

NIJOLĖ GALDIKIENĖ

# BEDRUOMENĖS SLAUGA

## Mokomoji knyga



UDK 616-08(075.8)  
Ga225

Parengta Europos Sąjungos ir Lietuvos Respublikos lėšomis, įgyvendinant projektą Nr. VP1-2.2-ŠMM-07-K-01-069 „Studijų programų atnaujinimas Klaipėdos valstybinės kolegijos Sveikatos mokslų ir Pedagogikos fakultetuose“

ISBN 978-609-454-049-3

Klaipėdos valstybinė kolegija, 2011

# TURINYS

Pratarmė .....	5
1. Bendruomenės slaugos samprata .....	6
1.1. Bendruomenės slaugos tikslai .....	6
1.2. Bendruomenės slaugytojo veikla .....	7
2. Tikslinių bendruomenės grupių slauga .....	9
2.1. Pasirengimas motinystei .....	9
2.1.1. Atsakingos motinystės samprata .....	9
2.1.2. Nėščiąjų priežiūra .....	14
2.1.3. Motinos vaidmens suvokimas pogimdyminiu laikotarpiu .....	18
2.1.4. Bendruomenės slaugytojo vaidmuo rengiant motinystei .....	23
2.2. Naujagimių ir kūdikių priežiūra bendruomenėje .....	29
2.2.1. Naujagimio priežiūra.....	29
2.2.2. Kūdikio priežiūra .....	32
2.3. Jaunų žmonių sveikata .....	38
2.3.1. Jaunų žmonių sveikatos ypatumai .....	38
2.3.2. Bendruomenės slaugytojo vaidmuo sprendžiant jaunų žmonių sveikatos problemas .....	40
2.4. Pagyvenusių ir senų žmonių slauga bendruomenėje .....	45
2.4.1. Pagyvenusių ir senų žmonių autonomijos išsaugojimas .....	45
2.4.2. Pagyvenusių ir senų žmonių autonomijos elementai .....	48
2.4.3. Veiksniai, formuojantys pagyvenusių ir senų žmonių slaugos namuose poreikį.....	50
2.5. Sergančiųjų lėtinėmis ligomis slauga bendruomenėje .....	56
2.5.1. Demografinių pokyčių įtaka lėtinių ligų vystymuisi.....	58
2.5.2. Slaugos paslaugų teikimas pacientų namuose .....	61
2.5.3. Paliatyvi slauga - į pacientą orietuotos slaugos komponentas .....	65
2.5.4. Bendruomenės slaugytojo vaidmuo slaugant sergančiuosius lėtinėmis ligomis .....	68

2.6. Asmens, patyrusio insultą, slauga namuose .....	74
2.6.1. Insultas – susirgimas sutrikdantis motorines ir jutimines asmens funkcijas .....	74
2.6.2. Asmens, patyrusio insultą, slaugos poreikiai .....	78
2.6.3. Artimųjų vaidmuo slaugant insultą patyrusį asmenį namuose.....	82
2.6.4. Artimųjų, slaugančių insultą patyrusį asmenį, gyvenimo pokyčiai .....	86
2.7. Sergančiųjų demencija slaugos ypatumai .....	92
2.7.1. Demencija – pagyvenusių ir senų žmonių susirgimas.....	92
2.7.2. Sergančiųjų demencija slaugos poreikiai .....	105

## PRATARMĖ

Per pastaruosius dešimtmečius vyko sveikatos priežiūros reforma. Ypatingai daug pokyčių įvyko ir pirminės sveikatos priežiūros srityje. Vienas iš sveikatos reformos padarinių buvo sveikatos priežiūros specialistų rengimo bei perkvalifikavimo reforma. Slaugos specialistų pervadinimas, t.y. medicinos sesers pervadinimas slaugytoju, sukėlė nemažai diskusijų ne tik visuomenėje, bet ir tarp sveikatos priežiūros specialistų. Kolegijose ir universitetuose buvo pradėti rengti bendrosios praktikos slaugytojai, kurie galėjo pasiringti bendruomenės slaugytojo specializaciją (darbui pirminėje sveikatos priežiūroje). Tuo pačiu buvo vykdomos perkvalifikavimo programos ir dirbantys slaus specialistai galėjo įgyti bendruomenės slaugytojo specializaciją.

Šios mokomosios priemonės tikslas – pateikti bendruomenės sveikatos slaugos žinių pagrindus būtinus bendruomenės slaugytojui. Mokomoji knyga skirta bendrosios praktikos slaugos studijų programos koleginių studijų studentams, tačiau gali būti naudinga visiems sveikatos priežiūros specialybių studentams.

Mokomojoje knygoje supažindinama su bendruomenės slaugos organizavimu. Analizuojami bendruomenės tikslinių grupių sveikatos ypatumai. Mokoma nustatyti bendruomenės tikslinių grupių sveikatos bei slaugos problemas bei jas spręsti. Analizuojami bendruomenės tikslinių grupių slaugos bendrumai ir skirtumai. Analizuojamos bendruomenės sveikatos priežiūros paslaugos.

Pirmajame skyriuje kalbama apie bendruomenės sampratą, jos tikslus. Aptariamos bendruomenės slaugos ir visuomenės sveikatos sąvokos. Charakterizuojamos bendruomenės slaugytojo funkcijos pirminėje sveikatos priežiūroje.

Antrajame skyriuje pristatoma tikslinių bendruomenės grupių slauga: vaikų, jaunų žmonių ir pagyvenusių bei senų žmonių slauga. Aptariamas pasirėngimas motinystei, naujagimių ir kūdikių sveikatos ypatumai ir sveikatos priežiūros aspektai, jaunų žmonių sveikatos ypatumai ir pagrindinės problemos bei pagyvenusių ir senų žmonių sveikatos problemos, jų sveikatos priežiūra ir slauga.

Autorė

# 1. BENDRUOMENĖS SLAUGOS SAMPRATA

## 1.1. Bendruomenės slaugos tikslai

Įsivaizduokite, kad jūs beldžiatės į vieno iš daugiabučio namo buto duris, kad susitiktumėte su mama, kurios kūdikis buvo gydomas vaikų ligoninėje dėl svorio deficito ir šiandien grįžo namo. Jūs norite pasižiūrėti situaciją namuose ir patarti bei padėti mamai. Arba įsivaizduokite, kad jūs lankote 80 metų poną, kuris serga arterine hipertenzija, namuose, kad pamatuotumėte kraujo spaudimą ir patartumėte jam apie vaistų vartojimą ir mitybą. Arba jūs sėdite sveikatos priežiūros centre kartu su gydytoju (ar atskirai) ir priimate įvairaus amžiaus žmones, išklausote jų problemas, atliekate tam tikras slaugos procedūras, patariate sveikatos išsaugojimo ir ligų profilaktikos klausimais. Arba kitas vaizdas, jūs skaitote paskaitą moksleiviams apie higienos įgūdžių ugdymą ir po to diskutuojate šia tema su mokyklos vadovybe bei moksleivių tėvais.

Kas jūs turite būti, kad galėtumėte dalyvauti visose aukščiau paminėtose veiklose, su įvairaus amžiaus ir sveikatos būklės žmonėmis, jų namuose, darbo ar mokymosi vietose, bendruomenėje ar sveikatos priežiūros įstaigoje? Jūs turite būti *bendruomenės (sveikatos) slaugytoja*, turinti bendruomenės slaugos ir visuomenės sveikatos specifinių žinių ir įgūdžių.

Kaip matote, vartojami du terminai: *bendruomenės sveikatos slauga* ir *visuomenės sveikata*. Bendrosios praktikos slaugytojas arba bendruomenės/šeimoms slaugytojas, turintis licenciją šiai veiklai, teikia slaugos paslaugas pirminių sveikatos priežiūros įstaigų (poliklinikų, ambulatorijų, medicinos punktų, šeimos klinikų/gydytojų centrų) pacientams.

Bendruomenės slauga apibrėžiama kaip pirminėje sveikatos priežiūroje vykdoma specializuota slaugos praktika, grindžiama slaugos teorija ir visuomenės sveikatos žiniomis. Šios praktikos tikslas yra užtikrinti visos bendruomenės narių optimalią sveikatą; ji yra dažniausiai vykdoma pacientų namuose arba artimiausioje sveikatos priežiūros įstaigoje.

Siekiant pagerinti žmogaus ir visuomenės sveikatos būklę, pagrindinis dėmesys skiriamas ne ligų gydymui, bet sveikatos išsaugojimui, palaikymui ir stiprinimui. Todėl slaugytojo vaidmuo tampa labai reikšmingas, kadangi slaugos mokslo objektas - žmogaus sveikata. Tai atsispindi ir šiandieninės slaugos procesuose, kai slaugytojų veikloje ima dominuoti sveikatos ugdymo tikslai. Slaugytojas – tai ne medicinos sesuo, kuri buvo rengiama tik slaugyti sergantįjį, atlikti tik gydytojo nurodymus,

bet specialistas, pagal profesinės kvalifikacijos ir veiklos srities poreikius įgijęs įvairių įgūdžių bei psichologinių, socialinių, pedagoginių ir vadybos žinių.

Kadangi slaugytojas dažniausiai dirba su šeimos gydytoju, jis kartu dalyvauja sprendžiant pacientų sveikatos problemas ir suteikia jiems reikalingą pagalbą.

Slaugytojas privalo žinoti jo kompetencijai priskirtas funkcijas, organizuoti ir įgyvendinti bendruomenės/šeimos slaugą – įvertinti bendruomenės narių sveikatą, nustatyti asmenų ir atskirų jų grupių slaugos poreikius, padėti juos patenkinti; skatinti bendruomenės narių atsakomybę už savo sveikatą, organizuoti ir įgyvendinti atitinkamą mokymą, vertinti jo rezultatus; bendradarbiauti su kitais asmens sveikatos priežiūros specialistais, kitomis institucijomis, nuo kurių gali priklausyti žmonių sveikata; plėtoti bendruomenės slaugą, ją vertinti, planuoti, slaugyti pacientus, mokyti šeimos narius prižiūrėti sunkiai sergančius artimuosius, kontroliuoti paskirtą gydymą; gebėti pažinti aptarnaujamoje bendruomenėje dažniausiai pasitaikančias ligas - širdies ir kraujagyslių, kvėpavimo sistemos, onkologines, infekcines, lytiškai plintančias, psichikos, burnos ertmės, endokrininės sistemos, kaulų ir raumenų sistemos ir kt., nėštumo patologiją. Stebėti ir prireikus organizuoti šių pacientų slaugą.

Slaugytojo paslaugas kol kas nėra atskirai įkainotos. Jos įtrauktos į bendrosios praktikos gydytojo paslaugas, atsižvelgiant į prisirašiusių gyventojų skaičių ir amžiaus grupes (iki 5 m., 5 – 15 m., 16 – 64 m. bei 65 m. ir vyresni). Už kaimo gyventojų sveikatos priežiūrą mokama daugiau.

Teisės aktais nustatyta kad kiekvienas asmuo gali laisvai pasirinkti arčiausiai jo gyvenamosios vietos esančią arba jam patogiau pasiekiamą pirminės sveikatos priežiūros įstaigą, bendrosios praktikos gydytoją (arba terapeutą), slaugytoją. Tačiau šiaandien pacientai dar neturi galimybės pasirinkti slaugytojo, nes jis dirba kartu su šeimos gydytoju. Tačiau prie poliklinikų jau kuriasi slaugos centrai, pacientai galės pageidauti konkretaus slaugytojo paslaugų. Šias paslaugas numatoma plėtoti, nes trumpėja gydymosi trukmė stacionare, vis daugiau pacientų turi būti gydomi ir slaugomi ambulatoriškai. Tai padės taupyti, nes ambulatorinės paslaugos pigesnės. Be to, pacientas dažnai pageidauja skirtas paslaugas gauti namuose.

## 1.2. Bendruomenės slaugytojo veikla

Bendruomenės slaugos tikslas yra užtikrinti visos bendruomenės narių optimalią sveikatą ir ši praktika yra dažniausiai vykdoma pacientų namuose arba artimiausioje sveikatos priežiūros įstaigoje. Ši sveikatos priežiūra apimaneatidėliotiną pagalbą institucijose, nors iš esmės tai yra neinstitucinė sveikatos priežiūros praktika, kad būtų užtikrinta sveikatos paslaugų kokybė ir prieinamumas.

Slaugytojų darbą sudaro ir tokios užduotys, kaip vadovavimas, informavimas, patarimas ir instruktavimas. Bendra visiems išvardintiems veiksniams yra tai, kad

jie paprastai atliekami per pokalbius. Taigi juos galima apibūdinti kaip pedagoginį procesą. Slaugytojos vaidmuo, ugdant bendruomenės dalyvavimą yra perspektyvus. Ji dirba bendruomenėje ir pažįstą tą bendruomenę iš vidaus. Stengdamasi padėti bendruomenės nariams patiems rūpintis sveikata ir dalyvauti sveikatos priežiūros planavime, slaugytojas galėtų įgyti bendruomenės narių pasitikėjimą ir pripažinimą.

Bendruomenės slaugytoja, atlikdama savo veiklą, bendruomenę turėtų suvokti kaip pacientą. Prieš pradėdama slaugyti bet kurį pacientą, pradedama nuo susipažinimo su juo. Susipažinimas su bendruomene gali vykti per jos apibūdinimą vadovaujantis tam tikrais kriterijais: jos ribų nustatymas, sveikatos priežiūros įstaigų išdėstymas, geografinių ypatybių tyrimas, turinčių įtakos sveikatai gyvūnų ir augalų studijavimas, žmogaus sukurtos aplinkos apibūdinimas, gyventojų tankumo ir amžiaus bei lyčių sudėties nustatymas.

Toliau bendruomenės slaugytoja turi išsiaiškinti, kokios grupės egzistuoja bendruomenėje. Jos gali būti realios (jų nariai, gyvendami įprastą gyvenimą, reguliariai susirenka) ir sąlyginės (jas mes sukuriame, skirstydami žmones pagal tam tikrus kriterijus). Realias bendruomenės grupes sudaro atskirų įstaigų darbuotojai, pvz., mokyklos darbuotojų ar moksleivių, darbininkų grupės, taip pat įvairios visuomeninės organizacijos, klubai, tarybos, religinės bendruomenės. Sąlygines bendruomenės grupes galima sudaryti pagal amžių, sveikatos būklę, socialines sąlygas. Bendruomenės grupių sąrašų sudarymas pranerstų planuojant ir įgyvendinant veiklą, su kuria bendruomenės grupe pradėti dirbti, kokiai bendruomenės grupei labiausiai reikalinga pagalba, kokia grupė galėtų bendruomenės slaugytojui ir kitiems bendruomenės nariams padėti spręsti sveikatos problemas. Labai svarbu surasti kiekvienos grupės formalius ar neformalius lyderius, per juos palaikyti kontaktą su kitais bendruomenės nariais. Taip galima formuoti pozityvias lyderių pažiūras į bendruomenės dalyvavimą ir sveikatos stiprinimą.

Bendruomenės slauga remiasi visuomenės sveikatos ir slaugos teorijos žiniomis. Jos tikslas – bendruomenės sveikatos stiprinimas. Bendruomenės slaugoje tai atliekama per pirminę profilaktiką ir sveikatos stiprinimą. Siekiant šio tikslo bendruomenės slaugytoja dirba su grupėmis, šeimomis ir individualiais, bendradarbiauja su įvairių žinybų darbuotojais ir dalyvauja įvairiose programose. Geriausias būdas pasiekti bendruomenės slaugos tikslą – identifikuoti bendruomenės grupes, kurios nariai gali susirgti, tapti neįgaliaisiais ar anksti numirti, bei nukreipti išteklius darbui su šiomis bendruomenės grupėmis.

Kad galėtų teikti kokybiškas paslaugas įvairaus amžiaus žmonių grupėms bendruomenės slaugytojas turi gerai išmanyti šeimos sveikatos, planavimo klausimus, įvairaus amžiaus vaikų, paauglių sveikatos ypatumus, jaunų žmonių, brandaus amžiaus ir senų žmonių sveikatą.



## 2. TIKSLINIŲ BENDRUOMENĖS GRUPIŲ SLAUGA

### 2.1. PASIRENGIMAS MOTINYSTEI

#### 2.1.1. Atsakingos motinystės samprata

Šiandien Lietuvoje mamos susiduria su naujais, anksčiau nepatirtais socialiniais reiškiniais ir dažnai jaučiasi sutrikusios, nes nemoka arba negali prisitaikyti prie sparčiai kintančios aplinkos. Daugybė socialinės bei kultūrinės informacijos skleidžia kitokią gyvenimo stilių, vertybes ir elgseną. Ir su šia, nuolat didėjančia begalinės informacijos gausa, dažnai nespėjama žengti informacinės visuomenės link. Naujos informacinės technologijos ir komunikavimo priemonės atvėrė visas sienas, taip pat ir šeimos. Šiandieninėje visuomenėje motinystės modelis kinta keičiantis visuomenės santykiams. Keičiasi ir pačios motinos požiūris į savo, kaip motinos, vaidmenį (Pileckaitė-Markovienė, 2004). Manoma, kad mūsų dienomis motinystė užima neaukštą vietą moters vertybių hierarchijoje, nes didėja moterų emancipacija..

Iš pradžių motinystę tyrinėjo psichoanalizė ir kitos asmenybės psichologijos kryptys. Jas domino motinos vaidmuo ankstyvųjų asmenybės struktūrų formavimuisi, buvo atliekami tyrimai, susieti su vaiko psichikos raidos sutrikimais ir vaikų bei paauglių psichologinėmis problemomis.

Šiuolaikinė asmenybės psichologija ir psichoterapijos kryptys motinystę tyrinėja, kaip moters pasitenkinimą motinos vaidmeniu, kaip lytinės tapatybės stadiją (Pileckaitė-Markovienė, 2004).

Dar kitą motinystės aspektą atskleidžia vaikų psichologija, nagrinėjanti motinos ir vaiko tarpusavio santykius. Motinos elgesys analizuojamas, kaip vaiko pažintinio aktyvumo, gebėjimo bendrauti, savimonės vystymosi šaltinis.

Dabartiniu metu labai daug diskutuojama, ar būti gera motina išmokstama, ar tai tiesiog įgimta. Apie motinystės instinkto problemą XX amžiaus antroje pusėje buvo labai daug kalbama. Vieni buvo įsitikinę, kad motiniškas prierašumas nulemtas įgimtų mechanizmų (Bowlby, Lorence ir kt., 1996), kad motinos sugebėjimas emociškai reaguoti į savo vaiko stimulus, reikšti savo emocijas bendraujant su juo, noras dalyvauti jo emociniame gyvenime ir santykiuose yra moters prigimtinė savybė. Daugelio autorių nuomone prierašumas aiškinamas, kaip prisitaikymo mechanizmas, nes mažyliui gyvybiškai svarbu užmegzti ir palaikyti ryšį su motina. Bowlby (1996) nuomone, prierašumas ir yra pirminė specifinė sistema, kurios tikslas – palaikyti motinos ir kūdikio tarpusavio santykius, būtinus jam išgyventi ir vystytis.

Prierašumas atsiranda vos užsimezgas santykiui su ką tik gimusiu kūdikiu (Kreiser, 1997). Psychosomatinė vaiko būseną labai priklauso nuo emocinio kontakto su motina (Stern, 1984). Autoriaus teigimu, mažylis skatina socialinę motinos elgseną. Kaip bet kokiam socialiniam elgesiui, turinčiam esminę reikšmę rūšies išgyvenimui, prierašumui būdingi specifiniai mechanizmai. Tokie specifiniai mechanizmai suaugusiajam yra vaiko morfologiniai bruožai, ypatingi kvapai, judesiai ir pozos (Brytman, Radinova, 1997).

Motinytės hormonu mokslininkai vadina hipofizės išskiriamą prolaktiną, kuris aptiktas apie 1960 metus. Prolaktinas reguliuoja lytinį brendimą, pieno liaukų vystymąsi, vaisingumą ir stimuliuoja motinytės instinktą. Pastojus hipofizė iš karto pradeda gaminti kur kas daugiau prolaktino. Jis gaminasi per visą nėštumą ir laktaciją, todėl jau nėščios moters širdyje gimsta iki tol nepatirtas švelnumas ir meilė savo dar negimusiam vaikeliiui (Pileckaitė-Markovienė, 2004).

Midi (1989) atlikti tyrimai parodė, kad motiniškas rūpestis ir prisirišimas prie vaiko susijęs su **pastojimo, išnešiojimo, gimdymo ir maitinimo krūtimi sąlygo-mis**. Filipovas (1999) teigimu, moterys iš prigimties yra motinos, nebent jas specialiai mokyti neigti savo motinišką prigimtį.

Zacharovas (1998) išskiria septynis motinytės instinkto vystymosi etapus:

1. motinytės įvaizdis, protėvių ir tėvų motinytės bei tėvystės instinkto raiška;
2. noras turėti vaikų;
3. teigiamas požiūris į nėštumą;
4. švelnūs jausmai užsimezgasiai gyvybei: pirmieji vaisiaus judesiai sukelia malonius pojūčius ir išgyvenimus;
5. pirmasis naujagimio riksmas sukelia didžiulį džiaugsmą, motinos patiria užuojautą bejėgei būtybei ir norą saugoti bei globoti savo mažylį;
6. pirmoji maitinimo krūtimi patirtis sukelia artumo jausmą ir tiesioginio dalyvavimo vaiko gyvenime pojūtį;
7. pirmoji vaiko šypsena, kaip atsakas į suaugusių geranoriškumą ir simpatiją, sukuria emocinį motinos ir vaiko kontaktą.

Visi šie etapai užtikrina adekvačią motinytės jausmo, emocinio kontakto su vaiku, prierašumo ir meilės jam plėtotę.

Morgan ir Kuykendall (2002) teigia, kad motinytė įtakoja daug ką. Pirmiausia motinytė keičia vaiko gyvenimą, nes jam reikia motinos. Niekas gyvenime nėra jam toks svarbus kaip motina. Autoriai daro išvadą, kad *motina daro įtaką vaiko psichikos vystymuisi*. Ankstyvoji vaikystė yra lemiamas laikotarpis. Tyrimų duomenimis, vaiko aplinka nuo gimimo iki trejų metų nulemia smegenų struktūrą ir sugebėjimą mokytis, taigi *motina daro įtaką emociniam savo vaiko vystymuisi*.

Šiame ankstyvajame amžiuje daroma įtaka vaiko sugebėjimui mylėti. Globojanti mamos meilė padeda pagrindą vaiko sugebėjimui mylėti kitus, mokytis ir prisitaikyti prie aplinkos.

Motinystė daro įtaką mamos gyvenimui. Sėkmingai motinystei formuotis padeda:

- tėvų meilė ir pasiruošimas;
- vaiko norėjimas;
- geras motinos gimimas ( iš norimo nėštumo, per natūralius gimdymo takus, be nuskausminimo, su žindymu iki 1 metų);
- „Oda- oda“ kontaktas pirmomis valandomis po gimimo;
- psichologinė atmosfera šeimoje;
- psichologinis konsultavimas (Kulikauskienė, 2008).

Prancūzijoje atlikta mamų apklausa ( Coulon, Dewaele, Guilloteau, Mariage, Demerval, 2002) parodė, kad gera mama, jų manymu, turi pasižymėti šiomis savybėmis: kantri ir skirianti laiko vaikams, žmogiška ir perduodanti vertybes.

*Kantri ir skirianti laiko vaikams.* Apklausa parodė, jog šios dvi savybės yra svarbiausios. Vertinama mama, kuri yra visada pasiruošusi padėti savo vaikams ir būtų švelni. Už griežtumą pasisakė tik 3% apklaustųjų.

*Žmogiška.* Patirdama stresą ir kasdienius rūpesčius, mama gali sau leisti kartais nuo karto „pratrūkti“. Ne, mama neturi būti tobula bet kokiose gyvenimo aplinkybėse, su priklijuota šypsena veide ir nepriekaištinga šukuosena. Būti mama yra labai sunkus darbas. Daugelis mano, jog pagrindinė motinos rolė- paruošti vaikus gyvenimui visuomenėje ir išmokyti reikalingų taisyklių

*Perduodanti vertybes.* Ketvirtis apklaustųjų teigia, jog motina turi mokyti vaikus autonomijos. Geriausias metodas išmokyti vaikus atsakomybės - išmokyti juos išsiversti patiems. 17% apklaustųjų mano, jog auklėjime svarbu perduoti vertybes. Pagarba, darbas, dalijimasis, tolerancija ir t.t. yra pagrindiniai principai, kuriuos daugelis apklaustųjų norėtų perduoti savo atžaloms. Auklėti vaiką, tai perduoti jam gyvenimo filosofiją, sąžinės įsisažmonijimą, nes tai jam padės priimti sprendimus suaugus. Tik 6% atsakiusių į anketą mano, kad mamos misija yra išpildyti visas vaiko užgaidas.

Teoretikas Donald Winnicott'as (2000) sukūrė „pakankamai geros mamos“ sąvoką. Pakankamai gera mama yra ta, kuri moka atsakyti į vaiko poreikius, išlaikydama pusiausvyrą. Ji supriešinama su „nepakankamai gera mama“, t.y tokia mama, kuri palieka vaiką kančioje ir nerime. Taip pat supriešinama su „per daug gera mama“, kuri perdėtai atsako į vaiko poreikius ir jam nepakankamai leidžia pajusti trūkumą, stoką, kuri yra jo formavimosi pagrindas; šis „per daug“ išvysto vaikui visagališkumo jausmą.

Winnicott'as (2000) teigia, jog yra ryšys tarp mamos atsako į vaiko poreikius ir vaiko, tikro ar įsivaizduojamo „aš“ supratimo susiformavimo. Taigi, ši sąvoka prieštarauja „geros mamos“ sąvokai, piršdama ideją, jog atsakas turi būti pakankamas, bet ne „perdėtas“.

**Motinstės ugdymas ir atsakinga lytinė elgsena.** Motinstė nėra savaime susiklostantis reiškinys. Lytis, įvelkanti žmogiškąją prigimtį į moteriškąją ar vyriškąją būtį, suteikia tik galimybę. Visa kita – auklėjimo dalykas, kuris priklauso tiek nuo šeimos puoselėjamų ir perduodamų vertybių, tiek nuo kiekvienos moters motinstės tapatumą veikiančių visuomenės tradicinių ir kultūrinių nuostatų (Obelenienė, 2006). Tradiciškai mes įpratę ugdymo misiją adresuoti motinai. Šalkauskis (1992) vienas pirmųjų Lietuvoje įvardijo motinos ir tėvo įtaką vaiko ugdymui per lyčių skirtingumo prizmę. Tačiau konstatuoja, jog „šeimyniniame auklėjime motina yra pirmaeilė auklėjimo veikėja“. Gaigalienė (1998) pateikia apklausos duomenis, kurie patvirtina, jog šiandien Lietuvos gyventojai šeimos ugdomoje funkcijoje pirmenybę teikia moteriai. Kaip jau buvo minėta, šiandien tėvams nebeužtenka vien savo šeimoje gautų įgūdžių, kaip auginti ir auklėti vaikus. Aplinkinio pasaulio neįtikėtinas kitimo greitis įpareigoja turėti tam tikrą išmanymą, pedagoginę kultūrą – dvasinių vertybių ir pedagoginių žinių, mokėjimų bei įgūdžių visumą (Miškinis, 1993).

Vaikystėje mergytė, susitapatindama su mama, lengvai atranda moteriškosios lyties įprasminimą motinstėje. Paauglystėje šis motinstės įvaizdis pradeda griūti dėl kelių priežasčių: besikeičiantis kūnas priverčia kaskart jausti diskomfortą, atsirandantys nauji interesai verčia paauglę nerimauti ir ieškoti savosios lyties prasmės iš naujo. Tuo metu nuo ugdytojų kompetencijos ir lytinio auklėjimo tikslų, turinio bei metodų labai priklauso, kokią prasmę besiformuojančios moters pasaulėvokoje įgis nėštumas ir gimdymas: ar kaip moters prigimties savybė, suteikianti jai išskirtinę privilegiją duoti naujam asmeniui gyvenimą, ar kaip didelis nepatogumas, trukdantis jos seksualinės saviraiškos laisvei. Vaikystės metais susiklostęs pasaulėvaizdžio turinys ateityje paprastai lemia suaugusio žmogaus pasaulėžiūros turinį (Pukelis 1998). Todėl paauglystės metais susikurta nėštumo baimė gali padaryti įtaką motinstės identiteto formavimuisi mergaitės savimonėje.

Mokykloje vaikai rengiami daugiausia realizuoti dvi šeimos funkcijas: *reprodukcinių bei ūkinę-ekonominę*. Moksleivių rengimas šeimai, motinstei šiandien daugiau remiasi ne specialiais rengimo šeimai ar motinstei kursais, bet dalykine integracija. Praktinės rengimo šeimai ir motinstei problemos vis dėlto nėra išspręstos, nes specialūs dalykai- šeimos, motinstės gyvenimo etika ir psichologija- baigia išnykti arba morališkai pasenę.

Šiuo metu Lietuvoje motinstei moterys rengiamos daugiausiai neformalaus ugdymo įstaigose: Vyskupijų šeimų centruose bei sveikatos apsaugos įstaigose, kuriose, remiantis SAM įsakymu Nr. 248 (Valstybės žinios Nr. 47, 1996), kiekvieno-

je moterų konsultacijoje veikia „mamos mokyklos“. Tuo tarpu moksliniai tyrimai rodo, kad žinios gali būti pateikiamos ir pavėluotai: pavyzdžiui, PSO duomenimis, natūraliai maitinti jaunų motinų apsisprendžia: prieš nėštumą – 35 proc, pirmąjį nėštumo trimestrą – 25 proc., antrąjį – 23 proc., trečiąjį – 10 proc., o po gimdymo – tik 7 proc. (Morkūnienė, 1998). Vadinas, didesnis poveikis bus, jei merginos apie tai išgirs mokykloje. Palyginus tiriamųjų, kurios išklausė motinystės rengimo programas skirtingose institucijose (moterų konsultacijose ir šeimos centre) žinias programos pradžioje ir pabaigoje, gauti nors ir teigiami, bet nežymūs pokyčiai (Aukščiūnienė, 1997). Kursai yra nepopuliarūs: susirenka nedaug klausytojų. Iš tyrimų duomenų aiškėja, jog Lietuvoje esanti rengimo motinystei sistema yra neefektyvi: net 68 proc. respondentų motinystei iš viso nesirengė, 70 proc. pastojo neplanuotai ir 22 proc. nėštumo nepageidavo.

Žmogaus lytiškumas – neatsiejama asmens dalis. Lytiškumas yra svarbus tam, kuo mes esame, ir paveikia mūsų mintis, jausmus ir veiksmus. Žmogaus orumas reikalauja, kad jis veiktų, turėdamas sąmoningą ir laisvą apsisprendimą, kad jo veiksmai išplauktų iš vidinio asmenybės sprendimo. Jis pasiekiamas, kada žmogus sugeba išsivaduoti iš aistrų vergijos ir siekia laisvai pasirinkto, žmoniškąjį kilnumą atitinkančio gėrio (Narbekovas ir kt. 2004).

Lytiškumo ugdymas būtinas siekiant sėkmingai realizuoti seksualinę, vaikų gimdymo ir auginimo funkcijas. Lytinis auklėjimas – tai berniukų ir mergaičių santykiai šeimoje, partnerystės ir draugystės problemos, lytinis švietimas, erotinis auklėjimas, rengimas šeimos gyvenimui.

Dabartiniu metu pastebimi ypač ankstyvi vaikų ir paauglių lytiniai santykiai, neplanuoti nėštumai, rodo, kad trūksta mokslininkų, visuomenės sveikatos specialistų, pedagogų, visuomenės dėmesio vaikų ir jaunimo lytiniam švietimui, veiksmų, įtakančių paauglių seksualumą, tyrinėjimui (Strukčinskienė, 2009). Mūsų šalyje trūksta lytinio ugdymo programų, skirtų vaikams ir jaunimui, kurios įgalintų pagilinti jų žinias, ugdytų pozityvią seksualinę elgseną, gerintų seksualinę reprodukcinę sveikatą, ugdytų būsimo atsakingos motinystės sampratą.

Psichologinis pasirėngimas motinystei vertinamas kaip specifinė asmenybės ypatybė, kurios esmė yra santykis su negimusiu kūdikiu.

Meščeriakova (2000) apibūdina psichologinį pasiruošimą motinystei, kuris, anot jos, yra labai svarbus. Psichologinis pasiruošimas motinystei nagrinėjamas, kaip specifinis asmeninis lavinimas, kurio pagrindą sudaro subjektyvi – objektyvi orientacija santykiuose tarp motinos ir dar negimusio kūdikio. Autorė bando atsakyti į klausimą, kaip galima nustatyti psichologinio pasiruošimo motinystei laipsnį, kūdikiui dar negimus? Psichologinis pasiruošimas motinystei formuojasi iš vienos pusės veikiamas biologinių, socialinių faktorių, kurie turi instinktyvų pagrindą, o iš kitos pusės tai pasireiškia kaip savitas asmeninis lavinimas.

Filipova (2001) teigia, kad motinos elgesio motyvacinis pagrindas formuojasi visą gyvenimą. Motiną veikia teigiami ir neigiami veiksniai. Iš to galima būtų padaryti išvadą, kad pasiruošimo motinystei laipsnį galima nustatyti, sudėjus teigiamus ir neigiamus veiksnius tuo metu, kai moteris tampa motina.

Meščeriakova (2000) bando išskirti pagrindinius teigiamus ir neigiamus veiksnius, kurie veikia motinystę. Anot autorės, labai svarbūs yra pirmieji gyvenimo metai, santykiai su artimaisiais, o ypač ankstesnieji santykiai su savo motina. Taigi pirmoji psichologinio pasiruošimo motinystei rodyklių grupė apima komunikacinius moters patyrimo ypatumus ankstyvoje vaikystėje.

Labai svarbūs yra motinos jausmai, kūdikiui dar negimus. Jusienė (1995) teigia, kad prancūzų psichiatras Kreisleris vienas pirmųjų ėmė kalbėti apie „kūdikį galvoje“ („baby in the mind“). Dar prieš kūdikio gimimą, net prieš pradėjimą, tėvai galvoje jau turi tam tikras fantazijas apie būsimą kūdikį: koks jis bus, kaip atrodys, todėl pačios pirmos problemos gali kilti dėl šio skirtumo tarp „kūdikio galvoje“ ir realaus kūdikio. Yra gerai, kai motina laukia vaiko, labai myli dar negimusį, kalbasi su dar negimusiu kūdikiu.

Apie negimusio kūdikio „portretą“ rašo ir Sosnovskienė (2000). Moteris ruošiasi gimdymui ne tik fiziologiškai, bet dar intensyviau psichologiškai. Jos sąmonėje formuojasi laukiamo kūdikio portretas, veikiamas vaikystės prisiminimų, brandaus gyvenimo išpūdžių, troškimų ir siekių. Motina įsivaizduoja, koks bus jos vaikas. Toks motinos bendravimas su vaiku gali būti ir pozityvus, ir negatyvus, sukurdamas atitinkamai gerą arba blogą emocinį lauką, kuriame auga bei vystosi vaikas. „Pozityvus bendravimas: „tu geras“, „aš tave myliu“, „tau viskas seksis“. Negatyvus bendravimas: „tu blogesnis negu norėčiau“, „jeigu būsi geresnis aš tave mylėsiu“, „tau bus gerai, jeigu tu būsi toks, kokio aš noriu“ (Sosnovskienė, 2000).

Vienoks arba kitoks motinos bendravimas lemia ir dominuojančią emocinę vaiko nuotaiką (aktyvumą, energiją arba niūrumą, apatiją) bei bendrą gyvenimo filosofiją (optimizmą ar pesimizmą).

### 2.1.2. Nėščiujų priežiūra

Vienas svarbiausių motinystės vystymosi etapų yra nėštumas. Keičiasi moters savimonė, prisiimamas naujas socialinis vaidmuo, formuojasi prieraišumo prie vaiko jausmas. Daugelis tyrinėtojų pagal išgyvenimo pobūdį nėštumą skirsto į etapus:

- moteris apsisprendžia išsaugoti vaisių arba daryti abortą;
- moteris pradeda jausti vaisius judesius;
- moteris rengiasi gimdyti, pagimdo ir parsiveža kūdikį į namus.

Ruošdamasi pastoti moteris turėtų pasitikrinti sveikatą, atsisakyti žalingų įpročių, išsigydyti infekcines ligas ( uždegimus) ir pasirengti psichologiškai. Norint išvengti nervinio vamzdelio apsigimimų (anencefalijos, spina bifida), rekomen-

duojama vartoti folio rūgštį tris mėnesius iki pastojant ir pirmuosius tris nėštumo mėnesius (Valius ir kt., 2003). Autorės Pileckaitė-Markovienė ir Bumblytė (Motinystės psichologija, 2004), teigia, kad nėštumas yra svarbiausias mamos ir dukters santykių patikrinimas ir išbandymas: nėščia moteris jau atlieka motinos vaidmenį, tebūdama savo motinos vaikas. Todėl nėštumas gali būti vadinamas trijų kartų patyrimu. Pirmojo nėštumo laikotarpio pabaigoje pastebimas ryškus „grįžimas į oralinę vystymosi stadiją“, pasireiškiantis pykinimu, vėmimu, kokio nors maisto noru. Antrasis nėštumo laikotarpis pasižymi vis didesniu grimzdimu į save, į fantazijų pasaulį, įsiklausymu į vaiko judesius. Trečiajam, paskutiniajam laikotarpiui, būdingas kūno nepatogumo ir nuovargio jausmas: moteris ne tik fiziškai, bet ir psichologiškai rengiasi gimdyti. Nuotaikos gali svyruoti nuo džiaugsmo, kad netrukus išvys savo kūdikį, iki baimės, kad gimdydama gali mirti. Harmoningą nėštumo eigą lemia keli veiksniai: nėščios moters emocinis brandumas, pakankama psichinė ir fizinė sveikata, pakankamai palankios aplinkos sąlygos (ištekėjusios moters statusas, socialinės ir ekonominės aplinkybės).

Ginekologijos ir akušerijos specialistai nėstumą apibūdina, kaip laikotarpį, kai motinos organizme išnešiojamas vaisius, paprastai nuo pastojimo iki gimdymo. Nėštumas - fiziologinis procesas – apvaisinto kiaušinėlio vystymasis moters organizme. Normalus nėštumas prasideda gemalui įsitvirtinus gimdos sienelėje ir baigiasi kūdikio gimimu (Medicinos enciklopedija 1994).

Leus (2000, 2001 ) atlikti tyrimai rodo, kad nėštumas bei pirmojo vaiko gimimas moteriai yra itin sunkus laikotarpis, nes ji turi prisitaikyti ne tik prie naujų santykių, bet ir prie savo vidinio pasaulio, kai formuojasi motinystės suvokimas ir jos, kaip motinos, Aš vaizdinys. Moters, kaip būsimos motinos, identifikacija su savo motina yra būtina sąlyga. Nėštumas yra laikotarpis, kuriam būdingas vidinis konfliktas ir nerimas, stipriai veikiantis moters psichiką. Tačiau būtent tuo momentu galima išspręsti vidinį konfliktą, susijusį su identifikacija ir diferenciacija su savo motina ankstyvoje vaikystėje.

Nėštumas ir gimdymas yra svarbiausi įvykiai moters ir jos šeimos gyvenime. Su nėštumu ir gimdymu susijusi patirtis ilgam išlieka moters atmintyje ir labai svarbūs formuojant motinos identitetą (Vanagienė, Žilaitienė, Vanagas, 2009). Nėščiosios santykiai su ją prižiūrinčiu medicinos personalu lemia, ar jos patirtis, susijusi su nėštumu ir gimdymu, bus teigiama. Nėščiąjų priežiūros kokybė vertinama ne tik statistiniais nėščiąjų, gimdyvių ir naujagimių sergamumo ir mirtingumo rodikliais, bet ir tuo, ar nėščioji yra patenkinta priežiūra, kurią gauna nėštumo metu. Pasaulinės sveikatos organizacijos raporte teigiama, jog sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai turi dirbti taip, kad jų paslaugos atitiktų pacientų lūkesčius ir nuomonę apie sveikatos priežiūros kokybę. Pacientų nuomonė apie gaunamas sveikatos priežiūros paslaugas yra labai svarbi gerinant sveikatos priežiūrą. Lietuvoje pirminės sveikatos

priežiūros reformos laikotarpiu nėščiųjų priežiūrą atlieka ir šeimos gydytojai, ir akušeriai-ginekologai (Vanagienė ir kt., 2009).

Pagrindiniuose PSO visuomenės sveikatos priežiūros principuose Europos regionui „Sveikata XXI amžiuje“ trečias tikslas – „Sveika gyvenimo pradžia“. Svarbiausias kiekvienos visuomenės uždavinys yra užtikrinti sveiką gyvenimo pradžia. Svarbūs gyvenimo etapai: gimimas, fizinis vystymasis, mokymasis vaikščioti ir kalbėti, socialinių ir sveikatos pagrindų įsisavinimas, aplinkos pažinimas, ryšių su tėvais ir artimais šeimai žmonėmis stiprinimas sudaro būsimos sveikos motinystės pagrindą. Nėštumas ir gimdymas yra natūralūs fiziologiniai procesai, tačiau kartais pasitaiko įvairių sutrikimų, todėl nėštumą ir gimdymą turi stebėti specialistai. Sveikas gimimas – sveiko gyvenimo pagrindas, todėl medicinos darbuotojai, akušeriai, slaugytojai, turi skirti didelę dėmesį, padėdamos mamoms ir kūdikiams įveikti šį lemtingą gyvenimo etapą. Sveika gyvenimo pradžia susijusi su abiejų tėvų gyvenimo būdu bei tėvystės ir motinystės įgūdžiais (Jakutienė, 2003).

Kaip teigia Valius ir kt. (2003) gerinant nėščiųjų bei naujagimių priežiūrą bei sveikatą būtina:

- jaunuolius, vaisingo amžiaus moteris, nėščiąsias ir situoktinius rengti sąmoningai motinystei ir tėvystei, pasitelkiant sanitarinį švietimą, spaudą, radio ir televizijos laidas;
- užtikrinti gerą nėščiųjų priežiūrą. Ypač rūpintis nėščiosiomis, kurioms gresia didelė rizika. Jas laiku ir kvalifikuotai tirti ir gydyti reikiamo lygio gydymo įstaigose;
- išmokyti nėščiąsias stebėti ir teisingai vertinti vaisiaus judesius, priešlaikinio gimdymo požymius, sveikatos pokyčius ir laiku kreiptis į gydymo įstaigą. Ap rūpinti nėščiąsias reikiama informacija.

Nėščiųjų priežiūrą reglamentuoja Sveikatos apsaugos ministro įsakymas V-1135 „Dėl nėščiųjų sveikatos tikrinimo“ (2006 m. gruodžio 29 d.). Remiantis šiuo teisės aktu, sveiką nėščiąją prižiūri šeimos gydytojas. Lietuvoje medicinos centruose bei pirminės sveikatos priežiūros centruose sudaryta nėščiųjų priežiūros programa apima visus tris nėštumo trimestrus.

Visą nėštumo laikotarpį nėščiosios stebimos moterų konsultacijoje. Kadangi vaisiaus formavimasis priklauso nuo nėščiosios sveikatos, gyvenimo būdo, todėl labai svarbu nustatyti nėščiosios ligas, nėštumo komplikacijas, įvairius faktorius, kurie sudaro padidėjusią riziką vaisiui (Čigirijienė, Butylkina, Samulėnienė, 1993).

Nėštumo metu moters organizme įvyksta dideli pokyčiai – jis ruošiasi būsimam gimdymui ir žindymo periodui. Nėštumo metu mitybinėmis medžiagomis moters organizmas turi aprūpinti ne tik save, bet ir besivystančio vaisiaus organizmą, todėl labai paspartėja medžiagų apykaita - kaupiamos baltymų, vitaminų, mineralinių medžiagų atsargos. Moters organizme įvyksta tam tikri hormoniniai pakitimai,



kurie sąlygoja vandens sulaikymą audiniuose. Nėštumo metu moterys priauga svorio (svoris augti pradeda maždaug nuo 12 nėštumo savaitės). Rekomenduojama, priklausomai nuo kūno masės, priaugti ne daugiau nei 10 – 12,5 kg. Nėštumo metu pasikeičia ir moters virškinimo sistema: apetito ir skonio jutimo pakitimai, gali atsirasti pykinimas, vėmimas, seilėtekis, gali užkietėti viduriai, atsirasti vidurių pūtimas, taip pat pakisti kepenų veikla. Nėštumo metu moterys paprastai dažniau šlapinasi. Dėl hormonų poveikio nėštumo metu moterims gali išsiplėsti kraujagyslės, kojų venos, atsiranda ryškių odos pokyčių (pakinta odos pigmentacija, išryškėja kapiliarai). Nėščiosios nuotaika gali būti nepastovi: greitai susierzina, padidėja jautrumas, sumažėja darbingumas. Šie požymiai pasireiškia iki placentos susiformavimo, t.y. 12-13 nėštumo savaitės (Valius ir kt., 2003).

