

SLAUGYTOJŲ PASIRENGIMAS SLAUGYTI PACIENTUS GYVENIMO PABAIGOJE: LIETUVOS SITUACIJA

Lina Laurs¹, Aurelija Blaževičienė¹, Daimantas Milonas², Vilma Rastėnienė³

¹Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Slaugos ir rūpybos katedra, ²Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Urologijos klinika, ³Kauno kolegijos Medicinos fakultetas

Raktažodžiai: slaugytojai, priežiūra gyvenimo pabaigoje, palengvinantys priežiūrą veiksniai, kliūtys, išskylančios slaugant pacientus.

Santrauka

Paciento slauga jo gyvenimo pabaigoje apima daugelį aspektų: skausmo ir simptomų valdymą, kultūriškai jautrius klausimus, pagalbą pacientams, jų šeimų nariams mirimo procese ir išgyvenant netektį, etinius apsisprendimo klausimus. Pacientai ir jų šeimos nariai yra svarbūs partneriai, kurie dalyvauja planuojant pagalbą ir ligos gydymą.

Tyrimo tikslas - Lietuvos terapinio, chirurginio ir intensyvios terapijos skyrių slaugytojų pasirengimas slaugyti pacientus gyvenimo pabaigoje.

Tyrimo medžiaga ir metodas. Vienmomentinis kiekybinis tyrimas, atliktas septyniose didžioje Lietuvos ligoninėse. Tyrime dalyvavo stacionare dirbantys slaugytojai (N=1055; atsako dažnis 79,9 proc.). Rezultatai ir išvados. Pacientų priežiūrą gyvenimo pabaigoje palengvintų gerai organizuota darbo aplinka, reikiama dvasinė pagalba pacientui bei išsaugotas orumas ir privatumas.

Pagrindinės kliūtys slaugant pacientus gyvenimo pabaigoje yra laiko trūkumas pokalbiams su pacientais, šeimos narių neturėjimas kur kreiptis psichologinės pagalbos sužinojus paciento diagnozę bei piktį šeimos nariai, trukdantys personalui.

Išvadas

Priežiūra paciento gyvenimo pabaigoje yra svarbus medicinos praktikos aspektas. Kiekvienas sveikatos priežiūros specialistas turi būti pasirėngęs jautriai ir kompetentingai rūpintis mirštančiais pacientais ir jų šeimų nariais. Pacientai teisėtai tikisi, kad sveikatos priežiūros specialistų komanda jais rūpinsis ir suteiks reikiamą medicininę pagalbą jų mirties valandą. Sveikatos priežiūros specialistai, siekdami tinkamai rūpintis mirštančiu pacientu, turi suprasti, kad paliatyvioji

slauga apima paciento fizinius, psichosocialinius ir dvasinius poreikius ir kartais paliatyviems pacientams reikalinga skubi pagalba [1].

Paciento slauga jo gyvenimo pabaigoje apima daugelį aspektų: skausmo ir simptomų valdymą, kultūriškai jautrius klausimus, pagalbą pacientams, jų šeimų nariams mirimo procese ir išgyvenant netektį, etinius apsisprendimo klausimus. Literatūros apžvalga parodo, kad yra kliūtys, trukdančios atsiskleisti profesionalios slaugytojos kompetencijai. Sunkumai išskyla dėl mokymo programų apie mirtį ir mirimo procesą trūkumą, skirtingos sveikatos priežiūros politikos ir praktikos, įvairaus gyvenimo pabaigos klausimų teisinio interpretavimo [2-4].

Pacientai ir jų šeimos nariai yra svarbūs partneriai, kurie dalyvauja planuojant pagalbą ir ligos gydymą. Slaugant pacientus gyvenimo pabaigoje būtini geri bendravimo įgūdžiai. Bendravimas apima komunikaciją tarp paciento ir sveikatos priežiūros specialistų, taip pat tarp pacientų ir jų artimųjų, tarp skirtingų pagalbą teikiančių sveikatos priežiūros specialistų bei tarnybų [5]. Paliatyviąją pagalbą teikiantis sveikatos priežiūros specialistai susiduria su tikru iššūkiu, kai reikia suteikti sąžiningą, išsamią informaciją ir gerbti paciento bei jo šeimos viltį išgyventi nepaisant artėjančios mirties. Gana dažnai gydytojai vengia pokalbių apie beviltišką paciento būklę, jie linkę sušvelninti esamą situaciją nutylėdami liūdnas prognozes, ar per daug optimistiškai kalbėdami su paciento šeima apie galimybes išgyventi [6]. Tokiu elgesiu medikai nepalieka šeimai laiko pasiruošti ar-

1 lentelė. Kronbacho alfa.

