

Savarankiškas lėtinės ligos valdymas: vyresnio amžiaus pacientų įtraukimo praktikos ir iššūkiai

DOVILĖ DAUGĖLIENĖ

Vytauto Didžiojo universitetas

SARMITĖ MIKULIONIENĖ

Lietuvos socialinių tyrimų centras

Santrauka. *Sergant lėtinėmis ligomis (LL) ypač svarbus tampa savarankiškas lėtinės ligos valdymas (SLLV). Tai daugiasluoksnis procesas, be kitų ligojimo užduočių, apimantis jo ir sveikatos priežiūros specialisto, dažniausiai šeimos gydytojo (ŠG), bendravimą. Tačiau daugiausia SLLV analizuojamas iš ligojimo perspektyvos. Trūksta sociologinių tyrimų, kurie nagrinėtų šiame procese dalyvaujantį ŠG pastangas įtraukiant LL sergančius pacientus į ligos valdymo procesą. Remiantis 2014 m. Kaune atlikto originalaus kokybinio tyrimo (N =17 šeimos gydytojų, dirbančių su vyresnio amžiaus pacientais) duomenimis, straipsnio tikslas – atskleisti ŠG taikomas vyresnio amžiaus pacientų įtraukimo į SLLV procesą praktikas bei jų taikymą sunkinančius veiksnius. Tyrimo rezultatai parodė, kad medikai išradingai siekia įtraukti vyresnius pacientus į SLLV. Praktikos įgyvendinamos tiek tarpasmeniniu, tiek instituciniu, tiek nacionaliniu lygmeniu. Maža to, medikai daugeliu atvejų yra sukūrę ir tam tikras praktikas, leidžiančias įveikti įtraukimo procesą įsiterpiančias kliūtis. Šio tyrimo rezultatai praturtina sveikatos sociologijos žinias apie ŠG vaidmenį SLLV procesui. Tyrimo rezultatai svarbūs tuo, kad leido atskleisti ŠG taikomas praktikas, siekiant įtraukti LL sergančius vyresnio amžiaus žmones į SLLV, ir barjerus, kurie, neleisdami visiškai įgyvendinti SLLV, galimai sumažina šio bendradarbiavimo teigiamus rezultatus: ligojimo sveikatos būklės gerėjimą, ilgiau išlaikomą funkcinių statusą ir gyvenimo kokybės gerėjimą. Tyrimo rezultatai gali būti naudingi praktikiams (ir jų rengėjams) tobulinant sveikatos priežiūros specialistų ir vyresnio amžiaus žmonių bendradarbiavimą valdant LL, kas savo ruožtu prisidėtų prie paciento įmanomai geriausios sveikatos būklės palaikymo bei jo gyvenimo kokybės gerėjimo.*

Reikšminiai žodžiai: *savarankiškas lėtinės ligos valdymas, vyresnio amžiaus pacientas, šeimos gydytojas, kokybinis tyrimas.*

Įvadas

Širdies ir kraujagyslių sistemos ligos, onkologiniai susirgimai, lėtinės plaučių ligos, diabetas ir kitos būklės tampa nemenku iššūkiu tiek pačiam ligojui,

ties sveikatos priežiūros sistemoms visame pasaulyje (Ellisen et al. 2013; WHO 2011). Didžiąją lėtinių ligonių dalį sudaro vyresnio amžiaus žmonės¹. Šie asmenys yra ypatingi pacientai, nes lėtinės ligos jiems gali sukelti didesnę negalią, reikštis netipiškai ar labiau sekinti. Maža to, senatvėje pasireiškia ir poliligtotumo fenomenas – tai sergamumas dviem arba daugiau lėtinių ligų vienu metu (Morgan, Kunkel 2007; Lesauskaitė, Macijauskienė 2004).

Mokslininkai, politikai ir sveikatos priežiūros specialistai atkreipia vis daugiau dėmesio į savarankiškos lėtinės ligos valdymo (SLLV) svarbą (Wallace et al. 2015; Ellisen et al. 2013; Nolte, McKee 2008; McWilliams 2009; Coleman, Newton 2005). Ligonio įsitraukimas į SLLV procesą siejamas su teigiamais rezultatais: sveikatos būklės stabilizavimu ir geresne savijauta, kaštų, susijusių su lėtinių ligų ir jų padarinių įveikimu, apkrovos, tenkančios sveikatos priežiūros sistemai, sumažėjimu (Thorne, Paterson, Russell 2003; Glasgow et al. 2003; Nolte, Knai, Saltman 2014; Rijken et al. 2008). Sėkmingas SLLV – tai bendradarbiavimo tarp sveikatos priežiūros specialisto ir lėtine liga sergančio asmens rezultatas. Medikai, skatindami aktyvesnę ligonio įsitraukimą į lėtinės ligos (LL) valdymą, gali padėti asmeniui savarankiškai kontroliuoti ligą, palaikyti jo funkcinį statusą, sumažinti varginančius simptomus, prailginti gyvenimo trukmę ir pagerinti gyvenimo kokybę (Blakeman et al. 2006; Nolte, McKee 2008).

Paciento įsitraukimas į SLLV procesą dažniausiai nagrinėjamas iš pačių sergančių asmenų perspektyvos. Analizuojamos jų kasdien taikomos strategijos (Furler et al. 2008; Ong, Jinks, Morden 2011; Kralik et al. 2003), savarankišką lėtinės ligos valdymą sunkinantys veiksniai (McWilliams 2009; Sheridan et al. 2012). Nuo polipatologijos kenčiančių vyresnio amžiaus pacientų kiekvienos dienos pastangas suvaldyti savo sveikatos būklę analizavo Laura Clarke ir Erica Bennet (2012). Svarbu akcentuoti, kad lėtinės ligos valdymo procese dalyvauja tiek pats ligonis, tiek jį prižiūrintis medikas, kurie tarpusavyje pasidalija atsakomybes. Sveikatos priežiūros specialistai atlieka pagrindinį vaidmenį ligos diagnozavimo, gydymo paskyrimo, gydymo koregavimo, būklės pokyčių vertinimo procese (Clarke, Bennett 2012), o už kasdienes SLLV rutinas atsakingas pats ligonis. Tepavyko rasti keletą tyrimų, kurie SLLV procesą nagrinėtų iš sveikatos priežiūros specialistų perspektyvos. Tyrimuose analizuotas šeimos gydytojų (ŠG) požiūris į SLLV (Blakeman et al. 2006), būdai, kuriais gydytojai skatina SLLV (Ellisen et al. 2013; Blakeman et al. 2010), bendradarbiavimą SLLV metu sunkinančius veiksnius (Wallace et al. 2015), sveikatos priežiūros paslaugų teikimą lydinčius iššūkius vyresnio amžiaus asmenims (Adams ir kt. 2002; Higashi et al. 2012), pacientų į(s)itraukimą priimant su sveikatos priežiūra susijusius sprendimus (Peičius, Kučinskaitė 2014).

1 Vartodamos sąvoką *vyresnio amžiaus asmenys*, turime omenyje 65 metų ir vyresnius žmones.

Šio straipsnio **tikslas** – atskleisti, kaip šeimos gydytojai padeda vyresnio amžiaus pacientams, sergantiems lėtinėmis ligomis, įsitraukti į savarankišką lėtinių ligų valdymo procesą ir su kokiomis kliūtimis jie susiduria.

Mokslinė analizė grindžiama kokybinio tyrimo rezultatais. Tyrimo metu naudojant pusiau struktūruotus giluminius interviu, buvo pakalbinti 17 Kauno mieste dirbančių ir vyresnio amžiaus asmenims sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių šeimos gydytojų. Tyrimo duomenų rinkimas ir analizė vykdyta laikantis grindžiamosios teorijos žingsnių.

Lėtinės ligos valdymo samprata

Pirmieji sociologų darbai atskleidė, kaip lėtinė(-os) liga(-os) deformuoja įprastą asmens gyvenimą. Michaelio Burio (1982) teigimu, LL sukelia „biografinį pertrūkį“, ligonis nuolat išgyvena netikrumo, nežinios jausmus dėl tolimesnės ligos eigos, išgyvena dėl to, kad lūkesčiai, susiję su ateitimi, neišsipildys. Pasak Kathy Charmaz (1983), LL sukelia daugybę nemalonių išgyvenimų – ligonis gali jausti skausmą, stresą, šalutinį medicininių procedūrų poveikį, patirti socialinę atskirtį, išgyventi dėl to, kad tampa našta kitiems. LL kulminacija autorė (Charmaz 1983) įvardijo „savęs praradimą“. Williamo Cockerhamo (2000, percituota Young 2004) teigimu, nuo lėtinių būklių kenčiantys asmenys susiduria su problema, kad jie negali susigrąžinti „normalių“ socialinių vaidmenų, maža to, jie privalo keisti savo elgesį taip, kad prisiderintų prie nuolatinių sveikatos sutrikimų.

