

KLAIPĖDOS UNIVERSITETAS

Sveikatos mokslų fakultetas

Slaugos katedra

Žibubė Gadeikytė

**MIRTIES IR MIRIMO KOKYBĖS
VERTINIMAS SLAUGOS KONTEKSTE**

Slaugos studijų programos magistro baigiamasis darbas

Klaipėda, 2013

MAGISTRO BAIGIAMOJO DARBO LYDRAŠTIS

.....
(magistro baigiamojo darbo autoriaus vardas, pavardė)

.....
(magistro baigiamojo darbo pavadinimas lietuvių 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, pavardė ir parašas)

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

.....
(magistro darbo autoriaus vardas, pavardė ir parašas)

Magistro baigiamąjį darbą ginti

(įrašyti – leidžiu arba neleidžiu)

.....
(data)

.....
(magistro baigiamojo darbo vadovo vardas, pavardė ir parašas)

Baigiamasis darbas įregistruotas katedroje

(data)

.....
(katedros sekretorės vardas, pavardė ir parašas)

Magistro baigiamąjį darbą ginti

(įrašyti – leidžiu arba neleidžiu)

.....
(data)

.....
(katedros vedėjo vardas, pavardė ir parašas)

Recenzentu(-ais) skiriu

.....
(įrašyti recenzento(ų) vardą, pavardę)

.....
(data)

.....
(katedros vedėjo vardas, pavardė ir parašas)

SANTRAUKA

Gadeikytė Ž. „Mirties ir mirimo vertinimas slaugos kontekste“. Slaugos magistro studijų programos baigiamasis darbas. Darbo vadovas doc. dr. D. Drungilienė, Klaipėdos universitetas: Klaipėda, 2013. - 78p.

Mirties tema svarbi kiekvienam žmogui dėl objektyvių biologinių ir socialinių žmogiškosios prigimties parametrų. Tobulėjant medicinai ir sparčiai vystantis jos technologijoms, keičiasi požiūris į merdėjimą ir mirtį. Visuomenė nėra linkusi skirti pakankamai dėmesio seniems ir ligotiems, mirštantiesiems savo nariams. Svarbu yra mokyti pacientų šeimos narius ir artimuosius, o taip pat ir slaugytojas padėti jiems išeiti neprarandant savigarbos ir oriai.

Tyrimo tikslas – įvertinti mirties ir mirimo kokybę slaugos kontekste.

Tyrimo metodika. Atliktas kiekybinis tyrimas. Naudoti instrumentai: klausimynai. Taikytas statistinis duomenų apdorojimas ir turinio analizės metodai. Imtį sudarė: 72 pacientų artimieji, 211 slaugytojų. Tyrimas atliktas laikantis etikos principų.

Tyrimo rezultatai. Gauti tyrimo rezultatai parodė, kad dauguma pacientų artimųjų yra patenkinti jų artimųjų mirties kokybe, tačiau slauga yra ir nusivylusių. Tyrimo dalyviai turėjo slaugymo patirtį dirbant su nepagydomomis ligomis segančiais pacientais, nors jokių kursų neišklausė. Dalyvės taip pat pažymėjo jog mirštančiam asmeniui naudinga išsikalbėti apie savo jausmus, šeimoms reikia emocinės paramos. Taip pat pažymima, kad šeimos nariams riekalingas švietimas mirties klausimu ir jis nėra slaugytojų atsakomybė.

Išvada. Didžioji dauguma tyrime dalyvavusių slaugytojų nurodė, jog turėjo žinių mirties klausimu. Dauguma slaugytojų nurodė, jog yra tikintys ir jų religiniai įsitikinimai turi didelės įtakos jų požiūriui į mirtį. Slaugytojams labiausiai nerimą dėl savo mirties proceso kėlė tokios mintys, kaip galimas skausmas mirštant, protinė degeneracija senatvėje ir pan., o galvojant apie artimųjų mirtį, tiriamuosius jaudino artimųjų netektis. Rezultatai parodė, kad dauguma pacientų buvo dažnai lankomi šeimos narių ar draugų, taip pat paminėjo, kad artimo asmens mirties metu buvo šalia.

Raktažodžiai: mirtis, mirimo psichologija, paliatyvioji pagalba, emocinė būseną.

SUMMARY

Gadeikyte Z. Assessment of Quality of Death and Dying in Context of Nursing. Master thesis of Nursing study programme. Supervisor doc. dr. D. Drungilienė, Klaipėda university: Klaipėda, 2013. - 77p.

The theme of death is important for every person due to the objective biological and social parameters of human nature. In rapid development of medicine and its technologies, the attitude towards dying and death is changing. Society is not inclined to pay enough attention to old, sick and dying members. It is important to teach patient's family members, the closest people and nurses to help them to leave without losing self-respect and dignity.

Objective of the research – to assess the quality of death and dying in the context of nursing.

Methods of the research. A quantitative research has been done using questionnaires as instruments. Statistical data processing and content analysis techniques have been applied. Sample consisted of 72 patients' relatives, 211 nurses. The research was done in accordance with ethical principles.

Results of the research. Results indicated that the majority of patients' relatives are satisfied with the quality of their close people death, but a part of them are disappointed about the care. The participants of the research have had nursing experience working with patients suffering from incurable diseases.

Participants also noted: for dying people is useful to discuss their own feelings, families are in need of emotional support. It is important to add, that family members need to be educated about death issue and it is not the responsibility of nurses.

Conclusion. The vast majority of nurses surveyed indicated that they had knowledge of the death of the subject. Most of the nurses indicated that they believe their religious beliefs have a significant impact on their attitude towards death. Nurses on the most disturbing death process their such thoughts as a possible pain death, mental degeneration of old age, and so on., And thinking about loved ones death, research was moved by bereavement. The results showed that the majority of patients were frequently visited by family members or friends also mentioned that the neighbor's death was near.

Key words: death, dying psychology, palliative care, emotional state of mind.

LENTELIŲ, PAVEIKSLŲ IR PRIEDŲ SĄRAŠAS

PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

Pav. Nr.	Paveikslų pavadinimas	Puslapis
1	Slaugytojų pasiskirstymas pagal amžių	30
2	Slaugytojų pasiskirstymas pagal išsilavinimą	30
3	Artimųjų giminystės ryšis su pacientais	31
4	Slaugytojų pasiskirstymas pagal ankstesnę švietimą mirties klausimu Slaugytojų pasiskirstymas pagal ankstesnę patirtį dirbant su nepagydomomis	35
5	ligomis sergančiais asmenimis	35
6	Slaugytojų pasiskirstymas pagal ankstesnę netekties patirtį	36
7	Slaugytojų pasiskirstymas pagal dabartinę gresiančią netekties patirtį Religinių įsitikinimų įtakos požiūriui į mirtį vertinimas priklausomai	37
8	nuo slaugytojų tikėjimo į Dievą	39
9	Pacientų priežiūros ir mirties kokybės vertinimas jų artimaisiais	51
10	Pacientų būseną prieš mirimo momentą	52
11	Artimųjų buvimas šalia pacientų ligos metu	52
12	Artimųjų buvimas šalia pacientų mirties metu Pacientų priežiūros ir jų mirties kokybės vertinimas jų artimaisiais	53
13	priklausomai nuo paciento būsenos prieš mirimo momentą	53
14	Pacientų būklė ligos metu	54
15	Slaugos paslaugų suteikimas ligoniams Slaugytojų nerimo dėl savo mirties, mirimo proceso, artimųjų	54
16	mirimo proceso ir jų mirties palyginimas tarpusavyje	57
17	Pacientų supratimas kas vyksta aplinkui	66
18	Pacientų emocinė būseną gyvenimo pabaigoje	67
19	Pacientų elgesys prieš mirtį	67
20	Pacientų dvasinis palaikymas ir jų pasiruošimas mirimui	67

LENTELIŲ SĄRAŠAS

Lnt. Nr.	Paveikslų pavadinimas	Puslapis
1	Klausimynų vidinis patikimumas	29
2	Slaugytojų požiūris į mirštančiųjų slaugą	38
3	Slaugytojų požiūris į mirštančiųjų slaugą priklausomai nuo religinių įsitikinimų	40
4	Slaugytojų požiūris į mirštančiųjų slaugą priklausomai nuo išsilavinimo	42
5	Slaugytojų požiūris į mirštančiųjų slaugą priklausomai nuo ankstesnio švietimo mirties klausimu	44
6	Slaugytojų požiūris į mirštančiųjų slaugą priklausomai nuo ankstesnės patirties dirbant su nepagydomomis ligomis sergančiais asmenimis	46
7	Slaugytojų požiūris į mirštančiųjų slaugą priklausomai nuo ankstesnės netekties patirties	47
8	Slaugytojų požiūris į mirštančiųjų slaugą priklausomai nuo dabartinės patirties, slaugant sunkiai sergančius savo artimuosius	49
9	Mirties nerimo (COLLET LESTER mirties ir mirimo skalė) vertinimas bendroje slaugytojų grupėje	55
10	Slaugytojų amžiaus, religinių įsitikinimų ir išsilavinimo įtaka	

	mirties nerimui	57
11	Slaugytojų žinių mirties klausimu, patirties slaugant nepagydomomis ligomis sergančius asmenis, ankstesnės ir gresiančios netekties įtaka mirties nerimui	58
12	Slaugytojų nerimo dėl asmeninės mirties ir požiūrio į mirštančiųjų slaugą sąsajos	59
13	Slaugytojų nerimo dėl asmeninio mirimo proceso ir požiūrio į mirštančiųjų slaugą sąsajos	60
14	Slaugytojų nerimo dėl kitų mirties ir požiūrio į mirštančiųjų slaugą sąsajos	62
15	Slaugytojų nerimo dėl kitų mirimo proceso ir požiūrio į mirštančiųjų slaugą sąsajos	64

PRIEDŲ SĄRAŠAS

Nr.	Priedai	Puslapis
1	Informuoto sutikimo forma	79
2	Tyrimo instrumentas	80
3	Tyrimo instrumentas	87

TURINYS

ĮVADAS.....	8
I. SLAUGA GYVENIMO PABAIGOJE IR MIRTIES PROBLEMOS	11
1.1. Gyvenimo baigties suvokimas, mirimas ir mirtis.....	11
1.2. Mirties ir laidotuvių kultūra, su mirtimi susijusį papročiai ir ritualai.....	13
1.3. Požiūriai į slaugą gyvenimo pabaigos laikotarpiu.....	15
1.4. Medicinos darbuotojų išgyvenimai, susiję su mirtimi.....	16
1.5. Artimųjų, išgyvenimai susiję su mirtimi.....	19
II. PALIATYVIOSIOS PAGALBOS TEIKIMO TVARKA SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGOSE	22
2.1. Paliatyvios pagalbos organizavimas ir samprata.....	23
2.2. Komandinis darbas paliatyviojoje pagalboje.....	25
2.3. Pacientas, ir jo šeimos nariai bei artimieji kaip visuma.....	27
III. EMPIRINĖ DALIS.....	29
3.1. Tyrimo metodika.....	29
3.1.1. Tyrimo imties charakteristikos.....	29
3.1.2. Tyrimo metodai.....	31
3.1.3. Tyrimo instrumentas.....	32
3.1.4. Tyrimo procesas/eiga.....	33
3.1.5. Tyrimo etika.....	34
3.2. Tyrimo rezultatai.....	35
3.2.1. Slaugytojų darbas su sunkiai sergančiais pacientais ir netekties patirtis.....	35
3.2.2. Slaugytojų ir pacientų artimųjų požiūris į slaugą gyvenimo pabaigoje.....	37
3.2.3. Slaugytojų nerimas dėl savo ar artimųjų mirties ir sąsajos su požiūriu į mirštančiojo slaugą.....	55
3.2.4. Artimųjų nuomonė apie paciento psichoemocinę būklę gyvenimo pabaigoje.....	65
3.3. Tyrimo rezultatų aptarimas.....	69
IŠVADOS.....	71
REKOMENDACIJOS	73
LITERATŪRA.....	74
PRIEDAI.....	78

IVADAS

Temos aktualumas. Mirties tema svarbi kiekvienam žmogui dėl objektyvių biologinių ir socialinių žmogiškosios prigimties parametrų. Biologija nulemia kiekvieno individo mirties neišvengiamumą, o socialinė visuomenės sąranga nulemia tai, kad kiekvienas savo gyvenimo eigoje susiduria su kito asmens mirtimi (Jurkuvienė, 2007). Kadangi senėjimo procesai prasideda iškart gimus, o mirtis gali ištikti bet kokio amžiaus žmogų, todėl visi žmonės nuolat yra per tam tikrą atstumą nuo mirties (Savater, 2002). Polemika apie mirtį, jos įprasminimą ir susitaikymą su ja nenutrūksta per visą žmonijos istorijos eigą, tačiau dėl visuomenės sekuliarizacijos tampa sunkiau priimti mirties fenomeną nepasiduodant beviltiškumui. Mirštančio paciento slaugos reikšmė tiek ligoniui, tiek jo artimiesiems, bei profesionali pagalba jiems yra fundamentali, todėl nusipelno daugiau dėmesio.

Tobulėjant medicinai ir sparčiai vystantis jos technologijoms, keičiasi požiūris į merdėjimą ir mirtį. Šiuo metu apie 80 proc. žmonių miršta ligoninėse, kur medicinos mokslo pažanga ir teikiamos procedūros leidžia trumpesniai ar ilgesniai laikui atitolinti mirtį. Dėl medikų uždavinių mirties akivaizdoje diskutuojama nuo pat medicinos atsiradimo (Jakušovaitė, 2001). Medikai, dirbdami su mirštančiais pacientais, susiduria su įvairiais sunkumais, sukeliančiais emocinę įtampą. Šis vaidmuo yra laikomas vienu iš daugiausiai streso sukeliančių slaugymo aspektų (Hopkinson, 2005). Nuo to, kaip jaučiasi medikai, kokio lygio įtampą ir stresą jie patiria, matydami mirštantį žmogų, kaip jie sugeba suprasti mirštančio žmogaus psichologiją, labai priklauso jų santykiai su mirštančiuoju ir jo artimaisiais. Nesupratimas ar stiprus streso jautimas mirštančiojo akivaizdoje virsta didele kančia tiek pacientui, tiek medikui. Tada šiuose santykiuose atsiranda nusivylimas, kaltė bei pyktis. K. Polukordienė (2008) teigia, kad nūdienos medicinoje labai nepalanki gydytojų ir slaugytojų padėtis – jie nėra reikiamai parengti ir išmokyti padėti mirštantiems ligoniams bei jų artimiesiems. Dėl to nukenčia jie patys, sulaukdami daug neigiamų reakcijų ir atsiliepimų iš mirštančiojo ir jo artimųjų. Medikai ne tik sulaukia neigiamų reakcijų, bet ir patys jaučia įvairaus lygio stresą.

V. Tamošiūnaitė (2010) pastebi, kad posovietinėse šalyse į ligonių slaugą ir mirštančiųjų palydėjimą į kitą, anapusinį gyvenimą vis dar mokomasi žvelgti krikščioniškųjų vertybių kontekste. Visuomenė nėra linkusi skirti pakankamai dėmesio seniems ir ligotiems, mirštantiesiems savo nariams. Psichologė E. Kubler-Ross (2011) pabrėžia: „mirtis tebėra siaubingas, keliantis baimę įvykis: jos bijome net tada, kai tariamės beveik įveikę šį jausmą“. Vėžio problemas nagrinėjęs J. R. Geffen (2003) pažymi, kad ugdant žmones siekti tikslų ir perteikiant gyvenimo išmintį nėra mokoma, ką daryti sužinojus apie savo arba artimųjų nepagydomą ligą. Tokios informacijos ir įgūdžių trūksta tiek sergantiesiems, tiek jais besirūpinantiems artimiesiems, tiek ir medicinos

darbuotojams. Šio darbo tikslas – įvertinti su mirtimi ir mirimu susiduriančių medicinos darbuotojų, pacientų artimųjų psichologines patirtis bei suformuluoti rekomendacijas, kaip ugdyti tinkamą elgesį mirties ir mirimo akivaizdoje.

Pagrindinis medikų darbo su nepagydomais ligoniais metodas yra paliatyvioji pagalba, kuri yra visapusiška ir aktyvi pagalba sergančiam progresuojančia, nepagydoma liga ligoniui, bei pagalba jo šeimos nariams. Slaugos gyvenimo pabaigoje pagrindinis tikslas – padėti sunkios būklės pacientams išeiti iš gyvenimo be skausmų ir oriai (Šeškevičius, 2011). Tai atliekama gerinant šių asmenų gyvenimo kokybę: pasitelkiant profilaktiką, kentėjimų išvengimą ir sumažinimą, skausmo ir kitų (psichosocialinių) problemų ankstyvą atpažinimą, tikslų įvertinimą, gydymą bei sprendimą. Tai unikalus gydymo būdas ir pagalba, nes į priežiūrą įtraukiami patys ligoniai ir savanoriai, šeima ir artimieji, teikiamos paslaugos tarpdisciplininės komandos principu, parama šeimai ir po artimojo mirties (Lesauskaitė, 2006).

Didėjantis paliatyvių ligonių skaičius priverčia atkreipti dėmesį į šių asmenų artimuosius, kurie literatūroje apibūdinami kaip pagalbos reikalaujantys asmenys arba „paslėptieji pacientai“, nes artimojo mirtina liga suardo normalų šeimos funkcionavimą, sukelia tam tikrą krizę: asmenys, kuriuos „liečia“ liga, patenka į stresinę situaciją. Neišvengiamos mirties laukimas ir pasiruošimas tampa nauju šeimos gyvenimo etapu, turinčiu savo turinį bei prasmę, savo išgyvenimus, mąstymą ir siekius. Dėl patiriamo psichologinio bei fizinio diskomforto dažnai ligonių artimiesiems pasireiškia įvairūs sveikatos sutrikimai, padidėja jų pačių mirties rizika. Jiems dažnai reikalingas ir simptominis gydymas, ir moralinis bei dvasinis palaikymas. Pripažinę ligos baigtį, artimieji taip pat turi priprasti prie pasikeitusio gyvenimo prasmės ir tarpusavio santykių suvokimo (Myers, 2000).

Mirimo, mirties ir netekties supratimas yra svarbus sveikatos profesionalams, ypač slaugytojams, jeigu norima mirštantiesiems ir netektį patiriantiems žmonėms suteikti kvalifikuotą ir tinkamą pagalbą. Ligonio gyvenimo pabaigoje yra svarbūs ne tik biologiniai poreikiai, bet ir psichologinės, dvasinės problemos. Pasaulyje yra pasikeitęs požiūris į mirštantį žmogų, medicinos pagalba mirštančiajam fokusuota ir orientuojama į asmenybę. Pradėta kalbėti apie mirštančiojo gyvenimo kokybę šiuo išskirtiniu laikotarpiu, apie ligonio dvasinę būklę bei egzistencinius dalykus, orientuojamasi į pagarbą žmogaus orumui iki pat jo paskutinės gyvenimo akimirkos (Rudalevičienė, 2006).

Žmogiškųjų išteklių specialistai, organizacijų vadovai bei socialinių mokslų atstovai pastaruosiu metu ima vis labiau domėtis ir tyrinėti dvasingumo sąsają su pasitenkinimu darbu, tačiau ši tyrimų sritis yra dar labai nauja ir tyrimai joje nėra gausūs (Khanifar, 2010). V. Gerikienė ir bendraautorė (2009), nuomone labai svarbu slaugytojų pasitenkinimas darbu, kadangi tai turi tiesioginės reikšmės ne tik jų psichologinei ir fizinei gerovei, entuziazmui, nuoširdumui dirbant, bet

yra svarbūs ir pačiai organizacijai bei visuomenei, nes nuo jų gali priklausyti ir tokie aspektai, kaip darbuotojų kaita, pravaikštos, pacientų priežiūros kokybė bei pacientų pasitenkinimas medicininėmis paslaugomis.

Tyrimo tikslas: Įvertinti mirties ir mirimo kokybę slaugos kontekste.

Tyrimo objektas: mirties ir mirimo kokybė slaugos kontekste.

Tyrimo subjektas: sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojai, pacientų artimieji.

Tyrimo uždaviniai:

1. Įvertinti slaugytojų, darbo su sunkiai sergančiais pacientais ir netekties patirtį.
2. Nustatyti slaugytojų ir pacientų artimųjų požiūrį į slaugą gyvenimo pabaigoje.
3. Nustatyti tiriamųjų nerimą dėl savo ar artimųjų mirties ir ryšį su mirštančiojo slauga.
4. Įvertinti artimųjų nuomonę apie paciento psichoemocinę būklę gyvenimo pabaigoje.

Tyrimo metodai: teorinė mokslinės literatūros analizė;

kiekybinis tyrimas – anketinė apklausa.

Hipotezė: Tikėtina, jog medicinos darbuotojų, šeimos narių, artimųjų supratimas apie mirtį ir mirimo procesą yra nepakankamas tam, kad būtų užtikrinta ori pagalba mirštančiajam.

Darbo struktūra: darbe atliekamas kiekybinis tyrimas. Kiekybiniam tyrimui buvo pasirinkta anoniminė anketa. Statistinė duomenų analizė atlikta programos „SPSS 17.0.1 for Windows“ versija. Lentelėms ir paveikslams sukurti naudota „Microsoft Office Word 2007“ programa. Darbe panaudota 15 lentelių, 20 paveikslų, 92 literatūros šaltiniai.

I. SLAUGA GYVENIMO PABAIGOJE IR MIRTIES PROBLEMOS

Kaip teigia I. D. Yalom (2008) mirtis – tai yra gyvenimo duotybė, kurios negalima pakeisti arba jos išvengti. Turime išmokti būti su šia duotybe, turime sukurti tokį santykį su ja, kuris leistų mums nugyventi pilnavertį ir prasmingą gyvenimą. Mirtis paskutinė bet kurio individo egzistavimo ciklo dalis savo darbuose su bendraautoriais teigia H.A.M.J. Have (2003).

Dauguma autorių pabrėžia paliatyvios pagalbos vaidmenį mirties ir mirimo neišvengiamumo akivaizdoje R. Darginavičienė ir bendraautoriai (2009) pastebi, kad slaugyti sunkiai sergančius ir mirštančius pacientus ir paremti jų artimuosius yra viena sudėtingiausių užduočių, su kuria savo praktikoje susiduria slaugytojas. Kokybiškos ir humaniškos priežiūros teikimas pacientams, priartėjusiems prie mirties, kuomet gydymo priemonės yra arba daugiau nebeįmanomos, arba nebepageidaujamos paciento, yra pagrindinė paliatyvios pagalbos ir medicinos dalis. M. Matzo (2010) moksliniai tyrimai parodo, jog didžioji žmonių dalis, priartėję prie savo gyvenimo pabaigos, nori likusį gyvenimą nugyventi kiek tik įmanoma jį maksimaliai išnaudojant. Tokie pacientai nori, kad sveikatos priežiūros teikėjai gerbtų jų norus ir tikslus, padėtų jiems išlaikyti savo orumą ir nepriklausomumą, lengvindami simptomus ir suteikdami kuo didesnę komfortą. G. Riley (2010) pažymi, kad per du dešimtmečius slaugos mokslo pagalba slaugytojos sugebėjo patobulinti ir pagerinti paliatyvios pagalbos sritį, palengvinti sunkiai sergančių ir mirštančių būtį.

Visi sergantys asmenys neišvengiamai išsako keletą simptomų, būdingų besigydantiems tiek ligoninėje, tiek slaugos klinikoje ar namuose. Būdingiausi fiziniai simptomai yra skausmas, silpnumas ir pykinimas, o psichologiniai – depresija, pyktis, nusivylimas, nuoskauda, kartėlis (Kubler-Ross, 2011).

J. Lugton (2005) pabrėžia, kad yra svarbu įvertinti ne tik simptomus, bet ir jų keliamą kančią. Paliatyvioji pagalba yra ypatingai svarbi norint padėti pacientui susitaikyti su savo situacija, nusiraminti, įveikti vienatvės pojūtį, neprarandant savigarbos, oriai išeiti iš šio gyvenimo. Slaugyti sunkiai sergančius ir mirštančius pacientus ir paremti jų artimuosius yra viena sudėtingiausių užduočių, su kuria savo praktikoje susiduria slaugytojas. Darbas su mirštančiais pacientais jų šeimos nariais ir artimaisiais reikalauja gerų profesinių žinių, noro ir gebėjimo atiduoti dalelę savęs. D. Drungilienė (2006) rašo, kad mirštančiojo slaugoje slaugytojo vaidmuo – padėti pacientui ir jo šeimai.

1.1 Gyvenimo baigties suvokimas, mirimas ir mirtis

Mirtis – unikalus procesas, kuris sukelia stiprius išgyvenimus, palieka gilų pėdsaką artimųjų gyvenime. Įveikti paskutinį gyvenimo etapą gali būti labai sunku, todėl ligoniui ir jo šeimai reikia

pagalbos. Be to, labai svarbu padėti artimiesiems branginti likusias dienas ir jas kiek įmanoma tikslingiau išnaudoti (Jurkuvienė, 2007).

R. Darginaviarginavičienė ir bendraautorai (2009) savo darbuose rašo jog žmogus skiriasi nuo gyvūnų, nes suvokia savo mirtingumą. Tačiau nei vienas žmogus nėra visiškai įsisąmoninęs savosios mirties neišvengiamybės, nes kitaip jo emocijos nesiskirtų nuo mirčiai pasmerktojo nuotaikų. Mirtį ir mirimą galima įvertinti ir suprasti tik gyvenimo kontekste. O K. Jaspers (1973) nurodo, kad nėra gyvenimo be gimimo, jo nebūna ir be mirties. Gimimas ir mirtis – tai du gyvenimo ribiniai taškai. Ribinėse situacijose atsiveria patirtis, netelpanti į jokią kasdienišką rutiną. Pati kraštutinė ribinė situacija yra mirtis.

Mirties tema – ar mintyse, ar gyvenime, visada kelia nerimą. Nes mirtis – pats įvykis, kurio prigimtis, procesas žmogui lieka nežinomas. Žmogus negali numatyti mirties, negali jos kontroliuoti ar užkirsti jai kelio, kai ji įvyksta. Žmogus įveikė daugelį ligų, prevencinėmis priemonėmis užbėga mirčiai už akių ten, kur ji anksčiau įvykdavo, prailgino vidutinę gyvenimo trukmę. Žmogus gali nusižudyti, bėgdamas nuo gyvenimo. Bet žmogus negali sustabdyti ar atšaukti mirties, kai ji įvyksta, arba, kaip sakoma kasdienėje kalboje, „kai atėjo laikas“ rašo K.O. Polukordienė (2008).

O savo darbuose L. Donald (2011) pabrėžia, kad medicina kasmet vis mažiau įgyja žinių apie paprastus gydytojo – ligonio santykius, kurių studijos būdavo kiekvieno gero šeimos daktaro pradžiamokslis. Kas vyksta visuomenėje, labiau besirūpinančioje žmogaus intelekto koeficientu ir klasine padėtimi negu tokiais paprastais dalykais kaip taktas, jautrumas, atidumas ir saikas padedantis įveikti kančias?

Mirtis, kaip ir gimimas, yra neišvengiama gyvenimo dalis. Tai normalus procesas, prasidedantis mirimu (žmogus praranda savo gyvybiškumą) ir pasibaigiantis mirtimi (galutine ir negrįžtama mirimo stadija) (Jansen, 1997).

Šis procesas pakeičia asmenų gyvenimus visomis prasmėmis. Tiek paliatyvus ligonis, tiek jo artimieji, prisitaikydami prie artėjančios mirties, išgyvena mirimo (gedėjimo) ir emociškos stadijas. Pirmiausia išgirdę iš mediko apie nepagydomą ligą ar artėjančią mirtį pacientas ir jo šeimos nariai patiria didelį šoką. Pradedama neigti, kad gal gydytojas apsiriko ar, kad jų tyrimus supainiojo su kito paciento tyrimais. Pacientai ir jų artimieji nebepasitiki gydytoju ir kreipiasi į kitus specialistus, pradeda lankytis pas ekstrasensus ar „šamanus“, ieškodami kito atsakymo, palankaus jiems. Kai visgi diagnozė ir prognozė pasitvirtina, atsiranda pyktis. Pacientas su savo šeima ar artimaisiais nemotyvuotai pyksta ant visų ir visko. Tiesiog ant viso pasaulio. Pradedama kilti įvairūs klausimai: „kodėl man, o ne jam ar kitam?“, „ką aš blogo padariau?“. Pyktis – stipri emocija, kuri pasireiškia psichologiniu, dvasiniu skausmu. Pacientui esant tokioje būsenoje, svarbu priimti jo pyktį, leisti jam jį išsakyti ir išreikšti. Tai natūrali reakcija nenatūralioje žmogui situacijoje. Tokioje situacijoje

pacientą, nes šiuo atveju jis labiausiai pyksta, reikia skatinti žvelgti į priekį – ateitį, o ne į praeitį. Pasibaigus pykčio priepuoliui pacientas ir jo artimieji pereina prie kitos psichologinės reakcijos – derybų. Prasideda derybos su Dievu, ieškoma įvairiausių būdų, kaip būtų galima sau padėti esamoje situacijoje. Užsibaigus deryboms, pacientą užgriūna depresija. Pacientas nusivilia blogėjančia sveikata, nustoja tikėti kas ką jam sako. Įvardina tai, kas buvo nepadaryta, gailisi to, kas įvyko. Tai pasireiškia simptomu grupės: emocijos (liūdesys, apatija, didžiulis vidinis skausmas), kognityvinė (viskas yra blogai, viskas atrodo juodom spalvomis), elgesio (žmogus verkia arba yra viskam abejingas, pasyvus), psichosomatinė (miego ritmo pakitimai, mieguistumas arba nemiga, apetito pokyčiai). Padidėja rizika savižudybėms. Noras mirti yra tolygus norui gyventi. Pacientui būtina suteikti ir laiku pastebėti šį etapą. Esant tokiai situacijai, svarbu nepalikti žmogaus vieno. Suteikus laiku ir profesionalią pagalbą pacientas pereina į susitaikymo su savo liga ir mirtimi emocinį etapą. Pacientas nebemato prasmės toliau kovoti, neturi tam jėgų ir tikslo, daug savo darbuose apie tai rašo J. Lugon (2005).

1.2 Mirties ir laidotuvių kultūra, su mirtimi susijusią papročiai ir ritualai

Tikėjimas, kad, žmogui mirus, viskas su juo dar nepasibaigia, yra senas ir bendras visai žmonijai teigia J. Balsys (1966). Jo manymu, tuo remiasi beveik visos religijos.

Daugybė papročių ir kasdieninio gyvenimo reiškinių kilo iš to jausmo ar tikėjimo. Tarp mirties ir „kito pasaulio“ nusidriekia vieniems ilgesnis, kitiems trumpesnis laikotarpis, kurį mirusysis turi išbūti šioje žemėje. Iki šių dienų žmonės vis dar tiki, kad po mirties yra kitas gyvenimas, jis nesibaigia mirties procesu. Siela – amžina gyvybės jėga. Mirusiojo kūnas gyvena panašų į buvusįjį gyvenimą, tik vėlės pavidalu. Krikščionybės įtakos dėka, žmonės pradėjo aiškiai skirti materialinę pusę – „kūną“ ir dvasinę pusę – „sielą“. Senovės lietuvių tikėjime vėlė buvo suprantama kaip pomirtinis gyvenimas. Ji skiriasi nuo medžiaginio kūno, bet nėra nutraukusi su juo ryšių. Vėlė gyvena žmogui neprieinamą naują gyvenimą. Mirusysis ir anapilyje išlieka to paties amžiaus, kokio mirė, jei mirė būdamas vaikas, vaiku ir lieka, o jei senas – senu. Mirus žmogui, siela išeina į pomirtinį pasaulį, bet kur jis toks yra? Krikščioniška pasaulėžiūra - mirusysis gyvena savo pasaulyje, o gyvasis savam pasaulyje, ir jie tarpusavyje nebendrauja. Gyvieji tik gali padėti mirusiesiems maldomis ar aukomis bažnyčiai. Pomirtinę kelionę vaizduojanti tradicija, kaip kopiami į kalną, patvirtina tautosakoje, yra archaiška ir patvari. Kalnas, kuris yra centre ir ant kurio gyvena Dievas ir Perkūnas, yra pomirtinis gyvenimas. Užkopus į kalno viršūnę arba už jo prasideda mirusiųjų dangiškoji buveinė, kur yra šviesu, šilta, nuostabus sodas su daugybe gyvūnų. O kalno papėdė dažnai mitologijoje įvardinama pragaru, kurį valdo velnias, ir pas jį patenka negeri žmonės – savo darbuose įdomiai rašo G. Beresnevičius (1997).

Pasak G. Beresnevičiaus rašomuose darbuose „Lietuvių liaudies pasaulėjauta tikėjimų ir

papročių šviesoje“ (1997) senovėje lietuviai mirusiuosius laidojo trejopai: medžiuose, žemėje ir degindavo. Mažiausiai paplitęs paprotys buvo laidojimas medžiuose. Šis paprotys buvo siejamas su senovės lietuvių Deivės Motinos kultu, kuris siejamas su žeme. O sakralizacija sąlygojo tam tikrą draudimo atsiradimą, kad jei lavoną užkasi žemėje, pradėta suprasti, kaip žemės išniekinimą. Tuomet ir prasidėjo lavonų „kėlimas į medį“. Į žemę užkasdavo kai iš jų telikdavo kaulai. Mirusiuosius žmonės laidodavo žemėje, manydami, jog mirusįjį reikia priartinti prie gyvybę teikiančių Deivės Motinos galių. Mirusįjį laidodavo su išėiginiais rūbais bei įvairiais papuošalais. Įkapių dėjimas į kapą parodo, kad pomirtinį gyvenimą įsivaizdavo panašų į žemiškąjį – mirtis išskirdavo artimus žmones tik laikinai. Paprotys parodo gyvųjų santykius su mirusiu. Vakarinėje Lietuvos dalyje kūnų deginimas atsiranda apie XI amžių, o jau XII-XIII a. visoje Lietuvoje deginimas tampa vieninteliu laidojimo būdu. Buvo tikima, kad sudeginus kūną iš jo išsilaisvina siela. Manoma, kad kaip tik tuo laikotarpiu imta labiau suvokti, kad kūnas ir siela – du skirtingi dalykai. Deginimo procesas pomirtinio gyvenimo nepakeitė, jis pakeitė tik požiūrį į patį mirusįjį.

Ar žmonės mirdavo seniau kitaip nei dabar XXI amžiuje? Požiūris į mirtį visais laikais po truputį keitėsi. Iki XVIII a. mirties procesas žmogui buvo natūrali gyvenimo dalis. Žmogus suvokdavo, kad jis mirs, ir natūraliai pasiruošęs laukė mirties. Tai buvo vieša ir organizuota ceremonija. Artimieji ir giminės lankydavo mirštantįjį, su juo atsisveikindavo. Mirus žmogui, apeigos būdavo iškilmingos, bet tuo pačiu kuklios ir paprastos, - savo darbuose pažymi K.O. Polukordienė (2008).