	Cronbach's Alpha	Klausimų skaičius
Požiūris	0,721	18
Kliūtys	0,777	11
Nuomonė	0,769	5
Pritarimas	0,634	6

timojo mirčiai ir kokybiškai praleisti su juo likusį laiką. Kartais paciento šeima nepriima gydytojo jiems sakomos informacijos apie blogas paciento sveikatos prognozes ir trukdo slaugytojui prižiūrėti pacientą neadekvačiai vertindami situaciją [7].

Dažnai slaugytojai, esantys arčiausiai paciento, paliekami patys spręsti, ką ir kada sakyti, o tai sudaro galimybę paprieštarauti gydytojo išsakytiems teiginiams ir sukelti paciento ir /ar jo artimųjų nepasitenkinimą [8]. Priimti sprendimą dėl intensyvaus, bet neefektyvaus gydymo nutraukimo yra sudėtinga. Dažnai paciento būklės blogėjimą gydytojai linkę priimti kaip savo asmeninį pralaimėjimą [6]. Sveikatos priežiūros specialistai turi suvokti, kad mirtis - tai gyvenimo dalis, o ne nesėkmė. Dėl ligos sunkumo ir gydymo pobūdžio, terminalinės būklės pacientams būna sunku išreikšti savo norus, todėl sprendimą tenka priimti šeimos nariams, o jie gana dažnai nesutaria, kokia priežiūra tinkamiausia. Ir šeimos nariams, ir sveikatos priežiūros specialistams emociškai sunku atsakyti gydymosi priežiūros. Sveikatos priežiūros specialistai dažnai patiria paciento artimųjų spaudimą nenutraukti gydymo, nors jis jau nebeduoda naudos, tik ilgina kančią [9]. Viena iš didžiausių problemų apsisprendžiant dėl gydymo nutraukimo – tai neapibrėžtumas, kada pradėti pokalbį apie gyvenimo pabaigą su paciento artimaisiais. Slaugytojai ir gydytojai nuogaustauja, kad gali atimti viltį, jei medicinos darbuotojai per anksti priims klaidingą sprendimą [10]. Kitas veiksnys, apsunkinantis diskusiją apie gyvenimo pabaigą – tai aiškumo trūkumas, kokius vaidmenis turėtų

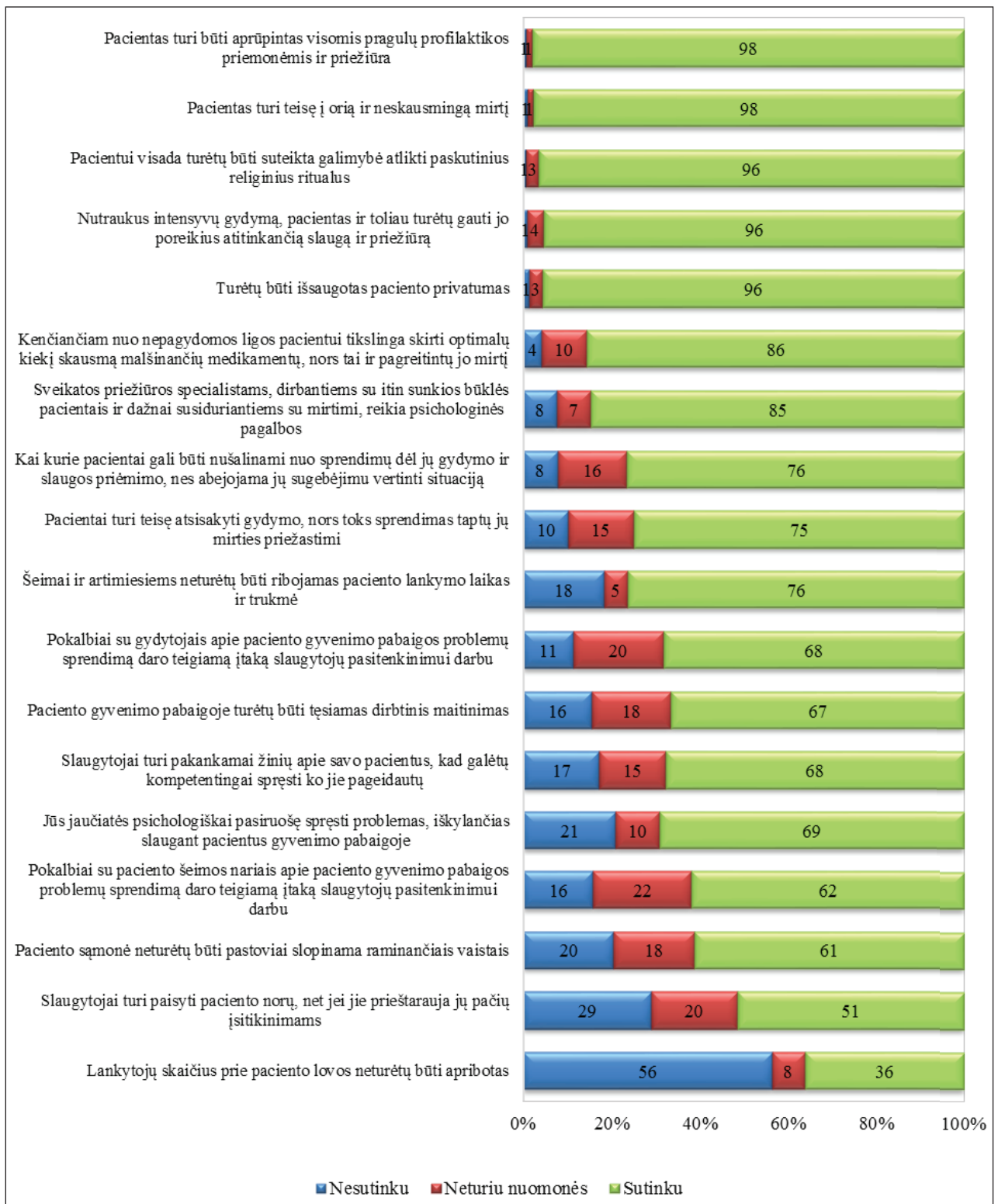
atlikti įvairūs sveikatos priežiūros specialistai.

