalbėti. Ilgalakis gydytojo, slaugytojo ir paties ligonio darbas daugumoje atvejų būna efektyvus net tada, kai pažeistų funkcijų atsistatymas iš pradžių atrodo neįmanomas.[5]

Depresija ir nerimas yra dažniausi po insulto pasireiškiantys psichologinio distreso simptomai ir dažniausia ligotumo bei psichosocialinių funkcijų sutrikimo priežastis tarp persirgusiųjų galvos smegenų insultu pacientų priežastis. Literatūros duomenimis, daugumoje atvejų depresijos pasireiškimas siejamas su ūmiu periodu ištikus galvos smegenų insultui, bet teigiama, kad yra atvejai, kai depresija pasireiškia ir vėlesniuose laikotarpiuose po ligos. Apie 50 proc. sirgusių galvos smegenų insultu depresija gali pasireikšti bet kuriuo laikotarpiu per pirmuosius dvejus metus nuo ligos pradžios. Yra duomenų, kad priklausomai nuo diagnostinių kriterijų poinsultinės depresijos paplitimas svyruoja nuo 20 iki 65 proc., išlikdamas gana aukštas ir praėjus 2 metams po ūmaus insulto. [30] Europos insulto tarybos ( angl. *European Stroke Council*) insulto reabilitacijos rekomendacijose depresija išskiriama kaip viena iš galimų nepalankių insulto baigčių priežasčių. Tyrimai rodo, kad depresija blogina funkcinės būklės normalizavimąsi po insulto. Feibel ir Springer duomenimis, ligoniai, kurie serga depresija praėjus 6 mėn. po insulto, sunkiau adaptuojasi ir susigrąžina iki ligos buvusį socialinį aktyvumą. Bendruomenės slaugytojas laiku pastebėjęs depresijai būdingus požymius, gali padėti užkirsti kelią negatyviai depresijos įtaką pažintinėms paciento funkcijoms, pranešdamas apie tai gydytojui, įtraukdamas paciento artimuosius į gydymo ir slaugos procesą.[31]

Asmenims, patyrusiems galvos smegenų insultą, būna jutimų sutrikimai.[5,28] Todėl ligonį slaugantiems žmonėms svarbu žinoti apie smegenų kraujotakos sutrikimo vietą. Jei insultas pažeidžia smegenų pusrutulio viršugalvio srytį, žmogus gali nejauti skausmo, šilumos, šalčio ir kt. Slaugant tokį ligonį, reikia būti labai atidiems: nepaduoti pernelyg karšto maisto, neprišlausti labai karštos pūslės ir pan.[5]



Valgymo procesas ištiktiems insulto pacientams gali sutrikti dėl įvairių priežasčių: dėl mieguistumo, priverstinės gulimos padėties, sutrikus manipuliavimui maistu lėkštėje, maisto pakėlimui iki burnos, išsižiojimui ir susičiaupimui, kramtymui bei rijimui. Disfagija (sutrikęs rijimas), sukelianti gyvybiškai pavojingos kvėpavimo takų obstrukcijos, aspiracinės pneumonijos ir mitybos nepakankamumo išsivystymo grėsmę, nustatoma nuo vieno iki dviejų trečdalių pacientų, sergančių ūmiu insultu. Rijimo sutrikimo dažnis ūmaus insulto metu svyruoja nuo 67 proc. per pirmąsias 72 val. po insulto iki 43 proc. pirmosios savaitės laikotarpiu. Tyrimai rodo, kad disfagija išlieka 17 proc. pacientų po vieno mėnesio 11 proc. pacientų po šešių mėnesių nuo insulto pradžios. Dėl disfagijos didėja mirtingumas, ilgėja gydymo stacionare bei reabilitacijos procesas, didėja negalios laipsnis, ir pacientai, išrašyti iš stacionaro, po insulto dažniau patenka į slaugos įstaigas.[7] Slaugant ligonius su valgymo sutrikimais, reikia padėti jiems pavalgyti, tačiau nesistengti atlikti už jį to, ką jis dar gali padaryti pats. Svarbu stebėti ir įvertinti, ar pakankamai ligonis valgo, užtikrinti, kad ligonis gautų pakankamai skysčių ir, jei nėra kontraindikacijų - daug ląstelienos turinčio maisto. Ligonį reikėtų aprūpinti nedūžtančiais indais, guminėmis servetėlėmis (nuo jų nenuslysta indai), lengvai rankoje nulaikomais stalo įrankiais mediniais ir plastikiniais kotais, storais šiaudeliais, pro kuriuos galima siurbti ne tik gėrimus, bet ir sriubas bei kt.[5]

Milijonai žmonių kenčia nuo šlapimo susilaikymo ar nelaikymo, kurių priežastis yra cerebrinė liga ar nugaros smegenų pažeidimas. Daugelis tyrimų nurodo, kad šlapimo nelaikymas nustatomas nuo 32 iki 79 proc. pacientų, hospitalizuotų dėl insulto. Išrašymo iš stacionaro metu šlapimo nelaikymas buvo diagnozuotas nuo 12 iki 28 proc. pacientų, praėjus keliems mėnesiams po stacionaro – nuo 12 iki 19 proc., po vienerių ir dvejų metų atitinkamai 15 ir 10 proc. [7] Siekiant išvengti šlapimo takų infekcijos, pacientams po insultų reikia kuo anksčiau pašalinti nuolatinį kateterį, taikyti protarpinę kateterizaciją, naudoti šlapimo surinkėjus. [27,32] Asmenims, nelaikantiems šlapimo, reikėtų parekomenduoti kelnaičių tipo sauskelnės, kurias yra paprasta užsimauti, kaip ir įprastas apatines kelnaites. Be to jos tinka ir moterims, ir vyrams.[33] Taip pat esant šlapimo nelaikymui taikomas šlapimo pūslės treniravimas, pilvo raumenų stiprinimas (Kegelio pratimai).[7]

Hipostatinė pneumonija – dažna insultu sergančių pacientų pneumonijos rūšis. Palankias sąlygas jai vystytis sudaro hipodinamija, kuri atsiranda sutrikus galvos smegenų kraujotakos autoreguliacijai insulto metu ar dėl kvėpavimo centro slopinimo. Pneumonija pablogina insulto eigą ir neretai būna pagrindinė mirtį sukelianti insulto komplikacija. [7]

Hipostatinės pneumonijos galima išvengti dažnai keičiant paciento kūno padėtį, taikant kvėpavimo mankštą ir vibracinį masažą.[5,7]

Dažniausiai pasitaikančia ūmių simptominių traukulių priežastimi išsivysčiusiose šalyse laikomas ūminis insultas. 2 savaičių laikotarpiu po hemoraginio insulto 11 proc. pacientų išsivysto priepuoliai, tuo tarpu po išeminio insulto tokie priepuoliai būna apie 5 proc. pacientų.[34] Persirgus insultu epilepsija dažniausiai išlieka visam gyvenimui. Todėl slaugant tokius asmenis yra svarbu ne tik mokėti teikti pagalbą priepuolio metu, bet ir mokyti patį pacientą bei jo artimuosius kaip būtų galima išvengti dažno priepuolių kartojimosi. Slaugos tikslas – siekti, kad sergančio epilepsija žmogaus gyvenimas nebūtų ribojamas priepuolių. Todėl ligonio slauga apima priepuolių kontrolę, kurią sudaro:

- kruopštus duomenų apie priepuolius rinkimas( priepuolių charakteristika);
- pirmosios pagalbos ir skubios slaugos priemonės priepuolio metu;
- ligonio slauga epilepsinės būklės metu;
- ligonio slauga prieblandinės būsenos metu;
- ligonio ir jų artimųjų mokymas;
- priepuolius provokuojančių veiksnių (obstipacija, nuovargis, didelis emocinis stresas, karščiavimas, alkoholis ir kt.) žinojimas ir jų vengimas.[35]

Dažnai pacientai iš stacionaro išrašomi gerokai anksčiau nei pradeda suprasti savo ligos eigą ir valdymą. Literatūros šaltiniai nurodo, kad insulto ištiktų pacientų savo ligos priežasčių ir pasekmių suvokimas yra svarbus ne tik reabilitacijos rezultatams, bet ir pakartotinei insulto rizikai.[7] Atkreiptinas dėmesys į tai, kad vidutiniškai vieną iš šešių išgyvenusiųjų po pirmojo galvos smegenų insulto per 5 metus ištinka pakartotinis insultas, kurio eiga ir prognozė nepalyginti blogesnė negu pirmojo.[36] Užkertant kelią pakartotiniam galvos smegenų insultui yra būtinos išsamios žinios apie insulto rizikos veiksnius, kurie gali būti:

- nemodifikuojami, kurių koreguoti neįmanoma (pvz.: amžius, lytis, paveldimumas);

- modifikuojami, kuriuos galima koreguoti arba pašalinti (arterinė hipertenzija širdies ligos cukrinis diabetas, rūkymas, antsvoris, piktnaudžiavimas alkoholiu, hipercholesterolemija ir kt.)[1]

Amžius yra vienas svarbiausių nmodifikuojamų insulto rizikos veiksnių. Insulto dažnumas kiekvieną dešimtmetį po 55 metų dvigubėja. 70 proc. insultų įvyksta vyresniems nei 65 metų žmonėms [2].

Svarbiausias modifikuojamasis insulto rizikos faktorius yra arterinė hipertenzija(AH). Ji padidina insulto riziką vidutiniškai 3-4 kartus. Framinghamo tyrimo duomenimis, izoliuota sistolinė hipertenzija (>160/<90 mm Hg), kuri labai dažna tarp pagyvenusių žmonių, taip pat padidina insulto riziką 42 proc. ( O Jos gydymas pagyvenusiems žmonėms sumažina insultų dažnumą 36 proc.) AH yra dažniausia intracerebrinės kraujosruvos priežastis, nustatoma 72 – 81 proc. atvejų.[8]

Cukrinis diabetas padidina insulto riziką vidutiniškai 6-8 kartus. [31] Rūkymas didina insulto riziką ir vyrams, ir moterims apie 1,8 karto [2]. Sergantieji širdies ligomis insultą patiria vidutiniškai 2 kartus dažniau. Prieširdžių virpėjimas dėl reumatinio vožtuvų pažeidimo 17 kartų padidina embolinio insulto riziką. Nevožtuvinės kilmės prieširdžių virpėjimas nustatomas apie 10 proc. asmenų, vyresnių nei 75 m., taip pat susijęs su 4-5 kartus dažnesniais insultais [8].

Todėl pacientai bei jų slaugantys šeimos nariai turi būti supažindinami su insulto priežastimis bei insulto pasikartojimo prevencija.[7]

Du trečdaliai ištiktų insulto pacientų grįžta į namus turėdami negalią, todėl paciento ir jo giminių mokymas visada buvo svarbi integruoto slaugymo praktikos dalis, o dabartiniu laikotarpiu - būtinas jos komponentas.[7] Dirbančio su pacientais, persirgusiais insultu, slaugytojo mokytojo vaidmuo persipina su tyrinėtojo vaidmeniu, nes jis turi sugebėti nustatyti paciento žinių lygmenį, kuris apima paciento fizinio – psichinio komforto lygmenį ir paciento domėjimosi sritį, ir kuo tiksliau tai bus padaryta, tuo geresnė slauga bus suteikta pacientui po insulto bei suteiktos naujos žinios. Mokymas paciento pradedamas tik tuomet, kai asmuo, ištiktas insulto, susitaiko su savo medicinine diagnoze. Susitaikymo su liga laikotarpis sunkiausias ne tik pacientui, bet ir slaugytojams. Tuo metu slaugytojas privalo pacientui suteikti psichologinę paramą. Taip pat slaugytojas turi leisti pacientui, persirgusiam insultu, laisvai reikšti savo emocijas, išsakyti kančią, formuoti subtilų paciento savęs vertinimo pagrindą, skatinti paciento savigarbos augimą.[37]

Paciento mokymo programoje turi būti nuolat akcentuojama viltis pasveikti. Tai pozityviai veikia patyrusius insultą pacientus, nes padeda valdyti depresiją, skatina savarankiškumą ir bendravimo ryšius.[7] Slaugytojo žinios apie paciento slaugos specifiką ar paciento aktyvinimo principus įgalina jį atsakingiau ir tiksliau padėti pacientui tapti savarankiškam įvairiose veiklose. Slaugytojas, padėdamas pacientui atlikti bet kurią gyvybinę veiklą, į ją turi įtraukti pacientą bei jo šeimą. Tai leidžia ne tik visaverčiai realizuoti bendravimą ir bendradarbiavimą tarp paciento ir slaugytojo, bet sykiu padeda pacientui lengviau susidoroti su jį varginančiais pokyčiais. Slaugytojas gali ne tik padėti pacientui atlikti reikiamą veiksmą, bet ir ugdyti paciento savirūpos gebėjimus, t.y. mokyti jį pačiam savarankiškai rūpintis savo poreikių tenkinimu.[37]

Patyrus galvos smegenų insultą gana dažnai ligonio kambarys yra jo vienintelė gyvenamoji aplinka: ligonis čia valgo ir miega, atlieka tualetu procedūras, planuoja savo laiką bei priima svečius. Tam, kad nuosavos keturios sienos suteiktų pasitenkinimą esamu gyvenimo būdu, parenkant kambarį ligoniui privalu atsižvelgti į individualius slaugos poreikius bei šeimos narių gyvenimo kokybę. Ligoniui patogios aplinkos kūrimas:

- parengti butą slaugai (pritvirtinti ranktūrius vonioje ir tualete, pritvirtinti sieninius turėklus, durų slenksčius padaryti su nuolydžiu arba visai pašalinti, praplatinti duris bei kt.);
- išrinkti geriausią vietą lovai ligonio kambaryje, kad toji vieta atitiktų ligonio poreikius ir palengvintų slaugymą;
- ligonio kambarį įrengti taip, kad tiek parinkti kambario baldai, tiek ir pati atmosfera skatintų ligonį judėti;
- kambaryje sukurti jaukią aplinką, kuri teigiamai veiktų ligonio savijautą;
- sukurti tokius tarpusavio santykius prie ligonio lovos, kad čia netrukdomai galėtų vykti susitikimai, pokalbiai ir nuomonių pasikeitimai;
- knygos, laikraščiai, žurnalai, radijas televizija taip pat ir internetas padeda išsaugoti ir puoselėti įvairiapusį ligonio kontaktą su išoriniu pasauliu.[25]

Mažinant socialinę izoliaciją ir nuobodulį dėl sutrikusio aktyvumo, įtraukti šeimos narius, draugus į slaugos procesą, sudarant užsiėmimus, nukreipiančius dėmesį nuo ligos,

įtraukiant pacientą į sveikimo tikslo suradimą, planavimą ir vykdymą, informuoti žmogų apie esančias pagalbos grupes.[38]

Laikotarpis po išrašymo iš ligoninės į namus yra svarbi pacientų, sergančių galvos smegenų insultu, reabilitacijos stadija.[7] Slaugytojas, slaugantis pacientą namuose, tampa vienu pagrindinių reabilitacijos komandos narių. Sudarydamas slaugos planą ar planuodamas naujus pokyčius, susietus su paciento, persirgusio galvos smegenų insultą, priežiūrą jis turi bendradarbiauti su komanda sudarančiais specialistais [37] : šeimos gydytoju, reabilitologu, kineziterapeutu, ergoterapeutu, logopedu, psichologu ir socialiniu darbuotoju.[39] Tik dirbant komandoje, užtikrinant kokybišką slaugą ir kompleksinę reabilitaciją, panaudojant asmens individualius funkcinis ir socialinius išteklius bei taikant individualizacijos principą, galima sugrąžinti ir išvystyti tai, kas prarandama susirgus galvos smegenų insultu. Persirgusių galvos smegenų insultu reintegraciją gali užtikrinti tik kompleksiškas požiūris į iškilusias problemas: gyvenamosios aplinkos pritaikymas, aprūpinimas kompensacine ir ortopedine technika, savalaikis informacijos suteikimas socialinių pagalbos resursų bendruomenėje, socialinių lengvatų klausimais, saugumo užtikrinimas, palaikymas panašaus likimo žmonių, artimųjų.[40]

## LITERATŪROS APŽVALGOS IŠVADOS

1. Insultas yra trečia pagal dažnį mirties priežastis ir dažniausia nuolatinio invalidumo priežastis tarp suaugusiųjų. Išsivysčiusių šalių duomenimis, tik 20 proc. persirgusių galvos smegenų insultu vėl būna darbingi, 50 proc. lieka laikinai arba nuolat neįgalūs, o apie 10 proc. reikia slaugos. Lietuvoje apie 80 proc. pacientų, išgyvenusių po insulto, tampa neįgalūs dėl motorinių ir kognityvinių funkcijų sutrikimų, trikdančių jų kasdieninę veiklą bei darbingumą. Nepaisant įgytos negalios, du trečdaliai pacientų, patyrusių insultą, po stacionarinio gydymo grįžta į namus. Ir atsakomybė už jų priežiūrą namuose tenka šeimos nariams.

2. Galvos smegenų insulto pasekmės dažnai sąlygoja sergančiųjų negalią ir sutrikdo biosocialines funkcijas. Dėl pakitusio gyvenimo būdo gana dažnai jiems atsiranda psichologinių problemų. Todėl patyrusių galvos smegenų insultą asmenų slaugos poreikiai turi būti vertinami visuminiu požiūriu (fiziniai, socialiniai, psichologiniai ir dvasiniai poreikiai). Be to paciento poreikiams ir jų patenkinimo laipsniui didelę įtaką turi šeima, todėl rūpinantis pacientu neturi būti pamiršti ir šeimos poreikiai.

