

ISSN 1392-6373

<http://www.sam.lt>

Included in Index Copernicus database

SVEIKATOS

2010' **1** (67)

MOKSLAI

HEALTH SCIENCES

Visuomenės	Public
sveikata	Health
Medicina	Medicine
Slauga	Nursing

Žurnalas spausdina mokslinius straipsnius lietuvių,
anglų ir kitomis kalbomis.

Visi straipsniai recenzuojami žymių tos mokslo srities mokslininkų.

Žurnalas skirtas visų specialybių gydytojams ir
kitų sričių specialistams.

The journal publishes scientific articles in Lithuanian, English and other languages.

All articles are reviewed by well known scientists of this sphere.

The target audience of the journal is doctors and the specialists of other spheres.

Printed on acid-free paper

Redakcijos kolegijos pirmininkas

prof. ALGIRDAS JUOZULYNAS (Vilniaus universiteto Eksperimentinės ir
klinikinės medicinos institutas)

Kolegijos nariai:

dr. VIDMANTAS ALEKNA (Vilniaus universiteto Eksperimentinės ir klinikinės
medicinos institutas)
prof. ARVYDAS AMBROZAITIS (Vilniaus universitetas)
prof. IRENA BALČIŪNIENĖ (Vilniaus universitetas)
prof. JANINA DIDŽIAPETRIENĖ (Vilniaus universiteto Onkologijos institutas)
doc. KONSTANTINAS ROMUALDAS DOBROVOLSKIS (Klinika "Tomografija")
prof. DALIJA GAIDAMONIENĖ (Respublikinė tuberkuliozės ir infekcinių ligų
universitetinė ligoninė)
prof. VILIUS GRABAUSKAS (Kauno medicinos universitetas)
prof. ALGIMANTAS IRNIUS (Vilniaus universitetas)
prof. KONSTANCIJA JANKAUSKIENĖ (Kauno medicinos universitetas)
prof. VINSAS JANUŠONIS (Klaipėdos universitetinė ligoninė)
prof. DANUTĖ KALIBATIENĖ (Vilniaus universitetas)
dr. DAIVA KRIUKELYTĖ (Kauno medicinos universitetas)
prof. ZITA KUČINSKIENĖ (Vilniaus universitetas)
prof. ANTANAS NORKUS (Kauno medicinos universitetas)
prof. VYTAUTAS OBELENIS (Kauno medicinos universitetas)
doc. JONAS PRAPIESTIS (Vilniaus universitetas)
dr. REGINA REKLAITIENĖ (Kauno medicinos universitetas)
doc. JONAS SĄLYGA (Klaipėdos universitetas, Klaipėdos jūrininkų ligoninė)
prof. RIMANTAS STUKAS (Vilniaus universitetas)
doc. RITOLDAS ŠUKYS (Vilniaus Gedimino technikos universitetas)
doc. GENUTĖ ŠURKIENĖ (Vilniaus universitetas)
prof. KONSTANTINAS VALUCKAS (Vilniaus universiteto Onkologijos institutas)
prof. GIEDRIUS VARONECKAS (Kauno medicinos universitetas)
prof. ALGIRDAS VENALIS (Vilniaus universiteto Eksperimentinės ir
klinikinės medicinos institutas)
prof. VILMA ŽYDŽIŪNAITĖ (Mykolo Romerio universitetas)

Tarptautiniai patarėjai

prof. MANFREDAS ANKE (Šilerio universitetas, Vokietija)
prof. MAJA EGLITĖ (Latvijos medicinos akademija)
prof. JAN JAŠČANINAS (Ščecino universitetas, Lenkija)
prof. LEONAS LAIMUTIS MAČIŪNAS (Pasaulio gydytojų katalikų federacijos
Europos asociacija)
doc. ROBERTAS PETKEVIČIUS (Pasaulio sveikatos organizacija)
prof. JAN POKORSKI (Lenkijos Jogailos universitetas)
prof. OLGA SIVOČIALOVA (Maskvos darbo medicinos institutas)
doc. ALINA ŠAULAUSKIENĖ (Pasaulio gydytojų federacijos "Už žmogaus gyvybę"
Lietuvos asociacija)
dr. JOCKE WILLKE (Tarptautinės gyvybės teisės federacijos prezidentas, JAV)
prof. ANDRE ZUPAN (Lubljanos reabilitacijos institutas, Slovėnija)

Redakcija:

ZENONAS TARTILAS - vyriausiasis redaktorius, tel. 261 25 29, 8 618 24712,
ZENONAS GLAVECKAS - vyriausiojo redaktoriaus pavaduotojas, tel. 261 90 43, 8 612 41252,
JANINA IRENA TARTILIENĖ - gydytoja konsultantė, tel. 261 25 29, 8 687 29223.

Adresas: Ž.Liauksmo g. 5, LT-01101 Vilnius.
El. paštas: zsveikata@takas.lt

LIETUVOS SUAUGUSIŲ GYVENTOJŲ MITYBOS TENDENCIJOS PER PASTARĄJĮ DEŠIMTMETĮ

ALBERTAS BARZDA¹, ROMA BARTKEVIČIŪTĖ^{1,2}, RIMANTAS STUKAS²,
RIMA ŠATKUTĖ¹, ALGIS ABARAVIČIUS²

¹ Valstybinis aplinkos sveikatos centras, ² Vilniaus universiteto Medicinos fakultetas

Raktažodžiai: mityba, mitybos įpročiai, paros maisto davinys, energija ir maistinės medžiagos.

Santrauka

Nuo 1997 m. kas penkeri metai Respublikinis mitybos centras (nuo 2008 m. spalio 1 d. – Valstybinis aplinkos sveikatos centras) vykdo Lietuvos suaugusių gyventojų faktinės mitybos bei mitybos ir gyvenamosios įpročių tyrimus. Kiekvienam tyrimui būtinas 3000 Lietuvos 19–65 m. amžiaus gyventojų imtis, reprezentuojančias visas Lietuvos apskritis, proporcingai gyventojų skaičiui kiekvienoje apskrityje, sudarė Gyventojų registro tarnyba prie Lietuvos Respublikos vidaus reikalų ministerijos

Nustatyta, kad Lietuvos gyventojai nepakankamai dažnai vartoja tiek šviežių daržovių ir vaisių, tiek grūdinių produktų, taip pat mažiau negu rekomenduojama su maistu gauna skaidulinių medžiagų ir per daug cholesterolio bei natrio. Per maža dalis žmonių renkasi maistą sveikatos gerinimo (ligų profilaktikos) tikslu (2007 m. 18,9 proc., 1997 m. – 8,1 proc.). Lietuvos gyventojų maisto davinyje pastebimo riebalų pertekliaus ir angliavandenių trūkumo tendencijos, kaip ir per didelės mėsos ir jos produktų vartojimas, būdingas visam pastarajam dešimtmečiui. Nustatyta, kad nežymiai didėja žuvies ir jos produktų ir mažėja cukraus bei cukraus produktų bei atskirų riebalų rūšių suvartojimas, ir taip pat mažėja vaisių, bulvių, pieno ir jo produktų vartojimas, nors tai būdinga ne visoms respondentų grupėms. 2007 m. mažiau negu rekomenduojama buvo gaunama kai kurių vitaminų (B_1 ; B_{12} , niacino, folatų) bei mineralinių medžiagų (kalčio, jodo, cinko, vario) ir nežymiai daugiau vitaminų E ir B_6 bei fosforo. Per dešimtmetį padidėjo procentas gyventojų, vartojančių maisto papildus.

IVADAS

Šiandien sukaupta pakankamai mokslinių įrodymų, kad neracionali, neteisinga mityba daro įtaką lėtinių ne-

infekcinių ligų, ypač kraujotakos sistemos ir onkologinių ligų, sudarančių didžiausią Lietuvos gyventojų mirtinumo dalį, etiopatogenezei, ir vis dažniau pripažįstama įprastu šių ligų rizikos faktoriumi [1-4]. Įrodyta, kad gausus sočiųjų riebalų rūgščių vartojimas gali būti vienas iš kraujotakos sistemos ligų rizikos veiksnių, o mityba, atitinkanti rekomenduojamas paros maistinių medžiagų ir energijos normas, gali padėti išvengti su mityba susijusių lėtinių neinfekcinių ligų. Nustatyta, kad sočiosios riebalų rūgštys, esančios maisto davinyje, padidina tiek bendrojo, tiek mažo tankio lipoproteinų kiekį, o omega-3 šeimos polinesočios riebalų rūgštys cholesterolio kiekį kraujo serume gali sumažinti [5-8].

Moksliniais tyrimais nustatytas ryšys tarp kai kurių antioksidacinėmis savybėmis pasižyminčių vitaminų (pavyzdžiui, vit. E, C, β -karotenu) trūkumo maiste bei padidėjusios rizikos susirgti kraujotakos sistemos bei onkologinėmis ligomis [9-10]. Didėja atsvario ir nutukimo poveikis sveikatai bei negaliai Europos regione: atsvaris ir nutukimas jau yra daugiau kaip trijų ketvirtadalių 2 tipo diabeto atvejų priežastis ir lemia didelę dalį susirgimų kraujotakos sistemos bei kitomis ligomis, be to, sudaro iki 8 proc. visų susirgimų; nutukimas turi taip pat didelės neigiamos įtakos gyvenimo trukmei bei kokybei, įskaitant psichinę gerovę [11].

Todėl įgyvendinant Pasaulio sveikatos organizacijos, kitų Europos Sąjungos dokumentų nuostatas [12-14], siekiant gerinti gyventojų mitybą bei mažinti lėtinių neinfekcinių ligų ir jų rizikos veiksnių paplitimą, labai svarbu nuolat tirti ir vertinti mitybos ir gyvenamosios ypatumus bei jų pokyčius besikeičiančios fizinės ir socialinės aplinkos sąlygomis.

Darbo tikslas – įvertinti suaugusių Lietuvos gyventojų mitybos tendencijas per pastarąjį dešimtmetį pagal 1997-2007 metais atliktų gyventojų faktinės mitybos tyrimų duomenis.

TYRIMO OBJEKTAS IR METODIKA

Iki 1997 m. faktinės mitybos išsamių tyrimų, apimančių visas Lietuvos gyventojų grupes, nebuvo atlikta. Tuo metu Pasaulio sveikatos organizacija inicijavo Pabaltijo

šalių suaugusių gyventojų faktinės mitybos bei mitybos ir gyvensenos įpročių tyrimus, kuriuos nuo 1997 m. Lietuvoje kas penkeri metai, kaip nurodoma tarptautinėse rekomendacijose, vykdo Respublikinis mitybos centras (nuo 2008 m. spalio 1 d. – Valstybinis aplinkos sveikatos centras). Pirmo tokio tyrimo (1997-1998 m.) metu buvo išanalizuota 992 vyrų ir 1190 moterų, antro tyrimo (2001-2002 m.) – 981 vyrų ir 950 moterų bei trečio tyrimo (2007 m.) metu – 1087 moterų ir 849 vyrų faktinė mityba ir mitybos bei gyvensenos įpročiai. Kiekvienam tyrimui būtina 3000 Lietuvos 19-65 m. amžiaus gyventojų imtis, reprezentuojanti visas Lietuvos apskritis; proporcingą gyventojų skaičių kiekvienoje apskrityje sudarė Gyventojų registro tarnyba prie Lietuvos Respublikos vidaus reikalų ministerijos. Gyventojų mitybos bei gyvensenos įpročių tyrimui buvo naudotas standartinis klausimynas, kurį sudarė klausimai apie tiriamųjų amžių, lytį, išsilavinimą, tautybę, mitybos, fizinio aktyvumo ir kitus gyvensenos įpročius. Faktinės mitybos tyrimai buvo atliekami pagal standartinę 24 valandų apklausos metodiką [15], naudojantis specialiai šiam tikslui parengtais faktinės mitybos tyrimo atlasais, užrašant duomenis apie kiekvieno respondento suvartotus per parą maisto produktus. Tiriamųjų apklausą padėjo atlikti Respublikiniame mitybos centre specialiai apmokyti apskričių visuomenės sveikatos centrų specialistai.

Vidutinio paros maisto daivinio maistinės ir energinės vertės duomenys buvo skaičiuoti specialia kompiuterine programa ALIMENTA (4.2 versija), naudojant papildytas lietuviškų maisto produktų ir patiekalų chemine sudėtimi bei jų energine verte maisto cheminės sudėties duomenų bazes [16-17].

Statistinė duomenų analizė atlikta naudojant statistinę programą SPSS (11.0 versija) Duomenys apdoroti skaičiuojant absoliučiuosius dydžius, procentines išraiškas, 95% pasikliautinus intervalus. Statistinio reikšmingumo kriterijus α buvo pasirinktas 0,05. Rezultatai buvo vertinami kaip statistiškai reikšmingi, kai $p < 0,05$.

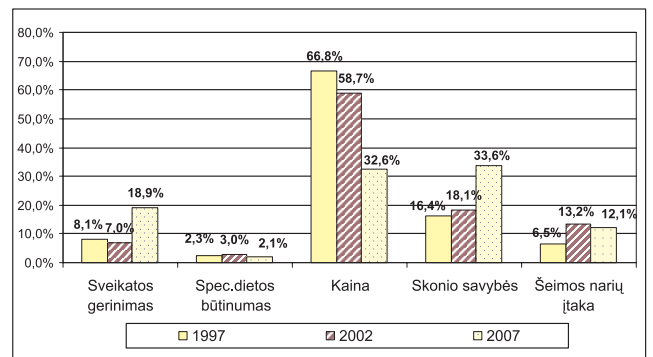
REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS

Atlikti faktinės mitybos tyrimų duomenys parodė, kad pagrindiniu Lietuvos gyventojų maisto produktų pasirinkimo kriterijumi ir toliau išlieka kaina (1 pav.), nors 2007 m. kaina jau turėjo perpus mažesnę įtaką maisto produktų pasirinkimui negu 1997 m. [18], kai ji buvo pagrindinis maisto produktų pasirinkimo kriterijus didžiajai daliai gyventojų. Tačiau ir 2007 m. sveikatos gerinimo (ligų profilaktikos) tikslu maistą renkami per maža dalis žmonių – tik beveik kas penktas gyventojas (1997 m. – 8,1 proc.). Pastebima, kad taip pat

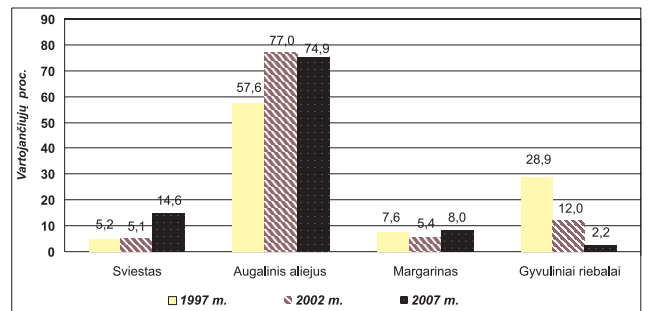
daugėja besirenkančiųjų maisto produktus pagal skonį.

Faktinės mitybos tyrimų duomenys taip pat parodė, kad didžiosios Lietuvos gyventojų dalies mityba neatitinka Sveikos mitybos rekomendacijų [19]. Vertinant maisto produktų vartojimo dažnumą, pastebėta, kad Lietuvos gyventojai nepakankamai dažnai vartoja tiek daržovių, tiek grūdinių produktų: 2007 m. mažiau negu pusė (43,4 proc.) jų šviežias daržoves (išskyrus bulves) vartojo kasdien arba beveik kasdien, o virtas ar troškintas daržoves dar rečiau (6,1 proc. 6-7 kartus ir 47,8 proc. 1-2 kartus per savaitę); tik pusė respondentų kasdien ir kas dešimtas kelis kartus per dieną vartoja grūdinius produktus. Per dešimtmetį šviežių daržovių vartojimas netgi sumažėjo: 1997 m. kasdien vartojančiųjų buvo 70,3 proc., o 2007 m. – 43,4 proc. Tyrimų duomenys rodo, kad didžioji dalis Lietuvos gyventojų žuvį ir žuvies produktus vartoja 1-2 kartus per savaitę, 11,2 proc. iš viso nevartoja žuvies ir jos produktų; pieną ir pieno produktus kasdien vartoja kas trečias gyventojas.

Vertinant, kokius riebalus gyventojai dažniausiai renkami maistui gaminti (kepti, virti ar troškinti) – sviestą, margariną, augalinį aliejų ar gyvulinius taukus, nustatyta, kad per dešimtmetį padidėjo augalinio aliejaus (nuo



1 pav. Respondentų pasiskirstymas (proc.) pagal maisto produktų pasirinkimo kriterijus 1997-2007 m.

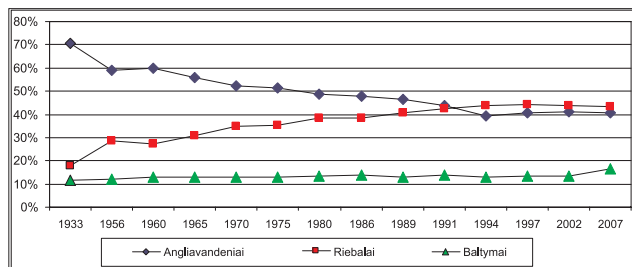


2 pav. Respondentų pasiskirstymas (proc.) pagal vartojamas maistui gaminti riebalų rūšis 1997-2007 m.

1 lentelė. Vidutiniai kai kurių maisto produktų kiekiai respondentų paros maisto davinyje (gramais per dieną).

Produktų grupės	Vidutiniai kiekiai (SN*) gramais per dieną		
	1997 m. (n=2182)	2002 m. [20] (n=1931)	2007 m. (n=1936)
Grūdai ir grūdų produktai	145,5 (143,6)	267,2	218,77 (3,83)
Daržovės, riešutai, ankštiniai, įskaitant morkas, pomidorus ir lapines daržoves	188,7 (196,7)	140,9	284,48 (5,04)
Bulvės ir kiti krakmolingi šakniavaisiai	238,8 (276,9)	242,9	119,36 (3,39)
Vaisiai	173,0 (314,4)	178,7	86,06 (3,26)
Cukrus ir cukraus produktai, įskaitant šokoladą	42,3 (63,7)	27,9	22,04 (0,61)
Pienas ir pieno produktai	318,3 (329,5)	175,4	181,86
Kiaušiniai	32,6 (61,8)	22,8	19,96 (0,95)
Žuvis ir jūros gėrybės	18,1 (54,9)	23,0	30,37 (1,79)
Mėsa ir mėsos produktai, subproduktai	154,1 (156,6)	149,2	179,76 (3,41)
Riebalai (augaliniai ir gyvūniniai)	29,8 (45,6)	23,4	14,95 (0,6)

SN* – standartinis nuokrypis



3 pav. Riebalų, baltymų, angliavandenių teikiamos energijos dalis (proc.), sudaranti paros maisto davinio energinę vertę 1997-2007 m.

57,6 proc. 1997 m. iki 74,9 proc. 2007 m.) ir sviesto (nuo 5,9 proc. iki 14,6 proc.) vartojimo dažnumas ir žymiai sumažėjo gyvūninių riebalų (taukų) vartojimo dažnumas (1997 m. – 28,9 proc., 2002 m. – 12,0 proc. ir 2007 m. – 2,2 proc.); margarino vartojimo dažnumas per dešimtmetį beveik nepakito (7,6 proc. 1997 m. ir 8,0 proc. 2007 m.) (2 pav.).

Apibūdinant Lietuvos gyventojų maisto produktų suvartojimo (1 lentelė) tendencijas, reikia pažymėti, kad Lietuvos gyventojai vartoja nepakankamus šviežių daržovių bei vaisių, žuvies ir jos produktų kiekius bei tradiciškai per daug vartoja mėsos ir mėsos produktų, ir šios tendencijos išlieka per visą pastarąjį dešimtmetį.

Analizuojant 1997 - 2007 m. atliktų faktinės mitybos tyrimų duomenis, pastebėta, kad per dešimtmetį didėjo mėsos ir mėsos produktų vartojimas, savo ruožtu, atskirų riebalų rūšių suvartojimo kiekiai nežymiai mažėjo. Per pastarąjį dešimtmetį taip pat nežymiai didėjo žuvies ir

jos produktų, grūdų ir grūdinių produktų bei daržovių suvartojimas ir mažėjo vaisių, bulvių, pieno ir jo produktų bei kiaušinių, cukraus bei cukraus produktų, įskaitant šokoladą, suvartojimas, tačiau tai būdinga ne visoms respondentų grupėms.

Pagal Pasaulio sveikatos organizacijos rekomendacijas baltymai turi tiesti apie 15 proc., riebalai ne daugiau kaip 30 proc., o angliavandeniai ne mažiau negu 55 proc. paros maisto davinio energinės vertės, tuo tarpu Lietuvos gyventojų mitybos tyrimai parodė, kad per pastarąjį dešimtmetį baltymų, riebalų ir angliavandenių teikiama energinės vertės dalis (proc.) respondentų vidutiniame paros maisto davinyje praktiškai nekito ir neatitiko rekomendacijų (3 pav.). Taigi, Lietuvos gyventojų didžiausia maisto energijos dalis gaunama iš riebalų teikiamos energijos, o ne kaip rekomenduojama iš angliavandenių teikiamos energijos [19].

Vidutiniai vieno gyventojų energijos ir kai kurių maistinių medžiagų suvartojimo kiekiai pateikti 2 lentelėje.

2 lentelė. Lietuvos gyventojų vidutiniai energijos ir kai kurių maistinių medžiagų paros suvartojimo kiekiai 1997-2007 m.

Energija ir maistinės medžiagos	Vidutiniai kiekiai (SN*) per parą		
	1997 m. (n=2182)	2007 m. (n=1936)	Rekomenduojama paros norma [21]
Energija (kJ)	9238,5	8659,4 (3925,0)	-
Energija (kcal)	2253,3 (984,5)	2068,2 (937,1)	-
Baltymų tiekiamos energijos dalis (proc.)	13,7	16,6 (5,8)	-
Angliavandenių tiekiamos energijos dalis (proc.), iš viso	41,0	41,1 (10,1)	-
iš jų: cukrūs	-	12,6 (6,3)	-
Skaidulinės medžiagos (g)	16,2 (16,9)	17,9 (11,4)	-
Riebalų tiekiamos energijos dalis (proc.), iš viso	44,0	43,2 (9,4)	-
iš jų: sočiosios riebalų rūgštys (RR)	-	13,1 (7,0)	-
mononesočiosios RR	-	16,3 (7,8)	-
polinesočiosios RR	-	8,8 (5,4)	-
Cholesterolis (mg)	340,0	388,6 (248,0)	-
Alkoholio tiekiamos energijos dalis (proc.)	1,2	0,7 (2,6)	-
Vitaminai:			
A (RE mg)	0,4 (1,2)	1,1 (3,0)	0,8
β-karotenas (mg)	2,6 (2,9)	3,2 (7,6)	-
D (μg)	-	4,9 (8,4)	5,0
E (mg)	-	14,3 (9,8)	10,0
Tiaminas (vit. B ₁) (mg)	1,3 (0,8)	1,3 (0,8)	1,5
Riboflavinas (vit. B ₂) (mg)	1,5 (0,9)	1,5 (0,9)	1,5
Niacinas (mg NE)	22,9 (23,0)	15,7 (10,0)	17,2
Vitaminas B ₆ (mg)	-	1,6 (0,8)	1,24
Folatai (μg)	-	284,2 (297,6)	300
Kobalaminas (μg)	-	1,4 (5,0)	3,0
Askorbo rūgštis (vit. C) (mg)	124,2 (109,7)	67,6 (58,3)	60,0
Mineralinės medžiagos:			
Natris (g)	4,3 (2,5)	3,5 (2,0)	1,5
Kalis (g)	4,6 (2,7)	2,9 (1,3)	2,5
Kalcis (mg)	821,2	734,6 (394,8)	1066
Fosforas (mg)	1334,1 (587,7)	1196,7 (557,1)	900
Magnis (mg)	429,8 (280,9)	302,5 (140,4)	300
Geležis (mg)	21,3 (13,0)	11,8 (6,5)	12,0
Cinkas (mg)	-	11,1 (5,9)	12,0
Jodas (μg)	-	56,5 (57,9)	150,0
Varis (mg)	-	1,6 (1,1)	-
Manganas (mg)	-	4,3 (5,1)	-

SN* – standartinis nuokrypis

Kaip rodo atliktų tyrimų duomenys, Lietuvos suaugusių gyventojų vidutinė paros maisto davinio energinė vertė per dešimtmetį nežymiai mažėja: nuo 2253,3 kcal 1997 m. iki 2068,2 kcal 2007 m. Nustatyta, kad Lietuvos gyventojai tiek 1997 m., tiek 2007 m. mažiau negu rekomenduoja mitybos specialistai su maistu gavo skaidulinių medžiagų ir per daug cholesterolio bei natrio; taip pat mažiau negu rekomenduojama 2007 m. gavo vitaminų B₁ ir B₁₂, niacino, folatų, mineralinių medžiagų: kalcio, jodo ir nežymiai mažiau cinko ir vario, tačiau nežymiai daugiau negu rekomenduojama – vitamino E ir B₆ bei fosforo.

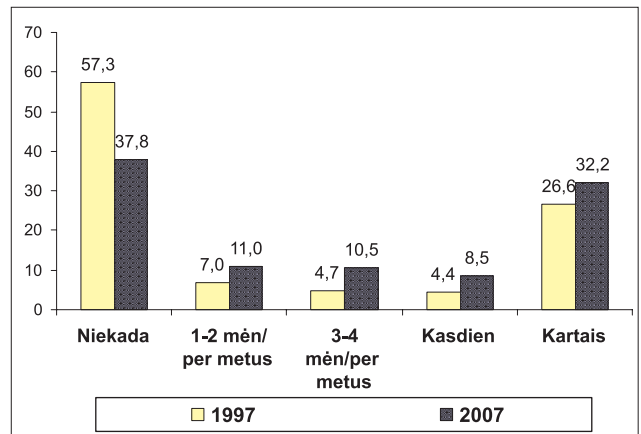
Nustatyta, kad Lietuvoje per dešimtmetį padidėjo maisto papildų vartojimas (4 pav.). 2007 m. didelė respondentų dalis – apie 62 proc. atsakė, kad vartoja maisto papildus, 37,8 proc. respondentų atsakė, kad niekada nevartojo maisto papildų; savo ruožtu, 1997 m. maisto papildus vartojo apie 42 proc. ir niekada nevartojo 57,2 proc. apklaustųjų. Nors per dešimtmetį kasdien vartojančiųjų maisto papildus padidėjo beveik du kartus, tačiau 2007 m. juos kasdien vartojo tik 8,5 proc. apklaustųjų (1997 m. – 4,4 proc.). Iš nevartojančiųjų maisto papildų daugiau buvo kaimo gyventojų, bedarbių, gyventojų su pradinio išsilavinimu ($p < 0,05$). Respondentai taip pat nurodo, kad dažniausiai vartoja polivitaminų ir (ar) mineralų turinčius maisto papildus.

Apibendrinant, galima teigti, kad Lietuvos, kaip ir daugelio kitų Europos Sąjungos šalių, didžiosios gyventojų dalies mityba, deja, nėra taisyklinga ir palanki sveikatai, todėl būtinos tiek valstybinių ir visuomeninių organizacijų, tiek specialistų ir visuomenės pastangos, kad mityba taptų sveika bei sveikatinanti ir padėtų mažinti antsvorio ir nutukimo bei lėtinių neinfekcinių ligų paplitimą.

IŠVADOS

1. Faktinės mitybos tyrimų duomenys parodė, kad didžiosios Lietuvos gyventojų dalies mityba neatitinka sveikos mitybos rekomendacijų: nepakankamai dažnai vartojama tiek šviežių daržovių ir vaisių, tiek grūdinių produktų; per dešimtmetį kasdien vartojančiųjų šviežias daržoves sumažėjo nuo 70,3 proc. 1997 m. iki 43,4 proc. 2007 m.

2. Lietuvos gyventojų maisto davinyje pastebimas riebalų perteklius (riebalinės kilmės kalorijos sudaro net 43,2 proc. paros maisto davinio energinės vertės) ir angliavandenių trūkumas (angliavandenių kilmės kalorijos sudaro tik 41,1 proc. paros maisto davinio energinės vertės); mažiau negu rekomenduojama su maistu gaunama skaidulinių medžiagų ir per daug cholesterolio bei natrio,



4 pav. Respondentų pasiskirstymas (proc.) pagal maisto papildų vartojimą 1997-2007 m.

ir šios tendencijos, kaip ir per didelis mėsos ir jos produktų vartojimas, išlieka per visą pastarąjį dešimtmetį.

3. Įžvelgiama kai kurių mitybos gerėjimo tendencijų: Lietuvos suaugusių gyventojų vidutinė paros maisto davinio energinė vertė per dešimtmetį nežymiai sumažėjo; taip pat nežymiai didėja žuvies ir jos produktų, grūdų ir grūdinių produktų vartojimas, nors tai būdinga ne visoms respondentų grupėms.

4. Didėja maisto papildus vartojančių Lietuvos gyventojų procentas: 2007 m. 37,8 proc. respondentų atsakė, kad niekada nevartojo maisto papildų, kasdien juos vartoja 8,5 proc., o 1997 m. tokių buvo 57,3 proc. ir 4,4 proc.

Literatūra

1. Tribble DL, Krauss RM. Atherosclerotic Cardiovascular Disease. Bowman BA, Russel RM. Present Knowledge in Nutrition. Washington, DC, 2001; 543-551.
2. World Health Organization. Diet, Nutrition and Prevention of Chronic Diseases. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation: WHO Technical Report Series 916. Geneva, 2003.
3. Uleckienė S., Didžiapetrienė J., Gričiūtė L.L.. Vėžio profilaktika. VU Onkologijos institutas. Vilnius, 2008.
4. Europos Bendrijų Komisija. Žalioji knyga. Sveikos mitybos ir fizinio aktyvumo skatinimas: antsvorio, nutukimo ir chroniškų ligų prevencija Europos Sąjungoje. Briuselis, 08.12.2005 KOM (2005) 637 galutinis.
5. Cundiff DK., Lanou AJ, Nigg CR. Relation of Omega-3 Fatty Acid Intake to Other Dietary Factors Known to Reduce Coronary Heart Disease Risk. Am J Cardiol. 2007; 99(9):1230-3.
6. Kleeman R, Verschuren L, van Erk MJ, Nikolsky Y. et al. Atherosclerosis and Liver Inflammation Induced by Increased Dietary Cholesterol Intake: a Combined Transcriptomics and Metabolomics Analysis. Genome Biol 2007; 8(9):200.
7. Gregor JJ, Heukamp I, Kilian M, Kiewert C. et al. Does Enteral Nutrition of Dietary Polyunsaturated Fatty Acids Promote Oxidative Stress and Tumour Growth in Ductal Pancreatic Cancer? Experimental Trial in Syrian Hamster. Prostaglandins Leukot Essent Fatty Acids. 2006; 74(1):67-74.

8. Bidoli E, Talamini R, Bosetti C, Negri E. et al. Macronutrients, Fatty Acids, Cholesterol and Prostate Cancer Risk. *Ann Oncol.* 2005; 16(1):152-7
9. McKechnie R, Rubenfire M, Mosca L. Antioxidant Nutrient Supplementation and Brachial Reactivity in Patients with Coronary Artery Disease. *J Lab Clin Med.* 2002; 139(3):139-9.
10. McQuillan BM, Hung J, Beilby JP, Nidorf M, Thompson PL. Antioxidant Vitamins and the Risk of Carotid Atherosclerosis. The Perth Carotid Ultrasound Disease Assessment Study (CUDAS). *J Am Coll Cardiol.* 2001; 38(7):1795-8.
11. Europos kovos su nutukimu chartija. Patvirtinta PSO regioninio biuro Stambule (Turkija) vykusioje Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) Europos regiono konferencijoje „Mityba ir fizinis aktyvumas sveikatai“, 2006 m. lapkričio 16 d.
12. Europos Bendrijų Komisija. Baltoji knyga. Kartu sveikatos labui, 2008-2013 m. ES strateginis požiūris. Briuselis, 23.10.2007 KOM (2007) 630 galutinis.
13. WHO. Europe Regional Committee for Europe. Fifty-seven session (Belgrade, Serbia, 17-20 September 2007). Proposed Second WHO European Action Plan for Food and Nutrition Policy 2007-2012. EUR/RC57/10 30 june 2007; 73363.
14. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. spalio 23 d. nutarimas Nr. 1325 dėl Valstybinės maisto ir mitybos strategijos ir jos įgyvendinimo priemonių 2003-2010 metų plano patvirtinimo. Valstybės žinios. 2003; 101-4556.
15. Callmer E, Hagman U, Haraldsdottir J, Loken EB, Seppanen R, Trygg K. Proposal for the standardization of 24-hour recall and similar interview methods. *Var Foda*, 1986; 38(4):259-268.
16. Sučilionė S., Abaravičius A., Kadziauskienė K., Barzda A., Bartkevičiūtė R., Kranauskas A. ir kt. Maisto produktų sudėtis (Metodiniai nurodymai gydytojams dietologams, dietistams, visuomenės sveikatos specialistams; mokomoji knyga visuomenės sveikatos ir medicinos programų studentams ir gydytojams rezidentams). Vilnius, D. Matiuko individuali įmonė, 2002.
17. Barzda A., Olechnovič M., Bartkevičiūtė R., Abaravičius A., Stukas R., Viseckienė V. Patiekalų sudėtis, maistinė ir energinė vertė (Metodiniai nurodymai gydytojams dietologams, dietistams, visuomenės sveikatos specialistams, maisto įmonių specialistams; mokomoji knyga visuomenės sveikatos, slaugos ir medicinos programų studentams ir gydytojams rezidentams). Vilnius, Valdo leidykla, 2005; 228.
18. Kadziauskienė K., Bartkevičiūtė R., Olechnovič M., Viseckienė V., Abaravičius A., Stukas R., Robertson A. Suaugusių Lietuvos žmonių gyvenamosios ir faktiškos mitybos tyrimas 1997-1998. Vilnius, Solidarity, 1999; 92.
19. Petkevičienė J., Barzda A., Bartkevičiūtė R., Abaravičius A. Sveikos mitybos rekomendacijos. Vilnius, 2005; 16 .
20. Barzda A., Abaravičius J.A., Bartkevičiūtė R., Stukas R., Olechnovič M. Suaugusių Lietuvos gyventojų maisto produktų suvartojimo ypatumai 2001-2002 metais. *Laboratorinė medicina.* 2004; 4(24):23-30.
21. Rekomenduojamos paros maistinių medžiagų ir energijos normos. Valstybės žinios. 1999; 102-2936.

LITHUANIAN ADULT POPULATION NUTRITION TRENDS DURING THE PAST DECADE

Albertas Barzda, Roma Bartkevičiūtė, Rimantas Stukas, Rima Šatkutė, Algis Abaravičius

Summary

Key words: nutrition, nutrition habits, daily food consumption, energy and nutrients

According to international guidelines, every five years since 1997, National Nutrition Center (since 1 October, 2008 - the State Environmental Health Center) is carrying out the studies of the actual nutrition, nutrition and lifestyle habits of Lithuanian adult population. Necessary amount of 3000 inhabitants of Lithuania in age 19-65 as the sample population, was consisted for each study. In each study the selected sample represented all districts of Lithuania according the proportion of total population. The same methodologies were used in each study: the standard 24 hours recall methodology for actual nutrition surveys and standard questionnaires for nutrition habits and lifestyle investigation.

It was found, that Lithuanian adults are insufficiently consuming fresh vegetables and fruits, as well as cereal-based products, obtaining less dietary fibers, than it is recommending, and receives too much cholesterol and sodium with food. Too small proportion of adult population is choosing food for health improving (disease prevention) purposes (18.9 percent in 2007 and 8.1 percent in 1997). Evaluation of nutrition of Lithuanian adult population shows the excess of fats and the lack of carbohydrates. Mentioned trend of fats and carbohydrates disbalance, as well as high consumption of meat and meat products, remains throughout the last decade. Although this is not typical for all groups of respondents, but in general a slight increase in consumption of fish and its products, as well as some decrease in consumption of sugar, sugar products, separate fat types, fruits, potatoes, milk and milk products is established. In 2007 with food is obtained less, than it is recommending, amount of some vitamins (B₁, B₁₂, niacin, folate) and minerals (calcium, iodine, zinc, copper) and slightly more vitamin E and B₆ and phosphorus. During the last decade the percentage of people taking food supplements was increased.

Correspondence to: roma@rmc.lt

Gauta 2009-12-08



KAI KURIE ALKILNITRITŲ NAUDOJIMO NE MEDICINOS PRAKTIKOJE YPATUMAI PASAULYJE IR LIETUVOJE

RIMA MAČIŪNIENĖ¹, AUDRONĖ ASTRAUSKIENĖ^{1,3}, VIKTORIJA KARLIENĖ²,
ERIKAS MAČIŪNAS², VALERIJ DOBROVOLSKIJ¹, ALGIRDAS JUOZULYNAS^{3,4}

¹ Narkotikų kontrolės departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės,

² Valstybinis aplinkos sveikatos centras,

³ Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Visuomenės sveikatos institutas,

⁴ Vilniaus universiteto Eksperimentinės ir klinikinės medicinos institutas

Raktažodžiai: *alkilnitritai, poppers, poveikis kraujagyslėms, farmakologinis poveikis, toksinės savybės, slopinimas.*

Santrauka

Alkilnitritų taikymo medicinoje pagrindą sudaro jų plečiamasis poveikis kraujagyslėms, kuris skiriasi nuo trivialaus kraujagyslių sienelių lygiųjų raumenų atpalaidavimo. Poveikis, nukreiptas į kraujagyslių vidinį sluoksnį (*tunica media*), padidina kraujo srautą ir sumažina kraujagyslių rezistentiškumą. Toks arterinių kraujagyslių išplėtimas suformuoja kraujospūdžio kritimo pagrindą, kuris tiesiogiai susietas su širdies veiklos ciklu ir bendroju periferiniu kraujagyslių rezistentiškumu. Alkilnitritai (*poppers*) išpopuliarėjo 1972 m. Radley Metzger' s kultiniame filme „Rezultatas“. *Poppers* inhaliatus imta plačiai vartoti seksualinei energijai padidinti, nes dėl staigaus kraujospūdžio kritimo svaigsta galva, jaučiama euforija, dėl raukų atsipalaidavimo padidėja homo- ir hetero-partnerių seksualumas. Patraukliausias *poppers* poveikio efektas buvo orgazmo pratęsimas.

Lietuvoje tai nauja problema, kuriai mokslininkai dar neskyrė pakankamai dėmesio ir apie kurią dar nebuvo rašyta mokslinių darbų. Kontrolės institucijos dar tik formuoja šių medžiagų praktinės kontrolės pagrindus, o analitiniuose tyimuose, jų ataskaitose dar nėra informacijos apie šią besiformuojančią problemą.

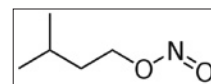
Alkilnitritų grupės *poppers* taikymo ne medicinos tikslais kontrolė ir prevencija nėra ir tikriausiai nebus paprasta. Reikia išplėsti psichoaktyviųjų medžiagų prevencijos sąvokos ribas remiantis sveikatos poreikiais, prioritetais ir galimybėmis. Narkotikų ir kitų psichoaktyviųjų medžiagų prevencija nėra stabili – jos esmė yra lankstumas besikeičiant visuomenės poreikiams.

ĮVADAS

Vaistai nuo širdies ligų? Priešnuodis? Patalpų gaiviklis? Kvaišalai? *Buzas*? Imunodepresantas? Kancerogenai? Mutagenai? ŽIV skatintojai? Į visų išvardytų priemonių sudėtį įeina ir sukelia atitinkamus poveikius – spėjamus ir nustatytus – skysti garuojantys alkilnitritai (amilnitritas, butilnitritas, izobutilnitritas, izopropilnitritas, etilnitritas, metilnitritas, cikloheksilnitritas ir kiti lakūs nitritai): organinių junginių grupės bendra formulė R-O-N=O, čia R gali būti bet kokia organinė grupė.

Alkilnitritai tam tikroje visuomenės grupėje geriau žinomi *poppers* pavadinimu. Šis neverčiamas į kitas kalbas žargoninis pavadinimas atsirado nuo spragtelėjimo atkėmšant mažą stiklinę kapsulę dar XVIII a. viduryje, kai Didžiojoje Britanijoje buvo pardavinėjamas vaistas nuo stenokardijos (jo sudėtinė dalis buvo amilnitritas).

Amilnitrito (trivialus alkilnitritų grupės atstovo pavadinimas) arba izoamilnitrito, nitramilo, 3-metil-1-nitrozooksibutano, 3-metilbutilnitrito, pentilalkoholio nitrito, nitrito rūgšties, pentilesterio, *poppers* (žargonas) bendra struktūrinė formulė tokia: C₅H₁₁ONO.



Nepaisant daugybės izomerų, struktūroje visada yra stabili amilo grupė (pagal IUPAC nomenklatūrą – pentilo) ir funkcinė nitrito grupė, kuri ir nulemia junginio chemines ir biologines savybes. Kaip ir visi alkilnitritai, amilnitritas veikia žinduolius kaip bioaktyvatorius: plečia kraujagysles ir todėl taikomas medicinoje, o kaip inhaliantas pasižymi psichoaktyviu poveikiu ir yra plačiai vartojamas pasilinksminimuose.

Alkilnitritų taikymo medicinoje pagrindą sudaro jų plečiamasis poveikis kraujagyslėms, kuris skiriasi nuo trivialaus kraujagyslių sienelių lygiųjų raumenų atpalaidavimo. Poveikis nukreiptas į kraujagyslių vidinį sluoksnį (*tunica media*), tai padidina kraujo srautą ir sumažina

kraujagyslių rezistentiškumą. Toks arterinių kraujagyslių išplėtimas suformuoja kraujospūdžio kritimo pagrindą, kuris tiesiogiai susietas su širdies veiklos ciklu ir bendruoju periferiniu kraujagyslių rezistentiškumu. Organizmo atsakas į alkilnitrito poveikį gali būti vidinis dėl supančių audinių vietinių procesų arba išorinis dėl hormonų arba nervų sistemos poveikio. Be to, atsakas gali būti lokalizuotas atskirame organe arba sistemoje [3].

Alkilnitrito veiklioji grupė yra azoto oksidas, kuris inicijuoja lygiųjų raumenų atsipalaidavimo signalą. Fiziškai tai reiškia kraujospūdžio sumažėjimą, galvos skausmo sumažėjimą, veido paraudimą, padažnęsį širdies plakimą, galvos svaigulį, lygiųjų raumenų atpalaidavimą. Pagrindinis lygiųjų raumenų taikynys yra kraujagyslių sienelės ir išangės raukas. Alkilnitritų vartojimas nesuformuoja abstinencijos sindromo, o perdozavus atsiranda pykinimas, vėmimas, sumažėja kraujospūdis, susilpnėja plaučių vėdinimas, žmogus dūsta, gali ir apalpti. Šie simptomai trumpalaikiai, atsiranda per keletą sekundžių ir pranyksta per keletą minučių [4, 5].

Alkilnitritai nuo senų laikų taikomi ir kaip detoksikantai, apsinuodijus cianidais, nes alkilnitritai oksiduoja eritrocitų hemoglobina ir paverčia cianidą netoksiniu cianmethemoglobinu [6].

Farmakologinis (plečiamasis) alkilnitritų poveikis koronariniams kraujagyslėms pagrįstas azoto monoksido susidarymu skylančiam alkilnitritams. Tai priežastis, dėl ku-

I lentelė. Kai kurių alkilnitritų grupės fizikinės ir cheminės savybės.

	Butil nitritas (izobutilnitritas)	Cikloheksilnitritas	Izopropilnitritas	Amil nitritas (izoamilnitritas)
Cheminė formulė	C ₄ H ₉ NO ₂	C ₆ H ₁₁ NO ₂	C ₃ H ₇ NO ₂	C ₅ H ₁₁ NO ₂
Molekulinė masė	103,12	129,16	89,09	117,15
Fizikinės savybės	Charakteringo kvapo geltonos spalvos aliejinis skystis, labai lakus, virimo temperatūra 78,2 (°C), tankis 0,911	Bespalvis, aštraus kvapo skystis, lakus, virimo temperatūra 67 (°C)	Gelsvas, aštraus kvapo aliejinis skystis, degus, labai lakus, virimo temperatūra 39-39,5 (°C), tankis 0,844	Gelsvas, skaidrus, degus, ypač kvapnus skystis, labai lakus, virimo temperatūra 97-99 (°C), tankis 0,88
Cheminės savybės	Gerai maišosi su alkoholiu ir eteriais, vandenyje netirpus.	Maišosi su alkoholiu ir eteriais, vandenyje beveik netirpus.	Mazai tirpus vandenyje, tirpus alkoholiuose, hidrolizuojasi išskiriant azoto oksidus	Lengvai hidrolizuojasi, veikiamas šviesos ir oro, mažai tirpus vandenyje, gerai maišosi su eteriais ir alkoholiais

rios alkilnitritai naudojami kaip žaliava vaistų gamyboje arba kaip reagentas pramoninėse sintezės procesuose, arba kaip aromatizatoriai. Dėl farmakologinio poveikio alkilnitritais pradėta piktnaudžiauti, vartojant juos kaip įkvepiamą svaigalą, tai ir sudarė prielaidas socialinėms problemoms atsirasti [7].

Nuo senų laikų (apie 100 metų) alkilnitritai naudojami inhaliacijai medicinos tikslais, yra ilga ir gerai dokumentuota jų saugos (nekenksmingumo) visuomenei istorija. Alkilnitritai plačiai naudojami patalpų dezodorantų ir aromatizatorių, aparatūros valiklių, odos valiklių gamyboje. Jų gamybą, kaip ir kiekvieno produkto, reglamentuoja teisės aktai, užtikrinantys vartotojų saugą. Tačiau per pastaruosius 40 metų didelis kiekis visų parduodamų odorantų buvo naudojami ne pagal paskirtį, o kaip lengvai prieinamas svaigalas žargoniniu pavadinimu *poppers*. Lietuvoje alkilnitritų naudojimo ne medicinos praktikoje mokslinių studijų nėra [8-10].

Darbo tikslas - išanalizuoti alkilnitritų naudojimo ne medicinos praktikoje Pasulyje ir Lietuvoje problemų sprendimo eigą ir panagrinėti kai kurias sveikos gyven-senos plėtros praktikos ypatybes.

Tyrimų metodai. Sisteminė mokslinės literatūros analizė.

REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS

Alkilnitritai (*poppers*) išpopuliarėjo 1972 m. Radley Metzger's kultiniame filme „Rezultatas“. *Poppers inhaliantai pradėti plačiai vartoti seksualinei energijai padidinti*, nes dėl staigaus kraujospūdžio kritimo atsiranda galvos svaigimas, euforija, dėl raukų atsipalaidavimo padidėja homo- ir hetero-partnerių seksualumas. Patraukliausias *poppers* poveikio efektas buvo orgazmo pratęsimas. Bet alkilnitritų poveikis nėra vienareikšmis: nuo vienos dozės gali atsirasti galvos skausmas ir čiaudulys. Nepageidautini reiškiniai atsiranda didinant dozę ir artėjant prie perdozavimo. Toks *poppers* poveikis seksualiam gyvenimui 1970-1980 m. tapo gana dažnu svarstymo objektu *Wall Street Journal* puslapiuose. Būtent pastebėjimas, kad efektui padidinti žmonės vartoja *poppers* su kitais linksminančiais preparatais, pvz., *ekstazi* su *poppers* sukelia labai staigų ir stiprų euforijos antplūdį ir fizinį malonumą, paaiškino visuotinį susižavėjimą 1970-ųjų disko ir 1980-ųjų muzika: bene labiausiai *poppers* inhaliacijos poveikis, didinantis muzikos ir šviesos pojūtį, atsispindėjo šėlsmo, orgijų scenoje ir šokių metu. Buvo pastebėta, kad alkilnitritus dažniau vartoja suaugusieji negu paaugliai, todėl mokslininkai pradėjo tyrimus dėl potenciją veikiančių preparatų derinamumo. Ilgalaikiai tyrimai parodė, kad *poppers* drauge su *Viagra*

gali sustabdyti net ir jaunų žmonių širdies veiklą.

Dėl galimų sveikatos sutrikimų bei socialinių problemų atsiradimo 1970-ųjų pradžioje buvo pradėti aktyvūs alkilnitritų vartojimo tarp jaunimo ir homoseksualų ir jų galimo žalingo poveikio žmogaus sveikatai tyrimai, nes kaip širdies skausmus mažinanti priemonė alkilnitritai jau nebebuvo taip plačiai naudojami. Mokslininkai studijavo alkilnitritų toksines savybes, letalinius atvejus dėl neriboto vartojimo, jų imunotoksinį, kancerogeninį poveikį, sąsają su AIDS, ŽIV, ŽHV-8 virusu, atsižvelgdami į vartojimo būdą, dažnį, ieškojo galimybių taikyti teismo medicinoje ir pan.

Dėl galimo alkilnitritų pavojaus sveikatai ginčijamasi nuo 1970-ųjų vidurio. 1980-1990 m. nebuvo rimtesnės problemos už ryšį tarp alkilnitritų ir AIDS, ypač domino sietis grandinėje: *poppers* – AIDS – Kapoši sarkoma. Atlikti tyrimai parodė, kad nėra tiesioginio alkilnitritų ir AIDS ryšio, nors šie preparatai yra neabejotini kofaktoriai ligos raidoje. Tyrimai parodė, kad alkilnitritai yra rizikos faktorius ŽIV ir ŽHV-8 infekcijai plisti ir turi imunosupresinį poveikį organizmui. Be to, alkilnitritų vartojimas padidina ne tik seksualinį aktyvumą, bet ir infekcijos riziką. Kapoši sarkoma 20 kartų dažniau pasitaiko ne tik tarp homoseksualių AIDS ligonių, vartojančių *poppers*, jai susiformuoti ženklų rizikos faktorių sudaro ir vien tik alkilnitritų inhaliacija. Yra darbų, įrodančių, kad amilnitritas yra nepriklausomas rizikos faktorius ŽHV-8 infekcijai, o alkilnitritų vartojimas turi stiprų ir nuo dozės priklausomą poveikį ŽHV-8 infekcijai [11, 12]. Yra darbų, kuriais bandoma nustatyti koreliaciją tarp ŽHV-8 (priklauso *herpes* šeimai), alkilnitritų vartojimo ir Kapoši sarkomos.

Mokslinių tyrimų analizė parodė, kad *poppers* vartotojai yra linkę į nesaugų seksą, kuris padidina ŽIV/AIDS ir hepatito viruso užkrėtimo ir plitimo tikimybę, nors reikia pastebėti, kad ne tik alkilnitritai susiję su nesaugiu seksu. Nesaugų seksą skatina alkoholis, marichuana ir kiti preparatai, o alkilnitritų vartojimas gali būti tik vienas iš bendros rizikos faktorių [13].

Diskusijos dėl alkilnitritų galimo žalingo poveikio žmogaus organizmui dar vyksta. Alkilnitritų negalima vartoti žmonėms turintiems problemų dėl kraujo apytakos, žemo kraujospūdžio, nes alkilnitritai yra labai paveikūs kraujotakos sistemai. *Poppers* vartojimas yra labai rizikingas žmonėms sergantiems širdies, kvėpavimo ligomis, anemija, glaukoma: pakilus akispūdžiui, trumpalaikis arba ilgalaikis neigiamas alkilnitritų poveikis gali turėti papildomos rizikos žmonėms, sergantiems glaukoma arba patyrusiems galvos traumų. Alkilnitritai yra labai nuodingi, pakliuvus ant odos,

jų prarijus ar patekus į organizmą injekcijos būdu.

Didelė alkilnitritų dozė gali sukelti methemoglobinemiją, ypač tiems, kurie turi tam polinkį. Ilgai vartojant labai dideles alkilnitritų dozes atsiranda tikimybė išsivystyti methemoglobinemijai. Vartojant *Viagrą* drauge su alkilnitritais gali ištikti širdies paralyžius, o sergantiems anemija, kvėpavimo takų nepakankamumu, hipertenzija gali atsirasti rimtų komplikacijų rizika. Neišvalyti alkilnitritai gali nudeginti odą kontakto metu. Visi alkilnitritai gali turėti letalinį poveikį prarijus arba injekcijos atveju. Žinoma atvejų, kad vartotojai kenčia stiprius galvos skausmus.

Pasaulyje yra šalių, kuriose *Poppers* rinkos plėtojimas ir poveikis sveikatai vertinamas, kaip neturintis ženklus poveikio žmogaus sveikatai ir visuomenei. Jose pateikiamas 20 pavojingų medžiagų sąrašas, kuriame pirmasis įrašytas heroinas, o 19 vietoje pagal išstudijuotas savybes – alkilnitritai. Išvada „nekenksminga“ yra oficiali JAV Maisto ir vaistų rinkos priežiūros agentūros (FDA) nuo 1981 m. pozicija, kuri paaiškinama teigiant, kad nėra įrodymų apie patalpų dezodorantų pavojingumą ir yra per mažai įrodymų apie alkilnitritų sukeltą ūmų toksiškumą, neigiamą poveikį sveikatai [14-16]. Kai kurie ekspertai paskelbė, kad alkilnitritai ne tik nėra potencialiai pavojingi, bet ir gali būti naudojami kaip afrodisiakai, tiesa, atsižvelgus į suderinamumo efektus ir sociologinius aspektus.

Valstybių valdžios institucijoms visada kėlė nerimą *poppers* rinka, kurią bandoma riboti teisės aktais, nepaisant visos serijos 1980-1990 m. publikacijų apie *poppers* nekenksmingą poveikį žmogui ir 2008 m. paskelbto sąrašo, kuriame *poppers* per 18 pozicijų atitole nuo heroino [17]. Jungtinėse Amerikos Valstijose alkilnitritai uždrausti nuo 1988 m. Be to, mokslinių ekspertizų pagrindu izobutilnitritiniai *poppers* (IBN) paskelbti „uždraustu, kenksmingu produktu“, kurio negalima gaminti, parduoti, platinti. Kitų alkilnitritų pagrindu pagaminti *poppers* gali būti pardavinėjami, kaip patalpų dezodorantai, bet ne inhaliantai, nes tada jie klasifikuojami kaip medicinos preparatai ir jiems pardavinėti reikia farmacininko licencijos. Pardavinėjantys *poppers* kaip inhaliantą baudžiami pagal Baudžiamąjį kodeksą. Tačiau tie, kurie nenori, kad patalpose tvyrotų nemalonūs kvapai, gali *poppers* laisvai nusipirkti sekso prekių parduotuvėse ir kitur. Toks dalinis valdžios sprendimas rėmėsi tuo, kad alkilnitritai sudaro santykinai nedidelę dalį vaistų, kuriais piktnaudžiaujama JAV. Paskutiniajame dešimtmetyje jų vartojimas ženkliai sumažėjo. Jie nekvalifikuojami kaip nelegalūs, gatvėse paplitę arba plačiai naudojami vaistai [18].

[domus palyginamasis tyrimas buvo paskelbtas žurnale *Lancet* 2007 m. [19]. Tyrėjai nustatė, kad alkoholis ir rūkymas ženkliai pavojingesni negu dauguma uždraustų kvaišalų, įskaitant marihuaną ir *poppers*; alkoholis ir rūkymas yra sąrašo dešimtuose, marihuana – 11, alkilnitritai – 19 vietoje. Tyrėjai buvo iš dviejų mokyklų, laikomi savo srities ekspertais. Darbo grupėse dalyvavo teisininkai, chemikai, farmakologai, kiti specialistai iš Karališkosios psichiatrų draugijos. Didžiojoje Britanijoje jau apie šimtmetį naudojama draudžiamų vaistų klasifikacijos sistema, kurios tikslas nustatyti konkrečią kiekvieno vaisto pavojaus ir rizikos atitiktį.

Apibendrinant pateiktą medžiagą gali susidaryti nuomonė, kad alkilnitritai, kurie beveik 300 metų žinomi kaip širdies skausmus palengvinantys vaistai, kaip priešnuodis apsinuodijus cianidais ir dabar jau apie 40 metų suteikiantys žmonėms ypatingą malonumą (jei esi sveikas pagal visus galimus sveikatos rodiklius), yra sveiką ir smagų gyvenimo būdą užtikrinanti priemonė. Bet kyla du klausimai: 1) Kodėl JAV ir kitų valstybių gyventojų saugą reglamentuojantys teisės aktai leidžia naudoti alkilnitritus, kaip patalpų dezodorantus arba gaiviklius, bet už jų kaip kvaišalų platinimą, baudžia pagal atitinkamo kodekso straipsnį?; 2) Kodėl nekreipiama dėmesio į nuo 1982 m. atliekamus tyrimus, nustačiusius, kad alkilnitritai veikia žmogaus organizmo ląstelinių lygį?

Atsakymas į pirmą klausimą gana paprastas: valdžios institucijos stengiasi tolerantiškai reaguoti į junginius, kurie turi teigiamų ir neigiamų savybių, ir tikisi, kad laikas atmes nepageidautiną poveikį sukeliančias priemones.

Sunkiau vertinti mokslinių tyrimų rezultatų nepaisymą. 1983-2006 m. tyrimų rezultatai parodė, kad alkilnitritai:

- turi toksinį, slopinantį poveikį imuninei sistemai [20, 21, 22, 23, 24, 25];
- slopina ląstelių žudikių (angl. „*natural killer cell*“) aktyvumą; jų metabolizmo mechanizmas yra skirtingas priklausomai nuo patekimo į žmogaus organizmą būdo: įkvėpus ar injekcijos būdu [26, 27];
- stiprūs limfocitų imunosupresantai *in vitro*, o jų parametabolitai – stiprūs kancerogenai daugeliui gyvūnų rūšių [28];
- toksiški, kancerogenai [29, 30, 31];
- nustatyti nauji pelių imuninę sistemą veikiančių parametrai, kurių kitimas nepriklauso nuo dozės [32];
- sukelia visos sekos genų, atsakingų už kancerogenezę ir angiogenezę, kitimus [33].

Lietuvoje tai nauja problema, kuriai mokslininkai dar neskyrė pakankamai dėmesio ir apie kurią dar nebuvo rašyta mokslinių darbų. Įvairios kontrolės institucijos dar

tik formuoja šių medžiagų praktinės kontrolės pagrindus, o analitiniuose tyrimuose, jų ataskaitose dar nėra informacijos apie šią besiformuojančią problemą [34, 35, 36]. Mūsų šalyje, kaip ir kitose Europos Sąjungos valstybėse, vis atsiranda naujų sintetinių ir augalinės kilmės medžiagų bei preparatų, kuriuos reklamuodami nesąžiningi verslininkai skatina naudoti ne pagal paskirtį ir taip kelia rimtą grėsmę žmonių sveikatai. Naujos psichoaktyviosios medžiagos Lietuvą pasiekė kartu su iškovota nepriklausomybe ir Europos Sąjungos suteiktomis teisėmis bei garantuotomis laisvėmis, tarp kurių yra ir laisvas asmenų bei laisvas prekių judėjimas. Informacinių technologijų pažanga bei plėtra, interneto populiarumas ir prieinamumas pagreitino naujos kartos kvaišalų atsiradimą Lietuvos rinkoje bei naujų jaunimo pasilinksminimo kultūros tradicijų formavimą. Informacinių technologijų ir ryšių priemonių pokyčiai, ypač internetas, užtikrina naujus kanalus, kuriais lengviau plinta naujos tendencijos ir reiškiamos įvairios nuomonės apie kvaišalų vartojimą bei su juo susijusius pojūčius ar pavojus. *Poppers* platinamas pačiais populiariausiais ir jaunimui priimtinausiais būdais: internetinės parduotuvės, mažos pasilinksminimui skirtų prekių krautuvės, jaunimo laisvalaikio klubai, sekso prekių parduotuvės ir individualus platinimas, pristatant prekę į bet kurią nurodytą pirkėjo nurodytą vietą. *Properis*, *Popersas*, *gyvasis vandenėlis*, *eterinis aliejus*, *buzas*, *kaifutis* ar dar kitaip Lietuvoje vadinamus kvaišaus oficialūs gamintojai dažnai pavadina kambario aromatais, netgi lazerio galvučių valikliu, odos gaminių valikliu ar nurodo dar egzotiškesnę paskirtį. Ir tik vartotojų atsiliepimai internetiniuose forumuose leidžia suprasti, kam iš tikrųjų naudojamos šios cheminės medžiagos.

Pagrindinė problema yra ta, kad toli gražu ne visos tos medžiagos yra narkotikai. Todėl ir jų kontrolė yra kitokia nei taikoma narkotinėms ir psichotropinėms medžiagoms. Atsižvelgiant į tai, kad Lietuvoje informacija apie šias medžiagas gaunama per informacines technologijas, preliminariai galima būtų teigti, kad tai jaunų ir aukštesnio išsilavinimo asmenų problema. Šių medžiagų vartojimo lydimieji reiškiniai: daugkartinis neigiamas poveikis imuninei sistemai, toksinis poveikis organizmui, kancerogeninis poveikis, įsiskverbimas į genų funkciją, turėtų paskatinti šios „nekaltos“, 19 vietoje esančios cheminės medžiagos, sukeliančios psichoaktyvų efektą, mokslinius tyrimus, analizuojančius poveikio rezultatus mūsų palikuonims. Taip pat turėtų būti sukurta mechanizmų kontrolė, skatinanti gamintojus atsakyti šių medžiagų buities produktuose ir t. t.

IŠVADOS

1. Alkilnitrūtų grupės *poppers* taikymo ne medicinos praktikoje kontrolė ir prevencija nėra ir tikriausiai nebus paprasta.

2. Reikia išplėsti dabartinės psichoaktyviųjų medžiagų prevencijos sąvokos ribas remiantis sveikatos poreikiais, prioritetais ir galimybėmis.

3. Narkotikų ir kitų psichoaktyviųjų medžiagų prevencijos esmė yra lankstumas besikeičiant visuomenės poreikiams.

Literatūra

1. The Merck Index. An encyclopedia of chemicals, drugs and biologicals. Fourteenth edition; Merck & Co., Inc. Whitehouse Station, Nj, USA, 2006; ISBN 0-911910-00-X.

2. Daukšas K., Barkauskas J., Daukšas V. Chemijos terminų aiškinamasis žodynas. Mokslo ir enciklopedijų leidybos institutas, Vilnius, 2003.

3. Cardiovascular Physiology Concepts, Published by Lippincott Williams & Wilkins, 2005; ISBN: 078175030X

4. Arendt, D, Technau U, and Wittbro. Cardiovascular Physiology Concepts, Published by Lippincott Williams & Wilkins, 2005; ISBN: 078175030X

5. Wilkinson I, Turmezei T, Cheung CK. Oxford Handbook of Clinical Medicine. United Kingdom: Oxford, 2007; ISBN 0-19-856837-1

6. Denshaw-Burke M, Savior CD, Schoffstall J. Methemoglobinemia. 2006; www.emedicine.com/med/TOPICT1466.HTM. Retrieved on 2008-03-31.

7. Vale JA. Toxicology. 2001; 168(1):37–38.

8. Narkauskaitė L., Juozulynas A., Mačiūnienė R., Venalis A., Mačiūnas E., Psichiką veikiančios medžiagos ir jų sukeltos problemos. Monografija. Vilnius, 2009.

9. Juozulynas A., Jurgelėnas A., Astrauskienė A., Prapiestis J., Butikis M., Savičiūtė R. Psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo integralaus poveikio jaunų žmonių sveikatai problema. Visuomenės sveikata. 2009; 1(44).

10. Astrauskienė A., Gasperas V., Žibaitytė R., Žagminas K., Stukas R. Psichoaktyviųjų medžiagų vartojimui vaikų globos namuose įtaką darantys veiksniai. Visuomenės sveikata. 2009; 2(45).

11. Casper et al. EXPLORE tyrimas, Sexually Transmitted Infections June 1. 2006; 82 Issue 3:229-235.

12. Goedert JJ. and Blattner WA. In: AIDS: ETIOLOGY, DIAGNOSIS, TREATMENT, AND PREVENTION. eds.: DeVita VT, Heuman S. and Rosenbert SA. J.B. Lippincott Company. New York, 1985.

13. Hamilton R. Director of Recall and Litigation, Bureau of Drugs Food and Drug Administration (FDA). January 30, 1981.

14. Novitch M. FDA Commissioner. April 18, 1984.

15. Radhey L, Singhal PhD. Professor and Chairman Department of Pharmacology, University of Ottawa, July 30, 1979.

16. Lowry TP. Journal of Psychoactive Drugs; Jan-Jun, 1982; 14(2):77-79).

17. DuPont Robert L. President, DuPont Associates Clinical Professor of Psychiatry Georgetown University School of Medicine Washington, D.C, July 2, 1990.

18. REPORT of the Committee on Labor and Human Resources. The Hon. Edward M. Kennedy, Chairman US. Senate Washington, D.C. May 4, 1988.

19. Hersh EM, Reuben JM, Bogerd H, Rosenblum M, Bielski M, Mansell PWA, Rios A, Newell GR, Sonnenfeld G. Cancer Res. 1983; 43:1365.

20. McFarland et al. American Journal of Epidemiology. 1997; 146:662.

21. Soderberg LS. J Neuroimmunol.1998; PMID 9610684.

22. James JS. AIDS Treat News, 325. 1999; PMID 11366577.

23. James JS. AIDS Treat News 317. 1999; PMID 11366993.

24. Ponnappan U, Soderberg LS. Journal of Leukocyte Biology. April, 2001; 60:639-644. PMID 11310851.

25. Soderberg LS et al. Toxicology Letters. Aug 30, 2004; 152(1):47-56. PMID 15294346.

26. Lotzova E. et al. 1984; 17:130-34, PMID 6235910.

27. Soderberg et al. Drugs of Abuse, Immunity, and Immunodeficiency, Ed. Freidman et al., Plenum Press, New York, 1991.

28. Pharmacotherapy. PMID 6150466.

29. Mirvish SS, Ramm MD, Bobcock DM. In: Health Hazards of Nitrite Inhalants (Haverkos H.W. Dougherty J.A., eds.). 1988.

30. Gaworski et al. Fundamental and Applied Toxicology. 1992; 19:169.

31. Soderberg and Flick. Int J Immunopharmac. 1997; 19:305.

32. Soderberg LS Fundamental and Applied Toxicology. 1991; 17:821-824. PMID 1778367.

33. Tran DC, Brazeau DA, Nickerson PA, Fung HL Nitric Oxide. 2005; PMID 16288974.

34. Europos narkotikų ir narkomanijos stebėsenos centras. 2009 m. metinė ataskaita; narkotikų problema Europoje. Liuksengurgas, 2009.

35. Astrauskienė A., Gasperas V., Jasaitis E. Psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo paplitimas Lietuvoje 2004 ir 2008 metais. Narkotikų kontrolės departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės, 2009.

36. Astrauskienė A. Narkotikų kontrolės departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės, metinis pranešimas. 2009.

SOME PECULIARITIES OF USING ALKYL NITRITES IN THE NO MEDICINE PRACTICE IN THE WORLD AND IN LITHUANIA

Rima Mačiūnienė, Audronė Astrauskienė, Viktorija Karlienė, Erikas Mačiūnas, Valerij Dobrovolskij, Algirdas Juozulynas

Summary

Key words: alkyl nitrites, poppers, the impact on blood-vessels, the pharmacological action, toxic properties, repression.

Alkyl nitrites used in medicine, because the basic action of them is to relax smooth muscle. The dilating effect on the systemic arterioles reduces peripheral vascular resistance and this is usually associated with a decrease in systemic blood pressure.

The existence of poppers became more widely known to the layman when they appeared in Radley Metzger's film (1972). Poppers are often used to enhance a sexual experience. The head rush, euphoria, and other sensations that result from the increased heart rate are often felt to increase sexual arousal and desire. At the same time, the relaxation of the sphincters can make penetration easier. It is widely reported that poppers can enhance and prolong orgasms.

It is a new problem in Lithuania and scientists have not paid sufficient attention to it, so scientific publications are not available yet. Control institutions still form the basis of materials of practical control, and analytical studies, in their reports yet about this emerging problem.

Control and prevention of „poppers“ is not easy and probably it will not be easy in future. We need to extend the current concept of prevention of psychoactive substance. Elaboration must be reference of health needs, priorities and opportunities. Prevention of drugs and other psychoactive substances does not unchanging. Prevention must be flexible, because needs of society can changing.

Correspondence to: rima.maciuniene@nkd.lt

Gauta 2009-12-11

LABDARIŲ DRAUGIJOS VILNIUJE ĮSTEIGIMO KAI KURIE FILANTROPIJOS IR MEDICINOS SAVASTIES ASPEKTAI XIX A. PRADŽIOJE

ALMANTAS BAGDONAVIČIUS^{1,2}, ŠVITRA GENIENĖ³

¹ Vilniaus universitetas, ² Kauno medicinos universitetas,

³ Lietuvos katalikų mokslo akademija

Raktažodžiai: *labdarių draugija, brolija, vakcinacija, visuomenės sveikata, institutas.*

Santrauka

Žemiau skurdo ribos atsidūrusių žmonių medicininės pagalbos problemų sprendimas buvo ir yra aktualus šiandien. XIX a. pradžioje Lietuvoje religinės pagalbos vargšams tradicijai persipynus su privačia pasauliečių iniciatyva ir valstybės organizuota labdara, ryškėjo gausėjančių krikščioniškųjų labdarybės įstaigų mediciniškoji paskirtis bei organizacinė struktūra. Plečiant filantopinę ir medicininę pagalbą vargšams, Vilniaus vyskupo Jono Nepomuko Kosakovskio (Jan Nepomucen Kossakowski) ir Vilniaus universiteto profesoriaus Jozefo Franko (Joseph Frank) pastangomis, pritariant Rusijos imperatoriui Aleksandrui I (Александр I Павлович), 1807 metais Vilniuje įsteigta plačiausiai žinoma Labdarių draugija. Pasižymėjusi kaip religinė organizacija, privačiai pasauliečių iniciatyvai susipynus su valstybės organizuota labdara, draugijos vykdomoje veikloje buvo ryški medicininė kryptis. Pagrindinis steigiamos draugijos veiklos tikslas – kovoti su elgetavimu, duoti žmonėms darbo ir mokyti juos amato, globoti vaikus, motinas ir senelius, slaugyti neturtingus ligonius, bei teikti nemokamą medicininę pagalbą neturtingiems Vilniaus gyventojams, spręsti aktualius žmonių vakcinacijos klausimus.

Akstinas įsteigti Labdarių draugiją buvo prof. J. Franko 1806 m. įsteigtas Namų institutas, kurį reorganizavus – įjungiant į Labdarių draugijos sudėtį ir tapus Trečiuoju skyriumi, jo vykdoma veikla buvo teikti nemokamą kvalifikuotą medicininę pagalbą neturtingiesiems, globoti besilaukiančias ir pagimdžiusias moteris bei vaikus, spręsti beglobių vaikų vakcinacijos nuo raupų

klausimus. Vakcinacijos problemoms spręsti buvo įsteigtas vienas pirmųjų tokio tipo Europoje profilmaklinės medicinos mokslinių tyrimų Vakcinacijos institutas.

ĮVADAS

Visame pasaulyje galioja dėsningumas – didėjant atskirų gyventojų grupių turtinei bei socialinei atskirčiai, mažėja medicininės pagalbos prieinamumas. Ši problema tampa vis aktualesnė ir Lietuvoje. Šiuolaikiniame moksle nemažas dėmesys yra skiriamas gyvenimo nuskriaustų, patyrusių didesnę ar mažesnę socialinę atskirtį žmonių, kurie egzistavo ir egzistuoja tarsi už „normalios“ visuomenės ribų, tyrimams. Dėl savito gyvenimo būdo, elgsenos, valdžios ir visuomenės požiūrio į jas, šie marginalinių visuomenės grupių atstovai, kilę iš įvairių socialinių sluoksnių – valstiečių, miestiečių ir bajorų, skirtingo amžiaus požiūriu, priklausomai nuo vietos ir laiko, nepriskirtini nė vienam luomui. Užimantys svarbią vietą pagoniškame lietuvių gyvenime jie buvo tapatinami su žyniais, dalyvaudavo įvairiose apeigose [1].

Struktūrinė viduramžių visuomenės krizė, karai, infekcinių susirgimų epidemijos smarkiai didino šių žmonių skaičių. Naujųjų laikų pradžioje (XVI-XVIII a.), dėl padidėjusios socialinės diferenciacijos, atskirties ir marginalizacijos mastų, labiausiai pastebima skurdžioji visuomenės dalis – įvairūs marginaliniai sluoksniai bei grupės, sudarę maždaug 5-10 proc. visuomenės [2].

Lietuvos Didžiojoje Kunigaikštystėje medicinos, o ypač sanitarijos, reikalai buvo labiau suprantami kaip vykdoma labdaros veikla. Sanitarijos sritis nebuvo atskiriama nuo miesto ūkio. Buvo rūpinamasi bendra miesto sanitarine būkle, gatvių švara, geriamuoju vandeniu, viešosiomis pirtimis, mityba, taikomos įvairios priemonės epideminių susirgimų mažinimui [3].

Organizuotos karitatyvinės veiklos pradžią tyrinėtojai sieja su bažnytinėmis brolijomis: 1430 m. pabaigoje prie Vilniaus Šv. Jono bažnyčios pradėjo veikti brolija,

kurios nuostatai įpareigojo narius užsiimti labdara [4]. Pirmosios prieglaudos, Lietuvoje atsiradusios XVI a., buvo karitatyvinės, labdarybės tikslais skirtos palieguosiams, susenusiems, vienišiams, beturčiams žmonėms globoti. Vilniuje pirmoji prieglaudų tipo įstaiga – špitolė, turinti 10 lovų, atidaryta 1518 m., kuriai karalius Žygimantas Senasis (*Zygmunt I Stary*) padovanojo sklypą. Lėšos, reikalingos špitolių išlaikymui buvo surenkamos iš gyventojų ir gaunamos iš atskirų pasiturinčių asmenų fundacijų. Valstybės išdas tada špitolių neišlaikė, tik kartais valstybė duodavo tam tikrų ekonominių privilegijų, kaip Vilniaus Trejybės vardo špitolei karalius Žygimantas Senasis davė pelningą teisę naudotis mokesčiu už perėjimą tiltu per Viliją [5].

Krikščioniškos labdarybės stacionariųjų įstaigų Lietuvoje gausėjo, tolydžio vis daugiau ryškėjo jų mediciniškoji paskirtis bei organizacinė struktūra. Kaip savita, specifinė, originali savivaldos ir miesto valdžios kontrolės samplaika pasižymėjo Vilniaus elgetų organizacija, įsteigta 1636 m. ir gyvavusi iki 1784 m. Pradėjus suvokti, kad marginalų egzistavimas susijęs su krašto ekonomikos būkle, nedarbo mastais, XVIII a. pab. Lietuvoje bei Lenkijoje pastebimos gilesnės permainos šių žmonių problemų sprendimo srityje. Prieglaudas steigti pradėjo kunigai, aukštuomenės atstovai ir paprasti parapijiečiai bendromis pastangomis. Tai buvo naujas reiškinys Lietuvos prieglaudų istorijoje [6].

Dauguma prieglaudų buvo funduotos XVIII a. antroje pusėje–XIX a. pradžioje. 1792 m. Lietuvoje veikė 194 prieglaudos [7]. Plačiausias prieglaudų tinklas buvo Telšių, Raseinių ir Šiaulių pavietuose. Iš viso Lietuvos prieglaudose 1794–1797 m. buvo globojami 5279 žmonės (1845 vyrai ir 3434 moterys) [8].

Tyrimo tikslas – apžvelgus filantopinių įstaigų Lietuvoje istoriografiją, marginalines visuomenės grupes, siejant valdžios valdymą su privačia pasauliečių iniciatyva, atskleisti Labdarių draugijos Vilniuje kai kuriuos įsteigimo aspektus filantropijos ir medicinos atžvilgiu.

TYRIMO OBJEKTAS IR METODAI

Tyrimo objektas – pasaulietiškos, plačiausiai žinomos Labdarių draugijos Vilniuje, gyvavusios 1807–1914 m. ir pasižymėjusios kaip religinė organizacija, privačiai pasauliečių iniciatyvai susipynus su valstybės organizuota labdara, ir kurios veikloje buvo ryški medicininė kryptis, įsteigimas.

Tyrimas atliktas remiantis archyviniais dokumentais bei literatūra, naudojant istorinio aprašymo ir lyginamosios istorinės analizės metodus.

REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS

XIX a. pradžioje marginalinių visuomenės grupių problema Vilniuje buvo labai aktuali. Kasmet Špitolių komisijos, įkurtos 1775 m. ir atitikusios Sveikatos ir Socialinės apsaugos ministerijų vykdomą veiklą tvarkant finansavimą, steigiant prieglaudas, ligonines, vaistines kiekvienoje vaivadijoje, protokoluose atsispindėjo nerimas ir neviltis ypač dėl nuolat didėjančio marginalų skaičiaus [9, 10].

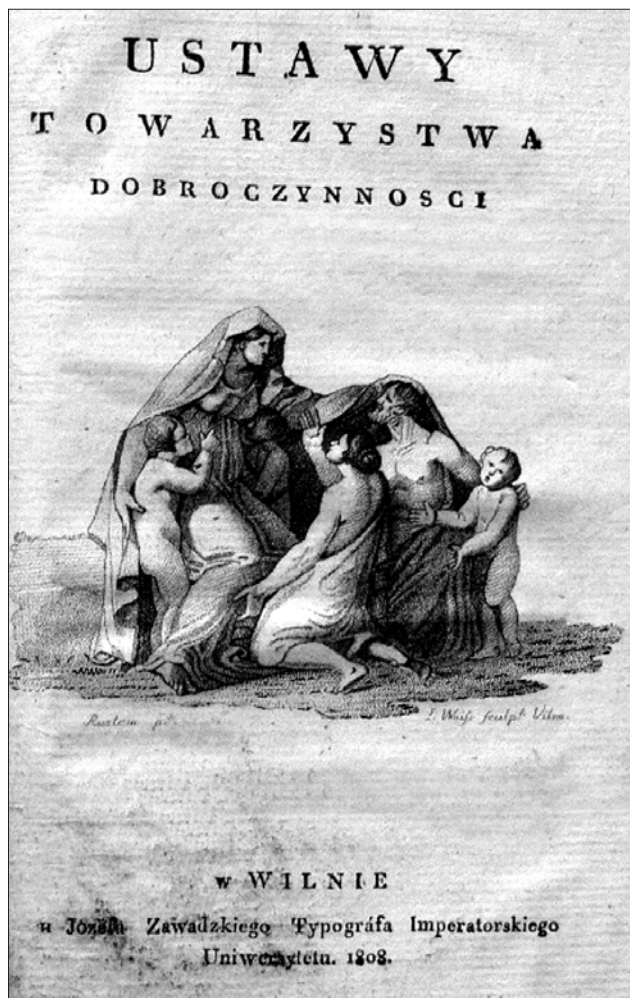
Tuometinei Vilniaus marginalinei visuomenei priklausė amatininkai, samdiniai, buvę kareiviai, besilaukiančios ar jau pagimdžiusios moterys, vaikai, elgetavę bastūnai ir nusikaltėliai. Suaugusių asmenų amžius svyravo nuo 20–90 metų, nors vidutinis jų amžius buvo apie 50 metų. Darbo ieškantys ir keliaujantys amatininkai: batsiuviai, siuvėjai, staliai, dailidės ir kiti meistrai nepriklausė nei amatų cechams, nei dvarams ir nemokėjo mokesčių. Keliaudavo ieškodami darbo ir samdiniai, padieniai darbininkai, pjaudavę malkas, ganydavę gyvulius, plukdę sielius ir atlikdavę kitus darbus. Prisijungdavo atskirti nuo namų, atitrūkę nuo artimųjų, suluošinti, likę vieniši kareiviai. Išskirtinio dėmesio sulaukė vienišos, besilaukiančios ar jau pagimdžiusios moterys, kurių vienos buvo laisvo elgesio, o kitos – pastojusios ir gatvėje atsidūrusios dėl įvairių nepalankiai susiklosčiusių aplinkybių, bei vaikai, kurių vieni keliaudavo su motinomis, kiti, anksti tėvų netekę našlaičiai, keliaudavo vieni. Išmanydami išmaldos prašymo techniką, turintys savitą stilių elgetaujantys bastūnai pasižymėjo pabrėžtiniu pamaldumu, išvaizdos išskirtinumu, iškalbingumu, mokėjimu save tinkamai pateikti, sugebėjimu greitai prisitaikyti prie aplinkybių, sugebėjimu kontroliuoti savo emocijas. Atskirą grupę sudarė nusikaltėliai, kuriems priskiriamos organizuotos nusikalstamumo struktūros – plėšikų gaujos [11].

Priežastys, lėmusios šių grupių atsiradimą, buvo skurdas, baimė būti nubaustam, rekrutavimo baimė, artimų žmonių mirtys, kurių ypač padaugėdavo siaučiant infekcinių ligų epidemijoms. Tuometinėje Lietuvoje, kaip ir visoje Europoje ir Rusijoje, siautė šiltinė, skarlatina, difterija, raupai, dizenterija, kaltūnas [12].

Filantropijos organizavimas tapo pažangios Vilniaus visuomenės viešu rūpesčiu. Daugiausia valdžios ir labdaros organizacijų dėmesio susilaukė vaikai, besilaukiančios ar pagimdžiusios moterys, elgetaujantys bastūnai. Gubernijos valdžia, atkreipdama dėmesį į vargingosios Vilniaus visuomenės sveikatos gerinimą, nemažą dėmesį skyrė špitolių, kuriose buvo gydomi vargingesnio sluoksnio atstovai, veiklai gerinti. Išlaikomos iš aukų ir pajamų, gautų iš valdovų privilegijomis duoto nekil-

nojamojo turto, 1795 m. Vilniuje buvo keletas špitolių prie įvairių vienuolynų ir bažnyčių: Šv. Trejybės, Marijos Magdalenos, Išganytojo, Petro, Juozapo, Kristaus Kūno, Vokiečių. Siekiant pagerinti asmenų, gyvenančių Vilniuje sveikatos problemų sprendimą, 1795-1799 m. Lietuvos Špitolių komisija visas tas atskiras špitoles sujungė į vieną Generalinę Jokūbo špitolę, išlaikomą išdo [13].

Isteigtose prieglaudose Vilniuje benamiams vietų neužteko, tad nuo 1791 m. mažinti benamių skaičių buvo pavesta Policijos komisijai, kuri taikė represinius veiksmus – benamiai tiesiog būdavo išsiunčiami iš miesto. Taikomos priemonės, mažinančios benamių skaičių, duodavo tik trumpalaikius teigiamus rezultatus, nes daugiausia buvo kovojama su reiškiniu pasekmėmis, o ne su priežastimis.

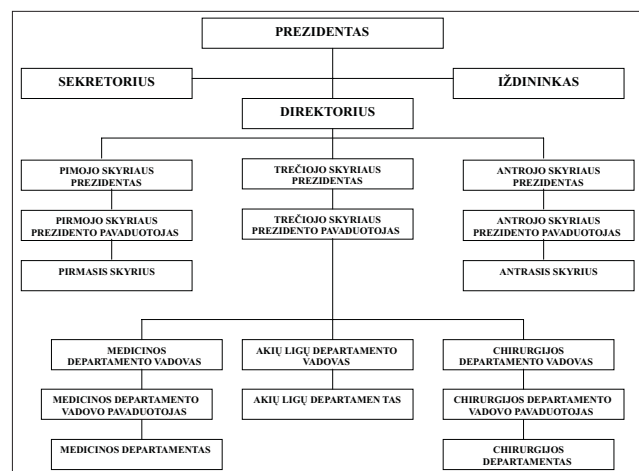


1 pav. Labdarių draugijos nuostatų titulinis puslapis, 1808 m. Jono Rustemo (*Jan Rustem*) tapytas paveikslas (LVIA, F1472, ap.1, b.1, p.4).

Bandant kovoti su benamystę sukeliančiomis priežastimis, Vilniaus vyskupas J.N. Kosakovskis 1792 m. kreipėsi į parapijas, amatininkus, fabrikus, norėdamas padėti įdarbinti benamius, nes prieglaudose buvo talpinami tik ligoti, negalintys dirbti asmenys [14].

Medicinos mokslą plėtojęs Vilniaus universiteto profesorius J. Frankas filantropiją derindamas su medicina, teikė sistemingą medicinos pagalbą prieinamą ir vargingiesiems Vilniaus bei artimiausių jo apylinkių gyventojams. Jis 1806 metais įsteigė Namų institutą, teikiantį nemokamą medicininę pagalbą į namus neturtingiesiems Vilniaus miesto gyventojams. Lėšos ligonių pagalbai į namus buvo gaunamos labdaros pagrindais per Frankų šeimos organizuojamus Vilniaus aukštuomeinei labdaros renginius, prie kurių prisidėdavo įtakingos aukštuomenės damos [15].

Siekdamas padėti spręsti Vilniaus vargingosios visuomenės problemas Vilniaus vyskupas J.N. Kosakovskis sumanė įsteigti Labdarių draugiją. Draugijos steigimo sumanymą inspiravo iš Vienos atvykusio dirbti Vilniaus universitete prof. J. Franko įsteigto Namų instituto sėkmingai vykdoma veikla [15]. J. Frankas savo memuaruose rašė, kad 1806 m. kovo 1 d. prieš jo surengtą Kasino koncertą, Vilniaus vyskupas pateikęs jam savo sumanymą dėl Labdarių draugijos įkūrimo, siūlydamas Namų institutą reorganizuoti įjungiant į naujai kuriamos Labdarių draugijos sudėtį. J. Frankui priėmus pasiūlymą, Namų institutas, turintis atskirą finansavimą, buvo reorganizuotas į Labdarių draugijos trečiąjį skyrių, kuriam pagal Labdarių draugijos nuostatus buvo privalu spręsti vargingos Vilniaus visuomenės sveikatos klausimus, pagrindinį dėmesį kreipiant beglobių vaikų skiepijimui



2 pav. Labdarių draugijos struktūra 1807-1808 m. (LVIA, F1472, ap.1, b.1, p.4-22).

nuo raupų, ligonių gydymui teikiant nemokamą kvalifikuotą gydytojo pagalbą, rūpintis besilaukiančiųjų ir pagimdžiusių moterų sveikata bei vaikais [16].

Labdarių draugijos nuostatai buvo parašyti 1806 m., o patvirtinti 1807 m. gruodžio 3 dieną draugijos susirinkime [17] (1 pav.). Šiuos nuostatus patvirtino imperatorius Aleksandras I 1808 m. vasario 15 d., iš valstybės išdo Labdarių draugijai paskyręs 10 tūkstančių rublių ir pats draugijai paaukojęs 5850 sidabro rublių [18]. Patvirtintuose nuostatuose pateikta draugijos struktūra (2 pav.). Labdarių draugijos Prezidentu buvo išrinktas Vilniaus vyskupas J.N. Kosakovskis, išdininku – Antonijus Prozoras (*Antoni Prozor*), sekretoriumi, o kartu ir direktoriumi – Jozefas Kosakovskis (*Jozef Kosakowski*). Pirmojo skyriaus prezidentu išrinktas Mykolas Kleopas Ogiński (*Michał Kleofas Ogiński*), jo pavaduotoju – Antonijus Lachnickis (*Antoni Lachnicki*). Antrojo skyriaus prezidentu išrinktas Tomas Vavžeckis (*Tomasz Wawrzecki*), jo pavaduotoju – Jozefas Mostovskis (*Jozef Mostowski*). Trečiojo skyriaus, atsakingo už medicinos reikalų tvarkymą, prezidentu ir Medicinos departamentu vadovu buvo išrinktas prof. J. Frankas, jo pavaduotoju ir Akių ligų departamento vadovu – Sebastjanas Blaszkevičius (*Sebastjan Blaszczykiewicz*), Chirurgijos departamentui vadovavo Ferdinandas Niškovskis (*Ferdynand Nizkowski*), jo pavaduotoju išrinktas Janas Šlegeris (*Jan Szlegel*) [17].

Labdarių draugijos būstinė įsikūrė Labdarių g. 3 (dabar Vilniaus g. 22) Vilniuje, kur LDK didžiojo etmono Jonušo Radvilos statytus ir jau gerokai apnykusius rūmus su dideliu žemės sklypu (716 posesija) 1807 m. lapkričio 26 d. Labdarių draugijai padovanojo kunigaikštis Dominykas Radvila, Nesvyžiaus šakos Juodųjų Radvilų



3 pav. LDK kunigaikščio Dominyko Radvilos padovanoti rūmai Labdarių draugijai šiandien Vilniaus g. 22 (Labdarių g. 3) Vilniuje.

paskutinis palikuonis [19] (3 pav.). Kitados ši vietovė buvo jau už miesto, už vadinamųjų Vilijos (Vilniaus) vartų, ir sudarė Lukiškių priemiesčio dalį. Padovanotuose rūmuose buvo pristatyta naujų fligelių, koplyčia ir įkurdinta prieglauda, ligoninė ir mokykla [20].

Pasaulietiškos plačiausiai žinomos Labdarių draugijos, gyvavusios iki 1914 m. ir pasižymėjusios kaip religinė organizacija, privačiai pasauliečių iniciatyvai susipynus su valstybės organizuota labdara, veikloje buvo ryški medicininė kryptis. Draugijos veiklos tikslas – ne vien kovoti su elgetavimu, duoti žmonėms darbo bei mokyti juos amato, globoti vaikus, motinas ir senelius, slaugyti neturtingus ligonius, bet ir teikti nemokamą medicininę pagalbą neturtingiems Vilniaus gyventojams, spręsti aktualius žmonių vakcinacijos klausimus [17].

Trečiojo skyriaus veikla sprendžiant vakcinacijos klausimus, buvo akstinas įsteigti Vakcinacijos institutą [21]. Vieno pirmųjų Europoje tokio tipo profilaktinės medicinos mokslinių tyrimų Vakcinacijos instituto vykdomų mokslinių tyrimų kryptis – vakcinacijos eksperimentiniai tyrimai, vakcinų gamyba [22].

IŠVADOS

1. Vilniaus vyskupo J.N. Kosakovskio ir prof. J. Franko pastangomis, pritariant Rusijos imperatoriui Aleksandru I, steigiamai pasaulietinei Labdarių draugijai didelę įtaką turėjo prof. J. Franko Namų instituto sėkmingai vykdoma veikla.

2. Namų institutas, reorganizuotas į Labdarių draugijos trečiąjį skyrių, kurio prezidentu buvo išrinktas prof. J. Frankas, sprendė beglobių vaikų vakcinacijos nuo raupų klausimus, teikė nemokamą kvalifikuotą medicininę pagalbą neturtingiesiems, globojo besilaukiančias ir pagimdžiusias moteris.

3. 1807 m. gruodžio 3 dieną Labdarių draugijos susirinkime buvo patvirtinti nuostatai, pateikta draugijos valdymo struktūra.

4. Pagrindinė draugijos vykdoma veikla buvo globoti neturtingus, tenkinant pagrindinius jų gyvenimo poreikius, teikiant kvalifikuotą medicininę pagalbą, mokant amatų, šviečiant ir mokant vaikus bei suaugusius.

5. Labdarių draugijos Vilniuje, pasižymėjusios kaip religinė organizacija, privačiai pasauliečių iniciatyvai susipynus su valstybės organizuota labdara, veikloje buvo ryški medicininė kryptis.

Literatūra

1. Rekašius A. Apeiginės aukos elgetoms. Mokslas ir gyvenimas. 1990; 10:19.
2. Ragauskas A. Iš Vilniaus miesto socialinio žemėlapių XVII a. pirmoje pusėje – XVIII a.: elgetų organizacijos pobūdis. Istorija. 2007; 15-23.