LL gali reikštis labai įvairiai, tačiau galima įvardyti bendrus iššūkius, su kuriais turi susitvarkyti ligonis. Visų pirma tai būtinybė atpažinti simptomus ir imtis adekvačių veiksmų jų atžvilgiu, tam tikro režimo laikymasis ir nuolatinis sąveikavimas su sveikatos priežiūros sistema (Shulman-Green et al. 2012). Be to, asmuo, siekdamas išgyventi susidariusioje suirutėje, privalo išvystyti įveikos strategijas ir pasinaudoti įvairiais ištekliais, leisiančiais perorganizuoti gyvenimą (Pierret 2003). Visi šie veiksmai – tai kasdien atliekamos SLLV užduotys.

Savarankiškas lėtinės ligos valdymas yra daugelio mokslo disciplinų tyrimo objektas. Šiuo procesu domisi sociologai, slaugos specialistai, medikai, edukologai ir kt. Todėl analizuojant literatūrą galima rasti įvairių SLLV apibrėžimų. Vieni šių apibrėžimų akcentuoja individualias ligojos pastangas. Štai Kate Lorig ir Halstedas Holmanas (2000) teigia, kad tai dinamiškas procesas, kurio metu individas aktyviai veikia, siekdamas suvaldyti LL. Julie Barlow ir kolegų teigimu (2002), savarankiškas lėtinės ligos valdymas nurodo gebėjimą kontroliuoti ligą ir išvystyti kognityvines, elgesio bei emocines strategijas, siekiant išlaikyti ligojį tenkinančią gyvenimo kokybę. SLLV

reiškia žmogaus gebėjimą valdyti ligos simptomus, gydymąsi, gyvenimo būdo keitimą (Johnston et al. 2008). Kiti SLLV apibrėžimai akcentuoja bendradarbiavimo svarbą tarp ligonio ir kitų asmenų. Angela Richard ir Kimberly Shea (2011) pasiūlytas SLLV apibrėžimas pažymi individo gebėjimą kartu su šeima, bendruomene ir sveikatos priežiūros profesionalais suvaldyti LL simptomus, gydymą, gyvenimo būdo pokyčius, taip pat ligos kontekste kylančias psichosocialines, kultūrinės ir dvasines su sveikatos būkle susijusias aplinkybes. SLLV taip pat apibūdinama kaip bendradarbiaujanti veikla tarp paciento ir sveikatos priežiūros specialisto (Rijken ir kt. 2008).

Juliet Corbin ir Anselmas Straussas (1985, 1988)² buvo pirmieji sociologai, atlikę išsamią analizę apie tai, kaip ligoniai vykdo LL valdymą namuose. Nagrinėdami problemas, kylančias namuose atliekant SLLV, autoriai įveda „darbo“ (angl. *work*) sąvoką. Corbin ir Straussas (1985) išskiria tris darbo tipus: 1. Darbas, susijęs su negalavimu (angl. *illness work*). Šio tipo darbas apima režimo laikymąsi, krizių prevenciją ir valdymą, simptomų valdymą bei su diagnostika susijusį darbą. 2. Kasdienio gyvenimo darbas (angl. *everyday life work*) – tai kiekvieną dieną atliekamos užduotys: namų priežiūra, valgio gaminimas, vaikų auginimas, santykių su sutuoktiniu plėtojimas, profesinės veiklos užduotys. 3. Biografinis darbas (angl. *biographical work*) – tai veikla, susijusi su biografijos perkonstravimu. Vėlesniame darbe autoriai (Corbin, Strauss 1988, percituota iš Ellisen et al. 2013) išplėtojo savarankiško lėtinės ligos valdymo veiklas:

- Medicininis lėtinės ligos valdymas – tai medikamentų vartojimas, dietos laikymasis, medicininių prietaisų (pvz., inhaliatoriaus) naudojimas ir vizitai į sveikatos priežiūros įstaigą.
- Vaidmenų valdymas – tai veiklos, susijusios su siekiu išlaikyti, pakeisti ar sukurti naujus reikšmingus socialinius vaidmenis, taip pat tai prisitaikymas prie pakitusio gyvenimo būdo.
- Emocijų valdymas apima mokymąsi, kaip suvaldyti lėtinės ligos sukeltas emocijas ir jausmus.

Buris (1991) suklasifikavo ligonių pastangas atliepti į LL keliamus iššūkius. Jis išskiria įveikimą (angl. *coping*), strategiją (angl. *strategy*) ir stilių (angl. *style*). Kiekvienas šių būdų atspindi skirtingus „kovos su liga“ aspektus. SLLV atveju reikėtų analizuoti strategijas, kurios nurodo, kaip asmenys mėgina suvaldyti savo ligą. Išvystant strategijas svarbu, kokie ištekliai yra prieinami asmeniui, socialinės paramos lygis bei materialiniai veiksniai, kurie leidžia nugalėti dėl ligos patiriamus sunkumus (Bury 1991). Nuo LL kenčiantys asmenys ne tik sukuria ligos valdymo strategijas, sudarančias

2 Daugelis vėliau sukurtų savarankiško lėtinės ligos valdymo modelių remiasi Corbin ir Strauss (1985, 1988) darbais (pvz., *Chronic Care Model*), Lorig ir Holman išvystyta *Chronic disease self-management program* ir kt.

galimybes tvarkytis su ligos simptomais bei jų poveikiu kasdieniam asmens funkcionavimui. Šios strategijos apima ir sudėtingų sprendimų, susijusių su SLLV namuose bei su sveikatos priežiūros paslaugų naudojimu, priėmimą. Dėl to ligonis privalo balansuoti tarp profesionalios ir neprofesionalios sistemų (Ong, Jinks, Morden 2011). Sally Thorne, Barbara Peterson bei Cynthia Russell (2003) pažymi, kad LL sergantis asmuo yra priverstas nuolat rinktis. Apsispręsti, kas jam reikšmingiausia, įvertinti ekspertų patarimus ir jų turimus lūkesčius bei atrasti, kas iš tiesų veikia jo situacijoje. Minėtos autorės (Thorne, Peterson, Russell 2003) atkreipia dėmesį, kad SLLV turi būti suvokiamas platesniame kontekste, apimančiame ir visą ligonio gyvenimą, jo turėtus troškimus ir siekius. Dėl to jos išskiria tokias keturias SLLV sritis: socialinio konteksto valdymas, apimantis socialinių ryšių kūrimą ir palaikymą; gyvenimo būdo valdymas; paskirto gydymo valdymas; sveikatos priežiūros sistemoje vykstančios sąveikos valdymas.

Tyrimuose SLLV dažniausiai analizuojamas iš ligonio perspektyvos. Nors, apžvelgus SLLV apibrėžimus bei modelius, galima teigti, kad šis procesas yra tiek ligonio, tiek jį prižiūrinčio sveikatos priežiūros specialisto bendras rūpestis. Pabrėžiama, kad turi būti vykdomas medicininis lėtinės ligos valdymas (Corbin, Strauss 1985), kuris apima ir paskirto gydymo valdymą bei nuolatinį sąveikavimą su sveikatos priežiūros sistema ir ten dirbančiais specialistais (Thorne, Peterson, Russell 2003; Lorig, Holman 2003; Rijken et al. 2008). Svarbu analizuoti, kaip medikai skatina ir palaiko pacientus savarankiško lėtinės ligos valdymo procese. Kitame šio straipsnio skyriuje analizuojamos sveikatos priežiūros specialistų praktikos, nukreiptos padėti LL sergančiam asmeniui atlikti medicininį lėtinės būklės valdymą.

Savarankiško lėtinės ligos valdymo įgyvendinimo skatinimas: šeimos gydytojo vaidmuo

Pirmiau buvo apžvelgti LL sukelti iššūkiai: savojo aš netekimas, socialinės atskirties patirtis, stigma, frustracija, stresas, socialinių ryšių nutrūkimas, kasdienio gyvenimo suirutė, išteklių mažėjimas pasireiškia LL progresuojant. Pirmiausia LL pasireiškia biologiniu, arba kūno, lygmeniu (Kelly, Field 1996), asmuo visų pirma pajaučia ligos simptomus. Būtent pajutus fizinius ligos simptomus ir įvyksta gydytojo bei ligonio bendradarbiavimas LL valdymo kontekste.

Užsienyje atliktų tyrimų rezultatai rodo, kaip medikai skatina SLLV procesą. Mary Coleman ir Karen Newton (2005) pabrėžia, kad daugelis LL gali būti sėkmingai suvaldomos, tačiau tam būtinas aktyvus ir gerai informuoto paciento įsitraukimas. Čia išryškėja svarbi sveikatos priežiūros

specialistų funkcija – suteikti reikiamą informaciją pacientui, kuri leistų jam įgyvendinti užduotis, susijusias su ligos valdymu. SLLV procese teikiama pagalba tarsi išplečia sveikatos priežiūros specialistų profesines ribas, nes gydytojas ne tik suteikia reikiamą informaciją pacientui, bet ir skatina paciento pasitikėjimą savo jėgomis, sudaro galimybes priimti sprendimus, kurie palengvina SLLV bei formuoja geresnius sveikatos rezultatus (Coleman, Newton 2005). Paciento įtraukimas į SLLV procesą – tai ne tik informavimas. Tai ir daugybė įvairiausių elgesio keitimo technikų, kurios skatina gyvenimo būdo pokyčius, sveikatą skatinančias veiklas ir įgūdžių, leidžiančių susitvarkyti su ligos sukeltomis pasekmėmis, įgijimą (Rijken et al. 2008).

