

Į(SI)TRAUKIMAS Į PACIENTŲ, PATYRUSIŲ GALVOS SMEGENŲ TRAUMĄ, SLAUGOS PROCESĄ: ARTIMŲJŲ IR SLAUGYTOJŲ PERSPEKTYVA

Loreta Šetkutė, Lina Gedrimė

Klaipėdos universitetas,

H. Manto g. 84, Klaipėda, Lietuva

Anotacija

Straipsnyje analizuojama pacientų, patyrusių galvos smegenų traumą, artimųjų svarba ir jų įtraukimo į slaugos procesą galimybes. Tyrimo tikslas – atskleisti artimųjų į(si)traukimą į slaugos procesą, slaugant pacientus, patyrusius galvos smegenų traumą, slaugytojų ir artimųjų perspektyva. Darbe taikytas kokybinis tyrimo metodas, pasitelkiant pusiau struktūrizuotą interviu. Tyrime dalyvavo 12 respondentų (7 pacientų artimieji ir 5 bendrosios praktikos slaugytojos). Tyrimo rezultatai atskleidžia, kad slaugytojai ir pacientų artimieji yra svarbūs paciento, patyrusio galvos smegenų traumą, gijimo ir slaugymo procese. Tačiau, rūpinimasis pacientu po galvos smegenų traumos, artimiesiems gali kelti įvairių sunkumų. O ir sveikatos priežiūros specialistams tenka didelė atsakomybė užtikrinti paciento sveikatos būklę ir priežiūrą. Išvadose pabrėžiama, kad bendradarbiavimas tarp artimųjų ir sveikatos priežiūros specialistų, gali užtikrinti ne tik geresnę paciento priežiūrą, bet ir emociškai artimieji gali jaustis drąsiau, užtikrinčiau, kad jų artimasis yra tinkamose rankose.

Reikšminiai žodžiai: pacientai, galvos smegenų trauma, artimieji, įtraukimas, įsitraukimas, slaugos procesas, slaugytojai.

Įvadas

Tyrimo aktualumas ir naujumas. Galvos smegenų trauma išlieka viena iš pagrindinių mirties ir negalios priežasčių visame pasaulyje, ir kasmet 64 – 74 milijonai žmonių patiria šią traumą (Seifi ir kt., 2024). Didėjanti ir tobulėjanti visuomenė darosi vis labiau priklausoma nuo transportų priemonių, todėl su kelių eismo nelaimėmis susiję įvykiai yra dažniausia galvos smegenų traumos priežastis. Tačiau tam gali turėti įtakos ir psichoaktyvių medžiagų, svaigiųjų gėrimų vartojimas, nelaimingi atsitikimai, patiriamas smurtas artimoje aplinkoje bei kiti išoriniai fizinio poveikio įvykiai irgi didina traumų tikimybę (Jha ir Ghewade, 2022; Maas ir kt., 2022). Galvos smegenų trauma – apibrėžiama, kaip vienas dažniausių neurologinių pažeidimų, kuris sutrikdo žmogaus normalią smegenų funkciją ir dėl to gali būti pažeidžiamos laikinai arba visam laikui žmogaus kognityvinės, psichosocialinės, emocinės, elgesio funkcijos (Bugri ir Ti-enkawol Nachinab, 2025).

Tačiau artimųjų įtraukimo fenomenas, slaugant pacientus būtent po galvos smegenų traumos, Lietuvos moksliniame kontekste išlieka mažai tyrinėtas. Higienos instituto 2025 m. publikacija rodo, kad išorinės mirties priežastys (2024 m.) sudarė apie 6,1 proc. mirčių Lietuvoje, tarp kurių reikšmingą dalį užėmė galvos sužalojimai (HI, 2025, p. 9). Nors statistika rodo gana didelį mirtingumą, tačiau slaugos praktikoje didžiausias iššūkis yra išgyvenusių pacientų priežiūra ir slauga. Užsienio autorių atliktuose tyrimuose buvo nustatyta, kad ribotas judėjimas, galvos skausmas, nerimas ir daug kitų sutrikimų – dažnos ir ilgalaikės problemos, išlikusios po galvos smegenų traumos (Haarbauer-Krupa ir kt., 2021; Brazinova ir kt., 2021; Rickels ir kt., 2023; Du ir kt., 2023). Žmogui patyrusiam galvos smegenų traumą gali kilti įvairiausių problemų iki kol jis pilnai pasveiks ir pasekmės gali būti daugialypės. Visą tai paveikia ir žmogaus artimuosius. Todėl artimųjų įtraukimas į slaugos procesą yra būtinas, pagerinant paciento sveikatos rezultatus (Petersen ir kt., 2022). Kadangi asmuo po traumos patiria tam tikrus funkcinis sutrikimus, didelė atsakomybė tenka artimiesiems, kurie jais rūpinsis ir tvarkys kasdienius jų poreikius (Ilaghi ir kt., 2024).

Ši tema yra aktuali slaugoje, nes siekiant užtikrinti gerą slaugos kokybę, svarbu atsižvelgti į bendradarbiavimą grįstą slaugą, kurioje artimieji tampa aktyvūs paciento slaugos procese.

Tyrimo problema: Mokslinėje literatūroje pabrėžiama, kad pacientų, patyrusių galvos smegenų traumą, artimųjų įtraukimas į paciento sveikatos priežiūrą, bendras sprendimų priėmimas, yra svarbi užduotis, kuri užtikrina efektyvią ir į pacientą orientuotą sveikatos priežiūrą (Lindlöf ir kt., 2023; Mathew ir kt., 2024). Tačiau galima pastebėti, kad į pacientą orientuotos slaugos ir bendravimo pasiekimas tarp artimųjų ir sveikatos priežiūros specialistų gali būti sudėtingas procesas, nes visada gali iškilti institucinių, komunikacinių, aplinkos ir asmeninių/elgesio kliūčių (Kwame ir Petrucka, 2021). Atsižvelgiant į tai, mokslinė problema suformuluota klausimu: kokia yra pacientų, patyrusių galvos smegenų traumą, artimųjų į(si)traukimo į slaugos procesą patirtis ir kaip šį fenomeną vertina slaugytojai?

Tyrimo objektas – į(si)traukimas į pacientų, patyrusių galvos smegenų traumą, slaugos procesą: artimųjų ir slaugytojų perspektyva.

