

KULTŪRA, SENĖJIMAS IR EUTANAZIJOS KLAUSIMAI LIETUVOS PSICHIATRIJOJE

P. RUDALEVIČIENĖ¹, A. NARBKOVAS^{2,3}

¹Vilniaus miesto Psichikos sveikatos centras, ²Vytauto Didžiojo universitetas,

³Mykolo Romerio universitetas

Raktažodžiai: kultūra, senėjimas, eutanazija, psichopatologijos simptomai, dvasinės vertybės.

Santrauka

Kultūra, senėjimas ir eutanazijos klausimai yra tarpusavyje susiję. Kultūriniai faktoriai turi itakos psichikos sveikatai senatvėje ir psichopatologijai išsivystyti. Dvasinės vertybės yra lemiamos svarstant ir vertinant eutanazijos klausimus seniems sergantiems ir slaugomiems ligoniams.

Senatvė yra mūsų visų ateitis ir mūsų pačių rūpestis, ir yra tokia, kokią ją kuriame iš kartos į kartą. Požiūris į seną žmogų atspindi visuomenės vertybes ir santykius: bendražmogiškus santykius, santykius tarp kartos atstovų, artimų žmonių, visuomenės sluoksnių, ir yra šalies kultūros dalis. Antropologai kultūrą apibrėžia kaip gyvenimo būdą, kurį apsprendžia išmokyto elgesio stereotipai, perduodami iš kartos į kartą kalbos bei pavyzdžių dėka, tokiu būdu mūsų senatvė yra tokia, kaip mes išmokome vaikus elgtis su senais žmonėmis [1-3].

Psichiatrijos mokomosios knygos brandų amžių (suaugusiųjų) skirsto į tris periodus: ankstyvas brandus amžius (nuo 20 iki 40 metų), vidurinysis (nuo 45 iki 65) ir vėlyvasis, arba senatvė (nuo 65 metų). Kiekvienas laikotarpis turi savo sveikatos, elgesio, gyvenimo būdo bei galimybių ypatumus, kurie nemaža dalimi priklauso nuo kultūrinių savybių bei vertybių. Tai ypač atspindi galimybes sename amžiuje bei seno žmogaus savijautą ir vertę tarp šalia esančių.

Šio tyrimo tikslas buvo nustatyti, kokie senų sergančių ir slaugomų pacientų psichopatologijos simptomai sutinkami psichiatro konsultacijos metu somatinėse ir slaugos ligoninėse, ir koks yra ligoniui artimų žmonių požiūris į eutanaziją. Rasta, kad a) džiaugsmo praradimas tarp seno amžiaus slaugomų ligonių sudarė 100%; po jo sekė nerimo jausmas, liūdna nuotaika, interesų praradimas, beviltiškumas; b) mišrus nerimo ir

depresijos susirgimas buvo labiausiai paplitęs (60 proc.) tarp slaugomų seno amžiaus pacientų; c) tik mažiau nei penktadalis (18 proc.) seno amžiaus slaugomų pacientų artimųjų pasisakė už eutanaziją.

ĮVADAS

Lietuvos vardas rašytiniuose šaltiniuose yra minimas pirmajame amžiuje po Kristaus gimimo, taigi Lietuva yra suformavusi galias kultūrinės tradicijas, papročius. Lietuvišką dvasią charakterizuoja tokie jausmai kaip lietuviškos dvasios charakteristikos: prisirišimo jausmas, meilė Tėvynei, Dievui, meilė artimui, šeimos nariams, meilė tėvams. Būdinga ieškoti meilės jausmo atspindžių lietuviškoje mąstysenoje, gyvenimo būde, elgesyje, lietuviškuose santykiuose ir geismuose. Tokios yra mūsų šaknys. Lietuva pasauliui žinoma gražių poetinių sinonimų vardu: „Kryžių šalis“, „Marijos žemė“. Kryžių kalnas – unikalus ir vienintelis pasaulyje – tarptautinėje psichiatrų bendruomenėje žinomas kaip Lietuvos dvasingumo simbolis.

Dar viena lietuviško identiteto charakteristika yra pagarba senam žmogui. Lietuvių kultūroje nuo seno gerbtas žilas plaukas, senolių išmintis [4, 5].

