

VILNIAUS UNIVERSITETAS
MEDICINOS FAKULTETAS
REABILITACIJOS, SPORTO MEDICINOS IR SLAUGOS INSTITUTAS

Tvirtinu:
Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto
Slaugos studijų programų komiteto
Pirmininkė prof. Danutė Kalibatienė
Data:

Džiuljeta Serapinienė

SLAUGOS PROCESAS ŪMIŲ ALKOHOLINIŲ PSICHOZIŲ
SKYRIUJE

SLAUGOS MAGISTRO BAIGIAMASIS DARBAS

Darbo vadovė: dr. Laura Narkauskaitė
Vilniaus universitetas Medicinos fakultetas
Visuomenės sveikatos institutas
Darbo priėmimo data:
Vadovo parašas:

Vilnius, 2007

DARBO ANOTACIJA

Magistrinis darbas buvo atliktas Respublikinėje Vilniaus psichiatrijos ligoninėje Ūmių alkoholinių psichozių ir kituose psichiatrijos skyriuose.

Magistro darbo struktūra ir apimtis

Darbą sudaro santraukos lietuvių ir anglų kalbomis, įvadas, literatūros apžvalga, tyrimų metodika, tyrimų duomenys, tyrimų duomenų apibendrinimas, išvados, literatūros sąrašas ir 1 priedas. Darbe pateikiama 18 paveikslų. Magistro darbo apimtis – 56 puslapiai.

Magistro darbo vadovė: medicinos mokslų daktarė Laura Narkauskaitė

Magistro darbo recenzentas : medicinos mokslų daktaras Sergėjus Andriuškevičius

Nuoširdžiai dėkoju darbo vadovei dr. Laurai Narkauskaitei už patarimus ir pasiūlymus, išsamias konsultacijas, komentarus ir vertingas kritines pastabas, taip pat visiems kolegoms, draugams už toleranciją ir moralinę paramą bei visapusę pagalbą atliekant šį darbą.

Baigiamųjų darbų gynimo komisija:

Komisijos pirmininkė: prof. Danutė Kalibatienė

Nariai: prof., habil.dr. Julius Kalibatas
prof., habil.dr. Vladas Vaičekonis
doc., dr. Violeta Ožeraitienė
dr. Edita Kazėnaitė
vyr. m. d., dr. Ina Glemžienė
vyr. m. d., dr. Zosė Kalpokaitė
socialinis partneris: slaugos magistrė Erika Davydenko
(asm. kodas: 46902140413).

Vilniaus universiteto „Santariškių klinikos“ Reabilitacijos, fizinės ir sporto medicinos centras, Kardiologinės reabilitacijos skyrius, vyriausioji slaugytoja-slaugos administratorė.

Magistro baigiamojo darbo gynimas vyks 2007 m. birželio 07 d. 10 val. Vilniaus miesto universitetinės ligoninės Didžiojoje salėje (Antakalnio g. 57, Vilnius).

SANTRAUKA

Slaugytojams tenka svarbus vaidmuo, slaugant alkoholi vartojančius pacientus, tačiau apie tai dar yra skirta mažai mokslinių publikacijų, informacijos.

Darbo tikslas. Išanalizuoti slaugos procesą ūmių alkoholinių psichozijų skyriuje.

Tyrimas buvo atliekamas Respublikinėje Vilniaus psichiatrijos ligoninės (RVPL) ūmių alkoholinių psichozijų (ŪAP) ir kituose psichiatrijos skyriuose 2007 metais.

Planas. Iš viso apklausta abiejų lyčių įvairaus amžiaus 278 respondentai, besigydančys RVPL ŪAP ir kituose psichiatrijos skyriuose. Jie buvo suskirstyti į 2 grupes, priklausomai nuo skyriaus kuriame gydėsi. Buvo pildomos anoniminės anketos.

