

Požiūrio į pacientą intensyviosios terapijos skyriuje transformacijos savitumai

Lina Danusevičienė, Ramunė Jurkuvienė

Kauno medicinos universiteto Slaugos ir rūpybos katedra

Raktažodžiai: intensyvioji terapija, socialinė sveikatos dimensija, socialiniai ryšiai, ankstyvoji ir vėlyvoji modernybė.

Santrauka. Vakarų visuomenėse prasidėjusios transformacijos iš ankstyvosios į vėlyvąją modernybę neaplenkia medicinos srities, taip pat ir Lietuvoje. Keičiasi ne tik vertybės, bet ir požiūris į pacientą. Susirgęs žmogus ne tik įgyja paciento statusą, tačiau iki mirties išlieka socialine būtybe. Ypač nelengva išlaikyti tokį požiūrį į pacientą intensyviosios terapijos skyriuje. Užsienio tyrėjai pastebi, kad pacientui gydantis būtent šiame skyriuje yra labai svarbus kontaktas su artimaisiais, artimųjų palaikymas. Medicinos personalo dėmesys, suprantamai pateikta informacija apie paciento sveikatos būklę, liberalizuotas lankymas didina paciento artimųjų pasitenkinimą ir pasitikėjimą teikiama medicinine priežiūra. Lietuvoje toks požiūris į pacientą ir jo artimuosius intensyviosios terapijos skyriuje vis dar išlieka problemiškas.

Tyrimo tikslas – išsiaiškinti požiūrio į pacientą ir jo socialinę aplinką transformacijos savitumus, analizuojant paciento socialinių ryšių galimybes intensyviosios terapijos skyriuje.

Metodas. Pasirinktas etnometodologinis kokybinis tyrimas, duomenų patikimumui užtikrinti naudota metodų trianguliacija, tyrime sutiko dalyvauti dvi intensyviosios terapijos skyriaus slaugytojos ir keturi paciento artimieji.

Tyrimo rezultatai. Paciento, gydyto intensyviosios terapijos skyriuje, artimieji nori būti šalia sergančiojo, nors tai jiems sukelia labai stiprius emocinius išgyvenimus. Lankymą paciento artimieji supranta kaip galimybę „tyliai bendrauti“, suteikti paramą sergančiajam, palaikyti su juo žmogišką ryšį, kartu sumažinti savo pačių nerimą. Slaugytojai nesuvokia tokio artimųjų elgesio prasmės, artimuosius priima kaip papildomą stresorių.

Išvados. Medicinos personalo santykis su pacientu apsiriboja instrumentiniu bendravimu, o tai būdinga ankstyvajai modernybei. Transformacijos procesai į Vakarų valstybėms būdingą vėlyvosios modernybės visuomenę, kai pacientas traktuojamas ne tik kaip biologinė, bet ir socialinė būtybė, Lietuvos intensyviosios terapijos skyriuje tai tik prasideda.

Įvadas

Visuotinai pripažįstama, kad žmogaus sveikata ir jos priežiūra yra ne tik biomedicinos, bet ir socialinių mokslų srities pažinimo objektas. Vakarų Europos mokslininkų sveikatos priežiūros paslaugų kokybės tyrimai dažniausiai nukreipti į paciento lūkesčius, sveikatos priežiūros paslaugų priimtinumą, paciento, jo artimųjų ir gydytojo kontakto kokybę, sveikatos priežiūros įstaigos patogumą, pateiktos pacientui, jo artimiesiems informacijos visavertiškumą ir kitus aspektus (1–3). Šios tendencijos nėra atsitiktinės. Vakarų visuomenėse prasidėjusios transformacijos apima ne tik demografinius ir epidemiologinius perėjimus, bet ir vertybių kaitą, vartotojiškų santykių dominavimą, socialinių judėjimų suaktyvėjimą. Šie

procesai, liudijantys apie perėjimą iš ankstyvosios modernybės į vėlyvąją modernybę (1, 4), neaplenkia medicinos srities, taip pat ir Lietuvoje. Žymiausi Lietuvos sveikatos politikos formuotojai (5) atskleidžia tam tikras vėlyvosios modernybės visuomenėms būdingas sveikatos priežiūros sistemos institucinės raidos tendencijas (1, 5). Pacientas matomas ne kaip objektas, kuriam sutriko vienas iš organų, bet kaip žmogus, t. y. biologinė, psichinė ir socialinė būtybė, kuri išlieka tokia iki mirties. Žmogui, kaip socialinei būtybei, ypač svarbus socialinis kontaktas su aplinka, su kitais asmenimis. Dėl to, siekiant suteikti efektyvias ir kokybiškas medicinines paslaugas, greta kitų būtinų priemonių į mokslinių tyrimų akiratį neišvengiamai patenka pacientų kontakto su jų socialine aplinka

Adresas susirašinėti: R. Jurkuvienė, KMU Slaugos ir rūpybos katedra, Eivenių 2, 50009 Kaunas
El. paštas: jramune12@yahoo.com

Correspondence to R. Jurkuvienė, Department of Nursing and Care, Kaunas University of Medicine, Eivenių 2, 50009 Kaunas, Lithuania. E-mail: jramune12@yahoo.com

gydymo proceso metu tema.

