

LIETUVOS SVEIKATOS MOKSLŲ UNIVERSITETAS
MEDICINOS AKADEMIJA

Žaneta Valiulienė

**ONKOLOGINĖMIS IR ŠIRDIES
LIGOMIS SERGANČIŲ
PALIATYVIŲJŲ PACIENTŲ
SVEIKATOS SUTRIKIMAI IR JŲ
SĄSAJOS SU DVASINGUMU**

Daktaro disertacija
Biomedicinos mokslai,
slauga (10B)

Kaunas, 2013

Disertacija rengta 2009–2013 metais Lietuvos sveikatos mokslų universitete.

Mokslinis vadovas

prof. dr. Arvydas Šeškevičius (Lietuvos sveikatos mokslų universitetas,
biomedicinos mokslai, slauga – 10B)

TURINYS

SANTRUMPOS	5
PAGRINDINIŲ SĄVOKŲ APIBRĖŽIMAI	6
ĮVADAS	8
1. LITERATŪROS APŽVALGA	12
1.1. Paliatyviosios pagalbos samprata ir principai	12
1.2. Paliatyviųjų pacientų, sergančių onkologinėmis ligomis fizinės, psichikos, socialinės ir dvasinės sveikatos sutrikimai	17
1.3. Paliatyviųjų pacientų, sergančių širdies ligomis fizinės, psichikos, socialinės ir dvasinės sveikatos sutrikimai	26
1.4. Dvasingumas paliatyviojoje pagalboje	33
1.4.1. Dvasingumas ir dvasingumo teologija paliatyviojoje pagalboje	33
1.4.2. Paliatyviosios pagalbos mokslo dvasingumo tyrimai	37
1.4.3. Pastoracinė pagalba paliatyviosios pagalbos pacientams	39
1.4.4. Dvasingumas ir slauga	42
2. TYRIMO MEDŽIAGA IR METODIKA	46
2.1. Tyrimo eiga ir imtis	46
2.2. Tyrimo kontingentas	48
2.2.1. Paliatyvieji pacientai, sergantys onkologinėmis ligomis	48
2.2.2. Paliatyvieji pacientai, sergantys širdies ligomis	49
2.3. Tyrimo instrumentas	51
2.4. Statistinė analizė	54
3. REZULTATAI	56
3.1. Tiriamųjų fizinės sveikatos sutrikimai	56
3.1.1. Onkologinėmis ligomis sergančiųjų fizinės sveikatos sutrikimai	56
3.1.2. Širdies ligomis sergančiųjų fizinės sveikatos sutrikimai	60
3.1.3. Tiriamųjų patirto skausmo pojūčio įtaka gyvenimo kokybės charakteristikoms	62
3.2. Tiriamųjų socialinės sveikatos sutrikimai	68
3.2.1. Onkologinėmis ligomis sergančiųjų socialinės sveikatos sutrikimai	68
3.2.2. Širdies ligomis sergančiųjų socialinės sveikatos sutrikimai	72
3.3. Tiriamųjų psichikos sveikatos sutrikimai	83

3.4. Tiriamųjų dvasinės sveikatos sutrikimai.....	90
3.4.1. Pacientų Dievo buvimo pojūtis	90
3.4.2. Pacientų dvasinis santykis su Dievu	91
3.4.3. Pacientų sielovadinė parama	95
3.4.4. Pacientų religingumo raiška	100
3.5. Tiriamųjų fizinės, socialinės, psichikos ir dvasinės sveikatos sutrikimų sąsajos.....	104
3.5.1. Onkologinėmis ligomis sergančiųjų sveikatos sutrikimų sąsajų analizė ..	104
3.5.2. Širdies ligomis sergančiųjų sveikatos sutrikimų sąsajų analizė.....	107
3.5.3. Onkologinėmis ir širdies ligomis sergančiųjų sveikatos sutrikimų sąsajos religingumo grupėse.....	110
REZULTATŲ APTARIMAS.....	130
IŠVADOS.....	143
PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS	145
LITERATŪROS SĄRAŠAS.....	146
PUBLIKACIJOS DISERTACIJOS DARBO TEMA.....	157
PRIEDAI	158
1 priedas.....	158
2 priedas.....	159
3 priedas.....	160
4 priedas.....	161
5 priedas.....	170

SANTRUMPOS

AŠA	– Amerikos širdies asociacija (angl. <i>American Heart Association, AHA</i>)
AKD	– Amerikos kardiologų draugija (angl. <i>American College of Cardiologists, ACC</i>)
PGS	– palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninė
AIDS	– įgytas imunodeficitinis sindromas
BPG	– bendrosios praktikos gydytojas
ES	– Europos Sąjunga
LŠN	– lėtinis širdies nepakankamumas
LPMD	– Lietuvos paliatyvosios medicinos draugija
LR	– Lietuvos Respublika
PP	– paliatyvioji pagalba
NŠA	– Niujorko širdies asociacija (angl. <i>New York Heart Association</i>)
PS	– Paliatyvioji slauga
PSP	– Pirminė sveikatos priežiūra
PSPC	– pirminės sveikatos priežiūros centras
PSDF	– Privalomojo sveikatos draudimo fondas
PSO	– Pasaulio sveikatos organizacija
PN	– piktybiniai navikai
abs. sk.	– absoliutus skaičius
min.	– mažiausia vertė
maks.	– didžiausia vertė
SN	– standartinis nuokrypis
T	– Stjudento kriterijus
r	– koreliacijos koeficientas
GS	– galimybių santykis
SAM	– Sveikatos apsaugos ministerija
ŠVN	– širdies veiklos nepakankamumas
VLK	– Valstybinė ligonių kasa
TLK	– Tarptautinė ligų ir sveikatos negalavimų klasifikacija
JK	– Jungtinė Karalystė

PAGRINDINIŲ SĄVOKŲ APIBRĖŽIMAI

Dvasingumas – aukščiausia, nemateriali realybė, vidinis kelias link būties prasmės suvokimo, giliausių vertybių ir reikšmių refleksija. Dvasinės praktikos, tokios kaip meditacija, malda, savivoka, yra skirtos tobulinti individo vidinį dvasinį gyvenimą, vesti asmenybę prie sąjungos su visa apimančia realybe pajautos, pajauti vienovę su kosmosu, Dievu, žmonija. Dvasingumas dažnai patiriamas kaip įkvėpimo šaltinis, gyvenimo kelrodis. Dvasingumas pagrįstas tikėjimu nematerialia realybe, transcendentine pasaulio sandara [174].

Pasaulietinis dvasingumas – procesas, jungiantis fizines, emocines ir socialines dimensijas, kurios nusako gyvenimo prasmę [125].

Religija – savita, istoriškai susiformavusi, konkrečios socialinės grupės išpažįtamų ontologinių etinių pažiūrų ir su jomis susijusių ritualų sistema, kuriai paprastai būdingas tikėjimas anapusine realybe, pomirtiniu gyvenimu, atgamtinėmis jėgomis ir atgamtinėmis būtybėmis bei tokio pobūdžio tikėjimų suponuojamas atgamtinių jėgų, atgamtinių būtybių, vadinamų šventųjų asmenybių, šventųjų vietų, šventųjų relikvijų ir fetišų garbinimas [174].

Religinis dvasingumas – procesas, kurio metu individas formuojamas kaip „Kristaus kūrinys, gyvenantis Kristuje“. Jo tikslas – tikėjimas Kristumi, doras gyvenimas remiantis Dievo ir Biblijos pateiktomis gairėmis [125].

Religingumas – nusako individų elgesį, susijusį su Dievu ir bažnytinėmis institucijomis ir apibrėžtas kultūros. Pagrindiniai bruožai: stiprus ir emocionalus prisirišimas prie „tėvų tikėjimo“, intelektualinio pagrindo ir refleksijos religinei doktrinai; savita moralė, kuri labiau akcentuoja apeigų ir ritualų vyravimą nei evangelijos idėjas; ritualizmas, pasireiškiantis masiniuose dalyvavimuose, religinėse praktikose, stiprus ryšys su parapija kaip su lokale bendruomene [174].

Dvasinė parama – remiasi į prielaidą, kad kiekvienas konkretus žmogus turi savo savitą dvasingumą ir dvasinius poreikius, kuriuos gali patenkinti holistinis, t. y. visa paciento dvasingumą apimantis, slaugos procesas [174].

Pastoracinė pagalba – krikščionybės teologijos dalis, apibrėžianti Bažnyčios ir dvasininkų darbo su tikinčiaisiais dogminius principus bei praktines taisykles [174].

Pacientų slaugos poreikis – tai tam tikrų veiksmų arba būtinų resursų poreikis gerai asmens savijautai užtikrinti [211].

Paliatyvioji slauga – aktyvi, visapusiška sergančiųjų nepagydomomis ligomis slauga, kurios tikslas – užtikrinti jiems ir jų šeimoms kiek įmanoma geresnę gyvenimo kokybę [126].

Slaugos poreikiai – pagrindiniai fiziologiniai, psichologiniai ir socialiniai paciento poreikiai, kuriems patenkinti reikia kitų pagalbos. Tai pagrindiniai fiziologiniai, psichiniai ir socialiniai paciento, šeimos, bendruomenės poreikiai, kuriems patenkinti reikalinga slaugytojo pagalba [123].

Slauga – psichikos ar fizinę negalią turinčių asmenų (neįgaliųjų) priežiūra, kurią teikia profesionalūs darbuotojai [8].

Sveikata – gyvojo organizmo būseną, kai jis pats ir visi jo organai gerai atlieka savo funkcijas, nėra ligų ar negalių. Pasaulio sveikatos organizacijos apibrėžimas: „Sveikata – tai fizinė, psichologinė, dvasinė ir socialinė gerovė, o ne tik ligos ar negalios nebuvimas.“ LR Sveikatos sistemos įstatymo apibrėžimas: „Sveikata – asmens ir visuomenės fizinė, dvasinė ir socialinė gerovė“ [192].

Fizinę sveikatą lemia geras asmens kūno funkcionavimas ir visų organizmo sistemų sveikumas.

Psichikos sveikata – kai žmogus moka džiaugtis, liūdėti, priimti sprendimus ir už juos atsakyti, reikšti emocijas.

Socialinė sveikata – santykiai, bendravimas su kitais žmonėmis.

Dvasinė sveikata – gyvenimo patirtis, žmogaus pasaulėžiūra, tai, kuomet jis tiki, kaip išgyvena [192].

Slaugos procesas – tai sveikatos problemų sprendimo strategija ir sisteminis požiūris į konkretaus paciento slaugą [18].

Slaugos problema – vidinės ar išorinės aplinkybės, kurios trukdo pacientui / klientui patenkinti poreikius [123].

Tikėjimas – psichologinė būseną, kai informacijos suvokimas, nereikalaujantis apčiuopiamų įrodymų ar loginio patikrinimo, priimamas už tiesą. Tikėjimo subjektu gali būti individas, idėja ar reiškinys [174].

IVADAS

Tiriamoji problema ir jos aktualumas

Onkologinės ligos buvo ir išlieka svarbia visuomenės sveikatos problema visose pasaulio šalyse. Pasaulyje onkologinėmis ligomis kasmet suserga apie 9 milijonai žmonių [219]. Iki 2020 m. šis skaičius turėtų išaugti iki 15 milijonų [218]. Lietuvoje kasmet registruojama iki 14 tūkst. naujų vėžio atvejų. Net apie 50 proc. pacientų, susirgusių vėžiu, pagydoma, tačiau ši liga vis dar baugina viso pasaulio gyventojus. Gydytojams kelia nerimą didėjantis sergamumas vėžiu. Pagal bendrą sergamumą ir mirtingumą vėžys užima trečią vietą. Piktybinių navikų simptomai išryškėja jau piktybiniam procesui pažengus, todėl pacientai į gydytoją kreipiasi pavėluotai. Problemos aktualumą pagrindžia ir tai, kad 25 proc. pirmą kartą besikreipiančiųjų pacientų diagnozuojamas užleistasis vėžys. Todėl daugumai ligonių reikalinga paliatyvioji pagalba.

Svarbiausia, kad mūsų šalyje per mažai kalbama apie šių ligų profilaktiką. Nors dabar daug dirbama, plėtojant gyventojų sveikatos švietimą, pacientai vis dar netiki, kad gali susirgti vėžiu, ir profilaktiškai nesitiria. Pacientams, kuriems diagnozuotas išplitęs progresuojantis vėžys, reikalinga speciali pagalba – simptomų kontrolė, t. y. paliatyvioji pagalba [29]. Ši medicinos sritis mūsų šalyje nėra populiari, sistema dar tik vystoma, nors Vakarų Europoje ši medicinos sritis buvo įteisinta ir įgyvendinta jau 1965 m. Buvo suformuota paliatyviosios pagalbos filosofija, samprata, uždaviniai, tikslas, įgyvendinta pagalbos sistema. Lietuvoje paliatyvioji pagalba įteisinta tik 2007 m., kuriama vieninga tęstinė sistema: pagalba namuose, dienos klinikos ir stacionaras. Tik pavienių entuziastų dėka paliatyviosios pagalbos sistema tampa vis labiau pripažįstama [201, 128].

Sergamumas širdies ir kraujagyslių ligomis Lietuvoje išlieka aukštas. Lietuvos sveikatos apsaugos ministerijos Statistikos departamento duomenimis, pirmoje vietoje nurodomas mirtingumas nuo širdies susirgimų. Lietuvoje 2009 m. buvo 23 822 pacientai, sergantys lėtiniu širdies nepakankamumu. Širdies ir kraujagyslių ligos sudaro ir vieną trečdalį neįgalumo priežasčių [70]. Higienos instituto Sveikatos informacijos centro duomenimis, dėl lėtinio širdies nepakankamumo (TLK kodas I50) 2010 m. mirė 544 ligoniai. Todėl svarbu anksti nustatyti pagal patvirtintus kriterijus paliatyviuosius pacientus, teikti jiems holistinę pagalbą, kad jie kuo mažiau jaustų kančią.

Lietuvių tautoje apie mirtį šeimose labai retai kalbama, todėl nepagydomam pacientui kyla daug klausimų apie gyvenimo prasmę ar beprasmybę, apie mirties teisingumą ar neteisingumą, apie dvasingumą ir gyvenimą po

mirties. Kadangi paliatyvioji pagalba traktuojama kaip visapusiška nepagydomo paciento priežiūra, atsakymų į šiuos klausimus ieškojimui ar pokalbiams šia nelengva tema tokioje pagalba turi atsirasti laiko ir galimybių: sveikatos priežiūros darbuotojai turėtų padėti sunkių klausimų kamuojamam savo pacientui, jį išklausti, su juo pasikalbėti, nuraminti pacientą ir jo artimuosius. Nereikėtų vengti klausimų apie mirtį, jei pacientas pageidauja [7, 201]. Paliatyvioji pagalba skatina ligonį apmąstyti gyvenimo prasmę, ieškoti atsakymo į klausimą apie bendražmogiškąsias vertybes ne tik ligonius, bet ir jo šeimos artimuosius bei medicinos darbuotojus. Tik veiksminga paliatyvioji pagalba garantuoja ligoniams aktyvų gyvenimą iki mirties, o jo artimiesiems padeda įveikti problemas, susijusias su paciento liga ir jo netektimi [202].

Medikai psichologiškai ir metodiškai vadovauja pacientams siekdami palaikyti ir išsaugoti tinkamą sveikatos lygį, skatina jų saviugdą, užtikrinti tinkamą gyvenimo kokybę. Tačiau mažai dėmesio paliatyviojoje pagalba skiriama dvasinei pagalbai. Dėl dvasinės pusiausvyros sutrikimo pacientas praranda savo asmenybę, lieka pažeidžiamas ar bejėgis, nuolat jį persekioja beviltiškumas, egzistencijos klausimas ir sielos nerimas dėl artėjančios mirties. PSO sveikatos apibrėžimas teigia, kad sveikata – tai fizinė, psichikos, dvasinė ir socialinė gerovė, o ne tik ligos ar negalios nebuvimas [128]. Todėl siekiant suteikti kokybišką paliatyviąją pagalbą, reikalinga specialistų komanda, kuri galėtų padėti sunkiai sergančiam pacientui ir jo šeimai. Tik integruoto tarpdisciplininio požiūrio dėka įmanoma susitaikyti su liga ir oriai pasitikti mirtį.

Šiandien Lietuvoje paliatyviųjų pacientų fiziniais, psichologiniais, socialiniais ir dvasiniais sveikatos sutrikimais nepakankamai rūpinamasi. Nėra vieningos tęstinės sistemos. Ši medicinos sritis nėra prioritetinga.

Darbo tikslas – nustatyti ir įvertinti paliatyviųjų pacientų sergančių onkologinėmis ir širdies ligomis fizinės, socialinės, psichikos ir dvasinės sveikatos sutrikimus ir jų sąsajas su dvasingumu.

Uždaviniai:

1. Nustatyti ir įvertinti paliatyviųjų onkologinėmis ir širdies ligomis sergančiųjų fizinės sveikatos sutrikimus.
2. Nustatyti ir įvertinti paliatyviųjų onkologinėmis ir širdies ligomis sergančiųjų socialinės sveikatos sutrikimus.
3. Nustatyti ir įvertinti paliatyviųjų onkologinėmis ir širdies ligomis sergančiųjų psichikos sveikatos sutrikimus.

4. Nustatyti ir įvertinti paliatyviųjų onkologinėmis ir širdies ligomis sergančiųjų dvasinės sveikatos sutrikimus.
5. Išanalizuoti ir įvertinti paliatyviųjų onkologinių ir širdies ligomis sergančiųjų sveikatos sutrikimų sąsajas su pacientų dvasingumu.

Darbo mokslinis naujumas

Tarptautinėje literatūroje esama daug straipsnių, kuriuose aprašoma paliatyviųjų pacientų gyvenimo kokybė fiziniu, psichologiniu ir socialiniu lygmenimis, juose daugiausia analizuojama skausmo kontrolės ir kitų somatinių simptomų įtaka gyvenimo kokybei. Tačiau atliekami tyrimai tik patvirtina tai, kad paliatyviojoje pagalba yra daugiadimensinė. Dauguma tyrėjų akcentuoja tik tam tikrus šios problemos aspektus (daugiausia fizinius), tačiau nepakankamai nagrinėjama dvasinių sutrikimų reikšmė paliatyviųjų pacientų fiziniams, socialiniams ir psichologiniams sveikatos sutrikimams. Dažnai dvasinės sveikatos sutrikimai lieka neatpažinti dėl medikų žinių trūkumo arba į dvasinius sveikatos sutrikimus visiškai nekreipiamas dėmesys. Tačiau dvasinė parama būtina, kad pacientas galėtų įveikti susidariusią krizę ir pagerėtų gyvenimo kokybė. Tokios universalios teorijos nebuvimas patvirtina tai, kad reikalingi tolimesni tarpdisciplininiai holistiniai tyrimai, apimantys ne tik fizinės, psichologinės, socialinės sveikatos sutrikimus, bet ir dvasinius aspektus.

Ligos metu kiekvienam pacientui – religingam ir nelabai – iškyla dvasinio pobūdžio klausimai. Ypač svarbūs jie tampa tuomet, kai žmogaus gyvenimas artėja prie pabaigos. Todėl labai svarbu moksliskai pagrįsti, kokie yra fiziniai, socialiniai, psichologiniai poreikiai ir kokia jų sąsaja su dvasiniais poreikiais, kaip pacientas vertina kančią, gyvybę, ar padeda tikėjimas sergant, koks paciento požiūris į Dievą, į viltį. Šiame darbe pirmą kartą šalyje moksliskai siekiama ištirti paliatyviųjų onkologinių ir širdies ligomis sergančiųjų fizinius, psichikos, socialinius sutrikimus bei jų ryšį su dvasingumo pokyčiais ligos metu. Tai paskata ir kitiems mokslininkams domėtis paliatyviųjų pacientų sveikatos sutrikimais dramatiškiausiu žmogaus gyvenimo laikotarpiu.

Darbo praktinė reikšmė

Šis darbas gali padėti medicinos profesionalams: gydytojams, slaugytojams, socialiniams darbuotojams, psichologams, dvasininkams – geriau suvokti onkologinių ir širdies ligomis sergančiųjų holistinius sveikatos poreikius ir suteikti profesionalią medicininę, psichologinę, socialinę ir dvasinę pagalbą. Jis taip pat gali padėti rengti holistines adaptacijos programas nepagydomomis ligomis sergantiesiems pacientams. Sistemiskai vertinant palia-

tyviųjų pacientų sveikatos sutrikimų sąsajas su dvasingumu, bus kuriamos specialistų daugiadalykės komandos, kurios gebės holistiškai teikti pagalbą asmens sveikatos priežiūroje. Sveikatos sutrikimų vertinimas kasdienėje praktikoje, pasitelkiant pagrįstus ir patikimus kriterijus, užuot vykdžius tik fiziologinius paciento poreikius tenkinančią priežiūrą, skatins paliatyviosios pagalbos komandos specialistų mąstymą ir veiksmingą sprendimų priėmimą, siekiant aukštos paliatyviosios pagalbos kokybės.

Taip pat sveikatos apsaugos politikams šis darbas padės suvokti paliatyviųjų pacientų sveikatos sutrikimus padės priimti sprendimus kuriant tęstinę paliatyviosios pagalbos sistemą, inicijuos daugiadalykinį specialistų darbą. Sveikatos apsaugos ministerijos darbuotojus skatins peržiūrėti kai kuriuos įstatymus, asmens sveikatos priežiūros įstaigų vadovus – organizuoti kape-liono ar/ir dvasinio asistento teikiamus sielovados patarnavimus.

1. LITERATŪROS APŽVALGA

Literatūros paieška atlikta pagal pasirinktus raktažodžius elektroninėse mokslinių duomenų bazėse (CINAHL, MEDLINE, EBSCO Publishing, OvidSPir Ovid Nursing database) Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ir užsienio universitetų prieigose. Naudoti raktažodžiai: slauga, paliatyviųjų pacientų sveikatos problemos, onkologija, lėtinis širdies nepakankamumas, paliatyvieji pacientai, dvasinė pagalba, paliatyvioji pagalba. Analizuoti straipsniai recenzuojamuose leidiniuose lietuvių kalba: „Medicina“ (Kau-nas), „Sveikatos mokslai“. Keletas ankstyvųjų publikacijų kopijų iš leidinių „Hospital Topics“, „Quality Review Bulletin“, „Inquiry“ atsiųsta iš užsienio universitetų bibliotekų. Iš viso išnagrinėta 200 įvairių literatūros šaltinių.

1.1. Paliatyviosios pagalbos samprata ir principai

Paliatyviosios pagalbos (PP) apibrėžimas evoliucionavo keletą metų ir priklausė nuo paliatyviosios pagalbos plėtros įvairiose šalyse. PP apibūdinama kaip sritis, kuri nesistengia atsižvelgti į organus, amžių, ligos ar patologijos tipą, bet tenkina specifinius individualaus paciento ir jo šeimos poreikius [159]. Žodis „paliatyvus“ kilęs iš lotynų kalbos žodžio „pallium“ ir reiškia „apsiaustą, kaukę, stogą, skydą“. Etimologiškai paliatyvioji pagalba suprantama kaip nepagydomų ligonių sveikatos problemų mažinimas. Tai pagalba tiems, kuriems gydomoji medicina padėti negali, teikiama pagalba mažinant simptomus, ligonio kentėjimą [201].

Mokslininkai – D. Clark ir J. Seymour, kalbėdami apie skausmo malšinimą, vartoja žodį „palliation“ ir analizuoja jį dviem aspektais. Pirmasis aspektas remiasi kildinamu iš lotyniško žodžio „palla“ (drabužis) ar „pallium“ (apsiaustas), kas inicijuoja žmogiškojo veiksmo pasyvumą, lyg pats žmogus nieko negali daryti [38]. Antrasis aspektas remiasi indoeuropietiška tradicija, kuri paliatyviąją priežiūrą suprantą kaip skydą – saugią priemonę apsaugoti pacientą nuo simptomų agresyvumo [96].

Be sąvokos „paliatyvioji priežiūra“ (angl. „*palliative care*“), vartojama sąvoka paliatyvioji medicina (angl. „*palliative medicine*“), kuri apibrėžiama kaip specialus gydymo būdas, jungiantis įvairias medicinos disciplinas: farmakoterapiją, chirurgiją, chemoterapiją, radioterapiją, imuninę terapiją siekiant užtikrinti paciento, sergančio nepagydoma liga, fizinę, psichologinę, dvasinę ir socialinę gerovę. Ji nesiekia išgydyti, bet siekia pagerinti paciento ir jo šeimos gyvenimo kokybę [88].

Pateikdama šiuolaikinę paliatyviosios priežiūros deficitiniją, PSO paliatyviąją priežiūrą apibrėžia kaip aktyvią, visapusišką pacientų, sergančių ne-

pagydoma liga, priežiūra siekiant skausmo ir kitų simptomų, o taip pat psichologinių, socialinių bei dvasinių problemų kontrolės. Paliatyviosios priežiūros tikslas – siekti kuo geresnės ligonių ir jų šeimos narių gyvenimo kokybės [132]. 2002 m. PSO pateiktas naujas, išplėstas apibrėžimas labiau akcentuoja kentėjimo profilaktiką: „Paliatyvioji priežiūra – tai būdai, gerinantys gyvenimo kokybę ligoniams ir jų šeimos nariams, susiduriantiems su problemomis, kylančiomis dėl gyvybei gresiančių ligų, kentėjimų išvengimo ir sumažinimo, skausmo bei kitų (fizinių, psichosocialinių ir dvasinių) problemų ankstyvo atpažinimo, tikslų įvertinimo, gydymo bei sprendimo“ [132, 133].

Literatūroje taip pat nurodoma, kad vieningo paliatyviosios pagalbos modelio nėra net tokiose šalyse, kaip Didžioji Britanija ir Jungtinėse Amerikos Valstijose (JAV), kuriose seniai diegta ši pagalbos rūšis. Paliatyviosios priežiūros modeliai kiekvienoje šalyje yra saviti dėl kultūrinių skirtumų, siekiant padėti žmonėms, sergantiems terminalinėmis (angl. „*terminal*“) ligomis. Aptardama J. Higginson skirtumus ir panašumus paliatyviosios priežiūros sampratoje JK ir JAV, teigia, kad JK paliatyviosios pagalbos modelyje labiau akcentuojamas gyvenimo kokybės gerinimas iki mirties, o JAV modelyje, priešingai, pagrindinis dėmesys skiriamas gydomosios priežiūros (angl. „*curative treatment*“) pasirinkimo galimybėms, užtikrinant mirimo stadijoje orią mirtį [79].

Paliatyvioji slauga turi tapti adekvačiai lanksti ir priimti naujus iššūkius, susijusius su paliatyviosios slaugos tikslų ir priemonių kaita. Tradiciškai paliatyvioji slauga siūloma žmonėms, kenčiantiems nuo vėžio, iš dalies todėl, kad onkologinių ligų eiga yra labiau nuspėjama, lengvesnis tampa pacientų ir jų šeimų poreikių tenkinimo planavimas [197].

Anksčiau vyravusią nuomonę, kad paliatyviosios slaugos taikymas yra tikslingas tik paskutinėmis žmogaus gyvenimo savaitėmis ir tai gali atlikti tik specializuotas personalas, dabartiniu metu keičia supratimas, kad ši slauga turi pradėti veikti jau nustačius nepagydomos ligos diagnozę. Pacientai ir jų šeimos ligos metu patiria daugybę sunkumų, todėl pagalbos jiems reikia nuolatos, o ne tik prieš pat mirtį. Paliatyvioji slauga turėtų būti taikoma lygiagrečiai su medicininiu (priešvėžiniu) gydymu [197].

PP tikslas – išvengti arba sumažinti kančias bei maksimaliai pagerinti gyvenimo kokybę, nepagreitinant ir nenutolinant mirties, užtikrinti psichologinę ir dvasinę priežiūrą, suteikti paramą šeimai ligos ir gedėjimo metu. PP integruoja psichologinius ir dvasinius paciento slaugos aspektus, siūlydama paramos sistemą, padedančią pacientui iki mirties gyventi aktyviai ir siekiant, kad iki pat pabaigos galėtų gyvenimą paversti augimo ir laimėjimų patirtimi [161].

PP apibrėžimas ir tikslas turi didelės reikšmės slaugytojo veiklai. Dirbant paliatyviojoje medicinoje, svarbūs pačių medikų patirti išgyvenimai dėl artimųjų netekties bei gilinimasis į dvasinius poreikius ir religiją. Sugebėti atjausti, būti kantriems ir geranoriškiems, pasiaukojamai dirbti įmanoma tik tada, kai yra gilus suvokimas ir motyvacija. Taip pat slaugytojų ir kitų paliatyviosios priežiūros specialistų veikla turi būti pagrįsta sąžine ir abipusiu pasitikėjimu.

Nustatyta, jog žmogaus gyvybines veiklas – bendravimą, kvėpavimą, judėjimą, darbą, valgymą, gėrimą ir kt. – sąlygoja fiziniai, socialiniai, kultūriniai, aplinkos, politiniai, ir ekonominiai veiksniai. Todėl vertindami žmogaus gyvybines veiklas slaugytojai remiasi klinicine patirtimi, pagrįsta A. Maslow 1968 m. perteiktu poreikių hierarchijos piramidės modeliu (žr. 1.1.1 pav.) [131].



1.1.1 pav. A. Maslow žmogaus poreikių hierarchijos piramidės modelis [131]

A. Maslow nurodyti penki pagrindiniai poreikiai:

1. Pagrindiniai gyvybiniai poreikiai yra fiziologiniai (biologiniai) poreikiai: maistas, vanduo, pastogė, apsauga, higiena, šiluma ir kt., kurių nepatenkinimas sudaro pavojų žmogaus sveikatai, vystimuisi, augimui. Dažniausiai, kai šie poreikiai yra tenkinami, atsiranda ir ima vyrauti nauji poreikiai.
2. Saugumas, pastovumas, pasitikėjimas. Saugumas dažniausiai pasireiškia tuo, kad žmogus ieško to, kas pažįstama ir įprasta, apsirūpina nuolatiniu darbu, nuosavybe, įgyja išsilavinimą. Saugumo poreikis gali pasireikšti ieškojimu prasmės religijoje, filosofijoje. Saugumas nėra vien savo artimųjų fiziologinių poreikių tenkinimo reikalas net ir tada, kai galima turėti lūkesčių iš egzistavimo.

3. Priklausomumas, meilė. Žmogus trokšta priklausyti, būti mylimu ir mylėti, nes jis nuo gimimo yra socialinė būtybė, kuriai reikia kitų artumo, globos, jautrumo, bendravimo.
4. Savęs vertinimas, pripažinimas sau ir kitiems. Šioje pakopoje susiduriama su savojo „aš“ branda ir kūrimu. Savęs pripažinimas ir vertinimas brandina pasitikėjimą, vertės pajautimą ir galimybes. Nepatenkinti poreikiai pasireiškia menkavertiškumu, silpnumu, bejėgiškumu.
5. Savęs aktualizavimas ar realizavimas, įprasminimas – tai aukščiausias subrendimo laipsnis. Asmenybė pasiruošusi save realizuoti, kūrybiškai ir socialiai save įprasminti. Žmogus pajėgia duoti ir dalytis, vadovauti ir ugdyti mąstymą, aktyviai reikštis kuriant gėrį kitiems žmonėms savo aplinkoje.

Pagal A. Maslow poreikių teoriją, kurioje nurodoma, kad pirmiausiai turi būti tenkinami fiziologiniai, po to – saugumo ir tik kiti poreikiai, galima teigti, jog paliatyviojoje priežiūroje specialistų komanda gali tenkinti visus reikalingus poreikius.

Kaip teigia E. Rideout ir R. N. Montemuro (1986), medicinos holistinis požiūris skatina stiprinti pacientų viltį, gydymo pasirinkimo galimybę ir autonomiją, padeda geriau prisitaikyti prie ligos. Šiuo metu yra keletas vertinimo schemų, pagrįstų holistiniu požiūriu į žmogų. Daugeliui slaugos modelių buvo taikytas holistinis vertinimo ir slaugos planavimo modelis. N. Roper ir kt. (1980) manė, kad pacientų poreikius reikia vertinti remiantis kasdienės veiklos analize. Šie autoriai nurodo, kad reikia vertinti fizines, psichines, socialines ir dvasines pacientų problemas, susijusias su mirtimi, atsižvelgiant ir į šeimos problemas [173].

Pasak A. Šeškevičiaus (2005), mūsų šalyje didėjantis sergamumas lėtinėmis ir onkologinėmis ligomis, taip pat gyventojų senėjimas, skatina medikus plėsti paslaugas, formuoti naują humanistinį požiūrį į sunkiai sergantį ligonį, suteikti jam ir jo šeimai visavertę sveikatos priežiūrą iki mirties. Holistinis požiūris į žmogų skatina suvokti ne tik biologinius jo poreikius, kurie ypač aktualūs gyvenimo saulėlydyje, bet ir psichologines, dvasines problemas. Todėl tai reikalauja iš slaugytojų, socialinių darbuotojų, gydytojų ir dvasininkų savarankiškos veiklos ir atsakomybės už savo sprendimus bei jų įgyvendinimą [202].

Slaugytojui ir kitiems paliatyviosios pagalbos komandos nariams labai svarbu tenkinti fiziologinius poreikius, ypač – jei pacientas nepajėgus. Tačiau, remiantis poreikių hierarchijos modeliu, matoma, kad kuo aukštesnė pakopa, tuo didesnis šių poreikių vaidmuo pacientui. Ir jau aukščiausioje pakopoje savirealizacijos ar aktualizacijos poreikio specialistų komanda patenkinti negali, tačiau turi padėti pacientui to siekti. Todėl svarbu pirmiausia

padėti pacientui tenkinti žemesnius poreikius, kad jo savęs realizavimas taptų kiek įmanoma kokybiškesnis.

PSO nurodo tokius pagrindinius paliatyviosios pagalbos principus:

- ji mažina skausmą ir kitus simptomus;
- teigia gyvenimą ir vertina mirtį kaip normalų procesą;
- nesiekia nei paspartinti, nei atidėti mirties;
- integruoja psichologinius ir dvasinius paciento priežiūros aspektus;
- siūlo paramos sistemą, t. y. stengiasi padėti pacientui gyventi kuo aktyvesnį gyvenimą iki pat mirties;
- siūlo padėti šeimai susidoroti su paciento liga ir netektimi;
- taiko komandinį požiūrį ir stengiasi patenkinti paciento ir jo šeimos poreikius, taip pat ir konsultuojant netekties atvejais, jeigu to reikia;
- gerina gyvenimo kokybę, gali teigiamai veikti ligos eigą;

Atsižvelgdamas į šiuos PSO principus, S. H. Meghani išskiria keturis PP veiksmus: visapusišką, aktyvią, ir individualizuotą paciento priežiūrą, paramą šeimai, daugiaprofilinę darbinę komandą, efektyvią komunikaciją [142]. Jo nuomone, esminiai principai, sudarantys visų PP paslaugų pagrindą, yra pastangos teikti geriausią įmanomą gyvenimo kokybę kiekvienam pacientui ir jo šeimai. Tai sudaro: griežtas dėmesys simptomų kontrolei, holistinis požiūris, atsižvelgiant į žmogaus gyvenimo patirtį ir situaciją, atviras bei jautrus bendravimas su pacientais. Akcentuojama tai, kad agresyvų gydymą reikia taikyti su raminančiąja, paguodžiančiąja paliatyviąja pagalba. Taip pat teigiama, kad terminalinė priežiūra yra kvalifikuojama kaip paliatyvioji, bet ne visa paliatyvioji priežiūra yra terminalinė [106].

Pasak T. Kleffens ir kitų autorių, labai svarbu kaip sveikatos profesionalai integruos šį paliatyviosios priežiūros supratimą į kasdienių paslaugų teikimą [104]. Minėtas autorius išskiria ir akcentuoja du momentus:

- skausmo kontrolę ir kitų simptomų valdymą (kaip apibrėžia PSO);
- negydančiąją priešvėžinę terapiją.

Šių pastangų tikslas – išsaugoti ir pagerinti gyvenimo kokybę arba pailginti sergančiojo onkologine liga gyvenimą. Taigi paliatyvioji terapija kar-tais reiškia tiesiog priežiūrą be pastebimų gerėjimo rezultatų, kuria siekiama optimizuoti paciento gyvenimo kokybę [78].

Apibendrinant galima teigti, kad PP – medicinos mokslo ir praktikos šaka, besirūpinanti pacientais, sergančiais aktyvia, toli pažengusia ir progresuojančia liga, kai prognozė ribota ir gydymo tikslas – gyvenimo kokybės gerinimas. PP skatina apmąstyti gyvenimo prasmę, ieškoti atsakymo į klausimą apie bendražmogiškąsias vertybes ne tik pacientus, bet ir medicinos darbuotojus. Veiksminga paliatyvioji slauga pacientams garantuoja akty-

vesnį gyvenimą iki mirties, o artimiesiems padeda įveikti problemas, susijusias su paciento liga ir jo netektimi.

1.2. Paliatyviųjų pacientų, sergančių onkologinėmis ligomis fizinės, psichikos, socialinės ir dvasinės sveikatos sutrikimai

L. Griciūtė teigia, kad „Onkologinės ligos – tai yra antroji pagal dažnį mirties priežastis. Gydomo rezultatai gerėja, bet sergamumas auga po 1,5 proc. kasmet. Toks yra bendras civilizuotų šalių rodiklis“ [219]. Kasmet pasaulyje yra užregistruojama apie 11 mln. naujų vėžio atvejų, o jau 2030 m. jų bus maždaug 15 mln. [219]. Pasaulyje kasmet nuo vėžio miršta maždaug 7 mln. žmonių. Lietuvoje kasmet registruojama iki 14 tūkst. naujų onkologinių susirgimų. PSO prognozės artimiausiems dešimtmečiams nėra optimistinės [219]. Pranešama, kad apie 20 mln. žmonių Žemės rutulyje šiandien serga onkologinėmis ligomis, o kiekvienais metais pasaulyje vidutiniškai apie 8 mln. žmonių miršta nuo šių susirgimų. Vėžys jau šiandien yra viena dažniausių mirties priežasčių pasaulyje [189].

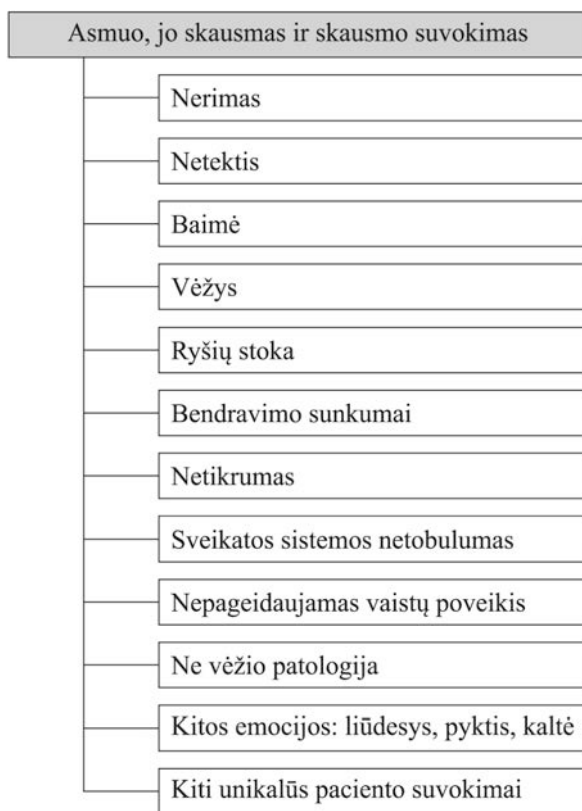
Visi paciento poreikiai labai svarbūs, tačiau nė vieno iš jų negalima pradėti tenkinti, kol neišspręsti **fiziniai** ir funkciniai sveikatos sutrikimai (simptomai). D. Skorupskienė, ištyrusi 75 pacientus, nustatė, kad viena didžiausių baimės priežasčių yra ta, kad liga siejama su skausmu [189]. Nustatyta, kad vėžio diagnozės nustatymo metu skausmą kenčia net 20–50 proc. pacientų, o ligai išplitus jų skaičius padidėja iki 75–80 proc. Pasaulyje kasdien nuo onkologinių ligų sukkelto skausmo kenčia apie 4 mln. žmonių [142].

Skausmo kontrolė yra tik viena iš pagrindinių grandžių gydant sergančiuosius onkologinėmis ligomis paliatyviuosius pacientus, nes skausmas pacientams sukelia didžiausią kančią. Tokiems pacientams ne mažiau svarbu užtikrinti slaugos ir tinkamo gydymo vaistais vientisumą. Pagrindinė skausmo malšinimo ir kito simptominio gydymo sąlyga – dėmesys ir pagalba priartinimas prie paciento. Skausmo malšinimas yra tik viena iš sudėtinių paliatyvaus gydymo ir slaugos dalių. Yra ir kiti išplitusio vėžio simptomai: dusulys, šlapinimosi, tuštinimosi sutrikimai, pragulos, kurie taip pat reikalauja kvalifikuoto gydymo ir slaugos [189].

Mokslinėje literatūroje nurodoma, kad vėžiu sergantys asmenys miega prasčiau už sveikus subjektus [158]. O. Gronskaya-Palesh (2007) atliktas tyrimas atskleidė, kad 64 proc. moterų, sergančių krūties vėžiu, patiriamas skausmas turi įtakos miegui [74]. 2005 m. atlikto tyrimo metu, tiriant lėtinio skausmo įtaką nemigai, pastebėta, jog pacientus, patiriančius vidutinį ar

stiprų skausmą, nemiga kankina labiau nei pacientus, nejaučiančius skausmo ar jaučiančius silpną skausmą [48].

Ž. Luneckaitės (2008) atliktas tyrimas atskleidė tai, kad absoliuti dauguma apklaustųjų paliatyviųjų onkologinių pacientų, patiriančių vidutinį (73 proc.) ir stiprų (92 proc.) skausmą, pažymėjo, jog jis trukdė miegui. Atliekant tyrimo duomenų analizę taip pat buvo reikšmingas koreliacinis ryšys tarp skausmo ir miego. Pastebima, kad daugumai silpną skausmą patiriančių respondentų (77,6 proc.) skausmas visiškai ar iš dalies netrukdė miegui. Galima daryti prielaidą, kad skausmo intensyvumas daro įtaką miego kokybei [128]. Skausmui ir skausmo suvokimui didelės įtakos turi tam tikri veiksniai (1.2.1 pav.).



1.2.1 pav. Veiksniai, turintys įtakos skausmui ir skausmo suvokimui [154]

Literatūroje akcentuojama skausmo įtaka judėjimui, fiziniam aktyvumui [154]. P. Strang atlikto tyrimo duomenimis, skausmo įtaka fizinei veiklai, tokiai kaip judėjimas, apsirengimas, prausimasis ir kt., buvo sunkesnė dviem trečdaliams onkologinių pacientų [196].

Literatūroje taip pat aptiktos sąsajos tarp skausmo ir nuotaikos [74]. JAV atlikto tyrimo metu, tiriant skausmo ir depresijos sąsają, nustatyta, kad skausmo intensyvumas reikšmingai koreliuoja su bendru nuotaikos sutrikimu [193]. Ž. Luneckaitės (2008) atlikto tyrimo duomenimis, dauguma respondentų, patiriančių vidutinį (73 proc.) ir stiprų (96 proc.) skausmą, pažymėjo, jog jis neigiamai veikė nuotaiką. Pažymėtina, kad daugumai silpną skausmą patiriančių respondentų (77,7 proc.) skausmas netrukdė nuotaikai visiškai ar netrukdė iš dalies. Atliekant tyrimo duomenų analizę buvo aptiktas reikšmingas koreliacinis ryšys tarp skausmo ir nuotaikos [128].

Dažna onkologinėmis ligomis sergančių pacientų problema – mitybos sutrikimai. Pasak R. Buzgovos, onkologinė liga žmogaus organizmą veikia įvairiai: dėl gydymo pasireiškia nepageidaujami reiškiniai, tokie kaip pykinimas, vėmimas, jie lemia nepakankama mitybą, svorio pokyčius [29]. Vilniaus universiteto Onkologijos instituto duomenimis, dėl šio sutrikimo kenčia 80 proc. pacientų, o 20–40 proc. mirčių yra susijusios su mitybos nepakankamumu. 1970–1980 m. pradėta ypač aktyviai ieškoti mitybą gerinančių veiksnių, kurie lemtų geresnę pacientų būklę ir gydymą. Daug tyrimų atlikta ir atliekama siekiant išsiaiškinti mitybos nepakankamumo vaidmenį onkologinio paciento būklei, atsakui į gydymą, naviko progresavimą [8, 11, 128].

Visiškas apetito išnykimas arba prastas apetitas yra dažnas pacientų, sergančiųjų vėžiu, simptomas. Tik visiškai nustačius apetito išnykimo priežastis galima veiksmingai gydyti. Reikia parinkti tinkamus mitybos modelius ir pagalbos būdus atsižvelgiant į paciento gyvenimo įpročius [201].

Paliatyviesiems onkologiniams pacientams dusulys yra subjektyvus pojūtis, sukeltas pasunkėjusio ar sutrikusio kvėpavimo. Paskutinės ligos stadijos metu dusulys būdingas daugiau nei 50 proc. pacientų. Vėžio atveju dusulį skatina kvėpavimo takų obstrukcija ar plaučių kvėpavimo proceso lėtėjimas dėl intoksikacijos. Dusulys dažnai stiprina kitus simptomus: silpnumą, nuovargį, galvos skausmą, nerimą, vėžio sukeliama skausmą [108].

Cimprich (1985) aprašė pacientų, sergančiųjų vėžiu, tris vidurių užkietėjimo tipus: pirminis vidurių užkietėjimas, antrinis, sukeltas patologinių pokyčių, ir jatrogeninis vidurių užkietėjimas, sukeltas gydymo pasėkoje [36]. Pastarasis yra dažnas dėl pacientams skiriamų nuskausminamųjų vaistų esant dehidracijai ar virškinimo trakto piktybiniam procesui.

Nuovargio simptomas vėžiui progresuojant būdingas 40–72 proc. pacientų. Progresuojant vėžiui pacientams taikant chemoterapiją ar spindulinį gydymą nuovargis yra stipresnis, ypatingai sergant progresuojančiu kasos vėžiu [154]. Vėžiui progresuojant didelė problema yra nejudrumas. Nuovargis, silpnumas, skausmai ir patologiniai lūžiai yra svarbiausios priežastys, kurios prikausto pacientą prie lovos. Tai neskatina nei fizinės, nei emocinės

paciento gerovės [195]. Kiekvieno paciento nuovargis yra individualus ir savitas. Nuovargio įvairovę lemia ligos sunkumas ir susirgimo poveikis kasdieniam paciento gyvenimui. Paliatyviosios medicinos studijos rodo, kad nuovargis tiesiogiai susijęs su sumažėjusiais refleksais, permainomis, taip pat su informacijos stoka ir jos suvokimu [155].

Onkologijoje atliekami **psichosocialiniai** tyrimai atskleidė daugybę vėžiu sergančiųjų pacientų sveikatos sutrikimų, susijusių ne tik su fizine jų būkle (skausmu, išsekimu, pykinimu, vėmimu, nuovargiu ir kt.), bet ir su psichosocialiniais aspektais (darbu, šeima, seksualine disfunkcija) bei egzistenciniais (gyvenimo prasmės, motyvacijos, tikslo) klausimais [3]. Vėžys, kaip gyvybei grėsminga diagnozė, ypač stipriai paveikia asmens kognityvinę būklę ir gali sutrikdyti gebėjimą prognozuoti ir reaguoti adaptyviai [9]. Todėl, šalia medicininių gydymo priemonių, ne mažiau svarbu rasti efektyvius būdus, padedančius sumažinti pacientų psichologinės sveikatos sutrikimus, pagerinti jų prisitaikymo galimybes ir susijusių su liga gyvenimo kokybę. Įvairios psichosocialinės pagalbos formos asmenims, sergantiems vėžiu, yra vis dažniau aptariamos mokslinėje literatūroje, pateikiant jų efektyvumo įrodymus. I. Schou (2005) su bendradarbiais, analizavusiems krūties vėžiu sergančiųjų moterų gyvenimo kokybę, nustatė, kad su liga susijusi gyvenimo kokybė koreliuoja su psichosocialiniais veiksniais. Autoriai teigia, kad „intervencijos, skatinančios problemų korekciją, bei socialinė parama gali žymiai pagerinti ligos eigą, sumažinti neigiamas ligos pasekmes ir todėl turi būti įtrauktos į sveikatos apsaugos tarnybų programą“ [185].

A. D. Weismann nustatė, kad pacientus, sergančiuosius vėžiu, slegia netikrumas, nustatyta ligos diagnozė, vėžio gydymas [217]. Tai tampa sutrikdyto gyvenimo dalimi. Reikia pripažinti, kad tai yra pakankamas pagrindas atsirasti nerimui ir bėgštamumui, ar gydymo pastangos padės normalizuoti padėtį. Medikams reikia atkreipti dėmesį į tai, kaip pacientai geba suvokti šiuos dalykus, kaip juos veikia ligoninės aplinka, gydymo procesas, orumo ir netekties kontrolė, nes tai gali sukelti nerimą. A. Beck tyrimai rodo, kad lėtinės depresijos metu pacientams sunku kritiškai vertinti savo būklę. Esama situacija jiems atrodo kaip beviltiška, jie mano, jog nieko negali padaryti, nieko nebandys daryti, nes nieko nereikia. Tokie pacientai neigiamai vertina savo situaciją, ateitį. Taip jie menkina galimybę įveikti savo problemas. A. Beck nurodo, jog lėtinio nerimo metu pacientai gali pakenkti savo gerovei, nes yra lengvai pažeidžiami [126].

Dažniausi nepagydomų pacientų psichikos sveikatos simptomai yra nerimas ir depresija. Jie susiję su labai didele emocine kančia, veiksmingo bendravimo sutrikimu, nesugebėjimu konstruktyviai susidoroti su savo problemomis. Tačiau nerimas ir depresija, kai įsigilinama į paciento prob-

lemas, nėra gydymo ir slaugos trukdžiai. Kaip ir kiti simptomai, jie atskleidžia gyvybišką informaciją apie paciento padėtį ir poreikius. Tai svarbu išsiaiškinti, vertinti ir suvokti. Įrodyta, kad nepagydomų ligų sukelta depresija ir nerimas turėtų būti įtraukti į gydymo strategiją. Pats pacientas privalėtų plėtoti savirūpą. Su pagarba reikia žvelgti į paciento požiūrį, jausmus, skatinti aktyviai vertinti poreikius ir gydymo planą [155].

Nevisavertė onkologinio paciento mityba dažnai diagnozuojama, kai smarkiai kinta svoris. Tai gali nulemti blogesnę atsaką į gydymą, prastesnę gyvenimo kokybę, trumpesnę išgyvenamumą ir, žinoma, didesnes gydymo išlaidas. Pastebėta, kad tokie pacientai jaučia ir didesnę psichologinę įtampą. Kanados mokslininkai atliko tyrimą su 231 pacientu, kuriems buvo diagnozuota onkologinė liga. Nustatyta, kad psichologinio diskomforto augimas statistiškai reikšmingai susijęs su prasta mityba, ypač su svorio netekimu. Taip pat įrodyta, kad dėl krintančio svorio ir besikeičiančios išvaizdos pacientai izoliuoja save nuo aplinkinių, jaučiasi nelaimingi ir ilgainiui gali susirgti depresija [126]. Dėl minėtų psichologinių sveikatos sutrikimų pacientai nenoriai valgo, neturi apetito. Mokslininkai priėjo išvadų, siekiant geresnės onkologinio paciento psichologinės būsenos ir veiksmingesnio gydymo, kad būtina stebėti mitybą ir svorio pokyčius. L. Grassi ir L. Travado konkretizuoja psichologinių veiksnių poveikį ir sieja juos su socialiniais veiksniais per psichologinę savijautą ir psichologinės savijautos rizikos veiksnius [71]. Jeigu vienatvę apibūdinsime kaip buvimą vienam, tampa aišku, kad onkologiniams pacientams neišvengiamai ji padidėja. Gyvenimo pasikeitimai sukelia ir psichologines onkologinių pacientų aktyvumo mažėjimo priežastis. Šalia siaurėjančių interesų ima silpnėti ir bendra kokios nors veiklos motyvacija [71].

Psichologinė onkologinio paciento savijauta determinuojama nerimo, liūdesio, rūpesčio dėl ateities, savigarbos sumažėjimo, priklausomybės nuo artimųjų ir draugų, galimos mirties grėsmės.

Tik bendraujant galima pažinti žmogų, padėti jam prisitaikyti prie ligos, aplinkos, atgauti pusiausvyrą, jausmą, kad esi reikalingas, įkvėpti viltį. Bendraujant galima sužinoti, kokios pagalbos ligoniui reikia, ką jis žino apie savo būklę, kaip į tai reaguoja, kas kelia nerimą, ko jis bijo. Bendraujant su pacientu yra daug svarbių faktorių, kurie skatina pacientą pokalbiui ir padeda išsipasakoti, dėl to jam palengvėja. Tačiau kartais, neteisingai elgiantis, pacientas tik užsisklendžia savyje ir kenčia vienas. Tuo pačiu kenčia ir jo artimieji. Profesionalus slaugytojas turi sugebėti nutraukti šią tylos grandinę ir „priversti“ ligonį ir artimuosius bendrauti [195].

Pasak E. Kübler-Ross, pykčio etapo metu slaugyti pacientą taip pat sudėtinga. Būtina jam leisti išreikšti pyktį, nediskutuoti, nekoreguoti pykčio. Kai pacientas sulaukia pagarbos ir supratimo, dėmesio ir laiko adaptuotis,

jis greitai nustoja pykęs ir sumažina šiuos reikalavimus. Pasibaigus pykčio etapui jis supras, kad yra vertingas žmogus, kuriuo rūpinamasi ir kuriam leidžiama, kol jis pajėgia, išlikti maksimaliai aktyviu. Pacientas pajaus, kad jį išklauskys tuojau pat, nelaukdami, kol jis sukels skandalą, aplankys ne tik tada, kai pats kviečia, bet daug dažniau, nes užsukti pas jį yra ne pareiga, o malonumas [110]. Moksliniai tyrimai rodo, kad beveik pusė pacientų, sergančių vėžiu, jaučia psichologinę kančią.

Pusė pacientų įveikė savo problemas, jiems nekilo nei nerimo, nei depresijos problemų. 32 proc. iš jų kentėjo nuo besikeičiančios depresijos, tačiau ji buvo pakankamai kompensuota. 6 proc. pacientų turėjo ryškių emocinių sutrikimų, nors fiziškai jie jautėsi gerai (1.2.1 lentelė).

1.2.1 lentelė. Psichologinės kančios požymių dažnumas [110]

Diagnozė	Simptomai (proc.)
Sureguliuoti psichologiniai simptomai	32
• Su depresija	(12)
• Su depresija ir nerimu	(14)
• Su nerimu	(6)
Ryškus emocinis sutrikimas	6
Protavimo sutrikimas	4
Nerimo sutrikimas	2

Rūpinantis pacientu ir jo šeima labai svarbu išsaugoti nesuardytą šeimos vientisumą ir kiekvieno šeimos nario gerovę. Vieno šeimos nario liga labai smarkiai veikia ir kitų narių fizinę bei psichinę gerovę. Dažniausiai šeimos gali pasirūpinti paciento poreikių tenkinimu, tačiau kritiniais momentais ir jiems gali prireikti pagalbos. Reikia pasiteirauti pacientų apie šeimos narių ir artimiausių draugų reakciją į ligą ir apie pagalbą, kurią jie jau ėmė teikti pacientui ar kurios pacientas iš jų tikisi. Reikia išsiaiškinti, ar pacientui ir jo šeimai kilo bendravimo ar tarpusavio santykių problemų [189].

Onkologiniams pacientams iškyla įvairių socialinių sveikatos sutrikimų, dėl kurių sunku bendrauti su kitais žmonėmis, reikšti emocijas, nuomonę, patenkinti savo poreikius, smalsumą, sunku dirbti norimus darbus, kyla aplinkos pavojų, sunku integruotis į visuomenę. Kaip teigia C. Lemmer (2002), pacientams dažnai kyla adaptacijos problemų. Tai lemia padidėjęs pažeidžiamumas dėl stresų, užsitęsęs stresas, sumažėjęs gebėjimas prisitaikyti prie įvykusių gyvenimo pokyčių. Dėl to išgyvenamas vienišumas ir izoliacija. Paliekant darbą, paciento gyvenime įvyksta pasikeitimų, nepriklauso nuo to, ar išėjimas iš darbo buvo savanoriškas, ar priverstinis. Vienas iš labiausiai bauginančių amžiaus atneštų pasikeitimų yra priklausomybė arba

nepriklausomo suaugusio žmogaus statuso praradimas. Nesvarbu, ar tai fizinė, ar finansinė, priklausomybė, ir viena, ir kita daugumai suaugusiųjų yra sunkiai priimtina pozicija [114].

J. Lugton tyrinėjo slaugos ligoninėse besigydančių pacientų artimųjų poreikius ir padarė išvadą, kad tinkamai bendravo tik 34 iš 50 tiriamųjų šeimų. Septyniose šeimose problemų kilo, nes pacientai buvo ryškiai susijaudinę, o dar devyniose šeimose prastą bendravimo kokybę lėmė kiti veiksniai. Šeimos bendravimo nesklandumai gali būti seni ir sunkiai koreguojami, tačiau dažnesni yra ligos sukelti nesutarimai ir konfliktai. Jei bendravimo sunkumų kyla tik ligos metu, slaugytojas gali pasišnekėti su patyrusiais šiuos nesklandumus asmenimis ir patarti jiems, kaip padėti pacientui [126].

Vieni pacientai sirgdami gali netekti darbo. Jie gali patirti finansinių sunkumų ir nepatogumų, nes prarado socialinę padėtį ar neteko įprastos veiklos. Finansines problemas gali lemti mažos paciento pajamos arba bedarbystė. Socialinis ar tarpasmeninių santykių lygmuo patyrus ligą pasireiškia per izoliuotumą, darbo netekimą ar problemų dėl grįžimo į darbą, santykių šeimoje ir su draugais blogėjimą, vienišumo jausmą. Galiausiai sergantysis onkologine liga gali būti marginalizuotas arba net stigmatizuotas per socialinę atskirtį, socialinę izoliaciją [60, 72].

Pasak E. Kübler-Ross, bendraujant su pacientu būtina atsižvelgti į jo asmenybės pokyčius, dvasinę būseną, gebėjimą priimti mirties realybę [110]. Jei pacientas yra neigimo etape – nė žinoti nenori apie mirtį, kalbėti apie jos artėjimą – didelė klaida. Galimas dar didesnis stresas, nes taip gilinamas artėjančios mirties jausmas, nuo kurio pacientas stengiasi išsivaduoti. Tačiau tai nereiškia, kad tas pats pacientas vėliau nenorės pasikalbėti apie artėjančią mirtį. Toks dialogas gali ir turi vykti tada, kai patogu pacientui, kai jis (o ne slaugytojas) yra pasiruošęs šnekėti. Pokalbį reikėtų užbaigti, kai pacientui pasidaro per sunku taikstyti su tikrove ir jis vėl ima neigti, kaip anksčiau [60, 72].

Literatūroje nurodoma, kad sergančiųjų onkologinėmis ligomis pacientų **dvasinės sveikatos sutrikimams** reikalingi mokslo tyrimai [103, 173]. Vėžio atveju pacientų dvasinės harmonijos sutrikimas yra nulemtas to fakto, kad vėžys, kaip manoma, yra mirtina liga, ir daugeliu atvejų medicina neturi galimybės pasiūlyti pacientui radikalų gydymą. Vėžio simptomai, susiję su ligos progresavimu, prieš mirtį sukelia dideles kančias. Todėl sielos skausmas atsiranda nuo pirmųjų ligos simptomų tęsiasi viso diagnostikos proceso metu ir ypač gydymo laikotarpiu. Literatūroje nurodoma, kad gilus religinis tikėjimas sumažina sielvartą lygi ne tik paskutinėse ligos stadijose, bet ir diagnostinių procedūrų bei gydymo metu.

Daugelis tyrėjų iškelia dvasingumą kaip efektyvią priemonę kovojant su netekties pojūčiu ir mirties baime [112]. Daugeliui žmonių religija tampa

dvasinės stiprybės pamatu. K. A. Alvarado tyrimas parodė, kad žmonės su žemesniu mirties baimės laipsniu stipriau tiki pomirtiniu gyvenimu [2]. Be to, žmonės su stipriai išreikštu religingumu nebijo susitikimo su Dievu, o mirtis nėra siejama su egzistencijos pabaiga. Priešingai, silpnas religingumas veda prie abejonės apie gyvenimą po mirties.

Kliniškai įvertinti dvasinę kančią nėra lengva [40]. A. Narayanasamy nuomone, įvertinti dvasinę kančią padeda atsakymai į klausimą: „Ar paciento deklaruojamas tikėjimas yra paremtas veiksmais?“, „Ar pacientas įgyja ramybę ir vidinę stiprybę dėl dvasinių poveikių?“, „Ar pacientas turi aiškią savasties sampratą?“ [148]. Autorius konkretizuoja ir išplečia dvasingumo sąvokos turinį, išskirdamas šiuos požymius: asmens savastis ir gyvenimo principai, tiesos ir vertybių supratimas, gyvenimo prasmė ir tikslai, besąlygiška meilė, „manojo Aš“ susietumas su „Kitu“, susietumas su mistine, aukštesne galia, Dievu ar universumu ir kt. [149].

Įvairiose specializuotos sielovados tarnybos srityse taip pat privalu atsižvelgti į onkologinius pacientus ir jų poreikius, pradedant šeimų sielovada, negalinčia nepaisyti pacientų ryšių su šeima, turint omenyje ne tik socialinę pagalbą, bet ir dvasinį gyvenimą ir baigiant sveikatos apsaugos darbuotojų sielovada. Nepamainomas šioje sielovadoje gali būti pačių pagyvenusių pacientų indėlis [192]. Popiežiškoje sveikatos apsaugos darbuotojų pastoracinės tarybos, sveikatos apsaugos darbuotojų chartijoje teigiama, kad priklausomybė Dievui suteikia žmogaus gyvybei šventumo bruožų. Todėl gyvybė tampa nedisponuotina, neliečiama, tai yra šventa. Ji šventa iš prigimties, ir kiekvienas sveikas protas gali tai pripažinti, netgi nepriklausomai nuo religinio tikėjimo [168].

Krikščionybės požiūriu, žmogus – tai neatsiejama sielos ir kūno vienybė. Pasak „Katalikų Bažnyčios katekizmo“, sielos ir kūno vienybė yra tokia glaudi, jog „sielą galima įvardinti kūno forma, vadinasi, iš medžiagos sudarytas kūnas, veikiant dvasinei sielai, tampa žmogišku ir gyvu kūnu; dvasia ir medžiaga žmoguje nėra dvi sujungtos prigimtys, bet, būdamos suvienytos, sudaro vieną žmogišką prigimtį“ [106]. „Nors fizinė gyvybė yra pagrindinis ir neliečiamas gėris, visų kitų žmogaus gėrių šaltinis, be kurio neįmanomas žmogaus gyvenimas, krikščionybės požiūriu, tai nėra absoliutus gėris. Aukščiausia vertybė – tarnystė Dievui ir artimui, Dievo pažinimas ir gyvenimas su Juo“ [151].

Į gyvybę palaikančių priemonių taikymą reikia žvelgti iš krikščioniško mokymo apie gyvybę, kančią ir mirtį pozicijų. Pareiga išlaikyti gyvybę nėra absoliuti, nes žmogus gali atsisakyti priemonių, kurios yra nepakankamai efektyvios ar ligoniui nepakeliamos. Mirimas, perėjimas į amžiną egzistavimo būseną, dažnai yra sudėtingas ir visomis prasmėmis skausmingas procesas. Tačiau tai yra procesas, kurį mes kiekvienas išgyvensime asmeniškai.

Aplinkinių pareiga – padaryti viską, kad tas perėjimas būtų kiek įmanoma prasmingesnis ir ramesnis. Turi būti dedamos visos pastangos, kad žmonės mirtį apsupti gailestingumo, meilės ir su žmogui deramu orumu. Taip pat reikėtų daryti viską, kad mirštančiųjų artimiesiems liktų šviesūs ir meilės lydimi prisiminimai, kad jie taikiai ir ramiai priimtų realybę [221].

Mirties procesas lengvesnis tiems pacientams, kurie, paraginti slaugytojo, neslopino savo pykčio, įniršio ir širdgėlos dėl artėjančios mirties, išsakė nuogąstavimus žmogui, mokančiam ramiai sėdėti ir klausyti. Būtina gerai suvokti, kokių milžiniškų pastangų reikia, kai nori pasiekti krikščioniško susitaikymo būseną ir, kai jau nelieka abipusio bendravimo, pamažu atsiskirti [188].

Kiti pacientai, ne tokie laimingi, gali pasiekti panašią fizinę ir dvasinę būseną, jei turi pakankamai laiko pasiruošti mirčiai. Išgyvendami visus aprašytus etapus, jie reikalauja iš aplinkos daugiau pagalbos ir supratimo. Tą pagalbą ir supratimą gali suteikti slaugytojas, kurio tikslas – padėti pacientui ir jo artimiesiems drauge iškęsti krizės laikotarpį, kad visi drauge būtų pasirengę susitaikyti su likimu. „Jei gėlei augti ir žydėti reikia dangaus, saulės šilumos ir ypač – šaltinio, kuris ją girdo ir augina, tai ligoniui tuo šaltiniu turi būti slaugytojas” [116]. Jis turi būti kupinas meilės ir gerumo. Iš jo pacientas neturi girdėti nė vieno pikto ar grubaus žodžio.

Labai svarbu psichologiškai palaikyti pacientą ir jį vertinti. Reikia nepamiršti, kad ir būdamas be sąmonės ligonis girdi. Apie tai reikia priminti artimiesiems. Tikintysis pomirtiniu gyvenimu lengviau susitaiko su išėjimu Amžinybėn. Joks kitas gyvenimo reiškinyss nėra taip glaudžiai susijęs su tikėjimu ir religija kaip mirtis. Slaugytojui reikia labai daug žinių, noro, mokėjimo klausyti ir išklausti, suteikti galimybę pacientui pačiam ryžtis išsipasakoti, profesionaliai pakreipiant pokalbį reikiama linkme [116]. Tik tuomet galima sužinoti apie paciento sveikatą, psichologinę būseną, jausmus ir tinkamai padėti. Išsipasakojus, nors trumpam palengvėja, nes išsakytos problemos nebeatrodo tokios didelės ir baisios. Dvasinė parama pacientui bus sėkminga tik tada, jei bus geri santykiai tarp slaugytojo ir paciento [192].

Labai svarbu tarpusavio santykiai, laiko ir dėmesio skyrimas sergančiajam, komunikacija ir informavimas, informacija apie ligos eigą, prognoziniai veiksniai ir pacientų dalyvavimas, jų įtraukimas į savo problemų sprendimą [84, 196]. Mokslinė literatūra akcentuoja informuotumą [47, 84, 188], medicininio personalo kompetenciją [82], psichologinę, dvasinę pagalbą ne tik šeimos narių, bet ir medicinos personalo pagalbą [18, 82].

Apibendrinant galima teigti, kad paliatyviųjų onkologinių pacientų sveikatos sutrikimai apibrėžia psichologinių, fizinių, ir socialinių bei dvasinių dėmenų kompleksą, kuris yra artimas ir PSO sveikatos bei paliatyviosios priežiūros apibrėžimams, deklaruojantiems holistinį požiūrį į sergantįjį pa-

cientą. Onkologinio paciento savijauta nėra vien tik faktas (sergu / nesergu, yra pakitimai / nėra pakitimų), bet ir psichologinis procesas. Šiame kontekste ir psichosocialinė priežiūra turėtų būti visų onkologinių pacientų priežiūros standartinis komponentas, o psichosocialinių veiksnių įvertinimas turėtų būti klinikinės priežiūros būtina dalimi. Tik biopsichosocialinis požiūris į onkologinį pacientą gali užtikrinti gyvenimo kokybės gerinimą paliatyviojoje priežiūroje. Psichologinių sveikatos sutrikimų komponentai, darantys įtakos onkologinio paciento savijautai, formuoja kultūrinius, prasminius, simbolinius aspektus ir prasmes, kurias kuria pats žmogus, išgyvendamas ligą. Socialinius pokyčius lemia paciento tarpasmeniniai, šeiminiai santykiai, profesinis užimtumas, išsilavinimas ir pajamos. Dvasingumo pagrindai – nebūtinai religiniai, dvasingumas gali būti traktuojamas kaip gebėjimas ieškoti gyvenimo tikslo ir prasmės, kaip gebėjimas tikėti, mylėti ir atleisti.

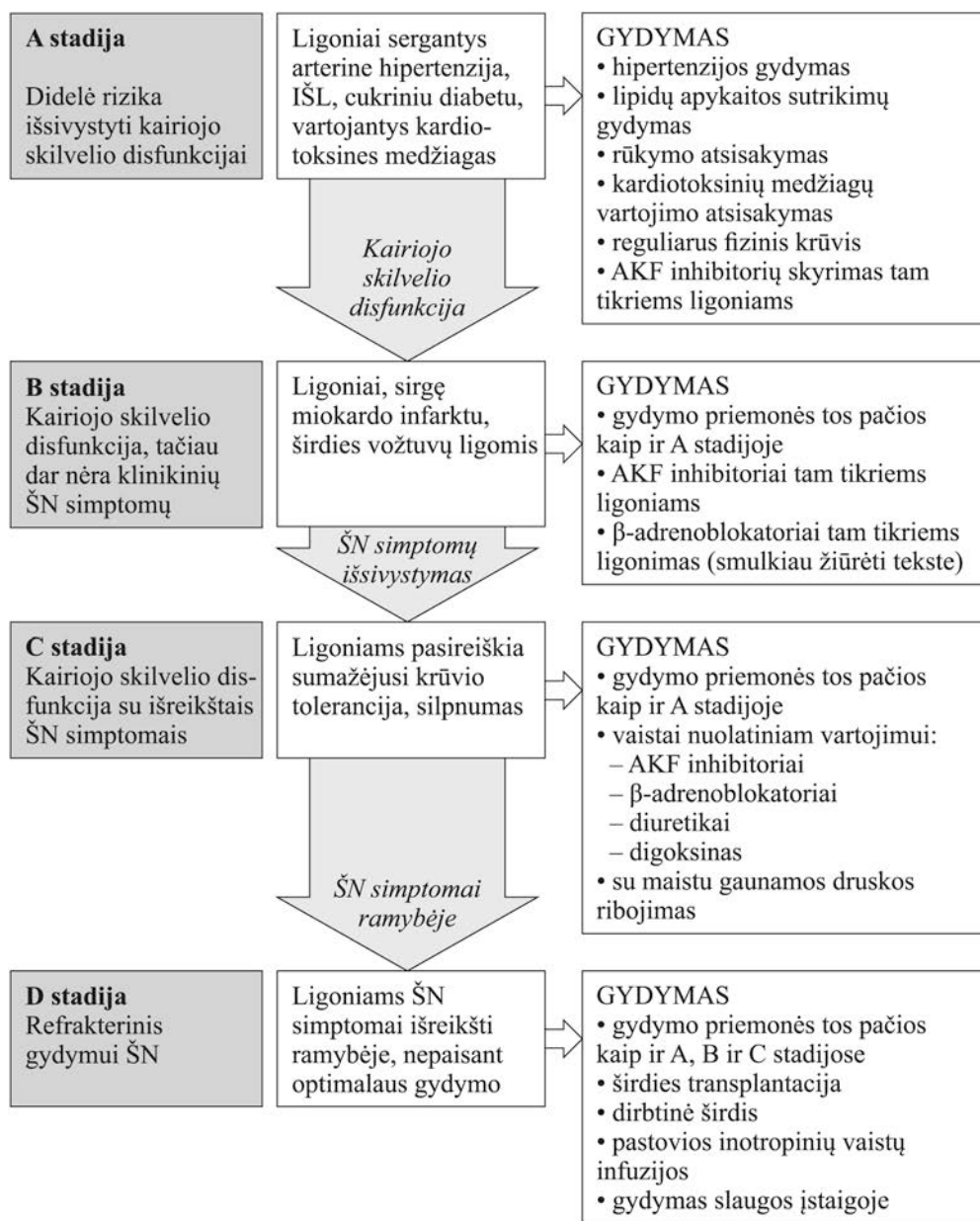
1.3. Paliatyviųjų pacientų, sergančių širdies ligomis fizinės, psichikos, socialinės ir dvasinės sveikatos sutrikimai

Lietuvoje 2009 m. užfiksuota 23822 pacientų sergančių širdies ligomis, kurios komplikavosi LŠN (paliatyvieji širdies ligomis sergantys pacientai pagal 2007 m. SAM įsakymą Nr. V-14, yra: „Progresuojantis, nepasiduodantis optimaliam gydymui širdies nepakankamumas – IV funkcinė klasė, kai Bartelio indeksas ne didesnis kaip 40 balų“. Nors mirštamumas nuo širdies ir kraujagyslių ligų Lietuvoje mažėja, tačiau sergamumas širdies ir kraujagyslių ligomis išlieka dar aukštas [80, 124]. Lietuva priskiriama prie didžiausios kardiovaskulinės rizikos regionų. Nustatyta, kad standartizuotas bendras mirtingumas sumažėjo iki 1033,2 100 000 tūkst. gyventojų. Mirtingumas sumažėjo, bet vis tiek stipriai atsiliekama nuo Europos valstybių, kur 100 000 tūkst. gyventojų teko 634,3 mirusieji. Estijoje šis skaičius siekia 893,1 100 000 tūkst. gyventojų. Europos populiacijoje simptominio širdies nepakankamumo paplitimas svyruoja nuo 0,4 proc. iki 2 proc. Jo kiekis smarkiai didėja vykstant senėjimo procesui. Pacientų su LŠN populiacijoje vidutinis amžius siekia 74 metus. Taigi vis didėjanti vyresnio amžiaus žmonių dalis bendroje populiacijoje iš dalies taip pat prisideda ir prie didėjančio pacientų su LŠN paplitimo [70, 80]. Per paskutinius kelis dešimtmečius išsivysčiusiose šalyse padaugėjo ypač vyresnio amžiaus sergančiųjų LŠN. Pasaulyje šia liga serga 15 milijonų žmonių, t. y. apie 1,5–2 proc. pasaulio gyventojų. Šešiasdešimtmečių ir vyresnių pacientų sergamumas LŠN išaugo nuo 6 iki 10 proc. [70]. LŠN siejamas su bloga prognoze. Nustatyta, kad apie 50 proc. pacientų, kuriems nustatytas II ir III klasės LŠN pagal Niu-jorko širdies asociacijos klasifikaciją (NŠA), mirė per penkerius metus ir tik

50 proc. IV funkcinės klasės paliatyviųjų pacientų išgyveno ilgiau nei vienerius metus [70, 24]. LŠN nėra širdies ligos diagnozė, tai yra sudėtingas klinikinis sindromas, kurį gali sukelti bet kuri širdies liga. LŠN pasireiškia simptomine skilvelių disfunkcija, kai širdis nepajėgia audinių ir organų aprūpinti būtinu kraujo kiekiu metabolinėms jų reikmėms patenkinti [24].

Visi paciento poreikiai yra labai svarbūs, tačiau nė vieno iš jų negalima pradėti tenkinti, kol neišspręstos **fizinės** ir funkcinės problemos (simptomai). Atsižvelgdamos į širdies struktūros pokyčius ir LŠN simptomų sunkumą, Amerikos kardiologų draugija (angl. ACC – American College of Cardiology) ir Amerikos širdies asociacija (angl. AHA – American Heart Association) rekomenduoja LŠN progresavimą skirstyti į A, B, C, D stadijas [167]. A stadija apibūdina žmogų, kuriam gresia širdies funkcijos sutrikimas, bet jo širdis struktūriškai dar sveika ir jis dar nejaučia LŠN simptomų (3.3.1 pav.) [70]. B stadijos pacientas turi struktūrinių širdies pokyčių, tačiau nėra jautęs jokių LŠN simptomų ir požymių. Širdies funkcijos sutrikimą gydytojai pirmiausia nustato ultragarsinio tyrimo metu. C stadijoje paciento širdis yra pažeista, jis dabar arba anksčiau turėjo LŠN simptomų ir požymių. D stadija – paskutinė LŠN stadija, kai įprastinis gydymas neveiksmingas – tada reikalingos specialios gydymo priemonės: ilgalaikės vaistų intraveninės infuzijos, kraujotaką palaikantis aparatas (dirbtinė širdis), širdies persodinimas ar paliatyvioji slauga. Ši klasifikacija naudojama kartu su Niujorko širdies asociacijos (NŠA, angl. NYHA) klasifikacija. Tik C ir D AKD/AŠA klasifikacijos stadijos dar skirstomos į NŠA funkcinės klasės [167]. Naujoji klasifikacija daugiau dėmesio skiria LŠN profilaktikai ir vystymosi progresavimui, kadangi žinoma, kad gydymą pradedant prieš pasireiškiant ligos simptomams pagerėja gyvenimo kokybė, prailgėja gyvenimo trukmė, palengvinama ligos eiga [167].

LŠN skirstymas į stadijas padeda patikimai ir objektyviai suskirstyti pacientus į įvairias ligos eigos stadijas. Kiekvienos stadijos gydymas skiriasi. Negydant pagrindinės disfunkcijos priežasties pacientai pereina visas ligos stadijas nuo lengviausios iki sunkiausios. Gydymo dėka ši eiga gali būti sustabdyta ar sulėtinta, tačiau, pasiekus kitą ligos etapą, į ankstesnį etapą negrįžtama (1.3.1 pav.).



1.3.1 pav. Lėtinio širdies nepakankamumo vystymosi stadijos pagal Amerikos kardiologų draugijos (AKD) ir Amerikos širdies asociacijos (AŠA) rekomendacijas [204]

Amerikos kardiologų draugija ir Amerikos širdies asociacija rekomenduoja klasifikacijos sistemą, kuri nurodo komplikacijas, bet negali pakeisti Niujorko širdies asociacijos funkcinio pajėgumo klasifikacijos [205]. Širdies nepakankamumo sunkumas C ir D stadijose įvertinimas pagal NŠA funkcinę klasifikaciją (1.3.1 lentelė) [2].