Tomo Blakemano ir kolegų (2006) atliktas tyrimas atskleidžia, kad ligoonio įtraukimui į SLLV procesą svarbus yra mediko ir paciento sąveikos modelis. Tyrime dalyvavę ŠG, dirbdami su LL sergančiais asmenimis, pabrėžia į pacientą orientuoto požiūrio svarbą, kurį taikant galima įsigilinti į konkretaus paciento situaciją, sužinoti, kaip jis suvokia savo sveikatos būklę, kokių turi lūkesčių ir kas jį neramina. Į pacientą orientuotas požiūris ir modelis skatina partnerystę grįstus mediko ir paciento tarpusavio santykius. Supažindinimas su bendruomenėje egzistuojančiais ištekliais, aprašų, detalizuojančių tam tikrų lėtinių būklių (astmos, diabeto) valdymo namuose žingsnius, suteikimas ir paciento padaršinimas taip pat buvo išskirti kaip praktikoje taikomi būdai, leidžiantys paremti pacientą SLLV proceso metu (Blakeman et al. 2006). Arianne Ellisen ir kolegų (2013) 13-oje Europos šalių atliko tyrimą, kuriuo siekta identifikuoti būdus, kuriais gydytojai skatina SLLV namuose. Buvo išskirtos keturios veiklos: paciento švietimas (informacijos apie ligą, sveiką gyvenimo būdą suteikimas ir instruktavimas, kaip atlikti instrumentines sveikatos priežiūros užduotis); lėtinės ligos priežiūros planavimas, atliekamas kartu su pacientu; savarankiškai ligos priežiūrai reikiamų priemonių suteikimas ir struktūruotas ligos priežiūros tęstinumas (Ellisen et al. 2013).

Paciento įtraukimas į SLLV nevyksta sklandžiai. Šį procesą riboja tam tikros kliūtys. Kontekstas, kuriame veikia sveikatos priežiūros specialistai, yra pirmoji kliūtis, neleidžianti sklandžiai įgyvendinti medicininio lėtinės būklės valdymo. Kaip pažymi Lorig ir Holman (2000), dabartinėje sveikatos priežiūros sistemoje vyrauja tradicinis ūminių, epizodinių ligų priežiūros modelis, kuriame pacientas traktuojamas kaip pasyvus sveikatos priežiūros paslaugų recipientas. O tai iš esmės yra priešinga savarankiškam lėtinės ligos valdymo konceptui. Siekdami paskatinti asmenį prisiimti didesnę atsakomybę už savo sveikatos būklę, sveikatos priežiūros specialistai turi taikyti į pacientą orientuotą sveikatos priežiūros modelį, pagal kurį reikia atliepti individualius ligoonio poreikius, o tam reikia laiko ir išteklių. Tyrimų rezultatai (Ellisen et al. 2013; Wallace et al. 2015) atskleidžia, kad pernelyg trumpa konsultacijos trukmė neleidžia medikams atlikti visapusiškos konsultacijos,

sudaranchios galimybes pacientui vykdyti SLLV namuose. Taikant į pacientą orientuotą modelį, sveikatos priežiūros specialistai ne tik išsamiai vertina konkretaus paciento situaciją, jie taip pat atkreipia dėmesį į tai, kaip patys ligoniai suvokia savo sveikatos būklę. Vadinasi, medikai turi atsižvelgti, būti atviri ir priimti neprofesionalų pacientų supratimą apie savo sveikatos būklę (Prior 2003).

Norint padėti pacientams SLLV metu, medikams reikalingi geri komunikavimo įgūdžiai ir tam tikrų konsultavimo technikų išmanymas, ko nėra įtraukta į daugelio sveikatos priežiūros profesionalų rengimo programas. Dėl to daroma prielaida, kad didžioji dalis sveikatos priežiūros profesionalų negali tinkamai konsultuoti pacientų SLLV metu (Ellisen et al. 2013).

SLLV ir ypač svarbi jo dalis – medicininė būklės priežiūra reikalauja aktyvaus mediko ir paciento įsitraukimo. LL priežiūrai svarbus nepertraukiamumas ir tęstinumas. Tyrimų rezultatai atskleidžia, kad šis procesas neretai yra pertraukiamas arba iškraipomas tam tikrų veiksmų. Emma Wallace ir kolegų (2015) atliktas tyrimas atskleidžia, kad pagrindinis savarankiškam lėtinės ligos valdymui trukdantis veiksnys yra pacientų fragmentiškai ir dezorganizuotai atliekamas ligos valdymas. Šis nenuoseklumas siejamas su sudėtinga asmens sveikatos būkle, kai sergama keliomis LL vienu metu. Poliligotumas ne tik apsunkina medicininę sąveiką, bet ir kasdienę kelių ligų priežiūrą tinkamai atlikti tampa sudėtinga (Coleman, Newton 2005; Adams et al. 2002).

Dar vienas svarbus veiksnys, trukdantis pacientų įtraukimui į SLLV procesą, yra dalies atsakomybės prisiėmimas priimant bendrus sprendimus, susijusius su gydymu ir priežiūra. Vyresnio amžiaus pacientai linkę sprendimo, susijusio su gydymu, priėmimą bei atsakomybę už gydymą ir ligos priežiūrą perleisti medikams (Wallace et al. 2015; Peičius, Kučinskaitė 2014). Egzistuojantis atotrūkis tarp paciento sveikatos būklės bei gydymo rekomendacijų taip pat išskiriamas kaip apribojimas. Tai tampa itin aktualu poliligotumo atveju, nes vienos lėtinės būklės gydymo rekomendacijos gali prieštarauti kitos lėtinės būklės priežiūros rekomendacijoms, pavyzdžiui, susirgus diabetu ir astma (Wallace et al. 2015; Nolte, McKee 2008).

Apibendrinant galima teigti, kad medikai atlieka ypač svarbų vaidmenį ne tik LL diagnozavimo, gydymo paskyrimo, stebėjimo, bet ir SLLV proceso metu. SLLV skatinamas suteikiant ligoniams informaciją, konsultuojant ligos priežiūros, gyvenimo būdo keitimo klausimais, suteikiant reikiamas gaires SLLV namuose atlikti. Taip pat palaikant pacientą, motyvuojant jį bei įtraukiant į sprendimų, susijusių su ligos priežiūra ir valdymu, priėmimą. Atliktų tyrimų rezultatai rodo, kad paciento įtraukimą į SLLV apsunkina kompleksiniai veiksniai. Tai gali būti sunki paciento sveikatos būklė, atvejai, kai vienos LL priežiūros rekomendacijos prieštarauja kitos LL priežiūrai,

SLLV įgyvendinimo nenuoseklumas. Be to, tai gali būti dėl medicininės sąveikos kylantis nesutarimas, kas turi prisiimti atsakomybę už ligonio sveikatos būklę, ir struktūriniai suvaržymai – sveikatos priežiūros paslaugų teikimo laiko, tenkančio vienam pacientui, apribojimai.

Metodologija

Siekiant identifikuoti ŠG taikomas vyresnio amžiaus asmenų įtraukimo į SLLV procesą praktikas, buvo pasirinktas kokybinis pirminių duomenų rinkimo metodas, leidžiantis atskleisti unikalias ŠG darbo su LL sergančiais senyvo amžiaus asmenimis patirtis. Buvo atlikta 17 giluminių pusiau struktūruotų interviu su Kauno mieste dirbančiais šeimos gydytojais. Interviu atlikti 2014 m. gegužės–lapkričio mėnesiais. Interviu trukmė svyruoja nuo 21 iki 97 minučių, dauguma interviu atlikti gydytojų darbo vietoje, jiems prieš pradėdant arba baigus darbą.

Tyrimė dalyvavo ŠG (2 vyrai ir 15 moterų, kurių darbo patirtis svyruoja nuo 2 iki 33 metų), dirbantys Kauno miesto Centro, Dainavos, Kalniečių, Šilainių poliklinikose bei šioms poliklinikoms priklausančiuose padaliniuose. Tyrimo dalyvių atranka vykdyta remiantis dviem atrankos strategijomis – maksimaliai skirtingų atvejų atranka, kai į tyrimą buvo siekiama įtraukti skirtingų lyčių, skirtingą darbo stažą ir patirtį turinčius ŠG. Antroji atrankos strategija – sniego gniūžtės principas: kiekvieno tyrimė dalyvavusio gydytojo buvo prašoma nurodyti bent vieną savo kolegą, kuris sutiktų dalyvauti tyrimė.

Pagrindinis interviu metu užduodamas klausimas – „Papasakokite apie savo, kaip šeimos gydytojo, darbą su vyresnio amžiaus pacientais“. Taip pat buvo užduodami ir kiti atviro tipo klausimai, kurie leido detalizuoti, kokia medicinos pagalba ir kaip teikiama senyvo amžiaus pacientams, kaip mėginama įtraukti pacientus į SLLV procesą ir kaip jie palaikomi, kaip dalijama atsakomybė gydymo proceso metu, su kokiais iššūkiais susiduria gydytojai.

