

KLAIPĖDOS UNIVERSITETAS

Sveikatos mokslų fakultetas

Slaugos katedra

Monika Montvydaitė

**MOKOMOSIOS INTERVENCIJOS POVEIKIS
PAGYVENUSIŲ ŽMONIŲ SAVARANKIŠKUMUI**

Slaugos studijų programos magistro baigiamasis darbas

Klaipėda, 2013

SANTRAUKA

Montvydaitė M. Mokomosios intervencijos poveikis pagyvenusių žmonių savarankiškumui. Slaugos magistro studijų programos baigiamasis darbas. Darbo vadovas doc. Dr. V. Mockienė, Klaipėdos universitetas: Klaipėda, 2013. – 74 p.

Gyventojų senėjimas skatina senyvo amžiaus asmenų skaičiaus didėjimą, kuris savo ruožtu daro poveikį sveikatos priežiūros, slaugos ir ilgalaikės globos paslaugų sistemoms.

Tyrimo tikslas – išanalizuoti mokomosios intervencijos poveikį pagyvenusių asmenų savarankiškumui.

Tyrimo metodika. Atliktas kiekybinis tyrimas, naudojant netikimybinę tikslinę grupių formavimo atranką. Mokomosios intervencijos realizavimui pasirinktos dvi imtys: eksperimentinė grupė (EG) n=30 ir kontrolinė grupė (KG) n=38. Tiriamąją imtį sudarė vyresni nei 60 metų asmenys (amžiaus vidurkis $75,69 \pm 9,25$). Mokomosios intervencijos realizavimui pasirinkti du etapai: priešintervencinis tyrimas ir pointervencinis tyrimas, kurių metu atliktas kontrolinės ir eksperimentinės grupių anketavimas ir vertinimas naudojant funkcinį nepriklausomumo testą (FNT) bei protinės būklės mini tyrimas (MMSE). Būklės dinamika vertinta: vizualinė skausmo skalė (VAS), goniometru, sąnarių sustingimo vertinimo skale, pirštų lankstumo vertinimo skale, Lovett testu. Tyrimas atliktas laikantis etikos principų.

Tyrimo rezultatai. Atlikus medicininės dokumentacijos analizę paaiškėjo, kad pagyvenusių žmonių savarankiškumą riboja galvos smegenų insultas (EG,n=37,7 proc.; KG,n=36,4 proc.) ir lėtinė galvos smegenų išemija (EG,n=22,2 proc.; KG,n=24,7 proc.). Išanalizavus gautus tyrimo rezultatus prieš mokomąją intervenciją paaiškėjo, kad 65,7 proc. eksperimentinės grupės ir 54 proc. kontrolinės grupės dalyvių turi vidutinį pažinimo funkcijų sutrikimo lygį ir visišką priklausomybę gebėjime maudytis. Mokomoji intervencija padėjo statistiškai reikšmingai sumažinti skausmo pojūtį, pirštų sustingimą, pagerinti pirštų lankstumą, jėgą, padidinti riešo ir plaštakos amplitudes. Išanalizavus rezultatus po mokomosios intervencijos paaiškėjo, kad eksperimentinės grupės dalyvių pažinimo funkcijų sutrikimo lygis vidutiniškai pagerėjo 2,48 balais, o kontrolinės grupės – vidutiniškai 0,25 balo pablogėjo. Eksperimentinės grupės dalyvių funkcinis nepriklausomumas vidutiniškai pagerėjo 7,08 balo, o kontrolinės grupės dalyvių – pablogėjo vidutiniškai 0,97 balo.

Išvada. Pagyvenusio amžiaus žmonių savarankiškumui turi įtakos fizinė, psichinė sveikata. Prisitaikymą prie savarankiškumo sutrikimų palengvina mokomosios intervencijos taikymas.

Raktažodžiai: mokomoji intervencija, pagyvenę asmenys, savarankiškumas, slauga.

SUMMARY

Montvydaite M. The Impact of an Education Intervention on Independence of the Elderly. Nursing Master's Degree thesis. Academic supervisor Assoc. Dr. V. Mockienė, University of Klaipeda: Klaipeda, 2013th - 74 p.

Population aging promotes the elderly increase in the number, which in turn affects the health, nursing and long-term care service systems.

The aim - to analyze the impact of educational Interventions elderly independence.

Methods. A qualitative study using a non-probability sample of the target group formation. Educational intervention in the realization of selected two samples: an experimental group (EG) N=30 and a control group (CG) N=38. The sample consisted of over 60 years of age (mean age $75,69 \pm 9.25$). Educational interventions realization select two phases: Pre-intervention and Post-intervention survey study which has been carried out in the control and experimental groups, questionnaires and evaluation using the Functional Independence Measure (FIM) and the mini-mental state examination (MMSE). Dynamic state assessed: visual pain scale (VAS), goniometer, joint stiffness grading scale, flexible fingers Rating Scale, Lovett test. The study was conducted in accordance with ethical principles.

Results. Following analysis of the medical records showed that older adults' independence is limited stroke (EG, n = 37.7 percent., KG, n = 36.4 per cent.), And chronic cerebral ischaemia (EG, n = 22,2 percent. , KG, n = 24,7 percent.). The analysis of these results before the educational intervention showed that 65,7 proc.eksperimentinēs group and 54 percent. participants in the control group had an average level of cognitive impairment and full dependency ability to swim. Educational intervention helped to significantly reduce the sensation of pain, finger stiffness, improved finger flexibility, strength, increasing the magnitude of the wrist and hand. The analysis of the results of the educational intervention showed that the experimental group participants' level of cognitive impairment improved on average 2.48 points in the control group - an average of 0,25 points worse. The experimental group participants' functional independence is improved on average 7,08 points in the control group members - has deteriorated on average 0,97 points.

Conclusion. The elderly independence affects the physical, mental health. Adaptation to the problems of autonomy facilitates educational intervention application.

Keywords: education intervention, the elderly, independence, nursing.

PAVEIKSLŲ IR PRIEDŲ SĄRAŠAS

PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

	Paveikslo pavadinimas	Puslapis
1	Pagyvenusių žmonių populiacija pagal lytį ir amžių	11
2	Dalyvių pasiskirstymas pagal lytį	35
3	Dalyvių pasiskirstymas grupėse pagal amžiaus grupes	36
4	Dalyvių pasiskirstymas grupėse pagal funkcijas ribojančią ranką	36
5	Dalyvių pasiskirstymas grupėse pagal savarankiškumą ribojančias priežastis	47
6	Dalyvių pasiskirstymas grupėse pagal MMSE testą prieš mokomąją intervenciją	48
7	Dalyvių FNT testo sudedamųjų dalių rezultatų pasiskirstymas grupėse prieš mokomąją intervenciją	48
8	Judesių amplitudės per riešo sąnari laipsnių vidurkiai grupėse prieš ir po mokomosios intervencijos	49
9	Skausmo rezultato pasiskirstymas eksperimentinėje grupėje prieš ir po mokomosios intervencijos	50
10	Skausmo pojūčio pasiskirstymas eksperimentinėje grupėje, dominuojančios rankos atžvilgiu	51
11	Pirštų sustingimo pasiskirstymas eksperimentinėje grupėje prieš ir po mokomosios intervencijos	52
12	Pirštų sustingimo pasiskirstymas eksperimentinėje grupėje tarp dešinės ir kairės rankos	52
13	Pirštų lankstumo vidurkiai prieš ir po mokomosios intervencijos eksperimentinėje grupėje	53
14	Plaštakos raumenų jėgos vidurkiai prieš ir po mokomosios intervencijos eksperimentinėje grupėje	54
15	Plaštakos raumenų jėgos vidurkiai pagal pažeistą ranką	54
16	MMSE testo imčių išsidėstymas eksperimentinėje grupėje prieš ir po mokomosios intervencijos	56
17	Pažinimo funkcijų, pagal MMSE testą, pokytis grupėse po mokomosios intervencijos	56
18	FNT testo rezultatų imčių pasiskirstymas kontrolinėje grupėje prieš ir po mokomosios intervencijos	57
19	FNT testo rezultatų imčių pasiskirstymas eksperimentinėje grupėje prieš ir po mokomosios intervencijos	58
20	FNT testo sudedamųjų dalių rezultatų pasiskirstymas grupėse prieš ir po mokomosios intervencijos	59
21	FNT testo rezultatų pasiskirstymas pagal reikšmingumą	59

PRIEDŲ SĄRAŠAS

Nr. Priedai		Puslapis
1	Informuoto sutikimo forma	75
2	Kokybinių matavimų protokolas	76
3	Publikacijos magistro darbo tema	77
4	Anketinė apklausa	83
5	Protinės būklės mini tyrimas	84
6	Funkcinio nepriklausomumo testas	85
7	Kokybinių ir kiekybinių kintamųjų požymių koreliacinė Pirsono matrica	86
8	Statistinių duomenų suvestinė	87
9	Mokomosios intervencijos turinys	89
10	Mokomosios intervencijos instrumentai	90

TURINYS

ĮVADAS.....	7
I. PAGYVENUSIŲ ŽMONIŲ POPULIACIJOS POKYČIAI PASAULYJE IR LIETUVOJE	11
II. PAGYVENUSIŲ ŽMONIŲ SENĖJIMO POKYČIAI SVEIKATOS PRIEŽIŪROS KONTEKSTE	14
2.1. Biologiniai senėjimo ypatumai	16
2.2. Psichologiniai senėjimo ypatumai	18
2.3. Pagyvenusių žmonių kasdienės veiklos, pažintinių ir motorinių funkcijų ypatumai	20
III. PAGYVENUSIŲ ŽMONIŲ SLAUGA, SAVARANKIŠKUMO UGDYMO KONTEKSTE	25
3.1. Mokymo poveikis pagyvenusių žmonių savarankiškumui	29
3.2. Slaugytojo veikla pagyvenusių žmonių savirūpos ugdyme	32
IV. EMPIRINĖ DALIS	35
4. 1. Tyrimo metodika	35
4.1.1. Tyrimo imties charakteristikos	35
4.1.2. Tyrimo metodai	37
4.1.3. Tyrimo instrumentai	38
4.1.4. Tyrimo procesas/eiga	43
4.1.5. Tyrimo etika	45
4. 2. Tyrimo rezultatai	46
4.2.1. Priežastys, turinčios įtakos pagyvenusių žmonių savarankiškumo netekimui....	46
4.2.2. Funkcinio nepriklausomumo ir pažintinių funkcijų įvertinimas prieš mokomąją intervenciją	47
4.2.3. Mokomosios intervencijos poveikis pagyvenusių žmonių būklės dinamikai.....	49
4.2.4 Funkcinio nepriklausomumo ir pažintinių funkcijų įvertinimas po mokomosios intervencijos.....	55
4.3. Tyrimo rezultatų aptarimas	60
IŠVADOS	63
REKOMENDACIJOS	64
LITERATŪRA	65
PRIEDAI	74

ĮVADAS

Lietuvos gyventojų senėjimo tempai yra spartesni nei kitų Europos Sąjungos (ES) valstybių narių. Šio amžiaus viduryje (2050) Lietuva iš demografiškai jaunesnių ES šalių pereis į viduriniąją grupę – prognozuojama, kad tuo metu daugiau kaip 26,0 proc. šalies gyventojų bus 65 metų ir vyresni. Nors Lietuvos gyventojų vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė per visą XX amžių pailgėjo maždaug trimis dešimtmečiais, tačiau vidutinė sveiko gyvenimo (t. y. be ligų ir negalios) trukmė yra viena trumpiausių Europoje ir lenkia tik kaimyninės Latvijos sveiko gyvenimo trukmę. (Damulevičienė ir kt., 2010, 35 p.). Įvairios užsienio autorių (Yap et al., 2011, 1p.) analizės taip pat teigia, jog visame pasaulyje, vyresnio amžiaus asmenų dalis auga nuo 6,9 proc. gyventojų 2000 metais ir iki 19,3 proc. 2050 metais. Kiti autoriai (Sousa et al., 2010, 2 p.) teigia, kad esant senėjimo tendencijoms, žmonių skaičius visame pasaulyje, vyresnių negu 60 metų ir daugiau, pasieks daugiau kaip du milijardus iki 2050 m.

Senėjimas tampa tarsi fizinis ir psichikos trapumas, ekonomiškai išsivysčiusiose šalyse. Lietuvos autorių (Kisieliene ir kt., 2011, 8 p.) duomenimis, senyvo amžiaus asmenų skaičiaus didėjimas daro poveikį sveikatos priežiūros, slaugos ir ilgalaikės globos paslaugų sistemoms, todėl reikia vis daugiau investuoti į slaugos ir globos institucijas bei vyresnio amžiaus žmonių sveikatos ir slaugos paslaugų plėtrą. Pagrindinis dėmesys, pagal S. Teeri et al. (2006, 117 p.), plėtojant socialinės gerovės ir sveikatos priežiūros paslaugas tenka tam, kad vyresnio amžiaus žmonės galėtų gyventi savo namuose taip ilgai, kaip tik įmanoma, nes pagyvenę asmenys, kurie gydomi stacionariose įstaigose, turi daugiau ligų, yra prastesnės būklės bei tampa daug daugiau priklausomi nuo slaugos personalo ar artimųjų. Dauguma pagyvenusių asmenų turi funkcinius apribojimus, kenčia nuo demencijos, turi sumažėjusius gebėjimus atlikti savarankiškus sprendimus, kurie savo ruožtu didina jų pažeidžiamumą ir priklausomumą nuo personalo. (Teeri, 2006, 117 p.)

V. Šokelienės ir bendraautorių duomenimis (2011, 5 p.), pirmasis iš trijų pagrindinių ES strateginių tikslų, išdėstytų knygoje „Kartu sveikatos labui 2008–2013 m.“, yra sveikatos ugdymas senėjančioje Europoje: *Gyventojų senėjimas, nulemtas mažo gimstamumo ir ilgėjančios gyvenimo trukmės, yra akivaizdus. 2050 m. vyresnių negu 65 m. gyventojų skaičius Europoje padidės 70 proc. Vyresnių negu 80 metų gyventojų grupė padidės 17 proc.. ES strateginis požiūris – Europa turi neatidėliojant padėti savo piliečiams gyventi bei pasitikti senatvę geros sveikatos būklės, taip pat – išlikti aktyviems vyresniame amžiuje.* Aktyvumo išlaikymas yra labai aktualus klausimas viso pasaulio ir Europos mastu. Tai patvirtina autorių J. O. Virues et al. (2011, 176 p.) tyrimo analizė, kuri atskleidė, kad 59 proc. asmenų, turinčių funkcinių gebėjimų sutrikimų, Ispanijoje buvo vyresni

nei 65 metų, 33 proc. vyresnių nei 65 metų buvo nesavarankiški. Negalia tarp pagyvenusių žmonių sudaro svarbų visuomenės sveikatos klausimą Ispanijoje bei kitose pasaulio šalyse.

Nacionalinė negalia ir kiekybinis požiūris į neįgalumą lemiančių veiksnių paplitimą, yra būtina sąlyga paslaugų plėtrai ir įrodymais pagrįstam sveikatos sprendimų priėmimui, atsižvelgiant į šią pagyvenusių žmonių populiaciją. Tarptautinė funkcionavimo, neįgalumo ir sveikatos klasifikacija (TFK) naudoja daugiafaktorinį požiūrį į negalią su dviem pagrindiniais komponentais: veiklos apribojimai, aktyvumas, ir kūno pokyčių sandara bei funkcija. Pagal ICF (angl. the International Classification of Functioning, Disability and Health) ligos modelį, svarbūs veiksniai, nulemiantys negalią, yra aplinkos veiksniai ir asmeninės charakteristikos. Tai paaiškina rezultatus, kad asmens funkcinės būklės lygis priklauso nuo sąveikos tarp sveikatos problemų ir asmens fizinės, socialinės ir psichologinės sveikatos komponentų.

Temos aktualumas. Daugelis pasaulio šalių, tarp jų ir Lietuva, XXI amžiuje susidūrė su gyventojų senėjimo problema. Vidutinis gyventojų amžius pasaulyje ilgėja ir senų žmonių skaičius tiek Lietuvoje, tiek pasaulyje sparčiai didėja. Visuomenės senėjimo procesas sukelia daug ekonominių, socialinių, psichologinių problemų ir įpareigoja visų sričių specialistus, tame tarpe slaugytojus bei kitus reabilitacijos krypties specialistus, laiku pastebėti bei įvertinti biologinius, socialinius, psichologinius, fizinius sunkumus ir padėti žmogui prisitaikyti prie naujų gyvenimo pokyčių. Pagyvenusiems žmonėms iškyla daug sveikatos, apsitarnavimo, prisitaikymo buityje ir visuomenėje problemų. Todėl vis svarbesnis darosi vyresnio amžiaus, t.y. geriatrinių, asmenų mokymo klausimas. Atsižvelgiant į didėjantį pagyvenusių žmonių skaičių visame pasaulyje, viena prioritetinių mokslo sričių tampa geriatrija, kuri nagrinėja senstančių žmonių sveikatos išsaugojimo ir gerinimo klausimus, senų žmonių ligų profilaktiką, kliniką, gydymą bei socialinius aspektus (Spirgienė 2010, 90 p.). Taip pat labai svarbu tyrinėti senų žmonių poreikius, sveikatos priežiūrą ir teikti pasiūlymus, kaip organizuoti bei administruoti medicinos pagalbą vyresnio amžiaus žmonėms.

Nacionalinėje gyventojų senėjimo pasėkmių įveikimo strategijoje konstatuojama, jog medicinos pagalba vyresnio amžiaus žmonėms dar nėra pakankamai gerai organizuota namuose, poliklinikose bei stacionaruose (Brogaitė ir kt., 2007, 230 – 231 p.). Nepakankamai teikiamos specializuotos geriatrinės paslaugos sveikatos apsaugos įstaigose. Nėra specializuotų kabinetų ir skyrių, tarp jų ir Alzheimerio, Parkinsono ligų skyrių, akivaizdi interdisciplininio bendradarbiavimo stoka, pvz., blogas bendradarbiavimas su bendrosios praktikos gydytojais, socialiniais darbuotojais, dėl kurio nukenčia gera paslaugų kokybė. Taip pat mažoka sveikatinimo prevencinių ir edukacinių programų, kurios yra neabejotinai svarbios ir reikalingos, tačiau dažnai pamiršamos. Nėra sukurta

paslaugų namuose, slaugos paslaugų, dienos stacionarų, skirtų vyresnio amžiaus žmonėms, infrastruktūra.

Šių asmenų sveikatos išsaugojimas ir funkcinio savarankiškumo iki gilios senatvės išlaikymas yra svarbus sveikatos ir socialinės politikos uždavinys (Brogaitė ir kt., 2007, 230 – 231 p.). Pagyvenusių žmonių sveikatos išsaugojimas ir funkcinio savarankiškumo išlaikymas yra svarbus todėl, kad viena aktualiausių visuomenės sveikatos problemų visame pasaulyje yra gyventojų senėjimas. Didėjant senų žmonių skaičiui, didėja poreikis jų ligų prevencijos, gydymo, globos ir slaugos paslaugų plėtrai. Todėl šiandien būtina kalbėti apie sveiką senėjimą, sveiką senatvę ir tokia linkme įgyvendinti darbo su vyresnio amžiaus žmonėmis kryptis ir priemones (Šurkienė ir kt., 2012, 235 p.). Darbe nagrinėjamos temos problema apie mokomosios intervencijos poveikį pagyvenusiems asmenims, turintiems savarankiškumo funkcijų sutrikimų, šiuo metu Lietuvos autorių tyrimuose nėra labai plačiai išanalizuota, o užsienio autorių atlikti tyrimai apie mokomasias intervencijas yra tik panašūs tikslais, tačiau mūsų atlikto tyrimo priemonės ir metodikos, taikant mokomąją intervenciją – užsienio ir lietuvių literatūroje analogiškai naudotos nebuvo.

Tyrimo tikslas: išanalizuoti mokomosios intervencijos poveikį pagyvenusių asmenų savarankiškumui.

Tyrimo uždaviniai:

1. Nustatyti priežastis, įtakančias pagyvenusių žmonių savarankiškumo netekimą.
2. Išanalizuoti pagyvenusių žmonių savarankiškumą ir pažinimo funkcijas prieš mokomosios intervencijos užsiėmimus.
3. Palyginti mokomosios intervencijos poveikį pagyvenusių žmonių būklės dinamikai.
4. Išanalizuoti pagyvenusių žmonių savarankiškumą ir pažinimo funkcijas po mokomosios intervencijos užsiėmimų.

Tyrimo hipotezė: tikėtina, kad mokomosios intervencijos metodų taikymas yra susijęs su pagyvenusių asmenų savarankiškumo įgūdžių gerėjimu.

Tyrimo objektas: mokomosios intervencijos poveikis pagyvenusių žmonių savarankiškumui

Tyrimo subjektas: pagyvenę žmonės (60-ies metų ir vyresni).

Tyrimo metodai:

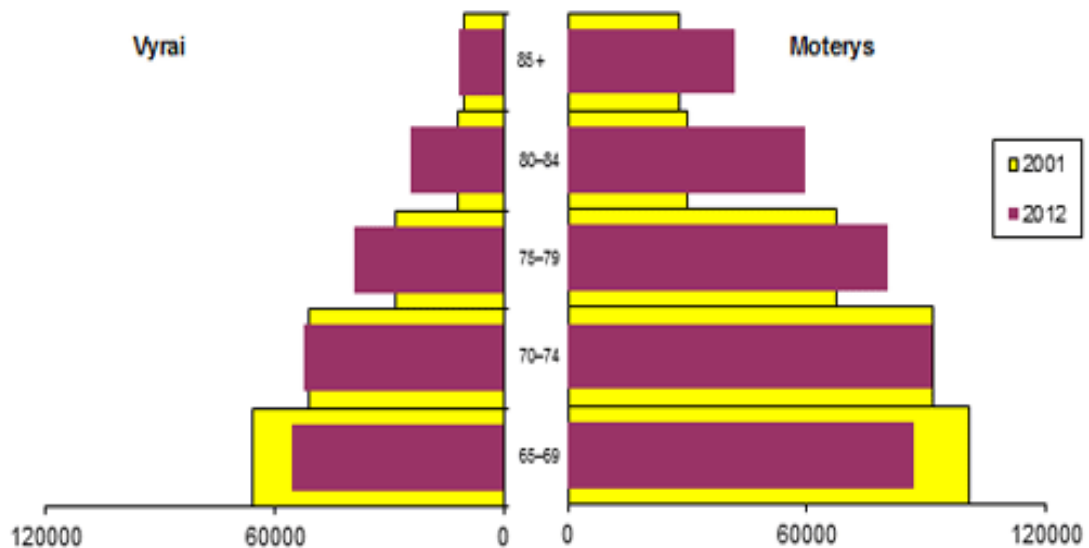
1. Mokslinės literatūros analizė;
2. Anketinė apklausa (1 ir 2 tyrimai);
3. Mokomoji intervencija;
4. Statistinė duomenų analizė.

Tyrimo struktūra: magistrinis darbas sudarytas iš dviejų dalių – teorinės ir empirinės dalies. Teorinėje dalyje nagrinėjama literatūra apie funkcijų pokyčius pagyvenusiame amžiuje, apie

slaugytojų vaidmenį mokant pagyvenusius žmones, apie mokomasias programas ir jų poveikį. Empirinėje dalyje pateikiama kiekybinio tyrimo metodika ir rezultatai. Darbo pabaigoje pateikiamos išvados, rekomendacijos ir literatūros sąrašas (100 šaltinių) ir priedai (kiekybinio tyrimo anketa, standartizuoti testai, sutikimo forma ir kt.).

I. PAGYVENUSIŲ ŽMONIŲ POPULIACIJOS POKYČIAI PASAULYJE IR LIETUVOJE

Pagyvenusių ir senų žmonių skaičiaus visuomenėje augimo tendencijos rodo, kad ateityje didelę mūsų visuomenės dalį sudarys vyresnio amžiaus žmonės (Jurkuvienė, 2007, 1192 p.). Todėl tiek bendras šalies gyvenimo lygis, tiek mūsų gyvenamosios aplinkos mikroklimatas, pagaliau ir visuomenės stabilumas bus stipriai veikiamas ir priklausys nuo šios visuomenės grupės gerovės. Statistikos departamento prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės duomenimis, Lietuvos, kaip ir kitų Europos šalių demografiniai rodikliai rodo gyventojų senėjimo intensyvumą. 2000 – 2006 metais mūsų respublikoje 60 ir vyresnio amžiaus gyventojų padaugėjo 3,5 proc., ir 2006 metais Lietuvoje tokio amžiaus gyventojai buvo kas šeštas vyras ir kas ketvirta moteris. Prognozuojama, kad 2050 metų pradžioje kas trečias (34,6 proc.) Lietuvos gyventojas bus pagyvenęs žmogus.



1 pav. Pagyvenusių žmonių populiacija pagal lytį ir amžių

(Šaltinis: Lietuvos statistikos departamentas, 2012)

Pasak Lietuvos statistikos departamento, 2012 m. pradžioje Lietuvoje gyveno 711 tūkst. pagyvenusių žmonių (60 metų ir vyresni – 711 072). Tai sudaro didžiąją dalį, beveik ketvirtadalį Lietuvos gyventojų populiacijos (23,6 proc. visų gyventojų). (Mockus ir kt., 2012, 228 p.). Palyginti su 2001 m., pagyvenusių žmonių skaičius padidėjo 58,7 tūkst. (12,1 proc.), o bendras gyventojų skaičius per šį laikotarpį sumažėjo 479,2 tūkst. (13,7 proc.). Ypač padaugėjo 80 metų ir vyresnio amžiaus asmenų. Tai viena iš senėjimo ypatybių – taip vadinamas dvigubo senėjimo reiškinys. 80 metų ir vyresnių gyventojų skaičius pagyvenusių žmonių tarpe išaugo nuo beveik 15 mln. 1950 m. iki 105 mln. 2010 m. Iki 2030 m. senų žmonių populiacija gali išaugti iki net net 151 proc., lyginant su 101 proc. Pagyvenusių ir tik 21 procentu gyventojų iki 65 metų augimu (Šurkienė, 2012, 236 p.).

Lietuvos statistikos departamento duomenimis, 2012 m. pradžioje, 80 metų ir vyresnio amžiaus gyventojų buvo 137,9 tūkst., arba 57,9 tūkst. (72,4 proc.) daugiau nei 2001 m., jie sudarė 25,4 proc. (2001 m. – 16,5 %) visų pagyvenusių (65 metų ir vyresnio amžiaus) žmonių. Palyginti su visais gyventojais, daugiausia 65 metų ir vyresnio amžiaus asmenų gyveno Ignalinos (25,8 proc.), Anykščių (25,2 proc.) ir Lazdijų (24,0 proc.) rajonų, mažiausiai – Visagino (11,7 proc.), Neringos (13,4 proc.), Vilniaus (13,4 proc.) ir Klaipėdos (14,7 proc.) rajonų savivaldybėse. Per pastaruosius vienuolika metų padidėjo 65 metų ir vyresnio amžiaus žmonių dalis bendrame gyventojų skaičiuje visose savivaldybėse (mažiausiai – Kalvarijos, Alytaus ir Vilniaus rajonų).

Kas antroje savivaldybėje 65 metų ir vyresnio amžiaus žmonių skaičius viršijo vaikų iki 18 metų skaičių. 65 metų ir vyresnio amžiaus moterų buvo 360 tūkst., vyrų – 183,3 tūkst., t. y. šio amžiaus moterų buvo 2 kartus daugiau nei vyrų. 2012 m. pradžioje mieste gyveno 350,9 tūkst. (64,6 proc.), kaime – 192,4 tūkst. (35,4 proc.) 65 metų ir vyresnio amžiaus asmenų. Jie sudarė šeštadalį visų miesto (17,5 proc.) ir penktadalį kaimo (19,3 proc.) gyventojų. Gyventojų senėjimas – viena svarbiausių mūsų amžiaus problemų, kuri daro didelę įtaką mūsų ekonomikai, socialinei politikai, sveikatos apsaugos sistemai (Mockus ir kt., 2012, 228 p.). Remiantis Europos Sąjungos statistikos tarnybos (Eurostato, 2011) prognozėmis tikėtina, kad 2060 m. pradžioje beveik 37 proc. Lietuvos gyventojų bus pagyvenę žmonės, Europos Sąjungoje –27 – 35 proc. Tai tarsi fizinis ir psichikos trapumas, ekonomiškai išsivysčiusiose šalyse.

Vyresnio amžiaus gyventojų augimas atrodo toliau sparčiai augs per ateinančius kelis dešimtmečius. Pasauliniu lygiu prognozuojama, kad šiandien vyresnių nei 60 metų amžiaus skaičius gyventojų skaičius padidės daugiau nei 800 mln. (tai sudaro 11 proc. pasaulio gyventojų), o 2050 m. iki šiek tiek daugiau nei 2 mlrd (tai sudaro 22 proc. pasaulio gyventojų). Šiuo metu mūsų planetoje gyvena vienas milijardas 120 milijonų žmonių virš 60 metų amžiaus (1950 m. tokių buvo tik 214 milijonų) (Mišeikienė, 2009, 5 p.). O pagal G. Šurkienės (2012, 235 p.) tyrimo duomenis, iš beveik 7 milijardų gyventojų planetoje, daugiau kaip 500 mln. yra 65 m. ir vyresni, kas sudaro beveik 8 proc. populiacijos. Autorių (Bloom et al., 2011, 1 p., Sousa et al. (2010, 2 p.), Teeri et al. (2006, 116 p.)) prognozuojama, kad pasaulio gyventojų skaičius išaugs 3,7 karto iki 2050 m., o vyresnių nei 60 ir senų žmonių skaičius išaugs beveik 10 kartų – iki 16,5 proc. (2 mlrd. 60 metų amžiaus ir vyresnių asmenų). T. Mišeikienės (2009, 5p.) duomenimis 315 milijonų pagyvenusių žmonių gyvena išsivysčiusiose šalyse, 806 milijonai – besivystančiose. Autorių M. Yap et al. (2011, 1p.) analizė taip pat teigia, jog visame pasaulyje, vyresnio amžiaus asmenų dalis augo nuo 6,9 proc. gyventojų 2000 metais ir iki 19,3 proc. 2050 metais. Tokius pat duomenis gavo autoriai J. O. Virues et al. (2011, 176 p.). Jų teigimu, vyresnių nei 65 metų amžiaus gyventojų dalis per pastaruosius 30 metų padvigubėjo ir tikimasi, kad dar kartą padvigubės iki 2050 m.

