



VILNIAUS UNIVERSITETAS

MEDICINOS FAKULTETAS

Išplėstinės praktikos slauga

Akušerijos ir Slaugos katedra

Grėta Ruseckaitė, 2 kursas, 1 grupė.

MAGISTRO BAIGIAMASIS DARBAS

Slaugytojų patirtys prižiūrint pacientus, patiriančius fantominius skausmus

Nurses' Experiences in Caring for Patients with Phantom Limb Pain

Darbo vadovas

Asist. Dr. Zita Gierasimovič

Darbo konsultantas

Doc. Dr. Stanislav Sabaliauskas

Katedros vadovas

Doc. Dr. Agnė Jakavonytė-Akstinienė

Vilnius, 2026

Studento elektroninio pašto adresas: greta.ruseckaite@mf.stud.vu.lt

TURINYS

SANTRAUKA.....	3
SUMMARY.....	4
SANTRUPOS.....	5
ĮVADAS	6
1. 1 Fantominio skausmo samprata.....	8
1.1.1 Fantominio skausmo etiologija.	8
1.1.2 Fantominio skausmo epidemiologija	8
1.1.3 Fantominio skausmo klinika	10
1.1.4 Fantominio skausmo vertinimas.....	11
1. 2. 1.2.Fantominių pojūčių ir skausmo valdymo būdai.....	12
1.2.1 Nemedikamentiniai būdai	12
1.2.2 Medikamentiniai fantominio skausmo valdymo būdai	16
1.3 Slaugytojų vaidmuo skausmo valdyme	19
1.3.1 Slaugytojų veiksmai ir priemonės, fantominio skausmo valdyme.....	19
1.3.2 Slaugytojų patiriami iššūkiai	20
2. TYRIMO METODIKA	22
2. 1. Tyrimo metodas ir jo pagrindumas	22
2. 2. Tyrimo organizavimas	22
2. 3. Literatūros šaltinių paieškos strategija ir apdorojimas.....	23
2. 4. Tyrimo imtis.....	23
2. 5. Tyrimo instrumentas	24
2. 6. Duomenų apdorojimas ir analizė	24
2. 7. Tyrimo etika.....	25
3. TYRIMO REZULTATAI	25
3.1 Slaugytojų patiriami iššūkiai, prižiūrint pacientus, patiriančius fantominius skausmus.	25
3.2 Slaugytojų taikomi skausmo valdymo metodai, prižiūrint pacientus, patiriančius fantominius skausmus.....	30
3.3. Slaugytojų emocinių ir psichologinių iššūkių sprendimo būdai slaugant pacientus, patiriančius fantominius skausmus.....	33
REZULTATŲ APTARIMAS.....	37
IŠVADOS.....	41

REKOMENDACIJOS	42
LITERATŪROS SĄRAŠAS.....	42
PRIEDAI	49

SANTRAUKA

Ruseckaitė G. Slaugytojų patirtys prižiūrint pacientus, patiriančius fantominius skausmus / Išplėstinės praktikos slaugos studijų baigiamasis darbas. Darbo vadovė Asist. Dr. Zita Gierasimovič. Vilnius: Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Akušerijos ir Slaugos katedra; 2026. p. 52

Įvadas. Atsižvelgiant į dažną fantominio skausmo paplitimą, jo intensyvumą bei neigiamą poveikį gyvenimo kokybei, yra tikslinga moksliskai tirti slaugos specialistų, teikiančių pagalbą šiems pacientams, profesinę patirtį.

Darbo tikslas - įvertinti slaugytojų patirtis, prižiūrint pacientus, patiriančius fantominius skausmus.

Darbo metodai: kokybinis tyrimo tipas, naudojant pusiau struktūruotą interviu.

Rezultatai ir išvados. Slaugytojai, prižiūrintys fantominius skausmus patiriančius pacientus, dažniausiai susiduria su bejėgiškumu, dideliu darbo krūviu bei emocine įtampa, kuri neretai persikelia į jų asmeninį gyvenimą. Tyrimas atskleidė, kad slaugytojų turimos žinios apie fantominio skausmo valdymą yra nepakankamos. Skausmo valdymui slaugytojai taiko tiek medikamentines, tiek nemedikamentines priemones – dažniausiai skiria antiepileptikus ir teikia emocinę paramą bei bendradarbiauja su kitais specialistais. Spręsdami emocinius ir psichologinius iššūkius, slaugytojai dažniausiai remiasi asmeninėmis savireguliacijos strategijomis, tokiomis kaip fizinis aktyvumas ar emocinis atsiribojimas nuo darbo, o svarbiausiu emocinės paramos šaltiniu tampa kolegų palaikymas.

Rekomendacijos. 1. Tęsti tyrimus apie slaugytojų emocinius ir profesinius iššūkius slaugant pacientus, patiriančius fantominius skausmus bei nustatyti esminius jų savijautai įtaką darančius veiksnius. 2. Mažinti slaugytojų darbo krūvį optimizuojant personalo ir pacientų santykį bei užtikrinant darbuotojų pakankamumą.

Raktiniai žodžiai. Fantominis skausmas, fantominis galūnės sindromas, slaugytojų patirtys, slaugytojų iššūkiai.

SUMMARY

Ruseckaite G. Nurses' experiences in Caring for Patients with Phantom Limb Pain / Final thesis of Advanced Practice Nursing studies. Supervisor: Assist. Dr. Zita Gierasimovic. Vilnius: Vilnius University Faculty of Medicine, Department of Obstetrics and Nursing; 2026. p. 52

Introduction. Considering the high prevalence of phantom pain, its intensity, and its negative impact on quality of life, it is relevant to scientifically investigate the professional experiences of nursing specialists providing care to these patients.

Aim of the study – to evaluate nurses' experiences in caring for patients experiencing phantom pain.

Methods. Qualitative research design using semi-structured interviews.

Results and conclusions. Nurses caring for patients experiencing phantom pain most often face a high workload, experience a sense of helplessness, and emotional burden, which often transfers into their personal lives. A lack of knowledge regarding phantom pain management was also identified. For pain management, nurses apply both pharmacological and non-pharmacological measures – most commonly administering antiepileptics, providing emotional support, and collaborating with other specialists. In addressing emotional and psychological challenges, nurses most often rely on personal self-regulation strategies such as physical activity or emotional detachment from work, while support from colleagues becomes the main source of emotional support.

Recommendations. 1. Continue scientific research on the emotional, psychological, and professional challenges experienced by nurses caring for patients with phantom pain, identifying the factors that most influence nurses' well-being and their emotional and psychological state. 2. Reduce nurses' workload by reviewing the ratio of patients to nurses on duty, thereby ensuring an adequate number of staff.

Keywords. Phantom limb pain, phantom limb syndrome, nurses' experiences, nurses' challenges.

LENTELIŲ SĄRAŠAS

1 lentelė. Slaugytojų patiriami sunkumai teikiant priežiūrą pacientams, jaučiantiems fantominius skausmus.....	25
2 lentelė. Slaugytojų taikomos medikamentinės ir nemedikamentinės priemonės valdant fantominį skausmą.....	29

3 lentelė. Slaugytojų emocinių ir psichologinių iššūkių sprendimo būdai slaugant pacientus, patiriančius fantominius skausmus..... 33

SANTRUPOS

CD – cukrinis diabetas

VR – virtualioji realybė

JAV – Jungtinės Amerikos Valstijos

CNS – centrinė nervų sistema

PNS – periferinė nervų sistema

NRS – skaitinė skausmo skalė

VAS – vizualinė analoginė skausmo skalė

MPQ – McGill skausmo vertinimo klausimynas

AR – papildomoji realybė

TENS – transkutaninė elektinė nervų stimuliacija

KET – kognityvinė elgesio terapija

NMDA – N-metil D-asparto rūgštis

TCA – tricikliai antidepresantai

GABA – Gama-amino sviesto rūgštis

IVADAS

Fantominis skausmas – tai skausmo pojūtis galūnėje po amputacijos. Fantominis skausmas buvo aprašytas jau nuo XVI a., o pirmasis šį reiškinį dokumentavo prancūzų chirurgas Ambroise Paré (1–3). Jungtinėse Amerikos Valstijose kasmet atliekama nuo 30 000 iki 40 000 amputacijų. Amputacijos priežastys gali būti įvairios – cukrinis diabetas, sunki trauma, navikai, kraujagyslių ligos ar infekcijos. Po amputacijos skausmas yra dažnas simptomas, skirstomas į dvi rūšis: liekamosios galūnės skausmą ir fantominį galūnės skausmą. Liekamosios galūnės skausmas kyla amputuotoje vietoje, dažniausiai ankstyvu pooperaciniu laikotarpiu ir linkęs praeiti užgijus žaizdai. Skirtingai nei

fantominis galūnės skausmas, liekamosios galūnės skausmas dažniausiai turi aiškią priežastį – nervo pažeidimą, chirurginę traumą, išemiją, odos pažeidimą ar infekciją. Fantominio skausmo priežastys dar nėra aiškios (1). Fantominio skausmo pasireiškimas siejamas su ženkliai prastesne gyvenimo kokybe. Šis skausmas gali apriboti kasdienę veiklą, mažinti fizinį aktyvumą, apsunkinti sugrįžimą į darbą ar įprastą gyvenimo ritmą. Be to, ilgalaikis skausmas dažnai sukelia emocinių ir psichologinių problemų – tokių kaip nerimas, depresija ar miego sutrikimai – kurie dar labiau blogina bendrą savijautą ir gyvenimo kokybę. Net 39 proc. pacientų nurodo, kad skausmo intensyvumas yra stiprus, o 27 proc. teigia, kad jis yra „itin varginantis“ (4).

Vakarų šalyse, tokiose kaip JAV, Kanada dauguma amputacijų atliekamos dėl cukrinio diabeto ar kraujagyslių ligų, rečiau – dėl traumos ar vėžio, o tik nedidelei daliai pacientų jos atliekamos dėl įgimtų anomalijų ar infekcijos, o po galūnių amputacijos fantominį skausmą patiria net iki 80 proc. pacientų (2). Jungtinėse Amerikos Valstijose kasmet atliekama apie 185 000 naujų apatinės galūnės amputacijų, o iš viso su amputuotomis galūnėmis gyvena apie 1,7 mln. žmonių. Apatinių galūnių amputacijos sudaro apie 86 proc. visų amputacijų atvejų (5). Slaugytojai atlieka ypatingą vaidmenį, nes jie yra atsakingi už pacientų skausmo stebėjimą, prevenciją, gydymo efektyvumo vertinimą bei kasdienį palaikymą pooperaciniu laikotarpiu. Jų indėlis padeda sumažinti skausmo intensyvumą, gerinti paciento funkcinę būklę ir gyvenimo kokybę, taip pat suteikia emocinę paramą pacientams, kurie susiduria su fantominio skausmo iššūkiais.

Temos naujumas. Dauguma iki šiol atliktų tyrimų apie fantominį skausmą daugiausiai dėmesio skiria medicininiams aspektams – jo atsiradimo priežastims, patofiziologijai bei gydymo galimybėms (2,3). Vis dėlto mažai tyrinėjama kita, ne mažiau svarbi šios problemos dalis – slaugytojų patirtys, prižiūrint pacientus, patiriančius fantominį skausmą. Būtent slaugytojai daugiausia laiko praleidžia šalia paciento, stebi jo būklę, teikia ne tik medicininę pagalbą, bet ir emocinę paramą.

Temos aktualumas. Analizuoti slaugytojų patirtis, prižiūrint pacientus, patiriančius fantominį skausmą, yra svarbu dėl daugelio priežasčių. Apskaičiuota, kad JAV šiuo metu yra apie 2 milijonus žmonių, kuriems amputuotos galūnės, o iki 2050 metų šis skaičius gali pasiekti 3,6 milijono (6). Kanadiečiai mokslininkai nustatė, jog fantominį skausmą po amputacijos patiria net 50-80 proc. pacientų, o skausmą apibūdžia kaip deginantį, dilgčiojantį, duriantį bei pulsuojančią. Dėl didelio fantominio skausmo paplitimo, skausmo intensyvumo, suprastėjusios gyvenimo kokybės būtina tirti slaugytojų, prižiūrinčių pacientus, patiriančius fantominius skausmus, patirtis (3). Slaugytojai, būdami arčiausiai paciento, atlieka esminį vaidmenį skausmo valdyje. 2022 metų Germossa ir kt. atliktas tyrimas parodė, jog pacientų skausmo valdymo kokybė labai glaudžiai susijusi su

slaugytojomis - jų skaičiumi, kompetencija, komunikacija su pacientu bei darbo organizavimu (7). Tinkamas skausmo įvertinimas ir veiksmingų intervencijų taikymas pagerina pacientų pasitenkinimą, todėl išanalizavus slaugytojų patirtis, būtų galima geriau suprasti jų darbo ypatumus ir pagerinti pacientų gyvenimo kokybę (8).

Tikslas: išanalizuoti slaugytojų patirtis, prižiūrint pacientus, patiriančius fantominius skausmus.

Darbo uždaviniai:

1. Identifikuoti iššūkius, su kuriais slaugytojai susiduria pacientų priežiūros procese.
2. Išanalizuoti slaugytojų taikomas strategijas pacientų skausmo valdyme ir gyvenimo kokybės gerinime.
3. Nustatyti emocinių ir psichologinių iššūkių sprendimus slaugant pacientus, patiriančius fantominius skausmus.

Hipotezė: slaugytojų patirtis, dirbant su pacientais, patiriančiais fantominius skausmus, ir jų įgūdžiai, susiję su skausmo valdymu, turi teigiamą poveikį pacientų gyvenimo kokybei.

Objektas: slaugytojų, prižiūrinčių pacientus, patiriančius fantominius skausmus, patirtis.

Subjektas: slaugytojos, prižiūrinčios pacientus, patiriančius fantominius skausmus.

LITETARŪROS APŽVALGA

1. 1 Fantominio skausmo samprata

1.1.1 Fantominio skausmo etiologija.

Fantominių galūnių skausmo tiksli priežastis iki šiol nėra aiški, tačiau manoma, kad ją lemia kelių mechanizmų derinys. Anksčiau buvo manyta, kad skausmą daugiausia sukelia amputacijos metu pažeistų nervų galūnių sudirginimas ir mazgelių – neuromų – susidarymas, kurie siunčia netaisyklingus signalus į smegenis. Vis dėlto naujesni brazilų mokslininkų Luza ir Fereirra (2019 m.) bei kinų mokslininkų Zhou ir Wang (2020 m.) tyrimai, atlikti naudojant magnetinio rezonanso tomografijos ir pozitronų emisijos tomografijos technologijas, parodė, kad fantominiam skausmui svarbus centrinės nervų sistemos vaidmuo. Net tada, kai galūnės nebėra, smegenų sritys, kurios ją valdė, vis tiek suaktyvėja, kai žmogus jaučia skausmą. Tai rodo, kad fantominis skausmas yra sudėtingas reiškinys, kuriam įtakos turi tiek periferinė nervų sistema, tiek centrinė nervų sistema po

galūnių amputacijos (9,10). Tą patį mini ir Amerikiečių mokslininkai Abdi ir Culp savo 2022 metų atliktame tyrime, teigdami, jog fantominio galūnės skausmo etiologija iki šiol nėra tiksliai žinoma. Nustatyta, jog tiek centrinė nervų sistema (CNS), tiek periferinė nervų sistema (PNS) dalyvauja, kai žmogus jaučia fantominį skausmą. PNS dalyvavimas yra akivaizdus dėl aferentinių (jutiminių) ir eferentinių (motorinių) nervų pašalinimo amputuotoje galūnėje, tačiau manoma, kad CNS taip pat dalyvauja – dėl periferinių impulsų netekimo, kurie turi reikšmės smegenų plastiškumui ir signalų moduliacijai. Svarbu pabrėžti, kad iki šiol nėra viena teorija, kad pilnai paaiškintų fantominį skausmą ir tikėtina, jog skausmą lemia daugybiniai CNS ir PNS pokyčiai, vykstantys tuo pačiu metu (11).

Apibendrinant galima teigti, kad tikslios fantominio galūnės skausmo atsiradimo priežastys iki šiol nėra iki galo išaiškintos. Manoma, kad jį sukelia kelių veiksnių derinys – tiek pažeisti nervai po galūnių amputacijos, tiek pokyčiai smegenyse, tačiau trūksta išsamesnių tyrimų, kurie galėtų padėti atrasti konkretesnes priežastis.

1.1.2 Fantominio skausmo paplitimo apžvalga

Vokiečių mokslininkai, tokie kaip Diers, Krum ir kiti, 2022 metais atliktame tyrime pabrėžė, jog fantominio skausmo paplitimą ir intensyvumą lemia įvairūs klinikiniai, demografiniai bei psichologiniai veiksniai. Vyriskos lyties pacientai, kurie yra, kuriems praėjo ilgesnis laikas po amputacijos, fantominį skausmą patiria rečiau, tuo tarpu riziką padidina vyresnis amžius, trumpa liekamoji galūnė ir skausmas prieš amputaciją. Jie taip pat pastebėjo, jog tokie aspektai kaip depresija, nerimas prieš amputaciją gali reikšmingai prisidėti prie fantominio skausmo išsivystymo bei jo sunkumo (12). Apie 356 milijonai galūnių amputacijų pasaulyje atliekama kasmet, o pastarąjį dešimtmetį staigiai išaugęs amputacijų skaičius, daugiausia dėl nekontroliuojamo diabeto, prisidėjo prie fantominio skausmo paplitimo padidėjimo (13). Afrikoje Limakatso ir kitų mokslininkų 2024 metais atliktame tyrime buvo pastebėta, kad nekontroliuojamo cukrinio diabeto (CD) komplikacijos buvo dažniausia amputacijos priežastis tarp afrikiečių, dalyvavusių tyrime, kas taip pat prisidėjo prie fantominio skausmo paplitimo. Mažesnės pajamos, žemas sveikatos raštingumas, prastesnės žinios apie ligą ir brangus sveikas maistas Afrikoje lemia prastą CD valdymą, didina komplikacijų, tokių kaip galūnių amputacijos, riziką, kas netiesiogiai prisideda prie didesnio fantominio skausmo paplitimo ir sunkumo (14). Nwosu ir kt. 2020 metų tyrime, atliktame taip pat Afrikoje, buvo pastebėta, jog fantominį skausmą Nigerijoje patiria beveik 64 proc. pacientų, kuriems buvo

amputuota galūnė. Tyrime buvo paminėta, jog pagrindinė pacientų amputacijos priežastis buvo diabetinė pėda, vėliau seka traumos arba komplikacijos po kaulų lūžių operacijų. Kaip ir anksčiau minėtame straipsnyje, taip ir šiame, afrikiečiai mokslininkai nesistebi šia tendencija dėl didėjančio CD atvejų skaičiaus kiekvienais metais. Tyrime buvo minima, jog beveik 70 proc. apklaustųjų buvo vyrai ir 93 proc. pacientų buvo amputuota apatinė galūnė (15). Kathelo ir jo kolegų atliktame tyrime buvo pastebėta, jog pacientai, kuriems buvo amputuota apatinė galūnė, patiria fantominį skausmą žymiai dažniau, negu pacientai, kuriems buvo amputuota viršutinė galūnė. Taip pat pastebėjo, jog besivystančiose šalyse chirurginių operacijų komplikacijos ir mirčių skaičius yra maždaug 80 proc. didesnis, nei išsivysčiusiose šalyse. Tai atspindi prastą sveikatos sistemą, prastą infrastruktūrą ir trūkumą kvalifikuotų chirurgų, ypač kaimo vietovėse. Šiame tyrime buvo pastebėtas įdomus dalykas, jog fantominį galūnės skausmą žmonės su įgimta galūnių anomalija patiria ženkliai rečiau: 0-7 proc., palyginti su paplitimu tarp asmenų, kuriems amputacijos buvo atliktos dėl kitų priežasčių (14). Amerikiečių mokslininkų, Winokur ir kt., 2024 metais atliktame tyrime išryškėjo ir kitos fantominio skausmo paplitimo tendencijos. Buvo minima, jog pooperacinis laikotarpis yra labai svarbus, nes per pirmąsias 24 valandas po amputacijos 50 proc. pacientų pranešė apie fantominį galūnės skausmą, o per pirmą savaitę – 85 proc. pacientų. Tai reiškia, jog fantominis skausmas dažniausiai pasireiškia per pirmąją savaitę po operacijos, na o pacientams, kuriems buvo atlikta amputacija dėl vėžio, fantominį skausmą patyrė beveik 55 proc. pacientų per pirmąjį mėnesį (16).

