

KLAIPĖDOS UNIVERSITETO
SVEIKATOS MOKSLŲ FAKULTETAS
SLAUGOS KATEDRA

**HEMODIALIZUOJAMŲ PACIENTŲ GYVENIMO KOKYBĖS IR
POKYČIŲ VERTINIMAS**

Slaugos studijų programos
magistro baigiamasis darbas

Darbą parengė
Natalija Kuchareva
Darbo vadovas
Doc. dr. Vida Mockienė
Darbo recenzentas
Doc. dr. Danguolė Drungilienė

Klaipėda, 2012

MAGISTRO BAIGIAMOJO DARBO LYDRAŠTIS

Natalja Kuchareva

(magistro baigiamojo darbo autoriaus vardas, pavard)

Hemodializuojam pacient gyvenimo kokyb s ir poky i analiz .

(magistro baigiamojo darbo pavadinimas lietuvi kalba)

Patvirtinu, kad magistro baigiamasis darbas parašytas savarankiškai, nepažeidžiant kitiems asmenims priklausančių autorių teisių, visas magistro baigiamasis darbas ar jo dalis nebuvo panaudotas Klaipėdos universitete ir kitose aukštosiose mokyklose.

.....
(magistro baigiamojo darbo autoriaus vardas, pavard ir para-as)

Sutinku, kad magistro baigiamasis darbas būtų naudojamas neatlygintinai 5 m. Klaipėdos universiteto studijų procese.

.....
(magistro baigiamojo darbo autoriaus vardas, pavard ir para-as)

Magistro baigiamąjį darbą ginti

(ra-yti ó leidffiu arba neleidffiu)

.....
(data)

.....
(magistro baigiamojo darbo vadovo vardas, pavard ir para-as)

Baigiamasis darbas registruotas katedroje

(data)

.....
(katedros sekretor s vardas, pavard ir para-as)

Magistro baigiamąjį darbą ginti

(ra-yti ó leidffiu arba neleidffiu)

.....
(data)

.....
(katedros ved jo vardas, pavard ir para-as)

Recenzentu(-ais) skiriu

.....
(ra-yti recenzento() vard , pavard)

.....
(data)

.....
(katedros ved jo vardas, pavard ir para-as)

TURINYS

VADAS.....	7
1. TEORINĖ DALIS.....	10
1. 1. Hemodializė : istoriniai aspektai ir kokybės raida.....	10
1. 2. Gyvenimo kokybė : koncepcijos ir vertinimas	
1. 2. 1. Veiksniai, takojantys hemodializuojamų pacientų gyvenimo kokybę	23
1. 3. Slaugytojo vaidmuo hemodializuojamo paciento slaugoje.....	25
2. TIRIAMOJI DALIS.....	29
2. 1. Tyrimo metodika.....	29
2. 1. 1. Tyrimo imtis.....	29
2. 1. 2. Tyrimo instrumentas.....	31
2. 1. 3. Tyrimo eiga.....	31
2. 1. 4. Statistinių duomenų analizė.....	32
2. 1. 5. Tyrimo etikos principų uvertikrinimas.....	33
2. 2. Tyrimo rezultatai.....	34
2. 2. 1. Hemodializuojamų pacientų bendros sveikatos supratimo pokyčiai.....	35
2. 2. 2. Hemodializuojamų pacientų inkstų ligos suvokimo pokyčiai.....	43
2. 2. 3. Hemodializuojamų pacientų pasitenkinimo slaugos paslaugomis pokyčiai.....	45
2. 2. 4. Hemodializuojamų pacientų demografinių duomenų koreliacijų su gyvenimo kokybės pokyčiais.....	45
2. 3. Tyrimo rezultatų aptarimas.....	47
IVADAS.....	49
REKOMENDACIJOS.....	50
LITERATŪRA.....	51
PRIEDAI.....	56

SANTRAUKA

N. Kuchareva. Hemodializuojam pacient gyvenimo kokybės ir pokyčių analizė. Slaugos magistro studijų programos baigiamasis darbas. Darbo vadovas: doc. dr. V. Mockienė, Klaipėdos universitetas: Klaipėda, 2012, 67 p.

Temos aktualumas: Lietuvoje, kaip ir visame pasaulyje, sparčiai didėja hemodializė gydoma pacientų populiacija, sudaranti nemažą visuomenės dalį. Kasmet išaiškinama apie 290 naujų inkstų nepakankamumo atvejų. Didėja hemodializuojam ligonių skaičius, didėja hospitalizacijos dažnis, mirtumumas, slaugos apimtys. Nuo harmoningo medicinos personalo ir ligonio bendradarbiavimo, gili teorini ir praktiniai tyrimai, priklauso gydymo dializėmis kokybės, paciento gyvenimo kokybės. **Tyrimo darbo tikslas:** vertinti hemodializuojam pacientų gyvenimo kokybę ir pokyčius. **Metodai.** 2011 m. atliktas eksperimentinis tyrimas, taikant tiksliną atranką (1T, n=148; 2T, n=125). Duomenys buvo renkami naudojant KDQOL-SF anketą (angl. Kidney Disease Quality of Life Short Form). **Rezultatai.** Tyrimo rezultatai parodė, jog pacientai dažniausiai savo sveikatą apibūdina kaip patenkinamą (53,4 proc. ir 54,4 proc.). Po 6 mėn. tyrimo vertinimas nepasikeitė ($\chi^2=1,3$, $df=4$, $p=0,865$). Tyrimo nustatytas tarpusavio ryšys tarp depresijos lygio, miego ir skausmo jautimo. Kasdieninė veikla po 6 mėn. buvo visa eile veiklų statistiškai reikšmingai blogesnė, o tai vidutiniškai aktyvi veikla (stalo tenisas, burlentynas, golfas) ($p = 0,025$), vaikščiojimas > 1,5 km ($p = 0,032$), vaikščiojimas iki 0,5 km) ($p = 0,002$). Statistiškai reikšmingai hemodializuojami pacientai jautėsi daugiau pavargę antro tyrimo metu, nei pirmo ($p = 0,008$) tyrimo metu. Sveikatos rodikliai praktiškai nekoreliavo su lytimi ir šeimynine padėtimi, bet išsilavinimas ir amžius koreliavo su sveikatos rodikliais silpnai ir dažniausiai vidutinio stiprumo koreliaciniais dydžiais. Hemodializuojami pacientai amžius vidutinio stiprumo atvirkštinio ryšio koreliavo su lipimu laiptais vien ir kelis aukštus, didesniu atstumu žimu ($R = -0,42$ - $-0,43$, $p = 0,01$), labai dideliu energingumu per pastarąsias 4 savaites ($R = 0,50$, $p = 0,01$), akcentavimu, kad turėjo daug energijos ($R = 0,42$, $p = 0,01$). **Išvada.** Tyrimas parodė, kad hemodializuojami pacientai dažniausiai savo sveikatą apibūdina kaip patenkinamą, o sveikatos rodikliai statistiškai reikšmingai koreliavo su išsilavinimu ir amžiumi.

Raktiniai žodžiai: Hemodializė, pacientai, gyvenimo kokybė, pokyčių analizė.

SUMMARY

N. Kuchareva. Changes in Hemodialysis Patients' Life Quality and Change Analysis. Nursing Master's Degree thesis. Supervisor: Assoc. prof. V. Mockiene, University of Klaipeda: Klaipeda 2012 - 67.

Relevance of the topic: The population of hemodialysis patients is rapidly increasing in Lithuania, as well as around the world, and forms significant part of our society. Every year about 290 new cases of kidney failure are clarified. The increasing number of hemodialysis patients increases hospitalization rates, mortality, nursing volumes. The success of dialysis treatment and patient's quality of life depends on harmonious cooperation between medical staff and patient, deep theoretical and practical knowledge. **Objective:** to assess the quality of hemodialysis patients' life and analyze the changes. **Methods.** Experimental research with the target selection (1T, n = 148, 2T, n = 125) was chosen and completed in 2011. Data were collected using the KDQOL - SF questionnaire (Kidney Disease Quality of Life Short Form). **Results.** The results show that patients usually described their health as satisfactory (53.4 % and 54.4%). This assessment 6 months later did not change ($\chi^2 = 1.3$, LLS = 4, P = 0.865). The study established a correlation between levels of depression, sleep and pain sensation. The assessment of bigger part of daily activities after 6 months was significantly worse statistically - an ordinary activity (table moving, bowling, golf (p = 0.025), walking more than 1.5 km (p = 0.032), walking 0.5 km or less (p = 0.002)). Statistically significant patients who went through hemodialysis process felt more tired during the second survey than they were during the first (p = 0.008). Health indicators did not correlate with gender and marital status; health indicators correlated with education and age though correlation rates were mostly weak and moderate. Hemodialysis patients' age correlated with the following activities in inverse relationship of moderate strength: climbing stairs and a few floors, walking long distances (r = -0.42 - 0.43, p = 0.01); higher than average energy in the past 4 weeks (R = 0.50, p = 0.01); emphasis on having a lot of energy (E = 0.42, p = 0.01). **Conclusion.** The research showed that hemodialysis patients usually describe their health as satisfactory, health indicators are statistically significant (p < 0.05) and correlate with education and age.

Keywords: hemodialysis, patients, quality of life, change analysis.

Santrumpos

ERA–EDTA ó Europos inkst asociacija ó Europos dializ s ir transplantacijos asociacija (angl. *European Renal Association – European Dialysis and Transplantation Association*)

HD ó hemodializ

IFRR ó Tarptautin inkst registr federacija (*International Federation of Renal Registries*)

GK ó gyvenimo kokyb

PIT – pakaitin inkst terapija

PSO ó Pasaulin sveikatos organizacija

SAM ó Sveikatos apsaugos ministerija

SPSS ó programinis statistin s analiz s paketas (angl. *Statistical Package for the Social Science*)

IVADAS

Tyrimo aktualumas. Nefritas didelis medicinos pažangos, dauguma lėtinis inkstų ligas pasiekia paskutinį savo stadiją – galutinį inkstų nepakankamumą (Stankuvienė, 2010). Galutinis inkstų nepakankamumas yra sudėtingas imuninis ir uždegiminis atsakas, pasireiškiantis įvairiais patologiniais procesais, sukeliančiais uremiją ir mirtį (Kalpokaitis ir kt., 2002). Progresuojant inkstų nepakankamumui, pafleidiama hormoninė renino ir angiotenzino sistema, kontroliuojanti kraujospūdį, todėl vystosi renalinė hipertenzija. Dėl nepakankamos eritropoetino sintezės inkstų intersticiniame audinyje ir geležies deficito išvysto renalinė anemija. Dėl anemijos didėja širdies minutinis tūris, atsiranda kairiojo skilvelio hipertrofija, vystosi širdies nepakankamumas. Blogiant inkstų funkcijai, padidėja parathormono kiekis kraujyje, sutrinka kalcio ir fosforo apykaitos reguliavimas, pasireiškia renalinės osteodistrofijos požymiai. Prasideda kaulų struktūros pakitimai, gali sumažėti kaulų mineralinis tankis, atsirasti kaulų skausmai, lūžimai. Dėl uremijos metabolinės intoksikacijos vystosi skeleto raumenų silpnumas, polineuropatija, encefalopatija (Lukoševičienė, Čiurkienė, 2002; Silver, 2002, Kastarinen ir kt., 2009). Tęsiasi negrįžtamo pobūdžio sveikatos sutrikimai, sukelia įvairaus laipsnio fizinį ir psichoemocinį negalį, turintį įtakos ligonių gyvenimo kokybei (GK).

Gyvenimo kokybės šis voka domina daugelio šios specialistikos specialistus. Kiekvienas mokslas pateikia vis kitokią, savitą, gyvenimo kokybės sampratę. Medicinoje, gyvenimo kokybės šis voka suprantama kaip pusiausvyra tarp sveikatos ir ligos. Pasaulinė sveikatos organizacija (PSO) gyvenimo kokybę apibrėžia kaip kiekvieno individo subjektyvų savęs suvokimą kultūros ir kitų vertybių sistemoje, kurioje jis gyvena turėdamas tikslus, lūkesčius, rūpesčius ir vadovaudamasis gyvenimo standartais (Vištorienė, 2011). Lietuvoje vykdomi įvairūs GK tyrimai, kurie orientuoti priešlaikinę sveikatos veiksmų taką GK (Juozulynas, 2005).

Prie penkiasdešimt metų diagnozuojant galutinį inkstų nepakankamumą, buvo tolygi mirties nuosprendžiui, nes nebuvo prieinamos ir efektyvios pakaitinės inkstų terapijos (PIT). Taikant tik medikamentinį gydymą, sergantieji galutiniu inkstų nepakankamumu teigėdavo vos kelias savaites ar mėnesius. Praeityje viduryje buvo pradėti naudoti pagrindiniai PIT metodai: peritoninė dializė (PD), hemodializė (HD) ir donorinio inksto persodinimas (Stankuvienė, 2010). Daugumoje išsivysčiusiose pasaulio valstybėse PIT tapo prieinama kiekvienam sergančiam galutiniu inkstų nepakankamumu. Todėl sergančiam šia patologija ir gydomam PIT, o ypač HD, populiacija pasaulyje labai sparčiai auga, kasmet padidėja 667 proc. (Grassmann ir kt., 2005).

Nefritas medicinos pažangos ir pagerėjusio PIT prieinamumo, vis dar išlieka didelis sergančiųjų galutiniu inkstų nepakankamumu mirtinumus. Jungtini Amerikos Valstijose (JAV)

mokslininkai nurodo, kad HD gydom pacient gyvenimas yra blogesnis negu sergan i j kai kuri form v fliu (Chronic Renal Insufficiency Cohort (CRIC) Study, 2004) ir nurodo 4 pagrindines veiksmi grupes, turin ias takos HD gydom pacient mirtingumui: techniniai, paciento, demografiniai veiksniai bei gretutin s ligos (Hemodialysis Adequacy Work Group, 2006).

Daugelyje pasaulio valstybi veikia inkst lig registrai. Didfliausias yra JAV inkst lig registras (USRDS) (Coresh et al., 2003) bei Europos inkst asociacijos ir Europos dializ s ir transplantacijos asociacijos (ERA6EDTA) registras. ERA6EDTA registras 1965 m. pirmasis paskelb epidemiologinius HD gydom pacient Europoje duomenis (Alberts, Drukker, 1965).

Lietuvoje kol kas n ra oficialaus inkst lig registro, tod l ilgai nebuvo flinomi net pagrindiniai demografiniai sergan i j galutiniu inkst nepakankamumu rodikliai. Nuo 1996 m. Kauno medicinos universiteto (KMU) Nefrologijos klinikos iniciatyva prad ti vis Lietuvoje HD gydom pacient kasmetiniai sura ymai. Paai k jo, kad Lietuvoje, kaip ir visame pasaulyje, spar iai did ja HD gydom pacient populiacija (Makarait ir kt., 2007). Remiantis ligoni kas duomenimis, Lietuvoje kasmet i ai kinama apie 290 nauj inkst nepakankamumo atvej (cit. Masiulionyt , 2007). D l did jan io hemodializuojam ligoni skai iaus did ja hospitalizacijos dafnis, mir tamumas, slaugos apimtys (Bumblyt ir kt., 2001; Hofmann et al., 2003; Stankuvien ir kt., 2005). Hemodializuojami pacientai gydymo proceso metu i lieka pasyv s, o pagrindin vaidmen atlieka aparatai ir medicinos personalas. Daugiausia laiko alia hemodialize gydom pacient praleidflia slaugytojos. Nuo harmoningo medicinos personalo ir ligonio bendradarbiavimo, gili teorini ir praktini flini , priklauso gydymo dializ mis s km , paciento gyvenimo kokyb , slaugos poreikis (cit. Masiulionyt , 2007).

Tyrimo tikslas: vertinti hemodializuojam pacient gyvenimo kokyb ir poky ius.

Hipotezė: hemodializuojam pacient supratim apie gyvenimo kokyb s poky ius takoja demografiniai duomenys (i silavinimas, lytis, vedybinis statusas).

Uždaviniai :

1. I-analizuoti hemodializuojam pacient bendros sveikatos supratimo poky ius.
2. I-analizuoti hemodializuojam pacient inkst ligos suvokimo poky ius.
3. Nustatyti hemodializuojam pacient pasitenkinimo slaugos paslaugomis poky ius.
4. vertinti hemodializuojam pacient demografini duomen (i silavinimas,lytis,vedybinis statusas) koreliacij su gyvenimo kokyb s poky iais.

Tyrimo objektas: hemodializuojam pacient gyvenimo kokyb ir poky i vertinimas.

Tyrimo subjektas: pacient , kuriems taikoma pakaitin inkst terapija, gyvenimo kokyb .

Tyrimo metodai:

1. Teorin s dalies analiz .
2. Anketin apklausa;
3. Statistin analiz .

Darbo struktūra: magistrinis darbas sudarytas i–dviej dali ó teorin s ir empirin s dalies. Teorin je dalyje nagrin jama literat ra apie gyvenimo kokyb , apie HD raidos istorij , slaugytoj vaidmuo mokant pacientus. Empirin je dalyje pateikiama kiekybinio tyrimo metodika ir rezultatai. Darbo pabaigoje pateikiamos i–vados, rekomendacijos ir literat ros s ra–as ir priedai (kiekybinio tyrimo anketa, sutikimo forma ir kt.). Darb sudaro 21 lapas teorin s dalies ir 22 lapai tiriamosios dalies ir 70 literat ros –altini .

1. TEORINĖ DALIS

1.1. Hemodializė: istoriniai aspektai ir kokybės raida

Lietuvoje pirmą kartą dirbtinis inkstas buvo panaudotas 1963 metais. Siekiant išvengti gyvybei pavojingą būklę ir „pavaduoti“ inkstus yra išskiriamos trys pakaitinės inkstų terapijos formos: hemodializė, peritoninė dializė, inksto transplantacija. Tame magistro baigiamajame darbe nagrinėjama hemodializė, kaip inkstų pavadavimo būdas, nes Masiulionytis (2007) teigimu, hemodializė yra labiausiai paplitęs veiksmingas inkstų funkcijos pavadavimo būdas, nors jis yra ne fiziologinis ir natūralios inkstų veiklos nepakeičia. Inkstai yra labai svarbus organas atliekantis tris, penkias pagrindines, funkcijas:

- Reguliuoja vandens ir elektrolitų (Na^+ , K^+ , Ca^{2+} , Cl^- , P^+ ir kt.) kiekį skystojoje organizmo terpėje;
- Palaiko normalią rėgimę ir –arm pusiausvyrą;
- Išskiria medžiagas apykaitos metu susidariusias toksikąs medžiagas (pvz., –lapal ir kt.);
- Gamina ir sekretuoja hormonus (reniną, eritropoetiną, aktyvuoja vitaminą D);
- Išskiria –lapim (cit. Masiulionytis, 2007).

Sutrikus trims gyvybiškai svarbioms funkcijoms, būtina taikyti priemones pakeičiančias inkstų veiklą. Hemodializė (toliau – HD), kaip reglamentuoja 2004 m. LR SAM s kymas „Dėl dializės paslaugų teikimo bendrųjų ir specialiųjų reikalavimų patvirtinimo“ – tai gydymo metodas, kur taikant kenksmingas medžiagas išskys iš perteklių iš kraujo pro pusiau laidžią dirbtinę membraną yra –alinamas dializei naudojamą tirpalą. Pagal dializei naudojamą tirpalo sudėtį HD gali būti acetatinis arba bikarbonatinis. Pagal gydomą pacientą ir atliekamos HD sudėtingumą, HD yra skirstoma paprastąjį ir sudėtingąjį:

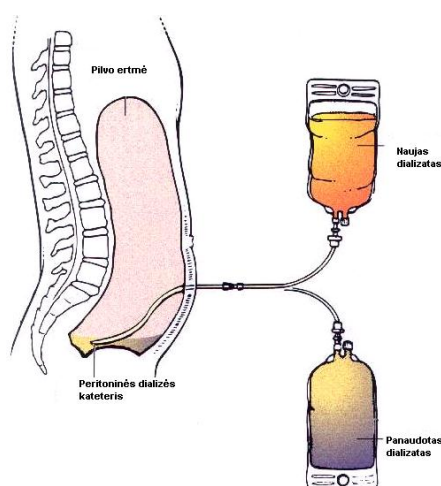
- paprastosios HD – tai nuolatos, planine tvarka, sergantiesiems galutiniu inkstų nepakankamumu atliekamos HD. Paprastosioms HD priskiriamos su tiesiogine pakaitinio tirpalo gamyba susijusios procedūros;
- sudėtingomis HD yra laikomos stacionare pacientams atliekamos HD.

Pasaulyje priimtas HD trukmės ir dažnio standartas yra 3 kartai per savaitę po 465 val., t. y. savaitinė HD trukmė $\times 12$ val. 1999 m. net 49 proc. pacientų Lietuvoje buvo gydomi HD mažiau kaip 3 kartus per savaitę, ir tik 41,3 proc. pacientų savaitinė HD trukmė buvo ilgesnė arba lygi 12 val. Kiekvienais metais situacija gerėjo ir 2005 m. 77 proc. pacientų buvo gydomi HD $\times 3$ kartus per savaitę, o 67,3 proc. pacientų vidutinė savaitinė HD trukmė buvo $\times 12$ val. Visgi dar išliko beveik

ketvirtadalis pacientų, kuriems HD taikomos rečiau ir savaitinė HD dozė nesiekia rekomenduojamos. Duomenys apie naudojamus dializatorius Lietuvoje nebuvo plačiau rinkti ir analizuoti, tačiau tobuliant dializės technologijas, mažinant gamybos kaštus ir pingant produkcijai, vis daugiau naudojama moderni dializatoriai su sintetinėmis biosuderinamomis membranomis, o anksčiau naudotą nemodifikuotas celiuliozės membranas praktiškai atsisakyta. Nors ir kritikuojamas, bet iki šiol plačiausiai klinikoje praktikoje HD procedūros kokybei vertinti naudojamas nevienetinis rodiklis Kt/V . Jis parodo lapalo pasiūlinimą HD procedūros metu, kur K – dializatoriaus gamybinis lapalo klirensas, t – HD procedūros trukmė, o V – lapalo pasiskirstymo tūris organizme (praktiškai atitinkantis vandens kiekis organizme) (cit. Stankuvienė, 2010).

