

KLAIPĖDOS UNIVERSITETAS  
SVEIKATOS MOKSLŲ FAKULTETAS  
REABILITACIJOS IR SLAUGOS KATEDRA

Lina Jankauskienė

**BENDROSIOS PRAKTIKOS SLAUGYTOJŲ KOMPETENCIJA,  
PRIŽIŪRINT PACIENTUS, TURINČIUS PSICHIKOS SVEIKATOS  
PROBLEMŲ SOMATINIUIOSE SKYRIUIOSE**

Slaugos magistro baigiamasis darbas

Darbo vadovė:  
doc. dr. Ligija Švedienė

Klaipėda, 2007

**Raktažodžiai:** slaugytojos vaidmens kompetencija, kompetencijos lygis, psichinė sveikata, bendro profilio ligoninė.

## **SANTRAUKA**

Darbe pristatomo tyrimo objektu pasirinkta bendrosios praktikos slaugytojų kompetencija, o iškelto tyrimo tikslas - ištirti bendrosios praktikos slaugytojų kompetenciją, prižiūrint pacientus, turinčius psichikos sveikatos problemų somatiniuose skyriuose.

Tam tikslui buvo atliktas kiekybinis tyrimas, naudojant anoniminę anketinę apklausą. Tyrime dalyvavo 138 bendrosios praktikos slaugytojos. Rezultatai atskleidė, jog slaugytojos savo žinias apie pacientų, turinčių psichikos sveikatos problemų, priežiūrą vertina aukštai, nors labai maža dalis respondentų per paskutiniuosius penkerius darbo metus turėjo kvalifikacijos kėlimo kursus, seminarus ar konferencijas šia tema. Tyrimo rezultatai parodė, kad kyla konfliktai su pacientais, turinčiais psichikos sveikatos problemų, ne visada pavyksta numatyti galimą pavojų paciento ir aplinkinių žmonių sveikatai bei gyvybei, nutinka nepageidaujami įvykiai.

Nustatyta, jog slaugoje esminės vertybės išlieka: slaugytojos pažymėjo, kad nevengia bendrauti su pacientais, turinčiais psichikos sveikatos problemų, kad juos prižiūri taip pat gerai, kaip ir kitus pacientus, ir kad nėra šaipomasi iš šių pacientų. Slaugos principai, kurie dominuoja slaugant pacientus, turinčius psichikos sveikatos problemų, buvo diagnozuoti šie: atsakomybės bei nepakenkimo.

Kita vertus, dauguma slaugytojų pasisakė už tai, kad pacientais, turinčiais psichikos sveikatos problemų, turėtų rūpintis tik psichikos sveikatos specialistai. Išaiškėjo, kad su šiais pacientais kylančios konfliktinės situacijos dažniausiai yra sprendžiamos medikamentais.

**Keywords:** role competence of the nurse, competence level, mental health, general hospital.

## **SUMMARY**

This paper presents a research an object of which was the competence of general nurses and purpose of the research was to assess competence of general nurses taking care of patients with mental health problems in somatic hospital departments.

In pursuit of the above-mentioned purpose the quantitative research was carried out using anonymous questionnaire survey. The research included 138 general nurses. Findings revealed that nurses rate their knowledge on care of patients with mental health problems highly on the scale although only a very small percentage of respondents had any course for raising their qualifications or any seminar or conference on care of patients with mental health problems in last five years. Findings of the research showed that conflicts happen with patients suffering mental health problems; danger for health and life of the patient and of the people round about is not always successfully anticipated and prevented; undesirable events sometimes happen in the department when taking care of the patient with mental health problems.

The research established that the key values in nursing remain as follows: nurses indicated that they do not avoid contact with patients suffering mental health problems; that they take the same good care of those patients as of any other ones; and that fling at those patients is absent. The following key nursing principles prevailing in care of patients with mental health problems were indicated: harmless care, responsibility.

On the other hand many nurses spoke well for patients with mental health problems to be cared only by professionals of mental health field and that conflict situations that sometimes happen with these patients are commonly solved using medicaments.

# TURINYS

<b>IVADAS</b> .....	<b>4</b>
<b>1. LITERATŪROS APŽVALGA</b> .....	<b>7</b>
1.1. Somatinių gydymo įstaigų psichiatrijos apžvalga .....	7
1.1.1. Psichikos sutrikimų samprata ir jų skirstymas .....	7
1.2. Kompetencijos samprata slaugoje.....	24
1.2.1. Kompetencijos turinio elementai .....	24
1.2.2. Slaugytojų žinios.....	31
1.2.3. Slaugytojų įgūdžiai .....	33
1.2.4. Somatinių skyrių pacientų slaugymo problemos .....	36
1.2.6. Psichiatrijos istorinė raida .....	46
<b>2. TYRIMAS</b> .....	<b>51</b>
2.1. Tyrimo metodika .....	51
2.2. Tyrimo rezultatai .....	53
2.2.1. Respondentų charakteristika .....	53
2.2.3. Bendrosios praktikos slaugytojų savo žinių apie pacientų, turinčių psichikos sveikatos problemų, priežiūrą vertinimas .....	60
2.2.4. Bendrosios praktikos slaugytojų įgūdžiai, prižiūrint pacientus, turinčius psichikos sveikatos problemų.....	70
2.2.5. Bendrosios praktikos slaugytojų požiūris į pacientus, turinčius psichikos sveikatos problemų .....	77
2.3. Tyrimo aptarimas .....	82
<b>REKOMENDACIJOS</b> .....	<b>89</b>
<b>LITERATŪRA</b> .....	<b>90</b>
<b>PRIEDAI</b> .....	<b>94</b>

## IVADAS

Gyvename mokslinės – techninės revoliucijos eroje, kai sparčiai auga miestai, plėtojasi pramonė ir transportas. Dėl spartaus gyvenimo tempo, neregėto informacijos srauto didėja ir žmonių psichinė bei emocinė įtampa. Visur ir visada skubame, nuolatos būname įsitempę, nebesugebame atsipalaiduoti ir pailsėti. Tampame nervingi, netikusio charakterio, nebemokame bendrauti su aplinkiniais, apskritai nebepajėgiame džiaugtis gyvenimu [1]. Tai kenkia žmogaus organizmui, žaloja nervinę – psichinę sistemą, dėl to vis dažniau sergama neuroze, alkoholizmu, narkomanija, dažniau apima depresija, daugiau gimsta fiziškai ir psichiškai nepilnaverčių vaikų. Nervingumu užkrečiame visuomenę, o ji savo negalavimą dešimteriopai gražina mums.

### **Temos aktualumas**

Pasaulinės sveikatos apsaugos duomenimis (toliau PSO), išsivysčiusių šalių ligoninėse 30 – 50 proc. visų pacientų kenčia nuo įvairiausių psichikos sutrikimų [2]. Tai verčia susirūpinti medikus, mokslininkus, valstybės veikėjus, visuomenę, kadangi gera psichinė sveikata sąlygoja žmogaus būtį ir yra visuomenės gerovės pagrindas. Naujais tyrimais rodo, kad jokia kita sveikatos sutrikimų grupė nesukelia tiek nuostolių valstybėms, kaip psichikos sutrikimai. Ankstyvos mirtys, kaip epidemija šluojančios Rytų Europos gyventojus, susijusios ne tiek su kūno negalavimais, kiek su emocijomis, psichika ir elgesiu [3].

Psichologiniai veiksniai sukelia ir palaiko somatinę ligą, o somatiniai veiksniai gali būti psichikos sutrikimų priežastimi. Remiantis mokslinių tyrimų išvadomis, įrodyta, kad sergantys somatinėmis ligomis ir turintys psichikos sutrikimų asmenys greičiau tampa neįgalūs, jiems dažniau tenka naudotis sveikatos priežiūros paslaugomis. Todėl jiems būtina skubi ir kvalifikuota pagalba [4].

Ryškę sutrikimą pastebi visi aplinkiniai žmonės, o nežymų gali nustatyti tik medikai. Nustatyti, ar žmogus psichiškai sveikas, yra labai svarbu. Laiku neatpažinus psichikos sutrikimo, gali nukentėti ne tik pats ligonis, bet ir visuomenė [5]. O norint pacientui padėti, reikia žinoti psichikos sutrikimų požymius, juos suprasti, įvertinti.

Sutrikimai nustatomi ne tik atliekant specialius psichologinius testus, bet ir iš pokalbių su pacientais, stebint jų elgesį, todėl čia svarbus slaugytojos vaidmuo. Šiems specialistams (-ėms) svarbus vaidmuo atitenka ir todėl, kad jie sudaro vieną didžiausių sveikatos priežiūros darbuotojų grupių ir turi daugiausiai ryšių su pacientu [6]. Nors dažniausiai yra manoma, kad slaugytojos turi visus reikalingus įgūdžius ir galimybes tas strategijas pritaikyti, ši prielaida kol kas nėra patikrinta [7].

Šiandien vykstantys socialiniai, ekonominiai, kultūriniai pokyčiai Lietuvoje sąlygoja slaugytojos poreikį įgyti naujų žinių, įgūdžių, gebėjimų, t.y. slaugytojos profesija reikalauja kompetencijos igijimo bei nuolatinio jos plėtojimo. Kompetencijos terminas apibūdina asmenis, užimančius atitinkamą profesinį

statusą ir charakterizuoja jų žinių, gebėjimų, suvokimo lygmenį, realiai atitinkantį atliekamų užduočių ar problemų sprendimo reikalavimus [8]. Todėl labai svarbu, kad slaugytojos būtų įtrauktos į nuolatinio mokymosi procesą ir aktyviai jame dalyvautų, o gera į pacientus orientuota sveikatos priežiūra galima tik deramai sprendžiant darbuotojų profesinius poreikius [9].

### **Temos naujumas**

Gyvename laikais, kai tyrimų apie slaugą atliekama daug daugiau negu praėjusiais dešimtmečiais ir jais grindžiame slaugos praktiką. Bet dar yra daug tokių pacientų priežiūros aspektų, kurie menkai ištyrinėti. Slaugytojų veiklos kompetencijos ribos plečiasi. Jų savarankiškas darbas darosi kaskart sudėtingesnis ir reikalauja vis daugiau žinių [10]. Kintanti visuomenė rodo, kad slaugytojos somatiniuose skyriuose vis dažniau susiduria su pacientais, turinčiais psichikos sveikatos problemų, todėl labai svarbu iširti bendrosios praktikos slaugytojų kompetenciją prižiūrint šiuos pacientus.

### **Tyrimo tikslas**

Ištirti bendrosios praktikos slaugytojų kompetenciją, prižiūrint pacientus, turinčius psichikos sveikatos problemų somatiniuose skyriuose.

### **Tyrimo uždaviniai:**

1. Išanalizuoti, kaip bendrosios praktikos slaugytojos vertina savo žinias apie pacientų, turinčių psichikos sveikatos problemų, priežiūrą.
2. Ištirti bendrosios praktikos slaugytojų įgūdžius prižiūrint pacientus, turinčius psichikos sveikatos problemų.
3. Išanalizuoti bendrosios praktikos slaugytojų požiūrį į pacientus, turinčius psichikos sveikatos problemų.

**Tyrimo objektas** – *bendrosios praktikos slaugytojų kompetencija* prižiūrint pacientus, turinčius psichikos sveikatos problemų somatiniuose skyriuose.

**Tyrimo subjektas** – bendrosios praktikos slaugytojos, dirbančios somatiniuose skyriuose.

### **Tyrimo imtis**

138 bendrosios praktikos slaugytojos.

### **Darbo metodai:**

- mokslinēs literatūros analizē;
- medicīniskās dokumentācijas analizē;
- anketinē apklausa;
- aprašomoji statistika.

**Darbo struktūra:** ievads, divi teoriskie daļi, tirdznieciskie daļi, ievadi, darbam lietotās literatūras saraksts, pielikumi.

# 1. LITERATŪROS APŽVALGA

## 1.1. Somatinių gydymo įstaigų psichiatrijos apžvalga

### 1.1.1. Psichikos sutrikimų samprata ir jų skirstymas

Oficialiais PSO duomenimis, pasaulyje psichikos sutrikimais serga 1500 milijonų žmonių, iš jų apie 1/3 diagnozuotas daugiau nei vienas sutrikimas,  $\frac{3}{4}$  gyvena išsivysčiusiose šalyse. Lietuvoje nėra atlikta nuoseklių ir išsamių epidemiologinių tyrimų, kurie teiktų patikimų duomenų apie sergamumą psichikos sutrikimais. Valstybinio psichikos centro duomenys kol kas apima tik tuos atvejus, kai asmuo yra kreipęsis į psichiatrijos įstaigą ir gydęsis ambulatoriškai ar stacionare. Neturime duomenų, kiek gyventojų ir dėl kokių psichikos sutrikimų kreipėsi į kitų profesijų gydytojus (ne psichiatrus) [11].

Psichikos sveikata – natūrali žmogaus asmenybės būseną, kuri turi būti saugoma arba gražinama sutrikimų bei ligų atvejais. Pagal PSO apibrėžimą, psichikos sveikata - emocinis ir dvasinis atsparumas, kuris leidžia patirti džiaugsmą ir išverti skausmą, nusivylimą, liūdesį. Tai teigiamas gėrio jausmas, kuriuo remiasi tikėjimas savo bei kitų žmonių orumu ir verte. Tai psichinio normalumo būseną. Psichiškai sveikas žmogus save suvokia kaip vieną visumą, pakankamai pasitiki savimi, yra savarankiškas ir suvokia atsakomybę už savo veiksmus, jo psichikos funkcijos yra darnios [4].

Psichikos sveikatos sutrikimas – tai liguista būseną, kuri išsivysto sutrikus organizmo veiklai dėl biologinių, genetinių, socialinių, psichologinių, cheminių, fizinių veiksnių. Jai esant, išsivysto įvairūs psichopatologiniai simptomai, sindromai, sutrinka elgesys [12]. Visoje psichiatrijos klasifikacijoje vartojamas terminas „sutrikimas“, siekiant išvengti dar didesnių problemų, susijusių su terminu „liga“ ar „susirgimas“ vartojimu. „Sutrikimas“ nėra tikslus terminas - juo apibrėžiama klinikinių simptomų grupė ar elgesio pakitimai, kurie daugumoje atvejų vargina žmogų arba blogina asmenybės funkcionavimą [4].

Psichikos sutrikimai skirstomi pagal sunkumo laipsnį:

- I (lengviausias) – *neuroziniai ir psichopatiniai sindromai*. Neuroziniai sindromai gali būti sergant daugeliu somatinių ir psichikos ligų, ypač jų manifestacijos laikotarpiu, kai pagrindiniai ligos požymiai dar neišryškėję. Čia priklauso: isterija, hipochondrija. Psichopatiniai sindromai gali pasireikšti po persirgtos somatinės (insultai, epilepsija, meningitas) ar psichikos ligos. Gali atsirasti iki tol nebūdingi charakterio bruožai, dėl kurių žmogus negali optimaliai prisitaikyti prie aplinkybių.

- II (vidutinio sunkumo) – *afektiniai (maniakiniai, depresiniai) sindromai*.
- III (sunkiausias) – *šizofrenijos sindromas* [4].

Psichikos liga - tai gydytojo diagnozuotas ir psichiatro patvirtintas susirgimas, pagal galiojančią ligų klasifikaciją priskiriamas psichikos ligoms. Psichikos liga negali būti diagnozuojama remiantis politiniais, religiniais, rasiniais motyvais [13]. Verta žinoti, kad yra daugybė pereinamųjų stadijų tarp visiško sveikumo ir visiško išprotėjimo ir, kad visiškai sveikų žmonių yra labai mažai, taip pat kaip ir visiškų „bepročių“ [4].

Įdomiai psichinę normą yra apibrėžias Senovės Romos filosofas Seneka. Jis teigė, kad nesant psichikos sutrikimų, žmogus turi būti naudingas visuomenei – bent artimiesiems, bent sau pačiam. Amerikietis psichologas Džezofas, remdamasis Horacijumi, siūlė psichiškai sveiku laikyti patenkintą savimi, tinkamai besielgiantį su kitais žmonėmis ir sugebantį atsispirti gyvenimo sunkumams žmogų. Džezofui pritarė jo tėvynainis A. Maslou (1908 – 1970). Jis teigė, kad psichiškai sveikas žmogus yra laimingas, harmoningai sugyvena su savimi, sugeba apsiginti, bet pirmas kito nepuola. Šios trys nuomonės – tai trys požiūriai į psichinę normą. Pirmuoju atveju psichinė sveikata matuojama naudingumu kitiems žmonėms, antruoju iškeliamas žmogaus pasitenkinimas savimi, tinkamas elgesys, atsparumas gyvenimo sunkumams, trečiuoju pabrėžiama žmogaus laimė, vidinė harmonija, sugebėjimas apsiginti. Tokie psichinės sveikatos apibrėžimai šiuolaikinio žmogaus nebepatenkina. Žmogus gali būti našta visuomenei ne tik dėl psichikos, bet ir kitokios ligos, suluošinimo. Patenkintas savimi gali būti ir riboto intelekto žmogus ar net silpnaprotytis [1].

PSO organizacija psichiškai sveiką žmogų apibrėžia, kaip sugebantį gyventi šiuolaikinėje visuomenėje. Todėl jis privalo suprasti savo vaidmenį gyvenime, jausti pareigą šeimai, darbo kolektyvui ir visuomenei.

Dabartinė psichosomatikos teorija pabrėžia, kad psichologiniai veiksniai, sąveikaudami su biologiniais ir socialiniais veiksniais, gali paveikti ligos procesą. Kaip teigia mokslininkas Besse van der Kolkas, aiškios takoskyros tarp psichologinių ir biologinių procesų mokslininkai nebeįmanoma pagrįsti [14].

Psichosomatiniai simptomai – tai įvairiausi simptomai (ne ligos), kuriuos Cohenas skirsto į 4 kategorijas:

1. Somatiniai simptomai (be fiziologinių sutrikimų), kurie skirstomi į konversinius, depresinius, nerimo, hipochondrinius ir psichozinius.
2. Psichofiziologiniai simptomai, kai dėl psichologinių stresų, emocijų, elgesio atsiranda specifinių fiziologinių, autonominių ir psichofiziologinių pokyčių. Be to, psichofiziologinių simptomų priežastys gali būti dėl suaktyvėjusios CNS atsirandantys periferiniai fiziologiniai

pokyčiai, kurie gali pereiti į lėtinius gastroenterologinius, kardiologinius ir kitų organų sistemų pokyčius.

3. Fiziologiniai simptomai, kurių priežastys yra somatinės ir chirurginės ligos (infekcinės, traumos, navikai). Šie simptomai kartais tampa ryškesni negu pačios ligos (pvz., pacientas iš pradžių jaučia skausmą, nes pažeistas audinys, o vėliau juo pernelyg susirūpina).
4. Nevilties ir bejėgiškumo jausmo teorija (Engelis, Schmale, Greenas) teigia glaudų šių jausmų ryšį su psichosomatiniais sutrikimais ir net somatinėmis ligomis (vėžiu, infekcijomis). Engelis ir Schmale savo darbais mėgino įrodyti, kad dėl vienišumo, sielvarto, nevilties, liūdesio, bejėgiškumo atsiranda biologinių pokyčių (cheminių, fiziologinių ir imunologinių), dėl kurių gali prasidėti įvairios ligos [11].

Žmogaus psichika yra labai sudėtinga, todėl jai dažnai būdingi įvairūs nukrypimai. Spręsti apie žmogaus protingumą iš tam tikrų sugebėjimų ar nesugebėjimų negalima, nes dažnai psichikos funkcijos būna nevienodai tobulos. Tam tikrų gabumų stoka trukdo nebent neteisingai pasirinkus profesiją. Pavyzdžiui, talentingas matematikas gali nesugebėti atsiminti nė vienos melodijos, o talentingas kompozitorius – kiek sudėtingiau skaičiuoti. L. van Bethovenas be reikalo nuolat ginčydavosi su savo tarnaitė dėl įvairių sąskaitų. Riba tarp psichikos ligos ir sveikatos yra sąlyginė. Kiekvienas žmogus yra savitas, kiekvienas turi silpnų, lengvai pažeidžiamų vietų. Vadinasi, svarbiausia yra prisitaikyti, mokėti gyventi harmoningai. O jei prisitaikyti sunku, reikia pagalbos, ankstyva diagnozė padeda greičiau pasveikti ir sugrįžti į pilnavertį gyvenimą [1].

Lietuvos Respublikoje (toliau LR) psichikos sveikatos priežiūra organizuojama vadovaujantis: LR sveikatos sistemos įstatymu, LR sveikatos priežiūros įstaigos įstatymu, LR psichikos sveikatos priežiūros įstatymu, Psichikos sveikatos centro nuostatais. 1998 m. liepos 2 d. LR seimo patvirtinta Lietuvos sveikatos programa, kurioje apibūdinama situacija, nurodyti tikslai ir jų įgyvendinimo strategija:

1. Iki 2005 m. stabilizuoti sergamumą psichikos ligomis.

Sergamumas ir ligotumas psichikos sutrikimais 2001-2005m. [15]

	Sergamumas					Ligotumas				
	2001	2002	2003	2004	2005	2001	2002	2003	2004	2005
<b>Psichikos sutrikimai - iš viso</b>	<b>11038</b>	<b>9362</b>	<b>9004</b>	<b>9167</b>	<b>8721</b>	<b>162038</b>	<b>163512</b>	<b>160467</b>	<b>161511</b>	<b>161167</b>
100000 gyv.	317.1	269.9	260.7	266.8	255.4	4662.2	4722.3	4656.8	4715.2	4735.7
<b>Psichikos ligos</b>	<b>7741</b>	<b>6594</b>	<b>6487</b>	<b>6535</b>	<b>5466</b>	<b>92070</b>	<b>93368</b>	<b>91436</b>	<b>92858</b>	<b>92466</b>
100000 gyv.	222.4	190.1	187.8	190.2	160.1	2649.0	2696.5	2653.5	2710.9	2717.0
<b>Iš jų šizofrenija</b>	<b>408</b>	<b>370</b>	<b>355</b>	<b>369</b>	<b>427</b>	<b>17020</b>	<b>16878</b>	<b>16268</b>	<b>16086</b>	<b>16050</b>
100000 gyv.	11.7	10.7	10.3	10.7	12.5	489.7	487.4	472.1	469.6	471.6
<b>Priklausomybės ligos</b>	<b>3297</b>	<b>2768</b>	<b>2517</b>	<b>2632</b>	<b>3255</b>	<b>69968</b>	<b>70144</b>	<b>69031</b>	<b>68653</b>	<b>68701</b>
100000 gyv.	94.7	79.8	72.9	76.6	95.3	2013.1	2025.8	2003.3	2004.3	2018.7
<b>alkoholinės psichozės</b>	<b>783</b>	<b>831</b>	<b>778</b>	<b>927</b>	<b>1122</b>	<b>2129</b>	<b>2250</b>	<b>2412</b>	<b>2790</b>	<b>3077</b>
100000 gyv.	22.5	24.0	22.5	27.0	32.9	61.2	65.0	70.0	81.5	90.4
<b>narkomanija, toksikomanija</b>	<b>653</b>	<b>471</b>	<b>356</b>	<b>424</b>	<b>349</b>	<b>4087</b>	<b>4405</b>	<b>4689</b>	<b>5011</b>	<b>5371</b>
100000 gyv.	18.8	13.6	10.3	12.3	10.2	117.6	127.2	136.1	146.3	157.8

2. Iki 2010 m. sumažinti savižudybių skaičių iki vidutinių Europos šalių rodiklių, t. y. iki 25/100 000 gyventojų. Lietuvoje 2005 m. 38,6/100 000 gyventojų.
3. Iki 2010 m. sumažinti sergamumą alkoholinėmis psichozėmis iki 10/100 000 gyventojų. Lietuvoje 2005 m. 89,9/100 000 gyventojų [15].

Psichikos ligonių diagnostikos ir gydymo problemas visame pasaulyje bandoma reglamentuoti teisiniais dokumentais, siekiant išvengti piktnaudžiavimo psichiatrija ir psichikos ligonių diskriminacijos visuomenėje atvejų. Tokį dokumentą – Psichikos sveikatos priežiūros įstatymą – 1995 m. priėmė ir Lietuvos Respublikos Seimas. Įstatymas atitinka visus tarptautiniuose dokumentuose įtvirtintus psichikos sveikatos priežiūros ir psichikos ligonių teisių standartus.

Būtina paminėti Pasaulio psichiatrijų asociacijos Havajų deklaraciją, pasirašytą 1983 m. liepos 10 d., Madrido deklaraciją, pasirašytą 1996 m. rugpjūčio 25 d., Parlamentinės Asamblėjos Rekomendaciją (1994 m.) dėl psichiatrijos ir žmogaus teisių [16]. Svarbus aktas 1983 m. *Mental help act*. Aktas nusako,

kad prievarta galima gydyti tik tada, kai jau kitos priemonės nebepadeda. Tarybų sąjunga to akto nebuvo pasirašiusi, kadangi jos psichiatrijos pasaulis nepripažino.

Psichikos sveikatos rizikos veiksnių daugėja. Tai migracija, politinis nestabilumas, didėjanti įtampa tarp etninių ir kitokių grupuočių, didėjantis benamių skaičius, narkomanijos plitimas, vienatvė ir socialinių ryšių praradimas, socialinis ir ekonominis nestabilumas bei neužtikrintumas. Sveikatos apsaugos darbuotojai ir kiti pagalbą teikiantys asmenys turi būti geriau mokomi, rengiami ir skatinami nustatyti ir atkreipti dėmesį į rizikos veiksnius, naudoti tinkamas naujas priemones, skirtas ankstyvam psichikos sveikatos problemų nustatymui. Sistemingos mokymo programos, padedančios tobulinti depresijos nustatymo įgūdžius, gali turėti svarbiausią įtaką savižudybėms. Remiantis neseniai parengta nauja diagnostine priemone „PSO gerovė 5“, sudaryta iš penkių paprastų klausimų, šia priemone lengvai gali taikyti slaugos darbuotojai, kad nustatytų asmenis, kuriems reikalinga pagalba [17].

### **1.1.2. Somatinių ligoninių pacientų psichikos sutrikimai**

Žmogaus organizmas – vieninga sistema. Ją tvarko nervų sistema, smegenys. Jos gauna signalą iš sutrikusio organo ir siunčia „atsakymą“. Jei sutrikimai dideli, smegenys labai apkraunamos, pradeda trikti psichinė sveikata.

Kiekviena somatinė liga pažeidžia ne tik vieną ar kitą organą, bet ir visą organizmą ir centrinę nervų sistemą. Vienais atvejais būna reakcija į somatinę ligą, kitais atvejais somatinė liga sukelia gilius pakitimus medžiagų apykaitoje, ir dėl to atsiranda įvairių psichinių ir neurologinių sutrikimų. Somatogeninių psichozių klinika labai sudėtinga, kadangi somatogeniniai faktoriai susipina su asmenybės reakcija į ligą [18].

Psichikos sutrikimų gali sukelti ir kai kurie vaistai. Pavyzdžiui, nuo atropino gali apimti liguistai pakili ar prislėgta nuotaika, atsirasti klaidės su regos haliucinacijomis (deliriumas); nuo akrichino gali apimti pakili nuotaika, sutrikti sąmonė; nuo hormonų (kortikotropino ir kortizono) taip pat gali apimti pakili nuotaika, nesuvaldomas linksmumas, ligonis pervertina savo asmenybę arba puola į sunkią depresiją, prastai miega. Nuo gausiai vartojamų migdomųjų (barbitūratų) gali pritemti sąmonė ir kankinti nerimas [1].

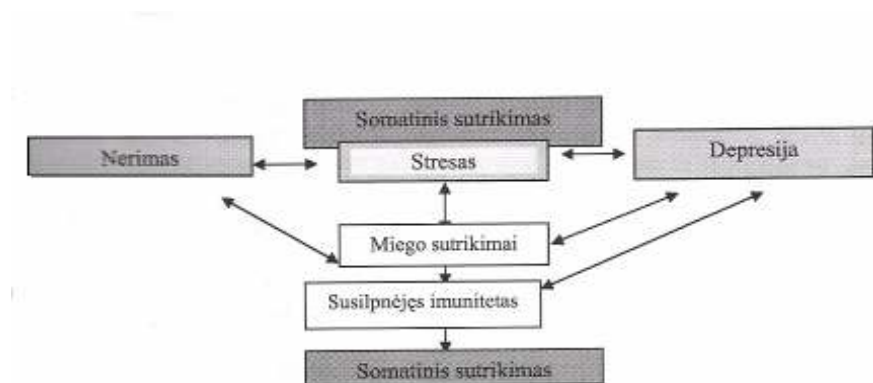
Pirmą kartą Lietuvoje analizuotas somatinių pacientų psichikos sutrikimų paplitimas 1991 – 1992 m. Tyrimas atliktas Antakalnio poliklinikoje ir M. Marcinkevičiaus ligoninės gastroenterologijos ir terapijos skyriuose. Duomenys palyginti su šiame tyrime dalyvavusių Europos šalių konsultacinės ryšio

psichiatrijos mokslininkų duomenimis. Tyrimui naudota paciento registracinė forma, kurią sudaro daugiau kaip 150 klausimų.

Šiuo atliktu tyrimu Lietuvoje pirmą kartą įrodyta, kad somatinėmis ligomis sergantiems pacientams psichiatriinė pagalba yra būtina, bet šiuo metu mūsų šalyje ji nepakankama. Dažniausiai diagnozuota nerimo, adaptacijos ir somatoforminių sutrikimų. 65 metų ir vyresniems pacientams daugiausiai diagnozuota organinių psichikos sutrikimų. Psichiatrui konsultuoti daugiau rekomenduota pacientų iš gastroenterologijos skyriaus bei terapijos skyriaus [11].

1991 – 1992 m. atlikto tyrimo duomenimis, psichikos sutrikimai paplitę somatinėse gydymo įstaigose. Somatinėse sveikatos priežiūros įstaigose būtina teikti reikiama psichiatrijos pagalbą, būtina, kad įstaigų vadovai suprastų psichiatrijos svarbą, Sveikatos apsaugos ministerija priimtų reikiamus sprendimus. Tyrimo, atlikto 1991 –1992 m., rezultatai paskatino sukurti mokymo programas terapeutams ir bendrosios praktikos gydytojams, pagrindinį dėmesį skiriant demencijų, depresijų, nerimo ir somatoforminių sutrikimų diagnostikai bei gydymui [11].

Sunku tiksliai nustatyti, kiek somatinių gydymo įstaigų pacientų turi psichikos sutrikimų, manoma kad nuo 30 iki 60 proc. somatinių ligoninių pacientų. Psichikos sutrikimų nustatoma 50–iai procentų vyresnių kaip 60 metų pacientų, kurie gydomi somatinėse ligoninėse [11]. Pavyzdžiui, sutrikus judėjimui, blogėja gyvenimo kokybė, t. y. sutrinka emocinė ir socialinė darna. Kai pasireiškia daug somatinių negalavimų ir judėjimo problemų, kinta emocinė pusiausvira (blogėja nuotaika, prasideda nemiga, mažėja energija, jaučiamas silpnumas), silpsta socialiniai interesai, nerealizuojami lūkesčiai. Tai, be abejo, veikia emociškai ir judėjimo funkciją.



1 pav. Uždaras streso, somatoforminių ligų bei afektinių sutrikimų ratas [4].

Remiantis atliktais tyrimų duomenimis, galima teigti, kad mažai psichikos sutrikimų nustatoma pacientams, gydomiems somatinėse gydymo įstaigose, be to, jie yra labai dažni somatinių gydymo įstaigų lankytojai, dažnai hospitalizuojami. Galima daryti ir kitą prielaidą - bendras somatinis bei psichiatrinis sergamumas yra viena iš galimų priežasčių, kodėl gydytojams sunku greitai ir veiksmingai išgydyti pacientą ilgesniam laikotarpiui [11].

Priežastys, galėjusios paskatinti mažėjantį psichiatrijos ligoninių pacientų skaičių ir jų antplūdį į somatines gydymo įstaigas, yra:

- Po 1998 m. pasikeitė psichiatrijos pagalbos teisės aktai: hospitalizuojami tik tie pacientai, kurie sutinka. LR Psichikos sveikatos priežiūros įstatymas išleistas 1995 m.:

*19 straipsnis.* Jeigu paciento gyvybei gresia realus pavojus, skubi medicinos pagalba gali būti suteikta ir be ligonio sutikimo.

*27 straipsnis.* Asmuo, sergąs psichikos liga ir atsisakąs hospitalizavimo, gali būti hospitalizuojamas prievarta tik jei yra reali grėsmė, kad jis savo veiksmais gali padaryti esminę žalą: savo sveikatai, gyvybei; aplinkinių sveikatai, gyvybei [13];

- žiniasklaidoje nuvilnijo antipsichiatrinė banga, atskleidusi nemažai negatyvių psichiatrijos pagalbos aspektų;
- daugėja pagyvenusių, ypač senyvų žmonių, todėl tikėtina, kad padaugės ir sergančių psichikos sutrikimais pvz., demencijomis. Vyresni žmonės dažniau serga somatinėmis ligomis, galimos dažnesnės ir psichikos komplikacijos;
- psichikos ir neurologinėmis ligomis dažniau serga jauni žmonės, kurie piktnaudžiauja alkoholiu, jo pakaitalais, vaistais, kurie linkę į smurtinį elgesį, savižudybes, kurių sutrikę potraukiai. Toks jaunimo elgesys yra rizikingas ir sunkina gydymo somatinėse ligoninėse problemą;
- vis dažniau sergama somatinėmis ligomis, todėl daugėja įvairių psichikos sutrikimų;
- nustatyta, kad sergant piktybinėmis ligomis dažniau sergama ir psichikos sutrikimais;
- dažna lengvų depresijų, nerimo, psichosomatinių ligų priežastis – nepalankios psichosocialinės situacijos. Jos dažniausiai pasireiškia somatiniais simptomais, todėl nepagrįstai skiriama vaistų;
- biologinę ligų sampratą pakeitė biopsichosocialinis ligų modelis. Slaugytojo veiklos objektas: ligonis, kaip asmenybė, jo fizinių, psichologinių, dvasinių ir socialinių problemų visuma. Į slaugomą žmogų žiūrima kaip į visumą, todėl vertinami ne tik fiziniai, bet ir dvasiniai, socialiniai poreikiai, ekonominė bei ekologinė paciento aplinka [11].

Holizmas – tai vientisumo filosofija, visa apimantis požiūris į žmogų. Holizmas teigia, kad reikia analizuoti visą būtybę ir tą procesą, kurio padedami sąveikauja kūnas ir dvasia. Žmogų sudaro du

komponentai: kūnas ir dvasia. Tokia slauga gerokai patrauklesnė, nes žmogus nori būti prižiūrimas kaip asmenybė, o ne vien kaip ligonis. Stebint tik kūno funkcionavimą ir nekreipiant dėmesį į dvasią, susidaro netikras to žmogaus vaizdas. Toks netikrumas sunkina slaugytojo darbą padedant ligoniui spręsti jo problemas [19]. Sveikatos atstatymas holistiniu požiūriu, tai ne tik pažeidimo ar ligos priežasties diagnozavimas ir gydymas, tačiau ir jų padarytos įtakos koregavimas, nepamirštant žmogaus psichikos, jo gyvenimo kokybės. Naujausiose politinėse Jungtinės Karalystės iniciatyvose pastebima, kad vyresnio amžiaus žmonių gera priežiūra įmanoma tik tuo atveju, jei sveikatos priežiūrą vykdančios darbuotojai norės ir sugebės holistiškai atkreipti dėmesį į pacientų poreikius [9]. PSO rekomenduoja vertinti sergančių žmonių penkis pagrindinius funkcinės būklės komponentus: kasdienę veiklą, psichinę sveikatą, fizinę sveikatą, socialinę padėtį, ekonominę padėtį. Jei visa tai kruopščiai ištiriama, galima tikėtis gerų slaugos rezultatų [20].

1993 m. Van Hemertas vertino 191 paciento nusiskundimus, kurių nepavyko pagrįsti somatine liga, ir iš jų 38 proc. nustatė psichikos sutrikimų, dažniausiai depresiją (19 proc.) ir nerimo sutrikimą (12 proc.). Stebėti šie somatiniai nerimo simptomai: galvos skausmas, silpnumas, raumenų skausmas, virškinimo trakto reiškiniai, svaigulys. Reikia atkreipti dėmesį į tuos pacientus, kurie nusiskundžia daugybe simptomų, nes jie dažnai serga nediagnozuotais depresiniais ir nerimo sutrikimais. Ištyrus 144 širdies ir kraujagyslių ligomis sergančius pacientus, kurie niekada nebuvo konsultuoti ar gydyti psichiatru, paaiškėjo, kad iš jų 39 proc. buvo reikalinga psichiatro pagalba. Tokiems pacientams būdinga tai, kad juos ilgesnį laiką vargina krūtinės srities skausmas [11].