Kol pacientas lengvai gali kontaktuoti su aplinka, matyti jį kaip socialinę būtybę nesudėtinga. Kur kas sudėtingiau tą atlikti intensyviosios terapijos skyriuje, kai teikiama skubioji, intensyvioji pacientų priežiūra po sunkių ir gyvybei pavojingų traumų, komplikacijų. Tai viena sudėtingiausių ir daugiausia streso bei įtampos medicinos personalui sukelianti vieta (6). Intensyviosios terapijos skyriuje, kur ypatingas dėmesys tenka paciento fizinių funkcijų stebėjimui, dominuoja biomedicininis požiūris į pacientą, todėl paciento, kaip socialinės būtybės (iki mirties), aspektas čia įgauna ypatingą prasmę. Pacientui patekus į ligoninę, keičiasi jo socialinė situacija, santykis su artimaisiais. Hospitalizuoti pacientai intensyviosios terapijos skyriuje, kur ribojamas ne tik lankymo laikas, bet ir patys lankytojai išgyvena nerimą, jaučiasi izoliuoti (7). Kiti tyrėjai pastebi, kad pacientai praranda laiko sampratą, išgyvena vienišumo jausmą, dažnai pasireiškia depresijos simptomai. Pacientai patiria stresą ne tik dėl bejėgiškumo, visiškos priklausomybės nuo medicinos personalo, kontrolės praradimo, bet ir jų atskyrimo nuo jiems brangių ir mylimų žmonių (8). Teigiamas socialinių ryšių palaikymas turi įtakos fizinei ir psichologinei paciento savijautai

Socialiniai ryšiai, kaip socialinės sveikatos dimensijos išraiška

Sveikata – tai fizinė, psichinė ir socialinė gerovė, o ne vien ligos ar negalios nebuvimas, skelbia dar 1948 m. priimta PSO Konstitucija. Fizinė ir psichinė sveikata dažnai bent intuityviai plačiau visuomenės daliai suprantamos sąvokos. Mažiau pažįstama socialinė sveikatos dimensija. Vieni autoriai apibrėžia socialinę sveikatą kaip ryšį tarp to, kas socialiai vyksta tarp žmonių, asmens ir visuomenės sveikatos erdvėje (9). Kiti akcentuoja daugiau viešai erdvei priskiriamą socialinio kapitalo koncepciją, kuri apima socialinę paramą, abipusio pasitikėjimo jausmą, tarpusavio sąveiką bendruomenėje (10). Tačiau egzistuoja ir asmens socialinis kapitalas – jo socialiniai ryšiai, turimi vaidmenys visuomenėje ir kt.

Socialiniai ryšiai yra neatskiriama žmogaus gyvenimo kokybės dalis. Žmogus nuo gimimo priklauso socialiniam tinklui, kurį sudaro emociškai artimi žmonės, einantys kartu su juo per gyvenimą, kaip lydintys asmenys (11). Tarpusavio ryšiai kiekvienam duoda tam tikros naudos: asmuo teikia socialinę paramą ir gauna ją iš tų, kurie sudaro jo palydą. Socialiniai ryšiai tenkina žmogaus priklausomumo poreikį, kuris pasireiškia dėmesiu, pagarba ir rūpinimusi – tai yra būtina žmogaus socialumui (12).

Pacientas santykių su medicinos personalu kontekste

Medicinos personalo ir paciento santykiai intensyviosios terapijos skyriuje yra paternalistiniai. Tokie santykiai laikomi neišvengiamais ir būtinais, siekiant išgelbėti paciento gyvybę. Visgi vien paternalistinių gydytojo ir paciento santykių modelis jau netenkina ir sveikatos priežiūros profesionalų, ir pacientų, be to, prieštarauja šiuolaikinės vėlyvąją modernybę atitinkančios visuomenės vertybių sistemai (13). Teikiant medicininę pagalbą intensyviosios terapijos skyriuje, susiduriama su dviem problemomis: 1) kaip užtikrinti paciento interesus, esant ekstremaliai sunkiai jo fizinei būklei; 2) kaip išsaugoti paciento privatumą, autonomiškumą. Iškyla pavojus, kad intensyviai slaugant nebūtų nusavintos paciento, kaip žmogaus, teisės, nebūtų atimta jo autonomija netgi tada, kai jis pats nėra pajėgus ją išsaugoti. Apie autonomiškumą galima kalbėti tik tada, kai užtikrinama laisvė rinktis ir laisvė priimti etinius sprendimus (14). Tačiau nesąmoningos būklės pacientas rinktis negeba. Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymu saugomi paciento interesai, tačiau sunku juos įvertinti, kai asmuo yra nesąmoningas. Tuo atveju pagal įstatymą paciento teisės perima jo atstovas, dažniausiai vienas iš šeimos narių (15). Kita vertus, įstatymu numatyta, kad konfidenciali informacija gali būti suteikiama paciento atstovui tik tiek, kiek tai būtina paciento interesams apsaugoti. Taigi, už paciento teisės tampa atsakingas ir medicinos personalas, jis taip pat sprendžia, kas pacientui būtų geriausia. Atsakomybę už paciento interesų išsaugojimą prisiima abi šalys: artimieji ir medicinos personalas.

Intensyviosios terapijos skyriaus slaugytojos pirmiausia turi nepriekaištingai atlikti techninį darbą, todėl visą dėmesį skiria paciento fizinei būklei. Pacientas tampa objektu, kuriam reikia atlikti tam tikras procedūras. Emocinis atsiribojimas nuo paciento slaugytojui padeda įveikti pastovų emocinį stresą. Intensyviosios terapijos skyriaus slaugytojai nuolat tenka bendrauti su ekstremaliai sunkioje būklėje atsidūrusiais kenčiančiais žmonėmis, matyti skausmą ir mirtį. Dirbdama labai sunkų ir atsakingą darbą, ji gauna labai mažai teigiamo grįžtamojo ryšio ir pasitenkinimo darbu. Nuolatinis patiriamas slaugytojo stresas dažnai tampa išsekimo priežastimi (6). Dėl to bendravimą su paciento artimaisiais slaugytoja priima kaip papildomą sunkią našą.