Nuo nėščiosios maisto raciono priklauso augančio vaisiaus organizmo būklė. Reikia nedvigubai daugiau valgyti, bet dvigubai geriau maitintis (Markūnienė ir kt., 2003). Autorių teigimu tik nuo nėštumo trečiojo mėnesio reikia papildomų 200-300 kcal per dieną. Svarbiausios sudėtinės maisto medžiagos, reikalingos nėščiųjų organizmui ir normaliam vaisiaus augimui, yra: baltymai, angliavandeniai, riebalai, kalcis, magnis, geležis, jodas, folio rūgštis, vitaminas D bei kt. vitaminai.

*Baltymai* reikalingi gimdos, placentos, vaisiaus augimui, kraujo tūrio, krūtų padidėjimui (liesa mėsa, žuvis, kiaušiniai ir kt.). *Angliavandeniai* – svarbiausias energijos šaltinis, greitai virškinami ir teikia energiją raumenims ( juoda duona, avižiniai dribsniai ir kt., produktų, kuriuose daug grynujų angliavandenių: šokoladas, pyragaičiai ir kt., vartoti kuo mažiau). *Riebalų* užtenka 70 g per dieną. Pusę šio davinio gaunama vartojant „nematomus“ riebalus – dešrą, sūrį, pieną ir kt. *Kalcis* būtinas vaisiaus kaulų augimui, dantų užuomazgoms (varškė, sūris). *Magnis* - svarbus organizmui mineralas. Nėščiosios jo turi gauti 350 mg su maistu per parą (kviečiai, riešutai). Magnio trūkumas pasireiškia: pėdų ir kojų mėšlungiu, rankų nejautra, širdies skausmais. Magnio trūkumas taip pat veikia vaisiaus vystymąsi. Esant nėštumo sukeltam kraujo spaudimo padidėjimui kūdikio svoris gimstant yra mažesnis, yra priešlaikinio gimdymo pavojus. *Geležis* kaupiasi hemoglobine, raudonuosiuose kraujo kūneliuose, kurie išnešioja deguonį iš plaučių po visus kūno audinius. Geležis turi žalios daržovės. Kad geležis būtų geriau pasisavinama, reikia rūgštaus maisto, pomidorų, kefyro, sulčių ir kt. Nėštumo metu geležies reikia gerokai daugiau, nes ji būtina dar negimusios kūdikio raudonųjų kraujo kūnelių gamybai, raumenų formavimuisi. *Jodas* reikalingas skydliaukės hormonų gamybai (nuo 3- ojo nėštumo mėnesio taip pat ir vaisiaus skydliaukei). Jodo turi jūros žuvis, jodu praturtina druska ir kt. *Folio rūgštis* ypač reikšminga ankstyvuojau nėštumo laikotarpiu, nes apsaugo vaisių nuo anomalijų. Jos gausu salotose, špinatuose, žiediniuose kopūstuose ir kt. Nėščiajai reikia 0,4 mg folio rūgšties per parą. *Vitaminas D* reikalingas, kad kaulai

ir dantys būtų sveiki. Jis padeda nėščiosios organizmui pasisavinti kalcį ir fosforą, kurio yra pieno produktuose, ryžiuose, kiaušiniuose, migdoluose ir kt.

Nėštumo metu reikia daugiau vitaminų. Tinkamai maitinantis, papildomai jų vartoti nebūtina. Vitamino A užtenka piene. B grupės vitaminų ir folio rūgšties turi kiauliena, varškė, rupi duona. Vitamino C gausu citrusiniuose vaisiuose, raugintuos kopūstuose ir kt.

Nėščiosios drabužiai turi būti laisvi, iš natūralių medžiagų, ypač negali spausti pilvo (Markūnienė ir kt., 2003). Autorių teigimu specialų diržą nėščiosiom patartina nešioti nuo antrosios nėštumo pusės. Jis neleidžia įsitempti pilvo raumenims, padeda išlaikyti normalią vaisiaus padėtį.

Nėščioji turi gyventi normalų gyvenimą. Labai svarbus yra fizinis aktyvumas. Reikia mankštintis, dirbti įprastinį nesunkų fizinį darbą, atlikti nėščiosioms rekomenduojamus pratimus.

Pasak daugelio autorių, Markūnienės (2000), Valiaus (2003), Greenfield (2004) ir kt., labai svarbu atkreipti dėmesį į savijautą, keliančią nerimą: rytinį pykinimą, kraujuojančias dantenas ir t.t.

Kad nėštumas ir gimdymas vyktų sklandžiai, reikalingi geri moters santykiai su savimi, su vaiko tėvu ir su savo tėvais (Markūnienė, 2003).

Gimdymo esmė – moters atsivėrimas. Jo metu moteris išgyvena sukrečiantį savo asmenybės, prigimties gelmių prasiskleidimą. Gimdyti - tai vieningai kuo plačiau širdimi ir kūnu atsiverti ir išleisti į pasaulį savo vaikus (Kulikauskienė, 2008).

Pagal Pasaulio sveikatos organizacijos apibrėžimą, gimdymas normalus (fiziologinis), jeigu prasidėjo savaimingai, nėščioji buvo priskiriama mažos rizikos grupei ir tokia liko per gimdymą, vaisius gimė pakaušiu, išnešiotas, gimdyvės pastangų dėka, po gimdymo motinos ir naujagimio būklė gera. Dažnai nėštumas ir gimdymas moteriai sukelia įtampą dėl žinių stokos, draugų ar artimųjų perduotos subjektyvios patirties. Tačiau nėštumas yra fiziologinis procesas, todėl jo eiga turėtų būti normali ir nesukelti jokių patologinių motinos ir vaisiaus organizmo pokyčių (Krikščiukienė, 2003).

### 2.1.3. Motinos vaidmens suvokimas pogimdyminiu laikotarpiu

Vienas svarbiausių pokyčių pogimdyminiu laikotarpiu yra motinos rolės vystymasis, kuris prasideda nėštumo metu ir baigiasi pogimdyminiu laikotarpiu. Istoriskai gimdymo įtaka moterims nagrinėta iki 20 a. vidurio Duetsch (1944), Benedek (1956), Bibring, Dwyer, Huntington ir Valenstein (1961) darbuose. Šių autorių darbai padėjo pamatus geresniam motinos vaidmens supratimui, kurie sulaukė didžiulio pripažinimo. Toliau darbus apie motinos vaidmens suvokimą tęsė Rubin, (1984), Affonso ir kt. (1988), Mercer ir Ferketich (1990). Motinos rolės vystymosi sąvoka apima „motinišką tapatumą“, „motinos vaidmenį“, „motinišką kompetenci-

ją“, „motinišką efektyvumą“, „motinišką pasitikėjimą“. Motinos vaidmens vystymasis gimdymo laikotarpiu svarbus motinystei, nes suteikia kompetencijos rūpintis kūdikio fizine, elgesio, emocine ir socialine raida. Šis naujas tapatumo jausmas didina moters pasiruošimą motinystei. Motinos tapatumas ir kompetencija yra įtakojamas prenatalinės motinos rolės identifikacijos (Emmanuel, 2005). Winnicotas (1998; 2000) nurodo, kad moters gebėjimas „būti gera mama“ formuojasi jau vaikystėje bendraujant su savo motina, jaunesniais vaikais, žaidžiant ankstyvoje vaikystėje „dukterį ir mamą“ ar vėliau – pačiai tapus motina. Jis teigia, kad geriausias motinystės pagrindas yra natūralus pasitikėjimas savimi. Raphael-Lef (1983) taip pat mano, kad moteris mokosi motinystės nuo ankstyvos vaikystės (Pileckaitė-Markovienė. ir Bumblytė, 2004). Santykių su savo motina patirtis, bendravimas su kūdikiu vaikystėje, santuoka, lytinis gyvenimas turi įtakos motinos ir vaiko tarpusavio santykiams, motinos vaidmens priėmimui.

Mercer (1985) motinos vaidmens suvokimą apibūdino kaip procesą, kuriame moteris įgyja motinišką kompetenciją ir pripažįsta savo kaip motinos vaidmenį. Autorius nurodo, kad šis procesas tęsiasi 12 mėnesių po gimdymo (Dilmore, 2004). Tam, kad jis vyktų harmoningai, reikalingi keli veiksniai: nėščios moters emocinis brandumas; pakankama psichinė ir fizinė sveikata; palankios aplinkos sąlygos: ištekėjusios moters statusas, socialinės ir ekonominės aplinkybės (Lisinskienė ir kt., 2006).

Individuali motinystės ontogenezė, kai vyksta natūrali psichologinė motinos vaidmens adaptacija,

turi keletą etapų. Mercer (1981; 1985) nurodė du svarbius motinos vaidmens vystymosi aspektus:

1. Motinos vaidmens vystymąsi sudaro keturios vaidmens įgijimo stadijos:
  - *Įvadinė* - vyksta prieš gimdymą. Tai psichosocialinio pasirengimo motinos vaidmeniui
  - metas.
  - *Formali* - vyksta gimdymo metu, apima tapatinimąsi su kūdikiu ir vaiko priežiūrą patariant specialistams.
  - *Neformali* - laikas, kada motina daro pažangą ir pati priima sprendimus dėl kūdikio priežiūros.
  - *Asmens tapatumo* - motina jaučia harmoniją, kompetenciją ir pasitenkinimą motinos vaidmeniu. Ši stadija dažniausiai pasiekama praėjus keturiems mėnesiams po gimdymo (Mercer, 1985).
2. Motinos vaidmens vystymąsi įtakoja šie faktoriai: amžius, savęs supratinimas, asmenybės bruožai, vaikų auklėjimo pozicija, gimdymo patyrimo suvokimas, socialinis stresas, motinos ir kūdikio ligos, ankstyva motinos – naujagimio separacija, kūdikio temperamentas, kultūra bei socioekon-

minė padėtis (Emmanuel, 2005). Rubin nurodo, kad motinos vaidmens suvokimas prasideda nuo nėštumo pradžios ir jo priėmimo, baigiasi pirmą mėnesį po gimdymo (Dilmore, 2004). Pereinamąjį laikotarpį, kai tampa mama, Rubin (1977) apibūdino trimis skirtingomis fazėmis:

*Susivokimo situacijoje fazė.* Šioje fazėje motinos elgesys yra pasyvus, egocentriškas, ji laukia dėmesio ir globos iš kitų asmenų, susikoncentravusi ties savo poreikiais, tačiau stebisi, žavisi kūdikiu. Moteris diskutuoja su ją prižiūrinčiais sveikatos priežiūros specialistais apie patirtą gimdymą, jai svarbu išsiaiškinti visas detales, kurių gali neprisiminti dėl miego tarp sąrėmių ar medikamentų poveikio. Motina suvokia, kad nėštumas jau praėityje. Ši fazė trunka nuo kelių iki 24 valandų.

*Situacijos įvaldymo fazė.* Motina tampa vis labiau nepriklausoma, aktyvi, domisi savo fizine sveikata, jaučiasi atsakinga, mokosi naujagimio priežiūros įgūdžių. Ši fazė trunka nuo vienos dienos iki kelių savaičių ir baigiasi jau esant namuose, įveikus fizinius ir emocinius pokyčius. Šioje fazėje partneris/tėvas taip pat domisi kūdikio priežiūra ir elgesiu. Jis yra susirūpinęs, nerimastingas, tačiau pasiruošęs mokyti šios priežiūros.

*Susitaikymo su vaidmeni fazė.* Šios fazės metu motina naujai įvertina save, priima sprendimus, atlieka užduotis ir adaptuojasi naujame vaidmenyje, abu tėvai susitaiko su tuo, kas įvyko (gimdymo patirtimi, būdu ir kt.). Kai kuriems tėvams jų kūdikis gali pasirodyti ne toks patrauklus, apie kokį jie svajojo nėštumo metu. Tėvai gali būti nusivylę vaiko lytimi, svoriu ar kitomis savybėmis. Šioje fazėje jie susitaiko ir suvokia viską realiai, įsisavina tėvų vaidmenį.

Slaugytojai turėtų palengvinti šį prisitaikymą (White Lois, 2001; Arenson ir Drake, 2007).

Tyrimai rodo, kad motinos vaidmens įgijimo trukmė skiriasi. Vieni autoriai teigia, kad motinos į savo vaidmenį įsijaučia praėjus 4 mėnesiams po gimdymo (Mercer, 1985; Mercer ir Ferketich, 1995; Dilmore, 2004). Fonagy ir kt. (1991; cit. p/g R.P. Lederman) teigia, kad motinos ir vaiko ryšio suvokimas nėštumo metu siejasi su suvokimu po gimdymo ir vieneri metai po jo. Zabelski (1994; cit. pagal Emmanuel, 2005) atliko tyrimą su moterimis, kurios gimdė prieš laiką ir kurios gimdė nustatytu terminu. Rezultatai parodė, kad laiku gimdančioms moterims anksti susiformuoja motinos tapatumas (per dvi savaites po gimdymo). Yoko ir kt. (2002) atlikto tyrimo rezultatai rodo, motinos vaidmens suvokimui poveikį daro sveikata nėštumo metu, informacija apie gimdymą, pasitenkinimas gimdymu, naujagimio sveikata, ankstyvas kontaktas po gimdymo su naujagimi ir akušerijos skyriaus personalo dėmesys. Patirti nepalankūs įvykiai (neplanuotas, nepageidautas nėštumas, nėštumo nutraukimai, žalingi įpročiai) neigiamai veikia motinos vaidmens vystymosi procesą nėštumo ir pogimdyminiu laikotarpiu (Webster ir kt., 1994; Gielen ir kt., 1994; cit. pagal Emmanuel, 2005). Pirmą kartą ir pakartotinai gimdančių moterų menkas mo-

tinios vaidmens suvokimas asocijuojasi su dideliu epinefrino kiekiu, nepakankamais gimdos susitraukimais gimdymo metu, ilgesne gimdymo trukme ir vaisiaus širdies ritmo deceleracijomis gimdymo metu (Lederman ir kt., 1996).

Kiti tyrėjai taip pat pastebėjo, kad motinos vaidmens pripažinimui ir jos kaip motinos vaidmens kompetencijai reikšmės turi daugelis kitų faktorių. Pogimdyminė depresija viena iš daugelio priežasčių, kuri turi neigiamą poveikį sėkmingam motinos vaidmens suvokimui. Pirmą kartą gimdžiusioms moterims depresija dažnesnė dėl nesuvokiamo motinystės vaidmens ir kitų socialinių bei psichologinių aspektų. Kiti autoriai teigia, kad yra sąsajos tarp depresijos simptomų ir žemo energijos lygio, tačiau tai neturi reikšmės pasitenkinimui motinystės vaidmeniu (Fowles, 1998; Troy, 1999; cit. pagal Emmanuel, 2005). Lazarus ir Folkman (1989; cit. pagal Amankwaa, 2003) nurodo, kad kultūriniai ypatumai turi didelį poveikį motinos vaidmens suvokimui. Socialinis palaikymas, savigarba, išsilavinimo lygis, socioekonominė padėtis, stresas, vaiko temperamentas siejasi su pogimdyminės depresijos simptomais, o šie su neigiamu motinos vaidmens suvokimu (Beck, 1992, 2001; Bullock ir Pridham, 1988; Mercer, 1985, 1994; cit. pagal Dilmore, 2004).

**Kūdikio ryšio su motina svarba.** Kūdikio prierašumo formavimasis prasideda jam gimus, vystosi ir įgyja būdingą kokybę jau per pirmuosius gyvenimo metus (Braungart-Rieker, 2001). Čekuolienė (1997) teigia, kad kūdikio fizinis išlikimas ir socialinis bei psichologinis vystymasis yra įmanomas tik suaugusiųjų globos dėka. Nuo pirmųjų gyvenimo valandų jis priklauso nuo motinos ar kitų, ją pakeičiančių asmenų. Labai svarbus yra kūdikio ir jo pagrindinio globėjo, dažniausiai mamos, bendravimas, kur klostosi jų tarpusavio santykai. Bendravimo situacijos taip pat negalima vertinti labai izoliuotai. Vaiko raidos kontekstą sudaro ir platesnė socialinė, kultūrinė aplinka, suteikianti gaires kūdikio ir jo globėjų bendravimo ir tarpusavio santykių įprasminimui. Anot jos, kūdikio prierašumas prie motinos formuojasi palaipsniui ir jo pagrindas – evoliuciškai susiklosčiusi kūdikio ir motinos artumo palaikymo būtinybė, o jo funkcija – apsauga nuo išorės pavojų. Pradžioje, kol naujagimis dar visiškai bejėgis, artumo palaikymo atsakomybė tenka motinai. Kūdikis turi visą arsenalą priemonių – elgesio sistemų – kurios padeda tai padaryti (čiulpimas, verkimas, šypsena, gugavimas). Šie veiksmai pradžioje nėra nukreipti į konkretų asmenį. Pavyzdžiui, naujagimio verksmas dar nelabai priklauso nuo to, ar motina šalia, ar toli, nueina, ar ateina. Tik vėliau elgesys pasidaro tikslingai sutvarkytas: verksmas ir šypsena skiriama konkrečiam žmogui. Tai klostosi pamažu, motinai globojant kūdikį, o kūdikiui išskiriant motiną kaip pagrindinį globėją per kūdikio ir motinos bendravimą pirmaisiais metais, motina, savo ruožtu, skatindama vaiko signalus ir į juos vienaip ar kitaip reaguodama, suteikia vaikui galimybę patirti bendravimo situacijas. Čia pabrėžiama aktyvi prierašumo prigimtis, o ne pasyvios priklausomybės sąvoka. Palaipsniui kūdikio pastangos ir veiksmai tampa tikslingi. Motinos globojantis elge-

sys šioje sąveikoje suprantamas kaip atitinkantis kūdikio prieraišumo elgesį. Kūdikio ir motinos bendravimas yra lydimas stipraus emocinio fono. Tai teikia malonumo abiemis

Jusienės (1995) straipsnio „Kūdikio vystymasis ir ryšiai su motina pirmaisiais gyvenimo metais“ tikslas – pateikti žinomų Lietuvoje psichoanalitikų A. Freud, M. Klein ir jų mokinių, psichoanalizės specialistų požiūrius į minėtas problemas ir artimiau supažindinti su šių autorių kūdikio ugdymosi ir ankstyvųjų vaiko – motinos santykių teorijomis. Straipsnyje pabrėžiama ypatinga motinos reikšmė ir kūdikio – motinos santykių svarba vaiko ugdymuisi.

Vystymosi teorija, aprašydama kūdikio subjektyvų pasaulį, akcentuoja aplinkos ir artimiausio žmogaus – motinos įtaką tų subjektyvių potyrių formavimuisi. Motina iš pradžių yra visas kūdikio pasaulis arba asmuo, reprezentuojantis visą pasaulį ir po truputį jį atskleidžiantis. Taigi nuo jos priklauso pagrindinių vaiko potyrių, pasaulio vaizdo, vėlesnių santykių su žmonėmis, socialumo kokybė. Normaliam ir sveikam žmogaus ugdymui ypač svarbu yra pirminiai priklausomybės bei saugumo, pasitikėjimo ir meilės jausmai pirmaisiais gyvenimo metais. Todėl labai svarbu yra fizinis ir emocinis motinos buvimas.

Kita svarbi motinos funkcija, pagal Jusienę (1995), – tai sąlygų psichologiniam kūdikio gimimui ir tapimui individualia ir nepriklausoma asmenybe sudarymas. Būtinai emocinis motinos augimas drauge su vaiku ir lengvo postūmio, įgalinančio išsivadavimą iš visiškos priklausomybės, davimas. Emocinis motinos įsitraukimas į tarpusavio santykius su kūdikiu, įsiklausymas į jo poreikius ir jų tenkinimas, bendravimas, supažindinimas su pasauliu, iš dalies lemia vaiko protinį vystymąsi. Beveik visų straipsnyje minimų autorių nuomone (Freid, Klein, Neumann, Stern, Mahler ir kt.), psichotiniai ir depresiniai (nerimo) sutrikimai kyla iš kūdikystės. Remdamasi daugelio kūdikių ir vaikų stebėjimais, Mahler su bendraautoriais daro išvadą, kad psichinę sveikatą ir patologiją, nulemia:

- vaiko individualios savybės;
- ankstyvasis motinos – vaiko ryšys ir sąveika;
- esminiai įvykiai vaiko augimo procese (teigiami ar neigiami potyriai).

Globos užtikrinimas kūdikiui – evoliuciškai apspręsta būtinybė. Ankstyvoji kūdikio sąveika su jį supančiais suaugusiais turi ne tik fizinės globos, priežiūros reikšmę, bet ir psichologinę reikšmę. Kūdikio ir motinos bendravimo būdai gali būti įtakojami ir sąmoningų ir nevisai motinos suvokiamų tikslų. Čia gali turėti reikšmės tai, kam ji teikia pirmenybę tarpusavio santykių metu ir kaip juos supranta. Kultūrinės tradicijos, realios šeimos galimybės ir situacija turi įtakos, tačiau dažniausiai mūsų visuomenėje pirmuosius vienerius ar dvejus metus vaiko priežiūra yra vieno asmens, dažniausiai motinos, atsakomybė. Iš bendravimo tarp kūdikio ir jos, galima daugiausiai sužinoti apie pirmuosius vaiko raidos ir socializacijos žingsnius. Kūdikis

nuo pat pradžios yra didesnės sistemos narys, o ne tik diados motina – kūdikis dalyvis. Tačiau, galima teigti, kad ankstyvieji santykiai apjungia individualios savasties raidą ir kūdikio kelią į didesnę už diados egzistuojančią sistemą – visuomenę (Čekuolienė, 1995).

Jusienė (1995) mano, kad vaiko ugdymuisi ryšys su motina yra itin svarbus, todėl daugelis vystymosi sutrikimų gali atsirasti dėl šio ryšio trukdymų. Gali būti, kad ryšys su motina yra nutraukiamas dėl objektyvių priežasčių (motinos liga, mirtis). Labai svarbu, kad tada motiną pakeistų kitas pastovus ir vaiką mylintis globėjas. Kiekvieno susidūrimo su kūdikiu atveju motina suteikia daug asmeniškumo. Motina turi ne tik savo pačios veikimo su kūdikiu modelį, bet ir savo motinos veikimo modelį su ja, ir veikimo modelį su savo vyru, ir daugybę kitų modelių, kurie įtraukiami su jos sąveika su kūdikiu. Todėl kūdikio – motinos santykių kokybė iš dalies priklauso ir nuo motinos santykių su kitais žmonėmis, o ypač nuo ankstesnių santykių su savo motina. Tokius sąveikavimo su kūdikiu modelius veikia (sąmoningai ar nesąmoningai, bet dažniausiai – neigiamai) kultūra, kurioje gyvena kūdikis ir jo motina. Tai taip pat veikia įvairūs visuomenės reikalavimai, elgesio normos, įsitikinimai ir t.t.

Kudinskaitė (2001) teigia, kad emocinio ir intelektualinio vaiko augimo stimulavimo esmė – tai tėvų, ypač motinos, elgesys. Svarbu yra viskas: ką tėvai daro ir ko ne, kaip bara, kaip skatina ir kaip rodo švelnumą. Svarbu lavinti ne tik vaiko protą, bet dar svarbiau – jausmus. Vaiko emociniam ir intelektualiniam vystymuisi labai svarbūs yra pirmieji gyvenimo metai.

Meščeriakova (2000) teigia, kad vaiko ir motinos santykiai pirmaisiais gyvenimo metais yra labai svarbūs vaiko tolesniam vystymuisi ir jo psichologinei sveikatai. Buvo nustatyta, kad neadekvatus motinos poelgiai vaiko atžvilgiu yra viena iš sąlygų ateityje atsirasti šizofrenijai ar kitai psichinei ligai. Daugelis psichologų ir tyrinėtojų patvirtina, kad labai sunku pažinti vaiko pasaulį. Tačiau reikia to siekti. Neumannas mano, kad vienas iš būdų yra vaiko stebėjimas. Motinos ir vaiko santykių stebėjimas yra labai reikalingas, siekiant suprasti ir padėti motinai, turinčiai problemų su savo vaiku. Stebint motinos ir kūdikio santykius, akivaizdu, kokią didelę įtaką žmogaus ugdymuisi, o vėliau veiksams ir sprendimams, daro jo aplinka. Kūdikio – motinos santykių stebėjimas padeda aptikti ir skirti normalius ir patologinius reiškinius, pavyzdžiui, skirtumą tarp normalaus nepatyrusios motinos nerimo ir patologinio nervingos motinos nerimo (Jusienė, 1995).

#### 2.1.4. Bendruomenės slaugytojo vaidmuo rengiant motinystei

Nėštumas ir gimdymas yra labai svarbūs periodai moters gyvenime, tai didelis moters fizinės ir psichinės būklės išbandymas. Ankstyvuojau laikotarpiu po gimdymo vyksta dideli fiziniai ir psichologiniai pokyčiai bei moters prisitaikymas, kūdikio tyrinėjimas, realus jo suvokimas, motinystė atsakomybė, reikalavimai sau pačiai, noras

kuo greičiau išmokti, suprasti ir prižiūrėti kūdikį. Kaip moteris jausis po gimdymo ir adaptuosis naujame motinos vaidmenyje, labai priklausys nuo jos auklėjimo, pasirošimo motinystei lygio, individualios patirties, aplinkos, partnerio ir artimųjų paramos bei sveikatos būklės (Handley ir Crow, 2006; Pileckaitė-Markovienė ir kt., 2004).

Slaugytojo veikla sveikatos priežiūroje įvairi, todėl ir jo žinios turi būti visapusiškos. Susidarius tam tikroms aplinkybėms, slaugytojui gali prireikti ir elementarių gydytojo, fizioterapeuto, socialinio darbuotojo, teisininko akušerio bei psichologo žinių. Slaugytoja dirba ne tik su vienu pacientu, bet ir žmonių grupėmis. Paprastai ši veikla susijusi su ligonių, tam tikos bendruomenės narių mokymu – sveiko ir racionalaus gyvenimo principų propagavimu, profilaktinio, šviečiamojo pobūdžio paskaitomis (Kalibatienė, 2004).

Dauguma moterų džiaugsmingai lauktas nėštumas, gimdymas ir motinystė sukelia psichologinės būklės pakitimus po gimdymo. Vaiko gimimas – ypatingas įvykis, todėl emocijų raiška, jų stiprumas gali smarkia skirtis nuo įprastinių. Po gimdymo stipriai kinta motinos vaidmens suvokimas, moters savigarba, pasitikėjimas savimi, sugebėjimas spręsti problemas; įtakos turi ir emocinė parama iš šalies (Danilevičiūtė, 2006). Tokią paramą ir turi teikti slaugytojai, konsultuodami bei mokydami, nes konsultavimas, mokymas – neatsiejama slaugos dalis, taip reikalinga daugumai jaunų mamų, už kurią atsakingi slaugytojai, mokydami savo pačių pavyzdžiu, atsakinėdami į mamai rūpimus klausimus.

Pirmaisiais mėnesiais po gimdymo dauguma moterų išgyvena minčių ir emocijų chaosą, dažnai jaučia neapibrėžtumą, nežino, ko tikėtis, trūksta emocinio palaikymo, informacijos. Tad daugumai mamų reikalinga pagalba, konsultavimas ir mokymas, kaip elgtis vienoje ar kitoje situacijoje, o tai ir yra slaugos dalis. Šiuo atveju, slaugytoja turi sugebėti atsakyti į mamas dominančius klausimus, padėti motinoms suvokti naują savo padėtį, jausmus, nes būtent slaugytoja turi suteikti trūkstamą informaciją, pamokyti ir patarti bei atgauti pusiausvyrą (Bydam, 2000).

Daugelyje atliktų tyrimų pabrėžiama pirmojo vaikelio gimimo svarba. Moteris susiduria su itin sunkiu laikotarpiu, nes ji turi prisitaikyti ne tik prie naujų santykių, bet ir prie savo vidinio pasaulio, kai formuojasi motinystės suvokimas (Pileckaitė-Markovienė ir kt. 2004). Susidūrus su šiomis pagrindinėmis užduotimis nėštumo ar pogimdyviniame laikotarpyje, moters sąmonėje gali vykti pernelyg dideli svarstymai ir prieštaravimai. Vienos iš jų su užduotimis susidoroja nesunkiai, o kitoms reikalinga pagalba.

Šiuo metu yra daug mokomųjų programų, kurių tikslas – supažindinti moterį su gimdymo eiga ir išmokyti atsipalaiduoti, teigiant, kad tai palengvina savijauta gimdymo metu, padeda patirti daugiau teigiamų emocijų, sumažina juntama skausmą gimdymo trukmę ir analgetikų poreikį (Drasutiene, 2008). Todėl slaugytojai



siekdami formuoti motinystės gebėjimus ir įgūdžius, turi: 1) ugdyti motinų savi-  
garbą, savivertę, pasitikėjimą savimi ir kitais, bendravimo įgūdžius, išmokti pasakyti  
NE, kad apsaugotų save ir vaiką; 2) padėti šeimai įvardyti, kokio gyvenimo norima  
sau ir savo vaikams bei žengti pirmuosius žingsnius šio tikslo link; 3) padėti įgyti  
emocinio stabilumo ir saugumo jausmą, pažinti save ir įvertinti savo stipriąsias savy-  
bes, mokytis ir tobulėti; 4) skatinti mylėti savo vaiką, tinkamai juo rūpintis, suprasti  
ir tenkinti fiziologinius bei emocinius vaiko poreikius (Klimavičienė, Murauskienė,  
2009). Pasak autorių, siekdama įgyvendinti numatytus uždavinius, slaugytoja turėtų  
lankyti arba organizuoti susitikimus su šeima. Kartu su mamomis sudaryti veiklos  
planą, kuriame iškeliami tikslai atitinka šeimos vertybių sistemą ir yra jai pasiekiami.  
Būsima mama su slaugytoja turėtų analizuoti, kaip pavyko spręsti iškilusias proble-  
mas, su kokiais sunkumais ji susidūrė, ką planuoja nuveikti artimiausiu metu.

Bendruomenės slaugytoja turi remti, patarti ir mokyti mamas, teikti informaci-  
ją apie naujai išleistas sveikatos knygas, apie politinius sprendimus, kurie gali turėti  
įtakos jos ir vaiko sveikatai.

Slaugytoja su būsिमomis mamomis turi bendrauti kaip mokytoja, nes slau-  
gytoja – tai mokytoja ir vadovė, kuri moko ir vadovauja. Mokymas ir vadovavimas  
slaugytojai ypač yra svarbūs, kai reikia pacientui, šiuo atveju mamai, padėti geriau  
suvaldyti situaciją. Mokymas ir vadovavimas pasižymi tuo, kad slaugytoja pati valdo  
tokį bendravimą. Ji turi konkretų tikslą – perduoti mamai informaciją. Svarbiausias  
informacijos tikslas yra padėti mamai daugiau suprasti, sužinoti ir labiau įsigilinti į  
esamą situaciją (Almas H., 1998). Sveikatos mokymu slaugytoja siekia padėti ma-  
moms, kad jos sugebėtų padėti sau bei padėti susikurti sveikesnes gyvenimo sąlygas  
ir „sveikesnį pasirinkimą“ sau ir savo vaikeliiui (LEMON, 1996).

Mokyti mamas turėtų tapti vienas iš bendruomenės slaugytojų pareigų. Jei  
slaugytoja tinkamai atliks savo pareigas, suteiks mamoms reikalingos informacijos,  
paaiškins, kaip elgtis vienoje ar kitoje situacijoje, tai mamos sugebės pasirūpinti sa-  
vimi ir savo būsimu vaikeliiu (Veterdal, 1998).

Mokymas – tai veikla, kurią sudaro nurodymas, patarimas, paaiškinimas ir pa-  
galba, padedanti mamoms apsispręsti. Šiuo atveju mokymą sudaro trys tikslai: su-  
teikiama informacija (pažinimo); formuojamos nuomonės bei požiūriai (emociniai  
jutimo); ugdomi įgūdžiai (įpročiai) (LEMON 5 d., 1996).

Prancūzijoje, kai mama anksti išrašoma iš gimdymo namų, esant reikalui ar  
tėvų prašymu, galimi „pogimdyminiai seansai“ gimdyves namuose. Tokie seansai  
padeda papildyti įgytas žinias ir kompetencijas, suteikti pagalbą prižiūrint naujągimį  
ir jį žindant, skatinti prierašumą, užtikrinti normalų vaiko vystymąsi, pastebėti ir  
užkirsti kelia pogimdyvinėms depresijoms.

Pogimdyminės konsultacijos motinai patarimos 6-8 savaites po gimdymo,  
vaikui - 15 dienų po gimimo.

Lietuvoje gavusi žinią, kad pacientė pagimdė, bendrosios praktikos gydytoja kartu su slaugytoja aplanko naujagimį namuose. Pirmą kartą naujagimis aplankomas per 2 – 3 d. po išvykimo iš gimdymo skyriaus. Apžiūra pradedama išsamios anamnezės surinkimu. Visa, kas sužinoma renkant anamnezę, tiksliai užrašoma į kūdikio/vaiko raidos istoriją ( Povilaitienė, 2009).

Autorės teigimu, pirmo vizito metu slaugytoja turi įvertinti ir suteikti reikalingos informacijos :

- sanitariniu higieniniu aspektu įvertinti naujagimio aplinką, šeimos pasirengimą jį prižiūrėti, slaugyti, t.y., sužinoti, ar yra paruoštas naujagimiui reikalingas kraitelis;
- duoti išsamius patarimus slaugos/priežiūros, maitinimo klausimais;
- įvertinti naujagimio sveikatos būklę;
- įvertinti motinos sveikatos būklę;
- pagal situaciją suteikti konkrečią pagalbą;
- atlikti šeimos sanitarinį-higieninį švietimą;
- nustatyti šeimos narių tarpusavio santykius;
- su šeima aptarti dalykinio bendravimo klausimus;
- spręsti, kada pakartotinai aplankyti naujagimį ir jo šeimą;
- kūdikio/vaiko augimo lape pažymėti fizinius duomenys (svorį, ūgį, galvos ir krūtinės apimtis ir kt.).

Tokių nuolatinių lankymo tikslai yra priežiūros/slaugos kokybės įvertinimas ir korekcija, ligų ir nelaimingų atsitikimų profilaktika bei šeimos sanitarinis higieninis švietimas.

Lankymo metu (pirmąjį gyvenimo mėnesį, antrojo ir paskesnių naujagimio lankymų trukmė pagal šeimos poreikį.):

- Išklausa( klausinėjama) mama ir kiti šeimos nariai, kokių turi nusiskundimų, ar juos jaudinanti problema kartojasi, su kuo vienas ar kitas nusiskundimas yra susijęs; atsakoma į tuos klausimus, į kuriuos įmanoma atsakyti be mažylio apžiūros; į kiekvieną klausimą atsakoma iš karto, nes tada atsakymai geriau įsimenami; atsakymai patikslinami, papildomi naujagimį krupščiai ir išsamiai apžiūrėjus.
- Kruopšti bei išsamiai naujagimio apžiūra ir jo būklės įvertinimas.
- Krūtų būklės įvertinimas.
- Motinos žinios apie naujagimio priežiūrą ir jų korekcija (neįkyriai paklausinėjama, kaip mama elgiasi vienoje ar kitoje situacijoje). Patariama, ką pasakyti; žinių korekcija – tai švelnus priminimas to, kas buvo pasakyta slaugytojo, taip pat literatūroje rastų patarimų papildymas, pataisymas. Paaiškinama, kodėl reikia elgtis vienaip, o ne kitaip, nes paaiškinimai geriau įtikina ir padeda įsiminti.

- Įvertinama ir koreguojama naujagimio aplinkos ir priežiūros higiena( aplinkos švara ir tvarka; nuo žindymo likusio ištraukto pieno septinis surinkimas ir užšaldymas, pientraukio ir kitų su naujagimio maitinimu susijusių indų švara( jie turi būti laikomi švarūs, uždengti); maudymo vonelės laikymas( turi būti sausa ir laikoma uždengta), stebima, ar mama, prieš pervystydama naujagimį arba imdama jį maitinti, nusiplauna rankas; bute neturi būti musių)
- Po kiekvieno vizito kūdikio/vaiko raidos istorijoje parašoma: kas rasta, patarta, šeimos, motinos reakcija į patarimus, sugebėjimas jais vadovautis praktiškai.
- Ypač didelis dėmesys skiriamas naujagimiams, turintiems rizikos veiksnių. Jie apžiūrimi dažniau. Apžiūros dažnis individualus – priklauso nuo aplinkybių. Aptikus mažylio būklės pokyčių, jis nedelsdamas siunčiamas neontologo/pediatro konsultacijai (Povilaitienė, 2009).

Šiuo metu Lietuvoje nepakankamas dėmesys skiriamas motinystei bei motinystės skatinimui. Norėdami labiau skatinti motinystę, o tai pat prisidėti prie šalies demografinės situacijos gerinimo, į motinystės skatinimo programas turėtų labiau įsitraukti sveikatos priežiūros specialistai, bendruomenės slaugytojai, organizuodami ir propaguodami grupinius užsiėmimus. Tokio pobūdžio užsiėmimų tikslas – skatinti tarpusavio paramą, suteikti žinių vaiko priežiūros klausimais, kelti motinų savimonę ir savivertę. Teikiama informacija apie kūdikio prieraišumo svarbą, esminių poreikių tenkinimą ir jaustrų reagavimą į juos. Grupėje mamos mokytųsi socialinių, bendravimo, pasitikėjimo savimi, konstruktyvaus konfliktų sprendimo įgūdžių, diskutuotų įvairiomis temomis, rūpimais klausimais. Temos užsiėmimuose būtų parenkamos atsižvelgiant į mamų poreikius (Klimavičienė, Murauskienė, 2009).

Šiandien šiuolaikinių nėščiųjų kursų kryptys gerokai išsiplėtė, dauguma kursų šiandien siekia papildomų tikslų: moko geros sveikatos įpročių, streso valdymo, nerimo mažinimo, šeimos santykių pakylėjimo į aukštesnį lygį, jausmų išlaisvinimo, didesnės savigarbos ir pasitenkinimo, sėkmingo vaiko maitinimo, sklandaus prisi-taikymo prie gimdymo ir pataria šeimoms planavimo klausimais. Pagrindinis tikslas – sustiprinti moters pasitikėjimą artėjant gimdymui (Nolan, 1998).

Kursai nėščiosioms sudaro galimybes pakankamai smulkiai apžvelgti gimdymo ir gimimo mechanizmus ir paaiškinti medicinos bei akušerijos terminologiją, o taip pat apie testų, vaistų ir kitų intervencijų naudojimą. Ši informacija turėtų būti gaunama ne vien iš instruktorių, tokią informaciją turėtų teikti akušerės, slaugytojos. Diskusijos su kitais dalyviais leistų nusiraminti ir pajusti bendrumo jausmą, kuris atsiranda dalinantis patirtimi ir informacija.

Atlikta nemažai tyrimų, kurių rezultatai patvirtina nėščiųjų ugdymo svarbą. Moterys lankiusios tokio pobūdžio kursus labiau pasitiki savimi, labiau pasiruošusios gimdymui, rodo didesnę susirūpinimą vaiko sveikata (Renkert, 2001).

## Literatūra

1. Almas H. - Klinikinė slauga (II).- Vilnius: Charibdė, 1999. - ISBN 9986-745-33-0
2. Akstinienė D. (2003). Nėščiujų moterų priežiūra. Sveikata. 3, P. 23 – 29.
3. Butkevičienė R. (2002). Prieraišumas – neatskiriama kūdikio raidos dalis. Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas. 6 (12), P.32 – 38. 4.
4. Narbekovas A., Obelenienė B. (2004). Meilė pasirengimas šeimai. Kaunas, VDU.
5. Pileckaitė-Markovienė M., Bumblytė (2004). Motinystės psichologija. Perviska.
6. Greenfield, Marjorie (2004). Nėščios moters vadovas. Kaunas : Jotema.
7. Markūnienė E. (2000). Motinystės menas. Kaunas: Leidybos ir informacijos centras „ Už gyvybę“.
8. Markūnienė E ir kt. (2003). Geriausia pradžia: ekologiškas motinystės vadovas ir mamoms, ir tėčiams. Kaunas: Leidybos ir informacijos centras „ Už gyvybę“.
9. Markūnienė E. (2007). Žindymas ir moters sveikata. Kaunas: KMU.
10. Miškinis K. (2006). Šeima pasaulio šalių kultūrose. Vilnius: UAB „Karminas“.
11. Strukčinskienė B. (2009). Mokinių lytinio ugdymo aspektai Klaipėdos miesto bendrojo lavinimo mokyklose. Sveikatos mokslai. 2, P. 63-69.
12. Kalibatienė D. (2004). Slaugos standartai. Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla.
13. Nadišauskienė R. (2004). Gimdymas. Kaunas: Vitae litera.
14. Šalkauskis S. (1992). Raštai II, filosofijos ir pedagogikos terminija. Vilnius: „Mintis“.
15. Obelenienė B, Švedas E. (2006). Laisvo apsisprendimo nutraukti nėštumą ir moters teisės į informaciją realizavimo galimybės. Sveikatos mokslai. 1-2, P. 131-137.

## 2.2. NAUJAGIMIŲ IR KŪDIKIŲ PRIEŽIŪRA BENDRUOMENĖJE

Bendruomenės slaugytojas turi pasidalinti žiniomis, patirtimi ir įgūdžiais su tėvais, besilaukiančiais ar ketinančiais lauktis kūdikio, kad tėvai iš anksto geriau įsivaizduotų galimus sunkumus, nes dar negimusį kūdikį stipriai veikia aplinka.

Dar negimęs kūdikis sugeba įprasti prie nuolatinių arba tam tikrų pasikartojančių poveikių – mamos širdies plakimo, muzikos, triukšmo. Dėl šios priežasties jis ypač jautriai pastebi pokyčius, naujus poveikius. Kūdikis dar negimęs yra labai jautrus. Vien tik nuo motinos ir ją supančios aplinkos priklauso kūdikio psichomotorinis vystymasis. Dar negimęs kūdikis sugeba numatyti nuolat pasikartojančius poveikius: jei kasdien panašiu metu yra kalbinamas mamos, paskui tėčio, vėliau brolio ar sesutės, pakalbintas mamos jis laukia kitų balsų.

### 2.2.1. Naujagimio priežiūra

Išnešiotas naujagimis – tai toks naujagimis, kurio gimdinis vystymosi laikotarpis truko 280 dienų, t. y. 40 savaitių. Leistinas nukrypimas nuo 37 iki 42 savaitių. Jei intrauterinis amžius truko mažiau nei tris savaites, naujagimiai vadinami neišnešiotais, jei daugiau kaip 42 savaites – pernešiotais. Pagal fizinį išsivystymą išnešiotas naujagimis turi būti eutrofiškas, t. y. turėti atitinkamus antropometrinius duomenis ir morfologiniu bei funkciniu atžvilgiu išsivystęs.

Vaikas iš prigimties yra fiziškai silpna, jautrios sielos būtybė, jam reikalinga suaugusiojo globa ir priežiūra. Manau, kad psichinės ir dvasinės sveikatos šaltinis pirmiausia yra šeima, kurioje auga vaikas.

Ne mažai svarbų vaidmenį teikia ir sveikatos priežiūros specialistai: gydytojai ir slaugytojos. Vaikai savo veiksmus pradeda derinti prie vienaip ar kitaip suvokto pasaulio.

Gimus vaikui, jo smegenys esti visiškai susiformavę, naujų ląstelių nebeatsiranda. Tad negalima pamiršti, jog galvos smegenų nervinės ląstelės labai lengvai suyra, bet nebeatsistato. Todėl labai svarbu saugoti jas, stengtis, kad vaikas būtų ramus, nesijaudintų, ypač vengti nervinio sukrėtimo (Andriekienė R. M., Ruzgienė A., 2001).

Tai rodo, kad naujagimio organizmas sąveikauja su aplinka nuo pat pirmųjų gyvenimo dienų.

Grauelis L., Jostas F., Repkė F. (1991) teigia, kad sveiko vaiko ūgis ir svoris paveldimas. Paveldimas ir augimo greitis, pavyzdžiui, yra šeimų, kuriuose kartojasi toks reiškinys: maži, gležni naujagimiai užaugę pasidaro labai stiprūs ir dideli. Tik gimęs naujagimis patenka į kur kas žemesnę temperatūrą. Kūno ir aplinkos skirtumas turi būti ne žemesnis kaip 5°C, kad dirgiklis naujagimiui ar kūdikiui sukeltų

neigiamą reakciją. Dažnai kūdikiai dreba ne nuo šalčio, o visai dėl kitų priežasčių. Mažyliai jautrūs temperatūros svyravimui, todėl jų oda neatspari. Tada yra labai didelis mažylio ir mamos ryšys.

Vingras A. (1995) teigia, kad sveiki naujagimiai iš gimdymo namų išrašomi 2 – 4 parą po gimimo.

Mokslininkė Apgar pasiūlė naujagimio būklę vertinti balais, atsižvelgiant į širdies plakimą, kvėpavimą, odos spalvą, raumenų tonusą, refleksus.