Deja, sveikatos priežiūros specialistai jaučiasi turintys nepakankamai žinių apie paciento priežiūrą gyvenimo pabaigoje. Jie pritaria, kad gyvenimo pabaigoje esančio paciento slaugymo ir žinių, kaip elgtis su gedinčia šeima, trūkumas yra rimta kliūtis užtikrinti kokybišką priežiūrą.

Mūsų tyrimo tikslas - atskleisti Lietuvos terapinio, chirurginio ir intensyvioji terapijos skyrių slaugytojų pasirengimą slaugyti pacientus gyvenimo pabaigoje.

2 lentelė. Slaugytojų socialinės ir demografinės charakteristikos.

	Skyrių profiliai			Chi kvadrato testas		
	Terapijos skyriai	Chirurgijos skyriai	Intensyvioji terapijos skyriai	Chi kvadrato reikšmė	Laisvės laipsniai	P reikšmė
	N (%)	N (%)	N (%)			
Amžius						
I gr. (iki 44 m.)	142 (27,5%)	103 (29,9%)	104 (53,3%)	49,346	4	0,000
II gr. (44-50 m.)	190 (36,8 %)	125 (36,3%)	59 (30,3%)			
III gr. (> 50 m.)	184 (35,7%)	116 (33,7%)	32 (16,4%)			
Iš viso	516 (100,0%)	344 (100,0%)	195 (100,0%)			
Išsimokslinimas						
Aukštasis universitetinis	51 (9,9%)	43 (12,5%)	21 (10,8%)	26,361	4	0,000
Aukštasis neuniversitetinis (kolegija)	201 (39,0%)	132 (38,4%)	112 (57,4%)			
Medicinos mokykla	264 (51,2%)	169 (49,1%)	62 (31,8%)			
Iš viso	516 (100,0%)	344 (100,0%)	195 (100,0%)			
Šeiminė padėtis						
Ištekėjusi/ vedęs/ įsipareigojęs (-usi) be santuokos	326 (63,2%)	215 (62,5%)	127 (65,1%)	5,889	6	0,436
Išsiskyręs/išsituokusi	96 (18,6%)	54 (15,7%)	25 (12,8%)			
Nevedęs/netekėjusi	67 (13,9%)	58 (16,9%)	31 (15,9%)			
Našlys (-ė)	27 (5,2%)	17 (4,9%)	12 (6,2%)			
Iš viso	516 (100,0%)	344 (100,0%)	195 (100,0%)			
Dirba slaugytojos pareigose						
0 – 5m.	48 (9,3%)	38 (11,0%)	28 (14,4%)	57,572	8	0,000
6 – 15m.	59 (11,4%)	32 (9,3%)	52 (26,7%)			
16 – 25m.	126 (24,4%)	91 (26,5%)	56 (25,9%)			
26 – 31m.	143 (27,7%)	90 (26,2%)	39 (20,0%)			
> 31m.	140 (27,1%)	93 (27,0%)	20 (10,3%)			
Iš viso	516 (100,0%)	344 (100,0%)	195 (100,0%)			
Darbo pamaina						
Rytinė	127 (24,6%)	67 (19,5%)	15 (7,7%)	70,647	6	0,000
Popietinė	5 (1,0%)	2 (0,6%)	0 (0,0%)			
Naktinė	83 (16,1%)	37 (10,8%)	3 (1,5%)			
Mišri	301 (58,3%)	238 (69,2%)	177 (90,8%)			
Iš viso	516 (100,0%)	344 (100,0%)	195 (100,0%)			
Darbo krūvis						
Iki 1 etato	6 (1,2%)	8 (2,3%)	3 (1,5%)	31,223	4	0,000
1 etatas	416 (80,6%)	251 (73,0%)	119 (61,0%)			
> 1 etatas	94 (18,2%)	85 (24,7%)	73 (37,4%)			
Iš viso	516 (100,0%)	344 (100,0%)	195 (100,0%)			