3. Kaip ir daugelyje Europos šalių, Lietuvoje didėja amžiaus vidurkis. Kadangi galvos smegenų insultas yra vyresnio amžiaus žmonių liga, tai reikia tikėtis, kad ateityje gali daugėti insultų atvejų skaičius. O pagyvenusiems ir neįgaliems asmenims namuose reikalingos integruotos –slaugos ir socialinės – paslaugos. Nuo 2007 m. liepos 11 d. įsigaliojo LR sveikatos apsaugos ministro ir LR socialinės apsaugos ir darbo ministro patvirtintas „Slaugos ir socialinių paslaugų bendro teikimo tvarkos aprašas“, pradėtos teikti ilgalaikės priežiūros paslaugos namuose. Tačiau pagalbos į namus sistema yra dar tikrai formuojama, paslaugų, teikiamų namuose, tinklas plečiamas.

4. Išleidžiant pacientus iš antrinio ir tretinio lygio sveikatos priežiūros įstaigų į namus, lieka neišspręstų slaugos ar socialinių problemų. Todėl labai svarbu, kad pirminio lygio sveikatos priežiūros įstaigų slaugytojai gautų informaciją ne tik apie

paciento/ kliento diagnozę ar atliktą gydymą, bet ir apie tai, kokių buvo sveikatos, slaugos ar socialinių problemų, kaip jos buvo spręstos, kokių rezultatų pasiekta ir kokios problemos liko neišspręstos. Tik tuomet bendruomenės slaugytojai turės galimybę panaudoti visas konkrečiam atvejui reikalingas žinias ir galės užtikrinti slaugos tęstinumą.

5. Slaugant žmogų, persirgusį galvos smegenų insultu, yra svarbu užtikrinti, kad nesivystytų komplikacijos; pasiekti, kad ligonis būtų kuo mažiau priklausomas nuo aplinkinių, sugebėtų atlikti kasdienę įprastą veiklą, galėtų adaptuotis prie pasikeitusio gyvenimo būdo; užtikrinti pakartotino insulto prevenciją; dirbant komandoje su kitais specialistais vykdyti kompleksinę patyrusio insultą asmens reabilitaciją; į slaugos ir reabilitacijos procesą įtraukti pacientą ir jo šeimos narius.

### 3. TYRIMO MEDŽIAGA IR METODAI

Tyrimas atliktas 2005 - 2008 metais Vilniaus Universiteto Medicinos fakulteto Reabilitacijos, sporto medicinos ir slaugos instituto bazėje bei Vilniaus miesto ligoninėse: VUL „Santariškių klinikose“, Greitosios pagalbos universitetinėje ligoninėje, Mykolo Marcinkevičiaus ir „Vilkpėdės“ ligoninėse.

**Tyrimo objektas:** Asmenų, patyrusių galvos smegenų insultą, slaugos į namus poreikiai.

**Tyrimo metodai:** Mokslinės literatūros ir medicininės dokumentacijos analizė, anketinė apklausa, statistinė analizė.

Tyrimui buvo sukurtos dvi originalios anketos. Viena jų skirta pacientų, persirgusių galvos smegenų insultų apklausai, kita – pacientų šeimos narių apklausai. (Žiūrėti 9.1 ir 9.2 priedus) Anketose pateiktais klausimais buvo siekiama sužinoti:

- apie respondentų amžių, lytį, išsilavinimą, šeimyninę bei socialinę padėtis;
- po patirto insulto atsiradusius sveikatos sutrikimus;
- ar gavo besigydydami ligoninėje kokias nors rekomendacijas dėl tolimesnės slaugos namuose ir koku būdu;
- ar jiems yra svarbi profesionalaus slaugytojo pagalba namuose po gydymo stacionare ir kokių paslaugų bei kaip dažnai jie norėtų;
- ar konsultavo socialinis darbuotojas ir kokios socialinės pagalbos pageidautų;
- galimybę mokėti už suteikiamas paslaugas namuose;



- ar jų nuomone yra svarbu, kad bendruomenės slaugytoja, dirbanti namų slaugos tarnyboje, gautų visą reikiamą informaciją apie pacientą, dar prieš apsilankydama jo namuose;
- kokios kitų specialistų pagalbos pageidautų.

Pacientams skirtoje anketoje papildomai pateikiami klausimai apie pirmą ar pakartotinai patirtą insultą bei po patirto insulto sutrikusias funkcijas. Šeimos narių anketos klausimais papildomai norėta sužinoti giminystės ryšį su slaugomu asmeniu, kaip artimojo patirtas insultas pakeitė šeimos gyvenimą ir su kokiomis problemomis jie susidūrė.

Tiriamųjų apklausa atlikta 2008 m. vasario – balandžio mėnesiais minėtose ligoninėse. Prieš atliekant apklausą buvo išanalizuotos 159 ligos ir slaugos istorijos tuo metu besigydančių ir slaugomų ar gaunančių reabilitaciją pacientų, patyrusių galvos smegenų insultą. Tačiau apklausti buvo tik 62 pacientai. Kita pacientų dalis į apklausą nepateko dėl:

- jų ligos istorijose buvo pažymėta, kad jie nesutinka dalyvauti moksliniuose tyrimuose;
- dėl insulto atsiradusių gyvybinės veiklos ir bendravimo funkcinių sutrikimų negalėjo atsakyti į klausimus;
- atsisakė dalyvauti apklausoje.

Šeimos nariai, slaugantys pacientą po insulto, buvo apklausiami ligoninėse ir namuose

### **Tiriamųjų kontingentas:**

Apklausti 62 asmenys, patyrę galvos smegenų insultą, ir 31 šeimos narys, slaugantis savo artimąjį po insulto.

Įtraukimo į tyrimą kriterijai:

- sutikimas dalyvauti tyrime;
- diagnozuotas išeminis ar hemoraginis galvos smegenų insultas;
- pacientas ruošiamas išrašymui į namus po gydymo ar gydymo ir reabilitacijos stacionare;

- sugebėjimas suprasti klausimus ir į juos atsakyti.

Atmetimo kriterijai:

- galvos ir stuburo traumos;
- galvos ir nugaros smegenų navikai;
- periferinės nervų sistemos ligos;
- kiti galvos smegenų kraujotakos sutrikimai( praeinantis smegenų išemijos priepuolis, lėtinė smegenų išemija, reversinis išeminis neurologinis deficitas);
- kitos nervų sistemos ligos(išsėtinė smegenų sklerozė, šoninė amiotrofinė sklerozė, uždegiminės smegenų ir smegenų dangalų ligos bei kt.)

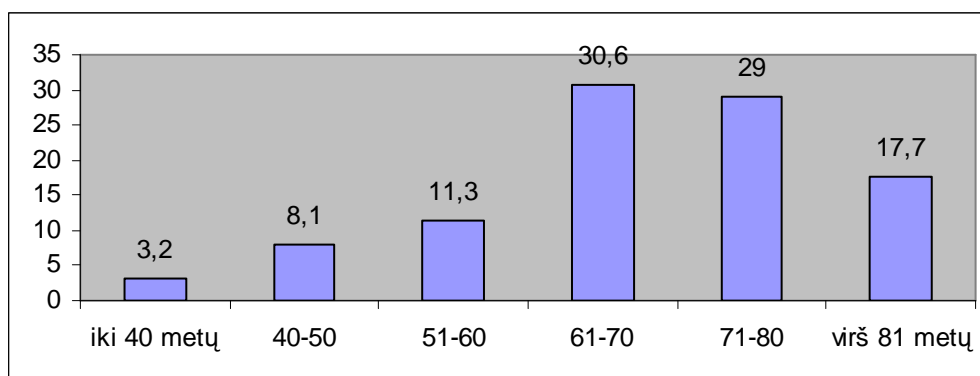
Duomenys buvo apdoroti, naudojant statistinio paketo socialiniams mokslams (SPSS) 12 – ają versiją. Skaičiavimui naudoti statistinės analizės metodai: sudaromos kontingencijos lentelės, naudotas Pearson Chi-Square kriterijus. Reikšmingumo lygmuo p pasirinktas 0,05 (kai  $p=0,1$  – vyrauja statistinė tendencija). Grafikams ir lentelėms kurti naudota Microsoft Word ir Microsoft Exel programa.

## 4. TYRIMO REZULTATAI

### 4. 1. Tiriamųjų charakteristika

Tyrimė dalyvavo 62 pacientai, patyrę insultą. Iš jų 31 vyras ir 31 moteris. 15(24,2%) pacientų buvo apklausta stacionare, 22(35,5%) ilgalaikio gydymo ir slaugos skyriuose ir daugiausiai apklaustų pacientų buvo rehabilitacijoje-25 (40, 3%).

Didžiąją respondentų dalį sudarė vyresni nei 60 metų pacientai (77,3%). Pacientų pasiskirstymas pagal amžių pavaizduotas 1 pav.



1 pav. Pacientų pasiskirstymas pagal amžių (proc.)

Analizuojant apklaustus pacientus pagal lytį ir amžių, paaiškėjo kad tik vyrų tarpe buvo asmenų, patyrusių galvos smegenų insultą iki 40 metų amžiaus(6,5%). Moterų, lyginant su vyrais insultais daugiau sirgo vyresniame amžiuje.(1 lentelė)

1 lentelė. Pacientų pasiskirstymas pagal lytį ir amžių(proc.).

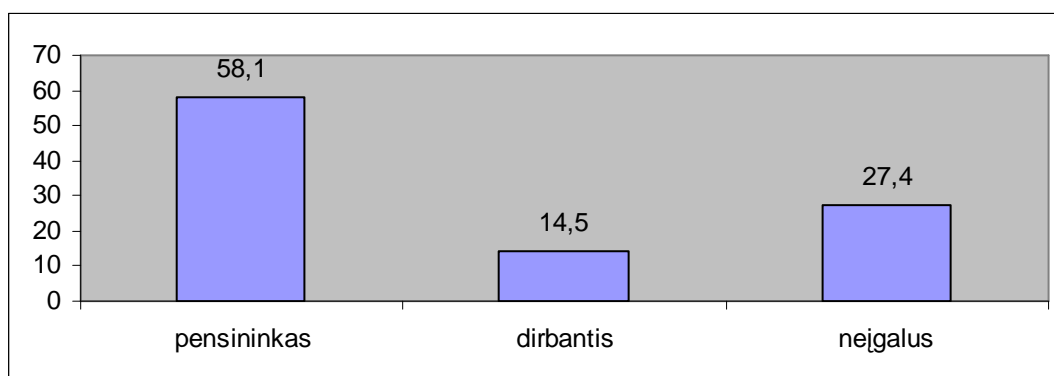
	Iki 40 m.	40-50 m.	51-60 m.	61-70m.	71-80 m.	Virš 81m.
Lytis						

Vyras	6,5%(2)	6,5%(2)	16,1%(5)	29%(9)	29%(9)	12,9%(4)
Moteris	0%	9,7%(3)	6,5%(2)	32,3%(10)	29%(9)	22,6%(7)

Pagal išsimokslinimą dauguma apklaustųjų 46,8% turi vidurinį (spec.vidurinį) išsilavinimą; 27,4% - aukštąjį; 4,8% - nebaigtą vidurinį(8-9 kl.); turėjo pradinį - 17,7% ir be išsilavinimo-3,2% buvo asmenys vyresni nei 80 metų.

31 respondentas(50%) yra vedę arba ištekėjusios; 12(19,4%) gyveno su vaikais; 1(1,6%) – su tėvais; 4(6,5%) gyveno su anūkais ar su globėjais; 14 pacientų(22,6%) buvo vieniši. Vieniųjų asmenų tarpe didžioji dalis(19,4%) gyveno vieni namuose, tačiau juos lankė ir prižiūrėjo artimieji. 3,2% respondentų nurodė, kad neturi artimųjų, kurie galėtų jais pasirūpinti. Vienos namuose gyveno dažniau moterys(32,2%) nei vyrai(12,9%); moterų taip pat daugiau gyveno su vaikais(29% ir atitinkamai 9,7%). Santuokoje gyveno žymiai daugiau vyrų(77,4%) negu moterų(22,6%).

Dauguma (58,1%) tyrime dalyvavusių pacientų po galvos smegenų insulto yra pensininkai.(2 pav.)

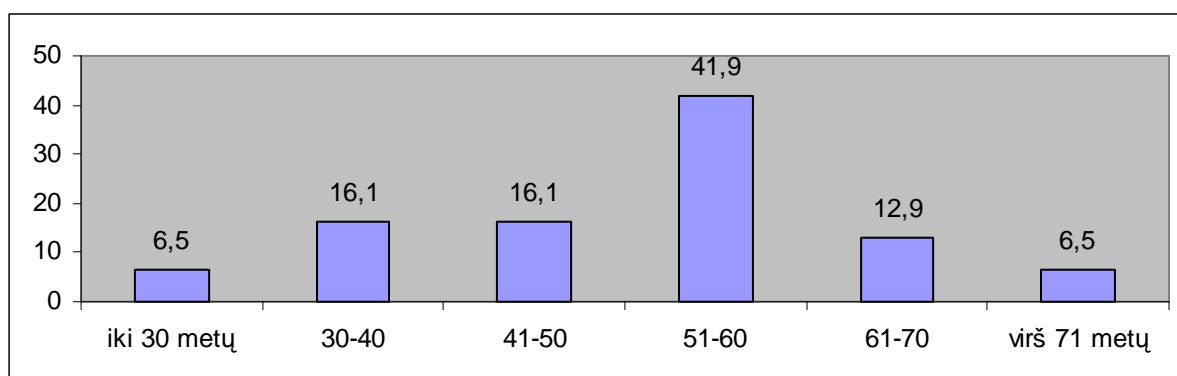


2 pav. Pacientų pasiskirstymas pagal socialinę padėtį (proc.)

Pirmą kartą insultą patyrė 42(67,7%) pacientai, pakartotinis insultas buvo 20(32,3%) pacientų. Moterų, patyrusių pirmą insultą buvo 71%, o vyrų - 64,5%; po pakartotinio insulto buvo daugiau vyrų (35,5%) negu moterų (29%). 74,2% pacientų ligoninėje slaugė šeimos nariai.

Taip pat tyrime dalyvavo 31 respondentas, slaugantis savo artimą žmogų po patirto insulto. Iš jų 3 vyrai ir 28 moterys. Namuose ligonius slaugo 12 (38,7 %) respondentų, ligoninėje – 19 (61,3%) respondentų.

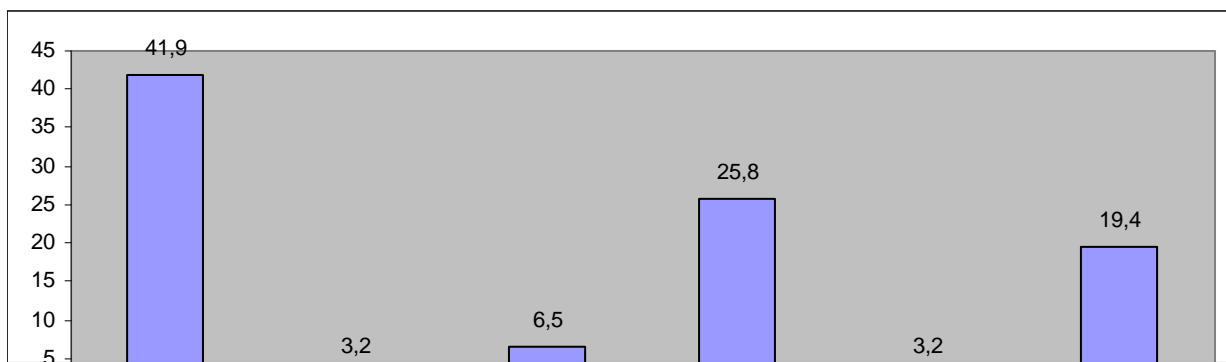
Daugiausia šeimos narių, slaugančių pacientus po insulto, buvo 51 – 60 metų amžiaus (3 pav.) .



3 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal amžių (proc.)

Slaugančių savo artimąjį po galvos smegenų insulto ir dalyvavusių tyrime daugiausia buvo dirbančių asmenų -25 (80,6%); 5(16,1%) – pensininkai ir 2(3,2%) - besimokantys asmenys.

Dažniausiai tiriamieji namuose slaugo savo tėvus (41,9%).(4 pav.)



4 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal ryšį su slaugomu asmeniu (proc.)

25(80,6%) apklaustų pacientų šeimos narių nurodė, kad jiems teko slaugyti ligonį stacionare, 12(38,7%) iš jų dalyvavo ir reabilitacijoje.

## 4.2. Pacientų tyrimo rezultatų analizė

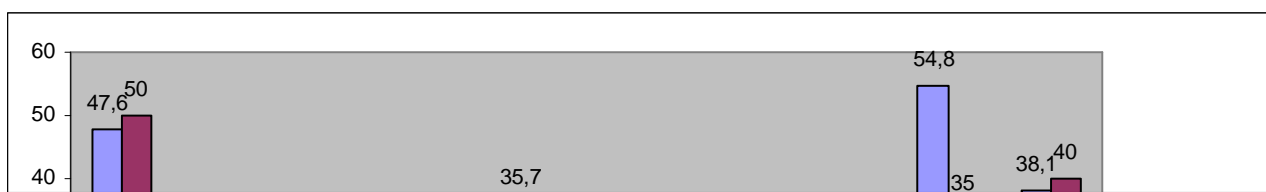
### *INSULTO SUKELTI SVEIKATOS BŪKLĖS IR GYVYBINĖS VEIKLOS FUNKCIJŲ SUTRIKIMAI*

Panagrinėjus po insulto atsiradusius sveikatos būklės sutrikimus, paaiškėjo, kad dažniausiai tai yra vienos kūno pusės paralyžius (48,4%) bei nuotaikos sutrikimai (48,8%). Vienos rankos paralyžius buvo išlikęs 9,7%, o vienos kojos – 11,3% respondentų. Jutimo sutrikimais skundėsi 29 %; atminties -17,7%; rijimo funkcijos sutrikimu-12,9% pacientų; rišlios kalbos trūkumas buvo stebimas 21% asmenų. Kai kuriems pacientams dėl insulto gydomų ir slaugomų ilgalaikio gydymo ir slaugos skyriuose buvo atsiradusių komplikacijų, tokių kaip: pragulos -3(4,8%). Iš kitų sveikatos būklės sutrikimų, respondantai nurodė, kad po ligos labai greitai pavargsta 11(17,6%), svaigsta galva 8(12,8%). Taip pat daugumai apklaustų pacientų buvo stebimas daugiau nei vienas sveikatos sutrikimas. Tai matome 2 lentelėje.