- 8 – 10 balų naujagimio būklė vertinama gerai,
- 6 – 7 balais vertinama lengva hipoksija,
- 4 – 5 balais vidutinio sunkumo hipoksija,
- 1 – 3 sunki hipoksija.

Naujagimio būklę vertinama pirmąją minutę po gimimo, antrą kartą vertinama atlikus pirmąjį naujagimio tuoletą (maždaug po 5 min.) ir perkeliant naujagimį iš gimdyklos į pogimdyvinę palatą.

Naujagimiai, kurių būklė įvertinama mažiau nei 5 – 7 balais, ateityje turi būti stebimi kaip priklausantys rizikos grupei.

Markauskienė N. (1998) teigia, kad naujagimystės laikotarpis tęsiasi iki 28 d. nuo gimimo, t. y. 4 savaitės. Tai labai sudėtingas laikotarpis, nes naujagimis turi prisitaikyti gyventi naujoje aplinkoje. Gimus kūdikiui ir perrišus virkštelę, nutrūksta jo ryšys su motina.

Valius L. (2003) teigia, šiuo laikotarpiu naujagimis yra labiausiai pažeidžiamas, nes daugelis jo organų, o ypač nervų sistema (CNS), funkciškai nesubrendusios. Bet kokie staigesni aplinkos pokyčiai greitai sutrikdo labilią vidaus organų veiklą ir naujagimis suserga. Ligos padeda išvengti gera priežiūra ir slauga.

Naujagimystės laikotarpiu išryškėja intrauterinės infekcijos sukeltos ligos (pvz.: virusinis hepatitas, citomegalija, listeriozė, tuberkuliozė, raudonukė, įgimti įvairių organų ir jų sistemų sklaidos trūkumai, gimdymo traumas, intrauterinės asfikcijos padariniai, hemolitinė ir hemoraginė naujagimių ligos, įvairios pūlinės ligos.

Slaugytoja pirmą kartą naujagimį aplanko per 2 – 3 d. po išvykimo iš gimdymo skyriaus. Apžiūra pradedama išsamios anamnezės surinkimu. Pirmiausia slaugytoja turi pasidomėti:

- kaip praėjo nėštumas, kokiomis ligomis serga mama (cukrinis diabetu, įgimta širdies liga, kepenų, inkstų ligomis ar kt.);
- apie motinos ir tėvo giminių sveikatos būklę, jų ligas, apsigimimus;
- ar nėštumo metu moteris gėrė vaistus;
- apie anksčiau gimusių vaikų sveikatą; ar jie nesirgo gelta, ar nebuvo kraujo grupių nesutapimo arba Rh konflikto, prievartio stenozės, įgimto šlaunikaulio išnirimo ir kitų sklaidos defektų bei apsigimimų, infekcijų;
- kaip naujagimis valgė gimdymo skyriuje, ar buvo ramus ar ne;

- kas jaudina motiną, grįžusią iš gimdymo skyriaus (ar netrūksta pieno ar reguliariai naujagimis tuština, gal jis irzlus, nemiega, gausiai atpilinėja, vemia ir kt.);
- ar mama žino, kaip žindyti ar maitinti, prižiūrėti naujagimį, kokios buities sąlygos;
- atidžiai perskaitomas dokumentas F – 113, kurį moteris parsivežė iš gimdymo skyriaus.

Viską apklaususi slaugytoja, turi užrašyti į vaiko stebėjimo kortelę.

Pirmojo vizito metu slaugytoja turi būti tiek kiek reikia. Jo metu:

- higieniniu sanitariniu aspektu įvertinama naujagimio aplinka, šeimos pasirengimas jį prižiūrėti, slaugyti;
- tėvams patariama naujagimio priežiūros ir slaugos, maitinimo klausimais;
- slaugytoja įvertina naujagimio sveikatos būklę;
- įvertina motinos sveikatos būklę;
- pagal aplinkybes suteikiama konkreti pagalba;
- įvertinami šeimos narių tarpusavio santykiai;
- su šeima aptariami dalykinio bendravimo klausimai;
- sprendžiama, kada vėl aplankyti naujagimį ir jo šeimą ar atsiųsti slaugytoją;
- kūdikio\vaiko augimo lape žymimi fiziniai duomenys (svoris, ūgis, galvos ir krūtinės apimtys).

Anot Valiaus L. (2003), išskirtinis dėmesys skiriamas naujagimiams, turintiems rizikos veiksnių. Nustaćius, kad mažylio būklė pakitusi, jis nedelsiant siunćiamas pas neonatologą ar pediatrą.

5 – 6 mėnesių kūdikis naudojasi riksmu, norėdamas atkreipti mūsų dėmesį, o naujagimis rėkia tada kai jam iš tikrųjų reikia pagalbos. Ir tik vėliau jis pradeda suvokti, jog gali veikti aplinką ir reguliuoti tėvų gyvenimą. Ir tas supratimas tampa svarbiu vaiko psichikos plėtros veiksmu. Tėvai turi išsiaiškinti, kurias mažylio reikmes būtinai turi tenkinti ir kurias ne.

Anot Zaborskio A., Šunskio L. (2000) sveikatos mokymo procesas apima ir atskirą individą, ir visą aplinkui esanćią visuomenę. Visi uždaviniai kurie iškyla naujagimio šeimos aplinkoje, turi būti sprendžiami taip, kad jie kuo glaudžiau būtų susiję su naujagimio sveikatos gerinimu.

Almonaitienė A. (2001) teigia, kad mama supras slaugytoją, o slaugytoja vaiko tėvus ir gaus reikiamą informaciją tik nuo to kaip vyks bendravimas, nuo bendravimo įgūdžių, nuo to kokią išpūdį padarysime vieni kitiems, kaip mama apibūdins savo situaciją ir kaip paprašys slaugytojos pagalbos jei, jei to reikės.

Kūdikystė tęsiasi nuo pat gimimo iki XII mėnesio pabaigos. Šito periodo yra trys fazės: naujagimystė (1-7 diena), ankstyva (1-3 mėnuo) ir vėlyva (4-12 mėnuo) kūdikystė.

## 2.2.2. Kūdikio priežiūra

Su kūdikiu būtina bendrauti, rodyti jam meilę, šiltus jausmus. Būdamas motinos gimdoje jis to visada laukia, užfiksuoja netgi kada su juo bus kalbama, taip jis gali jaustis saugus, mylimas ir ne vienišas. Jam būtinas šeimos dėmesys tam, kad jaustųsi saugus.

Pikūno J., Palujanskio A. (2001) teigimu, vienas svarbiausių reikalavimų tėvui ir motinai yra kuo didesnis jų fizinis, ir ypač psichinis, jautrumas kūdikio poreikiams. Fizinis motinos jautrumas savaime padidėja, ir ji paprastai nubunda, vos vaikui sujudėjęs ar net jo kvėpavimui pasunkėjęs. Psichinis jautrumas pasireiškia emocinio prisirišimo padidėjimu ir kūdikio veiksmų supratimu. Tėvai turi rodyti savo vaikams besąlygiškos meilės ir stipraus prisirišimo jausmus.

Pirmais gyvenimo mėnesiais kūdikiai reaguoja į aplinkos veiksnus. Kūdikių vystymąsi labai lemia ankstyvojo ugdymo pobūdis galintis stipriai paveikti individualų temperamentą. Vos gimę vaikai jau yra būtybės, kaupiančios patirtį apie juos supantį pasaulį, pradedančios jausti, ar jis švelnus, kupinas paramos, mylimas, ar atstumtas, be meilės, bauginantis. Visa tai susiję su kūdikio fiziologiniais ypatumais.

Jeigu kūdikis pirmaisiais savo gyvenimo mėnesiais verkia, tai dažniausiai kalta motina, nereaguojanti į signalus. O kūdikiai, kurių motinos yra jautrios ir reaguoja į kiekvieną signalą, jau trečią ketvirtą gyvenimo mėnesį randa daug kitų priemonių, kaip save išreikšti. Jie tam vartoja mimiką, gestus ir pirmuosius garsus. Daug įtikinamų pavyzdžių tėvai gali ir patys pateikti. Pirmaisiais kūdikio gyvenimo mėnesiais tėvai dažniau už kūdikį imituoja jo elgesį. Kūdikiai bei jaunesniojo amžiaus vaikai motinai visada atlygina šypsniu už tai, kad ji mėgdžioja jų garsus ir gestus.

Slaugytoja turėtų priminti tėvams, kad ne tik tėvai veikia savo vaikus, bet ir vaikai – savo tėvus. Todėl, svarbu žinoti, kad kūdikis gana anksti veikia tėvus ir kitus žmones. Vienintelė ir svarbi priemonė, vartojama tam tikslui yra, verksmas ir riksmas. Kūdikiai verkia, kai ką nors skauda, yra alkani ar ištroškę, kai šlapi ar jaučiasi vieniši. Gruelio L., Josto F., Mejerisprobosto B. (1991) ir kt., manymu kūdikis poreikius realizuoja per savo stimulus.

Seniau sakydavo, kad kūdikiams kartais sveika paverkti, nes tai stiprina jų balso stygas ir plaučius. Tačiau šiandien medicina į tai žiūri visai kitaip kūdikiams reikia, kad motina ir kiti šeimos nariai reaguotų į jų verksmą. Taip jie pradeda suprasti, kad bėdai ištikus kas nors iš šeimos narių būtina padės, todėl jie taip ir reikalauja pagalbos.

Yeland A. (2002) teigia, kad ką bedarytų tėvai su savo kūdikiais, pasitikėkite savimi: paimtas ant rankų ir pajutęs jūsų svyravimą, neryžtingumą, dvejojimą, kūdikis taip pat sunerims. Tėvų glėbys jam yra saugiausia ir ramiausia vieta pasaulyje.



Laikydami mažyli tėvai turi pasistengti kalbinti jį bendrauti su juo, šypsotis ir raminausiai niuniuoti.

Kūdikiui kurių motinos jautriai reaguoja į riksmą ir kitus signalus, daugiau ir linksmiau ulbauja negu kiti tokio pat amžiaus mažyliai. Slaugytoja turi pasakyti kūdikio tėvams, kad vaiko vystymuisi yra labai svarbi jau ankstyvoje vaikystėje įgyta kontrolės patirtis. Šią patirtį vaikas įgyja tikrai nuosekliai auklėjamas, kai tėvai jam skiria pakankamai dėmesio, daug bendrauja su juo jau pirmaisiais gyvenimo mėnesiais. Tai vaikui geriau padeda numatyti savo poelgių rezultatus. Ne tik tėvų bendravimas su vaikais, bet ir socialinė patirtis daro didelę įtaką jo raidai. Jeigu pirmaisiais gyvenimo metais vaiką tinkamai tėvai prižiūrės, rodys jam dėmesį su juo bendraus, tai jis puikiai augs ir vystysis, bet jei su kūdikiu elgsimės netinkamai, tai jam labai pakenksime ir jo vystymasis eis spirale. Tačiau tėvai tai pastebėtų tik tada kai vaikas užaugs. Todėl nuo pat pirmų dienų su vaikais reikia elgtis tinkamai, kad nepakenkti jam.

Kūdikiui yra labai svarbu, kad jam būtų skiriama daug dėmesio, nes šiuo gyvenimo tarpsniu jam viskas yra įdomu, jam reikia meilės, ir artimų žmonių tam, kad jis jaustųsi saugus visų mylimas, nes šis pasaulis jo akimis yra visiškai jam nepažįstamas.

Jusienė R. (1995a, 1995b), remdamasi M. S. Mahler nuomone, pabrėžia emocinę psichologinę motinos santykių su kūdikiu reikšmę. Motina, tenkinanti visus kūdikio fiziologinius ir emocinius poreikius, padeda jam jaustis patogiai ir saugiai. Slaugytoja su tėvais šia tema turi daug kalbėti, kad yra labai svarbu tėvų bendravimas su vaiku, tai yra svarbu tolesniam jo vystymuisi.

O dabar apžvelkime kūdikio vystymosi mėnesius truputį plačiau.

## **2 – 6 mėnesio**

Anot Grauelio L., Josto F., Mejerisprobsto B. (1991) mažyli reikia maitinti tik kokybiškais maisto produktais (iš pradžių geriausia tik motinos pienu), duoti pakankamai skysčių ir dažnai vežti į lauką.

Kūdikio lankymų dažnumas individualus – nuo vieno iki kelių kartų per mėnesį, t. y. pagal poreikį. Sveiki kūdikiai sparčiai auga ir tobulėja.

Kiekvieną kartą motina ir kiti šeimos nariai yra informuojami, kaip auga ir bręsta jų mažylis, ar jis „atitinka normą“.

Vaikų fizinę būklę slaugytojai yra labai svarbu įvertinti, nes organinė patologija dažniausiai pasireiškia augimo sutrikimais, ypač kūdikiams ir ikimokyklinio amžiaus vaikams.

Praktiškai vertinant kūdikių fizinę būklę dažniausiai imami ūgio, svorio, galvos, krūtinės apimties matmenys. Pagal jų augimo darną sprendžiama apie viso organizmo augimo ypatumus.

2 mėn jam įvertinamas fizinis ir psichomotorinis brendimas. 3 mėn. kūdikiui poliklinikoje:

- pradedamos imunizacijos nuo kokliušo, difterijos, stabligės, ir poliomieliito ciklas;
- slaugytoja aptaria galimas reakcijas po skiepijimo, ką daryti joms atsiradus, kurios reakcijos būtų ženklas pradėti nerimauti;
- atkreipiamas dėmesys į rachito, mažakraujystės profilaktiką; 4 mėnesių kūdikiui į polikliniką atneštam jau yra:
  - atliekama 2 KDS ir 2 IPV vakcina;
  - tėvams slaugytoja taip pat paaiškina kaip ir kada įvesti papildomą maitinimą
  - primenami mankštos ir masažo pratimai.
- 5 mėnesį kūdikiui vertinama:
  - kūdikio judesiai, koordinacija, emocijos;
  - patarimai belaukiant pirmųjų dantukų;
  - paaiškinama apie papildomą maitinimą;
- 6 mėnesį kūdikiui:
  - baigiama vakcinacija – 3 KDS ir 3 virusinio hepatito B vakcinacija;
  - patarimai maitinimo klausimais;
  - atkreipiamas dėmesys į mažąjį momenėlį ir didįjį momenėlį;
  - neišnešiotiems mažo ūgio vaikams atliekamas bendras kraujo tyrimas. (Vyšniauskienė I., 2005)

Anot Valiaus L. (2003) slaugytoja kaip ir pirmą gyvenimo mėnesį, daug dėmesio turi skirti kalbėjimui su mama apie kūdikio žindymą – vis primenama jo reikšmė kūdikiui. Motina supažindinama su kitomis motinomis, kurios sėkmingai žindo arba žindė. Akcentuojama, kad kiekviena motina gali maitinti, jeigu pati to nori.

Kūdikiui reikia ne tik motinos fizinio artumo ir šilumos, jam būtinas pats geriausias maitinimas. Žindymas patenkina visus fizinius bei emocinius kūdikio poreikius. Slaugytoja mamai paaiškina čiulptuko, žinduko ir buteliuko žala, pamoko kaip girdyti iš puoduko. Paaiškinama, kad motinos pieno kiekis sparčiai mažėja, kai sutrinka jo išsiskyrimo stimuliavimas intensyviu žindymu. Kūdikis pasirenka tą maisto gavimo būdą, kuris jam yra lengvesnis. Slaugytoja taip pat turi priminti, kad žindymo trukmė priklauso nuo pačios motinos nusiteikimo, sąmoningo suvokimo, kad būtina žindyti, noro tai daryti ir šeimos vidutinio klimato – jos narių pagalbos.

Perecas M., Minzel B., Vimeris H. (1990) teigia, kad jau trijų keturių mėnesių kūdikis moka duoti daug malonesnius signalus, nes motina daug maloniau reaguoja į jo verksmą, tam tikslui jis naudoja mimiką, kūno judesius ir garsus, o su tais kūdikiais kur motinos mažai bendrauja jie lėčiau išsivysto ir yra mažiau ramesni.

Pusės metų mažylis aiškiai ir įvairiai reiškia emocijas: džiaugsmingą energiją, kai bendrauja su artimaisiais, girdėdamas linksmą melodiją; pasitenkinimą judėjimu, ryškiais įspūdziais; džiaugsmą, kai pavyksta pasiekti dominantą žaislą; malonu-

mą – čiulpdamas; nusivylimą, liūdesį, kai artimieji liaunasi bendravę, kai pametamas žaislas; pyktį, kai skauda, kai juo nesirūpinama, kai jaučiasi paliktas.

Slaugytoja turi kontaktuoti su tėvais ir plėtoti abipusį pasitikėjimą, išklausti tėvų klausiančių apie kūdikio priežiūrą, ir tada tik turi tiksliai ir parodydama kaip tai reikia daryti ar elgtis.

### **7 – 12 mėnuo**

Sveikas, gero fizinio augimo ir protinės brandos kūdikis aplankomas kartą per mėnesį. Vaikai sergantys anemija, rachitu ar persirgę šiomis ligomis, persirgę ūmine liga, lankomi tiek kartų, kiek reikia t. y. iki visiško pasveikimo. Slaugytoja turi atkreipti dėmesį į šiuos dalykus:

- mitybos problemas,
- atramos judamojo aparato būklę,
- kūdikio psichomotorinę brandą, fizinį augimą, jo vertinimą kiekvieną mėnesį (žr. 3 priedą).

Ne visi kūdikiai vienodai ir sparčiai tobulėja. Lėčiau tie, su kuriais mama ir kiti šeimos nariai nebendruoja, t. y. nepaima ant rankų, nekalbina, nežaidžia, nebando sudominti aplinka, neduoda žaislų, nedaro gimnastikos ir masažo pratimų ir t.t. Kūdikis mokosi pažinti supantį pasaulį, jį stebėdamas ir mėgdžiodamas. Jei kūdikio psichomotorika atsilieka slaugytoja atsižvelgia į tai kaip šeima bendruoja su mažyliu. Pastebėjus, kad mažyliui stinga dėmesio, patariama, kaip su juo bendrauti, ir kontroliuojama, ar kūdikis progresuoja.

Dalykai į kuriuos kreipia dėmesį slaugytoja:

- Rachito nespecifinę ir specifinę profilaktiką.
- Išdygusių dantų profilaktika. Tėvai pamokomi valyti, kad ir vieną dantį.
- Traumų, nudegimų, apsinuodijimų profilaktiką.
- Avalynės pasirinkimą.
- Imunizacija.

Yeland A. (2002) teigia, kad slaugytoja tėvams turėtų pasakyti, kad tėveliai kūdikėli pasiimtu dažniau į viešas vietas taip padės vystyti jo socialiniams įgūdžiams ir tobulinsite jo bendravimą.

Pileckaitė M., Markovienė D. B. (2004) mano, kad slaugytojai irgi kartais iškyla problemų bendraujant su vaiko tėveliais kuriuos jos lanko ir yra atsakingos už jų sveikatą. Yra motinų kurias slaugytoja moko, kad su savo vaiku ji turi bendrauti mimika, gestais, ir panašiai, bet jos neklauso ir kūdikiui skiria mažai dėmesio. Todėl gali kūdikiui pakenkti jo tolimesnėje raidoje.

Kiekvieno apsilankymo metu slaugytoja turi visada aptarti, kaip sekėsi tėveliams elgtis pagal jos pamokymus, nors dažnai būna, kad tėvai nesupranta slaugytojos tada įvyksta nesusikalbėjimas.

**Bendruomenės slaugytoja privalo:**

- Palaikyti gerą fizinę motinos ir vaiko savijautą.
- Skatinti gerus vaiko maitinimo būdus.
- Padėti kurti gerus motinos ir kūdikio santykius.
- Palaikyti ir stiprinti motinos pasitikėjimą savimi, įgalinti ją tinkamai atlikti motinos pareigas šeimos ir kultūrinėje aplinkoje.

**Skiepai.** Viena iš svarbiausių bendruomenės slaugytojo veiklos sričių yra vaiko imunizavimas nuo infekcinių ligų. Prevenciniai skiepėjimai užtikrina, kad paskiepytas vaikas arba nesusirgs infekcine liga, arba sirgs lengvesne forma. Skiepėjimai padeda išsaugoti ne vien tik vaiko, bet ir aplinkinių visuomenės narių sveikatą, nes neleidžia plisti infekcinėms ligoms. Tėvai gali atsakyti skiepyti vaiką, ir tai yra jų teisė, tačiau slaugytojo pareiga kiek galima įtikinamiau ir profesionaliau išaiškinti tėvams skiepėjimų reikšmę ir galimas pasekmes vaikams ir aplinkiniams, jei vaikas nebus laiku paskiepytas. Specialiai mokytas bendruomenės slaugytojas ar vaikų slaugytojas gali savarankiškai skiepyti vaiką, bendruomenės slaugytojas konsultuojasi su bendrosios praktikos gydytoju. Bendruomenės slaugytojai, kurie buvo pratę dirbti tik su suaugusiais bendruomenės nariais, turėtų gerai suprasti imunizavimo svarbą ir argumentuoti įtikinti tėvus, kad pastarieji skiepytų savo vaikus.

Bendruomenės slaugytoja, suteigdamą tėvams informaciją apie vaiko sveikatą ir vystymąsi, padeda tėvams kontroliuoti savo ir vaikų gyvenimą.

Bendruomenės slaugytoja turi nuolat bendradarbiauti su bendruomenės socialiniu darbuotoju ir vaikų teisių gynimo tarnybomis prie savivaldybių, jei bendruomenėje yra nepriimtino būdo šeimų.

Bendruomenėje dirbantys vaikų bendruomenės slaugytojai, bendrosios praktikos gydytojai, socialiniai darbuotojai, pedagogai ir kiti bendromis jėgomis gali užtikrinti vaikui tinkamas sveikatos paslaugas namuose. Tačiau labai svarbu, kad šiuo atveju priimant sprendimą dėl vaiko gydymo namuose dalyvautų tėvai.

Bendruomenės slaugytoja dėmesį turi skirti ne vien vaikui, bet ir šeimai. Vin-gras A. (1995) mano, kad tėvai ir gydytojai nori vieno, kad vaikas išaugtų sveikas, stiprus. Bendrosios praktikos slaugytojos pareiga – stebėti kūdikį nuo pat gimimo, duoti patarimus tėvams maitinimo, grūdinimo, auklėjimo ir kitais klausimais.

**Mityba.** Anot Vingro A. (1995) kūdikiui iki 5 – 6 mėn. joks maistas negali atstoti motinos pieno, kuriame yra visos medžiagos, reikalingos ne tik geram augimui, bet ir apsaugančiam nuo įvairių ligų. Karvės pienas ne toks naudingas, nes turi mažiau vitaminų ir daug medžiagų, kurios jautrina organizmą, sutrikdo normalią medžiagų apykaitą, mažina organizmo atsparumą ligoms. Kūdikiui, nepriklausomai nuo maitinimo būdo, nuolat duokite vaisių ir daržovių sulčių, nes juose gausu mineralinių medžiagų, vitaminų. 2-3 mėn. kūdikiui galima duoti morkų, vyšnių, slyvų, spanguolių, abrikosų, burokėlių, aviečių sulčių. Nuo braškių, žemuogių, špi-

natų sulčių kai kuriuos vaikus gali išberti, o nuo morkų sulčių, ypač jei jų išgeriama 80-100 ml, gali pagelsti skruostai, delnai, padai. 2 mėn. kūdikiai pradeda valgyti vitaminizuotas vaisių ir daržovių tyreles, gaminamas specialiai vaikams.

5 sav. kūdikiui kartu su maistu arba po valgio duokite šviežio, geriau nerafinuoto, saulėgražų, kukurūzų ar alyvmedžių aliejaus. Iš pradžių 1-3 lašus per dieną, paskui kasdien pridėkite po 3 lašus.

Kai krūtimi maitinamo kūdikio masė auga normaliai, nuo 4-4,5 mėn. pradėkite duoti varškės. 5,5-6 mėn. krūtimi maitinamas kūdikis jau gali valgyti tirštesnę košę (manų, avižų, pertrintų grikių, ryžių), gerti virintą pieną. 7 mėn. mažajam jau reikia mėsos sultinio. Iš pradžių 5 ml, kas 2-3 dienas po 1 arbatinį šaukštelį daugiau. 6-7 mėn. kūdikiui jau galima duoti baltos duonos. 9-10 mėn. savo vaiką galite visiškai atpratinti nuo krūties ir maitinti dirbtinai. 11-12 mėn. pamažu pratinkite prie pertrinto suaugusiųjų maisto, neduokite aštraus ar sunkiai virškinamo maisto.

Jeigu mama iš tikrųjų dėl labai svarbių priežasčių negali maitinti kūdikio krūtimi arba pieno pradeda nebeužtekti – jį reikia maitinti dirbtinai. Kai trūksta motinos pieno, galima duoti pasterizuotą donorės pieną. Jeigu donorės pieno neturite, kūdikį maitinkite adaptuotais pieno mišiniais. Sergančius kūdikius reikia maitinti atsizvelgiant į jų amžiaus ir ligos ypatumus.

## Literatūra

1. Almonaitienė J., Atinienė D., Ausmanienė N., Lekavičienė R., Matulienė G., Ruibytė L., Vasiliauskaitė Z. (2001). Bendravimo psichologija. Kaunas: Technologija.
2. Andrikienė R. M., (2004). Prieš mokyklinio amžiaus vaikų sveikos gyvensenos ugdymas. Klaipėda: Klaipėdos universitetas.
3. Grauelis L., Jostas F., Mejerisprobstas B., Repkė F., Šmitas Dyteris H., Šnevisas B., Teichmanas H. (1991). Žingsnis po žingsnio. Vilnius: Mokslo.
4. Yeland A. (2002). Pirmieji 18 kūdikio mėnesių. Mūsų knyga.
5. Markauskienė N. (1998). Vaiko vystymasis ir jo priežiūra. Mokymo priemonė. Kaunas: Gaivata.
6. Pikūnas J., Palujanskienė A. (2001). Asmenybės vystymasis. Kaunas: Pasaulio lietuvių kultūros, mokslo ir švietimo centras.
7. Valius L. (2003). Šeimos medicinos pagrindai. Kaunas: Vitae litera.
8. Vesterdal A. (1996). Sveikatos priežiūra ir ligonių slauga. Vilnius.
9. Vingras A. (1995). Vaiko tyrimas ir bendroji semiotika. Vilnius.
10. Zaborskis A., Šmuskas L. (2000). Slaugos specialistės darbas mokykloje. Metodiniai patarimai. Panevėžys.

## 2.3. JAUNŲ ŽMONIŲ SVEIKATA

### 2.3.1. Jaunų žmonių sveikatos ypatumai

Jaunas žmogus – tai žmogaus amžiaus tarpsnis maždaug nuo 18-24 m. Šiuo amžiaus tarpsniu baigiasi lytinis brendimas. Jaunystė fizinio ir psichinio subrendimo, pasitikėjimo savo jėgomis, naujų pasaulėžiūros ir dorovinių, vertybinių orientacijų, santykių su bendraamžiais, atsakomybės už savarankišką veiklą, susiformavimo, pasirengimo suaugusio žmogaus darbui ir šeimos gyvenimui metas (Jovaiša L., 2007).

Ypač pažeidžiami jauni žmonės – tai sąvoka, naudojama apibūdinti tą gyventojų dalį, kuriai gresia sveikatos ar kito pobūdžio problemos. Ypač pažeidžiamos jaunimo grupės yra visame pasaulyje paplitęs reiškinys, Lietuva taip pat nėra išimtis. Žinoma, sunku nustatyti ypač pažeidžiamų jaunų žmonių skaičių bei įvertinti, su kokio masto problemomis jie susiduria, kadangi nacionaliniai gyventojų surašymai, sveikatos ar švietimo sistemos duomenys nepakankamai apima šias jaunimo grupes. Nors visi jauni žmonės potencialiai priskiriami rizikos grupei, kai kurie rodikliai gali padėti išskirti tas jaunimo grupes, kurioms gresia didesnė rizika. Tai sunkumų mokykloje turintys jauni žmonės, bedarbiai jaunuoliai bei jaunuolės, disfunkcinėse šeimose gyvenę jauni asmenys, ilgą laiką praleidę valstybinėse institucijose (globos įstaigose, vaikų namuose, internatuose), prievartą patyrę jauni žmonės. Sveikatos specialistai turi būti itin jautrūs šių rizikos grupių asmenų interesams ir siekti užkirsti kelią rizikos veiksniams, galintiems sukelti rimtų sveikatos sutrikimų. PSO ekspertų teigimu, ypač pažeidžiamų jaunų žmonių sveikatos problemos gali būti daugialypės, o psichoaktyvių medžiagų vartojimas, lytinis ar kitoks rizikingas elgesys gali pabloginti esamą sveikatos būklę arba sukelti naujas ligas (Čaplinskienė I., 2005).

Kiekvienas žmogus be jokios diskriminacijos turi prigimtine teise turėti kuo geresnę sveikatą. Jauni žmonės, palyginti su kitomis amžiaus grupėmis, yra lytiškai aktyvesni ir gali turėti daugiau partnerių. Jiems trūksta informacijos, kaip apsisaugoti. Taip pat nežino, kur gauti informacijos apie ŽIV/AIDS. Per anksti pradėti lytiniai santykiai gali sąlygoti lyties organų gleivinės pažeidimą ir didinti imlumą infekcijoms. Jauni žmonės dažnai lytinių santykių metu nenaudoja apsaugos priemonių (prezervatyvų) (Butylkina R., 2008).

Todėl, jaunimas sudaro pagrindinę gyventojų dalį, kuriai AIDS kelia didžiausią pavojų. Ypatingas dėmesys turi būti skiriamas jaunimo doroviniai kultūrai, būtina išugdyti kiekvieno žmogaus atsakomybės jausmą už savo ir savo artimųjų sveikatą. Studijuojantis jaunimas įsilieja į produktyviausią, aktyviausią visuomenės dalį, todėl AIDS išplitimas tarp jaunų žmonių padarytų didžiulį nuostolį šalies ekonomikai, demografinėi padėčiai bei pakirstų pačios visuomenės stabilumą (Čaplinskas S., 2000).

Vienas esminių jauno žmogaus raidos aspektų yra lytinio tapatumo formavimas. Nors su seksualumu susijusias krizes individas gali patirti ir būdamas vaikas, ir jau subrendęs, vis tik paauglystė ir jaunystė yra kritinis gyvenimo tarpsnis, ugdantis vertybines nuostatas bei padedantis įgyti pirmąją lytinę patirtį. Pripažįstama, jog jaunų žmonių seksualumas yra nepaprastai reikšmingas ir neišvengiamas jų raidos komponentas, tačiau atrodo, jog ši tema kelia nuolatinčius socialinius konfliktus ir sumaištį (Jaruševičienė L., 2005).

Robertas Havighurstas pateikė alternatyvų gyvenimo raidos pakopų modelį, paremtą raidos užduočių samprata. Raidos užduotys - tai svarbiausias pasiekimas, kurio tam tikru gyvenimo laikotarpiu tikimasi iš žmogaus. Ji glaudžiai susijusi su sėkme ir pasitenkinimo jausmu einamuoju ir būsimoju laikotarpiu (tarkime, paauglystėje svarbu įgyti darbinis įgūdžius ir pažiūras). Šią sąvoką naudojo ir kiti teoretikai, tarp jų ir Levinsonas. Havighursto išskyrė jauno suaugusio žmogaus raidos užduotis. Ankstyvajam brandžiam amžiui (nuo 18-35 m.), jis išskyrė tokias raidos užduotis, kaip rasti partnerį, išmokti gyventi su sutuoktiniu, sukurti šeimą, auginti vaikus, tvarkyti namų ūkį, pradėti profesinę karjerą, imtis pilietines atsakomybės, rasti tinkamą socialinę grupę (Lemme B.H., 2003). Spręsdamas vystimosi užduotis, jaunas suaugusysis formuoja gyvenimo stilių. Jį sudaro veiklos tempas, darbo ir poilsio kaita, draugų ir pažyстамų ratas, pasirinkta veikla, vertybinė orientacija. Didžiausios įtakos gyvenimo stiliui turi šie veiksniai: studijos, vedybos, sutuoktinis, vaikai, darbas (Beresnevičienė D., 2003). \_\_\_\_\_

Jauni žmonės yra reikšminga visuomenės dalis, nuo kurios labai priklauso būsimą tautos gerovė, todėl jų sveikatos reikmes reikėtų tenkinti prioriteto tvarka. Jaunų žmonių dalyvavimas, siekiant nustatyti jų poreikius, o taip pat jų dalyvavimas programos kūrimo bei įgyvendinimo procesuose tokias programas priartina prie jaunų žmonių. Vienas iš pagrindų, skatinančių įtraukti jaunus žmones į ŽIV prevencijos programų kūrimo procesą, yra Jungtinių Tautų vaiko teisių konvencija. Ji suteikia vaikams bei jaunimui teisę laisvai reikšti savo nuomonę bei požiūrį, o taip pat atkreipia skirtingų visuomenės sluoksnių dėmesį į juos. Šioje konvencijoje pateikiamas suaugusių bei visuomenės požiūris į vaikus ir jaunimą bei teikiamas paslaugas, o taip pat paslaugas, kuriomis jie turi galimybę naudotis. Šios konvencijos nuostatos turi tapti visuomenės sveikatos sistemos atsako į ŽIV/AIDS problemą pagrindu. Todėl didžiausias iššūkis – sukurti strategiją, kuri suteiktų jauniems žmonėms galimybę dalyvauti jiems svarbiame procese ir kuri atsižvelgtų į jaunų žmonių interesus bei poreikius. Svarbu, kad ši strategija būtų vertinama ir paties suinteresuoto jaunimo (Čaplinskienė I., 2005).

### 2.3.2. Bendruomenės slaugytojo vaidmuo sprendžiant jaunų žmonių sveikatos problemas

Požiūris į jaunus žmones kaip į visumą yra vertingas kaip skatinantis bendrą sąmoningumą, tačiau iškyla pavojus, kad bus ignoruojami tie, kurie yra labiausiai nustumti į šalį ir pažeidžiami, tokie kaip – jaunimas, vartojantis intraveninius narkotikus, sekso paslaugas teikiantis jaunimas, benamiai jauni žmonės, romų bendruomenės jaunimas arba nebus atsižvelgta į kultūrinę bei socialinę prasmę išskirtinį žmogaus gyvenimo etapą – jaunystę. Kai kurie jauni žmonės dėl savo amžiaus, skurdo, lyties, o taip pat dėl egzistuojančių politinių ir ekonominių religijų yra dažniau priskiriami labiau pažeidžiamų asmenų grupei nei kiti. Svarbiausia visuomenės sveikatos sistemos užduotis yra suprasti ir reaguoti į tokį sistemingą pažeidžiamumą (Čaplinskienė I., 2005).

Analizuojant ŽIV užsikrėtusių asmenų patirtis išryškėjo poreikis mokyklose ugdyti studentų socialinę kompetenciją, skatinti jų įsisauginimą apie bendrąsias gyvenimo vertybes, pateikiama informacija apie ŽIV / AIDS mokslu grįstais argumentais, vystyti ir plėtoti pedagogų specifines žinias, susijusias su ŽIV / AIDS kontekstu. Tačiau švietimas turi būti profesionalus, vykdomas kompetentingų specialistų (pedagogų, visuomenės sveikatos priežiūros specialistų, psichologų, socialinių darbuotojų komandos. Taip pat aktualus pačių ŽIV užsikrėtusių asmenų įsitraukimas į švietimą ugdymo institucijose perteikiant patirtis mokyklų bendruomenėms (Gurevičius R., 2009).

Moksleivių žinios apie ŽIV/AIDS ir kitas LPI labai priklauso ir nuo pedagogų išprusimo, patirties bei pasiruošimo dėstyti šias temas ir apskritai nuo konkrečios mokyklos požiūrio į problemą. Dažnai lytinis ugdymas priklauso nuo mokyklos politikos ir strategijos tais klausimais, kokius uždavinius mokykla kelia – poreikio ar žalos mažinimo? Problemos analizę sprendimo būdą neretai nulemia individualus požiūris, vienos kokios tai moksleivių grupės apklausa ar kiti nepatikimi šaltiniai (Čaplinskas S. 2008).

Ugdant supratimą apie ŽIV / AIDS ir kitas lytiškai plintančias infekcijas, naudoti „bendraamžiai – bendraamžiams“ principą, kuris yra tinkamiausias informacijos pateikimo būdas. Informavimas apie lytiškai plintančias infekcijas turėtų apimti visą mokyklos bendruomenę - studentus, mokytojus. Visuomenės sveikatos priežiūros specialistas (VSPS) ugdymo institucijoje turėtų atlikti ne tik konsultanto vaidmenį, bet ir užsiimti platesne švietėjiška veikla dirbant su mokyklos pedagogų bendruomene, kuri yra pagrindinis nuostatų mokykloje formuotoja. (Gurevičius R., 2009).

Todėl formuojant jaunimui palankų požiūrį Lietuvoje didžiausias dėmesys skiriamas propagavimui, įgūdžių ugdymui bei normų ir standartų, reikalingų teikiant



jaunimui palankias paslaugas, kūrimui. Sveikatos apsaugos ministerija ir Valstybinė visuomenės sveikatos priežiūros tarnyba prie Sveikatos apsaugos ministerijos parėmė nacionalinės duomenų bazės apie jauniems žmonėms prieinamas paslaugas tobulinimą. Šią duomenų bazę prižiūri jaunimo psichologinės paramos centras, joje spausdinami duomenys apie jaunimui teikiamų paslaugų tyrimą, kuris buvo vykdomas šešiose dalyvaujančiose savivaldybėse ir jo metu surinktus duomenis apie jauniems žmonėms vietiniu lygmeniu prieinamas mokymo, socialines ir sveikatos paslaugas (Čaplinskienė I., 2005).

Dr. S. Čaplinskas pabrėžė, kad ŽIV/AIDS paplitimo Lietuvoje lygis priklausys nuo to, kaip visuomenė sugebės suprasti saugaus elgesio svarbą ir tais atvejais, kai jau infekcija įtariama ar diagnozuota, – nuo požiūrio į gydymą bei atsakingo elgesio. Rytų Europoje prevencija priklausys nuo narkotikų plitimo prevencijos, t.y. ar valstybės politikos lygiu bus užkirstas kelias prekybai narkotikais ir kaip bus organizuojamas ŽIV infekuotų žmonių gydymas nuo priklausomybės (Andrijauskaitė D., 2006).

Intraveninių narkotikų vartojimas, nesaugūs lytiniai santykiai, yra ŽIV infekcijos plitimo varomoji jėga. ŽIV/AIDS prevencijos programos siekia šviesti žmones apie lytiniu būdu plintančias infekcijas (LPI), skatinti saugesnius lytinius santykius. Klaidingi požiūriai skatina dvigubų standartų vyrams ir moterims atsiradimą lytiniuose santykiuose ir sutelkia didesnę „jėgą“ vyrų pusėje. Teikiamos informacijos apie LPI ir lytinį elgesį tikslai ir rodikliai yra tarpusavyje labai susiję (Čaplinskas S. 2008).

Todėl, kai susiformuoja elgesys, labai sunku jį keisti. Neretai, stengdamiesi padėti, tėvai ir medikai daro klaidą, manydami, kad pakanka pokalbio bei aiškinimo. Tačiau žinios negali pakeisti įpročius. Žinių pagrindu gali kisti motyvacija, tačiau tai dar nereiškia, kad galimi ir realūs elgesio pokyčiai. Jaunų žmonių nuostatas formuoja pavyzdžiai, aplinka, jos įtaka ar spaudimas. Jei atsparumo žalingiems įpročiams neįgyjama šeimoje, kita vaiko aplinka ar gatvė gali lemti nesaugų elgesį – yra pavojus dėl nesaugių lytinių santykių, dėl cigaretės, dėl alkoholio, kurie atveda ir prie narkotikų. Tad, jei apie ŽIV infekciją bus tik kalbama, gerų rezultatų nebus pasiekta. Jeigu keičiasi vaiko, kaimyno, moksleivio elgesys, reikia jį klausyti, kas gi atsitiko, ir padėti – apsaugoti nuo užsikrėtimo. Elgesio keitimas – tai sudėtingas procesas, yra įvairių argumentų, metodų ir žinių, kaip tai padaryti. AIDS centro specialistai gali teikti žinių apie prevenciją, tarpininkauti sprendžiant su tuo susijusias problemas bei gydant ligas. (Andrijauskaitė D., 2006).

Lietuvos AIDS centro direktorius dr. Saulius Čaplinskas pabrėžia, kad ŽIV prevencijai nuolat reikia ieškoti naujų būdų, kaip keisti nesaugų elgesį. 80 proc. ŽIV užsikrėtimo atvejų – nuo ŽIV jau užsikrėtusių žmonių (per lytinius santykius ir vartojant injekcinius narkotikus) (Čaplinskas S., 2008).

Nepalankus visuomenės požiūris į jaunų žmonių lytinės sveikatos priežiūros poreikius, gajūs dvigubi standartai, labai neigiamai vertinantys merginų lytinį aktyvumą, mažina tikimybę, jog jauni žmonės laiku gaus reikiama pagalbą. (Jaruševičienė L., 2005). Visuomenės netoleranciją sąlygoja mažas visuomenės informuotumas ŽIV / AIDS tema. Būtina šviesti visuomenės narius, supažindinant juos ne tik su ŽIV / AIDS ir kitų lytiškai plintančių infekcijų problematika, užsikrėtimo būdais bet ir ugdant toleranciją, mažinant stigmą ir diskriminaciją ŽIV užsikrėtusiųjų atžvilgiu. Būtina ugdyti visuomenės atsakingumą, rengiant visuomenės formavimo kampanijas. Švietimo ir mokslo ministerija ir/ar pedagogų profesinės raidos centras turėtų tęsti švietimo konsultantų rengimo, pedagogų ir švietimo pagalbos specialistų kvalifikacijos kėlimo programas, kurių metu būtų didinama pedagogų kompetencija visų lytiškai plintančių infekcijų temomis, mokomasi krizinių situacijų mokykloje valdymo įgūdžių. Sveikatos apsaugos ministerija ar jai pavaldžios įstaigos turėtų inicijuoti ir organizuoti kvalifikacijos kėlimo kursus visuomenės sveikatos biurų specialistams ir kitiems darbuotojams. Jiems turėtų būti suteikta galimybė nuolatos kelti savo kvalifikaciją ŽIV / AIDS ir kitų lytiškai plintančių infekcijų temomis, gauti ne tik medicininių bet ir psichologinių žinių (Gurevičius R., 2009).

PSO keliami veiklos prioritetai pasaulyje, ypač Europoje, ir Lietuvoje panašūs. Jie detalai nurodomi 2004 metų Dublino deklaracijoje. PSO Europos biuras dirba norėdamas sumažinti ŽIV/AIDS profilaktiką, priežiūrą gydymą, norint pasiekti visą apimantį, gerai išvystytą, efektyvų ir tinkamą atkirtį epidemijai. Daug dėmesio pastaruoju metu skiriama gydymo ir profilaktikos prieinamumui, efektyviai profilaktikai, vaikų apsaugai. Tarp aktualiausių ŽIV prevencijos uždavinių ir toliau lieka ŽIV profilaktikos priemonių taikymas narkotikų vartotojams bei visuomenės, ypač jaunimo, informavimas apie ŽIV profilaktikos būdus (Čeplinskas S., 2009).

Todėl labai svarbu, kad visuomenės sveikatos priežiūros specialistai, sprenddami ŽIV ir AIDS plitimo tarp jaunų žmonių problemas, pirmiausia atsižvelgtų į skirtingus vyrų ir moterų poreikius ir interesus. Programos turi būti orientuotos į jaunų žmonių lytinį pažeidžiamumą, jas rengiant turi būti atsižvelgiama į specifinius lytiškumo ir amžiaus poreikius. ŽIV prevencija tarp ypač pažeidžiamų jaunų žmonių susideda iš dviejų pagrindinių komponentų: rizikos mažinimo konkrečiomis intervencijomis, priežiūra bei poveikio mažinimo pastangomis; pažeidžiamumo mažinimo, kuris vykdomas inicijuojant socialinius, kultūrinius ir ekonominius pokyčius (Čaplinskienė I., 2005).

Elgesį keičiančios intervencijos. Elgesį keičiančios intervencijos gali būti derinamos su į susilaikymą nuo narkotikų orientuotu gydymu arba su pakaitiniu gydymu. Jas sudaro psichoterapija, psichologinė parama ir konsultavimas (counselling), kurie skatina elgesio ir emocinius pokyčius. Elgesį keičiančios intervencijos padeda koreguoti gyvenimo būdą, mažinti rizikingą elgesį, pvz., bendrą švirkštimosi įrankių

naudojimą ir labai rizikingus lytinius santykius, be to, jos stiprina įgūdžius padedančius atsilaukti prieš veiksmus, galinčius paskatinti vartoti narkotikus arba atkristi (PSO, 2004).