Šis besiplečiantis vyresnio amžiaus gyventojų skaičius lėmė ilgalaikės slaugos paslaugų poreikio didėjimą dėl jų funkcijų silpnumo ir sutrikimo. Nacionalinis tyrimas dėl negalios, ir sveikatos sutrikimų parodė, kad 59 proc. asmenų su negalia Ispanijoje buvo vyresni nei 65 metų. Be to, 33 proc. vyresnių nei 65 metų buvo nesavarankiški. Negalia tarp pagyvenusių žmonių sudaro svarbų visuomenės sveikatos klausimą Ispanijoje bei kitose pasaulio šalyse (Virues et al., 2011, 176 p.).

II. PAGYVENUSIŲ ŽMONIŲ SENĖJIMO POKYČIAI SVEIKATOS PRIEŽIŪROS KONTEKSTE

Gyventojų senėjimas kelia daug iššūkių sveikatos apsaugai – reikalinga prevencijos, gydymo, ilgalaikės globos ir slaugos paslaugų subalansuota plėtra, nes organizmas, silpstant sveikatai, anksčiau ar vėliau nebepajėgia priešintis ligoms ir negalėms, todėl sulaukus vyresnio amžiaus, daugelį vargina įvairūs sveikatos sutrikimai. O įvairūs negalavimai bei lėtinės ligos yra viena pagrindinių problemų tarp pagyvenusių žmonių (Šurkienė ir kt., 2012, 236 – 237 p.).

Šiuolaikinė medicina reikalauja, kad pagyvenusio amžiaus pacientai, turintys keletą lėtinių ligų, gautų pagalbą iš įvairių sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų. Sveikatos priežiūros paslaugos turi būti koordinuojamos pirminės sveikatos priežiūros gydytojų, specialistų, diagnostikos centrų, vaistinių, namų priežiūros agentūrų. Jų siekiai turi apimti nereikalingą diagnostinių tyrimų dubliavimąsi, išvengiant pavojingos polifarmacijos ir painingos prieštarangiems sveikatos priežiūros planams, mažinant ūminės būklės pasireiškimą slaugos ligoninėse, kvalifikuotose slaugos įstaigose (Bodenheimer, 2008, 1064 p.).

Sveikatos priežiūros koordinavimas apibrėžiamas kaip apgalvotos integracijos procesas, palengvinantis tinkamą sveikatos priežiūros paslaugų pristatymą. Tai pacientų priežiūros veiksmai tarp dviejų ar daugiau sveikatos priežiūros specialistų, dalyvaujančių paciento priežiūroje. Sveikatos priežiūros koordinavimas, tai tradicinis priežiūros tęstinumas - santykiai tarp gydytojo ir paciento, kurie neapsiriboja vien tik konkrečių ligos epizodų ar pažeidimų gydymu. Priežiūros tęstinumas ir fragmentacija turi būti žiūrima plataus spektro mastu. Šis tęstinumas ypatingai svarbus sulaukus seno amžiaus, nes tuomet dažną vargina įvairūs sveikatos sutrikimai (Bodenheimer, 2008, 1064 p.).

Šiuo metu pagalbą pagyvenusiems asmenims pirminiame sveikatos priežiūros lygyje teikia bendrosios praktikos gydytojai ir slaugytojai. Būdinga tai, kad pagyvenę asmenys dažniau stacionarizuojami ir hospitalizuojami. Mažėjant bendram hospitalizacijos rodikliui, žmonių virš 65 metų amžiaus hospitalizacija nuolat auga, vidutinė ligonio gulėjimo ligoninėje trukmė trumpėja, tačiau lyginant su kitomis amžiaus grupėmis, išlieka ilgesnė (Jakštaitienė, 2008, 9 p.). Autorės duomenimis, 2004 m. patvirtintoje nacionalinėje gyventojų senėjimo pasekmių įveikimo strategijoje konstatuojama, kad sveikatos priežiūros paslaugos vyresnio amžiaus žmonėms nepakankamai organizuotos, sveikatos priežiūros paslaugų vyresnio amžiaus žmonėms reikia kur kas daugiau negu kitiems, o visuomenei senstant jų prireiks dar daugiau. Taip pat yra nepakankamas kiekis sveikatinimo programų, skirtų vyresniems žmonėms, per mažai specializuotų geriatrijos paslaugų sveikatos apsaugos įstaigose (Jakštaitienė, 2008, 24 p.).

Sveikatos priežiūros įstaigos, kurios teikia paslaugas pagyvenusio amžiaus asmenims, atlieka svarbią funkciją pagyvenusių žmonių priežiūroje. Šių įstaigų pagrindinis tikslas yra pagyvenusių žmonių priklausomumo mažinimo kasdieninėje veikloje profilaktika, kuri turi būti teikiama kuo anksčiau pritaikant kvalifikuotą multidisciplininę diagnostiką, gydymą ir priežiūrą. Keletas Lietuvos autorių diskutuoja, (Lesauskaitė, 2005, 97 p., Jakštaitienė, 2008, 9 p.) kur yra ribos tarp vidaus ligų, geriatrijos ir slaugos. Vidaus ligų specialistai siekia išgydyti pacientą ar pasiekti remisiją, o geriatrų uždavinys yra – padidinti pagyvenusio žmogaus savarankiškumą pagerinant biopsichosocialines funkcijas. Kai perspektyvos pagerinti šias funkcijas nėra, lieka ilgalaikė priežiūra, kuri turėtų siekti geresnės asmenų gyvenimo kokybės, siekti išsaugoti pagyvenusio žmogaus autonomiją, sugebėjimą būti kuo ilgiau nepriklausomu nuo kitų asmenų.

R. Jakštaitienės (2008, 23 p.) duomenimis, atsižvelgiant į gyventojų senėjimą per pastaruosius kelerius metus Lietuvoje jau pradėta plėtoti geriatrinė pagalba. Dauguma Vakarų Europos šalių turi senas ir tvirtas geriatrinės medicinos tradicijas bei sukurtas geriatrinės medicinos tarnybas. Įstojus į ES, įdiegiant vis naujesnes technologijas diagnostikoje bei ligų gydyme, auga reikalavimai sveikatos paslaugų kokybei. Kiekviena įstaiga stengiasi teikti kuo pažangesnius metodus, kad gerėtų teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybė, koordinavimas.

Turintys įvairių sveikatos sutrikimų, vyresnio amžiaus žmonės vis dažniau prižiūrimi slaugos ar ilgalaikės priežiūros įstaigose gyvenimo pabaigoje. Lietuvos statistikos departamento duomenimis, 2011 m. pagalbos ir socialinės globos paslaugos asmens namuose buvo suteiktos 12,2 tūkst. (1,8 proc.) pensinio amžiaus gyventojų. Palyginti su 2010 m., šių paslaugų gavėjų padaugėjo 1,3 tūkst. 0,3 tūkst. pagyvenusių asmenų patys organizavosi socialinių paslaugų teikimą namuose ir tam tikslui gavo pagalbos pinigus. 2011 m. pabaigoje globos įstaigose gyveno 5,7 tūkst. (1,1 proc.) 65 metų ir vyresnio amžiaus žmonių, tai 1,3 proc. daugiau nei 2010 m. Dienos centrus 2011 m., kaip ir 2010 m., lankė ir juose įvairias socialines paslaugas gavo 25,7 tūkst. (3,9 proc.) pensinio amžiaus žmonių. Nustatyta, kad žmonėms, vyresniems nei 65 metai, kas penkerius metus prisideda po vieną lėtinę neinfekcinę ligą. Šių ligų paplitimo didėjimas mokslinėje literatūroje yra vadinamas XXI amžiaus pandemija, reikalaujančia daug finansinių ir sveikatos priežiūros resursų (Šurkienė, ir kt., 2012, 237 p.).

Tokie rezultatai kelia prielaidas, kad daugėjant pagyvenusio amžiaus žmonių susidursime su didėjančiu sveikatos priežiūros paslaugų poreikiu. Todėl būtina daugiau kalbėti apie sveiką senatvę. Apie tai kalba Pasaulio sveikatos organizacijos programa „Sveikata visiems XXI amžiuje“. Šios programos 5-asis tikslas skirtas sveikam senėjimui. Jame teigiama, kad sveikas senėjimas tai galimybių užsitikrinti fizinę, socialinę ir psichikos sveikatą optimizavimo procesas, kuriuo siekiama įgalinti pagyvenusius žmones aktyviai dalyvauti visuomenės gyvenime nepatiriant diskriminacijos

ir džiaugtis savarankiškumu bei gyvenimo kokybe. Šurkienės ir kt. (2012, 237 p.) duomenimis, pagyvenusių žmonių sveikata gali būti pagerinta, jei jiems bus užtikrintas tolesnis aktyvus gyvenimas, pasikeis neigiamas požiūris į senėjimą, piliečiai bus skatinami gyventi sveikai. Pasaulio lygmenyje yra siūloma suaktyvinti informacijos sklaidą apie sveiko senėjimo svarbą, bet ir konkrečiai veikti, t. y. skatinti visus žmones vertinti vyresnio amžiaus žmones kaip neįkainojamą turtą, sudaryti jiems sąlygas būti aktyviems, padėti visą gyvenimą iki senatvės saugoti ir stiprinti sveikatą, supažindinti kuo daugiau asmenų su pagyvenusiais žmonėmis, jų patirtimi, naudinga veikla, supažindinti su užsienio senjorų patirtimi, kokiomis veiklomis jie užsiima, kaip bendrauja (Šurkienė ir kt., 2012, 237 p.).

2.1. Biologiniai senėjimo ypatumai

Senėjimo terminas apibrėžia pokyčius, kurie laikui bėgant vyksta žmogaus organizme (Kisieliene ir kt., 2011, 8 – 9 p.). Tai fiziologiniai funkcijų pokyčiai, didėjanti degeneracinių ligų tikimybė, fizinio aktyvumo sumažėjimas, depresija, socialinė izoliacija. Funkcine prasme senėjimą galima apibrėžti kaip laipsnišką funkcinių rezervų ir gebėjimų adaptuotis mažėjimą. Biologinį senėjimą galima apibrėžti kaip sumą mikropokyčių, atsirandančių nuo gimimo iki mirties. Jį galima suskirstyti į dvi dalis: pirminį ir antrinį. Pirminis senėjimas – vidinis organizmo procesas, kurį lemia paveldimi veiksniai. Antrinis – sąlygojamas išorinių poveikių ir ligų. Toks skirstymas yra reliatyvus. Tačiau, senstama nevienodai, ir ne visada senėjimo pokyčiai vienodai ryškūs, taigi yra galimas ir sėkmingas ir mažiau sėkmingas senėjimas (Naujanienė, 2008, 36 p.). Senstant normalūs amžiaus sąlygoti pakitimai ne būtinai turi pabloginti žmogaus gyvenimo kokybę, ypač, jei individas ir jo aplinka harmoningai prisitaiko. Kadangi dauguma senėjimo pokyčių vyksta laipsniškai, vyresnio amžiaus žmonės modifikuoja savo veiklą, kad ir vėl galėtų prisiderinti prie aplinkinių žmonių bei visuomenės. Šeimos nariai ir specialistai turi padėti jiems gerai jaustis tiek namuose, tiek kitose institucijose.

Vyresni žmonės kur kas dažniau ima sirgti lėtinėmis ligomis, tačiau kasdieninėje veikloje dar ilgai gali likti nepriklausomi. Ligų įtaka individo būklei priklauso nuo amžiaus sąlygotų pakitimų organizme ir nuo individo adaptacinio mechanizmo, nuo emocinių bei kognityvinių komponentų. Neigiama senėjimo įtaka yra daroma širdies ir kvėpavimo sistemų aktyviam darbui, bei aerobiniam darbingumui. Širdies ir kvėpavimo sistemos pajėgumas mažėja senstant (Naujanienė, 2008, 36 p.). Sveikų, tačiau fiziškai mažai aktyvių vyrų ir moterų maksimalus deguonies suvartojimas po 25 metų amžiaus kas 10 metų sumažėja maždaug 10-14 proc. Ši neigiama maksimalaus deguonies suvartojimo dinamika siejama su senėjimo metu atsirandančiais pokyčiais širdies bei kraujagyslių,

kvėpavimo sistemose, deguonies apykaitos procesuose bei raumenų atrofija. Senstant atsiranda jutimų sutrikimai, kurie apima klausą ir regą, atsiranda judėjimo, eisenos sutrikimai, šlapimo nelaikymo problemos, vidurių užkietėjimai, galvos svaigimai, kritimai, apetito pablogėjimas, svorio pakitimas, sąlygotas hormonų pokyčių, daugelį kamuoja įvairūs skausmai, savarankiškumo apribojimai, specifinės lėtinės ligos senatvėje.

Lėtinės ligos yra vienas pagrindinių veiksnių, trukdančių senatvėje. Dažniausiai būdingos šios ligos – širdies - kraujagyslių, sąnarių ligos, osteoporozė, artritas, onkologinės, lėtinės kvėpavimo sistemos ligos, katarakta, demensija, glaukoma, kurtumas, protiniai ir lingvistiniai sutrikimai, traumos ir kt. Dažniausios 65 metų ir vyresnių tiek vyrų, tiek moterų mirties priežastys yra širdies ir kraujagyslių ligos, piktybiniai navikai, kvėpavimo organų ligos (Misiūra, 2012, 14 p., Nunez et al. 2009, 2 p.). Asmenims, vyresniems nei 60 m., amžiaus tarpe vyrauja kraujotakos sistemos ligos – jomis, pagal autorės R. Jakštaitienės (2008, 28 p.) atliktą tyrimą, 2005 m. sirgo 53,4 proc. šio amžiaus gyventojų, antroji vieta teko jungiamojo audinio ir skeleto raumenų sistemos ligoms (20,3 proc.), o trečioji – kvėpavimo sistemos ligoms (19,8 proc.).

Autoriai K. Lindstrom et al. (2007, 1 p.) pažymi, kad depresija yra dažnas susirgimas tarp vyresnių kaip 65 metų amžiaus asmenų. Apie 15 proc. serga ne tik depresija, bet ir turi gretutinius susirgimus, kurie būdami kartu dar labiau didina depresijos paplitimą. Meksikoje atlikto tyrimo duomenimis, pagal autorius V. M. M. Nunez et al. (2009, 2 p.) aukštas kraujospūdis ir 2 tipo cukrinis diabetas pasireiškia 50 proc., 20 proc. suaugusiųjų, vyresnių nei 60 metų. Autoriai stebėjo pagrindinius lėtinių ligų įtakos veiksnius vyresniame amžiuje, turinčius įtakos pagrindinei instrumentinei ir pažangiai veiklai kasdieniniame gyvenime fiziniu, psichiniu ir socialiniu funkcionalumo atžvilgiu. Lėtinė liga susijusi su funkcinė priklausomybe, atstovauja varginančią sanitarinę ir finansinę naštą vyresnio amžiaus žmonių šeimoms ir sveikatos priežiūros sistemai. S. Hall et al. (2011, 1 p.) duomenimis apie 70 proc. gyventojų slaugos namuose serga demencija ir daug gyventojų, turinčių daug medicininių patologijų, miršta per 2 metus, bet ne visada dėl jų. Tačiau E. Milinavičienė ir kt. (2007, 270 p.) nurodo, kad didėjantis vyresnio amžiaus žmonių sergamumas gretutinėmis ligomis (išemine širdies liga (IŠL), hipertonine liga (HL), cukriniu diabetu (CD)), mažėjantys pažintiniai gebėjimai gali turėti neigiamą įtaką ligos baigtims.

Dauguma su amžiumi susijusių ligų ir jų kančia pinasi su lėtinio skausmo ir negalios pojūčiu. Lėtinis skausmas yra dažnas veiksnyb vyresniame amžiuje ir yra siejamas su bloga nuotaika ir nepasitenkinimu gyvenime. Lėtinį skausmą, pagal M. M. Y. Tse et al. (2010, 1 p.) tyrimo duomenis, jaučia 25 proc. – 50 proc. bendruomenėje gyvenančių vyresnio amžiaus žmonių. Skausmas yra paplitęs ir slaugos namuose, 45 proc. – 80 proc. slaugos namų gyventojų, kenčia nuo skausmo. (Tse et al., 2010, 1 p.). Lėtinis skausmas yra toks, kuris išlieka nepaisant gydymo

veiksmų. Trys mėnesiai yra skiriamasis laikas tarp ūminio ir lėtinio skausmo sąvokos supratimo. Daugelis vyresnio amžiaus žmonių suvokia skausmą kaip savo gyvenimo dalį ir nesiekia bandyti jo sumažinti, kol jis tampa sunkus ir nepakeliamas. Lėtinio skausmo pasekmės vyresnio amžiaus žmonėms yra didelės, apima vienatvę, socialinę izoliaciją, depresiją, sutrinkusį funkcinį mobilumą, sutrikusį laisvą judėjimą namuose ir didesnę sveikatos priežiūros paslaugų naudojimą bei išlaidas.

Su amžiumi susiję vyresnio amžiaus žmonių fiziologiniai pokyčiai apsunkina gydymą vaistais. A. Bergman et al. (2007, 9 p.) pastebi, kad daugelio ligų santykis didėja su amžiumi. Optimali medicinos terapija gydant keletą lėtinių ligų reikalauja daugybės skirtingų preparatų naudojimo, ir atitinkamo narkotinių preparatų naudojimo gydymui vyresnio amžiaus žmonėms, kuris yra dažnai plačiai naudojamas. Preparatų vartojimas ir vyresnis pacientų amžius yra svarbūs rizikos veiksniai nepageidaujamiems poveikiams, kurie gali sukelti būklės pablogėjimus. Tai gali turėti galias medicinos ir saugumo pasekmes pagyvenusiems žmonėms bei sukelti ekonominių poveikių sveikatos priežiūros sistemai. Sunku atskirti amžiaus, kaip senėjimo proceso pasekmes ir veiksmų, susijusių su amžiumi, tokių kaip gretutinės ligos, įtaką ligonių funkciniai būklei (Bergman et al., 2007, 9-10 p.).

2.2. Psichologiniai senėjimo aspektai

PSO psichikos sveikatą apibūdina kaip gerą savijautą, kuomet asmuo realizuoja savo gebėjimus, gali įveikti kasdieninį gyvenimo stresą, produktyviai, aktyviai bei veiksmingai dirbti ir taip prisidėti prie pilnavertiško savo gyvenimo (Misiūra, 2012, 15 p.). Psichikos sutrikimai yra labai paplitę tarp pagyvenusių žmonių. Psichinės ligos būna persipynusios su somatinėmis ligomis ir neretai yra sunku atskirti, kuris sutrikimas kurio atsiradimą nulėmė. JAV atliktų tyrimų duomenimis, depresija serga 1 iš 5 senyvo amžiaus žmonių, gyvenančių bendruomenėje ir 2 iš 5, gyvenančių slaugos namuose. Taip pat kreipiamas dėmesys į tai, jog savižudybių dažnis yra didesnis tarp senyvų žmonių, lyginant su visa populiacija (Adomaitienė ir kt., 2008, 1562 p.).

Vienas iš pagrindinių ir dažniausių psichologinio senėjimo aspektų yra atminties sutrikimai, pasireiškiantys demensijos ar Alzheimerio sindromu. Greta pagrindinių psichologinių senėjimo aspektų gali pasireikšti suvokimo pokyčiai, mokymosi ir problemų sprendimo sutrikimai, pakitusi psichologinė būseną ir požiūris į save, savęs kaip asmenybės pakitus vertinimo jausmas. Labiausiai atsiliekančios tampa pažinimo funkcijos, informacijos apie skaičius apdorojimo ir išiminimo įgūdžių sutrikimai. Taip pat senstant sumažėja idėjų ir renginių interpretacija, suvokimas, suprastėja ryšių tarp įvykių ir idėjų apibendrinimas, suprastėja žodynas ir žinios. Be to, nepriklausomai nuo jų nuosmūgio, turtinga vyresnio amžiaus žmonių gyvenimo patirtis, jų ankstesnės idėjos, gyvenimo

būdas, sveikatos mokymas(jei jo buvo laikomasi) teikia naudos su psichologinių sunkumų susidorojimu (Griffiths, 2011, 6 p., Kececi, 2012, 154 p.). Senstant didžiąjai daugumai asmenų lėtėja gyvybinių procesų funkcijos. Gyvybinių procesų sulėtėjimas sukelia nemažai psichologinių problemų: netekčių, socialinių ryšių praradimo, finansinės būklės keitimosi, ligų, fizinės galios silpnėjimo prasmėmis (Misiūra, 2012, 15 p.). Psichologinis senėjimo aspektas dažnai būna susijęs su asmens adaptacijos pakitimais. Senyvi žmonės siekia įgyti nepriklausomybę, stengiasi išlaikyti savęs valdymo įgūdžius, nors jų fizinis pajėgumas mažėja, jie tolsta nuo aktyvios veiklos, kurios reikalauja daugiau mobilumo ir energijos (Kececi, 2012, 154 p.).

Senatvėje labai svarbus daugumos vidutinio amžiaus ir pagyvenusių žmonių gyvenimo tęstinumo šaltinis yra būstas. Jie nori su amžiumi likti savo namuose, daugiausia dėl to, kad jie jaučiasi saugiai ir patogiai. Nors tai, kam yra teikiama pirmenybė, ne visada įmanoma dėl kylančių suvaržymų, pajamų pokyčių, šeimyninės padėties, ar funkcinės būklės. Daugiau nei 90 proc. vyresnio amžiaus žmonių vertina savo nepriklausomybę, yra bendraujantys su savo kaimynais ir nori toliau gyventi aplinkoje, su kuria jie yra susipažinę. Pagyvenusio amžiaus asmenys dažnai turi kovoti su pagrindinėmis gyvenimo krizėmis, tokiomis kaip išėjimas į pensiją, buvusio vaidmens praradimas, sutuoktinio praradimas, ekonominiai pokyčiai, gyvenamosios vietos pertvarkymas, fizinės ligos, draugų praradimas, vidinės energijos ir žinių sumažėjimas, vaikų išėjimas iš tėvų namų (Griffiths, 2011, 4-11 p.). Dėl šių pokyčių mažėja savigarba, pasitikėjimas savimi, didėja saugos ir saugumo poreikiai, kurie yra pagrindiniai veiksniai, keliantys nerimą psichologinio senėjimo metu.

Nepriklausomumo siekimas yra esminis tikslas daugeliui vyresnio amžiaus žmonių, nepriklausomai nuo jų sveikatos būklės. Tai savigarbos ir pasididžiavimo išraiška (Kececi, 2012, 153-176 p.). Senėjimo metu mažėja fizinis ir psichinis naudingumas, kuomet keliami adaptacijos iššūkiai, asmeninių poreikių ir ribų pripažinimas. Vaidmens pokyčiai vyresniame amžiuje kartais gali būti priverstiniai, pavyzdžiui, netikėta mylimo žmogaus mirtis vyresnįjį palieka vieną kovoję. Vyresniajam gali tekti prisitaikyti prie permainų, kurios gali būti susijusios su netipinėmis ekonominėmis situacijomis tai nenumatytas darbo praradimas ir pensijų kaupimo fondų klausimas. Tai smarkiai įtakoja asmens profesinę veiklą, būdingus vaidmenis ir įpročius. Lemiamus vyresniųjų psichologinius pokyčius paveikia gebėjimas susidoroti su pagrindinio gyvenimo kaita. Tuo laikotarpiu labai svarbi socialinė parama iš šeimos, draugų, kaimynų, bažnyčios. Nors stresorių vyresnieji gali vengti, socialinė parama gali padėti susidoroti su praradimais. Praradimų supratimas gali nepasireikšti iš karto, jis gali pasijausti kiek vėliau, kai pagyvenęs asmuo lieka vienas. Svarbiausia kaitos laikotarpiu padėti prisitaikyti pagyvenusiam žmogui prie naujų vaidmenų, nepalikti jo vieno, nes vienatvė yra emocinės izoliacijos forma.

Vyresnieji gali patirti padidintą socialinę atskirtį išėjimo į pensiją metu (Griffiths, 2011,6 p.). Nereikalingumo jausmas – viena didžiausių kliūčių, trukdančių vyresnio amžiaus žmonėms dalyvauti socialinės integracijos programose. Įtraukti vyresnio amžiaus žmones į tokias programas yra ganėtinai sudėtinga, nes tokios programos turėtų būti labai kokybiškos. Kokybė šiuo atveju reiškia atsižvelgimą į senų žmonių poreikių ypatumus. Vyresniame amžiuje taip pat tampa aktualus mirties, gyvenimo trapumo klausimas (Misiūra, 2012, 15 p.). Nemažai vyresniųjų jaučia didžiulę baimę, nežinomybę, nerimo jausmus, kurie neretai trukdo normaliai gyventi. Pagyvenę žmonės nurodo, kad senėjimą išivaizduoja teigiamai, tačiau baiminasi su amžiumi susijusių pokyčių, pvz., prastėjančios sveikatos, mylimų žmonių mirties, depresijos ir užmaršumo. Psichikos sveikatos problemos nėra neišvengiama senėjimo proceso dalis, tačiau dažnai pagyvenę žmonės mano kaip tik taip (Misiūra, 2012, 15 p.).

2.3. Pagyvenusių žmonių motorinių funkcijų, kasdieninės veiklos ir pažintinių ir funkcijų, ypatumai

Senėjimo proceso metu yra labai svarbus paciento funkcionalumas apsitarnaujant, bendraujant, tenkinant pagrindinius slaugos poreikius, palaikant organizmo funkcijas, senyvo žmogaus kompetentingumas, ryšio su artimaisiais suvokimas (Kisielienė ir kt., 2011, 8 p.). Dauguma autorių teigia, kad gydymo ir slaugos ilgalaikio gydymo skyriuose bei pagyvenusių žmonių institucijose slaugomi bei gyvenantys gyventojai yra neįgalūs ir jų neįgalumas didėja. Taip pat didėja pagyvenusių asmenų lėtinių ligų pasireiškimo dažnumas. Kartu didėja vyresnio amžiaus žmonių pažeidžiamumas, sergamumas ir silpnumas (Rabert et al., 2011, 1 p.). Silpnumas literatūroje apibūdinamas kaip bendras sindromas vyresnio amžiaus asmenims. Yra manoma, kad silpnumo veiksniai yra nuovargis, svorio kritimas, sumažėjusi pusiausvyra, mažas fizinis aktyvumas, sulėtėjęs informacijos apdorojimas ir efektyvumas, socialinio aktyvumo sumažėjimas, pažintinių gebėjimų pokyčiai, ir padidėję pažeidžiamumo stresoriai, savęs priežiūros sumažėjimas. Savęs priežiūra gerontologų apibūdinimu reiškia, teoriškai pagrįstą individo elgesį, kuris leidžia pagyvenusiems žmonėms nuspręsti ir imtis atitinkamų veiksmų prevencijos, diagnozės ir ligos gydymo, taip pat reiškia sveikatos priežiūrą ir maksimalų gyvenimo kokybės malonumo jautimą, atsižvelgiant į sociokultūrinį kontekstą, naudojant formalius ir neformalius socialinius tinklus senėjimo metu (Nunez, 2009, 2 p.).

Motorinės funkcijos praradimas yra bendra pasekmė senatvėje, susijusi su nepageidaujamu poveikiu sveikatai. Konkretūs sutrikę motoriniai gebėjimai senatvėje skiriasi ir apima platų spektrą, įskaitant sumažintą ėjimo greitį, prarastą raumenų jėgą, pusiausvyrą, ir vikrumą. Augantis

visuomenės sveikatos iššūkis nustatant motorinius sutrikimus senatvėje yra sudėtingas dėl klinikinės išraiškos kintamumo. Senatvėje motorinės funkcijos netekimas yra plataus masto procesas ir yra susijęs su neigiamomis pasekmėmis sveikatai. Autorių A. S. Buchman et al. (2011, 42 p.) analizės duomenimis manoma, kad 40 proc. arba daugiau žmonių, vyresnių nei 80 metų, gali turėti kai kuriuos motorinės funkcijos sutrikimo elementus. Auganti visuomenės sveikatos problema senatvėje, susijusi su motorinės funkcijos sutrikimais, yra daug sunkesnė dėl didelės variacijos konkrečių motorinių gebėjimų, kurie yra pažeisti ir pakitę. Judėjimo ir atramos sistemos pokyčiai atsiranda dėl biologinių senėjimo procesų, dėl statinių bei dinaminių atramos aparato krūvių per visą gyvenimą, dėl susilpnėjusios nervų ir raumenų veiklos (Buchman et al., 2011, 42 p.).