Kad dializė būtų kokybiška, dializatoriumi turi pratekti 200 – 300 ml/min. kraujo, todėl hemodializei būtinos didelio spindulio kraujagyslės. Taigi, kad būtų užtikrinamas hemodializės efektyvumas pacientams angiochirurginių intervencijų metu suformuojamos arterioveninės jungtys, kurių pagalba dializatoriumi prateka tiek kraujo, kad hemodializės efektyvumas nesumažėtų. Arterioveninė jungtis – kraujagyslinis darinys suformuotas chirurginiu būdu sujungus veną su arterija (Dainys, Rainienė, 2005). Kad būtų galima punktuoti arterioveninę jungtį, reikia, kad ji „subrūstėtų“. Nuo to kaip gerai susiformuoja arterioveninė jungtis priklauso atliekamos hemodializės kokybė. Šiaip ryškia slaugytojų mokytojų vaidmuo, nes slaugytojai moko pacientą prižiūrėti ir „brandinti“ arterioveninę fistulę, kad būtų pasiekta geriausia hemodializės kokybė.

Atliekant peritoninį dializę, dializės tirpalas suleidžiamas pilvo ertmėn, palaikomas keletą valandų ir išleidžiamas (1 pav.).



1 pav. Peritoninės dializės veikimas uždaros sistemos principu

Dializuojant pilvaplūvį atlieka inkstų funkciją. Ji funkcionuoja kaip pusiau laidži membrana. Dializės tirpalo sudėtis labai panaši sveiko žmogaus ekstracelulinio skysčio sudėčiai. Vairios

medžiagos (lapalas, kreatininas, lapimo r g-tis, fosfatai, kalis ir kt.) i- kraujo per pilvapl v prasiskverbia dializ s tirpal ir su juo pa-alinamos i- organizmo. I- dializ s tirpalo bikarbonatas difunduoja krauj ir koreguoja organizmo r g- i ir-arm balans .

Svarb vaidmen slaugytojas atlieka, kai pacientas turi b ti paruo-tas kateterio implantacijai. Slaugytojas turi atlikti -iuos veiksmus (Ba iulis, 2000):

- suderinti operacijos laik su chirurgu ir operacin s darbuotojais;
- vertinti biocheminio kraujo sud t ir nustatyti ar n ra hiperkalemijos;
- informuoti pacient apie tai, kad jis negali valgyti prie-operacij , nes skrandis turi b ti tu-ias;
- pacientui stovint paflym ti kateterio i- jimo viet (flymi chirurgas).
- profilakti-kai, pagal gydytojo paskyrimus, su-virk-ti vankomicino 1 ó 24 h ar cefalosporin 1 ó 2 h prie-operacij .
- valomoji klizma jei pacientas nesitu-tino 24 valandas atlikti valom j klizm .
- prie- operacij pacientas turi nusi-lapinti arba jam atliekama -lapimo p sl s kateterizacija.
- reikia pa-alinti plaukus nuo operacinio lauko.

Kateterio prieffi ra, pooperaciniame periode, dafniausiai yra chirurginio skyriaus personalo, o ne dializ s slaugytoj kompetencijoje.

Pagrindinés problemos susijusios su peritoninés dializés atlikimu. Kadangi, pacientai, kuriems pradedama peritonin dializ , dafnai turi labai maflai flini apie galimas komplikacijas ir potencialias problemas, b tina juos informuoti apie tai, kad:

- sunku suleisti dializ s tirpal pilvapl v s ertm ;
- sunku i-leisti dializat i-pilvo ertm s;
- atsijung sistemos vamzdeliai;
- atsirado problem su dializ s tirpalu ar dializatu;
- atsirado pilvo skausmai;
- atsirado peties skausmas;
- atsirado galvos skausmai;
- atsirado koj raumen spazmai;
- vargina odos nieftulys;
- svaigsta galva;

- pabrinkusios pėdos arba blauzdos;
- vargina dusulys;
- ufkietėjimai vidurių;
- pakilo temperatūra (Bačiulis, 2000).

Taigi, slaugytojai būtina reikia flinoti minėtus simptomus ir sunkumus susijusius su peritonine dialize ir padėti pacientui susidoroti su jais, o esant reikalui informuoti gydytoją.

Didžioji dalis komplikacijų, susijusių su peritonine dialize, yra gana lengva ištaisyti. Rimtoms komplikacijoms pasitaiko retai. V. Bačiulis (2000) vardija šias galimas komplikacijas:

Peritonitas. Peritonitas yra sunkiausia komplikacija susijusi su peritonine dialize. Atvira anga pilvo ertmės ir drungnas, turintis cukraus dializės skystis kelia didelę infekcijos pavojų kateterio vedimo angos užteršimo arba nesandarumo atveju. Todėl asmeniui atliekiamam peritoniniam dializės keliams aukšti aseptikos reikalavimai. Dažnas bei teisingas rankų plovimas ir teisingas rankų naudojimas yra labai svarbūs dalykai. Labai reikalinga laikytis griežtos higienos metodų ruošiant dializės skystį bei prijungiant rangą. Taigi, pradiniam periode, po kateterio implantacijos, slaugytoja atlieka labai svarbų vaidmenį peritonitui profilaktikos atžvilgiu.

Nesandarumas ir infekcija kateterio įvedimo angoje. Slaugytoja turėtų flinoti, kad pirmas 10–12 dienų kateterio nereikėtų naudoti. Jeigu dializė yra būtina iškart reikia pradėti nuo mažo kiekio skysčių ir jų palaipsniui didinti. Taip pat atveju pacientui galima atlikti pertraukiamą dializę, kad tarp procedūrų pilvo ertmėje nebūtų dializės skysčių. Taip pat slaugytoja turėtų informuoti pacientą, kuriam atliekama peritoniniam dializės, kad nereikėtų tempti pilvo raumenų po kateterio implantacijos. Taip pat labai svarbu, kad būtų ufkirstas kelias susidaryti infekcijai kateteryje ir jo vedimo vietoje, nes infekcijai kateterio angoje išgydyti yra labai sunku.

Blogas dializės skysčio įtekėjimas ir ištekėjimas. Dažnai atsiradus kateterio okliuzijai pacientai pradeda nerimauti, dėl šios priežasties prieš pradėdant peritoniniam dializės pacientui reikia išaiškinti visas galimas komplikacijas ir potencialius sunkumus, kurie gali kilti atliekant peritoniniam dializės. Bene dažniausios problemos susijusios su skysčio tekėjimu ir ištekėjimu yra predisponuojamos ufsilenkusi vamzdeliai, obstipacijos ar kateterio pasislinkimo link diafragmos.

Mitybos disbalansas. Dažnai pacientams, kuriems yra planuojama atlikti peritoniniam dializės, yra pateikiama informacija susijusi su mityba. Tokiems pacientams mitybos principai yra paremti tuo, kad pacientai, kuriems atliekama peritoniniam dializės praranda apie 8–12 g baltymų, o dėl esančių gliukozės dializės tirpale pacientams rekomenduojama vartoti maistą, kuriame daug baltymų ir sumažintas gliukozės kiekis.

Sumažėjęs plaučių pajėgumas ir suglebę pilvo raumenys. Tšos problemos atveju slaugytojas yra atsakingas, kad pacientas būtų išmokytas kvėpavimo pratimų ir pilvo raumenų treniravimo fizioterapijos.

Kruvinas dializatas. Pacientui, prieš pradėdant gydymą peritonine dialize, reikia pasakyti, kad kartais šio dializato spalva gali kisti nuo baltos iki ryškiai raudonos. Tikslios šio reiškinio priežastys nėra žinomos, tačiau yra numanoma, kad moterims tai yra susiję su numanoma ovuliacija, kruvinas dializatas gali pasitaikyti ir vyrams. Jei kruvinas dializatas 2–3 dienas išteka iš pilvo ertmės, reikėtų kreiptis į gydytoją, nes gali būti komplikacijų (Bažulis, 2000).

Penktojo dešimtmčio pabaigoje dializės tirpalus pradėta gaminti pramoniniu būdu 1 litro talpos buteliuose, taip pat sukurta uždara sistema dializatui išleisti. Šeštojo dešimtmčio pradžioje pradėta taikyti lėtinė intermituojanti peritoninė dializė (didelio tūkmės greičio ir tūrio). Lėtinė intermituojanti peritoninė dializė septintojo dešimtmčio pradžioje buvo taikoma retai, nes nepavykdavo pasiekti pakankamos dializės ir kartu tokie rodikliai, kurie gaunami hemodializuojant. Peritoninė dializė buvo atliekama tik 3 proc. visų pacientų. Septintojo dešimtmčio pradžioje labai paplito hemodializė, nes buvo pradėta naudoti naujus, veiksmingesnius dializatorius, ir suskurta arterioveninis fistulės formavimo metodika. Popovich ir kt. 1978 m. pasiūlė nepertraukiamos aparatinės peritoninės dializės (NAPD) metodą, kuris labai skyrėsi nuo intermituojančios peritoninės dializės (Nilsson ir kt., 1998). Aštuntojo dešimtmčio pradžioje stikliniai buteliai keičiami plastikiniais maišais. Naudojant šiuos plastikinius dializės tirpalų maišus, peritonitą per metus sumažėjo tris kartus: vidutiniškai nuo 3–4 iki vieno susirgimo. Aštuntojo dešimtmčio viduryje paplito automatinė nepertraukiama ciklinė dializė (NCPD), kuri ypač tinka vaikams dializuoti. Devintame dešimtmetyje buvo sukurta naujų dializės tirpalų. Iš jų minėti tirpalai, kuriuose sumažintas kalcio arba laktato kiekis (*Physioneal*), aminorūgščių tirpalai (*Nutrineal*), tirpalai, kuriuose vietoj gliukozės yra ikodekstrino (*Extraneal*) (Krocker, 2004).

HD kokybės raida. A. Stankuvienė (2010) disertacijoje tema „Pacientų, sergančių galutiniu inkstų nepakankamumu bei gydomų hemodializėmis, išgyvenimas ir su juo susiję veiksniai“ nagrinėjo HD kokybės raidą Lietuvoje. Ji teigia, kad per pastarąjį dešimtmetį Lietuvoje ne tik flėmiamai kito HD tarnyba ir ligonių kontingentas, bet labai pakito ir HD kokybės lygis – vyko dideli tiek pačios procedūros, tiek ir medikamentinio gydymo pokyčiai. Tam takos turėjo HD centrų tinklo išplėtimas, kurio dėka pagerėjo HD prieinamumas, techninės HD bazės pagerėjimas, vyriausybės sveikatos politika, kompensuojantį Privalomojo sveikatos draudimo fondo (PSDF) būtinus HD gydomiems pacientams medikamentus. Didelį reikšmę HD kokybės pokyčiams turėjo KMUK Nefrologijos klinikos inicijuotas kasmetinis HD pacientų surašymas, gauti duomenų operatyvi analizė, savalaikis gauti rezultatai aptarimas bendruose Lietuvos nefrologų susitikimuose bei praktiniai pasiūlymai priimami iškilusiems

tr kumams likviduoti. Min ti HD pacient ų suraųymai prad ti 1996 m. ir t siami iki ųiol. Kalbant apie HD gydymo kokyb ų, autor teigia, kad vertinama ne tik pa ios proced ros, bet ir konservatyvaus gydymo kokyb ų. HD proced ros kokyb ų atspindi HD r ųis, jai vartojamo vandens valymas, dializatori tipai, proced r ų dafnis per savait ir savaitin proced r ų trukm ų, Kt/V dydis. Pasaulyje priimtas HD trukm ų ir dafnio standartas A. Stankuvien ų teigimu yra 3 kartai per savait po 465 val., t. y. savaitin HD trukm ų $\times 12$ val. [102, 534]. 1999 m. net 49 proc. pacient ų Lietuvoje buvo gydomi HD mafliau kaip 3 kartus per savait ų, ir tik 41,3 proc. pacient ų savaitin HD trukm ų buvo ilgesn arba lygi 12 val. Kiekvienais metais situacija ger ųo ir 2005 m. 77 proc. pacient ų buvo gydomi HD $\times 3$ kartus per savait ų, o 67,3 proc. pacient ų vidutin savaitin HD trukm ų buvo $\times 12$ val. Visgi dar iųliko beveik ketvirtadalis pacient ų, kuriems HD taikomos re ųiau ir savaitin HD doz ų nesiekia rekomenduojamos. Vertinant konservatyvaus HD gydym ų pacient ų gydymo kokyb ų poky ųius Lietuvoje, autor teigia, kad paskutinio deųimtme io laikotarpiu pager ųo vis ų pagrindini galutinio inkst nepakankamumo komplikacij ų diagnostika ir gydymas. Visi ųie teigiami HD kokyb ų poky ųiai Lietuvoje, kaip nurodo A. Stankuvien ų, leido reikųmingai sumaflinti HD gydym ų pacient ų metin mirtingum ų nuo 21 proc. 1997 m. iki 16 proc. 2000 m. ($p < 0,05$) ir ųiuo metu jis nedaug skiriasi nuo kit ų Europos valstybi ų. EuroDOPPS tyrimo duomenimis 1999 m. HD gydym ų pacient ų mirtingumas svyravo nuo 14,2 proc. Pranc zijoje iki 19,8 proc. Jungtin je Karalyst je (Stank vien ų, 2010).

Remiantis atlikta teorin ųs medųziagos analize matome, kad hemodializ ų yra labiausiai paplit ųs veiksmingas inkst ų funkcijos pavadavimo b ųdas ir j ų reglamentuoja 2004 m. LR SAM ųs ųkymas „D ųl dializ ųs paslaug ų teikimo bendr ųj ų ir speciali ųj ų reikalavim ų patvirtinimo“. Pasaulyje priimtas HD trukm ųs ir daųnio standartas yra 3 kartai per savait ų po 4–5 val., Lietuvoje situacija yra beveik analogi ųka ir kiekvienais metais ger ųjanti. Kadangi, pacientai, kuriems pradedama peritonin ų dializ ų, daųnai turi labai maųai ųini ų apie galimas komplikacijas ir potencialias problemas, b ųtina juos kuo geriau informuoti.

1.2. Gyvenimo kokybė: koncepcijos ir vertinimas

Gyvenimo kokybė kaip viena iš daugelio mokslinių tyrimų krypčių tiesiogiai arba netiesiogiai atsispindi daugelio Vakarų šalių mokslinių tyrimuose, studijose ir kituose darbuose (Meacher 2001; Alber et al. 2003; Royo ir kt. 2006). Tačiau tam, kad būtų galima suvokti gyvenimo kokybės tyrimų raidos ypatumus, tikslinga išanalizuoti pačių gyvenimo kokybės sampratų ir jai būdingas ypatybes. Gyvenimo kokybės sampratos arba jos savybės vystymosi raida ilga, nes gyvenimo kokybė, kaip savaime suprantama, kuri vartojama šiuo metu, neišvengiamai gavo dabartinę apibrėžimą. Kaip teigia V. Milaševičius, V. Pukelienė, E. Vilkas (2006), nemažai painiavą sukelia anglišką terminologiją ir vairialypis gyvenimo kokybės interpretavimas. Mokslinėje literatūroje (Schuessler, Fisher 1985; Fahey et al. 2003; McGregor 2006) aptinkama skirtingų gyvenimo kokybės sąvokų, kurių prasmė per ilgą laiką vystymosi laikotarpį buvo savita. Gyvenimo kokybė – tai ir gerovė (angl. welfare, wellbeing) ir laimingas gyvenimas (angl. happy life, happiness), pasitenkinimas gyvenimu (angl. satisfaction with life, life satisfaction) ir kt.. Gyvenimo kokybė daugelio mokslinių darbuose tapatinama su gerovės (Paluckienė, 1999; Easterlin, 2003) kontekstu, laimingo / pilnavertio gyvenimo suvokimu arba laikoma kaip pasitenkinimas gyvenimu (Mumskienė, 2005; Ruta, Camfield, 2006). Tokie gyvenimo kokybės sampratos kaitos aspektai, remiantis užsienio mokslinių darbais (Fahey ir kt., 2003; Royo ir kt. 2006; Dolan, 2006), parodo, jog atskirais visuomenės vystymosi etapais asmens ir / ar visuomenės gerovė ar gyvenimo kokybė turėjo jai būdingus bruožus arba buvo veikiamas to meto aplinkos, socialinės, ekonominės ir politinės.

Sąvoka gyvenimo kokybė atspindi svarbiausias objektyvios tikrovės ypatybes. Nepanaudojus savo prigimtimi, forma daiktus galima lyginti pagal kokybę. Kokybės atžvilgiu apibūdinti daiktus (arba daiktus) nepakanka juos charakterizuoti juos vien struktūriškai, atsiejant nuo aplinkos. Būtinai reikalingas (daikto) struktūrinis ryšys su aplinka, nes būtent dėl šių ryšių daiktas gyja tam tikrą kokybę (Janušonis V., 1990). Taigi, gyvenimo kokybės sąvoka pradėta domėtis maždaug prieš 20 metų. Šiuo metu užsienio šalyse sparčiai daugėja tyrimų ir straipsnių šia tema. Lietuvoje gyvenimo kokybės tyrimai taip pat atliekami vis dažniau.

Gyvenimo kokybės vertinimo išraišką jau galima rasti vairiuose mituose, senovės filosofijoje bei religijoje. Tiek senovės filosofai, tiek religijoje išaukštinoti tam tikras vertybes ir svarstė jas kaip būtinas žmogaus gyvenimui. Pavyzdžiui, Platonas aukščiausią vertybę laikė žmogaus protu, mąstymu. Aristotelis išaukštinęs laimingumą, kuris yra vertybės galima vertinti kaip kiekvieno individo gyvenimo pilnatvė, kuri suprantama ir vertinama pagal jo poreikius ir vertybių sistemą (Ozolas R., 1988). A. Maslow suskirstė žmogaus poreikius penkias kategorijas ir pasiūlyė žmogaus poreikių piramidinį modelį. Būtent šis modelis

buvo labiausiai kritikuojamas ir kategoriškai vertinamas. Tačiau slaugoje šis modelis naudojamas dėl savo paprastumo. Maslow A. sudarė tokią žmogaus poreikių hierarchijos piramidę:

1. Fiziologiniai poreikiai.
2. Saugumo poreikiai.
3. Tarpusavio ryšio ir meilės poreikis.
4. Pagarbos poreikis.
5. Savirealizacijos poreikis (cit. Norwood G., 1999).

A. Maslow pabrėžė, kad ir fiziologiniai, ir savirealizacijos poreikiai tenkinimo galima siekti vienu metu. Slaugoje labai svarbu atkreipti dėmesį į poreikių tenkinimo eilės tvarką. Pirmiausia aišku turi būti tenkinami poreikiai susiję su gyvybės palaikymu, tai yra fiziologiniai poreikiai. Poreikių tenkinimas turi takos gyvybės palaikymui, gerovei ir gyvenimo kokybei. Pastaruoju metu ypač akcentuojama ne poreikių patenkinimo būtinybė, bet jų tenkinimo kokybė (cit. Norwood G., 1999).

PSO 1993 metais pateiktą gyvenimo kokybės apibrėžimą, kuriame teigiama, jog gyvenimo kokybė – tai individualus savo paskirties gyvenime vertinimas kultūros ir vertybių sistemose, kurioje individas gyvena, pofliūriū, susijęs su jo tikslais, viltimis, standartais bei interesais (Toliūienė J., Tėkevičius A., 2004). Rustoen T. ir kt. (1999) bei Aaronson N. (1988) pasiūlymą, jog gyvenimo kokybė – tai plati koncepcija, kompleksiškai apimanti asmens fizinę sveikatą ir psichologinį būklę, nepriklausomybę laipsnį, socialinius ryšius bei ryšius su aplinka. Jie konstatuoja, jog šie paminėti gyvenimo kokybės domenai akcentuoja subjektyvią sveikatos būklės dimensiją. Gyvenimo kokybė apima varias sritis: fizinę būklę ir funkcinę galimybių, psichologinę senos ir gerovės, socialinius ryšius ir ekonominę būklę (Toliūienė J., Tėkevičius A., 2004).

Siekiant tiksliai apibrėžti gyvenimo kokybės koncepciją, būtina išanalizuoti ją apibendrinančius kriterijus. Nagrinėjant gyvenimo kokybės koncepciją apibendrinančius kriterijus tikslinga remtis Haas B. (1999) suformuluotomis nuostatomis: gyvenimo kokybė, tai: dabartinis individo gyvenimo aplinkybių vertinimas; GK savo pobūdžiu yra daugialypis; GK pagrįsta individualiomis vertybėmis ir kintanti; GK apima subjektyvius ir objektyvius vertinimus; GK geriausiai vertina asmenys, sugebantys atlikti subjektyvią savianalizę.

Mokslinio požiūrio gyvenimo kokybės ufluomazga buvo laikoma Allardt (1975) socialinė studija štur jimas, myl jimas ir buvimas, kurioje mokslininkas, pabrėždamas gerovę, norėjo suderinti objektyvias ir subjektyvias aplinkybes. Materialiniai poreikiai ir jų gyvendinimas buvo pavadinti *gyvenimo kokybės lygiu*, kuris sudarė patios gyvenimo kokybės tai yra nematerialinių galimybių ir poreikių pagrindą. Gyvenimo kokybės sava domina daugelio sričių specialistus. Kiekvienas mokslas pateikia kiek kitokią, savitą gyvenimo pilnatvės sampratą: sociologija tai apibrėžia kaip buvimą

laimingu, ekonomikoje –i s voka rei–kia buvim turtingu. Medicinoje gyvenimo kokyb s s voka –iuo metu yra tarsi pusiausvyra tarp sveikatos ir ligos (cit. fydfli nait V., 2002). Taigi, visose mokslo srityse gyvenimo kokyb s apib dinamika kaip gerov bet kokioje srityje.

Sveikatos b kl veikia gyvenimo kokyb , ta iau jos nenulemia. Dafnai kyla klausimas, kod l HD pacientams liekamoji inkst funkcija yra tokia svarbi? klausim atsako –ie faktai, nes esant kuo didesnei liekamajai inkst funkcijai:

- I–auga gyvenimo kokyb ;
- Egzistuoja koreliacija tarp liekamosios inkst funkcijos ir geresni rezultat ;
- Geresn skys i balanso kontrol ;
- Hormon i–skyrimas (eritropoetinas);
- Vitamino D aktyvacija.

Net ir flogaus su negalia gyvenimas gali b ti visavertis. Taigi gyvenimo pilnatv ó platesn s voka negu asmens sveikatos b kl . Pasak Kal dien s R. ir kt. (1999) gyvenimo pilnatv / kokyb atspindi individo atsak fizinius, psichinius ir socialinius kasdieninio gyvenimo poky ius, kuris ir lemi pasitenkinimo gyvenimo aplinkyb mis laipsn , bendr savo vert s jausm . Gradeckien S. (2000) teigia, kad gyvenimo pilnatv veikia asmens fizin sveikata, psichologin b kl , savaranki–kumo laipsnis, socialiniai ry–iai ir santykiai su aplinka.