Bandūros socialinė – kognityvinė teorija akcentuoja žmonių laukimus, teigdamą, kad visi mes, turime laukimų kitų žmonių elgesio ir elgesio pasekmių (apdovanojimų, bausmių) atžvilgiu. O taip pat, laukimų dėl savo paties sugebėjimų susidoroti su tam tikromis situacijomis. Šiose situacijose akivaizdžiai dalyvauja kognityviniai procesai, tokie kaip situacijos kategorizacija, ateities numatymas ir savęs atspindys. Reikia pabrėžti kylančių laukimų ir įsitikinimų konkrečios situacijos atžvilgių svarbą. Nors dažnai žmonės turi bendrų įsitikinimų, vis tik svarbesni yra konkrečiose situacijose kylantys laukimai ir įsitikinimai. Jei neturėtume sugebėjimų skirti situacijas, mes visada elgtumėmės vienodai. Šitaip elgdamasis, nė vienas gyvas organizmas neišliktų. Žmogus savo neįtikėtinų kognityvinių sugebėjimų dėka, sugeba skirti daugybę situacijų. Sugebėjimas matyti kiekvieną situaciją yra individualūs laukimai bei įsitikinimai šių situacijų atžvilgiu (Valickas G., 2009).

Tačiau, AIDS mūsų visuomenėje vis dar vertinama kaip gėdinga liga, todėl jauniems žmonėms pastebėjus neraminančių požymių, gali būti labai sudėtinga ryžtis kreiptis į gydytoją ir spręsti savo problemas. Dėl dvigubų socialinių standartų merginų lytinis aktyvumas neretai yra griežčiau vertinamas kaip vaikinų. Todėl galima manyti, jog pastebėjusioms lytiškai plintančios infekcijos simptomus merginoms yra sunkiau negu vaikinams kreiptis į sveikatos priežiūros įstaigą (Jaruševičienė L., 2005).

Bandūros teorija ypatingą dėmesį skiria elgesio socialinėms priežastims ir kognityvinių mąstymų svarbai visuose žmogaus funkcionavimo aspektuose – motyvacijoje, emocijose ir veikloje. Nusakydami savo poziciją, socialinės – kognityvinės teorijos kūrėjai kritikavo kitas teorijas. Bandūra kritikavo psichoanalitinę poziciją už vidinį instinktų ir pašamonės jėgų akcentavimą, nes ši nepasiduoda sisteminiam tyrimui. Pagal teoriją individai vadovaujasi “jei... tai...” tipo laukimais: “jei įvyks tai, tada aš laikiu to ir to”. Paprasti žmonės orientuojasi ne tiek į konkrečias situacijas, kiek situacijų grupes, jungiamas pagal tam tikrus požymius (Valickas G., 2009).

Jungtinių tautų organizacijos (JTO) paskaičiavimu, 2004 m. pasaulyje buvo 40 mln. žmogaus imunodeficito viruso (ŽIV) nešiotojų. Pagerėjus gydymo kokybei bei pailgėjus šių žmonių gyvenimo trukmei, medikai susiduria su nauja problema – tai vis gausėjantys neurologiniai ir psichikos sutrikimai, pasireiškiantys sergantiesiems ŽIV. Patys dažniausi neurologiniai sutrikimai yra lengvas kognityvinių funkcijų ir motorikos sutrikimas ir AIDS demencija. Dažniausiai pasitaikantys psichikos sutrikimai yra afektinio spektro. Visais atvejais šių sindromų pasireiškimas reikalauja ankstyvos diagnostikos bei adekvataus gydymo. Sergančiųjų ŽIV psichikos sutrikimų atpažinimą sunkina gausybė biologinių, psichologinių bei socialinių veiksnių.

Todėl psichikos sutrikimai dažnai būna nediagnozuojami ir negydomi. Šių simptomų ignoravimas turi įtakos ŽIV infekuotųjų gyvenimo trukmei ir ligos progresavimo eigai. Dažniausiai pasitaikantys sutrikimai ŽIV sergantiems pacientams: depresija, manija, psichozė.

## Literatūra

1. Adomavičienė D., Bylaitė M., Bytautienė R. (2003). Sveikatos enciklopedija. Vaistų žinios. Vilnius.
2. Andrijauskaitė D., (2006). Siekiant išlikti mažo ŽIV/AIDS paplitimo šalimi. **Gydymo menas**. 12, P. 11.
3. Beresnevičienė D. (2003). Jauno suaugusiojo psichologija. Vilnius: Presvika leidykla.
4. Butylkina R. (2008). Lytiškai plintančios infekcijos. Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas, tomas XII, Nr. 6. Kaunas: Vitae litera.
5. Čaplinskienė I., Dr. Čaplinskas S. (2005). Mobilios paslaugos ypač ŽIV/AIDS pažeidžiamam jaunimui. Specialisto žinynas. Vilnius.
6. Čaplinskas S. (2000). AIDS profilaktika Lietuvoje. Lietuvos AIDS centras. Vilnius.
7. Čaplinskas S. (2009). ŽIV/AIDS kronika. Lietuvos AIDS centro prie SAM informacinis biuletenis. Vasaris Nr.1. p. 43. Vilnius.
8. Čeplinskas S., Liutkevičienė I. (2009). Pirmasis ŽIV kirtis. AIDS: geriau žinoti. Vilnius, „Tyto alba“.
9. Gurevičius R. (2009). Kokybinis tyrimas dėl žmonių, užsikrėtusių ŽIV / sergančių AIDS, pažeidžiamumo įvertinimo Lietuvoje. Pirmą kartą internete: [www.unodc.org/documents/balticstates/](http://www.unodc.org/documents/balticstates/). 2010 m. 12 mėn. 01 d. 19.40 val.
10. Jaruševičienė L., Valius L. (2005). Jaunų žmonių lytinė ir reprodukcinė sveikata. Kaunas, Vitae litera.
11. Jovaiša L. (2007). Enciklopedinis edukologijos žodynas. Vilnius, „Gimtasis žodis“.
12. Lemme B.H. (2003). Suaugusiojo raida. Kaunas, Poligrafija ir informacija.
13. Valickas G. (2009). Albert Bandūra - **socialiniai minties ir veiksmo pagrindai. Socialinė kognityvinė teorija**. Atviros Lietuvos fondo. Vilnius: VU Specialiosios psichologijos laboratorija.

## 2.4. PAGYVENUSIŲ IR SENŲ ŽMONIŲ SLAUGA BENDRUOMENĖJE

### 2.4.1. Pagyvenusių ir senų žmonių autonomijos išsaugojimas

**Pagyvenusių ir senų žmonių savarankiškumo reikšmė ir palaikymo galimybės.** Daugelis mokslininkų terminus pagyvenusių ir senų žmonių autonomija ir pagyvenusių ir senų žmonių savarankiškumas naudoja kaip sinonimus, reiškiančius senyvo amžiaus žmonių nepriklausomybę, galimybę pagal jų fizinius pajėgumus jiems patiems tvarkyti savo buitį ir kasdieninius reikalus. Gilindamasi į socialinių paslaugų organizavimo klausimą, Žalimienė L. (2005) pabrėžia, jog šiuolaikinėje visuomenėje pagyvenusių žmonių gerovė neatsiejama visos visuomenės gerovės dalis. Dėl to jos kūrimas turi remtis lygių galimybių bei nediskriminacijos dėl amžiaus principais. Norint sukurti šią gerovę būtina užtikrinti ne tik pakankama pagyvenusių žmonių materialinę gerovę, pajamų lygį, užimtumą, bet ir skatinti jų dalyvavimą visuomenės gyvenime, padėti jiems kuo ilgiau išsaugoti savarankiškumą ir nepriklausomybę. Šiame kontekste ypatingą reikšmę įgauna socialinių paslaugų pagyvenusiems žmonėms garantijos, kokybiškų paslaugų užtikrinimas.

Gaigalienė B. (1999), pagrįsdama pagyvenusių ir senų žmonių savarankiškumo reikšmę, akcentuoja, kad senyvo amžiaus žmonių sveikatingumo bei sveikatinimo potencialas visuomenėje kaskart įgauna svarbesnę reikšmę ir yra gerontologijos dėmesio centre. Svarbiausias gerontologijos uždavinys - padėti senstančiam žmogui palaikyti optimalią sveikatą - fizinę, funkcinę ir psichinę būklę bei siekti, kad kiekvienas asmuo kuo ilgiau išliktų savarankiškas, o jo tolimesnis gyvenimas būtų kuo pilnavertiškesnis, netemdomas ligų ar invalidumo.

Pagrindinis šiuolaikinės geriatrijos uždavinys – išsaugoti žmogaus savarankiškumą. Lesauskaitė V. ir kt. (2008), Bagdonas G. ir kt. (2009) bei kiti mokslininkai atkreipia dėmesį į tai, jog pagalba pagyvenusiems žmonėms turi būti teikiama ta kryptimi, kad būtų išsaugojamas asmens savarankiškumas, autonomija, o ne dirbtinai kuriamas priklausomumas. JTO strateginiuose dokumentuose (Vienna international plano of action on aging Report of the second world assembly on aging (1982) ir kt.) išryškintas senyvo amžiaus žmonių savarankiškumo aspektas ir reglamentuota, kad modernios visuomenės pagyvenusio ir seno amžiaus žmonių teisės būti nepriklausomumu, turėti pasirinkimą, saviraiškos galimybes, pagrindinius jo poreikius patenkinančias pajamas, būstą, darbą, turėti galimybę judėti ir dalyvauti visuomeniniame gyvenime.

Asmens savarankiškumo netekimas arba suvaržymas, senyvo amžiaus žmonių vienareikšmiškai interpretuojamas kaip neigiamas dalykas. Dėl tokio nusiteikimo,

anot Večkienės N. (2002, p. 114), tapimas priklausomu nuo kitų - labiausiai gąsdinantis vaidmenų pokytis senstant. Seni žmonės supranta, kad pagalbos poreikis arba priklausomybė nuo kitų aktualėja sulaukus 85-erių metų amžiaus. Tačiau daugeliui tapti priklausomais fizine ar finansine prasme labai sunku, nes nuo pat gimimo žmogus siekia nepriklausomybės ir saviraiškos. Šis siekis giliai įsišaknijęs. Nenuostabu, kad netekę autonomijos ir tapę priklausomais nuo kitų, žmonės nusiteikia priešišškai.

Paslaugų, kurių reikia pagyvenusio žmogaus sveikatai ir gerovei, skalė plati, todėl pagrįstai galima kalbėti apie integruotą medicininę, socialinę ekonominę ir psichologinę rūpybą bei atitinkamas tarnybas. Šios tarnybos turi skirtingus finansavimo šaltinius, valdymo struktūras, regioninį pasiskirstymą (Bagdonas G. ir kt., 2009, p. 27; ). Geriatriinė pagalba, priklausomai nuo pagyvenusio ir seno amžiaus žmogaus aktyvumo bei savarankiškumo lygio, sudėtinės pagalbos reikalingumo, Bartašiūnienė V. (2008) ir Bagdonas G. ir kt. (2009) išskyrė į penkias integruotos rūpybos pakopas (2.1.1 lentelė).

**2.1.1 lentelė.** Pagyvenusių ir senų žmonių integruotos rūpybos pakopos (Žalimienė L., 2003; Bartašienė V., 2008; Bagdonas G. ir kt, 2009)

<b>Rūpybos pakopa</b>	<b>Rūpybos pakopos charakteristikos</b>
Nepriklausomo gyvenimo organizavimas	Pagyvenęs žmogus gyvena savo namuose ir yra savarankiškas. Valstybė per specialias tarnybas suteikia šią pagalbą: reguliuoja pajamas, padeda išlaikyti butą, nusipirkti maisto, garantuoja transportą, ambulatorinę medicinos, juridinę pagalbą, kuria specialias įdarbinimo ir rekreacijos programas
Pagalba namuose	Grupiniai pietūs, karšto maisto pristatymas į namus, bendravimas, konsultavimas, asmens higienos paslaugos, priežiūra nakties metu, namų sutvarkymas, maisto ruošimas, įvairių pavidimų, ūkio darbų, medicinos aptarnavimo organizavimas, išvykos, dienos stacionarai, medicinos pagalba ir slauga namuose, senelių (senjorų) specialių centrų veikla
Pusiau nepriklausomo gyvenimo organizavimas	Vienišiemis, sunkiai apsitarnaujantiems žmonėms statomi namai, turintys 1 - 2 viešbučio tipo kambarių butus, pritaikyti vyresnių žmonių medicinos priežiūrai ir kultūros reikmėms. Medicinos pagalba teikiama ambulatoriškai arba namuose

Nuolatinė globa	pensionai, senelių namai, buitinis aptarnavimas ir medicinos priežiūra visą parą
Slauga ir gydymas	slaugos ligoninės, invalidų namai, somatinės ir psichiatrinės ligoninės; aktyvus gydymas ir reabilitacija ištisą parą

Konkreči rūpybos pakopa parenkama taikant savarankiškumo įvertinimą. Anot Žalimienės L. (2003), nustatant senų žmonių pagalbos namuose paslaugų poreikį taikoma asmens savarankiškumo vertinimo metodika, su kurios pagalba vertinamas asmens savarankiškumo lygis apsitarnauti ir numatoma, kokios paslaugos reikalingos nepakankamam savarankiškumui kompensuoti. Vertinamas ne tik fizinis, bet ir socialinis asmens savarankiškumas, aplinkos sąlygos. Esant ribotiems ištekliams, paslaugas pirmiausiai gauna asmenys, kurių savarankiškumas mažiausias.

Nacionalinėje gyventojų senėjimo pasekmių įveikimo strategijoje (2004) deklaruojamas integruotos globos ir slaugos siekis. Joje numatoma, kad socialinių paslaugų vyresnio amžiaus žmonėms sistemos turi būti organizuojamos laikantis pagrindinio principo - žmogus kuo ilgiau turi gyventi savo namuose. Siekiant šį principą taikyti, reikia ypač plėtoti priežiūros namuose paslaugas, kurios prireikus būtų teikiamos 24 valandas per parą ir 7 dienas per savaitę. Lietuvoje šiuo principu dar tik pradėdama vadovautis. Pagalbos namuose tarnybos paslaugas dažniausiai teikia tik įprastos darbo dienos laiku. Situacija Vokietijoje kur kas geresnė – priežiūros namuose paslaugos teikiamos kiekvieną dieną, ištisą parą. Pasak Lesauskaitė V. (2008), asmens savarankiškumas ir gebėjimas atlikti kasdienę veiklą nulemia teikiamų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų apimtį. Asmenims, turintiems negalia, būtinos kompleksinės sveikatos priežiūros ir socialinės paslaugos, kurias privalu kooperuoti ir koordinuoti.

Pagalba namuose yra vienas iš efektyviausių būdų išlaikyti pagyvenusių ir senų žmonių savarankiškumą. Savarankiškumas yra labai svarbus aspektas senyvo amžiaus asmenims, siekiantiems būti priklausomiems ir atsakingiems už savo apsitarnavimą. Teikiant pagalbą namuose siekiama ne tik užtikrinti senyvo asmens savarankiškumą, bet taip pat paslaugos gavėjui sudaryti normalias gyvenimo sąlygas ir galimybę gyventi visavertį gyvenimą savuose namuose, palaikant ryšius su bendruomene bei išvengiant specialiųjų socialinių paslaugų (apgyvendinimo stacionariose globos ir slaugos įstaigose) teikimo. Ateityje bus orientuojamasi į senyvo amžiaus žmonių savarankiškumo palaikymą, rėmimą ir skatinimą.

## 2.4.2. Pagyvenusių ir senų žmonių autonomijos elementai

Naujanienė R. (2008) atkreipia dėmesį į tai, kad šiuolaikinė vyresnio amžiaus žmonių ilgalaikė globa apima sveikatos, psichosocialinių ir asmeninių poreikių tenkinimo paslaugas žmonių, kuriems dėl senatvėje vykstančių pokyčių iškyla sunkumų. Autorė įsitikinusi, kad teikiant slaugos paslaugas pagyvenusiems ir seniems žmonėms, įvertinus esamą padėtį, būtina pradėti teikti pagalbą nuo mažiausiai asmens autonomiją ir nepriklausomybę apribojančių paslaugų (pavyzdžiui, PSP, pagalba namuose, dienos centrai, slauga namuose ir kt.). Tik esant neišvengiamai būtinybei reikia teikti slaugos paslaugas (institucinė globa, grupinio gyvenimo namai, globos namai, slaugos ligoninės ir kt.), kurios gerokai apriboja šių žmonių nepriklausomybę.

Bartašiūnienė V. (2008), kaip ir kiti ankstesniame skyriuje analizuoti autoriai, akcentuoja institucionalizuotų pagyvenusių ir senų žmonių autonomijos išsaugojimo svarbą. Minėta autorė, taip pat kaip ir Bagdonas G. ir kt. (2009) detalai aptaria pagrindinius autonomiją apibrėžiančius elementus (ilgalaikės slaugos kokybės kriterijus): orumą, saviraišką, nepriklausomumą, pasirinkimą ir privatumą. Žalimienė L. (2005) be jau minėtų autonomijos elementų išskiria dar tris: teisių užtikrinimą (žmogus turi tokias pat teises kaip ir visi piliečiai, negali būti jų apribojimo dėl to, kad gyvenama stacionariose globos įstaigose), saugumą (fizinis, psichologinis saugumas, smurto nebuvimas, nebijojimas pasiskusti ir būti nubaustam. Saugiai jaustis visose situacijose, bet kartu nebūti perdėtai globojamam) ir aprūpinimą (fiziologinių poreikių tenkinimas, materialinis aprūpinimas, atitinkantis šalies pragyvenimo lygio normas).

Vienas svarbiausių senų ir pagyvenusių žmonių poreikių yra senatvėje gyventi oriai ir saugiai, būti laisviems nuo protinio ir fizinio išnaudojimo, būti nediskriminuojamais dėl amžiaus, neįgalumo, finansinės padėties ar kitų aplinkybių. Apibendrinus Bartašiūnienės V. (2008) ir Bagdono G. ir kt., (2009) teiginius, orumą galima apibrėžti kaip vidinės žmonių vertės vertinimą, neatsižvelgiant į aplinkybes, gerbiant jų unikalumą ir asmeninius poreikius. Gerbdamas orumą, slaugytojas ar sveikatos priežiūros specialistas privalo:

- įtraukti ligonius į svarbių klausimų sprendimą;
- pripažinti žmogų, kaip visumą, su jo patirtimi;
- pripažinti kultūrinius poreikius ir normas;
- gerbti privatumą ir konfidencialumą;
- atsižvelgti į skundus;
- padėti palaikyti ryšius su aplinka (Bagdonas G. ir kt, 2009, p. 28).

Seni žmonės tikisi ir siekia, kad jie nebūtų eliminuojami iš visuomenės, nebūtų ribojamas jų dalyvavimas, individualios raiškos galimybės. Saviraiška – tai asme-



ninių siekių, tikslų, lūkesčių ir sugebėjimų įgyvendinimas visose gyvenimo srityse, galimybė užsiimti savo mėgstama veikla. Tokiu atveju, anot Bartašienės V. (2008) slaugytoja turi:

- žinoti kiekvieno ligonio sugebėjimus ir patirtį;
- sudaryti sąlygas juos plėtoti ir įgyti naujų;
- suprasti emocinius ir dvasinius poreikius ir jais rūpintis;
- sudaryti tinkamą aplinką;
- sukurti lanksčią gyvenimą.

Kaip reglamentuojama JT Ekonominės ir socialinės tarybos Tarptautinio Madrido veiksmų plano dėl visuomenės senėjimo regioninio įgyvendinimo strategijoje (2002), organizuojant pagyvenusių neįgalių žmonių priežiūrą, turėtų būti skatinamas maksimalaus šių žmonių funkcinio pajėgumo, savarankiškumo ir nepriklausomumo palaikymas. Nepriklausomumas - galimybė mąstyti ir veikti, neklausiant kito žmogaus leidimo, įskaitant įvertintą riziką). Tiek Bartašienės V. (2008), tiek Bagdono G. ir kt. (2009) asmens nepriklausomumas interpretuojamas identiškai, atkreipiant dėmesį į tai, kad:

- kiekviena raida turi rizikos, kurios neįmanoma išvengti;
- galimybė mąstyti ir veikti nepriklausomai;
- dalyvavimas sprendimų priėmime;
- kuo didesnis savarankiškumas (slaugytojas turi padėti, jei žmogus iš tiesų nepajėgia);
- pusiausvyra tarp nepriklausomumo ir rizikos;
- nepriklausomumo apsaugos ir stebėjimo sistema (Bartašiūnienė V., 2008, p. 7; Bagdonas G. ir kt, 2009, p. 28 - 29).

Be jokios abejonės, pagyvenusio ir seno amžiaus žmonės, kaip ir kitų amžiaus grupių asmenys, siekia, kad jiems būtų užtikrinta galimybė rinktis savo gyvenimo būdą, gyvenamąją vietą, slaugos forma ir pan. Tiek Bartašiūnienės V. (2008), tiek Bagdono G. ir kt., (2009), pasirinkimas traktuojamas kaip galimybė savarankiškai rinktis iš daugelio galimybių:

- reikia sudaryti pasirinkimo galimybę kasdieniniame gyvenime;
- suteikti informaciją, kad būtų pasirinkimo laisvė priimant sprendimus;
- sukurti fizinę aplinką, kur būtų pasirinkimo laisvė;
- stebėti, ar vieno žmogaus pasirinkimas nevaržo kito;
- suteikti galimybę pasirinkti instituciją (Bagdonas G. ir kt, 2009, p. 29).

Atraškevičius A. (2010) akcentuoja tai, kas kai liga ar negalia tampa rimta problema, daug senų žmonių pasidaro tam tikrų institucijų – slaugos arba senelių namų – gyventojais. Tokiose institucijose naudingų ar laisvalaikio užsiėmimų galimybės, kontaktai su išoriniu pasauliu ir privatumas yra daug retesni, nei išorėje. Šie pasikeitimai kartu su daugumos senyvų žmonių neigiama nuostata gyvenimo institucijoje

atžvilgiu tampa reikšminga kliūtimi tęsti savo vaidmenis ir adaptuotis. Privatumas apibrėžia kaip žmogaus teisę būti vienam ir netrukdomam, laisvam nuo įsiveržimo ar visuomenės dėmesio. Realizuojant šią teisę, reikia:

- žinoti, ar asmuo nori bendrauti su kitais;
- sudaryti sąlygas susitikti su žmonėmis, kalbėtis, skambinti telefonu, susirašinėti;
- sudaryti sąlygas praustis, naudotis tualetu nematant ir negirdint kitiems, personalui dalyvaujant tik tiek, kiek būtina;
- užtikrinti asmens duomenų konfidencialumą (Bartašiūnienė V., 2008, p. 7).

Senatvė susijusi su daugeliu pokyčių, todėl vyresnio amžiaus žmonėms būtina ilgalaikė įvairaus pobūdžio globa. Galimybė vyresnio amžiaus žmogui kuo ilgiau išlikti namuose yra prioritetinga nuostata. Ilgalaikė globa, prasidedanti nuo mažiausiai vyresnio amžiaus žmogaus autonomiją apribojančių paslaugų, baigiasi paslaugomis globos arba slaugos įstaigoje, gerokai apribojant šio žmogaus nepriklausomybę. Nežiūrint to, kokia slaugos forma yra taikoma, kiekvienu atveju pagrindiniai pagyvenusių ir senų žmonių autonomijos elementai yra tie patys - orumas, saviraiška, nepriklausomumas, pasirinkimas ir privatumas. Taikant senyvo amžiaus žmonių priežiūrą namuose, šiuos autonomijos principus galima pilnai realizuoti ir užtikrinti komfortišką fizinę ir psichosocialinę pagyvenusių ir senų žmonių gyvenimą.

### 2.4.3. Veiksniai, formuojantys pagyvenusių ir senų žmonių slaugos namuose poreikį

Anksčiau socialinės paslaugos buvo suprantamos siauriau, t. y. kaip senyvo žmonių apgyvendinimas globos įstaigose. Šiuo metu kraštutiniu atveju negalintys savimi pasirūpinti pagyvenę ir seni žmonės apsigyvena globos įstaigose. Jurgaitienė L. (2006) teigia, kad svarbiausia dabartinė geriatrijos problema - nepakanka vyresnio amžiaus žmonėms teikiamų specializuotų paslaugų sveikatos apsaugos įstaigose. Lietuvos atveju, ši problema fiksuojama Nacionalinėje gyventojų senėjimo pasekmių įveikimo strategijoje (2004):

- medicinos pagalbos ambulatorinės ir stacionarinės paslaugos vyresnio amžiaus žmonėms kol kas nepakankamai organizuotos;
- sveikatos priežiūros paslaugų vyresnio amžiaus žmonėms reikia kur kas daugiau nei kitiems, o visuomenei senstant, jų prireiks dar daugiau;
- nepakanka sveikatinamo programų, skirtų vyresnio amžiaus žmonėms;
- vyresnio amžiaus žmonėms per mažai teikiama specializuotų geriatrijos paslaugų sveikatos apsaugos įstaigose (nėra specializuotų kabinetų ir skyrių, tarp jų - Alzheimerio ligos skyrių, interdisciplininio bendradarbiavimo stoka, pavyzdžiui, blogas kooperavimasis su bendrosios praktikos gydytojais ir socialiniais darbuotojais).

Pagyvenę žmonės turi turėti teisę pasinaudoti specializuota geriatrine pagalba, pagerinančia gyvenimo kokybę bei užtikrinančia savarankišką gyvenimą. Jurgaitienė L. (2006) numato galimybę, kad vienas iš pagrindinių valstybės tikslų aptarnaujant ir globojant pagyvenusius žmones galėtų būti pagyvenusių žmonių gyvenimo kokybės pagerinimas bei ilgo, aktyvaus amžiaus užtikrinimas prižiūrint juos namuose.

Pagyvenusių ir senų žmonių priežiūros namuose poreikis egzistuoja tiek asmeniniame, tiek valstybiniame lygmenyje. Nepaisant užtikrinamų gerų sąlygų ir profesionalių slaugos paslaugų senyvo amžiaus žmonių globos įstaigose, tiek patys gyventojai, tiek socialines paslaugas teikiančios institucijos ir jų darbą koordinuojančios valdžios įstaigos vis labiau orientuojasi į pagyvenusių ir senų žmonių priežiūrą jų pačių namuose. Valdžios institucijos laikosi nuostatos, jog labai svarbu, kad socialinės paslaugos žmonėms būtų teikiama kiek įmanoma ilgiau jų gyvenamojoje vietoje, t. y. namuose. Valdžios poziciją pagrindžia Medaiskis T. (1999). Autorius vienareikšmiškai įsitikinęs, kad socialines paslaugas namuose teikti naudingiau dėl dviejų pagrindinių priežasčių:

1. Socialinės paslaugos teikimas namuose pigesnės už stacionarias paslaugas.
2. Žmogus gali nekeisti gyvenamosios vietos, kas ypač svarbu pensinio amžiaus žmonėms (Medaiskis T., 1999, p. 94).

Vienas iš svarbiausių veiksnių, formuojantys pagyvenusių ir senų žmonių priežiūros namuose poreikį, yra bendra žmogaus psichologija. Senstančiam žmogui būdingas sėslumas, todėl jis komfortiškai jaučiasi savoje aplinkoje, šalia šeimos narių ar artimųjų. Lesauskaitė V. ir kt., (2008), Bagdonas B. ir kt. (2009) ir daugelis kitų autorių, senstančių žmonių problemą glaudžiai siejas su šiuolaikinės šeimos problemomis. Suvokiama, kad svarbu saugoti šeimą, sudaryti galimybes pagyvenusio amžiaus žmonėms kiek galima ilgiau gyventi savo namuose savarankiškai. Suvokiama ir siekiama, kad pagyvenusio amžiaus žmonėmis turi rūpintis jų šeima, o visuomenė, valstybė turi tik padėti. Tik tuo atveju, jei pagyvenęs ar senas žmogus yra vienišas, juo rūpintis turėtų valstybė globos įstaigose – senelių namuose, pensionatuose ir pan. Katilienė V. (2004) atkreipia dėmesį į faktą, kad „dauguma senukų linkę gyventi šalia vaikų, o ne kartu. Pagrindinis tokios pozicijos argumentas – nepriklausomybės, ramybės siekimas“ (Katilienė V., 2004, p. 79). Taigi būdamas namų aplinkoje, senyvo amžiaus žmogus jaučiasi geriau.

Sumažėjęs fizinis pagyvenusių ir senų žmonių pajėgumas, aktyvumas objektyviai formuoja priežiūros namuose poreikį. Fizinio aktyvumo reikšmę pagyvensiems žmonėms ypatingai detalai analizuoja Gaigalienė B. (1999). Apibendrinant autorės mintis ir siejant jas su tiriamąja problema, reikia pasakyti, kad tuomet, kai senyvo žmogaus fizinės jėgos susilpnėja, jis nesugeba pilnai apsistarnauti, atlikti kasdieninius darbus, tuomet reikalinga suteikti pagalbą namų ruošoje, sykiu išlaikant jo savaran-

kiškumą, nenutraukiant esamų socialinės integracijos saitų, garantuojant pilnavertį funkcionalų gyvenimą ir nebūnant našta sau, šeimai ir visuomenei.

Pagal PSO liga sukelia žmogaus kūno funkcijos praradimą, todėl sutrinka gebėjimas atlikti tam tikrą veiklą. Tokiu būdu sutrinka dalyvavimas socialiniame gyvenime, kartais sukeliami negalia (Lesauskaitė V., 2008). Šerpytienė G. (1998) įsitikinusi, kad senatvę lydintys gyvenimo įvykiai, ligos gali sutrikdyti gyvybines veiklas, turėti įtakos jų atlikimo įpročiams, savarankiškumui, gali sukelti akivaizdžių ar sveikatos bei socialinių problemų. Tokiu atveju valstybės geriatrijos rūpybos tikslas „padėti žmogui suprasti vykstančius procesus ir susitaikyti su neišvengiamu amžiumi, padėti išsaugoti sveikatą, padėti spręsti ar prisitaikyti prie realių ar potencialių problemų, susijusių su gyvybinėmis veiklomis, išsaugoti kuo didesnę nepriklausomybės lygį, skatinti norą sveikatą atstatyti, mokyti, kaip tai atlikti“ (Šerpytienė G., 1998, p. 79 – 80). Nepaisant to, kad seno amžiaus žmonės dažnai serga, „kartais stereotipiškai įsivaizduojama, kad visi pagyvenusio amžiaus žmonės yra ligoti ir nesavarankiški [...], tačiau akivaizdu, kad kuo vyresnio amžiaus žmogus, tuo didesnė kasdieninės veiklos sutrikimo rizika ir pagalbos poreikis“ (Lesauskaitė V., 2008, p. 11), kuri galima realizuoti suteikiant tam tikrą papildomą pagalbą ir priežiūrą pagyvenusio ar seno amžiaus žmogaus namuose.

Šerpytienė G. (1998) pateikia veiksnų klasifikaciją (1.2.1 lentelė), pagal kuriuos galima nustatyti, ar reikalinga pagyvenusio ir seno amžiaus žmogui skirti stacionarią slaugą, ar tikslingiau jam suteikti priežiūrą namuose.

**1.2.1 lentelė.** Biografinė ir sveikatos bei gyvybinių veiklos vertinimų klasifikacija (Šerpytienė G., 2004)

<b>Biografiniai ir sveikatos duomenys</b>	<b>Gyvybinių veiklų vertinimo veiksniai</b>
Biografiniai - tai pavardė, vardas, lytis, amžius, šeimyninė padėtis, artimiausi giminės, veikla, paramos tarnybos, tikėjimas, kultas, svarbūs įvykiai/krizės.	senovo paciento įpročiai, įgūdžiai, atliekant gyvybinę veiklą;

Sveikatos - persirgtos ir esamos ligos, jų trukmė, įtaka individo funkcinėi būklei, vaistai, alerginės reakcijos, imunizacija.	senyvo paciento supratimas apie atitinkamas gyvybines veiklas, jų išsaugojimą, palaikymą bei įtaką sveikatai;
	veiksniai, įtakoiantys gyvybines veiklas, jų individualumas;
	priežastys, dėl kurių senyvas pacientas atlieka gyvybinę veiklą ypatingu būdu;
	senyvo paciento savarankiškumas gyvybinių veiklų požiūriu bei priemonės, įranga, kuria naudojasi;
	praities gyvybinių veiklų patirtis, problemų sprendimas bei tų sprendimų efektyvumas;
	senyvo asmens, jo šeimos nuomonė apie šiuo metu esamas realias ar potencialias problemas, susijusias su gyvybine veikla.

Kaip numatyta Nacionalinėje gyventojų senėjimo pasekmių įveikimo strategijoje (2004), socialinis ir geriatrinis asmens būklės įvertinimas - veiksmingas būdas nustatyti, ar būtina priežiūra sveikatos priežiūros ar socialinės globos įstaigoje. Įvertinus biografinius ir sveikatos duomenis, apsvarsčius gyvybinių veiklų vertinimo veiksmų rezultatus, galima tinkamai įvertinti, kokia priežiūra konkrečiam asmeniui būtina. Svarbus optimalios senyvo amžiaus priežiūros namuose elementas yra sugebėjimas įvertinti senyvo paciento galimybes (1.1.2 lentelė) ir niekada neatimti iš žmonių, kad ir kokie seni jie būtų, gyvybinės veiklos savarankiškumo, o jeigu jie yra priklausomybės būklėje, padėti suprasti, kad tam tikra pagalba jiems yra reikalinga.

Koncentruota veiksnius, didinančius poreikį priežiūrai namuos yra aptaręs autorių kolektyvas, kurį sudaro Lesauskaitė V., Macijauskienė J. ir Širvinskienė E. (2009). Autorės apibendrintai teigia, kad poreikį priežiūrai namuose formuoja demografiniai, socialiniai, epidemiologiniai, mokslo ir inovacinės veiklos pokyčiai, lūkesčių ir vertybių pasikeitimas bei valdžios institucijų prioritetai. Taigi priežiūrai namuose poreikį didina:

1. Demografiniai pokyčiai:
  - a) daugėja senų ir labai senų žmonių skaičius visuomenėje, tačiau jaunesnių žmonių, kurie galėtų rūpintis pagyvenusiais žmonėmis, mažėja;
  - b) kuo vyresnis amžius, tuo didesnė rizika savarankiškumo praradimui ir priežiūros poreikiui.

2. Socialiniai pokyčiai:
  - a) tradicinės didelės šeimos instituto subyrėjimas į mažesnius šeimos vienetus, ypatingai mieste;
  - b) moterų aktyvus dalyvavimas darbo rinkoje mažina potencialių globėjų skaičių;
  - c) pensinio amžiaus ribos prailginimas mažina potencialių globėjų skaičių, nes daugiausia neformalių globėjų amžius svyruoja tarp 45 ir 60 m. amžiaus.
  - d) tiek vidinė, tiek išorinė migracija nutolina šeimos narius ir ženkliai sumažina galimybę pasirūpinti atsiradus poreikiui (migracija kelia problemų ne tik dėl „protų nutekėjimo“, bet ir dėl potencialių globėjų nykimo).
3. Epidemiologiniai pokyčiai:
  - a) gydant psichikos ligas pirmenybė teikiama ambulatorinėms paslaugoms;
  - b) keičiasi ligų struktūra, ir tokios ligos kaip Alzheimerio liga ir kitos demencijos tampa dažnesnės;
  - c) dėl lėtinių ligų pasekmių reikalinga priežiūra, kurią sėkmingai galima teikti namuose.
4. Mokslo ir technologijų inovacijos:
  - a) medicinos pasiekimai leidžia nugalėti ligas, prailgina gyvenimą, pagerina gyvenimo kokybę žmonėms, turintiems ir kompleksinių poreikių;
  - b) net ir nedideli aplinkos pakeitimai ir pritaikymai įgalina žmones su negalia būti savarankiškesnius;
  - c) technologijų ir inovacijų spartus vystymas žada sprendimus, leidžiančius žmonėms likti namuose.
5. Lūkesčių ir vertybių pasikeitimas:
  - a) didėja individualizuotos priežiūros aktualumas;
  - b) stacionarinės paslaugos ne tokios patrauklios lyginant su paslaugomis, teikiamomis namuose.
6. Valdžios institucijų prioritetai

Be demografinių egzistuoja psichologinio, fizinio, ekonominio, medicininio ir kitokio pobūdžio veiksniai, dėl kurių veikimo adekvačiai formuojasi poreikis plėtoti pagyvenusių ir senų žmonių priežiūros namuose paslaugą. Taip pat būtina suprasti, kad minėti veiksniai yra dinaminiai ir dėl to gali būti modifikuotas asmens priežiūros pobūdis. Visapusiškas pagyvenusio ir seno amžiaus žmogaus funkcinių galimybių vertinimas suteikia prielaidą asmens sisteminei priežiūrai, įgalina slaugytoją nustatyti senyvo paciento poreikius ir jų tenkinimo galimybes paciento namuose.

## Literatūra

1. Bagdonas G., Damulevičienė G., Lesauskaitė V., Macijauskienė J., Valius L., Venckutonis G., Visockas A. (2009). Pagyvenusių žmonių sveikatos priežiūra. Kaunas: Vitae Litera.
2. Bagdonas G., Damulevičienė G., Lesauskaitė V., Macijauskienė J., Venskutonis D., Visokinskas A. (2008). Pagyvenusių žmonių slauga. Kaunas: Vitae Litera.
3. Bartašiūnienė V., Petravičienė Z. (2004). Slauga ir prevencija. Utena: Indra.
4. Gaigalienė B. (1999). Pagyvenusių žmonių fizinis pajėgumas, aktyvus gyvenimo būdas ir sveikata. Vilnius: Lietuvos sporto informacijos centras.
5. Jurgaitienė L. (2006). Pagyvenusių žmonių sveikatos problemos – patikimų specialistų rankose. *Gydymo menas*, 3, P. 36 – 43.
6. Katilienė V. (2004). Ilgalaikė pagyvenusių ligotų žmonių slauga. Šiauliai: Lucilijus.
7. Lesauskaitė V., Macijauskienė J., Širvinskienė E. (2009). Geriatriinių pacientų, gyvenančių namuose, poreikiai ir jų užtikrinimas techninėmis priemonėmis. *Gerontologija*, 10(3), P. 176 – 182.
8. Medaiskis T. (1999). Socialinė apsauga: kai kurie aspektai ir tendencijos. Pranešimas apie žmogaus socialinę raidą Lietuvoje. Vilnius: JTVP.
9. Naujanienė R. (2008). Kliento problemų ypatumai gerontologinio socialinio darbo tyrimuose. *Socialinis darbas*, 7(1), P. 36 – 40.
10. Šerpytienė G. (1998). Senatvė. Slauga pirminėje sveikatos priežiūroje. Vilnius: Charibdė.
11. Večkienė N. (2004). Socialinė gerontologija. Kaunas: VDU leidykla.
12. Žalimienė L. (2003). Socialinės paslaugos. Vilnius: VU Specialiosios psichologijos laboratorija.
13. Atraskėvičius A. Socialinė senėjimo samprata. [interaktyvus]. (žiūrėta 2011 vasario 24 d.). Prieiga internete: <http://sveikatosgurmanai.lt/straipsniai/2010/05/socialine-senejimo-sampra-ta/>.

## 2.5. SERGANČIŪJŲ LĒTINĒMIS LIGOMIS SLAUGA BENDRUOMENĒJE

Bendruomenė yra tarsi didelis pacientas, kurio sveikatą įvairiais laikotarpiais vertina bendruomenės slaugytojas. Vertinant padeda bendruomenės charakteristika - tai įvairiapusė informacija apie gyventojų demografinę, socialinę ir ekonominę situaciją, pagrindinius sveikatos rodiklius, sveikatos ir socialinius poreikius. Būtina sukaupti kuo daugiau informacijos, kurią analizuojant galima planuoti sveikatos priežiūrą ir sveikatinimo veiklą bendruomenėje (Čiočienė A., 2002). O sveikata – didžiausia vertybė. Sveikas gyvenimo būdas turi tapti kasdienio gyvenimo norma. Kartu turi būti užtikrinta būtina medicinos pagalba, teikiama paslauga – geros kokybės, o atlyginimas už ją – tinkamas. Svarbu, kad sveikatos priežiūros paslaugos būtų tolygiai prieinamos visiems šalies gyventojams (Lietuvos Respublikos Vyrriausybės 2008 m. sausio 23 d. nutarimu Nr. 114 Sveikatos apsaugos ministerijos 2008 metų sutrumpintas strateginis veiklos planas). Sveikata yra bene vienas esminių veiksmų kiekvieno žmogaus gyvenime. Su amžiumi sveikatos būklė blogėja. Senstančios visuomenės poreikių tenkinimas turi specifinių požymių (Daugėlienė E., Tamošiūnas A., 2007).

Bendruomenės slaugos pagrindas - šeimos slaugytojo institucija, kuri sukurta remiantis geriausia Europos Sąjungos šalių praktika. Šeimos/bendruomenės slauga Europoje vaidina svarbų vaidmenį slaugant pagyvenusius žmones, skatinant sveiką gyvenimą, sveikatos palaikymą, dalyvavimą gydymo procese, rehabilitacijoje bei teikiant slaugą itin sunkiems pacientams, atliekant tyrimus, formuojant mokymo bei sveikatos politikas. Toks daugiaburiaunis šeimos/bendruomenės slaugytojo vaidmuo liudija, kad bendruomenės slauga įneša svarų indėlį sprendžiant visuomenės sveikatos problemas (Čiočienė A., 2002).

Lietuvos medicinos normoje MN 28:1996 „Bendrosios praktikos slaugytoja (slaugytojas)“ nurodyta, kad slaugytojai privalo mokyti pacientus, šeimas, bendruomenę saugoti ir prižiūrėti sveikatą; privalo aiškinti pacientui ir (ar) jo šeimai apie procedūrų atlikimo būdus, pasiruošimą, galimas komplikacijas, apie gydytojo skirtus vaistus, galimą nepageidaujamą vaistų poveikį (Zagurskienė D., Misevičienė I., 2008).

Bendruomenės slauga trumpai apibrėžiama kaip pirminėje sveikatos priežiūroje vykdoma slaugos praktika, grindžiama slaugos teorija ir visuomenės sveikatos žiniomis. Visa bendruomenė tampa tartum „pacientu“, kurio sveikata vertinama.

Bendruomenės slaugytojo vaidmuo pirminėje sveikatos priežiūroje nėra menkesnis nei šeimos gydytojo. Reformuojant sveikatos priežiūros sistemą, slaugytojui suteikiamas naujas vaidmuo. Šiandienos slaugytojas — ne medicinos sesuo,



kuri buvo rengiama tik slaugyti ligonį, tik vykdyti gydytojo nurodymus, bet specialistas, pagal profesinės kvalifikacijos ir veiklos srities prioritetus įgijęs psichologinių, socialinių, pedagoginių, vadybos žinių bei įgūdžių ir tampantis lygiaverčiu gydytojo partneriu (Gerikienė V., Petrauskienė J., 2006).

Pasaulinės sveikatos organizacijos programoje "Sveikata-21" pabrėžiama, kad pirminės sveikatos priežiūros organizavimas dažnai esti epizodinė atskira gydytojų, slaugytojų ir kitų sveikatos priežiūros specialistų pagalba, o ne organizuotos, įvairiapusiškos, profesionalios komandos veikla, teikianti visokeriopą sveikatos priežiūrą. Pirminės sveikatos priežiūros veiksmingumą gali užtikrinti ne pavienių specialistų veikla, bet darnus komandos darbas kartu su bendruomene. Vietinių žmonių įtraukimas užtikrins, kad teikiamos paslaugos bus pagrįstos poreikiais ir bus prieinamos (Čiočienė A., 2002).

Bedruomenės slaugytojams suteikiama plati savarankiškos veiklos erdvė: jie turi atlikti profesinius slaugytojo, vadovo, neformalaus lyderio, komandos nario ir patikėtinio, sveikatos mokytojo bei tyrinėtojo vaidmenis. Kaip teigia Lois W. A., šeimos slaugytojai rengiami atlikti įvairiausių darbus: teikti klinikinę slaugą, mokyti pacientus, tyrinėti, būti vadybininkais, dalyvauti įvairiuose visuomenės sveikatos projektuose. Bendruomenės slaugytojai turi dirbti su grupėmis, šeimomis ir asmenimis, bendradarbiauti su įvairių žinybų darbuotojais. Bendruomenės slaugos plėtra labai padeda spręsti hospitalizacijos mažinimo problemas. Išrašius ligonį į namus, bendruomenės slaugytojas gali užtikrinti visapusišką slaugą ligonio namuose. Pasaulio sveikatos organizacija pabrėžia, kad dar neišnaudotos pagrindinės pirminės sveikatos priežiūros galimybės, kad slaugytojai gali būti tarsi ryšinininkai tarp šeimos ir šeimos gydytojo, gali atlikti dalį funkcijų, kurioms pakanka ir slaugytojo kompetencijos. Funkcijų, pareigų, atsakomybės bendruomenės slaugytojams priskirta gana daug, tačiau įvairiapusės bendruomenės slaugytojo veiklos galima tikėtis tik sudarius palankias sąlygas jiems dirbti, motyvuoti bei justsi pasitenkinimą darbu (Gerikienė G., Petrauskienė J., 2006).