Žmogui senstant, vyksta difuziniai, distrofiniai procesai, kuriuose vyksta osteoporoziniai, atrofiniai ir hiperplaziniai mechanizmai. Kaulinė masė asmenims didėja iki 25 – 30 gyvenimo metų, o vėliau kaulų formavimasis nebevyksta ir kaulinė audinio masė mažėja, taip pat mažėja ir kaulų mineralinis tankis, kuris skatina greitesnį ir trapesnį kaulų lūžimą. Kaulų mineralinis tankis greičiau ir dažniau mažėja moterims ypač pomenopauziniu laikotarpiu. Vyresnio amžiaus žmonėms mažėja raumenų masė, dėl to silpnėja raumenų jėga (Buchman et al., 2011, 42 p.). Taip pat atsiranda ir pusiausvyros sutrikimai, kurie turi įtakos judėjimo ir atramos sistemos veiklai. Funkcinę pagyvenusių žmonių būklę mažina atsirandančios kremzlės destruktijos, subchondrinė sklerozė, siaurėjantys sąnariniai tarpai, plėtėjančios kaulų epifizės, diafizės. Taip pat pradeda formotis kaulinės ir kremzlinės išaugos, kurios gali spausti nervų kanalus, mažinti vidinę stuburo ir raumenų kraujotaką. Šie pokyčiai leidžia teigti, kad senatviniai distrofiniai destruktiniai pokyčiai būna ryškesni stubure. Ten ir atsiranda stuburo slankstelių kremzliniai distrofiniai pokyčiai, mažėja tarpstuburkaulinės angos, pakinta nervų ir kraujagyslių struktūra.

Tokie pokyčiai senstančiame stubure ne tik mažina judėjimą, funkcinį mobilumą, bet ir skatina skausmo atsiradimą, šalančių galūnių pojūčius, su kraujotakos sistema susijusių ligų atsiradimą bei daugelį vidaus organų funkcinį sutrikimą. Artritas ir kitos judėjimo atramos sistemos ligos paplitusios tarp vyresnio amžiaus žmonių. Daugiau kaip pusė vyresnio amžiaus žmonių nurodo sergą artritu, iš jų 78 proc. pažymi funkcinio aktyvumo ribotumą, sąlygotą šios ligos. Beveik trečdaliui jų yra sutrikusi bent viena kasdieninė veikla. Dėl artrito būna nestabili laikysena, netvirta eiseną, todėl yra griuvimų rizika. Funkcinę organizmo būklę taip pat įtakoja skausmas. Nevaldomas skausmas turi svarbių funkcinių, pažinimo, emocinių ir socialinių pasekmių. Funkcija sutrinka dėl sumažėjusio aktyvumo bei vaikščiojimo – tai lemia funkcinės būklės blogėjimą, eisenos sutrikimus, griuvimų riziką ir sužalojimus. 80 – 85 proc. vyresnių nei 65 metų žmonių turi kokią nors sunkią patologiją, kuri sukelia skausmą, o įvairių studijų duomenimis, skausmas vargina nuo 30 iki 83proc. pagyvenusio amžiaus žmonių, 45 – 80 proc. gyvenančių slaugos namuose.

Skausmo dažnis tam tikrose amžiaus grupėse skiriasi. Pavyzdžiui, vyresni nei 60 metų žmonės skausmą kenčia du kart daugiau, vėliau kiekvieną dešimtmetį jis dažėja. Daugiau kaip 25 proc. tokių žmonių negydomi (Ebenbichler, 2011, 414 - 415 p.).

M. B. Lindstrom et al. (2008, 96 - 97 p.) teigimu, pacientų, kurie yra funkcinio nepriklausomumo rizikos grupėje arba kenčia nuo nepakankamo savarankiškumo, skaičius yra didelis, o tyrime atsiskleidė ryšiai tarp nepakankamo ir sumažinto funkcinio gebėjimo su priklausomybe kasdienėje veikloje, kuri apima sugebėjimą rūpintis savimi.

Viena iš opiausių pagyvenusio amžiaus asmenų problemų, apie kurias šiuo metu kalbama daugiausiai, yra griuvimai. Jie yra svarbiausia mirties nuo traumų priežastis. Kaulų bei sąnarių sistemos didžiausias tvirtumas ir didžiausias ūgis pasiekiami apie 25 – tus gyvenimo metus, po to vyksta laipsniškas mažėjimas. Dėl stuburo tarpslankstelinių diskų susiaurėjimo mažėja ūgis, išlinksta stuburas, formuojasi kupra. Esant osteoporozei, ūgis mažėja dar pastebimiau, kaulai tampa trapūs ir 2 – 3 kartus greičiau lūžta net minimalių traumų atvejais. Pakinta sąnarių kremzlės: jos tampa ne tokios elastingos, plonėja, mažėja intrasąnarinio skysčio, sutepančio kremzlių paviršius. Dėl šių pakitimų vyresnio amžiaus žmonėms gali būti sunku atlikti kasdienę veiklą: atsikelti nuo kėdės, išlipti iš lovos, pasiekti aukštai ar žemai spintelėje sudėtus daiktus. Bandytas pasiekti lipant ant kėdės gali baigtis griuvimu, kaulų lūžiais ir ilgalaikę negalia.

Kasdieninės veiklos ypatumai. PSO negalią apibūdina kaip nesugebėjimą atlikti kasdienės užduotis. Kasdieninės veiklos terminas yra plati sąvoka, apimanti savęs priežiūrą. Kasdieninės veiklos sąvoka gali būti klasifikuojama į pagrindines kasdienines veiklas (valgymas, asmens higiena, maudymasis, tualetas) bei instrumentines kasdienines veiklas, susijusias su funkciniu mobilumu (vaikščiojimas, persikėlimas į lovą, tualetą, kėdę). Kasdienė veikla taip pat susijusi su pažintiniais gebėjimais, kurie apima sėkmingą naudojimąsi telefonu, apsipirkimą parduotuvėje, gebėjimą valdyti finansus, buities priežiūrą, gebėjimą pasirinkti rūbus, teisingai naudotis vaistų schemomis, finansais, atlikti namų ruošos darbus, užsiimti savo pomėgiais, domėtis žiniomis. Su amžiumi susiję pokyčiai mažina fizines funkcijas, suvokimo bei pažinimo galimybes bei gali įtakoti kasdinių veiklų atlikimą (Gold, 2013, 2 p.). Dauguma vyresnio amžiaus žmonių yra sergantys ir negali savimi pasirūpinti ir turi funkcinį apribojimą kasdieninėje aplinkoje. Yra pabrėžiama, kad net tie žmonės, kurie gyvena savarankiškai, patiria vieną ar daugiau kasdieninės veiklos sutrikimų, dėl kurių jiems reikalinga pagalba. Su amžiumi susiję fizinių gebėjimų apribojimai gali sukelti sunkumų kasdieninėje veikloje vyresnio amžiaus žmonėms. Šie sunkumai prisidedo prie apribojimų atliekant namų ruošos darbus, judėjimo metu, valgio gaminime ir asmens priežiūros procesetokia veikla, kaip ir iliustruoti galimas užduotis, už kurias vyresnio amžiaus žmonėms gali pasinaudoti

parama. Su amžiumi susijusių fizinių gebėjimų mažėjimas neigiamai paveikia vyresnio amžiaus žmonių gebėjimus atlikti kasdienės veiklos darbus (Vaughan, 2008, 345 p.).

Nepriklausomybė paprastai matuojama pagal funkcinį sugebėjimą atlikti pagrindinę kasdieninę veiklą (pagrindinius buitines veiklos užsiėmimus) ir instrumentinės kasdienės veiklos užsiėmimus (buitinės veiklos užsiėmimai, valymo užduotys, siurbimas, patalynės keitimas, indų plovimas, skalbimas, tualetu valymas, šiukšlių nešimas). Tai taip pat apima namų ruošą, apsiprekinimą, tualetu higieną, persikėlimą iš lovos, tualetu, vonios, namų techninės priežiūros darbus lauke ar namų viduje.

Pokyčiai, susiję su amžiumi turi neigiamos įtakos darbams, susijusiems su instrumentine ir kasdienine veikla. Tokios užduotys yra fiziškai sunkaus pobūdžio, reikalaujančios tokių gebėjimų kaip jėga, pusiausvyra, pasilenkimas, ištvėmė. Instrumentinės kasdienės veiklos apribojimams įtakos turi ir klausos bei regėjimo sutrikimai. Taip pat kasdienę veiklą apriboja ir suvokimo sutrikimai. Esant tokiems sutrikimams, prastėja laisvalaikio praleidimas, fizinis aktyvumas, intelektualus kultūrinis laisvalaikis, socialinis įsitraukimas į veiklas. Taip pat kasdienės veiklos atlikimui trukdo darbinės atminties apribojimai, kurie lemia nesėkmingus bandymus virtuvėje, apima trukdžius maisto ruošimui, ilgalaikės atminties apribojimai žmonėms trukdo prisiminti pavadinimą ir, jei daiktai buvo laikomi. Šie tyrimai rodo, kad su amžiumi susiję mažėjantys pažintiniai gebėjimai apriboja pagyvenusių žmonių galimybes atlikti užduotis, susijusias su instrumentine ir smulkia kasdiene veikla. Buitinės veiklos užsiėmimus, pavyzdžiui, maisto gaminimą, vaistų, finansų valdymą, naudojimąsi telefonu, naudojant transportavimo buvo sunku vyresnio amžiaus žmonėms su pažinimo apribojimais. Vyresnio amžiaus žmonėms būtų naudingos kompensacinės atminties lavinimo priemonės, kurios padėtų susiorientuoti kasdieninėje veikloje, neužmiršti dienotvarkės (Seidel et al, 2011, 464 p.).

Pažinimo funkcijų pokyčiai. Vyresnio amžiaus žmonių pažinimo funkcijų sutrikimai yra aktuali slaugos reikalaujančių geriatrinių asmenų problema. Šie sutrikimai yra pakankamai dažni pagyvenusio amžiaus žmonėms, tuo tarpu medicininėje dokumentacijoje tam nebuvo skiriama pakankamai dėmesio: demencijos sindromo diagnozė įrašyta tik penkiems ilgalaikės globos gyventojams bei dviem stacionaro pacientams, kitų įrašų apie pažinimo funkcijas nebuvo (Spirgienė, 2010, 68 p.). Senėjimas dažnai susijęs su tam tikro laipsnio pažinimo funkcijos sutrikimu. Remiantis paskutinių tyrimų duomenis, demencijų gydymas Europos Sąjungoje išlieka labai brangus ir kasmet didėja. 2008 metais išlaidos visų rūšių demencijoms sudarė 160 milijonų eurų arba 22000 eurų vieniems sergantiems per metus (Rutkauskas ir kt., 2012, 215 p.). Yra dalis žmonių, kurie dažniau nei bendraamžiai skundžiasi pažinimo, pvz., atminties, sutrikimais, tačiau jiems nustatyti demenciją klinikinių duomenų neužtenka. Todėl psichiatrijoje ir neurologijoje

pradėta plačiai vartoti lengvo kognityvinio sutrikimo sąvoka. Konkrečiai tariant, pažinimas yra psichikos vyksmas, apimantis informacijos gavimą, jos vertinimą, sprendimų priėmimą ir jų įgyvendinimą. Tad galima manyti, jei asmuo nors viename šių psichikos vyksmų etape turi sutrikimų, kad ir nedidelių, tai jau ir yra pažinimo funkcijų sutrikimas.

Autorių K. Castro-Lionard et al. (2011, 260 p.) teigimu, kognityvinių gebėjimų išsaugojimui reikia turėti gerą gyvenimo kokybę. Išanalizavus tyrimo duomenis, paaiškėja, kad esant gerai pažintinei funkcijai sulaukus 65 metams, numatomas sėkmingas aktyvus senėjimas ir po 6 metų. Pastaruoju metu nustatyta (Portet, 2006, 715 p.), kad nemažai vyresnių žmonių skundžiasi lengvais atminties sutrikimais, kurie nesutrikdo kasdienės veiklos, tačiau vis dėlto neatitinka šių pacientų amžiaus ir išsilavinimo. Šis sutrikimas dažniausiai vadinamas lengvu kognityviniu sutrikimu, arba kognityviniu sutrikimu be demencijos. Senyviems žmonėms kognityvinis sutrikimas dažniausiai neapsiriboja tik atminties silpnėjimu, dažnai kartu ar vėliau prisideda kitų pažinimo funkcijų sutrikimas (pvz., dėmesio, orientacijos erdvėje, kalbos ir pan.). Lengvo kognityvinio sutrikimo (LKS) nustatymas yra svarbus kliniškai ir prognostiškai, kadangi statistiškai apskaičiuota, jog 10-15 proc. pacientų, kuriems nustatytas LKS, po vienerių metų jau diagnozuojama AL, o po 5 m. tokių pacientų yra jau 60-80 proc.

Remiantis autorių B. James et al. (2011, 998 – 999 p.) duomenimis paaiškėja, kad atminties mažėjimas ir kiti pažintiniai gebėjimai yra bendras senėjimo bruožas ir susijęs su susilpnėjusia gyvenimo kokybe, funkcinio nepriklausomumo stoka. Kognityvinis mažėjimas yra Alzheimerio ligos ir kitų demencijos atmainų bruožas ir dažnai signalizuoja. Siekiama ieškoti veiksmingos gyventojų apsaugos, kuria siekiama užkirsti kelią arba atitolinti pažinimo nuosmukį, kuris tampa vis ryškesniu visuomenės sveikatos, senėjančios visuomenės prioritetu. Pagyvenę žmonės, kurių patirtis yra labiau socialiai aktyvi, mažiau jaučia pažintinių gebėjimų suprastėjimus.

Pažinimo funkcijų silpnėjimo tempą veikia socialinės ekonominės padėties kriterijai, tai išsilavinimas, profesija, pajamos. Tai reiškia, kad lėčiau silpnėja aukštesnę padėtį užimančių žmonių pažintinės savybės. Turintys aukštesnį išsilavinimą ir didesnius intelektualinius gabumus bei didesnę genetiškai apspręsta smegenų rezervą, pasižymi didesnėmis smegenų veiklos kompensacinėmis galimybėmis, jie ilgiau išlieka kliniškai be ryškių ligos požymių net ir sirgdami Alzheimerio liga (Mišeikienė, 2009, 15 p.).

III. PAGYVENUSIŲ ŽMONIŲ SLAUGOS YPATUMAI, SAVARANKIŠKUMO UGDYMO KONTEKSTE

Slaugos samprata kiekvienoje šalyje skirtinga, nes priklauso nuo tautos kultūros, nacionalinių tradicijų, geografinės, kultūrinės aplinkos, visuomenėje vyraujančios politinės ideologijos, religinės filosofijos, socialinės santvarkos, ekonominės padėties ir slaugos istorinės raidos (Kalibaitienė, 2004, 15 p.). Tad galima išskirti daugelį įvairių slaugos sampratos nuomonių. Lietuvos Respublikos slaugos praktikos įstatyme (2001.06.28) yra teigiama, kad slauga – tai asmens sveikatos priežiūros dalis, apimanti sveikatos ugdymą, stiprinimą ir išsaugojimą, ligų ir rizikos veiksnių profilaktiką, sveikų ir sergančiųjų asmenų fizinę, psichinę ir socialinę priežiūrą. Pagal I. Barden (2004, 7 p.) slaugos tikslas – tarnauti visuomenei. Keičiantis įstatymams, kintant socialinėms sąlygoms ir sveikatos priežiūrai, turėtų keistis slaugos darbuotojų vaidmuo ir slaugos praktika.

Ilgalaikės globos ir slaugos politika tampa vis aktualesnė ir įgyja vis didesnę lyginamąją svorį šiuolaikinių valstybių socialinėje politikoje. Tokios paslaugos ir paslaugų suvokimas yra aktualus ypač vyresniems kaip 75 metų, nes jie negali savarankiškai atlikti daugelio kasdienio gyvenimo funkcijų (Spirgienė, 2009, 90 p.). Slaugos procese būtina parinkti tinkamas prevencijos strategijas funkcinio priklausomumo mažinimui – tinkamas mankštas, mitybos režimą, skausmo įvertinimo ir mažinimo būdus, socializacijos gerinimą, sumažinti poilsio lovoje režimą, ištirti alternatyvių fizinės apsaugos įrenginių naudojimo tinkamumą, tinkamo vaistų naudojimo režimo pritaikymas (ypač psichoaktyviųjų medžiagų veikimo vaistus). Pagal L. Spirgienės (2009, 90 p.) duomenis paaiškėja, kad ir pagyvenę sutrikusios pažinimo funkcijos žmonės turi būti kiek galima daugiau įtraukti priimant sprendimus, susijusius su jų pačių slauga, priežiūra. Sutrikusi pažinimo funkcija (dažniausiai demensija) nereiškia, kad ilgalaikės globos institucijos gyventojas negali pats rinktis bei spręsti. Į ilgalaikės globos ir slaugos paslaugos įeina stacionari globa bei slauga, ir slauga bei globa namuose, ir kai kurios bendruomeninės paslaugos.

L. Spirgienės (2009, 91 p.) teigimu, apie 40 proc. gyventojų, gyvenančių ilgalaikės globos institucijose, yra diagnozuota vidutinė ar sunki demensija, kuri sukelia daugiausia etinių problemų pagyvenusio amžiaus žmonėms. Parenkant autonomijos gerinimo strategijas slaugos procese, dirbant su pagyvenusio amžiaus žmonėmis, A. Kriščiūno (2006, 139 p.) nuomone, reikalinga vengti ir atsisakyti „eidžismo“ (neigiamų nuostatų pagyvenusiu, senų žmonių atžvilgiu). Kadangi manoma, kad darbas su pagyvenusiaisiais žmonėmis yra laiko švaistymas, slegia ir neteikia pasitenkinimo, jį lydi amžini konfliktai. Todėl galima dar kartą pabrėžti, senyvo, slaugomo ligonio savarankiškumo skatinimą. Slauga turi būti daugiakompleksinė, daugiadisciplininė. Vienas siekių, vykdamas vyresnio amžiaus žmonių slaugą ir reabilitaciją, yra nuostatų ir ideologijos keitimas, kuris

politiniame lygmenyje iškyla kaip žmogaus teisių klausimas. Taip pat reikia keisti pačių pagyvenusių žmonių požiūrį į senėjimą, kuris neretai būna priešiškas, gynybiškas, neapkenčiantis savęs, priklausomas. Šiam teigiamam požiūriui ugdyti didelę reikšmę turi visapusiška veikla: dienos veiklos, režimo, mitybos planavimas ir laikymasis, bendravimas su bendraamžiais, žalingų įpročių atsisakymas, neigiamų emocijų neutralizavimas, elgesio ir išvaizdos kontrolė. Taip pat slaugant pagyvenusius asmenis, labai aktualus autonomijos aspektas. Asmeninės kontrolės suvokimas vaidina lemiamą vaidmenį, vyresnio amžiaus asmens sveikatai ir gerovei (Scott et al. 2003, 1 p.).

Išnagrinėjus autorių pateiktą medžiagą galima daryti išvadą, kad net gebėjimas priimti gana nedidelius sprendimus dėl kasdieninės veiklos, slaugos ar globos įstaigoje esantiems asmenims, turi didelę įtaką asmens kontrolės prasme. Be to, didinant senyviems, demencija sergantiems, pacientams pasirinkimus ir galimybes jiems socializuotis, galima pasiekti teigiamų rezultatų asmenų moraliniam savęs vertinimui. Tekusi autonomijos laisvė (kad ir itin smulki ir nesvarbi) pagyvenusio amžiaus asmeniui suteikia vidinės motyvacijos veiklai, geresniam savęs vertinimui. Kai kuriems žmonėms nepriklausomybės praradimas yra blogiausias būdas būti įtrauktiems į ilgalaikę priežiūrą. Slaugytojams, dirbantiems su pagyvenusio amžiaus asmenimis, reikalinga gerai ir atidžiai suvokti apie ilgalaikę slaugą gavusio pagyvenusio asmens slaugos autonomiją.

Vidiniai veiksniai, susiję su senėjimu, pvz. sumažėjusi rega ir klausa, gali prisidėti prie sumažėjusios autonomijos. Autonomija turi tiesioginį poveikį į savarankiškumą. Šis aspektas yra svarbus, svarstant apie pacientų savarankiškumą ir ugdant slaugytojų įtaką pacientams (Scott et al., 2003, 2p.). Įtakos turi bei visa slaugos sistema: slauga, kineziterapija, ergoterapija, gydymas vaistais, subalansuota mityba bei socialinė rehabilitacija. Bloga mitybos norma buvo dokumentuojama kaip daugelio 61 proc. hospitalizuotų pagyvenusių žmonių patirtis. Išanalizavus autoriaus M. F. Tsang (2008, 223 – 224 p.) duomenis paaiškėjo, kad 30 proc. vyresnio amžiaus pacientų blogai maitinasi ir 42 proc. gresia didelės sveikatos problemos dėl prastos mitybos. Kiti tyrimai taip pat rodo, kad 42-56 proc. vyresnio amžiaus pacientai gauna maisto medžiagų mažiau nei jų bazinė medžiagų apykaitos norma. Prasta mityba dėl to, kad trūksta energijos ir baltymų yra endeminė problema. Mitybos problemos apsunkina senų pacientų kasdienę veiklą ir didina jų sergamumą. Gali padažnėti komplikacijos, susijusios su šlapimo takų infekcijomis, plaučių uždegimu, opų, anemijos, pažinimo funkcijos sutrikimais. Taip pat gali sustiprinti kaulų lūžių galimybę. Yra keletas rizikos veiksnių, kurie prisideda prie prastos mitybos: lėtinės pagrindinės sąlygos, gydymo šalutiniai poveikiai ir struktūrinių veiksnių, būdingų į geriatrijos gyvenimo srityje. Taip pat sumažina sugebėjimą atlikti pagrindinius kasdienio gyvenimo veiklos darbus, ir paspartina atsirasti negalios požymiams (sumažėjimas fizinio aktyvumo ir socialinio dalyvavimo). Blogas maitinimasis skatina prarasti jėgas, jausti nuovargį, apatiją ir depresiją, ir likti sugniuždytam lovoje.

Palyginti su gyventojais namuose, kurie naudojami gera mityba, ligoniai, gulintys slaugos ir globos įstaigose ligoninėse, kurių mityba prasta, jų mirtingumas penkis kartus didesnis. Tokiais atvejais pagyvenusių žmonių padėtis slaugos įstaigose labai trapi. Todėl labai svarbu slaugytojoms rūpintis ne tik higienine slaugomo asmens švara, bet ir kruopščiai vertinti mitybos klausimą (Ordonez et al. 2010, 550 – 552 p.).

Taip pat svarbu pateikti artimiesiems pakankamo baltymų ir kalorijų kiekio suvartojimo lentelę, siekiant užtikrinti tolimesnę gerą fizinę būklę, kuri užtikrintų stabilią būklę. Kruopščiai dokumentuoti visas tinkamas pacientui strategijas, įvertinti jo reakciją ir pateikti kaip tinkamą naudoti namiškiams. Aktyvus slaugos strategijų naudojimas užtikrina padidintą ankstyvos reabilitacijos paslaugų kiekį mažėja sergamumo ir mirštamumo santykis, praplėstos žinios apie geriatrinius pacientus pagerina tolimesnę namų priežiūros programą, prasiplėčia artimųjų švietimas (Kreševic, 2012).

R. Jakštaitienės (2008, 9 p.) atlikto tyrimo duomenys atskleidžia, kad slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninėse gydomi ligoniai dažnai serga daugeliu ligų, dėl to jiems negalima taikyti visų procedūrų, kurios galėtų padėti nesigydantiems slaugos, globos įstaigose. Onkologiniams ligoniams kontraindikuotini stiprūs masažai, fizinė terapija, fizioterapinės procedūros. Tobulėjant technologijoms ir farmakologinėms galimybėms, atsiranda tokie gydymo būdai kaip homeopatija, refleksologija, užsienyje paplitusi taikoma juoko terapija (Tse, 2010, 1 p.). Jos metu padidėja plaučių talpa, stiprėja pilvo raumenys ir padidėja imunoglobulino A, kuris yra vienas iš pagrindinių gaminamų imuninės sistemos antikūnų. Taip pat taikoma aromaterapija, akupunktūra, relaksacija. Jų švelnus poveikis nors ir negydo, bet gali palengvinti sunkių ligonių kančias ir nepakenkti. Tai – papildomi gydymo būdai. Siekiant palaikyti pagyvenusių žmonių funkcinį aktyvumą slaugoje, reikia padėti palaikyti funkcinį aktyvumą ir socializaciją, fizines, pažinimo ir socialines funkcijas. Skatinti galimybę laisvai judėti, pačiam asmeniui atvykti iki ambulatorijos ar iki medicinos kabineto, jei asmuo ligoninėje, skatinti domėtis naujienomis, skatinant skaityti laikraštį. Pranešti pagyvenusių žmonių šeimoms ar globėjams apie nepriklausomą asmens veiklos atlikimą ar funkcinio priklausomumo pasiekmes (Kreševic, 2012).

Taip pat reikalinga palaikyti ryšį su protezavimo įstaigomis, kuriose užsakomos individualios priemonės, reikalingos judėjimo užtikrinimui: protezai, ortopediniai batai, korsetai, įtvarai, vežimėliai neįgaliesiems. Jie gerina ligonio mobilumą, savarankiškumą, o tuo pačiu ir gyvenimo kokybę. Fizinis aktyvumas labai naudingas širdies veiklai, aukštam kraujospūdžiui koreguoti, cholesterolio kiekiui mažinti, gerina vyresnių žmonių pažintines funkcijas. Tyrimų įvairovė rodo, kad kontrolės įsitikinimai, socialinė parama ir fiziniai pratimai yra modifikuojami ir todėl gali būti taikomos intervencijos sumažinti neįgalumą ir pagerinti funkcinę sveikatą. Fizinių pratimų nauda

sveikatai yra plačiai ir dokumentaliai patvirtinta ir išnagrinėta. Tie, kurie užsiima reguliaria mankšta, gali sumažinti ar išvengti neigalumo dėl teigiamo poveikio, pavyzdžiui, gerėja širdies ir kraujagyslių bei plaučių veikla, kaulų tankis, raumenų masė (Lachman et al., 2010).

Po aštuonias savaites trukusio R. Jakštaitienės (2008, 9 – 10 p.) tyrimo vienoje iš Kauno slaugos ligoninių, kurio metu buvo silpniems ligoniams skiriama kineziterapija, net 74 proc. padidėjo jų raumenų galia, jie lengviau judėjo, sumažėjo rizika pargriūti ir susižaloti. Tai rodo, kad net ir sunkiems ligoniams reikalinga kineziterapija. Mankšta gali būti naudinga net labai silpniems, paliegusiems seniems žmonėms. Nors ligoniai į ilgalaiškės priežiūros ligonines patenka nereabilituoti, tačiau daugeliui iš jų galima daug padėti. Tik reikia šiems aspektams suteikti kuo daugiau dėmesio, finansavimo ir didinti reabilituojančių specialistų kiekį globos ir slaugos įstaigose (Tse, 2010, 1 – 2 p.). M. E. Lachman et al. (2010) autorių duomenimis, daugėja įrodymų, kad konkrečios psichologinės, socialinės, ir fizinės apsaugos veiksniai yra susiję su geresne sveikata vėlesniame gyvenime. Slaugos įstaigose net 50-60 proc. gydomų pacientų turi psichikos sutrikimų. Dažniausiai juos vargina depresija ir demencija, daugelis ligonių gydomi trankviliantais ir antipsichotiniais medikamentais, net ir kai formaliai tokie susirgimai nediagnozuojami. R. Jakštaitienės (2008, 9 – 10 p.) atlikto darbo duomenimis, dažniausiai slaugos ligoninėse gydomi pacientai su sunkios demencijos simptomais, pusei jų stebimas sujaudinimas-agresyvumas, o tai ženkliai trikdo slaugytojų darbą.

Autoriai J. E. Seymour et al. (2011, 125 – 138 p.) savo straipsnyje pateikė duomenis, jog vienas tyrimas Anglijoje parodė, kad 47 proc. globos namų neturi chroniškų ligų valdymo teikimo globos namų gyventojams, pavyzdžiui, reabilitacijos specialisto ar kineziterapijos. O likę turi tik minimalius specialistų lygius, nors daugelis gyventojų galėtų gauti naudos iš pastarųjų

Pagyvenusio amžiaus gyventojai, turi funkcinių sutrikimų, padidėjusią priklausomybę kasdieninėje veikloje, judėjimo problemų, pažinimo ir elgesio sutrikimų, labai dažnai pargriūva, turi daug didesnę tikimybę, kad bus taikomos fizinės apribojimo priemonės gulintiems skyriuje. Tačiau visi slaugomi ligoniai į apribojančias priemones reaguoja skirtingai ir net nebūtinai teigiamai. L. Spirgienė (2009, 91 p.) Paaiškėja jog slaugos procese ypatinai svarbus yra efektyvus ligonio ir personalo bendravimas, kad būtų aiškiai išdėstoma pasirinkimo problema, teisė, naudojant alternatyvius fizinės apsaugos įrengimus. Literatūroje rašoma, kad senelių namuose nuo 4 iki 85 proc. svyruoja fizinių priemonių naudojimas judėjimui apriboti. Vieni pacientai mano, kad lovos apsaugos padeda jiems saugiau jaustis, fiziniai apribojimai jiems netrukdo, o kiti jaučiasi lyg uždaryti narve ir bijo būti sužaloti. L. Spirgienė (2009, 91 p.) siūlo naudoti alternatyvas, norint išvengti fizinių priemonių naudojimo:

- Specifinės priemonės: žema lova, čiužiniai ant žemės, šlaunikaulių apsaugos, savanoriai ir kt.;
- Aplinkos optimizavimas: pažįstama aplinka, tinkamai parinkti akiniai ir kt.;
- Individualizuota slauga: dokumentuojamas ir analizuojamas elgesys, slaugos tęstinumas;
- Griuvimų ir delyro prevencija, sukeliančių veiksnių mažinimas: mityba ir dehidratacijos korekcija, skausmo malšinimas, pusiausvyros ir eisenos lavinimas ir kt.