Pagal P.Aries (1993), Vakarų visuomenės žmonės nuo XVIII a. mirčiai suteikia kitą, naują prasmę. Ją pradedama dramatinizuoti ir aukštinti. Atsiranda kapinių ir kapų garbinimas, kuriuo siekiama antgamtinių jėgų, dievybės palankumo. Visa tai ateina su XIX amžiumi. Tačiau, atėjus XX a., mirtis, kuri buvo tokia suprantama ir įprasta, pamažu išstumiamą iš visuomenės gyvenimo. Šiais laikais, XX a. pabaigoje ir XXI amžiaus pradžioje, žmonės dažniau miršta ligoninėse, slaugos ligoninėse vieni be artimųjų apsupties. Mirties aplinkybių šeimininkais tampa dirbantis personalas ligoninėje, o ne artimieji. Dabartiniu metu yra stengiamasi, kad artimojo mirtis neapsunkintų gyvų likusių artimųjų, kad jiems nebūtų sukeltos stiprios emocijos. Pradėta apsaugoti vaikus ir jaunimą nuo mirties temų, kad jie nepatirtų gilių išgyvenimų.

Sunku būtų ginčytis su mintimi, kad dabartiniai jaunimo poelgiai, bauginantys visuomene smurtu, agresija, yra susiję su mirties užmiršimu realiame gyvenime. Skaudžių emocijų pradedama vengti. Pašaliniai neturi matyti kitų skausmo ar pergyvenimo. Gedėjimas dėl mirusio pamažu pradeda trumpėti iki vienos paros, ir gedėtojas paliekamas vienas su savo liūdesiu ir skausmu. Paplito palaikų kremavimas, kas atitolina laidojimo papročius (Polukordienė, 2008).

Parėjus daug laiko, žmogus nepasikeitė. Savo knygoje E. Kubler-Ross (2011) rašo: Mirtis tebėra siaubingas, keliantis baimę įvykis: jos bijome net tada, kai tariamės beveik įveikę šį jausmą.

Pasikeitė tik mūsų kova su mirtimi ir merdėjimu, jų sutikimas bei santykiai su mirštančiais ligoniais.

Dar prieš daug tūkstantmečių laidojimo papročiai daug kartų keitėsi. Tai buvo laikoma, kad pereinama iš vieno pasaulio į kitą. Tuo tikėjo religingi žmonės, - rašo V.Navickas (2003), kad laidotuvių papročiuose yra psichologinė, socialinė ir dvasinė pagalba netektį išgyvenantiems žmonėms.

G. Beresnevičius (1997) rašo, kad laidojimo papročiuose ir atsispindi kiekvienos religijos, kultūros požiūris į mirtį. Papročiuose, kur mirties yra bijoma, magiškais laidojimo ritualais yra stengiamasi apsisaugoti nuo mirusiojo, kad šis nepakenktų likusiems gyviesiems. Kultūrose, kurios nebijo mirties ir ją laiko normalia gyvenimo proceso dalimi, sutinka mirtį drąsiai ir oriai. Mirusiojo susijungimą su trimis gamtos elementais: oru, žeme ir ugnimi atspindi laidojimo būdai (medyje, žemėje, ugnyje) arba, kitaip tariant, mirusiojo perėjimas į "kitą pasaulį" įsivaizduojamas šių trijų elementų tarpininkavimo dėka.

1.3 Požiūriai į slaugą gyvenimo pabaigos laikotarpiu

Slaugytojo profesija yra arčiausia paciento ir jo šeimos sveikatos profesija, ir keletas faktorių gali paveikti slaugytojų požiūrį į mirštančių pacientų slaugymą. Slaugytojų amžius gali paveikti jų požiūrius, - teigiama tyrime, atliktame Niujorko kompleksiskame vėžio centre. Jis nustatė, jog 40–mečiai ar vyresni slaugai labiau linkę vengti minčių apie mirtį negu jaunesni slaugytojai; jiems pasireiškė tendencija žvelgti į mirtį su neutraliu nusistatymu, nei laukiant, nei bijant mirties. Jie mato mirtį kaip išsigelbėjimą iš skausmingos patirties (Lange, 2008).

Kaip teigia A. Lekauskaitė (2006), slaugytojai, slaugydami terminalinės būklės pacientus, gali jausti baimę, kaltės jausmą, prisiminti asmenines netektis, jaustis bejėgiais, susidurti su etiniais klausimais. Kiekvienas asmuo, susidurdamas su mirties faktu, tai išgyvena individualiai. Tam, kad apsaugotų save, slaugytojos stengiasi emociškai atsiriboti nuo paciento.

Pasak C.C. Barrere (2008), keletas tyrimų nurodė faktorius, įtakančius slaugytojų požiūrius į mirštančius pacientus, tokius kaip lytis, amžius, asmeninė biografija, socialinė–ekonominė padėtis, religija, atvirumas šeimoje, išsilavinimo lygis ir pastarosios šeimos narių ir draugų mirties patirtys – visi šie faktoriai daro įtaką slaugytojų požiūriams.

Slaugytojai, rašo C. Weigel ir bendraautoriai (2007), kurie rūpinasi mirštančiais, patiria daugybę įvairių jausmų ir požiūrių, įskaitant nerimą, supratimą, baimę, liūdesį. Rūpinimasis mirštančiu pacientu ir jo šeima yra dažnai slaugytojų apibūdinamas kaip skausmingiausias ir sukeliantis daugiausiai streso slaugytojo vaidmens elementas (Beckstrand, 2005). O G.P. Ciccarello (2003) teigia, kad slaugytojai gali pakeisti požiūrį į mirštančiųjų slaugymo teikimo būdus įgydami žinių apie šiuos požiūrius ir stengdamiesi suvokti mirtį kaip natūralią gyvenimo dalį.

Taip pat G.P. Ciccarello (2003) nurodo, kad nerimas daugybėje skirtingų lygių yra asocijuojamas su mirštančiųjų slauga. Kol slaugytojai galės būti susirūpinę dėl nepasitikėjimo savo įgūdžiais, jie taip pat trokš būti mokomi profesionaliai teikti pacientams priežiūrą jų gyvenimo pabaigoje. Slaugytojų nerimas iš dalies kyla iš pakankamos paramos stokos, tiek emocionalios, tiek fizinės, iš jų slaugymo mokymo programų. Slaugytojai dažnai baiminasi, jog dalijimasis asmeninėmis nuomonėmis dėl kompetentingų sprendimų priėmimo ir buvimas paciento atstovu gali sukelti konfliktą slaugos komandoje. Istorškai slaugytojai yra mokomi neišsakyti savo nuomonės pacientams ir jų šeimoms ir visuomet išlikti objektyvūs.

Užsienio tyrėjai savo studijoje 2008 metais nustatė spragas Pakistano intensyvios slaugos slaugytojų žiniose ir požiūriuose. Pavyzdžiui, pasitaikė neatitikimų terminų išmanyme, tokių kaip smegenų mirtis, paliatyvus gydymas, gyvybės palaikymas. Toks žinių trūkumas dažnai atsispindi ir priežiūroje, kurią teikia šie slaugytojai mirštantiems pacientams, - pastebėjo N. Salahuddi (2008). Slaugytojai dažnai nenori aptarinėti svarbių medicininių sprendimų, priėmimo aspektus su pacientais ir jų šeimomis dėl jų susirūpinimo ir diskomforto, - teigia savo darbuose G. Duke (2007).

Siekiant aprūpinti pacientus tinkama priežiūra gyvenimo pabaigoje, slaugytojai turi įveikti savo nerimą ir sukurti rūpestingumo aplinką, kurioje atsirastų terapeutinis slaugymo procesas mirštantiems pacientams (Mitchell, 2006). Išankstiniai nurodymai dėl medicininės priežiūros gyvenimo pabaigoje yra pagrindinis paliatyvios slaugos elementas, ir slaugytojai atlieka didžiulį vaidmenį jų buvime ar nebuvime gyvenimo pabaigoje. Reiškiny, žinomas kaip „tylos sąmokslas“, egzistuoja sveikatos apsaugoje, kur teikėjai negali aptarinėti, kaip pacientai juos paveikia ir kokias emocijas patiria savo paskutinėmis gyvenimo dienomis (Cooper, 2005).

Paliatyvios slaugos slaugytojai yra profesionaliai mokomi rūpintis nepagydomai sergančiais pacientais, tačiau daug slaugytojų jaučiasi nepakankamai pasiruošę teikti priežiūrą terminalinės būklės slaugos pacientams gyvenimo pabaigoje. Slaugytojai tai priskiria palaikymo ir mokymo gyvenimo pabaigos etape trūkumui (Ciccarello, 2003).

1.4 Medicinos darbuotojų išgyvenimai, susiję su mirtimi

Paprastai suprantamas dalykas, kad gyvenimas ir mirtis yra neatsiejami nuo slaugytojo darbo. Kaip teigia T. A. Brosche (2003), slaugytojams dažnai tenka džiaugtis tuo, kad savo darbu galėjo sėkmingai prisidėti prie paciento pasveikimo, tačiau dažnai savo darbe slaugytojams tenka susidurti ir su paciento netektimi. Slaugytojo profesija unikali tuo, kad darbo praktikoje su mirtimi ir kitais sunkiais įvykiais (ligonio kančios, skausmo matymas ir pan.) susiduriama išties dažnai (ypač dirbant tam tikruose ligoninės skyriuose, pavyzdžiui, onkologiniuose, reanimacijos, slaugos ligoninėse ar skyriuose (Lynn, 1998). Natūralu, kad susidurdamas su tokiomis situacijomis kiekvienas žmogus patiria tam tikrus išgyvenimus. Mokslinėje literatūroje aprašomi įvairūs

išgyvenimai, kuriuos patiria su pacientų mirtimi ir sunkia jų būkle susidurdami medicinos specialistai (Wasner, 2005). Tokiose situacijose sustiprėja slaugytojų dvasiniai išgyvenimai: pyktis ant Dievo, nusivylimas juo, jausmas, kad jis apleido, arba priešingai – siekimas surasti tokios situacijos prasmę, tikslą (Larimore, 2007). Taip pat tokios situacijos mokslininkų dažnai įvardijamos kaip bene labiausiai sukeliančios stresą slaugytojų (bei kitų medicinos specialistų) darbe. Kraštutiniais atvejais, pavyzdžiui esant kumuliaciniam pacientų mirčių efektui, tai gali būti viena svarbiausių priežasčių, įtakančių slaugytojų emocinės būklės pablogėjimą ir lemiančių profesinio pervargimo simptomų atsiradimą (Matulaitytė, 2010). Kitais tyrimais M. A. Carson (2000) nustatyta, kad kito asmens mirties, sunkių sužeidimų matymas tam tikrose situacijose gali būti netgi tiek stresogeniškas, kad sukeltų potrauminį streso sindromą. Moksliniai tyrimai taip pat atskleidžia, kad susidurdamos su pacientų mirtimi slaugytojos išgyvena sielvartą, kaltės jausmą, liūdesį, bejėgiškumą, gedėjimą, - pastebi K. A. Anderson ir bendraautorai (2007).

Mokslinėje literatūroje dažnai nurodoma, kad susidūrimas su mirtimi žmogui gali priminti apie jo paties mirtingumą ir taip sužadinti dar vieną išgyvenimą – mirties nerimą (Kasket, 2006). Kaip rašo J. Schimel ir bendraautorai (1999), žmogus yra ta vienintelė būtybė, kuri turi galimybę suvokti savo mirties neišvengiamumą. Būtent ši situacija ir sukuria nuolatinį nerimo dėl mirties potencialą. Svarbus mirties nerimo bruožas yra jo multidimensiškumas. Tai reiškia, kad žmonės gali jausti nerimą dėl skirtingų mirties aspektų: mirimo proceso, mirusiųjų, žmogui reikšmingų kitų mirties ar savos mirties poveikio šiems žmonėms, fizinio sunaikinimo, nesavalaikės mirties, skausmo mirštant, gyvenimo po mirties ir pan. (Hoelter, 1979). Tačiau svarbu suprasti tai, kad mirties nerimas neturi konkretaus objekto, o yra vadinamas nuostatų apie mirtį grupe, besireiškiančia baime, grėsme, nuogąstavimais, diskomfortu ir panašiomis neigiamomis emocinėmis reakcijomis (Neimeyer, 2004).

Kaip teigia E. Kasket (2006), kontaktų su mirštančiais pacientais dažnumas paveikia mediką, taigi ir slaugytojų, mirties nerimo lygį. Iširta, kad tie medikai, kurie dažniau kontaktavo su mirštančiais pacientais, mažiau mąstė apie tai, kas dar galėjo būti padaryta padedant pacientui, jautė mažesnę diskomfortą bendraudami su jais. Medikai, kurių kontaktavimo su mirštančiais pacientais tikimybė yra maža, yra labiau linkę traktuoti mirtį, kaip nemaloniausią savo darbo aspektą, taip pat jie yra linkę vengti pacientams tiesiogiai pasakyti apie nepagydomą ligą, jiems yra sunkiau emociškai išgyventi mirtį.

Tačiau nėra visiškai aišku, ar šis efektas atspindi iš tiesų sumažėjusį mirties nerimą dažniau susiduriančių su pacientų mirtimis medikų grupėje, ar tiesiog didesnę jo užslopinimą (Dickinson, 1992).

Lietuvoje atlikto tyrimo metu buvo nustatyta, kad slaugytojos, savo darbe patiriančios daugiau įvykių, susijusių su pacientų mirtimi, jautė mažesnę nerimą dėl kitų mirties proceso

(turėjimo būti su tuo, kuris miršta; mirštančiojo kančios, kūno degeneracijos, silpnėjančių protinių gebėjimų stebėjimo ir kt.) nei slaugytojos, patiriančios tokių įvykių mažiau, tačiau išimtinai mirštančio ligonio slaugymas buvo susijęs su didesniu nerimu dėl kitų mirties proceso (Valmaitė, 2006). Esama tyrimų, kur kalbama apie slaugytojų mirties nerimo sąsajas su jų darbo vieta (skyrių, kuriame jos dirba). Atlikę tyrimą, S. A. Payne ir bendraautoriai (1998) ir norėdami nustatyti slaugos ligoninėje bei reanimacijoje dirbančių slaugytojų mirties nerimo ypatumus, nustatė, kad reanimacijoje dirbančios slaugytojos buvo linkę dažniau vengti galvoti apie mirtį, nenorėjo būti šalia mirštančio žmogaus ir jautė didesnę mirties nerimą nei slaugos ligoninėje dirbančios slaugytojos. Svarbu suprasti, kad abi slaugytojų grupės savo darbe nuolat susiduria su mirtimi. Tačiau reanimacijoje dirbančios slaugytojos orientuojasi į ligonių gyvybės išgelbėjimą ir susiduria su staigiomis, trauminėmis jų mirtimis. Jos nesirenka dirbti su mirštančiais žmonėmis, kaip tai daro slaugos ligoninėje nusprendžiančios dirbti slaugytojos, ir todėl susidūrimą su mirtimi gali traktuoti kaip darbo nesėkmę. Autorių nuomone, į tai irgi reikia atsižvelgti vertinant mirties nerimą.

Vis tik Lietuvoje atliktas tyrimas byloja apie tai, kad slaugytojų, slaugančių sunkios būklės ligonius (dirbančių slaugos, reanimacijos, vidaus bei nervų ligų skyriuose) nerimas dėl savo ir kitų žmonių mirties yra mažesnis nei slaugančių nesunkios sveikatos būklės ligonius (dirbančių vaikų, fizinės medicinos ir reabilitacijos, dienos chirurgijos ir priėmimo skyriuose) teigia L. Valmaitė (2006). Reikia pastebėti, kad slaugytojų mirties nerimas yra susijęs ir su paciento asmeninėmis charakteristikomis.

E. Kasket (2006) nurodo, kad medikai išgyvena ligonio mirtį kaip priminimą apie savo paties mirtingumą ypač tuo atveju, kai koku nors aspektu (pvz.: panašus mediko ir paciento amžius, interesai, pacientas pats yra gydytojas ar slaugytojas ir pan.) identifikuoja save su mirštančiuoju. Mirties nerimas yra ypač sužadinamas, jei pacientas medicinos darbuotojui primena jam artimą mirusį žmogų ir taip vėl sukelia praeityje patirtas kančias bei sielvartą (Paice, 2002).

Nepaisant to, kad mirties nerimas gali būti apibrėžiamas kaip vienas svarbiausių su mirtimi susijusių slaugytojo išgyvenimų, tačiau mokslinėje literatūroje nepavyko rasti tyrimų, nagrinėjančių būtent mirties nerimo ir pasitenkinimo darbu sąsajas. Vis tik galima apžvelgti keletą tyrimų, kuriuose nagrinėjamas medicinos specialistų nerimo ir pasitenkinimo darbu ryšys. Pavyzdžiui, Didžiosios Britanijos mokslininkai nustatė, kad jaunų gydytojų jaučiamas nerimas statistiškai reikšmingai siejosi su mažesniu pasitenkinimu darbu (Newbury-Birch, 2001). Italijos medicinos specialistus tyrę mokslininkai taip pat nustatė, kad moterys, pasižyminčios reikšmingu būsenos nerimo lygiu, yra mažiau patenkintos savo darbu – ypač tokiais jo aspektais kaip vadovavimu, atlyginimu, fizine darbo aplinka (Sánchez-Anguita, 2008). Vis tik reikia pasakyti, kad nėra aiškios tokių sąsajų priežastys.

Kaip teigia D. Newbury-Birch (2001), negalima tiksliai pasakyti, ar didesnis nerimo lygis

sąlygoja mažesnę pasitenkinimą darbu, atvirkščiai – nepasitenkinimas darbu lemia didesnę nerimo lygį. Svarbu pabrėžti, kad prieštaringi mokslinių tyrimų rezultatai tiksliai neatskleidžia, kaip susidūrimas su įvykiais, susijusiais su mirtimi, siejasi su mirties nerimu, tai yra neaišku, ar dažniau patiriantys tokius įvykius medikai jaučia didesnę nerimą dėl mirties. Galima manyti, jog prieštaringi rezultatai gaunami dėl to, kad mirties nerimas nustatomas remiantis tiriamųjų gebėjimu reflektuoti savo vidinę būseną. Dėl šios priežasties neaiškios tampa ir mirties nerimo sąsajos su pasitenkinimu darbu, nes susidūrimas su pacientų mirtimi gali veikti pasitenkinimą darbu, nepriklausomai nuo to, kiek įsisąmonintas yra pats tokio įvykio patyrimas. Stresogeninių įvykių, susijusių su mirtimi, patyrimas darbe (pavyzdžiui, pacientų mirtys, jų kančios, skausmo, neįgalumo matymas, turėjimas bendrauti su kenčiančiais žmonėmis ir pan.) daugelio mokslininkų yra apibūdinamas kaip vienas pagrindinių streso šaltinių slaugytojų darbe (Butkevičienė, 2007). Kitu tyrimu buvo nustatyta, kad operacinės slaugytojų mirties nerimas reikšmingai susijęs su mirtimi ir mirimu, kaip streso šaltiniu jų darbe (Bene, 1992). Taigi susidūrimas su mirtimi susijusiais stresogeniniais įvykiais gali palikti skaudžias pasekmes slaugytojo gyvenime. Kumuliacinis pacientų mirčių efektas, kaip buvo minėta, gali būti viena iš svarbiausių priežasčių, įtakančių slaugytojo emocinės būklės pablogėjimą: emocinį išsekimą, profesinio pervargimo atsiradimą (Valmaitė, 2006). Išgyvenimai, susiję su mirtimi, (tiek susidūrimas su įvykiais, susijusiais su mirtimi, tiek, tikėtina, ir mirties nerimas) bei šių išgyvenimų sukeltas stresas, pernelyg didelis jo kiekis, pastovumas, gali sąlygoti nepasitenkinimo darbu atsiradimą tarp slaugytojų. Egzistuoja nemažai tyrimų, atskleidžiančių, kad patiriamas didelis streso lygis darbe, profesinis pervargimas – tai vieni svarbiausių, slaugytojų nepasitenkinimą darbu sąlygojančių, veiksnių savo darbuose teigia B. F. Piko (2006).

Mokslinėje literatūroje pabrėžiama, kad susidūrimas su pacientų mirtimi, mirties procesu, kančia yra vienas pagrindinių slaugytojų darbo stresorių. Kaip ir bet kokios kilmės stresas, jeigu jo yra per daug, jei jis tęsiasi per ilgai, taip ir dėl pacientų prastos būklės, su mirtimi susijusių įvykių patyrimo darbe atsirandantis stresas veikia slaugytojų psichologinę savijautą – gali sukelti emocinį išsekimą, profesinį pervargimą. O dideli stresai darbe lygiai kaip profesinis pervargimas yra vieni reikšmingiausių slaugytojų nepasitenkinimą darbu sąlygojančių veiksnių.

1.5 Artimųjų išgyvenimai, susiję su mirtimi

Gerai, kai mirtina liga sergančio paciento slauga yra patikima slaugos specialistams. Tačiau pagal esamą padėtį šiuo metu Lietuvoje pagrindinė mirstančiųjų pacientų slauga užgula paciento šeimos narius ir artimuosius. Nežiūrint į pagalbą, suteikiamą slaugos ligoninėse ar skyriuose, paciento šeimos nariai ir artimieji nėra atskirti nuo įvairių slaugos ir socialinių procesų, kurie vyksta slaugymo metu.

Einame į kažką, ko dar nėra, ir ateiname iš kažko, ko daugiau nebus niekada. Priklausomai nuo to, iš kur ateiname, esame tai, kas esame. Turime pradžią taip, kaip turime ir pabaigą. Buvo laikas, kuris buvo ne mūsų. Girdėjome apie jį iš vyresnių; skaitėme apie jį istorinėse knygose; mėginame įsivaizduoti neįsivaizduojamus milijardus metų, kuriuose nebuvo nei mūsų, nei kitų, kurie galėtų mums apie juos papasakoti. Mums sunku įsivaizduoti saviškį „mūsų nebebus“. Lygiai taip sunku įsivaizduoti „mūsų dar nebuvo“. Bet mums paprastai nerūpi tas iki dabar begalinis laikas iki mūsų gimimo, kuriame nebuvo. Galvojame: „esame dabar, tai mūsų laikas“ ir nenorime jo prarasti (Tillich, 1999).

Netekties jausmas atsiranda dėl greitai įvyksiančio ar jau įvykusio artimo, brangaus žmogaus praradimo ar mirties, - teigia A. Šeškevičius (2003).

O. L. Škudienė (2007) pateikia, kad šis jausmas kyla, kai pirmą kartą išgirstama apie nepagydomos ligos diagnozę. Paskutinė ligos stadija yra naujas praradimo laikotarpis tiek ligoniui, tiek ir jo šeimai. Žinia, kad ligonis netrukus gali mirti, visada būna naujos krizės laikotarpis. Tai rodo svarbaus ryšio ir socialinės padėties praradimo tikėjimasis, artėjant mylimo žmogaus mirčiai – išgyvenamas „numatomas“ sielvartas.

Netektis – tarytum išskelta kibirkštis sielvartui įsiliepsnoti, gedului pasireikšti. Sielvartas yra normalus, nors ir labai skausmingas atsakas į artimųjų netektį, atspindintis mūsų jausmus (emocinė kančia) ir elgseną (verkimas), kylančią dėl netekties. Prasideda dar prieš paciento mirtį ir tęsiasi, kol žmogus galutinai prarandamas. Asmuo šioje būsenoje gali būti trumpai arba niekada iš jos neišbristi. Normalus sielvartas apibrėžiamas kaip įprastinės ir normalios reakcijos, elgesys ir jausmai, kurie pasireiškia iš karto, sužinojus apie artimojo nepagydomą ligą ar po jo mirties. Sielvartas gali būti komplikuoatas: lėtinis, uždelstas, perdėtas, paslėptas rašo L. Škudienė (2007).

Artimam žmogui mirus, paliatyvių ligonių artimieji pereina į kitą etapą – gedėjimą. Tai yra sudėtingas procesas, jungiantis psichologinius, socialinius ir biologinius veiksnius. Gedėjimo periodas yra sunkesnis ir ilgesnis, kai žmogus nespėja susitaikyti su artimojo liga ir jo lemtimi, kai nepereina minėtų mirimo (gedėjimo) stadijų bei „pilnai“ neišgyvena netekties, sielvarto jausmų.

Nepriklausomai nuo gedėjimo aplinkybių, netekus artimo, artimieji paprastai išgyvena įvairias gedulo reakcijas (Hodder, 2004): jiems gali pasireikšti neįprastos emocijos (baimė ir nerimas, liūdesys, pyktis, kaltė), gali jausti tam tikrus fizinius pojūčius (tuštumą skrandyje ir pilve, spaudimo pojūtį krūtinėje ir gerklėje, padidėjusį jautrumą triukšmui, energijos stoką, sausumą burnoje), gali sutrikti pažinimas – atsirasti nepasitikėjimas (neigimas, išsiblaškyimas, sumišimas, haliucinacijos), gali pasikeisti elgsena (atsirasti miego, apetito, nuotikos sutrikimai, socialinis atsiskyrimas, svajojimas apie mirtį, nesidomėjimas profesija, verkimas, vietų lankymas ar nešiojimas daiktų, kurie primena mirusįjį, branginimas daiktų, kurie priklausė mirusiajam).

Atliktas našlių tyrimas, kaip teigia N. Liobikienė (2002), atskleidė, jog 48 proc. jų savo vyrų gedėjo metus, o 20 proc. sakė, kad po to neatsigavusios ir vargu ar atsigaus. Tai parodo, kad sunkiausias laikotarpis po artimojo mirties yra pirmi metai po artimojo žmogaus netekties, po to šiek tiek palengvėja. Šį palengvėjimą gali padėti pasiekti tokie veiksmai, kaip: vengimas kalbėti apie mirusįjį, liesti jo daiktus, žiūrėti nuotraukas, intensyvus darbas, malda ir ritualai, racionalizavimas ir intelektualizavimas, kontaktai su naujais žmonėmis ir pan. Kiekvienas žmogus pasirenka savitus, pagal savo individualius poreikius, įveikos būdus.

Mirimas ir mirtis – tai patirtis, kurios neįmanoma išvengti. Kada ir kur susidurtume su šiuo procesu, visuomet jis palieka mumyse tam tikrus jausmus, išgyvenimus ir patirtį. Kaip gyvenimas, taip ir mirtis yra individuali: vieni šį jausmą priima kaip natūralų ir neišvengiamą procesą, kitiems jis sutrikdo gyvenimą daugeliui metų. Kaip pavyks susigyventi su šia netektimi, priklauso nuo individualių savybių bei mus supančios psichosocialinės aplinkos.

II. PALIATYVIOS PAGALBOS TEIKIMO TVARKA SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGOSE

Paliatyviąją pagalbą apima ne tik nepagydoma liga sergančiojo ligonio slauga, bet ji prasideda nuo ligos diagnozavimo ir tęsiasi net gedėjimo metu, kuomet yra rūpinamasi šeimos nariais ir artimaisiais. Dažniausia paliatyviosios pagalbos reikia onkologinėmis ligomis sergantiems pacientams. Tačiau šios pagalbos reikia ir senėjančiai visuomenei, žmogaus imunodeficito viruso (AIDS) epidemijai bei kitoms nepagydomoms ligoms. Labai sparčiai didėja ir šios medicinos srities diapazonas, kai susiduriama su nepagydomomis ligomis dar nesant senyvo amžiaus.

Paliatyviosios pagalbos strategija remiasi Europos Tarybos iškeltomis vertybėmis: žmogaus teisė, paciento teisės, žmogaus orumas, socialinis aktyvumas, demokratija, lygybė, solidarumas, vienodos lyčių galimybės, visuomeninės veiklos ir pasirinkimo laisvė.

Pagrindinės paliatyviosios pagalbos dalys:

1. simptomų kontrolė;
2. psichologinė, dvasinė ir emocinė parama;
3. parama šeimai;
4. parama netekties atvejais.

Pagrindiniai paliatyviosios pagalbos principai, kurių yra net dvylika, remiasi tuo, kad tai yra sudėtinė sveikatos paslaugų dalis. Rūpinimasis ir jo plėtotė turi būti įtraukiami į nacionalinės sveikatos strategiją. Bet kuris pacientas, kuriam yra reikalinga paliatyvioji pagalba privalo ją gauti. Paliatyviosios pagalbos (PP) tikslas – pasiekti ir išlaikyti kiek įmanomą geriausią paciento gyvenimo kokybę. Taip pat PP stengiasi spręsti paciento fizinius, psichologinius bei dvasinius klausimus. Paliatyviosios pagalbos mokymo programa turėtų būti įtraukta į visų sveikatos priežiūros specialistų mokymą. Ši pagalba turi gauti tinkamą ir lygiavertį finansavimą. Sveikatos priežiūros teikėjai, susiję su paliatyviąja pagalba, turi gerbti paciento teises, nepažeisti paciento interesų ir laikytis profesinių įsipateigojimų (EU sąjungos ministrų taryba, 2005).

Daugiausia paliatyviosios pagalbos prireikia senyvo amžiaus žmonėms, kuriems reikalinga tuo metu ne tik medicininė pagalba, bet ir slauga bei intensyvi priežiūra, dvasinė pagalba, rūpinimasis ir atsidavimas jiems. Senatvė ir nepagydoma liga, dažnai, net ne viena, ir skausmas bei kiti simptomai yra lydintys paliatyviosios pagalbos pacientus. Esant tokioms sudėtingoms sąlygoms, yra darbuojamasi nepaisant jėgų ir išskylančios įtampos, kuri visą laiką lydi paliatyviąją pagalbą.

Kaip teigia A. Šeškevičius (2011) paliatyviojoje priežiūroje slaugytojai privalo turėti subtiliausias terapinio bendravimo įgūdžius: aktyvų klausymąsi, tyrinėjimą, aiškinimąsi, empatiją. Svarbu pacientą skatinti prabilti, išreikšti savo jausmus ir susikaupusias emocijas tam, kad galima jam būtų suteikti dvasinę pagalbą.

Labai svarbus yra požiūris į seną ir ligotą žmogų.

Senatvė – savitas, tačiau lygiavertis žmogaus gyvenimo raidos tarpsnis, o ne tik pasirengimo mirčiai metas. Vyresni žmonės padeda išmintingiau žvelgti į žemiškuosius įvykius. Jie yra kolektyvinės atminties sergėtojai, todėl turi ypatingą privilegiją perteikti vertybes ir bendrus idealus, sudarančius visuomenės gyvenimo pagrindą.

Praplečiant medicinos požiūrį į pacientus, ypač sergančius nepagydomosiomis ligomis, ji ima siekti dviejų tikslų:

- malšinti ligos simptomus, ligą pakeisti sveikata, taip pat prailginti gyvenimą;
- padėti pacientui atrasti savyje gyvenimo prasmę, nepriklausomai nuo jiems nustatytos diagnozės, esamos sveikatos būklės ir gydymo rezultatų (Kabašinskienė, 2005).

Paliatyvioji pagalba yra tam, kad suteiktų šiems žmonėms specialų ir geresnį gydymą bei priežiūrą, atsižvelgdama į jų poreikius, siekia pagerinti ir išlaikyti optimalią gyvenimo kokybę. Pagalbą šiems pacientams galima laikyti svarbiu civilizacijos kokybės rodikliu. Mūsų visuomenėje daugeliu atvejų šie pacientai yra nustumiami į šoną, o mirtis ir mirimas yra uždrausta tema. Kuo sergančiųjų gyvenimas labiau artėja į pabaigą, tuo staigiau keičiasi ligų simptomai, pacientų bendravimo poreikiai su jų šeima, draugais ir sveikatos priežiūros profesionalais. Dėl to iškyla daug naujų problemų. Dažniausia paliatyvios pagalbos teikimo laikas yra ribotas, ar net labai trumpas, tad reikia siekti kaip įmanoma geriau panaudoti likusį pacientui laiką (Paliatyvios pagalbos organizavimas: Rekomendacijos EU, 2005).

2.1 Paliatyvios pagalbos organizavimas ir samprata

Įvairiose šalyse sunkiai sergančiam nepagydoma liga pacientui yra skiriama daug ir ypatingo dėmesio. Analizuojant literatūrą pastebėta įvairių autorių mitys, kad kuriant pagalbos sistemą pagrindinis tikslas – padėti sunkiai sergančiam nepagydoma liga pacientui ir jo artimiesiems suprasti ir priimti esamą situaciją. Pacientas, jo priežiūra paskutinėmis gyvenimo dienomis ir jo šeimos nariai – visa tai kartu, sudaro kiekvieno iš šio proceso dalyvio gyvenimo kokybę.

Mūsų šalyje vyraujantis senėjimo fenomenas, kaip ir Europoje didelis mirtingumas nuo kraujotakos sistemos ligų ir nuolat didėjantis onkologinių susirgimų skaičius bei traumų ir apsinuodijimų skaičius priverčia susimąstyti apie paliatyvios pagalbos paslaugų poreikio būtinumą. Yra tendencija tikėti, kad dėl vienokių ar kitokių priežasčių daugeliui iš mūsų gali prireikti paliatyvios pagalbos paslaugų, nes gydomajai medicinai tampus neefektyvia, paliatyvi pagalba lieka vienintelė efektyvi pagalba. Atkreipiamas dėmesys, kad daugėjant asmenų, kuriems reikalinga paliatyvi pagalba, kartu daugėja ir artimųjų, kuriems reikalinga profesionali pagalba, padedanti apsaugoti juos nuo fizinių, psichologinių, socialinių sveikatos sutrikimų. Todėl paliatyvi pagalba

turi būti viena iš prioritetinių sveikatos priežiūros sričių, siekiančių ne tik gerinti gyvenimo kokybę sergantiesiems, bet ir jų artimiesiems.

Paliatyviosios pagalbos (PP) judėjimas kilo iš prieglaudų, slaugos namų veiklos. Pirmąją PP ir slaugos ligoninę (prieglaudą), skirtą tik mirštantiesiems, Prancuzijoje 1845 m. atidarė J. Garnier (Hoddler, 2004). Tačiau tikrąją modernaus paliatyvios pagalbos ligoninių judėjimo steigėja laikoma C. Saunders, kuri 1967 m. Londone atidarė Švento Kristoforo paliatyvios pagalbos ligoninę, vadinamą hospisu, skirtą mirštančių ligonių slaugai. Tai buvo pirmoji šios srities ligoninė, tapusi pasauliniu pavyzdžiu, kur pradėtas taikyti integruotas pagalbos modelis, apimantis klinikinę pagalbą, mokslinius tyrimus ir mokymą. C. Saunders skyrė savo profesinį ir asmeninį gyvenimą pacientų, sergančių mirtinomis ir progresuojančiomis ligomis, priežiūrai ir tyrimui. Ji visada gilinosi į specifinius ir unikalius kiekvieno paciento ir jo šeimos poreikius ir nustatė, jog nesugebama tinkamai į juos reaguoti. C. Saunders mokė teikti visapusę pagalbą pacientui, šeimai, pagalbą gedint, sudarant sutelktą specialistų komandą: ji, kovodama su daugeliu įsišaknijusių neigiamų požiūrių ir nuostatų, iš pagrindų pakeitė sveikatos priežiūros sritį (Lugton, 2005).

Nuo tada Vakarų Europoje pradėjo formuotis paliatyvios pagalbos filosofija, vis drąsiau imta kalbėti apie mirštančius ligonius ir jų priežiūrą. Ši filosofija paplito visame pasaulyje, buvo taikoma daugeliui skirtingų kultūrų ir regionų. Tačiau nėra nei vieno paliatyvios pagalbos teikimo modelio, kuris tiktų visoms situacijoms. Bet pagrindiniai paliatyvios pagalbos principai (susiformavę XX amžiaus pabaigoje), kurie pabrėžia būtinybę atsižvelgti į kiekvieno paciento ir jo šeimos unikalius poreikius, yra universalūs. Būdai, kaip šiuos tikslus pasiekti, įvairiose šalyse ar net regionuose skiriasi. Paliatyvios pagalbos nereikėtų suvokti tik kaip tam tikros institucijos pagalbą. Tai greičiau pagalbos filosofija, kuri gali būti taikoma visoms sveikatos priežiūros sritims (Hall, 2011).