1.3.1 lentelė. Niujorko širdies asociacijos funkcinio pajėgumo klasifikacija

Funkcinė klasė	Požymiai
I	Ligoniai, turintys neryškių širdies veiklos sutrikimų. Jie pakelia fizinį krūvį ir jo metu bei ramybės būklėje gerai jaučiasi. Tiriant nustatoma širdies patologija.
II	Ligoniai patiria nemalonių pojūčių (širdies plakimą, dusulį, greitą nuovargį) tik sunkaus fizinio krūvio metu. Gerai jaučiasi tik ramybės būklės bei dirbdami vidutinio sunkumo fizinį darbą.
III	Ligoniai vidutinio fizinio krūvio metu jaučia nemalonių pojūčių – padažnėjusį širdies plakimą, dusulį, greitą nuovargį, bet gerai jaučiasi ramybės būklėje bei nedidelio įprastinio fizinio krūvio metu. Hemodinamika ryškiai sutrinka
IV	Ligoniai, kuriems bet kuris fizinis aktyvumas sukelia nemalonių pojūčių. Diskomforto reiškiniai – dusulys, tachikardija, krūtinės angina ir kt. – ramybės būklėje ir gali kartotis arba išlikti.

Sistolinės funkcijos sutrikimą lemia širdies raumens susitraukimo jėgos susilpnėjimas (išeminė širdies liga; idiopatinė dilatacinė kardiomiopatija; difuzinis miokarditas; kardiotoksiniai vaistai, slopinantys susitraukimą), perkrova tūriu (reumatinis ir nereumatinis vožtuvų nesandarumas; įgimtos širdies ydos, su nuosrūvomis), perkrova spaudimu (reumatinės ir nereumatinės širdies vožtuvų stenozės, arterinė hipertenzija, plautinė hipertenzija) [6, 7, 47].

Diastolinės funkcijos sutrikimą lemia: arterinė hipertenzija, hipertrofinė kardiomiopatija, išeminė širdies liga, konstrukcinis perikarditas, širdies tamponada, senėjimas [47].

Širdies nepakankamumo simptomai 80–90 proc. pacientų atsiranda dėl kairiojo skilvelio funkcijos pablogėjimo. LŠN taip pat gali būti susijęs su labai įvairiais kairiojo skilvelio sutrikimais, pradedant diastoline normalios formos skilvelio disfunkcija, esant normaliam išstūmimui, bet pablogėjusiam prisipildymui, ir baigiant dominuojančia sistoline dilatuoto kairiojo skilvelio disfunkcija, kuri sukelia sienos judėjimo sutrikimų. Pagrindinis pacientų su sistoline disfunkcija ultragarsinis požymis yra sumažėjusi kairiojo skilvelio išstūmimo frakcija (IF) (paprastai ≤ 55 proc.), kurią dažniausiai lydi padidėjęs galinis diastolinis ir galinis sistolinis tūriai [205].

Vyraujantys LŠN klinikiniai simptomai ir požymiai yra dusulys, nuovargis, fizinio krūvio netoleravimas ir kulkšnių tinimai [120]. Sergantieji LŠN pakelia mažesnę fizinę krūvį. Pacientai fizinio krūvio metu patiria dusulį ir nuovargį (ar abu kartu) [70]. Simptomus reikia kruopščiai stebėti [126]. Pacientus, sergančiuosius LŠN, gali varginti dusulys, ortopnėja, sausas kosulys, paroksizminis naktinis dusulys, pastebimas didesnis kvėpavimo dažnumas, mažėjantis fizinio krūvio toleravimas, dažnesnis šlapinimasis naktį, kulkšnių patinimai, blogėjanti atmintis [200]. Dusulys yra pagrindinis kairiojo skilvelio nepakankamumo požymis [70]. Iš pradžių dusulys atsiranda tik didelio fizinio krūvio metu, o vėliau fizinio krūvio slenkstis mažėja. Šio nusiskundimo pacientas nepasakys, jei jo judesiai riboti. Įsisenėjus LŠN, dusulys atsiranda ramybės metu [7].

Paliatyviesiems pacientams, sergantiems lėtiniu širdies nepakankamumo IV st., būdinga ortopnėja, t.y. priverstinė sėdima padėtis esant dusuliui. Pacientai miega pusiau sėdom, sunkiais atvejais – sėdėdami šalia lovos, nes tada mažėja kraujo pritekėjimas į dešinįjį skilvelį ir mažėja spaudimas mažajame kraujo apytakos rate, lengviau dirba kairysis skilvelis [6]. Sausas kosulys neatkosint skreplių, gali būti dusulio atitikmuo, jei atsiranda fizinės įtampos metu ar gulint ir palengvėja gydant LŠN. Paroksizminis naktinis dusulys, dar vadinamas širdine astma, dažnai pažadina ligonį iš miego, sukelia baimę, nerimą, prakaito pylimą. Trunka apie pusvalandį, palengvėja atsėdus, pavaikščiojus, gali kartotis. Jei paroksizminis naktinis dusulys nepraeina pakeitus kūno padėtį, o veninė stazė didėja, dusulys progresuoja ir sukelia ryškią plaučių stazę – plaučių edemą [6]. Tachipnėja iš pradžių atsiranda tik fizinio krūvio metu ar tuoj po jo, vėliau – ir ramybės metu. Sutrikus dujų difuzijai, prasideda Čeino-Stokso tipo kvėpavimas. Tada stebima priverstinė kūno padėtis, o gulėdami ligoniai „gaudo orą“ [6]. Cianozė yra mišri: centrinė (dėl sutrikusios kraujo oksigenacijos esant stazei) ir periferinė (dėl padidėjusio deguonies suvartojimo audiniuose) [7]. Dėl kvėpavimo nepakankamumo mažėja fizinis pajėgumas. Išstumiamajam tūriui sumažėjus, kraujotakos nepakankamumas lemia nepakankamą griaučių raumenų aprūpinimą deguonimi. Sumažėjus fiziniam pajėgumui, sukeliamas nuovargis ir silpnumas, kojų „sunkumas“, kuris rodo pablogėjusią griaučių raumenų perfuziją, jei yra mažas kairiojo skilvelio išstumiamasis kraujo tūris [7].

Paliatyviesiems pacientams, sergantiems LŠN IV st. būdinga nikturija, tai – ankstyvas LŠN simptomas, kuriam ryškėjant, sukeliamą oliguriją. Pagrindinis inkstų veiklos sutrikimo požymis yra pabrinkimai [24]. Patinimai yra simetriški, pirmiausia atsiranda kojose. Nuolatos gulinčiam pacientui patinimai atsiranda ir kryžkaulio srityje. Patinimai atsiranda, jei nelastelinio skysčio tūris padidėja $>5\text{ l}$ [24]. Blogėja atmintis, atsiranda nerimas,

galvos skausmai, nemiga. Mieguistumas dieną būdingas pacientams, kuriems naktį vyrauja Čeino-Stokso tipo kvėpavimas [24].

LŠN pablogina kasdienę fizinę, socialinę, emocinę, intelektualiąją asmens veiklą, t. y. gyvenimo kokybę. Su sveikata susijusi asmens fizinė sveikata, psichologinė būseną ir daugelis kitų aplinkos faktorių. Fizinę sveikatą daugiausia atspindi fizinis pajėgumas, rodantis sergančiųjų būklės sunkumą, reabilitacijos ir slaugos efektyvumą bei ligos eigos prognozę. Gyvenimo energijos mažėjimas atsiliepią emociniam pasauliui, siaurėja jausmų, mąstymo ir interesų sfera [81].

Jeigu miegas blogėja, sutrinka darni organizmo veikla, prastėja gyvenimo kokybė. Nemiga paveikia visas gyvenimo kokybę apimančias sritis: fizinę (galimybę atlikti kasdienę veiklą), psichologinę (dažniausiai, atsižvelgiant tik į emocišes problemas) ir socialinę (bendravimą su šeima, draugais, bendruomene). Nemiga pablogina galimybę dirbti (tiek intensyvumą, tiek kruopštumą), sukelia nuotaišos pablogėjimą, liūdnumą tiek tiesiogiai, tiek netiesiogiai ir ji asocijuojasi su irzlumu bei priešišku. Prieš įvertinant jos įtaką gyvenimo kokybei, būtina apibrėžti nemigą. Dabar tapo visiškai aišku, kad nemiga – tai ne vien paprasta problema, susijusi su užmigimu ar buvimu užmigus. Tai gali būti įvairūs miego sutrikimai (psichofiziologinė nemiga, miego apnėja, neramių kojų sindromas ir kt.) arba nemiga gali kilti dėl daugybės klinikišų (reumatoidinis artritas, vėžys, širdies-kraujagyslių sistemos ligos ir kt.) ir neklinikišų (triukšmas, temperatūra, amžius, vaistų vartojimas, pamaininis darbas) priežasčių [204, 200].

L. Grassi ir L. Travado konkretizuoja **psichologinių** veikšnių poveikį ir sieja juos su socialiniais veiksniais per psichologinę savijautą ir psichologinės savijautos rizikos veikšnius [71]. Paliatyviesiems pacientams, sergantiems LŠN IV st., būdinga psichologinė savijauta ir psichologinio sergamumo rizikos veikšniai:

- nuotaišos sutrikimai (nuotaišų svyravimai, depresija),
- nerimas (potrauminio streso sindromas, patologišė baimė),
- somatiniai sutrikimai (hipochondrija),
- seksualinis sutrikimas (seksualumo praradimas).

Psichologinei savijautai ir sutrikimams daro įtaką socialiniai ir tarpasmeniniai ir veikšniai:

- silpnas socialinis palaikymas (socialinė atskirtis nuo sutuoktinio / partnerio, šeimos, draugų paramos nebuvimas iki bendruomenės, bendradarbių, kaimynų paramos) ar jo nebuvimas;
- įtampa.

Socialinių sveikatos sutrikimų vertinimas yra labai svarbi problema. Jie gali labai veikti paciento gyvenimo kokybę. Socialiniai poreikiai gali būti susiję su šiais veiksniais:

- pakitę santykiai su žmonėmis ir socialinė izoliacija;
- kitų šeimos narių sveikatos sutrikimai ir neįgalumas;
- darbo netektis ir socialinės padėties praradimas;
- finansinės problemos.

Sergantieji LŠN IV st. pacientai nebegali tenkinti kai kurių poreikių ir tai juos veikia psichologiškai. Taip pat padaugėja ligų, įvairių skundų, kuriuos lemia ne tik aplinkos faktoriai, bet ir organizmo pokyčiai, dėl to iškyla daug problemų. Dažniausi ir svarbiausi sveikatos sutrikimai: obstipacijos, galvos svaigimai, kritimai, judėjimo sutrikimai, bendravimo problemos, sutrikęs regėjimas, klausa, šlapimo nelaikymas, skausmas, pablogėjusi atmintis, sutrikusi orientacija, sumažėjęs savarankiškumas, pablogėjęs apetitas, nepakankama mityba, vienišumas, liūdnumas, socialinė krizė, stresas. Šie sveikatos sutrikimai yra tarpusavyje susiję [192].

Dvasinius poreikius pacientams gana sunku suformuluoti, todėl juos sunku ir įvertinti. D. O. Renetzky pateiktas dvasinių vertybių apibrėžimas sujungia visus ankstesnius bandymus nusakyti šią koncepciją.

Skiriamos trys dvasingumo dalys:

- poreikis atrasti gyvenimo prasmę, paskirtį ir vertingumą, kančios ir mirties prasmę bei paskirtį;
- vilties poreikis ir troškimas gyventi;
- poreikis tikėti savimi ir kitais, tikėti kitomis galiomis ir Dievu, remiantis savo suvokimu [175].

Dvasinė praktika užima reikšmingą vietą sergančiųjų LŠN IV st. paliatyviųjų pacientų gyvenime. Atrodo, kad ypač trečiojo amžiaus žmonės jautriai atsiveria transcendentinėms vertybėms [161].

Nepaisant dvasingumo svarbos vyresnio amžiaus pacientams, dvasingumas sveikatos priežiūros darbuotojų buvo apleistas [9]. Iš tiesų, originaliame leidinyje J. W. Rowe ir R. L. Kahn [182] rašydami apie sėkmingą senėjimą, pamiršta akcentuoti dvasingumo svarbą. JAV siūlomi geriatrijos slaugos kursai [13], tačiau dvasingumas nėra nuosekliai integruotas į slaugos antrosios pakopos programas [14, 13]. Todėl vyresnio amžiaus pacientų dvasiniai poreikiai dažnai neįtraukiami į geriatrinės slaugos kursą ar vadovėlį.

Apibendrinant galima teigti, kad sergantiesiems LŠN paliatyviesiems pacientams pamažu silpnėja jutiminių organų veikla, mažėja fizinis pajėgumas, pradingsta guvumas, judrumas. Gyvenimo energijos mažėjimas atsiliepia emociniam pasauliui, siaurėja jausmų, mąstymo ir interesų sfera.

Keičiasi padėtis visuomenėje, įsitikinimai, nuostatos ir asmeninės savybės, taip pat ir elgesys. Galima teigti, kad sergantieji LŠN pacientai dėl įvairių fiziologinių ir patologinių procesų nebegali patys pasirūpinti savimi ir savo sveikata, todėl atsiranda socialinės priežiūros ir slaugos poreikis. Psichologiniu požiūriu dvasingumas siejamas su vidine paciento harmonija, teigiamais santykiais su pasauliu, laimės gyvenimo prasmės pajauta. Pakankamai skyrus laiko paciento dvasiniams poreikiams, juos analizuojant gerėja vertinimo, planavimo ir priežiūros procesas, todėl gerėja visos paliatyviosios slaugos veiksmingumas.

1.4. Dvasingumas paliatyviojoje pagalboje

1.4.1. Dvasingumas ir dvasingumo teologija paliatyviojoje pagalboje

Remiantis slaugos literatūros šaltinių apžvalga, dvasingumui paliatyviojoje priežiūroje pradedama skirti daugiau dėmesio. Pastebėta, kad dvasingumas neturi vienareikšmio apibrėžimo. Tačiau beveik visi rasti apibūdinimai siejami su teologine šio fenomeno samprata, su dieviškumo pradų. Teologijos mokslas turi savo išskirtinę poziciją, aiškinant dvasingumo sampratą [174].

Dvasingumo apibrėžimo turinys labai priklauso nuo to, kas vartoja šį terminą. The Concise Oxford English Dictionary (1982) rašoma, kad dvasingumas yra labiau susijęs su mintimi ir dvasia, o ne su materija ar medžiaga. Jis yra suteiktas ar kylantis iš Dievo, šventumo, dangiškos prigimties, yra įkvėptas ir susijęs su šventais bei religiniais dalykais [159].

Žodis „dvasia“ (hebr. *ruach*., lot. *spiritus*) savo ruožtu siejasi su žodžiu kvėpuoti („dvėsuoti“) (lotynų kalboje tai dar pastebimiau: spirare-spiritus-spiritualitas). Kol žmogus kvėpuoja – gyvena. Todėl dvasia suprantama kaip gyvybės pagrindas. Dvasingumas būtų tikėjimo gyvenimas, visa tai, kas jį palaiko ir ugdo.

Žodis „spiritualitas“ atsirado tik V a. Jis pirmą kartą pavartotas Pelagijaus tekste „Age ut in spiritualitate proficias“ („Elkis taip, kad pažengtum dvasingumu“). Panašiai jis vartojamas iki pat XII a., kuomet dvasingumas vis labiau imamas priešpriešinti medžiagiškumui. Taip pamažu dvasingumas pradėjo reikšti kūno ir materijos atmetimą. Remiantis platonizuojančia antropologija, „dvasia“ yra tai, kas priešinga kūnui, materijai: „tai gyvybinis žmogaus principas, jo protingumas, nemirtinga siela“ [159].

Plačiausia prasme dvasingumas siejasi su bet kokiomis religinėmis ir moralinėmis vertybėmis, kurios konkrečiai pasireiškia kaip gyvenimo nuostata arba tam tikras nusistatymas, duodantis pagrindo veiksams. Šia pras-

me dvasingumas neapribojamas kuria nors viena religija. Jis taikomas kiekvienam žmogui, kuris tiki Dievu ar transcendencija ir gyvenimą formuoja pagal savo religinius įsitikinimus. Galima teigti, kad dvasingumas yra ypatinga gyvybiška vertybių sintezė, formuojama pagal skirtingus požiūrio ar išryškinimo taškus.

Nagrinėjant daugelį įvairių teologiškai traktuojamų dvasingumo apibūdinimų išskirti kai kurie itin taiklūs. Remiantis „Naujuoju katalikų dvasingumo žodynu“ galima teigti, kad dvasingumas – tai „išgyvenama pastanga integruoti asmens gyvenimą, siekiant vidinės transcendencijos, einant link jo aukščiausių vertybių“ (S. Schneiders). „Tikrai tikinčio žmogaus egzistencija, kurioje Kristaus Dvasios gyvenimas atsispindi istorinėse konkrečiaus gyvenimo sąlygose“ (B. Fracling). „Dvasinis gyvenimas yra viso asmens gyvenimo nukreipimas Dievo link“ (K. Leech). Vienas šiolaikinės visuomenės religinio gyvenimo bruožų yra tai, kad individai vis dažniau religingumą mano esant asmeniniu reikalu [201].

Religinis dvasingumas – tai religingumas, nusakantis individų elgesį, susijusį su bažnytinėmis institucijomis. Jis yra apibrėžtas kultūros. Pagrindiniai bruožai: stiprus ir emocionalus prisirišimas prie „tėvų tikėjimo“, intelektualinio pagrindo ir refleksijos religinei doktrinai; savita moralė, kuri labiau akcentuoja apeigų ir ritualų vyravimą, nei evangelijos idėjas, ritualizmas, pasireiškiantis masiniuose dalyvavimuose, religinėse praktikose, stiprus ryšys su parapija kaip su lokaline bendruomene [134, 172].

G. Purvaneckienė 2009 m. atliko tyrimą apie tai kaip gyventojai 1994–2009 m. lankosi bažnyčioje ar religiniuose susitikimuose ne rečiau, kaip kartą per mėnesį (1.4.1 lentelė).

1.4.1.1 lentelė. 1994–2009 m. lankomumas bažnyčiose ar religiniuose susitikimuose, ne rečiau kaip kartą per mėnesį [172]

Religingumas	1994 m.		2000 m.		2009 m.	
	Moterys	Vyrai	Moterys	Vyrai	Moterys	Vyrai
Išpažįsta kurį nors tikėjimą, proc.	87	75	92	83	91	78
Religingi, proc.	46	25	43	16	33	21

Nuo 2000-ųjų metų išpažįstančių kokią nors tikėjimą žmonių dalis pakito nedaug, tačiau tikrai religingų žmonių vidutiniškai mažėja, dabar jų yra apie 27 procentus. Be abejo, religingų moterų išlieka daugiau nei vyrų, tačiau jų dalis mažėja [172].

Kai kurie autoriai dvasingumą bando atskirti nuo religingumo. Jie teigia, kad religingumas – tai procesas, kurio metu individas formuojamas

kaip „Kristaus kūrinys, gyvenantis Kristuje“. Jo tikslas – tikėjimas Kristumi, doras gyvenimas, remiantis Dievo ir Biblijos pateiktomis gairėmis. J. Lugton ir M. Kindlen ir kiti autoriai nurodo, kad religingumas yra dvasingumo gilesnė dimensija [126].

Egzistuoja tam tikros religinio gyvenimo formos, kurios neturi nieko bendra nei su dvasiniu, nei su vidiniu gyvenimu. Tokia buvo Romos pagoniškoji religija, kuomet užteko atlikti išorinius kulto aktus ir teisingai ištarti nustatytas formules. Tačiau krikščioniškas dvasingumas įvairiai apibrėžiamas. Jis yra „Sąmoningas ir kiek metodiškas tikėjimo, vilties, ir meilės vystymasis“ (K. Rahner), „Tikėjimo įgyvendinimas konkrečiose gyvenimo sąlygose“ (P. M. Zulehner). Jei krikščionišką dvasingumą suprantame kaip gyvenimą Dvasiai veikiant, tai turime pripažinti, kad tai tėra vienintelis dvasingumas, nes tėra viena Šventoji Dvasia [174].

Religija neapima viso dvasingumo. Ji nesuformuoja ir specifinio, vienos krypties požiūrio į gyvenimą ir dvasingumą. P. Burrard tyrinėjo galimybę atskirti Dievą nuo religijos [27]. Tai nėra du terminai, reiškiantys vieną ir tą patį. Jis akcentavo tai, kad neretai žmonės svyruoja tarp dviejų priešingų polių: tikėjimo ir netikėjimo Dievu bei religija. Jis manė, kad dvasingumo sutapatinimas yra siauras ir klaidinantis požiūris. Net ir tais atvejais, kai tarp jų yra ryšys, jis ne visuomet būna toks tiesioginis ir paprastas [27].

Asmens dvasingumas suteikia prasmę kasdieniam gyvenimui ir yra tradicinės religijos arba asmeninio religijos aiškinimo išraiška [77]. Pasak Harrison J. tikintysis, turintis dvasinių problemų, gali pakliūti į tokią situaciją, kai visiems jo įsitikinimams, pagrindinėms normoms ir papročiams, kuriais jis anksčiau pasikliaudavo, kyla didelė grėsmė arba juos ginčija kiti žmonės. Tada ir jis gali suabejoti savo religija, pradėti svarstyti, ką ji davė ir ko nedavė. Įprastinis gyvenimas gali būti suardytas ir sugriautas ligos, mirties ar kitų svarbių gyvenimo įvykių. Asmuo gali prarasti tikėjimą savo religija arba tam tikromis jos specifinėmis dogmomis [77].

Dvasingumą galima apibūdinti daugeliu labai įvairių žodžių ir terminų. Vieni apibrėžimai griežtai atskiria dvasinį ir fizinį pobūdį ir akcentuoja tai, kad dvasinė patirtis yra „nežemiška“, susijusi su kitu pasauliu. Tai tiesiogiai ar netiesiogiai verčia manyti, jog dvasingumas daugeliu atvejų paneigia, o ne patvirtina mūsų fizinę būtį. Kiti apibrėžimai teigia, kad dvasingi yra ne tik tie žmonės, kurie beveik akiai paklūsta tik tam tikros religijos doktrinoms. Yra ir funkcionalus apibūdinimas, kai dvasingumas yra įvardijamas tam tikra pozicija ar požiūriu, kuris nepriklauso nuo tikrųjų žmogaus įsitikinimų turinio ar bendro gyvenimo įvykių vertinimo [201].

Pasaulietinis dvasingumas – tam tikras požiūris į gyvenimą. Jis parodo, kad žmogus vertina gyvenimo įvykius ir kitus žmones, kaip jis į juos reaguoja. Tai ir suteikia gyvenimui tikrąją prasmę, yra gyvenimo tikslas. Tokį

dvasingumą daugelis žmonių turi ir juo vadovaujasi, nors to sąmoningai galbūt net nesuvokia. Viską, ką jiems reiškia gyvenimas, kuo jie patys turėtų būti, lemia tam tikrų išankstinių nuostatų rinkinys. Tokiems žmonėms dvasingumas arba požiūris į gyvenimą ir sudaro pagrindą, į kurią remiasi jų vertinimas, vertybės bei veiksmai. Visa tai nėra išreikšta formalių įsitikinimų sistema. Kiti žmonės vadovaujasi formaliais struktūriniais įsitikinimais: jie gali būti religiniai, psichologiniai ar politiniai. Tikrasis šių žmonių dvasingumas ne visada atitinka tas taisykles, kuriomis jie vadovaujasi savo gyvenime, todėl ir jų elgesys gali neatitikti deklaruojamų įsitikinimų [201].

D. M. Callaghan nurodė, kad dvasinio augimo rezultatas – teigiama savarankiška koncepcija tarp vyresnio amžiaus suaugusiųjų ir didesnė atsakomybė už savirūpinimąsi. Be to, D. M. Callaghan nurodė dvasinio vertinimo ir palaikymo reikalingumą kaip svarbius slaugoje [31].

Kliūtimis, slaugytojams įgyvendinant dvasinę pagalbą, tampa įvairūs dvasiniai tikėjimai ir nepakankamos žinios dvasinei priežiūrai [32]. Svarbu teikti dvasingumo išsilavinimą ir gauti patirties, dalyvaujant mokymo programose, kad padidintų dvasinę kompetenciją paliatyviojoje pagalba. Šių studijų rezultatų pagrindu pasiūlymai būsimam tyrinėjimui gali būti: ištirti netikinčių pacientų dvasingumą (pasaulietinį) ir dvasinį rūpinimąsi.

K. A. Bourell ir F. W. Bozett tyrimo metu taip pat buvo padaryta išvada, jog pakankamai laiko skyrus paciento dvasiniams poreikiams, juos analizuojant labai atsargiai, svarbus vertinimo, planavimo ir priežiūros procesas, todėl gerėja ir visos slaugos veiksmingumas [19].

D. Stoter apibūdino dvasinę slaugą kaip ilgą kelionę, kurioje slaugytojas turi būti pasiryžęs lydėti savo pacientą iki galo [195].

Nurodomos dvasinės slaugos kryptys:

- reikia padėti žmonėms suvokti, jog jų gyvenimas jau netrukus pasibaigs ir nebėra kaip jo ilgiau pratęsti;
- reikia išmokti atpažinti tas situacijas, kurių metu reikia kalbėti, ir tai, kai reikia geriau patylėti;
- reikia leisti pacientui būti pačiam savimi;
- reikia kartu su pacientais tyrinėti jų dvasinius poreikius ir norus;
- medikai privalo turėti tinkamų vertinimo įgūdžių, mokėti nuolat tyrinėti pacientą ir taikyti pačius tinkamiausius būdus. Visa tai apima ir pačius subtiliausius bendravimo įgūdžius: aktyvų klausymąsi, tyrinėjimą, aiškinimąsi, bandymus skatinti pacientą prabilti, susidūrimą su jo priešiškuumu, kai imamasi tyrinėti paciento jausmus ar jis skatinamas veiksmingiau reikšti savo susikaupusias emocijas [195].

Religinis dvasingumas yra tarsi organizacinis žmogaus gyvenimo branduolys ar centras. Jis sujungia ir padeda apibendrinti daugelį skirtingų gyvenimo elementų ir patyrimų, suteikia jiems prasmę ir tikslą, padeda žmonėms įveikti sunkumus ir, pasinaudojant kūrybinėmis galiomis, judėti į priekį. Šis dvasingumas gali būti atvirai reiškiamas kalbomis apie savo asmeninį tikėjimą Dievu. Netiesiogiai jį atskleidžia pasakojimai ir istorijos, kuriomis bandoma apibendrinti savo išgyvenimus ir rasti priimtina jų paaiškinimą. Neretai žmonės net nežino apie pasakojimus, įsitikinimus ar ryšius su svarbiais jiems žmonėmis, kurie veikia jų gebėjimą panaudoti savo patirtį. Kartais pacientai tiesiogiai neišreiškia savo tikėjimo Dievu. Apie jų dvasingumą tenka spręsti tik iš jų požiūrio į įvairius gyvenimiškus dalykus ir jų elgesio modelio [201].

Apibendrinant galima patvirtinti, kad paliatyviųjų pacientų religinis dvasingumas vis labiau pripažįstamas kaip mokslinių tyrinėjimų objektas. Stiprus religinis tikėjimas sumažina dvasinę įtampą ir sergančiojo nerimą ne tik paskutinėse ligos stadijose, bet ir diagnostinių procedūrų bei gydymo metu. Religija tampa dvasinės stiprybės pamatu, dvasingumas gali būti traktuojamas kaip gebėjimas ieškoti gyvenimo tikslo ir prasmės, kaip gebėjimas tikėti, mylėti ir atleisti, peržengti jutiminę patirtį.

1.4.2. Paliatyviosios pagalbos mokslo dvasingumo tyrimai

Daugelyje mokslinių tyrimų nagrinėjamas santykis tarp dvasingumo ir sveikatos. Tam tyrėjai naudojo gyvenimo kokybės metodus [9, 128]. Dvasingumo buvimas buvo susijęs su palengvėjimu nuo fizinio, psichinio ir priklausomybės sutrikimo ir padidino gyvenimo kokybę bei išlikimą [9]. Atliekant K. I. Pargament, H. G. Koenig, N. Tarakeshwar, J. Hahn tyrimą 268 lėtinėmis ligomis sergantiesiems vyresnio amžiaus religingiems pacientams labiau prognozuojamas fizinės sveikatos rezultatas [162].

L. W. Lowry ir D. Conco tyrime dalyvavo 40 suaugusiųjų įvairių sveikatos susirgimų turinčių pacientų. Remiantis tikslinių grupių ir dalyvių interviu rezultatais, buvo nustatytos 4 dvasingumo kategorijos: 1. Įsitikinimas, kad Dievas egzistuoja ir veikia asmenį; 2. Kvietimas imtis veiksmų, kuriais dvasingumas nukreiptas į kitus (pvz., mylėti, padėti ir rūpintis); 3. Jausmų ryšio ir gerovės praradimas; 4. Į dvasinius poreikius turėtų atsižvelgti sveikatos priežiūros darbuotojai. Tyrėjai padarė išvadą, kad dvasingumas yra svarbus senstantiems pacientams, ir pasitikima dvasiniu tikėjimu [122].

J. Knestricks ir B. Lohri-Posey taip pat atliko tyrimą siekdami išsiaiškinti vyresnio amžiaus moterų dvasingumo ir sveikatos suvokimą. Tyrime dalyvavo 10 moterų nuo 65 metų ir vyresnio amžiaus [105]. Nagrinėtos 3 kategorijos: 1. Dvasingumas suteikia jausmų vientisumą ir gerą fizinę svei-

katą; 2. Dvasingumas yra asmeninis santykis su didesne Dievo jėga; 3. Mirtis yra dalis gamtos, kuriai niekada nesi pasiruošęs. J. Knestrick padarė išvadą, kad dvasingumas – svarbus aspektas tyrimo dalyvių gyvenime, leidęs jiems susidoroti su gyvenimo situacijomis ir sielvartu [105].

D. M. Callaghan ištyrė ryšį tarp sveikatingumo propagavimo sąvokų: savarankiškai rūpintis savimi, savarankiškos priežiūros problemos bei įtaka dvasiniam augimui. Tyrime dalyvavo 235 vyresnio amžiaus pacientai. Dalyvių buvo paprašyta užpildyti klausimyną. Rezultatai parodė, kad dvasinis įvertinimas ir dvasinis augimas yra svarbūs gyvenimo aspektai. Remiantis D. M. Callaghan išvada, būtina, kad tie slaugytojai, kurie rūpinasi vyresnio amžiaus pacientais, būtų gerai parengti siekiant įvertinti ir valdyti dvasinius pacientų poreikius [31].

M. Wallace, E. O'Shea kokybinis aprašomasis tyrimas buvo atliktas siekiant gauti informacijos apie tai, kaip slaugos namų gyventojai suvokia dvasingumą ir dvasinę priežiūrą. Tyrime dalyvavo suaugusieji nuo 65 metų ir vyresnio amžiaus. 73 proc. dalyvių buvo moterys ir 27 proc. – vyrai. 52 proc. tyrimo dalyvių buvo našliai, 40 proc. jų buvo vieniši, ir po 4 proc. – ištekęsusių ir išsiskyrusių. Rezultatai rodo, kad slaugos namų gyventojai teigia, jog slaugytojai nepakankamai skatina jų dvasinę sveikatą. Gyventojai nurodė slaugos intervencijas, kuriomis galėtų būti siekiama skatinama dvasinė sveikata:

- Bendravimas su religingu personalu,
- Gerumo rodymas,
- Pakankamas laiko skyrimas pacientui, pacientų išklausymas,
- Pagarbos rodymas pacientui,
- Draugysčių palaikymas,
- Buvimas gamtoje, gerinant paciento emocinę būseną,
- Muzikos klausymas.

Šio tyrimo rezultatai rodo, kad vyresnio amžiaus žmonės suvokia, jog slaugos intervencijos gali būti atliekamos siekiant pagerinti dvasinę sveikatą. Respondentai taip pat manė, kad slaugytojai galėtų suteikti dvasinę priežiūrą, organizuoti susitikimus su religiniu personalu – dvasininku ar kapelionu, daugiau laiko praleisti išklausant ir rodant pagarbą pacientų poreikiams. Pacientai šiame tyrime nurodė, kad dvasingumą skatina asmeninė malda, maldos valandėlės, prisiminimai, gėrėjimasis gamta, muzikos klausymas [126].

Taigi daugėja straipsnių ir tyrinėjimų dvasingumo sveikatos sistemoje. Tyrinėjimus organizuoja slaugytojai, gydytojai, į juos įtraukiami socialiniai darbuotojai, dvasininkai. Didžioji dalis medicinos tyrinėjimo susitelkė ties dvasingumo klausimais ir įvairiais sveikatos rezultatais.

1.4.3. Pastoracinė pagalba paliatyviosios pagalbos pacientams

Pastoracinis rūpestis apima dvasinę ir religinę pagalbą pacientams. Tai yra pagrindinė paciento teisė ir Bažnyčios pareiga. Kas jos negarantuoja, nesuteikia, nesudaro jai tinkamų sąlygų arba netgi jai trukdo, tas pažeidžia tą teisę ir yra neištikimas tai pareigai. Tai yra pagrindinis ir ypatingas, tačiau ne išskirtinis pacientų sielovados uždavinys. Dėl būtinos sąveikos tarp asmenybės fizinio, psichinio ir dvasinio lygmenų ir privalėjimo liudyti savo tikėjimą kiekvienas sveikatos apsaugos darbuotojas stengiasi sukurti reikiamas sąlygas, kad religinių apeigų atlikimas būtų garantuotas kiekvienam įsakmiai ar nebyliai prašančiam žmogui [100]. „Taigi amžinoji Dievo gyvybė skelbiama ir duodama Jėzuje. Šio skelbimo, šios dovanos dėka ir žemiškuoju laikotarpiu fizinis bei dvasinis mūsų gyvenimas įgyja visą vertę bei prasmę, nes iš tikrųjų Dievo amžinasis gyvenimas yra tikslas, į kurį yra nukreiptas ir pašauktas mūsų gyvenimas šiame pasaulyje“ [100].

Sveikatos apsaugos darbuotojas privalo padaryti viską, kad sudarytų palankias sąlygas pastoracinei pagalbai ir patenkintų tokių paciento prašymą. Ten, kur tokios pagalbos dėl atsitiktinių ar bendrų priežasčių negali suteikti sielovados darbininkai, privalo leistinu ir įmanomu mastu tai tiesiogiai atlikti sveikatos apsaugos darbuotojas, gerbdamas paciento laisvę ir tikėjimą bei aiškiai suvokdamas, kad vykdydamas šį darbą jis nepažeidžia savo pareigos – teikti gydymo pagalbą kaip tokią [173].

Pastoracinė pagalba pacientams įeina į platesnę sritį sveikatos sielovados, t. y. Bažnyčios dalyvavimo ir veiklos, skirtos skelbti Aukščiausiojo žodį ir malonę tiems, kurie kenčia, ir tiems, kurie kenčiančiais rūpinasi [180].

Tarnystėje visų tų – kunigų, tikinčiųjų ir pasauliečių, kurie pavieniui ar bendruomeniškai atsideda pacientų sielovadai, – reiškiasi Dievo gailestingumas, kuris Kristuje pasilenkė prie žmogaus kančios: taip savitu ir visų geriausiu būdu yra skelbiama Evangelija, šventumas ir artimo meilė [91]. Pacientų sielovadai priklauso savi momentai katechezėje, liturgijoje ir artimo meilės tarnystėje.

Teikiant sielovados pagalbą, Dievo meilė, kupina tiesos ir malonės, prisiartina prie ligonių atskiru ir ypatingu sakramentu – Ligonų patepimu [183]. Teikiamas kiekvienam krikščioniui, kurio gyvybei gresia pavojus, šis sakramentas yra atgaiva kūnui ir sielai; palengvinimas ir stiprybė jo kūniškajai bei dvasinei visumai; šviesa, nušviečianti kančios ir mirties paslaptį, ir viltis, atverianti žmogaus dabartį dieviškajai ateičiai. „Visas žmogus gauna pagalbą išganymui, atsigaišina labiau pasitikėdamas Dievu ir gauna naujų jėgų priešintis nelabojo gundymams ir mirties baimei“ [184].

Pagrindinis tinkamos slaugos komponentas yra veiksmingas bendravimas, nesvarbu, ar ši pagalba teikiama pacientui, ar jo artimiesiems. Tinkamas bendravimas padeda pacientui atviriau kalbėti apie jo tikėjimą. Bendravimo taisyklės galioja visais atvejais, nepaisant to, ar paramą teikia slaugytojas, ar religinės bendruomenės vadovas, ar kitas komandos narys. Galima padėti žmogui įgyti žinių ir informacijos apie įsitikinimus, tikėjimą, tačiau ne blogesnę paramą suteiks ir tas, kuris padės ligoniui ar jo artimiesiems melstis, melsis kartu su jais. B. Brush teigia, kad dvasingumą lemia kultūra, lytis, ankstesnė patirtis, religijos, ekonominė padėtis, etninė kultūra ir kiti įsitikinimai [22].

Jei pacientas pajėgus ir nori kalbėtis apie mirtį, turėtume nevengti šitos temos. Dažnai pagalvojame: ar prasminga apie tai kalbėti? Ar tapsime geresniais, teisesniais, žmoniškesniais kalbėdami apie mirties slėpinį? Ar ne geriau viską palikti taip, kaip yra, ir laukti mirties kantriai, tylint, o tai, kas yra anapus, palikti kaip paslaptį, apie kurią negalime nieko sužinoti? Dauguma autorių nurodo, kad „tylus buvimas ir tylėjimas nėra naudingas pačiam žmogui, nes žmogus iš prigimties yra klausiantis ir jo klausimai niekada negali baigtis. Jei jis pasitenkina tyla, jei visus klausimus laiko savyje, jų neištardamas su viltimi rasti atsakymus, tuomet jis neišpildo savo žmogiškumo“ [179]. Tyla žmogų gniuždo ir neleidžia besirūpinantiems juo žmonėms efektyviai suteikti pagalbą. Šias problemas turėtų spręsti slaugytojas, pasitelkęs į pagalbą ligoninės kapelioną. Išsakydamas savo nuomonę apie mirties slėpinį, pacientas palengvina bendravimą ir išsivaduoja nuo jį kamuojančių minčių. Kunigas yra svarbus, kai pacientui reikia padėti susitaisyti su nepagydoma liga ir mirtimi. Arba atsakyti į tokius klausimus, kaip pavyzdžiui: „Kas yra mirties valanda?“. Slaugytojas į šį klausimą gali atsakyti, žvelgdamas iš medicininės pusės. Tačiau dažnai paciento toks atsakymas nepatenkina, jis nori platesnio, išsamesnio atsakymo, kuris suteiktų vilties, nuramintų. Tėvas Renaud Marie į klausimą: „Kas yra mirties valanda?“ atsako taip: „Pagal Romos katalikų tikėjimą, mirties valandą mirštantysis susitinka su Dievu. Taigi nuo to momento priklausys jo pomirtinis gyvenimas. Mūsų mirties valandą Dievas yra ypač arti, kad mes su meile galėtume pasakyti: „Taip“. Būtent mirties valanda yra susitikimas su Kūrėju“. Tikintis slaugytojas gali ne mažiau pasitarnauti kalbėdamas su pacientu apie mirtį ir pomirtinį gyvenimą, tačiau nereikėtų pamiršti ir kito komandos nario – kapeliono, kuris šioje srityje turi daugiau žinių ir patirties. Slaugytojas gali paskatinti pacientą susitikti su kapelionu, jei jis to nori [1, 37, 188].

Kai pacientas yra netikintis ar nusivylęs tikėjimu, vis vien reikėtų jį padrašinti. Dažnai prieš mirtį ir didžiausi piktadariai tampa geresni, švelnesni. Turime jiems atleisti tai, kas buvo praeityje, ir skatinti juos atleisti tiems žmonėms, kurie juos įskaudino. Turėtume pamėginti pažadinti brolišką

mirštančiojo meilę. Nėra lengva tai daryti, nes netikintiems pacientams yra sunku įsivaizduoti, kad yra pomirtinis gyvenimas. Jie apie tai negalvoja, o galbūt ir savotiškai išstumia mintis apie mirtį. Jei taip atsitinka, reikalinga didelė kantrybė ir rūpestinga slauga [197].

Kapeliono ir slaugytojų bendradarbiavimas bendraujant su mirštančiu pacientu nėra šių laikų naujiena. Vokiečių profesoriaus J.Lungton teigimu, „jau XV a. mirštančiaisiais rūpinosi ne tik medikai, bet ir dvasininkai [126]. Dvasininkai protėvius nuo pat jaunystės mokė, kaip reikia oriai numirti. Jie dalindavo medžio raižinius mirties tema ir iš jų tuometiniai žmonės mokėsi“. Ori mirtis – tai iškeliavimas su viltimi, kad ten, kur vėliau gyvens siela, bus geriau. Dvasininko pareiga – palydėti mirštantįjį į susitikimą su Dievu. Mirštantysis turi suprasti, kad liga ir mirtis nėra atpildas už jo nusizengimus, blogus darbus. Slaugantieji turėtų akcentuoti ne mirštančiojo praeitį, kur būta daug klaidų, bet dabartį. Svarbu skatinti susitaikyti su aplinkiniais, keisti gyvenimą, nesvarbu, kad gyventi liko tik keletas dienų ar savaičių. Atleidimas sau ir artimiesiems palengvina priešmirtines kančias. Katalikų Bažnyčios katekizmas teigia: „Liga ir kentėjimas visada buvo sunkiausi išmėginimai žmogaus gyvenime. Sirgdamas žmogus pajunta savo bejėgiškumą, savo ribas ir savo baigtumą. Kiekviena liga gali mums priminti mirtį. Liga gali kelti nerimą, pastūmėti užsisklęsti savyje, kartais – net netekti vilties ir maištauti prieš Dievą. Bet taip pat ji gali padėti žmogui subręsti, įžvelgti, kas gyvenime neesminga, ir atsigręžti į tai, kas esminga. Labai dažnai liga paskatina ieškoti Dievo ir prie jo sugrįžti.“ [100]. Jei liga verčia mąstyti apie mirtį, tai žinodamas, kad liga yra nepagydoma, dar aiškiau suvoki, jog mirtis yra šalia. Pasak M. W. Groe’r, B. O’Counor, P. G. Droppleman, atsižvelgdami į mirštančio paciento religinius įsitikinimus, galėtume [73]:

- kalbėti apie jo tikėjimą;
- pasiūlyti susitikti su kunigu dėl išpažinties;
- skatinti susitaikyti ir atsiprašyti įskaudintų artimųjų;
- skatinti paciento viltį, kad Dievas yra gailestingas;
- neskubinti jo apsisprendimo susitikti su kunigu;
- padrąsinti, kad savo kančią „susietų“ su Kristaus kančia ir prisikėlimo garbe;
- pasakyti, kad žmonės, kuriuos jis pažįsta, meldžiasi už jį;
- leisti jam klausti, klausinėti.

Apibendrinant galima teigti, kad pastoracinė pagalba apima dvasinę ir religinę pagalbą pacientams. Pastoracinė pagalba pasireiškia pokalbiu, konsultavimu, paprasčiausiu buvimu kartu, gyvenant ir kartu dirbant. Pasitelkiamos visos autentiškos psichologinės koncepcijos, įžvalgos, atsižvelgiant į

visus prigimtinius, socialinius, kultūrinius ir subjektyvius veiksnius. Pastoracinės pagalbos dažniausiai pageidauja pacientai, patiriantys krizę, netikrumą, besigalynėjantys su kasdienio gyvenimo baimėmis, naikinančiomis jį kaip asmenį. Kunigų lankymasis ligoninėse, dvasinio gyvenimo praktikas ir stiprinimas palengvina daugelio pacientų būklę ar net padeda pasiekti žymaus pagerėjimo. Pastoracinės pagalbos vadovai, organizatoriai ir dalyviai turi stengtis išsaugoti krikščionims tinkamą bendravimo atmosferą, paremtą meilės, pasitikėjimo, pagalbos ir laisvės dvasia.

1.4.4. Dvasingumas ir slauga

LR 2007.01.11 sveikatos apsaugos ministerijos įsakyme „Dėl paliatyviosios pagalbos paslaugų suaugusiems ir vaikams teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“ apibrėžime teigiama, kad paliatyvioji pagalba – ligonio, sergančio pavojinga gyvybei, nepagydoma, progresuojančia liga, ir jo artimųjų gyvenimo kokybės gerinimo priemonės, užkertančios kelią kančioms ar jas lengvinančios, padedančios spręsti kitas fizines, psichosocialines ir dvasines sveikatos problemas. Teikiant paliatyviosios pagalbos paslaugas, rekomenduojama: dvasinės misijos grupei teikti dvasinę pagalbą ligoniams, jų artimiesiems ir / ar paliatyviosios pagalbos sveikatos priežiūros specialistams [124].

Lietuvos medicinos normoje (MN 28 : 2011) nurodoma, kad bendrosios praktikos slaugytojas turi: išmanyti mirštančiųjų slaugos ypatybes; mokėti padėti mirštančiajam [117].

Dvasingumo koncepcijos ir slaugos būdų negalima nepaisyti. Ir pacientai, ir slaugytojai linkę labai atsargiai aptarinėti dvasinius reikalus. Kartais perdėtas dėmesys gali būti skiriamas tiems dalykams, kurių pats pacientams visai nenori giliau tyrinėti. Slaugytojai privalo stengtis tinkamai pildyti visus dokumentus ir aprašyti dvasinę slaugą, kad būtų galima geriausiai koordinuoti, planuoti ir vertinti visą slaugos procesą ir jo veiksmingumą.

Slaugos būdai arba pagalbos metodai yra labiausiai susiję su atsaku į pacientų dvasinę kančią ir paramą:

- ramybės suteikimas ir įrodymas, jog asmeniui tikrai bus rūpinamasi;
- kančių prasmės atskleidimas;
- vilties suvokimas;
- jausmų prasiveržimo skatinimas.
- Slaugytojai galės teikti dvasinę pagalbą, jei turės praktišką, aiškią ir įgyvendinamą darbo organizavimo schemą:
- išsiaiškinti, ką tiksliai reikėtų sužinoti;
- numatyti aiškius darbo tikslus;

- pasirinks tinkamiausius šios situacijos slaugos būdus;
- išsiaiškina, kokius reikėtų pildyti dokumentus ir ką užsirašinėti;
- sudarys išankstinį darbo grafiką ir vertinimo sistemą, padėsiančią analizuoti darbo rezultatus.

Pasak H. G. Koenig, dvasingumo vaidmuo sveikatoje ir sveikatos priežiūroje yra pripažintas sveikatos apsaugos specialistų [106]. Reikalavimas, pasak O'Brien [156], W. McSherry [138], kad slaugytojai turi atsižvelgti į dvasingumo aspektus, kyla iš vientisos žmogaus funkcionavimo ir slaugymo perspektyvos. A. Narayanasamy [150] akcentuoja idealų sveikatos priežiūros su dvasingumu vaizdą, sudarantį vientisą perspektyvą. Jis teigia, kad žmogus susideda iš kūno, proto ir dvasios ir kad šie matmenys yra sujungti ir tarpusavyje susiję. Pasak O'Brien [156], McSherry [138], A. Narayanasamy [150] ir E. J. Taylor [203], dvasingumas yra vientisa sritis dvasiniam rūpinimuisi. Priešingai, slaugymas tampa vis labiau svarbiu šaltiniu įžvalgumo santykio tarp dvasingumo aspektų, sveikatos ir sveikatos priežiūros. Tačiau tam tikros temos aspektai yra ginčytini, tokie kaip slaugytojo vaidmuo teikiant dvasinę paramą. W. McSherry [139] akcentuoja skirtingus suvokimus dvasingumo slaugos literatūroje. Pasiiekti visuotinai priimtino dvasingumo apibrėžimo būtų neįmanoma. Flanelly su bendraautorais [61], E. J. Taylor [203] pateikia skirtingų reikšmių dvasingumo sąvokos klasifikaciją, griežtai religingos humanistinei, egzistencinei reikšmei. Šis metodas nėra vien filosofinės analizės rezultatas, bet gali taip pat būti nulemtas empirinio pagrindo. L. T. Flanelly [61] netiesiogiai akcentuoja dvasingumo metodą teigdamas, kad griežtai religingo dvasingumo interpretacija yra probleminė, tinkama dvasinio poreikio vertinimui, ypač nereligingiems pacientams. Jie apibūdina dvasingumą kaip religingą ir egzistencinį būdą žmogaus, apimdami patirtį ir klausinėjimo reikšmę bei tikslą [88]. Pasak Jochemsen šis apibrėžimas atspindi vaizdą, kad žmogaus būtybės reiškia savo bendrą dvasingumo funkciją skirtingose formose ir turinyje [88].

Slaugos žurnalų apžvalgoje, L. T. Flanelly rodo, kad slaugytojų ir liginės kapelionų galimybės realizuojant vaidmenis dvasinėje slaugoje yra skirtingos [61]. Svarstoma problema, ar slaugytojai gali spręsti klausimus savarankiškai. A. Narayanasamy akcentuoja tai, kad yra painiavos išskiriant slaugytojų vaidmenį dvasiniame rūpinimesi [147]. Jie identifikavo skirtingas perspektyvas, nuo kurių slaugytojai artėja prie dvasinio rūpinimosi (asmeninio, procedūrinio, kultūrinio ir Evangelijos). Šis studijavimas rodo skirtingus dvasinio rūpinimosi matmenis. Van Leeuwen & Cusveller apibūdina tris dvasinės slaugos sritis [210]. Šios sritys yra: komunikacija, dvasiniai matmenys ir kokybės garantijos į dvasinį rūpinimąsi. Jie mano, kad, nepaisant šios kompetencijos apibūdinimo, vis dar yra painiavos dėl skartin-

gumų tarp slaugytojų profesinės atsakomybės ir kitų sveikatos priežiūros specialistų [210].

Paliatyviosios pagalbos srityje slaugos dokumentacijos diegimas vyksta lėtai ir tai susiję su organizacinės veiklos savitumais: dideliu slaugytojų darbo krūviu, sunkia pacientų būkle, menkais slaugytojų įgūdžiais dokumentuoti slaugos praktiką. Kaip parodė tyrimas, Lietuvoje nesant nustatytų slaugos proceso dokumentavimo reikalavimų, pavienėse įstaigose slaugos dokumentai tik iš dalies atspindi paciento individualios slaugos taikymą, pagrįstą jo poreikiais ir jų kaitos vertinimu. Slaugos proceso diegimas praktikoje vyksta lėtai, didžioji slaugos dokumentų dalis skirta tik fizinės paciento būklės pokyčiams registruoti, tačiau visiškai nėra kalbama apie dvasingumą. Kitų šalių autoriai taip pat pastebi, kad slaugos istorijoje nepateikiama apibendrinimo išrašant pacientą iš ligoninės, galutiniam įvertinime. Dažniausiai nurašomi gydytojų įrašai, o priežiūros planavimas ir rezultatų įvertinimas lieka silpniausios dokumentavimo vietos, ypač dvasinės sveikatos sutrikimai [176]. Išsamus slaugos proceso dokumentavimas pagal standartus suteiktų informacijos vertinant slaugą retrospektyviai.

Vertindamas slaugos praktiką kaip slaugymo meną, B.O'Connell kelia klausimą: kaip ją tiksliai išmatuoti? Slaugos rezultatų vertinimas negali būti nagrinėjamas izoliuotai nuo bendrojo sveikatos priežiūros konteksto, nes jį lemia daugelis kintamų veiksnių: daugiaprofesinis paslaugų aspektas, praktinės veiklos sudėtingumas ir nuolatinė jos kaita, finansiniai ištekliai, individualios pacientų savybės, vertinimo momento pasirinkimas, slaugytojų savybės [155].

Neskelbtuose darbuose R. W. White pripažįsta, jog kančia taip pat yra neatsiejama dvasinė žmogaus gyvenimo dalis, todėl slaugytojų darbas palengvėtų, jei būtų galima tik malšinti kančią ir padėti atrasti jos prasmę, o ne siekti tik išgydyti. L. A. Ross atliko tyrimą, vertinant slaugytojus, prižiūrinčius senyvus žmones slaugos ligoninėse Škotijoje. Tyrėja apibūdina dvasinę slaugą kaip slaugytojų darbo dalį ir akcentuoja tai, kad labai svarbu įvertinti individo dvasinius poreikius, kad būtų galima taikyti tinkamas procedūras ir numatyti, ar jos bus veiksmingos ir atitiks ligonio lūkesčius [180].

Teigiama, kad slaugytojas gali atlikti dvasinių poreikių vertinimą tik žinodamas:

- Kas yra dvasiniai poreikiai?
- Kaip jie yra nustatomi (kokie dvasinės kančios indikatoriai)? [126].

Didžiausia slaugytojų dalis apibūdina dvasinius poreikius kaip tikėjimo ir įsitikinimų būtinybę. Atrodo, kad dauguma slaugytojų dvasinius poreikius pirmiausia sieja su religinėmis reikmėmis. Slaugytojai naudojami ir labai įvairiais indikatoriais, padedančiais nustatyti dvasinius poreikius. L. A. Ross

pastebi, jog 70 proc. atvejų dvasiniai poreikiai buvo atpažįstami pagal nežodinio bendravimo ženklus. Šis atradimas parodo, jog dvasiniai poreikiai turbūt yra gerokai subtilesni ir sunkiau nustatomi nei kiti poreikiai, jų nustatymo sėkmė ar nesėkmė gali priklausyti ir nuo slaugytojo jautrumo [180].

L. A. Ross pasikalbėjo su 12 slaugytojų pusiau struktūrizuoto interviu forma, kad galėtų nustatyti veiksnius, galinčius veikti dvasinės slaugos teikimą. Ji nustatė keturis pagrindinius veiksnius. Jie susiję su ligoniu, kitais darbuotojais, aplinka ir pačiu slaugytoju. Veiksniai, trukdantys bendrauti su ligoniu, pvz., kurtumas ar demencija, slaugytojams kėlė sunkumų, nustatant dvasinius paciento poreikius [180]. Dvasinė slauga neretai pasunkėdavo ir todėl, kad trūkdavo bendravimo tarp slaugytojų ir dvasininkijos. Slaugytojai nurodė, jog dvasinę slaugą teikti trukdo laiko ir ramybės, tylos, privatumo trūkumas. Slaugytojai, kurie teikė tikrai aukšto lygio dvasinę slaugą, suvokė savo pačių dvasinius išgyvenimus, buvo patyrę asmeninių krizių, kurios tarsi skatino šį dvasinį augimą ir padėjo suvokti, jog dvasinė slauga yra jų darbo dalis. Tai buvo tikrai ypatingai jautrūs ir suprantantys žmonės. L. A. Ross teigė, kad būtų galima pagerinti ligonių dvasinių poreikių suvokimą ir pasitikėjimą teikiant dvasinę slaugą, mokant slaugytojus savižinos, ugdant jų jautrumą [179].

Labai svarbu, kad slaugytojai suvoktų savo galimybių ribotumą ir laiku ieškotų pagalbos. L. A. Ross pataria į priėmimo dokumentus įtraukti ir dvasinį vertinimą, artimiau bendradarbiauti su dvasininkija, aptarti asmenybės ypatumus [180]. Jei su ligoniu sunku bendrauti, reikia pakalbėti su jo giminėmis ir draugais, nes jie gali padėti nustatyti, kas asmeniui gyvenime teikdavo prasmės ir vilties iki jo būklės smarkaus pablogėjimo [201].

Moksliniuose tyrimuose akcentuojama, kad slaugytojų dvasingumas stipriai susijęs su būdu, kuriuo sąveikaujama su pacientu ir joms teikiama pagalba: teigiama, kad didesnis dvasingumas personalui padeda pasijusti atviresniam, nuolankiam paciento atžvilgiu, palaikyti jį kančios metu, rūpintis juo su meile, stengiantis užtikrinti visapusišką sveikatą, poreikių patenkinimą, komfortą.

Apibendrinant galima teigti, kad dvasingumas yra multidimensinis kintamasis, talpinantis savyje įvairiausius bruožus, tokius kaip prasmės, tikslo ieškojimą gyvenime, transcendentiško suvokimą, tam tikrų vertybių (pvz., pagarbos kitiems, meilės) priėmimą, tikėjimą Aukštesne Jėga, dievybe, ryšiu su ja, dvasine, nematerialia savasties dalimi. Reikia atsižvelgti į tai, kad mokslinės literatūros, nagrinėjančios šią temą, labai trūksta. Vis tik atliktuose moksliniuose darbuose akcentuojama, kad slaugytojams svarbu suprasti pagrindinius dvasinius paciento įsitikinimus. Pacientų dvasinių įsitikinimų atpažinimas ir dvasinė pagalba yra svarbi sudėtinė slaugos dalis.

2. TYRIMO MEDŽIAGA IR METODIKA

2.1. Tyrimo eiga ir imtis

Tyrimas buvo atliekamas 2010 m. balandžio 1 d. – 2011 m. balandžio mėnesio 30 d. Prieš atliekant tyrimą buvo kreiptasi į Lietuvos bioetikos komitetą dėl leidimo tyrimui atlikti gavimo. Tyrimui atlikti 2010 m. kovo 4 d. gautas Vilniaus regioninio biomedicininio tyrimų etikos komiteto leidimas Nr. 158200-02-132-42 (1 priedas).

SAM licenzijas teikti paliatyviąją pagalbą Lietuvoje turi 57 asmens sveikatos įstaigos (stacionarai, sveikatos centrai, šeimos klinikos). 32 iš jų yra sudariusios sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis gauti paliatyvioms paslaugoms paslaugos finansavimą. Tik 8 ligoninėms skirta 5–14 lovų. Šiose ligoninėse užtikrintas komandos specialistų darbas. Kituose stacionaruose paliatyviąją pagalbą skirta tik po 1–1,5 ar 2–3 lovas. Esant tiek mažai lovų negalima užtikrinti komandos specialistų darbo, nes nėra galimybės įdarbinti socialinių darbuotojų, psichologų, kineziterapeutų ar ergoterapeutų. Paliatyvioji pagalba teikiama tik iš dalies. Todėl buvo pasirinkti 5 stacionarai turintys 5 ir daugiau lovų, kuriuose yra užtikrintas specialistų darbas.

Įstaigų pasirinkimo tyrimui kriterijai:

- Įstaiga turi 5 ir/ar daugiau paliatyviosios pagalbos lovų, joje užtikrintas komandinis darbas.
- Įstaigos sudariusios sutartis su Teritorinėmis ligonių kasomis ir gauna finansavimą, numatytą LR SAM 2008-05-16 d. Nr. V-470 įsakymu [123].
- Įstaigos vadovaujasi Sveikatos apsaugos ministro 2007-01-11 d. įsakymu Nr. V-14 „Dėl paliatyviosios pagalbos paslaugų suaugusiems ir vaikams teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“ [124].

Penkiose paliatyviosios pagalbos ligoninėse 2010–2011 m. paliatyviosios pagalbos paslaugos suteiktos 958 pacientams. Nustatyta, kad imtį turėtų sudaryti 300 atsitiktinai atrinktų paliatyviųjų onkologinių ir lėtiniu IV stadijos širdies nepakankamumu sergančiųjų pacientų. Tyrimo imtis buvo skaičiuojama remiantis Taro Yamane „*Elementary Sampling Theory*“ lentele [85]. Pagal Taro Y. lenteles tyrimo imtis buvo sudaryta remiantis 95 proc. pasiklovimo lygmeniu ir 5 proc. paklaidos tikimybe (p). Tokia paklaidos tikimybė pasirinkta remiantis realiu imties tūrio poreikiu ir finansinėmis galimybėmis tyrimui įvykdyti [85].

Taip pat imties dydį patikslinome pagal formulę. Imtį turėtų sudaryti taip pat 300 respondentų.

$$n = \frac{z^2 \times s^2}{\Delta^2};$$

čia n – atvejų skaičius atrankinėje grupėje; z – patikimumo koeficientas (95 proc.); s – imties vidutinis kvadratinis nuokrypis; Δ – leistinas netikslumas, t. y. skirtumas tarp atrankinės grupės ir pagrindinės visumos vidurkio.

Tyrimo populiacija:

150 onkologinėmis ligomis sergančių paliatyviųjų pacientų, kurių Karnovskio indeksas buvo mažesnis kaip 50 proc. (TLK-10, kodas C00–C97);

150 paliatyviųjų pacientų, sergančių širdies ligomis, kurios komplikavosi lėtiniu IV stadijos širdies nepakankamumu ir kurių Bartelio indeksas buvo ne didesnis kaip 40 balų (TLK-10, kodas I50).

Tyrimo populiacija atitiko Sveikatos apsaugos ministro 2011 m. sausio 11d. įsakymo Nr. V-14 „Dėl paliatyviosios pagalbos suaugusiesiems ir vaikams teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“ kriterijus.

Pacientų neįtraukimo į tyrimą kriterijai:

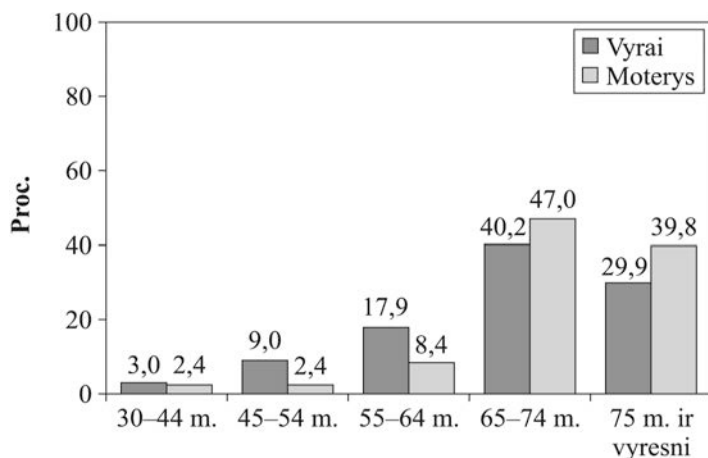
- tyrimo aktualumo neįvertinimas,
- aklumas,
- nesiorientuotumas,
- komos būseną,
- lietuvių kalbos nemokėjimas,
- nemokėjimas skaityti ir rašyti,
- pacientai, kartu sergantieji onkologine liga ir LŠ IV laipsnio nepakankamumu (kodas I50), nors jie ir buvo paliatyvieji.

Buvo atliekamas vienmomentinis tyrimas. Visa apklausos tvarka buvo suderinta su ligoninės administracija. Gautas ligoninių vadovų leidimas vykdyti tyrimą. Pacientai pasirašė informuoto sutikimo formą (3 priedas). Apklausos dieną buvo išdalintos anketos onkologinėmis ir širdies ligomis sergantiems paliatyviesiems pacientams (4 priedas). Laikantis biomedicininų tyrimų profesinės etikos principų, pacientai buvo supažindinti su tyrimo tikslais, galimybe laisvai rinktis – pildyti anketą ar ne. Buvo akcentuojama tyrimo anonimiškumas ir tai, kad duomenys bus naudojami tik apibendrinant rezultatus. Autorė tyrimą vykdė pati. Pacientams buvo išdalintos anketos ir laukiama, kol jie jas užpildys. Užpildytas anketas pasiimdavo pati tyrėja. Išdalinta 320 anoniminių anketų, jas užpildė ir grąžino 320 respondentų (atsako dažnumas – 100 proc.). Tačiau penki pacientai grąžino visiškai neužpildytas anketas. Peržiūrėjus visas anketas 15 buvo užpildytos nepilnai ar klaidingai. Tinkamos analizei buvo 300 anoniminių anketų.

2.2. Tyrimo kontingentas

2.2.1. Paliatyvieji pacientai, sergantys onkologinėmis ligomis

Iš tyrime dalyvavusių sergančiųjų onkologinėmis ligomis (N=150) 44,7 proc. buvo vyrai ir 55,3 proc. – moterys. Respondentų amžius buvo nuo 33 iki 86 metų. Vyrų amžiaus vidurkis – $68,1 \pm 11,3$ metų, o moterų – $71,7 \pm 9,5$ metų ($p > 0,05$). Respondentų pasiskirstymas amžiaus grupėse pateiktas 2.2.1.1 pav. Reikšmingų skirtumų tarp vyrų ir moterų pasiskirstymo amžiaus grupėse nebuvo nustatyta ($\chi^2 = 7,060$, $l.s = 4$, $p = 0,133$). Daugiausiai tiek vyrų, tiek moterų buvo 65–74 metų amžiaus grupėje, atitinkamai 40,3 proc. ir 47,0 proc. ($p > 0,05$), mažiausiai 30–44 metų grupėje, atitinkamai 3,0 proc. ir 2,4 proc. ($p > 0,05$).

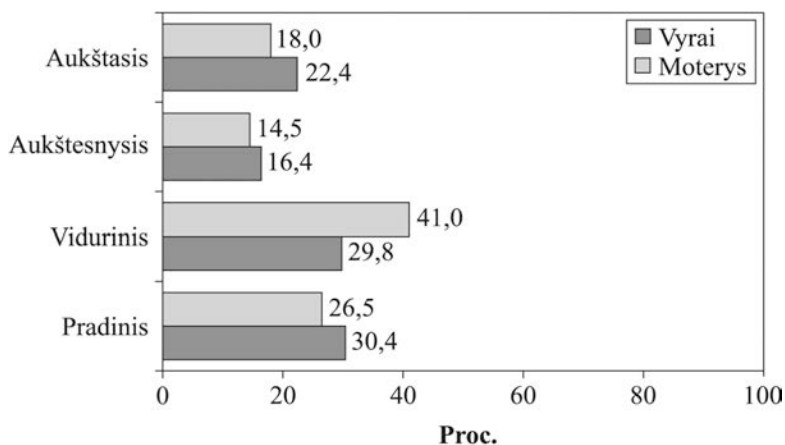


$$\chi^2 = 7,060, l.s = 4, p = 0,133$$

2.2.1.1 pav. *Sergančiųjų onkologinėmis ligoms, skirstinys lyties ir amžiaus grupėse (proc.)*

Tiriamieji pagal išsimokslinimą buvo suskirstyti į 4 grupes: neturintys jokio ir turintys pradinį išsimokslinimą, turintys vidurinį išsimokslinimą, turintys specialųjį vidurinį ar aukštesnįjį išsimokslinimą ir turintys aukštąjį universitetinį išsimokslinimą.

Tyrimo metu buvo nustatyta, kad 28 proc. pacientų turėjo pradinį išsimokslinimą, 37 proc. respondentų turėjo vidurinį išsimokslinimą, 15 proc. tiriamųjų turėjo specialųjį vidurinį ar aukštesnįjį išsimokslinimą ir 20 proc. asmenų turėjo aukštąjį universitetinį išsimokslinimą. Sergančiųjų onkologinėmis ligomis, pasiskirstymas pagal išsimokslinimą lyties grupėse pateiktas 2.2.1.2 pav. Nustatyta, kad vyrų ir moterų dalis išsimokslinimo grupėse reikšmingai nesiskyrė ($\chi^2 = 3,409$, $l.s = 5$, $p = 0,637$).

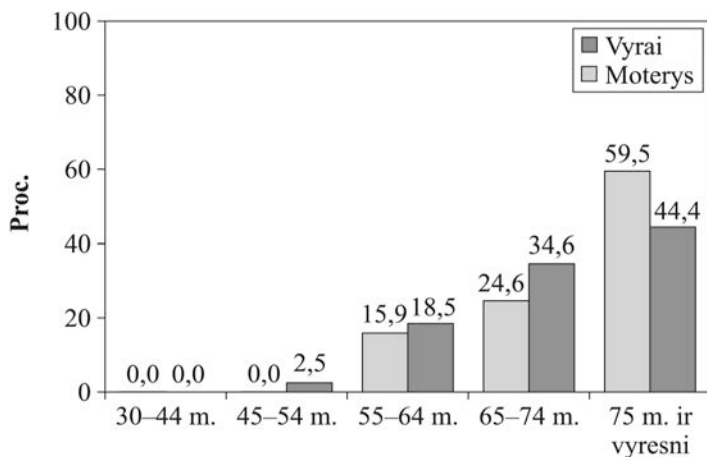


$$\chi^2=3,409, \text{ lls}=5, p=0,637.$$

2.2.1.2 pav. *Sergančiųjų onkologinėmis ligomis, skirstinys lyties ir išsimokslinimo grupėse (proc.).*

2.2.2. Paliatyvieji pacientai, sergantys širdies ligomis

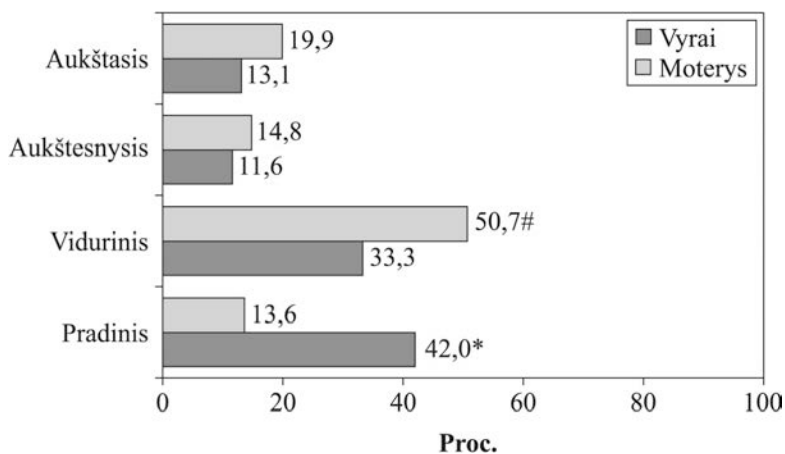
Tyrime dalyvavusių širdies ligomis sergančiųjų (N=150) 46,0 proc. buvo vyrai ir 54,0 proc. – moterys. Tiriamųjų amžius buvo nuo 45 iki 86 metų. Vyrų amžiaus vidurkis – $68,1 \pm 11,3$ metų, moterų – $71,7 \pm 9,5$ metų ($p > 0,05$). Sergančiųjų širdies ligomis, skirstinys amžiaus grupėse pateiktas 2.2.2.1 pav. Reikšmingų skirtumų vyrų ir moterų pasiskirstymo amžiaus grupėse nebuvo nustatyta. Daugiausiai tiek vyrų, tiek moterų buvo 75 metų ir vyresnių amžiaus grupėje, atitinkamai 59,5 proc. ir 44,4 proc. ($p > 0,05$). Tyrimas parodė, kad tarp 30–44 metų amžiaus tiriamųjų nepasitaikė nė vieno sergančiojo širdies lėtiniu nepakankamumu. Kitame amžiaus tarpsnyje (nuo 55 iki 64 metų), pastebima daugiau sergančiųjų širdies nepakankamumu – 15,9 proc. moterų ir 18,5 proc. vyrų ($p > 0,05$).



$$\chi^2 = 5,030, \text{ lls}=4, p=0,173$$

2.2.2.1 pav. *Sergančiųjų širdies ligomis, skirstinys lyties ir amžiaus grupėse (proc.)*

Sergančiųjų širdies ligomis, skirstinys pagal išsimokslinimą lyties grupėse pateiktas 2.2.2.2 pav. Nustatyta, kad vyrų ir moterų dalis išsimokslinimo grupėse reikšmingai skyrėsi ($\chi^2=11,603$, lls=4, $p=0,05$). Tyrimo metu buvo nustatyta, kad 42,0 proc. vyrų neturėjo jokio ar turėjo pradinį išsimokslinimą, kai tuo tarpu tokių moterų buvo 13,6 proc. ($p<0,05$). Trečdalis (33,3 proc.) vyrų ir pusė (50,7 proc.) moterų ($p<0,05$) turėjo vidurinį išsimokslinimą. Aukštesnįjį išsimokslinimą turėjo beveik vienoda dalis vyrų ir moterų, atitinkamai 11,6 proc. ir 14,8 proc. ($p>0,05$). Vyrų, sergančiųjų širdies ligomis, turinčių aukštąjį universitetinį išsilavinimą buvo 13,1 proc., o moterų kas penkta (19,9 proc.) ($p<0,05$).



$\chi^2=11,603$, $lfs=4$, $p=0,05$, *,# – $p<0,05$.

2.2.2.2 pav. Sergančiųjų širdies ligomis, skirstinys lyties ir išsimokslinimo grupėse (proc.).

Mūsų tiriamasis kontingentas pagal lytį ir amžių nesiskyrė pagal 2010 m. Higienos instituto Sveikatos informacijos centro mirusių dėl piktybinių navikų ir lėtinio širdies nepakankamumo duomenų.

2.3. Tyrimo instrumentas

Dauguma dvasingumo tyrimo instrumentų buvo sukurti JAV. Mūsų tyrimui atlikti buvo parengta anoniminė anketa, sudaryta iš literatūros analizės, į kurią buvo įtrauktas skausmo ir fizinių problemų vertinimas, Nerimo ir depresijos (angl. *Hospital anxiety and depression scale* – *HADS*), dvasinių, religinių ir asmeninių įsitikinimo pilotinio modulio „Funkcinis įvertinimas lėtinės ligos gydymo dvasinės gerovės skalėje“ (FACIT-SP) „Measuring Spiritual Well-Being in People With Cancer: The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being Scale“ – klausimai. FAACIT-SP laisvai prieinamas [226]. Klausimynas buvo peržiūrėtas pakartotinai ir naujasis variantas ekspertų pripažintas mūsų kultūrai priimtinu (2 priedas). Šis variantas trijų dvikalbių vertėjų buvo išverstas į anglų kalbą atsižvelgiant į atgalinio vertimo procesinius reikalavimus. Visi trys angliški vertimo variantai palyginti su originalia klausimyno versija. Kadangi vertimai ir originalas buvo beveik identiški ir vertimas atitiko originalo prasmes, lietuviškame variante daugiau niekas nekeista. Galutinis klausimyno variantas buvo aptartas, išsiaiškinti visi netikslumai ir dviprasmybės. Klausimyno funkcinis įvertinimas lėtinės ligos gydymo dvasinės gerovės skalėje (FACIT-SP) buvo pakankamas (Cronbach alpha 0,841).

Nerimo ir depresijos klausimynas buvo sukurtas nerimo ir depresijos nustatymui, kuris taip pat įvertino ir emocinių sutrikimų išreikštumą [144]. Nerimo skalę sudarė teiginiai, susiję su dažniausiomis nerimo neurozės formomis: vegetacinėmis krizėmis (panikos priepuoliais) ir bendruoju nerimu (7 teiginiai). Depresijos skalę sudarė teiginiai, susiję su esminiu depresijos simptomu – anhedonija (nebesidomima reguliaria ir malonia veikla). Kiekvienas klausimas turi 4 atsakymų variantus (0–3), todėl galimos reikšmės tiek depresijai, tiek nerimui yra 0–21. Nerimo ir depresijos vertinimas: nėra (0–7 balai), vidutiniškai išreikštas (8–10 balų), labai išreikštas (≥ 11 balų). Nerimo srities Cronbach alpha koeficientas buvo 0,84, depresijos – 0,77 (HAD skalę moksliškai įvertino ir lietuvių kultūrai pritaikė R. Bunevičius, 1991 m. „Lietuvių aukštųjų mokyklų mokslo darbai. Psichologija.“ Nr. 1911, p. 11) [29a].

Mūsų sudaryto klausimyno tinkamumui įvertinti buvo atliekamas bandomasis tyrimas. 2010 m. balandžio mėnesį apklausta 50 paliatyviųjų pacientų. Apklausos metu buvo siekiama įvertinti:

- ar pateikti klausimai ir atsakymų variantai suprantami respondentams;
- ar pateikiamų atsakymų variantų pakanka respondentams;
- ar tinkama klausimyno apimtis, klausimų eilės tvarka ir išdėstymas;
- kokios informacijos apie paliatyviąją priežiūrą ir jos tikslus respondentai turi.

Po bandomojo tyrimo anketa nežymiai redaguota – išimti trys neinformatyvūs klausimai, ištaisytos techninės klaidos, pakeistas klausimų eiliškumas.

Galutinėje anketos versijoje buvo 24 klausimai. Klausimynas buvo suskirstytas į tokias dalis:

1. Bendroji informacija (1–3 klausimai). Paliatyviųjų pacientų buvo prašoma nurodyti lytį, amžių ir išsilavinimą.
2. Socialinė sritis (4.1–4.16 klausimai). Buvo siekiama išsiaiškinti paliatyviųjų pacientų finansines problemas, santykių pasikeitimą šeimoje, bendravimo pokyčius su draugais, bendradarbiais ir kaimynais.
3. Fizinės savijautos sritis (5.1–5.24 klausimai). Nagrinėjami energijos, jaučiamo skausmo, nuovargio aspektai, vertinama sveikatos būklė, savijauta, įvairūs fiziniai nusiskundimai.
4. Skausmo pojūčio charakteristika (6.1–6.7, 7 klausimai). Skausmo vertinimo žodinė ir skaitinė skalė (7 klausimas). Buvo siekiama nustatyti respondentų patiriamą skausmą. 1 balas – nėra skausmo, 2 balai – silpnas skausmas, 3 balai – vidutinis skausmas, 4 balai – stiprus skausmas, 5 balai – labai stiprus skausmas.

5. Psichologinė sritis (8.1–8.13 klausimai). Pacientų psichologinė dar-
na, o taip pat nerimo ir depresijos simptomai (HAD skalė 9.1–9.13)
6. Dvasinių, religinių ir asmeninių įsitikinimų modulio klausimai
(10.1–10.3, 11, 12.1–12.8, 13.1–13.24, 14.1–14.3, 15.1–15.10, 16,
17, 18, 19 klausimai). Paliatyviųjų pacientų pojūtis ir ryšys su Die-
vu, tikėjimo nauda, veiksmai tikėjimo atžvilgiu, o taip pat pacientų
dvasinės emocijos.

Atlikus atskirų klausimyno dalių vidinio patikimumo patikrą nustatytas pakankamas vidinis instrumento patikimumas (Cronbach alpha koeficientas buvo lygus 0,693–0,836). Bendras tyrimo klausimyno patikimumas buvo 0,781 (2.3.1.1 lentelė).

