

**VILNIAUS UNIVERSITETAS
FILOSOFIJOS FAKULTETAS
SOCIALINIO DARBO KATEDRA**

Regina Kvetkaitė

**PSICHOSOCIALINIŲ PASLAUGŲ ORGANIZAVIMAS
SLAUGOS LIGONINĖJE PALIATYVIŲ LIGONIŲ ARTIMIESIEMS**

**Magistro darbas
(Socialinis darbas)**

Vilnius
2009 m.

SANTRAUKA

Socialinis darbas

PSICHOSOCIALINIŲ PASLAUGŲ ORGANIZAVIMAS SLAUGOS LIGONINĖJE PALIATYVIŲ LIGONIŲ ARTIMIESIEMS

Regina Kvetkaitė

Vilniaus universitetas filosofijos fakultetas socialinio darbo katedra

Tyrimo problema: ištirti psichosocialinių paslaugų tikslinį ir savalaikį organizavimą bei jo sudėtingumą paliatyvių ligonių artimiesiems. Gyvenimo kokybė ir komfortas iki mirties gali būti žymiai pagerinti paliatyvinės slaugos dėka, tačiau per dažnai ji yra ignoruojama ir matoma kaip paskutinė išeitis. Reikia maksimaliai nušviesti įvykius ir suteikti visą įmanomą informaciją tiems, kuriuos tai domina.

Tyrimo objektas: psichosocialinių paslaugų organizavimas slaugos ligoninėje paliatyvių ligonių artimiesiems.

Tyrimo metodika: Tyrimo metodas-anoniminė paliatyvių ligonių artimųjų (n=62) anketinė apklausa. Duomenų analizė atlikta naudojant statistinės duomenų analizės SPSS ir Microsoft Exel programas.

Rezultatai. Lyginant psichosocialinės pagalbos vyrams ir moterims poreikių svarbą: sąveikos su sveikatos priežiūros komanda ir psichologinės paramos poreikis svarbesnis moterims negu vyrams. Rezultatai parodė šias tendencijas rezidentų ir teikiamų paslaugų sąveikoje: tiriamųjų sąveikos su sveikatos priežiūros ir pagalbos komanda (95,5%); informacijos ir pagalbos poreikiai (90%); psichologinės, dvasinės, emocinės paramos (88,7%) poreikiai ypač svarbūs. Informacijos ir pagalbos poreikis yra opesnis vyrams negu moterims.

Tyrimo rezultatai parodė, kad psichologinės, dvasinės, emocinės pagalbos poreikis vienodai svarbus tiek vyrams, tiek ir moterims šių paslaugų būtinumas atsispindi gautuose rezultatuose: psichologinę 88,7 proc., dvasinę 85,5 proc., emocinę 88,7 proc.. 79 proc. apklaustųjų, teigia kad jiems reikia žmogaus, su kuriuo būtų galima bet kada pasikalbėti. 59,6 proc. norėtų, kad jiems būtų suteikiama galimybė išsakyti savo nuomonę, požiūrius.

Darbe ypatingai svarbu buvo išsiaiškinta apie naujų paslaugų poreikį tarp paliatyvių ligonių artimųjų. Vienas iš vyraujančių poreikių yra psichologo konsultacijos, tai pageidauja 95 proc. apklaustųjų, dvasinės pagalbos poreikį akcentavo 56,4 proc. ir savitarpio pagalbos (t.y. savitarpio pagalbos grupių sudarymas) norėtų sulaukti 45,2 proc. apklaustųjų. Buvimo šalia sergančiojo slaugos ligoninėje poreikį konfidencialioje aplinkoje įvardijo 88,9 proc. apklaustųjų - iš jų 72,7 proc. vyrų ir 97,5 proc. moterų. 96,8 proc. respondentų pripažino, kad slaugos procese būtinas malonus bendravimas.

SUMMARY

Social work

MANAGEMENT OF PSYCHOSOCIAL SERVICES FOR THE RELATIVES OF PALLIATIVE CARE PATIENTS AT NURSING HOSPITAL

Regina Kvetkaitė

Vilnius University, Faculty of Philosophy, Department of Social Work

The study problem: to analyse the objective and apropos management of psychosocial services and its complication for the relatives of palliative care patients at nursing hospital. Quality of life and comfort before death can be significantly improved thanks to palliative care, but too often it is ignored and seen as a last resort. It is necessary to maximize the highlight events and to provide all possible information to those who are interested in it.

The study object: management of psychosocial services for the relatives of palliative care patients at nursing hospital.

Material and methods: the survey implied the anonymous questionnaire (n=62) for the relatives of palliative care patients. Statistical data analysis was performed using statistical package „SPSS“ and „Microsoft Excel“ software.

Results. Comparing psychosocial support needs for men and women: the importance of interaction with the health care team and psychological support needs are more important for women than for men.

The results showed these trends of residents and the interoperability of services: exploratory of interaction with health care and support team (95,5%), information and aid needs (90%), psychological, spiritual, emotional support (88,7%) needs are particularly important. Information and aid need is more tender for men than women. The study results showed that the psychological, spiritual, emotional need support equally important for both men and women, these services necessity reflects in the results obtained: psichological 88,7 percent, spiritual 85,5 percent, emotional 88,7 percent. 79 percent of interviewees say that they need a man, which could be any time to talk. 59,6 percent would like to be able to express their opinions, points of view.

It was extremely important to find out about new services, the need for palliative patients among relatives in this work. One of the prevailing needs are psychological consultations, 95 percent of interviewees need it, the need for spiritual help stressed 56,4 percent and 45,2 percent of interviewees want to attain mutual aid (i.e. mutual aid groups creation). Staying near the ailing man in care hospital in confidential environment identified 88,9 percent of interviewees. There are 72,7 percent men ir 97,5 percent women of them. 96,8 percent respondents acknowledged that the nursing process should be a pleasant interaction.

SAVOKOS IR TERMINAI

Poreikis – tai nėra noras kažką gauti ar turėti, bet trūkumas, kuris kliudo žmogui ar sistemai vystytis arba tobulėti (Johnson, 2001).

Psichosocialiniai poreikiai - tai psichologinių (asmenų charakteristikos) ir socialinių poreikių (šeima, palaikymo sistema, kultūra) tarpusavio priklausomybė. Tai - sąveika su sveikatos priežiūros specialistais (socialiniai ir asmeniniai sugebėjimai, bendravimo stilius); priežiūros ir procedūrų kokybė (gydymo ir intervencijų greitumas); išsamios informacijos ir pagalbos gavimas (apie ligą, gydymą); emocinė, dvasinė parama iš sveikatos priežiūros specialistų (Bailey, Simeonsson, 1999.,(33)).

Paslauga – nemateriali veikla, kuri prisideda prie žmonių poreikių tenkinimo; tai santykiai tarp tiekėjo ir vartotojo, tam tikras jų tarpusavio kontaktas (Žalimienė, 2003).

Paslaugų organizavimas – tai poreikių įvertinimas ir jų tenkinimas; tai žinių visuma apie sąmoningos ir kryptingos žmonių veiklos formavimo dėsningumus: įsteigimas, kūrimas, sudarymas (naujos komandos, įmonės); paruošimas, derinimas, surengimas (susirinkimo, gamybinio proceso); reglamentavimas, tvarkymas (darbo dienos, darbo vietos); sujungimas, mobilizavimas (savanoriai) (Rossi, Freeman, Lipsey, 1999.).

Gyvenimo kokybė – sąvoka, apibūdinanti žmonių materialinių bei kultūrinių gyvenimo sąlygų ypatybes bei savybes, lyginant su standartu arba tam tikru lygiu, šių sąlygų tinkamą pasitenkinimą, šiuolaikinėje sociologijoje. Ji apima tas visuomenės ir asmens gyvenimo sritis, kurių negalima išreikšti kiekybiniais rodikliais (Leonavičius, 1993).

Terminalinė būklė - tai bet kurios ligos periodas, kuomet, nepaisant žinomų ir taikomų gydymo būdų, paciento būklė blogėja. Ligos progresavimas negali būti sustabdytas ir anksčiau ar vėliau baigiasi mirtimi per ribotą laiko periodą .

Hospisas – slaugos namai - nedidelė ligoninė, nepagydomai sergantiems žmonėms.

Palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninė - asmens sveikatos priežiūros įstaiga, teikianti stacionarines pirminio lygio palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugas pacientams, sergantiems lėtinėmis ligomis ar neįgaliesiems (Valstybės žinios, 2000).

Pacientas - asmuo, kuris naudojasi sveikatos priežiūros įstaigų teikiamomis paslaugomis, nesvarbu, ar jis sveikas, ar ligonis. Pacientai paprastai yra ligoniai (sergantys ar sužeistieji), kuriems reikia vidaus ligų gydytojo, chirurgo, kito gydytojo ar kitokio mediko profesionalo pagalbos. Pacientas ir ligonis šiame darbe vartojami kaip sinonimai.

TURINYS

ĮVADAS	6
1. PALIATYVIOS PAGALBOS SAMPRATA, TIKSLAI IR PRINCIPAI.....	8
1.1 Paliatyvios pagalbos vystymosi apžvalga europoje ir Lietuvoje.....	10
1.2 Požiūris į paliatyvios pagalbos organizavimą	14
1.2.1. Paliatyvios pagalbos organizavimo formos.....	15
1.2.2 Paliatyviosios pagalbos poreikių organizavimas slaugos ligoninėje ligonių artimiesiems	16
1.2.3 Paliatyviosios pagalbos komandos ypatumai ir socialinio darbuotojo vaidmuo.....	18
1.3 Šeima ir ligonis.....	22
1.3.1. Paliatyvių ligonių artimųjų mirties samprata.....	24
1.3.2 Paliatyvių ligonių artimųjų išgyvenimai.....	25
2. TYRIMO REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS	29
2.1.Tiriamąjį kontingento atranka ir apklausų organizavimas	30
2.2. Demografinė ir socialinė respondentų charakteristika	31
2.3. Respondentų psichosocialinė situacija	34
2.4. Procedūrų ir priežiūros kokybė.....	35
2.5. Pagalbos ir informacijos poreikiai.....	41
2.6. Psichologinė, dvasinė, emocinė parama	45
2.7. Naujų paslaugų poreikis slaugos ligoninėje paliatyvių ligonių artimiesiems	48
IŠVADOS	51
LITERATŪRA	53
PRIEDAI	56

ĮVADAS

Paliatyvi pagalba prasideda, kai supranti, kad kiekvienas pacientas turi savo nuosavą istoriją, tarpusavio ryšius ir kultūrą, ir yra vertas pagarbos kaip nepakartojama asmenybė

C. Saunders

Liga ir mirtis, dabar ir visada, neišvengiama žmogaus patirties dalis. Reakcija į individualius mirštančiųjų ir jų šeimos poreikius, artėjant, netekčiai yra labai jautrus rodiklis, parodantis visuomenės brandumą.

Didėjantis sergamumas piktybiniais navikais bei kitomis gyvybei pavojingomis ligomis. Žmonių, kuriems reikalinga paliatyvioji pagalba, skaičius didėja. Tai visoms Europos šalims iškilusi problema.

Pasaulinė sveikatos organizacija (PSO) teigia, kad paliatyvi pagalba, tai būdas, kuriuo gerinama pacientų ir jų šeimų, susiduriančių su problemomis, susijusiomis su gyvybei pavojų keliančiomis ligomis, gyvenimo kokybę, stengiantis išvengti ir palengvinti kančias tokiomis priemonėmis, kaip ankstyvoji diagnostika ir tikslus įvertinimas bei skausmo ir kitų problemų psichosocialinių bei dvasinių gydymas.

Nauji pakitimai besikeičiančioje visuomenėje reikalauja ir sveikatos politikų dėmesio, plečiant paslaugas, koordinuoto komandinio požiūrio, formuojant visiškai naują požiūrį į mirštantį. Palengvinti neišgydomų ligonių kančias – tai turi būti svarbiausia sveikatos priežiūros darbuotojų uždavinys.

Paliatyvių ligonių artimųjų situacija keičia požiūrį apie žmogaus gyvenimo kokybę. Neįvertinus jų lūkesčių ir jų nepripažinus, kad jie geriausiai padėtų paliatyvios pagalbos srityje. Todėl reikalinga atlikti daugiau tyrimų apie artimųjų fizinius bei psichologinius sveikatos pokyčius. Todėl pasirinkau išanalizuoti psichosocialinių paslaugų organizavimo ypatumus paliatyvių ligonių artimiesiems. **Išsikeliau sekančius uždavinius:**

- ištirti paliatyvių ligonių artimųjų esamų psichosocialinių paslaugų poreikį
- įvertinti psichosocialinių paslaugų poreikio tenkinimą
- išsiaiškinti naujų psichosocialinių paslaugų poreikį paliatyvių ligonių artimiesiems

Lietuvos paliatyvio pagalbos koncepcijoje sakoma, kad reikia formuoti visiškai naują požiūrį į mirštantį ligonį, suteikiant jam ir jo šeimai visapusę sveikatos ir psichologinę priežiūrą iki pat ligonio mirties, o šeima rūpintis ir gedėjimo metu. Paliatyvią pagalbą turi teikti ne vien gydytojas, bet ir slaugytojas, socialinis darbuotojas, dvasininkas, pagal reikalą – terapeutas, psichologas, kiti specialistai.

Šis magistrinis darbas grindžiamas tuo, nes jame siekiama iširti paliatyvių ligonių artimųjų psichosocialinius poreikius, siekiama optimaliai pagerinti paciento, kurio gyvenimo trukmė ribota, gyvenimo kokybę ir sudarydamas sąlygas oriai pasitikti mirti. Nesirūpinant paliatyvios pagalbos prieinamumu, kenčia pacientai ir jų artimieji, o valstybė patiria ekonominę ir moralinę žalą.

1. PALIATYVIOS PAGALBOS SAMPRATA, TIKSLAI IR PRINCIPAI

PSO 1990 metais paliatyvią pagalbą apibūdino kaip – „aktyvią, visapusę ligonio, sergančio nepagydoma liga priežiūrą. Pirmiausia yra skausmo ir psichologinių, socialinių bei dvasinių problemų kontrolė. Paliatyvios pagalbos tikslas pasiekti kuo geresnę ligonių ir jų šeimos narių „kokybę“ (Šeškevičius, 2005). Šis apibrėžimas pabrėžė įvairiapusę žmogaus prigimtį ir gyvenimo kokybę, tačiau žodžio „nepagydomas“ vartojimas yra netinkamas, nes daug ligų negali būti pagydytos, bet nepaisant to, žmogus gali gyventi daugelį dešimtmečių.

2002 metais naujas apibrėžimas labiau pabrėžė kentėjimų profilaktiką (Šeškevičius, 2005): „Paliatyvioji pagalba – būdai, gerinats gyvenimo kokybę ligoniams ir jų šeimos nariams, susiduriantiems su problemomis, kylančiomis dėl gyvybei grėšiančių ligų pasitelkiant profilaktiką, kentėjimų išvengimą ir sumažinimą, skausmo ir (fizinių, psichosocialinių ir dvasinių) problemų ankstyvą atpažinimą, tikslų įvertinimą, gydymą bei sprendimą“ .

Yra ir kitų PP apibrėžimų, tačiau šiame darbe laikomasi naujausios, LR Sveikatos apsaugos ministerijos 2007 m. sausio 11 d. įsakyme Nr. V-14 „Dėl Paliatyviosios pagalbos paslaugų suaugusiesiems ir vaikams teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“ (1 priedas), priimtos PP sampratos: tai ligonio, sergančio pavojinga gyvybei, nepagydoma, progresuojančia liga, ir jo artimųjų gyvenimo kokybės gerinimo priemonės, užkertančios kelią kančioms ar jas lengvinančios, padedančios spręsti kitas fizines, psichologines ir dvasines problemas.

Paliatyvios pagalbos tikslas – išvengti arba sumažinti kančias bei maksimaliai pagerinti gyvenimo kokybę, nepagreitinant ir nenutolinant mirties, užtikrinti psichologinę ir dvasinę priežiūrą, suteikti paramą šeimai ligos ir gedėjimo metu.

PSO (1990) ir Barcelonos deklaracijoje (1996) nurodyta, kad paliatyvioji pagalba turi būti integruota į kiekvienos šalies sveikatos priežiūros sistemą. PSO paruošusi rekomendacijas ir gaires, kurios padėtų vystyti paliatyvią pagalbą, užtikrinančią aukštą gyvenimo kokybę, vėžiu sergantiems bei terminalinės ligos stadijos pacientams. Europos Sąjungos Ministrų Tarybos komitete (2003-12-12) paruošta rekomendacija Europos šalių parlamentams ir vyriausybėms apie paliatyvios pagalbos organizavimą.

Svarbiausi Lietuvos sveikatos apsaugos strategijos uždaviniai – stiprinti ir saugoti žmogaus sveikatą nuo gimimo iki mirties. Lietuvoje paliatyvioji pagalba neintegruota į nacionalinę sveikatos priežiūros sistemą, nesukurta strategija, sveikatos politikai neskiria reikiamo dėmesio ir finansavimo, nepakankamas paliatyvios medicinos mokymas, visuomenės, sveikatos priežiūros

profesionalų švietimas, sudėtingas vaistų išrašymas, išdavimo taisyklės. Egzistuoja tik pavieniai paliatyvios medicinos elementai. Neatlikti epidemiologiniai probleminiai tyrimai, neįvertintas ir neįrodytas ne tik medicininis, socialinis, psichologinis, bet ir ekonominis naujos sistemos sukūrimo būtinumas. Ypač skaudu, kad nėra paliatyvios pagalbos vaikams. Nauji pakitimai besikeičiančioje visuomenėje reikalauja iš sveikatos politikų plėsti paslaugas, formuoti visiškai naują požiūrį į mirštantįjį, o praktikoje suteikti sergančiajam ir jo šeimai visapusišką ir kokybišką sveikatos priežiūrą į mirštantįjį, o praktikoje suteikti sergančiajam ir jo šeimai visapusišką ir kokybišką sveikatos priežiūrą iki pat mirties bei rūpintis jo šeima gedėjimo periodu. Palengvinti neišgydomų pacientų kančias- vienas svarbiausių sveikatos priežiūros darbuotojų uždavinių.

Pasaulio sveikatos politikų nuomone, XXI amžius tampa gyvenimo kokybės gerinimo amžiumi. Anksčiau buvo kreipiamas dėmesys tik į paciento gyvenimo laiko prailginimą. Šiuo metu svarbiausias matas – pacientų gyvenimo kokybė, kreipiant dėmesį į besikeičiančius jų poreikius, pagalbos tęstinumą, informaciją. Paliatyviai pagalbai būdingas holistinis požiūris į žmogų. Ji skatina suvokti gyvenimo saulėlydyje ne tik biologinius poreikius, bet ir psichologines, socialines bei dvasines reikmes (Kabašinskienė, 2005).

Paliatyvios pagalbos tikslai ir principai

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

1. Mažinti fizines kančias ir / ar jų išvengti.
2. Tiksliai nustatyti ligonius varginančius simptomus, juos kontroliuoti ir mažinti.
3. nustatyti psichologines ir socialines ligonio bei jo artimųjų problemas, padėti jas spręsti stiprinant norą gyventi, o mirtį laikant natūraliu procesu.
4. pagerinti ligonio ir jo artimųjų gyvenimo kokybę.
5. padėti ligonio šeimai ir jo artimiesiems netekties laikotarpiu.

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

Su geresnės kokybės užtikrinimu nepagydomos ligos laikotarpiu susiję ir PP principai. Šie PP principai išplaukia iš 2002m. PSO pateikto PP apibrėžimo

- ji mažina skausmą ir kitus simptomus;
- teigia gyvenimą ir laiko mirimą normaliu procesu;
- nesiekia nei paspartinti, nei atidėti mirties;

- integruoja psichologinius ir dvasinius paciento priežiūros aspektus;
- siūlo paramos sistemą, padedančią pacientui gyventi kuo aktyvesnį gyvenimą iki pat mirties ;
- siūlo padėti šeimai susidoroti su paciento liga ir netektimi;
- taiko interdisciplininį požiūrį ir stengiasi patenkinti paciento ir jo šeimos poreikius, įskaitant konsultavimą netekties atvejais, jeigu to reikia;
- gerina gyvenomo kokybę, gali teigiamai veikti ligos eigą;
- taikoma ankstyvosioms ligos stadijoms kartu su kitais gydymo būdais, kurių reikia pailginti gyvenimą- chemoterapija, spindulinė terapija, atlieka tyrimus, kurių reikia geriau suvokti ir kontroliuoti ligos komplikacijas

Paliatyvi pagalba gali daug padėti pacientams ir jų šeimoms jau ankstyvųjų ligos stadijų metu t.y. momentas kaip pasiekiamas nepagydomas ligos lygis ir eiga spartėja

1.1 Paliatyvios pagalbos vystymosi apžvalga europoje ir Lietuvoje

Tarp gyvenimo ir mirties egzistuoja glaudi sąsaja. Sveikatos ir socialinės priežiūros programos visame pasaulyje stengiasi padėti individams, šeimoms ir bendruomenėms pasiekti ir išlaikyti optimalią gyvenimo kokybę. Terminas „paliatyvus“ kilo iš lotyniškojo žodžio „palius“, kas reiškia „kaukė“ arba „apsiaustas“. Etimologiškai paliatyvioji pagalba iš esmės yra nepagydomos ligos padarinių slėpimas ar apsiautimas apsiaustu tu, kurie yra palikti šaltyje, nes gydomoji medicina jiems padėti nebegali. Nuo senų senovės žmonija stengėsi pasiūlyti sergantiems ir mirštantiesiems pagalbą ir palaikymą. Tačiau iki praėjusio šimtmečio vidurio medicinos mokslas dar nepajėgė veiksmingai malšinti skausmą ir kontroliuoti jo požymius. Gydymas vaistais nuo 1950 m. kartu su geresniu psichosocialinių ir dvasinių mirštančiųjų pacientų poreikių suvokimu sudarė paliatyvios pagalbos paslaugų plėtros pagrindą. Paliatyviosios pagalbos principai susiformavo ir buvo taikomi XX amžiaus antrosios pusės pabaigoje. Terminas „hospice“ viduramžiais buvo vartojamas apibūdinti piligrimų ir keliautojų prieglaudas. Europos hospisuose buvo siūloma priežiūra mirštantiesiems žmonėms. Pirmieji hospisai Europoje buvo įkurti 1845 m. Prancūzijoje Lione, 1870 m. Airijoje Dubline, 1905 m. Londone.

Šiuolaikinės paliatyviosios pagalbos ir modernių paliatyviosios pagalbos ligonių pradininku laikoma britė Cicely Saunders. Ši slaugytoja, socialinė darbuotoja ir gydytoja laikoma modernios paliatyviosios pagalbos pradininke. Ji 1967m. Londone atidarė St. Christopers paliatyviosios pagalbos ligoninę. Tai buvo pirmasis šios srities modernus mokymas ir mokslinis

darbas. Cicely Saunders skyrė savo profesinį ir asmeninį gyvenimą pacientų sergančių mirtinomis progresuojančiomis ligomis priežiūrai ir tyrimui. Taip pat ji pertvarkė šią sveikatos priežiūros sritį, kovodama su daugeliu išsisknijusių neigiamų požiūrių ir nuostatų. Ji iš pagrindų pakeitė reakciją į įvairius mirštančiųjų pacientų ir jų šeimų poreikius. Cicely Saunders paliatyviosios pagalbos modelis kaip tik ir yra parengtas atsižvelgiant į onkologinių pacientų reikmes. St. Christopers ligoninė tapo pasauliniu centru, kuriame sveikatos priežiūros specialistai iš viso pasaulio studijuoja ir taiko naujai įgytas žinias bei įgūdžius savo šalyje. Nėra vieno paliatyviosios pagalbos teikimo modelio, kuris tiktų visoms šalims, tačiau pagrindiniai paliatyviosios pagalbos principai, kurie pabrėžia būtinybę atsižvelgti į kiekvieno paciento ir jo šeimos unikalius poreikius, yra universalūs.

Pastaraisiais dešimtmečiais pagalba gyvenimo pabaigoje pradėjo susilaukti tinkamo dėmesio. Leidžiami specializuoti moksliniai žurnalai, įkurtos organizacijos ir profesionalams, ir neprofesionalams. Europos paliatyviosios pagalbos draugija EAPC (European Association for Palliative Care) veikia kaip koordinuojantis centras. Pradėtos laisti nacionalinės įstatyminės rekomendacijos. Paliatyvioji pagalba yra teikiama visame pasaulyje, bet keliai ir metodai jos tikslams pasiekti kiekvienoje šalyje yra saviti, nes skirtingos kultūros turi skirtingus metodus padėti žmonėms jų gyvenimo pabaigoje.

Paliatyvioji pagalba, gyvenimo kokybės gerinimas yra prioritetinės PSO kryptys, tai patvirtina PSO, ES dokumentai, kuriuose kalbama apie paliatyviąją pagalbą ar jos atskiras sritis.

PSO (1986) „Chroniniu vėžiu sergančių pacientų teisių deklaracija“, joje pabrėžiama, kad net 80-90 proc. onkologinių pacientų turi ir gali mirti be skausmo.

PSO (1986) Rekomendacijos onkologinio skausmo malšinimo klausimais.

PSO (1990) ir Barselonos deklaracijoje (1996) nurodyta, kad paliatyvioji pagalba turi būti integruota į kiekvienos šalies sveikatos priežiūros sistemą.

Europos socialinė chartija dėl teisės į sveikatos apsaugą ir Žmogaus teisių biomedicinos konvencijos ETS Nr.164 3 str. reikalauja, jog susitariančios šalys suteiktų lygiavertę galimybę gauti tinkamos kokybės sveikatos priežiūrą. Lietuva, vienintelė Europoje šalis, kur nėra įsteigta nė viena paliatyviosios pagalbos institucija. Kai kurios paliatyviosios pagalbos paslaugos teikiamos tik kelių entuziastų pastangomis. Daugiausia paliatyviosios pagalbos teikimo elementų (kaip skausmo malšinimas, simptomų kontrolė) sutinkama slaugos ir onkologijos įstaigose.

Istoriškai galima išskirti tris slaugos sistemas Lietuvoje:

1. Tradicinė rūpybos sistema – kuri iš esmės reiškėsi kaip savirūpa arba kurią teikė liaudies gydytojai
2. Neįgalių žmonių priežiūra namuose arba špitolėse prie bažnyčių arba vienuolynų, labiau primenančios neturtėlių prieglaudas. Jose galima išvelgti pastangas tenkinti ne

tik fizines, bet ir psichologines, socialines, o ypač dvasines reikmes. 1972 m. Lietuvos Kunigaikštystėje buvo įregistruotos 194 špitolės (Vilniuje – 29). Dalis jų vėliau virto ligoninėmis.

3. Ligoninės – sveikatos priežiūros įstaigos. Pagrindinė paskirtis – ligonių gydymas, o slaugyme fizinės pagalbos ligoniui tobulinimas, vyravo biomedicininis modelis. Mirštantieji buvo slaugomi namuose arba bendro profilio ligoninėse.

Lietuvai atgavus nepriklausomybę, atsirado galimybė reikštis ir įgyvendinti atskiras iniciatyvas. Buvo paskelbta keletas straipsnių, kuriuose reiškiamas susirūpinimas nepagydomų ligonių slauga, pabrėžiant, kad ligų gydyme reikalingi ne tik medicininiais aparatai, bet ir žmogus, suprantantis ligonį, padedantis susitaikyti su liga, jos neišvengiamu progresavimu, o žemiškajam gyvenimui baigiantis – oriai pasitikti mirtį. 1993 m. Lietuvos Carito iniciatyva (Kaune įkurta slaugos ligoninė, kurios tikslas padėti sunkiai sergantiems vienišiams ir apleistiems ligoniams. Vėliau tokio tipo ligoninės pradėjo veikti Kartenoje, Vievyje ir Utenoje (Šv. Klaros). 1995 m. medikų iniciatyvinė grupė (onkologai, anesteziologai ir medikai, dirbantys slaugos ligoninėse) įkūrė Lietuvos paliatyvios medicinos draugiją.

Lietuvos paliatyvios medicinos draugijos misija – paliatyvios pagalbos sistemos kūrimas Lietuvoje.

Lietuvos paliatyvios medicinos draugijos veikla:

- Rengti paliatyvios pagalbos specialistus
- Kelti paliatyviosios pagalbos specialistų kvalifikaciją ir teikti jiems paramą. ;
- Ruošti ilgalaikę paliatyviosios pagalbos vystymo programą šalyje;
- Dalyvauti ruošiant normatyvinius aktus ir dokumentus;
- Organizuoti mokslinius suvažiavimus, konferencijas, simpoziumus;
- Skelbti Lietuvos Paliatyviosios Medicinos Draugijos (LPMD) narių mokslinius darbus spaugoje;
- Dalyvauti Europos Paliatyviosios Pagalbos Asociacijos veikloje ir būti jos nariu;
- Bendradarbiauti su Lietuvos ir užsienio giminingomis draugijomis ir asociacijomis.

Nuo 1995 m. Vilniaus Universiteto onkologijos institute atidaryta skausmo ir paliatyvios terapijos kabinetas, 2003 m. pervadintas į paliatyvios terapijos poskyrį Vilniaus universiteto onkologijos centre ir ambulatoriškai konsultuojami onkologiniai ligoniai skausmo ir paliatyvaus gydymo klausimais tuo pačiu vykdoma mokslinė mokomoji veikla medicinos ir skausmo srityse. Nuo 1999 m. paliatyvios pagalbos kursas dėstomas slaugos bakalaurams, nuo 2000 m. šeimos gydytojams, nuo 2004 m. socialiniams darbuotojams, o 2006 m. slaugos fakulteto taryboje patvirtintos 3 podiplominės paliatyvios pagalbos studijų programos. 2001 m. Lietuvos Caritas

Kaune įvykdė projektą „Paliatyvi pagalba namuose“ 2003 m. savo pradėjo paliatyvios pagalbos tarnyba savo veiklą Panevėžio integruotų paslaugų centre. 2005m. išversti 2 vadovėliai („Paliatyvi slauga“ ir „Paliatyvios pagalbos organizavimas“). 2005 m. Vilniuje tarptautinėj konferencijoje („holistinis požiūris paliatyvioj pagalba“) buvo aptarta paliatyvios pagalbos patirtis Lietuvoje ir priimtas kreipimasis į sveikatos sistemą atstovaujančius politikus ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų vadovus. LR Vyriausybė 2006 m. spalio 17 d. nutarimu Nr. 10-20 (Dėl Lietuvos Respublikos vyriausybės) 2006-2008 m. programos įgyvendinimo priemonių patvirtinimo taip vykdydama valstybinę vėžio profilaktikos ir kontrolės 2003 – 2010 m. programos numatė parengti ir patvirtinti paliatyvios pagalbos paslaugų suaugusiems ir vaikams reikalavimus (2 priedas).