Bet atliekant sociologines apklausas paaiškėjo, kad slaugytojai neturi darbo autonomijos, nes jie darbe dažniausiai pildė kortelę, gydytojo pavedimu atliko tam tikrus tyrimus ir procedūras, ir tik labai nedidelė dalis respondentų teigė, kad bendruomenės slaugytoja išklausė ir suteikė pagalbą. Duomenys rodo, kad bendrosios praktikos slaugytoja šiuo metu neatlieka daugelio vaidmenų, kurie yra jai skirti pagal „Bendrosios praktikos slaugytojo rengimo standartą“ ir Bendrosios praktikos medicininę normą. Tad bendruomenės slaugytoja dažniausiai savarankiškai nepriima pacientų su nenustatytais susirgimais, nesuteikia jiems pagalbos, neorganizuoja bendrosios praktikos gydytojo (BPG) konsultavimo ar nukreipia pacientų pas kitus specialistus, nesudaro slaugos plano, kaip yra numatyta reformuojamoje pirminės PSP (Pirminė sveikatos priežiūra) koncepcijoje. Taigi komandinės praktikos modelis

kol kas nelabai veikia. BPG yra ne tik pagrindinis ekspertas, bet jis nesidalina savo veikla ir atsakomybe su slaugytoja (Leonavičius V., Baltrušaitytė G., Naujokaitė I., 2007).

Pasaulinė sveikatos organizacija, rūpindamasi žmonių sveikata, siekia užtikrinti visiems galimybę siekti geresnės gyvenimo kokybės. Kaip teigia Juozulynas A., Danasaitė E., Čiplienė M., Samsonienė L., Tamašauskienė E. (2007), gyvenimo kokybė – tai individualus kiekvieno žmogaus vietos gyvenime vertinimas kultūros sistemos kontekste. Ji susijusi su tikslais, viltimis, standartais ir siekiais. Žmonių gerovė glaudžiai susijusi su jo sveikata. Gyvenimo kokybės koncepcija yra kompleksiskai veikiama asmens fizinės sveikatos, psichologinės būklės, nepriklausomybės lygio, socialinių ryšių ir ryšių su aplinka. Gera slaugos praktika sveikatos priežiūros įstaigose priklauso nuo kokybės sistemos įdiegimo, atskirų veiksmų stiprumo ir glaudžios jų sąveikos. Sveikatos priežiūros sistemoje gera klinikinė ir slaugos praktika remiasi kokybiškų ir prieinamų paslaugų teikimu šalies gyventojams. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybę nulemia ne tik naujos medicinos galimybės, bet ir žmogiškieji faktoriai. Slaugos paslaugos vis dažniau vertinamos tiek profesionalų, administratorių, tiek pacientų. Kokybės įvertinimas turi daug privalumų, nes surenkami duomenys, padedantys sveikatos paslaugų tiekėjams atkreipti dėmesį į tas darbo organizavimo sritis, kurias reikia tobulinti arba keisti. Su kokybiškų paslaugų samprata turi būti susipažinęs ir suprasti kiekvienas sveikatos priežiūros įstaigos darbuotojas, tarp jų ir slaugytojai, tačiau nebuvimas bendros slaugos kokybės sistemos bei standartų rodo šios problemos svarbumą Lietuvoje (Meištienė R., Brožaitienė J., 2009).

### 2.5.1. Demografinių pokyčių įtaka lėtinių ligų vystymuisi

Senėjimas yra objektyvus reiškinys ir jį labai sudėtinga keisti ar reguliuoti. Todėl labai svarbu įvertinti šio proceso reikšmę, stebėti jo eigą, būti pasiruošusiems galimoms pasekmėms, laiku reaguoti į kylančias problemas. Šį uždavinį lengvina tai, kad demografinis senėjimas yra nuoseklesnis ir inertiškesnis nei kiti demografiniai procesai, todėl numatyti jo pokyčius nėra labai sudėtinga (Daugėlienė E., Tamošiūnas A., 2007).

Patvirtinus Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) visuomenės sveikatos priežiūros „Sveikata visiems XXI amžiuje“ principus, Europos šalis įsipareigojo rūpintis žmonių sveikata ir gerove ir patvirtino, kad siekis kuo geresnės sveikatos yra viena pagrindinių kiekvieno žmogaus teisių (Zagurskienė D., Misevičienė I., 2008).

Senėjimo mastai daro didelę įtaką sveikatos ir socialinės plėtros santykiui, daugeliui svarbių sveikatos ir socialinės plėtros rodiklių. Senų žmonių gausėjimas mažina darbingo amžiaus žmonių dalį ir ekonominio aktyvumo lygį, didina išlaidas socialinei apsaugai, skurdo lygį, gyventojų pajamų nelygybės rodiklį. Taip pat daugėja išlaidų sveikatos paslaugoms. Tokiu būdu visuomenės senėjimas gali būti vertinamas

kaip grėsmė socialinei plėtrai (Jurgelėnas A., Mačiūnas E., Juozulynas A., Venalis A., Norvaišas S., 2007).

Daugėlienės E., Tamošiūno A. (2007) teigimu, visuomenės senėjimą lemia du veiksniai - gimstamumo mažėjimas ir gyvenimo trukmės ilgėjimas. Gyventojų senėjimas glaudžiai susijęs su pensinio amžiaus gyventojų skaičiaus dinamika. Šiuo požiūriu demografinės tendencijos Lietuvoje panašios į kitų Europos šalių - didėja pensinio amžiaus gyventojų dalis (senatvės pensijos amžius: vyrų - 62 metai ir 6 mėnesiai, moterų - 60 metų). Pailgėjus gyvenimui eilę metų intensyviai diskutuojama apie geriatrinę sveikatą ir ilgesnio gyvenimo pasekmes. Teigiama, kad atidėta mirtis suteikia šansą atsirasti lėtinėms ligoms ir negalioms (Freedman V.A., Martin L.G., 2000).

Vienas pagrindinių 21 a. sveikatos priežiūros sistemos tikslų - sveikas senėjimas. Demografijoje sąvoka „senėjimas“ suprantama kaip gyventojų amžiaus struktūros pokyčiai augant vyresnio amžiaus žmonių skaičiui bei jų daliai bendrojoje populiacijoje. Remiantis 1982 metų Pasaulio asamblėjos senėjimo klausimais nutarimu, pagyvenusio amžiaus grupei priklauso 60 metų ir vyresni žmonės. Jungtinės Tautos pagyvenusio amžiaus žmonės laiko 65 metų ir vyresnius gyventojus. Jungtinių Tautų teigimu, jeigu vyresnių kaip 65 metų gyventojų dalis sudaro 7 proc. ar daugiau, tai tokia visuomenė laikoma senstanti. Lietuvos visuomenė taip pat yra senstanti, nes jau daugelį metų vyresnio amžiaus gyventojų dalis sudaro daugiau kaip 7 proc, o 2006 m. pradžioje - 15,3 proc. Visuomenės senėjimas yra labai aktuali šių dienų problema, nes mažėja gimstamumas, auga pagyvenusio amžiaus žmonių skaičius, kurių išlaikymui reikia skirti vis daugiau lėšų (Daugėlienė E., Tamošiūnas A., 2007).

Per keletą ateinančių dešimtmečių išsivysčiusiose šalyse bus dukart daugiau 65 metų ir vyresnių, triskart daugiau 85 metų ir vyresnių žmonių. Yra duomenų, jog senėjanti žmonija pati savaime nesukels didesnio sveikatos priežiūros kainų kilimo, tačiau realią įtaką darys didėjantis intensyvios medicinos priežiūros, socialinės rūpybos ir slaugos poreikis. Jei skubios medicininės pagalbos kainos yra gana mažos ir prieinamos, tai ilgalaikė slauga namuose gali būti nepakeliama ekonominė našta. Biologiniai barjerai pagyvenusių žmonių sveikatos gerinimui neišvengiamai skatina mokslinius tyrimus, teikia vilties, bet kartu kelia nepasitenkinimą esama padėtimi, kuri vertinama kaip neadekvati atsižvelgiant į galimybes, pavyzdžiui, pasiekimai mažinančią jaunų žmonių mirtingumą nuo vėžio didina nepasitenkinimą senų žmonių, kuriems tie pasiekimai ne visada prieinami (Jakušovaitė I., Darulis Ž., 2004).

Senstant atsiranda lėtinių ir ilgai trunkančių ligų. Dažniausios 65 metų ir vyresnio tiek vyrų, tiek moterų mirties priežastys yra širdies ir kraujagyslių ligos, piktybiniai navikai, kvėpavimo organų ligos. Sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių paslaugas pagyvenusiems žmonėms, pagrindinis tikslas yra nereikalingo priklausomumo pagyvenusiame amžiuje profilaktika, kuo anksčiau pritaikant kvalifikuotą

multidisciplininę diagnostiką, gydymą ir priežiūrą tiems pagyvenusiems žmonėms, kuriems to reikia, pagerinant autonomiją ir gyvenimo kokybę (Lesauskaitė V., Mačijauskienė J., 2005).

Vyresnio amžiaus žmonėms būdingi įvairūs sveikatos sutrikimai, didelis mirtingumas, gyvenimo kokybės pablogėjimas. Daugelyje valstybių dabar stebimas visuomenės senėjimas, paliečiantis ne tik pačius pagyvenusio amžiaus žmones, jų šeimos narius, bet ir visą bendruomenę. Didėjantis demografinis senėjimas tampa viena svarbiausių socialinių problemų išsivysčiusiose šalyse ir sukelia dar didesnių problemų, kurios vis labiau bus jaučiamos įvairiose visuomenės gyvenimo srityse (Daugėlienė E., Tamošiūnas A., 2007).

Vis daugėja vyresnio amžiaus žmonių, kuriems reikia sveikatos priežiūros paslaugų, kadangi visuomenė senėja. Hasson H., Arnetz J.E. (2008) teigimu, tokių šalių, kaip Jungtinė Karalystė, Kanada, Švedija, pagyvenusių žmonių priežiūra perėjo nuo ilgalaikės priežiūros bendruomeninėse ir sveikatos priežiūros įstaigose prie priežiūros namuose. Vyresnio amžiaus žmonių priežiūros poreikis turėjo įtakos slaugos praktikai. Vyresnio amžiaus žmonių globos poreikis slaugos personalui yra didelė problema daugelyje šalių, kadangi yra kompetencijos stoka, o tai sukelia įtampa ir stresą, žemą pasitenkinimą darbu. Socialinė sąveika, kaip socialinės sveikatos kokybės sąlyga, tampa vis labiau svarbi. Iš to, kaip visuomenė rūpinasi savo senstančia populiacija, galima spręsti apie tos visuomenės socialinės sveikatos kokybę. Pagal darnios plėtros koncepciją senstančios visuomenės sveikata turi tokios reikšmės, kad mažėjant senstančios visuomenės socialinei galiai kyla grėsmė sveikatos socialinei plėtrai (Jurgelėnas A., Mačiūnas E., Juozulynas A., Venalis A., Norvaišas S., 2007).

Dauguma vyresniojo amžiaus žmonių gyvena su viena chronine liga ir ne mažiau kaip 65% turi dvi ar daugiau lėtinių ligų. Gydytojai šiuo metu turėtų ne tik paskirti vaistus, bet rekomenduoti naudotis mitybos planais, skatinti sveiką gyvenimą. Daugumos pacientų artimieji neša sunkią dalį, besirūpindami sergančiuoju lėtinėmis ligomis. (Kerr E. A. ir kt., 2007).

Taip pat socialiniai ir ekonominiai rodikliai neabejotinai yra susiję su sveikatos būkle ir lemia sveikatos netolygumus vyresniame amžiuje. Išsilavinimas yra vienas iš sveikatą lemiančių veiksnių. Didėjant išsilavinimui, skiriasi gyvenimo sąlygos. Sveikesnė gyvenimo būdinga aukštesnio išsilavinimo žmonėms. Kaip minėta, didžiausios reikšmės sveikatos netolygumams turi gyvenimo, socialiniai, ekonominiai veiksniai. Tačiau trūksta žinių ir duomenų, kurie atskleistų sveikatos netolygumus senstančioje Lietuvos visuomenėje ir jų galimas priežastis (Daugėlienė E., Tamošiūnas A., 2007).

### 2.5.2. Slaugos paslaugų teikimas pacientų namuose

Šiandieninė medicina turi keturis tikslus: užkirsti kelią ligoms ir traumoms, padėti gerinti ir išsaugoti sveikatą; palengvinti ligų sukeltą skausmą ir kančias; prižiūrėti ligonius ir padėti jiems pasveikti bei rūpintis tais ligoniais, kurių negalima išgydyti; išvengti ankstyvos mirties ir siekti orios mirties (Jakušvaitė I., Darulis Ž., 2004).

Šalies politinė ir ekonominė situacija bei kultūra turi svarbią reikšmę gyventojų sveikatai. Sveikata glaudžiai susijusi su socialiniais ir ekonominiais veiksniais net ir turtingose visuomenėse. Didžiausią įtaką sveikatai turi profesija, atliekamas darbas, šeima, tradicijos bei elgesio stereotipai, finansinė žmogaus padėtis, socialiniai ryšiai visuomenėje. Dažniausiai socialinė ekonominė padėtis apibrėžiama pajamomis, nuosavybe, išsimokslinimo lygiu, gyvenimo sąlygomis, prestižu visuomenėje, o socialinė ekonominė nelygybė apibūdinama šių veiksnių skirtumais. Daugelis mokslininkų teigia, kad socialiniai veiksniai lemia daugiau negu pusę ligų (Juškelienė V., 2007). XXa. paskutiniuoju dešimtmečiu suaktyvėjo diskusijos dėl medicinos ir sveikatos priežiūros tikslų. Tai nulėmė riboti sveikatos priežiūros resursai, esminiai pokyčiai medicinos technologijų srityje, vartotojiškas požiūris į sveikatą, taip pat rinkos santykių įsigalėjimas medicinoje ir sveikatos priežiūroje. Nuo seno medicina siekė trijų svarbiausių tikslų: išsaugoti gyvybę ir pailginti gyvenimo trukmę, kovoti su ligomis ir malšinti skausmą. Dėl medicinos pažangos šie tradiciniai tikslai tapo problemiški. XX amžiaus antrosios pusės technologinis medicinos progresas suformavo tikėjimą, kad medicina gali neribotai pratęsti žmogaus gyvenimą. Senėjanti visuomenė ėmė tikėtis iš medicinos ne tik išsaugoti gyvybę ir pagerinti sveikatą, bet ir pailginti gyvenimą, nors ilgaamžiškumas ne tiek medicinos, kiek socialinė ekonominė problema (Jakušvaitė I., Darulis Ž., 2004).

Anot Zagurskienės D., Misevičienės I. (2008), didelis dėmesys skiriamas visuomenės sveikatos ugdymui ir lėtinių ligų rizikos veiksnių kontrolei, nes žinios apie sveikatą naudingos tiek sveikiems, tiek turintiems sveikatos problemų ar sergantiesiems lėtinėmis ligomis. Naujausi sociologiniai tyrimai rodo, kad pacientų įtraukimas į sprendimus, susijusius su jų sveikatos problemų sprendimu, didina sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir skatina pasitikėjimą bei ugdo atsakomybę už savo pačių sveikatą. Lietuvoje pradėjus sveikatos priežiūros reformą, slaugytojams iškilo nauji uždaviniai, keitėsi jų vaidmuo ir visuomenės slaugos funkcijos.

Profesionalūs slaugytojai atlieka daugelį vaidmenų, siekdami identifikuoti sveikatos rizikos faktorius, sveikatos problemas ir poreikius bei esamus pokyčius sveikatos politikoje. Jie taip pat gali veikti kaip filtras tarp šeimų ir bendrosios praktikos gydytojų tuomet, kai nustatyti šeimos sveikatos poreikiai priklauso bendruomenės slaugytojų veiklos sferai (Čiočienė A., 2002).

Teikti slaugos paslaugas sergantiesiems jų pačių namuose artimiesiems yra nelengvas uždavinys, taip šeimos nariai tampa neformaliais slaugytojais, globėjais, kurie taip noriai užsikrauna ant savo pečių didžiulę atsakomybę, rūpinasi artimu, nors jie niekada nieko panašaus nebuvo darę anksčiau, kiekvienas veiksmas, kasdien papildomas naujomis žiniomis. Slaugytojo vaidmuo šiame procese svarbus tuo, kad turi kovoti už šiuos pacientus ir mokyti jų šeimos narius (Ferrell B.R., Borneman F.T., 2002).

Gilėjant senatvei didėja pavojus sveikatai, nepalankios aplinkos sąlygos ir ekonominių išteklių trūkumas šiuo atveju dar labiau apsunkina galimybę išlaikyti savarankiškumą ir socialinę integraciją. Ne visi senesnio amžiaus žmonės turi galimybę gyventi patogesniame būste, naudotis patogiomis transporto priemonėmis, lankyti kultūrinius renginius, sveikai maitintis. Senstant didėja tikimybė, kad žmogus anksčiau ar vėliau susidurs su įvairaus intensyvumo priežiūros ar globos poreikiu (Levickienė I., Istomina N., 2006).

Lemme B.H. (2003) su amžiumi susijusią sveikatą apibrėžia bendrais teiginiais: daugumai suaugusiųjų būdinga gera sveikata, juos retai vargina sutrikimai; senstant, ypač po 80 m., mažėja sveikata ir judrumas, ligos dažniausiai vargina vyresnio amžiaus suaugusiuosius; daugelio ligų, dažniausiai pasireiškiančių vyresniame amžiuje, pradžia būna prasidėjusi žymiai anksčiau, nes jas iš dalies lemia gyvenimo būdas. Kalbant apie sveikatą ir senėjimą, svarbu surasti tinkamą reikšmę socialiniams veiksniams ir elgsenai. Ir ligą, ir sveikatą reikia vertinti gyvenimo raidos požiūriu; individui senstant retėja ūmūs susirgimai, tačiau dažnėja lėtinės ligos; daugiau nei keturi iš penkių vyresnių nei 65 m. amžiaus žmonių serga bent viena lėtine liga; paprastai senesnius žmones vargina ir įvairios ligos, ir sensoriniai pakitimai, kurie sąveikauja tarpusavyje.

Teikti slaugos paslaugas sergantiesiems jų pačių namuose artimiesiems yra nelengvas uždavinys, taip šeimos nariai tampa neformaliais slaugytojais, globėjais, kurie taip noriai užsikrauna ant savo pečių didžiulę atsakomybę, rūpinasi artimu, nors jie niekada nieko panašaus nebuvo darę anksčiau, kiekvienas veiksmas, kasdien papildomas naujomis žiniomis. Slaugytojo vaidmuo šiame procese svarbus tuo, kad turi kovoti už šiuos pacientus ir mokyti jų šeimos narius (Ferrell B.R., Borneman F.T., 2002).

Ilgalaikės priežiūros paslaugos gali būti teikiamos asmens namuose, pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros, socialinių paslaugų įstaigose, įmonėse ir organizacijose, turinčiose slaugos licencijas bei stacionarinės asmens sveikatos priežiūros įstaigose, turinčiose licencijas teikti stacionarinės palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugas. Ilgalaikės priežiūros tikslas - sudaryti palankias sąlygas asmeniui kuo ilgiau savarankiškai ir visavertiškai gyventi bendruomenėje, namuose, ten, kur jis gyvena užtikrinant tinkamų slaugos ir socialinių paslaugų organizavimą ir teikimą

asmeniui, siekiant jį apsaugoti nuo ligos paūmėjimo ar esamų simptomų progresavimo, atsižvelgiant į šeimos poreikius ir galimybes (Lietuvos Respublikos Sveikatos Apsaugos Ministro Ir Lietuvos Respublikos Socialinės Apsaugos LR Darbo Ministro Įsakymas Dėl Slaugos Ir Socialiniu Paslaugų Bendro Teikimo Tvarkos Aprašo Patvirtinimo 2007).

Lietuvoje dar menkai koordinuojamos globos ir slaugos namuose paslaugos. Dažnai vyresnio amžiaus žmonėms reikia ne tik globos, bet ir slaugos paslaugų, tačiau šių paslaugų teikimo tvarka ir organizavimo mechanizmas dar nėra pakankamai išrutuliotas. Šiuo metu dar nėra sudaromos palankios sąlygos savarankiškai gyventi bendruomenėje, užtikrinant priežiūrą namuose (Levickienė I., Istomina N., 2006).

Vienas iš sveikatos įvertinimo būdų yra nustatyti, kaip individas sugeba atlikti savarankiškumą garantuojančias funkcijas (kitaip tariant, nustatyti negalios laipsnį). Šios funkcijos vadinamos kasdiene veikla, kuri apima gebėjimą vaikščioti, praustis, rengtis, naudotis tualetu, valgyti, atsikelti iš lovos arba nuo kėdės. Antroji funkcijų grupė, vadinama instrumentine kasdiene veikla, susijusi su tam tikrų kasdinių užduočių vykdymu ir apima bendravimą su aplinkiniais, gebėjimą gaminti maistą, atlikti namų ruošos darbus, naudotis telefonu. Vyresnio amžiaus žmonės labai skiriasi tarpusavyje negalia, kurią sukelia sveikatos sutrikimai, darbais ir jų atlikimu. Šie trūkumai atitinka svarbų gyvenimo kokybės kriterijų, kuriuo vertinama būtinios pagalbos arba ilgalaikės globos rūšis (Lemme B.H., 2003).

Kiekvienas žmogus siekia patenkinti savo poreikius. Savarakiškumas, galimybė pačiam lemti savo gyvenimą ir socialinė integracija yra svarbūs asmens ir visuomenės politiniai tikslai. Esant pagyvenusio ir senyvo amžiaus įgyvendinti šiuos tikslus dėl daugelio priežasčių darosi sunkiau. Dauguma pagyvenusių žmonių (apie du trečdalius) jaučiasi gana gerai. Tačiau trečdalis vyresnių žmonių turi sunkumų ir rūpesčių. Jų fizinės sveikatos problemos gali sukelti įvairias psichikos sveikatos problemas, kurias sunkina socialinė izoliacija, ekonominiai nepritekliai ir sumažėjusi kasdienė veikla, būtina savarankiškam gyvenimui. Todėl pagyvenusių ir senyvo amžiaus žmonių poreikiai yra didelis rūpestis įvairių sričių specialistams, taip pat slaugytojams (Levickienė I., Istomina N., 2006).

Lemme B.H. (2003) teigia, kad kritiškas požiūris į globos įstaigose teikiamas priežiūros paslaugas, daugelio senų žmonių noras kuo ilgiau likti nepriklausomais, faktas, kad daugelis žmonių geriau jaučiasi savo namuose, paskatino kurti naujas programas ir tarnybas, kurios teiktų paramą seniems žmonėms jiems įprastoje aplinkoje. Šios programos apima maisto pristatymą į namus, suaugusiųjų dienos centrus, kontrolės sistemą, slaugos ligoninių ir sveikatos priežiūros namuose paslaugas. Tokiu būdu siekiama dviejų esminių tikslų: išvengti nebūtino persikėlimo į globos įstaigas ir kuo ilgiau išsaugoti žmogaus savarankiškumą. Akivaizdu, kad su amžiumi keičiasi ir žmonių fiziologiniai, psichologiniai, socialiniai poreikiai, ir kai kuriems porei-

kiam patenkinti senyvo amžiaus žmonėms reikalinga pagalba. Padažnėja vizitai į asmens sveikatos priežiūros įstaigas. 53 proc. respondentų pas gydytoją lankosi dėl kompleksinių negalavimų, įvairaus pobūdžio skausmų ir nuolatinio vaistų vartojimo (Levickienė I., Istomina N., 2006).

Anot Margelienės D. (2002), dėl tinkamai neįteisintų ir neišplėstų slaugos paslaugų namuose teikimo, ilgėja pacientų buvimo stacionare laikas, brangsta jų gydymas ir rehabilitacija, kyla psichologinės problemos. Slaugant dalyvauja tam tikslui nepasirengę visuomenės nariai (šeima, giminės, draugai, kaimynai). Tokia padėtis antihumaniška slaugytino žmogaus ir jo artimųjų atžvilgiu, psichologiškai slepia ir žemina jų orumą, brangiai kainuoja valstybei. Viena iš ilgėjančios gyvenimo trukmės pasekmių - didėjanti rizika susirgti lėtinėmis ligomis, dėl kurių vystosi fizinė ir pažintinė negalia, bei tikimybė, vyresnio amžiaus individams prireiks kuo įvairiausios pagalbos. Šeimos slaugos tikslas - dirbti su visų tipų šeimomis, taip pat su atskirais jų nariais siekiant sumažinti sveikatą žalojančių faktorių poveikį, pagerinti sveikatą ir gerovę, sustiprinti savęs priežiūrą bei ugdyti savirūpos įgūdžius. Panaudoti holistinį sveikatos modelį bei poreikių koncepcijas, atsižvelgiant į socialinius, ekonominius ir kultūrinius veiksnius, kurie žeidžia sveikatą bei individualią elgseną (Čiočienė A., 2002).

Kadangi šeima - tarpusavio ryšių sistema, bet koks vieno nario gyvenimo pokytis atsiliepia ir kitiems šeimos nariams. Būtinybė įsijausti į slaugytojo vaidmenį sukelia psichologines, socialines, finansines pasekmes ir veikia sveikatą. Finansiniai nuostoliai gali būti didžiuliai ir dėl nemažų išlaidų priežiūrai, ir dėl sutrumpėjusios darbo dienos. Nemažai dėmesio skiriama slaugytojui, kuriam tenka didžiulis krūvis. Jo psichologinę būseną lemia fizinis krūvis, emociniai sunkumai, riboti socialiniai ryšiai ir finansinės problemos. Materialinius ir psichosocialinius šeimos išteklius dažnai tenka skirti sergančiojo priežiūrai, o ne kitų šeimos narių reikmėms. Pagalba šioms šeimoms turi dvigubą naudą: sumažina slaugytojui tenkantį krūvį, neigiamą poveikį visai šeimai bei tikimybę, kad ligonis bus perkeltas į gydymo įstaigą (Lemme B.H., 2003).

Čiočienės A. (2002) teigimu, patikimi ir artimi ryšiai tarp slaugytojų ir šeimų įrodė, kad slaugytojai gali būti įtakingi gynėjai nustatant šeimos sveikatai tinkamiausią sveikatos politiką. Tačiau efektyviam slaugytojų darbui būtina suprasti šeimos sąvoką ir funkcijas. Šeimos struktūros ir funkcijos pastoviai kinta priklausomai nuo išorinės aplinkos ir socialinių poreikių. Tačiau kad ir kas kistų, išlieka šeimos, kaip svarbaus socialinio vieneto, koncepcija beveik visose bendruomenėse. Apie du trečdaliai vyresnių žmonių, kurie gyvena savo namuose kasdien gauna slaugos paslaugas iš šeimos nario. Šeimoje daugiausia moterys tampa slaugytojais. Vokietijoje draudimas numato pagalbą nepasiturinčioms šeimoms, nemokamą profesinį mokymą ir moka įmokas į įstatymų numatyto pensijų draudimo sistemą. Teikiant slaugą atsi-



žvelgiama į asmeninius higienos reikalavimus, įskaitant naudojimąsi tualetu, valgytą, mobilumą ir rūpinimąsi namais. Yra trys priežiūros lygiai susiję su priklausomybe nuo šeimos slaugytojo ir riboto laiko: žemiausias lygis - pirmasis. Didelis asmens priežiūros poreikis, kuris užima mažiausiai 45 minutes, plius 45 minučių priežiūros poreikis namų ruošai per parą, t.y 1,5 valandos pagalbos kasdien. Asmenys, kuriems pagalbos reikia mažiau nei pusantros valandos, Vokietijoje pagalbos negauna. Antras lygis sudaro 3 valandų per dieną reikalingą pagalbą ir iki 5 valandų paramą per naktį. Trečias lygis – nepertraukiamai reikalinga pagalba (Cziiks B., Hunstein D., 2004).

Į pacientą orientuota priežiūra įgijo naują reikšmę siekiant paslaugų kokybės. Tokią priežiūrą apibūdina: teisė į sveikatos priežiūrą, paciento dalyvavimas priežiūroje, informacijos sistemų priežiūros koordinavimas, integruota ir visapusiška komandos priežiūra, paciento centriškumas ir viešai prieinama informacija. Į pacientą orientuotai priežiūrai svarbiausia sveikatos priežiūros sistema, kuri gali užtikrinti, kad visi pacientai galėtų naudotis sveikatos priežiūros paslaugomis. Į pacientą orientuota priežiūra: 1) gerbia pacientų vertybes, pomėgius ir išraiškos poreikius; 2) apima informaciją ir švietimą; 3) suteikia galimybę naudotis sveikatos priežiūros paslaugomis; 4) suteikia emocinę paramą, sumažina baimę ir nerimą; 5) suteikia galimybę slaugymo procese dalyvauti šeimai ir draugams; 6) užtikrina tęstinumą ir perėjimą sveikatos priežiūros įstaigose; 7) užtikrina fizinį komfortą ir 8) imasi derinimo (Davis K., Schoenbaum S.C., Audet A.M., 2005).

Wiliams W.(2006) nuomone, slauga orientuota į visą šeimą numato galimybes keistis informacija apie pagrindinius slaugos komponentus, rūpintis vaikais ir šeimomis, įskaitant pagarbą, bendradarbiavimą, paramą ir pasitikėjimą. Slaugos praktika pripažino, kad šeimos dalyvavimas sveikatos priežiūroje yra būtinas. Pirminėje sveikatos priežiūroje dirbantys slaugytojai turi daug bendravimo įgūdžių, tačiau jie paaukojami, nes slaugytojos spaudžiamos padidinti darbo efektyvumą ir našumą. Bendravimas dabar naudojamas tik duomenims apie pacientą surinkti, o ne skatinti paslaugų teikėjo ir paciento santykių betarpiškumą, mokymą laikytis nurodyto gydymosi ar aptarti ligos valdymo efektyvumą. Į pacientą orientuota priežiūra yra dalis sveikatos priežiūros reformos, siekiant pagerinti sveikatos priežiūros kokybę, siekiant sukurti paslaugų išteklius taupantį modelį, remiantis pažangia slaugos praktika (Lein C., Wills C. E., 2007).

### 2.5.3. Paliatyvi slauga - į pacientą orientuotos slaugos komponentas

Paliatyvi (end-of-life) priežiūra apima daugiau nei fizinių poreikių patenkiniimą, bet taip pat ir psichologinius, socialinius, dvasinius aspektus. Ne visi gali pasinaudoti slaugos namų teikiamomis paslaugomis. Tai lemia daugelis veiksnių, įskaitant pacientų ir šeimos nenorą pradėti naują etapą slaugos ligoninėje, jos nepriei-

namumas, pacientų teisė rinktis tęsti savo globą namuose (Ferrell B.R., Borneman F.T. 2002).

Yra daug priežasčių, kodėl nepagydomai sergantys pacientai gauna nepakankamai priežiūros. Viena didžiausių priežasčių yra išsisknijusi medicinos filosofija, kuri teigia, kad reikia ligas išgydyti ir pratęsti gyvenimą, o ne didinti gyvenimo kokybę ir mažinant kančias. Paliatyvioji priežiūra siekia palengvinti kančias ir pagerinti gyvenimo kokybę pacientams su progresuojančia liga, o taip pat ir jų šeimoms, taikant specialias žinias ir įgūdžius, įskaitant ryšių su pacientų ir šeimos nariais: skausmo valdymą ir kitus simptomus; psichologinius, dvasinius išgyvenimus, netektis skausmą (Morrison R.,S., Meier D.E., 2004).

Deja, slaugytojams slaugantiems pacientus namuose dažnai trūksta žinių ir įgūdžių, sunku numatyti kada prireiks įvairių specialistų komandos, kuri yra esminė paliatyvaus slaugymo programoje. Paliatyvios priežiūros tikslas yra užtikrinti gerą gyvenimo kokybę, orią mirtį ir simptomų kontroliavimą. Vienas iš pagrindinių simptomų, labiausiai kankinančių pacientus bei jų šeimas yra skausmas, ypač jei jis nėra gerai kontroliuojamas. Pacientai ir šeimos nariai dažnai neteisingai interpretuoja žinias ir įsitikinimus apie netinkamą skausmo valdymą, pavyzdžiui baiminasi priklausomybės ir kvėpavimo slopinimo. Taip pat skausmas gali būti blogai valdomas ir dėl to, kad šeimos nariai nenori matyti prislopinto artimojo, nori kuo daugiau praleisti laiko kartu ir palaikyti bendravimą (Ferrell B.R., Borneman F.T. 2002).

PSO, rūpindamasi žmonių sveikata, siekia užtikrinti visiems galimybę siekti geresnės gyvenimo kokybės. Gyvenimo kokybė – tai individualus kiekvieno žmogaus vietos gyvenime vertinimas kultūros sistemos kontekste. Ji susijusi su tikslais, viltimis, standartais ir siekiais. Žmonių gerovė glaudžiai susijusi su jo sveikata. Gyvenimo kokybės koncepcija yra kompleksiskai veikiama asmens fizinės sveikatos, psichologinės būklės, nepriklausomybės lygio, socialinių ryšių ir ryšių su aplinka (Juozulynas A., Danasaitė E. Čiplienė M., Samsonienė L., Tamašauskienė E., 2007).

Peičius E., Kaminskas R., Novelskaitė A. (2007) teigia, kad nors šiandien pacientų dalyvavimas tampa integralia sveikatos priežiūros sistemos dalimi, Lietuvoje kol kas nėra išsamių pacientų dalyvavimo, priimant sprendimus mokslinių tyrimų. Kita vertus, vis dar stokojama supratimo apie gydytojo ir paciento santykių modelius, mažai žinoma, kokios sveikatos profesionalų ir vartotojų nuomonės apie pacientų dalyvavimo raidos perspektyvas reformuojant Lietuvos sveikatos priežiūros sistemą. Naujausių tyrimų rezultatai rodo, jog pacientai pirminėje sveikatos priežiūroje jaučia poreikį gauti kuo daugiau informacijos apie savo sveikatos būklę. Kokybiška sveikatos priežiūra yra tada, kai tenkinami paciento ir jo šeimos poreikiai bei lūkesčiai. Tai ypač svarbu jautrioje ir specifinėje srityje – paliatyviojoje priežiūroje. Paciento lūkesčiai, pasitenkinimas tampa vienu iš rodiklių, rodančių paslaugos kokybę. Norint įvertinti paliatyviosios priežiūros paslaugų kokybę, reikalingas nuo-

latinis sergančiųjų onkologinėmis ligomis požiūrio į teikiamas paslaugas stebėjimas, analizavimas ir vertinimas. JAV, Europoje, Skandinavijos šalyse tokie tyrimai atliekami seniai, o Lietuvoje mokslininkų darbų paliatyvosios priežiūros paslaugų kokybei tirti yra nedaug, apsiribojama šių ligonių gyvenimo kokybės tyrimais, susiduriama su metodologiniais ir kitais trūkumais (Luneckaitė Ž., Jakušvaitė I., 2008).

Išplėstinės sveikatos priežiūros paslaugos taikomos paciento namuose kaskart tampa vis reikalingesnės. Daugelis pacientų, kurie yra slaugomi namie, turi daug sunkių ligų ir negali atsakyti į klausimus apie sveikatos priežiūros kokybę. Pacientų nuomonė apie sveikatos priežiūros kokybę vis dažniau naudojama kaip šios kokybės indikatorius. Pastaruoju metu auga slaugos namie poreikis, vis labiau reikalinga kvalifikuota sveikatos priežiūra (Larsson B.W., Larsson G., Carlson S.R., 2004).

Teikti aukštos kokybės ir ekonomiškai pirminės sveikatos priežiūros paslaugas vyresnio amžiaus žmonėms, ypač vyresnio amžiaus pacientams yra iššūkis JAV sveikatos sistemai. Ideali priežiūra vyresnio amžiaus asmenų sergančių lėtinėmis ligomis turėtų būti iniciatyvi, visapusiška, nuolat koordinuota, veiksmingesnė, pagrįsta įrodymais, ir grindžiama lengvatų pacientams ir jų šeimoms (Stock R.D., Reece D., Cesario L., 2004).

Paliatyvios priežiūros filosofija pripažįsta pacientą ir jo / jos šeimą priežiūros vienetu. Tai pabrėžiant, yra akivaizdu naujusias apibrėžimas iš Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO), kurioje teigiama, kad: Paliatyvioji priežiūra yra požiūris į gyvenimo kokybės pagerinimą pacientams ir jų šeimoms, kurios susiduria su problemomis, susijusiomis su gyvybei pavojinga liga, taikant prevenciją ir pagalbą kančios atveju, greitai identifikuojant ir nepriekaištingai įvertinant bei gydant skausmą, įveikiant fizines, psichologines ir dvasines problemas. Centruotos paslaugos apima rūpinimąsi pacientu ir jo šeima. Pacientas nėra laikomas atskirai ir šeima nėra vien pasyvus paslaugų gavėjas, bet gali aktyviai dalyvauti sprendimų priėmimo procese (Street A.F., Love A., Blackford J., 2005).

Slauga orientuota į pacientą tapo svarbia sveikatos priežiūros dalimi. Daugumoje Vakarų šalių pastebima tendencija pereiti prie priežiūros orientuotos į pacientą. Tokių paslaugų tikslas yra pasirūpinti, kad optimaliai būtų patenkinti paciento poreikiai. Sveikatos priežiūros specialistai teigia, kad kyla problemų įgyvendinant į pacientą orientuotas paslaugas, visų pirma dėl žmonių sergančių lėtinėmis ligomis, kuriems jaučia paslaugų kokybės stoką (Witte de L., Schoot T., Proot I. 2006).

Rūpinimasis sergančiais šeimos nariais namuose yra nauja tyrimų kryptis slaugytojų profesinėje veikloje. Namų priežiūros tikslas yra suteikti pacientams ir jų šeimos nariams aukštos kokybės sveikatos priežiūros paslaugas kartu su priežiūra visų šeimos narių tuo pačiu metu (Benzein E., Johansson B., Saveman B.I., 2004).

Onkologinės ligos yra viena aktualiausių šių dienų visuomenės sveikatos problemų visame pasaulyje. Lietuvoje, kaip ir visame pasaulyje, didėja sergamumas lėtinėmis ligomis ir piktybiniais navikais, todėl paliatyvioji priežiūra tampa aktualia ir plėtotina sritimi. Paliatyvioji priežiūra - tai sąlyginai naujas reiškinys mūsų visuomenėje. Pasaulinė Sveikatos Organizacija paliatyvnią piežiūra laiko multidisciplinine sritimi nukreipta į asmenį, o ne į jo ligą ir siekia apimti visas paciento problemas: tiek fizines, tiek psichosocialines. Paliatyvioji priežiūra svarbi ne tik medicininiiu, bet ir socialiniu, psichologiniu bei dvasiniu požiūriais, nes yra susijusi su gyvenimo pabaigoje kylančiais slaugos poreikiais, kančia, orumu, gyvenimo kokybe (Luneckaitė Ž., Jakušovaitė I., 2008).

Vienas reikšmingiausių paliatyviosios priežiūros siekių - padėti sunkios būklės pacientams. Kiek bebūtų išplitusi liga, koks bebūtų taikytas kompleksinis gydymas, visada dar galima ką nors padaryti ir pagerinti paciento gyvenimo kokybę. Paliatyvioji priežiūra pagrįsta skausmo ir kitų kančios simptomų mažinimu, gyvenimo branginimu ir mirties, kaip natūralaus proceso, priėmimu, nesiekia jos nei atitolinti, nei priartinti, sujungia psichologinius ir dvasinius slaugos aspektus, siūlo kiek įmanoma aktyvią pagalbos sistemą pacientams iki pat jų mirties, gerina gyvenimo kokybę - tai viena iš prioritetinių Pasaulinės sveikatos organizacijos kryptių. PSO (1990) deklaracijoje ir Barcelonos deklaracijoje (1996) nurodyta, kad paliatyvioji pagalba turi būti integruota į kiekvienos šalies sveikatos priežiūros sistemą (Luneckaitė Ž., Jakušovaitė I., 2008).

#### 2.5.4. Bendruomenės slaugytojo vaidmuo slaugant sergančiuosius lėtinėmis ligomis

Nacionalinės visuomenės sveikatos priežiūros strategijos pagrindinė kryptis - siekis kurti visuotinį, visavertį visuomenės sveikatos priežiūros potencialą. Formuojant visavertį visuomenės priežiūros potencialą būtina įkomponuoti ir bendruomenės slaugą. Slaugytojų misija - padėti siekti geresnės sveikatos individams, šeimoms, bendruomenėms ir juos remti (Čiočienė A., 2002).

Slauga - dinamiška profesija, atsivėlgianti ir prisitaikanti prie kintančių visuomenės sveikatos poreikių. Slaugos tikslas - tarnauti visuomenei, o kadangi socialinės sąlygos ir sveikatos priežiūra kinta, toliau kinta ir slaugos darbuotojų vaidmuo ir slaugos praktika. Reformuojama sveikatos priežiūros sistema labai veikia slaugą. Pokyčius slaugoje sukelia ne vien išorinės sąlygos. Daugelis iš jų atsirado dėl to, kad patys slaugos specialistai ieškojo ir ieškojo naujovių siekdami tobulinti praktiką ir pagerinti slaugos specialistų rengimą. Profesinė patirtis rodo, kad slaugytojų patirtis, nukreipta į pagalbą gydytojui ir jo nurodymų vykdymą, neatitinka pacientų poreikių (Margelienė D., 2002).

Čiočienė A. (2002) pažymi, kad naujas elementas šeimos/bendruomenės slaugytojo koncepcijoje - unikalus įvairių komponentų derinys ir ypatingas akcentas šeimai, šeimos židiniui, kame visi šeimos nariai sprendžia savo problemas, susijusias su sveikata. Šeimos slaugytojo uždavinys - pripažinti jų gebėjimus ir patirtį, skatinti juos bendradarbiauti bei teikti žinias sveikatos priežiūros srityje.

Pasak Margelienės D. (2002), vertinant slaugos apimtį pagal tarptautinius standartus, Lietuvoje slaugos personalo funkcijos siauros, jų, specialistų, padėtis ir reikšmė sveikatos sistemoje sumenkinta. Sveikatos priežiūros įstaigose nepilnai vykdomas savarankiškai atliekamas slaugos procesas - slaugos duomenų rinkimas, slaugos procedūrų planavimas ir modeliavimas, slaugos išeičių vertinimas. Neišvystyta šeimos/ bendruomenės slaugos sistema. Būtina keisti bendruomenės slaugos organizavimo principus, palaipsniui pereinant prie pacientų poreikio tenkinimo ir atsisakant darbo, nukreipto į pagalbą gydytojui. Gyventojams trūksta žinių apie sveikatos išsaugojimą ir palaikymą. Slaugytojas dokumentuoja slaugą bei tvarko kitą medicininę ir statistinę dokumentaciją pagal nustatytus reikalavimus, pagal poreikį informuoja ar organizuoja šeimos gydytojo ir (ar) gydytojo psichiatro konsultaciją, paruošia asmenį gydančio gydytojo priėmimui arba pagal kompetenciją savarankiškai sprendžia asmens (šeimos) slaugos problemas asmens (šeimos) namuose. Slaugos paslaugas namuose slaugytojas gali teikti kartu su kitais komandos nariais. (Lietuvos Respublikos Sveikatos Apsaugos Ministro Ir Lietuvos Respublikos Socialinės Apsaugos LR Darbo Ministro Įsakymas Dėl Slaugos Ir Socialiniu Paslaugų Bendro Teikimo Tvarkos Aprašo Patvirtinimo 2007).

Bendradarbiavimo procesas, kurio metu šeima aktyviai įtraukiama į savo sveikatos priežiūrą, pakeičia tradicinį požiūrį į sveikatos priežiūrą, kuomet gydytojai ir slaugytojai yra ekspertai, sprendžiantys kas yra gera šeimai ir jos nariams. Šeimos dabar nori būti įtrauktos ir informuotos slaugos paslaugų vartotojos. Šeimos dalyvavimo sveikatos apsaugoje apimtis gali labai priklausyti nuo esamos situacijos ar sveikatos problemos. Situacijose, kurioms būdingos nedidelės ūmios problemos, slaugytojas paprastai koncentruojasi į individą. Tačiau esant lėtinėms ligoms, rimtoms ūminėms problemoms arba gyvenimo būdo problemoms, slaugytojas turi įtraukti į slaugą visą šeimą (Čiočienė A., 2002).

Didėja sveikatos išsaugojimo ir stiprinimo būdų apmokymo poreikis. Pirminės sveikatos priežiūros grandyje slaugytojai užima svarbias pozicijas gerinant šeimos funkcijas bei šeimos gyvenimo būdą. Nukreipti į sveikatos gerinimą ir ligų bei sužeidimų prevenciją slaugos veiksmai siekia abipusės paramos, pvz., individų ir šeimų mokymas vengti įžeidžiančios ir smurtinės elgsenos pagerina šeimos narių tarpusavio bendravimą, gerina šeimos harmoniją, saugumą ir psichinę sveikatą. Sveikatos mokymas apima ir pagalbą šeimoms slaugant sergantį ar su negalia šeimoms narį (Čiočienė A., 2002).