Širdies ir kraujagyslių ligomis sergantys pacientai dažniausiai susiduria su šiomis problemomis: nerimas, baimė dėl ateities; sunkumai priimant pokyčius susijusius su liga; patiriamas stresas; nuoskauda, pyktis, kaltė, liūdesys, susierzinimas, priešiškus [18]. Pacientams, patyrusiems miokardo infarktą, greita atsiradus depresijos simptomų, mirties rizika padidėja 3,5 karto. Depresija dvigubai padidina sunkių širdies veiklos sutrikimų dažnį sergant koronarine širdies liga, taip pat didėja reinfarkto, skilvelinės aritmijos rizika. Be to, pacientai, kuriems šalia depresijos yra stiprių nerimo simptomų, daug dažniau piktnaudžiauja alkoholiu, rūko, ir tai neretai pasunkina širdies bei kraujagyslių sistemos ligomis sergančiųjų ligos eigą [11].

Pacientus, kuriems yra nerimo sutrikimų, gali varginti psichologiniai ar somatiniai nerimo simptomai. Jei nerimo būseną kraštutinė, gali pasireikšti daug somatinių simptomų. Dauguma tokios būsenos pacientų susitelkia į gresiantį pavojų, ypač fizinę grėsmę. Dažniausiai užplūstančios mintys: „aš galiu mirti“, „man bus infarktas“, „aš išprotėsiu“. Panikos apimti žmonės bijo fizinės, psichologinės ar socialinės katastrofos.

Pastarąjį dešimtmetį pasaulyje, be farmakoterapijos, vis dažniau panikos sutrikimui gydyti vartojamos nefarmakoterapinės gydymo priemonės, kurios veiksmingesnės už vaistus, jų ilgesnė remisija, mažiau pacientų atsisako gydytis (nėra šalutinio vaistų poveikio), yra ekonominis efektas. Vienas paprasčiausių ir veiksmingiausių nefarmakologinio gydymo būdų yra pažinimo – elgesio terapija. Šis gydymo būdas pagrįstas panikos pažinimo teorijomis, kurios tvirtina, kad paniką sukelia sureikšminti įvairūs kūno jutimai (širdies plakimas, galvos svaigimas, dusulys, silpnumas, pykinimas ir kt.): klaidingas jų įvertinimas yra pirmasis žingsnis į paniką. Vėliau pacientas pradeda galvoti apie grėsmingą somatinę ar psichikos ligą – dažniausiai širdies priepuolį, infarktą, insultą, išprotėjimą, nualpimą, savikontrolės praradimą. Šios mintys sukelia dar didesnę nerimą, todėl greitai sustiprėja somatiniai ir psichologiniai nerimo simptomai. Taip susidaro uždaras ratas, pasibaigiantis panikos ataka [4].

Baltijos šalių tyrime nurodoma, kad Lietuvoje vaistų konsultuotiems pacientams dėl F4 grupės susirgimų (adaptacijos, nerimo, somatoforminių sutrikimų) skirta apie 85 proc., Rytų Vokietijoje – 60 proc., Suomijoje – 40 proc., Norvegijoje – 30 proc. pacientų. Priežastys, lėmusios dažną vaistų skyrimą, buvo šios: per menkas „psichosomatinį“ pacientų alternatyvų gydymas, per mažai personalo, kuris galėtų padėti pacientui gydytis be vaistų. Daugumai pacientų reikėjo psichologinės pagalbos ir elgesio terapijos (konsultavimo, informavimo, patarimų, paramos) [11].

Daugelis psichikos ligų palengvėjo, bet depresija – labai paplito, pradėjo reikštis vis nauju pavidalu – galvos, širdies, pilvo skausmais. Pavyzdžiui, dėl depresijos stomatologas kažkam ištraukė geliantį, bet visiškai sveiką dantį, chirurgas jau rengėsi kažkam šalinti apendiksą, tik staiga susivokė, kad paciento veide daugiau nerimo, prislėgtos nuotaikos negu skausmo, be to, ligos požymiai kažkokie neaiškūs. Nuo 10 proc. iki 15 proc. vidaus ligų ištaigų pacientų serga kliniškai ryškia depresija, o sergantiesiems lėtinėmis ligomis depresija dar dažnesnė (20-25 proc.) [11].

Pagrindinės vienatvės, beprasmybės, depresijų priežastys yra trūkinėjantys bendravimo ryšiai, o ryšių darna yra svarbiausioji neigiamų išgyvenimų prevencijos sąlyga. Tas pats pasakytina ir apie savižudybes. E. Diurkheimo nuomone, mes apsaugoti nuo savižudybės tik tiek, kiek esame socializuoti [21].

Depresija ir somatinė liga labai gniuždo pacientą, verčia manyti, kad jo bendra sveikata labai bloga. Gydymo laikotarpis pailgėja, nes dėl sumažėjusios motyvacijos pacientas menkai dalyvauja gydyme. Dėl nediagnozuotos depresijos būna daugiau somatinių nusiskundimų, be reikalo atliekami papildomi tyrimai, skiriama vaistų. Jei negydoma depresija, net ir sėkmingas somatinės ligos gydymas nesugrąžina fizinių jėgų, be to, nurodoma, kad somatinė būklė vėl gali imti blogėti, pacientas gali pradėti piktnaudžiauti alkoholiu, didėja savižudybės rizika, galiausiai dar labiau sutrinka socialinės ir šeimos funkcijos, darbingumas. Pacientai, sergantys depresija ir somatine liga, dažniau linkę žudytis. Savižudybei

dažnai pasirenka antidepresantus – laimei, dabar vis dažniau skiriama antidepresantų, kurie nepavojingi perdozavus, nereikšminga vaistų tarpusavio sąveika, nepablogėja somatinės ligos klinika, sukelia mažai šalutinių reakcijų.

Lietuvoje dėl sunkių gyvenimo sąlygų, negebėjimo prisitaikyti prie socialinių ir ekonominių pokyčių, skurdo, greitėjančio gyvenimo tempo, neužtikrintos ateities, depresija sergančių vyresnio amžiaus žmonių daugėja. Neretai geriatrinė depresija baigiasi savižudybe, kuri paplitusi vyresniame amžiuje tris kartus dažniau nei amžiaus grupėje iki 30 metų. Be to, tarp vyresnių nei 60 metų asmenų bandymų nusižudyti ir nusižudymų santykis yra 1:1, tuo tarpu jaunų asmenų grupėje nusižudo tik vienas iš šimto mėginančiųjų [22].

Aišku, jog gydant geriatrinę depresiją svarbu ne tik vaistais pašalinti depresijos simptomus, gydyti somatines ligas, demenciją, bet ir bendradarbiauti specialistams: geriatrui, psichiatrui, slaugytojai, socialiniam darbuotojui [22].

2 lentelė

**Vyresnio amžiaus žmonių depresiją lemiantys veiksniai [22]**

Vaisiai	Glukokortikosteroidai, cimetidinas, nespecifiniai vaistai nuo uždegimo, CNS slopinamieji preparatai, digitalis, alkoholis, opioidai, analgetikai, antibiotikai, amantadinas, asparaginasė, bromkriptinas, karbamazepinas, L. dopa, metildopa, mesoklopramidas, fenofėinas, propranololis, rezerpinas, spironolaktonas, vinblastinas
CNS ligos	Neurodegeneracijos (Parkinsono, Alzheimerio, Piko, Huntingtono, Lewy kūnelių ligos), insultas ir kraujagyslinė demencija, epilepsija, galvos smegenų traumas ir augliai
Sirdies ligos	Miokardo infarktas, lėtinis širdies nepakankamumas
Endokrininės ligos	Kušingo liga, hipotireozė, hipertireozė, hiperparatireozė, Adisono liga
Vėžys	Kasos, plaučių, krūties, kraujo
Inkstų ligos	Lėtinis inkstų nepakankamumas ir dializė
Jungiamojo audinio ligos	Reumatinis artritas, sisteminė raudonoji vilkligė, temporalinis arteritas
Virusinės infekcijos (ūmios ar lėtinės)	Hepatitis, infekcinė mononukleozė
Kraujodaros ligos	Vitamino B <sub>12</sub> ir folio rūgšties trūkumo mažakraujystė

Šiais laikais vyresnio amžiaus žmonės į ligoninę guldomi dažniau ir ilgesniam laikui negu bet kurios kitos amžiaus grupės žmonės, o tokiems žmonėms atsigulus į nespecializuotą ligoninę, iškyla daug sudėtingų poreikių. Nepaisant to, kad nespecializuotos ligoninės daug dėmesio skiria fizinei priežiūrai, daug pacientų kenčia nuo psichinių sveikatos problemų, o psichiatrinių susirgimų yra iš tiesų labai daug [9].

Daugėjant pagyvenusių, ypač senų, žmonių tikėtina, kad padaugės ir sergančių psichikos sutrikimais pvz., demencijomis. Šiuo metu pasaulyje yra apie 24 milijonai žmonių, sergančių kuria nors demencijos forma, praktiškai kas penkerius metus sergančiųjų skaičius padvigubėja [23]. Galima spėti,

kad jau V amžiuje pr. m. e. apie tai rašė Sofoklis : “Ilgoje senatvėje slypi visos blogybės – silpni ir beprasmiškai veiksmai, tuščios mintys”. Tačiau per visą žmonijos istoriją labai nedaugelis žmonių sulaukdavo tokio seno amžiaus, kuomet pasireiškia demencijos simptomai. Jeigu 1785 m. Masačūsetse gimusio kūdikio tikėtina gyvenimo trukmė buvo 28 metai. 1900 m. ji svyravo ties 45 metų riba. Tai šiuo metu vidutinė gyvenimo trukmė siekia 75 metus. Labiausiai ši šuolį nulėmė tai, kad buvo pažabotas mirtingumas nuo infekcinių ligų, taip pat pagerėjusi mityba ir higiena, be to, sumažėjęs gimdyvių ir naujagimių mirtingumas. Žmonių, vyresnių nei 85 metai, grupė yra sparčiausiai didėjanti populiacijos dalis nuo 1960 m. [3]. Žinoma, didėjanti gyvenimo trukmė – tai laimėjimas, bet tai ir problema, nes visuomenė nespėja prisitaikyti prie gausėjančios vyresnio amžiaus žmonių grupės reikmių. Demografinio senėjimo pokyčiai lemia socialinio aprūpinimo bei sveikatos priežiūros poreikio didėjimą [24]. Gerontologijos mokslas pripažįsta, kad yra specifinių senimo ligų ir sutrikimų (pvz., osteoporozė, Alzheimerio liga, demencijos). Tokiu atveju būtinos ypatingos slaugos paslaugos [25]. Pagyvenusiems žmonėms būdinga polipatologija, tačiau egzistuojanti statistinė analizė neleidžia įvertinti gretutinių ligų. Nacionalinėje gyventojų senėjimo pasekmių įveikimo strategijoje, kuri patvirtinta 2004 m., konstatuojama: per mažai vyresnio amžiaus žmonėms teikiama specializuotų paslaugų sveikatos apsaugos įstaigose (nėra specializuotų kabinetų ir skyrių, tarp jų Alzheimerio ligos skyrių, interdisciplininio bendravimo stoka). Tuo tarpu Norvegijoje pagyvenusių žmonių psichiatrija nėra atskirta medicinos šaka, bet 17 iš 19 apskričių egzistuoja skyriai vyresnio amžiaus žmonėms su psichikos problemomis, yra įkurtos 4 Atminties klinikos [26].

Sergančių demencija suaugusiųjų slaugymas gali būti sunkesnis nei fizinės negalios žmonių dėl šių aspektų: 1) su demencija susijusios elgesio problemos, dezorientacija ir asmenybės pasikeitimas; 2) padidėjęs priežiūros poreikis ir dėl to laiko trūkumas kitiems pacientams; 3) ribotas sergančiojo demencija gebėjimas išreikšti dėkingumą ir dėl to įkvėpimo slaugyti stoka; 4) blogėjanti ligonio būklė, dėl ko nebelieka tikėtinų teigiamų globėjo indėlio rezultatų ateityje [23]. Tarptautinėje ligų klasifikacijoje TLK – 10 demencija apibūdinama kaip sindromas, sukeltas smegenų ligos, dažniausiai lėtinės ir progresuojančios, kuria sergant pažeidžiama daugelis aukštesniųjų smegenų žievės funkcijų. Pagrindiniai demencijų gydymo būdai yra elgesio terapija ir nemedikamentinės priemonės (socialiniai ir aplinkos pakeitimai, muzikos šokio terapija), tinkama priežiūros įstaiga [27].

„Nespecializuotų ligoninių palatose guli daug gretutinėmis psichinėmis ligomis sergančių vyresnio amžiaus žmonių“ (Bowler ir kt., 1994; Covinsky ir kt., 1999; Holmes ir House, 1999). Kadangi bendrosios praktikos slaugytojoms palatose tenka nuolat bendrauti su vyresniojo amžiaus pacientais, jas galima laikyti psichinių sutrikimų turinčių pacientų priežiūros paslaugų šaltiniu. Deja, neretai bendrosios praktikos slaugytojoms trūksta įgūdžių ir supratimo, kaip tenkinti šios pacientų grupės sudėtingus

poreikius. Neseniai paskelbtoje Jungtinės Karalystės politikoje tai pripažįstama ir kaip pagrindinė strategija siūloma patobulinti bendrosios praktikos slaugytojų mokymus, suteikiant daugiau žinių apie tai, kaip dirbti su pacientais, kurie turi psichinių sutrikimų. Norint parengti tinkamus mokymus, reikia suprasti slaugių dabartinės darbo praktikos kontekstą, įskaitant ir jų požiūrį į minėtą pacientų grupę bei sunkumus, patiriamus rūpinantis šiais pacientais. Šiuo klausimu buvo atliktas kokybinis tyrimas [28].

Iš bendrosios praktikos slaugytojų buvo sudarytos vadinamosios „fokus grupės“ ir atlikta analizė pagal modelį. Iš įvairių ligoninės skyrių ir jų palatų dirbančių įvairių specializacijų slaugytojų buvo sudarytos trys „fokus grupės“. Buvo apklausta devyniolika slaugių (17 moterų ir 2 vyrai). Apklausos metu pokalbiai buvo įrašinėjami į juostelę. Jie surengti pagal analitines kryptis, remiantis modelio analize, kuri leido apibrėžti sąvokas, atsižvelgti į elgsenos modelius ir diapazonus, nustatyti ryšius ir pateikti paaiškinimus. Žemiau pateiktos būdingiausios citatos iš dalyvių apklausos – iš jų matyti, kokias temas analizuojant pavyko identifikuoti.

***Medicininės priežiūros poreikiams teikiama pirmenybė psichinės sveikatos atžvilgiu:***

„Nuo pamišimo nenumirsi“.

„Jei turiu 5 laisvas minutes, nesėdžiu su pacientu, kuriam galbūt gali dar labiau pasimaišyti protas, kad išsiaiškinčiau, kokia yra problema; kai turiu 5 minutes, einu tvarkyti skyrius, nes ten tikra netvarka ..“.

„Pirmiausia reikia atkreipti dėmesį į tuose reiškinius, kurie gali kelti grėsmę gyvybei“.

***Psichinė liga sergantis vyresniojo amžiaus žmonės atpažinti iš jų elgesio:***

„Kai kalbama apie psichinių sutrikimų turinčius žmones, gulinčius senyvo amžiaus žmonių palatoje, pirmiausiai pagalvoju apie tuos, kurie kartais įniršta ir griebiasi smurto. Dažniausiai tai būna tie, kurie serga Alzheimerio liga ir silpnaprotyste. Žinau, kad yra daug žmonių, sergančių depresija, bet tokie žmonės sėdi sau tyliai ir nekelia mums rūpesčių; tiesiog žinai, kad jie ten yra, kitiems gydytojams sakai, kad jie jaučiasi prislėgti ir nevalgo, bet nėra jokių didelių problemų ... o mes reaguojame į problemas“.

„Daugiausiai mes susiduriame su silpnaprotystėmis, jos labiau išryškėja. Būtent silpnapročiai stengiasi pabėgti iš palatos arba sujaukia kitų žmonių daiktus, sugadina palatos įrangą“.

„Kliedintys pacientai...“

„Agresijos protrūkiai“.

***Bendrosios praktikos slaugytojos mano, kad joms trūksta gebėjimų atpažinti ir deramai prižiūrėti gretutinių psichinių sutrikimų turinčius ligonius:***

„Problemos šaknys siekia mūsų studijas: mes nepakankamai žinome apie psichinius sutrikimus, su kuriais mums tenka dirbti; štai kur mūsų problema“.

„Apie psichiatrines ligas mes žinome nepakankamai, kad tiksliai nustatytume, kas yra; mes žinome, kad pacientui kažkas blogai; tą mes žinome. Kažkas jiems blogai, bet kas, mes nežinome, nes mums neužtenka patirties. Aš manau būtent taip.“

„Žinai, kartais pagalvoju, kad yra pacientas su pasimaišiusiu protu; ar aš bandau jį perorientuoti? Ar paaiškinu, kad jis – ligoninėje? Ar tiesiog leidžiu manyti, kad jis yra Sacharos dykumos viduryje? Nežinau, kaip geriau; supranti, gal geriausia tokį pacientą uždaryti vieną į paskutinę palatą ...“

„Nekenčiu to jausmo, kai nežinai, ką daryti ...“

***Bendrosios praktikos slaugytojos mano, kad gretutinių psichinių sutrikimų turintys vyresniojo amžiaus žmonės nespecializuotose ligoninėse negauna geros priežiūros:***

„Būtent šitų pacientų (vyresniojo amžiaus žmonių su ypatingais psichinės sveikatos poreikiais) darbuotojai nemėgsta; su jais gydytojai elgiasi kitaip, ne taip mandagiai, arba stengiasi nepasitaikyti jų kelyje. Kai kurie žmonės sugeba būti labai žiaurūs ...“

„Pavyzdžiui, patraukia lazda į šoną ar nustumia tolyn stalą, todėl žmogus negali net stiklinės vandens pasiekti, o ją paėmus, dažniausiai tēškia į sieną“.

***Bendrosios praktikos slaugytojų nuomonė apie savo poreikį mokytis:***

„Mums reikia mokytų žmonių...“

„Reikalinga galimybė kreiptis į ką nors, kas turėtų platų darbo su psichiniais sutrikimais įgūdžių diapazoną, į ką tu tikrai galėtum kreiptis ... į žmones, kurie iš tikrųjų šalia“.

„Čia reikia kažko panašaus į greito reagavimo komandą, ir jeigu į tavo palatą paguldo pacientą, kuris netrukus pasirodo visame gražume, gali tuoj pat į juos kreiptis ir jie atlėks; dabar! Kad baigtųsi visi tie dalykai su haloperidoliu ir žmonių badymas adatomis, kurių jiems visai nereikia“.

Psichinių sutrikimų turinčius vyresnio amžiaus žmones tyrimo dalyviai atpažindavo iš jų elgesio, kuris trukdydavo teikti medicinines priežiūros paslaugas ir trikdydavo bendrą palatos tvarką, keldavo kokių nors sunkumų vadovybei ir pareikalaudavo daugiau slaugos personalo pastangų.

Visi dalyviai buvo įsitikinę, kad bendrosios praktikos slaugytojoms trūksta sugebėjimų atpažinti gretutinių psichinių sutrikimų turinčius ligonius ir įgūdžių deramai susitvarkyti su tokiomis ligomis, kadangi šios pacientų grupės priežiūra išeina už bendrosios slaugytojos kompetencijos ribų. Tyrimo dalyviai nurodė, kad tokių sugebėjimų trūksta ir kitiems ligoninės darbuotojams – o ypatingai medicinos personalui – į kuriuos jie dažnai kreipiasi pagalbos, kai iškyla problemų dėl darbo su pacientais, turinčiais psichikos sveikatos problemų. Dalyviai išreiškė vieningą nuomonę, kad gretutinių psichinių sutrikimų turintys vyresniojo amžiaus žmonės prižiūrimi ne taip kokybiškai, kaip kiti pacientai, kuriems reikalinga ekvivalentiška priežiūra, bet kurie neturi psichinių sutrikimų; taip yra galbūt dėl jų psichinių sutrikimų ar dėl fizinės būklės.

Tyrimo dalyviai įvardijo tokias temas, kuriomis, jų nuomone, turėtų būti parengti mokymai bendrosios praktikos slaugytojoms:

- Žinios apie psichines ligas, su kuriomis dažniausiai tenka susidurti.
- Ankstyvasis psichinės ligos nustatymas iš simptomų ir požymių.
- Darbas su psichinėmis ligomis (ypač su silpnaprotyste ir kliesesiais), įskaitant problematiško elgesio sutvarkymą bei žiaurumo protrūkių prevenciją.
- Pagrindinės žinios apie psichotropinius vaistus, įskaitant ir jų šalutinius poveikius.
- Praktinės žinios apie psichinės sveikatos priežiūrą reglamentuojančius įstatymus, galiojančius nespecializuotoms ligoninėms.

Dalyviai laikėsi nuomonės, kad mokymas turi būti nepertraukiamas, ir kad daugiausiai naudos duotų tęstinės kvalifikacijos kėlimo studijos. Jų labiausiai vertinamas būdas buvo įvairių vaidmenų inscenizavimas. Slaugytojai norėtų ir tokių mokymų, kuriuos pabaigus būtų vykdomas oficialus akreditavimas – tai būtų žinių plėtimo ir pripažinimo būdas. Tačiau dalyviai vienbalsiai teigė, kad vien mokymais padėties nepagerinsi. Reikia geriau apjungti darbo praktikas tarp ūmios ir psichinės sveikatos priežiūros skyrių.

Šio mokslinio tyrimo duomenys patvirtina ankstesnių darbų išvadas: psichinių sveikatos sutrikimų turinčių vyresniojo amžiaus žmonių dabartinė priežiūra yra nepatenkinama, be to, bendrosios praktikos slaugytojos stengiasi iš visų jėgų deramai atpažinti psichines ligas ir su jomis susitvarkyti. [28].

Kalbant toliau apie žmonių psichikos sveikatos būklę, tai Lietuva užima vieną pirmųjų vietų Europoje pagal alkoholio suvartojimą, taip pat pagal avaringumą, savižudybes. Šie dalykai siejasi tarpusavyje. Savižudybių paplitimas 2005 m. – 38,6/100 000 gyventojų. Tarp vyrų savižudybių paplitimas Lietuvoje 2005 m. buvo 68,1/100 000, o ypač dažnai Lietuvoje žudosi vidutinio amžiaus kaimo vietovėse gyvenantys vyrai (Lietuvos duomenys [http://www.vpsc.lt/psl\\_statistika.htm](http://www.vpsc.lt/psl_statistika.htm)). Girtavimas ir alkoholizmas išlieka viena iš skaudžiausių Lietuvos problemų, keliančių rimtą grėsmę modernios valstybės vizijai ir sėkmingai ekonominei bei socialinei plėtrai (2 pav.). Vien alkoholinių psichozių skaičius 2005 metais pasiekė 89,8/100 000 gyventojų rodiklį. Pastaraisiais metais daugėja kitos priklausomybės – narkomanijos atvejų (3 pav.).



2 pav.



3 pav.

„Sveikata visiems XXI a.“ 12 tikslas kalba apie alkoholio, narkotikų ir tabako žalos mažinimą.

Iki 2015 m. visose šalyse narėse turėtų būti akivaizdžiai sumažinta sveikatai kenksmingų narkotinių medžiagų, kaip alkoholis ir psichotropiniai vaistai.

Konkrečiai:

12.2 Visose šalyse alkoholio vartojimas neturi būti didesnis negu 6 litrai žmogui per metus ir turi būti lygus nuliui iki 15 metų amžiaus.

12.3 Visose šalyse piktnaudžiavimas draudžiamas psichotropiniais vaistais turi būti sumažintas mažiausiai 25 proc., o mirtingumas – mažiausiai 50 proc. [17].

Tyrimai parodė egzistuojant uždarą ratą: kuo daugiau šalyje (ar regione) įvyksta savižudybių, tuo pastebimas teigiamasis gyventojų požiūris (nuostatos) į savižudybes. Išėjis buvo pasiūlyta tokia: daugiau dėmesio skirti piliečių švietimui psichikos sveikatos klausimais, formuojant neigiamą (neabejingą) požiūrį į savižudybes ir savižudišką elgesį. Pavyzdžiui, tokiose valstybėse, kaip Didžioji Britanija, Švedija situacija pradėjo kisti į gera, švelnėti būtent tuomet, kai ėmė kisti sveikatos politiką, socialinių tarnybų darbuotojų ir kitų sričių specialistų bei visuomenės požiūris į psichikos sveikatos svarbą bei apskritai į žmones, turinčius psichikos negalavimų [12].

Nors ne visi savižudybės atvejai yra nuspėjami, daugelį jų galima įtarti įvyksiant. Efektyviausias būdas išvengti savižudybės – tai išmokyti pastebėti pavojaus ženklus, tinkamai juos įvertinti ir priimti teisingą sprendimą. 20-50 proc. asmenų, kurie žudosi, jau yra bandę tą daryti. Didesnė tikimybė, kad žudytis pakartotinai bandys tie, kurių pirmieji mėginimai buvo rimti. Prieš žudydamiesi žmonės, dažniausiai apie tai kalba ar bent užsimena: „Be manęs šeimai bus geriau“. Ketinantys nusižudyti kartais kalba taip, tarsi atsisveikintų ar ruošęsi išvykti. Sunku išmatuoti psichologinius, socialinius ir finansinius savižudybės padarinius šeimai ir visuomenei [12].

Nors ir nenustatyta, kodėl vienas žmogus žudosi, o kitas, kurio padėtis daug sudėtingesnė, to nedaro, vis dėlto daugumos savižudybių galima išvengti. Labai svarbi savižudybių prevencijos priemonė – mokyti sveikatos priežiūros specialistus atpažinti, įvertinti potencialų savižudį, tinkamai su juo elgtis, suteikti jam pagalbą. Savižudybės yra ne tik psichikos, bet ir visuomenės sveikatos problema.

Pacientui, turinčiam savižudiškų minčių, ryšys su medicinos personalu yra labai svarbus, kartais tai gali būti paskutinė atsvara, apsauganti nuo lemtingo žingsnio. Yra nustatyta, kad apie 40–80 proc. nusižudžiusių žmonių dviejų savaitių laikotarpyje buvo apsilankę pas gydytoją. Taigi bendraujant su pacientu reikia gerai išsiaiškinti jo sumanymus, ypač tada, kai yra rizikos veiksnių, skatinančių savižudišką elgesį [1].

1980 m. Gotlando saloje buvo vykdomas projektas - bendrosios praktikos gydytojų (toliau BPS) mokymo įtaka savižudybių skaičiui. Šioje Švedijos dalyje, kurioje gyvena 60 tūkst. gyventojų, tuo metu buvo ypač daug savižudybių. Šis projektas davė teigiamų rezultatų. Dėl intensyvaus saloje dirbančių BPS mokymo apie depresiją ir savižudybes stacionare besigydančių ir turinčių nedarbingumo dėl depresijos lapelius, ligonių sumažėjo 50 proc. Per pirmuosius trejus metus po to, kai buvo įvykdyta mokymo programa, savižudybių sumažėjo maždaug dviem trečdaliais (daugiausia moterų, anamnezės metu sirgusių depresija ir bendravusių su BPG). Šiandien saloje įvyksta vos kelios moterų savižudybės. Tačiau išlieka didelis vyrų, kurių daugelis nesikreipia į gydymo įstaigas, savižudybių skaičius. Ateityje nuolatinis mokymas daugiau akcentuotas į vyrų savižudybių problemą ir žiniasklaidos priemonių bei kitų visuomenės grupių įtraukimą nustatant, paremiant, apsaugant ir gydant depresinius ir suicidinius atvejus [17].

„Sveikata visiems XXI a.“ 6 tikslas kalba apie psichikos sveikatos gerinimą.

Iki 2020 m. turi būti pagerinta psichosocialinė žmonių gerovė ir užtikrinta įvairiapusiškesnė pagalba psichikos sveikatos problemų turintiems žmonėms.

Konkrečiai:

6.1. Psichikos sveikatos problemų paplitimas ir neigiama įtaka sveikatai turi būti iš esmės sumažinta, ir žmonės turi turėti daugiau galimybių kovoti su stresinėmis gyvenimo situacijomis.

6.2. Savižudybių turi būti sumažinta trečdaliu, o tose šalyse ir gyventojų grupėse, kuriose šis skaičius šiuo metu ypač didelis, reikia dar labiau jį sumažinti [17].



4 pav. Savižudybių skaičius Lietuvoje [15]

Kai kuriose šalyse, pvz., Anglijoje, psichiatrai privalėjo konsultuoti visus pacientus, mėginusius žudyti ir grąsinusius tai padaryti. Kai kuriose klinikose iš visų psichiatro konsultuotų pacientų tokių buvo 10–20 proc. Brownas ir Pisetsky's (1960) nustatė, kad somatinėse ligoninėse nusižudo 1,55 paciento iš 10 000. Visi nusižudžiusieji sirgo lėtinėmis ar mirtinomis ligomis, kentė didelį skausmą, dusulį ar ūminę negalią [11]. Jauna moteris, iššokusi iš ligoninės balkono (bet, laimei, likusi gyva), pasakojo, kaip vilkėdama trumpą ligoninės chalatai vaikščiojo siaura plienine sija, jungiančia vieną pastatą su kitu, „tikėdamasi, kad pamatys kas nors per visus tuos langus – juk visas pastatas stiklinis“ [21].

Lietuvoje veikiančią psichikos sveikatos priežiūros sistemą galėsime vertinti kaip efektyvią tada, kai:

- psichikos sveikata bus pripažinta prioritetine sveikatos sritimi;
- psichikos sveikatos priežiūros paslaugos didele dalimi bus teikiamos bendruomenės lygiu ir bendrose sveikatos, socialinės apsaugos ir ugdymo įstaigose;
- dauguma psichikos sveikatos problemų ir lengvų sutrikimų bus sprendžiama ir gydoma šeimos gydytojų, o psichikos sveikatos problemų sprendimas taps ne vien psichiatrų, bet ir visų asmens sveikatos priežiūros, visuomenės sveikatos, švietimo, globos ir rūpybos bei kitų sektorių darbuotojų kasdieniu rūpesčiu [27].

Akivaizdu, kad daugelis pacientų labai kenčia ir jų buvimas ligoninėje tą kentėjimą tik sustiprina. Pacientų priežiūra yra ne visai tokia, kokią įsivaizduoju remdamasi savo žiniomis. Slaugytojos dažniausiai

būna nusivylusios galimybe padėti pacientams ir, atrodo, dauguma iš jų visai nemano, kad jų asmeninis elgesys su pacientu yra svarbus, ne visos tinkamai supranta pacientų simptomus. Pagrindinis dėmesys dažniausiai kreipiamas į fiziologinius aspektus, psichikos sveikatos problemos dažnai yra ignoruojamos, todėl daug pacientų kenčia vieni. Galima kalbėti apie tai, kad įstaigos personalui pravartu išgirsti principus, kurių dera laikytis, norint, kad darbas su pacientais, turinčiais psichikos problemų, būtų prasmingas ir sėkmingas. Reikia kritiškai pažvelgti į slaugos darbo procesą: ar jis prasmingas mūsų pacientams ir ar jis prasmingas mums patiems?

## **1.2. Kompetencijos samprata slaugoje**

### **1.2.1. Kompetencijos turinio elementai**

Plėtojantis rinkos ekonomikai, didėjant konkurencijai, atsirandant naujoms vadybos koncepcijoms, nebepakanka ankstesnių kriterijų kvalifikacijai apibūdinti, kaip pavyzdžiui: išsilavinimas, profesinis pasirengimas, profesinė patirtis, darbuotojų amžius. Jie nebeatpindi reikiamos darbuotojų kvalifikacijos, dėl to kyla prieštaravimai tarp įgytos kvalifikacijos ir kvalifikacijos reikalavimų, pagal kuriuos buvo organizuotas darbo vertinimas. Todėl vis dažniau sąvoką kvalifikacija keičia sąvoka kompetencija, kuri apibūdinama kaip mokėjimas atlikti tam tikrą veiklą, remiantis įgytų žinių, įgūdžių, gebėjimų, vertybinių nuostatų visuma. Iš lotynų kalbos *competentis* reiškia *gebantis*, turintis teisę tai spręsti ir daryti, arba nusimanantis tam tikroje srityje.

Šiuolaikiniame pasaulyje pagrindiniais organizacijos ištekliais tampa nebe kapitalas ar gamtos ištekliai, bet darbuotojai ir jų žinios, gebėjimai. Atsižvelgiant į informacijos plėtrą iš darbuotojų reikalaujama naujų teorinių, praktinių žinių, gebėjimo greitai prisitaikyti prie naujų darbui keliamų reikalavimų.

Lietuvos bendrajame programavimo dokumente (2004 - 2006 m.) pažymima, kad „Lietuvos darbo jėga išsilavinusi, santykinai didesnė jos dalis turi aukštąjį išsilavinimą, tačiau šiuolaikinis ekonomikos pobūdis, reikalaujantis greitos įgūdžių kaitos, kvalifikacijos kėlimo, anksčiau įgytos žinios darosi sunkiai pritaikomomis arba bevertėmis“. Darbo jėgos kompetencijų didinimas nurodomas kaip vienas iš mūsų šalies prioritetų [29].

Vis daugiau mokslininkų ir įvairių sričių tiria ir analizuoja kompetencijų svarbą organizacijos veikloje. N. Petkevičiūtė bei E. Kaminskytė (2003) analizavo vadybos kompetencijos aspektus ir nustatė, kad Vakaruose labiausiai paplitę du požiūriai į vadybos kompetenciją:

- funkcinis analitinis, kuris plėtojamas Didžiosios Britanijos Iniciatyviojoje vadybos chartijoje (Management Charter Initiative – toliau MCI);
- asmeninių charakteristikų, kurių propagavo 1982 m. R. E. Boyatzis.

N. Petkevičiūtė ir E. Kaminskytė (2003) nurodo esminį R. E. Boyatzis ir MCI vadybos kompetencijų modelių skirtumą. R. E. Boyatzisio (1982) kompetencijos modelis yra orientuotas į darbuotojo įnašą į organizacijos siekiamus tikslus, koncentruojasi ties individualiomis vadovo charakteristikomis ir siejamas su darbo turiniu. MCI modelis orientuojasi į rezultatą, telkiamas ties darbo atlikimo reikalavimais ir tai siejama su darbo vaidmeniu / funkcija [29].

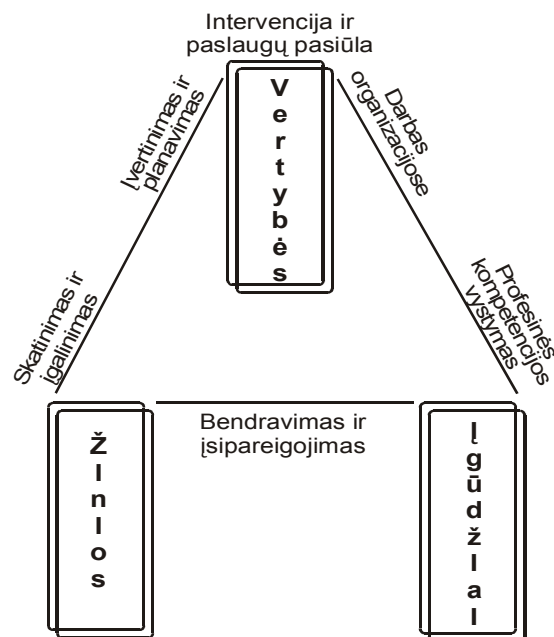
Vadybos kompetencijos tyrėjai, be to, dar akcentuoja ir darbingumo bei fizinę kompetenciją, kuri apima fizinio atsparumo, atsparumo stresams bei sveikatingumo ugdymo įgūdžius. Taip pat darbuotojo teises ir pareigas, kurias numato jo statusas [30].

Atlikta teorinių vadybos kompetencijų analizė nustatė, kad vadovų gebėjimai apibrėžiami, kaip gebėjimai rasti naujausią informaciją, įgyti žinių ir darbo įgūdžių, diegti naujas technologijas, parinkti reikiamą personalą [29].

Socialinio darbo žodyne kompetencija vadina sugebėjimą atlikti darbą ar kitą įsipareigojimą. Kompetencija socialiniame darbe apima visus susijusius edukacinius ir empirinius reikalavimus: rodytus gebėjimus per įvertinimo ar atestavimo egzaminą, taip pat gebėjimą atlikti darbo užduotis ir, laikantis vertybių bei profesinio etikos kodekso, pasiekti socialinio darbo tikslus. Kieran O'Hagan (1997) siūlo 6 bendras socialinio darbo užduotis, kurias, jos teigimu, galima vadinti kompetencijos sritimis: 1) bendravimas ir įsipareigojimas; 2) skatinimas ir įgalinimas; 3) įvertinimas ir planavimas; 4) intervencija ir paslaugų pasiūla; 5) darbas organizacijose; 6) profesinės kompetencijos ugdymas [31].

Autorė teigia, kad atliekant socialinį darbą šios kompetencijos atsiranda ir gali būti pagrįstos tik pritaikius ŽINIAS, VERTYBES ir ĮGŪDŽIUS. Socialinis darbuotojas, kuris savo darbe bandydamas bendrauti ir įsipareigoti kuriam nors klientui, turinčiam konkrečią problemą, privalo remtis teorine literatūra ir tyrimais, ieškoti naujų papildomų žinių apie klientą ir apie problemą (ŽINIOS); jis turi būti nuovokūs ir jautrus atsiradus etinių sunkumų (VERTYBĖS); be to turi pademonstruoti išvalgumą ir pagrįstumą veikdamas (ĮGŪDŽIAI) [31].