Ilgą laiką teiktos paliatyvios pagalbos paslaugos slaugos ir palaikomo gydymo onkologijos bendrosios sveikatos priežiūros ligoninėse padarė esminį perversmą 2007m. sausio 11 d. Nr. V-14 dėl paliatyvios pagalbos paslaugų suaugusiems ir vaikams teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimas. Po to sekė kelietas LR sveikatos ministro patvirtintų įsakymų 2007 m. vasario 14 d. Nr. V-97 (dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. gegužės 14 d. įsakymo Nr. V-364 (dėl licencijuojamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sarašo patvirtinimo) papildymo, kad paliatyvios pagalbos paslaugos galės teikti turintys licenciją. Pirmoji paliatyvios pagalbos įstaiga Lietuvoje gavusi šią licenciją yra Kauno onkologijos ligoninė, kurie 2008 m. kovo 7 d. atidarytas paliatyvios slaugos skyrius, turintis 45 lovas. 2008 m. gegužės 9 d. LR sveikatos apsaugos ministro įsakymu Nr. V-435 (Dėl bazinių kainų patvirtinimo) (3 priedas) pakeitimo kur sprendžiamas opus paliatyvios pagalbos paslaugų finansavimo klausimas numatomas slaugos ir palaikomo gydymo paslaugų bazinė kaina nuo 85,5 Lt iki 141,6 Lt per dieną tai priklauso nuo ligoniui sutiekiamų paslaugų sudėtingumo. Apžvelgus paliatyvios pagalbos Europoje ir Lietuvoje galima teigti, kad paliatyvios pagalbos vystimosi procesas labai priklauso nuo šalies sveikatos politikos, ekonominės, socialinės padėties visuomenės suformuotų požiūrių, kultūros, vertybių tikėjimo paliatyvioje pagalba yra svarbiausia, kad visiems būtų prieinama neatsižvelgiant į rasę amžių tautybę tikėjimą tai turi būti taikoma ne tik pacientui, bet ir jo šeimai

Pastaruoju metu daugiausiai dėmesio yra skiriama onkologinėms ligoms, nes visame pasaulyje onkologija – tai viena iš opiausių medikų ir apskritai visuomenės problemų, kadangi sergamumas piktybiniais navikais ir mirštamumas nuo jų nuolat didėja. PSO skelbia, kad pasaulyje kasmet miršta virš 50 mln. žmonių (iš jų virš 6 mln. nuo vėžio), užregistruojama virš 10 mln. naujų vėžio atvejų, o iki 2010 m. šis skaičius turėtų išaugti iki 15 mln. Kad nepakankamai išnaudojamos profilaktikos galimybės, parodo šie skaičiai – per metus pasaulyje virš 500 000 tūkst. moterų diagnozuojamas gimdos kaklelio vėžys ir virš 300 000 tūkst. moterų miršta. Net 80 proc. tai pasireiškia besivystančiose šalyse

Lietuvos sveikatos programoje teigiama jog onkologinėmis ligomis Lietuvoje serga 1,2 proc. gyventojų. Sergamumas ir mirtingumas nuo piktybinių navikų kasmet didėja sergamumas vėžiu kasmet padidėja vidutiniškai 1 procentu, o miršta kasmet apie 8000 žmonių. Remiantis Lietuvos statistikos departamento duomenimis naujų susirgimų piktybiniais navikais 1995 m. buvo užregistruota 11723, o per dešimt metų jų padaugėjo iki 16124. Vidutiniškai jų skaičius kasmet išauga virš 400. Iš viso sergančių piktybiniais navikais 2005 m. buvo 68020. Tai 20985 atvejų daugiau, negu 1995 m. Šie faktai kelia nerimą, nes susirgimų nuolat daugėja, o mirčių nuo šios ligos, nepaisant diagnostikos bei terapijos pažangos, nemažėja.

1.2 Požiūris į paliatyvos pagalbos organizavimą

Didžiojoje dalyje Europos valstybių PP paslaugos yra teikiamos ir jų poreikį nulemia daugelis veiksnių, tokių kaip:

- besikeičianti sveikatos apsaugos sistema;
- medicininių paslaugų teikimo prioritetai namuose, bendruomenėje, bet ne ligoninėje;
- ekonomiškai pagrįstų sprendimų poreikis;
- etikos dilemos apie mirimo procesą;
- nepakankamai gera mirstančiųjų slauga;
- didėjantis vyresnio amžiaus žmonių skaičius;
- poreikis ir suvokimas branginti likusį laiką;
- daugėjantis asmenų, kuriems reikalinga PP, skaičius;
- gyvenomo kokybės gerinimas

Lietuvoje PP paslaugų poreikis buvo, yra, o ateityje bus dar didesnis, nes sparčiai senėjant populiacijai, kartu daugėja ir įvairių ligų bei negalių skaičius.

Lietuvoje, kaip ir kitose Europos Sąjungos valstybėse narėse, kasmet vis didesnę dalį sudaro pagyvenę, t. y. 60 metų ir vyresni žmonės. 2008 m. pradžioje tokių asmenų buvo 690,8 tūkst., arba kas penktas Lietuvos gyventojas, o Europos Sąjungos valstybėse narėse – kas ketvirtas.

Prognozuojama, kad 2060 m. pradžioje du penktadalius (40,9 proc.) Lietuvos gyventojų sudarys pagyvenę žmonės (ES – 35,7 proc.). Beveik tris kartus padidės senyvo amžiaus (80 metų ir vyresnių) gyventojų skaičius. Tikėtina, kad 2060 m. pradžioje vienam pagyvenusiam asmeniui teks vienas darbingo amžiaus asmuo, šiuo metu – 3.

1.2.1. Paliatyvios pagalbos organizavimo formos

Teikiant PP gali būti organizuojamos ir tarpusavyje derinamos įvairios PP teikimo formos, tačiau PP specialistai ir daugiaprofilinės komandos šias paslaugas turėtų teikti atsižvelgiant į pacientų bei jų artimųjų poreikius. Todėl turi būti sukurta tokia paslaugų struktūra, kuri tenkintų suinteresuotų asmenų poreikius.

Pasak A. Šeškevičiaus PP galėtų teikti tokios tarnybos, kaip:

- PP ligoninės - čia specialistų komanda teikia pagalbą pacientams ir šeimoms, esant sudėtingiems fiziniams, psichologiniams ir (arba) dvasinims poreikiams;
- ligoninėje dirbančios PP komandos – tai specializuotos PP komandos, teikiančios pagalbą bendro profilio ligoninėse;
- bendruomenės PP komanda – tai komanda, lankanti pacientus namuose ar vietose, kurios jiems atstoja namus, t.y. slaugos namuose, globos centruose ir pan.;
- dienos priežiūros centrai – čia pacientai gali atvykti vienai ar keletui dienų per savaitę. Gali būti teikiamos medicininės (kraujo perpylimas, simptomų gydymas ir kt.), socialinės (dušas, vonia ir kt.), reabilitacinės (kineziterapija, darbo terapija), relaksacinės (masažas), padedančios mintis nukreipti į kitus dalykus (menai, rankdarbiai) paslaugos. Viena iš šių centrų funkcijų – galimybė suteikti laisvo laiko pagrindiniam globą ir priežiūrą garantuojančiam asmeniui;
- ambulatorinės klinikos – mobili PP specialistų komanda teikia skubią pagalbą pacientams, esantiems namuose ir negalintiems atvykti į ligoninę;
- pagalba telefonu – tai yra formalus ryšys su kitais sveikatos priežiūros profesionalais ir savanoriais, padedantis gauti patarimą ar pagalbą susidarius specifinei situacijai.

Minėtų tarnybų paslaugų kokybė priklauso ne tik nuo kiekvienos jos darbo kokybės, bet ir nuo jų bendradarbiavimo bei darbo koordinavimo tarpusavyje, nuo darbo koordinavimo tarpspecializuotų tarnybų ir pirminę sveikatos priežiūrą teikiančių institucijų. PP tarnybų sujungimas į vietinį koordinuotą regioninį tinklą pagerina jos pasiekiamumą, kokybę ir garantuoja tęstinumą.

Bet kurios tarnybos ar tarnybų komandos teikiamos PM paslaugos turi tenkinti kintančius paciento bei jo artimųjų poreikius ir norus. Todėl sveikatos priežiūros specialistai turi atsižvelgti į kiekvieną individą, kaip unikalią būtybę, priimant jį tokį, koks jis yra, ir teikti pagalbą, vadovautis tokiomis vertybėmis, kaip lygios galimybės, pasirinkimo laisvė, solidarumas, žmogaus orumas, žmogaus teisės, demokratija ir pan.

1.2.2 Paliatyviosios pagalbos poreikių organizavimas slaugos ligoninėje ligonių artimiesiems

PP teikimas slaugos ligoninėje – tai viena iš PP organizavimo formų, kuri turi būti organizuojama įvertinus paliatyvių ligonių artimųjų poreikius. Pagrindinis poreikių vertinimo tikslas yra problemų ir distreso priežasties nustatymas, jų sprendimo būdų radimas.

Siekiant įvertinti poreikius, reikėtų vadovautis holistiniu požiūriu į žmogų ir šeimą vertinti kaip visumą. Todėl poreikių vertinimas holistiniu požiūriu turėtų apimti fizinių, psichologinių, socialinių bei dvasinių poreikių vertinimą (Pearce, Lugton, 2005).

Fizinių poreikių vertinimas. Visi poreikiai yra svarbūs, tačiau nė vieno iš jų negalima pradėti tenkinti, kol neišspręstos fizinės ir funkcinės problemos (simptomai). Tačiau neretai fizinio vertinimo aspektų nepaisoma. Tai gali turėti įtakos santykiams šeimoje, bendraujant su ligoninės personalu.

Psichologinių poreikių vertinimas. Apima ligonio artimųjų emocines problemas, pvz. pyktį, nerimą, neigimą, depresiškumą, liūdesį. Psichologinės problemos gali nustelbti fizinius negalavimus ir slėpti tam tikrus svarbius praktinius ir emocinius poreikius, todėl labai svarbu išsiaiškinti, kaip paliatyvių ligonių artimieji jaučiasi, kokie jausmai, kokios mintys, kokia reakcija į ligą, kaip planuoja savo tolimesnę gyvenimą ir pan. Tokie veiksmai, kaip pagalbos siūlymas, informacijos teikimas (jei artimasis to pageidauja), artimojo skatinimas kalbėti apie tai, kas jį jaudina, bandymas nustatyti ryšį tarp minčių ir jausmų, aptarimas galimų artimųjų problemų sprendimo būdų, gali padėti lengviau priimti ligą, susitaikyti su likimu.

Socialinių poreikių vertinimas. Socialiniai poreikiai gali veikti artimųjų gyvenimo kokybę. Šie poreikiai gali būti susiję su sveikatos sutrikimais, pakitusiais santykiais su žmonėmis ir socialine izoliacija, finansinėmis problemomis, darbo netekimu ir socialinės padėties praradimu, informacijos apie pagalbos tarnybas, ligonio būklę ir slaugą stoka.

Dvasinių poreikių vertinimas. Į bet kurį su sveikata susijusį gyvenimo kokybės vertinimą reikia įtraukti ir dvasinius, egzistencinius rūpesčius. Labai svarbu atrasti gyvenimo prasmę, paskirtį ir vertingumą, kančios ir mirties prasmę bei paskirtį, turėti viltį ir troškimą gyventi, tikėti ir pasitikėti savimi bei kitais, tikėti kitomis galiomis ir Dievu. Prasmės radimas gyvenime yra svarbus kriterijus, artimai susijęs su artimųjų gyvenimo kokybės suvokimu.

Organizuojant paslaugas paliatyvių ligonių artimiesiems, būtina atsižvelgti ir į tam tikrus veiksnius, galinčius šiems asmenims sukelti įtampą, tai: situacijos veiksniai, aplinkos veiksniai, individo veiksniai, socialiniai ir ekonominiai veiksniai, šeimos bendravimo ypatumai (Lugton, Kindlen, 2005, p.80-84).

Situacijos veiksniai. Nors kiekvieno žmogaus, patiriančio artimojo netektį, patirtis yra individuali, tačiau ligai tęsiantis ilgą laiką – mėnesiais ar metais – ir jos eigai esant nepastoviai ir nenuspėjamai, artimųjų gebėjimas susidoroti su išgyvenimais labai sumažėja. Tai paaiškina pavyzdys: „Tai buvo baisus laikotarpis. Manau, būčiau lengviau susitaikiusi, jei būtų ištikęs širdies smūgis ir mirtis. Man būtų liūdna ir aš sielvartaučiau, tačiau tai, ką patiriu dabar, yra baisiausias dalykas, kuris kada nors gali atsitikti. Todėl, kad mes žinom, jog niekas jau nepadės. Galų gale, visai tai bus perniek (Lugton, Kindlen, 2005, p.232).

Artimųjų patiriamą įtampą didina ir nežinojimas, ko tikėtis, nepatenkinamas informacijos poreikis. Vienas iš situacijos veiksnių yra poreikis gauti dominančią informaciją.

Aplinkos veiksniai. PP ligoninės aplinka artimiesiems gali turėti bauginantį poveikį. Slaugos pastangos, siekiančios palatą paversti mažiau bauginančia ir labiau svetinga, patogia, gali pagerinti artimųjų gebėjimą susidoroti. Artimųjų įtampa yra mažesnė, kai jie gali būti su savo mirštančiu mylimu žmogumi tylioje, konfidencialioje aplinkoje ir slaugančiai šeimai suteikiami patogumai poilsiui ir atsigavimui. Tai atskleidžia citata: „Kai jį perkėlė į kitą palatą, buvo pats geriausias atvejis. Jis jautėsi patogiau ir buvo laimingesnis. Mes taip pat jautėmės patogiau. Ten mes galėjime sėdėti, turėjome šiek tiek privatumo (Lugton, Kindlen, 2005, p.233).

Kiti prie palatos aplinkos priskiriami veiksniai yra susiję su palatos emocine aplinka, ypač su artimųjų ir slaugytojų santykiais. Artimųjų ir slaugytojų santykių perėjimas į asmeninius ir mažiau formalius naudingas abiem pusėms. Didžiausią reikšmę susidoroti su situacija turi paremiantys socialiniai santykiai ir gebėjimas susidoroti, labai priklausantys nuo užmezgamų paguodžiančių santykių su aplinkiniais. Svetima ligoninės aplinka skatina artimųjų norą, garantiją, kad jų mylimu mirštančiuoju yra tinkamai rūpinamasi. Jiems ramiau, kai jaučia personalo draugiškumą ligoniui.

Individo veiksniai. Pripažįstama, kad įtampos suvokimas ir gebėjimas su ja susidoroti priklauso nuo asmenybės. Tačiau svarbu, kad slaugytojai žinotų, kokią įtaką mirštančiojo artimųjų patiriamai įtampai turi tokie individualūs veiksniai, kaip amžius, fizinė negalia ar ekonominiai sunkumai. Daug artimųjų yra vyresnio amžiaus, todėl tikėtina, kad patys turi įvairiausių sveikatos sutrikimų.

Socialiniai ir ekonominiai veiksniai. Šeimos, susiduriančios su progresuojančia liga, neretai patiria finansinę įtampą. Kelionės į ligoninę ir atgal, pajamų praradimas gali padidinti artimųjų patiriamą įtampą. Artimieji nuolat savo pačių poreikius nukelia į antrą planą, todėl nepasidomėjus šia sritimi, poreikiai gali būti nepatenkinami. Tai pavyzdys, kaip suvaržomas šeimos biudžetas dėl ligos: „Nuo tada, kai jis susirgo, aš nebedirbu...[mokos ligoninei ar reikalingų daiktų pirkimas...Taip pinigai visiškai dingsta“ (Lugton, Kindlen, 2005, p.234).

Šeimos bendravimo ypatumai. Socialinė aplinka turi didelį poveikį bendravimui mirties ir mirštančiojo aplinkoje. Bendravimas mirtinos ligos atvejais dažnai atskleidžia sudėtingą įvairių susidorojimų būdų tinklą, naudojamą tų, kurie yra patekę į minėtą situaciją. Pagrindinis bruožas, labai veikiantis bendravimo būdą, yra tai, ar artėjanti mirtis yra pripažįstama ir priimama.

Apibendrinant galima pasakyti, kad reikšmingiausi mirštančių ligonių artimųjų poreikiai galutinės ligos stadijos ar mirties metu yra: buvimas su mirštančiu žmogumi kiek nori ir kada nori; ligonio aplinkos apsauga nuo triukšmo ir šurmulio, jo patogumo, privatumo garantavimas, ligos simptomų kontroliavimas; slaugymo aplinkos pastovumas; žinojimas, jog personalas pripažįsta ligonio „ypatingą padėtį“; nuošali vieta poilsiui, netoli ligonio; noras gauti informaciją apie slaugos planus ir apie artėjančią mirtį; ligoniui ir artimiesiems pažįstamas slaugytojas; pagalba, rūpinimasis fiziniais poreikiais; galimybė išreikšti emocijas; paguoda, parama iš artimųjų, draugų bei sveikatos priežiūros personalo.

Teikiant tinkamas – poreikius tenkinančias - paslaugas slaugos ligoninėje, sveikatos priežiūros personalas gerina paliatyvių ligonių artimųjų gyvenimo kokybę ir formuoja sveikesnį žmogų.

1.2.3 Paliatyviosios pagalbos komandos ypatumai ir socialinio darbuotojo vaidmuo

„Kiekvienas sunkiai sergantis ligonis, tai galimybė mums šiandien būti geresniais nei vakar“
(Tor Jacob Moe, 1999)

Pacientai, sergantys nepagydomis ligomis, ir jų šeimos nariai dažnai susiduria su sudėtingomis problemomis. Paliatyvios pagalbos principas – holistinis sveikatos priežiūros požiūris, apimantis: medicininės, slaugos, psichologinės, socialinės, kultūrinės ir dvasinės paslaugas (Palliative Care. 2004.). Ji reikalauja koordinuoto komandinio požiūrio, jų turėtų teikti sveikatos priežiūros profesionalai- paliatyvios pagalbos gydytojai ir paliatyviosios pagalbos slaugytojai. Todėl suburiame daugiaprofesinę – komanda, kurią sudaro:

- Pacientas ir jo šeima,
- Gydytojas,
- Slaugytoja,
- Socialinis darbuotojas,
- Dvasininkas,

- Psichoterapeutas,
- Kineziterapijos specialistas,
- Savanoriai, jų koordinatorius

Į komandą gali būti įtraukti: muzikos terapeutas, psichologas, fizioterapeutas, ergoterapeutas, dietologas, psichiatras, logopedas ir kt. Tokia komanda garantuoja fizinę, psichologinę, socialinę, ir dvasinę pagalbą. Tai nėra būdinga tik palatytivajai pagalbai: visoms sveikatos priežiūros formoms ir ūmiai, ir lėtiniais atvejais reikia sutelkti specialistų komandas. Tačiau paliatyviosios pagalbos komandiniam darbui būdingos kelios specifinės ypatybės: į komandą įtraukiami ir ne profesionalai, - savanoriai ir šeimos nariai, reikalinga pagalba ir tiems, kurie patys ją teikia. Čia labai svarbūs emociniai ir dvasiniai klausimai. Komandą gali sudaryti darbuotojai dirbantys visą darbo dieną, ne visą darbo dieną arba tam tikrais laiko tarpais. Komandai vadovauja administratorius, savanoriams – savanorių koordinatorius. Pageidautina relaksacijos specialistas, kuris dirbtų su darbuotojais. Kyla pavojus, kad komandos nariai gali ligonių ir jų šeimos išgyvenimus sutapatinti su savimi. Tai sukelia bereikalingą įtampą. Komanda vykdo planingus, pastovius susirinkimus, kuriuose aptaria problemas, numato jų sprendimų būdus bei veiksmų planus. Jos bendravimas turi būti veiksmingas ir greitas. Rengiami ligonių ir šeimų susirinkimai – aptarimai. Komandinis darbas ypač vertingas, kai pacientui pasakoma diagnozė – bloga žinia. Pareigą pranešti blogąją naujieną turėtų pasidalyti gydytojas ir slaugytoja. Kiti komandos nariai – socialinis darbuotojas, psichologas, psichoterapeutas, kunigas, profesinis konsultantas – toliau informuoja pacientą, nurodydami „gerąjį“ takelį, kuris pacientą turi nuvesti į kitą – gydymo etapą.

Paliatyviosios pagalbos specialistų kompetencija – suvokti ir praktiškai taikyti paliatyviosios medicinos filosofiją; gebėti – vertinti simptomus ir juos kontroliuoti; žinoti – farmakologiją, ligonių ir šeimos psichologinius, dvasinius, socialinius etikos aspektus; sugebėti dirbti daugiaprofesinėje komandoje.

Komandos kūrimosi procesas tęsiasi ilgai, - kol jos nariai tampa vieningi, siekiantys bendro tikslo, turintys aiškią paliatyviosios medicinos filosofiją, suvokiantys tikslus ir objektą. Paliatyviosios pagalbos darbas susijęs su dideliais fiziniais, emociniais ir psichiniais išgyvenimais, didelėmis įtampomis ir pervargimais. Įvairialypės komandos darbo sėkmės laidas yra geras bendravimas, vienas kito palaikymas, kiekvieno nario vertinimas ir savo funkcijų žinojimas, rūpinimasis darbuotojų sveikata ir jų gerove. Tai padeda išvengti „perdegimo sindromo“.

Kiekvienas paliatyviosios pagalbos darbuotojas privalo turėti filosofiją, numatyti jos tikslus ir objektus. Būtina vertinti kiekvieno darbuotojo savitumą ir individualumą. Tada bus galima nustatyti ar komandos narys atitinka šiuos kriterijus.

Hoddler, P., Turley, A. išskyrė šias paliatyviają pagalbą, teikiančios komandos savybes:

- Komandos nariai turi suvokti paliatyviosios pagalbos filosofiją, tikslus, objektą. Sveikatos priežiūros institucija privalo turėti parašytą ir patvirtintą savo institucijos filosofiją, tikslus ir objektą.
- Komandos vadovo funkcijos turi būti tiksliai apibrėžtos
- Organizacijos struktūra, tiesioginė atskaitomybė ir valdymas turi būti tiksliai aprašyti
- Geras tarpusavio bendravimas yra pagrindinis įvairialypės komandos darbo sėkmės laidas.
- Komandos veikla optimali, jei aiški jos funkcija ir kiekvieno komandos nario funkcijos.
- Reikia rūpintis darbuotojų sveikata ir gerove

Paliatyvios pagalbos darbuotojai stengiasi suteikti ligoniams priežiūrą ir nori būti naudingi. Dažnai jiems sunku atsisakyti ir paaiškinti, kad jų galimybės ribotos. Vienus įtampa gali skatinti gerinti ligonių sveikatos priežiūrą, kitus toks darbas greitai išsekina. Įtampą galima įveikti pasidalijant rūpesčiais su kolegomis arba bendraujant su kitais žmonėmis. Kai darbuotojas fiziškai pervargsta, vien tik pervargimo pripažinimas padeda sumažinti įtampą ir lengviau įveikti problemas.

Pripažinus, jog paliatyviosios pagalbos darbas sukelia didelę įtampą ir pervargimą, reikia atkreipti dėmesį į darbo krūvį, organizacinę struktūrą, darbuotojų funkcijas ir pareigybes, tinkamą atlyginimą, gerinti darbuotojų sveikatą ir komandos natūralų bendravimą.

Į vieno paciento priežiūrą gali būti įtraukta daugybė įvairiausių specialybių sveikatos priežiūros darbuotojų, dirbančių skirtingose įstaigose. Labai svarbu sudaryti reikalingas greitai keistis tikslia, aktualia informacija. Be laiko ribojimų, kitos dažnai kylančios bendravimo problemos yra pasiskirstymas vaidmenimis, tarpusavio ryšiai ir skirtingos pagalbos filosofijos. Kaip ir šeimose, problemų kelia ne vien keitimasis informacija. Daug svarbiau suprasti kito požiūrį, ypač tais atvejais, kai išsiskiria nuomonės apie tinkamą pagalbos strategiją. Tokiu atveju, reikėtų rengti konferenciją atvejui aptarti, suteikti progą atsirasti abipusiam supratimui, tikintis rasti visiems priimtina poziciją, kurią būtų galima pasiūlyti pacientui. Patartina atvirai keistis nuomonėmis.

Pagalbos planavimas ir išankstiniai nurodymai. Paliatyvioji pagalba labai pagerėja, jeigu ji planuojama iš anksto numatant ateities veiksmus. Priežiūros plane nurodomi ne tik svarbūs simptomai ir komplikacijos, kurių galima tikėtis, tačiau ir esamos bei būsimos psichosocialinės, dvasinės problemos. Jei tai daroma sistemingai, galima išvengti nereikalingų krizių ir guldymo į ligoninę. Išankstinis pagalbos plano aptarimas apima nurodymus apie pagalbos sprendimus

gyvenimo pabaigoje. Paliatyviosios pagalbos sveikatos priežiūros darbuotojas turi būti pasirengęs paaiškinti požiūrį į eutanaziją.

Paliatyvioji pagalba reiškia tokią pagalbą, kuri apima visą asmenį – kūną, protą, dvasią – širdį ir sielą. Ji žiūri į mirimo procesą, kaip į natūralų ir asmeninį. Jos tikslas teikti geriausią gyvenimo kokybę, kokią galima turėti tuo laiku. Nenuskausmintas, neišklausytas, nežinomybės prislėgtas pacientas greitai praranda jėgas tęsti gyvenimo kovą. Paliatyvioji priežiūra integruoja psichologiniu, socialiniu, dvasiniu ir religiniu pacientų priežiūros aspektus. Puiki fizinė priežiūra yra gyvybiškai svarbus dalykas, tačiau vien jos nepakanka. Mes negalime žiūrėti į žmogų kaip į prarastą biologinę būtybę, kuriai nebegalime padėti, kuriai reikia tik anestezijos ir jos gyvenimas be reikalo tęsiamas. Kiekvienas pacientas yra asmenybė, turinti teisę į pilnavertį gyvenimą iki mirties. Vienas iš esminių paliatyviosios pagalbos principų yra holistinis požiūris, atsižvelgiant į žmogaus gyvenimo patirtį ir situaciją. Ji yra labiau orientuota į žmogų, apima individo egzistencijos fizinius, emocinius, socialinius, dvasinius, religinius (jei išpažįsta tikėjimą) aspektus.

Dvasingumas – tam tikras požiūris į gyvenimą, parodantis kaip žmogus vertina gyvenimo įvykius ir kitus žmones, kaip į juos reaguoja. Tai suteikia gyvenimui tikrąją prasmę ir yra gyvenimo tikslas. Yra du svarbiausi dvasingumo aspektai. Normalūs asmeniniai santykiai su artimaisiais žmonėmis išsiaiškinimas, atsiprašymas, atleidimas, atsisveikinimas) padeda atskleisti jų svarbą, teikia didelę dvasinę naudą. Mirštančiam žmogui, kaip ir bet kuriam kitam, jo vertės patvirtinimas yra labai reikšmingas, ypač, jei jis anksčiau asmens vertę matavo pagal fizinę išvaizdą, patrauklumą ir socialinę padėtį – visu tuo, ką sergantieji praranda.

Tikinčiam pacientui labai svarbu religinė pagalba malda, Šv. Mišios, sakramentai, kuriuos gali suteikti dvasininkas, jie sustiprina ir sutaiko su artėjančia mirtimi. Religinė pagalba mirštančiajam prilyginama evangelijos, kurios „paskutinis žodis yra žodis apie gyvenimą, kuris nugalė mirtį ir žmoniškajam mirimui atveria didžiausią viltį“, skelbimui.

Norėdami sukurti prasmingus, veiksmingus ir globėjiškus santykius su ligoniais ir jų šeimomis, sveikatos priežiūros specialistai privalo pažinti ir palaikyti ritualus, susijusius su mirtimi ir gedulu. Mirštant žmogui, reikia labiausiai priimtiniu ir tinkamu būdu pranešti apie neišvengiamą mirtį šeimai.

Dvi pagrindinės problemos, su kuriomis susiduria paliatyviosios pagalbos darbuotojai, yra tiesos atskleidimas ir ligonio sutikimas gydytis. Vėžio diagnozę įvairių žmonės skirtingai suvokia ir reaguoja. Vienais atvejais šios diagnozės atskleidimas ligoniams gali būti priimtinas ir rekomenduotinas, kitais atvejais tai gali būti netinkamas poelgis. Taigi sveikatos priežiūros darbuotojai turi teikti informaciją atsargiai, atsižvelgdami į ligonio aplinką ir kultūrinius ryšius. Vienas iš būdų – pasitarti su ligonio šeima.

Ligonio šeimos įtraukimas į sveikatos priežiūrą neturi būti priimamas kaip įsikišimas ir trukdymas.

Tai turėtų būti neatskiriama gydymo proceso dalis. Tradicinė medicina teigia, kad gydytojas geriausiai suvokia ligonio poreikius ir jų abiejų tarpusavio bendravimas yra norma. Tačiau tradicinė kai kurių šalių šeimos struktūra tai paneigia. Šeimos nariai labai gerai pažįsta vienas kitą. Jie dalijasi savo viltimis, svajonėmis, lūkesčiais, baimėmis, nerimu, gyvenimo patirtimi ir troškimais. Šeimos nariai mano, kad jie geriausiai žino ligonio poreikius (Spinger, Brubaker, 1984).

Socialinis darbuotojas, kaip specialistas, turintis psichologinių, bendravimo su žmonėmis, darbo grupių organizavimo žinių, turėtų gerinti visos komandos narių tarpusavio bendravimą ir įstaigos mikroklimatą, periodiškai organizuojant kolektyvines išvykas, pvz., į teatrą, gamtą, parodą ir pan.; personalo savitarpio pagalbos grupes, kurių metu būtų išsikalbama apie darbo su paliatyvių ligonių artimaisiais privalumus ir trūkumus; įvairias viktorinas, pvz., „geriausias“, „linksmiausias“ darbuotojas; medicinos darbuotojų, PP dienos paminėjimus.

Prisidėti prie sveikatos priežiūros specialistų motyvavimo empatiškesniam reagavimui į paliatyvių ligonių artimuosius: pateikiant atlikto tyrimo išvadas; keletą kartų per metus (pvz., du kartus) organizuojant grupinius susitikimus su dvasininku ir psichologu, kurių metu jie iš savo profesinių pozicijų suteiktų stiprybės, tolerantiškumo, dvasinio tobulumo. Tuo pačiu personalas turėtų galimybę grupėje ar asmeniškai išsikalbėti, išreikšti jausmus. Artimuosius burti į savitarpio pagalbos grupes, išsikelti susitikimų tikslus, apgalvoti temas ir susitikimų trukmę; suburti paliatyvių ligonių artimųjų grupę. Tarpininkaujant su ligoninės dvasininku kapelionu (pagal sudarytą ligoninės ir bažnyčios sutartį), organizuoti artimiesiems dvasinę pagalbą (susitikimai vyktų ligoninėje esančioje koplyčioje).

1.3 Šeima ir ligonis

Pacientui informaciją apie nepagydomą ligą, suvokia kaip grėsmę savo gyvybei, gyvenimo planams ir ateičiai – jis išgyvena ūmią krizę (Liobikienė, N., 2002). „Krizė – tai emocinio ir protinio streso situacija, reikalaujanti per trumpą laiką pakeisti perspektyvas. Perspektyvų pokyčiai dažnai sukelia asmenybės struktūros pokyčius. Žmogus neįstengia išlikti ramus... ir neįstengia pasinaudoti įprastiniais prisitaikymo būdais.

Krizės sunkumą lemia daug faktorių:

- Ligos sunkumas ir pavojingumas ligonio supratimu. Reikia atsiminti, kad grėsminga žinia yra labai stipri dominantė, kuri pradžioje trumpam blokuoja informacijos priėmimą.

- Amžius, asmenybės struktūros ypatumai, religija ir kultūrinė aplinka. Pagyvenę, seni žmonės lengviau priima žinią apie nepagydomą ligą, tuo tarpu jauni – išgyvena audringas reakcijas ir gilią depresiją, kartais galinčią pasibaigti savižudybe. Šiuo atveju religiniai išgyvenimai gali suteikti kančiai prasmę ir apsaugoti nuo pasikėsینimo prieš save.

- Socialiniai ryšiai, šeima.

Socialiniai ryšiai apsprendžia paciento gyvenimą tam tikroje aplinkoje. Kuo daugiau socialinių ryšių ir jie stipresni, tuo geresnė parama ir palaikymas. Daugeliui vėžiu sergančių pacientų šeima yra jų emocinės pagalbos pagrindas. Todėl nėra abejonės, kad glaudūs šeimos santykiai yra nepaprastai svarbūs kovoje per vėžį.

Svarbus ligonio atliekamo šeimoje vaidmens reikšmingumas, jam skiriamas beviltiškumui. Didelę reikšmę turi ir bendravimas šeimoje. Šeimos santykių intymumas ir intensyvumas gali būti didelis stiprybės šaltinis. Jie gali sumažinti artėjančias mirties depresiją. Šiuo laikotarpiu ypatingai svarbus tylus artimųjų buvimas šalia. Šeimos nariai turėtų daugiau laiko praleisti su savo ligoniu, laikyti jo ranką. Buvimas šalia yra daug svarbesnis negu kalbėjimas, o bendravimas be žodžių gali išreikšti nuoširdesnius jausmus. Izoliuoti, vieniši, gyvenantys autoritarinėse šeimose žmonės, negauna šeimos palaikymo, jaučiasi nemylimi, įstumti į aklavietę.