3. Andriūšis A. Municipalinės medicinos raida Vilniuje 1876-1915 metais. Daktaro disertacija. 2008; 36-37.
4. Prašmantaitė A. Vilniaus Šv. Vincento Pasauliečio brolija (1860-1863): tarp filantropijos ir politikos. *Lituanistica*. 2005; 62(2):20-32.
5. Biziulevičius S., Kutorga V. Iš ligoninių raidos Lietuvoje XVIII a. Pabaigoje-XX a. pradžioje. Iš mokslų istorijos Lietuvoje. 1960; 125.
6. Praspaliauskienė R. Nereikalingi ir pavojingi: XVIII a. Pabaigos-XIX a. pirmosios pusės elgetos, valkatos ir plėšikai Lietuvoje. *Vilnius*, 2000; 41-42.
7. Dzieje Dobroczynnosci. 1820; 166.
8. Zytkowicz L. Rzędy Repnina na Litwie w latach 1794-1797. *Wilno*, 1938; 394.
9. Špitolių komisijos 1798 m. vasario 26 d. protokolas Nr.61, LVIA, F.390, ap.135, b. 2, p. 31.
10. Špitolių komisijos 1800 m. birželio 26 d. protokolas Nr.173, LVIA, F.390, ap.135, b.4, p. 67.
11. Praspaliauskienė R., Nereikalingi ir pavojingi: XVIII a. Pabaigos-XIX a. pirmosios pusės elgetos, valkatos ir plėšikai Lietuvoje. *Vilnius*, 2000; 70-122.
12. Miežutavičiūtė V.J. Vilniaus medicinos draugija ir jos kova su infekcinėmis ligomis (1805-1939). Daktaro disertacija. 1998; 31-50
13. Biziulevičius S., Kutorga V. Iš ligoninių raidos Lietuvoje XVIII a. pabaigoje-XX a. pradžioje. Iš mokslų istorijos Lietuvoje. 1960; 125-139.
14. Insrukcyja dla Deputacyi Szpitalnej ustanowionej w Wilnie. LVIA, b. 896, 6.
15. Vilniaus universiteto medicinos fakulteto profesoriaus Juozapo Franko, Ambulatorinės klinikos ir Vakcinacijos instituto įsteigėjo, labdarybės veikėjo gyvenimo ir darbo aprašymas. 1824; LMAB, F273-1320, 3-4.
16. Frank J. Mémoires biographiques de Jean-Pierre Frank et Joseph Frank san fils, rediges par ce dernier. III t. Leipzig, 1848; VUB RS, F21-3, 94-99.
17. Ustawy Towarzystwa Dobroczynnosci. 1808; LVIA, F1472, ap.1, b.1, 4-22.
18. Reskrypt Najjasniejszego Imreratora wszech Rossyi Alexandra I potwierdzający Towarzystwo Dobroczynnosci ustanowione w miescie guberniemi Wilnie. 1808; LVIA, F1472, ap. 1, b. 1, p.1-2.

19. Дарственное право Доминика Радзивила на дом и площадь в гор Vilno за Виленским воротам N. 716 в пользу Общества добродетели. LMAB, F20, b. 4438, 1-2.

20. Kirkoras A.H. Pasivaikščiojimai po Vilnių. 1991; 117-120.

21. Frank J. Mémoires biographiques de Jean-Pierre Frank et Joseph Frank san fils, rediges par ce dernier. III t. Leipzig, 1848; VUB RS, F21-3, 215-220

22. Jankauskas R. Higienos institutui – 200 metų. *Mokslas ir gyvenimas*. 2008; 11:18-19, 42.

THE CHARITABLE SOCIETY WAS ESTABLISHMENT THE OWN OF PHILANTHROPIC AND MEDICAL ASPECTS IN VILNIUS OF THE 19th CENTURY

Almantas Bagdonavičius, Švitra Genienė

Summary

Key words: Charitable Society, brotherhood, vaccination, public health, institute.

In modern science provides great attention to the poor, and solutions of their problems. Access to medical care for these people is relevant today, too. In the beginning of the 19th century Lithuania featured the medical purpose and organizational structure of Christian charity institutions. Religious aid to the poor was intertwined with private initiative and state-organized charity. Developing philanthropic and medical aid to the poor, with the efforts of the bishop Jan Nepomucen Kossakowski and Joseph Frank, and supported by the Russian Emperor Alexander I, the Charitable Society was founded in Vilnius in 1807. The idea to establish a benefactor society was the Home Institute set up by J. Frank in 1806. The Institute was reorganized into the Third Section of the Society, which carried out vaccinations, provided medical assistance to the poor, and patronage pregnant women and women after labors, and children. While expanding the vaccination affairs, J. Frank established the Research Institute for the Vaccination.

Correspondence to: svitra@gmail.com

Gauta 2009-12-23

KVIEČIAME PRENUMERUOTI "SVEIKATOS MOKSLŲ" ŽURNALĄ 2010 METAMS!

Žurnalas "Sveikatos mokslai" (Index Copernicus) skirtas visų specialybių gydytojams, slaugytojams ir kitiems specialistams, spausdina mokslinius straipsnius lietuvių, anglų ir rusų kalbomis. Straipsniams keliami reikalavimai atitinka mokslo leidiniams keliamus reikalavimus.

Žurnalas kioskuose neparduodamas.

Žurnalą, kuris leidžiamas kartą per du mėnesius, galima užsiprenumeruoti visuose Lietuvos pašto skyriuose, taip pat internetu: www.post.lt

Prenumeratos kaina: metams - 120 Lt, šešiams mėnesiams – 60 Lt, keturiems mėnesiams - 40 Lt, dviem mėnesiams - 20 Lt.

SLAUGYTOJŲ STRESO PATIRTYS DIRBANT SU VAIKAIS, SERGANČIAIS ONKOLOGINE LIGA

VILMA ŽYDŽIŪNAITĖ

Mykolo Romerio universiteto Socialinės politikos fakulteto Edukacinės veiklos katedra

Raktažodžiai: onkologinė liga, slaugytojų patirtys, slaugytojų stresas, vaikas.

Santrauka

Straipsnyje pristatomi kokybinio tyrimo rezultatai, atsakantys į šį tyrimo problemos klausimą: „Kokie veiksniai sąlygoja slaugytojų streso patirtis dirbant su vaikais, sergančiais onkologine liga?“ Todėl tyrimo objektu pasirinktos slaugytojų streso patirtys vaikų onkologinėje slaugoje. Tyrimo tikslu siekta atskleisti ir apibūdinti slaugytojo, dirbančio su onkologine liga sergančiais vaikais, streso išgyvenimo patirtis. Duomenys rinkti pusiau struktūruotu interviu, o analizuoti taikant kokybinę turinio analizę. Apklausta dešimt slaugytojų praktikų, kurių amžiaus vidurkis 25,3 m., o darbo stažas vaikų onkologinėje slaugoje yra 6,4 m. Tyrimo rezultatai rodo, kad slaugytojai, dirbdami su vaikais, sergančiais onkologinėmis ligomis, patiria skaudžių emocinių reakcijų, emocinio bejėgiškumo išgyvenimų. Dauguma slaugytojų sunkiai susitaiko su vaiko-paciento netektimi. Apklausti slaugytojai išgyvena emocinį skausmą, kai sužino, jog vaikas serga vėžiu. Slaugytojai esminiu streso patirtis lemiančiu veiksniu įvardija bejėgiškumą, emocinį skausmą dėl menkų galimybių padėti vaikui, sergančiam onkologine liga. „Užslėptam“ stresui patirti įtakos turi ir tai, jog slaugytojai vaikams-pacientams stengiasi nep parodyti savo tikrų (išreiškiančių beviltiškumą, skausmą) jausmų, vidinių išgyvenimų, skausmo, emocinės įtampos bei nuteikia save pozityviai, siekdamos vaikams suteikti viltį, juos palaikyti emociškai. Tačiau darbas su vaikais, sergančiais onkologine liga, slaugytojus savaime stimuliuoja nuolatiniam žinių plėtojimui ir pozityvių asmeni- nių savybių saviugdai.

ĮVADAS

Slaugytojai, dirbdami su sunkiai sergančiais ir mirštančiais pacientais, susiduria su mirties baime, kuri daro įtaką slaugytojo nuostatoms, reakcijoms, emocijų raiškai

[2]. Ilgą laiką patiriant stresines ir emociškai sudėtingas situacijas, slaugytojas išsenka fiziškai ir emociškai bei patiria stresą. Patirtas stresas daro poveikį slaugytojų jausmams, emocijoms ir elgsenai, nes slaugytojų veikla neatsiejama nuo jų emocijų ir jausmų. Slaugytojų emoci- nis išsekimas ir stresai turi neigiamos įtakos ne tik slaugos kokybei, bet ir slaugytojų sveikatai [1, 7]. Pacientas ir jo artimieji yra savotiškas atspindys, pagal kurį slaugytojas vertina savo emocinį ir jausminį potencialą bei jo sude- rinamumą su galimybe kokybiškai realizuoti slaugą [6] ir gebėti efektyviai valdyti stresines situacijas, susidūrus su sudėtingomis situacijomis slaugoje [3]. Tyrimo problema apima tokį klausimą: „Kokie veiksniai sąlygoja slaugytojų streso patirtis dirbant su vaikais, sergančiais onkologine liga?“ Tyrimo objektas – slaugytojų streso patirtys vaikų onkologinėje slaugoje.

Tyrimo tikslas - atskleisti ir apibūdinti slaugytojo, dirbančio su onkologine liga sergančiais vaikais, streso išgyvenimo patirtis.

Bendrosios slaugytojų streso priežastys. Stresas individualiai veikia slaugytojo jausmus, mintis ar elgesį ir gali pasireikšti nevienodai: padidėjusiu jautrumu, netinkamais sprendimais, intensyviu rūkymu, nesaikingu alkoholio vartojimu, mitybos, miego ir seksualiniais sutrikimais, nepakankamu fiziniu aktyvumu ar nesugebėjimu atsipalaiduoti [5]. Riziką patirti stresą didina gyvenimo būdo pasikeitimai; mylimo žmogaus mirtis; ko nors vertingo praradimas; sunki liga ar sužeidimas; darbo praradimas; išvykimas gyventi į kitą miestą ar šalį; gaisras; seksualinio gyvenimo nesklaidumai; verslo ar kitos finansinės nesėkmės; nuolatiniai konfliktai su su- tuoktiniu, artimu ar bendradarbiu; nuolatinis nuovargis dėl nepakankamo poilsio ar miego [1].

Slaugytojų darbas sunkus ir sekinantis. Dažnai tenka išgirsti, kaip slaugytojai skundžiasi nuovargiu, o jo prie- žastys – ne tiek sunkus darbas, kiek neišvengiamas emo- cinis krūvis, dažni susidūrimai su ūmiomis situacijomis darbe, darbo metu kylantys konfliktai, poreikis valdyti save kontraversiškoje situacijoje [7].

Vienas iš labiausiai nepageidaujamų reiškinių slau- gytojo veikloje yra emocinis stresas [6]. Rūpinimasis žmonėmis, kaip slaugytojo profesijos esminė veiklos

dalį, taip pat sukelia jiems stresą, nes kartu su kasdienėmis problemomis, personalo trūkumu, žemu atlyginimu, neįprastomis procedūromis, viršvalandžiais, pacientų mirtimis slaugytojai gali prarasti pusiausvyrą ir emociškai išsekti [3].

Slaugytojai dažnai susiduria su ūmiomis situacijomis, sąlygojančiomis pacientų mirtis [6]. Slaugytojai patiria stresą dėl pacientų kančių; kasdieninio susidūrimo su mirtimi ir beviltiškumo jausmo, kad niekuo negali padėti pacientams; didelio darbo krūvio; nuolatinio emocinio spaudimo (patiriamo iš pacientų, jų artimųjų, kolegų ar vadovų); greitai tobulėjančios technikos ir įvairių mokslo naujovių [2]. Slaugytojų darbe dažnai būna kritinių momentų, kai galutinai išryškėja palankūs ar nepalankūs gydymo bei slaugos rezultatai, kurie yra tiesiogiai susiję su paciento gyvybe. Tuomet padidėja slaugytojų emocinė įtampa, kuri atsispindi per atliekamus praktinius veiksmus bei slaugytojo elgseną.

Streso veiksniai, kurie gali turėti įtakos darbe, yra universalūs ir individualūs [3]: (a) universalūs veiksniai susiję su darbo užduotimis, slaugytojo vaidmeniu, bendravimu, organizacijos struktūra ir mikroklimatu; (b) individualūs veiksniai daro įtaką slaugytojų išgyvenimo streso lygmeniui bei siejami su sunkumais šeimoje ir ekonominiais sunkumais. Stresą sukelia veiksniai, grupuojami į (1) aplinkos, (2) įvykių ir situacijų bei (3) psichologijos (1 lentelė).

Stresas individualiai veikia slaugytojų jausmus, mintis ar elgesį ir gali pasireikšti nevienodai. Streso šaltiniai slaugytojų darbe dažniausiai susiję su socialiniais ir profesiniais faktoriais [7]. Stresas turi didelę įtaką slaugytojo sveikatai, todėl aktualu tirti bei analizuoti stresines slaugytojų reakcijas, gilintis į streso pasekmes slaugos kokybei, slaugytojų profesinei elgsenai, slaugytojų sveikatai, slaugytojų asmeninio gyvenimo kokybei ir pan., ypač specifinėse / specializuotose slaugos praktikos srityse. Taigi akivaizdu, jog patirtas stresas slaugytojui gali sukelti įvairias psichologines, socialines ir somatines pasekmes.

TYRIMO IMTIS IR METODAI

Tyrimo imtis yra kriterinė, kai respondentai pasirinkami pagal tyrėjo suformuotus kriterijus [8]. Iš viso apklausta dešimt slaugytojų. Respondentai turėjo atitikti šiuos kriterijus: praktinė patirtis su vaikais, sergančiais onkologine liga, ne mažesnė kaip 3 m.; darbas antrinio ir ar tretinio sveikatos priežiūros lygmens institucijose. Visos tyrime dalyvavusios slaugytojos – moterys; amžius - nuo 25 m. iki 45 m. (vidurkis 25,3 m.); darbo stažas onkologinėje slaugoje - nuo 3 m. iki 18 m. (vidurkis 6,4

m.); slaugos studijų baigimo tarpsnis nuo 1984 m. iki 2005m.; penkios slaugytojos dirba antrinio ir penkios – tretinio sveikatos priežiūros lygmens institucijose.

Tyrimo metodai. Duomenys rinkti taikant pusiau struktūruotą interviu. Interviu trukmės vidurkis – 1,5 val. Duomenys analizuoti taikant kokybinę turinio analizę [9]: (1) tyrėja kelis kartus skaito tekstą, siekdama suvokti teksto prasmę, kad nesiremtų išankstinėmis asmeninėmis nuostatomis; (2) tekstas „išardomas“ į atskiras dalis, kuriose atsispindi esminiai su tyrimo problema susiję aspektai ir kontekstas, kuriame egzistuoja šie aspektai; (3) „išardytas“ tekstas pateikiamas atskirais teiginiais; (4) kiekvienam teiginiui suformuluojama atskira subkategorija; (5) kelioms subkategorijoms suformuluojama kategorija.

Siekiant nepažeisti tyrimo etikos principų, kiekvienos sveikatos priežiūros įstaigos slaugytojai, kvieisti dalyvauti interviu, turėjo teisę apsispręsti dėl dalyvavimo konkrečiame tyrime. Tyrėjai supažindinus kiekvieną slaugytoją individualiai su atliekamo tyrimo parametrais, pristatytas tyrimo instrumentas (interviu klausimai) ir gautas kiekvieno tyrimo dalyvio – slaugytojo žodinis sutikimas dalyvauti tyrime. Vykdamas interviu kiekvienam tyrimo dalyviui individualiai tyrėja pristatė tyrimo tikslą, duomenų rinkimo proceso esmę, rezultatų pristatymo formas, tiriamųjų anonimiškumo bei konfidencialumo užtikrinimo principus tyrime bei paminėjo galimybę pasitraukti iš tyrimo bet kuriuo metu, jei tyrimo dalyviai tam jaus būtinybę. Slaugytojai buvo informuoti, kad nereikia nurodyti asmens vardo ir pavardės bei įstaigos, kurioje dirba, pavadinimo, bei paaiškinta, kad respondentai turi teisę pasirinkti jiems tinkamą laiką ir vietą interviu. Interviu buvo įrašomas į diktofoną sudarant kiekvienam tyrimo dalyviui pagal pageidavimą stabdyti diktofoną, jei norėjo, kad tam tikra informacija nebūtų įrašoma.

TYRIMO REZULTATAI

Slaugytojo reakcija į žinią, jog pacientui vaikui patvirtinta onkologinės ligos diagnozė. Išskirtos šešios kokybinės kategorijos:

- *slaugytojo emocijų reakcijų ryšys su asmeny-*

1 lentelė. Slaugytojų steso veiksniai [4].

APLINKA	ĮVYKIAI IR SITUACIJOS	PSICHOLOGINIAI VEIKSNIAI
Ekologinės problemos	Artimųjų ligos, netektys	Susvetimėjimas
Triukšmas	Neįdomus darbas	Psichologinė agresija
Nepilnavertė mityba	Bankrotas (organizacijos ar asmeninis)	Informacinė perkrova
Didelis gyvenimo greitis	Stichinės nelaimės	Priklausomybės
Urbanizacija	Materialinės problemos	Traumuojantys išgyvenimai
Ekonominiai šalies sunkumai	Socialinio statuso pasikeitimas	Perspektyvos neturėjimas
Geros materialinės sąlygos	Neteisingas gyvenimo būdas	Negatyvus mąstymas
Žalingi technikos prietaisai	Fizinio krūvio stoka	Padidinti darbiniai krūviai
	Skolos	Vidiniai konfliktai
	Ligos	Padidintas jautrumas
	Gyvenamosios vietos pakeitimas	Nervingumas
		Savirealizacijos problemos

bės savybėmis bei patirtimi slaugoje (emocinės reakcijos į pacientą susiję su slaugytojo asmeninėmis savybėmis, patirtimi slaugoje, gebėjimu valdyti emocijas bei turimomis žiniomis apie streso ir emocijų valdymą, įgytomis per praktinę patirtį);

- *emociškai sudėtinga slaugytojui darbo slaugoje pradžia* (slaugytojai ypač stiprius išgyvenimus patiria savo darbinės karjeros pradžioje, susidūrę su vaiku, sergančiu onkologine liga, kuomet reikia matyti vaiko kančias ir susidurti su vaikų mirtimis bei emociškai susitaikyti su paciento-vaiko netektimi);

- *paciento ligos „perkėlimas“ į asmeninį slaugytojo gyvenimą* (neretas slaugytojas, ypač darbinės karjeros pradžioje, pacientų išgyvenimus, kančias projektuoja į savo asmeninį gyvenimą ir emociškai sunkiai atsiriboja nuo darbinio konteksto ir darbe patiriamu emocinio lauko; tokia situacija stimuliuoja atsirasti „užslėptam“ stresui);

- *emocinio skausmo išgyvenimas* (slaugytojai patiria skausmingas emocines reakcijas, pasireiškiančias vidiniu dvasiniu skausmu dar tik atvykus vaikui-pacientui gydytis; išgyvena bejėgiškumą, kuris neatsiejamas nuo asmeninio susivokimo, jog slaugytojas yra žmogus ir yra pažeidžiamas emociškai; išgyvena pyktį ant savęs, kad yra bejėgiai padėti ir negali rasti atsakymo į klausimą, „kodėl?“; patiria vidinį konfliktą, nesusitaikydami su vaiko-paciento onkologine liga, apmąstydami įvairias praktines slaugos situacijas, susidūrimus su įvairiais pacientais; išgyvena baimę ir gaudulį, skaudžias bei stiprias emocijas, laikydami savyje);

- *gyvenimo „trapumo“ suvokimas* (slaugytojai patiria negatyvių emocijų ir vilties „samplaiką“, kai šalia bejėgiškumo yra teigiamos emocijos, kaip vilties išraiška; išmoksta džiaugtis gyvenimo mažmožiais per pacientų patirtis ir komunikavimą su jais);

- *emocinės įtampos patyrimas* (slaugytojai patiria nuolatinę emocinę įtampą, tačiau kiekvienas onkologine liga sergantis vaikas slaugytojo gyvenime „įmina savą pėdsaką“ ir „primena“ apie save įvairiais gyvenimo momentais „...Nežinau kodėl, bet šitas vaikas kažką paliko manyje...Kai ateidavau į to vaiko palatą, jis visada gražiai šypsodavosi man ... buvo skaudu matyti šį vaikelių mirties patalę, jis buvo toks gležnutis be plaukiukų. Man labiausiai įstrigo to vaiko šypsena...“);

Vaiko, sergančio onkologine liga, patirtys ir poreikiai per slaugytojo praktines patirtis. Išskirtos devynios kokybinės kategorijos:

- *negatyvūs vaiko potyriai* (vaikas patiria skausmą ir diskomfortą „...vaikai, kurie serga vėžiu, tikrai yra „kitokie“. Jie kenčia skausmus, jų veidas būna iškreiptas dėl skausmo...“);

- *vaiko emociniai ir išvaizdos pokyčiai* (pakinta vaiko išvaizda; neretai stebima vaiko apatija; vyresniems vaikams būdinga mirties / gyvenimo baigties nuojauta; vaiko nuotaikų kaita stipriai susijusi su išvaizdos kaita dėl taikomo gydymo „...Galbūt vyresnieji, kurie suvokia, kad liko gyventi nedaug, kažkokia jų nuojauta vidinė, jeigu yra...“; „...Vaistai, chemoterapijos, visa tai vargina vaikus, pasikeičia jų išvaizda, jie tampa jautresni, būdingi nuotaikų svyravimai...“);

- *vaiko poreikiai* (vaikai turi padidėjusį poreikį dėmesiui ir bendravimui; sergančių onkologine liga ir tokia liga nesergančių vaikų norai, svajonės nesiskiria; onkologine liga sergantys vaikai turi padidėjusį personalo ir tėvų ar artimųjų meilės poreikį);

- *vaiko pozityvios intencijos* (vaikai patys turi didelį norą padėti kitiems ir visomis išgalėmis stengiasi būti geranoriški „...jie stengiasi būti geresni... galbūt lyg ir atsiveikinant...“);

- *vaiko asmeninių savybių raiška* (onkologine liga sergantiems vaikams būdingas didesnis švelnumas, didelė atjauta kitam žmogui, santūrumas, jautrumas, geranoriškumas; gydymo metu vaiko jautrumas ir irzlumas yra integralūs, tačiau slaugytojų suprantamas ir pateisinamas);

- *vaiko gyvenimo džiaugsmo patyrimas* (onkologine liga sergantys vaikai moka džiaugtis gyvenimu ir pilnaverčiai suvokia gyvenimo vertybes „... šitie vaikai trykšta noru viskuo džiaugtis...“, „... gyvenimo vertybės <...> kitokios, jie įvertina kiekvieną pragyventą minutę kitaip...“);

- *apribotas vaiko gyvenimas* (vaiko gyvenimas apribotas dėl įvairių aktyvumų, nes didžioji gyvenimo dalis praleidžiama ligoninėje „...Sergantys vėžiu vaikai žino, kad jie negali normaliai lankyti mokyklos, sportuoti, lankyti įvairius būrelius, jiems reikia tenkintis daugiausia tuo, kas yra, t.y. kokios yra galimybės ligoninėje..“);

- *slaugytojo ir vaiko vienybė* (vienybė tarp vaiko ir slaugytojo pasireiškia dvasiniame bei emociniame lygmenyse, t.y. troškime gyventi bei viltyje „... jie kitokie, o kartu ir ne. Tiek mes norime gyventi, tiek jie nori gyventi. Tuo atžvilgiu jie tokie pat, kaip ir mes...“; „... kaip jie patys sakė, „mes nebūname ilgai pikti“ <...> jei ir yra pykčio priepuoliai, ...jau viskas, gyvensiu labai trumpai...“, ateina ir kitoks suvokimas po kelių valandų ar minučių, arba sekančią dieną, kada pasirodo saulė iš ryto, jie vėl žiūri pro langą, ir vėl turi vilties...“);

- *vaiko „gebėjimai“* (onkologine liga sergantys vaikai išsiugdo ypatingus „gebėjimus“ – savęs su- telktumą ir susikoncentravimą gebant valdyti save).

Slaugytojo išgyvenimai kiekvieną dieną susiduriant

su vėžiu sergančiais vaikais. Išskirtos devynios kokybinės kategorijos:

- *slaugytojo bejėgiškumas* („...Susidūrus kiekvieną dieną su vaikais, sergančiais vėžiu, pasijunti toks bejėgiškas, kad tu jiems negali padėti...“);
- *slaugytojo emocinis skausmas* (slaugytojas patiria empatiškumo vaikui poreikį ir jį realizuoja, nors slaugytojui neretai emociškai sunku „...Kai matau nuolat sunkiai sergančius vaikus, jų veidelius, perkreiptus skausmu, aš taip pat išgyvenu skausmą...“);
- *slaugytojo reikalavimai sau* (slaugytojas, dirbdamas su vaikais, sergančiais onkologine liga, kiekvieną dieną kelia sau reikalavimus didesnei kantrybei, tolerančiai, gerumui, supratingumui ir žinių plėtotei);
- *ypatingas slaugytojo bendravimas su vaiku* (slaugytojas siekia „išgirsti“ vaiko vidų bei savaime tampa vaikui artimu žmogumi „...Bandai kiekvienam vaikui įteigti tikėjimą, klausai jo. Reikia ne tik jam kažką patarti, bet ir išgirsti jo vidinį tokį balsą...“, „...Stengiesi, kad vaikui nereikėtų kentėti skausmo, bandai jį slaugyti taip, kad jam būtų gerai, kad jis jaustųsi ligoninėje taip, kaip namuose, bandai pakeisti artimą žmogų, kurio nėra šalia...“);
- *vaiko šeimos poreikiai* (vaiko, sergančio onkologine liga, šeima siekia „susigyventi“ su vaiko liga; bet sykiu ir turi tikėti, kad yra viltis vaikui pasveikti, nes artimieji yra šio vaiko stiprybė ir vilties palaikytojai; šeimos, kuriose yra vaikas, sergantis onkologine liga, sustiprėja vidiniai tarpusavio ryšiai; vaiko šeimai esminiai poreikiai yra socialiniai (bendravimas), psichologiniai (savo emocijų valdymas, emocinė parama tėvams idant jie rastų savyje jėgų suteikti vilties savo vaikui), vilties („...ne tik vaikui yra sunku, ir tėvams sunku, tėvai, būna dažnai taip, - suserga depresija, bet jie turi tikėti, kad viskas bus gerai, ir neparodyti vaikams, kad jiems taip pat yra sunku...“);
- *slaugytojo nuolatos emociškai patiriama kontrastinga gyvybės – mirties riba* (slaugytojai patiria gyvybės ir mirties kontrastingumą – vieną dieną vaiką mato gyvą, o kitą dieną onkologine liga sergantis vaikas gali būti išėjęs anapilin, nors slaugytojo emocijos dar ‚gyvos‘ konkretaus vaiko-paciento atžvilgiu; slaugytojai patiria „kontrastą“, kai mato vaiko viltį jo sveikatos blogėjimo kontekste „...Kiekvieną kartą, pamačiusi sergantį onkologine liga vaiką, pagalvoju, kad gal šiandien matau, o kitą dieną jau neberasiu...“, „...labai sunku matyti tokius vaikus, kurie tiki savo pagijimu, o iš tikrųjų kasdien jų būseną silpnėja...“);
- *slaugytojo asmeninių jausmų valdymas* (slaugytojas slepia „liūdnąsias“ emocijas, bendraudamas su

vaiku, sergančiu onkologine liga; nuteikia save pozityviai ir viltinai prieš kiekvieną komunikavimą su vaiku-pacientu; valdo savo emocijas, nors išgyvena skausmą, bet to, neparodo, kas sąlygoja slaugytojo nuolatos ir tęstinai besikaupiantį „užslėptą“ stresą);

- *slaugytojo pastangos* (slaugytojas siekia suteikti vaikui viltį ir mokosi „susigyventi su vaikų-pacientų netektimis „...Visada išgyvenu, kai miršta vaikai, bet turiu su tuo susigyventi ir dirbti toliau kitų vaikų labui...“);
- *slaugytojo džiugesio išgyvenimas* (slaugytojas išgyvena ir džiugesį, nes neretam vaikui-pacientui yra draugas, kuris labai reikalingas vilčiai palaikyti, o džiaugsmo akimirkos onkologine liga sergančiam vaikui suteikia daugiau emocinės stiprybės bei mažiau emocinio skausmo „...nustebino, kai vaikas pasakė, kad aš esu geriausia jo draugė, o kai jis pasveiks, būtinai atvažiuos aplankyti manęs. Tie vaiko žodžiai man sukėlė gerų emocijų...“).

IŠVADOS

1. Slaugytojai, dirbdami su vaikais, sergančiais onkologine liga, dažnai išgyvena stresą, kurį sąlygoja skaudžios emocinės reakcijos; bejėgiškumo ir beviltiškumo išgyvenimai, kad negali padėti sergančiam onkologine liga vaikui; sunkūs susitaikymai su vaikų-pacientų netektimis; emocinė įtampa; „užslėpti“ vidiniai jausmai ir išgyvenimai. Slaugytojų stresą sąlygoja faktoriai, dirbant su onkologine liga sergančiais vaikais, yra vaikų patiriamos kančios, jų skaudūs emociniai išgyvenimai dėl ligos, vaikų nuolat besikeičiančios nuotaikos ir jų blogėjančios būklės. Dauguma slaugytojų sunkiai susitaiko su vaiko netektimi bei išgyvena emocinį skausmą, ypač sužinoję, jog vaikui-pacientui diagnozuota onkologinė liga. „Naujo“ vaiko atvykimas slaugytojams taip pat sukelia vidinį skausmą, pyktį ant savęs dėl bejėgiškumo, nuolatinę emocinę įtampą. Taigi slaugytojų darbinė veikla neatskiriama nuo jų emocijų ir jausmų.

2. Slaugytojai teigia, kad vaikai, sergantys onkologinėmis ligomis, yra „kitokie“ pozityvia prasme: jie moka stipriau džiaugtis gyvenimu, jų gyvenimiškos vertybės yra tolygios suaugusių žmonių vertybėms ir jų prasmių suvokimui. Šie vaikai greičiau bręsta ir įžvelgia esmines gyvenimo vertybes, kas sudaro prielaidas patiems slaugytojams mokytis iš vaikų-pacientų. Slaugytojai praktikai sergantį onkologine liga vaiką laiko ypatingu dėl jo išskirtinių savybių: jautrumo, empatiškumo, geranoriškumo, santūrumo, noro padėti kitiems, gerumo, nors gydymo eigoje pasireiškia ir vaikų irzlumas, dažna nuotaikų kaita. Pastarąsias reakcijas slaugytojai traktuoja kaip suprantamas bei jas pateisina ir toleruoja.

3. Slaugytojai esminiu streso patirtis lemiančiu veiksmu įvardija bejėgiškumą, emocinį skausmą dėl menkų galimybių padėti vaikui, sergančiam onkologine liga. „Užslėptam“ slaugytojų stresui patirti įtakos turi ir tai, jog slaugytojai vaikams-pacientams stengiasi nerodyti savo tikrų (išreiškiančių neviltį, skausmą) jausmų, vidinių skausmo išgyvenimų, emocinės įtampos bei nuteikia save pozityviai, vaikams suteikia viltį, juos palaiko emociškai. Tačiau darbas su vaikais, sergančiais onkologine liga, slaugytojams yra ir juos savaime stimuliuojantis nuolatiniam žinių plėtojimui ir pozityvių asmeninių savybių saviugdai.

Literatūra

1. Bieliniene N. Streso įtaka sveikatai ir slaugytojo vaidmuo jo valdyme. *Slauga: mokslas ir praktika*, 2004; 10 (94): 4 – 7.
2. Ivšina K. Slaugytojų, dirbančių ligoninėse, streso darbe įvertinimas. *Slauga: mokslas ir praktika*, 2005; 7 – 8 (103 – 104): 18 – 19.
3. Kriukelytė D., Vaškelytė A., Žitinaitė L. Stresas intensyvios terapijos skyrių slaugytojų darbe. *Sveikatos mokslai*, 2005; 15 (3): 8 – 11.
4. Monginaitė L. Įvadas į psichologiją, Vilnius: Technika. 2005; 28–31.
5. Pajarskienė B., Jankauskas R. Streso darbe poveikis širdies ir kraujagyslių sistemai. *Medicinos teorija ir praktika*, 2000; 22: 75 – 76.
6. Smadžiūnienė D. Ūmios situacijos slaugoje ir slaugytojų emocinės reakcijos bei stresas. *Slauga: mokslas ir praktika*, 2005; 101 (5): 9 – 11.
7. Vimantaitė R. Slaugytojų, dirbančių Lietuvos ligonių kardiologijos centruose, „perdegimo“ sindromo raiškos ir paplitimo įvertinimas. Daktaro disertacija, biomedicinos mokslai, slauga, 2007. Kaunas: Kauno medicinos universitetas.
8. Žydzūnaitė V. Slaugos mokslinių tyrimų metodologijos pagrindai, Vilnius: SAM/SDTSC. 2001; 89 – 100.
9. Žydzūnaitė V. Komandinio darbo kompetencijos ir jų tyrimo metodologija slaugytojų veiklos požiūriu: monografija, 2005. Kaunas: Judex.

STRESS EXPERIENCES OF NURSES BY WORKING WITH THE CHILDREN WHO ARE ILL WITH ONCOLOGICAL DISEASES

Vilma Žydzūnaitė

Summary

Key words: child, nurses' experiences, nurses' stress, oncological disease.

In the article are presented results of qualitative research, which answer the research question such as 'What are the factors influencing stress experiences of nurses' by working with children who are ill with oncological diseases?' The research focus is the stress experiences of nurses in oncological nursing of children. The research aim was to reveal and characterize the stress experiences of nurses by working with the children who are ill with oncological diseases. The data were collected with the semi-structured interviews and analyzed by applying the qualitative content analysis. In the research had participated ten nurses practitioners and their means of age were 2,53 years and of work experience - 6,4 years. Results highlighted that nurses by working with the children, who are ill with the oncological diseases, experience painful emotional reactions and trials of emotional disability. The most of the research participants-nurses hardly resign oneself to loss of the child-patient. The interviewed nurses experience the emotional pain, when they learn about the child's oncological disease. As the main factor nurses mention their emotional pain because of miserable possibilities to help the child who is ill with the oncological disease and that influences the nurse's state of helplessness. The "hidden" stress is experienced by nurses because they strive not to express their true feelings (helplessness, emotional pain, sadness), and they experience internal empathy, pain, emotional tension and indispose themselves towards positive stance in order to provide the hope for the child and to support him / her emotionally. But the work with the children who are ill with oncological disease stipulate nurses for permanent self-directed knowledge development and self-education of positive personal features.

Correspondence to: vilmzydz@takas.lt

Gauta 2009-09-08



SLAUGYTOJŲ KOMPETENCIJOS KAITOS TENDENCIJOS VISUOMENĖS POREIKIŲ RAIDOS KONTEKSTE

NIJOLĖ BIELINIENĖ

Vilniaus pedagoginis universitetas

Raktažodžiai: *slaugytojas, kompetencija, pacientas, vertinimas.*

Santrauka

Slaugytojo, dirbančio bendruomenėje ar paciento šeimoje, kompetencija įgyja vis didesnę vertę slaugos kontekste. Šio specialisto kompetencijos glaudžiai susijusios su slaugytojų teikiamų paslaugų apimtimi, kokybe bei jų prieinamumu paslaugų gavėjams. Slaugytojo kompetenciją sudaro žinios, gebėjimai ir įgūdžiai, kuriuos jis įgyja baigęs slaugos studijų programą ir įgijęs bendrosios praktikos slaugytojo profesinę kvalifikaciją, kurią nuolatos tobulina, atsižvelgdamas į nuolatinę slaugos mokslo ir praktikos pažangą. Kadangi slaugytojai turi dirbti visuomenės sveikatos išsaugojimo ir stiprinimo kryptimi, jiems būtinos naujos kompetencijos: pedagoginės, psichologinės, socialinės, vadybinės taip pat ir kitos papildomos žinios, kurias įgyja nuolat tobulindamiesi. Dėl Profesinių kompetencijų gausos slaugytojai gali jaustis lygiaverčiais sveikatos priežiūros komandos nariais ir tokiu būdu kelti specialybės savarankiškumą bei prestižą. Visuomenės poreikių kaita lemia šių specialistų paslaugų įvairovę. Kompetencijos vertinimo tyrimas yra nauja ir Lietuvoje mažai nagrinėta tema, o slaugytojų studijų programos visuomenės poreikių kaitos kontekste niekada nebuvo nagrinėtos, t.y. nebuvo lyginamos tarpusavyje pagal išsilavinimo lygius, programos planus, turinį ir suteikiamą profesinę kvalifikaciją. Temos mokslinį naujumą sudaro tai, kad nuo slaugytojų išsilavinimo lygio ir visuomenės poreikių kaitos priklauso teikiamų paslaugų apimtys, jų kokybė bei prieinamumas paslaugų gavėjams, o tai turi didelę įtaką visos sveikatos priežiūros sistemos kokybei. Tyrimo tikslas – įvertinti slaugytojų kompetencijų kaitą visuomenės poreikių raidos kontekste. Tyrimo objektas apima slaugytojų kompetencijų, keičiantis visuomenės poreikiams, plėtrą. Realizuojant tyrimą buvo atlikta mokslinės literatūros, mokslinių publikacijų

ir teisės aktų analizė; 3 skirtingų išsilavinimo lygių studijų programų turinių analizė ir lyginimas; 120 slaugytojų ir 120 pacientų apklausa pagal pateiktą klausimyną. Atlikto tyrimo rezultatai parodė, kad slaugytojai, baigę medicinos mokyklą prieš 20-40 metų, įgijo mažiau kompetencijų, o bendrosios praktikos slaugytojų programą baigę slaugytojai įgijo naujų bendrųjų bei specialiųjų – vadybos, administravimo, pedagogikos, psichologijos, sociologijos ir kitų kompetencijų, be to, jų paslaugas geriau tenkina visuomenės poreikius.

ĮVADAS

Vykstantys dinamiški pokyčiai visose gyvenimo srityse yra lydimi sveikatos priežiūros sistemos reformos, kurioje ypač akcentuojama slaugytojų veiklos kaita. Tradicinė slaugytojų veikla nebeįstengia patenkinti sparčiai kintančių visuomenės sveikatos priežiūros poreikių. Palaipsniui didėja prieštaravimas tarp išsilavinimo, kurio slaugytojams reikėtų, kad jie galėtų prisitaikyti prie vis sudėtingėjančio veiklos pasaulio, ir išsilavinimo, kurį jie gauna profesinio rengimo įstaigose (Bydam, 2000). Pasaulyje yra per 6 mln. slaugytojų. Tyrimais nustatyta, kad per 50 proc. sveikatos priežiūros paslaugų teikia slaugytojai, todėl be šių specialistų paslaugų sutriktų visa sveikatos priežiūros sistema (V. Žydzūnaitė, 2003).

Slauga – mokslas ir menas, reikalaujantis specifinių slaugos žinių, įgūdžių taikymo praktikoje, ji privalo būti pagrįsta mokslinių tyrimų rezultatais, todėl slauga yra ne tik praktinė, bet ir mokslinė disciplina. Slaugai vis didesnės įtakos turi sociologija, socialinė psichologija, edukologija, filosofija, antropologija, etnologija, etika, religijotyra, ekonomika, organizavimo ir vadybos teorijos bei administracinė teisė. Pasak V. Žydzūnaitės (2006), „slauga – tai veikla, kurią vykdant, slaugytojams būtinos atitinkamos kompetencijos, kvalifikacijos, padedančios realizuoti fizinę ir intelektualinę veiklą, atsižvelgiant į socialinius, kultūrinius, psichologinius bei aplinkos veiksnius. Vienas iš slaugytojo aukštą kompetenciją atspindinčių kriterijų yra gebėjimas atlikti tyrimus, analizuoti ir apibendrinti tyrimų duomenis bei pateikti konkrečias rekomendacijas, remiantis tyrime gautais rezultatais“.

Paskutiniai dešimtmečio pokyčiai visuomenėje neginčijamai įrodė naujų specialistų poreikį sveikatos priežiūros sistemoje. Pasauliniu mastu slaugos praktika koncentruojasi į sveikatą ir į žmogų, remiasi sisteminiu problemų sprendimo metodu. Slaugytojai turi būti „generalistais“, įvaldžiusiais aibę multidisciplininių kompetencijų (Šeškevičius, 2006). Slaugos paslaugos koncentruojasi į sveikatą, o ne į ligą, o slaugos praktika orientuota ne į užduočių vykdymą, bet į pacientą. Paminėtos slaugos praktikos kaitos kryptys parodo, jog slaugytojai turi įgyti daugybę kompetencijų ir sugebėti dirbti tiek savarankiškai, tiek bendradarbiaudami su kitų profesijų atstovais. Tai reiškia tradicinio slaugytojo vaidmens transformaciją nuo gydytojo tarnaitės ar gydytojo asistento iki autonomiško specialisto, sugebančio įnešti unikalų, išskirtinį indėlį į sveikatos priežiūrą bei lygiaverčiai dirbti sveikatos priežiūros komandoje su įvairių profesinių sričių specialistais.

Su slauga ir slaugytojų kompetencijomis susijusių mokslinių tyrimų dar atlikta labai nedaug, tačiau mokslininkai vis dažniau nagrinėja šią sritį. Kompetencijos vertinimo tyrimas yra nauja ir Lietuvoje mažai nagrinėta tema, o slaugytojų studijų programos visuomenės poreikių kaitos kontekste niekada nebuvo nagrinėtos, t.y. nebuvo lyginamos tarpusavyje pagal išsilavinimo lygius, programų turinį, suteikiamą profesinę kvalifikaciją. Temos mokslinį naujumą sudaro tai, kad nuo slaugytojų išsilavinimo lygio ir visuomenės poreikių kaitos priklauso teikiamų paslaugų apimtys, jų kokybė bei prieinamumas paslaugų gavėjams, o tai turi įtakos visos sveikatos priežiūros sistemos kokybei. Tyrimo problemą sudaro klausimai: 1. Kokių kompetencijų trūksta slaugytojams, baigusiems medicinos seserų studijų programą? 2. Ar slaugytojų kompetencijos atitinka paslaugų gavėjų (visuomenės) poreikius?

Straipsnio tikslas – įvertinti slaugytojų kompetencijų kaitą visuomenės poreikių raidos kontekste. Tyrimui atlikti buvo išskirti uždaviniai:

1. Išanalizuoti slaugytojų profesijos sampratos kaitą.
2. Išnagrinėti slaugytojų rengimo programas visuomenės kaitos aspektu.
3. Įvertinti slaugytojų kompetencijų plėtrą ir naudą paslaugų gavėjams.
4. Išanalizuoti visuomenės slaugos paslaugų poreikius.

TYRIMO OBJEKTAS IR METODAI

Tyrimo objektas apima slaugytojų kompetencijų, keičiantis visuomenės poreikiams, plėtrą.

Tyrimui atlikti buvo taikomi tokie metodai:

1. Teoriniai: mokslinės literatūros, mokslinių publikacijų, teisės aktų, slaugos specialistų studijų programų analizė.

2. Empiriniai: respondentų apklausa, naudojant mišraus tipo nestandartizuotus klausimynus su atviro ir uždaro tipo klausimais.

3. Matematinės statistikos: anketinės apklausos duomenų analizė naudojant *SPSS for Windows* (15.0) programinę įrangą.

Tyrimo imtis – paprastoji atsitiktinė, jos dydis – 240 tiriamųjų. Tyrimas atliktas dviem imtimis – apklausta 120 skirtingo išsilavinimo lygio slaugytojų ir 120 įvairiose asmens sveikatos priežiūros įstaigose besigydančių pacientų. Visos anketos gražintos analizei. Tyrimas vykdytas 2007 m. sausio-kovo mėn. 2 etapais: pilotiniame tyrime dalyvavo 20 slaugytojų ir 20 pacientų, o diagnostiniame – 100 slaugytojų ir 100 pacientų.

Slaugytojų profesijos sampratos ir jų rengimo kaitos ypatumai. Šiandieninė Lietuvos visuomenės sveikatos priežiūros sistema paveldėjo sovietmečio sveikatos priežiūros sistemoje vyravusį pasyvų žmonių požiūrį į savo sveikatą. Buvo teigiama, kad už paciento sveikatos būklę atsakomybę turi prisiimti tik gydytojas, slaugytojas, kiti sveikatos priežiūros specialistai, o pacientas – ne. Slauga buvo suprantama kaip techniniai veiksmai pagal gydytojų nurodymus (Šeškevičius, 2006). Pažangių pasaulio šalių patirties analizė rodo, kad žmonių sveikatos priežiūrai būdingas lankstumas, ją tikslinga orientuoti į sveikus žmones, dar neturinčius sveikatos problemų. Žmogus, kaip sveikatos priežiūros sistemos subjektas, pats yra atsakingas už savo sveikatą, jos išsaugojimą ir stiprinimą. Tokia nuostata keičia sveikatos priežiūros sampratą, jos kryptį, tikslus ir uždavinius. Lietuvoje, vis labiau įsitvirtinant humanistinei ir demokratinei visuomenei, sovietmečiu nusistovėjusi sveikatos ir jos saugojimo samprata keičiasi. Svarbus uždavinys – sukurti tokią sveikatos priežiūros sistemą, kuri leistų realizuoti žmogaus ir visuomenės sveikatos ugdymo idėją, t.y. sudarytų prielaidas žmonėms suvokti savo sveikatos problemas, savo vaidmenį sveikatos palaikymo ir stiprinimo procese, o kartu išsiugdyti nuostatą nuolat pačiam stiprinti savo sveikatą. Mokslo įrodyta, kad sveikatos priežiūros specialistai pacientui gali padėti tik 10 proc., o 90 proc. priklauso nuo jo paties, todėl sveikata daugiausiai priklauso nuo žmogaus įsisaugojimo noro būti sveiku. Slauga taps efektyvi tuomet, kai žmogaus ir visuomenės sveikatos ugdymas taps slaugos praktikos pagrindu.

Slaugos mokslas išskiriamas kaip nauja biomedicinos mokslų šaka, kurios negalima sutapatinti su kitomis

medicinos sritimis. Priešingai negu medicinai, kurios objektas yra ligos, slaugos mokslo objektas yra žmogaus sveikata. Todėl slaugos darbuotojų veiklos kaita yra aktuali nūdienos problema. Turėdami tiesioginį kontaktą su žmonėmis įvairiose asmens sveikatos priežiūros įstaigose slaugytojai gali formuoti žmogaus požiūrį į savo sveikatą, padėti suvokti, kad sveikata – tai vertybė, ugdyti kitas vertybines nuostatas, mokyti sveikatos palaikymo ir stiprinimo, gyvenimo būdo tobulinimo bei ankstyvos ligų profilaktikos. Slaugytojai, kaip profesinė grupė, dirba ne tik tiesioginį slaugos darbą, bet ir sveikatos priežiūros mokytojais, slaugos dėstytojais, slaugos praktikos mokytojais, administratoriais, o pastaruoju metu – ir slaugos tyrėjais. Tam, kad galėtų efektyviai įgyvendinti įvairias sveikatingumo priemones, taikyti pažangius sveikatos ugdymo metodus, slaugytojams būtinos pedagoginės žinios, mokėjimai ir įgūdžiai (Sajienė, 2000). Tik gerai parengti slaugytojai, įgiję pedagogikos, psichologijos, socialinių, vadybinių ir kitų gebėjimų gali efektyviai padėti visuomenei.