„Tik praktine veikla, kuri grindžiama vertybėmis, kuri tinkamai atliekama ir paremta žiniomis, kritine analize ir refleksija, yra laikoma kompetentinga“ (Kieran O'Hagan, 1997).



5 pav. Socialinio darbo kompetencijos kolonos [31]

Ši Kieran O’Hagan (1997) pasiūlyta socialinio darbo kompetencijos schema yra labai svarbi, ją galima pavadinti pagrindine, stengiantis geriau suprasti socialinio darbuotojo kompetencijas [31].

Slaugos profesijoje kompetencijos klausimas susilaukia daug debatų. Daugiausiai dėmesio skiriama tam, kad kompetenciją yra sunku apibrėžti ir įvertinti, trūksta koreliacijos tarp kompetencijos ir darbo rezultatų.

Bendrosios praktikos slaugytojos norma MN 28:2004 pažymi, kad profesinę kompetenciją sudaro žinios, gebėjimai ir įgūdžiai, kuriuos įgyja baigę bendrosios praktikos slaugytojos profesinę kvalifikaciją suteikusias studijas bei nuolat tobulindamos įgytą profesinę kvalifikaciją, atsižvelgiant į nuolatinę slaugos mokslo praktikos pažangą [32]. Užsienio autoriai slaugytojų kompetenciją nusako:

- O’Shea rašo, kad slaugytojų kompetencija – tai darbuotojo gebėjimo atlikti jo(s) pareiginėje instrukcijoje numatytas užduotis ir mokėjimus, kurių reikalauja jo(s) einamos pareigos, įvertinimas. Kompetentingas personalo narys turi tokių žinių, įgūdžių, gabumų ir manierų, kurios yra reikalingos, norint teisingai ir sumaniai atlikti jam (jai) pavestas užduotis [31].
- Gonczy slaugytojo kompetenciją apibrėžia kaip rinkinį savybių, požiūrių, vertybių, įgalinančių atlikti profesines užduotis, remiantis konkrečiais veiklos standartais [8].
- N. Finlay, J. Irwin, C. James straipsnyje laikosi pozicijos, kad dabartiniai kursai turi parengti kompetentingus slaugytojus, sugebančius dirbti pačiomis įvairiausiomis slaugos

sąlygomis. Todėl kursus organizuojantys asmenys yra atsakingi už tai, kad paruoštų ir pritaikytų tokius klinikinio įvertinimo įrankius, kurie padėtų studijuojantiems įgyti tokias kompetencijas [34].

- Pagal Mercer slaugos teoriją, kompetencija įgyjama, kai slaugytoja ima jausti vidinę harmoniją prižiūradama pacientą, ir pasitiki savo sugebėjimais tai daryti. Jos elgesyje pastebimas rūpestis, atsakomybė, pasitenkinimas šiuo vaidmeniu. Pasekmė pacientui yra jo elgesys, sveikata, bendradarbiavimas. Tuo pačiu teigiama, kad pacientai, kuriuos sunku slaugyti, gali sumažinti slaugytojos suvokimą apie savo sugebėjimus. Padėti eiti link teigiamų pasekmių gali informacija, kaip suprasti pacientų ženklus ir poreikius, bei kaip tinkamai į juos reaguoti. Nors kai kurių faktorių pakeisti negalima, daugelį jų galima įtakoti mokantis, klausiant patarimo [35].
- C. Clark, E. Parker bei T. Gould savo straipsnyje slaugytojo kompetenciją apibrėžia kaip reikalingų žinių, gebėjimų ir supratimo turėjimą, kuris reikalingas besikreipiančiam asmeniui. Pagalbos gavimas - tai kontaktinio lygio atsiradimas ir galėjimas susisiekti su specialistais [36].

Lietuvoje slaugos kompetenciją nagrinėjantys autoriai V. Žydžiūnaitė bei E. Budrikaitė teigia, kad kompetencijos terminas apibūdina asmenis, užimančius atitinkamą profesinį statusą ir charakterizuoja jų žinių, gebėjimų, suvokimo lygmenį, realiai atitinkantį atliekamų užduočių sprendimo reikalavimus [8]. Taip pat V. Žydžiūnaitė teigia, kad slaugytojo kompetencija apima daugiau nei psichomotorinius įgūdžius ir nors jie svarbūs, tačiau jų atlikimas neturint plačios apimties teorinių žinių nėra slauga [37].

Lietuvoje slaugytojo kompetencijas apibrėžia dokumentai:

- PSO reikalavimas slaugytojo kompetencijoms;
- Slaugytojo rengimo standartas, patvirtintas LR Švietimo ir mokslo ministro 2002-07-10 įsakymu Nr. 1302; bei LR SA ir LR ŠM ministrų 2003-04-11 įsakymas „Dėl minimalių <...> Bendrosios praktikos slaugytojų rengimo reikalavimų“;
- Slaugytojų veiklą reglamentuojantys teisiniai dokumentai: MN 28: 2004 „Bendrosios praktikos slaugytoja. Funkcijos, kompetencija, pareigos, teisės ir atsakomybė“.

PSO kelia slaugytojoms reikalavimą įgyti 10–ies sričių kompetencijas:

1. Kritinio mąstymo.
2. Komunikavimo.
3. Technologijų panaudojimo.
4. Žmogiškųjų vertybių vertinimo.
5. Etiško mąstymo.

6. Globalios sveikatos priežiūros požiūrio.
7. Sveikatos priežiūros politikos, organizavimo ir finansavimo.
8. Sveikatos priežiūros apimties koordinavimo.
9. Sveikatos vystymo ir plėtojimo.
10. Profesinio vaidmens vystymo [37].

LR Švietimo ir mokslo ministro ir LR Sveikatos apsaugos ministrai, siekdami geresnio specialistų parengimo bei suvienodinti specialistų rengimo reikalavimus, įgyvendindami Tarybos direktyvas bei Europos Parlamento ir Tarybos direktyvą 2001/16/EB, išleido įsakymą dėl minimalių bendrosios praktikos slaugytojų rengimo reikalavimų. Bendrosios praktikos slaugytojo rengimo standartas apibrėžia bendrosios praktikos slaugytojo rengimo reikalavimus: profesinės kompetencijas, bendruosius gebėjimus, studijų tikslus ir baigiamąjį įvertinimą [38].

Šio profesinio rengimo standarto objektas yra profesinės kompetencijos, kurias privalo turėti bendrosios praktikos slaugytojas. Keletas iš jų: analizuoti ir vertinti slaugymo veiksmingumą; atpažinti gyvybei pavojingas būkles, jas įvertinti ir į jas reaguoti; integruoti socialinio darbo organizavimo ir socialinės rūpybos principus į praktinę slaugytojo veiklą (gebėti atpažinti ir įvertinti asmenų funkcinius ir psichikos sutrikimus).

Slaugos studijų tikslas – parengti slaugos specialistą, kuris, remdamasis aukšta profesine kompetencija, dorovinėmis ir etinėmis vertybėmis (gailingumo, nepakenkimo, autonomijos, lygybės, teisingumo principais ir kt.), kūrybiškai taikytų įgytas teorines žinias bei įgūdžius slaugytojo praktikoje besikeičiančioje visuomenėje. Remiantis Slaugytojo profesinės etikos kodeksu, žinių plėtojimas tampa etine pareiga: “Slaugytojas tobulinasi ir kelia profesinę kvalifikaciją studijuodamas mokslinę, metodinę, slaugos literatūrą...” [39].

Slaugos specialistų profesionalumą galima įvertinti šiais aspektais:

- kvalifikacinių reikalavimų atitikimas;
- geros praktikos taisyklių laikymasis (taiko pažangius, pripažinto efektyvumo pagalbos metodus);
- orientacija į klientą (paslaugas teikia individualiai, kiek įmanoma prisitaiko prie paciento poreikių, asmenybės);
- etinėmis normomis pagrįsta praktika [40].

Terapinė priežiūra yra labai svarbi ir priklauso nuo to, kas šią priežiūrą atlieka, jo kompetencijos bei pagalbos gavimo galimybių. Jei žmogus pavadinamas kompetentingu, vadinasi, jo veikla atitinka standartus. Standartai apima aiškius veiklos elgsenos aprašus, tiksliai apibūdintuose konkrečiuose

situacijose. Standartai – tai stabilios, fundamentinės slaugos atspindys, todėl jie turi būti pastovūs, tačiau kartkartėmis juos tenka peržiūrėti. Atsiradus naujų darbo priemonių, gausėjant slaugos mokslo žinių, standartai atnaujinami, keičiami. Slaugos standartai priklauso nuo ekonominių šalies, miesto, gyvenvietės, savivaldybės ir įstaigos galimybių, medicinos paslaugų apimtys, socialinių veiksnių, kultūrinių ir geografinių ypatumų [19]. Kompetencija – svarbiausias dalykas, kurio reikalaujama iš kiekvieno darbuotojo: gerai išmanyti savo profesinę sritį, būti kūrybingu, generuoti optimalius sprendimus.

Įvertinus įvairių autorių kompetencijos sąvokos apibrėžimus nustatyta, kad kompetencija yra sudėtingas, kompleksinis darinys ir apima ne tik mokymo ir lavinimo procesų rezultatus bei jų pritaikymą, bet ir darbuotojo asmeninių savybių integravimą konkrečioms darbo situacijoms. Tai galima laikyti esminiu skirtumu tarp darbuotojo kvalifikacijos [29].

Kompetencijų vertinimo dimensijos:

- *veiklos ekspertizės* (gebėjimas veikti autonomiškai ir teikti individualizuotą slaugą);
- *klinikinės kompetencijos* (specifinės žinios, specializuoti įgūdžiai, klinikinio mąstymo gebėjimai, besiremiantys multidisciplinškumu);
- *asmenybės* (asmeninės savybės) [8].

Darbuotojų kompetenciją būtina vertinti tam, kad mokslo įstaigos tiksliau planuotų būsimų ir esamų darbuotojų ugdymo ir kvalifikacijos tobulinimo programas. Norima įvertinti esamų darbuotojų tinkamumą konkrečioms pareigoms bei sudaryti šiai dienai aktualias darbuotojų ugdymo programas. Be to, nustatyti prioritetus, įvertinti išteklius ir parinkti tinkamą paramos modelį. Siekiama peržiūrėti specialistų tobulinimo poreikius, pereinant nuo mokymo kontroliuoti simptomus - prie mokymo dirbti komandoje ir tenkinti paslaugų vartotojų poreikius. Kompetencijos vertinimo tendencijos: nauda įmonėms, iššūkis mokymo įstaigoms.

Dauguma šaltinių kompetenciją apibrėžia kaip „žmogaus gebėjimą arba potencialą atlikti savo darbą“. Jungtinė sveikatos priežiūros įstaigų atestavimo komisija kompetenciją apibrėžia taip: „žmogaus turimos žinios, įgūdžiai, sugebėjimai ir elgsena bei manieros, kurių dėka jis teisingai ir sumaniai atlieka užduotis“. Ši komisija pateikia tokias kompetencijų rūšis (3 lentelė).

## Kompetencijų rūšys

Kompetencija	Aprašymas
Motyvai	Dalykai, apie kuriuos žmogus galvoja
Savybės	Fizinės charakteristikos ir reakcija į informaciją ir situacijas
Savęs suvokimas	Žmogaus požiūris, vertybės ir paties įvaizdis
Žinios	Žmogaus turima informacija iš specifinių sričių
Įgūdžiai	Gebėjimas atlikti tam tikras užduotis

Kompetencijos yra nenutrūkstančio proceso dalis, kurių dėka organizacija gali užtikrinti kokybišką savo klientų ir pacientų priežiūrą. Labai svarbu, kad organizacijų lyderiai žinotų, kad jų darbuotojai sugeba atlikti savo darbą. Vadovai turėtų būti reguliariai informuojami, kaip pastaraisiais metais sekasi jų darbuotojams. Kompetencijos pripažinimą reikėtų vykdyti kasmet ir kiekvieną kartą, pasikeitus praktikos standartams ar įdiegus naują įrangą. Dauguma, Jungtinių Amerikos Valstijų, ligoninių vadovų stengiasi užtikrinti, kad jų darbuotojai neatsilikėtų nuo metinio kompetencijų įvertinimo. Pastovumas leidžia ligoninei sėkmingiau laikytis reikiamo kompetencijos lygio ir mažinti slaugytojų kompetencijos lygio kitimą. Šis valdymo modelis yra labai subrendęs ir tai teigiamai atsiliepia pacientų priežiūrai. Nors vidutinė organizacija, kuri laikas nuo laiko organizuoja mokymus savo darbuotojams, šiam tikslui išleidžia apytikriai 1,5% bendros išmokamos atlyginimų sumos, geriausios organizacijos išleidžia gerokai daugiau. Neprikaištingai dirbančios sveikatos priežiūros įstaigos pripažįsta, kad verta skirti ir laiko, ir pinigų nepageidautinų aptarnavimo incidentų prevencijai. Jos žino, kad pats geriausias būdas tai padaryti – investuoti į vadovų ir darbuotojų mokymus bei ugdymą [33].

Ugdymo pagal darbo rezultatus sistemą sukūrė kompetencijų ekspertė Dr. Dorothy Del Bueno. Ugdymo pagal darbo rezultatus sistema (angl. *Performance Based Development System, PBDS*) yra labai efektyvi ir pasitvirtinusi metodika, skirta žmonių kompetencijos įgūdžiams vertinti. Šią sistemą sudaro vaizdajuosčių rinkiniai su įvairiomis pacientų priežiūros situacijomis, kurios susijusios su tam tikromis ligomis ir jų gydymo procesais. Slaugytojos turi peržiūrėti vaizdajuostę ir paskui aprašyti, ką galėtų padaryti dėl jo. Paskui aprašai peržiūrimi ir įvertinami. Pagal įvertinimo rezultatus parengiamas individualus slaugytojo orientavimo planas [33].

Taikant orientavimo pagal kompetenciją (angl. *competence-based orientation*) programą, visas dėmesys sutelkiamas į besimokančiojo gebėjimą *atlikti* užduotį, o ne į paprastą *žinių* turėjimą, kurių reikia tai užduočiai atlikti. Būtinų žinių, požiūrių ir įgūdžių apjungimas į visumą apsprendžia slaugytojo

kompetenciją ir galimybes dirbti numatytoje aplinkoje. Galutinis slaugos personalo kompetencijos vertinimo tikslas yra užtikrinti saugią pacientų priežiūrą [33].

Pacientai serga vis sunkiau ir vis trumpiau išbūna ligoninėse, tai kelia vis aukštesnius reikalavimus slaugytojoms, kurios turi kompetentingai prižiūrėti pacientus, nepaisant to, kad aplinka sveikatos priežiūros srityje nuolat keičiasi [33].

### **1.2.2. Slaugytojų žinios**

Žinios slaugytojai yra svarbus pagrindas, kuris padeda kompetentingai atlikti savo pareigas. Žinių pagrindas sukuriamas iš slaugytojų tyrimų, teorijų plėtojimo ir sistemiško svarbių fenomenų stebėjimo bei iš tiesioginės ir netiesioginės kitų slaugytojų patirties. Jas taip pat sudaro iš pacientų ir kitų profesionalų gauta informacija, bendros visos visuomenės žinios.

Slaugos mokslo tyrėjai skolinasi daug žinių iš kitų socialinių mokslų. Kompetentingas darbas priklausys nuo įvairių psichologijos, edukologijos, vadybos, filosofijos ir sociologijos teorinių žinių. Pabrėžiant įvairialypių slaugos žinių svarbą taip pat akcentuojama būtinybė nuolat tikrinti visas žinias. Plėsti, tikrinti ir perduoti žinias apie slaugos patirtį yra pagrindinė kiekvieno slaugos darbuotojo pareiga.

Šiuolaikinės slaugytojos remiasi žiniomis, kurios yra pagrįstos moksliniais tyrimais ir apima teorijos bei praktikos integravimą. Slaugytojo veikla labai įvairi, todėl ir žinios turi būti plačios ir visapusės. Fagermoen slaugytojų žinias suskirsto į etines, estetines, empirines ir asmenines. Prie asmeninių žinių ji priskiria slaugo pažiūras. Estetinės slaugytojų žinios apima išmanymą, supratimą, kūrybiškumą, įgudimą, asmenines savybes. Iš filosofijos, mokslo teorijų, slaugos istorijos kyla etinės slaugytojų žinios. Empirinės žinios kyla iš mūsų ar kitų patyrimo [40]. Kitaip tariant, tai išmintis, kurią įgyjame mąstydami ir stebėdami. Bet taip pat jos gali būti mokslinių tyrinėjimų išdava. Tiesioginė slauga priklauso nuo situacijos ir asmenybės, ji yra atliekama įvairialypėje tikrovėje. Tai reiškia, kad empirinio išmanymo neužtenka, nes jis abstraktus ir pagrįstas apibendrinimais [41].

Galutinis kompetentingų slaugytojų rengimo tikslas yra užtikrinti, kad pacientai gautų aukšto lygio priežiūros paslaugas. Slaugytojų klinikiniai vaidmenys gali būti įvairialypiai, priklausomai nuo to, kokioje aplinkoje tenka dirbti ir kokius pacientus prižiūrėti. Dėl to yra labai sunku įvertinti gebėjimą atlikti visus tokio įvairialypio vaidmens aspektus. Slaugytoja gali būti įgijusi reikalingą įgūdžių lygį, t. y., kompetenciją, bet gali nesugebėti to lygio pasiekti visose situacijose. Atsižvelgdamas į visus šiuos

svarstymus, While (1994) nušviečia, kaip yra svarbu atsižvelgti į darbo rezultatus realaus gyvenimo situacijose [42].

Slaugos šerdį sudaro priežiūra, globa, pagalba. Slaugos išraiška - priežiūra, grindžiama informavimu, tolerancija ir apima pagarbą individams, jautrumą žmonių teisėms, informaciją, kuri leidžia individams rūpintis savimi bei dalyvauti priimant sprendimus. Slauga remiasi savo, t. y. slaugos žiniomis, kurios yra pagrįstos moksliniais tyrimais ir apima teorijos bei praktikos integravimą. Slauga yra mokslinė ir praktinė disciplina, o tai reikalauja iš slaugytojo analitinio, kritinio mąstymo, problemų sprendimo, tarpasmeninio bendravimo gebėjimų bei psichomotorinio įgūdžių taikymo ir nuolatinio jų vystymo. Europos Sąjungos šalyse slaugytojams egzistuoja vienodi standartai kompetencijoms, kurios turi būti įgyjamos per studijų laikotarpį. Esminės kompetencijos yra šios: slaugos, psichologinė, edukacinė, vadybos [43].

Slaugos kokybė yra viena svarbiausių dalių sunegalavusio ar susirgusio paciento sveikatos priežiūros procese. Daugelyje sveikatos apsaugos sistemos organizacijose vyrauja nuomonė, kuri neretai skelbiama ir viešai, kad gydymas yra pats svarbiausias prižiūrint paciento sveikatą. Su tuo negalima sutikti. Net nekalbant apie sveikatos palaikymą, stiprinimą ir formavimą. Slauga paciento sveikatos priežiūroje užima ypatingą vietą. Visų pirma dėl to, kad paciento poreikių ratas gana platus (maistas, palata, judėjimas, bendravimas ir t. t.) ir neapsiriboja vien sveikatos gerinimu. Antra – 1-2 valandas per dieną pacientas ligoninėje bendrauja su gydytoju, o likusias – su slaugytojomis [44]. Slaugytojoms, kaip ir gydytojams, visuomenė kelia didžiulius reikalavimus. Medikai visuomet stebimi itin atidžiai ir kritiškai. Kas verčia slaugytojus rasti savyje noro bei jėgų mokytis išstobulinti savo žinias, kad taptų savo srities profesionalais [45].

Tiek profesinės, tiek bendrojo išsilavinimo žinios, yra pirmoji ir elementariausioji veiklos išmokymo pakopa. Gebant žinias tiksliai pritaikyti pagal nuorodas, jos tampa mokėjimais. O mokėjimas jau yra pirmoji įgūdžių lavinimo fazė. Įgūdžiai yra reikalingi ką nors atlikti, pasiekti ką nors vertinga, o įgūdžių taikymas kintančiose situacijose jau gali būti laikomas pirmoji lygmens kompetencija [31].

Be to, per pastaruosius dešimtmečius akivaizdžiai pakito ir pacientų charakteristikos bei jų lūkesčiai, o tam reikia naujų sveikatos profesionalų kvalifikacijos. 2003 m. daugelyje išsivysčiusių šalių akcentuota „naujo profesionalizmo“ sveikatos priežiūroje svarba sveikatos funkcionavimo sėkmei. Slaugos profesionalui reikalingos naujos žinios, sugebėjimas naudotis šiuolaikinėmis informacinėmis technologijomis ieškant naujos informacijos sprendžiant sveikatos problemas, komandinio darbo įgūdžiai, sveikatos psichologija ir daugybė kitų žinių [46].

Sveikatos priežiūros sistema, kurios vertinimas, kaip teigiama Lietuvos Nacionalinės Sveikatos tarybos pranešime (2000 m.) vis labiau traukia ne tik profesionalų, bet ir pacientų dėmesį. Tai lemia:

- išaugęs visuomenės išsilavinimo lygis;
- pakitęs požiūris į visuomenės sveikatą;
- konkurencija sveikatos priežiūros paslaugų rinkoje;
- ribotas finansavimas;
- būtinybė efektyviau naudoti gaunamas lėšas;
- didėjanti sveikatos, kaip gyvenimo kokybės rodiklio vertė [47].

Pagrindinis vyriausybės sveikatos politikos, reformuojant sveikatos priežiūros sistemą, tikslas – sveikatos priežiūros paslaugų kokybė ir prieinamumo gerinimas. Šio tikslo įgyvendinimui, kaip rodo įvairių šalių patirtis, žmogiškųjų išteklių vaidmuo yra lemiamas. Slaugos specialistai savo kompetencija turi atlikti esamas ir numatomas sveikatos priežiūros tarnybų reikmes. Į tai būtina atsižvelgti, formuojant programas slaugos specialistams iki diplominėse studijose bei tęsiant tolesnį slaugos specialybės tobulinimą.

### **1.2.3. Slaugytojų įgūdžiai**

Pedagogikoje L. Jovaiša įgūdį nusako kaip mąstymo ir praktinės veiklos automatizuotą veiksmą. Įgūdžiui susidaryti reikia pratybų. Kol jis išlavinamas, pereinama keletą fazių: nuo sąmoningos tikslingos judesių kontrolės, nereikalingų judesių ir veiksmų išnykimo iki atitinkamų veiksmų automatizacijos. Socialiniame darbe V. Kučinskis ir R. Kučinskienė teigia, kad įgūdis labai gerai išmoktas veiksmas, kurio elementų nebereikia sąmoningai reguliuoti ir kontroliuoti. R. L. Barker (1995) įgūdžius vadina mokėjimu tinkamai panaudoti žinias, talentą, asmenines savybes ar resursus [31]. Įgūdžiai nuolat didėja pritaikant praktines žinias, naudojant įvairią techniką ir metodiką. Jiems įtakos turi ne tik taikomos žinios, vertybės, bet ir asmeninės darbuotojo savybės ar jo darbo stilius [8]. Be jau minėtų įgūdžių, darbuotojui, norinčiam tinkamai atlikti savo darbą, būtina išsiugdyti ir šiuos įgūdžius: savęs suvokimo, empatijos, santykių, ypač požiūrį į santykį su kitos rasės, kultūros, lyties, amžiaus, seksualinės orientacijos su neįgaliais ir psichine liga sergančiais asmenimis [31].

Dėl tinkamai neįteisintų ir neišplėstų slaugos paslaugų teikimo ilgėja pacientų buvimo stacionare laikas, brangsta jų gydymas ir rehabilitacija, kyla psichologinės problemos. Jei slaugymo procese dalyvauja tam tikslui nepasirengę visuomenės nariai, tokia padėtis antihumaniška slaugytino žmogaus ir jo artimųjų atžvilgiu, psichologiškai slegia ir žemina paciento orumą, brangiai kainuoja valstybei.

Pagal profesorių V. Janušonį, darbo veiklos ir kompetencijos atitikimo principu esminiai momentai yra šie:

- žmogus gali dirbti tik tą darbą, kurį žino ir išmano;
- žmogus gali užimti tik tas pareigas, kurias sugeba vykdyti;
- darbuotojo konkreči veikla turi būti maksimaliai apibrėžta [48].

Personalas turi dirbti tik tą darbą, kurį jis moka dirbti arba greitai gali išmokyti. Organizacijoje visi turi užimti pareigas, atitinkančias jų protines ir fizines galias. Kuo labiau darbuotojų veikla atitiks jų kompetenciją, tuo jų darbas bus našesnis ir produktyvesnis, o organizacijos veiklos rezultatai geresni. Praktiškai to iki galo pasiekti neįmanoma, todėl vadovai turi stengtis prie to bent artėti, kad nors pagrindines kertines pareigybes organizacijoje užimtų kompetentingi asmenys [48]. Sveikatos priežiūros sistemos trūkumai negali būti aiškinami medikų ne kompetencija, nors pastarosios taip pat pasitaiko.

LR pacientų teisių ir žalos atlyginimo įstatymo 4 straipsnio 2 punktą teigia „... jei sveikatos priežiūros įstaiga pagal savo kompetenciją pacientui būtinosios medicinos pagalbos suteikti negali, ji turi informuoti apie tai pacientą ir užtikrinti, kad pastarasis kaip įmanoma greičiau būtų pervežtas į kitą sveikatos priežiūros įstaigą“ [49].

Tam, kad būtų užtikrintos visos atsakomybės zonos ir funkcijos, nusakomos tikslais bei uždaviniais, apibrėžtais ligoninės vadovų, privalu turėti pakankamą kompetenciją. Kiekvienam darbuotojui turi būti paruoštas būtinas kompetencijos įsigijimo ir palaikymo planas. Vadovai atsakingi už tai, kad būtų užtikrinta pakankama personalo kompetencija klinikiniam darbui [28].

Šiandieniniame pasaulyje pacientų saugumo vertinimas ir tobulinimas, sveikatos priežiūros klaidų mažinimas, nepageidaujamų įvykių prevencija yra labai aktuali. Pacientų saugumas tampa daugelio mokslininkų: slaugytojų, gydytojų, farmacininkų, etikos specialistų tyrinėjimų objektu. Remiantis užsienio tyrimų rezultatais, sveikatos priežiūros specialistai ne visada geba atpažinti nepageidaujamą įvykį ir teisingai įvertinti klaidas, dažnai dėl įvykusių klaidų apkaltinamos slaugytojos, nors atsakomybė už įvykį bendra visų sveikatos priežiūros specialistų. Tačiau nepageidaujamų įvykių atsitikimas priklauso nuo įvairių faktorių, ypač nuo paciento būklės ir padėties [50].

Lietuvos sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005 – 2010 m. programoje saugumas yra numatytas kaip viena iš pagrindinių kokybės dimensijų, užtikrinančių sveikatos priežiūros kokybę. Programoje yra numatyta sumažinti nepageidaujamų įvykių skaičių, didesnę dėmesį skirti pacientų saugai, saugos reikalavimus įtraukti į kokybės reikalavimus, formuoti sisteminių požiūrių į nepageidaujamų įvykių valdymo sistemą, orientuotą į šių įvykių prevenciją, o ne postvenciją; skatinti viešas diskusijas apie klaidas [50].

Gyvename dinamišku socialinių permainų laiku, visi procesai vyksta greitai ir gana prieštarinčiai. Tokioje aplinkoje vieni moka greitai prisitaikyti ir plaukti pasroviui, kiti ryžtasi veikti. Pokyčiai labai dažnai išderina įprastą veiklą, todėl jaučiame įtampą. Norėdami neištrigti gyvenimo verpetuose ir atsilaikyti prieš mestus iššūkius, privalome gerai mokėti naudotis dideliais informacijos srautais, naujausiomis technologijomis. Įgyta profesinė patirtis nėra statiška ir sukaupta visam laikui, todėl slaugytojui reikia mokėti prisitaikyti prie kintančių sąlygų ir naudotis jų teikiamomis galimybėmis. Dažni profesinės aplinkos pasikeitimai reikalauja siekti specialaus pasirengimo per visą profesinę veiklą.

Kiekvienoje sveikatos priežiūros įstaigoje dirba slaugytojai, kurie skiriasi ne tik amžiumi ar požiūriu į gyvenimą, darbą, savo profesiją, bet ir išsilavinimu. Vieni iš jų, neseniai baigę kolegijas ar universitetus, yra įgiję naujausių slaugos mokslo ir praktikos žinių, kiti - prieš daug metų baigę medicinos mokyklas taiko praktikoje laiko išbandytas, tačiau dažnai pasenusias žinias, nediegia naujovių. Praktinė patirtis slaugant neabejotinai yra labai svarbi, naudinga ir gerbtina, tačiau būtina atsižvelgti ir į naujausius slaugos mokslo laimėjimus, juos aktyviai naudoti praktikoje [19]. Siekiant užtikrinti paciento teisių apsaugą, bet nesant konkrečių reikalavimų slaugos praktikai, prižiūrint pacientus, turinčius psichikos sveikatos problemų, sudėtinga tikėtis slaugos paslaugų kokybės.

Praktika pagal įrodymus (*evidence – based practice*) atsirado kaip plačiai pripažinta paradigma, kad būtų galima kontroliuoti pacientų priežiūros procesą ir padarinius. Tam reikia ne tik skaityti šiuolaikinę literatūrą, bet ir panaudojant įrodymus keisti praktiką. Daugumai klinikinė praktika užsiimančių slaugių tai tampa kliūtimi. Literatūroje galima rasti nemažai aprašytų barjerų, kurie slaugėms trukdo užsiimti praktika pagal įrodymus. Budinčioms prie ligonių slaugėms pagrindinės kliūtys yra tokios: laiko trūkumas, ribotos galimybės gauti literatūrą, nepasitikėjimas savo sugebėjimais panaudoti tyrimo duomenis, trūksta įgūdžių kompiuterinių technologijų pagalba ieškoti literatūros. Praktikos pagal įrodymus įgyvendinimui pasaulyje yra sukurta daug modelių. Rosswurm ir Larrabee modelio 1 žingsnis - poreikio keisti praktiką įvertinimas. Nustačius, kad poreikis keisti praktiką yra, paaiškinama, kokia yra problema bei įvardinama, kokie būtų pageidautini rezultatai ir susijusios intervencijos (2 žingsnis). 3 žingsnis, kai žinant poreikius yra lengviau pasirinkti raktinius žodžius, kurie panaudojami literatūros paieškai, geriausių įrodymų sintetiniui. Peržvelgus literatūrą, sintetinami geriausi įrodymai, kad būtų galima nustatyti, ar įrodymai patvirtina, kad praktiką reikia keisti [9].

Taigi slaugymo menas atsiranda tuomet, kai žinios, įgūdžiai, asmenybė ir pažiūros susilieja į nedalomą visumą. Tai sugebėjimas sujungti žinias, įgūdžius, asmenybę ir pažiūras. Menas kitose profesijose arba veiklos srityse susideda iš tų pačių dalykų, tačiau turinys yra būdingas tik konkrečiai profesijai ar veiklos sričiai [41].

### 1.2.4. Somatinių skyrių pacientų slaugymo problemos

Gyvenime susiduriame su labai įvairiais žmonėmis. Su vienu lengva ir malonu bendrauti, su kitais sunku. Vieni žmonės ramūs, taikūs, atleidūs, nuoširdūs, kiti irzlūs, pikti, nesivaldantys, užgaidūs, kerštingi, dar kiti visada linksmi, ketvirtai prislėgti, paniurę. Kad ir kokios būtų charakterio ypatybės, žmogui skirta gyventi ir būti visuomenės nariu [1]. Sudėtingiau bendrauti, kai žmogus turi psichikos sveikatos problemų. Psichinis sutrikimas gali būti labai ryškus arba išryškėti tik ypatingomis aplinkybėmis – patyrus dvasinę traumą, pavyzdžiui, staiga susirgus ir atsidūrus ligoninėje. Daugelis mūsų jaučiamės bejėgiais, bendraudami su negalios ištiktais žmonėmis. Mes nežinome, kaip reikėtų su jais elgtis ir užmegzti kontaktą.

Žmonės, turintys psichikos sutrikimų, neretai elgiasi neįprastai ir tai gali mus gąsdinti. Labiausiai pastebima sutrikusios psichikos forma - agresyvumas. Tai pasireiškia rėkimu, daiktų daužymu ir plėšymu, aplinkinių stumdymais. Tai tuoj pat pastebima ir personalas turi imtis atitinkamų priemonių tam sustabdyti. Personalas suprantama greitai pavargsta, dirbdamas su šiais pacientais. Be to, sunku tokiems žmonėms skirti daug laiko – jo reikia ir kitiems pacientams [51].

Slaugytojoms dirbant bet kokio profilio ligoninėje (ne tik psichiatrijos) dažnai tenka susidurti su pacientais, turinčiais įvairių charakterio ar asmenybės sutrikimų. Svarbu išvelgti šių žmonių problemas, suprasti jų asmenybės sutrikimo tipą, o tada gebėti tinkamai bendrauti. Bendravimas yra viena iš svarbiausių pacientų, turinčių psichikos sveikatos problemų slaugos sudėtinių dalių, nors šiais atvejais jis yra gana sunkus. Jame labiausiai atsiskleidžiama žmonių psichika. Kalbinamas pacientas išsipasakoja savo negalavimus, abejojimus, dvejojimus, būgštavimus, įkyrumus, baimes. Iš jo pasisakymų sužinoma, kokios yra svarbiausios paciento problemos, konfliktai ir sutrikimai. Turėdamas galimybę išsikalbėti žmogus apimsta, atgauna dvasinę pusiausvyrą ir viltį pasveikti.

Slaugytojos turi akylai stebėti ir pamatyti paciento elgesio pasikeitimus. Žinodamos, kad pacientai nekritiškai ir ne visada pasiduoda korekcijai, atsisako su jais ginčytis ar neigti haliucinacijas, įrodinėti jų klaidingumą, nes tai tik pablogins būklę. Tačiau slaugytojos šiuo atveju ne visada būna teisios - galima paaiškinti pacientui, kad jį supranta, nors pati to nemato ar negirdi, stengtis orientuoti pacientą į tikrovę. Pagrindinė slaugytojos pareiga iškilus pavojingoms situacijomis – susivokti, būti atsargiai ir elgtis kompetentingai, kad galėtų apsaugoti pacientą, save bei aplinkinius.

Pacientams stacionare turi būti sudaryta ir palaikoma rami, saugi aplinka. Šios gyvybinės veiklos laidavimas yra vienas svarbiausių uždavinių slaugant pacientus, turinčius įvairių psichikos sveikatos problemų. Patekę į naują, svetimą, dažnai net gąsdinančią aplinką, pacientai jaučiasi nesaugūs, sutrikę.

Žmonės paguldyti į ligoninę išgyvena adaptaciją. Pagrindiniai jausmai, kuriuos tenka patirti tapus pacientu: baimė dėl skausmo ir nerimas, kuris kyla dėl nežinomybės. Pacientai taip pat jaučia vienatvę, liūdesį nes ilgisi įprastos kasdienybės. Nustatyta, kad psichikos sveikatos problemų turintiems pacientams adaptuotis yra sunkiau nei psichinės negalios neturintiems pacientams. Išsiaiškinta, kad adaptacinį laikotarpį ligoninėje pacientams, galima palengvinti. Svarbus etiškas medikų elgesys, pakankamas personalo skaičius, skyriaus aplinka (saugi, pastovi, artima namų aplinkai) [52].

Slaugant pacientą, kuris turi psichikos sveikatos problemų, jau pats slaugytojos vaidmuo teikia jai tam tikrą galią bei viršenybę paciento atžvilgiu. Todėl visada reikia pasirinkti svarbiausias etines normas, kurios galėtų pateisinti slaugytojų sprendimus. Elgtis su psichinę negalia turinčiais žmonėmis galima išmokti. Labai svarbu, kad slaugytoja sugebėtų suprasti pacientų jausmų pasaulį. Suvokti šį pasaulį padeda slaugytojos profesionalumas, meistriškumas, sugebėjimas nujauti, atitinkamai reaguoti į visus paciento išgyvenimus, aistrų protrūkius [53]. Turintiems psichikos sveikatos problemų reikia supratimo, paramos, užuojautos ir pagarbos, kaip ir visiems kitiems sergantiesiems.

Tačiau dar neretai pasitaiko, kad ligoninėje iš paciento, turinčio psichikos sveikatos problemų, pasišaipoma kaip iš „nerimto“ ligonio tai labai žeidžia, jis į medikus pradeda žiūrėti nepalankiai, nustoja jais pasitikėti. Personalas besipuikuodamas savo pranašumu stigmatizuoja pacientą, verčia jį jaustis menkysta, nepilnaverčiu ir bejėgiu. Rašantys medicinos etikos klausymais autoriai pabrėžia etinius įsipareigojimus, kurie kyla dėl nelygių jėgų tarp mediko ir paciento. Siūloma susirūpinti šia nelygybe, kadangi tai skatina paciento pažeidimą ir manipuliavimą. Taip atsiranda nepasitikėjimas ne tik profesionalais, bet ir įstatymais, vyriausybe [55].

