



# SLAUGA

## mokslas ir praktika

2014 Nr. 7–8 (211–212)



**SLAUGA. Mokslas ir praktika**  
Slaugos darbuotojų tobulinimosi ir specializacijos centro leidinys  
Slaugos specialistams, akušeriams ir visuomenės sveikatos priežiūros specialistams

ISSN 1648-0570

Leidžiamas nuo 1997 m. sausio 1 d. Eina kartą per mėnesį.

**Redaktorė**

Teresė Gužauskienė  
tel. 8 686 41 525; el. paštas tereseгузauskiene@gmail.com

**Redakcija**

Nuotolinių studijų koordinatė Elona Steckienė  
tel. (8-5) 277 99 32; 8 686 23 283  
Stilistė Agnė Arlauskaitė, tel. (8-5) 215 41 09  
Redakcijos adresas: Ruginių g. 1, LT-08418 Vilnius  
Telefonas: (8-5) 270 1362. Faksas: (8-5) 271 2273

**Redakcinė kolegija**

Rasa Alšauskienė, Lietuvos operacinių slaugytojų draugija  
Vida Augustinienė, Lietuvos pacientų organizacijų atstovų taryba  
Nijolė Bielinienė, LR sveikatos apsaugos ministerija  
Virginija Bulikaitė, Lietuvos slaugytojų diabetologų draugija  
Doc. dr. Raimundas Čepukas, Utenos kolegijos Sveikatos priežiūros ir socialinės rūpybos fakultetas  
Irena Dabulskienė, Lietuvos greitosios medicinos pagalbos įstaigų asociacija  
Prof. Virginija Gaigalaitė, VU Medicinos fakulteto Slaugos ir vidaus ligų pagrindų katedra  
Doc. Nijolė Galdikienė, Klaipėdos valstybinės kolegijos Sveikatos mokslų fakultetas  
Vera Gerasimčik-Pulko, Lietuvos anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojų draugija  
Dr. Vitalija Gerikienė, Šiaulių valstybinės kolegijos Sveikatos priežiūros fakultetas  
Doc. Audrius Gradauskas, VU Medicinos fakulteto Slaugos ir vidaus ligų pagrindų katedra  
Loreta Gudeliėnė-Gudelevičienė, SDTS centras  
Doc. dr. Natalja Istomina, Klaipėdos universiteto Sveikatos mokslų fakultetas  
Prof. habil. dr. Danutė Kalibaitienė, VU Medicinos fakulteto Slaugos ir vidaus ligų pagrindų katedra  
Ingrida Kupčiūnaitė, Panevėžio kolegijos Biomedicinos mokslų katedra

Ilona Joneliūnienė, Lietuvos akušerių sąjunga  
Stasė Malakauskienė, Lietuvos operacinių slaugytojų draugija  
Rytis Malašauskas, Lietuvos paramedikų asociacija  
Danutė Margelienė, Lietuvos slaugos specialistų organizacija  
Dr. Aldona Mikaliūkštienė, VU Medicinos fakulteto Slaugos ir vidaus ligų pagrindų katedra  
Doc. dr. Vida Mockienė, Klaipėdos universiteto Sveikatos mokslų fakultetas  
Doc. Violeta Ožeraitienė, VU Medicinos fakulteto Slaugos ir vidaus ligų pagrindų katedra  
Simona Paulikienė, Vilniaus kolegijos Sveikatos priežiūros fakulteto Slaugos katedra  
Doc. dr. Viktorija Piščalkienė, Kauno kolegijos Medicinos fakulteto Slaugos katedra  
Prof. dr. Artūras Razbadauskas, Klaipėdos universiteto Sveikatos mokslų fakultetas  
Doc. Olga Riklikienė, LSMU Slaugos fakultetas  
Rima Rozenbergaitė, Vaikų ligoninė, VšĮ VULSK filialas  
Juozas Ruolia, SDTS centro generalinis direktorius  
Virginija Stankevičiūtė, Lietuvos akušerių sąjunga  
Doc. Vida Staniulienė, Klaipėdos valstybinės kolegijos Sveikatos mokslų fakultetas  
Rasa Stundžienė, VU Medicinos fakulteto Slaugos ir vidaus ligų pagrindų katedra  
Odeta Vitkūnienė, LR sveikatos apsaugos ministerija  
Dr. Daiva Zagurskienė, Lietuvos slaugytojų vadovų sąjunga

Druskininkuose - Angelė Matulaitienė  
tel. (8-615) 44 099

Šiauliuose - Rasa Buivydienė, Vita Miklošienė  
tel. (8-41) 52 43 09

Kaune - Jovita Malevičienė  
tel. (8-37) 707 419

Panevėžyje - Margarita Galiauskienė  
tel. (8-687) 54 053, (8-455) 50 71 83

Klaipėdoje - Regina Rolencienė, Raimonda Ruginiūtė  
tel. (8-46) 27 31 71

Vilniuje - Audronė Grigaitienė, Danutė Meškutavičienė  
tel. (8-5) 271 2279

„SLAUGA. Mokslas ir praktika“ galite užsiprenumeruoti visuose „Lietuvos pašto“ skyriuose. Leidinio prenumeratos indeksas - 5105.

Redakcija neatsako už autorių nuomonę  
SL 1005. 3,5 sp. l.

Maketavo ir spausdino UAB „Pozicija“, S. Žukausko 49, LT-09131 Vilnius, www.pozicija.lt

Tiražas 1 000 egz.  
Kaina 5,00 Lt

## Turinys

### MOKSLINIS RECENZUOTAS STRAIPSNIS

*Rita Kinstaitytė*

Katatonijos sindromo gydymo ir slaugos ypatumai ..... 4

### SLAUGOS MOKSLAS

*Vilija Čivinskienė, Olga Riklikienė, Aurelija Blaževičienė*

Slaugytojų vaidmenys, slaugant pacientus jų gyvenimo pabaigoje ..... 8

*Rasa Michalkevičienė*

Slaugytojų, vykdančių hospitalinių infekcijų prevenciją, elgesį lemiantys veiksniai ..... 11

### TYRIMAI

*Danguolė Šakalytė, Egidijus Gečiauskas, Inga Risakovaitė*

Slaugytojų, dirbančių pirminio lygio sveikatos priežiūros įstaigose, požiūrio į eutanaziją vertinimas ..... 13

*Jurgita Andrulienė*

Įkalintųjų burnos sveikatos vertinimas ..... 18

### SAM INFORMACIJA

Slaugytojo diabetologo kvalifikacinių reikalavimų aprašas ..... 22

### NUOTOLINIS MOKYMAS

..... 24

### ŽODIS GYDO, ŽODIS ŽEIDŽIA

*Diana Žėkienė*

Žodžių reikšmių ribos ir platumos II ..... 25

### ŽINOTINA KIEKVIENAM

*Laisvūnė Petkevičienė*

Sergančiųjų žvyneline (psoriaze) maitinimasis ..... 26

*Juozas Ruolia, Tadas Micius, Beata Rožanskaja*

Rekomendacijos onkologiniams ligoniams. Gyvenimo būdas ir mityba, sergant vėžiu (*Pabaiga. Pradžia Nr. 6*)..... 29

# Katatonijos sindromo gydymo ir slaugos ypatumai

Rita Kinstaitytė, Vilniaus universiteto Medicinos fakultetas

Rašant straipsnį, konsultavo VŠĮ Vilniaus miesto psichikos sveikatos centro gydytojas psichiatras **Edgaras Dlungauskas**

**Raktažodžiai:** katatonija, katatonijos komplikacijos, pacientų slauga.

**Santrauka.** Katatonija – motorinio elgesio sutrikimas dėl psichologinės ar neurologinės priežasties, taip pat apibūdinama kaip būseną, kai žmogus nereaguoja į aplinkos dirgiklius, nors akivaizdžiai yra būdraujantis. Katatonija gali būti susijusi su psichikos ligomis bei kitomis medicininėmis būklėmis. Gali būti skiriami trys jos tipai: katatoninė šizofrenija, depresija su katatonijos simptomais, katatonija dėl generalizuotos medicininės būklės. Katatonija pasireiškia didele simptomų įvairove – nuo visiško sustingimo (imobilizacijos) iki sujaudinimo būsenos, taip pat gali pasireikšti mutizmu, stuporu, negatyvizmu, manierizmu, vaškiniu lankstumu, stereotipijomis, preservacijomis, echolalija ir echopraksija, pakitusia kalba ar žodžiais. Katatonija diagnozuojama remiantis paciento skundais, artimųjų pastebėjimais (nes pacientas dažnai negali išsakyti savo skundų būdamas tokios būklės), ligos ir gyvenimo anamneze, atliktų tyrimų rezultatų višuma. Katatonija gydoma benzodiazepiniais (dažniausiai lorazepamu) ir (arba) elektrokonvulsine terapija, ypač jei gydymas benzodiazepiniais yra nesėkmingas. Dažniausios šios ligos komplikacijos: giliųjų venų trombozė, plaučių arterijos tromboembolija, pneumonitas ar pneumonija, asfiksija, dehidratacija, išsekimas, pragulos, kontraktūros, kitos bakterinės infekcinės komplikacijos. Sergantiems katatonija skiriamas profilaktinis gydymas bei nuolatinė slauga.

**Abstract.** Catatonia is a disturbance of motor behaviour that can have either a psychological or neurological cause, also known as a state of apparent unresponsiveness to external stimuli in a person who is apparently awake. Catatonia is associated with psychiatric disorders or other medical conditions. There are three types of catatonia: catatonic schizophrenia, depression with catatonic features, and catatonic disorder due to general medical condition. Catatonia can manifest in a wide variety of symptoms from stupor or immobilisation to agitation, also can exhibit as mutism, stupor, negativism, mannerism, waxy flexibility, posturing, preservation, echolalia, echopraxia, changed speech or words. Catatonia is diagnosed according to patient complaints or observations of relatives (because patient often cannot say complaints by itself), anamnesis of life and/or disease, results of clinical tests. Catatonia is treated with benzodiazepines (mostly lorazepam) and/or electroconvulsive therapy, especially when benzodiazepine treatment is unsuccessful. Frequent complications of catatonia are: deep venous thrombosis, pulmonary artery thrombosis, pneumonitis or pneumonia, asphyxiation,

dehydration, malnutrition, bedsores, contractures, other bacterial infectious complications, so preventative treatment and persistent nursing is needed.

**Įvadas.** Katatonija yra sunki būklė, labai svarbi ne tik psichiatrijoje, bet ir bendrojoje medicinoje. Katatonijos apytikslis paplitimas tarp sunkiai sergančių psichikos ligomis pacientų yra apie 10 procentų, bet svyruoja nuo 5 iki 20 procentų [1]. Neretai šis sindromas klaidingai laikomas retu, nes taikant skirtingus duomenų analizės kriterijus, gali likti neatpažintas. Ilgalaiškės, vėlyvos katatonijos baigtys nėra kruopščiai ištytos, jos yra susijusios su kartu pasireiškiančiais psichikos sutrikimais ir kitomis medicininėmis būklėmis, tačiau katatonijos prognozė dažniausiai išlieka teigiama. Vis dėlto pacientai, sergantys piktybine katatonija, ilgainiui gali tapti lėtiniais, nuolatiniais ligoniais dėl išsivysčiusio kognityvinio deficito, apatijos sindromo, galūnių striktūrų. Manoma, kad tokių pacientų mirštamumas siekia apie 20 procentų [2].

Šiame straipsnyje apžvelgiamos publikacijos katatonijos tema, sutelkiant dėmesį į katatonijos etiologiją, patogenezę, simptomus, diagnostiką, plačiau aprašant komplikacijas ir galimą jų išvengimą ne tik skiriant gydymą, bet ir slaugant pacientą.

**Darbo tikslas.** Apžvelgti ir išanalizuoti knygas, mokslinius straipsnius, nagrinėjančius katatonijos sutrikimus, jų etiologiją, patogenezę, diagnostiką, gydymą, komplikacijas bei tokių pacientų priežiūrą, slaugą.

**Tyrimo medžiaga ir metodai.** Tyrimo šaltiniai – knygos, moksliniai straipsniai, naudojant elektronines duomenų bazes: *Medline (PubMed)*, *EBSCO*, *Medscape*, *Up To Date*. Buvo taikoma straipsnių paieškos strategija, vykdoma atranka ir analizė.

**Samprata.** Katatonija – tai motorinio elgesio sutrikimas dėl psichologinės ar neurologinės priežasties. Dažniausiai pasitaikanti jos forma pasireiškia pastovia, nejudančia žmogaus kūno poza, kurioje jis gali išbūti tam tikrą laiko tarpą – dienas, savaites ar net ilgiau. Taip pat minimas sujaudinimas, netikslingi judesiai, sukelti aplinkos pokyčių arba nesusiję su ja. Ne tokia kraštutinė kita katatonijos forma – rigidiškoji katatonija su būdingais sulėtėjusiais judesiais. Dažnai kūno poza būna neįprasta ir (ar) netinkama, galinti išlikti ilgą laiką tokia, į kokią pastatė kitas žmogus [5]. Kiti šaltiniai katatoniją apibūdina kaip būseną, kai žmogus nereaguoja į aplinkos dirgiklius, nors akivaizdžiai yra būdraujantis. Yra trys katatonijos tipai:

- 1) katatonija, susijusi su kitomis psichikos ligomis;
- 2) katatoninis sutrikimas dėl kitos medicininės priežasties;
- 3) nepatikslinta katatonija [3].

Katatonija gali būti klasifikuojama ir taip:

- 1) katatoninė šizofrenija;
- 2) depresija su katatonijos simptomais;
- 3) katatonija dėl generalizuotos medicininės būklės [5, 7, 9, 10].

## Etiologija

**Katatoninė šizofrenija.** Šizofrenijos atsiradimo priežastis yra neaiški. Vis dėlto nurodomi funkciniai arba struktūriniai pokyčiai smegenų limbinėje sistemoje, frontalinėje žievėje bei bazaliniuose ganglijuose. Šie trys regionai yra tarpusavyje susiję, todėl sutrikimai vienoje srityje gali sukelti pakitimų ir kituose [3, 5].

**Depresija su katatonijos simptomais.** Manoma, kad nuotaikos sutrikimai yra susiję su neurotransmiterių veiklos sutrikimu smegenyse. Du dažniausiai su depresija susiję neurotransmiteriai yra norepinefrinas ir serotoninas. Dopaminas yra trečiasis neurotransmiteris, kuris dalyvauja formuojantis depresijos sutrikimams.

**Katatonija dėl generalizuotos medicininės būklės.** Daug medicininė būklė gali sukelti psichinius sutrikimus. Dažniausiai tai yra infekcinės, metabolinės ir neurologinės priežastys. Katatonijos simptomai gali būti susiję su anksčiau persirgusiomis infekcinėmis ligomis bei encefalitu, taip pat su Parkinsono liga. Nors persirgusiųjų encefalitu katatonijos simptomai yra panašūs į sergančiųjų šizofrenija, tačiau jie nėra psichiškai nesveiki [5].

**Patogenezės teorijos.** Vaisiaus smegenų žievės nepakankamas išsivystymas gali lemti šizofreniją ir kitus vystymosi sutrikimus. Šie sklaidos trūkumai nulemia smegenų kortikinių ir subkortikinių gliutaminerginių kelių disfunkciją, dėl kurių gali atsirasti katatonijos simptomų.

Individai, turintys protinį atsilikimą, sergantys autizmu ar turintys kitų raidos vystymosi sutrikimų, turi didesnę polinkį katatonijos atsiradimui.

Medžiagos, blokuojančios postsinapsinius dopamino receptorius, yra susijusios su katatonijos pradžia kai kuriems individams. Dopamino D1 ir D2 receptorių agonistai sumažina katepsiją, kuri pelėms pasireiškia esant katatonijai, todėl manoma, kad tokie vaistai gali būti naudingi naudojant farmakologinėms intervencijoms. Taip pat elektrokonvulsinės terapijos (ECT) efektyvumas gydant katatoniją gali reikšti, kad dopaminerginė moduliacija turi svarų vaidmenį katatonijos vystymuisi bei gerėjimui.

Katatonijos gydymui naudojamas amantidinas parodo, kad kai kuriems individams su katatonijos simptomais manfestuoja gliutaminerginė disfunkcija.

Sumažėjęs jungimasis prie gama-aminosviesto rūgšties (GABA-A) receptorių kairėje sensomotorinėje žievėje yra susijęs su katatonija. Kai kuriems pacientams pastebėta teigiama reakcija į benzodiazepinus, zolpidemą – GABA-A agonistus – todėl manoma, kad būtent čia gali būti sutrikimas sergantiems katatonija.

Kai kurie pacientai turi noradrenalino ir serotonino neurotransmisijos disfunkciją. Giminingoms žiurkėms su katepsija buvo rastas sumažėjęs noradrenalino ir padidėjęs serotonino kiekis dryžuotajame kūne ir tarpinėse smegenyse.

Kahlbaum pastebėjo, kad pacientų, mirusių nuo katatonijos, autopsijose buvo rasti šoninės smegenų duobės (*Sylvian fossa*) ir antro bei trečio frontaliųjų smegenų vingių pažeidimai. Šie regionai moduliuoja vykdomuosius veiksmus ir slopina nevalingus, laisvus veiksmus [3].

**Simptomai.** Pacientas dažniausiai pats negali išsakyti skundų, todėl gelbsti artimi žmonės, galintys suteikti informacijos,

susijusios su ligonio būkle. Anamnezėje esantys elgesio pokyčiai dažniausiai pasireiškia kaip mutizmas, negatyvizmas, echopraksija, echolalija, vaškinis lankstumas, užsisklendimas savyje. Vyraujant sujaudinimo būsenai katatonijos metu, kartu gali pasireikšti impulsyvumas, priešiškus, autonominis nestabilumas.

Renkant anamnezę, reikėtų pasidomėti, ar nebuvo:

- įvykių, susijusių su trauma, infekcija, toksinų ar kitų medžiagų vartojimo bei ekspozicijos,
- ankstesnių panašių į katatoniją epizodų,
- gretutinių ligų, tokių kaip šizofrenija, nuotaikų sutrikimai, psichologiniai stresoriai, medicininės ar ginekologinės ligos [3].

Esant ūmiai būklei, pagydomas katatonijos priežastis reikėtų skubiai pašalinti. Dėl šios priežasties pirmiausiai reikėtų atkreipti dėmesį, ar tai ne piktybinis neuroleptinis sindromas (angl. *neuroleptic malignant syndrome*), encefalitas, *status epilepticus* be traukulių, ūmi psichoze [3, 6].

Atliekant fizinį tyrimą, reikia įvertinti, ar nėra šių požymių:

- sujaudinimo ar imobilizacijos būklės,
- mutizmo,
- stuporo,
- negatyvizmo,
- manierizmo,
- vaškiniu lankstumu,
- stereotipijų,
- preservacijų,
- echolalijos ir echopraksijos,
- pakitusios kalbos ar žodžių,
- gretutinių būklių (šizofrenija, nuotaikos sutrikimai, neurologinės ar medicininės būklės),
- psichogeninių judesių sutrikimų [3, 4, 6, 7, 9, 10].

## Diagnostika

**Laboratorinė diagnostika.** Bendrasis kraujo tyrimas, elektrolitų kiekis kraujyje bei biocheminių kraujo rodiklių tyrimas skiriamas hiponatremijai ir kitiems metaboliniams sutrikimams atvesti.

Fibrino D-dimerai būtini ankstyvai koaguliacijai atvesti. Pacientai su katatonija tipiška turi fibrino D-dimerų kiekį, didesnę nei 500 ng/mL. Skubi plaučių embolijos identifikacija ir gydymas katatonija sergantiems asmenims yra svarbus veiksnys jų sergamumui bei mirštamumui sumažinti.

Kad būtų atmetas piktybinis neuroleptinis sindromas, būtinas skubus kreatiniazės, trombocitų kiekio bei kepenų funkcijos rodiklių įvertinimas. Serumų ceruloplazminas reikalingas Wilsono ligos atmetimui. Žinoma, reikia tyrimų, padedančių paneigti encefalito diagnozę [3, 7].

**Instrumentiniai tyrimai.** Vaizdiniai tyrimai geriausiai padeda atskirti pagydomas somatines katatonijos priežastis. Galimi tyrimai:

- magnetinio rezonanso tomografija (MRT),
- kompiuterinė tomografija (KT),
- vieno fotono emisijos tomografija (SPECT),
- pozitronų emisijos tomografija (PET) su fluorodeoksi-gliukoze (FDG),
- elektroencefalografija (EEG) indikuotina traukulių atmetimui.

Magnetinio rezonanso tomografija bei kompiuterinė tomografija reikalinga galimam smegenų pažeidimui ekskluduoti. Jei vaizdiniais tyrimais nėra įrodytas intrakranijinio slėgio padidėjimas, indikuotina liumbalinė punkcija encefalito diagnozės atmetimui ar kitoms infekcijoms, taip pat tumorams, hemoragijoms.

SPECT tyrimas rodo padidėjusią kraujotaką parietaliniame, temporaliniame ir okcipitaliniame regionuose pacientams su katatonija, kurie taip pat dar turėjo nuotaikos sutrikimų ir buvo gydyti elektrokonvulsine terapija. Visgi SPECT tyrimas nėra naudojamas katatonijos diagnozės patvirtinimui, o tik kitų vizualizuojamų ligų atmetimui.

PET tyrimas gali parodyti bitemporalinį hipometabolizmą esant katatonijai. Įvairių vegetacinių būklių pacientų tyrimuose nustatyta sumažėjusi kraujotaka prefrontalinėje ir parietotemporalinėje srityje. Vis dėlto PET tyrimas taip pat nėra naudojamas katatonijos diagnozės patvirtinimui.

EEG dažniausiai naudojama netraukulininiam epilepsijos priepuoliui atmeti. Kadangi katatoniją gali sukelti epilepsijos traukuliai, EEG yra rekomenduojama pacientams su katatoniniu stuporu ne tik ekskluduoti *status epilepticus*, bet ir aptikti epileptiniams traukuliams, persidengiantiems kartu su katatoniniu stuporu [3, 7].

**Komplikacijos.** Nors katatonija apima psichomotorines būkles nuo sujaudinimo iki rigidiškumo ir stuporo, pacientai dėl tokios būklės dažnai yra prikaustyti prie lovos bei prastai maitinami, negali išsakyti savo skundų, pojūčių ar negalavimų, o tai ilgai gali sukelti įvairių komplikacijų.

**Kardiovaskulinės sistemos komplikacijos.** Viena iš problemų yra kardiovaskulinis nestabilumas, ypač ortostatiniai sutrikimai, kurie išsivysto jau po kelių savaičių dėl ilgo gulėjimo lovoje. Dėl kraujagyslių pokyčių taip pat sumažėja kardiopulmoninis efektyvumas. Psichotropiniai vaistai, turintys centrinį ir periferinį kardiovaskulinį poveikį, gali dar labiau pabloginti katatonija sergančiųjų būklę. Kita problema, sukianti didelį sergamumą bei mirštamumą, yra giliųjų venų trombozė. Dažniausi rizikos veiksniai yra ilgalaikė imobilizacija bei dehidratacija, todėl prevencijai siūloma adekvati hidratacija, fizinė terapija, kompresinės kojinės, profilaktinė antikoaguliacija medikamentais.

**Kvėpavimo sistemos komplikacijos.** Dažniausia katatonija sergančių pacientų kvėpavimo sistemos komplikacija yra aspiracija. Aspiracija gali sukelti pneumonitą ir pneumoniją. Tradiciniai neuroleptikai taip pat gali padidinti aspiracijos riziką, nes jie dažniau sukelia rijimo sutrikimus [6]. Pacientams pneumonijos riziką didina prastas maitinimas, silpnas kosulio refleksas, prastos kvėpavimo pastangos, plaučių atelektazė. Taip pat ilgalaikė hospitalizacija gali lemti antibiotikams atsparios hospitalinės pneumonijos išsivystymą. Ilgalaikis neaktyvumas, dehidratacija skatina veninę stazę, dėl kurios gali pasireikšti plaučių arterijos tromboembolija. Galima prevencija tokiais atvejais susideda iš adekvačios hidratacijos, fizinės terapijos, rekomenduojamos elastingos kojinės ir profilaktinė antikoaguliacija [11]. Kad būtų išvengta tromboembolinės ligos, kraujyje turėtų būti patikrintas fibrino D-dimerų lygis [3].