Prikausomai nuo to, ar ligonis pasako šeimai apie savo ligą, ar stengiasi nuslėpti, šeimoje išsivysto uždarumo, abipusio apsimetinėjimo aplinka. Uždara aplinka formuojasi, kai ligonio artimieji, žinodami apie ligą, iš gerų paskatų slepia ją nuo ligonio. Tai sukelia įtampą šeimoje atsiranda įtarumo ar abipusio apsimetinėjimo aplinka. Nepasitikėjimo, baimės atmosfera sustiprėja. Negalėdamas išreikšti savo jausmų ligonis izoliuojasi, esant nepalankiai prognozei ir artinantis mirčiai, jis negali pasakyti šeimos nariams, kas jam atrodo svarbu ir reikšminga. Ši aplinka nenaudinga nei ligoniui, nei artimiesiems. Atvirumo aplinka – kai tiek ligonis, tiek artimieji žino tiesą ir nevengia apie tai kalbėtis, išsakydami jausmus, abejones, ieškodami geriausio sprendimo ar pagalbos iš aplinkos.

Artimieji neprivalo prisiimti atsakomybės už ligonio emocinę būklę, nors taip dažnai mano šeimos nariai. Jie patiria didelį stresą ir įtampą, todėl pagalba yra reikalinga tiek pacientui, tiek jo šeimos nariams. Jie visi kartu gali dalyvauti psichosocialinės pagalbos atvirose grupėse, kuriose pacientui padedama įveikti baimę, nerimą (Škudienė, 2007).

Paliatyvios pagalbos įstaigos gali daug padėti pacientams ir jų šeimoms jau ankstyvos mirtinos ligos stadijose, kovojant su pačia liga. Pacientas ir jo šeima įtraukiami į komandą,

priežiūros planų sudarimą. Šeima yra paliatyvos pagalbos vienetas. Šeimos nariai turi savo individualias problemas ir sunkumus. Slaugytojai privalo juos žinoti ir į juos reaguoti. Šeimai ir draugams ar bendradarbiams parama garantuojama ir pacientui mirus, atsižvelgiama į artimojo netekusiųjų poreikius. Esminiai principai, sudarantys visų paliatyvos priežiūros paslaugų pagrindą, yra pastangos teikti geriausią įmanomą gyvenimo kokybę kiekvienam pacientui ir jo šeimai.

1.3.1. Paliatyvių ligonių artimųjų mirties samprata

Įvairiose kultūrose galima rasti tris požiūrius, atspindinčius individo ir visuomenės santykį su mirtimi: mirties priėmimą, mirties ignoravimą, mirties neigimą.

Mirties priėmimą senovės kultūrose įtakėjo žmogaus kaip visatos ir kosmoso dalies suvokimas, todėl mirtis neturėjo asmeninės prasmės: mirtis buvo suvokiama ne kaip pabaiga, o kaip viena iš begalinio ciklo fazių. Šią mirties sampratą galėjo formuoti ir tuometinė graikų filosofija, pagal kurią mirtis yra pozityvus reiškinys, išlaisvinantis dvasią iš kūniškų varžtų, o visas gyvenimas yra ne kas kita, kaip pasirošimas nemirtingos sielos išlaisvinimui nuo mirtingo apvalkalo. Tokios mintys dažnai išreiškiamos daugelio to meto filosofų darbuose – Platono, Senekos, Marko Aurelijaus.

Krikščioniškoje Europoje mirtis buvo suprantama kaip įprastas, artimas ir neskaudus reiškinys, ne kaip asmeninė drama, o kaip natūralus susitaikymo su gamtos tvarka reiškinys. Žmogus suvokdavo mirtį kaip vieną didžiausių gamtos dėsnių ir negalvodavo, kaip iš jos ištrūkti, kaip ją išaukštinti. Mirtį sutikdavo paprastai, su deramu iškilmingumu, kad pabrėžtų svarbą to, ką kiekvienas šioje žemėje turi išgyventi.

Mirtis mūsų dienomis yra daug niuresnė, dažnai mirštame vienetėje, nesąmoningai, taip kaip nederėtų žmogui

E. Kübler Ross atkreipė dėmesį, kad išnyko tikėjimas, kuris ankstesniais laikais palengvindavo žmonėms kančias. Neliko ideologijos, paaiškinančios žmogaus būtie, gyvenimo Žemėje tikslą. Kančia prarado prasmę.

E. Kübler Ross ištyrė apie 200 nepagydomai sergančių ligonių ir mirtančių pacientų ir nustatė penkis mirties priėmimui būdingus etapus (Kübler – Ross, 2001; Kindlen, Walker, 2005):

1. Neigimas ir izoliacija - nepasitikima gydytojais, krepiamasi į kitus specialistus, aplankomos stebuklais pagarsėjusios vietos. Didelių emocijų nesimato, žmogus tuo dar netiki. Kai pacientas pradeda suvokti, kad „nėra jokios klaidos“, neigimas išnyksta.

2. Pyktis – kai neigti ilgiau nebegalima, atsiranda pyktis, įsiūtis, pavydas ir pagieža visiems gyviems ir sveikiems aplinkui. Pyktis – tai stipriausia emocija, kuri išreiškia psichologinį, dvasinį skausmą. Šiame etape svarbu priimti žmogaus pyktį, leisti jam jį išreikšti. Pyktis - tai natūrali reakcija nenatūralioje žmogui situacijoje. Todėl reikia skatinti žmogui žvelgti į priekį – ateitį, o ne į praeitį.

3. Derybos su Dievu ar medikais. Šis etapas mažiausiai žinomas. Derybose žmogus dažniausiai derasi su Dievu, ieško kitokių pagalbos būdų sau padėti – psichologinė reakcija į esamą situaciją.

4. Depresija. Gausėjant simptomų ir ligoniui silpnėjant, pyktį ar įtūžį pakeičia didelio praradimo jausmas. Tai autorė vadino „paruošiamuoju sielvartu“, kurį privalo išgyventi nepagydomas ligonis, kad pasirengtų galutiniam išsiskyrimui su šiuo pasauliu. Gali pasireikšti keturios simptomų grupės: emocijos (liūdesys, apatija, didžiulis vidinis skausmas), kognityvinė (viskas yra blogai, viskas atrodo juodom spalvomis), elgesio (žmogus verkia arba yra viskam abejingas, pasyvus), psichosomatiniai (miego ritmo pakitimai, mieguistumas arba nemiga, apetito pokyčiai).

5. Susitaikymas. Artėjančios pabaigos ligonis laukia pavargęs ir dažniausiai bejėgis, jau daugiau nori pabūti vienas. Tai laikas, kai paramos ir auptavimo ypač reikia šeimai. Kaip nurodo autorė, šį paskutinį etapą išgyvena tik labai nedaug mirštančių.

Kiekviename etape pacientas turi kitokius poreikius ir, atsižvelgiant į tai, pagalba turi būti skirtinga. Šie etapai artimi gedėjimo ir bet kokio praradimo, - pavyzdžiui, darbo netekimo, skyrybų, t.t.- išgyvenimo etapams.

E. Kübler Ross teigė, kad mirties baimė iš esmės yra būdinga visiems, kartu ir medicinos darbuotojams. Be to, medicinos darbuotojų tikslas yra įveikti ligą, kuo ilgiau išsaugoti gyvybę. Tačiau mirtis nėra liga, todėl mirštančiajam reikia ne gydymo, o specifinės globos ir palaikymo.

E. Kübler Ross praradimo modelis buvo patikima atrama organizuojant paliatyviąją pagalbą.

1.3.2 Paliatyvių ligonių artimųjų išgyvenimai

Liga pakeičia gyvenimą, apverčia vertybių sistemą, tampa svarbūs visi kiti dalykai. Atsiranda nauji rūpesčiai. Pasikeičia požiūris į buitį – dažnai apsiribojama tik minimumu, fiziniu

komfortu. Suvokiamas gyvenimo laikinumas, suprantamos laikinosios vertybės. Susimąstoma apie gyvenimo prasmę, tikslą, ar jis buvo pasiektas. Sergantis žmogus netenka daugelio ligi tol turėtų laisvių. Ir tuo pačiu atsilaisvina nuo daugelio ligi tol kankinusių varžtų (Ramonaitė, Istomina, 2007). Sergant susitelkiama į save, pradedama rūpintis savimi, sielos tyrumu, dorybėmis, siekiama dvasinio skaistumo. Atsiranda galimybė dvasiniam tobulėjimui. Džiugu, kai tuo pasinaudojama.

Sveikųjų pareiga – nepalikti kenčiančio žmogaus vieno. Dažnai tai kyla dėl žinomo filosofinio posakio, kad žmogus visuomet miršta vienas, supratimo per daug tiesiogiai ir savokų „vienas“ ir „vienišas“ sumaišymo. Tuo bandomas pateisinti elgesys su mirštančiuoju. Tačiau mirties baimė ir skausmas tik sustiprėja, jei žmogus paliekamas vienas. Atsiranda nereikalingumo, beviltiškumo jausmas. O sunkiausia yra baimė tapti priklausomu, bejėgiu, prarasti kontrolę, orumą, tapti bereikalinga našta kitiems. Blogos prognozės baimė žlugdo žymiai labiau nei skausmas. Labiausiai slegia nežinomybė. Baimė atsiranda iš nežinios. Žmogaus pareiga išsklaidyti abejones, pasistengti panaikinti baimes, ypač nepagrįstas.

Parama esant netekčiai yra sudėtinė paliatyvios pagalbos dalis. Ji turi būti teikiama visose įstaigose, kuriose yra teikiama paliatyvioji pagalba. Netektis dažniausiai prasideda dar prieš tikrąją paciento mirtį. Žinia, kad pacientas netrukus gali mirti, visada būna naujos krizės laikotarpis. Todėl būtų nehumaniška atskirti paramą, teikiamą visos ligos laikotarpiu nuo priežiūros paskutinėmis gyvenimo dienomis. Gera slauga gali padėti šeimoms numatyti netektį, pasiruošti jos artėjimui, tačiau ji negali sumažinti išsiskyrimo skausmo. Mokymas gyventi be velionio gali būti ilgas ir sekinantis procesas. Kovodami su netektimi gedintys žmonės turi išmokti susidoroti su visais pasikeitimais, kuriuos sukelia netektis (Hodder, Turley, 2004).

Parama išgyvenantiems netektį teikiama atsižvelgiant į jų išgyvenamų jausmų intensyvumą. Galima išskirti sekančius pagalbos gedintiems lygius:

Pirmasis lygis – tai bendrojo pobūdžio pagalba gedintiems. Ją gali teikti gerai pasirengęs personalas bei personalo prižiūrimi savanoriai. Šio lygio pagalba paprastai tenkina daugelio artimojo netekusių žmonių poreikius, kai reikalinga parama.

Antrasis lygis – tai gedinčiųjų konsultavimo paslaugos, teikiamos atitinkančių kvalifikaciją turinčio personalo, priklausančio specializuotos paliatyviosios pagalbos tarnybai arba bendruomenei. Šio lygio konsultavimas skiriamas sunkiau išgyvenantiems artimojo netektį, kai gyvenimą veikia papildomi įtampą keliantys veiksniai arba nepakanka mechanizmų, kurie galėtų padėti įveikti sunkumus.

Trečias lygis – tai intensyvi psichoterapija, kai yra siunčiama konsultuotis pas specialistus. Šio lygio pagalba yra reikalinga tada, kai netektis sukelia elgesio sutrikimus arba išprovokuoja vis sunkėjančią emocinę krizę

„Mes turėtume žavėtis vienas kitu ir kitų žmonių išgyvenimus patirti kaip savus: kartu džiaugtis ir liūdėti, kartu dirbti ir kentėti, ir savo bendruomenę vertinti kaip savo kūną“

Veikla gedulo metu yra skausmingas, bet natūralus procesas. Tai procesas, kurio metu suvokiamas netekties faktas, pakinta emociniai santykiai su mirusiuoju, prisitaikoma gyventi aplinkoje, kurioje jau nebėra asmens, akščiau užėmusio tam tikrą vietą gyvenime.

Paliatyviosios pagalbos sėkmė labai priklauso nuo paramos, suteikto gedulo metu, kokybės. Ji turi būti pradėta teikti dar tik nustačius ligonio diagnozę, tęsiama paliatyviojo gydymo metu ir tam tikrą laikotarpį po ligonio mirties. Gali būti net keli pagalbos gėdintiems variantai:

- Suteikiama esminė informacija apie reakcijas į netektį ir bendruomenės paramą.
- Paliatyviosios pagalbos specialistų ar savanorių individualios ir grupinės konsultacijos
- Bendruomenės mokymo programos, padedančios įveikti netektį.

Kiekvienos paliatyviosios programos siūlomos paslaugos priklauso nuo tos bendruomenės poreikių ir turimų išteklių. Tinkamos paliatyviosios pagalbos svarbiausias komponentas yra suprasti netekties ir gedulo jausmą, kurį patiria sergantieji mirtina liga ir visi jį supantys žmonės (The Revd Leonard Lunn St. Nazarus, 1998.).

Parama, netekus artimojo, gali būti labai įvairi, tačiau ji visuomet privalo būti pritaikyta prie nuolat kintančių gėdinčiųjų poreikių. Ne visiems gėdintiems reikės nuolatinės pagalbos, kiti gali jos paprasčiausiai atsisakyti. Taikant vertinimo metodus, padedančius atskirti žmones, sunkiausiai įveikiančius krizę, galima sumažinti riziką. Rizikos grupei paprastai priklauso vieniši asmenys, kurie anksčiau buvo priklausomi nuo mirusio asmens arba audringai reagavo į patį mirties faktą, asmenys, turintys tik minimalią socialinę paramą ar jos visai neturintys. Jie beveik visada priklausys kategorijai žmonių, kuriems yra būtina tolesnė pagalba.

Šiuo metu patologinio gėdėjimo kriterijai nėra galutinai nustatyti. Sutinkama, kad nenormali situacija, jei reakcijos perdėtos ar jų visai nėra. Labai svarbu nustatyti, ar praeityje patyrė netektį, asmenybės ypatumus, ausidorojimo būdus ir ligonio palaikymo kokybę.

Medikams taip pat labai svarbu pripažinti, kad ir paliatyviosios pagalbos tarnybų darbuotojai taip pat jaučia širdgėlą ir netektį, kai miršta jų ligoniai. Jie taip pat jaudinasi, kas bus su jais ateityje, todėl tradicinės profesinės nuostatos, skatinančios kontroliuoti savo emocijas ir per daug nesikišti į šių žmonių gyvenimą, yra praktiškai bevertės. Į tai yra atsižvelgiama, formuojant modernių slaugos ligoninių ir paliatyviosios pagalbos programų veiklą. Taigi šių ligonių darbuotojai ir savanoriai gali gauti reikiamą paramą ir laisvadienų.

Šis darbas yra susijęs su labai įvairiais dirgikliais, įtampa ir kitais žalingais veiksniais. Robert Fulton aprašo kelis jų: „pagalvokite, ko mes iš savęs reikalaujame, norėdami tapti gerais

slaugytojais. Mes norime suteikti pagalbą ir gerovę mirštančiajam, mėginame malšinti skausmą, sprendžiame daugelį fiziologinių ir socialinių problemų, stengiamės iš paskutiniųjų patenkinti jų dvasinius poreikius... visa tai mes užsispyrę darome, nors esame mirštančiajam visai svetimi žmonės,...beveik svetimi,... bet tuo pačiu metu ir labai jiems artimi.

Medikų elgesys privalo būti labai atsargus. Juk reikia įveikti nebylų priešišumą, kuri jaučia ligonis, jo šeima ir kiti slaugytojai. Personalas turi suvokti, jog privalu prisitaikyti prie jų, nes kiekvienas išgyvena susitaikymą skirtingu laikotarpiu. Personalas turi gerbti asmens pageidavimą ilgesnį ar trumpesnį laikotarpį taikytis su mirtimi, grįžti į normalų gyvenimą ar prisitaikyti prie pakitusių sąlygų, turi suteikti galimybę pasirinkti žmones, galinčius geriausiai teikti paramą ir užuojautą.

Laikas, kurio žmogui reikės atsigauti ir prisitaikyti prie pokyčių, labai priklausys nuo asmeninių jo savybių, ankstesnės patirties ir jam teikiamos paramos. Jei daugumai žmonių netekties išgyvenimai dažniausiai pamažu išblėsta jau pirmaisiais metais po mirties, tai kitiems gali prireikti daugelio metų. Visiems gerai žinomas priežodis – „niekada negalėsi to įveikti, tik išmoksi su tuo gyventi likusį laiką“ – parodo, jog visiškas susitaikymas yra tik mitas.

2. TYRIMO REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS

Įstaigos, kurioje atliekamas tyrimas apibūdinimas.

VŠĮ Panevėžio palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninės tikslas teikti slaugos paslaugas, negalinčių savęs apsitarnauti ligonių palaikomasis ilgalaikis gydymas, slauga ir palaikomasis gydymas, vegetacinių ligonių slauga ir palaikomas gydymas, onkologinių ligonių slauga ir palaikomasis gydymas. Pacientų, esančių paskutinėse ligos stadijose ir terminalinių ligų pacientai.

VŠĮ Panevėžio palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninės uždaviniai:

- tęsti būtiną palaikomą gydymą
- užtikrinti tinkamą pacientų slaugą ligoninėje
- kontroliuoti besivystančius ligos simptomus
- patenkinti pacientų ir jų artimųjų pagrindinius poreikius
- padėti išlikti oriems
- gerinti gyvenimo kokybę pacientams ir jų artimiesiems
- dirbti komandinio darbo principu

Kadangi VŠĮ Panevėžio palaikomojo gydymo slaugos ligoninė neturi licencijos teigti kvalifikuotas paliatyvios pagalbos paslaugas, tai čia pacientai slaugomi 120 dienų per metus. Nuo 2009 m. balandžio 9 dienos teritorinės ligonių kasos skiria finansavimą keletai paliatyvios pagalbos pacientų pagal 2008 m. gegužės 9 d. Nr. V-435 bazinius įkainius. Kadangi onkologinių susirgimų diagnozavimas ir palaikomasis gydymas nustatomas ankstyvesnėse ligos stadijose

2005-2007 metų laikotarpiu slaugomų ligonių svyravimai (žr. 1 lentelė)

1 lentelė Pacientų pasiskirstymo tendencijos 2005-2008m. pagal priežiūros formas

Paciento slaugos forma	2005 m.	2006 m.	2007 m.	2008 m.
Slauga ir palaikomasis gydymas	698	231	237	212
Onkologinė slauga ir palaikomasis gydymas	12	72	119	124
Vegetacinių ligonių slauga ir palaikomasis gydymas	9	35	34	24
Negalinčių savęs apsitarnauti ligonių palaikomasis ir ilgalaikis gydymas	61	473	572	725
Iš viso	780	811	962	1085

Didėjanti onkologinių ligonių slauga ir palaikomasis gydymas neabejotinai reiškia tai, kad onkologinėmis ligomis sergančiųjų kasmet daugėja.

2.1. Tiriamojo kontingento atranka ir apklausų organizavimas

Tyrimo objektas – psichosocialinių paslaugų organizavimas slaugos ligoninėje paliatyvių ligonių artimiesiems.

Tyrimo metodas – anoniminė paliatyvių ligonių artimųjų anketinė apklausa (3priedas).

Tiriamąjį kontingentą sudarė VŠĮ Panevėžio palaikomojo gydymo slaugos ligoninėje sausio –balandžio mėnesiais slaugytų paliatyvių ligonių artimieji: tai onkologinėmis ligomis sergančių ligonių artimieji.

Tiriamoji imtis buvo apskaičiuota pagal paskutinių penkerių metų VŠĮ Panevėžio palaikomojo gydymo slaugos ligoninėje slaugytų onkologinių ligonių skaičiaus vidurkį (n=62), priskyrus vienam onkologiniam (paliatyviam) ligoniui bent po vieną artimąjį, lankantį (slaugos ligoninėje slaugomą) ligonį.

Siekiant gauti kuo objektyvesnės informacijos, duomenų rinkimui pritaikyta anoniminė paliatyvių ligonių artimųjų apklausa. Buvo sudaryta anketa (5priedas): joje trys dalys: įvadinė, demografinė-socialinė ir pagrindinė dalis. Įvadinėje dalyje nurodomas tyrimo tikslas, paaiškinama kaip pildyti anketa. Antroji dalis – demografinė susideda iš 4 klausimų ir 4 teiginių. Pagrindinę anketos dalį sudaro 74 teiginiai, vertinantis sąveikos su sveikatos priežiūros specialistais, priežiūros ir procedūrų kokybės (ligoniui), informacijos ir pagalbos, psichologinės, emocinės, dvasinės paramos poreikius, jų patenkinimą bei naujų paslaugų ligoninėje poreikius, kurie atspindi paslaugų organizavimą slaugos ligoninėje paliatyvių ligonių artimiesiems. tik įvertinus žmonių poreikius, galima pradėti planuoti atitinkamas paslaugas, nes: poreikio vertinimas užtikrina, kad paslaugos bus suteiktos tiems, kuriems labiausiai reikia; garantuojama klientui tinkamus paslaugų teikėjus ir adekvačias jo būklei paslaugas; objektyvus poreikio vertinimas užtikrina racionalų išteklių paskirstymą; išsamus ir daugiapusis vertinimas svarbus sėkmingai socialinei reabilitacijai ar integracijai (Žalimienė, L., 2003.).

Iš viso anketą sudaro 78 teiginiai, į kuriuos galima atsakyti penkiais variantais (1-visiškai nesutinku; 2-nesutinku; 3-sunku pasakyti; 4-sutinku; 5-visiškai sutinku).

Kiekybinis aprašomasis momentinis tyrimas buvo atliktas VŠĮ Panevėžio palaikomojo gydymo slaugos ligoninėje 2009 m. sausio –balandžio mėnesiais, apklausti 62 paliatyvių ligonių artimieji (visi ligonį lankantys artimieji, kaip asmenys, turintys skirtingas nuomones ir požiūrius). Apklausa vykdyta slaugos ligoninėje, ligoninės socialinė darbuotoja ar kiti sveikatos priežiūros specialistai anketas pateikė ligonių artimiesiems, nuolatos lankantiems ligonį, prieš tai pareiškus jiems norą dalyvauti apklausoje

Duomenų suvedimui ir apdorojimui naudota duomenų bazių valdymo sistema SPSS bei

Microsoft Excel. Statistiniams ryšiams įvertinti naudotas susijusių požymių Chi-kvadrato (χ^2) kriterijus. Statistikoje ryšys laikomas statistiškai reikšmingu, kai $p < 0,05$, kur p – reikšmingumo lygmens koeficientas. Statistinių rodiklių reikšmingumo vertinimas yra: kai $p < 0,05$ - statistiškai reikšmingas, kai $p < 0,01$ - labai reikšmingas, kai $p < 0,001$ – itin reikšmingas.

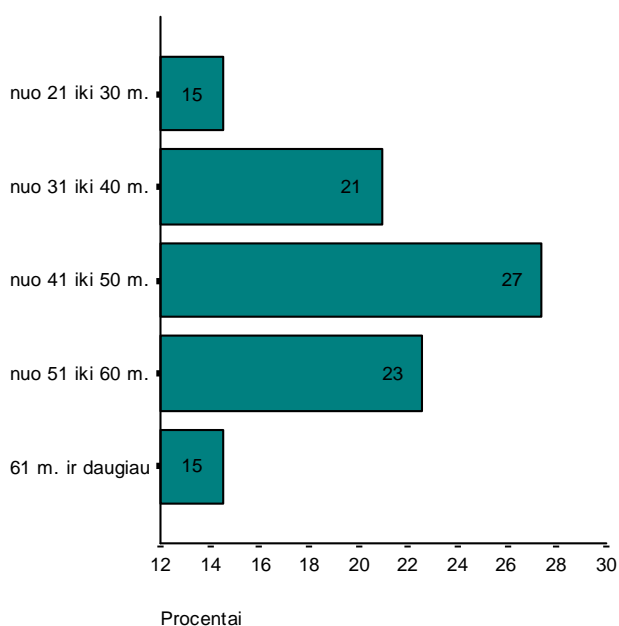
Respondentų psichosocialiniai poreikiai, jų patenkinimas ir naujų paslaugų poreikis įvertintas balų vidurkiais (5 balų sistemoje) ir jų 95 proc. pasikliautinaisiais intervalais (PI). Kadangi buvo lyginamos kelios imtys, buvo taikoma paprasta dispersinė ANOVA analizė. Z-kriterijus taikytas lyginant dviejų proporcijų lygybę. Lyginant dviejų nepriklausomų imčių vidurkių lygybę skaičiuotas Studento t kriterijus.

2.2. Demografinė ir socialinė respondentų charakteristika

Apklausoje metu anketas užpildė 62 paliatyvių ligonių artimieji. Tyrime dalyvavo 64,5 proc. moterų ($n=40$) ir 35,5 proc. vyrų ($n=22$).

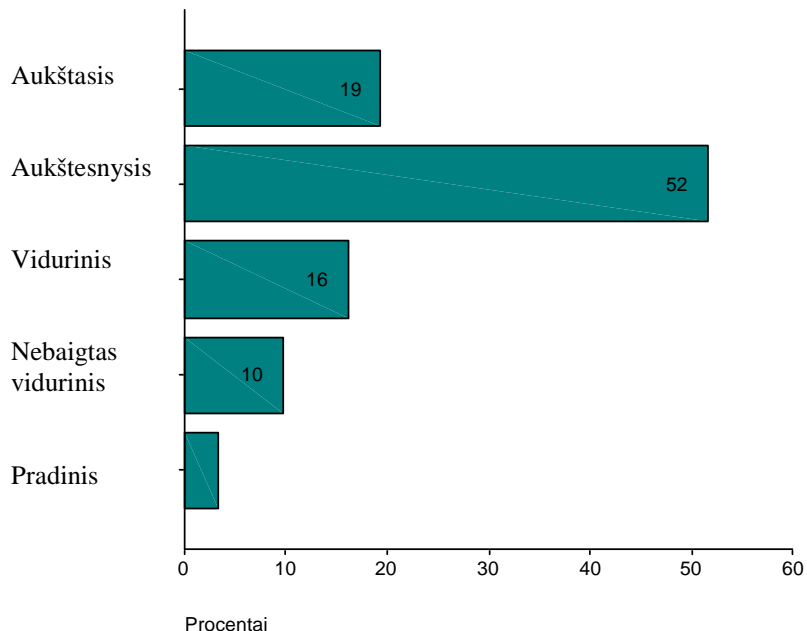
Šiame atliktame tyrime dalyvavo jauno (nuo 21 iki 30 m. 15 proc., ($n=9$); nuo 31 iki 40 m. – 21 proc.; ($n=13$)), vidutinio (nuo 41 m. iki 50 m. – 27 proc., ($n=17$); nuo 51 iki 60 m. – 23 proc. ($n=14$)) bei senyvo (nuo 61 m. – 15 proc. ($n=9$)) amžiaus asmenys (žr. 1 pav.). Didžioji dalis paliatyvių ligonių artimųjų, kurie slaugo ar lanko jį slaugos ligoninėje, yra darbingo amžiaus asmenys.

pav. 1 Respondentų amžius (procentais)



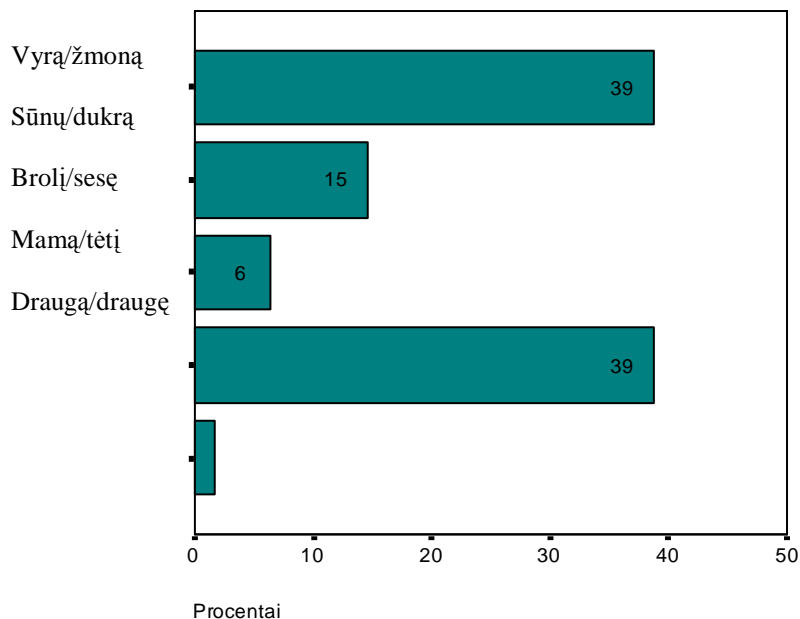
Tyrimo metu respondentai nurodė turintys išsilavinimą: didžiausias procentas respondentų turi aukštesnįjį - 52 proc. (n = 32), aukštąjį – 19 proc. (n = 12), vidurinį – 16 proc. (n = 10), nebaigtą vidurinį – 10 proc. (n = 6) ir pradinį – 3 proc. (n = 2) (žr. 2 pav.).

pav. 2 Respondentų išsilavinimas (procentais)



Respondentai teigia, jog sergantįjį mirtina liga slaugo ligoninėje slaugo, lanko vyrą/žmoną – 39 proc. (n = 24), mamą/tėtį – 39 proc. (n = 24), brolių/sesę – 6 proc. (n = 4), sūnų/dukra – 15 proc. (n = 9), draugą/draugę – 1 proc. (n = 1). Daugiausia respondentų slaugo mamą arba tėtį ir tiek pat procentų vyrą arba žmoną (žr. 3 pav.).

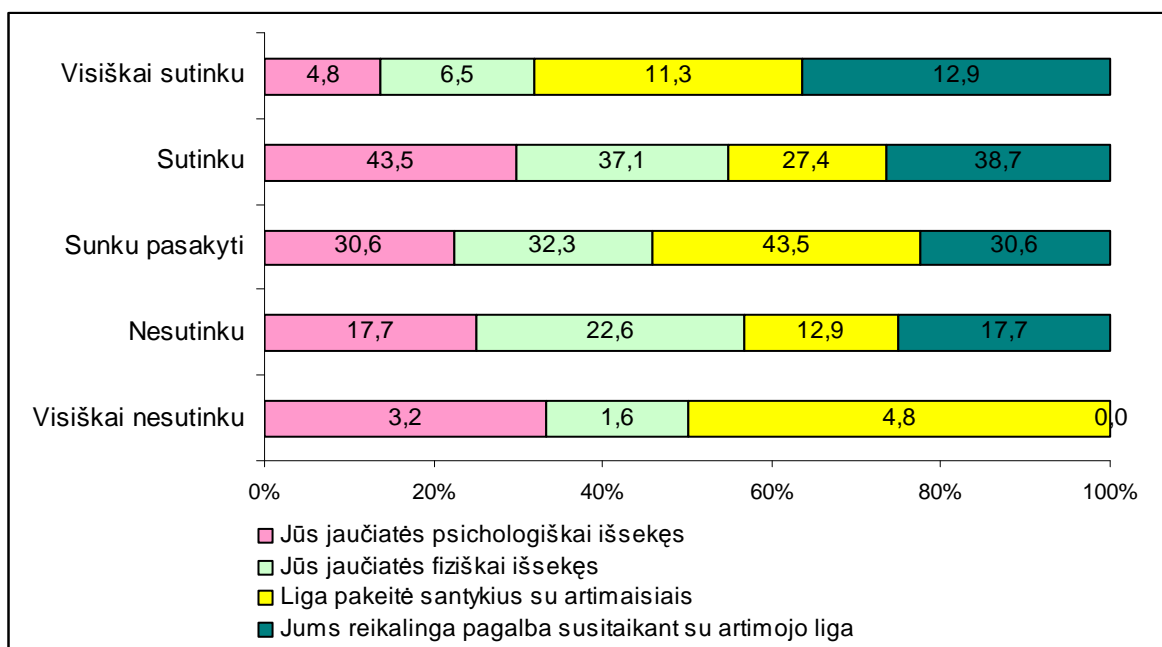
pav. 3 Respondentai slaugo (procentais)



Susidūrus su sunkia liga, kai ligoniui reikalinga kito žmogaus pagalba, jo artimieji patenka į „užburta ratą“. Jiems tenka ne tik rūpintis savo asmeniniu gyvenimu (šeima, vaikai), bet ir sergančiu artimuoju. Panevėžio mieste esančių slaugos ir palaikomojo gydymo įstaigų skaičius yra ribotas, kurios galbūt būtų puiki išeitis artimiesiems, o galbūt ir ligoniui. Šiuo metu šių paslaugų paklausa didesnė už pasiūlą: belaukiant eilėje į šias įstaigą, artimiesiems tenka ligonį slaugyti namuose. Taip nurodė ir didžioji dalis – 64,2 proc. (n=43) tyrime dalyvavusių paliatyvių ligonių artimųjų, slaugiusių savo artimąjį namuose (iki patenkant jam į slaugos ligoninę), kai tuo tarpu slaugymo patirties neturinčiųjų buvo – 35,8 proc. (n=24).