Dažnai pacientas jaučiasi bejėgis, o medikas perima tėvo – globėjo vaidmenį. Taigi santykiai tarp mediko ir paciento dažnai esti paternalistinio pobūdžio. Paternalistinis požiūris siejasi su laisvės apribojimu ir apibrėžiamas, kaip kišimasis į asmens veiksmų laisvę. Gydytojo paternalistinis elgesys pateisinamas, kai paciento sveikatos būklė neleidžia pacientui pačiam apsispręsti. Įgaliotasis paternalizmas yra moraliai pateisinamas ir reiškia, kad individas yra davęs savo aiškų arba numatomą sutikimą [20].

Medicinoje toks paternalizmas yra paremtas pasitikėjimu: pacientas tiki, kad jo gydytojas padarys tai, kas privalu jo, kaip specialisto, kompetencijai. Vienintelis paternalizmo tipas, sukeliantis rimtų etikos problemų ir yra moraliai nepateisinamas (neįgaliotasis paternalizmas, kuris nepaiso paciento autonomijos). Gydytojas vienas sprendžia, kas žmogui geriausia. Susidurdamas su liga, pacientas negali pats kontroliuoti susidariusios situacijos, nes neturi žinių savo kūno ar protinei ligai išgydyti. Liga atima galimybę daryti loginius sprendimus, trukdo blaiviai mąstyti. Paciento laisvė tampa kompromisu. Nors pacientai yra atsakingi už sprendimus, susijusius su jų gydymu, toks uždavinys neretai jiems būna per

sunkus. Jie nesiryžta prieštarauti gydytojo sprendimams, nes tai būtų nelogiška, atsižvelgiant į paciento vertybes. Tokiu būdu pacientai praranda pasirinkimo laisvę, atsižvelgiant į asmeninę situaciją ir vertybių sistemą. Iškyla klausimas, ar tokiu atveju neiškyla pavojus pažeisti elementarias žmogaus teises [20].

Šia prasme labai svarbu, kad personalo atstovai pacientų atžvilgiu nesielgtų kaip diktatoriai. Normalūs santykiai tarp paciento ir profesionalo - partnerystės, kai abi suinteresuotos pusės priima sprendimus bendrai susitardami. Sunkiais psichikos sutrikimais sergantis ligonis dėl sveikatos praranda galimybę pats savo valia daryti sprendimus - nesugeba nuspręsti, patenka į nesupratingų pacientų grupę. Tačiau jo orumas ir autonomiškumas išlieka dėmesio centre. Kas vietoje „nesupratingo“ paciento turi pasirinkti jo gydymo planą? Medicinos praktika ir daugelio šalių teisė šį klausimą sprendžia taip: turi būti kitas asmuo, kuris atstovautų negalinčiojo „priimti“ sprendimų ligonio valiai. Dažniausiai šią funkciją atlieka ligonio artimieji. Tačiau humaniška medicina visais atvejais ieško būdų, kaip medicinos teikiama priežiūra ar pagalba neperžengtų paciento autonomiškumo ir gerovės [20].

Pagarba pacientams labai priklauso nuo mūsų gebėjimo įsijausti į jų situaciją ir išgyvenimus. Norint įstengti pacientams, turintiems psichikos sveikatos problemų, padėti reikia tapti brandesniais, būtina turėti išsamų supratimą apie jų deficitus, kad nuolat nesitikėtume ir nereikalautume iš jų žengti žingsnio, kuriam jie dar nėra subrendę – tik šių gebėjimų dėka žmogus daugiau ar mažiau yra tinkamai prisitaikęs sergančiųjų priežiūrai. Galutiniai gydymo rezultatai priklauso nuo slaugytojos sąmoningumo, patirties bei profesionalaus darbo [53]. Šiuolaikinės slaugos sudėtingumas reikalauja sistemingos slaugytojo veiklos, kad pacientų slauga būtų optimali, grindžiama ne intuicija ir padrikais veiksmais, bet apgalvota, organizuota ir pagrįsta šiuolaikinėmis mokslo žiniomis. Šį tikslą pasiekti galima sudarant slaugytojoms galimybes tobulintis ir suteikti pakankamą autonomiją sprendžiant problemas [19].

Specifinis žinių trūkumas kelia daug nereikalingo streso. Dėl paciento ligos kilusių asmenybės pokyčių medikams kyla daug keblumų, nes psichikos sutrikimų turinčio žmogaus elgesys dažnai toks nesuprantamas, kad aplinkiniai nežino, kaip reaguoti. Todėl kyla klausimas, kaip elgtis, kad su ligoniu galima būtų bendrauti? Ko reikia, kad galėtume būti kompetentingi, susidūrę su pacientu turinčiu psichikos sveikatos problemų?

Ne naujiena, kad Lietuvos somatinėse gydymo įstaigose, slaugos darbuotojų, kurie gerai suprastų psichikos sveikatos sutrikimus, trūksta. Tad tokį darbą neretai dirba slaugytojos, nežinančios pacientams, kurie turi psichikos sveikatos problemų, būdingų slaugos ypatumų. Tuomet darbas tampa per daug sunkus ir kelia nerimą tuo užsiimančiam personalui. Ilgainiui tai baigiasi pasimetimu ir bejėgiškumu, nuo kurių nuosava psichika turi kaip nors apsiginti. Pasekmės nukenčia pačios slaugytojos ir nesuteikia tinkamos priežiūros pacientui. Pastebėta kad slaugai, dirbantys su sergančiaisiais psichinėmis ligomis, lyginant su

populiacija, daug dažniau serga lėtinėmis ligomis ir dažniau vartoja psichotropinius vaistus. Tarp šių darbuotojų labiau paplitusi depresija ir savižudybės [55].

Slaugytojos, realizuodamos slaugą, turi žinoti specifinius elementus, kurie lemia taisyklingą pacientų, turinčių psichikos sveikatos problemų, priežiūrą. Žmonės, turintys psichikos sveikatos problemų, dažnai patiria krizę ir yra apibūdinami, kaip „sunkūs“ psichine prasme, o konfliktas yra neatsiejama jų kasdienio gyvenimo dalis. Būtent tokioje situacijoje slaugytojai gali pasijusti nekompetentingi, nemokantys ir nežinantys ką daryti. Su „sunkiais“ pacientais, reikėtų elgtis vengiant ginčų, o geriausiais būdas yra slaugytojo išsiugdyta kantrybė, humoras, mokėjimas susivaldyti [8].

Ypač aktualu slaugytojoms, kurios kasdien susiduria su naujais pacientais, skirtingomis situacijomis, sugebėti kūrybiškai panaudoti žinias, mokėjimus, įgūdžius, prisitaikant prie naujų sąlygų ir situacijų, spręsti problemas, įvertinus galimus padarinius. Slaugytojoms turi būti vystomi formalūs gebėjimai (pvz., problemų identifikavimas, kūrybinis jų sprendimas, analitinis, sisteminis, kritinis mąstymas). Slaugytojos turi gebėti surasti ir pritaikyti naują būdą problemai išspręsti bei gebėjimą perkelti žinias ir įgūdžius į naujas situacijas, tapti pajėgios spręsti uždavinius, su kuriais nuolat susiduria darbe [8].

Viena iš priemonių, galinčių mažinti darbuotojų streso lygį, yra mokymai, kurie gali padidinti asmens atsparumą stresinėms situacijoms, nes ugdo darbuotojų kompetenciją bei darbo probleminėse situacijose įgūdžius [53]. Žinios apie ligą, ypač apie jos eigą ir simptomus, padės suprasti, kas gali nutikti. Turint informacijos, atsiranda galimybė geriau slaugyti pacientą.

Psichikos sveikatos slaugos procesui įgyvendinti siūloma naudoti H. E. Peplau slaugymo vystymosi modelį. H. E. Peplau slaugimą suvokia kaip tarpasmeninį gydomąjį procesą, apimančią paciento ir slaugytojo tobulėjimą. Pagrindinis tikslas yra organizmo gyvybingumo atstatymas. Antrasis tikslas – padėti pacientams suvokti savo sveikatos problemas, pasinaudojant praeities patirtimi, bei išvengti ligų ateityje. H. E. Peplau mano, kad kiekvienoje naujoje situacijoje slaugytojai turi galimybę praturtinti patirtį, stebėdami, kaip skirtingai pacientai reaguoja į tas pačias situacijas [4]. Hildegard E. Peplau buvo viena pirmųjų Amerikos slaugos teoretikių, pripažinusių ir reagavusių į slaugymo praktikos permainų poreikį. Peplau akcentuoja atsakomybės už savo darbą poreikį, norą būti sąžiningu savo veikloje bei galimybę parodyti savo darbo rezultatus. Todėl visoms slaugytojoms keliamas reikalavimas nuolat plėsti profesines žinias, naudotis nauja informacija. Jos nuomone, jeigu slaugytojos reaguotų tik į paciento norus, kiltų rizika, kad slaugytojos gali tapti tik globotoju, t. y. teikti tik vartotojiško pobūdžio patarnavimus, arba virsti kitų sveikatos apsaugos darbuotojų padėjėju. Todėl ypač svarbu, kad slaugymo patarnavimai būtų aiškiai apibūdinami, o žinios nuolat gausėtų [56].

Peplau taip pat akcentuoja visų individų unikalumą, sugebėjimą tobulėti bei keistis teigiama linkme. Taip pat ji pripažįsta, kad visi žmonės turi poreikių, kuriuos būtina patenkinti. Pavyzdžiui, fizinis poreikis gali būti maistui arba pastogei, o psichologinis – pripažinimui ar supratimui. Peplau slaugymo esmę suvokia kaip ryšį tarp slaugytojo ir paciento. Ji mano, kad toks tarpasmeninis ryšys yra pagalbos pagrindas, todėl norėdami padėti pacientams tenkinti savo poreikius, slaugytojai privalo suprasti savo asmeninius poreikius bei reakcijas. Nors Peplau pabrėžia tarpasmeninę slaugymo prigimtį, nepamiršta ir techninės pusės, nurodydama, kad slaugytojai privalo turėti slaugymo procedūrų atlikimo įgūdžių [56].

Jungtinėje Karalystėje atlikto kokybinio tyrimo dalyviai aprašė, kaip juos veikia pastangos prižiūrėti psichinių sveikatos sutrikimų turinčius žmones. Daug diskusijų susilaukė klausimas, kaip šis jų darbo aspektas verčia juos jaustis. Visi fokus grupės pateikti aprašymai buvo negatyvūs. Dalyviai nurodė, kad toks darbas yra emociškai sekinantis ir emociškai varginantis, mažina savigarbą, mažėja pasitenkinimas darbu, daug streso, bejėgiškumo jausmas.

*„Visada atrodo, kad vos vos susidorojau su situacija, o ne kad susitvarkiau su ja“.*

*„Dažniausiai pasijunti nepatenkintas ir nepilnavertis“.*

*„Manau, jautiesi nepilnavertis, nes nežinai, kaip padėti“.*

Kai kurie dalyviai abejojo, ar sugebės ir toliau eiti savo pareigas skyriuje, sakydami, kad darbas su pacientais, kenčiančiais nuo psichinių sutrikimų, privertė juos susimąstyti, ar slauga tokioje aplinkoje yra tai, ką jie sugeba geriausiai, ir ar išvis verta jiems tęsti savo praktiką.

*„Žinote, mes kalbame apie pacientus, bet reikia atkreipti dėmesį ir į mūsų pačių poreikius, nes kartais tai gali nugramzdinti iki tokio dugno, na, bent jau mane nugramzdino“* [9]. Taip pat pastebėta, kad agresija ir smurtas prieš slaugytojas didėja visame pasaulyje. Daugiausia smurto atvejų stebima psichiatrijos skyriuose. Tai rimta problema darbo vietose ir viena iš akivaizdžiausių didėjančių. Slaugytojos rizikuoja keturis kartus daugiau tapti smurto aukomis negu kiti sveikatos apsaugos darbuotojai. Naujosios Zelandijos tyrėjai mano, kad smurto prieš slaugytojas didžiausia rizikos regionas yra psichikos sveikatos paslaugos. Tyrimų rezultatai rodo, kad slaugytojos, dirbančios pirmus metus, dažniau patiria verbalinį grasinimą, verbalinį seksualinį įžeidinėjimą, fizinį bauginimą [57].

Labai svarbu yra palaikyti slaugytojoms gerus tarpusavio santykius slaugant pacientus, turinčius psichikos sveikatos problemų. Cohen ir Syme analizuoja, kaip efektyvi parama gali įtakoti stresą ir sušvelninti jo sukeltus neigiamus padarinius. Vienas iš būdų teikti paramą, paremtą santykiais, yra klinikinis stebėjimas. Klinikinis stebėjimas apibūdinamas kaip tarpasmeninis procesas, kai vienas labiau patyręs specialistas padeda kitam, mažiau įgudusiam specialistui, įgyti patirties, reikalingos savo darbe. Tuo pat metu jie yra konsultuojami ir palaikomi. Klinikinis stebėjimas gali būti individualus ir grupinis. Jansson 1993 m. atliktas tyrimas parodė panašius rezultatus, liečiančius psichogeriatricos slaugytojus.

Slaugytojai teigė, jog klinikinio stebėjimo pagalba slaugytojai įgijo gilesnį profesinį ir praktinį suvokimą apie savo ir kitų žmonių jausmus. Alfredsson ir Annersted 1994 m. apibūdino intervencijos programą, skirtą slaugytojoms. Programa apėmė gerontologijos žinias, paramą ir priežiūrą. Intervencijos rezultatai parodė, kad slaugytojos pagilino žinias, bei pakeitė savo emocinį ir socialinį požiūrį, o tai pagerino jų kompetenciją, bei profesinį elgesį su pacientais, turinčiais psichikos sveikatos problemų. Taip pat pastebėta padidėjusi motyvacija, pasitenkinimas darbu bei darbo kokybė [58].

Kadangi Lietuva yra pereinamojo laikotarpio valstybė, patirianti didelį socialinį visuomenės stresą ir visų pirma su tuo susijusius prastus visuomenės psichikos sveikatos rodiklius, ypatingai svarbu apmokyti visus, dirbančius su rizikos grupės žmonėmis. Tai rašoma valstybės psichikos sveikatos 2006 – 2010 metų strategijoje, taip pat teigiama, kad gydytojai ir slaugytojai, konsultuojant psichikos sveikatos specialistų, turi mokėti suteikti pagalbą daugumai dėl psichikos sveikatos problemų besikreipiančių žmonių [46].

Nutarime teigiama, kad būtina panaudoti didelę Lietuvos psichoterapijos mokyklos patirtį, kviečiant nacionalinės psichoterapijos mokyklos atstovus mokyti naująją sveikatos specialistų kartą bazinių kasdienio darbo su rizikos grupės žmonėmis ir šeimomis įgūdžių. Laikytis nuomonės, kad efektyvi paslauga turi atitikti pacientų poreikius ir žmogaus teisių principus: gerbti paciento orumą, skatinti jo autonomiją bei tenkinti jo poreikius [46].

Slaugant pacientus, turinčius psichikos sutrikimų, dera atminti, kad visoms gyvenimo situacijoms gatavų receptų nėra kad kiekvienas atvejis yra išskirtinis. Nuolat tobulinant savo žinias, slaugytojos įgaus įgūdžių, kurie pagelbės žmonėms. Rūpinimasis – tai pagarba kitam žmogui ir galimybė atskleisti save patį. Rūpinimasis kitu ugdo ir paties mediko asmenybę. Turime aiškiai suvokti, kad paciento elgesys ir kalba, yra labai ypatinga ir reikšminga.

### 1.2.5. Požiūris į asmenį, turinčius psichikos sveikatos problemų

*Kiekvienas žmogus yra jaučiantis ir kuriantis subjektas. Žmogus yra asmenybė, veikianti ir kurianti, su savo jausmais ir poreikiais. Jo niekada negalima paversti kitų savivalės objektu. Jis pats sprendžia savo neliečiamumą ir savo laisvę. Kiekvienas žmogus visada yra kuriantis ir produktyvus, netgi jei aplinkos požiūriu jo kūriniai menkaverčiai.*

Sture Gustafssonas

Kiekvienas žmogus yra savaip vertingas, neatsižvelgiant į tai, kas jis yra ir ką jis geba. Žmogaus gyvenimas yra savaime vertingas, prasmingas. Visi žmonės turi vienodą teisę į žmogaus vertą egzistavimą. Kas gi yra žmogaus vertas egzistavimas? Tai:

- teisė gyventi, neatsižvelgiant į tai, kokią negalią ar sutrikimą žmogus turi;
- būti pripažintu tokiu, koks esi, netgi jei esi kitoks.

Požiūris į žmogų yra labai svarbus dirbant su ištiktaisiais negalios. Požiūris į žmogų – tai suvokimas, kas yra žmogus, ko jam reikia, kokie jo elgesio motyvai. Požiūris remiasi ankstyvaisiais išgyvenimais ir išmokimu. Ši patirtis, taip pat tai, ką jis suvokia kaip gėrį ar blogį, lemia jo elgesį su kitais žmonėmis, ypač tais, kuriems reikia jo pagalbos. Pirmiausia tai atsiskleidžia kasdieniuose žmogaus santykiuose [51].

Mūsų požiūris yra tarsi asmenybės dalis, kurios pasiduoda įvairioms įtakoms, keičiasi bėgant metams. Požiūrio sąvoka gali būti suprantama kaip apibendrinta mūsų patirties išraiška. Dėl savo požiūrio įvairiomis aplinkybėmis mes linkę reaguoti tam tikru būdu. O požiūrio (individualių vertinimų sandauga) kaita – ilgai trunkantis procesas, lemiamas išorinių ir vidinių asmenybės formuojančių ir veikiančių veiksnių. Tai ir asmenine patirtimi paremti, ir iš kitų perimti vertinimai, dažnai virstantys sustabarėjusiomis išankstinėmis nuostatomis, kurios naujai patirčiai yra pakankamai rezistentiškos [5].

Požiūrio sąvoka reiškia kelis komponentus: jausmus, išsimokslinimą ir elgseną. Požiūrio jausminis aspektas paprastai yra nukreiptas į tai, ką mes laikome vertybėmis. Vertybės, bendraja prasme yra idėjos, konkretesniu pavidalu iškyla asmenybės pasaulyje kaip idealai. Idealas gali būti suprantamas kaip įsivaizduojamo ir pamąstomo tobulumo viršūnė, kaip aukščiausias valios siekinys [41]. R. L. Barker (1995) teigimu, vertybės – tai papročiai, elgesio standartai ir principai, kuriuos laiko pageidaujama tam tikra kultūra, žmonių grupė ar individas. B. R. Compton ir B. Galaway (1999) vertybes vadina profesijos neįrodytais ir, matyt, neįrodomais įsitikinimais apie žmogaus prigimtį. Šie įsitikinimai nurodo darbuotojo kasdienio darbo kryptį. Tačiau, pasak minėtų autorių, profesijos vertybės nėra universalios. Slaugos profesija apima gana platų kultūrinį kontekstą, jos atstovai identifikuoja bei iškelia jau susiformavusias visuomenėje vertybines nuostatas. Kadangi mūsų visuomenėje egzistuoja daugybė vertybinių nuostatų, o

kai kurios iš jų kertasi ir prieštarauja viena kitai, tai slaugoje iš jų pasirenkamos tos, kurios padėtų praktinėje veikloje [31].

Labai svarbu, koks slaugytojų požiūris į pacientus, turinčius psichikos sveikatos problemų, nes „asmens požiūris į kitą asmenį tiesiogiai ar netiesiogiai veikia jo elgesį“. Požiūris gali formuotis arba keistis, priklausomai nuo kontaktų, aplinkos sąlygų, aplinkinių vertinimo, paties asmens informuotumo [16]. Pagal Mercer slaugos teoriją, slaugytojos nuostatos apie paciento priežiūrą turi tiesioginę įtaką slaugytojos elgesiui bei paciento adaptacijai [35].

Egzistuojantis barjeras tarp taip vadinamų „sveikų“ ir „bepročių“ Lietuvoje yra milžiniškas: nuo 1998 m. grupė Vilniaus Universiteto medicinos fakulteto mokslininkų tyrinėja visuomenėje vyraujančius požiūrius į psichikos ligą bei į asmenis, sergančius psichikos sutrikimais. Rezultatai rodo, kad iki šiol daugelis klaidingai mano, kad psichikos sutrikimai yra neišgydomi, ar kad pagalba žmonėms su psichikos problemomis yra vien psichiatrijoje dirbančių atsakomybės sritis [2].

Psichikos ligos etiketė (stigma, žymė) vis dar skaudžiai žeidžia šiuos žmones, trukdo jiems gyventi visavertį gyvenimą [11]. Dėl aplinkinių žmonių nesupratimo bei iracionalios baimės, atsiradus psichikos problemoms, prarandama pirmiausiai tai, kas taip svarbu kiekvienam žmogui – pagarbų požiūrį į jį, kaip į individą. Jau po to seka nusisukimas, ligonio vienatvė.

Kalbant apie psichikos negalės vaizdinio stigmatizaciją, tenka pripažinti, kad tai visuminis reiškinys, palietęs visus integracijos proceso dalyvius: plačiąją visuomenę, gydytojus, kitus specialistus, politikus, pačius pacientus ir jų artimuosius. Tai greičiausiai nutinka todėl, kad visuomenė geriausiai informuota apie sunkias psichikos sutrikimo formas, todėl požiūris ekstrapoliuojamas visai psichikos sutrikimų erdvei [5].

Vienas iš mitų, susijusių su psichikos negale, yra tas, kad jei žmogus susirgo psichikos liga, tai jis negali būti visiškai išgydytas [5]. Psichikos ligas tebegaubia baimė ir prietarai. Šios ligos šleifas labai dažnai persekioja žmogų net ir tuomet, kai jis pasveiksta. Taip yra, matyt, todėl, kad psichikos liga siejama su atsakomybės už savo veiksmus praradimu [59]. Galima kalbėti apie tai, kad parengta pagrindinių dienraščių produkcijos analizė, rodanti aiškias tendencijas kriminalizuoti psichikos sveikatos ir psichikos sutrikimų sritį [12].

Ką tik pasirodęs naujusias Eurobarometro tyrimas apie dvasinę gerovę ES („*mental well-being*“ „*psichikos gerovė*“) vėl atkreipė dėmesį į Lietuvą. 2006 metų gegužės mėnesį buvo paskelbti naujiausio ES atlikto tyrimo duomenys. Eurobarometro tyrimo skyriuje „supratimas apie žmones, turinčius psichikos ir emocinių sveikatos sutrikimų“ atspindi įdomūs skaičiai, bylojantys kaip ES valstybėse žiūrima į psichikos sveikatos problemų turinčius žmones. 63 proc. europiečių sutinka, kad psichikos sveikatos sutrikimų turintys asmenys nenusipėjami. Tačiau pagal nepasitikėjimą psichikos ir emocinių sveikatos

sutrikimų turinčiais žmonėmis Lietuva lenkia bendrą ES rodiklį – net 76 proc. tautiečių įsitikinę, kad psichikos ligoniai yra visiškai nenuspėjami.

Tuo tarpu Lietuva ES kontekste užima užtikrintą pirmąją vietą tarp šalių, kurios gyventojai įsitikinę, jog psichikos ir emocijų sveikatos sutrikimų turintys asmenys yra pavojingi visuomenei. Tokių pas mus yra net 68 proc., antroje vietoje – Latvija 63 proc., trečioje Estija 60 proc.

21 proc. apklaustųjų europiečių įsitikinę, kad asmenys, turintys psichikos ir emocinės sveikatos sutrikimų, niekada nepasveiks. Taip mano 25 proc. Lietuvos gyventojų. 14 proc. ES gyventojų mano, kad dėl psichologinių problemų, su kuriomis susiduria sergantys asmenys, dėl to turėtų kaltinti tik save. 24 proc. Lietuvos gyventojų mano taip pat [60].

Literatūroje teigiama, kad problemos greičiausiai neįmanoma išspręsti ir tikriausiai neišvengiamai kai kurias klientų grupes bendrosios praktikos slaugytojos laikys nepageidautinomis. Dažnai teigiama, kad pagrindinė diskomforto ir nepasitenkinimo priežastis atsiranda daugiausiai dėl suvokiamo žinių ir įgūdžių trūkumo. Todėl logiškai mąstant, švietimas apie psichikos sutrikimus turėtų sušvelninti neigiamą požiūrį [7].

Vis dėlto yra manoma, kad yra išeitis kuri teikia vilčių, kad tokią liūdną padėtį galima išspręsti. Allen (1993) tyrimo duomenys, kurie buvo gauti vertinant vienos ligoninės slaugytojų požiūrį į klientus, turinčius problemų dėl psichikos sveikatos, labai skiriasi nuo kitų literatūroje minimų tyrimų. Šio tyrimo duomenys parodė, kad apklaustos slaugytojos gana teigiamai žiūri į klientus, turinčius problemų dėl psichikos sveikatos. Siekdamas paaiškinti šį skirtumą, Allen padarė tokią išvadą: „bendruomenės ligoninėje, slaugytojas konsultuoja psichosomatinio skyriaus slaugytojos, kai ligoninės pacientų tarpe identifikuojami pacientai, turintys psichikos sveikatos problemų. Tokiu būdu jos gauna pagalbą ir aktualius patarimus, kaip dirbti su tokiais pacientais“. Panašu, kad tokie veiksmai mažina įtampą ir nerimą, kuri tenka patirti dirbančioms slaugytojoms, kurioms tenka prižiūrėti pacientus, turinčius psichikos sveikatos problemų. Bendrosios praktikos slaugytojos susisiekdavo su specializuotu skyriumi tada, kai į palatą būdavo paguldomas ligonis, turintis problemų dėl psichinės sveikatos. Šio skyriaus slaugytojos teikdavo profesinius patarimus ir pagalbą bendrosios praktikos slaugytojoms apie tai, kaip dirbti su tokiu pacientu. Slaugytojoms patogiau gauti informaciją tada, kai joms jos prireikia, o ne lankyti kursus „tam atvejui, jeigu kada nors ateityje prireiktų“ [7].

Antroje XX amžiaus pusėje daugiau kaip du tūkstantmečius gyvavusių medikų etikos kodeksų turinys pradėjo keistis. Visų pirma, šiuolaikiniuose etikos kodeksuose tradicinę paternalistinę nuostatą keičia vadinamasis informuoto asmens sutikimo, arba asmens autonomijos, principas, skelbiantis, kad pacientas turi būti informuojamas apie bet kurią jam taikomą medicininę procedūrą ir turi teisę šios

procedūros atsisakyti. Autonomija yra siejama su individo laisve. Pažeisti autonomiškumą yra tas pats, kas pažeisti jo žmogiškumą ir elgtis su juo kaip su daiktu.

Svarbu išskirti ir kitas pamatines žmogaus teises. Iš tokių teisių minėtinos: žmogaus teisė į orumą, į gyvenimo privatumą, padorumą, nes su šiomis teisėmis yra susijusi pati žmogaus socialinė esmė, jo socialinis vertingumas. Orumas nėra žmogui valstybės suteikiamas ir orumas egzistuoja nepriklausomai nuo jokios politinės ir teisinės tvarkos. Ne tik negimstama turint šį gebėjimą, bet jo ir neįmanoma asmeniui suteikti, nes tai yra paties asmens darbo su savimi rezultatas. Pareigų vykdymas sukuria žmogaus socialinį vertingumą [61]. Kaip teigiama slaugytojos profesinės etikos kodekse, slaugytojai privalo gerbti žmogaus orumą, laisvę bei teises [39].

Bene mažiausiai pakitęs medicinos principas – konfidencialumo. Kaip ir prieš daugelį šimtmečių, pacientas, atverdamas medikui slapčiausias savo gyvenimo paslaptis, tikisi, kad ši informacija be specialaus sutikimo nepasieks tų, kurie vadinami trečiaisiais asmenimis [14]. Dėl visuomenės siauro suvokimo, daroma išvada, kad konfidencialumo principas nėra svarbus, o tai tėra tik pasitikėjimo tarp medicinos įstaigos atstovo ir paciento ženklas. Daugelio profesinių grupių etikos kodeksuose ar jų veiklą reglamentuojančiuose teisės aktuose galėtume rasti reikalavimų, kad privalu laikytis konfidencialumo. Advokatai, kunigai, bankininkai taip pat, kaip ir medikai įsipareigoja neatskleisti pašaliniam informacijos. Mėginant atsakyti į klausimą, kodėl konfidencialumo principas toks svarbus tiek antikos, tiek šiuolaikinėje medicinoje, galima išskirti keletą priežasčių:

- jis stiprina pasitikėjimą mediko profesija;
- skatina pacientus ieškoti pagalbos;
- reikšmingai svarbiai gydymo proceso sėkmei.

Pacientai, turintys psichikos sveikatos problemų, taip pat turi teisę į informacijos apie jų sveikatą konfidencialumą. Psichiatras, kitos specialybės gydytojas, slaugytojas ir kitas personalas, sveikatos priežiūros įstaigos administracija privalo užtikrinti šią paciento teisę, vadovaudamiesi LR įstatymų ir medicinos etikos reikalavimais. Informacija kitiems asmenims apie pacientų sveikatos būklę pateikiama LR įstatymų nustatyta tvarka [39]. Slaugytojo profesinės etikos kodekse taip pat teigiama, kad slaugytojas privalo užtikrinti asmens informacijos konfidencialumą ir vadovaujasi profesine kompetencija bei teise dalintis tokia informacija [39].

Žmonės, turintys psichikos sveikatos problemų, turi tas pačias teises, kaip ir visi kiti visuomenės nariai. Jie turi teisę gyventi kuo mažiau suvaržytoje socialinėje aplinkoje ir tenkinti savo poreikius. Psichikos sutrikimo diagnozės nustatymas nėra pagrindas pažeisti žmogaus teises. Įstatymuose numatytos išimty, kurios leidžia apriboti žmogaus teises tam tikrais ypatingais atvejais, bet tai neturi tapti taisykle.

Principai yra medicinos etikos pagrindas. Klausimas kyla, kuriuos principus pasirinkti konkrečiomis aplinkybėmis? Atsakyti į šį klausimą nelengva, bet atsakymo paieška yra pagrindinis medicinos etikos uždavinys [54].

Pagrindiniai dokumentai, užtikrinantys žmogaus teises – Visuotinė žmogaus teisių deklaracija, Europos žmogaus teisių ir pagrindinių laisvių konvencija bei žmogaus teisių ir biomedicinos konvencija – gina žmogaus orumą bei tapatybę ir užtikrina pagarbą, be išimties kiekvieno asmens neliečiamumui bei kitoms teisėms ir pagrindinėms laisvėms, taikant biologijos ir medicinos mokslus. Šios konvencijos straipsnis skelbia, kad „žmogaus interesai ir gerovė turi būti svarbesni už išimtinis visuomenės ar mokslo interesus“ [54].

Kalbant apie paslaugas tokias, kaip mokymas, gydymas ir slaugymas, susiduriame su rimta problema – dauguma šias paslaugas nusakančių dalykų yra abstraktūs, subjektyvūs, sunkiai išmatuojami, jei apskritai išmatuojami, ir sunkiai įvertinami. Slauga, kaip mokslas ir kaip profesija remiasi daugybe neišmatuojamų vertybių – tai atsidavimas, pasiaukojimas, gailestingumas, atidumas, dėmesys [62]. Įvertinti technines kompetencijas, kurios yra būtinos norint aptarnauti pacientus, yra lengviau negu įvertinti draugiškumą, gebėjimą išlikti ramiu [33].

### **1.2.6. Psichiatrijos istorinė raida**

Apie psichikos ligas rašoma senuosiuose dokumentuose: Egipto papirusuose (1500 m. pr. Kr.), Senajame Testamente, ajuverdo raštuose (600 m. pr. Kr.) ir senovės Graikijoje (400 m. pr. Kr.). Jau tada buvo aptariami psichikos sutrikimai ir užsimenama apie tai, kad šių sutrikimų priežastis - žmogaus kūne ir juos reikia gydyti. Frenita, manija, melancholija ir paranoja buvo pagrindiniai senovės Graikijoje vartojami psichiatrijos terminai. Manoma, kad frenito terminu buvo apibūdinami somatinės ligos sukelti mąstymo, nuotaikos ir veiklos sutrikimai [11].

Viduramžiais psichikos sutrikimai nebuvo laikomi medicinos problemomis. Tuo laikotarpiu buvo mėginta aiškinti, kad psichikos sutrikimai yra dvasinės, o ne kūniškos kilmės. Sergantieji psichikos ligomis laikyti velnio apsėstais ar raganaujančiais ir dažnai buvo tremiami iš miesto. Pasiturintys psichikos ligoniai būdavo perkeliami į miesto tvirtoves ir kalėjimus (bokštus). Manyta, kad nuo psichinės ligos (velnio apsėdimo) išvaduoja tik mirtis.

XV – XVIII a. nukankinta ir sudeginta tūkstančiai psichinių ligonių. Ir tik XVI - amė amžiuje atsisakyta prievartos priemonių, imta stengtis keisti žmonių elgesį su psichiniais ligoniais. Pradėjo dominuoti svarbiausi principai: kantrybė, teisingumas ir gerumas. Iš Lietuvos statuto matyti, kad XVII -

ame amžiuje į sergančiuosius psichikos ligomis buvo žiūrima kaip į žmones, kurie išėjo iš proto „Dievo leidimu“. Todėl ir elgesys su jais buvo humaniškesnis [14].

Pirmoji šalis Europoje, kurioje psichiatrijos mokslas buvo įtrauktas į universitetų mokymo programas, yra Vokietija. Grisingeris (1865) buvo pirmasis psichiatrijos ir neurologijos profesorius Berlyne. Jo darbų esmę sudarė klinikiniai ir patofiziologiniai tyrimai, paremti hipoteze, kad somatinė smegenų liga yra psichikos sutrikimų priežastis. Psichiatrijos pagalba somatinėse ligoninėse atsirado pradėjus steigti psichiatrijos skyrius. Pirmasis toks skyrius įsteigtas JAV (Niujorko Albany ligoninėje) 1902 metais. Europoje šiuos skyrius imta steigti šiek tiek vėliau (pvz., Olandijoje jie atsirado 1931 m.). 1929-aisiais pasirodė pirmoji G. Henry'o publikacija apie psichiatrų darbą somatinėje ligoninėje. Koloradų ir Harvardo universitetų medicinos mokyklose buvo parengtos somatinių ligoninių psichiatrų mokymo programa, kurios tikslas – psichiatrijos principus integruoti į kitas medicinos šakas. Tai padeda greičiau nustatyti diagnozę, trumpėja hospitalizacijos laikas ir taupomi ligoninės pinigai. Be to, 1970–1980 m. klasikinį psichosomatinį požiūrį į ligas pakeitė biopsichosocialinis ligų modelis. Olandų mokslininkai psichosomatinę medicinos teoriją papildė socialiniu komponentu, todėl ji tapo pragmatiškesnė [11].

Lietuvoje per trisdešimties metų laikotarpį, pradedant 1960-aisiais, buvo sukurtas psichiatrijos pagalbos modelis, kuris atspindėjo sovietinį mąstymą. Jį galima apibūdinti trim žodžiais: hospitalizavimas, dispanserizacija, apribojimai. Sparčiai didėjantis psichiatrijos įstaigų skaičius buvo teigiamas reiškinys, tačiau psichiatrijos politizavimas privertė šią medicinos sritį atitrūkti nuo žmogaus ir nuo bendrosios medicinos laimėjimų. Suprantama, tiek laiko trukusi izoliacija nuo pasaulio stabdė Lietuvos psichiatrijos plėtrą.

Neapibrėžtos pacientų teisės sudarė sąlygas piktnaudžiauti psichiatrija ir pažeisti žmogaus teises. Ne vienas asmuo dėl dispanserizacijos negalėjo išvykti į užsienį, įgyti teisę vairuoti automobilį, mokytis aukštojoje mokykloje, įsidarbinti. Kartais pagrindinė priežastis atleisti žmogų iš darbo būdavo įrašas psichiatrijos dispanserio įskaitoje. Sprendžiant įvairius socialinius ir teisinius klausimus, dažniausiai nebuvo atsižvelgiama į tikrąją paciento būklę, t. y. ligos pobūdį, kompensacijos lygį, paūmėjimų dažnį. Tokia psichiatrijos pagalba Lietuvoje buvo labiausiai paplitusi iki 1990 m. Buvo kliūčių spartesnei psichoterapijos raidai: Lietuvoje nebuvo psichoterapijos mokymo bazės ir metodikų; somatinėse gydymo įstaigose vyravo biologinė ligų samprata ir gydymas, mažai gydytojų pasirinkdavo šią specialybę.