2 lentelė. Sutrikimų skaičius, esant pirminiam ir pakartotiniam insultui.

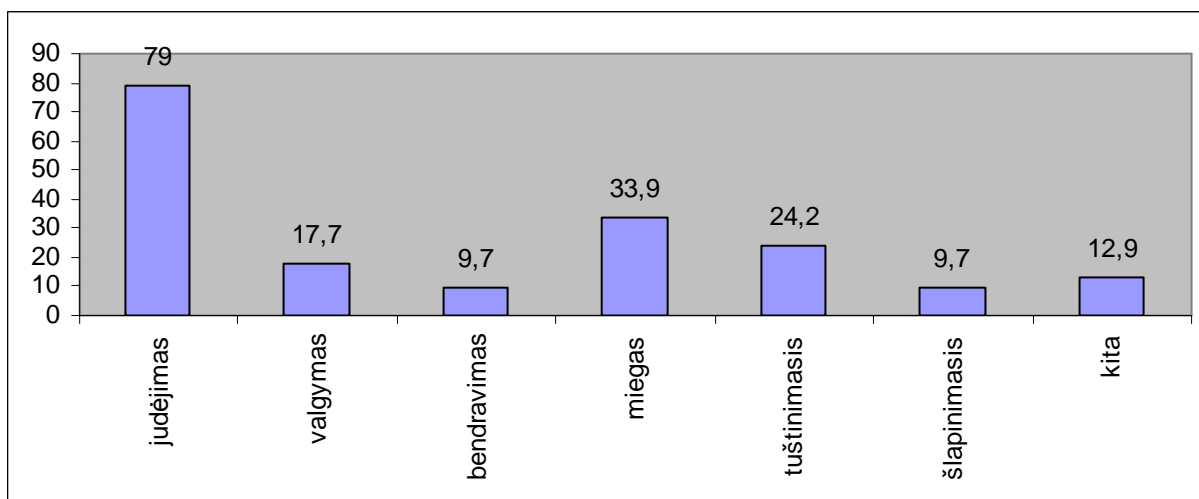
	Sutrikimų skaičius				
	1	2	3	4	5
Pirmas insultas	23,8%	33,3%	16,7%	23,8%	2,4%
Pakartotinis insultas	35%	25%	25%	10%	5%

Po patirto pirmo ir pakartotinio galvos smegenų insulto vienos kūno pusės paralyžius buvo pusei tirtų pacientų abiejose grupėse (47,6% ir 50%), tuo tarpu nuotaikos sutrikimai (atsiradęs liūdesys ir nerimas) dažniau buvo stebimas pirmą kartą insultą patyrusių asmenų grupėje(54,8% ir atitinkamai 35%). Duomenys apie patirto pirmo ar pakartotinio insulto sukeltus sveikatos sutrikimus pateikti 5 paveiksle.



5 pav. Pirmo ir pakartotinio insulto įtaka sveikatos būklės sutrikimams (proc.)

Dažniausiai pacientai skundžiasi judėjimo(79%), miego(33,9%) bei tuštinimosi(24,2%) sutrikimais. Pasiskirstymą pagal funkcinių gebėjimų sutrikimus matome 6 paveiksle.

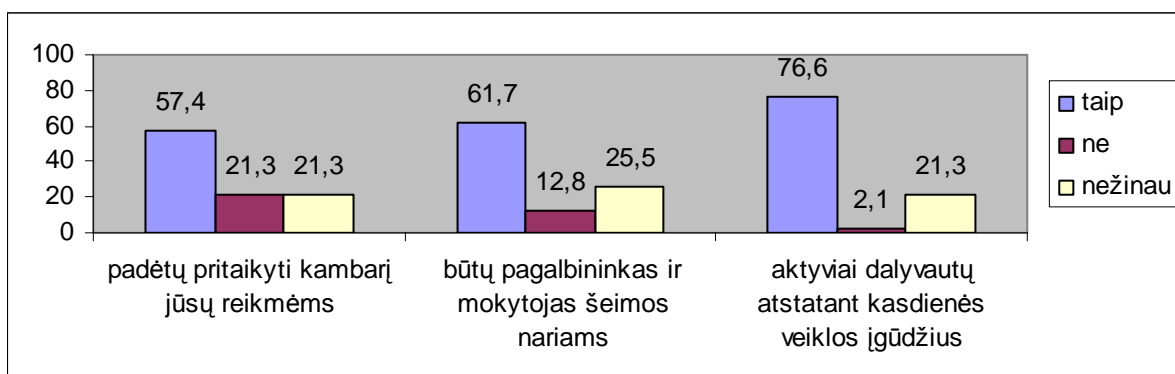


6 pav. Pacientų pasiskirstymas pagal funkcinių gebėjimų sutrikimus (proc.)

#### **SLAUGOS PASLAUGŲ NAMUOSE POREIKIS**

Dėl tolimesnės slaugos namuose rekomendacijas gavo tik 38,7 % pacientų. Net 75,8 % pacientų teigia, kad tolimesne slaugytojo pagalba namuose po gydymo stacionare jiems yra svarbi. Atsakiusieji, kad jiems nesvarbi tolimesnė slaugytojo pagalba namuose, teigia, kad jiems užteks šeimos narių pagalbos(21%) arba jų pačių būklė yra pakankamai gera, taigi jiems tiesiog nereikalinga slauga (3,2%).

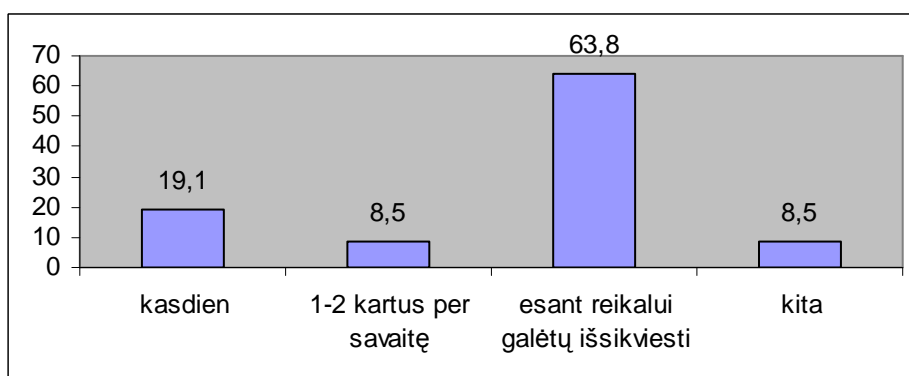
Daugumai apklaustų pacientų yra svarbu, kad profesionalus slaugytojas padėtų pritaikyti namus (kambarį) ligonio reikmėms bei slaugai, būtų pagalbininkas ir mokytojas šeimos nariams bei aktyviai dalyvautų atstatant kasdienės veiklos įgūdžius. (7 pav.)



7 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal slaugytojų funkcijų svarbumą (proc.)

Iš specialiųjų slaugos poreikių dažniausiai tiriamiesiems asmenims reikėjo sveikatos būklės įvertinimo(66%), vaistų suleidimo(57,4%) bei masažo(42,6%). 21,3% respondentų pageidavo mitybinės būklės įvertinimo; 10,6% - klizmavimo ir 2,1% - kateterizavimo; po 6,4% - žaizdų priežiūros ir budėjimo nakties metu. 25,5% pažymėjo, kad specialių slaugos paslaugų jiems nereikia.

Dažniausiai patyrę insultą asmenys pageidavo, kad slaugytoją į namus galėtų išsikviesti esant reikalui (63,8 %). Kasdien savo namuose slaugytoją norėtų matyti 19,1% respondentų, 1 – 2 kartus per savaitę – 8,5%.(8 pav.)



8 pav. Slaugytojo pacientų namuose apsilankymo dažnis.



Dauguma pacientų norėtų, kad slaugytojo vizitas jų namuose užtruktų pagal tuo metu esantį paciento poreikį(61,7%); 6,4% nurodė, kad norėtų, jog slaugytoja jų namuose būtų visą dieną; 8,5% - nuo 1 iki 2 valandų; 6,4% - iki 1 valandos; 3,2% - visą parą ir pusę dienos nurodė po 6,4% respondentų.

Kad namuose slaugytų tas pats slaugytojas pageidauja 48,9% apklaustų asmenų. 27,7% respondentų slaugytojai gali keistis, o 23,4% norėtų slaugytoją pasirinkti.

Daugumos pacientų manymu, būtų tikslinga, kad slaugytoja gautų visa reikiama informacija apie pacientą dar prieš apsilankydama jo namuose (58,1%); 22,6% dalyvavusių tyrime neturėjo nuomonės šiuo klausimu ir 19,4% norėjo pasilikti sau apsisprendimo laisvę dėl tolimesnės slaugos namuose .

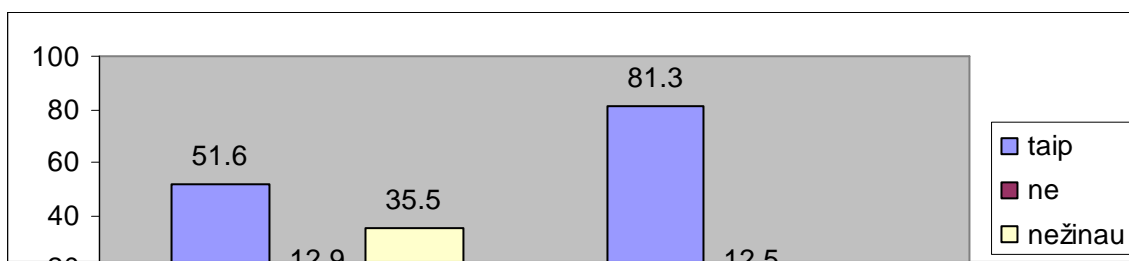
Ilgalaikės priežiūros darbuotojų (slaugytojo, socialinio darbuotojo ir jų padėjėjų) pagalba dažniausiai pageidaujama pagal slaugomo asmens poreikius(58,1%); 1-2 valandas per dieną ar visą parą reikalinga 3,2% pacientų; 6,5% respondentų pageidautų, kad ilgalaikės priežiūros darbuotojai būtų visą dieną.

Dažniausiai pacientai už suteiktas paslaugas namuose mokėti sutiktų pagal situaciją – kaina priklausytų nuo suteiktų paslaugų kokybės, esamos ligonio būklės ir panašiai(50%). Nuo 50 iki 100Lt/mėn. sutiktų mokėti 12,9% respondentų; iki 50 Lt/mėn. – 11,3%; daugiau kaip 200Lt/mėn. – 4,8%. 21% apklaustųjų nurodė, kad nesutiktų mokėti už teikiamas namuose paslaugas.

Kalbant apie kitų specialistų pagalbą, tai pacientai daugiausia pageidauja psichologo(41,2%) ir kineziterapeuto (35,3%); jų abiejų – 5,9%; kitų specialistų pagalbos – 17,6%.

Tyrimo rezultatai parodė, kad skiriasi tam tikri pacientų pageidavimai, esant pirminiam ir pakartotiniam insultui. O taip pat paaiškėjo, kad slaugos paslaugų į namus poreikis priklausė ir nuo to, kur – stacionare, slaugos ligoninėje ar rehabilitacijoje – buvo gydomi pacientai.

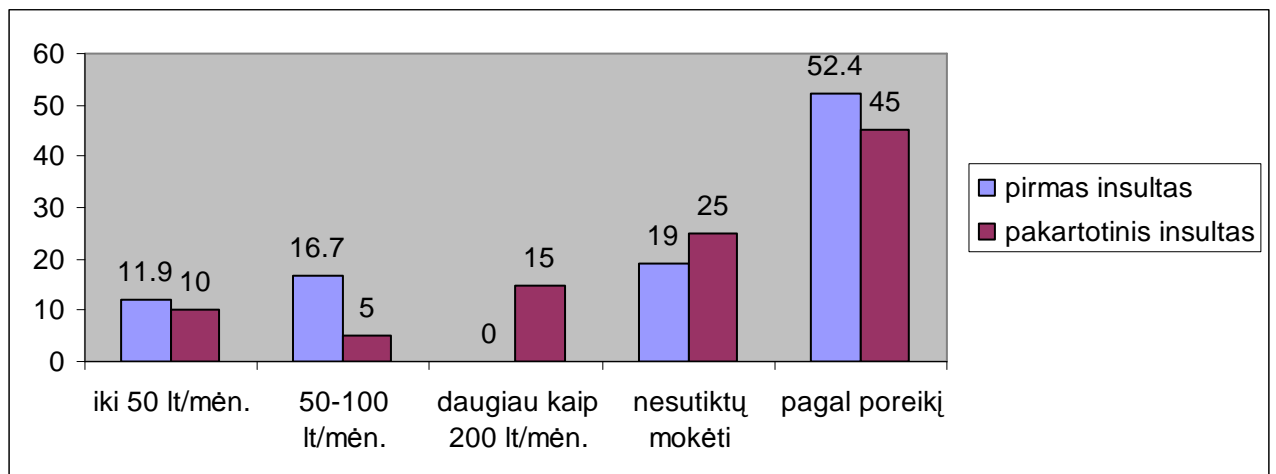
Kaip matome 9 pav., vyrauja statistinė tendencija ( $p < 0,1$ ), kad pakartotini insultą patyrusiems ligoniams svarbiau, kad slaugytojas būtų pagalbinkas ir mokytojas šeimos nariams.



Pearson Chi-Square 5,306, l.l.sk. 2, p=0,081

9 pav. Ar svarbu, kad slaugytojas butu pagalbinkas ir mokytojas šeimos nariams?

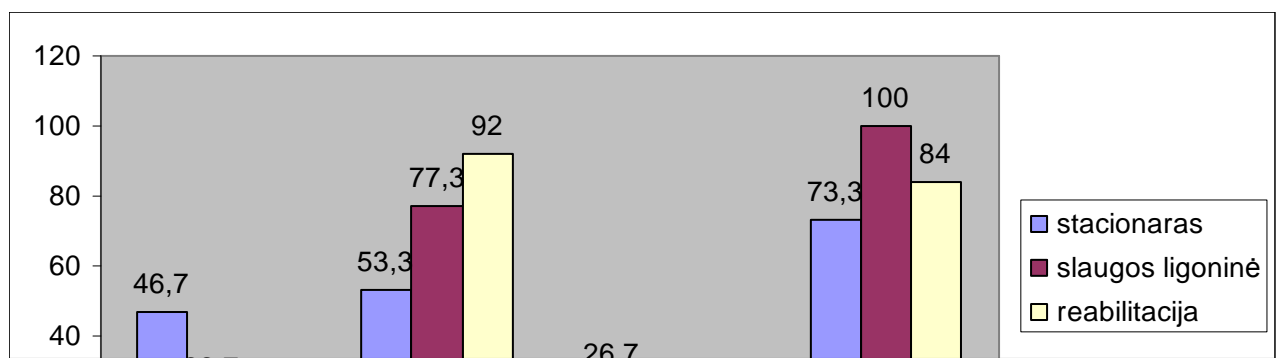
Pakartotinį insultą patyrę ligoniai dažniau sutiktų už paslaugas namuose mokėti brangiau. (10 pav.)



Pearson Chi-Square 8,149, l.l.sk. 4, p=0,086

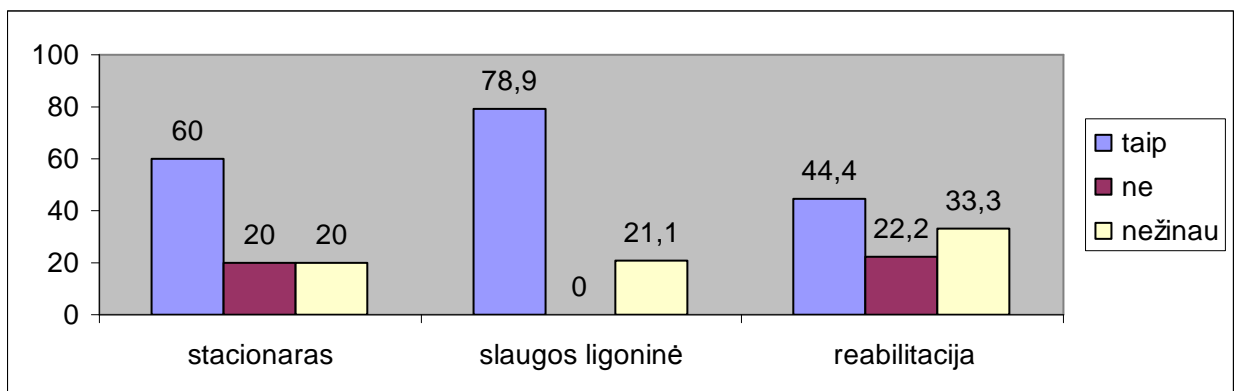
10 pav. Pirminio ir pakartotinio insulto įtaka mokumui už paslaugas namuose

Panagrinėjus, kaip dažnai respondentai yra konsultuojami slaugos klausimais gydymosi įstaigose, paaiškėjo, kad pacientai ir jų artimieji rekomendacijų mažiausiai gauna reabilitacijoje, o dažniausiai rekomendacijos ligoniams suteikiamos stacionare. (11 pav.)



11 pav. Rekomendacijų dėl tolimesnės slaugos namuose suteikimas.