Su geresnės gyvenimo kokybės užtikrinimu nepagydomos ligos laikotarpiu susiję ir paliatyvios pagalbos principai. Šie paliatyvios pagalbos principai išplaukia iš 2002 m. PSO pateikto paliatyvios pagalbos apibrėžimo:

- ji mažina skausmą ir kitus simptomus;
- teigia gyvenimą ir laiko mirimą normaliu procesu;
- nesiekia nei paspartinti, nei atidėti mirties;
- integruoja psichologinius ir dvasinius paciento priežiūros aspektus;
- siūlo paramos sistemą, padedančią pacientui gyventi kuo aktyvesnį gyvenimą iki pat mirties;
- siūlo padėti šeimai susidoroti su paciento liga ir netektimi;
- taiko interdisciplininį požiūrį ir stengiasi patenkinti paciento ir jo šeimos poreikius, iskaitant konsultavimą netekties atvejais, jeigu to reikia;

- gerina gyvenimo kokybę, gali teigiamai veikti ligos eigą;
- taikoma ankstyvosioms ligos stadijoms kartu su kitais gydymo būdais, kurių reikia pailginti gyvenimą – chemoterapija, spindulinė terapija, atlieka tyrimus, kurių reikia geriau suvokti ir kontroliuoti ligos komplikacijas (Šeškevičius, 2005).

Paliatyvioji pagalba gali daug padėti pacientams ir jų šeimoms jau ankstyvųjų ligos stadijų metu, bent jau nuo to momento, kai pasiekiamas nepagydomos ligos lygis ir spartėjimo nebegalima išvengti, - teigia Ž. Luneckaitė (2008).

Iš tiesų paliatyvioji pagalba neapima tik vienos ligos ar ligos tipo. Ji taikoma bet kurio amžiaus chroniško susirgimo (vėžys, AIDS, neuromotorinės ligos, tokios kaip išsėtinė sklerozė, šoninė amiotrofinė sklerozė, širdies kraujotakos sistemos ligos ir pan.) terminalinėje stadijoje esantiems ligoniams, atsižvelgiant į numatomą prognozę ir tam tikrus individualius jų ir artimųjų poreikius. Griežtas dėmesys simptomų kontrolei, psichosocialinių problemų identifikavimas bei sprendimas, atviras bei jautrus bendravimas, pagalba šeimai netekties laikotarpiu – tai yra visų paliatyvios pagalbos paslaugų pagrindas, užtikrinantis geriausiai įmanomą gyvenimo kokybę kiekvienam pacientui ir jo šeimai (Aizenas, 1995).

Prasidėjus pasaulyje PP judėjimui, jos pradininkų tikslas buvo situacijos gerinimas – jie stengėsi sukurti tokią filosofiją ir struktūrą, kuri garantuotą gerą sveikatos priežiūrą, pagrįstą tikėjimu, kad kiekviena žmoniškoji būtybė turi gauti užuojautą ir gerą priežiūrą, baigdamą savo gyvenimą. Tačiau šiandien paliatyvinės pagalbos tikslas yra kur kas platesnis, siekiantis:

1. Mažinti fizines kančias ar jų išvengti.
2. Tiksliai nustatyti ligonius varginančius simptomus, juos kontroliuoti ir mažinti.
3. Nustatyti psichologines ir socialines ligonio bei jo artimųjų problemas, padėti jas spręsti stiprinant norą gyventi, o mirtį laikant natūraliu procesu.
4. Pagerinti ligonio ir jo artimųjų gyvenimo kokybę.
5. Padėti ligonio šeimai ar jo artimiesiems netekties laikotarpiu (LR įsakymas Nr. V-14. 2007).

Skirtinguose literatūros šaltiniuose pateikiami panašiai suformuluoti šiandieninės paliatyvinės pagalbos tikslai, kurie vieningai teigia, kad pagrindinis PP tikslas pasiekti kuo geresnę gyvenimo kokybę ligoniui ir jo artimiesiems (WHO, 2004).

2.2 Komandinis darbas paliatyviojoje pagalboje

Viena sudėtingiausių užduočių, su kuria savo praktikoje susiduria slaugytoja, yra slaugyti sunkiai sergančius ir mirstančius pacientus bei paremti jų artimuosius (Hallbjorg, 1999).

Ligoniai, sergantys nepagydomomis ligomis, ir jų šeimos nariai dažnai susiduria su sudėtingomis ir įvairiomis problemomis. Todėl visa jų priežiūra – ir specializuotą, ir bendrąją –

turėtų teikti tam tikrų specialistų komanda: paliatyvi pagalba, pagalba be komandinio darbo negali užtikrinti tinkamos, veiksmingos pagalbos nei ligoniui, nei artimiesiems. Remiantis L. Gualtherie (2002) komandinio darbo apibrėžimu, paliatyvi pagalba – komandinis darbas suprantamas, kaip tam tikra koordinuota veikla, kurią bendrai, vienu metu ir nuosekliai atlieka ne mažiau kaip du specialistai. Veiklos metu nustatomi bendri tikslai, gerai suprantamos ir gerbiamos kiekvieno asmens funkcijos ir vaidmuo. Kiekvienas komandos narys atsakingas už paskirtus fizinius išteklius, teikia paramą, bendradarbiauja ir vienas kitu pasitiki, užtikrina efektingą vadovavimą, atvirą, sąžiningą ir nuovokų bendravimą, sudaro sąlygas savo darbo įvertinimui. Holistiniu požiūriu komandinis darbas paliatyvioje pagalboje turi tenkinti ligonio ir jo artimųjų fizinius, psichologinius, emocinius, dvasinius ir socialinius poreikius. Todėl labai svarbu sudaryti interdisciplininę specialistų komandą, kuri tenkintų suinteresuotų asmenų norus. Remiantis įvairiais literatūros šaltiniais (Hoddler, 2004), (WHO; 2004), pagrindiniai asmenys, sudarantys komandą, yra ligonis ir jo šeima (jie yra kaip komandos „ašis“, pagrindas, be kurių nebūtų komandos ir komandinio darbo poreikio), gydytojas, slaugytoja, socialinis darbuotojas, provizorius, dvasininkas, psichologas, psichoterapeutas, kineziterapeutas, savanoriai ir jų koordinatorius. Tačiau pagal iškilusius ligonio bei jo artimųjų poreikius į komandą taip pat gali būti įtraukti ir kiti specialistai: ergoterapeutas, fizioterapeutas, muzikos terapeutas, užimtumo terapeutas, dietologas, logopedas, relaksacijos specialistas ir kt. Dirbti komandoje nepakanka vien tik noro. Visi specialistai turi būti kvalifikuoti, žinoti ne tik savo, bet ir kitų komandos narių sričių galimybes ir ribas, turėti licencijas. Net savanoriai turi baigti paliatyvios pagalbos kursus. Paliatyvios pagalbos komandai vadovauja administratorius arba direktorius, savanoriams – savanorių koordinatorius. „Kiekviena komanda yra grupė, tačiau ne kiekviena grupė yra komanda“, todėl siekiant, kad kartu dirbanti žmonių grupė taptų komanda, jai būtinos tam tikros savybės (Hoddler, 2004):

- komandos nariai turi suvokti paliatyvinės pagalbos filosofiją, tikslus, objektą. Sveikatos priežiūros institucija privalo turėti parašytą ir patvirtintą savo institucijos filosofiją ir objektą;
- komandos vadovo funkcijos turi būti tiksliai apibrėžtos;
- organizacijos struktūra, tiesioginės atskaitomybės ir valdymas turi būti tiksliai aprašytas;
- geras tarpusavio bendravimas. Tai pagrindinis įvairialypės komandos darbo sėkmės laidas;
- aiški komandos funkcija ir kiekvieno komandos nario funkcijos;
- rūpinimasis darbuotojų sveikata ir gerove.

Komandinio darbo esmė yra ta, kad specialistai vieni su kitais palaikydami artimus ryšius, bendradarbiauja, tarpusavyje pasidalina surinkta informacija apie ligonį ir jo artimuosius, vykdo planingus, pastovius susirinkimus, kuriuose kartu aptaria problemas, numato jų sprendimų būdus bei veiksmų planus. Dirbant kiekvienam specialistui savarankiškai ar atskirai, nebūtų galima pasiekti tokių rezultatų, kaip dirbant visiems kartu. Juk kiekvienas iš jų kažką pastebi, pamato... O ir

ligoniai ar jų šeimos nariai, artimieji yra linkę pasirinkti tam tikrus žmones, kuriems atviriau išsipasakoja, atskleidžia savo problemas bei prašo pagalbos. Darbas su paliatyviais ligoniais bei jų artimaisiais yra sudėtingas, reikalaujantis daug žinių, patirties ir pastangų. Dirbant komandiniu principu dažnai reikalinga pagalba ne tik pacientui ir jo artimiesiems, bet ir tiems, kurie ją teikia. P. Hoddler ir A. Turley teigia (2004), kad atsiradus įtampai, nerimui ir pervargimui reikia atkreipti dėmesį į darbo krūvį, organizacinę struktūrą, darbuotojų funkcijas ir pareigybes, gerinti darbuotojų sveikatą ir komandos narių natūralų bendravimą. Komandos vidinį disbalansą galima įvardinti kaip tam tikrą grėsmę: tikėtina, jog komandinis darbas taps ne toks efektyvus, neužtikrinantis ligonių ir jų šeimos narių bei artimųjų poreikių. O, kaip teigia M. Kindlen, Sh. Walker (2005), „...slaugos ligoninių paliatyviosios komandos, kaip ir šeima, tuo pačiu metu turi būti stiprybės ir pasitenkinimo šaltinis...“.

Formuojant komandą procesas gali užtrukti keletą metų, kol jos nariai tampa vieningi, siekiantys bendro tikslo, turintys aiškią paliatyvinės pagalbos filosofiją. Norint padėti ligoniui ir jo namiškiams, medicinos personalas turi gerai žinoti savo komandos narių vertę ir patirtį, turėti ne tik profesinių žinių, bet ir tam tikrų asmeninių savybių, tokių, kaip nuoširdumas, taktiškumas, jautrumas, empatiškumas, gebėjimas išklaudyti, išgirsti, dirbti grupėje. Kitaip tariant, asmenys, dirbantys komandoje, turi būti kompetentingi, nes komandinis darbas yra pagrindinis efektyvios paliatyvinės pagalbos elementas.

2.3 Pacientas, ir jo šeimos nariai bei artimieji kaip visuma

Kiekviena šeima kaip socialinis vienetas įvairiai sprendžia iškilusias problemas. Tai priklauso nuo kiekvieno šeimos nario individualių poreikių, charakterių ir pačios šeimos kaip funkcionavimo socialinėje sistemoje. Savita filosofija yra kiekvienoje šeimoje, kuri ir apsprendžia, kaip ta šeima suvokia mirštančiojo šeimos nario ligą ir slaugą, kokios yra jų galimybės pasinaudoti esama pagalba, ką galės sau leisti tuo metu, o ko ne.

Besirūpinantys mirtina liga sergančiu asmeniu dažnai patiria fizinę, emocinę, socialinę, ekonominę naštą. Tai yra tam tikras neišvengiamumas, kurį taip vadina sveikatos priežiūros specialistai. Susirgus vienam iš šeimos narių nepagydoma liga, atsiduriama tokioje situacijoje, kurioje šeimos narys nenori teikti paramą, bet teikia, ir kita šios situacijos pusė, - kad paramos reikia pačiam šeimos nariui (Harding, 2003). Pacientui priartėjus prie mirtinos ligos stadijos, šeimos nariai ir pats pacientas daug praėję tampa labai pažeidžiami, šeimos nariams taip pat prireikia pagalbos teigia N. Liobikienė (2002).

Kaip pastebi O. Freidas (2001), vis dažniau pasaulinėje literatūroje atkreipiamas dėmesys į mirtiną ligą sergančio žmogaus bei jo šeimos narių ir artimųjų atsisveikinimo laikotarpio kokybę. Ieškoma būdų, kaip būtų galima pagerinti šio laikotarpio kokybę. Stengiamasi padėti pacientui ir jo

šeimai, apsaugoti juos nuo kančios, kiek galima daugiau ją palengvinti, kuo anksčiau nustatyti ir įvertinti fizines, dvasines ir psichologines problemas ir kuo greičiau palengvinti ir įvertinti skausmą kenčiančiam mirtina liga sergančiam ligoniui.

„Paslėptais ligoniais“ N. Mace (2006) įvardija sveikatos priežiūros darbuotojų nepastebėtus šeimos narius. O P. Rudavičienė (2005) teigia, kad šeimos nariai, tai yra sergančiojo mirtina liga žmogaus kančių liudininkai, kurie gali patirti ir patiria psichologinį skausmą. Artimieji patiria kaltę dėl savo nekompetencijos padėti sergančiam mirtina liga savo šeimos nariui, negali palengvinti jo kančių. Tokio mirtina liga sergančio namiško priežiūros našta turi didelės įtakos slaugantiems šeimos nariams, kurie nėra specialistai ar profesionalai slaugymo srityje. Šeimos, kurios susiduria su nepagydoma liga sergančio namiško slaugymu, patiria didelius pokyčius tiek ligos metu, tiek vėliau gedėjimo periode. Tokį ligonį turėdami, šeimos nariai susiduria su stresu, pašlyja dvasinė ir fizinė sveikata. Šeimos pradeda save izoliuoti nuo aplinkinių. Mažiau bendrauja, niekur nebeeina.

Visus šeimos narius paliečia apsisprendimas slaugyti mirtina liga sergantį artimąjį. Šeima, slaugydama mirštantį ligonį namuose, patiria emocinį ir fizinį stresą, ši našta pasunkėja, kai liga vis labiau progresuoja. Tokį slaugymą N. Mace ir P. Robinsas įvardino kaip trisdešimt šešių valandų darbą per parą. Pasidaro akivaizdu, jog slaugantiems namiškiams (šeimos nariams) būtinas poilsis ir profesionali emocinė parama ir pagalba.

III EMPYRINĖ DALIS

3.1 Tyrimo metodika

3.1.1 Tyrimo imties charakteristikos

Tyrimo dalyvavo sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojai: slaugytojos, kurioms tenka slaugyti mirštančius pacientus, mirštančių pacientų šeimos nariai ir artimieji. Respondentai apklausimui pasirinkti atsitiktinės atrankos būdu, kai kiekvienas asmuo turi lygias galimybes patekti į ją, nepriklausomai nuo savo individualių savybių. Tyrimo dalyvavo 283 apklausos dalyvių. Iš jų: 211 medicinos personalo (iš jų tyrime dalyvavo 192 bendrosios praktikos slaugytojos). Viešosiose įstaigose Klaipėdos A, B, C, D ligoninėse ir 72 – mirštančiųjų pacientų šeimos nariai ir artimieji iš VšĮ Klaipėdos A, B, C ligoninių. Statistiškai apskaičiuota tik mirusių pacientų artimųjų atsakymai, kadangi likusių gyvųjų pacientų artimųjų atsakymai klaidino sistemą. Todėl buvo atlikti statistiniai skaičiavimai tik su 57 mirusių pacientų šeimos narių atsakytomis anketomis.

Tyrimas buvo atliktas gavus įstaigų vadovų leidimą. Dalyviai buvo apklausiami darbo vietoje. Tyrimo metu buvo išdalinta 310 apklausos anketų. Anketos pildymas užtruko nuo 25 iki 30 minučių. Iš viso nesugadintų ir tinkamai užpildytų sugrįžo 283 anketos. Nesugrįžo 19 anketų iš bendrosios praktikos slaugytojų ir 8 anketos iš mirštančiųjų pacientų šeimos narių ir artimųjų.

Siekiant nustatyti šiame darbe naudojamų klausimynų vidinį patikimumą, buvo apskaičiuoti anketų vidiniai suderinamumo (angl. internal consistency) koeficientai (Kronbach'o Alfa – angl. Cronbach's Alpha). Vidinio suderinamumo koeficientas, atspindi vidinį klausimų homogeniškumą klausimyne. Šio koeficiento reikšmės (Frankfort-Nachmias ir kt., 2000):

- iki 0,60 rodo žemą anketos homogeniškumą;
- nuo 0,60 iki 0,70 – pakankamą;
- nuo 0,70 iki 0,90 – aukštą homogeniškumą.

1 lentelė. Klausimynų vidinis patikimumas

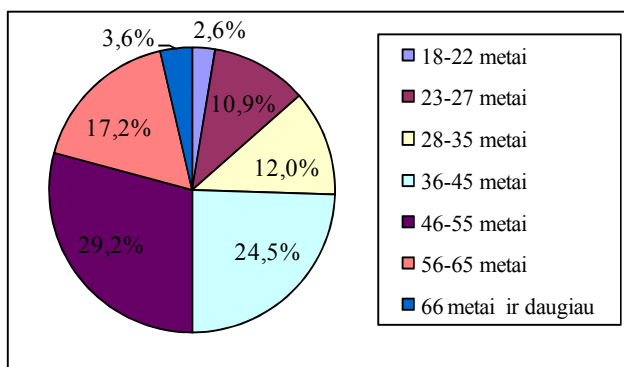
Skalės	Klausimų skaičius	Kronbach'o Alfa
Klausimynai slaugytojoms		
FROMMELT'O požiūrio į mirštančiųjų slaugą	30	0,628
COLLET LESTER mirties ir mirimo baimės		
Asmeninė mirtis	8	0,822
Asmeninio mirimo procesas	8	0,788
Kitų mirtis	8	0,769
Kitų mirimo procesas	8	0,738
Klausimynas pacientų artimiesiems*	21(23)*	0,653(0,885)

*Kronbach'o Alfos šitam klausimynui buvo skaičiuojama dviem atvejams: 1) į apskaičiavimą neįtraukti 2 klausimai („Ar Jūsų artimas jautė susitaikymą su mirtimi?“ ir „Ar Jūsų artimas nebijojo

mirties?"), nes daugumą respondentų pasirinko variantą „Nežinau“; 2) visų klausimų atsakymai buvo perkoduoti „0“ – nežino ir „1“ – „žino“.

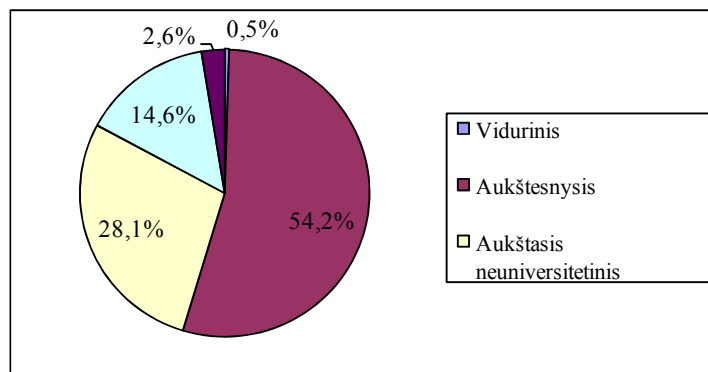
Darbe naudojamos COLLET LESTER mirties ir mirimo baimės anketos sričių visi koeficientai (0,738-0,822) yra didesni nei 0,70 – tai reiškia, kad klausimai skalėse yra tarpusavyje labai susiję. FROMMELT'ŲO požiūrio į mirštančiųjų slaugą skalės koeficientas taip pat yra pakankamas (0,628). Klausimyno, skirto pacientų artimiesiems, Kronbach'o Alfa vidinio suderinamumo koeficientas yra pakankamas, tai yra jis didesnis nei 0,6 (0,653-0,885). O tai jau leidžia daryti išvadą, kad visų anketų vidinis patikimumas yra pakankamas.

Tyrimė dalyvavo 192 slaugytojų (visos moterys) iš 211 apklaustų medicinos personalo.



1pav. Slaugytojų pasiskirstymas pagal amžių

Tyrimė dalyvavo įvairaus amžiaus slaugytojos nuo 18 metų ir daugiau nei 66 metų, bet daugiausiai (74,5 proc.) buvo slaugytojų vyresnės nei 36 metai (24,4 proc. 36-45 metų slaugytojų, 29,2 proc. 46-55 metų, 17,2 proc. 56-65 metų ir 3,6 proc. vyresnės nei 65 metų). Iki 35 metų buvo 25,5 proc. slaugytojų (2,6 proc. 18-22 metų slaugytojų, 10,9 proc. 23-27 metų ir 12,0 proc. 28-35 metų) (2 pav.). Dauguma (80,2 proc.) tyrimė dalyvavusių slaugytojų buvo tikinčios, tarp kurių 67,2 proc. buvo katalikių, 8,3 proc. - pravoslavių ir 4,7 proc. – liuteronių. Netikinčių buvo 19,8 proc. slaugytojų.



2 pav. Slaugytojų pasiskirstymas pagal išsilavinimą

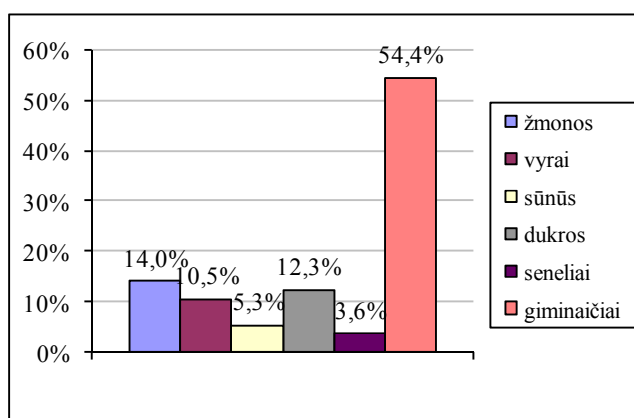
Pagal išsilavinimą didžiąją dalį (54,2 proc.) sudarė slaugytojos su aukštesniuoju išsilavinimu. Su aukštuoju neuniversitetiniu išsilavinimu buvo 28,1 proc. slaugytojų, su aukštuoju universitetiniu (bakalauras) – 14,6 proc. ir su magistro laipsniu – 2,6 proc. slaugytojų. Su viduriniu išsilavinimu buvo tik 0,5 proc. slaugytojų (2 pav.).

Tolimesnėje analizėje pagal išsilavinimą analizuotos 2 grupės slaugytojų:

1. grupė „Neaukštasis“ - 105(54,7 proc.) slaugytojos;
2. grupė „Aukštasis“ – 87(45,3 proc.) slaugytojos.

Didžioji dauguma apklaustųjų tyrime dalyvavusių slaugytojų (97,9 proc.) buvo dirbančios iš įvairių skyrių ir tik 2,1 proc. – studentės.

Taip pat tyrime dalyvavo 57 pacientų artimieji, kurie ką tik patyrė savo artimojo netektį.



3 pav. Artimųjų giminystės ryšis su pacientais

Pagal giminystės ryšį mirusiam daugiau nei pusė (54,4 proc.) respondentų buvo artimi giminaičiai, 24,5 proc. - sutuoktiniai (14,0 proc. žmonos ir 10,5 proc. vyrai), 17,6 proc. – vaikai (5,3 proc. sūnūs ir 12,3 proc. dukros) ir 3,6 proc. – seneliai (3 pav.).

Tarp pacientų buvo 32 (56,1 proc.) vyrai ir 25 (43,9 proc.) moterys.

Ligoninėje pacientai gulėjo vidutiniškai 18,54 dienų (mediana 7 dienos) – mažiausiai 1 dieną, ilgiausiai 180 dienų. Reanimacijoje praleido vidutiniškai 8,28 dienų (mediana 6 dienos) – mažiausiai 1 dieną, ilgiausiai 30 dienų.

Pateiktos anketos sunkumo vidurkis sudarė $5,84 \pm 2,43$ balų – 1-3 balais kaip nesunkia vertino 10 (17,6 proc.) tyrimo dalyvių, 4-7 balais kaip vidutinio sunkumo – 31 (54,3 proc.) tyrimo dalyviai ir 8-10 balais kaip sunkią – 16 (28,1 proc.) tyrime dalyvavę dalyviai.

3.1.2 Tyrimo metodai

Siekiant įvertinti mirties ir mirimo kokybę slaugos kontekste, buvo pasirinktas kiekybinis tyrimo metodas. Taikyta anketinė apklausa. Apklausiai buvo naudojamos dviejų tipų anketos –

anoniminė anketa sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojams, dirbantiems X gydymo įstaigoje, ir anoniminė anketa, skirta mirštančiųjų pacientų šeimos nariams, kurių artimieji buvo gydyti X gydymo įstaigoje. Anketa – anoniminė, raštiška, nestandartinė, individuali apklausa.

3.1.3 Tyrimo instrumentas

Tiriamiesiems buvo pateiktos anketos (žr. 2 ir 3 priedus), vieną anketą sudarė mirštančiojo paciento šeimos ir artimųjų kalusimynas, kuris sudarytas iš 29 kalusimų, ir kitas klausimynas sudarytas iš sociodemografiniai klausimai (apie tiriamųjų lytį, amžių, išsilavinimą), K. Frommelt'o požiūrio į mirštančiųjų slaugymą skalė (FATCOD), Mirties nerimui nustatyti – modifikuota C. Lester mirties ir mirimo baimės skalė (CLFD) ir mirštančiojo asmens slaugos poreikių anketa.

Gautas autorių sutikimas naudoti šią anketą šiame tyrime. Anketa išversta į lietuvių kalbą, po to į anglų ir vėl į lietuvių. Tai 30-ties teiginių įrankis, naudojantis penkių balų Likert skalę, nurodant respondentų požiūrius į mirštančių pacientų slaugymą. Instrumentą sudaro lygus skaičius teigiamai ir neigiamai įvardytų teiginių su tokiais atsakymų variantais: visai nesutinku, nesutinku, nesu tikras, sutinku, visiškai sutinku. Teigiami atsakymai vertinami nuo vieno (visai nesutinku) iki penkių (visiškai sutinku). Neigiami teiginiai vertinami atvirkščiai.

FATCOD skalės patikimumas buvo nustatytas daugybę kartų. Apskaičiuotas Pearson's koeficientas yra 0.94. FATCOD turinio svarumo indeksas 1991-ais buvo 1.00 su paskaičiuotu bendru vertintojų suderinimų 0.98. Turinio svarumo indekso skaičiavimas buvo pakartotas 1998-ais, bendras vertintojų suderinimas siekė 1.00 (Frommelt, 2003).

Mirties nerimui nustatyti Collet-Lester mirties ir mirimo baimės skalė - mirties nerimui nustatyti buvo naudota Collet-Lester mirties ir mirimo baimės skalė (angl. The Revised Collet-Lester Fear of Death And Dying Scale – Lester, 1990). Buvo gautas autorių sutikimas naudoti šią skalę šiame tyrime. Į lietuvių kalbą šią skalę išvertė L. Valmaitė (2006). Ji skirta mirties nerimo tyrimams atskiriant mirties ir mirimo proceso baimę nuo baimės, kuri kyla dėl kitų ir savo mirties. Collet-Lester mirties ir mirimo baimės skalę sudaro keturios subskalės:

Paties mirties subskalė matuoja, kaip stipriai žmogus nerimauja dėl tokių savo mirties aspektų kaip vienumos mirties akivaizdoje, gyvenimo trumpumo, kūno suirimo po mirties ir pan.

Paties mirties proceso – kaip stipriai tiriamasis nerimauja dėl skausmo mirštant, protinės ir fizinės degeneracijos, kontrolės stokos ir pan.

Kitų mirties subskalė parodo, kaip stipriai jaučiamas nerimas dėl įvairių savo artimųjų mirties aspektų: jų netekties, nebegalėjimo su jais bendrauti, vienišumo jiems mirus ir kt.

Mirštančiojo paciento šeimos narių ir jų artimųjų anketą (žr. 2 priedą) sudarė klausimai, į kuriuos atsakymai buvo vertinami šešiabalėje sistemoje nuo 0 iki 6. Kurių atsakymai buvo: nė karto; labai nežymų laiko tarpą; trumpą laiką; ilgesnį laiką; didžiąją laiko dalį; visą laiką; nežinau.

Su tokiais atsakymais buvo 10 klausimų, kurių pagalba buvo norima sužinoti, kaip mirštantis pacientas jautėsi artimųjų akimis paskutinėmis jo gyvenimo dienomis. Kiti kalusimai buvo su atsakymais: taip, ne, nežinau, kurių buvo 14. Buvo norima sužinoti kaip mirštančiojo paciento šeima ir artimieji vertina medicinos personalo darbą paskutinėmis mirštančiojo paciento dienomis, ir trečias klausimų blokas, kurį sudarė 5 klausimai, buvo norima sužinoti mirštančiojo paciento šeimos narių ir artimųjų demografinius ir giminystės ryšius su mirštančiuoju pacientu.

3.1.4 Tyrimo procesas/eiga

Tyrimas buvo atliekamas šiais etapais.

Atlikta mokslinės literatūros analizė, išanalizuoti slaugytojų požiūriai į gyvenimo pabaigos slaugą, slaugytojų dvasiniai ir psichologiniai aspektai slaugant mirštančius pacientus, paliatyvios pagalbos svarba, taip pat psichologiniai, socialiniai bei dvasiniai paciento slaugos aspektai gyvenimo pabaigoje, problemos formulavimas, tikslų bei uždavinių iškėlimas, kurie leido numatyti kiekybinį tyrimą. Šiame etape buvo siekiama surinkti ir išsamiai išanalizuoti mirties ir mirimo kokybės slaugos kontekste patirtį susijusią mokslinę literatūrą. Šaltiniai buvo rinkti EBSCO duomenų bazėse. Straipsniai duomenų bazėse buvo ieškomi naudojant raktinius žodžius: quality of death; death and dying; palliative care; family anndying; University of Washinton School of Medicine.

Naudotasi kalusimynu, kurį sukūrė amerikos Vašingtono universiteto medicinos fakultetas. Gautas iš jų leidimas naudotis anketa, nors ji yra viešai paskelbta internetinėse prieigose tiek anglų, tiek lietuvių kalbomis. Klausimynas buvo išverstas iš anglų kalbos į lietuvių ir po to iš lietuvių kalbos į anglų.

Klausimyną peržiūrėjus etikos komisijoje, kuri įvyko 2012-10-09d., buvo nutarta ir patvirtinta, kad anketos klausimai nežeidžia apklausos dalyvių orumo ir užtikrina konfidencialumą.

Kitame tyrimo etape atlikta sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojų ir šeimos narių bei atrimųjų anoniminė anketinė apklausa. Apklausos metu siekta įvertinti bendrus gyvenimo pabaigos slaugos prioritetus. Vykdam apklausą, jos metu, respondentams asmeniškai išdalintos anketos, kurias jie užpildė savarankiškai, pažymėdami jiems tinkantį atsakymą arba įrašydami savo variantą. Apklausa buvo vykdoma nuo 2013 – 01 – 20d. iki 2013 – 03 – 01d.

Atlikus tyrimą, „Mirties ir mirimo kokybės vertinimas slaugos kontekste“, duomenų analizei panaudotas statistikinis programų paketas „SPSS 17.0.1 for Windows“. Tikrintas intervalinių požymių pasiskirstymas pagal normalųjį dėsnį, taikant Kolmogorov'o-Smirnov'o testą. Požymių, turinčių normalųjį pasiskirstymą, vidurkių palyginimui tarp dviejų nepriklausomų grupių naudotas neporinis Stjudent'o t kriterijus, o nesant normaliam pasiskirstymui bei ranginių požymių - neparametrinis Man'o-Vitni'o kriterijus. Skirtingų dviejų požymių toje pačioje grupėje ir turinčių

normalųjį pasiskirstymą vidurkių palyginimui naudotas porinis Stjudent'o t kriterijus, o nesant normaliam pasiskirstymui - neparametrinis Vilkokson'o kriterijus. Požymių vidurkių palyginimui tarp daugiau nei dviejų grupių (nesant normaliam pasiskirstymui arba mažoms imtims) naudotas neparametrinis Kruskal'o-Volis'o kriterijus. Požymių pasitaikymo dažnumo skirtumams vertinti, taikytas Chi-kvadrato (χ^2) kriterijus. Ryšiams tarp požymių, turintiems normalųjį pasiskirstymą, nustatyti naudotas Pearson'o tiesinės koreliacijos metodas, o tarp neturinčių normalaus pasiskirstymo, ranginių ir bi-nominalinių - Spearman'o ranginės koreliacijos metodas.

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

3.1.5 Tyrimo etika

Tyrimas atliktas geravališkumo principu, kuris rodo, kad tyrimas atliekamas tam, kad būtų sukaupta žinių ir nušviečiama žmonių būklė. Tyrimas niekada neatliekamas kaip priemonė pakenkti asmenims ar jų grupėms ar kad atlikto tyrimo išvados ką nors apšmeižtų, asmenį ar įstaigą.

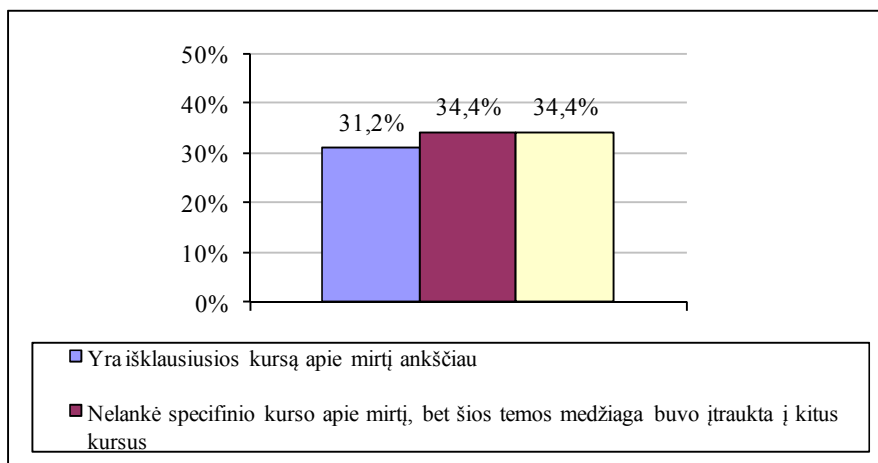
Tyrimo dalyviams buvo paaiškintas tyrimo tikslas ir tema, koks bus tyrimo būdas, užduotys, kuriuose jie dalyvaus. Į apklausos dalyvį kreipiamasi „Gerbiamas(a)“ ir buvo patikinta, kad asmenys nepatirs jokių papildomų keblumų ar rizikos, jų pavardės bus laikomos paslapyje (anonimiškumas garantuotas). Taip pat nurodoma, kad anketa yra anoniminė, pažymima, kad dalyvių nuomonė yra labai svarbi ir iš anksto padėkojama už bendradarbiavimą. Atliekant tyrimą, gautas įstaigų vadovų sutikimas.

Tyrimas atliktas tyrimo dalyvių savanoriškumo principu, nes jie turėjo laisvo pasirinkimo galimybę – dalyvauti ar ne siūlomame tyrime (Razbadauskas ir kt., 2008), respondentams netaikytas psichologinis spaudimas, ir jie nebuvo apgaulinėjami. Atliekant tyrimą, vadovautasi bendrosios etikos principais: autonomiškumo, privatumo, konfidencialumo, nežalingumo, geradarystės.