2.3.1.1 lentelė. Bendros tyrimo klausimyno Cronbach alpha reikšmės

Klausimai	Cronbach alpha
5.1–5.24 klausimai (fizinės savijautos sritis)	0,716
4.1–4.16 klausimai (socialinė sritis)	0,693
6.1–6.7, 7 klausimai (skausmo pojūčio sritis)	0,836
8.1–8.13 klausimai ir HAD skalė 9.1–9.13 klausimai (psichinė sritis)	0,785
10.1–10.3, 11, 12.1–12.8, 13.1–13.24, 14.1–14.3, 15.1–15.10, 16, 17, 18, 19 klausimai (dvasinė-religinė sritis)	0,841

Anketos dvasingumo artimus klausimus suskirstėme į keturias grupes: 1) Dievo buvimo pojūtis, 2) dvasinis santykis su Dievu, 3) sielovados po-
reikis, 4) religingumo raiška (3.4.1.2 lentelė).

3.4.1.2 lentelė. Dvasingumo skalių suderinamumas (Cronbach alpha koefi- cientai)

Požymiai	Liga	Cronbach alpha koeficientai	Klausimai, n
Pacientų Dievo buvimo pojūtis	PN	0,56	8
	ŠVN	0,49	8
Pacientų dvasinis santykis su Dievu	PN	0,76	24
	ŠVN	0,57	24
Pacientų sielovadinė parama	PN	0,81	6
	ŠVN	0,59	6
Pacientų religingumo raiška	PN	0,97	10
	ŠVN	0,90	10

PN – piktybiniai navikai, ŠVN – širdies veiklos nepakankamumas.

2.4. Statistinė analizė

Surinkti duomenys buvo sukaupiti duomenų bazėse. Statistinė analizė atlikta naudojantis programos „SPSS v. 16“ paketu. Kolmogorovo-Smirnovo testu tikrinta, ar kiekybinių ir kokybinių dydžių skirstinys normalus. Analizuojant duomenis buvo skaičiuojamos aprašomosios statistikos, tikrinamos statistinės hipotezės skirtumas tarp vidurkių dažnumų ir požymių tarpusavio priklausomumo. Dviejų grupių kiekybiniais vidurkiams palyginti taikytas Stjudento t-kriterijus. Kokybinių požymių lyginimui naudotas chi kvadrato kriterijus ir jo p reikšmė. Hipotezės apie dviejų proporcijų lygybę tikrinimui naudotas z kriterijus. Dviejų grupių proporcijų palyginimui naudotas neparametrinis Mann-Whitney testas ir jo z reikšmė, o daugiau nei dviejų grupių proporcijų palyginimui naudota dispersinė analizė, taikytas neparametrinis Kruskal-Wallis testas ir jo chi-kvadrato reikšmė. Sąsajų tarp neparametrinių kintamųjų vertinimui naudota Spearmano koreliacinė analizė.

Dviejų pacientų grupių atsakymų į klausimus, kai atsakymams vertinti buvo naudojama Likerto skalė, palyginimui naudota įprasta Stjudento t testo

statistika: $t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{S_{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}}$, (čia $\bar{X}_1, \bar{X}_2$ žymi pirmos ir antros grupės aritmeti-

nus vidurkius, o $S_{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}$ – standartinį nuokrypį, t. y.

$$\bar{X}_1 = \frac{X_{11} + X_{12} + K + X_{1n_1}}{n_1}, \bar{X}_2 = \frac{X_{21} + X_{22} + K + X_{2n_1}}{n_2}$$

ir

$$S_{\bar{X}_1 - \bar{X}_2} = \sqrt{\left(\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2}\right) \frac{\sum_{i=1}^{n_1} (X_{1i} - \bar{X}_1)^2 + \sum_{i=1}^{n_2} (X_{2i} - \bar{X}_2)^2}{n_1 + n_2 - 2}}.$$

Statistinės duomenų analizės rezultatai pateikti lentelėse ir paveiksluose. Daugelyje jų įvertinti požymių dažniai (proc.), populiacijos charakteristikos nustatytos 95 proc. pasikliautinumo intervalu.

Pateikiant rezultatus nurodytas statistinių hipotezių patikimumas. Naudoti tokie statistinių hipotezių išvadų reikšmingumo lygiai: $p > 0,05$ – statistiškai nereikšminga (SN), $p < 0,05$ – reikšminga (p^*), $p < 0,01$ – labai reikšminga (p^{**}), $p < 0,001$ – itin reikšmingi statistiniai ryšiai (p^{***}).

Tam tikrų reiškinių galimybei atsirasti buvo naudotas logistinės regresijos metodas. Tyrime taikytas pažingsninis ir įtraukimo regresinės analizės metodas. Jį taikant buvo galima atrinkti veiksniai, kurie buvo reikšmingai susiję su didesne galimybe rasti tam tikriems reiškiniams. Analizės metu buvo pateikiamas logistinės regresijos koeficientas β galimybių santykis ir jų 95 proc. pasikliautiniai intervalai, apskaičiuoti kiekvienam analizuojamam požymiui. Kaip priklausomi veiksniai į modelį buvo įtraukti tam tikri fizinės, socialinės, psichikos sveikatos negalavimai, o kaip nepriklausomi – lytis, amžius, išsilavinimas, tikėjimas ir kiti veiksniai.

3. REZULTATAI

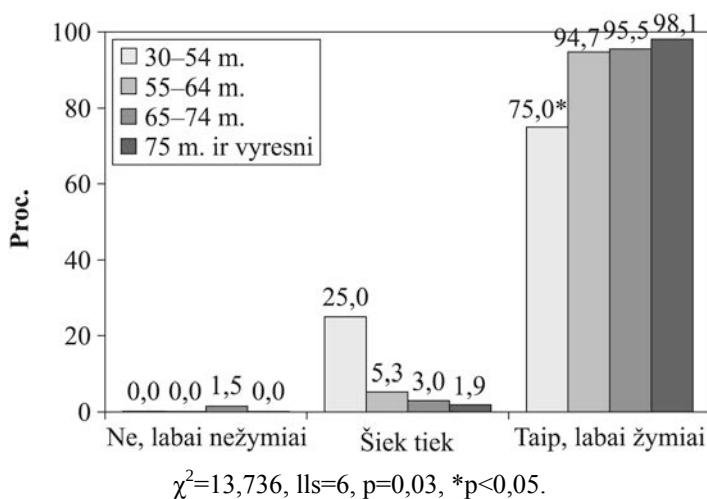
3.1. Tiriamųjų fizinės sveikatos sutrikimai

Darbe buvo nagrinėjami pagrindiniai 24 fizinės sveikatos sutrikimo požymiai, kurie dažniausiai nustatomi paliatyviesiems pacientams.

3.1.1. Onkologinėmis ligomis sergančiųjų fizinės sveikatos sutrikimai

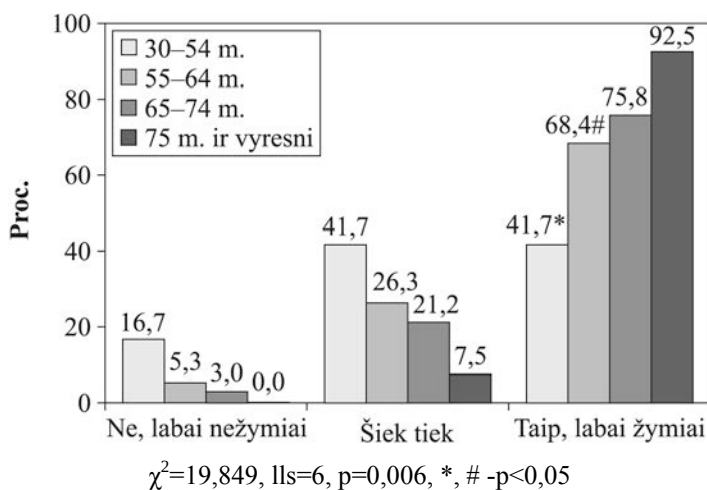
Vertinant onkologinėmis ligomis sergančių paliatyviųjų pacientų fizinės sveikatos sutrikimus buvo nustatyta, kad vidutiniškai kiekvienas pacientas turėjo 12,09 sutrikimo, mažiausiai 7, o daugiausiai 16. Onkologinėmis ligomis sergančiųjų fizinės sveikatos sutrikimai lyties grupėse pateikti 5 priedo 1 lentelėje. Nustatyta, kad visus vyrus ir moteris dažniausiai vargino nuovargis ir fizinis silpnumas, kurie buvo nustatyti 94,0 proc. vyrų ir 95,2 proc. moterų ($p>0,05$); 92,5 proc. vyrų ir 97,6 proc. moterų ($p>0,05$) vargino energijos stoka, apetito netekimu skundėsi 88,1 proc. vyrų ir 92,8 proc. moterų ($p>0,05$), svorio kritimu – 92,5 proc. vyrų ir 94,0 proc. moterų ($p>0,05$). Skausmas vargino 83,6 proc. vyrų ir 89,2 proc. moterų ($p>0,05$). Kiti fizinės sveikatos nusiskundimai buvo nustatyti ne taip dažnai. Du trečdaliai vyrų skundėsi nemiga (65,7 proc.) ir vidurių užkietėjimu (65,7 proc.). Rijimo sutrikimu, dusuliu bei šlapimo nelaikymu skundėsi kas antras vyras, atitinkamai 53,7 proc., 47,8 proc. ir 49,3 proc., kojų tinimu – kas ketvirtas (23,9 proc.) vyras, žagsėjimu ir niežėjimu – po 19,4 proc. vyrų. Vidurių nelaikymu skundėsi 14,9 proc. vyrų, o žymaus svorio, apetito ir stipraus mieguistumo padidėjimo nenurodė nė vienas vyras (5 priedo 1 lentelė). Beveik du trečdaliai moterų skundėsi nemiga ir rijimo sutrikimu (atitinkamai 63,9 proc. ir 65,1 proc.), vidurių užkietėjimas vargino 60,2 proc. moterų, šlapimo nelaikė 50,6 proc. moterų, žagsėjimas bei dusulys vargino beveik kas trečią moterį (atitinkamai 31,3 proc. ir 34,9 proc.), vidurių nelaikė 21,7 proc. moterų, niežėjimu skundėsi 19,3 proc., o kojų tinimu – 18,1 proc. moterų. Žymaus svorio, apetito ir stipraus mieguistumo padidėjimo nenurodė nė viena moteris (5 priedo 1 lentelė). Rečiau nustatyti fizinės sveikatos sutrikimai vyrų ir moterų grupėse reikšmingai nesiskyrė.

Vertinant fizinės sveikatos sutrikimų dažnumą amžiaus grupėse buvo nustatyti reikšmingi skirtumai atskirose fizinių sveikatos sutrikimų grupėse. Nustatyta, kad fizinis silpnumas reikšmingai dažniau buvo nustatytas vyresnio amžiaus asmenims lyginant su jaunesnio amžiaus asmenimis (3.1.1.1 pav.).



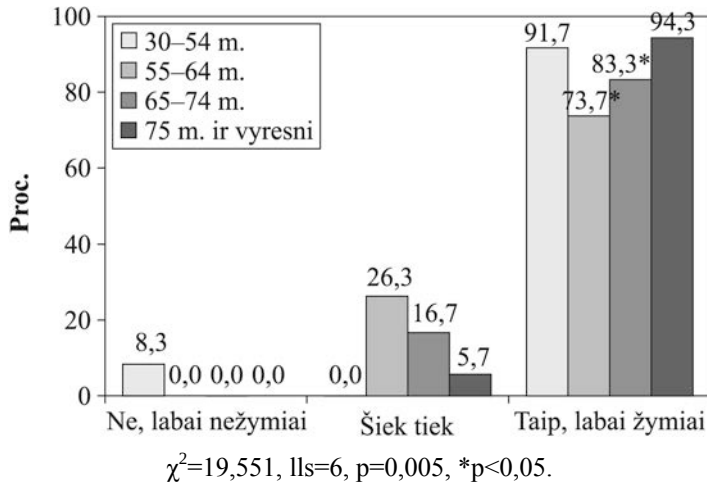
3.1.1.1 pav. *Onkologinėmis ligomis sergančiųjų fizinio silpnumo skirstinys amžiaus grupėse (proc.)*

Lyginant su jaunesniais pacientais vyresnio amžiaus respondentai dažniau skundėsi ir vėmimo simptomu ($\chi^2=19,849$, lls=6, $p=0,006$, $p<0,05$) (3.1.1.2 pav.).



3.1.1.2 pav. *Onkologinėmis ligomis sergančiųjų vėmimo simptomo skirstinys amžiaus grupėse (proc.)*

Onkologinėmis ligomis sergantiesiems svarbus ir skausmo pojūtis, nes jis padidina fizinę ir dvasinę kančią. Dauguma paciento jautė skausmą (3.1.1.3 pav.). Nustatyta, kad skausmas rečiau pasireiškė 55–64 metų amžiaus asmenims lyginant su jaunais ir senais respondентаis ($\chi^2=19,551$, IIs=6, $p=0,005$, $p<0,05$).

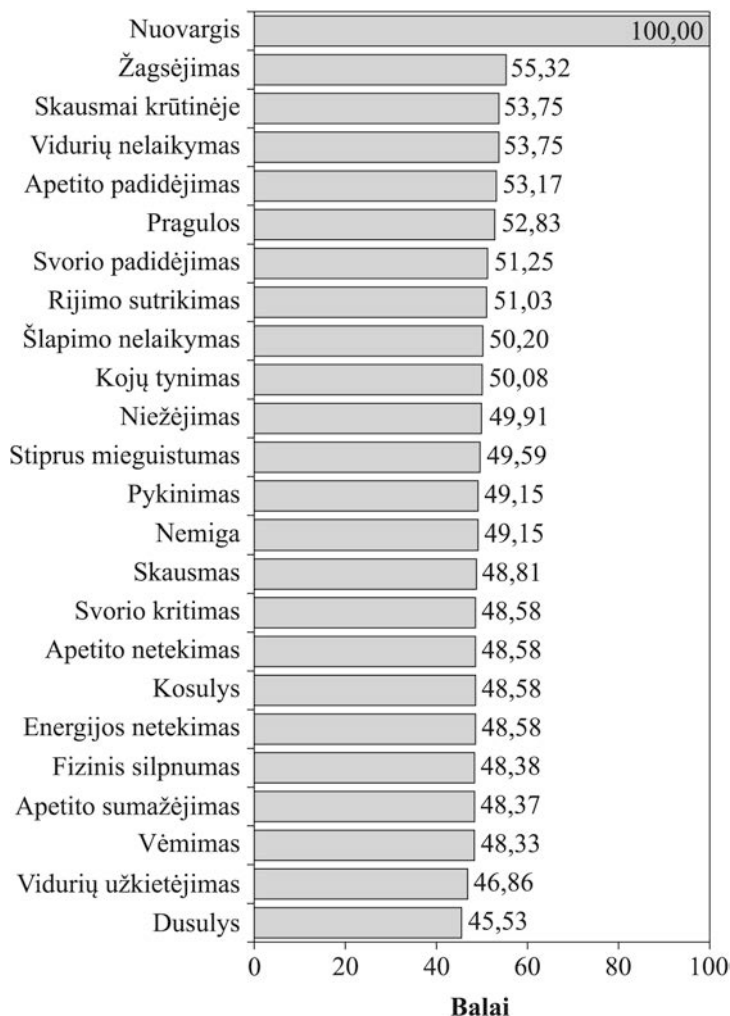


3.1.1.3 pav. Onkologinėmis ligomis sergančiųjų skausmo pojūčio skirstinys amžiaus grupėse (proc.)

Kiti fizinės sveikatos sutrikimai, tokie kaip nemiga, stiprus mieguistumas, žagsėjimas, niežėjimas, dusulys, kojų tinimas, energijos ir apetito netekimas, svorio kritimas, rijimo sutrikimas, skausmas krūtinėje, vidurių užkietėjimas ar nelaikymas, svorio kritimas, apetito padidėjimas amžiaus grupėse reikšmingai nesiskyrė (5 priedo 2 lentelė).

Onkologinėmis ligomis sergančiųjų paliatyviųjų pacientų fizinės sveikatos sutrikimai išsimokslinimo grupėse pateikti 5 priedo 3 lentelėje. Nustatyta, kad onkologinėmis ligomis sergantys pacientai, turintys specialųjį vidurinį ar aukštesnįjį išsimokslinimą, reikšmingai rečiau nurodė fizinį silpnumą nei turintys pradinį ir aukštąjį universitetinį išsimokslinimą, atitinkamai 78,3 proc., 100,0 proc. ir 100,0 proc. ($\chi^2=20,531$, IIs=6, $p=0,001$). Vėmimo simptomas dažniau pasireiškė respondentams, turintiems pradinį išsimokslinimą (88,4 proc.), negu turintys specialųjį vidurinį ar aukštesnįjį (60,9 proc.), ($\chi^2=13,130$, IIs=6, $p=0,035$). Rijimo sutrikimų dažniau buvo pacientams turintiems aukštesnįjį ir specialųjį vidurinį išsimokslinimą, negu pradinį ($\chi^2=17,847$, IIs=6, $p=0,006$). Kiti fizinės sveikatos sutrikimai išsimokslinimo grupėse reikšmingai nesiskyrė (5 priedo 3 lentelė).

Fizinės sveikatos sutrikimų intensyvumui nustatyti naudojome penkia-balę Likerto skalę transformavę ją į 100 balų skalę. Sergančiųjų onkologinėmis ligomis fizinės sveikatos sutrikimų intensyvumas 100 balų skalėje pateiktas 3.1.1.4 pav. Nustatyta, kad onkologinius pacientus labiausiai vargina nuovargis (100,0 balų), žagsėjimas (55,32 balai), skausmai krūtinėje (53,75 balo) ir vidurių nelaikymas (53,75 balo).

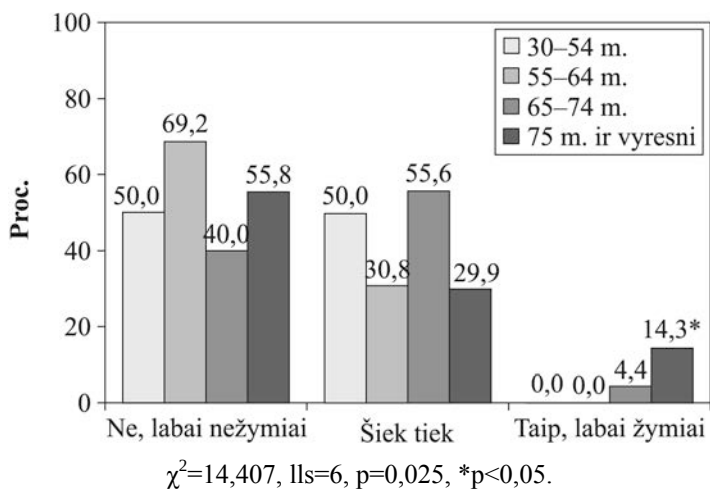


3.1.1.4 pav. Onkologinėmis ligomis sergančiųjų fizinės sveikatos sutrikimų intensyvumas (balais) 100 balų skalėje

3.1.2. Širdies ligomis sergančiųjų fizinės sveikatos sutrikimai

Vertinant širdies ligomis sergančiųjų paliatyviųjų pacientų fizinės sveikatos sutrikimus buvo nustatyta, kad pacientas vidutiniškai turėjo 9,99 sutrikimo, mažiausiai 3, o daugiausiai 12. Širdies ligomis sergančiųjų paliatyviųjų pacientų fizinės sveikatos sutrikimai lyties grupėse pateikti 5 priedo 1 lentelėje. Nustatyta, kad visus vyrus (100,0 proc.) ir beveik visas moteris (97,5 proc.) dažniausiai vargino fizinis silpnumas, dusulys 88,4 proc. vyrų ir 88,9 proc. moterų, kojų tinimu skundėsi 88,4 proc. vyrų ir 87,7 proc. moterų ($p>0,05$), energijos netekimu skundėsi 79,7 proc. vyrų ir 77,8 proc. moterų, skausmą krūtinėje nurodė 73,9 proc. vyrų ir 87,7 proc. moterų, nemiga skundėsi 73,9 proc. vyrų ir 82,7 proc. moterų. Kiti fizinės sveikatos nusi-skundimai buvo nustatyti ne taip dažnai. Daugiau kaip pusei vyrų buvo nustatytas vidurių nelaikymas (58,0 proc.), kosulys (52,2 proc.), žagsėjimas (50,7 proc.), pragulas nurodė 43,5 proc. vyrų, vidurių užkietėjimu, šlapimo nelaikymu ir apetito visišku neteikimu skundėsi kas trečias vyras, atitinkamai 39,1 proc., 33,3 proc. ir 30,4 proc. Niežėjimą nurodė 26,1 proc., o skausmo pojūtį – 15,9 proc. vyrų. Svorio kritimu, rijimo sutrikimu, nemiga, apetito padidėjimu ar sumažėjimu skundėsi mažiau vyrų. Daugiau nei pusė (55,6 proc.) moterų skundėsi žagsėjimu, vidurių nelaikymu (56,8 proc.), kosuliu (49,4 proc.), pragulų atsiradimu (54,3 proc.).

Moteris vidurių užkietėjimas ir šlapimo nelaikymas atitinkamai vargino 44,4 proc. ir 43,2 proc. Trečdalis moterų skundėsi apetito visišku netekimu ir niežėjimu, atitinkamai 34,6 proc. ir 30,9 proc. Skausmas pojūtis vargino 14,8 proc., svorio kritimas – 11,1 proc. moterų, o apetito padidėjimas, stiprus mieguistumas, rijimo sutrikimas ar apetito sumažėjimas moteris vargino gana retai (5 priedo 1 lentelė). Fizinės sveikatos sutrikimai vyrų ir moterų grupėse reikšmingai nesiskyrė. Širdies ligomis sergančiųjų fizinės sveikatos sutrikimai amžiaus grupėse pateikti 5 priedo 2 lentelėje. Vertinant fizinės sveikatos sutrikimų dažnumą amžiaus grupėse kūno svorio sumažėjimas reikšmingai buvo didesnis 75 metų ir vyresniems asmenims ($\chi^2=14,407$, $lfs=6$, $p=0,025$, $p<0,05$) (3.1.2.1 pav.).

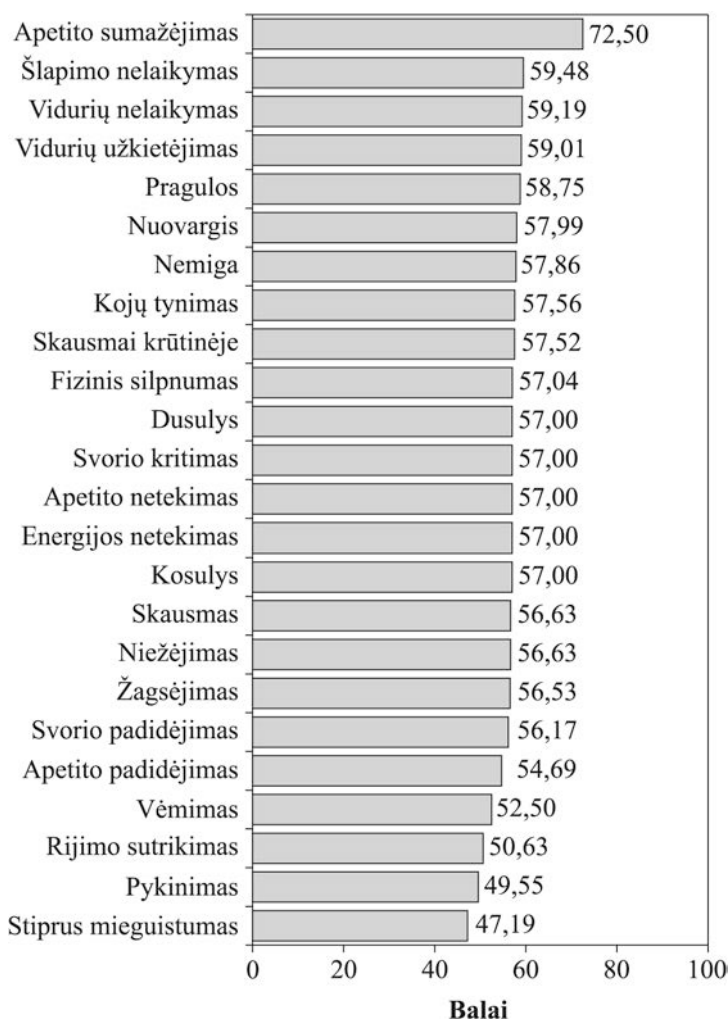


3.1.2.1 pav. Širdies ligomis sergančiųjų pacientų kūno svorio sumažėjimo skirstinys amžiaus grupėse (proc.)

Kitų fizinės sveikatos sutrikimų, tokių kaip fizinis silpnumas, nemiga, stiprus mieguistumas, žagsėjimas, niežėjimas, vėmimo simptomas, pykinimas, dusulys, kojų tinimas, skausmas, energijos netekimas, nuovargis, apetito netekimas, rijimo sutrikimas, skausmas krūtinėje, pragulos vidurių užkietėjimas, vidurių nelaikymas, kosulys, apetito padidėjimas ar sumažėjimas, šlapimo nelaikymas dažnumas amžiaus grupėse reikšmingai nesiskyrė (5 priedo 2 lentelė).

Širdies ligomis sergančiųjų fizinės sveikatos sutrikimai išsimokslinimo grupėse pateikti 5 priedo 3 lentelėje. Respondentams turintiems specialųjį vidurinį ar aukštesnįjį išsimokslinimą, apetito netekimas ($\chi^2=15,439$, $lfs=6$, $p=0,016$), šlapimo nelaikymas ($\chi^2=20,277$, $lfs=6$, $p=0,002$), vidurių užkietėjimas ($\chi^2=21,891$, $lfs=6$, $p=0,002$), vidurių nelaikymas ($\chi^2=19,684$, $lfs=6$, $p=0,005$) ir kosulys ($\chi^2=21,385$, $lfs=3$, $p=0,001$) reikšmingai buvo dažnesni negu turinčius pacientus aukštąjį universitetinį išsimokslinimą.

Sergančiųjų širdies ligomis fizinės sveikatos sutrikimų intensyvumas 100 balų skalėje pateiktas 3.1.2.2 pav. Nustatyta, kad širdies ligomis sergančius pacientus labiausiai vargino apetito sumažėjimas (72,50 balo), šlapimo nelaikymas (59,48 balo), vidurių nelaikymas (59,19 balo) ir vidurių užkietėjimas (59,01 balo).

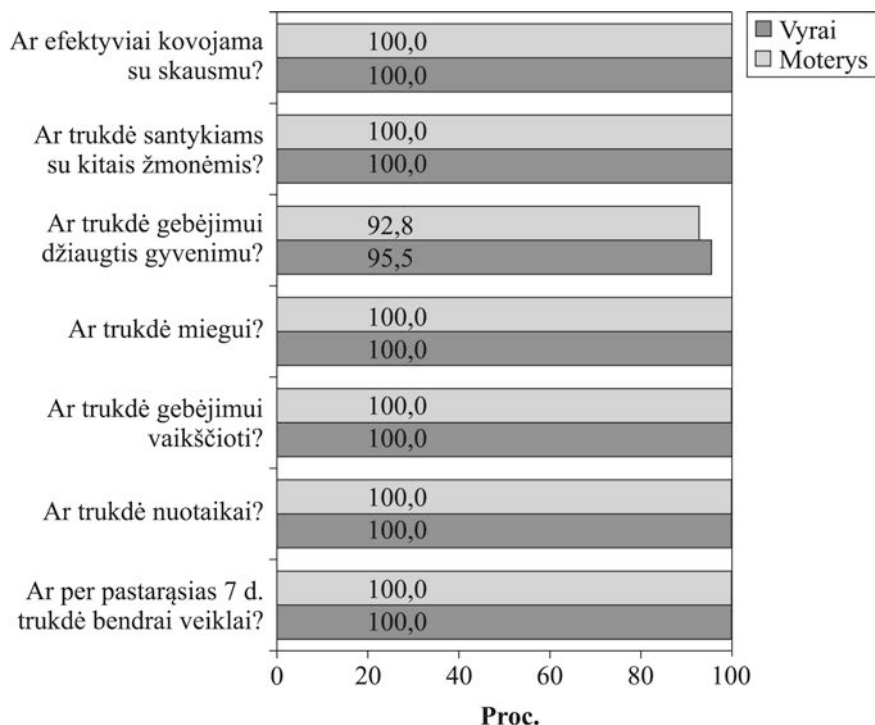


3.1.2.2 pav. Širdies ligomis sergančiųjų fizinės sveikatos sutrikimų intensyvumas (balais) 100 balų skalėje

3.1.3. Tiriamųjų patirto skausmo pojūčio įtaka gyvenimo kokybės charakteristikoms

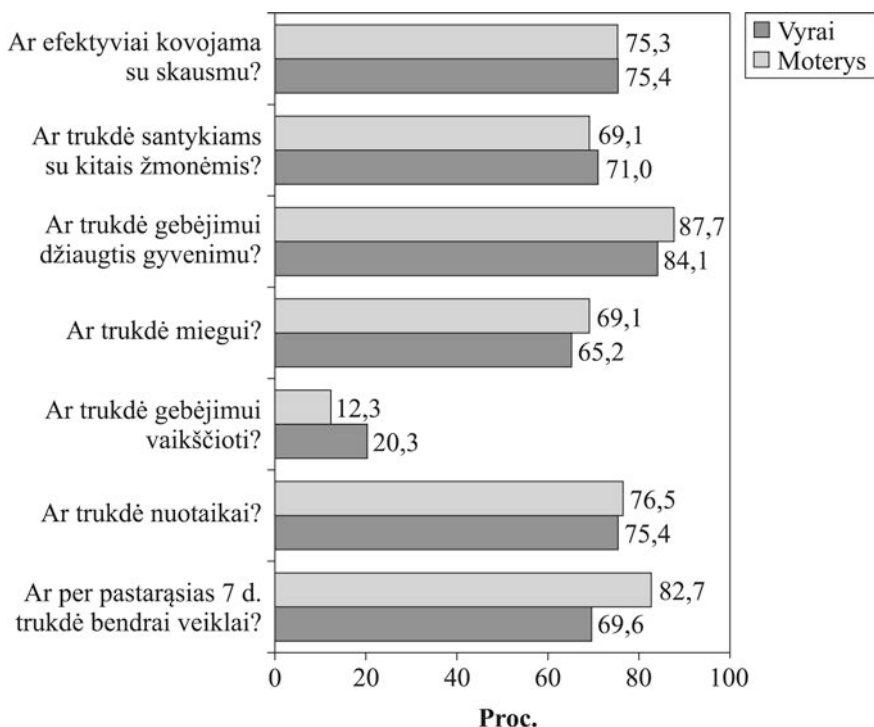
Paliatyviojoje pagalboje nepaprastai svarbus skausmo malšinimas, nes fizinio skausmo pojūtis didina socialinės, psichikos ir dvasinės sveikatos pokyčius. Respondentų patirto skausmo sąsajos su gyvenimo kokybės charakteristikomis lyties grupėse pateiktos 3.1.3.1 lentelėje. Visi onkologiniai ligoniniai per paskutiniąsias 7 dienas patyrė skausmą. Visiems tirtiesiems asmenims skausmas trukdė nuotaikai, vaikščiojimui, miegui ir bendravimui su kitais. 95,5 proc. vyrų ir 92,8 proc. moterų skausmas trukdė džiaugtis

gyvenimu. Visiems vyrams ir moterims svarbu, kad skausmas būtų efektyviai malšinamas (3.1.3.1 pav.).



3.1.3.1 pav. *Sergančiųjų onkologinėmis ligomis, patirto skausmo sąsajos su gyvenimo kokybės skirstinys lyties grupėse (proc.)*

Pacientams, sergantiesiems širdies ligomis, skausmo pojūtis per paskutines 7 dienas pasireiškė dažniau moterims (82,7 proc.) negu vyrams (69,6 proc.) ($p>0,05$). Skausmas nuotakai trukdė beveik vienodai tiek vyrams, tiek moterims (atitinkamai 75,4 proc. ir 76,5 proc.). Kas penktam (20,3 proc.) vyrui ir kas dešimtai moteriai (12,3 proc.) skausmo pojūtis trukdė gebėjimui vaikščioti. Dėl skausmo miegas buvo sutrikęs 65,2 proc. vyrų ir 69,1 proc. moterų ($p>0,05$). 84,1 proc. vyrų ir 87,7 moterų skausmas ženkliai trukdė džiaugtis gyvenimu. 71,0 vyrų ir 69,1 moterų skausmas trukdė bendrauti su kitais žmonėmis. Širdies ligomis sergantieji 75,4 vyrų ir 75,3 moterų nurodo, kad su skausmu kovojama efektyviai (3.1.3.2 pav.).



3.1.3.2 pav. *Sergančiųjų širdies ligomis, patirto skausmo sąsajos su gyvenimo kokybės skirstinys lyties grupėse (proc.)*

Onkologinėmis ligomis sergančiųjų patirto skausmo sąsajos su gyvenimo kokybės skirstinys amžiaus grupėse pateiktos 3.1.3.3 lentelėje. Analizuojant patirto skausmo dažnumą amžiaus grupėse nustatyta, kad per pastarąsias 7 dienas skausmo pojūtis trukdė bendrai veiklai, nuotaikai, gebėjimui vaikščioti, miegui, santykiams su kitais žmonėmis. Kad buvo efektyviai kovojama su skausmo pojūčiu, 100 proc. nurodė visos amžiaus grupės, o džiaugtis gyvenimu skausmas labiausiai trukdė 75 metų ir vyresniems pacientams.

Per 7 paskutines dienas skausmą dažniau jautė vyresnio amžiaus širdies ligomis sergantieji pacientai, skausmo pojūtis trukdė jų bendrai veiklai (55–64 metų – 80,8 proc., 65–74 metų – 75,6 proc., ≥ 75 metų – 76,6 proc.). Kas antras 30–54 metų pacientas nurodė, kad skausmas trukdė veiklai. 75 metų ir vyresni pacientai nurodė, kad skausmas reikšmingai trukdė nuotaikai, negu jaunesnio amžiaus pacientams ($\chi^2=7,854$, $lfs=3$, $p=0,049$). Gebėjimui vaikščioti skausmo pojūtis labiausiai trukdė 75 metų ir vyresnio amžiaus pacientams. Vyriausios amžiaus grupės asmenims skausmas trukdė ir miegui ($\chi^2=8,135$, $lfs=6$, $p=0,035$). Visų amžiaus grupių pacientai vienodai dažnai teigė, kad skausmas trukdė džiaugtis gyvenimu. 55–64 m. ir 75 metų

ir vyresniems pacientams skausmo pojūtis trukdė bendrauti su kitais žmonėmis. Visi 30–54 metų amžiaus pacientai nurodė, kad su skausmu kovojama neefektyviai. 69,2 proc. 55–64 metų pacientų nurodė, kad su skausmu kovojama efektyviai (3.1.3.3 lentelė).

3.1.3.3 lentelė. Tiriamųjų patirto skausmo pojūčio sąsajos su gyvenimo kokybės skirstinys amžiaus grupėse (proc.)

Požymiai	Liga	Kinta- mieji	30–54 m.	55–64 m.	65–74 m.	≥75 m.	Reikšmin- gumas
			proc.				
Per pastarą- sias 7 d. truk- dė bendrai veiklai	PN	Ne	–	–	–	–	$\chi^2=1,071$, lls=3, p=0,870
		Taip	100,0	100,0	100,0	100,0	
	ŠVN	Ne	50,0	19,2	24,4	23,4	
		Taip	50,0	80,8	75,6	76,6	
Skausmas trukdė nuotakai	PN	Ne	–	–	–	–	$\chi^2=7,854$, lls=3, p=0,049
		Taip	100,0	100,0	100,0	100,0	
	ŠVN	Ne	100,0	30,8	24,4	19,5	
		Taip	0,0	69,2*	75,6	80,5*	
Skausmas trukdė gebėjimui vaikščioti	PN	Ne	–	–	–	–	$\chi^2=5,421$, lls=6, p=0,125
		Taip	100,0	100,0	100,0	100,0	
	ŠVN	Ne	100,0	84,6	93,3	77,9	
		Taip	0,0	15,4	6,7	22,1	
Skausmas trukdė miegui	PN	Ne	–	–	–	–	$\chi^2=8,135$, lls=6, p=0,035
		Taip	100,0	100,0	100,0	100,0	
	ŠVN	Ne	50,0	42,3	44,4	22,1	
		Taip	50,0*	57,7	55,6	77,9*	
Skausmas trukdė gebėji- mui džiaugtis gyvenimu	PN	Ne	8,3	5,3	7,6	3,8	$\chi^2=0,891$, lls=3, p=0,918
		Taip	91,7	94,7	92,4	96,2	
	ŠVN	Ne	0,0	7,7	15,6	15,6	
		Taip	100,0	92,3	84,4	84,4	

3.1.3.3 lentelės tęsinys

Požymiai	Liga	Kinta- mieji	30–54 m.	55–64 m.	65–74 m.	≥75 m.	Reikšmin- gumas
			proc.				
Skausmas trukdė santykiams su kitais žmonėmis	PN	Ne					$\chi^2=2,479$, lls=6, p=0,469
		Taip	100,0	100,0	100,0	100,0	
	ŠVN	Ne	50,0	19,2	35,6	29,9	
		Taip	50,0	80,8	64,4	70,1	
Ar efektyviai kovojama su skausmu?	PN	Ne					$\chi^2=7,052$, lls=3, p=0,072
		Taip	100,0	100,0	100,0	100,0	
	ŠVN	Ne	100,0	30,8	22,2	22,1	
		Taip	0,0	69,2	77,8	77,9	

*p<0,05. PN – piktybiniai navikai, ŠVN – širdies veiklos nepakankamumas.

Onkologinėmis ligomis sergančiųjų patirto skausmo sąsajos su gyvenimo kokybės skirstinys išsimokslinimo grupėse pateiktos 3.1.3.4 lentelėje. Nustatyta, kad visų išsimokslinimo grupių visi pacientai onkologiniai nurodė, kad per paskutines 7 dienas skausmas trukdė bendrai veiklai, nuotaikai, gebėjimui vaikščioti, miegui, bendrauti su kitais žmonėmis.

Širdies ligomis sergančiųjų pacientų patirto skausmo sąsajos su gyvenimo kokybės skirstinys išsimokslinimo grupėse pateiktos 3.1.3.4 lentelėje. Įvairaus išsimokslinimo lygio pacientų, sergančiųjų širdies ligomis atsakymai reikšmingai nesiskyrė, bet skausmas miegui reikšmingai rečiau trukdė turintiems aukštesnį išsimokslinimą lyginant su kitomis pacientais turinčiais pradinį išsimokslinimą ($\chi^2=10,482$, lls=6, p=0,015).

3.1.3.4 lentelė. Tiriamųjų patirto skausmo sąsajos su gyvenimo kokybės skirstinys išsimokslinimo grupėse (proc.)

Požymiai	Liga	Kinta- mieji	Pradinis	Vidu- rinis	Aukštes- nysis, spec. vidurinis	Aukštasis universi- tetinis	Reikšmin- gumas	
			proc.					
Per pastarąsias 7 d. trukdė bendrai veiklai	PN	Ne	0,0	0,0	0,0	0,0	$\chi^2=7,072$, lls=3, p=0,068	
		Taip	100,0	100,0	100,0	100,0		
	ŠVN	Ne	26,8	29,7	4,0	20,0		
		Taip	73,2	70,3	96,0	80,0		
Skausmas truk- dė nuotakai	PN	Ne	0,0	0,0	0,0	0,0	$\chi^2=2,290$, lls=3, p=0,533	
		Taip	100,0	100,0	100,0	100,0		
	ŠVN	Ne	17,1	28,1	20,0	30,0		
		Taip	82,9	71,9	80,0	70,0		
Skausmas truk- dė gebėjimui vaikščioti	PN	Ne	0,0	0,0	0,0	0,0	$\chi^2=5,366$, lls=6, p=0,144	
		Taip	100,0	100,0	100,0	100,0		
	ŠVN	Ne	73,2	87,5	92,0	85,0		
		Taip	26,8	12,5	8,0	15,0		
Skausmas truk- dė miegui	PN	Ne	0,0	0,0	0,0	0,0	$\chi^2=10,482$, lls=6, p=0,015	
		Taip	100,0	100,0	100,0	100,0		
	ŠVN	Ne	29,3	25,0	60,0	30,0		
		Taip	70,7*	75,0	40,0*	70,0		
Skausmas truk- dė gebėjimui džiaugtis gyvenimu?	PN	Ne	4,7	5,6	13,0	3,3	$\chi^2=2,559$, lls=3, p=0,509	
		Taip	95,3	94,4	87,0	96,7		
	ŠKN	Ne	17,1	12,5	20,0	5,0		$\chi^2=2,534$, lls=3, p=0,493
		Taip	82,9	87,5	80,0	95,0		
Skausmas truk- dė santykiams su kitais žmonėmis?	PN	Ne	0,0	0,0	0,0	0,0	$\chi^2=0,729$, lls=6, p=0,856	
		Taip	100,0	100,0	100,0	100,0		
	ŠVN	Ne	34,1	28,1	32,0	25,0		
		Taip	65,9	71,9	68,0	75,0		
Ar efektyviai kvojama su skausmu?	PN	Ne	0,0	0,0	0,0	0,0	$\chi^2=3,005$, lls=3, p=0,398	
		Taip	100,0	100,0	100,0	100,0		
	ŠVN	Ne	17,1	31,3	24,0	20,0		
		Taip	82,9	68,8	76,0	80,0		

*p<0,05, PN – piktybiniai navikai, ŠVN – širdies veiklos nepakankamumas.

Apibendrinant galima teigti, kad onkologinėmis ligomis paliatyviųjų pacientų dažniausi fizinės sveikatos sutrikimai buvo nuovargis, fizinis silpnumas, energijos stoka, apetito sumažėjimas, svorio kritimas, skausmas. Fizinis silpnumas, vėmimo simptomas ir skausmas reikšmingai dažniau buvo nustatytas vyresnio amžiaus pacientams.

Nustatant onkologinėmis ligomis sergančiųjų fizinės sveikatos sutrikimų intensyvumą (pagal Likerto 100 balų skalę) galime teigti, kad pacientus labiausiai vargino nuovargis, žagsėjimas, skausmas krūtinėje, vidurių nelaišymas.

Širdies ligomis sergančiųjų fizinės sveikatos sutrikimai dažniausiai buvo fizinis silpnumas, dusulys, kojų tinimas, energijos netekimas, skausmas krūtinėje, nemiga, kūno svorio sumažėjimas. Jie dažnesni vyresnio amžiaus pacientams. Pagal simptomų intensyvumą širdies ligomis sergantieji nurodė apetito sumažėjimą, šlapimo ir vidurių nelaikymą bei vidurių užkietėjimą.

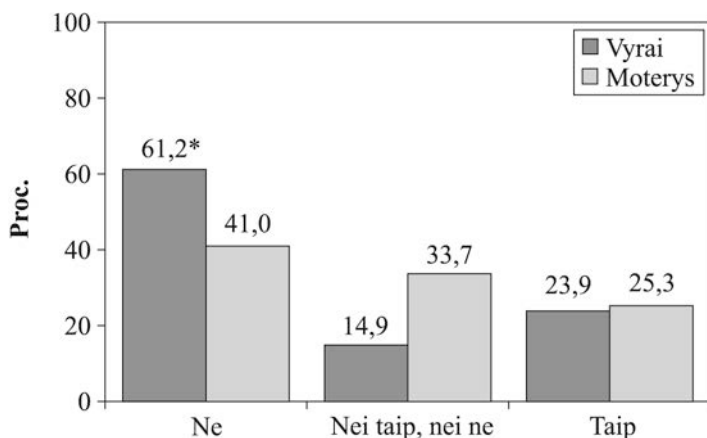
Visi onkologinėmis ligomis sergantieji nurodė, kad su skausmu kovojama efektyviai, o sergantieji širdies ligomis sergantieji nurodė, kad efektyviai kovojama 75,4 proc. atvejų.

3.2. Tiriamųjų socialinės sveikatos sutrikimai

Socialiniai sveikatos sutrikimai, su kuriais dažnai susiduria sunkiai sergantieji, yra tarpasmeniniai, savirūpos, taip pat finansinės problemos. Socialiniai sveikatos sutrikimai gali pagilinti ir kitus pacientų sveikatos sutrikimus. Neišspręsti socialinės sveikatos sutrikimai gali sukelti, arba padidinti fizinius, psichologinius ir dvasinius sveikatos sutrikimus.

3.2.1. Onkologinėmis ligomis sergančiųjų socialinės sveikatos sutrikimai

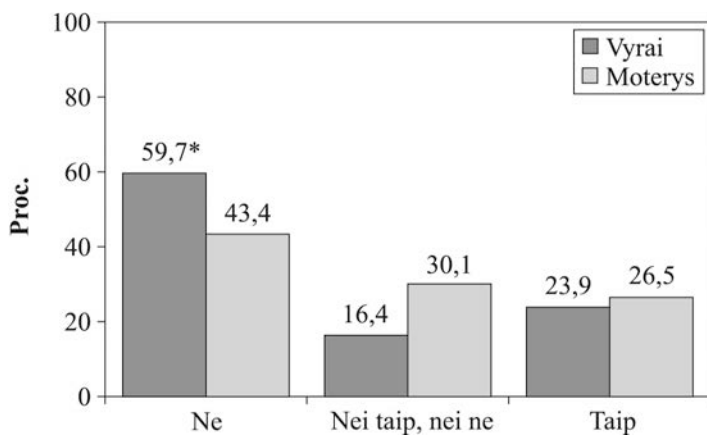
Tiriant onkologinėmis ligomis sergančiuosius nustatyta, kad 61,2 proc. vyrų ir 41,0 proc. moterų neturi artimo žmogaus kuriam rūpėtų jo jausmai ir išgyvenimai ($\chi^2=8,242$, lls=2, $p=0,017$) ($p<0,05$) (5 priedo 4 lentelė). Artimą žmogų turi tik ketvirtadalis vyrų ir moterų (3.2.1.1 pav.).



$\chi^2=8,242$, lls=2, $p=0,017$, $*p<0,05$.

3.2.1.1 pav. *Onkologinėmis ligomis sergančiųjų pagal žmogaus, kuriam rūpi jo jausmai, turėjamą skirstinys lyties grupėse (proc.)*

Analizuojant ar onkologinėmis ligomis sergančiųjų ar šeimos nariai padėjo rasti sprendimus, nustatyta, kad 59,7 proc. vyrų ir 43,4 proc. moterų atsakė, kad rasti sprendimų šeima nepadaeda. Šeimos nariai rasti sprendimus padėjo tik ketvirtadaliui (23,9 proc.) vyrų ir 26,5 proc. moterų. Kitos vyrų ir moterų socialinės paramos charakteristikos reikšmingai nesiskyrė (3.2.1.2 pav.).

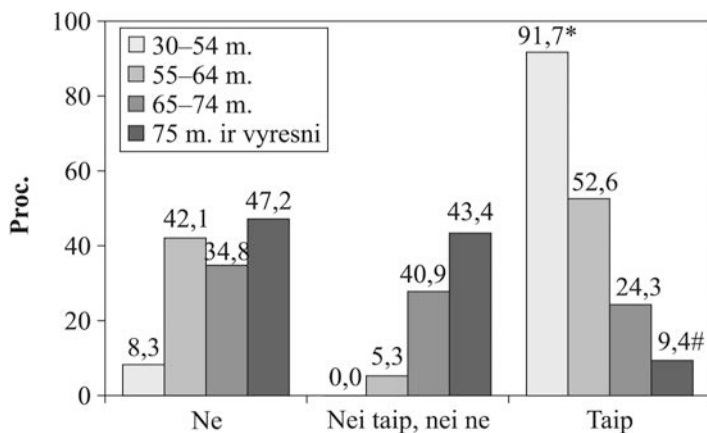


$\chi^2=4,952$, lls=2, $p=0,08$.

3.2.1.2 pav. *Onkologinėmis ligomis sergančiųjų pagal tai, ar šeimos nariai padeda pacientui rasti sprendimus skirstinys lyties grupėse (proc.)*

Analizuojant onkologinėmis ligomis sergančiųjų socialinės sveikatos sutrikimus amžiaus grupėse, nustatyta, kad tinkamą paramą iš šeimos narių

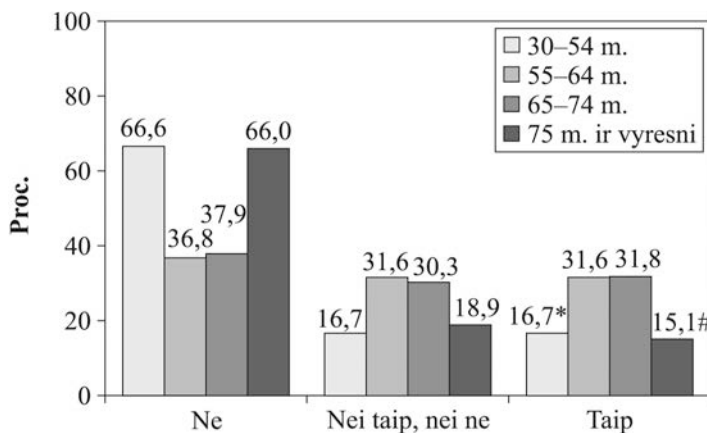
30–54 metų amžiaus pacientai gavo reikšmingai dažniau negu 75 metų ir vyresni pacientai ($\chi^2=43,553$, lls=6, $p=0,0005$) (3.2.1.3 pav.).



$\chi^2=43,553$, lls=6, $p=0,0005$, *,# - $p<0,05$

3.2.1.3 pav. *Onkologinėmis ligomis sergančiųjų pagal paramos gavimą iš šeimos skirstinys amžiaus grupėse (proc.)*

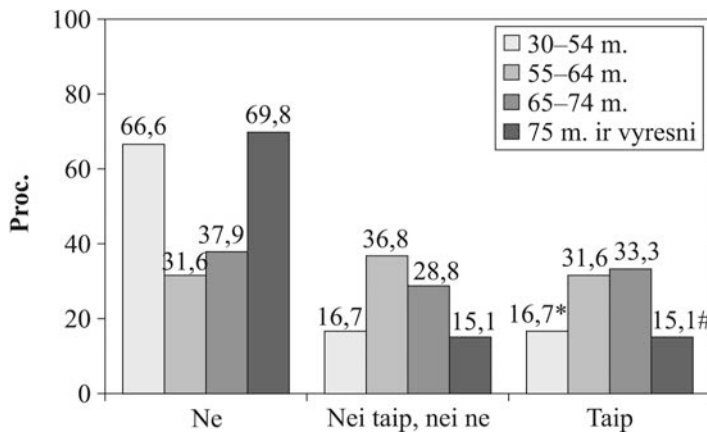
Tiriant ar onkologinėmis ligomis sergantieji turi žmogų, kuriam rūpi paciento išgyvenimai ir jausmai amžiaus grupėse nustatyta, kad tokį žmogų turėjo dažniau 55–64 ir 65–74 metų pacientai, negu 75 metų ir vyresni ($\chi^2=12,173$, lls=6, $p=0,05$) (3.2.1.4 pav.).



$\chi^2=12,173$, lls=6, $p=0,05$, *,# – $p<0,05$.

3.2.1.4 pav. *Onkologinėmis ligomis sergančiųjų pagal žmogaus, kuriam rūpi paciento išgyvenimai ir jausmai turėjimą skirstinys amžiaus grupėse (proc.)*

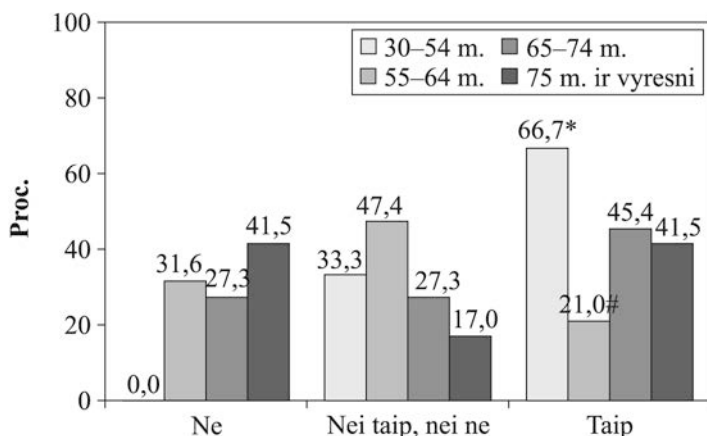
Nagrinėjant ar onkologinėmis sergančiųjų šeima padėjo rasti sprendimus, nustatyta, kad dažniau šeima padėjo rasti sprendimus 55–64 m. ir 65–74 m. amžiaus pacientams lyginant su 75 metų ir vyresniais asmenimis ($\chi^2=16,402$, lls=6, $p=0,009$) (3.2.1.5 pav.).



$\chi^2=16,402$, lls=6, $p=0,009$, *,# – $p<0,05$.

3.2.1.5 pav. *Onkologinėmis ligomis sergančiųjų pagal tai, ar šeima padeda rasti sprendimus skirstinys amžiaus grupėse (proc.)*

Klausiant, ar šeimos nariams liga sukėlė stresą, amžiaus grupėse buvo nustatyti reikšmingi skirtumai ($\chi^2=14,929$, lls=6, $p=0,016$). Nustatyta, kad jaunesnių (30–54 metų) onkologinėmis ligomis sergančių pacientų šeimos nariai dažniau patyrė stresą, negu vyresnių (55–64 metų), (atitinkamai 66,7 proc. ir 21,1 proc.) ($\chi^2=14,929$, lls=6, $p=0,016$) (3.2.1.6 pav.).



$\chi^2=14,929$, $lfs=6$, $p=0,016$, *,# – $p<0,05$.

3.2.1.6 pav. *Onkologinėmis ligomis sergančiųjų pagal tai, ar jų liga sukėlė stresą šeimos nariams skirstinys amžiaus grupėse (proc.)*

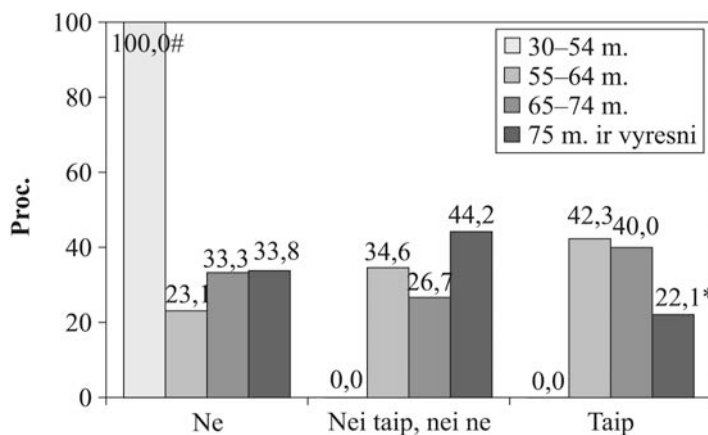
Kiti socialinės sveikatos sutrikimų aspektai amžiaus ir išsimokslinimo grupėse reikšmingai nesiskyrė (5 priedo 5, 6 lentelės).

3.2.2. Širdies ligomis sergančiųjų socialinės sveikatos sutrikimai

Širdies ligomis sergančiųjų socialinės sveikatos sutrikimai lyties grupėse pateikti 5 priedo 4 lentelėje. Nustatyta, kad beveik pusei vyrų ir moterų paciento liga sukėlė stresą, atitinkamai 46,4 proc. ir 53,1 proc. ($p>0,05$). Gavo tinkamą paramą iš šeimos narių 39,1 proc. vyrų ir 23,5 proc. moterų ($p>0,05$), jaudinosi dėl kasdinių išlaidų 37,7 proc. vyrų ir 46,9 proc. moterų ($p>0,05$). Kas penktas pacientas pažymėjo, kad šeima noriai padėjo rasti sprendimus. Nėra šalia žmogaus, kuriam rūpi paciento jausmai bei išgyvenimai nurodė 43,5 proc. vyrų ir 40,7 proc. moterų. 14,5 proc. vyrų ir 22,2 proc. moterų pažymėjo, kad jiems padėjo kaimynai, kas ketvirtas vyras ir kas ketvirta moteris teigė, kad patyrė emocinę pagalbą iš šeimos. 10,1 proc. vyrų ir 12,3 proc. moterų ($p>0,05$) nurodė, kad gydymas apsunkino jų finansinę būklę, izoliaciją nuo draugų dėl ligos patyrė kas šeštas vyras ir kas šešta moteris, o izoliaciją nuo šeimos dėl ligos patyrė 4,3 proc. vyrų ir 3,7 proc. moterų ($p>0,05$). Pateikti socialinės sveikatos sutrikimai tarp vyrų ir moterų reikšmingai nesiskyrė.

Širdies ligomis sergančiųjų socialinės sveikatos sutrikimai amžiaus grupėse pateikti 5 priedo 5 lentelėje. Kai kuriuose socialinės sveikatos aspektuose nustatyti reikšmingi skirtumai. Tirdami širdies ligomis sergančių pacientų šeimos narių paramą nustatėme, kad tinkamos paramos iš šeimos narių negavo dažniau jaunesnio (30–54 m.) amžiaus pacientai negu vyresnio amžiaus

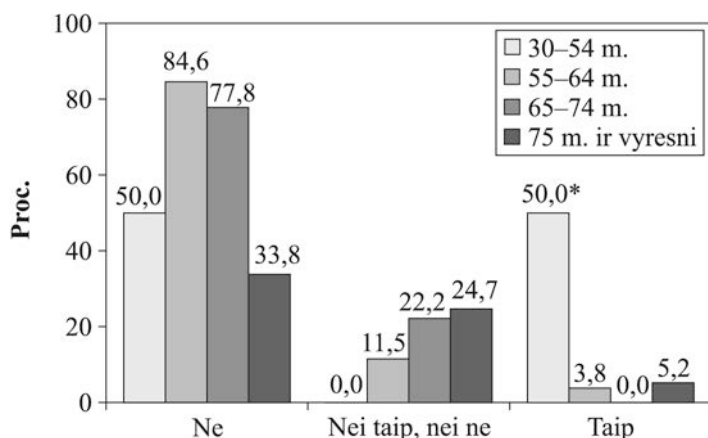
asmenys ($\chi^2=11,603$, $l/s=6$, $p=0,05$). Jeigu 30–54 metų amžiaus grupėse visi vyrai negavo paramos iš šeimos narių, tai 55–64 metų amžiaus grupės tokių vyrų buvo 23,1 proc., vyresnio amžiaus virš 30 proc. (3.2.2.1 pav.).



$\chi^2=11,603$, $l/s=6$, $p=0,05$, *,# – $p<0,05$.

3.2.2.1 pav. Širdies ligomis sergančiųjų šeimos narių parama skirstinys amžiaus grupėse (proc.)

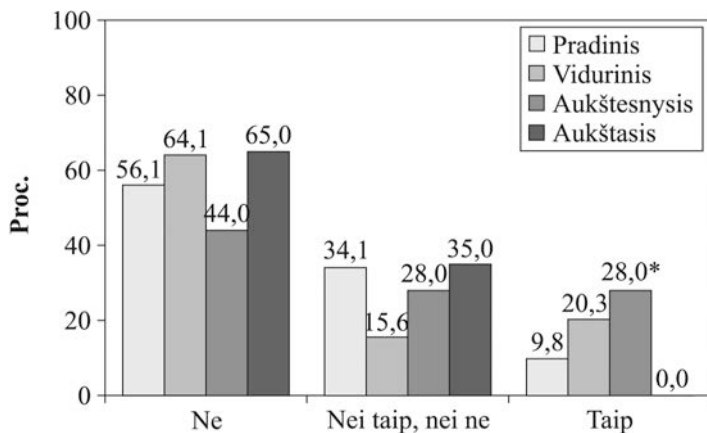
Jaunesnio amžiaus pacientai dažniau jautėsi izoliuoti nuo šeimos negu vyresnio amžiaus pacientai ($\chi^2=15,450$, $l/s=6$, $p=0,037$). Jeigu 30–54 metų amžiuje izoliuoti nuo šeimos jautėsi pusė (50,0 proc.) pacientų, tai 75 metų ir vyresnių tokių buvo 5,2 proc. ($p<0,05$) (3.2.2.2 pav.).



$\chi^2=15,450$, $l/s=6$, $p=0,037$, * – $p<0,05$.

3.2.2.2 pav. Širdies ligomis sergančiųjų pagal tai, ar jautėsi izoliuoti nuo šeimos dėl ligos skirstinys amžiaus grupėse (proc.)

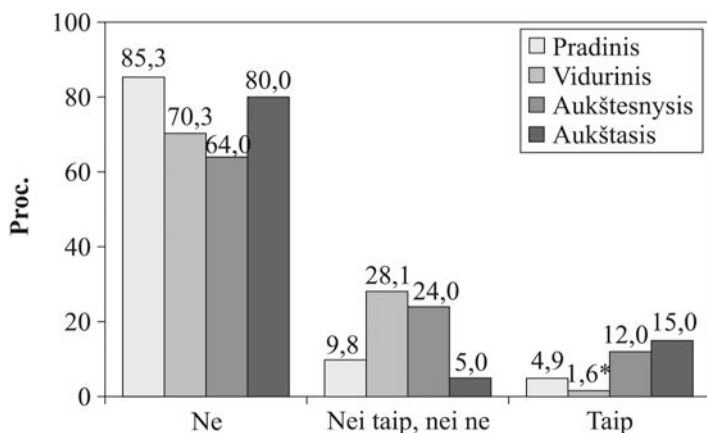
Širdies ligomis sergančių paliatyviųjų pacientų socialinės sveikatos sutrikimai išsimokslinimo grupėse pateikti 5 priedo 6 lentelėje. Nustatyta, kad reikšmingai daugiau asmenų, turinčių specialųjį vidurinį ar aukštesnįjį išsimokslinimą, jautėsi izoliuoti nuo draugų ir kaimynų lyginant su pradinio išsimokslinimo grupe ($\chi^2=13,056$, $lfs=6$, $p=0,038$). Jeigu besijaučiančių izoliuotais nuo draugų dėl ligos asmenų, turėjusių specialųjį vidurinį ar aukštesnįjį išsimokslinimą, buvo 28,0 proc., tai turėjusių pradinį išsimokslinimą buvo tris kartus mažiau (9,8 proc.) ($p<0,05$) (3.2.2.3 pav.).



$$\chi^2=13,056, lfs=6, p=0,038, * - p<0,05.$$

3.2.2.3 pav. Širdies ligomis sergančiųjų pagal tai, ar jautėsi izoliuoti nuo draugų skirstinys išsimokslinimo grupėse (proc.).

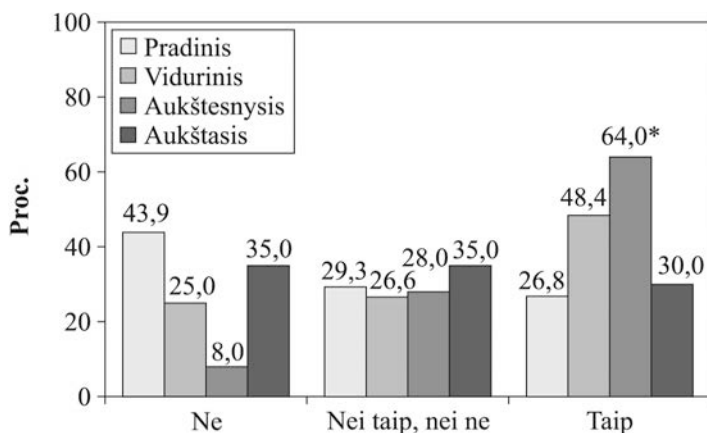
Nustatyta, kad širdies ligomis sergančiųjų dauguma pacientų nurodė, kad artimo žmogaus neturėjo. Pacientai turintys aukštąjį universitetinį išsimokslinimą, turėjo artimą žmogų, su kuriuo galėjo pasidalinti džiaugsmais ir liūdesiu, lyginant su kitomis išsimokslinimo grupėmis ($\chi^2=14,545$, $lfs=6$, $p=0,022$). Tokių asmenų, turinčių aukštąjį universitetinį išsimokslinimą, buvo 15,0 proc., turinčių vidurinį išsimokslinimą buvo beveik 10 kartų mažiau (1,6 proc.) ($p<0,05$) (3.2.2.4 pav.).



$\chi^2=14,545$, lls=6, $p=0,022$, * – $p<0,05$.

3.2.2.4 pav. Širdies ligomis sergančių pacientų skirstinys išsimokslinimo grupėse pagal tai ar yra žmogus pasidalinti išgyvenimais ir jausmais išsimokslinimo grupėse (proc.)

Nustatėme, kad daugiau asmenų, turinčių specialųjį vidurinį ar aukštesnįjį išsimokslinimą, jaudinasi dėl kasdinių išlaidų lyginant su kitomis išsimokslinimo grupėmis ($\chi^2=14,341$, lls=6, $p=0,026$). Jeigu asmenys, turintys specialųjį vidurinį ar aukštesnįjį išsimokslinimą jaudinosi dėl kasdinių išlaidų 64,0 proc., tai tokių, turėjusių vidurinį išsimokslinimą, buvo dvigubai mažiau (26,8 proc.) ($p<0,05$) (3.2.2.5 pav.).



$\chi^2=14,341$, lls=6, $p=0,026$, * – $p<0,05$.

3.2.2.5 pav. Širdies ligomis sergančiųjų skirstinys išsimokslinimo grupėse pagal tai, ar jaudinasi dėl kasdinių išlaidų (proc.)

Tyrimo metu buvo svarbu nustatyti, kuris socialinės sveikatos sutrikimų intensyvumas (balais) yra pats didžiausias ir labiausiai rūpėjo pacientams. Klausimyno socialinius klausimus suskirstėme į keturias grupes: „*Susirgimas apsunkino pacientų finansinę būklę*“, „*Pacientų pasitenkinimas šeimos parama ir bendravimu*“, „*Pacientų pasitenkinimas draugų ir kaimynų parama ir bendravimu*“, „*Yra žmogus kuriam rūpi paciento jausmai ir išgyvenimai*“. Įvertinimui naudojome Likerto skalę (maksimalus įvertis buvo 100 balų). Buvo skaičiuojamas pacientų atsakymų balų vidurkis.

Paliatyviųjų onkologinių ir širdies ligomis sergančiųjų socialinės paramos charakteristikų vidurkis (balais) lyties grupėse pateiktas 3.2.1 lentelėje. Nustatyta, kad vyrams, sergantiems onkologinėmis ligomis, labiausia buvo patenkinti šeimos parama ir bendravimu (53,96 balų), antroje vietoje pagal svarbą buvo finansinės problemos (50,15 balų) ir mažiausia svarbu buvo draugų ir kaimynų parama (43,18 balų). Moterys nurodė, kad joms svarbiausia, turėti žmogų kuriam rūpi jų jausmai ir išgyvenimai (55,66 balų), finansinės problemos moterims rūpėjo mažiau (48,51 balų).

Širdies ligomis sergantiems vyrams labiausia rūpėjo finansinės problemos (55,46 balai), antroje vietoje pagal svarbą – turėti žmogų, su kuriuo galėjo pasidalinti išgyvenimais (53,91 balų), mažiau svarbu santykiai su šeima (50,65 balai) bei draugais ir kaimynais (45,99 balai). Moterims labiausiai svarbu, kad buvo žmogus su kuriuo galėjo pasikalbėti išgyvenimais (56,05 balai), finansinės problemos (54,98 balų), teikiama šeimos parama (52,96 balai) ir pasitenkinimas draugais bei kaimynais (48,72 balai) (3.2.1 lentelė).

3.2.1 lentelė. Paliatyviųjų onkologinių ir širdies ligomis sergančiųjų socialinės sveikatos charakteristikų vidurkių (balais) skirstinys lyties grupėse

Ligos	Požymiai	Lytis	N	Vidurkis	SN	95 proc. PI		Reikšmingumas
						Apatinė riba	Viršutinė riba	
PN	Susirgimas apsun- kino pacientų finansinę būklę	Vyrai	67	50,15	12,52	47,09	53,20	U=2550,0 p=0,377
		Moterys	83	48,51	12,20	45,85	51,18	
	Pacientų pasitenki- nimas šeimos para- ma ir bendravimu	Vyrai	67	53,96	11,63	51,12	56,79	U=2418,0 p=0,164
		Moterys	83	51,33	10,33	49,07	53,58	
	Pacientų pasiten- kinimas draugų ir kaimynų parama ir bendravimu	Vyrai	67	43,18	10,78	40,55	45,81	U=2779,0 p=0,995
		Moterys	83	44,02	11,54	41,49	46,54	
	Yra žmogus kuriam rūpi paciento jausmai ir pergyvenimai	Vyrai	67	49,25	25,42	43,05	55,46	U=2313,5 p=0,069
		Moterys	83	55,66	23,59	50,51	60,81	
ŠVN	Susirgimas apsunkino pacientų finansinę būklę	Vyrai	69	55,46	13,11	52,31	58,61	U=2690,5 p=0,692
		Moterys	81	54,98	13,60	51,97	57,99	
	Pacientų pasitenki- nimas šeimos para- ma ir bendravimu	Vyrai	69	50,65	12,89	47,56	53,75	U=2532,5 p=0,319
		Moterys	81	52,96	11,72	50,37	55,55	
	Pacientų pasiten- kinimas draugų ir kaimynų parama ir bendravimu	Vyrai	69	45,99	12,48	42,99	48,99	U=2351,0 p=0,088
		Moterys	81	48,72	11,09	46,27	51,18	
	Yra žmogus kuriam rūpi paciento jausmai ir pergyvenimai	Vyrai	69	53,91	23,09	48,37	59,46	U=2678,0 p=0,648
		Moterys	81	56,05	22,45	51,08	61,01	

PN – piktybiniai navikai, ŠVN – širdies veiklos nepakankamumas. U– Mano-Vitnio kriterijus.

Onkologinių ir širdies ligomis sergančiųjų skirstinys socialinės sveikatos charakteristikų vidurkis (balais) amžiaus grupėse pateiktas 3.2.2 lentelėje. Analizuojant onkologinius pacientus amžiaus grupėse buvo nustatyta, kad santykiai su šeima, draugais ir kaimynais svarbesni 30–54 metų, negu 65–74 metų ir 75 metų ir vyresniems pacientams ($\chi^2=7,780$, $lfs=2$, $p=0,02$).

65–74 metų asmenims labiausia svarbu (59,06 proc.), kad yra žmogus su kuriuo gali pasidalinti jausmais ir rūpesčiais.

Vertinant širdies ligomis sergančius pacientus amžiaus grupėse buvo nustatyta, kad 55–64 metų asmenims labiausiai rūpėjo finansinės problemos (vidurkis 61,28 balai), lyginant su 75 metų ir vyresniais asmenimis. Kitos socialinės paramos charakteristikos lyties grupėse reikšmingai nesiskyrė (3.2.2 lentelė).

3.2.2 lentelė. *Paliatyviųjų onkologinių ir širdies ligomis sergančiųjų socialinės sveikatos charakteristikų vidurkių (balais) skirstinys amžiaus grupėse*

Ligos	Požymiai	Amžius (metais)	N	Vidurkis	SN	95 proc. PI		Reikšmingumas
						Apatinė riba	Viršutinė riba	
PN	Susirgimas apsun- kino pacientų finansinę būklę	30–54 m.	12	53,89	12,54	45,92	61,86	$\chi^2=3,210$ lls=3 p=0,475
		55–64 m.	19	52,28	16,96	44,10	60,46	
		65–74 m.	66	48,48	12,95	45,30	51,67	
		≥75 m.	53	48,05	9,09	45,54	50,56	
	Pacientų pasiten- kinimas šeimos parama ir bend- ravimu	30–54 m.	12	60,00*	9,77	53,79	66,21	$\chi^2=7,780$, lls=2, p=0,02
		55–64 m.	19	50,53	9,70	45,85	55,20	
		65–74 m.	66	54,85*	11,73	51,96	57,73	
		≥75 m.	53	48,58*	9,11	46,07	51,10	
	Pacientų pasiten- kinimas draugų ir kaimynų parama ir bendravimu	30–54 m.	12	43,33	9,21	37,48	49,18	$\chi^2=1,142$ lls=3 p=0,767
		55–64 m.	19	43,51	11,63	37,91	49,11	
		65–74 m.	66	44,14	12,08	41,17	47,11	
		≥75 m.	53	43,14	10,51	40,25	46,04	
	Yra žmogus kuriam rūpi paciento jausmai ir pergyvenimai	30–54 m.	12	43,33	22,29	29,17	57,50	$\chi^2=4,283$ lls=3 p=0,499
		55–64 m.	19	56,84	23,35	45,59	68,09	
		65–74 m.	66	59,09	25,88	52,73	65,45	
		≥75 m.	53	45,66	21,62	39,70	51,62	
ŠVN	Susirgimas apsun- kino pacientų finansinę būklę	30–54 m.	2	43,34	4,72	0,96	85,71	$\chi^2=0,872$ lls=3, p=0,350
		55–64 m.	26	61,28	12,79	56,12	66,45	
		65–74 m.	45	56,31	13,75	52,16	60,43	
		≥75 m.	77	52,81	12,74	49,92	55,71	
	Pacientų pasiten- kinimas šeimos parama ir bend- ravimu	30–54 m.	2	67,50	17,68	-91,33	226,33	$\chi^2=0,922$ lls=3, p=0,450
		55–64 m.	26	47,88	12,42	42,87	52,90	
		65–74 m.	45	51,44	12,73	47,62	55,27	
		≥75 m.	77	53,12	11,56	50,49	55,74	

3.2.2 lentelės tęsinys

Ligos	Požymiai	Amžius (metais)	N	Vidurkis	SN	95 proc. PI		Reikšmingumas
						Apatinė riba	Viršutinė riba	
ŠVN	Pacientų pasitenkinimas draugų ir kaimynų parama ir bendravimu	30–54 m.	2	50,00	23,57	–161,81	261,81	$\chi^2=3,854$ lls=3 p=0,278
		55–64 m.	26	47,69	9,922	43,69	51,70	
		65–74 m.	45	44,89	12,50	41,13	48,65	
		≥75 m.	77	48,83	11,67	46,18	51,48	
	Yra žmogus kuriam rūpi paciento jausmai ir išgyvenimai	30–54 m.	2	70,00	42,43	–311,19	451,19	$\chi^2=3,110$ lls=3 p=0,375
		55–64 m.	26	50,77	20,58	42,46	59,08	
		65–74 m.	45	57,33	22,80	50,48	64,18	
		≥75 m.	77	54,81	23,03	49,58	60,03	

*p<0,05. PN – piktybiniai navikai, ŠVN – širdies veiklos nepakankamumas.

Paliatyviųjų onkologinėmis ir širdies ligomis sergančiųjų skirstinys socialinės sveikatos charakteristikų vidurkis (balais) išsimokslinimo grupėse pateiktas 3.2.3 lentelėje. Tiriant onkologinėmis ligomis sergančiųjų socialinės sveikatą išsimokslinimo grupėse (balais) nustatyta, kad asmenys, turintys aukštąjį universitetinį išsimokslinimą, aukštesniais balais vertino teiginį, kad šalia yra žmogus, kuriam galima išsakyti rūpesčius ir jausmus, lyginant su asmenimis, turinčiais specialųjį vidurinį ar aukštesnįjį išsimokslinimą, atitinkamai 60,00 balų ir 43,48 balo (p<0,05) (3.2.3 lentelė).

Analizuojant širdies ligomis sergančiųjų pacientų duomenis buvo nustatyta, kad asmenys, turintys specialųjį vidurinį ar aukštesnįjį išsimokslinimą, aukštesniais balais (57,33 balų) vertino atsiradusias finansines problemas. Aukštąjį universitetinį išsimokslinimą turintys pacientai labiausiai vertino (54,70 balo) gerus santykius su šeima, draugais ir kaimynais bei artimo žmogau (64,00 balų), su kuriu galima pasidalinti rūpesčiais ir jausmais, turėjimą (3.2.3 lentelė).

3.2.3 lentelė. Onkologinėmis ir širdies ligomis sergančiųjų socialinės sveikatos požymių vidurkių (balais) skirstinys išsimokslinimo grupėse

Ligos	Požymiai	Išsilavinimas	N	Vidurkis	SN	95 proc. PI		Reikšminumas
						Apatinė riba	Viršutinė riba	
PN	Susirgimas apsun- kino pacientų finansinę būklę	Pradinis	43	48,99	11,16	45,56	52,43	$\chi^2=1,142$ lls=3 p=0,767
		Vidurinis	54	49,75	13,38	46,10	53,40	
		Aukštes- nysis, spec. vidurinis	23	51,02	12,33	45,68	56,35	
		Aukštasis univ.	30	47,33	12,30	42,74	51,93	
	Pacientų pasiten- kinimas šeimos parama ir bendravimu	Pradinis	43	50,58	9,65	47,61	53,55	$\chi^2=2,881$ lls=3 p=0,410
		Vidurinis	54	52,50	11,27	49,42	55,58	
		Aukštes- nysis, spec. vidurinis	23	51,74	10,62	47,15	56,33	
		Aukštasis univ.	30	55,83	12,18	51,28	60,38	
	Pacientų pasiten- kinimas draugų ir kaimynų parama ir bendravimu	Pradinis	43	45,74	11,04	42,34	49,13	$\chi^2=3,916$ lls=3 p=0,271
		Vidurinis	54	41,36	10,55	38,48	44,24	
		Aukštes- nysis, spec. vidurinis	23	43,48	10,22	39,06	47,90	
		Aukštasis univ.	30	44,89	12,86	40,09	49,69	
	Yra žmogus kuriam rūpi paciento jausmai ir išgyvenimai	Pradinis	43	53,49	26,08	45,46	61,52	$\chi^2=6,283$ lls=3 p=0,099
		Vidurinis	54	52,22	25,60	45,23	59,21	
		Aukštes- nysis, spec. vidurinis	23	43,48*	20,58	34,58	52,38	
		Aukštasis univ.	30	60,00*	21,66	51,91	68,09	
ŠVN	Susirgimas apsun- kino pacientų finansinę būklę	Pradinis	41	52,36	14,107	47,91	56,81	$\chi^2=2,898$ lls=3 p=0,408
		Vidurinis	64	56,46	13,44	53,10	59,81	
		Aukštes- nysis, spec. vidurinis	25	57,33	11,39	52,63	62,03	
		Aukštasis univ.	20	54,33	13,56	47,99	60,68	

3.2.3 lentelė. *Onkologinėmis ir širdies ligomis sergančiųjų socialinės sveikatos požymių vidurkių (balais) skirstinys išsimokslinimo grupėse*

Ligos	Požymiai	Išsilavinimas	N	Vidurkis	SN	95 proc. PI		Reikšmingumas
						Apatinė riba	Viršutinė riba	
ŠVN	Pacientų pasitenkinimas šeimos parama ir bendravimu	Pradinis	41	53,54	10,56	50,20	56,87	$\chi^2=3,110$ lls=3 p=0,375
		Vidurinis	64	51,56	12,15	48,53	54,60	
		Aukštesnysis, spec. vidurinis	25	47,80	14,07	41,99	53,61	
		Aukštasis univ.	20	54,75	13,13	48,61	60,89	
	Pacientų pasitenkinimas draugų ir kaimynų parama ir bendravimu	Pradinis	41	45,85	11,57	42,20	49,50	$\chi^2=4,574$ lls=3 p=0,206
		Vidurinis	64	46,77	10,98	44,03	49,51	
		Aukštesnysis, spec. vidurinis	25	52,27	13,70	46,61	57,92	
		Aukštasis univ.	20	47,00	11,54	41,60	52,40	
	Yra žmogus kuriam rūpi paciento jausmai ir išgyvenimai	Pradinis	41	51,71	24,07	44,11	59,31	$\chi^2=4,873$ p=0,181
		Vidurinis	64	55,31	21,30	49,99	60,63	
		Aukštesnysis, spec. vidurinis	25	52,80	21,51	43,92	61,68	
		Aukštasis univ.	20	64,00	24,79	52,40	75,60	

PN – piktybiniai navikai, ŠVN – širdies veiklos nepakankamumas.