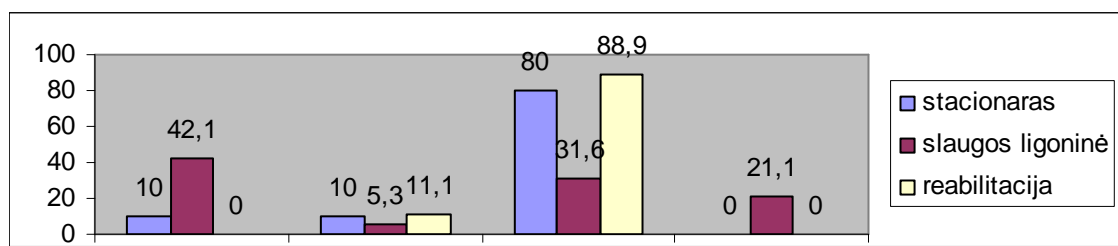
Slaugos ligoninės pacientams ypač svarbu, kad slaugytojas būtų pagalbininkas ir mokytojas šeimos nariams.



Pearson Chi-Square 6.584, l.l.sk. 4, p=0,016

12 pav. Slaugytojo kaip šeimos mokytojo ir pagalbininko vaidmuo priklausomai nuo gydymosi įstaigos.

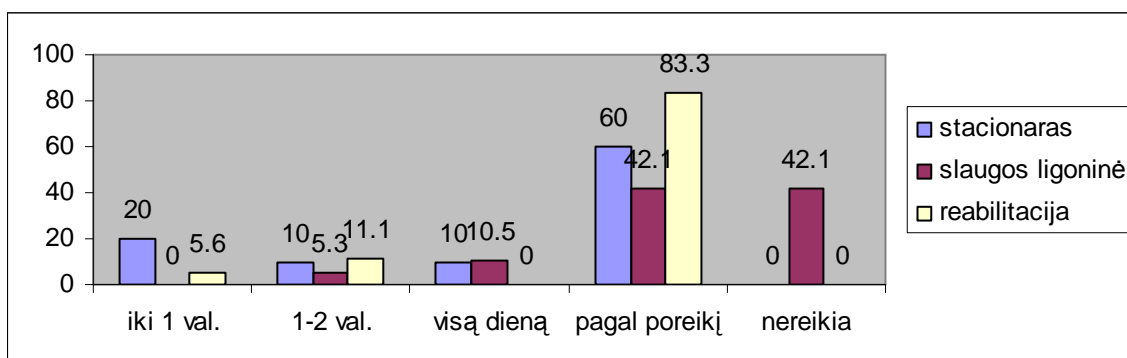
Reabilitacijos pacientams būtų patogiau, jei jie galėtų slaugytoją išsikviesti esant reikalui, o slaugos ligoninės pacientai dažniau pageidautų, kad slaugytojas į jų namus atvyktų kasdien. (13 pav.)



Pearson Chi-Square 20,869, l.l.sk. 6, p=0,002

13 pav. Slaugytojo apsilankymų paciento namuose poreikis priklausomai nuo gydymosi įstaigos.

Slaugytojo vizito namuose trukmės poreikis taip pat skiriasi priklausomai ir nuo to, kur gydosis pacientai.(14 pav.)



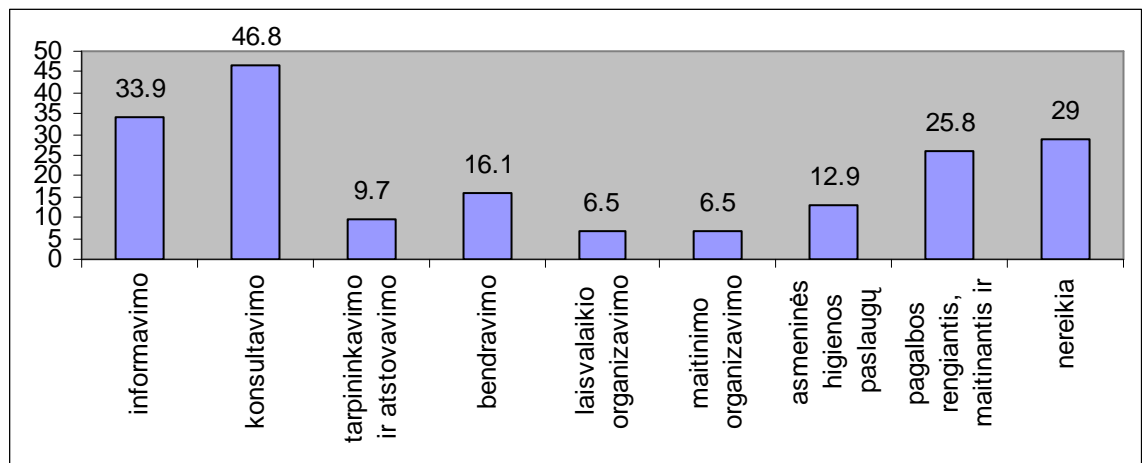
Pearson Chi-Square 20,748, l.l.sk. 8, p=0,008

14 pav. Slaugytojo vizito paciento namuose trukmė priklausomai nuo gydymosi įstaigos.

### **SOCIALINIŲ PASLAUGŲ NAMUOSE POREIKIS**

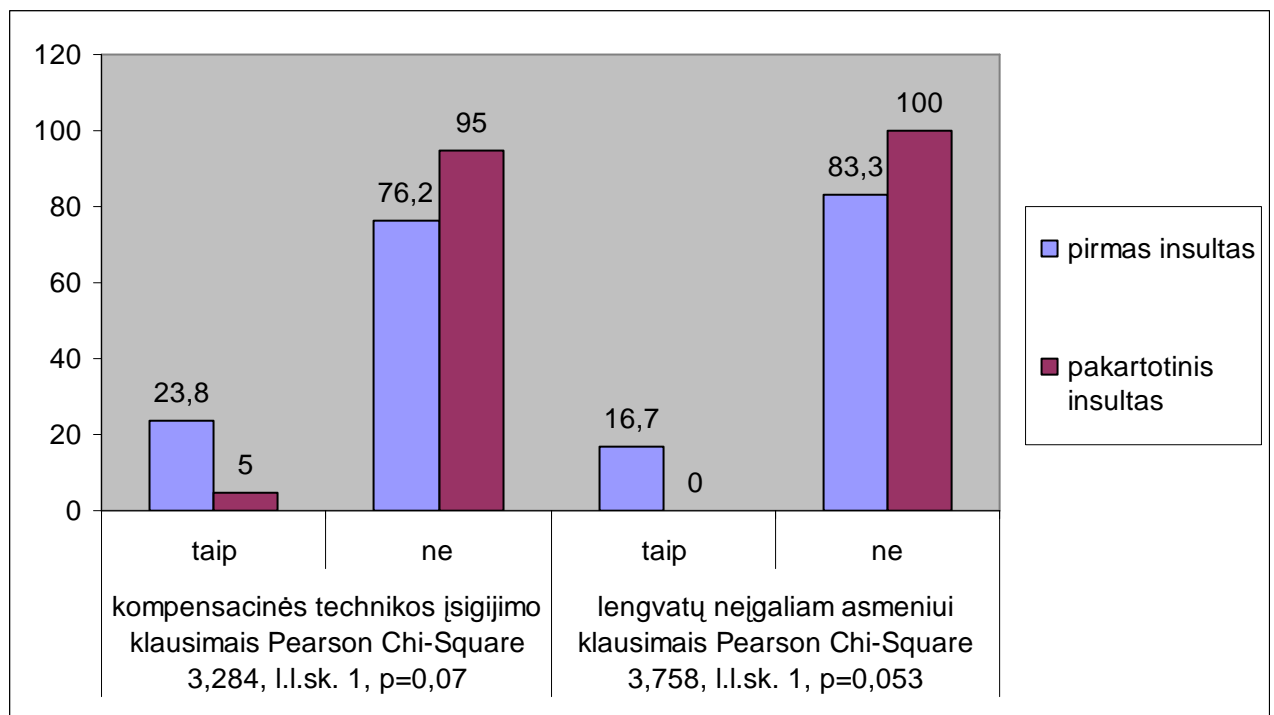
Socialinis darbuotojas pacientus ligoninėje konsultuoja gana retai – net 75,8% pacientų teigia negavę socialinio darbuotojo konsultacijų. Iš gavusių socialinio darbuotojo konsultacijas: 17,7% respondentų buvo konsultuoti kompensacinės technikos įsigijimo klausimais; 11,3% - lengvatų neįgaliam asmeniui klausimais; 4,8% - dėl galimybės organizuoti ilgalaikę priežiūrą ir 3,2% - būsto pritaikymo neįgaliam asmeniui klausimais

Todėl namuose pacientai dažniausiai pageidauja socialinio darbuotojo konsultavimo(46,8%) ir informavimo(33,9%) paslaugų. (15 pav.)



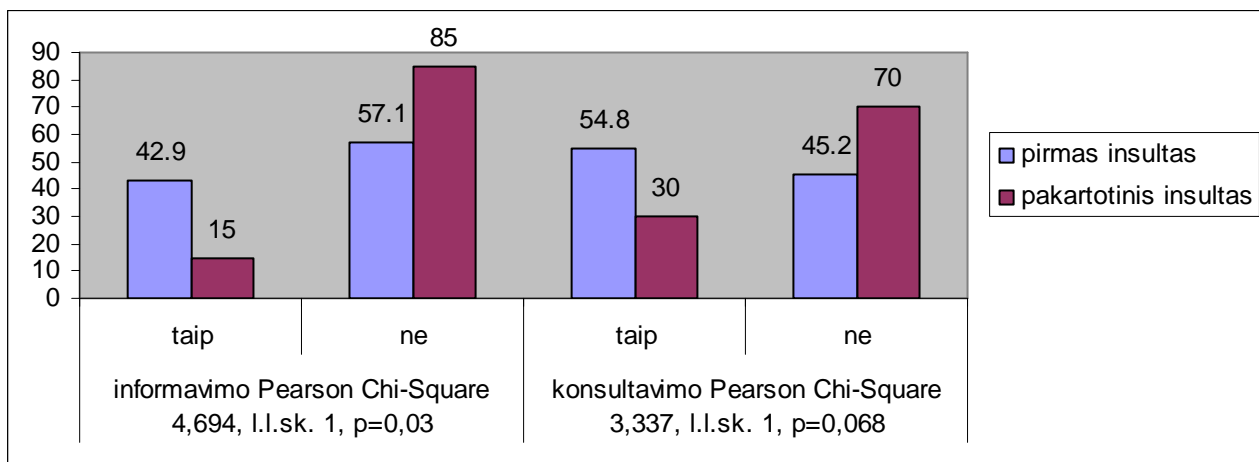
15 pav. Socialinės pagalbos poreikis namuose pacientams(proc.)

16 pav. matome, kad kompensacinės technikos įsigijimo ( $p < 0,05$ ) ir lengvatų neįgaliam asmeniui ( $p < 0,1$ ) klausimais socialinis darbuotojas dažniau konsultavo pirmą kartą insultą patyrusius ligonius.



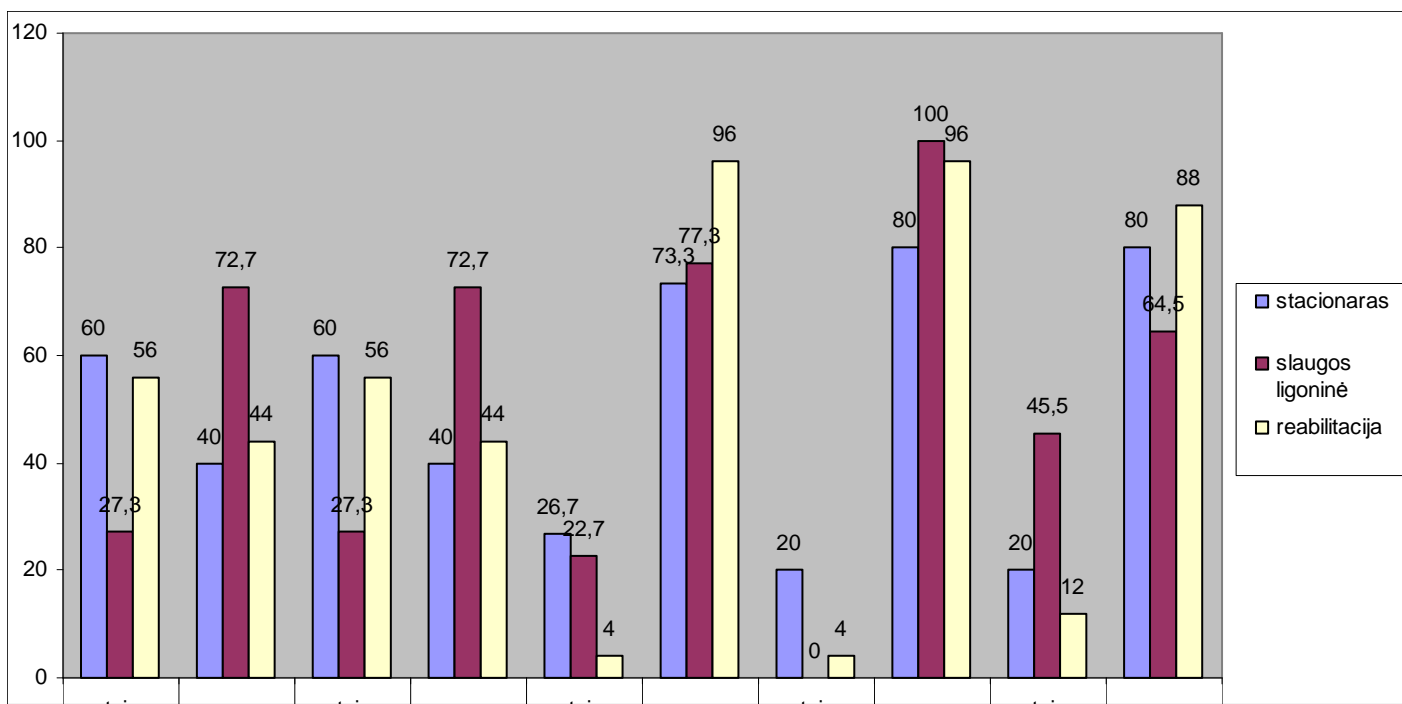
16 pav. Socialinio darbuotojo konsultacijos priklausomai nuo pirminio ir pakartotinių insultų. (proc.)

Tokių socialinių paslaugų, kaip informavimas ir konsultavimas dažniau pageidavo asmenys, patyrę pirmą, o ne pakartotinį insultą.(17 pav.)



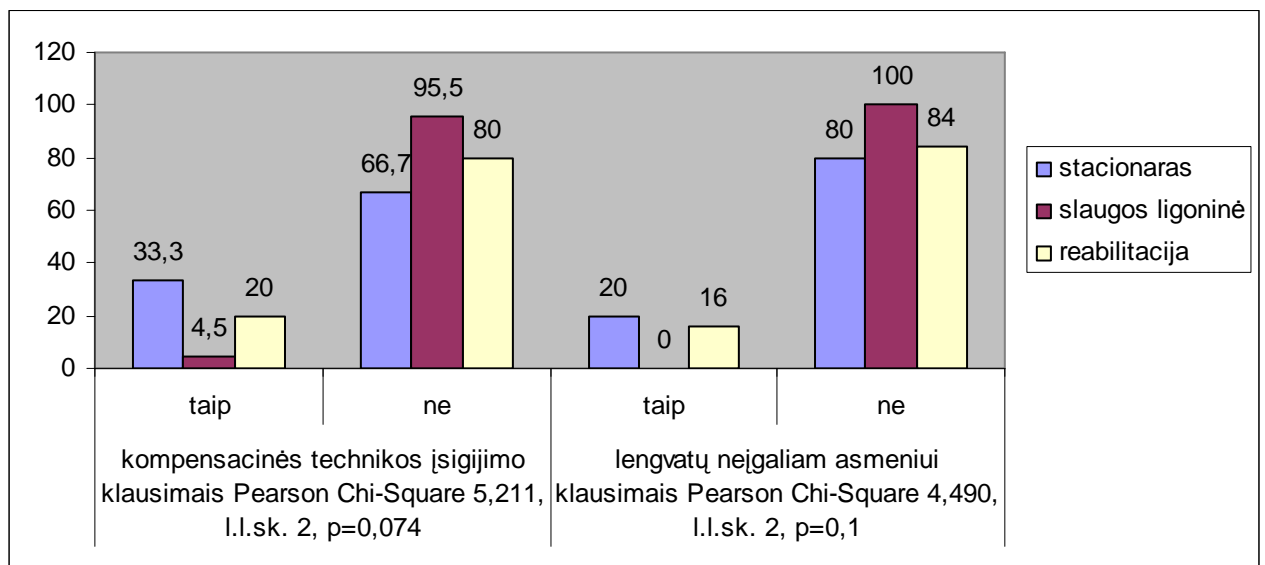
17 pav. Socialinės paslaugos priklausomai nuo pirmą kartą ir pakartotinai patirto insulto.

Socialinės pagalbos namuose poreikiai tarp skirtingų gydymo įstaigų pacientų pasiskirstė irgi skirtingai. Dažniausiai socialinių paslaugų pageidavo asmenys, besigydantys neurologiniuose skyriuose. Daugiau nei pusė stacionaro pacientų( po 60%) nurodė, kad jiems reikalingos konsultavimo ir informavimo paslaugos, taip pat daugiausiai iš jų pageidautų bendravimo(26,7%) ir laisvalaikio praleidimo(20%) paslaugų. Reabilitacijoje apklaustiems respondentams buvo aktualios informavimo ir konsultavimo(po 56%) paslaugos. Tuo tarpu slaugos ligoninių pacientams labiausiai buvo reikalinga pagalba kasdienėje veikloje(45,5%).(18 pav.)



18 pav. Socialinės pagalbos poreikis priklausomai nuo gydymosi įstaigos.