Tyrimo duomenys analizuoti vadovaujantis Corbin ir Strausso (1990) aprašytais grindžiamosios teorijos žingsniais. Visų pirma interviu buvo transkribuojami ir tuoj pat atliekamas pirmasis analizės žingsnis – atviras kodavimas. Jo metu vykdytas interviu teksto suskaidymas ir parafravimas. Vėliau parafrazės sujungiamos suteikiant joms konceptualią etiketę – išskiriami konceptai. Galiausiai atliekamas dar vienas atvirojo kodavimo žingsnis – konceptai grupuojami ir tokiu būdu išskiriamos kategorijos. Iš karto po to, kai buvo identifikuotos kategorijos, buvo pradėdama ir kitas duomenų analizės žingsnis – ašinis kodavimas, remiantis Corbin ir Strausso (1990) aprašytu paradigminiu modeliu: Priežastinės sąlygos → Fenomenas →

Kontekstas → Įsiterpiančios sąlygos → Veiksmų / sąveikų strategijos → Pasėkmės. Šio kodavimo metu buvo iš naujo nustatomi ryšiai tarp išskirtų kategorijų. Atlikus atvirąjį ir ašinį kodavimą vienas iš išryškėjusių fenomenų buvo paciento aktyvinimas: *dirbam, kad dirbtų su savimi*, kuris bus išsamiau aptariamas kitoje straipsnio dalyje. Toliau, atsižvelgiant į iškeltą tyrimo tikslą, dėmesys sutelkiamas į trijų paradigminio modelio elementų: ŠG taikomų SLLV skatinimo praktikų (veiksmų / sąveikų strategijos), šiam procesui kylančių kliūčių (įsiterpiančios sąlygos) ir konteksto, kuris taip pat gali kliudyti paciento įtraukimui į SLLV, analizę.

Savarankiško lėtinės ligos valdymo skatinimas

Remiantis tyrimo duomenų analize, išryškėjo, kad sveikatos priežiūros specialistai, dirbdami su LL sergančiais vyresnio amžiaus asmenimis, **informacijos suteikimą** įvardija kaip pagrindinę jų taikomą priemonę, leidžiančią įtraukti pacientus į SLLV procesą bei pacientui sudarančią sąlygas priiimti didesnę atsakomybę už savo sveikatos būklę.

Teikiama įvairi informacija, kurios forma ir turinys priklauso nuo individualios ligonio situacijos. Paprastai pateikiama žodinė informacija apie reikiamus įsigyti vaistus ir jų vartojimo režimą, ši informacija yra labiau bendrojo pobūdžio. Tokia praktika taikoma, kai ŠG gerai pažįsta vyresnio amžiaus pacientą, jį gydo ilgą laiką tarpą ir pasitiki paciento gebėjimu savarankiškai tvarkytis su jį kamuojančia lėtine būkle („būna, kad išrašai vaistus ir sakai, kaip gerti, ir viskas. (2)). Tais atvejais, kai paciento būklė yra sudėtinga – asmuo kenčia nuo kelių LL, kurių priežiūrai reikia daugybės medikamentų, būtina nuolatos atlikti medicininės procedūras ir tyrimus. Kai kartu su fizinėmis ligomis reiškiasi ir psichiniai negalavimai, medikai individualizuotą informaciją pateikia tiek žodine, tiek rašytine forma:

Pagyvenusiam automatiškai būna dvi, trys, keturios kokios ar daugiau ligų, problemų ir gaunasi labai didelė krūva vaistų <...> tas tyrimų kiekis jisai irgi yra didesnis. <...> Dažniausiai imi lapelį ir rašai: tą vaistą gerti tada, o kitą vakare, tą dieną ten nueinat, tą dieną ten nueinat. <...> Dažniausiai stengiuos kartu ir šneku, ir rašau, nes žinau, kad dvidešimt procentų sugeria, <...>. Tai darai sąrašą, įduoti į rankas. (17)

Pastebima, kad atvejais, kai medikams kyla abejonių dėl paciento pajėgumų įgyvendinti SLLV savarankiškai, jie taiko dar vieną praktiką – LL sergančio vyresnio **paciento artimųjų įtraukimą į gydymo procesą**, kuriems pateikiama informacija, padedanti užtikrinti nuoseklią ligos priežiūrą namuose:

Stengiamės susisiekti su artimaisiais, skambiname į namus, prašome atvykti kartu, kad būtų mum lengviau, tiesiog, kad išgirstų, ką mes sakome. O gali būti kilti tai kokių ar konfliktų keistų, arba neigimų, ar ką, mes visada norim, kad toks žmogus būtų ne vienas, <...>. (3)

Tokiais atvejais formuojama medicininė triada, kai atsakomybė už lėtinės ligos priežiūrą padalijama tarp ŠG, vyresnio amžiaus paciento ir jo artimojo, pastarąjį informuojant ir jam patikint prižiūrėti vykdomą lėtinės būklės valdymą.

Kai kurie tyrime dalyvavę ŠG, siekdami užtikrinti tinkamą lėtinės būklės(-ių) valdymą, namuose senyvam pacientui sukuria **individualią** lėtinės ligos(-ų) **priežiūros ir stebėjimo formą**:

Turiu įprotį pagyvenusiam žmogui surašyti vaistus, kada ir kaip juos naudoti, kad jis turėtų lapelį. <...> Visada prašau atsinešti lapelį atgal pas mus, nes jeigu aš ką nors keičiu, tai aš įrašau. <...> ateina pas mane – kontrolė ir viskas yra labai gerai. Jeigu seka, pavyzdžiui, pasakau, reikia sekti kraujospūdį: „Jūs man surašykite ant lapelio“. Stebim gliukozę surašo, pavyzdžiui, ryte atsikėlęs, vidury dienos, prieš miegą. <...> Sakau paprastai surašykite, bent jau prieš mane, pavyzdžiui, pas mane ateinant dieną. Pavyzdžiui, gliukozės parodymus tuos visus. Ateina, atlieka, parodo. (3)

ŠG ne tik surašo detalias instrukcijas, kuriose nurodomas medikamentų vartojimo režimas, bet ir sukuria tam tikrą rašytinę formą pačiam pacientui, leidžiančią sekti ir fiksuoti LL simptomus. Ši forma leidžia negaluojančiam asmeniui pastebėti sveikatos pokyčius, išvengti komplikacijų, tačiau, kita vertus, ji ugdo negaluojančio asmens gebėjimą nuolatos sekti savo sveikatos būklę ir atkreipti dėmesį į pokyčius. Formą pacientai raginami turėti kartu, kai atvyksta į sveikatos priežiūros įstaigą, kad ŠG galėtų kartu su pacientu sekti ir analizuoti sveikatos būklės pokyčius.

Paciento **motyvavimas** ir **atsakomybės pacientui delegavimas** taip pat ŠG taikoma praktika, siekiant aktyvesnio vyresnio paciento įsitraukimo į gydymo procesą. Abi praktikos glaudžiai viena su kita susijusios, neretai taikomos kartu. Paciento motyvavimas – tai ŠG pastangos įtikinti pacientą, atlikti rutinines veiklas, susijusias su SLLV (pvz., tinkamas vaistų vartojimas, medicininių tyrimų kartojimas, simptomų kontrolė, gyvenimo būdo keitimas, vizitai į polikliniką). Medikai stengiasi atrasti vyresnį pacientą motyvuojančius veiksnius. Paprastai akcentuojama geresnė sveikatos būklė, didesnis asmens mobilumas, ilgiau palaikomas savarankiškumas („Kalbam apie tai, kad dėl geresnės savijautos reikia biškėlį pasistengti“ (16); „Aiškini, kad geriau jam bus <...>“ (4)). Motyvuodami pacientą šeimos gydytojai taip

pat paskirsto atsakomybę lėtinės ligos valdymo procese, aiškiai apibrėždami savo profesines ribas ir savo kaip profesionalo vaidmenį:

Prašai, kad gertų vaistus, perklausi ar geria vaistus, ar viską. Ir kaip, ir kaip jie, jeigu liaujasi, tada paaiškini, kad jūs patys irgi turit žiūrėt. Stengiuosi taip aš jiems parodyt, <...> kad suprastų. Parodyt, kad nu, kad aš, vat, esu gydytojas ir, kad aš esu atsakingas už tavo sveikatą, bet, kad ir tu esi atsakingas už savo sveikatą, tu stebi savo simptomus, kada tau yra blogiau, kada geriau ir kad tu turi pasakyt. (7)

Dar viena medikų taikoma pacientų įtraukimo į SLLV praktika – tai vyresnio amžiaus paciento švietimas **apie sveiką gyvenimo būdą**. Ši praktika susijusi ne tiek su ligos gydymu, kiek su jos prevencija.

