



**VILNIAUS UNIVERSITETAS
MEDICINOS FAKULTETAS**

Išplėstinės praktikos slauga

Sveikatos mokslų instituto Slaugos katedra

Adelė Mikėnaitė, II kursas, 1 grupė

MAGISTRO BAIGIAMASIS DARBAS

**Slaugytojų, teikiančių priežiūrą namuose, patirtys, įtariant pacientams
demenciją**

Nurses' Experiences in Home Care for Patients with Suspected Dementia

Darbo vadovas

dr. Renata Šturienė

Katedros vadovas

dr. Agnė Jakavonytė – Akstinienė

Konsultantas

lekt. Marius Čiurlionis

Vilnius, 2025

Studento elektroninio pašto adresas: adele.mikenaite@mf.stud.vu.lt

TURINYS

LENTELIŲ SĄRAŠAS.....	4
PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS.....	5
SANTRUMPOS.....	6
SĄVOKŲ SĄRAŠAS.....	7
SANTRAUKA.....	8
ABSTRACT.....	9
ĮVADAS.....	11
1. LITERATŪROS APŽVALGA.....	13
1.1. Pirminės sveikatos priežiūros ir jos specialisto reikšmė ankstyvai demencijos diagnostikai...13	
1.2. Slaugytojo vaidmuo ankstyvoje demencijos diagnostikoje.....15	
1.2.1. Slaugytojų kompetencijų įgalinimas ankstyvoje demencijos diagnostikoje: politikos formavimas užsienio šalyse ir Lietuvoje.....18	
1.3. Slaugytojų patirtys vertinant ir atpažįstant kognityvinius sutrikimus ar demenciją pacientui.20	
1.4. Slaugos paslaugų namuose užtikrinimas ankstyvųjų demencijos simptomų turinčiam pacientui: slaugytojo veiklos perspektyva.....23	
1.5. Iššūkiai, susiję su ankstyva demencijos diagnostika, slaugytojo praktikoje.....25	
2. TYRIMO METODIKA	28
2.1. Tyrimo planavimas ir organizavimas.....28	
2.2. Tyrimo metodai ir priemonės.....29	
2.3. Tiriamųjų atranka.....30	
2.4. Tyrimo dalyvių charakteristika.....30	
2.5. Tyrimo etika.....31	
2.6. Tyrimo duomenų analizės metodas.....32	
3. REZULTATAI.....	33
3.1. Demencijos ir kognityvinių sutrikimų požymių atpažinimas slaugytojo praktikoje.....33	
3.1.1. Reguliarios priežiūros perspektyvoje – „išlenda tam tikri požymiai“33	
3.1.2. Pagalba slaugytojui pastebėti pokyčius.....35	
3.2. Slaugos paslaugas namuose teikiančio slaugytojo veiksmai, įtarus demenciją36	

3.2.1. Tarpdisciplininio bendradarbiavimo poreikis.....	37
3.2.2. Slaugos namuose proceso organizavimas.....	38
3.2.3. Holistinės slaugos namuose užtikrinimas.....	39
3.2.4. Artimųjų įtraukimas.....	41
3.3. Sunkumai, su kuriais susiduria slaugytojas, įtariant pacientams demenciją.....	43
3.3.1. Sunkumai, susiję su sveikatos sistemos paslaugų koordinavimu.....	43
3.3.2. Sunkumai, susiję su stigmatizuotu artimųjų požiūriu.....	46
3.3.3. Sunkumai, susiję su tarpdisciplininės komandos bendradarbiavimo stoka.....	48
4. REZULTATŲ APTARIMAS.....	49
IŠVADOS.....	53
PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS.....	54
LITERATŪROS SĄRAŠAS.....	55
MOKSLO PRANEŠIMŲ, PUBLIKACIJŲ SĄRAŠAS.....	67
PRIEDAI.....	68

LENTELIŲ SĄRAŠAS

1 lentelė: Šalių, siekiančių įgyvendinti slaugytojų kompetencijų plėtrą ankstyvoje demencijos diagnostikoje, strategijų apibūdinimas.....	20
2 lentelė: Tyrimo dalyvių socialdemografinė charakteristika.....	31
3 lentelė: Kategorija „reguliarios priežiūros perspektyvoje – „išlenda tam tikri požymiai“ ir jos subkategorijas citatomis pagrindžiantys teiginiai.....	33
4 lentelė: Kategorija „pagalba slaugytojui pastebėti pokyčius“ ir jos subkategorijas citatomis pagrindžiantys teiginiai.....	35
5 lentelė: Kategorija „tarpdisciplininio bendradarbiavimo poreikis“ ir jos subkategorijas citatomis pagrindžiantys teiginiai.....	37
6 lentelė: Kategorija „slaugos namuose proceso organizavimas“ ir jos subkategorijas citatomis pagrindžiantys teiginiai.....	38
7 lentelė: Kategorija „holistinės slaugos namuose užtikrinimas“ ir jos subkategorijas citatomis pagrindžiantys teiginiai.....	40
8 lentelė: Kategorija „artimųjų įtraukimas“ ir jos subkategorijas citatomis pagrindžiantys teiginiai.....	41
9 lentelė: Kategorija „sunkumai, susiję su sveikatos paslaugų koordinavimu“ ir jos subkategorijas citatomis pagrindžiantys teiginiai.....	43
10 lentelė: Kategorija „sunkumai, susiję su stigmatizuotu artimųjų požiūriu“ ir jos subkategorijas citatomis pagrindžiantys teiginiai.....	46
11 lentelė: Kategorija „sunkumai, susiję su tarpdisciplininės komandos bendradarbiavimo stoka“ ir jos subkategorijas citatomis pagrindžiantys teiginiai.....	48

PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

1 paveikslas: PSP specialistų ankstyvosios demencijos diagnostikos veiksmų seka ir jos naudos sritys.....	15
2 paveikslas: BPS ir IPS vaidmenų palyginimas ankstyvos demencijos diagnostikos procese.....	17
3 paveikslas: Slaugytojų patirtis ir vaidmenis apibūdinančios temos ir potemės.....	22
4 paveikslas: Kliūtys, trukdančios slaugytojui laiku pastebėti demenciją pacientui.....	27
5 paveikslas: Nuoseklūs šio tyrimo proceso etapai.....	28
6 paveikslas: Tema „Demencijos ir kognityvinių sutrikimų požymių atpažinimas slaugytojo praktikoje“ ir ją atskleidžiančios kategorijos.....	33
7 paveikslas: Tema „Slaugos paslaugas namuose teikiančio slaugytojo veiksmai įtarus demenciją“ ir ją atskleidžiančios kategorijos.....	37
8 paveikslas: Tema „Sunkumai, su kuriais susiduria slaugytojas, įtariant pacientams demenciją“ ir ją atskleidžiančios kategorijos.....	43

SANTRUMPOS

VU – Vilniaus universitetas;

MF – medicinos fakultetas;

PSO – Pasaulio sveikatos organizacija;

PSP – pirminė sveikatos priežiūra;

ASPI – asmens sveikatos priežiūros įstaiga;

ASPN – ambulatorinės slaugos paslaugos namuose;

PPPN – paliatyvios pagalbos paslaugos namuose;

MMSE – protinės būklės mini tyrimas (angl. *Mini Mental State Examination*);

MoCA – Monrealio kognityvinio vertinimo testas (angl. *Montreal Cognitive Assessment*);

IPS – išplėstinės praktikos slaugytojas (angl. *Advanced Practice Nurse*);

BPS – bendrosios praktikos slaugytojas;

MN – medicinos norma;

JAV – Jungtinės Amerikos Valstijos;

nr. – numeris;

m. – metai;

mėn. – mėnesis;

val. – valanda;

min. – minutė;

tūkst. – tūkstantis / tūkstančiai;

t.y. – tai yra;

pvz. – pavyzdžiui;

proc. – procentai;

pav. – paveikslas;

n – tiriamųjų skaičius;

žr. – žiūrėti;

angl. – anglų kalba / angliškai;

gr. – graikų kalba/ graikiškai;

SĄVOKŲ SĄRAŠAS

Ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugos namuose – tai ne asmens sveikatos priežiūros įstaigoje teikiamos licencijuotos asmens sveikatos priežiūros paslaugos, kurių tikslas užtikrinti slaugos paslaugų tęstinumą, tenkinant pagrindinius paciento fiziologinius ir psichikos sveikatos poreikius, jei šiems poreikiams patenkinti reikalinga kitų pagalba [1].

Ankstyva demencijos diagnozė – diagnozė, nustatyta esant demencijos pradiniais simptomams [2].

Demencija – tai sutrikusios smegenų funkcijos sukeltas sindromas, kuriam būdingi tarpusavyje susiję simptomai, įskaitant elgesio, atminties, mąstymo, gebėjimo atlikti kasdieninę veiklą sutrikimai [3].

Holizmas (gr. *holos* – visas, pilnas) – idėja, suvokianti reiškinių/individo savybes (socialines, fizines, dvasines, psichologines) kaip nedalomą visumą [4].

Kognityvinės (pažinimo) funkcijos –tai smegenų gebėjimas apdoroti įvairią informaciją, apimančią atmintį, suvokimą, kalbą, dėmesį, mąstymą ir vertinimą [5].

Pirminė sveikatos priežiūra – sveikatos priežiūros paslaugų lygmuo [6], apimantis šeimos gydytojo komandoje dirbančiųjų asmenų teikiamas paslaugas, pirminės ambulatorinės odontologinės priežiūros paslaugas ir pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugas [7].

Poliligotumas (angl. *multimorbidity*) – nustatytos dvi ar daugiau kartu egzistuojančios lėtinės ligos, kuriomis serga tas pats asmuo ir kurioms gydyti reikalinga sudėtinė ir nuolatinė priežiūra [8].

Stigma (gr. „žymė, ženklas“) – neigiamas požiūris į žmonių kitoniškumą, kuomet žmogus pasižymi fiziniu, psichologiniu ar socialiniu nukrypimo požymiu ir laikomas „kitokiu“ nei kiti [9].

Tarpdisciplininė komanda (angl. *interprofessional team*) – tai įvairių sričių, tarpusavyje priklausančių specialistų grupė, kuri integruotai dirba kartu, siekiant išspręsti sudėtinės problemas, kad suteiktų visapusiškas paslaugas [10].

SANTRAUKA

Adelė Mikėnaitė. Magistro baigiamasis darbas: „Slaugytojų, teikiančių priežiūrą namuose, patirtys, įtariant pacientams demenciją“. Darbo vadovas – daktarė Renata Šturienė, konsultantas – lektorius Marius Čiurlionis. Vilniaus Universitetas, Medicinos fakultetas, Sveikatos mokslų institutas, Slaugos katedra. Vilnius, 2025; 69 puslapiai.

Tyrimo pagrindumas. Pasaulyje demencija vis dar diagnozuojama nepakankamai – apie 75 procentų visų atvejų nėra nustatomi. Didžioji dalis kognityvinių sutrikimų turinčių asmenų slaugomi namuose, be to beveik 99 procentų jų bent kartą per metus kreipiasi į pirminės asmens sveikatos priežiūros specialistą. Taigi, dėmesys telkiamas į slaugytojo profesiją, kadangi jis didžiąją laiko dalį kontaktuoja su pacientu ir įprastai yra pirmasis, į kurį kreipiasi pacientai arba artimieji pasireiškus ankstyviems demencijos simptomams, todėl gali įtarti su demencija susijusią būklę.

Tyrimo tikslas – įvertinti slaugytojų, teikiančių priežiūrą namuose, patirtis, įtariant pacientams demenciją.

Tyrimo uždaviniai: 1. Identifikuoti demencijos požymius ar kognityvinių funkcijų pokyčius, kuriuos įtaria slaugytojas namuose slaugomam pacientui. 2. Identifikuoti namų slaugos veiksmus, kurių imasi slaugytojai, įtarę pacientams demenciją. 3. Identifikuoti sunkumus, su kuriais susiduria namuose paslaugas teikiantys slaugytojai, įtariant pacientams demenciją.

Tyrimo metodika: Taikytas kokybinis aprašomasis fenomenologijos tyrimo metodas. Duomenims rinkti – individualus, pusiau struktūruotas interviu. Tyrime iš viso dalyvavo 10 atrankos kriterijų atitikusių, namuose paslaugas teikiančių slaugytojų. Interviu vykdyti nuo 2025 vasario mėnesio iki 2025 kovo mėnesio. Duomenų analizė atlikta pagal kokybinio turinio analizės metodą.

Rezultatai: Išskirtos trys temos ir devynios kategorijos. Pirmajai temai (1) demencijos ir kognityvinių sutrikimų požymių atpažinimas slaugytojo praktikoje suformuluotos dvi kategorijos: reguliarios priežiūros perspektyvoje – „išlenda tam tikri požymiai“ ir pagalba slaugytojui pastebėti pokyčius. Antroji tema (2) slaugos paslaugas namuose teikiančio slaugytojo veiksmai įtarus demenciją, suskirstyta į keturias kategorijas: tarpdisciplininio bendradarbiavimo poreikis, slaugos namuose proceso organizavimas, holistinės slaugos namuose užtikrinimas ir artimųjų įtraukimas. Trečiajai temai (3) sunkumai, su kuriais susiduria slaugytojas, įtariant pacientams demenciją išskirtos trys kategorijos: sunkumai susiję su sveikatos sistemos paslaugų koordinavimu, artimųjų stigmatizuotu požiūriu ir tarpdisciplininės komandos bendradarbiavimo stoka.

Išvados: 1. Paslaugų namuose prieinamumas ir reguliarumas pacientui unikalioje namų aplinkoje, įgalina slaugytojus kuo anksčiau pastebėti demencijos simptomus. 2. Identifikuoti kognityviniai sutrikimai slaugytojui leidžia paslaugų namuose teikimą organizuotai pritaikyti pagal individualius asmens poreikius, įtraukiant tiek artimuosius, tiek tarpdisciplininę komandą, kad būtų užtikrinta

tęstinė ir visapusiška paciento priežiūra. 3. Dėl švietimo trūkumo, susijusio su ankstyvąja demencijos simptomatika ir jos vertinimui naudojamų priemonių nebūvimo, slaugytojams sunku identifikuoti ar pasireiškiantys simptomai yra susiję su demencija. Be to, stigmatizuotas artimųjų požiūris į demenciją bei tarpdisciplininės komandos bendradarbiavimo stoka riboja paslaugų prieinamumą, todėl trikdomas pilnavertiškas slaugytojo dalyvavimas ankstyvojo demencijos diagnozavimo procese.

Raktažodžiai: priežiūra namuose, slaugytojas, ankstyvoji demencija, kognityviniai sutrikimai.

ABSTRACT

Adelė Mikėnaitė. Master's thesis: “Nurses’ Experiences in Home Care for Patients with Suspected Dementia“. Thesis supervisor – doctor Renata Šturienė, advisor – lecturer Marius Čiurlionis. Vilnius University, Faculty of Medicine, Institute of Health Sciences, Department of Nursing. Vilnius, 2025; 69 pages.

Study validity. Dementia is still underdiagnosed worldwide, with around 75 per cent of all cases going undiagnosed. Most people with cognitive impairment are cared for at home, and almost 99 per cent of them see a primary care professional at least once a year. Thus, the focus is on the nursing profession, as it is the nurse who is in contact with the patient most of the time and is usually the first point of contact for patients or their relatives at the onset of early symptoms of dementia, and can therefore suspect a dementia-related condition.

The aim of the study was to assess the experiences of home care nurses in suspecting dementia in patients.

The objectives of the study were: 1. To identify signs of dementia or changes in cognitive function suspected by a home care nurse in a patient receiving care at home; 2. To identify the home care actions taken by home care nurses when dementia is suspected in patients. 3. To identify the difficulties encountered by home care nurses when they suspect dementia in patients.

Research methodology: qualitative descriptive phenomenological research method. The data collection method was individual, semi-structured interviews. A total of 10 eligible home care nurses participated in the study. The interviews were conducted between February 2025 and March 2025. Data analysis was carried out using a qualitative content analysis approach.

Results: Three themes and nine categories were identified. For the first theme (1) Recognising signs of dementia and cognitive impairment in nursing practice, two categories were formulated: in the perspective of regular care “*certain signs emerge*“, and helping nurse to notice changes. The second theme (2), actions to be taken by the home care nurse when dementia suspected, is divided into four

categories: the need for interdisciplinary cooperation, organisation of the home nursing process, providing holistic home nursing care, and involving relatives. For the third theme (3), the difficulties faced by the carer when suspecting dementia in patients, three categories are identified: difficulties in coordinating health services, stigmatised attitudes of relatives and the lack of interdisciplinary teamwork.

Conclusions: 1. The availability and regularity of home-based services in the patient's unique home environment enables carers to recognise dementia symptoms as early as possible. 2. The identification of cognitive impairment allows the carer to tailor home services to the individual's needs, involving both relatives and the interdisciplinary team, to ensure continuous and comprehensive care for the patient. 3. The lack of education on early dementia symptomatology and the absence of tools for its assessment makes it difficult for carers to identify whether symptoms are dementia-related. In addition, stigmatised attitudes towards dementia among relatives and lack of interdisciplinary team collaboration limit access to services, hindering the full participation of the carer in the early diagnosis of dementia.

Keywords: home care, nurse, early dementia, cognitive impairment.

IVADAS

Demencija yra ne tik neurologinis sutrikimas, bet ir ilgalaikės sveikatos priežiūros problema visame pasaulyje [11]. Pasaulio sveikatos organizacijos (toliau – PSO) duomenimis, pasaulyje sergančiųjų demencija šiuo metu yra daugiau nei 55 mln. [12]. Tuo tarpu, Lietuvoje 2024 m. demencija sergančiųjų skaičius siekė 43 tūkst. [13]. Prognozuojama, kad 2050 m. pasieks 81 tūkst. sergančiųjų [14]. Tačiau, šie skaičiavimai apima tik tuos atvejus, kuriems jau yra diagnozuota demencija. Visame pasaulyje demencija vis dar diagnozuojama nepakankamai – apie 75 proc. visų atvejų nėra nustatomi [15]. Dabartiniuose, formuojamuose demencijos veiksmų planuose tiek pasauliniu mastu [16], tiek Lietuvoje [17], rekomenduojama ne tik didinti demencijos diagnozavimo rodiklius, bet ir kuo anksčiau ją nustatyti.

Problemų aktualumas. Demencija yra smegenų ligos sukeliama latentinė būklė, kurios daugelis simptomų sutampa su tokiomis ligomis kaip deliras arba depresija. Todėl diagnozuoti ją yra sudėtinga, ypač ankstyvoje stadijoje [11]. Ankstyvoji klinikinė demencijos diagnozė apibrėžiama kaip diagnozė, nustatyta esant ligos pradinėms simptomams [2]. Ankstyvas simptominės demencijos nustatymas teikia privalumų sergančiajam, kurie priklauso nuo to, ar ji bus pastebėta laiku [18]. Pavėluotai nustatyta demencija apriboja tokias galimybes ir gali pakenkti paciento saugumui ateityje [19]. Didžioji dalis kognityvinių sutrikimų turinčių asmenų slaugomi namuose [20], be to beveik 99 proc. jų bent kartą per metus kreipiasi į pirminės sveikatos priežiūros (toliau – PSP) paslaugas teikiantį specialistą esant bet kokiems būklės pokyčiams [21]. Taigi, dėmesys telkiamas į slaugytojo profesiją, kadangi jis didžiąją laiko dalį kontaktuoja su pacientu [22] ir įprastai yra pirmasis, į kurį kreipiasi pacientai arba jų artimieji pasireiškus ankstyviems demencijos simptomams [23]. Kita vertus, slaugos paslaugų namuose teikimas slaugytojui leidžia pažinti pacientą unikaliame namų aplinkoje, todėl jis gali nustatyti ankstyvus kognityvinius sutrikimus pacientui ir įtarti su demencija susijusią būklę [24].

Temos mokslinis naujumas. Šia tematika galima rasti užsienio šalyse atliktų mokslinių tyrimų. Vienas tokių atliktas Norvegijoje, kuris išaiškino, jog slaugytojai, siekdami aptikti demenciją ir kognityvinius sutrikimus pacientui, susiduria su priežiūros namuose tęstinumo ir diagnozės stigmatizavimo iššūkiais [25]. Tyrimu Švedijoje siekta apibūdinti aštuoniuose Europos šalyse (neįskaitant Lietuvos) vyraujančią slaugytojų praktiką, susijusią su ankstyvosios demencijos diagnostikos procedūromis ir priežiūra namuose. Nustatyta, jog slaugytojai ne tik nustato namų slaugos poreikius, bet ir geba dalyvauti tiesioginiame diagnostikos procese [26]. Slaugytojų patirčių analizė, slaugant demencija sergantį pacientą namuose yra dažnai nagrinėjama tematika Lietuvoje, tačiau tyrimų, susijusių slaugytojų patirtimis, įtariant pacientams demenciją, rasti nepavyko.

Tyrimo tikslas – įvertinti slaugytojų, teikiančių priežiūrą namuose, patirtis, įtariant pacientams demenciją.

Tyrimo uždaviniai:

1. Identifikuoti demencijos požymius ar kognityvinių funkcijų pokyčius, kuriuos įtaria slaugytojas namuose slaugomam pacientui.
2. Identifikuoti namų slaugos veiksmus, kurių imasi slaugytojai, įtarę pacientams demenciją.
3. Identifikuoti sunkumus, su kuriais susiduria namuose paslaugas teikiantys slaugytojai, įtariant pacientams demenciją.

Tyrimo hipotezė: tikėtina, kad slaugytojai, įtarę demencijos požymius ar kognityvinius sutrikimus namuose slaugomam pacientui, pritaiko individualizuotus poreikius atitinkančią priežiūrą ir susiduria su iššūkiais, darančiais įtaką slaugytojo indėliui ankstyvos demencijos diagnozavimo procese.

Tyrimo objektas: slaugytojų, teikiančių pacientams/ui paslaugas namuose ir jiems įtariančių demenciją ar kognityvinius sutrikimus, patirtys.

Tyrimo subjektas: slaugytojai, teikiantys pacientams/ui paslaugas namuose ir jiems įtariantys demenciją ar kognityvinius sutrikimus.

1. LITERATŪROS APŽVALGA

1.1. Pirminės sveikatos priežiūros ir jos specialisto reikšmė ankstyvai demencijos diagnostikai

Pirminės sveikatos priežiūros paslaugas teikiantis specialistas dažnai yra pirmasis, į kurį kreipiasi pacientai arba jų artimieji pasireiškus ankstyviems demencijos simptomams [23]. Stebėdamas pradinę simptomatiką įprasto vizito ar periodinio apsilankymo namuose metu [27], PSP specialistas gali įtarti su demencija susijusią būklę ir ją patikrinti [23]. Demencija – tai smegenų ligos sukeltas lėtinis, dažnai progresuojantis sindromas, kuriam būdingi atminties, elgesio, mąstymo ir gebėjimo atlikti kasdieninę veiklą sutrikimai [28]. Jos identifikavimas PSP grandyje gali vykti keliais būdais: pasitelkiant paciento subjektyviais nusiskundimais ir (arba) jo artimųjų pranešimais dėl kognityvinių funkcijų pokyčių, arba vykdant gyventojų atrankinę patikrą [29,30]. Nustačius tolimesnio ištyrimo poreikį, atliekami neuropsichologiniai testai, tokie kaip: protinės būklės mini tyrimas (angl. *Mini Mental State Examination*) (toliau – MMSE), Adenbruke kognityvinis testas, Monrealio kognityvinio vertinimo testas (toliau – MoCA) arba pacientas nukreipiamas į antrinio lygmens asmens sveikatos priežiūros įstaigą, psichiatro ar psichologo konsultacijai [31]. Tyrimų duomenys rodo, jog PSP lygyje visų demencijos atvejų nustatoma mažiau nei pusei (apie 40 proc.) [18], o apie 60 proc. lieka nediagnozuoti [32]. Vis dėlto, 21 proc. besikreipiančių asmenų pastebimas pažintinių funkcijų sutrikimas, bet jis nėra dokumentuojamas [18]. Mattke ir kiti bendraautoriai tokį nepilnavertį kognityvinių funkcijų nustatymą apibūdina kaip paslėptą pasaulinę epidemiją [33]. Šios problemos priežastys gali būti įvairios [34,35], iš kurių viena pagrindinių – menkas standartizuotų testų naudojimas [31]. Įrodyta, kad apie ketvirtadalis visų PSP paslaugų teikėjų naudojami neuropsichologiniais testais [31]. Būtent dėl to pastaruoju metu demencijos diagnozavimas PSP lygyje labiausiai priklauso ne nuo vertinimo priemonių panaudojimo, o nuo specialisto budrumo įtarti klinikinius simptomus, [36] todėl ši liga nustatoma vidurinėje ar vėlyvoje jos stadijoje [37] arba tik paūmėjus simptomams [34,38]. Vos 1 iš 6 senjorų (t.y. 16 proc. visų apklaustųjų) nurodė, kad įprasto vizito metu PSP specialistas įvertina jų kognityvines funkcijas, lyginant su kraujospūdžio (91 proc.) ar klausos ir regos (73 proc.) atliekamais įvertinimais [37]. Nepaisant visko, PSP sritis atlieka pradinę „rūšiavimo“ funkciją demencijos diagnozavimo procese. Būdami atsakingi už ilgalaikį santykį su pacientu, PSP specialistai yra geriausiai pasirengę pastebėti ir vertinti ankstyviausias pažinimo funkcijas, o pastebėjus pakitimus siųsti tolimesniam ištyrimui [27].