**Virškinimo sistemos komplikacijos.** Adekvatus maitinimas yra iššūkis pacientams su persistuojančia katatonija. Pakitusios psichinės būklės ligoniai gali dažniau užspringti arba nesuprasti maitinimo procedūros esmės [3]. Sumažėjusi mityba skatina dehidrataciją, išsekimą, o dėl to gali atsirasti kitų komplikacijų, ypač infekcijų ir odos pažeidimų. Dehidratacija taip pat gali sukelti vidurių užkietėjimą ir ileusą. Dėl visų šių priežasčių, kai pacientas atsisako valgyti pats [3, 11], gali būti pradėtas enterinis maitinimas per nazogastrinį vamzdelį ar chirurginiu būdu įstatytą vamzdelį. Nazogastrinis arba nazoenterinis maitinimas skiriamas pacientams, kuriems numatoma, kad invazyvus maitinimo reikės iki 30 dienų. Pacientai, kuriems reikės ilgalaikio maitinimo (ilgiau nei 30 dienų), gali būti maitinami per gastrostomas arba jejunostomas. Vis dėlto patogeninė kolonizacija bakterijomis pasitaiko tiek maitinant nazogastriniu būdu, tiek perkutaniniu enterogastriniu būdu [6]. Beje, toks maitinimas yra susijęs su diarėja, edemomis, bakteriniu maitinimo vamzdelių užteršimu, o galimos metabolinės tokio maitinimo pasekmės – hipoglikemija, hiperkapnija, elektrolitų disbalansas. Galimų enterinio maitinimo komplikacijų galima išvengti kuo greičiau pradėjus efektyvesnę katatonijos gydymą [11].

**Dermatologinės ir odontologinės komplikacijos.** Tokiems pacientams labai dažnai atsiranda pragulų ir jos neretai komplikuojasi sepsiu, osteomielitu. Dėl šių komplikacijų didėja mirties rizika. Pacientą būtina dažnai vartyti, taip pat naudingos spaudimą kūnui sumažinančios specialios lovos, maistas, papildytas vitaminais, tačiau ne visada veiksmingas norint išvengti pragulų. Odos užteršimas išmatomis labai padidina pragulų atsivėrimo riziką. Švarios, sausos odos palaikymas padeda išvengti odos pažeidimų bei maceracijos [6]. Taip pat žinoma, kad dantų kariesas ir dantenu ligos yra dažnos, o prasta burnos higiena skatina burnos kolonizaciją patogeniškesnėmis bakterijomis negu normalios floros ir dėl to gali sukelti sunkesnių aspiracinės pneumonijos pasekmių [11].

**Nefrologinės, urologinės ir ginekologinės komplikacijos.** Šlapimo išskyrimo sistemos komplikacijos yra taip pat dažnos, o ypač šlapimo susilaikymas dėl ištemptos, perpildytos šlapimo pūslės, todėl gali prireikti kateterizacijos ar sauskelnių. Nepakankama mityba, prasta higiena ir nuolatinė kateterizacija sukelia didelę šlapimo takų infekcijos riziką. Chroninė katatonija sergančių moterų prasta menstruacijų higiena gali sukelti vaginalinę infekciją. Kitas ligas gydant antibiotikais, taip pat gali atsirasti *candida vaginitas* [11].

**Skeleto ir raumenų sistemos komplikacijos.** Pacientai, kurių raumenys rigidiški, turi polinkį kontraktūrų išsivystymui dėl raumenų nejudrumo ir ilgai sutrumpėjusių raiščių. Taip pat dėl ilgai imobilizacijos didėja rizika išsivystyti raudomolizei. Geriausias būdas išvengti šių komplikacijų yra fizinė terapija [6].

Kitos komplikacijos, susijusios su katatonija, yra trauma. Būdamas sujaudinimo būklės, pacientas gali sužaloti aplinkinius ar susižaloti pats, kartais net mirtinai, taip pat gali sudaužyti, sugadinti aplink pasitaikiusius daiktus [3].

**Gydymas.** Katatonija yra ūmi būklė, atspindinti sunkią paciento psichiatrinę ar somatinę ligą. Tokie pacientai dažniausiai hospitalizuojami katatonijos ir ją sukėlusio sutrikimo gydymui, taip pat siekiant pacientą apsaugoti nuo galimų komplikacijų, ypač tokių kaip aspiracinė pneumonija, venų trombozė, vidurių užkietėjimas, šlapimo susilaikymas [3].

Gydant katatoniją, pirmiausia gydoma ją sukėlusią priežastį [3, 6, 9], tai gali pagerinti ligos baigtį. Katatonijai atsirasti įtakos turi ne tik psichikos ligos, bet ir progresuojantys kiti infekciniai, metaboliniai bei neurologiniai sutrikimai, o pastarieji reikalauja skubaus ir intensyvaus gydymo, todėl katatonijos gydymas gali būti antraeilis. Kai žinoma, kad katatonijos priežastis yra psichikos sutrikimas, pirmiausia gydoma katatonija, o kai pacientas pradeda normaliai judėti, valgyti ir gerti, yra savarankiškas, tuomet gali būti skiriami antipsichotiniai vaistai esančiam psichikos sutrikimui gydyti bei galimo pakartotinio katatonijos priepuolio išvengimui ir piktybinio neuroleptinio sindromo rizikos sumažinimui.

Pagal gydymo algoritmus pirmos eilės gydymui skiriami benzodiazepinai (arba) elektrokonvulsinė terapija, priklausomai nuo katatonijos tipo, sunkumo ir gydymo prieigos galimybių.

Benzodiazepinai gali būti skiriami į raumenis, veną arba peroraliai (lorazepamas yra prieinamas visomis trimis formomis). Daugiausiai klinikinių tyrimų atlikta su benzodiazepinų grupės vaistu lorazepamu [3]. Šio vaisto pradinė dozė yra 1–2 mg 3 kartus per dieną [2, 9]. Skiriant benzodiazepinus, atsargumo reikalauja pacientai, turintys padidėjusią riziką kardiorespiracinėms sutrikimams ar per stipriai sedacijai (pvz.: vyresnio amžiaus, nutukę, dehidratavę, sergantys kardiovaskulinėmis, plaučių ligomis ar vartojantys opioidinius analgetikus). Katatonijos gydymas benzodiazepiniais, siekiant pasiekti remisiją, tipiškai trunka 4–10 dienų. Vėliau gydymas paprastai tęsiamas efektyvia pacientui doze 3–6 mėnesius, pamažu mažinant dozę iki visiško vaistų vartojimo nutraukimo [2].

Kai yra atmeta netraukulinė epilepsijos būseną, difuzinė encefalopatija bei kitos neurologinės būklės ir nėra reakcijos į farmakologinį gydymą per 5 dienas arba kai išsivysto piktybinė katatonijos forma, tuomet gali būti skiriama elektrokonvulsinė terapija [3, 6, 9, 10]. Elektrokonvulsinė terapija paprastai skiriama kursais 3 kartus per savaitę. Vis dėlto, esant piktybinei katatonijai, elektrokonvulsinės terapijos gali prireikti kasdien, kol paciento būklė stabilizuosis, o tam dažniausiai prireikia nuo 2 iki 5 tokių kursų. Mažiausiai 6 gydymo kursai reikalingi nepriklausomai nuo katatonijos tipo staigaus ligos atkryčio rizikai sumažinti. Daugumos pacientų būklė pagerėja po 6–12 elektrokonvulsinės terapijos kursų, bet kai kuriems gali prireikti ir 20 ar daugiau [2].

Kai nepadeda gydymas benzodiazepiniais, elektrokonvulsinė terapija, gali būti skiriamas karbamazepinas, zolpidemas, bromkriptinas [3], topiramatas, valproatai, memantinas, amantadinas (skiriamas atsargiai, nes turi do-

pamino agnostinį poveikį ir gali pabloginti psichozės eigą), tricikliai antidepresantai, rezepinas, tiroidinis hormonas, ličio karbonatas, neuroleptikai [2]. Dėl galimo piktybinio neuroleptinio sindromo galimybės vengiama skirti pirmos kartos neuroleptikus, todėl skiriami antros kartos (atipiniai) neuroleptikai [3, 10].

**Išvados.** Gydant ir slaugant sunkius pacientus, svarbu laiku pastebėti ir diagnozuoti katatoniją. Esant katatonijai, reikia išsiaiškinti jos kilmę (atsiradusi dėl psichikos sutrikimų ar dėl kitų medicininių priežasčių), nuo to priklausantis gydymo taktika bei ligonio galimybė visiškai pasveikti. Be viso to, labai svarbus ne tik paciento profilaktinis gydymas siekiant išvengti tromboembolinių, bakterinių komplikacijų, taip pat asfiksijos ar dehidratacijos, bet ir slauga – tik rūpestingai slaugant pacientą, užtikrinant gyvybinių funkcijų palaikymą, adekvatų maitinimą, palaikant paciento higieną, galima išvengti daugelio ligos komplikacijų, didėja pacientų išgyvenamumas ir pasveikimo galimybės.

#### Literatūra

1. M Justin Coffey, MD. Catatonia in Adults: Epidemiology, Clinical Features, Assessment, and Diagnosis. Pasiikiama: <http://www.uptodate.com/contents/catatonia-in-adults-epidemiology-clinical-features-assessment-and-diagnosis>
2. M Justin Coffey, MD. Catatonia in adults: Treatment and prognosis. Pasiikiama: <http://www.uptodate.com/contents/catatonia-in-adults-treatment-and-prognosis>
3. James Robert Brasic, MD, MPH. (2013). Catatonia. Pasiikiama: <http://emedicine.medscape.com/article/1154851-overview>.
4. Sadock, Benjamin J., Virginia A. Sadock, and Gary S. Belkin. Kaplan & Sadock's pocket handbook of clinical psychiatry. Philadelphia, Pa: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, 2010, p. 1004–1005.
5. Thackery, Ellen, and Madeline Harris. Catatonia. The Gale encyclopedia of mental disorders. Farmington, M.I.: Gale Group, 2003, p. 178–183.
6. Levenson, James L. Mania, catatonia and psychosis. The American Psychiatric Publishing textbook of psychosomatic medicine. Washington, DC: American Psychiatric Pub., 2005, p. 235–251.
7. Boutros, Nahaat N. EEG findings in catatonia. Standard electroencephalography in clinical psychiatry: A practical handbook. Chichester, West Sussex: Wiley-Blackwell, 2011, p. 124–129.
8. Riba, Michelle B., and Divy Ravindranath. The Catatonic Patient. Clinical manual of emergency psychiatry. Washington, DC: American Psychiatric Pub., 2010, p. 77–92.
9. Kay, Jerald, and Allan Tasman. Mental Disorders Due to a General Medical Condition. Essentials of psychiatry. West Sussex, England: Wiley, 2006, p. 392–409.
10. Casher, Michael I., and Joshua D. Bess. The inpatient with depression. Manual of inpatient psychiatry. Cambridge: Cambridge UP, 2010, p. 21–50.
11. James L. Levenson, MD. Medical Aspects of Catatonia. Primary Psychiatry 16 (3), 2009, p. 23–26.

# Slaugytojų vaidmenys, slaugant pacientus jų gyvenimo pabaigoje

Vilija Čivinskienė<sup>1</sup>, Olga Riklikienė<sup>2</sup>, Aurelija Blaževičienė<sup>3</sup>

<sup>1</sup>LSMU Kauno klinikų filialo Onkologijos ligoninė

<sup>2,3</sup>LSMU Slaugos fakulteto Slaugos ir rūpybos katedra

**Raktažodžiai:** slaugytojų vaidmenys, gyvenimo pabaiga, į pacientą orientuotos slaugos modelis.

**Santrauka.** Kai nepagydoma liga sergančiam žmogui taikomas gydymas tampa neefektyvus, likusio gyvenimo kokybę užtikrina simptominei priežiūrai ir slauga. Slaugant pacientą jo gyvenimo pabaigoje išryškėja pagrindiniai slaugytojų vaidmenys: informacijos teikėjo, rėmėjo ir advokato. Jie lemia lygiaverčių santykių (vietoj paternalistinių) tarp paciento, jo artimųjų ir slaugytojo pasiskirstymą sveikatos priežiūros procese. Aiškiai apibrėžti slaugytojų vaidmenys ir veiklos kryptys padeda slaugytojams suteikti pacientui pasirinkimo galimybę, viltį ir autonomiją gyvenimo pabaigoje. Į pacientą orientuota slauga užtikrina slaugytojų vaidmenų raišką ir sudaro sąlygas kokybiškos slaugos teikimui.

## Įvadas

Vakarų visuomenėje prasidėjusios transformacijos iš ankstyvosios į vėlyvąją modernybę neaplenkia medicinos srities, taip pat ir Lietuvoje. Sveikatos priežiūros specialistų ir pacientų santykiai sveikatos priežiūros procese iš paternalistinių santykių modelio pereina į lygiaverčių vaidmenų pasiskirstymą. Keičiasi ne tik vertybės, bet ir požiūris į pacientą. Susirgęs žmogus įgyja paciento statusą, tačiau iki mirties išlieka socialine būtybe, turinčia teisę į autonomijos išsaugojimą [1].

Nėra vieningos nuomonės apie tai, kas telpa į sąvoką „gyvenimo pabaiga“. Dažniausiai užsienio autorių literatūroje sutinkamas aprašymas, kad „gyvenimo pabaiga“ (angl. *end of life*) yra periodas, kai nepagydoma liga sergančiam žmogui taikomas gydymas tampa neefektyvus, jis nutraukiamas paliekant tik simptominei priežiūrai ir slauga. Šio periodo trukmė – nuo kelių savaičių iki pusės metų.

Sauga paciento gyvenimo pabaigoje susijusi su sudėtingų sprendimų priėmimu. Etinių problemų dažniausiai kyla dėl susirūpinimo, kokios pagalbos gali prireikti žinant, kad pacientas greitai mirs. Dažnai kyla nesutarimų tarp gydytojų, slaugytojų ir šeimos narių dėl tinkamos priežiūros. Svarbu apibrėžti slaugytojų vaidmenis sprendžiant paciento gyvenimo pabaigoje kylančias problemas, siekiant užtikrinti, kad priimti sprendimai neprieštarautų paciento bei jo šeimos narių slaugos tikslams. Slaugytojo ir paciento tarpusavio santykis yra vienas svarbiausių ir sudėtingiausių aspektų mirimo procese, nes jo kokybę tiesiogiai proporcinga orios mirties užtikrinimui [2].

Pasaulyje į pacientą orientuota priežiūra ir slauga pripažįstama kaip vienas iš šešių sveikatos priežiūros, laiduojančios saugumą (nepriklausomą nuo sveikatos priežiūros sistemos), efektyvumą (priežiūrą, paremtą įrodymais),

paciento individualumą (pagarbą paciento vertybėms ir sprendimams priežiūroje), savalaikiškumą (pacientams ir sveikatos priežiūros teikėjams), ekonomiškumą (sumažintas laiko sąnaudas ir materialinius išteklius), nešališkumą (rasėms, etninėms grupėms), kokybės elementų [3]. Į pacientą orientuota priežiūra ir slauga atspindi platesnių metodų taikymą dirbant su pacientais jų gyvenimo pabaigoje, sutelkiant dėmesį į asmenybę, akcentuojant pacientų autonomiją.

**Straipsnio tikslas** – apibrėžti slaugytojų vaidmenis ir veiklos kryptis (strategijas), slaugant pacientus jų gyvenimo pabaigoje, vadovaujantis į pacientą orientuotos slaugos modelio elementais.

## Paciento poreikiai ir slauga gyvenimo pabaigoje

Pagrindinis sveikatos priežiūros specialistų tikslas sprendžiant problemas, kylančias paciento gyvenimo pabaigoje, – mažinti ligonio kančią, stengtis taip pakeisti ligos eigą, kad ligonis kuo ilgiau išliktų nepriklausomas, jo gyvenimo kokybė nenukentėtų, jautriai gydyti ir slaugyti mirštantį ligonį, garantuoti jo garbingą ir orų išėjimą iš gyvenimo [4]. Rūpestingas ligonio gyvybinių funkcijų ir būklės vertinimas yra sėkmingos slaugos pagrindas. Vertinama ne tik fizinė ligonio būklė, bet ir psichologinės, socialinės ir dvasinės problemos. Šis požiūris padeda susidaryti tikslų visuminį ligos vaizdą, numatyti ligos eigą, galimas komplikacijas, jų pasekmes. Slaugytojai turėtų užtikrinti, kad ligonis ir šeima žinotų apie esamas ir gresiančias problemas bei jų sprendimo būdus, būtų informuojami apie simptomų priežastis ir gydymą.

Pacientu jo gyvenimo pabaigoje rūpinasi daugiaprofesinė komanda, kuri turi aiškų lyderį, o nariai yra tarpusavyje priklausomi ir padeda vienas kitam, veikia visi kartu, turėdami bendrą tikslą, reguliariai susitikdami ir aptardami darbą. Pagrindiniu komandos nariu tampa ligonis (ir jo šeimos nariai), su juo glaudžiai bendradarbiaujama, siekiant išsaugoti paciento autonomiškumą. Svarbiausias sveikatos priežiūros specialistų komandinio darbo tikslas yra suteikti kuo geresnės kokybės gyvenimą ligos metu [4]. Geras komandinis darbas priklauso nuo tinkamo bendravimo, veiksmingo vadovavimo ir darbo koordinavimo.

## Į pacientą orientuotos slaugos modelio charakteristika

### Į pacientą orientuotos slaugos ištakos ir koncepcijos.

Į pacientą orientuotos slaugos ištakos siekia 1970 metus, kai pastebėta, kad egzistuojantis biomedicininis modelis didžiausią reikšmę teikia technologijoms ir fiziologiniams poreikiams, o psichologiniams, socialiniams aspektams skiriamas nepakankamas dėmesys. Šiuolaikinis slaugos

mokslas remiasi holistiniu paciento sveikatos vertinimu ir apima fizinius, psichologinius, socialinius bei dvasinius ligonio poreikius. Holistinis požiūris skatina stiprinti paciento viltį, pasirinkimo galimybę ir autonomiją, grindžiamas pagarbos ir teisingumo principais. Pagarba apibrėžiama kaip individualybės, kiekvieno asmens požiūrio vertinimas [5].

Į pacientą orientuotą priežiūrą galima analizuoti keliomis kryptimis: visuomenine-politine, ekonomine, klinicine, paciento. Šios kryptys padeda geriau suvokti kiekvieno į pacientą orientuotos priežiūros dalyvio poziciją, pareigas ir tikimybes bei nusako visuminę į pacientą orientuotos slaugos koncepciją.

*Visuomeninė-politinė* į pacientą orientuotos priežiūros kryptis teigia, kad į pacientą orientuota priežiūra yra partnerystė tarp personalo, pacientų ir jų šeimų. Yra laiduojama, kad sprendimai atitinka paciento vertybes, poreikius ir pirmiausia yra užtikrinamas pacientų mokymas ir parama, kad jie patys galėtų priimti sprendimus dėl savo sveikatos priežiūros.

*Ekonominė* į pacientą orientuotos priežiūros kryptis teigia, kad pacientas yra sveikatos priežiūros vartotojas. Pacientai, disponuodami turima informacija, pageidauja iš sveikatos priežiūros tiekėjo gauti paslaugas pagal savo poreikius.

*Klinikinė* į pacientą orientuotos sveikatos priežiūros krypties esmė – skatinti bendradarbiavimą tarp paciento ir sveikatos paslaugų tiekėjų.

*Paciento* kryptis reiškia paciento pirmenybę bendradarbiaujant su sveikatos priežiūros sistema: pagarba, etiketa, kompetenciją, efektyvumą, paciento dalyvavimą priimant sprendimus, laiku gaunamas paslaugas, bendravimą ir t. t. [3].

### Į pacientą orientuotos slaugos struktūra ir principai.

Į pacientą orientuotos slaugos modelio struktūra susideda iš keturių dalių: *prielaidų*, kur turi būti numatomos slaugytojų ypatybės; *slaugymo aplinkos*, kuri kinta priklausomai nuo teikiamos slaugos pobūdžio; *į asmenį orientuotos slaugos proceso*, kai slauga teikiama sutelkiant dėmesį į pacientą, ir *laukiamo rezultato* – efektyvių, į asmenį orientuotos slaugos išdavų.

Pagrindinis kokybiškos slaugos vertinimo kriterijus yra pacientų pasitenkinimas suteikta paslauga. Toks ir yra į pacientą orientuotos slaugos tikslas – visapusiškai slauga patenkintas pacientas.

### Slaugytojų vaidmenys, vykdam į pacientą orientuotą slaugą

Slaugant pacientą jo gyvenimo pabaigoje, pagrindiniai slaugytojų vaidmenys yra: informacijos teikėjo, rėmėjo ir advokato.

**Prielaidos.** Šios dalies metu atkreipiamas dėmesys į slaugytojų asmenines ir profesines ypatybes, kurios būtinos aprašomiems vaidmenims atlikti. Tai – profesinė kompetencija (apibrėžiama kaip žinios, įgūdžiai ir požiūris), sugebėjimas bendrauti, asmeninės atsakomybės prisiėmimas už savo darbą, įsitikinimai ir vertybės, savęs pažinimas [6].

Profesinė slaugytojų kompetencija ryškiausiai atsiskleidžia *informacijos teikėjo* vaidmeniu, holistiškai vertinant pacientą, teikiant gydytojui susistemintas žinias apie paciento fizinę ir psichologinę sveikatą, informuojant šeimos narius apie paciento būklę, medicininę įrangą, terminų reikšmę; tarpininkaujant ir palengvinant bendravimą tarp šeimos narių, šeimos ir sveikatos priežiūros specialistų komandos [7].

Atlikdami *rėmėjo* vaidmenį, slaugytojai rodo empatiją pacientui, šeimos nariams ir gydytojams; kuria pasitikėjimu paremtus santykius [8]. Nustatyta, kad slaugytojų, slaugančių pacientą jo gyvenimo pabaigoje, požiūris į mirtį yra daug pozityvesnis nei slaugytojų, retai susiduriančių su mirtimi [9].

*Advokato* vaidmeniu kompetentingi slaugytojai, pasitelkę gerus bendravimo įgūdžius, supažindina šeimos narius su slaugos tikslais, prašydami apsvastyti, ko pacientas būtų norėjęs, ir paaiškindami sprendimų reikšmę [10].

**Slaugymo aplinka.** Sąlygos atsiskleisti slaugytojų vaidmenims sudaromos organizacinėje sistemoje, kur vertinama slaugos priežiūros suteiktos paslaugos kokybė, kur kokybiškai vadovaujama slaugos personalui, kuriama organizacijos kultūra. Slaugytojų, kaip *informacijos teikėjų*, vaidmenys atsiskleidžia sprendimus dėl pacientų priežiūros jų gyvenimo pabaigoje priimant bendradarbiaujant daugiadisciplinėje komandoje. Komandinis darbas padeda pasiekti, kad ligoniai galėtų rinktis tai, ko jie pageidauja, o slaugytojai būtų jų *advokatais*. Taip organizuojant darbą, visi komandos nariai turi bendrauti, konsultuotis tarpusavyje ir susitarti dėl bendros veiklos, atsižvelgdami į kiekvieno komandos nario nuomonę, ligonio ir jo šeimos pageidavimus, išreikštus skatinant slaugytojams *rėmėjams*, kad pacientas ir jo artimieji gautų visą įmanomą paramą [7].

**Į asmenį orientuotas slaugos procesas** vyksta atsižvelgiant į paciento įsitikinimus ir vertybes; prisitaikant prie paciento užimtumo, t. y. įprastos gyvenimo veiklos; užtikrinant dalyvavimą priimant slaugos plano sprendimus; atsižvelgiant į fizinius, psichologinius, socialinius ir dvasi-

Lentelė. Į pacientą orientuotos slaugos modelio struktūra (McCormack, 2006)

Į pacientą orientuotos slaugos modelio struktūrinės dalys	Apibūdinimas
Prielaidos (būtinios sąlygos)	Profesinė kompetencija, gerai išvystyti tarpasmeniniai bendravimo įgūdžiai, atsakomybė už savo darbą, vertybių aiškumas, savęs pažinimas.
Slaugymo aplinka	Dalijimasis patirtimi, bendradarbiavimas priimant sprendimus, palanki organizacinė sistema, darbo dalijimasis, naujovių taikymas.
Į asmenį orientuotos slaugos procesas	Atsižvelgimas į paciento vertybes, fizinių poreikių tenkinimas, užuojauta ir supratimas, susitarimas, bendras sprendimų priėmimas.
Tikėtinas rezultatas	Pasitenkinimas priežiūra, dalyvavimas priežiūroje, emocinis komfortas, terapinės kultūros kūrimas.