Pagal Likerto skalę (maksimalus įvertis 100 balų) nustatėme onkologinių ir širdies ligomis sergančiųjų bendravimą lyties, amžiaus ir išsimokslinimo grupėse (3.2.4 lentelė). Nustatyta, kad onkologinėmis ligomis sergančios moterys bendrauti linkusios labiau negu vyrai, atitinkamai 85,93 ir 82,85 balai ($p<0,05$). Vertinant duomenis amžiaus bei išsimokslinimo grupėse buvo nustatyta, kad labiau linkę bendrauti vyresnio amžiaus asmenys ir asmenys, turintys pradinį išsimokslinimą.

Vertinant sergančiųjų širdies ligomis duomenis nustatyta, kad labiausiai bendrauti linkę vyrai (82,70 balo). Analizuojant duomenis amžiaus ir išsimokslinimo grupėse buvo nustatyta, kad labiau norėtų bendrauti vyresnio amžiaus pacientai (65 metų ir vyresni) ir turintys pradinį išsimokslinimą pacientai (84,29 balų) (3.2.4 lentelė).

3.2.4 lentelė. Sergančiųjų onkologinėmis ir širdies ligomis, pageidavimo bendrauti vidurkiai (balais) skirstinys lyties, amžiaus ir išsimokslinimo grupėse

Ligos	Lytis / amžius/ išsimokslinimas	N	Vidur- kis	SN	95 proc. PI		Reikšmin- gumas
					Apatinė riba	Viršutinė riba	
PN	Vyrai	67	82,85*	9,39	80,56	85,14	U=2271,0 p=0,049
	Moterys	83	85,93*	9,07	83,95	87,91	
ŠVN	Vyrai	69	82,70	9,54	80,40	84,99	U=2556,5 p=0,361
	Moterys	81	80,53	12,74	77,71	83,35	
PN	30–54 m.	12	82,17	8,82	76,56	87,77	$\chi^2=1,506$ p=0,681
	55–64 m.	19	84,53	9,54	79,93	89,13	
	65–74 m.	66	84,94	10,25	82,42	87,46	
	≥75 m.	53	84,62	8,23	82,35	86,89	
ŠVN	30–54 m.	2	80,00	18,38	85,18	245,18	$\chi^2=4,795$ p=0,187
	55–64 m.	26	77,69	13,10	72,40	82,98	
	65–74 m.	45	84,47	9,32	81,67	87,27	
	≥75 m.	77	81,14	11,53	78,53	83,76	
PN	Pradinis	43	86,05	8,95	83,29	88,80	$\chi^2=2,328$ p=0,507
	Vidurinis	54	84,74	9,14	82,25	87,24	
	Aukštesnysis, spec. vidurinis	23	82,91	10,39	78,42	87,41	
	Aukštasis univ.	30	83,33	9,38	79,83	86,84	
ŠVN	Pradinis	41	84,29	10,76	80,90	87,69	$\chi^2=4,873$ p=0,181
	Vidurinis	64	81,77	9,974	79,27	84,26	
	Aukštesnysis, spec. vidurinis	25	78,36	14,39	72,42	84,30	
	Aukštasis univ.	20	79,05	12,10	73,39	84,71	

* p<0,05. PN – piktybiniai navikai, ŠVN – širdies veiklos nepakankamumas. U – Mano-Vitnio kriterijus.

Apibendrinę gautus duomenis galime teigti, kad onkologinėmis ligomis sergančiųjų šeima priimant paliatyviosios pagalbos sprendimus dalyvavo retai. Dažniausiai iš šeimos narių paramą gavo jaunesnio amžiaus (30–54 m.) onkologinėmis ligomis sergantieji. Jaunesni ir vyriausi pacientai stokojo žmogaus, su kuriuo galėtų nuoširdžiai pasidalinti rūpesčiais ir jausmais, kad juos nuramintų. Jaunesnio amžiaus pacientų onkologinė liga sukėlė šeimos nariams stresą dažniau, negu vyresnio amžiaus pacientų šeimos nariams. Jaunesnio amžiaus onkologinėmis ligomis sergantys pacientai aukščiausiais balais įvertino gerus santykius su šeima, draugais, kaimynais, jie norėtų daugiau paramos iš šeimos narių.

Širdies ligomis sergantieji jaunesnio amžiaus pacientai dažniau jautė izoliuoti nuo šeimos. Jie pageidavo daugiau gauti paramą iš šeimos narių. Asmenys, turintys specialųjį vidurinį ar aukštesnįjį išsimokslinimą, reikšmingai dažniau jautė izoliaciją nuo draugų ir artimųjų. Jie stokojo žmogaus, su kuriuo galėtų pasidalinti savo rūpesčiais, jausmais ir sielvartu.

Širdies ligomis sergantieji didžiausią rūpestį nurodė: finansines problemas ir poreikį turėti žmogų, su kuriuo galėtų pasidalinti rūpesčiais ir jausmais. Pusė pacientų buvo patenkinti šeimos parama, draugų ir kaimynų pagalba. Nepriklausomai nuo lyties, amžiaus ir išsimokslinimo, visi pacientai bendravimą su šeima ir draugais bei kaimynais įvertino aukštais balais.

3.3. Tiriamųjų psichikos sveikatos sutrikimai

Naudojant HAD skalę nustatyta, kad onkologiniams pacientams labai dažnai pasireiškia nerimo simptomai – vyrams (89,6 proc.), moterims (84,3 proc.). Depresijos simptomai taip pat pasireiškė dažnai: vyrams – 89,6 proc., moterims – 94,0 proc. (3.3.1 lentelė).

Sergantiesiems širdies ligomis, išreikšto nerimo simptomų dažnumas nesiskyrė nuo sergančiųjų onkologinėmis ligomis (vyrų – 95,7 proc. moterų – 87,7 proc.).

3.3.1 lentelė. *Paliatyviųjų pacientų, sergančiųjų onkologinėmis ir širdies ligomis, nerimo ir depresijos simptomų skirstinys lyties grupėse (proc.)*

Ligos	Sutrikimas	Kintamieji	Vyrai, proc.	Moterys, proc.	Reikšmingumas
PN	Nerimo simptomai	Vidutiniškai	10,4	15,7	$\chi^2=0,872$
		Labai	89,6	84,3	l/s=1, p=0,350
	Depresijos simptomai	Vidutiniškai	10,4	6,0	$\chi^2=0,984$
		Labai	89,6	94,0	l/s=1, p=0,321
ŠVN	Nerimo simptomai	Vidutiniškai	15,9	19,8	$\chi^2=0,367$
		Labai	84,1	80,2	l/s=1, p=0,545
	Depresijos simptomai	Vidutiniškai	4,3	12,3	$\chi^2=3,011$,
		Labai	95,7	87,7	l/s=1, p=0,083

PN – piktybiniai navikai, ŠVN – širdies veiklos nepakankamumas.

Onkologinėmis ligomis sergančiųjų vyrų depresijos ir nerimo simptomai buvo dažni visose amžiaus grupėse (3.3.2 lentelė). Taip pat ir sergančiųjų širdies ligomis nerimo ir depresijos simptomai buvo ryškiai išreikšti visose amžiaus grupėse ir dažnumas nepriklausė nuo amžiaus (3.3.2 lentelė).

3.3.2 lentelė. *Paliatyviųjų pacientų, sergančių onkologinėmis ir širdies ligomis, nerimo ir depresijos simptomų skirstinys amžiaus grupėse (proc.)*

Ligos	Sutrikimai	Kintamieji	30–54 m.	55–64 m.	65–74 m.	≥75 m.	Reikšmin- gumas
			proc.				
PN	Nerimo simptomai	Vidutiniškai	0,0	5,3	13,6	18,9	$\chi^2=4,327$, lls=3, p=0,229
		Labai	100,0	94,7	86,4	81,1	
	Depresijos simptomai	Vidutiniškai	8,3	0,0	12,1	5,7	$\chi^2=3,571$, lls=3, p=0,286
		Labai	91,7	100,0	87,9	94,3	
ŠVN	Nerimo simptomai	Vidutiniškai	50,0	19,2	24,4	13,0	$\chi^2=3,991$, lls=3, p=0,224
		Labai	50,0	80,8	75,6	87,0	
	Depresijos simptomai	Vidutiniškai	0,0	11,5	11,1	6,5	$\chi^2=1,260$, lls=6, p=0,686
		Labai	100,0	88,5	88,9	93,5	

PN – piktybiniai navikai, ŠVN – širdies veiklos nepakankamumas.

Depresijos ir nerimo simptomų dažnumas išsimokslinimo grupėse tiek tarp onkologinių, tiek širdies ligomis sergančiųjų reikšmingai nesiskyrė (3.3.3 lentelė).

3.3.3 lentelė. *Paliatyviųjų pacientų, sergančių onkologinėmis ir širdies ligomis, nerimo ir depresijos simptomų skirstinys išsimokslinimo grupėse (proc.)*

Ligos	Sutrikimai	Kintamieji	Pra- dinis	Vidu- rinis	Aukštes- nysis, spec. vidurinis	Aukštasis universi- tetinis	Reikšmin- gumas
			proc.				
PN	Nerimo simptomai	Vidutiniškai	16,3	16,7	17,4	0,0	$\chi^2=5,785$, lls=3, p=0,128
		Labai	83,7	83,3	82,6	100,0	
	Depresijos simptomai	Vidutiniškai	14,0	3,7	4,3	10,0	$\chi^2=4,005$, lls=3, p=0,270
		Labai	86,0	96,3	95,7	90,0	
ŠVN	Nerimo simptomai	Vidutiniškai	12,2	14,1	28,0	30,0	$\chi^2=5,253$, lls=3, p=0,154
		Labai	87,8	85,9	72,0	70,0	
	Depresijos simptomai	Vidutiniškai	9,8	6,3	16,0	5,0	$\chi^2=2,572$, lls=3, p=0,486
		Labai	90,2	93,8	84,0	95,0	

PN – piktybiniai navikai, ŠVN – širdies veiklos nepakankamumas.

Analizuojant onkologinėmis ligomis sergančių pacientų psichologinę būseną, pagal mūsų sudarytą anketą (4 priedas), nustatyta, kad savimi pasitikėjo 29,9 proc. vyrai ir 36,1 proc. moterų (3.3.4 lentelė). Vidinę ramybę jautė tik 19,4 proc. vyrų ir 20,5 proc. moterų. Vidinė ramybė padėjo 19,4 proc. vyrams ir 20,5 proc. moterims. Iš onkologinių pacientų 77,6 proc. vyrų ir 69,9 proc. moterų nebuvo patenkintos tuo kaip susitvarko su savo liga (ligos įveika). Tolerantiški kitiems buvo tik 10,4 proc. vyrų ir 6,0 proc. moterų (3.3.4 lentelė).

Širdies ligomis sergančiųjų psichologinė būseną daug geresnė. Nustatyta, kad savimi pasitikėjo 69,6 proc. vyrų ir 61,7 proc. moterų. Vidinę ramybę jautė 60,9 proc. vyrų ir 59,3 proc. moterų. Vidinė ramybė reikšmingai dažniau padėjo 29,0 proc. vyrų ir 19,8 proc. moterų. ($\chi^2=7,880$, $l=2$, $p=0,022$). Iš širdies ligomis tuo, kaip susitvarko su savo liga, buvo patenkinti sergančiųjų 14,5 proc. vyrų ir 6,2 proc. moterų. Vyrai ir moterys buvo vienodai pakantūs kitiems (atitinkamai 14,5 proc. ir 11,1 proc.).

3.3.4 lentelė. *Sergančiųjų onkologinėmis ir širdies ligomis, psichologinės būsenos skirstinys lyties grupėse (proc.)*

Požymiai	Ligos	Kintamieji	Vyrai	Moterys	Reikšmin- gumas
			proc.		
Pasitikėjimas savimi	PN	Ne	37,3	27,7	$\chi^2=1,626$ lls=2, p=0,451
		Nei taip, nei ne	32,8	36,1	
		Taip	29,9	36,1	
	ŠVN	Ne	0,0	0,0	$\chi^2=1,010$, lls=1, p=0,315
		Nei taip, nei ne	30,4	38,3	
		Taip	69,6	61,7	
Vidinė ramybė	PN	Ne	61,2	59,0	$\chi^2=0,072$, lls=2, p=0,965
		Nei taip, nei ne	19,4	20,5	
		Taip	19,4	20,5	
	ŠVN	Ne	34,8	25,9	$\chi^2=5,072$, lls=2, p=0,083
		Nei taip, nei ne	4,3	14,8	
		Taip	60,9	59,3	
Padeda vidinė ramybė	PN	Ne	61,2	59,0	$\chi^2=0,072$ lls=2, p=0,965
		Nei taip, nei ne	19,4	20,5	
		Taip	19,4	20,5	
	ŠVN	Ne	62,3	54,3	$\chi^2=7,880$, lls=2, p=0,022
		Nei taip, nei ne	8,7	25,9	
		Taip	29,0*	19,8*	

3.3.4 lentelė. *Sergančiųjų onkologinėmis ir širdies ligomis, psichologinės būsenos skirstinys lyties grupėse (proc.)*

Požymiai	Ligos	Kintamieji	Vyrai	Moterys	Reikšmin- gumas
			proc.		
Pasitenkinimas ligos įveika	PN	Ne	77,6	69,9	$\chi^2=4,107$, lls=2, p=0,132
		Nei taip, nei ne	17,9	15,7	
		Taip	4,5	14,5	
	ŠVN	Ne	69,6	76,5	$\chi^2=2,867$, lls=2, p=0,255
		Nei taip, nei ne	15,9	17,3	
		Taip	14,5	6,2	
Pakantumas kitiems	PN	Ne	70,1	81,9	$\chi^2=2,886$, lls=2, p=0,247
		Nei taip, nei ne	19,4	12,0	
		Taip	10,4	6,0	
	ŠVN	Ne	65,2	77,8	$\chi^2=3,200$, lls=2, p=0,200
		Nei taip, nei ne	20,3	11,1	
		Taip	14,5	11,1	

*p<0,05. PN – piktybinis navikas, ŠVN – širdies veiklos nepakankamumas.

Analizuojant onkologinėmis ligomis sergančiųjų psichologinės būsenos sutrikimus pagal amžiaus grupes nustatyta, kad reikšmingai dažniau pasitikėjo savimi jaunesnio 30–54 m. ir 55–64 m. amžiaus grupės pacientai (91,7 proc. ir 52,6 proc.) negu 75 metų ir vyresni (9,4 proc.) (3.3.5 lentelė). Šis skirtumas reikšmingas ($\chi^2=43,553$, lls=6, p=0,0005). Vidinę ramybę dažniausiai (21,1 proc.) jautė 55–64 m. amžiaus grupės pacientai. Vidinė ramybė padėjo tik kas dešimtam pacientui. Ligos įveika buvo patenkinti dažniau 30–54 m. amžiaus (33,3 proc.) pacientai, labiausiai nepatenkinti 75 metų ir vyresnio amžiaus (7,5 proc.) respondentai. Dažniausiai (33,3 proc.) pakantūs kitiems 30–54 m. amžiaus grupės pacientai, mažiausiai pakantūs buvo 65–74 m. ir 75 metų bei vyresni pacientai (3.3.5 lentelė).

Širdies ligomis sergančiųjų pacientų savimi dažniausiai pasitikėjo vyresnio 55–64 m. (42,3 proc.) ir 65–74 m. (40,0 proc.) amžiaus grupių pacientai ($\chi^2=11,603$, lls=6, p=0,05). Vidinę ramybę dažniausiai jautė 55–64 m. amžiaus grupės pacientai (19,2 proc.). Kad jautė vidinę ramybę, nurodė nė vienas 30–54 m. amžiaus grupės pacientas. Patenkinti ligos įveika (50,0 proc.) 30–54 m. amžiaus grupės pacientų. Pakantumą (toleranciją) kitiems dažniausiai (50,0 proc.) nurodė jaunesnio (30–54 m.) amžiaus pacientai (3.3.5 lentelė).

3.3.5 lentelė. Sergančiųjų onkologinėmis ir širdies ligomis, psichologinės būsenos skirstinys amžiaus grupėse (proc.)

Požymiai	Ligos	Kintamieji	30–54 m.	55–64 m.	65–74 m.	≥75 m.	Reikšmin- gumas
			proc.				
Pasitikė- jimas savimi	PN	Ne	8,3	42,1	34,8	47,2	$\chi^2=43,553$, lls=6, p=0,0005
		Nei taip, nei ne	0,0	5,3	40,9	43,4	
		Taip	91,7*	52,6*	24,2	9,4*	
	ŠVN	Ne	100,0	23,1	33,3	33,8	$\chi^2=11,603$, lls=6, p=0,05
		Nei taip, nei ne	0,0	34,6	26,7	44,2	
		Taip	0,0	42,3*	40,0*	22,1*	
Vidinė ramybė	PN	Ne	83,3	57,9	69,7	62,3	$\chi^2=6,382$, lls=6, p=0,384
		Nei taip, nei ne	16,7	21,1	24,2	24,5	
		Taip	0,0	21,1	6,1	13,2	
	ŠVN	Ne	50,0	73,1	62,2	74,0	$\chi^2=9,540$, lls=6, p=0,143
		Nei taip, nei ne	50,0	7,7	20,0	20,8	
		Taip	0,0	19,2	17,8	5,2	
Padeda vidinė ramybė	PN	Ne	58,3	78,9	66,7	64,2	$\chi^2=2,696$, lls=6, p=0,864
		Nei taip, nei ne	33,3	10,5	24,2	24,5	
		Taip	8,3	10,5	9,1	11,3	
	ŠVN	Ne	100,0	61,5	66,7	51,9	$\chi^2=4,485$, lls=6, p=0,607
		Nei taip, nei ne	0,0	26,9	20,0	28,6	
		Taip	0,0	11,5	13,3	19,5	
Pasiten- kinimas ligos įveika	PN	Ne	25,0	63,2	50,0	56,6	$\chi^2=9,757$, lls=6, p=0,123
		Nei taip, nei ne	41,7	26,3	40,9	35,8	
		Taip	33,3	10,5	9,1	7,5	
	ŠVN	Ne	0,0	61,5	53,3	41,6	$\chi^2=7,856$, lls=6, p=0,244
		Nei taip, nei ne	50,0	15,4	28,9	24,7	
		Taip	50,0	23,1	17,8	33,8	
Pakan- tumas kitiems	PN	Ne	58,3	47,4	59,1	52,8	$\chi^2=3,421$, lls=6, p=0,768
		Nei taip, nei ne	8,3	31,6	21,2	26,4	
		Taip	33,3	21,1	19,7	20,8	
	ŠVN	Ne	50,0	53,8	60,0	42,9	$\chi^2=5,315$, lls=6, p=0,509
		Nei taip, nei ne	0,0	30,8	24,4	36,4	
		Taip	50,0	15,4	15,6	20,8	

*p<0,05. PN – piktybiniai navikai, ŠVN – širdies veiklos nepakankamumas.

Respondentų psichologinė būseną analizavome atsižvelgdami į pacientų išsimokslinimą (3.3.6 lentelė). Onkologinėmis ligomis sergantys pacientai, turintys specialųjį vidurinį ir aukštesnįjį išsimokslinimą, savimi pasitikėjo labiausiai (43,5 proc.). Vidinę ramybę dažniau jautė asmenys, turintieji pradinį (14,0 proc.) ir specialųjį vidurinį bei aukštesnįjį išsimokslinimą (13,0 proc.). Vidinė ramybė dažniausiai (16,3 proc.) padėjo baigusiems pradinės mokyklas. Kad patenkinti ligos įveika dažniausiai atsakė taip pat specialųjį vidurinį ir aukštesnįjį išsimokslinimą turintieji pacientai (17,4 proc.), bei baigusieji aukštąjį mokslą (16,7 proc.). Pacientai, turintieji aukštąjį universitetinį išsimokslinimą, dažniausiai buvo pakantūs kitiems (33,3 proc.) (3.3.6 lentelė).

Širdies ligomis sergantys pacientai, turintieji specialųjį vidurinį ir aukštesnįjį išsimokslinimą, savimi pasitikėjo dažniausiai (40,0 proc.). Asmenims, turintiesiems specialųjį vidurinį ir aukštesnįjį išsimokslinimą, vidinė ramybė dažniau padėjo lyginant su asmenimis, turinčiais pradinį išsimokslinimą – atitinkamai 28,0 proc. ir 9,8 proc. ($\chi^2=13,056$, $l_s=6$, $p=0,038$). Labiausiai patenkinti ligos įveika buvo asmenys, turintieji specialųjį vidurinį ir aukštesnįjį išsimokslinimą (36,0 proc.).

3.3.6 lentelė. *Sergančiųjų onkologinėmis ir širdies ligomis, psichologinės būsenos skirstinys išsimokslinimo grupėse (proc.)*

Požymiai	Ligos	Kintamieji	Pradinis	Vidurinis	Aukštesnysis, spec. vidurinis	Aukštasis universitetinis	Reikšmingumas
			proc.				
Pasitenkinimas savimi	PN	Ne	44,2	38,9	17,4	43,3	$\chi^2=9,849$, lls=6, p=0,134
		Nei taip, nei ne	37,2	37,0	39,1	20,0	
		Taip	18,6	24,1	43,5	36,7	
	ŠVN	Ne	29,3	32,8	36,0	35,0	$\chi^2=3,341$, lls=6, p=0,773
		Nei taip, nei ne	41,5	40,6	24,0	30,0	
		Taip	29,3	26,6	40,0	35,0	
Vidinė ramybė	PN	Ne	60,5	63,0	78,3	73,3	$\chi^2=5,933$, lls=6, p=0,440
		Nei taip, nei ne	25,6	27,8	8,7	23,3	
		Taip	14,0	9,3	13,0	3,3	
	ŠVN	Ne	70,7	67,2	80,0	65,0	$\chi^2=2,332$, lls=6, p=0,891
		Nei taip, nei ne	19,5	18,8	12,0	25,0	
		Taip	9,8	14,1	8,0	10,0	

3.3.6 lentelės tęsinys.

Požymiai	Ligos	Kintamieji	Pradinis	Vidurinis	Aukštesnysis, spec. vidurinis	Aukštasis universitetinis	Reikšmingumas
			proc.				
Padeda vidinė ramybė	PN	Ne	62,8	66,7	69,6	70,0	$\chi^2=5,216$, lls=6, p=0,526
		Nei taip, nei ne	20,9	27,8	26,1	16,7	
		Taip	16,3	5,6	4,3	13,3	
	ŠVN	Ne	56,1	64,1	44,0	65,0	$\chi^2=13,056$ lls=6, p=0,038
		Nei taip, nei ne	34,1	15,6	28,0	35,0	
		Taip	9,8*	20,3	28,0*	0,0	
Pasitenkinimas ligos įveika	PN	Ne	55,8	50,0	43,5	56,7	$\chi^2=5,017$, lls=6, p=0,545
		Nei taip, nei ne	37,2	42,6	39,1	26,7	
		Taip	7,0	7,4	17,4	16,7	
	ŠVN	Ne	34,1	53,1	56,0	50,0	$\chi^2=8,687$, lls=6, p=0,196
		Nei taip, nei ne	31,7	25,0	8,0	30,0	
		Taip	34,1	21,9	36,0	20,0	
Pakantumas kitiems	PN	Ne	46,5	66,7	52,2	50,0	$\chi^2=7,655$, lls=6, p=0,271
		Nei taip, nei ne	30,2	20,4	26,1	16,7	
		Taip	23,3	13,0	21,7	33,3	
	ŠVN	Ne	36,6	57,8	52,0	50,0	$\chi^2=8,596$, lls=6, p=0,199
		Nei taip, nei ne	43,9	29,7	20,0	25,0	
		Taip	19,5	12,5	28,0	25,0	

*p<0,05. PN – piktybiniai navikai, ŠVN – širdies veiklos nepakankamumas.

Respondentų suminiai psichikos sveikatos sutrikimai pagal lytį, amžių, išsimokslinimą nesiskyrė (5 priedo 7 lentelė).

Taigi nustatėme, kad onkologinėmis ir širdies ligomis sergantiems pacientams labai dažnai pasireiškė nerimo ir depresijos simptomai. Tai nuo lyties, amžiaus ir išsimokslinimo nepriklausė. Jaunesnio amžiaus onkologi-
nėmis ligomis sergantieji dažniau nepasitikėjo savimi negu vyresnio amžiaus. Vidinės ramybės nejautė taip pat dažniau jaunesnio amžiaus pacientai. Jie sunkiau susitvarko ir su liga.

Sergantys širdies ligomis vyresnio amžiaus pacientai dažniau pasitikėjo savimi ir dažniau jautė vidinę ramybę lyginant su jaunesniais pacientais. Dažniau su savo liga susitvarkė jaunesnio amžiaus pacientai. Vidinė ramybė dažniau padėjo pacientams, turintiems specialųjį vidurinį ir aukštesnįjį

bei specialųjį vidurinį išsimokslinimą, negu pacientams, turintiesiems pradinį išsimokslinimą. Savimi pasitikėjo vyresnio amžiaus pacientai.

3.4. Tiriamųjų dvasinės sveikatos sutrikimai

Analizuojant onkologinėmis ligomis sergančių pacientų religingumą, nustatyta, kad 4,7 proc. onkologinių pacientų teigė esantys nereligingi, 15,3 proc. abejojantys, 25,3 proc. tikintys nepraktikuojantys ir 54,7 proc. tikintys praktikuojantys. Širdies ligomis sergantys nei vienas nenurodė, kad yra netikintys, 21,3 proc. abejojantys, 22,7 proc. tikintys nepraktikuojantys ir 56,0 proc. tikintys praktikuojantys.

3.4.1. Pacientų Dievo buvimo pojūtis

Paliatyviųjų tiriamųjų, sergančių onkologinėmis ir širdies ligomis, dvasinės sveikatos (Dievo buvimo pojūčio) skirstinys lyties grupėse pateiktas 5 priedo 8 lentelėje. Nustatyta, kad onkologinių pacientų kasdieniuose darbuose Dievo buvimą dažniau jautė moterys (79,5 proc.), negu vyrai (65,7 proc.). Dauguma moterų dažniau (86,7 proc.) per visą gyvenimą jautė santykį su Dievu, negu vyrai (76,1 proc.). Tik 59,7 proc. vyrų meldamiesi jautė vidinę ramybę ir harmoniją, moterų – 72,3 proc. Rado jėgų tikėjime ir jautė palaimą religijoje bei Dievo meilę sau taip pat dažniau moterys (79,5 proc.) negu vyrai (65,7 proc.). Panašiai dauguma moterų jautė Dievo meilę per kitus žmones. Niekada nejautė Dievo buvimo 7,5 proc. vyrų ir 2,4 proc. moterų.

Paliatyviųjų, sergančiųjų onkologinėmis ir širdies ligomis Dievo buvimo pojūčio dažnumas amžiaus grupėse pateiktas 5 priedo 9 lentelėje. Nustatyta, kad vyriausio amžiaus onkologinėmis ligomis sergantys pacientai reikšmingai dažniau (83,0 proc.) jautė Dievo buvimą per visą gyvenimą negu jaunesni (50,0 proc.) ($\chi^2=13,020$, $lfs=6$, $p=0,0545$). Taip pat vyresnio amžiaus pacientai meldamiesi dažniau jautė vidinę ramybę, rado jėgų tikėjime, jautė Dievo meilę per kitus žmones. Nejautė Dievo buvimo dažniau 30–54 m. amžiaus grupės pacientai – 16,7 proc. Analizuojant paliatyviųjų respondentų Dievo buvimo pojūčio dažnį išsimokslinimo grupėse dauguma visų išsimokslinimo grupių pacientai jautė Dievo buvimą per visą gyvenimą (per 60 proc.). Reikšmingo skirtumo išsimokslinimo grupėse nebuvo nustatyta (5 priedo 10 lentelė).

Iš širdies ligomis sergančiųjų dažniau Dievo buvimą jautė vyrai (vyrai – 91,3 proc., moterys – 88,9 proc.). Dauguma moterų (91,4 proc.) ir vyrų (97,1 proc.) išgyveno Dievo buvimą per visą gyvenimą. Meldamiesi giliai vidinę ramybę jautė 91,4 proc. moterų ir 97,1 proc. vyrų. Kad tikėjime rado

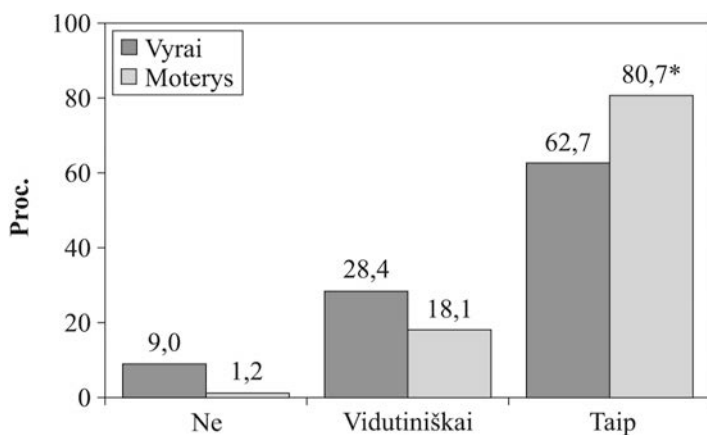
jėgų ir jautė palaimą, taip pat atsakė dauguma pacientų: vyrų – 92,8 proc., moterų – 88,9 proc. (priedo 8 lentelė). Širdies ligomis sergančiųjų dažnai (per 80 proc.) jautė Dievo buvimą visų amžiaus grupių pacientai. Amžiaus ir išsimokslinimo grupėse reikšmingo skirtumo nenustatyta (5 priedo 9 ir 10 lentelės).

Apibendrinant galima teigti, kad onkologinėmis ligomis sergančiosios moterys dažniau jautė Dievo buvimą per visą gyvenimą negu vyrai. Rado jėgų tikėjime ir jautė palaimą religijoje taip pat moterys. Dievo buvimą per visą gyvenimą jautė vyresnio amžiaus pacientai.

Dauguma širdies ligomis sergančiųjų jautė Dievo buvimą, vyrai jautė dažniau negu moterys. Amžiaus ir išsimokslinimo pacientų grupėse reikšmingo skirtumo nenustatyta.

3.4.2. Pacientų dvasinis santykis su Dievu

Paliatyviųjų, sergančiųjų onkologinėmis ligomis, dvasinis santykis su Dievu lyties grupėse pateiktas 5 priedo 11 lentelėje. Analizuojant paliatyviųjų pacientų dvasinį santykį su Dievu lyties grupėse nustatyta, kad moterys reikšmingai dažniau (80,7 proc.) prašė Dievo malonės per maldą lyginant su vyrais (62,7 proc.) ($p < 0,05$) (3.4.2.1 pav.).

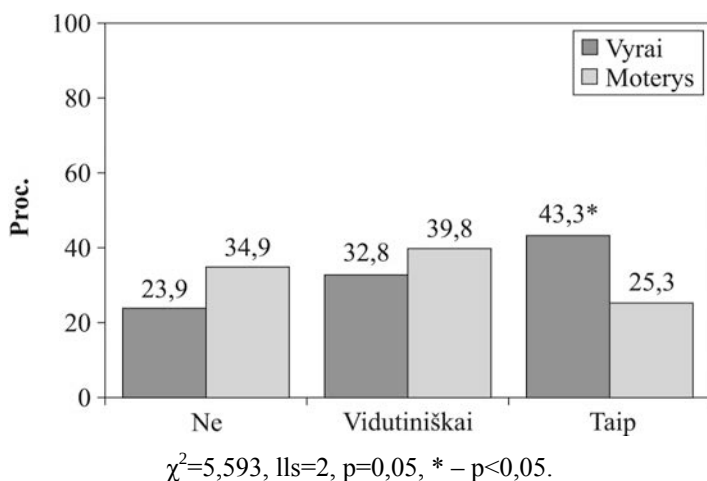


$$\chi^2=8,162, \text{ IIs}=2, p=0,016, * - p<0,05.$$

3.4.2.1 pav. *Sergančiųjų onkologinėmis ligomis, prašymo Dievo malonės per maldą, skirstinys lyties grupėse (proc.)*

Dauguma onkologinėmis ligomis sergantys (94,0 proc. moterų ir 86,6 proc. vyrų) nurodė, kad yra prasmė gyventi kai Dievas veikia jų gyvenime (priedo 11 lentelė). Dievo įsakymų laikėsi priimant kiekvieną sprendimą taip pat laikėsi dauguma pacientų (85,1 vyrų ir 91,6 proc. moterų). 94,0

proc. moterų ir 97,6 proc. vyrų nusidėję Dievo įsakymams buvo linkę atgailauti, kad jų Dievas neapleistų. Iš onkologinių pacientų galvojo, kad Dievas juos baudė, nurodė 55,2 proc. vyrų ir 63,9 proc. moterų. Pyko ant Dievo dauguma pacientų (77,6 proc. vyrų ir 84,3 proc. moterų) – galvoja, kad Dievas elgiasi su jais neteisingai. Dėl praėjusio gyvenimo kaltę jautė kas trečias pacientas. Dauguma pacientų teigė, kad labiau tapo religingesni ligos metu (atitinkamai 86,6 proc. vyrų ir 94,0 proc. moterų). Dėl artėjančios mirties jaudinosi daugiau nei 60 proc. pacientų. Kad gyvenimas neturi jokios reikšmės, dažniau nurodė vyrai (43,3 proc.), moterys (25,3 proc.) (3.4.2.2. pav.) ($\chi^2=5,593$, lls=2, $p=0,05$).

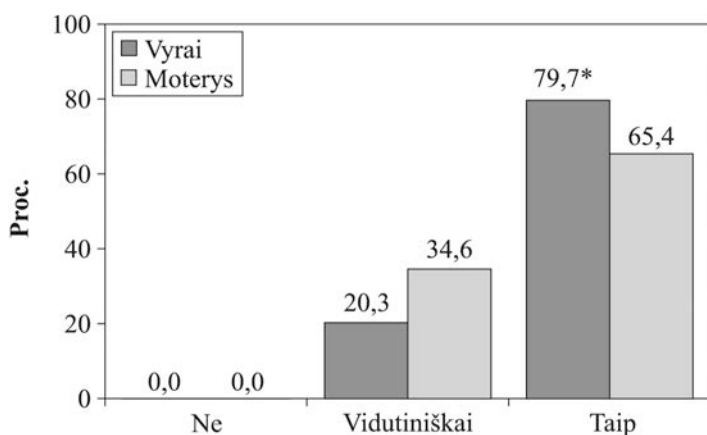


3.4.2.2 pav. *Sergančiųjų onkologinėmis ligomis ir jaučiančių, kad gyvenimas neturi jokios prasmės ar tikslo, skirstinys lyties grupėse (proc.)*

Sergančiųjų onkologinėmis ligomis, dvasinio santykio su Dievo skirstinys amžiaus grupėse pateiktas 5 priedo 12 lentelėje. Analizuojant sergančiųjų onkologinėmis ligomis dvasinį santykį su Dievu reikšmingai buvo nustatyta, kad jaunesnio amžiaus pacientai gyvenime Dievo įsakymų nesilaikė (16,7 proc.) ($\chi^2=16,801$, lls=6, $p=0,014$), buvo nenusiteikę melstis (16,7 proc.) ($\chi^2=13,337$, lls=6, $p=0,045$), kai nusidėdavo, nebuvo nelinkę atgailauti (16,7 proc.) ($\chi^2=16,431$, lls=6, $p=0,029$), galvojo, kad gyvenimas neturi jokios prasmės (83,3 proc.) ($\chi^2=16,672$, lls=6, $p=0,009$), lyginant su vyresnio amžiaus grupės pacientais. Seno amžiaus grupės pacientai reikšmingai dažniau jaudinosi dėl artėjančios mirties lyginant su jauniausio amžiaus grupės pacientais (73,6 proc.) ($\chi^2=13,214$, lls=6, $p=0,037$). Analizuojant dvasinį santykį su Dievu, išsimokslinimo grupėse reikšmingų skirtumų nenustatyta (5 priedo 13 lentelė). Sergantieji onkologinėmis ligomis, turintys aukštąjį universitetinį išsimokslinimą, dažniau prašė Dievo malonės per maldą (80,0

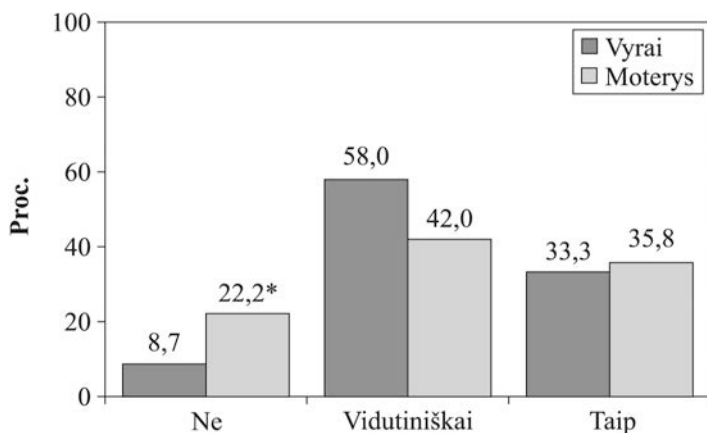
proc.), turėjo prasmę gyventi (96,7 proc.), tapo religingesni ligos metu (96,7 proc.) negu pradinio ar vidurinio išsimokslinimo pacientai. Tačiau jie dažniau pyko ant Dievo (86,7 proc.) (5 priedo 13 lentelė).

Iš sergančiųjų širdies ligomis dauguma (87,7 proc. moterų ir 92,8 proc. vyrų) tiriamųjų nurodė, kad yra prasmė gyventi, kai Dievas veikia jų gyvenime (5 priedo 11 lentelė). Dievo įsakymų priimant kiekvieną sprendimą taip pat laikėsi dauguma pacientų, Dievo įsakymų laikymasis buvo jų esminė gyvenimo vertybė. Sergantys širdies ligomis pacientai 46,4 proc. vyrų ir 44,4 proc. moterų teigė, kad Dievas juos baudžia. Beveik pusė vyrų ir moterų buvo nusivylę Dievu. Ligos metu labiau religingesniais tapo dauguma pacientų (92,8 proc. vyrų ir 86,4 proc. moterų). Nusidėdami buvo linkę atgailauti dauguma vyrų ir moterų. Nustatyta, kad vyrai reikšmingai dažniau jautė pyktį ant Dievo lyginant su moterimis (atitinkamai 79,7 proc. ir 65,4 proc.) ($p < 0,05$) (3.4.2.3 pav.). Moterys dažniau (22,2 proc.) nesijautė kaltos dėl savo elgesio praėjusiame gyvenime, negu vyrai (8,7 proc.) ($p < 0,05$) (3.4.2.4 pav.). Trečdalis pacientų teigė, kad gyvenimas neturi jokios prasmės. Dėl artėjančios mirties jaudinosi daugiau nei 60 proc. pacientų.



$\chi^2=3,768$, lls=2, $p=0,05$, * – $p < 0,05$.

3.4.2.3 pav. *Sergančiųjų širdies ligomis ir jaučiančių pyktį ant Dievo, skirstinys lyties grupėse (proc.)*



$\chi^2=6,259$, $lfs=2$, $p=0,044$, * – $p<0,05$.

3.4.2.4 pav. *Sergančiųjų širdies ligomis ir jaučiančių kaltę dėl savo elgesio praėjusiame gyvenime, skirstinys lyties grupėse (proc.)*

Vyresnio amžiaus sergantieji širdies ligomis dažniau prašė Dievo malonės per maldą (75,3 proc.) negu jaunesni (50,0 proc.) (5 priedo 12 lentelė). Dažniau pyko ant Dievo taip pat vyresnio amžiaus pacientai (71,4 proc.). Kaltę dažniau jautė jaunesnio (30–54 m) amžiaus pacientai (50,0 proc.) negu seni (31,2 proc.). Analizuojant pagal išsimokslinimą buvo nustatyta, kad turintys aukštąjį universitetinį išsimokslinimą reikšmingai dažniau bijojo, kad Dievas juos apleido (60,0 proc.) ($\chi^2=14,11$, $lfs=6$, $p=0,033$), kad jų emocinis ryšys su Dievu nestabilus (60,0 proc.) ($\chi^2=14,11$, $lfs=6$, $p=0,033$). Kad Dievas neatsako į jų maldavimus dažniau (96,0 proc.) ($\chi^2=8,844$, $lfs=3$, $p=0,030$) nurodė pacientai, turintys aukštesnįjį išsimokslinimą (5 priedo 13 lentelė).

Apibendrinant galiam teigti, kad pacientų dauguma turėjo santykį su Dievu. Santykis su Dievu sergantiems tiek onkologinėmis, tiek širdies ligomis buvo svarbus jų gyvenime, nes suteikė prasmę gyventi. Dauguma pacientų laikėsi Dievo įsakymų, buvo linkę atgailauti dėl savo elgesio. Suvokdami, jog liko gyventi nedaug, dauguma pacientų ligos metu tapo religingesni. Dėl artėjančios mirties jaudinosi daugiau nei pusė pacientų. Pusė tiriamųjų nurodė, kad Dievas juos baudžia ir yra neteisingas. Dažniau ant Dievo pyko širdies ligomis sergantieji vyrai negu moterys. Jaunesni onkologinėmis ligomis sergantys pacientai dvasinį santykį su Dievu, turėjo rečiau negu vyresnio amžiaus pacientai. Širdies ligomis sergantieji jaunesnio amžiaus pacientai tapo religingesni ligos metu. Sergantieji širdies ligomis turintys aukštąjį universitetinį išsimokslinimą, dažniau bijojo, kad Dievas juos apleido, jų emocinis ryšys su Dievu buvo nestabilus.

3.4.3. Pacientų sielovadinė parama

Tiriamųjų, sergančiųjų onkologinėmis ligomis, sielovadinės paramos poreikis lyties grupėse pateiktas 3.4.3.1 lentelėje. Sergančiųjų onkologinėmis ligomis sielovados poreikio dažnumas vyrų ir moterų grupėse reikšmingai nesiskyrė. Dauguma (per 80 proc.) jų pageidavo pastoracinės pagalbos ligoninėje tiek onkologinėmis, tiek širdies ligomis sergantieji. 70,1 proc. vyrų ir 67,5 proc. moterų turėjo pastoracinę praktiką (priėmė Švč. Sakramentus) gydomi ligoninėje. 71,6 proc. vyrų ir 78,3 proc. moterų ligoninėje meldėsi.

3.4.3.1 lentelė. *Onkologinėmis ir širdies ligomis sergančiųjų sielovados skirstinys lyties grupėse (proc.)*

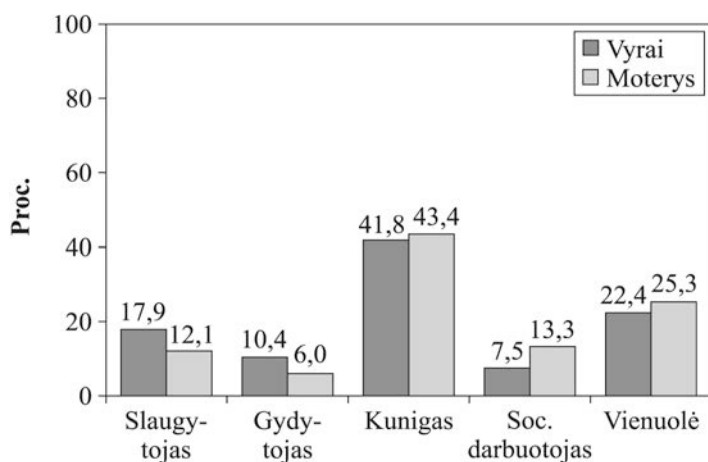
Požymiai	Ligos	Kinta- mieji	Vyrai	Moterys	Reikšmin- gumas
			proc.		
Pageidavimas pastoracinės pagalbos ligoninėje	PN	Ne	3,0	0,0	$\chi^2=2,847$
		Retai	11,9	15,7	lls=2,
		Dažnai	85,1	84,3	p=0,284
	ŠVN	Ne	0,0	0,0	$\chi^2=0,016$,
		Retai	13,0	12,3	lls=1,
		Dažnai	87,0	87,7	p=0,898
Pastoracinę praktika ligoninėje (Švč. Sakramentų priėmimas)	PN	Ne	3,0	0,0	$\chi^2=2,913$,
		Retai	26,9	32,5	lls=2,
		Dažnai	70,1	67,5	p=0,260
	ŠVN	Ne	0,0	0,0	$\chi^2=0,049$,
		Retai	27,5	25,9	lls=1,
		Dažnai	72,5	74,1	p=0,824
Meldžiasi į Dievą ligoninėje	PN	Ne	11,9	3,6	$\chi^2=3,782$,
		Retai	16,4	18,1	lls=2,
		Dažnai	71,6	78,3	p=0,155
	ŠVN	Ne	14,5	18,5	$\chi^2=1,272$,
		Retai	7,2	11,1	lls=2,
		Dažnai	78,3	70,4	p=0,539

PN – piktybiniai navikai, ŠVN – širdies veiklos nepakankamumas.

Analizuojant paliatyviųjų respondentų, sergančių onkologinėmis ligomis, sielovadinės paramos dažnumą amžiaus grupėse buvo nustatyta, kad jaunesnio amžiaus pacientai nepageidavo pastoracinės pagalbos ligoninėje (8,3 proc.), neturėjo pastoracinės praktikos (8,3 proc.) ir ligoninėje nesimel-

dė (16,7 proc.). Dauguma vyresnio amžiaus pacientų ligoninėje meldėsi (nuo 68,4 iki 84,8 proc.) (5 priedo 14 lentelė). Analizuojant sielovadą ligoninėje išsimokslinimo grupėse buvo nustatyta, kad dauguma visų išsimokslinimo grupių pacientai pageidavo pastoracinės pagalbos. Pastoracinės pagalbos nepageidavo pacientai, baigę pradinės (2,3 proc.) ir vidurinės mokyklas (1,9 proc.) (5 priedo 15 lentelė).

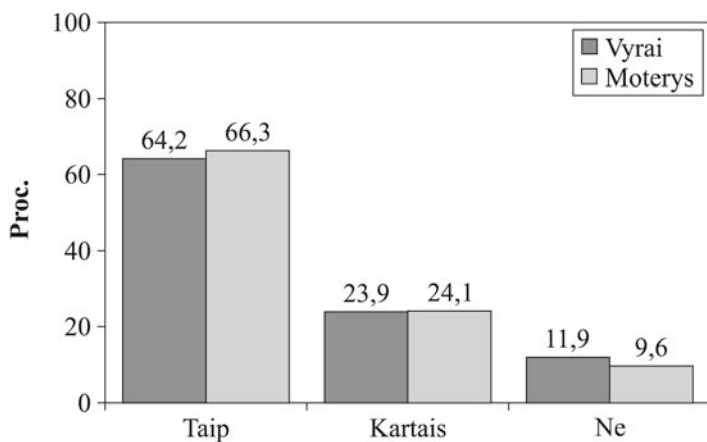
Onkologinėmis ligomis sergantieji vyrai ir moterys nurodo, kad dažniausiai (> 40 proc.) sielovadinę pagalbą teikė kunigas, vienuolės – nuo 22,4 iki 25,3 proc., mažiausiai – gydytojai ir socialiniai darbuotojai (3.4.3.1 pav.).



$$\chi^2=3,094, \text{ lls}=4, p=0,552.$$

3.4.3.1 pav. Dvasinės pagalbos teikimo, onkologinėmis ligomis sergantiems pacientams, skirstinys lyties grupėse (proc.)

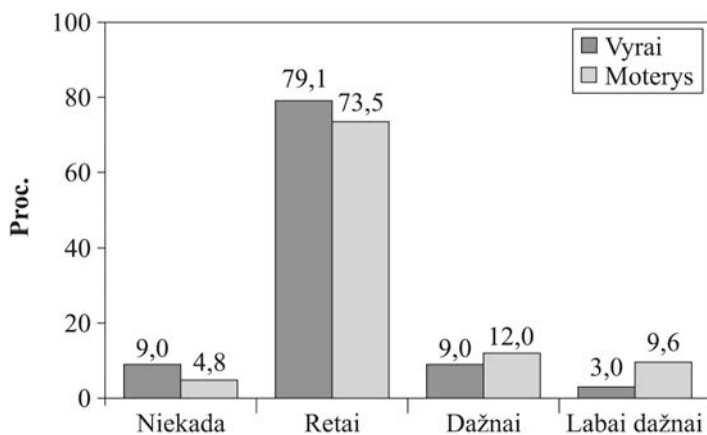
Daugiau kaip 60 proc. vyrų ir moterų nurodė, kad medikai yra kompetentingi teikti dvasinę paramą. Tik kas dešimtas pacientas teigia, kad medikai nekompetentingi padėti sielovadoje (3.4.3.2 pav.).



$\chi^2=0,210$, lls=2, p=0,907.

3.4.3.2 pav. *Onkologinėmis ligomis sergančiųjų nuomonės apie personalo kompetenciją padėti dvasiškai skirstinys lyties grupėse (proc.)*

Pacientų nuomone, kunigai labai retai (taip nurodė 79,1 proc. vyrai ir 73,5 proc. moterų) teikė pastoracines paslaugas ligoninėje, kad pastoracinių paslaugų kunigai niekada neteikė, nurodė 9,9 proc. vyrų ir 4,8 proc. moterų (3.4.3.3 pav.).



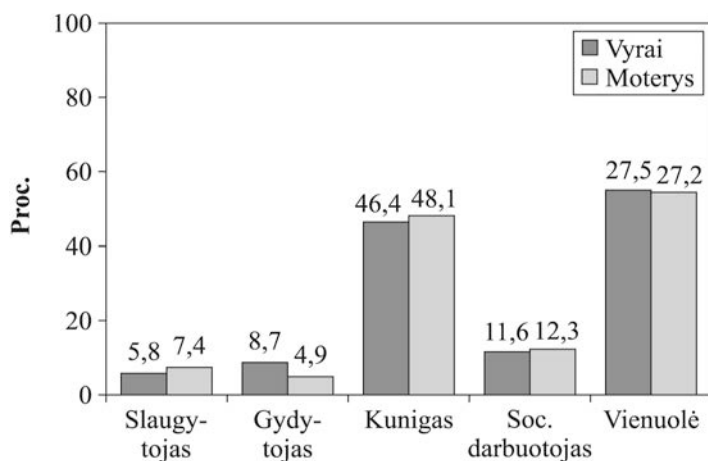
$\chi^2=3,899$, lls=3, p=0,269.

3.4.3.3 pav. *Onkologinėmis ligomis sergančiųjų nuomonė apie dvasininkų lankymą ligoninėje, skirstinys lyties grupėse (proc.)*

Analizuojant sergančiųjų širdies ligomis, sielovados poreikį lyties grupėse buvo nustatyta, kad vyrų ir moterų sielovados poreikio dažnumas nesiskyrė. Didžioji dauguma vyrų ir moterų, (atitinkamai 87,0 proc. ir 87,7

proc.) norėjo pastoracinio patarnavimo ligoninėje. 72,5 proc. vyrų ir 74,1 proc. moterų turėjo pastoracinę praktiką (priėmė Švč. Sakramentus) gydomosi metu. 78,3 proc. vyrų ir 70,4 proc. moterų ligoninėje meldėsi (3.4.3.1 pav.). Analizuojant pastoracinę pagalbą pacientų amžiaus grupėse nustatyta, kad dauguma pacientų (per 75 proc.) dažnai pageidavo pastoracinės pagalbos. Nepageidavo pastoracinės pagalbos daugiau jaunesnio (30–54 m.) amžiaus pacientai (8,3 proc.). Dauguma pacientų ligoninėje meldėsi. Mažiausia (50,0 proc.) meldėsi 30–54 m. amžiaus pacientai (5 priedo 14 lentelė). Analizuodami pacientų atsakymus išsimokslinimo grupėse gavome, kad per 80 proc. visų išsimokslinimo grupių pacientų pageidavo dažnos pastoracinės pagalbos. Mažiausiai (68,3 proc.) Švč. Sakramentus priėmė pacientai, baigę pradinės mokyklas (5 priedo 15 lentelė).

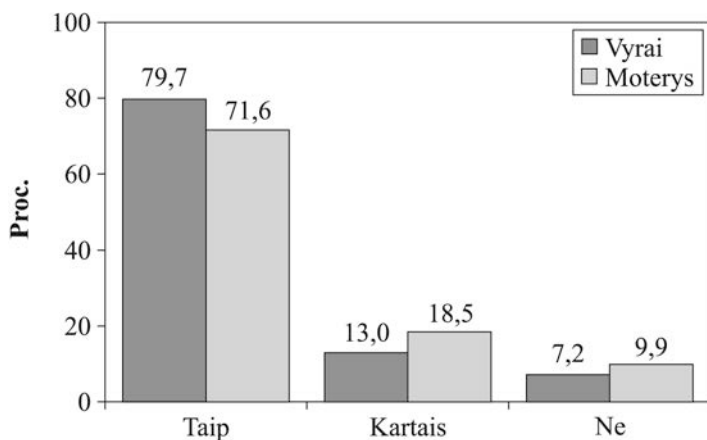
Širdies ligomis sergantieji nurodė, kad dvasinę pagalbą dažniausiai teikia kunigai (vyrų – 46,4 proc., moterų – 48,1 proc.) ir vienuolės beveik 30 proc. Mažiausias slaugytojai ir gydytojai (3.4.3.4 pav.).



$\chi^2=0,978$, $l.s=4$, $p=0,925$.

3.4.3.4 pav. Širdies ligomis sergančiųjų nuomonės, kas teikia dvasinę pagalbą ligoninėje, skirstinys lyties grupėse (proc.)

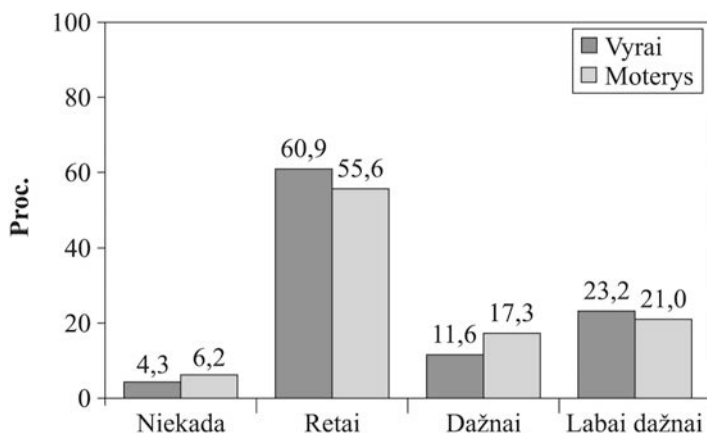
Dauguma vyrų ir moterų nurodė, kad personalas yra kompetentingas padėti dvasiškai (3.4.5.5 pav.).



$\chi^2=1,320$, lls=2, p=0,562.

3.4.3.5 pav. Širdies ligomis sergančiųjų nuomonės apie personalo kompetencijų sielovadoje skirstinys lyties grupėse (proc.)

Daugiau nei pusė širdies ligomis sergančiųjų nurodė, kad dvasininkai ligoninėje lankosi retai. 4,3 proc. vyrų ir 6,2 proc. moterų nurodė, kad dvasininkai niekada nesilankė ligoninėje, o kad kunigai ligoninėje lankosi labai dažnai, nurodė per 20 proc. tiriamųjų (3.4.3.6 pav.).



$\chi^2=1,319$ lls=3, p=0,725.

3.4.3.6 pav. Širdies ligomis sergančiųjų nuomonės apie dvasininkų lankymosi dažnumą, skirstinys lyties grupėse (proc.)

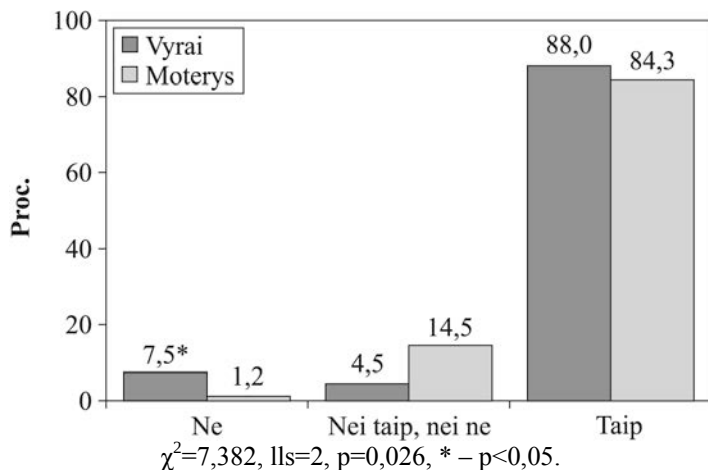
Analizuojant sergančiųjų širdies ligomis, sielovadinės paramos dažnį amžiaus grupėse buvo nustatyta, kad dauguma (per 80 proc.) visų amžiaus grupių pacientų pageidavo pastoracinės pagalbos (5 priedo 14 lentelė). Ana-

lizuojant tiriamųjų atsakymus išsimokslinimo grupėse nustatyta, kad dauguma visų grupių pacientų pageidavo dažnos pastoracinės pagalbos (per 80 proc.). Mažiausiai (68,3 proc.) Švč. Sakramentus ligoninėje priėmė pacientai, baigę pradinės mokyklas (5 priedo 15 lentelė).

Apibendrinant gautus duomenis galima teigti, kad dvasininkai retai lankosi paliatyviosios pagalbos ligoninėse. Pacientai pageidavo, kad dvasininkai ligoninėse lankytųsi dažniau. Rečiausiai dvasinę paramą teikė gydytojai ir slaugytojai. Maža dalis pacientų teigė, kad dvasininkai niekada neateina į ligoninę. Dauguma pacientų sutiko, kad ligoninės personalas kompetentingas teikti sielovadinę pagalbą. Jaunesnio amžiaus onkologinėmis ligomis sergantieji rečiau pageidavo sielovadinės pagalbos, rečiau meldėsi. Širdies ligomis sergantieji dažniau pageidavo sielovadinės paramos negu onkologinėmis ligomis sergantieji. Širdies ligomis sergantieji pacientai turintys pradinį išsimokslinimą, Švč. Sakramentus ligoninėje priėmė rečiau negu aukštesnio lygio išsimoklinimo pacientai.

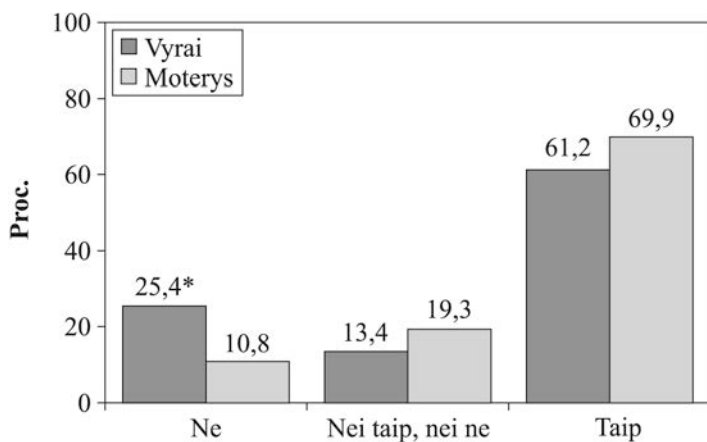
3.4.4. Pacientų religingumo raiška

Paliatyviųjų respondentų religingumo raiškos dažnumas lyties grupėse pateiktas 5 priedo 16 lentelėje. Analizuojant sergančiųjų onkologinėmis ligomis religingumo raiškos dažnumą (3.4.4.1 pav.) buvo nustatyta, kad bažnyčios įsakymo pasninkų reikšmingai nesilaikė dažniau vyrai negu moterys (vyrai – 7,5 proc., moterys – 1,2 proc.) ($\chi^2=7,382$, $l/s=2$, $p=0,026$, * – $p<0,05$).



3.4.4.1 pav. *Sergančiųjų onkologinėmis ligomis, laikymosi bažnyčios pasninkų skirstinys lyties grupėse (proc.)*

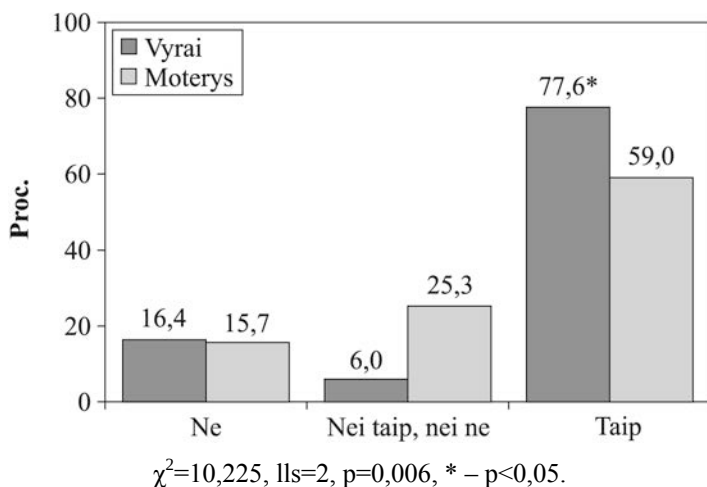
Onkologinėmis ligomis sergantieji tvirtai vylėsi išganymo iš Jėzaus Kristaus, mūsų Viešpaties, 58,2 proc. vyrų ir 73,5 proc. moterų. Panašiai tiek pat procentų vyrų ir moterų rado savo viltį maldose. Daugiau kaip 60 procentų sergančiųjų onkologinėmis ligomis nurodė, kad džiūgauja netolimu mirties prisiartinimu kaip tikrojo amžino gyvenimo pradžia. Dauguma (71,6 vyrų ir 65,1 moterų proc.) pacientų meldėsi už sergančiuosius ir guodė nuliūdusius (5 priedo 16 lentelė). Dauguma onkologinėmis ligomis sergantys pacientai nuolat meldėsi (per 80 proc.) ir skatino melstis kitus (61,2 proc. vyrų ir 69,9 proc. moterų) (3.4.4.2 pav.).



$\chi^2=5,699$, lls=2, p=0,06.

3.4.4.2 pav. *Sergančiųjų onkologinėmis ligomis, skatino melstis kitus, skirstinys lyties grupėse (proc.)*

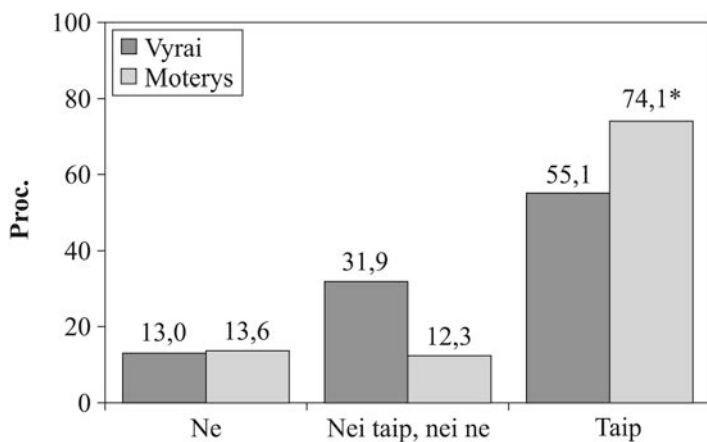
Kad kunigai turi dažniau lankyti pacientus reikšmingai dažniau nurodė vyrai (77,6 proc.) negu moterys (59,0 proc.) ($p<0,05$).



3.4.4.3 pav. *Sergančiųjų onkologinėmis ligomis, nuomonės, dėl dvasininkų lankymo, skirstinys lyties grupėse (proc.)*

Paliatyviųjų sergančiųjų onkologinėmis ligomis, religingumo raiškos dažnumas amžiaus grupėse pateiktas 5 priedo 17 lentelėje. Nustatyta, kad daugiau jauniausio amžiaus onkologinėmis ligomis sergančiųjų pažymėjo, kad nesilaikė bažnyčios pasninkų (16,7 proc.) lyginant su vyresnio amžiaus grupės pacientais (1,9 proc.). Vyresnio amžiaus pacientai reikšmingai dažniau prašė Dievo pagalbos geriems darbams atlikti (81,8 proc.) negu jaunesnio amžiaus pacientai (50,0 proc.) ($\chi^2=12,26$, lls=6, p=0,05). Išganymo iš Jėzaus Kristaus, mūsų Viešpaties, vylėsi dauguma vyresnio amžiaus pacientų (65–74 m. – 69,7 proc., 75 m. ir daugiau – 67,9 proc.) (5 priedo 23 lentelė). Analizuojant pagal išsimokslinimą, esminio skirtumo nenustatyta. Dauguma pacientų vylėsi išganymo ir Jėzaus Kristaus, mūsų Viešpaties (per 60 proc.). Dažniau meldėsi (80 proc.) turintieji aukštąjį universitetinį išsimokslinimą (5 priedo 18 lentelė).

Iš širdies ligomis sergančiųjų pasninko nesilaikė 5,8 proc. vyrų ir 6,2 proc. moterų (5 priedo 22 lentelė). Dauguma vyrų ir moterų tvirtai vylėsi išganymo iš Jėzaus Kristaus, mūsų Viešpaties (63,8 proc. vyrų ir 69,1 proc. moterų), atrado viltį maldose, džiūgavo mirties prisiartinimu kaip tikrojo amžino gyvenimo pradžia (60,6 vyrų ir 65,4 proc. moterų). Moterys reikšmingai dažniau šaukėsi dieviškosios pagalbos gerų veiksmų įvykdymui negu vyrai (atitinkamai 55,1 proc. ir 74,1 proc.) (p<0,05) (3.4.4.4 pav.).



$\chi^2=8,735$, $lfs=2$, $p=0,014$, * – $p<0,05$.

3.4.4.4 pav. Sergančiųjų širdies ligomis, nuomonės, ar šaukiasi dieviškosios pagalbos gerų veiksmų atlikimui skirstinys lyties grupėse (proc.)

Dauguma (79 proc.) širdies ligomis sergančiųjų nuolat meldėsi ir skatino kitus melstis. 59,4 proc. vyrų ir 69,2 proc. moterų nurodo, kad kunigai lankyti pacientus turėtų dažniau.

Širdies ligomis sergančiųjų pacientų religinės raiškos amžiaus grupėse reikšmingų skirtumų nenustatyta (5 priedo 17 lentelė). Dauguma visų amžiaus grupių pacientų vylėsi išganymo iš Jėzaus Kristaus, mūsų Viešpaties, pastoviai meldėsi ir skatino melstis kitus. Analizuojant religinę raišką išsimokslinimo pacientų grupėse reikšmingų skirtumų nenustatyta (5 priedo 18 lentelė). Netolimos mirties prisiartinimo kaip tikrojo amžinojo gyvenimo pradžios oriai laukė daugiau pacientų, turinčių aukštąjį universitetinį išsimokslinimą.

Apibendrinant galima teigti, kad sergantieji onkologinėmis ligomis vyrai reikšmingai dažniau negu moterys nesilaikė bažnyčios įsakymo – pasninkauti. Daugiau nei pusė pacientų vylėsi išganymo iš Jėzaus Kristaus, mūsų Viešpaties, džiūgavo netolimu mirties prisiartinimu kaip tikrojo amžinojo gyvenimo pradžia, nuolat meldėsi už sergančiuosius ir guodė nuliūdusius. Vyrų daugiau nei moterų pageidavo, kad kunigai dažniau lankytų pacientus. Jauniausio amžiaus pacientai nesilaikė bažnyčios pasninkų. Vyresnio amžiaus pacientai dažniau prašė Dievo pagalbos atlikti gerus darbus ir vylėsi išganymo iš Jėzaus Kristaus, mūsų Viešpaties.

Dauguma sergančiųjų širdies ligomis laikėsi pasninko, tvirtai vylėsi išganymo iš Jėzaus Kristaus, mūsų Viešpaties, atrado viltį maldose. Moterų reikšmingai dažniau šaukėsi dieviškosios pagalbos gerų veiksmų įvykdymui. Oriai laukė netolimos mirties prisiartinimo kaip tikrojo amžinojo gyvenimo pradžios.

nimo pradžios daugiau pacientų turinčių aukštąjį universitetinį išsimokslinimą.

3.5. Tiriamųjų fizinės, socialinės, psichikos ir dvasinės sveikatos sutrikimų sąsajos

3.5.1. Onkologinėmis ligomis sergančiųjų sveikatos sutrikimų sąsajų analizė

Paliatyviųjų respondentų fizinių, socialinių, psichikos ir dvasinių sveikatos sutrikimų sąsajos buvo nustatytos Spearmano koreliacijos ir logistinės regresijos pagalba.

Vertinant asmenų, sergančiųjų onkologinėmis ligomis, įvairių socialinių, psichologinių ir dvasinių charakteristikų koreliacinės analizės duomenis buvo nustatyta, kad šių pacientų, finansinės problemos tiesiogiai siejosi su pacientų Dievo buvimo pojūčiu ir tiesiogiai siejosi su socialiniu bendravimu. Geri santykiai šeimoje tiesiogiai siejosi su bendravimu ir tai, kad pacientas rūpi šeimai, atvirkščiai siejosi su neturėjimu draugų ir kaimynų paramos. Paciento psichologinė būseną tiesiogiai siejosi su gerais santykiais šeimoje, Dievo buvimo pojūčiu, dvasiniu santykiu su Dievu ir sielovadine parama. Pacientų sielovadinė parama tiesiogiai siejosi su gerais santykiais šeimoje, draugų rūpesčiu pacientu, gera psichologine būseną, Dievo buvimo pojūčiu, dvasiniu santykiu su Dievu ir atvirkščiai siejosi su nebuvimu žmogaus kuriam rūpi paciento jausmai ir išgyvenimai. Religinumo raiška tiesiogiai siejosi su socialiniu bendravimu, dvasiniu santykiu su Dievu ir pacientų sielovadine parama (3.5.1.1 lentelė).

3.5.1.1 lentelė. *Sergančiųjų onkologinėmis ligomis, socialinių, psichikos ir dvasinių charakteristikų koreliacinė analizė*

Požymiai		SB	FP	GŠŠ	PDK	RŠD	PB	ŽRJ	DBP	DSD	SP	RR
Socialinis bendravimas (SB)	Koreliacijos koeficientas	1,000										
	p reikšmė											
Finansinės Problemos (FP)	Koreliacijos koeficientas	0,162 [*]	1,000									
	p reikšmė	0,047										
Geri santykiai šeimoje (GŠŠ)	Koreliacijos koeficientas	0,267 ^{**}	0,142	1,000								
	p reikšmė	0,001	0,083									
Padeda draugai, kaimynai (PDK)	Koreliacijos koeficientas	-0,045	0,052	-0,198 [*]	1,000							
	p reikšmė	0,582	0,527	0,015								
Pacientas rūpi šeimai, draugams (RŠD)	Koreliacijos koeficientas	0,240 ^{**}	0,025	0,330 ^{**}	-0,169 [*]	1,000						
	p reikšmė	0,003	0,760	0,0005	0,039							
Psichologinė būseną (PB)	Koreliacijos koeficientas	-0,060	0,108	0,202 [*]	-0,101	0,124	1,000					
	p reikšmė	0,468	0,189	0,013	0,220	0,130						

3.5.1.1 lentelės tęsinys

Požymiai		SB	FP	GSŠ	PKD	RŠD	PB	ŽRJ	DBP	DSD	SP	RR
Yra žmogus, kuriam rūpi Jūsų jausmai (ŽRJ)	Koreliacijos koeficientas	-0,019	0,121	0,135	0,090	-0,011	-0,071	1,000				
	p reikšmė	0,821	0,142	0,100	0,274	0,897	0,389					
Pacientų Dievo buvimo pojūtis (DBP)	Koreliacijos koeficientas	0,102	0,446**	0,110	0,003	0,191*	0,182*	-0,046	1,000			
	p reikšmė	0,215	0,0005	0,178	0,971	0,019	0,026	0,575				
Pacientų dvasinis santykis su Dievu (DSD)	Koreliacijos koeficientas	-0,087	-0,043	-0,049	0,056	0,032	0,407**	-0,132	0,179*	1,000		
	p reikšmė	0,291	0,600	0,555	0,498	0,697	0,0005	0,108	0,029			
Pacientų sielovadinė parama (SP)	Koreliacijos koeficientas	-0,065	0,064	0,214**	0,014	0,191*	0,402**	-0,189*	0,597**	0,479**	1,000	
	p reikšmė	0,431	0,435	0,009	0,864	0,019	0,0005	0,021	0,0005	0,0005		
Pacientų religingumo raiška (RR)	Koreliacijos koeficientas	0,210**	-0,004	0,093	0,018	-0,084	-0,029	-0,009	-0,152	+0,275**	+0,229**	1,000
	p reikšmė	0,010	0,957	0,258	0,832	0,309	0,724	0,917	0,063	0,001	0,005	

* p < 0,05, **p < 0,01.

3.5.2. Širdies ligomis sergančiųjų sveikatos sutrikimų sąsajų analizė

Paliatyviųjų respondentų fizinių, socialinių, psichikos ir dvasinių sveikatos sutrikimų sąsajos buvo nustatytos Spearmeno koreliacijos ir logistinės regresijos pagalba.

Vertinant sergančiųjų širdies ligomis, įvairių socialinių, psichikos ir dvasinių charakteristikų koreliacinės analizės duomenis buvo nustatyta, kad finansinės problemos tiesiogiai siejosi su Dievo buvimo pojūčiu ir atvirkščiai siejosi su socialiniu bendravimu, su santykiais šeimoje bei draugų ir kaimynų padėjimu. Geri santykiai šeimoje tiesiogiai siejosi su šeimos rūpesčiu pacientu, draugų ir kaimynų padėjimu ir atvirkščiai siejosi su finansinėmis problemomis ir su dvasiniu santykiu su Dievu. Psichologinė būseną siejosi su žmogaus kuriam rūpi jo jausmai ir pergyvenimai buvimu. Sielovadinė parama tiesiogiai siejosi su Dievo buvimo pojūčiu ir dvasiniu santykiu su Dievu. Religinumo raiška tiesiogiai siejosi su pacientų dvasiniu santykiu su Dievu (3.5.2.1 lentelė).

3.5.2.1 lentelė. *Sergančiųjų širdies ligomis įvairių, socialinių, psichologinių ir dvasinių charakteristikų koreliacinė analizė*

Požymiai		SB	FP	GSŠ	PDK	RŠD	PB	ŽRJ	DBP	DSD	SP	RR
Socialinis bendravimas (SB)	Koreliacijos koeficientas	1,000										
	p reikšmė											
Finansinės problemos (FP)	Koreliacijos koeficientas	-0,215**	1,000									
	p reikšmė	0,008										
Geri santykiai šeimoje (GSŠ)	Koreliacijos koeficientas	-0,019	-0,177*	1,000								
	p reikšmė	0,822	0,031									
Padeda draugai, kaimynai (PDK)	Koreliacijos koeficientas	-0,139	-0,172*	0,186*	1,000							
	p reikšmė	0,090	0,035	0,023								
Rūpi šeimai, draugams (RŠD)	Koreliacijos koeficientas	0,007	-0,118	0,480**	0,196*	1,000						
	p reikšmė	0,930	0,150	0,0005	0,016							
Psichologinė būseną (PB)	Koreliacijos koeficientas	-0,134	0,098	0,071	-0,127	0,155	1,000					
	p reikšmė	0,102	0,235	0,386	0,122	0,058						

3.5.2.1 lentelės tęsinys

Požymiai		SB	FP	GŠŠ	PDK	RŠD	PB	ŽRJ	DBP	DSD	SP	RR
Yra žmogus, kuriam rūpi paciento jausmai (ŽRJ)	Koreliacijos koeficientas	0,141	-0,151	0,114	0,232**	0,063	0,223**	1,000				
	p reikšmė	0,086	0,065	0,166	0,004	0,441	0,006					
Pacientų Dievo buvimo pojūtis (DBP)	Koreliacijos koeficientas	-0,142	0,358**	-0,099	-0,134	-0,028	0,115	-0,013	1,000			
	p reikšmė	0,084	0,0005	0,230	0,101	0,732	0,162	0,871				
Pacientų dvasinis santykis su Dievu (DSD)	Koreliacijos koeficientas	-0,018	0,043	-0,172*	-0,095	-0,102	-0,080	-0,017	0,010	1,000		
	p reikšmė	0,830	0,602	0,035	0,250	0,213	0,333	0,833	0,903			
Pacientų sielovadinė parama (SP)	Koreliacijos koeficientas	-0,077	-0,086	-0,061	0,119	0,043	-0,077	-0,033	0,390**	0,454**	1,000	
	p reikšmė	0,347	0,296	0,460	0,148	0,599	0,347	0,685	0,0005	0,0005		
Pacientų religingumo raiška (RR)	Koreliacijos koeficientas	0,001	0,023	-0,005	0,074	-0,156	-0,068	0,018	0,100	0,214**	+0,070	1,000
	p reikšmė	0,986	0,785	0,954	0,370	0,057	0,406	0,829	0,221	0,008	0,398	

* p < 0,05, **p < 0,01.