Kompensacinės technikos įsigijimo ir lengvatų neįgaliam asmeniui klausimais socialinis darbuotojas stacionare ligonius konsultavo dažniau negu slaugos ligoninėje. (19 pav.)



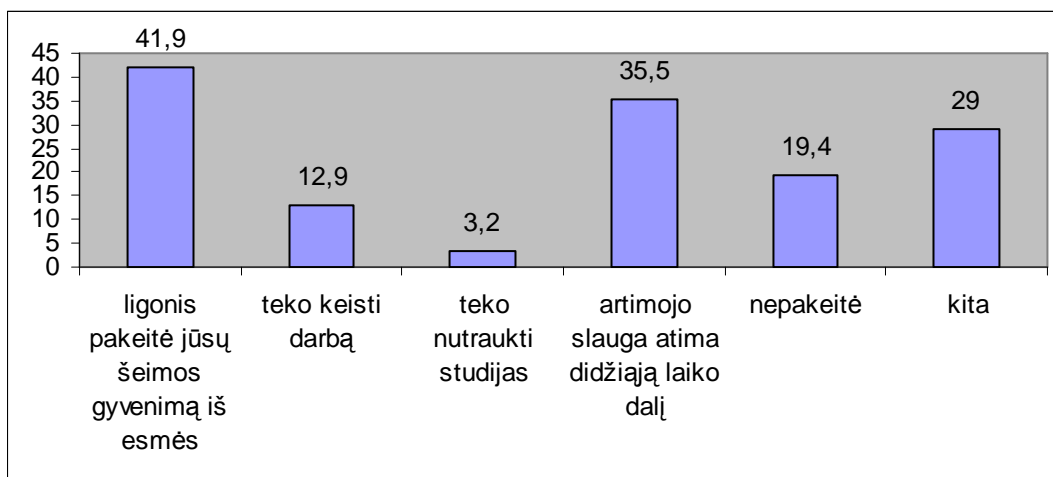
19 pav. . Socialinio darbuotojo konsultacijos priklausomai nuo gydymosi įstaigos.

Taigi, kaip parodė tyrimo rezultatai, slaugos poreikis aktualus visiems pacientams, tačiau skirtingus slaugos ir socialinių paslaugų ypatumus įtakoja pirminis bei pakartotiniai

patirtas insultas bei tai, kokioje gydymo įstaigoje pacientas gydėsi. Amžius, lytis, išsilavinimas, šeimyninė bei socialinė padėtis slaugos į namus poreikio patyrusiems galvos smegenų insultą asmenims įtakos neturėjo.

### 4.3. Pacientų artimųjų tyrimo rezultatų analizė

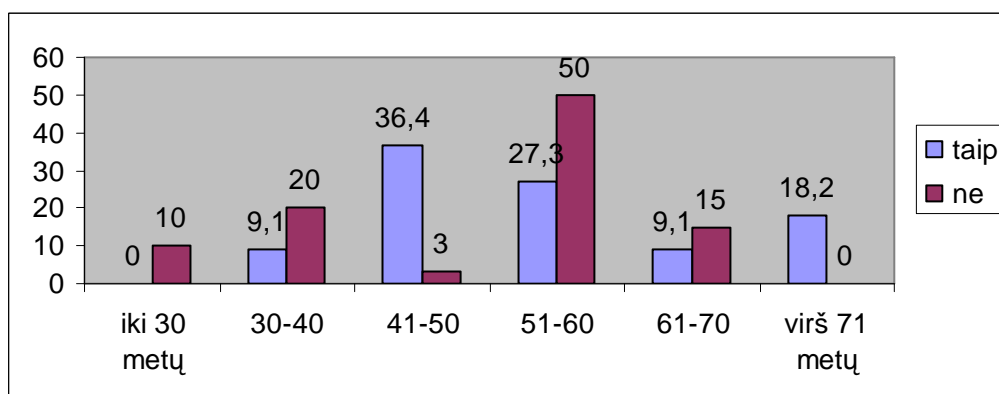
Tyrimo rezultatai parodė, kad net 41,9% pacientų artimųjų šeimos gyvenimą ligonis, patyręs galvos smegenų insultą, pakeitė iš esmės. 35,5% šeimos narių artimojo slauga atima didžiąją laiko dalį, 12,9% teko pakeisti darbą. (20 pav.)



20 pav. Artimo žmogaus patirto insulto įtaka šeimos narių gyvenimui.

(Kita: teko prarasti darbą 1(3,2%); savo artimąjį pasiimti į savo šeimą 2(6,5%); 6(19,2%) asmenims reikėjo pasiimti atostogų ligonio priežiūrai.)

Labiausiai artimo žmogaus patirtas galvos smegenų insultas turėjo įtakos darbingo amžiaus asmenims. Net 72,8% apklaustųjų nuo 30 iki 60 metų teigė, kad ligonio slauga atima didžiąją laiko dalį. Tai matome 21 pav.

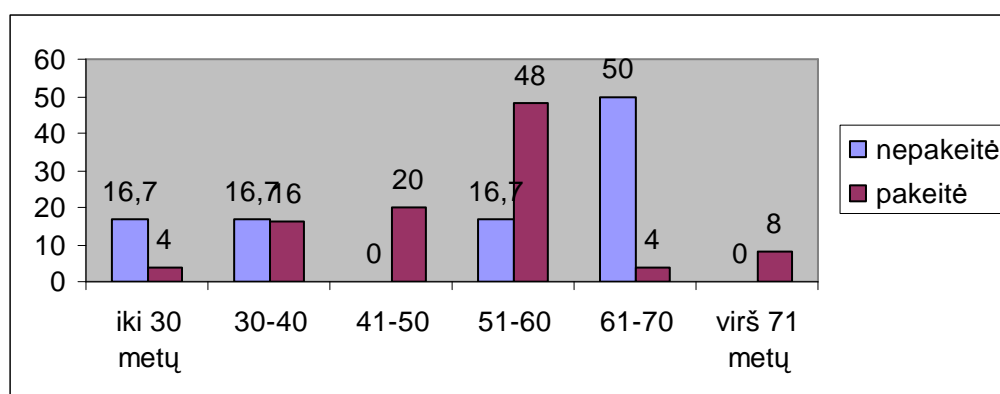




Pearson Chi-Square 10,654, l.l.sk. 5, p=0,059

21 pav. Slaugančių artimųjų amžiaus įtaka teiginiui „artimojo slauga atima didžiąją laiko dalį“.

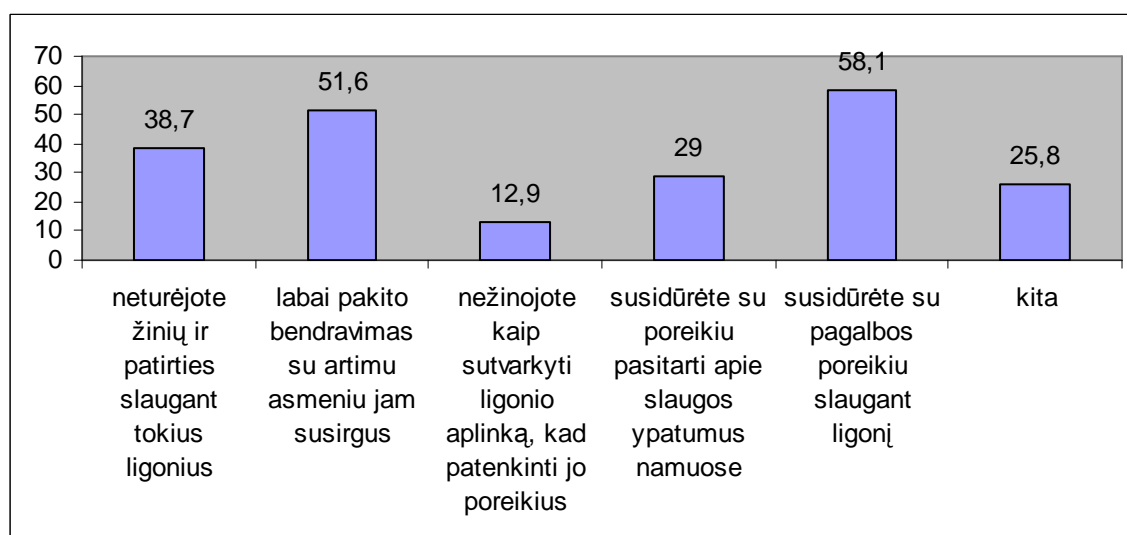
Taip pat 30 – 60 metų(75,6%) respondentai dažniausiai nurodė, kad artimojo liga ir slauga turėjo žymios įtakos šeimos gyvenimui.(22 pav.) Mažiausiai artimo žmogaus patirtas insultas įtakojo jaunesnių nei 30 metų (4%) ir pensinio amžiaus asmenų(4%) gyvenimą . Vyresni nei 70 metų respondentai(8%) nurodė, kad šeimos nario liga ir su ja susijusi slauga labai pablogino jų pačių sveikatos būklę ir jie tiesiog negali gyventi su slaugomu asmeniu, todėl norėtų, kad po gydymo ligonį pas save pasiimtų vaikai.



Pearson Chi-Square 11,952, l.l.sk. 5, p=0,035

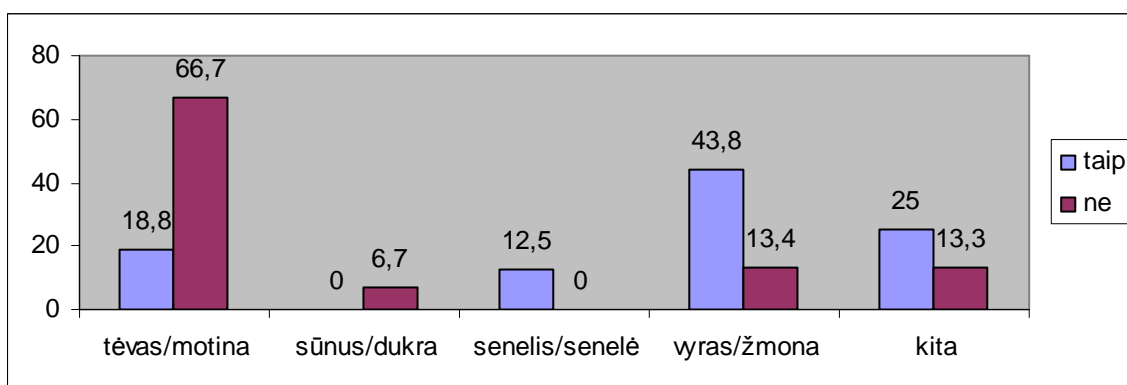
22 pav. Slaugančių artimųjų amžiaus įtaka teiginiui „pakeitė šeimos gyvenimą“.

Tyrimo rezultatai parodė, kad patyrus žmogui galvos smegenų insultą, jo artimieji dažniausiai susiduria su pagalbos poreikiu slaugant ligonį(58,1%). Taip pat labai dažnai pakinta bendravimas su artimu asmeniu, jam susirgus(51,6%).(23 pav.)



23 pav. Šeimos narių problemos, slaugant asmenį po insulto.

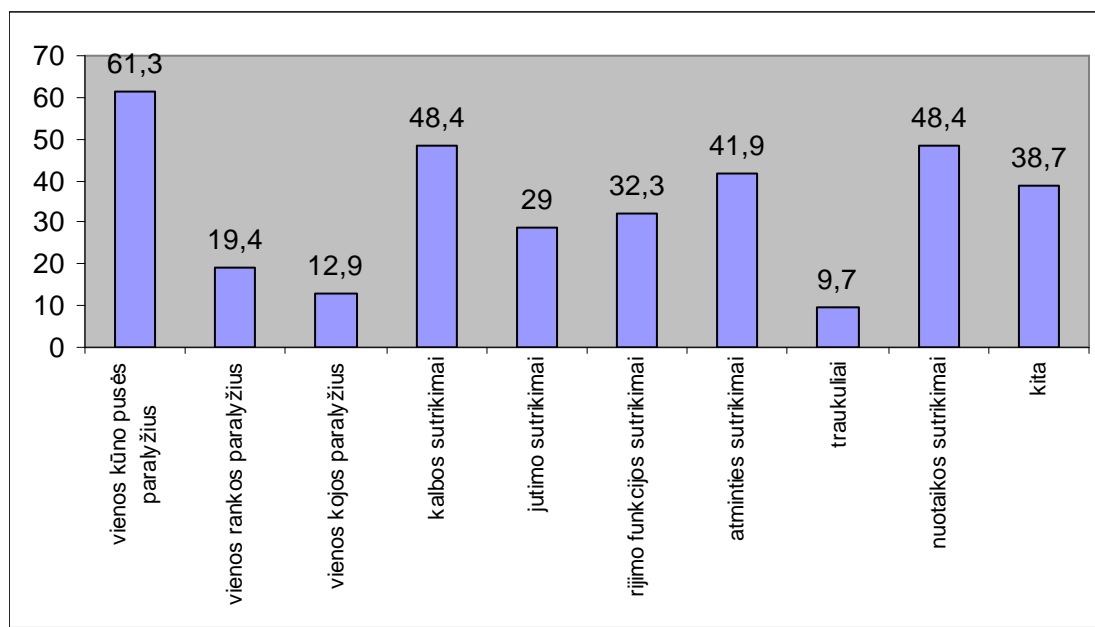
Dažniausiai bendravimas su artimu žmogumi, jam susirgus galvos smegenų insultu, pakinta slaugant sutuoktinį – vyrą arba žmoną (43,8%). O slaugant savo vaiką, respondantai išvis nenurodė bendravimo pokyčių(0%). Tai matome 24 paveiksle.



Pearson Chi-Square 12,917, l.l.sk. 5, p=0,024

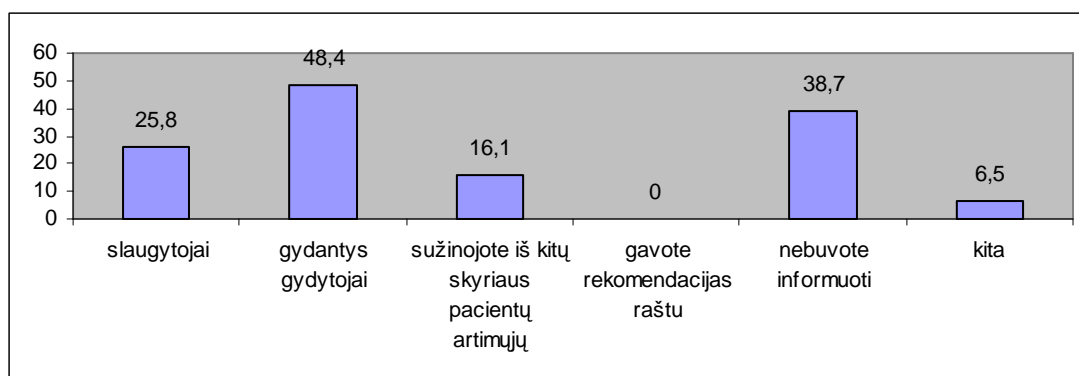
24 pav. Giminytės ryšio įtaka bendravimo pokyčiams su ligoniu.

Artimųjų teigimu, dažniausiai po patirto insulto slaugomam asmeniui atsiradę sveikatos sutrikimai yra vienos kūno pusės paralyžius(61,3%), taip pat kalbos(48,4%) ir nuotaikos (48,4%) sutrikimai.(25 pav.)



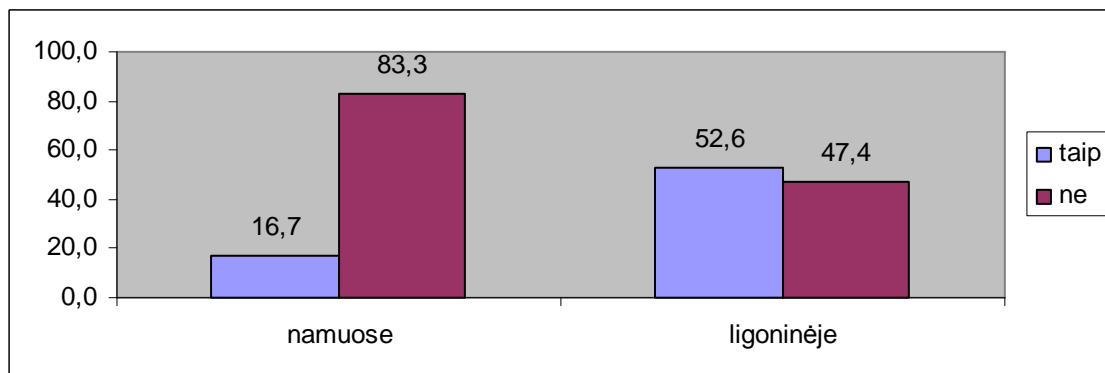
25 pav. Po patirto insulto slaugomam asmeniui atsiradę sveikatos sutrikimai (proc.)

Dažniausiai informaciją apie tolimesnę ligonio slaugą namuose artimieji gauna iš gydančių gydytojų (48,4 %) arba visai nebūna informuoti (38,7%). Tai matome 26 paveiksle.