S voka šgyvenimo kokyb ö –iandien pla iai naudojama, siekiant parodyti, ko flogus turi siekti. Apibr fity atspindi aktyvumo, ger tarpasmenini santyki , savivert s, savirealizacijos ir kt. terminus (Naess S., 1987; cit. fydfli nait V., 2002). Kaip teigia G. Meeberg (1993), prieita prie konsensuso, kad gyvenimo kokyb yra multidimensinis konceptas, apimantis objektyvias ir subjektyvias perspektyvas. Savivert s ir identi–kumo jausmai yra taip pat vardijami. Rustoen T. (1993) apibr flia du aspektus:

- Tarpasmenini santyki svarb , ypa bendravimo kokyb .
- Prasmingo gyvenimo patyrim , kas suprantama kaip specialyb ir veikla.

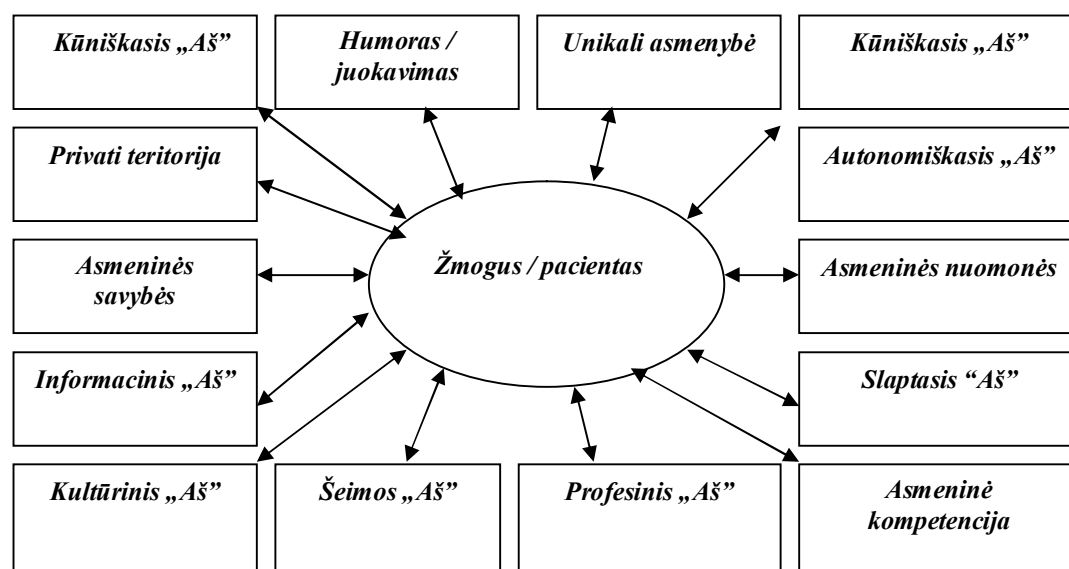
G. Meeberg (1993) i–skiria tris škritiniusö gyvenimo kokyb s poflymius, kaip objektyvi j perspektyv :

- Pasitenkinimo jausmas nuosavu gyvenimu bei mentalinis gal jimas vertinti asmenin gyvenim , kaip patenkinam ar visavert ;
- Optimali faz , mentalin , socialin ir emocin sveikata, kuria patenkintas pats asmuo;
- I–orinio eksperto objektyvus vertinimas, kad flogaus gyvenimo s lygos yra tinkamos ir negresia gyvybei (cit. fydfli nait V., 2002).

Suomi sociologas Allardt E. (1993) buvo vienas pirmųjų, išskyrusi subjektyvi gyvenimo kokybės dimensijas. Remiantis Allardt E. (1993), gyvenimo kokybę sudaro trys dimensijos: *turėjimas, meilė ir būtis*:

- *Turėjimas* apima bazinius fiziologinius poreikius, kaip pradinį tašką, bei apima ekonominius išteklius, gyvenimo lygį, sidarbinimo, sveikatos ir mokymosi aspektus. Tai yra ištekliai, kuriuos asmuo turi turėti kaip bazinius poreikius. Allardt E. paflymi išskirtiną sveikatos poziciją: sveikata yra ne tik vertybė pati savaime, bet dažniausiai yra kitų komponentų pagrindas.
- *Meilė* prasideda nuo žmogaus poreikio būti socialiniais struktūros dalimi ir apibūdina kaip bendravimo būdai su kitais žmonėmis, apimant bendravimo su šeima, kaimynais, draugais svarbą bei draugiškumo savybes.
- *Būtis* apima asmeninį augimą ir autoritetą. Šie komponentai apibūdina naudojamą reputaciją, prestižą, nepakeičiamumą, politinius išteklius ar domaus poilsio terminus, tai yra kokius tarpusavio santykius žmogaus su visuomene. Komponentai indikuoja, pavyzdžiui, kokiu lygiu asmuo gali dalyvauti priimant sprendimus ar atliekant veiksmus, lemiančius asmeninį gyvenimą, galimybes džiaugtis gamta, sutelkti dėmesį savo vidaus pasauliui kontempliuoti, veikti (cit. Gydymaitė V., 2002).

Pacientams, kuriems yra atliekama HD, labai svarbios yra socialinio integralumo galimybės, kaip gyvenimo kokybės išraiška. Terminas šintegralumas apima plačią prasmę paletę (žr. 1 pav.).



2 pav. 13 kategorijų, kuriuose gali būti pažeistas pacientų integralumas (pgl. M. Kihlgren, H. Thorsen, 1996; šaltinis: Žydžiūnaitė V. Gyvenimo kokybės ir asmens integralumo charakteristikos sename amžiuje // Slauga. Mokslas ir praktika. – 2002, 5 (65).

Funkcinis bei klasis vertinimas ir subjektyvus gerovės vertinimas atliekamas naudojant gyvenimo kokybės vertinimo klausimynais, kurių patikimumas jau nustatytas ir pagrįstas rodymais (Curtin ir kt., 1999; Kalantaró Zadeh ir kt., 2001). Remiantis mokslininkų, nagrinėjusių gyvenimo kokybę, nuomone matome, kad ypač didelę svarbą yra tarpasmeniniai santykiai ir bendravimo kokybė. Specialybė ir veikla taip pat turi nemažą reikšmę taikant gyvenimo kokybę. Savivertis ir identiteto jausmai yra taip pat vertinami. Pacientams, kuriems taikoma pakaitinė inkstų terapija, gyvenimo kokybė labai priklauso ir dar nuo vieno faktoriaus, tai yra, liekamosios inkstų funkcijos, nes egzistuoja koreliacija tarp liekamosios inkstų funkcijos ir geresnių rezultatų.

Gyvenimo kokybės vertinimas. S. Gradeckienė (1998) pažymi, kad gyvenimo kokybei vertinti yra sukurti net keli *modeliai*:

- Jahodos (1958) modelis, kuris pabrėžia būtinybę sukurti gerąsias lygas fimo gausi psichinei sveikatai, kad jis būtų pajėgus pats gerinti savo gyvenimo kokybę. Jis paremtas keliais kriterijais: pozityvus savęs vertinimas; pastangos būti aktyvia, integruota asmenybe, turinti realybę su jausmų; gebėjimas vystyti gabumus, priimti savarankiškus sprendimus bei užmegzti tvirtus, ilgalaikius tarpasmeninius santykius su tos pačios ar skirtingos lyties žmonėmis.
- Naess (1987) pateikia švidinį gyvenimo pilnatvės vokos koncepciją, kuri iš esmės yra tolesnis Jahodos modelio tęsimas. Skirtumas tik tas, kad mokslininkas visas gyvenimo kokybės vertes laikė vienodai svarbiomis ir kritikavo jų diferencijavimą.
- Kajaudis (1981) pateikia išplėstą gyvenimo kokybės modelį, sukurtą nagrinėjant pacientus, sergančius psichiniais ligomis, gyvenimo kokybę trijose sferose: išorinėje, tarpasmeninėje ir asmeninėje, kurios apima ekonomines ir socialines lygas.
- Lindstrom (1993) pateikiamas universalus gyvenimo kokybės modelis rekomenduojamas taikyti tiek atskiro individo, tiek grupės žmonėms (pvz., vaikai, ne galintys), tiek visos populiacijos gyvenimo kokybės tyrimuose, traukiant objektyvias lygas ir subjektyvų vertinimą (Lindstrom, Eriksson, 1993; Gradeckienė S., 2000, Vištorienė, 2011).

Tuo metu gyvenimo kokybei vertinti (sergant įvairiomis ligomis) naudojamos šios *skalės*:

- Ligos takos pobūdžio (SIP).
- Gyvenimo kokybės (QWB).
- Notingemo sveikatos pobūdžio.
- Makmasterio sveikatos indeksas.

- Psichosocialinis savijautos anketa (Kasa testas).
- Kasdienės veiklos skaitis (DAL) (Vištorienė, 2011).

Gyvenimo kokybė yra išmatuojamas dydis. Tam, kad būtų galima lyginti skirtingų pacientų duomenis tarpusavyje laiko ir kokybės požiūriu, atlikti statistinį analizę, naudojami standartizuoti klausimynai, dar vadinami instrumentais (Karpavičius, Kalibatienė, 2010). Jie sudaromi, remiantis skirtingais GK apibrėžimais, modeliais. Standartizuotų gyvenimo kokybės klausimynų privalumas tas, kad apklausus tam tikrą respondentų grupę galima lyginti rezultatus ir daryti išvadas (Jakaitytė, Lasauskaitė, 1998; Vištorienė, 2011). Nors ir nėra vieningos nuomonės, GK tyrimai sutaria, kad visi GK tyrimai instrumentais turėtų būti matuoti tiriamojo fizinis, psichologinis, bendravimo su kitais žmonėmis ir kasdienės veiklos.

Skiriami generiniai (bendriniai) ir ligai specifiniai gyvenimo kokybės vertinimo instrumentai Reynolds ir kt., 2008, Karpavičius, Kalibatienė, 2010):

- Generiniai instrumentai naudojami populiacijos sveikatai stebėti epidemiologiniuose tyrimuose, tačiau tinka ir vieniems pacientų grupėms tirti bei vieniems ligoniams ir būklėms palyginti. Dėl didesnių naudojimo galimybių šie instrumentai deramai išbandyti esant vieniems klinikiškai būklėms ir taikyti skirtingoms pacientų grupėms. Jais galima vertinti nepageidaujamo gydymo poveikį fizinei, psichinei ir socialinei sveikatos sritims ir atspindėti bendrą gydymo poveikį paciento gyvenimui.
- Ligai specifiniai instrumentai yra labiau susiję su specifiniais simptomais, tiesiogiai priklausančiais nuo ligos ar esamos būklės ir labiau tinkami klinikiškiems tyrimams dėl didesnio jautrumo ir kintamumo.

Yra manoma, kad medicinoje priimta gyvenimo kokybės nagrinėti siauresne prasme, apsiribojantais jos aspektais, kurie tiesiogiai susiję su tiriamąjį žmogų sveikata. Kadangi sveikatos priežiūros darbuotojus mažiau domina kiti gyvenimo kokybės aspektai, ne taip labai susiję su sveikata ar jos priežiūra, pvz., pajamos ar aplinkos kokybė, vartojamas terminas šiuo sveikata susijusi gyvenimo kokybė (Sudaitė J., 2001; Furmonavičius G., 2004).

M. Muldoon ir kt. (1998) rekomendavo paprastą ir aiškų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės koncepcijos schemą, skirtą medicinos tyrimams. Jie suskirstė sveikatą psichinę ir fizinę, o jos vertinimą objektyvų ir subjektyvų. Taip pat išskyrė keturis vienodai svarbius gyvenimo kokybės komponentus: objektyvų fizinį ir protinį pajūgumą bei subjektyvią psichologinę ir fizinę (sveikatos suvokimo aspektu) būklę. Fizinio pajūgumo vertinimas apima fizinio pajūgumo atlikti kasdienės veiklos, skaitant ir profesinį, uždavinius. Protinį pajūgumą rodo gebėjimas atlikti mąstymo

reikalaujančius veiksmus (pradedant nesudėtingais, tarkim, atsiskaitymu už prekes parduotuvėje ir baigiant sudėtingais, pvz., verslo ataskaitos pristatymu akcininkų susirinkime ir pan.). Subjektyvi fiziniai bei psichologiniai simptomai, tokie kaip diskomfortas, gyvybingumas, apibendrintas sveikatos suvokimas. Psichologiniai simptomai apima nerimą, depresiją ir pykčio (ne)buvimą, emocinius ir socialinius ryšius su kitais žmonėmis. Daugelio populiariausių šiuolaikinių gyvenimo kokybės klausimynų struktūra siauriau ar plačiau apima tuos pagrindinius su sveikata susijusios gyvenimo kokybės komponentus.

Nors yra mokslininkų manančių, kad gyvenimo kokybės vertinimas turėtų remtis vien subjektyviu paciento požiūriu, bet palaikoma pozicija, kad būtina vertinti ir funkciniai bei psichologiniai simptomai. Net ir sunkiausiai sergantis ligonis gali rasti jėgą išlikti gyvenimu, tačiau, jei vertinsime tik subjektyvų požiūrį, kaip liga paveikė sergančiojo gyvenimo kokybę, nepavyks išvengti klaidinančių tiriamojo charakterio bruožų (polinkio neigimui, somatizavimui ir hipochondriškumui) tokos. Tokiu atveju psichologikai susitaikys su negalia paralyžuotas ligonis, teoriškai galintis vertinti savo gyvenimo kokybę taip pat, ar net geriau negu sportininkas, patyręs traumą, kuri išimtinai sutrukdė dalyvauti svarbiose sezono varžybose. Vienodi dviejų žmonių, kurių potencialios funkcinės galimybės radikaliai skiriasi, su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimai atrodo nelogiški. Todėl funkciniai bei psichologiniai vertinimai, kuris taip pat iš dalies priklauso nuo tiriamojo charakterio bruožų bei socialinių ir ekonominių veiksnių, padeda išvengti panašios nelogiškumo (Furmonavičius, 2004).

Su sveikata susijusi gyvenimo kokybė yra ta gyvenimo kokybės dalis, kuri veikia sveikata ir sveikatos prielaidas. Ji apibūdina žmogaus subjektyvų požiūrį, kaip jo sveikatos bei psichologiniai simptomai veikia gyvenimo kokybę. Tyrimai rodo, kad gyvenimo kokybės siekiama gauti dvejopą informaciją apie paciento funkciniai bei psichologiniai simptomai ir jo paties vertinimą, kaip sveikata veikia jo gyvenimo kokybę. Su sveikata susijusi gyvenimo kokybė yra neatitikimas tarp sveikatos, kokios mes tikimės ir kokią patiriame. Tai paaiškina, kodėl gyvenimo kokybės suvokimas skiriasi tarp individų, kadangi skiriasi pastarųjų lėšos, kurie priklauso nuo gytos patirties, tamponais naujų vilčių ataskaitos taškais (Tymuskienė, 2005).

Išanalizavus gyvenimo kokybės sampratą akivaizdu, jog ji atskleidžia žmonių materialinių bei kultūrinių gyvenimo sąlygų ypatybes bei savybes, lyginant jas su standartu arba tam tikru lygiu, šių sąlygų tinkamą patenkinimą. Skirtingi sąvokos aiškinimai, jos daugiadimensiškumas, dėmesio sutelkimas į objektyvius ir / ar subjektyvius gyvenimo kokybės vertinimus parodo, kaip ilgainiui keitėsi požiūris į kiekvieno asmens / visuomenės gerą gyvenimą, o kartu praplečia suvokimą, kodėl šiandieninėje visuomenėje svarbūs yra gyvenimo kokybės tyrimai (Janušauskaitė, 2008). Todėl būtina pabrėžti, jog su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimui yra labai svarbu pastoviai atlikti su sveikata susijusios gyvenimo kokybės stebėseną arba monitoringą, kad būtų galima savalaikiai pastebėti gyvenimo kokybės pokyčius ir dėti visas pastangas jų šalinimui.

1.2.1. Veiksniai, įtakojantys HD pacientų gyvenimo kokybę

Svarbus gyvenimo kokybės kriterijus- sugebėjimas integruotis visuomenėje, buvimas visaverčiu visuomenės nariu, galintis aktyviai dirbti ir dalyvauti visuomeniniame gyvenime. Pradėjus dializės terapiją kyla daug vairių problemų ir pacientams ir šeimos nariams. Lietuvoje gyvena daugiau kaip 1400, o pasaulyje apie 1,5 mln. kurie nuo kelių mėnesių iki kelių dešimtmečių yra priklausomi nuo dializės aparato. Pagrindinė problema yra jausmas, kad jų gyvenimas priklauso tik nuo gydymo, o nuolatinis lankymasis, gulėjimas ligoninėje yra didelis stresas (Vainauskaitė, 2005). Dar 1993 metais D.H. Hepworth ir J.A Larsen teigė, kad stresas gali būti socialinis ir fenomenologinis. Socialinis stresas atsiranda tada, kai filmogus (išužėję ligonis) priverstas atlikti jam nebdingą rolę. Fenomenologinis stresas, kai filmogaus gyvenimas pasikeičia, ir jo gyvenimo būdas neatitinka jo siekių. Dauguma ligoninių tenka atsisakyti savo svajonių, jie nesugeba dirbti savo darbe, tenka atsisakyti karjeros. JAV atliktų tyrimo metu, buvo nustatyta, kad hemodializuojami ligoniai skirtingai priima savo ligą. Tai nulemia asmeninės savybės, charakteris, elgsena ir proai, tokie kaip mityba ar flalingi proai, aplinka, šeimos palaikymas bei supratimas (Vainauskaitė, 2005).

Gyvenimas su besikartojančia hemodialize yra nelengvas tiek pacientams, tiek jų šeimos nariams. Liga priverčia iš naujo vertinti santykius su filmomis bei savo vertybes. Pacientai jaučiantys šeimos, draugų paramą lengviau adaptuojasi prie dializės procedūrų. Dažnas liūdesys, prisilgtai nuotaika gali daryti neigiamą poveikį gyvenimo kokybei ir gali pastebimai veikti mirštamumui.

Dialize gydomas ligonis, sergantis negrįžtamu inkstų funkcijos nepakankamumu, susiduria su penkiais periodais /filmogaus reakcijomis nepagydomai ligai ir mirimo stadijomis (Polukordienė, 2008):

- *Neigimas / izoliacija.* Pirmoji reakcija, kai filmogus suflino nepagydomos ligos diagnozė. Tai neigimas: šnėgali būti, klaidinga diagnozė, su manim taip negali atsitikti. Tai etapas, kai vyksta aršė kova ufl gyvenimui (Gnezdilov, 2002).
- *Pyktis* ant sveikų, ant artimųjų, ant medikų, nes suvokia, kad praranda viską, kas jam buvo prasta ir svarbu (darb, pomėgius, santykius), kad planuotos ateities nebus, o dabartis taps vis daugiau ribojanti ir siauresnė. Ufl išo pyktis slypi baimė. Jei artimieji supranta – pyktis, jie gali priimti jėmafliau asmeniškai, kantriau.
- *Derybos.* Tai bandymas sudaryti sandėr su likimu arba Dievu, mėginant rasti deramą išeit iš esamos situacijos ir atidėti, nutolinti mirtį.
- *Depresija.* Filmogus išgyvena daug netekimų: darbingumo, jėgų, darbo, socialinio statuso, savarankiškumo, išvaizdos. Viltis išgyti išblėsta, ir mirštamiam filmogui tenka tai

keniant priimti bei perflirtuoti savo santykius su mirtimi. Tai veda depresiją, bet kančia sumažina ir kaltus jausmus, o tai galėtų palyginti su kaltės iškenčijimu ir išpirkimu. Netektis gyvenantis žmogus, susitaikęs su netekties realybe, pradeda liūdėti, o tai metas, kai prasideda tikras sielvarto darbas, nes jausmai galutinai priima faktą.

- *Susitaikymas/Priėmimas*. Žmogus pavargęs ir nusilpęs. Jis nustoja domėtis lankytojais, išorinio pasaulio naujienomis. Jis ruošiasi palikti – pasaulį. Tai jaučiame periode yra momentas, kur A.V. Gnezdilov (2002) apibūdina taip: Ar ne čia vyksta sielos prasiveržimas egzistenciniame laikmečiu, kur galima palyginti su amfinybe? Ar ne čia pradedama išgyventi būtis ir jaučiamas kiekvienos gyvenimo akimirkos reikšmingumas nuo –ypsenos iki atsitiktinų sąrašų?

Ne visada šie periodai keičia vienas kitą iš eilės, jie gali kaitaliotis. Todėl labai svarbu atpažinti kokiam periode žmogus yra. Tai galima pastebėti tik per bendravimą.

Apibendrinant, matome, kad svarbus gyvenimo kokybės kriterijus yra sugebėjimas integruotis į visuomenę, buvimas visaverčiu visuomenės nariu, galinčiu aktyviai dirbti ir dalyvauti visuomeniniame gyvenime. Pradėjus dializę iškyla daug įvairių problemų ir pacientams ir šeimos nariams. Hemodializuojami ligoniai skirtingai priima savo ligą. Tai nulemia asmeninės savybės, charakteris, elgsena ir įpročiai, tokie kaip mityba ar žalingi įpročiai, aplinka, šeimos palaikymas bei supratimas.

1.3. Slaugytojo vaidmuo hemodializuojamo paciento slaugoje

F. Nightingale (1820-1910) savo slaugytojams rašė: „šlaugymas yra toks dalykas, kad jei mes kiekvienais metais, kiekvien mėnesį, kiekvien savaitę neįsigauname priekyje, neprograsuojame, aš jums duodu floką, o tada mes įsigauname atgal“ (Pukinskienė, 2011).

Slaugytojai dažniausiai rūpinasi savo pacientų poreikiais, mažiau paciento liga ar bėda, jie padeda asmenims, įsivartojimams siekti kuo geresnį gyvenimo kokybę ir esant sveikatos sutrikimams, paremia metus. Nepriklausomai nuo to, kokioje srityje slaugytojas dirba, jis privalo kasdien sistemingai:

- vertinti paciento sveikatą,
- planuoti ir gyvendinti slaugą,
- vertinti slaugos, nukreiptos pacientų rezultatus (Pukinskienė, 2011).