Sudaryta autorės, remiantis McCormack, 2006 [3]

nus paciento poreikius [11]. Šiame procese ryškiausiai atsiskleidžia slaugytojo *rėmėjo* vaidmuo, kuris rodo empatiją pacientui, šeimos nariams ir gydytojams; kuria pasitikėjimu paremtus santykius, drąsina ligonį daryti tai, ką jis norėtų daryti, moko ligonius ir jų šeimas atpažinti savo neigiamus jausmus, juos tinkamai reikšti ir spręsti su tuo susijusias problemas, padeda atrasti išgyvenamos situacijos prasmę [8]. Empatiya padeda suprasti paciento nuotaikų kaitas, jų priežastis – visa tai padeda greičiau susitarti priimančias sprendimus. Pacientai neturėtų kompetentingo profesionalaus slaugytojo rūpinimąsi fiziniiais poreikiais vertinti kaip svarbiausią priežiūros elementą [12].

Slaugytojas, kaip *informacijos teikėjas*, garantuoja, kad ligonis ir jo šeima žinotų apie esamas ir gresiančias problemas ir jų sprendimo būdus, informuoja apie simptomų priežastis ir jų šalinimą. Tai glaudžiai susiję su sprendimų priėmimu. Šių sprendimų priėmimas yra gero bendravimo rezultatas.

Atlikdami *advokato* vaidmenį, slaugytojai kalba su šeima paciento vardu, atstovauja jo pageidavimams, išaukštindami paciento autonomiją, deda pamatus bendram sprendimų priėmimui, pagrįstam savitarpio supratimu, įsitikinus, kad pateikta informacija suprasta ir apsvaistyta [10].

**Tikėtinas rezultatas.** Praktikoje taikydami į pacientą orientuotos slaugos modelį ir atlikdami jiems priskirtus vaidmenis, slaugytojai kūrybiškai padės ligoniui įveikti iškilusias problemas, skatins jo dalyvavimą sprendimų priėmimo, užtikrins fizinį bei emocinį komfortą ir patenkinimą kokybiška priežiūra. Slaugytojai, stengdamiesi suprasti paciento poreikius, taikydami tinkamą ir kvalifikuotą slaugą, suteiks pacientui viltį ir palengvins jo kančią gyvenimo pabaigoje. Pacientų patenkinimas atspindės, kaip jie įvertins slaugos teikimą. Tai yra akcentuota literatūroje kaip kokybiškos priežiūros rodiklis [6]. Į pacientą orientuotą slaugą galima įgyvendinti, kai slaugytojai turi pakankamai kompetencijos ir gerų bendravimo įgūdžių, kai vadovaujasi asmeninėmis vertybėmis ir suvokia savo darbo paskirtį [13].

#### Išvados

- Į pacientą orientuota slauga užtikrina slaugytojų vaidmenų raišką ir sudaro sąlygas kokybiškos slaugos teikimui.
- Slaugytojų vaidmenys lemia lygiaverčių santykių (vietoj paternalistinių) tarp paciento, jo artimųjų ir slaugytojo pa-

siskirstymą sveikatos priežiūros procese, slaugant pacientą jo gyvenimo pabaigoje.

- Aiškiai apibrėžti slaugytojų vaidmenys ir veiklos kryptys padeda slaugytojams suteikti pacientui pasirinkimo galimybę, viltį ir autonomiją gyvenimo pabaigoje.

#### Literatūra

1. Gruodytė E., Šalčiūtė-Pratkienė L. Informuoto paciento sutikimo doktrinos samprata ir svarba sveikatos priežiūroje. *Teisės apžvalga Law review* 2013; 1(10):136–170.
2. McCabe C. Nurse-patient communication: an exploration of patients experiences. *Journal of Clinical Nursing* 2004; 13:41–49.
3. McCormack B. Development of a framework for person – centred nursing. *Journal of Advanced Nursing* 2006; 56(5):472–479.
4. Šeškevičius A. Paliatyviosios pagalbos organizavimas. Kaunas: „Morkūnas ir Ko“ leidykla, 2005.
5. Jurkuvienė R., Petrauskaitė L. Paciento ir personalo požiūris į paciento teises ginantį įstatymą. *Sveikatos mokslai*, 2006; 4:255.
6. McQueen A. C. H. Emotional intelligence in nursing work. *Journal of Advanced Nursing*, 2004; 47(1):101–108.
7. Liaschenko J., Conner-Von S. O., 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.
8. Robinson L., Callister L., Berry J., Dearing K. Patient – centered care and adherence: Definitions and applications to improve outcomes. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 2008; 20: 600–607.
9. Frank R. K. Shared decisionmaking and its role in end of life care. *British Journal of Nursing*, 2009; 18:612–618.
10. Fox-Wasylyshyn S. M., El-Masri M. M., Williamson K. M. Family perceptions of nurses' roles toward family members of critically ill patients: a descriptive study. *Heart and Lung*, 2005; 34: 335–344.
11. Bushinski R. L., Cummings K. M. Practices of effective end-of-life communication between nurses and patients/families in two care settings. *Creative Nursing*, 2007; 13: 9–12.
12. Bauman A. E., Fardy H. J., Harris P. G. Getting it right: why bother with patientcentered care? *Med J Aust*, 2003; 179:253–256.
13. Manley K., McCormack B. Person centered care. *Journal of Nursing Management*, 2008; 8: 12–13.

## Slaugytojų, vykdančių hospitalinių infekcijų prevenciją, elgesį lemiantys veiksniai

*Rasa Michalkevičienė, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Slaugos ir rūpybos katedra*

**Raktažodžiai:** hospitalinės infekcijos, elgesys, socialinė psichologija, elgesio teorijos.

**Santrauka.** Hospitalinės infekcijos išlieka viena svarbiausių ir sudėtingiausių problemų pasaulyje, kylančių asmens sveikatos priežiūros įstaigose. Hospitalinių infekcijų padariniai – tai moralinė, materialinė žala pacientams ir sveikatos priežiūros įstaigoms, todėl sveikatos priežiūros įstaigų personalo žinių lygis, elgesys, kompetencija yra svarbūs jų prevencijai.

Net ir geros žinios, suvokiamos kaip teisingo ir pageidaujamo elgesio prielaidos, kartais lemia priešingą elgesį. Socialinės teorijos padeda išsiaiškinti šio neatitikimo tarp žinių ir elgesio veiksnius. Remiantis elgesio teorijomis galima teigti, kad elgesio pokyčiams reikšmės turi nuostatos, socialinės normos, kontrolė (savo paties, aplinkinė), noras keisti elgesį, mokytis iš kitų bei tikėjimas savo galimybėmis.

#### Išvados

Hospitalinės (su sveikatos priežiūra susijusios) infekcijos (HI) – bet koks mikrobinės kilmės susirgimas, kliniškai ir (ar) mikrobiologiškai nustatytas pacientams ar personalui ir susijęs su ligonio paguldymu ar gydymu ligoninėje ar bet kurioje kitoje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje, taip pat su personalo darbu jose, nepriklausomai nuo to, ar simptomai pasireiškia jiems tebesant minėtose įstaigose ar ne [1].

Modernėjančios medicinos paslaugos, tobulėjanti medicinos technika nesumažina HI pavojaus, ji išlieka viena svarbiausių ir sudėtingiausių problemų pasaulyje, kylančių asmens sveikatos priežiūros įstaigose. HI paplitimo dažnį ir pobūdį lemia šalies sveikatos sistema, ligoninės dydis bei profilis, teikiamų medicinos paslaugų lygis, paciento imuninė būklė. HI paplitusios ir išsivysčiusiose šalyse, o jų dažnis svyruoja nuo 3,5 iki 12,1 proc., Lietuvoje – apie 4 proc. Didžiausias paplitimas būdingas reanimacijos, intensyvosios terapijos bei chirurgijos skyriuose (8–12 proc.) [2–4]. HI prevencija veiksminga taikant kompleksines priemones, tokias kaip kontrolės programos, kurių tikslas – apsaugoti pacientus ir personalą.

HI padariniai: didėjančios gydymo išlaidos, prastėjanti pacientų gyvenimo kokybė, lemianti jų negalią ar net mirtį, – tai moralinė ir materialinė žala pacientams ir sveikatos priežiūros įstaigoms. Todėl sveikatos priežiūros įstaigų personalo žinių lygis, elgesys, kompetencija yra svarbūs HI prevencijai [2, 4].

**Straipsnio tikslas** – teoriškai išanalizuoti slaugytojų, vykdančių hospitalinių infekcijų prevenciją, elgesį lemiančius veiksnius.

#### Žinių ir elgesio samprata

Žinios – tai mokėjimo, išsilavinimo turinys, informacija [5]. Mūsų turima informacija suteikia laisvę veikti, t. y. nuo turimų žinių priklauso ir mūsų veiksmai (elgesys). Vienus veiksmus, negalvodami apie žinias ir jų kilmę, atliekame automatiškai, sprendimus priimame kaip savaime suprantamus, kitiems veiksams atlikti reikalingos tam tikros žinios. Kiekviena veikla reikalauja tam būtinų žinių, kurios leidžia pasiekti tikslą, priešingu atveju

tai gali nulemti žalingus padarinius ar net mirtį (pvz., dėl gydytojo klaidingai diagnozuotos ligos bus paskirti netinkami vaistai, dėl slaugytojo galimų ligos komplikacijų nežinojimo nebus imtasi tinkamų prevencinių priemonių joms išvengti) [6].

Priklausomai nuo veiksmų sudėtingumo reikalingos įvairios žinios. Kaip teigia Kardelis (2002), kasdien žmonės vadovaujasi asmeninės patirties (kasdienėje veikloje įgytomis), remiantis autoritetu perimtomis (pasitikėdami kitų žmonių turima patirtimi), įgytomis mąstant (iš autoriteto perimtų ir asmeninės patirties žinių junginys), mokslo žiniomis (kaip atliktų mokslinių tyrimų rezultatais) [7].

Slaugytojo darbo specifika reikalauja profesinių žinių, kurios įgyjamos mokantis. Tinkamą darbo atlikimą lemia kompetencija, kuri vertinama ne tik kaip tinkamai atlikti veiksmai, bet kaip asmeninių savybių, vertybių, požiūrių, žinių, įgūdžių, mokėjimų ir gabumų visuma [6, 8, 9]. Tačiau net ir turėdami pakankamai žinių, suvokdami tam tikro elgesio pasekmes, kartais žmonės elgiasi priešingai ir nedaro to, ką žino. Aiškinantis žinių lygį, dažnai atsiskleidžia, kad jos teoriškai yra geresnės, nei tai rodo praktika [10, 11]. Todėl svarbu išsiaiškinti, kas lemia priešingą žinioms elgesį.

#### Elgesio teorijos

Elgesys apibūdinamas kaip žmogaus veikimo, gyvenimo būdas, elgsena, pasielgimas [5]. Įvairūs autoriai remiasi skirtingomis prielaidomis, kas lemia žmogaus asmenybės vystymąsi ir elgesį. Taip atsirado šios asmenybės teorijos: biologinės, bruozų, humanistinės, psichodinaminės, bihevioristinės (elgesio), kognityvinės (pažinimo), socialinio mokymosi. Žmogus, teigia B. F. Skinneris, gimęs yra tarsi balta lenta, kuri užsipildo veikiamą auklėjimo, mokymo ir mokymosi. Tam, kad išliktų, žmogus turi prisitaikyti prie aplinkos, o tai įmanoma tik mokantis [6].

Socialinio mokymosi teorijos kūrėjas psichologas A. Bandura teigia, kad žmogus ir aplinka veikia vienas kitą, o asmenybės bruozai ir sugebėjimas mąstyti (asmeniniai-pažintiniai veiksniai) yra aplinkos veiksnių ir reakcijos į juos jungianti grandis. Aplinkos veiksniai – tai ir atsitiktiniai įvykiai, ir aplinkinių žmonių elgesys, susijęs su reakcija į mūsų elgesį. Elgesys formuojamas stebint kitų elgesį bei pritaikant jį praktikoje [6, 12].

Slaugytojas turėtų sąmoningai suvokti, kad netinkamas elgesys hospitalinių infekcijų prevencijoje (aseptikos, antiseptikos nesilaikymas) ne tik lems jo nusizengimą privalomoms pareigoms (darbo) instrukcijoms, bet ir gali sutrikdyti paciento sveikatą. Savo tinkamu elgesiu slaugytojas formuos jaunesnių, tik pradedančių dirbti, kolegų elgesį (keisdamas savo elgesį, keiti ir aplinką). Kolegų teigiamas mūsų elgesio įvertinimas, vadovų pagyrimas, tinkamai dirbančio kolegos pavyzdinis elgesys – tai aplinkos veiksniai, galintys paskatinti ir mūsų pačių elgesio pokyčius (elgesio formavimas stebint ir pritaikant praktikoje).

Socialiniai psichologai siekia išsiaiškinti, kodėl žmonių veiksmai skiriasi nuo žodžių. Elgesį jie aiškina žmogaus nuos-



### Slaugos darbuotojų tobulinimosi ir specializacijos centro mokymų dalyvių dėmesiui

*Informuojame, kad pasikeitė SDTS centro Mokymo ir programų skyriaus Mokymo organizavimo poskyrio Kaune kontaktai.*

Nuo šiol dėl visų iškilusių klausimų su mokymo organizatore Kaune Jovita Malevičienė galite susisiekti:

**Pramonės pr. 38,  
LT-50347 Kaunas**

Tel. (8 37) 707 419  
El. pašto adresas:  
jovita.maleviciene@sdtsc.lt

atomis. Nuostatos apibrėžiamos kaip palanki ar nepalanki asmens ar įvykio vertinimo reakcija, kuri išreiškiama įsitikinimais, jausmais ar elgesiu [13]. Remdamiesi *apibendrinta nuostata* negalime tikėtis, kad pasakyti žodžiai atitiks veiksmus, ir tik *konkrečios nuostatos* leis numatyti elgesį. Tarkime, infekcijų prevencijai higienos normų laikymasis suprantamas kaip privalomas reikalavimas (apibendrinta nuostata), bet dar nereiškia, kad taip yra ir bus daroma. Tačiau atsakingumas, sąmoningumas, savikontrolė, kad higienos normų nepaisymas gali tiesiogiai lemti pacientų ir paties slaugytojo sveikatą (konkrečiai, leidžianti numatyti elgesį nuostata), didina tikimybę, kad bus laikomasi higienos normos reikalavimų.

Ketinimas keisti savo elgesį įvardijamas kaip vienas veiksnių, prognozuojantis elgesio pasikeitimą. Žmogus, pasirusęs keisti savo elgesį ir matydamas kitų elgesį kaip pavyzdį, suvokia, kad gali padaryti, ką planuoja, ir tai nulems jo elgesio pasikeitimą (remiantis Azjeno ir Fishbeino elgesio planavimo teorija). Kontrolės pojūtis (suvokiama kontrolė) dar labiau sustiprina elgesio pokyčio tikimybę [13, 14, 15].

Žmogaus tikėjimas savo galimybėmis pasiekti tikslą įvardijamas kaip dar vienas veiksnių, didinančių elgesio pasikeitimo galimybę. Tikėjimą labiau sustiprina ankstesnė turėta teigiama patirtis, kuri veikia nuostata, ketinimą keisti elgesį [16, 17].

Aprašytos teorijos gali padėti numatyti slaugytojo, vykdančio hospitalinių infekcijų prevenciją, elgesį. Slaugytojo teises, pareigas, kompetenciją ir atsakomybę apibrėžia medicinos norma. Kiekvienas slaugytojas suvokia, kad profesinė etika, pareiginės instrukcijos reikalauja iš jo atitinkamo elgesio. Tai galėtume apibrėžti kaip apibendrintą nuostata, kuri neleidžia prognozuoti tinkamo elgesio. Slaugytojo darbe būtini atsakomybė, kompetencija, profesionalumas, sąmoningumas, profesinis įsipareigojimas galėtų būti vertinami kaip konkreti, numatanti elgesį nuostata. Sąmoningumą, atsakomybę, kad netinkamas elgesys gali padaryti žalos pacientui, t. y. sugebėjimą numatyti savo veiksmų padarinius, galėtume vertinti kaip savikontrolę, kuri skatina tinkamą slaugytojo elgesį. Tačiau negalima atmesti ir aplinkos veiksnių įtakos slaugytojo elgesiui: bendradarbių, kolegų elgesį (tinkamą, netinkamą), vadovų požiūrį į tinkamą ir netinkamą elgesį bei jo galimus padarinius. Pozityvus vadovo, kolegų požiūris į atsakingą, profesionalų slaugytojo elgesį, tikėtina, padidintų teigiamos patirties veikiamą nuostata (pozityvus požiūris skatintų tinkamą elgseną). Teigiama patirtis, sustiprinanti slaugytojo nuostata, nulemtų tolesnį atsakingą slaugytojo požiūrį ir tinkamą profesinį elgesį.

#### Apibendrinimas

Nėra vieno veiksnio, lemiančio slaugytojo profesinę kompetenciją atitinkantį elgesį. Elgesio pokyčiams reikšmės turi nuostatos, socialinės normos, kontrolė (savo paties, aplinkinė), noras keisti elgesį, mokytis iš kitų ir tikėjimas savo galimybėmis. Slaugytojų sąmoningumas, netinkamo elgesio padarinių suvokimas turėtų skatinti tinkamą elgesį hospitalinių infekcijų prevencijoje.

#### Išvados

1. Tinkamas slaugytojo profesinis elgesys, susijęs su hospitalinių infekcijų prevencijos vykdymu, turi būti vertinamas kompleksiskai, nes nėra vieno jį lemiančio veiksnio.

2. Socialinio mokymosi teorijos požiūriu asmenybė, aplinka ir elgesys sąveikauja tarpusavyje, darydami įtaką vienas kitam. Tai leidžia daryti prielaidą, kad slaugytojai, vykdančios hospitalinių in-

fekcijų prevenciją, sugebėdami numatyti savo veiksmų padarinius (galimą paciento ir savo paties sveikatos sutrikdymą), gali keisti elgesį (ne tik žinoti, bet ir laikytis pareiginių instrukcijų) ir kurti palankią darbo aplinką (tinkamo elgesio pavyzdys kolegoms).

3. Remiantis elgesio planavimo teorija, slaugytojo atsakomybę, sąmoningumą, profesinį įsipareigojimą galima vertinti kaip nuostatas, skatinančias tinkamą profesinę elgseną, užtikrinančią hospitalinių infekcijų prevenciją.

#### Literatūra

1. Dėl hospitalinių infekcijų epidemiologinės priežiūros ir valdymo: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-1110. Valstybės žinios, 2008, p. 138–465.
2. Infekcijų valdymas sveikatos priežiūros įstaigose. Programų ir tezių knyga, 2013.
3. Infekcijų ir jų rizikos veiksnių paplitimo tyrimo ataskaitos. [Žiūrėta 2014-03-26.] Prieiga per internetą: [http://www.hi.lt/content/hsp\\_duom\\_atask.html](http://www.hi.lt/content/hsp_duom_atask.html)
4. Higienos instituto informacinis biuletenis Nr. 4, 2007. [Žiūrėta 2014-03-26.] Prieiga per internetą: [http://sena.sam.lt/repository/dokumentai/moksliniai%20straipsniai/B\\_2007\\_4.pdf5](http://sena.sam.lt/repository/dokumentai/moksliniai%20straipsniai/B_2007_4.pdf5).
5. Lietuvių kalbos žodynas, 2002. Prieiga per internetą: <http://www.lkz.lt/>
6. Lapė J., Navikas G. Psichologijos įvadas. Vilnius: Lietuvos teisės universiteto Leidybos centras, 2003.
7. Kardelis K. Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai. Kaunas: Judex, 2002.
8. Ševcovienė D., Treinys P. Slaugytojų profesinės kompetencijos turinio vertinimas.
9. Marreli A. F., Tondora J., Hoge M. A. Strategies for developing competency models. *Administration and Policy in Mental Health* 2005; 32 (5/6).
10. Taneja J., Bibbahi M. et al. Evaluation of knowledge and practice amongst nursing staff toward infection control measures in tertiary care hospital in India. *Can J Infect Control* 2009; 24 (2): 104–107.
11. Patarul K., Tan-Khum A. et al. Cross-sectional survey of hand-hygiene compliance and attitudes of health care workers and visitors in the intensive care units at King Chulalongkorn Memorial Hospital. *J Med Assoc Thai* 2005; 88 (4): 287–293.
12. Lekavičienė R., Vasiliauskaitė Z. ir kt. Bendravimo psichologija šiuolaikiškai. Vilnius: Alma littera, 2010.
13. Myers D. G. Socialinė psichologija. Kaunas: Poligrafija ir informatika, 2008.
14. Gaston Godin and Gerjo Kok. The Theory of Planned Behavior: A Review of Its Applications to Health-related Behaviors. *American Journal of Health Promotion* 1996; 11 (2).
15. Pessoa-Silva C. L., Posfay-Barbe K., Pfister R. et al. Attitudes and perceptions toward hand hygiene among healthcare workers caring for critically ill neonates. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2005 Mar; 26(3):305–311.
16. De Wandel D., Maes L., Labeau S. et al. Behavioral determinants of hand hygiene compliance in intensive care units. *Am J Crit Care.* 2010; 19(3):230–239.
17. De Vries H., Dijkstra M., Kuhlman P. Self-efficacy: the third factor besides attitude and subjective norm as a predictor of behavioural intentions. *Health Educ. Res.* 1988; 3 (3): 273–282.

## Slaugytojų, dirbančių pirminio lygio sveikatos priežiūros įstaigose, požiūrio į eutanaziją vertinimas

*Danguolė Šakalytė, Egidijus Gečiauskas, Inga Risakovaitė, Utenos kolegijos Medicinos fakultetas*

**Raktažodžiai:** slaugytojas, požiūris į eutanaziją, pirminis sveikatos priežiūros lygis.

#### SANTRAUKA

Sparčiai besivystantis medicinos mokslas įgalino pratęsti žmogaus mirimo procesą – mirtis tapo ištęsta, neretai ir skausminga agonija. Todėl pasaulyje vis dažniau kyla diskusijų eutanazijos tema.

**Tyrimo tikslas** – įvertinti slaugytojų, dirbančių pirminio lygio sveikatos priežiūros įstaigose, požiūrį į eutanaziją. Atliktas vienmomentinis tyrimas, kuriam pasirinkta anoniminė anketinė apklausa, vykdyta pirminės sveikatos priežiūros centro Šeimos medicinos klinikoje (toliau – PSPC) ir Palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninėje (toliau – Slaugos ligoninė).

Tyrimo rezultatai parodė, kad dauguma apklaustųjų nepritaria jokiai eutanazijos rūšiai. Slaugytojos, pritariančios eutanazijai ir laikančios ją oria mirtimi, linkusios sutikti su savanoriškos eutanazijos įteisinimu – šiai eutanazijos rūšiai pritarė po trečdali PSC ir Slaugos ligoninės slaugytojų. Nė viena iš apklaustųjų slaugytojų nemano, kad Lietuva pasirėngusi eutanazijos įteisinimui. Daugiau nei pusė apklausoje dalyvavusių slaugytojų nepritarė eutanazijos įteisinimui Lietuvoje. Dauguma nepritariančiųjų mano, kad eutanazija – savotiška žmogžudystė. Pritariančiųjų eutanazijai nuomone, tai nepagydomai sergančio žmogaus laisvė apsispręsti, ar jam toliau kentėti, ar oriai mirti. Pusė apklausoje dalyvavusių PSC slaugytojų ir keturi penktadaliai Slaugos ligoninės slaugytojų teigia, kad žmogaus gyvybė – tai biologinė būklė, kurią sukuria žmogus. Nors visos apklausoje dalyvavusios slaugytojos išpažįsta Romos katalikų tikėjimą, tačiau tik dešimtadalis jų yra aktyviai praktikuojančios katalikės. Didesnė dalis abiejų institucijų slaugytojų nesutiktų įvykdyti eutanazijos tiek artimam žmogui, tiek pacientui, jų manymu, tai atlikti turėtų specialiai paruošti darbuotojai.

#### ĮVADAS

Šiuolaikinis žmogus vengia mąstyti apie mirtį, nes šiuolaikinėje visuomenėje klesti jaunystės, gyvenimo patogumo kultas. Kai žmogus susiduria su kančia, su nepagydoma liga, kai tenka slaugyti vegetacinės būklės arba paskutinės stadijos vėžiu sergantį artimąjį, ne vienas pagalvoja apie gyvenimo beprasmiškumą.

Sparčiai besivystantis medicinos mokslas, reanimacinės priemonės, galinčios palaikyti žmogaus kvėpavimą ar priversti plakti sustojusią širdį ir atgaivinti kraujotaką, įgalino pratęsti žmogaus mirimo procesą – mirtis tapo ištęsta, neretai ir skausminga agonija. Todėl atsirado mirties pagreitinimo poreikis – eutanazijos tema diskusijos vyksta visose pasaulio šalyse, nepriklausomai nuo jose galiojančių įstatymų, vyraujančios religijos.