Deja, šiandien mes nebegalime didžiuotis, kad šis jausmas neišblėsęs. Šiandien Lietuvoje seno žmogaus statusas pirmiausia yra apibūdinamas kaip našta. Našta jaunimui, savo anūkams, našta šeimos nariams, gydytojams, našta visoms partijoms ir vyriausybei. Psichiatro kabinete, atlydėję seną artimą ir brangų žmogų, artimieji su nerimu teiraujasi, kas bus toliau ir kur tą seną žmogų padėti, kaip jį prižiūrėti. Artimieji skundžiasi patys tapę ligoniais, priežiūrai aukodami savo laiką, sveikatą, interesus.

Senam žmogui, gyvenančiam tarp mūsų, šiandien prabangos dalyku yra tapęs geras šiltas žodis. Lengviau yra gauti paskyrimą vaistams. Psichoterapinių ar dvasinių intervencijų nepakanka, moksliniai tyrimai šioje srityje taip pat yra palikti be dėmesio, tik privačiai iniciatyvai.

Politiniai ir ekonominiai pasikeitimai transformuoja

Lietuvos kultūrą, gyvenimo būdą, jausmus bei vizijas. Pastarojo laikotarpio tarptautiniuose psichiatrų kongresuose, kuriuose lietuvių delegacijos jau gausiai dalyvauja, akcentuojama humanizmo svarba psichiatro darbe [6-8]. Iškeliama į garbingas viršutines pozicijas senos amžinos tiesos apie žmogišką jausmą, kaip savaime turintį gydomąją galią. Tokiu pačiu būdu signalizuojama, kad žmogiškumo tarp psichiatrų stokojama. JAV psichiatrijos profesorius H. Fabrega kelia dvasingumo sugrąžinimą į psichiatrijos teoriją bei praktiką ir akcentuoja, kad keliami vis didesni reikalavimai psichiatro asmenybės dvasingumui [9-14].

Meilė artimui – viena iš svarbių psichikos sveikatos šaltinių – yra deklaruojama iš psichiatrijos kongresų tribūnų bei mokslinėje spaudoje [5, 14-20]. Senėjimas yra gyvenimo dalis. Havajų universiteto psichiatrijos profesorius Tseng savo naujojoje kultūros psichiatrijos mokomojoje knygoje apibūdina, kad senas amžius yra periodas, kuriame vis dar vyksta intelektualinis, emocinis bei psichologinis tobulėjimas [3]. Tačiau daugeliu atvejų somatinės ligos, draugų bei artimųjų mirtys gali užkirsti kelią socialinėms interakcijoms. Patirtis, kad vis dažniau tenka išgyventi skausmingą izoliacijos jausmą, tokiems asmenims formuoja polinkį depresuoti.

Sename amžiuje tampa sunkiau puoselėti sveiką psichohigieną, sveiką psichodinamiką ir kovoti su senėjimu. Vis mažiau gaunama ir tikimasi džiaugsmo, altruizmo ženklų, vis mažiau vietos gyvenime užima humoras [3, 21].

Stresą senatvėje sukelia [22-24]:

- a) socioekonominė šalies politika, paliečianti seną žmogų asmeniškai;
- b) išėjimo į pensiją laikotarpis, kada užleidžiamos profesinės pozicijos, o kartu prarandamas kolektyvas, kontaktai, profesiniai bei žmogiškieji ryšiai, kolegos, draugai;
- c) stresą kelia seksualinio aktyvumo ir galimybių paradimas;
- d) priklausomybė nuo globėjų malonės;
- e) emocinės problemos.

Šie veiksniai yra svarbūs įvairiose šalyse ir kultūrose. Skirtumas apsprendžia kiekvienos šalies socialinė pozicija senų žmonių atžvilgiu [3]. Po pasaulį išsibarstę susikibę už rankų keliaujantys amerikiečių senukai ar senų japonų turistų grupės. Tuo tarpu 80-mečius Lietuvos inteligentus, aristokratijos atstovus galima pamatyti nebent gerontologijos pensionatuose. Gatvėse jie retai sutinkami. Jie nebūna ir vakarėlių, pobūvių ar kultūrinių priemonių dalyviai. Lietuvos kultūros hierarchai turėjo nemažai streso, kai Lietuvą aplankiusi 80-metė Didžio-

sios Britanijos karalienė pareiškė norą jai skirtame pobūvyje susitikti su bent dešimčia savo vienmečių. Visi tuo metu laimingi išrinktieji tapo herojais. Kultūriniai skirtumai dramatiškai akivaizdūs.

Senas amžius yra arčiausiai prie natūralios mirties slenkščio. Seni žmonės ima apie mirtį mąstyti, ruošti ir laukti.