Tyrimo tikslas – atskleisti artimųjų į(si)traukimą į slaugos procesą, slaugant pacientus, patyrusius galvos smegenų traumą, slaugytojų ir artimųjų perspektyva.

Tyrimo uždaviniai:

1. Išanalizuoti artimųjų nuomonę apie pacientų, patyrusių galvos smegenų traumą, įsitraukimo į slaugos procesą galimybes.
2. Atskleisti artimųjų perspektyvą bendradarbiaujant su sveikatos priežiūros specialistais.
3. Išanalizuoti bendrosios praktikos slaugytojų nuomonę apie pacientų, patyrusių galvos smegenų traumą, artimųjų įtraukimą į slaugos procesą.

Tyrimo metodika:

1. Mokslinės ir profesinės literatūros sisteminimas bei analizė.
2. Kokybinis tyrimas, naudojant pusiau struktūrizuotą interviu artimiesiems ir slaugytojams.

1. Galvos smegenų traumos paplitimo ypatumai ir kompleksinis pagalbos teikėjų bendradarbiavimas

Galvos smegenų trauma šiuolaikinėje literatūroje nebėra traktuojama tik kaip izoliuotas, ūmus neurologinis sutrikimas, o veikia kaip lėtinė patologija, sukianti besivystančius pokyčius asmens biologinėse, psichologinėse ir socialinėse struktūrose (Maas ir kt., 2022). Klasikinė traumų klasifikacija pagal Glasgow komų skalę galvos smegenų trauma skirstoma: į lengvą, vidutinio sunkumo ir sunkią. Klinikinėje praktikoje lengva galvos smegenų trauma apibrėžiama kaip trumpalaikis sąmonės sutrikimas ar praradimas iki 30 minučių, po kurio seka potrauminė amnezija, trunkanti ne ilgiau kaip 24 valandas. Vidutinio sunkumo arba sunki galvos smegenų trauma diagnozuojama tuomet, kai sąmonės netekimo trukmė viršija 30 minučių, o potrauminė amnezija tęsiasi ilgiau nei 24 valandas arba sukelia negrįžtamus kognityvinius bei neurologinius pakitimus (Ginsburg ir Smith, 2025). Mokslinės literatūros analizė rodo, kad galvos smegenų traumos sunkumo klasifikacija yra esminis klinikinis rodiklis, tiesiogiai prognozuojantis paciento sveikatos būklę ir tolimesnį slaugos poreikį. Ankstyvame gydymo etape medikai didžiausią dėmesį skiria paciento gyvybės išsaugojimui ir fizinės būklės stabilizavimui. Dėl to dažnai lieka nepastebėti vėlesni paciento elgesio ir mąstymo pokyčiai – atminties praradimas, staigios nuotaikų kaitos ar nesugebėjimas įvertinti pavojaus. Su šiais sunkumais vėliau tiesiogiai tenka susidurti slaugytojams ir ligonio artimiesiems (Bugri ir Ti-enkawol Nachinab, 2025; Rickels ir kt., 2023).

Į pacientą orientuotos priežiūros tikslas yra įgalinti šeimą tapti aktyviais komandos nariais (De Lima et al., 2024). Tačiau Azman ir kt. (2020) identifikuoja, kad šis procesas yra dinamiškas ir komplikotas. Profesinės patirties trūkumas, laiko deficitas bei triukšminga klinikinė aplinka riboja kokybiškos informacijos sklaidą. Mažesnę darbo stažą turinčios slaugytojos šeimos įsitraukimą kartais interpretuoja ne kaip pagalbą, o kaip jų kompetencijos kontrolę, o visi šie sprendimai gali riboti galimybes, kurti tarpusavio bendradarbiavimą ir užtikrinti gerą slaugos kokybę. Papildomą našta artimiesiems sukelia staigūs ekonominiai bei socialiniai pokyčiai. Finansiniai resursai, reikalingi medikamentams bei reabilitacijai, drastiškai keičia šeimos biudžetą (Engel ir kt., 2025).

Artimieji neretai yra priversti rinktis tarp profesinės veiklos tęsimo ir ligonio priežiūros (Bugri ir Ti-enkawol Nachinab, 2025). Informacijos deficitas apie paciento emocinius bei elgesio svyravimus gilina neapibrėžtumo jausmą (Block ir kt., 2023). Nors artimųjų socialinė atskirtis yra dažna šios situacijos pasekmė, aiškus priežiūros pareigų pasidalijimas šeimoje ir dalyvavimas savitarpio pagalbos grupėse padeda sumažinti emocinį pervargimą. Tai suteikia šeimos nariams saugią aplinką keistis patirtimi ir gauti reikiamą psichologinį palaikymą (Daynes-Kearney ir Gallagher, 2023).

Apibendrinant galima teigti, kad šeimos narių integravimas į pacientų, patyrusių galvos smegenų traumą, slaugos procesą yra abipusiai reikšmingas reiškinys, optimizuojantis tiek ligonio gijimą, tiek pačių artimųjų adaptaciją. Vertindamos šį fenomeną, bendrosios praktikos slaugytojos dažniausiai išreiškia palankią poziciją, akcentuodamos artimųjų pagalbą tenkinant kasdienius paciento poreikius ir vykdant pagalbines slaugos intervencijas. Remiantis mokslinės literatūros analize, galima daryti prielaidą, kad slaugytojų nepasitikėjimas artimaisiais yra tiesiogiai susijęs su mažesniu profesiniu stažu ir specifinių tarpasmeninės komunikacijos kompetencijų stoka, bendraujant su krizę išgyvenančia šeima.