Respondentams buvo pateikti teiginiai, kurie yra aktualūs susidūrus su sunkia liga, nes svarbu žinoti, su kokiomis problemomis susiduria artimieji slaugydami ligonį (žr. pav.4). Psichologiniu išsekimu skundėsi 48,3 proc. (n = 30) respondentų (vidurkis 3,29 balo iš 5 galimų, 95 proc. PI 3,05; 3,52). Fizinio išsekimo skundėsi 43,6 (n = 27) respondentų (vidurkis 3,24 balo iš 5 galimų, 95 proc. PI 3,00; 3,47). Liga įtakojo artimųjų santykiams, respondentai nurodė 38,7 proc. (n = 24) (vidurkis 3,27 balo iš 5 galimų, 95 proc. PI 3,02; 3,52). Respondentams reikalinga pagalba susitaikant su sergančiojo liga teigia 51,6 (n = 32) (vidurkis 3,46 balo iš 5 galimų, 95 proc. PI 3,23; 3,70).

pav. 4 Respondentų (artimųjų) problemos, slaugant ligonį



Atliktas tyrimas parodo, jog paliatyvių ligonių slaugymas yra vienas iš sunkiausių etapų artimųjų gyvenime. Didžioji dalis respondentų teigia, jog sunkiausia jiems – susitaikymas su artimojo liga. Respondentai ligoniams, šeimos nariai: sutuoktiniai arba tėvai. Didžioji dalis apklaustųjų yra darbingo amžiaus, turintys aukštesnįjį arba aukštąjį išsilavinimą. Respondentai

jaučiasi fiziškai ir psichologiškai išsekę, pakitę santykiai su artimaisiais.

2.3. Respondentų psichosocialinė situacija

Mirtina artimojo žmogaus liga sutrikdo mylimų žmonių funkcionavimą tiek socialine, fizine, tiek psichologine prasme. Terminas „paslėptieji pacientai“ puikiai apibūdina šių žmonių situaciją. Jie savo problemas žino tik vieni ir mažai kam kyla klausimas apie jų savijautą – psichosocialinę situaciją.

Atlikus tyrimą, pastebėta, kad apklaustieji labiausiai jaučiasi fiziškai ir psichologiškai pavargę, kad artimųjų liga pablogina santykius su artimaisiais, giminėmis, šeimos nariais. Vienas iš svarbiausių problemų akcentuota, jog respondentams yra labai sunku susitaikyti su artimojo liga arba daugelis stengiasi apie tai negalvoti. Kadangi slaugymo našta aktuali tiek vyrams, tiek moterims, analizuota, kaip pasireiškia slaugymo problemos lyčių tarpe.

Remiantis atlikto tyrimo duomenimis, buvo vertinama, kaip statistiškai reikšmingai, moterys jaučia fizišką išsekimą. Rezultatai parodė, kad fizinį išsekimas yra itin reikšmingas ($p = 0,000$), su tuo sutinka 55 proc. moterų, o vyrai fizinio išsekimo arba nejaučia (22 proc.) arba stengiasi neįvardyti, abejoja – 41 proc. Psichologinis išsekimas taip pat itin reikšmingas ($p = 0,000$). Moterys jaučiasi išsekę psichologiškai 60 proc., vyrų nuomone, psichologinis išsekimas 27,3 proc. nėra labai didelė problema (žr. 2 lentelė ir 5 priedas).

2 lentelė. Vyrų ir moterų psichosocialinė situacijos reikšmingumas

Psichosocialinė situacija	Jūsų lytis:		Rodiklių reikšmingumas
	Vyras	Moteris	
Fizinis išsekimas	2,81 (PI 2,44; 3,19)	3,47 (PI 3,18; 3,76)	$p=0,000$
Psichologinis išsekimas	2,90 (PI 2,52; 3,29)	3,50 (PI 3,21; 3,78)	$p=0,000$

Galima teigti, kad fizinė ir psichologinė sveikata yra itin statistiškai reikšminga tiek vyrams, tiek moterims. Daugiau negu pusė moterų jaučiasi pavargę, išsekę fiziškai ir psichologiškai. Vyrai yra žymiai stipresni ir jiems lengviau yra susitaikyti su esama situacija, taip pat dauguma vyrų neatskleidžia savo jausmų ir didžioji dauguma vyrų negali įvardyti, ar jie jaučia fizinį ir psichologinį nuovargį.

Kai užklumpa liga, nieko kito nelieka, kaip kovoti arba susitaikyti. Labai dažnai pagalbininkai būna patys artimiausi žmonės, giminės, draugai. Tačiau kartais, sunkiu gyvenimo momentu liga pakeičia santykius su artimaisiais, brangiais žmonėmis.

Tyrimo metu nustatyta, jog ligos įtaka santykiams su artimaisiais itin statistiškai reikšminga. Moterys teigia (42,5 proc.), kad artimųjų liga pakeitė jų santykius su artimaisiais. Vyrų nuomone (32,8 proc.) nėra tokia tvirta, tad dauguma vyrų linkę abejoti ir net 45,5 proc. vyrų negali pasakyti, ar liga turi įtakos santykiams su artimaisiais. Statistiškai reikšmingai, 57,5 proc. moterų teigia, kad reikalinga pagalba, kad galėtų susitaikyti su artimojo liga ($p = 0,016$). Vyrai (40,9 proc.) pasisakė taip pat manantys, jog reikalinga pagalba (žr. 3 lentelė ir 4 priedas).

3 lentelė. Vyrų ir moterų psichosocialinė situacijos reikšmingumas

Psichosocialinė situacija	Jūsų lytis:		Rodiklių reikšmingumas
	Vyras	Moteris	
Liga įtakojo santykius su artimaisiais	3,045 (PI 2,67; 3,41)	3,40 (PI 3,06; 3,73)	$p=0,000$
Pagalba susitaikant su artimojo liga	3,31 (PI 2,92; 3,71)	3,55 (PI 3,24; 3,85)	$p=0,016$

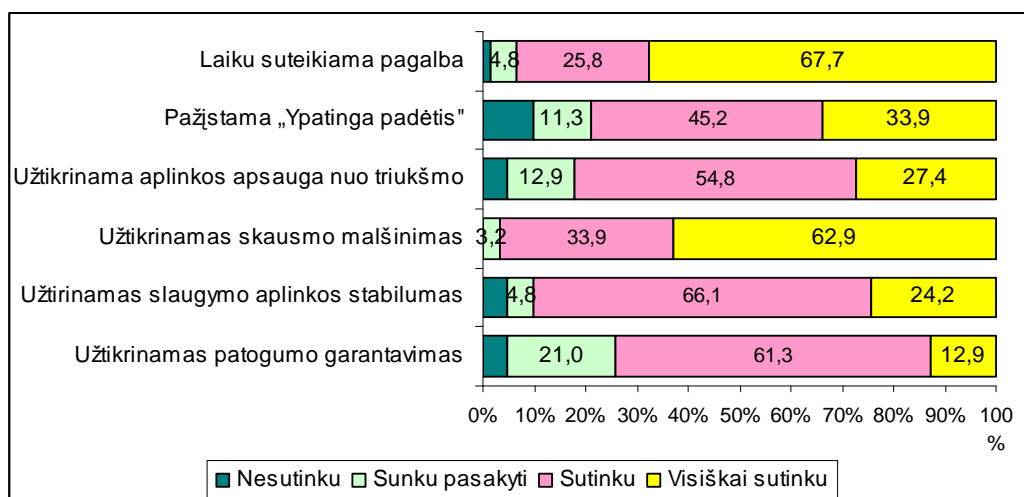
Atliktas tyrimas parodo, kad statistiškai reikšmingos yra abi problemos. Ligos įtaka santykiams su artimaisiais pasirodė mažiau aktuali negu respondentams reikalinga pagalba susitaikant su artimojo liga.

2.4. Procedūrų ir priežiūros kokybė

Žmogus nori būti saugus ne tik namuose, bet ir gydymo įstaigose. Respondentams pateikti teiginiai kokia priežiūra būtina slaugos ligoninėje.

Pateiktos anketos klausimais norėta sužinoti, kaip yra svarbu artimiesiems slaugantiems ligonius ligoninėje gauti kokybiškas procedūras ir priežiūrą. Respondentai išsakė savo požiūrį į tai, kaip jie išsivaizduoja tinkamą ligoninėje priežiūrą. (žr. pav.5)

pav. 5 Respondentų priežiūros ir procedūrų kokybės poreikis (procentais)



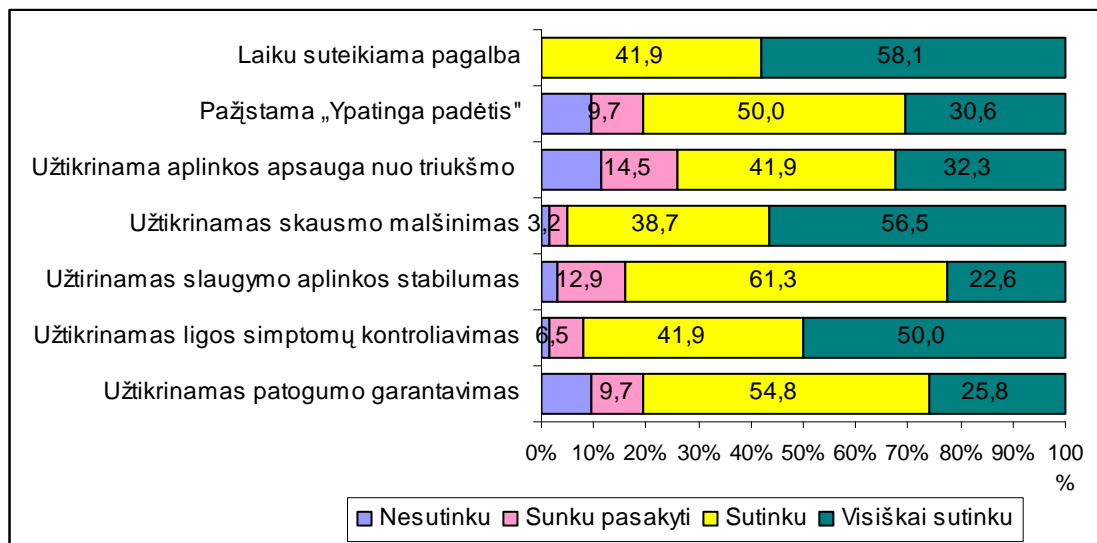
Respondentų poreikis pasiskirstė pakankamai aiškiai. Kad laiku būtų suteikiama pagalba pageidavo 93,5 proc. apklaustųjų (vidurkis 4,59 iš 5 balų, 95 proc. PI 4,43; 4,77). Tiek slaugantieji, tiek ligoniai pageidauja (82,2 proc., vidurkis 4,05 iš 5 balų, 95 proc. PI 3,85; 4,25), kad ligoninėje juos apgaubtų ramia aplinka, būtų užtikrinama aplinkos apsauga nuo triukšmo. Skausmas yra baisiausias tuomet, kaip negali jo nugalėti, žmogus kenčia. 96,8 proc. respondentų (vidurkis 4,60 iš 5 balų, 95 proc. PI 4,25; 4,84) pageidauja, kad slaugos ligoninėje būtų užtikrinamas skausmo malšinimas. Kai skausmas aprimsta, apima ramybė, palaima, artimieji gali matyti šviesesnius ligonių veidus, o kartais ir šypsenas. Kad ligoninėje būtų palaikomas slaugymo aplinkos stabilumas ir patogumas pageidavo 90,2 proc. apklaustųjų (vidurkis 4,10 iš 5 balų, 95 proc. PI 3,92; 4,27). Neabejotinai svarbus ir aktualus ligonių artimiesiems ligos simptomų kontroliavimas, net 96,8 proc. visų respondentų tai akcentavo (vidurkis 4,40 iš 5 balų, 95 proc. PI 4,23; 4,58) (žr. 4 lentelė ir 6 priedas).

4 lentelė. Respondentų priežiūros ir procedūrų kokybės poreikis (balais)

Respondentams svarbu, kad ligoninėje būtų:	Jūsų lytis:		Rodiklių reikšmingumas
	Vyras	Moteris	
Užtikrinamas patogumo jausmas	3,50 (PI 3,14; 3,86)	4,00 (PI 3,81; 4,19)	p=0,000
Užtikrinamas ligos simptomų kontroliavimas	4,23 (PI 3,89; 4,56)	4,50 (4,34; 4,66)	p=0,001
Užtikrinamas slaugymo aplinkos stabilumas	3,77 (PI 3,39; 4,16)	4,28 (PI 4,11; 4,44)	p=0,000
Užtikrinamas skausmo malšinimas	4,55 (PI 4,25; 4,8)	4,63 (PI 4,47; 4,78)	p=0,000
Respondentams svarbu, kad ligoninėje būtų:	Jūsų lytis:		Rodiklių reikšmingumas
	Vyras	Moteris	
Užtikrinama aplinkos apsauga nuo triukšmo	3,73 (PI 3,29; 4,16)	4,23 (PI 4,04; 4,41)	p=0,000
Pripažįstama „Ypatinga padėtis“	3,77 (PI 3,32; 4,23)	4,15 (PI 3,86; 4,44)	p=0,000
Laiku suteikta pagalba	4,55 (PI 4,19; 4,90)	4,63 (PI 4,44; 4,81)	p=0,001

Poreikių analizė nagrinėjama su esama situacija. Respondentai pasisakė, kaip jie įvertina gaunamą priežiūros ir procedūrų kokybę slaugos ligoninėje. (žr. pav. 6)

pav. 6 Respondentų priežiūros ir procedūrų kokybės įvertinimas (procentais)



Respondentų teigimu slaugos ligoninėje jie gauna 100 proc. (vidurkis 4,58 iš 5 balų, 95 proc. 4,45; 4,71) laiku suteikiamą pagalbą. Čia vyrų ir moterų įvertinimas nesvyravo, jie visi pasisakė 100 proc. Toks įvertinimas yra labai svarbus, prižiūrinčiam personalui. Slaugantiems artimiesiems suteikia pasitikėjimą ir stabilumą.

Taip pat labai svarbus ir gyvybingai aktualus poreikis slaugos ligoninėje skausmo malšinimo užtikrinimas. 95,2 proc. (vidurkis 4,50 iš 5 balų 95 proc. 4,34; 4,66) teigia, kad jiems teikiamas skausmo malšinimo užtikrinimas.

91,9 proc. (vidurkis 4,40 iš 5 balų, 95 proc. 4,23; 4,58) apklaustųjų tikina, kad jų artimiesiems ligoninėje užtikrinamas ligos simptomų kontroliavimas. Apie tai pasisako 95,5 proc. vyrų ir 90 proc. moterų.

Ligoninė – tai vieta, kur dažniausiai tiek sveiki, tiek sergantieji jaučia diskomfortą. Kaip slaugos ligoninėje užtikrinamas patogumas? 80,6 (vidurkis 3,97 iš 5 balų, 95 proc. 3,75; 4,19) respondentų nejaučia diskomforto, jiems užtikrinamas patogumas. Tai teigia 81,8 proc. vyrų ir 80 proc. moterų (žr. 5 lentelė ir 6 priedas)

5 lentelė. Respondentų priežiūros ir procedūrų kokybės poreikis (balais)

Ligoninėje YRA:	Jūsų lytis:		Rodiklių reikšmingumas
	Vyras	Moteris	
Užtikrinamas patogumo jausmas	4,00 (PI 3,61; 4,39)	3,95 (PI 3,67; 4,23)	p=0,000
Užtikrinamas ligos simptomų kontroliavimas	4,41 (PI 4,08; 4,73)	4,43 (PI 4,21; 4,64)	p=0,000
Užtikrinamas slaugymo aplinkos stabilumas	3,91 (PI 3,58; 4,24)	4,10 (PI 3,89; 4,31)	p=0,000

5 lentelės tęsinys

Respondentams svarbu, kad ligoninėje būtų:	Jūsų lytis:		Rodiklių reikšmingumas
	Vyras	Moteris	
Užtikrinamas skausmo malšinimas	4,64 (PI 4,38; 4,89)	4,43 (PI 4,21 4,64)	p=0,000
Užtikrinama aplinkos apsauga nuo triukšmo	3,59 (PI 3,07; 4,11)	4,15 (PI 3,90; 4,40)	p=0,000
Pripažįstama „Ypatinga padėtis“	3,91 (PI 3,48; 4,34)	4,08 (PI 3,80; 4,35)	p=0,000
Laiku suteikta pagalba	4,64 (PI 4,42; 4,85)	4,55 (PI 4,39; 4,71)	p=0,204

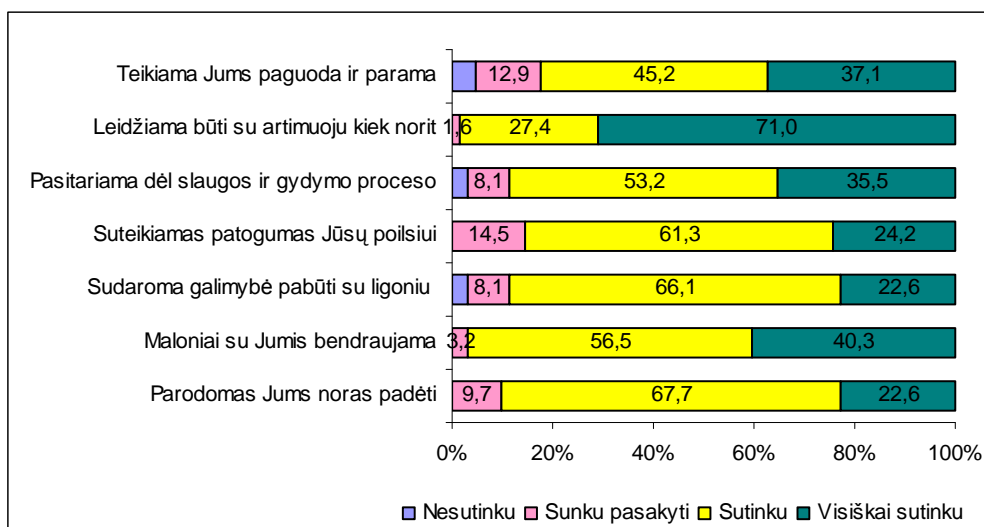
Atliktas tyrimas parodo, kad statistiškai itin reikšmingi yra visi pateikti priežiūros ir procedūros poreikiai. Statistiškai reikšmingi ($p=0,001$), kad būtų laiku suteikta pagalba ir ligos simptomų kontroliavimas. Apklaustieji daugiausiai akcentuoja, kad būtų užtikrinamas patogumo jausmas, ligos simptomų kontroliavimas ir skausmo malšinimo užtikrinimas.

Daugiau negu 90 proc. apklaustųjų lūkesčiai pasiteisino. Jie teigia gaunantys labai gerą priežiūros ir procedūrų kokybę. Slaugos ligoninėje Jiems užtikrinamas: patogumo garantavimas; laiku suteikiama pagalba; užtikrinamas ligos simptomų kontroliavimas ir užtikrinamas skausmo malšinimas.

Labai svarbu, kad žmogus jaustų pagalbą, pagarbą, užuojautą. Atliktoje apklausoje buvo nurodyta, kas turėtų būti slaugos ligoninėje, kokios turėtų būti suteikiamos jiems maksimalios galimybės padėti įveikti nepatogumus. Sveikatos priežiūros specialistai stengiasi padėti ligoniams įveikti ne tik fizinį skausmą, bet ir stiprinti dvasinį stabilumą ir patogumą.

Respondentams buvo pateikti teiginiai, kurie būtų nuoroda į slaugančio ir sveikatos priežiūros specialisto santykį (žr. pav.7).

pav. 7 Respondentams svarbu, kad slaugos ligoninėje būtų sąveika su sveikatos priežiūros specialistais



Respondentai atsakė, kad jie norėtų: kad būtų teikiama paguoda ir parama, siūloma pagalba -

82,3 proc. (vidurkis 4,14 balai iš 5 balų, 95proc. PI 3,93; 4,35). Vyrų už tai pasisako 72,8 proc. moterys 87,5 proc. iš 100. Galima įžvelgti, kad tiek vyrams, tiek moterims šis poreikis yra labai aktualus.

Ligoniui svarbu artimųjų pagalba, buvimas šalia. Slaugos ligoninėje suteikiama galimybė būti šalia sergančiojo neribotą laiką, respondentų nuomone – 98,4 proc. (vidurkis 4,69 balai iš 5 balų, 95 proc. PI 4,57; 4,82) nori, būti šalia kiek įmanoma ilgiau. 95,5 proc. vyrų nori būti kuo daugiau su artimaisiais, moteris pasisako 100 proc., kad buvimas šalia ypatingai svarbus.

Taip pat labai svarbu pasitarti su artimaisiais gydymo, slaugymo klausimais. 88,7 proc. (vidurkis 4,21 balai iš 5 balų, 95 proc. PI 4,03; 4,39) respondentų nurodė, kad jie norėtų žinoti, kokie slaugos, planavimo procesai yra atliekami ir planuojami. Vyrų už šį poreikį slaugos ligoninėje pasisako 86,4 proc., moterys 90 proc. Tai parodo, kad slaugos ligoninėje yra labai reikšmingas poreikis nuolat komunikuoti ir paaiškinti artimiesiems apie gydymo bei slaugymo procesus.

Apklaustųjų nuomone, 85,5 proc. (vidurkis 4,10 balai iš 5 balų, 95 proc. PI 3,94; 4,25) atsakė, kad jie norėtų, kad jiems būtų suteikiamas patogumas poilsiui ir atsigavimui slaugos ligoninėje. Vyrų nuomone šis poreikis būtų reikalingas 81,8 proc. vyrų, 87,5 proc. moterų įvardija tai pat kaip būtinybę.

Buvimo šalia sergančiojo slaugos ligoninėje poreikį konfidencialioje aplinkoje įvardijo 88,9 proc. (vidurkis 4,08 balai iš 5 balų, 95 proc. PI 3,91; 4,25) apklaustųjų. Iš jų 72,7 proc. vyrų ir 97,5 proc. moterų. Kaip rodo rezultatai, moterims yra labai svarbus privatumas, konfidencialumas.

Ar malonus bendravimas ir rodomas dėmesys yra būtinas slaugos įstaigoje? 96,8 proc. (vidurkis 4,37 iš 5 balų, 95 proc. PI 4,23; 4,51) respondentų pripažino, kad slaugos procese būtinas malonus bendravimas. 95,5 proc. vyrų nuomone malonus bendravimas slaugos ligoninėje labai pageidaujamas poreikis, 97,5 moterys neabejoja šio poreikio būtinumu.

90,3 proc. (vidurkis 4,13 balo iš 5 balų, 95 proc. PI 3,99; 4,27) nurodo, pagalbos, dėmesio rodymo poreikį. 81,3 proc. vyrams pagalba reikalinga, 95,0 proc. moterys nurodo, kaip ypatingai reikalinga (žr. 6 lentelė ir 7 priedas).

6 lentelė. Vyrų ir moterų sąveika su specialistais pasiskirstymas vertinant (balais)

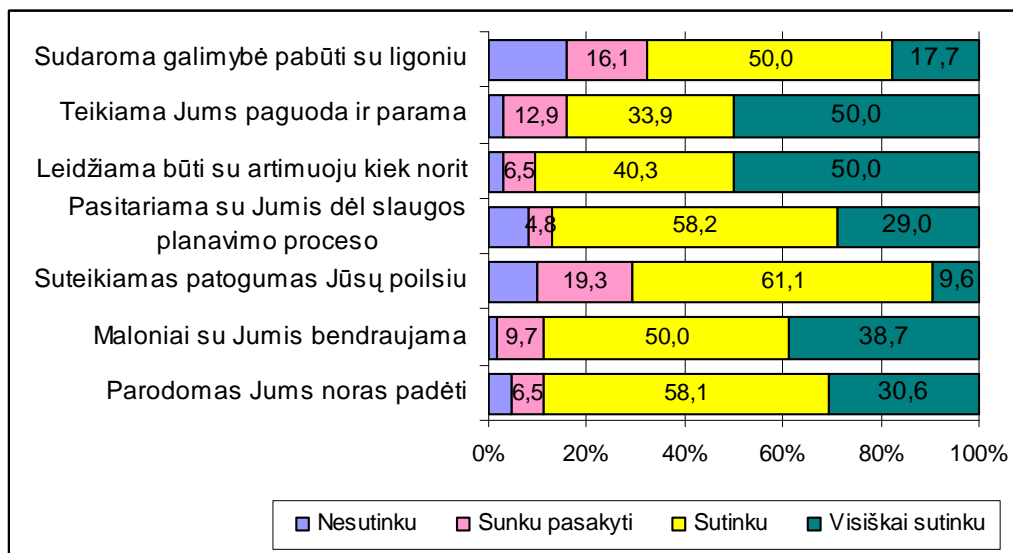
Respondentams svarbu, kad ligoninėje BŪTŪ:	Jūsų lytis:		Rodiklių reikšmingumas
	Vyras	Moteris	
Parodomas Jums noras padėti	3,86 (PI 3,66; 4,07)	4,28 (PI 4,10; 4,45)	p=0,000
Maloniai su Jumis bendraujama	4,23 (PI 3,99; 4,46)	4,45 (PI 4,27; 4,63)	p=0,000
Sudaroma galimybė pabūti su ligoniu konfidencialioje aplinkoje	3,77 (PI 3,41; 4,13)	4,25 (PI 4,09; 4,41)	p=0,000

6 lentelės tęsinys

Respondentams svarbu, kad ligoninėje BŪTŪ:	Jūsų lytis:		Rodiklių reikšmingumas
	Vyras	Moteris	
Suteikiamas patogumas Jūsų poilsiui	4,09 (PI 3,79; 4,39)	4,10 (PI 3,91; 4,29)	p=0,000
Pasitariama dėl artimojo slaugos ir gydymo proceso	4,23 (PI 3,82; 4,64)	4,20 (PI 4,01; 4,39)	p=0,000
Leidžiama būti su artimuoju kiek nori	4,59 (PI 4,33; 4,85)	4,75 (PI 4,61; 4,89)	p=0,000
Teikiama paguoda ir parama	3,95 (PI 3,53; 4,38)	4,25 (PI 4,01; 4,49)	p=0,000

Sąveika su sveikatos priežiūros specialistais antroje anketos dalyje, buvo pateikti tie patys teiginiai, tik respondentai turėjo nurodyti, ką jie gauna slaugos ligoninėje, kokios yra suteikiamos jiems maksimalios galimybės padedančios įveikti nepatogumus (žr. pav. 8)

pav. 8 Sąveika su sveikatos priežiūros specialistais ligoninėje



Respondentų nuomone slaugos ligoninėje, 90,3 proc. (vidurkis 4,37 iš 5 balų, 95 proc. PI 4,1801; 4,561) gali būti su artimuoju, kiek nori ir kada nori. Tai labai svarbūs momentai. Moterys už tai pasisakė 86,4 proc., vyrai 92,5 proc.

87,2 proc. (vidurkis 4,13 iš 5 balų, 95 proc. PI 3,85; 4,40) respondentų teigia, kad su jais yra tariamasi dėl slaugos ir gydymo planavimo proceso. Tai labai didelė dalis respondentų. Žmonės yra labai skirtingi, ne visi gali komunikuoti, o ypač sunkiu jiems momentu. Tad gal mažesnis gebėjimas ar laiko stoka nesuteikia galimybės pasikalbėti su slaugančiuoju personalu. 86,3 proc. moterų ir 77,5 proc. vyrų teigia, kad su jais yra tariamasi dėl ligonio gydymo procesu.

Malonus, pagarbus žodis neretai būna pats geriausias vaistas. 88,7 proc. (vidurkis 4,26 iš 5 balų, PI 4,08; 4,44) pasisako už tai, kad su jais yra maloniai bendraujama slaugos ligoninėje. Vyrų

požiūris dažniausiai skiriasi šiek tiek nuo moterų, tad 86,4 proc. moterų teigia, patiriančios malonų bendravimą, bet 90 proc. vyrų teigia, kad su jais maloniai bendrauja daugiau.

Pagalba, parama, paguoda. Tai dalykai, kurie dalyvauja visuomet greta slaugos ligoninėje. Kaip respondentai įvertina sveikatos priežiūros specialistų pastangas? 83,9 proc. (vidurkis 4,33 iš 5 balų, 95 proc. 4,04; 4,61) apklaustųjų atsako teigiamai apie specialistų rodomą dėmesį. 88,7 proc. (vidurkis 4,18 iš 5 balų, 95 proc. 3,93; 4,42) jaučia specialistų pagalbą slaugos procese. (žr. 7 lentelė ir 7 priedas).

7 lentelė. Vyrų ir moterų sąveika su specialistais pasiskirstymas vertinant (balais)

Ligoninėje YRA:	Jūsų lytis:		Rodiklių reikšmingumas
	Vyras	Moteris	
Parodomas Jums noras padėti	4,09 (PI 3,79; 4,39)	4,18 (PI 3,93; 4,42)	p=0,000
Maloniai su Jumis bendraujama	4,27 (PI 3,96; 4,58)	4,25 (PI 4,02; 4,48)	p=0,000
Sudaroma galimybė pabūti su ligoniu konfidencialioje aplinkoje	3,41 (PI 3,01; 3,81)	3,85 (PI 3,55; 4,15)	p=0,000
Suteikiamas patogumas Jūsų poilsiui	3,59 (PI 3,27; 3,92)	3,75 (PI 3,47; 4,03)	p=0,000
Pasitariama dėl artimojo slaugos ir gydymo proceso	3,95 (PI 3,56; 4,35)	4,13 (PI 3,85; 4,40)	p=0,000
Leidžiama būti su artimuoju kiek nori	4,27 (PI 3,86; 4,69)	4,43 (PI 4,22; 4,63)	p=0,000
Teikiama paguoda ir parama	4,27 (PI 3,96; 4,58)	4,33 (PI 4,04; 4,61)	p=0,000

Atliktas tyrimas parodo, kad artimiesiems yra itin statistiškai reikšmingas bendravimas su sveikatos priežiūros specialistais. Kaip pagrindinį poreikį nurodė būti šalia sergančiojo (98 proc.) kiek tik yra galimybė. Šis poreikis tolygiai pasiskirstė tarp vyrų (95,5 proc.) ir moterų (100 proc.). Tai tik dar kartą įrodo, kad artimiesiems labai yra svarbus ryšys su ligoniu. 90,3 proc. šiuo metu slaugos ligoninėje respondentai teigia, jog jiems teikiama galimybė būti šalia artimojo.

Apibendrinus paliatyvių ligonių artimųjų priežiūros ir pagalbos poreikius:

- 95,5 proc. tiriamųjų poreikiai ypač svarbūs (vidurkis 4,5). Moterims vidurkis 4,63, vyrams 3,5)

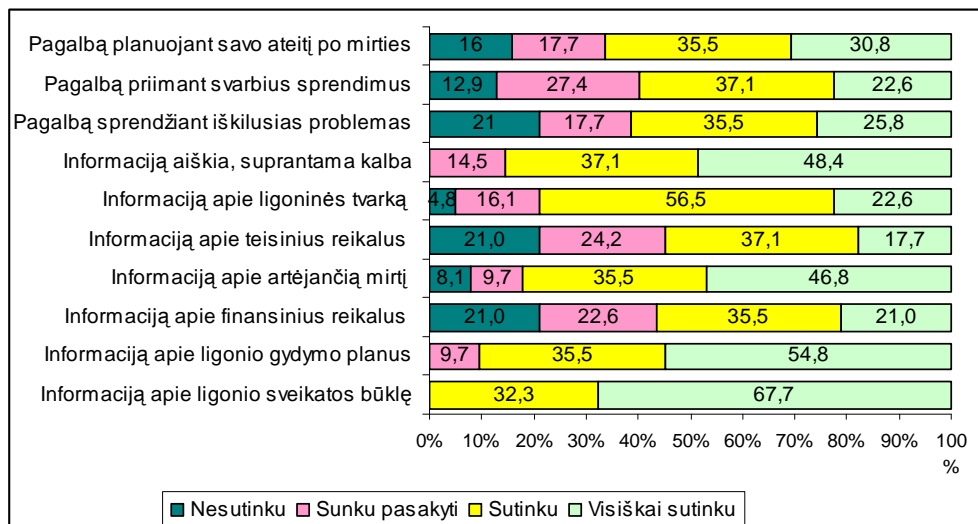
- 80,6 proc. poreikiai patenkinami (vidurkis 3,97). Moterims vidurkis 4,43, vyrams 4,64.