Pacientas santykių su artimaisiais kontekste

Paciento, esančio intensyviosios terapijos skyriuje, artimieji patiria didelį stresą, kuris sukelia fizinių,

psichologinių, emocinių ir socialinių neigiamų pokyčių (16). Tuo laikotarpiu, kai artimasis guli intensyviosios terapijos skyriuje, žmonės neatsižvelgia į savo pagrindinius poreikius, praranda apetitą, sutrinka jų miegas. Pablogėja jų fizinė savijauta. Nepakeliamas ir nevaldomas stresas gali pasireikšti įvairiomis psichologinėmis būsenomis, pvz., nerimu, pykčiu, baime, nepasitikėjimu savimi. Taip pat gali pasireikšti kitos psichologinės reakcijos į stresą, kaip negebėjimas sukcentruoti minčių, išsiblaškyimas ir t. t. Pasikeitusi situacija atneša socialinių pokyčių. Šeimoje pasikeičia socialiniai vaidmenys, santykiai su kitais šeimos nariais, santykis su sergančiu asmeniu. Socialiniai išgyvenimai išryškėja, kai žmonės negali palaikyti tokių pačių santykių (buvusių iki ligos) su sergančiu artimuoju. Netikėta paciento liga padidina streso poveikį. Tuo laikotarpiu šeima jaudinasi ne tik dėl sergančio artimojo ateities, bet nerimauja ir dėl savo, ir vaikų ateities (17). Intensyviosios terapijos paciento artimųjų patyrimas yra potrauminio streso sindromo rizika (18). Nepakankamas dėmesys artimųjų išgyventam sielvartui tampa sveikatos sutrikimų priežastimi. Taigi, intensyviosios terapijos skyriaus paciento artimasis patiria nuolatinį stresą, išgyvena stiprius emocinius potyrius. Tai sunkina jo galimybes objektyviai vertinti paciento būklę ir savo situaciją.

Straipsnyje atskleidžiami požiūrio į pacientą ir jo artimuosius transformacijos savitumai intensyviosios terapijos skyriuje, remiantis tyrimo, kurio tikslas – iširti paciento socialinių ryšių galimybes intensyviosios terapijos skyriuje, duomenimis.

Metodologija

Tiriant pacientų patirtis, taikoma optimali analogiškiems tyrimams vėlyvojoje modernybėje atsiradusi ir plėtojama kokybinio tyrimo metodologija, grindžiama *Verstehen* tradicija (19). Kokybiniame tyrime fenomenas nagrinėjamas pagal simbolinės sąveikos teoriją, kai apklausti asmenys pateikia savo požiūrį ir per jį atsiskleidžia tiriamųjų tarpusavio sąveika bei sąveika su nagrinėjamu reiškiniu. Kadangi žmonių emocinę būseną sunku išmatuoti kiekybiškai (tam suteikti matematinę išraišką), kokybinis metodas yra daug efektyvesnis nei kiekybinis tiriant respondentų atsakymus apie jų emocinę būseną. Kokybinis tyrimas didesnę dėmesį sutelkia visumos suvokimui (20). Jei pripažįstama holistiškojo suvokimo svarba, tai būtent postpozityvistine paradigma grindžiamas tyrimas leidžia pamatyti žmogų kompleksiskai. Tyrėjo pirminė pažintis su fenomenu tyrimo metu lemia esminį patikimumą. Socialinio fenomeno kompleksiskumas gali būti tinkamiausiai suprastas atsargios įvykių

konfigūracijos analizės metu, kur žodžiai (analogijos ir metaforos), o ne skaičiai ar konceptualios kategorijos tampa pirminėmis analizės priemonėmis (19). Tyrimo duomenys skirti giliau suprasti fenomeną, bet ne fenomeno raiškai populiacijoje analizuoti.

Metodika

Atliktas kokybinis etnometodologinis tyrimas. Duomenų patikimumui užtikrinti naudota metodų trianguliacija: stebėjimas, pusiau struktūrizuotas giluminis interviu, tyrėjų savianalizė. Atranka tikslinė. Imtis saturacinė, t. y. tirama tiek respondentų, kiek būtina tyrimo temoms atskleisti. Tyrimui interviu duoti sutiko keturių skirtingų pacientų artimieji ir du intensyviosios terapijos skyriaus slaugytojai. Šeši artimieji tyrime dalyvauti atsisakė. Tyrimas vyko 2009 m. kovo – balandžio mėn. Medicinos personalas apie vykdomą tyrimą buvo informuotas. Interviu imti ligoninėje. Respondentams sutikus, interviu buvo įrašomi diktofonu, duomenys transkribuojami, tada koduojami pagal prasminius vienetus, sudaromos kategorijos, perkoduojama; visi duomenys jungiami į bendrą pasakojimą. Duomenų kategorijos ir temos tyrėjų suformuluotos bendrų diskusijų metu. Taip galima pasiekti gautų duomenų subjektyvumo objektyvizaciją ir intersubjektyvių požiūrių analizę. Duomenys pateikiami išsklaidymo būdu. Respondentų citatos pateikiamos autentiška, netaisyta kalba. Respondentų vardai pakeisti.