1989 m. Lietuvoje prasidėjusi sparti politinių ir ekonominių įvykių kaita, 1989 m. palietė ir psichiatriją. Lietuvos psichiatrams pavyko užmegzti ryšius su Vakarų Europos šalių psichiatrais. Nors 1945–1985 m. šio ryšio iš esmės nebuvo - netgi bibliotekose buvo mažai periodinių psichiatrijos leidinių, naujų vadovėlių ar šios srities monografijų iš Vakarų šalių.

Atkūrus nepriklausomybę Lietuvoje keitėsi socialinė, medicininė bei švietimo politika ir filosofija. Buvusioje sovietinėje Lietuvoje nebuvo kreipiamas dėmesys į proto negalią turinčius žmones kaip į lygiaverčius ir visaverčius visuomenės narius. Priešingai jie buvo ignoruojami, stigmatizuojami, išskiriami ne tik iš visuomenės, bet ir atskiriami nuo lengvesnę protinę negalią turinčių asmenų. Visi jie buvo globojami ir gydomi uždaroje institucijose, taikant medicininį modelį. Atgavus Lietuvos nepriklausomybę, mūsų kraštą pasiekė pažangios humanistinės kitų valstybių darbo su žmonėmis, turinčiais proto negalią, inovacijos. Šios naujos patirties dėka Lietuvos specialistams, tenka apmastyti savo darbe taikomas vertybes ir etinius principus [59].

1990–2000 m. prasidėjo psichiatrijos pagalbos organizavimas somatinėse gydymo įstaigose, tačiau jis vyko gana stichiškai. Tik Panevėžyje buvo organizuota šiuolaikinė psichiatrijos pagalbos struktūra prie somatinių gydymo įstaigų. 1992 m. tuometinėje Respublikinėje Panevėžio ligoninėje atidarytas psichosomatikos skyrius.

Psichosomatinės ligos nebūtinai turi būti gydomos psichiatru, specialiosiose klinikose skyriuose, taip pat ambulatoriškai. Tik kai kurios šių ligų formos gali dominti psichiatrus. Psichosomatines liga susistemino R. KluBmann (1966). Prie klasikinių psichosomatinių ligų (valgymo sutrikimai, miego sutrikimai) jis priskiria: dvylikapirštės žarnos opaligę, opinį kolitą, savaiminę hipertonią, reumatinį artritą, hipertireozę, neurodermitą, bronchinę astmą. Šiais atvejais labai svarbu įvertinti kartu esančius elgesio savitumus ir organinius ligos simptomus [42].

Pasikeitus visuomenės sveikatos prioritetams, XX-ojo a. pab.–XI-ojo a. pr. visuomenės psichikos sveikata tapo svarbiausia visuomenės sveikatos sudedamąja dalimi ir atsidūrė sveikatos ir socialinės politikos centre. Nuo to, kokia bus kiekvieno piliečio ir visos visuomenės dvasinė sveikata, didele dalimi ir šiandien priklauso kiekvienos valstybės ekonominė, socialinė gerovė ir plėtra. Tai yra svarbu visam Europos regionui ir Europos Sąjungai, juo labiau kad Europos gyventojų psichikos sveikata nėra labai gera, o investuojama į psichikos sveikatą iki šiol nepakankamai [46].

Per pastaruosius dešimt metų pasaulyje ir Europoje įvyko esminis apsisprendimas dėl to, kokiais vertybių ir mokslo žinių principais remiantis modernioje visuomenėje reikia spręsti psichikos sveikatos problemas. 2001 m. PSO metinis pranešimas „Psichikos sveikata: Naujas supratimas, nauja viltis“ ir 2005 m. PSO Europos ministrų konferencijos dokumentai (Psichikos sveikatos deklaracija ir veiksmų planas) aiškiai įvardija mokslo žiniomis ir vertybėmis pagrįstus visuomenės psichikos sveikatos stiprinimo ir apsaugos principus. Pagrindiniai šio naujo požiūrio principai yra šie:

- psichikos sveikata pripažįstama svarbiausia XXI amžiaus pradžios visuomenės sveikatos sritimi, reikalaujančia kiekybiškai ir kokybiškai naujų investicijų ir sprendimų, nes psichikos sutrikimų našta visuomenei nuolat auga, pradeda vyrauti lyginant su kitais sveikatos

sutrikimais ir, jei į tai reaguojama pasyviai ir istorinių tradicijų nulemtais būdais, stipriai trikdoma valstybių socialinė ir ekonominė plėtra bei piliečių gyvenimo kokybė;

- egzistuoja efektyvūs būdai mažinti tiek lengvų psichikos ir elgesio sutrikimų, tiek sunkios psichikos ir proto negalios atvejų sukeltą naštą; siekiant šiuos būdus įgyvendinti, būtina išvaduoti psichikos sveikatos sritį iš profesinės, politinės ir geografinės izoliacijos ir kuo labiau integruoti šią sritį į visuomenės sveikatos sistemos infrastruktūrą, pirminę sveikatos priežiūrą, bendrąją sveikatos priežiūrą, švietimo, socialinės apsaugos bei kitų sektorių infrastruktūrą [46].

4 lentelė

**Ligos, kurių ambulatoriniam gydymui kompensuojamaisiais vaistais yra leidžiama daugiausia biudžeto lėšų [60]**

Ligos, kurių ambulatoriniam gydymui kompensuojamaisiais vaistais yra išleidžiama daugiausia PSDF biudžeto lėšų			
Ligos	PSDF išlaidos 2004 m. mln. Lt.	PSDF išlaidos 2005 m. mln. Lt.	pakytis proc.
Onkologinės ir onkohematologinės ligos	58,8	63,4	7,8
Diurinis diabetas	37,8	45,4	20,1
Schizofrenija, Schizofrenijos sutrikimai	26,3	36,3	26,3
Sunkių ir vidutinio sunkumo afektiniai sutrikimai	10,3	11,3	9,7
Epilepsija	15	16,5	10,0
Glaukoma	11,6	14,5	25,0
Hipertenzinės ligos	81	100	23,0
Astma	29	32,6	20,0
LDP	7,9	11,2	41,8
Diakizuojamiems pac. ir po inkstų transplantacijai	18	20,7	15,0
Iš viso	296,7	352,9	18,9

Ši žinia per Europos Sąjungos (toliau ES) ir PSO dokumentus yra atėjusi ir į Lietuvą, bet su sau būdingu ne imlumu naujoms idėjoms. Toks mūsų inertiškumas brangiai kainuoja ir net yra savižudiškas.

Šiandien, po integracijos į ES, Lietuvos bendradarbiavimas su PSO Europos regionu labai svarbus ir Lietuva turi veikti dviem kryptimis – PSO ir ES struktūrose. Bendradarbiavimo sutartyje numatytos konkrečios sritys, kurias Europos regiono biuras itin remia, yra nukreiptos sveikatai išsaugoti ir remiasi „Sveikata visiems“ politika.

Integracijos į ES slaugos erdvę kontekste pažangi slaugos praktika formuojama trimis pagrindais:

- naujų kompetencijų įtraukimas;
- slaugos mokslo vystymas;
- reguliuojančių juridinių mechanizmų realizavimas [17].

Kaip matome, psichiatrijos istorija mena ir psichikos ligonių garbinimą, laikymą šventaisiais, ir jų kaustymą grandinėmis bei deginimą laužuose. Reikia tikėtis, kad šie laikai jau nebegriš. Nors vis dėlto ir šiuolaikinėje demokratinėje visuomenėje psichikos ligos yra viena iš nedaugelio dingsčių suvaržyti nenusikaltusio žmogaus laisvę.

## 2. TYRIMAS

### 2.1. Tyrimo metodika

Siekiant ištirti bendrosios praktikos slaugytojų kompetenciją, prižiūrint pacientus, turinčius psichikos sveikatos problemų somatiniuose skyriuose, buvo atliktas kiekybinis tyrimas. Tyrimas atliktas 2007 m. sausio–vasario mėnesiais.

#### **Tyrimo imtis**

Imties dydis  $n = 138$ .

Tyrimas buvo atliktas antrinio sveikatos priežiūros lygmens institucijoje Klaipėdos mieste. Tiriamoji imtis buvo iš septinių skyrių, kurių pacientams dažniausiai rekomenduojamos psichiatro konsultacijos. Išstudijavus 2006 m. ligininės, kurioje buvo atliktas tyrimas, „konsultantų iškvietimų perdavimo ir priėmimo registro“ žurnalą buvo pasirinkti skyriai, kurie dažniausiai naudojami psichiatro paslaugomis. Remiantis šiais duomenimis į tyrimą įtrauktos slaugytojos, kurios dirba: gastroenterologijos, kardiologijos, vidaus ligų ir diagnostikos, chirurgijos, palaikomojo gydymo ir slaugos, reanimacijos ir intensyvios terapijos, reabilitacijos (persirgus galvos smegenų insultu) skyriuose.

Įtraukimo į tyrimą kriterijai: respondentai turėjo dirbti somatiniame skyriuje; turėti ne mažesnę, kaip vienerių metų praktinę patirtį somatiniame skyriuje.

Imtis homogeniška lytiškumo požiūriu, nes visi apklausoje dalyvavę respondentai yra moteriškos lyties.

#### **Tyrimo procedūra**

1. Medicininės dokumentacijos (konsultantų iškvietimų perdavimo ir priėmimo registro žurnalo) analizė, pagal paruoštą protokolą (priedas Nr. 1).
2. Anketinė anoniminė apklausa. Duomenys rinkti realizuojant apklausą raštu. Slaugytojų darbo vietose išdalinta 150 anketų, gražintos 145 (95,7 proc.) anketos, iš jų 7 pripažintos netinkamomis.
3. Duomenys analizuoti naudojant SPSS for Windows (13,0) programinę įrangą. Statistinė duomenų analize atlikta:
  - koreliacinė kintamųjų analizė naudojant Spirmeno ranginės koreliacijos koeficientą;
  - tikrintos nepriklausomumo hipotezės įvertinant ryšio stiprumą tarp kintamųjų naudojant kontingencijos ir Kendalo koeficientus.

Tiriamųjų požymių kaupimui buvo naudojama „Exel“ lentelė.

### **Tyrimo instrumentas**

Anketinės apklausos duomenys buvo renkami naudojant šiam tyrimui paruoštą anketą, sudarytą iš 34 klausimų, kurie buvo suskirstyti į grupes:

1.1 – 1.3 demografiniai duomenys;

2.1 – 2.13 klausimai išanalizuoti, kaip bendrosios praktikos slaugytojos vertina savo žinias, apie pacientų, turinčių psichikos sveikatos problemų priežiūrą;

3.1 – 3.10 klausimai ištirti bendrosios praktikos slaugytojų įgūdžius, prižiūrint pacientus, turinčius psichikos sveikatos problemų.

4.1 – 4.8 klausimai, išsiaiškinti bendrosios praktikos slaugytojų požiūrį į pacientus, turinčius psichikos sveikatos problemų;

### **Pagrįstumas ir patikimumas**

Įvairūs autoriai rekomenduoja atlikti žvalgomąjį tyrimą apklausiant nedidelį skaičių respondentų ir koreguoti klausimyną pagal pastebėtus netikslumus [62, 63, 64]. Šio tyrimo instrumento pagrįstumui ir patikimumui užtikrinti buvo imtasi atitinkamų priemonių. Siekiant užtikrinti kuo didesnę anketos pagrįstumą, buvo atlikta nuodugni literatūros paieška. Iš atliktos literatūros apžvalgos buvo suformuluotos pagrindinės temos, susijusios su slaugytojų žiniomis, gebėjimais prižiūrėti pacientus, kurie turi psichikos sveikatos problemų somatiniuose skyriuose.

Ši informacija sudarė pagrindą, kuriuo remiantis buvo sudarytas anketos juodraštis. Tada šis juodraštis buvo pateiktas 10-iai slaugytojų. „Ekspertų“ tarpe buvo darbuotojų, turinčių ne mažesnę kaip 5 metų darbo patirtį. „Ekspertų“ buvo paprašyta atidžiai peržiūrėti kiekvieną klausimą ir nustatyti, ar jų turinys yra aiškus ir aktualus pagrindiniam tyrimo tikslui. Be to, „ekspertų“ buvo paprašyta nurodyti ir papildomų klausimų, kurie, jų nuomone, turėtų būti įtraukti į anketą.

Šio proceso baigiamajame etape klausimai buvo koreguoti pagal pateiktas pastabas. Pataisymai daugiausiai buvo susiję su naudotos kalbos aiškumu. Instrumento vidinio nuoseklumo nustatymui buvo naudojamas Kronbacho alfa koeficientas (*Cronbach's alpha*). Buvo laikoma, kad 0,784 lygus Kronbacho alfa koeficientas reiškia stiprų vidinį nuoseklumą.

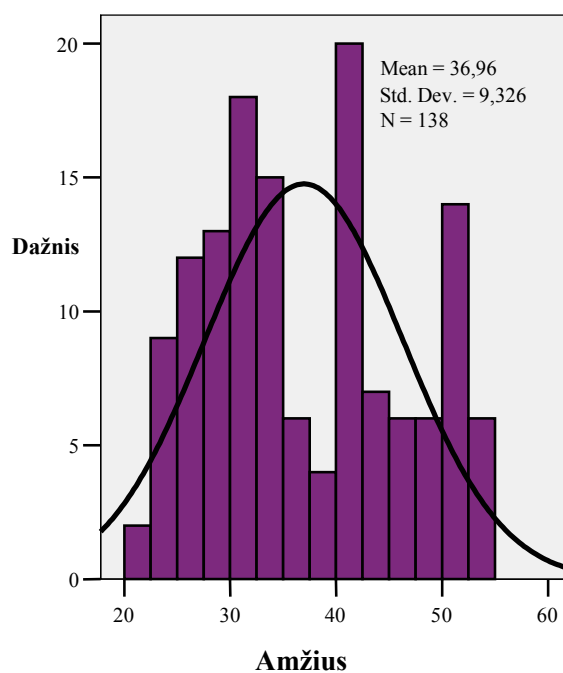
### **Etinės normos**

Visiems respondentams prieš apklausą buvo paašškintas tyrimo tikslas bei garantuotas anonimiškumas ir konfidencialumas. Visi respondentai bet kurioje tyrimo stadijoje turėjo galimybę atsisakyti toliau dalyvauti tyrime. Leidimą tyrimui atlikti, raštu išdavė ligoninės vyriausiasis gydytojas, leisdamas apklausti 7 stacionaro skyrius.

## 2.2. Tyrimo rezultatai

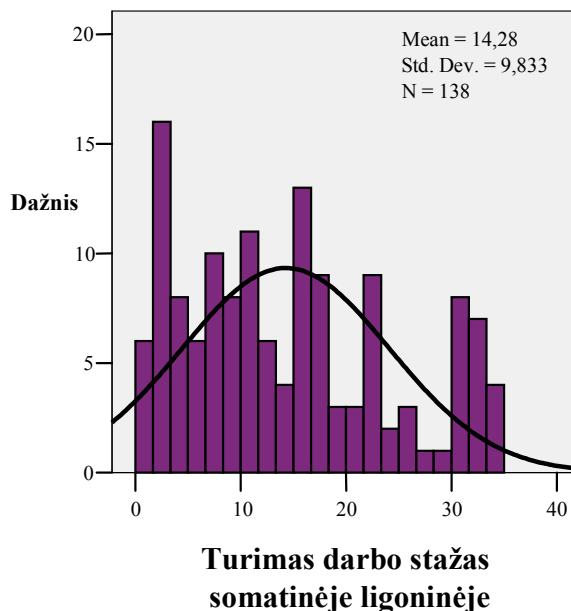
### 2.2.1. Respondentų charakteristika

Tyrimo dalyvavę respondentai pagal amžių pasiskirstė nuo 20 iki 55 metų. Pagal gautus duomenis tarp respondentų dominavo 23-34 metų slaugytojos, o mažiausios grupės buvo 20-21 ir 35–40 m. amžiaus (6 pav.).



6 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal amžių

Pagal darbo stažą somatinėje ligoninėje slaugytojos pasiskirstė taip: iki 20 m. darbo stažą turi 72,6 proc., 20 m. ir daugiau – 27,4 proc. apklaustųjų (7 pav.).

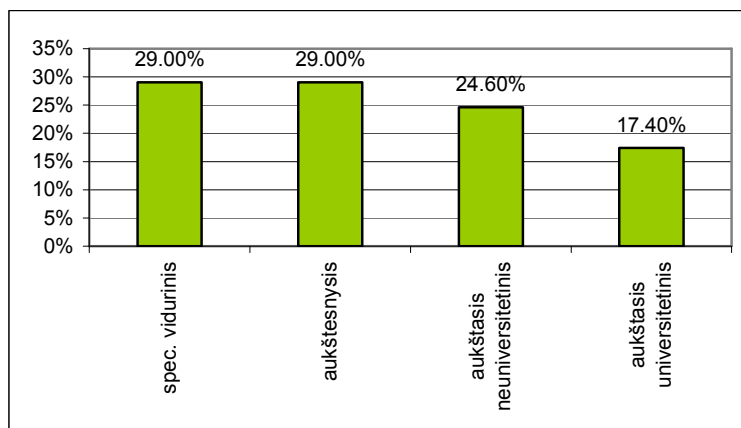


7 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal darbo stažą

Atlikta koreliacinė analizė (naudojant Spirmeno ranginės koreliacijos koeficientas) parodė, kad statistiškai reikšmingas ryšys yra tarp kintamųjų:

- turimas darbo stažas ir žinios apie neuroleptikų, trankviliantų, antidepresantų veikimo bendruosius principus ( $r_s=0,76$ ;  $p=0,047<0,05$ );
- turimas darbo stažas ir slaugytojų gebėjimas numatyti galimą pavojų paciento ar aplinkinių žmonių sveikatai bei gyvybei ( $r_s=0,292$ ;  $p=0,00<0,01$ );
- turimas darbo stažas ir veiksniai labiausiai įtakojantys nepageidaujamus įvykius pacientui, turinčiam psichikos sveikatos problemų ( $r_s=0,234$ ;  $p=0,008<0,01$ );
- turimas darbo stažas ir metodai, kuriais sprendžiamos su pacientais, turinčiais psichikos sveikatos problemų, išskylančios konfliktinės situacijas ( $r_s=0,245$ ;  $p=0,005<0,01$ ).

Respondentų pasiskirstymas pagal išsilavinimą pateiktas 8 paveiksle. Iš paveikslo matyti, kad spec. vidurinį ir aukštesnį išsilavinimą turi 29,00 proc. apklaustųjų, aukštąjį neuniversitetinį išsilavinimą turi 24,60 proc. atsakiusiųjų ir mažiausia dalis respondentų 17,40 proc. turi aukštąjį universitetinį išsilavinimą.



8 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal išsilavinimą

Atlikta koreliacinė analizė (naudojant Spirmeno ranginės koreliacijos koeficientą) parodė, kad statistiškai reikšmingas ryšys yra tarp kintamųjų:

- išsilavinimas ir patyrimas slaugyti pacientus, turinčius psichikos sveikatos problemų ( $r_s=0,356$ ;  $p=0,000<0,01$ );
- išsilavinimas ir slaugytojų žinios, kaip atpažinti nepageidaujamas paciento organizmo reakcijas į paskirtą gydymą ( $r_s=-0,211$ ;  $p=0,017<0,05$ );
- išsilavinimas ir slaugytojų gebėjimas numatyti galimą pavojų paciento ar aplinkinių žmonių sveikatai bei gyvybei ( $r_s=-0,238$ ;  $p=0,007<0,01$ );
- išsilavinimas ir informacijos apie pacientų, turinčių psichikos sveikatos problemų, priežiūrą šaltiniai ( $r_s=0,174$ ;  $p=0,005<0,01$ );
- išsilavinimas ir slaugytojų nuomonė apie tai, kas turėtų rūpintis pacientais, turinčiais psichikos sveikatos problemų ( $r_s=0,175$ ;  $p=0,040<0,05$ ).

Patikrinus nepriklausomumo hipotezę, ar *išsilavinimas* ir *žinios, kaip bendrauti su pacientais, turinčiais psichikos sveikatos problemų* yra nepriklausomi. Formuluojuama statistinė hipotezė  $H_0$ , kuri teigia, kad žinios, kaip bendrauti su pacientais, turinčiais psichikos sveikatos problemų ir išsilavinimas yra *nesusiję*,  $H_1$  - žinios, kaip bendrauti su pacientais, turinčiais psichikos sveikatos problemų ir išsilavinimas yra *susiję*.

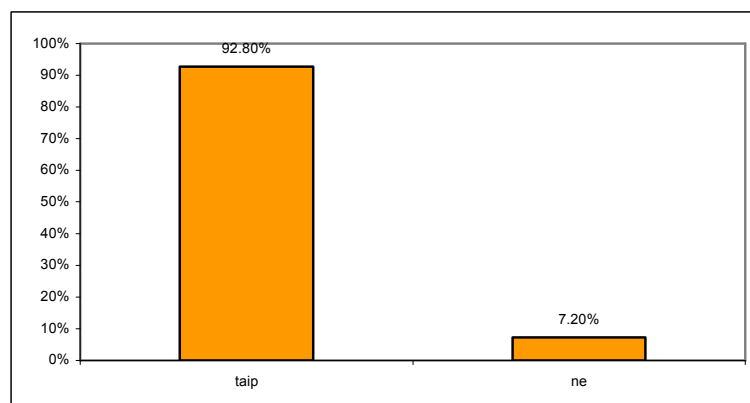
**Respondentų pasiskirstymas pagal žinias, kaip bendrauti su pacientais, turinčiais psichikos sveikatos problemų ir išsilavinimą**

„Ar žinote, kaip bendrauti su pacientais, turinčiais psichikos sveikatos, problemų?“	Išsilavinimas			
	Spec. vidurinis	Aukštesnysis	Aukštasis neuniversitetinis	Aukštasis universitetinis
Taip	14 (11,0 proc.)	18 (14,2 proc.)	15 (11,8 proc.)	12 (9,4 proc.)
Dalinai	12 (9,4 proc.)	22 (17,3 proc.)	18 (14,2 proc.)	12 (9,4 proc.)
Ne	4 (3,1 proc.)	0	0	0

(Pearson's  $\chi^2=13,95$ ;  $df=6$ ;  $p=0,030$ )

SPSS paketu (*Crosstabs*) gauname, kad Chi-kvadrato testo kriterijaus p-reikšmė pagal Pirsono formulę (Pearson Chi-Square) neviršija reikšmingumo lygmens 0,05 ( $\chi^2=13,95$ ;  $df=6$ ;  $p=0,030$ ). Vadinasi, hipotezę apie nepriklausomumą atmetame. Taigi žinios, kaip bendrauti su pacientais, turinčiais psichikos sveikatos problemų ir išsilavinimas *susiję*, t.y. išsilavinimas turi įtakos bendrosios praktikos slaugytojų žinioms, kaip bendrauti su pacientais, turinčiais psichikos sveikatos problemų.

Į klausimą, ar teko prižiūrėti pacientų, turinčių psichikos sveikatos problemų, 10 (7,2 proc.) respondentų atsakė neigiamai ir 128 (92,80 proc.) atsakė teigiamai (9 pav.). Respondentai, atsakę neigiamai į šį klausimą, toliau anketos nepildė.



9 pav. Respondentų pasiskirstymas, pagal patyrimą prižiūrėti pacientus, turinčius psichikos sveikatos problemų

Į klausimą „ar Jums teko prižiūrėti pacientų, turinčių psichikos sveikatos problemų?“ 7,2 proc. (n = 10) respondentų atsakė „Ne“. Šių respondentų amžiaus vidurkis 48,5 metai, o turimo darbo stažo vidurkis 24 metai. Visų išsilavinimas spec. vidurinis. Sunku patikėti, kad turint tokį darbo stažą ne kartą

neteko prižiūrėti pacientų, turinčių psichikos sveikatos problemų. Dėl kokių priežasčių respondentai atsakė “Ne” galima tik spėlioti - gal žmogus nenorėjo pildyti anketos, kadangi atsakius į šį klausimą neigiamai toliau anketos pildyti nereikia.

Patikrinus nepriklausomumo hipotezę, ar *amžius* ir *patyrimas prižiūrėti pacientus, turinčius psichikos sveikatos problemų* yra nepriklausomi, buvo įvertintas ryšio stiprumas tarp jų (kontingencijos ir Kendalo koeficientai). Kintamasis X slaugytojų patyrimas prižiūrėti pacientus turinčius, psichikos sveikatos problemų? kintamasis Y yra amžius. Kintamasis X turi dvi kategorijas: 1 - taip, 2 - ne. Kintamojo Y septynios kategorijos yra tokios: 1 – 20-24 amžiaus grupė, 2 – 25-29, 3 – 30-34, 4- 35-39, 5 – 40-44, 6 – 45-49, 7 – 50-55. Formuluojuame statistinę hipotezę H0, kuri teigia, kad patyrimas prižiūrėti pacientus, turinčius psichikos sveikatos problemų ir amžius yra *nesusiję*, H1 – patyrimas prižiūrėti pacientus turinčius, psichikos sveikatos problemų ir amžius yra *susiję*.

6 lentelė

**Respondentų pasiskirstymas pagal patyrimą slaugyti pacientus, turinčius psichikos sveikatos problemų ir amžių**

„Ar teko prižiūrėti pacientų, turinčių psichikos sveikatos problemų?“	Amžius							Iš viso
	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-55	
Ne	0 %	0 %	0%	0%	2,9 %	0%	4,3 %	7,2 %
Taip	8 %	18,1 %	23,9 %	7,2 %	16,7 %	8,7 %	10,1%	92,8 %

(Pearson’s  $\chi^2=24.82$ ;  $df=6$ ;  $p=0,000$ )

SPSS paketu (*Crosstabs*) gauname, kad Chi-kvadrato testo kriterijaus p-reikšmė pagal Pirsono formulę (Pearson Chi-Square) neviršija reikšmingumo lygmens 0,05 ( $\chi^2=24,82$ ;  $df=6$ ;  $p=0,000$ ). Vadinasi, hipotezę apie šių dydžių nepriklausomumą atmetame, t.y. vyresnio amžiaus slaugytojoms yra didesnė tikimybė, kad savo darbo praktikoje yra tekę prižiūrėti pacientų, turinčių psichikos sveikatos problemų.

Kriterijaus rezultatai yra patikimi, nes patenkina visas iš Chi-kvadrato kriterijaus taikymo sąlygas: stebėjimų skaičius mūsų atveju buvo 138 (turi būti ne mažesnis kaip 30), tik 12,5 proc. dažnių lentelės gardelių tikėtini dažniai mažesni kaip 5 (turi būti nedaugiau 25 proc.).

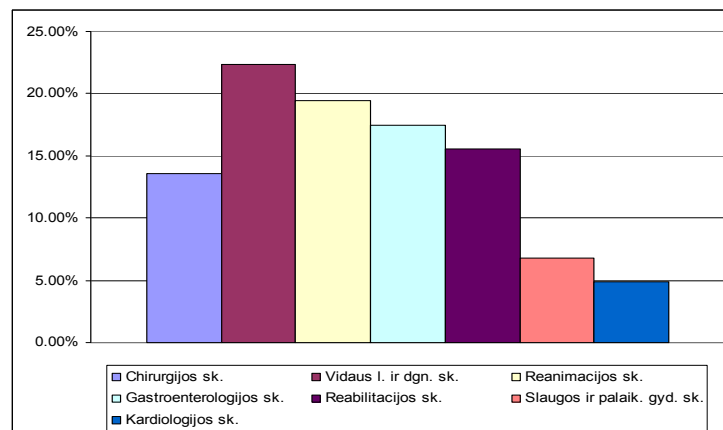
Taip pat skaičiavome kontingencijos (*Contingency Coefficient*) ir *Kendall’s tau-c* koeficientus. Jie parodo dviejų kintamųjų priklausomumo ar nepriklausomumo laipsnį. Kriterijaus reikšmė, lygi nuliui, atitinka visišką kintamųjų nepriklausomumą, o reikšmė, lygi vienetui — didžiausią priklausomumą.

Kontingencijos koeficiento reikšmė parodo ryšį tarp patyrimo prižiūrėti pacientus, turinčius psichikos sveikatos problemų ir amžiaus. Gautas rezultatas 0,390 statistiškai reikšmingas, nes kriterijaus p-reikšmė mažesnė už nustatytą reikšmingumo lygmenį 0,05 ( $0,000 < 0,05$ ), todėl nulinė hipotezė, teigianti,

kad nėra koreliacijos tarp dviejų kintamųjų (koreliacijos koeficientas lygus nuliui) gali būti atmesta. Tokio rezultato, aišku, buvo galima tikėtis, žinant Chi-kvadrato testo rezultatus. *Kendall's tau-c* = -0,333. Gautas rezultatas statistiškai reikšmingas, nes kriterijaus p-reikšmė mažesnė už nustatytą reikšmingumo lygmenį 0,05 ( $0,000 < 0,05$ ).

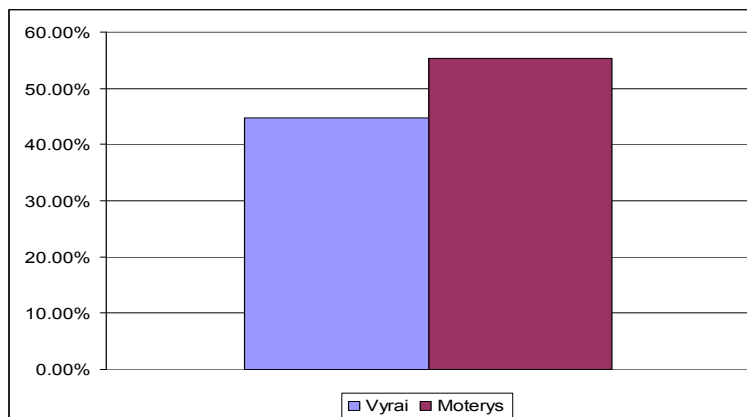
### 2.2.2. Somatinės ligoninės skyriai, kurių pacientams, dažniausiai rekomenduojamos psichiatro konsultacijos

Pagal gautus duomenis, psichiatro konsultacijomis dažniausiai naudojasi vidaus ligų ir diagnostikos skyrius, taip greičiausiai yra dėl to, kad šiame skyriuje gydomi pacientai su labai skirtingomis diagnozėmis. Reabilitacijos skyrius yra išskirtinis tuo, kad šiame skyriuje slaugomi pacientai po insulto, taip pat yra prižiūrimi sergantys Alzheimerio liga (10 pav.).



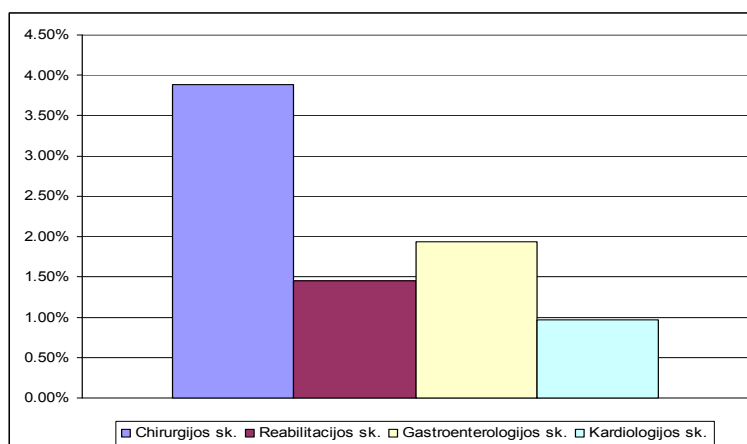
10 pav. Gydytojo psichiatro konsultacijų pasiskirstymas pagal skyrius

Iš visų konsultuotų 412 pacientų per 2006 m. moterų buvo 55 proc., o vyrų – 45 proc. Kaip matyti iš 11 paveikslėlio, moterų ir vyrų, kurie buvo rekomenduoti psichiatro konsultacijai, skaičiai panašūs.



11 pav. Gydytojo psichiatro konsultuotų pacientų pasiskirstymas pagal lytį

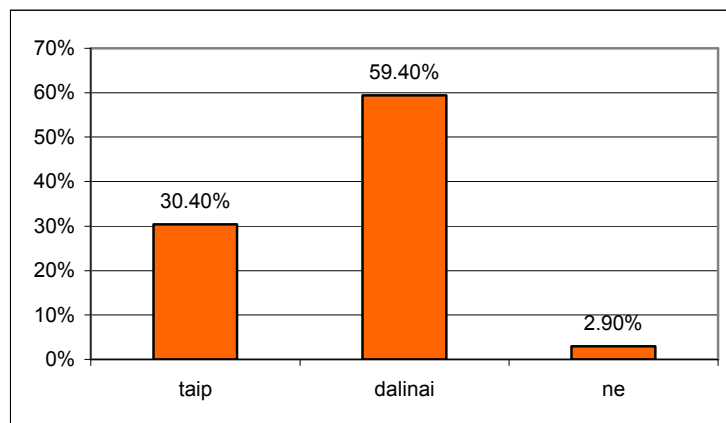
Svarbu buvo išsiaiškinti, kurie skyriai dažniausiai registruoja skubias konsultacijas. Skubios konsultacijos, kurios praktikoje yra vadinamos „cito“, somatinėje ligoninėje, kurioje buvo atliktas tyrimas, psichiatrui pranešamos mobiliuoju telefonu nedelsiant (12 pav.). Planinės konsultacijos yra registruojamos iki 11 valandos, pacientai gydytojo psichiatro konsultuojami tą pačią dieną.



12 pav. Gydytojo psichiatro „cito“ konsultacijų pasiskirstymas pagal skyrius

### 2.2.3. Bendrosios praktikos slaugytojų savo žinių apie pacientų, turinčių psichikos sveikatos problemų, priežiūrą vertinimas

Išaiškėjo, kad 42 (30,40 proc.) respondentai mano, kad žino fizinių, socialinių, kultūrinių, istorinių, politinių veiksnių įtaką psichikos sveikatai. Tuo tarpu didesnė dalis apklaustųjų, t.y. 82 (59,40 proc.) mano, kad dalinai žino ir tik 4 (2,90 proc.) apklaustieji jaučiasi nežinantys atitinkamų veiksnių įtakos psichikos sveikatai (13 pav.).



13 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal žinias apie fizinių, socialinių, kultūrinių, istorinių, politinių veiksnių įtaką psichikos sveikatai

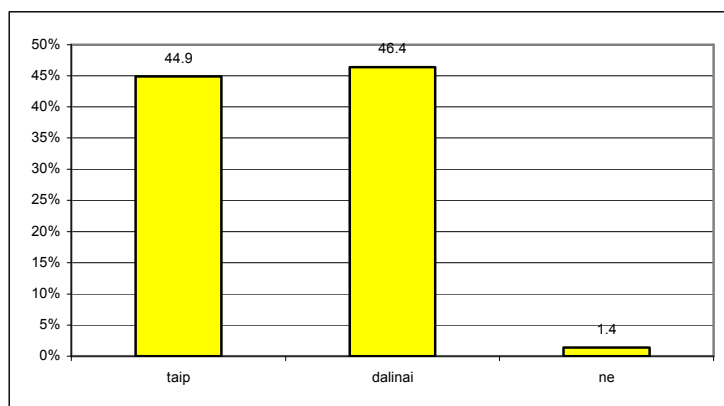
Atlikta koreliacinė analizė (naudojamas Spirmeno ranginės koreliacijos koeficientas) parodė, kad statistiškai reikšmingas ryšys yra tarp kintamųjų:

- žinių apie fizinių, socialinių, kultūrinių, istorinių, politinių veiksnių įtaką psichikos sveikatai ir žinių apie neuroleptikų, trankviliantų, antidepresantų veikimo bendruosius principus ( $r_s=0,239$ ;  $p=0,007<0,01$ );
- žinių apie fizinių, socialinių, kultūrinių, istorinių, politinių veiksnių įtaką psichikos sveikatai ir žinių, kaip atpažinti psichikos sutrikimų simptomus, įvertinti jų įtaką paciento elgesiui ( $r_s=0,468$ ;  $p=0,000<0,01$ );
- žinių apie fizinių, socialinių, kultūrinių, istorinių, politinių veiksnių įtaką psichikos sveikatai ir žinojimo, kaip bendrauti su pacientais, turinčiais psichikos sveikatos problemų ( $r_s=0,457$ ;  $p=0,000<0,01$ );
- žinių apie fizinių, socialinių, kultūrinių, istorinių, politinių veiksnių įtaką psichikos sveikatai ir žinių, kaip atpažinti ir įvertinti nepageidaujamas paciento organizmo reakcijas į paskirtą gydymą ( $r_s=0,194$ ;  $p=0,028<0,05$ );

- žinių apie fizinių, socialinių, kultūrinių, istorinių, politinių veiksnių įtaką psichikos sveikatai ir gebėjimo numatyti galima pavojų paciento ar aplinkinių žmonių sveikatai bei gyvybei ( $r_s=0,224$ ;  $p=0,011<0,05$ );
- žinių apie fizinių, socialinių, kultūrinių, istorinių, politinių veiksnių įtaką psichikos sveikatai ir žinių, kaip įvertinti slaugos poreikį pacientams, kurie turi psichikos sveikatos problemų ( $r_s=0,329$ ;  $p=0,000<0,01$ ).