2.5. Pagalbos ir informacijos poreikiai

Žmogus komunikuodamas randa atsakymus į įvairius klausimus. Problemas spręsti paprasta, kai žmogus žmogaus išklauso, pataria, o labai dažnai to ir užtenka, kad žmogus galėtų toliau gyventi ir žvelgti į gyvenimą optimizmo akimis.

Respondentams pateikti teiginiai dar kartą įrodo, kad bendravimas ypatingas poreikis, kuris yra būtinas „vaistas“ artimiesiems (žr. pav. 9).

pav. 9 Respondentų informacijos ir pagalbos poreikis



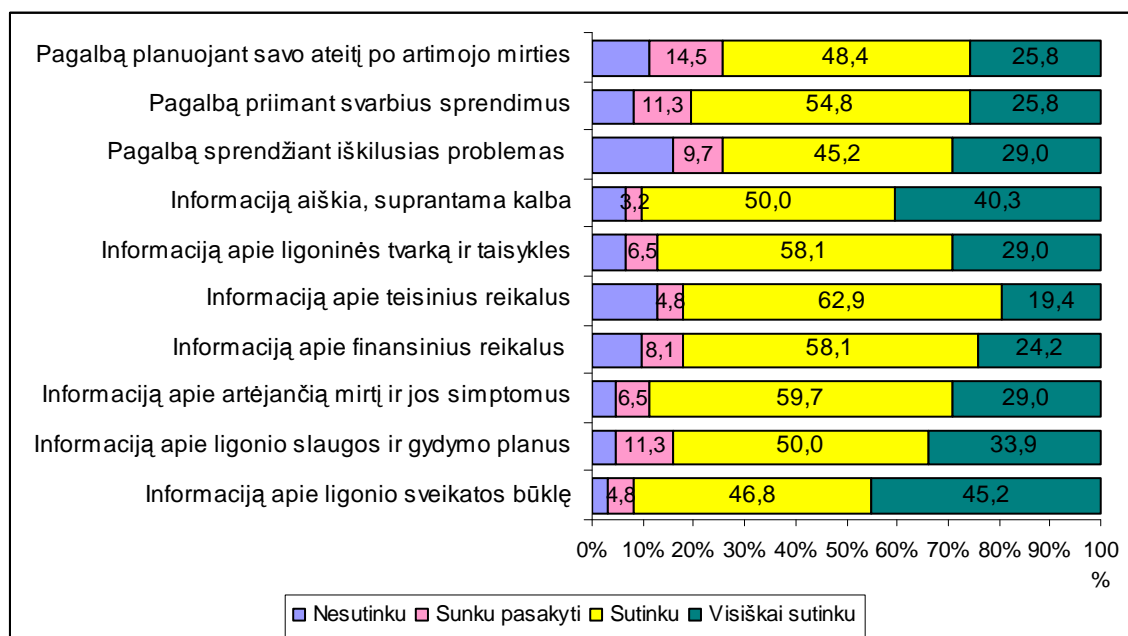
Vieną iš būtinausių poreikių 100 proc. (vidurkis 4,68 iš 5 balų, 95 proc. PI 4,56; 4,78) respondentai įvardijo realios informacijos teikimą apie ligonio sveikatos būklę. Taip pat labai aktuali informacija apie artimųjų gydymo planus, už šį poreikį pasisakė 90,3 proc. (vidurkis 4,45, iš 5 balų, 95 proc. PI 4,28; 4,62) apklaustųjų. Medicina yra sritis, kurioje vyrauja daug sudėtingų ir sunkiai suprantamų frazių, pavadinimų. 85,5 proc. (vidurkis 4,34; 95 proc. PI 4,16; 4,52) respondentų teigia, jog jiems būtina gauti informacija paprasta, aiškia ir suprantama kalba. Slaugos įstaiga yra vieta, kurioje žmonės jaučiasi suvaržyti, nepatogiai. Norėdami užtikrinti dvasinį komfortą, 79,1 respondentų pasisakė už tai, kad jie žinotų ligoninės tvarką, keliamus lankytojams reikalavimus, taisykles. Informacija apie finansinius bei teisinius reikalus, 55 proc. (vidurkis 3,52, iš 5 balų, 95 proc. PI 3,25; 3,78) respondentų linkę atvirauti su slaugos ligoninės priežiūros specialistais. Jiems ši informacija yra aktuali. 21 proc. apklaustųjų prieštarauja, kad jiems būtų teikiama informacija apie teisinius bei finansinius reikalus. Apie 60 proc. (vidurkis 3,67, iš 5 balų, 95 proc. PI 3,42; 3,93) mano, kad yra reikalinga gauti pagalbą sprendžiant jų problemas, priimant svarbius sprendimus. Ateina laikas ir žmogus turi palikti viską žemėje, artimuosius, draugus. 82,3 proc. (vidurkis 4,21, iš 5 balų, 95 proc. PI 3,97; 4,44) teigia, kad jie norėtų gauti informaciją apie artėjančią artimojo mirtį, galbūt spėtų padaryti, tai ko nespėjo anksčiau galbūt ryžtis pasakyti tai, ko neįstengė. Artimieji netenka savo brangių žmonių, kiti labai su tuo sunkiai susitaiko. 66,3 proc. respondentų teigia, norintys gauti informaciją, apie tai, kaip jiems toliau planuoti savo ateitį po artimojo mirties (žr. 8 lentelė ir 8 priedas).

8 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal informacijos ir paramos poreikį (balais)

Svarbu ligoninėje GAUTI informaciją apie:	Jūsų lytis:		Rodiklių reikšmingumas
	Vyras	Moteris	
Ligonio sveikatos būklę	4,59 (PI 4,37; 4,81)	4,73 (PI 4,58; 4,87)	p=0,005
Ligonio slaugos ir gydymo planus	4,50 (PI 4,18; 4,83)	4,43 (4,22; 4,63)	p=0,000
Artėjančią mirtį ir jos simptomus	4,00 (3,57; 4,43)	4,33 (PI 4,04; 4,61)	p=0,000
Finansinius reikalus	3,55 (PI 3,06; 4,03)	3,58 (PI 3,24; 3,91)	p=0,298
Informacija apie teisinius reikalus	3,18 (PI 2,78; 3,58)	3,70 (PI 3,37; 4,03)	p = 0,148
Informaciją apie ligoninės tvarką ir taisykles	3,82 (PI 3,52; 4,11)	4,05 (PI 3,79; 4,31)	p=0,000
Pagalbą priimant svarbius sprendimus	3,59 (PI 3,14; 4,04)	3,73 (PI 3,40; 4,05)	p=0,000
Pagalbą planuojant savo ateitį po artimojo mirties	3,55 (PI 3,00; 4,09)	3,88 (PI 3,52; 4,2)	p=0,000

Informacija, komunikavimas yra kelias į problemų sprendimą. Respondentams pateikti teiginiai apie informacijos gavimą slaugos ligoninėje. Kaip jie įvertina gaunamą informaciją? Kokio pobūdžio informaciją jie teigia gaunantys? (žr. pav. 10)

pav. 10 Respondentų informacijos ir pagalbos įvertinimas slaugos ligoninėje (procentais)



Susidūrus su sveikatos problemomis, žmogui iškyla įvairiausių klausimų, abejonių, neaiškumų. Labai dažnai sveikatos priežiūros specialistai žinodami sergančiųjų ir slaugančiųjų situaciją, bando paaiškinti daugelį gyvenimiškų dalykų. Žmonės gauna įvairiausių informaciją.

92 proc. (vidurkis 4,34 iš 5 balų, 95 proc. 4,16; 4,52) apklaustųjų teigia daugiausiai gaunantys informaciją apie ligonio būklę. Tai labai svarbi informacija mano gaunantys 86,4 proc. vyrų ir 95 proc. moterų.

90,3 proc. (vidurkis 4,24 iš 5 balų, 95 proc. 4,04; 4,45) apklaustųjų teigia, kad jie visą teikiamą informaciją gauna aiškia, suprantama kalba.

Mirtis yra procesas, kuris ateina netikėtai, nelauktai. Tai dalykas, apie kurį mažai kas nori kalbėti, arba stengiasi kuo mažiau kalbėti. Tačiau, būna momentų, kada ypač artimieji turėtų žinoti, kaip elgtis tam tikrais atvejais. 88,7 proc. (vidurkis 4,13 iš 5 balų, 95 proc. 3,94; 4,32) respondentų teigia, kad jie gauna informaciją apie artėjančią artimojo mirtį ir jos simptomus. Už tai pasisako 90,9 proc. vyrų ir 87 proc. moterų.

88,9 proc. (vidurkis 4,13 iš 5 balų, 95 proc. 3,93; 4,33) apklaustųjų gauna informaciją apie artimojo gydymo ir slaugymo planus. Apie šią teikiamą informaciją pasisako 72,7 proc. vyrų ir 90 proc. moterų.

Teisiniai, finansiniai klausimai yra aktualūs dažnam pacientui, ar jo artimajam. 82,3 proc. (vidurkis 3,9 iš 5 balų, 95 proc. 3,7; 4,1) respondentai gauna informaciją apie finansinius reikalus (pensiją) ir teisinius reikalus (testamentus, įgaliojimus) iš slaugos ligoninės specialistų.

Niekada žmogus nežino, kaip jam seksis susitaikyti ir gyventi po artimojo mirties. Daugelį dalykų pavirs į egzistavimą. Tam kad žmogus galėtų pradėti tvarkytis gyvenimą netekus artimojo, tam, kad mintys ir veiksmai taptų racionalus ir adekvatūs, slaugos ligoninės specialistai stengiasi padėti. Respondentams buvo užduotas klausimas apie pagalbą planuojant savo ateitį. 74,2 proc. (vidurkis 3,87 iš 5 balų, 95 proc. 3,63; 4,12) respondentų teigia gaunantys tokią informaciją (žr. 9 lentelė).

9 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal informacijos ir paramos poreikį (balais)

<i>Svarbu ligoninėje Jūs visada GAUNATE informaciją apie:</i>	Jūsų lytis:		Rodiklių reikšmingumas
	Vyras	Moteris	
Ligonio sveikatos būklę	4,18 (PI 3,78; 4,58)	4,43 (PI 4,23; 4,62)	p=0,000
Ligonio slaugos ir gydymo planus	3,86 (PI 3,47; 4,26)	4,28 (PI 4,05; 4,50)	p=0,000
Artėjančią mirtį ir jos simptomus	4,27 (PI 3,99; 4,55)	4,05 (PI 3,80; 4,30)	p=0,000
Finansinius reikalus	3,82 (PI 3,37; 4,26)	4,05 (PI 3,81; 4,29)	p=0,000
Teisinius reikalus	3,82 (PI 3,39; 4,24)	3,90 (PI 3,61; 4,19)	p = 0,000
Ligoninės tvarką ir taisykles	4,23 (PI 3,92; 4,53)	4,03 (PI 3,76; 4,29)	p=0,000
Pagalbą priimant svarbius sprendimus	3,82 (PI 3,39; 4,24)	4,05 (PI 3,78; 4,32)	p=0,000
Pagalbą planuojant savo ateitį po artimojo mirties	3,91 (PI 3,46; 4,36)	3,85 (PI 3,55; 4,15)	p=0,000

Atliktas tyrimas parodo, kad itin statistiškai reikšminga artimiesiems gauti pagalbą priimant įvairius sprendimus ($p=0,000$), pagalbą planuojant savo ateitį po artimojo netekties ($p=0,000$). Taip pat itin statistiškai reikšminga artimiesiems gauti informaciją apie slaugymo planus ($p=0,000$), apie ligoninės tvarką ($p=0,000$), apie artėjančios mirties simptomus ($p=0,000$). Mažiau statistiškai reikšminga gauti informaciją apie teisinius ($p = 0.148$) bei finansinius ($p=0.298$) reikalus.

Tyrimo duomenimis informacija apie ligonio sveikatos būklę pasirodė vienas iš svarbiausių. Respondentai nori gauti ir gauna informaciją iš slaugančiojo personalo. Informacija apie tai, kaip planuoti savo gyvenimą po artimojo mirties respondentai įvardija, kaip poreikį didesnę, negu yra duodama slaugos ligoninėje.

Apibendrinus paliatyvių ligonių ir artimųjų pagalbos poreikius bei jų patenkinimą galima teigti, kad:

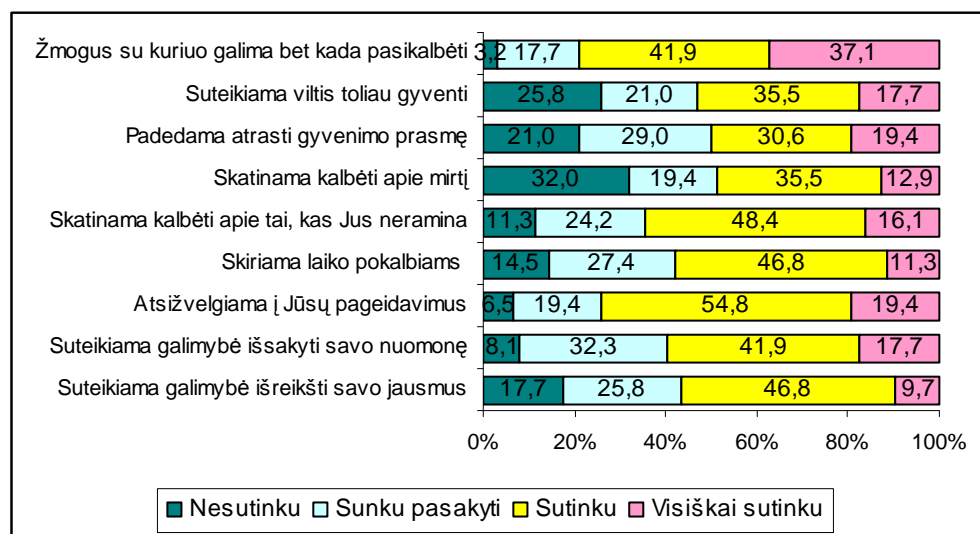
- 90 proc. poreikiai svarbūs (moterims vidurkis 4,73 negu vyrams vidurkis 4,59)
- 92 proc. gaunamu poreikiu patenkinti. Moterims (vidurkis 4,43) svarbiau negu vyrams (vidurkis 3,86)

2.6. Psichologinė, dvasinė, emocinė parama

Žmogaus teigiamos emocijos, psichologinė pusiausvyra, dvasinis stabilumas yra „raktas“ į sveiką ir laimingą gyvenimą. Tai vidiniai žmogaus kriterijai, kurie yra patys svarbiausi.

Respondentams pateikti devyni teiginiai, kurie padėjo suprasti, ko žmogui reikia, kad jis pasijustų psichologiškai, emociškai ir dvasiškai stipresnis slaugos ligoninėje (žr. pav.11).

pav. 11 Respondentų psichologinės, emocinės ir dvasinės paramos poreikis



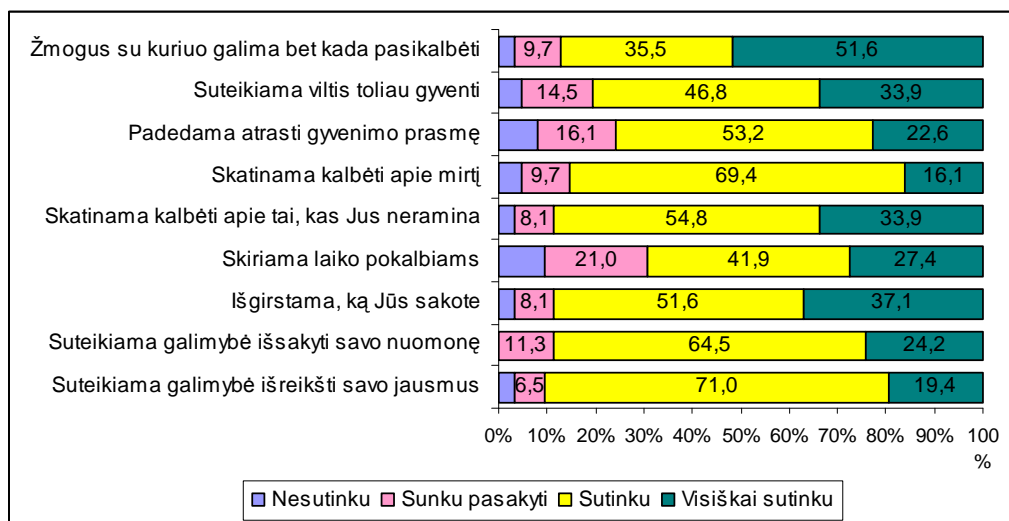
79 proc. (vidurkis 4,13 iš 5 balų, 95 proc. PI 3,92; 4,34) apklaustųjų, teigia kad jiems reikia žmogaus, su kuriuo būtų galima, bet kada pasikalbėti. Didžioji dalis t.y. 74,2 proc. (vidurkis 3,87 iš 5 balų, 95 proc. PI 3,67; 4,07) respondentų pasisako, už tai, kad ligoninėje būtų atsižvelgiama į jų pageidavimus. Apklaustos rezultatai parodė ir tai, kad žmonėms reikia ne tik dėmesio, bet ir pagalbos padedant žmogui atsiverti. Tyrimas parodė, kad net 64,5 proc. (vidurkis 3,69 iš 5 balų, 95 proc. PI 3,47; 3,92) apklaustųjų pageidautų, kad juos skatintų kalbėti, apie tai, kas juos neramina. Kalbėti būtina. Bet ar visada yra suteikiama galimybė išreikšti savo mintis? 59,6 proc. (3,69 vidurkis iš 5 balų, 95 proc. PI 3,48; 3,91) norėtų, kad jiems būtų suteikiama galimybė išsakyti savo nuomonę, požiūrius. Mažiausią poreikį respondentai įvardija – skatinimą kalbėti apie mirtį, už tai pasisako 48,8 proc. (vidurkis 3,23 iš 5 balų, 95 proc. PI 2,93; 3,52). Visiškai prieštarauja net 32 proc. apklaustųjų, tikriausiai jie negali galvoti apie artimojo išėjimą ir nenori kalbėti apie tai (žr. 10 lentelė ir 9 priedas).

10 lentelė. Respondentų nuomone, slaugos ligoninėje dvasinės paramos būtinumas (balais)

<i>Svarbu, kad ligoninėje BŪTŪ:</i>	Jūsų lytis:		Rodiklių reikšmingumas
	Vyras	Moteris	
Suteikiama galimybė išreikšti savo jausmus, emocijas	3,14 (PI 2,77; 3,51)	3,68 (PI 3,39; 3,96)	p=0,000
Suteikiama galimybė išsakyti savo nuomonę, požiūrius	3,41 (PI 3,11; 3,70)	3,85 (PI 3,56; 4,14)	p=0,001
Išgirstama, ką Jūs sakote	3,59 (PI 3,19; 3,99)	4,03 (PI 3,80; 4,25)	p=0,000
Skiriamas laiko pokalbiams ir Jūsų rūpesčiams	3,36 (PI 2,92; 3,81)	3,60 (PI 3,30; 3,90)	p=0,000
Skatinama kalbėti apie tai, kas Jus neramina	3,68 (PI 3,31; 4,05)	3,70 (PI 3,41; 3,99)	p = 0,000
Skatinama kalbėti apie mirtį	2,91 (PI 2,40; 3,42)	3,40 (PI 3,03; 3,77)	p=0,003
Padedama atrasti gyvenimo prasmę	3,27 (PI 2,76; 3,79)	3,58 (PI 3,25; 3,90)	p=0,002
Suteikiama viltis toliau gyventi	3,05 (PI 2,56; 3,53)	3,68 (PI 3,36; 3,99)	p=0,217
Žmogus su kuriuo galima bet kada pasikalbėti	4,05 (PI 3,67; 4,42)	4,18 (PI 3,92; 4,44)	p=0,000

Žmogaus vidinė pusiausvyra yra svarbi ne tik sergančiajam artimajam, bet ir slaugančiajam personalui. Respondentams buvo pateikti teiginiai apie tai, ar jiems suteikiama psichologinė, emocinė, dvasinė parama slaugos ligoninėje (žr. pav. 12).

pav. 12 Respondentų psichologinės, emocinės ir dvasinės paramos įvertinimas slaugos ligoninėje (procentais)



90,4 proc. (vidurkis 4,06 iš 5 balų, 95 proc. PI 3,91; 4,22) apklaustųjų atsakė, kad jie gali išreikšti savo jausmus, emocijas. Apie galimybę pasisakė 86,3 vyrų ir moterų 92,5 proc. Galbūt moterys yra atviresnės, komunikabilesnės.

Nežinomybė, ateitis artimuosius kankina pakankamai dažnai, tad slaugantysis personalas stengiasi kiek įmanoma skatina kalbėti, išsipasakoti apie tai, kas juo neramina. Tokį skatinimą, pagalbą gauna 88,7 proc. (vidurkis 4,19 iš 5 balų, 95 proc. PI 4,01; 4,38) apklaustųjų. Apie tai teigia 77,3 proc. vyrų ir 95 proc. moterų.

Slauga ligoninėje daugeliui yra sunki našta. Tai svetima erdvė, diskomfortas ar trūkumas širdžiai mielo žmogaus pašnekesys. 87,1 proc. (vidurkis 4,35 iš 5 balų, 95 proc. PI 4,15; 4,56) respondentai atsako, kad slaugos ligoninėje yra žmogus su kuriuo galima bet kada pakalbėti, o tai suteikia viltį, ramumą.

88,7 proc. (vidurkis 4,23 iš 5 balų, 95 proc. PI 4,04; 4,41) apklaustųjų džiaugiasi, kad slaugos ligoninėje atsižvelgiama į Jų pageidavimus.

85,5 proc. (vidurkis 3,97 iš 5 balų, 95 proc. PI 3,80; 4,14) apklaustųjų teigia slaugos ligoninėje skatinami kalbėti apie mirtį. Kalbėti apie labai skaudžius ateinančius išgyvenimus tenka su 77,2 proc. vyrų ir 90 proc. moterų. Galbūt moterims yra sunkiai susitaikyti su užklumpančia išsiskirimo su artimuoju momentu ir gyvenimo be artimo žmogaus (žr. 11 lentelė ir 9 priedas).

11 lentelė. Respondentų nuomone, slaugos ligoninėje dvasinės paramos būtinumas (balais)

<i>Ligoninėje YRA:</i>	Jūsų lytis:		Rodiklių reikšmingumas
	Vyras	Moteris	
Suteikiama galimybė išreikšti savo jausmus, emocijas	3,95 (PI 3,67; 4,24)	4,13 (PI 3,93; 4,32)	p=0,000
Suteikiama galimybė išsakyti savo nuomonę, požiūrius	3,95 (PI 3,70; 4,21)	4,23 (PI 4,04; 4,40)	p=0,000
Išgirstama, ką Jūs sakote	4,18 (PI 3,80; 4,56)	4,25 (PI 4,04; 4,46)	p=0,000
Skiriama laiko pokalbiams ir Jūsų rūpesčiams	3,50 (PI 3,05; 3,95)	4,08 (PI 3,81; 4,34)	p=0,004
Skatinama kalbėti apie tai, kas Jus neramina	4,00 (PI 3,55; 4,41)	4,30 (PI 4,12; 4,48)	p = 0,000
Skatinama kalbėti apie mirtį	3,77 (PI 3,50; 4,04)	4,08 (PI 3,85; 4,30)	p=0,000
Padedama atrasti gyvenimo prasmę	3,59 (PI 3,14; 4,04)	4,05 (PI 3,80; 4,30)	p=0,000
Suteikiama viltis toliau gyventi	3,95 (PI 3,58; 4,33)	4,18 (PI 3,92; 4,44)	p=0,000
Žmogus su kuriuo galima bet kada pasikalbėti	4,64 (PI 4,42; 4,85)	4,20 (PI 3,92; 4,48)	p=0,000

Atlikus tyrimą galima teigti, kad itin statistiškai reikšminga būtų suteikiama galimybė išreikšti slaugančiųjų nuomonę, požiūrį (p=0,000), kad būtų skiriama laiko pokalbiams ir skatintų pokalbį, apie tai kas juos neramina (p=0,000). Mažiau statistiškai reikšmingi poreikiai kurie skatintų kalbėti apie mirtį (p=0,003) ir tuo pačiu suteikiama viltis toliau gyventi (p=0,217).

Respondentai teigia, kad jiems yra labai svarbu rasti žmogų slaugos ligoninėje, kad su juo galėtų, bet kada pasikalbėti. Jie teigia, toks žmogus iš tiesų yra, nors galbūt kiti apie šį poreikį nepagalvoja. Taip pat labai svarbus momentas, tai, kad slaugos ligoninėje atsižvelgiama į respondentų pageidavimus yra galimybė tiek, kiek pageidauja apklaustieji.

Apibendrinus palatyvių ligonių artimųjų psichologinės, emocinės, dvasinės paramos poreikius ir patenkina gauti rezultatai rodo:

- psichologinę 88,7 proc.
- dvasinės 85,5 proc.
- emocinę 88,7 proc.

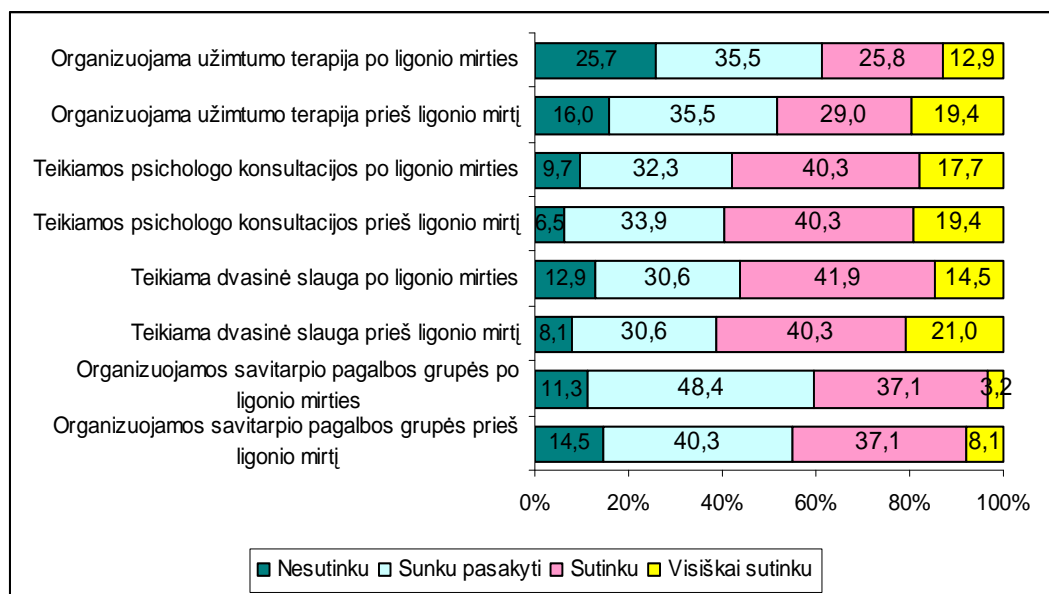
2.7. Naujų paslaugų poreikis slaugos ligoninėje palatyvių ligonių artimiesiems

Teikiant naujas paslaugas visuomet reikia galvoti apie paslaugų poreikį ateityje. Mūsų šalyje tendencingai didėjantis palatyvių ligonių artimųjų skaičius turėtų atkreipti dėmesį sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių palatyvių pagalbą, teikiant prevencines paslaugas, gerinančias žmonių sveikatą bei gyvenimo kokybę.

Noras padėti artimiesiems išgyventi, susitaikyti su artimojo liga, stengtasi išsiaiškinti ką dar galima padaryti, kad slaugančiųjų gyvenimas taptų šviesesnis. Buvo pateikti teiginiai apie naujas paslaugas, kurios būtų teikiamos ir organizuojamos artimiesiems slaugos ligoninėje.

Respondentai savo nuomonę išreiškė įvairiai, abejodami, tačiau visai neigiamų atsakymų nebuvo (žr. pav. 13).

pav. 13 Respondentų nuomone siūlomų paslaugų poreikis



Šio tyrimo metu išsiaiškinta kokių paslaugų norėtų ligonių artimieji:

- Daugiausiai procentų (nuo 25 proc. iki 30 proc.) apklaustųjų atsakė, kad paslaugos reikalingos arba abejoja jų poreikiu. 61,3 proc. (vidurkis 3,74 iš 5 balų, 95 proc. 3,52; 3,97) respondentų pageidautų, kad būtų teikiama dvasinė slauga prieš išsiskiriant su artimuoju. 56,4 proc. (vidurkis 3,53 iš 5 balų, 95 proc. PI 3,28; 3,79) respondentai kaip svarbiausią poreikį įvardija, jog jiems būtų teikiama dvasinė slauga po artimojo mirties. 59,7 proc. (vidurkis 3,73 iš 5 balų, 95 proc. PI 3,51; 3,94) respondentai pageidautų psichologo konsultacijų prieš artimojo mirtį. Po artimojo mirties psichologo konsultacijomis norėtų pasinaudoti 58 proc. (vidurkis 3,66 iš 5 balų, 95 proc. PI 3,44; 3,89) apklaustųjų. Mažiausiai pageidaujančių buvo dalyvauti užimtumo terapijoje tiek prieš ligonio mirtį (48 proc. vidurkis 3,50 iš 5 balų, 95 proc. PI 3,24; 3,76), tiek po jo mirties (38,7 proc. vidurkis 3,23 iš 5 balų, 95 proc. PI 2,96; 3,49) (žr. 12 lentelė ir 10 priedas).

12 lentelė. Vyrų ir moterų nuomone naujų paslaugų poreikis slaugos ligoninėje (balais)

Ar reikia, kad slaugos ligoninėje BŪTŲ TEIKIAMOS PASLAUGOS ARTIMIESIEMS:	Jūsų lytis:		Rodiklių reikšmingumas
	Vyras	Moteris	
Organizuojamos savitarpio pagalbos grupės prieš ligonio mirtį	3,318 (PI 2,92; 3,71)	3,43 (PI 3,17; 3,69)	p=0,000
Organizuojamos savitarpio pagalbos grupės po ligonio mirties	3,14 (PI 2,89; 3,38)	3,43 (PI 3,18; 3,67)	p=0,000

12 lentelės tęsinys

<i>Ar reikia, kad slaugos ligoninėje BŪTŲ TEIKIAMOS PASLAUGOS ARTIMIESIEMS:</i>	Jūsų lytis:		Rodiklių reikšmingumas
	Vyras	Moteris	
Teikiama dvasinė slauga prieš ligonio mirtį	3,55 (PI 3,22; 3,87)	3,43 (PI 3,18; 3,67)	p=0,003
Teikiama dvasinė slauga po ligonio mirties	3,23 (PI 2,74; 3,72)	3,70 (PI 3,41; 3,99)	p=0,000
Teikiamos psichologo konsultacijos prieš ligonio mirtį	3,64 (PI 3,26; 4,01)	3,78 (PI 3,50; 4,05)	p=0,001
Teikiamos psichologo konsultacijos po ligonio mirties	3,50 (PI 3,07; 3,93)	3,75 (PI 3,48; 4,02)	p=0,003
Organizuojama užimtumo terapija prieš ligonio mirtį	3,36 (PI 2,88; 3,85)	3,58 (PI 3,26; 3,89)	p=0,000
Organizuojama užimtumo terapija po ligonio mirties	2,95 (PI 2,53; 3,38)	3,38 (PI 3,03; 3,72)	p=0,001

Remiantis atlikto tyrimo duomenimis, buvo vertinama, kaip statistiškai reikšmingai, yra būtinos siūlomos paslaugos. Statistiškai itin reikšmingos ($p=0,000$) organizuojamos savitarpio pagalbos grupės prieš ir po ligonio mirties. Taip pat itin statistiškai reikšminga būtų teikti dvasinę slaugą po ligonio mirties ($p=0,000$) ir organizuoti užimtumo terapiją prieš ligonio mirtį ($p=0,000$). Statistiškai reikšmingos būtų teikiamos psichologo konsultacijos prieš ligonio mirtį ($p=0,001$) ir po ligonio mirties ($p=0,003$).