3.1. Mokymo poveikis pagyvenusių žmonių savarankiškumui

Senėjimas yra natūralus ir neišvengiamas procesas, kurio metu labai svarbų vaidmenį užima pacientų mokymas. Mokymo procesas apima ne tik pacientą, bet ir šeimą. Sveikatos priežiūros specialistai, personalas turi įvertinti pacientų ir šeimos mokymo poreikius. Už paciento mokymo procesą atsakinga sveikatos priežiūros ir švietimo sistema, kuri pateikia pacientams, turintiems fizinę, kalbos negalią, mokymosi metodus. Pacientų mokymas, kaip procesas, yra skirtas savipriežiūros gerinimui, vaistų valdymui, sveikatos priežiūros kokybės didinimui, autonomijos gerinimui.

Mokymas gerina gebėjimo įgūdžius savarankiškai valdyti lėtines ligas, pagerinti bendrą būklę ir mažinti gydymo išlaidas. Mokymo proceso metu, visa teisė suteikiama pacientui, išsakant mokymo prioritetus, tokiu būdu didinant paciento motyvaciją, gerinant paciento išitraukimą. Tokiu būdu išlaikoma paciento savivoka, savarankiška gyvenimo kontrolė (Centeno, 2011). Pagyvenusių žmonių mokymo procesas apima daugybę specialistų iš slaugos ir reabilitacijos krypties. Kadangi su amžiumi susiję funkciniai galimybių pokyčiai prastėja, asmuo laikui bėgant gali tapti priklausomas nuo aplinkinių, pasiekti negalios ribą. Tokiu metu yra ypatingai svarbu sudaryti galimybes žmonėms ugdyti savo fizines galimybes, gerinti apsitarnavimo lygį. Apsitarnavimo gerinimo mokymo programos skirtos vyresnio amžiaus asmenims, kurie siekia gerinti savo kasdieninę veiklą, jos atlikimą, siekia mažinti rizikos veiksnius. Tokios programos skatina savarankišką gyvenimą ir gerina gyvenimo kokybę. O pratimai, esant su amžiumi susijusiems pokyčiams organizme, yra vienas iš labiausiai naudojamų naudingų mokymo rūšių vyresnio amžiaus asmenims, kuriems reikia gerinti raumenų jėgą, masę, tankį. (Thomas, 2008, 145 p.)

Užsienio ir lietuvių literatūroje yra aprašytos įvairios mokomosios intervencijos krypties komandos, tiriančios mokomųjų programų poveikį pagyvenusiems žmonėms. Ch. Ray et al. (2012, 227 – 241 p.) atliktame tyrime siekė išanalizuoti tradicinio grupinio sporto ir Wii fitneso mankštos mokymo programos poveikį pagyvenusio asmens sugebėjimui išlaikyti teisingos laikysenos kontrolę ir tokių rezultatų poveikį žmogui. Tyrimo metu paaiškėjo, kad tokia programa padėjo

pagerinti pusiausvyros išlaikymo balus, programos metu pagerėjo dėmesio išlaikymas, klausa, pagreitėjo atsikėlimas, vaikščiojimas.

Kiti užsienio autoriai (Tsai et al., 2008, 1172 – 1174 p.) tyrinėjo pažinimo funkcijas gerinančių mokymo intervencijų poveikį vyresnio amžiaus asmenims, kurie turi atminties sutrikimų. Tokios programos pagerino žodinę atmintį, vykdomųjų funkcijų atlikimą.

T. Ravelin et al. (2013, 10 – 11 p.) atskleidė spektaklio, kaip aktyvaus proceso, mokymo metodo poveikį vyresnio amžiaus asmenims, sergantiems demencija. Tyrimo metu paaiškėjo, kad šokis (spektaklis) kaip mokomoji priemonė gali suteikti jėgų ir ištvermės asmenims, sergantiems demencija. Tyrimas buvo atliktas slaugos namuose. Tyrimo metu paaiškėjo, kad šokis (spektaklis) kaip veiklos procesas, suteikė teigiamų emocijų, sukėlė prisiminimų. Tiriamieji pamiršo savo negalavimus spektaklio metu, patyrė bendrą ryšį su kitais žmonėmis.

V. Bulikaitė (2011, 15 p.) aprašė Lietuvoje populiarėjančią mokymo programą „Mokykimės kalbėdami“. Tai diskusija paremtas mokymo metodas, įtraukiantis pacientus į pokalbį apie cukrinį diabetą. Taikant šį metodą pacientai supažindinami su pagrindinėmis temomis, kurias būtina analizuoti, siekiant geriau suprasti savo ligą ir išvengti komplikacijų. Pacientai aptaria cukrinio diabeto priežastis, požymius, gydymo metodus, bando išsiaiškinti ir atskirti faktus apie diabetą nuo mitų. Diskutuojama savikontrolės, mitybos, insulino terapijos, apsisaugojimo nuo komplikacijų bei pėdų priežiūros klausimais. Savo patirtimi apie šį naują mokymo metodą slaugytojai diabetologai dalijasi seminarų metu.

J. Trinkūnaitė (2011, 16 p.) aprašė apie širdies ir kraujagyslių ligomis sergančių pacientų tinkamos mitybos mokymo naudą. Pranešime teigiama, kad svarbu pacientus ir šeimos narius mokyti tinkamai maitintis, kad būtų išvengta labai dažna pagyvenusių žmonių tarpe, išeminė širdies liga. Autorės akcentavo, kad šeimos nariai turi būti įtraukti į mokymą, nes jie gali būti atsakingi už maisto pirkimą, jo gaminimą ir pateikimą pagyvenusio amžiaus asmenims. O svarbiausia tai, kad mokymo metu reikia paaiškinti, kaip svarbu valgyti reguliariai ir įvairius maisto produktus.

Autoriai A.P. Baptist et al. (2011, 133 – 134 p.) analizavo astmos priepuolių valdymo mokymo svarbą, nes nemažai daliai pagyvenusių asmenų astma – tai lėtinis susirgimas. Astma buvo pamiršta geriatrinių gyventojų tarpe ir daugeliui vyresnio amžiaus žmonių ji net nediagnozuota. Senėjančioje visuomenėje labai svarbus akcentas tenka lėtinių ligų valdymui. Pritaikytos intervencijas atliekamos siekiant pagerinti astmos priepuolių mažinimui šioje populiacijoje. Intervencijose buvo mokoma tikslinga veiksmų seka ištikus priepuoliui, kurią pagyvenusio amžiaus asmenys iš susijaudinimo neretai pamiršta. Astmos ugdymas yra veiksmingas tarp jaunesnio amžiaus gyventojų, yra siekiama sužinoti, kaip stipriai ji bus veiksminga vyresnio amžiaus žmonių

tarpe. Tyrimo rezultatai atskleidė, kad astmos valdymui reikalingas didesnis sergančiųjų švietimas, mokymas ir kontrolė, siekiant išvengti polifarmacijos ir kitų, su sveikata susijusių veiksnių.

Autoriai M. Strachan et al. (2012) apžvelgia prevencijos ir ankstyvosios intervencijos programas, skirtas vyresnio amžiaus žmonėms, veikiamiems potencialiai trauminių įvykių, ir išlikusių ankstyvųjų potrauminio streso gydymo programų pritaikymo rekomendacijas, siekiant patenkinti vyresnio amžiaus asmenų poreikius. Tyrimo metu buvo nustatyta, kad prevencijos ir ankstyvos intervencijos programos yra reikalingos vyresnio amžiaus žmonėms, nes veiksniai, susiję su senėjimo procesu gali apsunkinti vyresnio amžiaus žmonių potrauminio streso nustatymą ir gydymą.

Autoriai E. Costello et al. (2008, 1135 p.) apžvelgė bendruomenėse naudojamų prevencijos programų, mažinančių griuvimus, naudą, sprendžiant vis didėjančias sveikatos problemas pagyvenusių žmonių tarpe. Autoriai pastebėjo, kad tokios programos savijautą gerina labiau, nei pastovus ar ilgalaikis cheminių vaistų naudojimas. Į plataus poveikio programą buvo įtrauktos įvairios intervencinės strategijos, apimančios sveikatos priežiūros specialistų įvairovę, griuvimo rizikos veiksnius, jų vertinimą ir šalinimą, dietas, mankštas, pusiausvyros lavinimo svarbą ir polifarmacijos mažinimą. Šios programos metu buvo pasiekti retesni griuvimo rezultatai, pagerėjęs koordinacijos lygis, raumenų jėga ir geresnė bendra savijauta.

Autoriai A. Huss et al. (2008, 298 p.) aprašė vizitų į namus pas pagyvenusio amžiaus žmones poveikį jų bendravimui, savarankiškumo skatinimui. Tyrimo metu paaiškėjo, kad apsilankymų programos intervencija padeda sekti pagyvenusių asmenų funkcinės ir pažintinės būklės pokyčius, bendravimo įtaką sveikatai, kasdieniniam savarankiškumui. Autoriai teigia, kad tokia prevencinė programa padeda užkirsti kelią vėlyvajai negaliai, vėlesniam slaugos poreikiui namuose, padeda sumažinti išteklių ir išlaidų naudojimą.

Autoriai M.K. Baker et al. (2007, 380 p.) aprašo apie plataus poveikio mokymo programas, skirtas vyresnio amžiaus žmonių poveikiui, kurių fiziniai gebėjimai yra skirtingi. Tyrimo metu buvo įrodyta, kad plataus poveikio programos pagerina fizinę funkciją ir gyvenimo kokybę vyresnio amžiaus žmonėms. Dabartinės gairės pabrėžia raumenų stiprinimo pratimų, širdies ir kraujagyslių, lankstumo ir pusiausvyros lavinimo svarbą, tačiau galutiniam poveikio patvirtinimui vis dėlto trūksta duomenų apie mokymo balansą vyresnio amžiaus žmonėms, tinkamą dozavimą ir intensyvumą, kuris turi būti parenkamas tikslingai, siekiant pagerinti fizines funkcijas ir gyvenimo kokybės pokyčius. Gauti duomenys rodo, kad plataus poveikio mokymai turi nedidelį poveikį fiziniam aktyvumui, funkciniam gyvenimo kokybės pagerėjimui. Būsiami moksliniai tyrimai turėtų apimti tvirtai suplanuotus tyrimus, susijusius su tikslingu programos dozavimu, kuomet įvairūs

pratimai būtų parenkami individualiai pagal esamą pagyvenusio asmens būklę, asmens gebėjimą intensyviai dirbti ir reikalingą atsigavimo laikotarpį.

Dar viena reabilitacijos kryptis, turinti labai glaudų ryšį su slauga, apimanti paciento bei jo artimųjų mokymą yra ergoterapija. Ji glaudžiai susijusi su savarankiškumo atstatymu. Mokymo programos (ergoterapijos) definicija skelbia, jog tai yra „menas ir mokslas“ paskatinti žmogų dalyvauti tikslingoje veikloje, kad būtų atkurta, sustiprinta ir pagerinta atliekama veikla, kad būtų lengvesnis įgūdžių ir veiklos mokymasis, kuris yra svarbus paciento adaptacijai bei produktyvumui siekiant sumažinti patologiją, pagerinti sveikatą. (Lewis, 2003, 3 – 4 p.) Ergoterapeutai, taikydami tikslingą veiklą, siekia paciento funkcinės būklės pagerėjimo. Didelę įtaką reabilitacijos veiksmingumui turi ergoterapeuto ryšys su pacientu, jo pasitikėjimas, motyvacija ir aktyvus dalyvavimas reabilitacijos komandos darbe tiek, kiek pats asmuo gali. Ergoterapeuto darbe labai svarbią vietą užima – paciento motyvacijos gerinimas, asmens palaikymas, raginimas, asmens ir jo šeimos narių mokymas. (Tamulevičiūtė, 2011, 22 – 23 p.)

3.2. Slaugytojo veikla pagyvenusių žmonių savirūpos ugdyme

Lietuvoje pradėjus sveikatos priežiūros Lietuvoje slaugytojai sudaro Slaugos praktinė veikla orientuojama ne tik į pacientų fizinės, psichinės bei socialinės gerovės užtikrinimą, bet ir į visuomenės mokymą bei sveikos gyvensenos formavimą. 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, 2008, 885 – 886 p.) Dauguma sveikatos priežiūros įstaigose dirbančiųjų slaugytojų pritaria teiginiui, kad pacientų sveikatos mokymas padėtų išvengti kai kurių ligų, pagerintų ligų baigtis, sutrumpintų hospitalizacijos laiką, sumažintų ligos atkryčių skaičių, tačiau efektyviam sveikatos ugdymo priemonių įgyvendinimui asmens sveikatos priežiūros įstaigose trūksta žinių, įgūdžių bei tradicijų.

D. Motiejūnaitės (2006, 32 p.) teigimu, turėdami tiesioginį kontaktą su žmonėmis įvairiuose sveikatos priežiūros lygiuose, jie gali formuoti žmogaus požiūrį į sveikatą, padėti suvokti, kad sveikata – tai vertybė, ugdyti vertybines nuostatas, mokyti sveikatos palaikymo ir stiprinimo, gyvenimo būdo tobulinimo bei ankstyvos ligų profilaktikos. Slaugytojo veikloje tampa svarbūs tokie ugdomieji aspektai kaip informavimas, švietimas, mokymas, lavinimas, vadovavimas, įgūdžių ir įpročių formavimas, nuostatų sveikatos ir gyvenimo būdo atžvilgiu keitimas, sąmoningo žmonių požiūrio į ryšius ir dėsningumus tarp gyvenimo būdo, gyvenimo sąlygų ir ligų atsiradimo

formavimas. Tenka pripažinti, kad sveikos gyvensenos propagavimu ir sveikatos stiprinimo būdais dar nepakankamai domisi sveikatos priežiūros specialistai, taip pat ir slaugos personalas. Pacientams neužtenka informacijos apie savo ligą tiek gulint ligoninėje, tiek išvykstant į namus. Nors pripažįstama, kad pacientų mokymas yra integracinė kasdieninės slaugos ir priežiūros dalis, deja, dažnai pacientai turi nepakankamai žinių slaugos, gydymo ir profilaktikos klausimais (Zagurskienė, 2008, 885 – 886 p.).

D. Motiejūnaitės (2006, 32 p.) teigimu, ugdomąjį tikslą turinti slauga yra kryptinga, ja siekiama, kad žmogus pakeistų turimus įgūdžius, požiūrį, nuostatas ar net vertybinius prioritetus, kurie siejasi su jų sveikata. Betarpiškai bedradarbiaudami su bendruomenės nariais, slaugytojai turi plačią pedagoginės veiklos erdvę. Vadinasi, vienas iš fundamentalių sveikatos kokybės užtikrinimo veiksnių yra slaugytojo pedagoginė kompetencija. Ši kompetencija nusakoma kaip slaugytojo sugebėjimas kuo produktyviau ir efektyviau naudoti pacientų bei savo energiją, žinias bei mokymo priemones ir pasiekti rezultatų, kurie patenkintų sveikatos palaikymo ir stiprinimo poreikius bei tikslus. Todėl slaugytojui nepakanka vien gero medicininio pasirengimo. Taip pat svarbu suvokti pedagoginės veiklos kryptį, konkretų tikslą, mokėti sudaryti sveikatos mokymo programas ir gebėti lanksčiai taikant įvairius mokymo metodus, organizuoti sveikatos priežiūros ir slaugos mokomąjį procesą. Tuomet slaugytojo veikla bus efektyvi ir įgalins tikėtis siekiamo rezultato – geresnės žmogaus ir visos visuomenės sveikatos.

Slaugoje yra labai svarbus bendravimo aspektas. Tik bendravimo pagalba galima įvertinti specifinius vyresnio amžiaus poreikius ir parinkti slaugą, atsižvelgiant į individualią paciento būklės dinamiką (Caris Valterhalen et al., 2008, 917 p.). Slaugytojui dirbant negalima pamiršti, kad dirbama su pagyvenusiais žmonėmis, o ne dėl jų ar už juos. Tad reiktų, atsižvelgiant į asmens funkcines galimybes, ligos stadijas, duoti jam kuo daugiau laisvės atlikti kasdienes bei apsitarnavimo veiklas. J. Macijauskienės (2008, 197 – 201 p.) teigimu, dažnai tiek šeimos nariai, tiek personalas yra pavargę ir stengiasi kuo greičiau viską padaryti, tačiau reiktų skirti šiek tiek daugiau laiko, leidžiant kiek įmanoma daugiau viską atlikti pačiam asmeniui, nes taip didėja jo savarankiškumas, pasitenkinimas savo gebėjimais, yra palaikoma geresnė fizinė būklė, o judėjimas gerina emocinę asmens nuotaiką. Tad specialistų pagrindinė užduotis būtų kuo ilgiau padėti išlaikyti pagyvenusiam asmeniui savo gebėjimus atlikti veiklas bei skatinti tuos gebėjimus pagerinti įvairiais užsiėmimais mokymų metu.

Slaugytojai, dirbantys ilgalaikėse globos institucijose, išipareigoja laikytis moralinių nuostatų, tokių kaip pagarbos, sąžiningumo, orumo ir siekia įgyti gyventojų pasitikėjimą. Be to, slaugytojų patirtis rodo, kad žinios apie pacientus yra svarbios užtikrinant geriausią priežiūrą (Spirgienė, 2009, 93 p.). Tačiau slaugytojos teigia, kad galimybė pasiekti geriausią priežiūrą yra ribojama vidinių ir

išorinių veiksnių: išorinius veiksnius slaugytojai įvardija kaip lėšų bei personalo trūkumą; vidiniai veiksniai – nesutarimas tarp gyventojų ir slaugos personalo dėl geriausios priežiūros įvairiose situacijose. Planuojant kasdienę veiklą labai svarbu pasitelkti šias bendravimo strategijas: aiškios, vienkopės instrukcijos, neverbalinės nuorodos ir kt. (Macijauskienė, 2008, 197 – 201 p.).

Slaugytoja yra atsakinga už šias bendravimo strategijas, už pagrindinius pagyvenusio žmogaus veiksmus, nes tai vienintelė pagalba pacientams, padedant valdyti savo vaistus ir užkirsti kelią polifarmacijai, jos mažinimui, padėti suteikti reikalingą ir būtiną informaciją apie vaistų riziką, naudingumą, suteikti tinkamą naudojimo informaciją ir vartojimo laiką, pasitelkiant savo profesinius sugebėjimus. (Woodruff, 2010, 1172 – 1174 p.) Motyvuotos pastangos pagyvenusiam žmogui padeda išlaikyti pusiausvyrą tarp užimtumo ir aktyvumo.

L. Kathy et al. (2013, 1 p.) duomenimis, slaugytojai turi būti budrūs, pastebėti subtilių pagyvenusių asmenų silpnumą. Taip pat svarbu, kad slaugytojai įtrauktų pagyvenusius asmenis į aktyvias strategijas, padėtų stiprinti fizinę sveikatą, o jų pačių įdėtas pastangas – motyvuoti ir patvirtinti.

R. Hov et al. (2013, 50 p.) tyrimų duomenimis, slaugytojos tai atlieka gerai, jų samprata apie slaugą yra gera, o tai reiškia, kad jos gerbia pacientų poreikių orumą, jos dirba tikslingai, siekdamos slaugoje suteikti kūno komfortą ir saugumą, jos jaučia paguodą slaugant iš gyvenimo pasitraukiančius asmenis. Tačiau bendravimo trūkumas buvo ryškus. Taip pat tyrimo duomenimis reikalinga pašalinti bendradarbiavimo su pacientais kliūtis, didinti profesinę slaugytojų kompetenciją, jei siekiama, kad slauga būtų gerai atliekama.

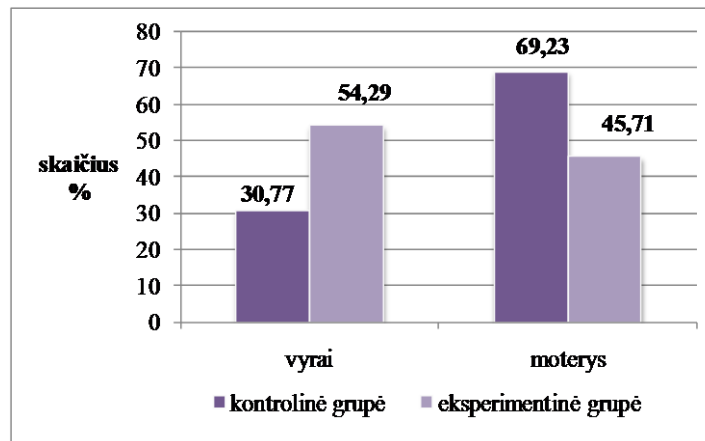
IV. EMPIRINĖ DALIS

4.1. Tyrimo metodika

4.1.1. Tyrimo imties charakteristikos

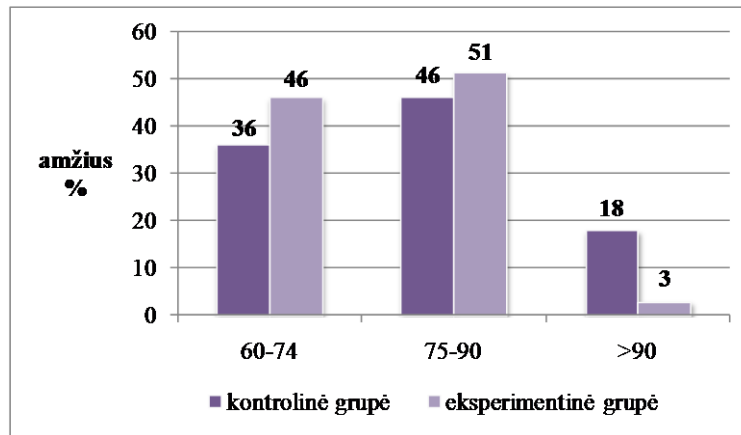
Eksperimentinę grupę sudarė 30 dalyvių. Tai minimalus skaičius, kuriam galima taikyti mokomąją intervenciją. Tai patvirtina autoriai K. Pukėnas (2009) ir R. Januškevičius (2011). Šių autorių teigimu, norint tyrėjui tyrimo rezultatus apdoroti statistiniais būdais, minimalus atvejų skaičius (imties tūris) turi būti ne mažesnis kaip 30. Šis skaičius leidžia korektiškai atlikti kai kuriuos tyrimo naudojamus statistinius metodus, pagal statistikos praktines taisykles.

Abiejose grupėse imtys buvo heterogeniškos lytiškumo požiūriu. Eksperimentinėje grupėje 54,29 proc. dalyvių sudarė vyrai, kontrolinėje grupėje 69,23 proc. dalyvių sudarė moterys (2 pav.).



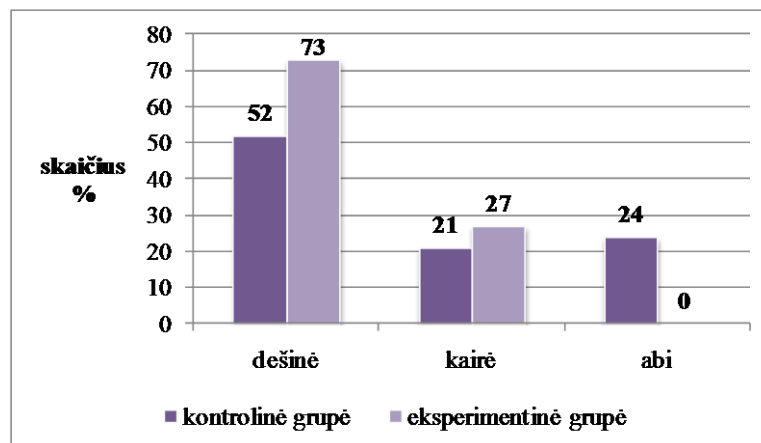
2 pav. Dalyvių pasiskirstymas pagal lytį

Eksperimentinė mokomoji intervencija taikyta pagyvenusio amžiaus asmenims, tačiau jų amžiaus intervalas buvo įvairus, todėl abiejų grupių dalyviai buvo suskirstyti į amžiaus grupes, pagal Pasaulinės Sveikatos Organizacijos amžiaus klasifikaciją, siekiant išsiaiškinti dominuojančio amžiaus grupę. Dalyvių amžius buvo suskirstytas į tris grupes: 60 – 74 m. – pagyvenę, 75 – 90 m. – seni, daugiau nei 90 m. – ilgaamžiai. Išanalizavus tyrimo duomenis paaiškėjo, kad didžiąją dalį dalyvių tiek eksperimentinėje grupėje (EG, n=51proc.), tiek kontrolinėje (KG, n= 46 proc.) sudaro seno amžiaus (75 – 90 m.) grupė. Mažesnę dalį abiejose grupėse sudaro pagyvenusio amžiaus dalyviai: (EG, n=46 proc.; KG, n=36 proc.). Mažiausią dalyvių grupę sudaro ilgaamžiai asmenys, kontrolinėje grupėje jų buvo šešis kartus daugiau (KG, n=18 proc.) nei eksperimentinėje (EG, n=3 proc.) (3 pav.).



3 pav. Dalyvių pasiskirstymas grupėse pagal amžiaus grupes

Labai dažna savarankiškumą ribojančių priežasčių pasekmė pagyvenusiame amžiuje būna viršutinių galūnių, smulkiosios motorikos funkcijos susilpnėjimas, kuris paveikia kasdieninės veiklos atlikimą, ypač asmens higienos atlikimą, gebėjimą savarankiškai valgyti, apsirengti viršutinę kūno dalį, užsisiegti sagas, suimti įvairius smulkius daiktus bei juos nulaikyti. Veiklos atlikimo sutrikimo laipsnis priklauso nuo pažeistos rankos (jei asmens dominuojanti ranka yra dešinė, tai kairės rankos pažeidimas sukels mažiau sunkumų kasdieninėje veikloje ir reikalaus mažiau prisitaikymo nei esant dešinės rankos pažeidimui). Tyrimo analizės metu buvo siekta išsiaiškinti dalyvių pasiskirstymą grupėse, pagal pažeistas rankas. Tyrimo duomenys atskleidė, kad didžiajai daliai dalyvių tiek kontrolinėje (KG, n=52 proc.), tiek eksperimentinėje (EG, n=73 proc.) grupėje yra susilpnėjusi dešinės rankos funkcija. Kairės rankos funkcijos silpnumo nusiskundimus jaučia mažesnė dalis abiejų grupių dalyvių: EG, n= 27 proc., KG, n=21 proc. Abiejų rankų funkcijos silpnumu skundžiasi tik nedidelė dalis kontrolinės grupės dalyvių: KG, n=24 proc. (4 pav.).



4 pav. Dalyvių pasiskirstymas grupėse pagal funkcijas ribojančią ranką

4.1.2. Tyrimo metodai

Ekperimentinis intervencinis tyrimas buvo atliktas šešiose Vakarų Lietuvos globos įstaigose bei ligoninėse (A, B, C, D, E, F) 2012 m. birželio mėn. – 2012 m. rugsėjo mėn. Buvo gauti raštiški sutikimai iš įstaigų atsakingų asmenų (vyriausiojo gydytojo, vyriausiojo gydytojo pavaduotojo). Intervencijos atlikimui naudota netikimybinė tikslinė grupių formavimo atranka (Kardelis, 2005). Į tyrimą buvo įtraukti skyriai, kuriuose yra pagyvenę asmenys, reikalaujantys tam tikrų slaugos paslaugų bei turintys pažintinių ir funkcinų gebėjimų sutrikimų, tai – globos ir palaikomojo gydymo skyriai. Kitas atrankos kriterijus – dalyvių amžius vyresnis nei 60 metų, bei savanoriškas dalyvių sutikimas dalyvauti tyrime.

Tam, kad būtų realizuotas intervencinis tyrimas, pasirinktos dvi imtys: pirmąją sudarė dalyviai, iš A, B, C įstaigų pasirinktų skyrių (n=45), jie buvo priskirti eksperimentinei grupei (EG). Antrąją imtį sudarė dalyviai iš D, E, F įstaigų pasirinktų skyrių (n=45), jie buvo priskirti kontrolinei grupei (KG). Prieš intervenciją EG ir KG buvo išdalinta viso 90 anketų (EG, n=45; KG, n=45). Iš jų sugrįžo 81 (EG, n=41; KG, n=40). Tolimesnė intervencija vyko su šiuo respondentų skaičiumi. Po intervencijos abiems grupėms buvo pakartotinai išdalinta 81 anketa (EG, n=41; KG, n=40), o iš jų sugrįžo 68 (EG, n=30; KG, n=38).

Siekiant ištirti mokomosios intervencijos poveikį pagyvenusių asmenų savarankiškumui, atliktas eksperimentinis tyrimas (mokomoji intervencija, priešintervencinis ir pointervencinis anketavimas). Duomenys buvo renkami naudojant standartizuotus testus. Duomenų rinkimui pasirinktas kiekybinis tyrimas, nes jį lengviau struktūrizuoti ir suplanuoti. Tyrėjo nebuvo šalia, todėl dalyviai galėjo jaustis laisvai ir klausimynus pildyti jiems tinkamu metu. Tiems dalyviams, kuriems buvo sunku rašyti, anketas pildyti padėjo pagalbinis tyrimo institucijų personalas.