Slaugytojo vaidmuo sveikatos ugdymo procese pacientams, kuriems atliekama peritoninė dializė, vaizdingai pavaizduota Baxter PD seminario medžiagoje (2001) piešinyje (2 pav.):



3 pav. Adekvataus sveikatos ugdymo integravimas
(pgl. Baxter, Peritoneal dialysis seminar, 2001)

Vainauskaitė V. (2005) magistro baigiamajame darbe „Hemodialize gydomi ligoniniai psichologiniai problemos, slaugos personalo vaidmuo“ remdamasi N. Lapkauskienė (2004), H. Eduard ir kt. (2003) straipsniais suformulavo hemodializuojamų pacientų slaugos proceso svarbiausius akcentus:

Saugi aplinka – žmogaus gyvybinės veiklos laidavimas yra vienas svarbiausių uždavinių. Pacientai gali jaustis nesaugūs, sutrikę, jausti nerimą, baimę. Jei ligonis neseniai dializuojamas, jam svarbus

pirmas sp dis. Slaugytoja turi prisistatyti, supažindinti su aplinka, tvarka, pasiteirauti gal turi koki klausim , padr sinti, paai-kinti, kad bet kada gali kreiptis slaugytoj pagalbos ar patarimo. Tai skatina pasitik jim .

Bendravimas – slaugytojos geb jimas uflmegzti kontakt su pacientais yra labai svarbus, nes tai yra s kmingo slaugos proceso pagrindas. Slaugytojos tikslas- suvokti, kokio jiems reikia bendravimo, pa iai dr siai ir aktyviai imtis iniciatyvos. Svarbus ir neverbalinis bendravimas, kuris pacientams suteikia paramos, –ilumos bei supratimo jausm . Bendraujant reikia stengtis prie-intis paciento neigiamoms mintims, ne kyriai skatinti teigiamas, aktyviai pasitik jim savimi. Pokalb visada uflbaigti su viltimi.

Valgymas ir gërimas – kartais inkst ligomis sergantys pacientai skundffiasi blogu apetitu, pykinimu, v mimu, viduriavimu. Be to, ligoniai turi laikytis dietos, vartoti ribot kiek vandens. Svarbu ai-kinti mitybos bei dietos svarb .

Tuštanimasis ir šlapinimasis – i gyvybin veikla yra individuali, intymi, tod l slaugytojai laikantis privatumo, reikia i-siai-kinti galimas –ios srities problemas. Viduri uflkiet jimas tai dafna LIFN sergan i problema. Taip pat susiduria su oligurija, anurija. Slaugytoja turi flinoti, k atsakyti jei pacientui i-kilt klausim . Prane-ti gydytojui, kuris numatyt tolimesn taktik .

Asmens higiena – i gyvybin veikla prasideda kiekvien ryt , tai priklauso nuo paciento bendros b kl s. Ligoniai link depresij , dafnai b na abejingi savo i-vaizdai, reikia mandagiai, ne fleidffiant paai-kinti pacientui asmenin s higienos svarb . Dializuojamiems pacientams dafna problema visok no niefluly, i-burnos blogas kvapas. Tod l slaugytoja turi patarti, kaip b t galima susitvarkyti su –iomis problemomis.

Darbas ir žaidimas – tai ypa aktuali problema sergant LIFN, nes dauguma nedirba, turi pirmos grup s invalidum . Dafnas li desys, neflinia d l ateities, baim , nerimas sutrikdo vis flmogaus veikl , nenori planuoti laisvalaikio, nedomina niekas, kas gal b t prie-lig teik dffiaugsm . Mintys, jog negal s toliau dirbti, atlikti –eimynini , visuomenini pareig , ligo ver ia pasijusti bej giu. Pacientai gali dirbti dideli fizini j g nereikalaujant darb , ta iau reikia suderinti darbo ir dializi grafik . Slaugytoja tur t pad ti atgauti dom jim si gyvenimu, pasitik jim savimi, fladinti savigarb ir vilt . Naudinga –i veikl traukti artimuosius.

Judėjimas – esant inkst nepakankamumui flmogus sunkiau pakelia fizin kr v , ypa po dializ s ligo nis jau iasi silpnai, tod l slaugytoja turi pad ti atsistoti ar priffi r ti, esant reikalui pad ti. Ta iau pacientus, pasitarus su gydytoju, turi skatinti jud ti, mank-tintis, stiprinti silpstan ius raumenis.

Lyties raiška – tai opi, intymi, ta iau labai reik-minga flmogui problema. Psichikos ir socialines problemas, kylan ias d l gydymo dialize, i-spr sti sunkiausia. Ir vyrai, ir moterys tuo metu

gali tapti nevaisingi. Moterims gali dingti menstruacijos, jos negali gimdyti d l galim komplikacij , o vyrai gali tapti impotentais. D l atliekam hemodializ s proced r , sumafl ja lytinis potraukis, o impotencij sukelia sunkiai nugalima maflakraujyst ir nevisi–kai pa–alintos i– kraujo toksin s medfliagos. Tokiems ligoniams reikalinga psichologo ar psichoterapeuto konsultacija .

Kūno temperatūros reguliavimas – ioje gyvybin je veikloje dafniausiai poky i neb na. Tik jei yra abejingi savo i–vaizdai, tod l nesir pina savo apranga, gali per–alti ar perkaisti. Slaugytoja gali patarti, kaip tinkamai rengtis.

Miegojimas – sergantiems LIFN dafnai i–sivysto vair s miego sutrikimai. Vakare sunkiai uflmiegama, vargina dafni prabudimai nuo menkiausio triuk–mo, mieguistumas dien . Yra rodyta, kad neramus miegas ir fizin –psichin gerov tarpusavyje labai susijusi. Ypa blogai miegama prie–dializ , b na nerimas, baim , kad nesusp s nuvaffiuoti dializ s centr . Nuo paskirt gydytojo vaist , nuo nemigos, gali greitai vystytis pripratimas, tod l slaugytoja turi tur t flini , kaip mieg reguliuoti nemedikamentin mis priemon mis .

Mirimas – sergant LIFN ligoniams mirties baim yra didel , jei ligonis link s depresij gali kilti mintys apie suicid . Pasitaiko, kai pacientai neateina dializ s centr , o tai kelia didel gr sm gyvybei. Pacientus neretai slegia kalt s jausmas, kad jie es niekam nereikalingi, na–ta artimiesiems. Slaugytoja turi b ti gerai psichologi–kai pasirengusi dirbti su –iais pacientais. Svarbu laiku pasteb ti nuotaik svyravimus, emocij kait (cit. Vainauskait , 2005).

Dializuojam pacient gyvenimui takos turi ir bendravimas su medikais. Jo d ka galima pasiekti, kad pacientas pasiekt savo pripaffinim , pasijust tur s pasirinkimo galimyb , kad jis nebevieni–as, surast savyje j g , gyt vilties spr sti vidinius konfliktus (Dainys, 2005). Kai pacientas b na sutrik s, yra ruo–iamas proced roms ar tiesiog atsisako pasimatyti su artimaisias, didel vaidmen tokiose situacijose vaidina bendravimas. Slaugytojai privalu flinoti bendravimo subtilybes savo veikloje:

- **Dėmesingumas** kitam asmeniui yra d mesingumas pla i ja prasme. Tikroji d mesio reik–m yra pritarimas ir susidom jimas.
- **Išklausymas** ó tai siklausymas i–reik–tus ar numanomus kito asmens flodffius, mintis ir jausmus. I–klausymas yra ne vien paprastas pasyvus klausymas, bet aktyvus, s moningas sugeb jimas i–girsti tai, ko ligonis nepasako, o tik uflsimena. Tai reikalauja didelio susikaupimo, blaivaus proto, dom jimosi tuo, kas sakoma. B tina sukoncentruoti vis d mes i kit flmog .

- **Atsiskleidimas** ó tai procesas, kurio metu savo asmenyb atskleidfiame kitam. Tšs procesas abipusis. Atsiskleidimas yra b tinas savirai–kai ir yra b tina bendravimo s lyga.
- **Šališkumas** ó b ti –ali–kam kito atffvilgiu rei–kia b ti atlaidffiam, neprimetant vystymosi kryp i , pad ti flogui tobul ti.
- **Isijautimq** galima apib dinti kaip b sena, kai flogus m gina sivaizduoti save kito vietoje taip, kaip jis pats save mato. Slaugytoja sigilina i paciento jausmus bei mintis ir perteikia – savo supratim flogais arba kitais b dais. sijautimas b tinas, kad lengviau uflsimegzt tarpasmeninis ry–ys.
- **Nuoširdumas** ó b tina s lyga pasitik ti santykiais. Nuo–irdumas arba autenti–kumas rei–kia, kadflogus s fliningai dalijasi su kitu flogumi savo mintimis, jausmais bei patirtimi. Nuo–irdus asmuo yra toks flogus, kuris supranta kito flogaus vidinius jausmus ir kuris t supratim teisingai perteikia, bendrauja be jokio dirbtinumo. Nuo–irdumas sustiprina ir asmens pasitik jim pa iu savimi, ir kit pasitik jim tuo asmeniu.
- **Pagarba** arba teigiamas d mesys rei–kia suvokim , jog yra teigiamai vertinami. flog fli rima kaip vertyb , ir nepaisant jo silpnumo, pad ti kitam asmeniui, tik ti jo sugeb jimu spr sti problemas bei pasirinkti teisingus veiksmus. ffinojimas, kad esi gerbiamas kaip flogus, yra b tina s lyga sveikatai ir vystymuisi .
- **Rūpinimasis** ó tai pagarba kitam flogui ir galimyb atskleisti save pat . R pinimasis yra ne tik kito flogaus prieffi ra, globa bet ir paties asmenyb s ugdymas (Ashworth, Stilwell, 1996; cit. Vainauskait , 2005).

Mokymas ir vadovavimas yra slaugytojui svarb s metodai, kai reikia pad ti pacientui geriau suvaldyti situacij . Mokymas ir vadovavimas pasi ymi tuo, kad tok bendravim valdo slaugytojas, turintis konkret tiksl ó perduoti informacij . Svarbiausias informacijos tikslas yra pad ti pacientui daugiau suffinoti, suprasti ir labiau sigilinti situacij . Tai bendra ir mokymui, ir vadovavimui (cit. Masiulionyt , 2007). Pacient mokymui gali t r ti takos tam tikri veiksniai. Pirma, patys pacientai gali b ti nesuinteresuoti, kai slaugytojai ar kiti sveikatos prieffi ros darbuotojai kalba apie j elgsenos pakeitim , moko savir pos, ai–kina apie j susirgim bei gydym . Antra, slaugytojams vykdyti mokymo funkcij gali trukdyti laiko stoka, nesudarytos darbo s lygos, mokymo patirties bei flini stoka (Kriukelyt , Tamo–i nien , 2002).

2. TIRIAMOJI DALIS

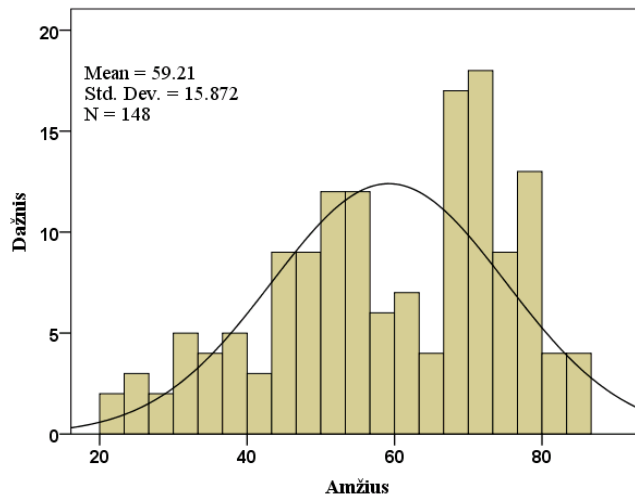
2.1. Tyrimo metodika

Pagal tyrimo metodologiją pasirinktas stebėjimo analitinis tyrimas. Tyrimo metu buvo panaudota anoniminis sergančių inkstų ligomis gyvenimo kokybės anketos (*ang.* Kidney Disease Quality of Life Short Form – KDQOL – SF[®], version 1.3). Vykdyta tikslinė atranka. Anot Rupienės (2007) tikslinė atranka vykdoma tada, kai tyrimas renkasi imtį atsifvelgdamas į konkretų tikslį, remdamasis tam tikrais kriterijais arba sprendimais. Gyvenimo kokybę vertinta panaudojant inkstų ligybei sergančių pacientų gyvenimo kokybės anketą (KDQOL – SF[®]), taip pat vertinti demografiniai respondentų duomenys (lytis, amžius, išsilavinimas, šeiminiai padaliniai) ir jų poveikis GK pokyčiams.

2.1.1. Tyrimo imtis

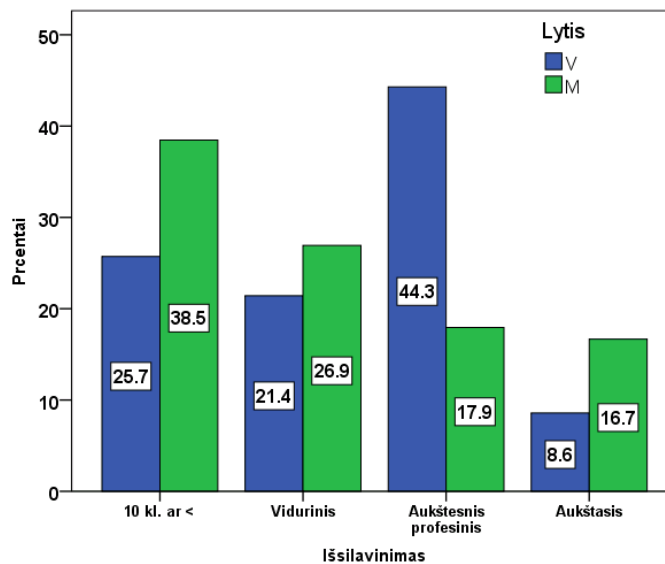
Tiriamoji imtis sudarė, 2011 birželio – 2011 gruodžio mėnesiais vakar Lietuvoje regione, sveikatos priežiūros staigose hemodializuojami ir sutikę dalyvauti tyrime, pacientai. Taikyta tikslinė respondentų atranka. 2011 m. birželio mėn., pirmame tyrimo etape (1T) buvo išdalinta 200 anketų. Grąžinta 157 anketos, iš jų 9 buvo sugadintos, nes buvo užpildyta mažiau nei 50 proc. anketos klausimų. 148 anketos pripažintos tinkamomis tolesnei analizei. Anketų grąžinamumas sudarė 74 proc.. Kiekvienam respondentui buvo suteiktas asmeninis ID kodas. Pakartotinio tyrimo metu (2T, po 6 mėnesių, t.y. 2011 m. gruodžio mėn.), tie patys respondentai (n=148) buvo apklausti antrą kartą. Buvo išdalintos 148 anketos, surinktos ir analizei paruoštos 125 anketos. Anketų grąžinamumas sudarė 84,5 proc.

Tyrimo kontingentą pirmo tyrimo metu sudarė 148 respondentai, kurių tarpe buvo 70 (47,3 proc.) vyrų ir 78 (52,7 proc.) moterys. Antro tyrimo metu apklausta 125 respondentai, kurių tarpe buvo 59 (47,2 proc.) vyrai ir 66 (52,8 proc.) moterys. Vyrų amžiaus vidurkis buvo 59,9 m. (SN = 15,2, ribos = 29 – 85), o moterų – 58,6 m. (SN = 16,5, ribos = 20 – 85). Tiriamoji amžiaus histograma pateikta 4 pav.



4 pav. Hemodializuojamų pacientų amžiaus histograma

Hemodializuojam vyr ir moter išsilavinimas statistiškai reikšmingai skyrėsi ($\chi^2=12,6$, $lfs=3$, $p=0,006$). Dažniau moterys (38,5 proc.) nei vyrai (25,7 proc.) turėjo 10 klasi arba mažesnį išsilavinimą. Aukštesnį turėjo atitinkamai 8,6 proc. moter ir 16,7 proc. vyrų. Net 44,3 proc. vyrų turėjo aukštesnį profesinį išsilavinimą, ir tik 17,9 proc. moterų (5 pav.).



5 pav. Hemodializuojamų vyrų ir moterų išsilavinimas
($\chi^2=12,6$, $lfs=3$, $p=0,006$)

Hemodializuojam tiek vyrų, tiek moterų profesijos skirstiniai buvo panašūs – daugiausia buvo pensininkai (26 proc.) ir negalintys dirbti (53 proc.). Dažniausiai vyrų ir moterų inkstų ligos atsiradimą takavo aukštas kraujospaudis (46 proc.). Tiek vyrai, tiek moterys apie 10 proc. hemodializuojami, naudoja

receptinius vaistus ir apie 90 proc. jų nenaudoja. Hemodializuojam vyr ir moter –eimynin pad tis statistiškai reik–mingai skyr si ($\chi^2=8,2$, IIs=1, p=0,004). Vyrai dařniau (78,6 proc.) buvo ved , nei moterys (56,4 proc.)

2.1.2. Tyrimo instrumentas

Siekiant vertinti sveikatos prieffi ros staigos hemodializuojam pacient gyvenimo kokyb ir jos poky ius po 6 m nesi bei pasitenkinimu slauga, buvo naudotas steb jimo analitinis tyrimo metodas. Tyrimui naudota anonimn sergan i j inkst ligomis pacient gyvenimo kokyb s anketa (*ang.* Kidney Disease Quality of Life Short Form ó KDQOL ó SFĖ , version 1.3). Tyo darbo metu buvo kult ri–kai adaptuota lietuvi–ka klausimyno versija (priedas 1) naudojant dvigubo vertimo technik (Burns, Grove, 2005). Anketa sukurta 1995 metais Arizonos universiteto (JAV) mokslinink . Autoriai nurodo, kad specialaus leidimo naudotis –ia anketa, nereikia. Visi klausimai ufdaro pob dffio ir pateikti keli atsakymo variantai, respondentams i–j reik jo pasirinkti vien , geriausiai i–rei–kiant j nuomon . Gauti tyrimo rezultatai tur t pad ti nustatyti sveikatos prieffi ros staigos hemodializuojam pacient gyvenimo kokyb ir jos poky ius po 6 m nesi .

2.1.3. Tyrimo eiga

Tyrimo procesas ap m –iuos etapus:

1 etapas ó Mokslin s literat ros, susijusios su magistrinio darbo tema, rinkimas ir studijavimas ir analizavimas. Tytini buvo ie–koma Medline, EBSCOhost, ScienceDirect duomen baz se, moksliniuose flurnaluose. Straipsniai buvo atrenkami pagal *raktinius žodžius*: hemodializ , gyvenimo kokyb , slauga, demografiniai duomenys ó 2010 m. rugs jis - 2012 m. balandis.

2 etapas ó Bandomojo tyrimo su 9 respondentais atlikimas, siekiant vertinti klausimyno tinkamum ó 2011 m. balandffio m n. vertinus bandomojo tyrimo rezultatus, klausimynas buvo adaptuojamas su trimis specialistais-ekspertais (gydytojas, slaugos specialistas, statistikas) ó 2011 m. gegufl s m n.

3 etapas - pirmas tyrimas (IT), anketin s apklausos realizavimas. Hemodializuojami ir sveikatos prieffi ros staigose tyrimo metu besigydantys pacientai, savanori–kai sutik dalyvauti tyrime ir ufpild informuoto asmens sutikimo form (priedas 2), buvo traukti tyrim . Informuoto asmens sutikimo forma ir anketa visiems respondentams buvo pateikti ufklijuotose vokuose. Kiekvienam respondentui, sutikusiam dalyvauti tyrime, buvo suteiktas ID kodas. Etapo trukm ó 2011 m. birffelio.

4 etapas ó pakartotinis antras tyrimas (2T), anketinis apklausos realizavimas. Po 6 mėnesių, pagal ID kodus, buvo apklausti tie patys, sveikatos priežiūros staigose tyrimo metu besigydantys pacientai. Anketos, su pažymtais ID kodais, visiems respondentams buvo pateiktos užklijuotose vakuose. Etapo trukmė ó 2011m. gruodžio mėn.

5 etapas ó duomenų suvedimas, apdorojimas, statistinis analizavimas, diagramų sudarymas ó 2012 sausio-kovo mėn..

6 etapas ó tyrimo rezultatų aprašymas ir aptarimas, išvada ir rekomendacijų rašymas. 2012 m. kovo ó gegužės mėn..

2.1.4. Statistinė duomenų analizė

Aprašdami duomenis, skaičiavome rodmenų vidurkius, standartinius nuokrypius (SN), kai kintamieji tenkino normalumo sąlygas ir medianas (Md), tarpkvartilinius plotus (KP), kai kintamieji netenkino normalumo sąlygų. Statistinio vertinimo tikslumui ir patikimumui nustatyti, skaičiavome pasikliautuosius intervalus, esant 95 proc. pasiklovimo lygmeniui. Tikrinant, ar kintamieji pasiskirstę pagal normalųjį skirstinį, buvo naudotas Kolmogorovo- Smirnovo testas.

Klausimyno stabilumas (angl. *Reliability*) atspindi matavimų tikslumą ir pastovumą (A). Vertinamas homogeniškumas ir vidinis pastovumas. Homogeniškumą rodo klausimų koreliacija kiekvienos srities viduje. Apskaičiuojamas srities sudarančių klausimų koreliacijos koeficientų vidurkis.

Vidiniams pastovumui vertinti apskaičiuojamas Kronbacho koeficientas, kuris rodo visų klausimų koreliaciją. Atliekant grupinius gyvenimo kokybės tyrimus, klausimyno vidinis pastovumas laikomas pakankamai geru, kai Kronbacho koeficientas yra lygus arba didesnis už 0,70. Atliekant individualaus tipo vertinimą, šis koeficientas turi būti lygus arba didesnis už 0,90 (B).

Dviem nepriklausomoms grupėms duomenų vidurkių lyginimui naudojome Studento *t* (*Student*) kriterijų, kai pasiskirstę pagal normalųjį dėsni, ir neparametrinį Mano-Vitnio (*Mann-Whitney*) ir ženklų (*Sign*) testus, kai skirstiniai tirtoje populiacijoje netenkino normalumo sąlygų.

Kategoriniams kintamiesiems skirtini priklausomumo ir homogeniškumo dažni statistinis reikšmingumas tikrintas pagal χ^2 , Fisherio tikslųjį kriterijų. Proporcijų palyginimui naudotas tikimybių lygys *z*-kriterijus, taikant arkosinusų transformaciją.

Reikšmingumo lygmuo tikrinant statistines hipotezes buvo 0,05.

Kintamųjų (tiriamųjų požymių) kaupimui buvo naudojamos MS Excel lentelės. Surinkti kiekybinio tyrimo duomenys buvo apdoroti kompiuterine „SPSS 20.00“ programos pagalba, išvedant procentinius duomenų vertinimus.