Artėjant mirčiai, vienas iš pasvarstomų klausimų tampa ir eutanazijos klausimas [22, 25]. Terminas **eutanazija** pažodžiui reiškia „gera mirtis“ arba „gerai mirti“ (graikų kalboje **eu** - „geras“ ir **thanatos** - „mirtis“). Pavyzdžiui, imperatoriaus Augusto mirtį Svetonijus apibūdina kaip „eutanaziją“ – lengvą, greitą, neskausmingą mirtį, ramų užmigimą. Medikams čia nėra ką veikti. Mirtis ištinka, ji nesukeliama, bet jai ir nekliudoma medicinos intervencijomis. Pagal hipokratiškąją tradiciją artinantis mirčiai gydytojas turi pasitraukti [26].

Šiais laikais „eutanazija“ įgyja kitą reikšmę. Anglų filosofas F. Baconas 1605 m. pavartojo šį terminą, nurodydamas, kad paskutinėmis ligonio minutėmis gydytojo užduotis yra palaikyti pacientą ir palengvinti jo mirties agoniją. Gydytojai turi padaryti mirtį kuo lengvesnę.

Eutanazija įvedama kaip medicinos terminas. Kitaip nei anksčiau medicinos prireikia ligoniui gulint mirties patale. Vadovavimą prie mirties patalo iš kunigo perima gydytojas.

Devynioliktame amžiuje „eutanazija“ įgyja aktyvaus žmogaus gyvybės nutraukimo reikšmę. Atsiranda „švelni mirtis“, „mirtis asmens prašymu“, „teisė mirti“, „malonės mirtis“ ir „marinimas iš gailėsčio“. Kartu su medicinos mokslo raida ir pabrėžiant gyvenimo pratęsimo svarbą nuo 1870 m. imta propaguoti aktyvų gyvybės nutraukimą.

Terminas „eutanazija“ gali turėti labai skirtingų reikšmės niuansų. Olandijos Sveikatos taryba (1972 m.) apibrėžia, kad „eutanazija yra sąmoninga gyvenimą trumpinanti veikla ar sąmoningas gyvenimą pratęsiانčios veiklos neatlikimas nepagydomam pacientui šio interesais“.

1977 m. jau siūlomas apibrėžimas: „pagalba mirti gera mirtimi sąmoningai sutrumpinant mirties procesą“.

Dar po keleto metų, 1982 m. eutanazija jau apibrėžiama kaip „veiksmai, kuriais siekiama sąmoningai užbaigti ar sutrumpinti kito asmens gyvenimą šio prašymu ar šio interesais“ [26].

Eutanazijos apibrėžimai ir toliau yra koreguojami, ieškoma vis naujų, geresnių formuluočių. Vis sunkiau šį terminą teisingai apibrėžti, nes iškyla moralinės problemos, kurios irgi yra vertinamos įvairiai. Ieškoma patei-

sinimo eutanazijos terminui, siekiant suformuluoti, kad tai yra geras veiksmas, nukreiptas į tai, kaip sumažinti kančias pacientui, jo artimiesiems ir tokiu būdu išlaikyti orumą. Tačiau šiuo veiksmu, išoriškai turinčiu atrodyti gražiu ir kilniu, žmogaus orumas ne tik neišlaikomas, bet paniekiamas, sunaikinant pačią prigimtine žmogaus teisę – gyventi – manipuluojant neva kilniais tikslais [27, 28].

Eutanazijos klausimai Lietuvoje yra sąlyginai nauji, jie ateina į mūsų kultūrą kaip tam tikri mirties kultūros ženklai ir yra sutinkami kontraversiškai. Lietuvoje eutanazija neturi legalaus statuso, bet laikas nuo laiko būna audringi debatai šiuo klausimu žiniasklaidoje.

Mūsų šalyje eutanazijos klausimai yra papildomas krūvis mąstymui, priimami kaip invazija į mūsų mąstymą ir sukelia sąmyšį mintyse, santykiuose bei sąžinėje. Mirties kultūra pateikia daug nesusipratimų ir kelia klausimus apie prigimtine žmogaus vertę ir orumą bei sukelia etines problemas ir diskusijas.

Eutanazijos temai neabejinga katalikų Bažnyčia Jono Pauliaus II rašytiniuose darbuose mums paliko žinias: „Eutanazijos aktas tampa dar labiau iškreiptas, jeigu yra atliekamas su giminaičių įsikišimu, tų, iš kurių ypač laukiama kantrybės ir meilės, ar su gydytojų pagalba, kurių profesijos dorybe yra teikti pagalbą labiausiai skausmingose terminalinėse stadijose“ [29].