Mokomosios intervencijos pagrindimas ir vykdymas buvo plėtojamas pasitelkus N. Roper slaugos modelį. Pagrindiniai N. Roper slaugos modelio teiginiai, kurie siejasi su mūsų mokomosios intervencijos taikymu yra šie: žmogaus gyvenimas gali būti apibrėžiamas kaip gyvenimo veiklų visuma, o žmogus yra vertingas visuose savo gyvenimo tarpsniuose. Didelė vertybė žmogui bet kuriame gyvenimo tarpsnyje tai nepriklausomybė atliekant gyvenimo veiklas, tačiau priklausomybė neturi žeminti žmogaus orumo. Kai individas suserga, gali sutrikti jo gyvenimo veiklų atlikimas, atsiranda akivaizdžių ir potencialių problemų. Tiek reabilitacijos, tiek slaugos komanda, ypač slaugytojas, yra daugiaprofesinės sveikatos priežiūros komandos narys, kuris veikia paciento ir visuomenės naudai. Specifinė slaugos funkcija yra padėti individui išvengti problemų, susijusių su gyvenimo veiklų atlikimu, jas įveikti arba palengvinti. Gyvenimo veiklos šiame slaugos modelyje yra vertinamos atsižvelgiant į jas veikiančius faktorius, priklausomybę. Darbui tinkanti

priklausomybės ir nepriklausomybės apibrėžtis, apibūdinama kaip gebėjimas ar negebėjimas atlikti gyvenimo veiklas, o atlikimas priklauso nuo individo sveikatos. Šis modelio komponentas yra glaudžiai susijęs su gyvenimo trukme ir gyvenimo veiklomis. Slaugos tikslas yra padėti žmonėms išvengti potencialių, su gyvenimo veiklomis susijusių problemų, spręsti esamas problemas, išvengti jų atsinaujinimo ir padėti įveikti. Asmens sveikata priklauso nuo to, kaip jis sugeba būti nepriklausomu visose gyvenimo veiklose. Slauga, pasak N. Roper turi būti perorientuota į pacientą – jis centrinė slaugos modelio figūra. Šis slaugos modelis yra grindžiamas gyvenimo modeliu. Slaugos modelyje, kaip ir gyvenimo modelyje, pagrindinis komponentas yra gyvenimo veiklos. Slaugos modelis, pagrįstas gyvenimo veiklomis yra plačiai naudojamas Europoje įvairaus lygio sveikatos priežiūros srityse. N. Roper slaugos modelį sudaro penki komponentai (konceptai): gyvenimo veikla, gyvenimo trukmė, priklausomybės nepriklausomybės tąsa, veiksniai, darantys įtaką gyvenimo veiklai, gyvenimo individualumas. Gyvenimas yra sudėtingas procesas, kuriame mes įsipareigojame naudoti veiklas, kurios užtikrina mūsų išlikimą. Pagal šį modelį, gyvenimo veiklos skirstomos į dvyliką kategorijų, kurios yra vertinamos kaip gyvenimo modelio pagrindas: saugios aplinkos palaikymas, bendravimas, kvėpavimas, valgymas ir gėrimas, tuštinimasis ir šlapinimasis, asmens higiena ir apsirengimas, judėjimas, kūno temperatūros reguliavimas, darbas ir žaidimai, miegas, lyties raiška. Šios pagrindinės gyvenimo – kasdienės veiklos dalys sudarė mūsų mokomosios intervencijos instrumento skales, pagal kurias buvo vertinamas ir plėtojamas mokomosios intervencijos poveikis pagyvenusių žmonių savarankiškumo-nepriklausomumo gerinimui (Holland et al., 2008).

4.1.3. Tyrimo instrumentai

Mokomosios intervencijos efektyvumui įvertinti buvo naudojama:

- Goniometrija;
- VAS (vizualinė analogų skausmo vertinimo skalė);
- Sąnarių sustingimo vertinimo skalė;
- Pirštų lankstumo vertinimo skalė;
- Lovett testas;
- MMSE (protinės būklės mini tyrimas);
- FNT (funkcinio nepriklausomumo testas).

Goniometras. Tai judesių amplitudės per riešo sąnarį matavimo instrumentas. Jį sudaro dvi liniuotės ir kampamatis sutvirtinti tarpusavyje. Viena liniuotė stabili, kita judanti. Nejudanti goniometro dalis

dedama išilgai anatominės galūnės ašies. Goniometro centras turi sutapti su judesio centru sąnaryje. Judanti goniometro dalis, juda kartu su galūne. Goniometras buvo panaudotas riešų ir plaštakos judesių amplitudės vertinimui, pagyvenusiems pacientams, sergantiems osteoartritu Ch. Lefler (2004, 14 p.) tyrime (Priedas 10).

Vizualinė analoginė skalė (VAS) - skausmo vertinimo skalė. Ji taikoma kiekybiniam skausmo vertinimui, t.y. padeda nustatyti jo intensyvumą bei stiprumą. Manoma, jog tai moderniausia ir kol kas tiksliausia priemonė objektyvizuoti skausmui. Naudojant VAS, galima palyginti skausmo stiprumą prieš procedūrą ir po jos, taip pat ir įvertinti gydymo veiksmingumą konkrečiam pacientui ar pacientų grupėms. Būtent dėl šių savybių VAS šiuo metu daugelyje pasaulio šalių plačiai naudojama skausmui vertinti onkologinėje, neurologinėje, chirurginėje praktikoje ir kitose medicinos srityse. Naudojantis VAS skale pats pacientas objektyviai įvertina savo patiriamą – kenčiamą skausmą. Yra pateikta paprasta tiesinė vizualinė analoginė skausmo vertinimo skalė, kurioje pats pacientas pažymi skausmo stiprumą. VAS skalės vertinimo metodika: objektyvizuojant skausmo stiprumą, skalė padalijama į 10 lygių dalių ir nustatoma, kurioje atkarpoje yra paciento pažymėta atžyma. Tuomet skausmas vertinamas balais: 1-4 balai – skausmas silpnas, 5-6 balai – skausmas vidutinio stiprumo, 7-8 balai – jaučiamas stiprus skausmas, 9-10 balų – nepakeliamas (labai stiprus) skausmas. VAS skalė buvo naudota ir patikrinta H. M. McCormack et al. (2009, 1007 – 1019 p.) tyrime. Autorių teigimu, buvo nustatyta, kad ši skalė pagrįsta ir patikima įvairių klinikinių ir mokslinių programų. Nors esama įrodymų, kad šios skalės patikimumas ir sumažėjęs jautrumas gali atsirasti tada, kai skalė yra naudojama tam tikroms, neadekvačioms pacientų grupėms, kai skausmas yra neteisingai suvokiamas. (Priedas 4)

Funkcinio Nepriklausomumo Testas (FNT). Funkcinio nepriklausomumo testas buvo sukurtas 1983 metais reabilitologų ir Amerikos akademijos fizinės medicinos reabilitacijos gydytojų grupės, kuri buvo sudaryta Amerikos kongrese (Glenny, 2009, 2 p.). Šiuo testu vertinamas ne tik ligonio gebėjimas atlikti pagrindinius apsitarnavimo veiksmus, bet ir supratimas, išraiška, socialiniai santykiai, problemų sprendimas. FNT skalėje vertinamos šios veiklos sritys: valgymas, asmens higiena, maudymasis, viršutinės ir apatinės kūno dalių apsirengimas, naudojimasis tualetu, šlapinimosi, tuštinimosi valdymas, persikėlimas į lovą, kėdę, ratukus, persikėlimas tualetą, į vonią, dušą, ėjimas, važiavimas ratukais, lipimas laiptais, supratimas, minčių raiška, socialiniai santykiai, problemų sprendimas ir atmintis. I. Meškauskaitė ir kt. (2011, 39 p.). Funkcinio nepriklausomumo testas kaip motorikos vertinimo priemonė buvo naudotas E.I. Jamontaitės straipsnyje (2011, 35 p.) pacientams, sergantiems galvos smegenų insultu (GSI). Šio testo patikimumą nagrinėjo autorius N. Pollak et al. (1996, 1057 – 1058 p.) ir straipsnyje įrodė testo patikimumą, tačiau atskleidė ir tokius duomenis, kad aplinkos kontekstas ir veiklos apibrėžimai, gali turėti įtakos FNT įvertinimui. Tačiau

tai yra labai naudinga funkcinė vertinimo priemonė, ypač pagyvenusio amžiaus asmenims. Tai testas, kuriuo vertinamas ne tik ligonio sugebėjimas atlikti pagrindinius apsitarnavimo veiksmus, bet ir supratimas, išraiška, socialiniai santykiai, problemų sprendimas. FNT skalėje vertinamos šios veiklos sritys: valgymas, asmens higiena, maudymasis, viršutinės ir apatinės kūno dalies apsirengimas, naudojimas tualetu, šlapinimosi, tuštinimosi valdymas, persikėlimas į lovą, kėdę, ratukus, persikėlimas tualete, į vonią, dušą, ėjimas, važiavimas ratukais, lipimas laiptais, supratimas, minčių raiška, socialiniai santykiai, problemų sprendimas ir atmintis. Kiekviena veikla vertinama balais nuo 1 iki 7:

- 1– visiška pagalba (apsitarnavimas 0 proc.);
- 2 – maksimali pagalba (apsitarnavimas 25 proc.);
- 3 – vidutinė pagalba (apsitarnavimas 50 proc.);
- 4 – minimali pagalba (apsitarnavimas 75 proc.);
- 5 – priežiūra;
- 6 – modifikuota nepriklausomybė (įrankis);
- 7– visiškai nepriklausomas (laikinai, nuolat).

Vertinama pagal 18-126 balų skalę (Priedas 6). Kuo didesnė balų suma, tuo didesnis ligonio savarankiškumas. (Meškauskaitė, 2007, 29 p.)

FNT testo patikimumo nustatymas

Patikimumo samprata. Patikimumas (angl.reliability) – diagnostinės priemonės tikslumas, apibūdinamas jos daromos paklaidos dydžiu. Šis tikslumas gali būti nustatomas diagnostinės priemonės pakartotiniu taikymu, lygiagrečių priemonių taikymu ir priemonės komponentų vidinio suderinamumo (angl.intemal consistency) vertinimu. Taikomas vidinio suderinamumo koeficientas, atspindintis vidinį klausimų homogeniškumą klausimyne. Dažniausiai naudojamas metodas – Cronbach`o alpha koeficiento skaičiavimas (Frankfort – Nachmias, 2000).

Koeficiento reikšmės:

- iki 0,60 rodo žemą anketos homogeniškumą;
- nuo 0,60 iki 0,70 – pakankamas;
- nuo 0,70 iki 0,90 – aukštas homogeniškumas.

FNT klausimyno bendras Chronbach`o alpha koeficientas prieš intervenciją buvo 0,71, po jos – 0,7. Tai leidžia teigti, kad klausimyno patikimumas yra aukštas (Priedas 8).

Protinės būklės mini – tyrimas (MMSE). Šis tyrimas yra vienas plačiausiai naudojamų priemonių, pažinimo funkcijoms vertinti, kuris naudojama gydymo įstaigose ir yra patvirtintas Lietuvos Respublikos Socialinės apsaugos ir darbo ministro bei Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2008 m. birželio 28 d. įsakymu Nr. A1 – 214/V – 655. MMSE testas sukurtas

1975 metais. Jį sukūrė psichiatras M. Folstein . sukurtas JAV. Iš pradžių jis buvo sukurtas siekiant pateikti trumpą standartizuotą psichinės būklės vertinimą, siekiant atskirti organinius ir funkcinius psichinių ligonių būklės sutrikimus. Tobulėjant sveikatos priežiūrai, šis testas tapo pagrindinė sekimo priemonė tokių ligų kaip Alzheimeris, demencija ir kt. (Folstein, 1975, 189 – 190 p.).

Šiuo testu yra vertinami: orientavimasis laiko ir vietos atžvilgiu (10 balų), 3 žodžių išiminimas (3 balai), dėmesys ir skaičiavimas (5 balai), 3 žodžių pakartojimas (3 balai), kalba (8 balai), konstrukciniai regos gebėjimai (1 balas). Testo atlikimo trukmė 10 min. norint kvalifikuotai jį atlikti, yra reikalingas išankstinis pasirengimas ir mokymas.

MMSE intervalas nuo 0 iki 25 yra tradiciškai laikomas normalia balų suma. Mažiau nei 10 balų, paprastai rodo labai pablogintą pažinimo kokybę, o tarp 10 ir 19 balų rodo vidutinio sunkumo demenciją. Žmonės su lengva Alzheimerio liga paprastai surenka nuo 19 iki 24 balų. Tačiau rezultatai gali būti koreguojami arba aiškinama skirtingai, kad būtų atsižvelgta į asmens amžių, išsilavinimą. MMSE testas dažniausiai naudojamas kaip patikimas ir patvirtintas atrankos metodas Alzheimerio ligai ir kitoms demensijos formoms. Tyrimo specifiškumas ir jautrumas padeda veiksmingai nustatyti, kurie žmonės turi ligą, kurie ne. Taip pat MMSE puikiai naudojamas kaip pakartotinė pažintinių gebėjimų vertinimo priemonė laikui bėgant. (Rosenzweig, 2010). Testo patikimumas ir struktūrinis pagrįstumas buvo analizuojamas N.Tom et al.(1992, 922 – 924 p.) tyrime. MMSE testas tyrimo metu parodė vienodą jautrumą pažinimo sutrikimams, todėl buvo pripažintas kaip patikima diferencijuojanti priemonė.

Laikrodžio piešimo testas. Laikrodžio piešimas yra gana sudėtinga užduotis, reikalaujanti ne tik konstrukcinių įgūdžių, bet ir daugelio kitų sugebėjimų. Y. Nishiwaki et al. (2004, 797 – 799 p.) savo tyrime naudojo šį testą bei įrodė, kad šis testas yra jautri priemonė konstrukcinei apraksijai įvertinti, bet taip pat gali parodyti laiko koncepcijos defektus. Šis testas yra naudinga priemonė, diferencijuojant sveikus vyresnio amžiaus žmones nuo turinčių pažinimo procesų sutrikimų, ypač sergančių Alzheimerio liga. Pabrėžtina, kad šio trumpo diferencijuojančio testo atlikimas nėra demencijos diagnozavimo pagrindas. Tačiau jis gali būti labai naudingas nustatant, ar reikalingas tolesnis pažinimo procesų tyrimas (Priedas 5).

Laikrodžio piešimo įvertinimas. Aprašyta įvairių laikrodžio piešimo testo vertinimo metodų, tačiau pateikiamas 0 - 4 taškų metodas yra trumpas, jautrus ir lengvai pritaikomas:

- Nupiešia uždara ratą- 1 taškas
- Išdėsto skaičius teisingose vietose - 1 taškas
- Yra visi 12 teisingų skaičių - 1 taškas
- Rodyklės nupieštos teisingose padėtyse - 1 taškas.

Interpretacija. Kai kurios klaidos, tokios kaip ryškiai netaisyklingi kontūrai ar ženklai už apskritimo ribų, yra retai padaromos esant nesutrikusiems pažinimo procesams. Blogas laikrodžio piešimo testo rezultatas rodo, kad būtina toliau tirti ligonį, juo remiantis negalima daryti galutinių klinikinių išvadų. Skiriamoji riba tarp demencijos ir normos, atliekant šį testą, yra subjektyvi ir sutartinė. Tačiau, iš kitos pusės, neįtikėtina, kad laikrodį tobulai nupieštų asmuo, turintis pažinimo procesų sutrikimų. Remiantis šiuo trumpu testu nenustatyta kokių nors demencijos kriterijų. Šis testas naudotinas įvertinti, ar reikalingas tolesnis pažinimo procesų tyrimas. Jei laikrodžio piešimo testo atlikimas yra sutrikęs, turi būti atliktas visas tolesnis galimos demencijos įvertinimas. Įvertinant turėtų būti remiamasi pripažintais demencijos klinikiniais kriterijais bei standartizuotomis metodikomis, tokiomis kaip Protinės būklės mini tyrimas (MMSE) ar kt. (Friedman, 2012, 4 – 6 p.).

MMSE patikimumo nustatymas

Testo patikimumui taip pat buvo apskaičiuotas Chronbach`o alpha koeficientas. Prieš intervenciją koeficiento reikšmė buvo 0,73, po intervencijos – 0,72. Tai rodo aukštą klausimyno homogeniškumą (Priedas 8).

Pirštų lankstumo vertinimo skalė. Pirštų lankstumas buvo matuojamas paprasta liniuote (Priedas 10).

Sanarių sustingimo vertinimo skalė. Pacientui pateikiama paprasta tiesinė sustingimo vertinimo skalė, kurioje pats pacientas pažymi sustingimo stiprumą. Sustingimas skalėje žymimas balais nuo 0 iki 10. (Priedas 4)

Rankos pirštų lankstumo vertinimas bei sąnarių sustingimo skalė Lietuvos darbuose buvo naudotos tik S. Šedvilaitės (2009, 2303 – 2307 p.) magistro darbe, nagrinėjant plaštakos funkcijas po nudegimų, S. Pranskaitytės (2007, 35 p.) darbe, nagrinėjant plaštakos funkcijas po dilbio lūžių bei J. Rapolienės (2007, 21 – 23 p.) disertacijoje, kurioje buvo nagrinėtas sergančiųjų reumatoidiniu artritu plaštakos ir riešo funkcinės būklės bei veiklos sutrikimas (Priedas 2).

Lovett testas. Testą sukūrė Harvardo medicinos mokyklos Ortopedijos chirurgijos profesorius R. Lovett 1912 metais. (Schmitt, 2008) Tada pirmą kartą paskelbė apie galimybę išmatuoti rankiniu būdu raumenų atsparumą išorinėms gravitacijos jėgoms. Šie raumenų stebėjimo bandymai buvo vadinami *Gravity bandymai* ir buvo naudojami sekti stuburo nervus. 1932 metais dr. R. Lovett išleido 5 lygių raumenų stiprumo raumenų vertinimo sistemą, kuri yra likusi ir iki šiol. Šio testo pagalba, specialistas praktikas gali vertinti didžiąją dalį kūno raumenų. Lovett`o testas, kaip plaštakos, rankos judesių vertinimo priemonė buvo naudota E. I. Jamontaitės straipsnyje (2011, 33 – 40 p.) pacientams, sergantiems galvos smegenų insultu (GSI).

S. Cuthbert et al. (2007, 4 p.) tyrime atliko daugiau nei šimtą manualinių raumenų vertinimo technikų ir kahortos tyrimas parodė, kad manualinis raumenų vertinimas (tame tarpe ir Lovett`o

testas) yra geras ir patikimas bei pagrįstas būdas vertinant neuroraumeninės funkcijos sutrikimus. Vertinimo rezultatai nepriklauso nuo eksperto šališkumo.

Raumenų jėga vertinama, atsižvelgiant į šiuos lygius:

5 balai – pilna judesio amplitudė, nugalint gravitacijos jėgas ir stiprų pasipriešinimą;

4 balai – pilna judesio amplitudė, nugalint gravitacijos jėgas ir nedidelį pasipriešinimą;

3 balai – pilna judesio amplitudė, nugalint gravitacijos jėgas;

2 balai – pilna judesio amplitudė pašalinus gravitacijos jėgų veikimą;

1 balas – nėra judesio, tik raumens susitraukimas;

0 balo – nėra raumens susitraukimo (Ramanauskaitė, 2010, 14 – 21 p.).

4.1.4. Tyrimo procesas/eiga

1 tyrimo proceso etapas

Mokslinės literatūros, susijusios su magistro baigiamojo darbo tema, rinkimas ir studijavimas. Šaltinių buvo ieškoma MEDLINE, Ebsco Host, Science Direct, Cochrane Library, PubMed, Wiley, Springer Link, BioMed Central duomenų bazėse, moksliniuose žurnaluose. Straipsniai buvo atrenkami pagal raktinius žodžius: mokomoji intervencija, pagyvenę žmonės, slauga, reabilitacija, funkciniai pokyčiai, pažintinės funkcijos – 2011 – 2013 m.

2 tyrimo proceso etapas

Teorinės dalies rašymas, apimantis mokslinės literatūros analizę (mokslinė literatūra buvo dar kartą peržiūrėta bei papildyta naujais literatūros šaltiniais) – 2011 – 2013 m.

3 tyrimo proceso etapas

Mokomosios intervencijos metodikų ir priemonių parinkimas. Išskirtos pagrindinės mokomosios intervencijos proceso dalys: praktikos modelio parinkimas, standartizuotų testų rinkimas, duomenų rinkimas, duomenų analizė, mokomosios intervencijos komplekso sudarymas, jo taikymas ir vertinimas.

Dalyvių ištyrimas bei mokomoji intervencija buvo atliekama derinant Roper N. Slaugos modelį.

4 tyrimo proceso etapas

Mokomosios intervencijos sudarymas. Eksperimentinei grupei buvo sudaryta individuali mokymo intervencija, atsižvelgiant į pažinimo funkcijas ir bendrą savarankiškumo lygį. Visų pirma buvo surinkti dalyvių duomenys. Tam buvo naudojami standartizuoti testai, stebėjimas, apklausa, atlikti kokybiniai matavimai, surinkti duomenys iš ligos istorijų. Sudarant mokomąją intervenciją buvo atsižvelgta į apsitarnavimo funkcijų gerinimą. Smulkus mokomosios intervencijos turinys pateiktas 9 Priede.

Užsiėmimai vyko 5 kartus per savaitę 4 savaites ryte (tarp 10 – 12 val.), kuomet pagyvenusio amžiaus žmonės yra aktyviausi. Užsiėmimo trukmė – nuo 15 iki 45 min. Per dieną. Su kiekvienu ligoniu buvo dirbama individualiai. Dalyvio funkcinės būklės įvertinimas buvo atliekamas prieš intervenciją ir po jos (Priedas 4,5,6).

5 tyrimo proceso etapas

Mokomoji intervencija buvo vykdoma dviem etapais (priešinterveninis tyrimas ir pointerveninis tyrimas) su dviem grupėmis – EG ir KG. Pirmame etape vyko duomenų rinkimas ir pirminis anketavimas kontrolinėje ir eksperimentinėje grupėse. Toliau vyko intervencija su eksperimentine grupe. Antrame etape, po intervencijos taikymo, vyko antrinis anketavimas bei duomenų lyginimas kontrolinėje ir eksperimentinėje grupėse. EG grupės dalyviai po testų pildymo buvo supažindinami su ir pradėta taikyti mokomoji intervencija. KG dalyviams mokomoji intervencija nebuvo taikoma. Ši grupė buvo reikalinga, siekiant palyginti eksperimentinės grupės rezultatus su kontrolinės grupės gautais rezultatais ir mokomosios intervencijos poveikį dalyvių savarankiškumo įgūdžių pokyčius. Visiems tyrime dalyvavusiems dalyviams buvo suteiktas specialus ID kodas (personalinis identifikavimo kodas), kad tyrėjas galėtų lengvai kontroliuoti tyrimą ir komplektuoti gautus rezultatus.

Tyrimas prasidėjo po to, kai 2012 m. buvo gauti leidimai iš Klaipėdos universiteto Sveikatos mokslų fakulteto slaugos katedros Etikos komisijos ir šešių Vakarų Lietuvos ligoninių, kurioms buvo pateikta visa informacija apie tyrimą: tyrimo tikslas, tyrimo atlikimo planas, respondentų sutikimo formos.

Priešinterveninis tyrimas. Pirmas testavimas buvo vykdomas 2012 m. rugpjūčio mėnesio 1 – ają dieną. Abiejų grupių, t.y. EG ir KG, dalyviai gavo užklijuotus vokus, kuriuose buvo pateikta informacija apie vykdomą tyrimą, sutikimo forma, testai (kuriuos gali užpildyti pats dalyvis savarankiškai) ir kitas vokas gražinimui, jeigu dalyvis apsisprendė dalyvauti tyrime. Dalyviai, sutikę dalyvauti tyrime, turėjo pasirašyti sutikimo formą, užpildyti testus ir įdėti juos į pateiktą voką ir užklijuoti. Pirminio testavimo metu laiško su sutikimo forma ir užpildytu testu grįžimo terminas buvo 1 savaitė.

Po pirminio testavimo, gavus užpildytus testus buvo pradėtas vykdyti papildomas dalyvio funkcinės ir pažintinės būklės vertinimas, modelių pritaikymas, bei individualios intervencijos parinkimas ir mokymas.

Pointerveninis tyrimas. Po mėnesio nuo pirmo tyrimo (t.y. 2012 m. rugsėjo mėnesį) vyko pakartotinis tolimesnių duomenų rinkimas su tais dalyviais, kurie savanoriškai dalyvavo eksperimentinėje mokomojoje intervencijoje. Dalyviams vėl buvo pateikti užklijuoti vokai su testais, kuriuos galėjo pildyti patys dalyviai ir jame įdėti kitu voku, skirtu testus gražinti tyrėjui

poto, kai jas užpildys. Ant vokų buvo parašyti dalyvių vardai ir pavardės, o testai pagal dalyvių duomenis buvo pažymėti ID kodais. Terminas, per kurį dalyviai atsakė ir grąžino vokus, buvo 1 savaitė.

6 tyrimo proceso etapas.

Anetinės apklausos (testų) duomenų suvedimas į kompiuterinę duomenų bazę, tyrimo rezultatų apdorojimas naudojant Microsoft Office Excel 2007 kompiuterinę programą, duomenų analizei naudotas statistinis paketas „SPSS 13“, analizės rezultatai sistemingai pateikti diagramose ir lentelėse – 2012 - 2013m. Tyrimo duomenys išanalizuoti aprašomosios ir statistinės analizės metodais, naudojant programinius Microsoft Excel 2011 ir SPSS 13 paketus. Buvo apskaičiuojamas aritmetinis vidurkis, standartinis nuokrypis (SN), reikšmingumo lygmuo ($p < 0,05$). Mokomosios intervencijos efektyvumo vertinimui, kiekybiniam rezultatams buvo naudojamas porinis *Studento t-testas* priklausomoms imtims lyginti. Ryšiui tarp požymių nustatyti taikytas Pirsono koreliacijos koeficientas (r) (koreliacinis santykis dažniausiai gaunamas tarp 1 ir 0 arba -1 ir 0, vadinasi, vyrauja tiesioginė arba atvirkštinė koreliacinė priklausomybė). Taip pat buvo taikyti neparametriniai statistiniai kriterijai, kokybiniam rodikliams (matavimams) dviems priklausomoms imtims – *Wilcoxon 'o* testas bei Chronbacho alpha reikšmės apskaičiavimas kiekybiniam testams.

Naudoti statistinių hipotezių reikšmingumo lygmenys: kai $p < 0,05$ (*) – reikšmingas, kai $p < 0,01$ (**) – labai reikšmingas, kai $p < 0,001$ (***) – itin reikšmingas ir $p > 0,05$ (ns) – statistiškai nereikšmingas.

7 tyrimo proceso etapas.

Atlikta tyrimo rezultatų analizė ir palyginimas su kitų tyrėjų duomenimis - 2012 – 2013m.

8 tyrimo proceso etapas.

Magistro darbo paruošimas gynymui – 2012 - 2013 m.

4.1.5. Tyrimo etika

Leidimai atlikti tyrimą buvo gauti iš institucijų: Klaipėdos universiteto Sveikatos mokslų fakulteto Slaugos katedros Etikos komisijos ir šešių Vakarų Lietuvos globos ir palaikomojo gydymo institucijų administracijų, kurios buvo supažindintos su planuojamo tyrimo tikslu, tyrimo planu, klausimynu, dalyviams pateikiama sutikimo forma. Gavus raštiškus administracijų sutikimus ir apklausos vykdymą suderinus su skyriaus vyresniosiomis slaugytojomis, buvo apklausti dalyviai, kuriems reikalinga slauga. Etikos principai yra grindžiami pagarba visiems potencialiems tyrimo dalyviams, todėl tyrėjas turi gauti jų sutikimą, siekiant apsaugoti dalyvius ir išlaikyti jų konfidencialumą.

Etikos klausimai, susiję su duomenų rinkimu, buvo orientuoti į informuotą sutikimą ir apsaugą nuo bet kokios žalos (Pasaulio medikų asociacijos Helsinkio deklaracija, 2004) ir į medicininių tyrimų etikos principus: konfidencialumą, privatumą, informuotą sutikimą ir savanoriškumą. Informuotas sutikimas buvo gautas raštu.

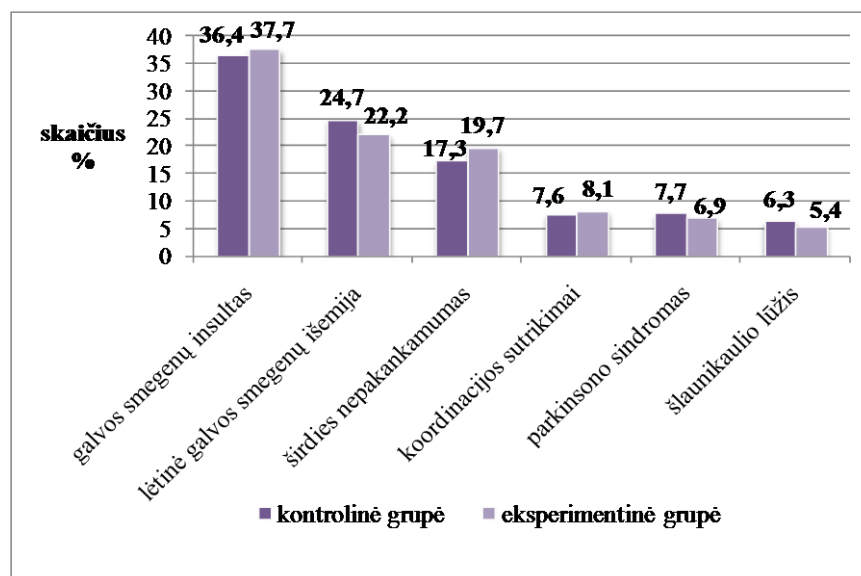
Kadangi tyrimas atliktas su tiksline grupe, visų pirma respondentams užklijuotame voke buvo pateikta Sutikimo forma dėl planuojamo tyrimo, kuriame respondentai raštiškai patvirtino, kad visi sąmoningai ir laisva valia jame dalyvauja, bei testai ir tuščias vokas gražinimui. Visi asmenys, kurių anketos sutikę dalyvauti tyrime, gavo ID kodo numerius, kurie buvo naudojami tolimesnei duomenų analizei. Analizėje respondentų vardai ir pavardės nebuvo naudojami. Jie buvo naudojami tik kaip pagalbinių priemonė duomenų sulyginimui abiejuose mokomosios intervencijos etapuose. Duomenys analizuojami buvo tik tyrėjo bei statisto.