Kadangi užsienio šalyse apie eutanaziją pradėta kalbėti daug anksčiau nei pas mus, mokslinių tyrimų šia tema svetur

atlikta nepalyginti daugiau nei mūsų šalyje. Lietuvoje eutanazijos reikšmę įvairiais aspektais nagrinėjo dvasininkas profesorius A. Narbekovas (2002, 2008), D. Gailienė (1998). Duomenų bazėse *Medline*, *Medscape*, užsienio moksliniuose žurnaluose galima rasti įvairių šalių mokslininkų darbų eutanazijos tema. Olandijoje mokslininkai A. Bruchem-van de Scheuer, A. van der Arend, F. van Wijmen, H. Huijer Abu-Saad, R. Ter Meulen (2008) tyrė slaugytojų, dirbančių ligoninėse, slaugos namuose bei namų priežiūros organizacijose, pasiryžimą dalyvauti priimant sprendimą dėl eutanazijos atlikimo. Belgijoje slaugytojų požiūrį į eutanaziją ir jų vaidmenį eutanazijos atlikimo procese nagrinėjo A. Inghelbrecht, J. Bilsen, F. Mortier, L. Deliens (2009). Slaugytojų požiūris į eutanaziją ir jų religinių įsitikinimų ryšį tyrė Belgijos mokslininkai J. Gielen, V. Brander, B. Broeckaert bei rumunų mokslininkai V. Chirita, R. Chirita, L. Duica, G. Talau.

**Gyvybės reikšmės slaugoje interpretavimas: teoriniu aspektu**

*Kol yra gyvenimas, yra ir viltis.*

Ihara Saikaku

Kodėl šiandieninėje visuomenėje vis dažniau spekuliuojama gyvybe ir siūloma rinktis „dirbtinį“ gyvenimo nutraukimą?

Senovės graikai ir romėnai nesistengė bet kokia kaina saugoti gyvybę, todėl toleravo savizudybę išskirtiniais atvejais, nesant alternatyvos mirčiai. Stoikai ir epikūričiai leido pasirinkti mirtį asmeniui, kuriam neberūpėjo gyvenimas. XVI a. Tomas Moras „Utopijoje“ aprašė visuomenę, privalančią padėti palengvinti kančių ir nepakeliamo skausmo našta savo nariams. Krikščionybė paskleidė žmogaus šventos kilmės kultą ir uždraudė naikinti gyvybę, nes žmogaus gyvybė yra Dievo dovana, todėl ją reikia besąlygiškai gerbti. Niekas negali nuspręsti, kieno gyvybė prasminga, o kieno ne [11, 15].

IV a. pr. Kr. parašytoje Hipokrato priesaikoje yra tokie žodžiai: „Niekam, nors ir labiausiai prašytų, neduosiu mirtinų nuodų, taip pat panašių jų sumanymų patarimu neparemsiu. Be to, nė vienai moteriai neduosiu priemonės pradėtam gemalui ar vaisiui sunaikinti“ [8]. Taigi jau anuomet gydytojų pareiga buvo rūpintis ir saugoti žmogaus gyvybę, o ne ieškoti būdų, kaip numarinti dar negimusį arba sunkiai sergantį žmogų. 1997 m. atnaujintoje Hipokrato priesaikoje, kurią pasirašė 42 Lietuvos profesoriai habilituoti daktarai, taip pat teigiama: „...saugosiu žmogaus gyvybę ir jos neliečiamumą nuo pat pradėjimo iki natūralios mirties, gerbsiu jos orumą. Niekada neskirsiu ir neduosiu mirtinos vaistų dozės nei savo noru, nei kitų prašomas“ [7]. Akivaizdu, kad ir šiuolaikinio gydytojo, taip pat ir slaugytojo, pareiga lieka ta pati kaip ir Hipokrato laikų mediko – rūpintis žmogaus gyvybe nuo pat jos pradėjimo iki natūralios mirties.

Yra daugybė medicinos sričių, pvz.: intensyvioji terapija, kurių tikslas pirmiausia išsaugoti ir palaikyti žmogaus gyvybę, sie-

kiant ne pratęsti gyvybę, kiek tai įmanoma techniškai, bet leisti individui pratęsti savo gyvybę, kai jam tai atrodo prasminga. Medicina privalo pašalinti būtent tokias grėsmes, kurių nesunkiai galima išvengti ir kurios gali pakenkti žmogui pačiu gražiausiu gyvenimo tarpsniu. Todėl medicinos veiklos rūšys turi būti nukreiptos prieš ankstyvą, išvengiamą mirtį. Nors medicina visada pralaimi kovą su mirtimi, tačiau ji turi užtikrinti, kad mirtis būtų ori ir rami. Tai reiškia, kad reikalinga gera paliatyvioji slauga, dėrama mirstančių ligonių priežiūra ir pagalba miršančiajam [6]. Tačiau nebūtina skubėti legalizuoti eutanaziją tam, kad žmogus mirtų ramiai ir oriai, ir nereikia žodžių „pagalba miršančiajam“ suprasti kaip „pagalba greitai ir ramiai numirti“. Pastaraisiais metais stiprėja paliatyvioji slauga, ji taikoma ne tik paskutines dienas gyvenančiam senyvo amžiaus žmogui, bet ir vėžiu sergantiems vaikams. Kai sveikatos būklė pablogėja nepagydomai ir mirtinai, žmogus pradeda baigiamąjį savo žemiškojo gyvenimo tarpsnį. Prie skausmo ir fizinės kančios prisideda psichologinė ir dvasinė išsiskyrimo drama, kurią išreiškia ir ženklina mirtis. Taigi, mirtinai sergančiam žmogui labai reikia žmogiškos globos: gydytojai ir slaugytojai yra pašaukti šiomis aplinkybėmis įnešti savo kvalifikuotą ir nepakeičiamą indėlį. Svarbiausias slaugos tikslas – įvertinti paciento kasdienę veiklą ir ją pasirūpinti. Pagrindinės žmogaus kasdienės veiklos charakteristikos ir yra gyvybinės veiklos. Slauga traktuojama kaip parama ligoniams gyvybinių veiklų problemoms išspręsti ar išvengti, joms palengvinti ar prie jų prisitaikyti. N. Roper, W. Logan ir A. Tierney pateikia gyvenimo veiklos modelį (sutrumpintai – N. Roper modelis) [11, 10].

N. Roper gyvenimo modelyje išskiriami 5 pagrindiniai komponentai: gyvybinės veiklos, veiksniai, turintys įtakos gyvybinės veiklos, priklausomumo ir nepriklausomumo sąsajos koncepcija, gyvenimo progresija, gyvenimo individualumo koncepcija [10]. Slaugant sergantį pacientą, o ypač paliatyvų ligonį, kuris negali savimi pasirūpinti, gal net negali pasakyti, ko nori, būtina labai atidžiai stebėti paciento savijautą ir sveikatos būklę. N. Roper modelis numato 12 pagrindinių žmogaus gyvybinių procesų bei veiklos sferų (saugios aplinkos palaikymas, bendravimas, asmens higiena ir apranga, kvėpavimas, normalios kūno temperatūros palaikymas, valgymas ir gėrimas, tuštinimasis ir šlapinimasis, judėjimas (mobilumas), miegas, užimtumas (darbas ir žaidimai), lyties raiška ir mirimas), kuriais turi pasirūpinti slaugytojas. Kai žmogus yra labai senas, stipriai pasiligojęs arba neįgalus, paprastai tenka rūpintis visomis jo gyvybinėmis veiklomis. Gyvybinių veiklų įvertinimas yra labai svarbus sprendžiant slaugomų žmonių savarankiškumo problemas, aiškinantis problemiškausias veiklas. Silpnėjant šioms veikloms, didėja slaugomų pacientų priežiūros poreikis, kuris privalo būti patenkintas medicininiu, psichologiniu, socialiniu ir dvasiniu aspektais [10].

Nepagydomai sergančiam, miršančiam žmogui sunkiausia išverti bejėgiškumą, priklausomybę nuo kitų ir kęsti skausmą. Būtent nepakeliamu skausmu grindžiamas siekis įteisinti eutanaziją. Tačiau A. Narbekovo nuomone, organinis ir fizinis skausmas kontroliuojamas ir gali būti nuslopintas. Gydytojai turi nuslopinti skausmą, bet nežudyti to, kuris tą skausmą išgyvena. Net ir labai stiprus skausmas negali būti eutanazijos ar savižudybės priežastis [11].

Pacientams, pralaimėjusiems kovą su liga, stengiamasi ne kuo ilgiau pratęsti gyvenimą, bet padaryti jį kuo kokybiškesnį, kad netektų kęsti skausmo ir natūrali mirtis ateitų rami ir be kančios. Nors fizinio skausmo palengvinimas yra vienas svar-

biausių momentų, slaugant nepagydomus ir mirstančius ligonius, vien tik medikamentinis gydymas negali pakeisti slaugos bei asmeninio bendravimo, dvasinės pagalbos. Medikai turi išsąmoninti, kad tinkamas rūpinimasis miršančiaisiais yra dalis gydymo meno, kuris nėra matuojamas tuo, ar pacientas miršta, ar ne, bet kuriam svarbiausia, kaip pacientas miršta [11].

Vyraujant tendencijai vertinti gyvenimą tik tiek, kiek malonumų ir gėrybių jis atneša, kentėjimas atrodo esąs nepakeliamas kliuvynys, nuo kurio būtina bet kokia kaina išsivaduoti. Mirtis laikoma „beprasmiška“, jei ji staiga nutraukia gyvenimą, dar besiveriantį naujų išgyvenimų kupinai ateičiai. Tačiau ji tampa „teisėtu išlaisvinimu“, kai gyvenimas, pripildytas skausmo ir neišvengiamai pasmerktas dar didesnėms kančioms, nustojamas laikyti prasmingu. Negana to, kai kurie žmonės mano turintys teisę reikalauti, kad visuomenė garantuotų būdus ir priemones visiškai autonomiškai nuspręsti, ką daryti su savo gyvenimu.

Mirties paslaptis negali nejaudinti ne tik tikinčiojo, bet ir sąžiningo, mąstančio žmogaus, pasirinkusio agnostiko, pozityvisto, ateisto poziciją [4].

Vadovaujantis literatūros analize teigtina, kad eutanazija skirstoma į aktyviąją ir pasyviąją, savanorišką ir nesavanorišką, tačiau neretai sunku įžvelgti jas skiriančią ribą. Lietuvoje įteisintą gydymo netaikymą dažnas žmogus gali palaikyti pasyvia eutanazija, nors jokia eutanazijos rūšis mūsų šalyje neįteisinta. Visada buvo ir bus žmonių, pritariančių ir nepritariančių eutanazijai. Kiekvienos pozicijos šalininkai bando argumentuoti eutanazijos reikalingumą ar jos žala.

#### Tyrimo medžiaga ir metodai

**Tyrimo charakteristika.** Vienmomentinis anketinis tyrimas atliktas 2013 m. spalį. Apklausa vykdyta X pirminės sveikatos priežiūros centro Šeimos medicinos klinikoje (toliau – PSPC) ir X Palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninėje (toliau – Slaugos ligoninė). Tyrimu siekta išsiaiškinti slaugytojų poziciją eutanazijos vertinimo atžvilgiu, nustatyti pritarimą arba nepritarimą eutanazijos įteisinimui pagal darbo vietą, išnagrinėti slaugytojų požiūrį į gyvybę bei pasiryžimą dėl paciento eutanazijos pagal religinius įsitikinimus ir teisinį reglamentavimą bei palyginti PSPC ir Slaugos ligoninės slaugytojų nuomones. Tam, kad būtų užtikrinti etikos principai, įstaigų vadovams buvo įteiktas prašymas dėl planuojamo tyrimo leidimo. Įstaigų pavadinimai neskelbiami, siekiant išvengti neteisingų interpretacijų, bandant susieti konkrečioje įstaigoje dirbančių darbuotojų asmeninį požiūrį su profesine veikla. Anketoms taikytas konfidencialumo principas – slaugytojai buvo perspėti, kad nei vardo, nei pavardės rašyti nereikia.

**Tyrimo kontingentas.** Imties dydis prieš apklausą  $n=34$ , po apklausos –  $n=26$ . Respondentai atrinkti parankios netikimybinės atrankos būdu, t. y. apklausti tie, kurie apklausos vykdymo metu dirbo PSPC ir Slaugos ligoninėje bei sutiko dalyvauti tyrime. Apklausoje rezultatai taikomi tik tyrime dalyvavusiems respondentams, o ne visai populiacijai. Tiriamieji atitinka šiuos kriterijus: dirba PSPC ir Slaugos ligoninėje; turi galiojančią bendruomenės ar bendrosios praktikos slaugytojo licenciją; sutiko dalyvauti tyrime ir užpildė „Tiriamąjo asmens sutikimo formą“. Neįtraukimo kriterijai: nesutikę dalyvauti ir nepasirašę sutikimo.

PSPC ir Slaugos ligoninėje dirba po 17 slaugytojų. PSPC iš 17 slaugytojų apklausoje sutiko dalyvauti 15 (88,2 %),

Slaugos ligoninėje iš visų dirbančių 17 slaugytojų į anketos klausimus atsakė 12 (70,6 %). Viena PSPC dirbanti slaugytoja anketą užpildė neteisingai, todėl ši anketa duomenų apdorojimui netiko.

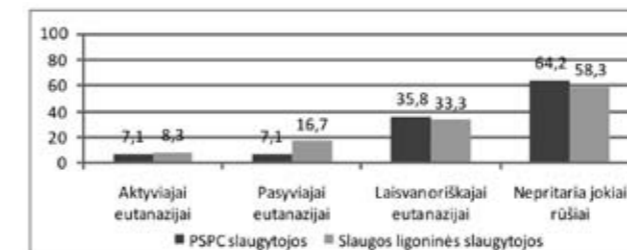
**Respondentų charakteristika.** Lytiškumo aspektu respondentų imtis homogeniška, nes tyrime dalyvavo tik moterys. Pagal amžių PSPC daugiausiai slaugytojų priklauso amžiaus grupei nuo 31 iki 40 metų (42,9 %), Slaugos ligoninėje – nuo 41 iki 50 metų (%).

**Tyrimo priemonė.** Tyrimui pasirinkta anoniminė anketinė apklausa. Klausimynas sudarytas iš 18 klausimų. Klausimai suskirstyti į 4 blokus: 1–4 klausimai apibrėžia slaugytojų poziciją eutanazijos vertinimo atžvilgiu; 5–7 klausimai pateikti nustatyti respondentų pritarimą arba nepritarimą eutanazijos įteisinimui; 8–13 klausimai skirti išnagrinėti slaugytojų požiūrį į gyvybę ir pasiryžimą dėl paciento eutanazijos; 14–18 klausimai skirti slaugytojų charakteristikai nustatyti.

**Duomenų apdoravimo metodas.** Teisingai užpildytos anketos buvo išanalizuotos ir gauti duomenys apdoroti MS Office Excel 2007 programa. Atsakymai pateikiami procentine išraiška. Gauti rezultatai lyginami tarpusavyje ir su kitų autorių atliktais analogiškais tyrimų rezultatais.

#### Rezultatai ir jų apatarimas

**Slaugytojų pozicija eutanazijos vertinimo atžvilgiu.** 64,2 % PSPC slaugytojų ir 58,3 % Slaugos ligoninės slaugytojų nepritaria jokiai eutanazijos rūšiai (žr. 1 pav.). Savanoriškai eutanazijai pritaria 35,8 % PSPC ir 33,3 % Slaugos ligoninės slaugytojų.



1 pav. Pritarimas arba nepritarimas eutanazijai pagal rūšį (%)

D. Zibalaitė 2011 m. apklausė X ligoninės Terapijos ir Chirurgijos klinikų slaugytojas [14]. Beveik pusė Terapijos klinikos (48,9 %) ir beveik trečdalis Chirurgijos klinikos slaugytojų (28,9 %) pritarė visoms eutanazijos rūšims, o straipsnio autorių atlikto tyrimo metu nei PSPC, nei Slaugos ligoninės slaugytojos nepažymėjo atsakymo, jog pritaria „visoms rūšims“. Gali būti, kad Terapijos ir Chirurgijos klinikų slaugytojos, pritariančios visoms eutanazijos rūšims, savo pasirinkimą grindžia tuo, kad tik būtų nutrauktos nepagydomai sergančio žmogaus kančios ar jo beprasmiškas egzistavimas, o ligonio artimieji būtų išlaisvinti iš nuolatinės priklausomybės nuo sergančiojo. PSPC ir Slaugos ligoninės slaugytojų pasirinkimą galėjo lemti jų požiūris į autonomijos principą, kuris teigia, kad privaloma gerbti žmogaus apsisprendimo teisę, nes dauguma pritariančių eutanazijai slaugytojų, pritarė savanoriškos eutanazijos įteisinimui.

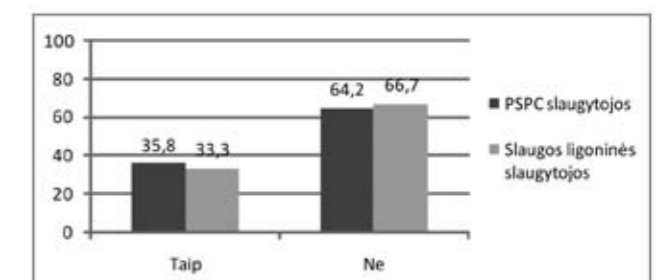
Nors ne vienas respondentas teigė pritariąs vienai ar kitai eutanazijos rūšiai, tačiau neatsirado nė vieno manančio, kad Lietuva pasirengusi eutanazijos įteisinimui. Pusė PSPC slaugytojų tvirtino, kad Lietuva nepasirengusi eutanazijos įteisinimui (50 %), kita pusė atsakė, kad nežino (50 %). Slaugos ligo-

ninės slaugytojos buvo kategoriškesnės, nes 83,3 % jų atsakė, kad Lietuva nepasirengusi legalizuoti eutanazijos, 16,7 % buvo neapsisprendusios ir atsakė, kad nežino. Darytina prielaida, kad tokį slaugytojų požiūrį lemia nepasitikėjimas ir baimė, kad Lietuvoje įteisinus eutanaziją gali pasitaikyti pikt-naudžiavimo atvejų, kad suinteresuoti asmenys gali „apeiti“ įstatymus ir taip numarinti „nepatogius“ ligonius, siekdami naudoti sau. Gali būti, kad Slaugos ligoninės slaugytojos, slaugančios sunkiai sergančius pacientus, bendraudamos su jų artimaisiais, mato jų nenorą pasiduoti, todėl mano, kad Lietuva nėra pasirengusi eutanazijos įteisinimui.

Kai Seimo narys A. Burba 2012 m. kovo mėnesį pateikė Eutanazijos įstatymo projektą, kilo įvairių diskusijų. Profesoriaus D. Pavalkio nuomone, Lietuva eutanazijai nepribrendusi, nes ne tik nesuformuluoti gydymo vertinimo ir kokybės kontrolės rodikliai, bet ir mūsų visuomenės branda neleidžia net ir svajoti apie eutanazijos įteisinimą [2, 13].

Daugumos abiejų institucijų slaugytojų nuomone, dėl eutanazijos įteisinimo turėtų nuspręsti visuomenė (PSPC slaugytojos – 92,9 %, Slaugos ligoninės slaugytojos – 58,3 %). Dalis slaugytojų, nepritariančių eutanazijos įteisinimui, pasirinko atsakymą „kita“ ir savo pasirinkimą argumentavo tuo, kad nemano, jog tai galėtų nuspręsti bet kuri visuomenės grupė. Apibendrinus rezultatus paaiškėjo, kad dauguma abiejų institucijų slaugytojų nepritaria eutanazijos įteisinimui ir visos mano, kad Lietuva eutanazijos legalizavimui nepasiruošusi. Didžioji dauguma pritariančiųjų eutanazijai sutiktų su savanoriškos eutanazijos įteisinimu. Beveik visos PSPC slaugytojos ir daugiau nei pusė Slaugos ligoninės slaugytojų mano, kad dėl eutanazijos įteisinimo turėtų nuspręsti visuomenė. Kad šį sprendimą priimtų politikai, sutiktų tik maža dalis apklaustų Slaugos ligoninės slaugytojų.

**PSPC ir Slaugos ligoninės slaugytojų požiūris į eutanazijos įteisinimą.** Lietuvoje pacientai turi teisę atsisakyti gydymo, o eutanazijos ar savižudybės su pagalba sąvokos Lietuvos teisės aktuose nėra vartojamos. Išanalizavus tyrimo rezultatus paaiškėjo, kad dauguma apklaustų PSPC ir Slaugos ligoninės slaugytojų (atitinkamai 64,2 ir 66,7 %) nepritaria eutanazijos įteisinimui Lietuvoje. Pritarimą išreiškė 35,8 % PSPC ir 33,3 % Slaugos ligoninės slaugytojų (žr. 2 pav.).



2 pav. Pritaria ar nepritaria eutanazijos įteisinimui Lietuvoje (%)

Slaugytojų buvo paprašyta pagrįsti savo pritarimą arba nepritarimą eutanazijos įteisinimui Lietuvoje. Slaugytojomis reikėjo pasirinkti vieną iš 5 pateiktų variantų (nepagydomai sergančio žmogaus laisvė apsispręsti, ar jam toliau kentėti, ar oriai mirti; ori mirtis yra geriau nei egzistencija vaistų pagalba; beviltiškai sergantis ligonis tampa našta sau ir artimiesiems; asmuo miršta ramiai ir oriai; yra atvejų, kai vaistai jau nebegali



padėti, o tik atitolina mirtį). Abiejų institucijų slaugytojos savo pritarimą eutanazijos legalizavimui argumentavo tuo, kad tai nepagydomai sergančio žmogaus laisvė apsispręsti, ar jam toliau kentėti, ar oriai mirti.

Apibendrinant galima teigti, kad nors nė viena apklausoje dalyvavusi slaugytoja nemano, kad Lietuva pasirengusi eutanazijos legalizavimui, tačiau po trečdali abiejų institucijų slaugytojų pritarę eutanazijos įteisinimui Lietuvoje, nes, jų nuomone, žmogus turi turėti laisvę apsispręsti, ar jam kentėti, ar oriai mirti. Tačiau dauguma respondentų nesutiktų su eutanazijos įteisinimu, ir nors Slaugos ligoninės slaugytojos slaugo sunkiai, dažnai ir nepagydomai sergančius ligonius, tyrimo rezultatai parodė, kad tai neturėjo įtakos slaugytojoms pritari eutanazijos įteisinimui. Tikėtina, kad tokia pozicija priklauso nuo pasaulėžiūros, įsitikinimų ir baimės, kad įteisinus mūsų šalyje eutanaziją, atsiras bandančių šį įstatymą panaudoti neetiškai.

**Slaugytojų požiūris į gyvybę ir pasiryžimą dėl paciento eutanazijos pagal religinius įsitikinimus ir teisinį reglamentavimą.** Krikščioniškas požiūris nepripažįsta jokios eutanazijos rūšies: nei aktyvios, nei pasyvios. Siekiant išsiaiškinti respondentų religinius įsitikinimus, buvo užduotas klausimas apie religiją. Visos tyrimo dalyvavusios slaugytojos save priskiria prie Katalikų bažnyčios, tačiau dauguma jų nėra aktyviai praktikuojančios katalikės. Rumunijoje V. Chirita, R. Chirita ir kt. 2009 m. atliko tyrimą ir padarė išvadą, kad požiūris į eutanaziją priklauso nuo moralinių ir religinių įsitikinimų. Krikščionybė, judaizmas, islamas, budizmas smerkia aktyvią eutanaziją bei savižudybę su pagalba, tačiau atlaidžiau žiūri į pasyvią eutanaziją [3]. Belgijos mokslininkų J. Gielen, V. Branden ir B. Broeckkaert tais pačiais metais atliktas tyrimas taip pat patvirtino religijos įtaką slaugytojų požiūriui į eutanaziją [5].

Respondentams buvo užduotas klausimas: *Kodėl, Jūsų nuomone, yra svarbi žmogaus gyvybė?* 57,1 % PSPC ir 83,3 % Slaugos ligoninės slaugytojų atsakė: *Todėl, kad tai biologinė būklė, kurią sukuria žmogus, t. y. prasideda vaisiui užsimezgas ir baigiasi mirtimi.* 42,9 % PSPC ir 16,7 % Slaugos ligoninės slaugytojų atsakė: *Todėl, kad tai Dievo duota ir žmonių išaukštinta besąlygiška vertybė.*

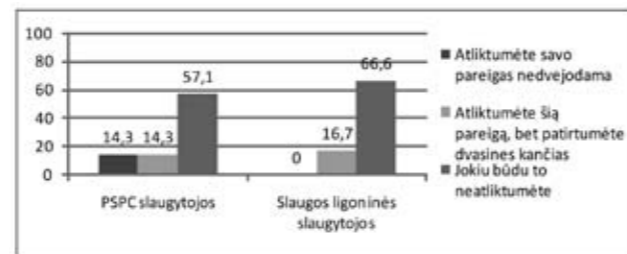
Kadangi visos apklausoje dalyvavusios slaugytojos save priskiria prie Katalikų bažnyčios ir nė viena nepažymėjo, kad pripažįsta kitą religiją arba yra ateistė, darytina prielaida, kad jų požiūriui į žmogaus gyvybę turi įtakos krikščioniškos nuostatos. Viena slaugytoja, laikanti save praktikuojančia katalike, pasirinko atsakymą: *Žmogaus gyvybė svarbi todėl, kad tai biologinė būklė, kurią sukuria žmogus.* O 5 slaugytojos, kurios priskiria save prie Katalikų bažnyčios, tačiau nėra aktyvios katalikės, teigia, kad žmogaus gyvybė yra duota Dievo. Todėl tvirtinti, kad požiūris į gyvybę yra vienareikšmiškai susijęs su religija, negalima.