2. Artimųjų įtraukimo į paciento slaugos procesą ypatumai: artimųjų ir slaugytojų perspektyva

Empirinio tyrimo charakteristika: Siekiant gilaus analitinio lygmens, tyrime taikytas **kombinuotas metodologinis metodas:** interpretacinė fenomenologinė ir teminė analizė. Ši metodologija leidžia atskleisti asmens išgyventos patirties esmę (fenomeną) – *artimojo į(si)traukimo į slaugos procesą patirtį, slaugant pacientą po galvos smegenų traumos*. Tyrimas atliktas 2025 m. balandžio 24–28 d. X ligoninėje, gavus institucinį leidimą. Taikyta neatsitiktinė tikslinė imtis. Įtraukimo kriterijai artimiesiems ir slaugytojams: pilnametystė, aktyvus dalyvavimas paciento po galvos smegenų traumos priežiūroje, gebėjimas bendrauti lietuvių kalba, o slaugytojams – patirtis slaugant pacientus po galvos smegenų traumos. Duomenų rinkimas nutrauktas pasiekus **duomenų išotinimą**, kai naujai gaunama informacija ėmė kartotis (Gaižauskaitė ir Valavičienė, 2016). Galutinę imtį sudarė 12 respondentų (7 artimieji – PA1–PA7; 5 slaugytojos – S1–S5). Duomenys rinkti pusiau struktūrizuotu interviu (artimiesiems – 22 klausimai, slaugytojoms – 16 klausimų). Garso įrašai transkribuoti pažodžiui. Duomenų analizė atlikta remiantis Braun ir Clarke (2006) teminės analizės etapais: 1) susipažinimas su duomenimis; 2) pradinių kodų generavimas; 3) temų ieškojimas; 4) temų peržiūra; 5) temų apibrėžimas ir įvardijimas. Fenomenologinė interpretacija buvo vykdoma siejant respondentų autentiškas citatas su teorinėmis įžvalgomis. Tyrimas vykdytas vadovaujantis Helsinkio deklaracijos (2024) nuostatomis: gauti informuoti sutikimai, užtikrintas visiškas konfidencialumas, asmens duomenų anonimiškumas (naudojant tiriamųjų kodus).

1 lentelė. Pacientų, patyrusių galvos smegenų traumą, artimųjų demografiniai duomenys (Šaltinis: sudaryta autorių)

Paciento, patyrusio galvos smegenų traumą, artimasis	Initialai	Lytis	Amžius	Išsilavinimas	Gyvenamoji vieta	Darbas susijęs su medicina ar aptarnavimo sritimi	Darbo krūvis	Santykis su pacientu
	PA1	Mot.	62	Vidurinis	Klaipėda	Ne	1 etatas	Vyras
	PA2	Mot.	62	Aukštasis Universitetinis	Klaipėda	Ne	1 etatas	Vyras
	PA3	Mot.	62	Vidurinis	Klaipėda	Taip	1 etatas	Sesuo

Paciento, patyrusio galvos smegenų traumą, artimasis	Initialai	Lytis	Amžius	Išsilavinimas	Gyvenamoji vieta	Darbas susijęs su medicina ar aptarnavimo sritimi	Darbo krūvis	Santykis su pacientu
	PA4	Mot.	30	Aukštasis universitetinis	Kauno raj.	Taip	1 etatas	Močiutė
	PA5	Mot.	57	Aukštasis universitetinis	Tauragės raj.	Taip	1 etatas	Vyras
	PA6	Mot.	26	Aukštasis Universitetinis	Kaunas	Taip	1 etatas	Geriausia draugė
	PA7	Vyr.	38	Aukštasis neuniversitetinis	Klaipėda	Taip	1 etatas	Močiutė

Atliekant kokybinį tyrimą, sudaryta 7 respondentų grupė, kurią sudarė pacientų, patyrusių galvos smegenų traumą artimieji. Tyrimo dalyvių amžiaus amplitudė apima nuo **26 iki 62 metų**. Vertinant respondentų išsilavinimą, dominuoja asmenys, įgiję aukštąjį išsilavinimą: **keturi** tyrimo dalyviai turi aukštąjį universitetinį, **vienas** – aukštąjį neuniversitetinį ir **du** – vidurinį išsilavinimą. Gyvenamosios vietos atžvilgiu dauguma respondentų (**keturi**) gyvena Klaipėdoje, kiti – Kauno mieste bei rajone ir Tauragės rajone. Analizuojant profesinę patirtį, nustatyta, kad **penki iš septynių** respondentų dirba medicinos arba paslaugų (aptarnavimo) sektoriuje. Visi tyrime dalyvavę asmenys užima pilno etato darbo pozicijas. Vertinant giminystės ryšį su pacientu, nustatyta, kad respondentų grupę sudaro trys sutuoktinės, taip pat sesuo, anūkas bei artima draugė.

2 lentelė. Bendrosios praktikos slaugytojų demografiniai duomenys (Šaltinis: sudaryta autorių)

Bendrosios praktikos slaugytojas	Initialai	Lytis	Amžius	Išsilavinimas	Gyvenamoji vieta	Darbo krūvis	Darbo stažas	Patirtis su pacientais po galvos smegenų traumos (metais)
	S1	Mot.	56	Aukštasis neuniversitetinis	Klaipėda	1 etatas	36 metų	2 metų
	S2	Mot.	43	Aukštasis Universitetinis	Klaipėdos raj.	1 etatas	16 metų	14 metų
	S3	Mot.	49	Aukštasis Neuniversitetinis	Klaipėda	1 etatas	28 metų	9 metų
	S4	Mot.	35	Aukštasis neuniversitetinis	Klaipėda	1 etatas	13 metų	13 metų
	S5	Mot.	45	Aukštasis universitetinis	Šlapšilės kaimas	1 etatas	23 metų	3 metų

Tyrimo antrąją grupę sudarė **penkios bendrosios praktikos slaugytojos**. Respondentų amžius svyruoja nuo **35 iki 56 metų**. Analizuojant išsilavinimo profilį, nustatyta, kad dvi slaugytojos yra įgijusios aukštąjį universitetinį išsilavinimą, o trys – aukštąjį neuniversitetinį. Gyvenamosios vietos atžvilgiu tiriamųjų imtis apima Klaipėdos regioną: trys slaugytojos dirba Klaipėdos mieste, likusios dvi – Klaipėdos rajone bei Šlapšilės gyvenvietėje. Visos tyrime dalyvavusios slaugytojos dirba pilnu etatu. Esminiai profesinės patirties rodikliai atskleidė platų darbinės veiklos spektrą: bendrasis

slaugos darbo stažas varijuoja nuo **13 iki 36 metų**. Specifinė profesinė patirtis slaugant pacientus po galvos smegenų traumų svyruoja nuo **2 iki 14 metų**.