Apibendrinant galima teigti, kad onkologinėmis ligomis sergančiųjų finansinės problemos tiesiogiai siejosi su Dievo buvimo pojūčiu ir socialiniu bendravimu. Geri santykiai šeimoje tiesiogiai siejosi šeimos rūpesčiu pacientu ir atvirkščiai siejosi su neturėjimu draugų ir kaimynų paramos. Psichologinė būseną siejosi su gerais santykiais šeimoje ir sielovadine parama. Religinumo raiška tiesiogiai siejosi su socialiniu bendravimu, dvasiniu santykiu su Dievu ir pacientų sielovadine parama. Širdies ligomis sergančiųjų geri santykiai šeimoje tiesiogiai siejosi su draugų ir kaimynų padėjimu, šeimos rūpesčiu pacientu ir atvirkščiai siejosi su finansinėmis problemomis. Psichologinė būseną siejosi su žmogaus, kuriam rūpi paciento jausmai ir išgyvenimai, buvimu. Sielovadinė parama tiesiogiai siejosi su dvasiniu santykiu su Dievu, Dievo buvimo pojūčiu. Religinumo raiška tiesiogiai siejosi su pacientų dvasiniu santykiu su Dievu.

3.5.3. Onkologinėmis ir širdies ligomis sergančiųjų sveikatos sutrikimų sąsajos religingumo grupėse

Sveikatos sutrikimų sąsajos su religingumu nagrinėjome 4 grupėse: 1 – onkologinėmis ligomis sergantieji netikintys ir abejojantys (30 pacientų), 2 – onkologinėmis ligomis sergantieji tikintys praktikuojantys ir tikintys nepraktikuojantys (120 pacientų), 3 – širdies ligomis sergantieji abejojantys (32 pacientai, netikinčiųjų nebuvo), 4 – širdies ligomis sergantieji tikintys praktikuojantys ir tikintys nepraktikuojantys (118 pacientų). Onkologinių ir širdies ligomis sergančiųjų fizinės sveikatos sutrikimų, tokių kaip fizinis silpnumas, vėmimas, dusulys, kojų tinimas, svorio kritimas ir skausmas krūtinėje dažnumas netikinčiųjų ir tikinčiųjų grupėse pateiktas 3.5.3.1 lentelėje. Nustatyta, kad tik širdies ligomis sergantieji tikintieji pacientai reikšmingai rečiau skundėsi vėmimu lyginant su netikinčiaisiais, atitinkamai 15,6 proc. ir 8,5 proc. ($p < 0,05$). Retesnius skausmus krūtinėje taip pat pažymėjo širdies ligomis sergantys tikintieji pacientai negu netikintys, atitinkamai 78,0 proc. ir 93,8 proc. ($p < 0,05$). Kiti nagrinėti fizinės sveikatos sutrikimai tarp netikinčiųjų ir tikinčiųjų tiek onkologinių, tiek širdies ligomis sergančiųjų pacientų reikšmingai nesiskyrė.

3.5.3.1 lentelė. Onkologinių ir širdies ligomis sergančiųjų fizinės sveikatos sutrikimų skirstinys (abejojančiųjų ir netikinčiųjų) ir tikinčiųjų grupėse (proc.)

Fiziniai negalavimai	Ligos	Kintamieji	Abejojantys ir netikintys	Tikintieji praktikuojantys ir nepraktikuojantys	Reikšmin-gumas
			proc.		
Fizinis silpnumas	PN	Ne	0,0	0,8	$\chi^2=0,409$, lls=2, p=0,815
		Šiek tiek	3,3	5,0	
		Labai žymiai	96,7	94,2	
	ŠVN	Ne	0,0	0,0	$\chi^2=0,993$, lls=1, p=0,319
		Šiek tiek	3,1	0,8	
		Labai žymiai	96,9	99,2	
Vėmimas	PN	Ne	6,7	2,5	$\chi^2=1,841$, lls=2, p=0,402
		Šiek tiek	13,3	20,0	
		Labai žymiai	80,0	77,5	
	ŠVN	Ne	78,1	65,3	$\chi^2=6,487$, lls=2, p=0,038
		Šiek tiek	6,3	26,3	
		Labai žymiai	15,6*	8,5	
Dusulys	PN	Ne	56,7	46,7	$\chi^2=2,388$, lls=2, p=0,312
		Šiek tiek	3,3	12,5	
		Labai žymiai	40,0	40,8	
	ŠVN	Ne	0,0	0,0	$\chi^2=0,055$, lls=1, p=0,814
		Šiek tiek	12,5	11,0	
		Labai žymiai	87,5	89,0	
Kojų tinimas	PN	Ne	60,0	50,8	$\chi^2=3,536$, lls=2, p=0,179
		Šiek tiek	13,3	30,0	
		Taip	26,7	19,2	
	ŠVN	Labai nežymiai	0,0	0,0	$\chi^2=0,265$, lls=1, p=0,606
		Šiek tiek	9,4	12,7	
		Labai žymiai	90,6	87,3	
Svorio kritimas	PN	Ne	0,0	0,0	$\chi^2=0,413$, lls=1, p=0,725
		Šiek tiek	10,0	5,8	
		Labai žymiai	90,0	94,2	
	ŠVN	Ne	43,8	55,9	$\chi^2=3,047$, lls=2, p=0,218
		Šiek tiek	40,6	37,3	
		Labai žymiai	15,6	6,8	

3.5.3.1 lentelės tęsinys

Fiziniai negalavimai	Ligos	Kintamieji	Abejojantys ir netikintys	Tikintieji praktikuojantys ir nepraktikuojantys	Reikšmingumas
			proc.		
Skausmai krūtinėje	PN	Ne	63,3	75,0	$\chi^2=1,650$, lls=2, p=0,478
		Šiek tiek	16,7	11,7	
		Labai žymiai	20,0	13,3	
	ŠVN	Ne	3,1	17,8	$\chi^2=4,544$, lls=2, p=0,094
		Šiek tiek	3,1	4,2	
		Labai žymiai	93,8*	78,0	

*p<0,05. PN – piktybiniai navikai, ŠVN – širdies veiklos nepakankamumas.

Vertinant onkologinių ir širdies ligomis sergančiųjų fizinės sveikatos sutrikimų, tokių kaip fizinis silpnumas, vėmimas, dusulys, kojų tinimas, svorio kritimas ir skausmas krūtinėje, dažnumas nepraktikuojančiųjų (onkologinėmis ligomis sergantys 38 pacientai, širdies ligomis – 34) ir praktikuojančiųjų (onkologinėmis ligomis sergančiųjų 85 pacientai, širdies ligomis – 84) grupėse pateiktas 3.5.3.2 lentelėje. Nustatyta, kad tik onkologinėmis ligomis sergantieji praktikuojantieji reikšmingai dažniau skundėsi svorio kritimu lyginant su nepraktikuojančiais, atitinkamai 97,6 proc. ir 86,8 proc. (p<0,05). Skausmus krūtinėje net 6 kartus dažniau pažymėjo onkologinėmis ligomis sergantys praktikuojantys pacientai negu nepraktikuojantys, atitinkamai 18,3 proc. ir 2,6 proc. (p<0,05). Kiti nagrinėti fizinės sveikatos sutrikimai tarp nepraktikuojančiųjų ir praktikuojančiųjų tiek onkologinių, tiek širdies ligomis sergančiųjų reikšmingai nesiskyrė.

3.5.3.2 lentelė. *Onkologinių ir širdies ligomis sergančiųjų fizinės sveikatos sutrikimų skirstinys tikinčiųjų nepraktikuojančiųjų ir praktikuojančiųjų grupėse (proc.)*

Fiziniai negalavimai	Ligos	Kintamieji	Nepraktikuojantieji	Praktikuojantieji	Reikšmingumas
			proc.		
Fizinis silpnumas	PN	Ne	0,0	1,2	$\chi^2=1,148$, lls=2, p=0,777
		Šiek tiek	2,6	6,1	
		Labai žymiai	97,4	92,7	
	ŠVN	Ne	0,0	0,0	$\chi^2=0,408$, lls=1, p=0,523
		Šiek tiek	0,0	1,2	
		Labai žymiai	100,0	98,8	
Vėmimas	PN	Ne	0,0	3,7	$\chi^2=2,604$, lls=2, p=0,264
		Šiek tiek	26,3	17,1	
		Labai žymiai	73,7	79,3	
	ŠVN	Ne	67,6	64,3	$\chi^2=1,239$, lls=2, p=0,533
		Šiek tiek	20,6	28,6	
		Labai žymiai	11,8	7,1	
Dusulys	PN	Ne	39,5	50,0	$\chi^2=1,305$, lls=2, p=0,524
		Šiek tiek	15,8	11,0	
		Labai žymiai	44,7	39,0	
	ŠVN	Ne	0,0	0,0	$\chi^2=0,663$, lls=1, p=0,416
		Šiek tiek	14,7	9,5	
		Labai žymiai	85,3	90,5	
Kojų tinimas	PN	Ne	60,5	46,3	$\chi^2=2,327$, lls=2, p=0,323
		Šiek tiek	26,3	31,7	
		Labai žymiai	13,2	22,0	
	ŠVN	Ne	0,0	0,0	$\chi^2=2,670$, lls=1, p=0,102
		Šiek tiek	20,6	9,5	
		Labai žymiai	79,4	90,5	
Svorio kritimas	PN	Ne	0,0	0,0	$\chi^2=5,431$, lls=1, p=0,020
		Šiek tiek	13,2	2,4	
		Labai žymiai	86,8*	97,6	
	ŠVN	Ne	52,9	57,1	$\chi^2=0,382$, lls=2, p=0,826
		Šiek tiek	38,2	36,9	
		Labai žymiai	8,8	6,0	

3.5.3.2 lentelės tęsinys

Fiziniai negalavimai	Ligos	Kintamieji	Nepraktikuojantieji	Praktikuojantieji	Reikšmingumas
			proc.		
Skausmai krūtinėje	PN	Ne	84,2	70,7	$\chi^2=5,512$, lls=2, p=0,058
		Šiek tiek	13,2	11,0	
		Labai žymiai	2,6*	18,3	
	ŠVN	Ne	23,5	15,5	$\chi^2=1,192$, lls=2, p=0,610
		Šiek tiek	2,9	4,8	
		Labai žymiai	73,5	79,8	

*p<0,05. PN – piktybiniai navikai, ŠVN – širdies veiklos nepakankamumas.

Onkologinių pacientų fizinės sveikatos sutrikimų, tokių kaip fizinis silpnumas, vėmimas, dusulys, kojų tinimas, svorio kritimas ir skausmas krūtinėje, balų vidurkiai, standartiniai nuokrypiai, medianos bei 95 proc. PI (pasikliautinis intervalas) netikinčiųjų ir abejojančiųjų bei tikinčiųjų grupėse pateikti 5 priedo 19 lentelėje. Vertinant duomenis reikšmingų skirtumų tarp balų vidurkių atskirose fizinės sveikatos sutrikimų tarp netikinčiųjų ir tikinčiųjų onkologinėmis ligomis sergančiųjų pacientų grupėse nebuvo nustatyta.

Onkologinių sergančiųjų fizinės sveikatos sutrikimų, tokių kaip fizinis silpnumas, vėmimas, dusulys, kojų tynimas, svorio kritimas ir skausmas krūtinėje, balų vidurkiai, standartiniai nuokrypiai, medianos bei 95 proc. PI (pasikliautinis intervalas) tikinčiųjų nepraktikuojančiųjų ir praktikuojančiųjų grupėse pateikti 5 priedo 20 lentelėje. Vertinant duomenis reikšmingų skirtumų tarp balų vidurkių atskirose fizinės sveikatos sutrikimų tarp nepraktikuojančiųjų ir praktikuojančiųjų onkologinėmis ligomis sergančių pacientų grupėse nebuvo nustatyta.

Širdies ligomis sergančiųjų fizinės sveikatos sutrikimų, tokių kaip fizinis silpnumas, vėmimas, dusulys, kojų tynimas, svorio kritimas ir skausmas krūtinėje, balų vidurkiai, standartiniai nuokrypiai, medianos bei 95 proc. PI (pasikliautinis intervalas) netikinčiųjų bei abejojančiųjų ir tikinčiųjų grupėse pateikti 5 priedo 21 lentelėje. Vertinant duomenis reikšmingų skirtumų tarp balų vidurkių atskirose fizinės sveikatos sutrikimų tarp netikinčių ir tikinčių širdies ligomis sergančių pacientų grupėse nebuvo nustatyta.

Širdies ligomis sergančiųjų fizinės sveikatos sutrikimų, tokių kaip fizinis silpnumas, vėmimas, dusulys, kojų tynimas, svorio kritimas ir skausmas krūtinėje, balų vidurkiai, standartiniai nuokrypiai, medianos bei 95 proc. PI nepraktikuojančiųjų ir praktikuojančiųjų grupėse pateikti 5 priedo 22 lentelėje. Vertinant duomenis reikšmingų skirtumų tarp balų vidurkių atskirose

fizinės sveikatos sutrikimų tarp nepraktikuojančiųjų ir praktikuojančiųjų širdies ligomis sergančiųjų grupėse nebuvo nustatyta.

Paliatyviųjų onkologinių ir širdies ligomis sergančiųjų socialinės sveikatos sutrikimų, tokių kaip finansinės problemos, pacientų pasitenkinimas šeimos parama, pasitenkinimas draugų ir kaimynų parama bei bendravimu, ar turi žmogų kuriam rūpi paciento išgyvenimai, dažnumas netikinčiųjų ir tikinčiųjų grupėse pateiktas 5 priedo 23 lentelėje. Nagrinėti socialinės sveikatos sutrikimai tarp netikinčiųjų ir tikinčiųjų tiek onkologinių, tiek širdies ligomis sergančiųjų reikšmingai nesiskyrė.

Paliatyviųjų onkologinių ir širdies ligomis sergančių pacientų socialinės sveikatos sutrikimų, tokių kaip finansinės problemos, pacientų pasitenkinimas šeimos parama, paciento pasitenkinimas draugų ir kaimynų parama ir bendravimu, ar turi žmogų kuriam rūpi paciento išgyvenimai, dažnumas netikinčiųjų ir tikinčiųjų grupėse pateiktas 5 priedo 24 lentelėje. Nagrinėti socialinės sveikatos sutrikimai tarp nepraktikuojančių ir praktikuojančių tiek onkologinių, tiek širdies ligomis sergančiųjų reikšmingai nesiskyrė.

Onkologinėmis ir širdies ligomis sergančiųjų psichikos sveikatos sutrikimų, tokių kaip nerimo ir depresijos simptomų, dažnumas netikinčiųjų ir tikinčiųjų grupėse pateiktas 3.5.3.3 lentelėje. Nustatyta, kad tik širdies ligomis sergantieji tikintieji reikšmingai rečiau buvo nerimo simptomų lyginant su netikinčiaisiais, atitinkamai 46,6 proc. ir 84,4 proc. ($\chi^2=14,487$, $lfs=2$, $p=0,0005$). Širdies ligomis sergantiems tikintiesiems pacientams depresijos simptomų dažnumas buvo didesnis negu netikintiesiems pacientams atitinkamai 60,2 proc. ir 40,6 proc. ($\chi^2=3,903$, $lfs=2$, $p=0,048$). Intensyvūs nerimo simptomai (>10 balų) širdies ligomis sergančiuosius tikinčiuosius pacientus vargino rečiau lyginant su netikinčiaisiais, atitinkamai 78,8 proc. ir 93,8 proc. ($\chi^2=3,805$, $lfs=2$, $p=0,05$). Intensyvūs depresijos simptomų (>10 balų) dažnumas tikinčiųjų pacientų buvo didesnis lyginant su netikinčiaisiais pacientais, atitinkamai 94,1 proc. ir 81,3 proc. ($\chi^2=5,225$, $lfs=2$, $p=0,022$). Nerimo ir depresijos simptomų dažnumas bei intensyvumas netikinčiųjų ir tikinčiųjų grupėse onkologinėmis ligomis sergančiųjų pacientų reikšmingai nesiskyrė.

3.5.3.3 lentelė. Paliatyviųjų onkologinių ir širdies ligomis sergančiųjų nerimo ir depresijos simptomų vertinimo balais skirstinys tikėjimo grupėse

Požymiai	Liga	Balai	Netikintys	Tikintys	Reikšmin- gumas
			proc.		
Nerimo simptomai	PN	< Medianos	40,0	46,7	$\chi^2=0,430$ lls=2, p=0,512
		> Medianos	60,0	53,3	
	ŠVN	< Medianos	15,6	53,4	$\chi^2=14,487$, lls=2, p=0,0005
		> Medianos	84,4*	46,6	
Depresijos simptomai	PN	< Medianos	43,3	35,8	$\chi^2=0,577$, lls=2, p=0,447
		> Medianos	56,7	64,2	
	ŠVN	< Medianos	59,4	39,8	$\chi^2=3,903$, lls=2, p=0,048
		> Medianos	40,6*	60,2	
Nerimo simptomai	PN	Vidutinis (8–10 balų)	6,7	15,0	$\chi^2=1,442$, lls=2, p=0,230
		Labai išreikštas (>10 balų)	93,3	85,0	
	ŠVN	Vidutinis (8–10 balų)	6,3	21,2	$\chi^2=3,805$, lls=2, p=0,05
		Labai išreikštas (>10 balų)	93,8*	78,8	
Depresijos simptomai	PN	Vidutinis (8–10 balų)	13,3	6,7	$\chi^2=1,449$ lls=2, p=0,229
		Labai išreikštas (>10 balų)	86,7	93,3	
	ŠVN	Vidutinis (8–10 balų)	18,8	5,9	$\chi^2=5,225$, lls=2, p=0,022
		Labai išreikštas (>10 balų)	81,3*	94,1	

*p<0,05. PN – piktybiniai navikai, ŠVN – širdies veiklos nepakankamumas.

Paliatyviųjų onkologinėmis ir širdies ligomis sergančiųjų psichikos sveikatos sutrikimų, tokių kaip nerimo ir depresijos simptomų dažnumas tikinčių nepraktikuojančiųjų ir tikinčių praktikuojančiųjų grupėse pateiktas 3.5.3.4 lentelėje. Tyrimo metu nustatyta, kad tik onkologinėmis ligomis sirgusiųjų praktikuojančiųjų intensyvūs depresijos simptomai (>10 balų) buvo reikšmingai retesnis lyginant su nepraktikuojančiais pacientais, atitinkamai 90,2 proc. ir 100,0 proc. ($\chi^2=3,972$, lls=2, p=0,046). Nerimo ir depresijos simptomų vidutinis intensyvumas (8–10 balų) nepraktikuojančiųjų ir praktikuojančiųjų pacientų grupėse tiek onkologinėmis, tiek širdies ligomis sergančiųjų reikšmingai nesiskyrė.

3.5.3.4 lentelė. *Paliatyviųjų onkologinėmis ir širdies ligomis sergančiųjų nerimo ir depresijos simptomų vertinimo balais skirstinys tarp tikinčiųjų praktikavimo grupėse*

Požymiai	Ligos	Balai	Ne	Taip	Reikšmingumas
			proc.		
Nerimo simptomai	PN	< Medianos	39,5	50,0	$\chi^2=1,156$ lls=2, p=0,282
		> Medianos	60,5	50,0	
	ŠVN	< Medianos	41,2	58,3	$\chi^2=2,863$ lls=2, p=0,091
		> Medianos	58,8	41,7	
Depresijos simptomai	PN	< Medianos	34,2	36,6	$\chi^2=0,064$ lls=2, p=0,801
		> Medianos	65,8	63,4	
	ŠVN	< Medianos	32,4	42,9	$\chi^2=1,114$ lls=2, p=0,291
		> Medianos	67,6	57,1	
Nerimo simptomai	PN	Vidutinis (8–10 balų)	15,8	14,6	$\chi^2=0,027$ lls=2, p=0,869
		Labai išreikštas (>10 balų)	84,2	85,4	
	ŠVN	Vidutinis (8–10 balų)	11,8	25,0	$\chi^2=2,539$ lls=2, p=0,111
		Labai išreikštas (>10 balų)	88,2	75,0	
Depresijos simptomai	PN	Vidutinis (8–10 balų)	0,0	9,8	$\chi^2=3,972$ lls=2, p=0,046
		Labai išreikštas (>10 balų)	100,0*	90,2	
	ŠVN	Vidutinis (8–10 balų)	2,9	7,1	$\chi^2=0,766$ lls=2, p=0,382
		Labai išreikštas (>10 balų)	97,1	92,9	

PN – piktybiniai navikai, ŠVN – širdies veiklos nepakankamumas. * p<0,05.

Koreliacijos tarp netikinčiųjų ir abejojančiųjų onkologinėmis ligomis sergančiųjų tarp atskirų socialinės, psichikos bei dvasinės sveikatos požymių pateiktos 3.5.3.5 lentelėje.

Vertinant onkologinėmis ligomis sergančiųjų **netikinčių ir abejojančių** pacientų koreliacinės analizės duomenis nustatyta, kad požymis padeda draugai ir kaimynai, atvirkščiai, bet reikšmingai siejosi su Dievo buvimo pojūčiu. Gera paciento psichologinė būseną tiesiogiai reikšmingai siejosi su Dievo buvimo pojūčiu, dvasiniu santykiu su Dievu bei sielovadine parama. Dievo buvimo pojūtis tiesiogiai reikšmingai siejosi su paciento dvasiniu santykiu su Dievu, sielovadine parama pacientams, bet atvirkščiai koreliavo su religingumo raiška. Paciento dvasinis santykis su Dievu tiesiogiai reikšmingai siejosi su pacientų sielovadine parama, bet atvirkščiai siejosi su religingumo raiška. Pacientų sielovadinė parama atvirkščiai, bet reikšmingai koreliavo su religingumo raiška.

3.5.3.5 lentelė. Paliatyviųjų netikinčių (netiki ar abejoja) asmenų sergančiųjų onkologinėmis (n=30) ligomis įvairių socialinių, psichologinių, dvasinių charakteristikų koreliacinė analizė

Požymiai		B	FP	SŠ	PDK	RŠD	PB	NŠ	DBP	DSD	SP	RR
Bendravimas (B)	r	1,000										
	p											
Finansinės problemos (FP)	r	0,136	1,000									
	p	0,474										
Paciento santykiai šeimoje (SŠ)	r	0,247	0,097	1,000								
	p	0,189	0,611									
Padedą draugai, kaimynai (PDK)	r	0,064	0,105	0,005	1,000							
	p	0,737	0,582	0,978								
Pacientas rūpi šeimai, draugams (RŠD)	r	0,218	0,086	0,102	-0,075	1,000						
	p	0,248	0,651	0,593	0,693							
Psichologinė būseną (PB)	r	-0,081	0,029	-0,051	-0,194	0,294	1,000					
	p	0,669	0,880	0,788	0,305	0,115						
Paciento naudingumas šeimai (NŠ)	r	-0,257	0,278	0,045	0,193	0,123	0,231	1,000				
	p	0,171	0,137	0,813	0,306	0,518	0,219					
Dievo buvimo pojūtis (DBP)	r	-0,033	0,026	-0,295	-0,383*	0,256	0,633**	0,203	1,000			
	p	0,863	0,891	0,114	0,036	0,172	0,001	0,282				
Paciento dvasinis santykis su Dievu (DSD)	r	0,244	-0,023	-0,025	-0,211	0,321	0,505**	-0,233	0,491**	1,000		
	p	0,193	0,905	0,895	0,263	0,084	0,004	0,215	0,006			
Sielovadinė parama (SP)	r	0,009	-0,114	0,067	-0,259	0,330	0,646**	-0,076	0,703**	0,720**	1,000	
	p	0,962	0,550	0,723	0,167	0,075	0,001	0,688	0,001	0,001		
Paciento religingumo raiška (RR)	r	0,078	0,320	0,331	-0,109	-0,105	-0,133	0,025	-0,424*	-0,473**	-0,463**	1,000
	p	0,684	0,085	0,074	0,565	0,582	0,483	0,896	0,020	0,008	0,010	

r – koreliacijos koeficientas, p – reikšmingumas, * p < 0,05, ** p < 0,01.

Koreliacijos tarp netikinčiųjų ir abejojančiųjų širdies ligomis sergančiųjų tarp atskirų socialinės, psichikos bei dvasinės sveikatos požymių pateiktos 3.5.3.6 lentelėje.

Vertinant širdies ligomis sergančių **netikinčių ir abejojančių** pacientų Dievo buvimu koreliacinės analizės duomenis nustatyta, kad pacientų socialinis bendravimas atvirkščiai vidutiniškai, bet reikšmingai koreliavo su pacientų finansine būkle, psichologine būseną bei Dievo buvimo pojūčiu. Pacientų finansinė būklė tiesiogiai vidutiniškai koreliavo su pacientų psichologine būseną bei Dievo buvimo pojūčiu, bet atvirkščiai koreliavo su paciento nauda šeimai. Paciento socialiniai santykiai tiesiogiai koreliavo su šeimos rūpesčiu pacientu. Draugų ir kaimynų parama pacientui atvirkščiai vidutiniškai siejosi su paciento psichologine būseną. Šeimos rūpestis pacientu atvirkščiai siejosi su paciento Dvasiniu santykiu su Dievu pojūčiu bei sielovadine parama. Paciento psichologinė būseną tiesiogiai reikšmingai koreliavo su Dievo buvimo pojūčiu, bet atvirkščiai su paciento religingumo raiška. Paciento Dievo buvimo ir paciento dvasinio santykio su Dievu pojūčiai tiesiogiai vidutiniškai siejosi su paciento sielovadine parama.

3.5.3.6 lentelė. *Paliatyviųjų netikinčių (netiki ir abejoja) asmenų sergančių širdies ligomis (n=32) ligomis įvairių socialinių, psichologinių, dvasinių charakteristikų koreliacinė analizė*

Požymiai		B	FP	SŠ	PDK	RŠD	PB	NŠ	DBP	DSD	SP	RR
Bendravimas (B)	r	1,000										
	p											
Finansinės problemos (FP)	r	-0,399*	1,000									
	p	0,024										
Santykiai šeimoje (SŠ)	r	-0,035	-0,126	1,000								
	p	0,850	0,490									
Padedą draugai, kaimynai (PDK)	r	-0,196	-0,067	-0,025	1,000							
	p	0,283	0,717	0,893								
Pacientas rūpi šeimai, draugams (RŠD)	r	-0,088	0,074	0,360*	0,060	1,000						
	p	0,630	0,689	0,043	0,745							
Psichologinė būseną (PB)	r	-0,453**	0,371*	0,036	-0,367*	-0,056	1,000					
	p	0,009	0,037	0,845	0,039	0,761						
Paciento naudingumas šeimai (NŠ)	r	-0,122	-0,430*	0,334	0,305	0,182	-0,142	1,000				
	p	0,507	0,014	0,062	0,089	0,320	0,438					
Paciento Dievo buvimo pojūtis (DBP)	r	-0,506**	0,670**	0,014	-0,021	0,096	0,374*	-0,245	1,000			
	p	0,003	0,000	0,940	0,911	0,600	0,035	0,176				
Paciento dvasinis santykis su Dievu (DSD)	r	0,323	-0,322	-0,319	-0,236	-0,491**	0,104	-0,027	-0,168	1,000		
	p	0,071	0,072	0,076	0,193	0,004	0,570	0,884	0,359			
Sielovadinė parama (SP)	r	0,016	-0,047	-0,056	-0,020	-0,442*	0,088	-0,060	0,410*	0,558**	1,000	
	p	0,929	0,800	0,761	0,914	0,011	0,632	0,744	0,020	0,001		
Paciento religingumo raiška (RR)	r	0,184	-0,294	0,111	0,233	-0,086	-0,415*	0,319	-0,240	-0,008	0,090	1,000
	p	0,313	0,102	0,544	0,199	0,638	0,018	0,076	0,185	0,965	0,624	

r – koreliacijos koeficientas, p – reikšmingumas. * p < 0,05, ** p < 0,01.

Koreliacijos tarp tikinčiųjų onkologinių ligomis sergančių pacientų tarp atskirų socialinės, psichikos bei dvasinės sveikatos požymių pateiktas 3.5.3.7 lentelėje.

Atlikus koreliacijas tarp **tikinčių praktikuojančiųjų ir tikinčių nepraktikuojančiųjų** pacientų patikimų skirtumų nenustatyta. Tik sielovadinė parama ir religinė raiška buvo labiau išreikšta tikinčiųjų praktikuojančiųjų pacientų. Todėl buvo apjungta į vieną grupę – tikintieji. Vertinant onkologinių tikinčių (nepraktikuojančių ir praktikuojančių) pacientų koreliacinės analizės duomenis nustatyta, kad socialinis bendravimas tiesiogiai silpnai siejosi su paciento santykiais šeimoje, šeimos rūpesčiu pacientu bei paciento religingumo raiška. Paciento finansinės problemos tiesiogiai vidutiniškai siejosi su Dievo buvimo pojūčiu. Pacientų santykiai šeimoje tiesiogiai siejosi su šeimos rūpesčiu pacientu, paciento psichologine būseną, paciento suvokimu, kad jis reikalingas šeimai, Dievo buvimo pojūčiu ir paciento sielovadine parama, bet atvirkščiai silpnai siejosi su draugų ir kaimynų parama. Draugų ir kaimynų parama pacientui atvirkščiai siejosi su šeimos rūpesčiu pacientu. Šeimos rūpestis pacientu požymis tiesiogiai siejosi su Dievo buvimo pojūčiu. Paciento psichologinė būseną tiesiogiai siejosi su paciento dvasiniu santykiu su Dievu bei paciento sielovadine parama. Paciento pojūtis, kad jis reikalingas šeimai tiesiogiai siejosi su paciento sielovadine parama. Dievo buvimo bei dvasinio santykio su Dievu pojūčiai tiesiogiai koreliavo su paciento sielovadine parama.

3.5.3.7 lentelė. Paliatyviųjų tikinčių (nepraktikuojančių ir praktikuojančių) asmenų sergančių onkologinėmis (n=120) ligomis įvairių socialinių, psichologinių, dvasinių charakteristikų koreliacinė analizė

Požymiai		B	FP	SŠ	PDK	RŠD	PB	NŠ	DBP	DSD	SP	RR
Bendravimas B	r	1,000										
	p											
Finansinės problemos (FP)	r	0,168	1,000									
	p	0,067										
Santykiai šeimoje (SŠ)	r	0,265**	0,150	1,000								
	p	0,003	0,101									
Padedą draugai, kaimynai (PDK)	r	-0,071	0,038	-0,254**	1,000							
	p	0,438	0,679	0,005								
Pacientas rūpi šeimai, draugams (RŠD)	r	0,243**	0,008	0,380**	-0,194*	1,000						
	p	0,007	0,933	0,000	0,033							
Paciento psichologinė būseną (PB)	r	-0,060	0,120	0,263**	-0,071	0,078	1,000					
	p	0,512	0,190	0,004	0,441	0,400						
Paciento naudingumas šeimai (NŠ)	r	0,047	0,073	0,197*	0,061	-0,038	-0,134	1,000				
	p	0,614	0,427	0,031	0,506	0,677	0,145					
Paciento Dievo buvimo pojūtis (DBP)	r	0,145	0,558**	0,245**	0,097	0,204*	0,121	-0,172	1,000			
	p	0,115	0,000	0,007	0,292	0,026	0,190	0,061				
Paciento Dvasinis santykis su Dievu (DSD)	r	-0,162	-0,051	-0,047	0,134	-0,034	0,392**	-0,119	0,106	1,000		
	p	0,076	0,579	0,609	0,144	0,708	0,000	0,196	0,251			
Sielovadinė parama (SP)	r	-0,080	0,107	0,269**	0,079	0,166	0,359**	0,240**	0,580**	0,411**	1,000	
	p	0,385	0,244	0,003	0,393	0,069	0,000	0,008	0,000	0,000		
Paciento religingumo raiška (RR)	r	0,241**	-0,076	0,019	0,051	-0,074	0,010	-0,025	-0,079	0,198*	0,155	1,000
	p	0,008	0,407	0,839	0,582	0,420	0,913	0,790	0,388	0,030	0,061	

r – koreliacijos koeficientas, p – reikšmingumas. *p<0,05, **p<0,01.

Koreliacijos tarp tikinčiųjų širdies ligomis sergančių pacientų tarp atskirų socialinės, psichikos bei dvasinės sveikatos požymių pateiktos 3.5.3.8 lentelėje.

Vertinant širdies ligomis sergančių **tikinčių** (nepraktikuojančių ir praktikuojančių) pacientų koreliacinės analizės duomenis nustatyta, kad pacientų socialinis bendravimas tiesiogiai koreliavo su pojūčiu, kad pacientas naudingas šeimai. Pacientų finansinė būklė tiesiogiai silpnai koreliavo su Dievo buvimo pojūčiu, bet atvirkščiai silpnai siejosi su pacientų santykiais šeimoje ir draugais bei šeimos rūpesčiu pacientu. Paciento socialiniai santykiai tiesiogiai koreliavo su šeimos ir draugų parama. Šeimos rūpestis pacientu tiesiogiai siejosi su paciento psichologine būseną. Paciento psichologinė būseną tiesiogiai reikšmingai siejosi su paciento suvokimu, kad jis yra reikalingas šeimai. Dievo buvimo pojūtis tiesiogiai koreliavo su pacientų sielovadine parama bei religingumo raiška. Paciento dvasinio santykis su Dievu tiesiogiai siejosi su paciento sielovadine parama ir religingumo raiška.

3.5.3.8 lentelė. *Paliatyviųjų tikinčių (nepraktikuojančių ir praktikuojančių) asmenų sergančių širdies (n=118) ligomis įvairių socialinių, psichologinių, dvasinių charakteristikų koreliacinė analizė*

Požymiai		BM	FP	SŠ	PDK	RŠD	PB	NŠ	DBP	DSD	SP	RR
Bendravimas (BM)	r	1,000										
	p											
Finansinės problemos (FP)	r	-0,168	1,000									
	p	0,069										
Santykiai šeimoje (SŠ)	r	-0,022	-0,210*	1,000								
	p	0,815	0,023									
Padeda draugai, kaimynai (PDK)	r	-0,110	-0,183*	0,221*	1,000							
	p	0,237	0,048	0,016								
Rūpi šeimai, draugams (RŠD)	r	0,052	-0,182*	0,516**	0,223*	1,000						
	p	0,579	0,049	0,000	0,015							
Psichologinė būseną (PB)	r	-0,049	0,004	0,076	-0,069	0,202*	1,000					
	p	0,598	0,963	0,411	0,457	0,029						
Naudingumas šeimai (NŠ)	r	0,217*	-0,104	0,052	0,237**	0,058	0,264**	1,000				
	p	0,018	0,261	0,576	0,010	0,531	0,004					
Dievo buvimo pojūtis (DBP)	r	-0,015	0,274**	-0,107	-0,168	-0,061	0,058	0,073	1,000			
	p	0,874	0,003	0,250	0,069	0,509	0,529	0,432				
Dvasinis santykis su Dievu (DSD)	r	-0,095	0,175	-0,116	-0,056	-0,041	-0,118	0,027	0,048	1,000		
	p	0,306	0,058	0,213	0,546	0,662	0,203	0,773	0,604			
Sielovadinė parama (SP)	r	-0,023	-0,059	0,013	0,159	0,101	-0,083	0,123	0,396**	0,429**	1,000	
	p	0,804	0,525	0,885	0,086	0,275	0,373	0,186	0,000	0,000		
Religinumo raiška (RR)	r	-0,066	0,126	-0,023	0,038	-0,152	0,018	-0,057	0,211*	0,249**	0,159	1,000
	p	0,475	0,174	0,805	0,681	0,101	0,845	0,542	0,022	0,007	0,052	

r – koreliacijos koeficientas, p – reikšmingumas. *p < 0,05, **p < 0,01.

Vertinant paliatyviųjų respondentų, sergančiųjų onkologinėmis ligomis, galimybę turėti geresnius socialinius santykius priklausomai nuo įvairių veiksnių buvo atlikta **daugiaveiksnės logistinės regresijos analizė** (3.5.3.9 lentelė). Kaip nepriklausomi veiksniai į modelį buvo įtraukti lytis, amžius, išsimokslinimas, finansinė situacija, šeimos rūpestis pacientu, psichologinė būseną, paciento naudos šeimai aspektas, Dievo buvimo pojūtis, paciento dvasinis santykis su Dievu, sielovadinė parama, religingumo raiška, religingumo aspektai, tikėjimas. Atlikus analizę nustatyta, kad jaunesnis amžius mažino galimybę turėti geresnius **socialinius santykius** (kiekvieni metai vidutiniškai po 6 proc.), šeimos rūpestis pacientu didino galimybę turėti geresnius socialinius santykius vidutiniškai 2,76 karto, paciento naudingumas šeimai aspektas didino galimybę turėti geresnius socialinius santykius vidutiniškai 2,50 karto. Kiti į modelį įtraukti veiksniai nelėmė reikšmingų galimybių turėti geresnius socialinius santykius.

3.5.3.9 lentelė. *Sergančiųjų onkologinėmis ligomis, galimybė turėti geresnius socialinius santykius priklausomai nuo įvairių veiksnių*

Požymiai	B	GS	95 proc. PI		p reikšmė
			Apatinė riba	Viršutinė riba	
Amžius	-0,061	0,941	0,902	0,982	0,005
Lytis (moteris)	-0,025	0,976	0,435	2,190	0,953
Finansai (pakankami)	0,440	1,553	0,578	4,172	0,383
Šeimos rūpestis pacientu (taip)	1,015	2,761	1,090	6,991	0,032
Psichologinė būseną (gera)	0,382	1,466	0,576	3,728	0,422
Pacientas jaučiasi esąs naudingas (taip)	0,916	2,499	1,059	5,893	0,036
Dievo buvimo pojūtis (taip)	0,160	1,173	0,397	3,465	0,773
Santykis su Dievu (taip)	0,067	1,069	0,352	3,248	0,907
Sielovadinė parama (taip)	1,123	3,075	0,892	10,596	0,075
Religingumo raiška (taip)	0,628	1,873	0,817	4,292	0,138
Religingumas					
Religingumas (abejoja)	-1,593	0,203	0,021	1,923	0,165
Religingumas (tiki, nepraktikuoja)	-1,948	0,143	0,016	1,255	0,079
Religingumas (tiki, praktikuoja)	-1,432	0,239	0,030	1,905	0,177
Tikėjimas (taip)	0,409	1,505	0,485	4,669	0,479
Šeima padeda (taip)	-0,573	0,564	0,230	1,380	0,210

$\chi^2=42,531$, $lfs=15$, $p=0,0005$, $R^2=0,247$ Kokso-Snelo, 0,332 Nagelkerkės. B – regresijos modulio koeficientas. GS – galimybių santykis.

Vertinant sergančiųjų širdies ligomis, galimybę turėti geresnius **socialinius santykius** priklausomai nuo įvairių veiksnių buvo atlikta daugiaveiksnės logistinės regresijos analizė (3.5.2.10 lentelė). Kaip nepriklausomi veiksniai į modelį buvo įtraukti lytis, amžius, išsimokslinimas, finansinė situacija, šeimos rūpestis pacientu, psichologinė būseną, naudos šeimai aspektas, Dievo buvimo pojūtis, paciento dvasinis santykis su Dievu, sielovadinė parama, religingumo raiška, religingumo aspektai, tikėjimas. Atlikus analizę buvo nustatyta, kad žmogaus kuriam rūpi paciento išgyvenimai buvimas, didino galimybę turėti geresnius socialinius santykius vidutiniškai 13,4 karto. Kiti į modelį įtraukti veiksniai nelėmė reikšmingų galimybių turėti geresnius socialinius santykius.

3.5.3.10 lentelė. *Sergančiųjų širdies ligomis, galimybę turėti geresnius socialinius santykius priklausomai nuo įvairių veiksnių*

Požymiai	B	GS	95 proc. PI		p reikšmė
			Apatinė riba	Viršutinė riba	
Amžius	-0,009	0,991	0,949	1,035	0,678
Lytis (moteris)	0,097	1,102	0,510	2,382	0,805
Finansai (pakankami)	-0,771	0,463	0,199	1,073	0,073
Žmogus, kuriam rūpi paciento išgyvenimai (taip)	2,596	13,406	3,761	47,786	0,001
Psichologinė būseną (gera)	0,247	1,280	0,572	2,862	0,548
Paciento naudingumas šeimai (taip)	0,322	1,380	0,490	3,886	0,542
Dievo buvimo pojūtis (taip)	0,118	1,125	0,458	2,763	0,797
Santykis su Dievu (taip)	-0,747	0,474	0,175	1,281	0,141
Sielovadinė parama (taip)	-0,383	0,682	0,244	1,907	0,466
Pacientų religingumo raiška (taip)	0,466	1,594	0,701	3,627	0,266
Religingumas					
Religingumas (abejoja)	-0,092	0,912	0,247	3,370	0,890
Religingumas (tiki, nepraktikuoja)	-0,436	0,647	0,238	1,757	0,393
Religingumas (tiki praktikuoja)	-0,523	0,593	0,166	2,121	0,421
Tikėjimas (taip)	-0,512	0,599	0,238	1,508	0,277
Šeima padeda (taip)	-0,009	0,991	0,949	1,035	0,678

$\chi^2=39,304$, IIs= 14, p=0,0005, $R^2=0,231$ Kokso-Snelo, 0,308 Nagelkerkės. B – regresijos modulio koeficientas. GS – galimybių santykis.

Vertinant paliatyviųjų respondentų, sergančiųjų onkologinėmis ligomis, galimybę patirti mažesnę **skausmą** priklausomai nuo įvairių veiksnių buvo atlikta daugiaveiksnės logistinės regresijos analizė (3.5.3.11 lentelė). Kaip

nepriklausomi veiksniai į modelį buvo įtraukti pacientų lytis, amžius, išsimokslinimas, finansinė situacija, rūpestis šeimai, psichologiniai aspektai, naudos šeimai aspektas, Dievo buvimo pojūtis, paciento dvasinis santykis su Dievu, pacientų sielovadinė parama, religingumo raiška, religingumo aspektai, tikėjimas. Atlikus analizę buvo nustatyta, kad moteriška lytis didino galimybę patirti mažesnę skausmą vidutiniškai 4,3 karto, geri santykiai su šeima didino galimybę (tendencija) patirti mažesnę skausmą vidutiniškai 3,54 karto. Gera psichologinė paciento būseną didino galimybę patirti mažesnę skausmą vidutiniškai 13,8 karto. Teigiama religingumo raiška galimybę patirti mažesnę skausmą vidutiniškai didino 7,23 karto. Kiti į modelį įtraukti veiksniai reikšmingų galimybių patirti mažesnę skausmą nelėmė.

3.5.3.11 lentelė. *Sergančiųjų onkologinėmis ligomis, galimybė patirti mažesnę skausmą priklausomai nuo įvairių veiksnių*

Požymiai	B	GS	95 proc. PI		p reikšmė
			Apatinė riba	Viršutinė riba	
Amžius	0,013	1,013	0,953	1,077	0,680
Lytis (moteris)	1,459	4,303	0,967	19,157	0,055
Finansai (pakankami)	-0,432	0,649	0,141	2,995	0,579
Santykiai su šeima geri (taip)	1,264	3,539	0,967	12,950	0,056
Šeima padeda pacientui (taip)	0,503	1,654	0,471	5,805	0,433
Turėti žmogų, kuriam rūpi paciento išgyvenimai (taip)	-2,526	0,080	0,012	0,545	0,010
Psichologinė būseną (gera)	2,625	13,800	2,769	68,766	0,001
Pacientas jaučiasi esąs naudingas (taip)	-2,690	0,068	0,011	0,428	0,004
Dievo buvimas pojūtis (taip)	-0,016	0,984	0,189	5,124	0,984
Santykis su Dievu (taip)	-1,501	0,223	0,041	1,218	0,083
Sielovadinė parama (taip)	1,110	3,035	0,446	20,629	0,256
Religingumo raiška (taip)	1,978	7,230	1,943	26,901	0,003
Religingumas					
Religingumas (abejoja)	-2,757	0,063	0,005	0,859	0,038
Religingumas (tiki, nepraktikuoja)	-3,063	0,047	0,004	0,607	0,019
Religingumas (tiki, praktikuoja)	-3,490	0,031	0,002	0,394	0,007
Tikėjimas (taip)	0,676	1,967	0,364	10,620	0,432

$\chi^2=51,723$, $lls=16$, $p=0,0005$, $R^2=0,292$ Kokso-Snelo, 0,484 Nagelkerkės. B – regresijos modulio koeficientas. GS – galimybių santykis.

Vertinant sergančiųjų širdies ligomis, galimybę patirti mažesnę **skausmą** priklausomai nuo įvairių veiksnių buvo atlikta daugiaveiksnės logistinės regresijos analizė (3.5.3.12 lentelė). Kaip nepriklausomi veiksniai į modelį buvo įtraukti lytis, amžius, išsimokslinimas, finansinė situacija, ar padeda šeima, rūpestis šeimai, psichologinė būseną, naudos šeimai aspektas, Dievo buvimo pojūtis, paciento dvasinis santykis su Dievu, pacientų sielovadinė parama, religingumo raiška, religingumo aspektai, tikėjimas. Atlikus analizę buvo nustatyta, kad žmogaus, kuriam rūpi paciento išgyvenimai buvimas, didina galimybę patirti mažesnę skausmą vidutiniškai 15,05 karto, paciento pojūtis, kad jis naudingas šeimai didina galimybę patirti mažesnę skausmą vidutiniškai 3,9 karto. Kiti į modelį įtraukti veiksniai nelėmė reikšmingų galimybių patirti mažesnę skausmą.

3.5.3.12 lentelė. *Sergančiųjų širdies ligomis galimybė patirti mažesnę skausmą priklausomai nuo įvairių veiksnių*

Požymiai	B	GS	95 proc. PI		p reikšmė
			Apatinė riba	Viršutinė riba	
Amžius	0,031	1,031	0,985	1,079	0,186
Lytis (moteris)	0,042	1,043	0,435	2,499	0,924
Finansai (pakankami)	-1,973	0,139	0,050	0,386	<0,001
Santykiai su šeima geri (taip)	-0,526	0,591	0,217	1,608	0,303
Šeima padeda (taip)	-1,908	0,148	0,048	0,463	0,001
Turėti žmogų, kuriam rūpi paciento išgyvenimai (taip)	2,711	15,047	3,723	60,821	<0,001
Psichologinė būseną (gera)	-2,271	0,103	0,038	0,279	<0,001
Pacientas jaučiasi esąs naudingas (taip)	1,375	3,957	1,242	12,608	0,020
Dievo buvimas pojūtis (taip)	0,937	2,553	0,909	7,172	0,075
Santykis su Dievu (taip)	0,114	1,121	0,361	3,477	0,844
Sielovadinė parama (taip)	-0,859	0,424	0,125	1,431	0,167
Religinė raiška (taip)	0,614	1,848	0,732	4,665	0,194
Religingumas					
Religingumas (abejoja)	-0,237	0,789	0,185	3,374	0,749
Religingumas (tiki, nepraktikuoja)	0,160	1,174	0,370	3,723	0,786
Tikėjimas (taip)	-0,442	0,643	0,149	2,764	0,553

$\chi^2=65,786$, $lls=15$, $p=0,0005$, $R^2=0,355$ Kokso-Snelo, 0,474 Nagelkerkės. B – regresijos modulio koeficientas. GS – galimybių santykis.

Aptariant gautus duomenis galima teigti, kad onkologinėmis ligomis sergantieji praktikuojantieji dažniau skundėsi svorio kritimu ir skausmais krūtinėje. Širdies ligomis sergantieji tikintieji reikšmingai rečiau skundėsi vėmimu, skausmus krūtinėje. Širdies ligomis sergantiejiems tikintiesiems rečiau vargino nerimo simptomai, tačiau depresijos simptomai buvo dažnesni. Onkologinėmis ligomis sergančiųjų depresijos simptomai buvo retesni, tačiau labiau juos vargino nerimo simptomai.

Onkologinėmis ligomis sergančiųjų jaunesnis amžius mažino galimybę turėti geresnius socialinius santykius. Galimybę turėti geresnius santykius didino šeimos rūpestis pacientu ir paciento pojūtis, kad jis naudingas šeimai. Moteriška lytis, gera psichologinė paciento būseną ir teigiama religingumo raiška didino galimybę patirti mažesnę skausmą.

Širdies ligomis sergančiųjų galimybę turėti gerus socialinius santykius didino žmogaus, kuriam rūpi paciento išgyvenimai buvimas. Galimybę patirti mažesnę skausmą didino žmogaus, kuriam rūpi paciento išgyvenimai buvimas ir paciento pojūtis, kad jis naudingas šeimai.

REZULTATŲ APTARIMAS

Senėjanti visuomenė ir didėjantis sergamumas lėtinėmis ir piktybinėmis ligomis, reikalauja iš medikų formuoti humanistinį požiūrį į sunkiai sergantį pacientą, suteikiant jam ir jo šeimai visavertę priežiūrą iki mirties. Humanistinė sveikatos priežiūros samprata – tenkinti sunkiai sergančiojo žmogaus kaip jaučiančio, mėstančio, veikiančio individo poreikius. Holistinis požiūris į pacientą skatina medikus suvokti ne tik jo fizinius poreikius, kurie yra aktualūs gyvenimo saulėlydyje, bet ir psichologines, socialines bei dvasines problemas. Pagal A. Maslow poreikių teoriją pirmiausiai turi būti tenkinami žmogui fiziologiniai poreikiai [131]. Daugelis fiziologinių poreikių yra gyvybiškai svarbūs. Jei jie nepatenkinami, sustiprėja ir tampa dominuojančiais tarp visų kitų poreikių. Neišsprendus pacientų fizinės sveikatos sutrikimų negalima pradėti koreguoti kitų sveikatos sutrikimų.

Terminalinės stadijos paliatyviesiems **onkologinėmis ligomis sergantiems** pacientams būdinga **fizinių** simptomų gausa [160]. Mūsų tyrimo atveju vienam onkologiniam pacientui buvo mažiausiai 7 ir daugiausiai 16 simptomų, nes paliatyviesiems pacientams piktybinis procesas yra išplitęs į daugelį organizmo sistemų, stebimos tolimos metastazės, pakenkdamos jų funkcijai. Širdies ligomis sergantiems pacientams simptomų buvo mažiau: mažiausiai 3, daugiausiai 12, nes funkcijos yra sutrikusios stebimas tik keliuose organizmo sistemose. Patologiniam procesui plintant, artėjant mirčiai šie simptomai suintensyvėja ir vis gausėja. Simptomų gydymas nepailgina paciento gyvenimo, tik palengvina jo būklę, t. y. gerina gyvenimo kokybę – toks paliatyviosios pagalbos uždavinys. Mūsų duomenimis, dažniausi fizinės sveikatos sutrikimai, varginantys onkologinius pacientus tiek vyrus, tiek moteris buvo nuovargis, skausmas, žagsėjimas, vidurių nelaikymas, fizinis silpnumas, energijos stoka, apetito sumažėjimas ir svorio kritimas. Šie visi sveikatos sutrikimai yra tarpusavyje susiję. Apetito praradimas ir svorio kritimas, kitaip dar vadinamas anoreksijos ir kacheksijos sindromu, labai dažnas terminalinėje ligos stadijoje. Ypatingai ryškus kūno svorio kritimas stebimas sergant kasos vėžiu [199]. Onkologinėmis ligomis sergančiųjų svorio kritimo pagrindinės priežastys: tumoro nekrozės faktorius alfa, interleukinas-1, interleukinas-6 ir interferonas-gama bei auglio išskiriamų kitų citokinų [202]. Šie citokinai didina baltymų, angliavandenių ir riebalų skaldymą. Suzuki H. ir kt. (2013) nurodo, jog blogumas yra tai, kad šie citokinai skaldo skeleto raumenų baltymus [199]. Todėl atsiranda fizinis silpnumas, energijos netekimas, svorio kritimas, nuovargis [155]. Dėl kvėpavimo raumenų baltymo skaldymo vystosi kvėpavimo raumenų silpnumas, atsiranda dusulys. Mūsų darbe pacientai dusulį nurodo dažnai, nes jautė baimę už-

dusti. Dėl sutrikusios virškinimo trakto veiklos ir skonio jutimo pokyčių atsiranda pykinimo ir vėmimo simptomai, kurie dar labiau blogina paciento apetitą. Dėl svorio mažėjimo ir besikeičiančios išvaizdos, pacientai vengia bendrauti su draugais ir kaimynais, izoliuoja save nuo aplinkinių, jaučiasi nelaimingi, atsiranda depresija ir nerimas. Mokslininkai teigia, kad siekiant geresnės onkologinėmis ligomis sergančiojo gyvenimo kokybės ir veiksmingesnės paliatyviosios pagalbos būtina stebėti mitybą ir svorio pokyčius [201]. Kanados onkologai tirdami pacientus, kuriems buvo diagnozuota onkologinė liga, nustatė, kad nerimas ir depresija reikšmingai susiję su svorio netekimu. Mokslininkai nustatė, kad pacientų svorio kritimas turi tiesioginę sąsają su mirtingumu. Todėl vykdomi tyrimai siekiant išsiaiškinti mitybos sutrikimo vaidmenį atsakui į gydymą ir naviko progresavimą [128]. Pacientų mitybos sutrikimas gali nulemti blogesnę atsaką į gydymą, prastesnę gyvenimo kokybę. Mūsų tyrimo metu nustatyta, kad ryškesnis svorio kritimas yra seno amžiaus pacientams. Tikėtina, kad pacientai turi ir kitų sveikatos problemų, nesusijusių su onkologiniu susirgimu ar širdies veiklos nepakankamumu. Biologinis senėjimo procesas sąlygoja morfologinius ir funkcinius virškinimo sistemos kitimus. Žmogui senstant, atsiranda neurohumoralinių pakitimų, lėtėja biologinės oksidacijos reakcijos, – tai pagilina medžiagų apykaitos sutrikimus [8,11]. Pagalbą galima teikti tik tiksliai nustačius svorio mažėjimo priežastis [201]. Paciento gyvenimo kokybės gerinimui reikia parinkti tinkamus mitybos modelius ir pagalbos būdus atsižvelgiant į paciento gyvenimo įpročius. Mūsų visuomenėje tradiciškai vyrauja nuomonė, kad jei svoris krenta, reiškia, kad mirsi.

Onkologinėmis ligomis sergantieji nuovargi nurodė kaip labiausia varginantį fizinės sveikatos sutrikimą (100 balų). Mokslininkų nustatyta, kad visi pacientai, neseniai gydyti chemoterapija ar spinduliuote arba sulaukę terminalinės vėžio stadijos, patiria nuovargį ir silpnumą [155]. Šie gydymo metodai sukelia nepageidaujamus simptomus, tokius kaip pykinimas, vėmimas, apetito netekimas, vidurių užkietėjimas, burnos gleivinės pokyčius, taip pat didina kūno svorio kritimą. Žinoma, kad ilgalaikis gulėjimas lovoje, neveiklumas, fizinės ir emocinės veiklos neskatinimas, blogina paciento gerovę, didina pragulų atsiradimo riziką [201]. Mobilumo sumažėjimas skatina hiperkalcemiją, kuri mažina apetitą, didina vidurių užkietėjimą. Nuovargi lemia ne tik išplitęs onkologinis procesas, bet ir bendravimo stoka, psichologinės problemos bei dienos režimo nesilaikymas [199].

Analizuojant **širdies ligomis** sergančiųjų **fizinės sveikatos** sutrikimus buvo nustatyta, kad dažnai pasireiškė apetito sumažėjimas, šlapimo nelaikymas, niežėjimas, fizinis silpnumas, vėmimas, dusulys, pragulos ir vidurių nelaikymas. Panašius duomenis gavo Colucci WS., Braunwald E. ect. [39]. Įkylus nuolatinis niežėjimas ir vėmimas gali atsirasti ŠVN metu dėl kepenų

funkcijos sutrikimo, dusulys – dėl stazės plaučiuose. Nuovargis dažnai vargina vyresnius pacientus, nes dėl amžiaus stebimi virškinimo sistemos pokyčiai, galima mažakraujystė. Simptominis LŠN gydymas diuretikais mažina skysčių kaupimąsi organizme, mažina dusulį, prailgina gyvenimą, tačiau gali sąlygoti silpnumą. Dažnai šie ligoniai bijosi uždusimo, o paūmėjus širdies veiklos nepakankamumui fizinio krūvio metu kyla panika dėl mirties baimės [202]. Detali pacientų informacija, kad fizinio krūvio metu įprasta, jog dusulys paūmėja padeda sumažinti uždusimo baimę. Palyginus širdies ligomis sergančių pacientų atsakymus su onkologinėmis ligomis sergančiųjų atsakymais, sergantieji širdies ligomis, energijos netekimą jautė mažiau, pailsėjęs jis sumažėdavo. Onkologinėmis ligomis sergantiesiems po fizinio poilsio energijos stoka nesumažėja. Pagal fizinės sveikatos sutrikimų intensyvumą širdies ligomis sergantys pacientai nurodė apetito sumažėjimą (72,5 balo). Sergantieji galvoja, jei apetitas sumažėjo, reiškia liga progresuoja. Aukštais balais įvertinto šlapimo ir vidurių nelaikymą, kurie labai žeidžia paciento orumą, trikdo bendravimą ir skatina atskirtį. Taip pat aukštais balais įvertino ir žagsėjimą, kuris dažnai atsiranda dėl klajoklinio nervo dirginimo (skrandžio ištempimo, hepatomegalijos, žarnyno nepraeinamumo, peritonito), diafragmos nervo dirginimo (metastazių į diafragmą) arba smegenų naviko. Atkaklus žagsėjimas vargina pacientus, sutrikdo mitybą, miegą. Kartais žagsėjimas sunkiai pasiduoda medikamentiniam gydymui ir reikalauja chirurginės intervencijos [126, 202].

Skausmo malšinimas yra vienas iš svarbiausių veiksnių gydant sergančiuosius onkologinėmis ligomis, kadangi skausmas pacientams sukelia kančią ir sielvartą. Tai – emocinis ir sensorinis potyris. Buzgova R. ir Havelkova K. (2012) nurodo, jog gyvenimo kokybei didžiausią reikšmę turi skausmas [29]. Mūsų tyrimo duomenimis, nepriklausomai nuo amžiaus, lyties ir išsimokslinimo, per 7 paskutiniąsias dienas visiems pacientams skausmas trukdė bendrai veiklai, nors jie, nurodė, kad su skausmu kovojama efektyviai. Tokiam loginiam prieštaravimui yra daug priežasčių: proveržinio (skausmo proveržis – praeinantis skausmo paūmėjimas, kurį sužadina numatomas ar neprognozuojamas dirgiklis, nepaisant tinkamai kontroliuojamo pagrindinio skausmo) [12], skausmo atsiradimas, pacientų atsisakymas nuo opioidinių analgetikų („tapsiu narkomanu“, ar „greitai mirsiu“). J. Baublienė teigia, kad dauguma ligonių mano, kad skausmas yra neišvengiamas onkologinės ligos palydovas, jį reikia iškentėti [12]. Kiti pacientai ryžtasi kentėti gana stiprius skausmus dėl religinių motyvų tikėdamiesi dvasinio apsisvalymo. Kartais protestuoja ir namiškiai reikalaudami skirti neopiodinius nuskausminamuosius vaistus [126]. Tirtiems visiems onkologiniams pacientams nepriklausomai nuo amžiaus ir lyties skausmas blogino nuotaiką, trukdė vaikščioti, miegoti, džiaugtis gyvenimu ir bendrauti su žmonėmis. Mūsų

tyrimas nustatė, kad skausmą dažniau junta jauno amžiaus pacientai ir seni. Jauno amžiaus pacientai dažnai atsisako nuo opioidinių analgetikų, o seniems pacientams, kad nebūtų slopinamas kvėpavimo centras gydytojai skiria mažesnes opioidų dozes [12].

JAV tiriant skausmo ir depresijos sąsajas nustatyta, kad skausmo intensyvumas reikšmingai koreliuoja su nuotaikos sutrikimu [19, 193]. Taip pat ir Ž. Luneckaitės (2008 m.) atliktas tyrimas nustatė, kad dauguma respondentų, patiriančių vidutinį (73 proc.) ir stiprų (96 proc.) skausmą, pažymėjo, jog tai neigiamai veikia nuotaiką. Skausmo potyris gali sukelti ar apsunkinti kitas sveikatos problemas, susijusias su bet kuria viena ar visomis kitomis priežastimis: psichologinėmis, dvasinėmis, socialinėmis. Šių tarpusavio ryšių svarba yra tai, kad kiti kančios komponentai nebus pašalinti tol, kol nebus sėkmingai numalšintas skausmas. Ir priešingai, skausmo potyrį gali apsunkinti kitos problemos, susijusios su kitomis kančios priežastimis. J.Baublienė teigia, kad psichologiniai veiksniai svarbūs skausmo suvokimui ir raiškai. Skausmo malšinimas vyksta įvairiuose nervų sistemos lygiuose ir tam didelės įtakos turi emociniai ir kognityviniai procesai [12]. Taigi norint sėkmingai kontroliuoti skausmą reikia atkreipti dėmesį į tam tikrus arba visus priežiūros ir kančios aspektus. Buzgova R., Havelkova (2012) nurodo, kad būtinas holistinis požiūris į problemų vertinimą ir sprendimą bei tinkamą analgetikų naudojimą [29]. Tokiems pacientams svarbu užtikrinti slaugos ir tinkamo gydymo vaistais vientisumą [207]. Ligai progresuojant skausmas tampa vis įkyresnis [208]. C. Saunders nurodo suminio skausmo (angl. *total pain*) koncepciją, apimančią fizinius, psichologinius, dvasinius, socialinius veiksnius [185]. Tokia holistinė skausmo samprata reikalauja daugiadisciplininio gydymo, kurio centre yra ligonis.

Analizuodami **širdies ligomis** sergančiųjų **skausmo** potyrį, nustatėme, kad per pastarąsias 7 dienas skausmo potyris trukdė bendrai veiklai tiek moterims, tiek vyrams. Skausmo potyris dažnai trukdė nuotaikai, miegui, gebėjimui džiaugtis gyvenimu, santykiams su kitais žmonėmis, rečiau – vaikščioti. Panašius duomenis gavo ir kiti tyrėjai [120, 204]. Pagal amžių skausmo potyris reikšmingai trukdė nuotaikai ir miegui vyresnio amžiaus pacientams. Senų žmonių miegas yra ir taip sutrikęs dėl amžiaus. Jiems būdingas pailgėjęs užmigimas, padažnėjęs prabudimas, sutrumpėjusi lėtojo miego fazė. Dėl šių pokyčių senų žmonių miegas yra paviršutinis ir poilsio prasme neefektyvus [8].

Neišspręsti **socialinės sveikatos sutrikimai** gali sukelti ar padidinti fizinius, psichologinius ir dvasinius sveikatos sutrikimus. Fizinių ar dvasinių sveikatos sutrikimų nepavykus įveikti reikia pagalvoti apie socialinės sveikatos sutrikimus [214]. Socialinius sveikatos sutrikimus reikia koreguoti kartu su visa paliatyviosios pagalbos komanda paliatyviojoje pagalboje. Kai

pacientas sunkiai serga, dėl reakcijos į ligą dažniausiai gali sutrikti tarpasmeniniai santykiai, nes jie patiria didelę įtampą.

Analizuojami onkologinėmis ligomis sergančiuosius tarpasmeninius santykius nustatėme, kad vyrai dažniau negu moterys neturi žmogaus, kuriam rūpėtų paciento išgyvenimai ir jausmai. Vyrai uždaresni, mažiau linkę bendrauti [57]. Moterys kalbesnės, greičiau užmezga draugiškus santykius [57]. Nustatėme, kad dauguma jauno amžiaus ir vyresni pacientai neturėjo žmogaus, kuriam rūpėtų paciento jausmai ir išgyvenimai. Jauni pacientai, atskirti nuo šeimos ir žinantys savo diagnozę, nori išsikalbėti išsakyti kas jiems rūpi, duoti nurodymus, kaip elgtis kai jų nebus. Vyresni pacientai paprastai nori papasakoti savo gyvenimą, todėl jiems reikalingi klausytojai. Vakarų Europoje, jei šeimos nariai dažnai negali lankyti artimąjį, su paliatyviaisiais pacientais bendrauja savanoriai, kuriems tenka svarbi, nors dažnai nepakankama vertinama reikšmė – jie pasirenkę išklausti pacientą. [161]. Mūsų šalyje nėra savanorystės tradicijų, dar tik kuriasi savanorių organizacijos. Negalėjimas išsikalbėti su patikimu žmogumi pacientą emociškai slegia, atsiranda psichologinė įtampa, vienišumo jausmas. Dauguma autorių nurodo, kad paliatyvieji onkologinėmis ligomis sergantieji dažnai siekia bendravimo su artimu žmogumi [110, 192]. Šeimos narių, slaugytojų, socialinių darbuotojų buvimas šalia patvirtina, kad pacientas ne vienišas, jie pasiruošę likti su mirštančiuoju iki pabaigos. Galima paprasčiausiai leisti pacientui suprasti, kad ne tik kalbėti, bet ir tylėti gera, kai šalia yra žmogus, kuriam rūpi pacientas ir kuris pasiruošęs jam padėti [202].

Paliatyviųjų onkologinėmis ligomis sergančių pacientų gyvenimo kokybė labai priklauso nuo bendravimo su šeima. Tyrimas įrodė, kad tik ketvirtadalis šeimų padeda pacientams rasti sprendimus. Mūsų kultūroje ir asmens sveikatos sistemoje įprasta, kad pacientai nėra autonomiški, sprendimus dažniausia daro gydytojai. Fallowfield L. J. (2002) nurodo, kad namiškius reikia išsamiai informuoti apie pacientą, kartu dalyvauti priimant sprendimuose, kartu su medikais planuojant paciento priežiūrą. Tai suartina pacientą su šeima [58]. Jei ligonis sutinka, kad būtų dalijamasi informacija apie jo ligą, aptarti klausimai padeda giminaičiams geriau suprasti jo problemas. Reikia skatinti šeimos narius ir draugus bendrauti, kad galėtų atvirai išsakyti, kaip jie jaučiasi kartu suteikdami vieni kitiems paramą ir paguodą. Dėl panašių sunkumų gali prireikti pagalbos ir šeimos nariams, kad jie prisitaikytų ir įveiktų savo problemas. Pagrindinis tikslas – kiek tik bus įmanoma, užtikrinti ramią ir orią mirtį be diskomforto [186].

Mūsų duomenimis dauguma jauno amžiaus onkologinėmis ligomis sergančiųjų iš šeimos narių gavo tinkamą paramą. Tačiau to negalima pasakyti apie vyresnio amžiaus pacientus, kurie paliekami ligoninės darbuotojų globai – tinkamą giminaičių paramą gauna tik kas dešimtas pacientas. Toks

šeimų susvetimėjimas yra mūsų šalies daugelio metų dramatiškos istorijos rezultatas [227]. Visos kartos susiduria su naujomis socialinėmis, ekonominėmis ir dvasingumo raidos problemomis, todėl tarpusavio paramos galimybės sumažėjo, sumenko žmogiškosios vertybės [227]. Retai kada pacientai linkę bendravimą visiškai nutraukti [215]. Mūsų duomenimis, onkologinėmis ligomis sergantieji tiek vyrai, tiek moterys santykių su šeima svarbą vertina aukštais balais, aukštesniais negu finansines problemas. Šeimos nariai taip pat patiria sielvartą dėl artėjančios paciento mirties, ir tada santykinai gali pablogėti. Kai santuoka netvirta, kyla psichologinių bendravimo problemų, atsiranda įtampa, kartais tai gali baigtis skyrybomis [126]. Kartais, atvirkščiai, išsiskyrę sutuoktiniai vėl pradeda gyventi kartu ir bando mirtiną ligą nugalėti vienas kito padedami [126]. Tai palengvina ligonio kančias, o partneris jaučia, kad pasiėlgė teisingai, kilniai, atliko svarbų darbą ir ateityje nejaus kaltės.

Vertinant socialinių sveikatos sutrikimų intensyvumą balais nustatyta, kad onkologinėmis ligomis sergantiems jauno amžiaus vyrams finansinės problemos svarbesnės negu moterims. Vyrai paprastai yra šeimos maitintojai ir jiems finansinės problemos labai svarbios. Širdies ligomis sergantiems jauno amžiaus pacientams labiau rūpi finansinės problemos negu geri santykiai su šeima, jie dažniau jaučiasi izoliuoti nuo šeimos. Jauno amžiaus pacientai turi rūpestį, kas rūpinsis jų vaikais, kokia jų ateitis. Dauguma onkologinių ir širdies ligomis sergančiųjų nurodo, kad kaimynai ir draugai nepadedą. JK yra išvystyta, pacientų slaugomų namuose, bendruomenės (kaimynų, draugų) dalyvavimo, priežiūros sistema. Tikslas – remti pacientą psichologiškai, sudaryti jaukią aplinką, kad nesijaustų ligonis esąs vienišas, apleistas, niekam nereikalingas [228].

Analizės duomenys rodo, kad tiek onkologinių, tiek ir širdies ligomis sergančiųjų šeimoms stresą dažniau sukėlė jaunesnio amžiaus pacientų liga. Stresas priklauso nuo daugelio veiksnių: paciento amžiaus, šeimos išlaikytinių skaičiaus, ligos eigos, kokias fizinės ir dvasinės kančias patiria pacientas.

Paliatyviojoje pagalba medikai kreipia dėmesį ne tik į kūną, bet ir į paciento **psichiką**, nes mirtina liga paveikia ir paciento emocijas. Ligai progresuojant lėtinis skausmas sudaro sąlygas psichikos sutrikimams atsirasti [216]. Tyrėjai nurodo, kad nerimas ir depresija paliatyviesiems pacientams diagnozuojama nuo 23 proc. iki 58 proc. [71]. H. L. McCluggage ir J. S. Elborn (2006) ištyrė 23 paliatyviosios pagalbos ligoninėse (angl. *hospice*) besigydančius pacientus ir nustatė, kad 70 proc. pacientų jautė depresiją [136]. Mūsų tyrimo duomenys rodo, kad depresijos ir nerimo simptomai išreikšti dažniau, daugiau kaip 80 proc. tiek vyrams, tiek moterims nepriklausomai nuo susirgimo (PN ar ŠVN), amžiaus, lyties ir išsimokslinimo. Toks didelis nerimo ir depresijos simptomų paplitimas gali būti dėl to, kad ne

visos mūsų šalies paliatyvosios pagalbos institucijos turi pastovius psichologus, retai lankosi ligoninėje kapelionai. Dažnai psichologas yra iš kitos asmens sveikatos institucijų paliatyvosios pagalbos skyriai kviečiamas pagal poreikį. Tiriamųjų išreikštam dažnam depresijos ir nerimo simptomų galėjo turėti įtakos ir dažnas skausmo pojūtis bei svorio kritimas. S. Kaasa ir J. H. Lipge (2003) pastebėjo, kad kūno svorio kritimas, apetito netekimas dažnai išprovokuoja nerimą ir depresiją [96]. Tinkamas skausmo malšinimas, nuoširdus bendravimas padeda pacientui įgyti daugiau vidinės ramybės. Tinkami pokalbiai padeda sumažinti emocinį krūvį. Ligos kaip vertės nagrinėjimas ir gyvenimo prasmės suvokimas mažina depresiją ir nerimą.

Analizės rezultatai atskleidė, kad sergantieji širdies ligomis savimi pasitiki daug daugiau negu onkologinėmis ligomis sergantieji. Jiems gali turėti įtakos vadinamoji „bloga žinia“ – vėžio diagnozė, taip pat svorio kritimas, energijos stoka, apetito netekimas [217]. Tiriamieji buvo sudirgę, dauguma jų nepakantūs kitiems. Tai galima paaiškinti tuo, kad šie pacientai jaučia pyktį, kelia klausimą: „Kodėl aš sergu šia liga?“.

Taip pat mūsų tirti onkologinėmis ligomis sergantys pacientai tik kas penktas nurodė, kad vidinę ramybę jaučia. Fann JR, Ell K., Sharpe M. (2012) tyrimuose tvirtina, kad paliatyvosios pagalbos specialistų komanda turėtų skatinti pacientus pasinaudoti vidinėmis jėgomis ir tausoti pacientų vidines psichines jėgas kovai su liga, skatinti pacientą išlaikyti pusiausvyrą tarp savo emocijų ir nerimo mažinimo [59]. Tuo turėtų pasirūpinti pastovus psichologas, socialinis darbuotojas.

L. Grassi ir L. Travado konkretizuoja psichologinių veiksmų poveikį ir sieja juos su socialiniais veiksniais per psichinę savijautą ir psichikos savijautos rizikos veiksnius. Neturint su kuo nuoširdžiai pasikalbėti, pasidalyti savo išgyvenimais, atsiranda vienišumas, depresija neišvengiamai padidėja. Depresija ir nerimas, gyvenimo pasikeitimai, paciento aktyvumo ribotumas, interesų siaurėjimas sąlygoja, kad pacientams, dingsta bet kokia motyvacija kovoti su liga ar ką nors veikti [71]. Panašų teiginį patvirtina ir mūsų tyrimas: trys ketvirtadaliai onkologinėmis ir širdies ligomis sergančiųjų nurodo, kad yra nepatenkinti ligos įveika.

Dvasingumo klausimų gali kilti bet kuriuo gyvenimo momentu, tačiau dažniausiai jų kyla gyvenimo pabaigoje. Dvasinė pagalba gilinasi į gyvenimo prasmės, egzistencijos ir religijos klausimus, kurie dažnai kyla pacientui ir jo šeimai, kai pacientas serga nepagydoma ir progresuojančia liga. Atlikę tyrimą nustatėme, kad dvasinė sveikata paliatyviems pacientams labai svarbi. Daugiau nei pusė pacientų vylėsi išganymo iš Jėzaus Kristaus, mūsų Viešpaties, oriai laukė besitartinančios mirties, kaip tikrojo amžino gyvenimo pradžios. Dauguma onkologinėmis ligomis sergančiųjų pastoviai meldžiasi, skatina melstis kitus, jaučia Dievo buvimą. Dievo buvimą daž-

niau jaučia vyresnio amžiaus pacientai. Moterys meldžiantis dažniau jaučia vidinę ramybę, harmoniją ir Dievo palaimą negu vyrai. Moterys yra giliau tikinčios negu vyrai. Tik nedidelė dalis onkologinių ligonių nejaučia Dievo buvimo. Tačiau tai nereiškia, kad šie pacientai nenori aptarti platesnių gyvenimo prasmės klausimų. Gali būti ir atvirkščiai: tokiose situacijose pacientai, kurie šiaip savęs nelaiko religingais, gyvenimo pabaigoje nori sugrįžti prie tikėjimo, su kuriuo užaugo tikėdamiesi jame atrasti viltį ir paguodą [221]. Mūsų tyrimo duomenimis dauguma onkologinėmis ligomis sergančiųjų, tiek vyrų, tiek moterų, norėjo pastoracinio patarnavimo paliatyviojoje ligoninėje, dažniau to pageidavo vyresnio amžiaus pacientai.

Nustatėme, kad pacientų dvasiniai santykiai su Dievu gana dažni, dauguma pacientų stengiasi turėti šį ryšį. Santykis su Dievu tiek sergantiesiems onkologinėmis, tiek širdies ligomis yra svarbus jų gyvenime, nes suteikia prasmę gyventi. Dauguma pacientų laikosi Dievo įsakymų, linkę atgailauti dėl savo elgesio jų gyvenime. Suvokdami, jog liko gyventi nedaug, dauguma pacientų ligos metu tampa religingesni. Dėl artėjančios mirties jaudinasi daugiau nei pusė pacientų. Kiti pacientai susitaikę su mintimi, kad mirtis yra natūralus gyvenimo įvykis. Dvasingumas suteikia prisitaikymą prie situacijos, kad tai yra geriausias sprendimas šiuo metu [148]. Pacientui kartais sunku pasakyti, kad jis norėtų, kad kas nors būtų šalia, kai jį užklups vienatvė ir kančia. Kančios problema įvairialypė. Žodis *kančia* dažnai įvardijamas kaip fizinis skausmas, tačiau žmogiškoji kančia tuo neapsiriboja: ji apima ir sielos skausmą, kurį sukelia artėjanti netektis, beviltiškumas ar nusivylimas [221]. Žvelgiant į žmogaus patiriamą kančią, neišvengiamai kyla klausimas: „Kodėl?“. Neradęs atsakymo pacientas kenčia dar labiau. Dėl šio klausimo Dievo ir ligonio santykiuose neretai atsiranda daug nepasitenkinimų ir konfliktų, kartais pacientas ima kaltinti ar neigti Dievą. Pusė mūsų tiriamųjų nurodo, kad Dievas juos baudžia ir yra neteisingas. Pyksta ant Dievo dažniau vyrai, sergantys širdies ligomis, negu moterys, kadangi moterys yra pamaldesnės. Naghi J. J., Philip K. J., Cleenewerck L., Schwarz E. R. (2012) nurodo, kad tokiais atvejais gali padėti daugiadisciplininis požiūris į pacientą ir šeimos narius [206].