Apibendrinant galima teigti, kad fantominio galūnės skausmo paplitimui ir intensyvumui turi įtakos daugybė veiksnių: amžius, lytis, psichologinė būklė iki amputacijos, pooperacinis laikas. Tyrimai rodo, kad didesnė rizika patirti fantominį skausmą yra siejama su vyresniu amžiumi, trumpesne liekamąja galūne, skausmu prieš amputaciją bei depresija ar nerimu. Be to, fantominį skausmą dažniau patiria pacientai, kuriems yra amputuotos apatinės galūnės, operacija atlikta besivystančioje šalyje, kur sveikatos priežiūros sistema yra prastesnė. Pastaraisiais metais dėl augančio cukrinio diabeto atvejų skaičiaus amputacijų ir su jomis susijusio fantominio skausmo atvejų pasaulyje daugėja. Tuo tarpu rečiau fantominį skausmą patiria vyrai, pacientai, kuriems praėjo daugiau laiko po amputacijos, bei pacientai, kurie jau yra gimę su galūnių anomalijomis.

1.1.3 Fantominio skausmo klinika

Po galūnės amputacijos daugelis pacientų vis dar jaučia buvusią galūnę tarsi ji fiziškai niekur dingusi nebūtų (17). Fantominiai galūnės pojūčiai paprastai nėra skausmingi, kai kuriems atrodo, kad jie vis dar gali valdyti amputuotą galūnę (18). Amerikiečių mokslininkų, tokių kaip Falbo, Shaffer ir kt.

2025 metais atliktame tyrime dalyvavo 50 karininkų, iš kurių 76 proc. pranešė, jog jaučia fantominius galūnės pojūčius, o 84 proc. – fantominį galūnės skausmą (19). Svarbu pabrėžti, kad fantominės galūnės pojūčiai patys savaime nėra skausmingi – jie gali pasireikšti įvairiomis formomis, pavyzdžiui, jausmu, kad batai per ankšti, ar pojūčiu, kad amputuota galūnė trumpėja, traukiasi link liekamosios galūnės (20). Laikui bėgant, kai kuriems žmonėms po amputacijos fantominė galūnė tarsi „susitraukia“ ir jiems atrodo, kad ji slepiasi likusios galūnės viduje. Šis reiškinys vadinamas „telescoping“. Mokslininkai, tokie kaip Aternali, Appel ir kiti, mano, kad taip nutinka todėl, kad smegenys turi mažiau nervinių jungčių, susijusių su galūnių artimesnėmis dalimis (pvz., petimi ar šlaunimi), ir daug daugiau – su tolimesnėmis dalimis, kaip rankomis ar pėdomis. Todėl apatinės galūnės dažniau „susitraukia“ nei viršutinės, nes rankų nervinės jungtys užima didesnę dalį smegenyse dėl jų svarbos judesiams ir smulkiai motorikai. „Telescoping“ gali prasidėti per pirmąsias savaites po amputacijos, o kartais vystosi pamažu per kelerius metus. Vis dėlto būna ir atvejų, kai žmonės sako, jog vieną dieną atsibudo ir jų fantominė galūnė tarsi „susitraukė per naktį“ (21). Fantominės galūnės pojūčius pacientai dažniausiai apibūdina kaip niežėjimą ar vibraciją sukeliantį pojūtį galūnėje. Tai labai paplitęs reiškinys, kurį patiria beveik visi amputuoti asmenys, ir paprastai laikui bėgant reikšmingai nesikeičia. Fantominės galūnės pojūčiai dažniausiai nereikalauja gydymo, išskyrus pacientų švietimą ir ramybės užtikrinimą (22). Svarbu atskirti fantominės galūnės pojūčius ir skausmą, nes gydymo taktikos, priežiūra skiriasi. Fantominis galūnės skausmas dažniausiai būna intensyvesnis distalinėje amputuotos galūnės dalyje, o jo pobūdis dažniausiai yra apibūdinamas kaip duriantis, veriantis, pulsuojančias, deginantis, maudžiantis ar spaudžiantis. Fantominis skausmas gali būti susijęs su tam tikromis galūnės padėtimis ar judesiais arba jį gali išprovokuoti įvairūs fiziniai ir psichologiniai veiksniai — pavyzdžiui, oro sąlygos, emocinis stresas. Šis lėtinis skausmas dažnai pasireiškia kartu su kitais simptomais, tokiais kaip miego sutrikimai, nerimas ir depresija, kas blogina paciento gyvenimo kokybę (23). Romy ir jo bendradarbių 2024 metais atliktame tyrime taip pat pastebėta, kad fantominis galūnės skausmas blogina pacientų gyvenimo kokybę, nes mažina norą nešioti protezą, kas pagerintų pacientų mobilumą ir amputuotos galūnės funkciją (24). Fantominis galūnės skausmas nėra vienas konkretus skausmo tipas, o daug skirtingų pojūčių visuma, kurią pacientams dažnai sunku tiksliai apibūdinti. Sugawara ir kitų mokslininkų 2021 metais atliktame tyrime dalyvavo 55 asmenys, kurie bandė apibūdinti fantominį skausmą. Buvo pastebėta, jog jie dažniausiai jaučia šaudantį pojūtį, deginimą, dilgčiojimą, šaldantį pojūtį bei pulsavimą galūnėje ir šie pojūčiai pasireiškia 7 kartus per savaitę, t.y. kiekvieną dieną. Be to, apie 70 proc. pacientų patiria kitus pojūčius – jiems atrodo, kad fantominė galūnė kažkaip juda, sukasi, lenkiasi ar trūkčioja, nors fiziškai jos nebėra. Vertinant pacientų skausmą pagal vaizdinę analoginę skalę (VAS), intensyviausi

buvo deginimo, dūrio bei elektros šoko pojūčiai (25). Taigi, po galūnės amputacijos daugelis pacientų patiria fantominį galūnės skausmą, kuris dažniausiai pasireiškia distaliniuose galūnės taškuose ir pasireiškia deginančiu, duriančiu, pulsuojančiu pojūčiu galūnėje. Šis skausmas gali pasikartoti kasdien ir ženkliai bloginti gyvenimo kokybę.

1.1.4 Fantominio skausmo vertinimas

Fantominis skausmas yra dažnas ir sudėtingas reiškinys po galūnės amputacijos, todėl jo tikslus vertinimas yra būtinas tiek klinikinėje praktikoje, tiek moksliniuose tyrimuose. Norint įvertinti fantominį skausmą, dažniausiai naudojamos paprastos skausmo skalės bei anketos, kuriose klausama apie skausmo pobūdį, dažnumą ir poveikį kasdieniam gyvenimui (25). Skausmo vertinimo skalės, tokios kaip Skaitinė skausmo skalė (angl. *Numeric Rating Scale*, NRS) NRS) ir vizualinė analoginė skausmo skalė (*Visual Analog Scale for Pain*, VAS), yra dvi dažniausiai naudojamos priemonės visų tipų skausmui, įskaitant fantominį skausmą, nes jos yra greitos ir paprastos naudoti. Deja, Šios skalės turi apribojimų – jos negali identifikuoti nei skausmo pobūdžio, nei dažnumo, nei trukmės, tik skausmo intensyvumą (26). Skaitinė skausmo vertinimo skalė (NRS) ir vizualinė analoginė skalė (VAS) – yra naudojamos nuo 1950 m. NRS yra 11 taškų (NRS-11) arba 101 taško (NRS-101) skausmo skalė, skirta skausmo intensyvumui įvertinti, ir plačiai taikoma klinikinėje praktikoje dėl paprasto naudojimo ir vertinimo. Naudojant VAS skalę, paciento prašoma pažymėti savo skausmo lygį tašku ant 10 cm linijos, pateiktos ant popieriaus. Nors daugelis tyrimų parodė didelį NRS ir VAS rezultatų panašumą, NRS laikoma patogesne ir paprastesne naudoti nei VAS (27). Be NRS ir VAS, mokslininkai Thong ir kt. 2018 metais akcentavo ir žodinę bei veidų skales, kurios leidžia vertinti skausmą plačiau. Žodinė skalė pacientui suteikia galimybę apibūdinti skausmą žodžiais, pavyzdžiui, „lengvas“, „vidutinis“ ar „stiprus“. Veidų skalė remiasi veido išraiškomis, atspindinčiomis skirtingus skausmo lygius, todėl ji ypač naudinga vaikams, senjorams ar pacientams, kurie sunkiai gali išreikšti savo pojūčius žodžiu (28).

Platesniam fantominio skausmo vertinimui naudojamos išplėstinės anketos, kurios skirtos įvertinti papildomus fantominio skausmo aspektus, tokius kaip skausmo kokybė ir dažnumas, epizodų trukmė bei poveikis gyvenimo kokybei. Viena žinomiausių ir plačiausiai naudojamų vertinimo priemonių yra McGill skausmo vertinimo klausimynas (angl. *McGill Pain Questionnaire* (MPQ)). Ši anketa išsiskiria tuo, kad leidžia kiekybiškai įvertinti skausmo intensyvumą ir pobūdį naudojant skaitinę vertinimo sistemą, todėl ji plačiai taikoma tyrimuose, nagrinėjančiuose fantominį skausmą. Tačiau ši anketa turi ir trūkumų, nes vienoje skalėje sujungiami žodžiai, apibūdinantys fantominės galūnės pojūčius, tokius kaip dilgčiojimas ar niežėjimas, su žodžiais, kurie apibūdina fantominį galūnės

skausmą (deginimas, pulsavimas ir kt.) (25). MPQ ypač naudingas vertinant fantominį galūnės skausmą, nes pacientai gali išsamiai apibūdinti savo pojūčius – deginantį, duriantį, pulsuojantį ar maudžiantį skausmą – ir kartu pateikti informaciją apie skausmo poveikį emocinei būklei ar kasdieniam gyvenimui. Klausimynas apima 78 žodžius, suskirstytus į jutiminius, emocinius aspektus bei dabartinio skausmo intensyvumo skalę nuo 0 (be skausmo) iki 5 (nepakeliamas skausmas). Taip gaunamas išsamus paciento fantominio skausmo vaizdas – ne tik jo intensyvumas bet ir pobūdis. MPQ yra labai patikimas įrankis, jis laikomas vienu iš geriausių metodų vertinti sudėtingą skausmą (29). Taigi, fantominis skausmas po galūnės amputacijos yra sudėtingas reiškinys, todėl jo vertinimas yra labai svarbus. Paprastos skalės, tokios kaip NRS ir VAS, leidžia greitai įvertinti skausmo intensyvumą, tačiau neparodo jo pobūdžio ar poveikio kasdieniui veiklai. Išplėstinės anketos, pavyzdžiui, McGill Pain Questionnaire, leidžia detaliai įvertinti tiek skausmo stiprumą, tiek jo pobūdį.

1. 2. 1.2. Fantominių pojūčių ir skausmo valdymo būdai

1.2.1 Nemedikamentiniai būdai

Fantominio galūnės skausmo valdymas dažnai apima įvairias nemedikamentines priemones, kurios padeda pacientui sumažinti skausmo pojūtį ir pagerinti kasdienę funkciją. Vienas iš nemedikamentinių fantominio skausmo valdymo būdų yra veidrodinė terapija. Veidrodinė terapija yra nemedikamentinis metodas, kai pacientas stebi sveikos galūnės atspindį veidrodyje, sukuriant įspūdį, kad amputuota galūnė juda normaliai ir tai padeda „perprogramuoti“ smegenis ir sumažinti skausmo signalus (30). Britas Rajendram ir jo bendradarbiai 2022 metų tyrime nagrinėjo du nemedikamentinio skausmo valdymo būdus – veidrodinę terapiją ir virtualios realybės terapiją. Šiame tyrime buvo vertinamas veidrodinės terapijos ir virtualios realybės (VR) terapijos efektyvumas valdant fantominį galūnės skausmą, jame dalyvavo apie 300 asmenų. Rezultatai parodė, kad abi terapijos reikšmingai sumažino skausmo intensyvumą, vertinant pagal vizualinę analoginę skalę (VAS). Veidrodinės terapijos grupėje vidutinis skausmo sumažėjimas siekė apie 2,5 balo, o VR terapijos grupėje – apie 2,2 balo. Nustatyta, kad tarp šių dviejų metodų nebuvo statistiškai reikšmingo skirtumo, todėl abi terapijos laikomos panašiai veiksmingomis mažinant fantominio galūnės skausmo simptomus (31). Ispanų Campo-Prieto ir Rodríguez-Fuentes 2022 metais atliktame tyrime taip pat buvo nustatyta veidrodinės terapijos nauda pacientui, patiriančiam fantominį skausmą. Mokslininkai nustatė, kad veidrodinė terapija yra veiksmingas metodas, padedantis sumažinti fantominio galūnės skausmo intensyvumą ir sutrumpinti jo epizodų trukmę. Taip pat paminėjo, jog šis būdas laikomas

paprastu, nebrangiu ir saugiu, nes nesukelia reikšmingų šalutinių poveikių (32). Indijos mokslininkai, tokie kaip Kundra, Purushothaman ir kt. savo 2022 metais atliktame tyrime patvirtino, jog veidrodinė terapija sumažina skausmą, tačiau gauti rezultatai nėra tokie džiuginantys. Pacientams, gavusiems veidrodinę terapiją, fantominis skausmas pasireiškė rečiau (11,7 proc.), palyginti su tais, kurie jos negavo (28,3 proc.). Taip pat skausmo intensyvumas buvo šiek tiek mažesnis – vidutinis skirtumas apie 1 balą NRS skalėje. Tai leidžia daryti išvadą, kad veidrodinė terapija yra paprasta, saugi ir potencialiai naudinga kaip papildomas, bet ne pagrindinis metodas fantominio skausmo prevencijai ar mažinimui po amputacijos (33). Naudingas skausmo valdymo derinys aprašytas 2023 metų Brunelli ir jo bendradarbių atliktame tyrime, kuriame patvirtinamas teigiamas veidrodinės terapijos poveikis fantominio galūnės skausmo mažinimui, ypač kai ji derinama su progresyvia raumenų relaksacija. Pacientai, kuriems veidrodinė terapija buvo derinama su progresyvia raumenų relaksacija, patyrė didžiausią skausmo sumažėjimą – fantominio skausmo dažnis, trukmė ir intensyvumas sumažėjo žymiai labiau nei pacientams, gavusiems tik įprastą fizioterapiją. Šie rezultatai rodo, kad veidrodinė terapija gali būti veiksmingesnė, kai ji naudojama kartu su papildomomis nemedikamentinėmis priemonėmis, suteikiančiomis tiek fizinę, tiek psichologinę paramą pacientams po apatinių galūnių amputacijos (34). Tačiau kai kurie mokslininkai, tokie kaip Rothgangel ir Bekrater-Bodmann 2019 metais teigė, kad fizinių veidrodžių naudojimas mažina įtraukimo ir susidomėjimo lygį veidrodinė terapija, o tai gali lemti nevienodą jos efektyvumą (35).

Naujausi virtualios ir papildytosios realybės sprendimai gali suteikti didesnę įtraukimo lygį ir pritaikomumą, galimai įveikiant veidrodinės terapijos trūkumus. Virtualios realybės (VR) sistemos kuria visą aplinką, kurioje tiek subjektai, tiek aplinka yra kompiuteriu generuojami vaizdai, o papildomosios realybės (AR) sistemos dažniausiai naudoja kompiuteriu sukurtus subjektus, uždedamus ant realios aplinkos. VR ir AR suteikia galimybę sukurti virtualią galūnę, kurią pacientas gali naudoti sąveikai su aplinka. Be to, galimybė kurti virtualias aplinkas leidžia jas pritaikyti paciento interesams, skatinant didesnę įsitraukimą ir susidomėjimą (36). Amerikiečiai mokslininkai Ambron, Buxbaum ir kiti 2021 metais pastebėjo VR naudą pacientams, kurie patiria fantominį skausmą. Tyrime dalyvavo 7 pacientai, kuriems buvo taikomas 5–7 seansų VR terapija, kurioje jokių judesių jiems atlikti nereikėjo, o vėliau dalyvavo ir turėjo 10–12 seansų, kurie jau reikalavo kojų judesių. Rezultatai parodė, kad beveik visi dalyviai, išskyrus vieną, patyrė pastebimą skausmo sumažėjimą iš karto po kiekvieno VR seanso, o tyrimo eigoje matuojamas skausmo lygis prieš seansus taip pat mažėjo, kas rodo nuoseklų ilgalaikį VR terapijos efektą. Fantominio galūnės skausmo intensyvumas sumažėjo 28 proc. po sesijų, kuriose nereikėjo kojų judesių, ir 39,6 proc. po interaktyvių žaidimų,

reikalavusių aktyviai judinti kojas. Šie rezultatai rodo, kad tiek pasyvios vizualinės VR patirtys, tiek interaktyvūs žaidimai su judesiu yra veiksmingi mažinant fantominį galūnės skausmą (37). VR naudą pastebėjo ir amerikiečiai Hoffman ir kt. mokslininkai, kurie nustatė, jog VR aplinka leidžia pacientams atlikti terapinius judesius mažiau skausmingai, o žaidybiniai elementai didina motyvaciją ir įsitraukimą į pratimus. Kameromis ir jutikliais pagrįstos VR technologijos taip pat suteikia galimybę terapeutams stebėti paciento judesių tikslumą ir kiekybiškai įvertinti gydymo efektyvumą bei funkcionalumo pagerėjimą (38). Kitame tyrime, atliktame 2019 metais mokslininkų Rutledge ir kt., buvo nustatyta labai reikšminga VR nauda pacientams. Net 57,1 proc. dalyvių jautė fantominį galūnės skausmą, o 93 proc. patyrė vieną ar daugiau nemalonių fantominių pojūčių. Po VR fantominį skausmą toliau jautė tik 28,6 proc. dalyvių, o fantominiai pojūčiai taip pat sumažėjo iki 28,6 proc., kas rodo reikšmingą skirtumą prieš VR ir po. Dalyviai vertino terapiją kaip labai naudingą, įtraukiančią ir realistišką, o nepageidaujamų poveikių nenustatyta (39). Viena iš naujausių sisteminių apžvalgų rodo, kad VR terapija gali sumažinti fantominį galūnės skausmą tiek po vienos sesijos, tiek po kelių seansų. Ypač efektyvu, kai VR derinama su taktiline stimuliacija, kas gali sustiprinti skausmo mažinimo efektą (40).