3. Empirinio tyrimo gautų duomenų analizė

Toliau pateikiami teminės analizės rezultatai: temų, potemių, įrodančių citatų pavyzdžiai, kurie atitinka tyrimo rezultatus. Atskleidžia pacientų, patyrusių galvos smegenų traumą, artimųjų įtraukimo į slaugos procesą perspektyvą – artimųjų ir slaugytojų akimis.

3 lentelė. Artimųjų kasdienio gyvenimo pokyčiai ir jų patirtys (Šaltinis: sudaryta autorių)

Tema	Potemė	Įrodančių teiginių pavyzdžiai
Artimųjų kasdienio gyvenimo pokyčiai ir išgyvenimai dėl paciento patirtos galvos smegenų traumos	Traumos aplinkybės	„<...> vyras girdžiu, krito ir aš nesupratau, kas įvyko <...>“ (PA1), „kadangi mano močiutė serga demencija <...> kritimas, kuris ir įvyko prieš 4 mėnesius <...> ir matomai susvaigus galvai <...> neišlaikė pusiausvyros, ir susvyravo krito <...>“ (PA4).
	Artimųjų emocijos, mintys ir jausmai, sužinojus apie patirtą paciento traumą	„Tokias visokias mintis galvojau visaip <...> meldžiau Dievo, kad viskas būtų gerai“ (PA1), „Tai iš pradžių galvoju kosmosas, paskui ašaros. Kodėl už ką ir tada jau veiksmai“ (PA2).
	Artimųjų ir slaugytojų stebimi paciento pokyčiai	„Neturi momentinės atminties, ką pasakai ne iš karto atsimena ir netgi perklaušė po du po tris kartus“ (PA3), „<...> negali savarankiškai pasirūpinti savimi... <...>“ (S1).

Traumos aplinkybės. Mokslinių šaltinių analizė atskleidė, kad dažniausios trauminio galvos smegenų pažeidimo priežastys gali būti: kritimai, eismo įvykiai, fizinis smurtas ar kiti nelaimingi atsitikimai (Maas ir kt., 2022). Todėl atliekant tyrimą tiriamųjų buvo paklausta: „Prieš kiek laiko pacientas patyrė galvos smegenų traumą? Gal galėtumėte papasakoti, kokiomis aplinkybėmis įvyko trauma?“. Tyrimas patvirtino, kad ūmus traumas pobūdis (kritimai, autoavarijos) sukelia egzistencinį šoką: „Prieš mėnesį laiko iš pat ryto girdžiu krito, ir aš nesupratau, kas įvyko <...>“ (PA1). Ši patirtis rodo, kad laiko tėkmė artimųjų suvokime susiaurėja iki „vienos sekundės“, padalijančios kasdienybę į etapus „iki“ ir „po“ įvykio. Panašiai staigų aplinkybių pobūdį fiksuoja ir kita tyrimo dalyvė: „Nukrito nuo cementinių laiptų, susipynė kojos <...>“ (PA3), „prieš pusę metų. Trauma įvyko, važiuojant naktį <...>“ (PA2). Traumos vėliau artimiesiems sukelia nuolatinį nesaugumo jausmą, kyla noras nuolatos apsaugoti pacientą nuo naujų sužalojimų. Analizuojant empirinius duomenis paaiškėjo, kad ūmios ir netikėtos galvos smegenų traumos aplinkybės veikia kaip pirminis šokas, visiškai destabilizuojantis įprastą šeimos gyvenimą ir duodantis pradžią artimųjų įsitraukimo fenomenai. Kokybinių interviu analizė atskleidė, kad visais atvejais trauma įvyko staiga (dėl eismo įvykių, kritimų ar nelaimingų atsitikimų buityje), o tai artimųjų sąmonėje sukūrė momentinį emocinį lūžį. Subjektyviai šeimos nariai priežiūrą interpretuoja per moralinės pareigos, „nuoširdumo“ bei „švelnumo“ prizmę (PA1). O paklausus, kokie veiksniai turi įtakos priežiūros trukmei ir intensyvumui, jų nuomone: „nu labai nuoširdumas, paslaugumas, švelnumas ir visa kita būtinybė. Higieniškai nu čia yra labai toksai platus dalykas“ (PA1), „<...> pagrindinis veiksnys yra trauma, jos apimtis jos kaip pasakyti, gilumas, mūsų atveju, rimta trauma“ (PA2), „tai galbūt dar gretimos ligos, <...>“ (PA7). Galima pastebėti, kad pacientų artimieji, **nors ir dirba pilnu etatu**, tačiau randa **laiko ir noro įsitraukti ir aktyviai lankyti** artimuosius (1 lentelė), didelė vidinė motyvacija skatina juos mobilizuoti laiko resursus, tačiau tai indikuoja fizinio išsekimo riziką ateityje. Iš gautų duomenų,

galima matyti, kad iš klinikinės pusės, lemiamais veiksniais laikomas traumos sunkumas („gilumas“, „apimtis“) bei gretutinės ligos, kurios komplikuoja gijimo procesą. Tuo tarpu artimųjų subjektyviuoju požiūriu, intensyvi priežiūra interpretuojama ne tik kaip medicininė būtinybė, bet ir kaip moralinė pareiga, apimanti „nuoširdumą“ bei „švelnumą“. Svarbu pažymėti, kad net ir dirbdami pilnu etatu, artimieji aktyviai įsitraukia į slaugą ankstyvajame etape, o tai rodo aukštą šeimos motyvaciją, tačiau kartu rodo apie galimą būsimą fizinį ir laiko resursų išsekimą ilgojoje perspektyvoje.

