

**KLAIPĖDOS UNIVERSITETAS**

Sveikatos mokslų fakultetas

Slaugos katedra

Silva Gedvilaitė

**SLAUGYTOJO VAIDMUO MIRIMO PROCESĖ**

Slaugos studijų programos magistro baigiamasis darbas

Klaipėda, 2014

## 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(u) vardą, pavardę)

.....  
(data )

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

## SANTRAUKA

Gedvilaitė S. Slaugytojo vaidmuo mirimo procese. Slaugos magistro studijų programos baigiamasis darbas. Darbo vadovas prof. dr. D. Drungilienė. Klaipėdos universitetas: Klaipėda, 2014. – 85 p.

Mirtis yra procesas, kuris prasideda mirimu ir baigiasi mirtimi. Tai neišvengiamas ir paskutinis kiekvieno žmogaus žingsnis. Ji veikia ne tik ligonį bet ir jo šeimą. Slaugant tokį žmogų būtina sutelkti dėmesį ne tik į skausmo ar kitų simptomų reguliavimą, bet ir į psichologinius bei dvasinius slaugos aspektus, padėti jam išlikti oriam iki pat gyvenimo pabaigos. Kiekvienas slaugytojas savo darbo praktikoje susiduria su sunkiai sergančiais ir mirčiai pasmerktais pacientais, todėl slaugytojo vaidmuo mirimo procese labai svarbus.

**Tyrimo tikslas** – išanalizuoti slaugytojo vaidmenį mirimo procese.

**Tyrimo metodika.** Tyrimui atlikti pasirinktas kiekybinis tyrimo metodas. Tiriamieji pildė anketą, kurią sudarė Frommelt'o požiūrio į mirštančiųjų slaugą skalė, modifikuota Collet-Lester mirties ir mirimo baimės skalė, mirštančiojo asmens slaugos poreikių klausimynas. Taikytas statistinis duomenų apdorojimas ir turinio analizės metodai. Imtį sudarė: 149 slaugytojai. Tyrimas atliktas laikantis etikos principų.

**Tyrimo rezultatai** Tyrimo rezultatai parodė, jog 83,9 proc. respondentų buvo tikintys, 82, 6 proc. turėjo artimo žmogaus netekties patirtį ir buvo slaugę nepagydomomis ligomis sergančius asmenis, o 77,9 proc. turėjo žinių mirties klausimu. Respondentams labiausiai nerimą dėl savo mirties proceso kėlė mintys, kaip galimas skausmas mirštant (4,3 balai iš 5), o galvojant apie artimųjų mirtį, labiausiai jaudino artimųjų netektis (4,6 balai). Slaugytojai, slaugdami mirštančius pacientus patiria panašią psichoemocinę įtampą nepriklausomai nuo lyties, išsilavinimo ir religinių įsitikinimų. Tačiau netikintys slaugytojai labiau nenorėtų dalyvauti pacientui mirštant ir dažniau norėtų pakeisti temą, kai pacientas klausia „Ar aš mirštu“, negu tikintys. Jaunesni slaugytojai labiau nuliūsta, kai mirštantis asmuo nustoja tikėti jog pasveiks nei vyresni slaugytojai. Tyrimo rezultatai patvirtino sąsajas tarp slaugytojų psichoemocinės įtampos, susijusios su mirštančio asmens slaugymu, ir ankstesne patirtimi, dirbant su nepagydomomis ligomis sergančiais asmenimis. Slaugytojai, slaugę nepagydomomis ligomis sergančius asmenis, akcentavo didesnę psichoemocinę įtampą, slaugant mirštančius pacientus (jie labiau norėtų, kad jų slaugomas mirštantis asmuo mirtų, kai jų nebus šalia ir jie labiau bijo susidraugauti su mirštančiu asmeniu) nei slaugytojai, kuriems neteko slaugyti nepagydomomis ligomis sergančius asmenis.

**Išvados.** Slaugytojų darbas su mirštančiais pacientais yra labai sudėtingas, susijęs su nuolatiniu stresu ir reikalaujantis ypač didelio psichologinio pasirengimo. Slaugytojai turi užtikrinti kokybišką slaugą mirštančiam pacientui, bei mokėti bendrauti su jų artimaisiais.

*Reikšminiai žodžiai* mirštantis pacientas, mirties procesas, mirimas, slaugytojo vaidmuo

## SUMMARY

Gedvilaitė S. Nurses Role in Dying Process. Nursing Master's Degree final paper. Work leader prof. dr. D. Drungilienė. University of Klaipėda: Klaipėda, 2014th – 85 p.

Death is a process that begins with dying and ends with the death. It is inevitable, and the last step of every person. It not only affects the patient but also his family. The care of such a person needs to focused not only on pain or other regulation of symptoms, but also on the psychological and spiritual aspects of care, to help him remain dignified to the end of life. Every nurse in their work practice will face serious illness and dying in patients, so nurse's role in the process of dying is very important.

**The aim of study** - to analyze the nurse's role in the dying process.

**Methods of study.** For a study was selected quantitative survey method. Subjects filled out a questionnaire which consisted of Frommelt'o approach to dying nursing scale, modified by Collet - Lester fear of death and dying scale of the dying person's care needs questionnaire. Also applied statistical data processing and content analysis method. The sample consisted of: 149 nurses. The study was conducted in accordance with ethical principles.

**The results of the study.** Study showed that 83.9 percent of respondents were believers, 82.6 percent had the experience of bereavement and the nursed incurable illnesses, while 77.9 percent had knowledge of the death as a subject. To Respondents most worrying for his death were thought about possible pain while dying (4.3 points out of 5), and thinking about the death of loved ones, the most exciting bereavement (4.6 points). Nurses caring for dying patients experiencing a similar psycho-emotional stress, regardless of gender, education, and religious beliefs. However, the non-believers would not want to take part when the patient dying and often would change the subject, when a patient asks, "Am I dying?" than religious nurses. Younger nurses get more discouraged when the dying person stops believing in healing than older nurses. The results confirmed the relationship between nurses' psycho-emotional stress associated with a dying person's nursing, and previous experience working with individuals suffering from incurable diseases. Nurses, that nursed incurable illnesses, emphasized greater psycho-emotional stress, in the care of dying patients (they would prefer not to be near when person dying, and they are more afraid to make friends with a dying person) than nurses who never cared for incurable illnesses people.

**Conclusions.** Nurses work with dying patients is very complex, associated with chronic stress and demands of extreme psychological preparation. Nurses must to ensure high quality care to the dying patient and know how to communicate with patients relatives.

Keywords: dying patient, death process, dying, nurse's role.

## PAVEIKSLŲ, LENTELIŲ IR PRIEDŲ SĄRAŠAS

PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS		
Eil.Nr.	Paveikslo pavadinimas	Puslapis
1	Slaugytojų pasiskirstymas pagal amžių	32
2	Slaugytojų pasiskirstymas pagal lytį	32
3	Slaugytojų pasiskirstymas pagal darbo vietą	33
4	Slaugytojų pasiskirstymas pagal išsilavinimą	33
5	Slaugytojų pasiskirstymas pagal religinius įsitikinimus	33
6	Slaugytojų pasiskirstymas pagal nuomonę apie religinių įsitikinimų įtaka požiūriui į mirtį	34
7	Slaugytojų pasiskirstymas pagal turimų žinių apie mirtį ir mirštančius pacientus pakankamumo vertinimą	39
8	Slaugytojų pasiskirstymas pagal ankstesnį švietimą mirties klausimu	39
9	Slaugytojų pasiskirstymas pagal ankstesnę patirtį mirties klausimo aspektais	40
10	Nerimo dėl savo mirties proceso (Collet Lester mirties ir mirimo baimės skalė) vertinimai	41
11	Nerimo dėl savo mirimo proceso (Collet Lester mirties ir mirimo baimės skalė) vertinimai	42
12	Nerimo dėl kitų mirties proceso (Collet Lester mirties ir mirimo baimės skalė) vertinimai	42
13	Nerimo dėl kitų mirimo proceso (Collet Lester mirties ir mirimo baimės skalė) vertinimai	43
14	Mirties ir mirimo baimių skalių palyginimas tarpusavyje	43
15	Slaugytojų požiūrio į savo ir kitų mirties ir mirimo procesus skirtumai priklausomai nuo darbo vietos	44
16	Slaugytojų požiūrio į savo ir kitų mirties ir mirimo procesus skirtumai priklausomai nuo ankstesnio švietimo mirties klausimu	45
17	FATCOD teiginių, atspindinčių jausmus slaugant mirštančius, vertinimai slaugytojais	51
18	Slaugytojų psichoemocinės įtampos, susijusios su mirštančio asmens slaugymu, skirtumai priklausomai nuo darbo vietos	54
19	Slaugytojų psichoemocinės įtampos, susijusios su mirštančio asmens slaugymu, skirtumai priklausomai nuo ankstesnio švietimo mirties klausimu	55
20	Slaugytojų požiūrio į mirštančio asmens slaugą skirtumai priklausomai nuo lyties ir religinių įsitikinimų	58
21	Slaugytojų požiūrio į mirštančio asmens slaugą skirtumai priklausomai nuo išsilavinimo	59
22	Slaugytojų požiūrio į mirštančio asmens slaugą skirtumai priklausomai nuo amžiaus	59
23	Slaugytojų požiūrio į mirštančio asmens slaugą skirtumai priklausomai nuo darbo vietos	60
24	Slaugytojų požiūrio į mirštančio asmens slaugą skirtumai priklausomai nuo ankstesnės netekties patirties ir patirties, slaugant nepagydomomis ligomis sergančius asmenis	60

25	Slaugytojų požiūrio į mirštančio asmens slaugą skirtumai priklausomai nuo ankstesnio švietimo mirties klausimu	61
26	Dažniausios fiziologinės mirštančiųjų slaugos problemos	62
27	Dažniausios psichologinės mirštančiųjų slaugos problemos	62
28	Dažniausios socialinės ir dvasinės mirštančiųjų slaugos problemos	63
29	Nuomonės apie prioritetą orios paciento mirties užtikrinimui slaugos specialistui, dirbančiam su mirštančiais ligoniais, pasiskirstymas	68
30	Slaugytojų nuomonė apie specialistus galinčius padėti mirštantiems pacientams ir jų artimiesiems	69

## LENTELIŲ SĄRAŠAS

Eil.Nr.	Lentelės pavadinimas	Puslapis
1	Klausimynų vidinio patikimumo įvertinimai	36
2	Slaugytojų patirties mirties klausimu įtaka turimų žinių apie mirtį ir mirštančius pacientus pakankamumo vertinimui	40
3	Slaugytojų sociodemografinių rodiklių įtaka požiūriui į savo mirties ir mirimo procesą	46
4	Slaugytojų sociodemografinių rodiklių įtaka požiūriui į kitų mirties ir mirimo procesą	47
5	Slaugytojų patirties mirties klausimu įtaka požiūriui į savo mirtį ir mirimą	49
6	Slaugytojų patirties mirties klausimu įtaka požiūriui į kitų mirtį ir mirimą	50
7	Slaugytojų lyties, išsilavinimo ir religinių įsitikinimų įtaka psichoemocinės įtampos, susijusios su mirštančio asmens slaugymu, bendram rodikliui ir atskiriems jos aspektams	52
8	Slaugytojų amžiaus ir darbo stažo įtaka psichoemocinės įtampos, susijusios su mirštančio asmens slaugymu, bendram rodikliui ir atskiriems jos aspektams	53
9	Slaugytojų ankstesnės patirties mirties klausimu ir psichoemocinės įtampos, susijusios su mirštančio asmens slaugymu (bendru rodikliu ir atskirais jos aspektais), sąsajos	53
10	Slaugytojų nerimo dėl mirties ir mirimo sąsajos su psichoemociu įtampa, sukeliama mirštančio asmens slaugymu (bendru rodikliu ir atskirais jos aspektais)	55
11	Požiūrio į mirštančiojo slaugą (FATCOD) ir jo teiginių vertinimai	57
12	Požiūrio į mirštančio paciento slaugą (FATCOD) sąsajos su nerimu dėl mirties ir mirimo bei su psichoemociu įtampa susijusia su mirštančio paciento slaugymu	61
13	Mirštančiųjų pacientų slaugos problemų pasitaikymo dažnio skirtumai priklausomai nuo slaugytojų darbo vietos	64
14	Slaugytojų amžiaus ir darbo stažo įtaka mirštančiųjų pacientų slaugos problemų pasitaikymo dažnio vertinimui	65
15	Slaugytojų ankstesnė patirtis mirties klausimu įtaka mirštančiųjų pacientų slaugos problemų pasitaikymo dažnio vertinimui	66
16	Slaugytojų požiūrio į mirštančiųjų asmenų slaugą ir mirštančiųjų pacientų slaugos problemų pasitaikymo dažnio vertinimų sąsajos	67

17	Slaugytojų pasiskirstymas pagal nuomonę apie specialistus, galinčius padėti mirštantiems pacientams ir jų artimiesiems, priklausomai nuo slaugytojų darbo vietos	69
18	Slaugytojų amžiaus ir darbo stažo įtaka nuomonei apie specialistus, galinčius padėti mirštantiems pacientams ir jų artimiesiems	70
19	Slaugytojų ankstesnė patirtis mirties klausimu įtaka nuomonei apie specialistus, galinčius padėti mirštantiems pacientams ir jų artimiesiems	70
20	Slaugytojų požiūris į mirštančių asmenų slaugą ir nuomonės apie specialistus, galinčius padėti mirštantiems pacientams ir jų artimiesiems sąsajos	71

#### PRIEDŲ SĄRAŠAS

Eil.Nr	Priedo pavadinimas	Puslapis
1.	Anketa slaugytojams	86
2.	Straipsnis International Conference of Young Researchers 2014, Gedvilaitė S., Dungilienė D., 2014 Aspects of Care of Dying Patients, p. 32-34.	93

# Turinys

<b>ĮVADAS</b> .....	9
<b>I. SLAUGYTOJO VAIDMUO MIRIMO PROCESĖ</b> .....	12
1.1 Mirties ir mirimo sampratos vystymasis .....	12
1.1.1 Mirtį ir mirimą įtakojantys veiksniai .....	14
1.1.2. Paciento susitaikymo su mirtimi procesas .....	15
1.1.3. Slaugytojų požiūris į mirtį ir mirimą .....	17
1.2 Slaugytojų išgyvenimai slaugant mirštančiuosius .....	19
1.3 Slaugytojo vaidmens, teikiant pagalbą mirštančio paciento artimiesiems, analizė.....	21
1.4 Slaugytojų nuomonės apie efektyvią mirštančiųjų slaugą analizė .....	25
1.5 Slaugytojo vaidmuo teikiant dvasinę pagalbą mirštančiajam.....	28
<b>II. EMPIRINĖ DALIS</b> .....	31
2.1. Tyrimo metodika .....	31
2.1.1. Tyrimo imties charakteristikos .....	32
2.1.2. Tyrimo metodai .....	34
2.1.3. Tyrimo instrumentas .....	35
2.1.4. Tyrimo procesas / eiga.....	36
2.1.5 Tyrimo etika.....	37
2.2 Tyrimo rezultatai .....	39
2.2.1 Slaugytojų požiūris į mirtį ir mirimą .....	39
2.2.2 Slaugytojo jausmai mirštančiųjų slaugymo procese.....	51
2.2.3 Slaugytojo vaidmuo, teikiant pagalbą mirštančio paciento artimiesiems, ir požiūris į mirštančio asmens slaugą .....	56
2.2.4 Slaugytojų nuomonė apie efektyvią mirštančiųjų slaugą .....	62
2.3 Tyrimo rezultatų aptarimas.....	72
<b>IŠVADOS</b> .....	76
<b>REKOMENDACIJOS</b> .....	78
<b>LITERATŪRA</b> .....	79
<b>PRIEDAI</b> .....	85

## IVADAS

Temos aktualumas. Terminalinės būklės pacientų slauga ir pagalba gyvenimo pabaigoje yra viena iš didžiausių sveikatos priežiūros problemų. Mirtis yra esminė žmogaus gyvenimo dimencija – per ją atsiveria tikroji žmogaus gyvenimo prasmė, tai įsisąmoninta baigtis, tampanti integralia žmogaus egzistencijos dalimi (Drungilienė, Darginavičienė, 2006 p. 16-17). Dauguma slaugytojų savo darbo praktikoje neišvengiamai susiduria su sunkiai sergančiais ir mirčiai pasmerktais pacientais. Todėl slaugytojo vaidmuo mirimo procese yra labai svarbus (Ali, Ayoub, 2010 p. 16).

Mirtis yra procesas, kuris prasideda mirimu ir baigiasi mirtimi. Tai neišvengiamas ir paskutinis kiekvieno žmogaus žingsnis. Šiuolaikiniame pasaulyje žmogaus gyvybę galima palaikyti įvairiais aparatais, tačiau tai laikina (Fernandez-Sola, ir kt. 2012 p. 626). Mirtį galima atidėti tolimesniam laikui, tačiau ji neišvengiama (Mitchell ir kt. 2008 p. 904). Ji veikia ne tik ligonį bet ir teikiančiam jam pagalbą ir jo šeimą. Žmogui stovinčiam prie amžinybės slenksčio, reikia aplinkinių paramos, paguodos, nes mirties akivaizdoje kiekvienas jaučia baimę, nerimą, nežinomybę. Įveikti paskutinį gyvenimo etapą labai sunku, todėl ligoniui ir jo šeimai reikia pagalbos. Be to, labai svarbu padėti artimiesiems branginti likusias dienas ir jas kiek įmanoma tikslingiau išnaudoti. Mirštančiajam reikia ypatingos pagalbos ir slaugos. Slaugant tokį žmogų būtina sutelkti dėmesį ne tik į skausmo ar kitų simptomų reguliavimą, bet ir į psichologinius bei dvasinius slaugos aspektus, padėti jam išlikti oriam iki pat gyvenimo pabaigos (Jurkuvienė ir kt. 2007 p. 1184; Mok, Chiu, 2004 p. 475).

Higienos instituto Sveikatos informacijos centro duomenimis (2013 p. 186) Lietuvoje 2013 m. mirė 41 511 žmonių, t. y. 573 asmenimis daugiau negu 2012 metais. Lietuvos gyventojų mirties priežasčių struktūra jau daugelį metų išlieka nepakitusi. Pagrindinės mirties priežastys – kraujotakos sistemos ligos, piktybiniai navikai ir išorinės mirties priežastys. Lietuvoje kasmet nustatoma vidutiniškai po 16 tūkstančių insulto ir 7 tūkstančius miokardo infarkto atvejų (Poliakuvienė, Gurevičius, 2008 p. 13). Nuo kraujotakos sistemos ligų mirė daugiau nei pusė, t.y. 56,6 proc., nuo piktybinių navikų – 19,5 proc., o nuo išorinių mirties priežasčių – 8,9 proc. visų mirusiųjų.

Medikų profesija ne tik prestižinė, bet ir reikalaujanti didžiulės atsakomybės bei psichologinės įtampos. Viena sunkiausių priedermių medikų darbe – padėti išeinančiajam. Blogos naujienos pranešimas tampa sunkiu uždaviniu tiek gydytojui tiek slaugytojui (Kelley ir kt. 2012, p. 332). Šis vaidmuo yra skaitomas vienu iš daugiausiai streso sukeliančių medikų darbo aspektų (Hopkinson ir kt. 2005, p. 125).

Mokslinis naujumas. Sunkiai sergančių pacientų slauga tampa vis aktualesne, nes Lietuvoje, kaip ir visame pasaulyje, sparčiai didėja vyresnio amžiaus žmonių skaičius ir sergančiųjų onkologiniais susirgimais, tuo pačiu didėja paliatyviosios pagalbos poreikis. Paliatyvioji pagalba yra nauja, mūsų šalyje ir mažai nagrinėta mokslo tyrimo sritis, kai tuo tarpu kitos šalys yra toli pažengusios mokslinių tyrinėjimų bei atradimų lygmenyje. Lietuvoje buvo nagrinėtas „Slaugytojų studijuojančių universitete požiūris į mirtį“, „Paliatyvios pagalbos poreikis Kauno mieste“, „Slaptieji pacientai – mirštančiųjų šeimos nariai“ ir kiti – orientuoti į pacientų, sveikatos priežiūros darbuotojų poreikius ir jų tenkinimą, tačiau nei vienas tyrimas neatskleidžia konkretaus slaugytojo vaidmens mirimo procese.

Atsižvelgiant į gyventojų senėjimą, noras pasiekti „geros mirties“ rezultatą yra svarbus socialinis ir politinis prioritetas visame Vakarų pasaulyje (Watts, 2012 p. 20-30 ). Todėl didėjant vyresnio amžiaus gyventojų skaičiui, išauga ilgalaikės priežiūros paslaugų paklausa (Camerino, ir kt. 2006 p. 542). Neatmetama galimybė, kad dauguma vyresnio amžiaus žmonių kentės nuo demencijos ar kitų sunkių sveikatos sutrikimų. Didelė dalis šių pacientų judės tarp ligoninių ir slaugos namų (Dreyer, Forde, Nortvedt, 2011 p. 514-525), todėl būtina sutelkti dėmesį į vyresnių suaugusių žmonių sveikatos būklę visoje Europos Sąjungoje (Birmingham, 2006 p. 8) Paliatyvioji pagalba yra vienas iš didžiausių iššūkių sveikatos priežiūroje. Paliatyviai slaugomų pacientų simptomai yra sunkūs ir susiję su beveik visomis gyvybinėmis funkcijomis. Vyresnio amžiaus suaugusiųjų priežiūra apima bendravimą su pacientu ir jo artimaisiais. (Kelley, ir kt. 2012 p. 332).

Tyrimo problema. Lietuvoje slaugytojo vaidmens mirimo procese analizei skiriama nepakankamai dėmesio. Nors mirtis yra neatsiejama slaugytojo darbo dalis, o slaugyti sunkiai sergančius ir mirštančius pacientus, paremti jų artimuosius yra viena sudėtingiausių užduočių, su kuriomis savo praktikoje susiduria slaugytojas (Lekauskaitė, Venytė, Demskytė, 2006 p. 282).

Lyginant su kitais sveikatos priežiūros specialistais, slaugytojai patiria didžiausią sąlytį su pacientais ir jų artimaisiais. Pacientų mirtis yra neatsiejama slaugytojo darbo dalis, todėl būtent ši sveikatos priežiūros darbuotojų dalis turi būti nuolat tobulinami. Slaugytojams būtina suteikti žinių apie mirštančių pacientų fizinę, dvasinę, socialinę priežiūrą, būtina suteikti įgūdžių, kaip patiems suvaldyti emocijas (Reinke, ir kt. 2010 p. 753).

Apie 80 procentų žmonių miršta ligoninėse, kur medicinos mokslo pažanga ir teikiamos procedūros leidžia ilgesniam laikui atitolinti mirtį ir tik apie 20 procentų žmonių miršta namuose, apsupti savo šeimos ir draugų (Drungilienė, Darginavičienė, 2006 p. 17; Paknys, 2008 p. 52). Slaugant sunkiai sergančius ir mirštančius pacientus, labai svarbu suprasti, ką reikia liūdesys tiems, kurie jį patiria. Slaugytojui svarbu suprasti, kad tai, ką jis daro, yra iššūkis, tai simbolizuoja viltį ir pacientui, ir jo artimiesiems, ir jam pačiam. (Drungilienė, Darginavičienė, 2006 p. 16). Mirštantys pacientai ir tie, kuriems teikiama paliatyvi pagalba yra iš esmės pažeidžiami, todėl reikia aukšto

laipsnio moralinio ir etinio sąmoningumo norint teikti tinkamas paslaugas (Bloomer, ir kt. 2012 p. 27). Žmonės siekia gyventi oriai ir jei mirtis yra baigiamasis aktas šiame gyvenime - jis irgi turi būti orus. Tai kiekvieno žmogaus teisė - teisė į orią mirtį. Slaugos darbas yra sunkus, sekinantis, sukeliantis nerimo, baimės jausmą. Slaugytoja, slaugydama terminalinės būklės pacientus, gali jausti kaltės jausmą, prisiminti asmenines netektis, jaustis bejėge, susidurti su etiniais ir estetiniais klausimais (Lekauskaitė, Venytė, Demskytė, 2006 p. 286). Kad mirštančių pacientų slauga būtų efektyvi, slaugytojai turi būti pasiruošę įveikti savo baimę, nerimą, tinkamai bendrauti su pacientu ir jo artimaisiais. Slaugytojo kompetencija, noras padėti ir suprasti, sugebėjimas laiku pastebėti paciento nuotaikos pasikeitimus, perprasti ir pamėginti surasti teisingą išeitį iš susidariusios situacijos, sužadinti norą gyventi ir kovoti su savo liga yra labai svarbu slaugymo procese (Ali, Ayoub, 2010 p. 17).

**Tyrimo tikslas** – išanalizuoti slaugytojo vaidmenį mirimo procese.

**Tyrimo uždaviniai:**

1. Išanalizuoti slaugytojų požiūrį į mirtį ir mirimą.
2. Nustatyti slaugytojų išgyvenimus slaugant mirštančiuosius.
3. Išnagrinėti slaugytojo vaidmenį, teikiant pagalbą mirštančio paciento artimiesiems.
4. Išanalizuoti slaugytojų nuomonę apie efektyvią mirštančiųjų slaugą.

**Tyrimo objektas** – slaugytojo vaidmuo mirimo procese.

**Tyrimo subjektas** - slaugytojai slaugantys mirštančius pacientus.

**Tyrimo hipotezė** – Tikėtina, jog slaugytojų, supratimas apie mirtį ir mirimo procesą yra nepakankamas tam, kad būtų užtikrinta ori pagalba mirštančiajam.

**Tyrimo metodai:** 1) teorinės mokslinės literatūros analizė; 2) kiekybinis tyrimas anketinė slaugytojų apklausa.

# I. SLAUGYTOJO VAIDMUO MIRIMO PROCESĖ

## 1.1 Mirties ir mirimo sampratos vystymasis

I. Jakušovaitės (2001, p. 222) duomenimis, krikščioniškos Vakarų Europos žmogaus požiūris į mirtį perėjo keletą etapų. Iki XII a. mirtis buvo suprantama kaip įprastas, artimas ir neskaudus reiškinys. Mirtis buvo suvokiama ne kaip asmeninė drama, o kaip natūralaus susitaikymo su gamtos tvarka reiškinys. Žmogus ją sutikdavo paprastai, negalvodamas, nei kaip iš jos ištrūkti, nei kaip ją išaukštinti, bet su deramu iškilmingumu, kad pabrėžtų svarbą didžiųjų etapų, kuriuos kiekvienas gyvenantis šioje žemėje turi įveikti, kaip teigia M. Paknys (2008, p. 167), žmonės apie artėjančią mirtį įspėdavo natūralūs ženklai arba dar dažniau – vidinis įsitikinimas. Tai buvo kažkas labai paprasta, tai, kas perduodama per amžius ir ką mes teberandame dabartyje. Žinodamas, kad artėja gyvenimo pabaiga, mirštantysis jai ruošdavosi. XII a. mirties buvo laukiama gulint išsitiesus.

U. MacConville (2006, p. 138) nuomone, kai žmonės kenčia paskutinėmis savo gyvenimo dienomis tampa baikštūs ir bijo mirties dėl religinių motyvų, tokiu atveju religija tampa tik dar viena problema, o ne sprendimas. A. Šeškevičiaus (2011, p. 111) teigimu dvasingumas tam tikras požiūris į gyvenimą. Jis parodo, kaip žmogus vertina gyvenimo įvykius ir kitus žmones, kaip jis reaguoja bendraudamas su jais. Dvasingumas siejasi su bet kokiais religiniais ir moraliniais vertybėmis, kurios konkrečiai pasireiškia, kaip gyvenimo nuostata arba tam tikras nusistatymas, duodantis pagrindo veiksams. Dvasinės problemos gali kisti, bet kuriuo žmogaus gyvenimo laikotarpiu, bet jos tampa daug aktualesnės, kai suvokiama, jog jis tikrai netrukus mirs, kaip teigia M. Paknys (2008, p. 110) geriausias šaltinis, atskleidžiantis senųjų laikų požiūrį į mirtį, yra testamentai. Testamentai dažnai surašomi ruošiantis sutiktį mirtį, jau po išpažinties ir miršančiajam akivaizdžiai suvokiant gyvenimo trumpumą ir trapumą. Todėl kartais testamentai atskleidžia žmonių išgyvenimus, kurių nėra jokiuose kituose šaltiniuose. Tačiau neretai aptinkama testamentų, kurie buvo rašomi ir keli mėnesiai arba net keleri metai prieš mirtį. Jie būna daug labiau apmąstyti, tvarkingesni, kartais pateikia giminės genealogiją, įvardija nesumokėtas skolas. O tie testamentai, kurie rašyti kelios dienos arba net valandos prieš mirtį, dažnai chaotiškesni, spontaniškesni. Nuo XIII iki XVIII a. buvo įprasta, kad žmonės savo valią pareikšdavo mirties patale. XIX a. tokia praktika išnyko. Kai protas nebeveikdavo, o emocijos tapdavo nestabilios, buvo galima tikėtis skubotų sprendimų. I. Jakušovaitės (2001, p. 166) manymu, XIII – XVII a. mirtis buvo miršančiojo ir tik jo vieno reikalas, kiekvienam derėjo pačiam išreikšti savo mintis, jausmus, pageidavimus. Mirties laukiama lovoje, „gulint mirties patale“. Mirtis – tai vieša bei organizuota ceremonija. Organizuota paties miršančiojo, kuris jai vadovauja ir žino jos eigą. O jeigu jis pamiršta, esantys

šalia: gydytojas ir kunigas, privalo jam priminti krikščionišką ir paprotinę tvarką. Mirštančiojo kambarys virsdavo vieša vieta. Apeigos būdavo atliekamos pagarbiai ir iškilmingai. U. MacConville (2006, p. 144) duomenimis kai kuriems mirštantiems žmonėms, ypač vyresnio amžiaus, Dievas labiau asocijuojasi su paskutinio teismo diena, nei su palaima ir atilsiu, tai tik sukelia papildomo jaudulio pacientams ir jų šeimos nariams. Jau kiek vėliau XIX a. antroje pusėje

I. Jakušovaitės (2001, p. 167), nuomone aplinkiniai buvo linkę gailėtis ir nuo mirštančiojo slėpti jo sunkią būklę. Mirštantysis tapo tuo žmogumi, kuris neturi žinoti. Trokštama tausoti ligonį, palengvinti jo negalią. Vengiama visko, kas kelia liūdesį ar rūpestį. Tačiau mirties tema vėl gražinama į diskusijų sritį. Mirtis vėl tampa reiškiniu, apie kurį kalbama. Pasikeitė mirties vieta. Jei tradicinėje visuomenėje žmogus mirdavo šeimos aplinkoje, tai dabar dažniausiai nebemirštama namuose tarp savųjų, mirštama ligoninėse ar važiuojama į jas numirti, T. L. Power, S. M. Smith (2008, p. 253), duomenimis didžioji dalis žmonių tikisi numirti ligoninėje, apsupti gydytojų ir slaugytojų. Mirtis atsitraukė ir palikusi namus, persikraustė į ligoninę: įprastame kasdieniame pasaulyje jos nebėra. Nūdienos žmogus, nebematydamas jos dažnai ir iš arti, ją užmiršo: ji pasidarė laukinė. Medicina nepastebimai įdiegė tikėjimą, kad ji gali neribotai pratęsti žmogaus gyvenimą. R. Darginavičienės, D. Drungilienės (2006, p. 17) nuomone, tradicijos, pagal kurias mirtis buvo laikoma neišvengiama gyvenimo patirties dalimi, šiuo metu visiškai pasikeitė: mirtis tapo svetima ir baugi. Apie mirtį niekas nieko nežino, tačiau paprastai dauguma žmonių jaučia vidinį nerimą susidūrę su mirtimi. M. S. Kolawole, A. K. Kolusegun (2008, p. 195), nuomone mirtis yra neišvengiama gyvenimo pabaigos dalis, kuri atneša netikrumo ir nesaugumo jausmą, atsiskyrimas su artimaisiais būna nepakeliamai skaudus. Kiekvienas žmogus mirtį priima skirtingai. Su mirtimi susijęs nerimas yra apibrėžiamas kaip baimė to kas nutiks, kaip nutiks, baimė dėl tų, kurie liks vieniši, pergyvenimas dėl sukeltų rūpesčių. Kiekvienas žmogus galvoja kas nutiks po mirties, kokia mirtis laukia.

Apibendrinant matome, kad mirtis visada buvo šalia žmogaus, tik skirtingais laikais skirtingai žmonės ją suprato. Vienintelis dalykas, kurį žmogus tikrai žino ateisiant, yra mirtis. Mes, žmonės, esame mąstančios butybės, galinčios apmąstyti ir savąjį mirtingumą. Nė vienas nežinome, kada ir kur mirsime, bet visi žinome, kad mirsime. Mirtis buvo nedramatizuojama, o suvokiama kaip natūralus gamtos reiškinys. Į mirtį buvo žiūrima kaip į perėjimą kiton būsenon, išplėšiančią žmogų iš kasdienio gyvenimo, iš protingos visuomenės, atitraukiančią nuo kasdieninio darbo. Kaip gimimas yra gyvenimo šioj žemėj pradžia, taip mirtis yra gyvenimo pabaiga.

### 1.1.1 Mirtį ir mirimą įtakojantys veiksniai

A. Lesauskaitė (2001, p. 282) pabrėžia, jog mirtis, kaip ir gimimas, yra neišvengiama gyvenimo dalis. Tai yra normalus procesas. Daugiausia gąsdinanti yra ne pati mirtis, bet mirimo procesas. Mirtis yra paskutinis kiekvieno žmogaus žingsnis. Mirtis tarsi tampa vienu svarbiausių reiškinų, apie kuriuos sukasi visuomenė (Paknys, 2008, p. 193). I. Jakušvaitė (2001, p. 168) nuomone, mirtis yra esminė žmogaus gyvenimo dimensija – per ją atsiveria tikroji žmogaus gyvenimo vertė ir prasmė. Žiūrint iš gamtos mokslų pozicijos, jokios mirties problemos nėra, visa, kas gyva, miršta. Tačiau mirtis – ne tik biologinė, bet ir ontologinė kategorija. Kaip mano I. Jakušvaitė (2001, p. 168), tūkstančius metų žmogus buvo visiškai savo mirties šeimininkas. Mirtis buvo tik miršančiojo reikalas. Šiandien situacija iš esmės pasikeitė. Šiuolaikinės reanimatologijos laimėjimai leidžia žmogų grąžinti į gyvenimą po kvėpavimo ir širdies darbo sustojimo, tęsti jo gyvybę gana ilgai naudojant dirbtinio kvėpavimo aparatą, dirbtinį inkstą, kardiostimuliatorių, širdies vožtuvų protezus ir kt. Įvairiais gyvenimo trukmės tarpsniais mirimas ir mirtis skiriasi. Pačią mirties sampratą įtakoja epocha (papročiai, kultūra), žmonių patirtys, dvasiniai poreikiai, socialiniai pokyčiai bei paties žmogaus pasirengimas mirčiai (Paknys, 2008, p. 197).

Dabartinė biomedicina mirtį skirsto į klinikinę ir biologinę. Šiandieninis paliatyviosios slaugos mokslas išskiria socialinę mirtį (žmogus nutraukia asmeninius ryšius ir lieka pats su savimi, tokiu atveju reikalinga psichologinė pagalba ir slauga), biologinę mirtį (silpnėja gyvybinės funkcijos), galutinę – fizinę mirtį (Darginavičienė, Drungilienė, 2006, p. 17). V. Gerasimavičiūtė, R. Gurevičius (2009, p. 45) duomenimis mirimui ir mirčiai įtakos turi ir daugelis įvairių veiksnių: fiziniai veiksniai (sunki, nepagydoma liga, smurtas, įvairūs nelaimingi atsitikimai, poveikis kitoms gyvybinėms veikloms, poveikis šeimos fizinei ir proto sveikatai), psichologiniai veiksniai (artėjančios mirties suvokimas, savo perspektyvos supratimas, tikėjimas dėl mirimo ir mirties, išgyvenamas stresas ir baimė, netekties ir sielvarto poveikis šeimai), socialiniai kultūriniai veiksniai (asmeninis požiūris į mirtį, su mirtimi susiję religiniai ritualai, papročių skirtumai), politiniai ekonominiai veiksniai (socialinė ekonominė padėtis, įvairių valstybinių, privačių firmų, kompanijų parama), aplinkos veiksniai (mirimas namuose, ligoninėje, įvairiose institucijose).

Apibendrinant matome, kad mirtis yra neišvengiama gyvenimo dalis. Visais laikais ji domino visuomenę. Tačiau pačią mirties sampratą įtakoja žmonių patirtys, epocha, socialiniai pokyčiai, dvasiniai poreikiai bei paties žmogaus pasirengimas. Mirimui ir mirčiai įtakos turi daugelis veiksnių: fiziniai, psichologiniai, aplinkos, politiniai ekonominiai, socialiniai kultūriniai veiksniai. Mirtis tebėra siaubingas ir bauginantis įvykis. Pasikeitė tik kova su mirtimi ir merdėjimu, bendravimas su miršančiuoju, jo vertinimas.

### 1.1.2. Paciento susitaikymo su mirtimi procesas

Mirtis yra neišvengiama visų gyvų organizmų dalis, ir kaip slaugos specialistai slaugytojai atlieka pagrindinį vaidmenį rūpindamiesi mirštančiuoju ir jo šeima. Dažniausiai slauga, suteikiama mirštantiesiems, yra susijusi su pačių slaugytojų požiūriu į mirtį (Dunn, Otten, Stephens, 2005, p. 99), kaip mano S. Li., J. Ng (2008, p. 949-955) teigiamas slaugytojų požiūris į mirštančio paciento ir jų artimųjų poreikius gali pagerinti gyvenimo kokybę mirštančiam, bei jo artimiesiems. R. Rudalevičienės, P. Narbekovo (2006, p. 145) duomenimis, sunki liga įbaugina žmogų. Atsiranda nežinia dėl ateities, nesaugumo jausmas. Visi išgyvenimai, įtampa, fizinių ir dvasinių jėgų eikvojimas griaua ir gniuždo pacientą. Dažnai tikėjimas suteikia vilties, stiprybės. Kai kuriems sunkiai sergantiems žmonėms mirtis gali atrodyti tarsi išsilaisvinimas iš nepatogumų ir kančių. Ligos sukelti fiziniai simptomai gali apriboti paciento socialinę bei religinę veiklą, ir tai sukelia papildomą kančią. Kančia, skausmas žeidžia artimuosius, sutrinka jų gyvenimo ritmas. Ilgai besitęsianti nepagydoma liga dažnai yra našta artimiesiems. Tačiau tiek pacientas, tiek jo artimieji gali nedrįsti kalbėti apie mirtį, gyvenimo prasmę, savo baimę ir kančias (Darginavičienė, Drungilienė, Istomina, 2009, p. 2335).