1 pav. Bendras slaugytojų požiūris į pacientų priežiūrą gyvenimo pabaigoje.

3 lentelė. Kliūčių, kylančių slaugant pacientus gyvenimo pabaigoje, vertinimas priklausomai nuo skyriaus.

Teiginys	Atsakymai	Atsakymų pasiskirstymas pagal skyrių, kuriame dirba slaugytojas (proc.)			Chi kvadrato testas		
		Terapijos skyriai	Chirurgijos skyriai	Intensyvios terapijos skyriai	Chi kvadrato reikšmė	Laisvės laipsniai	p reikšmė
		N=516	N=344	N=195			
Labai dažnai neužtenka laiko pokalbiams su pacientais apie jų pageidavimus sprendžiant gyvenimo pabaigos problemas	Nesutinku	9,3%	9,6%	9,7%	12,17	4	0,016
	Neturiu nuomonės	6,4%	7,8%	14,4%			
	Sutinku	84,3%	82,6%	75,9%			
Šeima, sužinojusi apie paciento diagnozę, neturi kur kreiptis dėl psichologinės pagalbos	Nesutinku	16,3%	9,0%	6,7%	20,428	4	0,000
	Neturiu nuomonės	10,3%	14,2%	16,4%			
	Sutinku	73,4%	76,7%	76,9%			
Šeima ir draugai, nuolat kviečiantys slaugytoją sužinoti apie paciento būklę, užuot pasiklausę informuoto šeimos nario	Nesutinku	12,6%	9,6%	6,2%	12,398	4	0,015
	Neturiu nuomonės	10,5%	16,3%	15,4%			
	Sutinku	76,9%	74,1%	78,5%			
Slaugos žinių, kaip elgtis su gedinčia paciento šeima, trūkumas	Nesutinku	33,3%	24,4%	26,7%	10,654	4	0,031
	Neturiu nuomonės	15,1%	18,6%	21,0%			
	Sutinku	51,6%	57,0%	52,3%			
Gydytojai per daug optimistiški kalba su paciento šeima apie ligonio galimybes išgyventi	Nesutinku	30,8%	29,9%	30,3%	4,743	4	0,315
	Neturiu nuomonės	23,3%	21,8%	29,2%			
	Sutinku	45,9%	48,3%	40,5%			
Gydytojai išsisukinėja ir vengia kalbėtis su pacientu ir/ar jo šeima	Nesutinku	43,2%	40,4%	44,6%	6,552	4	0,162
	Neturiu nuomonės	15,7%	21,2%	21,0%			
	Sutinku	41,1%	38,4%	34,4%			
Slaugytojos nuomonė apie tiesioginę paciento priežiūrą yra nepageidaujama, nevertinama ar nesvarstoma	Nesutinku	31,4%	29,1%	24,6%	6,628	4	0,157
	Neturiu nuomonės	11,2%	14,2%	17,4%			
	Sutinku	57,4%	56,7%	57,9%			
Paciento šeima nepriima gydytojo jiems sakomos informacijos apie blogas paciento sveikatos prognozes	Nesutinku	11,4%	13,1%	6,2%	9,186	4	0,057
	Neturiu nuomonės	11,4%	12,8%	16,9%			
	Sutinku	77,1%	74,1%	76,9%			
Slaugytojui prižiūrėti pacientą trukdo neadekvačiai situaciją vertinantys paciento artimieji	Nesutinku	5,2%	4,1%	5,6%	9,191	4	0,057
	Neturiu nuomonės	2,7%	5,8%	7,2%			
	Sutinku	92,1%	90,1%	87,2%			
Paciento šeimos nariai nesutaria, kokia priežiūra yra tinkamiausia	Nesutinku	10,3%	7,3%	12,8%	11,069	4	0,026
	Neturiu nuomonės	14,0%	20,9%	17,4%			
	Sutinku	75,8%	71,8%	69,7%			
Slaugytoja susiduria su piktais paciento šeimos nariais	Nesutinku	8,9%	9,9%	8,2%	7,542	4	0,110
	Neturiu nuomonės	3,3%	6,7%	7,2%			
	Sutinku	87,8%	83,4%	84,6%			