Artimųjų emocijos, mintys ir jausmai, sužinojus apie patirtą paciento traumą. Atliekant tyrimą, tiriamiesiems buvo užduotas klausimas: „Gal galėtumėte pasidalinti savo patirtimi, kokios buvo jūsų mintys, jausmai, kai išgirdote apie savo artimo žmogaus patirtą galvos smegenų traumą?“. Dauguma tiriamųjų atsakė: „*tokias visokias mintis galvojau visaip <...> meldžiau Dievo, kad viskas būtų gerai*“ (PA1), „*<...> tai iš pradžių galvoju kosmosas, paskui ašaros. Kodėl, už ką, ir tada jau veiksmai*“ (PA2). Psichologinė artimųjų patirtis kinta nuo afektinės būsenos iki gilaus neapibrėžtumo. Ryškus subjektyvios kaltės fenomenas: „*<...> nes nu tas kaltės jausmas yra didžiulis dėl to, kad atrodo būtum buvęs šalia <...> galbūt pasekmės būtų tikrai mažesnės <...>*“ (PA4). Tai rodo, kad artimieji linkę prisiimti atsakomybę už atsitiktinį įvykį, o tai gilina dvasinę krizę. Slaugytojų pastebėjimai patvirtina gilėjantį artimųjų *beviltiškumą (S2), emocinį perdegimą, suirzimą bei nuotaikų kaitą (S3, S5)*, kylančią dėl nežinomybės dėl paciento kognityvinės ateities: „*tu net nežinai, ar jisai pasveiks ir jis bus pilnai fiziškai ir psichologiškai sveikas*“ (S4). Iš gautų atsakymų, galima pastebėti, kad tiriamųjų patirtys ir išgyvenimai po traumos yra įvairiapusiai: nuo stiprios emocinės įtampos iki neapibrėžtumo jausmo dėl ateities. Itin ryškus **subjektyvios kaltės jausmas** („būčiau buvęs šalia“), kuris rodo, kad artimieji nesąmoningai prisiima atsakomybę už nekontroliuojamą įvykį, taip dar labiau didindami savo psichologinę naštą. Slaugytojų pastebėjimai papildė šį vaizdą atskleiddami **lėtinį emocinį ir fizinį išsekimą**, kurį sukelia užsitęsęs neapibrėžtumas dėl ateities ir nuolatinė įtampa. Galima daryti išvadą, kad artimieji svyruoja tarp racionalaus bandymo išlikti stipriems („reikia būti optimistais“) ir gilaus bejėgiškumo, o ilgalaikis rūpinimasis pacientu veda prie emocinio perdegimo, pasireiškiančio suirzimu bei nuotaikų kaita. Taigi, trauma paveikia ne tik paciento fiziologiją, bet ir sukuria ilgalaikį **psichologinę traumą šeimose**.

Artimųjų ir slaugytojų stebimi paciento pokyčiai. Šeimos nariai išgyvena tapatybės praradimo krizę, stebėdami paciento elgesio pokyčius: „*kartais nesupratau, ar tai mano vyras, ar kažkoks vaikas <...>*“ (PA1). Tokie liekamieji reiškiniai kaip amnezija, dezorientacija, neadekvatus rizikos vertinimas (pvz., bandymas lipti iš lovos nevaldant kojų, PA7) reikalauja nuolatinės priežiūros. **Toks pats klausimas buvo paklaustas ir bendrosios praktikos slaugytojų.** Dažniausiai bendrosios praktikos slaugytojos stebi **atminties, dėmesio, koncentracijos sutrikimus**: slaugytojos pabrėžia sužalotų asmenų *agresiją bei dezorientaciją (S4, S5)*, o prisitaikymo strategija reikalauja mikroaplinkos keitimo – tapimo „*draugu, o ne priešu*“ (S1), „*prisitaikymas prie tokių pokyčių vyksta pakankamai sunkiai <...>*“ (S2). Tyrimo duomenys atskleidžia, kad paciento elgesio ir kognityviniai pokyčiai po galvos smegenų traumos sukuria nuolatinę saugumo riziką ir reikalauja nepertraukiamos priežiūros. Slaugytojų pastebėta agresija ir dezorientacija patvirtina smegenų kontrolės pažeidimus pacientui, patyrus galvos smegenų traumą. Prisitaikymas priklauso nuo gebėjimo keisti bendravimo strategiją (tapti „*draugu, o ne priešu*“), tačiau artimiesiems tai padaryti yra itin sunku dėl didelio atotrūkio tarp buvusio ir esamo paciento įvaizdžio bei fizinio ir emocinio išsekimo. Visi šie paciento pokyčiai atitinka ir patvirtina anksčiau minėtų užsienio autorių teiginius.

4 lentelė. Pacientų, patyrusių galvos smegenų traumą, artimųjų reikšmė paciento slaugos procese
(Šaltinis: sudaryta autorių)

Tema	Potėmė	Įrodančių teiginių pavyzdžiai
Artimųjų vaidmuo slaugos procese pacientams, patyrusiems galvos smegenų traumą	Artimiesiems slaugos procese iškilusios problemos	„ <i><...> kaip gali nebūti personalo arba kaip negali tas kineziterapeutas, ar nebūti čia ir dabar, kai mums labiausiai to reikia <...></i> “ (PA4).

Tema	Potemė	Įrodančių teiginių pavyzdžiai
	Pagalba iš kitų asmenų: artimųjų ir slaugytojų patirtys	„<...> o vaikai, vaikai <...> Tada tai buvau labai tokia nu, kaip aš sakydavau, mane surinkdavo tiesiog, nes sūnus grįždavo kas savaitę padėdavo <...>“ (PA2), „Būna dažnai prasideda pykčiai, kad negali susiorganizuoti, kas šiuo metu gali atvažiuoti, kas po pietų gali atvažiuoti, arba tiesiog vienas su kitu, nėra to bendros susitarimo <...>“ (S2).
	Sveikatos priežiūros specialistų veiksmai įtraukiant artimuosius į slaugos procesą: artimųjų ir slaugytojų nuomonė	„<...> Čia, kad įtrauktų mane kažkas tai sakytu, tu ateik va ten padėk ar kažką tai tikrai ne“ (PA2), „pacientų artimieji pradžioje nelabai nori įsitraukti į jų gydymo, slaugymo procesą <...> kai artimieji įsitraukia, sakau, pat pats pacientas pasidaro ramesnis <...> artimųjų yra didelė įtaka“ (S1).