Analizės rezultatų pateikimas. Naudoti statistini hipotezi reikšmingumo lygmenys: kai $p > 0,05$ - statistiškai nereikšmingi (sn); kai $p < 0,05$ - reikšmingi (* p); kai $p < 0,01$ - labai reikšmingi (** p); kai $p < 0,001$ - itin reikšmingi (***) p).

2.1.5. Tyrimo etikos principų užtikrinimas

K. Kardelis (2005) nurodo, kad vienas svarbiausių etikos priežiūros reikalavimų yra tinkamai parengta informacija. Prieš tyrim respondentams buvo paaiškintas tyrimo tikslas ir uždaviniai. Visi respondentai savanoriškai dalyvavo apklausoje ir ufpild informuoto asmens sutikimo form .

Atliekant tyrim , vadovaut si bendrosios etikos principais: autonomi-kumo, privatumo, konfidencialumo, nefalingumo, geradaryst s, savanori-kumo. Tyrimas atliktas remiantis etikos principais ir Helsinkio deklaracija (2004), kurioje akcentuojama informuoto sutikimo reikšm ir tyrimo dalyvi savanori-kumas.

Gauti staig vadov sutikimai ir Klaip dos universiteto sveikatos moksl fakulteto slaugos katedros etikos komisijos pritarimas tyrimo atlikimui.

2.2. Tyrimo rezultatai

Klausimyno patikimumas. Statistinė analizė parodė, kad hemodializuojamų pacientų klausimynų srities apie sveikatą homogeniškumo vertinime vidutinis koreliacijos koeficientas buvo nedidelis – tik 0,049 ir kito nuo -0,761 iki 0,875 (1 lentelė). Geresni hemodializuojamų pacientų klausimynų srities homogeniškumo ir vidinio pastovumo rezultatai buvo apie inkstų ligas. Geriausias homogeniškumas buvo klausimynų srityje apie pasitenkinimą slaugos paslaugomis – vidutinis koreliacijos koeficientas buvo 0,336 ir kito nuo -0,215 iki 0,533. Tę klaušin sritis turi neblog homogeniškum ir vidin pastovum .

1 lentelė. Hemodializuojamų pacientų klausimyno sričių homogeniškumo ir vidinio pastovumo įvertinimas

Klausimyno sritys	Homogeniškumas			vidinis pastovumas Kronbacho α (standartizuotas)
	Vidurkis (Koreliacijos skalės viduje)	Min	Max	
I tyrimas (N = 148)				
Sveikata	0,049	-0,761	0,875	0,66
Inkstų liga	0,103	-0,568	0,793	0,71
Inkstų ligų poveikis kasdieniniam gyvenimui	0,023	-0,684	0,947	0,32
Pasitenkinimas slaugos paslaugomis	0,336	0,215	0,533	0,62
II tyrimas (N = 125)				
Sveikata	0,046	-0,766	0,856	0,65
Inkstų liga	0,091	-0,494	0,722	0,68
Inkstų ligų poveikis kasdieniniam gyvenimui	0,028	-0,730	0,952	0,36
Pasitenkinimas slaugos paslaugomis	0,358	0,225	0,554	0,64

Pakankamai geras hemodializuojamų pacientų klausimyno vidinis pastovumas nustatytas beveik visose srityse. Kronbacho α koeficientas svyravo nuo 0,66 iki 0,71 pirmo tyrimo ir nuo 0,64 iki 0,68 pakartotinio antro tyrimo metu. Tik išskyrus klausimus apie inkstų ligų poveikį kasdieniniam gyvenimui: Kronbacho α koeficientas buvo 0,32 pirmo tyrimo 0,36 pakartotinio tyrimo metu. Tai rodo, kad klausimai apie inkstų ligų poveikį kasdieniniam gyvenimui nebuvo pakankamai gerai parinkti ir

subalansuoti. Tyrimo instrumento stabilumas laiko atfivilgiu yra geras, vertintas vidiniu klas s koreliacijos koeficientu, kuris buvo didesnis nei vidutinis.

2. 2. 1. Hemodializuojamų pacientų bendros sveikatos supratimo pokyčiai

Hemodializuojam pacient pagrindiniai sveikat apib dinantys rodmenys pirmo tyrimo ir pakartotinio po –e-i m nesi tyrimo rezultatai pateikti 2 lentel je. Kaip parod tyrimas, pacient apib dinta sveikata po 6 m n. beveik nepasikeit ($\chi^2=1,3$, $lls=4$, $p=0,865$). Dafniausiai savo sveikat apib dina kaip patenkinam (53,4 proc. ir 54,4 proc.) ir ger (20,3 proc. ir 21,6 proc.). Statisti–kai reik–mingai nesikeit sveikatos vertinimo poffi ris po 6 m n., lyginant su pirmo tyrimo nuomone, analizuojant kaip vertina savo sveikat dabar lyginant su pra jusiais metais ($\chi^2=1,0$, $lls=4$, $p=0,913$). Dafniausiai savo sveikat lygindami su pra jusi met sveikata, apib dina kaip daug geresn nei prie–metus (32,5 proc. ir 43,0 proc.) ir kaip geresn nei prie–metus (17,9 proc. ir 19,8 proc.). Pakartotinio tyrimo metu net 18,6 proc. pacient nurod , kad lyginant su pra jusi met sveikata, ji yra daug blogesn nei prie–metus, kai pirmo tyrimo metu tai akcentavo tik 0,8 proc. pacient .

2 lentelė. Hemodializuojamų pacientų pagrindiniai sveikatą apibūdinantys rodmenys pirmo tyrimo ir pakartoto po šešių mėnesių

	Tyrimas		p-reik-m
	1 tyrimas	Po 6 m n.	
	N (proc.)	N (proc.)	
Apibūdinta savo sveikata			$\chi^2=1,3$, $lls=4$, $p=0,865$
Puiki	4 (2,7)	2 (1,6)	
Labai gera	11 (7,4)	6 (4,8)	
Gera	30 (20,3)	27 (21,6)	
Patenkinama	79 (53,4)	68 (54,4)	
Bloga	24 (16,2)	22 (17,6)	
Viso	148 (100,0)	125 (100,0)	
Lyginant su praėjusiais metais kaip vertina savo sveikatą dabar			$\chi^2=1,0$, $lls=4$, $p=0,913$
Daug geresn nei prie–metus	40 (32,5)	37 (43,0)	
Geresn nei prie–metus	22 (17,9)	17 (19,8)	
Tokia pati kaip prie–metus	8 (6,5)	1 (1,2)	
Blogesn nei prie–metus	6 (4,9)	0	

Daug blogesn nei prie–metus	1 (0,8)	16 (18,6)
Viso	148 (100,0)	125 (100,0)

Tiriam j veikla gana tampriai buvo susijusi su kasdienine veikla. Kiek sveikatos b kl apribojo tiriam j veikl , pateikta 3 lentel je.

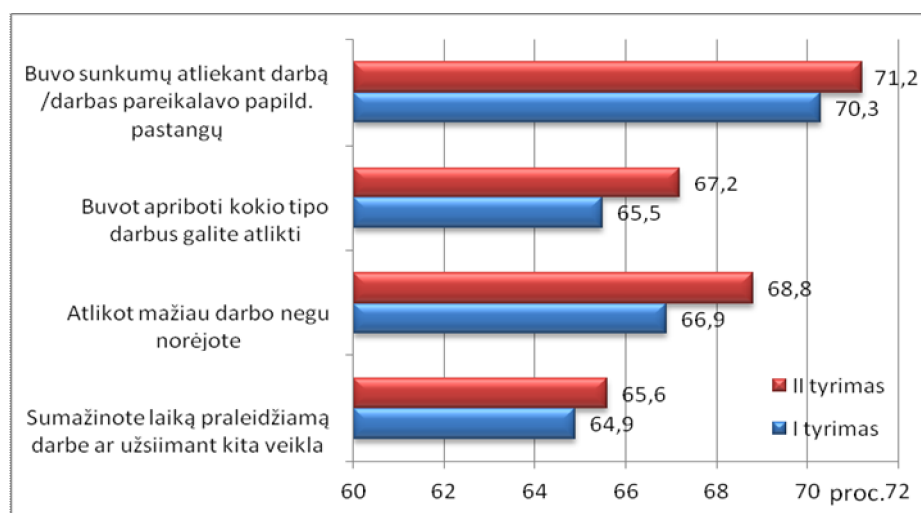
3 lentelė. Kiek sveikatos būklė apribojo hemodializuojamus pacientus kasdieninėje veikloje I tyrimo ir po 6 mėn.

	1 tyrimas	Po 6 m n.	
	N (proc.)	N (proc.)	p-reik-m
Vidutiniškai aktyvi veikla (stalo perstūmimas, boulingas, golfas)			
Vid. (SN), Md (KP)*	1,82 (0,70)	1,78 (0,66)	0,025
	2 (1)	2 (1)	
Labai riboja	51 (34,5)	43 (34,4)	
Truput riboja	72 (48,6)	66 (52,8)	
Neriboja	25 (16,9)	16 (12,8)	
Pirkinių pakėlimas ir nešimas			
Vid. (SN), Md (KP)*	1,88 (0,76)	1,82 (0,73)	0,577
	2 (1)	2 (1)	
Labai riboja	52 (35,1)	47 (37,6)	
Truput riboja	62 (41,9)	54 (43,2)	
Neriboja	34 (23,0)	24 (19,2)	
Lipimas laiptais vieną aukštą			
Vid. (SN), Md (KP)*	2,16 (0,77)	2,18 (0,74)	0,655
	2 (1)	2 (1)	
Labai riboja	33 (22,3)	25 (20,0)	
Truput riboja	58 (39,2)	53 (42,4)	
Neriboja	57 (38,5)	47 (37,6)	
Lankstymasis, klūpojimas, nusilenkimas			
Vid. (SN), Md (KP)*	1,85 (0,75)	1,84 (0,74)	0,705
	2 (1)	2 (1)	
Labai riboja	54 (36,5)	45 (36,0)	
Truput riboja	62 (41,9)	54 (43,2)	
Neriboja	32 (21,6)	26 (20,8)	
Vaikščiojimas (> 1,5 km)			
Vid. (SN), Md (KP)*	1,68 (0,78)	1,59 (0,74)	0,032
	2 (1)	2 (1)	
Labai riboja	76 (51,4)	70 (56,0)	
Truput riboja	43 (29,1)	36 (28,8)	
Neriboja	29 (19,6)	19 (15,2)	
Vaikščiojimas (iki 500 m)			
Vid. (SN), Md (KP)*	2,45 (0,69)	2,53 (0,67)	0,002
	2 (1)	2 (1)	

Labai riboja	17 (11,5)	12 (9,6)	
Truput riboja	47 (31,8)	35 (28,0)	
Neriboją	84 (56,8)	78 (62,4)	
Maudymasis, apsirengimas			
Vid. (SN), Md (KP)*	2,46 (0,64)	2,52 (0,62)	0,021
	2 (1)	2 (1)	
Labai riboja	17 (11,5)	12 (9,6)	
Truput riboja	47 (31,8)	35 (28,0)	
Neriboją	84 (56,8)	78 (62,4)	

*Wilcoxon rang testas

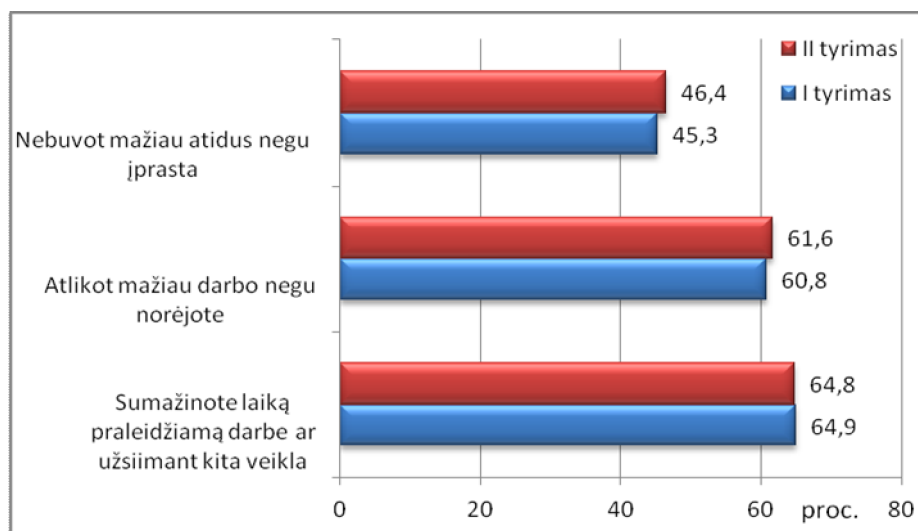
Statistinis analizė parodė, kad tiriamieji aktyvi veikla buvo gana susijusi su kasdienia veikla. Kaip matyti, sveikatos būklė po 6 mėn. nesiskyrė nuo visos eilės veiklų statistiškai reikšmingai blogesnė nei pirmo tyrimo metu. Štai vidutiniškai aktyvi veikla (stalo tenisas, burlenis, golfas) ($p = 0,025$), vaikščiojimas > 1,5 km ($p = 0,032$), vaikščiojimas iki 0,5 km) ($p = 0,002$). Tik maudymasis ir apsirengimas buvo statistiškai reikšmingai lengvesnis po 6 mėn., nei prieš ($p = 0,021$). Pirkinių krepšelis ir nešiojimas, lipimas laiptais, lankstymasis, klaidojimas, nusilenkimas praktiškai nesiskyrė ($p > 0,05$).



5 pav. Per pastarąsias keturias savaites turėjote sunkumų atliekant jūsų darbą arba kurią nors kasdienę veiklą dėl savo sveikatos būklės ($p > 0,05$).

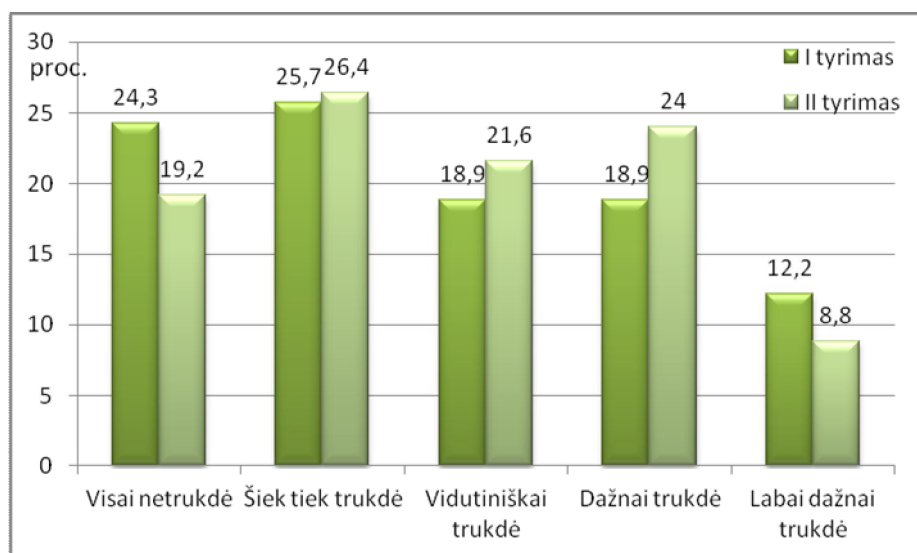
Per pastarąsias keturias savaites hemodializuojami pacientai turėjo sunkumų atliekant darbą arba kurią nors kasdienę veiklą dėl savo sveikatos būklės visada daugiau kaip 50 proc. atvejais. Dėl savo sveikatos būklės turėjo vairių problemų, susijusių su darbine veikla (žr. 5 pav.). Tiek I tyrimo, tiek pakartotinio tyrimo po 6 mėn. metu problemų dažnis statistiškai reikšmingai nesiskyrė, nors labai neįflymiai maži.

Panašią situaciją buvo ir dėl sunkumų atliekant darbą arba kuri nors kasdieninė veikla dėl savo emocinės būklės (figūra 4 pav.), šio pokyčiai po 6 mėn. buvo labai minimalūs. Trikdė darbinei dėl emocinės būklės yra, dažnis siekia nuo 45,3 proc. iki 64,9 proc.



6 pav. Per pastarąsias keturias savaites turėjote sunkumų atliekant jūsų darbą arba kurią nors kasdieninę veiklą dėl savo emocinės būklės ($p > 0,05$).

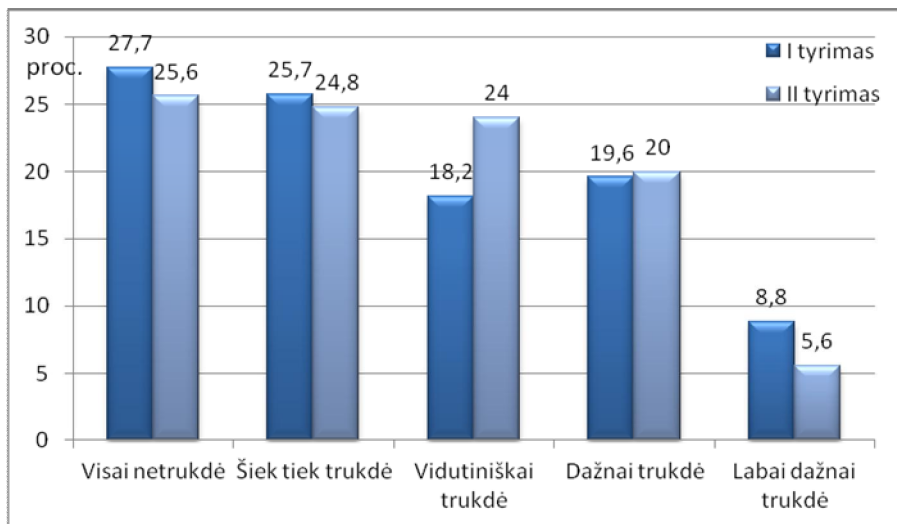
Kiek dažnai per pastarąsias keturias savaites hemodializuojamų pacientų fizinė sveikata trukdė kasdieninėje veikloje su šeima, draugais ir pažįstamais I tyrimo ir po 6 mėn. rezultatai pateikti 5 paveiksle.



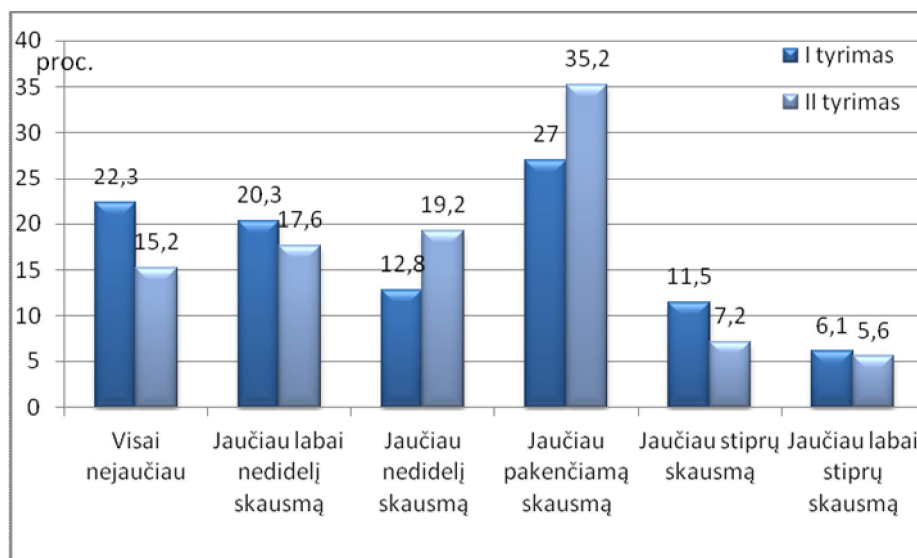
7 pav. Per pastarąsias keturias savaites hemodializuojamų pacientų fizinė sveikata trukdė kasdieninėje veikloje su šeima, draugais ir pažįstamais I tyrimo ir po 3 mėn. ($\chi^2=2,6$, $lls=4$, $p=0,625$)

Praktiškai tik ketvirtadaliui per pastaršias keturias savaites hemodializuojam pacient fizin sveikata visai netrukd kasdienin je veikloje su šeima, draugais ir pažįstamais I tyrimo ir po 6 m n. dar neffymiai sumafl jo iki penktadalio ($\chi^2=2,6$, IIs=4, $p=0,625$).

Per pastaršias keturias savaites hemodializuojam pacient emocin bkl visai netrukd ar šiek tiek trukd kasdienin je veikloje su šeima, draugais ir pažįstamais I tyrimo metu ir siek 53,4 proc., ir po 6 m n. neffymiai ($\chi^2=2,2$, IIs=4, $p=0,708$) sumafl jo iki 50,4 proc. (fl r. 8 paveiksl).



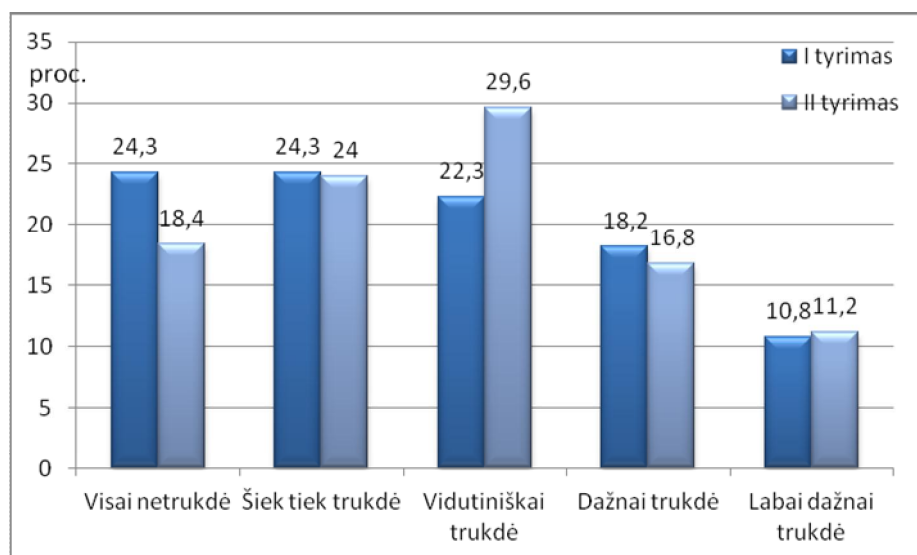
8 pav. Per pastaršias keturias savaites hemodializuojamų pacientų emocinė būklė trukdė kasdieninėje veikloje su šeima, draugais ir pažįstamais I tyrimo ir po 6 mėn. ($\chi^2=2,2$, IIs=4, $p=0,708$)



9 pav. Per pastaršias keturias savaites hemodializuojami pacientai per pastaršias keturias savaites jautė didelį fizinį skausmą I tyrimo ir po 6 mėn. metu ($\chi^2=2,6$, IIs=4, $p=0,625$)

Per pastaršias keturias savaites hemodializuojami pacientai visai nejaut te ar jaut labai nedidel fizin skausm 42,6 proc. I tyrimo ir 32,8 proc. po 6 m n. metu ($\chi^2=2,6$, IIs=4, p=0,625) (fi r. 9 paveiksl).