3.2 Tyrimų rezultatai

3.2.1 Slaugytojų darbo su sunkiai sergančiais pacientais ir netekties patirtis

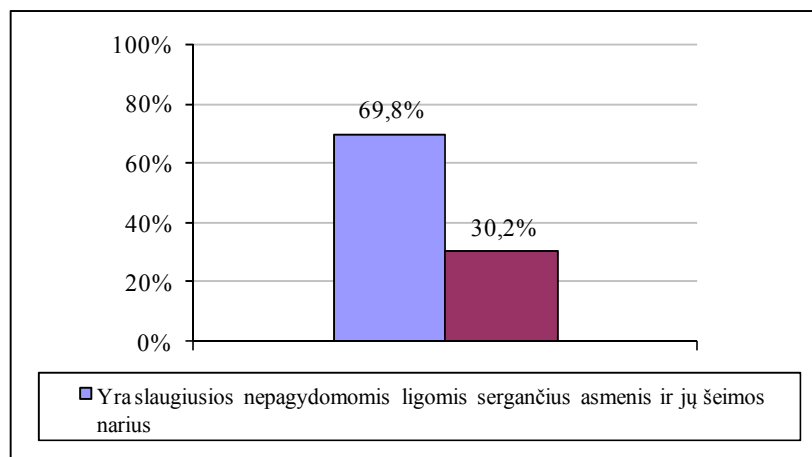
Dauguma (65,6 proc.) slaugytojų nurodė, jog jos turėjo žinių mirties klausimu - iš jų 31,2 proc. buvo išklausiusios kursą apie mirtį anksčiau ir 34,4 proc. nors nelankė specifinio kurso apie mirtį, bet šios temos medžiaga buvo įtraukta į kitus kursus. Tačiau apie trečdalį (34,4 proc.) slaugytojų neturėjo žinių mirties klausimu (4 pav.).



4 pav. Slaugytojų pasiskirstymas pagal ankstesnę švietimą mirties klausimu

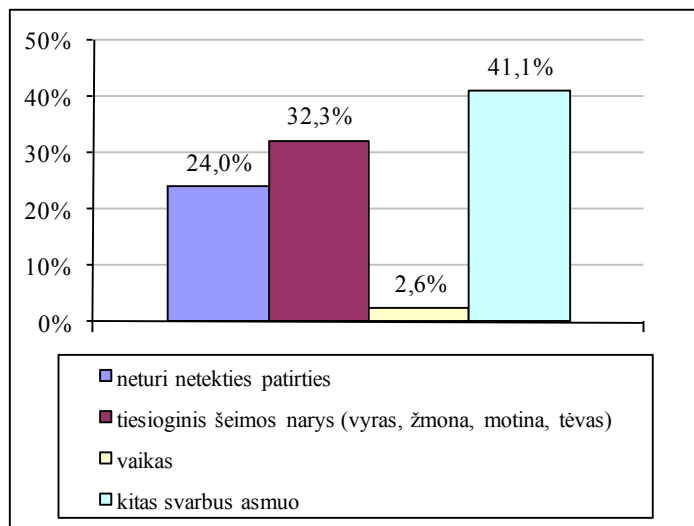
Tolimesnėje analizėje pagal žinių mirties klausimu turėjimą analizuotos 2 grupės slaugytojų:

1. grupė „Turėjo žinių“ – 126 (65,6 proc.) slaugytojos;
2. grupė „Neturėjo žinių“ – 66 (34,4 proc.) slaugytojos.



5pav. Slaugytojų pasiskirstymas pagal ankstesnę patirtį dirbant su nepagydomomis ligomis sergančiais asmenimis

Tyrimo rezultatai parodė, jog dauguma (69,8 proc.) tyrime dalyvavusių slaugytojų turėjo slaugymo patirtį dirbant su nepagydomomis ligomis sergančiais asmenimis, tačiau 30,2 proc. slaugytojų tokios patirties neturėjo (5 pav.)

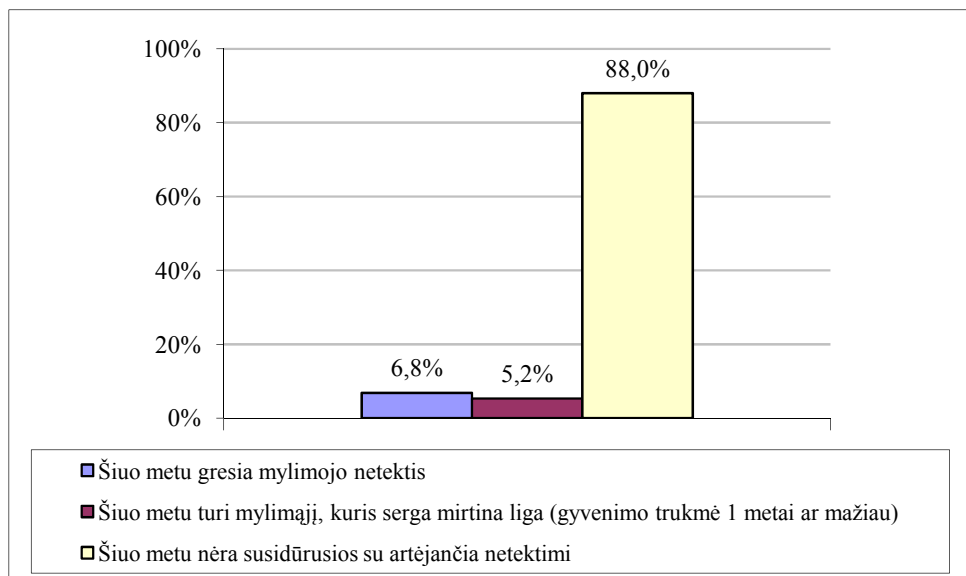


6 pav. Slaugytojų pasiskirstymas pagal ankstesnę netekties patirtį

Netekties patirties neturėjo 24,0 proc. tyrime dalyvavusių slaugytojų, o dauguma (76,0 proc.) jų turėjo ankstesnę netekties patirtį - iš jų 32,3 proc. buvo netekę tiesioginių šeimos narių, 41,1 proc. – kitų svarbių asmenų ir 2,6 proc. – vaiko (6 pav.).

Tolimesnėje analizėje pagal netekties patirtį buvo analizuotos 2 grupės tyrime dalyvavusių slaugytojų:

1. grupė „Turėjo netekties patirtį“ – 146 (76,0 proc.) slaugytojos;
2. grupė „Neturėjo netekties patirties“ – 46 (24,0 proc.) slaugytojos.



7 pav. Slaugytojų pasiskirstymas pagal dabartinę grėšiančią netekties patirtį

Tyrimo metu daugumai (88,0 proc.) apklaustų slaugytojų negrėsė artimo žmogaus netektis. Tik 6,8 proc. slaugytojų grėsė mylimojo netektis ir 5,2 proc. - turėjo mylimąjį, kuris sirgo mirtina liga (7 pav.).

3.2.2 Slaugytojų ir pacientų artimųjų požiūris į slaugą gyvenimo pabaigoje

Analizuojant požiūrį į gyvenimo pabaigos slaugą slaugytojoms buvo pateikti vertinimui 30 teiginių, iš kurių 15 teiginių atspindi teigiamą požiūrį į gyvenimo pabaigos slaugą ir 15 teiginių (pažymėta*) – neigiamą požiūrį. Apskaičiuojant bendro požiūrio į gyvenimo pabaigos slaugą rodiklį buvo sumuojami visi teigiami teiginiai ir perkoduoti atvirkštine tvarka neigiami teiginių įvertinimai.

Tyrimo dalyvavusios slaugytojos labiausiai sutiko su tokiais teiginiais, atspindinčiais teigiamą požiūrį į slaugą gyvenimo pabaigoje, kaip „Šeimos turėtų pasirūpinti, kad likęs gyventi mirštančiam šeimos nariui laikas taptų kuo geresnis jam“ ($4,1 \pm 0,7$ balų), „Mirštančiam asmeniui naudinga išsikalbėti apie savo jausmus“ ($4,0 \pm 1,1$ balų), „Slaugytojai turėtų leisti mirštantiesiems asmenims turėti lanksčius jų lankymo laiko grafikus“ ($4,0 \pm 0,8$ balų), „Šeima turėtų dalyvauti teikiant fizinę slaugą mirštančiam asmeniui, jeigu jie to nori“ ($4,0 \pm 0,8$ balų), „Priklausomybė nuo skausmą malšinančių vaistų neturėtų būti svarstoma kai kalbama apie mirštantį asmenį“ ($4,0 \pm 0,8$ balų), „Šeimoms reikia emocinės paramos, kad priimtų mirštančio asmens elgesio pokyčius“ ($4,0 \pm 0,7$ balų).

Labiausiai tyrimo dalyvės nesutiko su teiginiu, atspindintį teigiamą požiūrį į slaugą gyvenimo pabaigoje kaip „Mirtis nėra pats baisiausias dalykas kuris gali nutikti žmogui“ ($2,9 \pm 1,3$ balų) (2 lentelė).

2 lentelė. Slaugytojų požiūris į mirštančiųjų slaugą

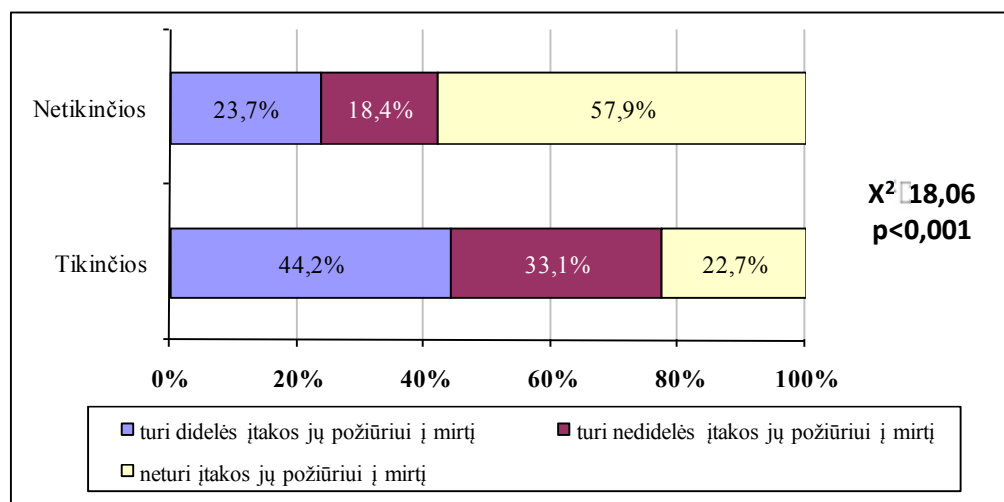
FROMMELT'O POŽIŪRIO Į MIRŠTANČIŪJŲ SLAUGĄ SKALĖ	
Veiksniai	Vidurkis±SD
Teigiami teiginiai	
Mirtis nėra pats baisiausias dalykas kuris gali nutikti žmogui	2,9±1,3
Rūpinimasis paciento šeima turėtų tęstis visą gedėjimo ir netekties laikotarpį.	3,3±1,0
Ne šeimos slaugytojai gali padėti pacientams pasiruošti mirčiai.	3,5±0,8
Mirštančio asmens slaugymas yra vertinga patirtis.	3,8±0,9
Būna atvejų, kuomet mirtis yra laukiama mirštančio asmens.	3,8±0,8
Mirštantiems asmenims turėtų būti suteikiami nuoširdūs atsakymai į klausimus dėl jų būklės.	3,9±0,7
Mirštantis asmuo ir jo šeima turėtų būti atsakingi už sprendimų priėmimą.	3,9±0,7
Slauga turėtų apimti ir mirštančio asmens šeimą.	3,9±1,1
Šeimos turėtų palaikyti kiek tik įmanoma normalesnę aplinką jų mirštančiam šeimos nariui.	3,9±1,1
Šeimoms reikia emocinės paramos, kad priimtų mirštančio asmens elgesio pokyčius.	4,0±0,7
Priklausomybė nuo skausmą malšinančių vaistų neturėtų būti svarstoma kai kalbama apie mirštantį asmenį.	4,0±0,8
Šeima turėtų dalyvauti teikiant fizinę slaugą mirštančiam asmeniui, jeigu jie to nori.	4,0±0,8
Slaugytojai turėtų leisti mirštantiems asmenims turėti lanksčius jų lankymo laiko grafikus.	4,0±0,8
Mirštančiam asmeniui naudinga išsikalbėti apie savo jausmus.	4,0±1,0
Šeimos turėtų pasirūpinti, kad likęs gyventi mirštančiam šeimos nariui laikas taptų kuo geresnis jam.	4,1±0,7
Neigiami teiginiai	
Aš bijau susidraugauti su mirštančiu asmeniu.*	3,0±1,2
Slaugytojai, kurie nėra šeimos nariai, neturėtų kalbėtis apie mirtį su mirštančiu asmeniu.*	3,0±1,2
Pacientui artėjant prie mirties, ne šeimos narys, slaugantis mirštantįjį, turėtų atsiriboti nuo santykių su pacientu.*	3,0±1,1
Laiko, reikalingo mirštančio asmens slaugymui, trukmė mane nuliūdintų.*	3,2±1,0
Mirštančiam asmeniui neturėtų būti leidžiama daryti sprendimus dėl jo fizinės slaugos.*	3,2±1,0
Aš nenorėčiau slaugyti mirštančio asmens.*	3,2±1,1
Norėčiau tikėti, kad asmuo, kurį aš slaugau, mirs, kai manęs <u>nebus</u> šalia.*	3,2±0,9
Man būtų nepatogu kalbėtis apie artėjančią mirtį su mirštančiu žmogumi.*	3,3±1,1
Norėčiau nedalyvauti pacientui mirštant.*	3,3±1,0
Yra sudėtinga sukurti artimus ryšius su mirštančiu asmeniu.*	3,4±1,0
Kai pacientas klausia "Ar aš mirštu?", mano manymu geriausia yra pakeisti temą į ką nors linksmą.*	3,5±0,9
Man būtų nepatogu įėjus į nepagydomai sergančio asmens palatą, rasti jį verkiant.*	3,5±1,0
Šeimos narių švietimas mirties klausimais <u>nėra</u> slaugytojų atsakomybė.*	3,6±0,9
Šeimos nariai, kurie lieka arti mirštančio asmens, dažnai kliudo profesionaliai slaugai.*	3,6±0,9
Mane nuliūdintų jeigu mirštantis asmuo, kurį aš slaugiau, nustotų tikėti jog pasveiks.*	3,6±0,9
FROMMELT'O suminis rodiklis	97,3±8,3

Lentelėje duomenys pateikti didėjimo tvarka; SD – standartinis nuokrypis; * - suminiam rodikliui apskaičiuoti pažymėto klausimo atsakymai reversuoti t.y. pakeisti atvirkštine tvarka

Nagrinėjant neigiamų teiginių požiūrio į slaugą gyvenimo pabaigoje vertinimus bendroje slaugytojų grupėje nustatyta, kad daugumą teiginių, išskyrus „Šeimos narių švietimas mirties klausimais nėra slaugytojų atsakomybė“, „Šeimos nariai, kurie lieka arti mirštančio asmens, dažnai kliudo profesionaliai slaugai“ ir „Mane nuliūdintų jeigu mirštantis asmuo, kurį aš slaugiau, nustotų tikėti jog pasveiks“, vertino 3,0-3,5 balų tai yra nagrinėjamais aspektais slaugytojos nebuvo tikros.

O tokiais aspektais kaip „Šeimos narių švietimas mirties klausimais nėra slaugytojų atsakomybė“, „Šeimos nariai, kurie lieka arti mirštančio asmens, dažnai kliudo profesionaliai slaugai“ ir „Mane nuliūdintų jeigu mirštantis asmuo, kurį aš slaugiau, nustotų tikėti jog pasveiks“, atspindinčiais neigiamą požiūrį į slaugą gyvenimo pabaigoje, slaugytojos labiau sutinka nei nesutinka – šiuos teiginius slaugytojos įvertino $3,6 \pm 0,9$ balų.

Suminį rodiklį, atspindintį bendrą požiūrį į slaugą gyvenimo pabaigoje, bendroje slaugytojų grupėje sudarė $97,3 \pm 8,3$ balų (2 lentelė).



8 pav. Religinų įsitikinimų įtakos požiūriui į mirtį vertinimas priklausomai nuo slaugytojų tikėjimo į Dievą

Nagrinėjant tyrime dalyvavusių slaugytojų nuomonę apie religinių įsitikinimų įtaką požiūriui į mirtį priklausomai nuo religinių įsitikinimų nustatyta, kad netikinčios reikšmingai ($p < 0,001$) dažniau manė, jog religiniai įsitikinimai neturi įtakos požiūriui į mirtį nei tikintieji (57,9 proc. netikinčių ir 22,7 proc. tikinčių) (8 pav.).

Analizuojant slaugytojų požiūrį į slaugą gyvenimo pabaigoje priklausomai nuo jų religinių įsitikinimų nustatyta, kad tikinčiųjų slaugytojų bendras (suminis rodiklis) požiūris į slaugą gyvenimo pabaigoje buvo šiek tiek teigiamesnis nei netikinčiųjų slaugytojų, tačiau reikšmingai

($p < 0,05$) nesiskyrė (tikinčiųjų grupėje $97,8 \pm 8,3$ balų, netikinčiųjų grupėje $95,2 \pm 8,4$ balų; $p = 0,064$) (3 lentelė).

3 lentelė. Slaugytojų požiūris į mirštančiųjų slaugą priklausomai nuo religinių įsitikinimų

FROMMELT'O POŽIŪRIO Į MIRŠTANČIŲJŲ SLAUGĄ SKALĖ			
Veiksniai	Vidurkis±SD		P
	Tikinčios	Netikinčios	
Mirštančio asmens slaugymas yra vertinga patirtis.	3,8±0,9	3,8±0,6	ns
Mirtis nėra pats baisiausias dalykas kuris gali nutikti žmogui	2,9±1,3	3,0±1,2	ns
Man būtų nepatogu kalbėtis apie artėjančią mirtį su mirštančiu žmogumi.	3,4±1,1	3,3±1,1	ns
Rūpinimasis paciento šeima turėtų tęstis visą gedėjimo ir netekties laikotarpį.	3,3±1,0	3,5±1,0	ns
Aš nenorėčiau slaugyti mirštančio asmens.	3,3±1,1	3,2±1,1	ns
Slaugytojai, kurie nėra šeimos nariai, neturėtų kalbėtis apie mirtį su mirštančiu asmeniu.	3,0±1,2	3,0±1,1	ns
Laiko, reikalingo mirštančio asmens slaugymui, trukmė mane nuliūdintų.	3,1±1,0	3,7±0,9	0,001
Mane nuliūdintų jeigu mirštantis asmuo, kurį aš slaugiau, nustotų tikėti jog pasveiks.	3,5±0,9	3,9±0,7	0,026
Yra sudėtinga sukurti artimus ryšius su mirštančiu asmeniu.	3,3±1,1	3,7±0,8	ns
Būna atvejų, kuomet mirtis yra laukiama mirštančio asmens.	3,7±0,8	4,1±0,6	0,002
Kai pacientas klausia "Ar aš mirštu?", mano manymu geriausia yra pakeisti temą į ką nors linksmą.	3,4±0,9	3,5±0,9	ns
Šeima turėtų dalyvauti teikiant fizinę slaugą mirštančiam asmeniui, jeigu jie to nori.	4,0±0,9	4,0±0,7	ns
Norėčiau tikėti, kad asmuo, kurį aš slaugau, mirs, kai manęs <u>nebus</u> šalia.	3,2±1,0	3,3±0,8	ns
Aš bijau susidraugauti su mirštančiu asmeniu.	2,8±1,1	3,7±1,1	<0,001
Norėčiau nedalyvauti pacientui mirštant.	3,3±1,0	3,7±0,9	0,010
Šeimoms reikia emocinės paramos, kad priimtų mirštančio asmens elgesio pokyčius.	4,0±0,7	3,9±0,6	ns
Pacientui artėjant prie mirties, ne šeimos narys, slaugantis mirštantįjį, turėtų atsiriboti nuo santykių su pacientu.	3,0±1,1	3,1±0,9	ns
Šeimos turėtų pasirūpinti, kad likęs gyventi mirštančiam šeimos nariui laikas taptų kuo geresnis jam.	4,1±0,7	3,8±0,7	0,024
Mirštančiam asmeniui neturėtų būti leidžiama daryti sprendimus dėl jo fizinės slaugos.	3,1±1,0	3,5±1,0	0,028
Šeimos turėtų palaikyti kiek tik įmanoma normalesnę aplinką jų mirštančiam šeimos nariui.	3,9±1,1	4,1±0,8	ns
Mirštančiam asmeniui naudinga išsikalbėti apie savo jausmus.	3,9±1,0	4,1±0,7	ns
Sauga turėtų apimti ir mirštančio asmens šeimą.	3,9±1,1	3,8±0,8	ns
Slaugytojai turėtų leisti mirštantiems asmenims turėti lanksčius jų lankymo laiko grafikus.	4,0±0,8	4,1±0,6	ns
Mirštantis asmuo ir jo šeima turėtų būti atsakingi už sprendimų priėmimą.	3,9±0,8	3,9±0,7	ns
Priklausomybė nuo skausmą malšinančių vaistų neturėtų būti svarstoma kai kalbama apie mirštantį asmenį.	4,0±0,9	4,0±0,6	ns
Man būtų nepatogu įėjus į nepagydomai sergančio asmens	3,4±1,1	3,8±0,7	0,032

3 lentelė. Slaugytojų požiūris į mirštančiųjų slaugą priklausomai nuo religinių įsitikinimų

FROMMELT'O POŽIŪRIO Į MIRŠTANČIŪJŲ SLAUGĄ SKALĖ			
Veiksniai	Vidurkis±SD		p
	Tikinčios	Netikinčios	
palatą, rasti jį verkiant.			
Mirštantiems asmenims turėtų būti suteikiami nuoširdūs atsakymai į klausimus dėl jų būklės.	3,8±0,7	4,0±0,7	ns
Šeimos narių švietimas mirties klausimais nėra slaugytojų atsakomybė.	3,6±0,9	3,5±0,9	ns
Šeimos nariai, kurie lieka arti mirštančio asmens, dažnai kliudo profesionaliai slaugai.	3,6±1,0	3,3±0,8	ns
Ne šeimos slaugytojai gali padėti pacientams pasiruošti mirčiai.	3,5±0,8	3,6±0,8	ns
FROMMELT'O suminis rodiklis	97,8±8,3	95,2±8,4	ns

SD – standartinis nuokrypis; ns – statistiškai nereikšmingas skirtumas

Nustatyti statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$) skirtumai tik tarp tokių šio požiūrio neigiamų aspektų kaip „Laiko, reikalingo mirštančio asmens slaugymui, trukmė mane nuliūdintų“ (tikinčiųjų grupėje 3,1±1,0 balų, netikinčiųjų grupėje 3,7±0,9 balų; $p < 0,001$), „Mane nuliūdintų jeigu mirštantis asmuo, kurį aš slaugiau, nustotų tikėti, jog pasveiks“ (atitinkamai 3,5±0,9 balų ir 3,9±0,7 balų; $p < 0,026$), „Aš bijau susidraugauti su mirštančiu asmeniu“ (atitinkamai 2,8±1,1 balų ir 3,7±1,1 balų; $p < 0,001$), „Norėčiau nedalyvauti pacientui mirštant“ (atitinkamai 3,3±1,0 balų ir 3,7±0,9 balų; $p < 0,010$), „Mirštančiam asmeniui neturėtų būti leidžiama daryti sprendimus dėl jo fizinės slaugos“ (atitinkamai 3,1±1,0 balų ir 3,5±1,0 balų; $p < 0,028$) parodė, kad su šiais aspektais tikinčios slaugytojos mažiau sutinka nei netikinčios.

Taip pat nustatyti statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$) skirtumai tarp tokių požiūrio į slaugą gyvenimo pabaigoje teigiamų aspektų kaip „Būna atvejų, kuomet mirtis yra laukiama mirštančio asmens“ (tikinčiųjų grupėje 3,7±0,8 balų, netikinčiųjų grupėje 4,1±0,6 balų; $p < 0,002$) ir „Šeimos turėtų pasirūpinti, kad likęs gyventi mirštančiam šeimos nariui laikas taptų kuo geresnis jam“ (atitinkamai 4,1±0,7 balų ir 3,8±0,7 balų; $p < 0,024$) – tikinčios slaugytojos labiau sutinka su tuo, kad šeimos turėtų pasirūpinti, kad likęs gyventi mirštančiam šeimos nariui laikas taptų kuo geresnis jam, ir mažiau sutinka su tuo, kad būna atvejų, kuomet mirtis yra laukiama mirštančio asmens, nei netikinčios slaugytojos (3 lentelė).

Analizuojant slaugytojų požiūrį į slaugą gyvenimo pabaigoje priklausomai nuo jų išsilavinimo, nustatyta, kad slaugytojų su aukštesniu išsilavinimu bendras (suminis rodiklis) požiūris į slaugą gyvenimo pabaigoje buvo šiek tiek teigiamesnis nei su žemesniu išsilavinimu slaugytojų, tačiau reikšmingai ($p < 0,05$) nesiskyrė (su aukštesniu išsilavinimu grupėje 97,9±8,9 balų, su neaukštesniu išsilavinimu grupėje 96,8±7,8 balų; $p < 0,362$) (4 lentelė).

4 lentelė. Slaugytojų požiūris į mirštančiųjų slaugą priklausomai nuo išsilavinimo

FROMMELT'Ų POŽIŪRIO Į MIRŠTANČIŲJŲ SLAUGĄ SKALĖ			
Veiksniai	Vidurkis±SD		P
	Ne aukštasis	Aukštasis	
Mirštančio asmens slaugymas yra vertinga patirtis.	3,8±0,9	3,7±0,9	ns
Mirtis nėra pats baisiausias dalykas kuris gali nutikti žmogui	3,0±1,3	2,8±1,2	ns
Man būtų nepatogu kalbėtis apie artėjančią mirtį su mirštančiu žmogumi.	3,4±1,1	3,3±1,1	ns
Rūpinimasis paciento šeima turėtų tęstis visą gedėjimo ir netekties laikotarpį.	3,3±1,0	3,3±1,0	ns
Aš nenorėčiau slaugyti mirštančio asmens.	3,3±1,2	3,2±1,0	ns
Slaugytojai, kurie nėra šeimos nariai, neturėtų kalbėtis apie mirtį su mirštančiu asmeniu.	3,1±1,1	2,8±1,3	ns
Laiko, reikalingo mirštančio asmens slaugymui, trukmė mane nuliūdintų.	3,3±1,0	3,1±0,9	ns
Mane nuliūdintų jeigu mirštantis asmuo, kurį aš slaugiau, nustotų tikėti jog pasveiks.	3,7±0,8	3,4±0,9	0,018
Yra sudėtinga sukurti artimus ryšius su mirštančiu asmeniu.	3,5±1,0	3,4±1,0	ns
Būna atvejų, kuomet mirtis yra laukiama mirštančio asmens.	3,8±0,6	3,8±0,9	ns
Kai pacientas klausia "Ar aš mirštu?", mano manymu geriausia yra pakeisti temą į ką nors linksmą.	3,5±0,9	3,4±1,0	ns
Šeima turėtų dalyvauti teikiant fizinę slaugą mirštančiam asmeniui, jeigu jie to nori.	4,1±0,8	4,0±0,9	ns
Norėčiau tikėti, kad asmuo, kurį aš slaugau, mirs, kai manęs <u>nebus</u> šalia.	3,3±0,9	3,2±0,9	ns
Aš bijau susidraugauti su mirštančiu asmeniu.	3,2±1,3	2,7±1,0	0,005
Norėčiau nedalyvauti pacientui mirštant.	3,5±1,0	3,2±1,0	0,022
Šeimoms reikia emocinės paramos, kad priimtų mirštančio asmens elgesio pokyčius.	4,1±0,6	3,9±0,8	0,026
Pacientui artėjant prie mirties, ne šeimos narys, slaugantis mirštantįjį, turėtų atsiriboti nuo santykių su pacientu.	3,3±1,0	2,7±1,1	<0,001
Šeimos turėtų pasirūpinti, kad likęs gyventi mirštančiam šeimos nariui laikas taptų kuo geresnis jam.	4,1±0,7	4,0±0,8	ns
Mirštančiam asmeniui neturėtų būti leidžiama daryti sprendimus dėl jo fizinės slaugos.	3,2±1,0	3,2±1,0	ns
Šeimos turėtų palaikyti kiek tik įmanoma normalesnę aplinką jų mirštančiam šeimos nariui.	4,2±0,8	3,6±1,2	0,001
Mirštančiam asmeniui naudinga išsikalbėti apie savo jausmus.	4,1±0,8	3,8±1,2	ns
Slauga turėtų apimti ir mirštančio asmens šeimą.	3,9±0,9	3,8±1,2	ns
Slaugytojai turėtų leisti mirštančioms asmenims turėti lanksčius jų lankymo laiko grafikus.	4,2±0,8	3,9±0,8	0,003
Mirštantis asmuo ir jo šeima turėtų būti atsakingi už sprendimų priėmimą.	3,9±0,7	3,9±0,8	ns
Priklausomybė nuo skausmą malšinančių vaistų neturėtų būti svarstoma kai kalbama apie mirštantį asmenį.	4,1±0,8	3,8±0,9	ns
Man būtų nepatogu įėjus į nepagydomai sergančio asmens palatą, rasti jį verkiant.	3,6±1,0	3,3±1,0	0,022
Mirštančioms asmenims turėtų būti suteikiami nuoširdūs atsakymai į klausimus dėl jų būklės.	4,0±0,7	3,8±0,7	ns
Šeimos narių švietimas mirties klausimais <u>nėra</u> slaugytojų	3,7±0,9	3,4±0,9	0,013

4 lentelė. Slaugytojų požiūris į mirštančiųjų slaugą priklausomai nuo išsilavinimo

FROMMELT'O POŽIŪRIO Į MIRŠTANČIŪJŲ SLAUGĄ SKALĖ			
Veiksniai	Vidurkis±SD		P
	Ne aukštasis	Aukštasis	
atsakomybė.			
Šeimos nariai, kurie lieka arti mirštančio asmens, dažnai kliudo profesionaliai slaugai.	3,7±0,9	3,4±1,0	ns
Ne šeimos slaugytojai gali padėti pacientams pasiruošti mirčiai.	3,5±0,8	3,6±0,7	ns
FROMMELT'O suminis rodiklis	96,8±7,8	97,9±8,9	ns

SD – standartinis nuokrypis; ns – statistiškai nereikšmingas skirtumas

Nustatyti statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$) skirtumai tarp tokių šio požiūrio neigiamų aspektų kaip „Mane nuliūdintų jeigu mirštantis asmuo, kurį aš slaugiau, nustotų tikėti jog pasveiks“ (su neaukštuoju išsilavinimu grupėje 3,7±0,8 balų, su aukštuoju išsilavinimu grupėje 3,4±0,9 balų; $p = 0,018$), „Aš bijau susidraugauti su mirštančiu asmeniu“ (atitinkamai 3,2±1,3 balų ir 2,7±1,0 balų; $p = 0,005$), „Norėčiau nedalyvauti pacientui mirštant“ (atitinkamai 3,5±1,0 balų ir 3,2±1,0 balų $p = 0,022$), „Pacientui artėjant prie mirties, ne šeimos narys, slaugantis mirštantįjį, turėtų atsiriboti nuo santykių su pacientu“ (atitinkamai 3,3±1,0 balų ir 2,7±1,1 balų; $p < 0,001$), „Man būtų nepatogu įėjus į nepagydomai sergančio asmens palatą, rasti jį verkiant“ (atitinkamai 3,6±1,0 balų ir 3,3±1,0 balų; $p = 0,022$) ir „Šeimos narių švietimas mirties klausimais nėra slaugytojų atsakomybė“ (3,7±0,9 balų ir 3,4±0,9 balų; $p = 0,013$) parodė, kad su šiais aspektais slaugytojos su aukštuoju išsilavinimu mažiau sutinka nei slaugytojos su žemesniu išsilavinimu t.y. šiais aspektais slaugytojos su aukštuoju išsilavinimu turėjo teigiamesnį požiūrį.

Tačiau slaugytojos su aukštuoju išsilavinimu reikšmingai mažiau sutiko su tokiais teigiamo požiūrio į slaugą gyvenimo pabaigoje aspektais kaip „Šeimoms reikia emocinės paramos, kad priimtų mirštančio asmens elgesio pokyčius“ (atitinkamai 4,1±0,6 balų ir 3,9±0,8 balų; $p = 0,026$), „Šeimos turėtų palaikyti kiek tik įmanoma normalesnę aplinką jų mirštančiam šeimos nariui“ (atitinkamai 4,2±0,8 balų ir 3,6±1,2 balų; $p = 0,001$), „Slaugytojai turėtų leisti mirštantiems asmenims turėti lanksčius jų lankymo laiko grafikus“ (atitinkamai 4,2±0,8 balų ir 3,9±0,8 balų; $p = 0,003$) nei su žemesniu išsilavinimu slaugytojos, o tai reiškia, kad šiais aspektais jos turėjo neigiamesnį požiūrį (4 lentelė).

Tyrimo rezultatai parodė, kad slaugytojų bendras (suminis rodiklis) požiūris į slaugą gyvenimo pabaigoje nepriklausė ir nuo ankstesnio švietimo mirties klausimu. Slaugytojų, kurios turėjo žinių mirties klausimu, požiūris į slaugą gyvenimo pabaigoje buvo šiek tiek teigiamesnis nei neturinčių tokių žinių slaugytojų, tačiau reikšmingai ($p < 0,05$) nesiskyrė (turinčių žinių grupėje 97,5±8,5 balų, neturinčių žinių grupėje 96,9±8,0 balų; $p = 0,550$) (5 lentelė).