Anot Kynga H. (2003), pacientų, sergančių lėtinėmis ligomis, mokymas yra laikomas labai svarbiu, nes padeda pasiekti optimalių rezultatų. Yra tyrimų, kuriais buvo nustatyta, kad pacientų mokymas pagerina gyvenimo kokybę. Nepaisant to, vis trumpėjantis gulėjimo stacionare laikotarpis sutrumpino laiką pacientų švietimui ir padarė jį labiau sudėtingu, kadangi daug informacijos turi būti perduodama per trumpą laiką.

Kaip teigia Ketefian Sh., Davidson P., Daly J., Chang E., Srisuphan W. (2005), švietimas yra varomoji jėga gerinant bendruomenės sveikatą ir gerovę visame pasaulyje. Tradiciškai slaugytojai dinamiškai reaguoja į individo ir bendruomenės poreikius, skatindama sveiką gyvenimą ir didindama paciento savarankiškumą. Sveikatos priežiūros paslaugų teikimas yra dinamiškas reiškinys priklausantis nuo jautrių socialinių, ekonominių ir politinių veiksnių. Slaugytojas, skatindamas pacientų savirūpą ir suteikdamas žinių, padeda išvengti hospitalizacijos.

Komandinis darbas duoda dar geresnių rezultatų, kaip rodo JAV patirtis. Ten kur yra daugiau slaugytojų, kurios lanko ir moko pacientus, yra geresnis lėtinų ligų valdymas, pacientų pasitenkinimas suteiktomis paslaugomis, o taip pat ir geresnė klinikinė pacientų būklė (Ross F., Corbett K., 2005).

Anot Kynga H. (2003), bendravimas tarp slaugytojo ir paciento yra labai svarbus. Bendravimas turi būti sustiprintas siekiant spręsti pacientų kultūros ir gyvenamosios aplinkos, įskaitant poveikį aplinkai. Bendraujant su pacientais turėtų būti išvengta medicininės terminologijos ir slaugytojos turi visada kalbėti pacientui suvokiamu lygiu. Taip pat ir Ferrell B.R., Borneman F.T (2002) teigia, kad beveik visada komunikacijos aktas yra svarbiausia terapijos dalis.

## Literatūra

1. Čiočienė A. (2002). Bendruomenės slauga pirminėje sveikatos priežiūroje. Sveikatos mokslai. 4, P. 2 – 5.
2. Daugėlienė E., Tamošiūnas A. (2007). Pagyvenusio amžiaus žmonių skaičiaus augimas bei jų sveikatos ypatybės // Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas. 11 (6), P. 420 – 424.
3. Gerikienė V., Petrauskienė J. (2006). Bendruomenės slaugytojo vaidmuo pirminėje sveikatos priežiūroje. Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas. 10(9), P. 546 – 550.
4. Jakušvaitė I., Darulis Ž. (2004). Medicinos ir sveikatos priežiūros tikslai ir vertybės. Medicina. 9, P. 825 – 832.
5. Juozulynas A., Danasaitė E., Čiplienė M., Samsonienė L., Tamašauskienė E. (2007). Šiaulių regiono slaugytojų gyvenimo kokybės įvertinimas. Sveikatos mokslai. 1, P. 659 – 662.

6. Jurgelėnas A., Mačiūnas E., Juozulynas A., Venalis A., Norvaišas S. (2007). Sveikatos socialinė plėtra. Vilnius.
7. Juškelienė V. (2007). Visuomenės sveikatos įvadas: sveikatos samprata, sveikatos rizikos ir palaikantys veiksniai. Vilnius.
8. Lemme H.B. (2003). Suaugusiojo raida, Kaunas: Poligrafija ir informatika.
9. Leonavičius V., Baltrušaitytė G., Naujokaitė I. (2007). Sociologija ir sveikatos priežiūros sistemos paslaugų vartotojas: moderniosios Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos pertrūkiai ir tęstinumas. Kaunas: Vytauto Didžiojo universitetas.
10. Lesauskaitė V., Macijauskienė J. (2005). Geriatrijos paslaugų poreikis ir būtinybė Lietuvos sveikatos priežiūros sistemai. Sveikatos mokslai. 3 (97), P. 97 – 100.
11. Levickienė I., Istomina N. (2006). Pagėgių bendruomenės pagyvenusių ir senyvo amžiaus žmonių poreikių vertinimas. Slauga. Mokslas ir praktika. 7-8, P. 20 – 23.
12. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro Įsakymas dėl pirminės sveikatos priežiūros plėtros koncepcijos patvirtinimo, 2007 m. rugsėjo 5 d. Nr. V- 717, Vilnius
13. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2008 m. sausio 23 d. nutarimas Nr. 114 Sveikatos apsaugos ministerijos 2008 metų sutrumpintas strateginis veiklos planas, Vilnius.
14. Lietuvos Respublikos Sveikatos Apsaugos Ministro Ir Lietuvos Respublikos Socialinės Apsaugos ir Darbo Ministro Įsakymas Dėl Slaugos Ir Socialiniu Paslaugų Bendro Teikimo Tvarkos Aprašo Patvirtinimo 2007 M. Liepos 4 d. Nr. V-558, Vilnius.
15. Luneckaitė Ž., Jakušovaitė I. (2008). Veiksnių, turinčių įtakos paliatyvosios priežiūros kokybei, vertinimas. Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas. 11(10), P. 648 – 657.
16. Margelienė D., Šeimos/Bendruomenės slaugytojų paslaugų poreikio nustatymo bendruomenėje sociologinė apklausa // Sveikatos mokslai, 2002, 4. – P. 5 – 8.
17. Meištienė R., Brožaitienė J. (2009). Slaugos kokybei įtakos turinčių veiksnių analizė. Sveikatos mokslai. 5, P. 2692 – 2695.
18. Peičius E., Kaminskas R., Novelskaitė A. (2004). Kauno miesto pacientų dalyvavimas priimant sprendimus pirminės sveikatos priežiūros grandyje. Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas. 8 (3), P. 169 – 173.

19. Zagurskienė D., Misevičienė I. (2008). Pacientų ir slaugytojų nuomonės apie sveikatos mokymą ir slaugytojų dalyvavimą šiame procese palyginimas. *Medicina, Slaugos mokslas.* 44(11), P. 885 – 893.
20. Benzein E., Johansson B., Saveman B.I. (2004). Community nursing. Families in home care – a resource or a burden? District nurses' beliefs. *Journal of Clinical Nursing.* 13, P. 867 -875.
21. Cziks B., Hunstein D. (2004). Time distribution of selected care activities in home care in Germany. *Journal of Clinical Nursing.* 13, P. 97 – 104.
22. Davis K., Schoenbaum S.C., Audet A.M., (2005). Vision of Patient-Centered Primary Care. *Gen Intern Med.* 20, P. 953 – 957.
23. Ferrell B.R., Borneman F. T. (2002). Community Implementation of Home Care Palliative Care Education. *Cancer Practice.* 10 (1), P. 20 – 27.
24. Hasson H., Arnetz J. E. (2006). Older people and long-term care. Nursing staff competence, work strain, stress and satisfaction in elderly care: a comparison of home-based care and nursing homes. *Journal of clinical nursing.* 17, p. 468 – 481.
25. Kerr E. A., Heisler M., Krein S. L, Kabeto M., Langa K. M., Weir D., Piette J. D. (2007). Beyond Comorbidity Counts: How Do Comorbidity Type and Severity Influence Diabetes Patients' Treatment Priorities and Self-Management? *Gen Intern Med.* 22 (12), P. 1635 – 1640.
26. Ketefian S., Davidson P., Daly J., Chang E., Srisuphan W. ((2007). Issues and challenges in international doctoral education in nursing. *Nursing and Health Science.* 7, P. 150 – 156.
27. Kynga H. (2003). Patient education: perspective of adolescents with a chronic disease. *Journal of Clinical Nursing.* 12, P. 744.
28. Larsson B.W., Larsson G., Carlson S.R (2004). Advanced home care: patients' opinions on quality compared with those of family members. *Journal of Clinical Nursing.* 13, P. 226 – 233.
29. Lein C., Wills C. E..(2007). Using patient-centered interviewing skills to manage complex patient encounters in primary care. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners.* 19, P. 215 - 220.
30. Morrison R.,S., Meier D.E. (2004). Palliative Care. *N Engl J Med.* 320, P. 2582 – 2590.
31. Ross F, Corbett K. (2005). Primary care nursing: education for changing roles and boundaries. *Education for Primary Care.* P. 1365 - 2648.
32. Stock R. D., Reece D., Cesario L. (2004). Developing a Comprehensive Interdisciplinary Senior Healthcare Practice. *J Am Geriatr Soc.* 52, P. 2128 - 2133.



33. Street A.F., Love A., Blackford J. (2005). Managing family centered palliative care in aged and acute settings. *Nursing and Health Sciences*. 7 (1), P. 45 – 55.
34. Williams W. (2006). Family-Centered Care. *Advanced Practice Nurses in a Medical Home*. 11(3), P. 17.
35. Witte L., Schoot T., Proot I. (2006). Development of the Client-Centred Care Questionnaire. *Journal of Advanced Nursing*. 56 (1), P. 62 - 68.

## 2.6. ASMENS, PATYRUSIO INSULTĄ, SLAUGA NAMUOSE

### 2.6.1. Insultas – susirgimas sutrikdantis motorines ir jutimines asmens funkcijas

Galvos smegenų insultas – viena dažniausiai ir ekonomiškai nuostolingiausių ligų, vyraujanti tarp suaugusiųjų neįgalumo priežasčių, bei trečioji pagal dažnumą mirties priežastis Šiaurės Amerikoje, Europoje, ir Azijoje. Insulto dažnumas didėja su amžiumi, rodiklis dvigubėja kiekvieną gyvenimo dešimtmetį nuo 55 amžiaus, du trečdaliai visų insultų pasitaiko žmonėms virš 65 metų amžiaus. Vyrų sergamumas insultu yra dažnesnis nei moterų iki 55 metų amžiaus, bet nuo 55 metų amžiaus moterų rizika susilygina su vyrų (Valaikienė J., 2007)

Visuomenė sensta, o insultas – vyresnių žmonių liga. Sergamumas nemažėja, o kai kuriose šalyse net didėja. Į Klaipėdos universitetinės ligoninės Insultų skyrių, per metus patenka 300 – 400 ūmių insulto ištiktų žmonių – tai yra ištis daug. Tik nedidelė dalis pacientų išrašomi į namus gydytis ambulatoriškai. Likusiems tenka tęsti gydymą stacionare, po to laukia ilga reabilitacija, dalis pacientų, deja, numiršta, nes insultas yra pavojinga gyvybei būklė ir medicina kai kuriais atvejais būna bejėgė prieš šią klasingą ligą (Kazlauskas H., 2012).

Yra nustatytos dvi išeminio insulto rūšys: trombozė ir embolija. Trombozės atveju arterija užsikemša dėl įvairių priežasčių. Ši insulto forma paprastai vystosi kelių valandų, dienų ar savaičių laikotarpiu, kol iš ateromos susiformuoja krešulys (trombas), kuris ir užkemša arteriją. Embolijos atveju embolas į galvos smegenis atnešamas su kraujo srove iš širdies arba iš jos atsišakančių stambiųjų arterijų – aortos, miego arterijos. Šiuo atveju išeminio insulto pradžia būna labai staigi. Hemoraginis insultas gali išsivystyti plyšus galvos smegenų arterijai ir kraujui išsiliejus į smegenis arba po smegenų dangalais. Tai atsitinka aterosklerozei pakenkus arterijos sienelę (dažnai padidėjusio arterinio kraujospūdžio metu) ar trukus arterijos aneurizmai (arterijos lokaliai išsiplėtimui) (Kazlauskas H., 2012).

Kasmet Europoje insultu suserga apie 1 milijoną žmonių. Per pirmąsias 30 dienų po persirgto insulto miršta 17 – 34 proc. sirgusiųjų. Užsienio autorių duomenimis nuo insulto miršta 20 proc. pacientų, daugiau nei 50 proc. sirgusiųjų insultu ir išgyvenusiųjų, lieka laikinai ar visam laikui neįgalūs, tik 20 proc. darbingo amžiaus žmonių grįžta į darbą, apie 10 proc. sirgusių pacientų reikia slaugos. Lietuvoje sergamumas insultu siekia 272 atvejus 100 000 gyventojų, o mirtingumas nuo insulto – 62 atvejai 100 000 gyventojų ( Juocevičius A., 2009).

Išeminis insultas sudaro 80 proc. visų insulto atvejų. Lietuvos sveikatos informacijos centro duomenimis, šalyje kasmet 2080 žmonių patiria išeminį insultą, po

kurio apie 20 proc. miršta per 3 mėnesius, 29 proc. – per metus, o 25 proc. tampa priklausomi nuo aplinkinių pagalbos (Kazlauskas H., 2012).

Pasak Petrauskienės J., Bierointo D., Kalėdienės R. bei Zaborskio A. (1996), galvos smegenų insultas (GSI) yra viena pagrindinių sergamumo, mirtingumo ir neįgalumo priežasčių ne tik pasaulyje, bet ir Lietuvoje. Be to, insultas yra pagrindinė staiga išsivysčiusio neįgalumo priežastis, taip pat demencijos ir viena dažniausių depresijos priežasčių (Šapoka V., 2001). Anot Valeikienės J. ir Dementavičienės J. (2007, p. 226), Lietuvoje, Kauno galvos smegenų insulto registro duomenimis, vyrų mirtingumas nuo smegenų kraujagyslių ligų – 138/ 100 000, o moterų – 115/100 000.

**Kaip teigia** Vidžiūnaitė A. (2008), insultas yra ūmus smegenų kraujotakos pažeidimas, *kai* sutrinka smegenų kraujotaka, ko pasekoje joms ima trūkti deguonies bei maisto medžiagų. Ištikus insultui dalis smegenų ląstelių žūsta (susidarius infarktui), kita dalis ląstelių aplink infarkto židinių yra gyvybingos, bet jų veikla minimali (Vidžiūnaitė A., 2008).

Janovičienės E. (2000) teigimu, jei smegenys ilgesnį laiką negauna pakankamai kraujo, smegenų ląstelės žūva, todėl, pavėlavus imtis veiksmų, žmogaus išgelbėti gali būti nebeįmanoma.

Ištikus insultui itin svarbu suteikti medicinos pagalbą kuo greičiau, ir kuo anksčiau pradedamas gydymas, tuo mažiau pažeidžiamos smegenys. Idealiausia, kai ligonis pradedamas gydyti nepraėjus daugiau nei 3-6 valandoms po patirto insulto.

Ilgainiui po insulto pažeistame smegenų plote susiformuoja randas. Smegenų pažeidimas yra negrįžtamas reiškinys; tikrieji insulto padariniai išryškėja per kelias savaites, o motorinės ir jutiminės funkcijos pagerėjimo galima tikėtis iki 6 mėnesių po insulto. Tačiau dauguma žmonių po smegenų apopleksijos (insulto) lieka sužaloti visam likusiam gyvenimui.

Kaip teigia Vidžiūnaitė A. (2008), insultai gali būti dviejų rūšių: išeminiai, diagnozuojami užsikimšus galvos smegenų arterijai ir hemoraginiai, kurie išsivysto jai plyšus. Pastarojo tipo insultų atveju pažeidžiamas smegenų kraujagyslės vientisumas ir kraujas išsilieja į smegenis. Tai lemia įvairios priežastys, pavyzdžiui: aukštas kraujospūdis, kraujagyslių sienelės išplonėjimai – aneurizmos (Vidžiūnaitė A., 2008).

Tuo tarpu išeminiai insultai pasitaiko dažniau (apie 80 proc. atvejų) ir juos sukelia veiksniai, užkemšantys smegenų kraujagyslių spindį ir sukeltys išemiją (nepakankamą kraujo patekimą į smegenis). Taip negaudamos deguonies ir maisto medžiagų, smegenų ląstelės jau po kelių minučių ima žūti. Dažniausiai išeminiai insultai ištinka kraujagyslę užsikimšus trombai ar embolui. Trombai (kraujo krešuliai) dažniausiai formuojasi tose smegenų kraujagyslių vietose, kurios yra pažeistos aterosklerozės – ligos, kai kraujagyslėse susidaro lipidinės plokštelės, kuriose yra cholesterolio.

Apie 50–70 proc. atvejų po insulto visam gyvenimui lieka pasekmės. Kaip teigia Rastenytė D., Krančiukaitė D. (2007), *poinšultinė depresija* yra viena dažniausių būklių, pasireiškiančių po insulto. Manoma, kad iki 50 proc. visų persirgusių galvos smegenų insultu asmenų per pirmuosius metus po insulto patiria depresiją.

Anot Grigaliūnienės V., Stolygaitės A. (2006), laiku nepastebėti pirmieji emocinių problemų požymiai ilgainiui gali peraugti į depresiją. Nustatyta, jog nuo 26 proc. iki 60 proc. pacientų susiduria su šia liga po insulto. Pacientai gali susirgti depresija tiek esant ankstyvai poinšultinei stadijai, tiek vėlesniu laikotarpiu – po reabilitacijos. Pacientai, kurių suvokimas dalinis, depresijos išvengia ilgesnį laiką nei tie, kurių suvokimas insulto metu nenukentėjo.

Depresija po insulto išsivysto dėl kelių skirtingų priežasčių. Viena iš jų yra insulto poveikis galvos smegenų sričiai, atsakingai už emocijas, suvokimą ir mąstymą. Depresija taip pat gali būti nulemta fizinių pojūčių – žmonės po insulto neretai yra varginami lėtinio skausmo. Insultas, pažeidęs dešiniąją galvos smegenų pusrutulį, paveikia žmogaus galimybes išreikšti savo emocijas, nukencia veido bei verbalinė raiška – tai kartais gali būti supainiojama su depresija.

Rastenytės D. ir Krančiukaitės D. (2007) teigimu, kiekvienas asmuo, išgyvenęs insultą, priklauso depresijos rizikos grupei ir netikėti pykčio ar nerimo padidėjimo ženklai pacientams, anksčiau sugebėjusiems susidoroti su stresinėmis situacijomis, yra galimi. Dažniausiai pastebimi depresijos simptomai būna minėta motyvacijos stoka, liūdnumas bei apatija, padidėjęs nerimas, atminties sunkumai, nesugebėjimas sukcentruoti dėmesio, miego, apetito pakitimai, asmenybės pokyčiai, beprasmybės jausmas, suicidinės mintys. Depresija sumažina paciento pasveikimo galimybes, o kai kuriais atvejais pacientus, patyrusius insultą, gali pastūmėti savižudybės link (Rastenytė D. ir Krančiukaitė D., 2007).

Kita pasekmė išlikusi po patirto insulto, tai *nerimas, pakitusios emocinės reakcijos*. Kaip teigia Grigaliūnienė V., Stolygaitė A. (2006), pacientai po insulto neretai jaučia nerimą, kuris dažniausiai kyla likus vienam, ir tai sumažina asmeniui besirūpinančių artimųjų nepriklausomybę. Šio nerimo priežastis neįvardijama, tačiau dažnai kartu atsiranda priešiškus ir baimė būti paliktam, pacientas reikalauja daugiau aplinkinių dėmesio, kartu manydamas, jog niekas nebegali jam padėti.

Grigaliūnienės V., Stolygaitės A. (2006) teigimu, po insulto gali atsirasti emocinis labilumas, pasireiškiantis nevaldomu juoku ar verkimu. Nustatyta, jog emocinis labilumas išryškėja vienam iš keturių pacientų per pirmuosius 6 mėn. po insulto.

Emocinio labilumo priežastys mažai žinomos, tačiau aišku viena – jis sukelia papildomą stresą ir susijaudinimą pacientams. Labai dažnai pacientai, kuriems sunku ryti ar kalbėti, išgyvena ir emocinį labilumą. Emocinis labilumas sukelia daug nerimo ir neigiamų išgyvenimų tiek pačiam pacientui, tiek juo besirūpinantiems artimiesiems. Ligoniui sveikstant, emocinis labilumas išnyksta arba pacientas tampa

pajėgus kontroliuoti jį. Jei tai nepavyksta, su iškilusia problema gali padėti susidoroti antidepresantai.

Kita pasekmė po patirto insulto būtų *sukelti asmenybės pokyčiai*. Anot V. Grigaliūnienės, A. Stolygaitės (2006), insultas gali būti asmenybės pokyčių priežastis. Daug žmonių po insulto tampa mažiau socialūs, linkę į uždaramą, jiems gali pasireikšti pyktis ar agresija. Galimas visiškas charakterio pasikeitimas. Pvz., švelnaus būdo žmogus gali tapti agresyvesnis, ar gana aukštingo būdo žmogus tapti labiau apatiškas.

Pastebėta, jog asmenybės tipas vaidina nemažą vaidmenį poinsultinėje reabilitacijoje. Žmonės, sugebantys susidoroti su stresu ir kontroliuoti nerimą, dažniausiai linkę žiūrėti į gyvenimą optimistiškai, tai palengvina reabilitacinį procesą. Ir atvirkščiai, asmenys, turintys polinkį į pyktį, nerimą ir depresiškumą ar stokojantys vidinės motyvacijos, reabilitaciją vertina kaip itin sudėtingą ir atimančią visas jėgas.

Kai kuriems pacientams insulto pasekmė gali būti kontrolės praradimas. Agresyvumas ar konfrontacijų paieška gali tapti paties paciento nekontroliuojami. Šie pokyčiai labai paveikia pacientą ir jo artimuosius, tad, siekiant padėti išspręsti problemą, pagalbą turėtų suteikti psichologas bei gydantis gydytojas. Terapija, konsultavimas, informacijos pacientui ir artimiesiems suteikimas padeda pasiekti optimalų susitaikymą su pokyčiais. Remiantis Johnson (1991), asmenybės pokyčiai yra vienas dažniausių skundų, kuriuos mini žmonės, slaugantys insultą patyrusius pacientus.

Dar viena pasekmė po patirto insulto būtų *kognityvinių funkcijų pažeidimai*. Kaip teigia Bowler J.V., Hadar U., Wade J.P. (1994), kognityvinis sutrikimas yra dažna poinsultinė komplikacija ir jos paplitimas siekia nuo 13,6 iki 35,2 proc. Toks sutrikimas gali svyruoti nuo nežymaus atminties sutrikimo ar laikino orientacijos sutrikimo iki negrįžtamosios demencijos.

Rastenytė D., Krančiukaitė D. (2007) teigia, kad poinsultinio kognityvinio sutrikimo dažnumo duomenys svyruoja atsižvelgiant į tirtą populiaciją, kognityviniame sutrikime ar demencijoje nustatyti taikytus kriterijus, neurofiziologinio testavimo pobūdį, kiek laiko, praėjus nuo GSI, buvo vertinta kognityvinė paciento būklė, ar pacientas sirgo depresija. Depresijos įtaka grįžtamajai demencijai ar pseudodemencijai seniai žinoma (Rastenytė D., Krančiukaitė D., 2007).

Anot Rastenytės D., Krančiukaitės D. (2007), keliais tyrimais nustatyta, kad po sėkmingo poinsultinės depresijos gydymo kognityvinis sutrikimai išnyko, o nuotaika pagerėjo. Deja, nedaug žinoma apie ilgalaikį kognityvinių pokyčių progresavimą tarp insultą patyrusių pacientų po pradinio kognityvinių funkcijų normalizavimo (sėkmingas depresijos gydymas) (Rastenytė D., Krančiukaitė D., 2007).

Kaip teigia Grigaliūnienė V., Stolygaitė A. (2006), pažinimas yra protinis sugebėjimas, dalyvaujantis tokiuose procesuose kaip bendravimas, mokymasis, supra-

timas, atmintis, suvokimas, sprendimų priėmimas ir daugelyje kitų. Pacientai po insulto dažnai susiduria su pažintinių funkcijų sutrikimais.

Anot V. Grigaliūnienė, A. Stolygaitė, (2006) daugumos žmonių kairysis galvos smegenų pusrutulis yra atsakingas už kalbos funkciją, o dešinysis – už jutiminį suvokimą (regėjimo, klausos, lytėjimo suvokimas ir kt.) ir erdvinį suvokimą (dydžio, atstumo, pozicijos erdvėje suvokimas ir kt.). Kalbos sutrikimai yra labiau įprasti esant kairiosios galvos smegenų pusės pažeidimui, tuo tarpu suvokimo sutrikimai dažniausiai ištinka tuos, kuriems insultas pažeidžia dešiniąją galvos smegenų pusrutulį. Pažintinių funkcijų sutrikimus nustato psichologas, įvertindamas pažeidimo lygį.

V. Grigaliūnienės, A. Stolygaitės (2006) teigimu, dėl skirtingų dėmesio tipų pakenkimo skirtingiems pacientams pasireiškia įvairių simptomų. Pvz., kai kurie pacientai skundžiasi, jog jiems sunku susikoncentruoti ties svarbiais dalykais, sunku klausytis kito žmogaus arba jie nesugeba rasti kelio į savo palatą ir pan. Kiti pacientai gali susikoncentruoti tik ties savo vidiniais pojūčiais, tokiais kaip skausmas ar baimė, ir nesugeba susikoncentruoti ties išoriniais dalykais, pvz., jiems sunku atlikti reabilitacijos užduotis.

Yra ir daugiau įvairių dėmesio koncentracijos sutrikimo apraiškų, tačiau bet kuriuo atveju dėmesio koncentracijos pakitimai labai apsunkina pacientų, patyrusių insultą, reabilitaciją. Deja, kai susiduriama su šiuo pažintinių funkcijų pakitimu po insulto, nėra jokio efektyvaus gydymo metodo, galinčio padėti pacientui. Tačiau laikui bėgant tikėtina, jog reabilitacijos metu dėmesio ir koncentracijos trūkumas sumažės.

Atminties sutrikimai, tokie kaip užmiršimas atlikti netgi įprastas užduotis, išgerti gydytojo paskirtus vaistus, yra labai dažni po insulto, tačiau visiškas atminties praradimas (amnezija) yra gana retas atvejis pacientams, patyrusiems insultą. Verbalinė atmintis, atsakinga už tokias sritis, kaip vardų įsiminimas, pasakotų istorijų ir kitos su kalba susijusios informacijos prisiminimas, ir jos sutrikimai yra dažnesni tarp pacientų, kuriems insultas pažeidžia kairiąją galvos smegenų pusrutulį.

Vizualinė atmintis, nuo kurios priklauso veidų ar formų bei visos kitos informacijos, nesusijusios su pateikiama verbaliai, prisiminimas, dažniausiai sutrinka po insulto dešiniajame galvos smegenų pusrutulyje. Susilpnėjusi atmintis neleidžia pacientams įsiminti naujos informacijos ar prisiminti jau turėtos. Išryškėja sunkumai priimanč sprendimus bei atliekant reabilitacines užduotis. Po insulto gali išsivystyti agnozija – pacientai nesugeba atpažinti objektų.

## 2.6.2. Asmens, patyrusio insultą, slaugos poreikiai

Insultas nėra vien mirtina liga, - net iki 96 proc. ligonių vėlyvosios ar ambulatorinės reabilitacijos laikotarpiu pasireiškia įvairios komplikacijos (žr. 1 lentelę).

**1 lentelė.** Insulto pasekmės

<b>PASEKMĖS</b>
Kalbos sutrikimai (pvz.:afazija)
Rijimo sutrikimai (disfagija)
Aspiracinė pneumonija
Regėjimo sutrikimai
Paralyžius ar parėzė (pvz. hemiplegija)
Epilepsija
Spastiškumas
Sutrikusi pažintinė funkcija (pvz.:demencija)
Emocijų sutrikimas (pvz.:depresija)
Pragulos
Giliųjų venų trombozė ir jos komplikacijos
Žarnyno ir šlapinimosi funkcijos sutrikimai
Šlapimo infekcija
Nepakankama mityba
Skausmas (pvz.: centrinės kilmės taliaminis skausmas, peties skausmas)
Funkcinio savarankiškumo sumažėjimas

Daugelis tyrimų rodo, kad 60–90 proc. pacientų po insulto yra funkciškai priklausomi nuo juos slaugančių medikų ar artimųjų, ypač sutuoktinių. Kasdienėje praktikoje naudojamos įvairios diagnostinės funkcinio savarankiškumo vertinimo skalės. FMR gydytojai dažnai naudoja kartu Funkcinio savarankiškumo įvertinimo skalę ir Barthelio indeksą. Funkcinio savarankiškumo įvertinimo (FIM) skale vertinama 18 punktų, kurie visi įvertinami nuo 1 iki 7 balų. Tiriama maitinimasis, apsitarnavimas, išangės rauko kontrolė, mobilumas, persikėlimas iš vienos vietos į kitą, pažintinė funkcija ir socialinis bendravimas.

Namų slauga (angl. home nursing) – kvalifikuota sergančių, pagyvenusių ar neįgalių asmenų slauga jų pačių namuose. Pastaraisiais metais Lietuvos Respublikos

sveikatos apsaugos ministerija vis daugiau dėmesio skiria namų slaugos plėtrai (Ka-libatienė D., Šalviejiūtė, A., 2005).

Slaugos procesas, pasak Roper N., (1994) yra slaugos sistemos sistema, dažniausiai suvokiama kaip slaugos poreikių nustatymas, planavimas, įgyvendinimas ir pasiektų rezultatų įvertinimas. Daugiausia dėmesio turėtume skirti slaugos poreikių sisteminiam nustatymui.

King M., (1994) supratimu, slaugymas yra procesas, apimantis veiksmą, atoveiksmį, sąveiką bei ryšį. Taikant šį procesą, slaugymas padeda bet kurio amžiaus ir padėties žmonėms patenkinti pagrindinius gyvenimo poreikius, įveikti ligą ir išsaugoti sveikatą.

Namų aplinka yra geriausia senam, sunkiai sergančiam asmeniui. Namų aplinkoje greičiau atgaunamos jėgos, sveikata, žmogus jaučiasi saugiausias. Šeimos nariams taip pat lengviau, kai jų artimasis gydomas bei slaugomas namie. Paguldytam i ligoninę pacientui tai reiškia, kad jis patenka į kitą, dažniausiai naują bei neįprastą aplinką, atsiskiria nuo artimųjų, atitrūksta nuo kasdienybės. Jis patenka į naują socialinę situaciją. Psichologiniu požiūriu ligoninės socialinėje aplinkoje žmogus dažniausiai turi tik vieną – paciento vaidmenį (Kasiulevičius V., 2008).

Pagal LR sveikatos apsaugos ministro ir Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakymą „Dėl slaugos ir socialinių paslaugų bendro teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ (2007m.) slauga namie – tai asmens sveikatos priežiūros kompleksinės slaugymo paslaugos, kurios yra teikiamos asmeniui (šeimai) bendruomenėje ir namie, kur jis gyvena, siekiant užtikrinti paslaugų prieinamumą ir tęstinumą bei tenkinant paciento slaugos poreikius, natūralioje aplinkoje (namų sąlygomis), skatinant paciento savirūpą (Kasiulevičius V., 2008).

Ilgalaikė priežiūra – tai slaugos ir socialinių paslaugų visuma, kurias teikiant asmeniui tenkinami slaugos ir socialinių paslaugų poreikiai, teikiama nuolatinė kompleksinė specialistų pagalba ir priežiūra. Ilgalaikė priežiūra asmeniui teikiama tada, kai nustatomas šios priežiūros poreikis. Ilgalaikės priežiūros paslaugų namuose gavėjai: suaugęs asmuo su negalia – darbingo amžiaus asmuo, dėl neįgalumo iš dalies ar visiškai netekęs gebėjimų savarankiškai rūpintis asmeniu gyvenimu ir dalyvauti visuomenės gyvenime, kuriam reikalingos ilgalaikės priežiūros paslaugos namuose; senyvo amžiaus asmuo – senatvės pensinio amžiaus asmuo, dėl amžiaus iš dalies ar visiškai netekęs gebėjimų savarankiškai rūpintis savo asmeniniu gyvenimu ir dalyvauti visuomenės gyvenime bei sergantis lėtinėmis ligomis, kuriam reikalingos ilgalaikės priežiūros paslaugos; asmuo, kuriam būtinos paliatyviosios pagalbos paslaugos ir kiti asmenys, kurių ilgalaikės priežiūros teikimo mastą ir rūšis nustato savivaldybė. Ilgalaikės priežiūros tikslas – sudaryti palankias sąlygas asmeniui kuo ilgiau savarankiškai ir išavertiškai gyventi bendruomenėje, namie, užtikrinant tinkamą slaugos ir socialinių paslaugų organizavimą ir teikimą asmeniui, apsaugant jį nuo ligos paūmė-



jimo ar esamų simptomų progresavimo, atsižvelgiant į šeimos poreikius ir galimybes (Kasiulevičius V., 2008).

Kasiulevičius V., (2008) teigia, kad vienas iš svarbiausių slaugančiojo funkcijų yra pasirūpinti tinkama ligonio aplinka. Ji turi būti saugi ir patogi ligoniui bei slaugantiesiems. Siekiant kokybiškos slaugos namie, labai svarbu pritaikyti tam namų aplinką ir parūpinti bent jau būtiniausių slaugos priemonių ir įrangą.

Ištvanas H., (1999) teigia, kas taip pat ir artimųjų rūpinimasis ligoniu, noras ir gebėjimas jį suprasti – visa tai yra labai svarbu, daro didelį poveikį tolesniam jo likimui.

Kasiulevičius V., (2008) teigia, kad norint sukurti ligonio gijimą skatinančią aplinką, parenkant ir įrengiant ligonio kambarį, reikia atsižvelgti, jei tai įmanoma, į tam tikrus reikalavimus. Ligonio kambarys turėtų būti saulėtas, tylus, lengvai pasiekiamas iš virtuvės ar kitų gyvenamųjų kambarių. Nuolat valomas dezinfekuojančiomis priemonėmis. Ligonio kambarys turi būti reguliariai vėdinamas, šviesos šaltinis neturi akinti. Ligonio lova turi būti patogi, geriausia – specialiai pritaikyta slaugai (funkcinė lova). Svarbi lovos padėtis kambaryje. Geriausia, kad ji stovėtų taip, kad ligonis galėtų matyti vaizdą pro langą, įeinančius į kambarį žmones. Lova turėtų stovėti kambario kampe, kad ligonis jaustųsi saugiau. Priėjimas prie ligonio turėtų būti iš jo dešinės pusės. Esant kai kurioms slaugymo situacijoms reikia palikti vietos patogiai prieiti prie lovos iš abiejų pusių, kad kokybiškiau ir lengviau būtų atliekami slaugos veiksmai. Svarbu, kad prie lovos būtų lengvai pasiekiami telefonas ir skambutis (varpelis).

Anksčiau vyravo nuomonė, kad dėl higieninių sumetimų visus nebūtinus ligoniui daiktus reikia iš kambario pašalinti. Dėl to kambaryje vyravo šalta, beasmenė atmosfera. Dabar manoma, kad ne tik higieniniai, bet ir psichologiniai priežiūros aspektai labai svarbūs ligonio savijautai. Ligonis savo aplinkoje turi turėti jam brangius prisiminimus žadinančių daiktų – paveikslų, nuotraukų, atminimo dovanų. Reikėtų užimti ligonį kokia nors jam tinkama ir prieinama pagal jo galimybes veikla. Parūpinti laikraščius, knygas, radijo imtuvą. Visa tai nukreipia ligonio mintis nuo sunkios esamos būklės.

Pasak Kasiulevičiaus V., (2008) kiekvienos ligos ar negalios atveju prireikia konkrečios slaugos įrangos, tačiau bet kuria liga sunkiam sergančiam ligoniui labiausiai reikalingos tokios bendrosios priemonės: funkcinė lova, pristumiamas stalelis, vaikštytynė, speciali įranga ligoniui perkelti iš lovos į vežimėlį ar vonią, neįgaliojo vežimėlis, specialūs turėklai vonioje/tualete, termometras, arterinio kraujospūdžio matavimo aparatas, svarstyklės, pagalbos tuštinantis ir šlapinantis priemonės (basonas, antelė, sauskelnės, kėdė-klozetas), maitinimo priemonės (specialūs šaukštai, gertuvės), asmens higienos įranga (specialūs ratai galvai plauti, vonios įranga), pra-

gulų profilaktikos priemonės (specialūs čiužiniai, voleliai, ratai), dezinfekcinės medžiagos, tvarsliaiva.

### 2.6.3. Artimųjų vaidmuo slaugant insultą patyrusį asmenį namuose

Sergančiųjų galvos smegenų insultu Lietuvoje sveikatos priežiūrą vykdo tiek pirminė sveikatos priežiūros grandis (šėimos gydytojai ir apylinkės terapeutai), tiek antrinė ir tretinė – neurologai, reabilitacijos gydytojai, kinezioterapeutais, ir kt. Šėimos gydytojui prižiūrint tokį pacientą ikithospitaliniame etape, įvykus galvos smegenų insultui, tenka pagrindinis vaidmuo. Vėliau paciento priežiūrą koordinuoja kitos sveikatos priežiūros tarnybos.

Paprastai pacientas gydomas specializuotame neurologijos stacionare. Gydymo metu pradedamas pirmas reabilitacijos etapas. Šiame etape dalyvauja reabilitacijos specialistai: fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojas, kinezioterapeutas, ergoterapeutas, psichologas, fizinės medicinos ir reabilitacijos slaugytojas, socialinis darbuotojas ir kt.

Antrasis reabilitacijos etapas (stacionarinis) skiriamas asmenims, kuriems po pirmojo reabilitacijos etapo biosocialinių funkcijų sutrikimai neišnyksta ir būtina tęsti atitinkamo lygio medicininės reabilitacijos paslaugas. Tuo tarpu asmenims, kuriems po pirmo reabilitacijos etapo stacionarinė reabilitacija nebūtina, skiriama ambulatorinė reabilitacija. Šiuo atveju pacientų sveikatos priežiūrą koordinuoja šėimos gydytojas, o šėimos nariui slaugytojui tenka pagrindinio reabilitacijos komandos nario vaidmuo.

Pirmo aktyvaus vizito metu šėimos gydytojas sprendžia, ar reikalinga tolimesnė reabilitacija. Šio vizito metu labai svarbu įvertinti paciento funkcinio savarankiškumo lygį (galimybę savarankiškai spręsti apsitarnavimo problemas), pažintinę funkciją, emocijų sutrikimus, skausmo problemas, pragulas ir kt. sutrikimus. Šėimos gydytojas įvertina paciento būklę pagal tam tikrus nustatytus vertinimo kriterijus, remiantis pacientų po insulto priežiūros sistema. Ši sistema pagrįsta Lietuvoje atliktu atsitiktinės atrankos būdu kontroliuojamu tyrimu Vilniaus mieste, kuriame dalyvavo 251 pacientas. Minėtas tyrimas įrodė, kad aktyvaus pacientų stebėjimo sistema taikoma šėimos gydytojo praktikoje padidina pacientų funkcinį savarankiškumą ir sumažina depresija. Kaip rodo daugelis pasaulyje atliktų tyrimų, šie faktoriai labai svarbūs siekiant sumažinti persirgusių galvos smegenų insultu pacientų mirtingumą. Šėimos gydytojo aktyvaus stebėjimo programą turi sudaryti aktyvaus stebėjimo šėimos gydytojo ir bendruomenės slaugytojos vizitai (pirmas - praėjus 2 savaitėms, sekantis – praėjus 6 savaitėms ir trečias - praėjus 12 savaitių po iš rašymo iš reabilitacijos skyriaus). Vėliau šėimos gydytojas persirgusį insultu pacientą privalo įvertinti kas 3 mėnesius, o bendruomenės slaugytoja - kiekvieną mėnesį.

Šio šeimos gydytojo vizito pas pacientą metu sutuoktinis supažindinamas su diagnostinių skalių ir kitais vertinimo rezultatais, esama paciento būkle. Išaiškinama paciento slaugos taktika, komplikacijų ir gretutinės patologijos gydymo būtinybė (Medicinos praktika, 2011).

Narvilienė D., Istomina N., Sąlyga J. (2008, p. 1660) teigia, kad pacientas – ne subjektas, kuriam sutriko vieno organo funkcija, bet žmogus, turintis problemų, kurias reikia spręsti atsižvelgiant į fizinius, psichinius bei socialinius aspektus. Daug pacientų po patirto insulto grįžta į namus turėdami negalią, todėl paciento ir jo sutuoktinio mokymas yra svarbi slaugymo praktikos dalis.

Persirgusių insultą pacientų ir jų sutuoktinių mokymui tyrėjai teikia daug reikšmės. Netinkamas pacientų ar jų sutuoktinių požiūris į reabilitacijos po insulto svarbą bei motyvacijos trūkumas įvardijami kaip vienas iš pagrindinių kliūčių sėkmingai reabilitacijai.

Kaip teigia Gilbertson L., Langhome P., Walker A. (2000), kadangi sutuoktinis atlieka pagrindinį vaidmenį prižiūrint pacientą, po patirto insulto ir gyvena bendruomenėje, jis turi būti aktyviai rengiamas namų slaugytojo vaidmeniui pacientui dar esant ligoninėje, nes išrašymas į namus gali būti labai svarbi slaugos ir reabilitacinio proceso stadija.

Anot Rubenach S., Winsor A. (2003) mokymo programa ir pasitarimai apie insulto ištikto paciento priežiūrą stiprina šeimą, gerina šeimos funkcionavimą ir yra insultu sergančių pacientų bei jų sutuoktinių psichologinių, socialinių problemų išsėitis.

Mokymo programoje turi būti nuolat akcentuojama viltis pasveikti. Tai pozityviai veikia patyrusiuosius insultą, nes padeda valdyti depresiją, skatina savarankiškumą ir bendravimo ryšius. Svarbiausi slaugos elementai: aiškūs ir suprantami informacijos šaltiniai, paciento naujai išmoktų įgūdžių tobulinimo strategijos, nuolatinis savirūpos valdymo išteklių panaudojimas (Monsivais D. ir Reynolds A., 2003).

Norint tinkamai slaugyti ligonį yra svarbi tinkama *kūno padėties reikšmė*. Tinkamai adaptuojant praktikoje kūno padėčių parinkimo strategiją, už kurią atsakingas ir sutuoktinis, gali būti vienas iš teigiamų įvairiapusės pagalbos faktorių, lemiančių geresnius insulto gydymo rezultatus. Pasinaudodami pagalvėmis ar kitais minkštais daiktais, suteikiama kūnui kuo patogesnė padėtis, o specializuotų volelių pagalba ji reguliariai keičiama. Tokiu būdu sutuoktinis stebi, kad ligoniui nesusiformuotų pragulos, neišsivystytų kontraktūros, skausmo sindromas, slopinamas besivystantis spastiškumas, besiformuojantys patologiniai refleksai.

Dėl laiko stokos ar siekiant greito rezultato, dažnai paskubama ligonį statyti, žengti pirmuosius žingsnius. Tačiau pacientas dar nesuvokia savo kūno padėties, nejaučia ir nemoka valdyti pažeistosios kūno pusės. To pasekoje atsiranda baimė,

griuvimo rizika. Reabilitaciniu ambulatoriniu periodu vertėtų daugiau akcentuoti pusiausvyros ir balansavimo pratimus.

Kaip teigia Kazlauskas H. (2005), Brunner S. ir kiti (2006), ANAES (2002), *galvos padėties* priežiūra esant ūmiam galvos smegenų insultui yra labai svarbi. Pacientams, sergantiems ūmiu išeminių galvos smegenų insultu, rekomenduojama laikyti galvą pakelta 30 laipsnių kampu. Vadovaujamas koncepcija, kad „galvos padėtis priklauso nuo bendros hemodinamikos ir intrakrajinio spaudimo“. Tačiau naujausių studijų autoriai, ištyrę galvos padėties ryšį su galvos smegenų kraujotaka, nustatė, kad pacientams, sergantiems išeminių insultu, yra naudingiausia horizontali galvos padėtis, padedanti geriau aprūpinti pažeistą galvos smegenų audinį krauju is sumažinti infarkto apimtį.

Anot Kazlauskas H. (2005) ir Fondation des maladies du coeur (2011), partnerio *slauga esant rijimo sutrikimui bei mitybos ypatumai* po patirto insulto keičiasi. Disfagija paprastai suprantama kaip sutrikęs rijimas. Normalų rijimo procesą sudaro 4 fazės: oralinio paruošimo, oralinė, faringinė ir ezofaringinė. Insulto metu paprastai sutrinka pirmosios 3 rijimo fazės.

Kaip teigia Kazlauskas H. (2005) ir Fondation des maladies du coeur (2011), ištiktiems insulto pacientams valgymo procesas gali sutrikti dėl įvairių priežasčių: dėl mieguistumo, priverstinės gulimos padėties, sutrikus manipuliavimui maistu lėkštėje, maisto pakėlimui iki burnos, išsižiojimui ir susičiaupimui, kramtymui bei rijimui. Siekiant išspręsti visas šias valgymo problemas esant ūmiam insultui, pirmiausia reikia greitai ir tiksliai įvertinti valgymo (rijimo) funkciją, nes sisteminė ir pakartotinė apžiūra, valgymo proceso stebėjimas ir rijimo testavimas pagerina planingą slaugą, atitinkančią paciento poreikius.