Kiek per pastaršias keturias savaites fizinis skausmas trukd hemodializuojam pacient veiklai darbe ir namuose matyti 10 paveiksle.



10 pav. Per pastaršias keturias savaites fizinis skausmas trukdė hemodializuojamų pacientų veiklai darbe ir namuose I tyrimo ir po 6 mėn. metu ($\chi^2=2,6$, IIs=4, p=0,626)

Pirmo tyrimo metu hemodializuojami pacientai paflym jo, kad 24,3 proc. atvej fizinis skausmas trukd veiklai darbe ir namuose, o po 6 m nesi i dalis sumafl jo iki 18,4 proc., bet statisti-kai reik-mingai nesiskyr ($\chi^2=2,6$, IIs=4, p=0,626).

Kaip savijauta pasikeit per 6 m n. laikotarp , matyti 5 lentel je.

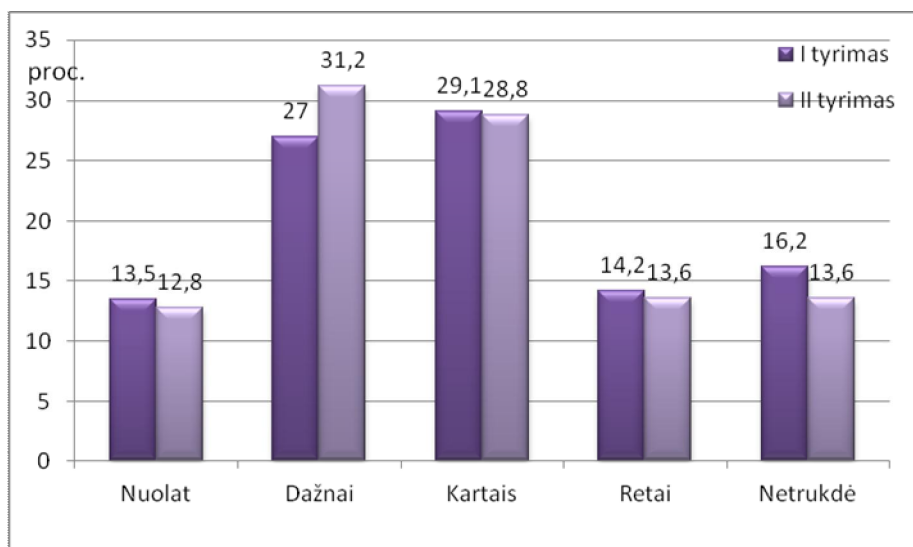
5 lentelė. Savijauta per pastaršias keturias savaites I tyrimo ir po 6 mėn. metu

	I tyrimas		Po 6 m n.		p-reik-m
	N	(proc.)	N	(proc.)	
Jautėtės labai energingas					
Vid. (SN), Md (KP)*	4,29 4,5 (1)	(1,39)	4,41 (1,28) 5 (1)		0,452
Nuolat	6 (4,1)		1 (0,8)		
Dažnai	17 (11,5)		18 (14,4)		
Labai dažnai	9 (6,1)		4 (3,2)		
Kartais	42 (28,4)		30 (24,0)		

Retai	44 (29,7)	50 (40,0)	
Niekada	30 (20,3)	22 (17,6)	
Jautėtės labai nervingas			
Vid. (SN), Md (KP)*	4,04 4 (1)	(1,12) 3,99 (1,08) 4 (1)	0,926
Dafnai	23 (15,5)	19 (15,2)	
Labai dafnai	13 (8,8)	11 (8,8)	
Kartais	55 (37,2)	52 (41,6)	
Retai	49 (29,7)	38 (40,0)	
Niekada	8 (5,4)	5 (4,0)	
Jautėtės labai sugniuždytas			
Vid. (SN), Md (KP)*	4,32 3 (2)	(1,33) 4,29 (1,32) 4 (1)	0,542
Dafnai	22 (14,9)	21 (16,8)	
Labai dafnai	13 (8,8)	7 (5,6)	
Kartais	43 (29,1)	37 (29,6)	
Retai	36 (24,3)	35 (28,0)	
Niekada	34 (23,0)	25 (20,0)	
Jautėtės ramus ir taikus			
Vid. (SN), Md (KP)*	3,16 3 (2)	(1,39) 3,16 (1,23) 3 (2)	0,257
Nuolat	17 (11,5)	7 (5,6)	
Dafnai	42 (28,4)	42 (33,6)	
Labai dafnai	24 (16,2)	19 (15,2)	
Kartais	36 (24,43)	41 (32,8)	
Retai	24 (16,2)	13 (10,4)	
Niekada	5 (3,4)	3 (2,4)	
Jautėtės išsekęs			
Vid. (SN), Md (KP)*	3,84 4 (2)	(1,31) 3,73 (1,31) 4 (3)	0,091
Nuolat	2 (1,4)	1 (0,8)	
Dafnai	32 (21,6)	33 (26,4)	
Labai dafnai	14 (9,5)	12 (9,6)	
Kartais	56 (37,8)	43 (34,4)	
Retai	27 (18,2)	25 (20,0)	
Niekada	17 (11,5)	11 (8,8)	
Jautėtės pavargęs			
Vid. (SN), Md (KP)*	3,84 4 (2)	(1,31) 3,73 (1,31) 4 (3)	0,008
Nuolat	2 (1,4)	1 (0,8)	
Dafnai	32 (21,6)	33 (26,4)	
Labai dafnai	14 (9,5)	12 (9,6)	
Kartais	56 (37,8)	43 (34,4)	
Retai	27 (18,2)	25 (20,0)	
Niekada	17 (11,5)	11 (8,8)	

*Wilcoxon rang testas

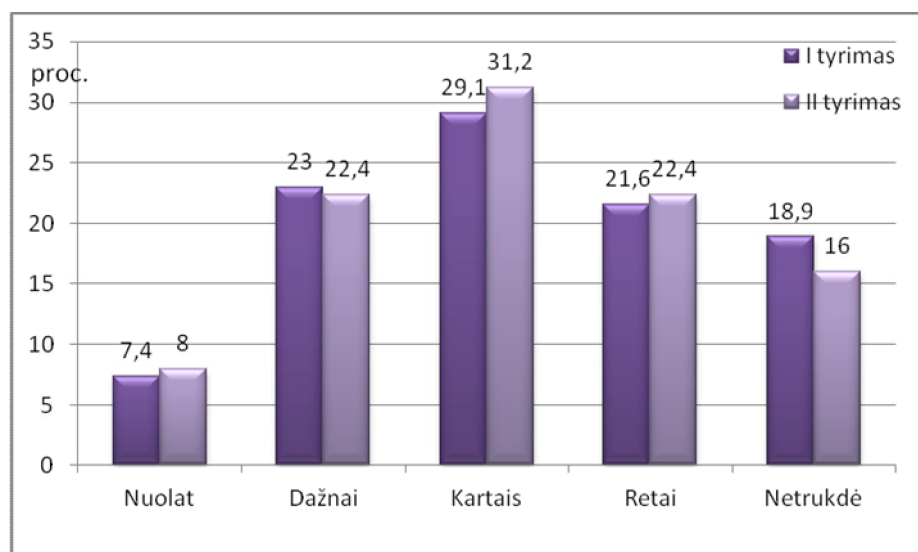
Statistiškai reikšmingai hemodializuojami pacientai jautėsi daugiau pavargę antro tyrimo metu, nei pirmo ($p = 0,008$) tyrimo metu. Išsekimų kiekis tiek dažniau skundėsi pakartotinio tyrimo metu, nei pirmo tyrimo ($p = 0,091$). Kiti poŧymiai buvo beveik tokie patys abiej tyrim metu.



11 pav. Per pastaršias keturias savaites fizinė sveikata trukdė hemodializuojamų pacientų veiklai darbe ir namuose I tyrimo ir po 6 mėn. metu ($\chi^2=0,7$, $l/s=4$, $p=0,944$)

Kaip parod tyrimo rezultatai, tik iki tre dalio pacient paflem jo, kad fizin sveikata netrukd hemodializuojam pacient veiklai darbe ir namuose. Labai neŧymiai situacija pasikeit blogesn pus pakartotinio tyrimo metu po 6 mėnesi ($\chi^2=0,7$, $l/s=4$, $p=0,944$) (fi r. 11 paveiksl).

Panašią situaciją steb ta ir vertinant emocinį būklės pakyius hemodializuojam pacient tarpe. Kad emocinė būklė netrukd veiklai darbe ir namuose paflem jo 30,6 proc. respondent pirmo tyrimo metu ir 27,2 proc. - po 6 mėnesi. Labai neŧymiai situacija pasikeit blogesn pus pakartotinio tyrimo metu po 6 mėnesi ($\chi^2=0,4$, $l/s=4$, $p=0,975$) (fi r. 12 paveiksl).



12 pav. Per pastarąsias keturias savaites emocinė būklė trukdė hemodializuojamų pacientų veiklai darbe ir namuose I tyrimo ir po 6 mėn. metu ($\chi^2=0,4$, IIs=4, $p=0,975$)

2.2.2. Hemodializuojamų pacientų inkstų ligos suvokimo pokyčiai

Hemodializuojamiems pacientams inkstų ligos poveikis kasdieniniam gyvenimui pirmo tyrimo metu ir pakartotinio tyrimo po 6 mėn. rezultatai palyginimas parodė, kad situacija beveik nesikeitė (žr. 6 lentelę). Panašiai vertino ir savo sveikatą, su vidurkiu truputį didesniu už vertinimo vidurkį, t.y. 5,5 (SN=2,18) I tyrimo ir po 6 mėn. 5,3 (SN=1,99) balo (vertinamą skalę nuo 0 - labai bloga iki 10 - labai gera). Išsiskyrė vienas požymis - tai, kad gebėjimas keliauti po 6 mėn. hemodializuojami ligoniai pažymėjo dažniau, kad trukdo, labai ir stipriai trukdo, nei pirmo tyrimo metu ($p = 0,007$).

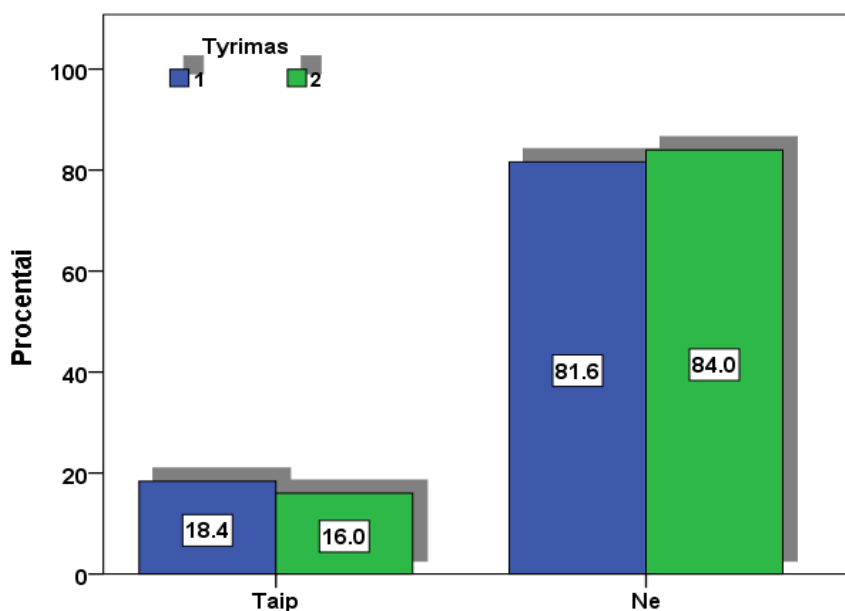
6 lentelė. Hemodializuojamiems pacientams inkstų ligos poveikio kasdieniniam gyvenimui palyginimas I tyrimo ir pakartotinio tyrimo po 6 mėn. metu

	I tyrimas			po 6 mėn.			p-reikšmė
	N	Vid. (SN)	Md (KP)	N	Vid. (SN)	Md (KP)	
Inkstų liga trukdė kasdieniam gyvenimui							
Skysčių vartojimo ribojimas	148	3,30 (1,31)	3 (2)	125	3,32 (1,32)	3 (3)	1,000
Dietos apribojimai	148	3,08 (1,38)	3 (2)	125	3,10 (1,36)	3 (2)	0,642
Galėjimas dirbti namuose ar darbe	148	2,49 (1,25)	2 (2)	125	2,50 (1,23)	2 (2)	0,792
Galėjimas keliauti	148	3,16 (1,16)	3 (2)	125	3,30 (1,18)	3 (1)	,007

Priklausomyb nuo daktar ir ligonin s personalo	148	2,54 (1,32)	2 (3)	125	2,60 (1,36)	2 (3)	10
Stresas ir nerimas d l inkst ligos	148	2,78 (1,13)	3 (2)	125	2,82 (1,06)	3 (1)	0,221
Seksualinis gyvenimas	148	1,99 (1,29)	1 (2)	125	2,07 (1,31)	1 (2)	0,334
I-vaizda	148	1,89 (1,03)	2 (2)	125	1,90 (1,07)	1 (2)	1,000
Buvoti lyti-kai aktyvus	148	1,34 (,48)	1 (1)	125	1,31 (,47)	1 (1)	0,317
Miegas							
Miego kokyb	148	6,34 (2,21)	6 (3)	125	6,22 (2,11)	6 (3)	0,742
Prabudo nakt ir negal jo uflmigti	147	3,16 (1,20)	3 (2)	125	3,20 (1,13)	3 (2)	0,827
Jaut si gerai i-simiegoj s	147	3,39 (1,21)	3 (1)	125	3,39 (1,11)	3 (1)	0,491
Jaut si mieguistas dienos metu	147	2,64 (1,01)	3 (1)	125	2,58 (,98)	2 (1)	0,132
Pasitenkinimas laiko praleisto su -eima ir draugais trukme	147	2,99 (,76)	3 (0)	125	2,97 (,77)	3 (0)	0,564
Pasitenkinimas -eimos ir draug palaikymu	147	3,24 (,70)	3 (1)	125	3,24 (,71)	3 (1)	0,180
Kaip bendrai vertina savo sveikat	147	5,50 (2,18)	5 (3)	125	5,30 (1,99)	5 (3)	0,864

Vilkoksono testas.

Mafdaug tik penktadalis--e-tadalis hemodializuojam ligoni dirba ($\chi^2=0,3$, IIs=1, p=0,633) (fli r ti 13 pav.), -is skai ius, po truput vis mafl jo, nors ir nereik-mingai. Tiek pirmo tyrimo metu (47,6 proc.), tiek po 6 m nesi (42,4 proc.) beveik pus ligoni paflym jo, kad liga trukdo dirbti apmokam darb ($\chi^2=1,7$, IIs=2, p=0,430).



13 pav. Hemodializuojamų pacientai darbas I tyrimo ir po 6 mėn. metu ($\chi^2=0,3$, IIs=1, p=0,633)

2.2.3. Hemodializuojamų pacientų pasitenkinimo slaugos paslaugomis pokyčiai

Hemodializuojam ligoni pasitenkinimo paslaugomis palyginimas I tyrimo ir pakartotinio tyrimo po 6 m n. metu pateiktas 7 lentel je. Statistiškai reikšming pokyčių pasitenkinimo paslaugomis I tyrimo ir pakartotinio tyrimo po 6 m n. metu nenustatyta. Kad pasitenkinimas slaugos paslaugomis buvo labai aukšto lygio I tyrimo metu patvirtėjo 95,2 proc. ligoni ir 94,6 proc. pakartotinio tyrimo po 6 m n. metu ($\chi^2=0,2$, IIs=5, p=0,999).

7 lentelė. Hemodializuojamų ligonių pasitenkinimo paslaugomis palyginimas I tyrimo ir pakartotinio tyrimo po 6 mėn. metu

	I tyrimas			po 6 m n.			p-reikšm
	N	Vid. (SN)	Md (KP)	N	Vid. (SN)	Md (KP)	
Slaugos personalo draugiškumas ir domėjimasis pacientu kaip žmogumi	147	5,41 (1,26)	5 (3)	125	5,37 (1,27)	5 (3)	0,357
Dializės personalas skatina būti kiek manoma nepriklausomam	148	1,83 (.98)	1 (2)	125	1,87 (1)	2 (2)	1.000
Dializės personalas padeda susitvarkyti sus ligos pasekmėmis	148	1,72 (1,03)	1 (1)	125	1,72 (1,02)	1 (1)	0,480

Hemodializuojami ligoniai patvirtėjo gerus atsiliepimus apie tai, kad dializės personalas padeda susitvarkyti sus ligos pasekmėmis I tyrimo (80,4 proc.) ir po 6 mėn nesilavinimas (80,0 proc.) ($\chi^2=0,2$, IIs=4, p=0,993).

2.2.4. Hemodializuojamų pacientų demografinių duomenų koreliaciją su gyvenimo kokybės pokyčiais

8 lentel je pateikta sociodemografini ir sveikatos požymių koreliacin matrica (Spirmano rho). Priede Nr. 3 pateikta detalesnis ir pilnesnis –ios koreliacin s matricos variantas (9 lentel). Kaip matyti, sveikatos rodikliai praktiškai nekoreliavo su lytimi ir –eimynine padėtimi, nes koreliacijos koeficientai beveik visi nebuvo statistiškai reikšmingi. Išsilavinimas ir amfius koreliavo su sveikatos rodmenimis silpno ir dažniausiai vidutinio stiprumo koreliaciniais dydžiais. Hemodializuot pacient išsilavinimas vidutinio stiprumo lygiu koreliavo su aktyvia veikla ($R = 0,42$, $p = 0,01$), labai dideliu energingumu per pastaras 4 sav. ($R = 0,45$, $p = 0,01$), akcentavimu, kad fizin sveikata trukd veiklai darbe ir namuose ($R = 0,41$, $p = 0,01$). Hemodializuot pacient amfius vidutinio stiprumo atvirkštinu ryšiu (klasim atsakym vertinimai parinkti taip: 1 - Labai riboja, 3 ó Visai neriboja) koreliavo su lipimu laiptais vien ir kelis aukštus, didesni atstum nu jimu ($R = -0,42 - -0,43$, $p = 0,01$), labai dideliu

energingumu per pastaras 4 sav. ($R = 0,50$, $p = 0,01$), akcentavimu, kad tur jo daug energijos ($R = 0,42$, $p = 0,01$).

8 lentelė. Sociodemografinių ir sveikatos požymių koreliacinė matrica (Spirmano rho)

Klausimo Nr. Anketos klausimai	I-silavinimas	Lytis	Ved s/I-tek jusi	Amflius
1 Savijauta	-.39**	.04	-.06	.35**
2 Savijauta lyginant su pra jusiais metais	-.24**	.08	.02	.19*
3a SB riboja Aktyvi veika	.42**	-.02	.14	-.38**
3b SB riboja vidut. aktyvi veika	.32**	-.16*	.03	-.34**
3c SB riboja pirkini pak limas	.25**	-.19*	.04	-.34**
3d SB riboja lipimas laiptais kelis auk-tus	.27**	-.01	.10	-.38**
3e SB riboja lipimas laiptais viena auk-t	.31**	-.05	.03	-.42**
3f SB riboja lankstymasis kl pojimas	.25**	-.01	.01	-.42**
3g SB riboja vaik- iojimas > 1,5 km	.43**	-.03	.10	-.43**
3h SB riboja vaik- iojimas iki 1 km	.36**	-.06	.04	-.41**
3i SB riboja vaik- iojimas < 0,5 km	.27**	-.09	.04	-.34**
3j SB riboja maudymasis rengimasis	.24**	-.15	-.00	-.30**
4a Sumaffinote laik darbe ar ufsiimant kita veikla	.22**	-.07	-.03	-.21*
4b Atlikot maffiau darbo	.33**	-.14	.03	-.38**
4c Buvot apriboti	.27**	-.08	.08	-.30**
4d Sunkumai atliekant darb	.24**	-.09	.04	-.26**
5a Sumaffinote laik darbe	.24**	-.01	.08	-.21**
5b Atlikot maffiau darbo	.29**	-.04	.02	-.37**
5c Nebuvot maffiau atidus nei prasta	.22**	-.07	.06	-.25**
6 Ar dafnai per 4 sav. FS trukd kasdienin je veikloje	-.37**	-.08	.06	.32**
7 Ar dafnai per 4 sav. EB trukd kasdienin je veikloje	-.42**	-.05	.01	.38**
8 Ar dafnai per 4 sav. jaut te didel Fiz. skausm	-.36**	.04	.05	.31**
9 Ar dafnai per 4 sav. Fiz. skausmas trukd veiklai	-.40**	.01	-.03	.37**
10a Per pastaras 4 sav. jaut t s l. energingas	-.45**	-.01	-.07	.50**
10b Per pastaras 4 sav. jaut t s l. nervingas	.28**	-.09	-.01	-.14
10c Per pastaras 4 sav. jaut t s l. sugniuofdityas	.27**	-.01	-.06	-.18*
10d Per pastaras 4 sav. jaut t s ramus ir taikus	-.37**	-.00	.05	.25**
10e Per pastaras 4 sav. tur jote daug energijos	-.37**	-.06	.03	.42**
10f Per pastaras 4 sav. buvote li dnas	.32**	-.12	.00	-.23**
10g Per pastaras 4 sav. jaut t s i-sek s	.35**	-.14	.03	-.21*
10h Per pastaras 4 sav. jaut t s laimingas	-.33**	.04	.06	.29**
10i Per pastaras 4 sav. jaut t s pavarg s	.38**	.00	.07	-.29**
11 Fiz. Sv. trukd veiklai darbe ir namuose	.41**	.01	-.03	-.32**
12 Emoc. b kl trukd veiklai darbe ir namuose	.33**	-.02	-.06	-.30**
13a Susergu lengviau nei kiti	.32**	-.14	.06	-.12
13b Esu sveikas kaip pafli stami	-.31**	.03	-.10	.30**
13c Tik jausi kad sveikata bus prastesne	-.12	.01	-.09	.10
13d Mano sveikata puiki	-.37**	.05	-.07	.28**

2.3. Tyrimo rezultatų aptarimas

Darbo pradžioje iškelta hipotezė, kad hemodializuojamų pacientų supratimas apie gyvenimo kokybės pokyčius takuoja demografiniai duomenys (išsilavinimas, lytis, amžius, šeiminis padėtis) tik iš dalies. Tyrimas parodė, kad sveikatos rodikliai praktiškai nekoreliavo su lytimi ir šeimynine padėtimi, o išsilavinimas ir amžius koreliavo su sveikatos rodmenimis: su aktyvia veikla ($R = 0,42$, $p = 0,01$), labai dideliu energingumu per pastaras 4 sav. ($R = 0,45$, $p = 0,01$), akcentavimu, kad fizinė sveikata trukdė veiklai darbe ir namuose ($R = 0,41$, $p = 0,01$). Hemodializuotų pacientų amžius koreliavo su lipimu laiptais vien ir kelis aukštus, didesni atstumai nuėjimu ($R = -0,42 - -0,43$, $p = 0,01$), labai dideliu energingumu per pastaras 4 sav. ($R = 0,50$, $p = 0,01$), akcentavimu, kad turėjo daug energijos ($R = 0,42$, $p = 0,01$).