Pildydamos anketą, slaugytojos turėjo atsakyti, ar sutiktų, kad eutanazija būtų atlikta artimam žmogui. Atsakymai pasiskirstė taip: daugiau nei pusė tiek PSPC (57,2 %), tiek Slaugos ligoninės (58,3 %) slaugytojų nesiryžtų sutikti, kad artimam žmogui būtų atlikta eutanazija. 21,4 % PSPC ir 16,7 % Slaugos ligoninės slaugytojų sutiktų, kad eutanazijos pagalba artimas žmogus būtų išlaisvintas iš kančių, o neapsisprendusios dėl šio žingsnio atitinkamai buvo 21,4 ir 25 % apklaustųjų. Abiejų institucijų slaugytojų priskiriančių save prie Katalikų bažnyčios, tačiau aktyviai nepraktikuojančių, atsakymai buvo įvairūs. Vienos teigė, kad sutiktų, jog eutanazija būtų atlikta

artimam žmogui, kitos nesutiktų. Dar kitos atsakė, kad nežino. Visos apklausoje dalyvavusios slaugytojos, laikančios save praktikuojančiomis katalikėmis, nesutiktų, kad artimam žmogui būtų atlikta eutanazija. Slaugytojos, argumentuodamos savo atsakymus, teigė: *sutiktų tuo atveju, jei tas žmogus būdamas sąmoningas sutiko dėl eutanazijos atlikimo*; kad eutanazija būtų atlikta tėvams, sutiktų, kad vaikams – ne. Slaugytojos, kurios pažymėjo atsakymą „ne“ argumentavo tuo, kad tai yra žmogūdystė; tai turi nuspręsti pats žmogus, jei dar sąmoningas. Slaugytojų, nežinančių, kaip pasielgtų šioje situacijoje, argumentai buvo tokie: *dar neteko susidurti; manau, tai to artimo žmogaus apsisprendimas; tai priklausytų nuo artimojo būklės, diagnozės; sutikčiau tik dėl pasyvios eutanazijos.*

Olandijoje 2008 m. A. Bruchem-van de Scheuer, A. van der Arend ir kt. atliko tyrimą, kurio metu buvo apklaustos slaugytojos, dirbančios ligoninėse, slaugos namuose bei namų priežiūros organizacijose. Tyrimo rezultatai parodė, kad mažiau nei pusė (45 %) apklaustųjų norėtų dalyvauti komisijoje, kurioje nagrinėjamas eutanazijos atlikimas, daugiau nei pusė (58,2 %) norėtų, kad gydytojai su jomis konsultuotųsi dėl eutanazijos atlikimo. 54,1 % slaugytojų mano, kad eutanazijos atlikimas neturėtų būti slaugytojų užduotis [1].

Straipsnio autoriai tyrimo metu uždavė klausimą: *Jei eutanazija būtų įteisinta ir Jūsų profesinis statusas bei darbo reglamentavimas leistų įvykdyti eutanazijos aktą pacientui, Jūs... Slaugytojų atsakymai pateikti 3 paveiksle.*



3 pav. Galimybė vykdyti eutanaziją (%)

14,3 % PSPC ir 16,7 % Slaugos ligoninės slaugytojų netiko nė vienas iš 3 pateiktų atsakymų variantų, todėl jos savo nuomonę išrašė: *niekas negali suteikti teisės atimti žmogui gyvybę; savo pareigas galėčiau atlikti tik taikant pasyvią eutanaziją; manau, kad tai atlikti turėtų specialiai tam paruošti darbuotojai; nežinau.* Gyvenimo kokybės vertinimas – labai asmenišką dalyką. Vienam gyvenimas atrodo nepakeliamas ir beprasmis, o kitam tokia pat situacija gali pasirodyti neverta mirties. Štai Nyderlanduose apklausus 410 medikų paaiškėjo, kad kasmet apie 400 pagyvenusių žmonių prašo eutanazijos, nes jie jaučiasi „pavargę nuo gyvenimo“. 3 % apklaustųjų pripažino, kad padeda savo pacientams susižudyti [12].

Apibendrinus tyrimo metu gautus slaugytojų atsakymus į klausimą – *kurioje iš išvardintų situacijų, Jūsų nuomone, mirtis būtų geriausia išeitis pacientui ir jam turėtų būti atlikta eutanazija, nesistengiant dirbtinai išsaugoti gyvybės?* – paaiškėjo, kad nė viena slaugytoja nemano, jog eutanaziją galima atlikti *seniems ligotiems žmonėms, nenorintiems būti našta artimiesiems ir kai to prašo nepagydomai sergančio paciento artimieji ekonominiams sumetimais.* Kai kurios slaugytojos, nepritariančios eutanazijos įteisinimui, pateikė savo argumentus: *nepriklausomai nuo mūsų norų žmogus gimsta, todėl turi pats ir numirti; nepritariu; nėra*

*tokios situacijos; kitas žmogus negali nuspręsti; tai Aukščiausiojo valia.*

E. Ingelbrecht, J. Bilsen ir kt. 2009 m. tyrė Belgijos slaugytojų požiūrį į eutanaziją. 92 % apklaustųjų pritarę, kad eutanazija būtų atlikta nepagydomai sergantiems ir skausmus kenčiantiems pacientams, 57 % respondentų teigė, kad sutiktų, jog eutanazija būtų atlikta nesąmoningiems, negalintiems priimti sprendimo pacientams, jeigu jie kenčia nepakeliamus skausmus. 90 % slaugytojų norėtų dalyvauti priimant sprendimus dėl eutanazijos taikymo pacientams, suleisti mirtiną injekciją sutiktų 43 % apklaustųjų slaugytojų [9].

Šio straipsnio autorių atliktas tyrimas atskleidė, kad daugumos PSPC ir Slaugos ligoninės slaugytojų nuomone, eutanaziją turėtų atlikti specialiai tam paruošti darbuotojai (atitinkamai 57,1 ir 66,6 %). Dėl eutanazijos skyrimo nuspręsti turėtų kompetentinga komisija, kurią galėtų sudaryti pacientą gydę gydytojai, jį slaukę slaugytojai, teisininkas. Jei pacientas bendravo su psichologais, jie taip pat turėtų dalyvauti sprendžiant dėl eutanazijos atlikimo. Darytina išvada, kad toks slaugytojų pasirinkimas rodo atsakingą požiūrį į eutanazijos vykdymą. Tik maža dalis apklausoje dalyvavusių PSPC slaugytojų (7,1 %) mano, kad eutanaziją galėtų atlikti tiek slaugytojai, tiek gydytojai, tačiau nė viena nepasirinko atsakymo, kad tai galėtų padaryti artimieji. Slaugos ligoninės slaugytojų nuomone priešinga – nė viena apklausoje dalyvavusi slaugytoja nepažymėjo, kad tai galėtų būti slaugytojų ar gydytojų kompetencija, tačiau sutiktų, kad eutanaziją galėtų atlikti artimieji.

Apibendrinant galima teigti, kad slaugytojų požiūris į eutanaziją daugiau lemia pasaulėžiūra bei įsitikinimai nei teisinis reglamentavimas. Dauguma tiek PSPC, tiek Slaugos ligoninės slaugytojų nesiryžtų, kad eutanazija būtų atlikta artimam žmogui, taip pat, jų nuomone, eutanazija neturėtų būti taikoma ligotiems žmonėms, nenorintiems būti našta artimiesiems arba dėl ekonominių sumetimų. Daugumos respondentų įsitikinimu, eutanaziją turėtų atlikti specialiai tam paruošti darbuotojai.

## IŠVADOS

1. Dauguma PSPC ir Slaugos ligoninės slaugytojų nepritaria jokiai eutanazijos rūšiai, nes, jų nuomone, tai žmogūdystė. Pritariančios eutanazijai ir laikančios ją oriai mirtimi slaugytojos linkusios sutikti su savanoriškos eutanazijos įteisinimu – šiai eutanazijos rūšiai pritarę po trečdali PSPC ir Slaugos ligoninės slaugytojų. Nė viena iš apklaustųjų slaugytojų nemano, kad Lietuva yra pasirengusi eutanazijos įteisinimui.

2. Daugiau nei pusė apklausoje dalyvavusių PSPC ir Slaugos ligoninės slaugytojų nepritartų eutanazijos įteisinimui Lietuvoje, nes mano, kad eutanazija – tai savotiška žmogūdystė. Pritariančiųjų eutanazijai nuomone, tai yra nepagydomai sergančio žmogaus laisvė apsispręsti, ar jam ir toliau kentėti, ar oriai mirti.

3. Nors visos apklausoje dalyvavusios slaugytojos išpažįta Romos katalikų tikėjimą ir dešimtadalis jų yra aktyviai praktikuojančios katalikės, pusė PSPC apklausoje dalyvavusių slaugytojų ir keturi penktadaliai Slaugos ligoninės slaugytojų teigia, kad žmogaus gyvybė – tai biologinė būklė, kurią sukuria žmogus, t. y. prasideda vaisiui užsimezgas, ir kuri baigiasi mirtimi. Tačiau didesnė dalis abiejų institucijų slaugytojų nesutiktų įvykdyti eutanazijos tiek artimam žmogui, tiek ir pacientui, net jei tai joms leistų teisinė bazė ir profesinis statusas.

4. Palyginus PSPC ir Slaugos ligoninės slaugytojų nuomones paaiškėjo, kad dauguma abiejų institucijų slaugytojų nepritartų eutanazijos legalizavimui Lietuvoje. Tiek PSPC, tiek Slaugos ligoninės slaugytojų požiūris į eutanaziją daugiau lemia pasaulėžiūra bei įsitikinimai nei teisinis reglamentavimas, nes tik maža dalis jų sutiktų vykdyti eutanaziją, jei tai joms leistų teisinė bazė ir profesinis statusas.

## LITERATŪRA

- Bruchem-van de Scheuer A., van der Arend A., van Wijmen F., Huijter Abu-Saad H., Ter Meulen R. (2008). Dutch Nurses' Attitudes Towards Euthanasia and Physician-Assisted Suicide. *Nurs Ethics* 2008; 15:2:186–198.
- Burba A. Eutanazijos įstatymo projektas. Lietuvos Respublikos Seimas, 2012 [cit. 2013-10-02]. Prieiga per internetą: [http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc\\_l?p\\_id=419180&p\\_query=&p\\_tr2=2](http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=419180&p_query=&p_tr2=2)
- Chirita V., Chirita R., Duica L., Talau G. (2009). Euthanasia/assisted suicide. Ethical and socioreligious aspects. *Revista medic – chirurgicala a Societatii de Medici si Naturalisti din Lasi* 2009;113(3):663–666.
- Gailienė D. Jie neturėjo mirti. Savižudybės Lietuvoje. Vilnius: Tyto alba, 1998.
- Gielen J., Branden V., Broeckkaert B. (2009) Religion and Nurses' Attitudes To Euthanasia and Physician Assisted Suicide. *Nurs Ethics* 2009;16:3:303–318.
- Have H. A. M., Meulen R. H. J., Leeuwen E. Medicos etika. Vilnius: Charibdė, 2003.
- Hipokrato priesaika (atnaujinta 1997 m.) [cit.2013-10-17]. Hipokrato puslapis, prieiga per internetą: <http://library.kmu.lt/sveikata/pagalb/hipokrat.htm>.
- Hipokrato priesaika [cit. 2013-12-28]. Lietuvos bioetikos komitetas, prieiga per internetą: <http://bioetika.sam.lt/index.php?-624047304>.
- Inghelbrecht E., Bilsen J., Mortier F., Deliens L. (2009). Attitudes of nurses towards euthanasia and towards their role in euthanasia: a nationwide study in Flanders, Belgium. *International journal of nursing studies*, 2009; 46 (9):1209–1218.
- Kalibatienė D. Slaugos standartai. Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla, 2004.
- Narbekovas A., Meilius K. Paliatyvus gydymas – alternatyva eutanazijai. *Sveikatos mokslai*, 2002, Nr. 5 [cit. 2013-10-18].
- Rurup M. L., Muller M. T., Onwuteaka-Philipsed B. D. ir kt. Requests for euthanasia or physician – assisted suicide from older persons who do not have a severe disease: an interview study. *Psychological medicine*. 2005; 35 (5):665–671.
- Pavalkis D. Lietuva eutanazijai nepribrendusi. [cit.2013-10-05]. Lietuvos vidaus reikalų sistemos respublikinė profesinė sąjunga, prieiga per internetą: <http://www.vrps.lt/naujienos/siandien-spaudoje/ivairyenybes/2086-prof-dpa-valkis-lietuva-eutanazijai-nepribrendusi>
- Zibalaitė D. Terapijos ir chirurgijos profilio slaugytojų požiūris į eutanaziją vertinimas. Baigiamasis darbas, Utenos kolegija, 2012.
- Žagunytė L. Eutanazija. Argumentai už ir prieš. Teisinės minties šventė 2005. Vilnius: Mykolo Romerio universiteto Leidybos centras, 2005, p. 199–205.

# Įkalintųjų burnos sveikatos vertinimas

*Jurgita Andriulienė, Šiaulių valstybinės kolegijos Sveikatos priežiūros fakultetas*

## Santrauka

Straipsnyje analizuojama įkalintųjų burnos sveikata. Tyrimo imtį sudarė 420 Šiaulių tardymo izoliatoriaus įkalintųjų ir 28 Šiaulių tardymo izoliatoriaus nuteistieji. Atlikta anketinė apklausa ir klinikinis burnos tyrimas, gavus ŠTI direktoriaus leidimą. Nustatyta, kad pagrindinės įkalintųjų burnos higienos priemonės – dantų šepetėlis ir dantų pasta „Colgate“. Beveik pusė įkalintųjų naudoja dantų krapštukus ir nė vienas nenaudoja tarpdančių šepetėlio. Savo mitybą įkalintieji apibūdina kaip nevisavertę ir nesubalansuotą. Tik ketvirtadalis įkalintųjų yra patenkinti suteiktomis odontologinėmis paslaugomis. Dauguma įkalintųjų gydytoją odontologą vertina blogai ir vidutiniškai. Karieso paplitimas tarp ŠTI nuteistųjų yra 96,4 %, karieso intensyvumas labai aukštas – 9,92. Visiems nuteistiesiems nustatyta bloga burnos higiena ir profesionalios burnos higienos poreikis. Beveik visiems nuteistiesiems reikalingas dantų gydymas, vidutiniškai vienam nuteistajam tenka 4,16 karieso pažeisto danties. Daugiau nei pusei nuteistųjų reikalingas dantų protezavimas, vidutiniškai vienam nuteistajam tenka 2,57 išrauto danties. Ketvirtadaliui nuteistųjų reikalingas pilnas periodontologinis tyrimas ir gydymas.

**Raktažodžiai:** įkalintieji, Šiaulių tardymo izoliatorius, burnos higiena, mitybos ypatumai, burnos sveikatos būklė, odontologinė priežiūra (pagalba).

## Įvadas

**Temos aktualumas.** Įkalintieji asmenys yra tos pačios visuomenės dalis, tik laikinai izoliuoti. Į įkalinimo įstaigas jie atsineša tas pačias sveikatos problemas, kurios šiandien egzistuoja ir visuomenėje. Į įkalinimo įstaigas dažnai patenka asmenys, gaunantys mažas pajamas, žemos socialinės ir ekonominės padėties, gyvenę prastomis sąlygomis, linkę į žalingus įpročius, asocialaus elgesio, turintys kitokių negalavimų bei problemų. Į įkalinimo įstaigas patenkantys asmenys dažnai turi sveikatos problemų, apie kurias patys net nežino, o jei ir žino, tai laisvėje jų nesprenžia ar negali išspręsti. Nereikia užmiršti – įkalintieji ir nuteistieji yra mūsų visuomenės dalis. Jie į įkalinimo įstaigas pateko iš mūsų tarpo ir į jį sugrįš (Kasperūnas, 2002).

Lietuvoje tyrimų apie įkalintųjų burnos sveikatos būklę nėra. Užsienio tyrimų rezultatai atskleidė, kad įkalintųjų burnos sveikatos būklė yra daug blogesnė nei kitų gyventojų. Remiantis PSO kalėjimo sveikatos vadovu „Sveikata kalėjimuose“ (*Health in prison*, 2006), įkalintųjų burnos sveikata yra 4 kartus blogesnė nei bendroje populiacijoje. Daugumai kalinių, tik patekusių į įkalinimo įstaigas, yra reikalinga skubi odontologo pagalba (Bose, Jenner, 2006).

Užsienio šalyse atlikti įkalintųjų burnos sveikatos tyrimai atskleidžia kalinių odontologinės priežiūros būtinybę. T. Fawcett (2011) išskiria du pagrindinius aspektus, kuriuos turi vykdyti įkalinimo įstaigų darbuotojai: suteikti kokybišką dantų gydymą, kurio šiuo metu įkalintiesiems reikia, ir mažinti įkalintųjų burnos ligų paplitimą. Tai įgyvendinti galima tik prevencijos būdu, suteikiant įkalintiesiems daugiau žinių apie sveiką gyvenseną ir burnos priežiūrą (Kanskaja, 2002).

**Tyrimo probleminiai klausimai:** Ar įkalintiesiems teikiama tokia pat odontologinė priežiūra (pagalba), kaip ir laisvėje esantiems asmenims? Ar įkalintieji rūpinasi savo burnos sveikata? Kokios priežastys lemia nepakankamą įkalintųjų rūpinimąsi burnos sveikata? Ar įkalintieji turi žinių apie burnos priežiūrą ir sveiką gyvenseną? Ar iš tiesų kalėjimo odontologai dantų negydo, o tik rauna? Ar įkalinimo įstaigose vykdoma odontologinių ligų prevencija?

**Tyrimo tikslas.** Įvertinti įkalintųjų burnos sveikatą.

## Tyrimo uždaviniai:

1. Apžvelgti mokslinę literatūrą, medicininius, statistinius ir kitus dokumentus apie įkalintųjų odontologinę priežiūrą (pagalbą) ir burnos sveikatą.
2. Remiantis anketine apklausa, apibūdinti įkalintųjų burnos priežiūrą.
3. Nustatyti įkalintųjų mitybos ypatumus.
4. Išanalizuoti įkalintųjų nuomones apie odontologinę priežiūrą (pagalbą) įkalinimo įstaigoje.
5. Iširti įkalintųjų burnos būklę.

**Tyrimo objektas.** Įkalintųjų burnos sveikatos vertinimas.

**Tyrimo metodika ir organizavimas.** Atlikta mokslinės literatūros, medicininių, statistinių ir kt. dokumentų analizė, taikyti kiekybinis ir kokybinis tyrimo metodai – atlikta anketinė apklausa ir klinikinis burnos tyrimas.

**Rezultatų naujumas, jų teorinis bei praktinis reikšmingumas.** Rezultatų naujumą sudaro tai, kad Lietuvoje įkalintųjų burnos sveikata netyrinėta. Tyrimas turi praktinę reikšmę, gauti rezultatai yra moksliskai pagrįsti ir svarbūs ŠTI. Nustatyta įkalintųjų odontologinės priežiūros būtinybė, siekiant išsaugoti jų burnos sveikatą.

## Literatūros apžvalga

Lietuvos įstatymuose įtvirtinta nuostata, kad visi kalinamieji yra lygūs, nepaisant jų kilmės, socialinės padėties, prigimtinių savybių, neįgalumo ir kitų faktorių. Su nuteistaisiais turi būti elgiamasi taip, kad būtų išsaugota jų sveikata ir savigarda (LR teisingumo ministro 2003-07-02 įsak. Nr. 194). Nuteistiesiems, kaip ir kitiems Lietuvos piliečiams, turi būti teikiama tokios pačios kokybės medicinos priežiūra (Marksienė, 2002). Nuteistiesiems asmens sveikatos priežiūra organizuojama ir atliekama pagal LR sveikatos apsaugos įstatymus (Razgūnienė, 2008). Pagal CPT standartus (2003) kaliniai turi teisę į tokią pačią medicinos priežiūrą, kaip ir laisvėje esantiems asmenims.

Lietuvoje, kaip ir daugelyje Europos šalių, už sveikatos priežiūrą laisvės atėmimo vietose yra atsakingas Kalėjimų departamentas prie Teisingumo ministerijos. Pagrindinis strateginis Kalėjimų departamento tikslas yra laisvės atėmimo bausmės ir kitų teismo skirtų bausmių vykdymas bei narkomanijos prevencija laisvės atėmimo vietose. Kalėjimų departamentas organizuoja, įgyvendina ir kontroliuoja kalinamųjų apsaugą ir priežiūrą, jų pataisos procesą, socialinę reabilitaciją, psichologinę pagalbą ir sveikatos priežiūrą laisvės atėmimo vietose, kaip ir kitus jam keliamus uždavinius

(Kalėjimų departamento prie Lietuvos Respublikos teisingumo ministerijos nuostatai). Sveikatos priežiūros tarnybos yra kiekvienos įkalinimo įstaigos struktūros dalis, o ne atskira organizacija, todėl, atlikdami savo darbą, medikai yra priklausomi nuo kitų pareigūnų. Medikams sunku planuoti savo darbo laiką, jie turi dirbti, kai tai patogiu kitoms tarnyboms. Sveikatos priežiūra Lietuvos įkalinimo įstaigose yra atskirta nuo bendrosios sveikatos priežiūros sistemos, todėl negali įvykdyti visų keliamų reikalavimų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo srityje. Įkalinimo įstaigose trūksta įvairių sričių medicinos specialistų, ir tai yra viena priežasčių, kodėl ne visada užtikrinamos kokybiškos ir prieinamos asmens sveikatos priežiūros paslaugos.

Europos Tarybos Ministrų Komiteto rekomendacijoje Nr. R (87) 3 „Europos penitencinės taisyklės“ rašoma, kad kiekviena laisvės atėmimo vieta turi turėti nors vieną bendrosios praktikos gydytoją, taip pat kiekvienam asmeniui turi būti suteikta galimybė gauti gydymą psichinių sutrikimų atveju ir profesionalias gydytojo odontologo paslaugas. Europos Tarybos Ministrų Komiteto rekomendacijoje šalims narėms Nr. R (2006) 2 „Dėl Europos kalėjimų taisyklių“ teigiama, kad kiekvienam kaliniui turi būti prieinamos kvalifikuoto dantisto paslaugos. CPT standartuose (2003) taip pat nurodyta, kad kiekvienas kalinys turėtų turėti galimybę gauti profesionalaus stomatologo paslaugas.

Vadovaujantis LR įstatymais, kiekvienoje laisvės atėmimo įstaigose kiekvienam nuteistajam sudaromos sąlygos naudotis gydytojo odontologo paslaugomis (LR sveikatos apsaugos ministro ir LR teisingumo ministro 2009-03-18 įsak. Nr. V-195/1R-76). Lietuvoje nuteistiesiems garantuojamos nemokamos asmens sveikatos priežiūros paslaugos (Augustinavičius, 2002), išskyrus dantų protezavimą. Tačiau nuteistojo prašymu gali būti atliktas dantų protezavimas, už kurio paslaugas apmoka pats nuteistasis (Kasperūnas, 2002).

LR Seimo kontrolieriaus 2011-08-22 pažymoje Nr. 1/3D-2518 nurodoma, kad Lukiškių tardymo izoliatoriuje-kalėjime gydytojo odontologo priėmimo pacientai vidutiniškai laukia nuo 10 iki 14 dienų. Sveikatos priežiūros tarnyba netarpininkauja suimtiesiems ir nuteistiesiems, kurie pageidauja gauti dantų protezavimo paslaugas ir turi galimybę už šias paslaugas susimokėti patys.