Tyrimo medžiaga ir metodai

Tyrimo eiga ir imtis. Tyrimas buvo vykdomas Lietuvos septynių didžiausių miestų ligoninėse: Respublikinėje Vilniaus universitetinėje ligoninėje, VšĮ Respublikinėje Kauno ligoninėje, VšĮ Respublikinėje Klaipėdos ligoninėje, VšĮ Respublikinėje Šiaulių ligoninėje, VšĮ Respublikinėje Panevėžio ligoninėje, VšĮ Alytaus apskrities S. Kudirkos ligoninėje ir VšĮ Marijampolės ligoninėje. Tyrimo vykdymo metu visose septyniose ligoninėse dirbo 1376 slaugytojai. Tyrimo metu buvo išdalyta 1400 anketų, gražintos užpildytos 1180 anketos, iš kurių tinkamai užpildytos 1055 (atsako dažnis 79,9 proc.).

Tyrimo instrumentas. Buvo naudotas prof. Renea L. Beckstrand klausimynas, skirtas įvertinti slaugymo kliūtis, veiksnius, palengvinančius slaugą gyvenimo pabaigoje bei požiūris į slaugą gyvenimo pabaigoje [11]. Pagal Likerto (Likert) 5 balų skalę respondentams reikėjo įvertinti teiginius, pažymint vieną iš penkių atsakymo variantų: nuo 1 - „Visiškai sutinku“ iki 5 - „Visiškai nesutinku“. Anketos skalių vidinis patikimumas buvo Kronbacho (Cronbach) alfa = 0,936. Taip pat, kad klausimų grupėse naudotų skalių vidiniai patikimumai yra geri (1 lentelė).

Tyrimo etika. Gautas Kauno regioninio biomedicininų tyrimų Etikos komiteto leidimas atlikti biomedicininį tyrimą Nr. BE- 2-27 bei ligonių vadovų sutikimai atlikti tyrimą.

Tyrimo statistika. Duomenys apdoroti naudojant statistinės analizės paketą SPSS 24.0. Duomenų pasiskirstymui palyginti naudoti Kruskalio-Voliso (Kruskal–Wallis) testai. Nominalinių kokybinių duomenų analizei naudotas neparametrinis χ^2 testas. Dviejų imčių pasiskirstymui palyginti naudotas Mano Vitney (Mann–Whitney) U testas. Visuose testuose pasirinktas 0,05 reikšmingumo lygmuo.

4 lentelė. Neefektyvus ir/arba pačiam ligoniui nepakeliamo gydymo priežasčių vertinimas priklausomai nuo skyriaus.

Teiginys	Atsakymai	Skyrius			Chi kvadrato testas		
		Terapijos	Chirurgijos	Intensyvios terapijos	Chi kvadrato reikšmė	Laisvės laipsniai	P reikšmė
		N=516	N=344	N=195			
Dėl pacientų artimųjų spaudimo	Nesutinku	18,4%	18,9%	14,4%	5,097	4	0,278
	Neturiu nuomonės	16,1%	19,2%	22,1%			
	Sutinku	65,5%	61,9%	63,6%			
Dėl dabartinės sveikatos apsaugą reglamentuojančios įstatyminės bazės trūkumų	Nesutinku	10,3%	7,8%	3,6%	9,382	4	0,052
	Neturiu nuomonės	25,2%	28,5%	26,7%			
	Sutinku	64,5%	63,7%	69,7%			
Dėl pačių gydytojų asmeninių nuostatų: religinių, etinių, moralinių požiūrių ir kt.	Nesutinku	38,8%	42,4%	28,7%	11,663	4	0,020
	Neturiu nuomonės	32,8%	29,4%	33,8%			
	Sutinku	28,5%	28,2%	37,4%			
Dėl visuomenėje vyraujančios mirties baimės	Nesutinku	28,5%	27,0%	22,1%	4,299	4	0,367
	Neturiu nuomonės	24,4%	28,2%	28,2%			
	Sutinku	47,1%	44,8%	49,7%			
Dėl gydytojų baimės, jog nepadarė visko dėl paciento	Nesutinku	34,5%	39,8%	30,8%	6,042	4	0,196
	Neturiu nuomonės	31,6%	31,7%	33,3%			
	Sutinku	33,9%	28,5%	35,9%			

Rezultatai

Socialinės-demografinės respondentų charakteristikos. Tyrimo dalyvavusių slaugytojų amžiaus vidurkis buvo 45,8 ±9,852 metai, darbo stažo vidurkis – 23,4±11,085 metai. Didžioji dalis respondentų buvo vedę / ištekę (N=668; 63,3 proc.). Taip pat dauguma respondentų buvo baigę medicinos mokyklą (N=495; 46,9 proc.). Aukštąjį universitetinį išsilavinimą turėjo 10,9 proc. respondentų (N=115) (2 lentelė).