Siekiant nepažeisti etikos principų atliekant intervencinį tyrimą pasirinktose įstaigose, dalyviai turėjo teisę apsispręsti dėl dalyvavimo tyrime. dalyviai buvo supažindinti su tyrimo tikslu, metodais, rezultatų naudojimu, taip pat jiems buvo išsamiai paaiškinta, kaip bus išsaugomas konfidencialumas. dalyviams buvo pateikta informacija, koku tikslu atliekamas tyrimas ir kaip bus panaudoti tyrimo atsakymai. dalyviams buvo suteikiama galimybė atsisakyti toliau dalyvauti intervencijoje ir pasitraukti bet kuriuo atveju, nepaaiškinus jokios priežasties (Priedas 1) .

4.2. Tyrimo rezultatai

4.2.1. Priežastys, turinčios įtakos pagyvenusių žmonių savarankiškumo netekimui

Tyrimo metu, siekdami išanalizuoti mokomosios intervencijos poveikį savarankiškumo gerinimui, medicinos dokumentų išrašuose ieškojome informacijos, kokios priežastys pagyvenusiems asmenims riboja savarankišką apsitarnavimą kasdienėje veikloje. Tyrimo rezultatai atkleidė, kad didžioji dalis savarankiškumą ribojančių priežasčių tenka galvos smegenų insultui tiek kontrolinėje grupėje KG, n=36,4 proc., tiek eksperimentinės intervencijos grupėje EG, n=37,7 proc. Antra pagal svarbumą priežastis, ribojanti savarankiškumą, buvo lėtinė galvos smegenų išemija. Šia priežastimi skundėsi 24,7 proc. kontrolinės grupės dalyvių ir 22,2 proc. eksperimentinės grupės dalyvių. Širdies nepakankamumas užėmė trečiąją vietą (KG, n=17,3 proc.; EG, n=19,7 proc.). Likusios savarankiškumą ribojančios priežastys sudarė nedideles dalyvių grupes. Tarp šių priežasčių vyravo koordinacijos sutrikimai, parkinsono sindromas, šlaunikaulio kaklelio lūžis (5 pav.).

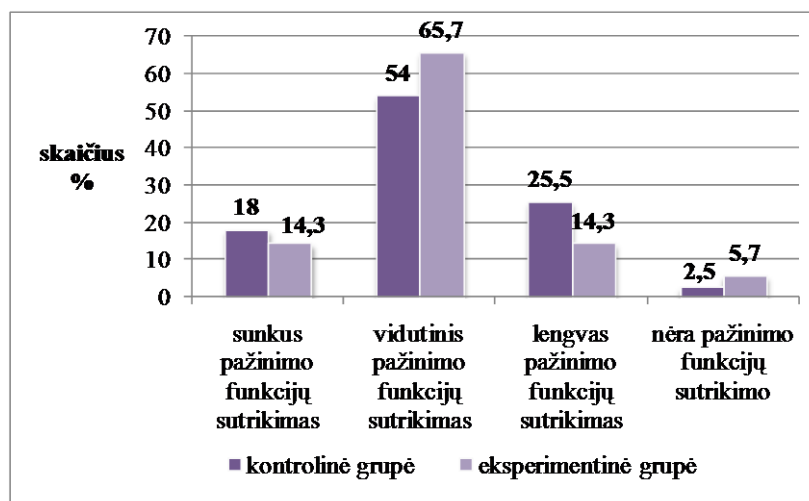


5pav. Dalyvių pasiskirstymas grupėse pagal savarankiškumą ribojančias priežastis

4.2.2. Funkcinio nepriklausomumo ir pažintinių funkcijų įvertinimas prieš mokomąją intervenciją

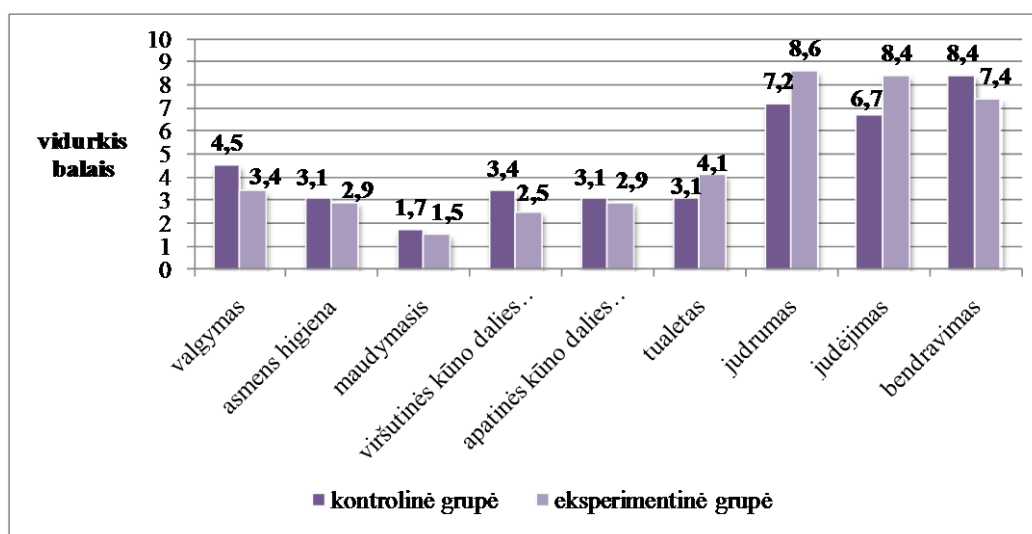
Dažnai priežastys, turinčios įtakos savarankiškumo netekimui, veikia pažinimo ir funkcinio nepriklausomumo veiklas. Tyrimo metu buvo siekta nustatyti, kaip stipriai yra paveiktos tyrimo dalyvių savarankiškumo funkcijos.

Pirminio anketavimo metu, prieš intervenciją, buvo įvertintas kontrolinės ir eksperimentinės grupių dalyvių pažinimo funkcijų sutrikimo lygis ir funkcinis nepriklausomumas. Dalyvių kontingentas, pagal pažinimo funkcijų sutrikimą, prieš mokomąją intervenciją pasiskirstė įvairiai. Tyrimu nustatyta, kad tik labai maža dalis dalyvių neturėjo pažinimo funkcijų sutrikimų abiejose grupėse: EG, n= 5,7 proc., KG, n= 2,5 proc. Prieš mokomąją intervenciją abiejose grupėse dominavo dalyviai, turintys vidutinį pažinimo funkcijos sutrikimą: EG, n=65,7 proc., KG, n=54 proc. 25,5 proc. kontrolinės grupės ir 14,3 proc. eksperimentinės grupės dalyvių turėjo lengvą pažinimo funkcijų sutrikimą. Sunkų pažinimo funkcijų sutrikimą prieš mokomąją intervenciją turėjo: KG, n= 18 proc., EG, n= 14,3 proc. (6 pav.)



6 pav. Dalyvių pasiskirstymas grupėse pagal MMSE testą prieš mokomąją intervenciją

Pirminio anketavimo metu tyrimo rezultatai atskleidė, kad kontrolinės ir eksperimentinės grupės dalyviai turi funkcinį priklausomumą įvairiose kasdieninio savarankiškumo veiklose. Duomenys atskleidžia, kad visiška pagyvenusių žmonių priklausomybė abiejose dalyvių grupėse yra savarankiškame maudymesi: kontrolinėje grupėje balų vidurkis sudaro - 1,7 balo \pm 0,95, eksperimentinėje (1,5 balo \pm 0,63) (iš 7 – ių galimų pagal FNT testą). Didžiausia pagalba eksperimentinėje grupėje reikalinga viršutinės kūno dalies apsirengime (2,5 balo \pm 0,87), asmens higienoje (2,9 balo \pm 1,11) bei apatinės kūno dalies apsirengime (2,9 balo \pm 1,11). Vidutinė pagalba eksperimentinėje grupėje reikalinga savarankiško valgymo srityje (3,4 balo \pm 1,32). Kontrolinėje grupėje vidutinė pagalba buvo reikalinga asmens higienos atlikime (3,1 balo \pm 1,15), viršutinės kūno dalies apsirengime (3,4 balo \pm 1,53) ir apatinės kūno dalies apsirengime (3,1 balo \pm 1,50) (7 pav.).

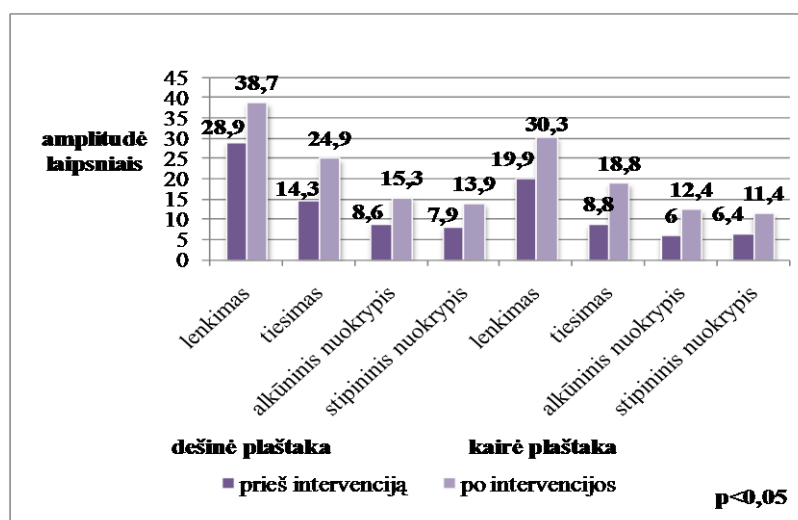


7 pav. Dalyvių FNT testo sudedamųjų dalių rezultatų pasiskirstymas grupėse prieš mokomąją intervenciją

4.2.3. Mokomosios intervencijos poveikis, būklės dinamikai

Pagyvenusio amžiaus žmonių savarankiškumą riboja fizinė ir psichologinė būseną. Psichologinei būsenai, kognityvinių funkcijų sunkumo lygiui poveikį daro bendravimo stoka, prasmingos, motyvuotos veiklos trūkumas. Fizinę būseną apibūdina veiksniai, reikalingi prasmingos kasdieninės veiklos atlikimui. Šiuos veiksnius sudaro skausmo nejautimas, laisvi, lankstūs, nesustingę sąnariai, nesuvaržytos judesių amplitudės per sąnarius, nesusilpnėjusi jėga. Šių veiksnių apribojimai dažnai atsiranda sąlygoti įvairių ligos veiksnių pagyvenusiame amžiuje. Siekiant išlaikyti ar pagerinti turimus pagyvenusių žmonių funkcinis gebėjimus kasdieninėje veikloje, siekiant pagerinti būklės dinamiką, reikalinga šių veiksnių apribojimus išanalizuoti detaliai bei mažinti pasitelkiant mokomąją intervenciją.

Judesių amplitudės, per riešo sąnarį, dinamika. Tyrimas atskleidė, kad visiems, tiek kontrolinės, tiek eksperimentinės grupės dalyviams, prieš mokomąją intervenciją buvo nustatytas įvairaus laipsnio rankų plaštakų tiesimo, lenkimo, alkūninio bei stipininio nuokrypio amplitudės sumažėjimas, tiek su pažeista kaire ranka, tiek su dešine. Intervencijos metu pasiektas amplitudžių pokyčio pagerėjimas per riešo sąnarį dalyviams, tiek su pažeista kaire ranka, tiek su dešine. Statistiškai reikšmingas skirtumas pastebėtas visose riešo – plaštakos funkcijų amplitudėse ($p < 0,05$). Labai ryškus statistiškai itin reikšmingas pokytis gautas dešinės plaštakos alkūninio bei dešinės plaštakos stipininio nuokrypio amplitudės padidėjimas laipsniais ($p = 0,000$) kairės plaštakos stipininis nuokrypis laipsniais ($p = 0,000$) bei kairės rankos alkūninis ($p = 0,002$) ir stipininis ($p = 0,000$) nuokrypis laipsniais. Kaip matyti 8 paveiksle, abiejose grupėse amplitudžių vidurkių pokyčiai per riešo sąnarį po mokomosios intervencijos labai ryškūs.

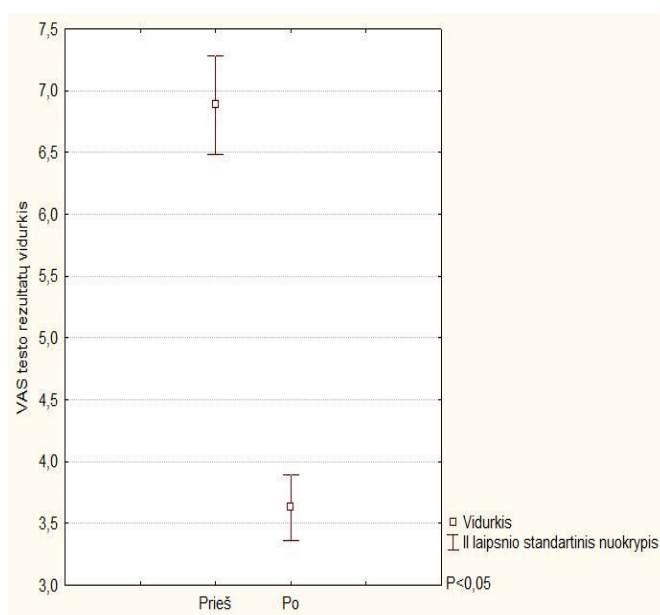


8 pav. Judesių amplitudės per riešo sąnarį laipsnių vidurkiai prieš ir po mokomosios intervencijos

Remiantis gautais duomenimis nustatyta, kad labiausiai po mokomosios intervencijos padidėjo šios riešo – plaštakos funkcijos amplitudės: dešinės rankos riešo lenkimas nuo $28,9^\circ \pm 14,76$ iki $39,7^\circ \pm 15,01$, dešinės rankos riešo tiesimas nuo $14,31^\circ \pm 12,89$ iki $24,9^\circ \pm 11,55$, bei kairės rankos riešo lenkimas nuo $27,7^\circ \pm 13,34$ iki $39,3^\circ \pm 11,21$ (8 pav.) (Priedas 8).

Skausmo dinamika. Išanalizavus tyrimo metu gautus duomenis paaiškėjo, kad skausmas yra vienas iš veiksnių, kuris lydi visus tiriamuosius. Skausmas yra vienas iš svarbiausių veiksnių, kuris trukdo atlikti kasdienes veiklas. Prieš mokomąją intervenciją grupės dalyviai jautė stipresnį nei vidutinio stiprumo skausmą, kuris po mokomosios intervencijos sumažėjo iki mažesnio nei vidutinis.

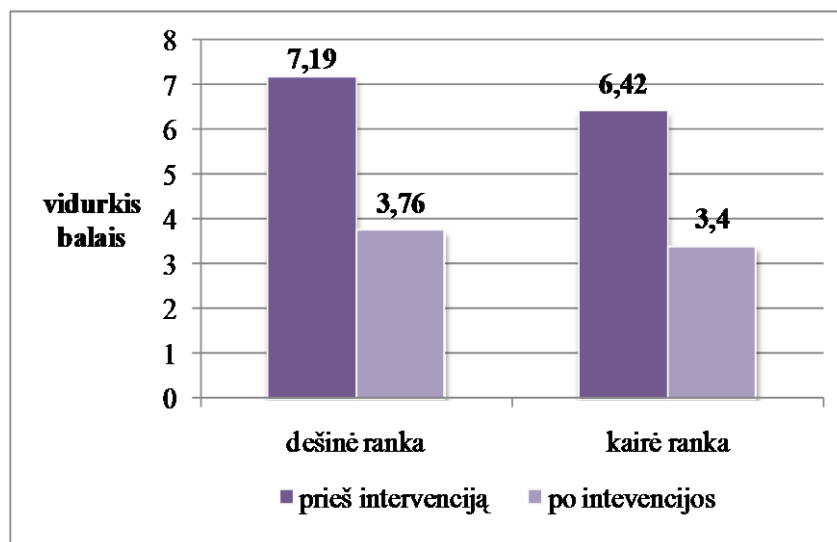
Skausmo pokyčio vidurkis po mokomosios intervencijos stipriai statistiškai reikšmingai sumažėjo balais nuo $6,9 \pm 1,2$ iki $3,6 \pm 0,8$. (pagal dešimtbalę VAS skausmo skalę) ($p < 0,05$) (9 pav.).



9 pav. Skausmo rezultato pasiskirstymas eksperimentinėje grupėje prieš ir po mokomosios intervencijos

Kadangi skausmas yra kokybinis rodiklis buvo naudotas neparametrinis Wilcoxon testas, kurio rezultatai atskleidė, kad mokomosios intervencijos metu skausmo sumažėjimas tarp priklausomų imčių sumažėjo stipriai statistiškai reikšmingai ($p=0,000$), (Priedas 8). Tyrimas atskleidė, kad didžioji dalis dalyvių eksperimentinėje grupėje buvo dešiniarankiai, todėl nuspręsta palyginti jaučiamą skausmo pojūtį tarp dominuojančios rankos. Palyginus jaučiamą skausmo pojūtį tarp dešinės ir kairės rankos paaiškėja, kad jaučiantys skausmą dešinėje rankoje, eksperimentinės intervencijos metu pasiekė geresnės skausmo sumažėjimo dinamikos. Jiems skausmas

sumažėjo vidutiniškai balais nuo 7,19 balo \pm 1,07 iki 3,76 balo \pm 0,76. Tokią didelę skausmo sumažėjimo dinamiką galima sieti su tikslingu judesių naudojimu mokomosios intervencijos metu, kuris slopina skausmo pojūtį rankoje (10 pav.).

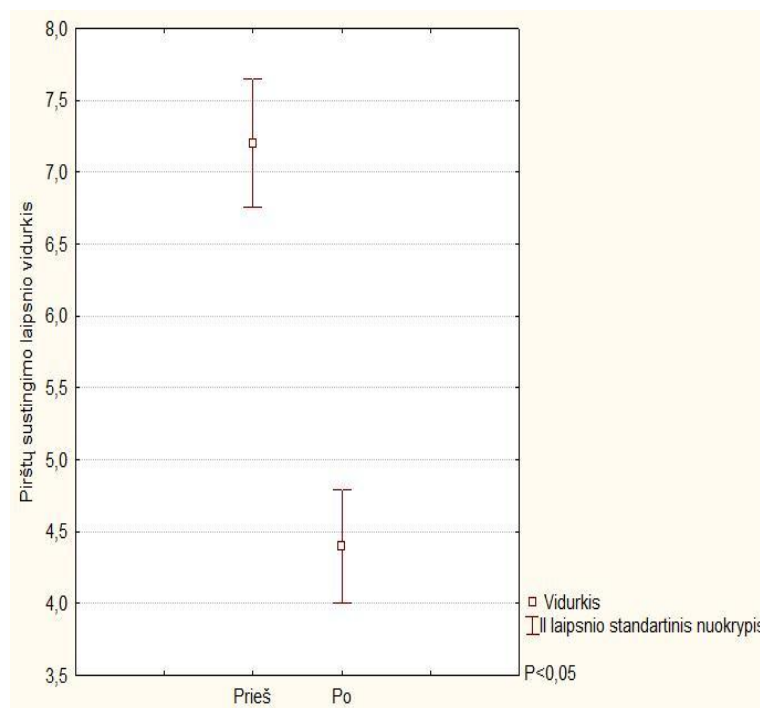


10 pav. Skausmo pojūčio pasiskirstymas eksperimentinėje grupėje, dominuojančios rankos atžvilgiu

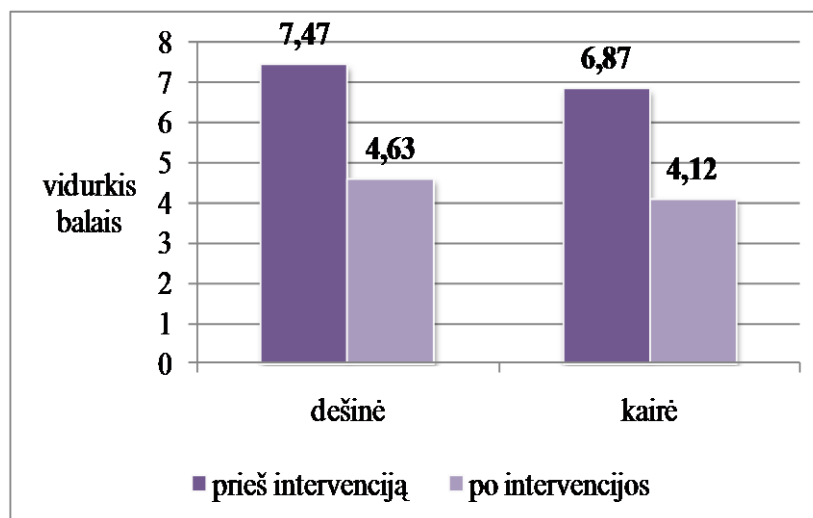
Nagrinėjant skausmo koreliacijos ryšį su kitais veiksniais paaiškėjo, kad skausmo pojūtis priklauso nuo pažinimo funkcijų lygio. Gauta koreliacija ($r=-0,400$) rodo, kad esant lengvesnei pažinimo funkcijų sutrikimo formai, skausmo pojūtis tolygiai mažėja ($p=0,017$) (Priedas 7).

Pirštų sustingimo dinamika. Pirštų sustingimas yra svarbus veiksnys, kuris didina asmens priklausomumą kasdieninėje veikloje ir mažina asmens motyvaciją veiklai. Mokomosios intervencijos taikymo metu pasiektas labai stiprus ($p<0,000$) statistiškai reikšmingas ryšys pirštų sustingimo matavime. Tokius rezultatus padėjo atskleisti taikytas neparаметrinis Wilcoxon testas, skirtas priklausomų kokybinių imčių palyginimui (Priedas 8). Pirštų sustingimo vidurkis balais intervencijos metu pagerėjo nuo $7,2 \pm 1,34$ iki $4,4 \pm 1,19$ matuojant dešimtbalėje sistemoje (kuo mažesnis balas, tuo mažesnis sustingimas), ($p<0,05$) (11 pav.).

Lyginant pirštų sustingimo dinamikos pokytį tarp pažeistų rankų, paaiškėjo, kad pasiekti rezultatai yra geresni dalyvių su pažeista dešine ranka, sumažėjimas vidutiniškai balais siekia nuo $7,47 \pm 0,96$ iki $4,63 \pm 0,89$ dešimtbalėje sistemoje (12 pav.).



11 pav. Pirštų sustingimo pasiskirstymas eksperimentinėje grupėje prieš ir po mokomosios intervencijos

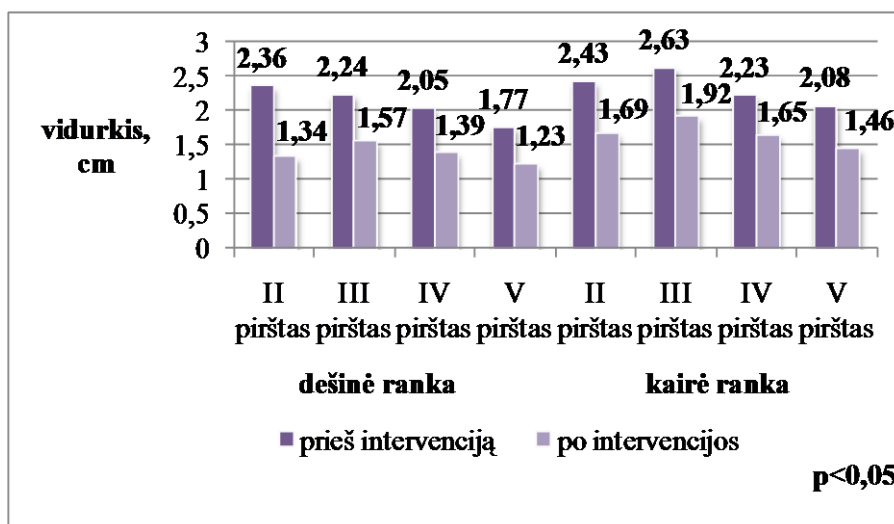


12 pav. Pirštų sustingimo pasiskirstymas eksperimentinėje grupėje tarp dešinės ir kairės rankos

Siekiant išanalizuoti veiksnius, kurie turėjo reikšmės pirštų sustingimo rezultatams, paaiškėjo, kad pirštų sustingimo rezultatų pokyčiai priklauso nuo plaštakos – riešo jėgos. Gauti koreliacijos rezultatai ($r=-0,475$) atskleidžia, kad laipsniškai didėjant riešo – plaštakos jėgai, pirštų sustingimas reikšmingai mažėja ($p=0,004$) (Priedas 7).

Pirštų lankstumo dinamika. Pirštų lankstumas yra pats svarbiausias smulkiosios motorikos judesys, kurio dėka yra atliekama didžioji dauguma tikslingų veiksmų, ypač kasdieninėje veikloje, reikalaujančioje smulkiosios motorikos panaudojimo (pvz.: sagų užsegimas, užtrauktuko traukimas, rašiklio, dantų šepetėlio, pinigų monetų, stalo įrankių suėmimas).

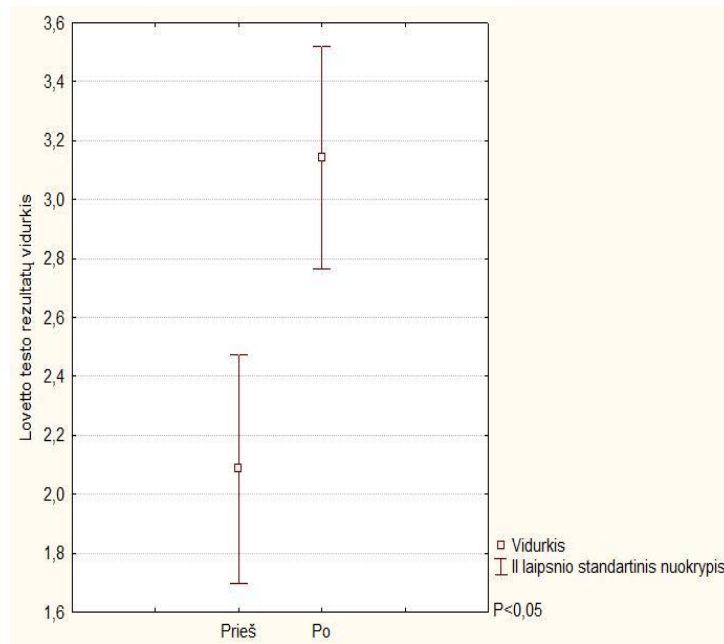
Tyrimo metu nustatyta, kad prieš mokomąją intervenciją visiems eksperimentinės grupės dalyviams pirštų lankstumas buvo sumažėjęs. Pirštų lankstumo sumažėjimą jautė ir patys dalyviai (13 pav.).



13 pav. Pirštų lankstumo vidurkiai prieš ir po mokomosios intervencijos eksperimentinėje grupėje

Įvertinus pirštų lankstumą po mokomosios intervencijos nustatyta teigiama visų pirštų lankstumo dinamika, tiek dalyviams su pažeista kaire ranka, tiek su dešine. Statistiškai patikimi duomenys gauti ne visų pirštų lankstume. Labai stipriai statistiškai reikšmingai pagerėjo dešinės rankos II piršto lankstumas ($p=0,000$) vidutiniškai nuo 2,36 cm iki 1,34 cm, stipriai reikšmingai pagerėjo dešinės rankos III piršto lankstumas ($p=0,030$), vidutiniškai nuo 2,2 cm iki 1,56 cm bei dešinės rankos IV piršto lankstumas ($p=0,037$), vidutiniškai nuo 2,04 cm iki 1,38 cm. (mažesnis cm rezultatas rodo geresnį pirštų lankstumą) (Priedas 8).

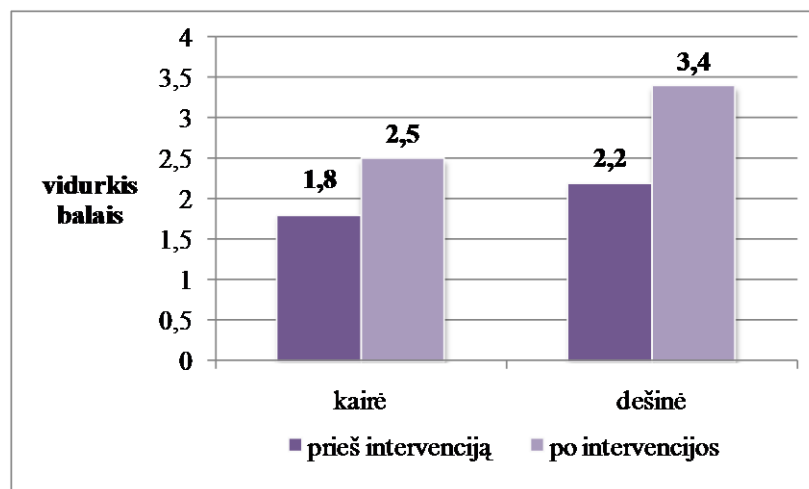
Plaštakos raumenų jėgos dinamika. Mokomosios intervencijos metu buvo vertinta plaštakos raumenų jėga, kuri susijusi su daugeliu gebėjimu asmeniui savarankiškai atlikti veiklas. Lyginant plaštakų raumenų jėgos vidurkių pokytį paaiškėjo, kad po mokomosios intervencijos atsiranda statistiškai reikšmingi skirtumai. Eksperimentinės grupės dalyvių plaštakos raumenų jėga balais pagerėjo nuo $2,08 \pm 1,17$ iki $3,14 \pm 1,14$ (14 pav.).