Gydytoja E. Kubler – Ross (2008, p. 222), atskiromis fazėmis aprašė nepagydomai sergančių pacientų jausmus iki jų amžiaus pabaigos. Ji išskyrė penkias susitaikymo su mirtimi stadijas: tai neigimas, pyktis, derėjimasis, depresija ir susitaikymas. I. Jakušovaitės (2001, p. 211) nuomone, neigimas yra sąmoningas ar nesąmoningas faktų, tikrovės, informacijos atmetimas. Tai yra apsauginis natūralus mechanizmas. E. Kubler – Ross (2008, p. 303), duomenimis kartais šis neigimas trunka kelias sekundes, kartais kelis mėnesius. Tokia pirmiausia kylanti reakcija, būdinga ir tiems, kuriems apie ligą buvo pasakyta tiesiai, ir tiems, kurie po kurio laiko patys priėjo šią išvadą. Pacientas išgyvena tikrą šoko fazę, kurios metu stengiasi viską paneigti. Pacientas vengia tikrovės, nenori sužinoti tikslių duomenų apie savo ligą, gali bandyti griebtis darbo, kuris ne pagal jėgas. Neigimas tarsi sušvelnina netikėtą, sukrečiančią žinią poveikį, leidžia pacientui susikaupti ir su laiku imtis ne tokios radikalios gynybos. Vėliau pacientas nustoja neigęs savo ligą ir ima atsiriboti nuo aplinkinių. Tada mirštantysis kalba apie savo sveikatą ir ligą, savo mirtį ir nemirtingumą taip, lyg tai jo visiškai nejaudintų. Tai leidžia pacientui susitaikyti su mirtimi, o drauge išsaugoti viltį. I. Jakušovaitės (2001, p. 212) teigimu, toliau seka pykčio stadija. Pyktis gali pasireikšti labai įvairiai. Individai gali pykti ant savęs arba pykti išlieti ant aplinkinių. Išskiriamos šios pykčio subkategorijos: baimė, kančia, skausmas. Tik susidūrę su mirtimi, suvokiame, kokie esame trapūs ir pažeidžiami. Beveik visiems norisi prašyti atleidimo, kad mirtis suteiks artimiesiems daug skausmo ir ašarų. Išgyvenama baimė tapti prieš mirtį priklausomiems nuo kitų, ar baimė apsunkinti savo artimuosius. Dauguma pačios mirties nebijo, bijo tik mirimo proceso.

Vyresnio amžiaus pacientai nori bėgti nuo mirties, jaunesnieji pyksta ant savęs, jog turiningai neišnaudojo kiekvienos gyvenimo akimirkos. Dažniausiai jie bijo ne skausmo, bet to, kas bus anapus. A. Toms ir kt. (2013, p. 379) atliktais tyrimais įrodyta, kad jaunesnio amžiaus žmonės mirties bijo labiau nei pagyvenę asmenys. E. Kubler – Ross, (2008, p. 303) teigimu, mirštantįjį užplūsta visas srautas emocijų. Atsiranda pyktis, įsiūtis, pavydas ir pagieža. Pyktis gali būti nukreiptas į šeimos narius, artimuosius, gydytojus, slaugytojus, kunigą ar Dievą. Dažnai mirštantysis negali išreikšti savo emocijų, kadangi jos yra užblokuotos vidinių ir išorinių „apsaugos mechanizmų“, neigiamų jausmų netoleruoja palydintieji, kadangi jiems labiau patinka bendrauti su draugišku ir susivaldančiu pacientu. Ir atvirkščiai, daugelis mirštančiųjų patys susikuria vidinius barjerus, kurie neleidžia pasireikšti neigiamoms emocijoms. Jie „neleidžia“ sau išreikšti susierzinimą ir pyktį. I. Jakušovaitė (2001, p. 211) nurodo, jog po pykčio seka derėjimosi stadija. Tradiciškai derėjimasis baigčių stadijos metu gali apimti derėjimąsi ir su pačiu Dievu, ir su savimi, ir medikais. E. Kubler – Ross (2008, p. 311) nuomone, pacientai jau lyg ir priima ligą, bet kartu stengiasi daryti viską, kad pasveiktų, gautų daugiau laiko. Tai bandymas atitolinti mirtį, kol bus pasiektas tam tikras tikslas. Mirštantieji gali derėtis su Dievu dėl mirties atidėjimo. Dažnai už atidėjimą prižadama pašvęsti gyvenimą bažnyčiai, paaukoti turto vargšams. Kitaip tariant žmogus stengiasi keisti savo elgesį, gyvenimo būdą, prižada neįgyvendinamų dalykų. Kiekvienu atveju tokios derybos yra labai žmogiškos ir normalios. Jis iš patirties žino, kad mažai tikėtina, jog už ypatingus nuopelnus bus patenkintas jo noras. Dažniausiai tas noras – tai gyvenimo pratęsimas, o taip pat troškimas bent kelias dienas išvengti skausmo ar fizinių kančių. E. Danytės, V. Ražanauskienės (2005, p. 11) manymu, slaugytojas turi bendrauti su pacientu, skatinti jį išsipasakoti. Išsikalbėjimas pacientams padeda pasijusti geriau. Toliau seka depresijos stadija.

Depresijos stadijoje nepagydomas pacientas nebegali neigti savo ligos, kai jam tenka susitaikyti su dar viena operacija arba hospitalizavimu, kai simptomų gausėja, o jis pats silpsta ir netenka svorio, jis nebegali į tai numoti ranka. Ligos progresavimas atskleidžia mirštančiajam jo padėtį. Į šį savo padėties suvokimą pacientas gali reaguoti su realistiška viltimi arba depresija. Viltis siejama ne tik su sveikatos būklės pagerėjimu, bet ir su mirtimi bei pomirtiniu gyvenimu. Tada keliamas klausimas dėl atsisakymo išlikti ilgesnį laiką gyvam bet kokia kaina, dėl požiūrio į skausmų slopinimą, dėl pageidavimo prie savo lovos turėti kitą žmogų mirties atveju. Jeigu mirštantysis savo tuščias derybas išgyvena kaip kapituliaciją, tada jo reakcija į tai gali būti tik nusivylimas, kuris gali pasireikšti depresijos simptomais (Kubler – Ross, 2008, p. 303). Penkta stadija tai susitaikymo, I. Jakušovaitė (2001, p. 222) teigė, jog susitaikymo stadija kinta - tai priklauso nuo asmens situacijos. Be abejo, mirštantys žmonės gali šią stadiją pasiekti greičiau nei jų artimieji, bet ir jie šios stadijos neišvengia, nes ir juos apima didelė širdgėla. E. Kubler – Ross (2008, p. 304) mano, kad pacientai esantys susitaikymo stadijoje nelaukia lankytojų, o jiems atėjus,

būna nešnekūs. Jie nuolat prašo, kad ateitų kuo mažiau žmonių ir kad jų apsilankymai būtų trumpi. Bendrauja daugiau tylomis negu žodžiais. Pacientas gali kalbėti apie mirtį, ankstesnį gyvenimą. Artėjančios pabaigos nuojauta susipina su pasirengimu priimti mirties faktą.

B. Kreiviniene (2005, p. 10) mano, jog mirštantis pacientas išgyvena tris mirties įsisąmoninimo lygius: atviro įsisąmoninimo, uždaro įsisąmoninimo ir abipusio įsisąmoninimo. Labai svarbu, ar žmogus įtaria, ar tikrai žino, kad miršta. Žmogaus žodžiai, kad jis miršta, dar nereiškia, kad taip yra. Tačiau savo perspektyvos suvokimas daro įtaką asmens nusiteikimui, nuotaikai ir elgesiui. Žmogus pats gali suvokti, kad miršta: jis nemato savo būklės gerėjimo požymių, sugeba vertinti savo išgyjimo galimybę. Taip pat jis jaučia, kai artimieji ima elgtis kitaip nei anksčiau.

Apibendrinant matome, kad mirtis paliečia tiek patį mirštantįjį, tiek jo artimuosius. Visi išgyvena penkias stadijas: neigimą, pyktį, derėjimąsi, depresiją ir susitaikymą. Tačiau individualiai nuo paties paciento dvasinės stiprybės bei pasiruošimo mirčiai priklauso kelias stadijas ir kuriuo periodu jis išgyvens. Vis dėlto visuose etapuose išlieka viltis, kuri teikia pacientams tikėjimo išlikti, ir šią viltį turi palaikyti ne tik artimieji, bet ir slaugytojai.

### **1.1.3. Slaugytojų požiūris į mirtį ir mirimą**

Šiuolaikinio žmogaus gyvenimo pilnatvę ir prasmę lemia daugybė veiksnių: fizinė ir dvasinė sveikata, materialinė gerovė, nepriklausomumas, socialiniai santykiai ir aplinka, kurioje jis gyvena ir kuria. Tačiau didžiausia žmogaus vertybė – sveikata (Kalibatienė, Cicėna, Jermak, 2010, p. 354), todėl labai svarbus yra slaugytojo požiūris į mirtį ir mirties procesą, kadangi didžiąją laiko dalį su pacientu praleidžia slaugytojas ir nuo jo priklauso kokia pagalba bus suteikta mirštančiajam. Seniau žmonės mirdavo savo namuose, apsupti artimos aplinkos, brangių jiems žmonių. Mirtis buvo suvokiama kaip neišvengiama ir neatsiejama gyvenimo dalis. Ši nuomonė pasikeitė per pastaruosius dešimtmečius ir mirtis dabar suvokiama kaip priešas, kuris turėtų būti sunaikintas. Dauguma žmonių dabar miršta ligoninėse, slaugos ir globos namuose. (Braun, Gordon, Uziely, 2010, p. 7). L. Danusevičienė, R. Jurkuvienė (2010, p. 8) teigia, kad žmogaus sveikata ir jos priežiūra yra ne tik biomedicinos, bet ir socialinių mokslų srities pažinimo objektas. Pacientas turi būti matomas ne kaip objektas, kuriam sutriko vienas iš organų, bet kaip žmogus, t. y. biologinė, psichinė ir socialinė būtybė, kuri išlieka tokia iki mirties. Žmogui, kaip socialinei būtybei, ypač svarbus socialinis kontaktas su aplinka, su kitais asmenimis. Dėl to, siekiant suteikti efektyvias ir kokybiškas medicinines paslaugas, greta kitų būtinų priemonių į mokslinių tyrimų akiratį neišvengiamai patenka pacientų kontakto su jų socialine aplinka gydymo proceso metu tema.

Mirtis ir mirimas: kaip su tuo susidoroti slaugytojui jei kasdien miršta jo pacientai. Mirštančiųjų priežiūra, dalyvavimas mirties procese yra pripažinti kaip labiausiai stresą keliantys veiksniai medikų darbe. Paciento mirtis yra tiek asmeninis tiek profesinis iššūkis, kuris gali turėti neigiamą poveikį (Murphy, Porock, 2011, p. 3364). Todėl L. F. Reinke ir kt. (2010, p. 756) mano, kad labai svarbu nuolat tyrinėti slaugytojų požiūrį į mirtį, kad būtų galima kuo daugiau sužinoti apie jų patiriamus jausmus, apie taikomos pagalbos modelius, apie turimus įgūdžius ir lūkesčius. Visi šie aspektai susiveda į vieną tašką - kokybišką mirštančių pacientų priežiūrą. Tiriant slaugytojų požiūrį į mirtį galima atrasti dar neišnaudotų galimybių, kadangi kiekvienas slaugytojas yra unikalus ir tik nuo jo vidinio supratimo priklauso, kokią pagalbą mirštančiajam jis suteiks. Mirštančio paciento poreikių nustatymas ir atitinkamų slaugytojo įgūdžių pritaikymas yra slaugos pagrindas.

Mirties kokybės tyrimai susideda į dvi fundamentalias koncepcijas, kurios gali padėti formuoti ateities paliatyvią slaugą. Pirmoji koncepcija teigia, kad mirtis nėra tik vienas taškas laike. To nesupratus negalima užtikrinti kokybiškų paliatyvios slaugos paslaugų. Antra: mirtis visada artėja ir darbuotojas turi būti pasiruošęs, tik pasiruošimas gali užtikrinti mirties kokybę, kai alternatyvų jau nebėra (Rebecca, Trotta, 2007, p. 1119). Kad užtikrintų kokybišką mirštančiųjų slaugą, slaugytojai privalo ne tik būti sukaupę tam tikrų žinių ir įgūdžių, bet ir turėti išsiugdytą supratimą ir vidinę kompetenciją teikti slaugą su užuojauta (Ali, Ayoub, 2010, p. 18). Lyginant su kitais sveikatos priežiūros specialistais, slaugytojai patiria didžiausią sąlytį su pacientais ir jų artimaisiais. Pacientų mirtis yra neatsiejama slaugytojo darbo dalis, todėl būtent ši sveikatos priežiūros darbuotojų dalis turi būti nuolat tobulinami. Slaugytojams būtina suteikti žinių apie mirštančių pacientų fizinę, dvasinę, socialinę priežiūrą, būtina suteikti įgūdžių, kaip patiems suvaldyti emocijas (Reinke ir kt. 2010, p. 757). R. Darginavičienės, D. Drungilienės (2006, p. 17) manymu, ligoninė tapo vieta, kur teikiamos procedūros leidžia atitolinti mirtį. Didžiosios dalies šiandienos slaugytojų nuomone, mirtis tai žmogaus gyvenimo baigtis. I. Jakušovaitės (2001, p. 222) įsitikinimu, galimybė šiuolaikinėmis medicinos priemonėmis pratęsti žmogaus gyvybę labai sustiprino tendenciją priešintis šiam tęsimui, todėl dabartinėje visuomenėje iškilo eutanazijos ir asistuojamos savižudybės problemos. Pagal I. Tuffrey-Wijne, J. Hogg, L. Curfs (2007, p. 333) gyvybės nutraukimo sprendimai yra labai komplikuoti, kai artimieji turi tarti paskutinį žodį, dažnai jų nuomonė nesutampa su medicinos personalo rekomendacijomis ir paties mirštančiojo norais.

I. Jakušovaitė (2001, p. 223) mirtį skirsto į „gerą“ ir „blogą“. Gera mirtis yra tokia: kai galima išvengti streso, kai galima išvengti artimųjų, pacientų bei slaugytojų kančios, kuri bendrais bruožais atitiktų paciento ir šeimos lūkesčius, kuri atitiktų medicininius, kultūrinius, etinius standartus. Bloga mirtis apibūdinama taip: nereikalingas kentėjimas, paciento ir artimųjų norų nepaisymas, dalyvių ir stebėtojų nuojauta, kad pažeistos padorumo normos. L. F. Reinke ir kt. (2010, p. 756) mano, kad mirštančiųjų gyvenimo kokybės gerinimas tapo prioritetine sveikatos

priežiūros dalimi. Gera mirtimi laikoma mirtis, kurios metu išvengiama skausmo, kančių, kuomet galima išpildyti paskutinius pageidavimus. Tačiau nepaisant dedamų didelių pastangų, vis dar yra neišspręstų klausimų ir neužpildytų spragų.

Apibendrinant matome, kad slaugytojų požiūris į mirtį ir mirimą yra labai svarbus, nes nuo to priklauso kokia slauga bus suteikta mirštančiajam. Žmonių požiūris į mirtį keičiasi ir nėra pastovus, todėl slaugytojų personalui reikalingos švietimo programos ugdančios teigiamą požiūrį į mirštančių pacientų slaugą.

## **1.2 Slaugytojų išgyvenimai slaugant mirštančiuosius**

Slaugytojai, palyginus su kitais sveikatos priežiūros profesionalais, vis daugiau laiko praleidžia slaugydami mirštančius pacientus. Rūpinimasis mirštančiais pacientais slaugytojui sukelia emocinį stresą. Patiriamos neigiamos emocijos gali turėti įtakos paslaugų kokybei. Slaugytojui patiriančiam nuolatinį emocinį išsekimą sunkiau bendrauti su pacientų artimaisiais o taip pat sudėtingiau suvokti mirštančiojo poreikius (Liu ir kt. 2011, p. 859). E. Kubler – Ross (2008, p. 333) mano, kad rūpinantis mirtinai sergančiais ligoniais svarbu žinoti, kad būna dienų, valandų, ar minučių, kai jie nori apie tuos dalykus šnekėti. Reikia tik pasirinkti tinkamą laiką. Jei slaugytoja ateis būtent tada, kai pacientas nori kalbėti, jei pajėgs suprasti jo užuominas, matys, kad daugelis mirštančiųjų trokšta pasidalyti savo rūpesčiais su kitu žmogumi, tuomet tokie pašnekėsiai teikia jiems palengvėjimą ir viltį. A. Lesauskaitės (2001) nuomone, bendraujant su tokiais pacientais galima daug sužinoti apie žmonių elgesį, adaptaciją ir gynybą, išgyvenant stresą. Slaugytojos nebijančios ramiai kalbėti apie mirtį, nuolatinė globa padeda pacientui įveikti nerimą dėl neišvengiamos baigties. Slaugytoja turi paremti paciento neigimą, suprasdama, kad tai jam reikalinga save apsaugoti ir apsibrasti su mirtimi. Pirmiausia bandyti išsiaiškinti paciento poreikius, perprasti jo stipriąsias vietas, įsiklausyti į tai, ką jis aiškiai arba neaiškiai sako, ir tik tada spręsti, kiek žmogus tuo metu nori suvokti realybę. E. Kubler – Ross, (2008, p. 333) teigimu, kad ir ką slaugytoja darytų, ligoniui viskas negerai. Mirtina liga sergantiems pacientams įžengus į paskutinę ligos stadiją, psichiatriniai simptomai ir psichologinis elgesys tik dar labiau prisideda prie visų ligos sukeltų kančių ir jam, ir jo šeimos nariams (Hultman, Keene Reder, Dahlin, 2008, p. 326). Šeimos nariai vengia ateiti, taip dar labiau padidindami paciento pyktį ir nerimą. Kai pacientas sulaukia pagarbos ir supratimo, dėmesio ir trupučio laiko, jis sumažina savo reikalavimus. Svarbu, kad pacientas suprastų, kad yra vertingas žmogus, turintis vertę, kuriuo rūpinamasi ir kuriam leidžiama, kol jis pajėgia, išlikti maksimaliai aktyviam (Kubler – Ross, 2008, p. 334).

D. Drungilienė, R. Darginavičienė (2006, p. 17) ir kiti autoriai pabrėžia, jog mirtis yra neišvengiama gyvenimo dalis. Kai žmogus suserga, jis negali tenkinti kai kurių poreikių, ir tai

veikia jį psichologiškai. Slaugytojo pareiga padėti pacientui. J. Costello (2006, p. 596) nuomone, slaugytojams būtina įsisavinti, kad mirtis - tai procesas, ir kad paciento poreikiai yra svarbiausi. Galimybė pažinti pacientą leidžia slaugytojams geriau suprasti paciento vidinį pasaulį ir jo poreikius (Mok, Chiu, 2004, p. 475). M. Rahnama ir kt. (2012, p. 4) nuomone pacientai susidūrę su mirtina diagnoze dažnai patiria sumišimą dvasiniame gyvenime. Jie kenčia nes netenka gyvenimo prasmės, nebegali įvykdyti savo gyvenimo tikslų, fizinės jėgos kaskart apleidžia kūną, o kartu kenčia ir paciento šeima. Todėl labai sunku suteikti tinkamą pagalbą, kai kiekvienas asmuo turi skirtingą požiūrį į dvasingumą, skirtingai supranta kokybišką slaugymą. Taip pat paciento slaugos poreikiai priklauso nuo asmens amžiaus, lyties, kultūros, ankstesnės asmeninės patirties ir gyvenimo pobūdžio.

S. J. Yardley (2009, p. 603) duomenimis, dvasinė priežiūra yra neatsiejama paliatyviosios pagalbos dalis. Tačiau labai sudėtinga teikti tokią pagalbą kol nėra konkrečių gairių kaip tai padaryti. Užtikrinant optimalią priežiūrą kyla tokių sunkumų kaip kompetencijos stoka, neaiškumas kas turi teikti tokią pagalbą, konkrečių dvasinių poreikių nustatymas. Neužtenka rūpintis vien tik žmogaus kūnu, reikia pasirūpinti ir dvasine gerove. Holistinis požiūris tuo ir grindžiamas, kad rūpintis reikia ne tik kūnu, bet protu ir dvasia (Nixon, Narayanasamy, Penny, 2013, p. 4). B. Kreivinienės (2005, p. 11) nuomone, su mirtimi siejama daug baimių. Dažniausiai tai skausmo baimė, vienišumo, nežinios, liūdesio, šeimos ir draugų praradimo baimė, tapimo nesvarbiu baimė. Neretai labiausiai bijoma skausmo, prisimenamas anksčiau patirtas skausmas ir manoma, kad mirtis yra dar skausmingesnė. Žmogaus gyvenime yra natūralu išgyventi liūdesį. Liūdesys dažniausiai siejamas su žmogaus praradimu. Žmogus, besiruošiantis mirti, liūdi dėl savo mirties, dėl to, kad praras savo artimuosius ir gyvenimo galimybes (Darginavičienė, Drungilienė, Istomina, 2009, p. 2335).

Rūpintis žmonėmis – tai sukelianti stresą profesija. Kartu su kasdieninėmis problemomis, personalo trūkumu, žemu atlyginimu, neįprastomis procedūromis, viršvalandžiais, pacientų mirtimis slaugytojai gali prarasti pusiausvyrą ir emociškai išsekti. Geri santykiai su kolegomis ir komandos parama padeda susidoroti su šiais stresoriais. (Kriukelytė, Vaškelytė, Žitinaitė, 2005, p. 8). V. Rasteniienės (2010, p. 3286) manymu, slaugyti mirštantį pacientą yra labai sunku tiek fiziškai, tiek psichologiškai. Slaugytojai turi veikti profesionaliai ir neperžengti savo veiklos kompetencijų ribų. Slaugytojų darbe patirtas stresas gali veikti daugelį organizmo sistemų ir funkcijų: širdies ritmą, kraujospūdį, kvėpavimą, emocinę būklę. Kaip slaugytojus veikia stresas, priklauso nuo trijų veiksnių: slaugytojo sugebėjimo pakelti stresą, streso intensyvumo ir tęstinumo laipsnio, paramos iš aplinkinių laipsnio. M. L. Campbell (2008, p. 304) manymu, mirštančiųjų slaugoje turi būti neužmirštami ir patys slaugytojai, dažnai darbo praktikoje su mirtimi susiduriantys slaugytojai išgyvena stresą, jaučia baimę, gailestį.

Stresas – sankaupta jausmų, kurie kyla individui dėl psichinio ir fizinio pobūdžio apribojimų, nusivylimų, praradimų ir pernelyg didelių reikalavimų. Slaugytojas kasdieninėje kalboje stresu vadina viską, kas nemalonu, kas gadina jo dvasinę ir fizinę savijautą. Manoma, kad stresas dažnai yra nugaros skausmų, sutrikusio miego, didelio kraujospūdžio, medžiagų apykaitos sutrikimo ar pablogėjusios regos, jautrumo orų pasikeitimams, nervingumo, net sumažėjusio potraukio ir nuovargio seksualiniame gyvenime, nutrūkusių meilės ryšių ir kt. priežastis. Slauga pati savaime kelią stresą. Jei yra ir didžiulis darbo krūvis, aišku, slaugytojo darbas ima nebeatitikti jo įsivaizduojamo idealo. Stresas darbe sukelia daugiau nei ketvirtadalį visų su darbu susijusių sveikatos sutrikimų. (Lekauskaitė, Venytė, Demskytė, 2006, p. 283). Slaugytojas yra žmogus, todėl kognityvus mąstymas lemia jo, kaip asmens išgyvenimą ir elgesį. Žmogus, patekęs į stresinę situaciją, nesąmoningai stengiasi suvaldyti ją, išsaugoti savo įvaizdį, gerovę, išsaugoti, pagaliau savo, kaip žmogaus vientisumą. Slaugytojas elgiasi panašiai (Lekauskaitė, Venytė, Demskytė, 2006, p. 284). Kasdieninis susidūrimas su mirtimi sukelia slaugytojų emocinį išsekimą, bei perdegimo sindromą. Paciento mirtis veikia slaugytojų psichologines reakcijas: nervingumą, nerimą, irzlumą, išsiblaškimą, beprasmį įniršį, pyktį. Slaugytojų požiūris į mirtį kinta nuo išdirbto laiko skyriuje. Darbo pradžioje dėl paciento mirties pergyvena didesnę dalis slaugytojų. Ir lėta, ir staigi mirtis slaugytojas veikia neigiamai, įtakos daugiau turi jaunas pacientų amžius (Rastenienė, 2010, p. 3287).

Apibendrinant matome, kad slaugytojai slaugantys mirštančius pacientus nuolat darbe patiria stresą, sunkumo jausmą. Slaugydami mirštantį išgyvena emocinį ir fizinį artumą su pacientu, todėl labai sunku valdyti savo emocijas. Dauguma slaugytojų jaučia gailestį, liūdesį, negali susitaikyti su paciento praradimu. Tačiau siekiant užtikrinti slaugos kokybę būtina išmokti valdyti savo jausmus ir emocijas. Slaugytojai turi atsakingai dirbti savo darbą vengti emocinio išsekimo, nes tai gali būti priežastis pakeisti darbo vietą.

### **1.3 Slaugytojo vaidmens, teikiant pagalbą mirštančio paciento artimiesiems, analizė**

Atsižvelgiant į gyventojų senėjimą, noras pasiekti „geros mirties“ rezultatą yra svarbus socialinis ir politinis prioritetas visame Vakarų pasaulyje (Watts, 2012, p. 367). R. S. Morrison, D. E. Meier (2004, p. 56), nuomone yra daug priežasčių, kodėl nepagydomai sergantys pacientai gauna nepakankamai priežiūros. Viena didžiausių priežasčių yra įsišaknijusi medicinos filosofija, kuri teigia, kad reikia ligas išgydyti ir pratęsti gyvenimą, o ne didinti gyvenimo kokybę ir mažinti kančias. Paliatyvioji priežiūra siekia palengvinti kančias ir pagerinti gyvenimo kokybę pacientams su progresuojančia liga, o taip pat ir jų šeimoms, taikant specialias žinias ir įgūdžius, įskaitant ryšių su pacientų ir šeimos nariais: skausmo valdymą ir kitus simptomus; psichologinius, dvasinius

išgyvenimus, netekties skausmą. Mirtis yra neišvengiama gyvenimo dalis. Mirštančiųjų gydymas ligoninėje yra epizodiškas arba nuolat besitęsiantis procesas siekiant įveikti lėtinę patologiją. Ūmi mirtis laikoma nesėkmingu gydymu, o lėtinėmis ligomis sergantys pacientai agresyviai gydomi iki paskutinės gyvenimo dienos, nors naudos dažniausiai tai neatneša. Tačiau nežiūrint į tai, kad pacientas miršta, reikia pasirūpinti jo fiziniais, dvasiniais, psichologiniais, socialiniais poreikiais. Pacientų poreikių tenkinimas turi vykti atsižvelgiant į jo moralinius įsitikinimus ir kultūrą (Nadimi, Currow, 2011, p. 5). R. Jurkuvienė, L. Danusevičienė, A. Mickevičiūtė (2007, p. 1184) rašo, kad liga ir mirtis – neišvengiama ir sudėtinė žmogaus patirties dalis. Žmogui, stovinčiam prie amžinybės slenksčio, reikia aplinkinių paramos, paguodos, juk mirties akivaizdoje kiekvienas jaučia baimę, nerimą, nežinomybę. 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. Mirštantis žmogus, kaip ir sveikas žmogus, jaučia tokius pat maisto, aprangos, pastogės, poilsio ir šilumos poreikius, nori būti gerbiamas, mylimas, orus. Tačiau sunkia liga susirgusiam žmogui atsiranda dvi specifinių poreikių grupės: nejauti skausmo (fizinio diskomforto) ir būti šeimos, artimųjų apsuptyje, namų aplinkoje. Mirtis visada buvo išskirtinė paslaptis, žmones sulyginantis reiškinys, keliantis daugybę klausimų. Apie mirtį niekas nieko nežino, tačiau paprastai dauguma žmonių jaučia vidinį nerimą, susidūrę su mirtimi (Kreivienė, 2005, p. 11). R. Darginavičienės ir D. Drungilienės (2008, p. 2085) duomenimis, mirtį ir mirimą galima įvertinti ir suprasti tik gyvenimo kontekste. Kaip nėra gyvenimo be gimimo, jo nebūna ir be mirties. Gimimas ir mirtis – tai du gyvenimo ribiniai taškai. Mirtis yra įsisąmoninta baigtis, tampanti integralia žmogaus egzistencijos dalimi. Mirtinai ligai progresuojant, netekties laukimas gali tapti labai emocionalus, skausmingas ir sukeliantis stresą abiem: šeimai ir pacientui (Hultman, Keene Reder, Dahlin, 2008, p. 325). P. Rudalevičienė, A. Narbekovas (2005, p. 101) teigia, kad sveikatos priežiūros specialistai linkę šeimos narių nepastebėti, todėl jie dažnai vadinami paslėptais ligoniais. Artimieji – ligonio kančios liudininkai – gali patirti psichologinį skausmą ir kaltę, jeigu jie negali ligoniui suteikti paguodos ar pasirūpinti reikalinga medicinos pagalba, kuri palengvintų ligonio kančias. Be to, ligonio priežiūros našta gali turėti neigiamą poveikį šeimos nariams, neturintiems tinkamų išteklių ar menkai pasirengusiems prižiūrėtojo vaidmeniui. Šeimos, kuriose yra nepagydoma liga sergančių ligonių, patiria pokyčius tiek ligos, tiek gedulo laikotarpiu. Artimieji, slaugantys savo šeimos narį, patiria stresinę situaciją, pablogėja jų fizinė, dvasinė sveikata, šeima patiria izoliaciją (nekviečiami į namus svečiai ir nebeišinama į svečius). Slaugyti sunkiai sergančius ir mirštančius pacientus bei paremti jų artimuosius yra viena iš sudėtingiausių pareigų, kurią savo praktikoje vykdo slaugytojai. Darbas su mirštančiais pacientais ir jų artimaisiais reikalauja gerų profesinių žinių, taip pat noro ir gebėjimo atiduoti dalelę savęs (Darginavičienė,

Drungilienė, 2008, p. 2084). A. S. Kelley ir kt. (2012, p. 333), mano, kad vyresnio amžiaus suaugusiųjų priežiūra apima bendravimą su pacientu ir jo artimaisiais. Blogos naujienos pranešimas tampa sunkiu uždaviniu tiek gydytojui tiek slaugytojui. Tokia žinia dažniausiai reiškia, kad žmogui teks susitaikyti su sunkia ir nepagydoma liga, su sumažėjusiomis fizinėmis ir socialinėmis galimybėmis, todėl turi būti numatoma abipusiai tinkama gydymo ir slaugymo strategija stengiantis nepažeisti žmogaus individualumo. Prasta komunikacija kelia pavojų gydytojo/slaugytojo ryšiui su pacientu. Nesant tinkamos abipusės komunikacijos gali likti neišspręstos paciento psichologinės problemos, tokios kaip nerimas, depresija, prisitaikymas prie ligos. Taip pat gali kilti pavojus, kad bus nesuvaldytas skausmas ir kiti simptomai. Slaugytojų vaidmenį mirties procese įtakoja tam tikri struktūriniai kintamieji: žinios apie mirtį, darbo patirtis, komunikacija ir dar daug kitų (Lange, Thom, Kline, 2008, p. 955). Rūpinantis mirštančiu pacientu atsiranda „terapinė sąjunga“ tarp slaugytojo ir paciento. Tokią sąjungą galima pavadinti paciento ir slaugytojo santykiu, kuris yra savarankiškas. Tai tarsi paciento ir slaugytojo sąveika, kuri turi teigiamą poveikį ir paciento artimiesiems. Tačiau reikia laikytis tam tikrų normų ir atsargiai žiūrėti į per didelį prisirišimą. Slaugytojo empatija ir profesionalumas slaugant mirštantį pacientą sukelia paciento artimųjų pasitenkinimą, nes jie jaučiasi saugūs palikę savo namiškį tinkamose rankose (Murphy, Porock, 2011, p. 3364). P. Rudalevičienė, A. Narbekovas (2005, p. 101) duomenimis, sunkiai sergančių ir slaugomų, paliatyvią priežiūrą gaunančių pacientų šeimoms liga turi didžiulį poveikį. Šeimos nariai turi priprasti prie kasdieninės ligonio priežiūros, jų vaidmens ir pareigų šeimoje pasikeitimo, prie gyvenimo prasmės bei tarpusavio santykių perkainojimo. Dėl būsimos terminalinės būsenos pabaigos artimieji išgyvena ir savo pačių pasikeitusią emocinę būseną, ir neretai – atsirandančią psichopatologiją. Tai gali turėti poveikį ir jų sveikatai, ir šeimos funkcijoms. Sunkiai sergančių ligonių artimiesiems dažnai reikalingas ir simptominis gydymas, ir moralinis bei dvasinis palaikymas. S. J. Clemmer, C. Ward-Griffin, D. Forbes (2008, p. 268) nuomone, namuose slaugant mirštantį pacientą artimuosius dažnai užplūsta nuovargis, vienatvė, neviltis ir baimė, padidėjęs psichologinis spaudimas. Papildomai žmonėms, prižiūrintiems vėžiu sergančius šeimos narius, išsivysto aukšto lygio depresija. R. Darginavičienės, D. Drungilienės (2008, p. 2085) teigimu, slaugytojo elgesys mirties akivaizdoje paprastai būna kaip didelė ir įsimintina parama šeimai. Artimo žmogaus mirtis šeimai – ne kasdieninis įvykis, ir slaugytojas privalo pagarbiai priimti jų išgyvenamus jausmus, būtina pagarbi žmogiška užuojauta.

Paliatyviosios pagalbos uždavinys yra pasiekti geriausią gyvenimo kokybę pacientams ir jų šeimos nariams (Dowling, Leary, Broomfield, 2005 p. 44). Mirties valandą artimieji patys to nesuprasdami, prieštarauja medikams, nesutinka su jų nuomone, nenori suprasti ir susitaikyti su artimojo netektimi. Taip išreikšdami nepasitenkinimą medicinos personalu (Tuffrey-Wijne, Hogg, Curfs, 2007, p. 333). Netekties akimirka žmonės patiria pykčio jausmą, pyksta ant pasaulio už tai,

kad iš jų yra atimamas mylimas žmogus. Dažnai medikų darbo praktikoje pasitaiko, kad artimieji patys to nesuvokdami savo pyktį išlieja ant slaugytojų, todėl medikai turi būti tolerantiški, mokėti priimti artimųjų išgyvenimus, jų išklaudyti ir stengtis padėti įveikti netekties skausmą (Eidukienė, 2005, p. 6). Artimieji turi susitaikyti su likimu ir suprasti, kad gyvenimas yra tik laikinas ir visi jame esame tik svečiai (Darginavičienė, Drungilienė, Istomina, 2009, p. 2335). Kaip teigia P. Rudalevičienė, A. Narbekovas (2005, p. 101), sunkiai susirgus šeimos nariui pasikeičia visos šeimos gyvenimo būdas, kiekvienas savaip išgyvena artimo ligą. Slaugytojo pareiga yra padėti artimiesiems suvokti, kad jų parama yra labai svarbi sergančiam artimam žmogui. Todėl ne retai pagalbos reikia sergančių ar mirštančių pacientų artimiesiems. Slaugytojos turi išmokyti artimuosius bendrauti su pacientu taip, kad nesukeltų jam nereikalingo streso. B. Kreivienės (2005, p. 11) nuomone slaugant sunkius, mirštančius pacientus svarbi yra ne tik žodinė kalba, bet ir bendravimas, informaciją perduodant veido išraiška, kūno judesiais. Artimieji gali padrąsinti ir padėti pacientui būti kiek įmanoma aktyvesniam. Jei jis gali šiek tiek paeiti, reikia skatinti vaikščioti, jei nevaikšto – atnešti paskaityti laikraščių, žurnalų, knygų. Jei negali skaityti – reikia jiems papasakoti, ką rašo laikraščiai. Galima leisti paklaudyti muzikos (Danytė, Ražanauskienė, 2005, p. 11). Taupant paciento energiją suplanuojama diena, įrankiai dedami taip, kad pacientas juos pasiektų, drabužiai ir avalynė – lengvai aprenjami ir nurengiami. Pasirūpinti, kad nebūtų daug lankytojų ir jie nevargintų mirštančiojo (Tamašauskienė, 2005, p. 9). Slaugytoja turi padėti mirštančiojo šeimai ir draugams suprasti paciento vis mažėjančią norą bendrauti su žmonėmis ir pabrėžti trumpų lankymų svarbą (Rudalevičienė, Narbekovas, 2005, p. 102). B. Kreivienės (2005, p. 11) nuomone, mirštančiojo paciento slauga yra labai subtili sritis. Pagrindinis tikslas slaugant mirštantį pacientą yra palengvinti jo mirtį: pašalinti vienišumą, liūdesį, mirties baimę, patenkinti asmens saugumo, orumo, savivertės, pasitikėjimo savimi jausmus, palaikyti viltį, susitaikyti su praradimu, užtikrinti fizinį komfortą. Pacientas dažniausiai pats intuityviai jaučia gyvenimo pabaigos artinimąsi. Todėl jam yra svarbu, kaip aplinkiniai reaguos į faktą, jog jis mirs. E. Kubler – Ross (2008, p. 333) tvirtina, kad žmonėms, žinantiems jog mirs, svarbiausias paprastas veiksnys per visą mirties procesą yra vilties turėjimas. Prie mirties slenksčio viskas turi būti paženklinta meile, nes tai yra stipriausia žmogaus dvasią kelianti jėga. Mirštantįjį reikia taip perengti, kad „jis sąmoningai atsiskirtų nuo laikinos savo buveinės – mirštančiojo kūno, išsivaduoję iš visų žemės ryšių ir laisvai galėtų toliau judėti šviesos link“. Todėl mirštančiajam reikia leisti pajusti meilę, mirštantysis turi pajusti, kad jis nėra vienas, kad juo rūpinamasi, jis apsuptas, apgaubtas meile, suteikti jam saugumo jausmą. Deja, nėra vienodų pacientų, o kaip elgtis konkrečiu atveju, priklauso nuo paciento asmenybės, sveikatos būklės ir daugelio kitų dalykų. Išėjimo metu turėtų būti rimties ir iškilmingumo atmosfera, padedantys išeinančiam pasiekti maksimalų susikaupimą (Rudalevičienė, Narbekovas, 2005, p. 102). Besirūpinantys ligoniais asmenys dažnai patiria fizinę,

emocinę, socialinę, ekonominę naštą, kurią sveikatos priežiūros specialistai vertina kaip tam tikrą neišvengiamumą. Susirgus vienam iš šeimos narių, patenkama į unikalią situaciją, nes, viena vertus, jie nori teikti ir teikia paramą, o, antra vertus, paramos reikia jiems patiems. Pasiėkus mirtiną ligos stadiją, visi šeimos nariai jau yra nukeliavę ilgą, sunkų kelią ir gali būti pažeidžiami, jiems taip pat jau reikia pagalbos (Harding, Higginson, 2003, p. 66).