Tyrimo rezultatų analizė

Tyrimas atskleidė, kad sergančiojo lankymas yra svarbus veiksmas šeimos nariams. Tai galimybė artimiesiems gauti informaciją apie paciento būklę ir kartu būdas nusiraminti. Būdamas su sergančiuoju, artimasis „tyliai bendrauja“. Paciento socialiniai ryšiai yra menki. Tuo tarpu medicinos personalo požiūriu artimųjų buvimas šalia nesąmoningo paciento yra beprasmis: artimieji niekuo negali padėti pacientui. Slaugytojų santykis su pacientais ir jų artimaisiais yra paremtas instrumentiniu bendravimu. Joms sunku, kai tenka susidurti su įvairiomis artimųjų emocijomis, artimųjų reikalavimais suteikti visą informaciją apie paciento būklę, nes slaugytojos gali suteikti informaciją tik pagal savo kompetenciją. Slaugytojų miskomunikaciją su pacientų artimaisiais veikia stiprūs pastarųjų emociniai išgyvenimai ir dėl to ribotos artimųjų galimybės objektyviai vertinti paciento būklę bei savo situaciją. Tyrimo išvados atskleidžia požiūrio į pacientą intensyviosios terapijos skyriuje tyrimo metu išryškėjusias transformacijos tendencijas. Norint išanalizuoti, kiek išvados taikytinos visai populiacijai, reikalingi pozityvistine paradigma pagrįsti tyrimai.

Artimųjų išgyvenimai pirmą kartą pamačius pacientą intensyviosios terapijos skyriuje

Paciento buvimas intensyviosios terapijos skyriuje sukelia didelį stresą artimiesiems. Patys artimieji savo pirmąją reakciją, įėjus į intensyviosios terapijos skyrių, sunkiai gali įvardyti. Paciento artimosios Jolantos išgyvenimai pasireiškė fizinės savijautos pablogėjimu: „*Kažkoks skausmas širdį spaudė, taip negera, pykino, jeigu būčiau ilgiau buvusi, būčiau nualpusi*“. Paciento artimajai Mildai prireikė medicinos personalo pagalbos: „*Iš pradžių karšta pasidarė, paskui silpna. Pasakiau slaugytojai, kad man bloga. Ji davė vandens, bet paskui sesutė išvedė iš palatos, pasodino ant kėdės. Paskui priėjo gydytojas ir viskas praėjo*“. Intensyviosios terapijos skyriaus slaugytojai pastebėjo, kad artimųjų reakcijos skyriuje skirtingos: „*Kiek man pačiai teko matyti, tai būna labai įvairiai. Vieni labai ramiai priima, kiti emocionaliai. O būna situacijų, kai gydytojas pasako, kad būklė yra labai sunki, tai, žiūrėk, jau kitą dieną ateina su juodais drabužiais. Kuo sunkesnis ligonis, tuo anksčiau laidoja žmogų*“. Vieni artimieji negalėjo paaiškinti, dėl kokių priežasčių buvo tokios pirmosios reakcijos, pamačius pacientą. Kiti artimieji prisipažino, kad nežinomybės ir neaiškumo jausmas, kaip elgtis tam tikrose situacijose, sukėlė stresą. Panašius artimųjų išgyvenimus atskleidžia ir kiti tyrėjai: sunkiai žodžiais nusakoma savijauta, buvimas šalia kenčiančiojo ir kentėjimas kartu su juo, baimė, kad bet kuriuo momentu gali netekti mylimo (21). Artimųjų išgyvenimai intensyviosios terapijos skyriuje yra artimi terminalinės būklės pacientus slaugančių artimųjų išgyvenimams (22). Artimieji tampa „paslėptaisiais pacientais“, su kuriais tenka dirbti medicinos personalui. Patyrus fizinių ir psichologinių savijautos pokyčių, artimiesiems buvo reikalinga medicinos personalo pagalba. Patirtas stresas trukdė artimiesiems objektyviai įvertinti paciento būklę, suvokti medicinos personalo suteiktą informaciją apie paciento būklę.

Artimųjų išgyvenimai antrąją dieną pamačius pacientą intensyviosios terapijos skyriuje

Visi apklausti artimieji minėjo, kad kitą apsilankymo dieną jautėsi geriau: „*Antrąją dieną kažkaip lengviau, mama jau buvo be kaukės, jau lengviau kalbėjo*“. Artimųjų jausmų atoslūgiui turėjo įtakos pagerėjusi fizinė ligonio savijauta. Tačiau nerimo išgyvenimas dėl sergančio paciento išliko: „*Šiuo metu būklė jau geresnė, tačiau vis vien nerimauju*“. Interviu metu artimieji teigė, kad ramiau išgyventi situaciją jiems padėjo tikėjimas, viltis, aplinkinių emocinis palaiky-

mas, tačiau trūko santykio su medicinos personalu: „*... kad būtų bendravimas kaip žmogus su žmogumi*“. Paciento artimieji minėjo, kad slaugytojai, kalbėdami apie pacientą, akcentuoja fiziologinius poreikius, reikalingas priemones tinkamai slaugai užtikrinti. Artimiesiems pateikiama medicininė informacija, kuri žmonėms, neturintiems medicininio išsilavinimo, yra sunkiai suprantama. Artimieji pabrėžia, jog jiems svarbu žinoti apie paciento sveikatos būklę. Tačiau artimieji tikisi iš medicinos personalo empatiško reagavimo, užuojautos: „*jautrumo, užuojautos, bet kaip žirnius išberia, ir tiek*“. Sunku laikotarpiu labai svarbus kitų žmonių palaikymas ir paramos suteikimas. Tai padeda sumažinti neigiamas emocijas ir įveikti stresą.

Paciento ir artimųjų socialinio ryšio palaikymas intensyviosios terapijos skyriuje

Artimiesiems svarbu pamatyti sergantįjį „*savo akimis*“. Tai būdas įsitikinti, kad pacientas jaučiasi gerai, kad juo rūpinamasi. Kita vertus, tai noras pačiam nusiraminti. Paciento artimoji Jūratė teigė: „*Būdamas šalia mamos, norėjau perimti dalį ligos sau...*“ „*... kad greičiau pasveiktu*“. Literatūroje tai vadinama tarpusavio priklausomybe, kai artimi žmonės jaučiasi vieni nuo kitų priklausomi ir veikiami vienas kito. Artimųjų paciento lankymas intensyviosios terapijos skyriuje – tai vienas iš būdų nenutraukti ryšio su sergančiuoju asmeniu. Įsitikinti, kad viskas gerai, yra vienas svarbiausių poreikių paciento artimiesiems (17).