Gairės gydytojams psichiatriams, kaip elgtis iškilus būtinybei pasisakyti eutanazijos klausimu, yra nurodytos Madrido Deklaracijoje, pasirašytoje 1996 m. X Pasaulinio psichiatrių asociacijos suvažiavimo metu [30]. Ši Deklaracija buvo aprobuota XI PPA suvažiavime Jokohamoje (Japonija) ir patvirtinta PPA Etikos kodeksu. Deklaracijoje yra pastraipa: „Gydytojo pareiga, pirmoji ir svarbiausia, yra sveikatos gerinimas, kančios mažinimas, gyvybės apsaugojimas. Psichiatrai, kurių pacientai dažnai dėl savo ligos būna nekompetentingi priimti sąmoningą sprendimą, turėtų būti labai atsargūs rekomenduodami. Psichiatras turėtų žinoti, kad ligonio būklė gali būti sužalota psichikos ligos, pavyzdžiui, gilios depresijos. Tokioje situacijoje psichiatro vaidmuo yra gydyti ligą [17, 25, 30-32].

Lietuvos psichiatrijoje mirties kultūros ar eutanazijos klausimais diskusijų nebuvo ir nėra išsakyta jokia pozicija.

Darbo tikslas - rasti, kokie seno amžiaus psichopatologijos simptomai sutinkami psichiatro konsultacijos metu somatinėse ir slaugos ligoninėse, ir koks yra ligoniui artimų žmonių požiūris į eutanaziją.

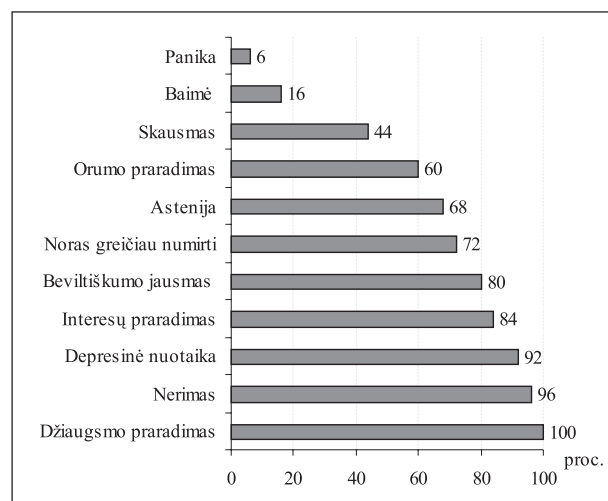
Konsultacijų somatinėse ir slaugos ligoninėse metu buvo pateikti klausimai pacientams, siekiant išsiaiškinti psichopatologiją. Konsultuoti pacientus kvietė jų gydan-tis gydytojas ir indikacijas konsultacijai formuluodavo ligos istorijose. Konsultacijų metu dalyvavo gydantis gydytojas ar personalo asmuo ir kas nors iš pacientų artimųjų. Šiam tyrimui panaudoti 50 pacientų bei jų artimųjų atvejai. Panaudotas klausimynas, specialusis psichiatrinis interviu, kurį naudoja panašiam darbe Kanados liaison psichiatrai bei paliatyvios medicinos gydytojai [7], siekdami išsiaiškinti psichopatologijos simptomus bei dvasinę būseną. Paciento artimiesiems buvo užduodama tik po vieną klausimą: „Ar jūs galvojate, kad eutanazija šioje situacijoje būtų tinkama išeitis?“ Tyrimas atliktas privačios iniciatyvos dėka.

Buvo ištirta 50 sunkiai sergančių ir slaugomų ligonių, kurių amžius nuo 48 iki 84 metų, amžiaus vidurkis 72,7 (standartinis nuokrypis SN 7,1) metų, per pusę tiriamųjų buvo moterys – 27 (54 proc.). Vyrų amžiaus vidurkis – 68,7 (SN 7,4), moterų – 76,1 (SN 4,8) ($p < 0,001$).

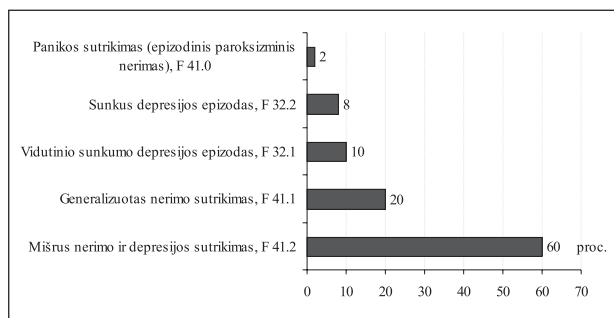
Duomenų statistinei analizei naudotas statistinių programų paketas SPSS 11.5. Buvo analizuojama: kokybinių požymių pasitaikymo dažnis, kiekybinių parametrų aritmetinis vidurkis, vidutinis kvadratinis nuokrypis (SN). Vidurkių lyginimui naudotas Studento t kriterijus. Skirtumas laikytas reikšmingu, kai paklaidos tikimybė $p < 0,05$.

REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS

Visi respondentai nurodė, kad yra praradę džiaugsmo jausmą (1 pav.), toliau sekė nerimo jausmas, liūdna nuo-



1 pav. Sunkiai sergančių psichinės bei dvasinės būsenos simptomų paplitimas.



2 pav. Sunkiai sergančių ligonių psichiatrinį sutrikimų paplitimas.

taika, interesų praradimas, beviltiškumo jausmas.

Remiantis TLK-10 klasifikacija didžiausia pacientų grupė (30 ligonių, 60 proc.) sirgo mišriu nerimo ir depresijos sutrikimu (2 pav.).

Iš penkiasdešimties artimųjų 9 (18 proc.) atsakė manantys, kad eutanazija būtų šioje situacijoje tinkama išeitis ir 41 atsakė "Prieš" (3 pav.).

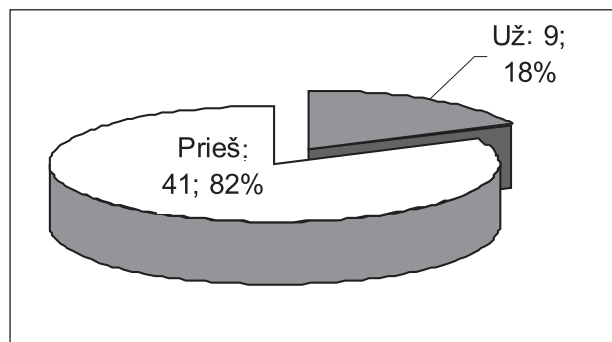
Džiaugsmo praradimas buvo nustatytas visiems respondentams, o tai leidžia daryti prielaidą, kad sergant senatvėje yra rizika netekti vilties, ir tokiu būdu dar labiau ap sunkinti savo kančią. Nėra atlikta tyrimų, kokio svarbumo yra džiaugsmo jausmas senatvėje ir kokios įtakos jis gali turėti sveikatai sename amžiuje, taip pat nėra išsiaiškinta, kas senatvėje teikia džiaugsmą, ar jis turi kokios nors įtakos seno žmogaus orumui. Tokiu būdu tai gali provokuoti ir stiprinti eutanazijos pozicijas, kaip išeities ieškojimą kančiai redukuoti, nes pastaruoju metu Lietuvoje yra manipuliuojama orumo ir kentėjimo motyvais, naudojamais eutanazijai pateisinti. Tai atspindi slaugymo sistemos spragas, kurios atskleidžia per mažą dėmesį dvasinėms slaugomo paciento reikmėms.

Rastas nemažas procentas (60 proc.) slaugomų ligonių, sergančių mišria nerimo ir depresijos liga, parodo dvasinės ramybės bei tvirtumo poreikį, dvasinio palaikymo poreikį, ir leidžia daryti išvadą, kad slaugymo įstaigose dvasinio palaikymo terapija turėtų efektyviau funkcionuoti.

Žymiai mažesnis procentas (18 proc.) slaugomų seno amžiaus pacientų artimųjų pasisakė už eutanaziją, palyginus su pasisakiusiais prieš (82 proc.), kas leidžia daryti išvadą, kad mirties kultūra mūsų šalyje dar neprasiveržė į dominuojančias pozicijas ir yra verta ieškoti būdų jos plitimui pristabdyti, išlaikant pagarbą gyvybei, amžiui, asmenybei.

IŠVADOS

1. Džiaugsmo praradimas nustatytas tarp seno



3 pav. Sunkiai sergančių ligonių giminaičių nuomonė apie eutanaziją.

amžiaus slaugomų ligonių. Po jo sekė nerimo jausmas, liūdna nuotaika, interesų praradimas, beviltiškumas.

2. Mišri nerimo ir depresijos liga buvo labiausiai paplitusi (60 proc.) tarp slaugomų seno amžiaus pacientų slaugymo įstaigose.