Apibendrinant matome, kad labai svarbu mirštančiam žmogui yra artimųjų palaikymas, buvimas šalia, rūpestis, meilė. Tačiau nė vienas žmogus būdamas prie mirties slenksčio nenori jausti gailės, tikisi iš aplinkinių visaverčio bendravimo. Artimųjų parama bei meilė mirštančiajam suteikia vilties gyventi toliau, prasmingai praleisti likusias gyvenimo akimirkas. Todėl slaugytojai privalo išmokyti artimuosius tinkamai bendrauti su pacientu, neparodyti tikrų jausmų ir emocijų būnant šalia. Mylimų žmonių šypsena, geras žodis mirštančiajam gali būti pats geriausias vaistas, palengvinantis visas kančias.

#### **1.4 Slaugytojų nuomonės apie efektyvią mirštančiųjų slaugą analizė**

J. Macijauskienės, V. Lesauskaitės, G. Damulevičienės (2006, p. 18) duomenimis demografiniai pokyčiai ir visuomenės senėjimas neišvengiamai turi įtaką naudojimuisi sveikatos priežiūros ištekliais. Senstant atsiranda lėtinių ir ilgai trunkančių ligų – širdies-kraujagyslių, sąnarių, osteoporozė, diabetas, onkologinės, lėtinės kvėpavimo sistemos ligos, katarakta, glaukoma, kurtumas, protiniai ir lingvistiniai sutrikimai, traumos ir kt. Dažniausios 65 metų ir vyresnių tiek vyrų, tiek moterų mirties priežastys yra širdies ir kraujagyslių ligos, piktybiniai navikai, kvėpavimo organų ligos (Lesauskaitė, Macijauskienė, 2005, p. 97). Kaip mano D. Kalibatienė, S. Cicėnas, R. Jermak (2010, p. 359), šiuolaikinio žmogaus gyvenimo pilnatvę ir prasmę lemia daugybė veiksnių: fizinė ir dvasinė sveikata, materialinė gerovė, nepriklausomumas, socialiniai santykiai ir aplinka, kurioje jis gyvena ir kuria. Tačiau didžiausia žmogaus vertybė – sveikata. P. Hoddler, A. Turley (2004, p. 18) nuomone, negalima ignoruoti psichologinių, socialinių, kultūrinių, aplinkos ir politinių, ekonominių veiksnių poveikio, vis dėlto slaugant mirštantį žmogų svarbiausia suteikti jam fizinę ramybę. Dideles fizines kančias patiriantis žmogus nepajėgia bendrauti ir pasinaudoti jam rodomu dėmesiu. Ilgą laiką efektyvus skausmo malšinimas buvo problema, tačiau atsiradus naujoms technologijoms, medicinos mokslui žengiant į priekį, visiška skausmo kontrolė daugumai pacientų tapo įmanoma ir prieinama. Paliatyvi slauga yra vienas iš didžiausių iššūkių sveikatos priežiūroje. Paliatyviai slaugomų pacientų simptomai yra sunkūs ir susiję su beveik visomis gyvybinėmis funkcijomis. Mirtis atidedama tolimesniam laikui, tačiau neišvengiama. Slaugant tokius pacientus yra sukuriama psichologiniai santykiai tarp pacientų, pacientų artimųjų ir medicinos personalo. Taip sukuriamas specialus paliatyvos slaugos komanda, kurios vienintelis

tikslas - pagerinti mirštančiojo gyvenimo kokybę (Mitchell ir kt. 2008, p. 908). Kaip mano S. Wilkinson ir kt. (2008, p. 365) sveikatos priežiūros specialistai turi mokėti veiksmingai bendrauti su pacientais, patiriančiais stiprų stresą dėl ligos, aiškiai pateikti sudėtingą informaciją apie esamą situaciją. R. Rėklaitienės (2003, p. 4) duomenimis gyvenimo kokybės nustatymas yra reikšmingas įnašas vertinant subjektyvią tiriamojo sveikatą ir sveikatos priežiūros teikiamas paslaugas. D. Butėnienės (2012, p. 454) nuomone paliatyvi pagalba ir sunkiai sergančių ligonių gyvenimo kokybės gerinimas yra prioritetingas Pasaulio sveikatos organizacijos veiklos kryptys. Parengtos rekomendacijos, kuriose pateikiami pagrindiniai paliatyvios pagalbos principai, pabrėžiantys būtinybę atsižvelgti į kiekvieno paciento ir jo šeimos unikalius principus. R. Andrašūnienės (2006, p. 9) manymu, efektyvi slauga yra norimo rezultato siekimas, o norimas slaugos rezultatas – tai nuoširdus rūpinimasis žmogumi. Slaugytoja privalo bendrauti su pacientu, stengtis išsiaiškinti visus jo jausmus, poreikius.

Lietuvos Respublikos Bendrosios praktikos slaugytojo medicininėje normoje Nr. V- 437 (2004) nurodoma, kad slaugytojas privalo “mokyti pacientus, šeimas, bendruomenę saugoti ir prižiūrėti sveikatą ir suprasti mokymo, profesinės etikos, bendravimo ir bendradarbiavimo įtaką slaugos kokybei. J. Gulbinienės, J. Girdauskienės (2006, p. 293) nuomone, pacientų mokymo praktika pradėjo vystytis XIX amžiaus viduryje ir tapo neatskirama patikimos ir kokybiškos sveikatos priežiūros dalis. Florence Nightingale (XIX a.) laikoma pirmąja sveikatos mokytoja, pradėjusia mokyti pacientus ir slaugytojus, nes jie atlieka didžiausią darbą šviečiant ir mokinant pacientus. Kaip mokytojas, slaugytojas turėtų: sugebėti įvertinti individualius paciento poreikius; mokėti nustatyti mokymo tikslus; numatyti veiksmingiausias mokymo būdus, pagerinančius paciento priežiūrą; mokėti vertinti ne tik paciento rezultatus, bet ir savo atliekamos veiklos efektyvumą. Ši atsakomybė turėtų skatinti slaugytojus ieškoti naujų galimybių patobulinti savo mokymo žinias bei įgūdžius. Tačiau reikia suprasti, kad slaugytojai nėra vieninteliai atsakingi už sveikatos stiprinimą ir jos mokymą. Kiti specialistai taip pat turėtų įsitraukti į šį komandinį darbą, kad būtų pasiekta geriausių rezultatų pacientų mokymo srityje. Tačiau C. Lein, C. E. Wills (2007, p. 217) nuomone, bendravimas dabar naudojamas tik duomenims apie pacientą surinkti, o ne skatinti paslaugų teikėjo ir paciento santykių betarpiškumą, mokymą laikytis nurodyto gydymosi ar aptarti ligos valdymo efektyvumą. G. Bluzgytės (2005, p. 8) duomenimis, slaugytoja turi ugdyti paciento sugebėjimą įveikti savo skausmingus išgyvenimus, mokyti dalytis savo jausmais su kitais. Pagrindinis tikslas slaugant mirštantį pacientą yra palengvinti jo mirtį: pašalinti vienišumą, liūdesį, mirties baimę, patenkinti asmens saugumo, orumo, savivertės, pasitikėjimo savimi jausmus, palaikyti viltį, susitaikyti su praradimu, užtikrinti fizinį komfortą (Kreiviniene, 2005, p. 11). I. Rimantienės (2005, p. 12) teigimu, bendravimas yra visos slaugos sistemos pagrindas. Slaugytoja turi bendrauti su pacientu, stebėti jį, vertinti, ko pacientui labiausiai reikia. W. G. M. Ali, N. S.

Ayoub (2010, p. 16) nuomone tiek vertinant būklę, tiek planuojant priežiūrą, reikalingas dėmesys net smulkmenoms. Kompetentinga mirštančio žmogaus priežiūra apima: odos, burnos bei akių priežiūrą; atsakymo bei įrankių pritaikymą dėl progresuojančio silpnumo; naktinio apšvietimo užtikrinimą; pasirūpinimą ramia muzika; pasirūpinimą švaria patalyne; kvalifikuota slaugytojo pagalba. Paskutiniuosius gyvenimo valandomis organizme vyksta įvairūs fiziologiniai pokyčiai. Laiku neatkreipus dėmesio į kai kuriuos simptomus, galima pakenkti mirštančiajam, neteisingai numatyti mirties eigą, bei suteikti netinkamą pagalbą (Jakušovaitė, 2001). Kiekvienas žmogus savitas, skirtingas, todėl slaugomas turi būti skirtingai. Slaugytojo kompetencija, noras padėti ir suprasti, sugebėjimas laiku pastebėti paciento nuotaikos pasikeitimus, perprasti ir pamėginti surasti teisingą išeitį iš susidariusios situacijos, sužadinti norą gyventi ir kovoti su savo liga, yra labai svarbūs dalykai slaugymo procese ( Ali, Ayoub, 2010 p. 16).

Ketrios svarbios funkcijos išauga iš slaugytojo ir paciento santykių: formuoti pasitikėjimu grįstus santykius, būti dalimi šeimos, nuolat psichologiškai palaikyti pacientą kelionėje nuo gyvenimo į mirtį, praturtinti patirtį (Mok, Chiu, 2004, p. 475). I. Jakušovaitės (2001) duomenimis, fiziniai, psichologiniai, dvasiniai, socialiniai mirštančiojo poreikiai patenkinami šiais slaugos veiksmais: reikia stengtis, kad mirštantysis kiek galima mažiau kentėtų skausmą, taikyti įvairias priemones mažinant atsiradusį diskomfortą. Tai palengvins fizinį, emocinį, dvasinį skausmą. Reikia pasirūpinti, kad pacientas gautų lengvai virškinamo, apetitą žadinančio maisto. Valgydamas minkštą ar skystą maistą pacientas geriau jį nuris. Nepaisant problemų, susijusių su maitinimu, pacientas turi gauti gyvybiškai pakankamą kaloringą ir gausų mineralinių medžiagų maistą (Stukas, 2006, p. 12). D. Pukinskienė (2006, p. 6) nuomone nejudantį ligonį būtina vartyti, paguldyti į lovą su minkštu (oro) čiužiniu, taikyti pragulų profilaktikos priemones, mirštančiajam būtina judinti sąnarius kas 1 – 2 valandas, juos masažuoti, ypač tas vietas, kurios liečiasi su čiužiniu, kad sumažėtų paburkimas, pagerėtų kraujotaka. Negalima masažuoti paraudusios ar infekuotos su pragulomis odos. Dažnai ir atidžiai vertinti odos būklę. Ypač atkreipti dėmesį į kaulų iškilimo vietas. Odos vizualinis vertinimas: sveika (0 balų), plona, kaip popierius (1 balas), sausa (2 balai), edemiška (3 balai), lipni ir drėgna (4 balai), sutrikusi spalva (5 balai), sutrūkusi su bėrimais (6 balai). Lovos patalynė turi būti sausa ir švari (Pukinskienė, 2006, p. 7). Išmatų ir šlapimo pašalinimas reguliuojamas ir palaikomas vidurius skystinančiais medikamentais, klizma, kateterizacija bei kitomis pagalbinėmis priemonėmis (Tamašauskienė, 2005, p. 10). Mirštantis žmogus gali jausti susirūpinimą ir baimę dėl įvairių priežasčių. Tai, pvz.: mirties, skausmo, mirimo baimė, baimė prarasti kontrolę ir orumą, likti vienišam ir atstumtam. Dažnai trūksta bendravimo, kuris galėtų padėti visas tas baimes išsklaidyti. Mirštančiam žmogui didelio liūdesio šaltinis yra žinojimas, kad mirtis — tai atsiskyrimas nuo šeimos ir draugų. Dažnai tą liūdesį papildo nerimas dėl likusių po jo mirties sugebėjimo tvarkyti savo gyvenimą ir būsimo sielvarto (Lugton J., Kindlen

M. 2005, p. 12). Kaip teigia Ž. Luneckaitė, I. Jakušovaitė, G. Urbonas (2008, p. 2114), skausmas, kaip žmogaus patiriamas ir išgyvenamas egzistencinis fenomenas, žinomas taip seniai, kaip egzistuoja žmonija. Nepaisant medicinos technologijų pažangos, jis ir toliau išlieka aktualia, vis dar nepakankamai suprantama ir praktiškai išsprendžiama problema medicinoje. Išsivysčiusiose šalyse į skausmą žvelgiama vis rimčiau – kaip į savarankišką negalavimą, nepelnytai smukdantį žmogaus gyvenimo kokybę. Skausmo, kaip ligos simptomo, patyrimas turėtų įtakoti ne tik paciento kūną fizine prasme, ribodamas atlikti kasdienes uždavinius (miegoti, vaikščioti), bet ir jo psichologinę būseną (nuotaiką, gebėjimą džiaugtis gyvenimu). B. R. Ferrell, T. Borneman (2002, p. 622), nuomone vienas iš pagrindinių simptomų, labiausiai kankinančių pacientus bei jų šeimas yra skausmas. I. Jakušovaitė (2001) teigia, kad skausmas, kaip negatyvus paciento potyris, ligos simptomas gali turėti neigiamos įtakos paciento gyvenimo kokybei. Fenomenologijos požiūriu, liga reiškia pacientui daug daugiau nei paprastas fizinių požymių ir simptomų rinkinys, apibūdinantis tam tikrą ligą. Liga iš esmės patiriama kaip globalinis sutrikimas, apimantis ir „gyvenamojo kūno“ negalavimą kartu su lygiagrečiu asmenybės ir pasaulio santykio sutrikimu, ir pasikeitusį santykį su kūnu ir savimi, pasireiškiantį kūno sudaiktinimu ir jo susvetimėjimu. Šio globalinio sutrikimo tyrinėjimas apima tokias charakteristikas: kūno visumos, saugumo, kontrolės, veiksmų laisvės, pažįstamo bei įprasto pasaulio praradimą. Užuoat veikęs pagal asmens norus, skaudantis ar blogai funkcionuojantis kūnas griaua žmogaus planus, trukdo pasirinkti ir padaro juos neįmanomus. Liga sugriauna esminę kūno ir asmens vienybę. Liga gali taip pakeisti santykius su kūnu, kad kūnas tampa priešu.

Apibendrinant matome, kad kiekvieno mirštančiojo paciento slauga yra labai sudėtinga. Pacientai yra skirtingi, todėl skiriasi ir slaugymo principai. Pagrindinis slaugos tikslas yra palengvinti žmogaus mirtį, suteikti kiek galima daugiau komforto. Daugiausia laiko su pacientu praleidžia slaugytoja, todėl jai tenka ne tik rūpintis paciento fiziniu skausmu, bet kartu atlikti ir psichologo vaidmenį, bendrauti su mirštančiuoju ir jį išklaudyti.

### **1.5 Slaugytojo vaidmuo teikiant dvasinę pagalbą mirštančiajam**

Ž. Jankauskienė, ir kt. (2006, p. 251), nuomone šiandien slaugytojų veikla nebegali ribotis medicinine pacientų priežiūra. Joje tampa svarbūs socialiniai, psichologiniai bei pedagoginiai aspektai. V. Gerikienė, J. Petrauskienė (2006, p. 547) teigia, kad vykstant sveikatos priežiūros reformai Lietuvoje, kintant visuomenės požiūriui į slaugytoją, slauga tampa svarbi asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros dalis. D. Butėnienė, D. Kalibatiėnė (2012, p. 455), manymu pacientams, sergantiems išplitusiais navikais ir esantiems prie mirties slenksčio, gydomoji medicina mažai gali padėti, todėl tampa ypač aktualu kuo ilgiau užtikrinti jiems geresnę gyvenimo kokybę.

Paliatyvus gydymas dar vadinamas simptominiu, kadangi šio gydymo tikslas yra ne pagydyti pacientą, kada tai jau neįmanoma, o pagal galimybes siekti sumažinti pažengusios onkologinės ligos požymius. Trūksta mokslinių tyrimų, kurie analizuotų sunkiai sergančių bei terminalinės būklės ligonių fizines ir psichologines problemas. Pagal A. F. Street, A. Love, J. Blackford (2005, p. 47), paliatyvioji pagalba yra gyvenimo kokybės pagerinimas pacientams ir jų šeimoms, kurios susiduria su problemomis, susijusiomis su gyvybei pavojinga liga, taikant prevenciją ir pagalbą kančios atveju, greitai identifikuojant ir nepriekaištingai įvertinant bei gydant skausmą, įveikiant fizines, psichologines ir dvasines problemas. Daugeliui dvasingumas arba požiūris į gyvenimą ir sudaro gyvenimo pagrindą, į kurį remiasi jų gyvenimo normų vertinimas, vertybės bei veiksmai. Visa tai nėra išreikšta formalių įsitikinimų sistema. Kiti žmonės vadovaujasi formaliais struktūriniais įsitikinimais: jie gali būti religiniai, psichologiniai ar politiniai. Tikrasis šių žmonių dvasingumas ne visada atitinka tas taisykles ar normas, kuriomis jie vadovaujasi savo gyvenime, todėl ir jų elgesys gali neatitikti deklaruojamų įsitikinimų (Šeškevičius, Dambrauskas, Macijauskienė, 2004, p. 110). Dvasingumui paliatyviojoje pagalba pradedama skirti vis daugiau dėmesio. Dvasingumas siejasi su visomis religijomis ir dvasinėmis vertybėmis, kuriomis gyvenime vadovaujasi. Šia prasme dvasingumas neapribojamas kuria nors viena religija. Jis taikomas kiekvienam žmogui, kuris tiki Dievu ar transcendencija ir gyvenimą formuoja pagal savo religinius įsitikinimus. Vienas šiuolaikinės visuomenės religinio gyvenimo bruožų yra tai, kad individai vis dažniau religingumą mano esant asmeniniu reikalu (Šeškevičius, Valiulienė, 2011, p. 113). Laukiant mirties ligoniui pakviečiamas kunigas. Labai dažnai tą padaro net buvę netikintys asmenys, kuriems susitikimas su dvasininku tampa svarbiu pasimatymu, o kunigas – geidžiamiausiu pašnekovu. Tai galima pavadinti ramybės poreikiu. Žmogaus sielos šventumo siekimas ir poreikis ypač išryškėja bei suspindi prieš mirtį, kaip vienintelis tikras ir adekvatus geismas iškankintame skausmo, ligos ir panikos kūne (Rudalevičienė, Narbekovas, 2006, p. 145). Kaip teigia A. Šeškevičius, Ž. Valiulienė (2011, p. 114), tinkamos paliatyviosios slaugos pagrindinis komponentas yra veiksmingas komandos bendravimas, nesvarbu, ar ši pagalba teikiama pacientui, ar jo artimiesiems žmonėms. Šios taisyklės galioja visais atvejais, nepaisant to, ar paramą teikia slaugytojas, ar religinės bendruomenės vadovas, ar kitas komandos narys. Galima padėti žmogui įgyti žinių ir informacijos apie įsitikinimus, tikėjimą, tačiau neblogesnę paramą suteiks ir tas, kuris padės ligoniui ar jo artimiesiems melstis, melsis kartu su jais. D. M. Callaghan (2006, p. 47) mano, kad kliūtims slaugytojams įgyvendinant dvasinę pagalbą tampa įvairūs dvasiniai tikėjimai ir nepakankamos žinios apie dvasinę priežiūrą. A. Šeškevičiaus, Ž. Dambrausko, J. Macijauskienės (2004, p. 34), duomenimis dvasingumo koncepcijos ir slaugos būdų negalima nepaisyti. Ir pacientai, ir slaugytojai linkę labai atsargiai aptarinėti dvasinius reikalus. Kartais perdėtas dėmesys gali būti skiriamas tiems dalykams, kurių pats pacientas visai nenori giliau tyrinėti, tuo sudarydami bendravimo barjerą.

Todėl slaugytojai privalo stengtis empatiškai bendrauti ir tinkamai pildyti visus dokumentus ir aprašyti dvasinę slaugą, kad būtų galima geriausiai koordinuoti, planuoti ir vertinti visą slaugos procesą ir jo veiksmingumą. Slaugytojai galės teikti dvasinę pagalbą, jei turės praktišką, aiškią ir įgyvendinamą darbo organizavimo planą: išsiaiškins, ką tiksliai reikėtų sužinoti; numatys aiškius darbo tikslus; pasirinks tinkamiausius šios situacijos slaugos būdus; išsiaiškins, kokius reikėtų pildyti dokumentus ir ką užsirašinėti; sudarys išankstinį darbo grafiką ir vertinimo sistemą, padėsiančią analizuoti galutinius slaugos rezultatus. Remiantis slaugos literatūros šaltinių apžvalga, dvasingumui paliatyviojoje priežiūroje pradedama skirti daugiau dėmesio. Pastebėta, kad dvasingumas neturi vienareikšmio apibrėžimo. Tačiau beveik visi rasti apibūdinimai siejami su teologine šio fenomeno samprata, su dieviškumo pradū (Valiulienė, Šeškevičius, 2012, p. 160). A. Šeškevičius, Ž. Dambrauskas, J. Macijauskienė (2004, p. 34), pažymi, kad pasaulietinis dvasingumas - tam tikras požiūris į gyvenimą. Jis parodo, kad žmogus vertina gyvenimo įvykius ir kitus žmones, kaip jis į juos reaguoja. Tai ir suteikia gyvenimui tikrąją prasmę, yra gyvenimo tikslas. Tokį dvasingumą daugelis žmonių turi ir juo vadovaujasi, nors to sąmoningai galbūt net nesuvokia. Viską, ką jiems reiškia gyvenimas, kuo jie patys turėtų būti, lemia tam tikrų išankstinių nuostatų rinkinys. Tokiems žmonėms dvasingumas arba požiūris į gyvenimą ir sudaro pagrindą, į kurį remiasi jų vertinimas, vertybės bei veiksmai. Visa tai nėra išreikšta formalių įsitikinimų sistema. Kiti žmonės vadovaujasi formaliais struktūriniais įsitikinimais: jie gali būti religiniai, psichologiniai ar politiniai. Tikrasis šių žmonių dvasingumas ne visada atitinka tas taisykles, kuriomis jie vadovaujasi savo gyvenime, todėl ir jų elgesys gali neatitikti deklaruojamų įsitikinimų.

Apibendrinant matome, kad slaugytojo vaidmuo teikiant dvasinę pagalbą mirštančiajam yra labai sunkus. Tačiau kiekvienam pacientui reikalingas, net netikintys žmonės mirties akimirką tikisi Dievo pagalbos. Slaugytoja privalo mokėti bendrauti su pacientu stengiantis suteikti jam dvasinę ramybę, padėti susitaikyti su Dievo valia, įveikti mirties baimę.

## II. EMPIRINĖ DALIS

### 2.1. Tyrimo metodika

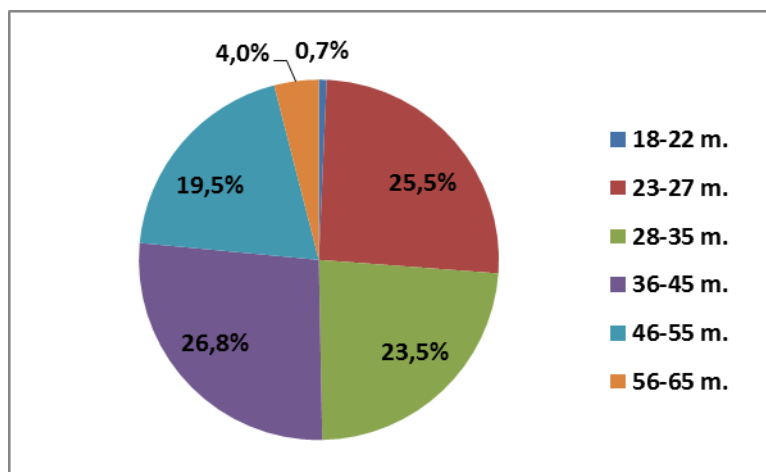
Tyrimo metodikos pagrindimas. Siekiant išanalizuoti slaugytojo vaidmenį mirimo procese buvo atliktas kiekybinis tyrimas. Naudotas instrumentas: anketa. Taikytas statistinis duomenų apdorojimas ir turinio analizės metodai. Kiekybinį tyrimą atlikti buvo pasirinkta Klaipėdos ir Klaipėdos rajono X ligoninių skyriai. Buvo išdalinta 165 anketos, kurias užpildė slaugytojai slaugantys mirštančius pacientus. Atlikti tyrimai apibendrinami daromos išvados, siūlomos rekomendacijos.

Teorinis tyrimo pagrindimas. Savo darbe pritaikyta lėtinio liūdesio teoriją, kuri padeda atskleisti slaugytojo vaidmenį mirimo procese. Ši teorija aiškina jausmus ir potyrius, kurie kyla sergant lėtine liga ar stovint mirties akivaizdoje. Slaugytojai, slaugantys sunkiai sergančius pacientus, turi žinoti, kad tokie žmonės patiria lėtinį liūdesį (Eakes ir kt., 1998). Lėtinis liūdesys yra apibrėžiamas kaip normalus sielvartui atsakas susijęs su nuolat gyvenime pasikartojančiais praradimais ir nuostoliais (Gordon, 2009). Nustatyta, kad žmonėms, vyresniems nei 65 metai, kas penkerius metus prisideda po vieną lėtinę ligą. Lėtinių ligų paplitimo didėjimas kai kurių mokslininkų yra vadinamas dvidešimt pirmo amžiaus pandemija, reikalaujančia daug materialinių ir sveikatos priežiūros resursų (Engström ir kt., 2006). Didėjant amžiui, didėja sergamumas lėtinėmis ligomis. Lėtinės ligos didina neįgalumo ir mirštamumo riziką, reikalauja daug materialinių ir sveikatos priežiūros resursų. Ilgaamžiai žmonės – didėjanti populiacijos dalis (Filipavičiūtė ir kt., 2010). Liūdesio teorija yra naudinga analizuojant patiriamus paciento jausmus ir išgyvenimus, o taip pat ir netekčių ištvėrimą. Ši teorija paskatina slaugytojus atidžiau pažvelgti į lėtinį skausmą ir jo sukeltus padarinius, paskatina kurti teigiamos įveikos strategijas. Suprasdami lėtinį skausmą slaugytojai gali planuoti intervencijas, skatinti adaptaciją prie esamos situacijos ir padėti įsijausdami į esama situaciją (Eakes ir kt., 1998).

Visi paciento poreikiai yra labai svarbūs, tačiau nė vieno iš jų negalima pradėti tenkinti, kol neišspręstos fizinės ir funkcinės sveikatos problemos (Valiulienė, Šeškevičius, 2012). Slaugytojo ir paciento sąveikos metu galima pastebėti kaip pacientas išgyvena lėtinę ligą ir kaip tai atsispindi jo mirties suvokime. Liūdesio teorija apima ne tik emocinius, bet ir somatinius potyrius. Šioje teorijoje galima išryškinti dvasinių poreikių, psichologinės pagalbos, lėtinio skausmo svarbą.

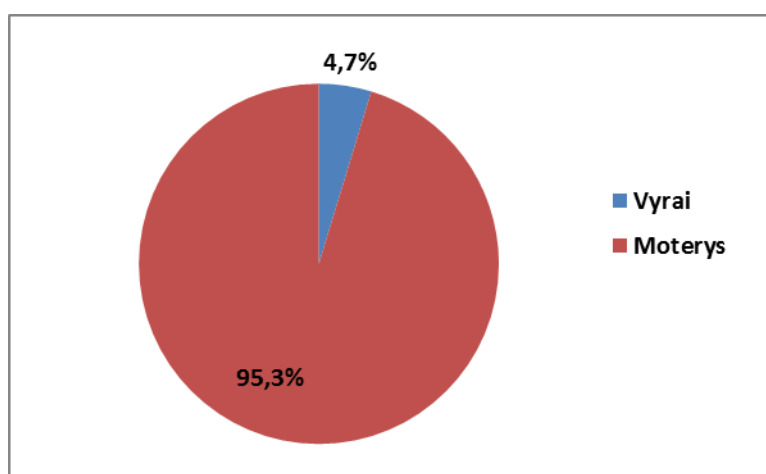
### 2.1.1. Tyrimo imties charakteristikos

Tyrimo imčiai buvo panaudotas sisteminis, arba mechaninis tyrimo atrankos metodas. Tai paprasto atsitiktinio būdo modifikacija. Čia iš populiacijos sąrašo tiriamieji parenkami neatsitiktinai, bet pagal tam tikrą sistemą (Kardelis, 2005 p. 398). Respondentai buvo pasirinkti iš Klaipėdos ir Klaipėdos rajono X ligoninių. Buvo išdalinta 165 klausimynai, grįžo 149. Klausimynų grįžtamumas 90,3 proc.



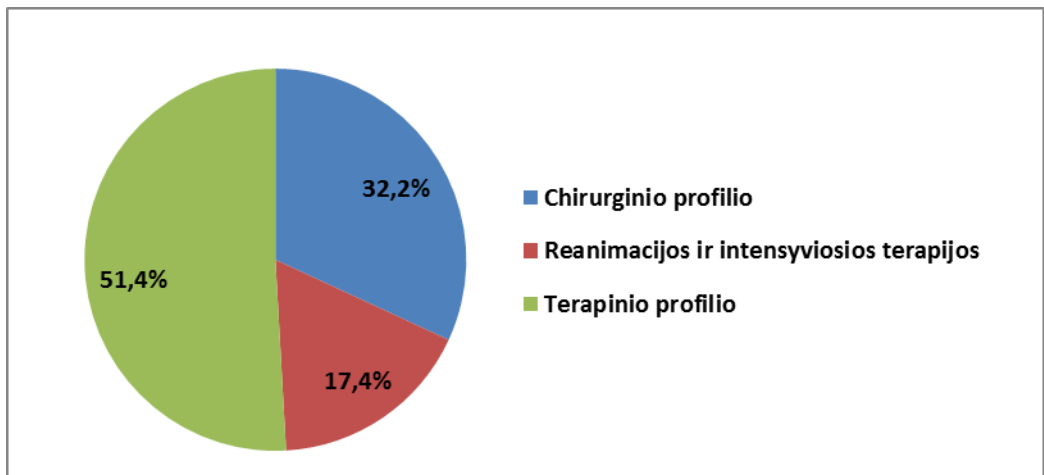
1 pav. Slaugytojų pasiskirstymas pagal amžių

Kiekybiniame tyrime dalyvavo 149 slaugytojų nuo 18 iki 65 metų. Panašias pagal dydį, amžiaus grupes sudarė 23-27 metų (25,5 proc.), 28-35 metų (23,5 proc.), 36-45 metų (26,8 proc.) ir 46-55 metų (19,5 proc.) slaugytojai. Mažiausios amžiaus grupes sudarė 56-65 metų (4,0 proc.) ir 18-22 metų (0,7 proc.) slaugytojai (1 pav.).



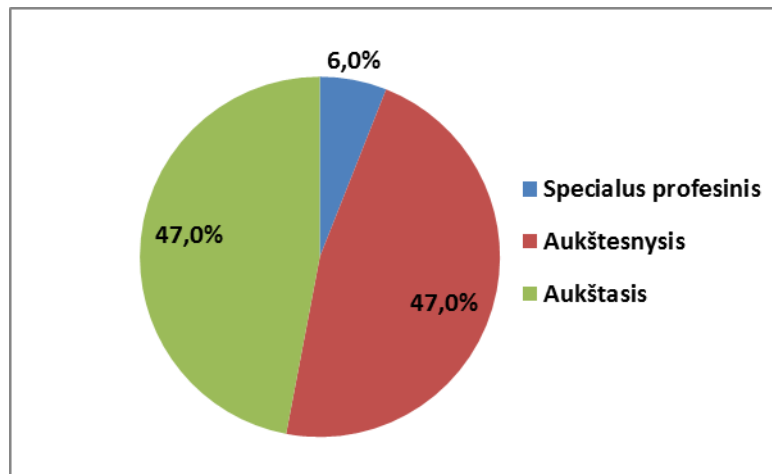
2 pav. Slaugytojų pasiskirstymas pagal lytį

Didžiąją slaugytojų daugumą (95,3 proc.) sudarė moterys. Vyrų buvo 4,7 proc. (2 pav.). Slaugytojų darbo stažo vidurkį sudarė  $12,6 \pm 10,1$  metų, mažiausias stažas buvo 0,5 metų, o didžiausias – 40 metų.



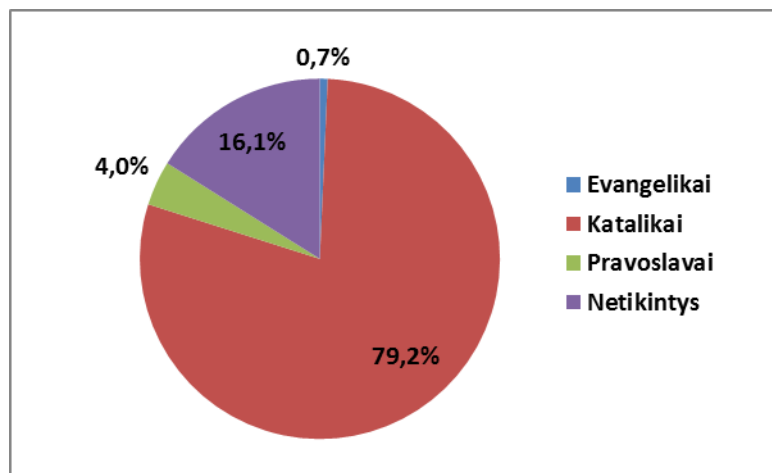
3 pav. Slaugytojų pasiskirstymas pagal darbo vietą

Dauguma slaugytojų (51,4 proc.) dirbo terapinio profilio skyriuose, 32,2 proc. – chirurginio profilio ir 17,4 proc. – reanimacijos ir intensyvios terapijos skyriuose (3 pav.).



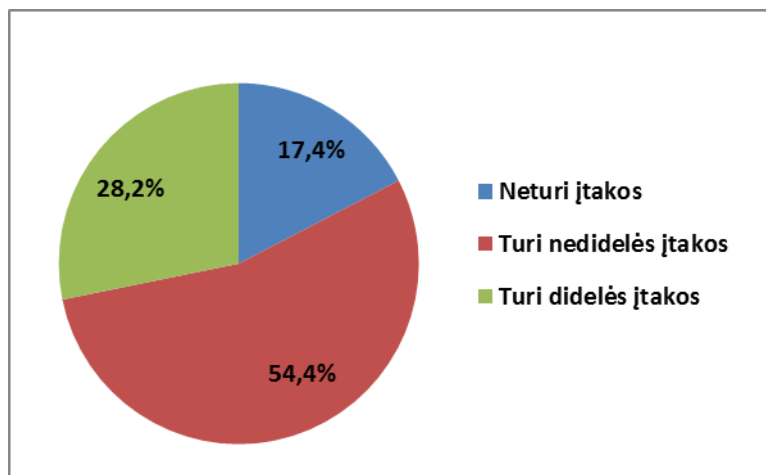
4 pav. Slaugytojų pasiskirstymas pagal išsilavinimą

Pagal išsilavinimą slaugytojai pasiskirstė sekančiai – 47,0 proc. turėjo aukštąjį išsilavinimą 47,0 proc. - aukštesnįjį ir 6,0 proc. – specialų profesinį išsilavinimą (4 pav.).



5 pav. Slaugytojų pasiskirstymas pagal religinius įsitikinimus

Didžioji dauguma (83,9 proc.) slaugytojų buvo tikintys, iš kurių 79,2 proc. katalikai, 4,0 proc. – pravoslavai ir 0,7 proc. – evangelikai. Netikinčių buvo 16,1 proc. slaugytojų (5 pav.).



6 pav. Slaugytojų pasiskirstymas pagal nuomonę apie religinių įsitikinimų įtaka požiūriui į mirtį

Analizuojant respondentų nuomonę ar jų religiniai įsitikinimai turi įtakos jų požiūriui į mirtį nustatyta, kad daugiau nei pusei (54,4 proc.) slaugytojų nuomone religiniai įsitikinimai turi nedidelės įtakos jų požiūriui į mirtį, 28,2 proc. – turi didelės įtakos ir 17,4 proc. slaugytojų – neturi visiškai jokios įtakos šiam požiūriui (6 pav.).

### 2.1.2. Tyrimo metodai

Siekiant išanalizuoti slaugytojo vaidmenį mirimo procese buvo atliktas kiekybinis tyrimo metodas, kurio objektas slaugytojo vaidmuo mirimo procese. K.Kardelio (2002) nuomone kiekybiniu galima vadinti tokį empirinį tyrimą kurio duomenys pateikiami skaičiais (kiekybine išraiška). Naudotas instrumentas anketa. Atliktas statistinis duomenų apdorojimas ir turinio analizės metodai. Duomenų analizei naudotas statistinis programų paketas „SPSS 17.0.1 for Windows”. Tikrintas kintamųjų pasiskirstymas pagal normalųjį dėsnį. Požymių, turinčių normalųjį pasiskirstymą, palyginimui tarp dviejų nepriklausomų grupių naudotas neporinis Stjudent'o t kriterijus, o nesant normaliam pasiskirstymui – neparimetrinis Man'o-Vitni'o kriterijus. Dviejų skirtingų požymių toje pačioje grupėje palyginimui taikytas porinis Stjudent'o t kriterijus, o nesant normaliam pasiskirstymui – neparimetrinis Vilkokson'o kriterijus. Daugiau nei dviejų nepriklausomų grupių požymių vidurkių palyginimui naudotas ANOVA metodas ir LSD kriterijus, kai požymiai buvo pasiskirstę pagal normalųjį dėsnį, o esant nenormaliam skirstiniui - neparimetrinis Kruskal-Valis'o kriterijus. Analizuojant koreliacinius imties požymių ryšius

(priklausomai nuo požymių pasiskirstymo) naudoti Spearman'o koreliacijos koeficientai ( $r$ ). Požymių pasitaikymo dažnumo skirtumams vertinti, naudotas Chi-kvadrato (\*2) kriterijus.

Naudoti statistinių hipotezių reikšmingumo lygmenys: kai  $p < 0,05$  - reikšmingi (\*); kai  $p < 0,01$  - labai reikšmingi (\*\*); kai  $p < 0,001$  - itin reikšmingi (\*\*\*) ; kai  $p > 0,05$  (ns) – statistiškai nereikšmingi. Klausimynų vidinis patikimumas vertintas apskaičiavus Cronbach'o Alpha.

### 2.1.3. Tyrimo instrumentas

Tiriamiesiems buvo pateikta anketa (žr. 1 priedą) kurią sudarė sociodemografiniai klausimai apie respondentų: (amžių, lyti, darbo stažą, religinius įsitikinimus, išsilavinimą). Collet Lester mirties ir mirimo baimės skalė, Frommelt'o požiūrio į mirštančiųjų slaugą skalė (FATCOD) ir mirštančiojo asmens slaugos poreikių klausimynas.