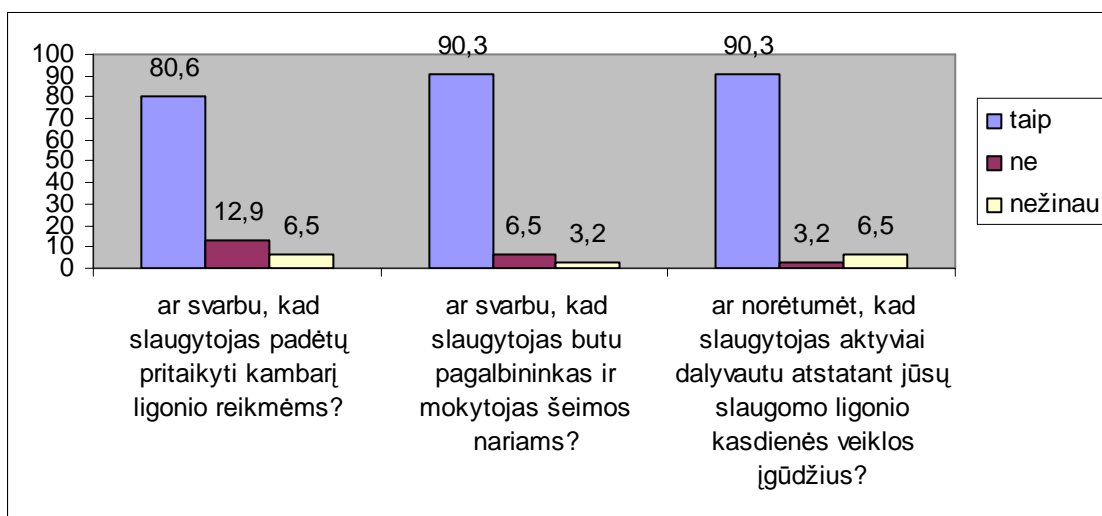
26 pav. Informacijos šaltiniai apie tolimesnę ligonio slaugą namuose (proc.)

Lyginant pacientų šeimos narių informuotumą apie tolimesnę ligonio slaugą po gydymo stacionare, reikia pažymėti, kad namuose apklausti ligonio artimieji dažniausiai nebuvo informuoti. Tuo tarpu ligoninėje daugiau kaip pusė apklaustųjų nurodė, kad gavo informaciją dėl tolimesnės slaugos namuose. Šios sąsajos statistiškai patikimos ( $p < 0,05$ ). (27 pav.)



Pearson Chi-Square 4,010, 1.l.sk. 1, p=0,045  
 27pav.Ligoninėje ir namuose šeimos narių informuotumas.

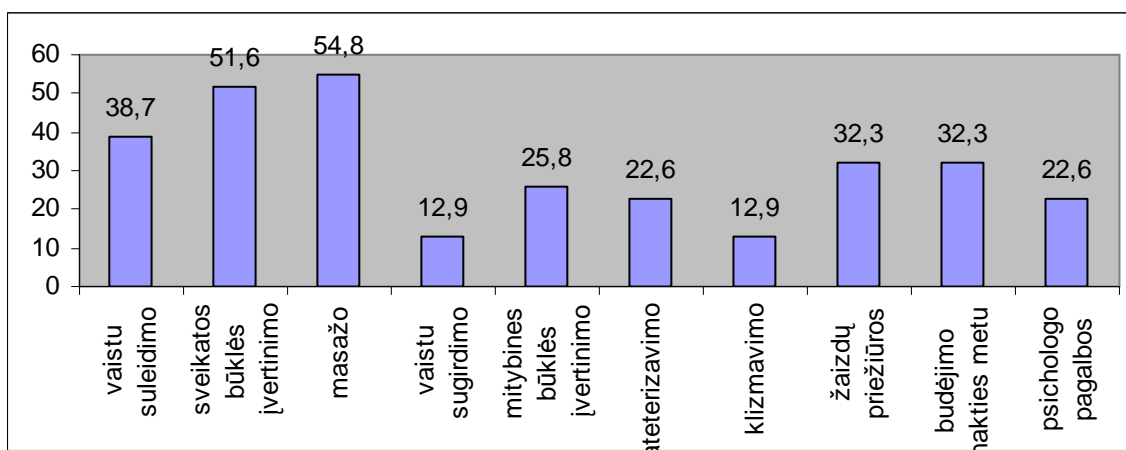
Slaugytojo pagalba namuose yra labai svarbi ligonio artimiesiems. Kad slaugytojas būtų pagalbininkas ir mokytojas, slaugant ligonį po insulto, ir kad aktyviai dalyvautų, atstatant slaugomo asmens kasdienes įgūdžius, nurodė net 90,3% respondentų. (28 pav.)



28 pav. Slaugytojo pagalbos poreikio šeimos nariams pasiskirstymas (proc.)

45,2% pacientų artimųjų norėtų, kad jie slaugytoją galėtų išsikviesti į namus, esant reikalui. 32,3% respondentų slaugytojo pagalba reikalinga kasdien, 16,1% pageidautų, kad slaugytojas atvyktų 1 -2 kartus per savaitę. Ir 6,5 % pacientų artimųjų, teigiančių, kad slaugytojo pagalba namuose nėra reikalinga, patys buvo medikais.

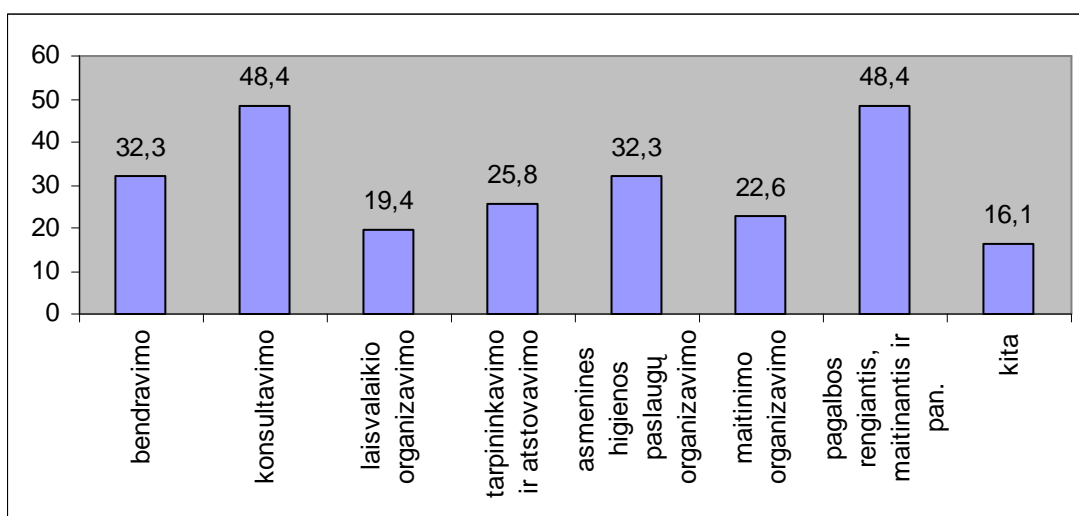
Iš specialiųjų slaugos paslaugų pacientų artimieji dažniausiai pageidautų masažo(54,8%), sveikatos būklės įvertinimo(51,6%), taip pat vaistų suleidimo paslaugų(38,7%). (29 pav.)



29 pav. Šeimos narių paslaugų į namus jų slaugomam asmeniui poreikis.

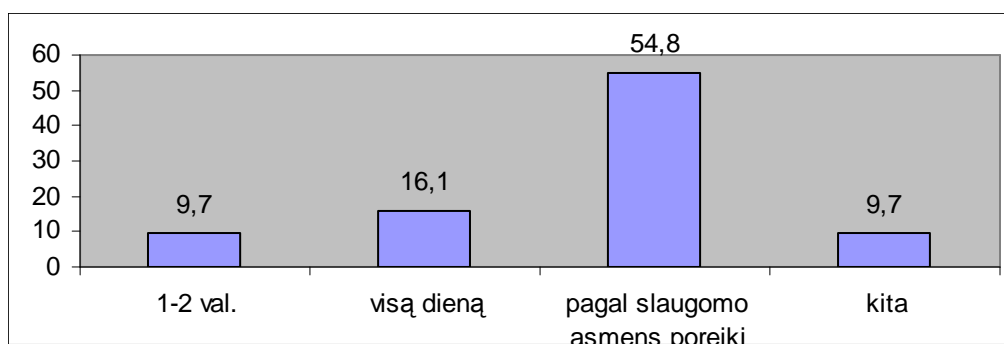
Dažniausiai socialinio darbuotojo konsultacijų ligoninėje pacientų artimiesiems trūko. Lengvatų neįgaliam asmeniui klausimais buvo konsultuoti 25,8% respondentų; kompensacinės technikos įsigijimo klausimais – 19,4%; dėl galimybės organizuoti ilgalaikę priežiūrą – 12,9%; būsto pritaikymo neįgaliam asmeniui klausimais – 3,2%. O 45,2% apklaustųjų išvis negavo jokios socialinio darbuotojo konsultacijos.

Iš socialinių paslaugų ligonių artimiesiems dažniausiai trūksta socialinio darbuotojų konsultacijų bei pagalbos kasdien rūpinantis ligoniu. (30 pav.)



30 pav. Socialinių paslaugų šeimos nariams poreikis (proc.)

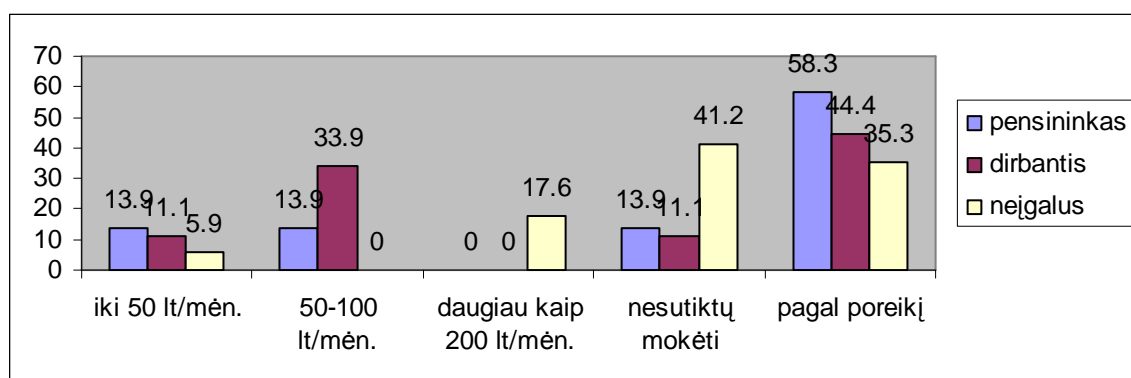
Slaugomų ligonių artimųjų nuomone, ilgalaikės priežiūros darbuotojai turėtų teikti pagalbą pagal slaugomo asmens poreikį (31 pav.).



31 pav. Šeimos narių nuomonė apie ilgalaikę priežiūrą.

Asmenys, slaugantys ligonius po insulto, dažnai sutiktų mokėti daugiau kaip 200 lt per mėnesį už slaugytojų namuose suteiktas paslaugas(29%). 25,8 % respondentų nurodė, kad mokesčio dydis priklausytų nuo suteiktų paslaugų kokybės, apimties, esamos ligonio būklės ir panašiai. 50 – 100Lt/ mėn. sutiktų mokėti 22,6%; iki 50 Lt/mėn. – 9,7%. 12,9% apklaustų asmenų nesutiktų mokėti.

Kaip parodė tyrimo rezultatai, galimybės mokėti už suteiktas slaugytojo paslaugas namuose statistiškai patikimai ( $p < 0,05$ ) siejasi su artimųjų, slaugančių ligonius, patyrusių insultą, socialine padėtimi. Beveik pusė apklaustų neįgalių šeimos narių(41,2%) nesutiktų mokėti už slaugos paslaugas namuose. Dirbantys(44,4%), pensininkai(58,3%) ir neįgalūs asmenys(35,3%) dažniausiai sutiktų mokėti už paslaugas pagal paslaugų apimtį, priklausomai nuo poreikio. (32 pav.)



Pearson Chi-Square 19,608, l.l.sk. 8,  $p=0,012$

32pav. Šeimos narių galimybės mokėti už paslaugas sąsajos su socialine padėtimi (proc.)

90,3 proc. slaugomų ligonių artimųjų teigia, kad būtų tikslinga, kad slaugytoja gautų visą reikiamą informaciją apie pacientą dar prieš apsilankydama jo namuose. 6,5% respondentų neturi šiuo klausimu nuomonės ir 3,2%(1) mano, kad tai nėra reikalinga.

Taigi tyrimo rezultatų analizė parodė, kad patyrusių galvos smegenų insultą asmenų šeimos nariams yra reikalingos socialinės paslaugos ir tiesiog būtina slaugytojo pagalba namuose .

## 5. DARBO REZULTATŲ APTARIMAS

Tyrimo metu nustatyta, kad didžiąją dalį pacientų, persirgusių galvos smegenų insultu, sudarė vyresni nei 60 metų asmenys(77,3%). Tai dar kartą patvirtino teiginį, kad galvos smegenų insultas yra viena iš pagrindinių pagyvenusių žmonių sveikatos problemų.[1]

Tik nedidelė dalis išgyvenusių po insulto pacientų neturi pastebimų liekamųjų pažeidimo reiškinių. Daugiau nei 50 % persirgusių insultu žmonių susiduria su laikinu ar nuolatiniu neįgalumu, sąlygojančiu apsitarnavimo pagalbos ir slaugos poreikį. 20-25% asmenų, patyrusių galvos smegenų insultą, nesugeba eiti be kitų pagalbos, 35% pacientų lieka su kojos pareze , 65% pacientų ir po pusės metų lieka gili rankos parezė arba plegija.[9] J. Asadauskienės ir bendraautorių atlikta studijos duomenimis beveik pusei galvos smegenų insultą patyrusiems asmenims vėlesniu laikotarpiu būna depresijos ir nerimo sutrikimų.[30] Mūsų tyrimo metu nustatyta, kad dažniausiai pacientams po insulto būna vienos kūno pusės paralyžius(48,4%) bei atsiradęs liūdesys ir nerimas(48,8%). Vienos rankos paralyžius buvo išlikęs 9,7%, o vienos kojos – 11,3% pacientų.

G. Nausėdienės ir A. Šeškevičiaus „ Galvos smegenų insultu sergančių pacientų slaugos poreikių pagal N. Roper slaugos modelį analizė“[41] parodė, kad pacientų, sergančių galvos smegenų insultu, dažniausiai yra sutrikusios tokios gyvybinės veiklos, kaip : miegas, judėjimas, valgymas, tuštinimasis ir šlapinimasis. Mūsų tyrimo metu taip pat respondentai dažniausiai nurodė, kad dėl patirto insulto jiems yra sunku judėti(79%), sutriko miegas(33,9%) bei tuštinimasis (24,2%).

Tyrimo duomenys patvirtino, kad asmenims, patyrusiems insultą, namuose yra reikalingos ir slaugos, ir socialinės paslaugos. 75,8 % pacientų teigia, kad tolimesnė slaugytojo pagalba namuose po gydymo stacionare jiems yra svarbi. Daugumai apklaustų pacientų yra svarbu, kad profesionalus slaugytojas padėtų pritaikyti namus

(kambarį) ligonio reikmėms bei slaugai(57,4%), būtų pagalbinkas ir mokytojas šeimos nariams(61,7%), aktyviai dalyvautų atstatant kasdienės veiklos įgūdžius(76,6%). Iš specialiųjų slaugos paslaugų respondentai dažniausiai pageidavo: sveikatos būklės įvertinimo(66%); vaistų suleidimo(57,4%) bei masažo(42,6%). Socialinių paslaugų sferoje pacientai dažniausiai norėjo konsultavimo(46,8%) ir informavimo(33,9%) paslaugų, taip pat pagalbos kasdienėje veikloje(25,8%) bei bendravimo(16,1%). R. Prokuroto ir bendraautorių Vilniaus Slaugos ligoninės pacientų nuomonės apie „slaugos į namus“ poreikį ir galimybę mokėti už paslaugą tyrimas irgi parodė, kad pacientai namuose dažniau pageidautų vaistų suleidimo (13,3%), masažo(10,9%) ir sveikatos būklės įvertinimo. Iš socialinės pagalbos dažniausiai norėtų konsultavimo (12,0%) ir bendravimo(18,1%) paslaugų.[24]

Nustatyta, kad asmenys patyrę galvos smegenų, dažniausiai pageidavo slaugytoją išsikviesti į namus, esant reikalui(63,8%). Panašūs rezultatai buvo gauti ir D. Margelienės, tiriant šeimos/ bendruomenės slaugytojų paslaugų poreikį bendruomenėje – 68,7% tiriamųjų nurodė, kad norėtų turėti galimybę išsikviesti slaugytoją į namus.[42]

Už suteiktas paslaugas namuose 50% apklaustų asmenų sutiktų mokėti pagal situaciją; nuo 50 iki 100 Lt/mėn. mokėtų 12,9% respondentų; iki 50Lt/mėn.-11,3%; daugiau kaip 200Lt/mėn.- 4,8%. 21% apklaustųjų nurodė, kad nesutiktų mokėti už teikiamas namuose paslaugas. R. Prokuroto ir bendraautorių studijos duomenimis už suteiktas namuose paslaugas sutiktų mokėti 43,4% pacientų, nenorėtų mokėti – 56,6%. Mokamos sumos dydis svyruoja nuo 2 iki 100 Lt.[24]

Kaip parodė tyrimo rezultatai, amžius, lytis, išsilavinimas, šeimyninė bei socialinė padėtis slaugos į namus poreikiui įtakos neturėjo. Slaugos poreikis buvo aktualus visiems pacientams, tik skirtingus slaugos ir socialinių paslaugų ypatumus įtakojo pirminis bei pakartotinai patirtas insultas ir tai, kokioje gydymo įstaigoje pacientas gydėsi. Kad slaugytojas būtų pagalbinkas ir mokytojas šeimos nariams pakartotinį insultą patyrusiems (81,3%) pacientams buvo svarbiau nei pirmą kartą patyrusiems(51,6%). Ši paslauga taip pat buvo aktualiausia asmenims(78,9%), besigydantiems ir slaugomiems slaugos skyriuose (stacionare-60% ir reabilitacijoje-44,4%). Taip pat slaugos ligoninių pacientams(42,1%) buvo svarbu, kad slaugytoja apsilankytų kiekvieną dieną (stacionare-10%, reabilitacijoje -0%). Iš socialinių paslaugų jiems labiausiai buvo reikalinga pagalba kasdienėje veikloje -45,5%, kai tuo tarpu stacionare ir reabilitacijoje besigydantiems pacientams aktualiausia paslauga buvo konsultavimas(60% ir atitinkamai 56%). Taigi gauti



tyrimo rezultatai sudaro prielaidą patvirtinti literatūros šaltiniuose nurodomą teiginį, kad artimųjų atsakomybės sumažėjimas esant lėtinei insulto fazei lemia pacientų patekimą į slaugos įstaigas (Scholte, 1998). [7]

Insulto pasekmes jaučia ne tik pacientas – jos daro didelę įtaką ir kasdieniam artimųjų gyvenimui (Forster, 1999). Literatūros šaltiniai nurodo, kad 13% neurologijos skyrių pacientų artimųjų nurodė pakitusius išorinius šeimos ryšius. [7] Kauno mieste atliktos apklausos metu 3% insultu sirgusių žmonių nurodė, kad jų šeimos nariai turėjo pereiti į mažiau apmokamą darbą, tam, kad galėtų juos prižiūrėti ir slaugyti. [43]). Mūsų tyrimo metu 41,9% apklaustų pacientų artimųjų nurodė, kad ligonis, patyręs galvos smegenų insultą, pakeitė jų gyvenimą iš esmės; 35,5 % šeimos narių artimojo slauga atima didžiąją laiko dalį; 12,9% teko pakeisti darbą. 51,6% respondentų nurodė, kad labai pakito bendravimas su artimu žmogumi, jam susirgus.