„Tylusis bendravimas“

Dauguma pacientų intensyviosios terapijos skyriuje negali kalbėti, tačiau, jų artimųjų teigimu, jie supranta pacientus be žodžių. Paklausus vyrą, kuris stovėjo prie žmonos, nepaisant šurmulio aplink: „*kaip jūs bendraujate?*“ – jis atsakė: „*Kažkaip*“. Jis nesakė, kad mes negalime bendrauti. Pacientė buvo sąmoninga, tačiau kalbėti ji negalėjo, nes burnoje buvo vamzdelis. Kita artimoji Rima, paklausta „*Ar suprantat vienas kitą?*“ – atsakė: „*Taip, aš viską suprantu*“. Tyrėjos užrašuose pastebima, kad ji pati negalėjo nieko suprasti. Emocinis ryšys atsiranda, kai žmonės palaiko glaudžius tarpusavio ryšius. Tuomet jie pradeda suprasti vienas kitą be žodžių. Viena iš nežodinio bendravimo formų – lietimasis. Intensyviosios terapijos skyriaus slaugytoja Vida pastebi, jog artimiesiems yra svarbus prisilietimo kontaktas su pacientu. „*Pastebėjau, kad atėjusieji dažniausiai ašaras šluostosi, nori prisiliesti prie savo artimojo, paimti už rankos, pabučiuoti. Dažniausiai pacientai būna sunkios būsenos ir komoje*“. Prisilietimas didina žodinio bendravimo

poveikį, signalizuoja apie kitos žmogiškosios būtybės artumą, leidžia pacientui pajusti artimųjų įsijautimą į jo padėtį, sustiprina pasitikėjimo bei saugumo jausmą. Prisilietimas prie paciento, esančio sunkios būsenos ar komoje, gali sumažinti artimojo baimę ir nerimą. Artimasis dažnai nežino, kaip elgtis tokioje situacijoje, todėl lietimas (pvz., rankos laikymas) padeda sumažinti įtampą, numaldyti nerimo jausmą. Liesdamas žmogus gali be žodžių pranešti, kad rūpinasi ir nori jam padėti (12). Prisilietimas gali perduoti informaciją: „Tu ne vienas, aš esu šalia“. Kita vertus, tenkinami ir savi poreikiai: „Tu esi su manimi“. Artimieji nori būti šalia paciento, tačiau galimybės yra ribotos. Pagal ligoninės vidaus tvarkos taisykles, intensyviosios terapijos skyriuje pacientų lankymo trukmė – 15–20 min. Laiko liberalizavimo problema egzistuoja ir kitose Europos Sąjungos šalyse (23–25), tačiau čia kalbama apie platesnes laiko ribas. Taip pat daugiau dėmesio skiriama santykiui su artimaisiais formuoti (25, 26). Artimieji vertinami kaip pagalbininkai, galintys padėti slaugytojams slaugymo procese (27). Teigiama, jog, artimajam tarpininkaujant tarp paciento ir medicinos personalo, kokybiškiau patenkinami paciento interesai.

Intensyvios terapijos skyriaus slaugytojų santykis su artimaisiais ir su pacientu

Intensyviosios terapijos skyriaus palatoje gydytojas būna tam tikrą laiką, tuo tarpu slaugytojas – nuolatos. Todėl pastariesiems tenka visa atsakomybė dėl emocinio kontakto su artimaisiais. Intensyviosios terapijos skyriaus slaugytoja Lina paminėjo, kad joms tenka „sugerti“ neigiamas artimųjų reakcijas: „*Artimajį apie paciento būklę informuoja gydytojas. Ir mes pačios tokiu atveju stengiamės iškviešti gydytoją. Pradžioje viskas tenka jam. Bet gydytojas vis vien pasako, apsisuka ir išeina, o visą artimųjų reakciją tenka sugerti mums*“. Slaugytoja Irma teigia, kad ji dėl funkcijų ribotumo negali užtikrinti visaverčio kontakto su artimaisiais: „*Dėl to, kad mes nesame kompetentingos informuoti apie būklę, nes mes tik slaugome. Mes tik pasakome, kiek pavalgė, kiek išgėrė, kiek išsituštino, dėl gydymo mes nieko negalime pasakyti. Paklausia, ar praėjo plaučių uždegimas, tai mes nieko negalime pasakyti, kviečiame gydytoją. Artimieji lieka nepatenkinti, manydami, jog mes tiesiog nesakome*“. Lina priduria: „*Su artimaisiais tik tiek, kad toliau nuo artimųjų*“. Slaugytojų patiriamą įtampą, kokią informaciją pateikti artimiesiems, įvardija ir kiti tyrėjai (28). Netgi tuomet, kai slaugytojos mato, jog informacija sumažintų artimųjų nerimą, jos