Anketoje naudojama Collet Lester mirties ir mirimo baimės skalė (angl. *The Revised Collet-Lester Fear of Death And Dying Scale* – Lester, 1990). siekiant įvertinti slaugytojų požiūrį į mirtį ir mirimą, nustatyti slaugytojų išgyvenimus slaugant mirštančiuosius. 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 bei baimę dėl savo ir kitų mirties. Collet Lester mirties ir mirimo baimės skalė sudaro keturios subskalės:

Paties mirtis, kuri leidžia suprasti kaip stipriai žmogus reaguoja į savo paties mirties aspektus, kaip visiška vienuma mirties akimirka, galimybė pomirtiniame gyvenime susilaukti bausmės arba kančios ir pan.

Pačios mirties procesas – kaip stipriai nerimaujama dėl galimybės mirti ligoninėje atskirai nuo draugų ir šeimos, skausmo ir pan.

Kitų mirtis įvardija kas yra išgyvenama slaugant mirštančiuosius, apgailestavimas, kad nebuvote malonesni, jiems esant gyviems ir pan.

Kitų mirties procesas nurodo nerimą kylantį mirties eigoje, matant kaip kenčia iš skausmo, turėjimas būti su tuo kuris miršta ir pan.

Kiekvieną subskalę susideda iš aštuonių teiginių, kuriuos tiriamieji turi pažymėti skaičiais svarbumo principu nuo vieno iki penkių, kur penki svarbiausiai o vienas mažiausiai svarbu.

Frommelt'o požiūrio į mirštančiųjų slaugymą skalė (FATCOD) – sukurta K. Frommelt 1991-ais (Frommelt, 1991). Tyrime buvo naudota (2003) FATCOD, B forma. naudojama nustatyti slaugytojų išgyvenimus slaugant mirštančiuosius, vaidmenį, teikiant pagalbą mirštančio paciento artimiesiems.. Buvo gautas autorių sutikimas naudoti šią skalę šiame tyrime. K. Frommelt'o požiūrių į mirštančiųjų slaugą skalė buvo 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, kuriuos respondentai turi pažymėti skaičiais svarbumo principu nuo vieno iki penkių, kur penki svarbiausiai, o vienas mažiausiai svarbu.

Taip pat anketoje naudojamas mirštančiojo asmens slaugos poreikių klausimynas skirtas slaugytojų nuomonei apie efektyvią mirštančiųjų slaugos analizę. Mirštančiųjų problemos anketoje išdėstytos remiantis paliatyvos slaugos objektais: skausmo ir kitų fizinių simptomų kontrolė, psichologiniai, socialiniai ir dvasiniai klausimai.

Šiame tyrime naudojamų klausimynų Collet Lester mirties ir mirimo baimės skalių, Frommelt požiūrio į mirštančiųjų slaugymą (FATCOD) ir mirštančių pacientų slaugos poreikių nagrinėjamų sričių patikimumui nustatyti buvo apskaičiuojami Cronbach'o Alpha koeficientai (1 lentelė).

1 lentelė. Klausimynų vidinio patikimumo įvertinimai

	Teiginių skč.	Cronbach'o Alpha
Collet Lester mirties ir mirimo baimės skalės sritys:		
Savo mirtis	8	0,85
Savo mirties procesas	8	0,80
Kitų mirtis	8	0,72
Kitų mirties procesas	8	0,88
Frommelt požiūrio į mirštančiųjų slaugymą skalė (FATCOD)		
Slaugytojų išgyvenimai, slaugant mirštančius	7	0,88
Slaugytojų vaidmuo, teikiant pagalbą mirštančio paciento artimiesiems	23	0,91
Mirštančių pacientų slaugos poreikių sritys:		
Fiziologinės problemos	8	0,83
Psichologinės problemos	8	0,87
Socialinės ir dvasinės problemos	10	0,87

Visos tyrime naudojamų klausimynų skalės pasižymi pakankamai aukštu vidiniu patikimumu, nes Cronbach'o Alphas koeficientai yra didesni nei 0,7.

#### 2.1.4. Tyrimo procesas / eiga

Tyrimas buvo atliekamas nuo 2013 rugsėjo mėn. iki 2014 gegužės mėn. šiais etapais:

1. Temos pasirinkimas – tema pasirinkta, nes ji yra aktuali, kiekvienas slaugytojas dirbantis ligoninės skyriuose neišvengiamai susiduria su sunkiai sergančiais ar mirčiai pasmerktais pacientais. Todėl slaugytojo vaidmuo mirimo procese labai svarbus. Trukmė (2013 gruodžio mėn.).

2. Mokslo šaltinių atranka, analizė ir ataskaitos rašymas - mokslinės literatūros rinkimas, kuria remiantis siekta išanalizuoti slaugytojo vaidmenį mirimo procese. Šaltinių buvo ieškoma EBSCOhost, Medline, duomenų bazėse, moksliniuose žurnaluose. Straipsniai buvo atrenkami pagal temos aktualumą, juose analizuojamų tyrimų kokybę ir tų tyrimų duomenų pagrįstumą. Literatūros apžvalga atlikta naudojant raktinius žodžius (slaugytojai, mirtis, paliatyvioji

pagalba, mirštantys pacientai, mirti namuose). Trukmė (vyko pastoviai, viso darbo rašymo metu), (2013 gruodžio mėn. / 2014 balandžio mėn.).

3. Tyrimo plano rengimas ir instrumento sudarymas / paieška - pasirinktas klausimynas, kuriuo siekiama išanalizuoti temos problemą atsakyti į išsikeltą hipotezę. Atliktas tikslų bei uždavinių iškėlimas, kurie leido numatyti kiekybinį tyrimą, dėl klausimyno tyrimui atlikti tinkamumo, etinių normų atitikimo. Tyrimui atlikti gauti reikalingi leidimai iš Klaipėdos universiteto Sveikatos mokslų fakulteto Etikos komisijos (2013 m. spalio mėn.) ir įstaigų vadovų Trukmė (2013 m. gruodžio mėn.).

4. Tyrimo duomenų rinkimas - atlikti kiekybinį tyrimą buvo pasirinkta Klaipėdos ir Klaipėdos rajono X ligoninių skyriai: chirurginių ir terapinių profilių. Gavus įstaigų vadovų sutikimus, buvo išdalinta 165 klausimynų skyrių vyresniosioms administratorėms ir suderinta, kada klausimynai bus surenkami (po 2 savaitių). Iš skyrių sugrįžo 90,3 proc. tyrimo rezultatų suvedimui tinkamų anketų. Trukmė (2014 sausio/2014 vasario mėn.).

5. Tyrimo duomenų analizė, rezultatų interpretavimas, bei pateikimas – duomenų analizei naudotas statistinis programų paketas „SPSS 17.0.1 for Windows“. Trukmė (2014 vasario / 2014 kovo mėn.).

6. Tyrimo rezultatų palyginimas – atlikus tyrimą gautus tyrimo rezultatus lyginau su panašiais anksčiau atliktais tyrimais. Trukmė (2014 kovo mėn.).

7. Išvadų ir rekomendacijų pateikimas. Trukmė (2014 balandžio mėn.).

8. Baigiamojo darbo ataskaitos parengimas. Trukmė (2014 balandžio mėn./2014 gegužės mėn.)

### **2.1.5 Tyrimo etika**

Prieš atliekant tyrimą leidimas atlikti apklausą buvo gautas iš 2013 m. Klaipėdos Universiteto Sveikatos mokslų fakulteto Etikos komisijos ir iš Klaipėdos ir Klaipėdos rajono X ligoninių vadovų į kuriuos Klaipėdos Universiteto Sveikatos mokslų fakulteto vardu raštiškai kreiptasi, prašant leisti atlikti įstaigoje anketinę apklausą. Kiekybiniame tyrime respondantai dalyvavo savanoriškai, buvo laikomasi dalyvių savanoriškumo principu, nes jie turėjo laisvo pasirinkimo galimybę – dalyvauti ar ne siūlomame tyrime (Razbadauskas ir kt., 2008), klausimynas buvo anonimiškas, jame nereikėjo rašyti nei vardo nei pavardės, pildomas savarankiškai be tyrėjo pagalbos. Tyrimas realizuotas laikantis tyrimo etinių aspektų: anonimiškumo, savanoriškumo, pagarbos, bei konfidencialumo principų. Respondentams buvo paaiškintas klausimyno tikslas, akcentuojama atsakymų svarba.

Anonimiškumo principas teigia, jog kiekvieno tyrėjo pareiga yra saugoti dalyvių, bei tyrimo duomenų anonimiškumą. Jo esmė yra ta, kad tyrimo dalyvių suteikta informacija, nepaisant jos

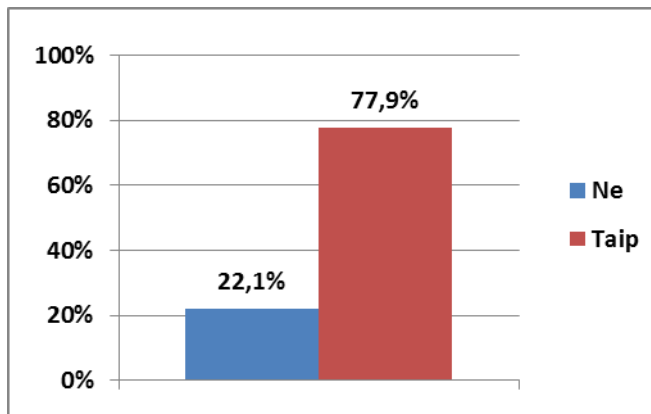
atvirumo ir asmeniškumo, neleistų nustatyti tiriamųjų tapatybės. Anonimiškumą garantuoja anketos be vardų ir užsiėmimo detalių ( Kardelis, 2002 p. 42).

Konfidencialumo principas tai reiškia, kad tyrėjas laikys paslapyje viską apie asmenį, pateikęs jam informaciją. Kitaip tariant šio principo esmė yra ta, kiek tyrėjas liks ištikimas tam, kuris jam padėjo tyrime. Šis klausimas aptariamas tyrimo pradžioje, kai jo dalyviams yra tiksliai paaiškinama kokios gali būti konfidencialumo ribos konkrečiau tyrimo kontekste ( Kardelis, 2002 p. 43).

## 2.2 Tyrimo rezultatai

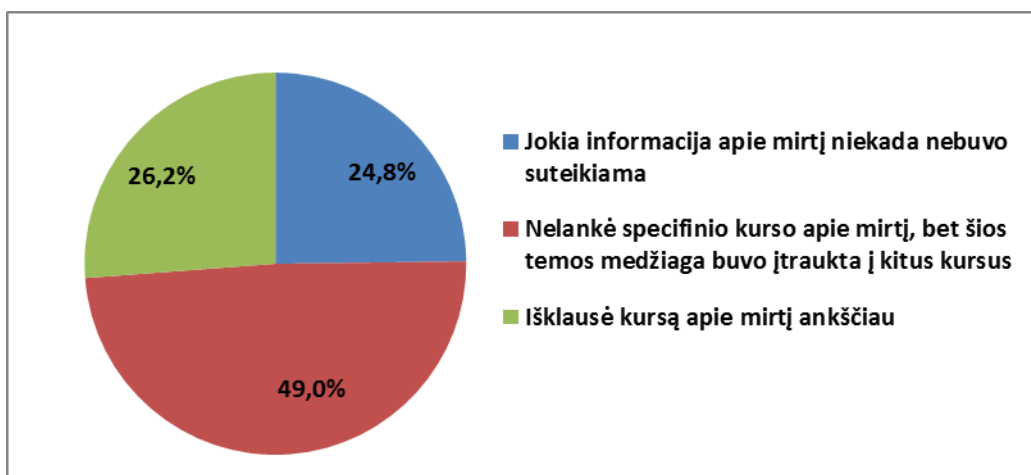
Atliktas kiekybinis tyrimas, siekiant išanalizuoti slaugytojo vaidmenį mirimo procese gauti tyrimo rezultatai.

### 2.2.1 Slaugytojų požiūris į mirtį ir mirimą



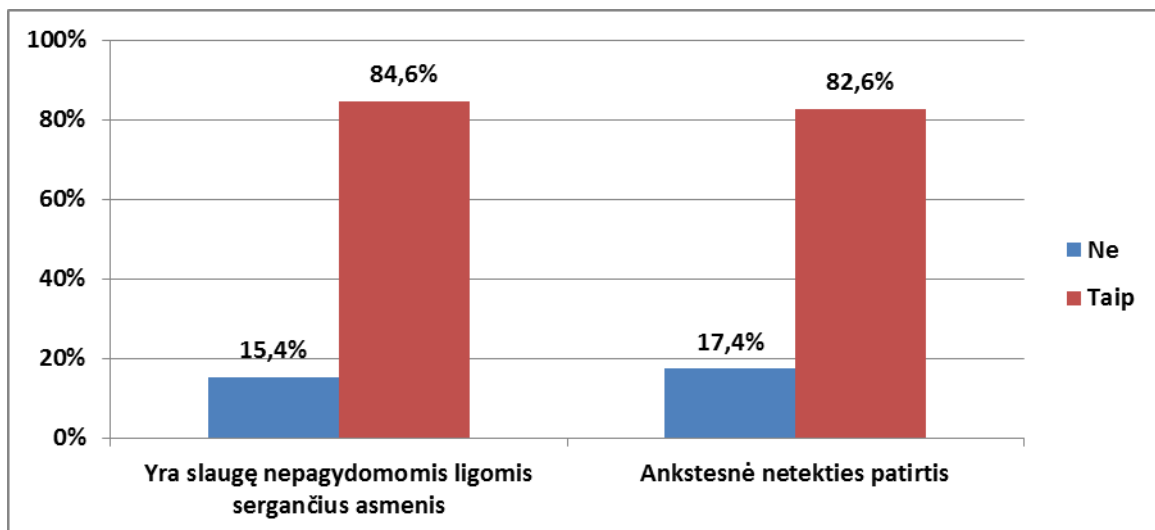
7 pav. Slaugytojų pasiskirstymas pagal turimų žinių apie mirtį ir mirstančius pacientus pakankamumo vertinimą

Dauguma (77,9 proc.) tyrime dalyvavusių slaugytojų teigė, jog turi pakankamai žinių apie mirtį ir mirstančius pacientus. Tokių žinių nepakankamumą nurodė 22,1 proc. slaugytojų (7 pav.).



8 pav. Slaugytojų pasiskirstymas pagal ankstesnį švietimą mirties klausimu

Analizuojant slaugytojų atsakymus dėl ankstesnio švietimo mirties klausimu nustatyta, kad 49,0 proc. slaugytojų nelankė specifinio kurso apie mirtį, bet šios temos medžiaga buvo įtraukta į kitus kursus, 26,2 proc. - buvo išklausę kursą apie mirtį ankščiau ir 24,8 proc. slaugytojų nurodė, jog jokios informacijos apie mirtį jiems nebuvo suteikta (8 pav.).



9 pav. Slaugytojų pasiskirstymas pagal ankstesnę patirtį mirties klausimo aspektais

Analizuojant slaugytojų ankstesnę patirtį mirties klausimu nustatyta, kad visiems slaugytojams (100 proc.) teko susidurti su mirštančiu žmogumi. Be to dauguma jų buvo slaugę nepagydomomis ligomis sergančius asmenis (84,6 proc.) bei patyrę artimojo netektį (82,6 proc.) (9 pav.).

2 lentelė. Slaugytojų patirties mirties klausimu įtaka turimų žinių apie mirtį ir mirštančius pacientus pakankamumo vertinimui

Rodikliai	Pakankamumas		$\chi^2$	p	r	p
	Nepakanka	Pakanka				
<i>Ankstesnis švietimas mirties klausimu</i>						
Jokia informacija apie mirtį niekada nebuvo suteikiama	8(24,2%)	29(25,0%)	0,390	ns	-	ns
Nelankė specifinio kurso apie mirtį, bet šios temos medžiaga buvo įtraukta į kitus kursus	15(45,5%)	58(50,0%)				
Išklausė kursą apie mirtį ankščiau	10(30,3%)	29(25,0%)				
<i>Ankstesnė patirtis dirbant su nepagydomomis ligomis sergančiais asmenimis</i>						
Nėra slaugę	7(21,2%)	16(13,8%)	1,083	ns	0,09	ns
Yra slaugę	26(78,8%)	100(86,2%)				
<i>Ankstesnė netekties patirtis</i>						
Neturi netekties patirties	11(33,3%)	15(12,9%)	7,424	0,006	0,22	0,006
Yra netekę artimo asmens per pastaruosius metus	22(66,7%)	101(87,1%)				

Taikytas Chi – kvadrato ir Spearmano ranginės koreliacijos metodas; r – Spearmano koreliacijos koeficientas; ns – nereikšmingas skirtumas/ryšis

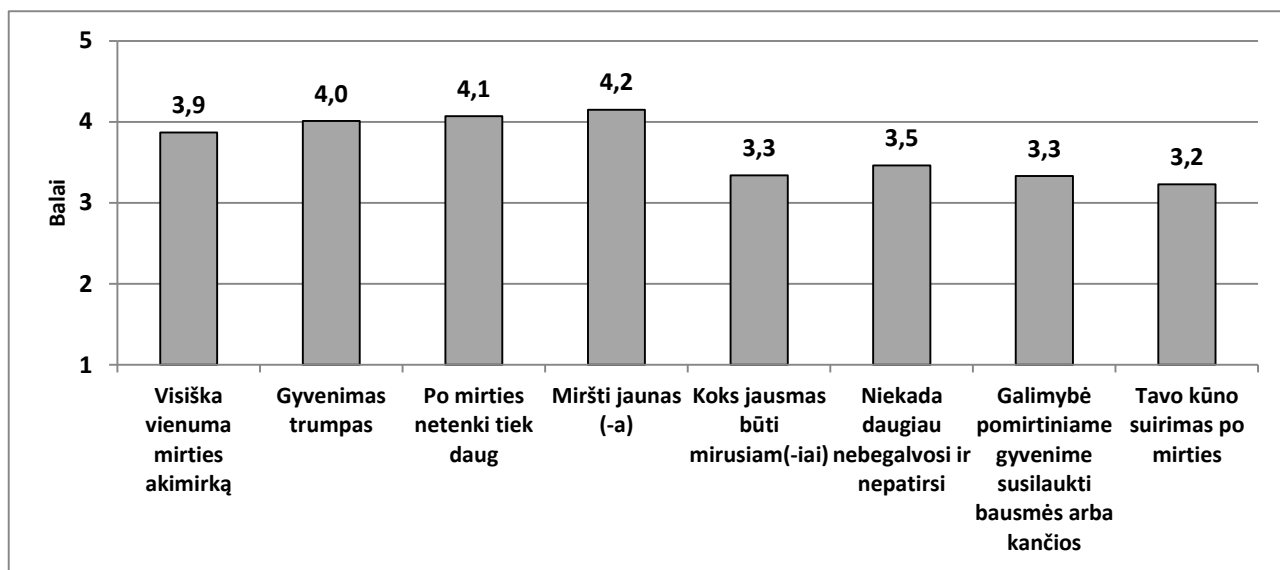
Tyrimo rezultatai parodė, kad slaugytojų žinių apie mirtį ir mirštančius pacientus pakankamumo vertinimui statistiškai reikšmingos ( $p < 0,05$ ) įtakos turėjo artimojo netekties patirtis ( $r = 0,11$   $p = 0,006$ ) - žinių apie mirtį ir mirštančius pacientus nepakanka reikšmingai daugiau

slaugytojų nepatyrusiems artimojo netekties per pastaruosius metus nei slaugytojams patyrusiems tokią netektį (33,3 proc. ir 12,9 proc.). Slaugytojų ankstesnis švietimas mirties klausimu ir darbinė patirtis su nepagydomomis ligomis sergančiais asmenimis neturėjo reikšmingos įtakos jų turimų žinių pakankamumo vertinimui (2 lentelė).

Mirimo ir mirties supratimas yra svarbus sveikatos profesionalams, ypač slaugytojams, jeigu norima mirštantiesiems ir netektį patyrusiems žmonėms suteikti kvalifikuotą ir jautrią pagalbą. Nors mirties faktas geriausiai žinomas, realiame gyvenime mažai galvojama apie mirtį ir kiekvienas žmogus savaip žiūri į gyvenimą, mirimą ar mirtį. Kiekvienam žmogui mirimas yra unikalus patyrimas, sukeliantis labai sudėtingų problemų ir gilių emocinių išgyvenimų.

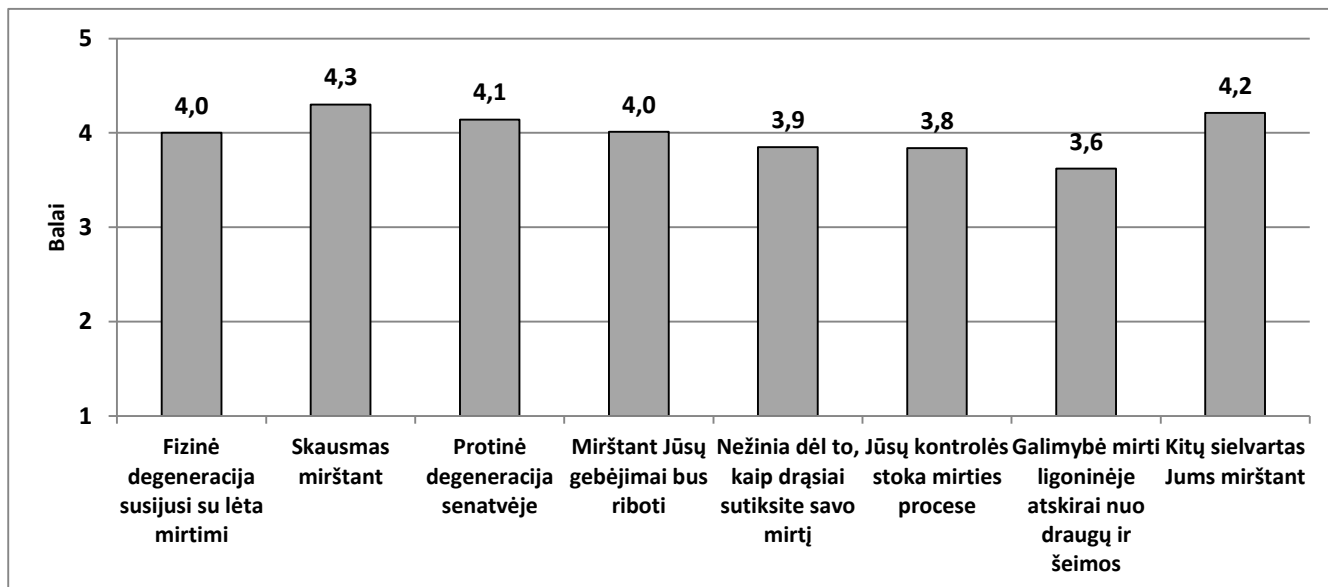
Tyrimu siekėme išsiaiškinti slaugytojų požiūrį į savo ir kitų mirimą ir mirtį – kurie aspektai labiausiai kelia jiems nerimą/baimę.

Nagrinėjant baimes dėl savo ir kitų mirties ir mirimo procesus slaugytojams buvo pateikti klausimai į kuriuos atsakant reikėjo įsivaizduoti savo pačių mirtį ir įvertinti 5-balėje sistemoje nuo 1 (visiškai nesvarbu) iki 5 (labai svarbu).



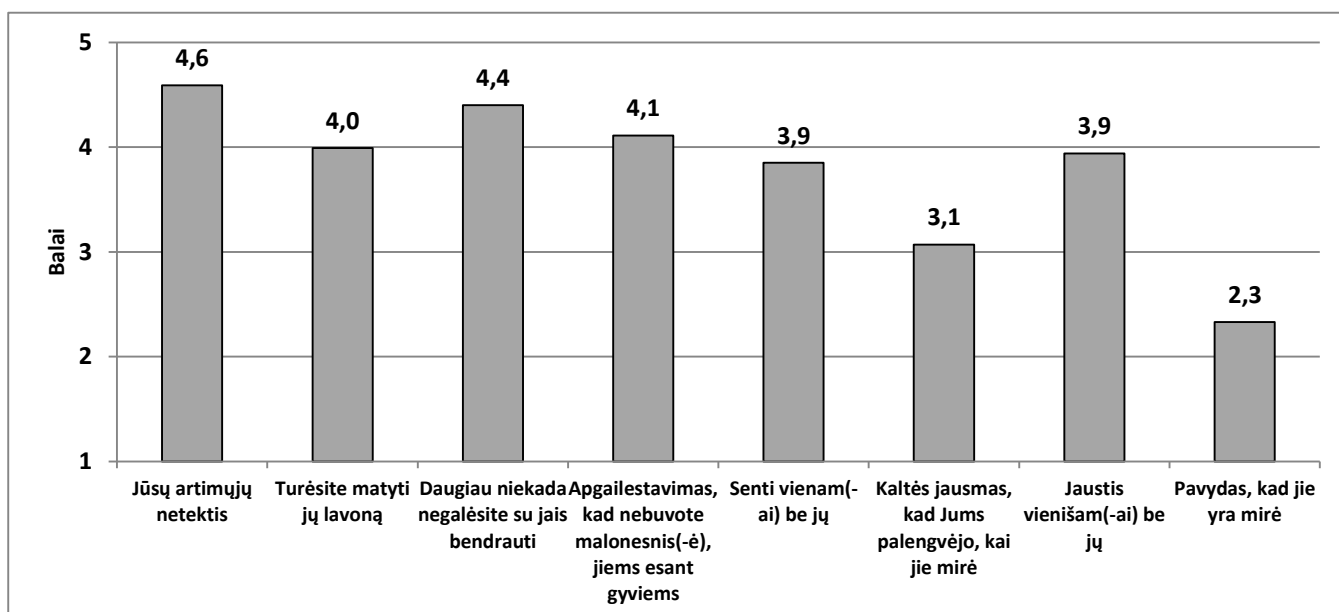
10 pav. Nerimo dėl savo mirties proceso (Collet Lester mirties ir mirimo baimės skalė) vertinimai

Tyrimo rezultatai parodė, kad respondentams didžiausią nerimą dėl savo mirties kėlė tokie aspektai kaip „Miršti jaunas (-a)“ (4,2±1,1 balų), „Po mirties netenki tiek daug“ (4,1±1,1 balų) ir „Gyvenimas trumpas“ (4,0±1,1 balų) bei „Visiška vienumą mirties akimirka“ (3,9±1,1 balų), o mažiausią – „Tavo kūno suirimas po mirties“ (3,2±1,4 balų), „Galimybė pomirtiniame gyvenime susilaukti bausmės arba kančios“ (3,3±1,3 balų) bei „Koks jausmas būti mirusiam (-iai)“ (3,3±1,4 balų) (10 pav.).



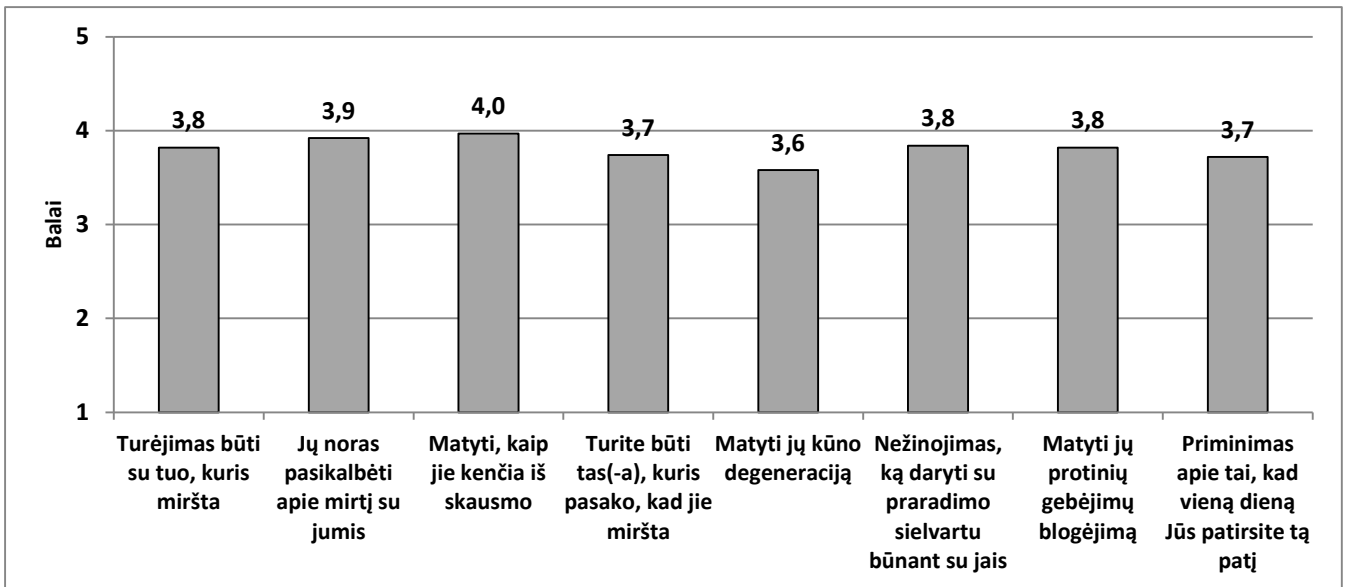
11 pav. Nerimo dėl savo mirimo proceso (Collet Lester mirties ir mirimo baimės skalė) vertinimai

Didžiausią nerimą dėl savo mirimo proceso kėlė tokie aspektai kaip „Skausmas mirštant“ (4,3±0,9 balų), „Kitų sielvartas Jums mirštant“ (4,2±0,8 balų). Taip pat slaugytojams buvo ir tokie jų mirimo proceso aspektai kaip „Protinė degeneracija senatvėje“ (4,1±1,0 balų) ir „Fizinė degeneracija susijusi su lėta mirtimi“ (4,0±1,1 balų) bei „Mirštant Jūsų gebėjimai bus riboti“ (4,0±1,0 balų). Mažiausią nerimą kėlė toks aspektas kaip „Galimybė mirti ligoninėje atskirai nuo draugų ir šeimos“ (3,6±1,2 balų), tačiau gautas įvertinimo vidurkis, parodė, kad ir šis aspektas taip pat buvo pakankamai svarbus (11 pav.).



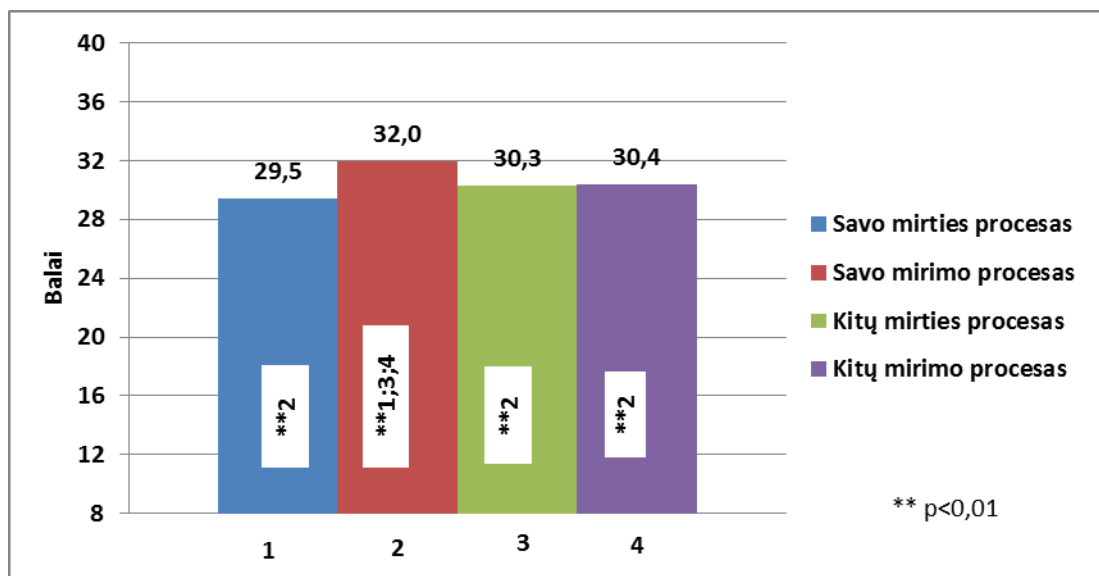
12 pav. Nerimo dėl kitų mirties proceso (Collet Lester mirties ir mirimo baimės skalė) vertinimai

Kitų mirties proceso aspektų vertinimų analizė parodė, kad slaugytojams beveik visi nagrinėjami aspektai išskyrus „Pavydas, kad jie mirė“ (2,3±1,4 balų) ir „Kaltės jausmas, kad Jums palengvėjo, kai jie mirė“ (3,1±1,4 balų) buvo svarbūs, tačiau didžiausią nerimą dėl kitų mirties kėlė tokie aspektai kaip „Jūsų artimųjų netektis“ (4,6±0,6 balų), „Daugiau niekada negalėsite su jais bendrauti“ (4,4±0,7 balų) (12 pav.).



13 pav. Nerimo dėl kitų mirimo proceso (Collet Lester mirties ir mirimo baimės skalė) vertinimai

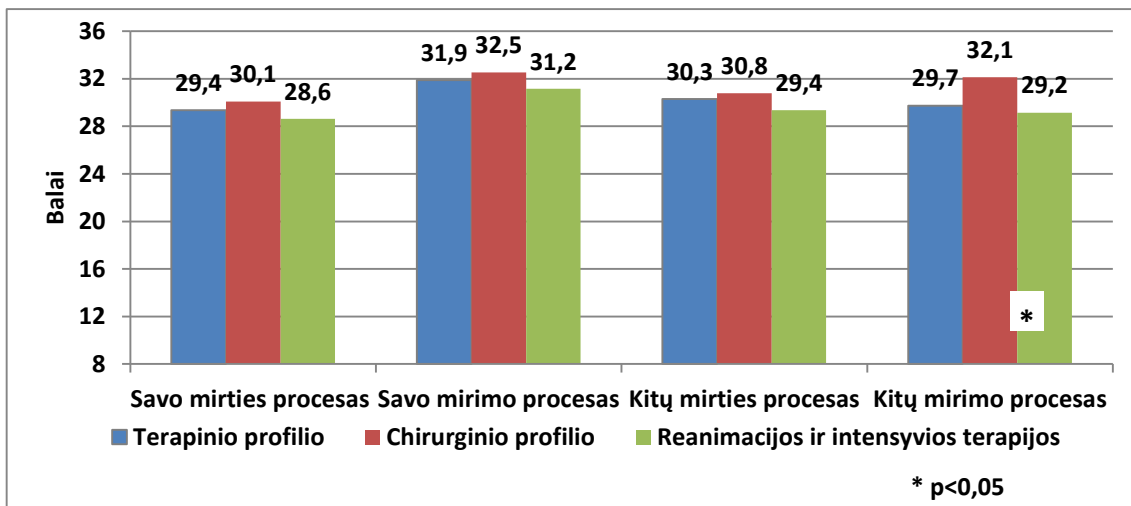
Kitų mirimo proceso aspektų vertinimų analizė parodė, kad visi šie aspektai slaugytojams buvo pakankamai svarbūs -vertinimų vidurkiai buvo didesni nei 3,5 balų, o tai reiškia, kad dauguma slaugytojų juos vertino kaip svarbius. Didžiausią nerimą kitų mirimo procese kėlė toks aspektas kaip „Matyti, kaip jie kenčia iš skausmo“ (4,0±1,2 balų) (13 pav.).



Taikytas Vilkoksono kriterijus; \*\*p<0,01- reikšmingas požymio skirtumas lyginant su pažymėtu požymiu

14 pav. Mirties ir mirimo baimių skalių palyginimas tarpusavyje

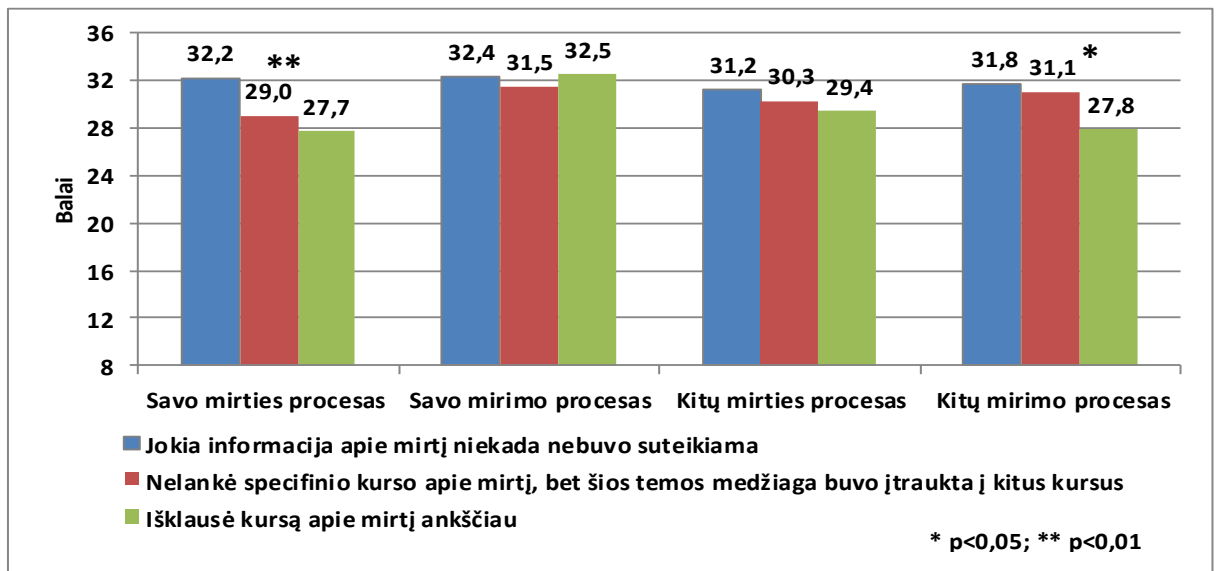
Palyginus tarpusavyje apibendrintas (suminius) mirimo ir mirties (savo ir kitų) procesų skales nustatėme, kad slaugytojams reikšmingai ( $p < 0,01$ ) labiausiai kėlė nerimą savo mirimo procesas ( $32,0 \pm 5,4$  balų) nei kitų mirimo ( $30,4 \pm 6,9$  balų) procesas bei savo ( $29,5 \pm 6,8$  balų) ir kitų ( $30,3 \pm 5,0$  balų) mirties procesai (14 pav.).



Taikytas Mano –Vitnio kriterijus

15 pav. Slaugytojų požiūrio į savo ir kitų mirties ir mirimo procesus skirtumai priklausomai nuo darbo vietos

Analizuojant slaugytojų bendro požiūrio į savo ir kitų mirties ir mirimo procesus skirtumus priklausomai nuo slaugytojų darbo pobūdžio nustatėme, kad požiūris į savo mirimo ir į savo ir kitų mirties procesus buvo panašus tarp visų skyrių slaugytojų t.y. reikšmingai nesiskyrė. Tačiau slaugytojų, dirbančių chirurginio profilio skyriuose, požiūris į kitų mirties procesą reikšmingai skyrėsi nuo slaugytojų, dirbančių reanimacijos ir intensyvios terapijos skyriuose (chirurginio prof.  $32,1 \pm 5,6$  balų ir reanimacijos sk.  $29,2 \pm 6,5$  balų  $p = 0,028$ ) - gautas rezultatas parodė, kad slaugytojai, dirbantys chirurginio profilio skyriuose, labiau nerimavo dėl kitų mirties palyginus su slaugytojais, dirbančiais reanimacijos ir intensyvios terapijos skyriuose (15 pav.).