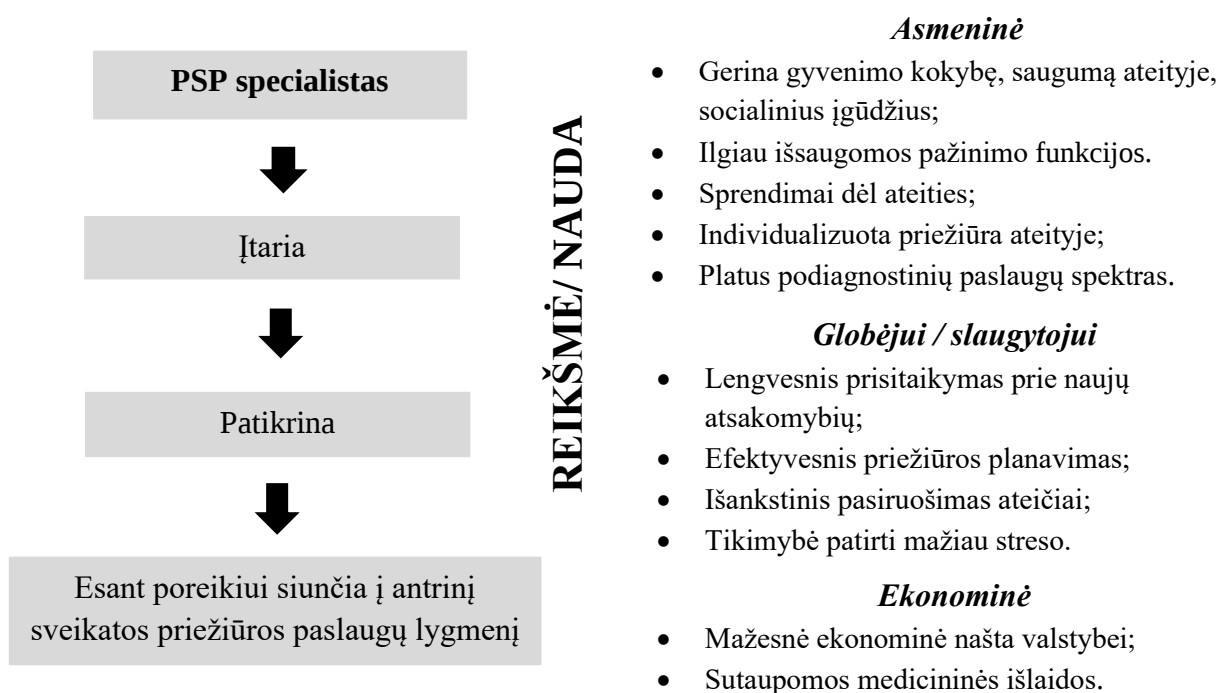
Tarptautiniu mastu pripažįstama PSP paslaugas teikiančių specialistų svarba diagnozuojant demenciją ankstyvoje stadijoje [39]. Ankstyva, diferencinė neurologinės ligos diagnozė yra optimali ilgalaikės priežiūros strategija, išsauganti pacientų pažinimo funkcijas ir gerinanti gyvenimo kokybę

ateityje [34,40, 41]. Pacientas turi galimybę kuo anksčiau prisitaikyti prie kintančių gyvenimo sąlygų, kurias sukelia progresuojanti ligos eiga [38,42]. Be to, sergantieji lengviau suvokia ankstyvą demencijos diagnozę, lyginant su vėlyvesne jos stadija [43]. Kol pacientas dar yra kognityviškai pajėgus [40], jis turi teisę priimti pagrįstus sprendimus [34] rizikos mažinimo strategijoms taikyti [27]. Viena tokių – ateities planavimas. Tai yra finansinių, teisinių ir būsimos priežiūros poreikių peržiūra. Finansinis planavimas gali būti susijęs su valstybės išmokomis, būsimų finansinių poreikių ar įsipareigojimų perskirstymu [40]. Teisiniai dokumentai apima įgaliojimų, testamentų pildymą, o išankstinis priežiūros planavimas užtikrina, kad neveiksnio atveju sergantis gautų jo individualius poreikius atitinkančią priežiūrą [44,45]. Kita rizikos mažinimo strategija yra siejama su gyvenimo būdo korekcija, tai yra: mitybos modifikavimas, fizinio aktyvumo skatinimas, kognityvinė stimuliacija, širdies ir kraujagyslių ligų rizikos veiksnių korekcija, nerimo, socialinės izoliacijos, nuotaikos valdymas bei žalingų įpročių atsisakymas [46]. Kiti pavyzdžiai, įrodantys PSP specialisto reikšmę ankstyvos demencijos diagnozavimo procese, gali būti susiję su galimybe pacientui suteikti platesnį podiagnostinių intervencijų spektrą. Kadangi tik nustatius oficialią diagnozę pacientai turi prieigą tolimesniam ligos gydymui ar ištyrimui [36,42]. Lanceto komisijos teigimu, įgyvendinant išankstines intervencijas laiku nustatytai demencijai, galima optimizuoti sergančiojo pažinimą, jis tampa rečiau sujaudintas, sumažėja tikimybė sirgti depresija ar patirti psichozės simptomus [47]. Oba ir kiti ištyrė, jog 60 proc. asmenų norėtų sužinoti demencijos diagnozę vien dėl galimybės kuo anksčiau gauti reikiamą gydymą ar paramą [48]. Nors daugumai demencijos atvejų gydymosi perspektyvos nėra, ankstyvoji diagnostika galėtų padėti nustatyti kognityvines problemas ir tam suformuoti gydymo planą, kuriame sprendžiamos įvertintos problemos terapiniu būdu, ypač kai jos yra antrinės dėl kitų priežasčių [34,35,49]. Taip pat pastebėta, jog ankstyva demencijos diagnozė mažina ir ekonominę naštą sveikatos priežiūros sektoriuje. Alzheimerio asociacija išsiaiškino, jog galima sutaupyti apie 7 trilijonus Amerikos dolerių jei asmenims demencija būtų diagnozuojama ankstyvoje stadijoje. Tokį sutaupytų pinigų motyvą lemtų mažesnės medicininės išlaidos esant kontroliuojamai demencijos stadijai nei pažengusiai [40].

Įvertinta, jog PSP lygmenyje ankstyva demencijos diagnozė turi naudingą reikšmę ne tik sergantiesiems, bet ir jų priežiūra besirūpinantiems artimiesiems bei slaugytojams. Nustatius pirminius šios ligos simptomus [2], paciento priežiūrą teikiančiam asmeniui yra lengviau prisitaikyti prie naujų atsakomybių bei efektyviau planuoti paciento priežiūrą ateityje. Pirmiausia dėl to, kad nustatius demenciją, pacientus slaugantys asmenys jaučiasi labiau užtikrinti savimi kuomet gali sužinoti išankstinius pageidavimus dėl pacientų priežiūros [44]. Kita vertus, dėl galimybės iš anksto spręsti teisinius procesus, paskirstyti išteklius, gauti informaciją apie ligos prognozę ir eigą, planuoti darbo krūvį bei kuo anksčiau užsitikrinti socialinę paramą [50]. O tai lemia, kad diagnozuota ankstyva

demencija mažiau vargina: slaugytojų distreso balai yra blogesni slaugant pacientą vėlyvoje šios ligos stadijoje, lyginant su ankstesne stadija [51].

Apibendrinant nagrinėtą mokslinę literatūrą galima teigti, kad PSP lygmuo ir joje dirbantys specialistai yra esminis ankstyvos demencijos diagnostikos proceso komponentas. Kadangi jie pirmieji geba pastebėti ankstyvuosius pažinimo simptomus ir laiku nukreipti pacientą tolimesniam ištyrimui. Tai teikia naudą ne tik pacientui, bet ir jo globėjui, slaugytojui ir ekonominiam našumui (žiūrėti 1 paveikslė).



1 pav. PSP specialistų ankstyvosios demencijos diagnostikos veiksmų seka ir jos naudos sritys
Sudaryta autorės pagal šaltinius [23,31,34,38,40,42,44,46,51]

1.2. Slaugytojo vaidmuo ankstyvoje demencijos diagnostikoje

Demencijos eiga yra sudėtinga ir latentinė, o tai reiškia, kad ankstyvuosius simptomus pastebėti yra sunku [11]. PSP lygmenyje paslaugas teikiantiems specialistams demencijos diagnozavimas tampa vis didesniu iššūkiu. Tai lemia daugelis veiksnių, tarp kurių yra didėjantis šeimos gydytojų darbo krūvis bei laiko stoka išsamiam paciento ištyrimui [52,34]. PSP slaugytojai, kaip viena pagrindinių sveikatos priežiūrą teikėjų grupių, geba atlikti reikšmingą vaidmenį diagnozuojant ir valdant demenciją [52]. Šių specialistų įsitraukimas į demencijos diagnostikos procesą yra vertingas dėl nuolatinio, klinikinio santykio su pacientu, gyvenimo sąlygų, kasdieninės veiklos ir poreikių išmanymo [53,54]. Pasak Traynor, demencijos diagnostikoje slaugytojo vaidmenį galima suskirstyti į dešimt su demencija susijusių kompetencijų sričių: gebėjimas suprasti demenciją, jos požymių atpažinimas, efektyvus bendravimas ar bendradarbiavimas, pagalba atliekant įprastas bei

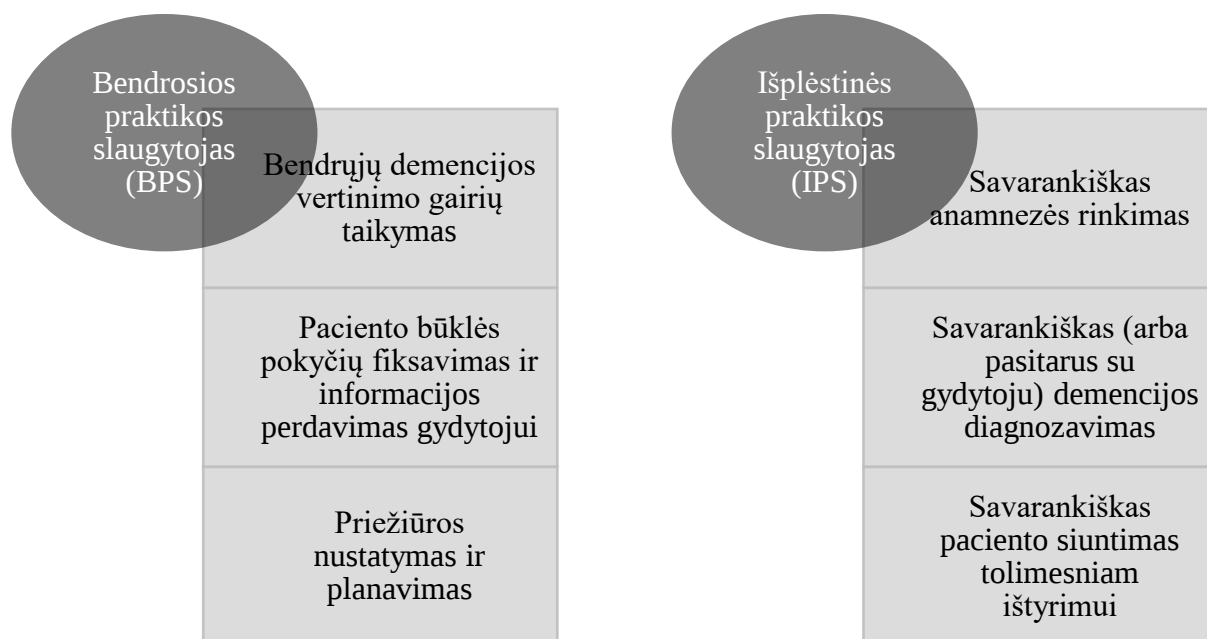
kasdienines veiklas, saugios aplinkos kūrimas, individualizuotos slaugos tiekimas, artimųjų poreikių suvokimas, prevencijų skatinimas, sveikatos būklės stiprinimas, specialiųjų poreikių tenkinimas [55].

Mokslinėse publikacijose slaugytojo vaidmuo ankstyvoje demencijos diagnostikoje dažniau įvardinamas kaip *stebėtojo* ir *vertintojo* [42,56–60]. Slaugytojas apibrėžiamas kaip vienas pagrindinių sveikatos priežiūros specialistų, galinčių atlikti kognityvinių sutrikimų stebėjimo ir atrankos funkcijas ambulatorinėje priežiūroje (įskaitant ilgalaikę priežiūrą namuose) [42]. Tai pagrindžiama tuo, jog atsiradus naujiems simptomams ar esant poreikiui, pacientai ir jų artimieji paramos dažniau kreipiasi į slaugytoją nei į kitus šios srities specialistus [61]. Įprastai slaugytojas dažniau susiduria su asmenine paciento aplinka ir jo gyvenimo sąlygomis nei kiti sveikatos priežiūros specialistai [53,54], todėl jo vaidmuo yra neatsiejamas demencijos atpažinimo srityje. Vykdydamas įprastinę profesinę veiklą, tokią kaip: lėtinių ligų simptomų valdymą, sveikatos stiprinimo ir vertinimo veiklas [58], šis specialistas gali kaskart patikrinti paciento pažinimo funkcijas ir aptikti pokyčius kuo ankstyvesnėje kognityvinių sutrikimų stadijoje [42]. Pavyzdžiui, Švedijoje slaugytojai atsakingi už pirminės informacijos surinkimą [60]. Jie dokumentuoja paciento būklę, fiksuoja jos pokyčius ir perduoda informaciją šeimos gydytojui, kuris atlieka tolimesnę, galutinę demencijos diagnostiką. Tokia praktika ne tik suteikia naudingos informacijos, reikalingos diferencijuoti ar diagnozuoti demenciją, bet ir mažina šeimos gydytojų darbo krūvį [58,60]. Atitinkamai slaugytojui tenka atsakomybė atkreipti dėmesį į bet kokius galimus demencijos požymius tam, kad būtų išvengta paslėpto kognityvinio sutrikimo progresavimo, kuris galėtų sumažinti gydymo galimybes ar sutrikdyti slaugos plano įgyvendinimą ateityje [42]. Be to, gydytojai gebėjimą atpažinti ir vertinti kognityvinius sutrikimus įvardina kaip labai tinkamą užduotį slaugytojui [57]. Australijoje [58] ir Šiaurės Airijoje [59] atlikti tyrimai taip pat patvirtina, kad slaugytojo vaidmuo siejamas su pacientų pažinimo vertinimo funkcija, slaugos veiksmų valdymu, o už galutinę ligos diagnozę atsakomybę prisiima gydantis gydytojas [58,59]. Bendrai tariant, sisteminės literatūros apžvalgos rezultatai apibendrina, kad slaugytojo vaidmuo demencijos diagnostikoje apibūdinamos labai panašiai. Tai yra: paciento kognityvinis vertinimas ir tolimesnės priežiūros nustatymas bei planavimas [56].

Kita vertus, galima pastebėti išskiriamus slaugytojų vaidmenų skirtumus ankstyvoje demencijos diagnostikoje, kurie grindžiami slaugytojų išsilavinimo lygiu. Dažnu atveju slaugytojas atlieka platesnes nei jam įprastos funkcijas, kurias paprastai atliktų šeimos ar kitos srities gydytojas. Tokia slaugos koncepcija apibūdinama kaip išplėstinė slaugos praktika (*angl. Advanced Nursing Practice*), o šias funkcijas atliekantis specialistas vadinamas – išplėstinės praktikos slaugytoju (*angl. Advanced Practice Nurse*) [53]. Tarptautinė Slaugytojų Taryba išplėstinės praktikos slaugytoją (toliau – IPS) apibrėžia kaip: „Bendrosios praktikos arba specializuotas slaugytojas, kuris įgijęs papildomą aukštąjį išsilavinimą (ne žemesnį nei magistro laipsnį), turi ekspertinių žinių, sudėtingų sprendimų priėmimo įgūdžių ir klinikinį kompetencijų, reikalingų pažangiajai slaugos praktikai,

kurios ypatumus lemia aplinkybės, kuriomis jis turi teisę praktikuoti.“ [62]. Tyrimais įrodyta, kad IPS vaidmuo gerina demencijos diagnostikos prieinamumą [56] ir didina tikimybę, kad ši liga bus diagnozuota kuo ankstyvesnėje stadijoje [63]. Hallberg ir kiti pranešė, kad aukštesnio lygio mokslus baigę slaugytojai dalyvauja tiesiogiai diagnozuojant demenciją ir skiriant farmakologinį gydymą, o tuo tarpu žemesnio išsilavinimo slaugytojai daugiau dalyvauja teikiant pagalbą demencija sergančiajam [26]. Pavyzdžiui, Didžiojoje Britanijoje IPS vaidmuo susijęs su „nesudėtingų“ demencijos atvejų diagnozavimu, kad psichiatrai galėtų sutelkti dėmesį į sudėtingesnius šios ligos atvejus [64]. Be to, aukštesnio lygio PSP specialisto išsilavinimas siejamas su gebėjimu gerai atlikti klinikinius testus, todėl įvardinamas kaip svarbus kontekstinis veiksnys priimant diagnostinį sprendimą [60]. Kaip matoma, IPS vaidmuo yra kur kas savarankiškesnis lyginant su bendrosios praktikos slaugytojais (toliau – BPS), kurių funkcijos yra labiau apribotos [65] (žr. 2 paveikslė). Sisteminės literatūros apžvalgos dėka galima įvardinti apibendrintus bei savarankiškumu paremtus IPS vaidmenis demencijos diagnostikoje. Tai yra: savarankiškas anamnezės rinkimas, diagnozės nustatymas (savarankiškas arba pasitarus su gydytoju), pacientų siuntimas tolimesniam ištyrimui be pasitarimo su gydytoju, klinikinių sprendimų priėmimas nediskutuoju su šeimos gydytoju [66]. Vis dėlto, akcentuotina, kad tokį vaidmenų paskirstymą, grindžiamą skirtingu išsilavinimo lygiu, taip pat lemia ir kiekvienoje valstybėje įtvirtintos skirtingos medicinos normos bei politikos formavimo ypatumai [62,66].

Taigi, slaugytojo vaidmuo ankstyvoje demencijos diagnostikoje apima įvairias funkcijas: nuo stebėjimo iki tiesioginio demencijos diagnozavimo. Tokių funkcijų pasiskirstymą dažnu atveju lemia skirtingos kompetencijos, grindžiamos išsilavinimo lygiu (žr.2 paveikslė):



2 pav. BPS ir IPS vaidmenų palyginimas ankstyvos demencijos diagnostikos procese
Sudaryta autorės pagal šaltinius [26,60,62,64–66]

1.2.1. Slaugytojų kompetencijų įgalinimas ankstyvoje demencijos diagnostikoje: politikos formavimas užsienio šalyse ir Lietuvoje

Spartėjantis demencijos paplitimas ir nepakankamas jos diagnozavimas paskatino nacionaliniu mastu kurti sveikatos priežiūros politiką, kurioje dėmesys nukreipiamas į ankstyvosios demencijos diagnostikos ir gydymo pirminėje sveikatos priežiūroje sričių tobulinimą [67]. PSO paskelbtame pasauliniame veiksmų plane dėl visuomenės sveikatos atsako į demenciją 2017–2025 m., numatytas pasaulinis tikslas (4 visuomeninis tikslas): mažiausiai 50 proc. visų pasaulio šalių iki 2025 m. turėtų patvirtinti diagnozes bent 50 proc. visų demencijos atvejų kiekvienoje valstybėje [16]. Vis dėlto, norint tai įgyvendinti, būtina kiekvienoje šalyje diegti sveikatos priežiūros politiką, kuri būtų orientuota į plataus spektro kognityvinių funkcijų patikrą bei tinkamą sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų paruošimą šiam tikslui pasiekti [68].

Formuojant politines kryptis bei ieškant būdų kaip pagerinti demencijos diagnozavimą PSP lygmenyje, dėmesys nukreipiamas į sveikatos priežiūros darbuotojų funkcijų bei kompetencijų plėtojimą [53]. Pripažįstama, jog yra naudinga plėsti esamas slaugytojų funkcijas įtraukiant demencijos atpažinimą ir diagnozavimą [3], kadangi slaugytojo kompetencijos apima neuropsichiatrinių simptomų vertinimą ir jų valdymo strategijas [11]. Tyrimas Didžiojoje Britanijoje nustatė, kad slaugytojai turi potencialų gebėjimą nustatyti demencijos diagnozę – ją nustatė 94 proc. tikslumu, diferencijavo nuo kitų ligų 84 proc. tikslumu [69]. Tuo tarpu tyrime, atliktame Japonijoje, įvertinta, kad slaugytojo nustatyti kognityvinių funkcijų sutrikimai, nereikalaujant oficialios diagnozės, turi tokį patį poveikį gydymo rezultatams kaip ir gydytojo nustatyta oficiali demencijos diagnozė [70]. Tai rodo, kad slaugytojai gali dalyvauti nustatant ankstyvus ir nesudėtingus demencijos atvejus [69]. Taivane taip pat siekta suprasti slaugytojų kompetenciją demencijos priežiūros srityje, kad būtų galima nustatyti kokių pokyčių ar priemonių reikia gerinant jų įsitraukimą į ankstyvąją diagnozę [71]. Laurant ir kiti tyrėjai padarė išvadą, kad slaugytojai, teikdami PSP paslaugų funkcijas vietoj gydytojo, tikėtina, kad užtikrina tokią pačią ar net geresnę priežiūros kokybę lyginant su gydytojais [72]. Taigi, įgalinant slaugytojo kompetencijas galima užtikrinti kur kas geresnę demencijos priežiūrą PSP lygmenyje, kuriame demencija nepakankamai diagnozuojama [67]. Visgi slaugytojai, priimdami platesnes atsakomybes, tikisi aiškaus vaidmens apibrėžimo, kvalifikacijos kėlimo galimybių bei tvaraus bendradarbiavimo su šeimos gydytojais [73].

Dėl spartėjančio demencijos paplitimo pasauliniu mastu ir dėl to išskylančios ankstyvosios diagnozės svarbos, ryškėja poreikis peržiūrėti dabartinių demencijos diagnozavimo paslaugų prieinamumą ir veiksmingumą skirtingose valstybėse [74]. Kaip pavyzdys, Jungtinėse Amerikos Valstijose pertvarkoma PSP grandis, įtraukiant savarankiškas slaugytojų funkcijas, kurios optimizuotų PSP paslaugų teikimą demencijos priežiūros srityje. Planuojama, kad slaugytojo veiklos taptų labiau savarankiškos ir galėtų apimti PSP paslaugų tęstinumą, įskaitant nuolatinę elgesio ir

neuropsichiatrinių simptomų patikrą bei vertinimą, pirminę diagnozę, siuntimus į ambulatorines ASPĮ, vartojamų vaistų patikrą, vaistų nuo demencijos skyrimą, paciento artimųjų mokymą apie farmakologines ir nefarmakologines intervencijas, vaizdinių tyrimų rezultatų peržiūrą, plano korekciją esant būklės paūmėjimui [75]. Jungtinės Amerikos Valstijos (toliau – JAV) deda pastangas šviesti PSP slaugytojus apie klinikinės praktikos priemones, skirtas kognityvinių sutrikimų diagnostikai. Pagrindinis to tikslas – padidinti demencijos aptikimą kuo ankstesnėje jos stadijoje [38]. Vokietijoje parengtos ir patvirtintos mokymo programos, kurių tikslas didinti slaugytojų kompetencijas. Platesnės slaugytojų kompetencijos leistų perimti dalį šeimos gydytojų funkcijų, susijusių su demencijos priežiūra. Kuriama ir teisinė sistema, skirta diegti naujoviškas PSP paslaugų koncepcijas, pagrįstas bendradarbiavimu ir funkcijų perskirstymu tarp PSP gydytojų ir slaugytojų [53]. Tačiau tam tikrose Europos šalyse, tokiose kaip Anglija, Suomija ir Ispanija į demencijos diagnostiką jau yra įtrauktos slaugytojų kompetencijos, dalyvaujant šiems specialistams tiesioginiame demencijos diagnozavimo ir vertinimo procese [26].

Lietuvoje kaip ir kitose užsienio šalyse, demencija diagnozuojama nepakankamai arba per vėlai. Priežastys yra daugialypės, vienos iš jų – sveikatos priežiūros specialistų žinių stoka atpažįstant ankstyvuosius demencijos simptomus ir šių specialistų aiškių vaidmenų neapibrėžtumas. Būtent todėl asociacija „Demencija Lietuvoje“ valdžios institucijas skatina rengti demencijos strategiją, kurios tikslas būtų didinti diagnostikos prieinamumą. Viena iš strateginių krypčių yra aiškių sveikatos priežiūros specialistų atsakomybių paskirstymas ar perskirstymas ankstyvosios demencijos diagnostikos procese ir tokių specialistų mokymas sudarant sąlygas ankstyvai demencijos diagnozei [17]. 2023 m. formuojant Lietuvos teisės aktus politikai demencijos srityje, įtraukiamos slaugytojų kvalifikacijos tobulinimo programos, kurių turinį sudaro demencijos ir gretutinių ligų koncepcija, simptomatika bei ilgalaikės priežiūros teikimo ypatumai [76]. Šiuo metu įsigaliojusioje Lietuvos Respublikos bendrosios praktikos slaugytojo medicinos normoje MN28:2019 įtvirtinta, kad BPS kompetencija yra gebėti atpažinti ligų simptomus [77], o išplėstinės praktikos slaugytojo galiojančioje medicinos normoje 160: 2017 veiklos ir kompetencijų sritys yra kiek platesnės ir konkretizuojamos demencijos sričiai. Išplėstinės praktikos slaugytojas turi žinoti: „<...> *dažniausiai pasitaikančius suaugusiųjų psichikos ir elgesio sutrikimus, jų profilaktines priemones, slaugos proceso valdymą, gydymo, įskaitant gydymą vaistiniais preparatais, skyrimo indikacijas, kontraindikacijas ir šalutinį poveikį <...> esant demencijai.*“ [78]. Nors Lietuvos medicinos normose įtvirtintos tiek BPS, tiek IPS kompetencijos yra pakankamos dalyvauti demencijos diagnostikos procese, šiuo metu Lietuvoje aiškaus šių specialistų atsakomybės ir veiklos apibrėžimo demencijos diagnostikoje nėra. Tuo tarpu, diskutuojant apie platesnių slaugytojų kompetencijų įgalinimą ir šių specialistų funkcijų perskirstymą demencijos srityje, Lietuvoje 2023 m. pabaigoje pristatytas ir įgyvendintas pilotinis projektas „Tashi“. Šis tarptautinis projektas nurodė kokias

funkcijas slaugytojai galėtų perimti iš šeimos gydytojų. Viena tokių – naudojant tam tikras vertinimo skales (pvz.: MMSE), savarankiškai vertinti demencijos požymius, siekiant identifikuoti ligą ir jiems nustatyti individualizuotą priežiūrą [79].

Apibendrinant mokslinių publikacijų apžvalgą, galima teigti, kad spartėjantis demencijos paplitimas ir ankstyvo diagnozavimo trūkumai skatina plėtoti slaugytojų kompetencijas ankstyvosios diagnostikos srityje. Tarptautinė praktika parodė, kad slaugytojai gali sėkmingai atpažinti ir vertinti demencijos atvejus, atsižvelgiant į tai tokios šalys kaip JAV, Vokietija ir Lietuva siekia didinti jų atsakomybę ir kompetencijas demencijos diagnostikos procese (žr. 1 lentelę).

1 lentelė: Šalių, siekiančių įgyvendinti slaugytojų kompetencijų plėtrą ankstyvoje demencijos diagnostikoje, strategijų apibūdinimas [38,53,75,76,79]

Šalis, siekianti įgyvendinti pokyčius	Strateginės veiklos, įgalinančios slaugytojų kompetencijas demencijos diagnostikoje, koncepcija
Lietuva	- Slaugos specialistų kvalifikacijos tobulinimas įtraukiant demencijos simptomatikos atpažinimą ir vertinimą; - Savarankiškas, slaugytojo atliekamas atminties sutrikimų vertinimas naudojant patvirtintas skales/testus [76,79].
Jungtinės Amerikos Valstijos (JAV)	- Savarankiškas slaugytojo veikimas demencijos nustatymo procese, įskaitant pažinimo funkcijų vertinimą, ankstyvą diagnozavimą, vaistų nuo demencijos skyrimą. - Slaugytojų švietimas apie kognityvinių funkcijų vertinimo priemones ir jų panaudojimas klinikinėje praktikoje [38,75].
Vokietija	Didinamos slaugytojo kompetencijos, leidžiančios perimti dalį šeimos gydytojo funkcijų [53].