pasirenka nežinojimo poziciją, kad išvengtų galimo konflikto su gydytoju. Slaugytojos stengiasi išvengti kontakto su artimaisiais ir galimų nesusipratimų: „*... Turėjome konfliktinių situacijų, pacientas buvo maitinamas per zondą, tirštu maistu, o ateina artimasis, atneša maisto ir pyksta, kodėl seselė užsispyrusi ir negali pamaitinti*“. Irma priduria, jog kartais nesinori jokio kontakto su artimaisiais, „*Nes tuos žodžius ateis ir perpasakos visai kitaip, būna perteikia taip, kad... Todėl norisi kuo mažiau pasakyti ir patylėti*“. Slaugytojos tokį pacientų artimųjų elgesį laiko savotiškai „piktybišku“. Tačiau tyrėjai pastebi, kad sąveika tarp paciento artimųjų ir medicinos personalo pirmiausia priklauso nuo to, kaip aiškiai ir suprantamai artimieji informuojami apie paciento būklę (26). Didele dalimi tarpusavio pasitikėjimas ir supratimas tarp medicinos personalo ir artimųjų yra įtakojamas medikų požiūrio į artimuosius, kaip jie sutinkami, kaip informuojami apie paciento būklę, kaip vertinami, kiek gerbiami (26). Kita vertus, paciento artimieji dėl patirto šoko ar dėl neigimo reakcijos, nepajėgia priimti visos informacijos iš medicinos personalo, nesugeba objektyviai vertinti paciento situacijos (29). Slaugytojos nežino, jog tai normali psichologinė reakcija į stresą. Artimieji siekia kuo detalesnės informacijos apie jiems brangaus asmens būklę, todėl nuolat ir smulkmeniškai klausinėja slaugytojus. Nuolatinis klausinėjimas vargina slaugytojus. Irma pasakoja: „*Kartais norisi, kad nekalbintų, ...atsibosta, kai jie nuolatos klausinėja*“. Dėl šių priežasčių, kaip slaugytojos pačios teigė, norisi pasitraukti. Konfliktinės situacijos kyla ir dėl nuolat slaugytojų patiriamo streso darbe. Artimieji su savo poreikiais tampa dar vienu streso šaltiniu. „*Žinoma gerai, jeigu tu turi laiko, tu gali viską smulkiai išaiškinti, kad vakar buvo įstatytas zondas ir dabar maitiname per zondą. Bet kartais būna tokių situacijų, kad vienas ligonis lipa iš lovos, o tu nebespėji bendrauti su artimaisiais. Tada ir kyla nesusipratimų, kai artimieji nori per daug, o mes negalime skirti laiko*“ (slaugytoja Lina). Bendravimas su artimaisiais slaugytojams tampa papildoma našta. Tai yra viena priežasčių, kodėl slaugytojos prieštarauja lankymo liberalizavimui intensyviosios terapijos skyriuose (7, 23, 24).

Artimieji teigia, kad labiausiai pasitiki slaugytojomis ir dažniausiai stengiasi palaikyti kontaktą su jomis. Jolanta teigia, „*Daugiausia bendrauju su slaugytojomis...*“; Jūratė: „*Žinot, gydytojai tik rašo ir rašo, tai dažniausiai su slaugytoja pasitariu, nebent slaugytoja nežino, tada pasako gydytojas*“. Slaugytojai užima svarbią vietą tenkindami artimųjų poreikius (17, 28).

Paciento slauga ir rūpinimasis padeda sukurti atvirus ir pasitikėjimu grįstus santykius ne tik tarp paciento ir jo artimojo, bet ir tarp slaugytojų, ir tarp artimųjų. Bendradarbiavimas gali pagerinti paciento būklę. Apibendrinus galima teigti, kad geri santykiai tarp artimųjų ir slaugytojų gali būti tuomet, kai artimieji yra pakviesti dalyvauti paciento rūpinimosi ir slaugymo procese. Tik tuomet galima tikėtis, jog paciento interesai yra tenkinami visavertiškai.

„Žmogus – kaip darbo objektas“

Slaugytojai, slaugydami terminalinės būklės pacientus, gali jausti baimę, kaltės jausmą, prisiminti asmenines netektis, jaustis bejėgiais, susidurti su etiniais klausimais (6). Kiekvienas asmuo, susidurdamas su mirties faktu, tai išgyvena individualiai. Tam, kad apsaugotų save, slaugytojos stengiasi emociškai atsiriboti nuo paciento. Lina savo požiūrį į mirštantį žmogų apibūdina: „... Kai žmogus miršta, aš į jį žiūriu ne kaip į žmogų, bet kaip į darbo objektą, kaip į pasibaigusį saldainį, kaip į pasibaigusį tortą... Nes jeigu pradėsi galvoti, kad tai yra žmogus, kažkieno tėvas ar sūnus, tada sukyla emocijos.“ Intensyviosios terapijos skyrius labai skiriasi nuo kitų ligoninės skyrių, nes čia pirmumas teikiamas gyvybės išsaugojimui. Žmogaus egzistavimas priklauso nuo jo gyvybinių funkcijų buvimo. Bendravimas tiek su pacientais, tiek su artimaisiais apsiriboja paciento fizinės savijautos išsaugojimu: „Kaip jaučiatės? Ar šiuo metu nieko neskauda?“ (ištrauka iš pastebėjimų tyrėjos dienoraštyje). Kita vertus, slaugytojų rūpinimasis pacientu atskleidžia žmogiškąjį požiūrį į ligonį, sergantis matomas kaip socialinė būtybė. Tyrėja dienoraštyje pastebi: „Jau buvo beveik keturios. Viena slaugytoja atsistojo ir sako kitai – einu ruošti lankymui“. Paskui ji kreipiasi į nesąmoningą pacientą: „Gal pavargot gulėti? Gal pakelti šiek tiek galvą?“ Ji prieina ir automatinio valdymo pulteliu pacientui pakelia lovos galvagalį. Paskui vėl kreipiasi: „Gal papuošti jus prieš ateinant lankytojams? Gal sušukuoti?“ Sušukuoja, sutvarko patalynę. „Na dabar laukim damų“. Žvelgiant slaugytojų akimis, artimiesiems pakanka pažiūrėti į pacientą. Tačiau ilgesnis buvimas šalia nesąmoningo arba negalinčio kalbėti žmogaus, anot medicinos personalo, yra beprasmiškas. „Pabendrauti, kaip matote, negalite, pamatyt pamatėt, ir tiek. Na, kokių priemonių reikia atnešti, pasakys jums slaugytoja“. „Gal jūs nebestovėkit, pažiūrėjot, o ką daugiau galite padaryti“. Tačiau, žvelgiant iš artimųjų pozicijos, buvimas šalia sergančiojo turi visai kitą prasmę.