Taikytas Kruskal – Valiso kriterijus

16 pav. Slaugytojų požiūrio į savo ir kitų mirties ir mirimo procesus skirtumai priklausomai nuo ankstesnio švietimo mirties klausimu

Analizuojant slaugytojų bendro požiūrio į savo ir kitų mirties ir mirimo procesus skirtumus priklausomai nuo ankstesnio švietimo mirties klausimu nustatėme, kad požiūris į savo mirimo procesą bei kitų mirties procesus buvo panašus tarp visų slaugytojų nepriklausomai nuo žinių mirties klausimu turėjimo.

Reikšmingai skyrėsi slaugytojų požiūris į savo mirties procesą ir į kitų mirimo procesą priklausomai nuo šių žinių gavimo – slaugytojai, kuriems nebuvo suteikta jokia informacija mirties klausimu reikšmingai labiau nerimavo dėl savo mirties ( $32,2 \pm 4,7$  balų ir atitinkamai kituose grupėse  $29,0 \pm 7,4$  balų ir  $27,7 \pm 6,6$  balų -  $p=0,008$ ) ir labiau bijojo kitų mirimo ( $31,8 \pm 4,9$  balų ir atitinkamai kituose grupėse  $31,1 \pm 7,3$  balų ir  $27,8 \pm 7,0$  balų -  $p=0,017$ ) nei slaugytojai, kuriems buvo tokia informacija suteikta (16 pav.).

Vertinant slaugytojų amžiaus, lyties, išsilavinimo, darbo stažo ir religinių įsitikinimų įtaka jų požiūriui į mirtį ir mirimo procesą buvo apskaičiuoti Spirmen'o koreliacijos koeficientai.

Tyrimo rezultatai parodė, kad slaugytojų bendram požiūriui į savo mirties ir mirimo procesus (suminiams rodikliams) neturėjo reikšmingos ( $p<0,05$ ) įtakos jų amžius, darbo stažas, išsilavinimas ir religiniai įsitikinimai – tai reiškia, kad bendras požiūris į savo mirtį ir mirimo procesus buvo panašus šiose sociodemografinėse grupėse. Nustatyti tik kai kurie reikšmingi ryšiai tarp šių rodiklių ir atskirų savo mirties ir mirimo procesų aspektų vertinimų (3 lentelė).

3 lentelė. Slaugytojų sociodemografinių rodiklių įtaka požiūriui į savo mirties ir mirimo procesą

Veiksniai	Amžius		Lytis <sup>a</sup>		Išsilavinimas		Darbo stažas		Religiniai įsitikinimai	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
<i>Savo paties mirties procesas</i>										
Gyvenimas trumpas	-0,01	ns	-0,01	ns	0,03	ns	0,10	ns	0,02	ns
Po mirties netenki tiek daug	0,02	ns	0,03	ns	0,05	ns	0,12	ns	0,00	ns
Miršti jaunas (-a)	-0,02	ns	0,13	ns	0,04	ns	-0,01	ns	0,03	ns
Koks jausmas buti mirusiam (-iai)	-0,12	ns	0,03	ns	-0,06	ns	-0,09	ns	0,04	ns
Niekada daugiau nebegalvosi ir nepatirsi	-0,13	ns	0,10	ns	-0,07	ns	-0,07	ns	0,06	ns
Galimybė pomirtiniame gyvenime susilaukti bausmės arba kančios	-0,07	ns	0,06	ns	-0,09	ns	0,00	ns	0,06	ns
Tavo kūno suirimas po mirties	-0,13	ns	0,04	ns	-0,07	ns	-0,09	ns	0,09	ns
<b>Savo paties mirties proceso suminis rodiklis</b>	-0,08	ns	0,09	ns	-0,10	ns	0,01	ns	0,11	ns
<i>Savo paties mirimo procesas</i>										
Fizinė degeneracija susijusi su lėta mirtimi	0,11	ns	0,09	ns	-0,09	ns	0,16	ns	-0,15	ns
Skausmas mirštant	0,17	0,044	0,13	ns	-0,18	0,025	0,22	0,007	0,06	ns
Protinė degeneracija senatvėje	0,08	ns	0,15	ns	-0,14	ns	0,14	ns	-0,01	ns
Mirštant gebėjimai bus riboti	0,04	ns	0,09	ns	-0,14	ns	0,09	ns	0,02	ns
Nežinia dėl to, kaip drąsiai sutiksite savo mirti	-0,10	ns	0,09	ns	-0,01	ns	-0,05	ns	-0,15	ns
Kontrolės stoka mirties procese	-0,07	ns	0,15	ns	-0,11	ns	-0,03	ns	-0,17	0,038
Galimybė mirti ligoninėje atskirai nuo draugu ir šeimos	-0,03	ns	0,14	ns	-0,09	ns	0,02	ns	0,05	ns
Kitų sielvartas Jums mirštant	-0,01	ns	0,13	ns	0,01	ns	0,02	ns	-0,14	ns
<b>Savo paties mirimo proceso suminis rodiklis</b>	0,01	ns	0,17	0,039	-0,15	ns	0,09	ns	-0,10	ns

Taikytas Spearmano ranginės koreliacijos metodas; a- lytis binominalinis požymis, kuriame sekantys kodai: 1- „vyras“, 2 – „moteris“; ns – statistiškai nereikšmingas ryšis

Nustatyti statistiškai reikšmingi ( $p < 0,05$ ) teigiami ryšiai tarp tokio savo mirimo proceso aspekto kaip „Skausmas mirštant“ ir slaugytojų darbo stažo ( $r=0,22$ ,  $p=0,007$ ) bei amžiaus ( $r=0,17$ ,  $p=0,044$ ) ir neigiamas ryšis su išsilavinimu ( $r=-0,18$ ,  $p=0,025$ ) - tai reiškia, kad didesnę darbinę patirtį turintys slaugytojai t.y. vyresni slaugytojai bei slaugytojai su žemesniu išsilavinimu labiau baiminosi skausmo mirštant nei mažesnę darbinę patirtį turintys t.y. jaunesni slaugytojai ir slaugytojai su aukštesniu išsilavinimu. Reikšmingas neigiamas ryšis nustatytas tarp tokio savo mirimo proceso aspekto kaip „Jūsų kontrolės stoka mirties procese“ ( $r=-0,17$ ,  $p=0,038$ ) ir slaugytojų

religinių įsitikinimų – netikintys labiau nerimavo, kad mirštant nebegalės kontroliuoti šį procesą nei tikintys slaugytojai. Bendram požiūriui į savo mirimo procesą turėjo įtakos tik slaugytojų lytis ( $r=0,17$   $p=0,039$ ) – moterys šiek tiek labiau baiminosi savo mirimo nei vyrai (3 lentelė).

4 lentelė. Slaugytojų sociodemografinių rodiklių įtaka požiūriui į kitų mirties ir mirimo procesą

Veiksniai	Amžius		Lytis <sup>a</sup>		Išsilavinimas		Darbo stažas		Religiniai įsitikinimai <sup>b</sup>	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
<i>Kitų mirties procesas</i>										
Jūsų artimųjų netektis	0,07	ns	0,11	ns	0,04	ns	0,14	ns	-0,11	ns
Turėsite matyti jų lavoną	-0,17	0,037	0,07	ns	0,03	ns	-0,15	ns	-0,09	ns
Daugiau niekada negalėsite su jais bendrauti	0,00	ns	0,18	0,028	0,01	ns	0,06	ns	-0,08	ns
Apgailestavimas, kad nebuvote malonesnis (-e), jiems esant gyviems	-0,02	ns	0,21	0,009	-0,14	ns	0,10	ns	-0,10	ns
Senti vienam (-ai) be jų	-0,18	0,031	0,18	0,029	-0,05	ns	-0,16	ns	-0,24	0,004
Kaltės jausmas, kad Jums palengvėjo, kai jie mirė	-0,01	ns	0,05	ns	-0,07	ns	0,04	ns	0,05	ns
Jausti vienišam (-ai) be jų	0,04	ns	0,14	ns	-0,01	ns	-0,03	ns	-0,10	ns
Pavydas, kad jie yra mirė	-0,06	ns	0,01	ns	-0,05	ns	-0,07	ns	-0,12	ns
<b>Kitų mirties proceso suminis rodiklis</b>	-0,08	ns	0,19	0,019	-0,08	ns	-0,03	ns	-0,11	ns
<i>Kitų mirimo procesas</i>										
Turėjimas būti su tuo, kuris miršta	-0,02	ns	-0,01	ns	0,02	ns	0,08	ns	-0,21	0,009
Jų noras pasikalbėti apie mirtį su jumis	-0,17	0,036	-0,06	ns	0,14	ns	-0,14	ns	-0,06	ns
Matyti, kaip jie kenčia iš skausmo	-0,08	ns	0,16	ns	0,08	ns	-0,04	ns	-0,04	ns
Turite būti tas (-a), kuris pasako, kad jie miršta	-0,20	0,015	0,08	ns	0,13	ns	-0,22	0,010	-0,02	ns
Matyti jų kūno degeneraciją	-0,11	ns	0,13	ns	0,04	ns	-0,11	ns	-0,14	ns
Nežinojimas, ką daryti su praradimo sielvartu būnant su jais	-0,07	ns	-0,04	ns	0,10	ns	-0,07	ns	-0,14	ns
Matyti jų protinių gebėjimų blogėjimą	-0,03	ns	0,12	ns	-0,07	ns	0,01	ns	-0,21	0,012
Priminimas apie tai, kad vieną dieną Jus patirsite tą patį	0,00	ns	-0,04	ns	-0,01	ns	0,04	ns	-0,21	0,011
<b>Kitų mirimo proceso suminis rodiklis</b>	-0,12	ns	0,06	ns	0,06	ns	-0,08	ns	-0,14	ns

Taikytas Spearmano ranginės koreliacijos metodas; a- lytis –binominalinis požymis, kuriame sekantys kodai: 1- „vyras“, 2 – „moteris“; b – religiniai įsitikinimai – binominalinis požymis, kuriame sekantys kodai: 1-„netikintis“, 2 – „tikintis“; ns – statistškai nereikšmingas ryšis

Nagrinėjant slaugytojų požiūrį į kitų mirtį ir mirimo procesus taip pat nustatyta, kad bendram požiūriui į kitų mirties ir mirimo procesą (suminiams rodikliams) neturėjo reikšmingos ( $p < 0,05$ ) įtakos jų amžius, darbo stažas, išsilavinimas ir religiniai įsitikinimai (4 lentelė).

Bendram požiūriui į kitų mirties procesą turėjo reikšmingą įtaką slaugytojų lytis ( $r = 0,19$   $p = 0,019$ ) – moterys šiek tiek labiau baiminosi kitų mirties nei vyrai - ypač moterims nei vyrams buvo svarbus tokie kitų mirimo proceso aspektai kaip „*Apgailėstavimas, kad nebuvote malonesnis (-e), jiems esant gyviems*“ ( $r = 0,21$   $p = 0,009$ ), „*Daugiau niekada negalėsite su jais bendrauti*“ ( $r = 0,18$   $p = 0,028$ ) ir „*Senti vienam (-ai) be jų*“ ( $r = 0,18$   $p = 0,029$ ).

Nors slaugytojų amžius neturėjo įtakos bendram požiūriui į kitų mirties procesą buvo nustatyti reikšmingi silpni neigiami ryšiai tarp amžiaus ir tokių kitų mirties proceso aspektų kaip „*Senti vienam (-ai) be jų*“ ( $r = -0,18$   $p = 0,031$ ) ir „*Turėsite matyti jų lavoną*“ ( $r = -0,17$   $p = 0,037$ ) ir tokių kitų mirimo proceso aspektų kaip „*Turite būti tas (-a), kuris pasako, kad jie miršta*“ ( $r = -0,20$   $p = 0,015$ ) ir „*Jų noras pasikalbėti apie mirtį su jumis*“ ( $r = -0,17$   $p = 0,036$ ). Šie rezultatai parodė, kad jaunesni slaugytojai labiau bijojo kalbėtis su mirštančiu apie mirtį, labiau nerimavo dėl to, kad teks pasakyti mirštančiajam, kad jis mirs, labiau nenorėjo matyti jų lavoną ir senti be jų nei vyresni slaugytojai (4 lentelė).

Nerimas dėl to, kad teks pasakyti mirštančiajam, kad jis mirs buvo labiau išreikštas slaugytojams turintiems mažesnę darbo stažą ( $r = -0,22$   $p = 0,010$ ) nei slaugytojams su didesne darbine patirtimi.

Nustatyti neigiami reikšmingi ryšiai tarp slaugytojų religinių įsitikinimų ir tokio kitų mirties proceso aspekto kaip „*Senti vienam (-ai) be jų*“ ( $r = -0,24$   $p = 0,004$ ) bei kitų mirimo proceso aspektų „*Turėjimas būti su tuo, kuris miršta*“ ( $r = -0,21$   $p = 0,009$ ), „*Matyti jų protinių gebėjimų blogėjimą*“ ( $r = -0,21$   $p = 0,012$ ) ir „*Priminimas apie tai, kad vieną dieną Jus patirsite tą patį*“ ( $r = -0,21$   $p = 0,011$ ) – netikintys labiau nei tikintys nerimavo dėl to, kad mirus savo artimajam teks senti vieniems, o mirimo procese reikės būti su mirštančiu, teks matyti jo protinių gebėjimų blogėjimą ir jo mirimas tai priminimas apie tai, kad vieną dieną ir jie patirs tą patį (4 lentelė).

5 lentelė. Slaugytojų patirties mirties klausimu įtaka požiūriui į savo mirtį ir mirimą

Veiksniai	Ankstesnė patirtis <sup>a</sup>			
	Darbas su nepagydomomis ligomis sergančiais asmenimis		Netektis	
	r	p	r	p
<i>Savo paties mirties procesas</i>				
Gyvenimas trumpas	0,22	0,006	-0,06	ns
Po mirties netenki tiek daug	0,11	ns	-0,06	ns
Miršti jaunas (-a)	0,15	ns	0,14	ns
Koks jausmas būti mirusiam (-iai)	0,18	0,032	-0,03	ns
Niekada daugiau nebegalvosi ir nepatirsi	0,17	0,039	-0,04	ns
Galimybė pomirtiniame gyvenime susilaukti bausmės arba kančios	0,22	0,006	-0,08	ns
Tavo kūno suirimas po mirties	0,11	ns	-0,19	0,021
<b>Savo paties mirties proceso suminis rodiklis</b>	<b>0,25</b>	<b>0,002</b>	<b>-0,05</b>	<b>ns</b>
<i>Savo paties mirimo procesas</i>				
Fizinė degeneracija susijusi su lėta mirtimi	0,08	ns	-0,05	ns
Skausmas mirštant	0,16	ns	0,13	ns
Protinė degeneracija senatvėje	0,22	0,006	-0,01	ns
Mirštant gebėjimai bus riboti	0,17	0,040	-0,07	ns
Nežinia dėl to, kaip drąsiai sutikssite savo mirtį	0,15	ns	-0,14	ns
Kontrolės stoka mirties procese	0,25	0,003	-0,08	ns
Galimybė mirti ligoninėje atskirai nuo draugu ir šeimos	0,30	<0,001	-0,01	ns
Kitų sielvartas Jums mirštant	0,03	ns	-0,03	ns
<b>Savo paties mirimo proceso suminis rodiklis</b>	<b>0,27</b>	<b>0,001</b>	<b>-0,03</b>	<b>ns</b>

Taikytas Spearmano ranginės koreliacijos metodas; a – visi patirties požymiai yra binominaliniai požymiai, kuriuose sekantys kodai: 0- „Ne“, 1 – „Taip“; ns – statistiškai nereikšmingas ryšis

Slaugytojų bendram požiūriui į savo mirties ( $r=0,25$   $p=0,002$ ) ir mirimo ( $r=0,27$   $p=0,001$ ) procesus turėjo reikšmingos ( $p<0,01$ ) įtakos jų ankstesnė patirtis, dirbant su nepagydomomis ligomis sergančiais asmenimis – turintys tokią patirtį išreiškė didesnę nerimą-baimę dėl savo mirties ir mirimo nei slaugytojai, neturintys tokios patirties. Turintys tokią patirtį, įsivaizduojant savo mirtį, labiau nerimavo dėl to, kad gyvenimas yra *per trumpas* ( $r=0,22$   $p=0,006$ ), kad *pomirtiniame gyvenime gali susilaukti bausmės arba kančios* ( $r=0,22$   $p=0,006$ ), dėl *jausmo būti mirusiam* ( $r=0,18$   $p=0,032$ ) ir kad *niekada daugiau nebegalvosi ir nepatirsi* ( $r=0,17$   $p=0,039$ ), o įsivaizduojant savo mirimo procesą – dėl to, kad *gali mirti ligoninėje atskirai nuo draugu ir šeimos* ( $r=0,30$   $p<0,001$ ), *negalėjimo kontroliuoti savo mirties procesą* ( $r=0,25$   $p=0,003$ ), dėl *protinės degeneracijos senatvėje* ( $r=0,22$   $p=0,006$ ) ir kad *mirštant gebėjimai bus riboti* ( $r=0,17$   $p=0,040$ ) nei tokios patirties neturintys slaugytojai (5 lentelė).

Artimojo netektis neturėjo reikšmingos įtakos slaugytojų bendram požiūriui į savo mirtį ir mirimą. Nustatyti tik reikšmingi ryšiai tarp šios patirties ir kai kurių savo mirties ir mirimo procesų.

Reikšmingas neigiamas ryšis nustatytas tarp netekties patirties ir savo mirties aspekto „*Tavo kūno suirimas po mirties*“ ( $r=-0,19$ ,  $p=0,021$ ) vertinimo t.y. slaugytojai, kurie neturėjo artimojo netekties labiau nerimavo dėl savo kūno suirimo po mirties nei slaugytojai, kurie buvo patyrę artimojo netektį (5 lentelė).

6 lentelė. Slaugytojų patirties mirties klausimu įtaka požiūriui į kitų mirtį ir mirimą

Veiksniai	Ankstesnė patirtis <sup>a</sup>			
	Darbas su nepagydomomis ligomis sergančiais asmenimis		Netektis	
	r	p	r	p
<i>Kitų mirties procesas</i>				
Jūsų artimųjų netektis	-0,12	ns	-0,13	ns
Turėsite matyti jų lavoną	-0,07	ns	-0,12	ns
Daugiau niekada negalėsite su jais bendrauti	0,12	ns	-0,04	ns
Apgailestavimas, kad nebuvote malonesnis (-e), jiems esant gyviems	0,19	0,020	-0,02	ns
Senti vienam (-ai) be jų	0,10	ns	-0,13	ns
Kaltės jausmas, kad Jums palengvėjo, kai jie mirė	0,29	<0,001	-0,03	ns
Jausti vienišam (-ai) be jų	0,14	ns	-0,04	ns
Pavydas, kad jie yra mirė	0,13	ns	-0,10	ns
<b>Kitų mirties proceso suminis rodiklis</b>	<b>0,22</b>	<b>0,007</b>	<b>-0,11</b>	<b>ns</b>
<i>Kitų mirimo procesas</i>				
Turėjimas būti su tuo, kuris miršta	0,23	0,006	-0,02	ns
Jų noras pasikalbėti apie mirtį su jumis	0,08	ns	-0,04	ns
Matyti, kaip jie kenčia iš skausmo	0,05	ns	0,03	ns
Turite būti tas (-a), kuris pasako, kad jie miršta	0,08	ns	-0,01	ns
Matyti jų kūno degeneraciją	0,12	ns	-0,02	ns
Nežinojimas, ką daryti su praradimo sielvartu būnant su jais	0,13	ns	-0,05	ns
Matyti jų protinių gebėjimų blogėjimą	0,20	0,015	-0,10	ns
Priminimas apie tai, kad vieną dieną Jus patirsite tą patį	0,15	ns	-0,07	ns
<b>Kitų mirimo proceso suminis rodiklis</b>	<b>0,18</b>	<b>0,031</b>	<b>-0,03</b>	<b>ns</b>

Taikytas Spearmano ranginės koreliacijos metodas; a – visi patirties požymiai yra binominaliniai požymiai, kuriuose sekantys kodai: 0- „*Ne*“, 1 – „*Taip*“; ns – statistiškai nereikšmingas ryšis

Slaugytojų bendram požiūriui į kitų mirties ( $r=0,22$   $p=0,007$ ) ir mirimo ( $r=0,18$   $p=0,031$ ) procesus taip pat turėjo reikšmingos ( $p<0,05$ ) įtakos jų ankstesnė patirtis, dirbant su nepagydomomis ligomis sergančiais asmenimis – turintys tokią patirtį labiau akcentavo nerimą ir dėl kitų mirties ir mirimo nei slaugytojai, neturintys tokios patirties. Turintiems tokią patirtį labiau buvo svarbus tokie kitų mirties proceso momentai kaip „*Kaltės jausmas, kad Jums palengvėjo, kai jie mirė*“ ( $r=0,29$   $p<0,001$ ) ir „*Apgailestavimas, kad nebuvote malonesnis (-e), jiems esant gyviems*“ ( $r=0,22$   $p=0,007$ ), o kitų mirimo procese – „*Turėjimas būti su tuo, kuris miršta*“ ( $r=0,23$   $p=0,006$ ) ir „*Matyti jų protinių gebėjimų blogėjimą*“ ( $r=0,20$   $p=0,015$ ) nei tokios patirties neturintiems slaugytojams.

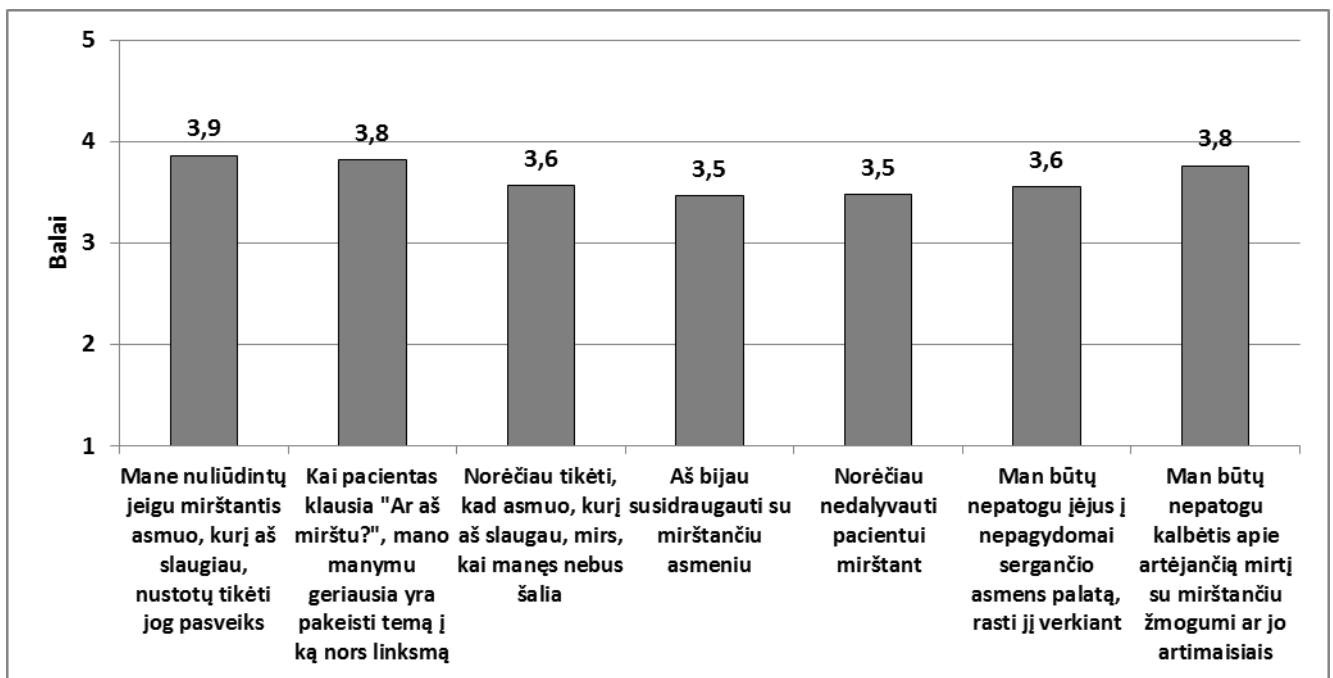
Artimojo netektis neturėjo reikšmingos įtakos slaugytojų bendram požiūriui ir į kitų mirtį ir mirimą (6 lentelė).

## 2.2.2 Slaugytojo jausmai mirštančiųjų slaugymo procese

Vienas sudėtingiausių užduočių, su kuria savo praktikoje susiduria slaugytojas – tai slaugyti sunkiai sergančius ir mirštančius pacientus bei paremti jų artimuosius. Slaugytojas visuomet yra šalia žmonių ir jų likimų, sukeliančių sunkių minčių ir jausmų.

Tyrimu siekėme išsiaiškinti ką jaučia slaugytojai, slaugydami mirštančius pacientus. Slaugytojams buvo pateikti 7 teiginiai iš Frommelt'o (FATCOD) klausimyno, kuriuos reikėjo įvertinti 5-balėje sistemoje nuo 1 (visiškai nesvarbu) iki 5 (labai svarbu). Šių teiginių vertinimų vidurkiai sudarė 3,5 - 3,9 balų intervalą, o tai reiškia, kad šie aspektai slaugytojams buvo pakankamai svarbūs (17 pav.).

Buvo apskaičiuotas šių teiginių suminis rodiklis, kurį įvardinome kaip psichoemocinės įtampos, susijusios su mirštančio asmens slaugymu, išreikštumo rodikliu. Šis rodiklis galėjo įgyti reikšmę nuo 7 iki 35 balų – kuo didesnė reikšmė tuo psichoemocinė įtampa didesnė. Bendroje tiriamųjų grupėje šio rodiklio vidurkį sudarė  $25,5 \pm 6,3$  balų.



17 pav. FATCOD teiginių, atspindinčių jausmus slaugant mirštančius, vertinimai slaugytojais

Tyrimas parodė, kad labiausiai slaugytojams buvo svarbus tokie aspektai kaip „*Mane nuliūdintų jeigu mirštantis asmuo, kurį aš slaugiau, nustotų tikėti jog pasveiks*“ ( $3,9 \pm 1,1$  balų), „*Kai pacientas klausia "Ar aš mirštu?", mano manymu geriausia yra pakeisti temą į ką nors linksmą*“ ( $3,8 \pm 1,2$  balų) ir „*Man būtų nepatogu kalbėtis apie artėjančią mirtį su mirštančiu žmogumi ar jo artimaisiais*“ ( $3,8 \pm 1,1$  balų). Mažiau svarbus buvo sekantys aspektai „*Aš bijau susidraugauti su mirštančiu asmeniu*“ ir „*Norėčiau tikėti, kad asmuo, kurį aš slaugau, mirs, kai manęs nebus šalia*“ – juos įvertino panašiai  $3,5 \pm 1,2$  balų (17 pav.).

7 lentelė. Slaugytojų lyties, išsilavinimo ir religinių įsitikinimų įtaka psichoemocinės įtampos, susijusios su mirštančio asmens slaugymu, bendram rodikliui ir atskiriems jos aspektams

Veiksniai	Lytis <sup>a</sup>		Išsilavinimas		Religiniai įsitikinimai <sup>b</sup>	
	r	p	r	p	r	p
<b>Psichoemocinė įtampa</b> (suminis rodiklis)	0,07	ns	-0,02	ns	-0,15	ns
Mane nuliūdintų jeigu mirštantis asmuo, kurį aš slaugau, nustotų tikėtis jog pasveiks	-0,01	ns	0,15	ns	-0,28	0,001
Kai pacientas klausia „Ar aš mirštu?“, mano manymu geriausia yra pakeisti tema į ką nors linksmą	0,06	ns	-0,05	ns	-0,16	0,047
Norėčiau tikėti, kad asmuo, kurį aš slaugau, mirs, kai manęs nebus šalia	0,05	ns	-0,06	ns	-0,05	ns
Aš bijau susidraugauti su mirštančiu asmeniu	0,10	ns	-0,02	ns	-0,13	ns
Norėčiau nedalyvauti pacientui mirštant	0,03	ns	0,03	ns	-0,18	0,027
Man būtų nepatogu įėjus į nepagydomai sergančio asmens palatą, rasti jį verkiant	-0,02	ns	-0,04	ns	-0,16	ns
Man būtų nepatogu kalbėtis apie artėjančią mirtį su mirštančiu žmogumi ar jo artimaisiais	0,17	0,046	-0,08	ns	-0,01	ns

Taikytas Spearmano ranginės koreliacijos metodas; a- lytis –binominalinis požymis, kuriame sekantys kodai: 1- „vyras“, 2 – „moteris“; b – religiniai įsitikinimai – binominalinis požymis, kuriame sekantys kodai: 1-„netikintis“, 2 – „tikintis“; ns – statistiškai nereikšmingas ryšis

Tyrimo rezultatai parodė, kad slaugytojų lytis, išsilavinimas ir religiniai įsitikinimai neturėjo reikšmingos įtakos jų psichoemocinės įtampos, susijusios su mirštančio asmens slaugymu, bendram rodikliui (7 lentelė).

Nustatyti tik nestiprus ryšiai tarp lyties, religinių įsitikinimų su kai kuriais įtampos veiksniais – teigiamas ryšis lyties su tokiu veiksnium kaip „Man būtų nepatogu kalbėtis apie artėjančią mirtį su mirštančiu žmogumi ar jo artimaisiais“ ( $r=0,17$   $p=0,046$ ) ir neigiami ryšiai tarp religinių įsitikinimų ir sekančiais veiksniais „Mane nuliūdintų jeigu mirštantis asmuo, kurį aš slaugau, nustotų tikėtis jog pasveiks“ ( $r=-0,28$   $p=0,001$ ), „Norėčiau nedalyvauti pacientui mirštant“ ( $r=-0,18$   $p=0,027$ ), „Kai pacientas klausia „Ar aš mirštu?“, mano manymu geriausia yra pakeisti tema į ką nors linksmą“ ( $r=-0,16$   $p=0,047$ ). Apibendrinus šiuos rezultatus gauname, kad slaugytojai, slaugydami mirštančius pacientus aplamai patyria panašią įtampą nepriklausomai nuo lyties, išsilavinimo ir religinių įsitikinimų, tik moterims slaugytojoms šiek tiek labiau būna nepatogu kalbėtis apie artėjančią mirtį su mirštančiu žmogumi nei vyrams slaugytojams, o šiek tiek labiau nuliūsta, kai mirštantis asmuo nustoja tikėti jog pasveiks, labiau nenorėtų dalyvauti pacientui mirštant ir dažniau norėtų pakeisti temą, kai pacientas klausia „Ar aš mirštu?“ netikintys slaugytojai nei tikintys (7 lentelė).

8 lentelė. Slaugytojų amžiaus ir darbo stažo įtaka psichoemocinės įtampos, susijusios su mirštančio asmens slaugymu, bendram rodikliui ir atskiriems jos aspektams

Veiksniai	Amžius		Darbo stažas	
	r	p	r	p
<b>Psichoemocinė įtampa</b> (suminis rodiklis)	-0,11	ns	0,03	ns
Mane nuliūdintų jeigu mirštantis asmuo, kurį aš slaugau, nustotų tikėtis jog pasveiks	-0,20	0,017	-0,11	ns
Kai pacientas klausia „Ar aš mirštu?“, mano manymu geriausia yra pakeisti tema į ką nors linksmą	0,10	ns	0,18	ns
Norėčiau tikėti, kad asmuo, kurį aš slaugau, mirs, kai manęs nebus šalia	-0,06	ns	0,09	ns
Aš bijau susidraugauti su mirštančiu asmeniu	-0,15	ns	-0,01	ns
Norėčiau nedalyvauti pacientui mirštant	-0,18	0,031	-0,07	ns
Man būtų nepatogu įėjus į nepagydomai sergančio asmens palatą, rasti jį verkiant	-0,12	ns	0,04	ns
Man būtų nepatogu kalbėtis apie artėjančią mirtį su mirštančiu žmogumi ar jo artimaisiais	0,01	ns	0,04	ns

Taikytas Spearmano ranginės koreliacijos metodas ; ns – statistiškai nereikšmingas ryšis

Slaugytojų amžius ir darbo stažas taip pat neturėjo reikšmingos įtakos apibendrintam psichoemocinės įtampos, susijusios su mirštančio paciento slaugymu, rodikliui (8 lentelė).

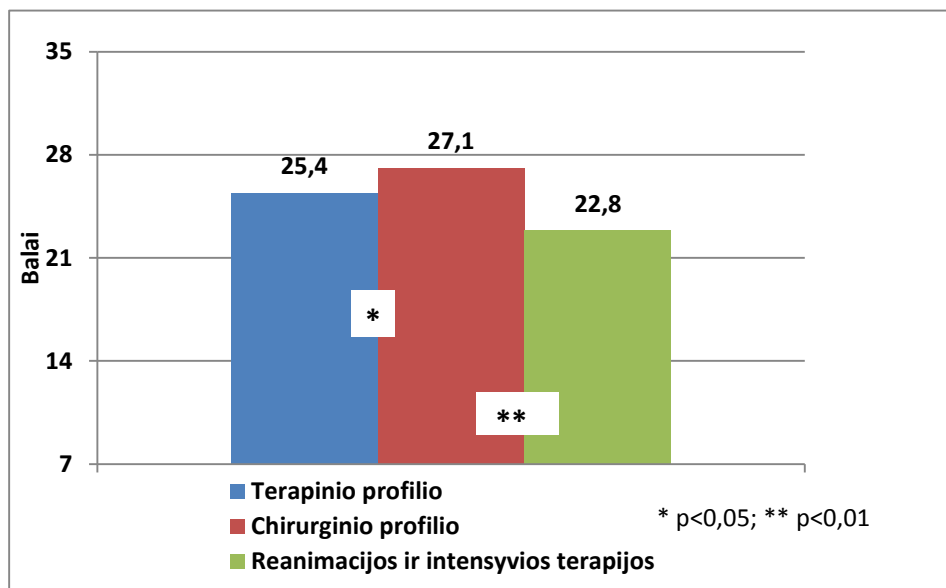
Tik jaunesni slaugytojai šiek tiek labiau nuliūsta, kai mirštantis asmuo nustoja tikėti jog pasveiks ( $r=-0,20$   $p=0,017$ ) ir labiau nenorėtų dalyvauti pacientui mirštant ( $r=-0,18$   $p=0,031$ ) nei vyresni slaugytojai (8 lentelė).

9 lentelė. Slaugytojų ankstesnės patirties mirties klausimu ir psichoemocinės įtampos, susijusios su mirštančio asmens slaugymu (bendru rodikliu ir atskirais jos aspektais), sąsajos

Veiksniai	Ankstesnė patirtis <sup>a</sup>			
	Darbas su nepagydomomis ligomis sergančiais asmenimis		Netektis	
	r	p	r	p
<b>Psichoemocinė įtampa</b> (suminis rodiklis)	0,19	0,021	-0,09	ns
Mane nuliūdintų jeigu mirštantis asmuo, kurį aš slaugau, nustotų tikėtis jog pasveiks	0,01	ns	-0,10	ns
Kai pacientas klausia „Ar aš mirštu?“, mano manymu geriausia yra pakeisti tema į ką nors linksmą	0,09	ns	0,02	ns
Norėčiau tikėti, kad asmuo, kurį aš slaugau, mirs, kai manęs nebus šalia	0,24	0,003	-0,10	ns
Aš bijau susidraugauti su mirštančiu asmeniu	0,18	0,032	-0,10	ns
Norėčiau nedalyvauti pacientui mirštant	0,12	ns	-0,17	0,044
Man būtų nepatogu įėjus į nepagydomai sergančio asmens palatą, rasti jį verkiant	0,15	ns	-0,09	ns
Man būtų nepatogu kalbėtis apie artėjančią mirtį su mirštančiu žmogumi ar jo artimaisiais	0,14	ns	0,00	ns

Taikytas Spearmano ranginės koreliacijos metodas; a – visi patirties požymiai yra binominaliniai požymiai, kuriuose sekantys kodai: 0- „Ne“, 1 – „Taip“; ns – statistiškai nereikšmingas ryšis

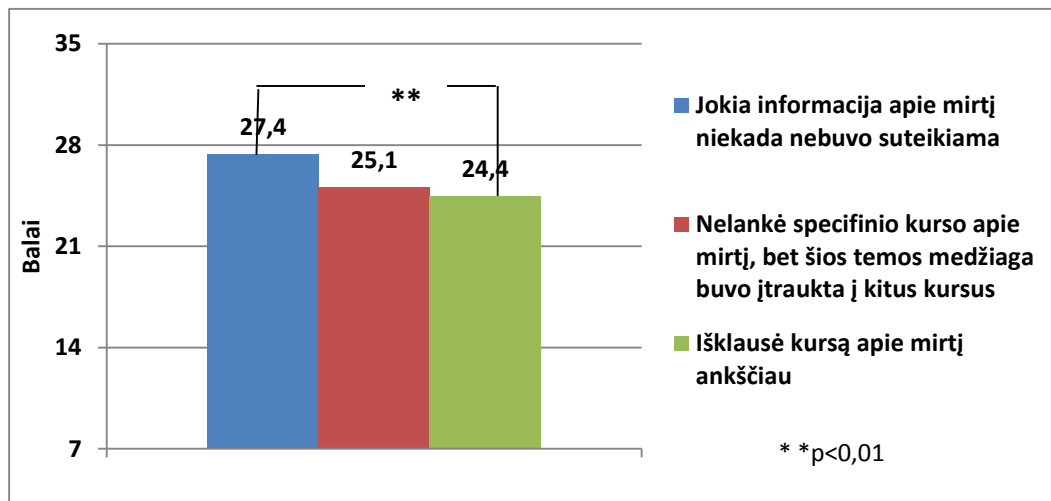
Slaugytojų psichoemocinės įtampos, susijusios su mirštančio asmens slaugymu, išreikštumas nepriklausė nuo slaugytojų ankstesnės netekties patirties – jis buvo panašus tiek slaugytojams, kurie buvo patyrę artimojo netektį tiek ir slaugytojams nepatyrusiems tokios netekties. Tik slaugytojai, nepatyrę artimojo netektį, labiau norėtų nedalyvauti pacientui mirštant ( $r=-0,17$   $p=0,044$ ) nei slaugytojai, kurie turėjo tokią patirtį (9 lentelė).