1.3. Slaugytojų patirtys vertinant ir atpažįstant kognityvinius sutrikimus ar demenciją pacientui

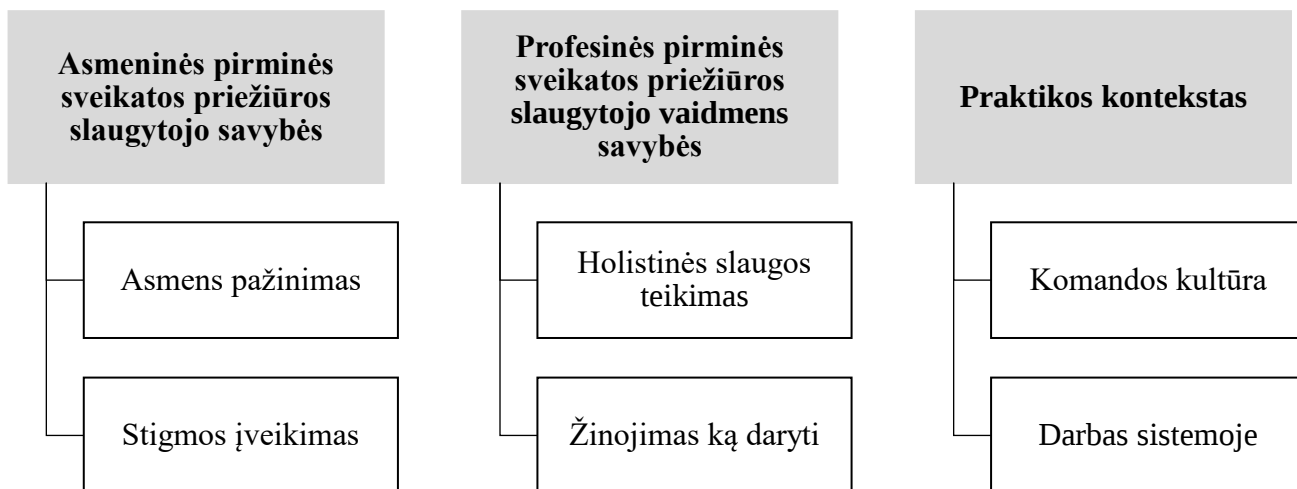
Slaugytojas kasdieninėje namų slaugos praktikoje susiduria su pacientais, pasižyminčiais poliligotumu. O tai reiškia, kad vyraujančios ligos gali būti tokios kaip: cukrinis diabetas, nutukimas, širdies ir kraujagyslių ligos, insultas, cerebrovaskulinės ligos, artritas, depresija ir daugybę kitų [80]. Daugelis šių susirgimų gali būti susiję su kognityvinių funkcijų sutrikimais, o demencija dažnu atveju yra užgožta šių būklių simptomų. Sveikatos priežiūros specialistams pastebėti gretutinių ligų simptomų paslėptą demenciją tampa sudėtinga, kadangi tokios problemos kaip šlapimo nelaikymas, dusulys ar atsiradusi opa kojoje tampa reikšmingesnis gydymo taikinyš nei sutrikusio mąstymo ar gebėjimo naudotis buitinais prietaisais praradimo įvertinimas [42,81]. Akcentuojant tai, jog demencijos nustatymui didesnę įtaką turi specialisto budrumas įtarti pažinimo sutrikimus nei

konkrečių vertinimo priemonių panaudojimas [36,82], slaugytojas tampa vienas svarbiausių tarpdisciplininės komandos narių, kuris gali atpažinti ir įvertinti demenciją pacientui bei aptikti jos simptomus gretutinių ligų šešėlyje [42]. Nuolatinis slaugytojo paslaugų teikimas padeda pažinti žmogaus kasdienybę ir asmenines savybes, o tai suteikia galimybę aptikti kognityvinių funkcijų pokytį, pavyzdžiui, įprastai punktualus asmuo pradeda vėluoti arba neatvykti į iš anksto numatytus vizitus [54].

Nagrinėjant slaugytojų patirtis, galima apibrėžti slaugytojo veiklą demencijos vertinimo procese [25]. Ankstyvą demencijos vertinimą slaugytojai apibūdina kaip pagrindinę prevenciją siekiant sumažinti kognityvinių sutrikimų komplikacijų atsiradimą ateityje [83]. Pasak Sabbagh ir bendraautorių, lyginant su kitomis sveikatos problemomis, slaugytojai ypač greitai reaguoja į pacientų kognityvinius pokyčius [68]. Bet kokia informacija apie kognityvinį paciento pajėgumą, leidžia suprasti savarankiškumo lygį atliekant kasdienes veiklas namuose [70]. Be to, slaugos personalas pabrėžia, kad optimaliausias būdas pastebėti demenciją yra – paciento sveikatos būklės vertinimas kiekvieno vizito ar periodinio apsilankymo namuose metu [84]. Slaugytojai patys prisiima atsakomybę dėl ankstyvo demencijos įvertinimo, pavyzdžiui, atliekant kognityvinius testus [54] arba stebint kasdieninę paciento veiklą, nors ir pažymi, kad namų slaugoje pažintinių funkcijų blogėjimą sunku įvertinti dėl sveikatos paslaugų paskirstymo daugeliui kitų sveikatos priežiūros specialistų, tokių kaip: kineziterapeutas, ergoterapeutas, socialinis darbuotojas ar kiti. Todėl tik nedidelė dalis jų gali vertinti kaip pacientai veikia kasdienėse veiklose [25].

Slaugytojai praktinėje veikloje pastebi palaipsniui besivystančius kognityvinius sutrikimus pacientams: nuo lengvų atminties sutrikimų iki sunkaus elgesio pokyčių. Dalis jų tai vertina kaip natūralius senėjimo požymius, kita dalis įvardina sąsają su demencijos atsiradimu [44]. Remdamiesi kasdieniniu bendravimu su pacientu, slaugytojai išsamiai apibūna pastebėtus atminties sutrikimo požymius, kurie pasirodo palaipsniui arba per tam tikrą laikotarpį, bet ne staiga: asmuo sunkiau susikaupia, užmiršta įvairius dalykus, kalbėdamas praranda žodžius, sunkiai sugalvoja ką nori pasakyti, nuolat klausia to paties klausimo, nebesidomi veikla, kuri anksčiau teikė malonumą, pasiklysta vairuojant [85]. Priešingu atveju, šie specialistai pažinimo sutrikimą geba atpažinti vertinant kitų ligų sukeltą riziką. Kaip pavyzdys, dėl padidėjusios kritimo rizikos pacientui skiriama vaikščiojimo priemonė, kurios naudojimą sergantysis palaipsniui pamiršta. Todėl slaugytojui gali kilti įtarimų dėl paciento pažintinių funkcijų [86]. Pastebėjus kognityvinius pokyčius sergančiajam, slaugytojai išreiškia poreikį tai fiksuoti atliekant testus (pvz.: MMSE arba Adenbruke kognityvinį testą), kad ši priemonė leistų įspėti pacientą ir jo artimuosius apie prastėjančią atminties ar pažinimo funkciją. Tuo tarpu, kita dalis slaugytojų, elgesio ir pažinimo funkcijų pokytį nori fiksuoti laisvos formos tekstu apie tai, kas vyksta [87]. Nagrinėjant kitas su demencijos vertinimu ir atpažinimu susijusias slaugytojų patirtis, Gibson ir bendra autoriai atliko kokybinį tyrimą apie PSP

paslaugas teikiančių slaugytojų požiūrį ir vaidmenį dalyvaujant demencijos priežiūroje [84]. Išskirtos trys pagrindinės tematikos ir šešios potemės (žiūrėti 3 paveiksle):



3 pav. Slaugytojų patirtis ir vaidmenis apibūdinančios temos ir potemės
Sudaryta autorės pagal šaltinį [84]

3 paveiksle pateiktus tyrimo duomenis (potemes) išnagrinėsime plačiau:

1. **Asmens pažinimas.** Santykio kūrimas su pacientu yra tarsi pranašumas atpažįstant demenciją pacientui. Dėl to slaugytojai geba pastebėti paciento elgesio ar išvaizdos pokyčius: „*Jie kažką daro, o paskui kažkas pasikeičia kaip kad anksčiau jie galėjo tai daryti, o paskui nebegalėjo <...>.*“ [84]. Be to, terapinių santykių formavimas leidžia pacientams pasitikėti slaugytojais ir jiems labiau atsiskleisti [83], o tai daro įtaką abipusei pagarbai santykių kontekste [11].
2. **Stigmos įveikimas.** Dėl demencijos stigmatizacijos, slaugytojams kyla sunkumų pradėti pokalbius su pacientu apie besivystančią demenciją ar pradinius pažinimo pokyčius, o tai kenkia slaugos paslaugų teikiamumui [84]. Be to, specialistai pastebi, kad pacientai dažnai nenori oficialios demencijos diagnozės [25] arba jaučia dėl to nerimą [86], todėl vengia medicininės apžiūros pažinimo funkcijoms vertinti [25]. Kita vertus, yra tam tikrų etinių grupių, kuriose demencija laikoma tuo, ką reiktų slėpti [18].
3. **Holistinės slaugos teikimas.** Nors parengti slaugos planai yra orientuoti tik į vyraujančio susirgimo simptomus, holistinio požiūrio dėka slaugytojai atkreipia dėmesį į paciento pažinimo simptomus. Visgi, jie išreiškia poreikį atkreipti dėmesį į demenciją dėl jos daromo poveikio gretutinėms ligoms [84].
4. **Žinojimas ką daryti.** Slaugytojai pažymi, jog turėtų daugiau žinoti apie demencijos simptomus, vertinimo aspektus, nes tai padeda tikslingai nustatyti sveikatos problemos priežastis pacientui [84].
5. **Komandos kultūra.** Tarpdisciplininis bendradarbiavimas vertinamas kaip parama teikiant demencijos priežiūrą pacientui [84].

6. **Darbas sistemoje.** Visi dalyviai pritarė, kad slaugos paslaugų finansavimo modelis daro neigiamą poveikį slaugytojų veiklos savarankiškumui ir apriboja jų vaidmenį demencijos priežiūroje, įskaitant simptomų vertinimą [84].

Apibendrinant mokslinių tyrimų apžvalgą galima teigi, jog slaugytojų patirtys vertinant ir atpažįstant demenciją pacientams atskleidžia jų gebėjimą pastebėti paslėptus pažintinių funkcijų pokyčius nepaisant gretutinių ligų simptomų. Taip pat pabrėžia terapinių santykių bei holistinio požiūrio svarbą, leidžiančią geriau suprasti paciento elgesio ar būklės pokyčius.

1.4. Slaugos paslaugų namuose užtikrinimas ankstyvųjų demencijos simptomų turinčiam pacientui: slaugytojo veiklos perspektyva

Asmenys, turintys kognityvinių sutrikimų, dažniau naudojami sveikatos priežiūros paslaugomis namuose, palyginti su tais, kurie šių sutrikimų neturi [20]. Ankstyvi demencijos simptomai reiškia, kad pacientas ieško daugiau galimybių naudotis ilgalaikės namų priežiūros paslaugomis, siekiant gauti kuo didesnę naudą [88], t.y. kuo ilgiau išsilaikyti namų aplinkoje, būti aktyviam visuomeninėse veiklose bei išsaugoti gyvenimo kokybę [89]. Siekiant užtikrinti tokių paslaugų prieinamumą, svarbi slaugytojo veiklos perspektyva. Literatūroje nagrinėjamą slaugos paslaugų namuose užtikrinimą ankstyvųjų demencijos simptomų turinčiam pacientui išanalizuosime remiantis anksčiau minėtomis Traynor ir bendraautorių slaugytojo vaidmens sritimis [55]:

Pagalba atliekant kasdienes veiklas. Slaugytojai pabrėžia, jog norint teikti kokybiškas paslaugas namuose svarbu atsižvelgti į pacientų vertybes, įsitikinimus bei gebėjimą savarankiškai veikti namų aplinkoje [90]. Slaugos specialistai mano, jog atpažinę pacientui demenciją namų slaugos procese, imtųsi konkrečių priežiūros veiksmų, tokių kaip: bendravimo su pacientu pokyčiai, pagalba planuojant ateitį, paramos nustatymas, priežiūros plano sudarymas, pagalba kasdieninėje veikloje (pvz.: apsiperkant parduotuvėje) [84]. Atsižvelgiant į tai, jog slaugytojas renka informaciją apie paciento priežiūros poreikius [90], tam tikrais atvejais šie specialistai imasi namų ruošos darbų, kaip pavyzdys, maisto gaminimas arba aplinkos tvarkymas, siekiant patenkinti pacientų pageidavimus [91]. Kita dalis slaugytojų atkreipia dėmesį į paciento gebėjimą tvarkytis namų aplinkoje, pavyzdžiui, patikrina ar laikomasi vaistų vartojimo reikalavimų [82].

Efektyvus bendravimas ir bendradarbiavimas. *Kalbėk su manim ir klausyk ką sakau* – būtent taip, neseniai atliktame tyrime slaugytojai apibūdino pagarbą, nuoseklų, tikslingą ir nestigmatizuojantį bendravimą su pacientu, kuris buvo laikomas svarių holistinės priežiūros namuose užtikrinimo kriterijumi [92]. Slaugytojai akcentuoja aktyvaus pokalbio svarbą [34], jiems svarbu ne tik klausti, bet ir gerai įsiklausyti [92]. Be to, Lanceto komisijos pateikti bendravimo su pacientu, turinčiu kognityvinių sutrikimų, kriterijai atitinka šiuos slaugytojų išsikeltus bendravimo tikslus. Tai

yra: lėtai užduodami klausimai, pakankamo laiko suteikimas atsakant į klausimus, atpalaiduojančių ir jutiminių stimulų (pvz.: muzikinis fonas) naudojimas, neigiamų žodžių ir aušto tono vengimas bei įsitikinimas, kad pacientas tikrai supranta kas yra sakoma [47]. Patys pacientai iš slaugytojų tikisi nedvipramiškų patarimų, informacijos, kuri būtų pateikta nenaudojant medicininių terminų, nuoseklumo t.y. žingsnis po žingsnio, o ne vienkartinio paaiškinimo kas yra demencija. Kitaip tariant – būti iš tikrųjų išgirstam. Nepaisant visko, pacientai tvirtina, jog slaugytojai pateisina efektyvaus bendravimo lūkesčius ir priduria, jog jie suteikia geresnę informaciją nei gydytojai, todėl bendravimas su slaugytojais yra neatsiejama ir labai svarbi namų priežiūros dalis [92].

Linberg ir kiti tyrėjai pranešė, jog slaugytojams ir kitiems PSP specialistams tarpdisciplininis bendradarbiavimas sudaro sąlygas išsamiai įvertinti paciento gebėjimą veikti įvairiose veiklose. Įvertinus jų patirtis, pastebima, kad demencijos suvokimas siejamas su sudėtinga dëlione, kurią norit „sudėlioti“ kiekvienas specialistas įdeda po atskirą, pavienę dëlionės dalį, o tai remiasi tarpdisciplininio bendradarbiavimo principu. Suprantama, jog kiekvienas specialistas pažįsta pacientą iš savo veiklos perspektyvos, kuri atskleidžia skirtingą informaciją apie paciento funkcionavimą įvairiose veiklose [60]. Kitu atveju, slaugytojai priskiria sau pacientų gynėjų vaidmenį tarpdisciplininuose komandos sprendimuose [90]. Be to, paciento globėjai nori, kad šeimos gydytojas ir slaugytojas dirbtų kaip komanda, nes nuo to priklauso namų priežiūros kokybė: jei globėjas išreiškia susirūpinimą slaugytojui dėl artimojo (paciento) pažinimo sutrikimų, labai svarbu, kad apie tai slaugytojas praneštų gydytojui ir būtų svarstomi tolimesni veiksmai [92].

Sprendimų priėmimas. Savarankiškas slaugytojo sprendimų priėmimas sukuria teigiamą poveikį priežiūros kokybei [75]. Slaugytojai sprendimų priėmimą demencijos priežiūroje išskiria į dvi grupes – monodisciplininis ir multidisciplininis. Monodisciplininiai sprendimai apima kasdieninių, pasikartojančių veiklų planavimą aktyviai dalyvaujant pacientui. Kitaip tariant, sprendimai dėl priežiūros priimami kartu su pacientu. Kaip pavyzdys: slaugytojas skatina pacientą palaikyti jo aktyvumą, o pacientas stengiasi būti fiziškai aktyvus. Tuo tarpu, multidisciplininis sprendimų priėmimas apima sudėtingus daugiadisciplininės priežiūros ir gydymo aspektus. Šiame etape dalyvauja sveikatos priežiūros specialistų komanda ir dažnu atveju įtraukiami artimieji. Slaugytojas ir jo komandos nariai kartu sprendžia kokią priežiūrą taikyti pacientui, aptaria esančią situaciją, galimus sprendimo būdus. Viena, tyrime dalyvavusi slaugytoja, tokį sprendimų priėmimą apibūdino kaip „*kylantį iš mūsų*“ [90]. Slaugytojo multidisciplininis sprendimų priėmimo pavyzdžių ankstyvoje demencijos diagnostikoje galima aptikti kituose tyrimuose. Vienas tokių, susijęs su slaugytojo ir gydytojo sprendimu dėl pirminio pokalbio su pacientu ir jo artimaisiais, siekiant atskleisti demencijos diagnozę [60].

Artimųjų poreikių supratimas. Siekiant geresnių priežiūros rezultatų, didesnio pacientų pasitenkinimo [90] bei gyvybinių veiklų užtikrinimo visą parą [93], slaugytojai pabrėžia artimųjų

aktyvaus įsitraukimo į slaugos namuose planą, svarbą [90]. Šie specialistai paciento globėjų indėlį įvardina kaip pagrindinį visame priežiūros vertinimo procese, tuo tarpu, savo vaidmenį suvokia kaip pagalbininkų, patarėjų ir informacijos teikėjų. Taigi, atkreipti dėmesį į artimųjų poreikius jiems yra labai svarbu [93]. Esant ankstyviems ligos simptomams, slaugytojai stengiasi palaikyti nuolatinį bendradarbiavimą su artimaisiais, siekiant spręsti slaugos problemas ir teikti nepertraukiamą informaciją apie gydymo ir priežiūros planus [90,93]. Slaugytojai akcentuoja švietimo apie atminties pokyčius, demenciją, gretutines ligas ir dvasinės paramos svarbą paciento artimiesiems. Be to, juos skatina daugiau bendrauti su sergančiuoju [94].

Saugios aplinkos kūrimas. Slaugytojų nuomone, namų aplinka yra saugiausia kognityvinių sutrikimų turinčiam pacientui, lyginant su asmens sveikatos priežiūros įstaigos (toliau – API) aplinka [83]. Todėl jiems svarbu kurti saugumo jausmą namuose slaugomam pacientui, kurį užtikrina gerinant sergančiajam nuotaiką gabalėliu pyrago ar smulkiomis dovanomis [25]. Kita vertus, prioritetą sveikatos priežiūros specialistai taiko namų aplinkos saugumo įvertinimui, įskaitant fizinę ir gaisro riziką bei vairavimo pavojaus suvokimą [95].

Sveikatos būklės stiprinimas. Įvertinta, jog dėka slaugytojų suteiktų pasiūlymų ir patarimų, kognityvinių sutrikimų turintys pacientai yra pasiryžę keisti gyvenimo būdą, įskaitant mitybos ir mankštos įpročius [85]. Australijos tyrime dalyvavę slaugytojai įvardino, kad nepaisant esamo slaugos plano bendrai paciento būklei, norėtų papildomai sukurti atskirą veiksmų planą tik pažinimo funkcijoms gerinti [84]. Vienas iš plane galimų veiksmų gali būti susijęs su atminties valdymo strategija, kuriai naudojami rašytiniai prisiminimai dienoraštyje [91]. Taip pat, išreiškiamas poreikis bendradarbiauti su kitais sveikatos priežiūros specialistais (pvz.: kineziterapeutu, psichiatru), siekiant nustatyti pagalbinių priemonių (pvz.: vaikštynės ar neįgaliojo vežimėlio) poreikio įvertinimą [93]. Be to, slaugytojai pacientus skatina kreiptis į Alzheimerio draugijas, kuriose jie galėtų gauti naudingos informacijos dėl sveikatos stiprinimo [88].

Apibendrinant galima teigti, jog slaugytojo namų priežiūros paslaugų užtikrinimas pacientui, turinčiam ankstyvuosius demencijos simptomus, daugiausia remiasi individualių paciento ir jo artimųjų poreikių patenkinimu, kuris paremtas bendradarbiavimo, saugios aplinkos ir sveikatos stiprinimo principais.

1.5. Iššūkiai, susiję su ankstyva demencijos diagnostika, slaugytojo praktikoje

Demencijos diagnozės nustatymas gali užtrukti ilgiau dėl kylančių iššūkių slaugytojo praktikoje [25]. Žinių ir kompetencijų stoka yra viena iš slaugytojų įvardinamų kliūčių, siekiant aptikti demenciją pacientui [25,83,88,92,96] pradėti pokalbį dėl pažinimo sutrikimų ar suprasti kokią pagalbą teikti toliau [83]. Dalis jų įvardina, jog neturi pakankamai žinių atpažinti demencijos

simptomus [96], todėl jaučiasi bejėgiai [84], todėl pastebėję pažinimo funkcijos pablogėjimą, dažų atveju nežino ką daryti toliau [84, 92]. Slaugytojų nuomone, kompetencija yra būtina, kadangi tai padeda spręsti su demencijos priežiūra susijusias problemas [25,92]. Tačiau, tuo pačiu akcentuoja, jog nebūtina konkreti slaugytojo specializacija demencijos srityje, norint teikti geriausias rekomendacijas atitinkančią priežiūrą, tam užtektų pagrįstos, mokslinės literatūros demencijos aspektais nagrinėjimo [92]. Be to, klinikinis bendradarbiavimas slaugytojams yra pagrindinis tokių žinių plėtojimo šaltinis, suteikiantis naujų įžvalgų, kurių anksčiau nežinojo [51]. Artimųjų narių nepasiekiamumas taip pat prisideda prie demencijos nustatymo iššūkių slaugytojo praktikoje. Yra artimųjų, kurie vengia bendradarbiavimo su slaugytoju, į patarimus reaguoja pykčiu ir kaltina abejingumu [93]. Trečioji kliūtis, apsunkinanti paslaugų teikimą diagnozuojant demenciją yra – sveikatos priežiūros sistema ir jos organizavimas [88]. Vienos pagrindinių šios sistemos problemų yra siejamos su slaugytojų turimo laiko stoka [49] ir dideliu darbo krūviu [93]. Ribotas vizito laikas neleidžia kokybiškai ištirti pacientą. Tikėtina, jog dėl laiko trūkumo specialistai neįvertina visų pažinimo funkcijų sričių [68]. Tai įrodo tyrimo Australijoje rezultatai, kurie įvertino, kad slaugytojai kognityvinį vertinimą ir pažinimo simptomų valdymą apibūdino kaip papildomą užduotį, kurią atlikę tik sugaištų daugiau laiko [84]. Sveikatos priežiūros organizavimo trūkumai taip pat susiję su administracine našta dokumentuojant paciento būklės pokyčius [68]. Didžiąją darbo valandų dalį užima dokumentų pildymas, o ne tiesioginis slaugytojo sveikatos priežiūros paslaugų teikimas [93]. Nurodomos ir siuntimo pas specialistus problemos [49]. Be to, slaugytojai aptaria, kad sveikatos priežiūros sistema nėra pritaikyta demencijos problemai spręsti [88]. Vien dėl to reiktų didesnio informuotumo apie šiuo metu labiausiai prieinamas ir trumpiausias kognityvinių funkcijų vertinimo priemones, taip sudarant sąlygas jomis pasinaudoti. Panaudojus inovatyvias priemones arba peržiūrint sveikatos sistemos politikos formavimo galimybes šioms spragoms, susijusioms su diagnostinių testų procedūromis, daugiau PSP specialistų galės patys veiksmingai atlikti ir interpretuoti kognityvinius testus [49]. Be to, Huynh – Truong ir bendra autoriai išsiaiškino, jog slaugytojams sunku aptikti demenciją dėl patikros programų trūkumo, todėl demencijos diagnozę dažniau nustatydavo artimieji, o ne PSP specialistai [94].

Kita, plačiai aptariama kliūtis – stigmatizacija [34,60,82,91,97]. Pastebėta, jog demencijos ligos stigmatizacija vyrauja tarp daugelio sveikatos priežiūros specialistų, įskaitant ir slaugytojus [34]. Sisteminės literatūros apžvalgos metu autoriai nustatė, jog demencijos stigmai įtakos turi kultūrinis demencijos suvokimas, kaip pavyzdys, Centrinėje, Vakarų ir Rytų Afrikoje slaugytojai galvoja, kad demencija siejama su raganavimu arba piktais burtais, tuo tarpu, kita dalis slaugytojų manė, kad tai mylimo žmogaus nepriežiūros pasekmė. Irano valstybėje dirbančių slaugytojų teigimu, demenciją sukelia išvykimas iš šalies ir tai tik baltos rasės žmonių liga, kurios jų šalyje nėra [97]. Būtent dėl tokių įsitikinimų, paremtų ligos stigmatizacija, vengiama diagnozuoti demencija ar

atkreipti dėmesį į bet kokius kognityvinius pokyčius [34]. Yra atvejų kai slaugytojai vengia pranešti gydytojui apie paciento pažinimo funkcijų pokytį, nes šis imtųsi diagnostinių veiksmų [82]. Kita vertus, pacientai patys vengia kreiptis pagalbos ir kalbėtis apie demenciją, o artimieji nesugeba jų įtikinti ieškoti pagalbos [60]. Pacientams kyla gėdos jausmas kalbant apie atminties problemas, jų manymu, demencija siejama su psichikos sutrikimais ir jei apie tai kažkam praneš bus išvežti į ASPĮ [91].

Apibendrinant mokslinės literatūros apžvalgą, galima teigti, jog ankstyvos demencijos diagnostikos iššūkiai slaugytojo praktikoje atskleidžia žinių ir kompetencijų trūkumą, laiko ir resursų stoką bei stigmatizacijos poveikį (žr. 4 paveiksle).