Pagrindinis slaugytojo uždavinys – padėti asmenims, šeimoms ir žmonių grupėms įvertinti ir siekti fizinės, protinės ir dvasinės ir socialinės sveikatos, atsižvelgiant į jų darbo ir gyvenimo sąlygas. Dėl to vystomos ir atliekamos tokios funkcijos, kurios stiprintų ir išsaugotų sveikatą, užkirstų kelią ligoms. Taip pat teikiamos paslaugos ligos ir reabilitacijos laikotarpiams, atsižvelgiant į fizinius, protinius ir socialinius gyvenimo aspektus. Rūpinamasi sveikaisiais, sergančiais, turinčiais negalią ir mirštančiais (Šeškevičius, 2006).

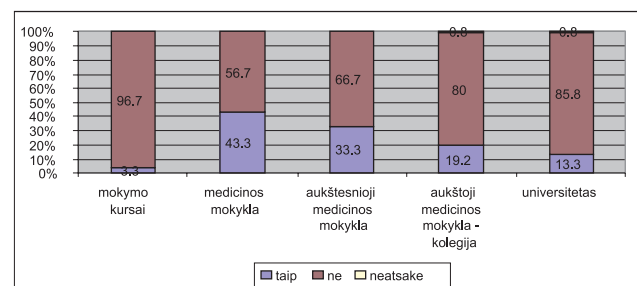
Slaugytojų rengimas Lietuvoje pradėtas daugiau kaip prieš 80 metų. Gailėstingųjų seserų rengimas sukūrė tvirtus pagrindus tolesniam šių specialistų rengimui ir studijų programų tobulinimui. Pasibaigus gailėstingųjų seserų rengimo laikotarpiui, šių specialistų ruošimo tęstinumą užtikrino naujas, 40 metų trukęs medicinos seserų rengimo laikotarpis. Medicinos seserų studijos buvo labai medikalizuotos, nukreiptos tik į ligų gydymą, vaistų skyrimą, jų veikimą, gydytojo paskyrimų atlikimą, pagalbą gydytojui, o profesinio savarankiškumo nebuvo visai. Medicinos sesuo buvo visiškai priklausoma nuo gydytojo, talkino jam, negalėjo reikšti savo nuomonės dėl ligonio sveikatos būklės, neturėjo galimybės ligonio mokyti, jam patarti. Už visą ligonio gydymosi eigą atsakomybę tekdavo tik gydytojui. Per 40 metų parengta apie 30 tūkstančių medicinos seserų. Nuo 2001 m. slaugytojai rengiami tik aukštesiose mokyklose: universitetuose bei kolegijose. Europos integracijos procesai, sparti Lietuvos visuomenės kaita, darbo rinkos pokyčiai reikalauja, kad vis daugiau visuomenės narių turėtų kuo aukštesnį išsi-

lavinimą. Naujų, ypač ugdomųjų kompetencijų įgijimui reikalingas naujas slaugytojų rengimo turinys, skatinantis jų, kaip asmenybių, tobulėjimą, profesinį mobilumą ir atitinkantis pasaulines slaugos mokslo vystymosi tendencijas bei nuolat besikeičiančios visuomenės poreikius (Sajienė, 2000). Tačiau pastebimas slaugytojų, kurie prieš 15-30 metų baigė medicinos seserų studijų programą, poreikis tobulintis, t.y. tęsti slaugos studijas kolegijose bei universitetuose pagal individualiąsias programas, atitinkančias Europos Sąjungos studijų reikalavimus. Svarbiausias ir neišvengiamas dalykas – parengti naujo tipo slaugytoją, kurio veiklos esmė yra ne tarnavimas kitoms profesinėms grupėms, o savarankiškas, kvalifikuotas žmonių sveikatos ugdymas. Atsižvelgiant į visuomenės poreikių didėjimą, turėjo plėstis slaugytojų kompetencijos, todėl slaugos studijų programų kaita buvo neišvengiama.

Slaugytojų demografiniai duomenys. Anketinėje apklausoje slaugytojų pasiskirstymas pagal amžiaus tarpsnius buvo toks: slaugytojai iki 30 metų amžiaus sudarė 13,3%, didžiausią dalį – 30-60 metų sudarė 75,8% slaugytojų, o mažiausią – virš 60 m. amžiaus – apklausoje dalyvavusių slaugytojų sudarė 10,85%. Šie duomenys liudija nemažą slaugytojų darbo patirtį, kurios vidurkis apie 30 metų. Tai patvirtina ir statistiniai duomenys: tarp respondentų amžiaus ir darbo patirties nustatytas stiprus ir statistiškai reikšmingas ryšys ($p < 0,01$).

Slaugytojų įgytas išsilavinimas. Pagal anketinėje apklausoje pateiktus duomenis apie baigtą mokymo įstaigą (1 pav.), mažiausiai – 3,3% – slaugytojų nurodė baigtą mokymo kursą. Didžiausią dalį – 43,3% – sudarė baigtą medicinos mokyklą, 33,3% – aukštesniąją medicinos mokyklą, 19,2% – kolegijas ir 13,3% – universitetus. Vertinimas leidžia teigti, kad didžioji dalis slaugytojų yra baigtą medicinos mokyklą ir aukštesniąsias medicinos mokyklas, t.y. medicinos seserų studijų programą.

Slaugytojų turimos kompetencijos. Vadovaujantis bendrosios praktikos slaugytojo rengimo standartu, 1



1 pav. Švietimo įstaiga, kurią slaugytojas baigęs ir kurioje įgijęs slaugytojo profesinę kvalifikaciją (procentais).

lentelėje pateikiamos įvairios mokymo įstaigas baigusių slaugytojų turimos kompetencijos. Kaip matyti iš slaugytojų anketinės apklausos duomenų, geriausiai planuoja laiką ir organizuoja darbą mokymo kursus ir universitetą baigę slaugytojai, kurie sudaro 100% tokių išsilavinimą įgijusių respondentų. Išnagrinėjus vadybines, pedagogines, psichologines ir socialines kompetencijas, galima teigti, kad vadybinių kompetencijų daugiausiai įgiję universitetą baigę slaugytojai (81,3%), mažiausiai (23,1%) sudaro medicinos mokyklas baigę slaugytojai. Kaip rodo kompetencijų informacinių technologijų srityje duomenys, minėtų žinių turi 100% universitetinių išsilavinimą baigusių slaugytojų. Kolegijas baigę slaugytojai sudaro 86,4%, o mažiausiai žinių informacinių technologijų srityje turi mokymo kursus bei medicinos mokyklas baigę slaugytojai (32,6%). Užsienio kalbas

1 lentelė. Slaugytojų išsilavinimo lygis ir turimos profesinės kompetencijos.

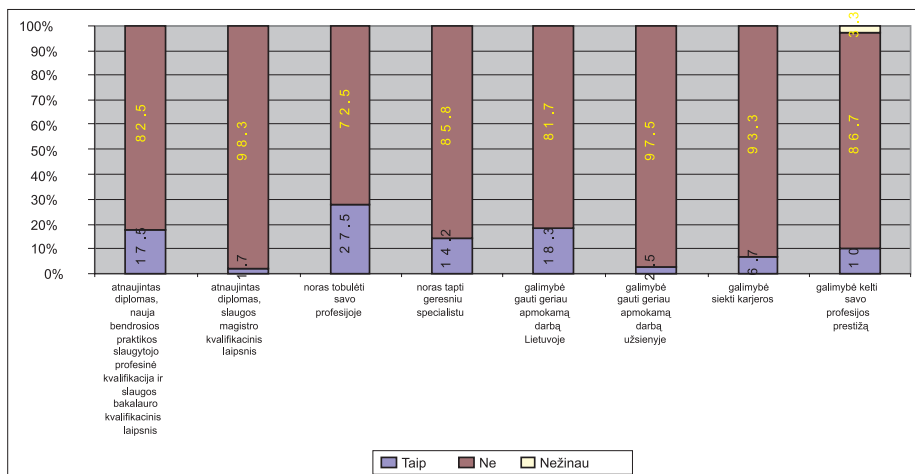
Turimos slaugytojo profesinės kompetencijos	Baigta mokymo įstaiga									
	Mokymo kursai		Medicinos mokykla		Aukštesnioji mokykla		Kolegija		Universitetas	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Geras laiko planavimas	4	100*	43	89,6	38	97,4	20	90,9	16	100*
Geras darbo organizavimas	4	100*	42	89,4	37	96,9	21	91,3	16	100*
Vadybiniai, administraciniai gebėjimai	2	66,7	9	23,1	16	47,1	8	42,1	13	81,3
Pedagoginiai gebėjimai	1	25	6	15,8	12	40	13	65	10	62,5
Psichologiniai gebėjimai	1	25	9	23,1	17	58,6	15	75	12	75
Socialiniai gebėjimai	1	25	6	15,4	15	51,7	14	70	10	62,5
Užsienio kalbų mokėjimas	0	0	6	14,3	14	48,3	12	57,1	9	56,3
Informacinių technologijų pagrindai	1	25	14	32,6	21	65,6	19	86,4	15	100*
Paciento gyvybinių poreikių įvertinimas	2	50	34	73,9	34	93,4	22	100*	16	100*
Paciento slaugos plano sudarymas ir slauga	4	100*	39	81,3	38	97,4	21	91,3	16	100*
Slaugymo veiksmingumo analizė ir vertinimas	4	100*	37	77,1	35	94	22	100	15	93,8
Sveikos gyvensenos įgūdžių ugdymas	3	90	30	63,8	28	75,7	15	68,2	15	93,8
Sveikatos tausojimo mokymo organizavimas ir įgyvendinimas	3	90	22	50	21	61,8	17	81	11	73,3
Bendravimas ir bendradarbiavimas su pacientais bei jų šeimos nariais	4	100*	45	93,8	36	95,3	21	91,3	16	100*
Pagrindinių sveikatos grąžinimo (reabilitacijos) ir stiprinimo principų bei metodų į praktinę slaugytojo veiklą integravimas	2	50	21	53,8	13	39,4	17	77,3	11	68,8
Profesinės slaugymo patirties skleidimas	4	100*	34	72,3	31	86,1	20	90,9	15	93,8
Bendravimas ir bendradarbiavimas komandinėje veikloje	4	100*	47	97,9	36	95,3	20	90,9	16	100*
Socialinio darbo organizavimas ir socialinės rūpybos principų į slaugytojo praktinę veiklą integravimas	3	90	28	68,3	14	42,4	14	66,7	10	62,5
Mokslinių taikomųjų slaugos tyrimų atlikimas arba dalyvavimas juos atliekant	0	0	14	31,8	10	31,3	12	57,1	14	87,5
Profesinės atsakomybės plėtojant slaugos praktiką ugdymas	4	100*	32	66,7	32	94,1	22	95,7	15	100*
Pacientų instrumentiniams ir laboratoriniams tyrimams parengimas	4	100*	40	76,9	37	96,9	22	100*	16	100*
Organizmo skysčių bei išskyrų tyrimams paėmimas	4	100*	39	75	38	97,0	23	100*	15	100*

* statistiškai patikimas ryšys tarp kompetencijos ir mokymo įstaigos

geriausiai moka taip pat kolegijas ir universitetus baigę slaugytojai ir tai sudaro aukštąjį išsilavinimą įgiję 56% respondentų. Iš lentelėje pateiktų rezultatų galima išskirti slaugytojų, baigusių nurodytas mokymo įstaigas, gerą darbo organizavimą ir pacientų slaugos įgyvendinimą. Tarp šių mokymo įstaigų ir šių gebėjimų nustatytas statistiškai patikimas ryšys. Šie duomenys rodo gerą dalykinį parengimą. Prevencinio darbo vykdymo rezultatai rodo, kad geriausiai sveikos gyvensenos, sveikatos mokymo veiklą organizuoja universitetą baigę slaugytojai (93,8%). Prasčiau tai atlieka medicinos mokyklas baigę slaugytojai (75%). Galima manyti, kad prevencinis darbas sveikatos išsaugojimo, stiprinimo, mokymo srityse nepakankamai geras dėl to, kad slaugytojams, neturintiems aukštojo išsilavinimo, trūksta psichologinių, pedagoginių, socialinių žinių. Tai patvirtina ir mokymo programų palyginimas. Beveik 100% visų apklausoje dalyvavusių respondentų turi bendravimo ir bendradarbiavimo su pacientais bei jų šeimos nariais kompetenciją. Tai patvirtina statistiškai patikimą ryšį ($p < 0,01$) tarp kompetencijos ir mokymo įstaigos. Iš anketinių duomenų apie slaugos praktikos ir mokslinių taikomųjų slaugos tyrimų atlikimą arba dalyvavimą juos atliekant galima daryti išvadą, kad 87,5% universitetus baigę slaugytojai patys atlieka arba dalyvauja moksliniuose tyrimuose, o kolegijas baigusių slaugytojų moksliniuose tyrimuose dalyvauja 57,1%. Medicinos ir aukštesniąsias medicinos mokyklas baigę slaugytojai moksliniuose tyrimuose dalyvauja mažiausiai (31%), nes tokių disciplinų nebuvo mokymo programose. Mokymo kursus baigę slaugytojai tokių tyrimų neatlieka. Kolegijas ir universitetus baigę slaugytojai puikiai geba parengti pacientus tyrimams. Atliekdami gydomasias procedūras, lentelėje nurodytų mokymo įstaigų slaugytojai puikiai atpažįsta gyvybei pavojingas būkles, vertina jas ir tinkamai reaguoja. Gaunami statistiškai patikimi duomenys ($p < 0,03$).

Iš pateiktos analizės galima daryti prielaidą, kad medicinos mokyklas arba aukštesniąsias medicinos mokyklas (pagal medicinos seserų mokymo programas) baigę slaugytojai kompetencijų turi mažiau nei aukštesnias mokyklas baigę slaugytojai. Tačiau šias mokymo įstaigas baigusių slaugytojų dalis yra baigę ir aukštesnio išsilavinimo lygio mokymo įstaigą arba tęsia studijas kolegijose ar universitetuose. Tai patvirtina duomenys apie kai kurių kompetencijų turėjimą.

Slaugytojų, tęsiančių studijas kolegijoje ar universitete, mokymosi motyvacija. Iš priešasčių, skatinančių respondentus tęsti mokslą kolegijoje ar universitete (2 pav.), dažniausiai (27,5%) įvardijamas noras tobulėti savo profesijoje; 18,3% studijuojančiųjų tikisi gauti ge-

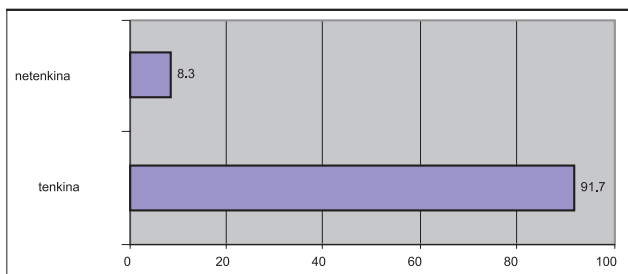


2 pav. Slaugytojų, tęsiančių studijas kolegijoje ar universitete, mokymosi motyvacija (procentais).

riau apmokamą darbą Lietuvoje; 17,5% siekia atnaujinti diplomą (tęsia studijas pagal individualiąją programą, nes turėjo medicinos sesers diplomus) ir įgyti naują, bendrosios praktikos slaugytojo profesinę kvalifikaciją; 14,2% studijuojančiųjų pageidauja tapti geresniu specialistu; 10% tikisi kelti savo specialybės prestižą; 6,7% tęsdami studijas mato galimybę siekti karjeros; 2,5% slaugytojų galvoja apie darbą užsienyje, manydami, kad studijos padėtų lengviau įsitvirtinti darbo rinkoje; 1,7% slaugytojų tęsia antrosios pakopos studijas universitete, rengdamiesi tapti slaugos pedagogais. Respondentų duomenys rodo, kad aukštosiose mokyklose studijas tęsia tik nedidelė dalis slaugytojų, tačiau pastebima teigiama tęstinio mokymosi tendencija.

Pacientų demografiniai duomenys. Pacientų anketinėje apklausoje nurodomas amžius sudaro: iki 30 metų – 5,8% pacientų, 30-60 metų – 37,5%, o didžiausią dalį pacientų – 56,7% – sudaro daugiau nei 60 metų turintys asmenys. Tyrimo rezultatai rodo, kad slaugytojo paslaugų daugiau reikia vyresniojo amžiaus žmonėms.

Pacientų lytis. Tyrime moterys sudarė 65%, o vyrai



3 pav. Pacientų nuomonė apie slaugos paslaugų kokybę (procentais).

– 35% visų respondentų.

Pacientų nuomonė apie slaugos paslaugų kokybę. Pacientų anketinės apklausos tyrimo rezultatai rodo (3 pav.), kad 91,7% pacientų tenkina teikiamos slaugytojų paslaugos, o 8,3% – netenkina.

Priežastys, dėl kurių pacientai nepatenkinti slaugos paslaugų kokybe. Remiantis pacientų apklausos duomenimis, galima teigti, kad slaugytojams trūksta kai kurių kompetencijų: 1,7% pacientų pastebi psichologinių kompetencijų trūkumą, 0,8%

– pedagoginių kompetencijų bei nepakankamai aktyvią veiklą sveikatos išsaugojimo ir stiprinimo srityje. Taip pat 0,8% pacientų nurodo didelius slaugytojų darbo krūvius ir dėl to ribotą apsilankymų jų namuose skaičių ir per mažą teikiamų paslaugų įvairovę. Tokie pacientai reiškia nepasitenkinimą visa sveikatos apsaugos sistema, menkina medicinos darbuotojų įvaizdį visuomenėje. Galima daryti prielaidą, kad visuomenės poreikiai didėja, pacientai tampa reiklesni, o kai kuriems slaugytojams trūksta kompetencijų. Todėl būtinas nuolatinis mokymasis, studijos pagal individualias studijų programas arba tęstinės studijos aukštosiose mokyklose.

Tyrimo rezultatai parodė, kad nagrinėjami ir pateikiami slaugytojų kompetencijų tyrimai, skirtingų slaugytojų išsilavinimo lygių studijų programų analizė patvirtina teiginį, kad slaugytojų studijų programų kaita, jų tobulinimas buvo neišvengimas procesas, duodantis akivaizdžią naudą patiems slaugytojams ir slaugos paslaugų gavėjams, t.y. mūsų visuomenei.

IŠVADOS

1. Visuomenės raidoje keitėsi slaugytojo samprata ir jo veiklos modelis nuo techninio paskyrimų vykdytojo iki savarankiško specialisto, gebančio vertinti, analizuoti, mokyti, keisti asmenų turimą netinkamą požiūrį ir nuostatas į sveikatą, mokyti ją saugoti.

2. Visuomenės poreikių raida turėjo didelę įtaką slaugytojų rengimo programų kaitai, didesnę dėmesį skiriant naujų kompetencijų ir gebėjimų ugdymui ir išryškinimui.

3. Nuolat didėjant visuomenės slaugos paslaugų poreikiams, būtina plėtoti vadybines, psichologines, pedagogines, socialines ir kitas slaugytojų

kompetencijas, kurios užtikrina kokybišką slaugą.

4. Slaugytojų kompetencijų plėtra daro teigiamą įtaką paslaugų gavėjams ir visam sveikatos priežiūros sistemos organizavimui.

Literatūra

1. Bydam J. Pedagogika. Vilnius, 2000.
2. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. birželio 14 d. įsakymas Nr. V-437 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 28:2004 „Bendrosios praktikos slaugytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“ // „Valstybės žinios“, 2004; 97:3597.
3. Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministerija. (2002). Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministro 2002 m. liepos 10 d. įsakymas Nr. 1302 „Dėl bendrosios praktikos slaugytojo rengimo standarto patvirtinimo“ // „Valstybės žinios“, 2004; 61:2208.
4. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. Sveikata 21. Pagrindiniai PSO visuomenės sveikatos priežiūros principai Europos regione. Vilnius, 2000.
5. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. Sveikatos apsauga Lietuvoje. Health care in Lithuania. Vilnius, 2004.
6. Sajienė L. Slaugos institucija visuomenės sveikatos koncepcijoje: profesinio rengimo kaitos dimensijos. Daktaro disertacija. Socialiniai mokslai, edukologija (07S). Kaunas, 2000.
7. Sajienė L. Slaugytojo profesinės veiklos ugdomieji aspektai // Ugdymo psichologija. Kaunas, 2000.
8. Šeškevičius A. Slaugos mokslo teorijos ir praktikos pažanga. Nacionalinė slaugos mokslinių tyrimų strategija 2006-2010. Vilnius, 2006; 27-30.
9. World Health Organization. Nurses and midwives for health. A WHO European strategy for nursing and midwifery education. Section 1 – Guidelines for Member States on the implementation of the strategy. – Copenhagen, Denmark, 2001; World Health Organization, Regional Office for Europe (document EUR/01/5019304),
10. Žydzūnaitė V. Komandinio darbo kompetencijų edukacinė diagnostika ir jų vystymo, rengiant slaugytojus, pagrindimas. Daktaro disertacija. Socialiniai mokslai, edukologija (07S). Kaunas, 2003.
11. Žydzūnaitė V. Slaugytojų kompetencijų vystymo poreikis: kryptys ir tendencijos. Nacionalinė slaugos mokslinių tyrimų strategija 2006-2010. Vilnius, 2006; 34-37.
12. Žydzūnaitė V. Refleksija apie atotrūkį tarp aukštųjų studijų ir praktikos: slaugytojų kompetencijų realizavimo trikdžiai. ISSN 1392-0758. Socialiniai mokslai. 2003; 5: 78-89.
13. Žydzūnaitė V. Slaugos profesinio instituto kaita: stadijos ir dimensijos. Vilnius. Sveikatos mokslai. 2003; 6:41-47.

TRENDS OF NURSES' COMPETENCE FLUCTUATION IN THE CONTEXT OF THE DEVELOPMENT OF THE COMMUNITY DEMANDS

Nijolė Bielinienė

Summary

Key words: nurse, competence, patient, evaluation.

The nurse's competence, who is working in the Community or in the patient's family, becomes of utmost value in terms of care background. This specialist's competence is closely related to the scope and the quality of nurses' rendered services as well as their availability to services recipients. The nurse's competence consists of knowledge, capabilities and skills, which have been acquired after the completion of care studies program and general practice nurse's professional qualification, with its continual improvement on the basis of a continuous headway in care science and practice. Nurses must work for the public health preservation and enhancement, therefore, new competencies are obligatory to them: pedagogic, psychological, social, managerial and other additional knowledge, which is being acquired during continuous training. Thanks to professional competencies, nurses may feel equally-valued members of a health supervision team. In this way, a self-dependence and a prestige of this specialty are being raised. The scope of these specialists' services is stipulated by the fluctuation of the community demands. In scientific terms, an investigation of competence evaluation is a new, low-investigated subject in Lithuania. The nurses studying programs have never been analyzed in the context of the fluctuation of the community demands i. e. they have not been compared mutually pursuant to education levels, program plans and content, awarded professional qualification. A scientific novelty of the subject is that the scope of rendered services, their quality and availability to services recipients depend upon the nurses' education level and the fluctuation of the community demands. All this chain influences the quality of the whole health supervision system. A given goal of the investigation is to evaluate the fluctuation of the nurses' competencies in the context of the development of the community demands. The presented investigation has been aimed at distinguishing the different education levels of care science with the acquired nurses' competencies. The investigation object has enclosed the development of the nurses' competencies in the light of the fluctuating community demands. By performing the investigation, an analysis of scientific literature, publications and legal regulations have been done; the analysis and the comparison of studying program content from 3 different education levels have been performed; as well as interviewing of 120 nurses and 120 patients has been conducted pursuant to a prepared questionnaire. The outcomes of the performed investigation have showed that the nurses, who graduated from medical schools 20-40 years ago, have acquired less competencies. Meanwhile the nurses, who completed general practice nurses programs, have acquired new general and special (managerial, administrative, pedagogic, psychological, sociological and other) competencies and their services better meet the community's demands.

Correspondence to: nijole.bieliniene@sam.lt

Gauta 2009-10-27



ŽMONIŲ, SERGANČIŲ PARKINSONO LIGA, PATIRTIS

LINA DANUSEVIČIENĖ, GINTARĖ ZIBALAITĖ

Kauno medicinos universitetas, Slaugos ir rūpybos katedra

Raktažodžiai: *Parkinsono liga, stresas, įveiktis, šeimos parama, socialinės aplinkos parama, patirtis.*

Santrauka

Straipsnyje pristatomi kokybinio tyrimo rezultatai apie žmonių patirtis ir išgyvenimus sergant Parkinsono liga (toliau PL): susidūrimas su liga ir gyvenimas ja sergant. Tyrimo tikslas: atskleisti, ką patiria ir išgyvena žmogus, susidūręs su nepagydoma PL, ir kaip jis jaučiasi, ką išgyvena ja sirgdamas visą gyvenimą. Duomenų rinkimui taikytas nestruktūruotas nuodugnus (in-depth) interviu. Tyrime dalyvavo šeši žmonės sergantys PL. Jo metu paaiškėjo, jog žmonės pastebėję pirmuosius PL simptomus, juos priskiria nuovargiui, sveikatos sutrikimams dėl amžiaus pokyčių ar naujiems anksčiau diagnozuotos lėtinės ligos požymiams. Liga diagnozuojama apsilankius pas gydytoją eilinei apžiūrai. Žmogus, išgirdęs diagnozę apie nepagydomą PL, patiria šoką. Ligonis ieško ligos priežasties paaiškinimo, lyg atsakymas palengvintų susitaikymą su liga, be to, išgyvena dėl socialinių vaidmenų netekties. Sergančiajam tenka išmokti gyventi su liga, prisitaikyti prie jos. Ligoniai personalizuoja savo ligą, kuri palaipsniui tampa kaip draugas, su kuriuo galima ir draugauti, ir susipykti. Svarbus vaidmuo padedant prisijaukinti ligą tenka ligonio socialinės paramos sistemai: kaip priima ir paremia ligonį šeima, įsitraukimas į Lietuvos Parkinsono ligos draugijos veiklą ir jos narių parama bei visuomenės nuostatos sergančiųjų atžvilgiu. Tyrime taip pat atsiskleidė, kad sergantysis PL turi vilties pasveikti visą ligos procesą.

IVADAS

Parkinsono liga (toliau PL) – lėtinė progresuojanti centrinės nervų sistemos (CNS) liga, sąlygota dopaminerginio nigrostrialinio tako degeneracijos ir pažeidžianti motorinę, autonominę, sensorinę, kognityvinę bei emocinę sistemas. Tai antra labiausiai paplitusi lėtinė neurodegeneracinė liga po Alzheimerio ligos [28]. PL tai ne tik negalavimas, laikui bėgant pažeidžiantis žmogaus sava-rankiškumą. Ji paveikia žmogaus psichinę bei socialinę

sveikatą: žmogus tampa pažeidžiamas psichologiškai, jam tenka prisitaikyti prie naujų gyvenimo sąlygų, kinta socialiniai ryšiai. Liga yra lėtai progresuojanti ir, nepaisant medicinos pasiekimų, vedanti į visišką negalią bei priklausomybę nuo kitų. Sergamumas PL didėja priklausomai nuo amžiaus – šia liga pradeda sirgti sulaukus vidutiniškai 60 metų: nuo 65 metų serga apie 1 proc., o nuo 85 metų – 2 proc. žmonių. Tačiau liga neaplenkia ir jaunesnių – serga ir trisdešimtmečiai [28]. Ši liga paplitusi visame pasaulyje, visose etninėse grupėse. Ja serga 0,3 procentai populiacijos [9]. Vyrai šia liga serga dažniau nei moterys, bet tiek vyrai, tiek moterys suserga būdami vienodo amžiaus – vidutiniškai 63,77 metų [29]. Sergančiųjų PL mirtingumas 2 – 5 kartus didesnis nei to paties amžiaus grupės nesergančiųjų asmenų [8]. Lietuvoje šia neurologine liga serga apie 9 tūkstančiai gyventojų, Lietuvos Parkinsono ligos draugiją vienija 355 nariai¹. Kadangi PL labiausiai yra paplitusi virš 65 metų amžiaus žmonių grupėje, ją galima laikyti pagyvenusių žmonių liga. Lietuva yra viena iš sparčiai senstančių Europos visuomenių. Gyventojų vidutinis amžius 1970-2007 m. kasmet vidutiniškai padidėjo 0,63 proc. [16]. Senstant populiacijai, didėja ir PL sergančiųjų skaičius.

Aprašomojo pobūdžio PL epidemiologiniai tyrimai atlikti daugelyje šalių – Lenkijoje, Švedijoje, Anglijoje, Vokietijoje, Italijoje, Suomijoje, Jungtinėse Amerikos Valstijose, Japonijoje ir kitur [26, 27, 29]. Atlikti tyrimai rodo, kad ir atminties, ir elgesio sutrikimai dažnai sutapatintinami su PL simptomais. Todėl ligoniams, sergantiems Alzheimerio liga, buvo diagnozuota PL. Lietuvos mokslininkai didelį dėmesį skiria PL skirtingų gydymo būdų efektyvumo studijoms [2, 8, 27, 29], ligos sąsajoms su nikotino poveikiu [3], taip pat pristatomi PL sergančiojo slaugos klausimai ir problemos [9, 15], analizuojamas paslaugų poreikis sveikatos priežiūros sistemoje [13] ir nagrinėjama sergančiųjų gyvenimo kokybė [28]. Tačiau PL sergančiųjų patirtys, kaip jie išgyvena ligos eigoje atsirandančius sveikatos sutrikimus, dar netyrinėtos, nors šio pobūdžio studijos yra plačiai vykdomos užsienio šalių tyrėjų [5, 18].

Tyrimo tikslas – pristatyti sergančiųjų PL patirtis. Tyrimo klausimai: 1) ką patiria ir išgyvena žmogus su-

¹ Lietuvos Parkinsono ligos draugijos interneto svetainė. Prieiga: <http://www.parkinsonas.lt>

sidūręs su nepagydoma PL? ir 2) ką patiria ir išgyvena žmogus sergantis PL?

TYRIMO METODIKA

Tyrimui atlikti pasirinktas kokybinis fenomenologinis tyrimo metodas, kurio pagalba siekta išsiaiškinti, ką patiria ir išgyvena sergantysis ir kaip jis vertina save bei savo aplinką. Pasirinktas nestruktūruotas giluminis interviu, siekiant tiriamiesiems sudaryti laisvą erdvę atsiverti, suteikti pokalbiui natūralumą, laisvumą. Tai tinkamas ir lankstus metodas vertingiems duomenims gauti. Siekiant atskleisti tyrimo tikslą, interviu klausimai apėmė dvi pagrindines tyrimo temas: 1) susidūrimas su PL; 2) gyvenimas sergant PL.

Tyrimo dalyvių atranka ir aprašymas. Tiriamųjų, pasitelkus tikslinę atranką, buvo ieškoma Lietuvos Parkinsono ligos draugijoje. Formuluoiant tyrimo metodą, atrankai buvo skiriamas didelis dėmesys. Atsirinkti tiriamuosius buvo sunku dėl to, kad nebuvo aišku, ar visi pasirinkti sergantieji PL galės kalbėti dėl sunkios sveikatos būklės ir ligos progreso, bei kiek jų artikuliacija bus suprantama tyrėjai. Taikytas trianguliacijos principas: pasirenkti sergantieji su stipriai, vidutiniškai ir mažai išreikštais ligos simptomais. Tai leido pažinti kuo įvairesnę ligos patirtį. Dalyvauti tyrime buvo pakviesti aštuoni asmenys, galintys kalbėti suprantamai, tačiau iš jų du ligoniai duoti interviu atsisakė. Visiems tyrimo dalyviams diagnozuota PL.

Tyrimo dalyvių charakteritika

1. 71 metų pensininkas vyras, PL sergantis 13 metų. Ligos požymiai ryškūs. Tiriamasis ligos stadijos nežino. Dirbo valstybės tarnautoju. Gyvena su žmona ir nuolatine pagalbininke.

2. 60 metų moteris, turinti 35 procentų darbingumo lygį, tačiau nedirbanti. PL jai nustatyta prieš 9 metus. Ligos požymiai gana ryškūs. Ligos stadija III-IV. Dirbo vyriausia buhalterė. Gyvena viena, tačiau turi nuolatinį telefoninį kontaktą su ją prižiūrinčiu giminiu.

3. 72 metų pensininkas vyras, PL sergantis 10 metų. Ligos požymiai neryškūs, bet pastebimi. Ligos stadijos nežino. Dirbo vadovaujamą darbą. Gyvena su žmona.

4. 67 metų vyras, dirbantis valstybės tarnautoju. PL serga 13 metų, ligos stadijos nežino, ligos simptomai gana pastebimi. Gyvena su žmona.

5. 53 metų moteris, buvusi sportininkė, dabar dirbanti buhalterė. PL serga 4 metus, ligos požymiai gana ryškūs; stadijos nežino. Gyvena su sūnumi.

6. 59 metų dirbanti moteris, serganti 5 metus, ligos požymių beveik nėra; I ligos stadija. Gyvena su vyru.

Tyrimo procesas. Tyrimas atliktas gavus bioetikos komisijos sutikimą. Tyrėja Lietuvos Parkinsono ligos draugijos narių buvo priimta palankiai, užsimezgė teigiamas ir artimas ryšys. Tam turėjo įtakos ankstesnė asmeninė vienos iš tyrėjų pažintis su kai kuriais Lietuvos Parkinsono ligos draugijos nariais, kurių pasitikėjimas tyrėja lėmė atviresnį bendravimą ir sudarė sąlygas geriau atskleisti ligos patirtį. Tyrime nedalyvavo informantai, kurių artimieji to atsisakė, įvertinę ligonių, sergančių jau apie 30 metų, būklę (progresavus PL kai kurie iš ligonių nebegali aiškiai ir suprantamai kalbėti). Interviu su kiekvienu sergančiuoju vyko vieną kartą, tačiau su vienu iš jų interviu teko pakartoti. Penki interviu vyko namuose ir vienas tiriamojo darbe, to pageidavus informantui. Tiriamųjų imtis buvo formuojama duomenų prisistotinamumo principu.

Duomenų analizė. Interviu atliko ir diktofono įrašus šifravo viena šio straipsnių autorių. Ta pati autorė atliko kodavimą (prasminių vienetų išskyrimą). Prasminiai vienetai buvo jungiami į kategorijas, perkoduojami, aptariant ir diskutuojant autorėms tarpusavyje. Šis procesas kokybinėje duomenų analizėje leidžia užtikrinti duomenų patikimumą [21].

TYRIMO REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS

Atlikus interviu duomenų analizę, buvo išskirtos tokios temos: susidūrimas su liga, ligos priežasties paieškos, PL prisijaukinimas, PL personalizavimas, paramos sistemos vaidmuo gyvenant su liga, viltis pasiekti.

Susidūrimas su liga. PL simptomai yra kaip daugelio kitų neurologinių ligų, todėl gydytojams sunku iš karto nustatyti ir diagnozuoti būtent PL: <...> buvo įtarimas, galbūt kas nors su galva, gal koks auglys ar dar kažkas <...>; Nu ligos yra ne man vienai tokia istorija, yra daug kam taip atsitikę, kad labai ilgai jos ieško tos ligos <...>. Ligos pradžioje simptomai nėra ryškūs: <...>paskui pradėjo ir koja atsilikti, ir vis tiek dar kažkaip neaišku buvo <...>. Žmonės taip pat nekreipia dėmesio į pirmuosius simptomus, tokius kaip galvos svaigimas, griuvimai, depresija, mieguistumas [12]: <...> Tada aš nieko nesupratau, tada tiesiog va toks mieguistumas nežmoniškas <...>. Manoma, kad tie simptomai yra tiesiog natūralūs senėjimo bruožai. Vyresnio amžiaus pacientams PL požymiai gali būti sutapatinti su senatviniais pakitimais [28]: <...> Daleiskim aš, reiškia, kada man nu negerai, nu blogai. Moteris klimaksinio amžiaus. Mane visi lyg biški lyg tokią kaip neurotikę priėmė <...>. Kiti pašnekovai apie ligą sužinojo užklupus kitai ligai: <...> Tai va čia man tas peties rezginio uždegimas toksai

gavosi. Ir tada čia ta ranka, viskas kibo. Ir šitie reikalai, ir čia mane sumaišė ilgą laiką mane <...>. PL simptomai būna siejami ir tapatinami su kita liga. Žmogus tiesiog mano, kad žino, kas jam yra ir pajutęs naujus simptomus, priskiria turimai ligai: <...> Po to kai mane ištiko insultas prieš dešimt metų, aš kreipiausi į gydytojus. Gulėjau Raudonam kryžiui, lignoninėj. Kreipiausi pas gydytojus. Kadangi man sakė, kad po insulto aš didelių sukrėtimų nepatyrčiau. Išskyrus dešinės rankos valdymą. Tai aš tada pamaniau, kad taip ir baigsis likusi mano gyvenimo dalis. Be pakitimų <...>. Sužinojus diagnozę žmogų gali ištikti psichologinė krizė, kuri sukelia dideles gyvenimo permainas: <...> Nu tai va kada tau pasako, kad tu žinai, kad ta liga nepagydoma. Labai trenkia šitas į galvą <...>. Psichologinė krizė – tai žmogaus reakcija į sunkią ir emociškai reikšmingą gyvenimo situaciją, kuri reikalauja naujų adaptacijos ir įveikmės būdų, nes turimų nepakanka. Kiekvieną krizę lydi stresas, konfliktas, frustracija, kritinė būseną [23]. Vienas pašnekovas, kuris aktyviai bendrauja su kitais sergančiais teigė, jog vyrų reakcija stipresnė nei moterų: <...> Gal trenkia dar netgi labiau vyras negu moterim. Ir tada galvoji, kad tu čia nieko nevertas, kad jau tas tavo gyvenimas jau baigiasi, kad ta liga nepagydoma <...>. Lietuvoje palaikomos tradicinės vyro įvaizdžio ir vaidmens normos. Vyras turi išlaikyti šeimą, apginti ir globoti savo moterį bei mokėti atlikti „vyriskus“ buitines, techninius darbus. Ypač pabrėžiamas sunkiai dirbančio bei uždirbančio vyro vaizdinys: tikras vyras privalo materialiai aprūpinti savo šeimą [25]. Todėl susirgus vyrui nepagydoma liga, kuri veda į visišką priklausomybę nuo aplinkinių, tai sukelia didesnę psichologinę krizę. Tiek vyrams, tiek moterims liga asocijuojasi su vaidmens netekimu ar pasikeitimu šeimoje, socialinio statuso pasikeitimo grėsme, gyvenimo pabaigos baime bei tapimu kitokiu: <...> Pradžioj tai man buvo mintys kaip čia sūnus, kaip čia duktė, kaip čia vyras. Nes vyras dar Klaipėdoj dirbdavo, savaitgaliais parvažiuodavo <...>. Ligonis nežino, kaip ilgai gali trukti liga, kokios pasekmės ir komplikacijos jo laukia ir kokių esama pagalbos galimybių [14].

Ligos priežasties paieškos. Kiekvienas ligonis bando suprasti, surasti ir paaiškinti ligos priežastį, lyg šis žinojimas pats savaime palengvintų gyvenimą su liga. Ligos priežastis siejama su patirtu stresu: *Nu ir mane vienąsyk viena boba sunervavo, supranti, kaip reikiant, ministerijoj, aš išėjau iš jos – man kažkas blogai, kažkas negerai, reiškias, kai išėjau... ir va po tos man komandiruotės man prasidėjo kažkokie simptomai <...>; Nežinau, aš čia kažkaip bandau surišti su stresu, nes duktė čia man truputėlį... Jinai išvažiavo po antro kurso padirbėt į Ameriką,*

ištekėjo ten už tokio arabo ir pasiliko. Tai aš praverčiau visą vasarą sąžiningai. Paskui iš tikrųjų pašlijio sveikata <...>. Taip pat priežasčių ieškoma ankstesnių susirgimų gydymo būduose: <...> Operavo. Labai nukraujavau. Ir kažkas man tokio buvo šviesulius mačiau. Skridimą. Ir po to ir atsirado man suvaržymai <...>. Kitas pašnekovas ligą sieja su amžiumi: <...> Gi dabar dar serga visa ta sena karta, aš ir prie jų prisiskaitau, tai gal todėl <...>. Bendraujant su tyrimo dalyviais, susidarė įspūdis, kad ligos priežasties paaiškinimas buvo svarbi susitaikymo su liga proceso dalis.

Parkinsono ligos „prisijaukinimas“. Išėjęs iš gydytojo kabineto, sergantysis lieka vienas su liga, su ja jis turi nuolatos gyventi, jos įgeidžiai sunkiai nusakomi, jų daug ir įvairių. Ligonis privalo išmokti elgtis išmintingai – adekvačiai ir optimaliai. Tam reikia pažinti ligą ir save [17]. Visi žmonės yra skirtingi ir skirtingai reaguoja į žinią, jog serga nepagydoma liga. Įvairūs žmonės nevienodai elgiasi įvairiose situacijose, tačiau tyrėjai įžvelgia tam tikrų dėsningumą, kurie atsiskleidė ir šio tyrimo metu, pvz., neįgimas: <...> man atrodė, kad lyg tai gėdinga prisipažinti, labai labai ilgai nepripažinau, na kaip turbūt tuos du metus <...>; pyktis, derėjimasis, depresija: <...> nu ir taip paskui aš pasidaviau likimui, va baisinė tokia depresija. Netikra ta depresija turbūt buvo, tik kažkoks liūdesys ir nusiminimas <...> ir susitaikymas [6]. Sergantiems PL depresija pasireiškia sumažėjusia motyvacija, vilties praradimu, pesimizmu. Depresijos atsiradimas parodo greitesnę ligos progresavimą, didesnę funkcijų sutrikimo suvokimą ir mažėjantį gebėjimą pasirūpinti savimi [30]. Įvairūs autoriai nurodo, kad 40-60 proc. ilgai PL sergančių žmonių suseraga ir depresija [26]. Pašnekovai atsiskleidė, jog ligą ilgą laiką slėpė: <...> Niekam nesisakiau, nei giminaičiam taip jau per daug iš pradžių nesakiau <...>. Noras izoliuotis ligos pradžioje atsiskleidė pokalbiuose su visais tyrimo dalyviais. Vieni tai pristatė kaip užsidarymą nuo aplinkos, kiti pasakojo, kaip įvairiais būdais stengėsi pabėgti nuo savo minčių apie užklupusią ligą: <...> kažkaip nuo žmonių tąsyk atsiskyriau, nu ir tiesiog, bet aš jau nebendravau tąsyk, nebendravau su žmonėm ir visi žmonės galvojo, kur aš dingau <...>. Ligonio, žinančio jog nebėra vilties išgyti, atsiribojimą nuo tiesos ir nenorą galvoti apie ligą pastebi ir kiti tyrėjai [7].

Ėjimas **susitaikymo su liga** link ilgas procesas. Viena pašnekovė pasakojo, jog vieną dieną ji nutarė grįžti į miestą. Išėjimas į viešumą jai reiškė susitaikymą su liga: <...> O šiaip jau paskui, čia vieną kartą man irgi užteko laiko sau, nuo kada aš čia išėjau į tą viešumą, gi gyvenimas nesustoja, bėga toliau <...>. Kita pašnekovė teigė,

jog susitaikymas su liga įvyko, kai apie ligą papakojo aplinkiniams: <...> *Ir kada aš pasisakiau kuo aš sergu, man tapo pačiai daug daug lengviau. Nebereikėjo galvoti vis naujų priešasčių, nes pati susitaikiau su liga <...>*. Trečias tyrimo dalyvis teigė, jog jis tiesiog prisiėmė likimą: <...> *Nu Dieve, kaip bus taip bus <...>*. Ketvirtas sakė, jog jis tiesiog priprato prie ligos: <...> *na ką čia jau viskas buvo, dabar jau kaip pripratau tai ta liga ne tokia baisi atrodo <...>*. Tie pašnekovai, kurie jau anksčiau turėjo įtarimų apie ligą, greičiau susitaikė su liga. Tik susitaikius su savo liga galima ramiai ir nesijaudinant stebėti kitus, komentuoti juos, kalbėtis apie juos ir lyginti save tiek su silpnesniais, tiek su stipresniais: <...> *Nu mintys, kaip pasižiūrau, kaip einu į tą, pas tuos gydytojus tenais, tai kai pasižiūrau į tuos ligonius, tai kažkur tais tokios mintys būna, va ir manęs laukia tokia dalia. Tokia diagnozė, ką jau dabar <...>*. Susitaikyti sergantiems su liga padeda informacijos paieška. Norėdamas susidraugauti su liga, sergantis turi pats nemažai žinoti apie ligą: <...> *Turi žmogus pats kažkiek žinot apie savo ligą <...>*. Pati informacija apie ligą labai svarbi sergančiajam, kad šis galėtų suvokti, kas tai per liga, kas laukia ateityje ir su kuo jis turės toliau gyventi. Informacijos žinojimas sumažina stresą, nerimo ir baimės jausmą [14].