Taikytas Mano –Vitnio kriterijus

18 pav. Slaugytojų psichoemocinės įtampos, susijusios su mirštančio asmens slaugymu, skirtumai priklausomai nuo darbo vietos

Analizuojant slaugytojų psichoemocinės įtampos, susijusios slaugant mirštantį asmenį, skirtumus priklausomai nuo slaugytojų darbo vietos nustatėme, kad ši įtampos išreikštumas reikšmingai skyrėsi – reikšmingai didžiausią įtampą akcentavo slaugytojai, dirbantys chirurginio profilio skyriuose (chirurginio prof.  $27,1 \pm 6,3$  balų ir reanimacijos sk.  $22,8 \pm 6,5$  balų ( $p=0,005$ ); chirurginio prof.  $27,1 \pm 6,3$  balų ir terapinio prof.  $25,4 \pm 5,9$  balų ( $p=0,047$ )) lyginant su slaugytojais, dirbančiais reanimacijos ir intensyvios terapijos skyriuose bei terapinio profilio skyriuose. Lyginant psichoemocinės įtampos, susijusios su mirštančio asmens slaugymu, išreikštumą tarp terapinio profilio skyriuose dirbančių slaugytojų su reanimacijos ir intensyvios terapijos skyrių slaugytojų reikšmingo skirtumo nenustatėme, tačiau reanimacijos ir intensyvios terapijos skyriuose stebimas mažiausias įtampos išreikštumas tarp visų nagrinėjamų skyrių (18 pav.).



Taikyti Kruskal-Valiso ir Mano –Vitnio kriterijai

19 pav. Slaugytojų psichoemocinės įtampos, susijusios su mirštančio asmens slaugymu, skirtumai priklausomai nuo ankstesnio švietimo mirties klausimu

Psichoemocinės įtampos, susijusios su mirštančio asmens slaugymu, išreikštumas reikšmingai ( $p=0,043$ ) skyrėsi priklausomai nuo gautų žinių mirties klausimu, ypač reikšmingai tarp slaugytojų, kurie nebuvo gavę jokios informacijos mirties klausimų, ir slaugytojų, kurie buvo išklaušę kursą apie mirtį (negavo informacijos grupės  $27,4 \pm 4,6$  balų ir išklaušusios kursą grupės  $24,4 \pm 4,9$   $p=0,004$ ). Lyginant įtampos išreikštumą tarp negavusių jokios informacijos mirties klausimu slaugytojų ir nelankiusių specifinio kurso apie mirtį, bet šios temos medžiaga buvo įtraukta į kitus kursus, reikšmingo skirtumo nenustatėme, tačiau slaugytojų, gavusių tokią informaciją iš kitų kursų, grupėje taip pat stebimas mažesnis įtampos išreikštumas nei negavusiųjų grupėje (19 pav.).

10 lentelė. Slaugytojų nerimo dėl mirties ir mirimo sąsajos su psichoemocine įtampa, sukeliama mirštančio asmens slaugymu (bendru rodikliu ir atskirais jos aspektais)

Veiksniai	Savo				Kitų			
	Mirtis		Mirimas		Mirtis		Mirimas	
	r	p	r	p	r	p	r	p
<b>Psichoemocinė įtampa</b> (suminis rodiklis)	<b>0,54</b>	<b>&lt;0,001</b>	0,41	<0,001	<b>0,61</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,57</b>	<b>&lt;0,001</b>
Mane nuliūdintų jeigu mirštantis asmuo, kurį aš slaugau, nustotų tikėtis jog pasveiks	0,27	0,001	0,31	<0,001	0,44	<0,001	0,54	<0,001
Kai pacientas klausia „Ar aš mirštu?“, mano manymu geriausia yra pakeisti tema į ką nors linksmą	0,18	0,025	0,17	0,044	0,27	0,001	0,35	<0,001
Norėčiau tikėti, kad asmuo, kurį aš slaugau, mirs, kai manęs nebus šalia	0,48	<0,001	0,43	<0,001	0,58	<0,001	0,44	<0,001
Aš bijau susidraugauti su mirštančiu asmeniu	0,50	<0,001	0,38	<0,001	0,49	<0,001	0,42	<0,001
Norėčiau nedalyvauti pacientui mirštant	0,45	<0,001	0,35	<0,001	0,48	<0,001	0,50	<0,001
Man būtų nepatogu įėjus į nepagydomai sergančio asmens palatą, rasti jį verkiant	0,44	<0,001	0,40	<0,001	0,53	<0,001	0,49	<0,001
Man būtų nepatogu kalbėtis apie artėjančią mirtį su mirštančiu žmogumi ar jo artimaisiais	0,43	<0,001	0,28	0,001	0,49	<0,001	0,37	<0,001

Taikytas Spearmano ranginės koreliacijos metodas

Analizuojant psichoemocinės įtampos, susijusios su mirštančio asmens slaugymu, sąsajas su slaugytojų požiūriu į mirtį ir mirimą nustatyti itin reikšmingi ( $p < 0,001$ ) ryšiai tarp apibendrinto įtampos išreikštumo rodiklio ir požiūrio į mirtį/mirimą visų skalių - kitų mirties proceso ( $r=0,61$ ), kitų mirimo proceso ( $r=0,57$ ), savo mirties proceso ( $r=0,54$ ), savo mirimo proceso ( $r=0,41$ ) (10 lentelė).

Visi atskiri įtampos veiksniai taip pat reikšmingai siejasi su visomis požiūrio į mirtį/mirimo skalėmis (10 lentelė)

Apibendrinus šiuos rezultatus matome, jog psichoemocinė įtampa, atsirandanti slaugant mirštančius pacientus, yra susijusi su mirties ir mirimo baime aplamai, tačiau labiausiai - su kitų mirties proceso baime.

### **2.2.3 Slaugytojo vaidmuo, teikiant pagalbą mirštančio paciento artimiesiems, ir požiūris į mirštančio asmens slaugą**

Mirtis veikia ne tik patį mirštantį asmenį bet ir jo šeimą ir jį slaugantį asmenį. Artėjančios mirties akivaizdoje, ypatingą vaidmenį atlieka slaugytojas, kuris turi ne tik rūpintis mirštančiuoju bet ir jo artimaisiais.

Siekiant išsiaiškinti slaugytojų vaidmenį, teikiant pagalbą mirštančio paciento artimiesiems, buvo nagrinėjamas slaugytojų požiūris į mirštančio asmens slaugą, panaudojant Frommelt'o (FATCOD) klausimyną. Slaugytojams buvo pateikti vertinimui 23 klausimyno teiginių, iš kurių 1 teiginių atspindi teigiamą požiūrį į gyvenimo pabaigos slaugą ir 8 teiginių – neigiamą požiūrį. Šiuos teiginius reikėjo įvertinti 5-balėje sistemoje nuo 1 (visiškai nesvarbu) iki 5 (labai svarbu).

Apskaičiuojant bendro požiūrio į gyvenimo pabaigos slaugą rodiklį buvo sumuojami visi teigiamų teiginių ir perkoduotų atvirkštine tvarka neigiamų teiginių įvertinimai. Suminis teigiamo požiūrio į mirštančiojo slaugą rodiklis galėjo įgyti reikšmes nuo 23 iki 115 balų – kuo didesnė reikšmė - tuo teigiamesnis požiūris į mirštančiojo slaugą. Bendroje tiriamųjų grupėje šio rodiklio vidurkį sudarė  $80,1 \pm 6,0$  balų (11 lentelė).

11 lentelė. Požiūrio į mirštančiojo slaugą (FATCOD) ir jo teiginių vertinimai

Teiginiai	Vidurkis±SN
<b>Požiūris į mirštančio asmens slaugą</b> (suminis rodiklis)	80,1±1,6
<i>Teigiami</i>	
Šeimos turėtų palaikyti kiek tik įmanoma normalesnę aplinką jų mirštančiam šeimos nariui	4,4±0,8
Šeima turėtų dalyvauti teikiant fizinę slaugą mirštančiam asmeniui, jeigu jie to nori	4,3±0,9
Šeimoms reikia emocinės paramos, kad priimtų mirštančio asmens elgesio pokyčius	4,3±0,9
Šeimos turėtų pasirūpinti, kad likęs gyventi mirštančiam šeimos nariui laikas taptu kuo geresnis jam	4,3±0,8
Mirštančiam asmeniui naudinga išsikalbėti apie savo jausmus	4,3±0,8
Mirštantiems asmenims turėtų būti suteikiami nuoširdūs atsakymai į klausimus dėl jų būklės	4,2±0,8
Mirštančio asmens slaugymas yra vertinga patirtis mirštančiojo artimiesiems	4,1±0,9
Sauga turėtų apimti ir mirštančio asmens šeimą	4,1±0,9
Mirštantis asmuo ir jo šeima turėtų būti atsakingi už sprendimų priėmimą	4,1±0,9
Priklausomybė nuo skausmą malšinančių vaistų neturėtų būti svarstoma su paciento artimaisiais kai kalbama apie mirštantį asmenį	4,1±0,9
Profesionalūs slaugytojai gali padėti pacientams ir jų artimiesiems pasiruošti mirčiai	4,1±0,9
Slaugytojai turėtų leisti mirštantiems asmenims turėti lanksčius jų lankymo laiko grafikus	4,0±0,9
Būna atvejų, kuomet mirtis yra laukiama mirštančio asmens ar jo artimųjų	3,9±1,1
Mirtis nėra pats baisiausias dalykas kuris gali nutikti žmogui, artimųjų požiūriu	3,7±1,2
Rūpinimasis paciento šeima turėtų tęstis visą gedėjimo ir netekties laikotarpį	3,7±1,1
<i>Neigiami</i>	
Šeimos narių švietimas mirties klausimais nėra slaugytojų atsakomybė	3,9±1,1
Laiko, reikalingo mirštančio asmens slaugymui, trukmė liūdina artimuosius	3,9±1,0
Mirštančiam asmeniui neturėtų būti leidžiama daryti sprendimus dėl jo fizinės slaugos	3,8±1,1
Yra sudėtinga sukurti artimus ryšius su mirštančiu asmeniu ar jo artimaisiais	3,8±1,0
Šeimos nariai, kurie lieka arti mirštančio asmens, dažnai kliudo profesionaliai slaugai	3,7±1,1
Aš nenorėčiau slaugyti mirštančio asmens artimojo	3,5±1,2
Slaugytojai neturėtų kalbėtis apie mirtį su mirštančiu asmeniu ar jo artimaisiais	3,5±1,1
Pacientui artėjant prie mirties, ne šeimos narys, slaugantis mirštantįjį, turėtų atsiriboti nuo santykių su pacientu	3,3±1,2

SN- standartinis nuokrypis

Teigiamų teiginių vertinimų vidurkiai sudarė 3,7-4,4 balų intervalą, o tai reiškia, kad visais šiais aspektais slaugytojų požiūris į mirštančio paciento slaugą buvo pakankamai teigiamas ir šie visi veiksniai slaugytojų nuomone buvo svarbūs. Ypač slaugytojai akcentavo mirštančio paciento šeimos vaidmenį - „Šeimos turėtų palaikyti kiek tik įmanoma normalesnę aplinką jų mirštančiam šeimos nariui“ (4,4±0,8 balų), „Šeima turėtų dalyvauti teikiant fizinę slaugą mirštančiam asmeniui, jeigu jie to nori“ (4,3±0,9 balų), „Šeimos turėtų pasirūpinti, kad likęs gyventi mirštančiam šeimos nariui laikas taptu kuo geresnis jam“ (4,3±0,8 balų) bei paties paciento - „Mirštančiam asmeniui naudinga išsikalbėti apie savo jausmus“ (4,3±0,8 balų) (11 lentelė).

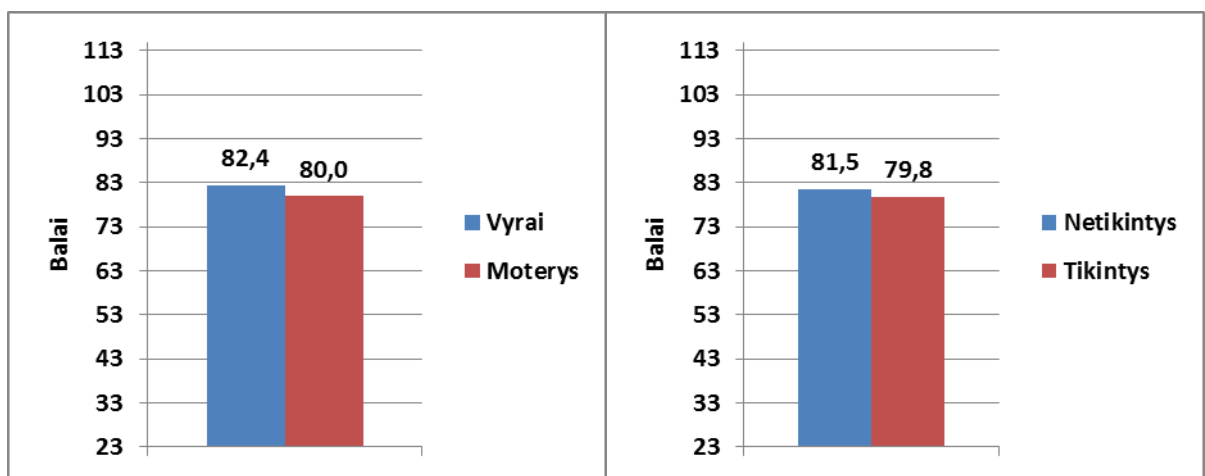
Iš veiksnių, atspindinčių slaugytojų vaidmenį, slaugytojai išskyrė sekančius - „Šeimoms reikia emocinės paramos, kad priimtų mirštančio asmens elgesio pokyčius“ (4,3±0,9 balų), „Mirštantiems asmenims turėtų būti suteikiami nuoširdūs atsakymai į klausimus dėl jų būklės“ (4,2±0,8 balų).

Iš teigiamų teiginių mažiau svarbūs slaugytojams buvo sekantys teiginiai – „Mirtis nėra pats baisiausias dalykas kuris gali nutikti žmogui, artimųjų požiūriu“ (3,7±1,2 balų), „Rūpinimasis paciento šeima turėtų tęstis visą gedėjimo ir netekties laikotarpį“ (3,7±1,1balų) (11 lentelė).

Neigiamų teiginių vertinimų vidurkiai sudarė 3,3-3,9 balų intervalą. Gauti rezultatai parodė, kad slaugytojų požiūris šiais aspektais buvo nepakankamai teigiamas – su tokiais teiginiais kaip „Šeimos narių švietimas mirties klausimais nėra slaugytojų atsakomybė“ (3,9±1,1 balų), „Laiko, reikalingo mirštančio asmens slaugymui, trukmė liūdina artimuosius“ (3,9±1,0 balų), „Mirštančiam asmeniui neturėtų būti leidžiama daryti sprendimus dėl jo fizinės slaugos“ (3,8±1,1 balų), „Yra sudėtinga sukurti artimus ryšius su mirštančiu asmeniu ar jo artimaisiais“ (3,8±1,0 balų), „Šeimos nariai, kurie lieka arti mirštančio asmens, dažnai kliudo profesionaliai slaugai“ (3,7±1,1 balų) slaugytojai labiau sutiko nei nesutiko. Labiausiai slaugytojai nesutiko su teiginiu „Pacientui artėjant prie mirties, ne šeimos narys, slaugantis mirštantįjį, turėtų atsiriboti nuo santykių su pacientu“ (3,3±1,2 balų), o tai reiškia, kad slaugytojų nuomonė yra sekanti – slaugytojai, pacientui artėjant prie mirties, neturi atsiriboti nuo santykių su pacientu (11 lentelė).

Apibendrinus neigiamų teiginių vertinimus nustatyta, kad mirštančių pacientų slaugoje slaugytojų nuomone jie nėra atsakingi už šeimos narių švietimą mirties klausimais, neturėtų kalbėtis apie mirtį su mirštančiu asmeniu ar jo artimaisiais, jie nenorėtų slaugyti mirštančio paciento artimųjų, yra sudėtinga sukurti artimus ryšius su paciento artimaisiais, artimieji dažnai kliudo profesionaliai slaugai, tačiau neturėtų atsiriboti nuo santykių su pacientais.

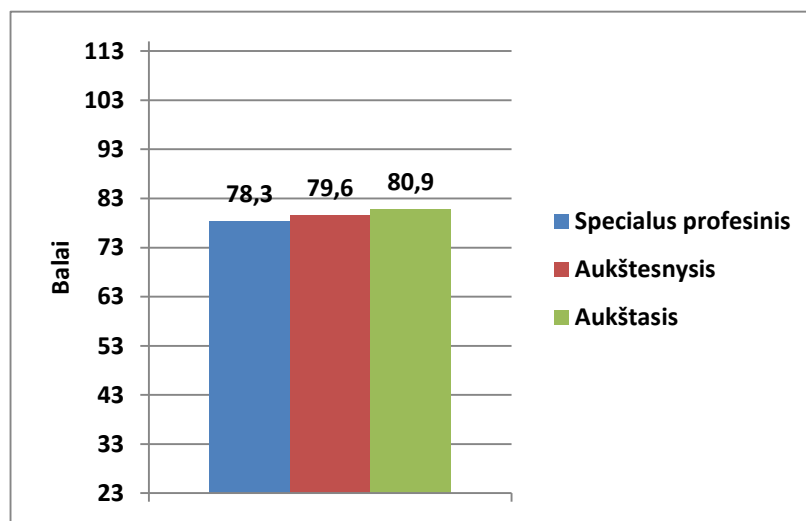
Apskaičiuotą požiūrio į mirštančio paciento slaugą bendra rodiklį palyginome skirtinguose grupėse suskirstytuose pagal sociodemografinius rodiklius.



Taikytas neporinis Stjudento kriterijus

20 pav. Slaugytojų požiūrio į mirštančio asmens slaugą skirtumai priklausomai nuo lyties ir religinių įsitikinimų

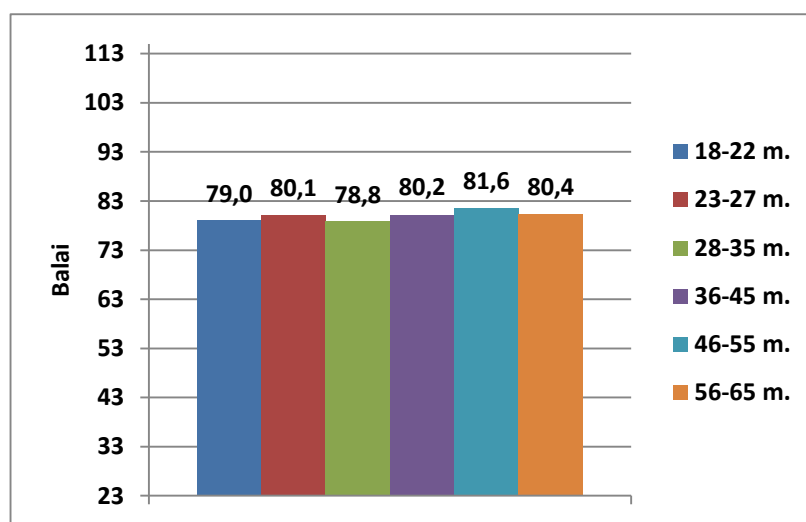
Požiūris į mirštančio paciento slaugą reikšmingai nesiskyrė priklausomai nuo slaugytojų lyties ir religinių įsitikinimų (20 pav.).



Taikytas ANOVA metodas ir LSD kriterijus

21 pav. Slaugytojų požiūrio į mirštančio asmens slaugą skirtumai priklausomai nuo išsilavinimo

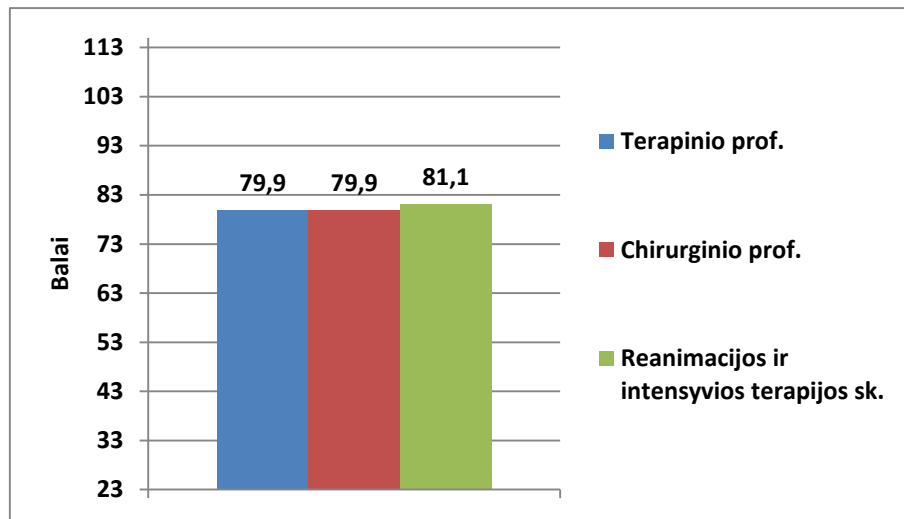
Nors požiūrio į mirštančio paciento slaugą rodiklis reikšmingai ( $p < 0,05$ ) nesiskyrė grupėse suskirstytuose pagal slaugytojų išsilavinimą, tačiau stebima šio požiūrio gerėjimo tendencija kylant išsilavinimui - su specialiu profesiniu išsilavinimu grupėje šio rodiklio vidurkis buvo  $78,3 \pm 5,4$  balų, su aukštesniu -  $79,6 \pm 5,5$  balų ir su aukštu -  $80,9 \pm 6,5$  balų (21 pav.).



Taikytas ANOVA metodas

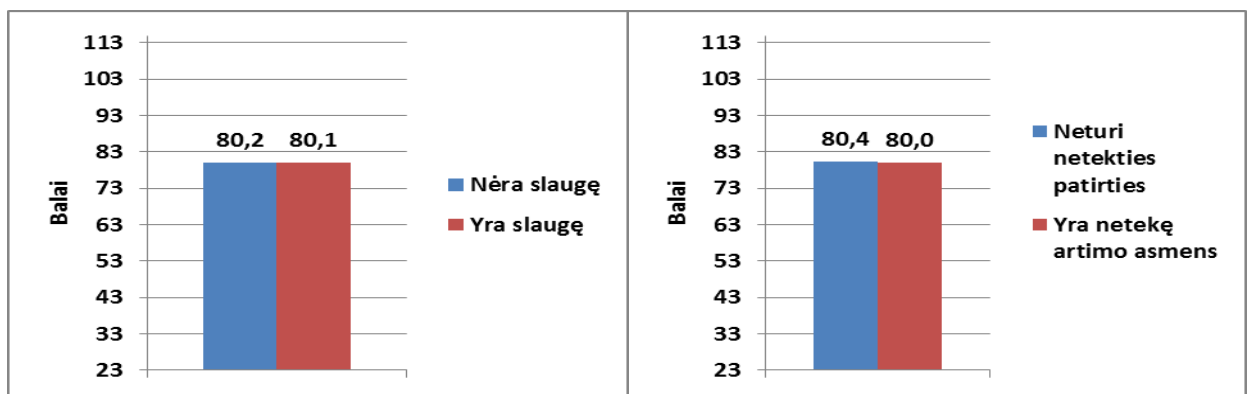
22 pav. Slaugytojų požiūrio į mirštančio asmens slaugą skirtumai priklausomai nuo amžiaus

Požiūris į mirštančio paciento slaugą reikšmingai nesiskyrė priklausomai nuo slaugytojų amžiaus (22 pav.).



Taikytas Mano – Vitnio kriterijus

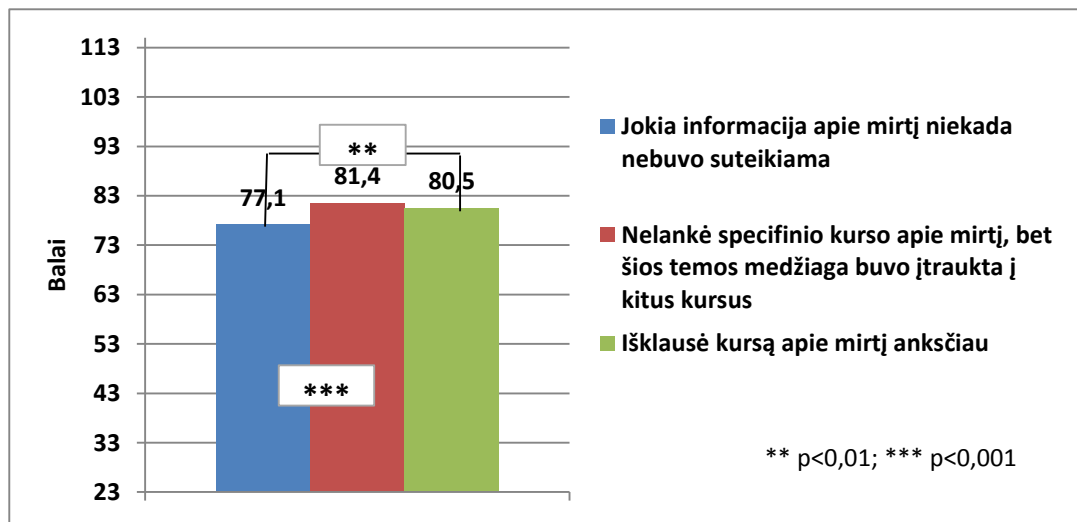
23 pav. Slaugytojų požiūrio į mirštančio asmens slaugą skirtumai priklausomai nuo darbo vietos



Taikytas Mano – Vitnio kriterijus

24 pav. Slaugytojų požiūrio į mirštančio asmens slaugą skirtumai priklausomai nuo ankstesnės netekties patirties ir patirties, slaugant nepagydomomis ligomis sergančius asmenis

Analizuojant slaugytojų požiūrį į mirštančio paciento slaugą priklausomai nuo darbo vietos, nuo ankstesnės patirties slaugant nepagydomomis ligomis sergančius asmenimis bei nuo ankstesnės netekties patirties taip pat nenustatyta reikšmingų skirtumų (23 pav. ir 24 pav.).



Taikytas Kruskalio-Valiso ir Mano – Vitnio kriterijai

25 pav. Slaugytojų požiūrio į mirštančio asmens slaugą skirtumai priklausomai nuo ankstesnio švietimo mirties klausimu

Požiūris į mirštančio paciento slaugą reikšmingai skyrėsi slaugytojų priklausomai nuo žinių mirties klausimu turėjimo ( $p=0,001$ ). Nustatyta, kad šis požiūris reikšmingai ( $p<0,01$ ) buvo geresnis tuose slaugytojų grupėse, kurioms šios žinios buvo suteiktos vienokiu ar kitokiu būdu, nei toje slaugytojų grupėje, kur jokia informacija apie mirtį nebuvo suteikta (grupėje, kurioje informacija apie mirtį buvo įtraukta į kitus kursus, požiūrio rodiklio vidurkį sudarė  $81,4\pm 6,0$  balų, grupėje, kuri išklausė kursą apie mirtį -  $80,5\pm 6,5$  balų ir grupėje, kuriai jokia informacija apie mirtį nebuvo suteikta -  $77,1\pm 4,3$  balų) (25 pav.)

12 lentelė. Požiūrio į mirštančio paciento slaugą (FATCOD) sąsajos su nerimu dėl mirties ir mirimo bei su psichoemocine įtampa susijusia su mirštančio paciento slaugymu

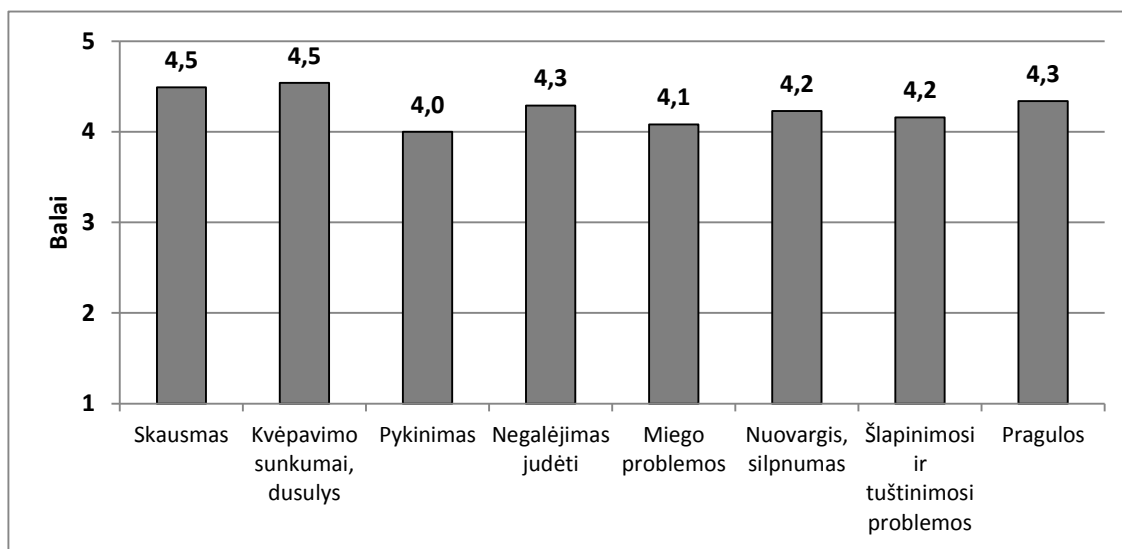
Veiksniai	Požiūris į mirštančio paciento slaugą	
	r	p
<i>Nerimas-baimė dėl:</i>		
Savo paties mirties	-0,06	ns
Savo paties mirimo	0,20	0,017
Kitų mirties	0,07	ns
Kitų mirimo	0,21	0,009
Psichoemocinė įtampa slaugant mirštantį asmenį	-0,07	ns

Taikytas Spearmano ranginės koreliacijos metodas; ns – statistiškai nereikšmingas ryšis

Tyrimas parodė, kad slaugytojai, kuriems kitų ( $r=0,21$   $p=0,009$ ) ir savo paties ( $r=0,20$   $p=0,017$ ) mirimo procesai kėlė didesnę baimę, turėjo reikšmingai teigiamesnį požiūrį į mirštančiųjų pacientų slaugą (12 lentelė). Reikšmingų ryšių tarp slaugytojų požiūrio į mirštančio paciento slaugą ir nerimo-baimės dėl savo bei kitų mirties nenustatėme. Taip pat psichoemocinė įtampa, susijusi su

mirštančio paciento slaugymu, neturėjo reikšmingos įtakos teigiamam požiūriui į mirštančio paciento slaugą (12 lentelė).

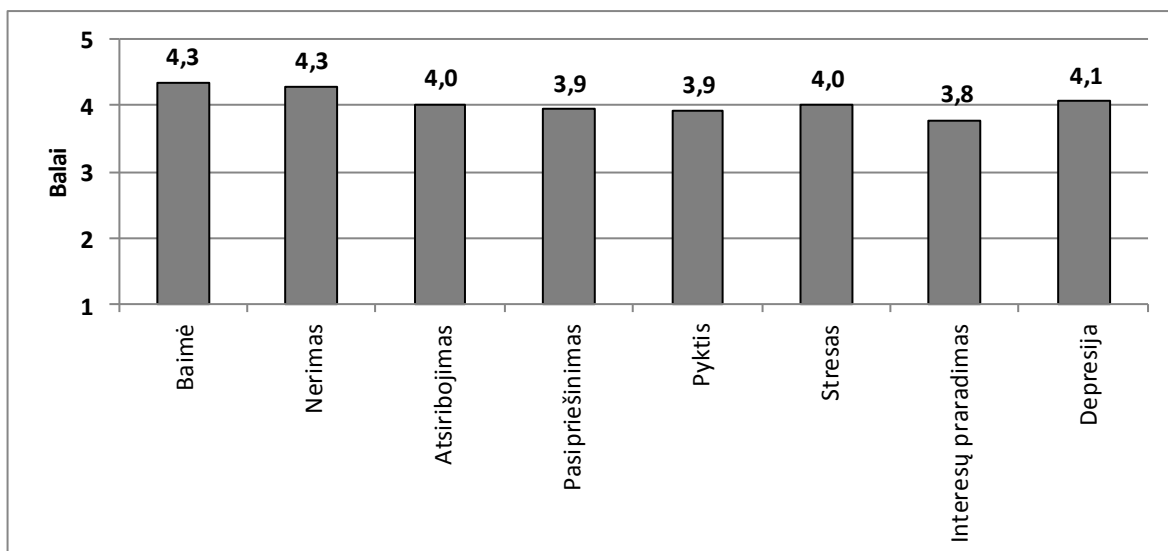
#### 2.2.4 Slaugytojų nuomonė apie efektyvią mirštančiųjų slaugą



26 pav. Dažniausios fiziologinės mirštančiųjų slaugos problemos

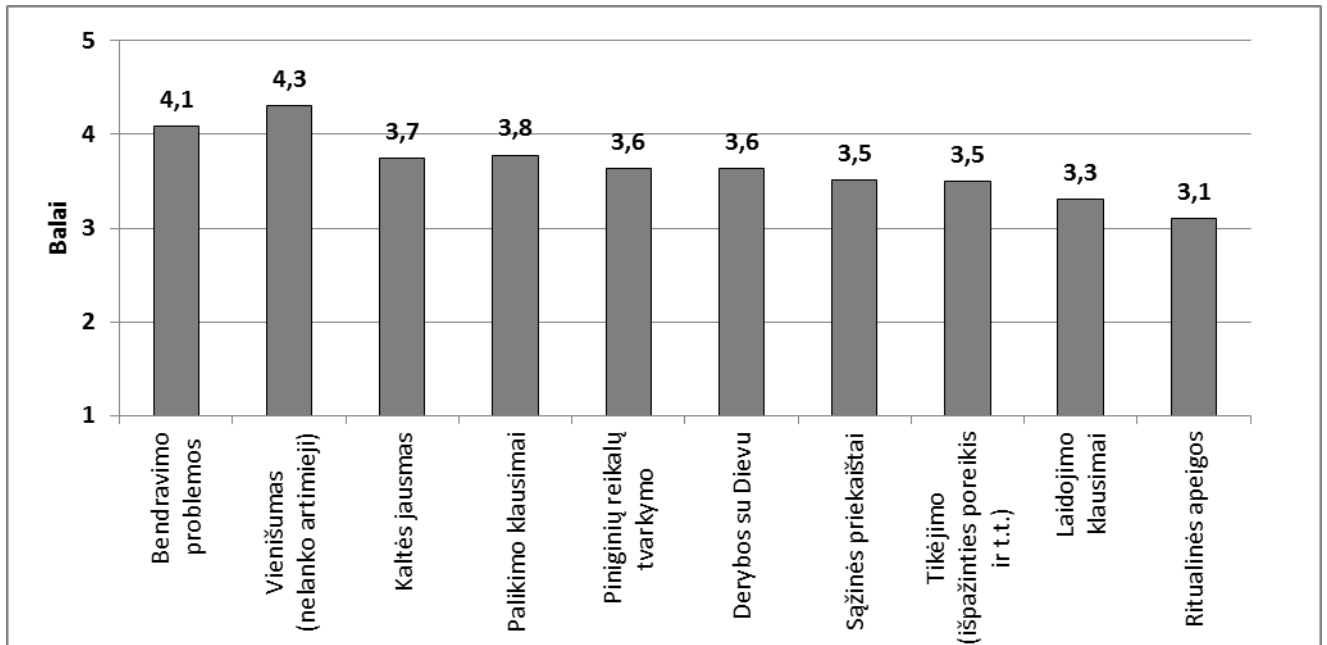
Analizuojant dažniausias fiziologines mirštančių pacientų slaugos problemas tyrimo rezultatai parodė, kad dažniausios fiziologinės problemos yra kvėpavimo sunkumai/dusulys ( $4,5 \pm 0,6$  balų) ir skausmas ( $4,5 \pm 0,6$  balų) (26 pav.).

Pragulos ( $4,3 \pm 0,7$  balų), negalėjimas judėti ( $4,3 \pm 0,8$  balų), nuovargis/silpnumas ( $4,2 \pm 0,8$  balų), šlapinimosi/tuštinimosi problemos ( $4,2 \pm 0,9$  balų), miego problemos ( $4,1 \pm 0,9$  balų) ir mirštančių pacientų pykinimas ( $4,0 \pm 1,0$  balų) taip pat yra dažnos slaugos problemos (26 pav.).



27 pav. Dažniausios psichologinės mirštančiųjų slaugos problemos

Visos darbe nagrinėjamos mirštančiųjų slaugos psichologines problemas slaugytojai pažymėjo kaip dažnas – vertinimų vidurkiai sudarė 3,8-4,3 balų intervalą. Dažniausios psichologinės mirštančių pacientų slaugos problemos yra baimė ( $4,3\pm 0,7$  balų) ir nerimas ( $4,3\pm 0,7$  balų). Interesų praradimas ( $3,8\pm 1,0$  balų) tyrimo rezultatais buvo taip pat dažna problema bet kaip retesnė iš nagrinėjamų problemų (27 pav.).



28 pav. Dažniausios socialinės ir dvasinės mirštančiųjų slaugos problemos

Analizuojant dažniausias socialines ir dvasines mirštančių pacientų slaugos problemas nustatyta, kad dažniausios iš šių problemų yra vienišumo jausmas (nelanko artimieji) ( $4,3\pm 0,8$  balų) ir bendravimo problemos ( $4,1\pm 0,9$  balų). Tokias problemas kaip laidojimo klausimai ( $3,3\pm 1,2$  balų) ir klausimai įsisiję su ritualinėmis apeigomis ( $3,1\pm 1,2$  balų) tiriamieji įvardino kaip nedažnas (28 pav.)

Tokios psichologinės problemos kaip *atsiribojimas* (chirurg. prof. sk.  $4,3\pm 0,7$  balų, terapinio prof. sk.  $3,9\pm 0,9$  balų ir reanimac. sk.  $3,9\pm 0,9$  balų;  $p=0,030$ ), *pasipriešinimas* (chirurg. prof. sk.  $4,3\pm 0,9$  balų, terapinio prof. sk.  $3,8\pm 1,0$  balų ir reanimac. sk.  $3,8\pm 0,8$  balų;  $p=0,016$ ), *stresas* (chirurg. prof. sk.  $4,4\pm 0,8$  balų, terapinio prof. sk.  $3,8\pm 1,0$  balų ir reanimac. sk.  $3,8\pm 1,0$  balų;  $p=0,002$ ) ir *depresija* (chirurg. prof. sk.  $4,4\pm 0,7$  balų, terapinio prof. sk.  $3,8\pm 1,1$  balų ir reanimac. sk.  $4,0\pm 0,8$  balų;  $p=0,004$ ) reikšmingai ( $p<0,05$ ) dažniau pasitaikydavo chirurginio profilio skyriuose lyginant su kitais skyriais (13 lentelė).