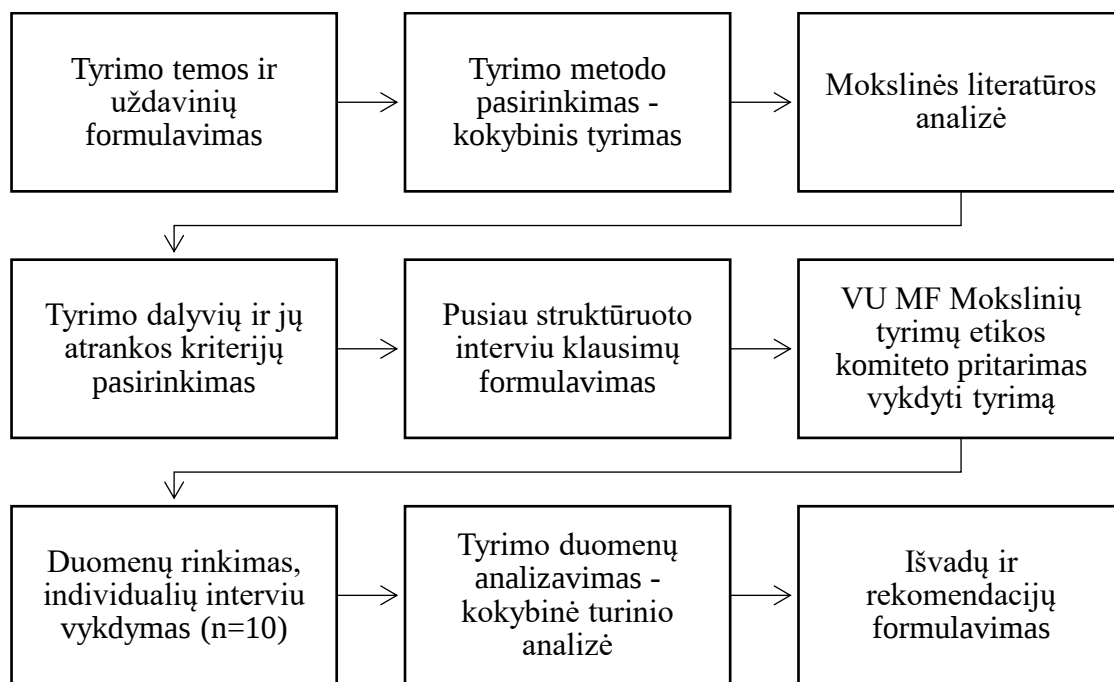


4 pav. Kliūtys, trukdančios slaugytojui laiku pastebėti demenciją pacientui
Sudaryta autorės pagal šaltinius [34,60,83,88,91,93,96]

2. TYRIMO METODIKA

2.1. Tyrimo planavimas ir organizavimas

Šis tyrimas buvo vykdomas nuo 2025 metų vasario iki 2025 metų kovo mėnesio. Tyrimo planavimas ir organizavimas vyko pagal 5 paveiksle nurodytus nuoseklius etapus:



5 pav. Nuoseklūs šio tyrimo proceso etapai

Su kiekvienu norinčiu dalyvauti dalyviu buvo susisiepta asmeniškai, norint aptarti jiems patogų laiką pokalbiui. Prieš pradedant individualų interviu, kiekvienam dalyviui suteikta detali informacija apie tyrimą, akcentuojant, jog pokalbis yra įrašomas diktafonu. Sutikus su tyrimo sąlygomis, gautas visų dalyvių (n=10) žodinis sutikimas. Interviu pradėti pagrindiniu teiginiu: papasakokite savo patirtį namų slaugoje, kuomet įtarėte pacientui demenciją ir (ar) kognityvinius sutrikimus. Tolimesnė interviu eiga vyko užduodant tiek pačios tyrėjos suformuluotus pusiau struktūruoto interviu klausimus (žr. 1 priedas), tiek laisvo pobūdžio klausimus, atsižvelgiant į pašnekovo patirties kontekstą ir turinį.

Interviu vyko ASPI, tyrimo dalyvių darbovietėse – įstaigų patalpose (kabinetuose, pasitarimų kambariuose), be pašalinių asmenų. Interviu buvo vykdomi 2025 m. vasario – 2025 m. kovo mėnesiais.

Mokslinės literatūros paieškai naudotos duomenų bazės: „PubMed” ir „Medline” bei specializuota informacijos paieškos sistema „Google Scholar”, pagal paieškos žodžius: pirminė sveikatos priežiūra, ankstyva demencijos diagnozė, demencija, kognityviniai sutrikimai, kognityvinis vertinimas, slaugytojas, namų paslaugas teikiantis slaugytojas, namų slauga (angl. *primary care*,

early dementia diagnosis, dementia, cognitive impairment, cognitive assessment, nurse, home care nurse, home care). Į literatūros apžvalgos turinį įtraukti ir temą atitinkantis Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerijos įsakymai: Nr. A1–492/V–836; Nr. V–591; Nr. V–852; Nr. V–1026; Nr. V–943 bei pagrindinis Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas Nr. I–552.

2.2. Tyrimo metodai ir priemonės

Taikytas kokybinis aprašomasis fenomenologijos (angl. *descriptive phenomenology*) tyrimo metodas, kurio esmė – kontekstas, patirtis, subjektyvumas, egzistencija, perspektyva ir prasmė. Taikant fenomenologinę metodologiją siekiama atskleisti reiškinių esmę, tiriant kaip savitas individas (mūsų tyrime – *slaugytojas, teikiantis paslaugas namuose*) sąmoningai patiria reiškinį iš savosios, subjektyvios perspektyvos (mūsų tyrime – *patirtis, įtariant pacientui demenciją*) [98]. Kitaip tariant, įžvelgiama kasdieninėse gyvenimo detalėse slypinti fenomeno esmė [99]. Pagrindinis tokio tyrimo metodo tikslas – yra aprašyti ne tik *kas* buvo patirta, bet ir *kaip* tai buvo patirta [100] paneigiant struktūrines prielaidas bei atskleidžiant subjektyvią patirtį [101]. Grindžiant pasirinkto tyrimo metodo tinkamumą šiam tyrimui, buvo atsižvelgta į fenomenologijos charakteristiką [98], kartu atsižvelgiant ar šie motyvai galėtų rasti sprendimo būdą išsikeltai mūsų tyrimo problemai spręsti [98,99,101,102]:

- **Pagrindinis klausimas** – fenomenologijoje keliamas pagrindinis klausimas – koks jūsų pirminis patyrimas? [101].
- **Holistinė perspektyva** – siekiama suprasti visą reiškinių esmę, atkreipiant dėmesį į detales, kurios gali tapti reikšmingomis [99]. Ieškomi tarpusavio ryšiai ir jų įtaka duomenims [98]. *Tinkamumas šio tyrimo problemai spręsti* – tiriant slaugytojų patirtį įtariant pacientams demenciją namų slaugos procese, kartu galima atskleisti ir sunkumus, su kuriais susiduria slaugytojas, siekiant įtarti demenciją pacientui.
- **Kontekstinė svarba** – akcentuojant aplinkybes ir aplinką, kurioje egzistuoja fenomenas, formuluojamos išvados tampa pagrįstos realiuoju pasaulio kontekstu [98]. *Tinkamumas mūsų tyrimo problemai spręsti* – slaugytojų patirties kontekste siekiama atskleisti slaugytojų veiksmus namų slaugos procese įtarus demenciją.
- **Aprašomasis akcentas** – aprašoma, o ne aiškinama patirtis [101].
- **Lankstumas** – norint visapusiškai ištirti patirtį, lankstumas leidžia pakeisti tyrimo kryptį (nuo vienos veiklos prie kitos) ir taip suprasti sudėtingus reiškinius [102].
- **Esmės išryškinimas** – sudėtingos problemos suskirstomos į bazinius elementus [99].

Duomenims rinkti taikytas kokybinis apklausos būdas – individualus, pusiau struktūruotas interviu. I. Gaižauskaitė ir N. Valavičienė tai apibūdina kaip sąveiką tarp suplanuoto tyrimo strategijos ir realaus tyrimo lauko (angl. *field*) [103]. Individualus (giluminis) interviu (angl. *in-depth*

interview) – tai kokybinis duomenų rinkimo būdas, kurio metu tyrėjas ir tiriamasis bendrauja individualiai [98]. Šia duomenų rinkimo priemone siekiama išgirsti ką dalyvis nori pasakyti, o ne ką tyrėjas nori arba tikisi, kad tiriamasis pasakytų [102]. Pusiaus struktūruotas interviu (angl. *semi-structured interview*) – tai interviu metodas, kuriuo duomenys renkami pagal iš anksto numatytas gaires, klausimynus, nesilaikant griežto klausimų eiliškumo [103], jis nesuvaržo tyrėjo ir suteikia lankstumą, leidžiantį gilintis į pašnekovo patirčių turinį, siekiant atskleisti netikėtų įžvalgų [98]. Šiam tyrimui naudotą pusiaus struktūruotą interviu sudaro trys pagrindinės dalys, tiesiogiai siejamos su išsikeltais tyrimo uždaviniais (žr. 1 priedą). Kiekvienas jų turi papildomo pobūdžio klausimus.

2.3. Tiriamųjų atranka

Dalyvių imtis sudaryta taikant vieną iš M. Q. Patton aprašytų tikslinės (angl. *purposive*) imties sudarymo būdų – „sniego gniūgžtės“ (angl. *snowball*) metodą [104,105]. Pirmiausia, tyrėjas pasirinko tyrimo įtraukimo kriterijus atitinkančius asmenis [99]. Surinkus duomenis, tyrime sudalyvavusio asmens buvo prašoma rekomenduoti tyrėjui kitą, galimą tyrimo dalyvį (slaugytoją, teikiantį paslaugas namuose), kuris galėtų pasidalinti savo patirtimi, kuomet pacientui įtarė demenciją namų slaugos procese [104]. Taigi, tokiu metodu imties tūris didėjo kaip sniego kamuolys [99], kartu kaupiantis naujai, turtingai informacijai [105].

Kad galėtų dalyvauti tyrime, būsimi dalyviai turėjo atitikti šiuos imties įtraukimo kriterijus:

1. Būti bendrosios praktikos slaugytoju (BPS), teikiančiu pacientams paslaugas jų namuose: ambulatorines slaugos paslaugas namuose (ASPN) arba paliatyvios pagalbos paslaugas namuose (PPPN).
2. Slaugytojas, teikiantis paslaugas namuose, yra nors kartą susidūręs su patirtimi, kuomet įtarė pacientui demenciją namų slaugos procese.
3. Savanoriškas sutikimas dalyvauti tyrime.

2.4. Tyrimo dalyvių charakteristika

Tyrime iš viso dalyvavo 10 asmenų, kurie atitiko visus imties įtraukimo kriterijus. Iš jų 9 moterys ir 1 vyras. Pabrėžiama, jog kokybinis, fenomenologijos tyrimas neturi griežto tiriamųjų tūrio nustatymo, kadangi čia svarbus ne statistinis apibendrinimas, o dalyvių patirčių duomenų turtingumas [101]. Todėl interviu buvo vykdomi iki to laiko, kol informacija ėmė kartotis ir nebe suteikė daugiau naudingos medžiagos tyrimo problemai spręsti [103]. Surinkus duomenis iš 10 dalyvių, buvo pasiektas informacijos prisisotinimo principas, todėl duomenų rinkimas buvo baigtas. 8 asmenys nebuvo įtraukti į tyrimo eigą, nes neatitiko įtraukimo kriterijų, t.y. 5 asmenys nesutiko dalyvauti

tyrime, 3 neturėjo patirties, susijusios su demencijos įtarimu pacientui namų slaugos procese. Tyrime dalyvavusių informantų socialdemografinės charakteristikos, įskaitant lytį ir darbo patirtį namų slaugoje, pateikiamos 2 lentelėje:

2 lentelė: Tyrimo dalyvių socialdemografinė charakteristika

Tyrimo dalyvio kodas	Socialdemografiniai duomenys	
	Lytis	Darbo patirtis namų slaugoje (metais)
<i>Slaug. 1</i>	Moteris	2
<i>Slaug. 2</i>	Moteris	2
<i>Slaug. 3</i>	Moteris	3
<i>Slaug. 4</i>	Moteris	2
<i>Slaug. 5</i>	Moteris	2
<i>Slaug. 6</i>	Vyras	6
<i>Slaug. 7</i>	Moteris	5
<i>Slaug. 8</i>	Moteris	5
<i>Slaug. 9</i>	Moteris	6
<i>Slaug. 10</i>	Moteris	3

2.5. Tyrimo etika

2024–10–25 gautas Vilniaus Universiteto Medicinos Fakulteto Mokslinių tyrimų etikos komiteto pritarimas Nr.(1.6 E)150000 S–729 (žr. 2 priedą). 2024–12–17 ir 2025–01–24 gauti raštiški dviejų ASPI vadovų sutikimai tyrimui atlikti. Atliekant tyrimui skirtų duomenų rinkimą buvo laikomasi mokslinės etikos reikalavimų, siekiant ne tik vadovautis etikos principais, bet ir tyrimo veiksmais nepažeisti tiriamojo ne tik kaip tyrimo dalyvio, bet kaip žmogaus pagrindinių teisių. Vadovaujantis A. Blaževičienės ir bendraautorių nurodymais, buvo laikomasi šių mokslinių tyrimų etinių principų [104]:

1. *Sąžiningumo principas* užtikrintas pateikiant tik objektyvius duomenis, o ne tyrėjui palankius rezultatus.
2. *Pagarbos žmogui principas* užtikrintas pripažįstant kiekvieno asmens nepriklausomą apsisprendimą dalyvauti arba nedalyvauti tyrime. Duomenų rinkimo metu atsižvelgta į kiekvieno dalyvio individualius interesus ir požiūrius.
3. *Nežalingumo principu* buvo siekiama nepadaryti žalos tiriamajam. Taikant individualius interviu, rizikos ar žalos tiriamieji nepatyrė arba jie buvo pateisinami minimaliai.

Slaugytojų interviu ir jo įrašymas į diktofoną galėjo sukelti mažus nepatogumus, susijusius su sugaištu laiku (25 – 40 min).

4. *Konfidencialumo ir anonimiškumo principas.* Interviu anoniminis, vardo, pavardės nebuvo klausama. Kiekvienam dalyviui suteiktas identifikacijos kodas (pvz.: slaug.1), o rezultatai skelbiami tik apibendrinti ir panaudoti tik magistro baigiamajam darbui. Siekiant apsaugoti asmenų identifikacijos galimybę, API pavadinimai nėra įvardinami. Užtikrinama kiekvieno dalyvio asmens duomenų apsauga. Ribojamas priėjimas prie duomenų: duomenys prieinami tik tyrėjui ir saugomi naudojant slaptažodžio apsaugą.
5. *Informuoto asmens sutikimo principas* užtikrintas prieš renkant duomenis tyrimo dalyviams suteikta reikalinga informacija apie tyrimą: pavadinimas, tikslas, anonimiškumo ir konfidencialumo užtikrinimo kriterijai, pokalbio įrašymo į diktofoną aspektas bei pabrėžta galimybė bet kada nutraukti dalyvavimą ir teikti duomenis tyrimui. Prieš renkant duomenis, gautas visų asmenų (n=10) laisva valia pareikštas žodinis sutikimas.

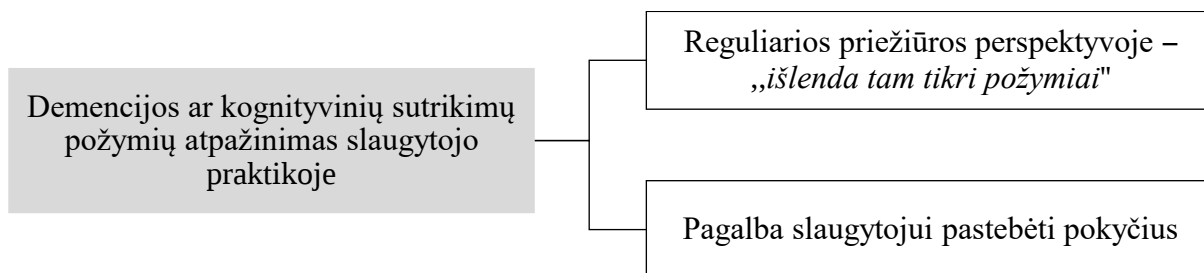
2.6. Tyrimo duomenų analizės metodas

Gautų tyrimo duomenų analizė atlikta pagal kokybinio turinio analizės metodą (angl. *qualitative analysis*). Tai nesutvarkytos tekstinės medžiagos struktūravimas, klasifikavimas pagal kokybinę perspektyvą [103]. Anot M.Q. Patton, nėra nustatytos teisingos formulės kaip transformuoti empyrinius interviu duomenis į išvadas. Gairės ir kryptis yra, bet galutinis tikslas lieka unikalus pačiam tyrėjui [106]. Individualių (giluminių) interviu trukmės siekė nuo 23 iki 35 minučių. Bendra, susumuota visų interviu trukmė – 4 val. 10 min. Iš viso buvo transkribuoti 52 puslapiai (A4 formato, 12 nr. šrifto) teksto. Kiekvienas interviu tekstas buvo skaitomas mažiausiai kelis kartus, siekiant įsigilinti į patirčių turinį. Pažymint išskirti su tyrimo problema susiję teiginiai t.y. patirties prasminiai vienetai – raktiniai žodžiai, žodžių junginiai, sakiniai, frazės, pastraipos. Jungiant išskaidytus duomenis, patirties prasminiai vienetai sugrupuoti išskiriant subkategorijas, kiek vėliau į suformuotas kategorijas [102,103]. Bendroje tyrimo rezultatų struktūroje gautos trys temos, joms priskiriant devynias kategorijas, kurių kiekviena išskaidyta į jas apibūdinančias subkategorijas. Siekiant patikrinti temų ir potemių tikslumą analizės rezultatai aptarti su baigiamojo darbo vadovu ir konsultantu. Be to, reikšminga akcentuoti, jog kokybinio turinio analizės rezultatų patikimumą užtikrino šio tyrimo rezultatų palyginimas su panašaus tipo tyrimais, atliktais užsienio šalyse (žr. rezultatų aptarimo dalyje).

3. REZULTATAI

3.1. Demencijos ir kognityvinių sutrikimų požymių atpažinimas slaugytojo praktikoje

Analizuojant informantų patirtis, pirmiausia, buvo siekiama išsiaiškinti kokius kognityvinius sutrikimus ar demencijos požymius slaugytojas atpažįsta pacientui namų slaugos procese. Pastebėta, kad šių sutrikimų atpažinimą slaugytojo praktikoje lemia galimybė teikti reguliarią paciento priežiūrą arba pasitelkimas pagalba. Taigi, šiai temai buvo išskirtos dvi kategorijos (žr. 6 paveikslė).



6 pav. Tema „Demencijos ir kognityvinių sutrikimų požymių atpažinimas slaugytojo praktikoje“ ir ją atskleidžiančios kategorijos

3.1.1. Reguliarios priežiūros perspektyvoje – „išlenda tam tikri požymiai“

Tyrimo dalyviai atkreipė dėmesį, kad reguliari priežiūra, suteikianti galimybę ilgainiui lankytis paciento namuose, slaugytojams sudaro išskirtines sąlygas pastebėti subtilius, tačiau ilgainiui ryškėjančius demencijos ar kognityvinių sutrikimų požymius: Slaug.1: „<...> tas toks nuolatinis lankymasis, tu matai tą pasikeitimą žmogaus <...>.“ Slaug.5: „Kuo daugiau laiko praleidau su paciente, tuo labiau pradedi pastebėti ką kalba apie tam tikras temas. Na ir išlenda tam tikri požymiai ir pradedi pastebėti.“ Slaug.6: „<...> slaugytojas dažniausiai ir pamato lankydamas pacientus arba gali įtarti tam tikrą kognityvinį sutrikimą.“ Taigi, grupėmis išskirti, išryškėję kognityvinių sutrikimų ir demencijos požymiai, kuriuos atpažįsta slaugytojas reguliarios paciento namų priežiūros kontekste, pateikiami 3 lentelėje, pagrindžiant interviu dalyvių citatų teiginiais:

3 lentelė: Kategorija „reguliarios priežiūros perspektyvoje – „išlenda tam tikri požymiai“ ir jos subkategorijas citatomis pagrindžiantys teiginiai

Kategorija	Subkategorija	Pagrindžiantys teiginiai
Reguliarios priežiūros perspektyvoje – „išlenda tam tikri požymiai“	Atminties pokyčiai	Slaug.5: „<...> pastebėjau pagrinde dėl atminties sutrikimų.“ Slaug.8: „Daugiausiai užmirštumas didėja.“
	Mąstymo pokyčiai	Slaug.8: „Kartais sutrinka mąstymas <...>.“ Slaug.10: „Tas mąstymas sutrikęs buvo.“

3 lentelė (tęsinys): Kategorija „reguliarios priežiūros perspektyvoje „išlenda tam tikri požymiai“ ir jos subkategorijas citatomis pagrindžiantys teiginiai

Kategorija	Subkategorija	Pagrindžiantys teiginiai
Reguliarios priežiūros perspektyvoje – „išlenda tam tikri požymiai“	Elgesio pokyčiai	Slaug.1: „<...> pastebiu pasikeitimus paciento elgesyje.“
	Nuotaikos pokyčiai	Slaug.2: „<...> tie nuotaikų pokyčiai labai matosi ir jie tikrai atrodo pradeda ryškėti.“ Slaug.4: „<...> greičiau įtariu kažkokius nuotaikų sutrikimus.“
	Orientacijos pokyčiai	Slaug.8: „<...> stebimas paciento nesiorientavimas erdvėje.“ Slaug.10: „<...> tiesiog jinai nelabai orientuojasi.“
	Kasdieninės veiklos pokyčiai	Slaug.7: „<...> tos veiklos sutrikimas kasdieninės ir kėlė rūpestį ir vertė sunerimti.“

3 lentelėje pateikti duomenys rodo, jog atminties, mąstymo, elgesio, nuotaikos, orientacijos ir kasdieninės veiklos pokyčiai yra pagrindiniai kognityviniai sutrikimai, kuriuos slaugytojai įvardina įtardami demenciją pacientui. Analizuojant įvardintus atminties sutrikimus, dalis tyrimo dalyvių juos išvelgė per ilgai nutrauktą vaistų vartojimo rutiną: Slaug.1: „<...> jau ir turėjo būti suvartoję vaistus, bet dar tų vaistų yra likę.“ Slaug.7: „<...> pamiršdavo kokius ir kodėl vaistus geria.“ Slaug.8: „<...> neatsimena ar gėrė vaistus.“ Slaug.10: „<...> ne visada prisimena ar gėrė vaistus.“ Kita dalis slaugytojų atminties sutrikimą pacientui siejo su neseniai patirtų įvykių užmiršimu – trumpalaikės atminties pokyčiu: Slaug.2: „<...> nebe prisimena, kad ji jau skambino prieš 2 minutes.“ Slaug.3: „Neprisimena tiesiog neseniai buvusių įvykių.“

Pastebėta, jog interviu dalyviams ilgalaikis, reguliarus bendravimas su pacientu leido pastebėti aiškiai išreikštus mąstymo sutrikimus. Slaugytojai atkreipė dėmesį, jog pacientams buvo sudėtinga suprasti jų pateiktą informaciją arba jie kalbėdavo temomis, nesusijusiomis su pokalbio kontekstu: Slaug.1: „<...> papasakoji ir nesupranta sudėtingesnių sakinių <...>.“ Slaug.2: „<...> žmogus pradeda šnekėti apie visiškai neaktualius dalykus ir ne apie tai, apie ką mes šnekam <...>.“ Slaug.8: „<...> pasakymas ne į tą pusę, šnekama ir visiškai apie Dievą praktiškai.“ Tam tikros situacijos informantams leido išvelgti paciento įprastų aplinkybių, situacijų suvokimo trūkumą, glaudžiai siejamą su mąstymo sutrikimu: Slaug.7: „Eina miegoti su rūbais arba atvirkščiai, visą dieną vaikšto su miego rūbais.“ Slaug.8: „<...> kateterį nupjauna su peiliu arba su žirkle, jinai nesupranta, kam jis reikalingas <...>.“ Mąstymo, atminties ir suvokimo sutrikimus lydėjo specifiniai elgesio pokyčiai, kurių metu pacientai tapdavo agresyvūs: Slaug.1: „<...> pradėjo pamiršti, tai agresyvus, piktesnis pasidarė.“ Slaug.3: „<...> neranda ir panikuoti pradeda, agresyvūs pasidaro.“ Be to, pasakojant apie įtariamus demencijos požymius pacientui, tiriamieji, akcentavo išvelgtus, aiškius nuotaikos svyravimus, susijusius su padidėjusiu jautrumu, dažna nuotaikų kaita: Slaug.9: „<...>

pastebėjau, kad jautrumas padidėjęs.“ Slaug.10: „Nuotaika pasikeitė turbūt dešimt kartų: buvo verksmo, buvo džiaugsmo, buvo liūdesio <...>.“

Patirčių analizė atskleidė kitą kognityvinių sutrikimų simptomų grupę, kurią tiriamieji išvelgė – tai orientacijos pokyčiai. Slaugytojai pacientų dezorientaciją laike ir erdvėje stebėjo, kuomet asmenys negalėjo tiksliai įvardyti esamos dienos, mėnesio ar savo buvimo vietos: Slaug.1: „<...> pacientas negali įvardinti dienos, negali įvardinti tikslios erdvės kur yra <...> pasimeta dienoje, metuose <...>.“ Slaug.5: „Nežinodavo kokia yra savaitės diena, nežinodavo koks yra mėnesis.“ Slaug.6: „<...> pacientai nesuprasdavo aplinkos, kurioje jie yra, nesuvokdavo laiko, įsivaizduodavo, kad jie, yra jauni <...>.“ Slaug.10: „<...> ne visada supranta, ar jisai yra savo namuose, ar jisai yra kažkur atėjęs į polikliniką.“ Galiausiai, dalyviai pabrėžė, jog reguliariai pastebimi kasdieninės veiklos pokyčiai, kuomet pacientai mažiau rūpinosi asmenine higiena ar tvarka namuose: Slaug.3: „<...> pradeda palaipsniui trūkti savirūpos.“ Slaug.7: „Tvarkymasis tampa mažiau svarbus <...>.“ Slaug.10: „<...> pastebėjau, kad rečiau dantis išsivalo, o tą darydavo kasdien.“

3.1.2. Pagalba slaugytojui pastebėti pokyčius

Toliau analizuojant slaugytojų įtariamus kognityvinius sutrikimus ar demencijos požymius pacientui, jų pasakojimai taip pat atskleidė, jog siekiant atkreipti dėmesį į galimą demenciją svarbu remtis artimųjų pastebėjimais ir pasinaudoti kryptingą pagalbą teikiančiais, orientaciniais klausimais. Remiantis informantų patirtimis, šioje kategorijoje išskirtos dvi subkategorijos (žr. 4 lentelę).