Tyrimas parodė, kad slaugytojos turi bendrų žinių apie fizinių socialinių, kultūrinių, istorinių, politinių veiksnių įtaką psichikos sveikatai, tačiau ne visos turi specialių žinių, kurios ypač reikalingos prižiūrint pacientus, turinčiu psichikos sveikatos problemų.

Paklausti respondentai ar žino, kaip atpažinti psichikos sutrikimų simptomus, įvertinti jų įtaką psichikos sveikatai 62 respondentai atsakė „Taip“, 64 – dalinai ir 2 – „Ne“ (14 pav.).

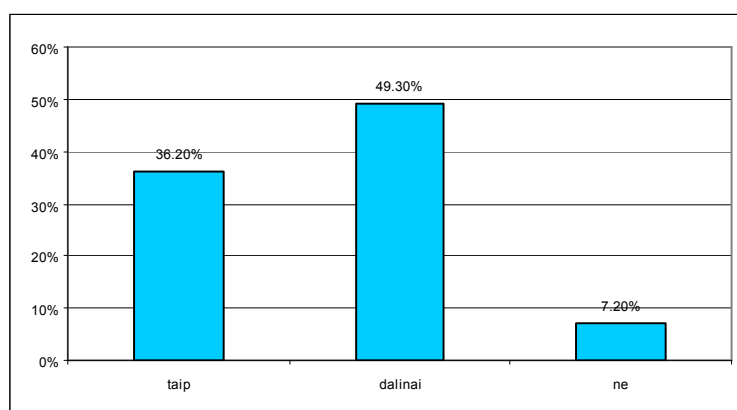


14 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal žinias, kaip atpažinti psichikos sutrikimų simptomus, įvertinti jų įtaką paciento elgesiui

Atlikta koreliacinė analizė (naudojant Spirmeno ranginės koreliacijos koeficientas) parodė, kad statistiškai reikšmingas ryšys yra tarp šių kintamųjų:

- žinių, kaip atpažinti psichikos sutrikimų simptomus bei įvertinti jų įtaką paciento elgesiui ir žinių, kaip bendrauti su pacientais, turinčiais psichikos sveikatos problemų ( $r_s=0,459$ ;  $p=0,000<0,01$ ).

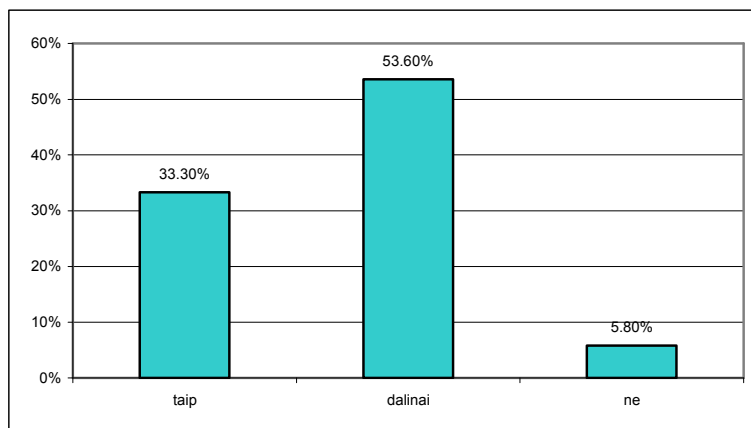
Respondentų pasiskirstymas pagal nuomonę apie jų žinias, kaip įvertinti slaugos poreikį pacientams, kurie turi psichikos sveikatos problemų pateikta 15 paveiksle. O nustatant, ar yra ryšys tarp šių kintamųjų: žinių, kaip įvertinti slaugos poreikį pacientams, kurie turi psichikos sveikatos problemų ir pasitikėjimo savo sugebėjimais adekvačiai prižiūrėti pacientus, turinčius psichikos sveikatos problemų, buvo skaičiuojamas Spirmeno ranginės koreliacijos koeficientas. Rezultatai parodė, kad kintamieji tarpusavyje reikšmingai koreliuoja ( $r_s=0,192$ ), esant reikšmingumo lygmeniui  $\alpha=0,05$  ( $0,031<0,05$ ). Koreliacija teigiama, priklausomybė tiesioginė.



15 pav. Respondentų pasiskirstymas, pagal žinias, kaip įvertinti slaugos poreikį pacientams, kurie turi psichikos sveikatos problemų

Tyrimo metu respondentai buvo prašomi atsakyti, ar žino neuroleptikų, trankviliantų, antidepresantų veikimo bendruosius principus (*16 pav.*). Atlikta koreliacinė analizė (naudojant Spirmeno ranginės koreliacijos koeficientą) parodė, kad yra statistiškai reikšmingas ryšys tarp šių kintamųjų:

- respondentų amžius ir žinių apie neuroleptikų, trankviliantų, antidepresantų veikimo bendruosius principus ( $r_s=0,186$ ;  $p=0,036<0,05$ ).



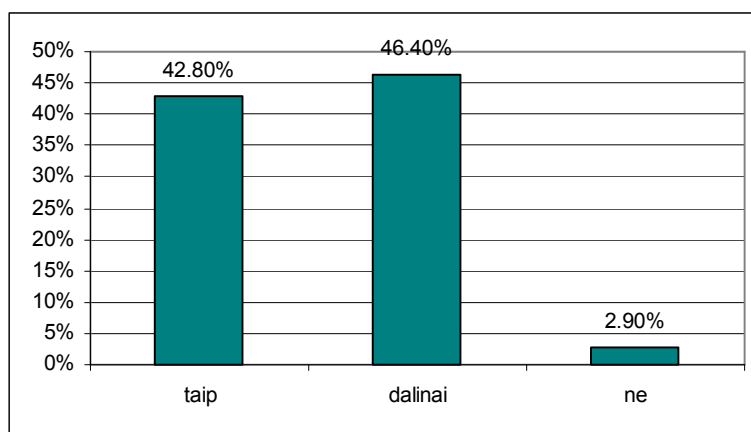
*16 pav.* Respondentų pasiskirstymas, pagal žinias apie neuroleptikų, trankviliantų, antidepresantų veikimo bendruosius principus

Į klausimą „Ar žinote, kaip atpažinti ir įvertinti nepageidaujamas paciento organizmo reakcijas į paskirtą gydymą?“ 46 (33,3 proc.) tiriamieji atsakė „Taip“, 78 (56,5 proc.) – dalinai ir 4 (2,9 proc.) – „Ne“.

Bendravimas yra viena iš svarbiausių psichikos sutrikimais sergančių pacientų slaugos sudėtinių dalių, nors šiais atvejais jis yra gana sunkus. Bendraujant atsiskleidžia žmonių psichinė būklė, jos sutrikimai. Kalbinamas pacientas išsipasakoja savo negalavimus, abejojimus, dvejojimus, bėgštavimus, įkyrumus, baimes. Iš jo pasisakymų sužinoma, kokios yra svarbiausios paciento problemos, konfliktai.

Tiriamieji buvo paklausti, ar žino, kaip bendrauti su pacientais, kurie turi psichikos sveikatos problemų. Rezultatai pateikti 17 paveiksle. Atlikta koreliacinė analizė (naudojamas Spirmeno ranginės koreliacijos koeficientas) parodė, kad statistiškai reikšmingas ryšys yra tarp šių kintamųjų:

- žinių, kaip bendrauti su pacientais turinčiais psichikos sveikatos problemų ir žinių, kiek galima reikalauti iš paciento, kuris turi psichikos sveikatos problemų ( $r_s=0,382$ ;  $p=0,000<0,01$ ).



17 pav. Respondentų pasiskirstymas, pagal žinias, kaip bendrauti su pacientais, kurie turi psichikos sveikatos problemų

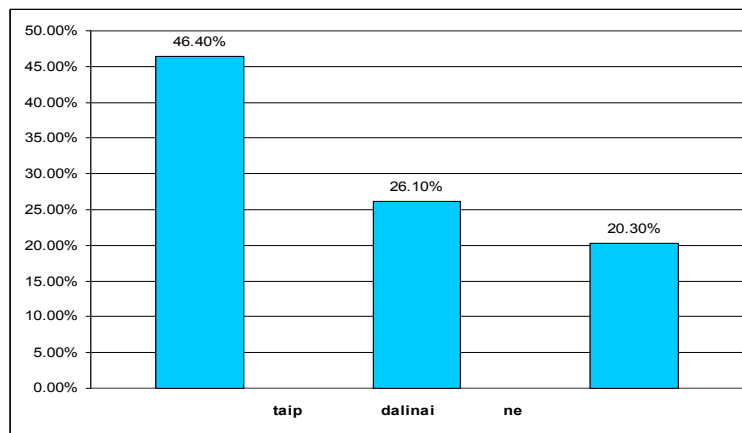
Nustatant, ar yra ryšys tarp žinių, kaip bendrauti su pacientais, turinčiais psichikos sveikatos problemų bei žinių apie neuroleptikų, trankviliantų, antidepresantų veikimo bendruosius principus, gavome, kad tiriamų kintamųjų normalumo prielaida nėra tenkinama, nes  $p$  buvo atitinkamai lygus 0,000. Šiuo atveju skaičiavome Spirmeno ranginės koreliacijos koeficientą. Rezultatai parodė, kad kintamieji reikšmingai nekoreliuoja ( $r_s=0,151$ ), esant reikšmingumo lygmeniui  $\alpha=0,05$  ( $0,090>0,05$ ).

Tačiau jei slaugytojos žino neuroleptikų, trankviliantų, antidepresantų veikimo bendruosius principus (kur buvo gauti ganėtinai aukšti rezultatai), tai nereiškia, kad jos žino, kaip bendrauti su pacientais, turinčiais psichikos sveikatos problemų.

Tyrimas parodė, kad 106 (76,8 proc.) respondentų mano kad žino, ką patarti pacientams, kur galima kreiptis pagalbos dėl psichikos sveikatos problemų. Ir tik 22 (15,9 proc.) teigia nežinantys, ką pasakyti.

Norint padėti pacientui, svarbu žinoti kokią „deficitą“ jis turi, kad nepareikalautum to, ko jis negali šiuo metu padaryti. 31,9 proc. respondentų žino, kiek galima reikalauti iš paciento, kuris turi psichikos sveikatos problemų, ir labai maža dalis nurodė, kad nežino (5,8 proc.).

Respondentams buvo pateiktas klausimas: „ar žinote, kaip teisingai reaguoti į paciento haliucinacijas?“. Tarp rezultatų dominuoja atsakymas, kad respondentai žino, kaip teisingai reaguoti į pacientų haliucinacijas (46,4 proc.), mažesnė respondentų dalis atsakė, kad žino iš dalies (26,1 proc.) ir mažiausia respondentų dalis (20,3) nežino, kaip teisingai elgtis. Rezultatų pasiskirstymas pateiktas 18 paveiksle.



18 pav. Respondentų pasiskirstymas, pagal žinojimą, kaip teisingai reaguoti į paciento haliucinacijas

Atlikus koreliacinę analizę tarp šių kintamųjų, žinių, kaip teisingai reaguoti į paciento haliucinacijas ir:

- žinių, kaip įvertinti slaugos poreikį pacientams, turintiems psichikos sveikatos problemų;
- žinojimo, kiek galima reikalauti iš paciento, turinčio psichikos sveikatos problemų;
- pasitikėjimo savo sugebėjimais adekvačiai prižiūrėti pacientus, turinčius psichikos sveikatos problemų,

paiškėjo, kad šie kintamieji statistiškai reikšmingai koreliuoja ( $r_s=0,182$ ), esant reikšmingumo lygmeniui  $\alpha=0,05$  ( $0,040 < 0,05$ ).

Taip pat patikrinus nepriklausomumo hipotezę, ar respondentų išsilavinimas ir žinios, kaip teisingai reaguoti į paciento haliucinacijas yra nepriklausomi, formuluojame statistinę hipotezę  $H_0$ , kuri teigia, kad žinios, kaip teisingai reaguoti į paciento haliucinacijas, ir išsilavinimas yra *nesusiję*,  $H_1$  – žinios, kaip teisingai reaguoti į paciento haliucinacijas, ir išsilavinimas yra *susiję*.

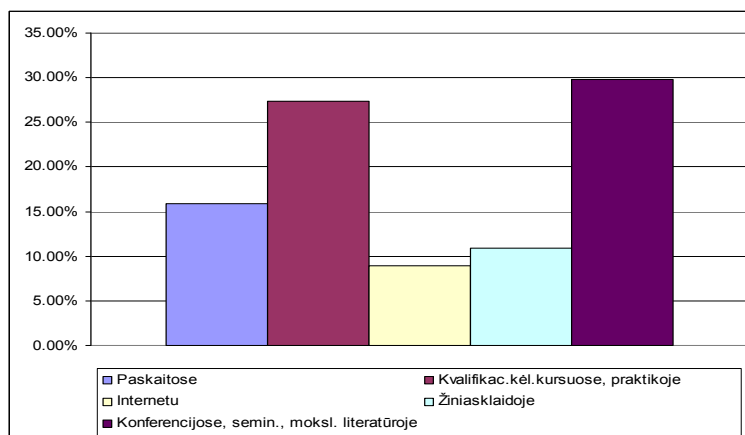
## Respondentų pasiskirstymas pagal žinias, kaip teisingai reaguoti į paciento haliucinacijas, ir išsilavinimą

„Ar žinote, kaip teisingai reaguoti į paciento haliucinacijas?“	Išsilavinimas			
	Spec.vidurinis	Aukštesnysis	Aukštasis neuniversitetinis	Aukštasis universitetinis
Iš dalies	8 (5,6 proc.)	8 (5,6 proc.)	22 (15,4 proc.)	0 (0 proc.)
Taip	12 (8,4 proc.)	22 (15,4 proc.)	8 (5,6 proc.)	22 (15,4 proc.)
Ne	10 (7,0 proc.)	10 (7,0 proc.)	6 (4,2 proc.)	2 (1,4 proc.)

(Pearson's  $\chi^2=37,27$ ;  $df=6$ ;  $p=0,000$ )

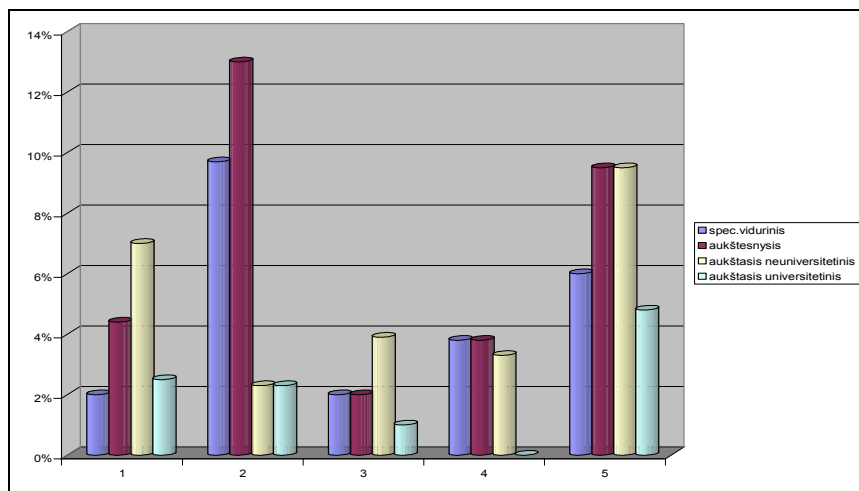
SPSS paketu (*Crosstabs*) gauname, kad Chi-kvadrato testo kriterijaus p-reikšmė pagal Pirsono formulę (Pearson Chi-Square) neviršija reikšmingumo lygmens 0,05 ( $\chi^2=37,27$ ;  $df=6$ ;  $p=0,000$ ). Vadinasi, hipotezę apie nepriklausomumą atmetame. Taigi respondentų žinios, kaip teisingai reaguoti į paciento haliucinacijas, bei išsilavinimas yra *susiję*.

Nagrinėjant šaltinius, iš kurių gaunama daugiausia informacijos apie pacientų, turinčių psichikos sveikatos problemų priežiūrą, matyti, kad daugiausiai respondentų (29,80 proc.) informacijos gauna konferencijose, seminaruose, studijuodami mokslinę literatūrą, o mažiausiai (8,90 proc.) – internetu (19 pav.).

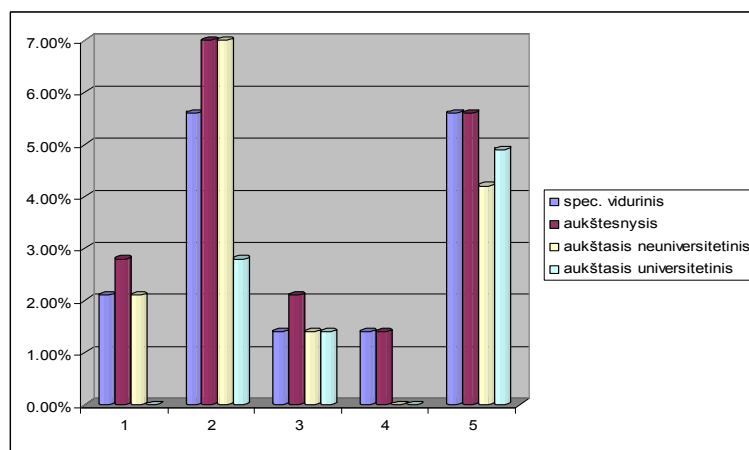


19 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal šaltinius, iš kur gaunama informacija apie pacientų, turinčių psichikos sveikatos problemų, priežiūrą

20 ir 21 paveiksluose pateikti šaltiniai, iš kurių respondentai gauna arba koku būdu norėtų gauti informacijos apie pacientų, turinčių psichikos sveikatos problemų, priežiūrą (rezultatų pasiskirstymas pateiktas pagal išsilavinimą). Gauti rezultatai apie šaltinius, iš kurių gaunama arba norima gauti informacija, daugmaž panašūs.

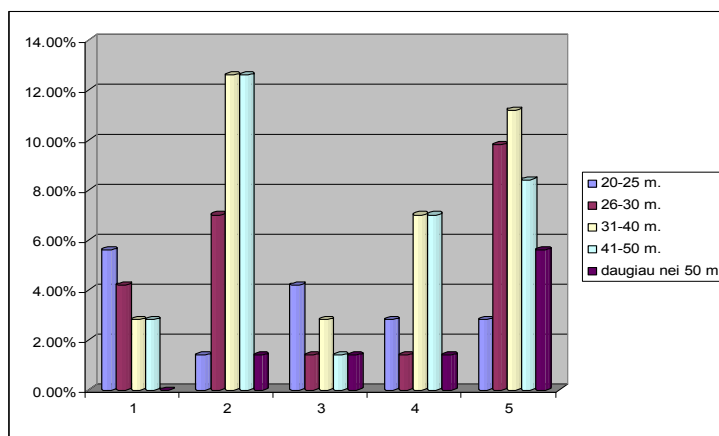


20 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal išsilavinimą ir pagal šaltinius, iš kurių daugiausiai gaunama informacijos apie pacientų, turinčių psichikos sveikatos problemų, priežiūrą: 1. Paskaitose. 2. Kvalifikacijos kėlimo kursuose, praktikos metu. 3. Internete. 4. Žiniasklaidoje (spauda, televizija). 5. Konferencijose, seminaruose, mokslinėje literatūroje

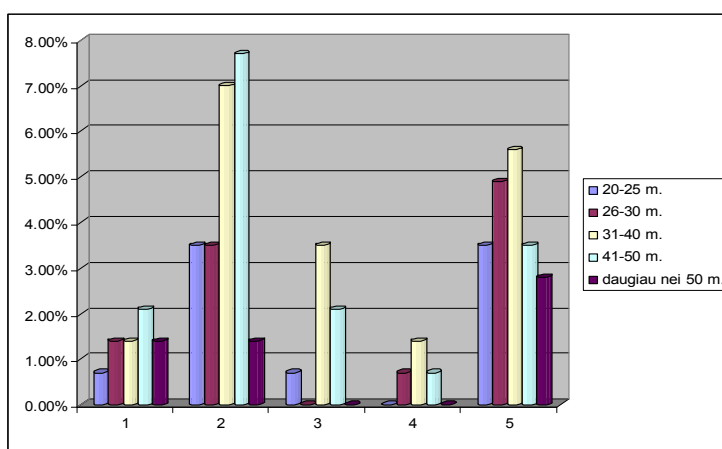


21 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal išsilavinimą ir pagal šaltinius, iš kurių jie labiausiai norėtų gauti informacijos apie pacientų, turinčių psichikos sveikatos problemų, priežiūrą: 1. Paskaitose. 2. Kvalifikacijos kėlimo kursuose, praktikos metu. 3. Internete. 4. Žiniasklaidoje (spauda, televizija). 5. Konferencijose, seminaruose, mokslinėje literatūroje

22 ir 23 paveiksluose pateikti šaltiniai, iš kurių tyrimo dalyviai gauna arba norėtų gauti informacijos apie pacientų, turinčių psichikos sveikatos problemų, priežiūrą, rezultatų pasiskirstymas pagal amžių.



22 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal amžių ir šaltinius, iš kurių daugiausia gaunama informacijos apie pacientų, turinčių psichikos sveikatos problemų priežiūrą: 1. Paskaitose. 2. Kvalifikacijos kėlimo kursuose, praktikos metu. 3. Internete. 4. Žiniasklaidoje (spauda, televizija). 5. Konferencijose, seminaruose, mokslinėje literatūroje



23 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal amžių ir pagal šaltinius, iš kurių jie labiausiai norėtų gauti informacijos apie pacientų, turinčių psichikos sveikatos problemų priežiūrą: 1. Paskaitose. 2. Kvalifikacijos kėlimo kursuose, praktikos metu. 3. Internete. 4. Žiniasklaidoje (spauda, televizija). 5. Konferencijose, seminaruose, mokslinėje literatūroje

Labai maža dalis (24,6 proc.) respondentų dalyvavo kvalifikacijos kėlimo kursuose, seminaruose, konferencijose per paskutinius penkerių darbo metus, kurių tema buvo apie pacientų, turinčių psichikos sveikatos problemų, priežiūrą. Atlikta koreliacinė analizė (naudojamas Spirmano ranginės koreliacijos koeficientas) parodė, kad statistiškai reikšmingas ryšys yra tarp kintamųjų:

- žinių, kaip atpažinti psichikos sutrikimų simptomus, įvertinti jų įtaką paciento elgesiui ir per paskutinius penkerius darbo metus turėtų kvalifikacijos kėlimo kursų, seminarų, konferencijų, kurių tema buvo pacientų, turinčių psichikos sveikatos problemų priežiūra ( $r_s=0,408$ ,  $p=0,000<0,01$ ).

Atliktas tyrimas parodė, kad slaugytojos gauna labai mažai mokymų apie pacientų, turinčių psichikos sveikatos problemų, priežiūrą. Tačiau jų žinių subjektyvus vertinimas ganėtinai aukštas (priedas Nr. 2).

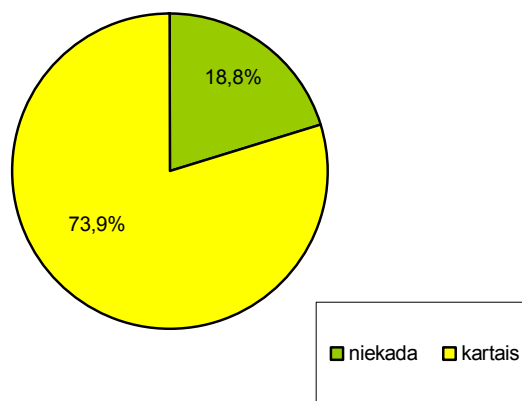
Išanalizavus „slaugos darbuotojų tobulinimosi ir specializacijos centro mokymo programas 2007 m.“ matyti, kad temų apie pacientų, turinčių psichikos sveikatos problemų, priežiūrą tik kelios:

1. šizofrenija ir jos formos (etiologija, klinikiniai simptomai, šizofrenijos formos, gydymas, slaugymas, etika, integracija į visuomenę);
2. nuotaikos (afektiniai) sutrikimai: depresijos sutrikimai (simptomai, depresijos formos, bendravimo ypatumai, suicido rizika, slaugos ypatumai).

Taip pat kyla klausimas – „Keliems darbuotojams bus užsakyti kursai šiomis temomis?“, kadangi kursus užsako vyresniosios slaugos administratorės ir čia jau priklauso nuo jų suvokimo, kiek svarbi yra bendrosios praktikos slaugytojų kompetencijos, prižiūrint pacientus, turinčius psichikos sveikatos problemų somatiniuose skyriuose, problema.

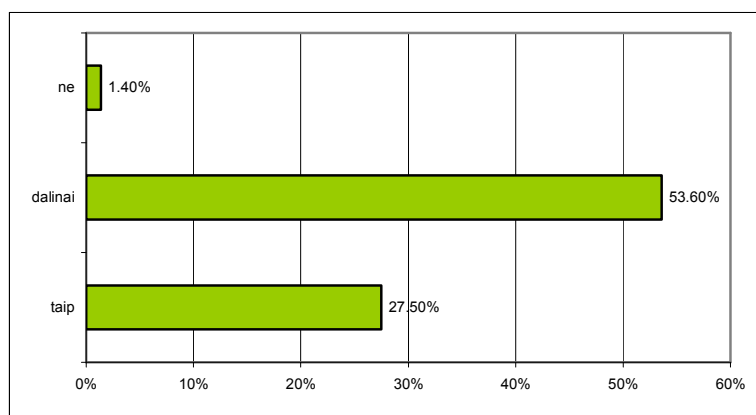
## 2.2.4. Bendrosios praktikos slaugytojų įgūdžiai, prižiūrint pacientus, turinčius psichikos sveikatos problemų

Aktualu buvo sužinoti, ar dažnai skyriuje kyla konfliktai su pacientais, kurie turi psichikos sveikatos problemų. Atsakymų pasiskirstymas pateiktas 24 paveiksle. Nustatant, ar yra ryšys tarp kintamųjų: pasitikėjimo savo sugebėjimais adekvačiai prižiūrėti pacientus, turinčius psichikos sveikatos problemų, bei kylančių konfliktų dažnio su šiais pacientais, buvo skaičiuojamas Spirmeno ranginės koreliacijos koeficientas. Rezultatai parodė, kad kintamieji tarpusavyje reikšmingai nekoreliuoja ( $r_s=0,015$ ), esant reikšmingumo lygmeniui  $\alpha=0,05$  ( $0,871>0,05$ ). Taip pat koreliacinė analizė parodė, kad statistiškai nėra reikšmingo ryšio tarp sugebėjimo valdyti konfliktus ir skyriuje kylančių konfliktų dažnio ( $p$  reikšmė  $0,196>0,05$ , kur  $0,05$  reikšmingumo lygmuo).



24 pav. Kylančių konfliktų su pacientais, kurie turi psichikos sveikatos problemų, pasiskirstymas

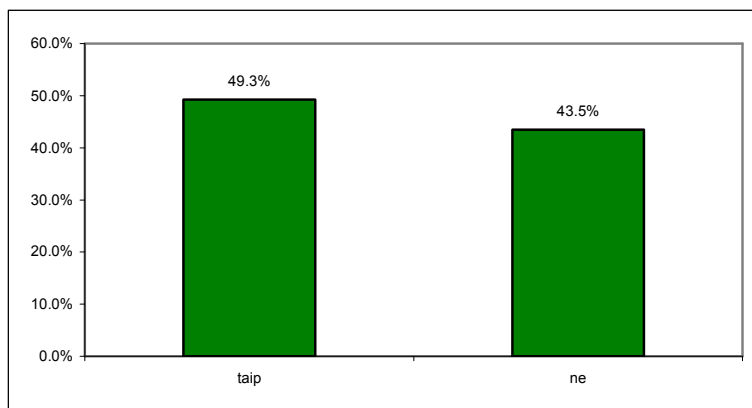
Svarbu buvo nustatyti ar respondentai geba valdyti konfliktus, kuriuos sukelia pacientai, turintys psichikos sveikatos problemų. Didesnė dalis respondentų (56,6 proc.) atsakė, kad geba iš dalies, 27,5 proc. – sugeba ir tik 1,4 proc. – nežino kaip tai daryti. Rezultatai pateikti 25 paveiksle. Nustatant, ar yra ryšys tarp žinių, kaip atpažinti ir įvertinti nepageidaujamas paciento organizmo reakcijas į paskirtą gydymą ir žinių, kaip valdyti konfliktus, kuriuos sukelia pacientai, turintys psichikos sveikatos problemų, skaičiuotas Spirmeno ranginės koreliacijos koeficientas. Rezultatai parodė, kad kintamieji tarpusavyje reikšmingai koreliuoja ( $r_s=0,200$ ), esant reikšmingumo lygmeniui  $\alpha=0,05$  ( $0,025<0,05$ ). Matome, kad koreliacija yra teigiama, priklausomybė tiesioginė.



25 pav. Respondentų pasiskirstymas, pagal gebėjimą valdyti konfliktus, kuriuos sukelia pacientai, turintys psichikos sveikatos problemų

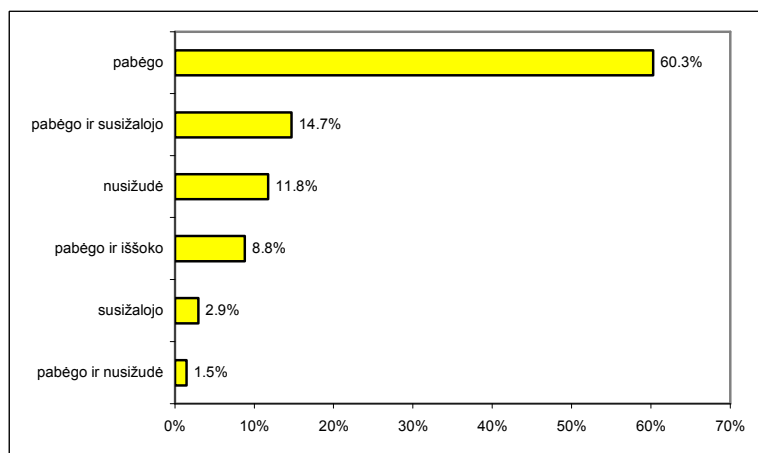
Nustatyta, kad 24 (17,4 proc.) apklaustųjų pavyksta numatyti galimą pavojų paciento ar aplinkinių žmonių sveikatai bei gyvybei, 90 (65,2 proc.) pavyksta dalinai ir 14 (10,1 proc.) numatyti pavojaus nepavyksta. Atlikta koreliacinė analizė (naudojant Spirmeno ranginės koreliacijos koeficientas) parodė, kad statistiškai reikšmingas ryšys yra tarp kintamųjų amžiaus ir gebėjimo numatyti galimą pavojų paciento ar aplinkinių žmonių gyvybei ( $r_s=0,247$ ;  $p=0,005<0,01$ ).

Viena iš svarbiausių charakteristikų, apibūdinančių slaugytojų žinias bei gebėjimą slaugyti pacientus, turinčius psichikos sveikatos problemų, yra nepageidaujami įvykiai. 49,3 proc. respondentų nurodė, kad joms slaugant šiuos pacientus įvyko nepageidaujamas įvykis, o 43,5 proc. atsakė neigiamai (26 pav.).



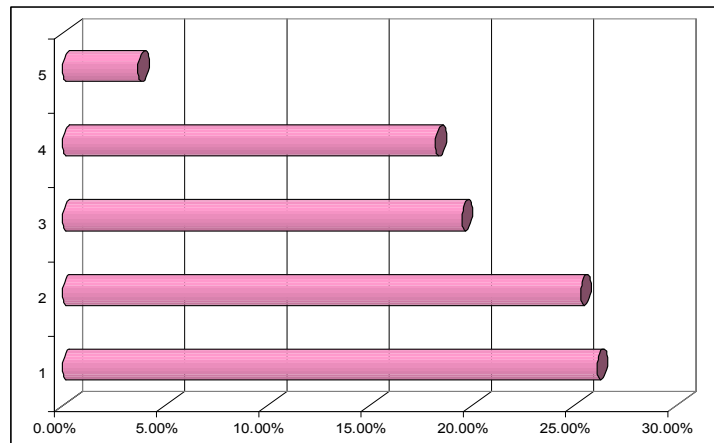
26 pav. Respondentų atsakymų į klausimą „Ar slaugant pacientą, turintį psichikos sveikatos problemų, yra nutikęs nepageidaujamas įvykis?“ pasiskirstymas

Dažniausiai pasitaikantis (60,3 proc.) nepageidaujamas įvykis buvo paciento pabėgimas iš stacionaro. Tarp kitų – pabėgimas ir susižalojimas (14,7 proc.), suicidas (11,8 proc.). Rezultatai pateikti 27 paveiksle.



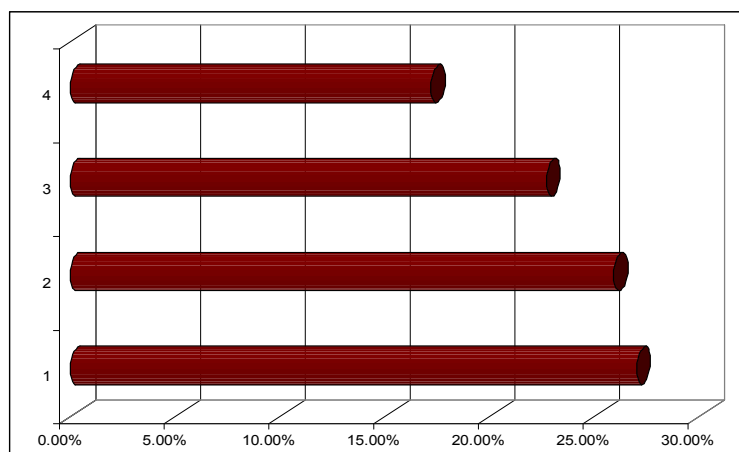
27 pav. Nepageidaujami įvykiai

Tyrimo metu norėta nustatyti, kas labiausiai įtakoja nepageidaujamus įvykius pacientams, turintiems psichikos sveikatos problemų. 26,1 proc. respondentų mano, kad tai įtakoja nepritaikyta skyriaus aplinka, 25,3 proc. - nuo paciento veiksmų priklausančios sąlygos, 19,5 proc. slaugos darbuotojų laikos stoka ir 18,2 proc. personalo trūkumas. Mažiausia dalis (3,7 proc.) mano, kad nepakankama personalo kompetencija gali įtakoti nepageidaujamus įvykius. Rezultatai pateikti 28 paveiksle.



28 pav. Respondentų nuomonės, kas labiausiai įtakoja nepageidaujamus įvykius pacientams, turintiems psichikos sveikatos problemų, pasiskirstymas: 1. Nepritaikyta skyriaus aplinka. 2. Nuo paciento veiksmų priklausančios sąlygos. 3. Slaugos darbuotojų laikos stoka. 4. Personalas trūkumas. 5. Nepakankama personalo kompetencija

Labiausiai šiuo metu reikalinga pagalba, bendrosios praktikos slaugytojų nuomone, dirbant su pacientais, turinčiais psichikos sveikatos problemų, pateikta 29 paveiksle.

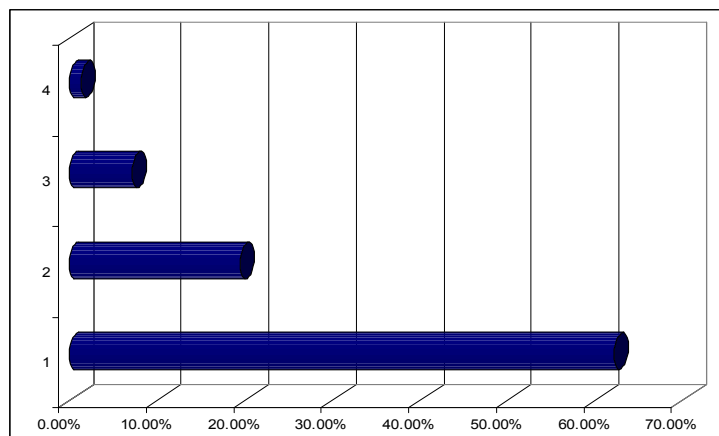


29 pav. Respondentų nuomonės, kokios labiausiai pagalbos šiuo metu reikėtų dirbant su pacientais, turinčiais psichikos sveikatos problemų, pasiskirstymas: 1. Daugiau mokymų. 2. Pritaikytos skyriaus aplinkos. 3. Psichiatro rekomendacijų sk. personalui. 4. Didesnio personalo skaičiaus

Nustatant, ar yra ryšys tarp to, kokios pagalbos labiausiai reikėtų dirbant su pacientais turinčiais psichikos sveikatos problemų ir tarp veiksnių, kurie labiausiai įtakoja nepageidaujamus įvykius pacientams, turintiems psichikos sveikatos problemų. Buvo skaičiuotas Spirmeno ranginės koreliacijos koeficientas. Rezultatai parodė, kad kintamieji tarpusavyje reikšmingai koreliuoja ( $r_s=0,395$ ), esant reikšmingumo lygmeniui  $\alpha=0,05$  ( $0,000<0,05$ ). Matome, kad koreliacija teigiama, priklausomybė tiesioginė. Patikrinus nepriklausomumo hipotezę, ar šie kintamieji yra nepriklausomi, SPSS paketu (**Crosstabs**) gauname, kad Chi-kvadrato testo kriterijaus p-reikšmė pagal Pirsono formulę (Pearson Chi-Square) neviršija reikšmingumo lygmens 0,05 ( $\chi^2=32,05$ ;  $df=0,136$ ;  $p=0,002$ ). Vadinasi, hipotezę apie nepriklausomumą atmetame. Taigi kintamieji, kokios pagalbos labiausiai dirbant su pacientais, turinčiais psichikos sveikatos problemų, ir kas labiausiai įtakoja nepageidaujamus įvykius šiems pacientams, yra priklausomi.