Be veidrodinės terapijos ir virtualios bei papildomosios realybės, yra keletas kitų nemedikamentinių metodų, kurie gali būti naudingi gydant fantominį galūnės skausmą. Pavyzdžiui, transkutatinė elektrinė nervų stimuliacija (TENS) yra saugus ir paprastas būdas mažinti skausmą, naudojamas visame pasaulyje. TENS veikia blokuodama skausmo signalų perdavimą smegenims, nepriklausomai nuo skausmo priežasties (41). Atliktame tyrime paaiškėjo, kad skausmo intensyvumas buvo mažesnis TENS metu arba iš karto po jo, palyginti su kontroline grupe. TENS yra efektyvi pagalbinė priemonė fantominio skausmo mažinimui, suteikianti pacientams galimybę savarankiškai malšinti skausmą namuose, nebijant toksinio poveikio, ir dažnai naudojama kartu su kitomis nemedikamentinėmis intervencijomis, tokiomis kaip fizioterapija ar relaksacijos metodai (42). Tačiau TENS naudą ne visi pripažįsta, pavyzdžiui, kiniečių Wu, Weng ir kitų bendradarbių 2018 metų atliktoje analizėje buvo nustatyta, kad pacientai jautė panašų skausmo sumažėjimą tiek grupėje, kurioje buvo naudojama TENS terapija, tiek kontrolinėje grupėje. Kitų nemedikamentinių skausmo valdymo metodų poveikis buvo didesnis nei TENS. Šie duomenys rodo, kad TENS gali būti naudinga trumpalaikiam skausmo ir funkcinų sutrikimų mažinimui, įskaitant fantominį galūnės skausmą, tačiau ilgalaikėje perspektyvoje jos poveikis gali būti ribotas ir geriausiai veikia kartu su kitomis terapijomis (43). Kiniečių atliktam tyrimui antrina ir amerikiečiai, savo 2022 metų atliktame tyrime pabrėždami, kad TENS metodo veiksmingumas fantominio galūnės skausmo atveju išlieka ribotas. Atliktas tyrimas

rodo tik nedidelį ar trumpalaikį skausmo sumažėjimą, o kai kuriais atvejais poveikis nesiskiria nuo kontrolinių grupių. Dėl to TENS dažniau rekomenduojamas kaip papildoma priemonė kartu su kitais nemedikamentiniais ar farmakologiniais metodais, o ne kaip pagrindinis fantominio skausmo gydymo būdas (44).

Pasaulyje plačiai naudojama kognityvinė elgesio terapija gali prisidėti ir prie fantominio skausmo malšinimo, nes ji tiesiogiai veikia skausmo suvokimą, susijusį su psichologiniais veiksniais. Fantominis galūnės skausmas dažnai sustiprėja dėl baimės, nerimo, depresijos ir pacientų lūkesčių dėl skausmo. Kognityvinė elgesio terapija (KET) padeda pacientams atpažinti savo mintis ir elgesio modelius, kas mažina psichologinę įtampą, kuri dažnu atveju sustiprina skausmo pojūtį. Zernitz, Rizzello ir kiti mokslininkai savo 2024 metų tyrime nustatė, kad KET gali sumažinti fantominio skausmo intensyvumą, pagerinti funkcinę veiklą ir gyvenimo kokybę, ypač kai ji derinama su kitais nemedikamentiniais metodais, tokiais kaip veidrodinė terapija, VR ar TENS (45). Farris ir kt. 2022 metais atliktame tyrime nustatė, kad žmonės, kurie labiau bijo skausmo ar linkę jį per daug dramatinizuoti (katastrofizuoti), dažniau jaučia stipresnį skausmą, daugiau nerimo, depresijos simptomų ir patiria daugiau sunkumų kasdienėje veikloje. Kitaip tariant, mūsų požiūris į skausmą gali turėti didelę įtaką tam, kaip stipriai jį jaučiame ir kaip su juo susitvarkome. Tai reiškia, kad gydant fantominį ar lėtinį skausmą svarbu ne tik fizinės, bet ir psichologinės pagalbos priemonės, pavyzdžiui, kognityvinė elgesio terapija (46). Remiantis Limakatso ir kt. 2021 metų tyrimu, kognityvinė elgesio terapija (KET) gali būti veiksminga priemonė fantominio galūnės skausmo valdymui. Tyrime buvo pažymėta, kad KET padeda pacientams atpažinti ir keisti neigiamus mąstymo bei elgesio modelius, kurie stiprina skausmo suvokimą. Dėl to sumažėja skausmo intensyvumas, pagerėja emocinė būklė ir gyvenimo kokybė. Tyrėjai rekomenduoja KET derinti su kitais nemedikamentiniais metodais, pavyzdžiui, veidrodine terapija ar virtualiąja realybe, kad pasiektų geriausius rezultatus fantominio skausmo valdyme. Šie duomenys patvirtina, kad psichologinės intervencijos, nukreiptos į mąstymo ir elgesio modelių keitimą, gali prisidėti prie ilgalaikio fantominio skausmo valdymo (47). Apibendrinant, nemedikamentiniai metodai fantominio galūnės skausmo valdymui apima įvairias intervencijas, kurios mažina skausmą ir gerina gyvenimo kokybę, veikiant tiek fizinius, tiek psichologinius skausmo aspektus. Tyrimai patvirtina, kad šie metodai gali būti efektyvūs tiek atskirai, tiek derinant kelis kartu, siekiant optimalaus poveikio pacientui.

1.2.2 Medikamentiniai fantominio skausmo valdymo būdai

Medikamentinis skausmo valdymo būdas remiasi vaistų vartojimu siekiant sumažinti ar kontroliuoti skausmą, tačiau fantominio galūnės skausmo atveju jo veiksmingumas dažnai kelia abejonių (47). Dažniausios vaistų grupės fantomiam galūnės skausmui malšinti yra antidepresantai, antieptikai, opioidai, N-metil-D-asparto rūgšties (NMDA) receptorių antagonistai ir anestetikai (48). Dažnai fantominio galūnės skausmo gydymui naudojami tricikliai antidepresantai (TCA). Jų analgezinis poveikis gali būti susijęs su serotonino ir noradrenalino reabsorbcijos slopinimu. Hall ir Eldabe 2018 metais atliko tyrimą, kuriame buvo vertinamas amitriptilino (TCA) poveikis, lyginant su placebo, 39 pacientams, kurie patyrė fantominį skausmą. Tyrimas truko 6 savaites ir pagrindinis vertinimo kriterijus buvo paciento nurodytas vidutinis skausmo intensyvumas. Rezultatų skirtumo tarp pacientų, vartojusių TCA ir placebo, nenustatyta. Todėl tyrėjai padarė išvadą, kad TCA veiksmingumas gydant fantominį skausmą nėra pagrįstas įrodymais, o šalutinis poveikis buvo dažnas ir reikšmingas (49). Kito antidepresanto – Mirtazapino, poveikis buvo aprašytas 2020 metais japonų mokslininkų, tokių kaip Hattori, Horikawa ir kt., kurie nustatė jo teigiamą poveikį fantominio skausmo gydymui. Mirtazapinas sumažino fantominio galūnės skausmo intensyvumą nuo 5/10 iki 3/10 aštuonioms valandoms, ko nepavyko pasiekti naudojant kitus vaistus. Pradinė dozė buvo 15 mg vieną kartą per dieną, vėliau padidinta iki dviejų kartų per dieną. Šis pavyzdys rodo, kad mirtazapinas gali būti veiksmingas gerinant fantominio galūnės skausmo simptomus, kuriems įprasti antidepresantai yra nepakankamai veiksmingi (50).

Antieptikai dažnai naudojami neuropatinio skausmo gydymui, o gabapentinas yra vienas iš dažniausiai tirtų vaistų šioje grupėje. Jis efektyviai taikomas fantominio galūnės skausmo valdymui, nes gabapentino analgezinis poveikis siejamas su Gama-amino sviesto rūgšties (GABA) sistemos aktyvumo didinimu, kuris slopina skausmo signalų perdavimą. Nors keli tyrimai rodo jo teigiamą poveikį, tačiau reikia papildomų tyrimų, kad būtų patvirtintas jo saugumas ir efektyvumas (51). Kiniečių mokslininkų, tokių kaip Wang ir Yi 2018 metais atliktame tyrime buvo pastebėta, kad gabapentinas gali sumažinti fantominio galūnės skausmo intensyvumą ir dažnį po amputacijos, ypač pirmosiomis pooperacinėmis dienomis. Pacientai, vartoję gabapentiną, nuo ketvirtos iki devintos dienos po operacijos jautė reikšmingą skausmo sumažėjimą, o bendras fantominio skausmo dažnis buvo mažesnis nei placebo grupėje (43,84 proc. prieš 77,27 proc.). Nuo dešimtos iki keturioliktos dienos skirtumų tarp grupių nebuvo, nes skausmas placebo grupėje taip pat pradėjo mažėti. Rezultatai rodo, kad gabapentinas gali būti efektyvus ankstyvame pooperaciniame laikotarpyje, tačiau ilgalaikė nauda yra ribota (52). Costa ir kt. 2024 metais atliktas tyrimas taip pat turėjo prieštarinę nuomonę

dėl gabapentino. Gabapentinas dažnai vartojamas fantominio galūnės skausmo valdymui, tačiau šių mokslininkų atliktas tyrimas parodė, kad jo poveikis gyvenimo kokybei (Health-related quality of life klausimynas) gali būti neigiamas. Tyrime, kuriame dalyvavo 92 pacientai, buvo nustatyta, kad gabapentiną vartoję pacientai pasižymėjo prastesniais gyvenimo kokybės rodikliais pagal SF-36 klausimyną, ypač psichinės sveikatos, bendro sveikatos suvokimo, kūno skausmo ir gyvybingumo srityse, palyginti su tais, kurie šio vaisto nevartojo. Tai rodo, kad gabapentinas nevisada pagerina gyvenimo kokybę pacientams, patiriantiems fantominius skausmus (53). Kitas antiepileptikas – pregabalinas, gali būti naudingas valdant fantominį galūnės skausmą, nes taip pat mažina skausmo signalų perdavimą nervų sistemoje ir taip palengvina pacientų fizinį diskomfortą bei pagerina gyvenimo kokybę. Tačiau jo vartojimas neapsiriboja tik teigiamu poveikiu – pastaruoju metu daugėja tyrimų, kurie pabrėžia apie pregabalino priklausomybę. Šis dviprasmiškas poveikis primena, kad pregabalinas turėtų būti skiriamas atsargiai, kartu užtikrinant psichologinę paramą, nuolatinę medicininę priežiūrą, kad būtų išvengta šalutinių poveikių (54). Japonų mokslininkai Fujita ir kt. 2020 metais paneigė teigiamą pregabalino poveikį fantominio skausmo valdyme. Jų atliktas tyrimas parodė, kad pregabalinas nebuvo veiksmingas fantominio galūnės skausmo valdymui po amputacijos. Pacientės simptomai nepalengvėjo vartojant 150 mg pregabalino per dieną, tik pridėjus amantadiną ir meksiletiną pastebėtas simptomų pagerėjimas. Tai patvirtina, kad pregabalinas neveiksmingas fantominio skausmo valdyme, ir dažnai reikalinga kombinuota terapija su kitais vaistais, kad būtų pasiektas norimas rezultatas (55).

Opioidai taip pat dažnai naudojami fantominio galūnės skausmo gydymui dėl jų analgezinio poveikio, tačiau jų ilgalaikė nauda ir saugumas vis dar yra ribotai ištirti. Tarp jų morfinas pasižymi geriausiais įrodymais: intraveninis morfinas efektyviai mažina fantominį galūnės skausmą pooperaciniu laikotarpiu, o peroralinis morfinas gali suteikti skausmo malšinimą nuo 8 savaitių iki 1 metų. Be to, intraveninis ketaminas taip pat yra veiksmingas trumpalaikiam fantominio skausmo mažinimui, ypač pacientams, kuriems tradiciniai opioidai nėra pakankamai efektyvūs (56). Australų mokslininkai Alviar, Hale ir Lim-Dungca 2016 metais savo tyrime pastebėjo, kad lėto atpalaidavimo morfinas veiksmingas ilgalaikiam fantominio skausmo gydymui, nes net 5 iš 12 pacientų patyrė > 50 proc. skausmo sumažėjimą, kuris išliko iki 12 mėn. Intraveninis morfinas efektyvus ūmiam fantominiam skausmui gydyti. Tačiau ilgalaikis vartojimas gali sukelti nepageidaujamų reiškinių, tokių kaip priklausomybė, vidurių užkietėjimas, mieguistumas, nuovargis, galvos svaigimas, prakaitavimas, šlapinimosi sutrikimai, vėmimas, bei kvėpavimo problemos. Tuo tarpu tramadolis, nors dažnai

skiriamas neuropatiniam skausmui, fantominio galūnės skausmo atveju neparodė jokio efektyvumo — placebo grupė pasiekė identiškus rezultatus.

N-metil-D-asparto rūgštis (NMDA) receptorių antagonistai, tokie kaip ketaminas ir dextrometorfanas, palyginti su placebo, taip pat parodė analgezinį poveikį, tačiau ketamino vartojimas siejamas su rimtesniais nepageidaujamais reiškinių, įskaitant sąmonės netekimą, mieguistumą, haliucinacijas, klausos sutrikimus bei apsvaigimą (57). Amerikiečių mokslininkų 2022 metais atliktame tyrime buvo aprašytas atvejis, kai pacientui, kuris skundėsi fantominiu skausmu dvejus metus, buvo sėkmingai palengvintas buprenorfino/naloksono preparatu. Dozė buvo palaipsniui didinama iki 24–32 mg per parą, ir tai leido pacientui jaustis gerokai geriau: skausmas sumažėjo, jam tapo lengviau atlikti kasdienes veiklas ir pagerėjo gyvenimo kokybė. Šis atvejis rodo, kad buprenorfino/naloksono preparatas gali būti veiksminga ankstyva priemonė sunkiai valdomam fantominiam skausmui (58).

Vietiniai anestetikai taip pat gali padėti mažinti fantominį galūnės skausmą. Vienkartinė 0,25 proc. bupivakaino injekcija į raumenį žymiai sumažino skausmą po injekcijos: vidutinis VAS balas nukrito 5,3 balo, palyginti su placebo – 1,5 balo. Tuo tarpu intraveninis lidokainas neparodė reikšmingo skirtumo skausmo mažinimui. Šalutiniai poveikiai buvo reti, nepasireiškė širdies ar kvėpavimo problemos, o injekcija nebuvo skausminga. Tačiau straipsnyje nebuvo įvertintas poveikis miegui, nuotaikai, kasdienėms funkcijoms ar gyvenimo kokybei (57). Amerikiečių mokslininkai Nick ir kt. pritarė bupivakaino naudai, mažinant fantominį galūnės skausmą. Jie pabrėžė, jog vietiniai anestetikai, ypač bupivakainas, gali padėti sumažinti fantominį galūnės skausmą po amputacijos, nors ilgalaikėje perspektyvoje efektas ne visada išlieka. Tyrimai rodo, kad nuolatinė brachialinio rezginio analgezija gali užkirsti kelią fantominio skausmo atsiradimui ir palaikyti skausmo sumažėjimą net iki metų. Tai reiškia, kad bupivakainas gali būti naudinga priemonė fantominio skausmo valdyme, tačiau reikia daugiau tyrimų, kad būtų aišku, kiek jis veiksmingas ilguoju laikotarpiu (59). Taigi, fantominio galūnės skausmo medikamentinis gydymas apima kelias pagrindines vaistų grupes: antidepresantus, antiepileptikus, opioidus, NMDA receptorių antagonistus ir vietinius anestetikus. Šie vaistai gali laikinai sumažinti skausmą arba pagerinti fizinį komfortą, tačiau dažnai jie nėra efektyvūs ir neveikia ilgai, todėl reikalingi papildomi tyrimai, kad būtų aiškiau, kurie vaistai ir deriniai yra veiksmingiausi.

1.3 Slaugytojų vaidmuo skausmo valdyme

1.3.1 Slaugytojų veiksmai ir priemonės, fantominio skausmo valdyme

Slaugytojai, būdami arčiausiai paciento, tiesiogiai susiduria su fantominio skausmo keliamais sunkumais ir pacientų patiriamu diskomfortu. Slaugytojos susiduria su stipriais emociniais ir profesiniais iššūkiais, nes fantominio skausmo priežiūra reikalauja ne tik klinikinių žinių, bet ir gebėjimo nuolat palaikyti pacientą, kuris kenčia nematomą ir sunkiai paaiškinamą skausmą. Turku Katran ir kt. 2022 metų straipsnyje pabrėžiama, kad slaugytojos atlieka svarbų edukacinį vaidmenį, padėdamos pacientui suprasti fantominio skausmo kilmę ir galimus valdymo būdus, taip mažindamos jų nerimą bei neapibrėžtumo jausmą. Be to, slaugytojai teikia emocinį palaikymą, nes pacientai po amputacijos susiduria su kūno pokyčiais, baimėmis ir psichologine įtampa, kurią sustiprina nepaaiškinamas skausmo pobūdis. Galiausiai autoriai akcentuoja, kad slaugytojams vis dar trūksta specializuotų žinių ir aiškių metodinių gairių, todėl fantominio skausmo priežiūra tampa ne tik kliniškai sudėtinga, bet ir emociškai varginanti sritis (60). Geriau suprasdamos, kas yra fantominis skausmas ir kaip jis paveikia žmogaus kasdienį gyvenimą, slaugytojos gali pasirinkti tinkamesnius skausmo malšinimo būdus ir atvirai kalbėti su pacientais apie jų patiriamus emocinius bei fizinius sunkumus. Kadangi slaugytojai yra tie specialistai, kurie su pacientu bendrauja daugiausiai, jos pirmos pamato, kaip žmogus reaguoja į skausmą ir su kokiais jausmais susiduria. Nuoseklus paciento mokymas apie fantominį skausmą dar prieš operaciją ir po jos padeda jam psichologiškai pasiruošti pokyčiams (61).

Kadangi fantominis skausmas ne visada gerai reaguoja vien tik į vaistus ir jo priežastys gali būti labai įvairios, dažnai nepakanka vienos gydymo priemonės (44). Dėl to slaugytojoms svarbu domėtis naujais gydymo būdais ir supažindinti pacientus su papildomomis ar alternatyviomis terapijomis, kurios gali būti įtrauktos į jų priežiūros planą. Parnell ir Urton, savo 2021 metų straipsnyje taip pat paminėjo žinių bei empatijos svarbą slaugytojoms, prižiūrinčioms pacientus, patiriančius fantominius skausmus. Dar pridėjo, jog slaugytojai turi gebėti suprasti paciento skausmą net tada, kai nėra jokių matomų požymių, ir kartu užtikrinti, kad pacientas būtų saugus, išvengtų kritimų. Tai reikalauja ne tik fizinės priežiūros, bet ir emocinio palaikymo bei paaiškinimo, kas vyksta ir ko tikėtis, kas reikalauja žinių apie šį skausmą. Nuo slaugytojų įgūdžių ir empatijos labai priklauso, kaip greitai ir sėkmingai žmogus prisitaikys prie gyvenimo po amputacijos (62). Rajkannan ir jo bendramoksliai 2025 metų straipsnyje taip pat pabrėžė reikšmingą slaugytojų vaidmenį pacientų priežiūroje. Slaugytojos ne tik prižiūri amputuotos galūnės likusią dalį, bet ir padeda užtikrinti tinkamą protezo pritaikymą. Slaugytojos taip pat supažindina pacientus su įvairiomis papildomomis terapijomis,

kurios gali padėti valdyti fantominį skausmą, todėl jų žinios ir gebėjimas atpažinti individualius paciento poreikius yra itin reikšmingi. Be to, slaugytojos teikia svarbų emocinį palaikymą, padeda pacientams susidoroti su psichologiniais šios būklės padariniais ir prisitaikyti prie gyvenimo pokyčių po amputacijos (63).

Apibendrinant, slaugytojos atlieka svarbų vaidmenį prižiūrint pacientus, patiriančius fantominį skausmą, nes jos nuolat bendrauja su pacientu ir pirmos pastebi jo būklės pokyčius. Jos ne tik užtikrina nuoseklią amputuotos galūnės vietos priežiūrą, bet ir edukuoja pacientus viso perioperacinio laikotarpio metu, padeda suprasti skausmo pobūdį ir galimus jo valdymo būdus. Be praktinės pagalbos, slaugytojos taip pat teikia emocinį palaikymą, kuris padeda pacientams prisitaikyti prie psichologinių ir gyvenimo pokyčių po amputacijos.