4 lentelė: Kategorija „pagalba slaugytojui pastebėti pokyčius“ ir jos subkategorijas citatomis pagrindžiantys teiginiai

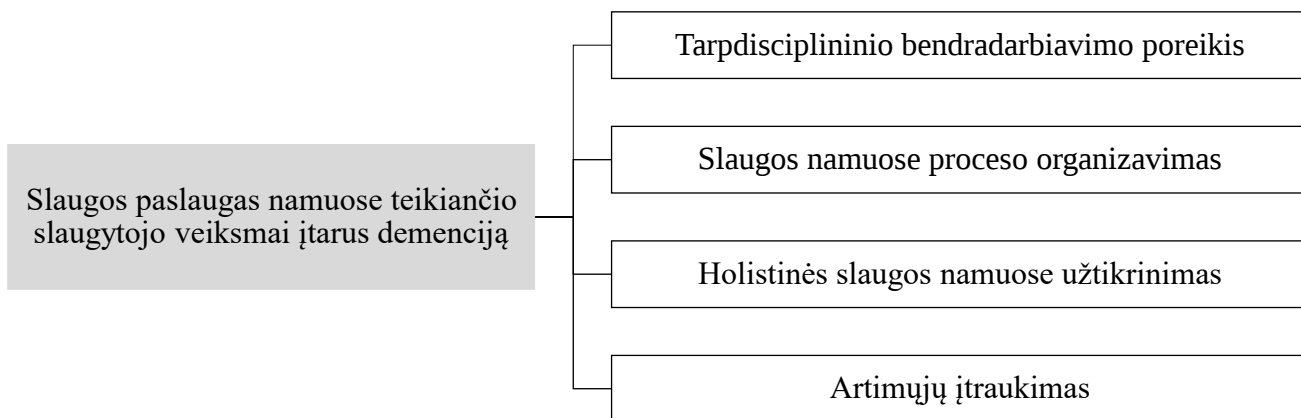
Kategorija	Subkategorija	Pagrindžiantys teiginiai
Pagalba slaugytojui pastebėti pokyčius	Artimųjų pastebėjimai	Slaug.1: „Dar pasiklausiu ar artimieji kažką pastebėjo.“ Slaug.3: „Su artimaisiais bendradarbiauju. <...> pasiteirauji kada pastebėjo tuos požymius demencijos.“ Slaug.4: „<...> uždaviau kelis klausimus pacientės artimajam.“ Slaug.7: „Pasiteirauju artimųjų, kaip jis elgėsi pastaruoju metu <...>.“ Slaug.10: „<...> užklausiu dukros, ar čia dažnai taip būna ir čia gal iš susijaudinimo <...>.“
	Klausimynų naudojimas	Slaug.1: „<...> tuos klausimus užduodu kaip laike orientuojasi, kaip erdvėje.“ Slaug.6: „Kontroliniai klausimai padeda išduoti paciento tam tikrą būklę.“ Slaug.9: „<...> užduodu tuos tokius orientacinius klausimus. <...> tie klausimai yra iš MMSE skalės.“

Remiantis 4 lentelėje pateiktomis citatomis, galima teigti, jog informantams artimųjų pastebėjimai yra svarus pagalbos šaltinis renkant ar papildant informaciją dėl paciento kognityvinių funkcijų pokyčių. Svarbiausia dėl to, kad jie turi artimą ryšį ir dažnu atveju paciento nuolatinę stebėseną jam įprastoje, namų aplinkoje. Todėl geba pamatyti subtilius elgesio, atminties ar orientacijos pokyčius kasdieninės veiklos kontekste, galinčius sufleruoti demencijos atsiradimą: Slaug.3: „<...> jie [artimieji] nu didžiąją laiko dalį būna su tuo pacientu ir jie pastebi tuos požymius.“ Slaug.9: „<...> asmenys, kurie gyvena su pacientu, ir pareiškė, kad kažkaip tai ne taip su pacientu bendravimas, kažką pamiršta, kažką nesupranta.“ Tuo pačiu, paciento artimųjų pastebėjimai ir įžvalgos yra itin reikšmingi slaugytojui, norint argumentuoti įtarimus dėl galimos demencijos pacientui: Slaug. 1: „Na artimieji būna patys pasako, kad kažkas ne taip. Na arba paklausiu ir jie patvirtina tokius įtarimus dėl užmarštumo atsiradusio.“ Slaug.5: „<...> artimieji gali pasakyti kaip ta bendra būklė prastėja ir pagal tai galiu spręsti, kad jau galima pastebėti dėl demencijos jį.“

Tam tikrais atvejais slaugytojai naudojo kitas, pagalbą teikiančias priemones t.y. orientacinius, pavienius klausimus, kurie leido objektyviai nustatyti kognityvinius sutrikimus: Slaug.5: „<...> klausimai integruoti, galima susieti juos su tokiais demencijos simptomais. Tai jie na iš tikrųjų sufleruoja specialistui ir padeda atpažinti demenciją.“ Daliai informantų slaugos paslaugų poreikių nustatymo klausimynas [1], kurį privalo pildyti slaugytojas esant paciento būklės pokyčiui, tapo pagalbine priemone, padedančia pagrįsti kognityvinius sutrikimus įtariant demenciją: Slaug.1: „<...> jei yra kažkoks įtarimas <...> atlieku visą slaugos poreikių perversinimą ir būtent tuos klausimus užduodu kaip laike orientuojasi, kaip erdvėje.“ Slaug. 5: „<...> tas slaugos poreikių klausimynas turi tokių klausimų, kur galima ne diagnozuoti, bet bent jau įtarti, kad yra tam tikrų kognityvinių, su demencija siejamų simptomų.“ Slaug.7: „<...> turim slaugos poreikių nustatymo klausimyną, kurio dalis taip pat yra kognityvinės funkcijos: apie atmintį, savęs suvokimą, sprendimų priėmimą, gebėjimą priimti.“ Kita vertus, dalyviai pasakoja, jog savo iniciatyva naudojo specializuotas kognityvinių funkcijų vertinimui skirtas skales, tokias kaip MMSE ar Adenbruke. Nors slaugytojų veiklą reglamentuojantys teisės aktai [1,77,78] nenustato privalomojo jų naudojimo, tačiau tai jiems suteikė aiškumo ir konkretumo vertinant: Slaug. 6: „Naudoju Adenbruko, MMSE skales.“ Slaug.9: „<...> atliktum tada MMSE vieną kartą per metus, atrastum ir pastebėtum tuos skirtumus.“

3.2. Slaugos paslaugas namuose teikiančio slaugytojo veiksmai įtarus demenciją

Atsižvelgiant į antrąjį tyrimo uždavinį, buvo siekiama identifikuoti kokių veiksmų namų priežiūros procese imasi slaugytojai, pastebėję kognityvinius sutrikimus ar demencijos požymius pacientams: Slaug.1: „Ėmiausi veiksmų, aišku, <...>.“ Atlikus patirčių analizę šiai temai, buvo išskirtos keturios kategorijos (žr. 7 paveikslė):



7 pav. Tema „Slaugos paslaugas namuose teikiančio slaugytojo veiksmai įtarus demenciją“ ir ją atskleidžiančios kategorijos

3.2.1. Tarpdisciplininio bendradarbiavimo poreikis

ASPN komandą sudaro įvairių disciplinų sveikatos priežiūros specialistai, įskaitant slaugytoją (BPS, IPS, bendruomenės ar psichikos sveikatos), slaugytojo padėjėją, kineziterapeutą ir ergoterapeutą [1], kurie taip pat betarpiškai bendradarbiauja su pacientą gydančiu gydytoju. Tai lėmė, kad slaugytojams kalbant apie namų priežiūros veiksmus, kurių ėmėsi įtarus demenciją pacientui, buvo reikšminga išskirti komandos narius ir jų aktyvų įtraukimą į priežiūros planą, siekiant užtikrinti sklandžią ir tęstinę paciento priežiūrą. Taigi, atsižvelgiant į tai šioje kategorijoje išskirtos dvi subkategorijos (žr. 5 lentelėje):

5 lentelė: Kategorija „tarpdisciplininio bendradarbiavimo poreikis“ ir jos subkategorijas citatomis pagrindžiantys teiginiai

Kategorija	Subkategorija	Pagrindžiantys teiginiai
Tarpdisciplininio bendradarbiavimo poreikis	Komandos narių informavimas	Slaug.1: „ <i>Kas priskirta į komandą, tai visiems pasakau, kad atkreiptų dėmesį.</i> “ Slaug.10: „ <i><...> įspėji savo komandos narius <...>.</i> “
	Komandos narių įtraukimas	Slaug.7: „ <i>Įtraukti kitus komandos narius, ambulatorines slaugos paslaugas namuose kurie teikia <...>.</i> “

Slaugytojams vienas iš prioritetinių tarpdisciplininio bendradarbiavimo veiksmų yra – komandos narių informavimas. Dėl pastebėtų paciento kognityvinės funkcijos pokyčių, slaugytojai, pirmiausia, informuodavo šeimos gydytoją: Slaug.1: „*<...> susisiekiu su šeimos gydytoja ir pasakau, kad man kelia įtarimų, neramina tokie simptomai.*“ Slaug.2: „*<...> šeimos gydytojai perduoti tą informaciją <...> vizito metu ką pamačiau, tuos savo pastebėjimus <...>.*“ Slaug.6: „*<...> informavome šeimos gydytoją, kuris spręs toliau dėl tolimesnės paciento priežiūros, gydymo ir diagnozavimo.*“ Slaug.10: „*<...> paskambinau šeimos gydytojai <...>.*“ Tyrimo dalyviai taip pat

nurodė, kad apie paciento pažinimo funkcijos pokyčius informavo ir kitus, įtrauktus į ASPN komandą narius, kadangi tokie pokyčiai turėjo įtakos teikiamai jų priežiūrai: Slaug.2 „<...> *slaugytojo padėjėja ar kitas komandos narys, aš jam jau visada prieš atvykimą pranešu, kad yra tokia situacija ir reikia šiek tiek elgtis atsargiau ir atkreipti dėmesį bendraujant su pacientu* <...>.“ Slaug.10: „<...> *pranešiau [slaugytojo padėjėjai], kad yra tokios problemos, kad galimai neišgeria vaistų* <...>.“

Komandos narių informavimą sekė kitas veiksmas – bendradarbiavimas siekiant jų įtraukimo į priežiūros planą: Slaug.6: „<...> *komanda nusprendžia kokių veiksmų imsis, kokios jam priežiūros reikia*.“ ASPN komandos narių įtraukimas slaugytojui leido efektyviai paskirstyti atsakomybes, padėjusias išlaikyti paciento individualius poreikius atitinkančią priežiūrą net ir pakitus jo kognityvinei būklei: Slaug.2: „<...> *tai bandau juos [komandos narius] įtraukti į pasikeitusią higienos pagalbą ir priežiūrą*.“ Slaug. 8: „<...> *bendradarbiaujame su socialiniais darbuotojais, nes jie daugiausiai tam dėmesio suteikia* <...>, *kad ją sutvarkyti, pasižiūrėti, pamokyti*.“ Slaug.9: „<...> *geriatriei paskambinau, kad nuvyktų vizitui į namus ir prisidėtų iš savo pusės*.“

3.2.2. Slaugos namuose proceso organizavimas

Kiekvienoje darbinėje veikloje būtinas darbo proceso sistemingas organizavimas – tiek norint pasiekti gerus rezultatus, tiek užtikrinant sklandų ir tęstinį darbo procesą, nepaisant atsirandančių ar atsirasiančių pokyčių. Ne išimtis ir slaugytojo profesinė veikla, kuri reikalauja organizuoti namų slaugos procesą, atkreipiant dėmesį į pakitusią paciento būklę (įskaitant kognityvinę funkciją). Atsižvelgdami į tai, tyrimo dalyviai išskyrė dokumentavimo, darbinės veiklos planavimo principų ir priežiūros tęstinumo poreikio svarbą (žr. 6 lentelę).

6 lentelė: Kategorija „slaugos namuose proceso organizavimas“ ir jos subkategorijas citatomis pagrindžiantys teiginiai

Kategorija	Subkategorija	Pagrindžiantys teiginiai
Slaugos namuose proceso organizavimas	Dokumentacija	Slaug.1: „<...> <i>viską aprašau, dokumentuoju pastebėjimus tokius</i> <...>.“ Slaug.6: „ <i>Tai vienareikšmiškai buvo dokumentuota</i> .“ Slaug.10: „<...> <i>viską dokumentuoji ir įkeli į sistemą</i> .“
	Darbo veiklos planavimas	Slaug.4: „<...> <i>dėl to na turėjau ir aš kažkaip organizuoti, planuoti savo darbą</i> <...>.“
	Priežiūros tęstinumo poreikis	Slaug.10: „<...> <i>reguliarus būklės stebėjimas buvo labai reikalingas</i> .“

Slaugytojai išskyrė, jog esant paciento kognityvinės būklės pokyčiui ar įtarus demenciją pacientui, reikalingas detalus situacijos aprašymas dokumentuojant: Slaug.3: „<...> *atžymiu ar tai turi kažkokių atminties sutrikimų*.“ Slaug.9: „*Jeigu matau, kad tai yra įtarimas tikrai demencijos*

tai <...> dokumentuoju.” Jie nurodo, jog tokio pobūdžio informaciją registruoja elektroninėje sveikatos sistemoje, naudojant slaugos paslaugų poreikio vertinimo klausimyną [1]: Slaug.8: „<...> visus tokius va pastebėjimus dokumentuojam „esveikatoje“, E025 formoje.“ Slaug. 5: „Ir taip pat mūsų formoje, kurią pildome į „esveikatą“ <...>.“ Slaug.9: „<...> įkeli tą informaciją į „esveikatą“, kad aš čia įvertinau <...>.“ Pasak tiriamųjų, toks dokumentavimas paremtas ne tik tiesiogine darbo atsakomybe, bet ir šeimos gydytojo viena iš informavimo formų, kad jis galėtų atkreipti dėmesį į pastebėjimus dėl pakitusios paciento kognityvinės funkcijos ir esant poreikiui imtis atitinkamų, tolimesnių veiksmų, įskaitant ankstyvąją diagnostiką: Slaug.1: „<...> aprašai būklės vertinime, kur gydytojai turi prieigą <...>. Būna parašyta iš slaugytojo anamnezės ir surašo tuos punktus ką būni pats aprašęs į ką atkreipti dėmesį.“ Slaug.8: „Tai visada kažką pastebėjusi aš aprašau, kad va tokie įrašai būtų, kad gydytoja galėtų ten pasižiūrėti.” Slaug. 10: „<...> kai vertinu pacientės pakitusią protinę būklę, tai šitą viską dokumentuoju. Ir viską mato šeimos gydytojas.“

Įtarus galimą demenciją pacientui, informantai jautė poreikį koreguoti darbinę dienotvarkę. Keletą jų nurodė, jog buvo reikalingas ilgesnis vizito laikas arba papildomi vizitai, siekiant detalesnio kognityvinių funkcijų analizavimo: Slaug.1 „<...> jei reikia, na pavėlinu laikus ir ilgiau užtrunku pas tą pacientą <...>.“ Slaug.5: „<...> jei matai poreikį paskiri vietoj vieno vizito, paskiri du <...>.“ Slaug.6: „Ar jam reikia dažnesnių vizitų, galbūt jam reikia vizito analizei. Tai šitas <...> prisideda prie papildomų vizitų pas pacientą ir darbo organizavimo biški kitaip.“ Slaug.7: „Nusprendžiau, taip pat sudarant slaugos planą, dažniau lankytis pas pacientą.“ Keletai tyrimo dalyvių teko planuoti būsimą vizitą taip, kad pacientui nesukeltų netikėtos reakcijos į jų atvykimą: Slaug.1 : „<...> kai derini vizitą, paskambini ir pasakai, kad būtinai pasižymėkite vat dabar, kad aš atvyksiu ir dar paskambinu prieš atvažiuojant.“ Slaug.4: „<...> numatyti, kad galbūt kils nesklandumų kažkokių ir sekančiu vizitu dėl manęs nepriėmimo <...>.“ Slaug.5: „Aš kiekvieną rytą tikrai eidavau tuo pačiu laiku, kad jai nesukelčiau to tokio sumišimo.“

Dėl paciento kognityvinės būklės pokyčio tiriamieji slaugos procesą organizavo taip, kad galėtų realizuoti tolimesnę ir nepertraukimą paciento stebėseną: Slaug. 9: „<...> pas tą pacientę mes po šiai dienai susitarėm lankytis dar dviem savaitėm.“ Pabrėždami priežiūros tęstinumo poreikį, jį įgyvendindavo kontroliniais vizitais, kurių tikslas buvo įvertinti ir palyginti pacientų kasdieninės veiklos atlikimo galimybes: Slaug. 1: „<...> stengiuosi <...> bet kartą per savaitę nuvykti ir sužiūrėti, kad tikrai vartotų taisyklingai tuos vaistus.“ Slaug. 3: „<...> nuvykti vėl po savaitės su mintim, kad reikia patikrinti ir matai, kad vėl su tais pačiais drabužiais <...>.“

3.2.3. Holistinės slaugos namuose užtikrinimas

Slaugos teikimas namuose yra orientuotas ne tik į fiziologinius poreikius, bet ir į visapusišką socialinės, fizinės, dvasinės ir psichologinės gerovės tenkinimą – holistinės slaugos užtikrinimą.

Teikiant priežiūrą paciento namuose šis požiūris yra itin svarbus, ypač kuomet susiduriama su ryškėjančiais kognityviniais sutrikimais. Atsižvelgiant į tyrimo dalyvių patirtis, tokiais atvejais slaugytojai išreiškia poreikį ne tik bendradarbiauti ar organizuoti darbo procesą (kaip aptarta anksčiau minėtose kategorijose), bet ir užtikrinti paciento visapusišką priežiūrą, paremtą holistine perspektyva (žr. 7 lentelę):

7 lentelė: Kategorija „holistinės slaugos namuose užtikrinimas“ ir jos subkategorijas citatomis pagrindžiantys teiginiai

Kategorija	Subkategorija	Pagrindžiantys teiginiai
Holistinės slaugos namuose užtikrinimas	Individualių poreikių užtikrinimas	Slaug.1: „ <i>O tas veiksmų planas vėlgi labai individualiai.</i> “
	Pažinimo funkcijų gerinimas	Slaug.7: „ <i><...> skatinti tą patį protinį aktyvumą, kiek tai įmanoma.</i> “
	„Psichologo vaidmuo“	Slaug.1: „ <i>Aš bandau nuraminti, tai gaunasi toks kaip psichologo vaidmuo <...>.</i> “ Slaug.7: „ <i><...> galime nuraminti ir paaiškinti pacientui kas darosi <...>.</i> “ Slaug.9: „ <i>Stengiuosi nuraminti <...>.</i> “
	Saugios aplinkos užtikrinimas	Slaug.7: „ <i><...> svarbu užtikrinti paciento tą pačią saugią aplinką.</i> “ Slaug.9: „ <i><...> kad pacientui būtų saugu <...>.</i> “

Kalbant apie individualių poreikių patenkinimą pacientui, turinčiam kognityvinių sutrikimų, informantai išskyrė, kad vienas aktualiausių yra – tinkamas vaistų vartojimo užtikrinimas. Pasak tyrimo dalyvių, pasireiškę atminties sutrikimai darė įtaką paciento gebėjimui tinkamai ir laiku vartoti kasdieninius medikamentus, todėl siekdami to išvengti ėmėsi veiksmų, kaip pavyzdys, dėlioiant vaistus į dėžutes: Slaug.1: „*<...> sudėjome vaistus savaitei <...>. <...> ant lapo užrašiau, kad žymėtų ir tikrai išgertų tuos vaistus.*“ Slaug.5: „*<...> svarbu pasižiūrėti kokius vaistus vartoja, pasirūpinti, kad juos vartotų. Na tai sudėdavau visai savaitei.*“ Slaug.10: „*Tai visada paaiškindavau ir sudėdavau [vaistus] į dėžutes, matomąj vietoj.*“ Kita dalis tiriamųjų pažymėjo, jog sutrikus atminčiai svarbu užtikrinti paciento fiziologinius poreikius t.y. mitybą: Slaug.6: „*Pasirūpinti, kad pacientas būtų tikrai pavalgęs <...>.*“ Slaug. 7: „*Užtikrinti tą pačią mitybą, skysčių vartojimą <...>.*“ Slaug.9: „*<...> tai tikrai tenka ir pamaitinti <...>.*“ Slaugytojai išreiškė poreikį gerinti paciento pažinimo funkcijas. Pirmiausia, sudarant dienos planą pacientui: Slaug.7: „*Tą pačią darbotvarkę kažkokią tai dienos nusistatyti <...>.*“ Antra, informaciją pateikiant paprasčiau, kad pacientas galėtų ją lengvai pasiekti ir ja pasinaudoti: Slaug.5: „*<...> stengdavau si tą informaciją surašyti į vieną vietą – į tą knygelę.*“ Slaug.7: „*<...> surašyti ant lapelių, tarkim, ką po ko daryti.*“ Slaug. 8: „*Mums reikia išdėstyti viską kaip vaikui.*“

Holistiniu požiūriu svarbi ir psichologinė žmogaus gerovė, todėl slaugytojams teko keisti bendravimo būdą su pacientu, siekiant nesukelti agresyvaus elgesio: Slaug.2: „<...> bendravimas pasikeičia iš mano pusės su pacientu. Ypač kai tu žinai, kad net menkiausias pasakytas ne tas žodis gali jį išprovokuoti kažkokiam agresyvesniam poelgiui.“ Slaug.3: „Tiesiog reikia atsargiai bendrauti neperžengiant ribų.“ Kita vertus, informantai iš dalies sau priskyrė psichologo vaidmenį, kadangi teko imtis įkalbinimo, motyvaciją skatinančių veiksmų: Slaug. 1: „Na kažkaip bandai gražiai sužaist, kad tą pacientą įkalbinti, kad na jum čia gal gydymą reikia pakoreguoti.“ Slaug.4: „<...> bandau užmotyvuoti šitą pacientą. Paaiškinau, kad kitiems tikrai būna dar blogiau nei jam <...>.“

Informantai pabrėžė, jog svarbu kurti saugią namų aplinką sergančiajam. Tam tikrais atvejais slaugytojai patys ėmėsi konkrečių veiksmų, siekiant užtikrinti orientacijos ar atminties sutrikimų turinčio paciento saugesnę namų aplinką: Slaug. 5: „Tai kilimus pašalinau, aštrių kampų, kad nebūtų ir nesusižeistų.“ Slaug. 9: „<...> priemonių medicinos įvairių parinkimas, kad pacientui būtų saugu ir jis neiškristų iš lovos <...>.“ Slaug.10: „<...> pamokinau, kad visur, kur įmanoma pacientė galėtų praeiti ir baldai netrukdytų ir nesusižeistų jiniai.“ Kita vertus, slaugytojai siekė pranešti artimiesiems apie būtinybę pritaikyti namų aplinką, kad ji būtų kuo saugesnė pacientui: Slaug.8: „<...> artimųjų paprašai, kad nupirktų mikrobangų krosnelę vietoj dujinės [viryklės].“ Slaug.10: „<...> rekomenduoju [artimiesiems] ten tuos visus kilimus pakeist <...>.“

3.2.4. Artimųjų įtraukimas

Slaugos paslaugų teikimas paciento namuose sunkiai įgyvendinamas be artimojo vaidmens. Svarbiausia, dėl galimybės teikti nepertraukiamą priežiūrą, paremtą artimojo santykiu t.y. pasitikėjimu: Slaug.5: „<...> šeimos nariai juos pažįsta, jais pasitiki ir jie daugiausiai to laiko gali skirti <...>.“ Tad slaugytojai, kalbėdami apie namų priežiūros veiksmus įtarus demenciją, akcentavo jų vaidmens svarbą. Pirmiausia, juos aktyviai įtraukiant į priežiūros procesą, antra, teikiant informaciją apie tolimesnius veiksmus ar priežiūros aspektus. Atsižvelgiant į tai, šiai kategorijai suformuotos dvi subkategorijos (žr. 8 lentelėje):

8 lentelė: Kategorija „artimųjų įtraukimas“ ir jos subkategorijas citatomis pagrindžiantys teiginiai

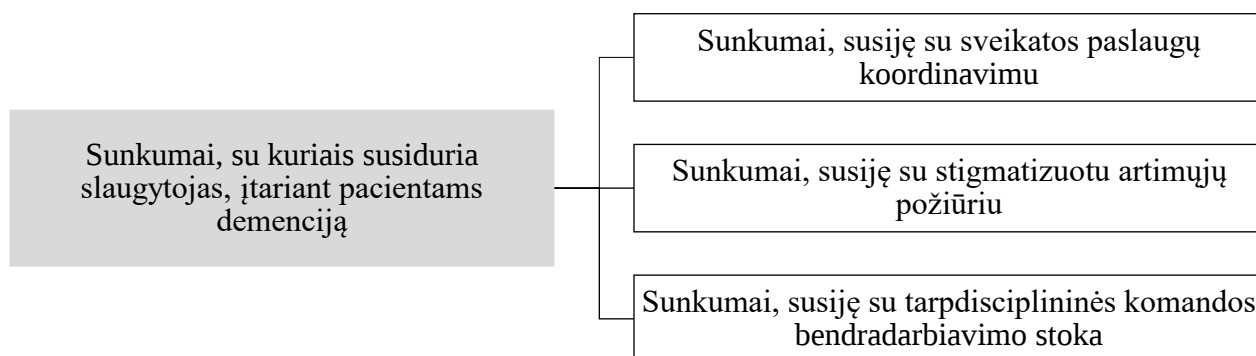
Kategorija	Subkategorija	Pagrindžiantys teiginiai
Artimųjų įtraukimas	„Idarbini artimuosius“	Slaug.3: „Paprašai artimųjų, kad pasirūpintų <...>.“ Slaug.5: „<...> buvo labai svarbu šeimos įsitraukimas.“
	Artimųjų informavimas	Slaug.2: „Tai dažnai tenka tą funkciją ir informavimo atlikti <...>.“ Slaug.7: „Ir paaiškini artimiesiems kokių reikėtų imtis veiksmų <...>.“

Rezultatai atskleidžia, kad slaugytojas stengiasi įtraukti šeimos narius į nepertraukiamą priežiūros procesą, kad būtų užtikrinti pagrindiniai paciento fiziologiniai poreikiai, kurių savarankiškas patenkinimas negali būti įgyvendintas dėl atsiradusių kognityvinių funkcijų sutrikimo: Slaug.8: „<...> artimiesiems sakai, kad nu reikalinga pastovi jūsų priežiūra namuose, nes reikia pagirdyti, pamaitinti. Nes jis pats tai nebegali jau.“ Kita vertus, slaugytojai siekė paskatinti šeimos narius įsitraukti į paciento vaistų kontrolės priežiūrą: Slaug.3: „<...> artimuosius paskatinam, kad paaiškintų, pasakytų, kad vaistus jau išgėrei, jau nereikia tau jų gerti, nes jie neatsimena gėrė ar negėrė.“ Slaug.9: „Nes prašai, skambini sūnui, kad ateitų ir pasakytų, kad ji išgertų vaistus.“ Aktualus ir higienos užtikrinimas, kuris kai kuriems pacientams tapo sunkiai įgyvendinamas, todėl buvo reikalinga artimųjų pagalba: Slaug.1: „<...> kad artimieji padėtų tą higieną užtikrinti.“ Tam tikrais atvejais informantai akcentavo, jog artimųjų vaidmuo svarbus įtraukiant pacientą į bendras veiklas, skatinančias jų protinės veiklos aktyvinimą: Slaug.3: „<...> patariu artimiesiems sugalvot naujų veiklų, bendraujant kiek pavyksta. Kąžką elementariausio paveikti kartu, susėsti kartu prie stalo pavalgyti <...>.“ Slaug.4: „Taip pat kreipiuosi į artimuosius ir juos skatinu įtraukti mano tą pacientą į veiklas, jį užimti <...>.“