Vyksta „tylusis bendravimas“. Kai pacientas yra sąmoningas bei gebantis bendrauti, slaugytojai su pacientu palaiko kontaktą. Taigi, bendravimas tiek su pacientais, tiek su artimaisiais koncentruojamas į paciento fizinės būklės stabilumo išsaugojimą. Ignoruojamos paciento baimės, nerimas, izoliacija, vienišumo faktas. Intensyviosios terapijos skyriaus personalui sunku suvokti savo atsakomybę kuriant atmosferą, kurioje pacientas ir jo artimieji būtų traktuojami kaip socialinės būtybės, vengiant jų depersonalizacijos ir deindividualizavimo. Iškyla klausimas, ar situacija gali keistis, kol ir tarp medikų, ir tarp pacientų, ir tarp jų artimųjų vyrauja tarpusavio santykiai, grindžiami ankstyvajai modernybei būdingomis vertybėmis – ekspertiškumu, kontrole ir reguliavimu (1). Vakarų visuomenėms būdingi vėlyvosios modernybės (30) savitumai, kai vis didesnę svarbą įgyja pasitenkinimo institucijos teikiamomis paslaugomis aspektai, o pacientas traktuojamas ne tik kaip biologinė, bet ir kaip socialinė būtybė, Lietuvos intensyviosios terapijos skyriuje tai tik prasideda. Tačiau, vykstant visuomenės raidai, atsižvelgti į paciento ir jo artimųjų emocinę būseną, užtikrinti optimalų psichosocialinį kontekstą taps neišvengiama būtinybe.

Išvados

1. Paciento, gydomo intensyviosios terapijos skyriuje, artimieji nori būti šalia sergančiojo, nors tai jiems sukelia labai stiprius emocinius išgyvenimus.
2. Lankymą paciento artimieji supranta kaip galimybę „tyliai bendrauti“, suteikti paramą sergančiajam, palaikyti su juo žmogiškąjį ryšį, kartu sumažinti savo pačių nerimą.
3. Artimieji pasigenda empatiškų žmogiškų santykių su medicinos personalu.
4. Slaugytojai nesuvokia artimųjų buvimo šalia nesąmoningo ligonio prasmės, artimuosius priima kaip papildomą stresorių.
5. Medicinos personalo santykis su pacientu apsiriboja instrumentiniu bendravimu, tai būdinga ankstyvajai modernybei. Intensyviosios terapijos skyriaus personalui sunku suvokti atsakomybę kuriant atmosferą, kurioje pacientas ir jo artimieji būtų traktuojami kaip socialinės būtybės, vengiant jų depersonalizacijos ir deindividualizavimo.
6. Transformacijos procesai į Vakarų valstybėms būdingą vėlyvosios modernybės visuomenę, kai pacientas traktuojamas ne tik kaip biologinė, bet ir kaip socialinė būtybė, Lietuvos intensyviosios terapijos skyriuje tik prasideda.

Transformation of attitude toward a patient in an intensive care unit

Lina Danusevičienė, Ramunė Jurkuvienė

Department of Nursing and Care, Kaunas University of Medicine, Lithuania

Key words: intensive care; social dimension of health; social interaction; early and late modernity.

Summary. The transformation from the early to late modernity initiated in the Western societies has touched the medicine and entered Lithuania as well. Changes affect not only human values, but also attitude toward a patient. A patient is seen more as a person with social needs until the end of his/her life. It is especially difficult to retain such attitude to the patient in intensive care units. Studies conducted abroad report the importance of the contacts and support of the relatives to the patients in intensive care units. Attention from the medical personnel, easy understandable information, liberated visiting – all together increases the satisfaction and confidence with medical care provided. In Lithuania, the above-mentioned attitude toward patients is still not common.

The *objective* of this study was to reveal the important aspects of the transformation of attitude to the patient and his/her social environment by analyzing the possibilities of social interactions in an intensive care unit.

Methods. The study employed an ethnomethodological qualitative approach with semi-structured interviews; participatory observations in an intensive care unit; self-analysis and qualitative content analysis; two nurses and four relatives of the patients at the intensive care unit were interviewed. Six relatives refused to give interviews.

The *results* showed that the relatives want to stay close to the patients in an intensive care unit, even though this causes very strong emotional feelings. The relatives of the patients understand the visiting as a possibility for “silent communication,” support, maintaining human relationships and in the same way reducing own worries. The relatives expect the support from medical staff. Nursing personnel do not comprehend the meaning of such behavior of the relatives and usually treat the relatives as an additional stress factor.

Conclusions. The relationship between the medical personnel and the patients is restricted to instrumental communication, which is a feature of the early modernity. The process of attitude transformation, common in the Western countries, when a patient is treated not only as biological but also as a social person, is only at the initial stage in Lithuania.