<...> visas pagrindas <...> yra (pauzė) lėtinių ligų, tas jų valdymas, kad ne vien tik vaistais reikia. Nu, kad va, kad ir tas diabetas, tai aš įsivaizduoju, kad reikia ir apie tą mitybą ir pati aiškinu, kaip yra svarbu, kad šalia to ir vaistai eina, ir tie specialistai.<...> Ir kad judėjimas yra labai svarbu irgi <...>. (5)

Kiekvieno paciento švietimas yra labai skirtingas, apima konsultavimą sveiko gyvenimo būdo, fizinės veiklos svarbos, sveikos mitybos temomis.

Pirmiau įvardytos praktikos taikomos individualios gydytojo ir vyresnio amžiaus paciento sąveikos metu. Dar viena ŠG taikoma pacientų aktyvinimo praktika – **pacientų grupės** švietimas, siekiant gilinti jų žinias apie konkrečios LL priežūrą bei skatinti sveiką gyvenimo būdą. Medikai ne tik įsitraukia į tokio pobūdžio paskaitų vedimą, neretai patys imasi asmeninės iniciatyvos jas organizuodami:

<...> buvo diabeto diena. Buvo labai didelis susidomėjimas. Šiaip tai esu dalyvavęs tokiose, va, dienose <...> Ir paorganizuot truputį tekę. Žmonės susirenka, aktyviai domisi. Tai aš manau, kad reikia. Juo labiau, kad čia labiau koncentruota. Jų didesnis skaičius, tokių gyventojų. Atsiranda norinčių sužinoti daugiau apie kažkokią konkrečią ligą, kažkokią profilaktiką, profilaktikos priemones. Cholesterolis visus kankina, yra norinčių [sužinoti] kaip labiau nemedikamentinėm šitom, kaip sumažinti. (1)

Pacientų įtraukimą į Nacionalinės lėtinių ligų prevencijos programas medikai įvardija kaip vieną iš naudojamų pacientų įtraukimo į SLLV praktikų. Nacionalinių programų metu teikiama galimybė nemokamai atlikti tyrimus yra svarbi vyresnio žmogaus sveikatos būklės stebėjimo dalis.

Dalyvavimas programose gali užkirsti kelią lėtinių ligų komplikacijai arba pastebėti vieną pavojingiausių paciento gyvybei lėtinių būklių – onkologinės ligos – nepažengusios stadijos:

<...> darėme programą dėl virškinamojo trakto vėžio. Buvo neigiama. Ir po dviejų metų padarome – randam teigiamą. Siunčiame, reiškia, tyrimui, randa vėžiuką. Bet mes prieš du metus padarėm ir aš rami. <...> ne be reikalo išgalvotos yra visam pasaulyje. Vis tiek kažkokia apsauga yra <...> Apsaugom, tikrai apsaugom. (13)

Reziumuojant galima teigti, kad ŠG naudojamos praktikos taikomos tarpasmeniniu, sveikatos priežiūros sistemos lygmenimis bei nacionaliniu mastu. Kokia strategija bus pasirinkta, priklauso nuo individualios paciento situacijos: fizinės(-ių) patologijos(-ų) sudėtingumo, psichologinės būklės, ekonominės situacijos, palaikomų socialinių ryšių. Įvairios šeimos gydytojų naudojamos strategijos yra šios: individualizuotos informacijos vyresnio amžiaus pacientui priimtina forma pateikimas, paciento motyvavimas, atsakomybės delegavimas ir pacientų švietimas leidžia vyresnio amžiaus pacientui priiimti atsakomybę už savo sveikatos būklę, sudaro galimybes jam aktyviai veikti ir savarankiškai valdyti lėtinio negalavimo simptomus.

Trukdžiai, apribojantys paciento įtraukimą į savarankišką lėtinės ligos valdymą

Kalbėdami apie pastangas įtraukti pacientus į SLLV, informantai akcentavo kliūtis, trukdančias pasiekti efektyvų paciento įsitraukimą. Apibendrintai jas būtų galima suskirstyti taip:

- vyresnio amžiaus pacientų ypatybės (sudėtinga sveikatos būklė – poliligtumas; ligos valdymo įgūdžių stoka, netinkamas išteklių paskirstymas, nekritiškas informacijos rinkimas ir pritaikymas);
- struktūrinės aplinkybės (vyresnio amžiaus asmenų skurdas);
- dėl medicininės sąveikos kylantys iššūkiai (nepasitikėjimas sveikatos priežiūros specialistu (gali paskatinti savigydą), nepagrįsti lūkesčiai, kurie gali paskatinti nusivylimą sąveika su sveikatos priežiūros specialistu, nesutarimas, kas turi prisiimti atsakomybę už SLLV);
- medicininės praktikos laiko, skiriamo vienam pacientui, reglamentavimas (neadekvati konsultacijos trukmė).

Prieš pradėdant trikdžių analizę, reikia akcentuoti, kad jie pasireiškia kompleksiskai, yra glaudžiai vienas su kitu susiję.

Viena pagrindinių kliūčių, ribojančių sklandų paciento įtraukimą į SLLV procesą, yra **sudėtinga vyresnio amžiaus paciento sveikatos būklė**, kai reiškiasi poliligotumas. ŠG susiduria su iššūkiais ne tik skirdamas medikamentinį gydymą, nes tenka tarpusavyje suderinti keliolika vaistų ir jų dozes, bet ir instruktuojant, kaip taisyklingai juos vartoti:

<...> labai sunku žmogui išaiškinti, kad, na, dabar jūs turite tą ligą ir jums dabar reikia penkiolika tablečių per dieną gerti: penkias ryte, aštuonias per pietus, na, ir dar kokias kelias vakare, nu, tai tas yra sunku. (4)

Medikamentinis lėtinės ligos valdymas – itin svarbi SLLV dalis. Tyrimo duomenys atskleidžia, kad keliomis ligomis sergantys asmenys ar tie pacientai, kurie kenčia ir nuo kognityvinių sutrikimų, ne visada sugeba tinkamai vartoti paskirtus medikamentus („<...> sumaišo vaistus, paskui būna daug problemų“ (1)). Medikamentinis lėtinės ligos valdymas vykdomas fragmentiškai arba netinkamai dėl **nepakankamų materialinių išteklių**. Informantų teigimu, didžioji dalis vyresnio amžiaus pacientų neišgali įsigyti reikiamų vaistų:

Tabletes pataupo, <...> kadangi tiesiog yra labai nelygūs finansai ir yra tikrai, kurie labai sunkiai verčiasi, jie skaičiuoja tabletes ir dienas. Ir rašau taip, kad jiems viskas užtektų. (9)

Dėl menkų finansinių išteklių asmuo negali deramai vykdyti medicininio lėtinio negalavimo valdymo. Tokiu atveju medikamentų arba visai atsisakoma, arba jie vartojami nereguliariai, arba neišgeriama visa rekomenduotina dozė. Tokia medikamentinės ligos priežiūros fragmentacija lemia prastesnę paciento savijautą, spartesnę lėtinės ligos progresavimą, skatina ligonio nusivylimą.

Vienas didžiausių iššūkių, su kuriuo susiduria ŠG, skatindami paciento įsitraukimą į SLLV bei bendradarbiavimą rūpinantis sveikatos būkle, yra vyresnio amžiaus pacientų polinkis į savigydą. **Užsiiminėjimas savigyda** – tai savavališkas gydytojo nustatyto lėtinės ligos priežiūros plano keitimas. Dažnai savigyda reiškiasi sąmoningu medikamentinio gydymo atsisakymu arba netinkamu vaistų vartojimu („Tuos vaistus vartoja, kaip jie nori <...> (8)“). Vaistų atsisakoma dėl įvairių priežasčių. Informantai pastebi, kad tam tikros vaistų grupės yra nemėgstamos vyresnio amžiaus asmenų dėl vaistų sukeliama šalutinio poveikio:

<...> kardiologiniai pacientai, jiems su amžiumi jau yra širdies nepakankamumas, jiems skiriami diuretikai. Nu, žiauriai jų nemėgsta. Už tai, kad išgėrus, reiškia, jie truputį dažniau į tualetą palakstyti turi.<...> vaikšto su ištinusiom kojom, nesvarbu, kad dūsta, bet, nu, jiems tiesiog nepatinka. (16)

Savavališkai vaistų vartojimas nutraukiamas ir dėl lėtinės ligos valdymo neišmanymo. Tai atvejai, kai tik pajutus pagerėjimą nustojama gerti vaistus, neįvertinant to, kad medikamentinis lėtinės ligos valdymas turi būti atliekamas nuolatos („Susireguliuoja spaudimas – nustoja vaistus gert. Yra pakankamai nemažai tokių pacientų ir paskui, kai gaunasi sekantis paūmėjimas, būna dar blogiau“ (1)). Be atsisakymo vartoti medikamentus, vyresnio amžiaus pacientai juos gali savavališkai iškeisti į maisto papildus. Informantės citata atskleidžia, kad vyresnio amžiaus pacientus itin lengvai paveikia reklama. Tikėdamas reklamuojamo preparato efektyvumu, dažnas jų medikamentus pakeičia maisto papildais:

Vyresnio amžiaus pacientai išsiskiria tuo, kad jie turi daug laiko ir sėdi, ir žiūri visas reklamines laidas. Lanko vaistines ir tenai labai irgi puikiai vyksta akcijos įvairios, <...> O paskui jiems siūlo papildus, <...> Viską tą išbando ir dideliais kiekiais prisiperka tų papildų <...>. (2)

Dar viena savigydos forma yra savavališkas „liaudies medicinos“ praktikuojimas, taip pat įvairiausių nepatikimų, neadekvačių būklei priemonių išmėginimas:

<...> su bronchine astma. Gydėsi kažkokiais liaudiškais preparatais ir... O vaistus, kuriuos išrašydavau, išmesdavo. Ir paskui buvo, kur ilgą laiką nėjo susigaudyt, kas ten yra. Kodėl blogai jaučiasi. O po to, kaip prisipažino, kad vaistų negėrė. <...> Kenkia sau. Buvo tokių atvejų. Pienių šaknis, arbatą darosi nuo cholesterolio. Sakė labai neblogai veikia. (1)

Visi nukrypimai nuo gydytojo paskirto gydymo plano, informantų teigimu, ne tik apsunkina asmens gydymą, nes ŠG ieško priežasčių, kodėl paskirtas gydymas neveikia. Savigyda neigiamai veikia ligonio savijautą, maža to, gali ne tik paaštrinti LL simptomus, bet ir būti pavojinga asmens gyvybei.