Hemodializuojamų pacientų gyvenimo kokybės ir sveikatos temos darosi vis aktualesnės ir domina vairių sričių specialistus, tame tarpe ir medikus. Faktas, kad hemodializuojamieji pacientai, su sveikata susijusi gyvenimo kokybė, pagrįstas tyrimais ir plačiai aprašomas literaturoje. Tyrimai atliekami toliau, siekiant nustatyti, kaip su sveikata susijusi gyvenimo kokybė takuoja ne tik ligą, gydymosi stacionare dažnumas bei trukmę, bet taip pat ir sociodemografiniai buomenys (sergančiųjų lytis, amžius bei išsilavinimas) bei pokyčiai laiko atfivigiu.

Šiuo darbu buvo siekiama vertinti hemodializuojamų pacientų gyvenimo kokybę ir su sveikata susijusios gyvenimo kokybės kitimus 6 mėnesių laikotarpyje. Analizuojant hemodializuojamų pacientų pagrindinius sveikatos apibūdinančius rodmenis susijusius su gyvenimo kokybės pokyčiais, rezultatai parodė, kad pirmo tyrimo ir pakartotinio po šeši mėnesių pacientų apibūdinama sveikata beveik nepasikeitė. Dažniausiai savo sveikatos apibūdinama kaip patenkinama (53,4 proc. ir 54,4 proc.). Pakartotinio tyrimo metu net 18,6 proc. pacientų nurodė, kad lyginant su praėjusiu metu sveikata, ji yra daug blogesnė nei priešmetus, kai pirmo tyrimo metu tai akcentavo tik 0,8 proc. pacientų. Tyrimo, atlikto V. Masiulionytės (2007) apie HD pacientų sveikatos teigiama, kad 13 proc. respondentų pažymėjo, kad jų sveikata yra flymiai prastesnė, lyginant su praėjusiais metais.

Statistinis analizavimas parodė, kad tiriamoji aktyvi veikla yra gana susijusi su kasdienine veikla. Sveikatos būklė po šeši mėnesių buvo visa eile veikli statistiškai reikšmingai blogesnė, nei pirmo tyrimo metu (tai vidutiniškai aktyvi veikla (stalo peršėlimas, boulingas, golfas), vaikiojimas $> 1,5$ km, vaikiojimas iki 0,5 km). Tik maudymasis ir apsirengimas buvo statistiškai reikšmingai lengvesnis po 6 mėnesių, nei prieš ($p = 0,021$). Tyrimo, atlikto V. Masiulionytės (2007) metu 74,1 proc.

pacient teig , kad j sveikata buvo labai ribojama aktyvioje veikloje (b gime, sunki daikt k lime, temptame sporte).

Tyrimas parod , kad hemodializuojami pacientai tur jo sunkum atliekant darb arba kuri nors kasdienin veikl d l savo sveikatos b kl s visada daugiau kaip 50 proc. atvej . Remiantis V. Masiulionyt s (2007) atlikto tyrimo rezultatais, net 74,1 proc. pacient pafl ym jo kad j sveikat buvo labai ribojama aktyvioje veikloje (b gime, sunki daikt k lime, temptame sporte), o lipant laiptais sveikata labai ribojo 40,7 proc.

Trikdffi darbinei veiklai d l emocin s b kl s dafnis siekia nuo 45,3 proc. iki 64,9 proc.. Tik ketvirtadaliui per pastar sias keturias savaites hemodializuojam pacient fizin sveikata visai netrukd kasdienin je veikloje su –eima, draugais ir pafl stamais. Per pastar sias keturias savaites hemodializuojami pacientai per pastar sias keturias savaites visai nejaut te ar jaut labai nedidel fizin skausm 42,6 proc. I tyrimo ir 32,8 proc. po 6 m n. Statisti–kai reik–mingai hemodilizuojami pacientai jaut si daugiau pavarg antro tyrimo metu, nei pirmo ($p = 0,008$). Esbensen ir kt. (2007) autori teigimu, kad stacionarinio gydymo laikotarpiu d l ligos ir jos gydymo patiriamas skausmas, nuovargis, nemiga nemafl ja gydymo eigoje ir flenkliai pablogina su fizine sveikata susijusi gyvenimo kokyb .

Pana–i situacija steb ta ir apie *emocin s būkl s* pak y ius, hemodializuojam pacient tarpe, pafl em jo, kad emocin b kl netrukd *veiklai darbe ir namuose* 30,6 proc. atvej pirmo tyrimo metu ir 27,2 proc. pacient po 6 m n.. Tyrimo, atlikto V. Vainauskait s (2005) rezultatai parod , kad hemodializuojami pacientai esant emocin s b kl s poky iams (nerimui) niakada nemiega ramiai (14,7 proc.), o esant depresijai 6,7 proc. niekada nemiega ramiai prie–vaffiuojant dializuotis.

Statisti–kai reik–ming poky i d l pasitenkinimo slaugos paslaugomis I tyrimo ir pakartotinio tyrimo po 6 m n. metu nenustatyta. Pasitenkinimas buvo labai auk–to lygio: I tyrimo metu pafl ym jo 95,2 proc. ligoni ir 94,6 proc. pakartotinio tyrimo po 6 m n. metu. Masiulionyt s (2007) atlikto tyrimo rezultatai parod , kad pacientai taip pat buvo patenkinti bendravimu su slaugos personalu (85,2 proc.). Tyame tyrimo pafl ymima, kad slaugytojos apie savo darb atsiliep kukliau, ir j atsakymai reik–mingai skyr si nuo pacient : 86,7 proc. j man , kad pacientai yra dalinai patenkinti bendravimu su slaugos personalu ir tik 13,3 proc. slaugytoj man , kad pacientai bendravimu yra visi–kai patenkinti. M s atlikto tyrimo duomenimis, hemodializuojami ligoniai pafl ym jo gerus atsiliepimus apie tai, kad dializ s personalas padeda susitvarkyti sus ligos pasekm mis

IŠVADOS

- Kaip parodė tyrimas, pacientai dažniausiai savo sveikatą apibūdina kaip patenkinamą (53,4 proc. ir 54,4 proc.) ir gerą (20,3 proc. ir 21,6 proc.), sveikatos apibūdinimas po 6 mėn. beveik nepasikeitė ($\chi^2=1,3$, $df=4$, $p=0,865$). Pakartotinio tyrimo metu net 18,6 proc. pacientų nurodė, kad lyginant su praėjusiu metų sveikata, ji yra daug blogesnė nei priešmetus, kai pirmo tyrimo metu tai akcentavo tik 0,8 proc. pacientų. Tyrimo nustatytas tarpusavio ryšys tarp depresijos lygio, miego ir skausmo jautumo. Turintieji depresijos simptomus kenčia nuo blogo miego kokybės, juos daugiau vargina įvairios lokalizacijos skausmai.
- Nustatyta, kad hemodializuojamiems pacientams inkstų ligų poveikis kasdieniniam gyvenimui pirmo tyrimo metu ir pakartotinio tyrimo po 6 mėn., buvo vertintas beveik vienodai vidutiniškai: 5,5 (SN=2,18) I tyrimo ir po 6 mėn. 5,3 (SN=1,99) balo. Išsiskyrė vienas poflymis - tai, kad gebėjimui keliauti po 6 mėn. hemodializuojami ligoniniai paflymėję dažniau, kad trukdo, labai ir stipriai trukdo, nei pirmo tyrimo metu ($p = 0,007$). Tiek pirmo tyrimo metu (47,6 proc.), tiek po 6 mėn. nesilavinę (42,4 proc.) beveik pusė ligoninių paflymėję, kad liga trukdo dirbti apmokamam darbui ($\chi^2=1,7$, $df=2$, $p=0,430$).
- Tyrimas parodė, kad pasitenkinimas slaugos paslaugomis buvo labai aukšto lygio: I tyrimo metu tai paflymėję 95,2 proc. ligoniniai ir 94,6 proc. pakartotinio tyrimo po 6 mėn. metu ($\chi^2=0,2$, $df=5$, $p=0,999$), tačiau statistiškai reikšmingų pokyčių nenustatyta. Hemodializuojami ligoniniai paflymėję, kad dializės personalas padeda susitvarkyti su ligos pasekmėmis I tyrimo (80,4 proc.) ir po 6 mėn. nesilavinę (80,0 proc.) ($\chi^2=0,2$, $df=4$, $p=0,993$).
- Nustatyta, kad gyvenimo kokybės rodmenys praktiškai nebuvo takoti lyties ir šeimyninės padėties, tačiau vidutinio stiprumo dydžiais koreliavo su išsilavinimu ir amžiumi. Hemodializuotų pacientų išsilavinimas vidutinio stiprumo lygiu koreliavo su aktyvia veikla, labai dideliu energingumu per pastarąsias 4 sav. akcentavimu, tai kad fizinė sveikata trukdė veiklai darbe ir namuose. Hemodializuotų pacientų amžius vidutinio stiprumo atvirkštinio ryšiu koreliavo su lipimu laiptais vien ir kelis aukštus, didesni atstumai nuo jimų, labai dideliu energingumu per pastarąsias keturias savaites, akcentavimu, kad turėjo daug energijos.

REKOMENDACIJOS

Sveikatos priežiūros įstaigų, skyrių slaugos administratoriams:

1. Skyri personalui organizuoti seminarus, paskaitas, diskusijas apie bendravimo su hemodializuojamais pacientais galimus kultūrinius savitumus ir vairių mokymo metodų taikymą savo darbe, atsižvelgiant į pacientų demografinius rodiklius.

Ateities tyrėjams:

1. Analizuojant naujausius mokslinius tyrimus, ruošti metodines rekomendacijas apie hemodializuojamų pacientų slaugą, atsižvelgiant į pacientų demografinius rodiklius, gydymo staigose.
2. Paruošti ir adaptuoti klausimynus slaugytojoms, padėsiančius analizuoti hemodializuojamiems pacientams teikiamų slaugos paslaugų kokybę ir bendravimo problematiką susijusią su pacientų demografiniais duomenimis, gydymo staigoje.
3. Tirti tyrimus, kurie padėtų tobulinti hemodializuojamų pacientų slaugą.

LITERATŪRA

1. Aaranson N. Quality of life: What is it? How should it be measured? *Oncology*. 1988 (2), 69-76.
2. Alber J; Delhey J; Keck W; Nauenburg R. Quality of life in Europe. First European Quality of Life Survey 2003. Social Science Research Centre (WZB). 2004. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
3. Alberts C, Drukker W. Report on regular dialysis treatment in Europe. *Proc Eur Dial Transplant Assoc*. 1965, (2), 82-87.
4. Allardt E. Having, loving, being: An alternative to the Swedish model of the welfare research. In Nussbaum, M./Sen, A.K. (eds): *The quality of life*. New York: Oxford University Press. 1993, 88-94.
5. Ashworth P, Stilwell B. *Mokomoji medfiaga*. Slauga: Bendravimas. 1996.
6. Ba iulis V. *Peritonin dializ*. Vilnius. 2000. ISBN 9986 6 824 6 51 6 6.
7. Baxter PD seminar. 6Vilnius: City Park Hotel. - 2001, 2.
8. Bumblyt I.A, Skarupskien I, fiiginskien E. Asmen sergan6i diabetine nefropatija, b6kl pradedant hemodializes. *Medicina*. 2001, 37(5), 509-512.
9. Burns N, Grove S.K. *The practice of nursing research. Conduct, critique and utilization*. 5th ed. WB. 2005. Philadelphia: Saunders Company.
10. Chronic Renal Insufficiency Cohort (CRIC) Study. NIDDK: Clinical research: Chronic Renal Insufficiency Cohort (CRIC) Study. USA. 2004. Prieiga per internet : <http://www.niddk.nih.gov/index.htm>
11. Coresh J, Astor B.C, Green T, Eknoyen G, Levey A.S. Prevalence of chronick kidney disease and decreased kidney function in the adult US population: Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Am J Kidney Dis*. 2003, 41(1), 1-12.
12. Curtin R, Lowrie E, DeOreo P. Self-reported functional status: an important predictor of health outcomes among end 6 stage renal disease patients. *Adv Ren Replace Ther*. 1999, 6, 133-140.
13. Dainys B, Rainien T. Paflymint pirmosios inksto transplantacijos Lietuvoje 35- met . (35-th anniversary of first kidney transplantation in Lithuania). *Medicinos teorija ir praktika*. 2005, 4(44), 214.
14. Dolan P. et al.. *Research on the Relationship between Wellbeing and Sustainable Development. Final Report for Defra*. 2006.

15. Easterlin R.A.. Building a Better Theory of Wellbeing. IZA Discussion Paper. 2003, 742.
Prieiga per internet : <http://ssrn.com/abstract=392043>
16. Eduard A, Coe H, Margo H. Quality of sleep and health - related quality of life in hemodialysis patients. *Nephrology dialysis transplantation*. 2003, 126-132.
17. ERA ó EDTA Registry. ERA ó EDTA Registry 2006 Annual Report. Academic Medical Center, Department of Medical Informatics, Amsterdam, The Netherlands. 2008. Prieiga per internet : <http://www.era-edta-reg.org>.
18. Fahey T, Nolan B; Whelan C. Monitoring quality of life in Europe, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities. 2003.
19. Furmonavičius T. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės tyrimu metodologiniai aspektai *Medicina*. 2004, 6(40).
20. Gradeckienė S. Vaikų gyvenimo kokybės tyrimai (literatūros apžvalga). *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas*. 1998, 2(6).
21. Gradeckienė S., Zaborskis A. Su sveikatos priežiūros organizavimas ne gali būti vaikų –eimoms (bandomas gyvenimo kokybės tyrimas). *Medicina*. 2000, 8(36).
22. Grassmann A., Gioberge S., Moeller S., Brown G. ESRD patients in 2004: global overview of patient numbers, treatment modalities and associated trends. *Nephrol. Dial. Transplant*. 2005, 20(12), 2587-2593.
23. Haas B. A multidisciplinary concept analysis of quality of life. *Western Journal of Nursing Research*. 1999 (21), 728-742.
24. Hemodialysis Adequacy 2006 Work Group. KDOQI Clinical Practice Guidelines for Hemodialysis Adequacy, Update 2006. *Am J Kidney Dis*. 2006, 48(1), 2-90.
25. Hepworth D.H., Larsen J.A. Direct social work practice: theory and skills. Belmont. 1993, 674.
26. Hofmann A, Khaelifeh N, Meyer T. Patients ó late referral. Early death *Dtsch Med Wochenschr*. 2003, 128(22), 1216-1220.
27. Jakaitytė J., Lasauskaitė V. Ligoninė, sergančių lėtiniu mišriu plaučių ligomis, gyvenimo kokybės vertinimas. *Bendrosios praktikos Lietuvos gydytojas*. 1998, 4, 10.
28. Janušonis V. Medicininė pagalba kokybės ir valdymas. Vilnius: Mokslas. 1990.
29. Juozulynas, A. Visuomenės sveikatos darbuotojų gyvenimo kokybė. *Sveikatos mokslai*. 2005 (2), 76-80.

30. Kalantar ó Zadeh K, Kopple J, Block G, Humphreys M. Association among SF36 quality of life measures and nutrition, hospitalization, and mortality in hemodialysis. *J Am Soc Nephrol.* 2001, 12, 2797-2806.
31. Kardelis K. Mokslini tyrim metodologija ir metodai. *Tyuliai: Lucilijus.* 2005. 76-86.
32. Kal dien R, Petrauskien J, Rimpela A. *Tuolaikin visuomen s veiklos teorija ir praktika.* Kaunas: *Miesa.* 1999.
33. Kalpokait Z, Kalibatien D, Luko-evièien R. mios faz s flymenys hemodializuojam ligoni kraujo serume. *Medicinos teorija ir praktika.* 2002, 4, 21-23.
34. Karpavi ien V, Kalibatien D. Gyvenimo kokyb s tyrimas sergant prie-irdffi virp jimu (literat ros apflvalga). *Medicinos teorija ir praktika.* 2010, 16(4), 478-483.
35. Kastarinen H, Horkk S, Kauma H, Karjalainen A, Savolainen M.J, Kesaniemi Y.A.. Low-density lipoprotein clearance in patients with chronic renal failure. *Nephrol Dial Transplan.,* 2009, 24, 2131-2135. doi: 10.1093/ndt/gfp026
36. Kriukelyt D, Tamo-i nien R. Slaugytoj poffi ris pacient mokym . *Sveikatos mokslai.* 2002, 4, 46 ó 49.
37. Kroker M. Nursing care in dialysis patients. *Edtna ó Erca Journal.* 2004, 3(29), 176 ó 182.
38. Lapkauskien N. *Psichikos sveikatos sutrikimai ir slaugos pagrindai.* Vilnis: Vilniaus kolegija. 2004.
39. Luko-evi ien R, fiaukien G. Kalcio ir fosforo metabolizmas sergant l tiniu inkst nepakankamumu ir vir-kinimo sistemos ligomis. *Medicina.* 2002, 4, 18-20.
40. Makarait A, Bumblyt I.A, Kuzminskis V, Valius L, Gofmanait R, Bagdonavièiūt G. L tin s inkst ligos didffi j rizikos veiksnì paplitimas tarp pirmin s sveikatos prieffi ros centr pacient . *Medicina,* 2007, 43(1), 40-45.
41. Masiulionyt V. Hemodializuojam pacient slaugos ypatumai pacient ir slaugytojo poffi riu Kauno medicinos universiteto klinik Detoksikacijos skyriaus duomenimis. 2007. *KMU: magistro baigiamasis darbas.*
42. McGregor, A.J. *Researching Wellbeing: from Concepts to Methodology.* WeD Working Paper 20. ESRC Research Group on Wellbeing in Developing Countries. 2006.
43. Meacher, M. Local Quality of Life Counts ó in a Nutshell a Summary of a Menu of Local Indicators of Sustainable Development. 2001. Prieiga per internet : <http://www.environment.detr.gov.uk/sustainable/index.htm>

44. Milaševičius V, Pukelienė V, Vilkas E. Indeksas gyvenimo kokybei matuoti: analizė, vertinimas ir tyrimas Lietuvos atveju. Organizacijų vadyba: sisteminiai tyrimai. Kaunas: Vytauto Didžiojo universitetas. 2006, 39.
45. Muldoon M, Barger S, Flory J, Manuck S. What are quality of life measures measuring? BMJ. 1998, 316, 542-545.
46. Naess S. Quality of life research, concepts, methods and applications. Oslo, 1987. Institute of applied Social research.
47. Nilsson L., Anderberg C., Ipsen R., Persson E., Andersson G. Quality decision making in dialysis. EDTNA & ERCA Journal, 1998, 10(12), 11 & 14.
48. Norwood G. Maslow's hierarchy of needs. The Truth Vectors (Part I). Retrieved: May. 1999. Prieiga per internet : <http://www.connect.net/georgen/maslow.htm>
49. Ozolas R. Knyga apie filosofiją ir filosofus. Vilnius: Mokslas. 1988.
50. Paluckienė J. Socialiai kritinės grupės kuriant gerovės valstybę. Socialinis struktūrinimasis ir jo pafinimas. Vilnius: Lietuvos filosofijos ir sociologijos institutas. 1999.
51. Polukordienė O. Netekimas psichologija. Vilnius: UAB Panevėžio spaustuvė. 2008, 84-94.
52. Reynolds MR, Ellis E, Zimetbaum P. Quality of life in atrial fibrillation: measurement tools and impact of interventions. J Cardiovasc Electrophysiol. 2008, 19, 762-768.
53. Royo M.G, Velazco J. Exploring the Relationship between Happiness, Objective and Subjective Well-being: Evidence from Rural Thailand. ESRC Research Group on Wellbeing in Developing Countries. 2006, WeD Working Paper 16.
54. Rupšienė L. Kokybinių tyrimų duomenų rinkimo metodologija. 2007. Klaipėda: KU.
55. Rustoen T. et al Validity and reliability of the Norwegian version of the Ferrans and Powers Quality of Life index. Scand J. Caring. 1999, 96-101.
56. Ruta D, Camfield L. Donaldson C. Sen and the Art of Quality of Life Maintenance: Towards a Working Definition of Quality of Life. ESRC Research Group on Wellbeing in Developing Countries. 2006. WeD Working Paper 12.
57. Schuessler K.F; Fisher G.A. Quality of Life Research and Sociology, Annual Review of Sociology. 1985, 11, 129-149.
58. Šlaugaitis J. Kas tai yra gyvenimo pilnatvė? Slauga. Mokslas ir praktika. 2001, 11 & 12 (59-60), 14 & 15.
59. Silver J. Molecular mechanism of secondary hyperparathyroidism. Nephrol Dial Transplant. 2002, 10, 2-7.

PRIEDAI

Gerbiama(s) paciente,

A–esu Natalija Kuchareva ir a–ra–au magistro darb tema ðHemodializuojam pacient gyvenimo kokyb ir poky i vertinimasö.

A–pra–au J s ufpildyti – klausimyn , kuriame analizuojame ligos poveik pacient gyvenimo kokybei bei ie–kome galimybi tobulinti hemodializuojam pacient slaugos kokyb .

Tš klausimynas yra patvirtintas ligonin s ir Klaip dos universiteto Etikos komitete.