Siekiant išsiaiškinti poreikį naujoms paslaugoms apibendrinus, galima išskirti šias tendencijas respondentų atsakymuose:

- psichologo konsultacijos pageidautų 95 proc. visų respondentų
- dvasinės pagalbos norėtų sulaukti 56,4 proc. visų apklaustųjų
- savitarpio pagalbos grupėse sudalyvautų 45,2 proc. visų respondentų

IŠVADOS

Paliatyvių ligonių artimiesiems yra svarbu, kad slaugos ligoninėje būtų patenkinami jų socialiniai, dvasiniai, psichologiniai poreikiai.

- Tenkinant socialines paslaugas, priežiūrą ir procedūras ligoniams, informaciją ir pagalbą apie ligos eigą ir simptomus vienodai svarbu tiek moterims, tiek vyrams.
- Tenkinant psichologines paslaugas - emocinę, dvasinę, psichologinę ir bendravimo paramą, tai yra svarbiau moterims, negu vyrams.

Teikiamos psichosocialinės paslaugos atitinka daugumos paliatyvių ligonių artimųjų poreikius:

- Bendravimas su sveikatos priežiūros specialistais užtikrinamas tiek vyrų, tiek moterų tarpe.
- Psichologinių, dvasinių, emocinių paramos patenkinamų ne visi liko suprasti, tačiau didžioji dauguma konstatavo šių poreikių patenkinamą.
- Teikiami priežiūros ir procedūrų poreikiai patenkinami labiau vyrų tarpe, negu moterų.
- Pagalbos ir informacijos patenkinimas buvo vienodai konstatuotas tiek vyrams, tiek moterims.

Naujų psichosocialinių paslaugų poreikis buvo gana ryškus:

- Dvasinė pagalba reikalinga tiek prieš artimojo mirtį, tiek po jos ir labai svarbi tiek vyrams, tiek moterims.
- Psichologo pagalbos pageidavo beveik visi tyrimieji ypatingai prieš artimojo mirtį.
- Savitarpio pagalbos grupių didesnis poreikis prieš artimojo mirtį, kur buvo pageidautą tiek vyrų, tiek moterų ir mažiau pagalbos grupių poreikio po artimojo mirties.

Ištyrus ir įvertinus paliatyvių ligonių psichosocialinius poreikius konstatuotas jų svarbumas tiek vyrų, tiek moterų tarpe, tačiau vyrai daugiau išsakė abejonių paslaugomis. Slaugos ligoninėje atliktas tyrimas parodė, kad įstaiga dirba kryptingai paliatyvioj pagalboj ir įvertintas pasiaukojantis, profesionalus komandos darbas.

PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS

Rekomendacijos įstaigos vadovui:

- Parengti savo institucijos paliatyvios pagalbos teikimo filosofiją, tikslus ir objektą;
- Paruošti komandos narius (gydytojams, slaugytojams, socialiniams darbuotojams) pareigybines instrukcijas;
- Aiškiai apibrėžti kiekvieno komandos nario atsakomybę;
- Skatinti darbuotojus, kelti savo kvalifikaciją paliatyvios pagalbos seminaruose, konferencijose;
- Skatinti bendradarbiavimą su paliatyvios pagalbos institucijomis ir pasidalinti patirtimi.

Rekomendacijos įstaigos socialiniam darbuotojui:

- Socialinis darbuotojas kaip specialistas turintis psichologinių, bendravimo su žmonėmis, darbo grupių organizavimo žinių bei metodų turėtų gerinti visos komandos narių tarpusavio bendravimą ir įstaigos mikroklimatą
- Prisidėti prie sveikatos priežiūros specialistų motyvavimo empatiškesniam reagavimui į paliatyvių ligonių artimuosius
- Teikti pagalbą priimant svarbius sprendimus, sprendžiant artimiesiems iškilusias problemas, patarti, nukreipti pas atitinkamus specialistus
- Tarpininkaujant su ligoninės dvasininku (kapelionu) organizuoti darbuotojų grupinius susitikimus, kur personalas galėtų asmeniškai išsikalbėti išreikšti savo jausmus, kurių metu suteiktų iš savo profesinių pozicijų stiprybės, tolerantiškumo, dvasinio tobulumo
- Suburti paliatyvių ligonių artimųjų grupes iš 5-7 asmenų ir kartą savaitėje rengti susitikimus ligoninėje esančioje koplyčioje

Rekomendacijos sveikatos apsaugos ministerijai:

- Paskatinti įstaigas, teikiančias paliatyvios pagalbos paslaugas, atliekant tyrimus, siekiant išsiaiškinti teikiamų paslaugų kokybę paliatyvių ligonių artimiesiems.
- Aktyvinti visuomenę dalyvauti paliatyvios pagalbos savanoriškoje veikloje.
- Peržiūrėti bazinius įkainius pagal paliatyvios pagalbos paslaugų kokybę.

LITERATŪRA

1. Andrijauskaitė, D., 2007; 02 (137): 4-6. Startas paliatyvios pagalbos paslaugoms teikti de jure. Gydytojų menas (Kaunas).
2. Ambrozaitienė, D., pagyvenę žmonės 2007 metais [interaktyvus]. Statistikos departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės: 2008 rugsėjo 30 [žiūrėta 2009 m. gegužės 20 d.]. Prieiga per internetą: </http://www.stat.gov.lt/lt/newsview/?id=2749>.
3. Aries, P., 1993. Mirties supratimas Vakarų kultūros istorijoje. – Vilnius
4. Bailey, D., Simeonsson, P., 1999. Family needs survey. FPG Child Development Center. North Carolina University at Chapel Hill
5. Dėl Lietuvos medicinos normos MN 80:2000 „Palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninė“: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. vasario 21 d. įsakymas Nr. 100. Valstybės žinios 2000; 18-444.
6. Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 1998 m. birželio 18 d. įsakymo Nr. 329 „Dėl bazinių kainų patvirtinimo“ pakeitimo: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. gegužės 9 d. įsakymas Nr. 435. Valstybės žinios 2008; 50-13.
7. Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. gegužės 14 d. įsakymo Nr. V-364 „Dėl licencijuojamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo patvirtinimo“ papildymo: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. vasario 14 d. įsakymas Nr. V-97. Valstybės žinios 2007; 22-850.
8. Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2006-2008 metų programos įgyvendinimo priemonių patvirtinimo: Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2006 m. spalio 17 d. nutarimas Nr. 1020. Valstybės žinios 2006; 112-4273.
9. Dėl Paliatyviosios pagalbos paslaugų suaugusiesiems ir vaikams teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 2007 m. sausio 11 d. įsakymas Nr. V-14. Valstybės žinios 2007; 7-290.
10. Dėl valstybinės vėžio profilaktikos ir kontrolės 2003–2010 metų programos patvirtinimo: Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. gruodžio 10 d. nutarimas Nr. 1593. Valstybės žinios 2003; 117-5348.
11. Hoddler, P., Turley, A., 2004. Paliatyvioji pagalba. Kaunas: KMU leidykla
12. Jansen, E., D., 1997. Paguoda mirštančiam ir liekantiems. Kaunas: Pagyvenusios moters veiklos centras
13. Johnson, L., C., 2001. Socialinio darbo praktika ir metodika. Vilnius: Vilniaus universiteto Specialiosios psichologijos laboratorija.

14. Kabašinskiėnė, R., 2005. Paliatyvios pagalbos paslaugų organizavimas slaugos ligoninėje: magistro diplominis darbas. Kaunas: Kauno medicinos universitetas
15. Kindlen, M., Walker, Sh., 2005. Bendrosios praktikos slaugytojai ir paliatyvioji pagalba. Kn.: Lugton J, Kindlen M. Paliatyvioji slauga. Kaunas: KMU leidykla; p. 37-71.
16. Kübler – Ross, E., 2001. Apie mirtį ir mirimą. Vilnius: Katalikų pasaulis;
17. Leonavičius, J., 1993. Sociologijos žodynas. Vilnius: Academia;
18. Liobikienė, N., 2002. Mirtis, mirimas, netektis ir našlystė. Kn.: Veličkienė N, red. Socialinė gerontologija: ištakos ir perspektyvos. Kaunas: VDU Socialinio darbo institutas; p. 158-176.
19. Lugton, J., Kindlen, M., 2005. Paliatyvioji slauga. Kaunas: KMU leidykla
20. Lugton, J, Kindlen, M., 2005. Paliatyvioji slauga. Kaunas: McIntyre, R., Pagalba šeimos nariams ir slaugytojams KMU leidykla; p. 222-245.
21. Palliative Care. 2004. The Solid facts. WHO;
22. Pearce, Ch., Lugton, J., 2005. Holistinis ligonio ir artimųjų poreikio vertinimas. Kn.: Lugton J, Kindlen M. Paliatyvioji slauga. Kaunas: KMU leidykla; p. 71-101.
23. Pukėnas, K., 2005. Sportinių tyrimų duomenų analizė SPSS programa. Kaunas: Lietuvos kūno kultūros akademija
24. Ramonaitė, R., Istomina, N., 2007. Socialinės sveikatos samprata. Slauga: mokslas ir praktika (Vilnius); p 7-8: 15-19.
25. Spinger, D., Brubaker, T., 1984. Family caregivers and dependent elderly: Minimizing stress and maximizing independence. Beverly Hills, CA.: Sage Publications
26. Rossi, P., H., Freeman, H., E., Lipsey, M., W., 1999. Evaluation a Systematic Approach. London: Sage Publications,
27. Šeškevičius, A., 2006. Mirštantysis – gyvenantis žmogus. Lesauskaitė V., red. Gerontologijos ir geriatrijos aktualijos (Kaunas) (1); 128-132.
28. Šeškevičius, A., 2005. Paliatyviosios pagalbos organizavimas: rekomendacija Europos šalių parlamentams ir vyriausybėms. Kaunas: Paliatyvios pagalbos draugija;
29. Šeškevičius, A., 2003. Slaugos žinynas. Kaunas: KMU Spaudos ir leidybos centras
30. Škudienė, L., Pagalba gedinčiamam. Paliatyvioji pagalba onkologiniams pacientams: mokslinė – praktinė konferencija (Kaunas, 2007 m. gegužės 24 d.). Kaunas: Kauno medicinos universiteto slaugos ir rūpybos katedra, Lietuvos paliatyvios medicinos draugija. p. 14-16.
31. The Revd Leonard Lunn St. Lazarus - alive and well in Krakow. Hospice Bulletin. Krakow 1998; 6 (2); 10.
32. What are the psychosocial needs of cancer patients and their main carers? A study of unser experience of cancer with particular reference to psychosocial need. The Institute for health

research Lancaster University; 2001.

33. Zespół Opieki Paliatywnej przy Dłnoslaskim Centrum Onkologii we Wrocławiu, Wrocław

34. Žalimienė, L., 2003 Socialinės paslaugos. Vilnius: Vilniaus universiteto Specialiosios psichologijos laboratorija

PRIEDAI

**LIETUVOS RESPUBLIKOS SVEIKATOS APSAUGOS MINISTRO
Į S A K Y M A S**

**DĖL PALIATYVIOSIOS PAGALBOS PASLAUGŲ SUAUGUSIESIEMS IR
VAIKAMS TEIKIMO REIKALAVIMŲ APRAŠO PATVIRTINIMO**

**2007 m. sausio 11 d. Nr. V-14
Vilnius**

Atsižvelgdamas į Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2006 m. spalio 17 d. nutarimą Nr. 1020 „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2006–2008 metų programos įgyvendinimo priemonių patvirtinimo“ (Žin., 2006, Nr. 112-4273), vykdydamas Valstybinės vėžio profilaktikos ir kontrolės 2003–2010 metų programos, patvirtintos Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. gruodžio 10 d. nutarimu Nr. 1593 (Žin., 2003, Nr. 117-5348), 10.8, 11.7, 11.11, 12.5 ir 17.6 punktų nuostatas, siekdamas užtikrinti paliatyviosios pagalbos paslaugų sunkiai sergantiems pacientams prieinamumą ir kokybę ir atsižvelgdamas į Pasaulio sveikatos organizacijos rekomendacijas dėl šių paslaugų teikimo:

1. T v i r t i n u Paliatyviosios pagalbos paslaugų suaugusiesiems ir vaikams teikimo reikalavimų aprašą (pridedama).
2. P a v e d u įsakymo vykdymą kontroliuoti ministerijos sekretoriui pagal administruojamą sritį.

SVEIKATOS APSAUGOS MINISTRAS RIMVYDAS TURČINSKAS

PATVIRTINTA
Lietuvos Respublikos
sveikatos apsaugos ministro
2007 m. sausio 11 d. įsakymu Nr.
V-14

**PALIATYVIOSIOS PAGALBOS PASLAUGŲ
SUAUGUSIESIEMS IR VAIKAMS TEIKIMO REIKALAVIMŲ APRAŠAS**

I. NUORODOS

1. Tvarcos aprašas parengtas vadovaujantis Lietuvos Respublikos įstatymais, kitais teisės aktais:
 - 1.1. Lietuvos Respublikos įstatymų ir kitų teisės norminių aktų rengimo tvarkos įstatymu (Žin., 1995, Nr. 41-991);
 - 1.2. Lietuvos Respublikos medicinos praktikos įstatymu (Žin., 1996, Nr. 102-2313; Žin., 2004, Nr. 68-2365);
 - 1.3. Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymu (Žin., 1996, Nr. 102-2317; 2004, Nr. 115-4284);
 - 1.4. Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymu (Žin., 1996, Nr. 55-1287; 2002, Nr. 123-5512);
 - 1.5. Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymu (Žin., 1996, Nr. 66-1572; 1998, Nr. 109-2995);
 - 1.6. Lietuvos Respublikos žmogaus mirties nustatymo ir kritinių būklių įstatymu (Žin., 1997, Nr. 30-712; 2002, Nr. 43-1601);
 - 1.7. Lietuvos Respublikos labdaros ir paramos įstatymu (Žin., 1993, Nr. 21-506; 2000, Nr.

61-1818);

1.8. Lietuvos Respublikos slaugos praktikos įstatymu (Žin., 2001, Nr. 62-2224);

1.9. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2001 m. gruodžio 13 d. nutarimu Nr. 1511 „Dėl Savanoriškų darbų atlikimo sąlygų ir tvarkos patvirtinimo“ (Žin., 2001, Nr. 106-3801);

1.10. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 1998 m. birželio 18 d. įsakymu Nr. 329 „Dėl bazinių kainų patvirtinimo“ (Žin., 1998, Nr. 57-1611);

1.11. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1998 m. lapkričio 27 d. įsakymu Nr. 691 „Dėl Lietuvos Respublikos medicinos normos MN 57:1998 „Bendruomenės slaugytojas. Funkcijos, pareigos, teisės, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“ (Žin., 1998, Nr. 107-2939);

1.12. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. vasario 21 d. įsakymu Nr. 100 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 80:2000 „Palaikomojo gydymo ir slaugos liginė“ (Žin., 2000, Nr. 18-444);

1.13. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. lapkričio 7 d. įsakymu Nr. 604 „Dėl Bendrųjų vaikų ligų stacionariųjų antrinio lygio paslaugų teikimo reikalavimų“ (Žin., 2000, Nr. 104-3286);

1.14. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. lapkričio 7 d. įsakymu Nr. 606 „Dėl Bendrųjų vidaus ligų profilio stacionariųjų paslaugų teikimo reikalavimų“ (Žin., 2000, Nr. 105-3319);

1.15. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2001 m. vasario 8 d. įsakymu Nr. 101 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 4:2001 „Medicinos prietaisų saugos techninis reglamentas“ patvirtinimo“ (Žin., 2001, Nr. 15-467);

1.16. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003 m. vasario 27 d. įsakymu Nr. V-136 „Dėl Lietuvos higienos normos HN 47-1:2003 „Sveikatos priežiūros įstaigos. Higieninės ir epidemiologinės priežiūros reikalavimai“ patvirtinimo“ (Žin., 2003, Nr. 29-1213);

1.17. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003 m. liepos 11 d. įsakymu Nr. V-444 „Dėl medicininės reabilitacijos ir sanatorinio (antirecidyvinių) gydymo organizavimo“ (Žin., 2003, Nr. 78-3577);

1.18. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003 m. liepos 11 d. įsakymu Nr. V-450 „Dėl sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistų kompetencijos teikiant pirmąją medicinos pagalbą, pirmosios medicinos pagalbos vaistinėlių ir pirmosios pagalbos rinkinių“ (Žin., 2003, Nr. 79-3605);

1.19. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. birželio 14 d. įsakymu Nr. V-437 „Dėl Lietuvos Respublikos medicinos normos MN 28:2004 „Bendrosios praktikos slaugytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“ (Žin., 2004, Nr. 97-3597);

1.20. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymu Nr. V-943 „Dėl pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo bei pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašo tvirtinimo“ (Žin., 2005, Nr. 143-5205);

1.21. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 22 d. įsakymu Nr. V-1013 „Dėl Lietuvos Respublikos medicinos normos MN 14:2005 „Šeimos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“ (Žin., 2006, Nr. 3-62);

1.22. ES ministrų komiteto 2003 m. lapkričio 12 d. rekomendacijomis;

1.23. Lietuvos Vyskupų Konferencijos ir Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 2002 m. rugsėjo 16 d. susitarimu Nr. 3/115 „Dėl katalikų bažnyčios sielovados teikimo sveikatos priežiūros įstaigose“.

II. TERMINAI, APIBRĖŽIMAI IR BENDROSIOS NUOSTATOS

2. **Sveikatos priežiūros paslaugos** – įstaigos ir paslaugų užsakovų susitarimu grindžiamas įstaigos veiklos rezultatas. Paslaugų užsakovais gali būti Sveikatos sistemos įstatyme nustatyti Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos veiklos užsakovai, kiti juridiniai ir fiziniai asmenys.

3. **Paliatyvioji pagalba** – liginio, sergančio pavojinga gyvybei, nepagydoma,

progresuojančia liga, ir jo artimųjų gyvenimo kokybės gerinimo priemonės, užkertančios kelią kančioms ar jas lengvinančios, padedančios spręsti kitas fizines, psichosocialines ir dvasines problemas.

4. **Savanoriai** – tai asmenys, kurie laisva valia ir niekieno neverčiami atlieka visuomenei naudingą darbą, negaudami už tai atlygio.

5. Paliatyviosios pagalbos tikslas:

5.1. mažinti fizines kančias ir / ar jų išvengti;

5.2. tiksliai nustatyti ligonius varginančius simptomus, siekti juos kontroliuoti ir mažinti;

5.3. nustatyti psichologines ir socialines ligonio bei jo artimųjų problemas, padėti jas spręsti stiprinant norą gyventi, o mirtį laikant natūraliu procesu;

5.4. pagerinti ligonio ir jo artimųjų gyvenimo kokybę;

5.5. padėti ligonio šeimai ar jo artimiesiems netekties laikotarpiu.

6. Paliatyviosios pagalbos paslaugas gali teikti ambulatorinės ir stacionarinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos, organizuodamos šių paslaugų teikimą stacionare, dienos stacionare arba ambulatorinėmis sąlygomis.

7. Teikiant paliatyviosios pagalbos paslaugas, pildomi tokie patys medicininiai dokumentai, kaip ir gydant ambulatoriškai bei stacionare.

8. Vaistai ir medicinos pagalbos priemonės kompensuojami iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų teisės aktų nustatyta tvarka.

III. PALIATYVIOSIOS PAGALBOS PASLAUGŲ INDIKACIJOS

9. Paliatyviosios pagalbos paslaugoms gauti ligonį siunčia gydantis gydytojas. Siuntime, be 10 punkte nurodytų duomenų, turi būti įrašyta:

9.1. trumpa anamnezė, objektyvūs duomenys, diagnozė, dėl kurios ligoniui būtina paliatyvioji pagalba, taikytas gydymas, atlikti tyrimai, patvirtinantys paliatyviosios pagalbos būtinumą, siuntimo tikslas, jį išdavusio gydytojo bei kitų gydytojų specialistų pagal medicininės indikacijas išvados dėl paliatyviosios pagalbos paslaugų taikymo;

9.2. atliktų bendrojo kraujo, šlapimo, elektrokardiogramos, jeigu reikia, ir kitų tyrimų rezultatai.

10. Paliatyviosios pagalbos paslaugos skiriamos ligoniams, sergantiems gyvenimą trumpinančia, nepagydoma, progresuojančia liga, kurios bent vienas iš nurodytų progresavimo požymių yra raštiškai gydytojų konsiliumo ar gydytojų konsultacinės komisijos patvirtintas medicininėje dokumentacijoje:

10.1. navikiniai susirgimai, kai *Karnovskio* indeksas mažesnis kaip 50 %;

10.2. esant IV-osios funkcinės klasės lėtiniam kraujotakos nepakankamumui, nepasiduodančiam optimaliam gydymui, kai *Bartelio* indeksas ne didesnis kaip 40 balų;

10.3. esant III laipsnio lėtiniam kvėpavimo funkcijos nepakankamumui, nepasiduodančiam optimaliam gydymui, kai *Bartelio* indeksas ne didesnis kaip 40 balų;

10.4. esant lėtinio inkstų nepakankamumo terminalinei stadijai, kai hemodializės nebetaikomos dėl kontraindikacijų ar atsisakius pačiam ligoniui;

10.5. esant lėtinei, greitai progresuojančiai kepenų nepakankamumo terminalinei stadijai ir gyvybei pavojingoms komplikacijoms, kai *Bartelio* indeksas ne didesnis kaip 40 balų;

10.6. esant terminalinėms, greitai progresuojančioms nervų sistemos ligų stadijoms ir gyvybei pavojingoms komplikacijoms;

10.7. esant terminalinei žmogaus imunodeficito viruso (ŽIV) ligos stadijai, nepasiduodančiai optimaliam gydymui, ir gyvybei pavojingoms komplikacijoms, kai *Karnovskio* indeksas mažesnis kaip 50%;

10.8. esant vegetacinėms būklėms, pagal *Glasgow* komų skalę ne daugiau kaip 10 balų.

11. Gydantis gydytojas, atsižvelgdamas į ligonio sveikatos būklę, į ligonio ir jo artimųjų pageidavimą, parenka paliatyviosios pagalbos paslaugų teikimo formą: stacionare, dienos stacionare arba ambulatorinėmis sąlygomis. Kartu su paliatyviosios pagalbos sveikatos priežiūros specialistais

ir ligonio artimaisiais gydytojas nustato šių paslaugų teikimo mastą ir trukmę, kurie, priklausomai nuo ligonio sveikatos būklės, gali būti koreguojami.

12. Paliatyviosios pagalbos paslaugos teikiamos ligoniams, sergantiems ligomis, išvardytomis 1 priede pagal TLK-10 – Tarptautinę statistinę ligų ir sveikatos problemų klasifikaciją.

13. Paliatyviosios pagalbos gydymo metodai ir kitos priemonės:

13.1. taikomi visiems ligoniams:

13.1.1. ligonio sveikatos būklės vertinimas, reikalingų tyrimų ir stebėsenos skyrimas;

13.1.2. medikamentinis gydymas;

13.1.3. slaugos poreikių nustatymas ir jų įgyvendinimas (gyvybinių veiklų vertinimas ir stebėjimas, slaugos plano sudarymas, ligonio asmens higiena, pragulų profilaktika ir kt.);

13.1.4. psichologinė pagalba, individuali ar grupinė psichoterapija ligoniui ir jo artimiesiems;

13.1.5. socialinių poreikių vertinimas bei stebėjimas, socialinės pagalbos planavimas ir teikimas, tarpininkavimas sprendžiant socialines problemas;

13.1.6. ligonio ir jo artimųjų mokymas.

13.2. taikomi esant poreikiui:

13.2.1. dirbtinė plaučių ventiliacija;

13.2.2. deguonies terapija;

13.2.3. antivirusinis, chemoterapinis gydymas;

13.2.4. enterinis ir / ar parenterinis maitinimas;

13.2.5. žarnyno valymas;

13.2.6. invazinės skausmo malšinimo paslaugos;

13.2.7. besikaupiančių skysčių šalinimas iš kūno ertmių (pilvo, krūtinplėvės ir kt.);

13.2.8. stomų ir dirbtinių angų priežiūra;

13.2.9. skrandžio ir dvylikapirštės žarnos zondavimas;

13.2.10. skysčių išsiurbimas iš kvėpavimo takų;

13.2.11. šlapimo pūslės kateterizavimas;

13.2.12. alternatyvus nemedikamentinis gydymas;

13.2.13. masažas, kineziterapija, ergoterapija, fizioterapija ir kt.

14. Ligonii ar / ir jo artimiesiems pageidaujant, ligoniams ar / ir jų artimiesiems teikiama dvasinė pagalba. Taip pat ši pagalba gali būti teikiama paliatyviosios pagalbos sveikatos priežiūros specialistams. Dvasinę pagalbą teikia dvasinės misijos grupė: kapelionas ir dvasiniai asistentai.

IV. PALIATYVIOSIOS PAGALBOS PASLAUGŲ TEIKIMO REIKALAVIMAI

15. Paliatyviosios pagalbos paslaugas teikia šiame skyriuje išvardyti specialistai, aukštojoje mokykloje išklause ne mažiau kaip 36 val. paliatyviosios pagalbos kursą ir turintys tai patvirtinanti pažymėjimą.

16. Ambulatorines, stacionarines arba dienos stacionaro paliatyviosios pagalbos paslaugas gali teikti asmens sveikatos priežiūros įstaigos, atitinkančios bendruosius medicinos įstaigoms keliamus higienos ir medicinos įrangos reikalavimus [1.15; 1.16], turinčios licenciją tokiai veiklai.

17. Ambulatorinės paliatyviosios pagalbos paslaugos teikiamos konsultuojant ligonius ir jų artimuosius asmens sveikatos priežiūros įstaigoje arba vykstant specialistų komandai į ligonio namus, arba paliatyviosios pagalbos dienos stacionare.

18. Ambulatorines paliatyviosios pagalbos paslaugas pagal savo kompetenciją teikia ne mažesnė kaip 3 specialistų komanda, kurią sudaro: gydytojas, slaugytojas ir socialinis darbuotojas.

19. Esant poreikiui ligonį gali konsultuoti psichologas ir / ar psichoterapeutas.

20. Stacionarines arba dienos stacionaro paliatyviosios pagalbos paslaugas pagal savo kompetenciją teikia:

20.1. gydytojas, kuris stacionare arba dienos stacionare gydo ne daugiau kaip 10 ligonių;

20.2. slaugytojas, kuris stacionare slaugo ne daugiau kaip 2 ligonius, o dienos stacionare – ne daugiau kaip 5;

20.3. socialinis darbuotojas, kuris stacionare arba dienos stacionare pagalbą teikia ne daugiau

kaip 10 ligonių.

21. Esant poreikiui stacionarines arba dienos stacionaro paliatyviosios pagalbos paslaugas pagal savo kompetenciją teikia:

21.1. psichologas ir / ar psichoterapeutas stacionare arba dienos stacionare gydo ne daugiau kaip 10 ligonių;

21.2. slaugytojo padėjėjas stacionare prižiūri ne daugiau kaip 3 ligonius, o dienos stacionare – ne daugiau kaip 5.

22. Teikiant paliatyviosios pagalbos paslaugas rekomenduojama:

22.1. dvasinės misijos grupei teikti dvasinę pagalbą ligoniams, jų artimiesiems ir / ar paliatyviosios pagalbos sveikatos priežiūros specialistams. Dėl kapelionų ir dvasinių asistentų darbo asmens sveikatos priežiūros įstaigos vadovas gali pasirašyti sutartį su kompetentinga bažnytine institucija;

22.2. asmens sveikatos priežiūros įstaigų vadovams priimti savanorius asmens sveikatos priežiūros įstaigos vadovo nustatyta tvarka.

23. Reikalingų gydytojų bei kitų specialistų konsultantų paslaugos gali būti užtikrinamos pagal sutartis su kitomis asmens sveikatos priežiūros įstaigomis.

V. MINIMALUS MEDICINOS PAGALBOS PRIEMONIŲ IR ĮRANGOS SĄRAŠAS

24. Minimalus medicinos pagalbos priemonių ir įrangos, reikalingos teikti ambulatorines paliatyviosios pagalbos paslaugas ligonio namuose, sąrašas (paliatyviosios pagalbos priemonių krepšys):

24.1. krepšys;

24.2. fonendoskopas;

24.3. otorinooftalmoskopas;

24.4. kraujospūdžio matavimo aparatas;

24.5. mikrospirometras (FVC, FEV1);

24.6. neurologinis plaktukas;

24.7. instrumentai ir medicinos priemonės:

24.7.1. intubacinis S formos vamzdelis,

24.7.2. pincetas,

24.7.3. ruloninis pleistras,

24.7.4. sterilūs, įvairių parametru pleistrai,

24.7.5. sterilios pirštinės (1 komplektas),

24.7.6. sterilus ir nesterilus tvarstis,

24.7.7. varžtis,

24.7.8. vata (nesterili, 100 g),

24.7.9. 1,0, 2,0, 5,0, 10,0, 20,0 ml vienkartiniai švirkštai po 5 vienetus.

24.8. Pirmosios pagalbos vaistų rinkinys, patvirtintas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003 m. liepos 11 d. įsakymu Nr. V-450 „Dėl sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistų kompetencijos teikiant pirmąją medicinos pagalbą, pirmosios medicinos pagalbos vaistinėlių ir pirmosios pagalbos rinkinių“.

25. Minimalus medicinos pagalbos priemonių ir įrangos, reikalingos teikti ambulatorines paliatyviosios pagalbos paslaugas asmens sveikatos priežiūros įstaigoje, sąrašas:

25.1. paliatyviosios pagalbos priemonių krepšys, nurodytas 24 punkte;

25.2. elektrokardiografas;

25.3. gliukometras;

25.4. hematologinis analizatorius;

25.5. oksigenokonzentratorius;

25.6. siurbtuvas;

25.7. infuzomatas;

25.8. vienkartiniai švirkštai, lašelinės, intraveniniai kateteriai;

- 25.9. tracheostomos, kolostomos, cistostomos, šlapimo, išmatų surinktuvai ir kitos stomos;
- 25.10. medicininė kušetė;
- 25.11. procedūrų staliukas;
- 25.12. medicininė širma;
- 25.13. vaistų spinta;
- 25.14. šaldytuvas;
- 25.15. svarstyklės;
- 25.16. sanitariniai neštuvai;
- 25.17. spjauodyklė;
- 25.18. termometras;
- 25.19. akių vonelė;
- 25.20. pipetė akims;
- 25.21. Žane švirkštas;
- 25.22. zondas skrandžiui plauti;
- 25.23. chirurginės žirkklės;
- 25.24. anatominiai ir chirurginiai pincetai;
- 25.25. medinės (vienkartinės) arba metalinės mentelės;
- 25.26. Ambu maišas su deguonies kauke;
- 25.27. klijuotė;
- 25.28. specialūs dezinfekcijos, ikisterilizacinio apdorojimo, sterilizavimo indai ir priemonės.
- 26. Minimalus medicinos pagalbos priemonių ir įrangos, reikalingos teikti dienos stacionaro paliatyviosios pagalbos paslaugos ambulatoriškai, sąrašas:
 - 26.1. paliatyviosios pagalbos priemonės, nurodytos 24 ir 25 punktuose;
 - 26.2. ligonio lova.
- 27. Minimalus medicinos pagalbos priemonių ir įrangos, reikalingos teikti stacionarines ir dienos stacionaro paliatyviosios pagalbos paslaugas, sąrašas sudaromas pagal palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninei privalomą įrangos sąrašą [1.12].