5 lentelė. Slaugytojų požiūris į mirštančiųjų slaugą priklausomai nuo ankstesnio švietimo mirties klausimu

FROMMELT'Ų POŽIŪRIO Į MIRŠTANČIŲJŲ SLAUGĄ SKALĖ			
Veiksniai	Vidurkis±SD		p
	Turi žinių	Neturi žinių	
Mirštančio asmens slaugymas yra vertinga patirtis.	3,7±0,9	3,8±1,0	ns
Mirtis nėra pats baisiausias dalykas kuris gali nutikti žmogui	2,8±1,2	3,2±1,3	0,043
Man būtų nepatogu kalbėtis apie artėjančią mirtį su mirštančiu žmogumi.	3,3±1,1	3,5±1,0	ns
Rūpinimasis paciento šeima turėtų tęstis visą gedėjimo ir netekties laikotarpį.	3,3±1,0	3,3±0,9	ns
Aš nenorėčiau slaugyti mirštančio asmens.	3,2±1,1	3,4±1,0	ns
Slaugytojai, kurie nėra šeimos nariai, neturėtų kalbėtis apie mirtį su mirštančiu asmeniu.	2,8±1,2	3,3±1,0	0,014
Laiko, reikalingo mirštančio asmens slaugymui, trukmė mane nuliūdintų.	3,1±0,9	3,4±1,0	0,037
Mane nuliūdintų jeigu mirštantis asmuo, kurį aš slaugiau, nustotų tikėti jog pasveiks.	3,5±0,9	3,8±0,8	0,038
Yra sudėtinga sukurti artimus ryšius su mirštančiu asmeniu.	3,4±1,0	3,5±1,0	ns
Būna atvejų, kuomet mirtis yra laukiama mirštančio asmens.	3,7±0,8	3,9±0,6	ns
Kai pacientas klausia "Ar aš mirštu?", mano manymu geriausia yra pakeisti temą į ką nors linksmą.	3,4±0,9	3,5±0,9	ns
Šeima turėtų dalyvauti teikiant fizinę slaugą mirštančiam asmeniui, jeigu jie to nori.	4,1±0,9	4,0±0,7	ns
Norėčiau tikėti, kad asmuo, kurį aš slaugau, mirs, kai manęs <u>nebus</u> šalia.	3,1±1,0	3,4±0,8	ns
Aš bijau susidraugauti su mirštančiu asmeniu.	2,9±1,1	3,0±1,2	ns
Norėčiau nedalyvauti pacientui mirštant.	3,3±1,0	3,5±1,0	ns
Šeimoms reikia emocinės paramos, kad priimtų mirštančio asmens elgesio pokyčius.	3,9±0,7	4,1±0,7	ns
Pacientui artėjant prie mirties, ne šeimos narys, slaugantis mirštantįjį, turėtų atsiriboti nuo santykių su pacientu.	2,9±1,1	3,2±1,0	ns
Šeimos turėtų pasirūpinti, kad likęs gyventi mirštančiam šeimos nariui laikas taptų kuo geresnis jam.	4,1±0,7	4,1±0,7	ns
Mirštančiam asmeniui neturėtų būti leidžiama daryti sprendimus dėl jo fizinės slaugos.	3,2±1,0	3,3±0,9	ns
Šeimos turėtų palaikyti kiek tik įmanoma normalesnę aplinką jų mirštančiam šeimos nariui.	3,8±1,2	4,2±0,7	0,034
Mirštančiam asmeniui naudinga išsikalbėti apie savo jausmus.	3,8±1,1	4,2±0,7	ns
Slauga turėtų apimti ir mirštančio asmens šeimą.	3,7±1,1	4,2±0,8	0,011
Slaugytojai turėtų leisti mirštantiems asmenims turėti lankščius jų lankymo laiko grafikus.	3,9±0,8	4,2±0,7	0,049
Mirštantis asmuo ir jo šeima turėtų būti atsakingi už sprendimų priėmimą.	4,0±0,7	3,9±0,8	ns
Priklausomybė nuo skausmą malšinančių vaistų neturėtų būti svarstoma kai kalbama apie mirštantį asmenį.	3,9±0,9	4,0±0,8	ns
Man būtų nepatogu įėjus į nepagydomai sergančio asmens palatą,	3,4±1,0	3,7±1,0	0,04

5 lentelė. Slaugytojų požiūris į mirštančiųjų slaugą priklausomai nuo ankstesnio švietimo mirties klausimu

FROMMELT'O POŽIŪRIO Į MIRŠTANČIŪJŲ SLAUGĄ SKALĖ			
Veiksniai	Vidurkis±SD		p
	Turi žinių	Neturi žinių	
rasti jį verkiant.			2
Mirštantiems asmenims turėtų būti suteikiami nuoširdūs atsakymai į klausimus dėl jų būklės.	3,8±0,7	3,9±0,8	ns
Šeimos narių švietimas mirties klausimais nėra slaugytojų atsakomybė.	3,5±0,9	3,7±0,9	ns
Šeimos nariai, kurie lieka arti mirštančio asmens, dažnai kliudo profesionaliai slaugai.	3,5±1,0	3,6±0,9	ns
Ne šeimos slaugytojai gali padėti pacientams pasiruošti mirčiai.	3,5±0,8	3,6±0,7	ns
FROMMELT'O suminis rodiklis	97,5±8,5	96,9±8,0	ns

SD – standartinis nuokrypis; ns – statistiškai nereikšmingas skirtumas

Nustatyti statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$) skirtumai tarp tokių požiūrio į slaugą gyvenimo pabaigoje neigiamų aspektų kaip „Slaugytojai, kurie nėra šeimos nariai, neturėtų kalbėtis apie mirtį su mirštančiu asmeniu“ (turinčių žinių grupėje 2,8±1,2 balų, neturinčių žinių grupėje 3,3±1,0 balų; $p=0,014$), „Laiko, reikalingo mirštančio asmens slaugymui, trukmė mane nuliūdintų“ (atitinkamai 3,1±0,9 balų ir 3,4±1,0 balų; $p=0,037$), „Mane nuliūdintų jeigu mirštantis asmuo, kurį aš slaugiau, nustotų tikėti, jog pasveiks“ (atitinkamai 3,5±0,9 balų ir 3,8±0,8 balų; $p=0,038$), „Man būtų nepatogu, įėjus į nepagydomai sergančio asmens palatą, rasti jį verkiant“ (atitinkamai 3,4±1,0 balų ir 3,7±1,0 balų; $p=0,042$) priklausomai nuo žinių mirties klausimu turėjimo. Šie rezultatai parodė, kad šiais aspektais slaugytojos, turinčios žinių mirties klausimu, turėjo teigiamesnį požiūrį į slaugą gyvenimo pabaigoje, nei neturinčios tokių žinių slaugytojos.

Tačiau slaugytojos, turinčios žinių mirties klausimu, reikšmingai mažiau sutiko su tokiais teigiamu požiūriu į slaugą gyvenimo pabaigoje aspektais kaip „Mirtis nėra pats baisiausias dalykas, kuris gali nutikti žmogui“ (turinčių žinių grupėje 2,8±1,2 balų, neturinčių žinių grupėje 3,2±1,3 balų; $p=0,043$), „Šeimos turėtų palaikyti kiek tik įmanoma normalesnę aplinką jų mirštančiam šeimos nariui“ (atitinkamai 3,8±1,2 balų ir 4,2±0,7 balų; $p=0,034$), „Slauga turėtų apimti ir mirštančio asmens šeimą“ (atitinkamai 3,7±1,1 balų ir 4,2±0,8 balų; $p=0,011$), „Slaugytojai turėtų leisti mirštantiems asmenims turėti lanksčius jų lankymo laiko grafikus“ (atitinkamai 3,9±0,8 balų ir 4,2±0,7 balų; $p=0,049$) nei neturinčios tokių žinių slaugytojos, o tai reiškia, kad šiais aspektais jos turėjo neigiamesnį požiūrį (5 lentelė).

Tyrimo rezultatai parodė, kad slaugytojų bendras požiūris į slaugą gyvenimo pabaigoje taip pat reikšmingai ($p < 0,05$) nepriklausė ir nuo jų patirties, dirbant su nepagydomomis ligomis

sergančiais asmenimis (turinčių patirtį grupėje 97,7±7,8 balų, neturinčių patirties grupėje 96,4±9,4 balų; p=0,441) (6 lentelė).

6 lentelė. Slaugytojų požiūris į mirštančiųjų slaugą priklausomai nuo ankstesnės patirties dirbant su nepagydomomis ligomis sergančiais asmenimis

FROMMELT'O POŽIŪRIO Į MIRŠTANČIŲJŲ SLAUGĄ SKALĖ			
Veiksniai	Vidurkis±SD		p
	Su patirtimi	Be patirties	
Mirštančio asmens slaugymas yra vertinga patirtis.	3,8±0,9	3,7±0,8	ns
Mirtis nėra pats baisiausias dalykas kuris gali nutikti žmogui	2,9±1,3	2,9±1,3	ns
Man būtų nepatogu kalbėtis apie artėjančią mirtį su mirštančiu žmogumi.	3,3±1,1	3,5±1,0	ns
Rūpinimasis paciento šeima turėtų tęstis visą gedėjimo ir netekties laikotarpį.	3,3±1,0	3,3±0,9	ns
Aš nenorėčiau slaugyti mirštančio asmens.	3,2±1,1	3,3±1,1	ns
Slaugytojai, kurie nėra šeimos nariai, neturėtų kalbėtis apie mirtį su mirštančiu asmeniu.	3,0±1,1	3,0±1,4	ns
Laiko, reikalingo mirštančio asmens slaugymui, trukmė mane nuliūdintų.	3,2±1,0	3,3±1,0	ns
Mane nuliūdintų jeigu mirštantis asmuo, kurį aš slaugiau, nustotų tikėti jog pasveiks.	3,6±0,9	3,6±0,9	ns
Yra sudėtinga sukurti artimus ryšius su mirštančiu asmeniu.	3,5±1,0	3,2±1,1	ns
Būna atvejų, kuomet mirtis yra laukiama mirštančio asmens.	3,8±0,8	3,8±0,6	ns
Kai pacientas klausia "Ar aš mirštu?", mano manymu geriausia yra pakeisti temą į ką nors linksmą.	3,5±0,9	3,4±1,0	ns
Šeima turėtų dalyvauti teikiant fizinę slaugą mirštančiam asmeniui, jeigu jie to nori.	4,1±0,9	3,9±0,8	ns
Norėčiau tikėti, kad asmuo, kurį aš slaugau, mirs, kai manęs <u>nebus</u> šalia.	3,3±0,9	3,1±0,9	ns
Aš bijau susidraugauti su mirštančiu asmeniu.	3,0±1,2	2,8±1,2	ns
Norėčiau nedalyvauti pacientui mirštant.	3,3±1,1	3,5±0,9	ns
Šeimoms reikia emocinės paramos, kad priimtų mirštančio asmens elgesio pokyčius.	4,0±0,7	4,0±0,6	ns
Pacientui artėjant prie mirties, ne šeimos narys, slaugantis mirštantįjį, turėtų atsiriboti nuo santykių su pacientu.	3,1±1,0	2,7±1,2	ns
Šeimos turėtų pasirūpinti, kad likęs gyventi mirštančiam šeimos nariui laikas taptų kuo geresnis jam.	4,1±0,8	4,1±0,6	ns
Mirštančiam asmeniui neturėtų būti leidžiama daryti sprendimus dėl jo fizinės slaugos.	3,2±1,0	3,2±1,0	ns
Šeimos turėtų palaikyti kiek tik įmanoma normalesnę aplinką jų mirštančiam šeimos nariui.	4,1±0,8	3,6±1,4	0,026
Mirštančiam asmeniui naudinga išsikalbėti apie savo jausmus.	4,1±0,7	3,6±1,4	0,042
Slauga turėtų apimti ir mirštančio asmens šeimą.	4,0±0,8	3,5±1,4	0,050
Slaugytojai turėtų leisti mirštančioms asmenims turėti lanksčius jų lankymo laiko grafikus.	4,1±0,8	3,9±0,8	ns
Mirštantis asmuo ir jo šeima turėtų būti atsakingi už sprendimų priėmimą.	3,9±0,7	3,9±0,8	ns
Priklausomybė nuo skausmą malšinančių vaistų neturėtų būti	4,0±0,8	3,9±0,9	ns

6 lentelė. Slaugytojų požiūris į mirštančiųjų slaugą priklausomai nuo ankstesnės patirties dirbant su nepagydomomis ligomis sergančiais asmenimis

FROMMELT'Ų POŽIŪRIO Į MIRŠTANČIŲJŲ SLAUGĄ SKALĖ			
Veiksniai	Vidurkis±SD		p
	Su patirtimi	Be patirties	
svarstoma kai kalbama apie mirštantį asmenį.			
Man būtų nepatogu įėjus į nepagydomai sergančio asmens palatą, rasti jį verkiant.	3,5±1,0	3,5±1,0	ns
Mirštantiems asmenims turėtų būti suteikiami nuoširdūs atsakymai į klausimus dėl jų būklės.	3,9±0,7	3,8±0,7	ns
Šeimos narių švietimas mirties klausimais nėra slaugytojų atsakomybė.	3,6±0,9	3,5±1,0	ns
Šeimos nariai, kurie lieka arti mirštančio asmens, dažnai kliudo profesionaliai slaugai.	3,6±0,9	3,5±1,0	ns
Ne šeimos slaugytojai gali padėti pacientams pasiruošti mirčiai.	3,5±0,8	3,5±0,7	ns
FROMMELT'Ų suminis rodiklis	97,7±7,8	96,4±9,4	ns

SD – standartinis nuokrypis; ns – statistiškai nereikšmingas skirtumas

Nustatyti statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$) skirtumai tarp sekančių požiūrio į slaugą gyvenimo pabaigoje teigiamų aspektų: „Šeimos turėtų palaikyti kiek tik įmanoma normalesnę aplinką jų mirštančiam šeimos nariui“ (turinčių patirties grupėje 4,1±0,8 balų, neturinčių patirties grupėje 3,6±1,4 balų; $p = 0,026$), „Mirštančiam asmeniui naudinga išsikalbėti apie savo jausmus“ (atitinkamai 4,1±0,7 balų ir 3,6±1,4 balų; $p = 0,042$) ir „Sauga turėtų apimti ir mirštančio asmens šeimą“ (atitinkamai 4,0±0,8 balų ir 3,5±1,4 balų; $p = 0,050$). Šie rezultatai rodo, kad slaugytojos, turinčios sunkiai sergančių asmenų slaugymo patirtį, šiais aspektais turėjo teigiamesnę požiūrį nei slaugytojos, kurios neturėjo tokios patirties (6 lentelė).

Tyrimo rezultatai parodė, kad slaugytojų bendras (suminis rodiklis) požiūris į slaugą gyvenimo pabaigoje nepriklausė ir nuo jų ankstesnės netekties patirties. Slaugytojų, kurios patyrė netektį, požiūris į slaugą gyvenimo pabaigoje buvo šiek tiek teigiamesnis nei nepatyrusių netekties slaugytojų, tačiau reikšmingai ($p < 0,05$) nesiskyrė (patyrusių netektį grupėje 97,5±8,0 balų, nepatyrusių netekties grupėje 96,7±9,4 balų; $p = 0,606$) (7 lentelė).

7 lentelė. Slaugytojų požiūris į mirštančiųjų slaugą priklausomai nuo ankstesnės netekties patirties

FROMMELT'Ų POŽIŪRIO Į MIRŠTANČIŲJŲ SLAUGĄ SKALĖ			
Veiksniai	Vidurkis±SD		p
	Ankstesnė netekties patirtis		
	Neturėjo	Turėjo	
Mirštančio asmens slaugymas yra vertinga patirtis.	3,5±0,9	3,8±0,9	0,039
Mirtis nėra pats baisiausias dalykas kuris gali nutikti žmogui	3,3±1,1	2,8±1,3	0,025
Man būtų nepatogu kalbėtis apie artėjančią mirtį su mirštančiu žmogumi.	3,5±0,8	3,3±1,2	ns
Rūpinimasis paciento šeima turėtų tęstis visą gedėjimo ir netekties	3,3±0,8	3,3±1,0	ns

7 lentelė. Slaugytojų požiūris į mirštančiųjų slaugą priklausomai nuo ankstesnės netekties patirties

FROMMELT'Ų POŽIŪRIO Į MIRŠTANČIŲJŲ SLAUGĄ SKALĖ			
Veiksniai	Vidurkis±SD		p
	Ankstesnė netekties patirtis		
	Neturėjo	Turėjo	
laikotarpį.			
Aš nenorėčiau slaugyti mirštančio asmens.	3,5±0,9	3,2±1,1	ns
Slaugytojai, kurie nėra šeimos nariai, neturėtų kalbėtis apie mirtį su mirštančiu asmeniu.	2,9±1,0	3,0±1,2	ns
Laiko, reikalingo mirštančio asmens slaugymui, trukmė mane nuliūdintų.	3,4±0,8	3,1±1,0	ns
Mane nuliūdintų jeigu mirštantis asmuo, kurį aš slaugiau, nustotų tikėti jog pasveiks.	3,6±0,9	3,6±0,9	ns
Yra sudėtinga sukurti artimus ryšius su mirštančiu asmeniu.	3,2±0,9	3,5±1,1	0,023
Būna atvejų, kuomet mirtis yra laukiama mirštančio asmens.	3,8±0,6	3,8±0,8	ns
Kai pacientas klausia “Ar aš mirštu?”, mano manymu geriausia yra pakeisti temą į ką nors linksmą.	3,3±0,8	3,5±0,9	ns
Šeima turėtų dalyvauti teikiant fizinę slaugą mirštančiam asmeniui, jeigu jie to nori.	3,9±0,6	4,1±0,9	ns
Norėčiau tikėti, kad asmuo, kurį aš slaugau, mirs, kai manęs <u>nebus</u> šalia.	3,2±0,8	3,2±1,0	ns
Aš bijau susidraugauti su mirštančiu asmeniu.	2,9±1,1	3,0±1,2	ns
Norėčiau nedalyvauti pacientui mirštant.	3,4±0,9	3,3±1,1	ns
Šeimoms reikia emocinės paramos, kad priimtų mirštančio asmens elgesio pokyčius.	4,0±0,6	4,0±0,7	ns
Pacientui artėjant prie mirties, ne šeimos narys, slaugantis mirštantįjį, turėtų atsiriboti nuo santykių su pacientu.	3,0±0,9	3,0±1,1	ns
Šeimos turėtų pasirūpinti, kad likęs gyventi mirštančiam šeimos nariui laikas taptų kuo geresnis jam.	3,9±0,6	4,1±0,8	0,007
Mirštančiam asmeniui neturėtų būti leidžiama daryti sprendimus dėl jo fizinės slaugos.	3,1±0,9	3,2±1,0	ns
Šeimos turėtų palaikyti kiek tik įmanoma normalesnę aplinką jų mirštančiam šeimos nariui.	4,1±0,7	3,9±1,1	ns
Mirštančiam asmeniui naudinga išsikalbėti apie savo jausmus.	4,0±0,7	4,0±1,1	ns
Slauga turėtų apimti ir mirštančio asmens šeimą.	3,8±0,9	3,9±1,1	ns
Slaugytojai turėtų leisti mirštantiems asmenims turėti lanksčius jų lankymo laiko grafikus.	3,9±0,7	4,1±0,8	ns
Mirštantis asmuo ir jo šeima turėtų būti atsakingi už sprendimų priėmimą.	3,8±0,9	4,0±0,7	ns
Priklausomybė nuo skausmą malšinančių vaistų neturėtų būti svarstoma kai kalbama apie mirštantį asmenį.	3,9±0,8	4,0±0,9	ns
Man būtų nepatogu įėjus į nepagydomai sergančio asmens palatą, rasti jį verkiant.	3,7±0,9	3,4±1,0	ns
Mirštantiems asmenims turėtų būti suteikiami nuoširdūs atsakymai į klausimus dėl jų būklės.	3,9±0,8	3,9±0,7	ns
Šeimos narių švietimas mirties klausimais <u>nėra</u> slaugytojų atsakomybė.	3,5±1,0	3,6±0,9	ns
Šeimos nariai, kurie lieka arti mirštančio asmens, dažnai kliudo profesionaliai slaugai.	3,5±1,0	3,6±0,9	ns
Ne šeimos slaugytojai gali padėti pacientams pasiruošti mirčiai.	3,5±0,7	3,5±0,8	ns

7 lentelė. Slaugytojų požiūris į mirštančiųjų slaugą priklausomai nuo ankstesnės netekties patirties

FROMMELT'Ų POŽIŪRIO Į MIRŠTANČIŲJŲ SLAUGĄ SKALĖ			
Veiksniai	Vidurkis±SD		p
	Ankstesnė netekties patirtis		
	Neturėjo	Turėjo	
FROMMELT'Ų suminis rodiklis	96,7±9,4	97,5±8,0	ns

SD – standartinis nuokrypis; ns – statistiškai nereikšmingas skirtumas

Slaugytojos, patyrusios netektį, reikšmingai aukščiau įvertino (atitinka teigiamą požiūrį) tokius teigiamus požiūrio į slaugą gyvenimo pabaigoje aspektus kaip „Mirštančio asmens slaugymas yra vertinga patirtis“ (patyrusių netektį grupėje 3,8±0,9 balų, nepatyrusių netekties grupėje 3,5±0,9 balų; p=0,039), „Šeimos turėtų pasirūpinti, kad likęs gyventi mirštančiam šeimos nariui laikas taptų kuo geresnis jam“ (atitinkamai 4,1±0,8 balų ir 3,9±0,6 balų; p=0,007) ir žemiau - neigiamą požiūrio į slaugą aspektą „Yra sudėtinga sukurti artimus ryšius su mirštančiu asmeniu“ (atitinkamai 3,5±1,1 balų ir 3,2±0,9 balų; p=0,023) nei slaugytojos, nepatyrusios netekties. Tačiau su teiginiu, kad „Mirtis nėra pats baisiausias dalykas, kuris gali nutikti žmogui“ (atitinkamai 2,8±1,3 balų ir 3,3±1,1 balų; p=0,025) slaugytojos, patyrusios netektį, linkusios reikšmingai labiau nesutikti nei slaugytojos, kurios nepatyrė netekties (7 lentelė).

Nustatyta, kad slaugytojų bendras (suminis rodiklis) požiūris į slaugą gyvenimo pabaigoje statistiškai reikšmingai (p<0,05) skyrėsi priklausomai nuo šiuo metu gresiančios artimojo netekties. Slaugytojų, kurioms grėsė artimojo netektis, požiūris į slaugą gyvenimo pabaigoje buvo žymiai neigiamesnis nei slaugytojų, kurioms tokia netektis artimuoju laiku negrėsė (gresiančios netekties grupėje 93,5±8,2 balų, negresiančios netekties grupėje 97,8±8,2 balų; p=0,003) (8 lentelė).

8 lentelė. Slaugytojų požiūris į mirštančiųjų slaugą priklausomai nuo dabartinės patirties, slaugant sunkiai sergančius savo artimuosius

FROMMELT'Ų POŽIŪRIO Į MIRŠTANČIŲJŲ SLAUGĄ SKALĖ			
Veiksniai	Vidurkis±SD		p
	Dabartinė patirtis		
	Turi	Neturi	
Mirštančio asmens slaugymas yra vertinga patirtis.	3,8±0,7	3,8±0,9	ns
Mirtis nėra pats baisiausias dalykas kuris gali nutikti žmogui	2,8±1,2	2,9±1,3	ns
Man būtų nepatogu kalbėtis apie artėjančią mirtį su mirštančiu žmogumi.	3,2±1,1	3,4±1,1	ns
Rūpinimasis paciento šeima turėtų tęstis visą gedėjimo ir netekties laikotarpį.	3,7±0,9	3,2±1,0	0,043
Aš nenorėčiau slaugyti mirštančio asmens.	3,4±1,3	3,2±1,1	ns
Slaugytojai, kurie nėra šeimos nariai, neturėtų kalbėtis apie mirtį su mirštančiu asmeniu.	3,0±1,2	3,0±1,2	ns
Laiko, reikalingo mirštančio asmens slaugymui, trukmė mane	3,8±0,7	3,1±1,0	0,001

8 lentelė. Slaugytojų požiūris į mirštančiųjų slaugą priklausomai nuo dabartinės patirties, slaugant sunkiai sergančius savo artimuosius

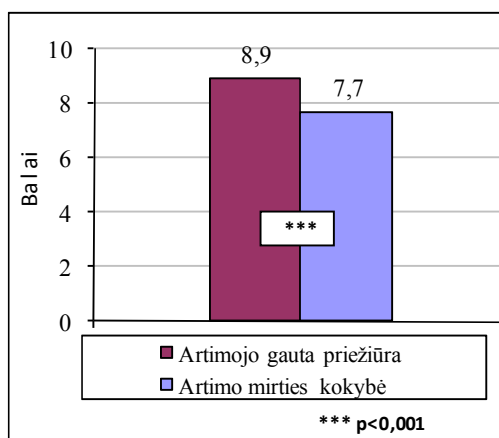
FROMMELT'O POŽIŪRIO Į MIRŠTANČIŲJŲ SLAUGĄ SKALĖ			
Veiksniai	Vidurkis±SD		p
	Dabartinė patirtis		
	Turi	Neturi	
nuliūdintų.			
Mane nuliūdintų jeigu mirštantis asmuo, kurį aš slaugiau, nustotų tikėti jog pasveiks.	4,0±0,5	3,5±0,9	0,025
Yra sudėtinga sukurti artimus ryšius su mirštančiu asmeniu.	3,8±0,9	3,4±1,0	0,026
Būna atvejų, kuomet mirtis yra laukiama mirštančio asmens.	4,0±0,7	3,8±0,8	ns
Kai pacientas klausia "Ar aš mirštu?", mano manymu geriausia yra pakeisti temą į ką nors linksmą.	3,5±0,9	3,4±0,9	ns
Šeima turėtų dalyvauti teikiant fizinę slaugą mirštančiam asmeniui, jeigu jie to nori.	3,9±0,5	4,0±0,9	ns
Norėčiau tikėti, kad asmuo, kurį aš slaugau, mirs, kai manęs <u>nebus</u> šalia.	3,4±0,8	3,2±0,9	ns
Aš bijau susidraugauti su mirštančiu asmeniu.	3,4±1,3	2,9±1,1	0,035
Norėčiau nedalyvauti pacientui mirštant.	3,4±1,2	3,3±1,0	ns
Šeimoms reikia emocinės paramos, kad priimtų mirštančio asmens elgesio pokyčius.	3,7±0,7	4,0±0,7	0,021
Pacientui artėjant prie mirties, ne šeimos narys, slaugantis mirštantįjį, turėtų atsiriboti nuo santykių su pacientu.	3,7±0,7	2,9±1,1	0,001
Šeimos turėtų pasirūpinti, kad likęs gyventi mirštančiam šeimos nariui laikas taptų kuo geresnis jam.	3,7±0,8	4,1±0,7	0,006
Mirštančiam asmeniui neturėtų būti leidžiama daryti sprendimus dėl jo fizinės slaugos.	3,4±0,7	3,2±1,0	ns
Šeimos turėtų palaikyti kiek tik įmanoma normalesnę aplinką jų mirštančiam šeimos nariui.	3,4±0,9	4,0±1,1	0,001
Mirštančiam asmeniui naudinga išsikalbėti apie savo jausmus.	4,1±0,8	3,9±1,0	ns
Slauga turėtų apimti ir mirštančio asmens šeimą.	3,9±0,9	3,9±1,1	ns
Slaugytojai turėtų leisti mirštantiems asmenims turėti lanksčius jų lankymo laiko grafikus.	4,1±0,6	4,0±0,8	ns
Mirštantis asmuo ir jo šeima turėtų būti atsakingi už sprendimų priėmimą.	4,0±0,6	3,9±0,7	ns
Priklausomybė nuo skausmą malšinančių vaistų neturėtų būti svarstoma kai kalbama apie mirštantį asmenį.	3,8±0,8	4,0±0,8	ns
Man būtų nepatogu įėjus į nepagydomai sergančio asmens palatą, rasti jį verkiant.	3,7±0,9	3,5±1,0	ns
Mirštantiems asmenims turėtų būti suteikiami nuoširdūs atsakymai į klausimus dėl jų būklės.	3,7±0,8	3,9±0,7	ns
Šeimos narių švietimas mirties klausimais <u>nėra</u> slaugytojų atsakomybė.	3,5±0,8	3,6±0,9	ns
Šeimos nariai, kurie lieka arti mirštančio asmens, dažnai kliudo profesionaliai slaugai.	3,5±0,7	3,6±1,0	ns
Ne šeimos slaugytojai gali padėti pacientams pasiruošti mirčiai.	3,7±0,7	3,5±0,8	ns
FROMMELT'O suminis rodiklis	93,5±8,2	97,8±8,2	0,003

SD – standartinis nuokrypis; ns – statistiškai nereikšmingas skirtumas

Nustatyti statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$) skirtumai tarp tokių požiūrio į slaugą gyvenimo pabaigoje neigiamų aspektų kaip „Laiko, reikalingo mirštančio asmens slaugymui, trukmė mane nuliūdintų“ (gresiančios netekties grupėje $3,8 \pm 0,7$ balų, negresiančios netekties grupėje $3,1 \pm 1,0$ balų; $p = 0,001$), „Mane nuliūdintų, jeigu mirštantis asmuo, kurį aš slaugiau, nustotų tikėti jog pasveiks“ (atitinkamai $4,0 \pm 0,5$ balų ir $3,5 \pm 0,9$ balų; $p = 0,025$), „Yra sudėtinga sukurti artimus ryšius su mirštančiu asmeniu“ (atitinkamai $3,8 \pm 0,9$ balų ir $3,4 \pm 1,0$ balų; $p = 0,026$), „Aš bijau susidraugauti su mirštančiu asmeniu“ (atitinkamai $3,4 \pm 1,3$ balų ir $2,9 \pm 1,1$ balų; $p = 0,035$) ir „Pacientui artėjant prie mirties, ne šeimos narys, slaugantis mirštantįjį, turėtų atsiriboti nuo santykių su pacientu“ (atitinkamai $3,7 \pm 0,7$ balų ir $2,9 \pm 1,1$ balų; $p = 0,001$) priklausomai nuo gresiančios artimojo netekties. Slaugytojoms, kurioms artimiausiu laiku grėsė mylimojo žmogaus netektis, šie aspektai buvo labiau svarbūs nei slaugytojoms, kurioms artimuoju laiku negrėsė tokia netektis.

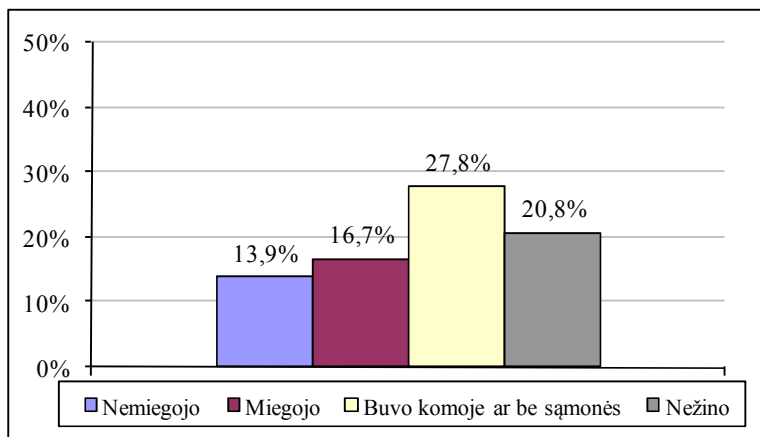
Slaugytojoms, kurioms artimiausiu laiku grėsė mylimojo žmogaus netektis, taip pat buvo labai svarbus toks aspektas kaip „Rūpinimasis paciento šeima turėtų tęstis visą gedėjimo ir netekties laikotarpį“ (gresiančios netekties grupėje $3,7 \pm 0,9$ balų, negresiančios netekties grupėje $3,2 \pm 1,0$ balų; $p = 0,043$) nei slaugytojoms, kurioms artimuoju laiku negrėsė netektis. Tačiau tokie aspektai kaip „Šeimoms reikia emocinės paramos, kad priimtų mirštančio asmens elgesio pokyčius“ (atitinkamai $3,7 \pm 0,7$ balų ir $4,0 \pm 0,7$ balų; $p = 0,021$), „Šeimos turėtų pasirūpinti, kad likęs gyventi mirštančiam šeimos nariui laikas taptų kuo geresnis jam“ (atitinkamai $3,7 \pm 0,8$ balų ir $4,1 \pm 0,7$ balų; $p = 0,006$) bei „Šeimos turėtų palaikyti kiek tik įmanoma normalesnę aplinką jų mirštančiam šeimos nariui“ (atitinkamai $3,4 \pm 0,9$ balų ir $4,0 \pm 1,1$ balų; $p = 0,001$) joms buvo mažiau svarbus, nei slaugytojoms, kurioms negrėsė netektis (8 lentelė).

Tyrimu buvo siekta išsiaiškinti, kaip mirusių pacientų artimieji vertino suteiktą slaugą jų artimajam gyvenimo pabaigoje bei jo mirties kokybę. Slaugos priežiūrą ir mirties kokybę artimieji turėjo įvertinti dešimtbalėje sistemoje.



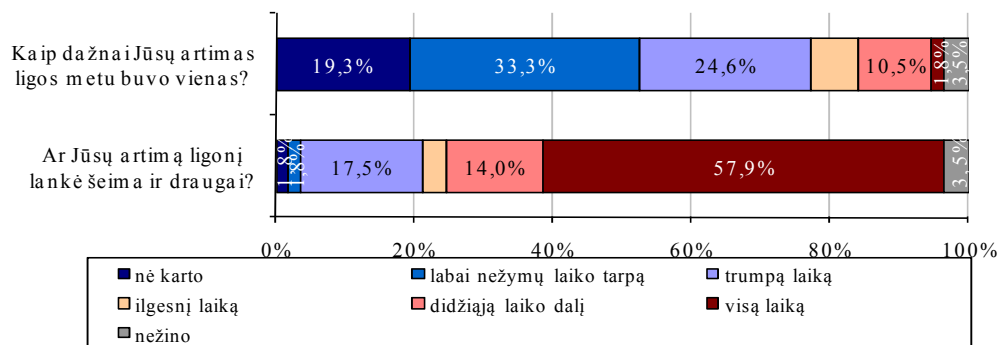
9 pav. Pacientų priežiūros ir mirties kokybės vertinimas jų artimaisiais

Savo artimojo priežiūrą gautą iš visų gydytojų ir kitų slaugą suteikiančių asmenų ($8,89 \pm 1,30$ balų) tyrime dalyvavę artimieji vertino statistiškai reikšmingai ($p < 0,001$) geriau nei jo mirties kokybę ($7,74 \pm 2,08$ balų) (9 pav.).



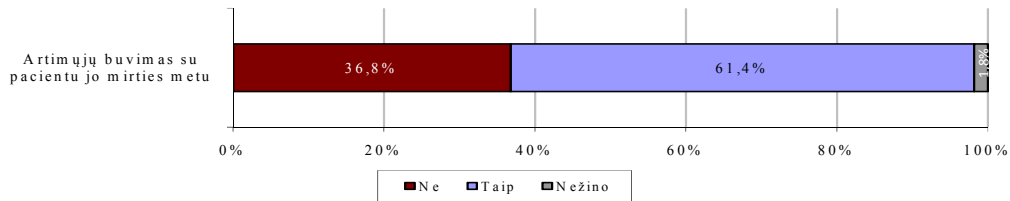
10 pav. Pacientų būseną prieš mirimo momentą

Pacientų artimųjų, kurie dalyvavo tyrime, apklausa parodė, kad 20,8 proc. tyrimo dalyvių negalėjo apibūdinti jų artimojo būseną prieš mirimo momentą. Išanalizavus likusiųjų atsakymus, nustatėme, kad prieš mirimo momentą 27,8 proc. pacientų buvo komoje ar be sąmonės, 16,7 proc. – miegojo ir 13,9 proc. – buvo sąmoningi ir nemiegojo (10 pav.).