Kaip pataria Kazlauskas H., (2005) ir Fondation des maladies du coeur (2011), nustačius rijimo sutrikimą, būtina pasirinkti saugų mitybos būdą, t.y. maitinimą nazogastrininiu zondų, o valgymo procesui sutrikus ilgiau kaip 3-4 savaites ir esant nepalankiai šios funkcijos atsinaujinimo prognozei, svarstoma ar nereikėtų pacientą maitinti perkutaninės gastrostomijos metodu, kuris yra saugus ir gerai toleruojamas pacientų, trinčių rijimo sutrikimų.

Net ir pacientų, kurių rijimo funkcija nesutrikusi, būtina suformuoti teisingos mitybos įpročius; maistas turi būti lengvai virškinamas, vitaminingas. Valgyti reikia 4 – 5 kartus per dieną ir kuo mažiau vartoti gyvulinių riebalų, druskos, skysčių, nerūkyti ir negerti alkoholio (Kazlauskas H., 2005 ir Fondation des maladies du coeur, 2011).

*Esant šlapimo bei išmatų nelaikymui po partnerio patirto insulto* kaip teigia Kazlauskas H. (2005) ir Self – learning portal (2010) iškyla infekcijos pavojus. Insulto metu atsiradusi tokia problema gali lemti blogus gydymo rezultatus, ilgainiui sukelti pačių pacientų ir/ar sutuoktinių depresiją.

Jei pacientas sąmoningas, sutuoktinis pirmiausiai turi išsiaiškinti apie jo norą šlapintis, šlapimo varvėjimą, šlapinimosi periodiškumą. Šiems pacientams ypač svarbu odos pažeidimų profilaktika, tinkamas šlapimą sugeriančių produktų parinkimas, aplinkos pritaikymas ir gyvenimo būdo korekcija.

Kaip pataria Kazlauskas H. (2005) ir Self – learning portal (2011) esant išmatų persipildymo nelaikymui, reiktų išvalyti žarnyną žvakučių pagalba, naudojant klizmutes arba susikaupusias išmatas pašalinant ranka. Taip pat skiriama daug skaidulų turinti dieta, 2 litrai skysčių per dieną. Sutuoktinis turėtų nuolat priminti pacientui, kad reikia pasituštinti, jis skatinamas reguliuoti šį procesą.

Namuose partneriui turi būti sudarytos palankios sąlygos pasituštinti: patogus ir

saugus tualetu kambarys, jeigu reikia – basonas lovoje, rami aplinka bei optimali aplinkos temperatūra.

Jeigu yra didelio laipsnio išmatų nelaikymas, būtina pacientą kuo greičiau apiplauti po pasituštėjimo, naudojant neutralias odos valymo priemones, saugant tarpvietę nuo sudirgimo. Patartina tepti apsauginiais kremais, naudoti sauskelnes. Baldų paviršius turi būti lengvai plaunamas ir dezinfekuojamas, dažnai keičiama patalynė, naudojami neutralūs oro gaivikliai (Kazlauskas H., 2005 ir Self – learning portal, 2011).

Esant *psichologinio pobūdžio problemoms* jų sprendimas po insulto yra būtinas. Kaip teigia Briedytė J. (2010), pacientams, persirgusiems galvos smegenų insultu, sutrinka ne tik fizinės funkcijos, bet ir dažnai atsiranda įvairių psichosocialinių disfunkcijų. Sutrikus psichosocialiniam funkcionavimui pacientui sunku prisitaikyti įprastinėje aplinkoje, tai blogina jo gyvenimo kokybę.

Pasak Grigaliūnienės V., Stolygaitės A. (2006), dalis pacientų po galvos smegenų insulto susergera depresija arba yra linkę į socialinę izoliaciją. Pyktis ir nerimas yra įprasta poinsultinė reakcija į savarankiškumo praradimą. Neretai insulto pasekme tampa mąstymo rigidiškumas, sumažėjęs pakantumas aplinkai, jautrumas bei problemų neigimas. Liga paveikia ne tik patį pacientą, bet ir jo šeimos narius, gali sutrikdyti iki susirgimo buvusią harmoningą šeimos struktūrą, o jo šeimos nariams taip pat gali iškilti psichologinių problemų.

Anot Grigaliūnienės V., Stolygaitės A., (2006) insultas neretai radikaliai paveikia žmogaus ateities planus ir viltis, priverčia prisitaikyti prie naujo vaidmens šeimoje ir dažnai reiškia karjeros pabaigą. Dauguma žmonių vertina save atsižvelgdami į savo veiklą, o insultas yra liga, kuri paverčia žmogų beverčiu, nes iš jo atimama savarankiškumo galimybė.

Kaip teigia Grigaliūnienė V., Stolygaitė A. (2006), reabilitacija, patyrus insultą, dažniausiai būna ilga, skausminga ir frustruojanti. Pacientų pastangos neduoda greitų rezultatų, ir tai sumažina motyvaciją.

Manoma, jog reabilitacijos pradžioje ši reakcija yra tikėtina ir normali, tačiau, jei motyvacijos stoka menkina sveikimo proceso progresą arba išsiplėčia, apimdama ir kitus gyvenimo aspektus, tai gali būti vienas iš depresijos požymių. Pacientų demonstruojama apatija gali būti depresijos simptomas, tačiau ji gali būti ir tiesiogiai susijusi su insulto pažeista galvos smegenų sritimi, kuri kontroliuoja entuziazmą, energiją ir motyvaciją.

Pasitikėjimo savimi praradimas ar priklausomumo nuo aplinkinių jausmas taip pat skatina apatijos atsiradimą. Ši emocija praeina pacientui pradėjus sveikti ir matant realius reabilitacijos pasiekimus. Sutuoktinio rūpinimasis pacientu efektyvus tik tuomet, kai asmuo, ištiktas insulto, susitaiko su savo medicinine diagnoze. Šis laikotarpis sunkiausias ne tik pacientui, bet ir jo sutuoktiniui. Sutuoktinis privalo pacientui suteikti psichologinę paramą, padėti išlaikyti kuo ilgiau savigarbą. Sutuoktinis turi pacientą išklausti, esant reikalui jį paguosti ir nuraminti, leisti jam laisvai reikšti savo emocijas, išsakyti kančią, formuoti subtilų paciento savęs vertinimo pagrindą.

#### 2.6.4. Artimųjų, slaugančių insultą patyrusį asmenį, gyvenimo pokyčiai

*Gyvenimo kokybė susijusi su sveikata.* Kaip teigia Kalėdienė R. ir kt. (1999), gyvenimo kokybė tai individo atsakas į fizinius, psichologinius ir socialinius kasdieninio gyvenimo pokyčius, kurie lemia pasitenkinimo gyvenimo aplinkybėmis laipsnį. Tai ne tik fizinė gerovė, bet ir gerovės suvokimas bei bendras savo vertės jausmas. Ji apima visas gyvenimo sritis, kurios veikia asmeninę pasitenkinimą ir savigarbą.

Anot Furmonavičius T. (2004), medicinoje priimta gyvenimo kokybę nagrinėti apsiribojant tais jos aspektais, kurie tiesiogiai susiję su tiriamojo žmogaus sveikata. Sąvoka su sveikata susijusi gyvenimo kokybė apima šias kategorijas: gyvenimo trukmę, funkcinę būklę, sveikatos pablogėjimą, supratimą apie sveikatą ir galimybes.

Levickienė I., Istomina N., Razbadauskas A. (2007) siūlo, kad su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimas turėtų apimti:

- fizinį aktyvumą, kuris apibūdina paciento gebėjimą apsitarnauti, jo funkcinę būklę, judrumą, veiklą namie ir darbe, su liga ir gydymu susietus simptomus: pvz., skausmą ir kt. (Krančiukaitė D., Rastenytė D., 2006);
- psichologinį funkcionavimą: stresą, nerimą, depresiją ir kt. (Asadauskienė J., Rakauskienė N., Varoneckas G., Janušonis V. 2006, Rastenytė D., Krančiukaitė D., 2007);
- socialinį funkcionavimą: santykius šeimoje, su draugais, laisvalaikį bei kitus aspektus - dvasinius ar egzistencinius rūpesčius, seksualinį funkcionavimą ar išvaizdą bei pasitenkinimą sveikatos priežiūra.

Gyvenimo kokybės vertinimas paprastai apima fizinius, funkcinus, psichologinius, kognityvius ir socialinius gyvenimo veiksnus. D. Krančiukaitė, D. Rastenytė

(2006) pažymi, kad gyvenimo kokybės tyrimai rodo subjektyvų individo savų funkcijų ir bendros būklės suvokimą.

Pastaraisiais metais atliekami moksliniai tyrimai ir nustatomi veiksniai, kuriais remiantis galima būtų prognozuoti persirgusiųjų insultu funkcinės būklės atsigavimą ir suteikti informaciją pacientui ir jo šeimos nariams, numatant namų aplinkos poreikius grįžus į namus.

Anot Milinavičienės E., Rastenytės D., Kriščiūno A. (2007) tirti vyrų ir moterų, persirgusių insultu, gebėjimo atlikti pagrindinę kasdienę veiklą po insulto skirtumai parodė, kad ikiinsultinis fizinis aktyvumas ir depresijos simptomai yra svarbūs prognoziniai funkcinės būklės atsigavimo persirgus insultu požymiai. Moterų blogesnis funkcinės būklės atsigavimas ir mažesnis fizinis aktyvumas galėjo būti dėl vyresnio amžiaus, blogesnio fizinio pajėgumo iki insulto ir poinsultinės depresinės būklės. Pasak autorių, amžius yra ne tik svarbiausias insulto rizikos veiksnys, bet jis gali turėti įtakos ir funkcinės būklės atsigavimui po insulto.

Petruševičienės D., Kriščiūno (2005) teigimu, būklė po insulto yra pats svarbiausias prognozinis rodiklis, kuriuo remiantis galima prognozuoti ligos baigtis įvairiais požūriais. Insulto sukelti neurologiniai pažeidimai aprašomi kaip nepalankūs pacientų funkcinės būklės prognoziniai veiksniai. Taip paaiškinama, kad pacientams, kuriems po insulto randasi sunkių neurologinių pažeidimų, yra bloga funkcinio atsigavimo prognozė, o šie požymiai sąlygoja didesnę negalią.

Analizuojant atskirų insulto sukeltų neurologinių pažeidimų įtaką ligos baigtims teigiama, kad sąmonės sutrikimo lygis ligos pradžioje yra svarbus veiksnys, turintis įtakos blogam funkcinės būklės atsigavimui ir mirčiai (Lawrence E. ir kt., 2001).

R. Meijer ir bendraautoriai (2005), tirdami prognozių požymių įtaką funkcinės būklės atsigavimui ūmios insulto fazės metu, nustatė, kad vienas pagrindinių veiksnių, prognozuojantis blogą insulto baigtį, yra pažintinių funkcijų sutrikimai.

Kaip teigia Graeme J. Hankey (2007, p. 328), insultą išgyvena ne tik pacientas, bet ir jo šeimos nariai. Binder L.M., (1984) teigimu, besirūpinantys ligoniais asmenys dažnai patiria fizinę, emocinę, socialinę, ekonominę naštą, kurią sveikatos priežiūros specialistai vertina kaip tam tikrą neišvengiamumą. Susirgus vienam iš šeimos narių, patenkama į unikalią situaciją, nes, viena vertus, jie nori suteikti pagalbą ir paramą ligoniui, o, antra vertus, paramos reikia jiems patiems.

Anot Dennis M. (2000, p. 47), artimieji, o ypač sutuoktinis yra ligonio kančios liudininkai, patiria psichologinį skausmą ir kaltę, jeigu jie negali ligoniui suteikti paguodos ar pasirūpinti reikalinga medicinos pagalba, kuri palengvintų ligonio kančias. Ligonio priežiūros našta turi neigiamą poveikį šeimos nariams, neturintiems tinkamų išteklių ar menkai pasirėngusiems prižiūrėtojo vaidmeniui.

Kaip teigia Dennis M. (2000), sutuoktinis po ištikusio insulto partnerio priežiūrai skiria dvidešimt keturias valandas per parą, septynias paras per savaitę ir taip daugelį metų. Sutuoktinis, slaugantis ligonį po patirto sunkaus insulto, patiria kardinalius pokyčius savo asmeniniame gyvenime: įtampa, gali pablogėti tiek jų fizinė, tiek dvasinė būklė, neatmetama socialinės izoliacijos galimybė (pvz., nekviečiami svečiai į namus ir nebeišeinama į svečius).

Kaip teigia Grigaliūnienė V., Stolygaitė A. (2006), pacientai, kuriems būdingas polinkis į depresiją ir pyktį, arba tie, kurių asmenybės dėl insulto radikaliai pasikeitė, juos slaugantiems asmenims gali sukelti pykčio ir apmaudo jausmą. Kartais šis pyktis perauga į kaltės jausmą, paremtą priekaištais sau („kaip aš galiu pykti ant jo, jei jis ligonis?“), dėl to gali padidėti ir taip jau išgyvenamas nerimas, o kartais tai gali peraugti ir į depresiją.

Sutuoktiniui jo partnerio liga sukelia ilgalaikį stresą. Ši emocinė būseną negai-  
lestingai sekina tiek fiziškai, tiek psichiškai. Stresas gali paveikti ir šeimos sistemą: vertybes, ribas, sąveikos šeimoje modelius, socialinius vaidmenis.

Nuolatinis stresas meta šešėlį ir šeimos planams. Pastebėta, jog sutuoktinio, slaugančio pacientą po patirto insulto patiriamo streso intensyvumas priklauso nuo insulto stiprumo ir paciento sveikatos būklės, nuo to, kiek ir kokios specifinės priežiūros reikia pacientui. Sutuoktiniui jo partnerio liga taip pat gali turėti ir kitų psichologinių pasekmių, pvz., nemiga, nuolatinis irzlumas, baimės bei netikrumo dėl ateities jausmas (Dennis M., 2000, p. 47).

Anot Grigaliūnienės V., Stolygaitės A. (2006), pirminis palengvėjimas, kad artimas žmogus išgyveno, greitai perauga į naują baimę – ar jis pasveiks? Netikėjimas, jog artimasis visiškai pasveiks, suvokiamas kaip neleistinas, todėl viliamasi visiško pasveikimo, kurio nepasiekus, sutuoktinis išgyvena nusivylimą, pyktį, praradus lygiavertį partnerį.

Pasak Binder L.M. (1984, p. 174), sutuoktinis gali būti priverstas pakeisti darbą ar profesiją, sumažinti darbo valandų skaičių, kartais turi visiškai atsisakyti profesinės veiklos, kad galėtų prižiūrėti savo partnerį. To pasekoje šeimoje gali atsiranda finansinių problemų. Šeimai kyla neišvengiama grėsmė. Grėsmės pavojus priklauso nuo to kaip šeimos nariai remia vienas kitą ir kiek paramos jie gauna iš aplinkinių. Šeimos nariai ateityje beveik nemato palengvėjimo. Susiformuoja uždaras ratas „sergantis partneris – namai“. Rutina tiesiog bukina, sutuoktinis nebeturi laisvalaikio, atsisako mėgiamų pomėgių. Užuoat siekė nepriklausomybės, brendimo ir individualizacijos, sutuoktinis ir pacientas mato tik nevilgtį, priklausomybę ir socialinę izoliaciją.

Artimo žmogaus liga negali nepakeisti šeimos gyvenimo. Juk šeima veikia kaip viena visuma. Jei kažkas šeimoje negali atlikti savo funkcijų, tai turi atlikti kiti. Gerai funkcionuojančioje šeimoje taip ir yra. Sveikieji (arba sveikesnieji) perima susirgu-



siojo darbus, pareigas. Atsiranda ir nauja pareiga: padėti sergančiajam, slaugyti jį. Keičiasi finansinė padėtis, tarpusavio santykiai, bendravimas su kitais žmonėmis. Dažnai reikalinga ir kitų žmonių pagalba. Jos paprašyti, net ją siūlomą priimti mūsų dienomis nėra paprasta. Kitų žmonių pagalbą slaugantysis gali priimti kaip savo silpnumo, negalėjimo susitvarkyti pačiam patvirtinimą. Slaugantysis mano, kad sunkaus ligonio slaugymas yra vien tik artimųjų, šeimos atsakomybė. Kad negalima kitam užkrauti slaugymo naštos. Antra vertus, žmonės, susidūrę su kito žmogaus liga, dažnai sutrinka, nežino, kaip elgtis, kaip pasiūlyti pagalbą (Morkūnienė R., 2011)

Susirgus pasikeičia bendravimo ratas: buvę artimi žmonės gali nutolti, tačiau atsiranda nauji ryšiai. Artimo žmogaus liga yra labai geras būdas pasitikrinti santykius. Jau sakiau, kad žmonės dažnai sutrinka, išsigąsta sužinoję apie sunkią kito ligą. Nežino, kaip elgtis. Linkę vengti atvirų santykių su sergančiuoju. Tai sąlygoja jų pačių baimę dėl savo sveikatos, abejonės dėl savo gyvenimo prasingumo. Bendravimas priklauso ir nuo sergančiojo bei jo artimųjų, ir nuo šalia esančių žmonių noro, pasirengimo bendrauti su sergančiojo šeima. Kartais sunkiausia yra žengti pirmąjį žingsnį. Kad galėtume būti ramūs ir kantrūs su sergančiu artimuoju, suprasti, tinkamai pasirūpinti ne tik fiziologiniais, bet ir emociniais, dvasiniais jo poreikiais, reikia tvarkos, pusiausvyros, aiškumo slaugančiojo viduje. Kad galėtume tinkamai pasirūpinti sergančiuoju, turime nepamiršti pasirūpinti savimi. Pradėkim nuo labai paprastų dalykų: nepamiršti pamiegoti, pavalgyti, pagal galimybes tinkamai paskirstyti laiką sau ir sergančiajam. Pasirūpinti savimi nereiškia apleisti sergantįjį. Privalu jausti atsakomybę pasirūpinti savimi, kad galėtume padėti ligoniui. Tai, kaip jaučiamės slaugydami, priklauso nuo mūsų apsisprendimo, pozicijos pasirinkimo, sugebėjimo įžvelgti to, ką darome, prasmę. Jei slaugantysis jaučiasi auka, sugniuždytas, pakliuvęs į spąstus, nemato išeities, galvoja, kad neištvers, jam tikrai bus labai sunku. Jei slaugantysis gali saugiai išgyventi visus slaugant kylančius jausmus, jei sugeba naujai pasižiūrėti į situaciją, įžvelgti kančios prasmę (bent jau didesniąją laiko dalį), jis jaušis turintis daugiau energijos, galintis padėti sergančiajam (Morkūnienė R., 2011).

Morkūnienė R. (2011) taip pat teigia, kad labai svarbus kitų žmonių palaikymas, pastiprinimas, kad slaugančiojo veikla yra prasminga, svarbi. Pagaliau galimybė pasikalbėti apie tai, ką išgyvena slaugantysis, psichologine kalba kalbant: saugiai išreikšti savo jausmus. Ypač padeda bendravimas su panašius sunkumus patiriančiais žmonėmis. Apskritai nėra pas mus tradicijos atsakingai rūpintis savo vidiniu pasauliu. Padeda ir galimybė kartkartėmis bent trumpai atitrūkti nuo tiesioginių slaugymo reikalų, užsiimti kažkuo visai kitu, kažkuo, ką mėgstam. Nebūtina keliauti į Kanarų salas. Dvasios atostogoms gali užtekti kelių akimirkų. Tiesiog imti ir kitaip pasižiūrėti į žaidžiantį vaiką, į vėjo judinamą medžio šaką, į dangų pro palatos langą. Stiprinamai veikia tikėjimas, malda. Slaugyti, būti kartu su sergančiuoju, kenčiančiu žmogumi yra ne tik pareiga, papildomi rūpesčiai, bet kartu ir ypatinga galimybė ge-

riau pažinti save, augti kaip asmenybei. Kančia gali atskleisti labai didelius žmogaus turtus. Tik turime būti atviri naujai, kad ir sunkiai patirčiai.

Neišreikšti jausmai žmogų griaua iš vidaus, sukelia vidinę įtampą. Jei juos užslopiname, negalime jausti vidinės pusiausvyros. Ilgainiui užslopinti jausmai gali sukelti depresiją, kitus emocinius sutrikimus, kai kurias somatines ligas. Apskritai sunkiai sergančiuosius slaugantys artimieji yra labai pažeidžiami. Jie net vadinami „slaptaisiais pacientais.“ Dažnai atsitinka taip, kad žmogus metų metais slaugo sunkiai sergančius artimuosius. Rūpinasi jais, pamiršdamas save, visiškai nualindamas savo jėgas, kol galiausiai pats susergera, nepajėgia susitvarkyti su kasdienėmis užduotimis. Labai dažnai tai atsitinka, kai nelieka kuo rūpintis. Tikrai ne visus jausmus galime laisvai išreikšti prie ligonio lovos. Matydamas slaugančiojo kančią, ašaras, sergantysis jaučiasi kaltas. Nuo to jo sveikata tikrai nepagerės. Todėl svarbu, kad slaugantysis turėtų su kuo pasikalbėti, išreikšti visus slaugymo situacijoje kylančius jausmus (Morkūnienė R., 2011)

Artimųjų indėlis slaugant insultą patyrusius pacientus yra labai reikšmingas, tačiau ligos pasekmės turi didelės įtakos jų pačių sveikatai bei asmeniniame gyvenime (Narvilienė D. ir kt., 2008).

## Literatūra

1. Asadauskienė J., Rakauskienė N., Varoneckas G., Janušonis V. (2006). Poinšultinės depresijos paplitimas ir sąsajos su persirgusių galvos smegenų insultu funkcinė būklė ir gyvenimo kokybė. Sveikatos mokslai. 3, P. 33-39.
2. Budrys V. (1998). Galvos smegenų insultas: fatališka neišvengiamybė ar ...? Neurologijos seminarai. 1(3), P. 5-7.
3. Furmonavičius T. (2004). Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės tyrimų metodologiniai aspektai. Medicina. 40 (6), P. 509-516.
4. Kalėdienė R., Petrauskienė J., Rimpela A. (1999). Šiuolaikinio visuomenės sveikatos
5. mokslo teorija ir praktika. Kaunas: Šviesa.
6. Kazlauskas H. (2005). Sergančiųjų galvos smegenų insultu slaugos teoriniai ir praktiniai aspektai : mokymo priemonė. Klaipėda : Klaipėdos universiteto leidykla.
7. Krančiukaitė D., Rastenytė D. (2006). Measurement of quality of life in stroke patients.
8. Medicina. 42 (9), P. 709-714.
9. Levickienė I., Istomina N., Razbadauskas A. (2007). Pagėgių bendruomenės pagyvenusių ir senų žmonių požiūrio į gyvenimo kokybę analizė. Sveikatos mokslai. 17(3), P. 981-986.

10. Milinavičienė E., Rastenytė D., Kriščiūnas A. (2007). Veiksniai, turintys įtakos galvos
11. smegenų insulto baigtims. *Medicina*. 43(4), P. 269–277.
12. Mususeima.lt, Pirminės sveikatos priežiūros paslaugos, 2009, internetinė prieiga
13. [http://www.mususeima.lt/lt/straipsniai/paslaugos\\_seimai/sveikatos\\_prieziuros\\_paslaugos/pirmines\\_sveikatos\\_prieziuros\\_paslaugos](http://www.mususeima.lt/lt/straipsniai/paslaugos_seimai/sveikatos_prieziuros_paslaugos/pirmines_sveikatos_prieziuros_paslaugos), žiūrėta [2011 – 03 – 21].
14. Narvilienė D., Istomina N., Sąlyga J. (2008). Persirgusiųjų galvos smegenų
15. insultu gyvenimo pilnatvės vertinimo aspektai. *Sveikatos mokslai*. 2 (56), P. 1658 – 1662.
16. Petrauskienė J., Bierointas D., Kalėdienė R., Zaborskis A. (1996). Lietuvos gyventojų
17. mirtingumo medicininiai socialiniai aspektai. Kaunas: KMA I-kl.
18. Petruševičienė D., Kriščiūnas A. (2005). Veiksniai, turintys įtakos sergančiųjų galvos
19. smegenų insultu ergoterapijos efektyvumui. *Medicina*. 41(4), P. 320.
20. Rastenytė D., Krančiukaitė D. (2007). Poinsultinė depresija ir jos įtaka gyvenimo kokybei. *Medicina*. 43(1), P. 1-6.
21. Samėnienė J, Kriščiūnas A, Šveikauskaitė A. (2005). Sergančiųjų kraujotakos ligomis
22. veiklos ir dalyvavimo visuomeniniame gyvenime vertinimas. *Medicina*. 41 (2), P. 109-116.
23. Šapoka V. (2001). Pirminė ir antrinė išeminio insulto antitrombozinė prevencija, Kaunas.
24. Valeikienė J., Dementavičienė J. (2007). Galvos diagnostikos metodai ir jų vertė parenkant optimalią gydymo taktiką. *Medicinos teorija ir praktika*. 3, P. 226-231.
25. Larson J. ir kiti (2005). Spouse's life situation after partner's stroke event : psychometric testing of a questionnaire. *Journal of Advanced Nursing*. 52(3), P. 300–306.

## 2.7. SERGANČIŲJŲ DEMENCIJA SLAUGOS YPATUMAI

### 2.7.1. Demencija – pagyvenusių ir senų žmonių susirgimas

**Demencijos samprata.** Demencija yra viena iš pagrindinių vyresnio amžiaus žmonių psichikos patologijos formų.

Kadangi šiuo metu žmonių gyvenimo trukmė visame pasaulyje turi tendenciją ilgėti, tai ir demencijos atvejų pasitaiko vis dažniau.

Pagal Naurath H.J. (1990), demencija serga 2,4 - 5,1 proc. 65 - 69 metų amžiaus žmonių, 5,3 - 9,1 proc. 70 - 74-erių, 10 - 12,5 proc. 75 - 79-erių, 20 - 24,2 proc. - 80 - 90-ties metų ir virš 30 procentų vyresnių nei 90 metų asmenų.

Fišas J. (2005) akcentuoja pagyvenusių žmonių gausėjimą. Pateikti duomenys rodo, kad vyresnio amžiaus žmonių 1995 - 2003 m. padaugėjo virš 10 procentų. Kas šeštas vyras ir kas ketvirta moteris peržengė 60 m. amžiaus ribą.

Praktiškai kas penkerius metus demencija sergančių skaičius padvigubėja (Šiurkutė A., Budrys V., 1999). Daugelis autorių pritaria, kad demencija yra ne tik medicininė, bet ir socialinė, netgi valstybinė bei finansinė problema.

Vilionskis A. (2003) demenciją apibūdina kaip „mūsų laikų rykštę“. 1991 m. medicinos enciklopedijoje demencija apibrėžiama kaip silpnaprotystė, išstinkanti normalios psichikos žmogų.

Aukštakalnienė A. (2002) teigia, kad „demencija nėra normalaus žmogaus psichikos sutrikimas“ ir nurodo šios ligos priežastis.

Klasikiniuose demencijos apibrėžimuose atmintis užima pagrindinę vietą, be jos, dar būtina prisideda bent vienas kitos kognityvinės funkcijos sutrikimas: kalbos, praksijos, vizualinio - konstrukcinio sugebėjimo ar frontaliųjų funkcijų.

Kai kuriuose straipsniuose demencija įvardijama kaip smegenų ligos sukeltas klinikinis sindromas.

Labai reikšmingi demencijos demografiniai rodikliai. Bikmanienė R., Danusevičienė L. (2002) nurodo, jog 1980 m. pasaulyje buvo apie 5 mln. demencija sergančių žmonių, 2000 m. – daugiau negu 10mln.

Knašienė J. (2003) globaliai apibendrina demencijos paplitimą. Jos duomenimis, demencija serga apie 19 mln. viso pasaulio ir 3,2 mln. Europos gyventojų; 21 - 72 proc. atvejų demencija nediagnozuojama ankstyvoje stadijoje, nes dažnai ligos simptomai neatskiriami nuo normalaus senėjimo proceso sąlygotų pažinimo funkcijų blogėjimo.

Lietuvoje demencijos paplitimas, lyginant su kitomis šalimis, yra skirtingas. Aiškių duomenų apie demencija sergančių žmonių skaičių nėra. Lietuvos Naciona-

linės psichiatrijos duomenų bazė nurodo, kad bendras demencijos atvejų skaičius 2002 m. buvo - 14823, iš kurių AL ligos atvejų - 495, kraujagyslinių demencijų - 2161, kitų demencijų - 12167 (Macijauskienė J., 2005). Remiantis užsienio šalyse atliktais epidemiologiniais tyrimais, Lietuvoje demencijos ligų atvejų diagnozuojama aiškiai mažiau, negu turėtų būti šia liga sergančiųjų.

Dažniausiai, apie 50 - 60 proc. atvejų demenciją sukelia AL liga; apie 10-20 proc. atvejų sudaro kraujagyslinės demencijos bei apie 10-15 proc. – mišrios demencijos (Vaitkevičienė A., 2003). Aukštakalninė A. (2002) mišrias demencijas įvardina kaip „pseudodemencijas“, kurios atsiranda dėl infekcijų, medžiagų apykaitos sutrikimų, struktūrinių smegenų defektų, endokrininių pakitimų, depresijos, somatinių ligų.

Į demencijos problemą dažnai gilinamasi įvairiais – klinikiniais, neurobiologiniais, socioekonominiais, neuropsichiatriniais ar paveldimumo – aspektais.

Pastarąjį dešimtmetį vis daugiau kalbama apie psichosocialinę žmogaus gerovę. Pagal Knašienę J. (2003), psichikos problemų padažnėjimas vyresniame amžiuje skatina gerontopsichiatrijos plėtrą. Siekiant pažinti ir valdyti senėjimo procesus, reikalingos įvairių mokslo sričių, tarp jų ir gerontologinės praktikos žinios.

**Demencijos atsiradimo priežastys ir simptomai.** Demencija turi įtakos asmenybės pakitimui bei visoms psichikos funkcijoms. Jos atsiradimą dabar bandoma aiškinti neurotransmiterių, ypač cholinerginių, deficitu. Nustatyta, kad atminties mechanizmuose dalyvauja daugiau kaip 30 neuromediatorių ir neuromoduliatorių, svarbiausias jų - acetilcholinai. Limbinės sistemos dariniuose esantys cholinerginiai neuronai neurobiologiniais ryšiais susiję su visomis smegenų struktūromis (Naurath H.J., 1990).

Liesienė L. (1999) plačiau aprašo Papeco (limbinės sistemos) rato pažeidimą, dėl to sutrikusią atmintį (trumpalaikę, ilgalaikę), emocijų protrūkius. Volkavičiūtė S. (2000) pabrėžia abstraktaus mąstymo, loginių sprendimų sutrikimų, asmenybės pokyčių, orientacijos, tarpasmeninių santykių sutrikimus ir žievės aukštesniosios funkcijos pažeidimus, tokius kaip kalba, skaičiavimas, rašymas ir kt.

Kadangi atminties sutrikimai yra gana skirtingi sergant įvairiomis ligomis, todėl svarbiau yra nagrinėti atminties sutrikimus pagal jų išsivystymo stadiją.

Plačiau apie atminties, mąstymo sutrikimus rašo Liesienė L. (1999) ir Valeikienė V., Kviliūtė R. (2004).

Didelė dalis autorių nurodo, jog demenciją gali sukelti įvairios priežastys tarp jų intoksikacija, folinės rūgšties, vitamino B 12 deficitas, neurosifilis, Parkinsono liga ir kt.

Dažniausia demencijos priežastis yra Alzheimerio liga (AL), kuri dėl sudėtingos diagnostikos Lietuvoje dar ne taip dažnai nustatoma. Antra pagal dažnį demencijos

priežastis yra kraujagyslinė demencija. Volkavičiūtė S. (2000) pateikia kraujagyslinės demencijos procentiles, kurios sudaro 1/5 – 1/3 visų demencijų.

Epidemiologiniai Europos šalių stebėjimai rodo, kad iš anksčiau literatūroje pateiktų 50 proc. demencijos atvejų vyrauja degeneraciniai pakitimai dėl AL, grynujų formų senėjant išlieka mažiau nei 10 proc.

Kita demencijos atvejų dalis yra dėl mišrių priežasčių, tarp kurių pagrindinis vaidmuo tenka kraujotakos nepakankamumo sukeltiems nervinio audinio metabolizmo pakitimams bei uždegiminiams procesams, skatinantiems glijos autoagresiją (Liesienė V., 2000).

Šiurkutė A. (1999), Valeikienė V. Kviliūtė R. (2004) pateikia pagrindines ligas ir galvos smegenų pažeidimus, dėl kurių atsiranda demencija:

1. Galvos smegenų atrofija (Piko liga, Alzheimerio liga, Hantingtono chorėja, intoksikacija, stranguliacija, traumas, uždegimai).
2. Galvos smegenų kraujotakos ligos.
3. Galvos smegenų infekcinės ligos.
  - 3.1. Nespecifinės: meningitai, encefalitai, abscesai.
  - 3.2. Specifinės: progresuojantis paralyžius (sifilio sukelta progresuojanti nervų sistemos liga), Creutzfeldt – Jakob'o liga, virusinė spongiozinė encefalopatija), ŽIV sukelta demencija.
4. Galvos smegenų traumas.
5. Galvos smegenų navikai.
6. Toksiniai galvos smegenų pažeidimai.
  - 6.1. Egzogeniniai: alkoholis, anglies monoksidas ir kt.
  - 6.2. Endogeniniai: uremija ir kt.
7. Metaboliniai galvos smegenų pažeidimai: Wilson'o liga (hepatocerebrinė degeneracija), perniciozinė anemija ir kt.

Tačiau Volkavičiūtė S. (2000) papildė pažeidimų sąrašą, pridurdama, jog demencija išsivysto sergant ir kita neurologine patologija: Parkinsono liga, kartais vėlyvoje išsėtinės sklerozės stadijose.

Pastaruoju metu išaiškina vis daugiau bendrų Alzheimerio ligos ir kraujagyslinės demencijos rizikos veiksnių, tarpusavio sąveikos mechanizmų, o patomorfologiniais tyrimais patvirtinama daug mišrių demencijų.

Daugelio autorių akcentuojama, jog demencija nėra normalaus seno žmogaus psichikos sutrikimas. Priežastys gali būti: somatinės, neurologinės, psichikos, endokrininės, infekcinės kilmės.

Aukštakalnierienė A. (2002) duomenimis, labiausiai paplitusios yra pirminės degeneracinės demencijos, sudarančios 50 proc. visų diagnozuojamų demencijų, ir antrinės demencijos, nustatomos apie 15 procentų.

Pagrindinės demencijos priežastys yra: Alzheimerio liga (60 - 70 %), kraujagyslinė demencija (15%), Lewy kūnelių demencija (15 %), frontotemporalinės demencijos, idiopatinė Parkinsono liga su demencija (Kaubrys G., 2003). Knašienė J. (2003) pateikia tokius demencijos priežasčių duomenis: „Parkinsono liga (5 proc.), Lewy kūnelių liga, Piko liga, Jacobo liga, grįžtamoji ar mišrios etiologijos (10 – 20 proc.) demencija“.

Vyresnio amžiaus žmonėms (65 - 85m.) progresuoja mišrios demencijos (25 proc.), kurių priežastis yra degeneraciniai ir kraujotakos sutrikimai (AL ir kraujagyslinės kilmės (vaskulinė) demencija bei kraujagyslinės kilmės demencija ir AL) (Aukštakalnienė A., 2002 ir Liesienė V., 2000).

Aukštakalnienė A. (2002) teigia, kad santykinai didėjantis kraujagysline demencija sergančių vyresnių nei 85 metų asmenų skaičius aiškinamas tuo, kad, susirgus 65 metų, Alzheimerio ligos trukmė iki mirties yra 6 – 8 metai.

Demencija formuojasi iš lėto. Pasikeičia asmenybė: pirmiausia nyksta subtilūs socialiniai, etiniai, estetiniai jausmai, gėda, sąžinė, pareigingumas, ligonis tampa priekabus, egocentriškas. Palengva progresuoja amnezija – pamirštami nauji įvykiai, dėsningai silpnėja atmintis, dėmesys, mažėja nuovokumas, vėliau visai nebesugeba įsiminti naujos informacijos. Mažėja anksčiau įgytos žinios ir patirtis, sutrinka orientacija. Blėsta emocijos, jos netenka savo atspalvių, grubėja, ligoniai dažniau būna niūrūs, dirglūs, pikti, skursta mimika. Kartais jie būna apimti euforijos. Silpnaprotystei progresuojant nyksta interesai, valia. Gali atsirasti rajumas, valkatavimas, girtavimas, seksualinis palaidumas, šlamšto rinkimas. Galiausiai prarandami higienos įgūdžiai, ligoniai tampa bejėgiai, išsenka.

Paminėtas demencijos apibendrinimas randamas tiek mokomojoje medžiagoje, tiek periodikos straipsniuose. Aprašyti asmenybės pakitimai, susirgus demencija patvirtina, kad demencija paliečia žmogaus kasdieninę veiklą ir biologinius, kliniškinius, socialinius, psichologinius aspektus. Reikėtų nepamiršti, kad, be pažintinių simptomų, sergant demencija, būna ir psichikos sutrikimų. Volkavičiūtė S. (2000) teigia, kad nuo 30 iki 60 proc. demencija sergančių pacientų pasireiškia depresijos sindromas, ir jis dažniau būna susijęs su kraujagysline demencija.

Dažniausiai literatūroje pateikiami tokie demencijos simptomai:

- kognityviniai (suvokimo) sutrikimai;
- elgesio sutrikimai (psichoziniai simptomai, afektiniai, potraukių sutrikimai, asmenybės pakitimai);
- somatiniai sutrikimai (eisenos, laikysenos pakitimai, traukuliai, rijimo, apetito, miego sutrikimai) (Budrys V., Šiurkutė A., 1999).

Plačiau demencijų simptomai nagrinėjami Aukštakalnienės A. (2002) straipsnyje „Senatvinės demencijos“, kuriame ji pateikia demencijai būdingus sugrupuotus simptomus.

*Pirmos grupės simptomai:*

- užmaršumo progresavimas,
- asmenybės pokyčiai,
- orientacijos sutrikimas,
- žodžių stygius,
- aritmetinių veiksmų klaidos. Įprastai artimieji pastebi pirmos grupės simptomus.

*Antros grupės simptomai:*

- ryškėjantis atminties (ypač įsiminimo) silpimas,
- netaisyklingas žodžių vartojimas,
- įgūdžių praradimas (nebemoka apsipirkti, skaičiuoti pinigų, maudytis, rengtis, gaminti maisto),
- sujaudinimas ir sumišimas (sunkiau atpažįsta veidus),
- agnozija (neatpažįsta daiktų ir jų paskirties).

*Trečios grupės simptomai :*

- autonomiškumo praradimas,
- elgesio pakitimai, esmės nesuvokimas, nebylumas,
- mitybos sutrikimai, higienos nesilaikymas, negebėjimas apsirengti,
- šlapimo, išmatų nelaikymas.

Norint geriau suprasti demencijos paveiktus žmones, reikia gilintis į ligos esmę, nes kiekvienu atveju demencijos simptomų pasireiškimas būna skirtingas.

Fišas J. (1999) teigia, jog stadijų ribos yra gana neryškios, simptomai persipynę, tačiau slaugai jos pakankamai reikšmingos.

**Sergančiųjų demencija slaugos aspektai.** Pacientams, sergantiems demencija, pasireiškia daugybė ryškių simptomų, apimančių: atminties praradimą, dezorientaciją, sumažėjusius gebėjimus atlikti kasdieninę veiklą - valgymą, maudymąsi, rengimąsi. Kasdieninėje veikloje jiems reikalinga pagalba.

Tilly J. (2004) pateikia susistemintus demencija sergančių žmonių gyvenimo aspektus. Juos plačiai suskirsto į dvi kategorijas :

1. kasdieninio gyvenimo veiklos aspektai;
2. psichiatriniai ir elgesio simptomai;

Šie du aspektai suskirstomi į subkategorijas – fiziologinius poreikius (valgymo, miegojimo), higienos (rengimosi, prausimosi), psichikos ir elgesio simptomus (agresiją, sujaudinimą, depresiją, haliucinacijas, kliesdus, nerimą, pyktį).

Taigi, slaugytojams reikia įvairių informacijos šaltinių, vadovavimo strategijų ir metodų teikiant individualiai pritaikytą slaugą, bei gerbiant žmogaus asmenines vertybes, suprantant jo reakcijas į įvairias gyvenimo situacijas.

*Psichiatriniai ir elgesio simptomai.* Slaugydami pacientus, sergančius demencija, medicinos darbuotojai susiduria su jų elgesio sutrikimais. Sergantys demencija daž-



nai tampa sujudinti. Aptariant sujudintų pacientų elgesį, galima išskirti padidėjusį agresyvumą, haliucinacijas, kliesdesius, nerimą, pyktį bei daugelį kitų sutrikimų.

Įvairios kilmės demencijos sukelti elgesio ir psichologiniai simptomai (DEPS) apima heterogenišką psichologinių reakcijų, psichikos simptomų ir poelgių spektrą. DEPS priklauso tokie psichikos simptomai kaip kliesdesiai, haliucinacijos, depresija, nerimas, taip pat įvairūs elgesio pakitimai, tokie kaip agresyvumas, ažitacija, apatija ir nesivaldymas (Engedal K., 2001).

Demencija sergančio žmogaus elgesys nesuprantamas, kuris dažniausiai susiję su emociniais – pykčio, nusiminimo, nepatiklumo – protrūkiais.

Kizlaitienė R. (2003) teigia, kad kiekvienas patiria įvairių emocijų – tai normalu žmogaus gyvenime, tačiau demencija sergančius ligonius ištinka greitai, be aiškios priežasties atsirandantys nuotaikos svyravimai. Liesienė V. (2005) paaiškina, kad pacientai dėl suvokimo sutrikimų negali aiškiai išsakyti savo skundų, todėl parodo tai elgesio aktyvacija.

Daugelis autorių pažymi, kad labai svarbu yra nepamiršti, jog, be pažintinių simptomų, sergant demencija, būna ir psichikos sutrikimų. Volkavičiūtė S. (2000) pateikia duomenis, jog nuo 30 iki 60 proc. demencija sergančių pacientų pasireiškia depresijos sindromas, kuris dažniau būna sergant kraujagysline demencija. Tačiau Kizlaitienė R. (2003) pateikia mažesnius depresijos pasireiškimo duomenis. Ji teigia, kad depresija pasireiškia 5 - 23 proc. atvejų ir kartu priduria kitų psichikos sutrikimų, būdingų demencijai, apibendrinimą. Pagal šią autore, nerimas pasireiškia 35-45 proc., (ypač pradinėse stadijose), kliesdesiai - 50 proc. (kliesdesiniai sutrikimai, kaltinimai vagyste, neištikimybė, persekiojimas) ir haliucinacijos - apie 25 proc. (dažniau sergimosios nei klausos).

Abhilash K. Desai M.D. (2001) teigia, jog demencija sergančių žmonių tarpe žodinė agresija yra paplitusi 54 proc., fizinė agresija, sujudinimas - 42 proc.

Reikia pabrėžti, kad demenciją svarbu atskirti nuo depresijos. Depresijos atveju objektyvūs skundai atmintimi būna didesni, nei objektyviai nustatomi atminties pakitimai.

Volkavičiūtė S. (2000) prie depresijos priskiria pataloginio juoko ar verksmo, dirglumo, staigių judesių pasireiškimą.

Liesienė V. (2000), kaip ir daugelis kitų autorių, atkreipia dėmesį, jog svarbu depresijas atskirti nuo dažnų apatijos būsenų (70 proc.), kurios, manoma, atsiranda dėl tam tikrų smegenų sričių degeneracijos. Martin L. (2000) pabrėžia, jog apatija yra vienas dažniausių AL liga sergančių žmonių psichikos simptomų. Net jei daug pacientų, sergančių demencija, išreiškia sujudinimą, agresiją, žymesnei daliai būdinga apatija.

Patomorfologiškai elgesio ir psichologinius simptomus apžvelgia Engedal K. (2001) ir Kizlaitienė R. (2004). Jie konstatuoja, jog biocheminis acetilcholino de-

ficitas sukelia psichozės simptomus, apatiją, motorikos ir paros ritmo sutrikimus. Serotonino sumažėjimas gali būti siejamas su tokiais simptomais kaip silpna emocijų kontrolė, agresyvumas, ažitacija, nerimastingumas, bloga nuotaika ir nerimas.

Liesienė V. (2005) elgesio pakitimų patofiziologiją aiškina bazinių ganglijų ir dryžuotojo kūno neurodegeneraciniais pakitimais. Skirtingai nei Engedal K. (2001) ir Kizlaitienė R. (2004), Liesienė V. (2005) teigia, jog psichozės atveju vyrauja amiloido plokštelių pagausėjimas kaktos srityje.

Šiuo metu atsiranda vis daugiau duomenų, įrodančių jog, sergant kraujagysline ir mišria demencija, sutrinka acetilcholino apykaita.