2011 m. birželio viduryje trečdalis suimtųjų, kalinčių Šiaulių tardymo izoliatoriuje, buvo paskelbė bado akciją ir pareikalavo kokybiškesnio maisto bei medicinos priežiūros (Žemaitytė, 2011). Vienas iš protestuotojų nusiskundimų, kad nėra gydytojo odontologo. Netrukus LR Seimo kontrolierius 2011-09-09 gavo LR Seimo Žmogaus teisių komiteto pirmininko A. Lydekos ir Teisės ir teisėtvarkos komiteto pirmininko S. Šedbaro persiųstą Šiaulių tardymo izoliatoriuje laikomų 196 suimtųjų ir nuteistųjų skundą dėl laikymo tardymo izoliatoriuje sąlygų. Jame nurodoma, kad įstaigoje neįtikrinamas gydytojo odontologo paslaugų prieinamumas („nėra suteikiama odontologinė pagalba ir kalinys yra priverstas kęsti nežmonišką skausmą“).

LR Seimo kontrolieriaus 2011-09-09 pažymoje Nr. 4D-2011/1-718 „Dėl 196 suimtųjų ir nuteistųjų skundo prieš Šiaulių tardymo izoliatorių“ nurodoma, kad Šiaulių tardymo izoliatoriuje gydytojas odontologas nuo 2011-01-23 iki 2011-03-25 dirbo 1,0 etato krūviu, nuo 2011-03-25 iki 2011-06-20 tardymo izoliatoriuje gydytojas odontologas nedirbo. Tačiau Šiaulių tardymo izoliatoriaus direktorius Seimo

kontrolierių patikino, kad suimtieji ir nuteistieji be reikalingos priežiūros ir pagalbos nebuvo paliekami. Pareigūno teigimu, suimtiesiems buvo atliekamas skausmo malšinimas pagal indikacijas ir pacientui paprašius. Gydytojo odontologo priėmimo pacientai laukdavo vidutiniškai iki 10 darbo dienų, esant skubios pagalbos poreikiui – iki 3 darbo dienų. Per paskutinį pusmetį gydytojo odontologo kabinete pacientai apsilankė 597 kartus. Visiems dantų skausmu besiskundusiems asmenims buvo suteiktos skausmo malšinimo paslaugos bei pasiūlyta vykti gydytis į Laisvės atėmimo vietų ligoninę, tačiau šia galimybe pasinaudojo tik 6 suimtieji. Prireikus neatidėliotinos pagalbos suimtieji buvo 11 kartų konvojuoti į Šiaulių odontologijos polikliniką, kur jais pasirūpino gydytojas odontologas.

Kai kada besiskundžiantys nuteistieji būna teisūs, pvz., dėl medicinos paslaugų. Anot Kalėjimų departamento direktoriaus pavaduotojo K. Širvaičio, medicinos įranga yra pasenusi. Dar viena problema – medicinos personalas, dirbančiųjų medikų algos praktiškai 2–3 kartus mažesnės negu kitose gydymo įstaigose, dauguma gydytojų pagyvenusio amžiaus.

Siekiant užtikrinti laisvės atėmimo įstaigose laikomiems asmenims dantų protezavimo paslaugų prieinamumą, LR Seimo kontrolierius R. Valentukevičius 2011-11-29 savo pažymoje siūlo apsvaistyti galimybę tobulinti Laisvės atėmimo vietose veikiančių asmens sveikatos priežiūros tarnybų struktūrą, etatų skaičių ir darbo tvarkos aprašą, numatant tvarką, pagal kurią suimtieji ir nuteistieji būtų įrašomi į jų nuolatinės gyvenamosios vietos savivaldybės sudaromus laukiančiųjų dantų protezavimo sąrašus.

Nors LR įstatymai įpareigoja laisvės atėmimo vietų sveikatos priežiūros tarnyboms teikti savo pacientams tokio pat lygio asmens sveikatos priežiūros paslaugas, kokios yra teikiamos asmenims laisvėje, įkalinimo įstaigose neįtikrinamas gydytojo odontologo paslaugų prieinamumas. Sveikatos priežiūros tarnybos netarpininkauja įkalintiesiems, kurie pageidauja gauti dantų protezavimo paslaugas ir turi galimybę už šias paslaugas susimokėti patys.

Tyrimai apie įkalintųjų odontologinę priežiūrą yra atlikti Anglijoje, Australijoje, JAV. Kalinių burnos sveikatos būklė yra 10–12 kartų blogesnė nei asmenų, esančių laisvėje (Osborn ir kt., 2003), kaliniai turi 4 kartus daugiau negydytų dantų nei bendroje populiacijoje (*Strategy for Modernising Dental Services for Prisoners in England*, 2003). M. Roarty, J. D. Walker (2008) teigia, kad apie 50 % įkalintųjų prieš patekdam į įkalinimo įstaigą niekur nedirbo. Anglijos kalinių sveikata Nacionalinis sveikatos departamentas pradėjo rūpintis tik nuo 2003 m. Kiekvienam kaliniui atliekamas reguliarus sveikatos patikrinimas ir suteikiama pagalba susirgus (Tickle ir kt., 2007).

Heidari ir kt. (2007) nurodo, kad labai daug kalinių, tik patekę į įkalinimo įstaigas, naudojami kalėjime teikiamomis odontologinėmis paslaugomis, nors iki tol pas odontologą nesilankė. Autoriai pabrėžia, kad daugelis įkalintųjų rūko, vartoja alkoholį, yra priklausomi nuo narkotikų, vartoja didelį cukraus kiekį maiste. O kanapės, alkoholis, opiatai, heroinas, ekstazijos tabletės, raminamieji vaistai sukelia kserostomiją ir turi įtakos dantų karieso vystymuisi (Fawcett, 2011).

C. M. Jones ir kt. (2005) duomenimis, Šiaurės vakarų Anglijoje kaliniai turi daugiau pažeistų karieso ir iškritusių dantų nei Jungtinės Karalystės suaugusieji. Atlikus dantų apžiūrą 272 kaliniams nustatyta, kad sugedusių dantų vi-

durkis vienam kaliniui – 4,2, o bendroje Jungtinės Karalystės populiacijoje – 1,9.

P. A. Smith ir kt. (2011) tyrė Škotijos kalėjimuose dirbančių gydytojų odontologų motyvaciją dirbti šiose įstaigose. Nors kalėjimuose dirbantys odontologai patiria institucinių sunkumų, jiems darbas teikia pasitenkinimą ir jie nori teikti paslaugas kaliniams.

Remiantis C. G. Nobile ir kt. (2007) atlikto tyrimo duomenimis, tik 2 % Italijos Kalabrijos regiono įkalinimo įstaigų įkalinusių neturi karieso pažeistų dantų. Vidutinis dantų karieso intensyvumas – 9,8. 89,6 % įkalinusių reikalinga profesionali burnos higiena, o 85,1 % – dantų protezavimas. Iš 544 kalinių – 7 bedančiai.

Nustatyta, kad JAV įkalinieji turi daugiau ištrauktų dantų nei pažeistų karieso (Salive ir kt., 1998). J. M. Mixson ir kt. (1990) tyrė 21–75 metų amžiaus JAV Kanzaso federalinio kalėjimo kalinius. Rezultatai atskleidė, kad dantų karieso intensyvumas tarp 20–34 metų amžiaus kalinių yra 12,9, 35–44 metų – 16,4, 45 ir vyresnių kalinių – 22,1. Atitinkamas santykis bedančių: 35–44 metų – 5,2 %, 45–54 metų – 17,3 %, 55 metų ir vyresnių – 45,5 %. E. M. Boyer ir kt. (2002), tyręs JAV Ajovos kalinių burnos būklę, nustatė, kad vidutiniškai vienas kalinys vyras turi 7,09 kariozinius dantis ir 4,07 pašalintus dantis, o atitinkamai kalinė moteris – 5,56 ir 5,12. Kaliniai vyrai turi daugiau karieso pažeistų dantų nei kalinės moterys. M. E. Salive ir kt. (1998) teigia, kad per metus kalinys netenka vidutiniškai 0,54 danties, o karieso intensyvumas padidėja 0,66.

Australijos kalėjime atlikto tyrimo duomenimis (Osborn ir kt., 2003), per 12 mėnesių pas gydytoją odontologą apsilankė 50 % įkalinusių, kurių vidutinis dantų karieso intensyvumas – 20,4 ir vidutiniškai kiekvienam kaliniui tenka po 3,4 pažeisto karieso danties. 42 % įkalinusių pasisako, kad įkalinimo įstaigose reikalingi burnos higienistai.

Remiantis Honkongo kalėjime atlikto tyrimo (McGrath, 2002) duomenimis, senyvo amžiaus kalinių vidutinis dantų karieso intensyvumas – 22,5. Daugumai kalinių (75 %) reikalingas dantų protezavimas.

Indijoje Karnatakos kalėjimuose kalinių dantų karieso paplitimas yra 97,5 %, o dantų karieso intensyvumo vidurkis – 5,26 (Reddy ir kt., 2012).

S. Naidoo ir kt. (2005) tyrė Vakarų Afrikos (Polsmuro, Gudvudo, Paarlo ir Vorčesterio) kalėjimų kalinių burnos sveikatos būklę pagal PSO kriterijus. Autoriai nustatė aukštą burnos ligų paplitimą. Vidutinis dantų karieso intensyvumas – 15,45. 72 % įkalinusių nurodė, kad odontologinės paslaugos yra prastos kokybės.

Užsienio šalyse atlikti įkalinusių burnos sveikatos tyrimai atskleidžia kalinių odontologinės priežiūros būtinybę. Būtina didelį dėmesį skirti įkalinusių odontologinei priežiūrai ir jų burnos sveikatos išsaugojimui.

#### Tyrimo metodika

**Tyrimo imties charakteristika.** Tyrimo populiaciją sudarė Šiaulių tardymo izoliatoriaus įkalinieji. Sudarant tyrimo imtį buvo siekiama patenkinti formalius statistinius imties reikalavimus. Vienas svarbiausių imties sudarymo reikalavimų – reprezentatyvumas. Imties dydį lemia du veiksniai – populiacijos dydis ir imties paklaida. Imties dydis apskaičiuotas pagal formulę:

$$n = \frac{1}{\Delta^2 + 1 / N}$$

$n$  – imties dydis;  $\Delta$  – paklaidos dydis;  
 $N$  – generalinės visumos dydis

Pirmame tyrimo etape buvo ištirti 246, antrame – 174 Šiaulių tardymo izoliatoriaus įkalinieji, trečiame – 28 Šiaulių tardymo izoliatoriaus nuteistieji.

**Tyrimo metodai.** Atlikta anketinė apklausa bei burnos tyrimas. Tyrimas buvo atliekamas trimis etapais. Tyrimo informacijos apdorojimui buvo naudojamas kompiuterinis statistinių programų paketas SPSS 16 (*Statistical Package for the Social Sciences*) bei MS Excel programa. Iš pirminės duomenų bazės sudarytos duomenų pasiskirstymų lentelės. Skaičiavimai atlikti tokiais pjūviais: visi apklaustieji, pagal lytį, pagal amžių; pagal išsilavinimą ir pagal teistumą. Duomenys pateikti lentelėse ir paveiksluose procentine išraiška. Duomenys analizuojami, remiantis 246 bei 176 įkalinusių anketomis bei 28 nuteistųjų burnos tyrimu.

#### Literatūra

- Augustinavičius R. (2002). Nuteistųjų sveikatos priežiūra Pravieniškių gydymo ir pataisos darbų kolonijoje. Sveikata. Nr. 12. P. 19–21.
- Boyer E. M., Nielsen-Thompson N. J., Hill T. J. (2002). A comparison of dental caries and tooth loss for Iowa prisoners with other prison populations and dentate U.S. adult. *Journal Dental Hygiene*. Spring; 76 (2). P. 141–150.
- Bose A., Jenner T. (2006). Dental health in prisons. Promoting health in prisons. The essentials. P. 147–155.
- CPT (Europos komitetas prieš kankinimą ir kitokį žiaurų, nežmonišką ar žeminantį elgesį ir baudimą) standartai (2003). Europos taryba.
- Europos Tarybos Ministrų Komiteto Rekomendacija Nr. R (87) 3 „Europos penitencinės taisyklės“.
- Europos Tarybos Ministrų Komiteto Rekomendacija Nr. R (98) 7 „Dėl etinių ir organizacinių sveikatos apsaugos aspektų kalėjimuose“.
- Europos Tarybos Ministrų Komiteto 2006 m. sausio 11 d. rekomendacija Nr. R. (2006) 2 „Dėl Europos kalėjimų taisyklių“.
- Fawcett T. (2011). A review of the oral health status of the male prison population: the role of the dental hygienist in the prison dental service. *Dental Health*. Volume 50. No 6 of 6 November. P. 14–17.
- Health in prisons. (2006). A WHO guide to the essentials in prison health.
- Heidari E., Dickinson C., Wilson R., Fiske J. (2007). Oral Health of remand prisoners in HMP Brixton, London. *British Dental Journal*. Jan 27; 202(2): E1.
- Jones C. M., Woods K., Neville J., Whittle J. G. (2005). Dental health of prisoners in the north west of England in 2000: literature review and dental health survey results. *British Dental Journal*. Jun; 22 (2). P. 113–117.
- Kalėjimų departamento prie Lietuvos Respublikos Teisingumo ministerijos nuostatai. Įsak. Nr. 1-R-58, 2012-02-28 (Žin., 2012, Nr.: 27-1246).
- Kanskaja D. (2002). Sveikatos mokymo svarba įkalinimo įstaigose. Sveikata. Nr. 12. P. 14–15.
- Kasperūnas V. Sveikatos priežiūra Lietuvos įkalinimo įstaigose. Sveikata. Nr. 12. P. 50–53.
- Laisvės atėmimo vietų ligoninės, esančios Lukiškių skg. 6, Vilniuje perkėlimas ir įrengimas (2010). Galimybių studija. Vilnius: UAB „Hancox“.

16. Lietuvos Respublikos Seimo kontrolieriaus 2011-08-22 pažyma Nr. 1/3D-2518 „Dėl patikrinimo Lukiškių tardymo izoliatoriuje-kalėjime, vykusio 2011 m. birželio 15 d.“

17. Lietuvos Respublikos Seimo kontrolieriaus 2011-09-09 pažyma Nr. 4D-2011/1-178 „Dėl 196 suimtųjų ir nuteistųjų skundo prieš Šiaulių tardymo izoliatorių“.

18. Lietuvos Respublikos Seimo kontrolieriaus 2011-11-29 pažyma LR teisingumo ministrai „Dėl teisės aktų tobulinimo“.

19. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. kovo 18 d. įsakymas Nr. V-195/1R-76 „Dėl laisvės atėmimo vietose veikiančių asmens sveikatos priežiūros tarnybų struktūros, etatų skaičiaus ir darbo tvarkos aprašo patvirtinimo“ (Žin., 2009, Nr. 34-1323).

20. Lietuvos Respublikos teisingumo ministro 2003 m. liepos 2 d. įsakymas Nr. 194 „Dėl pataisos įstaigų vidaus tvarkos taisyklių patvirtinimo“ (Žin., 2003, Nr. 76-3498).

21. Lipnickas A. (2002). Mitybos normatyvai, sąlygos ir tvarka. Sveikata. Nr. 12. P. 8–10.

22. Marksienė E. (2002). Moterys kalėjime. Sveikata. Nr. 12. P. 23–27.

23. McGrath C. (2002). Oral health behind bars: a study of oral disease and its impact on the life quality of an older prison population. *Gerontology*. Dec; 19(2). P. 109–114.

24. Mixson J. M., Eplee H. C., Feil P. H., Jones J. J., Rico M. (1990). Oral health status of a federal prison population. *Journal Public Health Dent*. Summer; 50 (4). P. 257–261.

25. Naidoo S., Yengopal V., Cohen B. (2005). A baseline survey: oral health status of prisoners – Western Cape. *Journal of the south African Dental Association*. Feb; 60 (1). P. 24–27.

26. Nobile C. G., Fortunato L., Pavia M., Angelillo I. F. (2007). Oral health status of male prisoners in Italy. *The International Dental Journal*. Feb; 57(1). P. 27–35.

27. Osborn M., Butler T., Barnard P. D. (2003). Oral health status of prison inmates – New South Wales, Australia. *Australian Dental Journal*. Mar; 48(1). P. 34-38.

28. Prochorova T. (2002). Psychosocialinė adaptacija. Sveikata. Nr. 12. P. 31–33.

29. Razgūnienė A. (2008). Nuteistųjų laisvės atėmimo asmenų socialinio draudimo ypatumai. *Jurisprudencija*. Nr. 5 (107). P. 105–112.

30. Reddy V., Kondareddy C. V., Siddanna S., Manjunath M. (2012). A survey on oral health status and treatment needs of life – imprisoned inmates in central jails of Karnataka, India. *The International Dental Journal*. Feb; 62 (1). P. 27–32.

31. Roarty M., Walker J. D. (2008). An Insight into Prison Dentistry.

32. Salive M. E., Carolla J. M., Brewer T. F. (1989). Dental health of male inmates in a state prison system. *Journal Health Dent*. Spring; 49 (2). P. 83–86.

33. Smith P. A., Themessl-Huber M., Akbar T., Richards D., Freeman R. (2011). What motivates dentists to work in prisons? A qualitative exploration. *British Dental Journal*. Aug 26; 211 (4): E7.

34. Strategy for Modernising Dental Services for Prisoners in England. (2003). Department of Health.

35. Tickle M., Milsom K., Zoitopoulos L., Buchanan K. (2007). The performance of a screening test for urgent dental treatment need in a prison population. *Prison Health Research Network*.

36. Umbrasienė N. (2008). Nuteistųjų nepilnamečių požiūris į savo sveikatą ir jų gyvenimo ypatumai. Magistro darbas.

37. Velykis A. (2002). Kalinių sveikata netradiciniu požiūriu. Sveikata. Nr. 12. P. 30–31.

38. Žemaitytė B. (2011). Čia Lietuva: kaliniai gyvena geriau nei nenusikalte piliečiai? [žiūrėta 2011-06-30]. <http://www.balsas.lt/naujiena/545886/cia-lietuva-kaliniai-gyvena-geriau-nei-nenusikalte-pilieciai-foto>

*Pabaiga kitame numeryje*

## DĖMESIO!!!

Slaugos darbuotojų tobulinimosi ir specializacijos centras jau paskelbė  
**2015 metų programų sąrašą bei priima prašymus mokytis 2015 metais.**  
2015 metų programų sąrašą ir prašymų formas rasite  
Slaugos darbuotojų tobulinimosi ir specializacijos centro tinklalapyje  
(<http://www.sdts.lt>).

Visais iškilusiais klausimais dėl 2015 metų programų sąrašo kreipkitės į  
Mokymo organizavimo poskyrio mokymo organizatores:

**Vilniuje** – Audronę Grigaitienę, Danutę Meškutavičienę, tel. (8 5) 271 2279

**Kaune** – Jovitą Malevičienę, tel. (8 37) 32 67 39

**Klaipėdoje** – Reginą Rolencienę, tel. (8 46) 27 31 71

**Šiauliuose** – Rasą Buivydiene, Vitą Mikliošienę, tel. (8 41) 52 43 09

**Panevėžyje** – Margaritą Galiauskienę, tel. (8 455) 50 71 83, 8 687 54 053

**Druskininkuose** – Angelę Matulaitienę, tel. 8 615 44 099

Norėdami Mokymo organizavimo poskyrio mokymo organizatorei parašyti elektroninį laišką, rašykite taip: [vardas.pavarde@sdts.lt](mailto:vardas.pavarde@sdts.lt)



## LIETUVOS RESPUBLIKOS SVEIKATOS APSAUGOS MINISTRAS

### ĮSAKYMAS

#### DĖL SLAUGYTOJO DIABETOLOGO KVALIFIKACINIŲ REIKALAVIMŲ APRAŠO PATVIRTINIMO

2014 m. liepos 2 d. Nr. V-754  
Vilnius

Įgyvendindamas Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 10 straipsnio 6 punktą ir siekdamas nustatyti slaugytojo diabetologo minimalų kvalifikacijos lygį, būtiną pacientų, sergančių cukriniu diabetu, slaugos paslaugų kokybei užtikrinti:

1. T v i r t i n u Slaugytojo diabetologo kvalifikacinių reikalavimų aprašą (pridedama).
2. P a v e d u įsakymo vykdymą kontroliuoti viceministrui pagal veiklos sritį.

Sveikatos apsaugos ministras

Vytenis Povilas Andriukaitis

PATVIRTINTA  
Lietuvos Respublikos sveikatos  
apsaugos ministro  
2014 m. liepos 2 d. įsakymu Nr. V-754

#### SLAUGYTOJO DIABETOLOGO KVALIFIKACINIŲ REIKALAVIMŲ APRAŠAS

##### I SKYRIUS BENDROSIS NUOSTATOS

1. Slaugytojo diabetologo kvalifikacinių reikalavimų aprašas (toliau – Aprašas) nustato slaugytojo diabetologo kvalifikacinius reikalavimus, būtinus pacientams, sergantiems cukriniu diabetu (toliau – CD), teikiamų slaugos paslaugų kokybei užtikrinti.

2. Teisę verstis slaugytojo diabetologo praktika turi bendrosios praktikos slaugytojas, turintis galiojančią bendrosios slaugos praktikos licenciją, papildomai išklauses Slaugytojo diabetologo darbo principų neformalaus mokymo programą ir turintis tai patvirtinantį pažymėjimą.

3. Slaugytojas diabetologas paslaugas teikia ambulatorinėse ir (ar) stacionarinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose, turinčiose įstaigos licenciją verstis asmens sveikatos priežiūros veikla ir teikti licencijoje nurodytas sergančiųjų CD slaugos paslaugas.

4. Slaugytojas diabetologas vadovaujasi Lietuvos Respublikos medicinos norma MN 28:2011 „Bendrosios praktikos slaugytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“, patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011 m. birželio 8 d. įsakymu Nr. V-591 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 28:2011 „Bendrosios praktikos slaugytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“, patvirtinimo“, Sergančiųjų cukriniu diabetu slaugos paslaugų teikimo reikalavimų aprašu, patvirtintu Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. spalio 10 d. įsakymu Nr. V-982 „Dėl Sergančiųjų cukriniu diabetu slaugos paslaugų teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“, kitais teisės aktais, Aprašu, įstaigos, įmonės, kurioje dirba, įstatais (nuostatais), vidaus tvarkos taisyklėmis bei savo pareigybės aprašymu.

5. Slaugytojas diabetologas pagal savo kompetenciją dirba savarankiškai ir komandoje, bendradarbiaudamas su kitais sveikatos priežiūros specialistais.

##### II SKYRIUS TAIKYMO SRITIS

6. Aprašas taikomas slaugytojams diabetologams, dirbantiems Lietuvoje, jų darbdaviams, taip pat Lietuvos Respublikos institucijoms, rengiančioms ir tobulinančioms slaugytojus diabetologus bei kontroliuojančioms jų veiklą.

##### III SKYRIUS SAVOKOS IR JŲ APIBRĖŽTYS

7. Šiame apraše vartojamos sąvokos:

7.1. Slaugytojas diabetologas – bendrosios praktikos slaugytojas, išklauses Slaugytojo diabetologo darbo principų neformalaus mokymo programą ir turintis tai patvirtinantį pažymėjimą.

7.2. Slaugytojo diabetologo praktika – slaugytojo diabetologo teikiamos pacientų, sergančių CD, slaugos paslaugos.

##### IV SKYRIUS SLAUGYTOJO DIABETOLOGO KOMPETENCIJA

8. Slaugytojo diabetologo profesinę kompetenciją sudaro žinios, gebėjimai ir įgūdžiai, kuriuos jis įgyja baigęs slaugos studijų programą, įgijęs bendrosios praktikos slaugytojo profesinę kvalifikaciją, išklauses Slaugytojo diabetologo darbo principų neformalaus mokymo programą bei nuolat tobulindamas profesinę kvalifikaciją, atsižvelgdamas į nuolatinių mokslo ir praktikos pažangą.