Visos vyresnio amžiaus pacientų asmenine iniciatyva atliekamos gydymo plano korekcijos siejasi su dar vienu ŠG įvardytu trikdžiu – **pacientų negebėjimu kritiškai įvertinti ir atsirinkti informacijos**. ŠG pažymi, kad vyresnio amžiaus pacientai sukaupia daug įvairiausių informacijos, susijusios su LL priežiūra. Šiuo atveju reiškiasi tam tikras paradoksas – viena vertus, teigiama, kad disponavimas žiniomis, susijusiomis su SLLV, yra privalumas, padedantis lengviau įgyvendinti medikamentinį LL valdymą, simptomų kontrolę, taip pat įveikti ir kitus LL sukeltus psichosocialinius iššūkius bei apribojimus (<...> yra geriau, kada pacientas domisi, žmogus turi pats domėtis, labai tada... lengviau dirbt, nes, kada jisai visko prisirenka, jam tada lengviau paaiškinti, ką naudok, ko nenaudok, ką aš galiu padėti <...> (7)). Tačiau įvairiausio

pubūdžio su liga ir sveikata bei jos priežiūra susijusiai informacijai tapus lengvai prieinamai, pacientai tarsi pasiklysta šioje gausoje. Problema kyla tuomet, kai neįvertinama, ar medijose aptariamas arba socialinių ryšių tinklo nario rekomenduojamas gydymo metodas yra adekvatus asmens būklės atžvilgiu. Įgyjamas neprofesionalus žinojimas įgalina asmenį ne tik savarankiškai koreguoti gydymo planą, bet ir konfrontuoti su profesionaliu gydytojo išmanymu. Pacientas gali nesutikti ne tik su paskiriamu gydymu, bet ir su ligos diagnoze („Daug ateina pasiskaitę internete, <...> jau su diagnozėm. „Man tas ir tas, kodėl gydymas tas, kodėl rašot šita?“ (9).) Neprofesionalus lėtinės ligos priežiūros išmanymas, o ypač domėjimasis medikamentiniu ligos valdymu tam tikrais atvejais tampa iššūkiu medikui:

Jeigu skaito tuos lapelius ir prisitaiko, kas ten parašyta, būna sunku. Tada prisiskaito internete, jeigu tas šalutinis poveikis yra <...> Tiesiog negeria vaisto. Ateina ir sako: „Čia paskaičiau, šitas man netinka“. (1)

Citata atskleidžia, kad vyresnio amžiaus pacientas, pasiskaitęs apie galimą šalutinį medikamentų poveikį, yra linkęs atsisakyti mediko skiriamų vaistų.

Dar vienas barjeras, trukdantis padėti vyresnio amžiaus pacientams lėtinės ligos valdymo proceso metu, yra **nesutarimas tarp ŠG ir paciento, kas turi prisiimti atsakomybę** už paciento sveikatos būklę bei už SLLV:

<...> nenoras dirbti su savimi. Nenoras stengtis. Jie įsivaizduoja, kad gydytojas ar kažkas tais kitas už juos turėtų padaryti. Senyvam amžiui tie pakitimai yra gilesni. Žmogus nu jau nėra taip lengvai gydomas. Ir jis nededa jokių pastangų. <...>, tarkim, profilaktinis darbas arba tam tikras elgesys ligos metu. Viršsvoris juk pas daug ką yra, tai didžioji dalis nesuvokia, kad jis turėtų judėti. Nesuvokia, kad turėtų valgyti atitinkamai, nu ir nuolaidžiauja sau. <...>. (2)

Vyresnio amžiaus paciento noras, kad atsakomybę už jo gerą savijautą prisiimtų tik gydantis specialistas, informantų įvardijamas ne tik kaip savarankiško lėtinės būklės priežiūros neįgyvendinimo sąlyga, bet ir kaip frustraciją dėl medicininės sąveikos keliantis veiksnys. Dėl to medikai jaučia nusivylimą, beprasmybės jausmą („rankos nusvyra ir būna, kad pikta būna.“ (4)), o vyresnio amžiaus pacientas – nepasitenkinimą mediko atliekamam darbu („Ir aišku po to kaltas gydytojas, kad prastai gydė“ (7)). Kaip pažymi informantai, atsakomybės perkėlimas medikui susijęs su daugeliu veiksnių: vyresnio amžiaus paciento turētu išsilavinimu ir sukauptomis žiniomis apie lėtinę ligą („Jeigu buvo išsilavinęs žmogus, <...> Jie tikrai kitaip žiūri savo ligą.“ (17)), motyvacija („Išrašiau vaistus ir aiškinu, kaip juos vartoti. O žmogus

man: „Tai ačiū, aš jau eisiu, man serialas pusę keturių“ (5)), nenoru keisti įprastą gyvenimo būdą (O seni tai, ką jau čia: „Aš be lašinių neužmiegu ir viskas“. Ir tai diabetikai kartais būna nu tai ką padarysi, taip jau būna“. (17)). Tyrimo duomenys atkleidžia, kad vyresnio amžiaus pacientai nėra linkę bendradarbiauti su mediku SLLV metu ar apskritai rūpintis savo sveikata, dėl įsitikinimo, kad netrukus juos ištiks mirtis:

<...> jeigu yra kažkokie ten ant ribos cholesterolis, turi aiškint, kad, vat, nu, žinot, jum reikia dietą koreguoti. Jisai sako: „Tai kam man koreguoti, taigi aš tiek metų atgyvenau, čia dabar? Dar kokius penkis atgyvensiu ir bus gerai. O kam man čia koreguot ir vargt dabar?“ (4)

Senyvas amžius ir su juo siejama gyvenimo pabaiga pacientui tampa pasiteisinimu, dėl to nesiryžtama imtis aktyvių sveikatą stiprinančių veiksmų, keisti nusistovėjusį ir patogų gyvenimo būdą.

Galiausiai esti dar vienas barjeras, trukdantis įtraukti vyresnio amžiaus pacientus į SLLV – tai pernelyg **trumpas konsultacijos laikas**. Informantų teigimu, LL priežiūros atveju numatytas konsultacijai laikas nėra adekvatus ir pakankamas, kad būtų galima atlikti visas reikiamas procedūras. Tyrimo duomenys atskleidžia, kad medikai turi susikurti tam tikrą strategiją ir kruopščiai planuoti savo laiką bei veiksmus, kad suteiktų reikiamą medicininę pagalbą:

Paskirta priėmimui penkiolika minučių, bet kada ateina senyvas žmogus, jis kol nusirengia, kol pasiruošia, kol mes paklausiam, kol jis sugalvoja ką atsakyti tai tenka ir nurengti padėti, ir aprengti padėti. <...> Vaistai išrašoma iki penkiolikos. Kadangi labai daug ligų yra, kiekviena liga yra gydoma ir žinoma, kai jis ateina mum darosi šiek tiek neramu. Nu ir ką, jis turi žmoną, prašom, kad gal abu pasiimtu taloną. Dėl to, kad, kai jis vaikšto vienas, tai mum reikia viską pačiom. (3)