Slaugytojų požiūris į pacientų priežiūrą gyvenimo pabaigoje. Mūsų tyrimo rezultatai atskleidė, kad didžioji dalis respondentų sutiko su teiginiais: „Pacientas turi būti aprūpintas visomis pragulų profilaktikos priemonėmis ir priežiūra“; „Pacientas turi teisę į orią ir neskausmingą mirtį“; „Pacientui visada turi būti suteikta galimybė atlikti paskutinius religinius ritualus“; „Nutraukus intensyvų gydymą, pacientas ir toliau turėtų gauti jo poreikius atitinkančią slaugą ir priežiūrą“ bei „Turėtų būti išsaugotas paciento privatumas“. Mažiau svarbiais veiksniais respondentai įvardijo lankytojų skaičiaus ribojimą prie paciento lovos bei kad slaugytojai turi paisyti paciento norų, net jei jie prieštarauja jų pačių įsitikinimams (1 pav.).

Kliūtys, kylančios slaugant pacientus gyvenimo pabaigoje. Savo tyrime analizavome, kokios kliūtys iškyla slaugant pacientus gyvenimo pabaigoje terapijos, chirurgijos ir intensyvios terapijos skyriuose. Kaip matome iš tyrimo duomenų, statistiškai reikšmingai dažniau terapijos skyriuose dirbantys slaugytojai, lyginant su chirurgijos bei intensyvios terapijos slaugytojais, teigė, kad labai dažnai neužtenka laiko pokalbiams su pacientais apie jų pageidavimus sprendžiant gyvenimo pabaigos problemas bei pokalbiams su paciento šeimos nariais, nesutariačiais, kokia priežiūra yra tinkamiausia ($p<0,05$). Tuo tarpu slaugytojai, dirbantys intensyvios terapijos skyriuose, teigė, kad priežiūrai gyvenimo pabaigoje trukdo

šeimos neturėjimas kur kreiptis psichologinės pagalbos, sužinojus apie paciento diagnozę, bei nuolatiniai šeimos ir draugų teiravimaisi apie paciento būklę, užuot tai išgirdus iš šeimos narių (3 lentelė).

Taip pat analizavome, ką mano slaugytojai apie gydymą, kuris neatitinka realios paciento padėties, yra neefektyvus ar pačiam pacientui nepakeliamas. Tyrimo duomenys atskleidė, kad statistiškai reikšmingai dažniau slaugytojai, dirbantys intensyvios terapijos skyriuose, teigė, kad toks gydymas yra dėl pačių gydytojų asmeninių nuostatų ($\chi^2 = 11,663$; $df = 4$; $p = 0,020$) (4 lentelė).

Diskusija

Viena iš pagrindinių kliūčių išlieka laiko trūkumas. Labai dažnai neužtenka laiko pokalbiams su pacientais apie jų pageidavimus sprendžiant gyvenimo pabaigos problemas. Slaugytojai turi per daug užduočių, kad turėtų pakankamai laiko įsiklausyti į paciento pageidavimus, pabendrauti su jo šeima, suvokti jų vertybes, lūkesčius, požiūrį. Kiekvieno paciento, išgyvenančio gyvenimo pabaigos periodą, problemos yra individualios, reikalaujančios dėmesio ir laiko į jas įsigilinti. Slaugytojai, nors ir žinodami, jog jų buvimas prie paciento lovos nuramins ir paguos išeinantį, negali tam skirti pakankamai laiko, nes laukia kiti pacientai [13,14]. Šią problemą gilina ir personalo trūkumas [15].

Mūsų tyrimo duomenys atliepia užsienio autorių gautus rezultatus. Viena iš pagrindinių kliūčių slaugytojai įvardijo laiko su pacientais trūkumą.

Slauga gyvenimo pabaigoje apima ne tik praktinę, bet ir emocinę pagalbą. Slaugytojai turi skatinti ir paciento šeimą dalyvauti pokalbiuose, išsakyti savo jausmus, kalbėti, pajaukauti, ar tiesiog sėdėti šalia ir laikyti savo artimą už rankos [16]. Atlikti tyrimai, nagrinėjantys terminalinių būklių pacientų šeimų patirtį, atskleidė, kad visi patyrė bejėgiškumą ir liūdesį, o informacijos ir emocinės paramos tikėjosi iš slaugytojų [10,18]. Kartais slaugytojos vengia užmegzti artimesnį kontaktą su pacientu jo gyvenimo pabaigoje, nes yra emociškai sunku artėjančios mirties fakto nepripažįstantiems pacientams pasakyti, kad negali niekuo jiems padėti, sunku, kai žmogus miršta. Mūsų tyrimo duomenys taip pat atskleidė, kad priežiūra gyvenimo pabaigoje palengvėtų, jeigu šeimos nariams būtų suteikta psichologinė pagalba sužinojus apie artimojo diagnozę.