1.3.2 Slaugytojų patiriami iššūkiai

Fantominius skausmus patiriančių pacientų priežiūra slaugytojams kelia profesinių, emocinių ir organizacinių sunkumų, galinčių apsunkinti veiksmingą skausmo valdymą bei kokybiškos priežiūros užtikrinimą. Vienas iš iššūkių, kurį slaugytojai patiria, tai yra žinių stoka apie skausmo valdymą. 2020 metų tyrime, atliktame Ganoje, buvo nustatyta, jog slaugytojų žinių apie skausmo valdymą lygis yra nepakankamas. Tyrime nustatyta, jog didžioji dalis slaugytojų (72,5 proc.) turėjo tik vidutinį žinių lygį. Be to, nenustatyta statistiškai reikšmingo ryšio tarp slaugytojų žinių lygio ir jų darbo patirties ar darbo trukmės chirurgijos skyriuje, kas leidžia manyti, jog vien praktinė patirtis neužtikrina pakankamų žinių skausmo valdymo srityje (64). 2022 metais meksikiečių Ortiz ir kt. atlikta sisteminė apžvalga, apėmusi 18 tyrimų ir 7 942 slaugytojus, parodė, kad slaugytojų žinių apie skausmo valdymą lygis siekė tik 52,9 proc., t. y. buvo gerokai mažesnis nei rekomenduojami 80 proc. Tai rodo, kad daugeliui slaugytojų trūksta pakankamų žinių ir pasirengimo tinkamai atpažinti bei valdyti pacientų skausmą. Dėl to skausmas ne visada įvertinamas laiku ar gydomas veiksmingai, o tai gali neigiamai paveikti pacientų savijautą ir priežiūros kokybę (65). Kitame tyrime, kurį atliko Saudo Arabijos mokslininkai Alanizi ir kt. taip pat buvo pastebėtas prastas slaugytojų žinių lygis skausmo valdymo srityje. 2025 metų tyrimo rezultatai parodė, kad slaugytojų žinių apie skausmo valdymą lygis buvo vidutinis, o gerą žinių lygį pasiekė tik 22,36 proc. dalyvių. Aukštesni žinių lygiai nustatyti tarp slaugytojų, dirbančių chirurgijos, skubiosios pagalbos ir hemodializės skyriuose, taip pat tarp tų, kurie save vertino kaip kompetentingus specialistus skausmo valdymo srityje (66).

Be žinių stokos, sveikatos priežiūros specialistai, dirbantys su lėtinį skausmą patiriančiais pacientais, dažnai susiduria su emociniais bei psichologiniais sunkumais, kurie gali lemti profesinį perdegimą, nepasitenkinimą darbu ir prastesnę psichikos sveikatą. Tokie veiksniai kaip nuovargis, stresas, didelis

darbo krūvis ir laiko stoka neigiamai veikia sveikatos specialistų gerovę ir gali bloginti teikiamos priežiūros kokybę (67). Pasitikėjimas savo kompetencijomis taip pat prisideda prie psichinės slaugytojų gerovės. Nepakankama komunikacija tarp sveikatos priežiūros komandos narių yra dažnas iššūkis, galintis neigiamai paveikti slaugytojų pasitikėjimą savimi ir jų įsitraukimą į skausmo valdymą. JAV mokslininkų Nallani ir kt. 2024 metų tyrimo rezultatai atskleidė, kad pasitikėjimu grįstas bendradarbiavimas su sveikatos priežiūros komanda leidžia slaugytojams drąsiau reikšti savo nuomonę ir savarankiškai priimti sprendimus valdant paciento skausmą. Tuo tarpu pasitikėjimo stoka, ypač tarp mažesnę patirtį turinčių slaugytojų, gali riboti atvirą komunikaciją ir mažinti jų pasitikėjimą savo kompetencijomis, taip neigiamai paveikiant jų psichinę gerovę (68). Slaugytojai, būdami arčiausiai paciento, labai daug emocijų perima iš jų. Nuovargis, patiriamas dėl nuolatinės užuojautos yra labai paplitęs tarp slaugytojų, prižiūrinčių pacientus, kurie patiria lėtinį skausmą. Jis apibūdina emocinį, fizinį ir psichologinį išsekimą, atsirandantį dėl ilgalaikio ir intensyvaus su darbu susijusio streso poveikio (69). Užuojautos nuovargio simptomai apima galvos skausmą, nemigą, žemą savivertę, depresiją, vėlavimą į darbą, darbo vengimą ir dažną nedarbingumo atostogų naudojimą (70). 2022 metais Kinijos mokslininkų Zhang, Zou ir kt. atliktame tyrime buvo nustatyta, jog 2 iš 13 slaugytojų patyrė lengvą užuojautos nuovargį, penkios – vidutinį, o šešios – sunkų. Šis tyrimas parodė, kad užuojautos nuovargis vystosi palaipsniui ir kaupiasi laikui bėgant – nuo pradinio empatijos ir įsitraukimo etapo iki ryškaus emocinio ir psichologinio išsekimo (71). Japonų mokslininkai Kishimoto ir Asano (2024 m.) prideda, jog užuojautos nuovargis reikšmingai prisideda prie slaugytojų profesinio perdegimo, o profesinis pasitenkinimas gali šį perdegimą silpninti (72). Ispanijos mokslininkai pritaria užuojautos nuovargio žalai slaugytojų psichinei gerovei. Ortega-Campos ir kt. 2020 metais atliktame tyrime nustatė, jog šią būseną patiriantys slaugytojai dažnai jaučia tiek emocinius, tiek fizinius sunkumus, kurie gali apsunkinti jų darbą ir neigiamai paveikti jų gebėjimą tinkamai atlikti savo pareigas (73). Be emocinių ir psichologinių iššūkių, 2024 metais Indonezijos mokslininkai Hasanah ir kt. atliktame tyrime pastebėjo ir kelis organizacinius iššūkius, kurios patiria slaugytojos, prižiūrint pacientus, patiriančius fantominį skausmą. Jie nustatė, jog beveik pusė slaugytojų nurodė nepakankamus mokymus (48 proc.) ir praktinės patirties stoką (42,4 proc.), taip pat dažnai buvo minimas laiko (44 proc.) ir reikalingos įrangos trūkumas (45,6 proc.). 47,2 proc. slaugytojų susidūrė su pacientų nenoru taikyti nefarmakologinius skausmo valdymo metodus (74).

Apibendrinant, slaugytojai, valdydami lėtinį ir sunkiai kontroliuojama skausmą, susiduria su tam tikrais profesiniais sunkumais. Skausmo vertinimo sudėtingumas bei riboti laiko, priemonių ar žinių ištekliai gali sukelti įtampą ir abejones dėl priimamų sprendimų. Nepavykus pasiekti norimo

nuskausminimo efekto, slaugos specialistai dažnai patiria emocinį nuovargį. Tai patvirtina, kad, be profesinių įgūdžių tobulinimo, slaugos praktikoje yra aktualus ir emocinės paramos poreikis.

2. TYRIMO METODIKA

2. 1. Tyrimo metodas ir jo pagrįstumas

Kokybinis tyrimas leidžia pažvelgti į kasdienes situacijas ir asmenines patirtis iš arčiau, geriau suprantant, kokią reikšmę jos turi žmogui ir kaip veikia jo gyvenimą. Šis metodas leidžia ne tik nagrinėti konkrečias patirtis, bet ir suprasti, kaip žmonės jas vertina, kokias emocijas jos sukelia ir kaip jos daro įtaką jų elgesiui. Tokiu būdu tyrėjas gali susidaryti daug platesnį vaizdą apie tiriamą temą, pamatyti detales ir niuansus, kurie liktų nepastebėti taikant tik kiekybinius metodus (75). Pastaraisiais metais vis didėja pacientų, kuriems atliekamos galūnių amputacijos, skaičius, o didelė jų dalis po operacijos patiria fantominį skausmą. Slaugytojai, dirbantys arčiausiai šių pacientų ir kasdien stebinčios jų būklę, turi unikalią patirtį, kuri yra svarbi siekiant geriau suprasti pacientų nuolatinės priežiūros poreikius ir galimus tobulinimo būdus.

Svarbu įsigilinti į respondenčių patirtis, jų išgyvenimus ir aplinką, kurioje jos dirba, nes tik taip galima tinkamai interpretuoti surinktą informaciją. Kvale teigimu, kokybinis tyrimas yra „bandymas suprasti pasaulį iš tiriamųjų pusės“ (76).

2. 2. Tyrimo organizavimas

Tyrimo organizavimo etapai:

- 1) Tyrimui atlikti pasirinkta tema, suformuotas tyrimo tikslas, uždaviniai, iškelta hipotezė 2024 m. lapkričio 22 – 2025 m. vasario 21 dienomis.
- 2) Mokslinės literatūros analizė vyko 2025 m. balandžio 1 – gruodžio 14 dienomis.
- 3) Sukurti tyrimui skirti interviu klausimai 2025 m. spalio 16 – 23 dienomis.
- 4) Gautas raštiškas Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto mokslinių tyrimų etikos komiteto pritarimas (Nr. (1.7 E) 150000-KT-636) naudoti įrankį tyrimo atlikimui 2025 m. gruodžio 12 dieną.
- 5) Tyrimui vykdyti buvo gautas X sveikatos priežiūros įstaigos administracijos leidimas 2026 m. sausio 30 dieną.
- 6) Tyrimas atliktas 2026 m. vasario 5 – kovo 10 dienomis.
- 7) Tyrimo duomenų transkribavimas ir analizė vyko 2026 m. kovo 11 – kovo 30 dienomis.

8) Tyrimo išvadų ir rekomendacijų suformulavimas vyko 2026 m. balandžio 8 – gegužės 10 dienomis.

2. 3. Literatūros šaltinių paieškos strategija ir apdorojimas

Sisteminė literatūros paieška buvo atlikta duomenų bazėse Pubmed, Cochrane library, Google scholar (Mokslinčius) naudojant raktinius žodžius anglų kalba: phantom limb pain, phantom limb syndrom, nurses' experience, post-amputation pain, nursing challenges. Lietuvių kalba: fantominis galūnės skausmas, slaugytojų patirtis, poamputacinis skausmas, slaugytojų iššūkiai. Iš viso atrinkti ir nagrinėti 76 moksliniai šaltiniai.

Straipsnių atmetimo kriterijai:

- Magistro, bakalauro darbai;
- Mokami straipsniai;
- Nepilno teksto straipsniai;
- Žiniasklaidos straipsniai;
- Publikatai.

Straipsnių įtraukimo kriterijai:

- Moksliniai straipsniai laikotarpiu nuo 2020 metų iki 2026 metų;
- Prieiga prie pilno straipsnio teksto;
- Straipsniai anglų, lietuvių kalbomis.

2. 4. Tyrimo imtis

Tyrimui buvo pasirinkta X sveikatos priežiūros įstaiga ir gautas jos leidimas atlikti tyrimą. Tyrime dalyvavo 10 slaugytojų. Slaugytojai, prižiūrintys pacientus, patiriančius fantominį skausmą, buvo atrinkti taikant tikslingos atrankos strategiją ir sniego gniūžtės principą, kai tyrimo dalyviai rekomenduoja kitus galimus dalyvius, tokiu būdu išplečiant imtį. Iš pradžių tyrime buvo taikoma tikslinga dalyvių atranka, pasirenkant slaugytojas, kurios atitiko iš anksto nustatytus įtraukimo kriterijus. Vėliau, siekiant išplėsti potencialių dalyvių ratą, buvo taikomas sniego gniūžtės principas, kai jau dalyvaujančios slaugytojos rekomendavo koleges, taip pat turinčias tinkamos patirties ir galinčias dalyvauti interviu. Toks atrankos derinys padeda efektyviau surasti informatyvius respondentus ir užtikrina tyrimui reikalingą duomenų kiekį.

Įtraukimo kriterijai:

1. Turi patirties prižiūrint pacientus, patiriančius fantominius skausmus.
2. Darbo patirtis sveikatos priežiūros įstaigoje ne mažesnė nei vieneri metai.

3. Sutinka dalyvauti tyrime.
4. Kalba lietuviškai.

2. 5. Tyrimo instrumentas

Slaugytojai, prižiūrintys pacientus, patiriančius fantominį skausmą, buvo apklausti interviu būdu, kuris buvo pusiau struktūruotas. Interviu klausimai sudaryti tyrėjo, remiantis išanalizuota moksline literatūra. Kiekvienam respondentui buvo užduodami tie patys klausimai, esant reikalui, užduodami papildomi tikslinamieji klausimai ir visa informacija buvo įrašoma diktofonu, vėliau interviu klausimai/atsakymai buvo analizuojami naudojant kokybinės turinio analizės metodą. Interviu planuojama trukmė – 45-60 minučių. Interviu klausimus galima būtų suskirstyti į tris dalis, pagal iškeltus uždavinius. Kiekvienam uždaviniui įvykdyti, buvo paruošta po 4-5 klausimus. Pirmojoje dalyje (5 klausimai) buvo siekiama nustatyti pagrindinius iššūkius, su kuriais slaugytojai susiduria prižiūrėdami pacientus, patiriančius fantominius skausmus, antrojoje dalyje buvo siekiama išsiaiškinti taikomas skausmo valdymo strategijas (4 klausimai), o trečiojoje – atskleisti emocinių ir psichologinių sunkumų sprendimo būdus slaugant pacientus, patiriančius fantominius skausmus (5 klausimai).

2. 6. Duomenų apdorojimas ir analizė

Siekiant išsiaiškinti slaugytojų patirtis prižiūrint pacientus, patiriančius fantominį skausmą, buvo atliktas kokybinis tyrimas. Prieš pradėdant interviu, dalyvėms buvo paaiškinta tyrimo eiga, o gavus jų sutikimą, pokalbiai buvo įrašomi diktofonu ir vėliau klausimai ir atsakymai transkribuojami. Surinkti duomenys buvo analizuojami taikant indukcinę kokybinę turinio analizę. Interviu tekstai pirmiausia buvo užkoduojami suteikiant dalyviams kodus (S1-S10) ir išskiriant esmines mintis bei reikšmingas pasakytas frazes. Atlikus kodavimą ir identifikavus svarbiausius elementus, kodai buvo sugrupuoti į subkategorijas, o šios — apjungtos į platesnes kategorijas.

2. 7. Tyrimo etika

Tyrimui atlikti gautas Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto mokslinių tyrimų etikos komiteto pritarimas naudoti įrankį tyrimo atlikimui Nr. (1.7 E) 150000-KT-636 ir gautas įstaigos, kurioje buvo atliekamas tyrimas, leidimas. Tyrimo metu buvo užtikrintas respondenčių anonimiškumas – vietoje vardų ir pavardžių joms buvo suteikti kodai (S1-S10). Dalyvavimas tyrime buvo visiškai savanoriškas – prieš pradėdant interviu, kiekvienam dalyviui buvo suteikta išsami informacija apie tyrimo atlikimo detales ir tyrimo etikos principų laikymąsi. Interviu metu respondentas buvo apklausiamas atskiroje patalpoje, siekiant užtikrinti jo privatumą ir duomenų konfidencialumą. Kiekvienas dalyvis turėjo galimybę užduoti klausimus ir bet kada pasitraukti iš tyrimo be būtinybės pateikti priežasties. Siekiant

užtikrinti konfidencialumą, surinkta informacija yra saugoma slaptažodžiu apsaugotame serveryje ir prieinama tik darbo autorei. Gauti duomenys buvo naudojami apibendrintai tik tyrimo tikslui pasiekti rengiant magistro baigiamąjį darbą.

3. TYRIMO REZULTATAI

3.1 Slaugytojų patiriami iššūkiai, prižiūrint pacientus, patiriančius fantominius skausmus.

Slaugytojai, būdami arčiausiai pacientų ir nuolat dalyvaudami jų priežiūroje, patiria įvairius iššūkius, kurie gali apsunkinti pacientų priežiūrą. Jų kasdienė patirtis ir įžvalgos yra ypač svarbios siekiant geriau suprasti sunkumus, su kuriais susiduriama slaugant pacientus, patiriančius fantominius skausmus. Šiame tyrime iš viso dalyvavo 10 slaugytojų. 1 lentelėje pateikiami pagrindiniai tyrime dalyvavusių slaugytojų iššūkiai, prižiūrint pacientus, patiriančius fantominius skausmus.

1 lentelė. *Slaugytojų patiriami sunkumai teikiant priežiūrą pacientams, jaučiantiems fantominius skausmus.*

Kategorija	Subkategorija	Teiginiai, patvirtinantys faktą
Darbo organizavimo iššūkiai	Didelis darbo krūvis	S1: „Dažnai turiu prižiūrėti per daug pacientų vienu metu <...>“ S4: „<...> dirbi vienas ir pacientų 20“ S6: „<...> nuolat bėgi, visur skubi <...>“ S7: „Dažnai tenka dirbti intensyviai, viskas vyksta greitai“ S9: „<...> turiu daug pacientų vienu metu<...>“
	Naktiniai būdėjimai	S1: „<...> sunku naktinių budėjimų metu <...>“ S3: „Dirbant naktimis labai sunku išlaikyti dėmesį ir emocinę pusiausvyrą <...>“ S10: „<...> sunkiausia dalis yra naktiniai budėjimai“
Psichologiniai sunkumai	Motyvacijos stoka	S2: „<...> darbas ne visada duoda apčiuopiamų rezultatų, kas ilgainiui mažina vidinę motyvaciją.“
	Nerimas	S1: „<...> pradėjau jausti nuolatinį nerimą <...>“ S6: „<...> nuolat apie juos galvoju“
	Emocijų perkėlimas į	S1: „<...> parsinešu emocijas į namus – būnu irzlį, pavargusį, nenoriu bendrauti“ S3: „<...> pacientų kančios kartais persikelia ir į asmeninį gyvenimą“ S5: „<...> į namus nešam vis tiek, kaip gi nenuneši“

1 lentelė. *Slaugytojų patiriami sunkumai teikiant priežiūrą pacientams, jaučiantiems fantominius skausmus (tęsinys).*

	asmeninį gyvenimą	S6: „<...> darbas lieka galvoje net tada, kai fiziškai jau esi namuose“ S9: „<...> net po darbo dar galvoju apie pacientus<...>“
	Miego sutrikimai	S1: „Atsirado miego problemų <...>“ S3: „<...> po naktinių budėjimų būna sunku užmigti net jei esu visiškai pavargusi“ S5: „Būna ir nemiga, ir galvojam, mes ne robotai <...>“
Emociniai sunkumai	Bejėgiškumo jausmas	S2: „<...> kyla bejėgiškumo jausmas“ S3: „<...> jaučiu <...> bejėgiškumą <...>“ S5: „<...> vis darai, darai ir nieko nevyksta“ S7: „<...> supranti, kad daugiau kaip ir nieko negali padaryti“ S8: „<...> norisi padėti, o tu negali“ S9: „<...> darai viską, ką gali, o skausmas vis tiek lieka“
	Liūdesys	S3: „Skaudu matyti, kad pacientui skauda <...>“ S6: „<...> liūdna žiūrėti, kai žmogus verkia dėl netektos galūnės <...>“ S10: „<...> pasidaro liūdna <...>“
	Baimė	S4: „Jeigu tave keikia arba ten spardosi, tai aišku, kad tu žmogus automatiškai išsigąsta <...>“
	Apatija	S1: „<...> empatija sumažėjo <...>“ S2: „<...> mažina <...> norą padėti pacientui <...>“ S4: „Koks skirtumas, ką tu jam dainelę dainuosi? Nepadės“
Profesiniai iššūkiai	Žinių stoka	S1: „<...> nejaučiu, kad žinių pakanka <...>“ S5: „<...> nu ne visada mes galim pačios viską <...>“ S6: „<...> nesuprantu šio skausmo iki galo“ S7: „Norėčiau daugiau suprasti patį fantominį skausmą <...>“ S10: „Nesupranti iki galo, kodėl tas skausmas atsiranda“
	Resursų trūkumas	S2: „<...> trūksta realių resursų <...>“

Analizuojant slaugytojų atsakymus apie patiriamus iššūkius slaugant pacientus, patiriančius fantominius skausmus, nustatyta, kad problemos yra itin kompleksinės ir apima daugybę skirtingų sričių. Pagrindinės kliūtys susijusios su netinkamu arba sudėtingu darbo procesų organizavimu, psichologiniais ir emociniais sunkumais bei profesiniais iššūkiais.