Fišas J. (1999) pastebėjo, kad demencija sergantiems ligoniams daug dažniau būna agresyvumo protrūkiai. Dažnai pastebimas ligonių agresyvumas būna dėl kartu esančių gretutinių susirgimų, nes ligonis kartais pats aiškiai nebesuvokia savo irzlumo priežasties. Engedal K. (2001) agresyvų ir ažiutuotą elgesį priskiria sunkiems simptomams. Šių simptomų atsiradimo mechanizmas nėra aiškus. Be to, daugelis autorių teigia, kad elgesio sutrikimo simptomai gali pasireikšti įvairiais būdais.

Liesienė V. (2000) išskiria kitą elgesio sutrikimo simptomą – klajojimą (tazikineziją), kuris pasireiškia 50 proc. sergančiųjų. Klajojimas darosi pavojingas, kai ligonis blaškosi, galiausiai nuklysta ir pasimeta kitoje aplinkoje.

Įvairių tyrimų duomenimis elgesio ir psichologiniai sutrikimo simptomai būdingi maždaug 80 proc. pacientų.

Liesienė V. (2005) plačiau aprašo elgesio sutrikimus. Ji teigia, kad elgesio sutrikimai pasireiškia iki 50 proc. namuose slaugomų asmenų ir žymiai daugiau (70 - 90proc) - slaugos namuose. Dažniausiai elgesio simptomai tampa pastebimi vidurinėje demencijos stadijoje.

Depresija ir apatija būdingesnės ankstyvajai demencijos stadijai, o kliesiai, haliucinacijos ir agresyvumas dažniau pasireiškia vėlyvose ligos stadijose.

Daugeliu atvejų nerimo sutrikimai pasireiškia retai. Daugumai demencija sergančių pacientų nerimas pasireiškia kaip kitos ligos sindromo sudedamoji dalis.

Liesienė V. (2005) pabrėžia, kad lengvai demencijai būdingesni nerimo sutrikimai, kurie išvelgiami ligos pradžioje net 40 proc. atvejų. Jie pasireiškia perdėtu susirūpinimu esama ar tariama problema.

Carmel H. (1989) atlikti tyrimai nustatė paros meto įtaką elgesio sutrikimams. Jis išaiškino, kad tarp 7 ir 10 val. ryto, 12 - 14 val. ir nuo 16 iki 19 val. vakaro pacientams pasireiškia agresijos, sujaudinimo, blaškymosi epizodai. Šie paros intervalai pasižymi užimtumu, pamainos pasikeitimu, valgymu, vizitacijomis, procedūrų atlikimu. Todėl pacientams, turintiems elgesio bei dezorientacijos sutrikimų, bet kokia intervencija gali sukelti neigiamų emocijų, pasipriešinimo.

Engedal K. (2001), Fišas J. (1999), Liesienė V. (2000) nurodo netolerantiškos aplinkos ryšį su elgesio ir psichologiniais sutrikimais. Teigiama, jog tinkama slaugos aplinka sudaro sąlygas rečiau išsivystyti minėtiems elgesio sutrikimo simptomams.

Perrin T. (1997) atliktuose tyrimuose išryškino paciento vienišumo jausmo įtaką elgesio sutrikimams. Jis pabrėžė, kad vieniši ir neužimti pacientai būna labiau sujaudinti, sunerimę.

Schreiner A. (2001) teigia, jog aplinkos faktoriai turi įtakos pacientų agresyviai elgesiui. Savo atliktuose tyrimuose jis iškelia tris pagrindinius faktorius, įtakojančius pacientų agresyvumą bei slaugančiųjų stresą:

- *Nepatenkinti poreikiai.* Žmonėms, turintiems pažintinių sutrikimų, agresiją gali iššaukti neigiami aplinkos faktoriai. Būtiniausi pacientų poreikiai turi būti atitinkamai patenkinti.
- *Santykiai su slaugytojais.* Dažnai agresija nukreipiama prieš personalą. Slaugytojai visuomet turi įvertinti galimą paciento elgesį.
- *Stresas.* Daugelis aplinkos faktorių gali sukelti stresą, kuris prisideda prie ligos progresavimo.

Yra duomenų, rodančių, kad orientavimasis aplinkoje pagerina sergančiųjų demencija elgesį ir kognityvinę funkciją (Knašienė J., 2003), (*Alzheimerio asociacija*, 2004).

Apibendrinant galima teigti, kad elgesio ir psichologiniai sutrikimai pasireiškia agresyvumu, haliucinacijomis, kliedesiais, nerimu, pykčiu bei daugeliu kitų sutrikimų. Dažniausiai pacientai būna sujaudinti pamainos pasikeitimo, valgymo, vizitacijos, procedūrų atlikimo metu.

*Bendravimo aspektai.* Žmonėms, sergantiems demencija, būdingas progresuojantis smegenų sutrikimas, kuris blogina atmintį, aiškų mąstymą, bendravimą ar rūpinimąsi savimi. Galimybė bendrauti blogėja laipsniškai.

Shulman M. Mandel E. (1993) teigia, jog bendravimo deficitą apima: prasta atmintis, nuovokumo stoka, prastas kalbėjimo, rašymo duomenų supratimas, bendra dezorientacija bei sumišimas. Tokie pacientai turi problemų išreikšdami poreikius, mintis.

Tarp žmonių, sergančių demencija, bendravimo deficitų yra priskiriami ir klausos sutrikimai.

Pagal Gates et al. (1995) 30% 65-74 metų ir virš 50% vyresnių nei 75 metų pacientų turi klausos sutrikimų. Keletas tyrėjų įrodė, kad žmonės, sergantys vidutinio stiprumo demencija, turi rašymo ir skaitymo sutrikimų (Gates et al 1995).

Hyltenstam K. Stround C. (1989) tyrė ryšį tarp demencijos stadijų ir kalbos sutrikimo funkcijų. Jis pabrėžė, kad jau ankstyvoje stadijoje palaiapsniui įsigali kalbos sunkumai. Pacientas gali nutolti nuo pokalbio, neadekvačiai atsakyti į klausimą. Šioje stadijoje pacientas dar supranta turintis bendravimo problemų. Vidurinėje

stadijoje segmentiniai ir pragmantiniai sunkumai auga. Būdinga progresuojantis atitrūkimas nuo aplinkos, „tuščia kalba“. Šioje stadijoje pacientas jau nesupranta savo kalbos problemų. Paskutinėje stadijoje išlieka sumažėję kalbiniai resursai. Dažniausiai šios stadijos požymiai būna echolalija ir mutizmas.

Fišas J. (1999) taip pat nurodo bendravimo reikšmingumą paskutinėje demencijos stadijoje. Kai ligonis nebesikelia iš lovos, slauga tampa bežodė, mechaniška, nėra ryšio su pacientu.

Daugelis autorių pažymi, jog bendravimas su tokiais pacientais būna pabrėžtinai konkretus, nenaudojama jokių interpretacijų.

Hallberg I.R. (1998) pažymi, jog demencija sergantys žmonės nepasitenkinimą išreiškia šaukimu, klykimu, agresija.

Pacientai, sergantys sunkia demencijos forma, turi problemų bendraudami neverbaliai. Jų veido mimika bei gestai yra mažiau išreikšti, jie sunkiai išvelgia ženklus kitų žmonių veiduose (Norberg A., 1996).

Taigi bendravimas susideda iš verbalinės ir ne verbalinės kalbos supratimo, kuris suteikia galimybę dalintis išgyvenimais. Paavilainen E. (2000) pabrėžia, kad sėkmingam slaugo ir paciento santykiui yra svarbu ne tik supratimas ar santykių pagrįstumas bendravimu, bet ir slaugytojų darbas, plėtojantis bendravimo įgūdžius.

Bendravimo ryšiai silpnėja sutrikus paciento suvokimui, požiūriui į aplinkos veiksnius. Tik atsidavusi ir sąžininga slauga dar palengvina ligonio gyvenimą (Fišas J., 1999).

Fišas J. (1999) argumentuotai teigia, jog asmenybės griuvimą smarkiai stabdo slaugytojas, supratęs demencija sergančio žmogaus asmenybę ir užmezgęs empatinį ryšį su juo.

Plėtojant empatijos idėją tarp paciento ir slaugo verta prisiminti Naomi Feil bendravimo metodą.

Feil N. (1992) aprašė verbalinę ir neverbalinę bendravimo metodą, kuriame pagrindinis dėmesys buvo skiriamas slaugytojų požiūriui į demencija sergančių žmonių bendravimo poreikius. Bendravimo metodas vadovavosi humanistiniais principais, žmogaus autonomijos reikšmingumu. Taip pat buvo pabrėžiama asmeninės slaugytojų charakteristikos įtaka pozityviam požiūriui į demenciją sergančius žmones (Feil N., 1992).

Donnelly M. (2005), kaip ir Drance E. (1996), pabrėžia ne tik fizinės, bet ir tarpasmeninės aplinkos svarbą. Jie išryškina, kad tinkama demencija sergančių pacientų slauga susijusi su slaugytojų žiniomis bei bendravimo įgūdžiais.

*Aplinkos aspektai.* Drance E. (1996) ir Donnelly M. (2005) pabrėžia, jog būtina pakeisti ne tik fizinę aplinką, bet ir tarpasmeninį ryšį tarp slaugytojo ir paciento. Tai gali pasiekti daug žinių bei bendravimo įgūdžių turintis personalas.

Liesienė V. (2000) prieštarauja teigdama, jog aplinkos pakeitimas visuomet pablogina ligonio suvokimą. Analogiškas požiūris taip pat pateikiamas Sveikatos enciklopedijoje (2003).

Sergantieji demencija yra jautrūs aplinkos pokyčiams. Didelis triukšmas, rutinos pokyčiai, daugybė žmonių, veiklos trūkumas įtakoja sujaudinimą, agresiją.

Pasikeitus aplinkai gali sutrikti orientacija ar dar labiau pablogėti atmintis.

Vilonskis A. (2003) nurodo, kad ligonis geriau orientuojasi įprastinėje aplinkoje, todėl nereikia skubėti jos keisti, daiktai turi turėti savo nuolatinės vietas. Tinkama demencija sergančių žmonių aplinka suteikia aiškumo, ramybės ir komforto vaizdą. Rutinos palaikymas yra svarbus. Personalo pokyčiai, skubėjimas gali išprovokuoti pacientų nusivylimą ir/ar baime.

Prastai apšviesta, per šalta ar karšta aplinka, vienišumo jausmas taip pat gali iššaukti sujaudinimą (Kahn D. et al, 2005).

Išsiskiriančios spalvos, naudojamos aplinkos detalėms pabrėžti, padeda orientotis, ypač vidurinėje demencijos stadijoje.

Morgan D., Stewart N. (1999) pabrėžė atviros aplinkos svarbą paciento savirūpai, tinkamo elgesio sužadimui, paciento nuraminimui.

Pacientai dažnai būna sujaudinti pažeidus asmeninę erdvę ir atstumą. Žmonės, linkę į agresiją, turi asmeninę erdvę, kuri yra keturiskart didesnė nei žmonių, neturinčių polinkio į agresiją. Keletas studijų įrodė, kad paciento agresyvumas pasitaiko dažniau, kai slaugytojai yra per arti paciento.

Rowe M. (1999) išryškino maitinimo, rengimo, maudymo, perkraustymo metu išskylančią pasipriešinimą. Tuo metu pacientai būna labiausiai sujaudinti.

Abhilash K. Desai M. (2001) teigia, jog tokie pacientai nesupranta, kas darosi. Pastangos sustabdyti tokį elgesį tik didina sujaudinimą.

Blankių šviesų šešėliai kambariye gali sutrikdyti, išgąsdinti pacientą ir išprovokuoti agresiją. Tačiau ir per ryški šviesa taip pat gali sudirginti demencija sergantį pacientą.

Slaugės neturi pakankamai įgūdžių susidoroti su pacientų elgesio sutrikimais, kuriuos dažnai iššaukia aplinkos faktoriai.

Hall G. (1987) pateikia aplinkos streso mažinimo modelį, kuris padeda slaugytojams sumažinti ir identifikuoti paciento aplinkos stresorius, sukeliančius destruktivų elgesį. Remiantis modeliu, pacientai, sergantys demencija, patiria sunkumų priimant, apdorojant ir atsakant į aplinkos stimulą. Šie sunkumai yra įvardijami kaip dezorientacija, kognityvinių funkcijų pablogėjimas. Elgesys priklauso nuo aplinkos faktorių ir ligos stadijos.

### **Sergančiųjų demencija kasdieninio gyvenimo veiklos aspektai.**

*Valgymas.* Valgymas yra būtina gyvenimo sąlyga. Valgymo sunkumai būdingi pacientams, sergantiems sunkia demencijos forma.

Archibald C., et al (1994), White H., (1996) stebėjo valgymo metu išskylančias problemas. Jie išskyrė galvos pasukimą maitinant, sunkumus išsižioti ir užčiaupti burną, kramtymo ir rijimo problemas, spaudymą, seilėtekį ir šaukšto stūmimą nuo savęs.

Pišas J. (1999) pabrėžė optimalios mitybos reikalingumą bei nurodė komplikacijas, susijusias su mitybos sutrikimu. Dažniausiai pasitaiko raumenų atrofijos, kritimai, kaulų lūžiai, hipovitaminozės, imuninės sistemos deficitai, infekcijos.

Žmonės sergantys demencija pamiršta, kad reikia valgyti ir gerti. Thomas D. (2000) nurodo problemas, komplikuojančias normalią mitybą: dantenu problemos, vaistai, mažinantys apetitą ar keičiantys maisto skonį. Taigi, vieni pacientai mažai valgo, kiti, atvirkščiai, pasidaro valgūs, bulimiški.

Yra daug prastos mitybos pasekmių, įskaitant svorio kritimą, irzlumą, nemigą, pūslelinę ar žarnyno problemas ir dezorientaciją.

Grundman M. (1996) ir White H. (1996) atliktame moksliniame tyrime rado ryšį tarp demencija sergančių žmonių ir svorio kritimo. Abu priėjo išvados, jog svorio etiologijos sąlyga yra menkai suprantama. Grundman M. (1996) pabrėžė vidinės smilkininės žievės reikšmingumą maitinimo ir atminties procesuose. Pacientų, sergančių demencija, smegenyse nustatoma žymi atrofija.

Growdon J.H. (1993) prieštarauja Grundman M. (1996) ir White H. (1996) teigdamas, kad kūno masės mažėjimas yra demencijos pasekmė ir neatspindi specifinių smegenų pakitimų.

Cohen D. (1994) atliktame tyrime buvo pastebėta, kad daugelis žmonių, sergančių demencija, turi sumažėjusį apetitą, tačiau apie 25 % turi padidėjusį apetitą. Buvo atsižvelgta ir į maisto skonį. Nustatyta, kad žmonės, sergantys demencija, pirmenybę teikia saldiems bei aromatingiems maisto produktams, o apie 25 % pasirenka valgyti netinkamą maistą.

Alzheimerio asociacija (2005) pateikia keletą valgymo sunkumus įtakančių veiksnių:

- Fiziniai sunkumai (opa burnoje, prastas dantų protezas, dantenu liga, sausa burna);
- Sujaudinimas/išblaškymas valgymo metu;
- Susiformavęs paciento valgymo stilius (užkandžiai, keli patiekalai vienu metu);
- Aplinka (ar nėra triukšmo, galinčio atitraukti dėmesį nuo maisto);
- Maisto kokybė (skonis, kvapas, vaizdas).

Ragneskog H. (1996) savo stebėjimais įrodė muzikos įtaką pacientų elgesiui valgymo metu. Jis teigė, jog muzikinio fono metu pacientai buvo mažiau irzlūs, pikti bei prislėgti.

Daugelis demencija sergančių žmonių būna mažiau sujaudinti ir geriau valgo mažesnėse grupėse (4-8 žmonės) (Abhilash K et al, 2001).

*Miegas.* Miego sutrikimai yra dažnai pasitaikantis demencija sergančių žmonių fiziologinis veiksnys, sutrikdantis normalų miego bioritmą.

Sergant demencija miego sutrikimai pasireiškia sunkiu užmigimu, dažnu pabudimu, kėlimusi naktį, klajojimu (Sveikatos enciklopedija, 2003).

Per pastarąjį dešimtmetį gausi studijų įvairovė atskleidė, kad miego sutrikimai tampa ryškesni, atsiradus sąmonės sutrikimo būsenoms.

Anot, Abhilash K. Desai M.D. (2001) depresija, apnoe miego metu, „neramių“ kojų sindromas ar kiti miego sutrikimai gali paaiškinti pacientų nemigą.

Žmonėms, turintiems kognityvinių pakenkimų, miego sutrikimai gali būti depresijos rodiklis, nes jos atveju dažniausiai pasireiškia nemigos, miego bioritmo sutrikimų (Boeve B., Silber M., 2002).

Liesienė V. (2005), Donnelly M. (2005) teigė, jog dienos veiklos sumažėjimas, aplinkos trikdžiai taip pat gali sukelti miego sutrikimus.

Boeve B. (2002) išskyrė miego problemas į tris kategorijas: nemigą, padidėjusį mieguistumą, pernelyg didelį naktinį aktyvumą.

Miego sutrikimai žmonėms, sergantiems demencija, sukelia daug neigiamų efektų, įskaitant dienos ir nakties ritmo sumaišymą, sujaudinimą, slaugytojų stresą (Donnelly M., 2005).

Nekantrumas, dezorientacija, sunkus elgesys dažniausiai pablogina situaciją ir taip pat turi įtakos miego bioritmui. Daugelis autorių nemigą vadina „saulėlydžiu“, dažnai sukeliančiu išsekimą, biologinio laikrodžio sutrikimą.

Demencijos ligos atveju dažnas miego - budrumo ritmo sutrikimas, kai asmuo mieguistas dienos metu ir aktyvus naktį. Tokiu atveju jie vaikšto, naršo savo daiktus, ieško maisto ir kt.

Mazaliauskienė R. (2000) pabrėžia, jog mieguistumas dienos metu taip pat turi ryšį su kitų sistemų ligomis ir negydomas neigiamai veikia blogėjančias kognityvines funkcijas.

Kartais demencija sergantys ligoniai blogai miega dėl juos kankinančių skausmų ar kvėpavimo sutrikimų (Boeve B. et al, 2002).

Liesienė V. (2000) nurodo valgymo įpročių reikšmingumą miego ciklui. Jos teigimu prie nemigos gali prisidėti gausus valgio bei skysčių vartojimas.

Miego sutrikimai pasireiškia paciento nestabilumu, dažnai - ilgais nubudimais ir snūduriavimais dieną. Nemigos metu pacientai būna neramūs, sujaudinti, daug kalba (Liesienė V., 2005).

Donnelly M. (2005) nurodo priežastis sukeliančias nemigą:

- mažas užimtumas dienos metu;
- kofeino, alkoholio vartojimas;

- gausus skysčių vartojimas prieš užmiegant;
- fizinis skausmas.

Kita miego sutrikimo problema - „saulėlydis“. Miego bioritmas yra kontroliuojamas vidinio laikrodžio, kuris atskiria dieną nuo nakties bei nurodo, kada ilsėtis ar veikti. Šis laikrodis sergant demencija pažeistas ( Groulx B., 1999; Donnelly M., 2005).

Groulx B. (1999) nurodo penkis klinikinius miego sutrikimų tipus :

- Sunkumai užmigti;
- Prabudimai miego metu;
- Mišrūs miego sutrikimai (apima abu aukščiau minėtus aspektus);
- Nesuderinamumas laiko požiūriu (kai žmonės dieną miega daugiau, nei naktį);
- Dienos - nakties ritmo sumaišymas (ši problema pasitaiko dažniausiai).

*Asmens higiena.* Žmonės, sergantys demencija, dažnai sunkiai prisimena higieninius įgūdžius, tokius kaip dantų valymas,ėjimas į tualetą, maudymasis, drabužių keitimas. Šie poreikiai yra labai asmeniški.

Pagal Liesienę V. (2005) pacientai, praradę savarankiškumą, jaučiasi išsigandę, pažeminti.

Dažnai pacientai maudymąsi suvokia kaip nemalonią, grasinančią, ar skausmą keliančią procedūrą. Maudymosi metu pasireiškiantys elgesio sutrikimai (šaukimas, pasipriešinimas, spardymasis), įvyksta dėl to, jog pacientai neprisimena maudymosi reikšmingumo, ar neturi kantrybės pakęsti šalčio, bei nenori apsinuoginti.

Sveikatos enciklopedijoje (2003) aprašoma demencijos progresavimo įtaka paciento savikritikai, higienos įgūdžiams. Esant ryškiam kognityvinės funkcijos pablogėjimui, pacientai rečiau maudosi, nebesugeba taisyklingai naudotis tualetu.

Alzheimerio organizacija (1999) nurodo keletą priežasčių, susijusių su elgesio sutrikimais ir higiena:

- higieninių įgūdžių užmiršimas;
- privatumo trūkumas (drabužių nurengimas, nuogumas iššaukia baimę ir suvaržymą);
- nepritaikyta aplinka (nepatogūs, nepritaikyti, šalti, triukšmingi maudymosi kambariai);
- vandens baimė;
- skausmas judant ir kito pobūdžio diskomfortas (vandens patekimas į akis ir pan.).

Šalia to Hoeffler B. (1997) nurodo, kad paciento išblaškymas sumažina pyktį ir palaiko bendravimą.

Pacientą teigiamai veikia ramios muzikos klausymasis, žinomos dainos dainavimas, pasakojimai apie mėgiamą veiklą, šeimą.



Laiko apribojimas, griežta rutina, elgesio supratimo stoka paciento maudymo metu yra labai svarbios spręstinios slaugos problemos. Kovach C. (1997) pabrėžia, kad personalui reikalingos žinios apie sergančiųjų orumo išlaikymą. Lothian K., Philip I. (2001) akcentuoja orumo reikšmę, kai tarp personalo ir paciento yra negatyvi sąveika. Jie pabrėžia, kad svarbus paciento privatumo užtikrinimas, būtiniausių poreikių tenkinimas. Slaugytojų pesimistinis požiūris įtakoja orumo praradimą.

Pasirinkimo teisės suteikimas, privatumas, suprantami nurodymai, individualaus tvarkaraščio nustatymas, adekvataus laiko suteikimas maudymosi metu, pacientui sergančiam demencija, suteikia saugumo jausmą (Kovach C., 1997).

Schindel M. (1998) pabrėžia slaugytojų asmeninių būdo savybių reikšmę. Jis teigia, jog kantrumas, lankstumas, jautrumas, švelnumas, kūrybingumas bei nuoširdus domėjimasis senu žmogumi įtakoja teigiamą paciento požiūrį į slaugytoją, pasitikėjimą.

Saugumo jausmą pacientui suteikia to paties slaugytojo dalyvavimas jo priežiūroje (Liesienė V., 2005).

Wilkins C., Kyle C. (2001) išryškina asmens maudymosi įpročius. Svarbu žinoti, kada pacientas įprastai maudosi, kaip dažnai maudosi, kokie faktoriai išprovokuoja baimę, sujaudinimą.

Taigi slaugytojų tikslai kasdieninėje asmens higienos veikloje yra padėti pacientui išlaikyti higieninius įgūdžius, skatinti savirūpą, vengti neigiamų emocijų.

### 2.7.2. Sergančiųjų demencija slaugos poreikiai

Sergančiųjų demencija slauga remiasi pagarba ir žiniomis, atsižvelgiant į žmogaus esamas vertybes, patirtį ir poreikius, gyvenimo istoriją ir paciento suvokimą, kiek jis reikalingas visuomenei ir kiek visuomenei svarbūs jo interesai bei poreikiai. Visa tai reikalauja demencijos, kaip psichikos ligos ir socialinės problemos, išsamaus supratimo.

Hallberg et al (1993) ištyrė, kad žmonės, sergantys demencija, būna neveiklūs, vieniši, jaučia skausmą, baimę ir protestą slaugytojams. Autorius taip pat pažymi, kad slaugytojai, siekiantys padėti pacientams jaustis komfortiškiau, kartais yra bejėgiai tai padaryti, ypač kai žmonės negali išreikšti savo norų.

Todėl vienas iš didžiausių slaugytojų išbandymų - sergančiųjų demencija asmenybės ir elgesio pakitimai. Geriausiai šiuos išbandymus padėtų įveikti personalo kūrybingumas, kantrybė, atjauta.

Kitwood T. (1997) pateikia demencijos suskirstymą į tris stadijas, atsižvelgiant į žmogaus reakcijas. Anot jo, sergantis žmogus patiria baimę, nusivylimą, pyktį, kurie virsta bėda, chaosu aplinkiniams ir galiausiai paciento neviltingi ir apatija.

Holst G. (1999) demencijos sukeltus elgesio ir psichologinius simptomus aiškina kaip netinkamą prisitaikymą prie ligos bei sugebėjimų įveikti problemas praradimą.

Engedal K. (2001) elgesio sutrikimus aiškina per asmeninius, psichologinius gynybos mechanizmus ir jo *ego* bandančius rasti paaiškinimus bei sukurtus priežastinius ryšius.

Paavilainen E. (2000) pabrėžia profesionalios slaugos svarbą pacientų problemoms išspręsti. Kontaktas, užmegztas su ligoniu, gali būti labai greitai ir kartais negrįžtamai prarastas.

Slaugytojas turi būti pasiruošęs nemotyvuotam pacientų emocijų protrūkiui, nepadoriam elgesiui, nekritiškumui (Fišas J., 1999).

Pasireiškus paciento agresyvumui reikalingas kantrus ir atidus dėmesys. Ligoniai greitai užsidega ir greitai nurimsta. Stengiantis išvesti ligonį iš apatijos, reikia neužmiršti humoro, bet kokią buitinę nesėkmę palydėti juokais, bet nepasišaiptyti. Jokių būdu negalima pacientui įsakinėti, pykti, rodyti savo emocijas arba juoktis iš jo.

Alzheimerio organizacija (2004) slaugytojams nurodo elgesio kontrolės taisykles:

- Leiskite pacientui būti kuo ilgiau nepriklausomu ir savarankišku;
- pripažinkite sutrikusio žmogaus pyktį. Sakykite, kad suprantate jo pyktį;
- švelnus prisilietimas, atpalaiduojanti muzika, skaitymas ar pasivaikščiojimas mažina sujaudinimą.

Abhilash K. Desai M.D. (2001) išryškina personalo prisilietimo ir verbalinio bendravimo įtaką paciento sujaudinimui. Taip pat nurodo, jog paciento emocijų, nusiteikimo įžvelgimas yra vienas iš sėkmingo vadovavimo principų.

Dažnai slaugytojai, besistengiantys kontroliuoti ar pakeisti paciento elgesį, susiduria su pasipriešinimu. Todėl svarbu mažiau kontroliuoti ir stengtis prisitaikyti prie pacientų elgesio.

Bikmanienė R. et al (2002), Colenda C. (1995) aprašo, kad kai kurie demencija sergantys žmonės regi ir girdi haliucinacijas, jiems atrodo, kad šie dalykai iš tikrųjų egzistuoja. Slaugytojų prieštaravimas iššaukia sujaudinimą, prislėgtą nuotaiką. Tokiu atveju svarbu nuraminti, palaikyti už rankos.

Sudėtiniai faktoriai, natūralus ligos progresas įtakoja pacientų elgesį. Kiekvieną kartą efektyvūs slaugytojų sprendimai turėtų būti atitinkamai pakeisti atsižvelgiant į pacientų elgesio priežastį.

Sujaudintų pacientų slaugymo aspektai :

- Jei ligonis agresyvus, kai bandote jam padėti, tiksliai paaiškinkite, ką jūs darote ir kodėl, nes jis to gali nesuprasti ir galvoti, kad jūsų įsikišimas nereikalingas.

- Pasistenkite neįsivelti į ilgas diskusijas ar bandyti paaiškinti jo paties veiksmus, nes tai gali jį nuliūdinti.
- Pasistenkite išlikti ramūs, nedemonstruokite savo pykčio.

Bikmanienė R., Danusevičienė L. (2002) teigia, kad slaugytojas turi suprasti, jog beprasmiška nuolat kritikuoti ar bandyti vėl išmokyti to, ko pacientas jau nebepajėgs.

Dažnai ligoniai jaučia liūdesį, kurio neigti negalima, todėl geriau pasistengti atitraukti jų dėmesį, išblaškyti. Abhilash K. et al (2001) akcentuoja pacientų elgesio sutrikimų išskirtinumą bei pabrėžia, kad nereikia pamiršti, jog tai ligos sukeltos emocijos.

Taigi slaugytojams gali prireikti įvairių informacijos šaltinių, vadovavimo strategijų ir metodų teikiant individualiai pritaikytą slaugą bei gerbiant žmogaus asmenines vertybes, suprantant jo reakcijas į įvairias gyvenimo situacijas.

Hallberg I.R. (1998) pasiūlė multidimencinį požiūrį, atsižvelgiant į senų žmonių bendravimo sunkumus bei pažinimo blogėjimą. Modelį sudaro trys pagrindiniai asmens, kuriam reikalinga individualizuota slauga, gyvenimo aspektai. Pirma, t.y žinios apie paciento praeitį, fizinė ir psichologinė gyvenimo istorija. Antra, žinios apie pacientą dabartiniu metu, jo poreikiai, psichologinis ir fizinis priklausomumas dėl smegenų pažeidimo, sąlygojančio demenciją. Trečia, reikalingos žinios apie aplinkos sąlygų įvertinimą, ar gerai aplinka pritaikyta paciento poreikiams.

Bendraudant su pacientu nepaprastai svarbu suprasti tikrąją bendravimo deficito prigimtį, naudoti gestus, veido išraišką. Kai verbalinė kalba tampa nebesuprantama, tiksliausia naudoti kūno kalbą. Daugiausia bendravimo problemų sukelia paskutinioji demencijos stadija. Daugelis autorių paskutinę demencijos stadiją apibūdina kaip „visų verbalinių galimybių praradimą“, nes lieka labai žymus bendravimo pakenkimas. Tokiems žmonėms reikalinga pastovi slauga. Galutinėje stadijoje elgesio problemoms ir psichikos simptomams tenka mažas vaidmuo.

Bendravimo problemos trukdo slaugytojams suprasti paciento elgesį ir išreikšti etines problemas (Athlin et al 1990).

Hallberg I.R. Norberg A. (1990) pabrėžia, jog sumažėjusi pacientų galimybė bendrauti įtakoja vangią slaugytojų reakciją, o tinkamo bendravimo galimybės stoka iššaukia pacientų nusivylimą.

Demencija sergančių žmonių priežiūroje svarbus yra Naomi Feil patvirtintas bendravimo metodas, kuris paremtas pasitikėjimu, empatija, žmogaus pažinimu bei humanistine filosofija. Šis metodas yra paremtas faktu, kad kiekvienas elgesys turi reikšmę. Slaugytojas, bandantis išsiaiškinti elgesio reikšmę, suteikia žmogui komforto jausmą.

Naomi F. (1992) teigia, jog kiekvienas žmogus yra skirtingas, turintis savų vertybių. Todėl slaugant svarbu atsižvelgti į individualų bendravimą.

Reisberg B.(1986) teigia, jog, progresuojant ligai, žmogus praranda kasdienio gyvenimo aktyvumą. Galiausiai yra prarandamos galimybės kalbėti, judėti, valgyti ir žmogus tampa visiškai priklausomu nuo kitų.

Pacientas, sergantis demencija, sunkiai išreiškia save, todėl yra rizika, kad jis bus įvertintas kaip savęs nesuvokiantis ar kaip negalintis savimi pasirūpinti (Hallberg I.R.,1998).

Liesienė V. (2000) teigia, jog pacientas nori būti suprastas visais atvejais, nori, kad jį būtų žiūrima rimtai ir nori būti išklaustas.

Esant bendravimo pakitimams slaugytojai gali nesuprasti paciento elgesio, poreikių, norų. Pacientai dažniausiai nėra pajėgūs papasakoti apie savo ankstesnį gyvenimą. Kadangi daugelis ligonių negali išreikšti nepasitenkinimo, visuomet yra sunku nustatyti žmogaus problemos lygį, sunku nuspręsti, ar pasikeitusi padėtis priklauso nuo fizinių ar emocinių priežasčių. Kai kuriais atvejais diskomfortas gali būti įvardintas atsižvelgiant į paciento pagrindinius poreikius.

Keletas bendravimo su demencija sergančiaisias aspektų:

kalbant svarbu žvelgti į akis, duoti nurodymus;

- demonstruoti tai, ką jiems liepiame padaryti;
- sakiniai ir klausimai turi būti trumpi ir aiškūs. Trumpa sakinių formuluotė padeda geriau suprasti ir vykdyti nurodymus;
- bendravimas turi būti geranoriškas, šiltas, nepataikaujantis.

Ligoniai teigiamai reaguoja į šypseną, prisilietimą, apkabinimą (Fišas J., 1999).

Shulman M. Mandel E.(1993) pabrėžia, kad retų žodžių, ilgų sakinių vartojimas pablogina paciento supratimą. Jei pacientas nesupranta klausimo, slaugas privalo duoti jam keletą atsakymo variantų.

Wakefield B. (2002) nurodo naudingus slaugytojų bendravimo įgūdžius:

- dėmesingas klausymasis;
- lėtas, aiškus kalbėjimas, žemas balso tembras;
- atitinkamas akių kontaktas;
- padaršinimas atsakant į klausimą;
- kantrus atsakymo laukimas;
- terapinis prisilietimas.

Bendraudamas slaugytojas parodo šilumą, rūpinimąsi, meilę, paramą bei pagarbą. Bendravimas nėra tik informacijos suteikimas, tai taip pat yra idėjų pasikeitimas ( Feil N., 1992).

Vaitkevičienė A. (2003) tai patvirtina teigdama, jog slaugytojo prašymas atlikti kokią nors užduotį yra papildoma bendravimo su pacientu forma. Kalbant su pacientu įvertinamas jo dėmesys, orientacija, atmintis.

Papildomai skyrus dėmesio, neretai pacientai patys, neklausinėjami, pasakoja apie savo problemas, išgyvenimus (Vaitkevičienė A., 2003).

Taigi slaugytojai turi atsakomybę ir galimybę padėti išvengti psichinės sveikatos problemų ir prisidėti prie jos gerbūvio. Efektyvus bendravimas, ypač dėmesingas klausymas yra bene patys svarbiausi sugebėjimai, kuriuos slaugytojai naudoja įvairiose situacijose.

Atsargus paciento aplinkos formavimas bei tvarkymas padeda identifikuoti veiksnius, galinčius prisidėti prie streso. Slaugytojai turi įvertinti bei suprasti ženklus, įtakančius paciento elgesį.

Mameniškienė R. et al (2002) pabrėžė tinkamos aplinkos užtikrinimo reikšmę. Slidžių kilimėlių, žemų baldų aštriais kraštais, įvairių kitų kliūčių pašalinimas yra būtinas, kad demencija sergančiam pacientui būtų nesunku judėti. Sergantysis nesunkiai ras tualetą, jei naktį paliekama įjungta šviesa, ant durų pakabinami ženklai.

Slaugant pacientus būtina atsižvelgti į individualų slaugos planą: paciento poreikius, sujaudinimo, streso atpažinimą, paciento teisę priimti sprendimus (Naomi F., 1992).

Bakker R. (2003) teigia, jog personalui reikėtų atsargiau elgtis su veidrodžiais. Pacientai, sergantys demencija, gali neatpažinti veidrodyje savęs ir gali pajusti grėsmę, todėl būtina veidrodžius pridengti antklode. Pro langą matomi šešėliai taip pat gali kelti pacientams nerimą.

Ashmen W. (2000) nagrinėja valgymo aspektus. Jis teigia, kad paciento atsisakymas valgyti, su tuo susijęs įvertinimas, ar pacientas jaučiasi alkanas, ištroškęs sukelia slaugytojams sunkumų. Taigi, prieš valgant svarbu išsiaiškinti kokios valgymo problemos kamuoja pacientą. Labai svarbu valgio metu užtikrinti pacientams ramybę ir komfortą.

Alzhaimerio asociacija (2005) nurodo pagrindines priežiūros gaires esant valgymo sutrikimams:

- Valgio metu neblaškyti, užtikrinti ramią aplinką;
  - Ryškių lėkščių naudojimas padeda pacientams orientuotis, atskirti lėkštę nuo stalo.
  - Iš karto pateikti 1 - 2 patiekalus;
  - Gerai suprantami, paprasti nurodymai – instrukcijos - padeda lengviau įsisavinti informaciją;
  - Patikrinkite maisto temperatūrą. Pacientas kartais negali išreikšti, ar maistas, gėrimas karštas ar ne.
  - Būkite kantrūs. Nekritikuokite paciento valgymo įpročių. Nereikalaukite valgyti greičiau;
  - Kalbėkite aiškiai ir lėtai. Būkite nuoseklūs ir kartokite instrukciją kiekvieną kartą tais pačiais žodžiais;
  - Jei pacientas nenori valgyti, nereikia versti, tai gali tik dar labiau jį suerzinti.
- Demencijos atveju dažnas miego ritmo sutrikimas.

Slaugymo gairės esant miego sutrikimams:

- svarbu padidinti dienos veiklą, individualius fizinius pratimus;
- atkalbėkite nuo neveiklumo ir pokaičio dieną;
- suplanuokite ramias, tylias popietės ir vakaro valandas;
- teigiamai veikia: pasivaikščiojimas prieš miegą, rami muzika, paprastas kortų žaidimas;
- išjungta šviesa prieš nusileidžiant saulei ir užtrauktos užuolaidos prieblandoje sumažina šešėlių intensyvumą ir pacientų sąmyšį.
- svarbu įsitikinti ar skyriaus durys užrakintos, nes ligoniai, kankinami nemigos, gali išeiti į lauką ir pasiklysti.

Naktį pacientai geriau miegos, jei dieną bus kuo nors užsiėmę. Jei ligonis pabunda naktį, švelniai jam priminkite, kad dabar naktis. Paprastai to užtenka, kad jis grįžtų į lovą ir vėl užmigtų. Taip pat priminkite, kad ligonis prieš einant miegoti negertų daug skysčių. Prieš jam gulantis pasiūlykite nueiti į tualetą (Fišas J., 1999).

Neigiamų emocijų sukelia asmens švarinimosi aspektai. Dažniausiai sujaudinimą pacientai išreiškia paskutinėse demencijos stadijose. Wilkins C., Kyle C. (2001) pabrėžia asmens maudymosi įpročius. Svarbu žinoti, kada pacientas įprastai, kaip dažnai maudosi, kokie faktoriai išprovokuoja baimę, sujaudinimą.

Labai svarbi sergančio žmogaus reakcija į gyvenimo ir asmenybės pokyčius.

Iki šiol nėra atlikta tyrimų, kurie nagrinėtų ryšį tarp sergančiųjų demencija susitaikymo su liga ir to, kaip tvirtai jie suvokia savo priklausomumą nuo slaugytojų. Priimtina teigti, jog demencija sergančių žmonių patirtis bei protiniai, emociniai resursai turi didelę įtaką tam, kaip jie išsprendžia situacijas, kuriose yra bejėgiai.

Žinios apie demenciją, asmenybės pakenkimo laipsnį ir jų pasekmes slaugytojui yra žinių dalis, kuri turi būti pritaikoma kiekvieno šia liga sergančio žmogaus išskirtiniams poreikiams vertinti (Holst G., 2000).

Berg et al (1998) atlikti tyrimai parodė, jog slaugytojai esamojoje situacijoje ieško esminių sprendimų, gilinas į žmogaus vidinį pasaulį. Tačiau jiems trūksta sisteminės informacijos apie žmogaus asmenybę.

Dr. Kovach pateikia sisteminį slaugymo protokolą, kuriame pateiktas pagrindinių poreikių įvertinimas. Pats Dr. Kovachas teigia: “svarbu, kad efektyvi intervencija būtų įtraukta į sisteminį slaugos planą, didinant komfortą ir mažinant diskomforto pasireiškimą”.

Kiekvienas žmogus yra unikalus, turintis skirtingą slaugos poreikį bei galimybes, kurios keičiasi ligai progresuojant. Slaugant demenciją sergančius žmones, iškyla daug etinių diskusijų. Klausimai apie paciento gyvenimo reikšmę, bendravimo užtikrinimą ir jausmų bei norų interpretavimą sudaro slaugytojams didelių problemų, kurios tarpusavyje susijusios.

Holst G. (2000) teigia, jog dažnai iš paciento dėl kognityvinių funkcijų pa-  
blogėjimo nepavyksta surinkti objektyvios informacijos. Tokiu atveju informacija  
renkama iš artimųjų, kitų šaltinių ar stebint paciento kasdieninę veiklą.

Slaugos personalas turi išsiaiškinti, kaip geriau aprūpinti pacientus, sužinojus  
kuo daugiau apie jų gyvenimo istoriją, galimybes, bei poreikius.

Apibrėžti papildomas kompetencijas ar personalo kvalifikacijas bet kuriuo atve-  
ju nėra lengva. Gerai suprantama, kad slaugos personalui reikia tam tikro požiūrio  
bei priartėjimo prie demencija sergančių žmonių. Elgar J. (1998) išskiria, į ką turėtų  
atsižvelgti slaugos personalas:

- teigiamas požiūris į demencija sergančius žmones;
- paciento savarankiškumo išlaikymas kasdieninėje veikloje;
- tvirtas slaugytojų emocinis stabilumas;
- verbalinio - neverbalinio bendravimo užtikrinimas;
- pagarba senam žmogui.

Liesienė V. (2000) užsimena apie nefarmakologį gydymą. Jį apima: elgesio au-  
tonomiškumo palaikymas, užsiėmimų planavimas, aplinkos pritaikymas, atsimini-  
mų kartojimas ir įvairūs sensorinės stimuliacijos būdai.

Apibendrinant galima teigti, kad pasaulinė praktika rodo nefarmakologinių  
terapijos priemonių efektyvumą. Lietuvoje vis dar trūksta mokomosios bei prak-  
tinės metodikos apie demencija sergančius žmonių slaugą. Efektyvi slauga, sergant  
demencija, priklauso nuo praktinio žinių pritaikymo, tinkamos aplinkos sudarymo,  
slaugytojų bendravimo įgūdžių.

Slaugytojai, kasdien susiduriantys su demencija sergančiais žmonėmis, turi būti  
budrūs ir laiku pastebėti šios ligos požymių kitimus, laiku įvertinti galimas jų prie-  
žastis bei pasekmes.

## Literatūra

1. Smagt – Duijnstee M. (2000). Relatives of stroke patients – their experi-  
ences and needs in hospital. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 1,  
P. 44 - 51.
2. Monsivais D. Developing and evaluating patient education materials.  
(2003). *The Journal of Continuing Education in Nursing*. 4, P. 12-15.
3. Narvilienė D., Istomina N., Salyga J. (2008). Persirgusiųjų galvos smege-  
nų insultu gyvenimo pilnatvės vertinimo aspektai. *Sveikatos mokslai*. 2, P.  
1658 – 1662.
4. Juozulynas A. (2005). Gyvenimo kokybė ir sveikata. *Sveikatos mokslai*.  
1, P. 71 – 74.

5. Vazonienė G. (2010). Subjektyvios pagyvenusių žmonių gyvenimo kokybės socialiniai ekonominiai veiksniai. *Mintis ir veiksmas*. 2, P. 186.
6. Furmonavičius T. (2001). Gyvenimo kokybės tyrimai medicinoje. *Biomedicina*. 2, P. 128.
7. Kasiulevičius V. (2008). Šeimos sveikatos enciklopedija. Kaunas : Šviesa.
8. Valaikienė J. (2007). Galvos smegenų insultas: etiopatogenezė, paplitimas, diagnostikos metodai ir jų vertė parenkant optimalią gydymo taktiką. *Teorija ir praktika*. 3, P. 225 – 226.
9. Juocevičius A. (2007). Vyresnio amžiaus pacientų, sergančių galvos smegenų insultu, kompleksinės reabilitacijos efektyvumas. *Gerontologija*. 8(3), P. 150 – 156.
10. Radžiuvienė R. (2008). Amžiaus ir ilgalaikio išgyvenamumo po galvos smegenų insulto ryšys. *Gerontologija*. 9(3), P. 135 – 143.
11. Juocevičius A. (2009). Sergančių galvos smegenų insultu pacientų, reabilituotų trijose reabilitacijos paslaugas teikiančiose įstaigose, charakteristika. *Gerontologija*. 10(4), P. 214 – 222.
12. Kazlauskaitė M., Rėklaitienė R. (2005). Vidutinio amžiaus Kauno gyventojų gyvenimo kokybė. *Medicina* 41(2), P. 155.
13. Knašienė J. (2011). Artimųjų slauga namuose. Vilnius: Inkocentras.
14. Kalibatienė, D., Šalaviejūtė, A. (2005). Slaugos poreikių namuose vertinimas. *Sauga: mokslas ir praktika*. 4, p. 3-6.
15. Bagdonas G., Damulevičienė G., ir kt. (2009). Pagyvenusių žmonių sveikatos priežiūra. Kaunas: Vitae litera.





2011 11 23. 7.13 leidyb. apsk. 1. Tiražas 100 egz.  
Išleido ir spausdino „UAB Vitae Litera“, Kurpių g. 5-3, LT-44280 Kaunas  
[www.vitaelitera.lt](http://www.vitaelitera.lt), [www.tuka.lt](http://www.tuka.lt)