9. Slaugytojas diabetologas privalo žinoti:

- 9.1. nacionalinės sveikatos politikos nuostatas;
  - 9.2. sveikatos priežiūrą reglamentuojančius teisės aktus;
  - 9.3. CD tipus, epidemiologiją, kliniką, patologinę fiziologiją, pagrindinius gydymo principus;
  - 9.4. 2 tipo CD profilaktiką (fizinis aktyvumas, sveikatai žalingi veiksniai ir kt.);
  - 9.5. CD valdymo principus ir uždavinius;
  - 9.6. CD komplikacijas, jų priežastis, profilaktiką ir gydymo principus;
  - 9.7. diabetinės pėdos patofiziologiją, patogenezę, polineuropatijos, angiopatijos požymius, klasifikaciją ir gydymo būdus;
  - 9.8. ortopedijos technines priemones, skirtas pacientams, sergantiems CD;
  - 9.9. psichosomatinis pacientų, sergančių CD, slaugos aspektus (lėtinės ligos poveikį pacientui, jo šeimai, motyvaciją ir kt.);
  - 9.10. pacientų konsultavimo ir diabetinės pėdos priežiūros dokumentus.
10. Slaugytojas diabetologas privalo išmanyti:
- 10.1. pacientų, sergančių CD, mokymo principus ir metodus;
  - 10.2. pagrindinius CD gydymo principus (insulinas, jo sušvirkštimo būdai, peroraliniai preparatai nuo diabeto);
  - 10.3. pacientų, sergančių CD, savikontrolę;
  - 10.4. pacientų, sergančių CD, mitybos ypatumus;
  - 10.5. ūmias CD būkles (hipoglikemiją, hiperglikemiją, ketonuriją) ir slaugos ypatumus;
  - 10.6. pacientų, turinčių CD komplikacijų, slaugos ypatumus;
  - 10.7. fizinio aktyvumo ir sporto įtaką glikemijai;

- 10.8. kojų priežiūros ir gydomojo pedikiūro principus;
- 10.9. diabetinės pėdos problemas;
- 10.10. kojų priežiūros instrumentų ir medicinos pagalbos priemonių naudojimą.

11. Slaugytojas diabetologas turi mokėti ir gebėti:

- 11.1. tinkamai organizuoti pacientų, sergančių CD, priežiūros kabineto darbą, sukurti palankią psichologinę aplinką pacientams bei jų artimiesiems, teikdamas pacientų, sergančių CD, slaugos paslaugas taikyti etikos, psichologijos ir pedagogikos žinias;
- 11.2. objektyviai įvertinti paciento būklę, nustatyti slaugos ir konsultavimo poreikius, gebėti juos patenkinti;
- 11.3. sudaryti ir įgyvendinti 5 valandų pacientų mokymo programą;
- 11.4. įvertinti konsultacijos metu įgytas paciento žinias ir gebėjimus;
- 11.5. konsultuoti pacientą ir (ar) jo artimuosius mitybos klausimais;
- 11.6. paaiškinti pacientui CD savikontrolės svarbą;
- 11.7. išmokyti pacientą naudotis savikontrolės priemonėmis;
- 11.8. konsultuoti pacientą hipoglikemijos, hiperglikemijos ir ketoacidozės klausimais;
- 11.9. konsultuoti pacientą, sergantį CD, vaistų nuo diabeto vartojimo klausimais pagal savo kompetenciją;
- 11.10. paaiškinti pacientui, sergančiam CD, ir jo artimiesiems kojų priežiūros ypatumus;
- 11.11. vykdyti kojų priežiūros profilaktiką;
- 11.12. vertinti pacientų, sergančių CD, kojų opas pagal Wagner metodiką;
- 11.13. atlikti gydomąjį pedikiūrą ir diabetinės pėdos priežiūrą;
- 11.14. skatinti pacientus, sergančius CD, savarankiškai spręsti diabeto valdymo uždavinius;
- 11.15. teikti pacientams, sergantiems CD, informaciją apie galimybes naudotis sveikatos tarnybų paslaugomis, medicinos pagalbos priemonėmis ir socialine pagalba;
- 11.16. pildyti medicinos dokumentus, susijusius su pacientų, sergančių CD, slaugos paslaugų teikimu;
- 11.17. prireikus konsultuoti slaugytojus, dietologus ir kitus sveikatos priežiūros specialistus pacientų, sergančių CD, slaugos klausimais;
- 11.18. bendradarbiauti su CD priežiūros komandos nariais – gydytoju endokrinologu, šeimos gydytoju, dietologu, gydytoju angiochirurgu, psichologu ir kitais specialistais;
- 11.19. teikti būtinąją medicinos pagalbą esant hiperglikeminei ar hipoglikeminei būsenai (vykdyti gydytojo paskyrimus);
- 11.20. teikti pirmąją medicinos pagalbą ūmių būklių atvejais.

##### V SKYRIUS ATSAKOMYBĖ

12. Slaugytojas diabetologas už padarytas klaidas, aplaidumą ar netinkamą jam priskirtų funkcijų vykdymą ar bioetikos reikalavimų pažeidimą, taip pat už pareigų viršijimą atsako Lietuvos Respublikos teisės aktų nustatyta tvarka.

## Sveikatos priežiūros specialistų dėmesiui

2014 m. rugsėjo–2015 m. sausio mėn. SDTS centre pradedami nauji nuotoliniai mokymai tema

### Modernių ir tinklelinių tvarsčių naudojimas žaizdų gydymui

#### Mokymų turinys:

1. Svarbūs patarimai, leidžiantys pagerinti lėtinių žaizdų gydymą. Drėgnas žaizdų gydymas
2. Tender Wet Plus – intensyviai žaizdos valymui
3. Alginatinio tvarsčio Sorbalgon naudojimas
4. HydroTac ir Hydrocoll tvarsčių naudojimo ypatumai
5. Tinklelinių tvarsčių naudojimas žaizdų gydymui

Mokymų medžiagą parengė **Nijolė Katinė**, UAB „Allium UPI“.

Dalyviams, atlikusiems pateiktas užduotis ir atsakiusiems į klausimus, bus išduodami 20 val. mokymosi trukmės SDTS centro tobulinimosi pažymėjimai.

#### Nuotoliniai mokymai skiriami sveikatos priežiūros specialistams.

**Atkreipkite dėmesį, kad naujas Nuotolinio mokymo ciklas prasidės 2014 m. rugsėjo mėnesį.**

Registracijos mokestis užsiskiusiems leidinį – 35,- Lt

Mokantis internetu – 70,- Lt

Mokėstį už nuotolinį mokymą prašome pervesti į SEB banką.

Sąskaitos Nr. LT 227044060000322130

Visiems užsiregistravusiems bus suteiktas identifikavimo numeris (ID), kurį vėliau reikės nurodyti savo atsakymų kortelėse.

Nepamirškite, kad užpildytą dalyvio registracijos kortelę, mokėjimo kvitą ir diplomo kopiją būtina atsiųsti **iki rugsėjo 1 dienos** paštu adresu Nuotolinis mokymas, SDTS centras, Ruginių 1, Vilnius.

Visais rūpinimais klausimais dėl Nuotolinio mokymo prašome skambinti **Elonai Steckienei** tel. (85) 2 77 99 32.

Kirpimo linija

### Nuotolinio mokymo „Modernių ir tinklelinių tvarsčių naudojimas žaizdų gydymui“ dalyvio registracijos kortelė

Vardas	<input type="text"/>
Pavardė	<input type="text"/>
Gimimo data*	<input type="text"/>
Adresas	<input type="text"/>
Tel. Nr.	<input type="text"/>
El.paštas	<input type="text"/>
Diplomo numeris	<input type="text"/>
Kokia pavarde išduotas diplomas	<input type="text"/>

Miestai, kuriuose bus teikiami pažymėjimai (pabraukite miestą, kuriame pageidaujate atsiimti pažymėjimą):  
Vilnius, Kaunas, Klaipėda, Šiauliai, Panevėžys, Druskininkai.

\* Gimimo datos pildymo pavyzdys:



## Žodžių reikšmių ribos ir platumos II

*Diana Žėkienė, Vilniaus kolegijos Sveikatos priežiūros fakultetas*

Žodžių daugiareikšmiškumas – sudėtingas, nuolat kintantis reiškinys, dažnai ne tik lingvistinis, bet ir istorinis, manau, filosofinis. Todėl, be abejo, natūralu, kad kelia mums nemažai problemų ir abejonių. Pradėję braidžioti po tuos labirintus, sakau, gal dar pasiblaškykime, gal toje reikšmių sutartinėje išgirsime ir naujų sąskambių?

Žodžio **sekti** reikšmių lobynas yra tikrai nemenkas. Akademiniame lietuvių kalbos žodyne pateikta net 21 reikšmė. Tačiau problema yra tik tada, kai painiojamos **sekti** ir **stebėti** reikšmės. Jos nėra sinoniminės, todėl negali būti vartojamos bet kaip. **Sekti** – eiti, vykti paskui, kam nors iš paskos. **Stebėti** – akylai, atidžiai žiūrėti, žiūrėti tirti. *Ligonijų sekimo* (= stebėjimo) lapas. *Sunkiūs ligonius reikia nuolat sekti* (= stebėti). Paprastai tariant, detektyvai – seka, medikai – stebi.

Tačiau tuo problema nesibaigia. Iš veiksmožodžio *sekti* gali būti padaromi dalyviai, kurie nusako kažką sekantį veikėją ir ypatybę, kylantią iš veiksmo. Viskas gerai, kai sakome: *nusikaltėlių sekantis detektyvas, žmogų sekantis šuo ir pan.* Tačiau kokį sekimo veiksmą atliekame, kai poliklinikoje nuobodžiai sėdinčių mūsų paklausia: *kas sekantis?* Arba vaistų aprašuose skaitome: *vaistus vartoti sekančiais.* Taigi, **sekančias, sekančiais** nevertojami reikšmė kitas, artimiausias, ateinantis, šis, šitoks, toks, taip, šitaip: *sekančias* (= kitas) *pacientas; sekanti* (= kita) *procedūra; sekančiais* (= kitais, ateinančiais) *metais; nustatyta sekanti* (= tokia) *diagnozė; vaistus vartoti sekančiais* (= taip, tokia tvarka).

**Naudoti** ir **vartoti** mūsų kalboje kaip Siamo dviniai: *naudojam vaistus, vartojam internetą, mobilųjį telefoną* ir t. t. Nesupaisysi, kada, kas ir kodėl vartojama, o gal naudojama? Taigi, naudojames įrankiais, priemonėmis, todėl šis žodis netinka kalbant apie valgi, vaistus, kalbos faktus: *naudotis internetu, telefonu, rašikliu, aparatu...*

**Vartoti** – *vaistus, valgi, kalbos faktus*, bet dažnai geriau parinkti konkretų veiksmožodį: *Šiuos vaistus į veną vartokite* (= leiskite) *savaite. Kasdien žmogus turi suvartoti* (= išgerti) *du litrus vandens. Kurį laiką šokolado nevertokite* (= nevalgykite). *Vaistai į akis vartojami* (= lašinami) *kasdien.* Taigi, atrodo, labai paprasta: maistą valgome, skysčius geriame, purškala purškiame, tepalą, kremą tepame, lašus lašiname, injekcijos (į) (su)leidžiamos, išsvirkščiamos.

**Pilnas, pilnai, pilnavertis** dažnai vartojami svetima reikšmė. Medikai net terminus neretai vartoja su tuo klatingu **pilnas**. **Pilnas** reiškia pripildytas (pvz., kibiras); užimtas (pvz., rankos); daug turintis (pvz., veidas raukšlių); kupinas (pvz., meilės). Kitaip tariant, rodo pilnumą. Visos kitos reikšmės – verstinės, ydingos: *pilnas* (= nuodugnus, visapusiškas) *kraujo tyrimas; žaizda pilnai* (= visiškai) *sugijo; pilna* (= visiškai) *narkozė; pilnai* (= išsamiai) *paaiškino; pilnas* (= visuminis) *kvėpavimas; pilnavertis* (= visavertis, vertingas) *maistas; pilnateisis* (= visateisis) *dalyvis, pilnavertis* (= lygiavertis) *varžovas.*

**Atsakyti** medikų kalboje dažnai netaisyklingai vartojamas reikšmė sutrikti, neveikti, nedirbti, nefunkcionuoti. Pasiklausę gydytojų, slaugytojų ir mes kartojame: *atsisakė*

*širdis* (= neveikė, nedirbo, nefunkcionavo, sustojo širdis, sutriko širdies veikla); *atsisakė ranka* (= neįėjau rankos, negaliu pakelti, pajudinti rankos...); *atsisakė inkstai* (= neveikė, nedirbo, nefunkcionavo inkstai, sutriko inkstų veikla).

**Patalpinti** yra gana paprastas žodis. Dabartinės lietuvių kalbos žodyne pateikta tik viena jo reikšmė – padėti, kad tilptų – vartojamas kalbant apie daiktus. Todėl netinka: *patalpinti* (= paguldyti, priimti) *ligonius; patalpinti* (=priimti, apgyvendinti) *svečius; patalpinti* (= išspausdinti, įdėti) *straipsnį internete.*

**Pernesti** – tai perkelti į kitą vietą. Todėl visiškai aišku, kad jokių emocijų žodis **pernesti** nenusako ir nevartojamas reikšmė iškęsti, iškentėti, išverti, patirti, pakelti, išturėti. *Pernesti* (= iškęsti, iškentėti, išverti, patirti, pakelti) *operaciją; nepernėša* (= nepakelia) *šiu vaistų; nepernėša* (= nepakelia, neišturi) *šio tyrimo.*

**Pergyventi** labai panašus į **pernesti** – taip pat beveik nerodo emocijų ir vartojamas reikšmėmis: 1. iškentėti, išverti (pvz.: pergyveno dar vienus sunkius metus); 2. gyventi ilgiau už ką nors (pvz.: *šuo pergyveno katę*, t. y. ilgiau gyveno). Taigi, **pergyventi** nevartojamas reikšmė jaudintis, sielotis, sielvartauti, liūdėti, nerimauti, rūpintis: *pergyventi* (= jaudintis, sielotis, sielvartauti, liūdėti, nerimauti, rūpintis) *dėl sveikatos, dėl operacijos, dėl tyrimo rezultatų, dėl egzaminų, dėl artimųjų...*

**Rastis** yra vienas iš tų apdairuotųjų žodžių, kurių vartojimą mokytojai bando įkalti ne vienai mokinių kartai. Turbūt daug kas prisimena: randasi tik grybai po lietaus. Tačiau ir šiandien **rastis** tebėra vienas iš dažniausiai netinkama reikšmė vartojamų žodžių. Taigi, niekas nepasiketė, **randasi** tik tai, ko nebuvo ir staiga atsirado (pvz.: kiekvieną dieną randasi vis naujų viruso pasireiškimų atvejų), o reikšmė *būti randasi* nevartojamas. *Klinikos randasi* (= yra) *Santariškėse; gydytojas randasi* (= yra) *savo kabinete; palata randasi* (= yra) *antrame aukšte; ligonis randasi* (= yra) *reanimacijos skyriuje...*

**Užsidėti** taip pat yra kuklus žodis, turintis, galima sakyti, tik vieną reikšmę – aprausti paviršių. Vadinasi, paprasta, **užsidėti** vartosime tik tada, kai norim kažką uždėti ar savaiame užsideda ant viršaus, paviršiaus. Pvz.: buvo užsidėjęs ledas; šašas ant žaizdos užsidėjo; užsidėjo pelsis... **Užsidėti** tinka ir rengiantis, tik ne taip dažnai, kaip mes įpratę vartoti. Galime **užsidėti** kepurę, skrybėlę, šaliką, ant pečių – skraistę ar striukę, megztuką, bet tik tada, jei sakom ne apsvilkom, o užsimetėm, apsigobėm. Jei norim rimčiau apsirengti, prireiks daugiau žodžių: vilktis, mautis, autis, rīstis, segtis ir pan.

Šį kartą problemų dozė kiek didesnė, tikiuosi, poveikis bus teigiamas. Kaip įprasta, po sudėtingo gydymo – būtina rehabilitacija. Viliuosi, ji taip pat bus naudinga:

*Seniau žmonės taip lengvabūdiškai nesišvaistydavo žodžiais, prisibijodavo, kad neliktų vieni su savo žodžiais* (Konfucijus).

*Ko neįaudina žodis, to neišjudins ir lazda* (Sokratas).

*Į žodžių ir bendravimo klaidas mes nelabai atkreipiame dėmesį, tačiau jos mus užkrečia kaip labai pavojingas ir stiprus virusas, ir tik susirgę pradėdame suprasti, kad praleidome kažkokį svarbų ligos nešėją* (Tomas Girdzijauskas).

## Sergančiųjų žvyneline (psoriaze) maitinimasis

*Laisvūnė Petkevičienė, Nacionalinės dietetikos federacija,  
Vilniaus kolegijos Sveikatos priežiūros fakultetas*

**Žvynelinė** (*psoriasis* – odos uždegiminė liga). Jos simptomai – raudonos, žvynuotos plokštelės ant rankų, kojų ir liemens, rečiau ant veido, galvos. Dažniausiai žvynuotos plokštelės užsideda ant alkūnių ir kelių. Ligos atsiradimo priežastys nežinomos. Manoma, jog didžiausią įtaką ligos etiologijai turi paveldimumas kartu su rizikos veiksniais. Galimi rizikos veiksniai: streptokoko sukelta infekcija, ŽIV, stresas, vaistai, taip pat folatų ir vitamino B<sub>12</sub> stygius, alkoholizmas, rūkymas, nutukimas, antro tipo CD, metabolinis sindromas [1]. Pagrindinis žvynelinės požymis – labai sutrumpėjęs epidermio atsinaujinimo ciklas ir pleiskanos, dėl to netenkama daug biologiškai vertingų baltymų, nesočiųjų riebalų rūgščių, mineralinių medžiagų.

F. Parazzinio ir kitų [2] duomenimis, žvynelinės klinikai didelės reikšmės turi kūno masė. Jokios įtakos psoriazei neturėjo morkų, pomidorų, šviežių vaisių vartojimas.

A. Plunkett [3] nurodo, kad žvynelinei atsirasti, paūmėti ir remisijai didelės reikšmės turi daugelis veiksnių – įgimti sutrikimai, sužeidimai ir infekcija, rūkymas, alkoholis, dieta ir kitos ligos.

A. B. Fleischerio [4] duomenimis, žvynelinė paūmėja vartojant žolinius preparatus, vitaminus ar koreguojant dietą.

P. M. Collier ir kiti [5] rekomenduoja kasdien gerti žuvies taukų, valgyti žuvis – sardinių, lašišų, rūkytos žuvis, silkės.

H. Fahrer ir kiti [6] rekomenduoja 4–6 kartus per savaitę valgyti žuvis, nekeičiant dietos. Toks žuvis kiekis veikia riebalius panašiai kaip vartojant žuvis taukus.

B. Serwin ir kitų [7] tyrimai parodė, kad didelės reikšmės psoriazei atsirasti ir klinikai turi selenas. Tiriant seleno kiekį sergančiųjų kraujyje, nustatyta, kad jo kiekis yra sumažėjęs.

Seleno šaltiniai yra grūdinės kultūros, žuvis, jūros kiautiniai gyvūnai (austrės, krabai, krevetės ir kt.), mėsa, nesijoti miltai. Seleno stokos simptomai ir požymiai dažniausiai atsiranda, kai sergančiajam ilgą laiką yra skiriamas dirbtinis (parenterinis) maitinimas. Taip pat seleno stoka esti sergant kepenų ligomis (pirmine kepenų ar alkoholine ciroze), vėžiu, širdies ir kraujagyslių, sąnarių ligomis (artritu), vyresnio amžiaus žmonėms. Be to, seleno stoka gali atsirasti dėl sumažėjusios jo absorbcijos dėl plonosios žarnos ligų.

Kenksmingas seleno kiekis gaunamas:

- industrinėje pramonėje,
- kosmetikos pramonėje (šampūnai).
- Požymiai esant organizme padidėjusiam seleno kiekiui [8]:
- plaukų slinkimas,
- nagų pokyčiai: trapūs, balti taškeliai, blyškus nagų guolis, greitai lūžinėja (pirmiausia nykščio), paburkimas apie nagus, nagų netekimas,
- dantų gedimas,
- nervų sistemos nusilpimas: sumažėjęs rankų ir kojų jautrumas, segtuko ar adatos badymo požymiai, rankų ir kojų skausmas,

- prastas apetitas ir liesėjimas,
- virškinimo trakto sutrikimas,
- rausva odos pigmentacija,

- rūgštus skonis burnoje,
- kvėpuojama į česnaką panašiu kvapu,
- galvos svaigulys, blyškumas,
- mažakraujystė (retai).

Selenas stiprina vitamino E apsauginį poveikį (funkciją). Seleno turinti amino rūgštis (cistinas), kaip ir beta karotinas, vitaminai A, E ir C, yra vadinama antioksidantu, kuri apsaugo organizmą nuo oksidacinių procesų. Be to, šios maistinės medžiagos veikia įvairių fermentų aktyvumą, skatindamos toksinų medžiagų pašalinimą iš organizmo.

Selenas vartojamas paauglių veido spuogams gydyti (po 200 mg kasdien). Be to, pagyvenusiems žmonėms vartojant reikiamą vitaminų C, E ir B<sub>6</sub>, seleno ir žuvis taukų dozes, mažėja rizika atsirasti tinklainės kraujagyslių trombozei, diabetinei retinopatijai, kataraktai.

Žvynelinė nėra maisto alergija. Tačiau kartais tinkamai parinkta dieta turi teigiamo poveikio. Dieta gali turėti įtakos žvynelinės atsiradimui ir vystymuisi. Klinikinių studijų metu užfiksuota žvynelinės simptomų sumažėjimas badaujant, valgant sumažinto kaloringumo vegetarišką maistą, turtingą n-3 polinesočiųjų riebalų rūgščių [1]. Kadangi žvynelinė tiesiogiai susijusi su kūno masės indeksu, nutukusiems žmonėms rekomenduojama mažinti svorį. Pastebėta, kad tarp sergančiųjų žvyneline yra paplitęs alkoholinių gėrimų vartojimas. Nesaikingas alkoholinių gėrimų vartojimas gali būti susijęs su gausiu riebaus maisto ir sočiųjų riebalų bei sumažėjusiu šviežių vaisių ir daržovių suvartojimu. Todėl alkoholinių gėrimų vartojimas sergant žvyneline turi būti ribojamas [1].

Nustatytas teigiamas omega-3 riebalų rūgščių poveikis [1]. Manoma, kad šalintinės dietos dažniausiai apsaugo nuo uždegiminių odos ligų paūmėjimo.

Prieš pradėdant laikytis dietos reikalavimų sergantiesiems žvyneline būtina:

- identifikuoti produktus, kurie būtų ligos paūmėjimo priežastimi, pildyti maitinimosi savikontrolės dienyną ir vartojamų maisto produktų anketą (žr. www.megaukismaistu.lt),
  - atsisakyti maisto, kuris yra ligos paūmėjimo priežastis,
  - parengti valgiaraštį iš toleruojamų maisto produktų,
  - stebėti svorio pokyčius – vengti svorio didėjimo; esant antsvoriui ar nutukimui, mažinti svorį – pasiekti ir išlaikyti optimalų kūno svorį,
  - nevartoti alkoholio ar riboti jo vartojimą.
- Žvynelinė gydoma kompleksiskai.

### Vartotini maisto produktai [1]

Maistas turi būti įvairus. Dietą turi sudaryti maistas, kuriame pakankamas grūdų, daržovių ir vaisių kiekis. Per dieną reikia suvalgyti mažiausiai 5 porcijas šviežių vaisių ir daržovių, ypač turtingų betakaroteno (morkų, abrikosų, mangų, žalių lapinių daržovių), taip pat tinka vynuogės, ananasai, bananai, kriaušės bei vitamino C turintys brokoliai, špinatai, Briuselio kopūstai, lapiniai ir žiediniai kopūstai, rūgštynės, artiškai, kaštonai, ropės, cukinijos ir žalumynai. Burnočiai, griekiai bei bolivinės balandos yra labai vertingi sveikatai: burnočių miltai

yra be glitimo, todėl gali būti naudojami makaronams bei kepiniams, grikiuose yra daug flavonoido rutino, pasižymintio antioksidacinėmis savybėmis.

Reikia vengti maisto produktų, turinčių riebalų, ypač gyvūninės kilmės. Stengtis vartoti liesą mėsą bei mažai riebalų turinčių įprastinių maisto produktų. Rekomenduotina reguliariai valgyti riebios žuvis (nes joje yra omega-3 riebalų rūgščių): lašišų, upėtakių, skumbrių, silkių, sardinių, šviežių tunų, ančiuvių, kardžuvių, karpių ir pūgžlių.

Linų, saulėgrąžų bei sezamo sėklos yra omega-3 RR šaltinis ir turi panašų poveikį kaip riebi žuvis. Įtraukus jų į racioną, gali susilpnėti žvynelinės simptomai. Patariama per dieną suvartoti 12 migdolų ar vieną šaukštą sezamo arba saulėgrąžų sėklų.

### Vengtini maisto produktai [1]

Sergant žvyneline, vengtiniems maisto produktams priskiriama:

**Beveik visų rūšių mėsa**, ypač raudona, nes ji gali sukelti didelio citokinų kiekio gamybą ir sustiprinti žvynelinės simptomus. Taip pat svarbus mėsos paruošimo būdas: nereikėtų mėsos kepti ant žarijų ar grotelių, patartina vengti apdorotos mėsos, dešrelių bei paštetų.