Darbo organizavimo iššūkiai pirmiausia siejami su dideliu darbo krūviu. Net 5 iš 10 tyrime dalyvavusių slaugytojų nurodė, jog joms yra per didelis darbo krūvis. S1 teigia: „Dažnai turiu prižiūrėti per daug pacientų vienu metu, todėl negaliu skirti tiek dėmesio, kiek norėčiau.“, o S4 atvirai įvardija situaciją: „<...> nestovėsi gi prie jo. Prie kitų eini, nes dirbi vienas ir pacientų 20, tai kur ten stovėsi?“. Tai atskleidžia ne tik didelį pacientų skaičių, bet ir galimą personalo trūkumą. S6 respondento atsakymas atsiskleidžia nuolatinio skubėjimo realybė: „<...> nuolat bėgi, visur skubi... tik pradėdi kalbėti su pacientu, o jau turi lėkti pas kitą“. Panašiai situaciją apibūdina ir S7: „Dažnai tenka dirbti intensyviai, viskas vyksta greitai“. Dar S7 papildė savo atsakymą pridėdama, jog „pacientams reikia daugiau dėmesio, bet realybėje ne visada yra galimybė ilgiau su jais pabūti ar pasikalbėti“. Respondentė S9 apibendrina didelio darbo krūvio problemą: „<...> turim daug pacientų vienu metu<...>“. Šie pasisakymai rodo, kad slaugytojai neturi pakankamai laiko individualiai pacientų priežiūrai, ypač kai pacientams, patiriantiems fantominį skausmą, reikalingas ne tik medikamentinis gydymas, bet ir emocinė parama. Kitas iššūkis, susijęs su darbo organizavimu yra naktiniai būdėjimai. 3 iš 10 slaugytojų pabrėžė, jog naktiniai būdėjimai prideda papildomą krūvį. S1 mini, kad jai yra „ypač sunku naktinių būdėjimų metu, kai organizmas pavargęs, o pacientų skausmas dažnai sustiprėja.“, o S3 detalizuoja: „Dirbant naktimis labai sunku išlaikyti dėmesį ir emocinę pusiausvyrą, ypač kai pacientai, patiriantys fantominius skausmus, dažnai naktį jaučia stipresnį skausmą ir nerimą“. Respondentė S10 patvirtina ir kitų kolegų pasakytą faktą, jog „pacientams dažniausiai būtent naktį pacientams fantominiai skausmai sustiprėja<...>“. Tai rodo, kad naktinis darbas veikia ne tik fizinę, bet ir emocinę būseną ir silpnina koncentraciją bei mažina pasitenkinimą darbu. Pastebėta, jog S1 respondentas nurodė abu organizacinius iššūkius - tiek naktinius būdėjimus, tiek didelį darbo krūvį.

Psichologinių sunkumų kategorijoje išryškėja emocijų perkėlimas į asmeninį gyvenimą. Net 5 iš 10 slaugytojų nešasi visas emocijas namo ir nepalieka jų už darbo ribų. S1 atvirai sako: „Dažnai parsinešu emocijas į namus – būnu irzli, pavargusi, nenoriu bendrauti. Artimieji pastebi, kad tapau uždaresnė“, S3 pastebi, kad „emocinis liūdesys dėl pacientų kančios kartais persikelia ir į asmeninį gyvenimą“, o S6 teigia: „darbas lieka galvoje net tada, kai fiziškai jau esi namuose“. S9 respondentė pripažįsta: „stengiuosi nuo to atsiriboti, ne visada pavyksta, nes kai kurios situacijos tikrai įstringa galvoje

<...>“. S5 žmogiškai apibendrina: „<...> mes ne robotai, bet norėtusi nenešti namo visko”. Šie teiginiai rodo, kad emocinis atsiribojimas daugeliui slaugytojų yra sudėtingas. Šiek tiek mažiau, t.y. 3 iš 10 slaugytojų paminėjo, jog patiria miego sutrikimus. S1 paatviravo: „Atsirado miego problemų, dažnai galvoju apie darbą net po pamainos. Jaučiuosi emociškai pavargusi“, S3 nurodo, kad „po naktinių budėjimų būna sunku užmigti net jei esu visiškai pavargusi“, o S5 priduria: „Būna ir nemiga, ir galvojam, mes ne robotai“. Tai rodo, jog miego sutrikimai dažnai pasireiškia jau esant namuose, t.y. už darbo ribų. Iš visų 10 apklaustų slaugytojų mažiausiai respondenčių nurodė patiriančios nerimą ir motyvacijos stoką. Motyvacijos sumažėjimą paminėjo S2, teigdama, jog „<...> nuolatinis jausmas, kad darbas ne visada duoda apčiuopiamų rezultatų, ilgainiui mažina vidinę motyvaciją ir norą padėti pacientui<...>“. Tai parodo, jog neapčiuopiami rezultatai gali mažinti motyvaciją ir pasitenkinimą darbu. Nerimą išreiškė S1 – „<...> pradėjau jausti nuolatinį nerimą <...>“ bei S6 – „<...> nuolat apie juos galvoju“. Pastebėta, jog S1 respondentė patyrė net tris psichologinius sunkumus, prižiūrint pacientus, patiriančius fantominius skausmus. Ji įvardijo nerimą, miego sutrikimus ir teigė, jog negeba atsiriboti po darbo ir apsunkina savo asmeninį gyvenimą mintimis apie pacientus. Taip pat respondentė S3 nurodė, jog patiria miego sutrikimus ir perkelia visas emocijas namo. Respondentė S5 patiria miego sutrikimus ir visas emocijas nešasi namo, o visos kitos likusios respondentės patiria po vieną psichologinį sunkumą.

Taip pat analizuojant dešimties apklaustų atsakymus, emociniai sunkumai išryškėjo kaip viena reikšmingiausių patirčių dirbant su fantominius skausmus patiriančiais pacientais. Dažniausiai minėta emocija – bejėgiškumas. Jį įvardijo 6 iš 10 slaugytojų. S2 teigė: „<...> Kai matau, kad paciento skausmas nesumažėja, nors naudoju visas turimas žinias, kyla bejėgiškumo jausmas“, S3 pabrėžė: „<...> jaučiu <...> bejėgiškumą <...> skausmo nepavyksta sumažinti tiek, kiek norėtusi.“, o S5 pabrėžė pastangų be apčiuopimų rezultatų patirtį: „<...> vis darai, darai ir nieko nevyksta“, S7 akcentavo ribotumo suvokimą: „<...> žmogui skauda, jis gauna vaistus, bet jam vis tiek skauda. Ir tu supranti, kad daugiau kaip ir nieko negali padaryti.“, o S8 pripažino: „norisi padėti, o tu negali“. Respondentas S9 žmogiškai apibendrina: „<...> darai viską, ką gali, o skausmas vis tiek lieka“. Tai rodo, kad daugiau nei pusė apklaustųjų susiduria su bejėgiškumo jausmu, kuris kyla dėl ribotų gydymo galimybių ar nematomo pagerėjimo. Liūdesys taip pat išryškėja kaip reikšminga emocija, tačiau tik 3 iš 8 slaugytojų jį patyrė. S3 teigia: „Skaudu matyti, kad pacientui skauda, <...>“, o S6 sako: „liūdna žiūrėti, kai žmogus verkia dėl netektos galūnės <...> dėl to, kad jo gyvenimas jau niekada nebebus toks pats“. S10 pripažino: „Kai matai žmogų, kuriam skauda, kuris prarado galūnę ir dar turi kentėti tą skausmą, tikrai pasidaro liūdna“. Šios patirtys atskleidžia jautrumą ir empatiją

paciento kančiai. Nors liūdesys buvo minimas rečiau nei bejėgiškumas, jis parodo emocinį įsitraukimą į paciento išgyvenimus. Apatijos ar emocinio atsiribojimo požymius išsakė 3 iš 10 slaugytojų. S1 respondentė paatviravo: „mano empatija sumažėjo – ne todėl, kad man neberūpėtų, bet todėl, kad tai tarsi savaugos mechanizmas. Jei per daug įsitrauki, emociškai tiesiog perdegi“, S2 teigė, kad motyvacijos stoka koreliuoja su apatija ir nurodo, jog „<...> darbas ne visada duoda apčiuopiamų rezultatų, ilgainiui mažina vidinę motyvaciją ir norą padėti pacientui<...>“. S4 pikta atsakė: „Koks skirtumas, ką tu jam dainelę dainuosi? nepadės“. Tai rodo, kad ilgalaikė emocinė įtampa daliai slaugytojų skatina tam tikrą emocinį užsidarymą ar atsiribojimą. Toks atsitraukimas gali veikti kaip apsauginė reakcija, padedanti išvengti perdegimo, tačiau kartu gali silpninti jų profesinį įsitraukimą ir jautrumą paciento poreikiams. Baimė buvo rečiausiai minimas iššūkis. Baimę paminėjo 1 iš 10 slaugytojų (S4), teigdama: „Jeigu tave keikia arba ten spardosi, tai aišku, kad tu žmogus automatiškai išsigąsti <...>“. S3 ir S2 patyrė daugiau negu vieną emocinį sunkumą, dirbdamos su pacientais, patiriančiais fantominius skausmus. Visos likusios – po vieną emocinį sunkumą.

Analizuojant 10 slaugytojų atsakymus, profesiniai iššūkiai pasireiškė dviem pagrindinėmis problemomis - žinių stoka ir resursų trūkumu. Žinių trūkumą paminėjo 5 iš 10 slaugytojų, kas yra pusė visų apklaustųjų. S1 teigė: „Trūksta specializuotų mokymų, aiškių rekomendacijų <...> dėl to kartais kyla abejonės, ar darau viską teisingai.“ S6 prisipažino: „<...> nesuprantu šio skausmo iki galo <...>“, o S7 išreiškė poreikį gilinti žinias: „Norėčiau daugiau suprasti patį fantominį skausmą <...> man norėtųsi giliau suprasti, kas vyksta, kokie dar yra būdai padėti“. S5 pridūrė: „nu ne visada mes galim pačios viską <...>“, taip parodydama, kad sudėtingose situacijose jaučiamas nepakankamas žinių bagažas. Respondentė S10 paatviravo: „Nesupranti iki galo, kodėl tas skausmas atsiranda“. Tai rodo, kad pusė respondenčių jaučia, jog joms trūksta žinių apie fantominį skausmą – jo priežastis, mechanizmus ir valdymo galimybes. O resursų trūkumą įvardijo tik 1 iš 10 slaugytojų (S2), teigdama: „<...> trūksta realių resursų – reikalingos priemonės nėra perkamos ar prieinamos“. S2 respondentė, paminėdama resursų trūkumą, nurodė, jog žinių turi pakankamai: „Žinių apie fantominio skausmo valdymą <...> turiu nemažai ir nuolat domiuosi naujomis galimybėmis“. Pabrėždama, kad čia jau problema yra organizacinė labiau, o ne asmeninė.

Apibendrinant galima teigti, kad dažniausiai slaugytojos susiduria su emociniais ir darbo krūvio sunkumais. Net 6 iš 10 apklaustųjų kalbėjo apie bejėgiškumo jausmą, o 5 iš 10 pabrėžė per didelį darbo krūvį. Tiek pat – 5 iš 10 nurodė, kad joms trūksta žinių apie fantominio skausmo valdymą, tačiau tik 1 iš 10 paminėjo resursų trūkumą. Emocijas į namus parsineša 5 iš 10 slaugytojų, o miego

sutrikimus patiria 3 iš 10. Rečiausiai buvo minima baimė ir motyvacijos stoka – po 1 iš 10, todėl šie sunkumai pasireiškė mažiausiai.

3.2 Slaugytojų taikomi skausmo valdymo metodai, prižiūrint pacientus, patiriančius fantominius skausmus.

Slaugytojų taikomi skausmo valdymo metodai, prižiūrint pacientus, patiriančius fantominius skausmus, apima įvairias intervencijas, orientuotas į skausmo mažinimą ir paciento savijautos gerinimą. Fantominis skausmas yra sudėtingas ir kiekvienam pacientui skirtingai pasireiškiantis reiškinys, todėl jo valdymui būtinas nuolatinis paciento būklės vertinimas ir individualiai pritaikyta priežiūra. Skausmo valdymo metodai, kuriuos slaugytojos taiko prižiūrint pacientus, patiriančius fantominį skausmą, atvaizduoti 2 lentelėje.

2 lentelė. *Slaugytojų taikomos medikamentinės ir nemedikamentinės priemonės valdant fantominį skausmą.*

Kategorija	Subkategorija	Teiginiai, patvirtinantys faktą
Nemedikamentiniai būdai	Emocinė parama	S1: „<...> skiriu laiko pokalbiui“ S2: „<...> stengiuosi kalbėtis su pacientais“ S5: „Stengiamės kalbėt kuo daugiau <...> jiems reikia daugiau dėmesio“ S6: „Daug kalbuosi su pacientais <...> stengiuosi būti šalia“ S9: „<...> klausiu, kaip jis jaučiasi, kaip laikosi<...>“
	Fizinio komforto užtikrinimas	S2: „<...> skiriu laiko paciento patogiai padėčiai, ramiai aplinkai, triukšmo mažinimui <...>“ S10: „<...> pakoreguoti lovos padėtį, padėti patogiau atsigulti ar atsisėsti“
	Dėmesio nukreipimo metodai	S1: „<...> leidžiu pacientams klausytis muzikos <...>“ S9: „<...> pasiūlau paklaudyti muzikos, paskaityti“
	Bendradarbiavimas su kitais specialistais	S1: „<...> į procesą įtraukiami psichologai ar kineziterapeutai <...>“ S2: „Nuolat bendrauju su gydytojais <...>“

2 lentelė. *Slaugytojų taikomos medikamentinės ir nemedikamentinės priemonės valdant fantominį skausmą (tęsinys).*

		S5: „Psichologai, gydytojai, padėjėjai pirmom dienom labai padeda <...>“ S6: „<...> su gydytojais bendraujame nuolat <...>“ S8: „Ir kineziterapeutai, ir psichologai, jeigu reikalinga, bet dažniausiai kinezistas“
Medikamentiniai būdai	Antiepileptikai	S1: „<...> taikau medikamentinį gydymą <...> ypač antiepileptinius vaistus <...>“ S2: „Praktikoje tenka skirti <...> antiepileptikus“ S3: „<...> tai yra Finlepsinas <...>“ S4: „<...> daktarai skiria Finlepsiną, o mes suleidžiam“ S7: „<...> duodam Finlepsiną <...>“ S8: „<...> dėl fantominių skausmų yra tokie kaip Finlepsinas“
	Nesteroidiniai vaistai nuo uždegimo	S2: „Praktikoje tenka skirti <...> nesteroidinius nuo skausmo <...>“ S5: „Vaistai nuo skausmo yra pagrindiniai“ S6: „<...> pagrinde nuo skausmo - kokį diklaką <...>“ S10: „<...> suleidžiami vaistai nuo skausmo, bet ne narkotiniai“

Analizuojant slaugytojų taikomus metodus pacientų skausmo valdyje, yra matoma, jog jos taiko tiek nemedikamentinius skausmo valdymo būdus, tiek medikamentinius. Aptariant nemedikamentinius metodus ryškėja tendencija, kad slaugytojos fantominio skausmo valdymą suvokia ne tik kaip fiziologinį, bet ir kaip emocinį procesą. Dažnai (5 iš 10) akcentuojama emocinė parama – pusė respondenčių pabrėžia pokalbio ir buvimo šalia svarbą: S1 teigia „<...> skiriu laiko pokalbiui <...> ramus bendravimas <...> padeda jiems atsipalaiduoti“, S2 – „<...> stengiuosi kalbėtis su pacientais, juos nuraminti, paaiškinti, kas vyksta, ir suteikti emocinį palaikymą“, S5 išskiria, kad „<...> jiems reikia daugiau dėmesio“, o S6 pažymi: „Leidžiu jiems išsikalbėti, pasipasakoti apie savo baimes<...> stengiuosi būti šalia, ne tik atnešti vaistus.“. S9 rūpestingai atsakė: „<...> klausiu, kaip jis jaučiasi, kaip laikosi, kas jam tuo metu labiausiai kelia diskomfortą“. Šios citatos rodo aiškią tendenciją – komunikacija laikoma viena pagrindinių

pagalbos priemonių pacientams, patiriantiems fantominį skausmą. Rečiau minimi fizinio komforto užtikrinimo aspektai, tik dvi slaugytojos (S2 ir S10) paminėjo, jog jos stengiasi užtikrinti fizinį komfortą: „<...> skiriu laiko paciento patogiai padėčiai, ramiai aplinkai, triukšmo mažinimui <...>“ (S2) ir „<...> stengiuosi padėti pacientui jaustis patogiau – pakoreguoti lovos padėtį, padėti patogiau atsigulti ar atsisėsti.“ (S10). Dėmesio nukreipimo metodai taip pat buvo paminėti tik 2 kartus iš 10. S1 respondentė pastebėjo, jog „<...> muzikos klausymas ir ramus bendravimas pacientų yra priimami greičiausiai ir padeda jiems atsipalaiduoti.“, kas leidžia daryti prielaidą, kad šios priemonės taikomos labiau individualiai, ne visiems pacientams to reikia. Respondentė S9 akcentavo, jog ji imasi iniciatyvos siūlyti veiklas, kurios leistų pacientams atsiriboti nuo minčių apie skausmą: „Stengiuosi skatinti pacientą užsiimti kažkokia veikla – pavyzdžiui, skaityti, klausytis muzikos, žiūrėti filmą ar užsiimti tuo, kas jam patinka. Kai žmogus nukreipia mintis į kitą veiklą, kartais ir tas skausmo pojūtis tampa mažiau intensyvus”

Tuo tarpu bendradarbiavimas su kitais specialistais yra minimas labai dažnai – net penkios respondentės mini gydytojus, psichologus ar kineziterapeutus. S1 teigia, kad „<...> į procesą įtraukiami psichologai ar kineziterapeutai <...>“, S2 sako: „Nuolat bendrauju su gydytojais, ypač vertinant vaistų veiksmingumą <...>“. S5 vienintelė pabrėžė ne tik psichologų ir kineziterapeutų naudą, bet ir slaugytojų padėjėjų pagalbą pacientų priežiūros procese, pabrėždama, jog „padėjėjai pirmom dienom labai padeda. Čia pagrindinis krūvis padėjėjai mūsų, kad pripratinę žmogų, kaip jis gyvens be tos galūnės. Visa slauga ant jų pečių, mes tik vaistukai, perrišimai.“. S6 akcentuoja: „Su gydytojais bendraujame nuolat. Jei matau, kad vaistas ne taip veikia, pasakau gydytojui, aptariame, ką daryti toliau <...>. “, o S8 priduria, jog į priežiūros procesą įtraukia ir kineziterapeutus, ir psichologus: „Ir kineziterapeutai, ir psichologai, jeigu reikalinga, bet dažniausiai kinezistas“. Tai rodo, kad skausmo valdymas suvokiamas kaip komandinis procesas, kuriame slaugytoja yra aktyvi komandos dalis.