Artimiesiems slaugos procese iškilusios problemos. Tyrimas atskleidė sisteminių informacijos ir specializuotos pagalbos trūkumą. Artimieji išgyvena stiprią baimę pakenkti pacientui dėl *praktinių įgūdžių stokos* (PA5, S4). Ši bejėgiškumą gilina personalo (ypač kineziterapeutų, logopedų) trūkumas ūmiame etape: „<...> kaip gali nebūti personalo arba kaip negali tas kineziterapeutas, ar nebūti čia ir dabar, kai mums labiausiai to reikia <...>“ (PA4). Slaugytoja S5 akcentuoja materialinį nepriteklių, kai šeimos nepajėgia aprūpinti ligonio slaugos priemonėmis: „paciento artimieji susiduria su tokiais iššūkiais kaip finansinės problemos. Ne visada jie gali nupirkti slaugos priemonių, vaistų, kad ir net aplankę nieko neatneša, nei vandenuko, nei kažkokio maisto“. Vertinant paramą iš kitų asmenų, nors artimieji mini, kad artimuoju bijo pasirūpinti: „būna tokių momentų, kada, pavyzdžiui, reikia ar pamankštinti, ar ką atrodo, baugu, o jeigu aš padarysiu ne taip, o jeigu kas nors pakenks jam <...>“ (PA5), bet kiti šeimos artimieji padeda, nepalieka vienu: „<...> o vaikai, vaikai <...> Tada tai buvau labai tokia nu, kaip aš sakydavau, mane surinkdavo tiesiog, nes sūnus grįždavo kas savaitę padėdavo <...>“ (PA2). Artimųjų patirtis po paciento galvos smegenų traumos apima ne tik fizinį nuovargį, bet ir informacinį trūkumą, finansinį nepriteklių bei emocinį išsekimą. Tai rodo, kad šeimos nariams reikalinga ne tik techninė informacija apie paciento būklę, bet ir **psichosocialinis palaikymas bei praktiniai slaugos mokymai**, kad būtų sumažinta baimė pakenkti pacientui ir padidintas pasitikėjimas savo jėgomis.

Pagalba iš kitų asmenų: artimųjų ir slaugytojų įžvalgos. Tiriamieji dalijosi atsakymais dėl klausimo susijusio, kaip vertina kitų šeimos narių, draugų pagalbą bei paramą, sprendžiant praktinius ar slaugos klausimus, susijusius su paciento priežiūra. Ir visi **vienareikšmiškai yra patenkinti** kitų pagalba bei **parama** jiems sunkiu laikotarpiu: „ *tiek artimieji, tiek draugai, kiek įmanoma visi padeda <...>“* (PA5). Slaugytojai pastebi pradinį artimųjų pasyvumą (S1), tačiau pripažįsta, kad šeimos narių būvimas šalia veikia kaip raminantis, paciento dvasinį stabilumą atkuriantis veiksnys. Kita tiriamoji pastebi, kad dažnai **kyla konfliktai** tarp artimųjų, kaip **pasidalinti priežiūra tarpusavyje**: „<...> Būna dažnai prasideda pykčiai, kad negali susiorganizuoti, kas šiuo metu gali atvažiuoti, kas po pietų gali atvažiuoti, arba tiesiog vienas su kitu, nėra to bendros susitarimo <...>“ (S2). Tiriamųjų atsakymai atskleidžia, kad artimieji nors ir tikina gaunantys pakankamai paramos iš kitų šeimos narių, tačiau galima pastebėti, kad ne visi šeimos nariai linkę padėti vieni kitiems ir dalytis paciento slauga bei priežiūra. Slaugytojų perspektyva, šeimos narių pagalba būna gana retas reiškinys, dažniau susiduriama su vidiniais konfliktais ir chaotišku paciento priežiūros organizavimu. O kas dalinasi paciento priežiūra, tai dažniausiai pasireiškia per dienos pasidalinimą artimiesiems nuolat keičiantis.

Sveikatos priežiūros specialistų veiksmai įtraukiant artimuosius į slaugos procesą: artimųjų ir slaugytojų nuomonė. Tiriamųjų nuomone, specialistų pastangos skatinti

bendradarbiavimą reiškiasi keliais lygmenimis, iš kurių pirminis – sistemingas informacijos perteikimas apie paciento būklę bei gydymo eigą: „<...> taip pačioj pradžioj, tik atsigulus į ligoninės palatą, gydytojas informavo, kokia bus eiga, kaip viskas vyks <...>“ (PA1). Kitas reikšmingas specialistų vaidmuo – artimųjų edukacija, orientuota į praktinių įgūdžių (asmeninės higienos užtikrinimo, maitinimo) perdavimą klinikinėje aplinkoje. Šią pozityvią personalo elgseną ir draugišką atmosferą išryškina respondentė (PA6): „<...> slaugytojos labai yra draugiškos, jos visada ateidavo ir paklausdavo, gal norit pamėginti ir Jūs pamaitinti, gal nuprausti veidą <...> gal plaukus surišti <...>“. Nepaisant pozityvių personalo pastangų, fenomenologinis duomenų sluoksnius atveria konceptualų prieštaravimą. Artimieji pažymi, kad jų aktyvų dalyvavimą slaugoje dažniau lemia asmeninė iniciatyva ir moralinė atsakomybė, o ne išorinis skatinimas iš kitų: „<...> tas įsitraukimas yra mano pačios noras būti įtrauktai <...> Bet tai yra mano noras. Čia, kad įtrauktų mane kažkas, tai tikrai ne“ (PA2). Ši išvalga koreliuoja su bendrosios praktikos slaugytojų patirtimi, kurios pastebi pradinį šeimos narių pasyvumą kylantį iš psichologinio streso ar nežinomybės: „<...> artimieji pradžioje nelabai nori įsitraukti į jų gydymo, slaugymo procesą <...> kai artimieji įsitraukia, sakau, pats pacientas pasidaro ramesnis <...> artimųjų yra didelė įtaka“ (S1). Iš pateiktų atsakymų, galima spręsti, kad įtraukimas į slaugos procesą priklauso nuo sveikatos priežiūros specialistų ir pačių artimųjų noro dalyvauti savo artimojo sveikatos priežiūroje. Sveikatos priežiūros specialistų veiksmai vertinami kaip skatinantys, tačiau artimųjų įsitraukimą labiausiai atskleidžia vidinė motyvacija ir iki traumos egzistavę šeimos ryšiai. Specialistų užduotis šioje situacijoje – ne tik teikti informaciją, bet ir veikti kaip tarpininkams, keisti artimųjų baimę į pagalbą pacientui, pripažįstant šeimą kaip lygiavertę slaugos komandos dalį.