Slaugančių savo artimąjį po galvos smegenų insulto ir dalyvavusių tyrime daugiausia buvo dirbančių asmenų -25 (80,6%); 5(16,1%) – pensininkai ir 2(3,2%) - besimokantys asmenys. 2001m. Sveikatos ekonomikos centro duomenimis, Lietuvoje 40% pacientų buvo slaugomi šeimos narių. Dauguma slaugytojų buvo dirbantys asmenys. [24]

Tyrimai rodo, kad daugeliu atvejų didžiausias sergančio insultu artimųjų poreikis yra gauti išsamius atsakymus į jiems rūpimus klausimus, susijusius su ligonio slauga. (Smagt-Duijnste, 2001). [7] Mūsų tyrimo duomenimis ligonio artimiesiems yra labai svarbu ne tik, kad slaugytojas būtų pagalbininkas ir mokytojas, slaugant ligonį po insulto (90,3%), bet ir kad aktyviai dalyvautų, atstatant slaugomo asmens kasdienius įgūdžius (90,3%), bei padėtų pritaikyti namus (kambarį) ligonio reikmėms bei slaugai (80,6%). Iš socialinių paslaugų ligonių artimiesiems labiausiai reikėjo konsultavimo (48,4%) bei pagalbos kasdien rūpinantis ligoniu (48,4%).

Tyrimo metu gauti rezultatai patvirtino, kad vertinant ir teikiant slaugos į namus paslaugas asmenims, patyrusiems galvos smegenų insultą, neturi būti pamiršti ir juos slaugančių bei gyvenančių kartu su jais šeimos narių poreikiai.

## 6. IŠVADOS

1. Daugumai patyrusių galvos smegenų insultą pacientų slaugos paslaugos namuose yra reikalingos:
  - 75,8% apklaustų pacientų yra aktuali tolimesnė slaugytojo pagalba namuose po gydymo stacionare .
  - Daugumai apklaustų pacientų yra svarbu, kad profesionalus slaugytojas padėtų pritaikyti namus (kambarį) ligonio reikmėms bei slaugai(57,4%), būtų pagalbininkas ir mokytojas šeimos nariams(61,7%) bei aktyviai dalyvautų atstatant kasdienės veiklos įgūdžius(76,6%).
  - Dažniausiai pacientai pageidavo, kad slaugos paslaugos namuose (dažnis, trukmė, pobūdis) būtų teikiamos pagal esamą asmens poreikį tam tikram momentui.
2. Amžius, lytis, išsilavinimas, šeimyninė bei socialinė padėtis slaugos į namus poreikiui patyrusiems galvos smegenų insultą asmenims įtakos neturėjo.
3. Skirtingus slaugos paslaugų poreikio ypatumus įtakojo pirminis bei pakartotinai patirtas insultas bei tai, kokioje gydymo įstaigoje pacientas gydėsi.
  - Pakartotinai patyrusiems insultą (81,3%) ir gydomiems slaugos ligoninėje (78,9%) asmenims buvo svarbiau nei kitiems pacientams, kad slaugytojas būtų pagalbininkas ir mokytojas šeimos nariams.
  - Slaugos ligoninės pacientai dažniau pageidavo, kad slaugytojas į namus atvyktų kasdien.

4. Slaugančių savo artimąjį po galvos smegenų insulto daugiausiai buvo dirbančių asmenų (80,6%). Todėl daugumai (90,3%) pacientų artimųjų buvo svarbu, kad slaugytojas jiems būtų pagalbinkas ir mokytojas, slaugant ligonį, bei aktyviai dalyvautų, atstatant slaugomo asmens kasdienius įgūdžius. Jų nuomone slaugos paslaugos namuose turėtų būti teikiamos pagal esamą jų poreikį tam tikram momentui, priklausomai nuo slaugomo asmens būklės.
5. Pacientams ir jų artimiesiems be slaugos paslaugų namuose reikalingos ir socialinės paslaugos (dažniausiai konsultavimas ir informavimas).

## **7. PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS**

1. Medicinos personalas, dirbantis stacionaruose, turėtų daugiau dėmesio skirti paciento artimųjų pasiruošimui slaugai namuose: supažindinti su insulto priežastimis ir pasekmėmis, insulto pasikartojimo prevencija, gydymo ir slaugos ypatumais, mobilumo technika, dienos režimu bei integravimosi į visuomenę principais.
2. Išrašant iš ligoninės, asmenims po patirto galvos smegenų insulto, gana dažnai iškyla socialinio pobūdžio problemų, todėl jau stacionare dirbantis socialinis darbuotojas turėtų jas numatyti ir pradėti spręsti.
3. Užtikrinant slaugos ir priežiūros tęstinumą namuose reikėtų, kad pirminio lygio sveikatos priežiūros įstaigų slaugytojai gautų visą reikiamą informaciją apie slaugos ir socialines problemas, kurias turėjo pacientas po insulto, kaip jos buvo spręstos, kokių rezultatų pasiekta ir kokios problemos liko dar neišspręstos.
4. Slaugos personalui turėtų būti rengiami tobulinimosi kursai, kur slaugytojai įgytų daugiau žinių apie darbo su patyrusiais galvos smegenų insultą pacientais specifiką, susipažintų su naujais tokių ligonių gydymo ir slaugos aspektais.

## 8. LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Radžiuvienė R., Varoneckas G., Raškauskienė N., Žemaitytė D. Sergančiųjų galvos smegenų insultu ilgalaikio gydymo socialiniai ir medicininiai aspektai. I. Invalidumas. Neurologijos seminarai. 2003; 2(18):57-60.
2. Jatužis D. Išeminiai galvos smegenų kraujotakos sutrikimai. Diagnostikos ir gydymo principai. Internistas.2003; 3:15-16.
3. Jatužis D. Galvos smegenų kraujotakos sutrikimai ir jų ypatumai pagyvenusiems žmonėms. Gydytojas.2001;11(74):6-7.
4. Valeikienė J., Dementavičienė J. Galvos smegenų insultas: etiopatogenezė, paplitimas, diagnostikos metodai ir jų vertė parenkant optimalią gydymo taktiką. Medicinos teorija ir praktika.2007;13(3):225-229.
5. Kimševaitė L. Galvos smegenų insultas: ligonių slauga. Sveikata.2002;11:11-15.
6. Almas Halbjorg Klinikinė slauga. Vilnius: 1999. p.649-668.
7. Kazlauskas H. Sergančiųjų galvos smegenų insultu teoriniai ir praktiniai aspektai. Klaipėda: 2005
8. Janonienė D., Juocevičius A., Zigmantavičiūtė I., Jamontaitė I. E., Vaitkus P., Zaikina A. Sergančiųjų galvos smegenų insultu kompleksinės reabilitacijos veiksmingumas. Neurologijos seminarai.2006; 10(2):82-85.
9. Janonienė D., Juocevičius A., Zigmantavičiūtė I. Stacionarinio gydymo ir stacionarinės reabilitacijos paslaugų, suteiktų pacientams, sirgusiems galvos smegenų insultu, Lietuvoje 2002-2004 m. struktūra. Sveikatos mokslai. 2007; 6:1294-1297.

10. Petruševičienė D., Kriščiūnas A. Sergančių galvos smegenų insultu pažintinių ir psichosocialinių funkcijų sutrikimų bei jų atsigavimo įvertinimas, taikant ergoterapiją ankstyvuojų reabilitacijos laikotarpiu. Neurologijos seminarai. 2006; 10(27):33-37.
11. Petruševičienė D., Kriščiūnas A. Veiksniai, turintys įtakos sergančių galvos smegenų insultu savarankiškumui ankstyvuojų reabilitacijos laikotarpiu. Medicina. 2005; 41(8):655.
12. LR Sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl galvos smegenų insulto profilaktikos ir kontrolės 2006-2008 programos. Valstybės žinios. 2006; 83-3304.
13. Lankutyte R., Istomina N. Sergančiųjų Parkinsono liga slaugos poreikių vertinimas. Slauga. Mokslas ir praktika. 2007; 7-8:4-5.
14. Tolušienė J., Šeškevičius A. Sergančiųjų onkologinėmis ligomis slaugos poreikiai. Sveikatos mokslai. 2003; 6:21-22.
15. Slauga pirminėje sveikatos priežiūroje. Sudarytoja Šniukaitė D. Vilnius:1998.
16. Kalibatienė D., Šalaviejūtė A. Slaugos poreikių namuose įvertinimas. Slauga. Mokslas ir praktika. 2005;6:3-6.
17. Pirminės sveikatos priežiūros plėtros koncepcija. Valstybės žinios. 2007;96.
18. Andrijauskaitė D. Slaugos sistema Lietuvoje: darbas ir bedarbystė, slaugos specialistų kompetencija, profesijos savarankiškumas. Gydytojų menas. 2004; 1:6-10.
19. Babinskienė A. Globa namuose prieinama tik mažai daliai neįgaliųjų. Bičiulystė. 2007; 23:3.
20. Hitaitė I., Spirgienė L. Pagyvenusių žmonių slaugos bei socialinių paslaugų poreikis Kauno rajono bendruomenėje. Medicina. 2007; 43(11):903-908.
21. LR Sveikatos apsaugos ministro ir LR socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakymas „Dėl slaugos ir socialinių paslaugų bendro teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“. Valstybės žinios.. 2007; 76-3029.
22. Socialinės paslaugos 2006 m. Statistikos departamentas. Vilnius. 2007.
23. Neįgaliųjų socialinė integracija 2006 m. Statistikos departamentas. Vilnius. 2007.
24. Prokurotas R., Čepulis R., Gurevičius R. Slaugos ligoninės pacientų nuomonė apie „Slaugos į namus“ poreikį ir galimybę mokėti už paslaugą. Sveikatos mokslai. 2007; 7:1438-1442.
25. Barden I., Vogel A., Wodraschke G. Ligoninių slaugymas namuose. VšĮ LIC „Už gyvybę“. 2004.

26. Čiočienė A. Bendruomenės slauga pirminėje sveikatos priežiūroje. Sveikata. 2002; 11:16-17.
27. Aizienė L., Barkauskas E., Bernotas G., Budrys V., Gvazdaitis R. A., Jatužis D. Galvos smegenų kraujotakos sutrikimų diagnostikos, gydymo ir profilaktikos algoritmas. 2 dalis. Gydytojų menas. 2003; 3:18-24.
28. Juocevičius A., Jamontaitė I.E., Janonienė D., Dadelienė R., Cirtautas A. Pagrindiniai pacientų po galvos smegenų insultų pusiausvyros įvertinimo ir jos lavinimo aspektai. Sveikatos mokslai. 2004; 1:44-46.
29. Budrys V. Jatužis D., Parnarauskienė R. Galvos smegenų sutrikimai. Vilnius: 1996.
30. Asadauskienė J., Raškauskienė N., Varoneckas G., Janušonis V. Poinšultinės depresijos paplitimas ir sąsajos su persirgusių galvos smegenų insultu funkcinė būklė ir gyvenimo kokybė. Sveikatos mokslai. 2006; 3:33-39.
31. Kasiulevičius V., Razgauskas E. Poinšultinė depresija bendroje praktikoje. Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas. 2002; 4(10):707.
32. Bagdonienė R. Reabilitacija po insulto. Sveikata. 2004; 11:17-20.
33. Vaičienė E. Gera sergančiųjų demencija slaugos praktika. Slauga ir sveikata. 2006; 4(40):9.
34. Vedeckienė D. Vyresnio amžiaus žmonių epilepsija. Nervų ir psichikos ligos. 2007; 3:42.
35. Kimševaitė L. Epilepsija sergančių ligonių slauga. Visuomenės sveikata. 2002; 3(18):33-36.
36. Rastenytė D. Pakartotinis galvos smegenų insultas: ar galima jo išvengti? Gydytojų menas. 2003; 2:53.
37. Žydžiūnaitė V., Budrikaitė R. Slaugytojo kompetencijos dirbant su pacientais, persirgusiais insultu, vertinimas. Sveikatos mokslai. 2006; 4:260-264.
38. Lukoševičiūtė I. Bendros gulinčio paciento problemos. Slauga. Mokslas ir praktika. 2002;5(65):11-12.
39. Kasiulevičius V. Šeimos gydytojo vaidmuo prižiūrint pacientus po galvos smegenų insulto. Gerontologija. 2004; 5(1-2):50-60.

40. Gudėnaitė R. Persirgusių galvos smegenų insultu gyvenimo pilnatvė kokybiniu požiūriu. Reabilitacijos metodų ir priemonių efektyvumas. Lietuvos reabilitologų asociacijos konferencija. Birštonas: 2004. p.192-193.

41. Nausėdienė G., Šeškevičius A. Galvos smegenų insultu sergančių pacientų slaugos poreikių pagal N. Roper slaugos modelį analizė. Sveikatos mokslai. 2007; 5:1181-1183.

42. Margelienė D. Šeimos/ bendruomenės slaugytojų paslaugų poreikių nustatymo bendruomenėje sociologinė apklausa. Sveikatos mokslai. 2002; 4:5-7.

43. Krutulytė G. Veiksnių, įtakančių sergančių galvos smegenų insultu mobilumą, nustatymas poėmiu reabilitacijos periodu. Kaunas:2000. p.5.

## 9. PRIEDAI

### 9.1. Priedas

#### Pacientų apklausos anketa

*Atliekamas VU MF Slaugos magistro studijų baigiamojo darbo tyrimas, kurio tikslas – išsiaiškinti slaugos paslaugų poreikį namuose asmenims patyrusiems galvos smegenų insultą po gydymo stacionare.*

*Anketa anoniminė, todėl vardo ir pavardės nurodyti nereikia.*

*Jūsų nuomonė mums labia svarbi. Todėl, jei galite, skirkite laiko atsakyti į šios anketos klausimus. Prašytume užpildyti ir pažymėti jums tinkamus teiginius. Jei siūlomi atsakymai nesutampa su jūsų nuomone ar jų iš viso nėra, savo atsakymo variantą parašykite prie **kita**. Labai prašytume nuoširdžiai atsakyti į atvirus klausimus.*

**Visa pateikta informacija liks konfidenciali ir bus naudojama tik statistinei analizei.**

*Ačiū.*

#### 1. Jūsų lytis?

Vyras <sup>1.1</sup> Moteris <sup>1.2</sup>

#### 2. Jūsų amžius?

Iki 40 metų <sup>2.1</sup> 40 – 50 metų <sup>2.2</sup> 51 -60 metų <sup>2.3</sup>  
61 -70 metų <sup>2.4</sup> 71 - 80 metų <sup>2.5</sup> virš 81 metų <sup>2.6</sup>

#### 3. Jūsų išsilavinimas?

Aukštasis(nebaigtas aukštasis) <sup>3.1</sup>  
Vidurinis/ spec. Vidurinis <sup>3.2</sup>  
Nebaigtas vidurinis (8-9 kl.) <sup>3.3</sup>  
Pradinis <sup>3.4</sup>  
Be išsilavinimo <sup>3.5</sup>

#### 4.Jūsų šeimyninė padėtis?

<u>Vedęs/ištekėjusi</u>	<input type="checkbox"/> 4.1
<u>Gyvenate su vaikais</u>	<input type="checkbox"/> 4.2
<u>Gyvenate su tėvais</u>	<input type="checkbox"/> 4.3
<u>Esate vienišas</u>	<input type="checkbox"/> 4.4
<u>Kita(nurodyti)</u>	<input type="checkbox"/> 4.5

### 5. Jūsų socialinė padėtis?

<u>Pensininkas</u>	<input type="checkbox"/> 5.1
<u>Dirbantis</u>	<input type="checkbox"/> 5.2
<u>Neįgalus asmuo(invalidas)</u>	<input type="checkbox"/> 5.3
<u>Kita(nurodyti)</u>	<input type="checkbox"/> 5.4

### 6. Pirmą ar pakartotiną patyrėte insultą?

Pirmą  6.1      Pakartotiną  6.2

### 7. Po patirto insulto atsiradę sveikatos sutrikimai:

<u>\ Vienos kūno pusės paralyžius/parezė</u>	<input type="checkbox"/> 7.1
<u>Vienos rankos paralyžius/parezė</u>	<input type="checkbox"/> 7.2
<u>Vienos kojos paralyžius/parezė</u>	<input type="checkbox"/> 7.3
<u>Kalbos sutrikimai</u>	<input type="checkbox"/> 7.4
<u>Jutimo sutrikimai</u>	<input type="checkbox"/> 7.5
<u>Rijimo funkcijos sutrikimai</u>	<input type="checkbox"/> 7.6
<u>Atminties sutrikimai</u>	<input type="checkbox"/> 7.7
<u>Traukuliai</u>	<input type="checkbox"/> 7.8
<u>Nuotaikos sutrikimai(atsiradęs liūdesys, nerimas)</u>	<input type="checkbox"/> 7.9
<u>Kita (nurodyti)</u>	<input type="checkbox"/> 7.10

### 8. Po patirto insulto sutrikę gebėjimai (funkcijos):

<u>Judėjimas</u>	<input type="checkbox"/> 8.1
<u>Valgymas</u>	<input type="checkbox"/> 8.2
<u>Bendravimas</u>	<input type="checkbox"/> 8.3
<u>Miegas</u>	<input type="checkbox"/> 8.4
<u>Tuštėjimas</u>	<input type="checkbox"/> 8.5
<u>Šlapinimasis</u>	<input type="checkbox"/> 8.6
<u>Kita (nurodyti)</u>	<input type="checkbox"/> 8.7

### 9. Ar jūsų šeimos nariai slaugė jus ligoninėje?

Taip  9.1      Ne  9.2

### 10. Ar gavote ligoninėje kokias nors rekomendacijas tolimesnės slaugos namuose?

Taip  10.1      Ne  10.2      Nežinau  10.3  
(jei „ne“ pereikite prie 12 klausimo)

### 11. Rekomendacijos dėl tolimesnės slaugos namuose buvo suteiktos:

<u>Slaugytojas (-ai) apie jas informavo žodžiu jus</u>	<input type="checkbox"/> 11.1
<u>Slaugytojas (-ai) apie jas informavo žodžiu jūsų artimuosius</u>	<input type="checkbox"/> 11.2
<u>Rekomendacijos buvo suteiktos raštiškai</u>	<input type="checkbox"/> 11.3



Nežinau  11.4  
Kita (nurodyti)  11.5

**12. Ar jums svarbi tolimesnė profesionalaus slaugytojo pagalba namuose po gydymo stacionare?**

Taip  12.1      Ne  12.2      Nežinau  12.3

(jei „taip“ pereikite prie 14 klausimo)

**13. Kodėl jums nereikalinga slaugytojo pagalba namuose(nurodykite)?.....**

.....  
.....  
.....