Kalbant apie medikamentinius skausmo valdymo būdus, dominuoja antiepileptikai, dažnai minimas Finlepsinas. Apie juos kalba beveik visos respondentės, net 6 iš 10. Pavyzdžiui, S1 teigia: „<...> taikau medikamentinį gydymą pagal gydytojo paskyrimą, ypač antiepileptinius vaistus, kurie padeda neuropatiniam skausmui <...>“, o S2 papildo, kad „Praktikoje tenka skirti <...> antiepileptikus <...> padeda sumažinti deginantį ar šaudantį skausmą“. Toliau S3 apibendrina, jog „Dažniausiai tai yra Finlepsinas <...>“, taip įvardydamą dažniausiai naudojamą vaistą fantominiam skausmui valdyti. O respondentė S4 paaiškina praktinę pusę: „<...> daktarai skiria Finlepsiną, o mes suleidžiam. Nuo skausmo narkotikų neleidi.“. Respondentė S4 taip pat paminėjo įdomų dalyką, jog kartais jos

praktikoje pacientams yra suleidžiamas NaCl, pasižiūrėti, ar skausmas yra tik psichologinis, tačiau rezultatas nuvilia: „<...> bandai NaCl suleist, nesuveikia, reiškia, kad tikrai skauda.“. Kita respondentė S7 paprastai priduria „<...> duodam Finlepsiną, nes jis skirtas būtent tam neuropatiniam, fantominiam skausmui <...> daugeliui pacientų jis tikrai padeda <...>“. Galiausiai S8 apibendrina, kad „<...> dėl fantominių skausmų yra tokie kaip Finlepsinas“. Iš šių atsakymų matyti, kad Finlepsinas yra pagrindinė fantominio skausmo valdymo priemonė. Nesteroidinius vaistus nuo uždegimo nurodė mažoji dalis apklaustųjų – šią priemonę paminėjo 4 iš 10 respondentų. S2 pažymi, kad „Praktikoje tenka skirti <...> nesteroidinius nuo skausmo <...>“, o S5 įvardija: „Vaistai nuo skausmo yra pagrindiniai“. S6 taip pat mini konkretų preparatą, sakydama „<...> pagrinde nuo skausmo – kokį diklaką <...>“. S10 bendrai pabrėžė: „<...> suleidžiami vaistai nuo skausmo, bet ne narkotikai“. Tai leidžia suprasti, kad NVNU dažniau taikomi kaip papildoma skausmo mažinimo priemonė, o pagrindinis dėmesys fantominio skausmo valdyme vis dėlto skiriamas antiepileptikams. S2 respondentas paminėjo, jog jam tenka skirti tiek antiepileptikus, tiek NVNU: „Praktikoje tenka skirti tiek nuo nesteroidinius nuo skausmo, tiek antiepileptikus. Iš savo patirties matau, kad vaistai kaip ir padeda jiems“. Visi kiti respondentai naudodavo tik po vieną vaistų grupę fantominiam skausmui valdyti.

Apibendrinant galima teigti, kad slaugytojų taikomi fantominio skausmo valdymo metodai apima tiek medikamentines, tiek nemedikamentines priemones. Iš nemedikamentinių būdų dažniausiai buvo minimas bendradarbiavimas su kitais specialistais – tai įvardijo 5 iš 10 respondenčių, o emocinę paramą pabrėžė 5 iš 10 slaugytojų. Fizinio komforto užtikrinimą ir dėmesio nukreipimo metodus paminėjo tik po 2 respondentės, todėl šios priemonės pasitaikė rečiau. Tarp medikamentinių metodų aiškiai dominavo antiepileptikai – juos paminėjo net 6 iš 10 slaugytojų, dažniausiai įvardydamos Finlepsiną. Tuo tarpu nesteroidinius vaistus nuo uždegimo paminėjo 4 iš 10 respondenčių. Tai leidžia suprasti, kad praktikoje pagrindinis dėmesys skiriamas būtent antiepileptikams, o kitos priemonės dažniau naudojamos kaip papildomos.

3.3. Slaugytojų emocinių ir psichologinių iššūkių sprendimo būdai slaugant pacientus, patiriančius fantominius skausmus.

Slaugytojų emocinių ir psichologinių iššūkių sprendimo būdai yra svarbi jų profesinės veiklos dalis. Dirbdamos su fantominius skausmus patiriančiais pacientais, slaugytojos susiduria su emociniu krūviu, todėl svarbu rasti būdų, padedančių išlaikyti psichologinę pusiausvyrą, motyvaciją ir užtikrinti kokybišką pacientų priežiūrą. Emocinių ir psichologinių iššūkių sprendimo būdai pavaizduoti 3 lentelėje.

3 lentelė. *Slaugytojų emocinių ir psichologinių iššūkių sprendimo būdai slaugant pacientus, patiriančius fantominius skausmus.*

Kategorija	Subkategorija	Teiginiai, patvirtinantys faktą
Asmeninės psichologinės savireguliacijos strategijos	Užsiėmimas mėgiama veikla	S2: „knygos leidžia visiškai atsiriboti <...>“ S3: „<...> skaitymas leidžia atitraukti mintis nuo darbo ir nusiraminti“ S5: „Kiekvienas turi hobį namuose, aš siuvu, mezgu <...>“ S9: „<...> padeda skaitymas<...>“
	Fizinis aktyvumas	S1: „Po darbo stengiuosi sportuoti <...>“ S4: „Sportuoju, plaukiuju <...>“ S5: „<...> mėgstu pasivaikščioti su šuniuku“ S6: „<...> beveik visada einu į baseiną <...>“ S7: „Labai mėgstu pasivaikščiojimus <...>“ S10: „<...> dažnai einu sportuoti<...>“
	Emocinis atsiribojimas po darbo	S2: „<...> turiu aiškią ribą tarp darbo ir asmeninio gyvenimo“ S4: „<...> visiškai nieko neparsinešu <...>“ S7: „Darbas yra darbas, namai yra namai“ S8: „Nu jau pripratęs, žinai, kad nereikia perleisti viską per save“ S10: „Stengiuosi atsiriboti nuo darbo, kai baigiasi pamaina“

3 lentelė. *Slaugytojų emocinių ir psichologinių iššūkių sprendimo būdai slaugant pacientus, patiriančius fantominius skausmus (tęsinys).*

Pagalbos ieškojimas ir socialinis palaikymas	Kolegų emocinė parama	S1: „Dažniausiai pasikalbu su kolegomis <...>“ S5: „su kolegomis tariamės visą laiką, mes kiekvieną palaikom <...>“ S7: „pasikalbu su kolegomis <...> Mes vieni kitus suprantame <...>“ S8: „Tarp kolegų, tarp vieni kitų. Kalbi ir tiek“ S9: „<...> dažnai pasikalbu su kolegomis“ S10: „<...> pasikalbu su kolegomis“
	Psichologo pagalba	S6: „<...> pagrindinė pagalba man yra mano psichologas“

Analizuojant slaugytojų pateiktus atsakymus apie emocinių bei psichologinių iššūkių sprendimo būdus slaugant pacientus, patiriančius fantominius skausmus, pastebimos dvi pagrindinės tendencijos: asmeninių savireguliacijos metodų taikymas ir kreipimasis pagalbos į kitus komandos narius. –Dauguma, net 6 iš 10 tyrimo dalyvių nurodė fizinį aktyvumą kaip prioritetinę emocinės įtampos mažinimo priemonę. Remiantis gautais duomenimis, dažniausiai slaugytojai akcentavo, jog reguliarius fizinis krūvis sudaro sąlygas efektyviai psichologinei iškrovai po intensyvios profesinės veiklos bei padeda stabilizuoti emocinę būseną. S1 teigia, jog jai sportas „yra pagrindinis būdas atsiriboti nuo sunkių emocijų ir minčių apie darbą <...>“, S4 įvardijo šaką, kuri jai teikia daugiausiai naudos, stengiantis atitrūkti nuo minčių apie darbą: „Sportuoju, plaukiuju, užsiiminėju savim <...>“, o S6 paminėjo dar vieną sporto šaką: „<...> beveik visada einu į baseiną <...>“. Taip pat minimi ir paprastesni fizinio aktyvumo būdai – S5 teigia: „<...> mėgstu pasivaikščioti su šuniuku“, o S7 pažymi: „Po darbo dažnai išeinu pasivaikščioti – net ir trumpas pasivaikščiojimas padeda „pravėdinti galvą“ <...>“. S10 paminėjo bendrai sportą, neįvardindama konkrečios sporto šakos ar veiklos: „Man labai padeda sportas <...> sportuojant kažkaip lengviau išvalyti galvą nuo visų minčių apie darbą.“.

Šie atsakymai leidžia teigti, kad fizinis aktyvumas yra viena dažniausiai taikomų strategijų emocinei įtampai mažinti.

Kita svarbi savireguliacijos strategija – emocinis atsiribojimas nuo darbo. Pusė, t.y. 5 iš 10 respondenčių pabrėžė, kad sąmoningai stengiasi nepernešti darbo emocijų į asmeninį gyvenimą. S2 teigia: „<...> turiu aiškią ribą tarp darbo ir asmeninio gyvenimo“, S4 paatviravo, jog anksčiau būdavo kitaip, negu dabar: „Kai buvau jaunesnė, tai taip, tada parsinešu namo <...> o dabar visiškai nieko neparsinešu <...>“, o S7 tvirtai pabrėžė: „Darbas yra darbas, namai yra namai. Aš labai aiškiai atskiriu šituos du dalykus.“. S8 taip pat akcentuoja emocinį atsiribojimą: „Nu jau pripratęs, žinai, kad nereikia perleisti viską per save“, o S10 apibendrina visų 5 respondenčių mintis: „Stengiuosi atsiriboti nuo darbo, kai baigiasi pamaina“. Šie pasisakymai rodo, kad dalis slaugytojų sąmoningai stengiasi apsaugoti savo emocinę būseną, nustatydamos aiškias ribas tarp darbo ir asmeninio gyvenimo. Kita, ne ką mažiau populiarnė iššūkių valdymo strategija – užsiėmimas mėgiama veikla. 4 iš 10 respondenčių pabrėžė, kad tokia veikla leidžia atsiriboti nuo minčių apie darbą ir paprasčiausiai nusiraminti. Labai dažnai buvo minimas skaitymas. Pavyzdžiui, S2 teigia: „<...> labai padeda skaitymas – knygos leidžia visiškai atsiriboti nuo darbo ir persijungti į kitą pasaulį“, o S3 taip pat akcentuoja skaitymo svarbą ir naudą po įtemptos darbo dienos: „Nesvarbu, ar tai būtų knyga, ar kitas tekstas, skaitymas leidžia atitraukti mintis nuo darbo ir nusiraminti“. S9 taip pat mini skaitymą kaip atsipalaidavimo būdą: „<...> padeda skaitymas <...>“. S5 paminėjo kitą užsiėmimą - rankdarbius: „Kiekvienas turi hobį namuose, aš siuvu, mezgu <...>“. Šie atsakymai rodo, kad mėgiama veikla padeda slaugytojoms atsiriboti nuo minčių apie darbą ir atsipalaiduoti po sunkios darbo dienos. Antroji svarbi kategorija – pagalbos ieškojimas ir socialinis palaikymas. Iš atsakymų matyti, kad dažniausiai emocinės pagalbos slaugytojos ieškosi pas savo kolegas. Net 6 iš 10 respondenčių nurodė, kad sudėtingose situacijose kalbasi su kolegomis, dažnai pabrėždamos, jog jos, dirbančios tą patį darbą, geriausiai supranta. Pavyzdžiui, S1 teigia: „Dažniausiai pasikalbu su kolegomis, nes jie geriausiai supranta, su kokiais sunkumais susiduriame kasdien“, S5 taip pat pabrėžia kolegų tarpusavio pokalbio ir palaikymo svarbą: „Su kolegomis tariamės visą laiką, mes kiekvieną palaikom, jei reikia pasikalbėt, būtina. Jei nekalbėsime, nusinešime ir namo, ir dar toliau.“. Panašiai kalba ir S7: „<...> pasikalbu su kolegomis <...> Mes vieni kitus suprantame <...>“, o S8 situaciją apibūdina paprastai: „Tarp kolegų, tarp vieni kitų. Kalbi ir tiek, kažko rimčiau nereikia“. Dar viena respondentė paminėjo, jog kolegos supranta situacijas geriausiai (S9): „<...> dažnai pasikalbu su kolegomis. Kadangi jos dirba toje pačioje aplinkoje, jos labai gerai supranta, ką reiškia tokios situacijos.“. S10 taip pat atsakė paprastai ir aiškiai „<...> Jeigu būna sunkesnė pamaina ar sudėtingas pacientas,

kartais tiesiog pasikalbame apie tai tarpusavyje.“. Šie pasisakymai rodo, kad kolegų parama yra svarbi darbo dalis ir padeda slaugytojoms lengviau susidoroti su emociniu krūviu darbe. Tuo tarpu profesionali psichologinė pagalba buvo minima tik vienos respondentės. S6 teigia: „<...> pagrindinė pagalba man yra mano psichologas“. Ji savo atsakymą papildė priežastimi: „Esu bandžiusi ir darbo vietos psichologą<...> bet, nu, nepatiko, kažkaip ne mano žmogus.“. Tai leidžia daryti prielaidą, jog ne kiekvienam darbuotojui tinka darbo psichologas, trūksta lankstumo ir galimybės rinktis. O kolegų palaikymą slaugytojos renkasi dažniausiai.

Apibendrinant galima teigti, kad slaugytojos dažniausiai naudoja asmenines psichologinės savireguliacijos strategijas, kurios padeda sumažinti emocinę įtampą po darbo. Fizinis aktyvumas buvo dažniausiai paminėtas būdas, valdyti emocinius ir psichologinius iššūkius – jį įvardijo 6 iš 10 respondenčių, pabrėždamos sporto naudą emocinei ir psichologinei gerovei. Užsiėmimą mėgiama veikla paminėjo 4 iš 10 slaugytojų, o emocinį atsiribojimą nuo darbo – 5 iš 10 respondenčių. Pagalbos ieškojimo ir socialinio palaikymo kategorijoje ryškiausiai matoma kolegų paramos svarba – ją kaip svarbią kasdienės darbo dienos dalį įvardijo net 7 iš 10 respondenčių. Tuo tarpu profesionalią psichologo pagalbą paminėjo tik 1 iš 10 slaugytojų, todėl galima teigti, kad emocinių ir psichologinių sunkumų sprendimui dažniausiai pasirenkami kasdieniai būdai, ne profesionali pagalba.

REZULTATŲ APTARIMAS

Pusiau struktūruoto interviu metu buvo siekiama išsiaiškinti slaugytojų, slaugančių pacientus, kurie patiria fantominius skausmus, patirtis. Tyrimo metu buvo siekiama nustatyti pagrindinius iššūkius, su kuriais slaugytojai susiduria pacientų priežiūros procese, kokius skausmo valdymo metodus taiko ir kaip sprendžia pasitaikančius iššūkius.

Analizuojant gautus duomenis, buvo nustatyta, kad dažniausiai slaugytojai patiria emocinius ir psichologinius iššūkius slaugant pacientus, patiriančius fantominius skausmus. Net 6 iš 10 respondenčių pabrėžė, jog dažnai pastangos suvaldyti šį skausmą neduoda jokių rezultatų, kas galiausiai sukelia bejėgiškumą. 5 iš 10 respondenčių pabrėžė, jog jos nesugeba atsiriboti nuo darbo, net kai fiziškai jau yra namie, kas sukelia įvairiausių psichologinių sunkumų. Mano atliktame tyrime buvo ryški emocinių ir psichologinių sunkumų tendencija tarp slaugytojų, tą patvirtino ir mokslininkai iš Filipinų, tokie kaip Balinbin, Balatbat savo 2020 metų moksliniame straipsnyje akcentuodami, jog slaugytojai, būdami arčiausiai paciento, dažnai perima jų emocijas ir išgyvenimus, todėl slaugos procese susiduria su įvairiais emociniais ir psichologiniais sunkumais. Nuolat matydami

pacientų skausmą, nerimą ar bejėgiškumą, jie patys gali pradėti jausti panašias emocijas. Tokia kasdienė patirtis gali kelti vidinę įtampą, nerimą ar liūdesį, o ilgainiui – apsunkinti emocinę savijautą. Dėl nuolatinio emocinio krūvio slaugytojams gali būti sunku visiškai atsiriboti nuo darbo, todėl emocijos kartais persikelia ir į asmeninį gyvenimą (69). Taip pat mano atliktame tyrime buvo nustatyta, jog slaugytojai patiria darbo organizavimo iššūkius, tokius kaip didelis darbo krūvis ar naktiniai budėjimai. Net 5 iš 10 slaugytojų pabrėžė, jog jų krūvis yra per didelis, prižiūrint pacientus patiriančius fantominius skausmus. Labai panašius rezultatus demonstravo ir 2024 metais Indonezijos mokslininkų Hasanah ir kt. atliktas tyrimas, kuris nustatė, kad viena pagrindinių problemų yra taip pat laiko stoka dėl didelio darbo krūvio – net 44 proc. slaugytojų nurodė, kad dėl didelio darbo krūvio negali skirti pakankamai dėmesio pacientams. Šie mokslininkai papildomai nustatė, jog tarp slaugytojų buvo minimas resursų trūkumas – 45,6 proc. slaugytojų pabrėžė reikalingos įrangos stygių, kuris apsunkina kokybiškos priežiūros užtikrinimą. Tuo tarpu mano atliktame tyrime tik viena slaugytoja akcentavo resursų trūkumą (74). Kalbant apie kitą iššūkį, kurį mano tyrime dalyvavę slaugytojai patyrė, svarbu paminėti, kad žinių stoka gali gerokai apsunkinti pacientų priežiūros procesą. Pusė, t.y. 5 iš 10 slaugytojų prisipažino, jog žinių apie fantominį skausmą, jo valdymą bei valdymo būdus turi nepakankamai. 2020 metais Ganoje atliktame tyrime taip pat buvo akcentuotas žinių trūkumas skausmo valdymo srityje. Šiame tyrime buvo nustatyta, kad slaugytojų žinių lygis šioje srityje nėra pakankamas – didžioji dalis jų (72,5 proc.) turėjo tik vidutinį žinių lygį (64). Panašios tendencijos pastebimos ir kituose tyrimuose. Pavyzdžiui, 2025 metais Saudo Arabijos mokslininkų Alanizi ir kt. atliktas tyrimas parodė, kad slaugytojų žinių lygis skausmo valdymo srityje taip pat yra nepakankamas – daugumos jis buvo tik vidutinis, o gerą žinių lygį pasiekė vos 22,36 proc. dalyvių (66). Šie rezultatai leidžia manyti, kad slaugytojams gali trūkti gilesnio supratimo apie skausmo mechanizmus ir jo valdymo galimybes, ypač dirbant su sudėtingesniais atvejais, tokiais kaip fantominis skausmas.