Apibendrinant galima teigti, kad sėkmingas šeimos integravimas į slaugos procesą yra dinamiškas, abipusis procesas, priklausantis tiek nuo specialistų profesionalumo, tiek nuo pačių artimųjų vidinės motyvacijos. Tačiau lemiamas šeimos narių įsitraukimo veiksnys išlieka stiprus emocinis ryšys, siejęs juos su pacientu iki traumos. Šioje krizinėje situacijoje slaugytojai turėtų ne tik formaliai teikti informaciją, bet ir aktyviai padėti šeimai. Jų užduotis – padėti artimiesiems įveikti pirminę baimę bei bejėgiškumą ir nukreipti juos į konstruktyvią priežiūrą, pripažįstant šeimą lygiavertę slaugos komandos nariu.

Išvados

1. Empirinio tyrimo rezultatai atskleidžia, kad staigi ir netikėta galvos smegenų trauma veikia kaip emocinis lūžis, transformuojantis įprastą šeimos dinamiką. Tyrimo dalyvių patirtys rodo, kad prisiimta atsakomybė už paciento priežiūrą ankstyvuju laikotarpiu sukelia lėtinį stresą bei dvasinį išsekimą. Didžiausiu iššūkiu artimiesiems tampa staigus vaidmenų pasikeitimas bei būtinybė maksimaliai mobilizuoti asmeninius resursus, siekiant suderinti kasdienę paciento slaugą su profesiniais įsipareigojimais, kas ilgalaikėje perspektyvoje signalizuoja apie pervargimo riziką.
2. Artimųjų vertinimu, konstruktyvios partnerystės su medicinos personalu kūrimas yra tiesiogiai susijęs su savalaikiu informacijos gavimu bei abipusės komunikacijos efektyvumu. Pagrindiniais įsitraukimo barjeriais, sukeliančiais baimę pakenkti ligoniui, tyrimo dalyviai įvardija struktūruotų praktinių mokymų trūkumą ir sisteminių slaugytojų laiko deficitą įstaigoje. Tuo tarpu subjektyvus šeimos narių pripažinimas lygiavertėmis priežiūros proceso dalyviais veiksmingai mažina jų patiriamą nerimą bei neapibrėžtumą dėl paciento būklės ir jo ateities.
3. Slaugytojų pozicija atskleidžia palankų požiūrį į artimųjų įtraukimą į paciento slaugos procesą, akcentuojant jų pagalbą tenkinant bazinius paciento poreikius ir užtikrinant priežiūros tęstinumą. Vis dėlto, slaugos specialistų vertinimu, praktinį šeimos narių integravimą ankstyvosiose stadijose riboja pačių artimųjų psichologinis nesaugumas, specifinių slaugos žinių deficitas bei šeimos vidinė dinamika organizuojant priežiūrą. Šie veiksniai lemia pradinį artimųjų pasyvumą nuo praktinių veiksmų, o pats įsitraukimo laipsnis dėsningai sietinas su iki traumos egzistavusio šeimyninio ryšio kokybe.

Rekomendacijos

1. **Pacientų artimiesiems.** Rekomenduojama pacientų artimiesiems iš anksto pasižymėti rūpimus klausimus užrašinėje, kuriuos norėtų užduoti sveikatos priežiūros specialistam ir drąsiai klausti, taip sumažinant informacijos neapibrėžtumą ir trūkumą. Nebijoti klausti sveikatos priežiūros specialistų, kad pademonstruotų ir pamokytų bazinių slaugos veiksmų, kaip rūpintis pacientu. Pripažinti kylančius jausmus (pyktį, kaltę, baimę, nerimą) kaip natūralią reakciją, o esant poreikiui kreiptis pagalbos į paramos grupes.
2. **Gydymo įstaigoms.** Optimizuoti įstaigos padaliniuose vieningų, vizualizuotų, spausdintinių bei skaitmeninių atmintinių platinimą, kuriose būtų pateiktos aiškios elgesio su pacientais po galvos smegenų traumos gairės, namų aplinkos pritaikymo algoritmai bei tęstinės pagalbos kontaktai po paciento išrašymo iš gydymo įstaigos.
3. **Slaugytojams.** Rekomenduojama sistemingai integruoti artimųjų praktinį mokymą į kasdienę slaugos rutiną, vertinant šeimą kaip slaugos komandos dalį: ugdyti profesinę empatiją, priimant pirminį artimųjų susierzinimą ar agresiją kaip gynybinę reakciją į traumą, o ne asmeninį puolimą.