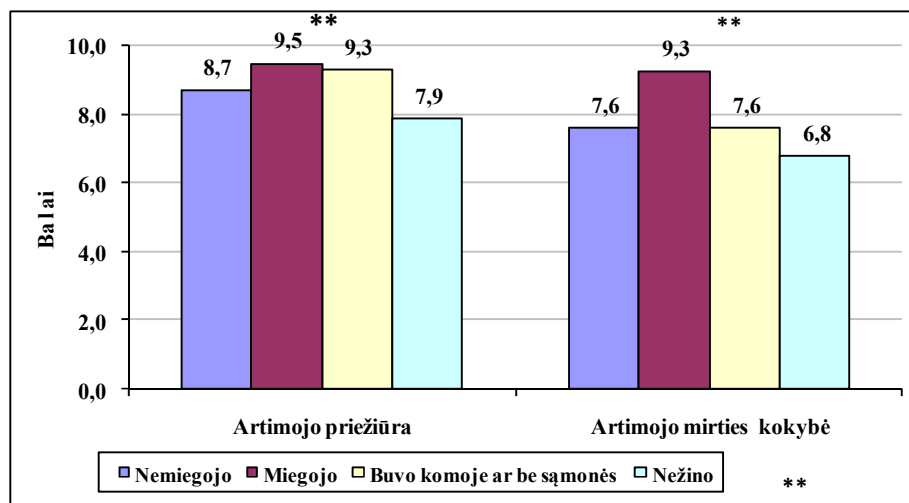
11 pav. Artimųjų buvimas šalia pacientų ligos metu

Tyrimo rezultatai parodė, kad dauguma pacientų (75,4 proc.) buvo dažnai lankomi šeimos narių ar draugų (visą laiką 57,3 proc., didžiąją laiko dalį 14,0 proc. ir ilgesnį laiką 3,5 proc.). Dauguma pacientų (77,2 proc.) tik trumpą laiką ligos metu buvo vieni (19,3 proc. nė karto, 33,3 proc. labai nežymų laiko tarpą ir 24,6 proc. trumpą laiką) (11 pav.).



12 pav. Artimųjų buvimas šalia pacientų mirties metu

Dauguma tyrime dalyvavusių pacientų artimųjų (61,4 proc.) paciento mirties metu buvo šalia jo (12 pav.).



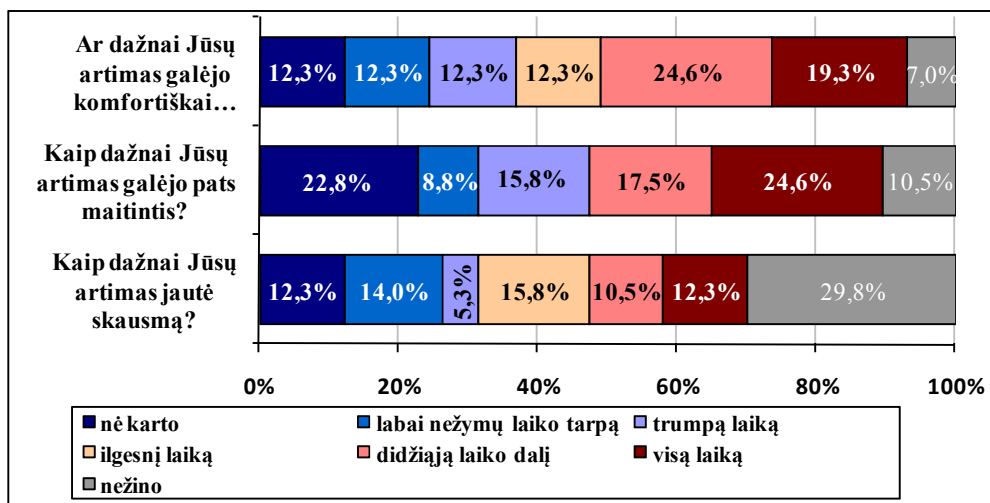
13 pav. Pacientų priežiūros ir jų mirties kokybės vertinimas jų artimaisiais priklausomai nuo paciento būsenos prieš mirimo momentą

Tyrimo rezultatai parodė, kad artimojo paciento priežiūros ir mirimo kokybės vertinimas artimaisiais reikšmingai ($p < 0,01$) priklausė nuo paciento būsenos prieš mirimo momentą – geriausiai ir priežiūrą, ir mirimo kokybę vertino tie artimieji, kurių pacientas prieš mirimo momentą miegojo, o prasčiausiai – tie artimieji, kurie negalėjo įvardinti, kokioje būsenoje prieš mirimo momentą jis buvo (13 pav.).

Į klausimą „Kaip dažnai Jūsų artimas jautė skausmą?“ 29,8 proc. tyrime dalyvavusių pacientų artimųjų negalėjo atsakyti. Kad pacientas dažnai jautė skausmą nurodė 38,6 proc. artimųjų (12,3 proc. visą laiką, 10,5 proc. didžiąją laiko dalį ir 15,8 proc. ilgesnį laiką). Visiškai skausmo nejautė 12,3 proc. pacientų ir 19,3 proc. – trumpą ar labai nežymų laiko tarpą.

Į klausimą „Kaip dažnai Jūsų artimas galėjo pats maitintis?“ atsakyti negalėjo tik 10,5 proc. artimųjų. Likusių artimųjų atsakymų rezultatai parodė, kad visiškai maitintis negalėjo 22,8 proc.

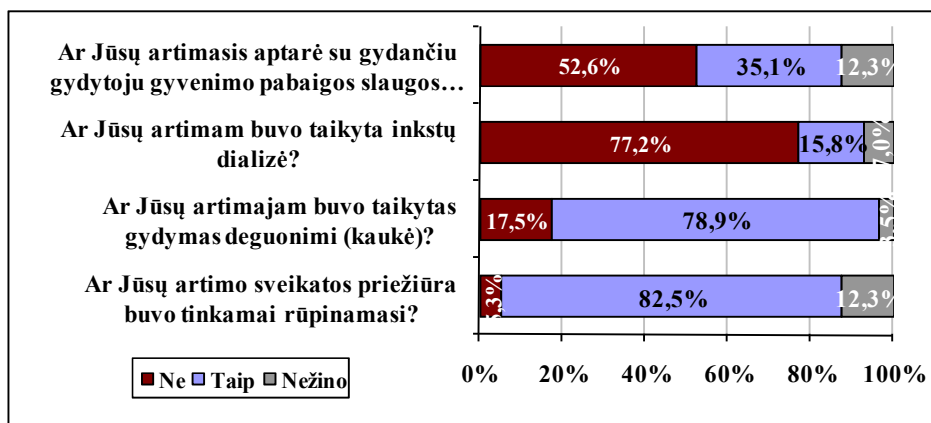
pacientų, 24,6 proc. pacientų maitintis patys galėjo trumpą laiką, 17,5 proc. – didžiąją laiko dalį ir 24,6 proc. visą laiką iki mirties (14 pav.).



14 pav. Pacientų būklė ligos metu

Į klausimą „Ar dažnai Jūsų artimas galėjo komfortiškai kvėpuoti?“ atsakyti negalėjo 7,0 proc. artimųjų. Daugiau nei pusė (56,2 proc.) tyrime dalyvavusių paciento artimųjų atsakė jog jų artimasis pakankamai ilgai galėjo komfortiškai kvėpuoti (19,3 proc. visą laiką, 24,6 proc. didžiąją laiko dalį ir 12,3 proc. ilgesnį laiką). Negalėjo visiškai kvėpuoti 12,3 proc. pacientų, 24,6 proc. – komfortiškai galėjo kvėpuoti neilgai (12,3 proc. labai nežymų laiko tarpą ir 12,3 proc. trumpą laiką) (14 pav.).

Tyrimo rezultatai parodė, kad daugiau nei pusė pacientų (52,6 proc.) nebuvo aptarę su gydančiu gydytoju gyvenimo pabaigos slaugos pageidavimų, tokių kaip atgaivinimas ar intensyvi slauga, bet taip padarė 35,1 proc. pacientų. Į šį klausimą atsakyti negalėjo 12,3 proc. tyrime dalyvavusių pacientų artimųjų (17 pav.).



15 pav. Slaugos paslaugų suteikimas ligoniams

Didžioji dauguma tyrime dalyvavusių (82,5 proc.) pacientų artimųjų nurodė, kad jų artimojo sveikatos priežiūra buvo tinkamai rūpinamasi. Nepatenkintų buvo tik 5,3 proc. artimųjų, o 12,3 proc. neturėjo nuomonės šiuo klausimu).

Gydymas deguonimi (kaukė) buvo taikoma didžiajai daugumai (78,9 proc.) pacientų, o dializė - 15,8 proc.

3.2.3 Slaugytojų nerimas dėl savo ar artimųjų mirties ir sąsajos su požiūriu į mirštančiojo slaugą

Nagrinėjant savo mirties ir mirimo baimes, slaugytojoms buvo pateikti klausimai, į kuriuos atsakant reikėjo įsivaizduoti savo pačių mirtį. Tyrimo rezultatai parodė, kad slaugytojoms didžiausią nerimą dėl savo mirties kėlė tokie aspektai kaip „Miršti jaunas (-a)“ (4,0±1,1 balų) ir „Gyvenimo trumpumas“ (3,9±1,1 balų), o mažiausią – „Tavo kūno suirimas po mirties“ (2,6±1,6 balų) ir „Galimybė pomirtiniame gyvenime susilaukti bausmės arba kančios“ (2,8±1,5 balai) (7 lentelė). Suminio asmeninės mirties baimės rodiklio vidurkį sudarė 27,0±7,1 balai (9 lentelė).

9 lentelė. Mirties nerimo (COLLET LESTER mirties ir mirimo skalė) vertinimas bendroje slaugytojų grupėje

COLLET LESTER MIRTIES IR MIRIMO BAIMĖS SKALĖ	
Veiksniai	Vidurkis±SD
Asmeninė mirtis	
Tavo kūno suirimas po mirties	2,6±1,6
Galimybė pomirtiniame gyvenime susilaukti bausmės arba kančios	2,8±1,5
Niekada daugiau nebegalvosi ir nebepatirsi	3,2±1,4
Jausmas būti mirusiam (-iai)	3,3±1,4
Po mirties netenki tiek daug	3,6±1,3
Visiška vienuma mirties akimirka	3,7±1,1
Gyvenimo trumpumas	3,9±1,1
Miršti jaunas (-a)	4,0±1,1
Suminis rodiklis	27,0±7,1
Asmeninio mirimo procesas	
Jūsų kontrolės stoka mirties procese	3,3±1,3
Galimybė mirti ligoninėje atskirai nuo draugų ir šeimos	3,5±1,3
Nežinia dėl to, kaip drąsiai sutikssite savo mirtį	3,5±1,3
Kitų sielvartas Jums mirštant	3,7±1,4
Mirštant Jūsų gebėjimai bus riboti	3,8±1,1
Fizinė degeneracija susijusi su lėta mirtimi	4,1±1,1
Protinė degeneracija senatvėje	4,2±1,1
Skausmas mirštant	4,2±1,0
Suminis rodiklis	30,3±6,1
Kitų mirtis	
Pavydas, kad jie yra mirę	2,0±1,5
Kaltės jausmas, kad Jums palengvėjo, kai jie mirė	2,9±1,5
Jaustis vienišam (-ai) be jų	3,4±1,4

9 lentelė. Mirties nerimo (COLLET LESTER mirties ir mirimo skalė) vertinimas bendroje slaugytojų grupėje

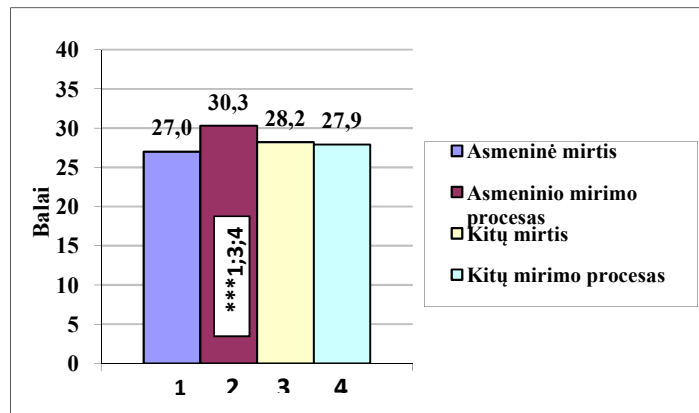
COLLET LESTER MIRTIES IR MIRIMO BAIMĖS SKALĖ	
Veiksniai	Vidurkis±SD
Senti vienam (-ai) be jų	3,5±1,2
Turėsite matyti jų lavoną	3,7±1,4
Apgailestavimas, kad nebuvote malonesnis (-ė), jiems esant gyviems	3,9±1,2
Daugiau niekada negalėsite su jais bendrauti	4,2±1,1
Jūsų artimųjų netektis	4,6±0,7
Suminis rodiklis	28,2±6,3
Kitų mirimo procesas	
Priminimas apie tai, kad vieną dieną Jūs patirsite tą patį	3,1±1,4
Turite būti tas (-a), kuris pasako, kad jie miršta	3,4±1,3
Nežinojimas, ką daryti su praradimo sielvartu būnant su jais	3,4±1,2
Matyti jų protinių gebėjimų blogėjimą	3,5±1,3
Matyti jų kūno degeneraciją	3,5±1,4
Jų noras pasikalbėti apie mirtį su jumis	3,5±1,1
Turėjimas būti su tuo, kuris miršta	3,6±1,3
Matyti, kaip jie kenčia iš skausmo	4,1±1,2
Suminis rodiklis	27,9±6,1

Lentelėje duomenys pateikti balų vidurkių didėjimo tvarka; SD – standartinis nuokrypis

Didžiausią nerimą dėl savo mirimo proceso kėlė tokie aspektai kaip „Protinė degeneracija senatvėje“ (4,2±1,1 balų), „Skausmas mirštant“ (4,2±1,0 balų) ir „Fizinė degeneracija susijusi su lėta mirtimi“ (4,1±1,1 balų). Mažiausią įvertinimą gavo teiginys „Jūsų kontrolės stoka mirties procese“ (3,3±1,3 balų). Suminio asmeninio mirimo proceso baimės rodiklio vidurkį sudarė 30,3±6,1 balai.

Slaugytojoms didžiausią nerimą dėl kitų mirties kėlė tokie aspektai kaip „Jūsų artimųjų netektis“ (4,6±0,7 balų), „Daugiau niekada negalėsite su jais bendrauti“ (4,5±0,9 balai) ir „Apgailestavimas, kad nebuvote malonesnis (-ė), jiems esant gyviems“ (4,2±1,1 balų), o mažiausią – „Pavydas, kad jie yra mirę“ (2,0±1,5 balų) ir „Kaltės jausmas, kad Jums palengvėjo, kai jie mirė“ (2,9±1,5 balų). Suminio kitų mirties baimės rodiklio vidurkį sudarė 27,0±7,1 balai.

Didžiausią nerimą dėl kitų mirimo proceso kėlė toks aspektas kaip „Matyti, kaip jie kenčia iš skausmo“ (4,1±1,2 balų), o mažiausiai svarbus buvo „Priminimas apie tai, kad vieną dieną Jūs patirsite tą patį“ (3,1±1,4 balų). Suminio kitų mirimo proceso baimės rodiklio vidurkį sudarė 27,9±6,1 balai (9 lentelė).



*** $p < 0,001$ lyginant su pažymėtais požymiais

16 pav. Slaugytojų nerimo dėl savo mirties, mirimo proceso, artimųjų mirimo proceso ir jų mirties palyginimas tarpusavyje

Tyrimu nustatyta, kad reikšmingai didžiausią nerimą slaugytojoms kėlė ne baimė dėl savo mirties, o būtent savo mirimo procesas. Nerimas dėl savo mirties buvo šiek tiek mažesnis nei nerimas dėl artimųjų mirties ar mirimo proceso, nors statistiškai reikšmingai ($p < 0,05$) ir nesiskyrė (16 pav.).

10 lentelė. Slaugytojų amžiaus, religinių įsitikinimų ir išsilavinimo įtaka mirties nerimui

Skalės	Amžius		Religiniai įsitikinimai		Išsilavinimas	
	r	p	r	p	r	p
Asmeninė mirtis	-0,13	ns	-0,10	ns	0,17	0,017
Asmeninio mirimo procesas	-0,01	ns	0,00	ns	-0,10	ns
Kitų mirtis	-0,06	ns	0,10	ns	0,00	ns
Kitų mirties procesas	-0,12	ns	-0,06	ns	-0,04	ns

ns – statistiškai nereikšmingas ryšis

Vertinant amžiaus, religinių įsitikinimų ir išsilavinimo įtaką mirties nerimui, buvo apskaičiuoti Spirmen'o koreliacijos koeficientai. Nustatyta, kad slaugytojų amžius ir religiniai įsitikinimai neturėjo reikšmingos įtakos mirties nerimo vertinimui – skirtingų amžiaus grupių slaugytojų mirties nerimo vertinimas buvo panašus kaip ir panašus tarp tikinčių ir netikinčių slaugytojų. Išsilavinimas neturėjo statistiškai reikšmingos įtakos ir slaugytojų nerimo dėl asmeninio, ir kitų mirimo proceso bei kitų mirties, tačiau turėjo reikšmingą įtaką nerimo dėl asmeninės mirties vertinimo ($r=0,17$; $p=0,017$). Šis rezultatas parodė, kad mažesnę nerimą (mažiau bijo) dėl savo mirties jautė slaugytojos su žemesniu išsilavinimu nei su aukštesniu išsilavinimu (10 lentelė).

11 lentelė. Slaugytojų žinių mirties klausimu, patirties slaugant nepagydomomis ligomis sergančius asmenis, ankstesnės ir gresiančios netekties įtaka mirties nerimui

Slalės	Ankstesnis švietimas mirties klausimu		Patirtis dirbant su nepagydomomis ligomis sergančiais asmenimis		Ankstesnė netekties patirtis		Gresianti netektis	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Asmeninė mirtis	-0,11	ns	0,02	ns	0,01	ns	-0,04	ns
Asmeninio mirimo procesas	-0,13	ns	-0,09	ns	0,00	ns	-0,16	0,027
Kitų mirtis	-0,06	ns	-0,13	ns	-0,09	ns	-0,22	0,002
Kitų mirties procesas	0,02	ns	-0,05	ns	-0,10	ns	-0,02	ns

ns – statistiškai nereikšmingas ryšis

Mirties nerimo vertinimas nepriklausė nuo slaugytojų turimų žinių mirties klausimu, slaugymo nepagydomomis ligomis sergančius asmenis patirties bei ankstesnės netekties patirties – tai reiškia, kad slaugytojos, turinčios ir neturinčios žinių mirties klausimu, slaugiusios ir neslaugiusios mirstančius ligonius, anksčiau patyrusios ir nepatyrusios artimųjų netekties, panašiai nerimavo dėl savo ir kitų mirties bei dėl savo ir kitų mirimo proceso.

Dabartinė galimos netekties patirtis neturėjo reikšmingos įtakos nerimo dėl asmeninės mirties ir kitų mirimo proceso, tačiau turėjo reikšmingos įtakos nerimo dėl savo mirimo proceso ($r=-0,16$; $p=0,027$) ir kitų mirties ($r=-0,22$; $p=0,002$) vertinimams. Šie rezultatai parodė, kad slaugytojos, kurioms grėsė artimojo netektis, jautė stipresnį nerimą dėl savo mirties proceso bei kitų mirties nei slaugytojos, kurioms artimuoju laiku negrėsė tokia netektis (11 lentelė).

Tyrimas parodė, kad slaugytojos, kurios jautė didesnį nerimą dėl savo mirties, turėjo reikšmingai ir neigiamą bendrą požiūrį į slaugą gyvenimo pabaigoje ($r=-0,26$; $p<0,001$). Nustatyti reikšmingi neigiami ryšiai tarp nerimo dėl savo mirties ir atskirų požiūrių į mirstančiųjų slaugos aspektų tokių kaip „Šeimos turėtų pasirūpinti, kad likęs gyventi mirstančiam šeimos nariui laikas taptų kuo geresnis jam“ ($r=-0,30$; $p<0,001$), „Šeimoms reikia emocinės paramos, kad priimtų mirstančio asmens elgesio pokyčius“ ($r=-0,25$; $p<0,001$), „Būna atvejų, kuomet mirtis yra laukiama mirstančio asmens“ ($r=-0,23$; $p=0,001$), „Mirtis nėra pats baisiausias dalykas kuris gali nutikti žmogui“ ($r=-0,20$; $p=0,007$), „Ne šeimos slaugytojai gali padėti pacientams pasiruošti mirčiai“ ($r=-0,19$; $p=0,010$), „Šeimos turėtų palaikyti kiek tik įmanoma normalesnę aplinką jų mirstančiam šeimos nariui“ ($r=-0,15$; $p=0,041$) ir reikšmingi teigiami ryšiai tarp nerimo dėl savo mirties ir atskirų požiūrių į mirstančiųjų slaugos aspektų tokių kaip „Man būtų nepatogu kalbėtis apie artėjančią mirtį su mirstančiu žmogumi“ ($r=0,16$; $p=0,027$), „Norėčiau tikėti, kad asmuo, kurį aš slaugau, mirs, kai manęs nebus šalia“ ($r=0,16$; $p=0,031$) (12 lentelė).

12 lentelė. Slaugytojų nerimo dėl asmeninės mirties ir požiūrio į mirštančiųjų slaugą sąsajos

FROMMELT'O POŽIŪRIO Į MIRŠTANČIŪJŲ SLAUGĄ SKALĖ	COLLET LESTER MIRTIES IR MIRIMO BAIMĖS SKALĖ	
	Asmeninė mirtis	
	r	p
Mirštančio asmens slaugymas yra vertinga patirtis.	0,06	ns
Mirtis nėra pats baisiausias dalykas kuris gali nutikti žmogui	-0,20	0,007
Man būtų nepatogu kalbėtis apie artėjančią mirtį su mirštančiu žmogumi.	0,16	0,027
Rūpinimasis paciento šeima turėtų tęstis visą gedėjimo ir netekties laikotarpį.	0,00	ns
Aš nenorėčiau slaugyti mirštančio asmens.	0,12	ns
Slaugytojai, kurie nėra šeimos nariai, neturėtų kalbėtis apie mirtį su mirštančiu asmeniu.	0,02	ns
Laiko, reikalingo mirštančio asmens slaugymui, trukmė mane nuliūdintų.	-0,09	ns
Mane nuliūdintų jeigu mirštantis asmuo, kurį aš slaugiau, nustotų tikėti jog pasveiks.	-0,08	ns
Yra sudėtinga sukurti artimus ryšius su mirštančiu asmeniu.	0,06	ns
Būna atvejų, kuomet mirtis yra laukiama mirštančio asmens.	-0,23	0,001
Kai pacientas klausia "Ar aš mirštu?", mano manymu geriausia yra pakeisti temą į ką nors linksmą.	0,02	ns
Šeima turėtų dalyvauti teikiant fizinę slaugą mirštančiam asmeniui, jeigu jie to nori.	-0,20	0,006
Norėčiau tikėti, kad asmuo, kurį aš slaugau, mirs, kai manęs <u>nebus</u> šalia.	0,16	0,031
Aš bijau susidraugauti su mirštančiu asmeniu.	0,11	ns
Norėčiau nedalyvauti pacientui mirštant.	0,05	ns
Šeimoms reikia emocinės paramos, kad priimtų mirštančio asmens elgesio pokyčius.	-0,25	<0,001
Pacientui artėjant prie mirties, ne šeimos narys, slaugantis mirštantįjį, turėtų atsiriboti nuo santykių su pacientu.	0,12	ns
Šeimos turėtų pasirūpinti, kad likęs gyventi mirštančiam šeimos nariui laikas taptų kuo geresnis jam.	-0,30	<0,001
Mirštančiam asmeniui neturėtų būti leidžiama daryti sprendimus dėl jo fizinės slaugos.	0,01	ns
Šeimos turėtų palaikyti kiek tik įmanoma normalesnę aplinką jų mirštančiam šeimos nariui.	-0,15	0,041
Mirštančiam asmeniui naudinga išsikalbėti apie savo jausmus.	-0,07	ns
Sauga turėtų apimti ir mirštančio asmens šeimą.	0,01	ns
Slaugytojai turėtų leisti mirštančioms asmenims turėti lanksčius jų lankymo laiko grafikus.	0,02	ns
Mirštantis asmuo ir jo šeima turėtų būti atsakingi už sprendimų priėmimą.	0,00	ns
Priklausomybė nuo skausmą malšinančių vaistų neturėtų būti svarstoma kai kalbama apie mirštantį asmenį.	-0,09	ns
Man būtų nepatogu įėjus į nepagydomai sergančio asmens palatą, rasti jį verkiant.	0,09	ns
Mirštančioms asmenims turėtų būti suteikiami nuoširdūs atsakymai į klausimus dėl jų būklės.	-0,08	ns
Šeimos narių švietimas mirties klausimais <u>nėra</u> slaugytojų atsakomybė.	0,01	ns

12 lentelė. Slaugytojų nerimo dėl asmeninės mirties ir požiūrio į mirštančiųjų slaugą sąsajos

FROMMELT'Ų POŽIŪRIO Į MIRŠTANČIŲJŲ SLAUGĄ SKALĖ	COLLET LESTER MIRTIES IR MIRIMO BAIMĖS SKALĖ	
Veiksniai	Asmeninė mirtis	
	r	p
Šeimos nariai, kurie lieka arti mirštančio asmens, dažnai kliudo profesionaliai slaugai.	0,03	ns
Ne šeimos slaugytojai gali padėti pacientams pasiruošti mirčiai.	-0,19	0,010
FROMMELT'Ų suminis rodiklis	-0,26	<0,001

r – koreliacijos koeficientas; ns – statistiškai nereikšmingas ryšis

Šie rezultatai parodė, kad slaugytojoms, kurios labiau jautė nerimą dėl asmeninės mirties, mažiau buvo linkusios sutikti su tuo, kad šeimos turi pasirūpinti, kad likęs gyventi mirštančiam šeimos nariui laikas taptų kuo geresnis jam, kad šeimoms reikia emocinės paramos, priimant mirštančio asmens elgesio pokyčius, kad šeimos turėtų palaikyti kiek tik įmanoma normalią aplinką jų mirštančiam šeimos nariui nei slaugytojos, kurios mažiau nerimavo dėl savo mirties. Tačiau jos labiau buvo linkusios manyti, kad mirtis yra pats baisiausias dalykas, kuris gali nutikti žmogui, kad nebūna atvejų, kuomet mirtis yra laukiama mirštančio asmens, kad ne šeimos slaugytojai negali padėti pacientams pasiruošti, joms būtų nepatogu kalbėtis apie artėjančią mirtį su mirštančiu žmogumi ir tikisi, kad asmuo, kurį jos slaugo, mirs, kai jų nebus šalia.

Darbe nenustatėme reikšmingo ryšio tarp nerimo dėl asmeninio mirimo proceso ir bendro į slaugą gyvenimo pabaigoje, tačiau nustatyti teigiami reikšmingi ryšiai tarp slaugytojų nerimo dėl savo mirties proceso ir tokių požiūrio į slaugą gyvenimo pabaigoje aspektų kaip „Mirštančio asmens slaugymas yra vertinga patirtis“ ($r=0,28$; $p<0,001$), „Pacientui artėjant prie mirties, ne šeimos narys, slaugantis mirštantįjį, turėtų atsiriboti nuo santykių su pacientu“ ($r=0,26$; $p<0,001$), „Aš bijau susidraugauti su mirštančiu asmeniu“ ($r=0,23$; $p=0,001$), „Man būtų nepatogu kalbėtis apie artėjančią mirtį su mirštančiu žmogumi“ ($r=0,19$; $p=0,009$), „Aš nenorėčiau slaugyti mirštančio asmens“ ($r=0,19$; $p=0,008$), „Mirštančiam asmeniui neturėtų būti leidžiama daryti sprendimus dėl jo fizinės slaugos“ ($r=0,17$; $p=0,017$) ir „Rūpinimasis paciento šeima turėtų tęstis visą gedėjimo ir netekties laikotarpį“ ($r=0,16$; $p=0,031$) (13 lentelė).

13 lentelė. Slaugytojų nerimo dėl asmeninio mirimo proceso ir požiūrio į mirštančiųjų slaugą sąsajos

FROMMELT'Ų POŽIŪRIO Į MIRŠTANČIŲJŲ SLAUGĄ SKALĖ	COLLET LESTER MIRTIES IR MIRIMO BAIMĖS SKALĖ
Veiksniai	Asmeninis mirimo procesas

	r	p
Mirštančio asmens slaugymas yra vertinga patirtis.	0,28	<0,001
Mirtis nėra pats baisiausias dalykas kuris gali nutikti žmogui	0,03	ns
Man būtų nepatogu kalbėtis apie artėjančią mirtį su mirštančiu žmogumi.	0,19	0,009
Rūpinimasis paciento šeima turėtų tęstis visą gedėjimo ir netekties laikotarpį.	0,16	0,031
Aš nenorėčiau slaugyti mirštančio asmens.	0,19	0,008
Slaugytojai, kurie nėra šeimos nariai, neturėtų kalbėtis apie mirtį su mirštančiu asmeniu.	0,07	ns
Laiko, reikalingo mirštančio asmens slaugymui, trukmė mane nuliūdintų.	0,03	ns
Mane nuliūdintų jeigu mirštantis asmuo, kurį aš slaugiau, nustotų tikėti jog pasveiks.	0,11	ns
Yra sudėtinga sukurti artimus ryšius su mirštančiu asmeniu.	0,04	ns
Būna atvejų, kuomet mirtis yra laukiama mirštančio asmens.	-0,10	ns
Kai pacientas klausia “Ar aš mirštu?”, mano manymu geriausia yra pakeisti temą į ką nors linksmą.	0,09	ns
Šeima turėtų dalyvauti teikiant fizinę slaugą mirštančiam asmeniui, jeigu jie to nori.	-0,03	ns
Norėčiau tikėti, kad asmuo, kurį aš slaugau, mirs, kai manęs <u>nebus</u> šalia.	0,04	ns
Aš bijau susidraugauti su mirštančiu asmeniu.	0,23	0,001
Norėčiau nedalyvauti pacientui mirštant.	0,06	ns
Šeimoms reikia emocinės paramos, kad priimtų mirštančio asmens elgesio pokyčius.	0,00	ns
Pacientui artėjant prie mirties, ne šeimos narys, slaugantis mirštantįjį, turėtų atsiriboti nuo santykių su pacientu.	0,26	<0,001
Šeimos turėtų pasirūpinti, kad likęs gyventi mirštančiam šeimos nariui laikas taptų kuo geresnis jam.	-0,01	ns
Mirštančiam asmeniui neturėtų būti leidžiama daryti sprendimus dėl jo fizinės slaugos.	0,17	0,017
Šeimos turėtų palaikyti kiek tik įmanoma normalesnę aplinką jų mirštančiam šeimos nariui.	-0,03	ns
Mirštančiam asmeniui naudinga išsikalbėti apie savo jausmus.	0,05	ns
Slauga turėtų apimti ir mirštančio asmens šeimą.	0,02	ns
Slaugytojai turėtų leisti mirštantiems asmenims turėti lanksčius jų lankymo laiko grafikus.	0,02	ns
Mirštantis asmuo ir jo šeima turėtų būti atsakingi už sprendimų priėmimą.	-0,07	ns
Priklausomybė nuo skausmą malšinančių vaistų neturėtų būti svarstoma kai kalbama apie mirštantį asmenį.	0,03	ns
Man būtų nepatogu įėjus į nepagydomai sergančio asmens palatą, rasti jį verkiant.	0,16	ns
Mirštantiems asmenims turėtų būti suteikiami nuoširdūs atsakymai į klausimus dėl jų būklės.	0,06	ns
Šeimos narių švietimas mirties klausimais <u>nėra</u> slaugytojų atsakomybė.	-0,02	ns
Šeimos nariai, kurie lieka arti mirštančio asmens, dažnai kliudo profesionaliai slaugai.	-0,04	ns
Ne šeimos slaugytojai gali padėti pacientams pasiruošti mirčiai.	0,04	ns
FROMMELT'O suminis rodiklis	-0,13	ns

r – koreliacijos koeficientas; ns – statistiškai nereikšmingas ryšys

Nors slaugytojos, kurias labiau baugino asmeninis mirimo procesas, ne labai nenorėtų slaugyti mirštančio asmens, jų manymu, pacientui artėjant prie mirties, ne šeimos narys, slaugantis mirštantį, turėtų atsiriboti nuo santykių su pacientu, kadangi jos labiau bijo susidraugauti su juo bei joms būtų nepatogu kalbėtis apie artėjančią mirtį su mirštančiu žmogumi nei tos slaugytojos, kurias mažiau baugino asmeninio mirimo procesas. Tačiau, jų nuomone, mirštančio asmens slaugymas yra vertinga patirtis, mirštančiam asmeniui neturėtų būti leidžiama daryti sprendimus dėl jo fizinės slaugos, ir rūpinimasis paciento šeima turėtų tęstis visą gedėjimo ir netekties laikotarpį.

Taip pat nenustatytas reikšmingas ryšys tarp bendro požiūrio į mirštančio paciento slaugą ir bendro nerimo dėl kitų mirties rodiklių., nors nustatyti reikšmingi ($p < 0,05$) neigiami ryšiai tarp slaugytojų nerimo dėl kitų mirties ir tokių požiūrio į gyvenimo pabaigos slaugą aspektų kaip „Mirtis nėra pats baisiausias dalykas, kuris gali nutikti žmogui“ ($r = -0,18$; $p = 0,011$), „Šeimos turėtų pasirūpinti, kad likęs gyventi mirštančiam šeimos nariui laikas taptų kuo geresnis jam“ ($r = -0,18$; $p = 0,013$), „Būna atvejų, kuomet mirtis yra laukiama mirštančio asmens“ ($r = -0,16$; $p = 0,029$), „Šeimoms reikia emocinės paramos, kad priimtų mirštančio asmens elgesio pokyčius“ ($r = -0,15$; $p = 0,041$) ir teigiamas ryšys su teiginiu „Aš nenorėčiau slaugyti mirštančio asmens“ ($r = 0,15$; $p = 0,043$) (14 lentelė).