Parkinsono ligos personalizavimas. Visi sergantieji gyvena su liga. Sergančiojo gyvenimas – tai liga su gyvenimu, kadangi sergančiojo gyvenimas lieka antroje vietoje, pirmą vietą užima liga. Liga diktuoja visas taisykles, gyvenimo ritmą, žmogaus galimybes. Sergantis turi prisitaikyti prie ligos. Kadangi liga yra nepagydoma, sergantieji teigė: <...> *būtina susidraugauti su liga, kad gyvenimas netaptų kančia <...>*. Kiekvieną dieną, tik išaušus rytui, ligonis žino, kad serga. Visas gyvenimas su liga – tai lyg spiralė, kuri susideda iš visų E. Kubler-Ross ir E. Dalgaard Jansen įvardintų susitaikymo su liga etapų, kurie išgyvenami sulig kiekvieno naujo požymio atsiradimu, kol galiausiai ir vėl susitaikoma. Pasak Mildažio [17], paciento fizinė ir dvasinė būseną paros metu gali keisti keletą kartų, kiekvieną kartą jį užklumpa krizės. PL traktuojama kaip draugas. Vienas pašnekovas įvardijo: <...> *Parkinsono liga kaip draugas <...>*, su kuriuo galima susipykti: <...> *o dabar kažko nežinau – susipykau aš su juo <...>*; kai simptomai tampa stipresni – tai gali būti kaip geras draugas, su kuriuo galima net pasikalbėti. Tačiau iki tokios būsenos turi būti nueitas ilgas kelias. Ši liga kiekvienam pasireiškia skirtingai: <...> *kad nežinau ant kiek čia yra teisybė, bet, reiškia, sako, kad dviejų parkinsonikų vienodų nėra. Vienodos formos nėra <...>*. Anot vieno tyrimo dalyvio, tai priklauso nuo daugelio aspektų, tokių kaip

amžius, kiek ilgai sergama šia liga, kaip liga gydoma: <...> *kad daug kas priklauso nuo žmogaus charakterio, optimistinio užtaiso. Be to, nėra pasaulyje nėra dviejų žmonių, kurie Parkinsono liga sirgtų vienodai. Kaip sakoma, kad ir po pačiomis skirtingiausiomis kaukėmis ši liga besislapstytų, vis tiek ji yra ji – ta pati panelė, tik vis kita suknele <...>*. Skausmas vienas dažnai pasitaikančių fizinių pojūčių, kuris vargina nemažai asmenų [28]. Dauguma pacientų patiria neigiamas emocijas. Nerimą juto ligai pažengus, o ne ligos pradžioje. Pašnekovams pasireiškė visi įprasti, literatūroje įvardyti simptomai: kalbos sutrikimas, judesių sulėtėjimas, eisenos pasikeitimai, galūnių bei kūno sukaustymas, galvos ir galūnių tremoras, sulėtėjęs mąstymas [8, 28]. „Liga – ir draugas, ir priešas“. Pašnekovų kalboje itin ryškiai atsispindėjo kovos su liga aspektas. Akivaizdu, kad su pačia liga grumiamasi sąmoningai tai suvokiant: <...> *Tiktai aš va galvoju, kad nereikia per daug nusiminti. Reikia kovot su ta liga <...>*, kovoje bandant prisitaikyti prie aplinkos, būti tokiu pat kaip ir visi: <...> *o kada būni, kad ir va sėdi kokioj kavinėj, dar kažkur, kada jau tu būni susitvarkęs su savim, kad tu ten tau ir įsidėt sunku, kad tau ir susipjaustyt sunku, bet tai tokių neypatingai daug yra, susitvarkysiu su savim <...>*, bandoma įrodyti sau, kad aš dar galiu užsiimti kuo noriu: <...> *Va, tai žinau, kad ten visus pašalius, pakampius ištvarkiau, tai va ten buvo toks fizinis darbas. Medžius pjoviau, malakas pjoviau, nu vienu žodžiu užmušinėju darbu <...>*. Vienam iš kalbančiųjų kovoti su liga padeda mintis, kad yra daug pavyzdžių, įžymių žmonių, kurie ilgai gyveno su liga: <...> *aš pradėjau juokauti, supranti, Popiežiaus liga, kadangi Popiežius Antrasis, reiškia, Popiežius sirgo Parkinsono liga ir ilgai gi gyveno, Nu, sakau, aš kaip Popiežius dabar <...>*. Kraus Whitbourn ir Erina Cassidy [9] teigia, kad įveikimas yra kovos procesas, per kurį siekiama sumažinti ar visai panaikinti stresą. Nepagydoma liga priartina mirties realybę, reikšmingai keisdama žmogaus gyvenimą. Sukelia sunkumų šeimos nariams, nes sergantis PL laikui bėgant tampa priklausomas nuo jų. Sergantiesiems kova su liga – nuolatinis procesas, kadangi liga progresuoja ir atsiranda vis daugiau simptomų, kurie priverčia tiriamuosius nepasiduoti ir siekti būti tokiais pat kaip ir kiti. Pašnekovai vis paklausdavo, ar jie dar yra „normalūs“: <...> *Nu vat tokio, reiškia, tai tokio kažkokio – tai nežinau kaip aš, nu žiūrint aš nežinau, kaip tie kiti parkinsonikai <...>*, kitas dalyvis: <...> *Ai, tiesa, už poros metų įstojau į Parkinsono draugiją. Ten per tuos susitikimus kažkaip visai normaliai moterys išbūna, išlaiko. Nu įmanoma. Nu nežinau nuo ko priklauso, bet aš dabar jau ketvirti*

metai, vis dar gal lyg normaliai <...>. Ligoniai jaudinasi, kad aplinkiniai nesupranta jų ligos ir mano, kad jie turėtų taikytis prie kitų. Daugelis sveikų žmonių nesupranta, kad ligoniui sunku atlikti įprastus veiksmus, o praėjus kuriam laikui (galbūt pasibaigus vaistų veikimui) jis nesugeba net paeiti [11].

Paramos sistemos vaidmuo gyvenant su liga.

Šeimos reakcija į ligą daro didelę įtaką paties ligonio pasirengimui priimti ligą [10]. Šeimos sugebėjimas priimti ligą priklauso nuo jos, kaip sistemos, sugebėjimo persikirstyti vaidmenis bei užduotis ir palaikyti senus bei užmegzti naujus ryšius su kitomis sistemomis [22]. Draugaujant su liga labai svarbų vaidmenį sergančiajam PL turi šeimos reakciją į ligą. Šeimos, kaip sistemos, pusiausvyra tampa suardyta. Lengviau toms šeimoms, kurios jau praeityje buvo susidūrusios su kažkokiomis negandomis ir jas įveikė: *<...> Nu nieko, normali reakcija, <...> pas mus visą laiką, gi mūsų šeimą bėdos lydi nuo pat, sūnaus pirmojo liga ir mirtis, paskui žmona visą laiką sirguliuoja, su spaudimu daugelį metų žymiai seniau. Ir vat, reiškia, prie tų ligų, kaip sakant, nauja liga atsiradus nieko čia nenustebino, supranti, nei sužlugdė, nei <...>. Šeima tik pritaiko jau turimą įveikmės modelį naujai situacijai. Anot Patriko C. McKenrio įveikmė ir sėkminga adaptacija priklauso nuo šeimos pajėgumo įveikti sunkumus, paramos šeimoje ir gebėjimo susirasti naujų išteklių, nuo prasmės suteikimo ligai, kiek ta liga įneša pokyčių į šeimos sistemą [4].*

Socialinė parama svarbi tiek, kiek ji sustiprina jausmą, kad žmogus pats pajėgus kontroliuoti savo gyvenimą, ir, kiek palaiko savęs vertinimą, kurį labiausiai ir pažeidžia gyvenimo įvykiai [19]. Dauguma pašnekovų pradžioje stengėsi apsaugoti savo šeimą nesakydami ligos diagnozės: *<...> Sakau, vyras labai pergyveno. Vaikai, sūnus, nu nu gal ir nesupranta dar kaip reikalas, kaip jaunas žmogus. Duktė labai irgi susinervinus. Dukteriai pasakiau tik po metų, nenorėjau aš ten ją nervint, jinai laukėsi vaikiuko <...>. Dėl neigiamos šeimos narių reakcijos sergantysis pasijunta atstumtas, nesuprastas, vienišas: <...> aš turiu tikrai labai šaunią seserį, kuri tikrai manimi labai rūpinasi ir ir mes labai artimos. Ir aš kažkaip, kaip sako, kaip jau ta tavo sveikata, žinai, aš pasiskųsdavau jai; ai, sako ten kažkoks giminėj irgi kitas serga, bet jau nei taip skundžiasi, nei ką kaip tu <...>. Šeimos nariai neparodydami savo jausmų sergančiajam kelia rūpestį: <...> Šeima priėmė ramiai. Kas buvo jų galvosenoje jie man nepasakė. Bet didelio kaip sakyti susidomėjimo, pergyvenimų didelių nereikškė. Gal tai ir diplomatijos pagrindas <...>. Šeimos nariai, panašiai kaip ir ligoniai, pereina kelis prisitaikymo etapus [10].*

Šeimai taip pat reikia susidraugauti su šia liga, kad galėtų padėti sergančiajam.

Labai svarbus ir daug sunkumų sukelia sergančiojo vaidmens pasikeitimas, nes liga, kaip ir neįgalumas, apriboja tam tikrus vaidmenis. Tvirtinama, jog sergantys žmonės atsiduria ypatingoje padėtyje – sergančiųjų vaidmenyje ir tampa priklausomi nuo kitų. Sergantys paprastai atleidžiami nuo tam tikros socialinės atsakomybės [19]. Ligos ir sergančiojo, kuriam reikalinga nuolatinė globa, atsiradimas šeimoje keičia šeimos gyvenimo būdą, jos narių vaidmenis, tarpusavio santykius. Tapimas priklausomu nuo kitų – bene labiausiai gąsdinantis vaidmens pokytis sergančiojo gyvenime [20]. Šeimos, kaip sistemos, pusiausvyra tampa suardyta susirgus vienam iš šeimos narių. Tenka persikirstyti vaidmenimis, sergantieji būna priversti atsisakyti ankščiau vykdytų funkcijų, jas tenka prisiimti kitam šeimos nariui: *<...> šeima buvo pasimetusi, kai aš išėjau iš darbo ir aš blogai jaučiausi dėl to <...>. Šeimos reakcijos į ligą priklauso nuo šeimos sistemos stiprumo, ankstesnės patirties. Šeimos pagalba yra svarbi sergančiajam. Tai pati artimiausia socialinė aplinka. Sergantįjį ir šeimos narius sieja pirminiai ryšiai. Pirminiai ryšiai labai svarbūs žmogui, nes jie yra vienas iš žmogaus gyvenimo kokybės rodiklių [1]. Šiuos žmones sieja artumo ir priklausymo jausmas. Pagalbos ne iš šeimos narių, o iš bendruomenės, sergantieji vengia: <...> kol kas mes gyvenam tokiom sąlygom vis dėl to, kad ne ūkis, ne kaimas, ne šulinys, kad reiktų aplinkinių pagalbos <...>. Svetimo asmens pagalba priimtina tik kraštutiniu atveju – likus vienam: <...> jeigu likčiau vienas, tai jau tada reiktų kažkokios tai priežiūros, kažką <...>. Visi sergantieji kaip didžiausią ir svarbiausią pagalbos šaltinį, be šeimos narių, įvardijo Lietuvos Parkinsono ligos draugiją. Draugija – tai informacijos šaltinis: <...> Aš gi Parkinsono draugijai priklausau, tai vat tenai ir duoda ten visokios informacijos apie ligą: žurnalai informaciniai, lapeliai ir panašiai <...>; emocinis palaikymas ir supratimas: <...> Užtat aš ir atkreipiau dėmesį, kad vat tie žmonės toj draugijojej Parkinsono, jiems tokia šventė kai jie vieną kartą į mėnesį susirenka kažkur, kavutės pageria, pašneka. Tikrai yra šventė išeit, kažkiek pasitempt. Nu, nežinau, į bažnyčią aš nevaikštau. Bet reikia kažkokio tokio <...>; galimybė pabūti tarp tokių pačių kaip tu, tarp likimo draugų galima jaustis saugiau ir neslėpti simptomų: <...> Labai reiškia mes daug kompleksuojam, kadangi mes vis tik esam ne tokie. Ir aš pajuntu, kada mes būnam tarpusavyje – tai ar ten ta kava išsilaisto mes vis tiek, mes visi savi, mes tą viską nuverčiam juokais <...>; galimybė pasidalinti patirtimi: <...> mes ten pasikalbam, kaip kam yra, ką*

kas darė vienoj ar kitoj situacijoje, ką daryti, kad būtų geri santykiai su liga <...>.

Visuomenės požiūris nėra palankus sergantiesiems. Aplinkiniai, nesuprasdami ir neturėdami pakankamai informacijos apie PL, yra negailestingi silpnesniems: <...> Čia dar iš sovietinio mąstymo atėję stereotipai, jog visuomenėje reikalingi tik jauni, stiprūs ir naudingi jos nariai, o visi kiti – sergantys, nepritampantys ir negalintys atnešti naudos piliečiai – yra ir izoliuojami <...>. Pašnekovai, informuodami darbdavius apie savo ligą, susidūrė su neigiamu požiūriu, o kai kurie net buvo atleisti iš darbo: <...> ir man tą pačią dieną ar ant rytojaus ir pasako, kad, reiškia, jau ten valdžia nepageidauja tokių darbuotojų. Nu man tąsyk irgi taip trenkė per galvą, va šitas šitas pasakymas <...>. Dirbę ar dirbantys sergantieji jaučia bendradarbių netoleranciją: <...> Bet, tiesa, aš darbe dirbu tarp vienuolikos vyrų viena, vien vyrai aplink. Nu tai jie ten kikendavo, kodėl aš taip lėtai viską darau. Ar pjaunu <...>. Kitas pašnekovas pasakojo: <...> Nu, ir po to aš, po tos komandiruotės, reiškia, po kokių ten porą mėnesių, pradėjo draugai sakyti, bendradarbiai sakyti: „ką tu čia vaikštai biškį čiudnai“, reiškia <...>. Dėl aiškiai pastebimų ligos simptomų sergantieji jaučiasi kitokie: <...> Reaguoja reaguoja ta prasme netgi nu turbūt mato, kad mano eisena kitokia ir žiūri į mane <...>. Sergantieji vengia viešų vietų dėl sergančiajam klijuojamų etikečių: <...> o, žiūrėk, parkinsonikas eina <...>. Su neigiamom nuostatom tenka susidurti institucijose, kurių pirminė paskirtis yra suteikti žmogui pagalbą: <...> Bet vienąsyk aš buvau nuėjęs į socialinį, pensininko pažymėjimą išsiimti naują ar ką ten kažką, ten sėdėjo keli vyrai, šnekėjosi ir: „vo, čia parkinsonikas eina“, supranti <...>. Tačiau pašnekovai pastebi ir tolerantiškumo atspalvius: <...> aš kartais net stebėjau anksčiau, reiškia, anksčiau lyg ir nieko aš pats nu ne, nu ką, reiškias, užleidžia vietą autobuse atsisėsti, ar troleibuse <...>. Apibendrinant galima teigti, kad paramos tinklą sudaro asmenys, iš kurių tikimasi visokeriopos pagalbos, emocinės paramos, palaikymo, informacijos, dėmesio ir pagalbos krizės atveju. Pirminė paramos sistema yra šeimos nariai. Kitas, pašnekovų įvardintas paramos šaltinis – Parkinsono ligos draugija, kuri yra svarbus sergančiųjų neformalios socialinės paramos tinklas, pasižymintis pastovumu, ryšiais ir socialinių santykių intensyvumu. Visuomenė nėra tolerantiška „kitokiems“ visuomenės nariams, sergantieji atsiduria visuomenės užribyje.

Viltis pasveikti. Kiekvienas sergantis turi viltį pasveikti. Net labai realistiškai situaciją vertinantys sergantieji puoselėja viltį išgyti. Viltį palaiko mintis, kad bus atrasti nauji vaistai: <...> ateina nauji vaistai, ateina nauji

reikalai ir tikrai nėra čia jau taip baisu <...>. Sergantieji dalyvauja naujų vaistų studijose: <...> Tiesa, aš dabar programoj dalyvauju toj vaistų tokioj. Valgau vaistus kokius, nežinau. Žinot, ten trisdešimties savičių programa su tyrimais. Žodžiu, visur einu, kur tik tai galima informacijos gauti ar dar kažką, nu nepasiduodu. Visur domiuosi, reikia kažkaip gyventi. O ką dabar daryt <...>. Viltį suteikia galimybė išvažiuoti į kitą šalį ir to laukimas: <...> Nu, jinai puolė ieškoti savo irgi Ameriko, j kas ir kaip ir kokie pasiekimai taip toliau, ta kamieninių ląstelių ir vaistai lyg jau dabar visiškai, kur aš geriu. Nu nieko sako dukra, jau keturi metai Amerikoje. Sako, gausiu pilietybę, atvažiuosi pas mane ir ten gydysim <...>. Tikima mokslo pažanga Lietuvoje: <...> aš nežinau, aš tai aš tai tikiu, kad progresas yra toks, kad šiais laikais jau ir cukraligę jau ten lyg kabina, kad galbūt. Man atrodo, kad reikia tikėtis, kad mes dar. Galų gale, gal už koki dešimt gal metų, bet jau gal kas nors tokio bus surasta, kad ir ta kamieninė ląstelė, aš kažkaip taip labai, nu tikiu tikiu <...>. Viltis yra vienintelis dalykas, kuris išlieka per visą gyvenimą su liga.

IŽVALGOS

1. Sužinojus ligos diagnozę sergantįjį ištinka krizė. Informacijos suteikimas apie PL, jos eigą, galimus pokyčius, galimybių pacientui išsakyti ramybės neduodančius klausimus sudarymas, palengvina adaptacijos procesą.

2. PL sutrikdo sergančiojo biosocialines funkcijas, tokias kaip judėjimą supančioje aplinkoje, savo profesinių ir kultūrinių poreikių tenkinimą, bendravimą su aplinka, socialinio bei ekonominio statuso išlaikymą.

3. Susitaikymas su liga – ilgas procesas. Kiekvienas asmuo tai išgyvena individualiai. Tiriamieji turėjo įveikti neigimo, pykčio, depresijos etapus. Susirgimo PL priežasties paieška yra susitaikymo su liga proceso dalis. Pasitraukimas ir izoliacija nuo aplinkinių, ligos personalizavimas – tai sergančiųjų naudojamos PL įveikmės strategijos. Sergantieji su liga elgdami kaip su draugu, su kuriuo galima ir susipykti, ir draugauti, jaučiasi pajėgesni kontroliuoti savo situaciją. Viltis pasveikti yra vienintelis dalykas, kuris išlieka viso gyvenimo su liga laikotarpiu.

4. Sergantiesiems PL susitaikymo su liga procese labai svarbi ne tik gauta įvairiapusė informacija apie ligą, bet ir socialinė parama: šeimos narių palaikymas, pažintis su panašaus likimo žmonėmis, Parkinsono ligos draugijos narių palaikymas, dalyvavimas draugijos gyvenime.

Literatūra

1. Atchley R., Social focus and aging: an Introduction to social gerontology. 1997
2. Budrys V., Jatužis D. ir kiti. Parkinsono ligos klininiai kriterijai // Neurologijos seminarai. Parkinsono liga ir kitos ekstrapiramidinės ligos (priedas) Vilnius, 2000; 1 (9).
3. Budrys V., Mameniškienė R. ir kiti. Rūkymas ir kiti išoriniai faktoriai tarp Lietuvos gyventojų, sergančių Parkinsono liga // Neurologijos seminarai. Parkinsono liga ir kitos ekstrapiramidinės ligos. Vilnius, 2000; 1 (9).
4. Butkevičienė R. Šeima auginanti vaiką su negalia: mokomoji knyga. Mokomoji knyga. Kaunas, Vitae litera, 2008; 203.
5. Caap-Ahlgren M, Lannerheim, L., Dehlin O., Older Swedish women's experiences of living with symptoms related to Parkinson's disease. Issues and innovations in nursing practice. Journal of Advanced Nursing. 2002; 39(1):87-95.
6. Furst M. Psichologija, Vilnius, 2000.
7. Jatužis D., Budrys V. Parkinsono ligos etiopatogenezė ir diagnostiniai kriterijai // Neurologijos seminarai. Parkinsono liga ir kitos ekstrapiramidinės ligos. 1 (9)
8. Kimševaitė L. Parkinsono liga sergančio asmens slauga. Sveikatos mokslai. 2007; 7(14):1403-1406
9. Krauss Whitbourne, S. and Cassidy, E.L., 1996. Adaptation. In: Birren, J.E., Editor, , 1996. Encyclopedia of Gerontology Vol. I, Academic Press, San Diego, 51-60.
10. Kubler-Ross E. Apie mirtį ir mirimą. Katalikų pasaulis, 2001.
11. Lausėdas A. Psichikos ir elgesio sutrikimai sergant Parkinsono liga // Neurologijos seminarai. Parkinsono liga ir kitos ekstrapiramidinės ligos. Vilnius, 2000; 1(9).
12. Leopold H.C. Sinkopės. Parkinsono liga. Vilnius, 1995.
13. Lesauskaitė V., Macijauskienė J. Geriatrijos paslaugų poreikis ir būtinybė Lietuvos sveikatos priežiūros sistemai. Sveikatos mokslai 2005; 3(15):97-100.
14. Liobikienė N. Mirtis, mirimas, netektis ir našlystė // Socialinė gerontologija: ištakos ir perspektyvos. VDU Socialinio darbo institutas. Kaunas, 2002.
15. Mieliauskaitė D., Valeikienė V., Juozulynas A. Rijimo sutrikimai sergantiesiems Parkinsono liga. Gerontologija. 2006; 7(1): 32-34
16. Mikulionienė S., Stanaitis S. Teritorial aspects of population ageing in Lithuania. Geografija. 2007; 43(2):69-75.
17. Mildažis, Budrys V. Pratimų kompleksas sergantiems Parkinsono liga. Vilnius, 2001.
18. Miller N., Noble E., Jones D., Burn D. Life with communication changes in Parkinson's disease. Age and ageing. 2006; 35: 235-239
19. Naujanienė R. Žmogaus adaptacija senstant. // Socialinė gerontologija: ištakos ir perspektyvos. VDU Socialinio darbo institutas. Kaunas, 2002.
20. Naujanienė R., Užaitė V. Seno neįgalus žmogaus globa šeimoje: moters patirtis // Socialiniai neįgalumo aspektai: žmogui reikia žmogaus. VDU, Kaunas, 2003.
21. Patton M.Q. Qualitative reasearch and evaluation methods. 3rd ed. Sage Publications, 2002.
22. Pivorienė J. Šeima, giminaičiai ir draugai // Socialinė gerontologija: ištakos ir perspektyvos. VDU Socialinio darbo institutas. Kaunas, 2002.
23. Polukordienė O.P. Psichologinės krizės ir jų įveikimas. Vilnius, 2003.
24. Šidiškis J., Šeštakauskas K., Vilcinis R. Parkinsono ligos chirurginis gydymas // Neurologijos seminarai. Parkinsono liga ir kitos ekstrapiramidinės ligos. Vilnius, 2000; 1(9)
25. Tereškinas A. Tarp norminio ir subordinuoto vyriškumo formų: vyrai, jų seksualumas ir maskulinizmo politika šiuolaikinėje Lietuvoje. Sociologija. Mintis ir veiksmai. 2004; 3:28-38.
26. Valeikienė V. Parkinsono liga ir depresija // Gydytojas 2003; 4 (92).
27. Valeikienė V. Parkinsono ligos medikamentinis gydymas jos pradžioje. // Gerontologija. 2002; 3:1,
28. Valeikienė V., Juozulynas A. Gyvenimo kokybė sergant Parkinsono liga. Gerontologija 2006; 7(2):79-87.
29. Verseckaitė V. Parkinsono liga: epidemiologija, klinika, gydymas. Daktaro disertacija VU. Vilnius, 2001.
30. Verseckaitė V. Parkinsono ligos klininiai ypatumai // LPD (Lietuvos Parkinsono draugijos leidinys), 2004.

HUMAN EXPERIENCE OF HAVING PARKINSON'S DISEASE

Lina Danusevičienė, Gintarė Zibalaitė

Summary

Key words: Parkinson's disease, stress, coping, family support, social support, experience.

The paper explores the human experience of having Parkinson's disease. The analysis shows how PD changes the life of the patient and makes him/her to adjust to the disease. The objective of the qualitative phenomenological research that was carried out is to acknowledge and to understand what the patient with Parkinson's disease experiences and undergoes. The research question: what the patient experiences and undergoes while encountering the disease and living with it. Six respondents, three men and three women with diagnoses of Parkinson's disease were interviewed. The analyses shows the process of patients how they learn to live with disease and to adjust to it. Patients tend to personalise the disease since it gradually becomes his/her friend with whom one can both get along and quarrel. The support system, which includes family, community (i.e. Parkinson's disease association), society plays an important role in the adjustment process of living with disease. According to the analysis there is always a hope to recover from the disease even people seemed to be adjusted to live the PD.

Correspondence to: linadanus@gmail.com

Gauta 2009-10-21

SLAUGYTOJŲ PATIRIAMOS PROBLEMOS BENDRAUJANT SU BANDŽIUSIAIS ŽUDYTIS ASMENIMIS

VIKTORIJA GRIGALIŪNIENĖ¹, GITANA STEPONAVIČIENĖ¹, AURELIJA ALČAUSKIENĖ²

¹ Kauno medicinos universiteto Slaugos ir rūpybos katedra,

² Kauno medicinos universiteto klinikų Skubios pagalbos skyrius

Raktažodžiai: *suicidas, savižudybė, depresija, slaugytojos.*

Santrauka

Savižudybės yra viena opiausių medicininių ir socialinių problemų Lietuvoje, dėl labai didelio ir vis augančio skaičiaus. Mokslinėje literatūroje dažnai diskutuojama apie savižudybes, jas sukėlusias priežastis, pasireiškimo dažnį bei jų prevenciją.

Slaugytojai atitenka didelis vaidmuo bendraujant bei slaugant bandžiusius žudytis asmenis. Jos indėlis, padedant savižudžiams grįžti į visuomenę, yra didelis. Ši tema slaugos aspektu Lietuvoje nagrinėta mažai, nors ištis yra labai aktuali. Todėl šiame darbe bandėme išsiaiškinti, kokias problemas, bendraujant su bandžiusiais žudytis asmenimis, patiria slaugytojai ir kaip būtų galima padėti tiek jiems, tiek pacientams, išgyvenantiems gyvenimo krizę. Apklausoje dalyvavo 64 respondentai, pasirinkti tikslinės atrankos būdu, t. y. tiriamos slaugytojos, dirbančios KMUK Nefrologijos skyriuje, KMUK Skubios pagalbos ir KMUK Psichiatrijos skyriuose.

IVADAS

Ypatingą mūsų visuomenės susirūpinimą kelia vis didėjantis savižudybių skaičius, ypač tarp vyriškos lyties asmenų [1, 2, 3]. Pagal Pasaulinės Sveikatos Organizacijos (PSO) apskaičiavimus, industrinėse valstybėse jauni vyrai nusižudo apie 4 kartus dažniau nei to paties amžiaus moterys [4].

Atliktų tyrimų duomenimis, bandymų žudytis būna 50-200 kartų daugiau nei savižudybių. Apklausoje duomenys rodo, kad mintys apie savižudybę, autodestruktyvūs veiksmai ir savižudybė dažniausiai keičia vienas kitą, sudarydami hierarchišką visumą [5, 6, 7, 8].

Užsienyje atliktų anoniminių apklausoje duomenimis, apie savižudybę yra galvoję apie 20-30 proc., o 2-12 proc. jaunų žmonių teigia, kad yra bandę žudytis [6, 9]. Statistikos departamento prie Lietuvos Respublikos

Vyriausybės 2001 metų duomenimis, apklausus 14-21 metų amžiaus jaunuolius paaiškėjo, kad apie savižudybę galvojo 29-60 proc. asmenų, ketino žudytis 7,5-9 proc. jaunuolių, o 7,5 proc. mėgino tai padaryti [10].

Išrodyta, kad suicidinių minčių bei ketinimų rizika auga didėjant jaunuolių amžiui. Suicidinių minčių dažniau turi moteriškos lyties atstovės. Tačiau kuo amžius vyresnis, tuo daugiau į šias mintis linkę vyriškos lyties atstovai, o merginos, sulaukusios 21 metų amžiaus, tik 1,3 karto dažniau nei vyrai svarsto apie savižudybę. Suicidinių ketinimų taip pat dažnėja su amžiumi, ir jų taip pat dažniau turi merginos. Yra nemažai įrodymų, jog dauguma bandymų žudytis jaunuoliams baigiasi tik su nežymiomis fizinėmis pasekmėmis ir nėra susiję su rimtu ketinimu numirti. Tačiau didelė rizika, kad dalis jaunuolių, turinčių nuolatinių suicidinių minčių ir rimtų ketinimų, ateityje įvykdys savižudybę. Merginos dažniau turi suicidinių minčių bei ketinimų, tačiau daugelyje šalių dažniau nusižudo vaikai [11, 12].

Nustatytas statistiškai patikimas ryšys tarp požiūrio į savižudybę ir suicidinių tendencijų intensyvumo. Lietuvoje dvigubai dažniau mėgina nusižudyti arba kuria savižudybės planus tie, kurie savižudybę vertina kaip galimą išeitį iš sunkios situacijos. Taigi Lietuvoje esama tikros grėsmės vis labiau įsisukti „užburtam ratui“: daugėjant savižudybių, žmonės vis labiau žiūri į jas kaip į priimtina būdą spręsti gyvenimo problemas, o tokia nuostata veda prie dar didesnio savižudybių skaičiaus. Galima daryti prielaidą, kad pozityvesnis savižudybių vertinimas spaudoje prisideda ir prie didesnio savižudybių plitimo šalyje. Gana gausių tyrimų duomenys rodo, jog „užkrėtimas“ per spaudą veikia trimis būdais:

1. skatina pasirinkti tam tikrą nusižudymo būdą, t. y. pamėgdžijamas metodus;
2. skatina pasirinkti savižudybę, kaip išeitį iš sunkios situacijos, t. y. perduodama motyvacija nusižudyti;
3. diegia požiūrį, kad savižudybė yra visai priimtinas problemų sprendimo būdas, t. y. prisideda prie suicidiškos nuostatos formavimo.

Imliausi šiam užkrėtimui yra vaikai, paaugliai, jaunuoliai ir psichiatriniai pacientai.

Slauga – tai dialogas: įvykis, kai bendrauja žmogus su žmogumi. Kai tik žmonės pradeda veikti vienas kitą, tarp jų neišvengiamai atsiranda tam tikras bendravimas. Bendravimas yra fundamentinė visos slaugos sistemos sąvoka. Net jeigu slaugytojai iš prigimties socialiai lengvai bendrauja, jiems vis dėlto yra svarbu išmokti analizuoti savo santykius su žmonėmis ir apdairiai naudoti bendravimo įgūdžius slaugant [13].

Bendraudant su bandžiusiais žudyti asmenimis pagrindinis slaugos tikslas – ugdyti paciento sugebėjimą įveikti savo skausmingus išgyvenimus, išvengti suicido, mokyti dalytis savo jausmais su kitais, įvardyti ir spręsti problemas, kontroliuoti savo gyvenimą, skatinti tapti aktyviu kasdieniniame gyvenime ir darbe [14].

Komanda – tai grupė žmonių, siekiančių vieno tikslo. Specializuojantis medicinos pagalbai ir pasitelkiant į pagalbą kitų sričių specialistus, vienas medikas jau nebėgali suteikti visų paslaugų pacientui. Kad pacientas gautų aukštos kvalifikacijos pagalbą, reikalinga specialistų komanda. Pvz., žudyti bandžiusiam žmogui reikalingas ne tik medikamentinis gydymas (pvz., antidepressantais), gerinantis nuotaiką ir galbūt tuo pat metu mažinantis norą žudyti dar kartą, bet ir psichologinė, socialinė ir kitokia pagalba. Sunku įsivaizduoti, kad tai galėtų atlikti vienas žmogus, pvz., slaugytoja. Tai atlieka visas skyriuje dirbantys personalas – skyriaus komanda, kurią bendram darbui suburia komandos vadovas, atliekantis autoriteto vaidmenį. Šiuo atveju tai gali būti ne tik skyriaus, kuriame dirba slaugytoja, vadovas, bet ir konkretaus paciento gydytojas ar net kai kuriais atvejais pati slaugytoja [15, 16].

Dirbdama kartu komanda aptaria ne tik medicines, psichologines paciento problemas, bet ir jo socialinę padėtį. Nustato tikslus ir pasiskirsto užduotis. Tuo siekiama, kad kiekvienas komandos narys būtų gerai susipažinęs su paciento situacija ir galėtų teikti pasiūlymus bandžiusio žudyti asmens reabilitacijos metu [14].

Slaugytojo gebėjimas užmegzti kontaktą su bandžiusiais žudyti pacientais labai svarbus sėkmingo slaugos proceso aspektas. Tokie pacientai, linkę užsisklęsti savyje, atsiriboti nuo aplinkinių, nenori ir nepajėgia bendrauti su personalu. Slaugytojo tikslas – suvokti, kaip reikėtų bendrauti, ir drąsiai imtis iniciatyvos. Sudaroma tinkama atmosfera, padedanti pacientui atsiskleisti. Vieniems pacientams reikia tik patarimo, kitiems – nuraminimo, paguodos, tretiems – iš klausymo, nuoširdaus pokalbio. Pajutę empatiją, susidomėjimą, norą padėti, jie lengviau bendrauja.

Darbo tikslas - ištirti slaugytojų patiriamas problemas, bendraudant su bandžiusiais žudyti asmenimis.

Darbo uždaviniai

1. Ištirti slaugytojų požiūrį į savižudybes ir jų priežastis.
2. Nustatyti, kaip pačios slaugytojos vertina savo bendravimą su bandžiusiais žudyti asmenimis.
3. Išsiaiškinti ir palyginti atskiruose skyriuose (Nefrologijos, Skubios pagalbos, Psichiatrijos) dirbančių slaugytojų patiriamas problemas, bendraudant su bandžiusiais žudyti asmenimis.
4. Išsiaiškinti ar slaugytojų ir bandžiusių žudyti asmenų tarpasmeniniai santykiai turi įtakos tokių pacientų socialinei reabilitacijai.
5. Išsiaiškinti, kokios pagalbos slaugytojos norėtų, sprendžiant bendravimo sunkumus su bandžiusiais žudyti asmenimis.

DARBO METODIKA

Tyrimas buvo atliekamas KMUK nuo 2009 m. kovo 10 d. iki 2009 m. balandžio 30 d. Per šį laikotarpį, naudojant anketinės apklausos metodą, buvo apklausiamos 64 slaugytojos, dirbančios Nefrologijos, Skubios pagalbos ir Psichiatrijos skyriuose.

Sudarytos anketos tikslas buvo ištirti slaugytojų patiriamas problemas bendraudant su bandžiusiais žudyti asmenimis

Anketos duomenys apdoroti naudojant 17.0 versijos SPSS statistinių duomenų analizės paketą.

Kokybinių požymių statistinis ryšys tirtas susietų lentelių metodu. Remiantis lentelės duomenimis apskaičiuota χ^2 reikšmė, jo laisvės laipsnių skaičius (df) bei statistinis reikšmingumas. Visoms hipotezėms tikrinti taikytas reikšmingumo lygmuo 0,05.

REZULTATŲ APTARIMAS

Išanalizavus gautus rezultatus galima teigti, kad didelė dalis respondentų – net 80 proc. – mano, kad depresija yra pagrindinė savižudybės priežastis. 58 proc. slaugytojų mano, jog jos visada turėtų stengtis bendrauti su žmogumi, kad jis atsikvėptų minties apie savižudybę. 11 proc. apklaustų slaugytojų mano, kad žmonės, kurie žudosi, yra „pamišę“, ir jiems nebeįmanoma padėti.

Remiantis gauta duomenų analize, galime teigti, kad respondentai turi pakankamai aiškia savižudybės proceso sampratą.

Šiame tyrime domėtasi, kokios priežastys nulemia suicidalinius bandymus. Dominuojančia priežastimi net 73 proc. respondenčių nurodo psichinius sutrikimus, tokius kaip depresija arba šeimos psichinių sutrikimų istorija (depresija, buvę bandymai nusižudyti ir kt.).

Kita priežastis, kurią nurodo 63 proc. respondenčių,

yra neišsprendžiama problema, kurios žmogus pats ne sugeba išspręsti (somatinės ligos ir kt.).

Tyrimo metu norėta išsiaiškinti, kaip slaugytojos vertina savo bendravimą su bandžiusiais žudyti asmenimis. Šiuo tikslu buvo pateikta vertinimo skalė su teiginiais.

Dauguma respondenčių (80 proc.) teigia, kad išklauso pacientų išsakomas problemas, tačiau atsirado ir atsakančių tai padaryti (17 proc.), ir abejojančių (3 proc.), kurios nežino, kaip elgtis bei nemato prasmės tai daryti.

Tyrimo buvo analizuojamos pagrindinės problemos su kuriomis susiduria slaugytojos, bendraudamos su bandžiusiais žudyti asmenimis (1 lentelė).

Gauti rezultatai parodė, kad nemaža dalis respondenčių (66 proc.) įvardijo žinių trūkumą apie žmonių, bandžiusių žudyti, psichologines savybes. Nefrologijos ir Skubios pagalbos skyriuose dirbančios slaugytojos kaip vieną iš problemų nurodo patirties ir informacijos trūkumą, dirbant su bandžiusiais žudyti asmenimis. Tuo tarpu Psichiatriinio skyriaus slaugytojos (29 proc.) nurodo artimųjų abejingumą. Gautas statistiškai reikšmingas skirtumas ($\chi^2=32,931$; $df=6$; $p<0,001$) parodo, kad atskirų skyrių slaugytojos, dirbdamos su bandžiusiais žudyti asmenimis, susiduria su skirtingomis problemomis

Bendraudant su bandžiusiais žudyti asmenimis pagrindinis slaugos tikslas – ugdyti paciento sugebėjimą įveikti savo skausmingus išgyvenimus, išvengti bandymo žudyti dar kartą, mokyti dalintis savo jausmais su kitais, įvardyti ir spręsti problemas, kontroliuoti savo gyvenimą, skatinti tapti aktyviu kasdieniniame gyvenime ir darbe. Slaugytojo gebėjimas užmegzti kontaktą su

1 lentelė. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal atsakymą į klausimą: „Su kokiomis problemomis susiduriate, bendraudami su bandžiusiais žudyti asmenimis?“

Problemos bendraujant su bandžiusiais žudyti asmenimis	Skaičius (procentai)			
	Nefrologijos sk. slaugytojos	SPS slaugytojos	Psichiatrijos sk. slaugytojos	Iš viso:
1. Trūksta informacijos apie bandžiusių žudyti žmonių psichologines savybes.	11 (73)	17 (81)	14 (50)	42 (66)
2. Trūksta informacijos ir bendravimo patirties su bandžiusiais žudyti žmonėmis.	10 (67)	13 (62)	8 (29)	31 (48)
3. Man sunku bendrauti su bandžiusiais žudyti žmonėmis, dėl asmeninių problemų.	1 (7)	2 (10)	1(4)	4 (6)
4. Artimųjų abejingumu.	1 (7)	2 (10)	8 (29)	11 (17)
5. Gydytojų nenoras bendradarbiauti.	2 (13)	2 (10)	18 (64)	22 (34)
6. Laiko stoka.	10 (67)	17 (81)	6 (21)	33 (52)
7. Pačių pacientų, bandžiusių žudyti, nenoras bendrauti, užsisklendimas savyje.	2 (13)	3 (14)	2 (11)	7(11)

Lyginant atskiruose skyriuose dirbančių slaugytojų atsakymus į klausimą: „Su kokiomis problemomis susiduriate, bendraudami su bandžiusiais žudyti asmenimis?“ $\chi^2 = 32,931$; $df= 6$; $p<0,001$.

bandžiusiais žudyti pacientais labai svarbus sėkmingo slaugos proceso momentas. Savo darbe kėlėme uždavinį – išsiaiškinti, ar slaugytojų ir bandžiusių žudyti asmenų tarpasmeniniai santykiai turi įtakos tokių pacientų socialinei rehabilitacijai. Iš atsakymų paaiškėjo, kad net 84 proc. visų respondenčių mano, jog bandžiusių žudyti asmenų ir slaugytojų tarpasmeniniai santykiai turi įtakos jų socialinei rehabilitacijai. Ir tik maža dalis slaugytojų (14 proc.), galvoja, kad tarpasmeniniai santykiai neturi įtakos jų socialinei rehabilitacijai.

Savo darbe norėjome išsiaiškinti priežastis, kodėl slaugytojos mano, kad tarpasmeniniai santykiai neturi įtakos paciento socialinei rehabilitacijai. Didžioji dalis respondenčių (net 56 proc.) mano, jog socialinėje rehabilitacijoje turi dalyvauti ne slaugytojos, o šios srities specialistai (psichologai, psichiatrai, socialiniai darbuotojai ir kt.).

Specializuojantis medicinos pagalbai ir pasitelkiant į pagalbą kitų sričių specialistus, vienas medikas jau nebegali suteikti visų paslaugų pacientui. Kad pacientas gautų aukštos kvalifikacijos pagalbą, reikalinga specialistų komanda. Pvz., žudyti bandžiusiam žmogui reikalingas ne tik medikamentinis gydymas (pvz., antidepresantai), gerinantis nuotaiką ir galbūt tuo pat metu mažinantis norą žudyti dar kartą, bet ir psichologinė, socialinė ir kitokia pagalba. Sunku įsivaizduoti, kad tai galėtų atlikti vienas žmogus – pvz., slaugytoja. Savo darbe norėjome išsiaiškinti, kokios pagalbos slaugytojos norėtų, sprendžiant bendravimo sunkumus su bandžiusiais žudyti asmenimis (2 lentelė).

2 lentelė. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal atsakymą į klausimą: „Kokios pagalbos Jums, kaip slaugytojai, reikėtų, sprendžiant bendravimo su bandžiusiais žudyti žmonėmis sunkumus?“

Pagalba reikalinga slaugytojoms sprendžiant bendravimo sunkumus	Skaičius (procentai)			
	Nefrologijos sk. slaugytojos	SPS slaugytojos	Psichiatrijos sk. slaugytojos	Iš viso:
Specialistų (psichologų, psichiatrų) paskaitų ir praktinių seminarų	10 (67)	16 (76)	16 (57)	42 (66)
Seminarų, konferencijų šia tema, kuriuose pranešimus skaitytų slaugos specialistai	10 (67)	10 (48)	9 (32)	29 (45)
Bendradarbiavimo su gydytojais dirbančiais skyriuose	2 (13)	2 (10)	21 (75)	25 (39)
Bendradarbiavimo su psichologu	7 (47)	12 (57)	4 (14)	23 (36)
Artimųjų pagalba	1 (7)	1 (5)	4 (14)	6 (9)
Informacijos apie bandžiusio nusižudyti paciento interesus, pomėgius, charakterio savybes	1 (7)	1 (5)	2 (7)	4 (6)

Lyginant atskiruose skyriuose dirbančių slaugytojų atsakymus į klausimą: „Kokios pagalbos Jums reikėtų, sprendžiant bendravimo su bandžiusiais žudyti žmonėmis sunkumus?“ $\chi^2=29,1$; $df=5$; $p<0,001$.

Tyrimo rezultatai parodė, kad dauguma slaugytojų (net 66 proc.) teigia, jog joms reikėtų specialistų (psichologų, psichiatrų) paskaitų ir praktinių seminarų; galime pasidžiaugti ir tuo, jog 45 proc. visų respondenčių išreiškė norą dalyvauti seminaruose, konferencijose šia tema, kuriuose pranešimus skaitytų slaugos specialistai.

Didelė dalis slaugytojų – 39 proc., teigia, jog trūksta bendradarbiavimo su skyriuje dirbančiais gydytojais. Taip mano net 75 proc. slaugytojų, dirbančių Psichiatrijos skyriuje.

Nemaža dalis slaugytojų, dirbančių Nefrologijos skyriuje (47 proc.) ir slaugytojų dirbančių Skubios pagalbos skyriuje (57 proc.), labiau akcentuoja bendradarbiavimo su psichologu stoką nei su gydančiu gydytoju. Gautas statistiškai reikšmingas skirtumas ($\chi^2=29,1$; $df=5$; $p<0,001$) leidžia galvoti, kad atskirų skyrių slaugytojos, dirbdamos su bandžiusiais žudyti asmenimis, susiduria su skirtingomis problemomis, ir joms reikalinga skirtinga pagalba.

IŠVADOS

1. Dauguma slaugytojų pakankamai tiksliai nurodo pačios savižudybės proceso sampratą, tačiau netiksliai įvardija savižudybės priežastis.

2. Didelė dalis slaugytojų, dirbančių Nefrologijos ir Skubios pagalbos skyriuose, kaip didžiausią problemą bendraujant su bandžiusiais žudyti asmenimis nurodo informacijos trūkumą apie tokių pacientų psichologines savybes. Tuo tarpu Psichiatrijos klinikoje dirbančios slaugytojos (64 proc.) nurodo gydytojų nenorą bendradarbiauti.

3. Didžioji dauguma slaugytojų (84 proc.) pakankamai įvertina savo vaidmenį bandžiusių žudyti asmenų socialinėje reabilitacijoje. Taip pat 73 proc. iš jų mano, jog dirbdamos su tokiais pacientais slaugytojos turėtų bendradarbiauti su kitais komandos nariais ir kiekvienu individualiu atveju konsultuotis su specialistais, kad būtų pasiektas maksimalus rezultatas socialiai reabilituojant tokius pacientus. Taip pat dauguma (66 proc.) slaugytojų norėtų, jog šia tema būtų skaitomos specialistų paskaitos bei vyktų seminarai. Nefrologijos ir Skubios pagalbos skyriuose dirbančios slaugytojos tikisi bendradarbiavimo su psichologu, o Psichiatrijos klinikoje dirbančios slaugytojos norėtų didesnio bendradarbiavimo su gydytojais, dirbančiais skyriuje.

Literatūra

1. Runeson BS. Suicide after parasuicide. *BMJ*. 2002;325:1125-6.
2. Mittendorfer-Rutz E, Rasmussen F, Wasserman D. Familial clustering of suicidal behaviour and psychopathology in young suicide attempters. A register-based nested case control study. *Soc Psychiatry Epidemiol*. 2008;43:28-36.

3. McClure GMG. Suicide in children and adolescents in England and Wales 1970-1998. *Br J Psychiatry*. 2001;178:469-474.

4. WHO Statistical Information System. WHO, 2004 [online]. Available from URL: <http://www.who.int/whosis> [Accessed 2009 Mar 8].

5. Gailienė D. Jie neturėjo mirti. Savižudybės Lietuvoje. Vilnius. 1998.

6. Beautrais AL. Gender issues in youth suicidal behaviour. *Emergency medicine*. 2002;14:35-42.

7. Pelkonen M, Marttunen M. Child and adolescent suicide: Epidemiology, risk factors, and approaches to prevention. *Pediatr Drugs*. 2003;5:243-265.

8. Ribakovienė V., Pūras D. Socialinių veiksnių ryšys su savižudišku paauglių mergaičių elgesiu. *Medicina*. 2002;38:379-386.

9. Hawton K, Rodham K, Evans E, Weatherall R. Deliberate self harm in adolescents: self report survey in schools in England. *Br Med J*. 2002;325:1207-1211.

10. Lietuvos vaikai. Statistikos rinkinys. Statistikos departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės. Vilnius. 2001.

11. Annette L Beautrais. Gender issues in youth suicidal behaviour. *Emergency Medicine*. 2002;14:35-42.

12. Fergusson DM, Woodward LJ, Horwood LJ. Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behaviour during adolescence and early adulthood. *Psychol Med* 2000;30:23-39.

13. Slaugos mokomoji medžiaga. Bendravimas. 1996;3:1-3.

14. Kalkytė R. Motyvuojantis interviu – elgesį koreguojanti technika. *Nervų ir psichikos ligos*. 2006;3(23).

15. Katalin Szanto MD, Sandor Kalmar MD, Herbert Hendin MD, Zoltan Rihmer MD, PhD, DSc, J. John Mann MD. A suicide prevention program in a region with a very high suicide rate. *Arch gen psychiatry*. 2007;64(8):914-920.