J. Knestricks ir B. Lohri-Posey (2005) rekomendavo dvasingumą kaip neatsiejamą sveikatos sąvoką, kuri turėtų būti taikoma slaugant [105]. Slaugytojai susiduria su sunkumais vertindami dvasinius slaugos būdus, nes ši slaugos sritis apima įvairios ir labai skirtingos pagalbos priemones. Nustatėme, kad tiek onkologinėmis, tiek širdies ligomis sergantiesiems dvasinę pagalbą teikia daugiausia kunigai, o gydytojai ir slaugytojai šiuo atveju padeda labai mažai, nors slaugytojai daugiausia laiko praleidžia su pacientu. Gali būti, kad dvasingumą sunku labai aiškiai išskirti iš bendrosios slaugos ir priežiūros būdų. Slaugos planas priklauso nuo pasirenkamų modelių.

Todėl slaugos poreikių vertinimas ir planavimas labai priklauso nuo kiekvieno slaugytojo individualaus mąstymo. Tikėtina, kad kolegijos ir universitetai studijų metu nepakankamai kreipia dėmesį į dvasinius sutrikimus ir nemoko atpažinti. Dar prieš pradėdant praktinę veiklą reikia mokyti slaugytojus priimti atsakomybę, jiems išaiškinti, kad dvasinė slauga niekuo nesiskiria nuo kitų slaugos sričių. Svarbu, kad slaugytojai sugebėtų įveikti savo mąstymo kontrolės užtvartą – tą kontrolės mechanizmą, kuris įsijungia kiekvieną kartą pradėjus kalbėti su pacientu apie dvasinius poreikius ir planuoti dvasinę slaugą. Rašytinis slaugos planas yra labai svarbus rezultatų analizei bei vertinimui. Slaugytojai patys turi būti dvasingi, tik tada gali padėti kitiems [221]. Slaugytojai dažnai skundžiasi, kad neturi pakankamai laiko kalbėti apie dvasinį ligonio gyvenimą. Jie dienomis turi slaugyti po 12–18 ligonių, naktimis dažnai 40, o kartais ir 60 ligonių [176]. Todėl skirti pakankamai dėmesio ligonių dvasinėms problemoms tikrai nepakanka. Būtina žinoti, kad dvasinį vertinimą reikia atlikti, kai slaugytojas įgauna paciento pasitikėjimą [202]. Slaugytojas taip pat gali susidurti su savo asmeniniais sunkumais dvasinio vertinimo metu. Kiekvienas slaugytojas turi asmeninę filosofiją ir požiūrį į pasaulį, kuris veikia jo dvasinį tikėjimą [202]. Tikslus ir jautrus dvasinis vertinimas reikalauja, kad slaugytojas būtų dvasiškai sąmoningas.

Mūsų duomenys parodė, kad paliatyvieji pacientai pageidauja, jog kunigas lankytųsi kuo dažniau, nes religija suteikia teigiamą gyvenime prasmę. Religinį apeigų atlikimas: meldimasis, išpažintis, Švč. Sakramentų priėmimas, ligonių patepimas šventais aliejais, smilkalų deginimas, pasninkavimas, atgailavimas, krikštas, nesusituokusių partnerių santuokos sakramentas, padeda oriai pasitikti mirtį. Mūsų nuomone, iš kapeliono pacientai sulaukia atsakymų į egzistencijos klausimus, nes kapelionai yra įvaldę tam tikrus bendravimo būdus ir žino sergančiojo paciento psichologiją, supranta, kad nuoširdus rūpestis padeda jam įveikti dvasines problemas.

Atlikdami tyrimą nustatėme, kad širdies ligomis sergantieji tikintieji pacientai rečiau nurodė vėmimo simptomą ir skausmą krūtinėje negu netikintieji. Onkologinėmis ligomis sergantieji tikintieji dažniau nurodė kūno svorio kritimą, skausmą, negu netikintieji. Mūsų nuomone, tai gali būti susiję su tuo, kad onkologinėmis ligomis sergantieji tikintieji, suvokdami, kad krentant kūno svoriui artėja mirtis ir esant dideliame skausmo intensyvumui daugiau meldžiasi. Tikintieji savo kančią įprasmina kaip dvasinę vertybę, kuri gilina gyvenimo pažinimą, brandina asmenybę, sukelia dvasinio atgimimo nuotaką. Netikintieji ar abejojojantys pacientai nesusitaiko su esančia realybe, nesugeba adaptuotis prie esančios situacijos, tampa pikti ir nepakantūs.

Tyrimo eigoje buvo analizuota paliatyviųjų onkologinių ir širdies ligomis sergančiųjų sveikatos sutrikimų **sąsajas su pacientų dvasingumu**. Są-

sąjų tarp neparametrinių kintamųjų vertinimui naudota Spearmano koreliacinė analizė.

Onkologinėmis ir širdies ligomis sergančiųjų **socialinės sveikatos sutrikimų**, tokių kaip finansinės problemos ligos metu, santykiai su šeima, šeimos parama bei rūpinimasis sergančiuoju tiek **netikinčiųjų**, tiek ir **tikinčiųjų**, grupėse nesiskyrė. Tai priklauso nuo to, kad paliatyviųjų pacientų ir jų šeimos narių įtampos lygį lemia daugelis veiksnių. Mūsų nuomone, svarbu ne tik finansinės problemos, bet ir kokia ligos eiga, koks paciento amžius, ankstesnė patirtis, netekties įveika, kaip trikdo liga paciento ir jo šeimos narių gyvenimą, kokie santykiai šeimoje. Socialines problemas sprendžia socialinis darbuotojas, jo darbo pobūdis taip pat yra daugiafunkcinis. Lungtod J. ir Kindlen M. nustatė, kad religingoje šeimoje bendravimas ir rūpestis pacientu yra daug geresnis [126].

Vertinant onkologinėmis ir širdies ligomis sergančiųjų **psichikos** sveikatos sutrikimų nerimo ir depresijos simptomų dažnumą **netikinčiųjų** ir **tikinčiųjų** grupėse nustatyta, kad širdies ligomis sergančiųjų tikinčiųjų reikšmingai rečiau buvo nerimo simptomų lyginant su netikinčiaisiais. Tikinčiųjų širdies ligomis sergančiųjų depresijos simptomai buvo daugiau išreikšti negu netikinčiųjų pacientų. Tikėtina, kad sergantieji širdies ligomis tikintieji viliasi pagerėjimo, o nesulaukę realaus pagerėjimo, nesusitaikę su realybe, galvoja, kad visas gyvenimas bevertis, kad jų egzistencija beprasme, Dievas jų neišklausė, jaučia kaltę ir praranda bet kokią viltį. Onkologinėmis ligomis sergančiųjų tikinčiųjų depresijos simptomai buvo labiau išreikšti (>10 balų) negu netikinčiųjų, o nerimo simptomai buvo išreikšti mažiau. Tačiau reikšmingo skirtumo nenustatyta. T. L. Krupski ir L. Kwan tyrė moteris sergančias krūties vėžiu ir vyrus sergančius prostatos vėžiu, nustatė, kad žemas pacientų dvasingumas tik sumažina depresijos ir nerimo lygį [109a]. Religiniai ir dvasiniai įsitikinimai gali sustiprinti pacientų atsparumą depresijai ar nerimui, bent iš dalies. Tačiau, yra įrodymų, kad dvasinių įsitikinimų poveikis psichikos sveikatai yra nevienodas. Kai kurie tyrėjai teigia, kad religiniai ar dvasiniai įsitikinimai koreliuoja su mažesniu depresijos ir nerimo pasireiškimu [98a], geresne gyvenimo kokybe [109a], sunkiau suvokiamu skausmu [220a], geresne gyvenimo pilnatve [34a]. Kiti tyrėjai tokių sąsąjų neranda arba nustato atvirkščias koreliacijas kaip netiesioginį poveikį [146a].

Onkologų susidomėjimas pacientų dvasingumu paliatyviojoje slaugoje buvo skatinamas neseniai atrastais įrodymais, patvirtinančiais, kad dvasingumas turi teigiamą poveikį gydymo rezultatams tam tikrose pacientų grupėse [206a]. Naujausiose gairėse nusakančiose paliatyvosios slaugos kokybės standartus, kai kurios šalys įtraukė ir teikia dvasinę priežiūrą pagal pacientų individualų poreikį ir pageidavimus [229]. Tai gali būti vertinama

kaip aktyvios reabilitacijos komponentas pacientui sergančiam progresuojančia liga [92a]. Mūsų tyrimo duomenimis, vertinant **onkologinėmis** ligomis sergančiųjų **netikinčiųjų** (4,7 proc.) ir **abejojančių** pacientų (5,3 proc.) koreliacinės analizės duomenis nustatyta, kad požymis padeda draugai ir kaimynai, atvirkščiai, bet reikšmingai siejosi su Dievo buvimo pojūčiu. Gera paciento psichologinė būseną tiesiogiai reikšmingai siejosi su Dievo buvimo pojūčiu, dvasiniu santykiu su Dievu bei sielovadine parama. Dievo buvimo pojūtis tiesiogiai reikšmingai siejosi su paciento dvasiniu santykiu su Dievu, sielovadine parama pacientams, bet atvirkščiai koreliavo su religingumo raiška. Tikėtina, kad abejojančios pacientai nors neneigė dvasinio santykio su Dievu, tačiau pastoracine praktika nesinaudojo.

Vertinant **širdies** ligomis sergančiųjų **netikinčių ir abejojančių** pacientų Dievo buvimu koreliacinės analizės duomenis nustatyta, kad šeimos rūpestis pacientu atvirkščiai siejosi su paciento dvasiniu santykiu su Dievo pojūčiu bei sielovadine parama. Galima teigti, kad abejojančioms pacientams Dievo buvimu, pakako šeimos rūpesčio, jie nebuvo suinteresuoti religija ar sielovadine parama. Jų socialiniai santykiai tiesiogiai siejosi su šeimos rūpesčiu pacientu. Nors abejojančių pacientų psichologinė būseną tiesiogiai reikšmingai siejosi su Dievo buvimo pojūčiu, bet atvirkščiai siejosi su paciento religingumo raiška. Tikėtina, kad tokie prieštaravimai kyla tada, kai pacientų dvasinės nuostatos, įsitikinimai, vertybės neatitinka pacientų pasaulėžiūrai, jų dvasiniai įsitikinimai daug silpnesni.

Daugelis tyrėjų savo tyrimuose akcentavo lėtinės ligas, bet šiuo metu tarp tyrėjų vis svarbesnė vėžio sritis, kur dvasinius stipresnius įsitikinimus gali padidinti piktybinės ligos nustatymas [135a]. Tam tikri tyrėjai nustatė, kad dvasinis komponentas didina pacientų gerovę [31a]. Mūsų tyrimo duomenimis vertinant **onkologinių tikinčių** pacientų koreliacinės analizės duomenis nustatyta, kad socialinis bendravimas tiesiogiai silpnai siejosi su paciento santykiais šeimoje, šeimos rūpesčiu pacientu bei paciento religingumo raiška. Pacientų santykiai šeimoje tiesiogiai siejosi su šeimos rūpesčiu pacientu, paciento psichologine būseną, paciento suvokimu, kad jis reikalingas šeimai, Dievo buvimo pojūčiu ir paciento sielovadine parama. Šeimos rūpestis pacientu požymis tiesiogiai siejosi su Dievo buvimo pojūčiu. Paciento psichologinė būseną tiesiogiai siejosi su paciento dvasiniu santykiu su Dievu bei paciento sielovadine parama. Paciento pojūtis, kad jis reikalingas šeimai tiesiogiai siejosi su paciento sielovadine parama. Dievo buvimo bei dvasinio santykio su Dievu pojūčiai tiesiogiai siejosi su paciento sielovadine parama. Religinė raiška tiesiogiai siejosi su dvasiniu santykiu su Dievu. Panašius duomenis gavo B. Candy et al., kuris tyrė terminalinėje stadijoje pagyvenusius pacientus sergančius lėtinėmis ligomis. Jis nustatė, kad

sveikatos priežiūroje naudojant dvasines ir religines intervencijas pagerėjo pacientų bendra savijauta ir emocijos [31a].

Vertinant **širdies ligomis** sergančiųjų **tikinčių** pacientų koreliacinės analizės duomenis nustatyta, kad pacientų socialinis bendravimas tiesiogiai koreliavo su pojūčiu, kad pacientas naudingas šeimai. Pacientų finansinė būklė tiesiogiai silpnai koreliavo su Dievo buvimo pojūčiu, bet atvirkščiai silpnai siejosi su pacientų santykiais šeimoje ir draugais bei šeimos rūpesčiu pacientu. Paciento socialiniai santykiai tiesiogiai koreliavo su šeimos ir draugų parama. Šeimos rūpestis pacientu tiesiogiai siejosi su paciento psichologine būseną. Paciento psichologinė būseną tiesiogiai reikšmingai siejosi su paciento suvokimu, kad jis yra reikalingas šeimai. Dievo buvimo pojūtis tiesiogiai koreliavo su pacientų sielovadine parama bei religingumo raiška. Paciento dvasinio santykis su Dievu tiesiogiai siejosi su paciento sielovadine parama ir religingumo raiška. Panašius rezultatus gavo Candy B. ir kt., kurie tyrė pacientų religingumą ir dvasingumą terminalinėje pacientų ligos stadijoje [31a].

Tyrimo metu atlikus **daugiaveiksnės logistinės regresijos analizę** sergančių **onkologinėmis** ligomis pacientų buvo nustatyta, kad jaunesnis amžius mažino galimybę turėti geresnius **socialinius santykius**. Mūsų nuomone, onkologinėmis ligomis sergantieji jaunesni pacientai giliau išgyvena savo realybę, daugiau linkę izoliuoti save nuo draugų ar kaimynų, daugiau stigmatizuoti, linkę bendrauti tik su šeimos nariais. C. Lemmer teigia, kad pacientams dažnai kyla adaptacijos problemų, dėl kurių padidėja pažeidžiamumas ir dėl to sutrinka socialinis bendravimas, išgyvena vienišumą ir izoliaciją [114]. Šeimos rūpestis pacientu, jo pojūtis, kad jis yra šeimos narių vertinamas, didino galimybę turėti geresnius socialinius santykius. Širdies ligomis sergantiesiems buvo nustatyta, kad galimybę turėti geresnius santykius didino žmogaus, kuriam rūpi paciento išgyvenimai, buvimas. Mirštantiesiems pacientams svarbu turėti klausytoją, kuris sugeba empatiškai bendrauti ir išklausyti viską kas labiausiai pacientą jaudina [228].

Onkologinėmis ligomis sergantiesiems moteriška lytis didino galimybę patirti mažesnę **skausmą**. Geri santykiai su šeima, gera psichologinė paciento būseną didino galimybę patirti mažesnę skausmą. Šie požymiai nuteikia pacientus pervertinti gyvenimo vertybes, įsitikinti, kad jis gyvena ne beprasmiškai, šeima jo ilgėsis, jį ilgai prisimins Tikėtina, kad jų skausmo pojūčio slenkstis didesnis. [126]. Nustatėme, kad teigiama religingumo raiška didino galimybę patirti mažesnę skausmą. Tikėtina, kad Biblijos skaitymas, krikštas, meldimasis, adoracija, meditacija, sakramentų priėmimas, pacientams suteikia egzistencijos suvokimą ir prasmę po mirties. J. Dezutter ir kt. teigia, kad tikėjimas Dievu ir meldimasis padeda psichosocialiniam lėtinio skausmo malšinimo įveikos mechanizmui [51]. Kartais tikintieji

praktikuojantys pacientai gali jaustis taip, lyg Dievas būtų apleidęs, arba jausti pyktį ant Dievo: „Ką aš gyvenime blogo padariau, kad turiu kentėti?“. Kartais jie nusivilia Dievu. Kiti tyrėjai tokių sąsajų neranda arba nustato atvirkščias koreliacijas kaip netiesioginį poveikį [146a]. Bovero A. ir kt. tyręs vėžiu sergančius pacientus teigia, kad gilus tikėjimas padeda sumažinti depresiją, tačiau nerado sąsajų su skausmo jutimo sumažėjimu [19a]. Nuoseklių išvadų trūkumas gali atspindėti sunkumus nustatant dvasingumą skirtingai metodais, nes daugiausia naudojami vienmomentiniai tyrimai arba kai kurie tyrėjai maišo dvasinius įsitikinimus su psichologiniais kintamaisiais [107a]. Mūsų patyrimas rodo, kad tyrimo sudėtingumas gali būti tame, kad paliatyvieji sunkiai sergantys pacientai nenoriai dalyvauja tyrimuose, greitai pavargsta, atsisako, tyrimas buvo vienmomentinis.

Paliatyviųjų **sergančių širdies** ligomis pacientų pojūtis, kad jie naudingi šeimai didino galimybę patirti mažesnę **skausmą**. Taip pat didino galimybę patirti mažesnę skausmą žmogaus kuriam rūpi paciento išgyvenimai buvimas. Šalia esantis žmogus padeda įveikti daugelį kilusių sunkumų [126]. Toks bendravimas yra dvasinės pagalbos simbolis. Tikėtina, kad darni šeima, kurios nariai vienas kitą paremia, palaiko ir moka veiksmingai spręsti konfliktus, lengviau prisitaiko prie esamos situacijos. Tokios šeimos nariai bendrauja tarpusavyje ir geba pasidalyti įtampą keliančiais rūpesčiais, taip suteikdami paramą vienas kitam.

Paliatyvioji pagalba viena iš svarbiausių ir vertingiausių medicinos sričių – rūpintis pacientais paskutinėmis gyvenimo dienomis. Medikams svarbu jausti ir žinoti, kad gyvybė yra vientisa, kad kūnas ir siela yra nedaloma visuma. Būtent šis žinojimas ir padeda tinkamai taikyti visas medikų profesines ir klinikoines žinias. Be to, labai svarbu atsisakyti kai kurių lūkesčių, kad pacientas, tinkamai malšinant tik fizinius simptomus, galėtų puoselėti viltį atrasti jėgų oriai gyventi su jį užklupusia realybe.

Atsižvelgdami į visus šiuos klausimus asmens sveikatos priežiūros specialistas labai daug gali padaryti kiekvienam pacientui: nuo tikinčiųjų iki ieškančiųjų prasmės ar visai nesidominčių jų religija ir dvasiniais klausimais, jis padeda mirštančiajam ir šias minutes paverčia neįkainojamomis.

Tyrimo rezultatai iškelia naujų klausimų tolimesniems tyrimams. Ateityje svarbu giliau analizuoti ir įvertinti paliatyviosios pagalbos holistinio požiūrio turinį ir apimtį, nustatyti ir įvertinti pacientų lūkesčius. Taip pat tyrimas atskleidė, kad reikalinga atlikti gilią paslaugų kokybės analizę, kuri politikams įrodytų šios medicinos srities svarbą. Tam reikia metodologinių ir logistinių išteklių.

IŠVADOS

1. Onkologinėmis ligomis sergantiems paliatyvieiems pacientams dažniausiai pasireiškia šie fiziniai simptomai: skausmas, nuovargis, fizinis silpnumas, energijos stoka, apetito sumažėjimas, svorio kritimas. Labiausiai pacientus vargina: nuovargis, žagsėjimas, skausmas krūtinėje, vidurių nelaikymas. Širdies ligomis sergantiems paliatyvieiems pacientams dažniausiai pasireiškia: fizinis silpnumas, dusulys, kojų tinimas, energijos netekimas, skausmas krūtinėje, nemiga. Labiausiai juos vargina: apetito sumažėjimas, šlapimo ir vidurių nelaikymas, vidurių užkietėjimas.
2. Jauno ir seno amžiaus onkologinėmis ligomis sergantieji dažniausiai nurodo, kad neturi žmogaus, su kuriuo galėtų pasidalinti išgyvenimais ir jausmais. Onkologinė liga stresą dažniau sukelia jauno amžiaus pacientų šeimoms. Sergantieji širdies ligomis dažniau jaučiasi izoliuoti nuo šeimos negu onkologinėmis ligomis sergantieji. Sergantiems širdies ligomis rūpi tiek finansinės problemos, tiek santykiai su šeima ar artimo žmogaus su kuriuo gali pasidalinti išgyvenimais ir jausmais, buvimas.
3. Didžiajai daugumai onkologinėmis ligomis sergančiųjų nustatyta nerimo ir depresijos – simptomai, kurie nepriklauso nuo lyties, amžiaus ir išsimokslinimo. Vidinę ramybę jaučia tik kas penktas pacientas. Jauno amžiaus onkologinėmis ligomis sergantieji dažniau nejaučia vidinės ramybės, tačiau pasitiki savimi. Širdies ligomis sergančiųjų nerimo ir depresijos simptomai taip pat yra dažni ir nepriklauso nuo amžiaus, lyties ir išsimokslinimo. Didžioji dauguma pacientų yra nepatenkinti ligos įveika, pasitiki savimi dažniau vyresnio amžiaus pacientai.
4. Dauguma onkologinėmis ligomis sergančiųjų jaučia Dievo buvimą, viliasi išganymo iš Jėzaus Kristaus, meldžiasi už sergančiuosius ir jaučia gilią vidinę ramybę. Moterys giliau išgyvena Dievo buvimą ir laikosi bažnyčios dvasinių dorybių. Dauguma sergančiųjų širdies ligomis taip pat jaučia Dievo buvimą, tačiau teigia, kad Dievas su jais elgiasi neteisingai ir juos nuvilia. Vyrai dažniau negu moterys pyksta ant Dievo, jaučiasi kalti dėl savo elgesio gyvenime ir dažniau pageidauja pastoracinio patarnavimo.

5. Onkologinėmis ligomis sergantieji tikintieji ir praktikuojantieji dažniau nurodo kūno svorio kritimą, tačiau jų depresijos simptomų intensyvumas mažesnis. Geri socialiniai santykiai šeimoje tiesiogiai siejasi su šeimos ir draugų rūpesčiu pacientu. Psichologinė būseną tiesiogiai siejasi su pacientų dvasiniu santykiu su Dievu ir sielovadine parama. Religinė raiška tiesiogiai siejasi su dvasiniu santykiu su Dievu ir sielovadine parama. Širdies ligomis sergantieji tikintieji ir praktikuojantieji reikšmingai rečiau skundžiasi vėmimo simptomu, skausmu krūtinėje, mažiau išreikšti nerimo simptomai, tačiau labiau išreikšti depresijos simptomai. Psichologinė būseną siejasi su žmogaus, su kuriuo galėtų dalintis savo išgyvenimais, buvimu. Sielovadinė parama tiesiogiai susijusi su Dievo buvimu pojūčiu ir dvasiniu santykiu su Dievu.
6. Onkologinėmis ligomis sergančiųjų jaunesnis amžius mažina galimybę turėti geresnius socialinius santykius. Galimybę turėti geresnius socialinius santykius didina pacientų pojūtis, kad jie reikalingi šeimai, šeimos rūpestis pacientu. Moteriška lytis, paciento pasitenkinimas šeimos parama ir bendravimu, gera paciento psichologinė būseną, religinė raiška didina galimybę patirti mažesnę skausmą. Sergantiesiems širdies ligomis žmogaus, kuriam rūpi paciento išgyvenimai buvimas didina galimybę patirti geresnius socialinius santykius. Galimybę patirti mažesnę skausmą didina žmogaus kuriam rūpi paciento išgyvenimai buvimas ir paciento pojūtis, kad jis naudingas šeimai.

PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS

1. Mūsų tyrimas parodė, kad paliatyvieji pacientai kenčia dėl fizinių, socialinių, psichikos ir dvasinių sveikatos sutrikimų, todėl medikai turėtų laikytis holistinio asmens sveikatos priežiūros požiūrio, kuris sudaro galimybę valdyti ligos simptomus ir ligonio emocijas. Būtina adaptuoti simptomų malšinimo gaires ir standartus. Paliatyviesiems pacientams turėtų būti prisilaikoma sveikatos priežiūros strategijos, užtikrinančios tinkamą simptomų kontrolę.
2. Paliatyviesiems pacientams labai svarbus empatinis bendravimas, medikai turėtų skatinti paciento artimuosius dalyvauti sprendžiant priežiūros klausimus ir pačioje priežiūroje. Būtina atkreipti dėmesį į empatinį bendravimą su paliatyviaisiais pacientais mažinant jų patiriamą skausmą ir gerinant socialinius santykius.
3. Sveikatos apsaugos organizatoriams būtina atkreipti dėmesį į nepakankamą paliatyviosios priežiūros paslaugų finansavimą, kuris neužtikrina efektyvaus skausmo malšinimo ir blogina paciento socialinius santykius.
4. Teikiant paliatyviosios pagalbos paslauga depresijos ir nerimo simptomų mažinimui būtina aktyvesnė ir nuolatinė psichologo pagalba.
5. Dvasinės sveikatos sutrikimai trikdo socialinius santykius, blogina bendravimą su šeima, draugais ir medikais. Todėl medikai turėtų koreguoti ne tik fizinės, socialinės, psichikos, bet ir dvasinės pacientų sveikatos sutrikimus, kurie labiausiai žeidžia dvasinę darną ir laiku pacientą nukreipti sielovadininkui. Paliatyviojoje pagalba dažniau ir aktyviau turėtų dalyvauti dvasininkai.

LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Aldrige D. Spirituality, healing and medicine: return to silence. London: Jessica Kingsley Publ.; 2000.
2. Alvarado KA, Templer DL, Bresler C, Thomas-Dobson S. The relationship of religions variables to death depression and death anxiety. *J Clin Psychol* 2005; 51: 202–04.
3. Angen MJ, Simpson SA, MacRae H, Hundleby M. Impact of a residential psychosocial program for cancer patients: a focus group investigation. *Clinical Practice* 2006; 19 (3/4): 24-34.
4. Atchley RC, Barusch AS. *Social Forces & Aging: an introduction to Social Gerontology*. Belmont, CA: Wadsworth Publishing Company; 2004. p. 294-314.
5. A practical guide to the spiritual of the dying persona: the Catholic Bishops' Conference of England and Wales. London: Catholic Truth Society; 2010. p. 45.
6. Babarskienė R, Bandzaitienė RD, Benetis R., Brazdžionytė J., Eviltis A. *Širdies ligos*. Kaunas: Kauno medicinos universiteto I-kla; 2001.
7. Babarskienė R M, Benetis R, Brazdžionytė J, Giedraitis S, Jonaitienė R. *Cardiology. The essential* 3rd edition. Kaunas: KMU; 2006.
8. Bagdonas G, Damulevičienė G, Lesauskaitė V, Macijauskienė J, Venskutonis D, Visokinskas A. *Pagyvenusių žmonių slauga*. Kaunas: Vitae Litera; 2008.
9. Baldacchino D. *Spirituality in illness and care*. Malta: Preca Library; 2003.
10. Barden I, Vogel A, Wodraschke G. *Ligonių slaugymas namuose*, Kaunas: Leidybos ir informacijos centras „Už gyvybę“, 2004.
11. Bartašiūnienė V. *Pagyvenusio žmogaus slauga*. KMU. Kaunas: Vitae Litera; 2008.
12. Baublienė J. *Skausmo samprata ir gydymas*. Vilnius: Vaistų žinios; 2006.
13. Beers MH, MD. *The Merck manual of geriatrics* whitehouse station. 3rd ed. NY: Merck Research Laboratories; 2000. p. 145–49.
14. Beers MH, MD. *The Merck manual of health & aging*. NJ: Merck Research Laboratories; 2004. p. 825-826.
15. Benson DS. *Measuring outcomes in ambulatory care*. Chicago: American Hospital Publishing Inc.; 1992. p. 3–11.
16. Berman A, Mezey M, Kobayashi M, Fulmer M, Thornlow D, Rosenfeld P. Gerontological nursing content in baccalaureate nursing programs: comparison of findings from 1997 and 2003. *J Prof Nurs* 2005; 21: 268–75.
17. Betonan J. Adjustment to cancer- oping or personal transition? *Psycho-Oncology* 2001;10. 1–18.
18. Bostrom B. Cancer-related pain in palliative care: patients perceptions of pain management. *J Adv Nurs* 2004; 45: 410–19.
19. Bourell KA, Bozerr FW. Nurse assessment of patients spirituality” continuing education implications. *J Cont Ed Nurs* 1990; 21: 172–76.
- 19a. Bovero A., Leombrium, Miniptii M. Religiosity, pain and depression in advanced cancer patients. *World Cultural Psychiatry Research Review*. 2012, 8(1): 51-59.
20. Bowman KW. Quality end-of-life care. *J Eval Clin Pract* 2000; 6: 51–61.
21. Breder C.D., Conway C.M. Pain systems: interface with the affective brain. In: Kaplan and Sadock's. *Comprehensive textbook of psychiatry*. 10ed. Lippincott Williams and Wilkins; 2009.
22. Brush B. Spirituality. In: Fitzpatrick J, Fulmer T, Wallace M, Flaherty E, eds. *Geriatric Nursing Research Digest*. New York: Springer Publishing Co; 2000. p. 91–93.

23. Bundesministerium für Gesundheit. Pflegen Zuhause. Ratgeber für die häusliche Pflege. Bonn; 2001.
24. Burch GE, Giles TD, Colcolough HL. Ischemic cardiomyopathy. *American Heart J* 1970; 79: 291.
25. Burkhardt MA, Nathaniel KA. Ethics & issues in contemporary nursing. Albany, NJ: Delmar Publishers; 1998. p. 327–30.
26. Burkhardt MA. Becoming and connecting: elements of spirituality for women. *Holist Nurs Pract* 1994; 8: 12–21.
27. Burrard P. Giving spiritual care. *J Community Nurs* 1993; 6: 16–18.
28. Bush T. Journaling and the teaching of spirituality. *Nurs Ed Today* 1999; 9: 20–28.
29. Buzgova R, Havelkova K. Determination of needs of terminally ill patients in the hospice care. *Cas Lek Csek* 2012; 151 (4): 190–95.
- 29a. Bunevičius R. Lietuvių aukštųjų mokyklų mokslo darbai. *Psichologija*. 1991, Nr. 1911, p. 11.)
30. Callaghan DM. Aid-in-dying: the social dimensions. In: Overberg K., red. *Mercy or murder: euthanasia, morality and public policy*. Kansas City: Sheed and Ward; 1993. p. 171–83.
31. Callaghan DM. The influence of growth on spiritual self-care agency in an older adult population. *J Gerontol Nurs* 2006; 32(9): 43–51.
- 31a. Candy B, Jones L, Varagunam M, Speck P, Tookman A, King M. Spiritual and religious interventions for well-being of adults in the terminal phase of disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; doi: 10.1002/14651858.CD007544.pub2.
32. Carson V. *Spiritual dimensions of nursing practice*. Philadelphia: W B Saunders; 1989.
33. Carter JP. *Essentials for nursing assistants*. Lippincott Williams and Wilkins; 2007. p. 209–500.
34. Catanzaro AM, McMullen KA. Increasing nursing students' spiritual sensitivity. *Nurs Ed* 2001; 26: 21–226.
- 34a. Chida Y, Steptoe A, Powell LH. Religiosity/spirituality and mortality. *Psychother Psychosom* 2009;78:81–90.
35. Cicėnas S, Kalibatiėnė D. *Onkologija ir slauga*. Vilnius: [Vilniaus universiteto Onkologijos institutas]; 2008. p. 231.
36. Cimprich B. Symptom management – constipation. *Cancer Nursing Suppl* 1985; 8: 39–43.
37. Clark CC, Cross JR, Dean DM, Lowry LW. Spirituality: integral to quality care. *Holist Nurse Pract* 1999; 5: 67–76.
38. Clark CC, Seymour J. *Reflections on palliative care*. Buckingham: Open University Press; 1999.
39. Colucci WS, Braunwald E, Bristow MR, Linas S. Heart failure. In: Braunwald E, Zipes DP, Libby P, editors. *Heart disease: a textbook of cardiovascular medicine*. 7th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2005. p. 457–601.
40. Cone P. The experience of giving spiritual care. In *Intersystems model: theory and practice*. London: SAGE Publications, 1997. p. 270–288.
41. Copp G. Palliative care nursing education; a review of research findings. *J Adv Nurs* 1994; 19: 552–57.
42. Cotter TV, Strumpf NE. *Advanced practice nursing with older adults: clinical guidelines*. McGraw-Hill, Medical Pub. Division; 2001. p. 361–71.

43. Cotton SP, Levine EG, Fitzpatrick CM, Dold KH, Targg E. Exploring the relationships among spiritual well-being, quality of life, and psychological adjustment in women with breast cancer. *Psycho-Oncology* 1999; 8: 429–38.
44. Čekanavičius V, Murauskas G. Statistika ir jos taikymas. D. 1. Vilnius: TEV; 2003.
45. Čekanavičius V, Murauskas G. Statistika ir jos taikymas. D. 2. Vilnius: TEV; 2003.
46. Davies DJ. A brief history of death. Oxford: Blackwell; 2005.
47. Davie AP, Francis CM, Carnana L, Sutherland GR, Mc Murray, JJ. The prevalence of left ventricular diastolic filing abnormalities in patients with suspected heart failure. *European Heart J* 1997; 45: 778–82.
48. Davison SN, Jhangri GS. The impact of chronic pain on depression, sleep, and the desire to withdraw from dialysis in hemodialysis patients. *J Pain Symptom Manage* 2005; 30(5): 465–73.
49. Devine R. Good care, painful choices: medical ethics for ordinary people. Mahwah: Paulist Press; 1996.
50. Dickstein K. Diagnosis and assessment of the heart failure patient: the cornerstone of effective management *The European J of Heart Failure* 2005; 7: 303–08.
51. Dezutter J., Kryszynska, K., & Corveleyn, J. Religious factors in pain management: A psychological perspective. *Journal of Anesthesia and Clinical Research, Special Issue Pain Management*. 2011, October 22, 1–5.
52. Donabedian A. Quality assessment and assurance: unity of purpose, diversity of means. *Inquiry* 1988; 25: 173–92.
53. Donabedian A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. *Quality Review Bulletin* 1992; 18(11): 356–60.
54. Edge SR, Groves RJ. Ethics of health care. 3rd ed. Clifton Park., N.Y.: Thomson Delmar Learning; 2005. p. 245.
55. Ellison CW. Spiritual well-being: a conceptualization and measurement. *J Psychol Theol* 1983; 11(4): 330–40.
56. Exel E, Exel W. Sveiki sulaukę brandaus amžiaus. Vilnius: Avicena; 1998.
57. Fallowfield LT., Jenkis VA., Beveridge HA. Truth may hurt but deceit hurts more: communication in palliative care. *Palliat Med* 2002; 16(4): 297–303.
58. Fallowfield L. Quality of life: a new perspective for cancer patients. *Ant Rev Cancer* 2002; 2: 873–79.
59. Fann JR, Ell K, Sharpe M. Integrating psychosocial care into Cancer services. *J Clin Oncology* 2012, 30(11): 1178–86.
60. Fitchett G. Assessing spiritual needs: a guide for caregivers. Augsburg: Fortress Press; 1993.
61. Flannelly LT, Flannelly KJ, Weaver AJ. Religious and spiritual variables in three major oncology nursing journals: 1990–1999. *Oncology Nursing Forum* 2002; 29: 679–85.
62. Forman BW, Kitzes JA, Andreson PR, Sheehan DK. Hospice and palliative care: concepts and practice. USA: Jones and Bartlett; 2003.
63. Fox R. Palliative care in the age of HIV /AIDS: the research perspective. *J R Soc Med* 2001; 94: 428.
64. Fry P. Religious involvement, spirituality and personal meaning for life: existential predictors for psychological well-being in community-residing and institutional care elders. *Aging Ment Health* 2000; 4: 375–88.
65. Fu-Jin S, Meei-Chun G, Cging-Huey C, Hui KLC. Empirical validation of a teaching course on spiritual care in Taiwan. *J Adv Nurs* 2001; 36: 333–46.

66. Fulmer EF, Mezey M. Geriatric nursing review syllabus: a core curriculum in advanced practice geriatric nursing. New York: American Geriatrics Society; 2003. p. 103–12.
67. Gautis W A, Hasselblad V, Whellan DJ, O'Connor CM. Reduction in heart failure events by the addition of a clinical pharmacist to the heart failure management team. *JAMA Intern Med* 1999; 159: 1939–45.
68. Gonseth J, Guallar-Cstillon P, Bangas JR et al. The affectiveness of disease management programmes in reducing hospital readmission in older patients with heart failure: a systematic review and metaanalysis of published reports. *European J Heart* 2004; 25: 1570–95.
69. Goviltis R, Čėsniėnė E, Ščiupokas A. Nerimo ir depresijos sutrikimas sergant juosmens ir kaklo radikulopatijom. *Skausmo medicina* 2010, 1(27): 28–31.
70. Grabauskienė V. Širdies nepakankamumo diagnostikos ir gydymo naujienos bei įrodymais pagrįsta praktika. *Gydymo menas* 2005; 10: 17.
71. Grassi L, Trvado L. The role of psychosocial factors in cancer care. Responding to the challenge of cancer in Europe. Institute of Public Health of the Republic of Slovenia; 2008.
72. Greenstreet WM. Teaching spirituality in nursing: a literature review. *Nurse Education Today* 1999; 19: 649–58.
73. Groeër MW, O'Connor B, Droppleman PG. A course in health care spirituality. *J Nurs Ed* 1996; 35: 375–77.
74. Gronskaya Palesh O A, Collic K, Batiuchok D, Tilston J, Koopman C, Perlis ML, Butler LD, Carlson R, Spiegel D. Longitudinal study of depression, pain and stress as predictors of sleep disturbance among women with metastatic breast cancer. *Biol Psychol* 2007; 75(1): 37–44.
75. Grubbs PA., Blasband AB. The long-term care nursing assistant. New Jersey: Upper Saddle River; 2000. p. 305.
76. Hall BA. Spirituality in terminal illness. An alternative view of theory. *J Holist Nurs*. 1997; 15: 82–96.
77. Harrison J. Spirituality and nursing practice. *J Adv Nurs* 1993; 2: 2111–217.
78. Head BJ, Aquilino ML, Johnson M, Reed D, Maas M, Moorhead S. Content validity and nursing sensitivity of community-level outcomes from the Nursing outcomes classification (NOC). *Image. J Nurs Scholarship* 2004; 36(3): 251–59.
79. Higginson IJ. End-of-life care: lessons from other nations. *J Palliat Med* 2005; 8(suppl 1): S161–73.
80. Higienos institutas. Sveikatos informacijos centras. 2010. Prieiga per Internetą: [http:// www.hi.lt](http://www.hi.lt).
81. Hooyman NR, Kiyak HA. Social Gerontology. Boston: Pearson Education/Allyn & Bacon; 2002. p. 317–98.
82. Hoover J. The personal and professional impact of undertaking an educational module on human caring. *J Adv Nurs* 2002; 37: 79–86.
83. Hunt SA, Abraham WT, Chin MH, Feldman Am, Francis GS, Gantias TG, et al. ACC AHA 2005 guideline update for the diagnosis and management of chronic heart failure in the adult. *J Am Coll Cardiol* 2005; 46: 1–82.
84. Hwang H, Lin H, Tung Y, Wu H. Correlates of perceived autonomy among elders in a senior citizen home: a cross-sectional study. *Int J Nurs Stud* 2006; 43: 429–37.
85. Yamane T. Elementary sampling theory. Englewood cliffs. New York: Prentice-Hall; 1967.

86. Jankauskienė D, Pečiūra R. Sveikatos politika ir valdymas. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas; 2007. ISBN 978-9955-19-073-8.
87. Januškevičiūtė R, Balčiūnienė R, Povilaitienė I, Kaminskienė E, Sidarienė Z. Gyvybinė veikla – slaugos technikos ir proceso pagrindai. C dalis. Kaunas: Kauno aukštesnioji technologijos mokykla; 1998. p. 58.
88. Jochemsen H, Klaasse-Carpentier M, Cusveller B, de Scheur A. Levensvragen in de stervensfase. Kwaliteit van spirituele zorg in de terminale palliatieve zorg vanuit patieñtenperspectief. Nederland: Prof. dr. G. A. Lindeboom Instituut; 2002.
89. Johansson P, Knutsgatan H. Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study. *Scand J Caring Sci* 2002; 16: 337–44.
90. John T. Chang, Hays ED, Shekelle PG, MacLean CH, Solomon DH, Reuben DB, et al. Patients' global ratings of their health care are not associated with the technical quality of their care. *Ann Intern Med* 2006; 144: 665–72.
91. Jonas Paulius II. Kalba Pasaulinio katalikų gydytojų kongreso dalyviams (1982 10 03), 6. Insegnamenti V/3, 675: „Patirtis mums rodo, kad žmogus, prašantis užkirsti kelią ligai ar ją gydyti, turi poreikių, nesusijusių vien su organų patologija. Iš gydytojo jis tikisi ne tik adekvataus gydymo, kuris anksčiau ar vėliau vis tiek pasirodys nepakankamas, bet ir žmogiškos paramos vieno iš savo brolių, gebančių parodyti jam tokią gyvenimo perspektyvą, kurioje matoma ir kančios bei mirties prasmė. Kurgi kitur jis galėtų rasti tokį nuraminantį atsakymą į viršiausius egzistencijos klausimus, jeigu ne tikėjime?“.
92. Jonas Paulius II. Kalba Popiežiškosios sveikatos apsaugos darbuotojų pastoracinės tarybos plenarinės asamblėjos dalyviams (1992 02 11), 7. *OssRom* (1992 02 12). „Velykų paslaptis ypatingai nušviečia tą specifinę užduotį, kurią sveikatos darbuotojų sielovada yra pašaukta įvykdyti kaip svarbią evangelizavimo dalį“.
- 92a. Jones L, Fitzgerald G, Leurent B, et al. Rehabilitation in advanced, progressive, recurrent cancer: a randomized controlled trial. *J Pain Symptom Manage* 2012; doi: 10.1016.
93. Jootun D, Lyttle CP. The spiritual dimension of health and social care. Internal publication Bell College, School of Health Studies, Dumfries; 2004.
94. Jovaiša L. Edukologijos pradmenys. Šiauliai: Šiaulių universiteto leidykla; 2001. p. 186–89.
95. Jurgelėnas A. Socialinės slaugos kokybės poreikio problema. *Gerontologija* 2000; 1(2): 7–22.
96. Kaasa S., Loge JH. Quality of life in palliative care: principles and practice. *Palliat Med* 2003; 17: 11–20.
97. Kairys J. Senatvės psichologija. Utena: Kintava; 2002.
98. Kalina K. Midwife for souls spiritual care for the dying. Boston: Pauline Books and Media; 2007. p. 57–69.
- 98a. Kandasamy A. ect. Spirituality, distress, depression, anxiety and quality of life in patients with advanced cancer. *Indian Journal of Cancer*. 2001, vol. 48, p.55-59.
99. Karkkainen O, Eriksson K. Evaluation of patient records as part of developing a nursing care classification. *J Clin Nurs* 2003; 12: 198–205.
100. Katalikų Bažnyčios katekizmas. Kaunas:Tarpdiecezinė katechetikos komisijos leidykla; 1996.
101. Katilienė V. Ilgalaikė pagyvenusių ligotų žmonių slauga. Šiauliai: Lucilijus; 2004.
102. Kauno arkivyskupijos antrasis sinodas. Kaunas: Kauno arkivyskupija; 2008.
103. Kimm A, Fall P, Wang D. Palliative care: optimizing quality of life. *JAMA* 2005; 105 (suppl. 5).

104. Kleffens T, Baarsen V, Hoekman K. Clarifying the term “palliative” in clinical oncology. *Eur J Cancer Care* 2004; 13: 263–71.
105. Knestrick J, Lohri-Posey B. Spirituality and health: perceptions of older women in a rural senior high rise. *J Gerontol Nurs* 2005; 31(10): 44–52.
106. Koenig HG, McCulloch M, Larson DB. *Handbook of religion and health*. New York: Oxford University Press; 2000.
107. Koenig HG. *Spirituality in Patient Care: why, how, when and what*. Philadelphia & London: Templeton Foundation Press; 2002.
- 107a. Koenig HG. Concerns about measuring „spirituality“ in research. *J Nerv Ment Dis*. 2008; 196: 349–355.
108. Kroenke K, Stump T, Clark DO, Callahan CM. Symptoms in hospitalized patients: outcome and satisfaction with care. *Am J Med* 2003; 107: 425–31.
109. Krueger RA, Casey MA. *Focus Groups: A practical guide for applied research*. 3rd Edition. London: Sage Publications; 2000.
- 109a. Krupski TL, Kwan L, Fink A, Sonn GA, Maliski S, Litwin MS. Spirituality influences health related quality of life in men with prostate cancer. *Psycho-Oncology* 2006;15:121–131.
110. Kubler-Ross E. *Apie mirtį ir mirimą*. Vilnius: Katalikų pasaulis; 2001. p. 332.
111. Kunaviktikul W, Anders RL, Chontawan R, Nuntasupawat R, Srisuphan W, Pumarporn O, Hanuchareonkul S, Hirunnuj S. Development of indicators to assess the quality of nursing care in Thailand. *Nursing and Health Sciences* 2005; 7: 273–80.
112. Leddy S, Pepper JM. *Conceptual bases of professional nursing*. Philadelphia: J. B.Lippicott Company; 1989.
113. Leliūgienė I. *Socialinio pedagogo (darbuotojo) žinytas*. Kaunas: Technologija; 2003.
114. Lemmer C. Teaching the spiritual dimension of nursing care: a survey of U.S. baccalaureate nursing programs. *J Nurs Educ* 2002; 41: 482–90.
115. Lesauskaitė V. *Geriatrija*. Vilnius: Evalda; 1998.
116. Lesauskaitė V. *Pagyvenusių žmonių slauga*. Kaunas: Kauno medicinos universitetas; 2001.
117. Lietuvos medicinos norma MN 28:2011. Bendrosios praktikos slaugytoja.
118. Lincoln YS, Guba G. *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park: Sage; 1985.
119. Lindeboominstituut GA, Ede. Johnston Taylor E. What have we learned from spiritual care research? *J Christ Nurs* 2005; 22: 22–29.
120. Little W.C. Assessment of normal and abnormal cardiac function. In Braunwald E, Zipes DP, Libby P WB, ed. *Heart disease: a textbook of cardiovascular medicine*. 7th ed. Saunders company; 2005. p. 479–503.
121. Lohanio K, Wallace M. Promoting spiritual knowledge and attitudes: a student nurse education project. *Holist Nurs Pract* 2007; 21: 42–47.
122. Lowry LW, Conco D. Exploring the meaning of spirituality with aging adults in Appalachia. *J Holist Nurs* 2002; 20(4): 388–402.
123. LR SAM įsakymas „Dėl paliatyviosios pagalbos suaugusiems ir vaikams paslaugų bazinių kainų sąrašo tvirtinimo“, 2008.05.16 Nr. V-470.
124. LR SAM įsakymas „Dėl paliatyviosios pagalbos paslaugų suaugusiems ir vaikams teikimo reikalavimų, aprašo patvirtinimas“, 2007.01.11. Nr. V-14.
125. LR SAM įsakymas „Dėl sielovados patarnavimų teikimo sveikatos priežiūros įstaigose“ 2009.07.24 Nr. V-639.

126. Lugton J., Kindlen M. Paliatyvioji slauga. Kaunas: Kauno medicinos universiteto I-kla; 2005. p.131–60.
127. Lukšienė M. Jungtys. Vilnius: Alma litera; 2000. p. 131.
128. Luneckaitė Ž, Jakušvaitė I, Urbonas G. Onkologinių pacientų skausmo sąsajos su fizine ir psichologine gyvenimo kokybe. Sveikatos mokslai 2008; 6: 2114–19.
129. Maltoni M, Amadori D. Palliative medicine and medial oncology. Ann Oncol 2001; 12: 443–50.
130. Mantzoukas S, Watkinson S. Review of advanced nursing practice: the international literature and developing the generic features. J Clin Nurs 2007; 16(1): 28–37.
131. Maslow AH. A theory of human motivation. Psychol Rev 1962; 50: 370–96.
132. Maso I, Smaling A. Kwalitatief onderzoek: praktijk en theorie. Meppel: Boom; 1998.
133. Massie BM, Shah NB. Evolving trends in the epidemiologic factors of heart failure: rationale for preventive strategies and comprehensive disease management. American Heart J 1997; 133: 703–12.
134. Matakaitė S. Individualus religingumas ir kasdienis gyvenimas. Filosofija. Sociologija 2003; Nr.1: 37–42.
135. McClain SC, Rosenfeld B, Breitbart W. Effect of spiritual well-being on end-of- life despair in terminally-ill cancer patients. Lancet 2003; 361: 1603–7.
- 135a. McClain-Jacobson C, Rosenfeld B, Kosinski A, Pessin H, Cimino JE, Breitbart W. Belief in an afterlife, spiritual well-being and end-of life despair in patients with advanced cancer. Gen Hosp Psychiatry 2004;26:484–486.
136. McCluggage HL., Elborn JS. Symptoms suffered by life-limited children that cause anxiety to UK. hospice staff. Int J Palliat Nurs 2006; 12(6): 254–60.
137. McSherry W, Cash K, Ross L. Meaning of spirituality: implications for nursing practice. J Clin Nurs 2004; 13: 934–41.
138. McSherry W, Draper P. The spiritual dimension: why the absence within nursing curricula. Nurs Ed Today 1997; 17: 413–16.
139. McSherry W, Ross L. Dilemmas of spiritual assessment: considerations for nursing practice. ANS Adv Nurs Sci 2002; 38: 479–88.
140. McSherry W. Making sense of spirituality in nursing practice: an interactive approach. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2000.
141. Meenan RF, Mason JH, Anderson JJ, Guccione AA, Kazis LE. AIMS2: the content and properties of a revised and expanded arthritis impact measurement scales health status questionnaire. Arthritis Rheum 1992; 35: 1–10.
142. Meghani SH. A concept analysis of palliative care in the United States. J. Adv Nurs 2004; 46: 152–61.
143. Mezey M, Fulmer T, Abraham I, Zwicker A. Geriatric nursing protocols for best practice. New York: Springer Publishing Company; 2003. p. 275–87, 67–77.
144. Mezey MD. The Encyclopedia of Elder Care. New York: Springer Publishing Company; 2001. p. 614–15.
145. Milliken ME. Understanding human behavior. New York: New American Library; 1998. p. 410.
146. Morrison RS. Health care system factors affecting end-of-life care. J Palliat Med 2005; 8 Suppl 1: S79–87.
- 146a. Chida Y, Steptoe A, Powell LH. Religiosity/spirituality and mortality. Psychother Psychosom 2009;78:81–90.
147. Narayanasamy A. A critical incident study of nurses' responses to the spiritual needs of their patients J Adv Nurs 2001; 33: 446–55.

148. Narayanasamy A. ASSET: a model for actioning spirituality and spiritual care education and training nursing. *Nurs Ed Today* 1999. p. 274–85.
149. Narayanasamy A. Palliative care and spirituality. *Indian J Palliat Care* 2007; 13: 32–41.
150. Narayanasamy A. *Spiritual care: a practical guide for nurses and health care practitioners*. Quay Books. Dinton: Mark Allen Publishing; 2000.
151. Narbekovas A. Pasyvios eutanazijos ir užsispyrėliško gydymo netaikymo skirtumas. *Soter* 2002; 7(35): 7–18.
152. Narbekovas A, Meilius K. Paliatyvus gydymas – alternatyva eutanazijai. *Sveikatos mokslai* 2002; 5: 43–50.
153. Narkotinės ir psichotropinės medžiagos. Nacionalinės opioidų kontrolės politikos subalansavimas: (vertinimo rekomendacijos). PSO. 2000.
154. Nie J, Liu S, Di L. Cancer pain and its influence on cancer patients quality of life. *Chinese Journal of Oncology* 2000; 22(5): 432–4.
155. O'Connell B, Warelow P. Challenges of measuring and linking patient outcomes to nursing interventions in acute care settings. *Journal of Nursing and Health Science* 2001; 3: 113–16.
156. O'Brien ME. *A nurse's handbook of spiritual care: standing on holy ground*. Boston, MA: Jones & Bartlett Publishers; 2004.
157. Olivier S. Book review. In: Koenig HG, Cohen HJ, editors. *The link between religion and health: psychoneuroimmunology and the faith factor*. *J Hops Palliat Nurs* 2003; 5: 76–77.
158. Owen DC, Parker KP, McGuire DB. Comparison of subjective sleep quality in patients with cancer and healthy subjects. *Oncol Nurs Forum* 1999; 26(10): 1649–51.
159. *Oxford advanced Learner's dictionary*. Oxford: Oxford University Press; 1998.
160. *Oxford textbook of palliative medicine*. Oxford: Oxford University Press; 1994.
161. *Palliative care policy development*. Budapest; 2003.
162. Pargament KI, Koenig HG, Tarakeshwar N, Hahn J. Religious struggle as a predictor of mortality among medically ill elderly patients: a 2-year longitudinal study. *Arch Intern Med* 2001; 161: 1881–85.
163. *Pasaulio religijos: populiarusis žinynas*. Vilnius: Alma litera; 1994.
164. Peteet JR, Balboni MJ. Spirituality and religion in oncology. *CA Cancer J Clin* 2013; 10.
165. Peters V. *Kwalitan 5.0: CD-ROM and user's guide*. Nijmegen: Department of Research Methodology Radboud University; 2000.
166. Polit DF, Hungler BP. *Nursing research: principles and methods*. Philadelphia: Lippincott; 1999.
167. Poole-Wilson PA. History, definition and classification of heart failure. *Heart Failure I*. New York: Churchill Livingstone; 1997. p. 269–77.
168. Popiežiškioji sveikatos apsaugos darbuotojų pastoracijos taryba. *Sveikatos apsaugos darbuotojų chartija*. Kaunas: Farmacija; 1997.
169. Potter ML, Zauszniewski JA. Spirituality, resourcefulness, and arthritis impact on health perception of elders with rheumatoid arthritis. *J Holist Nurs* 2000; 18: 311–31.
170. Povilionienė I. Vėžinis skausmas ir jo gydymas: galimybių padėti ligoniui vis daugiau. *Lietuvos gydytojo žurnalas* 2009; 9(23): 54–57.
171. Prevost S. Outcomes management. *Series on Nursing Administration* 1993; 5: 39–49.

172. Purvaneckienė G. Moterys ir vyrai Lietuvos visuomenėje-2009: moterų ir vyrų padėties pokyčiai visose srityse išplėstinis tyrimas ir vertinimas: tyrimo ataskaita. Vilnius; 2009. p. 9–10.
173. Reed P. An emerging paradigm for the investigation of spirituality in nursing. *Nurs Health* 1992; 15: 349–57.
174. Religijotyros žodynas. Vilnius: Mintis; 1991.
175. Renetzky DO. The fourth dimension: applications to the social services. In Moberger DO, ed. *Spiritual well being: sociological perspectives*. Washington: University Press of America; 1979.
176. Riklikienė O, Demskytė J. Rutininės slaugos dokumentacijos kritinė struktūros analizė. *Sveikatos mokslai* 2004; 4(35): 24–27.
177. Roper N, Logan W, Tierney AJ. *Slaugos pagrindai*. Vilnius: Egalda; 1999.
178. Rosenbaum M. A schedule for assessing self-control behaviours: preliminary findings. *Behav Ther* 1980; 11: 109–21.
179. Ross LA. Spiritual aspects of nursing. *J Adv Nurs* 1994; 19: 439–47.
180. Ross LA. Spiritual care: the nurse's role. *Nursing Standard* 1994; 8: 33–37.
181. Rousseau P. Spirituality and the Dying Patient. *J Clin Oncol* 2000; 18: 2000–02.
182. Rowe JW, Kahn RL. Successful aging. *Aging* 1997; 10: 142–44.
183. Sakramentų ir Dievo kulto kongregacija, *Ligonių patepimo sakramentas ir ligonių sielovada* (1972 11 17), *Tipinis leidinys* (1972), 5: 81. „Sunkiai sergančiam žmogui, kamuojamam nerimo ir skausmo, reikalinga ypatinga Dievo malonė, kuri neleistų susvyruoti žmogaus tikėjimui. Būtent todėl Kristus panorė savo sergantiems ištikimiesiems įsteigti vertingą Ligonių patepimo sakramento jėgą ir paramą“ (plg. *KBK*, 1511).
184. Sakramentų ir Dievo kulto kongregacija, *Ligonių patepimo sakramentas ir ligonių sielovada* (1972 11 17), 6.
185. Schou I, Ekeberg O, Sandvil L, Hjermstad MJ, Ruland CM. Quality of life in women with breast cancer in Turkey. Multiple predictors of health-related quality of life in early stage breast cancer. Data from a year followup study compared with the general population. *Quality of Life Research* 2005; 14: 1813–23.
186. Schutz Ch. *Praktisches Lexikon der Spiritualität*. Freiburg im Breisgau: Herder Verlag GmbH; 1992. sk. 1171.
187. Selwyn PA, Arnold R. From fate to tragedy: the changing meanings of life, death, and AIDS. *Ann Intern Med* 1998; 129: 899–902.
188. Sherwood GD. The power of nurse-client encounters. *J Holist Nurs* 2000; 18: 159–75.
189. Skorupskienė D. Onkologinių ligų sukeltos skausmo konservatyvaus gydymo gairės. *Medicina* (Kaunas) 2004; 40(9): 917–18.
190. *Slauga pirminėje sveikatos priežiūroje*. Vilnius: Charibdė; 1998.
191. Sloan RP, Bagiella E, Powell T. Religion, spirituality, and medicine. *Lancet* 1999; 353: 664–67.
192. Socialinė gerontologija: ištakos ir perspektyvos. Kaunas: Vytauto Didžiojo universitetas. Socialinio darbo institutas; 2004.
193. Spiegel D, Sands S, Koopman C. Pain and depression in Patients with Cancer. *Cancer* 1994; 74(9): 2570–78.
194. Stevenson LV. Design of therapy for heart failure. *Eur Heart Journal* 2005; 7: 323–31.
195. Stoter D. *Spiritual aspects of health*. New York: Mosby; 1995.

196. Strang P. Emotional and Social Aspects of Cancer Pain. *Acta Oncol* 1992; 31(3): 323–26.
197. Stromberg A. Patient – related factors of compliance in heart failure: some new insights an old problem. *Eur Heart J* 2006; 27: 379–81.
198. Sveikata 21: pagrindiniai PSO visuomenės sveikatos priežiūros principai Europos regione. LR Sveikatos apsaugos ministerija. Vilnius: Era; 1999.
199. Suzuki H, Asakawa A, Amitani H, Fujitsuka N, Nakamura N, Inui A. Cancer cachexia pathophysiology and translational aspect of herbal medicine. *Jpn J Clinical Oncology* 2013; 43(7): 695–705.
200. Staigis R, Kalibatiienė D, Mikaliūkštienė A, Tijūnėlienė I. Pacientų, kuriems implančiuotas elektrokardiostimuliatorius, gyvenimo kokybės įvertinimas. *Medicinos teorija ir praktika* 2012; 18(4): 1–10.
201. Šeškevičius A. Paliatyvioji pagalba. Kaunas: Kauno medicinos universiteto I-kla; 2004. p. 34–101.
202. Šeškevičius A. Paliatyvioji slauga. Kaunas: Kauno medicinos universiteto I-kla; 2005. p. 130–62.
203. Taylor EJ. *Spiritual care: nursing theory, research and practice*. Upper Saddle River, NJ: Pearson Education; 2002.
204. The task force of the working Group on Cardiac Rehabilitation of European Society of Cardiology: long term comprehensive care of cardiac patients. *Eur Heart J* 1992; 13 suppl. C: 1–45.
205. The criteria Committee of the New York Heart Association: nomenclature and criteria for diagnosis of diseases of the heart and Great Vessels. 9th ed. Boston, Mass: Little, Brown & Co; 1994. p. 253–56.
206. The effects of spirituality and religion on outcomes in patients with chronic heart failure. *J Relig Health* 2012; 51 (4): 1124–30.
- 206a. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med* 2010; 363:733–742.
207. Toliušienė J, Šeškevičius A. Sergančių onkologinėmis ligomis slaugos poreikiai. *Sveikatos mokslai* 2003; 6: 21–23.
208. The Massachusetts General Hospital handbook of pain management. 2nd ed. Ballantyne J., Fishman S.M., Abdi S. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2002.
209. Trimakas K. Asmenybės raida gyvenime. Kaunas: Tarpdiecezinės katechetikos komisijos I-klal; 1997.
210. Van Leeuwen R, Cusveller B. Nursing competencies for spiritual care. *J Adv Nurs* 2004; 48: 234–46.
211. Van Leeuwen RR, Tiesinga LJ, Jochimsen H, Post D. De samenhang tussen spiritualities en gezondheid bij patiënten met lichamelijke aandoeningen; een analyse van geneeskundige en verpleegkundige studies. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen* 2004; 82: 307–16.
212. Verbylaitė D. Dvasingumo sampratos filosofiniai ir teologiniai aspektai. Dvasinės vertybės žinių visuomenėje. Kaunas: Akademija; 2003. p. 46–50.
213. Vesterdal A. Sveikatos priežiūra ir ligonių slauga. Vilnius: Charibdė; 1998.
214. Žaliaduonytė-Pekšienė D, Mikuckienė L, Kavoliūnienė A. Lėtinio širdies nepakankamumo simptomų gydymo ypatumai. *Medicina* 2006; 42 (11): 949–55.
215. Wasner M, Lonaker Ch, Borasio GD. Effects of spiritual care training for palliative care professionals. *Palliat Med* 2005; 19: 99–104.

216. Weaver AJ, Flannelly L, Flannelly KJ. A review of research on religious and spiritual variables in two primary gerontological nursing journals 1991 to 1997. *J Gerontol Nurs* 2001; 3: 347–54.
217. Weismann A. D. *Coping with cancer*. New York: McGraw Hill Book Company; 1979.
218. WHO cancer pain relief and palliative care: report of a WHO Expert Committee. Geneva: World health Organization; 1990.
219. WHO national cancer control programmes: policies and managerial guidelines. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2002.
220. Wiek H van Gilst, Jaarsma T. Compliance in heart failure patients: the importance of knowledge and beliefs. *European Heart J* 2006; 27: 434–40.
- 220a. Wiech K, Farias M, Kahane G, Shackel N, Tiede W, Tracey I. An fMRI study measuring analgesia enhanced by religion as a belief system. *Pain* 2008;139:467–476.
221. Wiggers JH. Cancer Patients Satisfaction with Care. *Cancer* 1999; 66: 610–16.
222. Willke J, Wertham F, Cleaver C, Grant E, Rothe M. *Assisted suicide and euthanasia: past and present*. Cincinnati: Hayes Publishing Co.; 1998.
223. Association of Palliative Care Social Workers. Prieiga per Internetą: <http://www.apcsw.org.uk/uploads/3/0/8/4/3084378/1347907559.png>.
224. Canadian Hospice Palliative Care Association. Prieiga per Internetą: http://www.chpca.net/interest_groups/social_workers_counselors/social-work_counsellors_competencies.html.
225. Caresearch: palliative care knowledge network. Prieiga per Internetą: <http://www.caresearch.com.au/caresearch/tabid/224/Default.aspx>.
226. FACIT: Functional Assessment of Chronic Illness Therapy. Prieiga per Internetą: <http://www.facit.org/FACITOrg?Questionnaires>.
227. Prieiga prie interneto: <http://www.mokslobaze.lt/susvetimejimas-siuolaikineje-visuomeneje.html>
228. Prieiga prie interneto; <http://www.who.int/hiv/topics/palliative/PalliativeCare/en/>
229. Prieiga prie interneto: <http://www.nice.org.uk/media/EE7/57/EoLCFinalQS.pdf>. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Quality standard for end of life care in adults 2011

PUBLIKACIJOS DISERTACIJOS DARBO TEMA

1. Žaneta Valiulienė Arvydas Šeškevičius 2011 Nr.6 Dvasingumo raiška paliatyviojoje priežiūroje. Sveikatos mokslai. ISSN 1392-6373 p. 119-124.
2. Žaneta Valiulienė Arvydas Šeškevičius 2012 Nr.3 Paliatyviųjų pacientų, sergančių onkologinėmis ligomis ir lėtiniu širdies nepakankamumu, dvasinės sveikatos problemos. Sveikatos mokslai. ISSN 1392-6373 p. 159-164.
3. Žaneta Valiulienė Arvydas Šeškevičius 2012 Nr.5 Paliatyviųjų onkologinėmis ligomis ir lėtiniu širdies nepakankamumu IV st. sergančių pacientų fizinės problemos. Sveikatos mokslai. ISSN 1392-6373 p. 157-164.

PRIEDAI

1 priedas



VILNIAUS UNIVERSITETO MEDICINOS FAKULTETAS

Kodas 211950810, M.K. Čiurlionio 21/27, 03101, Vilnius Tel.(85)2398701, 2398700, faks.2398705, El.p. mf@mf.vu.lt

VILNIAUS REGIONINIS BIOMEDICININIŲ TYRIMŲ ETIKOS KOMITETAS

M.K.Čiurlionio 21/27, LT-03101, Vilnius Tel.(85) 2686998, el.p.: rbtek@mf.vu.lt

LEIDIMAS ATLIKTI BIOMEDICININĮ TYRIMĄ

2010-03-04 Nr.158200-02-132-42

Biomedicininio tyrimo pavadinimas:

Paliatyvių onkologinėmis ligomis ir lėtinių širdies nepakankamumu sergančių pacientų slaugos poreikių sąsajos su dvasingumu

Protokolo Nr.: 1971

Versija: 2

Data: 2010.02.01

Asmens informavimo forma ir Informuoto asmens sutikimo forma lietuvių kalba:

Versija: -

Data: -

Pacientų apklausos anketa lietuvių kalba:

Versija: 2

Data: 2010.02.01

Pagrindinis tyrėjas:

A.Šeškevičius, Ž.Valiulienė

Biomedicininio tyrimo vieta:

Ištaigos pavadinimas: Kauno Medicinos universitetas

Ištaigos adresas: A.Mickevičiaus g. 9, Kaunas

KMU slaugos ir rūpybos katedra

Eivenių g. 2, Kaunas

Leidimas išduotas Vilniaus Regioninio biomedicininio tyrimų etikos komiteto posėdžio, vykusio 2010 m. kovo mėn. 02 d., sprendimu.

Vilniaus regioninio biomedicininio tyrimų etikos komiteto ekspertų grupės nariai			
Nr.	Vardas, pavardė	veiklos sritis	dalyvavo posėdyje
1	doc. Dr.Laimutė Jakavonytė	filosofija	taip
2	doc. Dr. Kęstutis Žagminas	epidemiologija	taip
3	dr. Gytis Andrušionis	teisė	taip
4	dr. Marija Veniūtė	visuomenės sveikata	taip
5	doc.dr. Jolanta Gulbinovič	medicina	taip
6	doc.dr. Vytautė Pečiulienė	medicina, odontologija	ne
7	Laura Malinauskienė	medicina	taip
8	dr. Gražina Pastavkaitė	klinikinė psichologija	ne
9	Ugnė Šakūnienė	pacientų teisės	ne

Pirmininkas



Gytis Andrušionis

**VIEŠOJI ĮSTAIGA
ŠV. KLAROS PALAIKOMOJO GYDYMO IR SLAUGOS LIGONINĖ**

**SLAUGOS KOMITETO POSĖDŽIO PROTOKOLAS
2009-12-14 Nr.2**

SVARSTYTA:

Klausimynas „**ONKOLOGINĖMIS LIGOMIS IR LĖTINIŲ ŠIRDIES NEPAKANKAMUMU SERGANČIŲ PALIATYVIŲ PACIENTŲ SLAUGOS POREIKIŲ SĄSAJOS SU DVASINGUMU**“ Nr. 1971 Versija Nr. 2

Pacientų apklausos anketa lietuvių kalba.

Pagrindinis tyrėjas:

A. Šeškevičius, Ž. Valiulienė

Doktorantūros vieta:

Slaugos ir palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninės

Klausimynas buvo peržiūrėtas slaugos komiteto posėdžio, vykusio 2009-12-14 sprendimu.

NUTARTA:

Klausimynas peržiūrėtas, variantas ekspertų pripažintas mūsų kultūrai priimtinu.

Nr.	Vardas, pavardė	Veiklos sritis	Dalyvavo posėdyje
1.	Nijolė Neliupšienė	paliatyvioji slauga	Taip
2.	Danguolė Šaltienė	medicina	Taip
3.	Rita Guzoviejienė	medicina	Taip
4.	Dolorita Butkus, osf	teologija	Taip
5.	Mišelė Garas, osf	teologija	Taip
6.	Danutė Valančiūnaitė	slauga	Taip

Slaugos komiteto nariai :

Nijolė Neliupšienė

Danguolė Šaltienė

Rita Guzoviejienė

Dolorita Butkus, osf

Mišelė Garas, osf

Danutė Valančiūnaitė

Pirmininkavo Liucija Čereškienė

3 priedas

Jei sutikote dalyvauti šiame tyrime, maloniai prašytume užpildyti šią
INFORMUOTO ASMENS SUTIKIMO FORMĄ.

ASMENS SUTIKIMAS DALYVAUTI TYRIME

- Aš patvirtinu, kad perskaičiau INFORMACIJĄ TIRIAMAJAM ir supratau jos turinį, bei galėjau pasiteirauti dėl kilusių neaiškumų.
- Aš suprantu, kad dalyvavimas šiame tyrime yra visiškai laisvanoriškas.
- Aš žinau, kad asmeniška informacija bus prieinama tik tyrėjams ir nebus viešai skelbiama ar platinama.
- Aš sutinku dalyvauti šiame tyrime.

Vardas, pavardė _____

Parašas _____

Data _____

Tyrėjas Žaneta Valiulienė

Parašas _____

Data _____

ONKOLOGINĖMIS IR ŠIRDIES LIGOMIS SERGANČIŲ PALIATYVIŲJŲ PACIENTŲ SVEIKATOS SUTRIKIMAI IR JŲ SĄSAJOS SU DVASINGUMU ANKETA

2010-02-01 Nr. 1971 Versija Nr. 2

☐☐☐☐

Gerb. Respondente,

Maloniai prašome užpildyti šią anketą. Tyrimo tikslas padės nustatyti ir įvertinti paliatyviųjų pacientų sergančių onkologinėmis ir širdies ligomis fizinės, socialinės, psichinės ir dvasinės sveikatos sutrikimus ir jų sąsajos su dvasingumu. Perskaityę kiekvieną klausimą, pažymėkite kvadratėliu ☐ vieną arba kelis Jums tinkamus atsakymus.

Šios apklausos duomenys bus analizuojami apibendrintai, todėl konfidencialumas garantuojamas.

Dėkojame už bendradarbiavimą.

1. Kokia yra Jūsų gimimo data _____ ☐☐☐☐
Jūsų amžius _____ ☐☐

2. Lytis?

Vyras	1
Moteris	2

3. Koks Jūsų išsimokslinimas ? (pažymėkite įgytą išsilavinimą).

Pradinis išsimokslinimas	1
Vidurinis išsimokslinimas	2
Aukštesnysis/ Specialusis išsilavinimas išsimokslinimas	3
Aukštasis išsilavinimas išsimokslinimas	4

SOCIALINĖ PARAMA

4. Įvertinkite atsakymą į kiekvieną klausimą. (pažymėkite kiekvieno teiginio vieną laipsnį).

<i>Požymis</i>	<i>Visiškai ne</i>	<i>Nelabai</i>	<i>Nei taip, nei ne</i>	<i>Dažnai</i>	<i>Visiškai taip</i>
4.1. Ar Jūs gaunate atitinkamą paramą iš šeimos narių?	1	2	3	4	5
4.2. Ar Jūs jaučiatės izoliuotas dėl savo susirgimo nuo šeimos?	1	2	3	4	5
4.3. Ar Jūsų susirgimas ir gydymas apsunkino jūsų finansinę būklę?	1	2	3	4	5
4.4. Ar Jūs jaučiatės izoliuotas dėl savo susirgimo nuo draugų?	1	2	3	4	5

<i>Požymis</i>	<i>Visiškai ne</i>	<i>Nelabai</i>	<i>Nei taip, nei ne</i>	<i>Dažnai</i>	<i>Visiškai taip</i>
4.5. Ar yra žmogus, su kuriuo aš galiu pasidalinti ir pergyvenimais ir jausmais?	1	2	3	4	5
4.6. Ar gaunate emocinę pagalbą iš savo šeimos?	1	2	3	4	5
4.7. Ar kaimynai visada stengiasi Jums padėti?	1	2	3	4	5
4.8. Ar yra žmogus kuriam rūpi Jūsų jausmai, pergyvenimai?	1	2	3	4	5
4.9. Ar šeima noriai padeda rasti sprendimus?	1	2	3	4	5
4.10. Ar dažnai jaudinatės dėl savo kasdieninių išlaidų?	1	2	3	4	5
4.11. Ar susirgimas Jūsų šeimos nariams sukėlė stresą?	1	2	3	4	5
4.12. Ar pasitikite savimi?	1	2	3	4	5
4.13. Ar Jūs jaučiate vidinę ramybę?	1	2	3	4	5
4.14. Ar vidinė ramybė Jums padeda?	1	2	3	4	5
4.15. Ar Jūs patenkintas tuo, kaip susitvarkote su savo liga?	1	2	3	4	5
4.16. Ar Jūs pakantus kitiems?	1	2	3	4	5

FIZINĖS PROBLEMOS

5. Žemiau esančiame sąraše pateikti įvairūs nusiskundimai. Pagalvokite, kuriuos iš šių nusiskundimų jūs **šiuo metu** patiriate, pažymėdami kiekvieną iš jų ir nurodant kiek jie jums suteikė nepatogumų (pažymėkite kiekvieno teiginio vieną laipsnį).

<i>Požymis</i>	<i>Visai ne</i>	<i>Labai nežymiai</i>	<i>Viduti- niškai</i>	<i>Žymiai</i>	<i>Labai žymiai</i>
5.1. Fizinis silpnumas	1	2	3	4	5
5.2. Nemiga	1	2	3	4	5
5.3. Stiprus mieguistumas	1	2	3	4	5
5.4. Žagsėjimas	1	2	3	4	5
5.5. Niežėjimas	1	2	3	4	5
5.6. Vėmimas	1	2	3	4	5
5.7. Pykinimas	1	2	3	4	5
5.8. Dusulys	1	2	3	4	5
5.9. Kojų tinimas	1	2	3	4	5
5.10. Skausmas	1	2	3	4	5
5.11. Energijos netekimas	1	2	3	4	5

<i>Požymis</i>	<i>Visai ne</i>	<i>Labai nežymiai</i>	<i>Vidutiniškai</i>	<i>Žymiai</i>	<i>Labai žymiai</i>
5.12. Nuovargis	1	2	3	4	5
5.13. Apetito netekimas	1	2	3	4	5
5.14. Svorio kritimas	1	2	3	4	5
5.15. Rijimo sutrikimas	1	2	3	4	5
5.16. Skausmai krūtinėje	1	2	3	4	5
5.17. Pragulos	1	2	3	4	5
5.18. Vidurių užkietėjimas	1	2	3	4	5
5.19. Vidurių nelaikymas	1	2	3	4	5
5.20. Kosulys	1	2	3	4	5
5.21. Svorio padidėjimas	1	2	3	4	5
5.22. Apetito padidėjimas	1	2	3	4	5
5.23. Apetito sumažėjimas	1	2	3	4	5
5.24. Šlapimo nelaikymas	1	2	3	4	5

6. Skausmo pojūčio charakteristika. (pažymėkite kiekvieno teiginio vieną laipsnį).

<i>Požymis</i>	<i>Visiškai ne</i>	<i>Nelabai</i>	<i>Nei taip, nei ne</i>	<i>Dažnai</i>	<i>Labai dažnai</i>
6.1. Ar ligoninėje efektyviai kovojama su skausmu?	1	2	3	4	5
6.2. Ar skausmas trukdė džiaugtis gyvenimu?	1	2	3	4	5
6.3. Ar skausmas trukdė santykiams su kitais žmonėmis?	1	2	3	4	5
6.4. Ar skausmas trukdė džiaugtis gyvenimu?	1	2	3	4	5
6.5. Ar skausmas trukdė miegui?	1	2	3	4	5
6.6. Ar skausmas trukdė gebėjimui vaikščioti?	1	2	3	4	5
6.7. Ar skausmas trukdė nuotaikai?	1	2	3	4	5

7. Ar Jūs patyrėte skausmą per pastarąsias 7 dienas ? (pažymėkite vieną variantą).

<i>Visai nepatyrčiau</i>	<i>Labai lengvą</i>	<i>Vidutinį</i>	<i>Sunkų</i>	<i>Labai sunkų</i>
1	2	3	4	5

PSICHOLOGINĖ SRITIS

8. Perskaitykite kiekvieną teiginį ir pabraukite atsakymą, kuris artimiausias Jūsų savijautai per praėjusias 7 dienas. (Pažymėkite po vieną atsakymą kiekvienam teiginiui).

<i>Teiginiai</i>	<i>Visiškai ne</i>	<i>Ne</i>	<i>Nei taip, nei ne</i>	<i>Dažnai</i>	<i>Visiškai taip</i>
8.1. Aš pasitikiu savimi	1	2	3	4	5
8.2. Man pavyksta lengvai sutelkti dėmesį	1	2	3	4	5
8.3. Aš jaučiu vidinę ramybę	1	2	3	4	5
8.4. Vidinė ramybė man padeda	1	2	3	4	5
8.5. Aš patenkintas savo ligos įveika	1	2	3	4	5
8.6. Aš pakantus kitiems	1	2	3	4	5

HOSPITALINĖ NERIMO IR DEPRESIJOS SKALĖ (HAD)

9. Perskaitykite kiekvieną teiginį ir pabraukite atsakymą, kuris artimiausias Jūsų savijautai per praėjusią savaitę (pažymėkite po vieną atsakymą kiekvienam teiginiui).