Analizuojant slaugytojų taikomas fantominio skausmo valdymo strategijas, buvo akcentuojami tiek medikamentiniai, tiek nemedikamentiniai būdai. Mano tyrime tarp nemedikamentinių metodų dominavo emocinė parama – net 6 iš 10 respondentų tai akcentavo. Kiniečių mokslininkų 2025 metų atliktame tyrime buvo nustatyta, jog emocinė parama, tokia kaip palaikymas ir pokalbiai su pacientu, yra svarbi lėtinio skausmo valdymo dalis, nes padeda sumažinti patiriamo skausmo intensyvumą. Kai pacientas jaučiasi išklausytas, suprastas ir sulaukia dėmesio, mažėja jo nerimas, įtampa, kurie dažnai sustiprina skausmo pojūtį. Pokalbiai leidžia pacientui išsakyti savo išgyvenimus ir jausmus, dėl to palaikantis bendravimas tampa svarbia priemone, padedančia ne tik pagerinti emocinę savijautą, bet

ir sumažinti skausmo pojūtį (77). Taip pat bendradarbiavimas su kitais specialistais dominavo tarp slaugytojų – pusė jų pabrėžė, jog bendradarbiauja su kitais specialistais skausmo valdymo srityje. Pavyzdžiui, Geneen ir kt. nurodo, kad fizinis aktyvumas gali sumažinti skausmo intensyvumą ir pagerinti fizinę funkciją (78). Be to, naujesni tyrimai, atlikti kiniečių mokslininkų, tokių kaip Yao, taip pat rodo, kad fizinis aktyvumas gali sumažinti skausmo pojūtį ir pagerinti pacientų gyvenimo kokybę bei emocinę būklę (79). Tai leidžia teigti, kad kineziterapeutų įsitraukimas į skausmo valdymą yra svarbus, nes fizinis aktyvumas gali turėti teigiamą poveikį pacientų savijautai. Lyginant su mano tyrimo rezultatais, galima pastebėti, kad nors tik dalis respondentų bendradarbiauja su kitais specialistais, tokia praktika atitinka mokslines įžvalgas ir gali prisidėti prie efektyvesnio skausmo valdymo. Bendradarbiavimą su kitais sveikatos specialistais skausmo valdymo srityje pabrėžia ir Williams su kolegomis (2020 m.) nurodydami, kad psichologo įsitraukimas ir jo intervencijos, ypač kognityvinė elgesio terapija, padeda ne tik sumažinti skausmo intensyvumą, bet ir gerina pacientų gebėjimą su juo susidoroti. Taip pat nustatyta, kad tokios intervencijos mažina su skausmu susijusį nerimą, depresijos simptomus ir neigiamas mintis apie skausmą, kurios gali dar labiau sustiprinti skausmo pojūtį (80). Toliau analizuojant nemedikamentinius būdus, nei vienas respondentas netaikė nei VR, nei veidrodinės terapijos, kas užsienio literatūroje buvo minimos kaip veiksmingiausios intervencijos fantominio skausmo valdyme. (31,32,35,37,39,40). Kalbant apie medikamentinius fantominio skausmo valdymo būdus, mano atliktame tyrime buvo minimi NVNU grupės vaistai arba antiepileptikai. Daugiausiai respondentų, net 6 iš 10 akcentavo antiepileptikus, kiti likę – NVNU. Kikkeri ir kt. 2024 metų atliktame tyrime nustatė karbamazepino, kuris yra antiepileptikas, naudą neuropatiniam skausmui gydyti. Buvo nustatyta, kad karbamazepinas gali būti veiksmingas daugeliui pacientų ir padeda kontroliuoti skausmą ankstyvose ligos stadijose, jungdamasis prie natrio kanalų neuronuose, taip mažindamas nervinių impulsų perdavimą ir slopindamas skausmą. Tai rodo, kad jis yra naudingas neuropatinio pobūdžio skausmo valdymui, todėl gali būti taikomas ir fantominio skausmo valdyme (81). Kitose užsienio literatūros šaltiniuose skelbiama prieštaringa nuomonė apie antiepileptikus, valdant fantominį skausmą. Wang ir Yi (2018 m.) tyrimas parodė, kad gabapentinas gali sumažinti fantominio galūnės skausmą ankstyvuoju pooperaciniu laikotarpiu. Nustatyta, kad skausmo dažnis buvo mažesnis nei placebo grupėje (43,84 proc. prieš 77,27 proc.), tačiau vėliau skirtumai tarp grupių išnyko. Tai rodo, kad gabapentinas yra veiksmingesnis ankstyvuoju laikotarpiu, o ilgalaikis poveikis yra ribotas (52). Kitame tyrime nagrinėtas kitas antiepileptikas – pregabalinas. Fujita ir kt. 2020 m. tyrimas parodė, kad pregabalinas nebuvo veiksmingas fantominio galūnės skausmo valdymui po amputacijos. Pacientės būklė nepagerėjo vartojant 150 mg per dieną, o simptomų sumažėjimas pastebėtas tik taikant kombinuotą gydymą su kitais vaistais (55). Kalbant

apie NVNU, mažiau nei pusė respondentų nurodė, jog naudoja šios grupės vaistus fantominio skausmo valdyme. Kathelo ir kt. 2021 tyrime nenustatytas reikšmingas teigiamas NVNU poveikis fantominio skausmo valdymui, todėl jų efektyvumas laikomas ribotu (47). Literatūroje pateikiama ir prieštaringa nuomonė apie NVNU taikymą fantominio skausmo valdyme. Amerikiečių mokslininkai, tokie kaip Dastan ir kt. 2021 metais nurodė, kad NVNU gali būti naudingi kaip papildoma priemonė – jie gali sumažinti stipresnių analgetikų poreikį bei padėti kontroliuoti vietinius sudirgimus, galinčius sukelti skausmo paūmėjimus (82). Galima teigti, kad NVNU vaidmuo fantominio skausmo valdyme vertinamas skirtingai ir gali priklausyti nuo individualios paciento būklės.

Analizuojant emocinių ir psichologinių sunkumų sprendimo būdus, matoma ryški tendencija, jog slaugytojai prioritizuoja asmenines psichologines savireaguliacijos strategijas, siekiant suvaldyti pasitaikiusius iššūkius. Iš šių būdų dominavo fizinis aktyvumas, net 6 iš 10 slaugytojų akcentavo sporto naudą jų emocinei ir psichinei gerovei. Peru mokslininkai Romero-Carazas ir kt. 2024 metų tyrime aprašė fizinio aktyvumo naudą slaugytojoms, teigdami, kad fizinis aktyvumas turi reikšmingą teigiamą poveikį slaugytojų savijautai ir padeda valdyti patiriamą stresą. Nustatyta, kad kuo daugiau slaugytojai užsiima fizine veikla, tuo mažesnis jų perdegimo lygis, o tuo pačiu didesnis pasitenkinimas darbu (83). Šį teigiamą ryšį patvirtina ir amerikiečių mokslininkai, tokie kaip Adams ir kiti, savo 2024 metų atliktame moksliniame tyrime. Jie nustatė, kad fizinis aktyvumas yra susijęs su geresne slaugytojų fizine ir psichologine savijauta. Buvo nustatyta, kad didesnis fizinis aktyvumas siejasi su mažesniu nuovargiu, o taip pat su geresne psichologine būkle – tiek lengvo, tiek vidutinio intensyvumo fizinė veikla buvo teigiamai susijusi su geresne psichine sveikata. Šio tyrimo rezultatai rodo, kad fizinis aktyvumas yra susijęs su mažesniu patiriamu stresu ir geresne psichine sveikata. Taip pat šiame tyrime buvo nustatyta, kad tarp žingsnių skaičiaus ir streso egzistuoja vidutinio stiprumo neigiamas ryšys, o tai reiškia, kad didesnis fizinis aktyvumas siejasi su mažesniu stresu (84). Tai leidžia teigti, kad fizinis aktyvumas gali padėti slaugytojams sumažinti stresą ir nuovargį bei pagerinti bendrą savijautą. Mano atliktame tyrime taip pat buvo pastebėta, kad 5 iš 10 slaugytojų turi aiškią ribą tarp darbo ir namų, o rečiausiai slaugytojai iš asmeninių psichologinių savireaguliacijos strategijų paminėjo užsiėmimą mėgstama veikla. Tik 4 iš 10 slaugytojų akcentavo savo mėgstamų veiklų naudą emocinei ir psichologinei gerovei. Šias iššūkių valdymo strategijas nagrinėjo ir Oates 2018 metų savo atliktame tyrime. Jis nustatė, jog geriausiai slaugytojams su sunkumais padeda kovoti tokios veiklos kaip fizinis aktyvumas, laikas gamtoje ar muzikos klausymas. Taip pat svarbų vaidmenį atlieka aiški riba tarp darbo ir asmeninio gyvenimo (85). Kitas tyrimas, taip pat nagrinėjęs slaugytojų emocinių ir psichologinių sunkumų sprendimo būdus, nustatė muzikos naudą streso

valdymui. Kanados mokslininkai Finnerty ir kt. 2022 metų tyrime nustatė, kad taikant raumenų atpalaidavimo pratimus kartu su muzika, slaugytojų patiriamas stresas ir nuovargis reikšmingai sumažėjo jau po 8 ir 12 savaičių (86). Taigi užsiėmimas mėgstama veikla, pavyzdžiui, muzikos klausymas, padeda slaugytojams geriau susitvarkyti su stresu, jaustis mažiau pavargusiems ir lengviau susidoroti su kasdieniais iššūkiais darbe. Toliau tęsiant apie iššūkių sprendimo būdus, pagalbos ieškojimas ir socialinė parama buvo vienas dažniausiai pasikartojusių sprendimo būdų tarp slaugytojų, patiriančių sunkumus. Beveik visos, 6 iš 10 slaugytojų kreipėsi į kolegas pagalbos, emocinės paamos bei norėjo palaikymo. Indijos mokslininkai, tokie kaip Jamir, savo 2023 metų tyrime gavo panašius rezultatus. Tyrime buvo nustatyta, kad slaugytojai dažniausiai taikė tokias sunkumų sprendimo strategijas, kaip kreipimasis patarimo į artimuosius ar draugus (14,89 proc.), pokalbiai su kitais siekiant geriau suprasti situaciją (13,82 proc.) bei emocinės paramos ieškojimas tarp kolegų (10,63 proc.) (87). Panašius rezultatus pateikia ir Betke ir kt. 2021 metų tyrimas, kuriame nustatyta, kad slaugytojai dažniausiai ieško socialinės paramos iš kolegų (88). Dar vienas tyrimas patvirtina palaikymo naudą streso valdymui. Barroso ir kt. 2019 metų tyrimas patvirtina, kad socialinės paramos paieška padeda efektyviai mažinti su darbu susijusį stresą ir gerina slaugytojų psichologinę savijautą (89).

Tyrimo privalumai. Slaugytojai, dalyvavę tyrime, turėjo galimybę pasidalinti savo patirtimi bei iššūkiais, su kuriais susiduria slaugydami pacientus, patiriančius fantominius skausmus. Jų dalyvavimas tyrime leidžia geriau suprasti slaugytojų patiriamus emocinius, psichologinius ir organizacinius sunkumus, prižiūrint pacientus, patiriančius fantominius skausmus. Tai gali padėti kurti efektyvesnes slaugos strategijas ir gerinti pacientų priežiūros kokybę.

Tyrimo trūkumai. Nepaisant gautų įžvalgų, būtina akcentuoti esminį šios mokslinės analizės apribojimą: tyrimas buvo atliktas tik vienoje konkrečioje gydymo įstaigoje. Dėl šios priežasties gauti duomenys pasižymi lokaliu pobūdžiu ir negali būti vienareikšmiškai plačiai apibendrinami visiems Lietuvos slaugytojams ar visoms sveikatos priežiūros įstaigoms.

IŠVADOS

1. Slaugytojai, prižiūrintys pacientus, patiriančius fantominius skausmus, dažniausiai susiduria su dideliu darbo krūviu bei bejėgiškumo jausmu, o darbinė patirtis neretai turi įtakos jų asmeniniam gyvenimui. Slaugytojai rečiausiai įvardija baimę, motyvacijos stoką ar išteklių trūkumą kaip kliūtis teikiant pagalbą pacientams. Nustatytas žinių apie fantominio skausmo valdymą trūkumas.

2. Slaugytojai, slaugantys pacientus, kurie patiria fantominius skausmus, skausmo valdymui taiko tiek medikamentines, tiek nemedikamentines priemones. Farmakologiniam gydymui dažniausiai pasirenkami antiepilepsiniai preparatai, o nemedikamentinė intervencija apima emocinės paramos teikimą bei bendradarbiavimą su kitų sričių specialistais.
3. Slaugytojai, sprendami emocinius ir psichologinius iššūkius, dažniausiai pasitelkia individualias savireguliacijos strategijas: fizinį aktyvumą, laisvalaikio pomėgius arba emocinį atsiribojimą nuo profesinės veiklos. Kolegų tarpusavio palaikymas yra esminis emocinės paramos šaltinis kasdieniame darbe, o profesionali psichologų pagalba naudojama rečiau.

REKOMENDACIJOS

Mokslininkams

1. Tikslinga toliau vykdyti mokslinius tyrimus, susijusius su slaugytojų emociniais, psichologiniais bei profesiniais iššūkiais teikiant pagalbą pacientams, patiriantiems fantominius skausmus.
2. Atlikti kiekybinius tyrimus, skirtus išsiaiškinti slaugytojų patiriamus sunkumus skirtingose sveikatos priežiūros įstaigose bei Lietuvos regionuose, siekiant įvertinti bendrą situaciją šalyje.

Sveikatos priežiūros įstaigų vadovams:

1. Mažinti slaugytojų darbo krūvį optimizuojant personalo ir pacientų santykį bei užtikrinant reikiamą darbuotojų skaičių.
2. Inicijuoti ir įgyvendinti mokomąją programą, skirtą fantominio skausmo valdymo metodikai pristatyti bei praktiniams įgūdžiams lavinti.
3. Užtikrinti prieinamos bei slaugos specialistams priimtinos psichologinės pagalbos teikimą ir skatinti palankios darbinės aplinkos kūrimą.

LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Hanyu-Deutmeyer AA, Cascella M, Varacallo MA. Phantom limb pain. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [cited 2025 Sep 21].
2. Erlenwein J, Diers M, Ernst J, Schulz F, Petzke F. Clinical updates on phantom limb pain. Pain Rep. 2021;6(1):e888.

3. Aternali A, Katz J. Recent advances in understanding and managing phantom limb pain. *F1000Res*. 2019;8:F1000 Faculty Rev-1167.
4. Alviar MJM, Hale T, Lim-Dungca M. Pharmacologic interventions for treating phantom limb pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Oct 13;2016(10):CD006380.
5. Kaur A, Guan Y. Phantom limb pain: A literature review. *Chin J Traumatol*. 2018 Dec;21(6):366–368.
6. Spezia MC, Dy CJ, Brogan DM. Phantom limb pain management. *J Hand Surg*. 2025 Feb;50(2):208–215.
7. Germossa GN, Sjetne IS, Småstuen MC, Hellesø R. Patient satisfaction with a nurse-led pain management program: a quasi-experimental study in Ethiopia. *SAGE Open Nurs*. 2022;8:23779608221141237.
8. Youngcharoen P, Aree-Ue S. A cross-sectional study of factors associated with nurses' postoperative pain management practices for older patients. *Nurs Open*. 2023 Jan;10(1):90–98.
9. He Y, Qiu D, Zhou D, Li L, Wang B, Wang L. Treatment of partial traumatic hemipelvectomy: a study of 21 cases. *J Bone Joint Surg Am*. 2019 May 1;101(9):e36.
10. Luza LP, Ferreira EG, Minsky RC, Pires GKW, da Silva R. Psychosocial and physical adjustments and prosthesis satisfaction in amputees: a systematic review of observational studies. *Disabil Rehabil Assist Technol*. 2020 Jul;15(5):582–589.
11. Culp CJ, Abdi S. Current understanding of phantom pain and its treatment. *Pain Physician*. 2022 Oct;25(7):E941–E957.
12. Diers M, Krumm B, Fuchs X, Bekrater-Bodmann R, Milde C, Trojan J, et al. The prevalence and characteristics of phantom limb pain and non-painful phantom phenomena in a nationwide survey of 3,374 unilateral limb amputees. *J Pain*. 2022 Mar;23(3):411–423.
13. Shatnawi NJ, Al-Zoubi NA, Hawamdeh HM, Khader YS, Garaibeh K, Heis HA. Predictors of major lower limb amputation in type 2 diabetic patients referred for hospital care with diabetic foot syndrome. *Diabetes Metab Syndr Obes*. 2018;11:313–319.
14. Limakatso K, Ndhlovu F, Usenbo A, Rayamajhi S, Kloppers C, Parker R. The prevalence and risk factors for phantom limb pain: a cross-sectional survey. *BMC Neurol*. 2024 Feb 6;24(1):57.
15. Nwosu ADG, Anikwe IA, Eze BI, Ossai EN, Onyekwulu FA. Amputation-related phantom limb pain in Nigeria: a prospective cohort study. *Niger J Med*. 2020 Jun;29(2):208–214.

16. ALfaifi NY, Winokur EJ. Integrating complementary therapies in managing phantom limb pain: a case review. *Pain Manag Nurs*. 2024 Dec 1;25(6):659–665.
17. Granata G, Di Iorio R, Ilari S, Angeloni BM, Tomasello F, Cimmino AT, et al. Phantom limb syndrome: from pathogenesis to treatment. A narrative review. *Neurol Sci*. 2024 Oct;45(10):4741–4755.
18. Diers M, Krumm B, Fuchs X, Bekrater-Bodmann R, Milde C, Trojan J, et al. The prevalence and characteristics of phantom limb pain and non-painful phantom phenomena in a nationwide survey of 3,374 unilateral limb amputees. *J Pain*. 2022 Mar;23(3):411–423.
19. Falbo KJ, Baca IF, Shaffer JD, Hafner BJ, Krebs EE, Matsumoto ME, et al. Development and pilot administration of the amputation-related pain and sensation assessment tool. *Disabil Rehabil*. 2025 Mar;47(6):1567–1576.
20. Alabdullah AAH, Alyazidi SS, Asiri IA, Ali HS, Almutlaqah SA, Alzahrani AS, et al. A systematic literature review to explore lived experiences with phantom limb phenomenon following a lower extremity amputation: a qualitative synthesis. *Front Rehabil Sci [Internet]*. 2025 Sep 18 [cited 2025 Oct 8];6.
21. Aternali A, Lumsden-Ruegg H, Appel L, Hitzig SL, Mayo AL, Katz J. Case report: reduction in post-amputation phantom limb pain intensity accompanying the onset of phantom limb telescoping. *Front Pain Res [Internet]*. 2024 Oct 9 [cited 2025 Oct 9];5.
22. Hanyu-Deutmeyer AA, Cascella M, Varacallo MA. Phantom limb pain. In: *StatPearls [Internet]*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [cited 2025 Oct 9].
23. Piterà P, Springhetti I, Alito A, Verme F, Fontana JM, Capodaglio P. Whole-body cryostimulation, a complementary treatment for phantom limb syndrome: preliminary evidence from a case study. *Medicina (Kaunas)*. 2024 Jan;60(1):22.
24. Langeveld M, Bosman R, Hundepool CA, Duraku LS, McGhee C, Zuidam JM, et al. Phantom limb pain and painful neuroma after dysvascular lower-extremity amputation: a systematic review and meta-analysis. *Vasc Endovascular Surg*. 2024 Feb;58(2):142–150.
25. Sugawara AT, Simis M, Fregni F, Battistella LR. Characterisation of phantom limb pain in traumatic lower-limb amputees. *Pain Res Manag*. 2021;2021:2706731.
26. Schone HR, Baker CI, Katz J, Nikolajsen L, Limakatso K, Flor H, et al. Making sense of phantom limb pain. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2022 Aug;93(8):833–843.
27. Bielewicz J, Daniluk B, Kamieniak P. VAS and NRS, same or different? Are visual analog scale values and numerical rating scale equally viable tools for assessing patients after microdiscectomy? *Pain Res Manag*. 2022;2022:5337483.

28. Thong ISK, Jensen MP, Miró J, Tan G. The validity of pain intensity measures: what do the NRS, VAS, VRS, and FPS-R measure? *Scand J Pain*. 2018 Jan 1;18(1):99–107.
29. Alodhialah AM, Almutairi AA, Almutairi M. Assessing the association of pain intensity scales on quality of life in elderly patients with chronic pain: a nursing approach. *Healthcare (Basel)*. 2024 Oct 18;12(20):2078.
30. Gunduz ME, Pacheco-Barrios K, Pinto CB, Duarte D, Velez FGS, Gianlorenco ACL, et al. Effects of combined and alone transcranial motor cortex stimulation and mirror therapy in phantom limb pain: a randomized factorial trial. *Neurorehabil Neural Repair*. 2021 Aug;35(8):704–716.
31. Rajendram C, Ken-Dror G, Han T, Sharma P. Efficacy of mirror therapy and virtual reality therapy in alleviating phantom limb pain: a meta-analysis and systematic review. *BMJ Mil Health*. 2022 Apr;168(2):173–177.
32. Campo-Prieto P, Rodríguez-Fuentes G. Effectiveness of mirror therapy in phantom limb pain: a literature review. *Neurologia*. 2022 Oct;37(8):668–681.
33. Purushothaman S, Kundra P, Senthilnathan M, Sistla SC, Kumar S. Assessment of efficiency of mirror therapy in preventing phantom limb pain in patients undergoing below-knee amputation surgery: a randomized clinical trial. *J Anesth*. 2023 Jun;37(3):387–393.
34. Brunelli S, D’Auria L, Stefani A, Giglioni F, Mariani G, Ciccarello M, et al. Is mirror therapy associated with progressive muscle relaxation more effective than mirror therapy alone in reducing phantom limb pain in patients with lower limb amputation? *Int J Rehabil Res*. 2023 Jun 1;46(2):193–198.
35. Rothgangel A, Bekrater-Bodmann R. Mirror therapy versus augmented/virtual reality applications: towards a tailored mechanism-based treatment for phantom limb pain. *Pain Manag*. 2019 Mar 1;9(2):151–159.
36. Vasantachart AY, Yeo E, Chau B. Virtual and augmented reality-based treatments for phantom limb pain: a systematic review. *Innov Clin Neurosci*. 2022;19(10-12):48–57.
37. Ambron E, Buxbaum LJ, Miller A, Stoll H, Kuchenbecker KJ, Coslett HB. Virtual reality treatment displaying the missing leg improves phantom limb pain: a small clinical trial. *Neurorehabil Neural Repair*. 2021 Dec;35(12):1100–1111.
38. Hoffman HG, Boe DA, Rombokas E, Khadra C, LeMay S, Meyer WJ, et al. Virtual reality hand therapy: a new tool for nonopioid analgesia for acute procedural pain, hand rehabilitation, and VR embodiment therapy for phantom limb pain. *J Hand Ther*. 2020;33(2):254–262.