16. Alseikienė Z. Komandos vaidmuo medicinoje. *Gydymo menas*. 2005;7.

PROBLEMS OF NURSES IN COMMUNICATION WITH INDIVIDUALS WITH ATTEMPTED SUICIDE

Viktorija Grigaliūnienė, Gitana Steponavičienė,

Aurelija Alčauskienė

Summary

Key words: suicide, depression, nurses.

The goal of the work is to determine problems of nurses when communicating to individuals with attempted suicide.

Conclusion of the study: Most of nurses evaluate their communication with suicidal individuals as positive. The vast majority of nurses, 84 percent, assess their role as adequate in social rehabilitation of suicide individuals. Also 73 percent of them believe that a nurse should collaborate with other team members and consult with specialists in every individual case, in order to achieve best results for the social rehabilitation of such patients. 66 percent of nurses would like to undergo training containing these topics during lectures and seminars. Also 46 percent prefer the training would be held by nursing professionals. 36 percent want closer cooperation with a psychologist and 39 percent - cooperation with doctors of the department.

Correspondence to: viktorijagr@gmail.com

Gauta 2009-10-22

LĒTINĖS PSICHIKOS LIGOS ĮVEIKTIES FORMOS

POLINA ŠEDIENĖ

*Kauno medicinos universiteto Slaugos ir rūpybos katedra
Kauno technologijos universiteto Sociologijos katedra*

Raktažodžiai: *lėtinė psichikos liga, ligos įveiktis, naracinis tyrimas.*

Santrauka

Šiame straipsnyje pristatomas vienas iš psichikos ligos patirties aspektų – lėtinė psichikos liga sergančių asmenų ligos įveikties formų pasirinkimas. Tyrimas atskleidė, kad sergantys lėtine psichikos liga asmenys sprendžia egzistencines problemas siekdami išlaikyti „normalumą“. Jie jaučiasi įkalinti sergančiojo vaidmenyje ir siekia ištrūkti, išsakydami savo jausmus, išsikalbėdami arba vengdami galvoti ir kalbėti apie jausmus. Sergantys lėtine psichikos liga asmenys stengiasi gyventi pagal galimybes, atlieka susikurtus ritualus. „Sveikumo“ jausmą teigiamai veikia nekelianti įtampas socialinė aplinka. Į gyvenimo su lėtine psichikos liga kultūrinį kontekstą yra įjungama sergančiojo vaidmenį atliekančio asmens ligos ir darbo patirtis, prasmės ir reikšmės, kurias jis suteikia šiai patirčiai. Kultūrinis žmogaus gyvenimo kontekstas priklauso ir nuo to, kaip yra suvokiami ir pateikiami ligos išgyvenimai, konstruojami psichikos ligos įveikos būdai.

ĮVADAS

Lėtinė liga gali daryti įtaką sergančio asmens kasdieniniam gyvenimui, jo socialiniams santykiams, jo identitetui (kitų požiūriui į jį) ir jo savasties jausmui (asmeniniam požiūriui, nuomonei apie save). Liga primena mums, kad normalus proto ir kūno funkcionavimas yra svarbus socialinei veiklai ir santykiui su socialine aplinka. Jei mes negalime pasikliauti savo kūno „normaliu“ funkcionavimu, tuomet mūsų sąveika su socialiniu pasauliu tampa pavojinga. Mūsų priklausomybė nuo kitų gali pradėti kelti įtampą ir lemti savasties jausmo pasikeitimus [1]. Sergančio lėtine psichikos liga asmens pastangos valdyti diagnozės paslaptį, atrodyti „normaliai“, vengti ligos simptomų viešo atskleidimo yra susijusios su įvairių ligos įveikties formų pasirinkimu.

Straipsnio tikslas – pristatyti tris lėtinės psichikos ligos įveikties formas: „priedangą“, „strategiją“ ir „stilių“, ana-

lizuojant sergančių lėtinėmis psichikos ligomis asmenų pasakojimus. „Priedanga“ – tai kognityvinis procesas, kurio metu individas mokosi, kaip toleruoti ir paslėpti ligos efektus. „Strategija“ nurodo, ką žmonės daro ligos akivaizdoje. „Stilius“ apima kultūrinės aplinkybės ir ligos vertinimus [2]. Radley (1989) teigimu, stiliaus skirtumai įtvirtinami savo kūno ir savęs interpretacijose [3]. Priedanga, strategija ir stilius yra susiję.

TYRIMO METODIKA

Pasirinktas naracinis tyrimo metodas leido giliau pažvelgti į sergančiųjų lėtinėmis psichikos ligomis asmenų patirtis. Šis tyrimas prisidėjo prie intervencijos į sergančių asmenų gyvenimą. Daugelis jų pirmą kartą gyvenime galėjo atvirai ir nuoširdžiai kalbėtis apie psichikos ligos patirtį. Pasakojimo procesas gali būti laikomas reflekyvia pastanga susidoroti su neigiamomis ligos pasekmėmis, gyvenimo pasikeitimais ir jų padariniais [4].

Tyrimo dalyvių (pasakotojų) grupės aprašymas. Tyrimo dalyvavo 10 dienos užimtumo centro lankytojų, sergančių lėtine psichikos apie 20 metų. Respondentų amžius 40-50 metų. Tyrimo dalyvavo septynios moterys ir trys vyrai. Visi tyrimo dalyviai išsiskyrę arba nesusituokę, neaugina vaikų, turi psichikos negalią ir formaliai nedirba 10-20 metų, gauna invalidumo (nedarbingumo) pensiją, jiems nustatytas 20-40 procentų darbingumo lygis. Tyrimo dalyviai turi tam tikrą darbo patirtį. Šeši jų turi aukštąjį, du nebaigtą aukštąjį ir du profesinį išsilavinimą. Respondentai serga lėtine psichikos liga, tačiau neturi intelekto sutrikimo ir neserga priklausomybių ligomis.

Duomenų rinkimo metodas: giluminis (atviras – į tikslą orientuotas) interviu.

Tyrimo procesas. Tyrimas pradėtas 2007 m. lapkričio mėn., baigtas 2008 m. birželio mėn. Su kiekvienu tyrimo dalyviu buvo atlikta po penkis interviu, kurių trukmė siekė 0,5 val. Pirmi keturi interviu buvo skirti išklausti ir užfiksuoti pasakojimus, o penktasis interviu buvo apibendrinantis, aptariamasis.

Duomenų analizė. Interviu atliko, diktofono įrašus šifravo ir interviu tekstą kodavo straipsnio autorė. Pasakojimo interpretavimas buvo atliktas remiantis tokia procedūra: tekstas padalintas į raktinius vienetus, atlikta

interpretacinė kiekvieno vieneto analizė, pakartotinai, daug kartų atskleistos ir interpretuotos teksto prasmės, išvystytos darbinės teksto interpretacijos, kurios patikrintos prieš kiekvieną kitą teksto dalį [5]. Naracinio tyrimo atveju kalbama ne apie duomenų patikimumą, bet apie pasakojimo autentiškumą.

TYRIMO REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS

Lėtinės psichikos ligos įveikties formų aprašymui parengti trys tyrimo rezultatų pristatymo skyriai: „Priedanga: kognityviniai lėtinės psichikos ligos įveikties būdai“, „Strategija: gyvenimo būdo sergant lėtine psichikos liga pasirinkimas“, „Stilius: gyvenimo su lėtine psichikos liga kultūrinis kontekstas“.

Priedanga: kognityviniai lėtinės psichikos ligos įveikties būdai. Priedanga vadinami kognityviniai procesai, kurių padedamas individas mokosi toleruoti ar slėpti ligos efektus, išlaiko gyvenimo vertės ir prasmės jausmą [1, 2].

Pasakotoja Indrė atkreipia dėmesį į psichikos ligos įveikties galimybę, keičiant mąstymą:

„... reikia truputį tą mąstymą pakeisti ir jau, matai, taip sunku, jau ten ta tabletėlė padeda šiek tiek, nuramina truputį, viską. Ne tabletėle – ne, bet truputį kaip priedas, reikia keisti kažkokį mąstymą“ (Indrė).

Pasakotoja Laima teigia, kad ją „metus valdė liga“, o įveikti ją padėjo ligos pripažinimas ir aplinkos stebėjimas:

„ ... aš vis tiek kažkaip pagalvodavau, kiti žmonės va sau ramiai eina, važiuoja su mašinom, vadinasi jie susikoncentruoja ir gali dėmesį, dėmesį kažkaip tai sukonzentruoti, vadinasi, jiems tokių reiškinijų nėra. Pagalvojau, šitie reiškiniai yra ligoti“ (Laima).

Laima suprato, kad vien vaistai jai nepadės susitvarkyti su ligos simptomais:

„ ... vaistais nieko čia neišgydysi. Čia tik tai, nu ką gali vaistai išgydyti, iš tos galvos išmesti, kad užsikodavęs visą gyvenimą, kurį dar pragyvenai <...>. Bet visą laiką kažkaip tai, kitaip tvarkiausi. Tas, tas savo, tas savo supratimas, kad realybę matyčiau, realybę pačią. O ne kokie įsivaizdavimai ar kliedesiai“ (Laima).

Remiantis pateikta Laimos interviu citata, įkryrių minčių galima atsikratyti dirbant su savimi, o ne vien geriant vaistus ir laukiant pagerėjimo. Darbas su savimi pirmiausia vyksta žmogaus viduje, jo valios pastangomis, stengiantis pažinti save, savo galimybes, apmąstant savo ligos simptomų raišką gyvenimo kontekste. „Autoterapija pirmiausia ir daugiausia grindžiama nuolatine savistaba. Sąmoningumas sukuria potencialią permainą ir gali savaime realiai ją sukelti“ [6].

Tyrimo metu pasakotojas Rimgaudas gydėsi psichiatrijos lignoninėje. Lignoninėje jis apmąstė ligos įveikties strategijas:

„Tada man iškilo klausimas: „ką daryti, kad to aš išvengčiau?“. Aš vėl viską prisimindamas tai, ką skaičiau tuose bukletuose, derinau tai, kas yra susiję su mano sveikata. Tam, kad galėčiau pats sau padėti, pirmas žingsnis yra ramybė (ir kuo daugiau) ir kuo mažiau gilintis į smulkmenas. Pirmoje eilėje yra svarbu mano sveikata, ir tik po to visa kita“ (Rimgaudas).

Rimgaudas bando sudėlioti savo gyvenimo prioritetus ir į pirmą vietą iškelia sveikatą. Taip pat, kaip ir Laima, jis suvokia, kad gali pats sau padėti. Pozityvus mąstymas padeda Laimai tikėti, kad ji sveiksta ir tai atsispindi jos pasikeitusiame elgesyje:

„Aš kažkaip vis tiek galvoju, kad aš vis tiek, kad aš lygi geresnį vis tiek pasieksiu. Ir man bus lengviau gyvent, tie reiškiniai manęs, ne, ne nebus tokie dideli kaip, kaip buvo <...> aš ten jau niekad neįkalu į galvą, aš ten sergu, aš ligojis beviltiškas, aš nieko negaliu padaryti, nekalu sau į galvą tokių dalykų, bet aš laisvai elgiuosi, jau matosi aš laisvai, nei aš čia sukiojuosi, nei aš blaškausi. Nei aš ką, kažkaip tai“ (Laima).

Pasakotoja Joana taip pat pabrėžia savipagalbos, kaip minčių valdymo ir savistabos, svarbą ligos įveikčiai:

„Stengiesi mažiau gilintis į viską, stengiesi užglaistyti, informacijos irgi atsirinkti, ką atsimint, ką užmiršt. Tai va, stengiesi sau padėt, mažiau kvaršint galvą, bet ne visą laiką iššina. Kažkuo užsiimi, kažkokia veikla. Kad negalvot apie“ (Joana).

Minčių valdymas ir informacijos filtravimas padeda nugalėti psichikos ligos simptomus.

Pozityvus mąstymas ir autoterapija padeda žmogui keisti savo elgesį išsivaduoti iš „nenormalumo“ ir pripažinti, kad „mes esame ne tokie, kokie esame, o tokie, kokius save padarome“ [6].

Kita pasakojimuose atskleidžiama ligos simptomų priedangos forma – minčių nukreipimas nuo savęs į kitus šeimos narius. Pasakotoja Marytė išlaiko gyvenimo vertės ir prasmės jausmą rūpindamasi artimaisiais. Jau keletą metų su tėvu, motina ir seserimi ji negyvena ir retokai nuvažiuoja pas artimuosius, bet emocinis ryšys ją sieja su šeimos nariais. Tyrimo metu Marytės sesuo bandė žudytis ir pateko į psichiatrijos lignoninę, tėvas nusipjovė pirštą, motina atgulė ant patalo. Pasakojime jaučiamas stiprus ryšys su šeima. Marytei rūpi šeimos gerovė:

„Įsivaizduojat, niekas nepadės, nėra kam padėti be manęs. Nėra kam. Tėtis aštuoniasdešimt metų ką jis darys. <...> Aš galvoju tėtį reikia nuvežti pas kardiologą. <...> Jeigu randu skambučių, kad aš neatsiliepusi,

pirmiausiai skambinu namo, nes mane kaip pribloškė tas atvejis [sesers savižudybės bandymas, aut. past.], kad aš dabar tik tai, jeigu man namuose gerai, tai man iš karto taip nuslūgsta" (Marytė).

Dideli rūpesčiai ir įtampos susijusios su namais, atitraukia nuo minčių apie save, ligą.

Remiantis Akvilės pasakojimu, galima daryti prielaidą, kad mažiausiai liga jaučiama, kai gyvenama savarankiškai, kukliai ir pasitenkinama tuo, ką turi:

"O sakau, geriausia, kaip tai ramiai gyveni ir niekas į tavo gyvenimą nesikiša, nieks tau nereguliuoja, kur tau kaip, kur tau pinigus dėt, ką tau pirkt, ką tau taupyti, ką tavo praleista, agurkų 10 kilogramų nusipirkta. Nieks nieko nesako, kaip ir, geriausiai savarankiškai..." (Akvilė).

Kad pagerėtų žmogaus, sergančio šizofrenija, būklė, t. y. ligos simptomai kamuotų kuo mažiau, reikia jaustis savo gyvenimo šeimininku [7]. Akvilei pavyksta išlikti savarankiškai, sąmoningai suvokiant, kad jai tai padeda. Tačiau kitiems tyrimo dalyviams yra sunkiau pakelti vienatvę ir išsiugdyti savarankiškumą, galbūt todėl, kad „savarankiškumo jausmą griaua suvokimas, kad esi psichikos ligonis, ir nuo „šizofrenijos“ etiketės neatsijamas neįgalumo stereotipas“ [7].

Marytė netiki, kad galima pasveikti:

"... nuo šitos ligos nelabai tikiu. Tik būna remisijos, tik tie paūmėjimai, nebūna į gerą būklę. Tiek epilepsijos, tiek tos šizofrenijos. Nes jie visą laiką veda į pablogėjimą. Veda to – seratonino – padaugėjimas, žinokit dabar..." (Marytė).

Marytės profesija – gydytoja ir jos ligos aiškinimas remiasi biomedicininio modeliu. Ji labai dažnai gydosi psichiatrijos ligoninės dienos stacionare, pasitiki tiksliai medikamentiniu gydymu, kreipiasi į psichiatrą ir visas problemas – socialines, emocines – sprendžia padidinta vaistų doze:

"Ir vaistų dabar padidino penkiais miligramais, ziprekso šitas. Geriau, kai padidino tuos vaistus man. Mama atsigauna kažkaip, sesuo išplaukia taip ir..." (Marytė).

Žmogaus įsitikinimas, kad niekada nepasveiks, susigijimas su liga ir nelaukimas pagerėjimo gali suteikti jam ramybės ir pastovumo jausmus. Be to, kaip matyti iš citatos, sergančio lėtine psichikos liga asmens sveikata priklauso nuo artimųjų gerovės. Padidintos vaistų dozės, motinos ir sesers sveikatos pagerėjimas padeda Marytei įveikti ligą.

Sergantys šizofrenija asmenys nelinkę atskleisti diagnozės. Iš visų dalyvavusiųjų tyrime tik vienas pasakotojas įvardijo diagnozę šizofrenijos terminu, kiti vartojo įvairius pakaitinius terminus. Pavyzdžiui, savo

ligą Joana vadina depresija: *"Depresija, vat tokia, yra ta depresija, nieko nesinori veikti"*.

Sergantys lėtine psichikos liga asmenys naudoja kognityvines ligos priedangos strategijas, stengdamiesi pozityviai mąstyti, filtruoti gaunamą ir teikiamą informaciją, nukreipti mintis į kitų šeimos narių problemų sprendimą, galvodami apie save kaip savarankiškas ir atsakingas asmenybes, vartodami mažiau žeidžiančius terminus šizofrenijos įvardijimui. Kai kuriais atvejais padeda susitaikymas su liga ir nelaukimas sveikatos pagerėjimo.

Kognityvinių lėtinės psichikos ligos įveikos būdų analizė atskleidžia, kad lėtine psichikos liga sergantys asmenys prisiima atsakomybę už ligą ir sveikatos reguliavimą.

Strategija: gyvenimo būdo sergant lėtine psichikos liga pasirinkimas

Strategija, priešingai nei priedanga, parodo, kaip žmonės veikia ar ką žmonės daro ligos akivaizdoje [1, 2]. Sirgti ar būti sveikam nereiškia, kad tai yra natūralus procesas ar likimo smūgis, tai turi būti suprantama kaip socialinė gyvenimo forma: taip pat kaip darbas, mokymasis, auklėjimas ar senėjimas [8].

Paklausti, kaip įveikia ligą, tyrimo dalyviai dažniausiai pasakojo apie atitinkamą gyvenimo būdą:

"... mano labai daug padeda draugė mano, jeigu jos nebūtų, aš neišsikapanočiau. Gyvenimo būto kokybė labai prasta. Dabar aš galiu gyvenimą pasimatuoti kokį šimtą balų, 10 balų, 5 balai, ir kaip pasakyt nu, labai gerai, ir mes turim butą, dabar išsinuomavom, aišku, dabar daugiau reikia mokėti, nemažai pinigų ir sumokėjom, aš atiduodu visą savo pensiją, ir tas viskas kartu derinyje, kad turiu, kur praleist popietę, pusę dienos ir paskui dar galiu pavalgyti čia, ir man tai labai yra, kaip sakyti, yra ir naudinga, ir labai gerai už tai, kad draugė dirba iki pietų tikrai, nes paskui susitinkam ir praleidžiam laiką kartu. Mėgstam vaikščiot daug, mes ir visur važinėjamės su ja, ir vaikščiojam. Draugaujam kaip ir mes" (Osvaldas).

Pasakotojas Osvaldas pažymi, kad šiuo metu gyvena labai gerai, nes turi draugę, su ja kartu nuomojasi butą, pusę dienos praleidžia dienos centre, čia pavalgo ir pietus, o po pietų vėl susitinka su drauge, kartu vaikšto ir važinėjasi. Sergantis lėtine psichikos liga asmuo geba mėgautis gyvenimo teikiamais malonumais:

"Mums labai patinka vėžintis troleibusais [juokiasi, aut. past.]. Mes sėdam į troleibusą, nesvarbu kokį, kartais ir vėžinamės, paskui užeinam pas Praną [taip pat dienos užimtumo centro klientas, vardas pakeistas, aut. past.], pabendraujam, ten ir alaus išgeriam, ir šachmatais pažaidžiam. Ir taip būna, kad nueinam, jeigu kokia nors yra

paroda, į parodą nueinam, čia mus per televiziją filmavo, rodė. Nueinam, aplankėm ir Čiurlionio muziejų, aplankėm. Tai va, kai turėdavau gitarą, tai aš būdavo aš mieste, būdavo nueidavau kur nors pagrot, aišku, ne už dyką, už atitinkamą mokestį pagrodavau bare, uždirbdavau nemažai pinigų, turėdavau, tai va..." (Osvaldas).

Sergantysis vertina gyvenimą, domisi menais, lanko parodas ir pats užsiima kūryba, skambina gitara. Taip gyvendamas, kad ir su lėtine psichikos liga, žmogus gali jaustis turintis nepaprastų gebėjimų, esąs talentingas. Skambinimą gitara Osvaldas vadina ne hobiu, bet talentu:

„Gal čia ne hobis, talentas kažkoks pas mane yra, nes aš, kai gulėjau Žiegždriuose, pirmam skyriui, tai ten buvo toks skyrius, pasiturintiems, ten labai padaryta aukštam lygy viskas. Po du žmones kambary. Ten ir užuolaidos gražios, ir karnizai gražūs, švedai įrengė. Tai ten aš grodavau su gitara, tai kolektyvas ten visas, kiek ten būdavo moterų – apie 30, moterys ten jos negali nueiti miegot, kol neišgirsta, būdavo, sako: „kol neišgirstam, tai negalim eit miegot, kol neišgirstam tavo dainų“; sako: „kai išgirstam, tai galim ramiai miegot“. Nuraminau kažkaip tai tom dainom. Nu vat, tai būdavo malonu man būdavo, kad galėdavau kažkam padėt, tai aš... Taip aš manau, kad čia yra mano Dievo dovana, ir balsas toks, aš šešis metus „Varpely“ dainuodavau. Paskui chore, reiškia, dainavau“ (Osvaldas).

Gebėjimų realizavimas, saviraiška ir kitų įvertinimo sulaukimas padeda sergančiam jaustis sveikesniam. Sergančiam kaip ir bet kuriam kitam asmeniui yra svarbu, kad jis būtų kitų priimamas, pripažįstamas toks, koks yra, nesiekiant pakeisti, pagerinti. Taip pat svarbu jaustis reikalingam ir būti naudingu pagalbininku kitiems žmonėms. Šiame interviu pabrėžiama ir graži bei pakankamai erdvi fizinė ligoninės aplinka, įskaitant gyvenamų kambarių įrangą ir ligonių skaičių. Pasitenkinimą teikia galimybė identifikuotis su aukštesnį statusą visuomenėje turinčiais asmenimis: „skyrius pasiturintiems“.

Akvilė šiuo metu jaučiasi gerai, nes gyvena viena ir ją tenkina gyvenimo aplinkybės, dukra suaugusi ir savarankiška, motina pakankamai sveika, kad galėtų gyventi savarankiškai, todėl Akvilei belieka rūpintis savimi, savo sveikata, buitimi:

„... gyvenu viena. Mama man padeda. Duktė mano savarankiška, man nereikia ja rūpintis. Ir ten nei nei nei pinigais padėti nei nei nei. Turi savo gyvenimą. Namus turi savo. Aš viena man visiškai jokių rūpesčių nei vaikais, nei tėvais, nei anūkais, niekuo. Mama 72 metų bet ji tvarkinga, sveika, stipri nieko neprašo pagalbos, nieko, nei mama, nei duktė. Dabar esu geroje sąlygoje

jeigu būtų blogos sąlygos aš vėl susirgčiau“ (Akvilė).

Išryškinama artimųjų gerovė, kaip prielaida laisvai kurti socialinį gyvenimą ir išlaikyti savarankišką gyvenimo būdą, kaip atitinkamos ligos priedangos strategijos pasirinkimą.

Akvilės gerą sveikatą palaiko struktūruota kasdienybė, suplanuoti buities darbai, paprastas gyvenimo būdas. Štai kaip atrodo viena gyvenimo diena:

„Aš keliuosi anksti, kokią šeštą valandą, einu į virtuvę, gaminu pusryčius. Sveikai išgeriu puodelį kavos, nors nelabai galima mums kavos. Bet aš visą laiką išgeriu tą puodelį kavos. Paskui ką, aš, pradėdu ruošti daiktus į darbą, nu ten žiurštą, susidedu tapkes, rankšluostį, akinius, telefoną, susiruošiu tašę į darbą. Nu einu į darbą, padirbu šiek tiek, mažai, kokias keturias valandas, paskui ateinu čia pas jus pabūnu ir einu kokią trečią namo, tai namuose biški apsitvarkau, lovą pasikloju, indus išplaunu, dujinės jeigu rytais tingiu ar nespėju ten kaip būna. Ir paskui dažniausiai tai guliu, dažniausiai guliu, žiūriu televizorių arba klausausi muzikos. O paskui vakarienė, išsiskalbiu kelnes, kojines, apatinius drabužėlius, ir devintą einu miegoti. Ir visa mano dienos tvarkė. Nemėgstu nei jokių, eiti į jokus renginius, kinus, teatrus, koncertus, man, aš noriu poilsio, noriu ramybės“ (Akvilė).

Tyrimo dalyvių pasakojimuose atskleidžiama nustatytos dienos tvarkės ir tinkamo gyvenimo būdo pasirinkimo svarba ligos įveikai. Tokiu būdu atskleidžiama sergančio lėtine psichikos liga asmens stiprioji pusė – sąmoningas gyvenimo būdo pasirinkimas, siekiant išlaikyti stabilią psichikos sveikatą.

Pasakotoja Bronelė ligą įveikti stengiasi užsimiršimu ir darbu:

„... stengiuosi kaip nors užmiršti tuos traukulius, kaip nors juos įveikti, paprasčiausius darbus dirbdama. Pavyzdžiui, plaunu indus...“. Paūmėjus ligai Bronelė stengiasi ją įveikti bet kokia veikla:

„... jeigu jau pasireiškia simptomai ligos <...> aš stengiuosi užsiimti kokia nors veikla, paprasčiausia veikla, dulkių šluostymu, gali būti dulkių šluostymas, gali būti indų plovimas, stengiuosi nepasiduoti tokiai baimei ir kaip nors tą ligą atitolinti. Paprasčiausia veikla, paprasčiausias namų ruošos darbai, kad išsilaisvinti nuo ligos“ (Bronelė).

Bet kokie buities darbai padeda įveikti ligą. Tik pasukutiniu atveju, kai neįmanoma susitvarkyti su ligos simptomais nei užsimiršimu, nei veikla, ji geria papildomus vaistus:

„Bet aš stengiuosi kiek galima juos [ligos simptomus, aut. past.] užmiršti, kiek galima nekreipti dėmesio, ir įveikti juos darbu stengiuosi, jeigu jau pasiekia piko,

labai stiprią formą, tada išgeriu tabletę ir atsigulu, o jeigu nebeturiu jėgų kovoti su jais [traukuliais, aut. past.], tada išgeriu tabletę ir atsigulu" (Bronelė).

Sergančiam žmogui reikia pastangų ir jėgų įveikti ligos reiškinius, ir kova su liga ne visuomet būna sėkminga. Įprastos ligos simptomų įveikties strategijos kartais nepadedą. Susitvarkymui su liga yra svarbu turėti mėgstamą užsiėmimą:

"Aš labai patenkinta, kad galiu prvesti anglų kalbą, nes man nuo jaunystės patiko anglų kalba <...> ir tas perteikimas kitiems žmonėms yra didelis moralinis pasitenkinimas. Dėl to man yra kaip viena iš įveikimo formų tai, tas anglų kalbos žinių perteikimas ir man jis sukelia moralinį pasitenkinimą, ir aš turiu jaustis kaip reikšminga, ir reikalinga kitiems žmonėms" (Bronelė).

Ligos simptomų įveikčiai svarbi asmens savi-realizacija per veiklą, pasitenkinimą teikianti socialinė veikla. Teigiamai psichikos sveikatą įtakoja galimybės tęsti profesinę karjerą:

"Aš kaip baigiau mokyklą, kaip baigiau universitetą, tai dirbau mokyklose aštuoniolika metų, iš viso pradirbau, o paskui, pablogėjus sveikatai, negalėjau prvesti pamokų mokykloje, pradėjau dirbti klubuose, pradėjau prvesti anglų kalbą neįgaliems žmonėms <...> maždaug keturi metai bus..." (Bronelė).

"Individas identifikuoja su profesija, teigdamas savo statusą kitų profesijų atžvilgiu" [9]. Galima daryti prielaidą, kad Bronelėi galimybė tęsti profesinę mokytojos veiklą leidžia išlaikyti aukštesnį socialinį statusą lyginant su kitais lėtinėmis psichikos ligomis sergančiais asmenimis, ir šią galimybę galima laikyti viena iš ligos įveikties strategijų.

Pasakotojams yra svarbu dirbti ir gauti atlyginimą. Joana neina į dienos centrą, kai turi darbo, dirba namuose:

"Metalus tokius dariau. Čia praeito pavasario, vasarą, tai <...>, dariau iš odos". Nors ir bet koks užimtumas padeda užmiršti tai, kad sergi psichikos liga: *"Ar kažką dirbi, ar mezgi, ar valgyt darai, ar kažką darai, veiki. Ar <...> užsimiršta" (Joana),* bet dirbant apmokamą darbą žmogus jaučiasi labiau įvertinamas, be to, tai svarbu jo socialinio ir ekonominio statuso augimui, ir turi didesnės teigiamos įtakos ligos įveikčiai.

Mėgavimasis gyvenimo malonumais taip pat prisideda prie sveikatos palaikymo. Patiriantiems sielos kančias leidžiama turėti daugiau gyvenimo malonumų nei sveikiems:

"... jeigu aš nerūkyčiau, ką aš daugiau veikčiau, kokį dar malonumą rasti, gerti, nesakau, kad tik rūkymas yra malonumas" (Indrė).

Indrė turi daugiau veiklų, teikiančių malonumą ir pasitenkinimą:

"Vienas iš tokių man yra malonumų, aš nesakau, aš mėgstu nerti servetėles, galiu nunerti viską, turiu savo hobį, renku atvirutes, renku meškučius, nu ir taip, bet vis tiek, rūkymas man irgi tapo toksai vienas iš malonumų, žinau, kad tai kenksminga, kad tai gali būti daug ligų priežastimi, nu negaliu, ir tiek" (Indrė).

Psichikos sveikatą teigiamai veikia apmokamas darbas, įvairi veikla ir užimtumas, malonumą teikiantys užsiėmimai, profesinės veiklos taša, struktūruota kasdienybė ir sąmoningai pasirenkamas gyvenimo būdas. Kraštutiniu atveju ligos simptomų įveikčiai vartojamas padidintas medikamentų kiekis.

Stilius: gyvenimo su lėtine psichikos liga kultūrinis kontekstas. Sąvoka „stilius“ įjungia kultūrinės ligos aplinkybes ir papildomas reikšmes bei nurodo būdus, kuriais žmonės pristato jų ligos ar gydymo režimo svarbias savybes [1, 2]. Gyvenimo stilius – atskirų socialinių grupių gyvenimo ypatumų, pasireiškiančių veikloje, elgesyje, namų ūkyje ir pan., visuma [9].

Tyrimo duomenų analizė parodė, kad siekiant įveikti lėtinę psichikos ligą, reikia prisiimti atsakomybę už ligos simptomų reguliavimą, sąmoningai pasirenkant gyvenimo būdą, t. y. būtina ligos įveikties sąlyga yra savęs pažinimas. Savimonė įgaunama socialinės sąveikos metu vartojant kalbą, t. y. kalba leidžia individams įgyti savimonę – suvokti savo individualybę ir matyti save iš šalies – tokius, kokius juos regi kiti [6].

Kaip ligos įveikties būdą pasakotoja Laima įvardijo „išsikalbėjimą“. Laima augo kaime su motina ir seserimi, tėvas mirė, kai ji buvo visai maža. Namuose buvo įprasta daug dirbti, o išgyvenimais nebuvo dalinamasi. Kalbėti apie skausmingus dalykus Laima išmoko susirgusi lėtine psichikos liga, kai ieškojo būdų, kaip išsigelbėti nuo nepakeliamos kančios:

"... man prasiveržė tie išsikalbėjimai. Kažkaip aš buvau labai nepratus įsikalbėt, labai, kažkaip jausdavau gėdą, kad gali mane apšnekėt, kad čia taip, kad čia taip. Ir pas mane buvo užsifiksavo ten tokie dalykai, nes neišsikalbėjimas, viskas guldymas savyje, vienu žodžiu. Tai man trūko to išsikalbėjimo, aš labai daug kalbėjau kažkur porą metų <...> čia gyvenimo nuoskaudos gal ką iššina. <...> susitvarkė gyvenimas kažkaip tai mano, susiradau turiu draugą" (Laima).

Laima savo pasakojime pabrėžia, kad ligos simptomai sumažėjo, kai „susitvarkė“ jos gyvenimas, t. y. kai ji susirado draugą. Ligos istorija yra tapatinama su gyvenimo istorija. Iš pateikto pavyzdžio matyti, kad Laima pradėjo sveikti ir susirado gyvenimo draugą tuomet, kai įveikusi

gėdos jausmą pradėjo kalbėti apie skaudžias patirtis: „... ryžausi su juo draugauti... jisai mane užkalbino...“. „Gėda yra tiesiogiai susijusi su ontologinio nesaugumo jausmais: ją sudaro nuslopinta baimė, kad asmeninio tapatumo naratyvas neišlaikys gniuždančio spaudimo jo nuoseklumui arba socialiniam tinkamumui. Gėda ir pasitikėjimas labai glaudžiai susiję“ [6].

Akvilė priešingai vengia „išsikalbėjimų“. Paklausus, su kuo kalbasi apie jausmus, Akvilė atsakė klausimu: „Su mama tai ne, su dukra irgi ne. Nu apie kokius jausmus?“. Ji vengia kalbėtis apie jausmus: „... meilė tai jinai yra laikinas ir toks organizmui, žmogaus sveikatai nelabai geras dalykas. Aš perskaičiau“. Galima sakyti, kad kai kuriuos sergančiuosius nuo ligos paūmėjimų apsaugo emocinio gyvenimo ir gilesnių jausmų vengimas. Tai rodo artimų, intymių santykių stoką jų gyvenimuose. Akvilės žodžiais tariant: „jie [sergantieji] dažniausiai gyvena vieni“. Sergantys psichikos ligomis asmenys gali sureikšminti savo sveikatą, pradėti bijoti „normalių“ gyvenimo teikiamų išgyvenimų, tiek teigiamų, tiek neigiamų. Didelis saugumo troškimas užgožia realaus gyvenimo patyrimo galimybes, daugiau yra apie kitų žmonių jausmų skaitoma ar žiūrima per televiziją: „Remarkas man, skaitau. Hemingvėjaus skaičiau ten kelis. Patinka man žurnaluose straipsniai paskaityt...“ (Akvilė)

Pasakotoja Akvilė su vyru išsiskyrė sulaukusi 24 metų ir nuo to laiko gyvena viena. Dabar jai – 46. Liga ir vienvė verčia žmogų išmokti įvairių darbų. Savarankiškumas ir nepriklausomybė apsaugo Akvilę nuo ligos paūmėjimų:

„... ar lemputė perdega aš pati moku pasikeisti, ir spyna aš moku pasikeist, širdelė kaip man sugenda duryse [juokiasi], lemputė susisukau, pati daug ką moku man nereikia, man ten nereikia, kad kiekvieną varžtą kokį ten galiu sienoje įsisukti“ (Akvilė).

Gyvenimas vienvėje gali išugdyti savarankiškumą, pasitikėjimą savimi ir sumažinti priklausomybę, kuria apibūdinamas sergančiojo vaidmuo. Priklausomybės mažėjimas, sergant lėtine psichikos liga, sunkiai pasiekiamas, bet yra aktualus ligos įveikčiai. Pagalbos iš aplinkos ir pinigų stoka išmoko „gyventi pagal galimybes“:

„... pavyzdžiui, nėra ten batų, nėra striukės, pirštinių nėra, ten nusimezgi <...> pati geriausia būseną tai ligai, nu taip ramiai gyveni, viską susitvarkai apsirūpini ten batais, žinai, ratais, [juokiasi, aut. past.] kas tau reikia, už butą skolų neturi, žinai, nu ir ką ten, tenai jau matau, kad man sunku tas butas jau, jau brangu tie mokesčiai, tai aš atsiskaičiuoju tos kabelinės, atsiskaičiuoju to laidinio telefono, turiu mobilių, ir užtenka, kam man tų

telefonų, nu ir supranti tie mokesčiai vėl mažesni ir vėl gerai“ (Akvilė).

Svarbu išmokti tvarkyti savo kuklų biudžetą. Lėtine psichikos liga sergančio asmens pajamos yra pastovios, nedidelės ir garantuotos, todėl jas įmanoma išmokti paskirstyti tinkamai. Gyvenimo sutvarkymas pagal poreikius padeda įveikti ligą. Laimai reikėjo draugo ir namų, Akvilei – vienvė ir ramybės savo namuose. Svarbu žinoti, ko nori. Susitvarkymas su liga tolygus savęs pažinimui ir gyvenimo pagal individualius poreikius susitvarkymui.

Laisva nuo savo ligos Marytė jaučiasi tokių pačių sergančių asmenų grupėje, kuriai vadovauja neautoritarinis vadovas:

„Aš, pavyzdžiui, šitam kolektyve laisva. Aš laisva nuo vadovų, aš tokios ko negavau iš savo tėvų kada griežtas veto, aš čia nenoriu pasakyti, bet aš jums pasakysiu, tas griežtas veto, toks uždarymas, tas toks, toks, nu tas, aš augau tokios griežtoji šeimoj ...“ (Marytė).

Marytės vartojami žodžiai „kolektyvas“, „vadovai“ rodo, kad dienos užimtumo centras sugretinamas su darbovieta, kurioje egzistuojantys darbo santykiai teikia Marytei pasitenkinimo. Taip pat Marytė gerai jautėsi, kai dirbo psichiatrijos ligoninės laboratorijoje, ir tai jai padėjo išvengti ilgo ir dažno gydymosi stacionare:

„... džiaugiuosi kad aš toje psichiatrinėje dirbau, toje laboratorijoje. Jeigu man blogiau aš tuoj nuleikiu, man blogai – aš tuoj vaistus gaunu. Tų ligoninių retai...“ (Marytė).

Galima numanyti, kad organizacijos, kurioje asmuo praleidžia didesnę dienos dalį, pvz., psichiatrijos ligoninės ar dienos užimtumo centro kultūra daro įtaką sergančio lėtine psichikos liga asmens sveikatos būklei. Socialinė, kultūrinė aplinka gali turėti reikšmės ligos įveikčiai. Taip pat žinojimas, kad paūmėjus ligai, gausi adekvačią pagalbą, padeda jaustis saugiai.

Socialinėje suaugusių žmonių gyvenimo aplinkoje pasitikėjimas, tarpasmeniniai santykiai ir įsitikinimas daiktų „tikrumu“ žengia koją kojon. Kitų reakcijos yra būtinos palaikant „stebimą-paaiškinamą“ pasaulį, bet vis dėlto jomis niekada negalima visiškai pasikliauti [6].

Joana tiki savo pačios susikurtų ritualų efektyvumu, apsaugančių nuo nepatenkinamo santykio su kitais žmonėmis:

„Kaip dirbau pas Stakenienę, reikėdavo administratorė su žmonėmis dirbti. Tai būdavo visokiausių žmonių, tai aš įsivaizduodavau tokią sieną stiklinę, kad neištrauktų iš tavęs energijos. Ateina ir šneka nesąmones kažkokias, iš kito žmogaus energiją...“ (Joana).

„Įpročių ir rutinos palaikymas yra lemiamas apsauga

nuo grasinančio nerimo" [6]. Ryškėja Joanos žmonių baimė. Ji bijo kitų pykčio, jausmo, kurį patiria iš savo motinos:

„Hmm. Labai jaučiasi tokie žmonės. Iš mūsų grupės, man atrodo Iveta, Iveta (vardas pakeistas, aut. past.), atrodo, atrodo pikta. Sako, kad jinai ant visų pyksta, tokia liga jau yra. Ir pati nelabai gerai jaučiasi. Taip jau jai išeina. Nieko blogo aš jai nepadariau“ (Joana).

Atskleidžiamas Joanos emocinis pažeidžiamumas. „Nepažeidžiamumo“ jausmas, kuris užkerta kelią negatyvioms galimybėms ir leidžia puoselėti apibendrintą vilties nuostatą, kyla iš pamatinio pasitikėjimo [6].

Sergantys lėtine psichikos liga asmenys sprendžia egzistencines problemas siekdami išlaikyti „normalumą“: siekia ištrūkti iš sergančiojo vaidmens, išsako savo jausmus, išsikalba arba vengia galvoti ir kalbėti apie jausmus, stengiasi gyventi pagal galimybes, atlieka susikurtus ritualus. Sveikumo jausmą teigiamai veikia nekelianti įtampos socialinė aplinka. Į gyvenimo su lėtine psichikos liga kultūrinį kontekstą įjungiamą sergančiojo vaidmenį atliekančio asmens ligos ir darbo patirtis, prasmės ir reikšmės, kurias pateikia tai patirčiai, ir tai, kaip yra suvokiami ir pateikiami ligos išgyvenimai, konstruojami įveikos būdai.

IŠVADOS

1. Sergantys lėtine psichikos liga asmenys naudoja kognityvines ligos priedangos strategijas, stengiasi pozityviai mąstyti, filtruoti gaunamą ir teikiamą informaciją, nukreipti mintis į kitų šeimos narių problemų sprendimą, galvodami apie save kaip savarankiškas ir atsakingas asmenybes, vartodami mažiau žeidžiančius terminus šizofrenijos įvardijimui.

2. Lėtinės psichikos ligos simptomų įveikčiai svarbus yra sergančio asmens gyvenimo būdas. Gerą sergančiojo psichikos sveikatą palaiko struktūruota kasdienybė, suplanuoti buitines darbai, paprastas gyvenimo būdas. Sveikatą teigiamai veikia darbas, įvairi veikla, malonumą teikiantys užsiėmimai, profesinis tobulėjimas. Kraštutiniu atveju ligos simptomų įveikčiai vartojamas padidintas medikamentų kiekis. Taip pat pasakojimuose išryškinama artimųjų gerovė – kaip viena iš ligos priedangos strategijų.

3. Sergantys lėtine psichikos liga asmenys sprendžia egzistencines problemas siekdami išlaikyti „normalumą“. Jie siekia ištrūkti iš sergančiojo vaidmens, išsako

savo jausmus, išsikalba arba vengia galvoti ir kalbėti apie jausmus, stengiasi gyventi pagal galimybes, turi susikurtų ritualų. „Sveikumo“ jausmą teigiamai veikia nekelianti įtampos socialinė aplinka.

Literatūra

1. Nettleton S. The Experience of Chronic Illness and Disability. The Sociology of health and illness. Cambridge Malden (Mass). Polity Press, 2006.
2. Bury, M. Meanings at risk: the experience of Arthritis. Living with Chronic Illness: the Experience of Patients and their Families. Edited by Anderson, R.; Bury, M. London. Uniwin Hyman, 1988.
3. Radley, A. Making sense of illness: the social psychology of Health and illness. London. Sage publications, 1989.
4. Borden W. Narrative perspectives in psychosocial intervention following adverse life events // Social work: journal of the NATIONAL association of social workers, Volume 37, number 2. Washington University in St. Louis, 1992.
5. Flick U. An Introducing to Qualitative Research. London, Thousand Oaks, New Delhi. Sage Publications, 1998.
6. Giddens A. Modernybė ir asmens tapatumas. Vilnius, Pradai, 2000.
7. Warner, R. Šizofrenijos aplinka: praktika, politikos, ir komunikacijos naujovės. Vilnius, ALF, 2003.
8. Molitoris, K. Kranksein. Gesundsein. In Sozialarbeit in der Psychiatrie. Der Weg entsteht beim gehen. Bonn. Psychiatrie-Verlag, 1996.
9. Matulionis, A. V. Sociologija. Vilnius, Homo Liber, 2003.

THE FORMS OF COPING WITH CHRONIC MENTAL ILLNESS

Polina Šedienė

Summary

Key words: chronic mental illness, the coping with illness, narrative inquiry.

In the years 2007-2008 was made the narrative inquiry, in which ten persons with chronic mental illnesses participated. The aim of the investigation is to reveal the experience of chronic mental illness. In the depth interviews there were obtained narratives – the extended histories about the life of people with mental illnesses. In this article it is presented the choice of forms of coping with chronic mental illnesses. It is distinguished three forms of the coping with illness: „a cope“, „a strategy“ and „a style“.

The investigation reveal, that persons suffering from chronic mental illnesses solve the existential problems trying to keep „normality“. They are trying to escape from withdrawal being in sick role. They tell the feelings or they avoid to think and talk about them. They are striving to live according to possibilities, they use created rituals. Social environment which doesn't cost attention positively effects the healths of persons. In the cultural context of the life with mental illnesses is joined the job experience, meanings which the patients invest to this experience. In the cultural context is also joined the perception of illness experience and the coping with illnesses.

Correspondence to: pshediene@gmail.com

Gauta 2009-10-19

HEMODIALIZUOJAMŲ PACIENTŲ MOKYMAS

NERETA STANISLOVIENĖ

Diaverum klinikos,

Kauno medicinos universiteto Slaugos ir rūpybos katedra

Raktažodžiai: *galutinis inkstų nepakankamumas, hemodializė, pacientų mokymas, slauga.*

Santrauka

Darbo tikslas - išanalizuoti mokslinę literatūrą apie dializuojamų pacientų mokymą, pateikti Lietuvoje hemodializuojamų pacientų mokymo rekomendacijas.

Visame pasaulyje kasmet daugėja pacientų sergančių galutiniu inkstų nepakankamumu ir didžioji dalis tokių pacientų yra gydomi hemodializėmis. Ilgėjant šių pacientų išgyvenamumui svarbu didelį dėmesį skirti jų mokymui. Todėl pažangiose pasaulio valstybėse hemodializuojamų pacientų švietimui ir mokymui kasdien skiriama vis daugiau dėmesio.

Išanalizuotas 21 literatūros šaltinis šia tematika. Paeška atlikta naudojant raktažodžius: galutinis inkstų nepakankamumas, hemodializė, pacientų mokymas, slauga.

Apžvelgus mokslinius straipsnius pateikiamos Lietuvoje hemodializuojamų pacientų mokymo rekomendacijos.

Straipsnis skirtas gydytojams ir slaugytojams, dirbantiems nefrologijos skyriuose, hemodializės klinikose, bei mokslo darbuotojams.

ĮVADAS

Susirgęs lėtine liga pacientas dažnai vienaip ar kitaip turi pertvarkyti savo įprastą gyvenimą. Taigi jis yra priverstas rasti naujų būdų tvarkyti gyvenimą. Paciento mokymo atramos taškas visuomet yra tai, kaip jis pats įsivaizduoja savo situaciją. Mokant pacientą svarbu atskleisti buvusį paciento gyvenimo būdą, kad pakitusią gyvenimo tvarką būtų galima grįsti kai kuriais tais pačiais stimulais ir įvykį pokyčiai pacientui atrodytų įveikiami. Šiose situacijose svarbu, kad ir artimieji (kiek tai įmanoma) įsitrauktų į šį procesą ir galėtų nuolat skatinti pacientą [9].