14 lentelė. Slaugytojų nerimo dėl kitų mirties ir požiūrio į mirštančiųjų slaugą sąsajos

FROMMELT'O POŽIŪRIO Į MIRŠTANČIŪJŲ SLAUGĄ SKALĖ	COLLET LESTER MIRTIES IR MIRIMO BAIMĖS SKALĖ	
	Kitų mirtis	
	r	p
Veiksniai		
Mirštančio asmens slaugymas yra vertinga patirtis.	0,13	ns
Mirtis nėra pats baisiausias dalykas kuris gali nutikti žmogui	-0,18	0,011
Man būtų nepatogu kalbėtis apie artėjančią mirtį su mirštančiu žmogumi.	0,12	ns
Rūpinimasis paciento šeima turėtų tęstis visą gedėjimo ir netekties laikotarpį.	0,02	ns
Aš nenorėčiau slaugyti mirštančio asmens.	0,15	0,043
Slaugytojai, kurie nėra šeimos nariai, neturėtų kalbėtis apie mirtį su mirštančiu asmeniu.	0,07	ns
Laiko, reikalingo mirštančio asmens slaugymui, trukmė mane nuliūdintų.	0,06	ns
Mane nuliūdintų jeigu mirštantis asmuo, kurį aš slaugiau, nustotų tikėti jog pasveiks.	0,03	ns
Yra sudėtinga sukurti artimus ryšius su mirštančiu asmeniu.	0,11	ns
Būna atvejų, kuomet mirtis yra laukiama mirštančio asmens.	-0,16	0,029
Kai pacientas klausia "Ar aš mirštu?", mano manymu geriausia yra pakeisti temą į ką nors linksmą.	0,13	ns
Šeima turėtų dalyvauti teikiant fizinę slaugą mirštančiam asmeniui, jeigu jie to nori.	-0,10	ns

14 lentelė. Slaugytojų nerimo dėl kitų mirties ir požiūrio į mirštančiųjų slaugą sąsajos

FROMMELT'O POŽIŪRIO Į MIRŠTANČIŪJŲ SLAUGĄ SKALĖ	COLLET LESTER MIRTIES IR MIRIMO BAIMĖS SKALĖ	
	Kitų mirtis	
	r	p
Norėčiau tikėti, kad asmuo, kurį aš slaugau, mirs, kai manęs <u>nebus</u> šalia.	0,11	ns
Aš bijau susidraugauti su mirštančiu asmeniu.	0,12	ns
Norėčiau nedalyvauti pacientui mirštant.	0,02	ns
Šeimoms reikia emocinės paramos, kad priimtų mirštančio asmens elgesio pokyčius.	-0,15	0,041
Pacientui artėjant prie mirties, ne šeimos narys, slaugantis mirštantįjį, turėtų atsiriboti nuo santykių su pacientu.	0,11	ns
Šeimos turėtų pasirūpinti, kad likęs gyventi mirštančiam šeimos nariui laikas taptų kuo geresnis jam.	-0,18	0,013
Mirštančiam asmeniui neturėtų būti leidžiama daryti sprendimus dėl jo fizinės slaugos.	0,11	ns
Šeimos turėtų palaikyti kiek tik įmanoma normalesnę aplinką jų mirštančiam šeimos nariui.	-0,04	ns
Mirštančiam asmeniui naudinga išsikalbėti apie savo jausmus.	0,06	ns
Slauga turėtų apimti ir mirštančio asmens šeimą.	0,06	ns
Slaugytojai turėtų leisti mirštantiems asmenims turėti lanksčius jų lankymo laiko grafikus.	-0,06	ns
Mirštantis asmuo ir jo šeima turėtų būti atsakingi už sprendimų priėmimą.	0,06	ns
Priklausomybė nuo skausmą malšinančių vaistų neturėtų būti svarstoma kai kalbama apie mirštantį asmenį.	-0,11	ns
Man būtų nepatogu įėjus į nepagydomai sergančio asmens palatą, rasti jį verkiant.	0,14	ns
Mirštantiems asmenims turėtų būti suteikiami nuoširdūs atsakymai į klausimus dėl jų būklės.	-0,01	ns
Šeimos narių švietimas mirties klausimais <u>nėra</u> slaugytojų atsakomybė.	0,02	ns
Šeimos nariai, kurie lieka arti mirštančio asmens, dažnai kliudo profesionaliai slaugai.	0,04	ns
Ne šeimos slaugytojai gali padėti pacientams pasiruošti mirčiai.	0,00	ns
FROMMELT'O suminis rodiklis	-0,20	ns

r – koreliacijos koeficientas; ns – statistiškai nereikšmingas ryšis

Slaugytojos, kurias labiau baugina kitų mirtis, mažiau norėtų slaugyti mirštantį asmenį, nes, jų manymu, mirtis yra pats baisiausias dalykas, kuris gali nutikti žmogui, ir nebūna atvejų, kuomet mirtis yra laukiama mirštančio asmens nei slaugytojos mažiau bijantys kitų mirties. Taip pat jos labiau manė, kad šeimos neturėtų rūpintis, kad likęs gyventi mirštančiam šeimos nariui laikas taptų kuo geresnis jam, ir šeimoms nereikia emocinės paramos, kad priimtų mirštančio asmens elgesio pokyčius.

15 lentelė Slaugytojų nerimo dėl kitų mirimo proceso ir požiūrio į mirstančiųjų slaugą sąsajos

FROMMELT'O POŽIŪRIO Į MIRŠTANČIŪJŲ SLAUGĄ SKALĖ	COLLET LESTER MIRTIES IR MIRIMO BAIMĖS SKALĖ	
	Veiksniai	
	Kitų mirimo procesas	
	r	p
Miršančio asmens slaugymas yra vertinga patirtis.	0,21	0,004
Mirtis nėra pats baisiausias dalykas kuris gali nutikti žmogui	0,11	ns
Man būtų nepatogu kalbėtis apie artėjančią mirtį su miršančiu žmogumi.	0,20	0,005
Rūpinimasis paciento šeima turėtų tęstis visą gedėjimo ir netekties laikotarpį.	-0,01	ns
Aš nenorėčiau slaugyti miršančio asmens.	0,13	ns
Slaugytojai, kurie nėra šeimos nariai, neturėtų kalbėtis apie mirtį su miršančiu asmeniu.	0,03	ns
Laiko, reikalingo miršančio asmens slaugymui, trukmė mane nuliūdintų.	0,05	ns
Mane nuliūdintų jeigu mirštantis asmuo, kurį aš slaugiau, nustotų tikėti jog pasveiks.	-0,03	ns
Yra sudėtinga sukurti artimus ryšius su miršančiu asmeniu.	0,03	ns
Būna atvejų, kuomet mirtis yra laukiama miršančio asmens.	-0,07	ns
Kai pacientas klausia "Ar aš mirštu?", mano manymu geriausia yra pakeisti temą į ką nors linksmą.	0,11	ns
Šeima turėtų dalyvauti teikiant fizinę slaugą miršančiam asmeniui, jeigu jie to nori.	0,06	ns
Norėčiau tikėti, kad asmuo, kurį aš slaugau, mirs, kai manęs <u>nebus</u> šalia.	-0,07	ns
Aš bijau susidraugauti su miršančiu asmeniu.	-0,02	ns
Norėčiau nedalyvauti pacientui mirštant.	-0,17	ns
Šeimoms reikia emocinės paramos, kad priimtų miršančio asmens elgesio pokyčius.	0,07	ns
Pacientui artėjant prie mirties, ne šeimos narys, slaugantis mirštantįjį, turėtų atsiriboti nuo santykių su pacientu.	0,13	ns
Šeimos turėtų pasirūpinti, kad likęs gyventi miršančiam šeimos nariui laikas taptų kuo geresnis jam.	0,07	ns
Miršančiam asmeniui neturėtų būti leidžiama daryti sprendimus dėl jo fizinės slaugos.	0,00	ns
Šeimos turėtų palaikyti kiek tik įmanoma normalesnę aplinką jų miršančiam šeimos nariui.	0,18	0,013
Miršančiam asmeniui naudinga išsikalbėti apie savo jausmus.	0,05	ns
Slauga turėtų apimti ir miršančio asmens šeimą.	0,07	ns
Slaugytojai turėtų leisti mirštantiems asmenims turėti lanksčius jų lankymo laiko grafikus.	0,01	ns
Mirštantis asmuo ir jo šeima turėtų būti atsakingi už sprendimų priėmimą.	-0,03	ns
Priklausomybė nuo skausmą malšinančių vaistų neturėtų būti svarstoma kai kalbama apie mirštantį asmenį.	0,09	ns
Man būtų nepatogu įėjus į nepagydomai sergančio asmens palatą, rasti jį verkiant.	0,17	0,017
Mirštantiems asmenims turėtų būti suteikiami nuoširdūs atsakymai į klausimus dėl jų būklės.	0,07	ns
Šeimos narių švietimas mirties klausimais nėra slaugytojų atsakomybė.	0,10	ns
Šeimos nariai, kurie lieka arti miršančio asmens, dažnai kliudo profesionaliai slaugai.	0,02	ns

15 lentelė Slaugytojų nerimo dėl kitų mirimo proceso ir požiūrio į mirštančiųjų slaugą sąsajos

FROMMELT'Ų POŽIŪRIO Į MIRŠTANČIŲJŲ SLAUGĄ SKALĖ	COLLET LESTER MIRTIES IR MIRIMO BAIMĖS SKALĖ	
	Kitų mirimo procesas	
Veiksniai	r	p
Ne šeimos slaugytojai gali padėti pacientams pasiruošti mirčiai.	0,05	ns
FROMMELT'Ų suminis rodiklis	0,09	ns

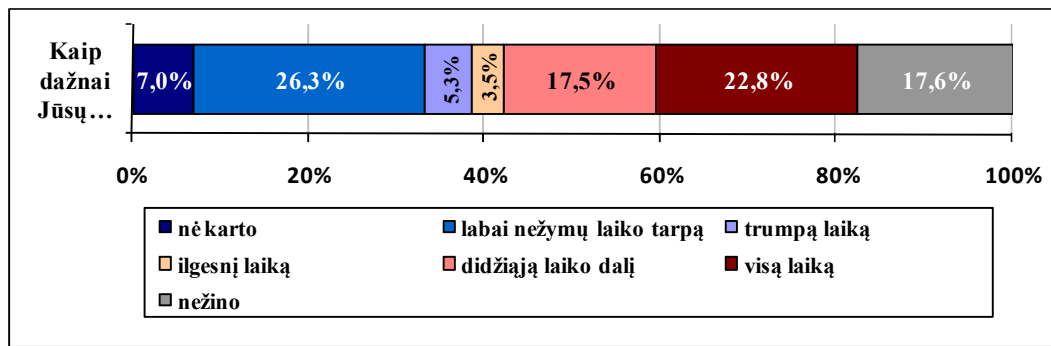
r – koreliacijos koeficientas; ns – statistiškai nereikšmingas ryšys

Nors tarp bendro nerimo dėl kitų mirimo proceso ir bendro požiūrio į mirštančio paciento slaugą rodiklių reikšmingo ($p < 0,05$) ryšio nerasta, tačiau nustatyti reikšmingi ($p < 0,05$) ryšiai tarp šio nerimo ir tokių teigiamų požiūrio į mirštančių pacientų slaugą aspektų kaip „Mirštančio asmens slaugymas yra vertinga patirtis“ ($r = 0,21$; $p = 0,004$) ir „Šeimos turėtų palaikyti kiek tik įmanoma normalesnę aplinką jų mirštančiam šeimos nariui“ ($r = 0,18$; $p = 0,013$) bei tarp neigiamų šio požiūrio aspektų kaip „Man būtų nepatogu kalbėtis apie artėjančią mirtį su mirštančiu žmogumi“ ($r = 0,20$; $p = 0,005$) ir „Man būtų nepatogu, įėjus į nepagydomai sergančio asmens palatą, rasti jį verkiant“ ($r = 0,17$; $p = 0,017$) (15 lentelė).

Slaugytojos, kurias labiau baugino kitų mirties procesas, labiau manė, kad mirštančio asmens slaugymas yra vertinga patirtis ir kad šeimos turėtų palaikyti kiek tik įmanoma normalesnę aplinką jų mirštančiam šeimos nariui, tačiau joms labiau būtų buvę nepatogu, įėjus į nepagydomai sergančio asmens palatą, rasti jį verkiant bei kalbėtis apie artėjančią mirtį su mirštančiu žmogumi nei slaugytojos, kurias mažiau baugino kitų mirimo procesas.

3.2.4 Artimųjų nuomonė apie paciento psichoemocinę būklę gyvenimo pabaigoje

Analizuojant pacientų artimųjų nuomonę apie paciento psichoemocinę būklę gyvenimo pabaigoje pirmiausia norėjome išsiaiškinti, kaip ilgai pacientai buvo sąmoningi prieš mirimą. Į šį klausimą negalėjo atsakyti 17,6 proc. tyrime dalyvavusių pacientų artimųjų. Likusiųjų atsakymai pasiskirstė taip: 43,8 proc. pacientų ilgą laiką suprato, kas vyksta aplinkui (22,8 proc. – visą laiką, 17,5 proc. – didžiąją laiko dalį ir 3,5 proc. – ilgesnį laiką) ir 38,6 proc. – trumpą laiko dalį (7,0 proc. – nė karto, 26,3 proc. – labai nežymų laiko tarpą ir 5,3 proc. – trumpą laiką) (17 pav.).



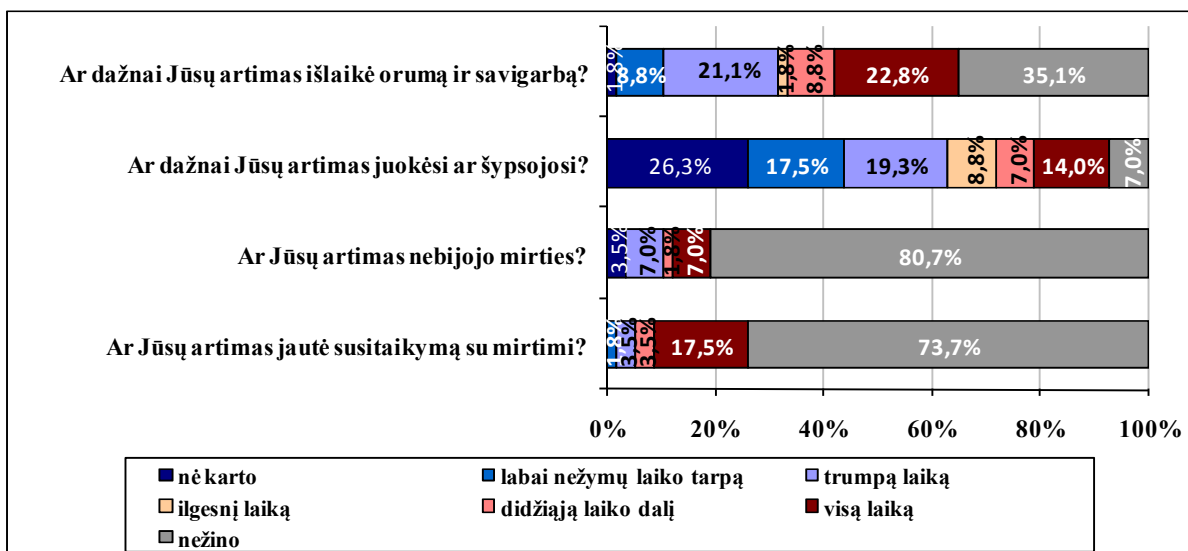
17 pav. Pacientų supratimas, kas vyksta aplinkui

Į klausimą „Ar dažnai Jūsų artimas juokėsi ar šypsojosi?“ negalėjo atsakyti tik 7,0 proc. pacientų artimųjų. Kitų tyrime dalyvavusių artimųjų atsakymų į šį klausimą analizė parodė, kad gana ilgai juokėsi ir šypsojosi 29,8 proc. pacientų, o dauguma (63,2 proc.) – trumpai arba visiškai nesijuokė ir nesišypsojosi (19,3 proc. – trumpą laiką, 17,5 proc. – labai nežymų laiko tarpą ir 26,3 proc. – nė karto).

Tyrime dalyvavę dalyviai į klausimą „Ar dažnai Jūsų artimas išlaikė orumą ir savigarbą?“ negalėjo atsakyti daugiau nei trečdalis (35,1 proc.) pacientų artimųjų. Kitų artimųjų atsakymai pasiskirstė taip – pakankamai ilgą laiką orumą ir savigarbą išlaikė 33,4 proc. pacientų (22,8 proc. – visą laiką, 8,8 proc. – didžiąją laiko dalį ir 1,8 proc. – ilgesnį laiką), o trumpai – 31,5 proc. pacientų (21,1 proc. – trumpą laiką, 8,8 proc. – labai nežymų laiko tarpą ir 1,8 proc. - nė karto).

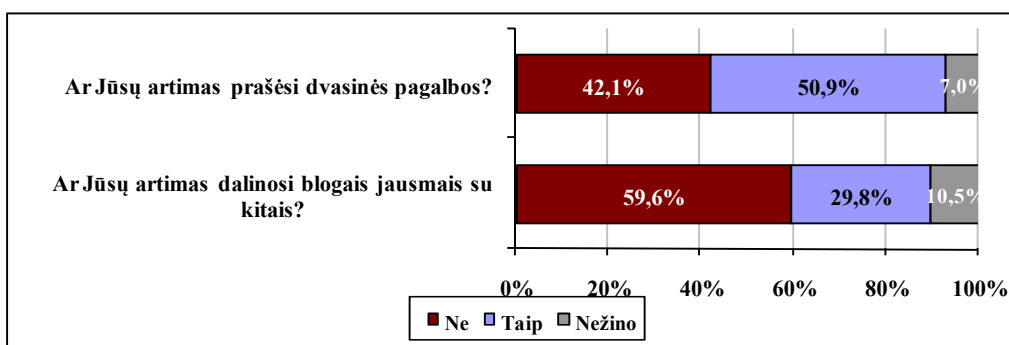
Jeigu į prieš tai du klausimus atsakė didžioji daugumą pacientų artimųjų tai į klausimus „Ar Jūsų artimas jautė susitaikymą su mirtimi?“ ir „Ar Jūsų artimas nebijojo mirties?“ didžioji dauguma (atitinkamai 73,7 proc. ir 80,7 proc.) artimųjų negalėjo atsakyti.

Remdamiesi atsakiusiųjų nuomone, nustatėme, kad 17,5 proc. pacientų jautė susitaikymą su mirtimi, tačiau mirties nebijojo tik 7,0 proc. pacientų (18 pav.).

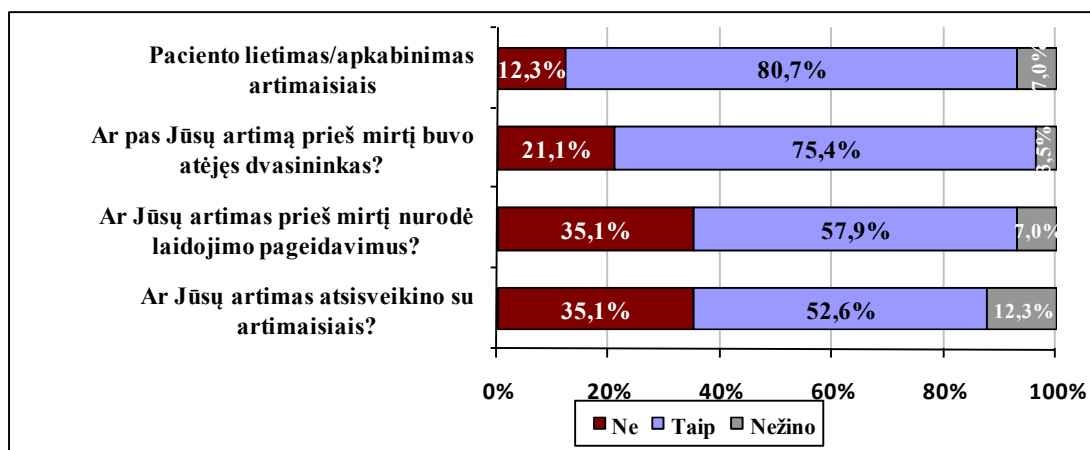


18 pav. Pacientų emocinė būsena gyvenimo pabaigoje

Tyrimo rezultatai parodė, kad 50,9 proc. pacientų prašėsi dvasinės pagalbos, tačiau blogais jausmais dalinosi su artimaisiais tik 29,8 proc. pacientų (19 pav.)



19 pav. Pacientų elgesys prieš mirtį



20 pav. Pacientų dvasinis palaikymas ir jų pasiruošimas mirimui

Tyrimo rezultatai parodė, kad didžioji dalis tyrime dalyvavusių pacientų artimieji (80,7 proc.) nurodė, kad jų artimasis buvo liečiamas arba apkabinami artimųjų, pas daugumą (75,4 proc.) pacientų prieš mirtį buvo atėjęs dvasininkas. Tačiau prieš mirtį nurodė laidojimo pageidavimus ir atsisveikino su artimaisiais maždaug pusė pacientų (atitinkamai 57,9 proc. ir 52,6 proc.) (20 pav.).

3.2 Tyrimo rezultatų aptarimas

Tyrimuose, kurie buvo atlikti kitų autorių, yra nurodomi pagrindiniai faktoriai, įtakoiantys slaugytojų požiūrį į mirštančiųjų pacientų amžių, lytį, socialinę-ekonominę padėtį, religiją, asmeninę biografiją, išsilavinimo lygį ir pastarosios šeimos narių ir draugų mirties patirtį bei atvirumą šeimoje. Šie visi faktoriai daro slaugytojų požiūriams į tokius pacientus (Wafaa ir Nahed, 2010; Lange ir kt. 2008).

Šiame darbe buvo norima sužinoti mirties ir mirimo kokybės vertinimą slaugos kontekste. Atliekant tyrimą, buvo panaudota anketinė anoniminė apklausa, tyrimo metodas kiekybinis. Mirties ir mirimo kokybės procesas buvo vertinamas mirštančiųjų pacientų šeimos narių ir medicinos personalo. Tyrimo rezultatai parodė, kad dauguma pacientų artimųjų yra patenkinti jų artimųjų mirties kokybe. Panašūs tyrimai buvo atliekami Jungtinėse Amerikos Valstijose (JAV) įvairiose ligoninėse, reanimacijos skyriuose, su pacientų artimaisiais, personalo darbuotojais ir dvasininkais norint išsiaiškinti apie patį mirties procesą. Tačiau jų tyrimas skyrėsi nuo šio tyrimo atlikimo metodo. Jie labiau atliekami kokybiniu metodu sudarant tikslines grupes ir diskusijos būdu (Steinhauser ir kt., 2000).

Nagrinėjant savo mirties ir mirimo baimes, tyrime dalyvavusioms slaugytojoms buvo pateikti klausimai, į kuriuos atsakant reikėjo įsivaizduoti savo pačių mirtį. Tyrimo rezultatai parodė, kad slaugytojoms didžiausią nerimą dėl savo mirties kėlė tokie aspektai kaip „Miršti jaunas (-a)“ ir „Gyvenimo trumpumas“, o mažiausią – „Tavo kūno suirimas po mirties“ ir „Galimybė pomirtiniame gyvenime susilaukti bausmės arba kančios“. Suminio asmeninės mirties baimės rodiklio vidurkį sudarė 27,0 balai.

Rezultatai taip pat parodė, kad didžioji dauguma tyrime dalyvavusių dalyvių nepriklausomai nuo lyties, amžiaus, religinių įsitikinimų ir profesijos turėjo pakankamai gerą požiūrį į mirštančiųjų slaugą. Tyrimo dalyviai labiausiai sutiko su tokiais teiginiais, kaip „Šeimos turėtų pasirūpinti, kad likęs gyventi mirštančiam šeimos nariui laikas taptų kuo geresnis jam“, „Mirštančiam asmeniui naudinga išsikalbėti apie savo jausmus“, „Slaugytojai turėtų leisti mirštančioms asmenims turėti lanksčius jų lankymo laiko grafikus“, „Šeima turėtų dalyvauti teikiant fizinę slaugą mirštančiam asmeniui, jeigu jie to nori“, „Priklausomybė nuo skausmą malšinančių vaistų neturėtų būti svarstoma, kai kalbama apie mirštantį asmenį“, „Šeimoms reikia emocinės paramos, kad priimtų mirštančio asmens elgesio pokyčius“. Labiausiai tyrimo dalyvės nesutiko su teiginiu, atspindintį teigiamą požiūrį į slaugą gyvenimo pabaigoje kaip „Mirtis nėra pats baisiausias dalykas, kuris gali nutikti žmogui“. Šio tyrimo rezultatai parodė, kad dauguma tyrime dalyvavusių slaugytojų parodė tendenciją nesutikti priimti pacientą esant įtakingu sprendimų priėmėju. Tyrimo atliktos išvados panašios į keletą tyrimų (Wafaa, Nahed, 2010).

Dažnai nurodoma mokslinėje literatūroje, kad slaugymo ir netekties patirtis, žinios mirties klausimu yra susiję su slaugytojų požiūriu į mirtį ir mirštančiųjų slaugymą (Wafaa, Nahed, 2010; Dunn ir kt., 2005; Mallory, 2003). Dauguma tyrime dalyvavusių dalyvių turėjo artimo žmogaus netekties patirtį ir buvo slaugę nepagydomomis ligomis sergančius asmenis. Didžioji dauguma tyrime dalyvavusių slaugytojų nurodė, jog turi žinių mirties klausimu.

Tyrimo rezultatai parodė, jog dauguma tyrime dalyvavusių slaugytojų turėjo slaugymo patirtį dirbant su nepagydomomis ligomis sergančiais asmenimis, tačiau buvo slaugytojų ir neturinčių tokios patirties. Kituose atliktuose tyrimuose nepavyko aptikti tokių duomenų.

Analizuojant tyrime dalyvavusių slaugytojų požiūrį į slaugą priklausomai nuo jų išsilavinimo, pastebėta, kad slaugytojų su aukštuju išsilavinimu bendras požiūris į slaugą mirštančiųjų pacientų buvo šiek tiek teigiamesnis nei su žemesniu išsilavinimu tyrime dalyvavusių slaugytojų požiūris.

Tyrimo dalyvavusių pacientų artimųjų nuomonė dėl jų artimojo slaugos gyvenimo pabaigoje atsiliepiamas buvo geresnis nei į jų artimojo mirties kokybę. Didžioji dauguma tyrime dalyvavusių pacientų artimųjų nurodė, kad jų artimojo sveikatos priežiūra buvo tinkamai rūpinamasi. Nepatenkintų artimųjų slaugos kokybe buvo, bet buvo ir tokių, kurie neturėjo nuomonės šiuo klausimu. Panašiuose darbuose nerasta palyginimui, nes jie buvo atliekami arba fokus grupėse, arba diskusijų metodu.

Pacientų šeimos nariai buvo apklausiami reanimacijos skyriuose ir analizuojant jų atsakymą į klausimą „Kiek dienų jų artimasis pragulėjo ligoninėje?“ beveik sutampa su apklausa, atlikta Amerikoje, vidutiniškai 10 dienų (Levy, ir kt. 2005). Atliktame tyrime gauti rezultatai parodė, kad reanimacijos skyriuje iki mirties pacientas praleido vidutiniškai 8,28 dienų. Abiejų tyrimai buvo atliekami su ta pačia anketa (QUALITY OF DYING AND DEATH QUESTIONNAIRE FOR FAMILY MEMBERS –VERSION 3.2A), tik amerikiečių tyrimas buvo atliekamas reanimacijos skyriuje, kur paciento artimieji pildė anketas per 48h po artimojo mirties. Jie šį tyrimą atliko taip todėl, kad norėjo užtikrinti atsakymų patikimumą (Steinhauser ir kt., 2000).

IŠVADOS

1. Tyrimo rezultatai parodė, jog didžioji dauguma tyrime dalyvavusių slaugytojų nurodė, jog turėjo žinių mirties klausimu - buvo išklaususios kursą apie mirtį, arba šios temos buvo įtrauktos į lankytus kvalifikacijos tobulinimo kursus. 76,0 proc. slaugytojai gyvenime turėjo ankstesnę netekties patirtį ir buvo slaugę nepagydomomis ligomis sergančius asmenis. Iš jų 32,3 proc. buvo netekę tiesioginių šeimos narių, o 2,6 proc. slaugytojų nurodė, jog jos yra netekę savo vaikų. Tyrimo metu daugumai (88,0 proc.) apklaustų slaugytojų negrėsė artimo žmogaus netektis, tačiau 12 proc. slaugytojų nurodė, jog joms artimiausiu metu yra grėsmė netekti mylimo žmogaus, nes jis serga mirtina liga.
2. Dauguma slaugytojų nurodė, jog yra tikintys ir jų religiniai įsitikinimai turi didelės įtakos jų požiūriui į mirtį. Nustatyta, kad didžioji dauguma tyrime dalyvavusių slaugytojų nepriklausomai nuo lyties, amžiaus, religinių įsitikinimų ir patirties slaugant sunkiai sergančius pacientus, turėjo pakankamai gerą požiūrį į mirštančiųjų slaugą. Analizuojant slaugytojų požiūrį priklausomai nuo jų religinių įsitikinimų, nustatyta, kad tikinčiųjų slaugytojų bendras požiūris į slaugą gyvenimo pabaigoje buvo kiek teigiamesnis nei netikinčių. Tikintys slaugytojai labiau sutinka su tuo, kad šeimos turėtų pasirūpinti, kad likęs gyventi mirštančiam šeimos nariui laikas taptų kuo geresnis jam, ir mažiau sutinka su tuo, kad būna atvejų, kuomet mirtis yra laukiama mirštančio asmens, nei netikinčios slaugytojos. Didžioji dauguma slaugytojų, patyrusių netektį, galvoja, jog mirštančio asmens slaugymas yra vertinga patirtis, atspindinti teigiamą požiūrį į slaugą gyvenimo pabaigoje, tačiau jos nesutinka su teiginiu, kad mirtis nėra pats baisiausias dalykas, kuris gali nutikti žmogui. Mirusių pacientų artimieji slaugą gyvenimo pabaigoje vertino labai gerai ($8,89 \pm 1,30$ balų), tačiau savo artimojo mirimo kokybę vertino kiek blogiau ($7,74 \pm 2,08$ balų). Artimojo paciento priežiūros ir mirimo kokybės vertinimas priklausė nuo paciento būsenos prieš mirimo momentą – geriausiai ir slaugą, ir mirimo kokybę vertino tie artimieji, kurie buvo nurodę, jog pacientas prieš mirimo momentą miegojo.
3. Slaugytojams labiausiai nerimą dėl savo mirties proceso kėlė tokios mintys, kaip galimas skausmas mirštant, protinė degeneracija senatvėje, o galvojant apie artimųjų mirtį, tiriamuosius jaudino artimųjų netektis, ir tai, kad daugiau niekada negalės su jais bendrauti, kaip ir nerimas matyti, kad jie kenčia iš skausmo. Nerimas dėl savo mirties buvo šiek tiek mažesnis, nei nerimas dėl artimųjų mirties. Tyrimu nustatyta, kad reikšmingai didžiausią nerimą slaugytojams kėlė ne baimė dėl savo mirties, o būtent savo mirimo procesas. Slaugytojai, turintys ir neturintys žinių mirties klausimu, slaugę ir neslaugę mirštančius pacientus, anksčiau patyrę ir nepatyrę artimųjų netekties, panašiai nerimavo dėl savo ir

artimųjų mirties. Slaugytojai, kuriems grėsė artimojo netektis, jautė stipresnį nerimą dėl savo mirties proceso bei artimųjų mirties, nei slaugytojai, kuriems artimuoju laiku negrėsė tokia netektis.

4. Tyrimo rezultatai parodė, kad dauguma pacientų (75,4 proc.) buvo dažnai lankomi šeimos narių ar draugų ir tik labai trumpą laiką ligos metu buvo vieni. Dauguma tyrime dalyvavusių pacientų artimųjų (61,4 proc.) artimo asmens mirties metu buvo šalia jo, ir 43,8 proc. artimųjų galvojo, jog artimas žmogus ilgą laiką ligos metu suprato kas vyksta aplinkui. Pusė pacientų prašėsi dvasinės pagalbos, o mirties nebijojo tik 7,0 proc. pacientų. 20,8 proc. pacientų artimųjų negalėjo apibūdinti jų artimojo būsenos prieš mirimo momentą. Dauguma pacientų buvo komoje ir be sąmonės, kai kurie miegojo. Ir tik 13,9 proc. pacientų buvo sąmoningi ir nemiegojo. Kad pacientas dažnai jautė skausmą, nurodė 38,6 proc. artimųjų. Visiškai skausmo nejautė 12,3 proc. pacientų ir 19,3 proc. – trumpą ar labai nežymų laiko tarpą. Daugiau kaip pusė pacientų artimųjų nurodė, jog jų šeimos narys nebuvo aptaręs su gydančiu gydytoju gyvenimo pabaigos slaugos pageidavimų, tokių kaip atgaivinimas ar intensyvi slauga, bet taip buvo padarę 35,1 proc. pacientų. Tačiau savo artimiesiems prieš mirtį nurodė laidojimo pageidavimus ir atsisveikino su jais maždaug pusė pacientų.

REKOMENDACIJOS

Slaugytojams ir kitiems specialistams, dirbantiems su mirštančiais pacientais

1. Sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojams norint sumažinti mirties baimę, reikalingas švietimas arba kursai apie sunkiai sergančio paciento gyvenimo pabaigos priežiūrą.
2. Slaugytojams, dažnai darbe susiduriantiems su stresogeniniais įvykiais, susijusiais su mirtimi, rekomenduotina organizuoti palaikymo, streso įveikimo grupės, kurių pagalba būtų mokoma susidoroti su patiriamu stresu, aptariamą slaugytojų išgyvenimai, susidūrus su sunkia darbine situacija, teikiamas palaikymas.
3. Dėl dažnai išgyvenamų emocijų slaugant mirštančius pacientus, būtų naudinga į slaugytojų, dirbančių su terminalinės būklės pacientais, komandą įtraukti psichologą, kuris dirbtų ne tik su paciento artimaisiais, bet ir su personalu.

LITERATŪRA

- Aizenas M. 1995. Paliatyvus onkologinių ligonių gydymas. Vilnius: Sodra press.
- Anderson, K. A., Gaugler, J. E. 2006-2007. The Grief Experiences of Certified Nursing Assistants: Personal Growth and Complicated Grief. *OMEGA: Journal of Death and Dying*, 54 (4), 301-318 p.
- Aries P. 1993. Mirties supratimas Vakarų kultūros istorijoje. *Baltos lankos*, 288 p. Vilnius.
- Balys J. 1966. Lietuvių liaudies pasaulėjauta tikėjimų ir papročių šviesoje. 81-87 p. Čikaga.
- Barrere C. C., Durkin A., and LaCouriere S. 2008. The influence of end of life education on attitudes of nursing students. *International Journal of Nursing Education*. Nr. 5(1).1-18 p.
- Beckstrand R. L. and Kirchhoff K. T. 2005. Providing end-of-life care to patients: critical care nurses' perceived obstacles and supportive behaviors. *American Journal of Critical Care*. Nr. 14(5). 395-403 p.
- Bene, B., Foxall, M. J. 1992. Death anxiety and job stress in hospice and medical-surgical nurses. *The Hospice Journal*, 7 (3), 25-41 p.
- Beresnevičius, G. 1997. Religijų istorijos metmenys. 330-331 p. Aidai.
- Brosche, T. A. 2003. Death, dying, and the ICU nurse. *Dimensions of critical care nursing*, 22 (4), 173-179 p.
- Butkevičienė, R., Solominienė, V. 2007. Vaikų onkologijos sektoriuje dirbančių slaugytojų susidūrimo su vaiko mirtimi patirtis. *Sveikatos mokslai*, 5, 1197-1204 p.
- Carson, M. A., Paulus, L. A., Lasko, N. B., Metzger, L. J., Wolfe, J., Orr, S. P., Pitman, R. K. 2000. Psychophysiologic assessment of posttraumatic stress disorder in Vietnam nurse veterans who witnessed injury or death. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (5), 890-897 p.
- Ciccarello G. P. 2003. Strategies to improve end-of-life care in the intensive care unit. *Dimensions in Critical Care Nursing*. Nr. 22(5). 216-222 p.
- Cooper J., Barnett M. 2005. Aspects of caring for dying patients which cause anxiety to first year student nurses. *International Journal of Palliative Nursing*. Nr. 11(8). 423-430 p.
- Darginavičienė R., Drungilienė D., Istomina N. 2009. Slaugytojų, studijuojančių neakivaizdiniai universitete, požiūris į mirtį. *Sveikatos mokslai*. Nr. 2. T.19. 2235-2241p.
- Dėl Paliatyviosios pagalbos paslaugų suaugusiems ir vaikams teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo: LR Sveikatos apsaugos ministerijos 2007 m. sausio 11 d. įsakymas Nr. V-14. *Valstybės žinios* 2007; 7-290 p.