VI. PALIATYVIOSIOS PAGALBOS PASLAUGŲ TEIKIMO TVARKA

- 28. Paliatyviosios pagalbos paslaugų teikimo tvarka:
 - 28.1. paliatyviosios pagalbos paslaugas pagal savo kompetenciją teikia 18 punkte nurodyta specialistų komanda, kurios darbą koordinuoja gydytojas;
 - 28.2. ambulatorinės paliatyviosios pagalbos paslaugos teikiamos konsultuojant ligonius ir jų artimuosius asmens sveikatos priežiūros įstaigoje arba ligonio namuose:
 - 28.2.1. pirmosios konsultacijos metu, kuri trunka ne mažiau kaip 2 val., paliatyviosios pagalbos paslaugas teikia kartu gydytojas, slaugytojas ir socialinis darbuotojas pagal savo kompetenciją;
 - 28.2.2. pagal gydytojo paskyrimus specialistų komandos nariai tęsia paliatyviosios pagalbos teikimą individualiai ligonio namuose. Vieno apsilankymo trukmė – ne mažiau kaip 45 minutės. Esant poreikiui kiekvienas komandos narys gali vykti pas ligonį kelis kartus per parą;
 - 28.2.3. prireikus ligonis ir jo artimieji gali būti konsultuojami pakartotinai kartu gydytojo, slaugytojo ir socialinio darbuotojo. Pakartotinės konsultacijos trukmė ne mažiau kaip 1 val.
 - 29. Ambulatorines paliatyviosios pagalbos paslaugas teikiančių asmens sveikatos priežiūros įstaigų vadovai, atsižvelgdami į šių paslaugų aptarnaujamoje teritorijoje poreikį, nustato reikiamą specialistų komandų skaičių ir paliatyviosios pagalbos paslaugų teikimo mastą. Paliatyviosios pagalbos paslaugų teikimas ligonio namuose organizuojamas visą parą asmens sveikatos priežiūros įstaigos vadovo nustatyta tvarka.
 - 30. Dienos stacionaro paliatyviosios pagalbos paslaugos teikiamos asmens sveikatos priežiūros įstaigose ne ilgiau kaip 12 valandų per dieną, o paslaugų teikimo tvarką asmens sveikatos priežiūros įstaigoje nustato šios įstaigos vadovas.
 - 31. Nepaisant to, ar ligoniui jau buvo suteikta stacionarinių slaugos ir palaikomojo gydymo

paslaugų (iki 120 dienų per metus), paliatyvosios pagalbos paslaugos teikiamos neribojant šių paslaugų teikimo trukmės.

Paliatyviosios pagalbos paslaugų
suaugusiesiems ir vaikams teikimo
reikalavimų aprašo
1 priedas

PALIATYVIOSIOS PAGALBOS TEIKIMO INDIKACIJOS

Eil. Nr.	TLK-10 kodas	Ligos pavadinimas	Papildomos sąlygos (kai yra lentelėje nurodyti progresavimo požymiai arba nors vienas iš 10 punkte išvardytų požymių)
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
1	B20–24	Žmogaus imunodeficito viruso (ŽIV) liga	Terminalinė ŽIV ligos stadija su gyvybei pavojingomis komplikacijomis ir nepasiduodanti optimaliam gydymui, <i>Karnovskio</i> indeksas mažesnis kaip 50 %
2	C00–C97	Piktybiniai navikai	Nustatytas ligos progresavimas, <i>Karnovskio</i> indeksas mažesnis kaip 50%
3	D10–D36	Gerybiniai navikai	Nustatytas ligos progresavimas, <i>Karnovskio</i> indeksas mažesnis kaip 50%
4	D37–D48	Nepatikslintos ir nežinomos eigos navikai	Nustatytas ligos progresavimas, <i>Karnovskio</i> indeksas mažesnis kaip 50%
5	D50–D77	Kraujo ir kraujodaros organų ligos	Nustatytas ligos progresavimas, <i>Karnovskio</i> indeksas mažesnis kaip 50%
6	G12	Spinalinė (nugaros) raumenų atrofija ir su ja susiję sindromai	Progresuojanti raumenų atrofija, recidyvuojanti pneumonija, pseudobulbarinis ir /ar bulbarinis paralyžius, <i>Bartelio</i> indeksas ne didesnis kaip 40 balų
7	G35–37	Demielinizuojančios centrinės nervų sistemos ligos	Dvipusė hemiparezė, smegenėlių ir smegenų kamieno pažeidimo simptomai, <i>Bartelio</i> indeksas ne didesnis kaip 40 balų
8	G70 G71	Generalizuota miastenija ir kitos mioneuralinės jungties ligos Pirminės raumenų ligos	Progresuojantis raumenų silpnumas, sąmonės sutrikimai, pulmokardialinis nepakankamumas, kvėpavimo sutrikimas, <i>Bartelio</i> indeksas ne didesnis kaip 40 balų
9	G91.1 G91.8 G93.1	Obstrukcinė hidrocefalija Kitos hidrocefalijos Anoksinis smegenų pažeidimas	Chirurgiškai netaisytina liga, hemiplegija, paraplegija arba tetraplegija, smegenų edema ar komą, <i>Bartelio</i> indeksas ne didesnis kaip 40 balų arba pagal <i>Glasgow</i> komų skalę ne daugiau kaip 10 balų
10	I 50 P29.0	Širdies veiklos (kraujotakos) nepakankamumas Naujagimio širdies nepakankamumas	Progresuojantis, nepasiduodantis optimaliam gydymui širdies nepakankamumas – IV funkcinė klasė, kai <i>Bartelio</i> indeksas ne didesnis kaip 40 balų

1	2	3	4
11	J96.1 J96.9	Lėtinis kvėpavimo nepakankamumas	Progresuojantis, nepasiduodantis optimaliam gydymui kvėpavimo nepakankamumas – III laipsnio, kai <i>Bartelio</i> indeksas ne didesnis kaip 40 balų
12	K70.3 K71.7 K74	Kepenų alkoholinė cirozė Kepenų toksinė liga su kepenų fibroze ir ciroze Kepenų cirozė ir fibrozė	Lėtinio, greitai progresuojančio kepenų nepakankamumo terminalinė stadija ir gyvybei pavojingos komplikacijos, <i>Bartelio</i> indeksas ne didesnis kaip 40 balų
13	N18–19 P96.0	Lėtinis inkstų nepakankamumas Įgimtas inkstų nepakankamumas	Lėtinio inkstų nepakankamumo terminalinė stadija, kai hemodializės nebetaikomos dėl kontraindikacijų ar atsisakius pačiam ligoniui
14	Q20 Q21 Q24 Q25	Įgimtos širdies ertmių ir jungčių formavimosi ydos Įgimtos širdies pertvaros formavimosi ydos Kitos įgimtos širdies formavimosi ydos Įgimtos didžiųjų arterijų formavimosi ydos	Chirurgiškai netaisytinus ydos, progresuojantis širdies nepakankamumas – IV funkcinė klasė
15	Q44	Įgimtos tulžies pūslės, tulžies latakų ir kepenų formavimosi ydos	Chirurgiškai netaisytinus ydos, kepenų funkcijos nepakankamumas
16	Q85	Fakomatozės, neklasifikuojamos kitur	Spazminis paralyžius, traukuliai, bulbariniai sindromai
17	Q89.7	Įgimtos dauginės formavimosi ydos, neklasifikuojamos kitur	Chirurgiškai netaisytinus įgimtos formavimosi anomalijos, pažeidžiančios daugelį sistemų
18	Q91	Edwards`o ir Patau sindromai	Chirurgiškai netaisytinus širdies ir kraujagyslių sistemos įgimtos anomalijos, progresuojantis, nepasiduodantis optimaliam gydymui širdies nepakankamumas – IV funkcinė klasė, progresuojantis, nepasiduodantis optimaliam gydymui kvėpavimo nepakankamumas – III laipsnio
19	Y95	Koma	Pagal <i>Glasgow</i> komų skalę ne daugiau kaip 10 balų

Paliatyviosios pagalbos paslaugų
suaugusiesiems ir vaikams teikimo
reikalavimų aprašo
2 priedas

LIGONIŲ, KURIEMS TEIKIAMOS PALIATYVIOSIOS PAGALBOS PASLAUGOS, BŪKLĖS
STEBĖJIMO LAPAS

Ligonio vardas, pavardė Pirmojo apsilankymo data, tikslus laikas
Gimimo metai
Gyvenamosios vietos adresas
Telefono numeris
Asmens sveikatos priežiūros įstaiga, kurią ligonis pasirinkęs
Šeimos gydytojo vardas, pavardė, telefono numeris
Slaugytojo vardas, pavardė, telefono numeris
Socialinio darbuotojo vardas, pavardė, telefono numeris
Kitų specialistų, kurie suteikė paslaugas, vardas, pavardė, telefono numeris
Kita svarbi informacija
Kontaktinio asmens vardas, pavardė, telefono numeris Giminystės ryšys (vyras, žmona, vaikai ir kt.) Gyvenamoji vieta
Ligonio sutikimas gydymo ir slaugymo paslaugos gauti, patvirtinamas parašu SUTINKU Ligonio sutikimas, kad informacija būtų teikiama atitinkamiems asmenims (nurodyti vardą, pavardę), patvirtinamas parašu SUTINKU

LIGONIO VARDAS, PAVARDĖ _____

Data, tikslus laikas	Ligonio esamos situacijos aprašymas, problemos	Atlikti veiksmai	Būklės vertinimas, rekomendacijos	Specialisto vardas, pavardė, parašas, spaudas

**DĖL VALSTYBINĖS VĖŽIO PROFILAKTIKOS IR KONTROLĖS 2003–2010 METŲ
PROGRAMOS PATVIRTINIMO
2003 m. gruodžio 10 d. Nr. 1593
Vilnius**

Įgyvendindama Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2001–2004 metų programos įgyvendinimo priemonių, patvirtintų Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2001 m. spalio 4 d. nutarimu Nr. 1196 (Žin., 2001, Nr. 86-3015; 2003, Nr. 114-5134), 123 punktą, Lietuvos Respublikos Vyriausybė **n u t a r i a** :

1. Patvirtinti Valstybinę vėžio profilaktikos ir kontrolės 2003–2010 metų programą (pridedama).

2. Nustatyti, kad:

2.1. Nurodytos 1 punkte programos įgyvendinimo priemonės finansuojamos iš Lietuvos Respublikos valstybės biudžete ir Valstybės investicijų programoje atitinkamoms ministerijoms, institucijoms ir kitiems ūkio subjektams, vykdančiams šią programą ir dalyvaujantiems ją vykdančiams patvirtintų bendrųjų asignavimų, Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto ir kitų lėšų.

2.2. Lėšos, kurių reikia nurodytajai programai įgyvendinti, tikslinamos rengiant kiekvienų metų Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto ir savivaldybių biudžetų finansinių rodiklių patvirtinimo įstatymo projektą, Valstybės investicijų programą ir Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto projektą.

Ministras Pirmininkas

Algirdas Brazauskas

Sveikatos apsaugos ministras

Juozas Olekas

10. Yra šie onkologijos problemų sprendimo būdai:

10.8. pilnavertės paliatyviosios pagalbos organizavimas.

11. Lietuvoje veikia ši onkologinės pagalbos sistema:

11.7. Paliatyvųjų onkologinių ligonių gydymą, slaugą ir skausmo malšinimą vykdo onkologinę pagalbą teikiančios įstaigos ir slaugos ligoninės.

11.11. Organizuodamos onkologinę pagalbą, specializuotą pagalbą teikiančios įstaigos bendradarbiauja su kitomis nevyriausybinėmis organizacijomis – Lietuvos onkologų draugija, Lietuvos chemoterapeutų draugija, Lietuvos spindulinės terapijos sąjunga, Lietuvos paliatyviosios medicinos draugija, Lietuvos skausmo draugija, onkologinėmis ligomis sirgusių asmenų bendrijomis, Vilniaus universiteto Onkologijos instituto Vėžio informacijos centru, visuomenine organizacija „Išmokime gyventi su vėžio liga“, Lietuvos radiologų asociacija.

12. Onkologinių ligų diagnostika ir gydymas susideda iš:

12.5. paliatyviosios pagalbos. Ši pagalba – tai ligonio, sergančio pavojinga gyvybei liga, ir jo artimųjų gyvenimo kokybės gerinimo priemonės, užkertančios kelią kančioms ar jas lengvinančios, padedančios spręsti kitas fizines, psichosocialines ir dvasines problemas. Prioritetinės kryptys – steigti prie onkologinę pagalbą teikiančių įstaigų paliatyviosios pagalbos padalinius, dirbti šviečiamąjį darbą, formuoti teisingą visuomenės ir politikų požiūrį į paliatyviąją pagalbą.

17. Tikimasi, kad:

17.6. įsteigus reabilitacijos, paliatyviojo gydymo ir skausmo malšinimo skyrius, pagerės onkologinių ligonių gyvenimo kokybė.

**LIETUVOS RESPUBLIKOS SVEIKATOS APSAUGOS MINISTRO
Į S A K Y M A S
DĖL LIETUVOS RESPUBLIKOS SVEIKATOS APSAUGOS MINISTERIJOS 1998 M.
BIRŽELIO 18 D. ĮSAKYMO NR. 329
„DĖL BAZINIŲ KAINŲ PATVIRTINIMO“ PAKEITIMO
2008 m. gegužės 9 d. Nr. V-435
Vilnius**

Vadovaudamasis Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo (Žin., 1996, Nr. 55-1287; 2002, Nr. 123-5512) 9 straipsnio 6 dalimi ir 25 straipsnio 1 dalimi bei atsižvelgdamas į Privalomojo sveikatos draudimo tarybos 2008 m. balandžio 24 d. nutarimą Nr. 3/1 „Dėl V darbo užmokesčio didinimo etapo kryptčių ir asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinių kainų indeksavimo“ ir nutarimą Nr. 3/2 „Dėl bazinių kainų indeksavimo didėjančioms energetikos ir kitoms išlaidoms padengti“:

1. P a k e i č i u Asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarką, patvirtintą Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 1998 m. birželio 18 d. įsakymu Nr. 329 „Dėl bazinių kainų patvirtinimo“ (Zin., 1998, Nr. 57-1611; 2004, Nr. 44-1459, Nr. 70-2463; 2005, Nr. 55-1888, Nr. 128-4639; 2006, Nr. 48-1740; 2007, Nr. 50-1968), ir 4.20 punktą išdėstau taip:

„4.20. Slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugų bazinės kainos:

Eil. Nr.	Iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto apmokamos paslaugos pavadinimas	Paslaugos apibūdinimas	Gydymo trukmė dienomis	Vieno lovadienio kaina (balais)*
1.	Slauga ir palaikomasis gydymas	Slauga ir palaikomasis gydymas	iki 120	85,8
2.	Vegetacinių ligonių palaikomasis ilgalaikis gydymas	Vegetacinių ligonių (pagal <i>Glasgow</i> komų skalę ne daugiau kaip 10 balų) slauga ir palaikomasis gydymas	iki 120	111,5
3.	Onkologinių ligonių palaikomasis ilgalaikis gydymas I	Onkologinių ligonių slauga ir palaikomasis gydymas, kai naudojami injekciniai narkotiniai analgetikai	iki 120	117,1
4.	Onkologinių ligonių palaikomasis ilgalaikis gydymas II	Onkologinių ligonių slauga ir palaikomasis gydymas, kai naudojamas epidurinis nuskausminimas	iki 120	141,6
5.	Negalinčių savęs aptarnauti ligonių palaikomasis ilgalaikis gydymas	Ligonių, kurių Bartelio indeksas iki 40 balų, slauga ir palaikomasis gydymas	iki 120	91,4

* Mokama už faktinę ligonio gydymo trukmę, neviršijant 120 lovadienių.“

2. N u s t a t a u, kad šis įsakymas taikomas atsiskaitant už paslaugas, suteiktas nuo 2008 m. gegužės 1 d.

3. P a v e d u ministerijos sekretoriui kontroliuoti šio įsakymo vykdymą pagal administruojamą sritį.

SOCIALINĖS APSAUGOS IR DARBO MINISTRĖ,
PAVADUOJANTI SVEIKATOS APSAUGOS MINISTRĄ

VILIJA BLINKEVIČIŪTĖ

PALIATYVIŲ LIGONIŲ ARTIMŲJŲ APKLAUSOS ANKETA

PSICHOSOCIALINIŲ PASLAUGŲ ORGANIZAVIMAS SLAUGOS LIGONINĖJE PALIATYVIŲ LIGONIŲ ARTIMIESIEMS

Esu Vilniaus universiteto filosofijos fakulteto socialinio darbo katedros II kurso magistrantė Regina Kvetkaitė. Darbo tema „**psichosocialinių paslaugų organizavimas slaugos ligoninėje paliatyvių ligonių artimiesiems**“. Apklausos rezultatai leis tikslingai teikti paliatyvios pagalbos paslaugas ligonių artimiesiems. Todėl dėkoju už nuoširdžius ir atvirus atsakymus į žemiau pateiktus klausimus.

Apklausa anoniminė, garantuojame Jūsų anonimiškumą.

Toliau pateiktame klausimyne nėra nei teisingų, nei klaidingų atsakymų. Jums tereikia pažymėti varnele tinkamo atsakymo variantą. Ten, kur pateikti teiginiai, skaičių reikšmės yra:

1 – visiškai nesutinku;

2 – nesutinku;

3 – sunku pasakyti;

4 – sutinku;

5 - visiškai sutinku.

Kiekvienam teiginiui parinkite Jums tinkantį atsakymo variantą. Jeigu nė vienas pateiktas atsakymo variantas Jums netinka, prašome savo nuomonę įrašyti eilutėje pažymėtoje „kita“. Savo nuomonę, komentarus ir pastabas apie šį tyrimą galite išsakyti klausimyno pabaigoje esančioje tam skirtoje vietoje arba tiesiogiai šio klausimyno sudarytojai ir tyrimo vykdytojai žemiau pateiktu adresu.

Jūsų lytis:

- Vyras
- Moteris

Jūsų amžius:

- iki 20 m.
- nuo 21 iki 30 m.
- nuo 31 iki 40 m.
- nuo 41 iki 50 m.
- nuo 51 iki 60 m.
- 61 m. ir daugiau

Jūsų išsilavinimas:

- Aukštasis
- Aukštesnysis
- Vidurinis
- Nebaigtas vidurinis
- Pradinis
- Nebaigtas pradinis
- Kita (įrašyti).....

Ar iki patenkant į slaugos ligoninę slaugėte savo artimąjį namuose?

- Taip
- Ne

Jūs ligoniui esate:

- Vyras/žmona
- Sūnus/dukra
- Brolis/sesuo
- Mama/tėtis
- Marti/žentas
- Draugas (-ė)
- Kita(įrašyti).....

Kiekvienam teiginiui parinkite Jums tinkantį atsakymo variantą (1 – visiškai nesutinku; 2 – nesutinku; 3 – sunku pasakyti; 4 – sutinku; 5 - visiškai sutinku):

Teiginiai	1	2	3	4	5
Jūs jaučiatės fiziškai išsekęs					
Jūs jaučiatės psichologiškai išsekęs					
Liga pakeitė (pablogino) Jūsų santykius su artimaisiais (šeima, draugais)					
Jums reikalinga pagalba susitaikant su artimojo liga					

Kita (įrašykite).....

Kiekvienam teiginiui parinkite Jums tinkantį atsakymo variantą (1 – visiškai nesutinku; 2 – nesutinku; 3 – sunku pasakyti; 4 – sutinku; 5 - visiškai sutinku):

Sąveika su sveikatos priežiūros specialistais										
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Parodomas Jums noras padėti (pagalbos siūlymas)										
Maloniai su Jumis bendraujama										
Sudaroma galimybė pabūti su ligoniu niekieno netrukdomoje (konfidencialioje) aplinkoje										
Suteikiamas patogumas Jūsų poilsiui ir atsigavimui										
Pasitariama su Jumis dėl artimojo slaugos ir gydymo planavimo proceso										
Leidžiama būti su artimuoju kiek norit ir kada norit										
Teikiama Jums paguoda ir parama										

Kita (įrašykite).....

Kiekvienam teiginiui parinkite Jums tinkantį atsakymo variantą (1 – visiškai nesutinku; 2 – nesutinku; 3 – sunku pasakyti; 4 – sutinku; 5 – visiškai sutinku):

Priežiūros ir procedūrų kokybė	Jums yra svarbu, kad slaugos ligoninėje Jūsų artimajam būtų:					Slaugos ligoninėje Jūsų artimajam yra:				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Užtikrinamas patogumo garantavimas										
Užtikrinamas ligos simptomų kontroliavimas										
Užtikrinamas slaugymo aplinkos stabilumas (pastovi palata, pažįstami slaugytojai)										
Užtikrinamas skausmo malšinimas										
Užtikrinama aplinkos apsauga nuo triukšmo ir šurmulio										
Pripažįstama „Ypatinga padėtis“										
Laiku suteikiama pagalba										

Kita (įrašykite).....

Kiekvienam teiginiui parinkite Jums tinkantį atsakymo variantą (1 – visiškai nesutinku; 2 – nesutinku; 3 – sunku pasakyti; 4 – sutinku; 5 – visiškai sutinku):

Informaciją apie:	Jums yra svarbu slaugos ligoninėje gauti:					Slaugos ligoninėje Jūs visada gaunate:				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
ligonio sveikatos būklę										
ligonio slaugos ir gydymo planus										
artėjančią mirtį ir jos simptomus										
finansinius reikalus (pensijos)										
teisinius reikalus (testamentai, įgaliojimai)										
ligoninės tvarką ir taisykles (lankymas)										
Informaciją aiškia, suprantama kalba										
Pagalbą sprendžiant iškilusias problemas (Jūsų sveikatos, nedarbo, finansines ir pan.)										
Pagalbą priimant svarbius sprendimus										
Pagalbą planuojant savo ateitį po artimojo mirties										

Kita (įrašykite).....

Kiekvienam teiginiui parinkite Jums tinkantį atsakymo variantą (1 – visiškai nesutinku; 2 – nesutinku; 3 – sunku pasakyti; 4 – sutinku; 5 – visiškai sutinku):

Psichologinė, emocinė, dvasinė parama	Jums yra svarbu, kad slaugos ligoninėje būtų:					Slaugos ligoninėje yra:				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Suteikiama galimybė išreikšti savo jausmus, emocijas										
Suteikiama galimybė išsakyti savo nuomonę, požiūrius										
Išgirstama, ką Jūs sakote: atsižvelgiama į Jūsų pageidavimus										
Skiriama laiko pokalbiams ir Jūsų rūpesčiams										
Skatinama kalbėti apie tai, kas Jus neramina										
Skatinama kalbėti apie mirtį										
Padedama atrasti gyvenimo prasmę										
Suteikiama viltis toliau gyventi										
Žmogus su kuriuo galima bet kada pasikalbėti,										

pabendrauti										
-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Kita (įrašykite).....

Jeigu laugos ligoninėje būtų teikiamos / organizuojamos šios paslaugos ar jomis naudotumėtės?

(Kiekvienam teiginiui parinkite Jums tinkantį atsakymo variantą: (1 – visiškai nesutinku; 2 – nesutinku; 3 – sunku pasakyti; 4 – sutinku; 5 - visiškai sutinku):

Paslaugos	Jums yra svarbu, kad laugos ligoninėje būtų:				
	1	2	3	4	5
Artimiesiems organizuojamos savitarpio pagalbos grupės prieš ligonio mirtį					
Artimiesiems organizuojamos savitarpio pagalbos grupės po ligonio mirties					
Artimiesiems teikiama dvasinė slauga prieš ligonio mirtį					
Artimiesiems teikiama dvasinė slauga po ligonio mirties					
Artimiesiems teikiamos psichologo konsultacijos prieš ligonio mirtį					
Artimiesiems teikiamos psichologo konsultacijos po ligonio mirties					
Artimiesiems organizuojama užimtumo terapija prieš ligonio mirtį					
Artimiesiems organizuojama užimtumo terapija po ligonio mirties					

Kita (įrašykite).....

Jūsų pastabos ir pasiūlymai:

AČIŪ, KAD ATSAKĖTE Į ANKETOS KLAUSIMUS

2.3.1 lentelė Respondentų pasiskirstymas pagal psichosocialinę situaciją (procentais ir skaičiumi)

<i>Psichocialinė savijauta</i>		Lytis	
		Vyras	Moteris
Jūs jaučiatės fiziškai išsekęs	Visiškai nesutinku	(n) 1 (procentai) 4,5%	0 0%
	Nesutinku	(n) 7 (procentai) 31,8%	7 17,5%
	Sunku pasakyti	(n) 9 (procentai) 40,9%	11 42,5%
	Sutinku	(n) 5 (procentai) 22,7%	18 45,0%
	Visiškai sutinku	(n) 0 (procentai) 0%	4 10,0%
Chi-kvadrato = 30,097; df = 4; p = 0.000			
Jūs jaučiatės psichologiškai išsekęs	Visiškai nesutinku	(n) 1 (procentai) 4,5%	1 2,5%
	Nesutinku	(n) 6 (procentai) 27,3%	5 12,5%
	Sunku pasakyti	(n) 9 (procentai) 40,9%	10 25,0%
	Sutinku	(n) 6 (procentai) 27,3%	21 52,5%
	Visiškai sutinku	(n) 0 (procentai) 0%	3 7,5%
Chi-kvadrato = 36,710; df = 4; p = 0.000			
Viso:		100%	100%

2.3.2 lentelė Respondentų pasiskirstymas pagal psichosocialinę situaciją (procentais ir skaičiumi)

<i>Psichocialinė savijauta</i>		Lytis	
		Vyras	Moteris
Jums reikalinga pagalba susitaikant su artimojo liga	Nesutinku	(n) 4 (procentai) 18,2%	7 17,5%
	Sunku pasakyti	(n) 9 (procentai) 40,9%	10 25,0%
	Sutinku	(n) 7 (procentai) 31,8%	17 42,5%
	Visiškai sutinku	(n) 2 (procentai) 9,1%	6 15,0%
Chi-kvadrato = 0.387; df = 3; p = 0.016			
Liga pakeitė Jūsų santykius su artimaisiais	Visiškai nesutinku	(n) 1 (procentai) 4,5%	2 5,0%
	Nesutinku	(n) 4 (procentai) 18,2%	4 10,0%
	Sunku pasakyti	(n) 7 (procentai) 45,5%	10 42,5%
	Sutinku	(n) 7 (procentai) 31,8%	10 25,0%
	Visiškai sutinku	(n) 0 (procentai) 0%	7 17,5%
Chi-kvadrato = 29,935; df = 4; p = 0.000			
Viso:		100%	100%

2.4.1 lentelė. Respondentų pasiskirstymas tiriant priežiūros ir procedūrų kokybę (procentais ir skaičiumi)

<i>Jums yra svarbu, kad slaugos ligoninėje BŪTŪ:</i>		Lytis	
		Vyras	Moteris
Užtikrinamas patogumo garantavimas Chi-kvadrato = 46,774; df = 3; p = 0.000	Visiškai nesutinku (n) procentai)	0 0%	0 0%
	Nesutinku (n) (procentai)	3 13,6%	0 0%
	Sunku pasakyti (n) (procentai)	6 27,3%	7 17,5%
	Sutinku (n) (procentai)	12 54,5%	26 65,0%
	Visiškai sutinku (n) (procentai)	1 4,5%	7 17,5%
Užtikrinamas ligos simptomų kontroliavimas Chi-kvadrato = 54,774; df = 3; p = 0.001	Visiškai nesutinku (n) (procentai)	0 0%	0 0%
	Nesutinku (n) (procentai)	1 4,5%	0 0%
	Sunku pasakyti (n) (procentai)	1 4,5%	0 0%
	Sutinku (n) (procentai)	12 54,5%	20 50,0%
	Visiškai sutinku (n) (procentai)	8 36,4%	20 50,0%
Viso:		100%	100%
Užtikrinamas slaugymo aplinkos stabilumas Chi-kvadrato = 62,129; df = 3; p = 0.000	Visiškai nesutinku (n) procentai)	0 0%	0 0%
	Nesutinku (n) (procentai)	3 13,6%	0 0%
	Sunku pasakyti (n) (procentai)	2 9,1%	1 2,5%
	Sutinku (n) (procentai)	14 63,6%	27 67,5%
	Visiškai sutinku (n) (procentai)	3 13,6%	12 30,0%
Užtikrinamas skausmo malšinimas Chi-kvadrato = 33,129; df = 2; p = 0.000	Visiškai nesutinku (n) (procentai)	0 0%	0 0%
	Nesutinku (n) (procentai)	0 0%	0 0%
	Sunku pasakyti (n) (procentai)	2 9,1%	0 0%
	Sutinku (n) (procentai)	6 27,3%	15 37,5%
	Visiškai sutinku (n) (procentai)	14 63,6%	25 62,5%
Užtikrinama aplinkos apsauga nuo triukšmo ir šurmulio Chi-kvadrato = 35,935 df = 3 p = 0.000	Visiškai nesutinku (n) (procentai)	0 0%	0 0%
	Nesutinku (n) (procentai)	3 13,6%	0 0%
	Sunku pasakyti (n) (procentai)	5 22,7%	3 7,5%
	Sutinku (n) (procentai)	9 40,9%	25 62,5%
	Visiškai sutinku (n) (procentai)	5 22,7%	12 30,0%

2.4.2 lentelė. Respondentų pasiskirstymas tiriant priežiūros ir procedūrų kokybę (procentais ir skaičiumi)

<i>Jums yra svarbu, kad slaugos ligoninėje BŪTŪ:</i>		Lytis	
		Vyras	Moteris
Pripažįstama „Ypatinga padėtis“ Chi-kvadrato = 42,839; df = 4; p = 0.000	Visiškai nesutinku	(n) 1 (procentai) 4,5%	0 0%
	Nesutinku	(n) 1 (procentai) 4,5%	4 10,0%
	Sunku pasakyti	(n) 5 (procentai) 22,7%	2 5,0%
	Sutinku	(n) 10 (procentai) 45,5%	18 45,0%
	Visiškai sutinku	(n) 5 (procentai) 22,7%	16 40,0%
Laiku suteikta pagalba Chi-kvadrato = 68,968; df = 3; p = 0.001	Visiškai nesutinku	(n) 0 (procentai) 0%	0 0%
	Nesutinku	(n) 1 (procentai) 4,5%	0 0%
	Sunku pasakyti	(n) 1 (procentai) 4,5%	2 5,0%
	Sutinku	(n) 5 (procentai) 22,7%	11 27,5%
	Visiškai sutinku	(n) 15 (procentai) 68,2%	27 67,5%
Viso:		100%	100%

2.4.5 lentelė. Respondentų pasiskirstymas tiriant priežiūros ir procedūrų kokybę (procentais ir skaičiumi)

<i>Slaugos ligoninėje Jūsų artimajam YRA:</i>		Lytis	
		Vyras	Moteris
Užtikrinamas patogumo garantavimas Chi-kvadrato = 33,74; df = 3; p = 0.000	Visiškai nesutinku	(n) 0 (procentai) 0%	0 0%
	Nesutinku	(n) 2 (procentai) 9,1%	4 10,0%
	Sunku pasakyti	(n) 2 (procentai) 9,1%	4 10,0%
	Sutinku	(n) 12 (procentai) 54,5%	22 55,0%
	Visiškai sutinku	(n) 6 (procentai) 27,3%	10 25,0% □
Užtikrinamas ligos simptomų kontroliavimas Chi-kvadrato = 44,71; df = 3; p = 0.00	Visiškai nesutinku	(n) 0 (procentai) 0%	0 0%
	Nesutinku	(n) 1 (procentai) 4,5%	0 0%
	Sunku pasakyti	(n) 0 (procentai) 0%	4 10,0%
	Sutinku	(n) 10 (procentai) 45,5%	16 40,0%
	Visiškai sutinku	(n) 11 (procentai) 50,0%	20 50,0% □
Viso:		100%	100%

2.4.6 lentelė. Respondentų pasiskirstymas tiriant priežiūros ir procedūrų kokybę (procentais ir skaičiumi)

<i>Slaugos ligoninėje Jūsų artimajam YRA:</i>		Lytis	
		Vyras	Moteris
Užtikrinamas slaugymo aplinkos stabilumas Chi-kvadrato = 48,19; df = 3; p = 0.000	Visiškai nesutinku (n) procentai)	0 0%	0 0%
	Nesutinku (n) procentai)	1 4,5%	1 2,5%
	Sunku pasakyti (n) procentai)	4 18,2%	4 10,0%
	Sutinku (n) procentai)	13 59,1%	25 62,5%
	Visiškai sutinku (n) procentai)	4 18,2%	10 25,0% □
Užtikrinamas skausmo malšinimas Chi-kvadrato = 54,51; df = 3; p = 0.000	Visiškai nesutinku (n) procentai)	0 0%	0 0%
	Nesutinku (n) procentai)	0 0%	1 2,5%
	Sunku pasakyti (n) procentai)	1 4,5%	1 2,5%
	Sutinku (n) procentai)	6 27,3%	18 45,0%
	Visiškai sutinku (n) procentai)	15 68,2%	20 50,0% □
Užtikrinama aplinkos apsauga nuo triukšmo ir šurmulio Chi-kvadrato = 15,80; df = 3 p = 0.001	Visiškai nesutinku (n) procentai)	0 0%	0 0%
	Nesutinku (n) procentai)	6 27,3%	1 2,5%
	Sunku pasakyti (n) procentai)	3 13,6%	6 15,0%
	Sutinku (n) procentai)	7 31,8%	19 47,5%
	Visiškai sutinku (n) procentai)	6 27,3%	14 35,0% □