Literatūros duomenimis, lėtiniu inkstų nepakankamumu (LIN) sergančių pacientų mokymas ir švietėjiška veikla gali sulėtinti inkstų ligų progresavimą. Tokie pacientai privalėtų motyvuotai domėtis savo liga ir jos

gydymu, įsitraukti į savirūpą ir savisaugą, nes tokiu būdu atsiranda atsakomybės ir kontrolės jausmas. Pacientai gali geriau kontroliuoti save įvairiais aspektais – siekiant medikamentinės korekcijos ir mitybos, fizinio aktyvumo. Visa tai padeda geriau jaustis ir ilgiau išgyventi [4].

JAV 1993 m. buvo įkurtas *Life Options Rehabilitation Advisory Council* (LORAC) [1, 14], kuris patvirtino programą sergančiųjų galutiniu inkstų nepakankamumu reabilitaciniam gydymui. Programoje buvo nustatytos 5 veiklos sritys („5E“: *Encouragement, Education, Exercise, Employment, Evolution*), kurios privalo užtikrinti visavertę reabilitaciją. Antroji šios programos dalis – mokymas, švietėjiška veikla, lavinimasis (2„E“ – *Education*). Tuo tikslu Medicinos mokymo institutas (*angl. Medical Education Institute*) sukūrė internetinę mokymo programą (*Kidney School*) [14]. Manoma, kad pastangos rūpintis savimi padeda geriau priprasti prie dializės režimo, pacientai lengviau adaptuojasi stresinėje situacijoje.

Šio darbo tikslas - išanalizuoti mokslinę literatūrą apie dializuojamų pacientų mokymą, pateikti Lietuvoje hemodializuojamų pacientų mokymo rekomendacijas.

TYRIMO MEDŽIAGA

Literatūros duomenimis, kiekvienos pacientų grupės poreikis sužinoti apie tyrimus, slaugymą, gydymą ir kitus veiksmus, susijusius su liga bei gydymu, yra kitoks, jis individualus ir kiekvienam su ta pačia liga ir negalia pacientui. Tai reiškia, kad skirtingų žmonių mokymas turi būti skirtingas. Paciento mokymo tikslas yra padėti jam kuo lengviau įveikti situaciją. Daugeliui pacientų reikia išmokti valdyti ilgalaikes, negrįžtamas gyvenimo situacijas, pavyzdžiui, sužinoti apie maisto ribojimą, išmokti susileisti vaistams. Labai didelis skirtumas mokytis to, ko prireiks tik trumpą laiką, ir mokytis ko nors visam gyvenimui [12]. Dauguma sveikatos priežiūros įstaigose dirbančių medikų pritaria teiginiui, kad pacientų sveikatos mokymas padėtų išvengti kai kurių ligų, pagerintų ligų baigtis, sutrumpintų hospitalizacijos laiką, sumažintų atkryčių skaičių, tačiau efektyviam sveikatos ugdymo priemonių įgyvendinimui trūksta žinių, įgūdžių bei tradicijų. Nors pripažįstama, kad pacientų mokymas yra integracinė kasdieninės slaugos ir priežiūros dalis, deja, dažnai pacientai turi nepakankamai

žinių slaugos, gydymo ir profilaktikos klausimais [7].

Siekiant motyvuoti pacientą, sergantį galutiniu inkstų nepakankamumu, įgyti žinių apie susirgimą kartais turi dalyvauti visa medikų komanda: gydytojas-nefrologas, slaugytoja, psichoterapeutas, socialinis darbuotojas, dietologas ir kiti specialistai [1, 21]. Tačiau reikia pripažinti, kad nemaža dalis šių pacientų nesuinteresuoti, kai medicinos personalas kalba apie jų elgsenos pakeitimą, moko savirūpos, aiškina apie jų susirgimą [2, 21]. Nesugebėjimas kontroliuoti ligos požymių daro įtaką ligos progresavimui ir gyvenimo kokybės blogėjimui [4].

Literatūros duomenimis, personalas, dirbantis hemodializės klinikose (HD), gali išsiaiškinti kiekvieno paciento žinias, poreikius ir interesus atitinkamai ligos fazei – dializės pradžia (0-3 mėn.), ankstyvai dializei (3-12 mėn.) ir nuolatinei dializei (>1 metai), kas įgalina programuoti mokymą pagal sugebėjimus ir sveikatos būklę [15]. P. Ormandy [19] apibendrina 1993-2005 metais, JAV, Jungtinėje Karalystėje, Kanadoje, Švedijoje ir Suomijoje, atliktus 25 tyrimus, susijusius su dializuojamų pacientų mokymu. Atliktose studijose buvo mokomi ikidializiniai, gydomi hemodializėmis ar peritonine dialize, ir transplantuoti pacientai. Pagal atliktus tyrimus, pacientų, segančių lėtiniu inkstų nepakankamumu, mokymas reikalingas 13-oje sričių, tokių kaip inkstų nepakankamumas ir fiziniai simptomai, pakaitinė inkstų terapija, psichologinė įveika, socialinis gyvenimas, darbinė veikla ir pajamos, kraujo ir kitų tyrimų rezultatai, medikamentų vartojimas ir kt. [19]. Todėl galima teigti, kad mokant pacientus labai svarbu išsiaiškinti, kokios informacijos reikia konkrečiam pacientui.

Daugumoje pasaulio šalių yra nefrologinių pacientų asociacijos, kurios yra įkūrusios interneto svetaines, pvz.: Jungtinės Karalystės nacionalinė inkstų federacija (*angl. UK National Kidney Federation* – www.kidney.org.uk/); Japonijos nefrologinių pacientų asociacija (*angl. Japan Association of Kidney Disease Patients* – www.zjk.or.jp/eng/ish/); taip pat tarptautinės informacinės svetainės (*angl. renalinfo – Support and Resources for people with Kidney Disease* – www.renalinfo.com arba *angl. Kidney Incorporated* – www.hdialysis.com) ir kt. Pasaulinėse interneto svetainėse ir pacientai, ir jų artimieji gali rasti pakankamai daug informacijos apie inkstų funkciją, inkstų nepakankamumą ir dializės būdus, anemiją, mitybos reikalavimus, arterioveninės jungties priežiūrą, seksualines problemas ir kt. Šiomis svetainėmis, įskaitant jau minėtą mokymo programą (*Kidney School*) [14], gali naudotis ir Lietuvos nefrologiniai pacientai ar jų artimieji, taip pat – visa angliskai skaitanti visuomenė.

Lietuvoje yra atlikta nedaug tyrimų, susijusių su

dializuojamų pacientų mokymu. Remiantis literatūros šaltiniais, viename iš atliktų darbų buvo nustatyta, kad dauguma LIN sergančiųjų apie inkstų patologiją nebuvo informuoti (87 proc. respondentų) [4]. Kad apie inkstų ligas visuomenė nėra pakankamai informuota patvirtina ir kitas tyrimas, kuriame nustatyta, kad prieš susergant apie inkstų ligas nieko nežinojo net 65 proc. respondentų. Taip pat šis tyrimas pagrindė visuomenės švietimo ir mokymo būtinumą, nes net 70 proc. LIN sergančių ir dializuojamų tyrimo pacientų nežinojo inkstų nepakankamumo priežasties [5]. Tačiau jau minėto tyrimo [4] metu nustatyta, kad net 92 proc. tirtų pacientų supranta dietos reikšmę ir žalingų įpročių žalą ligos progresavimui [4]. Tai patvirtinama ir tyrime [5], kuriame skelbiama apie tai, kad pacientai pritaria, jog patys turi rūpintis savo sveikata (75 proc. respondentų).

Ikidializinių pacientų mokymas-paruošimas pradedamas IV-oje lėtinės inkstų ligos stadijoje. Nėra vienos taisyklės, kada pradėti šį mokymą, bet manoma, kad tinkamiausias laikas yra vieneri metai iki dializės pradžios. Šiame mokyme dalyvauja ir paciento šeima bei artimieji. Kai kuriose šalyse, pvz.: Jungtinėje Karalystėje, JAV, Švedijoje, Australijoje, pacientai turi galimybę rinktis dializės būdą: peritoninę dializę, hemodializę klinikoje ar namų dializę, dializę savipriežiūros centruose, naktinę dializę. Pacientai taip pat informuojami apie inkstų transplantacijos galimybę [8, 11, 15, 17]. Daugumoje pasaulio dializės klinikų yra paruoštos ir vykdomos ikidializinio mokymo programos, kurių esmė motyvuoti pacientus savirūpai, suteikti žinių apie susirgimą jiems ir jų artimiesiems [13]. Jungtinėje Karalystėje, Mančesteryje, vykdomi pacientų forumai, kuriuose dalyvauja ikidializiniai pacientai ir jų artimieji, jau dializuojami pacientai ir medicinos personalas. Šių forumų metu pacientams ir jų artimiesiems suteikiama informacija apie susirgimą, ikidializiniai pacientai bendrauja su jau besidializuojančiais pacientais ir turi galimybę „gauti informaciją iš pirmų lūpų“, taip pat pacientams suteikiama informacija apie dializės procedūroms reikalingą techniką ir kitas priemones [13].

Literatūros duomenimis, pasaulyje yra atlikta mokslinių tyrimų, įrodančių, kad pacientų mokymas žymiai pagerina jų žinias apie susirgimą. Virdžinijoje, JAV, buvo atliktas pacientų mokymo tyrimas. Po keturių savaičių mokyme dalyvavusių pacientų kraujo fosfatų kontrolė buvo geresnė ir mažesni svorio prieaugiai [8]. Literatūroje skelbiama, kad pacientų mokymas pagerina jų savirūpą. Viename iš atliktų tyrimų pacientai buvo mokomi kontroliuoti kalio kiekį kraujyje. Šie pacientai dalyvavo aštuoniuose užsiėmimuose, kurie trukdavo po

30 minučių. Po mokymo statistiškai reikšmingai pagerėjo pacientų žinios apie kalio kontrolę ir sumažėjo kalio kiekis kraujyje. Taip pat buvo nustatyta statistiškai patikima neigiama koreliacija tarp tirtų pacientų žinių apie kalio kontrolę ir kalio kiekį kraujyje [10]. R. Wingard nurodo svarbiausius akcentus, į kuriuos reikia atkreipti dėmesį mokant pacientus anemijos kontrolės. Šių pacientų mokymo tikslas: a) žinoti, koks yra normalus hemoglobino (Hb) kiekis kraujyje; b) žinoti apie savijautos pagerėjimą, pasiekus tam tikrą Hb kiekį kraujyje, kas daro įtaką gyvenimo kokybei; c) suprasti, kokie medikamentai padeda kontroliuoti anemiją; d) atpažinti anemijos simptomus ir blogėjančios būklės požymius ir pranešti apie tai medicinos personalui [7]. Literatūroje nurodoma, kad LIN sergančių pacientų hipertenzijos kontrolė priklauso nuo jų savirūpos ir žinių, kurios yra susijusios su pacientų motyvacija tas žinias įgyti. Buvo atliktas kokybinis tyrimas, kurio metu nustatyta, kad pacientams reikalingos žinios apie tai, kokią įtaką inkstų funkcijai daro padidėjęs kraujospūdis ir kaip medikamentiniu ir nemedikamentiniu būdu jį kontroliuoti [18].

Mokslininkų teigimu, tiksli informacija apie ligą skatina vidinių organizmo rezervų atskleidimą, sumažina mediko ir paciento bendravimo problemas ir palengvina gydymą. Norint pasiekti efektyvų paciento ir medicinos personalo bendravimą, jis turi būti gana intensyvus ir artimas, Lietuvoje LIN sergančių pacientų mokymas dažniausiai vyksta tiesiog gydytojo-nefrologo kabinete konsultacijos metu, o vėliau dializės procedūros metu. Jau minėtame tyrime [4] buvo nustatyta, kad 82 proc. tirtų (sergančių LIN) pacientų pageidavo artimesnio bendravimo su slaugos specialistu, 32 proc. pageidautų išsamesnio informavimo apie ligą ir jos pasekmes [4]. Tačiau reikia pripažinti, kad dėl įvairių priežasčių medicinos personalas skiria nepakankamai dėmesio dializuojamų pacientų mokymui. Pacientai ne visada išdrįsta klausyti gydytojų rūpimu klausimu, o slaugytojai ne visais klausimais turi pakankamai žinių, kad galėtų kompetentingai atsakyti į užduotus klausimus. Tyrimų, atliktų Lietuvoje apie pacientų mokymą-paruošimą dializės procedūroms, rasti nepavyko.

Švietėjišką veiklą Lietuvoje taip pat vykdo nefrologinių ligonių asociacija „Gyvastis“. Ši asociacija keletą kartų per metus organizuoja respublikines konferencijas, į kurias kviečia specialistus, kurie gali suteikti daugiau žinių pacientams rūpimomis temomis, tačiau šioje organizacijoje nedalyvauja pacientai, kurie yra ruošiami dializės procedūroms. Kitas svarbus, asociacijos įkurtas, informacijos šaltinis – interneto svetainė www.donoras.lt, skirta dializuojamiems ligoniams ir pacientams po

inkstų transplantacijos, taip pat – visuomenei. Ši organizacija leidžia žurnalą „NefrolInfo“ ir informacinius lankstinukus, kuriuose spausdinami straipsniai asociacijos nariams aktualiais klausimais.

Lietuvoje nuo 2003 metų yra organizuojamos „Psichologinės paramos stovyklos“, kuriose dalyvauja „Gyvasties“ asociacijos nariai. Teigiama, kad stovyklose dalyvavę pacientai tampa socialiai aktyvesni: įsitraukia į visuomeninę veiklą, pradeda lankyti įvairius kursus, mokytis, o kai kurie netgi susiranda darbą. 2007 metais pirmą kartą buvo organizuotos savarankiško gyvenimo įgūdžių stovyklos, kuriose dalyvavo apie 100 transplantuotų ir dializuojamų ligonių. Stovyklų metu nustatyta, kad net ilgai dializuojamiems pacientams trūksta žinių, kaip gyventi su dialize: pacientams trūksta savarankiško gyvenimo įgūdžių – net ir žinodami mitybos ar arterioveninės jungties priežiūros reikalavimus, pacientai jų nepaiso, nes nėra įpratę [6].

Lietuvoje tik peritonine dialize gydomiems pacientams, pagal LR SA ministro įsakymą „Dėl dializės paslaugų teikimo bendrųjų ir specialiųjų reikalavimo patvirtinimo“ 1 priedą yra patvirtinti 60 valandų peritoninės dializės mokymai [3]. Duomenų apie šio mokymo vykdymą ir rezultatus rasti nepavyko.

Apibendrinant svarbu pažymėti, kad įgyvendintas efektyvus LIN sergančių pacientų mokymas gali žymiai pagerinti jų gyvenimo kokybę, nes sustiprina pacientų autonomiją, didina integravimo į visuomenę galimybes ir pasitikėjimą savimi, sumažina komplikacijų atvejus ir sutrumpina pacientų buvimo ligoninėje laiką [1, 2, 10, 19].

IŠVADOS

1. Slaugytojai mokydami pacientus turi suplanuoti mokymo programą, įvertinti mokymo tikslą, paciento imlumą informacijai, paciento informavimo, švietimo ir mokymo poreikius bei konkrečiam pacientui reikalingas žinias ir tinkamus mokymo metodus.

2. Lietuvoje nėra tinkamai sukurto sistemingo dializuojamų pacientų mokymo, kuris apimtų visus svarbius ir rūpimus pacientams klausimus. Taip pat nėra ir pacientų sergančių IV stadijos lėtine inkstų liga visapusiško paruošimo dializės procedūroms.

3. Išanalizavus literatūrą pateiktos Lietuvoje hemodializuojamų pacientų mokymo rekomendacijos.

HEMODIALIZUOJAMŲ PACIENTŲ MOKYMO REKOMENDACIJOS

1. Pacientus, sergančius IV stadijos lėtine inkstų liga ir ruošiamus lėtinėms hemodializės procedūroms,

galima būtų pradėti mokyti tose dializės klinikose, kuriose numatomas gydymas. Didžiuosiuose Lietuvos miestuose yra po keletą dializės klinikų, o mažesnieji rajonų miesteliai nėra labai nutolę nuo HD klinikų ir dauguma pacientų be problemų gali į jas atvykti.

2. Jeigu ikidializiniai pacientai negali vaikščioti ar jiems sunku atvykti į mokymus, vykstančius hemodializės klinikose, būtų galima apmokyti pacientų artimuosius: pateikti paruoštos rašytinės medžiagos (lankstinukus, brošiūrėles), nurodyti kitus informacijos šaltinius.

3. Būsiami hemodializės klinikos pacientai turi turėti galimybę bendrauti su kitais jau besidializuojančiais toje klinikoje pacientais ir užduoti jiems rūpimus klausimus. Taip pat šiuos pacientus derėtų supažindinti su klinikoje esančiomis pacientams skirtomis patalpomis, hemodializei atlikti reikalinga technika ir priemonėmis.

4. Užsiėmimai turėtų vykti 1-2 kartus per mėnesį. Užsiėmimo trukmė 0,5-1 val. Grupėje turėtų būti 4-6 pacientai. Taip pat galėtų dalyvauti ir pacientų artimieji, tačiau nerekomenduojama, kad grupėje būtų daugiau nei 10 žmonių. Vieno mokymo užsiėmimo metu, informacijos reikėtų suteikti ne daugiau, kaip dvejomis temomis. Kadangi dauguma pacientų dažnai nenori papildomai atvykti į hemodializės kliniką šie užsiėmimai galėtų vykti prieš HD procedūrą.

5. Klinikose, kuriose yra galimybė, derėtų įrengti mokymo kambarį. Tose klinikose, kuriose nėra atskirų mokymo patalpų, užsiėmimai galėtų vykti laukiamajame, pacientų persirengimo kambariuose, valgomoosiuose (kai kuriose klinikose Lietuvoje tokios patalpos yra). Tam tikslui taip pat galima panaudoti patalpas, skirtas nefrologinių ligonių asociacijai.

6. Jei tik yra galimybė, per užsiėmimus patartina naudoti vaizdinę medžiagą – skaidres, kompiuterį. Informacija turi būti kiek galima išsamesnė, bet kartu slaugytoja privalo užtikrinti, kad informacijos krūvis būtų optimalus – pacientas ją sugebėtų priimti ir prisiminti. Reikėtų pateikti ir rašytinės informacijos – lankstinukų, brošiūrėlių, kurių nesunkiai galima paruošti kiekvienoje klinikoje kompiuteriu ir spausdintuvu. Rašytinė informacija turi būti paprasta ir suprantama, joje turi būti pateikta tai, kas svarbu pacientu, ir vartojama kiek įmanoma mažiau profesinės kalbos bei specifinių posakių. Tekstas turi būti lengvai skaitomas, reikia vengti įmantrių, ilgų sakinių. Tekstą suprasti padeda iliustracijos.

7. Jei tik yra galimybė, vykstant visų temų užsiėmimams, mokomus pacientus reikėtų grupuoti pagal amžių.

8. Kiekvienoje hemodializės klinikoje turėtų būti

slaugytoja, kuri rūpintųsi ikidializinių ir jau besidializuojančių toje klinikoje pacientų mokymu. Ji turėtų paruošti trumpas informacines paskaitėles šiomis temomis:

- **Inkstų funkcija.** Šioje temoje turėtų būti apžvelgiama inkstų anatomija ir sveikų inkstų funkcija. Vengiant mokslinių terminų pacientams reikia paaiškinti, kaip dirba sveiki inkstai; kas yra homeostazė; kaip maistas ir gėrimai tampa šlapimu; kokie šlapimo susidarymo etapai; elektrolitų balanso reguliavimas; kraujospūdžio reguliavimas; kraujo ląstelių gamybos reguliavimas ir kt.

- **Inkstų nepakankamumas.** Šioje temoje būtina supažindinti pacientus su pagrindinėmis inkstų funkcijos sutrikimo priežastimis; pagrindiniais lėtinio inkstų nepakankamumo simptomais; pacientui „suprantama kalba“ reikėtų paaiškinti kas yra glomerulų filtracijos greitis, kas yra medžiagų apykaitos produktai ir kodėl esant inkstų nepakankamumui jie kaupiasi organizme. Taip pat pacientai turėtų žinoti, kaip elgtis norint nepabloginti inkstų funkcijos ar sulėtinti inkstų funkcijos nepakankamumo progresavimą.

- **Pakaitinė inkstų terapija.** Šioje temoje svarbu paaiškinti, kas yra pakaitinė inkstų terapija (PIT), kada ji turi būti pradama, reikia supažindinti su visomis PIT rūšimis (hemodialize, peritoneine dialize ir transplantacija). Plačiau būtina paaiškinti, kas yra hemodializė ir kaip ši procedūra yra atliekama. Pacientams taip pat būtina paaiškinti, kokias inkstų funkcijas galima pakeisti dializės procedūra (pašalinti ureminių toksinų ir skysčių perteklių, reguliuoti elektrolitų, rūgščių, ir bazių kiekius) ir kokių inkstų funkcijų dializės procedūra pakeisti negalima (kraujospūdžio kontrolė, eritropoetino gamyba, vitamino D sintezė). Todėl pacientams būtina išaiškinti, kad šiems procesams kontroliuoti reikalingi vaistai ir dieta, kas priklauso nuo pacientų savirūpos.

- **Depresija/susitaikymas su susirgimu.** Vykdamas šiuos užsiėmimus, slaugytoja turėtų padėti pacientui „susidoroti“ su savo jausmais. Kadangi priklausomybės-nepriklausomybės konfliktas yra didžiausia problema adaptacijos periodu, pacientams būtina išaiškinti, kad priklausomybę nuo dializės aparato sąlygoja jo liga. Pavyzdžiui taip kaip sergančiajam cukriniu diabetu reikia insulino, kad išgyventų, taip sergančiajam galutiniu inkstų nepakankamumu – hemodializės aparato. Reikia įtikinti pacientą, kad ši priklausomybė yra būtina ir priimtina.

- **Mitybos rekomendacijos ir skysčių kontrolė.** Šiai mokymo temai reikėtų skirti ypatingą dėmesį. Kadangi nuo vienos iki kitos procedūros pacientų organizme kaupiasi skysčiai ir ureminiai toksinai, pacientams

būtina išaiškinti, kad jie turi laikytis dietos (būtina paaiškinti, kokie pagrindiniai elementai kaupiasi ir kokiuose maisto produktuose jų yra), kontroliuoti skysčių vartojimą (reikia paaiškinti, kiek galima išgerti ir kaip „išgerti kuo mažiau“). Taip pat labai svarbu atkreipti dėmesį į su maistu gaunamo baltymo kiekį, nes jo vartojimo rekomendacijos skiriasi ikidializiniams ir jau dializuojamiems pacientams. Pacientams būtina išaiškinti, kad HD metu greitai šalinant skystį, gali būti hipovolemija, hipotenzijos epizodai, raumenų mėšlungis, pykinimas ir vėmimas, todėl jie turi įsisaugoti, kad savijauta HD metu labai priklauso nuo jų pačių.

- **Anemija ir jos kontrolė.** Šioje temoje pacientams reikia pristatyti, kas yra inkstinė anemija, nurodyti jos priežastį ir paaiškinti, kodėl daugumai pacientų sergančių LIN ji atsiranda. Pacientai turėtų žinoti: normalų hemoglobino kiekį kraujyje ir kokios medžiagos reikalingos jo sintezei (geležis, vitaminai (folinė rūgštis, B₁₂, B₆, C), mikroelementai); apie savijautos pagerėjimą pasiekus tam tikrą Hb kiekį kraujyje; kokie medikamentai ir kitos priemonės padeda kontroliuoti anemiją (įskaitant ir sunkias anemijos būklės korekcijas, pvz. eritrocitų masės perpylimą) ir kaip medikamentus reikia vartoti; atpažinti anemijos simptomus ir blogėjančios būklės požymius ir pranešti apie tai medicinos personalui.

- **Laboratoriniai ir diagnostiniai tyrimai.** Pacientus reikėtų supažindinti, kokie laboratoriniai, diagnostiniai tyrimai ir koku dažniu turi būti jiems atliekami. Tam, kad pacientams būtų lengviau atsimiti, rekomenduojama pateikti rašytinę laboratorinių tyrimų normų informaciją.

- **Arterioveninė (AV) jungtis/Centrinės venos kateteris.** Šiai temai reikia skirti didelę dėmesį, nes kraujagyslių jungtis naudojama HD metu yra „paciento kelias tęsiant jo gyvybę“. Pacientai turi žinoti, kokios yra kraujagyslių jungčių rūšys (arterioveninė jungtis – natyvinė AV, implantatas, autovena; centrinės venos (CV) kateteris); kaip šios jungtys suformuojamos ir kaip įvedamas CV kateteris. Svarbiausia – pacientai turi gerai žinoti, kaip prižiūrėti kraujagyslių jungtį, kaip atpažinti ar ji „veikia/neveikia“, taip pat pacientai turi atpažinti uždegimo/trombozės simptomus.

- **Kraujospūdžio kontrolė.** Šioje temoje pacientams reikia išaiškinti, kaip inkstai reguliuoja arterinį kraujospūdį (AKS) ir kaip padidėjęs AKS veikia inkstų funkciją. Taip pat pacientai turi būti supažindinti, kokias kitas organizmo sistemas ir organus gali pakenkti padidėjęs AKS. Svarbu įtikinti pacientus, kad hipertenzijos kontrolė labai priklauso nuo jų savirūpos ir žinių. Pacientai turi žinoti, kaip medikamentiniu (teisingas paskirtų

vaistų vartojimas) ir nemedikamentiniu (mityba, fizinė veikla, psichologinė būklė) būdu ją kontroliuoti.

- **Seksualinė funkcija.** Šia tema dializuojami pacientai gauna labai mažai informacijos, nes daugelis mūsų dar mano, kad tai yra netinkama tema diskusijoms, ir medicinos personalas vengia apie tai kalbėti. Šią mokyto temą reikėtų pradėti nuo to, kaip pasikeičia žmogaus, sergančio LIN, bendra išvaizda (oda, plaukai), paskui derėtų paaiškinti, ar seksualiniam gyvenimui turi/neturi įtakos pacientui suformuota AV jungtis ar įvestas CV kateteris. Organizuojant mokymus, ši tema aktualesnė galėtų būti jaunesnio ar vidutinio amžiaus pacientams, tačiau reikia nepamiršti ir vyresnių nei šešiasdešimties metų amžiaus ligonių. Mokymus vesti reikia pacientus sugrupavus pagal amžių ir lytį. Pacientams būtina suteikti informacijos apie potencijos sutrikimus ir jos korekcijos galimybes (būtina nepamiršti anemijos įtakos seksualinei funkcijai); moterys turėtų žinoti apie vaginalinius susirgimus ir jų gydymą; frigiditškumo atsiradimą sergant LIN; menstruacijų ciklo sutrikimą ir vaisingumą; galimybę pastoti, sėkmingai išnešioti vaisių ir pagimdyti naujagimį ir kt. Labai svarbu neužmiršti šios temos, nes seksualinis gyvenimas yra vienas iš aspektų darančių įtaką pacientų gyvenimo kokybei.

- **Fizinis aktyvumas.** Vykdamas šios temos užsiėmimus, pacientams reikia išaiškinti apie tai, kokia darbinė/fizinė veikla yra naudinga ir kokia gali būti žalinga. Svarbu, kad pacientai žinotų ir suprastų, kad fizinė veikla jiems nėra draudžiama, tačiau ji turi būti pritaikyta pagal amžių, gretutines ligas ir t.t.

Ruošdamasi atskiroms mokyto temoms, slaugytoja galėtų bendradarbiauti su gyd. nefrologais, psichologais, dietologais, kraujagyslių chirurgais, reabilitologais, seksologais ir kt.

9. „Mokymo slaugytoja“ turėtų organizuoti mokyto užsiėmimus kartu jau besidializuojantiems ir naujiems pacientams. Mokyto temas parinkti taip, kad jos būtų aktualios naujiems pacientams ir primintų/papildytų besidializuojančių pacientų žinias. Į tam tikros temos užsiėmimus reikėtų kviesti tuos hemodializuojamus pacientus, kurie turi su šia mokyto tema susijusių savirūpos problemų.

10. Siekiant gauti atgalinį ryšį ir išiaiškinti, kiek informacijos pacientai įsisavino – paruošti trumpus, 10-12 uždarų klausimų testus ir paprašyti, kad po užsiėmimų pacientai į juos atsakytų. Į testų klausimus pacientai galėtų atsakyti ir namuose.

11. Gavusi atliktus testus slaugytoja, atsakinga už pacientų mokymą, galėtų įvertinti, kaip pacientai įsivina mokyto medžiagą, ar tinkama mokyto programa,

kokie mokymo rezultatai, ir planuoti tolimesnius užsiėmimus.

Literatūra

1. Kirkutis A., Lukoševičienė R., Kalibatiienė D., Razbadauskas A. Hemodializuojamų ligonių reabilitacija. Medicinos teorija ir praktika. 2007; T.13(Nr.1); 44-48. [žiūrėta 2007.12.04.] Prieiga per internetą: <http://www.mtp.lt>.
2. Kriukelytė D., Tamošiūnienė R. Slaugytojų požiūris į pacientų apmokymą. Sveikatos mokslai. 2002; 4:46-49.
3. LR SA ministro įsakymas dėl dializės paslaugų teikimo bendrųjų ir specialiųjų reikalavimo patvirtinimo. 2004 m. rugsėjo 23 d. Nr. V-661. Valstybės žinios 2004; 172.
4. Lukoševičienė R., Stonkus S., Matukienė V. Lėtiniu inkstų nepakankamumu sergančių ligonių mokymo problemos aktualumas. Sveikatos mokslai. 2008; 4:1770-1772.
5. Stanisloviene N. Hemodializuojamų pacientų gyvenimo kokybės sąsaja su jų žiniomis apie susirgimą, pacientų mokymo rekomendacijos: baigiamasis slaugos bakalauro darbas. Kauno medicinos universitetas. Kaunas; 2008.
6. Šakūnienė U. Psichologinės paramos ir savarankiško gyvenimo įgūdžių ugdymo bei organų donorystės propagavimo projektų efektyvumo analizė". Lietuvos Nefrologinių ligonių konferencija. Vilnius; 2007.
7. Zagurskienė D., Misevičienė I. Pacientų ir slaugytojų nuomonės apie sveikatos mokymą ir slaugytojų dalyvavimą šiame procese palyginimas. Sveikatos mokslai. 2008; 44(11): 885-894.
8. Ageborg M., Allenius B.L., Cederfjäll C. Quality of life, self-care ability, and sense of coherence in hemodialysis patients: A comparative study. Hemodialysis international. 2005; 9:8-14.
9. Bydam J. Pedagogika. Vadovėlis slaugos studentams. Vilnius; 2000.
10. Dagdeviren A., Savaser S. Education to reduce potassium levels in adolescent, hemodialysis patients. Journal of Renal Care. 2003; XXIX, 4:195-197.
11. Daugirdas J.T., Blake P.G., Ing T.S. Handbook of Dialysis. Philadelphia, USA. 2007.
12. Hallbjorg Almos Sudarytojas. Klinikinė slauga/ I dalis. Vilnius; 1999.
13. Heatley S.A. Patient education in pre-dialysis – patient led forums. Journal of Renal Care. 2006; XXXII, 3:171-173.
14. Kidney School - Patients Education website [žiūrėta 2007.12.11.] Prieiga per internetą: www.kidneyschool.org.
15. Levy J., Morgan J., Brown E. Oxford Handbook of Dialysis. Oxford University Press, 2001.
16. Life Options Rehabilitation Program Medical Education Institute [žiūrėta 2008.02.03.] Prieiga per internetą: <http://www.lifeoptions.org>.
17. Lindley E.J. („et al“). Pre-dialysis education and patient choice. Journal of Renal Care. 2006; XXXII, 4: 214-220.
18. Mason J., Stone M., Khunti K., Farooqi A. & Carr S. Educational needs for blood pressure control in chronic kidney disease. Journal of Renal Care. 2007; XXXIII, 3:134-137.
19. Ormandy P. Information topics important to chronic kidney disease patients: a systematic review. Journal of Renal Care. 2008; 34(1): 19-27.
20. Wingard R. Patients education and the nursing process. Nephrology nursing journal. 2005; March-April; 32; 2:211-214.
21. Yu B.H., Dimstale J.E. Psychiatric and Psychosocial Complications in Chronic Dialysis In: Lameire N., Mehta R.L. Complications of Dialysis. JAV. 2000; 591-601.

EDUCATION OF HEMODIALYSIS PATIENTS

Nereta Stanisloviene

Summary

Key words: end-stage renal disease, hemodialysis, patients education, nursing.

Summary. Objective: to analyze the scientific literature on dialysis patient education, the education recommendations of hemodialysis patients in Lithuania.

End stage renal disease increase in patients around the world each year and the majority of these patients are treated with hemodialysis. Faced with the challenge of these patients, survival is important to focus on their education. Consequently, advanced countries of the world hemodialysis patients in the education and training every day is receiving increasing attention.

21 analyzed literature on this topic. Search performed using the keywords: end-stage renal disease, hemodialysis, patient education, nursing. Reviewing the scientific articles submitted to hemodialysis patients in the education recommendations in Lithuania.

The article is intended for doctors and nurses working in Nephrology departments, hemodialysis clinics, and researchers.

Correspondence to: nereta.stanisloviene@diaverum.com

Gauta 2009-10-12



SLAUGYTOJŲ KOMPETENCIJOS SKALĖ – SLAUGYTOJŲ KOMPETENCIJOS VERTINIMO INSTRUMENTAS

DANGUOLĖ ŠEVCOVIENĖ¹, DAIVA KRIUKELYTĖ²

¹ Utenos kolegijos Sveikatos priežiūros ir socialinės rūpybos fakultetas

² Kauno medicinos universiteto Slaugos ir rūpybos katedra

Raktažodžiai: *slaugytojo kompetencija, slaugytojų kompetencijos skalė.*

Santrauka

Straipsnio tikslas: remiantis teorine analize pagrįsti slaugytojų kompetencijos skalės patikimumą, vertinant slaugytojų kompetenciją.

Keliami probleminiai klausimai: kaip galima išmatuoti slaugytojo kompetenciją, kokį tyrimo instrumentą taikyti? Atsakymas į juos galėtų būti – Slaugytojų kompetencijos skalė (ang. Nurse Competence Scale). Pasitelkę slaugytojų kompetencijos skalę galime įvertinti slaugytojo teorines žinias, klinikinę patirtį, profesinį tobulėjimą, veiklos kokybę.

Straipsnių paieška atlikta naudojant raktažodžius: slaugytojo kompetencija (ang. Nurse Competence), slaugytojų kompetencijos skalė (ang. Nurse Competence Scale). Apžvelgti straipsniai, kurie publikuoti po 2000 m. Svarbiausias tyrimo objektas – slaugytojų kompetencijos skalė, kaip vertinimo metodas. Tyrimo metodas – metaanalizė.

Gauti rezultatai patvirtina, kad slaugytojų kompetencijos vertinimas yra svarbus plėtojant slaugytojų kompetencijų ribas, nes reprezentuoja individą, jo patirtį, jėgas, gebėjimus ir įgūdžius. Slaugytojų kompetencijos skalė – patikimas slaugytojų kompetencijos vertinimo instrumentas, pagrįstas objektyviais matavimais, palengvina slaugytojų kompetencijos vertinimo galimybes.

ĮVADAS

Slaugytojo kompetencija – daugiafunkcinis žinių, gebėjimų ir nuostatų derinys, kuris reikalingas adekvačiai individo saviraiškai gyvenime, darbe ir tolimesniai tobulėjimui. Istoriskai kompetencija buvo susieta su klasikiniu slaugytojos vaidmeniu, vadinamąja „lovos slaugytoja“. Ši kompetencijos sistema deklaravo aiškiai apibrėžtą tikslą, „lovos slaugytojos“ rengimą, kurios pirmąją funkcija – rūpintis sergančiu asmeniu [11]. Šiuolaikinė, dinamiška ir besikeičianti sveikatos priežiū-

ros sistema tradicinei slaugai kelia naujus reikalavimus. Pasak V. Žydžiūnaitės (2002), slauga neturi nuolatinio, identifikuojančio mentalinio modelio, kuris apibrėžia ir įvertina slaugos kokybę. Autorė, remdamasi kitų autorių atliktomis studijomis, teigia, kad slaugytojo kompetencija apima daugiau nei psichomotorinius įgūdžius, kadangi slaugytojų standartai specifikuoja slaugos veiklos lygmenį, kuriame tikimasi realizuoti konkrečias užduotis specifinėje, specializuotoje slaugos srityje. Nors psichomotoriniai įgūdžiai (bendrinėje kalboje vadinami „slaugos technika“) yra svarbūs, tačiau jų atlikimas, neturint gausių teorinių žinių, nėra slauga [1]. Galima daryti prielaidą, kad slaugytojo kompetencija priklauso nuo asmeninių slaugytojo gebėjimų veikti nuolat besikeičiančiose situacijose, vadovaujantis žiniomis, įgūdžiais ir įsitikinimais, siekiant optimalių paciento slaugos rezultatų.

Vertinant slaugytojo kompetenciją, svarbu atkreipti dėmesį į teorijos ir praktikos tarpusavio ryšį, neakcentuojant vien tik žinių ar gebėjimų pritaikymo praktikoje. Kitas svarbus aspektas yra tai, kad kiekvienas slaugytojas kompetencijos sąvoką gali interpretuoti skirtingai [5].

Kyla klausimas: kokį tyrimo instrumentą pasirinkti, vertinant slaugytojo kompetenciją? Atsakymas galėtų būti – Slaugytojų kompetencijos skalę (ang. Nurse Competence Scale), kuri reprezentuoja individą, jo patirtį, jėgas, gebėjimus ir įgūdžius. Naudojami šį tyrimo instrumentą, galime įvertinti slaugytojo teorines žinias, klinikinę patirtį, profesinį tobulėjimą, veiklos kokybę. Anot R. Meretoja, H. Isoaho ir kt. (2004), taikydami Slaugytojų kompetencijos skalę galime vertinti slaugytojų gebėjimą veikti autonomiškai, identifikuoti specializuotus įgūdžius, klinikinio mąstymo gebėjimus, besiremiančius multidiscipliniškumu. Tokiu būdu vertinamos slaugytojų kompetencijos inkorporuojamos į kompleksinę ir holistinę slaugą, suteikiant galimybes slaugytojams planuoti savo karjerą, numatyti tobulinimosi perspektyvas [9].

Šio darbo tikslas - remiantis teorine analize pagrįsti slaugytojų kompetencijos skalės patikimumą, vertinant slaugytojų kompetenciją.

TYRIMO METODAI

Straipsnių paieška atlikta naudojant raktažodžius: *slaugytojo kompetencija* (ang. *Nurse Competence*), *slaugytojų kompetencijos skalė* (ang. *Nurse Competence Scale*).

Straipsnių įtraukimo kriterijai:

Straipsniai nuo 2000 m. iki 2009 m.

Svarbiausias tyrimo objektas – slaugytojų kompetencijos skalė kaip vertinimo instrumentas.

Bendra tyrimo sritis – slaugytojo kompetencija.

Metodologija įtraukia metaanalizę, apžvalgą ir straipsnių autorių nuomonę, pagrįstą praktine patirtimi.

Atmetimo kriterijai:

Straipsniai iki 2000 m.

Analizei atrinkta 12 literatūros šaltinių. Straipsnių apžvalga atlikta, taikant metaanalizės metodą.

TYRIMO MEDŽIAGA

H.P. Bartlett, V. Simonite ir kiti mokslininkai 2000 m. vadovaudamiesi standartine šešių dimensijų (6D Scale) slaugytojo veiklos skale (Schwirian, 1978) sukūrė kompetencijos skalę, kurią sudarė 78 slaugytojų veiklos, sugrupuotos į aštuonias kompetencijų sritis. Visas veiklas pasiūlyta vertinti keturių įverčių Likerto skale, priklausomai kaip dažnai vieną ar kitą veiklą slaugytojai taikė savo darbe: 1 – niekada netaikoma, 2 – kartais taikoma, 3 – dažnai taikoma, 4 – visada taikoma. H.P. Bartlett, V. Simonite ir kitų autorių (2000) pilotinio tyrimo metu nustatytas kompetencijos skalės patikimumas – Kronbacho alfa koeficiento reikšmė lygi 0,95. Taikydami šią skalę, autoriai siekė nustatyti ir palyginti skirtingo išsilavinimo lygio slaugytojų kompetenciją Jungtinėje Karalystėje. Gauti tyrimo rezultatai atskleidė, kad taikant kompetencijos skalę galima nesunkiai įvertinti tiek aukštesnio, tiek žemesnio išsilavinimo lygio slaugytojų kompetenciją ir identifikuoti dažniausiai atliekamas slaugytojo veiklas [3].

Slaugytojų kompetencijos skalės taikymą, tiriant slaugytojų kompetenciją, labiausiai išplėtojo suomių mokslininkės R. Meretoja, H. Isoaho ir H. Leino-Kilpi. Tyrėjos 2002-2004 m. tyrė galimybę taikyti slaugytojų kompetencijos skalę, vertinant slaugytojų kompetenciją įvairiuose sveikatos priežiūros lygiuose. Šios autorės atskleidė galimybę taikyti slaugytojų kompetencijos vertinimui vizualinę analoginę skalę (0-100), kuria slaugytojos vertina kompetencijos lygmenį. R. Meretoja, H. Isoaho, H. Leino-Kilpi (2004) išskyrė šiuos kompetencijos vertinimo lygius: žema kompetencija (VAS 0-25), pakankamai aukšta (VAS 25-50), aukšta (VAS 50-75) ir

labai aukšta (VAS 75-100). Atrinktas 73 slaugos veiklas, kurios atstovauja visas slaugos praktikos kryptis, sugrupavo į septynias kompetencijų sritis: pagalba (7 veiklos), mokymas/bendradarbiavimas (16 veiklų), planavimas/įvertinimas (7 veiklos), vadovavimas (8 veiklos), terapinės intervencijos (10 veiklų), kokybiška priežiūra (12 veiklų) ir profesinis vaidmuo ir tobulėjimas (19 veiklų). Visas veiklas, kaip ir H.P. Bartlett, V. Simonite ir kiti. (2000), pasiūlė vertinti keturių įverčių Likerto skale: 1 – niekada netaikoma, 2 – kartais taikoma, 3 – dažnai taikoma, 4 – visada taikoma. Atlikus tyrimą nustatyta, kad Slaugytojų kompetencijos skalės taikymo patikimumo Kronbacho alfa koeficiento reikšmė svyravo nuo 0,79 iki 0,91. Be to, gauti tyrimo rezultatai parodė pakankamai aukštą kompetencijos lygį visose kompetencijų srityse, tačiau pastebėta, kad kuo dažniau veikla atliekama – tuo aukštesniu VAS lygmeniu buvo įvertinta [9, 10].

Vadovaudamiesi Slaugytojų kompetencijos skale (Meretoja, 2004), Olandijos slaugos mokslininkai R.R. Leeuwen, L.J. Tiesinga ir kt. 2007 m. sukūrė Dvasinės priežiūros kompetencijos skalę (ang. *Spiritual Care Competence Scale*), kurią sudarė šešios pagrindinės dvasinės priežiūros slaugos kompetencijos sritys (atitinkamai kiekvienos kompetencijos srities veiklą vertinant 5 įverčių Likerto skale, kur 1 – visiškai nesutinku, 5 – visiškai sutinku): dvasinės priežiūros vertinimas ir atlikimas, dvasinės priežiūros kokybė, paciento palaikymas, pagalbos suteikimas, požiūris į paciento dvasingumą ir komunikacija. R.R. Leeuwen, L.J. Tiesinga ir kitų autorių. (2007) gauti rezultatai patvirtino dvasinės priežiūros kompetencijos skalės patikimumą, kadangi instrumento kokybė buvo pakankama: Kronbacho alfa koeficiento reikšmė svyravo nuo 0,56 iki 0,82 [7].

Kinijos mokslininkai X.M. Li ir J.P. Li, (2007) atliko tyrimą, kuriuo siekė įvertinti klinikinės slaugytojų kompetencijos lygį ir nustatyti slaugytojo kompetencijai darančius įtaką veiksnius. Gauti rezultatai atskleidė, kad vidutinis slaugytojų kompetencijos balas siekė 73,99±9,81, o veiksniai darančys įtaką slaugytojų kompetencijai yra šie: asmeniniai interesai, darbo patirtis, darbo vieta, išsilavinimas, šeimyninė padėtis. Tyrimo instrumentu ir šiame tyrime buvo pasirinkta adaptuota Slaugytojų kompetencijos skalė [8].

Po metų mokslininkai Sh. Andrew, L. Gregory ir kiti. (2008) atliko psichometrinių slaugytojų kompetencijų tyrimą, vadovaudamiesi Australijos slaugos kompetencijos standartu. Tyrime dalyvavę slaugos studijų absolventai bei slaugytojai-praktikai turėjo vertinti kompetencijos lygį visose Australijos slaugos standarte numatytose kompetencijų srityse, taikant vizualinę analoginę skalę

nuo 1 (labai žemas) iki 100 (labai aukštas). Gauti tyrimo rezultatai patvirtino skalės tinkamumą ir tik ką baigusiu studijas slaugytojų, ir slaugytojų-praktikų kompetencijos vertinimui. Nustatytas vidinis instrumento patikimumas: Kronbacho alfa koeficientas – 0,93 [2].

Atkreiptinas dėmesys į L.S. Cowin, C. Hengstberger-Sims ir kitų (2008) tyrimus, siekiant įrodyti koreliaciją tarp Australijos slaugos kompetencijos standarto ir R. Meretoja bei kitų autorių. (2004) sukurtos Slaugytojų kompetencijos skalės. Nustatytas statistiškai reikšmingas ryšys ($r=0,75$) tarp šių dviejų tyrimo instrumentų, įrodant skalės patikimumą [4]. Tęsiant pradėtus tyrimus ta pati mokslininkų grupė analizavo kompetencijų įvaldymo slaugoje priklausomybę nuo slaugytojų pasitikėjimo ir gebėjimų lygio, taikant adaptuotą Australijos slaugos kompetencijos standartą bei R. Meretoja ir kitų mokslininkų (2004) sukurtą Slaugytojų kompetencijos skalę. Atlikę tyrimą su 116 slaugos absolventų, tyrimo autoriai padarė išvadą, kad galimybė pademonstruoti studijų metu įgytas kompetencijas gali padidinti pasitikėjimą savimi ir įtvirtinti praktinius gebėjimus. Taip pat, kaip ir R. Meretoja ir kitų autorių (2004) atliktame tyrime, nustatyta, kad kuo dažniau atliekama veikla – tuo aukštesniu VAS lygmeniu ji buvo įvertinta. Taip pat nustatytas ir aukštas pačios Slaugytojų kompetencijos skalės patikimumas: Kronbacho alfa koeficiento reikšmė 0,79 [6].