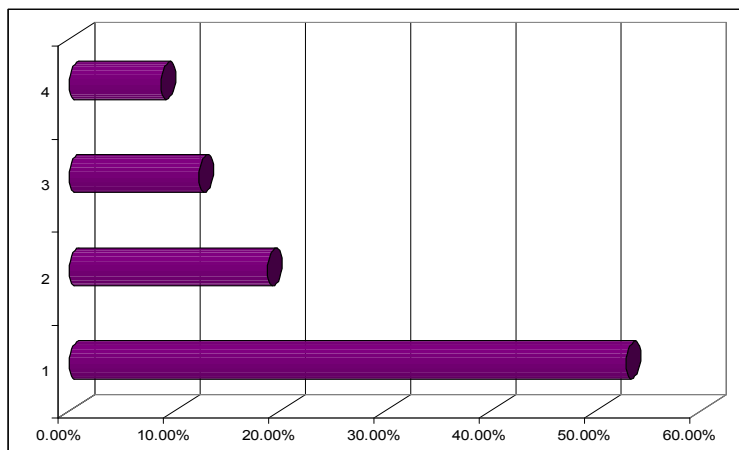
Kai kuriose šalyse, pvz., Anglijoje, psichiatrai privalo konsultuoti visus pacientus, mėginusius žudyti ir grąsinusius tai padaryti. Kai kuriose klinikose iš visų psichiatro konsultuotų pacientų tokių buvo 10–20 proc. Brownas ir Pisetsky's (1960) nustatė, kad somatinėse ligoninėse nusižudo 1,55 paciento iš 10 000 [11].

Šiame tyrime taip pat norėta sužinoti, dėl kokių priežasčių pacientą respondentai rekomenduoja psichiatro konsultacijai. Atsakymų pasiskirstymas pateiktas 30 paveiksle.



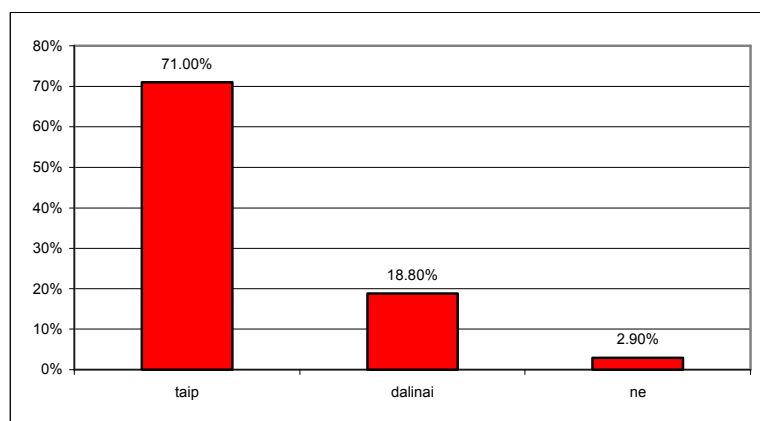
30 pav. Respondentų nuomonės, dėl kokių priežasčių pacientą, kuris turi psichikos sveikatos problemų, rekomenduoja psichiatro konsultacijai, pasiskirstymas: 1. Impulsyvus, nenuspėjamas paciento elgesys. 2. Paciento veiksmai keliantys grėsmę jam pačiam. 3. Paciento veiksmai keliantys grėsmę aplinkiniams. 4. Slaugytojos problemas sprendžia be psichiatro pagalbos

Tyrimo metu siekta išsiaiškinti, kuriuo paros metu sunkiausia užtikrinti pacientų saugumą ir juos stebėti. Rezultatai pateikti 31 paveiksle. Atlikta koreliacinė analizė (naudojant Spirmeno ranginės koreliacijos koeficientas) parodė, kad statistiškai reikšmingas ryšys yra tarp slaugytojų amžiaus ir paros meto kuriuo, sunkiausia užtikrinti pacientų saugumą ir juos stebėti ( $r_s=0,186$ ,  $p=0,036<0,05$ ).



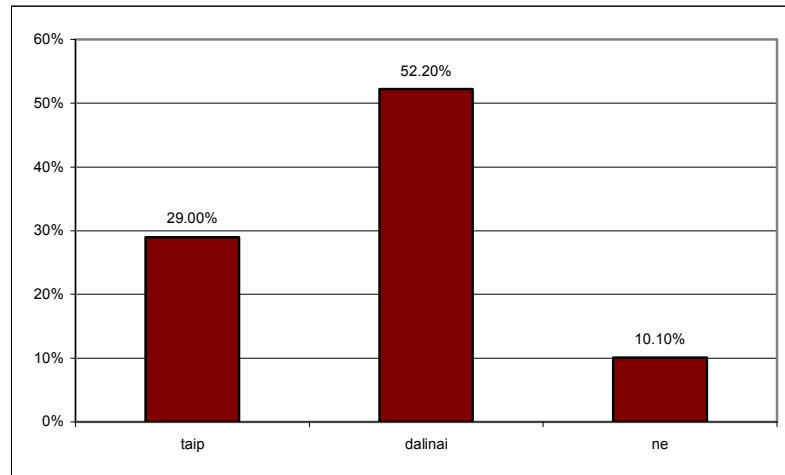
31 pav. Respondentų nuomonės, kuriuo paros metu sunkiausia užtikrinti pacientų saugumą ir juos stebėti, pasiskirstymas: 1. Naktį 2. Vakare 3. Ryte 4. Dieną

Svarbu buvo išsiaiškinti, ar skyriuje yra užtikrintas informacijos perdavimas kitai pamainai apie pacientų pakitusį elgesį. 71 proc. respondentų atsakė teigiamai, kad informacija, sekančiai pamainai, apie pakitusį pacientų elgesį yra perduodama; 18,8 proc. mano, kad iš dalies. Neigiamai atsakė 2,9 proc. (32 pav.).



32 pav. Respondentų nuomonės, ar skyriuje yra užtikrintas informacijos perdavimas kitai pamainai apie pacientų pakitusį elgesį, pasiskirstymas

Respondentų pasiskirstymas pagal pasitikėjimą adekvačiai prižiūrėti pacientus, turinčius psichikos sveikatos problemų, pateiktas 33 paveiksle. Matyti, kad didžioji dalis (52,20 proc.) mano, kad dalinai turi tokią gebėjimą.



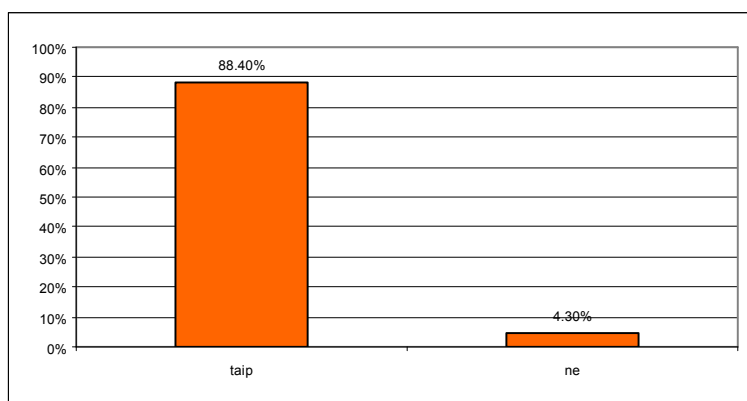
33 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal pasitikėjimą savo sugebėjimais adekvačiai prižiūrėti pacientus turinčius, psichikos sveikatos problemų

Nustatant, ar yra ryšys tarp žinių, kaip atpažinti ir įvertinti nepageidaujamas paciento organizmo reakcijas į paskirtą gydymą ir pasitikėjimo savo sugebėjimais adekvačiai prižiūrėti pacientus turinčius psichikos sveikatos problemų, buvo skaičiuotas Spirmeno ranginės koreliacijos koeficientas. Rezultatai parodė, kad kintamieji tarpusavyje reikšmingai koreliuoja ( $r_s=0,261$ ), esant reikšmingumo lygmeniui  $\alpha=0,05$  ( $0,003<0,05$ ). Matome, kad koreliacija yra teigiama, priklausomybė tiesioginė. Kas reiškia, kad jeigu slaugytojos geba atpažinti nepageidaujamas paciento organizmo reakcijas į paskirtą gydymą, tai ir turi gebėjimų, jų nuomone, adekvačiai prižiūrėti pacientus, turinčius psichikos sveikatos problemų.

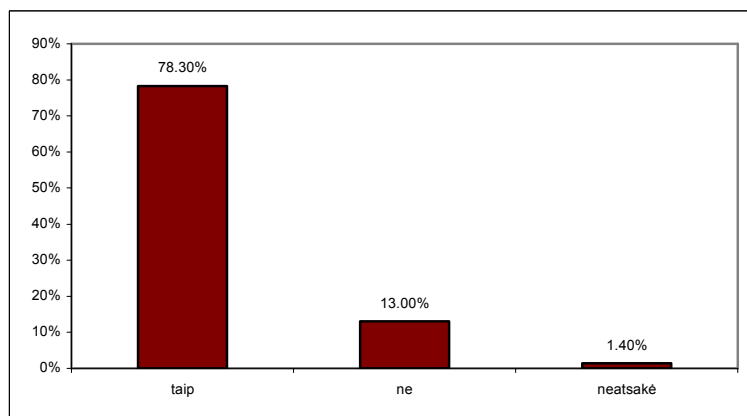
Vertinant atsakymus, gautus į klausimus, skirtus įgūdžiams iširti, galima teigti, kad respondentų subjektyvus vertinimas apie turimas žinias buvo aukštesnis, dominavo atsakymo variantai „žinau“, tuo tarpu įgūdžių klausimų atsakymuose dažniausiai buvo pasirenkamas vidurinis atsakymo variantas - „dalinai“. Apibendrinant galima sakyti, kad respondentų subjektyvus žinių vertinimas apie pacientų, turinčių psichikos sveikatos problemų, ganėtinai aukštas, kai įgūdžių vertinimas rodo žemesnius rezultatus. Apibendrinti bendrosios praktikos slaugytojų įgūdžių rezultatai pateikti priede Nr. 3.

## 2.2.5. Bendrosios praktikos slaugytojų požiūris į pacientus, turinčius psichikos sveikatos problemų

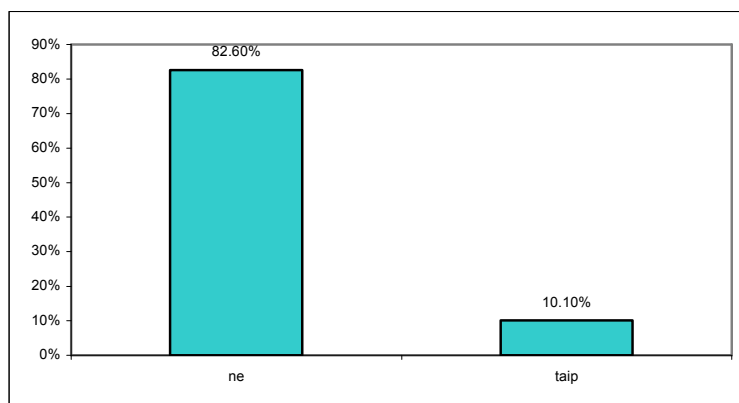
Slaugytojų požiūris į pacientus, turinčius psichikos sveikatos problemų, atspindi 34, 35, 36 paveiksluose, apibendrinti rezultatai pateikti priede Nr. 4.



34 pav. Respondentų atsakymų į klausimą „Ar pozityviau žiūrėtumėte į darbą su pacientais, turinčiais psichikos sveikatos problemų, jeigu apie tai daugiau žinotumėte?“ pasiskirstymas

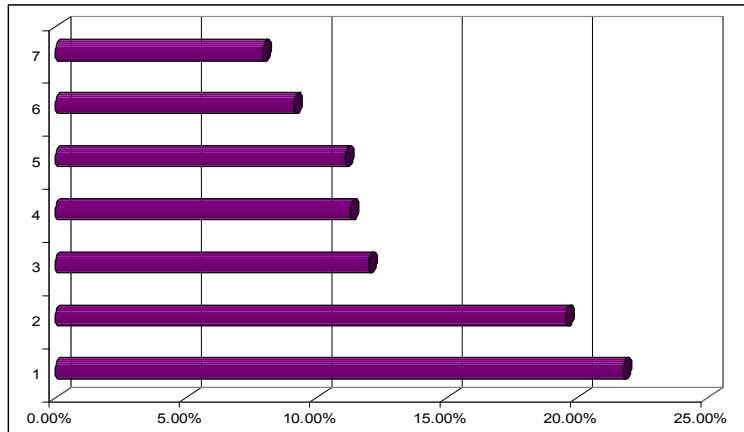


35 pav. Respondentų atsakymų į klausimą „Ar pacientus, kurie turi psichikos sveikatos problemų prižiūrite taip pat gerai, kaip ir visus kitus pacientus?“ pasiskirstymas



36 pav. Respondentų atsakymų į klausimus „Ar vengiate kalbėti su pacientais, jei žinote, kad jie turi psichikos sveikatos problemų?“ pasiskirstymas

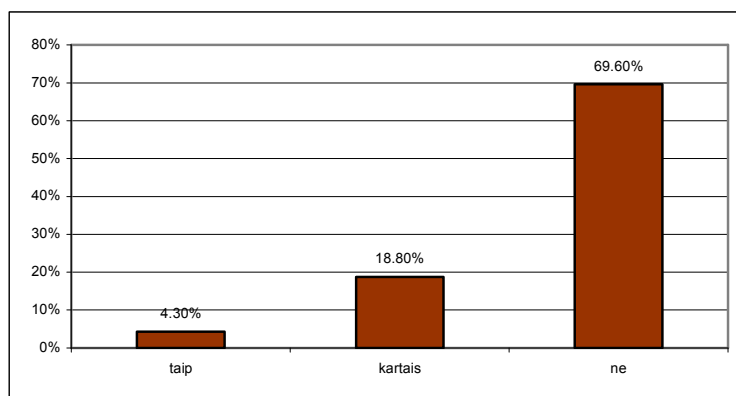
Nepaisant to, kad pacientai turi psichikos sveikatos problemų, visgi jų orumas ir autonomija turi išlikti dėmesio centre. Pacientai, turintys psichikos sveikatos problemų, taip pat turi teisę į informacijos apie jų sveikatą konfidencialumą. Dominuojantys slaugos principai, remiantis slaugytojų nuomone, pateikti 37 paveiksle.



37 pav. Slaugos principų pasiskirstymas, prižiūrint pacientus, turinčius psichikos sveikatos problemų: 1. Atsakomybės 2. Nepakenkimo 3. Konfidencialumo 4. Autonomijos 5. Orumo 6. Profesinės kompetencijos 7. Teisingumo

Atlikta koreliacinė analizė (naudojant Spirmeno ranginės koreliacijos koeficientą) parodė, kad statistiškai reikšmingas ryšys yra tarp metodų, kuriais sprendžiamos iškylančios konfliktinės situacijos ir dominuojantys slaugos principai darbe ( $r_s=0,333$ ;  $p=0,000<0,01$ ).

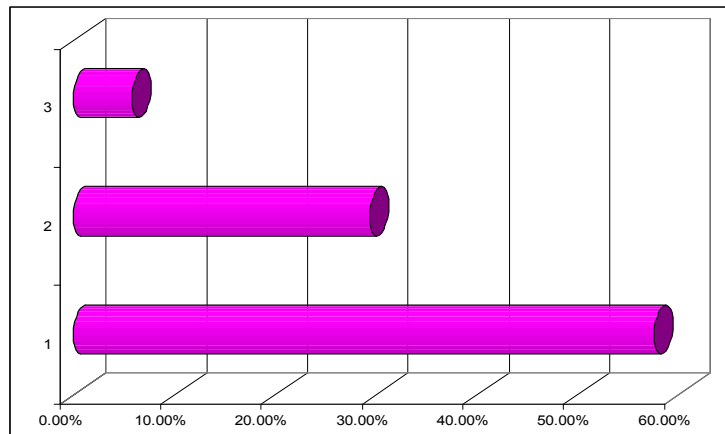
Literatūroje rašoma, kad dar neretai pasitaiko, kad ligoninėje iš paciento, turinčio psichikos sveikatos problemų, pasišaipoma kaip iš „nerimto“ ligonio. Visa tai ši žmogų labai žeidžia, jis į medikus pradeda žiūrėti nepalankiai, nustoja jais pasitikėti. Personalas, besipuikuodamas savo pranašumu, stigmatizuoja pacientą, verčia jį jaustis menkysta, nepilnaverčiu ir bejėgiu [12]. Tyrimo, kuris buvo atliktas Klaipėdos somatinėje ligoninėje, 4,3 proc. respondentų nurodė, kad iš paciento, turinčio psichikos sveikatos problemų, buvo pasijuokta ar apie jį nederamai kalbama. Neigiamai atsakė dauguma (69,6 proc.) (38 pav.).



38 pav. Respondentų nuomonės klausimu „Ar pasitaikė, kad iš paciento, turinčio psichikos sveikatos problemų, būtų pasijuokta ar nederamai kalbama?“ pasiskirstymas

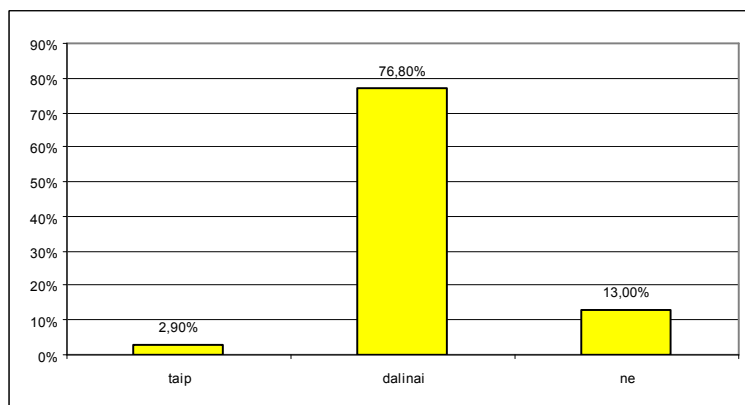
Kitų autorių atliktų tyrimų rezultatai rodo, kad iki šiol daugelis klaidingai mano, kad psichikos sutrikimai yra neišgydomi, ar kad pagalba žmonėms su psichikos problemomis yra vien psichiatrijoje dirbančių atsakomybės sritis [10].

Tiriamųjų požiūrį šiais klausimais siekta išsiaiškinti ir Klaipėdos somatinėje ligoninėje. Rezultatai pateikti 39, 40 paveiksluose.



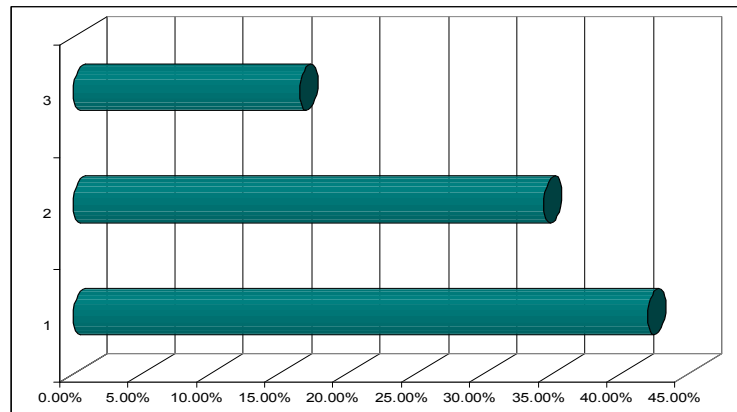
39 pav. Respondentų nuomonės klausimu „Kas turėtų rūpintis pacientais, turinčiais psichikos sveikatos problemų“ pasiskirstymas: 1. Tik psichikos sveikatos slaugytojos 2. Įvairių sveikatos priežiūros sektorių darbuotojai. 3. Socialiniai darbuotojai

Labai maža dalis respondentų (2,90 proc.) mano, kad psichikos sutrikimai išgydomi. Daugiausiai respondentų (76,80 proc.) galvoja, kad tai išgydoma dalinai, o nepagydoma – 13 proc. (40 pav.).



40 pav. Respondentų nuomonės klausimu „Ar psichikos sutrikimai išgydomi?“ pasiskirstymas

Aktualu buvo išsiaiškinti, kaip sprendžiami konfliktai su pacientais, kurie turi psichikos sveikatos problemų. Dažniausiai medikamentais (41,95 proc.); kantrybe, supratimu, bendravimu (33,3 proc.). Ir vis dėlto šiuolaikinėje demokratinėje visuomenėje psichikos sutrikimai yra viena iš nedaugelio dingsčių suvaržyti nenusikaltusio žmogaus laisvę. Šiame tyrime tokį atsakymo variantą (naudojame fizinio suvaržymo priemones) nurodė 16,51 proc. respondentų (41 pav.).



41 pav. Išskylančių konfliktinių situacijų su pacientais, turinčiais psichikos sveikatos problemų, sprendimo būdų pasiskirstymas: 1. Medikamentais 2. Kantrybė, supratimas, bendravimas 3. Fizinio suvaržymo priemonės

Atlikta koreliacinė analizė (naudojant Spirmeno ranginės koreliacijos koeficientą) parodė, kad statistiškai reikšmingas ryšys yra:

- tarp sprendimo metodų su pacientais, turinčiais psichikos sveikatos problemų, išskylant konfliktinėms situacijoms ir atveju, kad iš paciento, turinčio psichikos sveikatos problemų, būtų pasijuokta ar nederamai apie jį kalbama ( $r_s=0,412$ ;  $p=0,000<0,01$ );
- tarp sprendimo metodų su pacientais, turinčiais psichikos sveikatos problemų, išskylant konfliktinėms situacijoms ir veiksnių labiausiai įtakančių nepageidaujamus įvykius pacientams, kurie turi psichikos sveikatos problemų ( $r_s=0,533$ ;  $p=0,000<0,01$ ).

Atliktų tyrimų duomenimis, mūsų visuomenėje vyrauja neigiamas požiūris į žmones, turinčius psichikos sveikatos problemų. Net tarp medikų pasitaiko neigiamo požiūrio. Psichikos ligos etiketė (stigma, žymė) vis dar skaudžiai žeidžia šiuos žmones, trukdo jiems gyventi visavertį gyvenimą [12]. Dėl aplinkinių žmonių nesupratimo bei iracionalios baimės, atsiradus psichikos problemoms, prarandama pirmiausiai tai, kas taip svarbu kiekvienam žmogui – pagarbus požiūris į jį, kaip į individą. Jau po to seka nusisukimas, ligonio vienatvė.

### 2.3. Tyrimo aptarimas

Pirmą kartą Lietuvoje analizuotas somatinių pacientų psichikos sutrikimų paplitimas 1991–1992 m., Antakalnio poliklinikoje ir M. Marcinkevičiaus liginės gastroenterologijos ir terapijos skyriuose. Šiuo atliktu tyrimu Lietuvoje pirmą kartą įrodyta, kad somatinėmis ligomis sergantiems pacientams psichiatrinė pagalba yra būtina, bet šiuo metu mūsų šalyje ji nepakankama. Šio tyrimo rezultatai paskatino sukurti mokymo programas *terapeutams* ir *bendrosios praktikos gydytojams*, pagrindinį dėmesį skiriant demencijų, depresijų, nerimo ir somatoforminių sutrikimų diagnostikai bei gydymui [11]. Tačiau, kaip matome, slaugytojos buvo pamirštos, o juk jos sudaro vieną didžiausių sveikatos priežiūros darbuotojų grupių ir daugiau valandų per parą bendrauja su pacientu.

Pacientų, turinčių psichikos sveikatos problemų, priežiūra somatiniuose skyriuose – opi problema. Klaipėdos somatinėje liginėje atlikto tyrimo metu išaiškėjo, jog subjektyvus slaugytojų žinių vertinimas apie priežiūrą pacientų, turinčių psichikos sveikatos problemų, yra aukštas, kas buvo netikėta. Kadangi labai maža slaugytojų dalis per paskutinius penkerius darbo metus turėjo kvalifikacijos kėlimo kursus, konferencijas, seminarus, kurių tema buvo apie pacientų, turinčių psichikos sveikatos problemų, priežiūrą. Tyrimo metu išaiškėjo, kad slaugytojos mano, kad gerai žino:

- kaip teisingai reaguoti į paciento haliucinacijas;
- kaip atpažinti psichikos sutrikimų simptomus;
- kaip bendrauti su pacientais, kurie turi psichikos sveikatos problemų;
- kaip įvertinti slaugos poreikį šiems pacientams;
- kiek galima reikalauti iš paciento, kuris turi psichikos sveikatos problemų;
- fizinį, socialinį, kultūrinį, istorinį, politinių veiksnių įtaką psichikos sveikatai.

Taip pat ganėtinai gera nuomonė buvo apie neuroleptikų, trankviliantų, antidepresantų veikimo bendruosius principus; žino, kaip atpažinti ir įvertinti nepageidaujamas paciento organizmo reakcijas į paskirtą gydymą. Tuo tarpu Anglijoje atlikto kokybinio tyrimo rezultatai parodė, kad bendrosios praktikos slaugytojos mano, kad mažai žino apie pacientų, turinčių psichikos sveikatos problemų, priežiūrą. Kaip teigė respondantai interviu metu, tai jų nuomone problemos siekia studijas, „... mes nepakankamai žinome apie psichinius sutrikimus, su kuriais mes susiduriame slaugydamos pacientus“. „Apie psichiatrines ligas mes žinome nepakankamai, kad tiksliai nustatytume, kas yra. Mes žinome, kad pacientui kažkas blogai, tą mes žinome. Kažkas jiems blogai, bet kas, mes nežinome, nes mums neužtenka žinių. Aš manau būtent taip“ [9].

Viena iš priemonių, galinčių sumažinti darbuotojų streso lygį, yra mokymai, kurie gali padidinti asmens atsparumą stresinėms situacijoms, nes ugdo darbuotojų kompetenciją bei darbo probleminėse

situacijose igūdžius. Žinios apie ligą, ypač apie jos eigą ir simptomus, padės suprasti, kas gali nutikti. Turint informacijos, atsiranda galimybė geriau slaugyti pacientą.

Tyrimais nustatyta, kad slaugės mokyti nori, bet nemano, kad norint pagerinti minėtų pacientų priežiūrą, neužtenka vien tik mokymų. Bendrosios praktikos slaugės išsakė nuomonę, kad, be mokymų, dar reikalingas glaudesnis bendradarbiavimas tarp ūmių ir psichinių susirgimų skyrių. Vienas iš būdų, kaip galima užtikrinti ir mokymus, ir glaudesnę bendradarbiavimą tarp minėtų tarnybų, yra ryšių palaikymas su psichiatrijos skyriumi. Dalyviai laikėsi nuomonės, kad mokymas turi būti nepertraukiamas, ir kad daugiausiai naudos duotų tęstinės kvalifikacijos kėlimo studijos. Dalyvių labiausiai vertinamas būdas buvo visokių vaidmenų inscenizavimas. Yra nustatyta, kad mokymas darbo vietoje skatina vystyti teigiamesnę požiūrį į klientus, turinčius psichikos sveikatos problemų. Slaugytojoms patogiausiu būdu gauti informaciją tada, kai joms jos prireikia, o ne lankyti kursus „tam atvejui, jeigu kada nors ateityje prireiktų“ [7].

Klaipėdos mieste atlikto tyrimo rezultatai rodo, kad slaugytojos taip pat mokyti nori, šaltiniai, iš kurių gaunama ar norėtų būti gaunama informacija, anot jų, yra: kvalifikacijos kėlimo kursai, praktika, konferencijos, seminarai. Taip pat didžioji slaugytojų dalis norėtų psichiatrų rekomendacijų, kaip prižiūrėti pacientą, kuris turi psichikos sveikatos problemų. Nors šiai dienai tokia paslauga dar nėra galima, kadangi dauguma ligoninių neturi nei vieno psichiatro savo įstaigoje, o kviečia konsultantus iš kitų įstaigų. Somatinėje ligoninėje, kurioje buvo atliktas tyrimas dirba tik vienas gydytojas psichiatras ir jis yra nepajėgus konsultuoti maždaug 40 skyrių slaugos personalą. Taip pat kyla problema, kai slaugytojos vakare ir naktį lieka be galimybės išsikviesti gydytoją psichiatrą. Tyrime slaugytojos nurodė, kad sunkiausiai pacientų, turinčių psichikos sveikatos problemų, saugumą užtikrinti vakare ir naktį. Taip turbūt nutinka dėl to, kad mažiau lieka personalo ir sunkiau matyti visus pacientus.

N. Finlay, J. Irwin bei C. James straipsnyje laikosi pozicijos, kad dabartiniai kursai turi parengti kompetentingus slaugytojus, sugebančius dirbti pačiomis įvairiausiomis slaugos sąlygomis. Todėl kursų organizuojantys asmenys yra atsakingi už tai, kad paruoštų ir pritaikytų tokius klinikinio įvertinimo įrankius, kurie padėtų studijuojantiems įgyti tokias kompetencijas [34].

Pagrindinis slaugių piktinimosi šaltinis išplaukia iš fakto, kad nepaisant to, kad nuosekliai yra pripažįstama, jog bendrosios sveikatos priežiūros aplinkoje yra susiduriama su problemomis, naujausių tyrimų duomenys iš esmės yra lygiai tokie patys, kaip ir prieš dešimtmečius atliktų tyrimų. O tai reiškia, kad į ankstesnių tyrimų duomenis nebuvo sureaguota ir nebuvo imtasi jokių veiksmų [66].

Mokymas apie psichikos sutrikimus slaugytojoms turėtų būti ne tai, kad būtų galima nustatyti diagnozę ir gydyti. Šie mokslai reikalingi, kad jos sugebėtų stebėti, numatytų ir užkirstų kelią nepageidaujamiems įvykiams. Kad nepageidaujami įvykiai įvyksta prižiūrint pacientus, turinčius

psichikos sveikatos problemų, tai patvirtino ir tyrimas atliktas Klaipėdos mieste, kurio rezultatai atskleidė, kad pacientai pabėga iš stacionaro, pasitaiko ir suicidų, impulsyvaus elgesio.

Labai svarbi savižudybių prevencijos priemonė – mokyti sveikatos priežiūros specialistus atpažinti, įvertinti potencialų savižudį, tinkamai su juo elgtis, suteikti jam pagalbą. Pacientui, turinčiam savižudiškų minčių, ryšys su medicinos personalu yra labai svarbus, kartais tai gali būti paskutinė atsvara, apsauganti nuo lemtingo žingsnio. Yra nustatyta, kad apie 40–80 proc. nusižudžiusių žmonių dviejų savaitių laikotarpyje buvo apsilankę pas gydytoją. Taigi bendraujant su pacientu reikia gerai išsiaiškinti jo sumanymus, ypač tada, kai yra rizikos veiksnių, skatinančių savižudišką elgesį [41].

Nors ne visi savižudybės atvejai yra nuspėjami, daugelį jų galima įtarti įvyksiant. Efektyviausias būdas išvengti savižudybės – tai išmokyti pastebėti pavojaus ženklus, tinkamai juos įvertinti ir priimti teisingą sprendimą. 20-50 proc. asmenų, kurie žudosi, jau yra bandę tą daryti. Didesnė tikimybė, kad žudytis pakartotinai bandys tie, kurių pirmieji mėginimai buvo rimti. Prieš žudydamiesi žmonės, dažniausiai apie tai kalba ar bent užsimena [12].

Tyrimo, atlikto Klaipėdos somatinėje ligoninėje, rezultatai atskleidė, kad skyriuje kyla konfliktai su pacientais, kurie turi psichikos sveikatos problemų. Numatyti galimą pavojų paciento ir aplinkinių žmonių sveikatai bei gyvybei pavyksta tik iš dalies.

Tokio tipo aplinkoje dirbančios slaugės dažnai sako, kad jaučia bejėgiškumo arba žinių ir įgūdžių trūkumo jausmą. Jungtinėje Karalystėje atlikto kokybinio tyrimo dalyviai aprašė, kaip juos veikia pastangos prižiūrėti psichinių sveikatos sutrikimų turinčius žmones. Daug diskusijų susilaukė klausimas, kaip šis jų darbo aspektas verčia juos jaustis. Visi „fokus grupės“ pateikti aprašymai buvo negatyvūs. Dalyviai nurodė, kad toks darbas yra emociškai sekinantis ir emociškai varginantis, be to, mažina savigarbą, mažėja pasitenkinimas darbu, patiriama daug streso, būdingas bejėgiškumo jausmas [9].

Vyrauja nusistatymas, kad pacientų, turinčių psichikos sveikatos problemų, priežiūra yra sunki ir nedėkinga užduotis. Tokį požiūrį dar labiau stiprina menkinančios kalbos ir negatyvių etikečių klijavimas. Psichiniai ligoniai ir psichiniai poreikiai yra suvokiami kaip „ypatingi“, ir manoma, kad norint su jais susitvarkyti, reikia išskirtinių įgūdžių ir žinių. Hunt (1993) pateikia aprašymą, kokia būna slaugių elgesio ir bendravimo dinamika, kai nespecializuotoje ligoninėje joms tenka prižiūrėti psichinių problemų turinčius pacientus. Autorė teigia, kad slaugės laikosi nuomonės, kad tokie pacientai yra ypatingi, ir stengiasi kuo mažiau su jais susidurti. Be to, tuo pat metu jaučia baimės ir nerimo jausmą, kuris tampa pretekstu ir toliau riboti bendravimą su tais pacientais. Tokiu atveju žmogui gresia pavojus išnykti už jam priklijuotos etiketės dėl blogo elgesio: „psichinis ligonis“, „psichinių sutrikimų turintis pacientas“ arba angl. „*bed-blocker*“ (pacientas, kurį nėra kaip perkelti į kitą skyrių ar gydymo įstaigą) [9]. Tuo tarpu Klaipėdos miesto somatinėje ligoninėje atliktas tyrimas rodo, kad didžioji dalis slaugytojų nevengia

bendrauti su pacientu jei žino, kad jis turi psichikos sveikatos problemų. Taip pat nustatyta, kad slaugytojos psichikos sveikatos problemų turinčius pacientus prižiūri taip pat gerai, kaip ir visus kitus pacientus, kad iš šių pacientų nėra šaipomasi.

Humanistinis požiūris pabrėžia būtinybę įveikti psichikos ligonių ir psichikos stigmatizaciją. Kelias aiškus – integruojant asmenis su psichikos sutrikimais į bendruomenę. Tokios nuostatos laikosi ir oficialioji katalikų Bažnyčia. Visuomenė, kuri veikimo erdvę suteikia tik visaverčio funkcionalumo nariams, kurie yra visiškai savarankiški ir nepriklausomi, nebūtų verta vadintis žmogiška, - teigė popiežius Jonas Paulius II. Kalbant apie psichikos negalės vaizdinio stigmatizaciją, tenka pripažinti, kad tai visuminis reiškinys, palietęs visus integracijos proceso dalyvius: plačiąją visuomenę, gydytojus, kitus specialistus, politikus, pačius pacientus ir jų artimuosius. Vyrauja nuomonė, kad žmonės, kuriems diagnozuotas psichikos sutrikimas, negali priimti sprendimų gydymo, asmeninio gyvenimo, veiklų klausimais, o psichiatrijos paslaugos jiems turėtų būti teikiamos atskirose sveikatos priežiūros įstaigose. Visuomenės požiūrio kaita siejama su jos švietimu. Šviesti visuomenę, formuoti teigiamą požiūrį į neįgalius žmones [5]. Tuo tarpu Klaipėdos miesto somatinėje ligoninėje dauguma slaugytojų pasisakė už tai, kad pacientais, kurie turi psichikos sveikatos problemų, rūpintųsi tik psichikos sveikatos specialistai. Rezultatai verčia manyti, kad bendrosios praktikos slaugytojos nenori dalyvauti pacientų, turinčių psichikos sveikatos problemų, priežiūroje.

Respondentai Klaipėdos ligoninėje nurodė, kad išskylančias konfliktinės situacijos su pacientais, turinčiais psichikos sveikatos problemų, dažniausiai yra išsprendžiamos medikamentais. Baltijos šalių tyrime nurodoma, kad Lietuvoje vaistų konsultuotiems pacientams dėl F4 grupės susirgimų (adaptacijos, nerimo, somatoforminių sutrikimų) skirta apie 85 proc., Norvegijoje – 30 proc. pacientų. Priežastys, lėmusios dažną vaistų skyrimą, buvo šios: per menkas „psichosomatinių“ pacientų alternatyvus gydymas, per mažai personalo, kuris galėtų padėti pacientui gydytis be vaistų. Daugumai pacientų reikėjo psichologinės pagalbos ir elgesio terapijos (konsultavimo, informavimo, patarimų, paramos) [60].