Dėl žinių trūkumo priežiūros klausimais artimuosius gali būti sudėtinga įtraukti į priežiūros procesą. Tam reikalingas jų mokymas. Tyrime dalyvavusių asmenų pasisakymai rodo, kad atitinkamos informacijos priežiūros klausimais suteikimui atsakomybę prisiima patys slaugytojai: Slaug.5: „Tiesiog artimieji žino, kad gali konsultuotis su manimi kada reikia <...>.“ Slaug.7: „<...> čia ir dabar galime daryti sprendimus ir mokyti pacientą ir jo artimuosius.“ Dažnu atveju teikiama informacija buvo rekomendacinio pobūdžio: Slaug.3: „<...> artimiesiems tu gali patart, parekomenduoti prižiūrint, gyvenant su tokiu žmogumi.“ Slaug.10: „Ir visa tai rekomendavau dukrai, jos šeimos nariui, kad ji stebėtų ir viską kontroliuotų.“ Remiantis tiriamųjų pasisakymais, informacijos teikimo turinys paciento artimiesiems buvo įvairus. Pirmiausia, šeimos nariai sunkiai suvokdavo ir nežinodavo kas yra demencija ar kognityvinių funkcijų sutrikimas ir kokios įtakos ši būklė ir jos simptomai gali turėti tolimesnei paciento ir jo artimojo gyvenimo kokybei: Slaug.2: „<...> pačio to sutrikimo sąvoką ne iki galo supranta, tai tenka netgi paaiškinti, nukreipti pasiskaityti tam tikrus leidinius, kad jie išvis suprastų kas tai yra.“ Slaug.7: „Taip pat mokymas artimųjų apskritai kas yra demencija, apie ką ši liga ir ko tikėtis ateityje ir kaip ši liga juos paveiks.“ Slaug.9: „Nu, tai va reikia mokyti tuos pacientų artimuosius, kad nu tai yra procesas į vienas pusę ir atgal to kito proceso nebus.“ Tam tikrais atvejais slaugytojai mokė artimąjį apie pažinimo funkcijų gerinimo aspektus: Slaug. 7: „<...> mokymas artimųjų, kad ir tas pačias duris reikia pažymėti aiškiais ženklais, kur yra tualetas, kur yra kažkoks tai kambarys ar virtuvė ir panašiai.“ Slaug.10: „<...> sudaryti tokią aiškią dienotvarkę, kad pacientas žinotų, kada jo pusryčiai būna, kada pietūs, kada vakarienė kokia <...>.“

3.3. Sunkumai, su kuriais susiduria slaugytojas, įtariant pacientams demenciją

Siekiant trečiu tyrimo uždaviniu identifikuoti sunkumus, su kuriais susiduria namuose paslaugas teikiantys slaugytojai, įtariant demenciją pacientui, buvo išskirtos trys kategorijos. Nagrinėjant tiriamųjų patirtis šia tema, išsakyti sunkumai buvo sugrupuoti priskiriant jiems atitinkamą, juos apibendrinančią sritį (žr. 8 paveiksle):



8 pav. Tema „Sunkumai, su kuriais susiduria slaugytojas, įtariant pacientams demenciją“ ir ją atskleidžiančios kategorijos

3.3.1. Sunkumai, susiję su sveikatos paslaugų koordinavimu

Norint įgyvendinti nustatytus tikslus, kiekvienoje darbinėje veikloje susiduriama su iššūkiais. Slaugytojo veikloje taipogi. Informantai, kalbėdami apie patirtį kuomet įtarė pacientui demenciją, pabrėžė, kad ne visuomet pavyko tai padaryti: Slaug.4: „<...> sunku pamatyti tuos kognityvinius ar demencijos simptomus.“ Slaug.9: „Tai kartais tikrai sudėtinga tą įvertinti <...>.“ Būtent dėl to galėjo nukentėti teikiamų paslaugų namuose kokybė: Slaug.6: „<...> slaugytojas, nežinodamas ir neįvertindamas paciento būklės, gali teikti nepakankamas paslaugas.“ Didžiausia dalis sunkumų, kuriuos įvardino tiriamieji, buvo susiję su sveikatos paslaugų koordinavimo aspektais. Atsižvelgiant į tai, buvo suformuluotos 6 subkategorijos (žr.9 lentelę).

9 lentelė: Kategorija „sunkumai, susiję su sveikatos paslaugų koordinavimu“ ir jos subkategorijas citatomis pagrindžiantys teiginiai

Kategorija	Subkategorija	Pagrindžiantys teiginiai
Sunkumai, susiję su sveikatos paslaugų koordinavimu	Integruotų vertinimo priemonių slaugytojui trūkumas	Slaug.5: „<...> būtų gerai turėti tokį pritaikytą klausimyną, kuris padėtų konkrečiai demenciją atpažinti <...>.“ Slaug.9 „Trūksta kažkokio konkretumo vertinant.“

9 lentelė (tęsinys): Kategorija „sunkumai, susiję su sveikatos paslaugų koordinavimu“ ir jos subkategorijas citatomis pagrindžiantys teiginiai

Kategorija	Subkategorija	Pagrindžiantys teiginiai
Sunkumai, susiję su sveikatos paslaugų koordinavimu	Laiko stoka „papildomam popierizmui“	Slaug.5: „<...> trukdys galėtų būti – laiko trūkumas <...>.“ Slaug.7: „<...> ir taip reikia pakankamai biurokratijos pildyti ir nepakankamai laiko vizito metu.“
	Fiziologinių poreikių išaukštinimas	Slaug.6: „<...> jie labiau yra orientuoti į fiziologines problemas <...>.“
	Žinių trūkumas	Slaug.4: „Na man trukdo atpažinti tuos simptomus žinių trūkumas <...>.“ Slaug.10: „Nes kartais ir man pačiai pritrūksta tų tokių žinių <...>.“
	Mokymų poreikis	Slaug.6: „<...> slaugytojai nėra tinkamai apmokyti atpažinti demencijos simptomą.“
	„Nepakankamas savo srities specialistas“	Slaug.1: „<...> būtų galima daugiau slaugytoją įgalinti naudoti skales, detalesnę pacientų ištyrimą <...>.“

Remiantis 9 lentele, matome, jog slaugytojai susiduria su specializuotų demencijos vertinimo priemonių trūkumu, kurie būtų kaip nukreipiamoji ir tikslinga priemonė savalaikiam jos atpažinimui įtarus kognityvinius sutrikimus. Be to, pasak tyrimo dalyvių, siekiant laiku aptikti galimą demenciją pacientui, tokių priemonių integracija ir panaudojimas slaugytojo praktikoje turėtų būti privaloma, o ne rekomenduotina veikla: Slaug.9: „Bet jeigu būtų privalomi testai specialūs, tarkim, kartą per metus pasidaryti tą MMSE <...> galbūt atrastum ir pastebėtum tuos skirtumus.“ Slaug.10: „Tokie privalomi testai specialūs padėtų tiksliau užduot kažkokius klausimus pacientui, į kuriuos jis atsakytų. Ir mes, kaip slaugytojai, galėtume jau orientuotis, kad kažkas negerai, kad įvyko kažokie kognityviniai sutrikimai.“ Kita vertus, tyrimo dalyviai išreiškė susirūpinimą, kad jų įstaigose specializuotos priemonės vertinti kognityvinius sutrikimus nėra naudojamos slaugytojo praktikoje: Slaug.1: „<...> va tokių instrumentų konkrečiai vertinimo, tai neteko naudoti, įstaigoje nebuvo minima. <...> tiesiog nėra tvarkos tokios pas mus įstaigoje.“ Slaug.2: „<...> nenaudoju jokio testo ar instrumento, jei turim, tai dar nesu supažindinta darbe su tuo.“ Slaug.7: „Taip pat iš esmės vertiname bendrai, bet atskiro klausimyno gaila, bet neturime.“

Kita kliūtis, su kuria susiduria slaugytojai yra – laiko trūkumas. Slaugytojas, teikiantis priežiūrą namuose, daugiausia orientuojasi į slaugos procedūrų atlikimą. Nustatytas pacientų kiekis ir numatytas vizito laikas ne visada leidžia teikti visapusišką, holistinę priežiūrą. Laiko stoka slaugytojus gali varžyti pastebėti kognityvinį sutrikimą ar demenciją pacientui, nes tam reikalingas dėmesingumas ir gilinimasis į detales: Slaug.2: „<...> nėra laiko niekada veltis į tą tokį gilinimąsi per

didelį. <...> nemanau, kad mūsų darbo krūviai yra pakankamai, kad skirti dar papildomo laiko tokiems dalykams.“ Slaug.3: „Nėra pakankamai laiko, kad galėtum įsigilinti labiau, nes orientuojiesi ties konkrečia problema, pavyzdžiui, žaizdos perrišimas.“ Slaug.7: „Galbūt kartais ir nėra laiko įsigilinti į situaciją, jeigu yra didesnis tuo metu darbo krūvis <...>.“ Slaug.10: „<...> tai laiko tikrai trūktų, tam reikia įsigilinimo.“ Kai kurie informantai kognityvinį būklės vertinimą, siekiant aptikti demenciją, vertina kaip papildomą darbą: Slaug.5: „<...> nemėgstama tikriausiai to papildomo popierizmo <...>.“ Todėl koncentruojasi daugiausia į pagrindinį jų vizito tikslą – fiziologinių problemų sprendimo būdus. Taip neatkreipiant dėmesio į galimus kognityvinius sutrikimus: Slaug.4: „<...> vizito metu mano tikslas buvo tinkamai prižiūrėti žaizdą, tai koncentravausi grynai į šitą darbą.“ Slaug.7: „Tuomet ta užsakyta gydytojo paslauga, kaip kraujo paėmimas ar žaizdos pernešimas, tampa tik ta problema ir negali plačiau įsigilinti į situaciją.“ Slaug.8: „O tas žmogaus psichologinis stebėjimas, mano nuomone, yra nepastebimas dėl visų šitų užduočių, į kurias mes koncentruojamės.“ Vienas informantas pasakoja, jog susikoncentravus tik į nuolatinius žaizdos perrišimus negalėjo pastebėti paciento atminties sutrikimo, kuris tęsėsi apie keletą mėnesių: Slaug. 5: „<...> šiuo atveju buvo dėmesys daugiausiai skiriamas kitoms problemoms, na žaizdos priežiūrai <...>. Tai vat buvo fokusuojamasi ties šitu klausimu ir na pora mėnesių kaip ir nebuvo pastebėti ženklai, na vat būtent atminties sutrikimų.“

Dar viena įvardinta kliūtis – žinių trūkumas. Kadangi namuose slaugomi pacientai dažnai pasižymi polilogotumu [80], slaugytojams dėl žinių trūkumo gali būti sunku diferencijuoti ar pasireiškiantys kognityviniai sutrikimai yra susiję su atsirandančia demencija ar gretutinėmis ligomis: Slaug.1: „<...> žinių trūkumas. Ne tai, kad demencija kuriems jau patvirtinta, bet būtent įtarti demenciją daug ligų turinčiam <...>.“ Slaug.6: „Bet ko trūksta slaugytojams tai – žinių ir supratimo, kad tai gali būti demencija <...>.“ Tam tikrais atvejais slaugytojai, abėjodami savo žiniomis identifikuoti demencijos simptomus, bet kokį atminties, orientacijos ar kitą kognityvinį sutrikimą priskirdavo „senatviniam požymiui“: Slaug.4: „<...> pamačius kažkokių pažinimo sutrikimus, tiesiog na nurašau, kad tai galbūt tai dėl senyvo amžiaus.“ Slaug.10: „Kartais sunku atskirti ar sutrinka kognityviniai kažkokie gebėjimai, ar čia tiesiog yra kažkokie senatviniai sutrikimai.“ Tuo pat metu, tyrimo dalyviai suvokia, kad žinių trūkumo problemą galėtų padėti spręsti mokymai šia tematika: Slaug.7: „<...> galbūt kažkokie mokymai išspręstų šitas problemas.“ Mokymų, kurių turinį sudarytų kognityvinių funkcijų vertinimas, simptomatika ir demencijos atpažinimas, šiuo metu slaugytojams trūksta: Slaug.1: „Dabar gan plačiai kalbama apie demenciją <...> kaip atpažinti kuo ankstyvesnėje stadijoje <...> ,mano nuomone, trūksta ir mokymu šia tema.“ Jų teigimu, tokius mokymus organizuoti turėtų būti suinteresuotos ASPĮ, kuriose jie dirba: Slaug. 2: „<...> turėtų būti mokymai bent kažkokie iš įstaigos.“ Slaug.4: „<...> įstaiga galėtų suburti ir organizuoti kaip

atpažinti kognityvinius sutrikimus turinčius pacientus, kad ir mes galėtume iš anksto tai pastebėti ir informuoti atitinkamus gydytojus <...>.“

Išvardintos kliūtys, susijusios su sveikatos priežiūros sistemos organizavimu, verčia slaugytoją pasijusti nepilnaverčiu savo srities specialistu: Slaug.10: „<...> *slaugytojas negali pilnai prisidėti, nors tikrai galėtų kur kas daugiau.*“ Nors, anot informantų, slaugytojai turi pakankamai kompetencijų įtarus demenciją nustatyti poreikį kada reikalingas kognityvinių sutrikimų vertinimas, dėl tam tikrų teisinių aspektų, neįpareigojančių slaugytojo privalomai užpildyti kognityvinį vertinimą, šios kompetencijos nėra pakankamai išnaudojamos ir slaugytojas tampa apribojamu sveikatos priežiūros specialistu. Dėl to gali būti trikdomas efektyvus ir kokybiškas slaugytojo indėlis ankstyvoje demencijos diagnostikoje: Slaug.1: „<...> *bet ar jas [kompetencijas] aš išnaudoju šimtu procentu – tai tikrai ne <...>.*“ Slaug.5: „<...> *mūsų kompetencijos neišnaudojamos taip, kaip galėtų būti. Tai būtų slaugytojas diagnozuoti nebūtinai, bet užpildyti tokį kognityvinį klausimyną, kurį galėtų peržiūrėti gydytojas <...>.*“ Slaug.6: „*Taip pat ir teisiniai dalykai, kurie neleidžia slaugytojams patiems atlikti tam tikrus vertinimus įtariant tam tikrus kognityvinius sutrikimus.*“

3.3.2. Sunkumai, susiję su stigmatizuotu artimųjų požiūriu

Nors artimųjų vaidmuo yra neatsiejama priežiūros namuose proceso dalis (kaip minėtose kategorijose „pagalba slaugytojui pastebėti pokyčius“ ir „artimųjų įtraukimas“), remiantis informantų pasisakymais, kartais jie gali tapti barjeriniu, kliudančiu veiksmu siekiant įtarti demencijos būklę pacientui: Slaug.2: „<...> *jie [artimieji] nėra, kad prisidėtų prie pagalbos diagnozuojant demenciją.*“ Slaug.6: „*Kartais artimieji gali būti apsunkinantis faktorius <...>.*“ Remiantis tiriamųjų teiginiais, tai nulemia tam tikros priežastys, kylančios iš artimųjų stigmatizuoto požiūrio į demenciją. Taigi, šiai kategorijai buvo išskirtos trys subkategorijos (žr. 10 lentelėje):

10 lentelė: Kategorija „sunkumai, susiję su stigmatizuotu artimųjų požiūriu“ ir jos subkategorijas citatomis pagrindžiantys teiginiai

Kategorija	Subkategorija	Pagrindžiantys teiginiai
Sunkumai, susiję su stigmatizuotu artimųjų požiūriu	Artimųjų bendradarbiavimo trūkumas	Slaug.1: „ <i>Kitas dalykas – artimųjų bendradarbiavimo trūkumas.</i> “ Slaug.4: „ <i>Ir nelabai buvo linkęs [artimasis] į kalbas apie tai su manimi.</i> “
	Situacijos stigmatizavimas – „klaidinga interpretacija“	Slaug.6: „<...> <i>moteris [artimoji] klaidingai interpretavo demencijos simptomus.</i> “ Slaug.7: „ <i>Nes jam [artimajam] galbūt atrodo tai gėdingas atvejis.</i> “
	„Kalba už pacientą“	Slaug.7: „<...> <i>viską atsako už pacientą.</i> “

Atsižvelgiant į tiriamųjų pasisakymus, matome, kad artimieji ne visada pasiryžę bendradarbiauti, kuomet slaugytojui kyla įtarimų dėl paciento kognityvinių funkcijų sutrikimo. Tokiu atveju specialistas kreipiasi į artimąjį kaip į vieną pagrindinių šaltinių, siekiant gauti išsamesnės informacijos apie galimai pakitusią kasdieninę paciento veiklą. Tačiau šeimos nariai, nors ir pastebi kažką neįprasto, apie tai slaugytojo neinformuoja: Slaug.1: „<...> artimieji pastebi tam tikrus ženklus, na bet jie numoja ranka ir irgi neinformuoja.“ Slaug.7: „Kartais netgi slepia tam tikrą informaciją ten kažkokio didesnio užmaršumo, ten vaikščiojimo naktį, dėliojimo daiktų kažkur tai.“ Tai, anot informantų, lemia artimųjų išankstinis, stigma paremtas požiūris į kognityvinius sutrikimus ar demencijos ligą: Slaug.2: „Nes daugelis [artimųjų] išgirde, kad tai yra galimai demencija, nu žodžiu, kad čia jau išprotėjo jų artimasis ir vos ne dabar jį čia uždarytą namuose reikia laikyti.“ Šeimos narių stigmatizuotas požiūris į demenciją taip pat išryškėja slaugytojui išreiškus susirūpinimą dėl kognityvinių sutrikimų, kurie, pasak šeimos narių, yra normalūs senatviniai, fiziologiniai procesai: Slaug.5: „<...> buvau anūkui išreiškusi susirūpinimą dėl pacientės atminties <...>. <...> priėmė labiau gal, kad natūralu, juk vyresnis žmogus, tai čia pamiršta. Na bet man pačiai asmeniškai atrodė galbūt jau daugiau nei tik pamiršimas.“ Slaug.6: „<...> labai dažnai tai vertinama kaip senatvinis užmaršumas, nors tokio dalyko nėra.“ Taigi, dėl to įtariamas demencijos simptomas gali likti ignoruotų ar nenagrinėtų. Be to, dalis paciento artimųjų bet kokius kognityvinius sutrikimus ignoruoja teigiant, kad tai blogo miego, nuotaikos ir kitų fiziologinių simptomų pasekmė: Slaug.2: „Jeigu man užsiminus, kad man atrodo, jog čia kažkas ne taip, tai pagrindinės frazės būna: ai čia šiandien neišsimiegojo, ai čia šiandien tokia nuotaika, bet šiaip viskas yra gerai. <...> artimieji sako, kad tai yra dėmesio trūkumas <...>.“ Slaug.8: „Bet vis galvoja [artimieji], kad arba neišsimiegojo, arba spaudimas pakilo. Kažkokių kitų priežasčių ieško.“ Slaug.10: „Bandė neigti, kad čia tiesiog gal susijaudino mama <...>.“

Norint įvertinti paciento pažintines funkcijas, reikalingas tiesioginis bendravimas su vertinamu asmeniu (jei dėl esamos sveikatos būklės toks kontaktas yra įmanomas). Tiesiogiai komunikuojant specialistas užduoda kontrolinius klausimus, kurių atsakymai gali sufleruoti paciento atminties, orientacijos ar mąstymo sutrikimus: Slaug.9: „<...> užduodu tuos tokius klausimus, kaip pavyzdys, kokioje gatvėje gyvenate?“ Tačiau slaugytojai susiduria su situacijomis, kuomet artimieji pasiryžę į šiuos klausimus atsakyti paciento vardu, tuo pačiu pataisant atsakymus ir darant įtaką vertinimo rezultatams: Slaug.2: „<...> mum reikiamą informaciją atsakinėja artimasis <...> ir negali iš tikrųjų žinoti kokia ta psichinė būklė paciento, kuomet su juo taip tiesiogiai nešneki.“ Taigi, slaugytojams sunku suprasti paciento kognityvinį funkcionavimą, kadangi netenka galimybės tiesiogiai pabendrauti su slaugomu asmeniu: Slaug.2: „<...> kuomet mes su pačiu pacientu neturim tiek daug to kontakto kaip kalbėjimas, nes patį kalbėjimą, na bendravimą atlieka artimieji už pacientą.“

Slaug.5: „*Ir mes su paciente gal taip asmeniškai nelabai gavome pasikalbėti, nes ištisai buvo labai daug klausimų iš artimųjų <...>.*“ Slaug.10: „*Tai kartais artimieji net neleidžia pabendrauti su pacientu, nes patys ten viską reguliuoja.*“

3.3.3. Sunkumai, susiję su tarpdisciplininės komandos bendradarbiavimo stoka

Specialistų tarpusavio bendradarbiavimas sprendžiant kompleksines problemas yra neatsiejama sveikatos priežiūros paslaugų namuose proceso dalis. Kiekvienas ASPN teikiantis specialistas vertina pacientą iš savosios profesinės kompetencijos perspektyvos, taip suteikiant naudingos informacijos, kaip pavyzdys, diagnozuojant latentinę būklę – demenciją. Tai atsispindi ir anksčiau aptartoje kategorijoje „tarpdisciplininio bendradarbiavimo poreikis“, kurioje išryškėjo, kad specialistų tarpusavio komunikacija sudaro palankias sąlygas tolimesnei demencijos diagnostikai, ypač tais atvejais kai įtarimų, pirmiausia, kyla slaugytojui: Slaug.1: „*<...> man pranešus ir jam sureagavus, šeimos gydytojas toliau viską perima į savo rankas.*“ Slaug.10: „*<...> pranešiau šeimos gydytojui ir ten jau šeimos gydytoja toliau visus reikalus tvarkė ir siuntė tyrimą daryti.*“ Vis dėlto, ne visais atvejais ASPN specialistų bendradarbiavimas ir tolimesnė komunikacija vyksta sklandžiai. Dėl tam tikrų priežasčių nutrūkus bendradarbiavimui reikšmingi slaugytojo pastebėjimai gali nepasiekti šeimos gydytojo, o tolimesnis demencijos diagnozavimo procesas – neįvykti. Tokie trukdžiai neigiamai veikia ASPN kokybę, ypač paslaugų tęstinumo ir prieinamumo sritis. Atsižvelgiant į tyrimo dalyvių įžvalgas, šiai kategorijai apibūdinti išskirtos dvi subkategorijos, apibūdinančios priežastis tarpdisciplininės komandos bendradarbiavimo trūkumo (žr. 11 lentelėje):

11 lentelė: Kategorija „sunkumai, susiję su tarpdisciplininės komandos bendradarbiavimo stoka“ ir jos subkategorijas citatomis pagrindžiantys teiginiai

Kategorija	Subkategorija	Pagrindžiantys teiginiai
Sunkumai, susiję su tarpdisciplininės komandos bendradarbiavimo stoka	Pasitikėjimo slaugytojo kompetencijomis stoka	Slaug.4: „ <i>Jis [šeimos gydytojas] net nesistengė manęs išklausyti dėl jos atminties <...> atrodo lyg nesvarbi ta slaugytojo rolė išvis.</i> “ Slaug.9: „ <i>Šeimos gydytojas nepasitikėjo mano žodžiais.</i> “
	„Komunikacija yra sudėtinga“	Slaug.5: „ <i><...> nepavyko niekaip sukontaktuoti su gydytoju, nors buvo skambinama vidiniu telefonu.</i> “ Slaug.10: „ <i><...> šeimos gydytojui neturi mobiliųjų telefonų, į kuriuos galėtume paskambinti <...>.</i> “

Remiantis tyrimo dalyvių pasisakymais, jie susiduria su situacijomis, kuomet šeimos gydytojai nepasitiki slaugytojų kompetencijomis, grįstomis išreiškiamu susirūpinimu dėl galimos demencijos pacientui. Slaugytojai dalijasi patirtimis, kuomet į jų išsakytus, argumentuotus

pastebėjimus nebuvo atsižvelgiama remiantis tuo, jog slaugytojo kompetencijos yra nepakankamos įtarti demencijos būklę pacientui: Slaug.1: „<...> paskambini ir sako: <...> tiesiog ne jaunas ir ko tu nori, čia normalu, senatviniai procesai. Nors tu supranti tuos senatvinius procesus, bet čia jau matai, kad čia kažkas giliau <...>.“ Slaug.9: „Vieni šeimos gydytojai kai mano tokį prašymą išgirsta, sako: ne, tai nueisiu aš pati į namus. Vos ne netiki mano žodžiais, netiki, kad aš irgi galiu pamatyti gal tą demenciją <...>.“ Vienu atveju tai galėjo lemti šių simptomų ignoravimą ir galimo tolimesnio demencijos diagnozavimo proceso nutraukimą: Slaug.9: „<...> ir aišku, net nenuvažiavo pas tą pacientę įvertinti.“ Tam tikrais atvejais šeimos gydytojai atmetė iniciatyvą bendradarbiauti toliau dėl išreikšto slaugytojo susirūpinimo: Slaug.6: „Kai pastebėjau tą atminties sutrikimą ir apie tai informavau <...> šeimos gydytojas su manimi nebendradarbiavo.“ Vis dėlto, esant akivaizdžiam bendradarbiavimo poreikiui, tyrimo dalyviai nurodo, jog komunikacija su kitais specialistais (pvz.: šeimos gydytojais) ne visais atvejais vyksta efektyviai ar sklandžiai: Slaug.10: „Taip, iš tikrųjų sudėtinga susiskambinti ir pasikalbėti, ir kažką pranešt, jeigu tai yra kažkas svarbaus.“ Dedant pastangas, kad itin svarbūs pastebėjimai pasiektų šeimos gydytoją ir į juos būtų reaguojama, slaugytojai stengėsi susisiekti skambinant keletą ar daugiau kartų: Slaug.5: „<...> bandžiau ir gaudžiau, kaip sakoma, gydytoją. Nes va šį kartą tikrai skambinau kelias dienas ir nepavyko susisiekti.“ O tai gali sutrikdyti laiku sureaguoti į galimus ankstyvus demencijos simptomus užtikrinant sveikatos priežiūros paslaugų tęstinumo komponentą pacientui ir jų artimiesiems: Slaug.4: „<...> galėtume iš anksto tai pastebėti ir informuoti atitinkamus gydytojus <...> pirminėje sveikatos priežiūroje esančius psichiatrus, jeigu būtų tokia galimybė greičiau ir artimiau kontaktuoti su jais.“

4. REZULTATŲ APTARIMAS

Šiuo tyrimu buvo siekiama įvertinti slaugytojų, teikiančių priežiūrą namuose, patirtis, įtariant pacientams demenciją. Lyginant su tą pačią problematiką nagrinėjančiais, užsienio šalyse atliktais moksliniais tyrimais, gauti mūsų tyrimo didžiąją rezultatų didžiąją dalimi sutampa su kitų tyrimų rezultatais bei išvadomis.