Dar vienas veiksnys, trukdantis priežiūrą gyvenimo pabaigoje, artimųjų nesutarimas dėl tolimesnio gydymo. Priimti sprendimą dėl intensyvaus, bet neefektyvaus gydymo nutraukimo yra sudėtinga. Dažnai paciento būklės blogėjimą gydytojai linkę priimti kaip savo asmeninį pralaimėjimą [4,19].

Dėl ligos sunkumo ir gydymo pobūdžio, terminalinės

būklės pacientams būna sunku išreikšti savo norus, todėl sprendimą tenka priimti šeimos nariams, o jie gana dažnai nesutaria, kokia priežiūra tinkamiausia. Ir šeimos nariams, ir sveikatos priežiūros specialistams emociškai sunku atsisakyti gydomosios priežiūros. Gydytojai dažnai patiria paciento artimųjų spaudimą nenutraukti gydymo, nors jis jau nebeduoda naudos, tik ilgina kančią [20]. Viena iš didžiausių problemų apsisprendžiant dėl gydymo nutraukimo – tai neapibrėžtumas, kada pradėti pokalbį apie gyvenimo pabaigą su paciento artimaisiais. Slaugytojos ir gydytojai nuogaštuoja, kad gali atimti viltį, jei medicinos darbuotojai per anksti priims klaidingą sprendimą [8,12].

Deja, sveikatos priežiūros specialistai jaučiasi turintys nepakankamai žinių apie paciento priežiūrą gyvenimo pabaigoje. Jie pritaria, kad gyvenimo pabaigoje esančio paciento slaugymo ir žinių, kaip elgtis su gedinčia šeima, trūkumas yra rimta kliūtis užtikrinti kokybišką priežiūrą.

Apibendrinant galima teigti, kad dažniausiai pasitaikančios kliūtys, slaugant pacientus gyvenimo pabaigoje, yra laiko, skirto profesionaliai slaugai, trūkumas; personalo stygius; bendravimo su kolegomis, pacientu ir/ar paciento artimaisiais problemos; į paciento norus ir poreikius neatsižvelgiant priimti intensyvaus gydymo sprendimai; žinių apie gyvenimo pabaigoje esančio paciento priežiūrą ir elgesį su gedinčia šeima trūkumas.

Išvados

1. Pacientų priežiūrą gyvenimo pabaigoje palengvintų gerai organizuota darbo aplinka, reikiama dvasinė pagalba pacientui bei išsaugotas orumas ir privatumas.

2. Pagrindinės kliūtys slaugant pacientus gyvenimo pabaigoje yra laiko trūkumas pokalbiams su pacientais, šeimos narių neturėjimas kur kreiptis psichologinės pagalbos sužinojus paciento diagnozę bei pikti šeimos nariai, trukdantys personalui.

Literatūra

1. Clarfield M, Gordon M, Markwell H, Alibhai Sh M H. Ethical issues in end of life geriatric care: the approach of three monotheistic religions—Judaism, Catholicism, and Islam. *JAGS* 2003;51:1149–1154.
<https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2003.51364.x>
2. Beckstrand LR, Rasmussen JR, Luthy KE, Heaston S. Emergency nurses' perception of department design as an obstacle to providing end of life care. *J Emerg Nurs* 2012; 38: e27-e32.
<https://doi.org/10.1016/j.jen.2011.12.019>
3. Beckstrand LR, Kirchhof KT. Providing end – of – life care to patients: critical care nurses' perceived obstacles and supportive behaviors. *American Journal of Critical Care* 2005; 14:395-403.
4. Reinke FL, Shannon ES, Engelberg R, Dotolo D, Silvestri AG,