Klausimynas yra anoniminis (nereikia ra–yti nei vardo, nei pavard s).

i–kilusius klausimus ar neai–kumus Jums atsakys darbo autor Natalja Kuchareva (Tel.XXX) arba Klaip dos universiteto Etikos komiteto vadovas prof. Geriuldas fiiliukas (8 46 398 557)

Paflym kite Jums tinkam variant arba ra–ykite reikiam informacij

SVEIKATA

1. Kaip apib dintum te J s sveikat ? (apibr flkite vien atsakym)

- Puiki 1
- Labai gera 2
- Gera 3
- Patenkinama 4
- Bloga 5

2. Lyginant su pra jusiais metais kaip vertintum te J s sveikat dabar? (apibr flkite vien atsakym)

- Daug geresn nei prie–metus 1
- Geresn nei prie–metus 2
- Tokia pati kaip prie–metus 3
- Blogesn nei prie–metus 4
- Daug blogesn nei prie–metus 5

3. Tš klausimas susij s su J s kasdienine veikla. Kiek J s sveikatos b kl apriboja Jus J s veikloje? (apibr flkite vien skai i kiekvienoje eilut je)

Nr.	Veikla	Labai riboja	Truput riboja	Visai neriboja
A	Aktyvi veika (aktyvus sportavimas, sunki objekt kilnojimas)	1	2	3
B	Vidutini–kai aktyvi veikla (stalo perst mimas, boulingas, golfas)	1	2	3
C	Pirkini pak limas ir ne–imas	1	2	3
D	Lipimas laiptais kelet auk–t	1	2	3
E	Lipimas laiptais vien auk–t	1	2	3
F	Lankstymasis, kl pojimas, nusilenkimas	1	2	3
G	Vaik–iojimas (daugiau nei pusanthro km)	1	2	3
H	Vaik–iojimas (iki vieno km)	1	2	3

I	Vaik–iojimas (iki 500 m)	1	2	3
J	Maudymasis, apsirengimas	1	2	3

4. Ar per pastar sias keturias savaites tur jote sunkum atliekant j s darb arba kuria nors kasdienin veikl d I J s sveikatos b kl s? (apibr fkite vien skai i kiekvienoje eilut je)

Nr.	Veikla	Taip	Ne
A	Sumaffinote laik praleidffiam darbe ar ufsiimant kita veikla	1	2
B	Atlikot maffiau darbo negu nor jote	1	2
C	Buvot apriboti kokio tipo darbus galite atlikti	1	2
D	Tur jote sunkum atliekant darb arba darbas pareikalavo papildom pastang	1	2

5. Ar per pastar sias keturias savaites tur jote sunkum atliekant j s darb arba kuria nors kasdienin veikl d I J s emocin s b kl s? (apibr fkite vien skai i kiekvienoje eilut je)

Nr.	Veikla	Taip	Ne
A	Sumaffinote laik praleidffiam darbe ar ufsiimant kita veikla	1	2
B	Atlikot maffiau darbo negu nor jote	1	2
C	Nebuvot maffiau atidus negu prasta	1	2

6. Ar dafnai per pastar sias keturias savaites J s fizin sveikata trukd J s kasdienin je veikloje su –eima, draugais ir pafli stamais? (apibr fkite vien skai i)

- Visai netrukd 1
- Tiek tiek trukd 2
- Vidutini–kai trukd 3
- Dafnai trukd 4
- Labai dafnai trukd 5

7. Ar dafnai per pastar sias keturias savaites J s emocin b kl trukd J s kasdienin je veikloje su –eima, draugais ir pafli stamais? (apibr fkite vien skai i)

- Visai netrukd 1
- Tiek tiek trukd 2
- Vidutini–kai trukd 3
- Dafnai trukd 4
- Labai dafnai trukd 5

8. Ar per pastar sias keturias savaites jaut te didel fizin skausm ? (apibr fkite vien skai i)

- Visai nejau iau 1
- Jau iau labai nedidel skausm 2
- Jau iau nedidel skausm 3
- Jau iau paken iam skausm 4
- Jau iau stipr skausm 5
- Jau iau labai stipr skausm 6

9. Kiek per pastar sias keturias savaites fizinis skausmas trukd J s veiklai darbe ir namuose? (apibr fkite vien skai i)

- Visai netrukd 1
- Tiek tiek trukd 2
- Vidutini–kai trukd 3

- Dafnai trukd 4
- Labai dafnai trukd 5

10. Klausimai pateikti flemiau susij su J s savijauta per pastar sias keturias savaites. (apibr flikite vien skai i kiekvienoje eilut je) Kiek dafnai per pastar sias keturias savaites...

Nr.	Klausimas	Nuolat	Dafnai	Labai dafnai	Kartais	Retai	Niekada
A	Jaut t s labai energingas	1	2	3	4	5	6
B	Jaut t s labai nervingas	1	2	3	4	5	6
C	Jaut t s labai sugniufldytas	1	2	3	4	5	6
D	Jaut t s ramus ir taikus	1	2	3	4	5	6
E	Tur jote daug energijos	1	2	3	4	5	6
F	Buvote li dnas	1	2	3	4	5	6
G	Jaut t s i-sek s	1	2	3	4	5	6
H	Jaut t s laimingas	1	2	3	4	5	6
I	Jaut t s pavarg s	1	2	3	4	5	6

11. Kiek per pastar sias keturias savaites fizin sveikata trukd J s veiklai darbe ir namuose? (apibr flikite vien skai i)

- Nuolat 1
- Dafnai 2
- Kartais 3
- Retai 4
- Netruk d 5

12. Kiek per pastar sias keturias savaites emocin b kl trukd J s veiklai darbe ir namuose? (apibr flikite vien skai i)

- Nuolat 1
- Dafnai 2
- Kartais 3
- Retai 4
- Netruk d 5

13. Perskaitykite teiginis ir paflym kite kiek Jus sutinkate arba nesutinkate su kiekvienu teiginiu. (apibr flikite vien skai i kiekvienoje eilut je)

Nr.	Teiginys	Sutinku	Labiau sutinku, nei nesutinku	Nefinau	Labiau nesutinku, nei sutinku	Nesutinku
A	Susergu lengviau nei kiti flmon s	1	2	3	4	5
B	A-tiek pat sveikas kaip mano pafli stami	1	2	3	4	5
C	Tik jausi, kad mano sveikata bus prastesn	1	2	3	4	5
D	Mano sveikata puiki	1	2	3	4	5

INKSTŲ LIGA

14. Perskaitykite teiginius ir paflym kite kiek J s sutinkate arba nesutinkate su kiekvienu teiginiu. (apibr flkite vien skai i kiekvienoje eilut je)

Nr.	Teiginys	Sutinku	Labiau sutinku, nei nesutinku	Nesutinku	Labiau nesutinku, nei sutinku	Nesutinku
A	Mano inkst liga labai trukdo mano gyvenimui	1	2	3	4	5
B	Per daug laiko sugai-tu bandant susidoroti su liga	1	2	3	4	5
C	D l ligos jau iuosi sugniufldytas	1	2	3	4	5
D	Jau iuosi lyg b iau na-ta savo -eimai	1	2	3	4	5

15. Perskaitykite teiginius susijusius su J s savijauta per pastar sias keturias savaites. Paflym kite kuris atsakymas labiausiai tinka kiekvienam teiginiui. (apibr flkite vien skai i kiekvienoje eilut je) Kiek dafnai per pastar sias keturias savaites...

Nr.	Teiginys	Niekada	Retai	Kartais	Dafnai	Labai dafnai	Nuolat
A	Atsiskyr te nuo jus supan i flmoni	1	2	3	4	5	6
B	L tai reaguodavote tai kas buvo pasakyta ar padaryta	1	2	3	4	5	6
C	Buvote irzlus su jus supaniais flmon mis	1	2	3	4	5	6
D	Tur jo sunkum koncentruojantis ar galvojant	1	2	3	4	5	6
E	Ar gerai sutariate su kitais flmon mis	1	2	3	4	5	6
F	Jaut t s sutrik s	1	2	3	4	5	6

16. Paflym kite kiek per pastar sias keturias savaites Jus kamavo flemiau i-vardyti veiksniai. (apibr flkite vien skai i kiekvienoje eilut je)

Nr.	Veiksny	Visai nekamavo	Truput kamavo	Paken iamai	Labai kamavo	Labai stipriai kamavo
A	Skausmas raumenyse	1	2	3	4	5
B	Skausmas kr tin je	1	2	3	4	5
C	M -lungis	1	2	3	4	5
D	Nieflulys	1	2	3	4	5
E	Sausa oda	1	2	3	4	5
F	Pasunk j s kv pavimas	1	2	3	4	5
G	Silpnumas, svaigulys	1	2	3	4	5
H	Mafas apetitas	1	2	3	4	5
I	Dehidratuotas	1	2	3	4	5
J	Nutirpimas kojose ir rankose	1	2	3	4	5

K	Pykinimas, sutrikęs virškinimas	1	2	3	4	5
Klausimas tik hemodializės pacientams						
L	Problemos su priėjimo vieta	1	2	3	4	5
Klausimas tik peritoninės dializės pacientams						
M	Problemos su kateterio vieta	1	2	3	4	5

INKSTŲ LIGŲ POVEIKIS JŪSŲ KASDIENINIAM GYVENIMUI

17. Dalis žmonėlių pergyvena didelį inkstų ligų poveikį kasdieniniam gyvenimui, o kita dalis ne. Kiek inkstų liga trukdo Jums kiekvienoje iš žemiau išvardintų sričių? (apibrėškite vieną skaičių kiekvienoje eilutėje)

Nr.	Sritis	Netrukdo	Truputį trukdo	Trukdo	Labai trukdo	Stipriai trukdo
A	Skysčių vartojimo ribojimas	1	2	3	4	5
B	Dietos apribojimai	1	2	3	4	5
C	Jūs negalite dirbti namuose ar darbus	1	2	3	4	5
D	Jūs negalite keliauti	1	2	3	4	5
E	Priklausomybė nuo daktarų ir ligoninės personalo	1	2	3	4	5
F	Stresas ir nerimas dėl inkstų ligos	1	2	3	4	5
G	Jūsų seksualinis gyvenimas	1	2	3	4	5
H	Jūs išvaizda	1	2	3	4	5

Sekantys trys klausimai susiję su Jūsų seksualiniu gyvenimu. Jūsų atsakymai svarbūs vertinant ligos poveikį paciento gyvenimo kokybei.

18. Ar buvoti lytiškai aktyvus pastarąsias keturias savaites? (pažymkite vieną atsakymą)

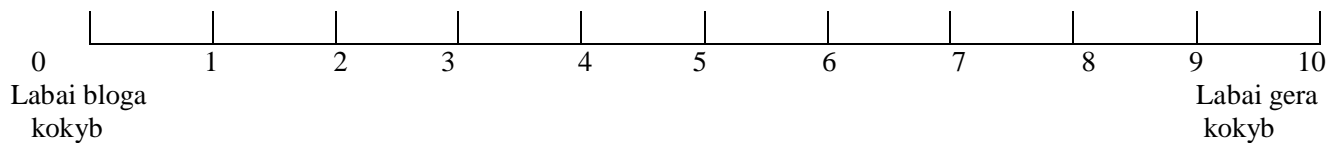
- Ne 1
- Taip 2

Jeigu atsakėte NE, pereikite prie 19 klausimo →

Kiek Jūs bent kiek trukdėte žemiau nurodytose srityse per pastarąsias keturias savaites? (pažymkite vieną atsakymą kiekvienoje eilutėje)

Nr.	Sritis	Netrukdo	Truputį trukd	Trukd	Labai trukd	Stipriai trukd
A	Mergautiškas lytinis gyvenimas	1	2	3	4	5
B	Lytiškai susijaudinant	1	2	3	4	5

19. Skal je nuo 0 iki 10 vertinkite Jūsų miego kokybę



20. Kaip dažnai per pastarąsias keturias savaites Jus (paflųm kite vieną atsakymą kiekvienoje eilutėje):

Nr.	Teiginys	Niekada	Retai	Kartais	Dažnai	Labai dažnai	Nuolat
A	Prabudote naktį ir negalėjote užmigti	1	2	3	4	5	6
B	Jautėtės gerai išsimiegojęs	1	2	3	4	5	6
C	Jautėtės mieguistas dienos metu	1	2	3	4	5	6

21. Klausimas susijęs su Jūsų šeima ir draugais. Ar Jus patenkinti ... (flųm kite flųmiau) (paflųm kite vieną atsakymą kiekvienoje eilutėje)

Nr.	Teiginys	Labai nepatenkintas	Nepatenkintas	Patenkintas	Labai patenkintas
A	Laiko, praleisto su šeima ir draugais trukme	1	2	3	4
B	Šeimos ir draugų palaikymu	1	2	3	4

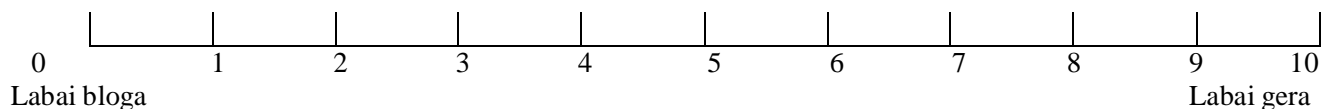
22. Ar per pastarąsias keturias savaites Jus dirbote apmokamą darbą? (paflųm kite vieną atsakymą)

- Taip 1
- Ne 2

23. Ar Jūsų liga trukdo Jums dirbti apmokamą darbą? (paflųm kite vieną atsakymą)

- Taip 1
- Ne 2

24. Kaip bendrai vertintum te Jūsų sveikatą skalje nuo 0 iki 10



PASITENKINIMAS SLAUGOS PASLAUGOMIS

25. vertinkite slaugos personalo draugiškumą ir domėjimąsi Jumis kaip flųmumi? (paflųm kite vieną atsakymą)

- Labai blogai 1
- Blogai 2

- Patenkinamai 3
- Gerai 4
- Labai gerai 5
- Puikiai 6
- Puikiausiai 7

26. Perskaitykite teiginius ir paflym kite kiek Jus sutinkate arba nesutinkate su kiekvienu teiginiu. (apibr flkite vien skai i kiekvienoje eilut je)

Nr.	Teiginys	Sutinku	Labiau sutinku, nei nesutinku	Nefinau	Labiau nesutinku, nei sutinku	Nesutinku
A	Dializ s personalas skatina mane b ti kiek manoma nepriklausomam	1	2	3	4	5
B	Dializ s personalas padeda susitvarkyti sus ligos pasekm mis	1	2	3	4	5

LIGOS ISTORIJA

27. Ar –iuo metu J s naudojate receptinius vaistus (keturis ar daugiau dien per savait , ne skaitant tokius preparatus kaip aspirinas ar antacidas) (apibr flkite vien skai i)

- Ne 1
 - Taip 2
- Jei atsak te NE, pereikite prie 28 klausimo →

Kiek skirting receptini preparat jus vartojate? Nurodykite skai i : _____

28. Kiek dien per pastaruosius –e–is m nesius J s praleidote ligonin je (pasiliekant per nakt) ? Nurodykite dien skai i arba 0: _____

29. Kiek dien per pastaruosius –e–is m nesius J s lank t s ligonin je proced roms atlikti (nepasiliekant per nakt) ? Nurodykite dien skai i arba 0: _____

30. Kas takojo inkst ligos atsiradim ? (apibr flkite visus tinkamus atsakymus)

- Nefinau 1
- Auk–tas spausimas 2
- Diabetas 3
- Policystin inkst liga 4
- Chroni–kas glomerulonefritas 5
- Chroni–kas pyelonefritas 6
- Kita prieflastis (nurodykite) _____ 7

31. J s gimimo data

				/			/
--	--	--	--	---	--	--	---

Metai / M nuos / Diena

32. Jūsų išsilavinimas:

- 10 klasi arba mažiau 1
- Vidurinio išsilavinimas 2
- Aukštesnysis / Profesinis išsilavinimas 3
- Aukštasis išsilavinimas 4

33. Jūsų lytis:

- Vyras 1
- Moteris 2

34. Ar šiuo metu esate vedęs/ištekėjusi?

- Ne 1
- Taip 2

35. Pastarį mėnesį jus buvot: (pažymkite vieną atsakymą)

- Dirbantis pilnu etatu 1
- Dirbantis puse etato 2
- Bedarbis, ieškantis darbo 3
- Pensininkas 4
- Invalidas 5
- Moksleivis/studentas 6
- Namų šeimininkas (-as) 7
- Kita _____ 8

36. Ar kas nors padėjo Jums užpildyti šią anketą? (pasirinkite vieną atsakymą)

- Taip, mano gydytojas ar kitas ligoninės darbuotojas 1
- Taip, mano šeimos narys 2
- Taip, kitas asmuo nei aukščiau išvardintieji 3
- Ne 4

37. Tyrimo datos

				/			/		
--	--	--	--	---	--	--	---	--	--

Metai

/

Mėnuo

/

Diena

AČIŪ!

HEMODIALIZUOJAMŲ PACIENTŲ GYVENIMO KOKYBĖS IR POKYČIŲ VERTINIMAS

Klaipėdos Universitetas
Sveikatos mokslų fakultetas
Slaugos katedra

SUTIKIMO FORMA (PACIENTAMS)

A– _____ sutinku dalyvauti
(Vardas, Pavard)

moksliniame tyrime *Hemodializuojamų pacientų gyvenimo kokybės ir pokyčių vertinimas* (pagrindinis tyrėjas Natalija Kuchareva).

A– patvirtinu, kad turiu visą informaciją apie tyrimą ir mano teises. A– nusprendžiau dalyvauti tyrime savanoriškai.

(Data)

(vardas, pavard)

(Parašas)

Požymių Spirmano koreliacinė matrica (Nonparametric Correlations Spearman's rh)

Klausimo Nr, Anketos klausimai		I-silavinimas	Lytis	Ved s/I-tek jusi	Amflius
1 Savijauta	R	-,388**	,043	-,055	,352**
	P	0	,605	,504	0
2 Savijauta lyginant su pra jusiais metais	R	-,236**	,079	,019	,192*
	P	4	,340	,823	,020
3a SB riboja Aktyvi veikla	R	,414**	-,017	,141	-,381**
	P	0	,838	,088	0
3b SB riboja vidut, aktyvi veika	R	,319**	-,162*	,028	-,338**
	P	0	,049	,734	0
3c SB riboja pirkini pak limas	R	,254**	-,185*	,037	-,338**
	P	2	,024	,655	0
3d SB riboja lipimas laiptais kelis auk-tus	R	,271**	-,013	,096	-,384**
	P	1	,873	,244	0
3e SB riboja lipimas laiptais vien auk-t	R	,313**	-,049	,030	-,420**
	P	0	,553	,718	0
3f SB riboja lankstymasis kl pojimas	R	,250**	-,5	6	-,417**
	P	2	,954	,945	0
3g SB riboja vaik- iojimas > 1,5 km	R	,430**	-,031	,097	-,430**
	P	0	,706	,242	0
3h SB riboja vaik- iojimas iki 1 km	R	,357**	-,059	,040	-,410**
	P	0	,476	,626	0
3i SB riboja vaik- iojimas < 0,5 km	R	,273**	-,088	,044	-,341**
	P	1	,287	,592	0
3j SB riboja mudymasis rengimasis	R	,238**	-,146	-,4	-,303**
	P	4	,077	,960	0
4a Sumaflinote laik darbe ar ufsiimant kita veikla	R	,223**	-,068	-,030	-,208*
	P	6	,410	,715	,011
4b Atlikot maffiau darbo	R	,330**	-,139	,030	-,377**
	P	0	,093	,716	0
4c Buvote apriboti	R	,267**	-,082	,079	-,302**
	P	1	,322	,339	0
4d Sunkumai atliekant darb	R	,238**	-,094	,042	-,256**
	P	4	,254	,609	2
5a Sumaflinote laika darbe	R	,238**	-,011	,079	-,213**
	P	4	,890	,342	9
5b Atlikote maffiau darbo	R	,286**	-,043	,018	-,368**
	P	0	,600	,830	0
5c Nebuvot maffiau atidus nei prasta	R	,215**	-,073	,060	-,250**
	P	9	,377	,466	2
6 Ar dafnai per 4 sav. FS trukd kasdienineje veikloje	R	-,370**	-,080	,055	,322**
	P	0	,333	,509	0
7 Ar dafnai per 4 sav. EB trukd kasdienineje veikloje	R	-,415**	-,045	9	,380**
	P	0	,589	,911	0
8 Ar dafnai per 4 sav. jaut te didel Fiz. skausm	R	-,364**	,036	,052	,309**
	P	0	,667	,533	0
9 Ar dafnai per 4 sav. Fiz. skausmas trukd veiklai	R	-,396**	2	-,033	,374**
	P	0	,978	,689	0
10a Per pastar sias 4 sav. jaut t s l. energingas	R	-,448**	-,3	-,069	,499**

	P	0	,967	,406	0
10b Per pastar sias 4 sav. jaut t s l. nervingas	R	,277**	-,085	-,06	-,143
	P	1	,307	,946	,084
10c Per pastar sias 4 sav. jaut t s l. sugniufdytas	R	,271**	-,05	-,060	-,179*
	P	1	,948	,470	,030
10d Per pastar sias 4 sav. jaut t s ramus ir taikus	R	-,374**	-,04	,049	,252**
	P	0	,958	,551	2
	N	148	148	148	148
10e Per pastar sias 4 sav. tur jote daug energijos	R	-,370**	-,057	,029	,419**
	P	0	,488	,730	0
10f Per pastar sias 4 sav. buvote li dnas	R	,321**	-,122	1	-,232**
	P	0	,140	,993	5
10g Per pastar sias 4 sav. jaut t s i-sek s	R	,350**	-,144	,031	-,211*
	P	0	,080	,709	,010
10h Per pastar sias 4 sav. jaut t s laimingas	R	-,325**	,044	,061	,286**
	P	0	,598	,461	0
10i Per pastar sias 4 sav. jaut t s pavarg s	R	,381**	2	,071	-,286**
	P	0	,983	,393	0
11 Fiz_sv trukd veiklai darbe ir namuose	R	,405**	5	-,026	-,320**
	P	0	,950	,753	0
12 Emoc_Bukl trukd veiklai darbe ir namuose	R	,327**	-,024	-,057	-,300**
	P	0	,770	,493	0
13a Susergu lengviau nei kiti	R	,316**	-,135	,057	-,123
	P	0	,103	,493	,136
13b Esu sveikas, kaip ir paflistami	R	-,313**	,031	-,101	,303**
	P	0	,705	,223	0
13c Tik jausi, kad sveikata bus prastesn	R	-,119	,012	-,089	,099
	P	,148	,888	,284	,233
13d Mano sveikata puiki	R	-,365**	,051	-,070	,284**
	P	0	,539	,396	0

* - $p < 0,05$

** - $p < 0,01$