Rezultatai. ŪAPS ir kitų skyrių slaugytojos, pakankamai kvalifikuotai teikia pacientams psichologinę pagalbą. 95,2 proc. respondentų pasitiki savo slaugytoja, ji padeda jiems spręsti iškilusias sveikatos problemas 89,3 proc., 60,6 proc. respondentų jaučiasi suprasti ir 76,8 proc. respondentų kreipiasi į slaugytoją, kai juos pradeda varginti nerimas ar baimė. Svarbiausios ŪAPS slaugytojos savybės, yra pagarba pacientui 63,0 proc. bei 58,7 proc. profesionalumas, o kitų skyrių pacientams - slaugytojos užuojauta 68,3 proc. ir profesionalumas 57,5 proc. ŪAPS respondentai, kad ir pasitiki, dažniau 33,0 proc. išsako savo poreikius slaugytojai nei kitų skyrių respondentai 19,2 proc. bei nuoširdžiai bendradarbiauja su slaugytoja 93,5 proc. nei kitų skyrių respondentai 89,2proc. Tačiau ŪAPS respondentai dažniau 23,9 proc. jaučiasi nesuprasti slaugytojų ir todėl dažniau 9,0 proc. linkę konfliktuoti su slaugytoja nei kitų skyrių respondentai 5,9 proc. Kitų skyrių respondentams 18,4 proc. trukdo aplinka (triukšmas) ir jie nelinkę bendrauti su slaugytoja.

Respondentų nuomone atvykus pacientui į skyrių, slaugytoja yra mandagi skiria jiems pakankamai laiko. Slaugytoja aptaria su pacientu slaugos problemas, paaiškina apie paskirtas procedūras ir jų atlikimą, suteikia informacijos apie paskirtus vaistus ir jų poveikį.

Išvada. Tirtų pacientų nuomonė apie slaugytojų teikiamas paslaugas tarp ŪAPS ir kitų skyrių statistiškai reikšmingai neišsiskyrė ir buvo įvertinta teigiamai.

SUMMARY

Nurses take important part in nursing of patients, who have alcohol addiction, but there is lack of scientific publications and information about it.

The **objective** of thesis is to traverse nursing process in sudden alcoholic psychosis department.

The research was made in sudden alcoholic psychosis and other psychiatric departments of Republican Vilnius Psychiatric Hospital in year 2007.

Design. There were interviewed 278 different age and gender respondents, who were hospitalised in sudden alcoholic psychosis and other psychiatric departments of RVPL. They were divided into two groups, according from department. Anonymous questionnaires were filled.

Results. Nurses from sudden alcoholic psychosis and other departments ensure professional psychological help. 95,2 proc. of respondents trust in nurse, she helps to deal with health problems 89,3 proc., 60,6 proc - feel understood and 76,8 proc. – ask for help of nurses, when anxiety and fear trouble them. The most important features of nurses are respect for patient 63,0 proc. and professional work 58,7 proc., while in other departments – compassion 68,3 proc. and professional work 57,5 proc.. In sudden alcoholic psychosis department respondents despite the fact that they trust in nurses, more often 33.0 proc. tell about their needs to them than respondents from other departments 19.2 proc. and collaborate accordingly 93.5 and 89.2 proc. However in sudden alcoholic psychosis department respondents more often 23.9 proc. feel misunderstood, for that reason they are arguing with nurses 9.0 proc. comparing with other departments 5.9 proc.. Respondents from other departments are disturbed by environment (such as noise) and they don't keep more close relations with nurses. Nurses are polite and pay much attention when respondent is hospitalised in department. Nurses most of the times discuss with patient about nursing problems, explain all procedures, gives information about prescribed medications and their effect.

Conclusion. Comparing patients' opinion about nurses care in sudden alcoholic psychosis and other psychiatric departments there was not big statistic difference and was usually estimated as good.

LENTELIŲ SĄRAŠAS

1 lentelė. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal amžių.

PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

- 1 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal lytį.
- 2 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal išsilavinimą.
- 3 pav. Klausimo, ar slaugytoja pacientui atvykus į skyrių parodė kabinetus, palatą ir pristatė palatos kaimynas, analizė.
- 4 pav. Klausimo, ar slaugytoja elgėsi su pacientu mandagiai analizė
- 5 pav. Klausimo, ar slaugytoja skyrė pacientui pakankamai laiko, analizė.
- 6 pav. Klausimo, ar slaugytoja išklausedavo pacientą iki galo, analizė.
- 7 pav. Klausimo, ar slaugytoja bendradarbiavo su pacientu nuoširdžiai, analizė.
- 8 pav. Klausimo, ar slaugytoja aptaria su pacientu slaugos problemas, analizė.
- 9 pav. Klausimo, ar slaugytoja paaiškina apie paskirtas procedūras ir jų atlikimą, analizė.
- 10 pav. Klausimo, ar slaugytoja pakankamai suteikė informacijos apie paskirtus vaistus ir jų poveikį, analizė.
- 11 pav. Labiausiai vertinamos slaugytojos savybės.
- 12 pav. Klausimo, ar dažnai neišsakote savo poreikių slaugytojai, analizė.
- 13 pav. Klausimo, ar pacientai pasitiki savo slaugytoja, analizė.
- 14 pav. Klausimo, ar slaugytoja padeda spręsti iškilusias sveikatos problemas, analizė.
- 15 pav. Klausimo, ar būna, kad jaučiatės nesuprastas slaugytojos, analizė.
- 16 pav. Klausimo, ar kreipiatės į slaugytoją jei vargina nerimas, baimė, analizė.
- 17 pav. Klausimo, ar trukdo triukšmas pacientams skyriuje, analizė.
- 18 pav. Konfliktų pasireiškimo dažnis tarp pacientų ir slaugytojų, analizė.

TURINYS

1. ĮVADAS	9
2. LITERATŪROS APŽVALGA	11
2.1. Slaugos samprata	11
2.3. Psichikos sveikatos priežiūra.....	14
2.3.1. Alkoholizmas-psichikos liga	16
2.4. Ūmių alkoholinių psichozių skyriaus slaugos ypatumai	17
2.4.1. Slaugos procesas ŪAP skyriuje	21
2.4.2. Slaugos problemos, veiksmai ŪAPS	26
3. TYRIMO MEDŽIAGA IR METODAI.....	32
3.1 Tiriamieji	32
3.2. Tyrimo organizavimas ir eiga.....	32
3.3. Statistinis duomenų apdorojimas.....	32
3.4. Tyrimo etikos principų užtikrinimas.	33
4. TYRIMO REZULTATAI	33
4.1. Sociodemografiniai rodikliai	33
4.2. Pacientų nuomonės apie slaugytojų teikiamas paslaugas analizė	35
4.3. Slaugytojos teikiamos informacijos pacientui kokybės analizė	39
4.4. Respondentų nuomonė apie slaugytojos psichologinės pagalbos suteikimo kokybę.....	42
5. TYRIMO REZULTATŲ APTARIMAS.....	47
6. IŠVADOS	51
7. LITERATŪRA	52
8. PRIEDAI	55

1. ĮVADAS

Europoje alkoholį vartoja daugiau nei 90 proc. suaugusiųjų. Beveik trečdalis vyrų ir dešimtadalis moterų vartoja sveikatai žalingą alkoholio kiekį, o 10-15 proc. suaugusiųjų tampa priklausomi nuo alkoholio [1].

Alkoholio vartojimas yra plačiai paplitęs tarp Lietuvos gyventojų. 16,7 proc. Lietuvos gyventojų nurodė, kad jų draugų ar giminių susitikimuose visada arba beveik visada yra vartojami alkoholiniai gėrimai [2].

Valstybinio psichikos sveikatos centro duomenimis asmenų sergančių priklausomybės ligomis 2004 metais sveikatos priežiūros įstaigose buvo įregistruota 68653, 2005 - 68701, o 2006- 68951 priklausomybės ligomis sergančių asmenų.

Ypač išaugo suvartojamo alkoholio kiekis 2006 metais. Valstybinio psichikos sveikatos centro duomenimis ligotumas padidėjo alkoholinėmis psichozėmis (atvejų skaičius 100000 gyventojų) 1,8 karto, o sergamumas -1,5 karto, lyginant su 1999 metais. Ligtumas priklausomybės ligomis 2005 metais lyginant su 1999 metais didesnis 4,9 proc.

Nuo 1990 iki 2006 metų alkoholinių psichozių skaičius dešimčiai tūkstančių gyventojų padidėjo apie dešimt kartų.

Pasak T. V. Kajoko didžioji dalis pacientų 50-80 proc. iš alkoholinės abstinencijos būklių išsivaduoja be medikų pagalbos. Kitiems reikalingas gydymas medikamentais, maždaug dešimtdaliui - gydymas lignoninėje. [3, p. 35]

Kokia svarbi vieta tenka individualiai slaugai, gydant alkoholinės abstinencijos būkles, bei ūmias alkoholines psichozes ūmių alkoholinių psichozių skyriuje. Psichikos sveikatos slaugytojos - savarankiškos specialistės, kurių darbas vienodai svarbus tiek padedant pacientams pasveikti, tiek mokant sveikos gyvensenos bei ligų prevencijos. Tai ne tik paslaugų teikėjos, bet ir kvalifikuotos specialistės, turinčios klinikinės slaugos, psichologijos bei pedagogikos žinių.