3. Mažiau nei penktadalis (18 proc.) seno amžiaus slaugomų pacientų artimųjų pasisakė už eutanaziją.

Literatūra

1. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Kaplan and Sandock's synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences Clinical Psychiatry, Seventh edition. London Munich Sydney Toronto: William & Wilkins; 1994.
2. Littlewood R, Dein S. Cultural psychiatry and medical anthropology: an introduction and reader. London, New Brunswick, New Jersey: The Athlone press; 2000.
3. Tseng Wen-Shing. Hand book of cultural psychiatry. San Diego, London, Boston, New York, Sydney, Tokyo, Toronto: 2001.
4. Maceina A. Raštai IX tomas 15. Vilnius: Margi Raštai; 2004.
5. Rudalevičienė P, Narbekovas A. Politician's moral values and their impact on the mental health of the people. Mutual interaction of spirituality. Parlamento studijos 2006;A(6):101-22.
6. DeFord HA. Medicine and spirituality. Tex Med 2001 Apr;97(4):10.
7. Moller A, Reimann S. Spirituality and existential well-being as topics of research in medical psychology and psychiatry. Fortschr Neurol Psychiatr 2003 Nov;71(11):609-16.
8. Okasha A. Implementations of Psychiatric Ethics across Cultures: the role of WPA. 2005 p. 23-45.
9. Baetz M, Griffin R, Bowen R, Marcoux G. Spirituality and psychiatry in Canada: psychiatric practice compared with patient expectations. Can J Psychiatry 2004 Apr;49(4):265-71.
10. Dein S. Spirituality, psychiatry and participation: a cultural analysis. Transcult Psychiatry 2005 Dec;42(4):526-44.
11. Fabrega H. Cultural psychiatry: international perspectives. Epilogue. Psychiatr Clin North Am 2001;24(3):595-608.
12. Jaspers K. Basic philosophical writings. New York: Humanity Books; 2000.
13. Mohr S, Huguélet P. The relationship between schizophrenia and religion and its implications for care. Swiss Med Wkly 2004 Jun 26;134(25-26):369-76.
14. Pace Ch. Psychiatric care across cultures: a conference

week in Malta. Newsletter 2004;22(1):4-9.

15. Sexson SB. Religious and spiritual assessment of the child and adolescent. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am 2004 Jan;13(1):35-47, vi.

16. Sims M. On-line physician-patient care. Ethics Medics 2005 Feb;30(2):1-3.

17. Steinfeldt-Foss OW. Patient and human rights in light of biopsychosocial developments in psychiatry. Jean Delay prize 2007 p. 1-11.

18. Townsend JM. Cultural conception of mental illness. Chicago: 1978.

19. Turbott J. Religion, spirituality and psychiatry: steps towards rapprochement. Australasian Psychiatry 2004 Jun;12(2):145-7.

20. Vaas R. Introducing Philosophical Psychopathology 46. Human Nature Review 2002;2:433-43.

21. Kaplan HI, Sadock BJ. Typical signs and symptoms of psychiatric illness. In: Kaplan HI, Sadock BJ, editors. Comprehensive Textbook of Psychiatry, 5th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1989.

22. Andrews GR. Cross-cultural studies: An important development in aging research. J Am Geriatr Soc 1989;37(483).

23. Butler R.N. LMI. Aging and Mental Health, 3rd ed. St. Louis: 1982.

24. Sahey B.J. Stress and aging. Int J Psychosom 1988;35(49).

25. de Wachter. Active euthanasia in the Netherlands. JAMA 1989;262(3316).

26. Have HAM, Meulen RHJ, Leeuwen E. Medicinos etika. (Medical ethics.) Vilnius: Charibdė; 2003

27. Narbekovas A. Komoje ir pastovioje nesąmoningoje būsenoje esančių ligonių dirbtinis maitinimas ir skysčių skyrimas. Sveikatos Mokslai 2002.

28. Narbekovas A. Pasyvios eutanazijos ir užsispyrėliško gydymo netaikymo skirtumas. Sveikatos Mokslai 2002.

29. John Paul II. Evangelium Vitae. Vatican City: 1996.

30. World Psychiatric Association. Madrid Declaration. Madrid; 1996.

31. Council of Ethics and Judicial Affairs. Current Opinions. Chicago: American Medical Association; 1992.

32. Rosner F, Rogatz P. Physician-assisted suicide: Committee on Bioethical Issues of the Medical Society of the State of New York. NY State J Med 1992;92(388).

CULTURE, AGING AND EUTHANASIA ISSUES IN LITHUANIAN PSYCHIATRY

P. Rudalevičienė, A. Narbekovas

Summary

Key words: culture, aging, euthanasia, psychopathological symptoms, spiritual values.