**Brazilijos, graikiniai, pekanų bei žemės riešutai** gali pabloginti žvynelinės simptomus dėl juose esančių medžiagų, skatinančių uždegiminių mediatorių išsiskyrimą.

**Grūdai:** kviečiai, avižos, miežiai, rugiai, turintys glitimo. Jie sukelia uždegimą. Tyrimai parodė, kad daugelis žvyneline sergančių žmonių yra alergiški glitimui.

**Kiaušinio trynys** yra labai turtingas arachnoidinės rūgšties (AR) – tai ta pati medžiaga, dėl kurios mėsa sukelia didžiulę uždegiminę reakciją. Jei kiltų noras suvalgyti kiaušinį, geriau

valgyti tik kiaušinio baltymą. Maisto produktų etiketėse, kurių sudėtyje yra kiaušinių, pažymėta: albuminas, globulinas, ovomucinas.

**Prieskoniai ir pagardai.** Tam tikri prieskoniai ir pagardai savo sudėtyje turi alkaloidų, kurie didina uždegiminių mediatorių išsiskyrimą. Prieskoniai, kurių reikėtų vengti: pipirai, gvazdikėliai, kmynai, anyžiai, cinamonas, garstyčios, muskato riešutai, cukruotas apelsinas, citrinų žievelės ir karis. Iš pagardų patartina vengti majonezo, pomidorų padažo, Tabasko padažo, sultinio kubelių, vyno bei acto.

**Apdoroti maisto produktai**, pvz., dribsniai, bandelės, duona, krekeriai, sausainiai, spurgos. Šių maisto produktų sudėtyje yra „blogųjų riebalų“ (sočiųjų riebalų rūgščių, apdorotų riebalų, dar vadinamų transriebalų, rūgščių) bei rafinuotų angliavandenių, kurie turi labai svarbią reikšmę žvynelinės ligos skausminio sindromo patogenezei bei protrūkiams.

**Cukrus** sunkina vitaminų bei mineralų įsisavinimą, be to, yra pagrindinis veiksnys, sukeliantis autoimunines ligas. Cukrus taip pat prislopina imuninę sistemą, dėl to žmogaus organizmas tampa labiau pažeidžiamas infekcijų.

**Bulvinių šeimos augalai.** Bulvinių šeimai priklauso: valgomosios bulvės, pomidorai, visos paprikos, baklažanai. Šių daržovių sudėtyje yra labai nedidelis kiekis nuodingo alkaloido (bulvėse tai yra solaninas, pomidoruose – tomatinas, baklažanuose – α-solaninas, paprikose – solanadinas). Alkaloidas aktyvina uždegimo mediatorius, o dauguma pacientų, sergančių žvyneline, jam yra alergiški. Šios daržovės kai kuriems sergantiesiems gali sustiprinti žvynelinės simptomus. Vienintelis būdas sužinoti, ar bulvinių šeimos daržovės turi įtakos ligai, atsisakyti jų kuriam laikui, o vėliau vėl grąžinti į savo racioną ir stebėti ligos eigą.

## Mielos kolegės,

*Gimtadienio proga linkime optimizmo, gyvenimo džiaugsmo, bendradarbių dėmesio, artimųjų meilės, pasitenkinimo darbu. Raskite laiko ir noro pasidžiaugti paprastais dalykais – gėlės žiede dūzgiančia bitele, svaiginančiu liepos žiedų aromatu – pajuskite vasaros pilnatvės grožį. Tegū išsiskleidžia jausmai ir teneišblėsta gyvenimo aistra. Nesvarbu, kad dangus kartais apniukęs, juk saulė vis tiek kada nors sušvis, niekada nepraraskit vilties ir tikėjimo, kad gyvenimas yra gražus.*

### Sveikiname liepos mėnesį gimusias:

*Vitą Janušauskienę, VŠĮ Respublikinės Panevėžio ligoninės, Infekcinių ligų korpuso vyresniąją slaugytoją, 50-ies metų jubiliejaus proga*

*Jolitą Škudaite, VŠĮ Respublikinės Panevėžio ligoninės, Intensyviosios terapijos ir reanimacijos skyriaus slaugytoją, mininčią 40-metį*

*Ireną Staponienę, VŠĮ Vilniaus miesto klinikinės ligoninės Antakalnio filialio vyr. slaugytoją-slaugos administratore, sulaukusią brandaus 60-mečio*

### rūgpjūčio mėnesį gimusią

*Danguolę Navikienę, Vilniaus universiteto Onkologijos instituto Infekcijų kontrolės skyriaus vyresniąją slaugos administratore, švenčiančią 55-erių metų sukaktį*

**Citrusiniai vaisiai** (greipfrutai, citrinos, žaliosios citrinos, apelsinai) yra alergenai, o sergantieji žvyneline turi polinkį į alergiją. Reikėtų vengti vartoti persikus dėl juose esančio alkaloido.

**Alkoholis.** Anksčiau buvo teigiama, kad saikingas alkoholinių gėrimų vartojimas rekomenduotinas žvyneline sergantiems žmonėms. Vėliau įrodyta, kad alkoholis stimuliuoja histamino išsiskyrimą, o tai gali dar labiau sustiprinti odos pažeidimus. Be to, suvartojus didesnę alkoholio kiekį, gali būti piktnaudžiaujama riebiu maistu, todėl suvartojama mažiau daržovių. Taigi, alkoholinių gėrimų vartojimas turi būti ribojamas.

**Dieta gali turėti įtakos žvynelinės eigai ir padėti valdyti ligos paūmėjimus, tačiau ji yra tik pagalbinė priemonė gydant šią ligą.** Maitinimosi įpročius patariama keisti lėtai. Rekomenduojama pildyti maitinimosi savikontrolės dienyną, fiksuoti rezultatus. Tai palengvina individualios dietos sudarymą.

#### Apibendrinimas

- Sergantiems odos ligomis tinkamas maitinimasis turi įtakos ligos eigai.
- Individualiai parinkta dieta, įskaitant ir beglitimę, gali silpninti ligos simptomus.
- Rekomenduojama valgyti žuvies, kurioje gausu polinesočiųjų omega-3 RR.
- Būtina atsižvelgti į vaistų ir maisto sąveiką.

Lentelė. Vartotini ir vengtini maisto produktai

Maisto produktai	Vartotina	Vengtina
Mėsa	Liesa mėsa Kepeny, inkstai (turi vitamino B <sub>12</sub> )	Raudona mėsa Mėsa, kepta ant žarijų, grotelių Apdorota mėsa, dešrelės, paštetas
Žuvis	Lašišos, upėtakiai, skumbrės, silkės, sardinės, švieži tunai, ančiuviai, kardžuvės, karpiai, pūgžliai	
Grūdai, sėklos, riešutai	Grikiai, kukurūzai ir jų produktai Linų, saulėgrąžų, sezamų sėklos	Kviečiai, avižos, miežiai, rugiai Brazilijos, graikiniai, pekanų, žemės riešutai
Daržovės	Morkos, žalios lapinės daržovės, brokoliai, špinatai, Briuselio kopūstai, lapiniai, žiediniai kopūstai, rūgštynės, artišokai, ropės, cukinijos	Bulvės, pomidorai, paprikos, baklažanai
Vaisiai	Abrikosai, mangai, vynuogės, ananasai, bananai, kriaušės	Citrusiniai: greipfrutai, citrinos, žaliosios citrinos, apelsinai Persikai
Kiaušiniai	Baltymai	Tryniai
Prieskoniai ir pagardai	Žalumynai	Pipirai, gvazdikėliai, kmynai, anyžiai, cinamonas, saldžiosios paprikos, garstyčios, muskato riešutai, cukruotas apelsinas, citrinų žievelės, karis Majonezas, pomidorų padažas, Tabasko padažas, sultinio kubeliai, vynas, actas
Apdoroti maisto produktai		Dribsniai, bandelės, duona, krekeriai, sausainiai, spurgos
Kiti		Cukrus, alkoholis

#### Literatūra

1. Domarkaitė-Jakovlevė I., Klimenko O., Kavaliauskienė S. Maisto įtaka žvynelinės kontrolei ir gydymui, remiantis klinikinių tyrimų duomenimis. Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas. 2010, t. XIV, Nr. 6, p. 455–460.
2. Dietary Factors and the Risk of Psoriasis. Results of an Italian Case-control Study / Naldi L., Parazzini F., Peli L. et al. // Br. J. Dermatol. 1996, Vol. 134, No. 1, p. 101–106.
3. Plunkett A., Marks R. A Review of the Epidemiology of Psoriasis Vulgaris in the Community // Australas J. Dermatol. 1998, Vol. 39, No. 4, p. 225–232.
4. Alternative Therapies Commonly Used within a Population of Patients with Psoriasis / Fleischer A. B., Feldman S. R., Rapp S. R. et al. // Cutis. 1996, Vol. 58, No. 3, p. 216–220.
5. Effect of Regular Consumption of Oily Fish Compared with White Fish on Chronic Plaque Psoriasis / Collier P. M., Ursell A., Zaremba K. et al. // Eur. J. Clin. Nutr. 1993, Vol. 47, No 4, p. 251–254.
6. Diet and Fatty Acids: Can Fish Substitute for Fish Oil? / Fahrer H., Hoeflin F., Lauterburg B. H. et al. // Clin. Exp. Rheumatol. 1991, Vol. 9, No. 4. P. 403–406.
7. Selenium Nutritional Status and the Course of Psoriasis / Serwin A. B., Chodyncka B., Wasowicz W., Gromadzinska J. // Pol. Merkurusz. Lek. 1999, Vol. 6, No. 35. P. 263–265.
8. Davies S., Stewart A. Eczema, Dermatitis and other Problems of Skin, Hair and Nails / Nutritional Medicine. New York, 1990, p. 269–282.

# Rekomendacijos onkologiniams ligoniams. Gyvenimo būdas ir mityba, sergant vėžiu

Parengė Vilniaus universiteto Onkologijos instituto fitoterapeutas **Juozas Ruolia**,  
A. Stulginskio augalinės kilmės maisto produktų kokybės specialistas bakalauras **Tadas Micus**,  
farmacijos specialistė **Beata Rožanskaja**

Pabaiga. Pradžia Nr. 6

## Maži pakeitimai, didelė nauda. Mityba

Produktai, kurių verta vartoti mažiau	Sveikesni jų pakaitalai
Cukrus (baltasis, rudasis), sirupas (klevų, fruktozės, dekstrozės)	Natūralūs saldikliai: agavų nektaras, stevia (Ramiojo vandenyno augalas), rudasis cukrus
Balti ar balinti miltai, šviesi duona, baltieji ryžiai, pervirti balti makaronai, bandelės, išpūstų ryžių pyragaičiai	Maišyti neskaldyti grūdai: įvairių grūdų duona (ne vien kviečių), bemiėlė, natūraliai rauginta duona, basmati arba tailandietiški ryžiai, nepervirti makaronai (geriausia įvairių grūdų), avižos, soros, grikiai
Saulėgrąžų, kviečių aliejus, įprasti kasdieniniai produktai (prisotinti omega-6), keptos bulvės, traškučiai, kepti užkandžiai	Alyvų aliejus, sėmenų aliejus, rapsų aliejus, ekologiški kasdieniniai produktai (subalansuotas omega-6 ir omega-3 kiekis), daržovės, ankštiniai augalai, pupos, žirniai, lęšiai, svogūnai, česnakai
Bulvės, ypač ankstyvosios (tręštos salietra)	Lęšiai, žirniai, pupos, ekologiškos bulvės su lupena
Neekologiška raudonoji mėsa, kiaušiniai, paukštienos odelė	Ekologiška paukštiena ir kiaušiniai, ekologiška žolėdžių raudonoji mėsa, žuvis (skumbrės, sardinės, lašišos – netgi išaugintos dirbtinai)
Balinti ar saldinti sausi pusryčiai, greito paruošimo košės	Avižos, soros, grikiai, perlinės kruopos
Džemai ir želė, vaisiai, gaminti su cukrumi, vaisiai sirupe	Natūralūs vaisiai ir uogos, ypač mėlynės, vyšnios ir avietės – padeda reguliuoti cukraus kiekį kraujyje
Saldinti gėrimai (pramoniniu būdu gaminamos vaisių sultys, limonada)	Vanduo, paskanintas citrinomis, šalavijais ar čiobreliais
Alkoholis	Žalioji arbata (be cukraus arba su agavų nektaru, medumi)
Nevirintas vanduo vietovėse, kuriose vykdoma aktyvi ūkinė veikla ir gausu pesticidų bei nitratų, šiuolaikinių chemikalų, augimo brandą skatinančių ar stabilizuojančių cheminių priemonių	Ištirtas vietinis vandens šaltinis, sidabru jonizuotas vanduo, mineralinis ar šaltinio vanduo buteliuose, geriausia – stikliniuose

Reikėtų rinktis tik ekologiškus	Auginimo metodas mažiau svarbus
Obuoliai, kriaušės, persikai, nektarinai, braškės, vyšnios, avietės, vynuogės, mėlynės, šilauogės, spanguolės, bruknės	Bananai, apelsinai, mandarinai, ananasai, greipfrutai, melionai, arbūzai, slyvos, kiviai, mangai, papajos
Pipirai, salierai, žaliosios pupos, bulvės, špinatai, salotos, agurkai, moliūgai	Brokoliai, žiediniai kopūstai, kopūstai, šparagai, pomidorai, svogūnai, baklažanai, žirniai, ridikėliai, avokadai

Šaltinis [www.foodnews.org](http://www.foodnews.org)

**Patariama kasdien suvalgyti po vieną ar du produktus iš kiekvienos grupės:**

- 1–2 saujas žalių ar raugintų kopūstų, žiedinių kopūstų, brokolių

arba šaukštą krienių, skiltelę česnako (sutrinto ir palaikyto 10 min., po to susmulkinto ir suvalgyto su avokadu, naminiu sviestu), galvutę svogūno, kelis ridikėlius arba 2–3 šaukštus sutarkuotos ropės.

• 2–4 šaukštus sutarkuotų virtų burokėlių arba tiek pat trintų mėlynių, juodųjų serbentų ar aronijų uogų, 20–30 džiovintų mėlynių, vynuogių arba 50–100 ml natūralaus raudonojo vynuogių vyno. Galima gerti ir kiaulpienių, gysločių, kopūstų sulčių, bet ne daugiau kaip 2–3 šaukštus per dieną.

• Iš vakaro sutarkuokite 2–3 morkas, tarkius nuspauškite, apšlakstykite grietine, ryte pakaitinkite keptuvėje su alyvuogių ar kitu aliejumi ir pasigaminkite mėgstamų salotų su I–II grupėje išvardytomis daržovėmis ar uogomis. Arba suvalgykite tris šaukštus sutrintų ir sumaišytų su medumi (santykiu 1:1) šaltalankių, šermukšnių uogų, išgerkite šaukštelį šaltalankių aliejaus. Atsiminkite, kad karotenoidai iš morkų ir pomidorų tirpsta tik aliejuje!

• Kelis ritinėlius avokado, citrinos. Jei viduriai užkietėję, valgykite orkaitėje keptų obuolių, morkų (kas 2–3 valandas), iš javainių išvirtos košės. Taip pat tinka grikių, pupų, pupelių, žirnių, su lupenomis virtų bulvių (joms atvėsus odelę nulupkite) košės. Jas skaninkite riešutais, razinomis, medumi,

apšlakstykite sojų, alyvų aliejumi arba aliejumi su karotinu.

• Žuvies produktų, vištienos, triušienos, neriebios jautienos (geriau vartoti susmulkintos kotletų, frikadelių ar kitu pavidalu), neriebių pieno produktų (kąšnis mėsos produktų, kąšnis daržovių).

• Patariama gerti kmynų, pankolių, krapų sėklų nuovirus, nudujinto mineralinio vandens „Birutė“, „Vytautas“, obuolių, morkų ar kitų sulčių. Sultis geriausia gerti mažomis porcijomis, po 20–50 ml. Valgyti žalius obuolius, kriaušes, apelsinus ar kitus vaisius, uogas.

Galima gerti ir kiaulpienių, gysločių, kopūstų, sulčių, bet ne daugiau kaip 2–3 šaukštus per dieną. Atsiminkite – vartodami daigintų grūdų želmenų ir įvairių kitų sulčių labai didelėmis dozėmis, galite sau pakenkti. Daigintų grūdų sultys po 20 ml parai pasižymi priešvėžiniu veikimu, o didesnės dozės ir esantys jose giberilina skatina vėžio atsiradimą. Maistas yra vaistas, kai vartojamas dažnai ir ne po daug.

### Saugokite save:

Priemonės, kurių verta vartoti mažiau	Sveikesni jų pakaitalai
Dezodorantai su aliuminiu	Natūralūs dezodorantai be aliuminio
Kosmetika, šampūnai, losjonai, geliai, nagų lakai, kremai nuo saulės, kurių sudėtyje yra estrogenų, parabenu ir ftalatų	Natūralūs ir ekologiški kosmetikos produktai be parabenu, ftalatų ir estrogenų
Kvėpalai, kurių sudėtyje yra ftalatų (beveik visi)	Nenaudokite kvėpalų arba naudokite tik tualetinį vandenį, kurio sudėtyje ftalatų yra mažiau
Cheminiai buities pesticidai ir insekticidai	Naudokite priemones, pagamintas iš eterinių aliejų
Nešildykite maisto ar skysčio (kavos, arbatos) plastmasinėje taroje, kurios sudėtyje yra PVC – medžiagos, kurios išsiskiria į maistą šildymo metu, polistireno ar polistirolio	Rinkitės stiklinę ar keraminę tarą (net ir naudodamiesi mikrobangų krosnele)
Neruoškite maisto subraižytose teflono keptuvėse	Maistą gaminkite tik nepažeistose teflono keptuvėse arba keptuvėse be teflono, pvz., pagamintose iš nerūdijančio plieno ar keramikos
Įprasti valymo produktai, pvz., dezinfekavimo skysčiai, tualetų dezinfekavimo priemonės su alkylphenoliu	Žalieji arba Europos ECO etiketėmis pažymėti produktai, taip pat actas, soda, ūkinis muilas
Besaikis buvimas elektromagnetinėje aplinkoje	Sumažinkite poreikį naudotis mobiliuoju telefonu (tiek su, tiek be laisvų rankų įrangos)

#### Veikla:

20–30 min. per dieną skirkite fiziniams pratimams; kasdien bent 20 min. pabūkite saulėje (gaminama daugiau vitamino D).

#### Meditacija:

Praktikuokite atsipalaidavimo ir savikontrolės metodus.

#### Atsikratykite bejėgiškumo jausmo:

Pasistenkite pamiršti praeities traumas; Išmokite priimti savo emocijas, įskaitant baimę, liūdesį, nevilį ir pyktį; Raskite žmogų, su kuriuo galėtumėte pasidalyti emocijomis.

#### Literatūros šaltiniai:

Dr. Richard Beliveau, Dr. Denis Gingras „Cuisiner avec les aliments contre le cancer“, 2006, Editions du Treccar, Canada („Priešvėžiniai maisto produktai ir receptai“, Molekulinės medicinos laboratorija Sainte-justine ligoninė ir Kvebeko universitetas, Monrealis). David Servan-Schreiber „Anticancer: A New Way of Life“, 2004, The University of Pittsburgh School of Medicine. World Cancer Research Fund American Institute for Cancer Research, 2009, („Maisto produktai, mityba, fizinis aktyvumas ir prevencija: globalios perspektyvos“) [www.herbs-info.com/anticancerfood](http://www.herbs-info.com/anticancerfood) [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed)

# Paminėtas garbingas jubiliejus

Gegužės 23 d. paminėtos žymaus vaikų gydytojo docento Petro Baublio 100-osios gimimo metinės. Vilniaus miesto klinikinėje ligoninėje surengtas minėjimas, kuriame pranešimus skaitė prof. Vytautas Usonis, sūnus doc. Alis Baublys. Veikė tai progai Lietuvos medicinos bibliotekos darbuotojų parengta paroda. Antakalnyje, prie namo Šilo g. 42, atidengta paminklinė lenta.

Docentas Petras Baublys gimė 1914 m. gegužės 23 d. Lydoje (Baltarusija). 1931 m., baigęs gimnaziją, įstojo į Kauno universiteto Medicinos fakultetą, kurį baigė 1936 m. Dirbo Raudonojo Kryžiaus sanatorijoje Aukštojoje Panemunėje, 1937 m. tapo Kauno universiteto Medicinos fakulteto Vaikų ligų katedros asistentu. 1942 m. paskirtas Kauno kūdikių namų vedėju. 1942–1944 m. dirbdamas Kūdikių namuose gelbėjo nacių persekiojamų šeimų vaikus. Nuo 1944 m. dėstė Vilniaus universitete. 1944–1954 m. – Infekcinių ir vaikų ligų katedros vedėjas. 1950–1958 m. ėjo Sveikatos apsaugos ministerijos vyriausiojo pediatro pareigas. Nuo 1954 m. – VU Vaikų ligų katedros docentas. 1965–1973 m. vadovavo Lietuvos pediatrų mokslinei draugijai. Daug metų buvo žurnalų „Sveikatos apsauga“ ir „Pediatrija“ redkolegijų narys. Parašė

apie 150 mokslo darbų. Jam vadovaujant parengtas ir 1962 m. lietuvių kalba išleistas pirmasis „Vaikų ligų“ vadovėlis. Kartu su prof. L. Steponaitiene parašė knygą šeimoms „Vaikas auga“. 1969 m. jam suteiktas medicinos mokslų kandidato laipsnis. 1973 m. gruodžio 16 d. žuvo lėktuvo katastrofoje. 1977 m. apdovanotas Pasaulio Teisuolio medaliu. Izraelyje, Teisuolių alėjoje, auga medis, pasodintas Petro Baublio garbei. 1993 m. apdovanotas Žūvančiųjų gelbėjimo kryžiumi. 1994 m. Vilijampolėje prie Kūdikių namų atidengta memorialinė lenta. 1996 m. P. Baubliui suteiktas Lietuvos žydų bendruomenės garbės nario vardas. Jo vardu pavadinta gatvė Vilniuje, Santariškių medicinos miestelyje.

Janina Valančiūtė, Lietuvos medicinos biblioteka



Nuo birželio 10 d. Lietuvos medicinos bibliotekoje (Kaštonų g., Vilnius) veikia paroda, skirta docentui Petriui Baubliui. Parodoje eksponuojamos docento Petro Baublio publikacijos, nuotraukos, literatūra apie jį. Ekspoziciją pagyvina citatos iš leidinių.

Paroda veiks iki rugpjūčio 20 d.





# Burnos priežiūros specialistų dėmesiui!

Slaugos darbuotojų tobulinimosi ir specializacijos centras  
2015 metais Vilniuje organizuoja  
**seminarus popietėmis (nuo 15 val.),**  
skirtus burnos priežiūros specialistams:

1. Seminaras „**Profesinė etika odontologijoje**“ (2 val.)  
*Skirtas gydytojams odontologams,  
gydytojo odontologo padėjėjams, gydytojo odontologo pagalbininkams,  
burnos higienistams, dantų technikams.*
2. Seminaras „**Būtinoji pagalba odontologijoje**“ (2 val.)  
*Skirtas gydytojo odontologo padėjėjams,  
gydytojo odontologo pagalbininkams, burnos higienistams, dantų technikams.*
3. Seminaras „**Infekcijų kontrolė odontologijoje**“ (2 val.)  
*Skirtas gydytojo odontologo padėjėjams ir burnos higienistams, dantų technikams.*
4. Seminaras „**Burnos ligų profilaktika**“ (2 val.)  
*Skirtas gydytojo odontologo padėjėjams, gydytojo odontologo pagalbininkams,  
burnos higienistams, dantų technikams.*
5. Seminaras „**Infekcijų kontrolė odontologijoje**“ (5 val.)  
*Skirtas gydytojo odontologo pagalbininkams,*

Asmenis, norinčius dalyvauti popietiniuose seminaruose, kviečiame užpildyti prašymą 2015 metams ir jį **iki 2014 m. rugsėjo 15 d.** atsiųsti adresu:  
Slaugos darbuotojų tobulinimosi ir specializacijos centras, Rugių g. 1, 08418  
Vilnius arba el. paštu [vale.smalakyte@sdtsc.lt](mailto:vale.smalakyte@sdtsc.lt)

**Atkreipiame dėmesį**, kad susidarius 15–20 žmonių grupei,  
seminarai gali vykti Jūsų darbovietėje.

2 val. seminaro kaina – 20,72 Lt (6 Eur)  
5 val. seminaro kaina – 51,80 Lt (15 Eur)  
Mokestį už seminarą (-us) pervesti į SEB banką.  
Sąskaitos Nr. LT 227044060000322130

Visais iškilusiais klausimais dėl popietinių seminarų prašome  
kreiptis į mokymo organizatorės Vilniuje, tel. (8 5) 271 2279