14 pav. Plaštakos raumenų jėgos vidurkiai prieš ir po mokomosios intervencijos eksperimentinėje grupėje

Kadangi jėga yra kokybinis rodiklis, priklausomų imčių palyginimui buvo pasirinktas Wilcoxon neparametrinis testas. Rezultatai atskleidė, kad plaštakų raumenų jėga padidėjo itin stipriai statistiškai reikšmingai ($p < 0,000$) (Priedas 8).

Pagal gautus duomenis paaiškėjo, kad po mokomosios intervencijos pažeistos rankos raumenų jėga pagerėjo visiems dalyviams: tiek jaučiantiems nusiskundimus su dešine, tiek kaire ranka. Tyrimu nustatyta, kad geresnis jėgos pagerėjimas balais pasiektas dešinės rankos pakenkimą turintiems dalyviams nuo $2,2 \pm 1,13$ iki $3,4 \pm 1,06$ penkiabalėje sistemoje (15 pav.).



15 pav. Plaštakos raumenų jėgos vidurkiai pagal pažeistą ranką

Ieškant veiksnių, kurie galėtų būti reikšmingi jėgos rezultatų pokyčiui paaiškėjo, kad jėgos pokyčio rezultatai reikšmingai ($p = 0,011$) koreliavo ($r = 0,450$) su amžiumi. Galima teigti, kad

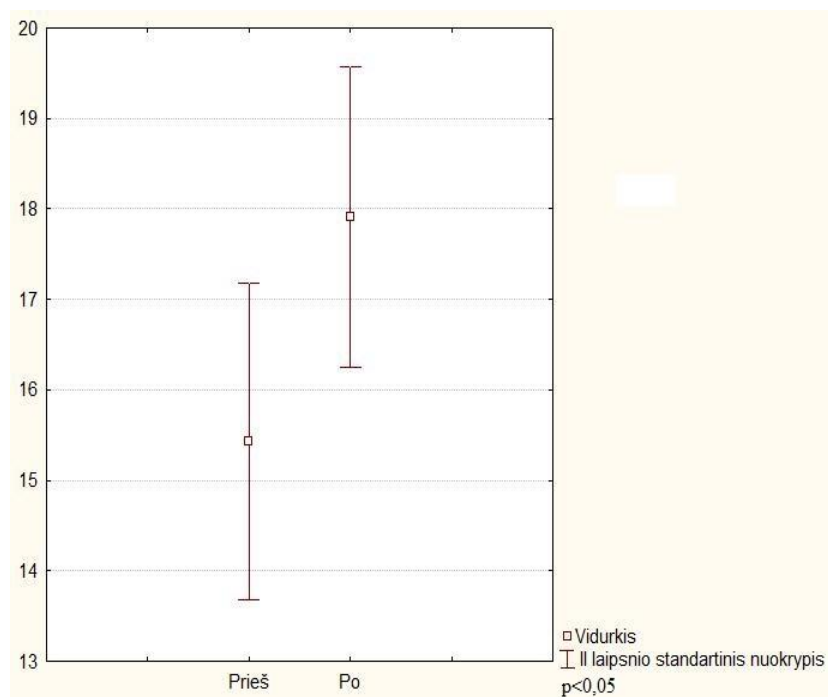
jaunesni asmenys mokomosios intervencijos metu pasiekė geresnių jėgos sustiprėjimo rezultatų (Priedas 7).

4.2.4. Funkcinio nepriklausomumo ir pažintinių funkcijų įvertinimas po mokomosios intervencijos

Po mokomosios intervencijos buvo siekta išsiaiškinti, kaip veiksmingai ji pagerino dalyvių savarankiškumą ir kiek stipriai ši intervencija buvo efektyvi bei naudinga. Siekiant smulkiau išnagrinėti pažinimo funkcijų sutrikimo pokytį po mokomosios intervencijos, MMSE testo duomenys buvo apibendrinti suskaičiuojant kiekvieno dalyvio abiejų grupių pirminių balų vidurkius. Buvo siekta išsiaiškinti ar mokomosios intervencijos rezultatai buvo statistiškai reikšmingi. Kontrolinės grupės palyginimo rezultatai su eksperimentine grupe atskleidė, kad abiejų grupių tiriamos imtys prieš eksperimentą nesiskyrė reikšmingai viena nuo kitos ($p=0,720$), grupė buvo homogeniška, o po eksperimento duomenys tapo tik truputį statistiškai reikšmingesni ($p=0,049$). Bendras testo balų vidurkis tyrimo metu kontrolinėje grupėje pakito tik nuo $15,87 \pm 5,29$ iki $15,62 \pm 5,45$. Šie duomenys atskleidžia, kad didelio reikšmingumo ir pagerėjimo kontrolinėje grupėje nėra. Verta paminėti, kad kontrolinė grupė negavo mokomosios intervencijos (Priedas Nr.8).

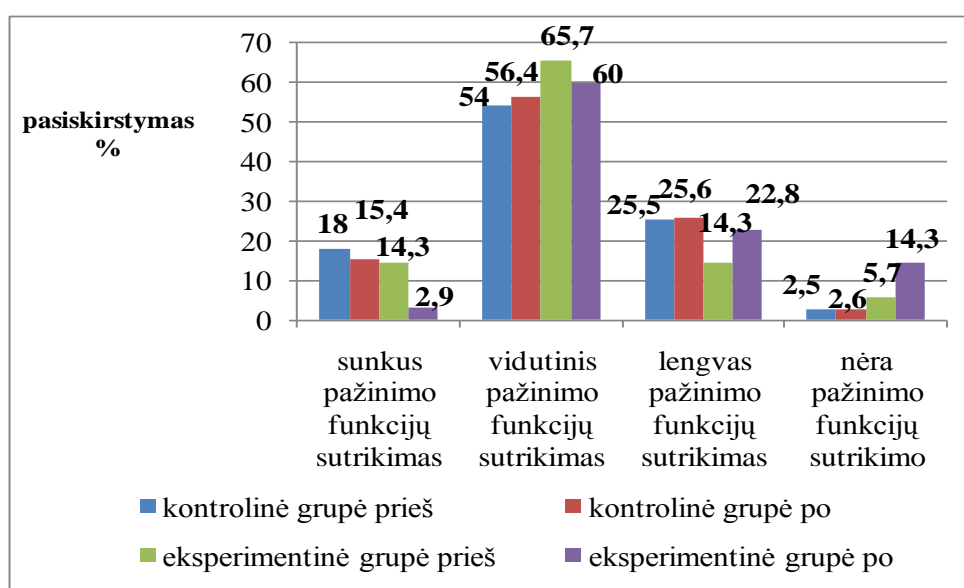
Lyginant rezultatų pokyčius eksperimentinėje grupėje prieš ir po mokomosios intervencijos pasitelkus t (Stjudento) testą kiekybiniam požymiams, paaiškėjo, kad grupės rezultatai po intervencijos tapo stipriai statistiškai reikšmingi ($p=0,000$), pagerėjimas vidutiniškai balais siekia nuo $15,43 \pm 5,30$ ($p=0,720$) iki $17,91 \pm 5,01$ ($p=0,049$) (16 pav.) (Priedas Nr.8).

Analizuojant rezultatų pokytį pagal pažinimo funkcijų sutrikimo lygį paaiškėja, kad kontrolinės grupės rezultatų dinamika buvo itin minimali visose įvairaus laipsnio pažinimo funkcijų sutrikimo grupėse. Kontrolinėje grupėje sumažėjo tik sunkų pažinimo funkcijų sutrikimą turinčių dalyvių skaičius nuo 18 proc. iki 15,4 proc., o dalyvių, turinčių vidutinį pažinimo funkcijų sutrikimo lygį, skaičius netgi padidėjo nuo 54 proc. iki 56,4 proc. (17 pav.).



16 pav. MMSE testo imčių išsidėstymas eksperimentinėje grupėje prieš ir po mokomosios intervencijos

Ryškūs pokyčiai pasiekti eksperimentinėje grupėje. Sunkų pažinimo funkcijų sutrikimą turinčių dalyvių kiekis eksperimentinėje grupėje sumažėjo nuo 14,3 proc. iki 2,9 proc. Vidutinių pažinimo funkcijų sutrikimą turinčių sumažėjo nuo 65,7 proc. iki 60 proc. Lengvą pažinimo funkcijų sutrikimą turinčių padidėjo nuo 14,3 proc. iki 22,8 proc. Neturinčių pažinimo funkcijų sutrikimo skaičius padidėjo nuo 5,7 proc. iki 14,3 proc. (17 pav.).



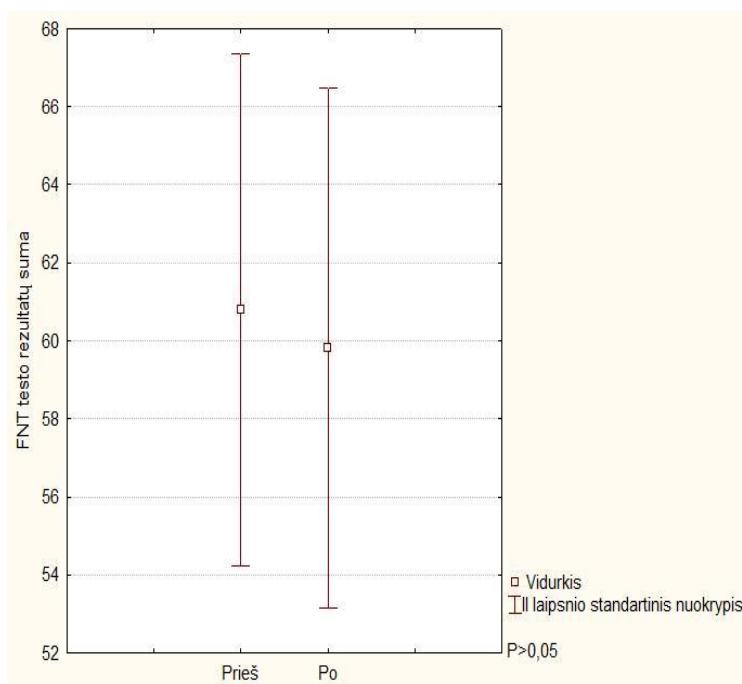
17 pav. Pažinimo funkcijų, pagal MMSE testą, pokytis grupėse po mokomosios intervencijos

Nagrinėjant koreliacijos ryšius tarp pažinimo funkcijų ir jas įtakančių veiksnių paaiškėjo, kad amžius reikšmingai ($p=0,020$) veikia pažinimo funkcijas ($r=-0,392$). Toks ryšys atskleidžia pažinimo funkcijų prastėjimą didėjant amžiui (Priedas 7).

Siekiant smulkiau išsiaiškinti, kokie pokyčiai po mokomosios intervencijos įvyko funkcinio nepriklausomumo srityje, FNT testo rezultatai nagrinėti detaliau. Kontrolinės ir eksperimentinės grupių kiekybiniam požymių palyginimui taikytas t (Stjudento) testas. Gauti rezultatai parodė, kad prieš tyrimą abi grupės buvo homogeniškos (vidurkiai nesiskyrė statistiškai reikšmingai).

Po mokomosios intervencijos taikymo, eksperimentinės grupės rezultatai, lyginant su kontroline grupe, pasidarė statistiškai reikšmingai geresni. Tačiau kontrolinėje grupėje intervencijos metu nebuvo aptikti statistiškai reikšmingi pokyčiai, o rezultatai netgi nežymiai vidutiniškai suprastėjo vidutiniškai nuo $60 \pm 20,90$ ($p=0,756$) iki $59,8 \pm 21,25$ balo ($p=0,046$) (18 pav.) (Priedas 8).

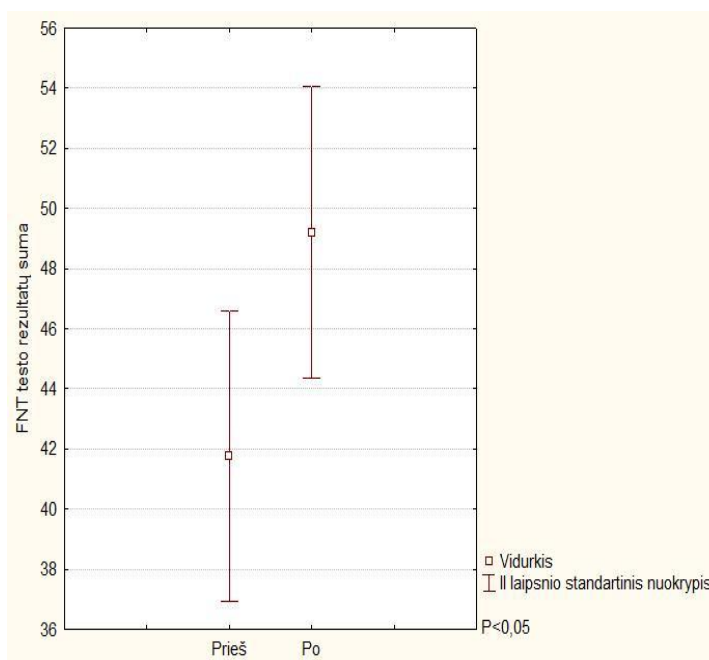
Verta paminėti, kad kontrolinėje grupėje mokomoji intervencija taikyta nebuvo ir tai nepagerino dalyvių savarankiškumo savijautos. Ši grupė gavo tik įprastas slaugos procedūras be papildomų mokomųjų intervencijų.



18 pav. FNT testo rezultatų imčių pasiskirstymas kontrolinėje grupėje prieš ir po mokomosios intervencijos

Eksperimentinės grupės FNT testo rezultatų vidurkis, lyginant rezultatus su kontroline grupe, pakito nuo $62,23 \pm 18,42$ ($p=0,756$) iki $69,31 \pm 18,58$ ($p=0,046$). Tačiau gauti rezultatai, lyginant

funkcinio nepriklausomumo pokyčius eksperimentinėje grupėje, sudarė stiprų statistiškai reikšmingą pokytį (19 pav.) (Priedas Nr.8).

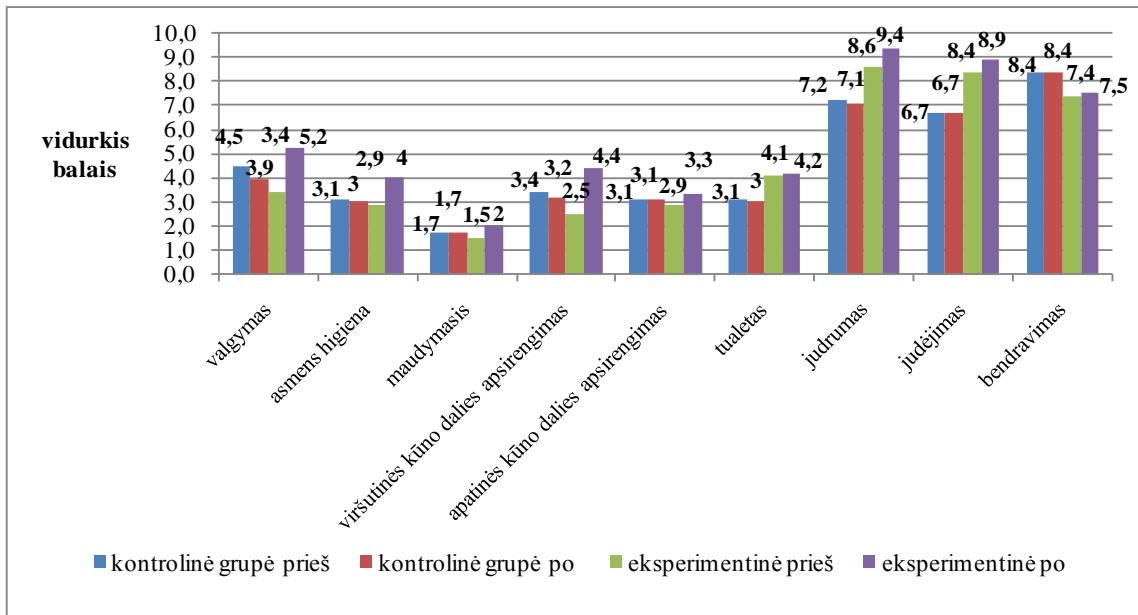


19 pav. FNT testo rezultatų imčių pasiskirstymas eksperimentinėje grupėje prieš ir po mokomosios intervencijos

Analizuojant FNT testo pokyčius, pagal sudedamąsias testo dalis paaiškėjo, kad prieš intervenciją visišką pagalbą kontrolinėje grupėje reikalavo savarankiškas maudymasis ($1,67$ balo $\pm 0,95$), vidutinė pagalba buvo reikalinga asmens higienos atlikimui ($3,03$ balo $\pm 1,22$), viršutinės ($3,23$ balo $\pm 1,59$), apatinės kūno dalies apsirengimui ($3,13$ balo $\pm 1,50$) (20 pav.).

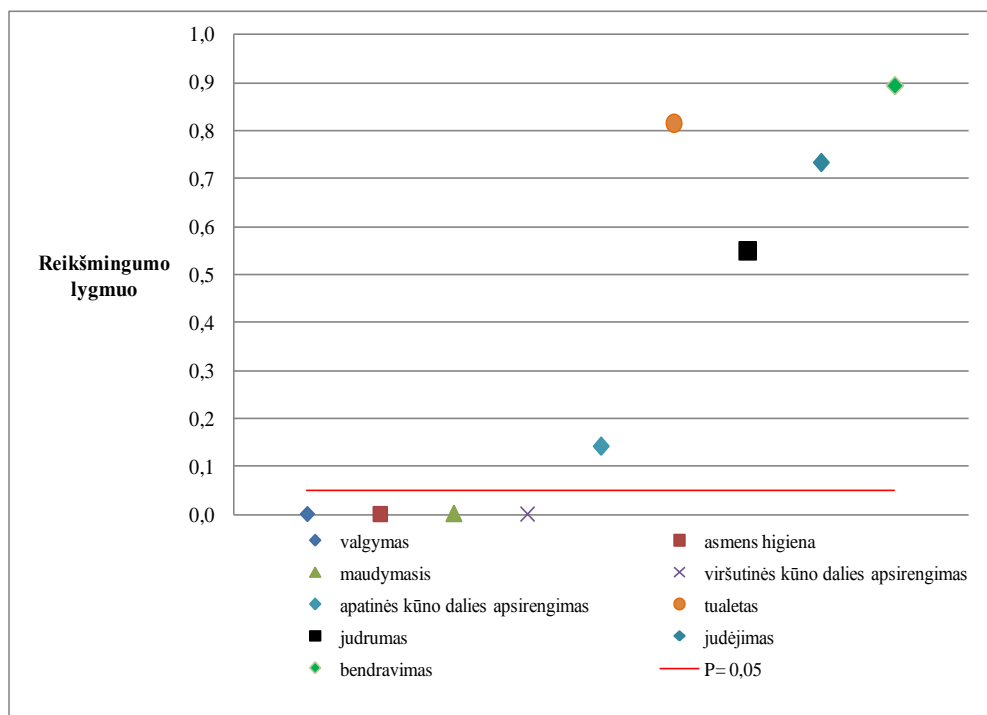
Po mokomosios intervencijos kontrolinės grupės funkcinio nepriklausomumo rezultatai pasikeitė tik nežymiai, netgi suprastėjo. Siekiant išsiaiškinti, kurios veiklos paskatino rezultatų suprastėjimą paaiškėjo, kad nežymiai suprastėjo visos, smulkiosios motorikos įgūdžių reikalaujančios veiklos, kurios eksperimentinėje grupėje žymiai pagerėjo (20 pav.). Tai: gebėjimas savarankiškai valgyti: prieš mokomąją intervenciją rezultatai rodė, kad kontrolinės grupės dalyviams buvo reikalinga mažiausia pagalba (vertinant pagal FNT testo sudedamųjų dalių balų vertinimą), o atlikus apklausą po mokomosios intervencijos, rezultatų vidurkiai parodė, kad valgymas jau reikalavo vidutinės pagalbos. Nežymiai suprastėjo asmens higienos rezultatai, gebėjimo savarankiškai maudytis rezultatai nepakito – reikalavo visišką pagalbą, nežymiai suprastėjo viršutinės kūno dalies apsirengimas, o apatinės kūno dalies apsirengimas – nepakito.

Toks rezultatų išsidėstymas dar kartą patvirtina būtiną mokymo intervencijų naudojimą ir jų naudingumą pagyvenusių žmonių savarankiškumo gebėjimams kasdieninėje veikloje ir savirūpos procese.



20 pav. FNT testo sudedamųjų dalių rezultatų pasiskirstymas grupėse prieš ir po mokomosios intervencijos

Tyrimo metu paaiškėjo, kad ne visos FNT testo sudedamosios dalys eksperimentinėje grupėje pakito statistiškai reikšmingai. Stipriai statistiškai reikšmingai pagerėjo keturios funkcijos, kuriose dažniausiai reikalinga smulkioji motorika. Tačiau reikšmingo pagerėjimo ($p > 0,05$) nebuvo šiose funkcijose: apatinės kūno dalies apsirengime, tualetų higienoje, judrumo, judėjimo, bendravimo funkcijoje. (21 pav.).



21 pav. Funkcinio nepriklausomumo testo rezultatų pasiskirstymas pagal reikšmingumą

Intervencijos metu itin stipriai statistiškai reikšmingai ($p=0,000$) pagerėjo savarankiško valgymo funkcija. Balų vidurkiais pasiektas pagerėjimas nuo $3,4 \pm 1,32$ iki $5,2 \pm 1,10$ (7-ių balų vertinimo sistemoje). Taip pat itin stiprus ryšys ($p=0,000$) pasiektas savarankiškame gebėjime apsirengti viršutinę kūno dalį. Intervencijos metu jis vidutiniškai balais pagerėjo nuo $2,5 \pm 0,87$ iki $4,6 \pm 0,95$ (7-ių balų vertinimo sistemoje). Stipriai statistiškai reikšmingas ($p=0,0002$) pagerėjimas pasiektas savarankiškos asmens higienos atlikime. Intervencijos metu vidutiniškai balais pagerėjo nuo $2,9 \pm 1,11$ iki $4,0 \pm 1,12$ (7-ių balų vertinimo sistemoje). Savarankiškas gebėjimas maudytis taip pat statistiškai ryškiai pagerėjo ($p=0,0027$). Vidutiniškai balais pagerėjo nuo $1,5 \pm 0,63$ iki $2,1 \pm 0,70$ (7-ių balų vertinimo sistemoje) (20 pav., 21 pav.). Toks statistiškasis sudedamųjų FNT testo dalių išsidėstymas parodo, kad mokomosios intervencijos poveikis, orientuotas į smulkiosios motorikos gerinimą kasdieninių veiklų atlikimui, yra produktyvus ir naudingas.

Nagrinėjant koreliacinius ryšius tarp veiksnių, įtakojačių funkcinės būklės dinamiką paaiškėjo, kad funkcinė būklė gerėja, tolygiai mažėjant pažinimo funkcijų sutrikimui ($r=0,661$). Tarp šių veiksnių tarpusavio koreliacijos yra pastebėtas labai stiprus statistiškai reikšmingas skirtumas ($p=0,000$) (Priedas 7).

4.3. Tyrimo rezultatų aptarimas

Tyrimu buvo siekiama išanalizuoti mokomosios intervencijos poveikį pagyvenusių žmonių savarankiškumui. Intervencijos metu pasitvirtino tyrimo pradžioje išsikelta hipotezė. Rezultatai atskleidė, kad eksperimentinės mokomosios intervencijos metodų taikymas yra susijęs su pagyvenusių žmonių savarankiškumo įgūdžių gerėjimu.

Analizuojant tyrimo rezultatus, rasta nemažai panašumų ir skirtumų su kitų autorių tyrimo duomenų rezultatais.

Nagrinėjant pagyvenusių asmenų pasiskirstymą pagal savarankiškumą ribojančias ligas, mano atlikto tyrimo rezultatai sutapo su O. Riklikienės (2009, 77-78 p.) disertacijos „*Siektini slaugos rezultatai ir jų praktinis pritaikymas palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninėje*“ duomenimis. Mūsų eksperimentinėje grupėje insultu sergantys sudarė 37,7 proc. visų tiriamųjų, o O. Riklikienės (2009, 77-78 p.) tyrimo duomenimis, sergantieji smegenų kraujotakos ligomis sudarė 62,2 proc. dalyvių. Autorė O. Riklikienė (2009, 86 p.) pateikė duomenis, kad 69 proc. tiriamųjų negalėjo laisvai judėti, todėl jie buvo mažiau savarankiški ir daugiau priklausomi nuo slaugytojų arba savo artimųjų. Mano tyrimo rezultatai atskleidė, kad visi dalyviai turėjo tam tikro lygio judėjimo sutrikimus.

F. Landi et al. (2006, 85 – 91 p.) atliktas tyrimas, kuriame teigiama, kad per pastarąjį dešimtmetį, ergoterapija kaip mokomoji reabilitacijos atšaka įgijo vis didesnę svarbą kaip reabilitacijos programos komponentas negalia turintiems pacientams. F. Landi al. (2006, 85 – 91 p.) savo tyrime taip pat siekia įvertinti mokomosios programos veiksmingumą geriatriniais asmenims, kuriems buvo įvykęs insultas. Tiriamasis laikotarpis su mūsų atlikto tyrimo laikotarpiu nesutapo. Autorė respondentams taikė 8 savaites (3 h per dieną) vykusios kombinuotos reabilitacijos programą, paremtą ergoterapijos ir kineziterapijos procedūromis. Mano mokomoji intervencija truko 4 savaites, kasdien iki 45 min. trukmės. Šio tyrimo metu nesutapo mūsų ir autorės naudoti pagrindiniai vertinimo instrumentai, tačiau jie yra panašūs, turintys panašų tikslą. Autorė fizinio savarankiškumo vertinimui naudojo ADL testą, o mes savo tyrime naudojome FNT testą. Nors ir tyrimo instrumentai nesutapo, gauti panašūs tyrimo rezultatai. Autorės F. Landi (2006, 85 – 91 p.) tyrimo rezultatai rodo, kad geriatriniai asmenys, sergantys galvos smegenų insultu, kurie gavo ergoterapiją, turėjo didesnę nepriklausomumo lygį kasdienėje veikloje per 8 savaitių laikotarpį, nei pacientai, kuriems nebuvo taikyta programa. Mano atliktame tyrime asmenų savarankiškumo lygis, kuriems buvo taikyta mokomoji intervencija, po 4-ias savaites trukusios intervencijos pagerėjo, ypatingai kasdieninės veiklos apsitarnavimo veiklose.

L. Stathokostas (2012, 1, 28 p.) nagrinėjo sąnarių lankstumo vaidmens poveikį normalioms kasdieninėms funkcijoms, kuris, kolkas, dar mažai nagrinėtas pagrįstais įrodymais mokslinėje literatūroje. Tyrimo tikslas buvo iširti specialiaus vyresnio amžiaus žmonių mokymo, lavinančio sąnarių lankstumą, funkcinis rezultatus. L. Stathokostas (2012, 1, 28 p.) tyrime taip pat buvo naudotas goniometras, vertintos sąnarių amplitudės bei sąnarių jėga. Buvo nustatyta, kad sąnarių lankstumo, tempimo pratimų mokymo intervencijos vyresnio amžiaus žmonėms dažnai veiksmingai pagerina bendrą viso kūno lankstumą bei savarankiškumą kasdieninėje veikloje. Mano tyrimo rezultatai taip pat atskleidė, kad sąnarių lankstumo lavinimas, amplitudžių gerinimas įvairiosmis priemonėmis gerina savarankišką apsitarnavimą kasdieninėje veikloje.

O C. M. Sackley ir kt. (2009) nagrinėję kineziterapijos ir ergoterapijos įsikišimo globos namų gyventojų mobilumui bei veiklos poveikį, nerado statistiškai reikšmingų skirtumų. Tačiau, gyventojų funkcinis gebėjimas, pažinimo sutrikimo paplitimas ir depresijos paplitimo skirtumai buvo gerokai geresni nei tikėtasi šios imties ankstesnių darbų.

J. Macijauskienė ir L. Spirgienė (2008, 199 p.) savo tyrime, kuriame buvo nagrinėtos pagyvenusių žmonių, gyvenančių stacionarioje globos įstaigoje, kasdienės funkcijos, siekė nustatyti pagyvenusių žmonių pažinimo, bendravimo, funkcinės būklės, sveikatos bei slaugos problemas stacionariose ilgalaikės globos institucijose. Autorės duomenys atskleidžia tai, kad pagyvenę žmonės, gyvenantys ilgalaikės globos institucijose, nėra visiškai savarankiški, turi daugybę

problemų kasdieninėje veikloje. Beveik trečdalis respondentų jautėsi vieniši. Daugumai respondentų nustatyta sutrikusi klausa (75 proc.) bei rega (85 proc.). Be pagalbinių priemonių galėjo vaikščioti tik nedidelė dalis respondentų (15 proc.), kitiems buvo reikalinga pagalba: lazdelės, vaikštytynės, ramentai, vežimėlis, personalo pagalba. Daugumai gyventojų reikėjo didesnės ar mažesnės pagalbos atliekant kasdienę veiklą: rengimąsi, maudymąsi, higieną, judėjimą, persikėlimą į lovą. Mano tyrimo rezultatai taip pat parodė, kad šiose kasdienėse veiklose pagyvenusio amžiaus asmenims reikalinga visiška, vidutinė ar tik dalinė pagalba.