Literatūra

1. Leonavičius V, Baltrušaitytė G, Naujokaitė I. Sociologija ir sveikatos priežiūros paslaugų vartotojas. (Sociology and a consumer of health care services.) Kaunas: VDU leidykla; 2007.
2. Scott A, Smith RD. Keeping the customer satisfied: issues in the interpretation and use of patient satisfaction surveys. *Int J Qual Health Care* 1994;6:353-9.
3. Beller G A. President's page: patient satisfaction: a personal perspective. *J Am Coll Cardiol* 2001;37:687-8.
4. Giddens A. Modernity and self-identity, self and society in the late modern age. California, Stanford: Stanford University Press; 1991.
5. Grabauskas V. Sveikatos politikos plėtojimas Lietuvoje. Pirmasis reformų dešimtmetis: sveikatos priežiūros sektorius socialinių-ekonominių pokyčių kontekste. (Development of health policy in Lithuania. The first decade of reform: health care sector in the context of socioeconomic changes.) Vilnius: Sveikatos ekonomikos sektorius; 2000.
6. Lekauskaitė A, Venytė R, Demškytė J. Intensyviosios terapijos skyriaus slaugytojų patiriamas stresas slaugant terminalinės būklės pacientus. (The intensive care nurses' stress taking care of terminal patients.) *Sveikatos mokslai* 2006;4:282-7.
7. Lee MD, Friedenberg AS, Mukpo DH, Conray K, Palmisciano A, Levy MM. Visiting hours policies in New England intensive care units: strategies for improvement. *Crit Care Med* 2007; 35(2):497-501.
8. Fredriksen S, Ringsberg K. Living the situation stress-experiences among intensive care patients. *Intensive Crit Care Nurs* 2007;23(3):124-31.
9. Filipavičiūtė R, Jurgelėnas A, Butkienė B, Juozulynas A. Miesto pagyvenusių žmonių socialinės sveikatos visuminiai bruožai. (Integrated aspects of social health of urban elderly people). *Gerontologija* 2008;9(4):229-34.
10. Hawe P, Shiell A. Social capital and health promotion: a review. *Soc Sci Med* 2000;51:871-85.
11. Lemme B. Suaugusiojo raida. (Development of an adult.) Kaunas: Poligrafija ir informatika; 2003.
12. Legauskas V. Socialinė psichologija. (Social psychology.) Vilnius: Vaga; 2008.
13. Wulff H. Medicinos filosofija. (Philosophy of medicine.) Vilnius: Charibdė; 2001.
14. Peičius E. Autonomija ir paternalizmas. Lietuvos bioetikos komitetas. (Autonomy and paternalism. The Lithuanian Bioethics Committee.) Available from: URL: <http://bioetika.sam.lt/index.php?-1603787227>

15. Sriubas M. Paciento teisių ir pareigų reglamentavimas Lietuvoje. (The regulation of patient's rights and duties in Lithuania.) *Justicija* 2008;1(67):27-39.
16. Maghsoudi J. Family experiences of patients admitted in intensive care unit. *Iran J Nurs* 2007;12(4):139-45.
17. Verhaeghe S, Defloor T, Van Zuuren F, Duijnste M, Gryndonck M. The needs and experiences of family members of adult patients in an intensive care unit: a review of the literature. *J Clin Nurs* 2005;14(4):501-9.
18. Jones C. Post-traumatic stress disorder-related symptoms in relatives of patients following intensive care. *Intensive Care Med* 2004;30:456-60.
19. Frankfort-Nachmias Ch, Nachmias D. Research methods in the social sciences. London, Sydney: Arnold; 1996.
20. Patton MQ. Qualitative evaluation and research methods. Newbury Park, CA: Sage; 2001.
21. Fabiane U, Correa AK. Relatives' experience of intensive care: the other side of hospitalization. *Rev Lat Am Enfermagem* 2007;15(4):598-604.
22. Narbekovas A, Rudalevičienė P. Slaptieji pacientai – mirštančiųjų šeimos nariai. (Hidden patients – family members of dying loved ones.) *Sveikatos mokslai* 2005;3(40):100-3.
23. Berti D, Ferdinande P, Moons P. Beliefs and attitudes of intensive care nurses toward visits and open visiting policy. *Intensive Care Med* 2007;33(6):1060-5.
24. Biancofiore G, Bindi LM, Barsotti E, Menichini S, Baldini S. Open intensive care units: a regional survey about the beliefs and attitudes of healthcare professionals. *Minerva Anestesiol* 2010;76(2):93-9.
25. Vandijck DM, Labeau SO, Geerinckx CE, De Puydt E, Bolders AC, Claes B, et al. Blot SIA evaluation of family-centered care services and organization of visiting policies in Belgian intensive care units: a multicenter survey. *Heart Lung* 2010;39(2):137-46.
26. Söderström IM, Saveman BI, Benzein E. Interactions between family members and staff in intensive care units – an observation and interview study. *Int J Nurs Stud* 2006;43(6):707-16.
27. Williams CM. The identification of family members' contribution to patients' care in the intensive care unit: a naturalistic inquiry. *Nurs Crit Care* 2005;10(1):6-14.
28. Zaforteza C, Gastaldo D, de Pedro JE, Sánchez-Cuenca P, Lastra P. The process of giving information to families of critically ill patients: a field of tension. *Int J Nurs Stud* 2005;42(2):135-45.
29. Butkevičienė R, Majerienė N, Harrison DW. Šeimos, auginančios vaikus, turinčius regos negalią: santykių su specialistais patirtis ir socialinio darbuotojo veiklos galimybės. (Families with blind children: parents' perceptions of their experience with professionals and the place of social work.) *Socialinis darbas* 2006;5(1):123-31.
30. Beck U, Lau Ch. Second modernity as a research agenda: theoretical and empirical explorations in the 'meta-change' of modern society. *Br J Sociol* 2005;56(4):526-7.

Straipsnis gautas 2010 04 02, priimtas 2010 05 04

Received 2 April 2010, accepted 4 May 2010