(pereikite prie 21 klausimo)

**14. Ar jums svarbu, kad profesionalus slaugytojas padėtų pritaikyti jūsų kambarį (namus) jūsų reikmėms?**

Taip  14.1      Ne  14.2      Nežinau  14.3

**15. Ar svarbu, kad slaugytojas būtų pagalbininkas ir mokytojas slaugantiems jus šeimos nariams?**

Taip  15.1      Ne  15.2      Nežinau  15.3

**16. Ar norėtumėt, kad slaugytojas aktyviai dalyvautų ,atstatant jūsų kasdienės veiklos įgūdžius?**

Taip  16.1      Ne  16.2      Nežinau  16.3

**17. Kokių paslaugų, atliekamų slaugytojo, namuose jūs pageidautumėt?**

Vaistų suleidimo  17.1  
Jūsų sveikatos būklės įvertinimo  17.2  
Masažo  17.3  
Vaistų sugirdymo  17.4  
Jūsų mitybinės būklės įvertinimo  17.5  
Kateterizavimo  17.6  
Klizmavimo  17.7  
Žaizdų priežiūros  17.8  
Budėjimo nakties metu  17.9  
Kita (nurodyti)  17.10

**18. Kaip dažnai norėtumėt, kad slaugytojai pas jus atvyktų į namus?**

Kasdien  18.1  
1-2 kartus per savaitę  18.2  
Esant reikalui galėtumėt slaugytoją išsikviesti į namus  18.3  
Kita (nurodyti)  18.4

**19. Kaip ilgai turėtų užtrukti slaugytojo vizitas jūsų namuose?**

<u>Iki 1 valandos</u>	<input type="checkbox"/> 19.1
<u>1-2 valandas</u>	<input type="checkbox"/> 19.2
<u>Visą dieną</u>	<input type="checkbox"/> 19.3
<u>Pagal poreikį</u>	<input type="checkbox"/> 19.4
<u>Kita (nurodyti)</u>	<input type="checkbox"/> 19.5

**20. Jūs pageidautumėte, kad jus slaugytų?**

<u>Tas pats slaugytojas</u>	<input type="checkbox"/> 20.1
<u>Slaugytojai gali keistis</u>	<input type="checkbox"/> 20.2
<u>Kita (nurodyti)</u>	<input type="checkbox"/> 20.3

**21. Ar ligoninėje jus konsultavo socialinis darbuotojas?**

<u>Kompensacinės technikos įsigijimo klausimais</u>	<input type="checkbox"/> 16.1
<u>Būsto pritaikymo neįgaliam asmeniui klausimais</u>	<input type="checkbox"/> 16.2
<u>Lengvatų neįgaliam asmeniui klausimais</u>	<input type="checkbox"/> 16.3
<u>Dėl galimybės organizuoti ilgalaikę priežiūrą</u>	<input type="checkbox"/> 16.4
<u>Kita(nurodyti)</u>	<input type="checkbox"/> 16.5

**22. Kokios socialinės pagalbos norėtumėte namuose?**

<u>Informavimo</u>	<input type="checkbox"/> 22.1
<u>Konsultavimo</u>	<input type="checkbox"/> 22.2
<u>Tarpininkavimo ir atstovavimo</u>	<input type="checkbox"/> 22.3
<u>Bendravimo</u>	<input type="checkbox"/> 22.4
<u>Laisvalaikio organizavimo</u>	<input type="checkbox"/> 22.5
<u>Maitinimo organizavimo</u>	<input type="checkbox"/> 22.6
<u>Asmeninės higienos paslaugų organizavimo (skalbimo paslaugų ir pan.)</u>	<input type="checkbox"/> 22.7
<u>Pagalbos rengiantis, maitinantis, prausiantis ir kt. pobūdžio pagalbos</u>	<input type="checkbox"/> 22.8
<u>Kita (nurodyti)</u>	<input type="checkbox"/> 22..9

**23. Jūsų nuomone ilgalaikės priežiūros darbuotojai turėtų teikti pagalbą?**

<u>1 -2 val. per dieną</u>	<input type="checkbox"/> 23.1
<u>Visą dieną</u>	<input type="checkbox"/> 23.2
<u>Visą parą</u>	<input type="checkbox"/> 23.3
<u>Pagal slaugomo asmens poreikį</u>	<input type="checkbox"/> 23.4
<u>Kita(nurodyti)</u>	<input type="checkbox"/> 23.5

**24. Jei reikėtų, tai kiek sutiktumėt mokėti už suteikiamas paslaugas?**

<u>Iki 50 Lt/mėn.</u>	<input type="checkbox"/> 24.1
<u>Nuo 50 iki 100 Lt/mėn.</u>	<input type="checkbox"/> 24.2
<u>Daugiau kaip 200 Lt/mėn.</u>	<input type="checkbox"/> 24.3
<u>Nesutiktumėt mokėti</u>	<input type="checkbox"/> 24.4
<u>Kita (nurodyti)</u>	<input type="checkbox"/> 24.5

**25. Jūsų nuomone, ar būtų tikslinga, kad bendruomenės slaugytoja, dirbanti namų slaugos tarnyboje, gautų visą reikiamą informaciją apie pacientą, dar prieš apsilankydama jo namuose?**

Taip <sup>25.1</sup>

Ne <sup>25.2</sup>

Nežinau <sup>25.3</sup>

## 26. Kokios kitų specialistų pagalbos pageidautumėte?

Psichologo	<input type="checkbox"/>	26.1
Kineziterapeuto	<input type="checkbox"/>	26.2
Ergoterapeuto	<input type="checkbox"/>	26.3
Logopedo	<input type="checkbox"/>	26.4
Kita(nurodyti)	<input type="checkbox"/>	26.5

## 9. 2. Priedas

### Šeimos narių, slaugančių pacientą, apklausos anketa

Atliekamas VU MF Slaugos magistro studijų baigiamojo darbo tyrimas, kurio tikslas – išsiaiškinti slaugos paslaugų poreikį namuose šeimos nariams, slaugantiems asmenis patyrusius galvos smegenų insultą.

Anketa anoniminė, todėl vardo ir pavardės nurodyti nereikia.

Jūsų nuomonė mums labia svarbi. Todėl, jei galite, skirkite laiko atsakyti į šios anketos klausimus. Prašytume užpildyti ir pažymėti jums tinkamus teiginius. Jei siūlomi atsakymai nesutampa su jūsų nuomone ar jų iš viso nėra, savo atsakymo variantą parašykite prie **kita**. Labai prašytume nuoširdžiai atsakyti į atvirus klausimus.

**Visa pateikta informacija liks konfidenciali ir bus naudojama tik statistinei analizei.**

Ačiū.

### 1. Jūsų lytis?

Vyras <sup>1.1</sup>

Moteris <sup>1.2</sup>

### 2. Jūsų amžius?

Iki 30 metų <sup>2.1</sup>

30-40 metų <sup>2.2</sup>

41-50 metų <sup>2.3</sup>

51-60 metų <sup>2.4</sup>

61-70 metų <sup>2.5</sup>

virš 71 metų <sup>2.6</sup>

### 3. Jūsų socialinė padėtis?

Pensininkas

<sup>3.1</sup>

Dirbantis

<sup>3.2</sup>

Studentas

<sup>3.3</sup>

Neįgalus asmuo(invalidas)

<sup>3.4</sup>

Kita (nurodyti)

<sup>3.5</sup>

**4. Jūsų giminystės ryšys su slaugomu asmeniu?**

- |                 |                              |
|-----------------|------------------------------|
| Tėvas/motina    | <input type="checkbox"/> 4.1 |
| Sūnus/dukra     | <input type="checkbox"/> 4.2 |
| Senelis/senelė  | <input type="checkbox"/> 4.3 |
| Vyras           | <input type="checkbox"/> 4.4 |
| Žmona           | <input type="checkbox"/> 4.5 |
| Kita (nurodyti) | <input type="checkbox"/> 4.6 |

**5. Ar teko slaugyti ligonį ligoninėje?**

- Taip  5.1      Ne  5.2

**6. Ar teko dalyvauti artimojo, patyrusio galvos smegenų insultą rehabilitacijoje?**

- Taip  6.1      Ne  6.2

**7. Kaip jūsų gyvenimą pakeitė jūsų artimojo liga?**

- |  |                              |
|--|------------------------------|
| Patyręs galvos smegenų insultą asmuo pakeitė jūsų šeimos gyvenimą iš esmės | <input type="checkbox"/> 7.1 |
| Teko pakeisti darbą  | <input type="checkbox"/> 7.2 |
| Teko nutraukti studijas  | <input type="checkbox"/> 7.3 |
| Artimojo slauga atima(atėmė) didžiąją laiko dalį                           | <input type="checkbox"/> 7.4 |
| Nepakeitė  | <input type="checkbox"/> 7.5 |
| Kita (nurodyti)  | <input type="checkbox"/> 7.6 |

**8. Po patirto insulto jūsų slaugomam asmeniui atsiradę sveikatos sutrikimai:**

- |   |                               |
|---|-------------------------------|
| Vienos kūno pusės paralyžius/parezė               | <input type="checkbox"/> 8.1  |
| Vienos rankos paralyžius/parezė                   | <input type="checkbox"/> 8.2  |
| Vienos kojos paralyžius/parezė                    | <input type="checkbox"/> 8.3  |
| Kalbos sutrikimai                                 | <input type="checkbox"/> 8.4  |
| Jutimo sutrikimai                                 | <input type="checkbox"/> 8.5  |
| Rijimo funkcijos sutrikimai                       | <input type="checkbox"/> 8.6  |
| Atminties sutrikimai                              | <input type="checkbox"/> 8.7  |
| Traukuliai  | <input type="checkbox"/> 8.8  |
| Nuotaikos sutrikimai(atsiradęs liūdesys, nerimas) | <input type="checkbox"/> 8.9  |
| Kita (nurodyti)                                   | <input type="checkbox"/> 8.10 |

**9. Ligoninėje buvote informuoti apie tolimesnę ligonio slaugą namuose?**

- |   |                              |
|---|------------------------------|
| Slaugytojų                                    | <input type="checkbox"/> 9.1 |
| Gydančio gydytojo                             | <input type="checkbox"/> 9.2 |
| Sužinojote iš kitų skyriaus pacientų artimųjų | <input type="checkbox"/> 9.3 |
| Gavote rekomendacijas raštu                   | <input type="checkbox"/> 9.4 |
| Nebuvote informuoti                           | <input type="checkbox"/> 9.5 |
| Kita (nurodyti)                               | <input type="checkbox"/> 9.6 |

**10. Su kokiomis problemomis susidūrėte (manote, kad susidursite), kai jūsų šeimos narys grįžo (grįš) iš ligoninės į namus ?**

- |  |                               |
|--|-------------------------------|
| Neturėjote žinių ir patirties, slaugant tokius ligonius                      | <input type="checkbox"/> 10.1 |
| Labai pakito bendravimas su artimu asmeniu jam susirgus                      | <input type="checkbox"/> 10.2 |
| Nežinojote kaip sutvarkyti ligonio aplinką, kad patenkintų ligonio poreikius | <input type="checkbox"/> 10.3 |
| Susidūrėte su poreikiu- pasitarti slaugos ypatumų namuose klausimais         | <input type="checkbox"/> 10.4 |
| Susidūrėte su pagalbos poreikiu, slaugant ligonį                             | <input type="checkbox"/> 10.5 |
| Kita (nurodyti)  | <input type="checkbox"/> 10.6 |

**11. Ar jums svarbu, kad profesionalus slaugytojas padėtų pritaikyti jūsų slaugomam asmeniui kambarį (namus) jo reikmėms?**

Taip <sup>11.1</sup>

Ne <sup>11.2</sup>

Nežinau <sup>11.3</sup>

**12. Ar svarbu, kad slaugytojas būtų pagalbinkas ir mokytojas jūsų šeimai slaugant asmenį, patyrusį galvos smegenų insultą?**

Taip <sup>12.1</sup>

Ne <sup>12.2</sup>

Nežinau <sup>12.3</sup>

**13. Ar norėtumėt, kad slaugytojas aktyviai dalyvautų ,atstatant jūsų slaugomo asmens kasdienės veiklos įgūdžius?**

Taip <sup>13.1</sup>

Ne <sup>13.2</sup>

Nežinau <sup>13.3</sup>

**14. Kaip dažnai norėtumėt, kad slaugytojai pas jus atvyktų į namus?**

Kasdien <sup>14.1</sup>

1-2 kartus per savaitę <sup>14.2</sup>

Esant reikalui galėtumėt slaugytoją išsikviesti į namus <sup>14.3</sup>

Kita (nurodyti) <sup>14.4</sup>

**15. Kokių jūsų slaugomam asmeniui paslaugų , atliekamų slaugytojo, namuose jūs pageidautumėt?**

Vaistų suleidimo <sup>15.1</sup>

Jūsų slaugomo asmens sveikatos būklės įvertinimo <sup>15.2</sup>

Masažo <sup>15.3</sup>

Vaistų sugirdymo <sup>15.4</sup>

Jūsų slaugomo asmens mitybinės būklės įvertinimo <sup>15.5</sup>

Kateterizavimo(šlapimo nuleidimo su kateterio pagalba) <sup>15.6</sup>

Klizmavimo <sup>15.7</sup>

Žaizdų priežiūros <sup>15.8</sup>

Budėjimo nakties metu <sup>15.9</sup>

Kita (nurodyti) <sup>15.10</sup>

**16. Ar ligoninėje jus konsultavo socialinis darbuotojas?**

Kompensacinės technikos įsigijimo klausimais <sup>16.1</sup>

Būsto pritaikymo neįgaliam asmeniui klausimais <sup>16.2</sup>

Lengvatų neįgaliam asmeniui klausimais <sup>16.3</sup>

Dėl galimybės organizuoti ilgalaikę priežiūrą <sup>16.4</sup>

Kita(nurodyti) <sup>16.5</sup>

**17. Kokios socialinės pagalbos norėtumėte namuose jūsų slaugomam asmeniui?**

Bendravimo <sup>17.1</sup>

Konsultavimo <sup>17.2</sup>

Laisvalaikio organizavimo <sup>17.3</sup>

Tarpininkavimo ir atstovavimo <sup>17.4</sup>

Asmeninės higienos organizavimo(skalbimo paslaugų ir pan.) <sup>17.5</sup>

Maitinimo organizavimo <sup>17.6</sup>

Pagalbos rengiantis, maitinantis, prausiantis ir kt <sup>17.7</sup>

Kita (nurodyti) <sup>17.8</sup>

**18. Jūsų nuomone ilgalaikės priežiūros darbuotojai turėtų teikti pagalbą?**

- 1 -2 val. per dieną  18.1
- Visą dieną  18.2
- Visą parą  18.3
- Pagal slaugomo asmens poreikį  18.4
- Kita(nurodyti)  18.5

**19. Jei reikėtų, tai kiek sutiktumėt mokėti už suteikiamas paslaugas?**

- Iki 50 Lt/mėn.  19.1
- Nuo 50 iki 100 Lt/mėn.  19.2
- Daugiau kaip 200 Lt/mėn.  19.3
- Nesutiktumėt mokėti  19.4
- Kita (nurodyti)  19.5

**20. Jūsų nuomone, ar būtų tikslinga, kad bendruomenės slaugytoja, dirbanti namų slaugos tarnyboje, gautų visą reikiamą informaciją apie pacientą, dar prieš apsilankydama jo namuose?**

- Taip  <sup>20.1</sup>                      Ne  <sup>20.2</sup>                      Nežinau  <sup>20.3</sup>

**21. Kokių kitų specialistų pagalbos norėtumėt savo slaugomam asmeniui(nurodykite).....**