Bendrosios praktikos slaugytojos, dirbančios Klaipėdos somatinėje ligoninėje, pripažino svarbius atsakomybės ir nepakenkimo slaugos principus, prižiūrint pacientus, turinčius psichikos sveikatos problemų. Galima kalbėti apie tai, kad slaugos personalui pravartu išgirsti esminius principus (autonomijos, konfidencialumo, orumo), kurių dera laikytis, norint, kad darbas su pacientais, turinčiais psichikos problemų, būtų prasmingas ir sėkmingas.

Tuo tarpu egzistuojantis barjeras tarp taip vadinamų „sveikų“ ir „bepročių“ Lietuvoje yra milžiniškas: nuo 1998 m. grupė Vilniaus Universiteto medicinos fakulteto mokslininkų tyrinėja visuomenėje vyraujančius požiūrius į psichikos ligą bei į asmenis, sergančius psichikos sutrikimais. Rezultatai rodo, kad iki šiol daugelis klaidingai mano, kad psichikos sutrikimai yra neišgydomi, ar kad

pagalba žmonėms su psichikos problemomis yra vien psichiatrijoje dirbančių atsakomybės sritis [11]. Klaipėdos somatinės ligoninės tyrimo rezultatai taip pat patvirtina šiuos teiginius. Dauguma slaugytojų mano, kad psichikos sutrikimai yra neišgydomi arba išgydomi tik iš dalies.

Pasirodęs naujausias Eurobarometro tyrimas apie dvasinę gerovę ES („*mental well-being*“ „*psichikos gerovė*“) atspindi, kaip ES valstybėse žiūrima į psichikos sveikatos problemų turinčius žmones. Lietuva ES kontekste užima užtikrintą pirmąją vietą tarp šalių, kurios gyventojai įsitikinę, jog psichikos ir emocijų sveikatos sutrikimų turintys asmenys yra pavojingi visuomenei; 25 proc. apklaustųjų įsitikinę, kad asmenys, turintys psichikos ir emocinės sveikatos sutrikimų, niekada nepasveiks; 24 proc. Lietuvos gyventojų mano, kad dėl psichologinių problemų, su kuriomis susiduria sergantys asmenys, dėl to turėtų kaltinti tik save [60].

Literatūroje teigiama, kad problemos turbūt neįmanoma išspręsti ir tikriausiai neišvengiamai kai kurias klientų grupes bendrosios praktikos slaugės laikys nepageidautiniais. Dažnai teigiama, kad pagrindinė diskomforto ir nepasitenkinimo priežastis atsiranda daugiausiai dėl suvokiamo žinių ir įgūdžių trūkumo. Todėl logiškai mąstant, švietimas apie psichikos sutrikimus turėtų sušvelninti neigiamą požiūrį [7].

Allen (1993) tyrimo duomenys, kurie buvo gauti vertinant vienos ligoninės slaugių požiūrį į klientus, turinčius problemų dėl psichikos sveikatos, labai skiriasi nuo kitų literatūroje minimų tyrimų. Šio tyrimo rezultatai parodė, kad apklaustos slaugės gana teigiamai žiūri į klientus, turinčius problemų dėl psichikos sveikatos. Siekdamas paaiškinti šį skirtumą, Allen padarė tokią išvadą: „bendruomenės ligoninėje, slaugytojas konsultuoja psichosomatinio skyriaus specialistai, kai ligoninės pacientų tarpe identifikuojami pacientai, turintys psichikos sveikatos problemų. Tokiu būdu jos gauna pagalbą ir aktualius patarimus, kaip dirbti su tokiais pacientais [7].

Ir vis dėlto visuomenėje per ilgą laiką susiformavęs psichikos negalės vaizdinys kinta. Tai lemia kiekvienam laikotarpiui būdingos socialinės, ekonominės, kultūrinės sampratos ir patirtys. Psichikos sutrikimai XXI amžiuje tampa viena iš dažniausių būklių, dėl kurių kenčia ne tik psichikos negalę turinčio žmogaus, bet ir jį supančių gyvenimo kokybė [5].

Apibendrinant galima sakyti, jog slaugytojos mano daug žinančios apie pacientų, turinčių psichikos sveikatos problemų priežiūrą, nors mokymų apie tai gauna mažai. Žinoma, pagal bendrosios praktikos medicinos normą, iš jų nėra reikalaujama privalėti: įvertinti psichikos sveikatos būklę; įvertinti esančią situaciją dėl psichikos sutrikimų; įvertinti paciento elgesio pasikeitimus, emocinę būseną, kaip yra teigiama psichikos sveikatos slaugytojų medicinos normoje [67]. Bendrosios praktikos slaugytojų medicinos normoje teigiama, kad slaugytojos privalo tik stebėti paciento elgesį, psichinę sveikatą [32]. Nors šiuo metu kintant situacijai somatinėse ligoninėse, t. y. daugėjant pacientų, kurie turi psichikos

sveikatos problemų, ir bendrosios praktikos slaugytojos turėtų būti mokamos, kaip įvertinti, o ne tik stebėti šių pacientų elgesį, psichikos sveikatos būklę. Taip pat galima teigti ir palyginus tyrimą, atliktą Klaipėdos miesto ligoninėje, su įvairiais tyrimais, atliktais kitose ligoninėse ir kitose šalyse. Matome, kad problema dėl bendrosios praktikos slaugytojų kompetencijos, prižiūrint pacientus, turinčius psichikos sveikatos problemų bei gydomus somatiniuose skyriuose, egzistuoja ne tik šioje ligoninėje kur buvo atliktas tyrimas.

## IŠVADOS

1. Išaiškėjo, kad slaugytojos savo žinias apie priežiūrą pacientų, turinčių psichikos sveikatos problemų vertina aukštai: žino, kaip teisingai reaguoti į paciento haliucinacijas (46,4 proc.); žino, kaip atpažinti psichikos sutrikimų simptomus, įvertinti jų įtaką paciento elgesiui (44,9 proc.); žino, kaip bendrauti su pacientais, kurie turi psichikos sveikatos problemų (42,8 proc.); žino, kaip įvertinti slaugos poreikį pacientams, kurie turi psichikos sveikatos problemų (36,2 proc.); žino, kaip atpažinti ir įvertinti nepageidaujamas paciento organizmo reakcijas į paskirtą gydymą (33,3 proc.); žino neuroleptikų, trankviliantų, antidepresantų veikimo bendruosius principus (33,3 proc.); žino kiek galima reikalauti iš paciento, kuris turi psichikos sveikatos problemų, kad galėtų jį gerai prižiūrėti (31,9 proc.); žino fizinių, socialinių, kultūrinių, istorinių, politinių veiksnių įtaką psichikos sveikatai (30,4 proc.). Nors slaugytojų subjektyvus žinių vertinimas apie pacientų, kurie turi psichikos sveikatos problemų, priežiūrą yra aukštas, tačiau labai maža dalis respondentų (24,6 proc.) per paskutinius penkerius darbo metus turėjo kvalifikacijos kėlimo kursus, seminarus ar konferencijas šia tema.
2. Rezultatai atskleidė, kad skyriuje kartais kyla konfliktai su pacientais, kurie turi psichikos sveikatos problemų (73,9 proc.); numatyti galimą pavojų paciento ir aplinkinių žmonių sveikatai bei gyvybei pavyksta tik iš dalies (tik 65,2 proc.); skyriuose slaugant pacientą, turintį psichikos sveikatos problemų, nutinka nepageidaujami įvykiai (49,3 proc.); sunkiausiai respondentams užtikrinti pacientų, turinčių psichikos sveikatos problemų, saugumą nakties metu (52,9 proc.).
3. Nustatyta, kad slaugytojos psichikos sveikatos problemų turinčius pacientus prižiūri taip pat gerai, kaip ir visus kitus pacientus (78,3 proc.), nevengia kalbėti su pacientais, jei žino, kad jie turi psichikos sveikatos problemų (82,6 proc.) ir kad nėra šaipomasi iš pacientų, turinčių psichikos sveikatos problemų (69,6 proc.). Išskylančios konfliktinės situacijos su pacientais, turinčiais psichikos sveikatos problemų, dažniausiai yra išsprendžiamos medikamentais (41,95 proc.). Bendrosios praktikos slaugytojos pripažino svarbius šiuos slaugos principus prižiūrint pacientus, turinčius psichikos sveikatos problemų: atsakomybės (21,75 proc.) ir nepakenkimo (19,55 proc.). Dauguma slaugytojų pasisakė už tai, kad pacientais, kurie turi psichikos sveikatos problemų, rūpintųsi tik psichikos sveikatos specialistai (53,6 proc.).

## **REKOMENDACIJOS**

1. Ruošiant bendrosios praktikos slaugytojų tobulinimo kursų programas ir organizuojant konferencijas bei seminarus reikėtų įtraukti temas apie pacientų, turinčių psichikos sveikatos problemų, priežiūrą somatiniuose skyriuose.
2. Sudaryti galimybę somatinių skyrių slaugytojoms esant reikalui, konsultuotis su gydytoju psichiatru, kaip prižiūrėti pacientus, kurie turi psichikos sveikatos problemų.
3. Sukurti internetinę svetainę, kurioje būtų talpinama medžiaga apie slaugytojų veiklą slaugant pacientus, turinčius psichikos sveikatos problemų.

## LITERATŪRA

1. Kriščiūnas, A. *Neurozė*. Vilnius, 2002. 5-11; 21-24 p.
2. Sverker, B. *Psichozės gydymas*. Vilnius, 2000. 47-53 p.
3. Lemme, B. H. *Suaugusiojo raida*. Kaunas, 2003. 443-448 p.
4. Palinauskienė, L. R. *Psichikos sveikatos slauga*. Panevėžys, 2006. 6-11; 164-167 p.
5. Kazlauskas, A., Radzevičienė, L., Šlapkauskaitė, D., ir kt. Psichikos negalės vaizdinys visuomenėje. *Sveikatos mokslai*, 2005, Nr. 3, p. 68-73.
6. Kalėdienė, R. Šiuolaikinės sveikatos vadybos svarba Lietuvos sveikatos sistemos reformos sėkmei. *Medicina*, 2004, Nr. 9, p. 891 – 896.
7. Happell, B., Taylor, C. Negative attitudes towards clients with drug and alcohol related problems: Finding the elusive solution. *The Australian And New Zealand Journal Of Mental Health Nursing*, 2001, no. 10, p. 87 – 96.
8. Žydžiūnaitė, V., Merkys, G., Petrauskienė, A. Slaugytojo, dirbančio priklausomybės ligų prevencijoje, kompetencijos turinio elementų vertinimas. *Sveikatos mokslai*, 2006, Nr. 4, p. 275-279.
9. Harrison, A., Zohhadi, S. Professional influences on the provision of mental health care for older people within a general hospital ward. *Journal Of Psychiatric And Mental Health Nursing*, 2005, vol. 12, no. 4, p. 472 – 80.
10. Drenning, C. Collaboration among nurses, advanced practice nurses, and nurses researchers to achieve evidence – based practice change. *Journal Of Nursing Care Quality [I Nurs Care Qual]*, 2006, vol. 21, no. 4, p. 298 – 301.
11. Daubaras, G. *Psichiatrija somatinėse gydymo įstaigose*. Vilnius, 2004. 7-59 p.
12. Pečiulis, S. *10 sėkmingo gyvenimo paslapčių asmenims, turintiems psichikos sveikatos problemų*. Vilnius, 2002. 17-24; 69-78 p.
13. Lietuvos Respublikos *psichikos sveikatos priežiūros įstatymas Nr. I – 924*. Lietuvos Respublikos seimas (Valstybės žinios 1995, Nr. 53 – 1290).
14. Dembinskas, A. *Psichiatrija*. Vilnius, 2003. 51-61; 408-415 p.
15. Valstybinis psichikos sveikatos centras. Prieiga internetu [www.vpsc.lt/psl\\_statistika.htm](http://www.vpsc.lt/psl_statistika.htm) [žiūrėta 2006 10 28].
16. Rogers, A.; Bousingen, D. *Bio etika Europoje*. Vilnius, 2001. 211-261 p.
17. Asvallas, J. E. *Sveikata visiems 21 a.* Vilnius, 2000. 40-43; 89-97 p.
18. Kriščiūnas, A. *Psichiatrija*. Vilnius, 20002. 193-216 p.

19. Kalibatienė, D. *Slaugos standartai*. Vilnius, 2004. 17-29 p.
20. Jurkuvienė, R., Petrauskaitė, L. Pacientų ir personalo požiūris į pacientų teises ginantį įstatymą. *Sveikatos mokslai*, 2006, Nr. 4, p. 254 – 259.
21. Sheidman, S. E. *Savižudžio sąmonė*. Vilnius, 2002. 49-57 p.
22. Lesauskaitė, V., Visokinskas, A., Knašienė, J. Geriatrinė depresija. *Nervų ir psichikos ligos*, 2006, Nr. 1, p. 33-36.
23. Macijauskienė, J., Spūdytė, K. Globėjų, slaugančių demencija sergančius asmenis, psichosocialinio streso vertinimas. *Sveikatos mokslai*, 2006, Nr. 4, p. 270-275.
24. Žiliukas, G., Zykienė, R. Sergančių išemine širdies liga psichologinis konsultavimas reabilitacijos ir slaugos procese. *Slauga. Mokslas ir praktika*, 2005, Nr.10, p.10-14.
25. Šileika, A., Bikmanienė, R. Senyvo amžiaus žmonių stacionarios globos paslaugų efektyvumas. *Visuomenės sveikata*, 2004, Nr. 2, p. 35-39.
26. Lesauskaitė, V., Macijauskienė, J. Geriatrijos paslaugų poreikis ir būtinybė Lietuvos sveikatos priežiūros sistemai. *Sveikatos mokslai*, Nr. 3, p. 97-99.
27. Macijauskienė, J. Bendravimo su sergančiais demencija ypatumai. *Sveikatos mokslai*, 2003, Nr. 6, p. 17-21.
28. Atkin, K., Holmes, I., Martin, C. Provision of care for older people with co – morbid mental illness in general hospitals: general nurses' perceptions of their training needs. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2005, vol. 20, p. 1081 – 3.
29. Čiutienė, R., Šarkiūnaitė, I. Darbuotojų kompetencija – organizacijos konkurencingumą lemiantys veiksnys. *Ekonomika*, 2004, Nr. 2.
30. Kasiulis, J.; Barvydienė, V. *Vadovavimo psichologija*. Kaunas, 2005. 49-75 p.
31. Ivanauskienė, V., Varžinskienė, L. *Socialinio darbuotojo kompetencija ir nuolatinis mokymasis*. Profesinis rengimas: tyrimai ir realijos. Kaunas, Vytauto Didžiojo universitetas, 2003.
32. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. birželio 14 d. įsakymas Nr. V-437 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 28:2004 „Bendrosios praktikos slaugytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo (Valstybinės žinios 2004, Nr. 97-3597).
33. Whelan, L. Competency assessment of nursing staff. *Orthopaedic Nursing/ National Association of Orthopaedic Nurses [Orthop Nurs]*, 2006, no. 3, p. 198-202.
34. Finaly, N., Irwin, J., James, C. More nurses: a proposal. *Nursing Management (Harrow, London, England: 1994\_ [nurs Manag (Harrow)]*, 2003, no. 7, p. 27-31.
35. Alligood, M. R.; Tomey, A. M. *Nursing Theory: utilization and application*. Mosby. 2002. 430-435 p.

36. Clark, C., Parker, E., Gould, T. Rural generalist nurses' perception of the effectiveness of their therapeutic interventions for patients with mental illness. *The Australian Journal of Rural Health*, 2005, vol. 13 no. 4, p. 205 – 13.
37. Žydžiūnaitė, V. Slaugytojų kompetencijų charakteristika: edukologijos ir slaugos požiūriai. *Sveikatos mokslai*, 2002, Nr. 4, p. 53-59.
38. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003 m. balandžio 11 d. įsakymas Nr. ISAK-480/V-210 „Dėl minimalių gydytojų, gydytojų odontologų, bendrosios praktikos slaugytojų, akušerių, vaistininkų rengimo reikalavimų“ (Valstybės žinios 2004, Nr. 41).
39. *Slaugytojos profesinės etikos kodeksas*. Lietuvos bioetikos komitetas. Prieiga internetu <http://be.sam.lt/dok/liet/kod/slaug.htm> [žiūrėta 2006-10-15].
40. Petkuvienė, L., Istomina, N. Slaugytojų požiūrio į slaugytojo ir socialinio darbuotojo kompetencijas analizė. *Slauga. Mokslas ir praktika*, 2006, Nr. 6, p. 6 -11.
41. Vesterdal, A. *Sveikatos priežiūra ir ligonių slauga*. Vilnius, 1998. 50-63 p.
42. Dilingas, N.; Reimeris, CH. *Psichiatrija ir psichoterapija*. Vilnius, 2000. 154-159 p.
43. Žydžiūnaitė, V. Slaugos mokslo ir studijų plėtra. *Slauga. Mokslas ir praktika*, 2003, Nr. 5-6, p.14-15.
44. Janušonis, V.; Popovienė, J. *Kokybės sistemos*. Klaipėda, 2004. 24-28 p.
45. Sėdaitytė, J. Gydytojų požiūrio į slaugytojų darbą tyrimas. *Slauga. Mokslas ir praktika*, 2003, Nr. 2, p. 12-13.
46. *Valstybinė psichikos sveikatos 2005 – 2010 metų strategija*. Psichikos sveikatos strateginis projektas. Prieiga internetu <http://psichiatrija.puslapiai.lt/index.php?option=com>. [žiūrėta 2006-05-05].
47. Rastenienė, V. Studijuojančių slaugytojų ketinimo išvykti į kitas šalis tyrimas. Magistro darbas. Kaunas, 2005.
48. Janušonis, V. *Sveikatos apsaugos sistemos organizacijų valdymas*. Klaipėda, 2000. 39-94 p.
49. Lietuvos Respublikos *pacientų teisių ir žalos atlyginimo įstatymas Nr. I-1562*. Lietuvos Respublikos Seimas (Valstybės žinios 1996, Nr. 102-2317; 2004, Nr. 115-4284).
50. Istomina, N. Pacientų saugumo sveikatos priežiūros įstaigose vertinimo ir tobulinimo galimybės. *Slauga. Mokslas ir praktika*, 2005, Nr. 3, p. 6-9.
51. Bakk, A.; Grunewald, K. *Globa*. Vilnius, 1998. 19-21; 93-103p.
52. Jankauskienė, L., Kušleikaitė, M. Slaugytojų požiūris į sergančių Alzheimerio liga adaptacijos problemas stacionare. *Slauga. Mokslas ir praktika*, 2006, Nr. 11, p. 11-13.
53. Lapkauskienė, N. *Psichikos sveikatos sutrikimai ir slaugos pagrindai*. Vilnius, 2004. 7-12; 105-118 p.

54. Liubarskienė, Z. *Normatyvioji medicinos etika*. Kaunas, 2005. 158-163 p.
55. Kriščiūnas, A. *Psichikos ligos ir mes*. Vilnius, 2002. 62-65; 110-119 p.
56. Pearson, A.; Vaughan, B. *Slaugymo modeliai. Konceptijos, teorijos ir praktika*. Vilnius, 1994.
57. Skvarčevskaja, M., Razbadauskas, A. Priklausomybės ligomis sergančiųjų emocinis smurtas prieš slaugytoją. *Slauga. Mokslas ir praktika*, 2005, Nr. 3, p. 10-12.
58. Edberg, A. K. *The nurse – patient encounter and the patients' state*. Lund, 1999. 4-17 p.
59. Darulienė, E., Sapežinskienė, L., Švediene, L., ir kt. Vertybių ir etinių normų svarba dirbant su proto negalios vaikais ir jaunimu. *Sveikatos mokslai*, 2003, Nr. 4, p.68-72.
60. Jurgaitienė, L. Realus indėlis į psichikos sutrikimų turinčių asmenų teisių stiprinimą. *Nervų ir psichikos ligos*, 2007, Nr. 1, p. 5-7.
61. Vaišvila, A. *Teisės teorija*. Vilnius, 2004. 168-177 p.
62. Čiplienė, M., Istomina, N. Slaugos intensyvumo skalės naudojimas tobulinant slaugos kokybės valdymą. *Sveikatos mokslai*, 2007, Nr. 1, p. 643 – 649.
63. Kardelis, K. *Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai*. Kaunas, 2002. 100-128 p.
64. Pauliukėnas, L.; Šeškevičius, A. *Studijų darbų rengimas ir jų gynimas*. Kaunas, 2005. 56-68 p.
65. Rienecker, L.; Jorgensen, P. S. *Kaip rašyti mokslinį darbą*. Vilnius, 2003. 35-56 p.
66. Dolan, G. Assessing student nurse clinical competency: will we ever get it right? *Journal of Clinical Nursing [J Clin Nurs]*, 2003, no. 1, p. 132-41.
67. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006 m. rugpjūčio 30 d. įsakymas Nr. V-730 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN22:2006 „Psichikos sveikatos slaugytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo (Valstybinės žinios 2006, Nr. 95 - 3746).

# PRIEDAI

**Skysriai, kurių pacientams, dažniausiai rekomenduotos psichiatro konsultacijos per 2006 metus**

Pavadinimas	Skaičius	Procentai
<b>Škyrius:</b>		
Vidaus ligų ir diagnostikos	92	22,33
Reanimacijos ir intensyvi. terapijos	80	19,42
Gastroenterologijos	72	17,48
Reabilitacijos (persirgus galvos smegenų insultu)	64	15,53
Chirurgijos	56	13,59
Slaugos ir palaikomojo gydymo	28	6,80
Kardiologijos	20	4,85
<b>Viso:</b>	<b>412</b>	<b>100</b>
<b>Konsultacijos cito tvarka:</b>		
Chirurgijos	16	3,88
Gastroenterologijos	8	1,94
Reabilitacijos (persirgus galvos smegenų insultu)	6	1,46
Kardiologijos	4	0,97
<b>Viso:</b>	<b>34</b>	<b>8,25</b>
<b>Pagal lyti (konsultuoti psichiatro):</b>		
Vyrai	184	44,66
Moterys	228	55,34
Vyrai (cito tvarka)	17	4,13
Moterys (cito tvarka)	17	4,13

### Bendrosios praktikos slaugytojų žinių subjektyvus vertinimas

Klausimai žinioms įvertinti	Slaugytojų skaičius	Procentai
Žino fizinių, socialinių, kultūrinių, politinių veiksnių įtaką psichikos sveikatai: TAIP NE	<b>42</b> 4	<b>30,4%</b> 2,9%
Žino, kaip atpažinti psichikos sutrikimų simptomus, įvertinti jų įtaką paciento elgesiui: TAIP NE	<b>62</b> 2	<b>44,9%</b> 1,4%
Žino, kaip įvertinti slaugos poreikį pacientams, kurie turi psichikos sveikatos problemų: TAIP NE	<b>51</b> 10	<b>36,2%</b> 7,2%
Žino neuroleptikų, trankviliantų, antidepresantų veikimo bendruosius principus: TAIP NE	<b>46</b> 8	<b>33,3%</b> 5,8%
Žino, kaip atpažinti ir įvertinti nepageidaujamas paciento organizmo reakcijas į paskirtą gydymą: TAIP NE	<b>46</b> 4	<b>33,3%</b> 2,9%
Žino, kaip bendrauti su pacientais, turinčiais psichikos sveikatos problemų: TAIP NE	<b>59</b> 4	<b>42,8%</b> 2,9%
Žino ką patarti pacientams, kur galima kreiptis pagalbos dėl psichikos sveikatos problemų: TAIP NE	<b>106</b> 22	<b>76,8%</b> 15,9%
Žino kiek galima reikalauti iš paciento, kuris turi psichikos sveikatos problemų: TAIP NE	<b>44</b> 8	<b>31,9%</b> 5,8%
Žino, kaip teisingai reaguoti į paciento haliucinacijas: TAIP NE	<b>64</b> 28	<b>46,4%</b> 20,3%

**Bendrosios praktikos slaugytojų įgūdžiai dirbant su pacientais, turinčiais psichikos sveikatos problemų**

Klausimai įgūdžiams iširti	Slaugytojų skaičius	Procentai
Kyla konfliktai su pacientais, kurie turi psichikos sveikatos problemų: <b>KARTAIS</b> NIEKADA	<b>102</b> 26	<b>73,9%</b> 18,8%
Sugeba valdyti konfliktus, kuriuos sukelia pacientai, turintys psichikos sveikatos problemų: TAIP NE	<b>39</b> 2	<b>27,5%</b> 1,4%
Pavyksta numatyti galimą pavojų paciento ar aplinkinių žmonių sveikatai: <b>DALINAI</b> NE	<b>90</b> 14	<b>65,2%</b> 10,1%
Nepageidaujamų įvykių slaugant pacientą, turintį psichikos sveikatos problemų, pasiskirstymas: <b>Yra nutikę</b> Nėra buvę	<b>68</b> 60	<b>49,3%</b> 43,5%
Labiausiai įtakoja nepageidaujamus įvykius pacientams, turintiems psichikos sveikatos problemų: Nepritaikyta sk. aplinka Paciento veiksmai Darbuotojų laiko stoka	<b>37</b> 35 28	<b>26,1%</b> 25,3% 19,5%
Labiausiai pagalbos šiuo metu reikėtų dirbant su pacientais turinčiais psichikos sveikatos problemų: <b>Daugiau mokymų</b> Pritaikytos sk. aplinkos Psichiatro rekom. sk. personalui	<b>38</b> 36 32	<b>27,0%</b> 25,9% 22,7%
Priežastys dėl ko dažniausiai rekomenduoja pacientą psichiatro konsultacijai: <b>Impulsyvus, nenusipėjamas elgesys</b> Veiksmai keliantys grėsmę sau pačiam Veiksmai keliantys grėsmę aplinkiniams	<b>89</b> 28 10	<b>62,3%</b> 15,9% 7,2%
Sunku užtikrinti paciento saugumą: <b>NAKTĮ</b> VAKARE	<b>73</b> 24	<b>52,9%</b> 17,4%
Užtikrintas informacijos perdavimas kitai pamainai, apie pakitusį paciento elgesį: <b>TAIP</b> NE	<b>101</b> 4	<b>71,0%</b> 2,9%

**Bendrosios praktikos slaugytojų požiūris į pacientus, turinčius  
psichikos sveikatos problemų**

Klausimai požiūriui įvertinti	Slaugytojų skaičius	Procentai
„Ar pozityviau žiūrėtumėte į darbą su pacientais, turinčiais psichikos sveikatos problemų, jeigu apie tai daugiau žinotumėte?“ <b>TAIP</b>	<b>126</b>	<b>88,4%</b>
„Ar pacientus, kurie turi psichikos sveikatos problemų prižiūrite taip pat gerai, kaip ir visus kitus pacientus?“ <b>TAIP</b>	<b>108</b>	<b>78,3%</b>
„Ar vengiate kalbėti su pacientais, jei žinote, kad jie turi psichikos sveikatos problemų?“ <b>NE</b>	<b>114</b>	<b>82,6%</b>
Dominuojantys slaugos principai: <b>Atsakomybės</b> Nepakenkimo	<b>31</b> 27	<b>21,75%</b> 19,55%
„Ar pasitaikė, kad iš paciento būtų pasijuokta ar nederamai apie jį kalbama?“ <b>NE</b> <b>KARTAIS</b>	<b>96</b> 26	<b>69,60%</b> 18,8%
Nuomonė, kas turėtų rūpintis pacientais, turinčiais psichikos sveikatos problemų: <b>TIK PSICHIKOS SVEIKATOS</b> <b>SPECIALISTAI</b>	<b>82</b>	<b>57,6%</b>
„Ar psichikos sutrikimai išgydomi?“ <b>IŠ DALIES</b> <b>TAIP</b>	<b>106</b> 4	<b>76,8%</b> 2,9
„Kaip sprendžiate su pacientais, turinčiais psichikos sveikatos problemų, išskylančias konfliktines situacijas?“ <b>MEDIKAMENTAIS</b> KANTRYBE, SUPRATIMU, BENDRAVIMU	<b>60</b> 47	<b>41,95%</b> 33,3%

Gerbiamos slaugytojos, inicijuojant Klaipėdos Universiteto Sveikatos mokslų fakultetui, leidus Klaipėdos Universitetinės ligoninės administracijai, atliekamas tyrimas, kurio tikslas yra ištirti bendrosios praktikos slaugytojų kompetenciją, prižiūrint pacientus, turinčius psichikos sveikatos problemų somatiniuose skyriuose.

**Garantuojame Jūsų anonimiškumą ir konfidencialumą.** Jūsų atsakymai bus naudojami magistrinio darbo rašymui. Prašome atsakyti į visus klausimus. Anketoje pasirinkite vieną ar kelis Jums labiausiai tinkančius atsakymo variantus ir pažymėkite.

***Iš anksto dėkojame už Jūsų atsakymus bei sugaištą laiką!***

---

***Lina Jankauskienė***

kontaktinis tel.: 868051567

## 1. Demografiniai klausimai

### 1.1 Jūsų amžius

..... m.

### 1.2 Jūsų turimas darbo stažas somatinėje ligoninėje

.....

### 1.3 Nurodykite savo išsilavinimą

- Spec. vidurinis
- aukštesnysis
- aukštasis neuniversitetinis
- aukštasis universitetinis

kita ..... (prašau įrašyti)

## 2. Bendrosios praktikos slaugytojų savo žinių vertinimas apie pacientų, turinčių psichikos sveikatos problemų, priežiūrą

### 2.1 Ar Jums teko prižiūrėti pacientų, turinčių psichikos sveikatos problemų?

- Ne
- taip

jeigu ne, toliau anketos pildyti nereikia

### 2.2 Ar žinote fizinių, socialinių, kultūrinių, istorinių, politinių veiksnių įtaką psichikos sveikatai?

- Ne
- iš dalies
- taip

### 2.3 Ar žinote, kaip atpažinti psichikos sutrikimų simptomus, įvertinti jų įtaką paciento elgesiui?

- Ne
- iš dalies
- taip

### 2.4 Ar žinote, kaip įvertinti slaugos poreikį pacientams, kurie turi psichikos sveikatos problemų?

- Ne
- iš dalies
- taip

### 2.5 Ar žinote neuroleptikų, trankviliantų, antidepresantų veikimo bendruosius principus?

- Ne
- iš dalies
- taip

2.6 Ar žinote, kaip atpažinti ir įvertinti nepageidaujamas paciento organizmo reakcijas į paskirtą gydymą?

- Ne
- iš dalies
- taip

2.7 Ar žinote, kaip bendrauti su pacientais, kurie turi psichikos sveikatos problemų?

- Ne
- iš dalies
- taip

2.8 Ar žinote ką patarti pacientams, kur jie gali kreiptis pagalbos dėl psichikos sveikatos problemų?

- Ne
- taip

2.9 Ar žinote, kiek galima reikalauti iš paciento, kuris turi psichikos sveikatos problemų, kad galėtumėte jį gerai prižiūrėti?

- Ne
- iš dalies
- taip

2.10 Ar žinote, kaip teisingai reaguoti į paciento haliucinacijas?

- Ne
- iš dalies
- taip

2.11 Iš kur gaunate daugiausiai informacijos apie pacientų, turinčių psichikos sveikatos problemų, priežiūrą? (pasirinkite vieną atsakymo variantą)

- Paskaitose
- kvalifikacijos kėlimo kursuose, praktikos metu
- internete
- žiniasklaidoje (spauda, televizija)
- konferencijose, seminaruose, mokslinėje literatūroje

2.12 Kokiu būdu labiausiai norėtumėte gauti informacijos apie pacientų, turinčių psichikos sveikatos problemų, priežiūrą? (pasirinkite vieną atsakymo variantą)

- Paskaitose
- kvalifikacijos kėlimo kursuose
- internete
- spaudoje
- konferencijose, seminaruose

2.13 Ar per paskutinius penkerius darbo metus turėjote kvalifikacijos kėlimo kursų, seminarų ar konferencijų kurių tema būtų apie pacientų, turinčių psichikos sveikatos problemų, priežiūrą?

- Ne
- taip

### 3. Bendrosios praktikos slaugytojų įgūdžiai, prižiūrint pacientus, turinčius psichikos sveikatos problemų

3.1 Ar dažnai Jūsų skyriuje kyla konfliktų su pacientais, kurie turi psichikos sveikatos problemų?

- Niekada
- kartais
- dažnai

3.2 Ar sugebate valdyti konfliktus, kuriuos sukelia pacientai, turintys psichikos sveikatos problemų?

- Taip
- iš dalies
- ne
- negaliu atsakyti

3.3 Ar visada pavyksta numatyti galimą pavojų paciento ar aplinkinių žmonių sveikatai bei gyvybei?

- Ne
- kartais
- taip

3.4 Ar Jūsų skyriuje slaugant pacientą, turintį psichikos sveikatos problemų, yra nutikęs nepageidaujamas įvykis?

- Taip

jei taip, koks tai įvykis (pabėgo, susižalojo, sužalojo kitus, nusižudė ir t. t.)

..... (prašau įrašyti)

- ne

3.5 Kas labiausiai įtakoja nepageidaujamus įvykius pacientams, turintiems psichikos sveikatos problemų? (pasirinkite vieną atsakymo variantą)

- Personalo trūkumas
  - nepakankama personalo kompetencija
  - nepritaikyta skyriaus aplinka
  - slaugos darbuotojų laiko stoka
  - nuo paciento veiksmų priklausančios sąlygos (medicinos personalo nurodymų nevykdymas; aplinkos pasikeitimas, atvykus į ligoninę; konfliktai su artimaisiais)
- kita ..... (įrašykite savo pastebėjimus)

3.6 Kokios labiausiai pagalbos šiuo metu reikėtų dirbant su pacientais turinčiais psichikos sveikatos problemų? (pasirinkite vieną atsakymo variantą)

- Psichiatro konsultanto rekomendacijų skyriaus personalui
- didesnio personalo skaičiaus
- pritaikytos skyriaus aplinkos
- daugiau mokymų apie pacientų, turinčių psichikos sveikatos problemų, priežiūrą
- nereikia pagalbos

3.7 Dėl kokių priežasčių dažniausiai pacientą rekomenduojate psichiatro konsultacijai? (pasirinkite vieną atsakymo variantą)

- Paciento veiksmai, keliantys grėsmę jo paties sveikatai, gyvybei
  - paciento veiksmai, keliantys grėsmę aplinkinių sveikatai, gyvybei
  - impulsyvus, nenusipėjamas paciento elgesys
  - dažniausiai problemas sprendžiame be psichiatro pagalbos
- kita ..... (įrašykite savo pastebėjimus)

3.8 Kuriuo paros metu sunkiausia užtikrinti pacientų saugumą ir juos stebėti? (pasirinkite vieną atsakymo variantą)

- Ryte
- dieną
- vakare
- naktį

3.9 Kaip manote, ar Jūsų skyriuje yra užtikrintas informacijos perdavimas kitai pamainai apie pacientų pakitusį elgesį?

- Ne
- dalinai
- taip

3.10 Ar pasitikite savo sugebėjimais adekvačiai prižiūrėti pacientus, turinčius psichikos sveikatos problemų?

- Ne
- iš dalies
- taip

#### **4. Bendrosios praktikos slaugytojų požiūris į pacientus, kurie turi psichikos sveikatos problemų**

4.1 Ar pozityviau žiūrėtumėte į darbą su pacientais, turinčiais psichikos sveikatos problemų, jeigu apie tai daugiau žinotumėte?

- Taip
- ne

4.2 Ar pacientus, kurie turi psichikos sveikatos problemų prižiūrite taip pat gerai, kaip ir visus kitus pacientus?

- Taip
- ne

4.3 Ar vengiate kalbėti su pacientais, jei žinote, kad jie turi psichikos sveikatos problemų?

- Taip
- ne

4.4 Kurie slaugos principai dominuoja Jūsų darbe, prižiūrint pacientus, turinčius psichikos sveikatos problemų? (pasirinkite tik vieną atsakymo variantą)

- Teisingumo
- autonomijos
- orumo
- konfidencialumo
- atsakomybės
- nepakenkimo
- profesinės kompetencijos

kita ..... (įrašykite savo nuomonę)

4.5 Ar pasitaikė, kad iš paciento, turinčio psichikos sveikatos problemų, būtų pasijuokta ar nederamai apie jį kalbama?

- Ne
- kartais
- taip

4.6 Kas Jūsų manymu turėtų rūpintis pacientais, turinčiais psichikos sveikatos problemų? (pasirinkite vieną atsakymo variantą)

- Tik psichikos sveikatos specialistai
- pirminės, bendrosios ir visuomenės sveikatos priežiūros sektorių darbuotojai
- socialiniai darbuotojai

kita ..... (įrašykite savo nuomonę)

4.7 Kaip manote, ar psichikos sutrikimai išgydomi?

- Ne
- iš dalies
- taip

4.8 Kaip sprendžiate su pacientais, turinčiais psichikos sveikatos problemų, išskylančias konfliktines situacijas? (pasirinkite vieną atsakymo variantą)

- Kantrybe, supratimu, bendravimu
- medikamentais
- naudojate fizinio suvaržymo priemones

***Nuoširdžiai dėkoju už atsakymus!***