Ši mokomoji intervencija, taikant standartizuotus testus ir praktinius mokymus pagyvensiems asmenims, kurių savarankiškumas yra sutrikęs, padeda objektyviau įvertinti funkcinio nepriklausomumo, jo išlaikymo ir gerinimo svarbą vyresniame amžiuje. Atliktas intervencinis tyrimas patvirtina mokomųjų intervencijų būtinumą pagyvenusio amžiaus asmenims įvairiose institucijose, kurių savarankiškumas tiek funkcinis, tiek pažinimo prasme, yra sutrikęs. Gauti rezultatai padėjo tinkamai įvertinti intervencijos poveikį, kuris pasireiškė geresniais kasdieninės veiklos gebėjimais. Nuo mokomųjų intervencijų taikymo, jų plėtojimo, specialistų tarpusavio bendradarbiavimo priklauso slaugos rezultatai sveikatos priežiūros sistemoje. Tyrime naudotos mokomosios intervencijos turinį ir teigiamus rezultatus galima pagrįstai plėtoti ir taikyti tolimesnėse intervencijose praktine prasme.

IŠVADOS

1. Atlikus medicininės dokumentacijos analizę paaiškėjo, kad dažniausiai pagyvenusių žmonių savarankiškumą kasdieninėje veikloje riboja galvos smegenų insultas (EG,n=37,7 proc.; KG,n=36,4 proc.) ir lėtinė galvos smegenų išemija (EG,n=22,2 proc.; KG,n=24,7 proc.)
2. Tyrimas parodė, kad prieš mokomąją intervenciją 65,7 proc. eksperimentinės grupės ir 54 proc. kontrolinės grupės pagyvenusio amžiaus dalyvių turi vidutinį pažinimo funkcijų sutrikimo lygį ir visišką priklausomybę savarankiškoje asmens higienoje, gebėjime maudytis, valgyti ir apsirengti viršutinę bei apatinę kūno dalis.
3. Išanalizavus mokomosios intervencijos poveikį eksperimentinės grupės dalyvių būklės dinamikai paaiškėjo, kad intervencija padėjo statistiškai reikšmingai sumažinti jaučiamą pirštų bei plaštakos skausmą, pirštų sustingimą, pagerino pirštų lankstumą, padėjo statistiškai reikšmingai sustiprinti plaštakos bei pirštų raumenis, padidinti riešo ir plaštakos amplitudes.
4. Tyrimas parodė, kad po mokomosios intervencijos eksperimentinės grupės dalyvių pažinimo funkcijų sutrikimo lygis vidutiniškai pagerėjo 2,48 balais, o kontrolinės grupės dalyvių rezultatai vidutiniškai 0,25 balo pablogėjo. Eksperimentinės grupės dalyvių funkcinis nepriklausomumas pagerėjo nuo $62,23 \pm 18,42$ iki $69,31 \pm 18,58$. Kontrolinės grupės dalyvių funkcinis nepriklausomumas pablogėjo vidutiniškai nuo $60,79 \pm 20,90$ iki $59,82 \pm 21,26$ balo.

REKOMENDACIJOS

Slaugos specialistų darbo praktikai:

Esant judėjimo funkcijos sutrikimui, pagyvenusiam žmogui (ir jo artimiesiems) reikia:

1. Išaiškinti apie kompensacinių priemonių, tokių kaip lazdos, ratukai, vaikštynės naudojimą, jų būtinumą ir naudą, siekiant mažinti griuvimų rizikos galimybę, kai pagyvenęs asmuo yra namuose.
2. Padėtis surasti geresnį būdą pritaikyti kompensacines priemones, kurios leistų palengvinti savarankišką asmens savirūpą.

Ateities tyrėjams:

Tęsti tyrimus, kurie padėtų formuoti ugdomuosius aspektus (tokius kaip mokymas, lavinimas, įgūdžių formavimas) pagyvenusių žmonių slaugoje.

Paruošti mokymo tyrimų metodikas, kurios padėtų slaugytojoms efektyviau ir produktyviau lavinti pagyvenusių žmonių savarankiškumą.

LITERATŪRA

- Adomaitienė V., Danilevičiūtė V., Lesauskas D. 2008. Vyresnio amžiaus depresijos ir nerimo sutrikimų diagnostikos ir gydymo tendencijos Lietuvoje. Sveikatos mokslai. Nr.1. 1562 p.
- Baker M.K., Atlantis E. 2007. Multi-modal exercise programs for older adults. Oxford Journals Medicine Age and Ageing, vol. 36(4) 375-381 p.
- Baptist AP., Talreja N., Clark NM. 2011. Asthma education for older adults: results from the National Asthma Survey., No.48(2). 133-138 p.
- Barden I., Vogel A., Wodraschke G. 2004. Ligonijų slaugymas namuose. Kaunas: Aušra. 7 p.
- James Bd., Wilson Rs., Li B. 2011. Late-Life Social Activity and Cognitive Decline in Old Age. Neuropsychol Soc. No. 6, 17, 998-1005 p.
- Bergman A., Olsson J., Carlsten A. 2007. Evaluation of the quality of drug therapy among elderly patients in nursing homes. Scandinavian Journal of Primary Health Care. No. 25. 9 -14 p.
- Bodenheimer T. 2008. Coordinating Care — A Perilous Journey through the Health Care System New England journal of medicine. Vol. 358, 1064-1071 p.
- Bloom D. E., Boersch-Supan A., McGee P. 2011. Population Aging: Facts, Challenges, and Responses. [interaktyvus], [žiūrėta 2013 m. kovo 29 d.], 1 -5 p. Prieiga per internetą: <http://www.hsph.harvard.edu/pgda/WorkingPapers/2011/PGDA_WP_71.pdf>
- Brogaitė J., Kairys J., Gaižauskienė A. 2007. Vyresnio amžiaus žmonių sveikatos priežiūra: situacija ir perspektyvos. Gerontologija. Nr. 8(4), 230–235 p.
- Buchman A., Leurgans S., Boyle P. 2011. Combinations of motor measures more strongly predict adverse health outcomes in old age: the rush memory and aging project, a community-based cohort study. BMC Med. vol. 9, 42 p.
- Bulikaitė V. 2011. Mokykimės kalbėdami. SLAUGA mokslas ir praktika. Nr. 7–8, 15 p.
- Caris-Verhallen W.M.C.M., Kerkstra A., Bensing, J. M. The role of communications in nursing care for elderly people: a review of the literature. 2008. Journal of Advanced Nursing. No. 5, vol. 25, 915–933 p.
- Centeno J. 2011. Methods of Teaching and Learning of the Elderly: Care in Rehabilitation. Canadian Journal of Nursing informatics. No 1, vol. 6(2)
- Costello E., Edelstein J.E. 2008. Update on falls prevention for community-dwelling older adults: Review of single and multifactorial intervention programs. Journal of Rehabilitation Research & Development. No. 8, vol. 45, 1135–1152 p.
- Cuthbert S.C., Goodheart G.J. 2007. On the reliability and validity of manual muscle testing: a literature review. Chiropr Osteopat. vol. 15, 4 p.

- Damulevičienė G., Lesauskaitė V., Knašienė J. 2010. Technologijų pritaikymas pagyvenusio amžiaus žmonių savarankiškumui palaikyti. *Medicina*. (Kaunas). Nr. 46. 35 – 42p.
- Ebenbichler G.R. *Sensomotorik im Alter*. 2011. *Manuelle medizin*. vol. 49, 414 – 417 p.
- Ekedahl A., Carlsten A. 2007. Can selective serotonin inhibitor drugs in elderly patients in nursing homes be reduced? *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. vol. 25. 3 – 8 p.
- Folstein M. F., Folstein S.E., McHugh P.R. 1975. Mini-Mental State. *J. Psychiat. Res.*, vol. 12. 189-198 p.
- Friedman L. E. Evaluating the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) and the Mini Mental State Exam (MMSE) for Cognitive Impairment Post Stroke: A Validation Study against the Cognistat. [interaktyvus]; [žiūrėta 2012 m. spalio 24 d.]; Prieiga per internetą: <<http://ir.lib.uwo.ca/cgi/viewcontent.cgi?article=1883&context=etd>>
- Glenny Ch., Stolee P. 2009. Comparing the Functional Independence Measure and the interRAI/MDS for use in the functional assessment of older adults: a review of the literature. *BMC Geriatrics*. vol. 9 (52)
- Gold D. A. 2013. An examination of instrumental activities of daily living assessment in older adults and mild cognitive impairment. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*. [interaktyvus]; [žiūrėta 2012 m. spalio 24 d.], 25 p. Prieiga per internetą: <<http://www.udel.edu/PT/PT%20Clinical%20Services/journalclub/noajc/12-13/Feb/MCI%20and%20IADL%20review.pdf>>
- Griffiths Y., Thinnis A. 2011. *Psychological Aspects of Aging*. 4 – 11 p.
- Hall S., Goddard C., Stewart F. 2011. Implementing a quality improvement programme in palliative care in care homes: a qualitative study. *BMC Geriatrics*. vol. 11(31)
- Hitaitė L., Spirgienė L. 2007. Pagyvenusių žmonių slaugos bei socialinių paslaugų poreikis Kauno rajono bendruomenėje. *Medicina*. (Kaunas). Nr. 11. T. 903 – 908 p.
- Holland K., Jenkins J., Solomon J. 2008. Roper Logan Tierney Model in practice.
- Hov R., Hedelin B., Athlin E. 2013. Nursing care for patients on the edge of life in nursing homes: obstacles are overshadowing opportunities. *International Journal of Older People*. vol. 8. 50–60 p.
- Huss A., Stuck A. E., Rubenstein L. Z. 2008. Multidimensional Geriatric Assessment: Back to the Future Multidimensional Preventive Home Visit Programs for Community-Dwelling Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Journal of Gerontology: medical sciences*. No. 3, vol. 63A. 298–307 p.
- Yang Y.-H., Lai Ch.-L., Lin R.-T., Tai C.-T. 2006. Cut-off Values of Blessed Dementia Rating Scale and Its Clinical Application in Elderly Taiwanese. *Kaohsiung Journal of Medical Sciences*. vol. 22. 377-384 p.

- Yap M., Low L.F., , Henry B. 2011. Systematic review of different models of home and community care services for older persons. *BMC Health Services Research*.vol. 11 (93)
- Jakštaitienė R. 2008. Sveikatos priežiūros organizavimas ir paslaugų kokybė slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninėje: magistro darbas [interaktyvus]. Kaunas: Lietuvos akademinė bibliotekų tinklas [žiūrėta 2012 m. gruodžio 28 d.] 102 p. Prieiga per duomenų bazę eLABa: <http://vddb.library.lt/fedora/get/LT-eLABa-0001:E.02~2008~D_20080619_100207-51098/DS.005.0.02.ETD>
- Jamontaitė E. I., Puzara T. 2011. Judesių vertinimo skalės taikymo kineziterapijoje analizė. *Gerontologija*. Nr.1. T.12. , 33–40p.
- Januškevičius R., Pamputis D. 2011. Statistinių metodų taikymo edukologiniuose tyrimuose klaidos. VPU. 26 p. [žiūrėta 2012 m. gruodžio 17 d.] Prieiga per internetą: <http://www.leidykla.eu/fileadmin/Acta_Paedagogica_Vilnensia/2011_27/22-32.pdf>
- Jurkuvienė R., Audronytė S. Lėtinėmis ligomis sergančių senų ir pagyvenusių žmonių integruotų ilgalaikių paslaugų namuose poreikis. *Sveikatos mokslai*. 1192 - 2007 p.
- Kalibaitienė D. 2004. Slaugos standartai. Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla. 7 p.
- Kardelis K. 2005. Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai: edukacija ir kiti socialiniai mokslai: vadovėlis. Šiauliai: Lucilijus.
- Kathy L., Rush RN., Wilda E. ,Watts B. 2013. Older adults' perceptions of weakness and ageing. *International Journal of Older People Nursing*. vol. 8 (1), 1–9 p.
- Kecesi A., Bulduk S. 2012. Health Education for the Elderly. *Geriatrics* [interaktyvus]; [žiūrėta 2013 m. liepos 03 d.] 153 – 176 p. Prieiga per internetą: <http://cdn.intechopen.com/pdfs/29304/InTech-Health_education_for_the_elderly.pdf>
- Kisieliene V., Spirgienė L., Riklinienė O. 2011. Senyvo amžiaus žmonių griuvimų vertinimas atsižvelgiant į komforto teoriją. *SLAUGA mokslas ir praktika*. Nr. 7–8. 8 – 11p.
- Kreševic D. M. Nursing Standard of Practice Protocol: Assessment of Physical Function. 2012. Hartford institute for geriatric nursing. [interaktyvus], [žiūrėta 2012 m. rugsėjo 30 d.] Prieiga per internetą: <http://consultgerirn.org/topics/function/want_to_know_more>
- Kriščiūnas A. 2006. Pagyvenusių žmonių reabilitacijos ypatumai. *Gerontologijos ir geriatrijos aktualijos*. Nr. (1) 139 p. Spaudos praktika. Kaunas.
- Lachman M., Agrigoroaei S. 2010. Promoting Functional Health in Midlife and Old Age: Long-Term Protective Effects of Control Beliefs, Social Support, and Physical Exercise. *PLoS ONE*. vol.5(10)
- Landi F., Cesari M., Onder G. 2006. Effects of an Occupational Therapy Program on Functional Outcomes in Older Stroke Patients. *Gerontology*. vol. 52, 85-91 p.

- Lefler Ch., Armstrong J.W. 2004. Exercise in the Treatment of Osteoarthritis in the Hands of the Elderly. *Clinical Kinesiology* [interaktyvus] vol. 58 (2), 13 – 17 p.
- Lesauskaitė V., Macijauskienė J. 2005. Geriatrijos paslaugų poreikis ir būtinybė Lietuvos sveikatos priežiūros sistemai. *Sveikatos mokslai*. Nr.3, 97 p.
- Lewis C.S. 2003. Elder care in occupational therapy. [interaktyvus]; [žiūrėta 2012 m. gruodžio 04 d.] Prieiga per internetą: <<http://books.google.lt/books?id=f06mjn6EVOwC&pg=PA327&lpg=PA327&dq=L.+W.+PEDRETTI&source=bl&ots=K19evAYKRS&sig=1Sw1srVerzhdUqli6GZ9mczV7L4&hl=en&sa=X&ei=kUinULuTEcXNsgaKroGIAw&ved=0CC8Q6AEwBA#v=onepage&q=L.%20W.%20PEDRETTI&f=false>>
- Lietuvos statistikos departamentas. 2012 09 28. [interaktyvus], [žiūrėta 2012 m. gruodžio 20 d.], Prieiga per internetą: <http://www.stat.gov.lt/lt/news/view/?id=10425>
- Lietuvos Respublikos slaugos praktikos įstatymas (2001.06.28) [interaktyvus] [žiūrėta 2012 m. vasario 10 d.] Prieiga per internetą: <http://www.istatymas.lt/istatymai/slaugos_praktikos_istatymas.htm>
- Lietuvos Respublikos Socialinės apsaugos ir darbo ministro bei Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2008 m. birželio 28 d. įsakymas Nr. A1 – 214/V – 655. [interaktyvus], [žiūrėta 2012 m. lapkričio 11 d.], Prieiga per internetą: <http://sena.sam.lt/lt/main/teisine_informacija/ministro_isakymai?id=172521>
- Lindstrom M. et al. 2008. Self-care ability and sense of coherence in older nutritional at risk patients. *European Journal of Clinical Nutrition*. vol. 62, 96-103 p.
- Lionard K., Anterion, Th. 2011. Can maintaining cognitive function at 65 years old predict successful ageing 6 years later? The PROOF study. No. 40(2), 259-265 p.
- Macijauskienė J., Spirgienė L. 2008. Pagyvenusių žmonių poreikių vertinimas stacionariose ilgalaikės globos institucijose naudojant InterRAI LTCF klausimyną: bandomojo tyrimo duomenys. *Gerontologija*. Nr.9(3), 197-201 p.
- Mccormack H., Horne D., Sheather S. 2009. Clinical applications of visual analogue scales: a critical review. *Psychological Medicine*., vol. 18(04), 1007-1019 p.
- Mcdowell I. 2006. *Measuring Health– A Guide to Rating Scales And Questionnaires*. Oxford University Press, 420- 423 p.
- Meškauskaitė I., Krutulytė G., Šakalienė R. 2011. Barthel indekso, Funkcinio nepriklausomumo testo, Rivermead mobilumo indekso ir judesių vertinimo skalių jautrumas, vertinant patyrusiųjų galvos smegenų insultą funkcinę būklę. *Neurologijos seminarai*. Nr.15(47), 38–43 p.
- Milinaičienė E., Rastenytė D., Kriščiūnas A. 2007. *Medicina* (Kaunas) Nr.43(4), 270 p.

- Misiūra S. 2012. Pagyvenusio ir senyvo amžiaus asmenų požiūris į fizinės veiklos prieinamumą: magistro darbas. [interaktyvus]. Kaunas. Lietuvos akademinė bibliotekų tinklas [žiūrėta 2013 m. kovo 22d.] 66p. Prieiga per duomenų bazę eLABa: < http://vddb.laba.lt/fedora/get/LT-eLABa-0001:E.02~2012~D_20120620_161603-18074/DS.005.0.01.ETD>
- Mišeikienė T. 2009. Pagyvenusių stacionare besigydančių asmenų kognityvinių funkcijų, subjektyvaus sveikatos vertinimo ir psichologinės gerovės sąsajos: magistro darbas. [interaktyvus]. Kaunas. Lietuvos akademinė bibliotekų tinklas [žiūrėta 2013 m. sausio 15 d.] 70p. Prieiga per duomenų bazę eLABa: http://vddb.library.lt/fedora/get/LT-eLABa-0001:E.02~2009~D_20091221_152557-92873/DS.005.0.01.ETD
- Mockus A., Žukaitė A. 2012. Sėkmingas senėjimas: psichologinis aspektas. Gerontologija. Nr. 13(4), 228–234p.
- Motiejūnaitė D. 2006. Slaugytojų pasirengimas ugdyti pacientų sveiką gyvenimą: magistro darbas. [interaktyvus] Vilnius: Lietuvos akademinė bibliotekų tinklas [žiūrėta 2013 m. vasario 15 d.] 85p. Prieiga per duomenų bazę eLABa: http://vddb.library.lt/fedora/get/LT-eLABa-0001:E.02~2006~D_20060607_170151-58864/DS.005.0.01.ETD
- Naujanienė R. 2008. Kliento problemų ypatumai gerontologinio socialinio darbo tyrimuose. Socialinis darbas., Nr. 7(1), 36 p.
- Nishiwaki Y., Breeze E., Smeeth L. 2004. Validity of the Clock-Drawing Test as a Screening Tool for Cognitive Impairment in the Elderly. American Journal of Epidemiology, No. 8, vol. 160, 797-799 p.
- Nunez V., Maldonado M., Munoz E. 2009. Implementation of an active aging model in Mexico for prevention and control of chronic diseases in the elderly. BMC Geriatrics., vol. 9(40)
- Ordonez J., Veira J., Soler C., Navarro J. 2010. Efecto de un suplemento nutricional oral hiperproteico en pacientes desnutridos ubicados en residencias geriaticas. Nutr Hosp., No. 25(4), 549-554 p.
- WMA Declaration of Helsinki 2004. Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. [interaktyvus], [žiūrėta 2012 m. gruodžio 11 d.], Prieiga per internetą: <<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>>
- Pollak N., Rhénault W., Stoecker JL. 1996. Reliability and validity of the FIM for persons aged 80 years and above from a multilevel continuing care retirement community. Journal Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. vol. 77(10), 1056-61 p.
- Portet F., Ousset P., Visser P. 2006. Mild cognitive impairment (MCI) in medical practice: a critical review of the concept and new diagnostic procedure. Report of the MCI Working Group of the

European Consortium on Alzheimer's Disease. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, vol. 77(6), 714–718 p.

Pranskaitytė A. 2007. Asmenų, patyrusių stipinkaulio lūžį, rankos funkcijos ir savarankiškumo korekcija ergoterapijos priemonėmis: magistro darbas [interaktyvus]. Kaunas: Lietuvos akademiųjų bibliotekų tinklas [žiūrėta 2012 m. lapkričio 19 d.], 35 p. Prieiga per internetą: duomenų bazė eLABa: <<http://vddb.library.lt/fedora/get/LT-eLABa-0001:E.02~2007~D_20070803.092710-71784/DS.005.0.01.ETD>

Prapietis J. ir kt. 2003. Gyvenimo kokybės tyrimai ir teisiniai aspektai. *Sveikatos mokslai*. Nr.4. 48 – 51 p.

Pukėnas K. 2009. Kokybinių duomenų analizė SPSS programa. LKKA: Kaunas [interaktyvus], [žiūrėta 2012 m. gruodžio 17 d.], 94 p. Prieiga per internetą: <http://www.lkka.lt/sites/default/files/dokumentai/studentams/norminiai_dokumentai/paskaitos/kokytyr_biniu_duomenu_analize_SPSS_programa.pdf>

Rabert M., Zapata J., Vanmeerhaeghe A. F. 2011. Whole body vibration for older persons: an open randomized, multicentre, parallel, clinical trial. *BMC Geriatrics*. [interaktyvus] vol. 11(89), [žiūrėta 2012 m. balandžio 27 d.], Prieiga per duomenų bazę PubMed: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3305533/?tool=pubmed>

Ray Ch., Milton F., Ramez R. 2012. The Effects of a 15-Week Exercise Intervention on Fitness and Postural Control in Older Adults. *Activities, Adaptation & Aging*. vol.36(3), 227-241 p.

Ramanauskaitė J., Krutulytė G. 2010. Grįžtamojo ryšio poveikis sergančiųjų galvos smegenų infarktu pusiausvyrai. *Reabilitacijos mokslai: slauga, kineziterapija, ergoterapija*, Nr.1(2), 14 – 21 p.

Rapolienė J. 2007. Sergančiųjų reumatoidiniu artritu plaštakos ir riešo funkcinės būklės ir veiklos sutrikimų vertinimas bei korekcija ergoterapinėmis priemonėmis: daktaro disertacija. Kaunas. 21 – 23 p.

Ravelin T., Isola A., Kylma J. 2013. Dance performance as a method of intervention as experienced by older persons with dementia. *International Journal of Older People Nursing*, vol. 8, 10–18 p.

Riklikienė O. 2009. Siektini slaugos rezultatai ir jų praktinis pritaikymas palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninėje: daktaro disertacija. Kaunas. 77 – 88 p.

Rosenzweig A. 2010. The Mini-Mental State Exam and Its Use as an Alzheimer's Screening Test. [interaktyvus], [žiūrėta 2012 m. balandžio 15 d.]. Prieiga per internetą: <<http://alzheimers.about.com/od/testsandprocedures/a/The-Mini-Mental-State-Exam-And-Its-Use-As-An-Alzheimers-Screening-Test.htm>>

Rutkauskas S., Steponavičius Ž., Laučkaitė K. 2012. Lengvas kognityvinis sutrikimas ir vertebrobasilinis baseinas: 77 pacientų ultragarsinė studija. Nr. 4, T. 13 214–220 p.

- Sackley C.M., Berg M. E., Lett K. 2009. Effects of a physiotherapy and occupational therapy intervention on mobility and activity in care home residents: a cluster randomised controlled trial. *BMJ*, vol. 339, 3123 p.
- Samton J., Ferrando S. J., Sanelli P. 2005. The Clock Drawing Test: Diagnostic, Functional, and Neuroimaging Correlates in Older Medically Ill Adults. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, vol. 17, No. 4, 533-540 p.
- Schmitt H.W., Cuthbert C.S. 2008. Common errors and clinical guidelines for manual muscle testing: "the arm test" and other inaccurate procedures. *Chiropractic & Osteopathy*, No. 16, vol.16
- Scott P., Valimaki M. 2003. Perceptions of autonomy in the care of elderly people in five European countries. *Nursing Ethics*, No. 1, vol. 10, 1 – 2 p.
- Seidel D., Brayne C., Jagger C. 2011. Limitations in physical functioning among older people as a predictor of subsequent disability in instrumental activities of daily living. *Age and Ageing*. Vol.40 (4), 463 – 469 p.
- Seymour J., Kumar A., Froggatt K. 2011. Do nursing homes for older people have the support they need to provide end-of-life care? A mixed methods enquiry in England. *Palliat Med*, No. (2), vol. 25, 125–138 p.
- Souca R., Ferri C., Acosta D. 2010. The contribution of chronic diseases to the prevalence of dependence among older people in Latin America, China and India: a 10/66 Dementia Research Group population-based survey. *BMC Geriatr.*, No. 53. vol. 10, 1- 12 p.
- Spirgienė L. 2010. Pagyvenusio amžiaus žmonių pažinimo funkcijų įvertinimas stacionare ir ilgalaikės globos institucijose. *Medicina*. T.46, Nr. 1 63–70 p.
- Spirgienė L. 2009. Pagyvenusių žmonių slaugos etiniai aspektai ilgalaikės globos institucijose. *Gerontologijos ir geriatrijos aktualijos*. Nr. 1 90-93 p. Spaudos praktika. Kaunas.
- Stathokostas L., Little R.M. D., Vandervoort A. A. 2012. Flexibility Training and Functional Ability in Older Adults: A Systematic Review. *Journal of Aging Research*. vol.2012, 30 p.
- Steponevič J., Alekna V., Šapoka V. 2010. Globos įstaigose gyvenančių senų žmonių mitybos ypatumai. *Gerontologija*. Nr. 1. T.11, 32–36 p.
- Strachan M., Elwood L. S., Amstadter A. B., Acierno R. 2012. Prevention and Early Intervention Programs for Older Adults. *The Oxford Handbook of Traumatic Stress Disorders* [interaktyvus], [žiūrėta 2013 m. balandžio 12 d.]. Prieiga per internetą: <<http://www.oxfordhandbooks.com/view/10.1093/oxfordhb/9780195399066.001.0001/oxfordhb-9780195399066-e-26>>
- Šedvilaitė S., Rapolienė J. 2009. Pacientų, patyrusių II B laipsnio plaštakų nudegimą, sutrikusių veiklų vertinimas. *Sveikatos mokslai*. Nr.2. 2303 - 2308 p.

- Šokelienė V., Adomavičienė G. 2011. Šiaurietiško ėjimo poveikis vyresnio amžiaus žmonių gyvenimo kokybei. Sveikatos mokslai. Nr. 5, 5-11 p.
- Šurkienė G., Stukas R., Alekna V. 2012. Populiacijos senėjimas kaip visuomenės sveikatos problema. Gerontologija. Nr. 4. T.13
- Tamulevičiūtė I. 2011. Depresija sergančių pacientų, esančių stacionate, ergoterapijos poreikio vertinimas. Magistro baigiamasis darbas [interaktyvus]. Kaunas: Lietuvos akademinė bibliotekų tinklas [žiūrėta 2012m. rugsėjo 22 d.], 20 – 25 p . Prieiga per duomenų bazę eLABa:<http://vddb.library.lt/fedora/get/LT-eLABa-0001:E.02~2011~D_20110628_152016-70753/DS.005.0.02.ETD>
- Teeri S., Kilpi H., Valimaki M. 2006. Long-term nursing care of elderly people: identifying ethically problematic experiences among patients, relatives and nurses in Finland. Nursing Ethics. No. 2, vol. 116 – 129 p.
- Trinkūnaitė J., Kriukelytė D. 2011. SLAUGA mokslas ir praktika. Nr. 7– 8,16 p.
- Tom N., Nancy J. 1992. The Mini-Mental State Examination: A comprehensive review. Journal of the American Geriatrics Society [interaktyvus], vol. 40(9), [žiūrėta 2012 m. gruodžio 01 d.], 922-935 p. Prieiga per internetą: <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1993-08048-001>
- Tsai Y. A., Yang M., Lan Ch. 2008. Evaluation of effect of cognitive intervention programs for the community-dwelling elderly with subjective memory complaints. International Journal of Geriatric Psychiatry. No.11, vol. 23, 1172–1174 p.
- Tsang M.F. 2008. Is there adequate feeding assistance for the hospitalised elderly who are unable to feed themselves. Nutrition and Dietetics. vol. 65, No. 3, 222-228 p.
- Tse M.M. Y., Lo A.P. K., Cheng T.L. Y. 2010. Humor Therapy: Relieving Chronic Pain and Enhancing Happiness for Older Adults. Journal of Aging Research. vol. 9 p.
- Virues J., Pedro C. 2011. Prevalence of disability in a composite ≥ 75 year-old population in Spain: A screening survey based on the International Classification of Functioning. BMC Public Health. vol. 11, 176 p.
- Viswanathan A., Sudarsky L. 2012. Balance and gait problems in the elderly. Handbook of Clinical Neurology . vol. 103, 623–634 p.
- Vaughan L, Giovanello K. 2010. Executive function in daily life: Age-related influences of executive processes on instrumental activities of daily living. Psychology and Aging. Vol. 25(2). 343 – 355 p.
- Zagurskienė D., Misevičienė I. 2008. Pacientų ir slaugytojų nuomonės apie sveikatos mokymą ir slaugytojų dalyvavimą šiame procese palyginimas. Medicina (Kaunas), T. 44, Nr.11, 885 – 886 p.

Walter B. G.. 2005. Netter`s Orthopaedics. 342 p. [žiūrėta 2012 m. gruodžio 09 d.] .Prieiga per internetą: <http://www.netterimages.com/image/8323.htm>

Woodruff K. 2010. Preventing Polypharmacy in Older Adults. Am Nurs Today. No.5(10)

PRIEDAI