Culture, aging and euthanasia issues are dependent from each other. Cultural factors influence mental health of the elderly and the development of psychopathology. Spiritual values appear vital when considering euthanasia issues.

Lithuania is an old country with its traditions, where love in general, love for the Motherland, love for parenthood, love for God has been preoccupying the people's minds, feelings, attitudes and desires.

Respect for old persons has become a part of Lithuanian culture throughout the centuries, however now it's losing its significance and has become more of a burden to the young generation. Different forms of such complain could be heard in psychiatric settings. Old people are being blamed by their family members for their symptoms, which appear in the old age, for taking their time, for demanding their attention, for getting on their nerves. It is becoming a luxury to hear a good word in old age. Political and economic changes are transforming

the Lithuanian culture, aspirations, visions and feelings.

The science, art, and practice of psychiatry all over the world have put more emphasis on high humanistic issues and they are remembered for different occasions. Human experience, love for one's neighbour are being named as the source of mental health. It is hard to achieve such kind of treatment, much harder than to get a prescription for medications, in old age.

Ageing is a part of life. For many of us old age is a period of continuous intellectual, emotional, and psychological growth. In some cases, however, physical illness or the death of friends and relatives may preclude continued social interactions. Experience of increased sense of isolation makes them susceptible to depression. Therefore, it is becoming hard to maintain healthy psychodynamics and to defend oneself in a healthy way against ageing by such means as suppression, anticipation of reality, altruism and humour. Also, socioeconomics, retirement, changes of sexual activity, long-term care, and emotional problems are being stressed.

Issues of Euthanasia are relatively new in Lithuania. They came into our culture as the "signs of death culture", and were met with huge controversy. Euthanasia has no legal status in Lithuania, but there are debates in public, mass media, and at the Houses of the Parliament regarding the case. There is strong pressure for amending the law. The mind of "dignity of death" is provided to feed peoples minds and to solace their souls. Death culture is being accepted in Lithuania as invasion and confusion.

Lithuanian scientists and experts of ethics are working hard to explain to people why is the ethics of euthanasia wrong, showing how seriously false its anthropology is. Culture of death embodies a total misunderstanding of a human being, a denial of the innate dignity of persons. The denial of this truth causes a crisis in ethics. John Paul II left a message for us: "The act of euthanasia appears all the more perverse if it is carried out by those like relatives, who are supposed to treat member with patience and love, or by those, such as doctors who by virtue of their profession are supposed to provide care in the most painful terminal stages".

Issues of Euthanasia are defined for psychiatrists in the Madrid declaration in 1996, yet were not considered or discussed among Lithuanian psychiatrists, and also were not even mentioned in the only one Lithuanian textbook of Psychiatry, edited in 2003. "A physician's duty, first and foremost, is the promotion of health, the reduction of suffering, and the protection of life. The psychiatrist, among whose patients are the some who are severely incapacitated and incompetent, to reach an informal decision, should be particularly careful of actions that could lead to unconsented death of those who cannot protect themselves because of their disability. The psychiatrist should be aware that the views of a patient might be distorted by mental illness such as depression. In such situations, the psychiatrist role is to treat the illness".

The aim of this study was to evaluate what kind of psychopathological symptoms were found during liaison psychiatric consultations of elderly patients in general and long term hospitals, and what was their relatives opinion about euthanasia, asking them one question: „Do you think euthanasia would be a right solution in this situation?“ 50 patients, of the age from 48 to 84 were interviewed using a special questionnaire on symptoms for elderly ill patients. Results presented with loss of the feeling of joy 100%, followed by anxiety, low mood, loss of interests, hopelessness. Only 18% of the relatives supported euthanasia, and 82% were against this choice.

This study was performed on private initiative.

Correspondence to: palmirarudalev@yahoo.com

Gauta 2007-12-21

SENĖJIMO SĖKMINGUMAS, TIRIANT ŠIAM PROCESUI SVARBIUS VEIKSNIUS TEISMO PSICHIATRINĖSE EKSPERTIZĖSE

V.KILIKEVIČIENĖ

Valstybinė teismo psichiatrijos tarnyba prie Sveikatos apsaugos ministerijos,
Vilniaus I teismo psichiatrijos komisija

Raktažodžiai: *senėjimas, vystymasis, sėkmingas senėjimas, amžius, teismo psichiatriniai aspektai.*

Santrauka

Šio tyrimo siekis - analizuoti senėjimo reiškinių tuo aspektu, kad būtų galima nustatyti, kokie veiksniai yra reikšmingi gyvenimo kokybei vėlesniais gyvenimo metais, t.y. sėkmingam senėjimui.