- Dickinson, G.E., Summer, E. D., Durand, R. P. 1992. Physicians' attitudes toward death and terminally ill patients: A decade after graduation from medical school. *Loss, Grief & Care*, 6 (2-3), 97-108 p.
- Donald L. Patrick, PhD, MSPH, Ruth A. Engelberg, PhD, and J. Randall Curtis, 2011. MD, MPH Evaluating the Quality of Dying and Death. Departments of Epidemiology (D.L.P.), Health Services (D.L.P., R.A.E., J.R.C.), Medicine (R.A.E., J.R.C.) and Sociology (D.L.P.), University of Washington, Seattle, Washington, USA.
- Drungilienė D., Darginavičienė R. 2006. Lietuvos ir Belgijos slaugytojų emocinė būseną mirus pacientui. *Slauga. Mokslas ir praktika*. Nr. 6(114). 16p.
- Duke G., Thompson S. 2007. Knowledge, attitudes and practices of nursing personnel regarding advance directives. *International Journal of Palliative Nursing*. Nr. 13(3). 109-115 p.
- Dunn K. S., Otten C., Stephen E. 2005. Nursing Experience and the care of dying patients. *Oncology Nursing Forum*. Nr.32 (1). 97-104 p.
- Frankfort-Nachmias, C., Nachmias, D. 2000. *Research Methods in the Social Sciences*. (6th ed.). New York, N.Y.: Worth Publishers.
- Fried O. 2001. Women in palliative care. Paper presented at the 4th Women's Health Conference.
- Geffen J. R. 2003. *Kelionė per vėžį*. Kaunas.
- Gerikienė, V. M., Petrauskienė, J. 2009. Profesinio pasitenkinimo veiksniai ir jų grįžtamasis ryšys su bendruomenės slaugytojų pasitenkinimu darbu. *Medicinos teorija ir praktika*, 4, 399-405 p.
- Gualtherie L. *Vadovavimas ir socialinis darbas kaitos salygomis*. 2002. Kaunas: Kauno apskrities specialiuju pedagogu ir tėvų draugija.
- Hall S., Petkova H., Tsouros H. D., Costantini M. and Higginson I. J. 2011. Palliative care for older people: better practices. World Health organization.
- Hallbjorg A. 1999. *Klinikinė slauga*. I dalis. Vilnius.
- Harding R., Higginson I. 2003. What is the best way to help caregivers in cancer and palliative care? A systematic review of interventions and their effectiveness. *Palliat Med*.
- Have H.A.M.J., Meulen R.H.J., Leeuwen E. 2003. *Medicinos etika*. Vilnius.
- Hoddler P, Turley A. 2004. *Paliatyvioji pagalba*. Kaunas: KMU leidykla.
- Hoelter, J. W. 1979. Multidimensional treatment of fear of death. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47 (5), 996-999 p.
- Hopkinson J. B., Hallett C. E., Luker K. A. 2005. Everyday death: how do nurses cope with caring for dying people in hospital? *International Journal of Nursing Studies*. Nr.42.125-133 p.
- Jakušovaitė I. 2001. *Medicina ir filosofija*. Kaunas. KMU leidykla.

- Jaspers K. 1973. *Philosophie*. Berlin-Heidelberg-new York: Springer. II.
- Jurkuvienė R., Danusevičienė L., Mickevičiūtė A. 2007. Paliatyvios pagalbos sunkiai sergantiems pacientams poreikis Kauno mieste. *Sveikatos mokslai*. Nr. 5.1184 p.
- Kabašinskienė R. 2005. Paliatyvios pagalbos organizavimas slaugos ligoninėje. Kaunas.: Kauno Medicinos Universitetas. Magistro diplominis darbas. 22 p.
- Kasket, E. 2006. Death and the doctor. *Existential Analysis* 17 (1), 137-150 p.
- Khanifar, H., Jandaghi, G., Shojaie, S. 2010. Organizational consideration between spirituality and professional commitment. *European Journal of Social Sciences*. 12 (4),558-571 p.
- Kindlen M, Walker Sh. 2005. Bendrosios praktikos slaugytojai ir paliatyvioji pagalba. Kn.: Lugton J, Kindlen M. Paliatyvioji slauga. Kaunas: KMU leidykla, p. 37-71 p.
- Kubler-Ross E. 2011. Apie mirtį ir mirimą. *Katalikų pasaulio leidinys (JAV)*. 14; 53;67;107;111;143-144p.
- Lange M., Thom B., Kline N. E. 2008. Assessing nurses' attitudes toward death and caring for dying patients in a comprehensive cancer center. *Onkology Nursing Forum*. Nr. 35(6).955-959 p.
- Larimore, W. L., Duinick, M. W., Morsch, G. B. 2007. Spiritual needs of physicians during and following a catastrophe. *Southern Medical Journal*, 100 (9), 940-941 p.
- Lekauskaitė A., Venytė R., Demskytė J. 2006. Intensyviosios terapijos skyriaus slaugytojų patiriamas stresas slaugant terminalinės būklės pacientus. *Sveikatos mokslai*. Nr.4. 282-287 p.
- Lesauskaitė V., red. Gerontologijos ir geriatrijos aktualijos Kaunas. 2006; (1); 128-132 p.
- Levy C. R., Ely E. W., Payne K., Engelberg R. A., Patrick D. L. and Curtis J. R. 2005. Quality of Dying and Death in Two Medical ICU's: Perceptions of Family and Clinicians. *Chest Journal Official Publication of the American Collage of Cherst Physicians*.
- Liobikienė N. 2002. Mirtis, mirimas, netektis ir našlystė. Velickienė N, red. *Socialinė gerontologija: ištakos ir perspektyvos*. Kaunas: VDU Socialinio darbo institutas; 158 – 176 p.
- Lynn, J., Zhog, Z., Dawson, N. V., Connors, A. F., Philips, R. S. 1998. Physician experience caring for dying patients and its relationship to patient outcomes. *Journal of Palliative Medicine*, 1 (4), 337-346 p.
- Lugton J, Kindlen M. Paliatyvioji slauga. Kaunas: KMU leidykla; 2005. 37-71 p.
- Luneckaitė Ž., Skorupskienė D., Šeškevičius A. 2007. Onkologinėmis ligomis sergančiųjų pacientų gyvenimo kokybės ir pasitenkinimo sąsajos paliatyvioje priežiūroje. *Sveikatos mokslai*, Nr.5
- Mace N., Robins P. 2006. *The 36 hour day: A family guide to caring for persons with Alzheimer's disease*. Baltimore, MD: John Hopkins University Press October.

- Mallory J. L. 2003. The impact of palliative care educational component on attitudes toward care of the dying in undergraduate nursing students. *Journal of Professional Nursing*, Nr. 19(5). 305-312 p.
- Matulaitytė E. 2010. Onkologų streso ir pasitenkinimo darbu patyrimo analizė. Pranešimas skaitytas VII Jaunųjų mokslininkų psichologų konferencija, Vilnius: VU;
- Matzo M. 2010. *Paliative Care Nursing. Quality Care to the End of Life*. Springer Publishing Company. 75-94 p.
- Mitchell A. M., Sakraida T. J., Dysart-Gale D., and Gadmer N. 2006. Nurses' narratives of end-of-life care. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, Nr. 8(4). 210-221 p.
- Myers D. G. *Psichologija*. 2000. Vilnius: Poligrafija ir informatika.
- Navickas V. *Mirties samprata vaikystėje*. – Vilnius, 2003. 64 p.
- Neimeyer, R. A., Wittkowski, J., Moser, R. P. 2004. Psychological research on death attitudes: an overview and evaluation. *Death Studies*, 28, 309-340 p.
- Newbury-Birch, D., Kamali, F. Psychological stress, anxiety, depression, job satisfaction, and personality characteristics in preregistration house officers. *Postgraduate Medical Journal*, 77, 2001. 109-111 p.
- Paice, E., Rutter, H., Wetherell, M., Winder, B., McManus, I. C. 2002. Stressful incidents, stress and coping strategies in the pre-registration house officer year. *Medical Education*, 36, 56-65 p.
- Payne S. A., Dean S. J., Kalus C. 1998. A comparative study of death anxiety in hospice and emergency nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 28 (4), 700-706.
- Paliatyvios pagalbos organizavimas. Europos Sąjungos Ministrų tarybos rekomendacijos Europos šalių parlamentams ir vyriausybėms*. Redaktoriai: I. Piragienė, A. Šeškevičius. Sveikatos ir medicinos informacijos agentūra, 2004.
- Palliative Care. The Solid facts*. WHO; 2004.
- Piko, B. F. 2006. Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 311-318 p.
- Polukordienė K. O., *Netekčių psichologija*. Vilnius. 2008. „Panevėžio spaustuvė“ 18-29 p.
- Razbadauskas A., Žiliukas G., Idzeliene I., Drungilienė D., Acienė A. 2008. *Slaugos mokslo metodologijos pagrindai*. Kaunas.
- Riley, G., & Lubitz, J. 2010. Long-term trends in Medicare repayments in the last year of life. *Health Services Research*. 45(2), 565-576 p.
- Rudalevičienė P, Narbekovas A. *Sveikatos mokslai: slaptieji pacientai – mirštančiųjų šeimos nariai*. 2005. Nr. 3.

- Rudalevičienė P., Narbekovas A. Psichoterapinė bei dvasinė intervencija mirties akivaizoje. Sveikatos mokslai. 2006. Nr.1-2. 141 p.
- Salahuddin N., Shafqat S., Mapara S., Khan S., Siddiqui S., Manasia R., and Ahmad A. 2008. End of life in the intensive care unit: knowledge and practice of clinicians from Karachi, Pakistan. Internal Medicine Journal.
- Sánchez-Anguita, A., Conde, A., DelaTorre, A., Pulido, M. F. 2008. Anxiety and work satisfaction in female healthcare workers. Ansiedad y Estrés, 14 (1), 55-69 p.
- Savater F. Gyvenimo klausimai. 2002. Vilnius.
- Schimmel, J., Simon, L., Greenberg, J., Solomon, S., Pyszczynski, T., Arndt, J., et al. 1999. Stereotypes and Terror Management: evidence that mortality salience enhances stereotypic thinking and preferences. Journal of Personality and Social Psychology, 77 (5), 905-926 p.
- Steinhauser K. E., PhD; Clipp E. C., PhD, MS, RN; McNeilly M., PhD; Christakis N. A., MD, PhD, MPH; McIntyre L. M., PhD; and Tulsky J. A., MD; 2000. In Search of a Good Death: Observations of Patients, Families, and Providers. Annals of Internal Medicine.
- Šeškevičius A. Slaugos žinynas. 2003. Kaunas: KMU Spaudos ir leidybos centras.
- Šeškevičius A., Valiulienė Ž. Dvasingumo raiška paliatyviojoje priežiūroje. 2011. Sveikatos mokslai. Nr.2. 109 p.
- Škudienė L. Pagalba gedinčiam. Paliatyvioji pagalba onkologiniams pacientams: mokslinė – praktinė konferencija (Kaunas, 2007 m. gegužės 24 d.). Kaunas: Kauno medicinos universiteto slaugos ir rūpybos katedra, Lietuvos paliatyvios medicinos draugija. 14-16 p.
- Tamošiūnaitė V. Atsisveikinimo kultūra. Artuma 2010. Nr. 10. 22-23 p.
- Tillich P. Drąsa būti. Vilnius: Vaga, 1999. 142 p.
- Valmaitė, L. Slaugytojų jaučiamo mirties nerimo ypatumai. Psichologijos bakalauro darbas, Vytauto Didžiojo universitetas, 2006. Kaunas.
- Wafaa G. M. A., Nahed S. A. 2010. Nurses' attitudes toward caring for dying patient in Mansoura university hospitals. Journal of Medicine and Biomedical Sciences. 16-23 p.
- Weigel C., Parker G., Fanning L., Reyna K., Gasbarra D. B. 2007. Apprehension among hospital nurses providing end-of-life care. Journal of Hospice and Palliative Nursing. Nr. 9(2). 86-91 p.
- What are the palliative care needs of older people and how might they be met? WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network. 2004. World Health Organization. 7-9 p.
- Ялом И., „Жизнь без страха смерти“ 2008. Москва 30-31 с.

PRIEDAI

INFORMUOTO ASMENS SUTIKIMO FORMA

Man buvo pateikta tiek raštiška tiek žodinė informacija apie tyrimą, į mano klausimus buvo tinkamai atsakyta. Aš sutinku dalyvauti tyrime ir suprantu, kad mano dalyvavimas yra savanoriškas ir aš galiu bet kuriuo metu ir be jokio papildomo paaiškinimo nutraukti dalyvavimą tyrime.

Pasirašydamas(-a) šią formą aš neatsisakau savo įstatyminių teisių. Aš gausiu pasirašytą ir datuotą šio sutikimo egzempliorių.

Aš taip pat sutinku dėl duomenų apdorojimo ir dėl bet kokio duomenų perdavimo šalims, esančioms ES ir už jos ribų. Bet tai gali būti daroma tik tuo atveju, jei yra išlaikomas gautos informacijos konfidencialumas.

Respondento parašas

Respondento VARDAS, PAVARDĖ (spausdintinėmis raidėmis)

Pasirašymo data

Informaciją suteikiančio asmens (tyrėjo) pareiškimas:

Aš, žemiau pasirašęs(-iusi), patvirtinu, kad respondentui, kuris pasirašo šią sutikimo formą, pateikiu visą informaciją apie tyrimą ir jis suvokia dalyvavimo šiame tyrime pobūdį. Patvirtintu, kad respondentas gavo šios pasirašytos ir datuotos sutikimo formos egzempliorių.

Tyrėjo parašas

Tyrėjo VARDAS, PAVARDĖ (spausdintinėmis raidėmis)

Pasirašymo data

Jei Jūs turite klausimų apie savo tyrimo subjekto teises, galite kreiptis į tyrėją:

Tyrėjo VARDAS, PAVARDĖ, telefono numeris, elektroninio pašto adresas

ir/ar

Klaipėdos universiteto Sveikatos mokslų fakulteto Slaugos katedros Etikos komisiją tel. nr. 846398557, el. paštas - sk.svmf@ku.lt

Gerb. apklausos dalyvi,

Klaipėdos universiteto Sveikatos mokslų fakulteto slaugos studijų programos II kurso magistrantė Žibutė Gadeikytė atlieka tyrimą, kurio tikslas mirties ir mirimo vertinimas slaugos kontekste. Mums labai svarbi Jūsų nuomonė. Apklausa – anoniminė (nereikia rašyti nei vardo nei pavardės). Surinkti duomenys bus naudojami moksliniams apibendrinimams bei rekomendacijų rengimui, kurie padės tobulinti slaugos procesą.

Tyrimo instrumentas patvirtintas KU SvMF slaugos katedros Etikos komisijos posėdyje. Iškilus neaiškumams, kreiptis į darbo autorę Žibutę Gadeikytę (tel.: 86 6201455) arba Klaipėdos universiteto Sveikatos mokslų fakulteto Etikos komisijos pirmininką telefonu 8 46 398558.

Instrukcija. Anketos užpildymas ir gražinimas yra suprantamas kaip Jūsų sutikimas būti tyrimo dalyviu. Pasirinktus atsakymus pažymėkite kryželiu X, kur reikia, atsakymus įrašykite.

I. DEMOGRAFINIAI DUOMENYS

Jums tinkamą atsakymo variantą prašome pažymėti X ženklu arba įrašyti savo nuomonę.

1. Amžius
 - 18-22 metai
 - 23-27 metai
 - 28-35 metai
 - 36-45 metai
 - 46-55 metai
 - 56-65 metai
 - 66 metai ir daugiau
2. Lytis
 - Vyras
 - Moteris
3. Religija _____ (prašome nurodyti)

Prašome pasirinkti tik vieną tinkamą klausimą, 4 arba 5.

4. Mano religiniai įsitikinimai
 - turi didelės įtakos mano požiūriui į mirtį
 - turi nedidelės įtakos mano požiūriui į mirtį
 - neturi įtakos mano požiūriui į mirtį.
5. Religinių įsitikinimų nebuvimas
 - turi didelės įtakos mano požiūriui į mirtį
 - turi nedidelės įtakos mano požiūriui į mirtį
 - neturi įtakos mano požiūriui į mirtį.

6. Aukščiausias išsilavinimo laipsnis:
- Vidurinės mokyklos diplomą
 - Aukštesnysis išsilavinimas
 - Aukštasis neuniversitetinis išsilavinimas
 - Aukštasis universitetinis išsilavinimas
 - Magistro laipsnis
 - Aukštesnis nei Magistro išsilavinimas
 - Kita (prašome nurodyti)
7. Jeigu esate studentas, _____ prašome nurodyti pagrindinę studijų šaką
8. Jūsų specialybė (įrašykite) _____
9. Jeigu esate slaugytoja, _____ parašykite skyriaus, kuriame dirbate, pavadinimą
10. Ankstesnis švietimas mirties klausimu
- Aš išklausiau kursą apie mirtį anksčiau.
 - Nelankiau specifinio kurso apie mirtį, bet šios temos medžiaga buvo įtraukta į kitus kursus.
 - Jokia informacija apie mirtį man niekada nebuvo suteikiama
11. Ankstesnė patirtis dirbant su nepagydomomis ligomis sergančiais asmenimis
- Aš esu slaukęs nepagydomomis ligomis sergančius asmenis ir jų šeimos narius anksčiau.
 - Aš nesu slaukęs nepagydomomis ligomis sergančius asmenis ir jų šeimos narius anksčiau.
12. Ankstesnė netekties patirtis
- Aš esu netekęs artimo asmens per pastaruosius metus.
Nurodyti:
 - tiesioginis šeimos narys (vyras, žmona, motina, tėvas)
 - vaikas
 - kitas svarbus
 - Aš neturiu netekties patirties.
13. Dabartinė patirtis
- Šiuo metu man gręšia mylimojo netektis
 - Šiuo metu turiu mylimąjį, kuris serga mirtina liga (gyvenimo trukmė 1 metai ar mažiau)
 - Šiuo metu nesu susidūręs su artėjančia netektimi.

Pastaba: Žibutė Gadeikytė turi autoriaus leidimą atlikti anketinę apklausą naudojant šį klausimyną.

II. FROMMELT’O POŽIŪRIO Į MIRŠTANČIŲJŲ SLAUGĄ SKALĖ

Šių teiginių tikslas yra sužinoti kaip slaugytojai jaučiasi tam tikrose situacijose, kuriose jie atsiduria slaugydami pacientus. Visi teiginiai yra susiję su pagalbos teikimu mirštančiam asmeniui ir/arba jo šeimai. Ten, kur yra kalbama apie mirštantį žmogų, reikėtų vertinti jo padėtį kaip asmens, kuris serga nepagydoma liga ir jam/jai liko gyventi šeši ar mažiau mėnesių.

Prašome apibrėžti vieną iš kiekvieno teiginio esančių raidžių, atitinkančią jūsų asmeninius jausmus dėl pateikto požiūrio ar situacijos. Prašome atsakyti į visus 30 teiginių anketoje. Raidžių reikšmės:

VN – Visai nesutinku

N = Nesutinku

NT = Nesu tikras

S = Sutinku

LS = Labai sutinku

- Mirštančio asmens slaugymas yra vertinga patirtis.
VN N NT S
LS
- Mirtis nėra pats baisiausias dalykas kuris gali nutikti žmogui
VN N NT S
LS
- Man būtų nepatogu kalbėtis apie artėjančią mirtį su mirštančiu žmogumi.
VN N NT S
LS
- Rūpinimasis paciento šeima turėtų tęstis visą gedėjimo ir netekties laikotarpį.
N NT S LS VN
- Aš nenorėčiau slaugyti mirštančio asmens.
VN N NT S
LS
- Slaugytojai, kurie nėra šeimos nariai, neturėtų kalbėtis apie mirtį su mirštančiu asmeniu.
N NT S LS VN
- Laiko, reikalingo mirštančio asmens slaugymui, trukmė mane nuliūdintų.
VN N NT S
LS
- Mane nuliūdintų jeigu mirštantis asmuo, kurį aš slaugiau, nustotų tikėti jog pasveiks.
VN N NT S
LS
- Yra sudėtinga sukurti artimus ryšius su mirštančiu asmeniu.
VN N NT S
LS
- Būna atvejų, kuomet mirtis yra laukiama mirštančio asmens.
VN N NT S
LS
- Kai pacientas klausia “Ar aš mirštu?”, mano manymu geriausia yra pakeisti temą į ką nors linksmą.
NT S LS VN N
- Šeima turėtų dalyvauti teikiant fizinę slaugą mirštančiam asmeniui, jeigu jie to nori.

- | | | | | | | |
|-----|---|--|----|---|----|---|
| | | | VN | N | NT | S |
| | LS | | | | | |
| 13. | Norėčiau tikėti, kad asmuo, kurį aš slaugau, mirs, kai manęs nebus šalia. | | VN | N | NT | S |
| | | | LS | | | |
| 14. | Aš bijau susidraugauti su mirštančiu asmeniu. | | VN | N | NT | S |
| | LS | | | | | |
| 15. | Norėčiau nedalyvauti pacientui mirštant. | | VN | N | NT | S |
| | LS | | | | | |
- VN – Visai nesutinku
 N = Nesutinku
 NT = Nesu tikras
 S = Sutinku
 LS = Labai sutinku
- | | | | | | | | |
|-----|--|----|----|----|----|---|----|
| 16. | Šeimoms reikia emocinės paramos, kad priimtų mirštančio asmens elgesio pokyčius. | | VN | N | NT | S | |
| | LS | | | | | | |
| 17. | Pacientui artėjant prie mirties, ne šeimos narys, slaugantis mirštantieji, turėtų atsiriboti nuo santykių su pacientu. | | | | VN | N | |
| | | NT | S | LS | | | |
| 18. | Šeimos turėtų pasirūpinti, kad likęs gyventi mirštančiam šeimos nariui laikas taptų kuo geresnis jam. | | | | VN | N | |
| | | NT | S | LS | | | |
| 19. | Mirštančiam asmeniui neturėtų būti ledžiama daryti sprendimus dėl jo fizinės slaugos. | | VN | N | NT | S | |
| | LS | | | | | | |
| 20. | Šeimos turėtų palaikyti kiek tik įmanoma normalesnę aplinką jų mirštančiam šeimos nariui. | | VN | N | NT | S | |
| | LS | | | | | | |
| 21. | Mirštančiam asmeniui naudinga išsikalbėti apie savo jausmus. | | VN | N | NT | S | |
| | LS | | | | | | |
| 22. | Sauga turėtų apimti ir mirštančio asmens šeimą. | | VN | N | NT | S | |
| | LS | | | | | | |
| 23. | Slaugytojai turėtų leisti mirštantiems asmenims turėti lanksčius jų lankymo laiko grafikus. | | VN | N | NT | S | |
| | LS | | | | | | |
| 24. | Mirštantis asmuo ir jo šeima turėtų būti atsakingi už sprendimų priėmimą. | | VN | N | NT | S | |
| | LS | | | | | | |
| 25. | Priklausomybė nuo skausmą malšinančių vaistų neturėtų būti svarstoma kai kalbama apie mirštantį asmenį. | | VN | N | NT | S | LS |
| 26. | Man būtų nepatogu įėjus į nepagydomai sergančio asmens palatą, rasti jį verkiant. | | VN | N | NT | S | LS |
| 27. | Mirštantiems asmenims turėtų būti suteikiami nuoširdūs atsakymai į klausimus dėl jų būklės. | | VN | N | NT | S | LS |

28. Šeimos narių švietimas mirties klausimais nėra slaugytojų atsakomybė.
VN N NT S LS
29. Šeimos nariai, kurie lieka arti mirštančio asmens, dažnai kliudo profesionaliai slaugai.
VN N NT S LS
30. Ne šeimos slaugytojai gali padėti pacientams pasiruošti mirčiai.
VN N NT S LS
- Ne šeimos slaugytojas yra bet kuris asmuo, slaugantis mirštantį asmenį, profesionaliai ar neprofesionaliai, kuris nėra paciento šeimos narys.*

Pastaba: Žibutė Gadeikytė autoriaus leidimą atlikti anketinę apklausą naudojant šį klausimą.

III. MIRTIES NERIMUI NUSTATYTI COLLET LESTER MIRTIES IR MIRIMO BAIMĖS SKALĖ.

Perskaitykite kiekvieną teiginį ir pasistenkite kuo greičiau atsakyti. Neskirkite per daug laiko savo atsakymams apmąstyti. Svarbus pirmasis įspūdis apie tai, ką galvojate būtent dabar.

Pažymėkite skaičių, kuris geriausiai atitinka Jūsų jausmus.

Kaip stipriai Jus trikdo ar jaudina žemiau išvardyti mirties aspektai?

3.1 Jūsų paties (-čios) mirtis		labai	iš dalies			visai ne
1.	Visiška vienuma mirties akimirka	5	4	3	2	1
2.	Gyvenimo trumpumas	5	4	3	2	1
3.	Po mirties netenki tiek daug	5	4	3	2	1
4.	Miršti jaunas (-a)	5	4	3	2	1
5.	Jausmas būti mirusiam (-iai)	5	4	3	2	1
6.	Niekada daugiau nebegalvosi ir nebepatirsi	5	4	3	2	1
7.	Galimybė pomirtiniame gyvenime susilaukti bausmės arba kančios	5	4	3	2	1
8.	Tavo kūno suirimas po mirties	5	4	3	2	1
3.2 Jūsų paties (-čios) mirties procesas		labai	iš dalies			visai ne
1.	Fizinė degeneracija susijusi su lėta mirtimi	5	4	3	2	1
2.	Skausmas mirštant	5	4	3	2	1
3.	Protinė degeneracija senatvėje	5	4	3	2	1
4.	Mirštant Jūsų gebėjimai bus riboti	5	4	3	2	1
5.	Nežinia dėl to, kaip drąsiai sutiksite savo mirtį	5	4	3	2	1
6.	Jūsų kontrolės stoka mirties procese	5	4	3	2	1

7.	Galimybė mirti ligoninėje atskirai nuo draugų ir šeimos	5	4	3	2	1
8.	Kitų sielvartas Jums mirštant	5	4	3	2	1
3.3 Kitų mirtis		labai		iš dalies		visai ne
1.	Jūsų artimųjų netektis	5	4	3	2	1
2.	Turėsite matyti jų lavoną	5	4	3	2	1
3.	Daugiau niekada negalėsite su jais bendrauti	5	4	3	2	1
4.	Apgailestavimas, kad nebuvote malonesnis (-ė), jiems esant gyviems	5	4	3	2	1
5.	Senti vienam (-ai) be jų	5	4	3	2	1
6.	Kalties jausmas, kad Jums palengvėjo, kai jie mirė	5	4	3	2	1
7.	Jaustis vienišam (-ai) be jų	5	4	3	2	1
8.	Pavydas, kad jie yra mirę	5	4	3	2	1

3.4 Kitų mirties procesas		labai		iš dalies		visai ne
1.	Turėjimas būti su tuo, kuris miršta	5	4	3	2	1
2.	Jų noras pasikalbėti apie mirtį su jumis	5	4	3	2	1
3.	Matyti, kaip jie kenčia iš skausmo	5	4	3	2	1
4.	Turite būti tas (-a), kuris pasako, kad jie miršta	5	4	3	2	1
5.	Matyti jų kūno degeneraciją	5	4	3	2	1
6.	Nežinojimas, ką daryti su praradimo sielvartu būnant su jais	5	4	3	2	1
7.	Matyti jų protinių gebėjimų blogėjimą	5	4	3	2	1
8.	Priminimas apie tai, kad vieną dieną Jūs patirsite tą patį	5	4	3	2	1

Pastaba: Žibutė Gadeikytė turi autoriaus leidimą atlikti anketinę apklausą naudojant šį klausimyną.

Gerb. apklausos dalyvi,

Klaipėdos universiteto Sveikatos mokslų fakulteto slaugos studijų programos II kurso magistrantė Žibutė Gadeikytė atlieka tyrimą, kurio tikslas mirties ir mirimo vertinimas slaugos kontekste. Mums labai svarbi Jūsų nuomonė. Apklausa – anoniminė (nereikia rašyti nei vardo nei pavardės). Surinkti duomenys bus naudojami moksliniams apibendrinimams bei rekomendacijų rengimui, kurie padės tobulinti slaugos procesą.

Tyrimo instrumentas patvirtintas KU SvMF slaugos katedros Etikos komisijos posėdyje. Iškilus neaiškumams, kreiptis į darbo autorę Žibutę Gadeikytę (tel.: 86 6201455) arba Klaipėdos universiteto Sveikatos mokslų fakulteto Etikos komisijos pirmininką telefonu 8 46 398558.

Instrukcija. Atsakykite į klausimus kuo tiksliau, pažymėdami numerius, net jei nesate visiškai tikri, atsakyti. Jei Jūs negalite pasirinkti atsakymo numerio, prašome atsakyti "Nežinau". Norėtume, kad jūsų atsakymai būtų ne Jūsų nuomonė, o patirtas išgyvenimas. Šis klausimynas visiškai konfidencialus. Nė vienas iš sveikatos priežiūros darbuotojų, kurie rūpinasi jūsų artimaisiais, nematys šių anketų.

Per paskutines keletą dienų, kai jūsų artimas buvo reanimacijos skyriuje (ITS):

1. Kaip dažnai Jūsų artimas jautė skausmą?

(skaičius apibraukite)

- 0- nė karto
- 1- labai nežymų laiko tarpą
- 2- trumpą laiką
- 3- ilgesnį laiką
- 4- didžiąją laiko dalį
- 5- visą laiką
- 6- nežinau

2. Kaip dažnai Jūsų artimas suprato, kas vyksta aplinkui?

(skaičius apibraukite)

- 0- nė karto
- 1- labai nežymų laiko tarpą
- 2- trumpą laiką
- 3- ilgesnį laiką
- 4- didžiąją laiko dalį
- 5- visą laiką

6- nežinau

3. Kaip dažnai Jūsų artimas galėjo pats maitintis?

(skaičius apibraukite)

- 0- nė karto
- 1- labai nežymų laiko tarpą
- 2- trumpą laiką
- 3- ilgesnį laiką
- 4- didžiąją laiko dalį
- 5- visą laiką
- 6- nežinau

4. Ar dažnai Jūsų artimas galėjo komfortiškai kvėpuoti?

(skaičius apibraukite)

- 0- nė karto
- 1- labai nežymų laiko tarpą
- 2- trumpą laiką
- 3- ilgesnį laiką
- 4- didžiąją laiko dalį
- 5- visą laiką
- 6- nežinau

5. Ar Jūsų artimas jautė susitaikymą su mirtimi?

(skaičius apibraukite)

- 0- nė karto
- 1- labai nežymų laiko tarpą
- 2- trumpą laiką
- 3- ilgesnį laiką
- 4- didžiąją laiko dalį
- 5- visą laiką
- 6- nežinau

6. Ar Jūsų artimas nebijojo mirties?

(skaičius apibraukite)

- 0- nė karto

- 1- labai nežymų laiko tarpą
- 2- trumpą laiką
- 3- ilgesnį laiką
- 4- didžiąją laiko dalį
- 5- visą laiką
- 6- nežinau

7. Ar dažnai Jūsų artimas juokėsi ar šypsojosi?

(skaičius apibraukite)

- 0- nė karto
- 1- labai nežymų laiko tarpą
- 2- trumpą laiką
- 3- ilgesnį laiką
- 4- didžiąją laiko dalį
- 5- visą laiką
- 6- nežinau

8. Ar dažnai Jūsų artimas išlaikė orumą ir savigarbą?

(skaičius apibraukite)

- 0- nė karto
- 1- labai nežymų laiko tarpą
- 2- trumpą laiką
- 3- ilgesnį laiką
- 4- didžiąją laiko dalį
- 5- visą laiką
- 6- nežinau

9. Ar Jūsų artimą ligonį lankė šeima ir draugais?

(skaičius apibraukite)

- 0- nė karto
- 1- labai nežymų laiko tarpą
- 2- trumpą laiką
- 3- ilgesnį laiką
- 4- didžiąją laiko dalį
- 5- visą laiką

6- nežinau

10. Kaip dažnai Jūsų artimas ligos metu buvo vienas?

(skaičius apibraukite)

- 0- nė karto
- 1- labai nežymų laiko tarpą
- 2- trumpą laiką
- 3- ilgesnį laiką
- 4- didžiąją laiko dalį
- 5- visą laiką
- 6- nežinau

Nuo čia prasideda klausimai, į kuriuos reikia atsakyti „taip“ arba „ne“, tai irgi tik apie paskutines dienas, kai Jūsų artimasis buvo reanimacijos skyriuje (ITS). Jei atsakysite į klausimą „nežinau“, pereikite prie kito klausimo.

11. Ar buvo Jūsų artimas liečiamas ar apkabinamas artimųjų?

(apibraukite)

- Taip
- Ne
- Nežinau

12. Ar Jūsų artimo sveikatos priežiūra buvo tinkamai rūpinamasi?

(apibraukite)

- Taip
- Ne
- Nežinau

13. Ar Jūsų artimas atsisveikino su artimaisiais?

(apibraukite)

- Taip
- Ne
- Nežinau

14. Ar Jūsų artimas dalinosi blogais jausmais su kitais?

(apibraukite)

- Taip
- Ne
- Nežinau

15. Ar Jūsų artimas prašėsi dvasinės pagalbos?

(apibraukite)

- Taip
- Ne
- Nežinau

16. Ar pas Jūsų artimą prieš mirtį buvo atėjęs dvasininkas?

(apibraukite)

- Taip
- Ne
- Nežinau

17. Ar Jūsų artimajam buvo taikytas gydymas deguonimi (kaukė)?

(apibraukite)

- Taip
- Ne
- Nežinau

18. Ar Jūsų artimam buvo taikyta inkstų dializė?

(apibraukite)

- Taip
- Ne
- Nežinau

19. Ar Jūsų artimas prieš mirtį nurodė laidojimo pageidavimus?

(apibraukite)

- Taip
- Ne
- Nežinau

20. Ar jūsų artimasis aptarė su gydančiu gydytoju gyvenimo pabaigos slaugos pageidavimus – pvz., atgaivinimas ar intensyvi slauga?

(apibraukite)

- Taip
- Ne
- Nežinau
-

Pildome tik tuo atveju, jei Jūsų artimasis mirė.

21 Ar kas nors buvo su Jūsų artimuoju jo mirties metu?

(apibraukite)

- Taip
- Ne
- Nežinau

22. Prieš mirimo momentą, Jūsų artimasis:

(skaičius apibraukite)

1. Nemiegojo
2. Miegojo
3. Buvo komoje ar be sąmonės
4. Nežinau

23. Po visko kaip Jūs įvertintumėte savo artimo mirties kokybę?

(skaičius apibraukite)

Baisus	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Beveik tobulas
--------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----------------

24. Įvertinkite savo artimojo priežiūrą gautą iš visų gydytojų ir kitų slaugą suteikiančių asmenų (įskaitant slaugytojas, kitus medicinos darbuotojus) per keletą paskutinių dienų kai buvo reanimacijos skyriuje (ITS).

(skaičius apibraukite)

Blogiausi		Geriausia
glima	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	galima
slauga		slauga

Apie jus

1. Jūs artimajam esate:

(apibraukite)

- a. žmona
- b. vyras
- c. sūnus
- d. dukra
- e. senelis
- f. močiutė
- g. giminaitis

2. Kokia jūsų artimo lytis?

(apibraukite)

- a. vyras
- b. moteris

3. Kiek dienų jūsų artimas buvo ligoninėj?

(įrašykite skaičių)

.....dienų

4. Kiek apytiksliai dienų jūsų artimas buvo reanimacijos skyriuje (ITS)?

(įrašykite skaičių)

.....dienų

5. Dėl tolimesnių tyrimų norėtume sužinoti jūsų nuomonę apie šią anketą:

(skaičius apibraukite)

Vidutinio sunkumo											
Visai										Labai	
nesunki	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	sunki

Pastaba: Žibutė Gadeikytė turi autoriaus leidimą atlikti anketinę apklausą naudojant šį klausimyną.

Ačiū už Jūsų sugaištą laiką