13 lentelė. Mirštančiųjų pacientų slaugos problemų pasitaikymo dažnio skirtumai priklausomai nuo slaugytojų darbo vietos

Problemos	Skyriai			p
	Terapinio prof.	Chirurginio prof.	Reanimacijos ir intensyvios terapijos	
	Vidurkis±SN	Vidurkis±SN	Vidurkis±SN	
<i>Fiziologinės:</i>				
Skausmas	4,5±0,7	4,5±0,5	4,5±0,6	ns
Kvėpavimo sunkumai, dusulys	4,6±0,6	4,6±0,7	4,5±0,7	ns
Pykinimas	3,9±1,0	4,4±0,8	3,5±1,1	0,001
Negalėjimas judėti	4,3±0,7	4,4±0,8	4,0±1,0	ns
Miego problemos	4,1±0,9	4,3±0,9	3,6±1,0	0,012
Nuovargis, silpnumas	4,2±0,9	4,4±0,7	4,0±0,8	ns
Šlapinimosi ir tuštinimosi problemos	4,2±0,9	4,4±0,8	3,6±1,0	0,003
Pragulos	4,3±0,7	4,5±0,6	4,2±0,8	ns
<i>Psichologinės:</i>				
Baimė	4,3±0,8	4,4±0,6	4,3±0,8	ns
Nerimas	4,2±0,8	4,5±0,6	4,1±0,8	ns
Atsiribojimas	3,9±0,9	4,3±0,7	3,9±0,9	0,030
Pasipriešinimas	3,8±1,0	4,3±0,9	3,8±0,8	0,016
Pyktis	3,9±1,0	4,2±0,8	3,7±0,9	ns
Stresas	3,8±1,0	4,4±0,8	3,8±1,0	0,002
Interesų praradimas	3,7±1,1	4,0±0,9	3,7±0,8	ns
Depresija	3,8±1,1	4,4±0,7	4,0±0,8	0,004
<i>Socialinės/dvasinės</i>				
Bendravimo problemos	4,1±0,8	4,2±0,8	4,0±1,1	ns
Vieništumo jausmas, nelanko artimieji	4,3±0,8	4,5±0,7	4,1±1,0	ns
Kaltės jausmas	3,6±1,0	3,9±1,1	3,8±1,2	ns
Palikimo klausimai	3,7±0,9	3,9±1,0	3,8±0,9	ns
Piniginių reikalų tvarkymo	3,5±1,0	3,8±1,1	3,8±0,9	ns
Derybos su Dievu	3,4±1,2	3,8±1,0	3,9±1,0	ns
Sąžinės priekaištai	3,3±1,1	3,7±1,1	3,8±1,1	0,049
Tikėjimo (išpažinties poreikis ir t.t.)	3,3±1,1	3,5±1,2	4,0±0,7	0,028
Laidojimo klausimai	3,1±1,1	3,3±1,4	3,9±1,1	0,015
Ritualinės apeigos	3,0±1,1	3,1±1,3	3,4±1,2	ns

Taikytas Kruskal – Valiso kriterijus; SN – standartinis nuokrypis; ns – nereikšmingas skirtumas

Reanimacijos ir intensyvios terapijos skyriuose reikšmingai ( $p < 0,05$ ) dažniau nei kituose skyriuose išskildavo tokios socialinės ir dvasinės mirštančiųjų pacientų slaugos problemos kaip *laidojimo klausimai* (reanimac. sk.  $3,9 \pm 1,1$  balų, chirurg. prof. sk.  $3,1 \pm 1,3$  balų ir terapinio prof. sk.  $3,1 \pm 1,1$  balų;  $p = 0,015$ ), *tikėjimo* (reanimac. sk.  $4,0 \pm 0,7$  balų, chirurg. prof. sk.  $3,5 \pm 1,2$  balų ir terapinio prof. sk.  $3,3 \pm 1,1$  balų;  $p = 0,028$ ) ir *sąžinės priekaištai* (reanimac. sk.  $3,8 \pm 1,1$  balų, chirurg. prof. sk.  $3,7 \pm 1,1$  balų ir terapinio prof. sk.  $3,3 \pm 1,1$  balų;  $p = 0,049$ ) (13 lentelė).

14 lentelė. Slaugytojų amžiaus ir darbo stažo įtaka mirštančiųjų pacientų slaugos problemų pasitaikymo dažnio vertinimui

Problemos	Amžius		Darbo stažas	
	r	p	r	p
<i>Fiziologinės:</i>				
Skausmas	0,01	ns	0,09	ns
Kvėpavimo sunkumai, dusulys	0,04	ns	0,14	ns
Pykinimas	0,07	ns	0,17	0,039
Negalėjimas judėti	0,07	ns	0,08	ns
Miego problemos	0,03	ns	0,06	ns
Nuovargis, silpnumas	-0,01	ns	0,04	ns
Šlapinimosi ir tuštinimosi problemos	-0,05	ns	0,02	ns
Pragulos	0,05	ns	0,05	ns
<i>Psichologinės:</i>				
Baimė	-0,02	ns	0,05	ns
Nerimas	-0,02	ns	0,01	ns
Atsiribojimas	-0,05	ns	-0,04	ns
Pasipriešinimas	-0,13	ns	-0,11	ns
Pyktis	-0,14	ns	-0,11	ns
Stresas	-0,04	ns	-0,04	ns
Interesų praradimas	-0,04	ns	0,05	ns
Depresija	-0,13	ns	-0,09	ns
<i>Socialinės/dvasinės:</i>				
Bendravimo problemos	-0,07	ns	-0,03	ns
Vieniškumo jausmas, nelanko artimieji	-0,02	ns	0,03	ns
Kaltės jausmas	-0,09	ns	-0,07	ns
Palikimo klausimai	-0,10	ns	-0,04	ns
Piniginių reikalų tvarkymo	0,07	ns	0,09	ns
Derybos su Dievu	0,04	ns	0,06	ns
Sąžinės priekaištai	-0,03	ns	0,04	ns
Tikėjimo (išpažinties poreikis ir t.t.)	0,02	ns	0,09	ns
Laidojimo klausimai	-0,04	ns	0,03	ns
Ritualinės apeigos	-0,06	ns	0,03	ns

Taikytas Spearmano ranginės koreliacijos metodas; ns – statistiškai nereikšmingas ryšis

Tyrimo rezultatai parodė, kad slaugytojų amžius neturėjo reikšmingos įtakos mirštančiųjų pacientų slaugos problemų pasitaikymo dažnio vertinimui (14 lentelė).

Slaugytojų darbo stažas turėjo reikšmingos ( $p < 0,05$ ) įtakos tokios mirštančiųjų pacientų fiziologinės problemos kaip *pykinimas* ( $r = 0,17$   $p = 0,039$ ) vertinimui: slaugytojų su didesne darbine patirtimi nuomone mirštančiųjų pacientų pykinimas dažnesnė slaugos problema nei slaugytojų su mažesne darbine patirtimi nuomone (14 lentelė).

15 lentelė. Slaugytojų ankstesnė patirtis mirties klausimu įtaka mirštančiųjų pacientų slaugos problemų pasitaikymo dažnio vertinimui

Problemos	Ankstesnė patirtis			
	Darbas su nepagydomomis ligomis sergančiais asmenimis		Netekties patirtis	
	r	p	r	p
<i>Fiziologinės:</i>				
Skausmas	-0,08	ns	-0,03	ns
Kvėpavimo sunkumai, dusulys	0,05	ns	-0,03	ns
Pykinimas	0,26	0,002	0,00	ns
Negalėjimas judėti	0,13	ns	-0,04	ns
Miego problemos	0,18	0,033	-0,02	ns
Nuovargis, silpnumas	0,20	0,017	0,04	ns
Šlapinimosi ir tuštinimosi problemos	0,11	ns	-0,15	ns
Pragulos	-0,02	ns	0,08	ns
<i>Psichologinės:</i>				
Baimė	0,07	ns	-0,06	ns
Nerimas	0,06	ns	-0,03	ns
Atsiribojimas	0,09	ns	0,06	ns
Pasipriešinimas	0,14	ns	0,01	ns
Pyktis	0,20	0,015	-0,07	ns
Stresas	0,11	ns	0,08	ns
Interesų praradimas	0,06	ns	-0,01	ns
Depresija	0,04	ns	0,08	ns
<i>Socialinės/dvasinės:</i>				
Bendravimo problemos	0,15	ns	0,01	ns
Vieništumo jausmas, nelanko artimieji	0,11	ns	-0,04	ns
Kaltės jausmas	0,24	0,003	-0,05	ns
Palikimo klausimai	0,30	<0,001	-0,05	ns
Piniginių reikalų tvarkymo	0,25	0,002	0,11	ns
Derybos su Dievu	0,20	0,014	0,07	ns
Sąžinės priekaištai	0,18	0,027	0,10	ns
Tikėjimo (išpažinties poreikis ir t.t.)	0,11	ns	0,08	ns
Laidojimo klausimai	0,13	ns	0,12	ns
Ritualinės apeigos	0,14	ns	0,07	ns

Taikytas Spearmano ranginės koreliacijos metodas; ns – statistiškai nereikšmingas ryšis

Tokias fiziologines mirštančiųjų pacientų slaugos problemas kaip *pykinimą* ( $r=0,26$   $p=0,002$ ), *nuovargį/silpnumą* ( $r=0,20$   $p=0,017$ ), *miego problemas* ( $r=0,18$   $p=0,033$ ), tokią psichologinę problemą kaip *pyktį* ( $r=0,20$   $p=0,015$ ) ir tokias socialines/dvasines problemas kaip *palikimo klausimus* ( $r=0,30$   $p<0,001$ ), *piniginių reikalų tvarkymą* ( $r=0,25$   $p=0,002$ ), *kaltės jausmą* ( $r=0,24$   $p=0,003$ ), *derybas su Dievu* ( $r=0,20$   $p=0,014$ ), *sąžinės priekaištus* ( $r=0,18$   $p=0,027$ ) reikšmingai dažniau akcentavo tie slaugytojai, kuriems buvo tekę slaugyti nepagydomomis ligomis sergančius pacientus nei tie slaugytojai, kurie tokios patirties neturėjo (15 lentelė).

Mirštančiųjų pacientų slaugos problemų pasireiškimo dažnio vertinimas nepriklausė nuo slaugytojų ankstesnes netekties patirties (15 lentelė).

16 lentelė. Slaugytojų požiūrio į mirštančių asmenų slaugą ir mirštančiųjų pacientų slaugos problemų pasitaikymo dažnio vertinimų sąsajos

Problemos	Požiūris į mirštančiųjų slaugą	
	r	p
<i>Fiziologinės:</i>		
Skausmas	0,57	<0,001
Kvėpavimo sunkumai, dusulys	0,43	<0,001
Pykinimas	0,18	0,031
Negalėjimas judėti	0,33	<0,001
Miego problemos	0,27	0,001
Nuovargis, silpnumas	0,30	<0,001
Šlapinimosi ir tuštinimosi problemos	0,23	0,005
Pragulos	0,29	<0,001
<i>Psichologinės:</i>		
Baimė	0,38	<0,001
Nerimas	0,39	<0,001
Atsiribojimas	0,19	0,018
Pasipriešinimas	0,15	ns
Pyktis	0,14	ns
Stresas	0,10	ns
Interesų praradimas	0,19	0,023
Depresija	0,17	0,036
<i>Socialinės/dvasinės:</i>		
Bendravimo problemos	0,24	0,004
Vienišumo jausmas, nelanko artimieji	0,22	0,008
Kaltės jausmas	0,00	ns
Palikimo klausimai	0,09	ns
Piniginių reikalų tvarkymo	0,09	ns
Derybos su Dievu	-0,04	ns
Sąžinės priekaištai	0,00	ns
Tikėjimo (išpažinties poreikis ir t.t.)	0,03	ns
Laidojimo klausimai	-0,10	ns
Ritualinės apeigos	-0,09	ns

Taikytas Spearmano ranginės koreliacijos metodas; ns – statistiškai nereikšmingas ryšis

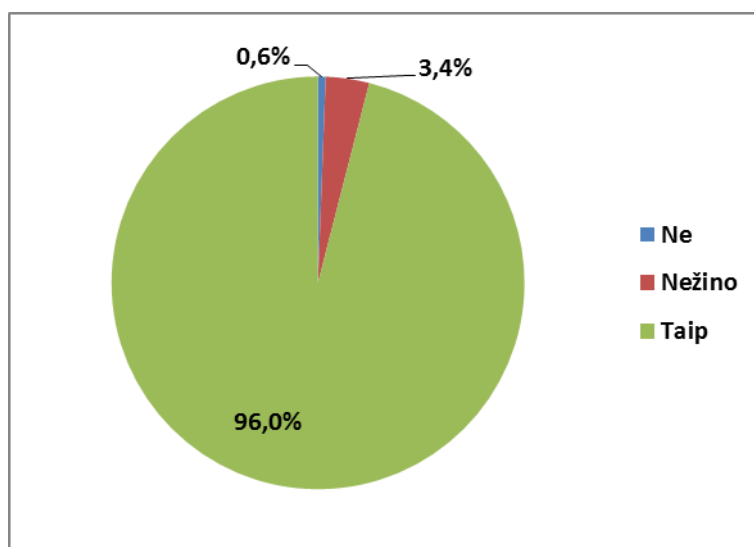
Atlikta Spearman'o koreliacinė analizė tarp slaugytojų požiūrio į mirštančio asmens slaugą ir mirštančiųjų pacientų slaugos problemų dažnumo vertinimų parodė, kad požiūris į šią slaugą yra labai susijęs su mirštančiųjų slaugos problemų pasireiškimo dažnio vertinimu.

Nustatyti reikšmingi teigiami ryšiai tarp teigiamo požiūrio į mirštančiųjų slaugą ir visomis darbe nagrinėjamų fiziologinių mirštančiojo slaugymo problemų pasireiškimo dažnio, ypač stiprus ryšiai nustatyti su *skausmo* ( $r=0,57$   $p<0,001$ ) ir *kvėpavimo sunkumais/dusuliu* ( $r=0,43$   $p<0,001$ ) pasireiškimo dažnio vertinimais. Gauti reikšmingi koreliaciniai ryšiai parodė, kad slaugytojai, turintys teigiamą požiūrį į mirštančio asmens slaugą labiau akcentavo fiziologinės mirštančių

pacientų slaugos problemų, ypač skausmo ir kvėpavimo sunkumų, pasireiškimo dažnumą, nei slaugytojai su neigiamesniu požiūriu į mirštančių asmenų slaugą (16 lentelė).

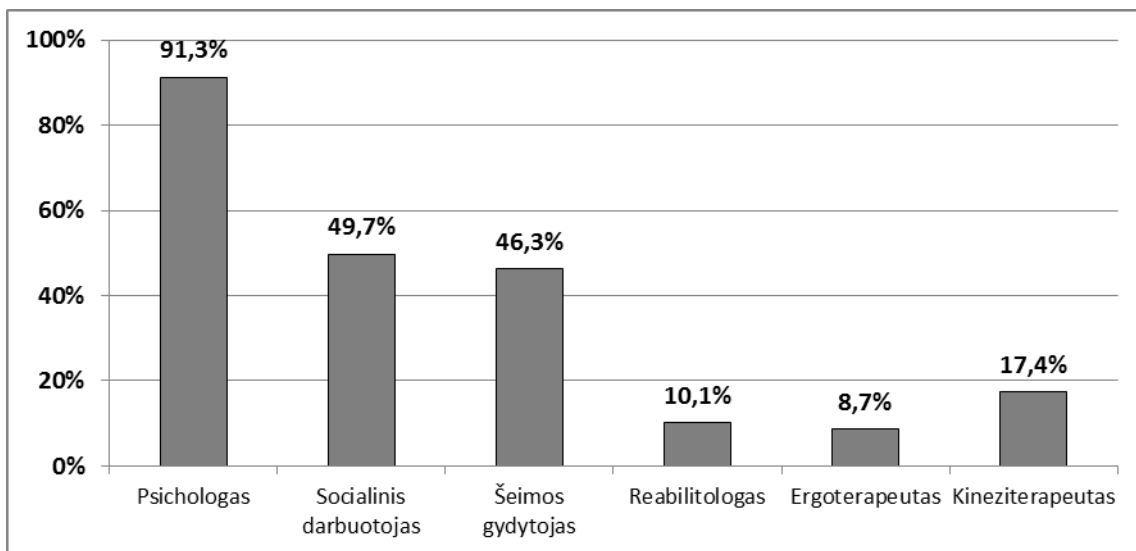
Taip pat nustatyti reikšmingi teigiami ryšiai tarp požiūrio į mirštančiųjų slaugą ir daugumos darbe nagrinėjamų psichologinių mirštančių pacientų slaugos problemų, išskyrus pasipriešinimo, pykčio ir streso pasireiškimo dažnio. Slaugytojams, turintiems teigiamesnę požiūrį į mirštančio asmens slaugą, *nerimas* ( $r=0,39$   $p<0,001$ ), *baimė* ( $r=0,38$   $p<0,001$ ), *atsiribojimas* ( $r=0,19$   $p=0,018$ ), *interesų praradimas* ( $r=0,19$   $p=0,023$ ) ir *depresija* ( $r=0,17$   $p=0,036$ ) atrodė dažnesnėmis slaugymo problemomis nei slaugytojams su neigiamesniu požiūriu į slaugą (16 lentelė).

Slaugytojų požiūris į mirštančio asmens slaugą neturėjo reikšmingos įtakos daugumos socialinių ir dvasinių mirštančių pacientų slaugos problemų pasireiškimo dažnio vertinimui išskyrus *bendravimo* ( $r=0,24$   $p=0,004$ ) ir *vienišumo jausmo (nelanko artimieji)* ( $r=0,22$   $p=0,008$ ) problemomis. Slaugytojai, turintys teigiamesnę požiūrį į mirštančio asmens slaugą, bendravimo problemas ir vienišumo jausmą akcentavo kaip dažnesnes socialines mirštančių pacientų slaugos problemas nei slaugytojai su neigiamesniu požiūriu (16 lentelė).



29 pav. Nuomonės apie prioritetą orios paciento mirties užtikrinimui slaugos specialistui, dirbančiam su mirštančiais ligoniais, pasiskirstymas

Tyrimo rezultatai parodė, kad beveik visų (96,0 proc.) slaugytojų nuomone slaugos specialistui, dirbančiam su mirštančiais ligoniais, užtikrinti orią paciento mirtį yra prioritetas, tik 0,6 proc. slaugytojų manė priešingai ir 3,4 proc. - neturėjo nuomonės šiuo klausimu (29 pav.).



30 pav. Slaugytojų nuomonė apie specialistus galinčius padėti mirštantiems pacientams ir jų artimiesiems

Analizuojant slaugytojų nuomonę apie specialistus galinčius padėti mirštantiems pacientams ir jų artimiesiems nustatyta, kad labiausiai gali padėti psichologas – tai nurodė 91,3 proc. slaugytojų, apie pusė slaugytojų dar nurodė socialinį darbuotoją (49,7 proc.) ir šeimos gydytoją (46,3 proc.). Tokių specialistų kaip kineziterapeuto (17,4 proc.), reabilitologo (10,1 proc.) ir ergoterapeuto (8,7 proc.) pagalba gali būti reikalinga labai retai (30 pav.).

17 lentelė. Slaugytojų pasiskirstymas pagal nuomonę apie specialistus, galinčius padėti mirštantiems pacientams ir jų artimiesiems, priklausomai nuo slaugytojų darbo vietos

Specialistai	Skyriai			$\chi^2$	P
	Terapinio prof.	Chirurginio prof.	Reanimacijos ir intensyvios terapijos		
Psichologas	70(93,3%)	42(87,5%)	24(92,3%)	1,293	ns
Socialinis darbuotojas	40(53,3%)	23(47,9%)	11(42,3%)	1,025	ns
Šeimos gydytojas	38(50,7%)	21(43,8%)	10(38,5%)	1,343	ns
Reabilitologas	7(9,3%)	4(8,3%)	4(15,4%)	1,016	ns
Ergoterapeutas	4(5,3%)	5(10,4%)	4(15,4%)	2,704	ns
Kineziterapeutas	11(14,7%)	11(22,9%)	4(15,4%)	1,476	ns

Taikytas Chi- kvadrato kriterijus; ns – statistiškai nereikšmingas skirtumas

Analizuojant slaugytojų nuomonę apie specialistus, galinčius padėti mirštantiems pacientams ir jų artimiesiems, skirtumus priklausomai nuo slaugytojų darbo vietos reikšmingų skirtumų nenustatyta (17 lentelė).

18 lentelė. Slaugytojų amžiaus ir darbo stažo įtaka nuomonei apie specialistus, galinčius padėti mirštantiems pacientams ir jų artimiesiems

Specialistai	Amžius		Darbo stažas	
	r	p	r	p
Psichologas	-0,11	ns	-0,13	ns
Socialinis darbuotojas	-0,02	ns	-0,08	ns
Šeimos gydytojas	0,02	ns	-0,02	ns
Reabilitologas	-0,05	ns	-0,04	ns
Ergoterapeutas	0,01	ns	-0,01	ns
Kineziterapeutas	-0,03	ns	-0,03	ns

Taikytas Spearmano ranginės koreliacijos metodas; ns – statistiškai nereikšmingas ryšis

Slaugytojų amžius ir darbo stažas neturėjo reikšmingos įtakos jų nuomonei apie specialistus, galinčius padėti mirštantiems pacientams ir jų artimiesiems (18 lentelė).

19 lentelė. Slaugytojų ankstesnė patirtis mirties klausimu įtaka nuomonei apie specialistus, galinčius padėti mirštantiems pacientams ir jų artimiesiems

Specialistai	Ankstesnė patirtis			
	Darbas su nepagydomomis ligomis sergančiais asmenimis		Netekties patirtis	
	r	p	r	p
Psichologas	-0,13	ns	-0,02	ns
Socialinis darbuotojas	-0,02	ns	-0,07	ns
Šeimos gydytojas	-0,09	ns	0,00	ns
Reabilitologas	-0,17	0,043	-0,02	ns
Ergoterapeutas	-0,13	ns	0,08	ns
Kineziterapeutas	-0,15	ns	-0,12	ns

Taikytas Spearmano ranginės koreliacijos metodas; ns – statistiškai nereikšmingas ryšis

Slaugytojų ankstesnės patirties, dirbant su nepagydomomis ligomis sergančiais pacientais, neturėjimas turėjo reikšmingos įtakos nuomonei apie tokio specialisto kaip *reabilitologo* ( $r=-0,17$   $p=0,043$ ) galinčio padėti mirštančiam pacientui ir jo artimiesiems – slaugytojai nedirbę su nepagydomomis ligomis sergančiais pacientais labiau manė, jog reabilitologas gali padėti mirštantiems ar jo artimiesiems nei slaugytojai dirbę su nepagydomomis ligomis sergančiaisiais.

Slaugytojų nuomonė apie specialistus, galinčius padėti mirštantiems pacientams ir jo artimiesiems, nepriklausė nuo slaugytojų ankstesnes netekties patirties (19 lentelė).

Atlikta Spearman'o koreliacinė analizė tarp slaugytojų požiūrio į mirštančio asmens slaugą ir nuomonės apie specialistus, galinčius padėti mirštantiems pacientams ir jų artimiesiems parodė, kad požiūris į šią slaugą yra labai susijęs ir su nuomone apie specialistus.

20 lentelė. Slaugytojų požiūrio į mirštančių asmenų slaugą ir nuomonės apie specialistus, galinčius padėti mirštantiems pacientams ir jų artimiesiems sąsajos

Specialistai	Požiūris į mirštančiųjų slaugą	
	r	p
Psichologas	0,18	0,031
Socialinis darbuotojas	0,18	0,033
Šeimos gydytojas	0,24	0,003
Reabilitologas	0,31	<0,001
Ergoterapeutas	0,28	0,001
Kineziterapeutas	0,37	<0,001

Taikytas Spearmano ranginės koreliacijos metodas

Nustatyti reikšmingi teigiami ryšiai teigiamo požiūrio į mirštančiųjų slaugą su nuomone apie visus darbe nagrinėjamus specialistus kaip galinčius padėti mirštantiems pacientams ir jų artimiesiems, ypač stipresni ryšiai nustatyti su tokiais specialistais kaip *kineziterapeutas* ( $r=0,37$   $p<0,001$ ) ir *reabilitologas* ( $r=0,31$   $p<0,001$ ). Gauti reikšmingi koreliaciniai ryšiai parodė, kad slaugytojai, turintys teigiamesnį požiūrį į mirštančio asmens slaugą labiau vertino visų nagrinėjamų specialistų galėjimą padėti mirštantiems pacientams ir jų artimiesiems nei slaugytojai su neigiamesniu požiūriu į mirštančių asmenų slaugą (20 lentelė).

## 2.3 Tyrimo rezultatų aptarimas

Slaugytojo vaidmens mirimo procese analizė atskleidė, kad slaugyti sunkiai sergančius ir mirstančius pacientus yra viena sudėtingiausių užduočių, su kuria savo darbe susiduria slaugytojas (Darginavičienė, Drungilienė, 2008). M. Braun ir kt. (2010) atliktame tyrime pažymi, kad seniau žmonės mirdavo savo namuose apsupti artimųjų. Mirtis buvo suvokiama kaip neišvengiama ir neatsiejama gyvenimo dalis. Tačiau per paskutinius dešimtmečius pasikeitė požiūris į mirtį ir ji suvokiama kaip blogis. Vakarų šalių kultūroje ir dabar dauguma žmonių miršta ligoninėse, globos namuose. Slaugytojo vaidmuo mirimo procese, buvo vertintas slaugytojų požiūriu Klaipėdos ir Klaipėdos rajono miesto X ligoninėse. Prieš atliekant tyrimą buvo iškelta darbo hipotezė, "slaugytojų supratimas apie mirtį ir mirimą yra nepakankamas tam, kad būtų užtikrinta ori pagalba mirstančiajam " nepasitvirtino, nes dauguma slaugytojų turėjo teigiamą požiūrį į mirtį, jie turėjo patirties slaugant mirstančius pacientus, ir savo artimųjų netektį.

Analizuojant slaugytojų požiūrį į savo ir kitų mirtį ir mirimą, M. Braun ir kt. nuomone (2010), slaugytojo požiūris į mirtį ir mirties procesą yra labai svarbus, kadangi nuo to priklauso kokia pagalba bus suteikta mirstančiajam. Ypač svarbu sužinoti kokios idėjos, kokie įsitikinimai įtakoja slaugytojo požiūrį. Gauti tyrimo rezultatai parodė, kad didžioji dauguma slaugytojų yra tikintys (83,9), tačiau jų religiniai įsitikinimai neturi didelės įtakos jų požiūriui į mirtį ir mirimą. M. Braun ir kt. (2010), nustatė, kad slaugytojo požiūriui į mirtį įtakos turi tokie veiksniai, kaip slaugytojo lytis, amžius ir darbo su mirstančiais patirtis. Kiti kintamieji veikiantys slaugytojų požiūrį, yra religiniai ir filosofiniai įsitikinimai, socialiniai, kultūriniai veiksniai, pačių slaugytojų požiūris į mirtį. Mūsų gauti tyrimo rezultatai parodė, kad bendram požiūriui į kitų mirties procesą reikšmingą įtaką turėjo slaugytojų lytis ( $r=0,19$   $p=0,019$ ) – moterys šiek tiek labiau baiminosi kitų mirties nei vyrai, tačiau slaugytojų amžius, požiūriui į savo ir kitų mirties ir mirimo procesą, įtakos neturėjo. Ankstesnę patirtį turintys slaugytojai labiau nerimavo dėl savo ir kitų mirties. M. Lange ir kt. (2008) atliktu tyrimu nustatė, kad didesnę darbo patirtį turintys slaugytojai yra labiau pozityvesni mirstančiųjų atžvilgiu. Tyrimo metu, buvo klausta slaugytojų, ar turi pakankamai žinių apie mirtį ir mirstančius pacientus. Dauguma (77,9) respondentų nurodė, kad žinių turi pakankamai ir tyrimo rezultatai parodė, kad slaugytojų žinių apie mirtį ir mirstančius pacientus pakankamumo vertinimui statistiškai reikšmingos ( $p<0,05$ ) įtakos turėjo artimojo netekties patirtis ( $r=0,11$   $p=0,006$ ). Tiems slaugytojams, kuriems per pastaruosius metus neteko patirti artimo netekties žinių apie mirtį ir mirstančius pacientus nepakanka, reikšmingai daugiau nei slaugytojams patyrusiems tokią netektį (33,3 proc. ir 12,9 proc.). Taip pat slaugytojų, dirbančių chirurginio profilio skyriuose, požiūris į kitų mirties procesą reikšmingai skyrėsi nuo slaugytojų, dirbančių reanimacijos ir intensyvios terapijos skyriuose (chirurginio prof.  $32,1\pm 5,6$  balų ir reanimacijos sk.  $29,2\pm 6,5$  balų

p=0,028) - gautas rezultatas parodė, kad slaugytojai, dirbantys chirurginio profilio skyriuose, labiau nerimavo dėl kitų mirties palyginus su slaugytojais, dirbančiais reanimacijos ir intensyvios terapijos skyriuose M. Lange ir kt. (2008) nuomone slaugytojams reikalingos švietimo programos ugdančios teigiamą požiūrį į mirstančių pacientų slaugą. Ypač reikalingos žinios mažesnę patirtį turintiems slaugytojams, siekiant užtikrinti optimalią priežiūrą ant gyvenimo pabaigos slenksčio stovinčiam pacientui, tačiau mūsų gauti tyrimo rezultatai išaiškino, kad ankstesnis slaugytojų švietimas mirties klausimu neturėjo reikšmingos įtakos jų turimų žinių pakankamumo vertinimui, tik slaugytojai, kuriems visiškai nebuvo suteikta jokia informacija mirties klausimu, labiau nerimavo dėl savo mirties. M. Braun ir kt. (2010) tyrimais nustatė, kad žmonių požiūris į mirtį keičiasi ir nėra pastovus. Vieni mirtį suvokia kaip teigiamą, kiti kaip neigiamą procesą, todėl, kad bijo mirties, o mūsų gauti tyrimo rezultatai parodė, kad didžiausią nerimą respondentams dėl savo mirties kėlė tokie aspektai, kaip „miršti jaunas“ (4,2±1,1 balų), „gyvenimas trumpas“ (4,0±1,1 balų), bei „visiška vienumą mirties akimirka“ (3,9±1,1 balų), mirimo procese, kaip „skausmas mirštant“, „kitų sielvartas jums mirštant“. Įdomu, tai, kad kaip ir mūsų gauti tyrimo rezultatai taip ir T. L Power, S. M. Smith (2008) išaiškino, kad respondentai mažiausiai bijo to, kas atsitiks su jų kūnu po mirties. Analizuojant kitų mirties procesą nustatyta, kad didžiausią nerimą kėlė tokie aspektai kaip „artimųjų netektis“, slaugytojams didesnę nerimą kėlė savo mirties ir mirimo procesas, nei kitų. Dauguma slaugytojų turėjo pakankamai gerą požiūrį į mirstančių slaugymą. Analizuojant slaugytojų išgyvenimus buvo siekiama išsiaiškinti, ką jaučia slaugytojas slaugydamas mirstančius pacientus. Tyrimas parodė, kad labiausiai slaugytojams buvo svarbūs tokie aspektai, kaip „mane nuliūdintų jeigu mirštantis asmuo, kurį aš slaugiau, nustotų tikėti jog pasveiks“ (3,9±1,1 balų), „norėčiau nedalyvauti pacientui mirštant“. C. Bailey ir kt. (2011) nuomone slaugytojai teigia išgyvenantys ne tik emocinį, bet ir fizinį artumą su mirstančiu pacientu. Tai galima paaiškinti tuo, kad slaugytojai dažnai liečia pacientus, o jiems kiekvienas prisilietimas yra tarsi padaršinimas ar nuraminimas. Daugelis slaugytojų teigia, kad artimo ryšio su pacientu kūrimas yra slaugos pagrindas. Mūsų gauti tyrimo rezultatai parodė, kad jaunesni slaugytojai labiau nuliūsta kai „mirštantis asmuo nustoja tikėti, jog pasveiks“. C. Bailey ir kt. (2011) atliekant tyrimą pastebėjo, kad tie slaugytojai, kuriems sunku suvaldyti savo emocijas, dažniausiai atsiriboja nuo mirstančių pacientų arba pakeičia darbo vietą. Tokiu būdu jie stengiasi išvengti savo sielvarto. Gauti rezultatai parodė, kad slaugytojų, dirbančių reanimacijos ir intensyvios terapijos skyriuose, stebimas mažiausias įtampos pasireiškimas tarp visuose kituose skyriuose dirbančių slaugytojų. Kaip teigia C. Bailey ir kt. (2011), kartais slaugytojai pajunta, kad nesijaučia taip, kaip turėtų jaustis paciento mirties akimirka. Tai gali reikšti, kad slaugytojai išmoko valdyti savo emocijas ir sugeba rasti ribą tarp artumo ir intymumo su mirstančiu pacientu, bei jo artimaisiais. Tai naudinga slaugytojui, kadangi išvengiama sielvarto dėl paciento netekties. Atliekant tyrimą išryškėjo, kad didesnę patirtį

turintys slaugytojai akcentavo didesnę psichoemocinę įtampą, slaugant mirštančius pacientus, jie labiau norėtų, kad jų slaugomas mirštantis asmuo mirtų, kai jų nebus šalia, jie labiau bijo susidraugauti su mirštančiu asmeniu nei slaugytojai, kuriems neteko slaugyti nepagydomomis ligomis sergančius asmenis. Slaugytojų darbe slaugant mirštančius pacientus labai svarbus vaidmuo tenka teikiant pagalbą mirštančių pacientų artimiesiems ir labai svarbus yra pačių slaugytojų požiūris į mirštančio asmens slaugą. K. I. Stajduhar ir kt. (2011) nuomone, slaugytojo vaidmuo mirštančiųjų priežiūroje apima įvairius tikslus: paciento ir jo šeimos poreikių vertinimą, ryšio su pacientu ir jo šeima kūrimą procedūrų derinimą su gydymo institucijomis ir pan. Slaugytojas slaugydamas paliatyvų pacientą turi išsiaiškinti, kokios priežiūros nori jis pats ir jo artimieji, kokie jų lūkesčiai dėl gydymo ir slaugos, kokie paciento ateities poreikiai ir įsitikinimai. Slaugytojas turi išsiaiškinti, ko pacientas ir jo šeima nori ir tikisi iš slaugytojo, todėl siekianti padėti paliatyviam pacientui ir jo artimiesiems privalo panaudoti savo žinias, patirtį, turi gebėti išklaudyti ir pateikti argumentuotus atsakymus, mokyti paciento artimuosius sutikti mirtį ir suteikti jiems kuo daugiau žinių, kurios pasitarnautų ligonio priežiūrai. Tačiau mūsų gauti tyrimo rezultatai rodo, kad slaugytojų nuomone, jie nėra atsakingi už mirštančio šeimos narių švietimą mirties klausimu. Li S., Ng J. (2008) atliko tyrimą, kur teigiama, kad teigiamas slaugytojo požiūris į mirštančio paciento ir jo artimųjų poreikius, gali pagerinti gyvenimo kokybę, kadangi taikomas efektyvesnis nuskausminimas, užkertamas kelias dvasinėms ir fizinėms kančioms. Gerai pasiruošę sutikti mirtį slaugytojai nepriekaištingai įvertina situaciją ir imasi efektyvių veiksmų. Mūsų gauti tyrimo rezultatai parodė, kad slaugytojų požiūris į mirštančio paciento slaugą reikšmingai nesiskyrė, priklausomai nuo slaugytojų lyties amžiaus ir religinių įsitikinimų; požiūris į mirštančio paciento slaugą reikšmingai skyrėsi slaugytojų grupėse suskirstytuose pagal žinių mirties klausimų turėjimą. Nustatyta, kad šis požiūris reikšmingai ( $p < 0,01$ ) buvo geresnis tuose slaugytojų grupėse, kurioms šios žinios buvo suteiktos vienokiu ar kitokiu būdu, nei toje slaugytojų grupėje, kur jokia informacija apie mirtį nebuvo suteikta, taip pat tyrimas parodė, kad slaugytojai, kuriems kitų ( $r = 0,21$   $p = 0,009$ ) ir savo paties ( $r = 0,20$   $p = 0,017$ ) mirimo procesai kėlė didesnę baimę, turėjo reikšmingai teigiamesnį požiūrį į mirštančiųjų pacientų slaugą. Bendras slaugytojų požiūris į mirtį buvo pakankamai teigiamas, tačiau slaugytojų nuomone, slaugant mirštančius pacientus yra sudėtinga sukurti artimus ryšius su paciento artimaisiais. R. Lind ir kt. (2012) pažymi, kad paciento artimieji dažnai būna nepatenkinti dėl nepakankamai aiškios informacijos apie gydymo procesą ir slaugą. Dauguma paciento artimųjų supranta, kad slaugytojas juos užjaučia dėl sunkios artimojo padėties, tačiau vis tiek patiria netikrumo jausmą ir stresą dėl artimojo priežiūros. Neretai artimieji jaučiasi vieniši beviltiškoje situacijoje, todėl remiantis atlikto tyrimo rezultatais matyti, kad tai dažnai kliūdo profesionaliai slaugai, tačiau vis tiek, slaugytojų nuomone, artimieji neturėtų atsiriboti nuo santykių su pacientais. Ypač slaugytojai akcentavo tokį mirštančio paciento šeimos vaidmenį,

kaip - „šeimos turėtų palaikyti kiek tik įmanoma normalesnę aplinką jų mirštančiam šeimos nariui“ (4,4±0,8 balų), „turėtų dalyvauti teikiant fizinę slaugą mirštančiam asmeniui, jeigu jie to nori“ (4,3±0,9 balų), „turėtų pasirūpinti, kad likęs gyventi mirštančiam šeimos nariui laikas taptu kuo geresnis jam“ (4,3±0,8 balų) bei patiems artimiesiems. Analizuojant dažniausias fiziologines mirštančių pacientų slaugos problemas tyrimo rezultatai parodė, kad dažniausios fiziologinės mirštančiųjų problemos yra kvėpavimo sunkumai/dusulys (4,5±0,6 balų) ir skausmas (4,5±0,6 balų), dažniausios psichologinės mirštančių pacientų slaugos problemos yra baimė (4,3±0,7 balų) ir nerimas (4,3±0,7 balų). Taip pat ir T. L. Power, S. M. Smith (2008) atliktame tyrime nurodė, kad visi žmonės susiduria su mirties baime. Išsiaiškinta, kad moterys labiau nei vyrai bijo mirties. Be to, moterys dažniau galvoja apie mirtį. Kalbant apie laiką likusį gyventi nustatyta, kad vyrų baimė mirti auga priklausomai nuo laiko likusio gyventi, kas nepasakytina apie moteris. Labiau religingi vyrai mažiau bijojo susidurti su mirtimi. Priešlaikinės mirties nebijojo tie vyrai, o taip pat ir moterys, kuriems gyventi buvo likę nedaug. Analizuojant slaugytojų nuomonę apie specialistus, galinčius padėti mirštantiesiems pacientams ir jų artimiesiems nustatyta, kad labiausiai gali padėti psichologas – tai nurodė 91,3 proc. slaugytojų, apie pusė slaugytojų dar nurodė socialinį darbuotoją (49,7 proc.) ir šeimos gydytoją (46,3 proc.). Jų nuomone, tokių specialistų, kaip kineziterapeuto (17,4 proc.), reabilitologo (10,1 proc.) ir ergoterapeuto (8,7 proc.) pagalba gali būti reikalinga labai retai. K. Lewis (2013) nuomone, pagrindinis slaugytojo vaidmuo slaugant mirštantįjį, yra suteikti komfortą ir kokybišką priežiūrą. Slaugytojas turi pasirūpinti paciento asmens higiena, pragulų profilaktika, tinkamu nuskausminimu ir raminančių vaistų administravimu. Be abejo, reikalinga laiku atlikti slaugos intervencijas ir gydytojo paskyrimus. Slaugytojas taip pat privalo teikti emocinę paramą pacientams ir jų šeimoms. Be to, slaugytojas turi būti pasirengęs jautriai paaiškinti pacientui ir jo artimiesiems apie esamą situaciją, gydymo ir slaugos tikslus.