- Curtis JR. Nurses' identification of important yet under utilized end of life care skills for patients with life limiting or terminal illnesses. *Journal of Palliative Medicine* 2010; 13: 756-759.
<https://doi.org/10.1089/jpm.2009.0423>
5. Anselm HA, Palda V, Guest BC, McLean FR, Vachon M, Kelner M, Lam-McCulloch J. Barriers to communication regarding end of life care: perspectives of care providers. *Journal of Critical Care* 2005; 20: 214-223.
<https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2005.05.012>
 6. Beckstrand R L, Callister L C, Kirchhoff K T. Providing a "good death": critical care nurses' suggestions for improving end of life care. *American Journal of Critical Care* 2006;15(1):38-45.
 7. Latour J M, Fulbrook P, Albarran J W. EfCCNa survey: European intensive care nurses' attitudes and beliefs towards end of life care. *Journal British Association of Critical Care Nurses* 2009;3:110-121.
<https://doi.org/10.1111/j.1478-5153.2008.00328.x>
 8. Wilkie D, Judge M, Wells J, Berkley I. Excellence in teaching end of life care. *Nurs Health Care Perspect* 2001;22:226-230.
 9. Liaschenko J, Conner-Von SO, Peden-Mcalpine C. The "big picture": communicating with families about end of life care in intensive care unit. *Dimensions of Critical Care Nursing* 2009; 28: 224-231.
<https://doi.org/10.1097/DCC.0b013e3181ac4c95>
 10. Gjeberg E, Lillemoen L, Forde R, Pederson R. End of life care communications and shared decision making in Norwegian nursing homes experiences and perspectives of patients and relatives. *BMC Geriatr* 2015; 15: 103.
<https://doi.org/10.1186/s12877-015-0096-y>
 11. Beckstrand RL, Collette J, Callister L, Luthy EK. Oncology nurses' obstacles and supportive behaviors in end of life care: providing vital family care. *ONF* 2012; 39:E398-406.
<https://doi.org/10.1188/12.ONF.E398-E406>
 12. Iglesias, MEL, Pascual C, Vallejo RB. Obstacles and helpful behaviors in providing end of life care to dying patients in intensive care units. *Dimensions of Critical Care Nursing*. 2013;32(2):96-106.
<https://doi.org/10.1097/DCC.0b013e3182808429>
 13. Attia AK, Wafaa W, Kandeel NA. Critical care nurses' perception of barriers and supportive behaviors in end of life care. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine* 2012, 30(3) 297-304.
<https://doi.org/10.1177/1049909112450067>
 14. Gagnon J, Duggleby W. The provision of end of life care by medical surgical nurses working in acute care: a literature review. *Palliat Support Care*. 2014 Oct;12(5):393-408.
<https://doi.org/10.1017/S1478951513000965>
 15. Moawad A. Nurses' perception of obstacles and supportive behaviors in providing end of life care to critically ill pediatric patients. *Journal of Biology, Agriculture and Healthcare* 2013;3(2).
 16. Heaston S, Beckstrand RL, A. Elaine Bond AE, Palmer SP. Emergency nurses' perceptions of obstacles and supportive behaviors in end of life care. *J Emerg Nurs* 2006;32:477-85.
<https://doi.org/10.1016/j.jen.2006.07.013>
 17. Beckstrand RL, Moore J, Callister L, Bond E. Oncology nurses' perceptions of obstacles and supportive behaviors at the end of life. *ONF* 2009; 36(4), 446-453.
<https://doi.org/10.1188/09.ONF.446-453>
 18. Blaževičienė A, Newland JA, Čivinskienė V, Beckstrand RL. Oncology nurses' perceptions of obstacles and role at the end of life care: cross sectional survey. *BMC Palliat Care* 2017 Dec 19;16(1):74.
<https://doi.org/10.1186/s12904-017-0257-1>
 19. Peičius E, Blaževičienė A, Kaminskas R. Are advance directives helpful for good end of life decision making: a cross sectional survey of health professionals. *BMC Med Ethics* 2017 Jun 5;18(1):40.
<https://doi.org/10.1186/s12910-017-0197-6>
 20. Thorns A. Ethical and legal issues in end of life care. *Clin Med* 2010; 10 (3).
<https://doi.org/10.7861/clinmedicine.10-3-282>

PREPARATION OF NURSES FOR THE CARE OF END OF LIFE PATIENTS: SITUATION OF LITHUANIA

L.Laurs, A.Blaževičienė, D.Milonas, V.Rastenienė

Key words: nurses; care at the end of life, factors facilitating care, nursing barriers.

Summary

The nursing of the patient at the end of his life involves many aspects: from pain and symptom management, to managing culturally sensitive questions, providing help to patient's relatives and family members, in the process of death and losing their lives. Patients and their family members are important partners in planning the assistance and further treatment.

The aim of the study – to evaluate the readiness of nurses in Lithuanian Therapeutic, Surgical and Intensive Care units to provide care at the end of patient lives.

Methodology. One time quantitative study performed in seven major Lithuanian hospitals. Practicing nurses participated in the study (N = 1055; response rate was 79.9%).

Results. A well organized working environment, the necessary spiritual support to the patient, and the preservation of dignity and privacy would greatly influence end of life patient care.

The main obstacles to patient care at the end of life are shortage of time to talk to the patients, lack of family members to seek psychological help after finding out the patient's diagnosis and unappropriated interference by family members with the staff.

Correspondence to: aurelija.blazeviciene@lsmuni.lt