Norint daryti išvadas apie sėkmingą ar nesėkmingą senėjimą, reikia kuo išsamesnių tiriamų asmenų duomenų dar iki 50 metų, 50- ties metų amžiaus ir vėliau.

Šio darbo metu ieškota atsakymų į iškeltus klausimus: kokią įtaką turėjo tiriamųjų gyvenimo kokybei ir trukmei, jei asmenys sirgo vienomis ar kitomis, ypač galvos smegenų, ligomis bei psichikos sutrikimais. Dėmesys atkreiptas, ar tiriamieji sirgo demencija, ar ne, kokią įtaką demencija turėjo jų gyvenimo trukmei. Mėginta nustatyti, kokią reikšmę turėjo tiriamųjų socialiniai ryšiai su artimais ar kitais žmonėmis, jų senėjimui.

Darbas parodė, kad senėjimo reiškinių galima tirti pomirtinėse teismo psichiatrijos ekspertizėse, retrospektyviai analizuojant turimus tiriamų (jau mirusių) asmenų duomenis.

IVADAS

Žinoma, kad veiksniai, turintys įtakos senėjimui, yra daugiau ar mažiau kontroliuojami. Mažai kontroliuojami veiksniai yra: psichikos sutrikimų (depresijos ir kt.) buvimas, šeimos narių ilgaamžiškumas, tiriamųjų temperamentas vaikystėje, fizinė tiriamųjų sveikata iki 50 metų amžiaus ir vėliau, šeimos narių ryšys (artimas ar ne). Kontroliuojamais veiksniais laikytini: alkoholio vartojimas, rūkymas, šeimyninio gyvenimo stabilumas, fizinis aktyvumas, kūno masės indeksas, sugebėjimas susidoroti su problemomis, išsilavinimas.

Atliekant tiriamąjį darbą nustatyta, kad pagyvenusių žmonių gyvenimo kokybės vertinimo kriterijais gali

būti:

1. Gydytojų patvirtinta objektyvi fizinė sveikata ir neišgydomos fizinės negalios nebuvimas.

2. Subjektyvi fizinė sveikata. Pvz., buvo atkreiptas dėmesys, ar patys tiriamieji pripažindavo, kad jie gali atlikti būtiniausią kasdieninę veiklą (jeigu tokie duomenys buvo).

3. Aktyvaus gyvenimo trukmė. Tai buvo apibrėžta kaip metų ribos, kuomet asmenys nekentėjo dėl objektyvios ar subjektyvios fizinės negalios.

4. Objektyvi psichinė sveikata. Tai objektyvus vertinimas tokių sričių kaip darbo, asmeninių santykių, laisvalaikio, psichiatrinės priežiūros arba vaistų nereikalingumo. Psichikos sutrikimai bei kitos galvos smegenų ligos (jų atsiradimo laikas, išgyvenimo trukmė, diagnozavus tokį progresuojantį lėtinį psichikos sutrikimą, kaip demencija, ir kt.) senėjimo kontekste.

5. Subjektyvus pasitenkinimas gyvenimu. Kreiptas dėmesys, ar per paskutiniuosius savo gyvenimo 20 metų asmuo reiškė subjektyvų pasitenkinimą daugeliu savo gyvenimo aspektų (vedybomis, darbu, vaikais, draugyste ir pan., jeigu tokie duomenys buvo).

6. Socialinė parama ir socialiniai ryšiai. Tai reiškia, ar objektyviai vertinant tiriamasis turėjo draugų, ar jautė sutuoktinio, vaikų, pažįstamų paramą.

Gautų tiriant senėjimo reiškinių išdavų įvertinimo objektyvūs veiksniai yra: psichikos sveikata, fizinė sveikata, socialiniai ryšiai, mirtis sulaukus/nesulaukus 80 metų.

Darbo tikslas: analizuoti, kokie veiksniai svarbūs senėjimo procese, ieškoti dėsningumų, pasikartojimų senėjimo procese. Daryti prielaidą, kad galima daryti įtaką sveikatai, brandai, gyvenimo kokybei senėjimo laikotarpiu. Tirti psichikos sutrikimų, konkrečiai demencijos, įtaką senėjimui bei gyvenimo trukmei.

TYRIMO MEDŽIAGA IR METODAI

Ekspertizių medžiagoje tirtas senėjimo reiškiny, sutrikimų, ligų, socialinių ryšių įtaka senėjimo kokybei.

Tyrimo objektu pasirinktos 2001 – 2005 metų pomir-