## IŠVADOS

1. Tyrimo rezultatai parodė, jog visi respondentai buvo susidūrę su mirštančiu žmogumi o dauguma jų turėjo artimo žmogaus netekties patirtį, buvo slaugę nepagydomomis ligomis sergančius asmenis ir turi žinių apie 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. Respondentams didžiausią nerimą dėl savo mirimo proceso kėlė mintys, kaip „skausmas mirštant“, „kitų sielvartas“. Galvojant apie artimųjų mirtį, respondentus jaudino mintis, jog jie „niekada negalės su jais bendrauti“ „matyti, kaip jie kenčia iš skausmo“. Slaugytojai, turintys patirties dirbti su terminalinės būklės pacientais ir dirbantys terapinio ir chirurginio profilio skyriuose, labiau nerimavo dėl kitų mirties palyginus su slaugytojais, neturinčiais tokios patirties ir dirbančiais reanimacijos ir intensyvios terapijos skyriuose.
2. Slaugytojai slaugydami mirštančius pacientus patiria psichoemocinę įtampą nepriklausomai nuo išsilavinimo ar religinių įsitikinimų, tačiau moterys slaugytojos, labiau patiria stresą, nei slaugytojai vyrai, joms labiau būna nepatogu kalbėti apie artėjančią mirtį su pacientu. Jaunesni slaugytojai labiau nuliūsta, kai mirštantis asmuo nustoja tikėti jog pasveiks ir labiau nenorėtų dalyvauti pacientui mirštant, nei vyresni slaugytojai. Slaugytojai, dirbantys chirurginio profilio skyriuose patiria didesnę įtampą, nei slaugytojai, dirbantys reanimacijos ir intensyvios terapijos, bei terapijos skyriuose. Slaugytojai, kurie nurodė, jog turi pakankamai žinių mirštančiojo slaugoje, jautė mažesnę įtampą darbe, nei tie, kurie turėjo nepakankamai žinių.
3. Artėjančios mirties akivaizdoje, ypatingą vaidmenį atlieka slaugytojas, jis rūpinasi mirštančiuoju ir paciento šeima ir rūpinimasis turėtų tęstis visą gedėjimo ir netekties laikotarpį. Respondentai dažniausiai nurodo, kad, norint priimti mirštančio asmens elgesio pokyčius, šeimoms reikia emocinės paramos, ir kad patys šeimos nariai turi dalyvauti pacientui mirštant. Slaugytojai, kuriems šiuo metu gresia artimojo netektis, reikšmingai labiau mano, kad mirštantis asmuo ir jo šeima turėtų būti atsakingi už mirštančiojo sprendimų priėmimą ir kad laiko trukmė, reikalinga mirštančio asmens slaugymui, jų neturėtų liūdinti, negu respondentai, kuriems artimojo netektis negresia. Slaugytojai, kurie turėjo patirties dirbant su nepagydomomis ligomis sergančiais asmenimis, lyginant su neturėjusiais patirties, reikšmingai labiau mano, kad priklausomybė nuo skausmą malšinančių vaistų neturėtų būti svarstoma, kai kalbama apie mirštantį asmenį, o šeimos nariai, kurie lieka arti mirštančio asmens, trukdo profesionaliai slaugai.
4. Didžioji dauguma slaugytojų, patyrusių netektį, galvoja, jog mirštančio asmens slaugymas yra vertinga patirtis, atspindinčiu teigiamą požiūrį į slaugą gyvenimo pabaigoje, tačiau jie

nesutinka su teiginiu, kad mirtis nėra pats baisiausias dalykas kuris gali nutikti žmogui. Tyrimo rezultatai parodė, kad beveik visų slaugytojų nuomone slaugos specialistui, dirbančiam su mirštančiais ligoniais, svarbiausia užtikrinti orią paciento mirtį. Analizuojant slaugytojų nuomonę apie specialistus galinčius padėti mirštantiems pacientams ir jų artimiesiems nustatyta, kad labiausiai gali padėti psichologas. Kaip dažniausios fiziologinės mirštančių pacientų slaugos problemos nurodytos kvėpavimo sunkumai/dusulys ir skausmas, psichologinės mirštančių pacientų slaugos problemos- baimė ir nerimas.

## REKOMENDACIJOS

*Bendrosios praktikos slaugytojams, slaugantiems sunkiai sergančius ar mirštančius pacientus*

1. Nuolat tobulinti savo žinias, įgūdžius slaugant sunkiai sergančius ar mirštančius pacientus.
2. Kelti kvalifikaciją, lankant kursus, mirštančių pacientų slaugos tematika.
3. Dalintis savo patirtimi ir žiniomis su kitais kolegomis, skaitant paskaitas per darbo susirinkimus.
4. Medicinos studentams ir būsimiems slaugytojams norint sumažinti mirties baimę, reikalingas kursas apie gyvenimo pabaigos priežiūrą.
5. Slaugytojams, dažnai darbe susiduriantiems su mirtimi, rekomenduotina organizuoti palaikymo, streso įveikimo grupes, kurių pagalba būtų mokoma susidoroti su patiriamu stresu, aptariamais slaugytojų išgyvenimais, susidūrus su sunkia darbine situacija, teikiamas palaikymas.
6. Į darbo, su sunkiai sergančiais pacientais komandą, įtraukti psichologą, kuris konsultuotų ne tik pacientus, bet ir darbuotojus.

## LITERATŪRA

1. Ali W. G. M., Ayoub N. S. 2010. Nurses attitudes toward caring for dying patient in Mansoura university hospitals. *Journals of Medicine and Biomedical Sciences*, 2078-0273, p. 16-23.
2. Andrašiūnienė R. 2006. Nuoširdus bendravimas su pacientu – pareiga, funkcija ar slaugytojų galimybių viršijimas. *Mokslas ir praktika*, 4(112), p. 9.
3. Bailey C., Murphy R., Porock D. 2011. Professional tears: developing emotional intelligence around death and dying in emergency work. *Journal of Clinical Nursing*, 20, p. 3364–3372.
4. Birmingham K. 2006. Ageing across Europe nursing older people. *International Journal of Andrology*, 18, p. 8.
5. Bloomer Melissa J., Cross Wendy, Endacott Ruth, O'Connor Margaret, Moss Cheryle. 2012. Qualitative observation in a clinical setting: Challenges at end of lifenshs. *Nursing and Health Sciences*, 14, p. 25–31.
6. Bluzgytė G. 2005 Sergančiųjų depresija slauga. *Mokslas ir praktika*, 4(100), p. 7- 8.
7. Braun M., Gordon D., Uziely B. 2010. Associations Between Oncology Nurses' Attitudes Toward Death and Caring for Dying Patients. *Oncology Nursing Forum*, 37(1), p. 43-49.
8. Butėnienė D., Kalibatienė D. 2012. Onkologinių pacientų gyvenimo kokybės ir vidinės darnos sąsajos esant paliatyviai priežiūrai. *Medicinos teorija ir praktika*, 4, p. 452-460.
9. Callaghan D. M. 2006. The influence of growth on spiritual selfcare agency in an older adult population. *J Gerontol Nurs*, 32(9), p. 43–51.
10. Camerino, D., Conway, P. M., Van der Heijden, B. I. J. M., Estry-Behar, E., Consonni, D., Gould, D., Hasselhorn, H. M. 2006. Low-perceived work ability, ageing and intention to leave nursing: a comparison among 10 European countries. *Journal of Advanced Nursing*, 56(6), p. 542-552.
11. Campbell M. L. 2008. Nurse to nurse palliative care. Detroit. McGraw-Hill.
12. Clemmer S.J., Ward-Griffin C. Forbes D. 2008. Family Members Providing Home-Based Palliative Care to Older Adults: The Enactment of Multiple Roles. *Canadian Journal on Aging*, 27; p. 267-283.
13. Costello J. 2006. Dying well: nurses experiences of good and bad deaths in hospital. *Journal of Advanced nursing*, 54(5), p. 594-601.
14. Danytė, E., Ražanauskienė, V. 2005. Medicinos personalo ir pacientų bendravimo ypatumai. *Mokslas ir praktika*, 2, p. 11-12.

15. Danusevičienė L., Jurkuvienė R. 2010. Požiūrio į pacientą intensyviosios terapijos skyriuje transformacijos savitumai. *Medicina*, 46, p. 8-9.
16. Darginavičienė R., Drungilienė D., Istomina N. 2009. Slaugytojų studijuojančių universitete, požiūris į mirtį. *Sveikatos mokslai*, 2(19), p. 2335-2336.
17. Dreyer Anne, Førde Reidun, Nortvedt Per. 2011. Ethical decision-making in nursing homes: Influence of organizational factors. *Nursing Ethics*, 18(4), p. 514–525.
18. Drungilienė D., Darginavičienė R. 2008. Slaugytojų emocinė būseną slaugant mirštančiuosius. *Sveikatos mokslai*, 6(18), p. 2084-2086.
19. Drungilienė D., Darginavičienė R. 2006. Lietuvos ir Belgijos slaugytojų emocinė būseną mirus pacientui. *Mokslas ir praktika*, 6(114), p. 16-17.
20. Dowling S., Leary A., Broomfield D. 2005. Education in palliative care: questionnaire survey of Irish general practitioner trainees. *Education for Primary Care*, 16, p. 42-50.
21. Dunn K., Otten C., Stephens E. 2005. Nursing experience and the care of dying patients. *Oncology nursing forum* 32, 1, p. 97-105.
22. Eakes G. G., Burke M. L., Hainsworth M. A. 1998. Theory of Chronic Sorrow. Prieiga per internetą: [http://nursingplanet.com/nursing\\_models/theory\\_of\\_chronic\\_sorrow.htm](http://nursingplanet.com/nursing_models/theory_of_chronic_sorrow.htm).
23. Eidukienė G. 2005. Pedagoginis slaugytojo vaidmuo. *Mokslas ir praktika*, 7-8(103-104), p. 6-7.
24. Engström S. G., Carlsson L., Ostgren C. J., Nilsson G.H., Borgquist L. A. 2006. The importance of comorbidity in analysing patient costs in Swedish primary care. *BMC Public Health*, 6 (36).
25. Fernandez-Sola C., Granero-Molina J., Aguilera G. Manrique, Castro-Sanchez A. M., Hernandez-Padilla H.M., Membrive H.M. 2012. New regulation of the right to a dignified dying in Spain: Repercussions for nursing. *Nursing Ethics*, 19(5), p. 619–628.
26. Ferrell B. R., Borneman T. 2002. Community Implementation of Home Care. *Palliative Care Education*, 10, 1 p.
27. Filipavičiūtė R., Gaigalienė B., Čeremnych J., Butkienė B., Jurgelėnas A., Alekna V. 2010. Ilgaamžių žmonių sergamumas lėtinėmis ligomis. *Gerontologija*, 11(1), p. 14–20.
28. Gerasimavičiūtė V., Gurevičius R. 2009. Mirtingumas nuo išorinių priežasčių ir savižudybių dinamika rytų Baltijos šalyse 1996 – 2007 metais – segmentinės regresinės analizės privalumai. *Visuomenės sveikata*, 4(47), p. 27–84.
29. Gerikienė V., Petrauskienė J., 2006. Bendruomenės slaugytojo vaidmuo pirminėje sveikatos priežiūroje. *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas*, 10(9), p. 546–550.
30. Gordon J. 2009. An Evidence-Based Approach for Supporting Parents Experiencing Chronic Sorrow. *Pediatr Nurs*, 35(2) p. 115-119.

31. Gulbinienė J., Girdauskienė J. 2006. Slaugytojų žinių ir požiūrio vertinimas analizuojant pacientų, kuriems suformuota stoma, priežiūrą. Sveikatos mokslai, 4, p. 293
32. 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*, 17(1), p. 63-74.
33. Higienos instituto Sveikatos informacijos centras 2013. Mirties priežastys 2012. Vilnius.
34. Hoddler P., Turley A. 2004. Paliatyvioji pagalba. Kaunas: KMU leidykla.
35. Hopkinson J. B., Hallet C. E., Luker K. A. 2005. Every death: how do nurses cope with caring for dying people in hospital? *International Journal of Nursing Studies*, 42. p. 125-133.
36. Hultman T., Keene Reder E., Dahlin C. 2008. Improving psychological and psychiatric aspects in palliative care: The national consensus project and the national quality forum preferred practices for palliative care and hospices care. *Omega*, 57, p. 323-339.
37. Yardley S. J. 2009. Improving training in spiritual care: a qualitative study exploring patient perceptions of professional educational requirements. *Palliative Medicine*, 23, p. 601–607.
38. Jakušvaitė I. 2001. Medicina ir filosofija. Kaunas: Kauno medicinos universiteto leidykla.
39. Jankauskienė Ž., Gostevičienė B., Matuizienė J., Juozulynas A. 2006. Vilniaus miesto slaugytojų amžius, išsilavinimas ir poreikis. *Sveikatos mokslai*, 4, 251 p.
40. Jurkuvienė R., Danusevičienė L., Mickevičiūtė A. 2007. Paliatyvios pagalbos sunkiai sergantiems pacientams poreikis Kauno mieste. *Sveikatos mokslai*, nr.5, p.1184-1190
41. Kalibatienė D., Cicėnas S., Jermak R. 2010 Plaučių vėžiu sergančių ligonių gyvenimo kokybės ir priežiūros poreikių įvertinimas. *Medicinos teorija ir praktika*, 4, p. 353-364.
42. Kardelis K. 2002 Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai. 2-asis pataisytas ir papildytas leidimas. Kaunas: Judex.
43. Kardelis K. 2005 Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai. 3-asis leidimas. Šiauliai. Lucilijus.
44. Kelley A. S., Back A. L., Arnold R. M., Goldberg G. R., Lim B.B., Littrivis E., Smith C. B., O'Neill L. B. 2012. Geritalk: Communication Skills Training for Geriatric and Palliative Medicine Fellows. *J Am Geriatr Soc*, 60, p. 332–337.
45. Kreivienė B. 2005. Paliatyvioji slauga. *Sauga ir sveikata*, 8 (32), p.10-11.
46. Kriukelytė D., Vaškelytė A., Žitinaitė L. 2005 Stresas intensyvios terapijos skyrių slaugytojų darbe. *Sveikatos mokslai*, 3, p. 8-11.
47. Kolawole M. S., Kolusegun A. K. 2008. The reliability and validity of revised Collett–Lester fear of death scale (version 3) in a Nigerian population. *Omega*, 57(2), p. 195-205.
48. Kubler- Ross E. 2008. Apie mirtį ir mirimą: pašnekesiai su mirtiniais ligoniais. Vilnius: Katalikų pasaulis.

49. Lange M., Thom B., Kline N. E. 2008. Assessing Nurses' Attitudes Toward Death and Caring for Dying Patients in a Comprehensive Cancer Centre. *Oncology Nursing Forum*, 35(6), p. 955-959
50. Lein C., Wills C. E. 2007. Using patient-centred interviewing skills to manage complex patient encounters in primary care. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 19, p. 215–220.
51. Lesauskaitė A., Venytė R., Demskytė J. 2006. Intensyvioji terapijos slaugytojų patiriamas stresas slaugant terminalinės būklės pacientus. *Sveikatos mokslai*, 4, p. 282–287.
52. Lesauskaitė V., Macijauskienė J. 2005. Geriatrijos paslaugų poreikis ir būtinybė Lietuvos sveikatos priežiūros sistemai. *Sveikatos mokslai*, 3, 97 p.
53. Lewis K. 2013. How nurses can help ease patient transitions to end of life care. *Nursing older people*, 8(25), p. 22-26.
54. Lietuvos medicinos norma MN28: 2004 „Bendrosios praktikos slaugytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“. Valstybės žinios, 2004 06 23, 97:3597.
55. Li S., Ng J. 2008. End-of-life care: nurses' experiences in caring for dying patients with profound learning disabilities—a descriptive case study. *Palliative Medicine*, 22, p. 949-955.
56. Lind R., Lorem G. F., Nortvedt P., Hevrøy O. 2012. Intensive care nurses' involvement in the end-of-life process – perspectives of relatives. *Nursing Ethics*, 19(5), p. 666–676.
57. Liu Y. C., Su P. Y., Chen C. H., Chiang H. H., Wang K.Y., Tzeng W. C. 2011. Facing death, facing self: nursing students' emotional reactions during an experiential workshop on life-and-death issues. *Journal of Clinical Nursing*, 20, p.856–863.
58. Luneckaitė Ž., Jakušovaitė I., Urbonas G. 2008. Onkologinių pacientų skausmo sąsajos su fizine ir psichologine gyvenimo kokybe. *Sveikatos mokslai*, 6, p. 2114–2119.
59. Lugton J., Kindlen M. 2005. *Paliatyvioji slauga*. Kaunas: KMU leidykla.
60. MacConville U. 2006. Mapping religion and spirituality in Irish palliative care setting. *Omega*, 53, p. 137-152.
61. Macijauskienė J., Lesauskaitė V., Damulevičienė G. 2006. Vyresnių pacientų pooperacinės komplikacijos. *Gerontologija*, 7(1), p.16–24.
62. Mitchell G. K., Del Mar C. B., O'Rourke P. K., Clavarino A. M. 2008. Do case conferences between general practitioners and specialist palliative care services improve quality of life? A randomised controlled trial. *Palliative Medicine*, 22, p. 904–912.
63. Mockienė V., Drungilienė D., Martinkėnas A. 2014. Mokslo tiriamųjų darbų rengimo metodologija slaugos bakalauro ir magistro programų studentams. Klaipėda : Klaipėdos universiteto leidykla.

64. Mok E., Chiu P. C. 2004. Nurse – patient relationships in palliative care. *Journal of advanced nursing*, 48(5), p. 475-483.
65. Morrison R. S., Meier D. E. 2004. Palliative Care. *N Engl J Med*, 50(2582), 90 p.
66. Fariba Nadimi, David C. Currow. 2011. As death approaches: A retrospective survey of the care of adults dying in Alice Springs Hospital. *Aust. J. Rural Health* 19, p. 4–8.
67. Nixon A.V., Narayanasamy A., Penny V. 2013. An investigation into the spiritual needs of neuro-oncology patients from a nurse perspective. *BMC Nursing*, 12- 2. p. 2-11.
68. Paknys M. 2008. *Mirtis LDK kultūroje XVI – XVII a.* Vilnius: Aidai. 206 p.
69. Poliakovienė R., Gurevičius R. 2008. Mirtingumas nuo ūmaus miokardo infarkto ir lėtinės reumatinės širdies ligos Lietuvoje. *Visuomenės sveikata*, 2(41), p. 13-15
70. Power T. L., Smith S. M. 2008. Predictors of fear of death and self-mortality: an Atlantic Canadian perspective. *Death Studies*, 32, p. 253–272.
71. Pukinskienė D. 2006. Slaugos diagnozė – “ ilgalaikio nejudrumo sindromas“. *Mokslas ir praktika*, 1 (109), p. 6 – 7.
72. Rahnama M., Khoshknab M.F. et al. 2012. Iranian cancer patients’ perception of spirituality: a qualitative content analysis study. *BMC Nursing*, 11:19, p. 2 – 8.
73. Razbadauskas A., Žiliukas G., Idzeliene I., Drungilienė D., Acienė A. 2008. *Slaugos mokslo metodologijos pagrindai*. Kaunas.
74. Rasteniene V. 2010. Prielaidos, sąlygojančios slaugytojų, dirbančių intensyvios terapijos skyriuje, perdegimo sindromą. *Sveikatos mokslai*, 3, p. 3285 – 3289.
75. Rebecca L., Trotta M.S.N. 2007 *Quality of Death: A Dimensional Analysis of Palliative Care in the Nursing Home*. *Journal of palliative medicine*, 5, p. 1116 – 1127.
76. Reinke L. F., Shannon S. E., Engelberg R., Dotolo D., Silvestri G. A., Curtis G. R. 2010. Nurses' Identification of Important yet Under-Utilized End-of-Life Care Skills for Patients with Life-Limiting or Terminal Illnesses. *J Palliat Med*, 13(6), p. 753–759.
77. Rėklaitienė R., Juozulynas A. 2003 Sergančiųjų išemine širdies liga gyvenimo kokybės įvertinimas. *Sveikatos mokslai*, 7, p. 2-6.
78. Rimantienė 2005 Slaugytojų ir pacientų bendravimo problemos. *Mokslas ir praktika*, 11 (107), p. 11–13.
79. Rudalevičienė P., Narbekovas A. 2005 Slaptieji pacientai – mirstančiųjų šeimos nariai. *Sveikatos mokslai*, (19), p. 100-102.
80. Rudalevičienė P., Narbekovas A. 2006. Psichoterapinė bei dvasinė intervencija mirties akivaizdoje. *Sveikatos mokslai*, 1-2(16) p. 145-146.

81. Stajduhar K. I., Funk L., L., Roberts D., Mcleod B., Cloutier-Fisher D., Wilkinson C. , Purkis M. E. 2011. Home care nurses' decisions about the need for and amount of service at the end of life. *Journal of Advanced Nursing*, 67(2), p. 276–286.
82. Street A. F., Love A., Blackford J. 2005. Managing family centered palliative care in aged and acute settings. *Nursing and Health Sciences*, 7(1), p. 45 – 55.
83. Stukas R. (2006) Įvairių gyventojų grupių mitybos poreikis, pagrindinės maistinės ir fiziškai aktyvios medžiagos, jų reikšmė sveikatai. *Mokslas ir praktika*, 10(118), p. 12.
84. Šeškevičius A., Valiulienė Ž. 2011. Dvasingumo raiška paliatyviojoje priežiūroje. *Sveikatos mokslai*, 2(21), p. 109-114.
85. Šeškevičius A., Dambrauskas Ž., Macijauskienė J. 2004. Paliatyvioji pagalba. Kaunas: KMU leidykla.
86. Tamašauskienė E. 2005 Individualus slaugos planavimas. *Mokslas ir praktika*, 12(108) p. 9 - 10.
87. Toms A., Reese J., Hamel M., Gu L. L., Hart C. L. 2013. Attitudes toward dying and death: a comparison of recreational groups among older men. *Omega*, 67(4), p. 379-391.
88. Tuffrey-Wijne I., Hogg J., Curfs L., 2007. End-of-Life and Palliative Care for People with Intellectual Disabilities Who have Cancer or Other Life-Limiting Illness: A Review of the Literature and Available Resources. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 20, p. 331-344.
89. Valiulienė Ž., Šeškevičius A. 2012. Paliatyviųjų pacientų, sergančių onkologinėmis ligomis ir lėtiniu širdies nepakankamumu, dvasinės sveikatos problemos. *Sveikatos mokslai*, 22(3), p. 159-164.
90. Watts T. 2012. End-of-life care pathways as tools to promote and support a good death: a critical commentary. *European Journal of Cancer Care*, 21, p. 20–30.
91. Wilkinson S., Perry R., Blanchard K., Linsell L. 2008. Effectiveness of a three-day communication skills course in changing nurses' communication skills with cancer/palliative care patients: a randomised controlled trial. *Palliative Medicine*, 22, p. 365-375.

## **PRIEDAI**

## Gerb. apklausos dalyvi,

Klaipėdos universiteto Sveikatos mokslų fakulteto, slaugos studijų programos II kurso magistrantė Silva Gedvilaitė atlieka tyrimą, kurio tikslas - išanalizuoti slaugytojo vaidmenį mirimo procese. Apklausa yra 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 klausimams galite parašyti elektroniniu paštu [gedvilaitėsilva@gmail.com](mailto:gedvilaitėsilva@gmail.com) arba paskambinti telefonu – 868351386.

**Instrukcija.** Anketos užpildymas ir grąžinimas yra suprantamas kaip Jūsų sutikimas būti tyrimo dalyviu. Pasirinktus atsakymus pažymėkite kryželiu X.

### I. DEMOGRAFINIAI RESPONDENTŲ DUOMENYS

#### Amžius

- 18-22 metai
- 23-27 metai
- 28-35 metai
- 36-45 metai
- 46-55 metai
- 56-65 metai
- 66 metai ir daugiau

#### Lytis

- Vyras
- Moteris

Jūsų darbo stažas \_\_\_\_\_ (prašome nurodyti)

**Ar Jums teko kada susidurti su mirštančiu žmogumi?**

- Taip
- Ne

#### Jūs dirbate:

- Terapinio profilio skyriuje
- Chirurginio profilio skyriuje
- Reanimacijos ir intensyviosios terapijos skyriuje

#### Jūsų religiniai įsitikinimai

- turi didelės įtakos mano požiūriui į mirtį
- turi nedidelės įtakos mano požiūriui į mirtį
- neturi įtakos mano požiūriui į mirtį.

#### Jūsų išsilavinimas:

- aukštasis
- aukštesnysis
- specialus profesinis

**Religija** \_\_\_\_\_ (prašome nurodyti)

**Ar Jums pakanka žinių apie mirtį ir mirštančius pacientus?**

- Taip
- Ne

## II. SLAUGYTOJŲ POŽIŪRIO Į MIRTĮ IR MIRIMĄ ANALIZĖ

### 1. Ankstesnis švietimas mirties klausimu.

- Aš išklasiau 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

### 2. Ankstesnė patirtis dirbant su nepagydomomis ligomis sergančiais asmenimis.

- Aš esu slaugęs nepagydomomis ligomis sergančius asmenis ir jų šeimos narius anksčiau.
- Aš nesu slaugęs nepagydomomis ligomis sergančius asmenis ir jų šeimos narius anksčiau.

### 3. Ankstesnė netekties patirtis

- Aš esu netekęs artimo asmens per pastaruosius metus.
- Aš neturiu netekties patirties.

### COLLET LESTER MIRTIES IR MIRIMO BAIMĖS SKALĖ (*naudojama slaugytojų požiūriui į mirtį ir mirimą įvertinti*).

Instrukcija: perskaitykite kiekvieną teiginį ir pasistenkite kuo greičiau atsakyti. Neskirkite per daug laiko savo atsakymams apmąstyti. Svarbus pirmasis įspūdis apie tai, ką galvojate būtent dabar. Šioje anketos dalyje prie kiekvieno teiginio pažymėkite skaičiais svarbumo principu nuo 1 iki 5, kur 5 svarbiausiai, o 1 mažiausiai svarbu.

### 4. Kiek svarbūs jūsų nuomone žemiau pateikti teiginiai?

<b>4.1 Jūsų paties (-čios) mirtis</b>	<b>labai</b>		<b>iš dalies</b>	<b>visai ne</b>	
Visiška vienuma mirties akimirka	5	4	3	2	1
Gyvenimas trumpas	5	4	3	2	1
Po mirties netenki tiek daug	5	4	3	2	1
Miršti jaunas (-a)	5	4	3	2	1
Koks jausmas būti mirusiam (-iai)	5	4	3	2	1
Niekada daugiau nebegalvosi ir nebepatirsi	5	4	3	2	1
Galimybė pomirtiniame gyvenime susilaukti bausmės arba kančios	5	4	3	2	1
Tavo kūno suirimas po mirties	5	4	3	2	1

<b>4.2 Jūsų paties (-čios) mirties procesas</b>	<b>labai</b>		<b>iš dalies</b>	<b>visai ne</b>	
Fizinė degeneracija susijusi su lėta mirtimi	5	4	3	2	1
Skausmas mirštant	5	4	3	2	1
Protinė degeneracija senatvėje	5	4	3	2	1
Mirštant Jūsų gebėjimai bus riboti	5	4	3	2	1
Nežinia dėl to, kaip drąsiai sutiksite savo mirtį	5	4	3	2	1
Jūsų kontrolės stoka mirties procese	5	4	3	2	1
Galimybė mirti ligoninėje atskirai nuo draugų ir šeimos	5	4	3	2	1
Kitų sielvartas Jums mirštant	5	4	3	2	1

### **III. SLAUGYTOJŲ IŠGYVENIMŲ SLAUGANT MIRŠTANČIUOSIUS VERTINIMAS** Collet Lester mirties ir mirimo baimės skalė (*naudojama slaugytojų išgyvenimams slaugant mirštančiuosius nustatyti.*)

Instrukcija: perskaitykite kiekvieną teiginį ir pasistenkite kuo greičiau atsakyti. Neskirkite per daug laiko savo atsakymams apmąstyti. Svarbus pirmasis įspūdis apie tai, ką galvojate būtent dabar. Šioje anketos dalyje prie kiekvieno teiginio pažymėkite skaičiais svarbumo principu nuo 1 iki 5, kur 5 svarbiausiai, o 1 mažiausiai svarbu.

#### **5. Kaip stipriai Jus trikdo ar jaudina žemiau išvardyti mirties aspektai?**

<b>5.1. Kitų mirtis</b>	<b>labai</b>		<b>iš dalies</b>	<b>visai ne</b>	
Jūsų artimųjų netektis	5	4	3	2	1
Turėsite matyti jų lavoną	5	4	3	2	1
Daugiau niekada negalėsite su jais bendrauti	5	4	3	2	1
Apgailestavimas, kad nebuvote malonesnis (-ė), jiems esant gyviems	5	4	3	2	1
Senti vienam (-ai) be jų	5	4	3	2	1
Kaltės jausmas, kad Jums palengvėjo, kai jie mirė	5	4	3	2	1
Jaustis vienišam (-ai) be jų	5	4	3	2	1
Pavydas, kad jie yra mirę	5	4	3	2	1

<b>5.2 Kitų mirties procesas</b>	<b>labai</b>		<b>iš dalies</b>	<b>visai ne</b>	
Turėjimas būti su tuo, kuris miršta	5	4	3	2	1
Jų noras pasikalbėti apie mirtį su jumis	5	4	3	2	1
Matyti, kaip jie kenčia iš skausmo	5	4	3	2	1
Turite būti tas (-a), kuris pasako, kad jie miršta	5	4	3	2	1
Matyti jų kūno degeneraciją	5	4	3	2	1
Nežinojimas, ką daryti su praradimo sielvartu būnant su jais	5	4	3	2	1
Matyti jų protinių gebėjimų blogėjimą	5	4	3	2	1
Priminimas apie tai, kad vieną dieną Jūs patirsite tą patį	5	4	3	2	1

**FROMMELT'O POŽIŪRIO Į MIRŠTANČIŲJŲ SLAUGĄ SKALĖ (naudojama slaugytojų išgyvenimams slaugant mirštančiuosius nustatyti).**

<b>5.3. Teiginys</b>	<b>labai</b>		<b>iš dalies</b>	<b>visai ne</b>	
Mane nuliūdintų jeigu mirštantis asmuo, kurį aš slaugiau, nustotų tikėti jog pasveiks	5	4	3	2	1
Kai pacientas klausia "Ar aš mirštu?", mano manymu geriausia yra pakeisti temą į ką nors linksmą	5	4	3	2	1
Norėčiau tikėti, kad asmuo, kurį aš slaugau, mirs, kai manęs nebus šalia	5	4	3	2	1
Aš bijau susidraugauti su mirštančiu asmeniu	5	4	3	2	1
Norėčiau nedalyvauti pacientui mirštant	5	4	3	2	1
Man būtų nepatogu įėjus į nepagydomai sergančio asmens palatą, rasti jį verkiant	5	4	3	2	1
Netiems asmenims turėtų būti suteikiami nuoširdūs atsakymai į klausimus dėl jų būklės	5	4	3	2	1

#### IV. SLAUGYTOJO VAIDMUO, TEIKIANT PAGALBĄ MIRŠTANČIO PACIENTO ARTIMIESIEMS

##### FROMMELT'O POŽIŪRIO Į MIRŠTANČIŲJŲ SLAUGĄ SKALĖ (*naudojama slaugytojų vaidmeniui, teikiant pagalbą mirštančiojo artimiesiems, nustatyti*).

Instrukcija. 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. Šioje anketos dalyje prie kiekvieno teiginio pažymėkite skaičiais svarbumo principu nuo 1 iki 5, kur 5 svarbiausiai, o 1 mažiausiai svarbu.

##### 1. Pagalba mirštančiojo artimiesiems.

<i>Teiginys</i>	<i>labai</i>		<i>iš dalies</i>	<i>visai ne</i>	
Mirštančio asmens slaugymas yra vertinga patirtis mirštančiojo artimiesiems	5	4	3	2	1
Mirtis nėra pats baisiausias dalykas kuris gali nutikti žmogui, artimųjų požiūriu	5	4	3	2	1
Man būtų nepatogu kalbėtis apie artėjančią mirtį su mirštančiu žmogumi ar jo artimaisiais	5	4	3	2	1
Rūpinimasis paciento šeima turėtų tęstis visą gedėjimo ir netekties laikotarpį	5	4	3	2	1
Aš nenorėčiau slaugyti mirštančio asmens artimojo	5	4	3	2	1
Slaugytojai neturėtų kalbėtis apie mirtį su mirštančiu asmeniu ar jo artimaisiais	5	4	3	2	1
Laiko, reikalingo mirštančio asmens slaugymui, trukmė liūdina artimuosius	5	4	3	2	1
Yra sudėtinga sukurti artimus ryšius su mirštančiu asmeniu ar jo artimaisiais	5	4	3	2	1
Būna atvejų, kuomet mirtis yra laukiama mirštančio asmens ar jo artimųjų	5	4	3	2	1
Šeima turėtų dalyvauti teikiant fizinę slaugą mirštančiam asmeniui, jeigu jie to nori	5	4	3	2	1
Šeimoms reikia emocinės paramos, kad priimtų mirštančio asmens elgesio pokyčius	5	4	3	2	1
Pacientui artėjant prie mirties, ne šeimos narys, slaugantis mirštantįjį, turėtų atsiriboti nuo santykių su pacientu	5	4	3	2	1
Šeimos turėtų pasirūpinti, kad likęs gyventi mirštančiam šeimos nariui laikas taptų kuo geresnis jam	5	4	3	2	1
Mirštančiam asmeniui neturėtų būti leidžiama daryti sprendimus dėl jo fizinės slaugos	5	4	3	2	1
Šeimos turėtų palaikyti kiek tik įmanoma normalesnę aplinką jų mirštančiam šeimos nariui	5	4	3	2	1
Mirštančiam asmeniui naudinga išsikalbėti apie savo jausmus	5	4	3	2	1
Sauga turėtų apimti ir mirštančio asmens šeimą	5	4	3	2	1

Slaugytojai turėtų leisti mirštantiems asmenims turėti lanksčius jų lankymo laiko grafikus	5	4	3	2	1
Mirštantis asmuo ir jo šeima turėtų būti atsakingi už sprendimų priėmimą	5	4	3	2	1
Priklausomybė nuo skausmą malšinančių vaistų neturėtų būti svarstoma su paciento artimaisiais kai kalbama apie mirštantį asmenį.	5	4	3	2	1
Šeimos narių švietimas mirties klausimais nėra slaugytojų atsakomybė	5	4	3	2	1
Šeimos nariai, kurie lieka arti mirštančio asmens, dažnai kliudo profesionaliai slaugai	5	4	3	2	1
Profesionalūs slaugytojai gali padėti pacientams ir jų artimiesiems pasiruošti mirčiai	5	4	3	2	1

## V. SLAUGYTOJŲ NUOMONĖS APIE EFEKTYVIĄ MIRŠTANČIŲJŲ SLAUGĄ ANALIZĖ

Instrukcija. Mirštančiųjų problemos anketoje išdėstytos remiantis paliatyvios slaugos objektais: skausmo ir kitų fizinių simptomų kontrolė, psichologiniai, socialiniai ir dvasiniai klausimai. Šioje anketos dalyje prie kiekvieno teiginio pažymėkite skaičiais svarbumo principu nuo 1 iki 5, kur 5 svarbiausiai, o 1 mažiausiai svarbu.

### 2. Jūsų manymu, kokios dažniausiai pasitaikančios fiziologinės mirštančių pacientų slaugos problemos?

<i>Teiginys</i>	<i>labai</i>		<i>iš dalies</i>	<i>visai ne</i>	
Skausmas	5	4	3	2	1
Kvėpavimo sunkumai, dusulys	5	4	3	2	1
Pykinimas	5	4	3	2	1
Negalėjimas judėti	5	4	3	2	1
Miego problemos	5	4	3	2	1
Nuovargis, silpnumas	5	4	3	2	1
Šlapinimosi ir tuštinimosi problemos	5	4	3	2	1
Pragulos	5	4	3	2	1

### 3. Jūsų manymu, kokios dažniausiai pasitaikančios psichologinės mirštančių pacientų slaugos problemos?

<i>Teiginys</i>	<i>labai</i>		<i>iš dalies</i>	<i>visai ne</i>	
Baimė	5	4	3	2	1
Nerimas	5	4	3	2	1
Atsiribojimas	5	4	3	2	1
Pasipriešinimas	5	4	3	2	1
Pyktis	5	4	3	2	1
Stresas	5	4	3	2	1
Interesų praradimas	5	4	3	2	1
Depresija	5	4	3	2	1

**4. Jūsų manymu, kokios dažniausiai pasitaikančios socialinės ir dvasinės mirštančių pacientų slaugos problemos**

<i>Teiginys</i>	<i>labai</i>		<i>iš dalies</i>	<i>visai ne</i>	
Bendravimo problemos	5	4	3	2	1
Vienišumo jausmas, nelanko artimieji	5	4	3	2	1
Kaltės jausmas	5	4	3	2	1
Palikimo klausimai	5	4	3	2	1
Piniginių reikalų tvarkymo	5	4	3	2	1
Derybos su Dievu	5	4	3	2	1
Sąžinės priekaištai	5	4	3	2	1
Tikėjimo (išpažinties poreikis ir t.t.)	5	4	3	2	1
Laidojimo klausimai	5	4	3	2	1
Ritualinės apeigos	5	4	3	2	1

**5. Kaip manote, ar slaugos specialistui dirbančiam su mirštančiais ligoniais užtikrinti orią paciento mirtį yra prioritetas?**

- Taip
- Ne

**6. Jūsų nuomone, kas taip pat galėtų padėti mirštantiems pacientams ir jų artimiesiems?**

- Psichologas
- Socialinis darbuotojas
- Šeimos gydytojas
- Reabilitologas
- Ergoterapeutas
- Kineziterapeutas

**AČIŪ UŽ NUOŠIRDŽIUS ATSAKYMUS**