Įvertinta, jog slaugytojo profesinės disciplinos ypatumai sukuria atsakomybę šiam specialistui pastebėti kognityvinius sutrikimus pacientui. Pirmiausia, dėl to, kad slaugytojas didžiausią laiko dalį praleidžia su pacientu [107] (ypač slaugant jį namuose) ir gali būti pirmoji sveikatos priežiūros kreipimosi grandis atsiradus pokyčiams pacientui [108]. Antra vertus, nuolatiniai apsilankymai slaugomo asmens namuose, užtikrina galimybes pamatyti palaipsniui ryškėjančius pažinimo funkcijos pokyčius [83,108,109]. Be to, reikšmingo skirtumo tarp slaugytojo ir gydytojo gebėjimo atpažinti kognityvinius sutrikimus nestebima – slaugytojai atpažino 42 proc. pacientų, o gydytojas 48

proc. asmenų [110]. Zhao ir kitų autorių atliktu tyrimu išaiškinta, kad dažniausi, slaugytojo pastebėti ir įvardinti kognityviniai sutrikimai yra: sutrikęs gebėjimas įsiminti naujausią informaciją, informacijos kartojimas arba kalbos ir kalbėjimo problemos [111]. Bruton ir kiti pranešė kiek kitokius požymius: patiriamą užmaršumą (71 proc.) ir trumpalaikės atminties praradimą (68 proc.) [112]. Šio tyrimo rezultatai sutampa tiek su Zhao, tiek su Bruton išvadomis. *Mūsų tyrimo* dalyviai įvardinę atminties pokytį siejo su trumpalaikės atminties sutrikimu, išskirdami ir kitas kognityvinių sutrikimų grupes: mąstymo, elgesio, nuotaikos, orientacijos ir kasdieninės veiklos pokyčius. Kalbant apie kognityvinį paciento vertinimą, jį slaugytojai pradeda tik įtarę pokyčius [111]. Tokį patį slaugytojų požiūrį nurodo ir *šis tyrimas*, kadangi informantai slaugos poreikių nustatymo klausimyną, integruotus klausimynus (MMSE, Adenbruke) arba orientacinius klausimus naudojo tik norėdami patvirtinti įtarimus dėl galimos demencijos pacientui, bet ne siekiant periodiškai ar profilaktiškai patikrinti paciento pažinimo funkcijas. Daniijoje atlikto tyrimo išvada aiškina, jog slaugytojai, rinkdami informaciją apie paciento pažinimo funkcijos pokyčius, remiasi artimųjų pastebėjimais, juos įvardinant kaip pagrindinį informacijos šaltinį [113]. Šiuo aspektu *mūsų tyrimo* rezultatai atspindi tokį patį slaugytojų požiūrį, kadangi tyrimo dalyviai nurodė poreikį kreiptis į artimuosius pastebėjus pažinimo funkcijos požymius, norint gauti išsamesnės informacijos ir taip galimai pagrįsti savo įtarimus dėl galimos demencijos pacientui. Kadangi artimasis pacientą gali stebėti nuolat, o slaugytojas lanko nors ir reguliariai, tačiau pokyčius fiksuoja pasirodančius tuo momentu [113].

Kalbant apie veiksmus, kurių imasi slaugytojas, įtaręs kognityvinius sutrikimus ar galimą demenciją pacientui, Australijoje [107] ir JAV [114] atlikti tyrimai įvertino, kad slaugos specialistai pirmenybę teikia siuntimų išdavimui ergoterapeuto ar psichologo konsultacijai [107], neurologo arba PSP gydytojui, o tam tikrais atvejais siuntimui į neurologijos skyrių arba į tyrimų centrą išsamesniam ištyrimui [114]. *Mūsų rezultatai* iš dalies sutampa, kadangi slaugytojai apie įtartą galimą demenciją siekė pranešti tik pacientą gydančiam šeimos gydytojui neišskiriant siuntimų išdavimo kitiems PSPS specialistams. Tam įtakos galėjo turėti Lietuvos Respublikoje galiojančios MN [77,78] ir jose įtvirtintos slaugytojo (įskaitant BPS, IPS) kompetencijos, neapimančios galimybės išduoti siuntimų kitiems sveikatos priežiūros specialistams tolimesniam ištyrimui dėl galimos demencijos. Kita vertus, Zhao ir kiti pranešė, jog nepriklausomai ar slaugytojas įtaria, ar vertindamas aptinka kognityvinį sutrikimą, tolimesni veiksmai apima detalesnį vertinimą, priežiūros strategijos pokyčius ir veiksmus, užtikrinančius paciento saugumą [107]. Panašiai Hanifa ir bendraautorių rezultatai praneša, kad slaugytojai slaugos veiksmus planavo labiausiai atsižvelgiant į jų pažinimo funkcijų gerinimą [113]. Šie, abiejų tyrimų aspektai atitinka ir *mūsų tyrimo* rezultatus, kadangi interviu dalyviai – slaugytojai ėmėsi veiksmų, kurie buvo orientuoti į pažinimo funkcijų gerinimą, saugios aplinkos užtikrinimą, individualių poreikių tenkinimą. Be to, pritaikant integruotus slaugos veiksmus problemoms spręsti,

slaugytojai pripažįsta tolimesnio stebėjimo poreikį [114]. Šiame tyrime slaugytojai taip pat išreiškė priežiūros tęstinumo poreikį, siekiant kontrolinio paciento kognityvinės būklės stebėjimo.

Tiek užsienio šalyse atlikti tyrimai [107,108,111–119], tiek mūsų tyrimas atskleidžia, jog dėl kylančių sunkumų slaugytojai ne visais atvejais geba atpažinti kognityvinius sutrikimus pacientui. Identifikuojant pažinimo sutrikimus, slaugytojas dažniausiai remiasi individualiu vertinimu, orientuotu į turimas žinias apie pažinimo funkcijas ir pacientą [113]. Dėl to išryškėja žinių trūkumo, rekomendacijų ir švietimo [107,111,117] poreikis ankstyvųjų demencijos simptomų atpažinimo aspektais. Šiame tyrime slaugytojai lygiai taip pat suvokė, kad žinių stoka turėjo įtakos siekiant suprasti ar identifikuoti pažinimo sutrikimai yra susiję su demencijos būkle ar ne. Lygiai taip pat, mūsų tyrimo rezultatai sutampa Brunton ir kitų autorių išvadomis [112], kadangi slaugytojai dėl žinių trūkumo kognityvinius sutrikimus kai kuriais atvejais priskiria natūraliam senėjimo procesui, užuot pradėję tolimesnį vertinimą dėl galimos demencijos ar simptomų aptarimą. Manthorpe ir kiti daro išvadą, kad ankstyvą demencijos atpažinimą galima pagerinti švietimu ar mokymu, kuris turėtų būti teikiamas visiems PSP specialistams (ypač slaugytojams), kad jie žinotų apie demenciją ir galėtų atkreipti dėmesį į kognityvinių sutrikimų atsiradimą [115]. Jenkins ir bendraautoriai aiškina panašią išvadą, diktuojančią, jog siekiant veiksmingo demencijos valdymo, būtina sąlyga – slaugytojų mokymas šia tema [118]. Be to, tyrimas apie edukacinę integraciją atskleidė, kad po sveikatos priežiūros specialistų mokymų, šiek tiek pagerėjo kognityvinių funkcijų atpažinimas [119]. Mūsų tyrimo rezultatai tam neprieštarauja. Šio tyrimo dalyvių teigimu, slaugytojų žinių trūkumo problemą galima spręsti mokymų integravimu, kurių turinį sudarytų ankstyvųjų demencijos simptomų atpažinimas. Kitos slaugytojų nurodomos kliūtys – protokolų neapibrėžtumas [107,111,114]. Slaugytojams reikalingos tikslios gairės [113], kurios veiksmų seka nukreiptų atlikti tolimesnius veiksmus, įtarus pažinimo sutrikimus pacientui [114]. Šio tyrimo rezultatai iš dalies sutampa šiuo aspektu, kadangi informantai nurodė integruotų vertinimo priemonių trūkumą siekiant pagrįsti ar įtariami kognityviniai sutrikimai tikrai susiję su demencija. Nors slaugytojai suvokia kognityvinių funkcijų patikros būtinybę, beveik visą laiko dalį skiria paciento slaugymo procesui [107] išryškinant fiziologines žmogaus problemas [113] (pvz.: sauga, higiena) [116], neatkreipiant dėmesio į pažinimo funkcijų vertinimo poreikį [107]. Mūsų tyrimo rezultatai taip pat patvirtina šį teiginį, kadangi slaugytojų patirtys parodė, jog darbo specifika slaugant pacientą namuose labiau orientuota į fiziologinių poreikių tenkinimą, dėl to pažinimo funkcijų vertinimas tyrimo dalyvių požiūriu apibūdintas kaip „papildomas popierizmas“ ar papildomas darbas, kuriam reikalingas gilinimasis į detales. Šiuo pagrindu slaugytojai linkę pirmenybę teikti paciento priežiūrai užuot vertinę kognityvines funkcijas [111]. Be to, vertinant kyla sunkumų, susijusių su specialistų nežinojimu apie demencijos diagnostines priemones [117]. Iš kitos pusės, slaugytojai vėlavo pranešti apie kognityvinių funkcijų pokytį dėl paciento neigimo, atminties arba baimės gauti demencijos diagnozę

[112] arba dėl to, kad jų artimieji demencijos simptomus vertino kaip kažką gėdingo [117] ar tai, ką reikėtų slėpti [83]. Be to, tiek *šiame*, tiek Norvegijoje [117] atliktame tyrime slaugytojai teikiant paslaugas pacientui namuose patyrė sunkumus, susijusius su šeimos narių atsakinėjimu paciento vardu arba paciento atsakymų pataisymo vertinant kognityvines funkcijas. Atrodo, kad šiuos sunkumus pastiprina prastas keitimasis informacija sveikatos priežiūros specialistų komunikavimo grandinėje [117]. Tokius pat rezultatus gavome ir *šiame tyrime*, nes slaugytojai jautė tarpdisciplininės komandos bendradarbiavimo trūkumą ir jų nepasitikėjimą kompetencijomis apie išsakytus susirūpinimus dėl paciento pažinimo funkcijos sutrikimo.

Tyrimo hipotezė remiantis gautais rezultatais pasitvirtino, kadangi namuose paslaugas teikiantys slaugytojai, įtarę pacientui kognityvinius sutrikimus ar galimą demenciją, pritaiko individualizuotą priežiūrą remiantis holistiniu požiūriu bei susiduria su įvairiais iššūkiais, ribojančiais jų galimybes aktyviai prisidėti prie ankstyvos demencijos diagnozavimo proceso.

Tyrimo eigoje hipotezės formulavimas keitėsi, nes dėl kokybinio tyrimo buvo sunku nuspėti informantų patirčių turinį.

Tyrimo privalumai. Siekiant pagrįsti *mūsų tyrimo* patikimumą, baigiamojo darbo turinyje detalai aprašyti tyrimo planavimo, organizavimo, dalyvių atrankos, charakteristikos bei duomenų analizės proceso etapai. Kita vertus, tyrimo metu buvo taikomas kokybinės turinio analizės metodas, leidęs išlaikyti autentišką tyrimo dalyvių pasisakymų perteikimą – kiekvienas ištartas žodis buvo tiksliai užfiksuotas ir perrašytas be stilistinių pataisymų. Kiek įmanoma labiau pabrėžiama jausmų ir emocijų išraiška įvairiais skyrybos ženklais. Rezultatuose panaudotos visų tiriamųjų citatos. Be to, pusiau struktūruoto interviu metodas leido nesuvaržytai gilintis į slaugytojų patirtis mažai nagrinėta tema Lietuvoje – slaugytojo patirtis įtariant demenciją pacientui namų slaugos procese.

Tyrimo ribotumai. Neretai slaugytojams sąvoka „kognityvinės funkcijos“ atrodo sudėtinga ar neaiški, todėl prieš interviu buvo pateiktas šios sąvokos paaiškinimas. Todėl tai galėjo turėti įtakos tyrimo išvadoms bei rezultatams. Kalbant apie kitą su *mūsų tyrimo* trūkumu susijusį aspektą, dalis tyrime dalyvavusių dalyvių buvo tyrėjo pažįstami asmenys, tad ir rezultatai (pasidalinimas patirtimis) galėjo būti iš dalies nulemti pažinties. Tyrime kalbama tik apie slaugytojų, teikiančių priežiūrą namuose, patirtis, tačiau tokio pobūdžio patirčių gali turėti ir kitose sveikatos priežiūros srityse dirbantys slaugytojai. Be to, tyrimo dalyviai buvo pasirinkti iš dviejų ASPN paslaugas teikiančių įstaigų, tačiau tokių įstaigų ir joje dirbančių tokią patirtį turinčių slaugytojų Lietuvoje gali būti daugiau.

IŠVADOS

1. Teikiamų paslaugų reguliarumas ir prieinamumas pacientui įprastoje namų aplinkoje įgalina slaugytojus kuo anksčiau pastebėti demencijai būdingus simptomus, įskaitant atminties, mąstymo, elgesio, nuotaikos, orientacijos ir kasdieninės veiklos pokyčius, kurių identifikavimas daro įtaką kasdienei slaugytojo profesinei veiklai.
2. Identifikuoti kognityviniai sutrikimai slaugytojui leidžia paslaugų namuose teikimą organizuoti pritaikyti pagal individualius asmens poreikius, įtraukiant tiek artimuosius, tiek tarpdisciplininę komandą (informuojant gydantį gydytoją), kad būtų užtikrinta tęstinė ir visapusiška paciento priežiūra.
3. Dėl švietimo trūkumo, susijusio su ankstyvąja demencijos simptomatika ir jos vertinimui naudojamų priemonių nebuvimo, slaugytojams sunku identifikuoti ar pasireiškiantys simptomai yra susiję su demencija. Be to, stigmatizuotas artimųjų požiūris į demenciją bei tarpdisciplininės komandos bendradarbiavimo stoka riboja paslaugų prieinamumą, todėl trikdomas efektyvus ir pilnavertiškas slaugytojo dalyvavimas ankstyvojo demencijos diagnostavimo procese.

PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS

Remiantis gautais tyrimo rezultatais pateikiamos praktinės rekomendacijos Lietuvos aukštųjų mokyklų slaugos studijų programos dėstytojams ir administracijai bei sveikatos priežiūros paslaugas namuose teikiantiems slaugytojams:

Lietuvos aukštųjų mokyklų slaugos studijų programos dėstytojams ir administracijai:

1. Rekomenduojame siekti, kad bakalauro ir magistro slaugos studijų programos turinyje būtų mokomoji medžiaga apie ankstyvosios demencijos simptomatikos aspektus: kognityviniai sutrikimai ir jų atpažinimo būdai, kognityvinių funkcijų vertinimo poreikio nustatymas, specializuotų kognityvinių funkcijų vertinimo priemonės (pvz.: MMSE, Adenbruke testas) ir jų tikslingas naudojimas.

Sveikatos priežiūros paslaugas paciento namuose teikiantiems slaugytojams:

1. Rekomenduojame įtariant demenciją ar identifikavus kognityvinius sutrikimus pacientui, pildyti slaugytojo atsakomybe įtvirtintą „Slaugos paslaugų poreikių nustatymo klausimyną“ [1], siekiant pateikti objektyviai įvertintus duomenis gydančiam gydytojui ir kitiems ASPN tarpdisciplininės komandos nariams, kad jie galėtų atkreipti dėmesį.
2. Rekomenduojame identifikavus kognityvinius sutrikimus pacientui, teikti informaciją jo artimiesiems apie tolimesnės priežiūros planavimo aspektus, įskaitant saugios namų aplinkos kūrimą, tinkamo medikamentų vartojimo kontrolę bei atminties funkcijos gerinimo būdus.

LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerija. Įsakymas: Dėl ambulatorinių slaugos paslaugų namuose teikimo reikalavimų ir šių paslaugų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo. Nr. V-1026, Vilnius. Galiojanti suvestinė redakcija (nuo 2025-01-16 iki 2025-06-30). [Interaktyvus] [žiūrėta 2025-03-06]. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.311861/asr>
2. Power MC, Willens V, Prather C, Moghtaderi A, Chen Y, Gianattasio KZ, Grodstein F, Shah RC, et al. Risks and Benefits of Clinical Diagnosis Around the Time of Dementia Onset. *Gerontol Geriatr Med.* 2023 Nov 22;9. doi: 10.1177/23337214231213185.
3. Phillips J, Pond D, Goode S. Timely diagnosis of Dementia: Can we do better? A report for Alzheimers Australia. NSW: Alzheimer's Australia; 2011. p. 24, 42. Prieiga per internetą: https://www.wimmerapcp.org.au/wp-gidbox/uploads/2014/04/Timely_Diagnosis.pdf
4. Bryk A, Roberts G, Hudson P, Harms L, Gerdtz M. The concept of holism applied in recent palliative care practice: A scoping review. *Palliat Med.* 2023 Jan;37(1):26-39. doi: 10.1177/02692163221129999.
5. Kumar A, Sidhu J, Lui F, Jack WT. Alzheimer Disease. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Feb. Prieiga per internetą: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499922/>
6. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas. Nr. I-552, Vilnius. Galiojanti suvestinė redakcija nuo 2025-01-01 iki 2025-06-30. [Interaktyvus] [žiūrėta 2025-03-06]. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.5905/asr>
7. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerija. Įsakymas: Dėl pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo ir šių paslaugų apmokėjimo tvarkos aprašo tvirtinimo. Nr. V-943, Vilnius. Galiojanti suvestinė redakcija: 2025-02-01 - 2025-06-30. [Interaktyvus] [žiūrėta 2025-03-06]. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.267313/asr>
8. World Health Organization. Multimorbidity: Technical Series on Safer Primary Care. World Health Organization; Geneva, Switzerland: 2016. p. 3.
9. Valstybinis psichikos sveikatos centras. Psichikos sveikatos sutrikimų stigmatizavimas ir jo mažinimas. Valstybinis psichikos sveikatos centras; 2019. P. 1-3.
10. Schot E, Tummers L, Noordegraaf M. Working on working together. A systematic review on how healthcare professionals contribute to interprofessional collaboration. *J Interprof Care.* 2020 May-Jun;34(3):332-342. doi: 10.1080/13561820.2019.1636007.

11. Bian X, Wang J, Wang J. Translation and psychometric testing of the sense of competence in Dementia Care Staff Scale in Chinese amongst dementia care staff in nursing homes of China. BMC Geriatr. 2023 Mar 21;23(1):158. doi: 10.1186/s12877-023-03845-x.
12. World Health Organization WHO. Dementia. 2023 Mar. [Interaktyvus] [Cituota 2024-08-03]. Prieiga per internetą: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
13. Higienos institutas. Sergančių asmenų skaičius pagal diagnozių grupes. 2024. [Interaktyvus] [cituota 2025-05-11]. Prieiga per internetą: https://stat.hi.lt/default.aspx?report_id=168
14. GBD 2019 Dementia Forecasting Collaborators. Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet Public Health. 2022 Feb;7(2):e105-e125. doi: 10.1016/S2468-2667(21)00249-8.
15. Gauthier S, Rosa-Neto P, Morais JA, Webster C. World Alzheimer Report 2021: Journey through the diagnosis of dementia. London, England: Alzheimer's Disease International. 2021; P: 224.
16. World Health Organization (WHO). Global action plan on the public health response to dementia 2017-2025. Geneva: World Health Organization; 2017; P: 22-23. [Interaktyvus] [žiūrėta 2024-11-16]. Prieiga per internetą: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/259615/9789241513487-eng.pdf?sequence=1>
17. Petkutė I, Karpavičiūtė S, Stirbytė A, Šilinaite-Subačienė T. Teminės gairės demencijos strategijos plėtotei: Demencijos strategijos link. Asociacija „Demencija Lietuvoje“, Vilnius. 2024; p. 14, 17, 40, 47. [Interaktyvus] [žiūrėta 2024-12-07]. Prieiga per internetą: https://demencijalietuvoje.org/wp-content/uploads/2024/10/Demencijos-strategijos-link_2024.pdf
18. Aldus CF, Arthur A, Dennington-Price A, Millac P, Richmond P, Denning T, Fox C, Matthews FE, et al. Undiagnosed dementia in primary care: a record linkage study. Southampton (UK): NIHR Journals Library; 2020 Apr. P. 65-66. doi: 10.3310/hsdr08200.
19. Frost R, Rait G, Aw S, Brunskill G, Wilcock J, Robinson L, Knapp M, Hogan N, et al. Implementing post diagnostic dementia care in primary care: a mixed-methods systematic review. Aging Ment Health. 2021 Aug;25(8): 1381-1394. doi: 10.1080/13607863.2020.1818182.
20. 2019 Alzheimer's Disease Facts and Figures. Alzheimer's association. Alzheimers Dement.2019;15(3):321-387. doi: 10.1016/j.jalz.2019.01.010.
21. Schwarzkopf L, Menn P, Leidl R, Wunder S, Mehlig H, Marx P, Graessel E, Holle R. Excess costs of dementia disorders and the role of age and gender - an analysis of German health and

- long-term care insurance claims data. *BMC Health Serv Res*. 2012 Jun 19;12:165. doi: 10.1186/1472-6963-12-165.
22. Butler R, Monsalve M, Thomas GW, Herman T, Segre AM, Polgreen PM, Suneja M. Estimating Time Physicians and Other Health Care Workers Spend with Patients in an Intensive Care Unit Using a Sensor Network. *Am J Med*. 2018 Aug;131(8):972.e9-972.e15. doi: 10.1016/j.amjmed.2018.03.015.
 23. Sodri NI, Mohamed-Yassin MS, Mohamad M, Baharudin N. Confidence in Dementia Management and Its Associated Factors among Primary Care Doctors in Malaysia. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Aug 13;19(16). doi: 10.3390/ijerph19169995.
 24. Zolnoori M, Barrón Y, Song J, Noble J, Burgdorf J, Ryvicker M, Topaz M. HomeADScreen: Developing Alzheimer's disease and related dementia risk identification model in home healthcare. *Int J Med Inform*. 2023 Sep;177. doi: 10.1016/j.ijmedinf.2023.105146.
 25. Alnes RE, Malmedal W, Nordtug B, Steinsheim G, Blindheim K. Improving everyday life of people with dementia living at home: Health care professionals' experiences. *J Nurs Manag*. 2022 Oct;30(7):3628-3636. doi: 10.1111/jonm.13819.
 26. Hallberg IR, Cabrera E, Jolley D, Raamat K, Renom-Guiteras A, Verbeek H, Soto M, Stolt M, et al. Professional care providers in dementia care in eight European countries; their training and involvement in early dementia stage and in home care. *Dementia (London)*. 2016 Sep;15(5):931-57. doi: 10.1177/1471301214548520.
 27. Porsteinsson AP, Isaacson RS, Knox S, Sabbagh MN, Rubino I. Diagnosis of Early Alzheimer's Disease: Clinical Practice in 2021. *J Prev Alzheimers Dis*. 2021;8(3):371-386. doi: 10.14283/jpad.2021.23.
 28. World Health Organization (WHO). Dementia. 2021. [Interaktyvus] [cituota 2024-12-26]. Prieiga per internetą: <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/dementia>
 29. Ranson JM, Kuźma E, Hamilton W, Lang I, Llewellyn DJ. Case-finding in clinical practice: An appropriate strategy for dementia identification? *Alzheimers Dement (N Y)*. 2018 Jul 10;4:288-296. doi: 10.1016/j.trci.2018.04.011.
 30. Petersen RC, Yaffe K. Issues and Questions Surrounding Screening for Cognitive Impairment in Older Patients. *JAMA*. 2020 Feb 25;323(8):722-724. doi: 10.1001/jama.2019.22527.
 31. Balogh R, Imre N, Papp E, Kovács I, Heim S, Karádi K, Hajnal F, Pákási M, et al. Dementia in Hungary: General practitioners' routines and perspectives regarding early recognition. *Eur J Gen Pract*. 2020 Dec;26(1):7-13. doi: 10.1080/13814788.2019.1673723.
 32. Fernandes B, Goodarzi Z, Holroyd-Leduc J. Optimizing the diagnosis and management of dementia within primary care: a systematic review of systematic reviews. *BMC Fam Pract*. 2021;22(1):166. doi: 10.1186/s12875-021-01461-5.

33. Mattke S, Batie D, Chodosh J, Felten K, Flaherty E, Fowler NR, Kobylarz FA, O'Brien K, et al . Expanding the use of brief cognitive assessments to detect suspected early-stage cognitive impairment in primary care. *Alzheimers Dement.* 2023 Sep;19(9):4252-4259. doi: 10.1002/alz.13051.
34. Reiss AB, de Levante Raphael D, Chin NA, Sinha V. The physician's Alzheimer's disease management guide: Early detection and diagnosis of cognitive impairment, Alzheimer's disease and related dementia. *AIMS Public Health.* 2022 Sep 27;9(4):661-689. doi: 10.3934/publichealth.2022047.
35. Wangler J, Jansky M. Dementia diagnostics in general practitioner care: Do general practitioners have reservations? The findings of a qualitative study in Germany. *Wien Med Wochenschr.* 2020 Jun; 170 (9-10): 230-237. doi: 10.1007/s10354-019-00722-4.
36. Whitlatch CJ, Orsulic-Jeras S. Meeting the Informational, Educational, and Psychosocial Support Needs of Persons Living with Dementia and Their Family Caregivers. *Gerontologist.* 2018; 58:S58–S73. doi: 10.1093/geront/gnx162.
37. Alzheimer's Association Report. New Alzheimer's Association Report. 2019. [Interaktyvus] [žiūrėta 2024-10-28]. Prieiga per internetą: <https://www.alz.org/news/2019/new-alzheimer-s-association-report-shows-signifi>
38. Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation: National plan to address Alzheimer's Disease: 2019 update. U.S. Department of Health and Human Services; 2019 [Interaktyvus] [Cituota 2024-08-11]. Prieiga per internetą: <https://aspe.hhs.gov/reports/national-plan-address-alzheimers-disease-2019-update-0>
39. de Levante Raphael D. The Knowledge and Attitudes of Primary Care and the Barriers to Early Detection and Diagnosis of Alzheimer's Disease. *Medicina (Kaunas).* 2022 Jul 7;58(7):906. doi: 10.3390/medicina58070906.
40. 2020 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimers Dement.* 2020 Mar 10. P: 393, 396, 397. doi: 10.1002/alz.12068.
41. Yiannopoulou KG, Papageorgiou SG. Current and Future Treatments in Alzheimer Disease: An Update. *J Cent Nerv Syst Dis.* 2020;12. doi: 10.1177/1179573520907397.
42. Denning KH. Recognition and assessment of dementia in primary care. *Br J Community Nurs.* 2019 Aug 2;24(8):383-387. doi: 10.12968/bjcn.2019.24.8.383.
43. Lohmeyer JL, Alpınar-Sencan Z, Schick Tanz S. Attitudes towards prediction and early diagnosis of late-onset dementia: a comparison of tested persons and family caregivers. *Aging Ment Health.* 2021 May;25(5):832-843. doi: 10.1080/13607863.2020.1727851.