2.4.7 lentelė. Respondentų pasiskirstymas tiriant priežiūros ir procedūrų kokybę (procentais ir skaičiumi)

<i>Slaugos ligoninėje Jūsų artimajam YRA:</i>		Lytis	
		Vyras	Moteris
Pripažįstama „Ypatinga padėtis“ Chi-kvadrato = 27,93; df = 3; p = 0.000	Visiškai nesutinku (n) procentai)	0 0%	0 0%
	Nesutinku (n) procentai)	3 13,6%	3 7,5%
	Sunku pasakyti (n) procentai)	2 9,1%	4 10,0%
	Sutinku (n) procentai)	11 50,0%	20 50,0%
	Visiškai sutinku (n) procentai)	6 27,3%	13 32,5% □
	Visiškai nesutinku (n) procentai)	0 0%	0 0%
Laiku suteikta pagalba Chi-kvadrato = 1,61; df = 1; p = 0.204	Nesutinku (n) procentai)	0 0%	0 0%
	Sunku pasakyti (n) procentai)	0 0%	0 0%
	Sutinku (n) procentai)	8 36,4%	18 45,0%
	Visiškai sutinku (n) procentai)	14 63,6%	22 55,0% □
	Visiškai nesutinku (n) procentai)	0 0%	0 0%
	Visiškai sutinku (n) procentai)	0 0%	0 0%
Viso:		100%	100%

2.4.8 lentelė. Respondentų pasiskirstymas tiriant sąveiką su sveikatos priežiūros specialistais (proc. ir skaičiumi)

<i>Jums yra svarbu, kad slaugos ligoninėje BŪTŲ:</i>		Lytis	
		Vyras	Moteris
Parodomas Jums noras padėti (pagalbos pasiūlymas) Chi-kvadrato = 34,581; df = 2; p = 0.000	Visiškai nesutinku	(n) 0 0%	(n) 0 0%
	Nesutinku	(n) 0 0%	(n) 0 0%
	Sunku pasakyti	(n) 4 18,2%	(n) 2 5,0%
	Sutinku	(n) 17 77,3%	(n) 25 62,5%
	Visiškai sutinku	(n) 1 4,5%	(n) 13 32,5%
Maloniai su Jumis bendraujama Chi-kvadrato = 27,710; df = 2; p = 0.000	Visiškai nesutinku	(n) 0 0%	(n) 0 0%
	Nesutinku	(n) 0 0%	(n) 0 0%
	Sunku pasakyti	(n) 1 4,5%	(n) 1 2,5%
	Sutinku	(n) 15 68,2%	(n) 20 50,0%
	Visiškai sutinku	(n) 6 27,3%	(n) 19 47,5%
Viso:		100%	100%
<i>Jums yra svarbu, kad slaugos ligoninėje BŪTŲ:</i>		Lytis	
		Vyras	Moteris
Sudaroma galimybė pabūti su ligonius niekieno netrukdomoje aplinkoje Chi-kvadrato = 60,968; df = 3; p = 0.000	Visiškai nesutinku	(n) 0 0%	(n) 0 0%
	Nesutinku	(n) 2 9,1%	(n) 0 0%
	Sunku pasakyti	(n) 4 18,2%	(n) 1 2,5%
	Sutinku	(n) 13 59,1%	(n) 28 70,0%
	Visiškai sutinku	(n) 3 13,6%	(n) 11 27,5%
Suteikiamas patogumas Jūsų poilsiui ir atsigavimui Chi-kvadrato = 22,677; df = 2; p = 0.000	Visiškai nesutinku	(n) 0 0%	(n) 0 0%
	Nesutinku	(n) 0 0%	(n) 0 0%
	Sunku pasakyti	(n) 4 18,2%	(n) 5 12,5%
	Sutinku	(n) 12 54,5%	(n) 26 65,0%
	Visiškai sutinku	(n) 6 27,3%	(n) 9 22,5%
Viso:		100%	100%

2.4.9 lentelė. Respondentų pasiskirstymas tiriant sąveiką su sveikatos priežiūros specialistais (proc. ir skaičiumi)

<i>Jums yra svarbu, kad slaugos ligoninėje BŪTŪ:</i>		Lytis		
		Vyras	Moteris	
Pasitariama su Jumis dėl artimojo slaugos ir gydymo planavimo proceso Chi-kvadrato = 41,355; df = 3; p = 0.000	Visiškai nesutinku	(n) procentai)	0 0%	0 0%
	Nesutinku	(n) (procentai)	2 9,1%	0 0%
	Sunku pasakyti	(n) (procentai)	1 4,5%	4 10,0%
	Sutinku	(n) (procentai)	9 40,9%	24 60,0%
	Visiškai sutinku	(n) (procentai)	10 45,5%	12 30,0%
Leidžiama būti su artimuoju kiek nori Chi-kvadrato = 45,710; df = 2; p = 0.000	Visiškai nesutinku	(n) (procentai)	0 0%	0 0%
	Nesutinku	(n) (procentai)	0 0%	0 0%
	Sunku pasakyti	(n) (procentai)	1 4,5%	0 0%
	Sutinku	(n) (procentai)	7 31,8%	10 25,0%
	Visiškai sutinku	(n) (procentai)	14 63,6%	30 75,0%
Teikiama Jums paguoda ir parama Chi-kvadrato = 27,419 df = 3 p = 0.000	Visiškai nesutinku	(n) (procentai)	0 0%	0 0%
	Nesutinku	(n) (procentai)	2 9,1%	1 2,5%
	Sunku pasakyti	(n) (procentai)	4 18,2%	4 10,0%
	Sutinku	(n) (procentai)	9 40,9%	19 47,5%
	Visiškai sutinku	(n) (procentai)	7 31,8%	16 40,0%

2.4.10 lentelė. Respondentų pasiskirstymas tiriant sąveiką su sveikatos priežiūros specialistais (proc. ir skaičiumi)

<i>Jums yra svarbu, kad slaugos ligoninėje BŪTŲ:</i>		Lytis	
		Vyras	Moteris
Pasitariama su Jumis dėl artimojo slaugos ir gydymo planavimo proceso Chi-kvadrato = 41,355; df = 3; p = 0.000	Visiškai nesutinku	(n) 0 0%	(n) 0 0%
	Nesutinku	(n) 2 9,1%	(n) 0 0%
	Sunku pasakyti	(n) 1 4,5%	(n) 4 10,0%
	Sutinku	(n) 9 40,9%	(n) 24 60,0%
	Visiškai sutinku	(n) 10 45,5%	(n) 12 30,0%
Leidžiama būti su artimuoju kiek nori Chi-kvadrato = 45,710; df = 2; p = 0.000	Visiškai nesutinku	(n) 0 0%	(n) 0 0%
	Nesutinku	(n) 0 0%	(n) 0 0%
	Sunku pasakyti	(n) 1 4,5%	(n) 0 0%
	Sutinku	(n) 7 31,8%	(n) 10 25,0%
	Visiškai sutinku	(n) 14 63,6%	(n) 30 75,0%
Teikiama Jums paguoda ir parama Chi-kvadrato = 27,419 df = 3 p = 0.000	Visiškai nesutinku	(n) 0 0%	(n) 0 0%
	Nesutinku	(n) 2 9,1%	(n) 1 2,5%
	Sunku pasakyti	(n) 4 18,2%	(n) 4 10,0%
	Sutinku	(n) 9 40,9%	(n) 19 47,5%
	Visiškai sutinku	(n) 7 31,8%	(n) 16 40,0%

2.4.11 lentelė Sąveiką su sveikatos priežiūros specialistais slaugos ligoninėje (proc. ir skaičiumi)

<i>Slaugos ligoninėje YRA:</i>			Lytis	
			Vyras	Moteris
Pasitariama su Jumis dėl artimojo slaugos ir gydymo planavimo proceso Chi-kvadrato = 70,74; df = 4; p = 0.000	Visiškai nesutinku	(n) procentai	0 0%	1 2,5%
	Nesutinku	(n) procentai	3 13,6%	1 2,5%
	Sunku pasakyti	(n) procentai	0 0%	3 7,5%
	Sutinku	(n) procentai	14 63,6%	22 55,0%
	Visiškai sutinku	(n) procentai	5 22,7%	13 32,5% □
Leidžiama būti su artimuoju kiek nori Chi-kvadrato = 41,61; df = 3; p = 0.000	Visiškai nesutinku	(n) procentai	0 0%	0 0%
	Nesutinku	(n) procentai	2 9,1%	0 0%
	Sunku pasakyti	(n) procentai	1 4,5%	3 7,5%
	Sutinku	(n) procentai	8 36,4%	17 42,5%
	Visiškai sutinku	(n) procentai	11 50,0%	20 50,0% □
Teikiama Jums paguoda ir parama Chi-kvadrato = 32,84 df = 3 p = 0.000	Visiškai nesutinku	(n) procentai	0 0%	0 0%
	Nesutinku	(n) procentai	0 0%	2 5,0%
	Sunku pasakyti	(n) procentai	3 13,6%	5 12,5%
	Sutinku	(n) procentai	10 45,5%	11 27,5%
	Visiškai sutinku	(n) procentai	9 40,9%	22 55,0% □
Parodomas Jums noras padėti (pagalbos pasiūlymas) Chi-kvadrato = 46,51; df = 3; p = 0.000	Visiškai nesutinku	(n) procentai	0 0%	0 0%
	Nesutinku	(n) procentai	1 4,5%	2 5,0%
	Sunku pasakyti	(n) procentai	1 4,5%	3 7,5%
	Sutinku	(n) procentai	15 68,2%	21 52,5%
	Visiškai sutinku	(n) procentai	5 22,7%	14 35,0% □
Maloniai su Jumis bendraujama Chi-kvadrato = 39,54; df = 3; p = 0.000	Visiškai nesutinku	(n) procentai	0 0%	0 0%
	Nesutinku	(n) procentai	0 0%	1 2,5%
	Sunku pasakyti	(n) procentai	3 13,6%	3 7,5%
	Sutinku	(n) procentai	10 45,5%	21 52,5%
	Visiškai sutinku	(n) procentai	9 40,9%	15 37,5% □

2.4.12 lentelė Sąveiką su sveikatos priežiūros specialistais slaugos ligoninėje (proc. ir skaičiumi)

<i>Slaugos ligoninėje YRA:</i>		Lytis		
		Vyras	Moteris	
Suteikiamas patogumas Jūsų poilsui ir atsigavimui Chi-kvadrato = 71,06; df = 4; p = 0.000	Visiškai nesutinku	(n) procentai)	0 0%	1 2,5%
	Nesutinku	(n) (procentai)	3 13,6%	2 5,0%
	Sunku pasakyti	(n) (procentai)	3 13,6%	9 22,5%
	Sutinku	(n) (procentai)	16 72,7%	22 55,0%
	Visiškai sutinku	(n) (procentai)	0 0%	6 15,0% □
Sudaroma galimybė pabūti su ligonius niekieno netrukdomoje aplinkoje Chi-kvadrato = 20,71; df = 3; p = 0.000	Visiškai nesutinku	(n) (procentai)	0 0%	0 0%
	Nesutinku	(n) (procentai)	5 22,7%	5 12,5%
	Sunku pasakyti	(n) (procentai)	4 18,2%	6 15,0%
	Sutinku	(n) (procentai)	12 54,5%	19 47,5%
	Visiškai sutinku	(n) (procentai)	1 4,5%	10 25,0% □

2.5.1 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal informacijos ir paramos poreikį (procentais ir skaičiumi)

<i>Jums yra svarbu slaugos ligininėje GAUTI:</i>		Lytis	
		Vyras	Moteris
Informacija apie liginio sveikatos būklę Chi-kvadrato = 7,806; df = 1; p = 0.005	Visiškai nesutinku	(n) 0 0%	(n) 0 0%
	Nesutinku	(n) 0 0%	(n) 0 0%
	Sunku pasakyti	(n) 0 0%	(n) 0 0%
	Sutinku	(n) 9 40,9%	(n) 11 27,5%
	Visiškai sutinku	(n) 13 95,1%	(n) 29 72,5%
Informaciją apie liginio slaugos ir gydymo planus Chi-kvadrato = 19,097; df = 2; p = 0.000	Visiškai nesutinku	(n) 0 0%	(n) 0 0%
	Nesutinku	(n) 0 0%	(n) 0 0%
	Sunku pasakyti	(n) 3 13,6%	(n) 3 7,5%
	Sutinku	(n) 5 22,7%	(n) 17 42,5%
	Visiškai sutinku	(n) 14 63,6%	(n) 20 50,0%
Viso:		100%	100%
<i>Jums yra svarbu slaugos ligininėje GAUTI:</i>		Lytis	
		Vyras	Moteris
Informacija apie artėjančią mirtį ir jos simptomus Chi-kvadrato = 27,419; df = 3; p = 0.000	Visiškai nesutinku	(n) 0 0%	(n) 0 0%
	Nesutinku	(n) 2 9,1%	(n) 3 7,5%
	Sunku pasakyti	(n) 4 18,2%	(n) 2 5,0%
	Sutinku	(n) 8 36,4%	(n) 14 35,0%
	Visiškai sutinku	(n) 8 36,4%	(n) 21 52,5%
Informaciją apie finansinius reikalus Chi-kvadrato = 3,677; df = 3; p = 0.298	Visiškai nesutinku	(n) 0 0%	(n) 0 0%
	Nesutinku	(n) 4 18,2%	(n) 9 22,5%
	Sunku pasakyti	(n) 8 36,4%	(n) 6 15,0%
	Sutinku	(n) 4 18,2%	(n) 18 45,0%
	Visiškai sutinku	(n) 6 27,3%	(n) 7 17,5%
Viso:		100%	100%

2.5.2 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal informacijos ir paramos poreikį (procentais ir skaičiumi)

<i>Jums yra svarbu slaugos ligoninėje GAUTI:</i>		Lytis		
		Vyras	Moteris	
Informacija apie teisinius reikalus Chi-kvadrato = 5,355; df = 3; p = 0.148	Visiškai nesutinku	(n) procentai	0 0%	0 0%
	Nesutinku	(n) (procentai)	6 27,3%	7 17,5%
	Sunku pasakyti	(n) (procentai)	7 31,8%	8 20,0%
	Sutinku	(n) (procentai)	8 36,4%	15 37,5%
	Visiškai sutinku	(n) (procentai)	1 4,5%	10 25,0%
Informaciją apie ligoninės tvarką ir taisykles Chi-kvadrato = 36,710; df = 3; p = 0.000	Visiškai nesutinku	(n) (procentai)	0 0%	0 0%
	Nesutinku	(n) (procentai)	1 4,5%	2 5,0%
	Sunku pasakyti	(n) (procentai)	4 18,2%	6 15,0%
	Sutinku	(n) (procentai)	15 68,2%	20 50,0%
	Visiškai sutinku	(n) (procentai)	2 9,1%	12 30,0%
Viso:			100%	100%
<i>Jums yra svarbu slaugos ligoninėje GAUTI:</i>		Lytis		
		Vyras	Moteris	
Pagalbą priimant svarbius sprendimus Chi-kvadrato = 23,806; df = 4; p = 0.000	Visiškai nesutinku	(n) procentai	0 0%	1 2,5%
	Nesutinku	(n) (procentai)	3 13,6%	4 10,0%
	Sunku pasakyti	(n) (procentai)	8 36,4%	9 22,5%
	Sutinku	(n) (procentai)	6 27,3%	17 42,5%
	Visiškai sutinku	(n) (procentai)	5 22,7%	9 22,5%
Pagalbą planuojant savo ateitį po artimojo mirties Chi-kvadrato = 20,581; df = 4; p = 0.000	Visiškai nesutinku	(n) (procentai)	1 2,5%	2 5,0%
	Nesutinku	(n) (procentai)	4 18,2%	3 7,5%
	Sunku pasakyti	(n) (procentai)	5 22,7%	6 15,0%
	Sutinku	(n) (procentai)	6 27,3%	16 40,0%
	Visiškai sutinku	(n) (procentai)	6 27,3%	13 32,5%
Viso:			100%	100%

2.6.1 lentelė. Respondentų nuomone, slaugos ligoninėje psichologinės, emocinės ir dvasinės paramos būtinumas (procentais ir skaičiumi)

<i>Jums yra svarbu, kad slaugos ligoninėje BŪTŲ:</i>			Lytis	
			Vyras	Moteris
Suteikiama galimybė išreikšti savo jausmus, emocijas Chi-kvadrato = 18,903; df = 3; p = 0.000	Visiškai nesutinku	(n) procentai	0 0%	0 0%
	Nesutinku	(n) procentai	6 27,3%	5 12,5%
	Sunku pasakyti	(n) procentai	7 22,7%	9 22,5%
	Sutinku	(n) procentai	9 40,9%	20 50,0%
	Visiškai sutinku	(n) procentai	0 0%	6 15,0%
Suteikiama galimybė išsakyti savo nuomonę, požiūrius Chi-kvadrato = 16,893; df = 3; p = 0.001	Visiškai nesutinku	(n) procentai	0 0%	0 0%
	Nesutinku	(n) procentai	1 4,5%	4 10,0%
	Sunku pasakyti	(n) procentai	12 54,5%	8 20,0%
	Sutinku	(n) procentai	8 36,4%	18 45,0%
	Visiškai sutinku	(n) procentai	1 4,5%	10 25,0%
Viso:			100%	100%
<i>Jums yra svarbu, kad slaugos ligoninėje BŪTŲ:</i>			Lytis	
			Vyras	Moteris
Išgirstama, ką Jūs sakote: atsižvelgiama į Jūsų pageidavimus Chi-kvadrato = 32,194; df = 3; p = 0.000	Visiškai nesutinku	(n) procentai	0 0%	0 0%
	Nesutinku	(n) procentai	3 13,6%	1 2,5%
	Sunku pasakyti	(n) procentai	6 27,3%	6 15,0%
	Sutinku	(n) procentai	10 45,5%	24 60,0%
	Visiškai sutinku	(n) procentai	3 13,6%	9 22,5%
Skiriama laiko pokalbiams ir Jūsų rūpesčiams Chi-kvadrato = 37,355; df = 4; p = 0.000	Visiškai nesutinku	(n) procentai	1 4,5%	1 2,5%
	Nesutinku	(n) procentai	3 13,6%	4 10,0%
	Sunku pasakyti	(n) procentai	7 31,8%	10 25,0%
	Sutinku	(n) procentai	9 40,9%	20 50,0%
	Visiškai sutinku	(n) procentai	2 9,1%	5 12,5%
Viso:			100%	100%

2.6.2 lentelė. Respondentų nuomone, slaugos ligoninėje psichologinės, emocinės ir dvasinės paramos būtinumas (procentais ir skaičiumi)

<i>Jums yra svarbu, kad slaugos ligoninėje BŪTŲ:</i>		Lytis	
		Vyras	Moteris
Skatinama kalbėti apie tai, kas Jus neramina Chi-kvadrato = 20,194; df = 3; p = 0.000	Visiškai nesutinku	(n) 0 0%	(n) 0 0%
	Nesutinku	(n) 3 13,6%	(n) 4 10,0%
	Sunku pasakyti	(n) 3 13,6%	(n) 12 30,0%
	Sutinku	(n) 14 63,6%	(n) 16 40,0%
	Visiškai sutinku	(n) 2 9,1%	(n) 8 20,0%
Skatinama kalbėti apie mirtį Chi-kvadrato = 15,742; df = 4; p = 0.003	Visiškai nesutinku	(n) 3 13,6%	(n) 1 2,5%
	Nesutinku	(n) 6 27,3%	(n) 10 25,0%
	Sunku pasakyti	(n) 3 13,6%	(n) 9 22,5%
	Sutinku	(n) 10 45,0%	(n) 12 30,0%
	Visiškai sutinku	(n) 0 0%	(n) 8 20,0%
Viso:		100%	100%

2.6.3 lentelė. Respondentų nuomone, slaugos ligoninėje psichologinės, emocinės ir dvasinės paramos būtinumas (procentais ir skaičiumi)

<i>Jums yra svarbu, kad slaugos ligoninėje BŪTŲ:</i>		Lytis	
		Vyras	Moteris
Padedama atrasti gyvenimo prasmę Chi-kvadrato = 16,548; df = 4; p = 0.002	Visiškai nesutinku	(n) 1 (procentai) 4,5%	(n) 0 (procentai) 0%
	Nesutinku	(n) 5 (procentai) 22,7%	(n) 7 (procentai) 17,5%
	Sunku pasakyti	(n) 7 (procentai) 31,8%	(n) 11 (procentai) 27,5%
	Sutinku	(n) 5 (procentai) 22,7%	(n) 14 (procentai) 35,0%
	Visiškai sutinku	(n) 4 (procentai) 18,2%	(n) 8 (procentai) 20,0%
Suteikiama viltis toliau gyventi Chi-kvadrato = 4,452; df = 3; p = 0.217	Visiškai nesutinku	(n) 0 (procentai) 0%	(n) 0 (procentai) 0%
	Nesutinku	(n) 9 (procentai) 40,9%	(n) 7 (procentai) 17,5%
	Sunku pasakyti	(n) 6 (procentai) 27,3%	(n) 7 (procentai) 17,5%
	Sutinku	(n) 4 (procentai) 18,2%	(n) 18 (procentai) 45,0%
	Visiškai sutinku	(n) 3 (procentai) 13,6%	(n) 8 (procentai) 20,0%
Žmogus su kuriuo galima bet kada pasikalbėti Chi-kvadrato = 23,806 df = 3 p = 0.000	Visiškai nesutinku	(n) 0 (procentai) 0%	(n) 0 (procentai) 0%
	Nesutinku	(n) 1 (procentai) 4,5%	(n) 1 (procentai) 2,5%
	Sunku pasakyti	(n) 4 (procentai) 18,2%	(n) 7 (procentai) 17,5%
	Sutinku	(n) 10 (procentai) 45,5%	(n) 16 (procentai) 40,0%
	Visiškai sutinku	(n) 7 (procentai) 31,8%	(n) 16 (procentai) 40,0%

2.6.4 lentelė. Respondentų nuomone, slaugos ligoninėje psichologinės, emocinės ir dvasinės paramos įvertinimas (procentais ir skaičiumi)

<i>Slaugos ligoninėje YRA:</i>			Lytis	
			Vyras	Moteris
Suteikiama galimybė išreikšti savo jausmus, emocijas Chi-kvadrato = 73,48; df = 3; p = 0.000	Visiškai nesutinku	(n) procentai)	0 0%	0 0%
	Nesutinku	(n) procentai)	1 4,5%	1 2,5%
	Sunku pasakyti	(n) procentai)	2 9,1%	2 5,0%
	Sutinku	(n) procentai)	16 72,7%	28 70,0%
	Visiškai sutinku	(n) procentai)	3 13,6%	9 22,5% □
Suteikiama galimybė išsakyti savo nuomonę, požiūrius Chi-kvadrato = 28,68 ; df = 2; p = 0.000	Visiškai nesutinku	(n) procentai)	1 4,5%	1 2,5%
	Nesutinku	(n) procentai)	0 0%	0 0%
	Sunku pasakyti	(n) procentai)	4 18,2%	3 7,5%
	Sutinku	(n) procentai)	15 68,2%	25 62,5%
	Visiškai sutinku	(n) procentai)	3 13,6%	12 30,0% □
Viso:			100%	100%
<i>Slaugos ligoninėje YRA:</i>			Lytis	
			Vyras	Moteris
Išgirstama, ką Jūs sakote: atsizvelgiama į Jūsų pageidavimus Chi-kvadrato = 40,06 ; df = 3; p = 0.000	Visiškai nesutinku	(n) procentai)	0 0%	0 0%
	Nesutinku	(n) procentai)	1 4,5%	1 2,5%
	Sunku pasakyti	(n) procentai)	3 13,6%	2 5,0%
	Sutinku	(n) procentai)	9 40,9%	23 57,5%
	Visiškai sutinku	(n) procentai)	9 40,9%	14 35,0% □
Skiriama laiko pokalbiams ir Jūsų rūpesčiams Chi-kvadrato = 13,48; df = 3; p = 0.004	Visiškai nesutinku	(n) procentai)	0 0%	0 0%
	Nesutinku	(n) procentai)	5 22,7%	1 2,5%
	Sunku pasakyti	(n) procentai)	4 18,2%	9 22,5%
	Sutinku	(n) procentai)	10 45,5%	16 40,0%
	Visiškai sutinku	(n) procentai)	3 13,6%	14 35,0% □
Viso:			100%	100%

2.6.5 lentelė. Respondentų nuomone, slaugos ligoninėje psichologinės, emocinės ir dvasinės paramos būtinumas (procentais ir skaičiumi)

<i>Slaugos ligoninėje YRA:</i>			Lytis	
			Vyras	Moteris
Skatinama kalbėti apie tai, kas Jus neramina Chi-kvadrato = 42,90; df = 3; p = 0.000	Visiškai nesutinku	(n) procentai)	0 0%	0 0%
	Nesutinku	(n) procentai)	2 9,1%	0 0%
	Sunku pasakyti	(n) procentai)	3 13,6%	2 5,0%
	Sutinku	(n) procentai)	10 45,5%	24 60,0%
	Visiškai sutinku	(n) procentai)	7 31,8%	14 35,0% □
Skatinama kalbėti apie mirtį Chi-kvadrato = 66,66; df = 3; p = 0.000	Visiškai nesutinku	(n) procentai)	0 0%	0 0%
	Nesutinku	(n) procentai)	1 4,5%	2 5,0%
	Sunku pasakyti	(n) procentai)	4 18,2%	2 5,0%
	Sutinku	(n) procentai)	16 72,7%	27 67,5%
	Visiškai sutinku	(n) procentai)	1 4,5%	9 22,5% □
Viso:			100%	100%
Padedama atrasti gyvenimo prasmę Chi-kvadrato = 51,06; df = 4; p = 0.000	Visiškai nesutinku	(n) procentai)	1 4,5%	0 0%
	Nesutinku	(n) procentai)	3 13,6%	1 2,5%
	Sunku pasakyti	(n) procentai)	2 9,1%	8 20,0%
	Sutinku	(n) procentai)	14 63,6%	19 47,5%
	Visiškai sutinku	(n) procentai)	2 9,1%	12 30,0% □
Suteikiama viltis toliau gyventi Chi-kvadrato = 26,52; df = 3; p = 0.000	Visiškai nesutinku	(n) procentai)	0 0%	0 0%
	Nesutinku	(n) procentai)	1 4,5%	2 5,0%
	Sunku pasakyti	(n) procentai)	5 22,7%	4 10,0%
	Sutinku	(n) procentai)	10 45,5%	19 47,5%
	Visiškai sutinku	(n) procentai)	6 27,3%	15 37,5%
Žmogus su kuriuo galima bet kada pasikalbėti Chi-kvadrato = 37,87; df = 3 p = 0.000	Visiškai nesutinku	(n) procentai)	0 0%	0 0%
	Nesutinku	(n) procentai)	0 0%	2 5,0%
	Sunku pasakyti	(n) procentai)	0 0%	6 15,0%
	Sutinku	(n) procentai)	8 36,4%	14 35,0%
	Visiškai sutinku	(n) procentai)	14 63,6%	18 45,0%

2.7.1 lentelė. Respondentų nuomone naujų paslaugų poreikis slaugos ligoninėje (procentais ir skaičiumi)

<i>Ar reikia, kad slaugos ligoninėje BŪTŲ TEIKIAMOS PASLAUGOS:</i>		Lytis		
		Vyras	Moteris	
Artimiesiems organizuojamos savitarpio pagalbos grupės prieš ligonio mirtį Chi-kvadrato = 19,290; df = 3; p = 0.000	Visiškai nesutinku	(n) procentai)	0 0%	0 0%
	Nesutinku	(n) (procentai)	4 18,2%	5 12,5%
	Sunku pasakyti	(n) (procentai)	9 40,9%	16 40,0%
	Sutinku	(n) (procentai)	7 31,8%	16 40,0%
	Visiškai sutinku	(n) (procentai)	2 9,1%	3 7,5%
Artimiesiems organizuojamos savitarpio pagalbos grupės po ligonio mirties Chi-kvadrato = 33,613; df = 3; p = 0.000	Visiškai nesutinku	(n) (procentai)	0 0%	0 0%
	Nesutinku	(n) (procentai)	2 9,1%	5 12,5%
	Sunku pasakyti	(n) (procentai)	15 68,2%	15 37,5%
	Sutinku	(n) (procentai)	5 22,7%	18 45,0%
	Visiškai sutinku	(n) (procentai)	0 0%	2 5,0%
Viso:			100%	100%
Artimiesiems teikiama dvasinė slauga prieš ligonio mirtį Chi-kvadrato = 14,129; df = 3; p = 0.003	Visiškai nesutinku	(n) procentai)	0 0%	0 0%
	Nesutinku	(n) (procentai)	1 4,5%	4 10,0%
	Sunku pasakyti	(n) (procentai)	10 45,0%	9 22,5%
	Sutinku	(n) (procentai)	9 40,9%	16 40,0%
	Visiškai sutinku	(n) (procentai)	2 9,1%	11 27,5%
Artimiesiems teikiama dvasinė slauga po ligonio mirties Chi-kvadrato = 30,903; df = 4; p = 0.000	Visiškai nesutinku	(n) (procentai)	2 9,1%	1 2,5%
	Nesutinku	(n) (procentai)	3 13,6%	2 5,0%
	Sunku pasakyti	(n) (procentai)	7 31,8%	12 30,0%
	Sutinku	(n) (procentai)	8 36,4%	16 45,0%
	Visiškai sutinku	(n) (procentai)	2 9,1%	7 17,5%
Viso:			100%	100%

2.7.2 lentelė. Respondentų nuomone naujų paslaugų poreikis slaugos ligoninėje (procentais ir skaičiumi)

<i>Ar reikia, kad slaugos ligoninėje BŪTŲ TEIKIAMOS PASLAUGOS:</i>		Lytis		
		Vyras	Moteris	
Artimiesiems teikiamos psichologo konsultacijos prieš ligonio mirtį Chi-kvadrato = 17,097; df = 3; p = 0.001	Visiškai nesutinku	(n) procentai)	0 0%	0 0%
	Nesutinku	(n) (procentai)	2 9,1%	2 5,0%
	Sunku pasakyti	(n) (procentai)	7 31,8%	14 35,0%
	Sutinku	(n) (procentai)	10 45,5%	15 37,5%
	Visiškai sutinku	(n) (procentai)	3 13,6%	9 22,5%
Artimiesiems teikiamos psichologo konsultacijos po ligonio mirties Chi-kvadrato = 14,258; df = 3; p = 0.003	Visiškai nesutinku	(n) (procentai)	0 0%	0 0%
	Nesutinku	(n) (procentai)	3 13,6%	3 7,5%
	Sunku pasakyti	(n) (procentai)	9 40,9%	11 27,5%
	Sutinku	(n) (procentai)	6 27,3%	19 47,5%
	Visiškai sutinku	(n) (procentai)	4 18,2%	7 17,5%
Viso:			100%	100%
Artimiesiems organizuojama užimtumo terapija prieš ligonio mirtį Chi-kvadrato = 21,387; df = 4; p = 0.000	Visiškai nesutinku	(n) procentai)	1 4,5%	0 0%
	Nesutinku	(n) (procentai)	3 13,6%	6 15,0%
	Sunku pasakyti	(n) (procentai)	9 40,9%	13 32,5%
	Sutinku	(n) (procentai)	5 22,7%	13 32,5%
	Visiškai sutinku	(n) (procentai)	4 18,2%	8 20,0%
Artimiesiems organizuojama užimtumo terapija po ligonio mirties Chi-kvadrato = 18,968; df = 4; p = 0.001	Visiškai nesutinku	(n) (procentai)	1 4,5%	1 2,5%
	Nesutinku	(n) (procentai)	6 27,3%	8 20,0%
	Sunku pasakyti	(n) (procentai)	9 40,9%	13 32,5%
	Sutinku	(n) (procentai)	5 22,7%	11 27,5%
	Visiškai sutinku	(n) (procentai)	1 4,5%	7 17,5%
Viso:			100%	100%