Literatūros sąrašas

1. Azman, A., Jali, N. A., Jamir Singh, P. S., Abdullah, J. M., & Ibrahim, H. (2020). Family roles, challenges and needs in caring for traumatic brain injury (TBI) family members: A systematic review. *Journal of Health Research*, 34(6), 495–504. <https://doi.org/10.1108/JHR-07-2019-0138>
2. Block, H., George, S., Hunter, S. C., & Bellon, M. (2023). Family experiences of the management of challenging behaviours after traumatic brain injury in the acute hospital setting. *Disability and Rehabilitation*, 46(19), 4522–4531. <https://doi.org/10.1080/09638288.2023.2280081>
3. Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
4. Brazinova, A., Rehorcikova, V., Taylor, M. S., Muckova, V., Majdan, M., Psota, M., Peeters, W., Feigin, V., Theadom, A., & Holkovic, L. (2021). Epidemiology of traumatic brain injury in Europe: A living systematic review. *Journal of Neurotrauma*, 38(10), 1411–1440. <https://doi.org/10.1089/neu.2015.4126>
5. Bugri, M. K., & Ti-enkawol Nachinab, G. (2025). Experiences of family caregivers of patients with traumatic brain injury: A study in the Tamale metropolis. *BMC Research Notes*, 18, Article 417. <https://doi.org/10.1186/s13104-025-07472-0>
6. Daynes-Kearney, R., & Gallagher, S. (2023). Online support groups for family caregivers: Scoping review. *Journal of Medical Internet Research*, 25, e46858. <https://doi.org/10.2196/46858>
7. De Lima, M. E. B., Ariza-Vega, P., Forte, A. T. D., & Eleuteri, S. (2024). Family partnerships, patient and carer education and support. In K. Hertz & J. Santy-Tomlinson (Eds.), *Fragility Fracture and Orthogeriatric Nursing: Perspectives in Nursing Management and Care for Older Adults* (pp. 239–252). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-031-33484-9_15
8. Du, Q., Liu, C., Liu, Y., Li, J., Gong, X., Zhang, Q., & Li, K. (2023). Investigation of long-term symptoms and influencing factors in patients with mild traumatic brain injury: A cross-sectional study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 69, Article 101313. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2023.101313>
9. Engel, L., Adedotun, K., Ewesesan, R., & Arowolo, I. (2025). Promoting financial empowerment after brain injury: Findings from focus groups. *Clinical Rehabilitation*, 39(12), 1636–1649. <https://doi.org/10.1177/02692155251382507>
10. Gaižauskaitė, I., & Valavičienė, N. (2016). *Socialinių tyrimų metodai: kokybinis interviu*. Mykolo Romerio universitetas. <https://cris.mruni.eu/server/api/core/bitstreams/6bc9b0c7-425b-4420-a2cd-e6ec2d12736a/content>
11. Ginsburg, J., & Smith, T. (2025). *Traumatic brain injury*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557861/>
12. Haarbauer-Krupa, J., Pugh, M. J., Prager, E. M., Harmon, N., Wolfe, N., & Yaffe, K. (2021). Epidemiology of chronic effects of traumatic brain injury. *Journal of Neurotrauma*, 38(23), 3235–3245. <https://doi.org/10.1089/neu.2021.0062>
13. Higienos institutas. (2025). *Mirties priežastys 2024: Statistinis leidinys*. Higienos institutas. https://www.hi.lt/uploads/Institutas/leidiniai/Statistikos/Mirties_priezastys/Mirties_priezastys_2024_LT.pdf
14. Ilaghi, M., Gharib, F., Pirani, A., Vahabie, A. H., Grafman, J., Shariat, S. V., Shariati, B., Jahanbakhshi, A., & Mirfazeli, F. S. (2024). The burden of traumatic brain injury on caregivers: Exploring the predictive

- factors in a multi-centric study. *BMC Psychology*, 12, Article 150. <https://doi.org/10.1186/s40359-024-01652-6>
15. Jha, S., & Ghewade, P. (2022). Management and treatment of traumatic brain injuries. *Cureus*, 14(10), e30617. <https://doi.org/10.7759/cureus.30617>
 16. Kwame, A., & Petrucka, P. M. (2021). A literature-based study of patient-centered care and communication in nurse-patient interactions: Barriers, facilitators, and the way forward. *BMC Nursing*, 20, Article 158. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00684-2>
 17. Lindlöf, J., Turunen, H., Välimäki, T., Huhtakangas, J., Verhaeghe, S., & Coco, K. (2024). Empowering support for family members of brain injury patients in the acute phase of hospital care: A mixed-methods systematic review. *Journal of Family Nursing*, 30(1), 50–67. <https://doi.org/10.1177/10748407231171933>
 18. Maas, A. I. R., Menon, D. K., Manley, G. T., Abrams, M., Åkerlund, C., Andelic, N., Ariza-Vega, P., Ashton, N. J., Awad, T., Badenes, R., Badiali, F., Barthélemy, R., Bauer, M. X., Belton, P., Citerio, G., Coburn, M., Coles, J. P., Cooper, D. J., Daams, M., Ding, K. (2022). Traumatic brain injury: Progress and challenges in prevention, clinical care, and research. *The Lancet Neurology*, 21(11), 1004–1060. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(22\)00309-X](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(22)00309-X)
 19. Mathew, S. K., Aruna, S., Vasudevan, R. C., Visweswaran, V., Arjunan, P., Panachingal, B., & Jyothi, M. (2024). Integrating family involvement in neuro-intensive care: A pathway to enhanced family satisfaction in traumatic brain injury (TBI) management. *Cureus*, 16(11), e74748. <https://doi.org/10.7759/cureus.74748>
 20. Petersen, J. J., Østergaard, B., Svavarsdóttir, E. K., Palonen, M., & Brødsgaard, A. (2023). Hospital and homecare nurses' experiences of involvement of patients and families in transition between hospital and municipalities: A qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 37(1), 196–206. <https://doi.org/10.1111/scs.13130>
 21. Rickels, E., Steudel, W. I., Repschläger, U., Schulte, C., Weissgärber, H., & Wende, D. (2023). The long-term sequelae of traumatic brain injury over 10 years of follow-up—A matched cohort study based on routine data of a statutory health insurance carrier. *Deutsches Ärzteblatt International*, 120(16), 271–276. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2023.0046>
 22. Seifi, A., Karamian, A., & Lucke-Wold, B. (2024). Prevalence of traumatic brain injury in the general adult population of the USA: A meta-analysis. *Neuroepidemiology*, 58(5), 558–567. <https://doi.org/10.1159/000540676>

INVOLVEMENT IN THE NURSING PROCESS OF PATIENTS WITH TRAUMATIC BRAIN INJURY: PERSPECTIVES OF RELATIVES AND NURSES

Loreta Šetkutė, Lina Gedrimė

Klaipėda University, 84 H. Manto St., Klaipėda, Lithuania

Summary

This article clinically and phenomenologically investigates the dynamic of family partnership within the care map of patients recovering from traumatic brain injury (TBI). The core objective was to map out the lived experiences of family caregivers and registered nurses regarding relative integration into daily nursing interventions. Employing an interpretive phenomenological analysis (IPA) layout, data saturation was reached with 12 purposeful key informants (7 family members, 5 general practice nurses) via semi-structured, deep dive interviewing tracks.

The thematic breakdown reveals that while family involvement profoundly buffers the psychological disorientation of the patient and secures clinical continuity, it exerts an exhaustive multidimensional toll on the immediate support system. Caregivers frequently stagger between structural guilt and chronic emotional drainage, exacerbated by acute socioeconomic adjustments and sudden professional displacement. Nurses demonstrate high validation of family integration, recognizing it as a pillar for patient-centered excellence. However, practical clinical optimization is continuously obstructed by defensive communication patterns, institutional time boundaries, and a heavy knowledge deficit among relatives. The interpretive matrix emphasizes that transforming family presence from anxious observation into collaborative nursing actions requires institutionalized training modules and systematic psychosocial counseling maps.

Key words: patients, traumatic brain injury, family members, involvement, integration, nursing process, nurses.