44. Couch E, Co M, Albertyn CP, Prina M, Lawrence V. A qualitative study of informal caregiver perceptions of the benefits of an early dementia diagnosis. *BMC Health Serv Res.* 2024 Apr 24;24(1):508. doi: 10.1186/s12913-024-10957-6.
45. Sudore RL, Lum HD, You JJ, Hanson LC, Meier DE, Pantilat SZ, Matlock DD, Rietjens JAC, et al. Defining Advance Care Planning for Adults: A Consensus Definition From a Multidisciplinary Delphi Panel. *J Pain Symptom Manage.* 2017 May; 53(5): 821-832.e1. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2016.12.331.
46. Ngandu T, Lehtisalo J, Solomon A, Levälähti E, Ahtiluoto S, Antikainen R, Bäckman L, Hänninen T, et al. A 2 year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER): a randomised controlled trial. *Lancet.* 2015 Jun 6; 385 (9984): 2255-63. doi: 10.1016/S0140-6736(15)60461-5.
47. Livingston G, Sommerlad A, Orgeta V, Costafreda SG, Huntley J, Ames D, Ballard C, Banerjee S, et al. Dementia prevention, intervention, and care. *Lancet.* 2017 Dec 16;390(10113):2673-2734. doi: 10.1016/S0140-6736(17)31363-6.
48. Oba H, Matsuoka T, Kato Y, Watson R, Mansfield E, Sanson-Fisher R, Narumoto J. Attitude toward dementia and preferences for diagnosis in Japanese health service consumers. *BMC Health Serv Res.* 2021 May 3;21(1):411. doi: 10.1186/s12913-021-06381-9.
49. Bernstein A, Rogers KM, Possin KL, Steele NZR, Ritchie CS, Kramer JH, Geschwind M, Higgins JJ, et al. Dementia assessment and management in primary care settings: a survey of current provider practices in the United States. *BMC Health Serv Res.* 2019;19(1):919. doi: 10.1186/s12913-019-4603-2.
50. Iliffe S, Manthorpe J, Eden A. Sooner or later? Issues in the early diagnosis of dementia in general practice: A qualitative study. *Family Pract.* 2003;20:376–381. doi: 10.1093/fampra/cm407.
51. Lee DR, Romero T, Serrano KS, Panlilio M, Rojas-Parra A, Matsuno L, Mendez MF, Willinger C, et al. Demographics, Symptoms, Psychotropic Use, and Caregiver Distress in Patients With Early vs Late Onset Dementia. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2024 Aug; 32(8): 944-954. doi: 10.1016/j.jagp.2024.03.009.
52. Islam MM, Parkinson A, Burns K, Woods M, Yen L. A training program for primary health care nurses on timely diagnosis and management of dementia in general practice: An evaluation study. *Int J Nurs Stud.* 2020 May. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2020.103550.
53. Kleinke F, Michalowsky B, Rädke A, Platen M, Mühlichen F, Scharf A, Mohr W, Penndrof P, et al. Advanced nursing practice and interprofessional dementia care (InDePendent): study

- protocol for a multi-center, cluster-randomized, controlled, interventional trial. *Trials*. 2022 Apr 11;23(1):290. doi:10.1186/s13063-022-06249-1.
54. Sideman AB, Ma M, Hernandez de Jesus A, Alagappan C, Razon N, Dohan D, Chodos A, Al-Rousan T, et al. Primary Care Pracitioner Perspectives on the Role of Primary Care in Dementia Diagnosis and Care. *JAMA Netw Open*. 2023 Sep 5;6(9). doi: 10.1001/jamanetworkopen.2023.36030.
 55. Traynor V, Inoue K, Crookes P. Literature review: understanding nursing competence in dementia care. *J Clin Nurs*. 2011 Jul;20(13-14):1948-60. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03511.x.
 56. Luck KE, Doucet S. A rapid review exploring nurse-led memory clinics. *Nurs Open*. 2021 Jul;8(4):1538-1549. doi: 10.1002/nop2.688.
 57. Michalowsky B, Henning E, Rädke A, Dreier-Wolfgramm A, Altiner A, Wollny A, Drewelow E, Kohlmann T, et al. Attitudes towards advanced nursing roles in primary dementia care - Results of an observational study in Germany. *J Adv Nurs*. 2021 Apr;77(4):1800-1812. doi: 10.1111/jan.14705.
 58. Gibson C, Goeman D, Pond D. What is the role of the practice nurse in the care of people living with dementia, or cognitive impairment, and their support person(s)?: a systematic review. *BMC Fam Pract*. 2020 Jul 13;21(1):141. doi:10.21203/rs.2.20338/v3.
 59. Dixon L, Thompson H. The role of the district nurse in caring for patients with dementia. *Br J Community Nurs*. 2018 Jul 2;23(7):348-353. doi: 10.12968/bjcn.2018.23.7.348.
 60. Lindeberg S, Samuelsson C, Müller N. Swedish Clinical Professionals' Perspectives on Evaluating Cognitive and Communicative Function in Dementia. *Clin Gerontol*. 2022 May-Jun;45(3):619-633. doi: 10.1080/07317115.2019.1701168.
 61. Gilbert C, Wilcock J, Thuné-Boyle I, Iliffe S. A comparison of service use by people with dementia in two samples a decade apart. *Dementia (London)*. 2017 Jan;16(1):96-107. doi: 10.1177/1471301215581504.
 62. International Council of Nurses. Guideline on advanced practice nursing 2020. P: 6-7. [Interaktyvus] [žiūrėta 2024-11-25]. Prieiga per internetą: https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN_APN%20Report_EN_WEB.pdf
 63. Minstrell M, Bentley M, Bucher H, Morrissey M, Higgs C, Robinson A, Stirling C. Open referral policy within a nurse-led memory clinic: patient demographics, assessment scores, and diagnostic profiles. *Int Psychogeriatr*. 2015 Jun;27(6):967-79. doi: 10.1017/S1041610214002361.

64. Clibbens R, Depledge A, Hemingway S. Developing the advanced nurse practitioner role in a memory service. *Br J Nurs.* 2019 Oct 24;28(19):1251-1255. doi: 10.12968/bjon.2019.28.19.1251.
65. Greenbank K, Hemingway S, Thiyagesh S, Stephenson J. Service user and carer experiences of the advanced nurse practitioner role in a memory assessment team. *Br J Nurs.* 2020 Sep 10;29(16):960-967. doi: 10.12968/bjon.2020.29.16.960.
66. Lockwood EB, Lehwaldt D, Sweeney MR, Matthews A. An exploration of the levels of clinical autonomy of advanced nurse practitioners: A narrative literature review. *Int J Nurs Pract.* 2022 Feb;28(1). doi: 10.1111/ijn.12978.
67. Aminzadeh F, Molnar FJ, Dalziel WB, Ayotte D. A review of barriers and enablers to diagnosis and management of persons with dementia in primary care. *Can Geriatr J.* 2012 Sep;15(3):85-94. doi: 10.5770/cgj.15.42.
68. Sabbagh MN, Boada M, Borson S, Chilukuri M, Dubois B, Ingram J, Iwata A, Porsteinsson AP, et al. Early Detection of Mild Cognitive Impairment (MCI) in Primary Care. *J Prev Alzheimers Dis.* 2020;7(3):165-170. doi: 10.14283/jpad.2020.21.
69. Page S, Hope K, Bee P, Burns A. Nurses making a diagnosis of dementia--a potential change in practice? *Int J Geriatr Psychiatry.* 2008 Jan;23(1):27-33. doi: 10.1002/gps.1831.
70. Iwaanakuhi T, Yoshida T, Fukuda Y, Uto Y. Impact of cognitive decline on medical outcomes and nursing workload: A retrospective cohort study. *PLoS One.* 2023 Nov 22;18(11). doi: 10.1371/journal.pone.0293755.
71. Yang YY, Hsiao CH, Chang YJ, Ma SC, Wang JJ. Exploring dementia care competence of nurses working in acute care settings. *J Clin Nurs.* 2022 Jul;31(13-14):1972-1982. doi: 10.1111/jocn.15190.
72. Laurant M, van der Biezen M, Wijers N, Watananirun K, Kontopantelis E, van Vught AJ. Nurses as substitutes for doctors in primary care. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018 Jul 16;7(7). doi: 10.1002/14651858.CD001271.pub3.
73. Karimi-Shahanjarini A, Shakibazadeh E, Rashidian A, Hajimiri K, Glenton C, Noyes J, Lewin S, Laurant M, et al. Barriers and facilitators to the implementation of doctor-nurse substitution strategies in primary care: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019 Apr 15;4(4). doi: 10.1002/14651858.CD010412.pub2.
74. Ng Quin NS, Ward SA. Diagnosis of dementia in Australia: a narrative review of services and models of care. *Aust Health Rev.* 2019 Aug;43(4):415-424. doi: 10.1071/AH17167.
75. Poghosyan L, Brooks JM, Hovsepian V, Pollifrone M, Schlak AE, Sadak T. The Growing Primary Care Nurse Practitioner Workforce: A Solution for the Aging Population Living With

- Dementia. Am J Geriatr Psychiatry. 2021 Jun; 29(6): 517-526. doi: 10.1016/j.jagp.2021.01.135.
76. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerija. Įsakymas: Dėl Ilgalaikės priežiūros paslaugų teikimo tvarkos aprašo ir ilgalaikės priežiūros paslaugų teikimo pagrindų kvalifikacijos tobulinimo programos turinio gairių patvirtinimo. Nr. A1-492/V-836, Vilnius. Galiojanti suvestinė redakcija (nuo 2024-11-01). [Interaktyvus] [žiūrėta 2024-11-20]. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/00100e2027ff11eea0b6cad9848a9596/asr>
77. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas: Dėl Lietuvos medicinos normos MN 28:2019 „Bendrosios praktikos slaugytojas“ patvirtinimo. Nr. V-591, Vilnius. Galiojanti suvestinė redakcija (nuo 2024-07-01) [Interaktyvus] [žiūrėta 2024-11-02]. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.401304/asr>
78. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas: Dėl Lietuvos medicinos normos MN 160:2017 „Išplėstinės praktikos slaugytojas“ patvirtinimo. 2017 m. liepos 7 d. Nr. V-852, (Įsigalioja 2017-07-13), Vilnius. [Interaktyvus] [žiūrėta 2024-10-21] Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/96b1d63166cf11e7a53b83ca0142260e>
79. Apuzzo L, Michelutti P, Batenburg R, Brembo EA, Čiurlionis M, Cserhati Z, Colombo A, Fusaro P, et al. Support to reforms in health workforce field - Initiatives on taskshifting. TaSHI Project Report. 2023. P. 49. [Interaktyvus] [cituota 2024-12-14]. Prieiga per internetą: https://tashiproject.eu/wp-content/uploads/2024/03/D5.2-Guidebook-on-task-shifting_revised_final_ISBN.pdf
80. McCrory V. An overview of the role of the district nurse caring for individuals with complex needs. Br J Community Nurs. 2019 Jan 2;24(1):20-26. doi: 10.12968/bjcn.2019.24.1.20.
81. Iliffe S. Evidence-Based Practice in Dementia for Nurses and Nursing Students. London: Jessica Kingsley Publishers; 2019, p. 289-290.
82. White J, Norton G, Pond D, Khaing K, Dolja-Gore X, Byles J, Carey M. General practitioner and practice nurses perspectives on implementation of the 75+ health assessment: Implications for dementia care and well-being. J Adv Nurs. 2024 Jul 29. doi: 10.1111/jan.16354.
83. Gibson C, Goeman D, Pond D, Yates M, Hutchinson A. General practice nurse perceptions of barriers and facilitators to implementation of best-practice dementia care recommendations-a qualitative interview study. BMC Prim Care. 2024 May 2;25(1):147. doi: 10.1186/s12875-024-02401-9.

84. Gibson C, Goeman D, Hutchinson A, Yates M, Pond D. The provision of dementia care in general practice: practice nurse perceptions of their role. *BMC Fam Pract*. 2021 Jun 9;22(1):110. doi: 10.1186/s12875-021-01467-z.
85. Mattos MK, Nilsen ML, Lingler JH. Experiences Surrounding an Early-Stage Cognitive Diagnosis in Rural-Dwelling Older Adults. *Res Gerontol Nurs*. 2018 Jul 1;11(4):181-189. doi: 10.3928/19404921-20180628-03.
86. Burgon C, Darby J, Pollock K, van der Wardt V, Peach T, Beck L, Logan P, Harwood RH. Perspectives of healthcare professionals in England on falls interventions for people with dementia: a qualitative interview study. *BMJ Open*. 2019 Feb 11;9(2). doi: 10.1136/bmjopen-2018-025702.
87. Tornatore C, Ahmad A, Pham T, Gupte-Singh K, Wahid N, Lynch J, Pratt KJ. Identification of cognitive impairment, depression, and fatigue among multiple sclerosis patients in a large comprehensive care center: A mixed-methods, qualitative study. *Mult Scler Relat Disord*. 2022 Dec;68. doi: 10.1016/j.msard.2022.104117.
88. Parsons K, Smith-Young J, Pike A. Understanding how community-dwelling persons with early dementia perceive health and community services: Informing the dementia strategy of Newfoundland and Labrador, Canada. *Dementia (London)*. 2025 Jan;24(1):150-170. doi: 10.1177/14713012241284693.
89. Tam-Tham H, Nettel-Agüirre A, Silvius J, Dalziel W, Garcia L, Molnar F, Drummond N. Provision of dementia-related services in Canada: a comparative study. *BMC Health Serv Res*. 2016 May 17;16:184. doi: 10.1186/s12913-016-1435-1.
90. Plantinga A, Roodbol PF, van Munster BC, Finnema EJ. Nurses' perspectives on shared decision-making in the daily care of hospitalized patients with dementia: An exploratory qualitative study. *J Adv Nurs*. 2024 Nov;80(11):4654-4664. doi: 10.1111/jan.16107.
91. Stockwell-Smith G, Moyle W, Kellett U. The impact of early-stage dementia on community-dwelling care recipient/carer dyads' capacity to self-manage. *J Clin Nurs*. 2019 Feb;28(3-4): 629-640. doi: 10.1111/jocn.14657.
92. Gibson C, Goeman D, Pond CD, Yates M, Hutchinson AM. The perspectives of people living with dementia and their carers on the role of the general practice nurse in dementia care provision: a qualitative study. *Aust J Prim Health*. 2024 Nov; 30. doi: 10.1071/PY24071.
93. Vaikasienė V, Gerikienė V. Bendruomenės slaugytojo veiklos patirtys su sergančiuoju demencija ir jo artimaisiais. *Sveikatos mokslai*, 2021; 31.2: 174-182. doi: 10.35988/sm-hs.2021.059.

94. Huynh-Truong HL, Shyu YL, Tran TKL, Huang HL, Do VA. Dementia care practices among community healthcare workers in Vietnam: a qualitative descriptive study. *BMC Geriatr.* 2023 Sep 14;23(1):562. doi: 10.1186/s12877-023-04199-0.
95. de Witt L, Ploeg J. Caring for older people living alone with dementia: Healthcare professionals' experiences. *Dementia (London).* 2016 Mar; 15(2):221-38. doi: 10.1177/1471301214523280.
96. Halcomb EJ, McInnes S, Patterson C, Moxham L. Nurse-delivered interventions for mental health in primary care: a systematic review of randomized controlled trials. *Fam Pract.* 2019 Jan 25;36(1):64-71. doi: 10.1093/fampra/cmy101.
97. Jenkins C, Smythe A. What are nurses' and healthcare workers' cultural understandings of dementia? An integrative literature review. *Dementia (London).* 2024 Sep 21. doi: 10.1177/14713012241285525.
98. Lim W. M. What Is Qualitative Research? An Overview and Guidelines. *Australasian Marketing Journal (AMJ).* 2024. Doi: <https://doi.org/10.1177/14413582241264619>.
99. Kardelis K. Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai. Šeštasis pataisytas ir papildytas leidimas. Vilnius: Mokslo ir enciklopedijų leidybos centras; 2017. P.: 29, 105, 112, 122.
100. Teherani A, Martimianakis T, Stenfors-Hayes T, Wadhwa A, Varpio L. Choosing a qualitative research approach. *J Grad Med Educ.* 2015;7:669–670. doi: 10.4300/JGME-D-15-00414.1.
101. McLeod S. Phenomenology In Qualitative Research. *Simply Psychology.* 2024. Doi: 10.13140/RG.2.2.25457.90725.
102. Alhazmi AA, Kaufmann A. Phenomenological Qualitative Methods Applied to the Analysis of Cross-Cultural Experience in Novel Educational Social Contexts. *Front Psychol.* 2022 Apr 25;13:785134. doi: 10.3389/fpsyg.2022.785134.
103. Gaižauskaitė I, Valavičienė N. Socialinių tyrimų metodai: kokybinis interviu. *Universiteto vadovėlis.* Vilnius: Registrų centras; 2016. p.17-19, 41, 315-318, 342-344.
104. Blaževičienė A, Spirgienė L, Riklikienė O, Vaškelytė A. Slaugos mokslinių tyrimų duomenų sklaida (2-oji pataisyta ir papildyta laida). Kaunas: LSMU Leidybos namai; 2018. P.: 20-26; 28, 73, 95-96.
105. Patton MQ. Qualitative research & evaluation methods: integrating theory and practice. Fourth edition. Thousand Oaks, California: SAGE publications, 2015. P. 451- 452.
106. Patton MQ. Qualitative research & evaluation methods: integrating theory and practice. Third edition. Thousand Oaks, California: SAGE publications, 2002. P. 432-433.

107. Zhao E, Bloomfield J, Lowres N, Gallagher R. Detecting and managing cognitive impairment in cardiac patients: insights from qualitative interviews with nurses. *Contemp Nurse*. 2024 Oct 18;1-13. doi: 10.1080/10376178.2024.2415896.
108. Manthorpe J, Iliffe S. Timely recognition of dementia: community nurses' crucial roles. *Br J Community Nurs*. 2007 Feb;12(2):74-6. doi: 10.12968/bjcn.2007.12.2.22818.
109. Steis MR, Behrens L, Colancecco EM, Mogle J, Mulhall PM, Hill NL, Fick DM, Kolankowski AM. Licensed Nurse and Nursing Assistant Recognition of Delirium in Nursing Home Residents With Dementia. *Ann Longterm Care*. 2015 Oct;23(10):15-20.
110. Visser FCW, van Eersel MEA, Hempenius L, Verwey NA, Band C, van der Bol JM, Boudestein K, van Dijk SC, et al. Recognition of cognitive dysfunction in hospitalised older patients: a flash mob study. *BMC Geriatr*. 2024 Jan 16;24(1):66. doi: 10.1186/s12877-023-04588-5.
111. Zhao E, Lowres N, Bloomfield J, Weddell J, Tofler G, Gallagher R. Current Practices and Attitudes of Cardiac Nurses Regarding Cognitive Screening in Patients With Acute Coronary Syndrome. *Heart Lung Circ*. 2024 Jul;33(7):1050-1057. doi: 10.1016/j.hlc.2024.01.017.
112. Brunton S, Pruzin JJ, Alford S, Hamersky C, Sabharwal A, Gopalakrishna G. Perspectives of patients, care partners, and primary care physicians on management of mild cognitive impairment and mild Alzheimer's disease dementia. *Postgrad Med*. 2023 Jun;135(5):530-538. doi: 10.1080/00325481.2023.2217025.
113. Hanifa ALB, Alrø AB, Holm A, Dreyer P. Nurses' experiences of managing cognitive problems in intensive care unit patients: A qualitative study. *Intensive Crit Care Nurs*. 2023 Dec;79:103508. doi: 10.1016/j.iccn.2023.103508.
114. Scott J, Mayo AM. Instruments for detection and screening of cognitive impairment for older adults in primary care settings: A review. *Geriatr Nurs*. 2018 May- Jun;39(3):323-329. doi: 10.1016/j.gerinurse.2017.11.001.
115. Manthorpe J, Iliffe S, Eden A. The implications of the early recognition of dementia for multiprofessional teamworking. *Dementia*. 2003; 2(2):163–179. doi: 10.1177/1471301203002002003.
116. Karungi CK, Wakida EK, Rukundo GZ, Talib ZM, Haberer JE, Obua C. Lay Health Workers in Community-Based Care and Management of Dementia: A Qualitative 'Pre' and 'Post' Intervention Study in Southwestern Uganda. *Biomed Res Int*. 2022 Mar 23;2022:9443229. doi: 10.1155/2022/9443229.

117. Sagbakken M, Spilker RS, Nielsen TR. Dementia and immigrant groups: a qualitative study of challenges related to identifying, assessing, and diagnosing dementia. *BMC Health Serv Res*. 2018 Nov 29;18(1):910. doi: 10.1186/s12913-018-3720-7.
118. Jenkins C, Ginesi L, Keenan B. *Dementia Care at a Glance*. First edition. The Atrium, Southern Gate, Chichester, West Sussex, UK: John Wiley & Sons. 2016; P.: 26-27.
119. Abley C, Dickinson C, Andrews Z, Prato L, Lindley L, Robinson L. Training interventions to improve general hospital care for older people with cognitive impairment: systematic review. *Br J Psychiatry*. 2019 Apr;214(4):201-212. doi: 10.1192/bjp.2019.29.

MOKSLO PRANEŠIMŲ, PUBLIKACIJŲ SĄRAŠAS

1. Mikėnaitė A, Čiurlionis M, Šturienė R. Skaitytas pranešimas tema – *The Experiences of Home Care Nurses When Suspecting Dementia in Patients*. 2025 m. gegužės 21 d. „Slaugos mokslo naujovės: 2025“ vykusioje konferencijoje Vilniuje.
2. Mikėnaitė A, Čiurlionis M, Stundžienė R, Šturienė R. Straipsnio publikacija tema – *Pirminės sveikatos priežiūros slaugytojo kompetencijos ankstyvoje demencijos diagnostikoje*. Sveikatos mokslai, 2025; 35(3): 108–114. (Planuojama spauda 2025 gegužės mėn.).

PRIEDAI

1 Priedas: „Tyrimo instrumentas – pusiau struktūruotas interviu.“

Pusiau struktūruotas interviu: *Slaugytojo, teikiančio priežiūrą namuose, patirtys įtariant pacientams demenciją*

I dalis – demencijos požymiai ar kognityvinių funkcijų pokyčiai, kuriuos įtaria slaugytojas namuose slaugomam pacientui.

1. Papasakokite savo patirtį namų slaugoje, kuomet įtarėte pacientui demenciją arba kognityvinius sutrikimus.
 - 1.1. Kaip keitėsi paciento kasdieninė veikla?
 - 1.2. Kaip keitėsi paciento įgūdžiai (pvz.: valgymas, apsirengimas, tuštinimasis)?
 - 1.3. Kaip keitėsi paciento interesai?
 - 1.4. Kaip keitėsi paciento protinė veikla (pvz.: atmintis, orientacija)?
 - 1.5. Kam pranešėte šią informaciją?

II dalis – slaugos paslaugas namuose teikiančio slaugytojo veiksmai įtarus demenciją.

2. Kokių veiksmų ir/ar priemonių ėmėtės kuomet įtarėte kognityvinius sutrikimus ar galimus demencijos požymius pacientui?
 - 2.1. Ką darėte pirmiausia?
 - 2.2. Apibūdinkite slaugos namuose veiksmų planą tokiam pacientui.
 - 2.3. Kas dalyvavo priežiūros procese? Koks buvo jų vaidmuo?

III dalis – sunkumai, su kuriais susiduria slaugytojas įtariant demenciją pacientui.

3. Pasidalinkite patirtimi, su kokiais iššūkiais (sunkumais) teko susidurti įtariant pacientui demenciją/ siekiant įtarti demenciją.
 - 3.1. Kokios įtakos tai turėjo tolimesnei paciento priežiūrai?
 - 3.2. Kas, Jūsų nuomone, slaugytojui padėtų išspręsti šiuos, kylančius sunkumus?

2 Priedas: „Vilniaus Universiteto, Medicinos Fakulteto, Mokslinių tyrimų etikos komiteto pritarimas dėl tyrimo protokolo ir instrumento naudojimo.“

Išrašas



**VILNIAUS UNIVERSITETO
MEDICINOS FAKULTETO
MOKSLINIŲ TYRIMŲ ETIKOS KOMITETAS**

POSĖDŽIO PROTOKOLAS

2024-10-22 Nr. (1.7 E) 150000-KT-426
Vilnius

El. balsavimas vyko 2024 m. spalio 21-22 d.

Posėdžio pirmininkas VU MF SMI Slaugos katedros vadovė prof. dr. -Natalja Istomina

Posėdžio sekretorius VU MF SMI vyr. specialistė vyr. specialistė Greta Zambžickaitė

Posėdyje dalyvavo: VU MF SMI Slaugos katedros asist. dr. Aldona Mikaliūkštienė, VU MF SMI Visuomenės katedros asistentė. dr. Jelena Stanislavovienė, VU MF SMI Sveikatos etikos, teisės ir istorijos centro docentė dr. Aistė Bartkienė, VU MF SMI Reabilitacijos, fizinės ir sporto medicinos katedros docentė dr. Aurelija Šidlauskienė, VU MF SMI Optometrijos katedros docentas dr. Saulius Galgauskas, VU MF KMI Akušerijos ir ginekologijos klinikos docentė dr. Diana Bužinskienė, VU MF KMI Anesteziologijos ir reanimatologijos klinikos jaun. asistentas Vaidas Vicka, VU MF BMI Anatomijos, histologijos ir antropologijos katedros lektorė Rūta Morkūnienė, VU MF BMI Fiziologijos, biochemijos, mikrobiologijos ir laboratorinės medicinos katedros asistentė. dr. Inga Bikulčienė, VU MF Odontologijos instituto docentė dr. Rasmūtė Manelienė.

Kvorumas priimti sprendimus buvo, nes posėdyje dalyvavo 11 narių iš 11.

1. SVARSTYTA. Išplėstinės praktikos slaugos magistrantūros studijų antro kurso studentės Adelės Mikėnaitės baigiamojo darbo tyrimo protokolo ir instrumento vertinimas..

NUTARTA. Studentės Adelės Mikėnaitės baigiamojo darbo tyrimo protokolo ir instrumento turinys neprieštarauja vykdomojo tyrimo etikos normoms ir VU MF Mokslinių tyrimų etikos komitetas pritaria tyrimo instrumento naudojimui, pakoregavus tyrimo protokolą pagal teiktas Komiteto pastabas (pastabas siunčia Komiteto sekretorius elektroniniu laišku darbo tyrėjui ir vadovui).

VU MF Mokslinių tyrimų etikos komiteto
pirmininkė

prof. dr. Natalja Istomina

Posėdžio sekretorė

Greta Zambžickaitė