	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
9.1. Aš jaučiu įtampą ir nerimą	Niekada nejaučiu	Laikas nuo laiko, retkarčiais	Didelę laiko dalį, dažnai	Beveik visą laiką, pastoviai
9.2. Man ir dabar džiugina tai, kas teikė džiaugsmą anksčiau	Visiškai ne	Mažiau nei anksčiau	Žymiai mažiau	Beveik visai nedžiugina
9.3. Aš galiu juoktis ir suprasti humorą	Taip pat, kaip ir anksčiau	Mažiau ir sunkiau	Žymiai mažiau ir sunkiau	Visiškai negaliu
9.4. Mane vargina neramios mintys ir rūpesčiai	Tik retkarčiais	Laikas nuo laiko, bet ne dažnai	Daug laiko, dažnai	Didžiąją laiko dalį, pastoviai
9.5. Aš esu linksmos nuotaikos	Didžiąją laiko dalį	Kartais	Labai retai	Niekada
9.6. Aš galiu ramiai sėdėti ir atsipalaiduoti	Visada	Dažnai	Retai	Niekada
9.7. Aš jaučiuosi užslopintas ir sulėtėjęs	Visiškai ne	Kartais, nežymiai	Labai dažnai	Beveik visą laiką
9.8. Mane apima baimė lydima vidinio virpulio ar spaudimo po krūtine	Visiškai ne	Kartais	Gana dažnai	Labai dažnai, pastoviai
9.9. Aš nustojau rūpintis savi išvaizda savo išvaizda	Rūpinuosi tiek pat kiek visuomet	Rūpinuosi, bet mažiau nei anksčiau	Nesirūpinu tiek kiek reikėtų	Pradėjau visiškai nesirūpinti

	0	1	2	3
9.10. Jaučiu, kad nenurimstu vietoje	Visiškai ne	Truputį	Gana stipriai	Labai stipriai
9.11. Mane staiga apima didelis nerimas ar baimė	Visiškai ne	Retai	Pakankamai dažnai	Tikrai labai dažnai
9.12. Man suteikia džiaugsmo gera knyga, radijo ar televizijos programa	Dažnai	Kartais	Retai	Labai retai
9.13. Iš gyvenimo aš laikiu kažko malonaus	Tiek pat kiek visada	Mažiau nei anksčiau	Žymiai mažiau nei anksčiau	Visiškai nelaukiu
9.14. Aš jaučiu baimę, lyg kažkas siaubingo turėtų atsitikti	Visiškai ne	Nežymiai, bet tai manęs neįaudina	Taip, bet nestipriai	Labai aiškiai ir stipriai

PASITENKINIMAS TEIKIAMOMIS PASLAUGOMIS LIGONINĖJE

10. Pasitenkinimas teikiamomis paslaugomis? (pažymėkite kiekvieno teiginio vieną laipsnį).

<i>Klausimai</i>	<i>Visiškai ne</i>	<i>Nelabai</i>	<i>Nei taip, nei ne</i>	<i>Taip</i>	<i>Visiškai taip</i>
10.1. Ar esate patenkintas slaugymu šioje ligoninėje?	1	2	3	4	5
10.2. Ar personalas pakankamai kompetentingas padėti dvasiškai / sielovadoje?	1	2	3	4	5
10.3. Ar esate patenkintas bendravimu su medikais?	1	2	3	4	5

DVASINGUMAS

11. Ar Jūs laikote save religingu žmogumi? (pažymėkite vieną variantą).

<i>Visai ne</i>	<i>Abejoju</i>	<i>Esu tikintis, bet nepraktikuojantis</i>	<i>Esu tikintis ir praktikuojantis</i>
1	2	3	4

12. Norėtume atskleisti kultūros ir religijos ypatybes, kurias Jūs pasiryžęs pripažinti ir tas, kurias linkę ignoruoti. (pažymėkite kiekvieno teiginio vieną laipsnį).

<i>Teiginiai</i>	<i>Niekada</i>	<i>Labai retai</i>	<i>Retai</i>	<i>Dažnai</i>	<i>Labai dažnai</i>
12.1. Meldžiantis aš jaučiu gilią vidinę ramybę ir harmoniją	1	2	3	4	5
12.2. Aš išgyvenu Dievo ryšį per visą gyvenimą	1	2	3	4	5
12.3. Aš randu jėgų savo tikėjime ir religijoje	1	2	3	4	5
12.4. Aš randu palaimą savo religijoje ir dvasingume	1	2	3	4	5
12.5. Aš jaučiu Dievo buvimą	1	2	3	4	5
12.6. Aš jaučiu Dievo pagalbą kasdieniniuose darbuose	1	2	3	4	5
12.7. Aš jaučiu Dievo meilę sau	1	2	3	4	5
12.8. Aš jaučiu Dievo meilę per kitus žmones	1	2	3	4	5

13. Kaip Jūs vertinate savo dvasinį santykį su Dievu? (pažymėkite kiekvieno teiginio vieną laipsnį).

<i>Teiginiai</i>	<i>Visai ne</i>	<i>Ne</i>	<i>Nei taip, nei ne</i>	<i>Taip</i>	<i>Visiškai taip</i>
13.1. Aš turiu galimybę prašyti Dievo malonės per maldą	1	2	3	4	5
13.2. Kartais aš jaučiuosi nusivylęs Dievu	1	2	3	4	5
13.3. Aš turiu prasmę gyventi kai Dievas veikia mano gyvenimą	1	2	3	4	5
13.4. Aš bijau, kad dievas paliko mane	1	2	3	4	5
13.5. Dievo įsakymo laikymasis yra mano esminė gyvenimo dalis	1	2	3	4	5
13.6. Aš esu visada puikioje nuotaikoje, kai aš einu į bažnyčią	1	2	3	4	5
13.7. Mano emocionalus ryšys su Dievu yra nestabilus	1	2	3	4	5
13.8. Aš esu visada nusiteikęs melstis	1	2	3	4	5
13.9. Aš laikausi Dievo įsakymų kiekviename sprendime	1	2	3	4	5
13.10. Aš jaučiu, kad Dievas baudžia mane	1	2	3	4	5
13.11. Kartais aš jaučiuosi piktas dėl Dievo	1	2	3	4	5
13.12. Aš tapau labiau religingas ligos metu	1	2	3	4	5
13.13. Kartais aš jaučiuosi sunerimęs, kad Dievas neatsako dėl mano maldavimų	1	2	3	4	5

<i>Teiginiai</i>	<i>Visai ne</i>	<i>Ne</i>	<i>Nei taip, nei ne</i>	<i>Taip</i>	<i>Visiškai taip</i>
13.14. Aš turiu pojūtį, kai Dievas pataria man	1	2	3	4	5
13.15. Kai aš nusidedu, aš esu linkęs atgailauti prieš Dievą	1	2	3	4	5
13.16. Kartais aš jaučiu suirzęs dėl Dievo	1	2	3	4	5
13.17. Aš jaučiu, kad aš turiu įtikti, ir atgailauti, kad Dievas neatstumtu mane	1	2	3	4	5
13.18. Kai aš jaučiu, kad dievas nesaugo manęs, aš esu linkęs jaustis bevėriu	1	2	3	4	5
13.19. Kartais aš jaučiu, kad Dievas nuvylė mane	1	2	3	4	5
13.20. Aš dažnai jaučiuosi kaltas dėl praėjusio (buvusio) savo elgesio gyvenime	1	2	3	4	5
13.21. Ar Jūs jaučiate, kad gyvenimas neturi jokios reikšmės ar tikslo?	1	2	3	4	5
1.22. Ar dažnai Jūs jaučiate, kad Dievas elgiasi su jumis neteisingai?	1	2	3	4	5
13.23. Ar Jūs jaudinatės dėl savo abejonių netikėjimu Dievu?	1	2	3	4	5
13.24. Ar Jūs jaudinatės minties dėl mirties?	1	2	3	4	5

14. Kaip Jūs įvertinate pastoralinę paslaugą slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninėje (pažymėkite kiekvieno teiginio vieną laipsnį).

<i>Klausimai</i>	<i>Visai ne</i>	<i>Labai retai</i>	<i>Retai</i>	<i>Dažnai</i>	<i>Labai dažnai</i>
14.1. Ar Jūs norite pastoralinės pagalbos ligoninėje?	1	2	3	4	5
14.2. Ar jūs turite pastoralinę praktiką, dabar? (ligonio sakramentai)	1	2	3	4	5
14.3. Ar Jūs meldžiatės ligoninėje?	1	2	3	4	5

15. Kaip Jūs vertinate savo religingumą? (pažymėkite kiekvieno teiginio vieną laipsnį).

<i>Klausimai</i>	<i>Niekada</i>	<i>Labai retai</i>	<i>Retai</i>	<i>Dažnai</i>	<i>Labai dažnai</i>
15.1. Ar Jūs laikotės bažnyčios pasninkų?	1	2	3	4	5
15.2. Ar Jūs tvirtai viliatės išganymo iš Jėzaus Kristaus, mūsų Viešpatį?	1	2	3	4	5
15.3. Ar Jūs parodote savo viltį Dievu maldose?	1	2	3	4	5
15.4. Ar Jūs džiūgaujate netolimu mirties prisiartinimu, kaip tikrojo amžino gyvenimo pradžia?	1	2	3	4	5
15.5. Ar Jūs dažnai meldžiatės už sergančiuosius?	1	2	3	4	5
15.6. Ar Jūs guodžiate nuliūdusius?	1	2	3	4	5
15.7. Ar Jūs šaukiatės dieviškosios pagalbos geru veiksmu atlikimui?	1	2	3	4	5
15.8. Ar Jūsų malda būna pastovi?	1	2	3	4	5
15.9. Ar skatinate kitus melstis?	1	2	3	4	5
15.10. Ar dvasininkai turi lankyti pacientus?	1	2	3	4	5

16. Kas Jums teikia dvasinę pagalbą ligoninėje? Prašome nurodyti.

Slaugytojas	1
Gydytojas	2
Kunigas / Kapelionas	3
Soc. darbuotojas	4
Vienuolė	5
Kita (įrašykite)	6

17. Kaip manote ar turi dvasininkai lankyti pacientus? (pasirinkite vieną tinkamą atsakymą)

<i>Taip</i>	<i>Kartais</i>	<i>Ne</i>
1	2	3

18. Kaip manote, ar pakankamai dažnai jūsų gydymo įstaigoje lankosi dvasininkai? (pasirinkite vieną tinkamą atsakymą)

<i>Niekada</i>	<i>Retai</i>	<i>Dažnai</i>	<i>Labai dažnai</i>
1	2	3	4

19. Kaip dažnai norėtumėte kad dvasininkas ateitų pas jus? (pasirinkite vieną tinkamą atsakymą)

Niekada	1
Kas savaitę	2
Kas dvi savaitės	3
Kas mėnesį	4
Tik tada kai paprašyčiau	5
Kita (įrašykite)_____	6

1 lentelė. Paliatyviųjų onkologinėmis ir širdies ligomis sergančiųjų fizinės sveikatos sutrikimų skirstinys lyties grupėse (proc.)

Fiziniai negalavimai	Ligos	Kintamieji	Vyrai	Moterys	Reikšmin-gumas
			proc.		
Fizinis silpnumas	PN	Ne, labai nežymiai	0,0	1,2	$\chi^2=1,253$, lls=2, p=0,834
		Šiek tiek	6,0	3,6	
		Taip, labai žymiai	94,0	95,2	
	ŠVN	Ne, labai nežymiai	0,0	0,0	$\chi^2=1,727$, lls=1, p=0,189
		Šiek tiek	0,0	2,5	
		Taip, labai žymiai	100,0	97,5	
Nemiga	PN	Ne, labai nežymiai	13,4	10,8	$\chi^2=0,534$, lls=2, p=0,757
		Šiek tiek	20,9	25,3	
		Taip, labai žymiai	65,7	63,9	
	ŠVN	Ne, labai nežymiai	5,8	4,9	$\chi^2=1,888$, lls=2, p=0,387
		Šiek tiek	20,3	12,3	
		Taip, labai žymiai	73,9	82,7	
Stiprus mieguistumas	PN	Ne, labai nežymiai	77,6	73,5	$\chi^2=0,338$, lls=1, p=0,561
		Šiek tiek	22,4	26,5	
		Taip, labai žymiai	0,0	0,0	
	ŠVN	Ne, labai nežymiai	63,8	60,5	$\chi^2=0,321$, lls=2, p=0,856
		Šiek tiek	31,9	33,3	
		Taip, labai žymiai	4,3	6,2	
Žagsėjimas	PN	Ne, labai nežymiai	38,8	41,0	$\chi^2=4,232$, lls=2, p=0,129
		Šiek tiek	41,8	27,7	
		Taip, labai žymiai	19,4	31,3	
	ŠVN	Ne, labai nežymiai	14,5	7,4	$\chi^2=1,969$, lls=2, p=0,409
		Šiek tiek	34,8	37,0	
		Taip, labai žymiai	50,7	55,6	
Niežėjimas	PN	Ne, labai nežymiai	44,8	39,8	$\chi^2=0,476$, lls=2, p=0,805
		Šiek tiek	35,8	41,0	
		Taip, labai žymiai	19,4	19,3	
	ŠVN	Ne, labai nežymiai	40,6	37,0	$\chi^2=0,435$, lls=2, p=0,797
		Šiek tiek	33,3	32,1	
		Taip, labai žymiai	26,1	30,9	

1 lentelės tęsinys

Fiziniai negalavimai	Ligos	Kintamieji	Vyrai	Moterys	Reikšmin- gumas
			proc.		
Vėmimas	PN	Ne, labai nežymiai	6,0	1,2	$\chi^2=3,215$, lls=2, p=0,209
		Šiek tiek	20,9	16,9	
		Taip, labai žymiai	73,1	81,9	
	ŠVN	Ne, labai nežymiai	65,2	70,4	$\chi^2=0,552$, lls=2, p=0,790
		Šiek tiek	24,6	19,8	
		Taip, labai žymiai	10,1	9,9	
Pykinimas	PN	Ne, labai nežymiai	6,0	1,2	$\chi^2=2,613$, lls=2, p=0,298
		Šiek tiek	19,4	20,5	
		Taip, labai žymiai	74,6	78,3	
	ŠVN	Ne, labai nežymiai	75,4	63,0	$\chi^2=3,120$, lls=2, p=0,230
		Šiek tiek	20,3	27,2	
		Taip, labai žymiai	4,3	9,9	
Dusulys	PN	Ne, labai nežymiai	40,3	55,4	$\chi^2=3,425$, lls=2, p=0,195
		Šiek tiek	11,9	9,6	
		Taip, labai žymiai	47,8	34,9	
	ŠVN	Ne, labai nežymiai	0,0	0,0	$\chi^2=0,009$, lls=1, p=0,926
		Šiek tiek	11,6	11,1	
		Taip, labai žymiai	88,4	88,9	
Kojų tinimas	PN	Ne, labai nežymiai	52,2	53,0	$\chi^2=0,962$, lls=2, p=0,604
		Šiek tiek	23,9	28,9	
		Taip, labai žymiai	23,9	18,1	
	ŠVN	Ne, labai nežymiai	0,0	0,0	$\chi^2=0,020$, lls=1, p=0,888
		Šiek tiek	11,6	12,3	
		Taip, labai žymiai	88,4	87,7	
Skausmas	PN	Ne, labai nežymiai	1,5	0,0	$\chi^2=1,859$, lls=2, p=0,390
		Šiek tiek	14,9	10,8	
		Taip, labai žymiai	83,6	89,2	
	ŠVN	Ne, labai nežymiai	50,7	51,9	$\chi^2=0,040$, lls=2, p=0,980
		Šiek tiek	33,3	33,3	
		Taip, labai žymiai	15,9	14,8	

1 lentelės tęsinys

Fiziniai negalavimai	Ligos	Kintamieji	Vyrai	Moterys	Reikšmin- gumas	
			proc.			
Energijos netekimas	PN	Ne, labai nežymiai	0,0	0,0	$\chi^2=2,128$, lls=1, p=0,145	
		Šiek tiek	7,5	2,4		
		Taip, labai žymiai	92,5	97,6		
	ŠVN	Ne, labai nežymiai	7,2	3,7	$\chi^2=1,593$, lls=2, p=0,496	
		Šiek tiek	13,0	18,5		
		Taip, labai žymiai	79,7	77,8		
Nuovargis	PN	Ne, labai nežymiai	0,0	0,0		
		Šiek tiek	0,0	0,0		
		Taip, labai žymiai	100,0	100,0		
	ŠVN	Ne, labai nežymiai	7,2	3,7		$\chi^2=0,940$, lls=2, p=0,674
		Šiek tiek	15,9	17,3		
		Taip, labai žymiai	76,8	79,0		
Apetito visiškas netekimas	PN	Ne, labai nežymiai	0,0	0,0	$\chi^2=0,972$, lls=1, p=0,324	
		Šiek tiek	11,9	7,2		
		Taip, labai žymiai	88,1	92,8		
	ŠVN	Ne, labai nežymiai	40,6	46,9	$\chi^2=2,284$, lls=2, p=0,353	
		Šiek tiek	29,0	18,5		
		Taip, labai žymiai	30,4	34,6		
Svorio kritimas	PN	Ne, labai nežymiai	0,0	0,0	$\chi^2=0,123$, lls=1, p=0,725	
		Šiek tiek	7,5	6,0		
		Taip, labai žymiai	92,5	94,0		
	ŠVN	Ne, labai nežymiai	58,0	49,4	$\chi^2=1,834$, lls=1, p=0,390	
		Šiek tiek	36,2	39,5		
		Taip, labai žymiai	5,8	11,1		
Rijimo sutrikimas	PN	Ne, labai nežymiai	25,4	22,9	$\chi^2=2,702$, lls=2, p=0,277	
		Šiek tiek	20,9	12,0		
		Taip, labai žymiai	53,7	65,1		
	ŠVN	Ne, labai nežymiai	60,9	61,7	$\chi^2=0,815$, lls=2, p=0,727	
		Šiek tiek	37,7	34,6		
		Taip, labai žymiai	1,4	3,7		

1 lentelės tęsinys

Fiziniai negalavimai	Ligos	Kintamieji	Vyrai	Moterys	Reikšmin-gumas
			proc.		
Skausmai krūtinėje	PN	Ne, labai nežymiai	79,2	67,5	$\chi^2=2,631$, lls=2, p=0,283
		Šiek tiek	10,4	14,5	
		Taip, labai žymiai	10,4	18,0	
	ŠVN	Ne, labai nežymiai	21,7	8,6	$\chi^2=5,261$, lls=2, p=0,081
		Šiek tiek	4,4	3,7	
		Taip, labai žymiai	73,9	87,7	
Pragulos	PN	Ne, labai nežymiai	53,7	65,0	$\chi^2=5,287$, lls=2, p=0,08
		Šiek tiek	28,4	13,3	
		Taip, labai žymiai	17,9	21,7	
	ŠVN	Ne, labai nežymiai	44,9	30,9	$\chi^2=3,152$, lls=1, p=0,215
		Šiek tiek	11,6	14,8	
		Taip, labai žymiai	43,5	54,3	
Vidurių užkietėjimas	PN	Ne, labai nežymiai	11,9	12,0	$\chi^2=0,589$, lls=2, p=0,757
		Šiek tiek	22,4	27,7	
		Taip, labai žymiai	65,7	60,2	
	ŠVN	Ne, labai nežymiai	7,2	2,5	$\chi^2=2,075$, lls=2, p=0,364
		Šiek tiek	53,6	53,1	
		Taip, labai žymiai	39,1	44,4	
Vidurių nelaikymas	PN	Ne, labai nežymiai	55,2	42,2	$\chi^2=2,665$, lls=2, p=0,265
		Šiek tiek	29,9	36,1	
		Taip, labai žymiai	14,9	21,7	
	ŠVN	Ne, labai nežymiai	1,4	2,5	$\chi^2=0,203$, lls=1, p=0,903
		Šiek tiek	40,6	40,7	
		Taip, labai žymiai	58,0	56,8	
Kosulys	PN	Ne, labai nežymiai	59,7	67,5	$\chi^2=0,971$, lls=1, p=0,324
		Šiek tiek	40,3	32,5	
		Taip, labai žymiai	0,0	0,0	
	ŠVN	Ne, labai nežymiai	5,8	7,4	$\chi^2=0,214$, lls=2, p=0,905
		Šiek tiek	42,0	43,2	
		Taip, labai žymiai	52,2	49,4	

1 lentelės tęsinys

Fiziniai negalavimai	Ligos	Kintamieji	Vyrai	Moterys	Reikšmin- gumas
			proc.		
Svorio padidėjimas	PN	Ne, labai nežymiai	74,6	72,3	$\chi^2=0,104$, lls=1, p=0,748
		Šiek tiek	25,4	27,7	
		Taip, labai žymiai	0,0	0,0	
	ŠVN	Ne, labai nežymiai	72,5	63,0	$\chi^2=1,529$, lls=1, p=0,216
		Šiek tiek	27,5	37,0	
		Taip, labai žymiai	0,0	0,0	
Apetito padidėjimas	PN	Ne, labai nežymiai	83,6	77,1	$\chi^2=0,971$, lls=1, p=0,324
		Šiek tiek	16,4	22,9	
		Taip, labai žymiai	0,0	0,0	
	ŠVN	Ne, labai nežymiai	49,3	48,1	$\chi^2=0,083$, lls=2, p=0,959
		Šiek tiek	47,8	48,1	
		Taip, labai žymiai	2,9	3,8	
Apetito sumažėjimas	PN	Ne, labai nežymiai	1,5	1,2	$\chi^2=3,331$, lls=2, p=0,172
		Šiek tiek	0,0	4,8	
		Taip, labai žymiai	98,5	94,0	
	ŠVN	Ne, labai nežymiai	43,5	53,1	$\chi^2=1,377$, lls=2, p=0,627
		Šiek tiek	55,1	45,7	
		Taip, labai žymiai	1,4	1,2	
Šlapimo nelaikymas	PN	Ne, labai nežymiai	40,3	32,5	$\chi^2=1,726$, lls=2, p=0,432
		Šiek tiek	10,4	16,9	
		Taip, labai žymiai	49,3	50,6	
	ŠVN	Ne, labai nežymiai	5,8	4,9	$\chi^2=1,533$, lls=2, p=0,468
		Šiek tiek	60,9	51,9	
		Taip, labai žymiai	33,3	43,2	

PN – piktybiniai navikai, ŠVN – širdies veiklos nepakankamumas.

2 lentelė. Paliatyviųjų onkologinėmis ir širdies ligomis sergančiųjų fizinės sveikatos sutrikimų skirstinys amžiaus grupėse (proc.)

Fiziniai negalavimai	Ligos	Kintamieji	30–54 m.	55–64 m.	65–74 m.	≥75 m.	Reikšmingumas
			proc.				
Fizinis silpnumas	PN	Ne, labai nežymiai	0,0	0,0	1,5	0,0	$\chi^2=13,736$, lls=6, p=0,03
		Šiek tiek	25,0	5,3	3,0	1,9	
		Taip, labai žymiai	75,0*	94,7	95,5	98,1*	
	ŠVN	Ne, labai nežymiai	0,0	0,0	0,0	0,0	$\chi^2=4,730$, lls=3, p=0,146
		Šiek tiek	0,0	0,0	4,4	0,0	
		Taip, labai žymiai	100,0	100,0	95,6	100,0	
Nemiga	PN	Ne, labai nežymiai	0,0	15,8	15,1	9,5	$\chi^2=4,480$, lls=6, p=0,615
		Šiek tiek	33,3	31,6	19,7	22,6	
		Taip, labai žymiai	66,7	52,6	65,2	67,9	
	ŠVN	Ne, labai nežymiai	0,0	0,0	6,7	6,5	$\chi^2=2,945$, lls=6, p=0,776
		Šiek tiek	0,0	15,4	13,3	18,2	
		Taip, labai žymiai	100,0	84,6	80,0	75,3	
Stiprus mieguistumas	PN	Ne, labai nežymiai	83,3	63,2	74,2	79,2	$\chi^2=2,408$, lls=3, p=0,505
		Šiek tiek	16,7	36,8	25,8	20,8	
		Taip, labai žymiai	0,0	0,0	0,0	0,0	
	ŠVN	Ne, labai nežymiai	0,0	73,1	57,8	62,3	$\chi^2=6,281$, lls=6, p=0,371
		Šiek tiek	100,0	23,1	37,8	31,2	
		Taip, labai žymiai	0,0	3,8	4,4	6,5	

2 lentelės tęsinys

Fiziniai negalavimai	Ligos	Kintamieji	30–54 m.	55–64 m.	65–74 m.	≥75 m.	Reikšmingumas
			proc.				
Žagsėjimas	PN	Ne, labai nežymiai	41,7	36,8	42,4	37,7	$\chi^2=1,516$, lls=6, p=0,964
		Šiek tiek	33,3	31,6	30,3	39,6	
		Taip, labai žymiai	25,0	31,6	27,3	22,6	
	ŠVN	Ne, labai nežymiai	0,0	7,7	13,3	10,4	$\chi^2=4,364$, lls=6, p=0,658
		Šiek tiek	100,0	38,5	35,6	33,8	
		Taip, labai žymiai	0,0	53,8	51,1	55,8	
Niežėjimas	PN	Ne, labai nežymiai	58,3	52,6	37,9	39,6	$\chi^2=5,296$, lls=6, p=0,506
		Šiek tiek	41,7	26,3	42,4	37,7	
		Taip, labai žymiai	0,0	21,1	19,7	22,6	
	ŠVN	Ne, labai nežymiai	50,0	42,3	44,4	33,8	$\chi^2=3,036$, lls=6, p=0,826
		Šiek tiek	0,0	34,6	31,1	33,8	
		Taip, labai žymiai	50,0	23,1	24,4	32,5	
Vėmimas	PN	Ne, labai nežymiai	16,7	5,3	3,0	0,0	$\chi^2=19,849$, lls=6, p=0,006
		Šiek tiek	41,7	26,3	21,2	7,5	
		Taip, labai žymiai	41,7*	68,4	75,8	92,5*	
	ŠVN	Ne, labai nežymiai	50,0	73,1	73,3	63,6	$\chi^2=3,682$, lls=6, p=0,705
		šiek tiek	50,0	23,1	17,8	23,4	
		Taip, labai žymiai	0,0	3,8	8,9	13,0	

2 lentelės tęsinys

Fiziniai negalavimai	Ligos	Kintamieji	30–54 m.	55–64 m.	65–74 m.	≥75 m.	Reikšmingumas
			proc.				
Pykinimas	PN	Ne, labai nežymiai	16,7	0,0	3,0	1,9	$\chi^2=11,894$, lls=6, p=0,066
		Šiek tiek	25,0	26,3	24,2	11,3	
		Taip, labai žymiai	58,3	73,7	72,7	86,8	
	ŠVN	Ne, labai nežymiai	50,0	73,1	73,3	64,9	$\chi^2=5,762$, lls=6, p=0,432
		Šiek tiek	50,0	26,9	15,6	27,3	
		Taip, labai žymiai	0,0	0,0	11,1	7,8	
Dusulys	PN	Ne, labai nežymiai	41,7	47,4	42,4	58,5	$\chi^2=4,828$, lls=6, p=0,568
		Šiek tiek	8,3	15,8	13,6	5,7	
		Taip, labai žymiai	50,0	36,8	43,9	35,8	
	ŠVN	Ne, labai nežymiai	0,0	0,0	0,0	0,0	$\chi^2=3,541$, lls=3, p=0,328
		Šiek tiek	50,0	11,5	13,3	9,1	
		Taip, labai žymiai	50,0	88,5	86,7	90,9	
Kojų tinimas	PN	Ne, labai nežymiai	41,7	63,2	51,5	52,8	$\chi^2=2,756$, lls=6, p=0,844
		Šiek tiek	25,0	15,8	28,8	28,3	
		Taip, labai žymiai	33,3	21,1	19,7	18,9	
	ŠVN	Ne, labai nežymiai	0,0	0,0	0,0	0,0	$\chi^2=4,061$, lls=3, p=0,249
		Šiek tiek	0,0	3,8	8,9	16,9	
		Taip, labai žymiai	100,0	96,2	91,1	83,1	

2 lentelės tęsinys

Fiziniai negalavimai	Ligos	Kintamieji	30–54 m.	55–64 m.	65–74 m.	≥75 m.	Reikšmingumas
			proc.				
Skausmas	PN	Ne, labai nežymiai	8,3	0,0	0,0	0,0	$\chi^2=19,551$, lls=6, p=0,005
		Šiek tiek	0,0	26,3	16,7	5,7	
		Taip, labai žymiai	91,7	73,7*	83,3	94,3*	
	ŠVN	Ne, labai nežymiai	50,0	57,7	51,1	49,4	$\chi^2=2,719$, lls=6, p=0,874
		Šiek tiek	50,0	34,6	28,9	35,1	
		Taip, labai žymiai	0,0	7,7	20,0	15,6	
Energijos netekimas	PN	Ne, labai nežymiai	0,0	0,0	0,0	0,0	$\chi^2=2,569$, lls=3, p=0,466
		Šiek tiek	0,0	10,5	3,0	5,7	
		Taip, labai žymiai	100,0	89,5	97,0	94,3	
	ŠVN	Ne, labai nežymiai	0,0	7,7	6,6	3,9	$\chi^2=4,425$, lls=6, p=0,553
		Šiek tiek	0,0	26,9	15,6	13,0	
		Taip, labai žymiai	100,0	65,4	77,8	83,1	
Nuovargis	PN	Ne, labai nežymiai	0,0	0,0	0,0	0,0	
		Šiek tiek	0,0	0,0	0,0	0,0	
		Taip, labai žymiai	100,0	100,0	100,0	100,0	
	ŠVN	Ne, labai nežymiai	0,0	11,5	6,7	2,6	$\chi^2=7,316$, lls=6, p=0,276
		Šiek tiek	0,0	26,9	17,8	13,0	
		Taip, labai žymiai	100,0	61,5	75,6	84,4	

2 lentelės tęsinys

Fiziniai negalavimai	Ligos	Kintamieji	30–54 m.	55–64 m.	65–74 m.	≥75 m.	Reikšmingumas
			proc.				
Apetito visiškai netekimas	PN	Ne, labai nežymiai	0,0	0,0	0,0	0,0	$\chi^2=1,154$, lls=3, p=0,813
		Šiek tiek	8,3	15,8	9,1	7,5	
		Taip, labai žymiai	91,7	84,2	90,9	92,5	
	ŠVN	Ne, labai nežymiai	50,0	50,0	42,2	42,9	$\chi^2=3,283$, lls=6, p=0,799
		Šiek tiek	0,0	11,5	26,7	26,0	
		Taip, labai žymiai	50,0	38,5	31,1	31,2	
Svorio kritimas	PN	Ne, labai nežymiai	0,0	0,0	0,0	0,0	$\chi^2=3,240$, lls=3, p=0,374
		Šiek tiek	0,0	5,3	4,5	11,3	
		Taip, labai žymiai	100,0	94,7	95,5	88,7	
	ŠVN	Ne, labai nežymiai	50,0	69,2	40,0	55,8	$\chi^2=14,407$, lls=6, p=0,025
		Šiek tiek	50,0	30,8	55,6	29,9	
		Taip, labai žymiai	0,0	0,0	4,4*	14,3*	
Rijimo sutrikimas	PN	Ne, labai nežymiai	8,3	26,3	28,8	20,8	$\chi^2=5,236$, lls=6, p=0,521
		Šiek tiek	16,7	15,8	19,7	11,3	
		Taip, labai žymiai	75,0	57,9	51,5	67,9	
	ŠVN	Ne, labai nežymiai	0,0	65,4	64,4	59,7	$\chi^2=7,502$, lls=6, p=0,224
		Šiek tiek	100,0	34,6	35,6	35,1	
		Taip, labai žymiai	0,0	0,0	0,0	5,2	

2 lentelės tęsinys

Fiziniai negalavimai	Ligos	Kintamieji	30–54 m.	55–64 m.	65–74 m.	≥75 m.	Reikšmingumas
			proc.				
Skausmai krūtinėje	PN	Ne, labai nežymiai	75,0	84,2	69,7	71,7	$\chi^2=6,248$, lls=6, p=0,398
		Šiek tiek	8,3	0,0	12,1	18,9	
		Taip, labai žymiai	16,7	15,8	18,2	9,4	
	ŠVN	Ne, labai nežymiai	0,0	15,4	11,1	16,9	$\chi^2=4,563$, lls=6, p=0,525
		Šiek tiek	0,0	7,7	0,0	5,2	
		Taip, labai žymiai	100,0	76,9	88,9	77,9	
Pragulos	PN	Ne, labai nežymiai	66,7	63,2	63,6	52,8	$\chi^2=3,409$, lls=6, p=0,761
		Šiek tiek	16,7	26,3	18,2	20,8	
		Taip, labai žymiai	16,7	10,5	18,2	26,4	
	ŠVN	Ne, labai nežymiai	0,0	19,2	35,6	45,5	$\chi^2=8,154$, lls=6, p=0,210
		Šiek tiek	0,0	15,4	15,6	11,7	
		Taip, labai žymiai	100,0	65,4	48,9	42,9	
Vidurių užkietėjimas	PN	Ne, labai nežymiai	25,0	5,3	9,1	15,1	$\chi^2=10,389$, lls=6, p=0,107
		Šiek tiek	25,0	21,1	18,2	35,8	
		Taip, labai žymiai	50,0	73,7	72,7	49,1	
	ŠVN	Ne, labai nežymiai	0,0	7,7	4,4	3,9	$\chi^2=6,058$, lls=6, p=0,378
		Šiek tiek	0,0	38,5	57,8	57,1	
		Taip, labai žymiai	100,0	53,8	37,8	39,0	

2 lentelės tęsinys

Fiziniai negalavimai	Ligos	Kintamieji	30–54 m.	55–64 m.	65–74 m.	≥75 m.	Reikšmingumas
			proc.				
Vidurių nelaikymas	PN	Ne, labai nežymiai	41,7	52,6	48,5	47,2	$\chi^2=1,366$, lls=6, p=0,973
		Šiek tiek	41,7	31,6	34,8	30,2	
		Taip, labai žymiai	16,7	15,8	16,7	22,6	
	ŠVN	Ne, labai nežymiai	0,0	0,0	2,2	2,6	$\chi^2=3,013$, lls=6, p=0,757
		Šiek tiek	0,0	34,6	44,4	41,6	
		Taip, labai žymiai	100,0	65,4	53,3	55,8	
Kosulys	PN	Ne, labai nežymiai	83,3	52,6	60,6	67,9	$\chi^2=3,697$, lls=6, p=0,293
		Šiek tiek	16,7	47,4	39,4	32,1	
		Taip, labai žymiai	0,0	0,0	0,0	0,0	
	ŠVN	Ne, labai nežymiai	0,0	7,7	8,9	5,2	$\chi^2=4,622$, lls=3, p=0,575
		Šiek tiek	0,0	30,8	44,4	46,8	
		Taip, labai žymiai	100,0	61,5	46,7	48,1	
Svorio padidėjimas	PN	Ne, labai nežymiai	75,0	68,4	75,8	71,7	$\chi^2=0,522$, lls=3, p=0,926
		Šiek tiek	25,0	31,6	24,2	28,3	
		Taip, labai žymiai	0,0	0,0	0,0	0,0	
	ŠVN	Ne, labai nežymiai	100,0	65,4	62,2	70,1	$\chi^2=1,823$, lls=3, p=0,602
		Šiek tiek	0,0	34,6	37,8	29,9	
		Taip, labai žymiai	0,0	0,0	0,0	0,0	

2 lentelės tęsinys

Fiziniai negalavimai	Ligos	Kintamieji	30–54 m.	55–64 m.	65–74 m.	≥75 m.	Reikšmingumas
			proc.				
Apetito padidėjimas	PN	Ne, labai nežymiai	83,3	73,7	83,3	77,4	$\chi^2=1,246$, lls=3, p=0,774
		Šiek tiek	16,7	26,3	16,7	22,6	
		Taip, labai žymiai	0,0	0,0	0,0	0,0	
	ŠVN	Ne, labai nežymiai	100,0	61,5	46,7	44,2	$\chi^2=5,884$, lls=6, p=0,370
		Šiek tiek	0,0	38,5	51,1	50,6	
		Taip, labai žymiai	0,0	0,0	2,2	5,2	
Apetito sumažėjimas	PN	Ne, labai nežymiai	8,3	0,0	1,5	0,0	$\chi^2=9,975$, lls=6, p=0,107
		Šiek tiek	8,3	0,0	4,5	0,0	
		Taip, labai žymiai	83,3	100,0	93,9	100,0	
	ŠVN	Ne, labai nežymiai	0,0	34,6	46,7	55,8	$\chi^2=7,661$, lls=6, p=0,175
		Šiek tiek	100,0	61,5	51,1	44,2	
		Taip, labai žymiai	0,0	3,8	2,2	0,0	
Šlapimo nelaikymas	PN	Ne, labai nežymiai	33,3	26,3	28,8	49,1	$\chi^2=11,831$, lls=6, p=0,068
		Šiek tiek	25,0	5,3	12,1	17,0	
		Taip, labai žymiai	41,7	68,4	59,1	34,0	
	ŠVN	Ne, labai nežymiai	0,0	0,0	4,4	7,8	$\chi^2=3,201$, lls=6, p=0,752
		Šiek tiek	50,0	53,8	60,0	54,5	
		Taip, labai žymiai	50,0	46,2	35,6	37,7	

* – $p < 0,05$. PN – piktybiniai navikai, ŠVN – širdies veiklos nepakankamumas.

3 lentelė. Paliatyviųjų onkologinėmis ir širdies ligomis sergančiųjų fizinės sveikatos sutrikimų skirstinys išsimokslinimo grupėse(proc.)

Fiziniai negalavimai	Ligos	Kintamieji	Pradinis	Vidurinis	Aukštesn. ir spec. vidurinis	Aukštasis universitetinis	Reikšmingumas
Fizinis silpnumas	PN	Ne, labai nežymiai	0,0	1,9	0,0	0,0	$\chi^2=20,531$, lls=6, p=0,001
		Šiek tiek	0,0	3,7	21,7	0,0	
		Taip, labai žymiai	100,0	94,4	78,3*	100,0*	
	ŠVN	Ne, labai nežymiai	0,0	0,0	0,0	0,0	$\chi^2=2,201$, lls=3, p=0,776
		Šiek tiek	0,0	1,6	4,0	0,0	
		Taip, labai žymiai	100,0	98,4	96,0	100,0	
Nemiga	PN	Ne, labai nežymiai	11,6	13,0	0,0	20,0	$\chi^2=10,6400$, lls=6, p=0,093
		Šiek tiek	20,9	16,7	26,1	36,7	
		Taip, labai žymiai	67,4	70,4	73,9	43,3	
	ŠVN	Ne, labai nežymiai	7,3	6,3	4,0	0,0	$\chi^2=3,403$, lls=6, p=0,783
		Šiek tiek	22,0	14,1	12,0	15,0	
		Taip, labai žymiai	70,7	79,7	84,0	85,0	
Stiprus mieguistumas	PN	Ne, labai nežymiai	83,7	75,9	69,6	66,7	$\chi^2=3,263$, lls=3, p=0,356
		Šiek tiek	16,3	24,1	30,4	33,3	
		Taip, labai žymiai	0,0	0,0	0,0	0,0	
	ŠVN	Ne, labai nežymiai	53,7	60,9	80,0	60,0	$\chi^2=9,838$, lls=6, p=0,127
		Šiek tiek	34,1	35,9	16,0	40,0	
		Taip, labai žymiai	12,2	3,1	4,0	0,0	

3 lentelės tęsinys

Fiziniai negalavimai	Ligos	Kintamieji	Pra-dinis	Vidu-rinis	Aukštesn. ir spec. vidurinis	Aukštasis universitetinis	Reikšmin-gumas
			proc.				
Žagsėjimas	PN	Ne, labai nežymiai	41,9	46,3	30,4	33,3	$\chi^2=7,238$, lls=6, p=0,308
		Šiek tiek	41,9	31,5	30,4	30,0	
		Taip, labai žymiai	16,3	22,2	39,1	36,7	
	ŠVN	Ne, labai nežymiai	12,2	9,4	12,0	10,0	$\chi^2=2,453$, lls=6, p=0,880
		Šiek tiek	43,9	34,4	28,0	35,0	
		Taip, labai žymiai	43,9	56,3	60,0	55,0	
Niežėjimas	PN	Ne, labai nežymiai	34,9	46,3	34,8	50,0	$\chi^2=8,109$, lls=6, p=0,234
		Šiek tiek	34,9	37,0	56,5	33,3	
		Taip, labai žymiai	30,2	16,7	8,7	16,7	
	ŠVN	Ne, labai nežymiai	31,7	35,9	56,0	40,0	$\chi^2=5,335$, lls=6, p=0,507
		Šiek tiek	31,7	35,9	28,0	30,0	
		Taip, labai žymiai	36,6	28,1	16,0	30,0	
Vėmimas	PN	Ne, labai nežymiai	0,0	1,9	4,3	10,0	$\chi^2=13,130$, lls=6, p=0,035
		Šiek tiek	11,6	14,8	34,8	23,3	
		Taip, labai žymiai	88,4*	83,3	60,9*	66,7	
	ŠVN	Ne, labai nežymiai	56,1	68,8	88,0	65,0	$\chi^2=10,748$, lls=6, p=0,089
		šiek tiek	24,4	23,4	8,0	30,0	
		Taip, labai žymiai	19,5	7,8	4,0	5,0	

3 lentelės tęsinys

Fiziniai negalavimai	Ligos	Kintamieji	Pra-dinis	Vidu-rinis	Aukštesn. ir spec. vidurinis	Aukštasis universitetinis	Reikšmin-gumas
			proc.				
Pykinimas	PN	Ne, labai nežymiai	2,3	1,9	8,7	3,3	$\chi^2=4,035$, lls=6, p=0,694
		Šiek tiek	18,6	16,7	21,7	26,7	
		Taip, labai žymiai	79,1	81,5	69,6	70,0	
	ŠVN	Ne, labai nežymiai	65,9	65,6	84,0	65,0	$\chi^2=3,882$, lls=6, p=0,705
		Šiek tiek	24,4	26,6	12,0	30,0	
		Taip, labai žymiai	9,8	7,8	4,0	5,0	
Dusulys	PN	Ne, labai nežymiai	48,8	44,4	56,5	50,0	$\chi^2=1,670$, lls=6, p=0,953
		Šiek tiek	11,6	9,3	8,7	13,3	
		Taip, labai žymiai	39,5	46,3	34,8	36,7	
	ŠVN	Ne, labai nežymiai	0,0	0,0	0,0	0,0	$\chi^2=4,619$, lls=3, p=0,206
		Šiek tiek	9,8	7,8	12,0	25,0	
		Taip, labai žymiai	90,2	92,2	88,0	75,0	
Kojų tinimas	PN	Ne, labai nežymiai	51,2	57,4	47,8	50,0	$\chi^2=6,021$, lls=6, p=0,431
		Šiek tiek	30,2	29,6	17,4	23,3	
		Taip, labai žymiai	18,6	13,0	34,8	26,7	
	ŠVN	Ne, labai nežymiai	0,0	0,0	0,0	0,0	$\chi^2=1,213$, lls=3, p=0,773
		Šiek tiek	14,6	12,5	12,0	5,0	
		Taip, labai žymiai	85,4	87,5	88,0	95,0	

3 lentelės tęsinys

Fiziniai negalavimai	Ligos	Kintamieji	Pra-dinis	Vidu-rinis	Aukštesn. ir spec. vidurinis	Aukštasis universitetinis	Reikšmin-gumas
			proc.				
Skausmas	PN	Ne, labai nežymiai	0,0	0,0	4,3	0,0	$\chi^2=8,057$, lls=6, p=0,193
		Šiek tiek	9,3	11,1	21,7	13,3	
		Taip, labai žymiai	90,7	88,9	73,9	86,7	
	ŠVN	Ne, labai nežymiai	43,9	56,3	44,0	60,0	$\chi^2=4,272$, lls=6, p=0,650
		Šiek tiek	39,0	26,6	44,0	30,0	
		Taip, labai žymiai	17,1	17,2	12,0	10,0	
Energijos netekimas	PN	Ne, labai nežymiai	0,0	0,0	0,0	0,0	$\chi^2=0,753$, lls=3, p=0,904
		Šiek tiek	7,0	3,7	4,3	3,3	
		Taip, labai žymiai	93,0	96,3	95,7	96,7	
	ŠVN	Ne, labai nežymiai	7,3	4,7	0,0	10,0	$\chi^2=5,475$, lls=6, p=0,495
		Šiek tiek	12,2	21,9	12,0	10,0	
		Taip, labai žymiai	80,5	73,4	88,0	80,0	
Nuovargis	PN	Ne, labai nežymiai	0,0	0,0	0,0	0,0	
		Šiek tiek	0,0	0,0	0,0	0,0	
		Taip, labai žymiai	100,0	100,0	100,0	100,0	
	ŠVN	Ne, labai nežymiai	2,4	7,8	0,0	10,0	$\chi^2=9,160$, lls=6, p=0,159
		Šiek tiek	9,8	18,8	12,0	30,0	
		Taip, labai žymiai	87,8	73,4	88,0	60,0	

3 lentelės tęsinys

Fiziniai negalavimai	Ligos	Kintamieji	Pra-dinis	Vidu-rinis	Aukštesn. ir spec. vidurinis	Aukštasis universitetinis	Reikšmin-gumas
			proc.				
Apetito visiškas netekimas	PN	Ne, labai nežymiai	0,0	0,0	0,0	0,0	$\chi^2=2,691$, lls=3, p=0,467
		Šiek tiek	9,3	5,6	17,4	10,0	
		Taip, labai žymiai	90,7	94,4	82,6	90,0	
	ŠVN	Ne, labai nežymiai	41,5	50,0	28,0	50,0	$\chi^2=11,174$, lls=6, p=0,078
		Šiek tiek	29,3	23,4	12,0	25,0	
		Taip, labai žymiai	29,3	26,6	60,0	25,0	
Svorio kritimas	PN	Ne, labai nežymiai	0,0	0,0	0,0	0,0	$\chi^2=0,786$, lls=3, p=0,887
		Šiek tiek	9,3	5,6	4,3	6,7	
		Taip, labai žymiai	90,7	94,4	95,7	93,3	
	ŠVN	Ne, labai nežymiai	46,3	59,4	52,0	50,0	$\chi^2=9,267$, lls=6, p=0,159
		Šiek tiek	36,6	35,9	48,0	35,0	
		Taip, labai žymiai	17,1	4,7	0,0	15,0	
Rijimo sutrikimas	PN	Ne, labai nežymiai	27,9	31,5	4,3	20,0	$\chi^2=17,847$, lls=6, p=0,006
		Šiek tiek	23,3	13,0	0,0	23,3	
		Taip, labai žymiai	48,8*	55,6	95,7*	56,7	
	ŠVN	Ne, labai nežymiai	68,3	60,9	48,0	65,0	$\chi^2=6,452$, lls=6, p=0,379
		Šiek tiek	26,8	39,1	48,0	30,0	
		Taip, labai žymiai	4,9	0,0	4,0	5,0	

3 lentelės tęsinys

Fiziniai negalavimai	Ligos	Kintamieji	Pra-dinis	Vidu-rinis	Aukštesn. ir spec. vidurinis	Aukštasis universitetinis	Reikšmin-gumas
			proc.				
Skausmai krūtinėje	PN	Ne, labai nežymiai	74,4	70,4	78,3	70,0	$\chi^2=6,709$, lls=6, p=0,351
		Šiek tiek	16,3	16,7	0,0	10,0	
		Taip, labai žymiai	9,3	13,0	21,7	20,0	
	ŠVN	Ne, labai nežymiai	17,1	15,6	0,0	25,0	$\chi^2=7,992$, lls=6, p=0,230
		Šiek tiek	4,9	4,7	0,0	5,0	
		Taip, labai žymiai	78,0	79,7	100,0	70,0	
Pragulos	PN	Ne, labai nežymiai	58,1	59,3	65,2	60,0	$\chi^2=1,521$, lls=6, p=0,963
		Šiek tiek	23,3	22,2	13,0	16,7	
		Taip, labai žymiai	18,6	18,5	21,7	23,3	
	ŠVN	Ne, labai nežymiai	56,1	32,8	4,0	55,0	$\chi^2=22,653$, lls=6, p=0,001
		Šiek tiek	9,8	17,2	16,0	5,0	
		Taip, labai žymiai	34,1*	50,0	80,0*	40,0	
Vidurių užkietėjimas	PN	Ne, labai nežymiai	9,3	13,0	17,4	10,0	$\chi^2=7,370$, lls=6, p=0,293
		Šiek tiek	30,2	22,2	39,1	13,3	
		Taip, labai žymiai	60,5	64,8	43,5	76,7	
	ŠVN	Ne, labai nežymiai	7,3	1,6	0,0	15,0	$\chi^2=21,891$, lls=6, p=0,002
		Šiek tiek	61,0	57,8	24,0	60,0	
		Taip, labai žymiai	31,7*	40,6	76,0*	25,0	

3 lentelės tęsinys

Fiziniai negalavimai	Ligos	Kintamieji	Pra-dinis	Vidu-rinis	Aukštesn. ir spec. vidurinis	Aukštasis universitetinis	Reikšmin-gumas
			proc.				
Vidurių nelaikymas	PN	Ne, labai nežymiai	53,5	51,9	26,1	50,0	$\chi^2=7,389$, lls=6, p=0,290
		Šiek tiek	27,9	29,6	43,5	40,0	
		Taip, labai žymiai	18,6	18,5	30,4	10,0	
	ŠVN	Ne, labai nežymiai	2,4	1,6	4,0	0,0	$\chi^2=19,684$, lls=6, p=0,005
		Šiek tiek	39,0	50,0	4,0	60,0	
		Taip, labai žymiai	58,5	48,4	92,0*	40,0*	
Kosulys	PN	Ne, labai nežymiai	72,1	51,9*	56,5	80,0*	$\chi^2=8,573$, lls=6, p=0,032
		Šiek tiek	27,9	48,1	43,5	20,0	
		Taip, labai žymiai	0,0	0,0	0,0	0,0	
	ŠVN	Ne, labai nežymiai	2,4	7,8	4,0	15,0	$\chi^2=21,385$, lls=3, p=0,001
		Šiek tiek	48,8	48,4	8,0	55,0	
		Taip, labai žymiai	48,8	43,8	88,0*	30,0*	
Svorio padidėjimas	PN	Ne, labai nežymiai	76,7	75,9	69,6	66,7	$\chi^2=1,290$, lls=3, p=0,728
		Šiek tiek	23,3	24,1	30,4	33,3	
		Taip, labai žymiai	0,0	0,0	0,0	0,0	
	ŠVN	Ne, labai nežymiai	73,2	70,3	48,0	70,0	$\chi^2=5,206$, lls=3, p=0,157
		Šiek tiek	26,8	29,7	52,0	30,0	
		Taip, labai žymiai	0,0	0,0	0,0	0,0	

3 lentelės tęsinys

Fiziniai negalavimai	Ligos	Kintamieji	Pra-dinis	Vidu-rinis	Aukštesn. ir spec. vidurinis	Aukštasis universitetinis	Reikšmin-gumas
			proc.				
Apetito padidėjimas	PN	Ne, labai nežymiai	83,7	79,6	78,3	76,7	$\chi^2=0,629$, lls=3, p=0,897
		Šiek tiek	16,3	20,4	21,7	23,3	
		Taip, labai žymiai	0,0	0,0	0,0	0,0	
	ŠVN	Ne, labai nežymiai	48,8	40,6	76,0*	40,0*	$\chi^2=15,439$, lls=6, p=0,016
		Šiek tiek	43,9	59,4	20,0	55,0	
		Taip, labai žymiai	7,3	0,0	4,0	5,0	
Apetito sumažėjimas	PN	Ne, labai nežymiai	0,0	1,9	4,3	0,0	$\chi^2=4,059$, lls=6, p=0,734
		Šiek tiek	2,3	3,7	4,3	0,0	
		Taip, labai žymiai	97,7	94,4	91,3	100,0	
	ŠVN	Ne, labai nežymiai	48,8	53,1	36,0	50,0	$\chi^2=11,410$, lls=6, p=0,073
		Šiek tiek	51,2	46,9	56,0	50,0	
		Taip, labai žymiai	0,0	0,0	8,0	0,0	
Šlapimo nelaikymas	PN	Ne, labai nežymiai	41,9	38,9	30,4	26,7	$\chi^2=4,194$, lls=6, p=0,657
		Šiek tiek	18,6	11,1	13,0	13,3	
		Taip, labai žymiai	39,5	50,0	56,5	60,0	
	ŠVN	Ne, labai nežymiai	9,8	4,7	0,0	5,0	$\chi^2=20,277$, lls=6, p=0,002
		Šiek tiek	65,9	59,4	24,0	65,0	
		Taip, labai žymiai	24,4	35,9	76,0*	30,0*	

* – $p < 0,05$. PN – piktybiniai navikai, ŠVN – širdies veiklos nepakankamumas.

4 lentelė. Onkologinėmis ir širdies ligomis sergančiųjų socialinės sveikatos sutrikimų skirstinys lyties grupėse (proc.)

Požymiai	Ligos	Kintamieji	Vyrai	Moterys	Reikšmin- gumas
			proc.		
Gaunu tinkamą paramą iš šeimos narių	PN	Ne	32,8	42,2	$\chi^2=3,746$ lls=2, p=0,143
		Nei taip, nei ne	31,3	36,1	
		Taip	35,8	21,7	
	ŠVN	Ne	27,5	37,0	$\chi^2=4,402$, lls=2, p=0,109
		Nei taip, nei ne	33,3	39,5	
		Taip	39,1	23,5	
Jaučiuos izoliuotas nuo šeimos dėl ligos	PN	Ne	65,7	73,5	$\chi^2=3,011$, lls=2, p=0,235
		Nei taip, nei ne	16,4	18,1	
		Taip	17,9	8,4	
	ŠVN	Ne	79,7	70,4	$\chi^2=2,215$, lls=2, p=0,324
		Nei taip, nei ne	15,9	25,9	
		Taip	4,3	3,7	
Gydymas apsunkino mano finansinę būklę	PN	Ne	64,2	68,7	$\chi^2=0,353$, lls=2, p=0,870
		Nei taip, nei ne	25,4	21,7	
		Taip	10,4	9,6	
	ŠVN	Ne	71,0	69,1	$\chi^2=0,180$, lls=2, p=0,932
		Nei taip, nei ne	18,8	18,5	
		Taip	10,1	12,3	
Jaučiuosi izoliuotas nuo draugų dėl ligos	PN	Ne	68,7	65,1	$\chi^2=2,254$ lls=2, p=0,304
		Nei taip, nei ne	25,4	21,7	
		Taip	6,0	13,3	
	ŠVN	Ne	60,9	56,8	$\chi^2=0,338$, lls=2, p=0,847
		Nei taip, nei ne	23,2	27,2	
		Taip	15,9	16,0	
Gaunu emocinę pagalbą iš šeimos	PN	Ne	49,3	54,2	$\chi^2=1,044$, lls=2, p=0,632
		Nei taip, nei ne	37,3	37,3	
		Taip	13,4	8,4	
	ŠVN	Ne	44,9	50,6	$\chi^2=1,290$, lls=2, p=0,531
		Nei taip, nei ne	29,0	21,0	
		Taip	26,1	28,4	

4 lentelės tęsinys

Požymiai	Ligos	Kintamieji	Vyrai	Moterys	Reikšmin- gumas
			proc.		
Man padeda kaimynai	PN	Ne	52,2	57,8	$\chi^2=3,079$, lls=2, p=0,212
		Nei taip, nei ne	29,9	18,1	
		Taip	17,9	24,1	
	ŠVN	Ne	46,4	53,1	$\chi^2=4,007$, lls=2, p=0,137
		Nei taip, nei ne	39,1	24,7	
		Taip	14,5	22,2	
Yra žmogus kuriam rūpi Jūsų jausmai, pergyvenimai	PN	Ne	61,2*	41,0	$\chi^2=8,242$, lls=2, p=0,017
		Nei taip, nei ne	14,9	33,7	
		Taip	23,9	25,3	
	ŠVN	Ne	43,5	40,7	$\chi^2=0,401$, lls=2, p=0,845
		Nei taip, nei ne	33,3	38,3	
		Taip	23,2	21,0	
Šeimos nariai padeda rasti sprendimus	PN	Ne	59,7	43,4	$\chi^2=4,952$, lls=2, p=0,087
		Nei taip, nei ne	16,4	30,1	
		Taip	23,9	26,5	
	ŠVN	Ne	47,8	46,9	$\chi^2=0,016$, lls=2, p=0,992
		Nei taip, nei ne	31,9	32,1	
		Taip	20,3	21,0	
Jaudinuosi dėl kasdienių išlaidų	PN	Ne	58,2	55,4	$\chi^2=1,510$, lls=2, p=0,446
		Nei taip, nei ne	34,3	41,0	
		Taip	7,5	3,6	
	ŠVN	Ne	31,9	25,9	$\chi^2=1,345$, lls=2, p=0,528
		Nei taip, nei ne	30,4	27,2	
		Taip	37,7	46,9	
Šeimos nariams liga sukėlė stresą	PN	Ne	23,9	36,1	$\chi^2=2,647$, lls=2, p=0,252
		Nei taip, nei ne	29,9	24,1	
		Taip	46,3	39,8	
	ŠVN	Ne	46,4	33,3	$\chi^2=3,348$, lls=2, p=0,182
		Nei taip, nei ne	7,2	13,6	
		Taip	46,4	53,1	

* – $p < 0,05$. PN – piktybiniai navikai, ŠVN – širdies veiklos nepakankamumas.

5 lentelė. Onkologinėmis ir širdies ligomis sergančiųjų socialinės sveikatos sutrikimų skirstinys amžiaus grupėse (proc.)

Požymiai	Ligos	Kinta- mieji	30–54 m.	55–64 m.	65–74 m.	≥75 m.	Reikšmin- gumas
			proc.				
Gaunu tinkamą paramą iš šeimos narių	PN	Ne	8,3	42,1	34,8	47,2	$\chi^2=43,553$, lls=6, p=0,0005
		Nei taip, nei ne	0,0	5,3	40,9	43,4	
		Taip	91,7*	52,6	24,2	9,4*	
	ŠVN	Ne	100,0*	23,1*	33,3	33,8	$\chi^2=11,603$, lls=6, p=0,05
		Nei taip, nei ne	0,0	34,6	26,7	44,2	
		Taip	0,0	42,3	40,0	22,1	
Jaučiuos izoliuotas nuo šeimos dėl ligos	PN	Ne	66,7	78,9	68,2	69,8	$\chi^2=3,718$, lls=6, p=0,731
		Nei taip, nei ne	8,3	10,5	18,2	20,8	
		Taip	25,0	10,5	13,6	9,4	
	ŠVN	Ne	50,0	84,6	77,8	70,1	$\chi^2=15,450$, lls=6, p=0,037
		Nei taip, nei ne	0,0	11,5	22,2	24,7	
		Taip	50,0*	3,8	0,0	5,2*	
Gydymas apsunkino mano finansinę būklę	PN	Ne	83,3	57,9	69,7	62,3	$\chi^2=6,382$, lls=6, p=0,384
		Nei taip, nei ne	16,7	21,1	24,2	24,5	
		Taip	0,0	21,1	6,1	13,2	
	ŠVN	Ne	50,0	73,1	62,2	74,0	$\chi^2=9,540$, lls=6, p=0,143
		Nei taip, nei ne	50,0	7,7	20,0	20,8	
		Taip	0,0	19,2	17,8	5,2	
Jaučiuos izoliuotas nuo draugų dėl ligos	PN	Ne	58,3	78,9	66,7	64,2	$\chi^2=2,696$, lls=6, p=0,864
		Nei taip, nei ne	33,3	10,5	24,2	24,5	
		Taip	8,3	10,5	9,1	11,3	
	ŠVN	Ne	100,0	61,5	66,7	51,9	$\chi^2=4,485$, lls=6, p=0,607
		Nei taip, nei ne	0,0	26,9	20,0	28,6	
		Taip	0,0	11,5	13,3	19,5	

5 lentelės tęsinys

Požymiai	Ligos	Kinta- mieji	30–54 m.	55–64 m.	65–74 m.	≥75 m.	Reikšmin- gumas
			proc.				
Gaunu emocinę pagalbą iš šeimos	PN	Ne	25,0	63,2	50,0	56,6	$\chi^2=9,757$, lls=6, p=0,123
		Nei taip, nei ne	41,7	26,3	40,9	35,8	
		Taip	33,3	10,5	9,1	7,5	
	ŠVN	Ne	0,0	61,5	53,3	41,6	$\chi^2=7,856$, lls=6, p=0,244
		Nei taip, nei ne	50,0	15,4	28,9	24,7	
		Taip	50,0	23,1	17,8	33,8	
Man padeda kaimynai	PN	Ne	58,3	47,4	59,1	52,8	$\chi^2=3,421$, lls=6, p=0,768
		Nei taip, nei ne	8,3	31,6	21,2	26,4	
		Taip	33,3	21,1	19,7	20,8	
	ŠVN	Ne	50,0	53,8	60,0	42,9	$\chi^2=5,315$, lls=6, p=0,509
		Nei taip, nei ne	0,0	30,8	24,4	36,4	
		Taip	50,0	15,4	15,6	20,8	
Yra žmogus kuriam rūpi mano jausmai, pergyveni-mai	PN	Ne	66,7	36,8	37,9	66,0	$\chi^2=12,173$, lls=6, p=0,05
		Nei taip, nei ne	16,7	31,6	30,3	18,9	
		Taip	16,7	31,6*	31,8*	15,1*	
	ŠVN	Ne	50,0	53,8	40,0	39,0	$\chi^2=4,145$, lls=6, p=0,685
		Nei taip, nei ne	0,0	34,6	37,8	36,4	
		Taip	50,0	11,5	22,2	24,7	
Šeima noriai padeda rasti sprendimus	PN	Ne	66,7	31,6	37,9	69,8	$\chi^2=16,402$, lls=6, p=0,009
		Nei taip, nei ne	16,7	36,8	28,8	15,1	
		Taip	16,7*	31,6	33,3*	15,1	
	ŠVN	Ne	50,0	57,7	44,4	45,5	$\chi^2=5,100$, lls=6, p=0,539
		Nei taip, nei ne	0,0	23,1	28,9	37,7	
		Taip	50,0	19,2	26,7	16,9	

5 lentelės tęsinys

Požymiai	Ligos	Kinta- mieji	30–54 m.	55–64 m.	65–74 m.	≥75 m.	Reikšmin- gumas
			proc.				
Jaudinuosi dėl kasdienių išlaidų	PN	Ne	58,3	68,4	56,1	52,8	$\chi^2=5,081$, lls=6, p=0,585
		Nei taip, nei ne	41,7	31,6	34,8	43,4	
		Taip	0,0	0,0	9,1	3,8	
	ŠVN	Ne	50,0	15,4	26,7	33,8	$\chi^2=7,867$, lls=6, p=0,245
		Nei taip, nei ne	0,0	23,1	37,8	26,0	
		Taip	50,0	61,5	35,6	40,2	
Šeimos nariams liga sukėlė stresą	PN	Ne	0,0	31,6	27,3	41,5	$\chi^2=14,929$, lls=6, p=0,016
		Nei taip, nei ne	33,3	47,4	27,3	17,0	
		Taip	66,7*	21,1	45,5	41,5*	
	ŠVN	Ne	50,0	53,8	26,7	41,6	$\chi^2=9,270$, lls=6, p=0,134
		Nei taip, nei ne	0,0	0,0	11,1	14,3	
		Taip	50,0	46,2	62,2	44,1	

* – p<0,05. PN – piktybiniai navikai, ŠVN – širdies veiklos nepakankamumas.

6 lentelė. Onkologinėmis ir širdies ligomis sergančiųjų socialinės sveikatos sutrikimų skirstinys išsimokslinimo grupėse (proc.)

Požymiai	Ligos	Kinta- mieji	Pradi- nis	Vidu- rinis	Aukštesn. spec. vidurinis,	Aukštasis universi- tetinis	Reikšmin- gumas
			proc.				
Gaunu tinkamą parama iš šeimos narių	PN	Ne	44,2	38,9	17,4	43,3	$\chi^2=9,849$, lls=6, p=0,134
		Nei taip, nei ne	37,2	37,0	39,1	20,0	
		Taip	18,6	24,1	43,5	36,7	
	ŠVN	Ne	29,3	32,8	36,0	35,0	$\chi^2=3,341$, lls=6, p=0,773
		Nei taip, nei ne	41,5	40,6	24,0	30,0	
		Taip	29,3	26,6	40,0	35,0	
Jaučiuos izoliuotas nuo šeimos dėl ligos	PN	Ne	67,4	72,2	78,3	63,3	$\chi^2=5,394$, lls=6, p=0,499
		Nei taip, nei ne	23,3	11,1	17,4	20,0	
		Taip	9,3	16,7	4,3	16,7	
	ŠVN	Ne	68,3	76,6	88,0	65,0	$\chi^2=5,860$, lls=6, p=0,443
		Nei taip, nei ne	26,8	20,3	12,0	25,0	
		Taip	4,9	3,1	0,0	10,0	
Gydymas apsunkino mano finansinę būklę	PN	Ne	60,5	63,0	78,3	73,3	$\chi^2=5,933$, lls=6, p=0,440
		Nei taip, nei ne	25,6	27,8	8,7	23,3	
		Taip	14,0	9,3	13,0	3,3	
	ŠVN	Ne	70,7	67,2	80,0	65,0	$\chi^2=2,332$, lls=6, p=0,891
		Nei taip, nei ne	19,5	18,8	12,0	25,0	
		Taip	9,8	14,1	8,0	10,0	
Jaučiuos izoliuotas nuo draugų dėl ligos	PN	Ne	62,8	66,7	69,6	70,0	$\chi^2=5,216$, lls=6, p=0,526
		Nei taip, nei ne	20,9	27,8	26,1	16,7	
		Taip	16,3	5,6	4,3	13,3	
	ŠVN	Ne	56,1	64,1	44,0	65,0	$\chi^2=13,056$, lls=6, p=0,038
		Nei taip, nei ne	34,1	15,6	28,0	35,0	
		Taip	9,8*	20,3	28,0*	0,0	

6 lentelės tęsinys

Požymiai	Ligos	Kintamieji	Pra-	Vidu-	Aukštesn. spec. vidurinis,	Aukštasis universitetinis	Reikšmingumas
			dinis	rinis	proc.		
Gaunu emocinę pagalbą iš šeimos	PN	Ne	55,8	50,0	43,5	56,7	$\chi^2=5,017$, lls=6, p=0,545
		Nei taip, nei ne	37,2	42,6	39,1	26,7	
		Taip	7,0	7,4	17,4	16,7	
	ŠVN	Ne	34,1	53,1	56,0	50,0	$\chi^2=8,687$, lls=6, p=0,196
		Nei taip, nei ne	31,7	25,0	8,0	30,0	
		Taip	34,1	21,9	36,0	20,0	
Man padeda kaimynai	PN	Ne	46,5	66,7	52,2	50,0	$\chi^2=7,655$, lls=6, p=0,271
		Nei taip, nei ne	30,2	20,4	26,1	16,7	
		Taip	23,3	13,0	21,7	33,3	
	ŠVN	Ne	36,6	57,8	52,0	50,0	$\chi^2=8,596$, lls=6, p=0,199
		Nei taip, nei ne	43,9	29,7	20,0	25,0	
		Taip	19,5	12,5	28,0	25,0	
Yra žmogus kuriam rūpi mano jausmai, pergyvenimai	PN	Ne	53,5	50,0	65,2	33,3	$\chi^2=6,493$, lls=6, p=0,381
		Nei taip, nei ne	20,9	24,1	21,7	36,7	
		Taip	25,6	25,9	13,0	30,0	
	ŠVN	Ne	46,3	42,2	48,0	25,0	$\chi^2=4,906$, lls=6, p=0,566
		Nei taip, nei ne	29,3	39,1	36,0	40,0	
		Taip	24,4	18,8	16,0	35,0	
Šeima noriai padeda man rasti sprendimus	PN	Ne	53,5	51,9	60,9	36,7	$\chi^2=5,069$, lls=6, p=0,546
		Nei taip, nei ne	20,9	20,4	26,1	33,3	
		Taip	25,6	27,8	13,0	30,0	
	ŠVN	Ne	53,7	48,4	44,0	35,0	$\chi^2=3,356$, lls=6, p=0,765
		Nei taip, nei ne	24,4	34,4	36,0	35,0	
		Taip	22,0	17,2	20,0	30,0	

6 lentelės tęsinys

Požymiai	Ligos	Kinta- mieji	Pradinis	Vidurinis	Aukštesn. spec. vidurinis,	Aukštasis universi- tetinis	Reikšmin- gumas
			proc.				
Jaudinuosi dėl kasdienių išlaidų	PN	Ne	51,2	53,7	60,9	66,7	$\chi^2=4,180$, lls=6, p=0,663
		Nei taip, nei ne	44,2	38,9	39,1	26,7	
		Taip	4,7	7,4	0,0	6,7	
	ŠVN	Ne	43,9	25,0	8,0	35,0	$\chi^2=14,341$, lls=6, p=0,026
		Nei taip, nei ne	29,3	26,6	28,0	35,0	
		Taip	26,8*	48,4	64,0*	30,0	
Šeimos nariams liga sukėlė stresą	PN	Ne	41,9	29,6	21,7	23,3	$\chi^2=7,077$, lls=6, p=0,322
		Nei taip, nei ne	25,6	20,4	39,1	30,0	
		Taip	32,6	50,0	39,1	46,7	
	ŠVN	Ne	36,6	37,5	60,0	25,0	$\chi^2=9,709$, lls=6, p=0,136
		Nei taip, nei ne	9,8	15,6	0,0	10,0	
		Taip	53,7	46,9	40,0	65,0	

*p<0,05. PN – piktybiniai navikai, ŠVN – širdies veiklos nepakankamumas.

7 lentelė. Onkologinėmis ir širdies ligomis sergančiųjų aprašomoji statistika psichikos sveikatos sutrikimų skirstinys lyties, amžiaus ir išsimokslinimo grupėse (balų vidurkiai)

Liga	Požymiai	N	Vidur- kis	SN	SK	95 proc. PI		Vid. rangas	Reikšmin- gumas
						Apatinė riba	Viršutinė riba		
PN	Lytis								
	Vyrai	67	25,99	3,06	0,37	25,24	26,73	73,49	U=2646,0 p=-0,511
	Moterys	83	26,24	3,28	0,36	25,52	26,96	77,12	
ŠVN	Lytis								
	Vyrai	69	25,71	2,52	0,30	25,11	26,31	77,98	U=2623,5, p=0,516
	Moterys	81	25,59	2,77	0,31	24,98	26,20	73,39	
PN	Amžius								
	30–54 m.	12	26,58	3,97	1,14	24,06	29,10	77,88	$\chi^2=2,286$, lls=3, p=0,515
	55–64 m.	19	26,53	2,65	0,61	25,25	27,81	84,13	
	65–74 m.	66	26,33	3,40	0,42	25,50	27,17	77,97	
	≥75 m.	53	25,62	2,87	0,39	24,83	26,41	68,79	
ŠVN	Amžius								
	30–54 m.	2	24,50	0,71	0,50	18,15	30,85	50,75	$\chi^2=4,053$, lls=3, p=0,256
	55–64 m.	26	25,88	2,25	0,44	24,98	26,79	80,42	
	65–74 m.	45	24,93	2,73	0,41	24,11	25,75	65,98	
	≥75 m.	77	26,01	2,70	0,31	25,40	26,63	80,05	
PN	Išsimokslinimas								
	Pradinis	43	25,79	3,16	0,48	24,82	26,76	70,79	$\chi^2=2,898$, lls=3, p=0,408
	Vidurinis	54	25,85	3,18	0,43	24,98	26,72	71,56	
	Aukšt., spec. vidurinis	23	26,30	3,07	0,64	24,98	27,63	80,35	
	Aukštasis universitetinis	30	26,97	3,26	0,60	25,75	28,19	85,63	
ŠVN	Išsimokslinimas								
	Pradinis	41	25,80	2,71	0,42	24,95	26,66	77,57	$\chi^2=1,059$, lls=3, p=0,787
	Vidurinis	64	25,75	2,45	0,31	25,14	26,36	77,91	
	Aukšt, spec. vidurinis	25	25,24	3,05	0,61	23,98	26,50	68,58	
	Aukštasis universitetinis	20	25,50	2,74	0,61	24,22	26,78	72,18	

U – Mano-Vitnio kriterijus.

8 lentelė. Onkologinėmis ir širdies ligomis sergančiųjų pacientų Dievo buvimo pojūčio skirstinys lyties grupėse (proc.)

Požymiai	Ligos	Kintamieji	Vyrai	Moterys	Reikšmin- gumas
			proc.		
Meldžiantis aš jaučiu gilią vidinę ramybę ir harmoniją	PN	Niekada	7,5	3,6	$\chi^2=2,922$ lls=2, p=0,262
		Retai	32,8	24,1	
		Dažnai	59,7	72,3	
	ŠVN	Niekada	0,0	0,0	$\chi^2=2,179$, lls=1, p=0,140
		Retai	2,9	8,6	
		Dažnai	97,1	91,4	
Aš išgyvenu Dievo ryšį per visą gyvenimą	PN	Niekada	6,0	1,2	$\chi^2=3,905$, lls=2, p=0,155
		Retai	17,9	12,0	
		Dažnai	76,1	86,7	
	ŠVN	Niekada	0,0	0,0	$\chi^2=2,179$, lls=1, p=0,140
		Retai	2,9	8,6	
		Dažnai	97,1	91,4	
Aš randu jėgų savo tikėjime ir religijoje	PN	Niekada	7,5	2,4	$\chi^2=4,301$, lls=2, p=0,128
		Retai	26,9	18,1	
		Dažnai	65,7	79,5	
	ŠVN	Niekada	0,0	0,0	$\chi^2=0,658$, lls=1, p=0,417
		Retai	7,2	11,1	
		Dažnai	92,8	88,9	
Aš jaučiu palaimą savo religijoje ir dvasingume	PN	Niekada	7,5	2,4	$\chi^2=4,301$ lls=2, p=0,128
		Retai	26,9	18,1	
		Dažnai	65,7	79,5	
	ŠVN	Niekada	0,0	0,0	$\chi^2=0,326$, lls=1, p=0,568
		Retai	7,2	9,9	
		Dažnai	92,8	90,1	
Aš jaučiu Dievo buvimą	PN	Niekada	7,5	2,4	$\chi^2=4,301$, lls=2, p=0,128
		Retai	26,9	18,1	
		Dažnai	65,7	79,5	
	ŠVN	Niekada	0,0	0,0	$\chi^2=0,242$, lls=1, p=0,623
		Retai	8,7	11,1	
		Dažnai	91,3	88,9	

8 lentelės tęsinys

Požymiai	Ligos	Kintamieji	Vyrai	Moterys	Reikšmin- gumas
			proc.		
Aš jaučiu Dievo pagalbą kasdieniniuose darbuose	PN	Niekada	7,5	2,4	$\chi^2=4,301$, lls=2, p=0,128
		Retai	26,9	18,1	
		Visada	65,7	79,5	
	ŠVN	Niekada	0,0	0,0	$\chi^2=0,099$, lls=1, p=0,754
		Retai	7,2	8,6	
		Dažnai	92,8	91,4	
Aš jaučiu Dievo meilę sau	PN	Niekada	7,5	2,4	$\chi^2=4,301$, lls=2, p=0,128
		Retai	26,9	18,1	
		Dažnai	65,7	79,5	
	ŠVN	Niekada	0,0	0,0	$\chi^2=0,099$, lls=1, p=0,754
		Retai	7,2	8,6	
		Dažnai	92,8	91,4	
Aš jaučiu Dievo meilę per kitus žmones	PN	Niekada	7,5	2,4	$\chi^2=4,301$, lls=2, p=0,128
		Retai	26,9	18,1	
		Dažnai	65,7	79,5	
	ŠVN	Niekada	0,0	0,0	$\chi^2=0,099$, lls=1, p=0,754
		Retai	7,2	8,6	
		Dažnai	92,8	91,4	

PN – piktybiniai navikai, ŠVN – širdies veiklos nepakankamumas.

9 lentelė. Onkologinėmis ir širdies ligomis sergančiųjų Dievo buvimą pojūčio skirstinys amžiaus grupėse (proc.)

Požymiai	Ligos	Kintamieji	30–54 m.	55–64 m.	65–74 m.	75> m.	Reikšmin- gumas
			proc.				
Meldžiantis aš jaučiu gilią vidinę ramybę ir harmoniją	PN	Niekada	16,6	10,5	3,0	3,8	$\chi^2=7,195$ lls=6, p=0,304
		Retai	41,7	26,3	28,8	24,5	
		Dažnai	41,7	63,2	68,2	71,7	
	ŠVN	Niekada	0,0	0,0	0,0	0,0	$\chi^2=2,486$ lls=6, p=0,426
		Retai	0,0	0,0	8,9	6,5	
		Dažnai	100,0	100,0	91,1	93,5	
Aš išgyvenu Dievo ryšį per visą gyvenimą	PN	Niekada	16,7	5,3	1,5	1,9	$\chi^2=13,020$ lls=6, p=0,045
		Retai	33,3	15,8	10,6	15,1	
		Dažnai	50,0	78,9	87,9	83,0*	
	ŠVN	Niekada	0,0	0,0	0,0	0,0	$\chi^2=2,486$ lls=6, p=0,426
		Retai	0,0	0,0	8,9	6,5	
		Dažnai	100,0	100,0	91,1	93,5	
Aš randu jėgų savo tikėjime ir religijoje	PN	Niekada	16,7	10,5	3,0	1,9	$\chi^2=8,245$ lls=6, p=0,220
		Kartais	33,3	21,1	21,2	20,8	
		Dažnai	50,0	68,4	75,8	77,3	
	ŠVN	Niekada	0,0	0,0	0,0	0,0	$\chi^2=1,987$ lls=6, p=0,517
		Retai	0,0	3,8	13,3	9,1	
		Dažnai	100,0	96,2	86,7	90,9	
Aš randu palaimą savo religijoje ir dvasingume	PN	Niekada	16,7	10,5	3,0	1,9	$\chi^2=8,245$ lls=6, p=0,220
		Kartais	33,3	21,1	21,2	20,8	
		Dažnai	50,0	68,4	75,8	77,3	
	ŠVN	Niekada	0,0	0,0	0,0	0,0	$\chi^2=2,266$ lls=6, p=0,440
		Retai	0,0	3,8	13,3	7,8	
		Dažnai	100,0	96,2	86,7	92,2	
Aš jaučiu Dievo buvimą	PN	Niekada	16,7	10,5	3,0	1,9	$\chi^2=8,245$ lls=6, p=0,220
		Retai	33,3	21,1	21,2	20,8	
		Dažnai	50,0	68,4	75,8	77,3	
	ŠVN	Niekada	0,0	0,0	0,0	0,0	$\chi^2=1,885$ lls=6, p=0,543
		Kartais	0,0	3,8	13,3	10,4	
		Dažnai	100,0	96,2	86,7	89,6	

9 lentelės tęsinys

Požymiai	Ligos	Kintamieji	30–54 m.	55–64 m.	65–74 m.	75> m.	Reikšmin- gumas
			proc.				
Aš jaučiu Dievo pagal- bą kasdieni- niuose darbuose	PN	Niekada	16,7	10,5	3,0	1,9	$\chi^2=8,245$ lls=6, p=0,220
		Retai	33,3	21,1	21,2	20,8	
		Dažnai	50,0	68,4	75,8	77,3	
	ŠVN	Niekada	0,0	0,0	0,0	0,0	$\chi^2=4,178$ lls=6, p=0,265
		Retai	0,0	0,0	13,3	7,8	
		Dažnai	100,0	100,0	86,7	92,2	
Aš prašau Dievo pagal- bos kasdieni- niuose darbuose	PN	Niekada	16,7	10,5	3,0	1,9	$\chi^2=8,245$ lls=6, p=0,220
		Retai	33,3	21,1	21,2	20,8	
		Dažnai	50,0	68,4	75,8	77,3	
	ŠVN	Niekada	0,0	0,0	0,0	0,0	$\chi^2=4,178$ lls=6, p=0,265
		Retai	0,0	0,0	13,3	7,8	
		Dažnai	100,0	100,0	86,7	92,2	
Aš jaučiu Dievo meilę sau	PN	Niekada	16,7	10,5	3,0	1,9	$\chi^2=8,245$ lls=6, p=0,220
		Retai	33,3	21,1	21,2	20,8	
		Dažnai	50,0	68,4	75,8	77,3	
	ŠVN	Niekada	0,0	0,0	0,0	0,0	$\chi^2=4,178$ lls=6, p=0,265
		Retai	0,0	0,0	13,3	7,8	
		Dažnai	100,0	100,0	86,7	92,2	
Aš jaučiu Dievo meilę per kitus žmones	PN	Niekada	16,7	10,5	3,0	1,9	$\chi^2=8,245$ lls=6, p=0,220
		Retai	33,3	21,1	21,2	20,8	
		Dažnai	50,0	68,4	75,8	77,3	
	ŠVN	Niekada	0,0	0,0	0,0	0,0	$\chi^2=4,178$ lls=6, p=0,265
		Retai	0,0	0,0	13,3	7,8	
		Dažnai	100,0	100,0	86,7	92,2	

*p<0,05. PN – piktybiniai navikai, ŠVN – širdies veiklos nepakankamumas.