Tęsdami slaugos absolventų kompetencijos vertinimų tyrimus, JAV Misisipės Universiteto mokslininkai P.R. Williams, T. Walker, T. Martin ir kiti 2008 m. atliko studentų su skirtingais slaugos moksliniais laipsniais nuomonių palyginimą apie klinikinę kompetenciją, taikant Studentų klinikinės kompetencijos suvokimo skalę (*ang. Student Perception of Clinical Competence Scale*). Skalės pagalba buvo vertinami slaugos studentų profesiniai gebėjimai ir slaugos įgūdžių svarba. Autoriai nustatė, kad slaugos studentų profesiniai gebėjimai priklauso nuo mokslinio laipsnio. Aukštesnį mokslinį laipsnį turintys studentai pasižymi kritiniu mąstymu ir didesne motyvacija. Tiriant Studentų klinikinės kompetencijos suvokimo skalės patikimumą, nustatyta, kad Kronbacho alfa koeficiento reikšmė lygi 0,98. Šis rezultatas taip pat įrodo reikšmingą skalės patikimumą, ją taikant tokio pobūdžio tyrimuose [12].

Šia metaanalize, siekiama pagrįsti Slaugytojų kompetencijos skalės naudojimo galimybes Lietuvoje, nes Lietuvoje bendrąsias kompetencijas ir ugdymo sampratas profesinio rengimo sistemose daugiausiai nagrinėję autoriai tyrimams naudojo klausimynus, giluminius interviu. Kompetencijos vertinimo modeliai turi būti sujungti į kokybės garantijos sistemas ir žmogaus išteklių vadybą,

o siekiant užtikrinti gerą klinikinę slaugos praktiką, reikalingi sisteminiai slaugytojų kompetencijos vertinimai. Galima teigti, jog apžvelgtų tyrimų rezultatai ir praktinė šių tyrimų reikšmė patvirtina Slaugytojų kompetencijos skalės patikimumą, pasirenkant ją kaip efektyvų slaugytojų kompetencijų vertinimo įrankį, kadangi Kronbacho alfa koeficiento rodikliai rodė stiprų Slaugytojų kompetencijos skalės patikimumą (nuo 0,56 iki 0,98). Slaugytojų kompetencijos skalė gali būti naudojama klinikinės kompetencijos vertinimui: praktikuojančių ir besimokančių slaugytojų.

IŠVADOS

1. Slaugytojų kompetencijos vertinimas yra svarbus plėtojant slaugytojų kompetencijų ribas, nes reprezentuoja individą, jo patirtį, jėgas, gebėjimus ir įgūdžius.

2. Slaugytojų kompetencijos skalė – patikimas slaugytojų kompetencijos vertinimo instrumentas, pagrįstas objektyviais matavimais, palengvina slaugytojų kompetencijos vertinimo galimybes.

Literatūra

1. Žydžiūnaitė V. Slaugytojų kompetencijų charakteristikos: edukologijos ir slaugos požiūriai. *Sveikatos mokslai*. 2002;4(20):53-59.
2. Andrew Sh, Gregory L, Cowin LS, Eagar SC, Hengstberger-Sims C, Rolley J. Psychometric properties of the Australian nurse competency 2000 standards. *Journal of Nursing Studies*. 2008;45:1512-1515.
3. Bartlett HP, Simonite V, Westcott E, Taylor HR. A comparison of the nursing competence of graduates and diplomates from UK nursing programmes. *Journal of Clinical Nursing*. 2000;9:369-381.
4. Cowin LS, Hengstberger-Sims C, Eagar SC, Gregory L, Andrew Sh, Rolley J. Competency measurements: Testing convergent validity for two measures. *Journal of Advanced Nursing*. 2008;65(3):272-277.
5. Hanly E, Higgins A. Assessment of clinical practice in intensive care: a review of the literature. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2005;2:268-275.
6. Hengstberger-Sims C, Cowin LS, Eagar SC, Gregory L, Andrew Sh. Relating new graduate nurse competence to frequency of use. *Collegian*. 2008;15:69-76.
7. Leeuwen RR, Tiesinga LJ, Middel LJ, Jochensen H, Post D. An Instrument to measure Nursing Competencies in Spiritual Care: validity and reliability of the Spiritual Care Competence Scale (SCCS). [cited 2008-10-21]. Available from Internet: <http://dissertations.ub.rug.nl>.
8. Li XM, Li JP. A study on nursing competence and its influencing factors of clinical nurse. *Journal of Evidence-Based Medicine*. 2007;7(8):586-590.
9. Meretoja R, Isoaho H, Leino-Kilpi H. Nurse competence scale: development and psychometric testing. *Journal of Advance Nursing*. 2004;47(2):124-33.
10. Meretoja R, Leino-Kilpi H, Kaira AM. (2004). Comparison of nurse competence in different hospital work environments. *Journal of Nursing Management*. 2004;12(5):95-101.

11. Molloy R. Defining Competence. Copyright: progres in Practice 2003, Royal Hospitals NHS Trust. [cited 2008-02-21]. Available from Internet: <http://www.rhleagueofnurses.org.uk/>.

12. Williams PR, Walker T, Martin T et al. Comparing clinical competencies between nursing students with degrees and traditional students. Issues In Educational Research. 2008;18(1).

AN INSTRUMENT TO MEASURE NURSING COMPETENCE - NURSE COMPETENCE SCALE: LITERATURE REVIEW

Danguolė Ševcovienė, Daiva Kriukelytė

Summary

Key words: nurse's competence, nurse competence scale

The purpose of Article: theoretical analysis based on the perspective of nurse competence scale reliability using the nursing assessment of competence.

For problematic issues: how to measure the competence of a nurse, what instrument to study? Answers to them would be - Nurse Competence Scale. Nurse competence scale can help nurses assess

their theoretical knowledge, clinical experience, professional development, quality assurance.

Articles search was performed using keywords: Nurse competence, Nurse competence scale. Review articles to be published after 2000. The main object of study - a nurse competence scale as a method of evaluation. Test method - meta-analysis.

These results confirm that the nurses in the assessment of competence is important in the development of nurse's remit, as is represented by individual, his experience, strength, skills and abilities. Nurse competence scale - a reliable assessment instrument for nursing excellence, based on objective measurements, nurses facilitate the assessment of competence opportunities.

Correspondence to: sevcove@gmail.com

Gauta 2009-10-27

PALIATYVIŲJŲ PACIENTŲ ARTIMŲJŲ POREIKIŲ VERTINIMAS

KRISTINA VASILIAUSKAITĖ, JOVITA DEMSKYTĖ

Kauno medicinos universiteto Slaugos ir rūpybos katedra

Raktažodžiai: *paliatyvi pagalba, artimieji, poreikiai.*

Santrauka

Darbo tikslas – įvertinti paliatyvių pacientų artimųjų poreikius. Apklausa atlikta Kauno slaugos ligoninėje ir Raudonojo Kryžiaus slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninėje 2009 m. kovo-balandžio mėnesiais. Tyrime dalyvavo 40 paliatyvių pacientų artimųjų, iš kurių 18 buvo apklausti Kauno slaugos ligoninėje ir 22 – Raudonojo Kryžiaus slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninėje. Naudota specialiai šiam darbui sukurta anketa. Atlikus tyrimą paaiškėjo, kad artimųjų dvasiniai poreikiai nėra pakankamai patenkinami: 75 proc. respondentų nebuvo suteikta dvasinė pagalba, o 45 proc. dvasinis gyvenimas pasikeitė po artimojo ligos diagnozavimo. Psichologiniai poreikiai tai pat nėra patenkinami, nes apklausos duomenimis, 70 proc. tiriamųjų nebuvo suteikta psichologinė pagalba. Taip pat paaiškėjo, kad artimiesiems yra finansiškai sunku išlaikyti ligonį, nes jų gaunamos pajamos yra nepakankamos, 30 proc. tiriamųjų

nurodė, kad finansinės problemos, susijusios su priežiūra, priklauso vien tik nuo tiriamojo. Fiziniai artimųjų poreikiai yra patenkinami iš dalies: 45 proc. teigė, kas priežiūra/slauga ne visada atima visas fizines jėgas.

Gedėjimo laikotarpis turėtų būti įtrauktas į paliatyviąją pagalbą, nes su ligonio mirtimi negali pasibaigti pagalba šeimai. Tie, kurie liks, turi būti neužmiršti ir po ligonio mirties, nes jų laukia dar ne vienas mėnuo liūdesio ir sielvarto dėl mylimo žmogaus išėjimo.

ĮVADAS

Paliatyvioji medicina – medicinos mokslo ir praktikos šaka, besirūpinanti pacientais, sergančiais aktyvia, toli pažengusia ir progresuojančia liga, kai prognozė ribota ir gydymo tikslas – gyvenimo kokybė [9]. Paliatyvioji slauga yra subtili tema. Ji skatina apmąstyti gyvenimo prasmę, ieškoti atsakymo apie bendražmogiškąsias vertybes ne tik ligonius, bet ir medicinos darbuotojus. Veiksminga paliatyvioji slauga garantuoja ligoniams aktyvesnį gyvenimą iki mirties, o artimiesiems padeda

įveikti problemas, susijusias su ligo ligonia ir jo netekimi [1].

Paliatyvioji pagalba yra svarbi visuomenės sveikatos problema ne tik medicininis, bet ir socialiniu, psichologiniu bei dvasiniu požiūriu. Ji susijusi su gyvenimo pabaigoje kylančiais klausimais – kentėjimu, orumu, slaugos poreikiais, gyvenimo kokybe, parama šeimai [3].

Slaugant paliatyvų pacientą, artimųjų gyvenimas ir jo kokybė labai pasikeičia, net ir nukenčia. Gali atsirasti fizinių, psichologinių, dvasinių, taip pat ir finansinių problemų. Šiuo sunkiu laikotarpiu labai svarbu suteikti paramą artimiesiems, kad ir kokie stiprūs jie atrodytų iš šalies, bet kurią akimirka gali palūžti ir netekti jėgų toliau būti su išėinančiu ligo. Šią akimirka jie pamiršta save ir visas savo jėgas sutelkia sergančiojo priežiūrai, kartais visai atsiriboja nuo juos supančio pasaulio. Artimieji gali nesugebėti paprašyti pagalbos sau, galvodami, kad tai nederama ir būtų labai savanaudiška. Šiuo sunkiu laikotarpiu artimiesiems tenka priprasti prie kasdienės ligo priežiūros, jų vaidmens ir pareigų pasikeitimo šeimoje, prie gyvenimo prasmės bei tarpusavio santykių perkainavimo. Visi šie išgyvenimai gali turėti poveikį jų sveikatai [4, 11, 13].

Nepriklausomai nuo ligos pobūdžio ir stadijos, paliatyviosios pagalbos sistema yra labai svarbi sudėtinė visos sveikatos priežiūros dalis. Todėl paliatyviosios pagalbos sistema mūsų šalyje privalo egzistuoti ne tik kaip nacionalinės sveikatos priežiūros sistemos bei kultūros dalis, bet ir kaip bendražmogiškoji vertybė, nes kiekvienas žmogus anksčiau ar vėliau susidurs su mūsų visų neišvengiama tikrove – mirtimi [6].

Šio darbo tikslas – įvertinti paliatyvių pacientų artimųjų poreikius.

TYRIMO METODIKA IR KONTINGENTAS

Tyrimas buvo atliktas 2009 m. kovo-balandžio mėnesiais Kauno slaugos ligoinėje ir Raudonojo Kryžiaus slaugos ir palaikomojo gydymo ligoinėje. Buvo atliktas vienmomentinis kiekybinis tyrimas.

Tyrimui buvo parengta autorinė anketa, kurioje pateikti 34 klausimai, susiję su paliatyvių pacientų artimųjų gyvenimo kokybe. Siekiant įvertinti paliatyvių pacientų artimųjų poreikius buvo naudojamas anoniminis anketavimas. Anketa buvo laikoma visiškai atsakyta ir pateikiama tolimesnei duomenų analizei, kai buvo visiškai užpildyta, t. y. atsakyti visi 34 klausimai. Pirmi du klausimai, apibūdinantys amžių ir lytį, 3 klausimas pateiktas norint nustatyti ryšį tarp paciento ir tiriamojo, 19 ir 25 klausimuose buvo galima pasirinkti po kelis va-

riantus, kurie geriausiai apibūdina esamą tiriamojo būseną. Kituose 29 klausimuose duoti pasirinkimo variantai, kurie artimiesiems labiausiai tinka jų situacijoje.

Tiriamieji – 40 paliatyvių pacientų artimųjų, kurie lankė ir slaugė savo artimuosius ligoinėje. Iš jų 18 buvo apklausti Kauno slaugos ligoinėje ir 22 – Raudonojo Kryžiaus slaugos ir palaikomojo gydymo ligoinėje.

Įtraukimo į tyrimą kriterijai:

tiriamieji, kurių artimieji yra paliatyvūs ligojai;

artimieji, sutikę dalyvauti tyrime;

artimieji, kurie supranta žodinę ir rašytinę lietuvių kalbą.

Tiriant buvo pateikta 50 anoniminių anketų. Grąžinta 40 (80 proc.) anketų. Visos jos buvo užpildytos tinkamai.

TYRIMO REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS

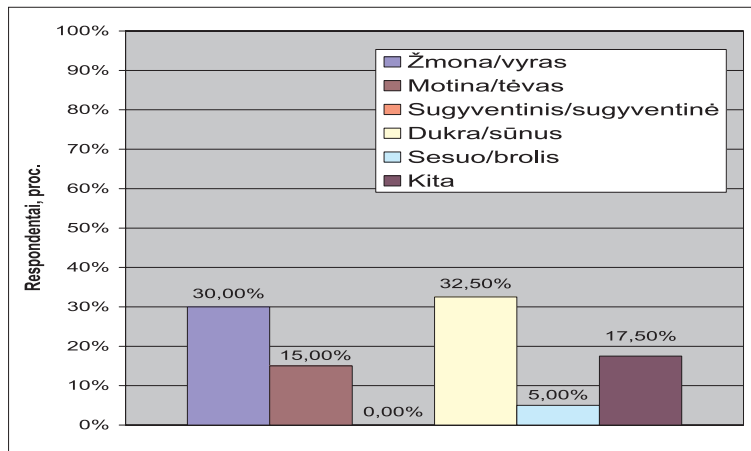
Apklaustos metu buvo siekama išsiaiškinti, ar paliatyvių pacientų artimųjų poreikiai yra patenkinami.

Tyrimu nustatyta, kad didžioji dalis tiriamųjų – 87,5 proc. (n=35) – buvo moterys. Pusė apklaustųjų buvo 26-50 m. amžiaus. Tokių tyrimo rezultatų ir tikėtasi, nes Lietuvoje, Statistikos departamento duomenimis, moterų yra daugiau negu vyrų [19]. O moterų vidutinė gyvenimo trukmė 12 m. ilgesnė negu vyrų [19].

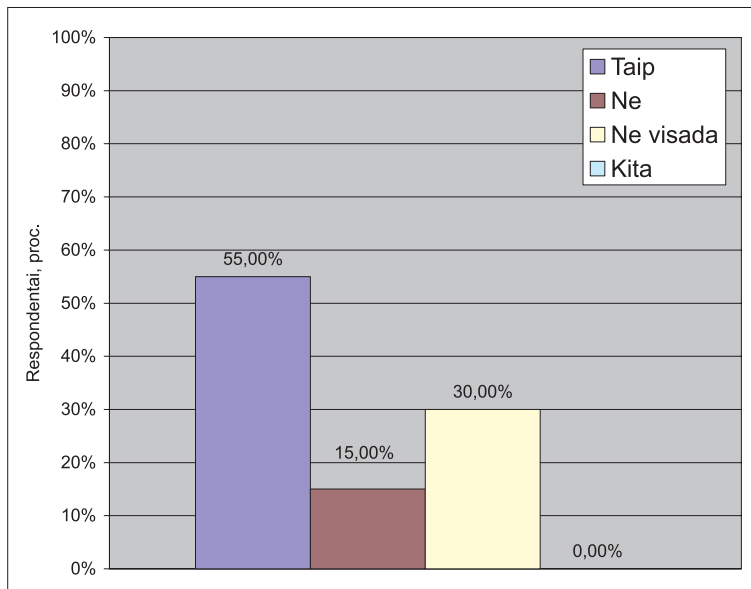
Beveik trečdalis tiriamųjų nurodė dukros ir sūnaus ryšį su pacientu. Gauti tyrimo rezultatai tik patvirtina mūsų lūkesčius, kad vaikai rūpinasi savo tėvais. Nuo seno mūsų kultūroje priimta, kad vaikai turi rūpintis savo sergančiais tėvais, juos slaugyti iki mirties. O 30 proc. respondentų nurodė esantys paciento žmona arba vyras (1 pav.). Iš visų, nurodžiusių tokius santykius, buvo tik du vyrai, kurie rūpinasi savo sergančia žmona. Tai tik dar labiau patvirtina faktą, kad moterų našlių yra daugiau nei vyrų [19].

Tiriamųjų šeimyninis ryšys, kaip parodė apklausos duomenys, yra labai glaudus: net 50 proc. respondentų nurodė, kad jų veikla orientuota vien tik į ligo priežiūrą/slaugą, o 55 proc. teigė, kad jiems dėl ligo priežiūros/slaugos teko atsakyti kai kurių savo darbų (2 pav.). Paklausti, ar dėl nuolatinės ligo priežiūros/slaugos sunku rasti laisvo laiko atsipalaiduoti, net 75 proc. respondentų nurodė, kad jiems sunku rasti laiko. Gauti rezultatai truputį nustebino, nes tiriamųjų artimieji guli ligoinėje, bet respondentai vis tiek turi atsakyti savo darbų, jiems sunku rasti laiko atsipalaiduoti.

Palyginus, kaip paciento ir tiriamojo ryšys lemia santykius su kitais asmenimis, gauti tokie tyrimo rezultatai: žmona/vyras, motina/tėvas rečiau aplanko šeimą ir draugus negu dukra/sūnus, sesuo/brolis ar kiti asmenys,



1 pav. Tiriamųjų ryšys su pacientu(-e).



2 pav. Kai kurių savo darbų atsisakymas dėl ligonio priežiūros/slaugos.

kurie rūpinasi ligoniu. Tai tik parodo stiprų ryšį tarp ligonio ir tiriamųjų.

P. Rudalevičienė ir A. Narbekovas (2005) atliko tyrimą, kuriame dalyvavo sunkių ligonių artimieji bei šeimos nariai, besilankantys konsultaciniame Vilniaus miesto Psichikos sveikatos centre. Iš 50 tyrime dalyvavusių respondentų 62 proc. nurodė, kad atsirado šeimos izoliacija (nebuvo kviečiami į namus svečiai, nebeišinama į svečius, atsisakoma kultūrinių renginių) [5]. Tai atitinka ir mūsų tyrimo duomenis – 67,5 proc. respondentų nurodė, kad rečiau aplanko šeimos narius ir draugus.

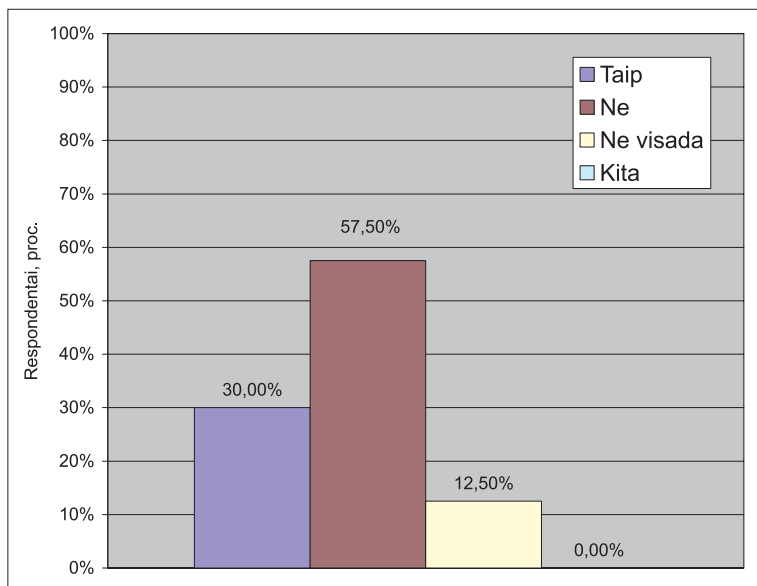
Tyrimo rezultatai parodė, kad 50 proc. tiriamųjų gaunamos pajamos yra nepakankamos ligoniui pri-

žiūrėti/slaugyti. 45 proc. respondentų pripažino, kad jiems finansiškai sunku išlaikyti ligonį. Tokie rezultatai stebina. Nors tiriamųjų artimieji ir guli ligoninėje, pajamos yra nepakankamos. Kas galėtų tai lemti? Juk Lietuvoje yra mokamos visiškos negalios slaugos pašalpos. Gavus tokius tyrimo rezultatus kyla daug klausimų. Galima daryti prielaidą, kad artimieji nežino apie jiems priklausančias pašalpas, ligoninės teikiamų paslaugų nepakanka, trūksta inventoriaus, kad būtų užtikrinta visavertė priežiūra/sauga ir artimiesiems daug ką reikia įsigyti patiems. Šie klausimai liko neatsakyti ir duoda pretekstą naujiems tyrimams. J.K. Kristjanson, M.S. Aoun, L. Oldham (2005) Australijoje atliko tyrimą, kuris parodė, kad paliatyviųjų pacientų artimiesiems reikalinga visapusiška pagalba rūpinantis pacientu [13]. Finasinė parama yra labai svarbi, nes pacientas gali būti vienintelis šeimos maitintojas, atsakingas už gaunamas pajamas [7].

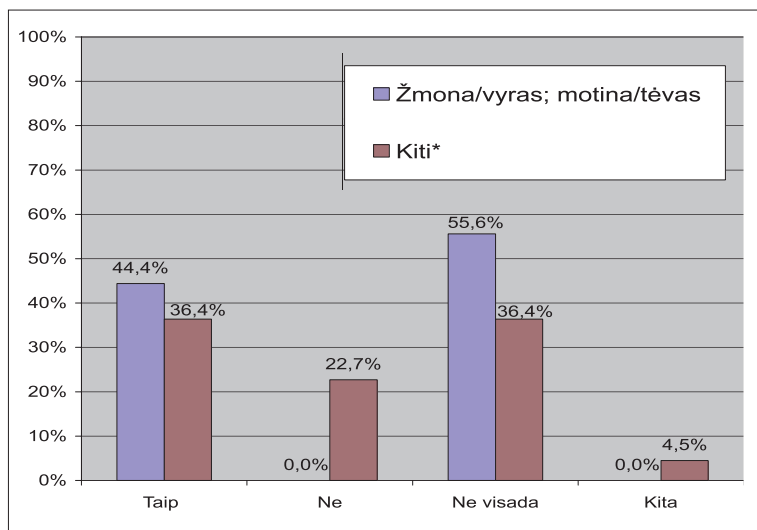
Beveik pusė (42,5 proc.) apklaustųjų nurodė, kad problemas, susijusias su priežiūra, sprendžia visa šeima. E. Kubler-Ross teigia, kad sunki liga suartina šeimos narius, juos suburia, kad būtų užtikrinta visapusiška artimojo priežiūra [15]. Tačiau pasitaiko ir tokių atvejų, kad šeimos nariai atitolsta vieni nuo kitų, palieka juos vienus su užklupusiomis problemomis. Tai gali rodyti baimę priimti realybę, kokia ji bebūtų. Mūsų tyrime 22,5 proc. respondentų teigė, kad jiems sunku gauti šeimos paramą; kas galėjo lemti tokius atsakymus, sunku atsakyti.

Išanalizavus klausimus, ar tiriamieji yra vieninteliai atsakingi už ligonio priežiūrą/slaugą, gauti rezultatai nedžiugino. Net 30 proc. respondentų teigė, kad jie yra vieninteliai atsakingi už ligonį (3 pav.). Juk mūsų tiriamųjų artimieji guli ligoninėje ir už jo priežiūrą yra atsakinga visa interdisciplininė komanda [2]. Kas galėjo lemti tokius atsakymus, sunku pasakyti. Gali būti, kad tiriamieji ne taip suprato jiems pateiktą klausimą. Tačiau paklausti, ar jie vieni rūpinasi pacientu, jau tik 20 proc. teigė, kad vieni rūpinasi ligoniu.

Remiantis gautais tyrimo rezultatais, galime daryti išvadą, kad priežiūra/sauga ne visada atima visas respondentų fizines jėgas – taip teigė 45 proc. respondentų. 50 proc. apklaustųjų sveikata neblogėja nuo to laiko, kai pradėjo prižiūrėti/slaugyti ligonį. Tokie tyrimo



3 pav. Klausimo „Ar aš vienintelis(-ė) atsakingas(-a) už ligonio priežiūrą/slaugą“, rezultatai.



4 pav. Atsakymų į klausimą „Ar Jums patinka prižiūrėti/slaugyti ligonį“ pasiskirstymas.

rezultatai džiugina, tačiau, kita vertus, gali būti, kad tiriamieji neskiria pakankamai laiko ir dėmesio sau bei savo sveikatai, jie visą laiką skiria ligoniams. Pasak L.I. Kristjanson, I.A. Sloan, D.I. Dudgeon, R. Harding ir I. Higginson, randama vis daugiau duomenų, kad artimieji mažai laiko skiria savo sveikatai [12, 14].

Rūpesčiai, susiję su ligonio priežiūra/sauga, turi didelę įtaką fizinei tiriamųjų būsenai. 40 proc. respondentų nurodė, kad jaučia nuovargį, kuris, kaip teigia H.B. Lem-

me, yra vienas iš dažniausiai pasitaikančių simptomų, kuriuos nurodo artimieji [16].

Respondentų paklausus apie fizinę būseną, 18 tiriamųjų nurodė, kad jaučia silpnumą, 13 jaučia skausmą, 11 išsako apetito sutrikimus (1 lentelė). Tokie rezultatai tik patvirtina, kad artimieji patiria sveikatos problemų, kurios gali lemti tiriamųjų gyvenimo kokybę [10, 17].

Analizuojant ligonių priežiūrą paaiškėjo, kad net 95 proc. tiriamųjų yra svarbu prižiūrėti ligonį. Tokie atsakymai tik parodo, kad artimiesiems tikrai svarbu, kas laukia ligonio. Taip pat tiriamųjų buvo klausiama, ar jiems patinka prižiūrėti/slaugyti ligonį (priklausomai nuo ryšio su ligoniu). Respondentus suskirstėme į dvi grupes: pirma (žmona/vyras, motina/tėvas, n=18) ir antra grupė (kiti: dukra/sūnus, sesuo/brolis, kita, n=22). 55,6 proc. pirmos grupės atstovų nurodė, kad jiems ne visada patinka prižiūrėti/slaugyti ligonį, antroje grupėje taip teigiančių buvo 36,4 proc. (4 pav.). Tokie tyrimo rezultatai galėjo būti ne tik dėl to, kad artimiesiems nepatinka rūpintis ligoniu, o dėl to, kad jiems tiesiog sunku matyti sergantį artimąjį ir žinoti, kad jo laukia neišvengiama mirtis. Todėl derėtų nesmerkti artimuosius, o jiems ištiesti pagalbos ranką ir pasirūpinti jais pačiais. Tolimesnė tyrimo duomenų analizė parodė, kad 72,5 proc. respondentų nesipiktina dėl to, kad turi rūpintis mirtinai sergančiu ligoniu. Paklausti, ar tikrai nori prižiūrėti/slaugyti artimąjį, 60 proc. artimųjų nurodė, kad tikrai nori tai daryti. Tokie rezultatai džiugina ir suteikia vilties, kad sunkiai sergantys nebus palikti jiems sunkią valandą ir bus apsupti mylinčių žmonių.

40 proc. tiriamųjų mano, kad ne visada

1 lentelė. Respondentų fizinė būseną.

Fiziniai respondentų nusiskundimai	Taip (n)	Ne (n)	Ne visada (n)	Iš viso pasirinko (n)
Silpnumas	18	12	6	36
Apetito stoka	11	16	5	32
Skausmas	13	18	3	34
Šlapimo ir tuštinimosi sutrikimas	4	23	2	29
Pykinimas, vėmimas	1	25	2	28
Kita	4	6	0	10

sugebės tinkamai prižiūrėti ligonį. Toks nepasitikėjimas savo jėgomis galėjo atsirasti dėl per mažai gaunamos informacijos iš medicinos personalo ar tiesiog dėl to, kad artimieji per mažai pasitiki savo jėgomis, nuvertindami save [5].

Iš visų 40 tiriamųjų 30 nurodė, kad apklausos metu jautė nerimą, 28 – įtampą, o 19 apklaustųjų nurodė jautę baimę (2 lentelė). Visi šie simptomai galėjo atsirasti dėl esamos situacijos, nes juk nereikia pamiršti, kad artėjanti mylimo žmogaus mirtis turi poveikį liekančiųjų gyvenimui, kaip teigia D. Maher ir L. Hemming [17].

Kaip parodė tyrimas, net 47,5 proc. respondentų svarbu dalyvauti religinėje veikloje. Paklausti, ar pasikeitė jų dvasinis gyvenimas, 45 proc. teigė, kad jų dvasinis gyvenimas pasikeitė po artimojo ligos diagnozavimo. A. Narayanasamy (2007) teigimu, susidūrus su sunkia liga dažnai žmonės paguodos bando ieškoti religijoje, taip tikėdamiesi rasti dvasinę ramybę [18].

Paaikškėjo ir tai, kad 65 proc. apklaustųjų nesijaučia saugūs dėl ateities. 82,5 proc. respondentų mano, kad jų gyvenime nebuvo teigiamų pokyčių po artimojo ligos diagnozavimo. 50 proc. tiriamųjų nurodė, kad ligonio priežiūra/slauga nesuteikė jiems vilties. Tokie rezultatai rodo, kad tiriamieji nėra susitaikę su artėjančia mirtimi, jiems sunku priimti jų laukiantį likimą. Šiuo sunkiu laikotarpiu liekantieji išgyvena sunkias akimirkas. Nes juk netektis palieka žymę kiekvieno mūsų gyvenime.

Gauti rezultatai rodo, kad net 75 proc. tiriamųjų nebuvo suteikta jokia dvasinė pagalba. Tokie duomenys nedžiugina – juk dvasininkas turėtų būti įtrauktas į paliatyvaus ligonio priežiūros komandą. Jis turėtų būti visavertis komandos narys su savomis funkcijomis [7, 8, 18].

Respondentų buvo klausama, ar jiems buvo suteikta medicininė pagalba, ir paaikškėjo, kad 50 proc. respondentų ji buvo suteikta, 50 proc. – ne. Tokius rezultatus galėjo lemti daug veiksnių: tiriamųjų amžius, gyvenimo sąlygos, ryšys su ligoniu ir kita. Nuo šių veiksnių priklauso, kokia bus tiriamųjų sveikata ir ar jiems bus reikalinga medikų pagalba. Juk kartais artimieji gali tapti

2 lentelė. Respondentų jausmai apklausos metu.

Respondentai	Taip (n)	Ne (n)	Ne visada (n)	Iš viso pasirinko (n)
Laimę	3	12	8	23
Džiaugsmą	2	14	8	24
Gerą nuotaiką	3	13	7	23
Baimę	19	7	4	30
Įtampą	28	4	2	34
Nerimą	30	2	3	35
Kitą	3	2	1	6

„slaptaisiais pacientais“. Neretai jie laiko save ligonių advokatais, gynėjais ir gali gailėtis ar jaustis kalti, jei mano, kad ligonis negavo geriausios priežiūros. Tokia patirtis turi didelį poveikį šeimos narių psichologinei bei fizinei sveikatai. Jie patys tampa slaptais pacientais, kuriems reikalinga specialistų pagalba [5].

Gauti tyrimo rezultatai rodo, kad net 70 proc. tiriamųjų jiems sunkiu laikotarpiu nebuvo suteikta psichologinė pagalba. Tai tik parodo, kad kol kas paliatyviųjų pacientų artimieji yra nustumti į šalį ir jiems nėra suteikiama pagalba sunkiu laikotarpiu. Norėtusi, kad laikui bėgant psichologinė pagalba būtų suteikta visiems, kuriems jos reikia.

Iš visų apklaustųjų 57,5 proc. nurodė, kad jiems nebuvo suteikta socialinė pagalba. Tokius rezultatus lemia žinių stoka, mažas informuotumas, artimųjų aplaidumas. Sunku rasti veinintelį paaikškinimą, kas tai lemia. Mums belieka tik tikėtis, kad ateityje padėtis pagerės.

Apibendrinant visus gautus rezultatus reikia pabrėžti, kad artimieji turi būti įtraukti į paliatyviųjų pacientų priežiūrą/slaugą. Jie turi būti komandos nariai, kurie rūpinasi ligoniu ir yra atsakingi už jo gerovę. Tačiau nereikia pamiršti ir pačių artimųjų, nes gali nukentėti jų gyvenimo kokybė. Šiuo sunkiu laikotarpiu labai svarbu parodyti, kad jie yra ne vieni ir neužmiršti. Tie, kurie liks, turi būti neužmiršti ir po ligonio mirties, nes jų laukia dar ne vienas mėnuo liūdesio ir sielvarto dėl mylimo žmogaus išėjimo. Gedėjimo laikotarpis turėtų būti įtrauktas į paliatyviąją pagalbą, nes su ligonio mirtimi negali pasibaigti pagalba šeimai [2].

IŠVADOS

1. Paliatyviųjų pacientų artimųjų dvasiniai, psichologiniai, finansiniai poreikiai nėra pakankamai patenkinami.
2. Fiziniai paliatyviųjų pacientų artimųjų poreikiai yra patenkinami iš dalies.

Literatūra

1. Dambrauskas Ž., Šeškevičius A., Pundziūtė G. Paliatyvioji slauga. Kaunas. 2005; 130, 222, 245.
2. Europos Sąjungos ministrų taryba. Paliatyvios pagalbos organizavimas. Rekomendacijos Europos šalių parlamentams ir vyriausybėms. Kaunas. 2005; 8, 12, 20-24, 48-50.
3. Kabašinskiėnė R. Paliatyvios pagalbos paslaugų organizavimas slaugos ligoninėje. Magistro diplominis darbas. Kaunas. 2005; 15-25, 32-35.
4. LR Sveikatos apsaugos ministro 2007 m. sausio 11 d. įsakymas Nr. V-14. Dėl paliatyviosios pagalbos paslaugų suaugusiems ir vaikams teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo. Vilnius. 2007.
5. Rudalevičienė P., Narbekovas A. Slaptieji pacientai – mirštančiųjų šeimos nariai. Sveikatos mokslai. 2005; 3:100-103.
6. Šeškevičius A. Dešimt ieškojimo metų. Lietuvos paliatyvio-

sios medicinos draugijai – dešimt metų 1995-2005. Kaunas. 2005; 13.

7. Šeškevičius A. Paliatyvioji slauga. Kaunas. 2008; 13, 18, 196, 204, 223.

8. Byrne M. Spirituality in palliative care: what language do we need? Learning from pastoral care. *International Journal of Palliative Nursing*. 2007; 13(3):118-120.

9. Davies E, Higginson IJ. *Palliative Care. The Solid facts*. WHO. 2004; 7-10.

10. Ferrell RB, Coyle N. *Palliative Nursing*. New York. 2006; 429-430, 545-558, 617-619.

11. Glick IO, Weiss RS, Parkes CM. *The first year of bereavement*. New York. 1974; 53.

12. Harding R, Higginson I. What is the best way to help caregivers in cancer and palliative care? A systematic review of interventions and their effectiveness. *Palliat Med*. 2003; 17:63-74.

13. Kristjanson LJ, Aoun MS, Oldham L. Palliative care and support for people with neurodegenerative conditions and their carers. *International Journal of Palliative Nursing*. 2005; 12(8):368-377.

14. Kristjanson LJ, Sloan JA, Dudgeon DJ et al. Family members' perception of palliative cancer care: predictors of family functioning and family member's health. *Palliat Care*. 1996; 12:10220.

15. Kubler-Ross E. *Apie mirtį ir mirimą*. Vilnius. 2008; 102-135.

16. Lemme HB. *Suaugusiojo raida*. Kaunas. 2003; 484-511.

17. Maher D, Hemming L. Understanding patient and family: holistic assessment in palliative care. *British Journal of Community Nursing*. 2004; 10(7):318-322.

18. Narayanasamy A. Palliative care and spirituality. *Indian J Palliative Care*. 2007; 13(2):33-40.

19. Statistikos departamentas prie Lietuvos respublikos vyriausybės. Prieiga per internetą [Interaktyvus]: <http://www.stat.gov.lt/lt/pages/view/?id=34> [žiūrėta 2009-09-21].

ASSESSMENT OF NEEDS OF PALLIATIVE PATIENT' RELATIVES

Kristina Vasiliauskaitė, Jovita Demškytė

Summary

Key words: palliative care, relatives, needs.

The purpose of the analysis was to assess the needs of palliative patients' relatives. The survey was made in Kaunas nursing hospital and the Red Cross nursing and supportive treatment hospital in March – April of 2009. The study sample consisted of 40 respondents: 18 from the Kaunas nursing hospital and 22 from the Red Cross nursing and supportive treatment hospital. A questionnaire specially worked out for this work has been employed.

The study revealed that the palliative patients' relatives' spiritual needs are not sufficiently satisfied: spiritual help was not given to 75 percent of respondents and for 45 percent of respondents spiritual life has changed after the relative disease diagnosis. Psychological needs are not satisfied too, for 70 percent of respondents psychological help was not given. To palliative patients' relatives' financially is difficult to maintain the palliative patients, the resulting income is insufficient, 30 percent of respondents indicated that the financial problems associated with the maintenance. Physical needs are satisfied partially: 45 percent of respondents argued that care / nursing not always takes away the all physical forces. Mourning period should be included in the palliative help, because the patient death is not the end of support to the family. Palliative patients' relatives can not be without help after the death of a patient, because they will be sad and disappointed at least one month after the death of their love persons.

Correspondence to: kristinute.v@gmail.com

Gauta 2009-10-14



NEIŠNEŠIOTŲ NAUJAGIMIŲ TĖVŲ POREIKIAI MAMŲ IR TĖČIŲ POŽIŪRIU

ALINA VAŠKELYTĖ, RŪTA BUTKEVIČIENĖ

Kauno medicinos universiteto Slaugos ir rūpybos katedra

Raktažodžiai: *neišnešiotas naujagimis, tėvai, naujagimių intensyvios terapijos skyrius.*

Santrauka

Darbo tikslas – išanalizuoti neišnešiotų naujagimių tėvų poreikius naujagimių intensyvios terapijos skyriuje, mamų ir tėčių požiūriu. Tyrimas buvo vykdomas Kauno perinatologijos centre Kauno medicinos universiteto klinikų naujagimių intensyviosios terapijos skyriuje (NITS). Tyrimo duomenys buvo renkami 18 mėn, jam atlikti buvo naudojama „Šeimų poreikių NITS vertinimo priemonė“, išversta iš anglų kalbos. Tyrimo populiacija – mamos ir tėčiai, kurių neišnešioti naujagimiai gydomi NITS. Tiriamųjų grupėje buvo

181 dalyvis: 141 (77,9 proc.) mama ir 40 (22,1 proc.) tėčių.

Išvados. Bendroje poreikių skalėje tėvų nurodyti poreikiai, remiantis poreikių grupių svarba, sudarė tokią seką: tikrumo, artimumo ir informacijos, paramos, komforto. Lyginant mamų ir tėčių poreikių naujagimių intensyviosios terapijos skyriuje vertinimus poreikių grupėse daugiausiai statistiškai reikšmingų skirtumų nustatyta vertinant paramos poreikius (33,3 proc.). Kaip svarbesnius du trečdalius poreikių nurodė neišnešiotų naujagimių mamos ir vieną trečdalį – tėčiai. Mažiausiai skyrėsi tikrumo (8,3 proc.) ir artimumo (12,5 proc.) poreikių vertinimai. Tikrumo poreikį (jausti, kad padedi savo naujagimiui pasveikti)

bei artimumo poreikį (palaikyti naujagimį savo rankose ir priglausti prie kūno) kaip svarbesnius vertino mamos, palyginti su tėčiais.

IVADAS

Kūdikio gimimas yra stresą sukeliantis įvykis šeimoje. Šis laikotarpis sukelia daugiausiai pokyčių nei bet kuris kitas šeimos raidos laikotarpis. Tėvams reikia išmokyti naujų vaidmenų, kurti naujus tarpusavio ryšius ir peržiūrėti jau egzistuojančius ryšius šeimoje [1, 2]. Taip pat svarbu, kad būsimieji tėvai būtų pasirengę motinystei ir tėvystei, dar nėštumo metu susipažintų su naujagimio prisitaikymu ir slaugos ypatybėmis, žindymo svarba vaiko ir motinos sveikatai. Svarbu, kad kiekvienas naujagimis būtų laukiamas, mylimas ir nuo pat pirmųjų gyvenimo minučių glaudžiamas mamos glėbyje [3].

Esant įprastai naujagimio laukimo ir jo gimimo eigai, šis laikotarpis daugeliui šeimų yra susijęs su teigiamais stresoriais [4]. Tačiau kartais susidaro sudėtinga situacija, jei naujagimio laukimo ar jo gimimo metu ištinka netikėti ir nenumatyti įvykiai, pvz., priešlaikinis gimdymas. Neišnešiotas naujagimio gimimas ir guldymas į naujagimių intensyviosios terapijos skyrių (NITS), jo atskyrimas nuo šeimos sukelia tėvams stresą [5]. Neišnešiotas naujagimis ir jį supanti aplinka neatitinka „idealaus“ kūdikio įvaizdžio, todėl tėvams reikia palikti savo svajones ir sutikti realybę. Susidūrimas su priešlaikiniu gimdymu sukelia daugybę ir emocinių, ir praktinių problemų. Tėčiams ir mamoms, kurie neturi galimybių pasilikti ligoninėje su savo naujagimi, atrodo, jog dienos įsipareigojimų neįmanoma suderinti su poreikiu praleisti laiką prie neišnešiotą naujagimio lovelės. Pats skaudžiausias jiems yra išsiskyrimas su vyresniais vaikais, kurie jaučiasi atstumti ir nesulaukia pakankamo dėmesio ir tėvų meilės [6]. Kartais skirtumas tarp to, ko tikėjosi, ir realybės yra toks didelis, kad tėvams gali pritrūkti turimos patirties ir socialinių įgūdžių įveikti emocijas. Todėl pagalba neišnešiotam naujagimiui neatskiriama nuo pagalbos jo šeimai kuri padeda įveikti šio laikotarpio sunkumus [7].

Europos šalių mokslininkai vaiko laukimosi, gimdymo ir auginimo laikotarpį tiria labai išsamiai, apimdami daugelį aspektų. Pagalbos šeimoms būtinumas yra pagrįstas holistiniu požiūriu į šeimą ir jos situaciją. Gimus neišnešiotam naujagimiui, šeima turi suvokti, kad vaiko sveikatos sutrikimas apima ne tik biomedicininę, bet ir psichologinę, socialinę ir ekonominę visos šeimos veiklą, todėl vienos srities pokytis sukelia ir kitų sričių pokyčius. Vaikas yra neatskiriama savo aplinkos, pirmiausia – šeimos dalis, todėl vaiko sveikatos būklės problemos turėtų būti sprendžiamos neatsiejamai nuo visos šeimos

problemų sprendimo. Tik gimęs neišnešiotas naujagimis yra visiškai priklausomas nuo jį supančių žmonių, t. y. kūdikio tėvų ir specialistų. Savo ruožtu tėvai yra labai priklausomi nuo gydymo įstaigos aplinkos, kurią sudaro įstaigos fizinė aplinka, skyriuje vyraujančios taisyklės ir specialistų požiūris į kūdikį ir šeimą. Visi šie aspektai yra tarpusavyje susiję ir lemia kūdikiui ir šeimai teikiamų paslaugų kokybę [8].

Naujagimiui gulint ligoninėje šeimą veikia daugelis stresorių, kurie gali sukelti ir trumpalaikes, ir ilgalaikes neigiamas pasekmes jos veiklai [9]. Atliktų tyrimų rezultatai rodo, kad ypač pirmomis paromis po gimdymo tėvams reikia pagalbos suvokti, kas įvyko, priimti realybę tokią, kokia ji yra iš tikrųjų. NITS personalo nariai šiuo sudėtingu šeimai laikotarpiu turi unikalią galimybę padėti sumažinti tėvų stresą, suteikdami informaciją, paramą ir supratimą, tai padeda įveikti baimę ir netikrumo jausmą [6, 9]. Tik žinodami ir suprasdami tėvų išgyvenimus, jų poreikius ir kylančius sunkumus, specialistai gali planuoti pagalbą šeimai. Netinkamas atsakas į poreikius gali priversti šeimos narius patirti didelį nerimą, baimę. Nepatenkinti poreikiai gali padidinti įtampą ir sukelti kritinę situaciją [5]. Tačiau prieš patenkinti neišnešiotų naujagimių tėvų poreikius, sveikatos priežiūros specialistai turi sužinoti, kokių poreikių šie tėvai turi [5, 10].

Šio darbo tikslas – palyginti neišnešiotų naujagimių tėvų poreikius naujagimių intensyviosios terapijos skyriuje, mamų ir tėčių požiūriu.

TYRIMO MEDŽIAGA IR METODAI

Tyrimo eiga ir imtis. Tyrimas buvo vykdomas Kauno perinatologijos centre, Kauno medicinos universiteto klinikų (KMUK) naujagimių intensyviosios terapijos skyriuje (NITS). Skyriuje yra 12 vietų naujagimiams ir viena palata, kurioje vienu metu gali gulėti trys naujagimius slaugančios mamos. Tyrimo duomenys buvo renkami nuo 2006 m. sausio mėnesio iki 2007 m. birželio mėnesio (18 mėn.).

Tyrimo populiacija – mamos ir tėčiai, kurių neišnešioti naujagimiai gydomi NITS.

Tiriamųjų grupės atrankos kriterijai. Į tyrimą buvo pakviesti visi tėvai – mamos ir tėčiai, kurių neišnešioti naujagimiai tiriamuoju laikotarpiu buvo gydomi NITS ir atitiko šiuos kriterijus:

- neišnešiotas naujagimis skyriuje gulėjo ne mažiau kaip 48 valandas;
- tėvai daugiau nei vieną kartą aplankė savo naujagimį NITS;
- neišnešiotą naujagimio būklė buvo stabili;