39. Rutledge T, Velez D, Depp C, McQuaid JR, Wong G, Jones RCW, et al. A virtual reality intervention for the treatment of phantom limb pain: development and feasibility results. *Pain Med.* 2019 Oct 1;20(10):2051–2059.
40. Hali K, Manzo MA, Koucheiki R, Wunder JS, Jenkinson RJ, Mayo AL, et al. Use of virtual reality for the management of phantom limb pain: a systematic review. *Disabil Rehabil.* 2024 Feb 13;46(4):629–636.
41. Teoli D, Dua A, An J. Transcutaneous electrical nerve stimulation. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [cited 2025 Oct 15]. Available from: [NCBI Bookshelf](#)
42. Johnson MI, Paley CA, Jones G, Mulvey MR, Wittkopf PG. Efficacy and safety of transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for acute and chronic pain in adults: a systematic review and meta-analysis of 381 studies (the meta-TENS study). *BMJ Open.* 2022 Feb 10;12(2):e051073.
43. Wu LC, Weng PW, Chen CH, Huang YY, Tsuang YH, Chiang CJ. Literature review and meta-analysis of transcutaneous electrical nerve stimulation in treating chronic back pain. *Reg Anesth Pain Med.* 2018 May;43(4):425–433.
44. Vance CGT, Dailey DL, Chimenti RL, Van Gorp BJ, Crofford LJ, Sluka KA. Using TENS for pain control: update on the state of the evidence. *Medicina (Kaunas).* 2022 Sep 22;58(10):1332.
45. Zernitz M, Rizzello C, Rigoni M, Van de Winckel A. Case report: phantom limb pain relief after cognitive multisensory rehabilitation. *Front Pain Res* [Internet]. 2024 Apr 25 [cited 2025 Oct 15];5. Available from: [Frontiers in Pain Research](#)
46. Rogers AH, Farris SG. A meta-analysis of the associations of elements of the fear-avoidance model of chronic pain with negative affect, depression, anxiety, pain-related disability and pain intensity. *Eur J Pain.* 2022 Sep;26(8):1611–1635.
47. Limakatso K, Parker R. Treatment recommendations for phantom limb pain in people with amputations: an expert consensus Delphi study. *PM R.* 2021 Nov;13(11):1216–1226.
48. Sekonyela-Rakolanyana R, Ferguson PC, Hunziker C, et al. Managing phantom limb pain with medication. *MedCentral* [Internet]. 2019 [cited 2025 Oct 24]. Available from: [MedCentral](#)
49. Hall N, Eldabe S. Phantom limb pain: a review of pharmacological management. *Br J Pain.* 2018 Nov;12(4):202–207.

50. Horikawa H, Hattori M, Takemura Y, Hibi D, Yamazaki M. Mirtazapine therapy for phantom limb pain after traumatic amputation: a case report. *J Jpn Soc Pain Clin.* 2020;27(2):167–171.
51. Jiang S, Zhou MM, Xia R, Bai JH, Yan LH. Gabapentin for phantom limb pain after amputation in pediatric oncology: a systematic review protocol. *Syst Rev.* 2021 Jan 13;10(1):26.
52. Wang X, Yi Y, Tang D, Chen Y, Jiang Y, Peng J, et al. Gabapentin as an adjuvant therapy for prevention of acute phantom-limb pain in pediatric patients undergoing amputation for malignant bone tumors: a prospective double-blind randomized controlled trial. *J Pain Symptom Manage.* 2018 Mar 1;55(3):721–727.
53. Costa V, Pacheco-Barrios K, Gianlorenço AC, Fregni F. Neuropsychiatric drugs and a neurophysiological marker as predictors of health-related quality of life in patients with phantom limb pain. *Pain Med.* 2024 Nov 1;25(11):679–686.
54. Danişman M, Aşut G. Silencing the phantom - pregabalin misuse in amputation patients: a case report. *Bağımlılık Derg.* 2024 Dec 30;25(4):498–504.
55. Fujita M, Inomata S, Takao I, Yahagi M, Kumada Y, Tanaka M. Pharmacotherapy with amantadine and mexiletine was effective for phantom limb pain that developed after lower-limb amputation surgery. *J Jpn Soc Pain Clin.* 2020;27:advpub.
56. McCormick Z, Chang-Chien G, Marshall B, Huang M, Harden RN. Phantom limb pain: a systematic neuroanatomical-based review of pharmacologic treatment. *Pain Med.* 2014 Feb 1;15(2):292–305.
57. Alviar MJM, Hale T, Lim-Dungca M. Pharmacologic interventions for treating phantom limb pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016 Oct 13;2016(10):CD006380.
58. Srejić U, Banimahd F. Haunting of the phantom limb pain abolished by buprenorphine/naloxone. *BMJ Case Rep.* 2021 Feb 19;14(2):e237009.
59. Tian S, Nick S, Wu H. Phantom limb pain: a review of evidence-based treatment options. *World J Anesthesiol.* 2014 Jul 27;3(2):146–153.
60. Katran HB, Akyuz N. The nurse's role in a patient with phantom sensation-phantom pain. *J Nursology.* 2022 Mar 29;25(1):60–62.
61. ALfaifi NY, Winokur EJ. Integrating complementary therapies in managing phantom limb pain: a case review. *Pain Manag Nurs.* 2024 Dec 1;25(6):659–665.
62. Parnell B, Urton M. Rehabilitation nursing challenges for patients with lower limb amputation. *Rehabil Nurs Off J Assoc Rehabil Nurses.* 2021 Jun 1;46(3):179–184.

63. N DrR, Pr NK. Nursing management of phantom limb syndrome. *Int J Adv Res Nurs*. 2025 Jan 1;8(1):115–118.
64. Adams SDM, Varaei S, Jalalinia F. Nurses' knowledge and attitude towards postoperative pain management in Ghana. *Pain Res Manag*. 2020 Aug 7;2020:4893707.
65. Ortiz MI, Cuevas-Suárez CE, Cariño-Cortés R, Navarrete-Hernández JJ, González-Montiel CA. Nurses' knowledge and attitude regarding pain: a systematic review and meta-analysis. *Nurse Educ Pract*. 2022 Aug;63:103390.
66. Alanizi AW, Shaqiqi W, Cabaldo LC, Awaji RM, Alotaibi RA, Alanazi AM. Nurses' knowledge and attitudes toward pain assessment and management: a cross-sectional study. *Nurs Res Pract*. 2025 Jun 26;2025:6646998.
67. Kao G, Parmar J, Javed S. Burden of emotional stress in chronic pain care: a wake-up call for the care team. *Curr Pain Headache Rep*. 2025 May 20;29(1):86.
68. Nallani R, Fox CC, Sykes KJ, Surprise JK, Fox CE, Reschke AD, et al. Pain management and education for ambulatory surgery: a qualitative study of perioperative nurses. *J Surg Res*. 2021 Apr;260:419–427.
69. Balinbin CBV, Balatbat KTR, Balayan ANB, Balcueva MIC, Balicat MGB, Balidoy TAS, et al. Occupational determinants of compassion satisfaction and compassion fatigue among Filipino registered nurses. *J Clin Nurs*. 2020 Mar;29(5–6):955–963.
70. Jo S, Kurt Ş, Mayer K, Pituch KA, Simpson V, Skibiski J, et al. Compassion fatigue and COVID-19: a global view from nurses. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2023 Apr;20(2):116–125.
71. Zhang J, Zou J, Wang X, Luo Y, Zhang J, Xiong Z, et al. Clinical nurses' compassion fatigue psychological experience process: a constructivist grounded theory study. *BMC Nurs*. 2023 Dec 19;22(1):487.
72. Kishimoto K, Asano K. The relationships among factors affecting compassion fatigue, compassion satisfaction, and burnout in Japanese nurses: a cross-sectional study. *Jpn J Nurs Sci*. 2024;21(4):e12617.
73. Ortega-Campos E, Vargas-Román K, Velando-Soriano A, Suleiman-Martos N, Cañadas-de la Fuente GA, Albendín-García L, et al. Compassion fatigue, compassion satisfaction, and burnout in oncology nurses: a systematic review and meta-analysis. *Sustainability*. 2020 Jan;12(1):72.

74. Hasanah I, Nursalam N, Krisnana I, Arief YS, Qur'aniati N, Haikal Z, et al. Non-pharmacological pain and stress management (N-PPSM) in pediatric wards: a nurses' perspective. *Pain Manag Nurs*. 2024 Oct;25(5):510–517.
75. Johnson JL, Adkins D, Chauvin S. A review of the quality indicators of rigor in qualitative research. *Am J Pharm Educ*. 2020 Jan;84(1):7120.
76. Ruslin R, Mashuri S, Sarib M, Alhabsyi F, Syam H. Semi-structured interview: a methodological reflection on the development of a qualitative research instrument in educational studies. *IOSR J Res Method Educ*. 2022;12(1):22–29.
77. Li B, Huang Y, Liu Q, Xiao P, Li L, Zeng K. Latent profile analysis of empathy for pain and its associations with coping styles among nurses in China. *BMJ Open* [Internet]. 2025 Sep 1 [cited 2026 Mar 22];15(9):e101039. Available from: <https://bmjopen.bmj.com/content/15/9/e101039>
78. Geneen LJ, Moore RA, Clarke C, Martin D, Colvin LA, Smith BH. Physical activity and exercise for chronic pain in adults: an overview of Cochrane reviews. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Apr 24;4(4):CD011279.
79. Yao C, Zhang Y, Zhao SS, Ren J, Sun P, Kong L, et al. Effect of physical activity on chronic widespread pain: insights from meta-analysis and two-sample Mendelian randomization. *J Pain Res*. 2025 Mar 14;18:1275–1289.
80. Williams AC de C, Fisher E, Hearn L, Eccleston C. Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020 Aug 12;8(8):CD007407.
81. Shankar Kikkeri N, Nagalli S. Trigeminal neuralgia. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026 [cited 2026 Mar 22]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554486/>
82. Boomgaard J, Dastan K, Chan T, Shilling A, Abd-Elsayed A, Kohan L. An algorithm approach to phantom limb pain. *J Pain Res*. 2022 Oct 26;15:3349–3367.
83. Romero-Carazas R, Almanza-Cabe RB, Valero-Anco VN, Espíritu-Martínez AP, Espinoza-Casco RJ, Garro-Aburto LL, et al. Burnout and physical activity as predictors of job satisfaction among Peruvian nurses: the job demands-resources theory. *J Prim Care Community Health*. 2024 May 30;15:21501319241256265.
84. Das BM, Adams BC. Nurses' physical activity exploratory study: caring for you so you can care for others. *Work* [Internet]. 2021 [cited 2026 Mar 25];69(2):531–540. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.3233/WOR-203386>

85. Oates J. What keeps nurses happy? Implications for workforce well-being strategies. *Nurs Manag (Harrow)*. 2018 Mar 22;25(1):34–41.
86. Finnerty R, Zhang K, Tabuchi RA, Zhang K. The use of music to manage burnout in nurses: a systematic review. *Am J Health Promot*. 2022 Nov;36(8):1386–1398.
87. *Journal of Integrative Nursing* [Internet]. [cited 2026 Mar 24]. Available from: https://journals.lww.com/jinm/fulltext/2023/05030/level_of_stress_among_nurses_and_their_adapted.1.aspx
88. Betke K, Basińska MA, Andruszkiewicz A. Sense of coherence and strategies for coping with stress among nurses. *BMC Nurs*. 2021 Jun 23;20:107.
89. Loewenstein K, Barroso J, Phillips S. The experiences of parents in the neonatal intensive care unit: an integrative review of qualitative studies within the transactional model of stress and coping. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2019;33(4):340–349.

PRIEDAI

1 priedas. Tyrimo instrumentas (pusiau struktūruotas interviu)

- I. Identifikuoti iššūkius, su kuriais slaugytojai susiduria pacientų priežiūros procese.
 1. Kokie veiksniai (pvz., darbo krūvis, naktiniai būdėjimai, laiko trūkumas, kolegų ar vadovų palaikymas) labiausiai apsunkina Jūsų darbą su šiais pacientais?
 2. Kaip jaučiatės dirbdami su pacientais, patiriančiais fantominius skausmus? Kokias emocijas dažniausiai patiriate? Kaip jas valdote?
 3. Ar jaučiate, kad turite pakankamai žinių ir resursų padėti pacientams patiriantiems fantominius skausmus? Jei ne – Jūsų manymu, ko labiausiai trūksta?
 4. Ar jaučiate, kad Jūsų psichologinė sveikata yra paveikta prižiūrint pacientus, patiriančius fantominius skausmus? Kada pastebėjote pirmuosius pokyčius? Kaip tai pasireiškia?
 5. Ar jaučiate, kad darbas su pacientais, patiriančiais fantominius skausmus, veikia Jūsų asmeninį gyvenimą ar savijautą už darbo ribų? Kaip tai pasireiškia?
- II. Išanalizuoti slaugytojų taikomas strategijas pacientų skausmo valdyme ir gyvenimo kokybės gerinime.
 1. Kokius metodus ar priemones dažniausiai naudojate pacientų fantominio skausmo malšinimui? Jūsų manymu, kurie metodai ar priemonės yra efektyvus?

2. Kaip vertinate skirtingų skausmo valdymo metodų efektyvumą (pvz., medikamentų, fizioterapijos, psichologinės pagalbos)?
 3. Ar bendradarbiaujate su kitais specialistais skausmo valdymo srityje? Kaip tai vyksta praktikoje?
 4. Ar taikote kokius alternatyvius ar kūrybiškus būdus pacientų komfortui ir gyvenimo kokybei gerinti? Jūsų manymu, kurie metodai ar priemonės yra efektyvus? Kurias priemones pacientai, patiriantys fantominius skausmus priima greičiau? Kokį poveikį slaugos procesui turi pacientų apsisprendimai priimti teikiama informaciją apie ligą?
- III. Nustatyti emocinių ir psichologinių iššūkių sprendimus slaugant pacientus, patiriančius fantominius skausmus.
1. Ar turite tam tikras strategijas, ritualus ar įpročius, kurie padeda Jums atstatyti psichologinę pusiausvyrą po įtemptų ar emocingų situacijų?
 2. Ar pasitaiko, kad ieškote pagalbos pas kolegas ar kitus specialistus, kai emocijos tampa sunkiai valdomos? Kaip tai vyksta? Jūsų manymu, ar teikiama pagalba yra efektyvi ir duoda ilgalaikį rezultatą?
 3. Ar pasitaiko situacijų, kai darbo įtampa ar neviltis apsunkina Jūsų darbą, ir kaip su tuo susitvarkote? Jūsų manymu, ar situacijų sprendimui turi poveikį darbo patirtis? Ar turimas žinias apie psichologinį diskomfortą padeda spręsti situaciją?
 4. Ar Jūsų darbo vieta siūlo psichologinę pagalbą, kuri padėtų spręsti emocinius ir psichologinius iššūkius?
 5. Ką, Jūsų nuomone, būtų galima pakeisti Jūsų darbo vietoje, kad slaugytojams būtų lengviau susidoroti su emociniu ir psichologiniu krūviu prižiūrint pacientus, patiriančius fantominius skausmus?

2 priedas. Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto mokslinių tyrimų etikos komiteto pritarimas Nr. (1.7 E) 150000-KT-636



**VILNIAUS UNIVERSITETO
MEDICINOS FAKULTETO
MOKSLINIŲ TYRIMŲ ETIKOS KOMITETAS**

POSĖDŽIO PROTOKOLAS

2025-12-12 Nr. (1.7 E) 150000-KT-636

Vilnius

El. balsavimas vyko 2025 m. gruodžio 11-12 d.

Posėdžio pirmininkas VU MF SMI Visuomenės sveikatos katedros asistentė dr. Jelena Stanislavovienė.

Posėdžio sekretorius VU MF SMI vyr. specialistė Greta Zambžickaitė.

Posėdyje dalyvavo: VU MF SMI Slaugos katedros asistentė dr. Aldona Mikaliūkštienė, VU MF TSTI Populiarijų genomikos laboratorijos vyresnioji mokslo darbuotoja dr. Laura Prancėnienė, VU MF SMI Sveikatos etikos, teisės ir istorijos centro docentė dr. Aistė Bartkienė, VU MF SMI Reabilitacijos, fizinės ir sporto medicinos katedros docentė dr. Aurelija Šidlauskienė, VU MF SMI Optometrijos katedros docentas dr. Saulius Galgauskas, VU MF KMI Akušerijos ir ginekologijos klinikos docentė dr. Diana Bužinskienė, VU MF KMI Anesteziologijos ir reanimatologijos klinikos jaun. asistentas dr. Vaidas Vicka, VU MF BMI Anatomijos, histologijos ir antropologijos katedros asistentė dr. Rūta Morkūnienė, VU MF BMI Fiziologijos, biochemijos, mikrobiologijos ir laboratorinės medicinos katedros asistentė dr. Inga Bikulčienė, VU MF Odontologijos instituto docentė dr. Rasmūtė Manelienė. Kворumas priimti sprendimus buvo, nes posėdyje dalyvavo 11 narių iš 11. 2.

SVARSTYTA. Išplėstinės praktikos slaugos magistrantūros studijų programos antro kurso Grėtos Ruseckaitės baigiamojo darbo tyrimo protokolo ir instrumento vertinimas.

NUTARTA. Studentės Grėtos Ruseckaitės baigiamojo darbo tyrimo protokolo ir instrumento turinys neprieštarauja vykdomojo tyrimo etikos normoms ir VU MF Mokslinių tyrimų etikos komitetas pritaria tyrimo instrumento naudojimui.

VU MF Mokslinių tyrimų etikos komiteto pirmininkė dr. Jelena Stanislavovienė

Posėdžio sekretorė Greta Zambžickaitė

3 priedas. Dalyvavimo konferencijoje pažymėjimas.



LIETUVOS SLAUGOS SPECIALISTŲ ORGANIZACIJA®

KVALIFIKACIJOS TOBULINIMOSI

PAŽYMĖJIMAS

Ciklo serijinis numeris: LSSO 13

Pažymėjimo numeris: _____

Pažymima,

kad lektorius

Greta Ruseckaitė

2025 m. gruodžio mėn. 04 d.

Konferencijoje

ASMENŲ SU NEGALIA PRIEŽIŪRA. Aktualijos slaugytojams ir socialiniams darbuotojams 2025.

Skaitė pranešimą tema:

Nematomas ir neapčiuopiamas skausmas: pacientų išgyvenimai


Aušra Volodkaitė
LSSO prezidentė




Žana Andrejevė
LSSO Vilniaus sk. direktorė

Konferencija skirta visų specializacijų bendrosios praktikos slaugytojams, išplėstinės praktikos slaugytojams, slaugytojų padėjėjams, akušeriams, kineziterapeutams, ergoterapeutams, gydomojo masažo specialistams, odontologų padėjėjams, biomedicinos technologams, radiologijos technologams, socialiniams darbuotojams, medicinos psichologams, kitiems sveikatos priežiūros specialistams, kuriems aktualios konferencijos metu pristatomos temos

Numeris elektroninėje tobulinimo administravimo sistemoje KOMPETENCIJŲ PLATFORMA:
P0000003057