10 lentelė. Onkologinėmis ir širdies ligomis sergančiųjų Dievo buvimo pojūčio skirstinys išsimokslinimo grupėse (proc.)

Požymiai	Ligos	Kintamieji	Pra-	Vidu-	Aukštes-	Aukštasis,	Reikšmin-gumas
			dinis	rinis	nysis, spec. vidurinis	universi-tetinis	
			proc.				
Meldžiantis aš jaučiu gilią vidinę ramybę ir harmoniją	PN	Niekada	4,7	5,6	8,7	3,3	$\chi^2=1,192$ lls=6, p=0,978
		Retai	30,2	25,9	30,4	26,7	
		Dažnai	65,1	68,5	60,9	70,0	
	ŠVN	Niekada	0,0	0,0	0,0	0,0	$\chi^2=4,114$ lls=3, p=0,264
		Retai	7,3	3,1	4,0	15,0	
		Dažnai	92,7	96,9	96,0	85,0	
Aš išgyvenu Dievo ryšį per visą gyvenimą	PN	Niekada	2,3	3,7	8,7	0,0	$\chi^2=9,443$ lls=6, p=0,144
		Retai	11,6	13,0	30,4	10,0	
		Dažnai	86,0	83,3	60,9	90,0	
	ŠVN	Niekada	0,0	0,0	0,0	0,0	$\chi^2=4,114$ lls=3, p=0,264
		Retai	7,3	3,1	4,0	15,0	
		Dažnai	92,7	96,9	96,0	85,0	
Aš randu jėgų savo tikėjime ir religijoje	PN	Niekada	2,3	5,6	8,7	3,3	$\chi^2=3,204$ lls=6, p=0,804
		Retai	20,9	18,5	30,4	23,3	
		Dažnai	76,7	75,9	60,9	73,3	
	ŠVN	Niekada	0,0	0,0	0,0	0,0	$\chi^2=5,384$ lls=3, p=0,134
		Retai	12,2	3,1	16,0	15,0	
		Dažnai	87,8	96,9	84,0	85,0	
Aš randu palaimą savo religijoje ir dvasingume	PN	Niekada	2,3	5,6	8,7	3,3	$\chi^2=3,204$ lls=6, p=0,804
		Retai	20,9	18,5	30,4	23,3	
		Dažnai	76,7	75,9	60,9	73,3	
	ŠVN	Niekada	0,0	0,0	0,0	0,0	$\chi^2=5,256$ lls=3, p=0,140
		Retai	9,8	3,1	16,0	15,0	
		Dažnai	90,2	96,9	84,0	85,0	
Aš jaučiu Dievo buvimą	PN	Niekada	2,3	5,6	8,7	3,3	$\chi^2=3,204$ lls=6, p=0,804
		Retai	20,9	18,5	30,4	23,3	
		Dažnai	76,7	75,9	60,9	73,3	
	ŠVN	Niekada	0,0	0,0	0,0	0,0	$\chi^2=2,558$ lls=3, p=0,485
		Retai	9,8	6,3	16,0	15,0	
		Dažnai	90,2	93,8	84,0	85,0	

10 lentelės tęsinys

Požymiai	Ligos	Kinta- mieji	Pra- dinis	Vidu- rinis	Aukštes- nysis, spec. vidurinis	Aukštasis, universi- tetinis	Reikšmin- gumas
Aš jaučiu Dievo pagalbą kasdieniniuos e darbuose	PN	Niekada	2,3	5,6	8,7	3,3	$\chi^2=3,204$ lls=6, p=0,804
		Retai	20,9	18,5	30,4	23,3	
		Dažnai	76,7	75,9	60,9	73,3	
	ŠVN	Niekada	0,0	0,0	0,0	0,0	$\chi^2=4,113$ lls=3, p=0,234
		Retai	9,8	3,1	12,0	15,0	
		Dažnai	90,2	96,9	88,0	85,0	
Aš prašau Dievo pagalbos kasdieniniuos e darbuose	PN	Niekada	2,3	5,6	8,7	3,3	$\chi^2=3,204$ lls=6, p=0,804
		Retai	20,9	18,5	30,4	23,3	
		Dažnai	76,7	75,9	60,9	73,3	
	ŠVN	Niekada	0,0	0,0	0,0	0,0	$\chi^2=4,113$ lls=3, p=0,234
		Retai	9,8	3,1	12,0	15,0	
		Dažnai	90,2	96,9	88,0	85,0	
Aš jaučiu Dievo meilę sau	PN	Niekada	2,3	5,6	8,7	3,3	$\chi^2=3,204$ lls=6, p=0,804
		Retai	20,9	18,5	30,4	23,3	
		Dažnai	76,7	75,9	60,9	73,3	
	ŠVN	Niekada	0,0	0,0	0,0	0,0	$\chi^2=4,113$ lls=3, p=0,234
		Retai	9,8	3,1	12,0	15,0	
		Dažnai	90,2	96,9	88,0	85,0	
Aš jaučiu Dievo meilę per kitus žmones	PN	Niekada	2,3	5,6	8,7	3,3	$\chi^2=3,204$ lls=6, p=0,804
		Retai	20,9	18,5	30,4	23,3	
		Dažnai	76,7	75,9	60,9	73,3	
	ŠVN	Niekada	0,0	0,0	0,0	0,0	$\chi^2=4,113$ lls=3, p=0,234
		Retai	9,8	3,1	12,0	15,0	
		Dažnai	90,2	96,9	88,0	85,0	

PN – piktybiniai navikai, ŠVN – širdies veiklos nepakankamumas. *p<0,05.

11 lentelė. Onkologinėmis ir širdies ligomis sergančiųjų dvasinio santykio su Dievu skirstinys lyties grupėse (proc.)

Požymiai	Ligos	Kintamieji	Vyrai	Moterys	Reikšmin- gumas
			proc.		
Turiu galimybę prašyti Dievo malonės per maldą	PN	Ne	9,0	1,2	$\chi^2=8,162$, lls=2, p=0,016
		Nei taip, nei ne	28,4	18,1	
		Taip	62,7	80,7*	
	ŠVN	Ne	0,0	0,0	$\chi^2=0,791$, lls=1, p=0,374
		Nei taip, nei ne	23,2	29,6	
		Taip	76,8	70,4	
Esu nusivylęs Dievu	PN	Ne	6,0	1,2	$\chi^2=3,137$, lls=2, p=0,226
		Nei taip, nei ne	38,8	34,9	
		Taip	55,2	63,9	
	ŠVN	Ne	0,0	0,0	$\chi^2=0,845$, lls=2, p=0,358
		Nei taip, nei ne	49,3	56,8	
		Taip	50,7	43,2	
Turiu prasmę gyventi kai Dievas veikia mano gyvenimą	PN	Ne	4,5	1,2	$\chi^2=2,665$, lls=1, p=0,290
		Nei taip, nei ne	9,0	4,8	
		Taip	86,6	94,0	
	ŠVN	Ne	0,0	0,0	$\chi^2=1,077$, lls=2, p=0,299
		Nei taip, nei ne	7,2	12,3	
		Taip	92,8	87,7	
Bijau, kad Dievas apleido mane	PN	Ne	6,0	1,2	$\chi^2=3,137$, lls=2, p=0,226
		Nei taip, nei ne	38,8	34,9	
		Taip	55,2	63,9	
	ŠVN	Ne	1,4	1,2	$\chi^2=0,175$, lls=2, p=0,875
		Nei taip, nei ne	52,2	55,6	
		Taip	46,4	43,2	
Dievo įsakymo laikymasis yra mano esminė gyvenimo dalis	PN	Ne	4,5	1,2	$\chi^2=3,339$, lls=2, p=0,227
		Nei taip, nei ne	11,9	6,0	
		Taip	83,6	92,8	
	ŠVN	Ne	0,0	0,0	$\chi^2=1,077$, lls=2, p=0,299
		Nei taip, nei ne	7,2	12,3	
		Taip	92,8	87,7	

11 lentelės tęsinys

Požymiai	Ligos	Kintamieji	Vyrai	Moterys	Reikšmin- gumas
			proc.		
Esu visada puikioje nuotaikoje, kai aš einu į bažnyčią	PN	Ne	4,5	1,2	$\chi^2=2,642$, lls=2, p=0,321
		Nei taip, nei ne	10,4	6,0	
		Taip	85,1	92,8	
	ŠVN	Ne	0,0	0,0	$\chi^2=1,077$, lls=2, p=0,299
		Nei taip, nei ne	7,2	12,3	
		Taip	92,8	87,7	
Mano emocionalus santykis su Dievu yra nestabilus	PN	Ne	6,0	1,2	$\chi^2=3,137$, lls=2, p=0,226
		Nei taip, nei ne	38,8	34,9	
		Taip	55,2	63,9	
	ŠVN	Ne	1,4	1,2	$\chi^2=0,175$, lls=2, p=0,875
		Nei taip, nei ne	52,2	55,6	
		Taip	46,4	43,2	
Esu visada nusiteikęs melstis	PN	Ne	4,5	1,2	$\chi^2=1,768$, lls=2, p=0,423
		Nei taip, nei ne	10,4	8,4	
		Taip	85,1	90,4	
	ŠVN	Ne	0,0	0,0	$\chi^2=1,569$, lls=1, p=0,210
		Nei taip, nei ne	7,2	13,6	
		Taip	92,8	86,4	
Laikau si Dievo įsakymų kiekviename sprendime	PN	Ne	4,5	1,2	$\chi^2=2,109$, lls=2, p=0,372
		Nei taip, nei ne	10,4	7,2	
		Taip	85,1	91,6	
	ŠVN	Ne	0,0	0,0	$\chi^2=1,077$, lls=2, p=0,299
		Nei taip, nei ne	7,2	12,3	
		Taip	92,8	87,7	
Galvoju, kad Dievas baudžia mane	PN	Ne	6,0	1,2	$\chi^2=3,137$, lls=1, p=0,226
		Nei taip, nei ne	38,8	34,9	
		Taip	55,2	63,9	
	ŠVN	Ne	1,4	0,0	$\chi^2=1,284$, lls=2, p=0,679
		Nei taip, nei ne	52,2	55,6	
		Taip	46,4	44,4	

11 lentelės tęsinys

Požymiai	Ligos	Kintamieji	Vyrai	Moterys	Reikšmin- gumas
			proc.		
Aš piktas ant Dievo	PN	Ne	6,0	1,2	$\chi^2=2,825$, lls=2, p=0,236
		Nei taip, nei ne	16,4	14,5	
		Taip	77,6	84,3	
	ŠVN	Ne	0,0	0,0	$\chi^2=3,768$, lls=2, p=0,05
		Nei taip, nei ne	20,3	34,6	
		Taip	79,7*	65,4	
Tapau labiau religingas ligos metu	PN	Ne	4,5	1,2	$\chi^2=2,665$, lls=1, p=0,290
		Nei taip, nei ne	9,0	4,8	
		Taip	86,6	94,0	
	ŠVN	Ne	0,0	0,0	$\chi^2=1,569$, lls=2, p=0,210
		Nei taip, nei ne	7,2	13,6	
		Taip	92,8	86,4	
Aš esu sunerimęs, kad Dievas neatsako dėl mano maldavimų	PN	Ne	6,0	1,2	$\chi^2=2,825$, lls=2, p=0,236
		Nei taip, nei ne	16,4	14,5	
		Taip	77,6	84,3	
	ŠVN	Ne	0,0	0,0	$\chi^2=2,165$ lls=2, p=0,141
		Nei taip, nei ne	20,3	30,9	
		Taip	79,7	69,1	
Dievas pataria man	PN	Ne	3,0	1,2	$\chi^2=0,599$, lls=2, p=0,439
		Nei taip, nei ne	0,0	0,0	
		Taip	97,0	98,8	
	ŠVN	Ne	0,0	1,2	$\chi^2=1,189$, lls=2, p=0,784
		Nei taip, nei ne	11,6	8,6	
		Taip	88,4	90,1	
Kai aš nusidedu, esu linkęs atgailauti prieš Dievą	PN	Ne	3,0	1,2	$\chi^2=1,224$, lls=2, p=0,549
		Nei taip, nei ne	3,0	1,2	
		Taip	94,0	97,6	
	ŠVN	Ne	0,0	0,0	$\chi^2=0,198$, lls=1, p=0,657
		Nei taip, nei ne	1,4	2,5	
		Taip	98,6	97,5	

11 lentelės tęsinys

Požymiai	Ligos	Kintamieji	Vyrai	Moterys	Reikšmin- gumas
			proc.		
Aš suirzęs ant Dievo	PN	Ne	6,0	1,2	$\chi^2=2,825$, lls=2, p=0,236
		Nei taip, nei ne	16,4	14,5	
		Taip	77,6	84,3	
	ŠVN	Ne	0,0	0,0	$\chi^2=2,657$, lls=2, p=0,103
		Nei taip, nei ne	20,3	32,1	
		Taip	79,7	67,9	
Turiu atgailauti, kad Dievas neatstumtų manęs	PN	Ne	3,0	1,2	$\chi^2=1,224$, lls=2, p=0,549
		Nei taip, nei ne	3,0	1,2	
		Taip	94,0	97,6	
	ŠVN	Ne	0,0	0,0	$\chi^2=0,198$, lls=1, p=0,657
		Nei taip, nei ne	1,4	2,5	
		Taip	98,6	97,5	
Kai Dievas nesaugo manęs, aš esu linkęs jaustis beverčiu	PN	Ne	6,0	1,2	$\chi^2=2,825$, lls=1, p=0,236
		Nei taip, nei ne	16,4	14,5	
		Taip	77,6	84,3	
	ŠVN	Ne	0,0	0,0	$\chi^2=2,657$, lls=2, p=0,103
		Nei taip, nei ne	20,3	32,1	
		Taip	79,7	67,9	
Dievas nuvyllė mane	PN	Ne	6,0	1,2	$\chi^2=2,825$, lls=1, p=0,236
		Nei taip, nei ne	16,4	14,5	
		Taip	77,6	84,3	
	ŠVN	Ne	0,0	0,0	$\chi^2=2,657$, lls=1, p=0,103
		Nei taip, nei ne	20,3	32,1	
		Taip	79,7	67,9	
Esu kaltas dėl praėjusio savo elgesio gyvenime	PN	Ne	20,9	16,9	$\chi^2=0,739$, lls=1, p=0,695
		Nei taip, nei ne	47,8	45,8	
		Taip	31,3	37,3	
	ŠVN	Ne	8,7	22,2*	$\chi^2=6,259$, lls=2, p=0,044
		Nei taip, nei ne	58,0	42,0	
		Taip	33,3	35,8	

11 lentelės tęsinys

Požymiai	Ligos	Kintamieji	Vyrai	Moterys	Reikšmin- gumas
			proc.		
Galvoju, kad gyvenimas neturi jokios reikšmės ar tikslo	PN	Ne	23,9	34,9	$\chi^2=5,593$, lls=2, p=0,05
		Nei taip, nei ne	32,8	39,8	
		Taip	43,3*	25,3	
	ŠVN	Ne	30,4	29,6	$\chi^2=0,448$, lls=2, p=0,807
		Nei taip, nei ne	33,3	38,3	
		Taip	36,2	32,1	
Dievas elgiasi su jumis neteisingai	PN	Ne	4,5	1,2	$\chi^2=1,530$, lls=1, p=0,216
		Nei taip, nei ne	0,0	0,0	
		Taip	95,5	98,8	
	ŠVN	Ne	0,0	0,0	
		Nei taip, nei ne	0,0	0,0	
		Taip	100,0	100,0	
Jaudinatės dėl savo abejonių netikėjimu Dievu	PN	Ne	6,0	1,2	$\chi^2=2,825$, lls=1, p=0,236
		Nei taip, nei ne	16,4	14,5	
		Taip	77,6	84,3	
	ŠVN	Ne	1,4	1,2	$\chi^2=3,556$, lls=1, p=0,140
		Nei taip, nei ne	21,7	35,8	
		Taip	76,8	63,0	
Jaudinatės minties dėl mirties?	PN	Ne	11,9	18,1	$\chi^2=1,809$, lls=1, p=0,411
		Nei taip, nei ne	22,4	15,7	
		Taip	65,7	66,3	
	ŠVN	Ne	14,5	17,3	$\chi^2=0,216$, lls=1, p=0,941
		Nei taip, nei ne	20,3	19,8	
		Taip	65,2	63,0	

*p<0,05. PN – piktybiniai navikai, ŠVN – širdies veiklos nepakankamumas.

12 lentelė. Onkologinėmis ir širdies ligomis sergančiųjų dvasinio santykio su Dievu skirstinys amžiaus grupėse (proc.)

Požymiai	Ligos	Kinta- mieji	30–54 m.	55–64 m.	65–74 m.	75> m.	Reikšmin- gumas
			proc.				
Turiu galimybę prašyti Dievo malonės per maldą	PN	Ne	16,7	5,3	4,5	1,9	$\chi^2=6,860$ lls=6, p=0,334
		Nei taip, nei ne	33,3	26,3	22,7	18,9	
		Taip	50,0	68,4	72,7	79,2	
	ŠVN	Ne	0,0	0,0	0,0	0,0	$\chi^2=0,937$ lls=6, p=0,896
		Nei taip, nei ne	50,0	30,8	26,7	24,7	
		Taip	50,0	69,2	73,3	75,3	
Esu nusivylęs Dievu	PN	Ne	16,7	5,3	1,5	1,9	$\chi^2=9,006$ lls=6, p=0,176
		Nei taip, nei ne	41,7	36,8	33,3	39,6	
		Taip	41,7	57,9	65,2	58,5	
	ŠVN	Ne	0,0	0,0	0,0	0,0	$\chi^2=2,751$ lls=6, p=0,477
		Nei taip, nei ne	100,0	53,8	46,7	55,8	
		Taip	0,0	46,2	53,3	44,2	
Turiu prasmę gyventi kai Dievas veikia mano gyvenimą	PN	Ne	16,7*	0,0	1,5	1,9	$\chi^2=12,291$ lls=6, p=0,064
		Nei taip, nei ne	8,3	0,0	6,1	9,4	
		Taip	75,0	100,0	92,4	88,7	
	ŠVN	Ne	0,0	0,0	0,0	0,0	$\chi^2=3,797$ lls=6, p=0,305
		Nei taip, nei ne	0,0	19,2	11,1	6,5	
		Taip	100,0	80,8	88,9	93,5	
Bijau, kad dievas paliko mane	PN	Ne	16,7*	5,3	1,5	1,9	$\chi^2=9,006$ lls=6, p=0,176
		Nei taip, nei ne	41,7	36,8	33,3	39,6	
		Taip	41,7	57,9	65,2	58,5	
	ŠVN	Ne	0,0	3,8	2,2	0,0	$\chi^2=4,913$ lls=6, p=0,460
		Nei taip, nei ne	100,0	50,0	48,9	57,1	
		Taip	0,0	46,2	48,9	42,9	

12 lentelės tęsinys

Požymiai	Ligos	Kinta- mieji	30–54 m.	55–64 m.	65–74 m.	75> m.	Reikšmin- gumas
			proc.				
Dievo įsakymo laikymasis yra mano esminė gyvenimo dalis	PN	Ne	16,7*	0,0	1,5	1,9	$\chi^2=16,801$ lls=6, p=0,014
		Nei taip, nei ne	25,0	0,0	7,6	9,4	
		Taip	58,3	100,0	90,9	88,7	
	ŠVN	Ne	0,0	0,0	0,0	0,0	$\chi^2=3,797$ lls=6, p=0,305
		Nei taip, nei ne	0,0	19,2	11,1	6,5	
		Taip	100,0	80,8	88,9	93,5	
Esu visada puikioje nuotaikoje, kai aš einu į bažnyčią	PN	Ne	16,7*	0,0	1,5	1,9	$\chi^2=12,052$ lls=6, p=0,07
		Nei taip, nei ne	8,3	0,0	9,1	9,4	
		Taip	75,0	100,0	89,4	88,7	
	ŠVN	Ne	0,0	0,0	0,0	0,0	$\chi^2=3,797$ lls=6, p=0,305
		Nei taip, nei ne	0,0	19,2	11,1	6,5	
		Taip	100,0	80,8	88,9	93,5	
Mano emocionalus ryšys su Dievu yra nestabilus	PN	Ne	16,7*	5,3	1,5	1,9	$\chi^2=9,006$ lls=6, p=0,176
		Nei taip, nei ne	41,7	36,8	33,3	39,6	
		Taip	41,7	57,9	65,2	58,5	
	ŠVN	Ne	0,0	3,8	2,2	0,0	$\chi^2=4,913$ lls=6, p=0,460
		Nei taip, nei ne	100,0	50,0	48,9	57,1	
		Taip	0,0	46,2	48,9	42,9	
Esu visada nusiteikęs melstis	PN	Ne	16,7*	0,0	1,5	1,9	$\chi^2=13,337$ lls=6, p=0,045
		Nei taip, nei ne	16,7	5,3	6,1	13,2	
		Taip	66,7*	94,7	92,4	84,9	
	ŠVN	Ne	0,0	0,0	0,0	0,0	$\chi^2=5,858$ lls=6, p=0,105
		Nei taip, nei ne	0,0	23,1	11,1	6,5	
		Taip	100,0*	76,9	88,9	93,5	

12 lentelės tęsinys

Požymiai	Ligos	Kinta- mieji	30–54 m.	55–64 m.	65–74 m.	75> m.	Reikšmin- gumas
			proc.				
Laikau si Dievo įsakymų kiekviename sprendime	PN	Ne	16,7*	0,0	1,5	1,9	$\chi^2=13,426$ lls=6, p=0,043
		Nei taip, nei ne	8,3	0,0	7,6	13,2	
		Taip	75,0	100,0	90,9	84,9	
	ŠVN	Ne	0,0	0,0	0,0	0,0	$\chi^2=3,797$ lls=6, p=0,305
		Nei taip, nei ne	0,0	19,2	11,1	6,5	
		Taip	100,0	80,8	88,9	93,5	
Jaučiu, kad Dievas baudžia mane	PN	Ne	16,7*	5,3	1,5	1,9	$\chi^2=9,006$ lls=6, p=0,176
		Nei taip, nei ne	41,7	36,8	33,3	39,6	
		Taip	41,7	57,9	65,2	58,5	
	ŠVN	Ne	0,0	0,0	2,2	0,0	$\chi^2=4,814$ lls=6, p=0,495
		Nei taip, nei ne	100,0	50,0	48,9	57,1	
		Taip	0,0	50,0	48,9	42,9	
Aš piktas ant Dievo	PN	Ne	16,7	5,3	1,5	1,9	$\chi^2=8,265$ lls=6, p=0,216
		Nei taip, nei ne	16,7	15,8	13,6	17,0	
		Taip	66,7	78,9	84,8	81,1	
	ŠVN	Ne	0,0	0,0	0,0	0,0	$\chi^2=0,823$ lls=6, p=0,951
		Nei taip, nei ne	50,0	23,1	28,9	28,6	
		Taip	50,0	76,9	71,1	71,4	
Tapau labiau religin gas ligos metu	PN	Ne	16,7*	0,0	1,5	1,9	$\chi^2=12,291$ lls=6, p=0,064
		Nei taip, nei ne	8,3	0,0	6,1	9,4	
		Taip	75,0	100,0	92,4	88,7	
	ŠVN	Ne	0,0	0,0	0,0	0,0	$\chi^2=5,858$ lls=6, p=0,105
		Nei taip, nei ne	0,0	23,1	11,1	6,5	
		Taip	100,0*	76,9	88,9	93,5	

12 lentelės tęsinys

Požymiai	Ligos	Kinta- mieji	30–54 m.	55–64 m.	65–74 m.	75> m.	Reikšmin- gumas
			proc.				
Aš esu suneri- męs, kad Dievas neatsa- ko dėl mano maldavimų	PN	Ne	16,7	5,3	1,5	1,9	$\chi^2=8,265$ lls=6, p=0,216
		Nei taip, nei ne	16,7	15,8	13,6	17,0	
		Taip	66,7	78,9	84,8	81,1	
	ŠVN	Ne	0,0	0,0	0,0	0,0	$\chi^2=4,404$ lls=6, p=0,219
		Nei taip, nei ne	0,0	11,5	31,1	28,6	
		Taip	100,0	88,5	68,9	71,4	
Dievas pataria man	PN	Ne	16,7*	0,0	0,0	1,9	$\chi^2=14,908$ lls=6, p=0,013
		Nei taip, nei ne	0,0	0,0	0,0	0,0	
		Taip	83,3	100,0	100,0	98,1	
	ŠVN	Ne	0,0	3,8	0,0	0,0	$\chi^2=8,598$ lls=6, p=0,116
		Nei taip, nei ne	50,0	11,5	8,9	9,1	
		Taip	50,0	84,6	91,1	90,9	
Kai aš nuside- du, esu linkęs atgailauti prieš Dievą	PN	Ne	16,7*	0,0	0,0	1,9	$\chi^2=16,431$ lls=6, p=0,029
		Nei taip, nei ne	0,0	0,0	1,5	3,8	
		Taip	83,3	100,0	98,5	94,3	
	ŠVN	Ne	0,0	0,0	0,0	0,0	$\chi^2=0,697$ lls=6, p=1,000
		Nei taip, nei ne	0,0	3,8	2,2	1,3	
		Taip	100,0	96,2	97,8	98,7	
Aš jaučiu suiržęs ant Dievo	PN	Ne	16,7	5,3	1,5	1,9	$\chi^2=8,265$ lls=6, p=0,216
		Nei taip, nei ne	16,7	15,8	13,6	17,0	
		Taip	66,7	78,9	84,8	81,1	
	ŠVN	Ne	0,0	0,0	0,0	0,0	$\chi^2=3,017$ lls=6, p=0,368
		Nei taip, nei ne	0,0	15,4	31,1	28,6	
		Taip	100,0	84,6	68,9	71,4	

12 lentelės tęsinys

Požymiai	Ligos	Kinta- mieji	30–54 m.	55–64 m.	65–74 m.	75> m.	Reikšmin- gumas
			proc.				
Turiu atgailauti, kad Dievas neatstumtų manęs	PN	Ne	16,7*	0,0	0,0	1,9	$\chi^2=16,431$ lls=6, p=0,029
		Nei taip, nei ne	0,0	0,0	1,5	3,8	
		Taip	83,3	100,0	98,5	94,3	
	ŠVN	Ne	0,0	0,0	0,0	0,0	$\chi^2=0,697$ lls=6, p=1,000
		Nei taip, nei ne	0,0	3,8	2,2	1,3	
		Taip	100,0	96,2	97,8	98,7	
Kai Dievas nesaugo manęs, aš esu linkęs jaustis Beverčiu	PN	Ne	16,7	3,3	2,7	1,9	$\chi^2=8,265$ lls=6, p=0,216
		Nei taip, nei ne	16,7	15,8	13,6	17,0	
		Taip	66,6	78,9	84,7	81,1	
	ŠVN	Ne	0,0	0,0	0,0	0,0	$\chi^2=3,017$ lls=6, p=0,368
		Nei taip, nei ne	0,0	15,4	31,1	28,6	
		Taip	100,0	84,6	68,9	71,4	
Dievas nuvylė mane	PN	Ne	16,7	5,3	1,5	1,9	$\chi^2=8,265$ lls=6, p=0,216
		Nei taip, nei ne	16,7	15,8	13,6	17,0	
		Taip	66,7	78,9	84,8	81,1	
	ŠVN	Ne	0,0	0,0	0,0	0,0	$\chi^2=3,017$ lls=6, p=0,368
		Nei taip, nei ne	0,0	15,4	31,1	28,6	
		Taip	100,0	84,6	68,9	71,4	
Esu kaltas dėl praėjusio savo elgesio gyvenime	PN	Ne	16,7	21,1	16,7	20,8	$\chi^2=1,226$ lls=6, p=0,978
		Nei taip, nei ne	41,7	47,4	45,5	49,1	
		Taip	41,7	31,6	37,9	30,2	
	ŠVN	Ne	50,0	3,8	13,3	20,8	$\chi^2=7,783$ lls=6, p=0,249
		Nei taip, nei ne	0,0	61,5	46,7	48,1	
		Taip	50,0	34,6	40,0	31,2	

12 lentelės tęsinys

Požymiai	Ligos	Kinta- mieji	30–54 m.	55–64 m.	65–74 m.	75> m.	Reikšmin- gumas
			proc.				
Galvoju, kad gyvenimas neturi jokios reikšmės ar tikslo	PN	Ne	0,0	42,1	33,3	28,3	$\chi^2=16,672$ lls=6, p=0,009
		Nei taip, nei ne	16,7	36,8	36,4	41,5	
		Taip	83,3*	21,1	30,3	30,2	
	ŠVN	Ne	50,0	42,3	22,2	29,9	$\chi^2=9,897$ lls=6, p=0,117
		Nei taip, nei ne	50,0	30,8	51,1	28,6	
		Taip	0,0	26,9	26,7	41,6	
Dievas elgiasi su jumis neteisingai	PN	Ne	16,7*	0,0	1,5	1,9	$\chi^2=10,044$ lls=6, p=0,044
		Nei taip, nei ne	0,0	0,0	0,0	0,0	
		Taip	83,3	100,0	98,5	98,1	
	ŠVN	Ne	0,0	0,0	0,0	0,0	
		Nei taip, nei ne	0,0	0,0	0,0	0,0	
		Taip	100,0	100,0	100,0	100,0	
Jaudinatės dėl savo abejonių netikėjimu Dievu	PN	Ne	16,7	5,3	1,5	1,9	$\chi^2=8,265$ lls=6, p=0,216
		Nei taip, nei ne	16,7	15,8	13,6	17,0	
		Taip	66,7	78,9	84,8	81,1	
	ŠVN	Ne	0,0	3,8	2,2	0,0	$\chi^2=5,467$ lls=6, p=0,390
		Nei taip, nei ne	0,0	19,2	35,6	29,9	
		Taip	100,0	76,9	62,2	70,1	
Jaudinatės minties dėl mirties?	PN	Ne	41,7	15,8	15,2	9,4	$\chi^2=13,214$ lls=6, p=0,037
		Nei taip, nei ne	16,7	36,8	15,2	17,0	
		Taip	41,7	47,4	69,7	73,6*	
	ŠVN	Ne	0,0	19,2	6,7	20,8	$\chi^2=7,067$ lls=6, p=0,302
		Nei taip, nei ne	50,0	15,4	17,8	22,1	
		Taip	50,0	65,4	75,6	57,1*	

*p<0,05. PN – piktybiniai navikai, ŠVN – širdies veiklos nepakankamumas.

13 lentelė. Onkologinėmis ir širdies ligomis sergančiųjų dvasinio santykio su Dievu skirstinys išsimokslinimo grupėse (proc.)

Požymiai	Ligos	Kinta- mieji	Pra- dinis	Vidu- rinis	Aukštes- nysis, spec. vidurinis	Aukštasis, universi- tetinis	Reikšmin- gumas
			proc.				
Turiu galimybę prašyti Dievo malonės per maldą	PN	Ne	4,7	3,7	8,7	3,3	$\chi^2=4,248$ lls=6, p=0,661
		Nei taip, nei ne	23,3	20,4	34,8	16,7	
		Taip	72,1	75,9	56,5	80,0	
	ŠVN	Ne	0,0	0,0	0,0	0,0	$\chi^2=8,674$ lls=3, p=0,033
		Nei taip, nei ne	29,3	17,2	28,0	50,0	
		Taip	70,7	82,8	72,0	50,0*	
Esu nusivylęs Dievu	PN	Ne	2,3	3,7	8,7	0,0	$\chi^2=8,654$ lls=6, p=0,189
		Nei taip, nei ne	44,2	25,9	47,8	36,7	
		Taip	53,5	70,4	43,5	63,3	
	ŠVN	Ne	0,0	0,0	0,0	0,0	$\chi^2=4,412$ lls=3, p=0,220
		Nei taip, nei ne	46,3	62,5	52,0	40,0	
		Taip	53,7	37,5	48,0	60,0*	
Turiu prasmę gyventi kai Dievas veikia mano gyvenimą	PN	Ne	2,3	3,7	4,3	0,0	$\chi^2=6,997$ lls=6, p=0,320
		Nei taip, nei ne	7,0	3,7	17,4	3,3	
		Taip	90,7	92,6	78,3*	96,7	
	ŠVN	Ne	0,0	0,0	0,0	0,0	$\chi^2=2,676$ lls=3, p=0,458
		Nei taip, nei ne	9,8	7,8	8,0	20,0	
		Taip	90,2	92,2	92,0	80,0	
Bijau, kad dievas paliko mane	PN	Ne	2,3	3,7	8,7	0,0	$\chi^2=8,654$ lls=6, p=0,189
		Nei taip, nei ne	44,2	25,9	47,8	36,7	
		Taip	53,5	70,4	43,5*	63,3	
	ŠVN	Ne	0,0	0,0	8,0	0,0	$\chi^2=14,112$ lls=6, p=0,033
		Nei taip, nei ne	48,8	62,5	52,0	40,0	
		Taip	51,2	37,5	40,0	60,0*	

13 lentelės tęsinys

Požymiai	Ligos	Kintamieji	Prašinis	Vidurinis	Aukštesnysis, spec. vidurinis	Aukštasis, universitetinis	Reikšmingumas
Dievo įsakymo laikymasis yra mano esminė gyvenimo dalis	PN	Ne	2,3	3,7	4,3	0,0	$\chi^2=6,139$ lls=6, p=0,415
		Nei taip, nei ne	7,0	3,7	17,4	13,3	
		Taip	90,7	92,6	78,3	86,7	
	ŠVN	Ne	0,0	0,0	0,0	0,0	$\chi^2=2,676$ lls=3, p=0,458
		Nei taip, nei ne	9,8	7,8	8,0	20,0	
		Taip	90,2	92,2	92,0	80,0	
Esu visada pui- kioje nuotai- koje, kai aš einu į bažnyčią	PN	Ne	2,3	3,7	4,3	0,0	$\chi^2=8,815$ lls=6, p=0,170
		Nei taip, nei ne	7,0	3,7	21,7	6,7	
		Taip	90,7	92,6	73,9*	93,3	
	ŠVN	Ne	0,0	0,0	0,0	0,0	$\chi^2=2,676$ lls=3, p=0,458
		Nei taip, nei ne	9,8	7,8	8,0	20,0	
		Taip	90,2	92,2	92,0	80,0	
Mano emocio- nalaus ryšys su Dievu yra nestabilus	PN	Ne	2,3	3,7	8,7	0,0	$\chi^2=8,654$ lls=6, p=0,189
		Nei taip, nei ne	44,2	25,9	47,8	36,7	
		Taip	53,5	70,4	43,5*	63,3	
	ŠVN	Ne	0,0	0,0	8,0	0,0	$\chi^2=14,112$ lls=6, p=0,033
		Nei taip, nei ne	48,8	62,5	52,0	40,0	
		Taip	51,2	37,5	40,0	60,0*	
Esu visada nu- siteikęs melstis	PN	Ne	2,3	3,7	4,3	0,0	$\chi^2=6,783$ lls=6, p=0,336
		Nei taip, nei ne	7,0	5,6	21,7	10,0	
		Taip	90,7	90,7	73,9	90,0	
	ŠVN	Ne	0,0	0,0	0,0	0,0	$\chi^2=2,458$ lls=3, p=0,514
		Nei taip, nei ne	9,8	7,8	12,0	20,0	
		Taip	90,2	92,2	88,0	80,0	

13 lentelės tęsinys

Požymiai	Ligos	Kinta- mieji	Pra- dinis	Vidu- rinis	Aukštes- nysis, spec. vidurinis	Aukštasis, universi- tetinis	Reikšmin- gumas
			proc.				
Laikausi Dievo įsakymų kiek- viename sprendime	PN	Ne	2,3	3,7	4,3	0,0	$\chi^2=4,982$ lls=6, p=0,576
		Nei taip, nei ne	7,0	9,3	17,4	3,3	
		Taip	90,7	87,0	78,3*	96,7	
	ŠVN	Ne	0,0	0,0	0,0	0,0	$\chi^2=2,676$ lls=3, p=0,458
		Nei taip, nei ne	9,8	7,8	8,0	20,0	
		Taip	90,2	92,2	92,0	80,0	
Jaučiu, kad Dievas baudžia mane	PN	Ne	2,3	3,7	8,7	0,0	$\chi^2=8,654$ lls=6, p=0,189
		Nei taip, nei ne	44,2	25,9	47,8	36,7	
		Taip	53,5	70,4	43,5*	63,3	
	ŠVN	Ne	0,0	0,0	4,0	0,0	$\chi^2=8,946$ lls=6, p=0,167
		Nei taip, nei ne	48,8	62,5	52,0	40,0	
		Taip	51,2	37,5	44,0	60,0*	
Aš piktas ant Dievo	PN	Ne	2,3	3,7	8,7	0,0	$\chi^2=6,541$ lls=6, p=0,367
		Nei taip, nei ne	16,3	11,1	26,1	13,3	
		Taip	81,4	85,2	65,2*	86,7	
	ŠVN	Ne	0,0	0,0	0,0	0,0	$\chi^2=5,216$ lls=3, p=0,156
		Nei taip, nei ne	24,4	34,4	12,0	35,0	
		Taip	75,6	65,6	88,0	65,0	
Tapau labiau religinas ligos metu	PN	Ne	2,3	3,7	4,3	0,0	$\chi^2=6,997$ lls=6, p=0,320
		Nei taip, nei ne	7,0	3,7	17,4	3,3	
		Taip	90,7	92,6	78,3*	96,7	
	ŠVN	Ne	0,0	0,0	0,0	0,0	$\chi^2=2,458$ lls=3, p=0,514
		Nei taip, nei ne	9,8	7,8	12,0	20,0	
		Taip	90,2	92,2	88,0	80,0	

13 lentelės tęsinys

Požymiai	Ligos	Kinta- mieji	Pra- dinis	Vidu- rinis	Aukštes- nysis, spec. vidurinis	Aukštasis, universi- tetinis	Reikšmin- gumas
			proc.				
Aš jaučiuosi sunerimęs, kad Dievas neatsa- ko dėl mano maldavimų	PN	Ne	2,3	3,7	8,7	0,0	$\chi^2=6,541$ lls=6, p=0,367
		Nei taip, nei ne	16,3	11,1	26,1	13,3	
		Taip	81,4	85,2	65,2*	86,7	
	ŠVN	Ne	0,0	0,0	0,0	0,0	$\chi^2=8,844$ lls=3, p=0,030
		Nei taip, nei ne	24,4	34,4	4,0	30,0	
		Taip	75,6	65,6	96,0*	70,0	
Dievas pataria man	PN	Ne	2,3	1,9	4,3	0,0	$\chi^2=1,288$ lls=3, p=0,864
		Nei taip, nei ne	0,0	0,0	0,0	0,0	
		Taip	97,7	98,1	95,7	100,0	
	ŠVN	Ne	0,0	0,0	4,0	0,0	$\chi^2=7,952$ lls=6, p=0,248
		Nei taip, nei ne	4,9	9,4	16,0	15,0	
		Taip	95,1	90,6	80,0	85,0	
Kai aš nusidedu, esu linkęs atgailauti prieš Dievą	PN	Ne	2,3	1,9	4,3	0,0	$\chi^2=4,648$ lls=6, p=0,611
		Nei taip, nei ne	4,7	0,0	0,0	3,3	
		Taip	93,0	98,1	95,7	96,7	
	ŠVN	Ne	0,0	0,0	0,0	0,0	$\chi^2=5,899$ lls=3, p=0,139
		Nei taip, nei ne	0,0	1,6	8,0	0,0	
		Taip	100,0	98,4	92,0	100,0	
Aš jaučiu suirzęs ant Dievo	PN	Ne	2,3	3,7	8,7	0,0	$\chi^2=6,541$ lls=6, p=0,367
		Nei taip, nei ne	16,3	11,1	26,1	13,3	
		Taip	81,4	85,2	65,2*	86,7	
	ŠVN	Ne	0,0	0,0	0,0	0,0	$\chi^2=6,621$ lls=3, p=0,081
		Nei taip, nei ne	24,4	34,4	8,0	30,0	
		Taip	75,6	65,6	92,0*	70,0	

13 lentelės tęsinys

Požymiai	Ligos	Kinta- mieji	Pra- dinis	Vidu- rinis	Aukštes- nysis, spec. vidurinis	Aukštasis, universi- tetinis	Reikšmin- gumas
			proc.				
Turiu atgailauti, kad Dievas neatstumtų manęs	PN	Ne	2,3	1,9	4,3	0,0	$\chi^2=4,648$ lls=6, p=0,611
		Nei taip, nei ne	4,7	0,0	0,0	3,3	
		Taip	93,0	98,1	95,7	96,7	
	ŠVN	Ne	0,0	0,0	0,0	0,0	$\chi^2=5,899$ lls=3, p=0,139
		Nei taip, nei ne	0,0	1,6	8,0	0,0	
		Taip	100,0	98,4	92,0	100,0	
Kai Dievas nesaugo manęs, aš esu linkęs jaustis beverčiu	PN	Ne	2,3	3,7	8,7	0,0	$\chi^2=6,541$ lls=6, p=0,367
		Nei taip, nei ne	16,3	11,1	26,1	13,3	
		Taip	81,4	85,2	65,2*	86,7	
	ŠVN	Ne	0,0	0,0	0,0	0,0	$\chi^2=6,621$ lls=3, p=0,081
		Nei taip, nei ne	24,4	34,4	8,0	30,0	
		Taip	75,6	65,6	92,0*	70,0	
Dievas nuvytlė mane	PN	Ne	2,3	3,7	8,7	0,0	$\chi^2=6,541$ lls=6, p=0,367
		Nei taip, nei ne	16,3	11,1	26,1	13,3	
		Taip	81,4	85,2	65,2*	86,7	
	ŠVN	Ne	0,0	0,0	0,0	0,0	$\chi^2=6,621$ lls=3, p=0,081
		Nei taip, nei ne	24,4	34,4	8,0	30,0	
		Taip	75,6	65,6	92,0*	70,0	
Esu kaltas dėl praėjusio savo elgesio gyvenime	PN	Ne	18,6	20,4	17,4	16,7	$\chi^2=2,787$ lls=6, p=0,842
		Nei taip, nei ne	44,2	44,4	60,9	43,3	
		Taip	37,2	35,2	21,7	40,0	
	ŠVN	Ne	7,3	26,6	8,0	10,0	$\chi^2=11,911$ lls=6, p=0,063
		Nei taip, nei ne	53,7	48,4	52,0	40,0	
		Taip	39,0	25,0	40,0	50,0*	

13 lentelės tęsinys

Požymiai	Ligos	Kinta- mieji	Pra- dinis	Vidu- rinis	Aukštes- nysis, spec. vidurinis	Aukštasis, universi- tetinis	Reikšmin- gumas
			proc.				
Galvoju, kad gyvenimas neturi jokios reikšmės ar tikslų	PN	Ne	37,2	31,5	26,1	20,0	$\chi^2=4,183$ lls=6, p=0,660
		Nei taip, nei ne	37,2	37,0	30,4	40,0	
		Taip	25,6	31,5	43,5	40,0	
	ŠVN	Ne	31,7	26,6	28,0	40,0	$\chi^2=2,654$ lls=6, p=0,856
		Nei taip, nei ne	29,3	40,6	40,0	30,0	
		Taip	39,0	32,8	32,0	30,0	
Dievas elgiasi su jumis neteisingai	PN	Ne	2,3	3,7	4,3	0,0	$\chi^2=1,315$ lls=3, p=0,829
		Nei taip, nei ne	0,0	0,0	0,0	0,0	
		Taip	97,7	96,3	95,7	100,0	
	ŠVN	Ne	0,0	0,0	0,0	0,0	
		Nei taip, nei ne	0,0	0,0	0,0	0,0	
		Taip	100,0	100,0	100,0	100,0	
Jaudinatės dėl savo abejonių netikėjimu Dievu	PN	Ne	2,3	3,7	8,7	0,0	$\chi^2=6,541$ lls=6, p=0,367
		Nei taip, nei ne	16,3	11,1	26,1	13,3	
		Taip	81,4	85,2	65,2*	86,7	
	ŠVN	Ne	0,0	0,0	8,0	0,0	$\chi^2=11,629$ lls=6, p=0,068
		Nei taip, nei ne	26,8	34,4	20,0	30,0	
		Taip	73,2	65,6	72,0	70,0	
Jaudinatės minties dėl mirties?	PN	Ne	9,3	20,4	17,4	13,3	$\chi^2=5,724$ lls=6, p=0,466
		Nei taip, nei ne	18,6	13,0	17,4	30,0	
		Taip	72,1	66,7	65,2	56,7	
	ŠVN	Ne	26,8	9,4	24,0	5,0	$\chi^2=9,774$ lls=6, p=0,132
		Nei taip, nei ne	19,5	18,8	24,0	20,0	
		Taip	53,7	71,9	52,0	75,0*	

*p<0,05. PN – piktybiniai navikai, ŠVN – širdies veiklos nepakankamumas.

14 lentelė. Onkologinėmis ir širdies ligomis sergančiųjų sielovados pagalbos ligoninėje skirstinys amžiaus grupėse (proc.)

Požymiai	Ligos	Kinta- mieji	30–54 m.	55–64 m.	65–74 m.	≥75 m.	Reikšmin- gumas
			proc.				
Norite pastoralinės pagalbos ligoninėje	PN	Ne	8,3	0,0	0,0	1,9	$\chi^2=9,576$ lls=6, p=0,126
		Retai	16,7	10,5	9,1	20,8	
		Dažnai	75,0	89,5	90,9	77,4	
	ŠVN	Ne	0,0	0,0	0,0	0,0	$\chi^2=1,682$ lls=6, p=0,625
		Retai	0,0	19,2	13,3	10,4	
		Dažnai	100,0	80,8	86,7	89,6	
Turite pastoralinę praktiką, dabar? (ligonio sakramentai)	PN	Ne	8,3	0,0	0,0	1,9	$\chi^2=11,472$ lls=6, p=0,07
		Retai	50,0	21,1	24,2	35,8	
		Dažnai	41,7	78,9	75,8	62,3	
	ŠVN	Ne	0,0	0,0	0,0	0,0	$\chi^2=1,931$ lls=6, p=0,563
		Retai	0,0	19,2	31,1	27,3	
		Dažnai	100,0	80,8	68,9	72,7	
Meldžiatės ligoninėje	PN	Ne	16,7	15,8	4,5	5,7	$\chi^2=10,592$ lls=6, p=0,1
		Retai	33,3	15,8	10,6	22,6	
		Dažnai	50,0	68,4	84,8	71,7	
	ŠVN	Ne	0,0	23,1	22,2	11,7	$\chi^2=4,861$ lls=6, p=0,546
		Retai	0,0	3,8	8,9	11,7	
		Dažnai	100,0	73,1	68,9	76,6	

*p<0,05. PN – piktybiniai navikai, ŠVN – širdies veiklos nepakankamumas.

15 lentelė. Onkologinėmis ir širdies ligomis sergančiųjų sielovados pagalbos ligoninėje skirstinys išsimokslinimo grupėse (proc.)

Požymiai	Ligos	Kintamieji	Pra-dinis	Vidu-rinis	Aukštes-nysis, spec. vidurinis	Aukštasis universi-tetinis	Reikšmin-gumas
			proc.				
Norite pastoralinės pagalbos ligoninėje	PN	Ne	2,3	1,9	0,0	0,0	$\chi^2=2,592$ lls=6, p=0,920
		Retai	18,6	13,0	8,7	13,3	
		Dažnai	79,1	85,2	91,3	86,7	
	ŠVN	Ne	0,0	0,0	0,0	0,0	$\chi^2=4,909$ lls=3, p=0,175
		Retai	12,2	18,8	4,0	5,0	
		Dažnai	87,8	81,3	96,0	95,0	
Turite pastoralinę praktiką, dabar? (ligonio sakramentai)	PN	Ne	2,3	1,9	0,0	0,0	$\chi^2=2,606$ lls=6, p=0,916
		Retai	25,6	31,5	39,1	26,7	
		Dažnai	72,1	66,7	60,9	73,3	
	ŠVN	Ne	0,0	0,0	0,0	0,0	$\chi^2=3,610$ lls=3, p=0,307
		Retai	31,7	29,7	12,0	25,0	
		Dažnai	68,3	70,3	88,0	75,0	
Meldžiatės ligoninėje	PN	Ne	9,3	1,9*	13,0	10,0	$\chi^2=4,664$ lls=6, p=0,605
		Retai	16,3	16,7	21,7	16,7	
		Dažnai	74,4	81,5	65,2	73,3	
	ŠVN	Ne	12,2	14,1	28,0	20,0	$\chi^2=4,573$ lls=6, p=0,614
		Retai	7,3	9,4	8,0	15,0	
		Dažnai	80,5	76,6	64,0	65,0	

*p<0,05. PN – piktybiniai navikai, ŠVN – širdies veiklos nepakankamumas.

16 lentelė. Onkologinėmis ir širdies ligomis sergančiųjų religingumo raiškos skirstinys lyties grupėse (proc.)

Požymiai	Ligos	Kinta- mieji	Vyrai	Moterys	Reikšmin- gumas
			proc.		
Laikausi bažnyčios pasninkų	PN	Ne	7,5*	1,2	$\chi^2=7,382$ lls=2, p=0,026
		Retai	4,5	14,5	
		Dažnai	88,1	84,3	
	ŠVN	Ne	5,8	6,2	$\chi^2=0,752$, lls=2, p=0,651
		Retai	14,5	9,9	
		Dažnai	79,7	84,0	
Tvirtai viliusiu išganymu iš Jėzaus Kristaus, mūsų Viešpaties	PN	Ne	23,9	10,8	$\chi^2=5,192$, lls=2, p=0,09
		Retai	17,9	15,7	
		Dažnai	58,2	73,5	
	ŠVN	Ne	14,5	18,5	$\chi^2=2,496$, lls=2, p=0,310
		Retai	21,7	12,3	
		Dažnai	63,8	69,1	
Atrandu viltį Dievu maldose	PN	Ne	23,9	10,8	$\chi^2=4,722$, lls=2, p=0,103
		Retai	17,9	18,1	
		Dažnai	58,2	71,1	
	ŠVN	Ne	11,6	18,5	$\chi^2=2,640$, lls=2, p=0,281
		Retai	20,3	12,3	
		Dažnai	68,1	69,2	
Džiūgauju netolimos mirties prisiartinimu, kaip tikrojo amžino gyvenimo pradžia	PN	Ne	17,9	14,5	$\chi^2=0,353$ lls=2, p=0,884
		Retai	16,4	18,1	
		Dažnai	65,7	67,5	
	ŠVN	Ne	21,7	14,8	$\chi^2=1,226$, lls=1, p=0,559
		Retai	17,4	19,8	
		Dažnai	60,9	65,4	
Meldžiuosiu už sergančiuosius	PN	Ne	14,9	12,0	$\chi^2=2,243$, lls=2, p=0,353
		Retai	13,4	22,9	
		Dažnai	71,6	65,1	
	ŠVN	Ne	20,3	14,8	$\chi^2=1,082$, lls=1, p=0,583
		Retai	17,4	22,2	
		Dažnai	62,3	63,0	

16 lentelės tęsinys

Požymiai	Ligos	Kinta- mieji	Vyrai	Moterys	Reikšmin- gumas
			proc.		
Guodžiu nuliūdusius	PN	Ne	0,0	0,0	$\chi^2=0,147$, lls=2, p=0,702
		Retai	34,3	37,3	
		Dažnai	65,7	62,7	
	ŠVN	Ne	0,0	1,2	$\chi^2=0,858$, lls=1, p=0,651
		Retai	37,7	37,1	
		Dažnai	62,3	61,7	
Prašau dieviškosios pagalbos gerų veiksmų atlikimui	PN	Ne	14,9	12,0	$\chi^2=0,271$, lls=2, p=0,878
		Retai	17,9	18,1	
		Dažnai	67,2	69,9	
	ŠVN	Ne	13,0	13,6	$\chi^2=8,735$, lls=2, p=0,014
		Retai	31,9	12,3	
		Dažnai	55,1	74,1*	
Mano malda yra pastovi	PN	Ne	3,0	1,2	$\chi^2=0,618$, lls=2, p=0,856
		Retai	13,4	14,5	
		Dažnai	83,6	84,3	
	ŠVN	Ne	0,0	1,2	$\chi^2=0,860$, lls=2, p=0,651
		Retai	20,3	19,8	
		Dažnai	79,7	79,0	
Vedu kitus į maldos praktikavimą	PN	Ne	25,4	10,8	$\chi^2=5,699$, lls=2, p=0,06
		Retai	13,4	19,3	
		Dažnai	61,2	69,9	
	ŠVN	Ne	11,6	19,8	$\chi^2=2,007$, lls=2, p=0,366
		Retai	18,8	14,8	
		Dažnai	69,6	65,4	
Dvasininkai dažnai turi lankyti pacientus	PN	Ne	16,4	15,7	$\chi^2=10,225$, lls=2, p=0,006
		Dažnai	6,0	25,3	
		Taip	77,6*	59,0	
	ŠVN	Ne	14,5	16,0	$\chi^2=2,970$, lls=2, p=0,237
		Retai	26,1	14,8	
		Dažnai	59,4	69,2	

*p<0,05. PN – piktybiniai navikai, ŠVN – širdies veiklos nepakankamumas.

17 lentelė. Onkologinėmis ir širdies ligomis sergančiųjų religingumo raiškos skirstinys amžiaus grupėse (proc.)

Požymiai	Ligos	Kinta- mieji	30–54 m.	55–64 m.	65–74 m.	75> m.	Reikšmin- gumas
			proc.				
Laikausi bažnyčios pasninkų	PN	Ne	16,7*	0,0	4,5	1,9	$\chi^2=9,323$ lls=6, p=0,156
		Retai	8,3	21,1	7,6	9,4	
		Dažnai	75,0	78,9	87,9	88,7	
	ŠVN	Ne	0,0	3,8	2,2	9,1	$\chi^2=6,106$ lls=6, p=0,396
		Retai	0,0	3,8	11,1	15,6	
		Dažnai	100,0	92,3	86,7	75,3	
Tvirtai vilios išganymo iš Jėzaus Kris-taus, mūsų Viešpaties	PN	Ne	16,7	26,3	12,1	18,9	$\chi^2=3,389$ lls=6, p=0,771
		Retai	16,7	21,1	18,2	13,2	
		Dažnai	66,7	52,6	69,7	67,9	
	ŠVN	Ne	0,0	7,7	22,2	16,9	$\chi^2=4,916$ lls=6, p=0,538
		Retai	0,0	11,5	15,6	19,5	
		Dažnai	100,0	80,8	62,2	63,6	
Atrandu viltį Dievu maldose	PN	Ne	16,7	26,3	12,1	18,9	$\chi^2=3,057$ lls=6, p=0,812
		Retai	16,7	21,1	19,7	15,1	
		Dažnai	66,7	52,6	68,2	66,0	
	ŠVN	Ne	0,0	7,7	20,0	15,6	$\chi^2=4,388$ lls=6, p=0,618
		Retai	0,0	11,5	13,3	19,5	
		Dažnai	100,0	80,8	66,7	64,9	
Džiūgauju netolimos mirties prisiartinimu, kaip tikrojo amžinojo gyvenimo pradžia	PN	Ne	33,3	10,5	18,2	11,3	$\chi^2=6,919$ lls=6, p=0,338
		Retai	0,0	15,8	21,2	17,0	
		Dažnai	66,7	73,7	60,6	71,7	
	ŠVN	Ne	0,0	15,4	13,3	22,1	$\chi^2=5,010$ lls=6, p=0,529
		Retai	0,0	11,5	17,8	22,1	
		Dažnai	100,0	73,1	68,9	55,8	
Dažnai meldžiatės už sergančiuosius	PN	Ne	16,7	10,5	9,1	18,9	$\chi^2=8,132$ lls=6, p=0,230
		Retai	33,3	21,1	12,1	22,6	
		Dažnai	50,0	68,4	78,8*	58,5	
	ŠVN	Ne	0,0	23,1	15,6	16,9	$\chi^2=2,022$ lls=6, p=0,962
		Retai	0,0	19,2	22,2	19,5	
		Dažnai	100,0	57,7	62,2	63,6	

17 lentelės tęsinys

Požymiai	Ligos	Kinta- mieji	30–54 m.	55–64 m.	65–74 m.	75> m.	Reikšmin- gumas
proc.							
Guodžiu nuliūdusius	PN	Ne	0,0	0,0	0,0	0,0	$\chi^2=4,327$
		Retai	16,7	52,6	36,4	34,0	lls=6,
		Dažnai	83,3*	47,4	63,6	66,0	p=0,239
	ŠVN	Ne	0,0	3,8	0,0	0,0	$\chi^2=8,114$
		Retai	0,0	34,6	46,7	33,8	lls=6,
		Dažnai	100,0	61,5	53,3	66,2	p=0,149
Prašau dieviškosios pagalbos gerų veiksmų atlikimui	PN	Ne	16,7	26,3	7,6	15,1	$\chi^2=12,267$
		Retai	33,3	15,8	10,6	24,5	lls=6,
		Dažnai	50,0	57,9	81,8*	60,4	p=0,05
	ŠVN	Ne	0,0	11,5	22,2	9,1*	$\chi^2=10,564$
		Retai	0,0	15,4	11,1	29,9	lls=6,
		Dažnai	100,0	73,1	66,7	61,0	p=0,104
Mano malda būna pastovi	PN	Ne	8,3	0,0	1,5	1,9	$\chi^2=4,977$
		Retai	16,7	10,5	10,6	18,9	lls=6,
		Dažnai	75,0	89,5	87,9	79,2	p=0,558
	ŠVN	Ne	0,0	3,8	0,0	0,0	$\chi^2=5,840$
		Retai	0,0	23,1	22,2	18,2	lls=6,
		Dažnai	100,0	73,1	77,8	81,8	p=0,340
Skatinu melstis kitus	PN	Ne	16,7	21,1	15,2	18,9	$\chi^2=0,959$
		Retai	16,7	15,8	18,2	15,1	lls=6,
		Dažnai	66,7	63,2	66,7	66,0	p=0,996
	ŠVN	Ne	0,0	7,7	22,2	15,6	$\chi^2=4,667$
		Retai	0,0	15,4	11,1	20,8	lls=6,
		Dažnai	100,0	76,9	66,7	63,6	p=0,501
Dvasininkai dažnai turi lankyti pacientus	PN	Ne	16,7	0,0	21,2	15,1	$\chi^2=7,767$
		Retai	16,7	21,1	19,7	11,3	lls=6,
		Dažnai	66,7	78,9	59,1	73,6	p=0,236
	ŠVN	Ne	0,0	30,8	8,9*	14,3	$\chi^2=6,928$
		Retai	0,0	19,2	24,4	18,2	lls=6,
		Dažnai	100,0	50,0	66,7	67,5	p=0,296

*p<0,05. PN – piktybiniai navikai, ŠVN – širdies veiklos nepakankamumas.

18 lentelė. Onkologinėmis ir širdies ligomis sergančiųjų religingumo raiškos skirstinys išsimokslinimo grupėse (proc.)

Požymiai	Ligos	Kintamieji	Pradinis	Vidurinis	Aukštesnysis, spec. vidurinis	Aukštasis universitetinis	Reikšmingumas
Laikaisi bažnyčios pasninkų	PN	Ne	4,7	3,7	0,0	6,7	$\chi^2=6,242$ lls=6, p=0,399
		Retai	4,7	9,3	21,7	10,0	
		Dažnai	90,7	87,0	78,3	83,3	
	ŠVN	Ne	4,9	7,8	4,0	5,0	$\chi^2=2,784$ lls=6, p=0,855
		Retai	12,2	14,1	4,0	15,0	
		Dažnai	82,9	78,1	92,0	80,0	
Tvirtai viliuosi išganymo iš Jėzaus Kristaus, mūsų Viešpaties	PN	Ne	11,6	20,4	21,7	13,3	$\chi^2=2,790$ lls=6, p=0,842
		Retai	20,9	14,8	17,4	13,3	
		Dažnai	67,4	64,8	60,9	73,3	
	ŠVN	Ne	17,1	14,1	20,0	20,0	$\chi^2=2,381$ lls=6, p=0,889
		Nei taip, nei ne	19,5	17,2	8,0	20,0	
		Dažnai	63,4	68,8	72,0	60,0	
Atrandu viltį Dievu maldose	PN	Ne	11,6	20,4	21,7	13,3	$\chi^2=3,146$ lls=6, p=0,801
		Retai	23,3	16,7	17,4	13,3	
		Dažnai	65,1	63,0	60,9	73,3	
	ŠVN	Ne	17,1	12,5	16,0	20,0	$\chi^2=4,406$ lls=6, p=0,635
		Retai	19,5	17,2	4,0	20,0	
		Dažnai	63,4	70,3	80,0	60,0	
Džiūgauju netolimos mirties prisiartinimu, kaip tikrojo amžinojo gyvenimo pradžia	PN	Ne	16,3	14,8	13,0	20,0	$\chi^2=2,208$ lls=6, p=0,905
		Retai	23,3	14,8	17,4	13,3	
		Dažnai	60,5	70,4	69,6	66,7	
	ŠVN	Ne	22,0	18,8	16,0	10,0	$\chi^2=1,899$ lls=6, p=0,932
		Retai	17,1	17,2	24,0	20,0	
		Dažnai	61,0	64,1	60,0	70,0	
Dažnai mel-džiatės už sergančiuosius	PN	Ne	11,6	18,5	13,0	6,7	$\chi^2=10,776$ lls=6, p=0,092
		Retai	18,6	13,0	39,1	13,3	
		Dažnai	69,8	68,5	47,8	80,0*	
	ŠVN	Ne	17,1	17,2	12,0	25,0	$\chi^2=1,583$ lls=6, p=0,957
		Retai	19,5	20,3	24,0	15,0	
		Dažnai	63,4	62,5	64,0	60,0	

18 lentelės tęsinys

Požymiai	Ligos	Kinta- mieji	Pra- dinis	Vidu- rinis	Aukštes- nysis, spec. vidurinis	Aukštasis universi- tetinis	Reikšmin- gumas
			proc.				
Guodžiu nuliūdusius	PN	Ne	0,0	0,0	0,0	0,0	$\chi^2=4,659$
		Retai	30,2	40,7	21,7	46,7	lls=3,
		Dažnai	69,8	59,3	78,3	53,3	p=0,202
	ŠVN	Ne	0,0	0,0	4,0	0,0	$\chi^2=10,970$
		Retai	43,9	28,1	52,0	35,0	lls=6,
		Dažnai	56,1	71,9	44,0*	65,0	p=0,069
Prašau dieviš- kosios pagalbos gerų veiksmų atlikimui?	PN	Ne	7,0	18,5	17,4	10,0	$\chi^2=4,431$
		Retai	18,6	18,5	21,7	13,3	lls=6,
		Dažnai	74,4	63,0	60,9	76,7	p=0,632
	ŠVN	Ne	14,6	10,9	8,0	25,0	$\chi^2=6,665$
		Retai	26,8	23,4	20,0	5,0*	lls=6,
		Dažnai	58,5	65,6	72,0	70,0	p=0,359
Mano malda būna pastovi	PN	Ne	2,3	1,9	4,3	0,0	$\chi^2=2,610$
		Retai	18,6	13,0	8,7	13,3	lls=6,
		Dažnai	79,1	85,2	87,0	86,7	p=0,890
	ŠVN	Ne	0,0	0,0	4,0	0,0	$\chi^2=6,048$
		Retai	17,1	23,4	20,0	15,0	lls=6,
		Dažnai	82,9	76,6	76,0	85,0	p=0,449
Skatinu melstis kitus	PN	Ne	14,0	20,4	26,1	10,0	$\chi^2=3,742$
		Retai	18,6	16,7	17,4	13,3	lls=6,
		Dažnai	67,4	63,0	56,5	76,7	p=0,722
	ŠVN	Ne	14,6	14,1	20,0	20,0	$\chi^2=4,006$
		Retai	19,5	18,8	4,0	20,0	lls=6,
		Dažnai	65,9	67,2	76,0	60,0	p=0,689
Dvasininkai turi lankyti pacientus	PN	Ne	11,6	25,9	17,4	3,3*	$\chi^2=11,032$
		Retai	14,0	16,7	8,7	26,7	lls=6,
		Dažnai	74,4	57,4	73,9	70,0	p=0,084
	ŠVN	Ne	7,3	20,3	24,0	5,0	$\chi^2=7,651$
		Retai	17,1	18,8	24,0	25,0	lls=6,
		Dažnai	75,6	60,9	52,0*	70,0	p=0,264

*p<0,05. PN – piktybiniai navikai, ŠVN – širdies veiklos nepakankamumas.

19 lentelė. Onkologinėmis ligomis sergančiųjų fizinių sveikatos sutrikimų aprašomoji statistika (balų vidurkiai, standartiniai nuokrypiai, medianos, 95 proc. pasikliautiniai intervalai) skirstinys tikėjimo grupėse

Fiziniai negalavimai	Tikėjimas	Vidurkis	SN	Mediana	95 proc. PI		Reikšmingumas
					Apatinė riba	Viršutinė riba	
Fizinis silpnumas	Ne	4,30	0,54	4,0	4,10	4,50	U=1598,5 p=0,285
	Taip	4,40	0,63	4,0	4,29	4,51	
	Iš viso	4,38	0,61		4,28	4,48	
Vėmimas	Ne	4,20	0,93	4,0	3,85	4,55	U=1626,0 p=0,382
	Taip	4,10	0,80	4,0	3,95	4,25	
	Iš viso	4,12	0,83		3,99	4,25	
Dusulys	Ne	2,80	1,45	2,0	2,26	3,34	U=1752,0 p=0,817
	Taip	2,79	1,55	3,0	2,51	3,07	
	Iš viso	2,79	1,53		2,55	3,04	
Kojų tinimas	Ne	2,53	1,31	2,0	2,05	3,02	U=1630,0 p=0,403
	Taip	2,65	1,04	2,0	2,46	2,84	
	Iš viso	2,63	1,10		2,45	2,80	
Svorio kritimas	Ne	4,33	0,66	4,0	4,09	4,58	U=1663,0 p=0,471
	Taip	4,43	0,60	4,0	4,32	4,54	
	Iš viso	4,41	0,62		4,31	4,51	
Skausmai krūtinėje	Ne	2,27	1,11	2,0	1,85	2,68	U=1759,5 p=0,831
	Taip	2,25	0,85	2,0	2,10	2,40	
	Iš viso	2,25	0,91		2,11	2,40	

U – Mann-Vitnio kriterijus.

20 lentelė. Širdies ligomis sergančiųjų fizinių sveikatos sutrikimų aprašomoji statistika (baltų vidurkiai, standartiniai nuokrypiai, medianos, 95 proc. pasikliautiniai intervalai) skirstinys tikinčiųjų praktikuojančiųjų ir tikinčių nepraktikuojančiųjų grupėse

Fiziniai negalavimai	Tikėjimas	Vidurkis	SN	Mediana	95 proc. PI		Reikšmingumas
					Apatinė riba	Viršutinė riba	
Fizinis silpnumas	Ne	4,63	0,55	5,00	4,43	4,82	U=1725,5 p=0,385
	Taip	4,55	0,52	5,00	4,46	4,64	
	Iš viso	4,57	0,52		4,48	4,65	
Vėmimas	Ne	2,28	1,30	2,00	1,81	2,75	U=1824,0 p=0,758
	Taip	2,08	1,00	2,00	1,90	2,27	
	Iš viso	2,13	1,07		1,95	2,30	
Dusulys	Ne	4,41	0,71	5,00	4,15	4,66	U=1765,5 p=0,536
	Taip	4,34	0,67	4,00	4,22	4,46	
	Iš viso	4,35	0,68		4,24	4,46	
Kojų tinimas	Ne	4,25	0,62	4,00	4,03	4,47	U=1867,5 p=0,917
	Taip	4,23	0,66	4,00	4,11	4,35	
	Iš viso	4,23	0,65		4,13	4,34	
Svorio kritimas	Ne	2,47	1,22	3,00	2,03	2,91	U=1663,0 p=0,277
	Taip	2,19	0,96	2,00	2,02	2,37	
	Iš viso	2,25	1,02		2,09	2,42	
Skausmai krūtinėje	Ne	4,31	0,82	4,00	4,02	4,61	U=1636,0 p=0,214
	Taip	3,95	1,17	4,00	3,74	4,16	
	Iš viso	4,03	1,11		3,85	4,21	

U – Mann-Vitnio kriterijus.

21 lentelė. Onkologinėmis ligomis sergančiųjų fizinių sveikatos sutrikimų aprašomoji statistika (balų vidurkiai, standartiniai nuokrypiai, medianos, 95 proc. pasikliautiniai intervalai) skirstinys tikėjimo praktikavimo grupėse

Fiziniai negalavimai	Tikėjimo prakti- kavimas	Vidur- kis	SN	Mediana	95 proc. PI		Reikšmin- gumas
					Apatinė riba	Viršutinė riba	
Fizinis silpnumas	Ne	4,50	0,558	5,00	4,32	4,68	U=1390,5 p=0,288
	Taip	4,35	0,655	4,00	4,21	4,50	
	Iš viso	4,40	0,627		4,29	4,51	
Vėmimas	Ne	4,03	0,753	4,00	3,78	4,27	U=1409,5 p=0,370
	Taip	4,13	0,828	4,00	3,95	4,32	
	Iš viso	4,10	0,803		3,95	4,25	
Dusulys	Ne	2,87	1,597	3,00	2,34	3,39	U=1521,0 p=0,830
	Taip	2,76	1,536	2,50	2,42	3,09	
	Iš viso	2,79	1,550		2,51	3,07	
Kojų tinimas	Ne	2,58	0,948	2,00	2,27	2,89	U=1434,0 p=0,461
	Taip	2,68	1,087	3,00	2,44	2,92	
	Iš viso	2,65	1,042		2,46	2,84	
Svorio kritimas	Ne	4,29	0,694	4,00	4,06	4,52	U=1321,5 p=0,133
	Taip	4,50	0,550	5,00	4,38	4,62	
	Iš viso	4,43	0,604		4,32	4,54	
Skausmai krūtinėje	Ne	2,08	0,587	2,00	1,89	2,27	U=1391,0 p=0,280
	Taip	2,33	0,944	2,00	2,12	2,54	
	Iš viso	2,25	0,853		2,10	2,40	

U – Mann-Vitnio kriterijus.

22 lentelė. Širdies ligomis sergančiųjų fizinių sveikatos sutrikimų aprašomoji statistika (balų vidurkiai, standartiniai nuokrypiai, medianos, 95 proc. pasikliautiniai intervalai) skirstinys tikėjimo praktikavimo grupėse

Fiziniai negalavimai	Tikėjimo praktika-vimas	Vidur-kis	SN	Mediana	95 proc. PI		Reikšmin-gumas
					Apatinė riba	Viršutinė riba	
Fizinis silpnumas	Ne	4,59	0,50	5,00	4,41	4,76	U=1363,0 p=0,654
	Taip	4,54	0,53	5,00	4,42	4,65	
	Iš viso	4,55	0,52		4,46	4,64	
Vėmimas	Ne	1,97	1,17	1,50	1,56	2,38	U=1238,5 p=0,238
	Taip	2,13	0,93	2,00	1,93	2,33	
	Iš viso	2,08	1,00		1,90	2,27	
Dusulys	Ne	4,24	0,70	4,00	3,99	4,48	U=1268,0 p=0,295
	Taip	4,38	0,66	4,00	4,24	4,52	
	Iš viso	4,34	0,67		4,22	4,46	
Kojų tinimas	Ne	4,12	0,73	4,00	3,86	4,37	U=1269,5 p=0,297
	Taip	4,27	0,63	4,00	4,14	4,41	
	Iš viso	4,23	0,66		4,11	4,35	
Svorio kritimas	Ne	2,24	1,02	2,00	1,88	2,59	U=1384,0 p=0,783
	Taip	2,18	0,95	2,00	1,97	2,38	
	Iš viso	2,19	0,96		2,02	2,37	
Skausmai krūtinėje	Ne	3,94	1,28	4,00	3,50	4,39	U=1356,0 p=0,648
	Taip	3,95	1,13	4,00	3,71	4,20	
	Iš viso	3,95	1,17		3,74	4,16	

U – Mann-Vitnio kriterijus.

23 lentelė. Onkologinių ir širdies ligomis sergančiųjų socialinės sveikatos sutrikimų skirstinys (balais) tikėjimo grupėse

Požymiai	Ligos	Balai	Netikintys	Tikintys	Reikšmin- gumas
			proc.		
Susirgimas apsunkino pacientų finansinę būklę	PN	< Medianos	56,7	55,8	$\chi^2=0,007$ lls=2, p=0,934
		> Medianos	43,3	44,2	
	ŠVN	< Medianos	43,8	55,1	$\chi^2=1,297$, lls=2, p=0,255
		> Medianos	56,3	44,9	
Pacientų pasitenki- nimas šeimos parama ir bendravimu	PN	< Medianos	50,0	59,2	$\chi^2=0,824$, lls=2, p=0,364
		> Medianos	50,0	40,8	
	ŠVN	< Medianos	53,1	66,9	$\chi^2=2,088$, lls=2, p=0,148
		> Medianos	46,9	33,1	
Pacientų pasitenki- nimas draugų ir kaimynų parama bei bendravimu	PN	< Medianos	63,3	73,3	$\chi^2=0,353$, lls=2, p=0,870
		> Medianos	36,7	26,7	
	ŠVN	< Medianos	65,6	65,3	$\chi^2=0,002$, lls=2, p=0,969
		> Medianos	34,4	34,7	
Yra žmogus kuriam rūpi paciento jausmai ir išgyvenimai	PN	< Medianos	50,0	50,0	$\chi^2=0,000$ lls=2, p=1,000
		> Medianos	50,0	50,0	
	ŠVN	< Medianos	84,4	76,3	$\chi^2=0,963$, lls=2, p=0,326
		> Medianos	15,6	23,7	

PN – piktybiniai navikai, ŠVN – širdies veiklos nepakankamumas.

24 lentelė. Onkologinėmis ir širdies ligomis sergančiųjų socialinės sveikatos sutrikimų skirstinys tarp tikinčiųjų praktikavimo grupėse (balais)

Požymiai	Ligos	Balai	Ne	Taip	Reikšmin- gumas
			proc.		
Susirgimas apsunkino pacientų finansinę būklę	PN	< Medianos	50,0	58,5	$\chi^2=0,767$ lls=2, p=0,381
		> Medianos	50,0	41,5	
	ŠVN	< Medianos	61,8	52,4	$\chi^2=0,861$, lls=2, p=0,353
		> Medianos	38,2	47,6	
Pacientų pasitenkinimas šeimos parama ir bendravimu	PN	< Medianos	65,8	56,1	$\chi^2=1,010$, lls=2, p=0,315
		> Medianos	34,2	43,9	
	ŠVN	< Medianos	58,8	70,2	$\chi^2=1,425$, lls=2, p=0,233
		> Medianos	41,2	29,8	
Pacientų pasitenkinimas draugų ir kaimynų parama bei bendravimu	PN	< Medianos	76,3	72,0	$\chi^2=0,253$, lls=2, p=0,615
		> Medianos	23,7	28,0	
	ŠVN	< Medianos	58,8	67,9	$\chi^2=0,871$, lls=2, p=0,351
		> Medianos	41,2	32,1	
Yra žmogus, kuriam rūpi paciento jausmai ir išgyvenimai	PN	< Medianos	42,1	53,7	$\chi^2=1,386$ lls=2, p=0,239
		> Medianos	57,9	46,3	
	ŠVN	< Medianos	67,6	79,8	$\chi^2=1,963$, lls=2, p=0,161
		> Medianos	32,4	20,2	

PN – piktybiniai navikai, ŠVN – širdies veiklos nepakankamumas.