Pirmiau pateiktoje citatoje išryškėja, kaip medikė apsieina su itin sudėtingos būklės vyresnio amžiaus pacientu. Tam, kad suteiktų kokybišką pagalbą, informantė paskiria du vizito laikus, taip pat atlieka ir netiesiogines mediko funkcijas – be gydymo paskyrimo, konsultavimo, ji asistuoja vyresniam asmeniui, padėdama jam apsirengti. Per 15 konsultacijai skiriamų minučių medikai privalo užpildyti su vaisto skyrimu susijusius dokumentus bei įvertinti pagrindinius paciento sveikatos parametrus (pamatuoti pulsą, kraujo spaudimą, paklausti plaučių ir pan.), paskirti reikiamus tyrimus ir apžvelgti jų rezultatus. Dar ŠG turėtų konsultuoti pacientą apie sveiką gyvenimo būdą. Greta medicininių funkcijų atlikimo ŠG turi išlaikyti mandagų bendravimo stilių („Bent į akis pacientui pasižiūrėti“ (9)), atlikti platesnę

paciento situacijos analizę („pirmiausia prieš rašydama vaistus klausi, ar turės už ką nusipirkt“ (17)). Galiausiai išsiaiškinti, ar negaluojančios vyresnio amžiaus asmuo suprato jam pateiktą informaciją. Visi informantai pabrėžė, kad reglamentuota konsultacijos trukmė nėra adekvati, kai dirbama su LL sergančiais vyresnio amžiaus asmenimis. Tam tikrais atvejais šio laiko užtenka tik dokumentacijai ir paciento apžiūrai atlikti, o paciento švietimui, sveiko gyvenimo būdo propagavimui, motyvavimui, kurie būtini įtraukiant pacientą į SLLV procesą, laiko nepakanka („Neužtenka 15 minučių. <...> ateina tai daug sunkių ligonių, kur ten daugybė, daugybė reikalų. Tai tada ten niekaip.“ (13))

Vadinasi, vyresnio amžiaus paciento įtraukimas į SLLV procesą gali neįvykti dėl paties paciento nenoro tapti aktyviu savo sveikatos priežiūros dalyviu. Taip pat dėl reikiamų kompetencijų neturėjimo, pavyzdžiui, kritiškai atsirinkti su sveikata ir gydymusi susijusią informaciją, motyvacijos trūkumu. Taip pat dėl su amžiumi susijusių nuostatų internalizavimo, nedisponavimo reikiama SLLV materialiniais ištekliais. Sveikatos priežiūros institucijos veiklos reglamentavimas tampa barjeru, trukdančiu įtraukti ir skatinti SLLV. Neadekvati numatyta konsultacijos trukmė neleidžia medikams vystyti paciento įtraukimo praktikų.

Apibendrinimas ir diskusija

ŠG taikomų pacientų įtraukimo į SLLV praktikų ir šį procesą apsunkinančių veiksnių tyrimo rezultatai parodė, kad savarankiškas lėtinės ligos valdymas yra reikšminga LL gydymo dalis, kurioje aktyviai veikti turi ir ligonis. SLLV atveju medikas ir sergantis asmuo sudaro tandemą. Pastebima, kad šis tandemas ne visuomet darniai veikia. Atlikto tyrimo rezultatai atskleidė, kad ŠG taiko įvairias paciento įtraukimo į SLLV praktikas, kurios reiškiasi tarpasmeniniu (gydytojo ir paciento), instituciniu bei nacionaliniu lygmenimis, ir kiekvienu atveju susiduriama su tam tikrais apribojimais.

Tyrimo rezultatai atskleidė, kad konkrečios praktikos pasirinkimas priklauso nuo individualios sergančio asmens situacijos, kruopščiai įvertinant ne tik sveikatos būklę, aiškinamasi, kaip pats asmuo suvokia savo ligą, tačiau atsižvelgiant ir į platesnes aplinkybes, įvertinant, ar asmuo turi reikiamų materialinių išteklių, bei identifikuojant socialinių ryšių tinklo narį, galinčius įsitraukti į LL valdymo procesą. Šio, kaip ir Blakemano ir kt. (2006), tyrimo rezultatai atskleidė, kad ŠG, teikdami medicinines paslaugas LL sergantiems vyresnio amžiaus asmenims, taiko į pacientą orientuotą modelį, kuris leidžia ne tik visapusiškai įvertinti paciento situaciją, bet ir parinkti adekvatų jo atveju medicinos pagalbos būdą.

Įvairaus pobūdžio ir skirtingomis formomis pateikiama informacija yra pagrindinė ŠG taikoma pacientų įtraukimo į SLLV praktika, galinti suteikti tam tikrą LL priežiūros namuose struktūrą (Coleman, Newton 2005; Blakeman et al. 2006). Be informacijos apie gydymą suteikimo, medikai taip pat siekia šviesti vyresnio amžiaus pacientus apie sveiką gyvenimo būdą, mitybos režimo keitimą, žalingų įpročių atsisakymą. Elissen bei kolegų (2013) atlikto tyrimo rezultatai atskleidžia, kad LL sergančių pacientų švietimas yra svarbi bei paplitusi SLLV paskatinimo forma ir kitose Europos šalyse. Skirtingai nei šio tyrimo rezultatai, kurie atskleidžia, kad švietėjišką veiklą atlieka šeimos gydytojas konsultacijos metu, Elissen ir kt. (2013) tyrimo rezultatai rodo, kad į šią veiklą gali būti įtraukiami ir kiti sveikatos priežiūros įstaigoje dirbantys specialistai, bendruomenės nariai, apmokyti pacientai. Dėl medicininės sąveikos vykstantis informacijos pateikimas nėra vienpusis, nes ne vien medikas turi žinių apie LL gydymo galimybes. Įvairaus pobūdžio su sveikata ir gydymusi susijusiai informacijai tapus lengvai prieinamai, vyresnio amžiaus pacientas nuolatos papildo savo neprofesionalų žinojimą. Šio tyrimo rezultatai atskleidė, kad neprofesionalus paciento žinojimas, susijęs su liga, sveikata ar jos išsaugojimu, nors yra įvardijamas kaip SLLV, galintis būti naudingas (McWilliam 2009), tam tikrais atvejais gali apsunkinti šeimos gydytojo ir vyresnio amžiaus paciento medicininę sąveiką. Disponavimas žiniomis sudaro galimybes pacientui savarankiškai atlikti lėtinės ligos valdymą, tačiau nekritiškai pritaikoma informacija taip pat susijusi ir su savigyda, kuri gali būti žalinga asmens sveikatai.

Tyrimo rezultatai rodo, kad atsakomybės pasidalijimas yra būtina sąlyga savarankiškam lėtinės ligos valdymui, nes su varginančiais LL paūmėjimo simptomais asmuo priverstas susidurti kiekvieną dieną. Tad svarbu, kad būtų įgyvendinamas atsakomybės tarp mediko ir paciento paskirstymas (McWilliams 2009; Clarke, Bennett 2012). Šio tyrimo rezultatai papildo Wallace ir kolegų (2015) bei Eimanto Peičiaus ir Agnės Kučinskaitės (2014) tyrimų rezultatus. Akivaizdu, kad atsakomybės dalybos nevyksta sklandžiai, daugelis vyresnio amžiaus pacientų nenoriai dalyvauja ne tik sprendimų priėmimo procese, bet ir neprisiima atsakomybės už savo sveikatos būklę. Vyresni pacientai atsakomybę už gydymą ir sveikatos būklės pokyčius linkę deleguoti ŠG, pasak kurių, toks paciento nusišalinimas reiškia, kad SLLV bus atliekamas fragmentiškai, sveikatos būklė blogės, o pacientas nusiųs ŠG jam paskirtu gydymu.

Vienas reikšmingų barjerų, ribojančių šeimos gydytojų pastangas įtraukti vyresnius pacientus į SLLV procesą, yra medicininį paslaugų teikimo reglamentavimas. Šio tyrimo duomenys papildo kitų tyrimų (Elissen et al. 2013; Wallace et al. 2015) rezultatus, kurie atskleidžia, kad

neadekvati LL atveju medicininės konsultacijos trukmė apunkina, o tam tikrais atvejais ir visai neleidžia ŠG praktikuoti paciento įtraukimo į ligos valdymą.

Galiausiai tyrimo duomenys leido pastebėti, kad tai, ar LL sergantis asmuo (ne)įsitrauks į SLLV procesą, yra susiję su visuomenėje paplitusiomis asmens chronologinio amžiaus interpretacijomis. Visuomenėje vyraujančios nuostatos apie tai, kad prasta sveikata ir/ar liga yra neatimama senėjimo proceso dalis, gali paskatinti abi tandemo puses (tiek vyresnio amžiaus pacientą, tiek gydytoją) nebesiekti veiksmingo paciento įsitraukimo į SLLV. Pacientas tokiu atveju LL gali suvokti kaip „tikėtiną biografijos dalį“ (Faircloth et al. 2004, 256), kas nesukels „biografinio pertrūkio“ (Bury 1982), o gydytojas, tikėtina, dės mažiau pastangų įtraukti vyresnio amžiaus pacientą į SLLV.

Literatūra

- Adams, W. L., McIlvain, H. E., Lacy, N.L., Magsi, H., Crabtree B. J., Yenny Sh., Sitorius, M.A. 2002. “Primary Care for Elderly People: Why do Doctors Find it so Hard?” *The Gerontologist* 42 (6): 835–842.
- Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A., Hainsworth, J. 2002. “Self-management Approaches for People with Chronic Illness: A Review.” *Patient Education and Counseling* 48 (2): 177–187.
- Blakeman, T., Bower, P., Reeves, D., Chew-Graham, C. 2010. “Bringing Self-management into Clinical View: A Qualitative Study of Long-term Condition Management in Primary Care Consultations.” *Chronic Illness* 6 (2): 136–150.
- Blakeman, T., Macdonald, W., Bower, P., Gatley, C. 2006. “A Qualitative Study of GPs’ Attitudes to Self-management of Chronic Disease.” *British Journal of General Practice* 56 (527): 407–414.
- Bury, M. 1982. “Chronic Illness as Biographical Disruption.” *Sociology of Health and Illness* 4 (2): 167–182.
- Bury, M. 1991. “The Sociology of Chronic Illness: a Review of Research and Prospects.” *Sociology of Health and Illness* 13 (4): 451–468.
- Charmaz, K. 1983. “Loss of Self: a Fundamental Form of Suffering in the Chronically Ill.” *Sociology of Health and Illness* 5 (2): 168–195.
- Clarke, L.H., Bennet, E. 2012. “Constructing the Moral Body: Self-care among Older Adults with Multiple Chronic Conditions.” *Health* 17 (3): 211–228.
- Coleman M. T., Newton K. S. 2005. “Supporting Self-management in Patients with Chronic Illness.” *American Family Physician* 72 (8): 1503–1510.
- Elissen, A., Nolte, E., Knai, C., Brunn, M., Chevreur, K., Conklin A., Durand-Zaleski, I., Erler, A., Flamm, M., Frölich A., Fullerton, B., Jacobsen R., Saz-Parkinson, Z., Sarria-Santamera, A., Sönnichsen, A., Vrijhoef, H. 2013. “Is Europe Putting Theory

- into Practice? A Qualitative Study of the Level of Self-management Support in Chronic Care Management Approaches.” *BMC Health Services Research* 13: 117.
- Faircloth, C.A., Boylstein, C., Rittman, M., Young, M.E., Gubrium, J. 2004. “Sudden Illness and Biographical Flow in Narratives of Stroke Recovery.” *Sociology of Health and Illness* 26 (2): 242–261.
- Furler, J., Walker, Ch., Blackberry, I., Dunning, T., Sulaiman, N., Dunbar, J., Best, J., Young, D. 2008. “The Emotional Context of Self-management in Chronic Illness: A Qualitative Study of the Role of Health Professional Support in the Self-management of Type 2 Diabetes.” *BMC Health Service Research* 8: 214.
- Glasgow, R. E., Davis, C. L., Funnell, M. M., Beck, A. 2003. “Implementing Practical Interventions to Support Chronic Illness Self-management.” *The Joint Commission Journal on Quality and Safety* 29: 563–574.
- Higashi, R., Tillack, A. A., Steinman, M., Harper, M., Johnston, B., 2012. “Elder Care as “Frustrating” and “Boring”: Understanding the Persistence of Negative Attitudes toward Older Patients among Physicians-in-training.” *Journal of Aging Studies* 26: 476–483.
- Kelly, M.P., Field, D. 1996. “Medical Sociology, Chronic Illness and the Body.” *Sociology of Health and Illness* 18 (2): 241–257.
- Kralik, D., Koch, T., Price, K., & Howard, N. 2004. “Chronic Illness Self-management: Taking Action to Create Order.” *Journal of Clinical Nursing* 13: 259–267.
- Lesauskaitė, V., Macijauskienė, J. 2004. „Biologinio senėjimo socialinės pasekmės.“ Iš *Socialinė gerontologija: ištakos ir perspektyvos*. N. Večkienė (red), 62–84. Kaunas: Vytauto Didžiojo universitetas.
- Lorig K., Holman H. 2000. “Patients as Partners in Managing Chronic Disease. Partnership is a Prerequisite for Effective and Efficient Health Care.” *British Medical Journal* 320 (7234): 526–527.
- Lorig K., Holman H. 2003. “Self-management Education: History, Definition, Outcomes and Mechanisms.” *Annals of Behavioral Medicine* 26 (1): 1–7.
- McWilliam, C.L. 2009. “Patients, Persons or Partners? Involving those with Chronic Disease in their Care.” *Chronic Illness* 5 (4): 277–292.
- Morgan, L. Kunkel, S. 2007. *Ageing, Society and the Life Course*. (3rd edition). Springer Publishing Company. New York.
- Nettleton, S. 2006. *The Sociology of Health and Illness*. Cambridge; Malden, Mass.: Polity Press.
- Nolte, E., Knai, C., Saltman, R. 2014. *Assesing Chronic Disease Management in European Health Systems: Concepts and Approaches*. Geneva: European Observatory on Health Systems and Policies.
- Nolte, E., McKee, M. 2008. *Caring for People with Chronic Conditions: a Health Systems Perspective*. WHO, Geneva: European Observatory on Health Systems and Policies.
- Ong, B. N., Jinks, C., Morden, A. 2011. “The Hard Work of Self-management: Living with Chronic Knee Pain.” *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being* 6 (3). Article: 7035.

- Peičius, E., Kučinskaitė, A. 2014. „Lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis sergančių pacientų dalyvavimas priimančioms sveikatos priežiūros sprendimams: kokybinio tyrimo analizė“. *Sveikatos mokslai*, Priedas Nr. 1, 90–97.
- Pierret, J. 2003. “The Illness Experience: State of Knowledge and Perspectives for Research.” *Sociology of Health and Illness* 25 (3): 4–22.
- Prior, L. 2003. “Belief, Knowledge and Expertise: The Emergence of the Lay Expert in Medical Sociology.” *Sociology of Health and Illness* 25 (3): 41–57.
- Richard, A. A., Shea, K. 2011. “Delineation of Self-care and Associated Concepts.” *Journal of Nursing Scholarship* 43: 255–264.
- Rijken, M., Jones, M., Heijmans, M., Dixon, A. 2008. “Supporting Self-management.” In *Caring for People with Chronic Conditions. A Health System Perspective*, ed. E. Nolte, M. McKee, 116–142. New York, NY: Open University Press.
- Sheridan, N., Kenealy, T., Kidd, J., Schmidt-Busby, J., Hand, J., Raphael, D., McKillop, A., Rea, H. 2012. “Patient’s Engagement in Primary Care: Powerlessness and Compounding Jeopardy. A Qualitative Study.” *Health Expectations* 18: 32–43.
- Schulman-Green, D., Jaser, S., Martin, F., Alonzo, A., Grey, M., McCorkle, R., Redeker, N. S., Reynolds, N., Whittemore, R. 2012. “Process of Self-Management in Chronic Illness.” *Journal of Nursing Scholarship* 44 (2): 136–144.
- Strauss, A., Corbin, J. 1985. “Managing Chronic Illness at Home: Three Lines of Work.” *Qualitative Sociology* 8 (3): 224–247.
- Strauss, A., Corbin, J. 1990. *Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques*. Newbury Park: Sage.
- Thorne, S., Paterson, B. L., Russell, C. 2003. “The Structure of Everyday Self-care Decision Making.” *Qualitative Health Research*, 13 (10): 1337–1352.
- Townsend, A., Wyke, S., Hunt, K. 2006. “Self-managing and Managing Self: Practical and Moral Dilemmas in Accounts of Living with Chronic Illness.” *Chronic Illness* 2 (3): 185–195.
- Wallace, E., Salisbury, Ch., Guthrie, B., Lewis, C., Fahey, T., Smith, S. M. 2015. “Managing Patients with Multimorbidity in Primary Care.” *British Medical Journal* 350:h176.
- WHO 2011. *Scaling up Action against Noncommunicable Diseases: How Much will it Cost? 2011*. Prieiga per internetą: http://who.int/nhm/publications/cost_of_inaction/en/
- Young, J. T. 2004. “Illness Behaviour: a Selective Review and Synthesis.” *Sociology of Health and Illness* 26 (1): 1–31.

Gauta 2018 02 10

Priimta 2018 04 25

DOVILĖ DAUGĖLIENĖ
SARMITĖ MIKULIONIENĖ

Self-management of Chronic Illness: Practices and Challenges of Older Patients' Involvement

Summary

Self-management is the key response to chronic illness associated with positive outcomes such as improved health, maintained functional status and better quality of life. Self-management could be understood as a number of related actions performed by an ill person in order to overcome physical, social and psychological restraints of an illness. Medical management is an important part of self-management of chronic illness and it is common activity between ill person and general practitioners (GP). This article presents qualitative research results, the aim of which was to disclose GP's self-management support practices and barriers that inhibit their attempts when medical services are provided to elderly people. Research was conducted in Kaunas city (Lithuania) in 2014. Data were collected and analyzed on the basis of grounded theory (Corbin, Strauss 1990). Seventeen semi-structured in-depth interviews with GP were conducted. The results reveal that self-management support is implemented in various ways. Some practices actualize it in interpersonal (GP-patient) level: information provision, education, motivation, and delegation of responsibilities. Some do it at institutional level (institution of primary health care) by organizing events and lectures. National prevention programs are also important part of self-management support. One of the biggest challenges which limits GP's self-management support practices is a limited time for consultations. Fifteen minutes which is a common length of GP's consultation in Lithuania is not enough when doctors face older adults with serious chronic illnesses. Other circumstances such as unmotivated patients, internalized stereotypes about old age, lack of resources, skills and knowledge needed for self-management, and unwillingness to take responsibility for treatment are also identified as barriers for self-management.

Keywords: self-management of chronic illness, older age patient, general practitioner, qualitative study.