Alkoholio vartojimo įtakos sveikatai tyrimai dažniausiai nagrinėja alkoholio paplitimą ir ypatumus tarp moksleivių, daug informacijos yra apie alkoholinės abstinencijos būklių gydymą, bei ką svarbu žinoti gydytojui. Tačiau ką mes žinome apie slaugą? Ir tikrai glaudus, galbūt asmenišką susidūrimą su slaugomu pacientu parodo, kokia didžiulė yra ši problema. Slaugytojos vaidmuo tampa labai reikšmingas, kadangi slaugos mokslo objektas - žmogaus sveikata [5].

Barnett, Ganei, Cliford, Hird ir kiti slaugytojų kompetencijas apibrėžė kaip rinkinį santykių, požiūrių, vertybių, leidžiančių atlikti profesines užduotis remiantis konkrečiais veiklos standartais [4].

Šiuolaikinis slaugytojas yra ne tik ligų aptikėjas ir epidemiologas bet ir sveikatos mokytojas, stebėtojas, šeimos gynėjas, advokatas, tyrinėtojas, koordinatorius, konsultantas, aplinkos keitėjas, kuris veikia kaip filtras tarp šeimos ir gydytojo [6].

Slaugytojoms tenka svarbus vaidmuo slaugant pacientus sergančius psichikos ir elgesio sutrikimais vartojant alkoholį, tačiau slaugos kontekste šiai temai skirta mažai mokslinių publikacijų, informacijos. Slaugant pacientus su psichikos ir elgesio sutrikimais vartojant alkoholį pagrindinis dėmesys skiriamas paciento slaugos proceso kokybei.

Nuo slaugytojų profesionalumo priklauso pacientų gyvybinės veiklos, jo sveikimas. Ligonių, sergančių psichikos ir elgesio sutrikimu vartojant alkoholį slauga yra labai sunkus, alinantis psichiką, stresus keliantis darbas, kurį, beje, ne kiekvienas gali dirbti.

Priklausomų nuo alkoholio pacientų slaugos proceso ypatumai yra aktualūs praktine - taikomąja prasme slaugytojo specialybei. Ši tema nepraras savo aktualumo, nes alkoholizmo plitimas Lietuvoje pasiekė kritinę ribą, o pacientus, dėl nesaikingo alkoholio vartojimo, teks gydyti bei aktyviai slaugyti.

(RVPL) ūmių alkoholinių psichozių skyriuje (ŪAPS) per mėnesį priimama iki 150 pacientų sergančių psichikos ir elgesio sutrikimais vartojant alkoholį. Nagrinėjama tema reikalauja pažvelgti į slaugos proceso ypatumus bei psichikos sveikatos slaugytojo, dirbančio ŪAPS specifines užduotis ir problemas, slaugant pacientus su psichikos ir elgesio sutrikimais vartojant alkoholį.

Tyrimo tikslas: Išanalizuoti slaugos procesą Respublikinės Vilniaus psichiatrijos ligoninės ŪAPS.

Tyrimo uždaviniai:

- Išsiaiškinti pacientų nuomonę apie slaugytojų teikiamas slaugos paslaugas ŪAPS;
- Išanalizuoti slaugytojos veiksmus slaugant pacientus su psichikos ir elgesio sutrikimais vartojant alkoholį;
- Išsiaiškinti pacientų nuomonę apie slaugytojų teikiamas slaugos paslaugas kituose RVPL skyriuose.

Tyrimo objektas: slaugos proceso ypatumai ūmių alkoholinių psichozių skyriuje.

Hipotezė : ŪAPS slaugytojos kvalifikuotai teikia pacientams slaugos paslaugas.

2. LITERATŪROS APŽVALGA

2.1. Slaugos samprata

Medicina ir slauga yra vienos seniausių profesijų žmonijos istorijoje. Slaugos praktika atsirado ir formavosi jau priešistoriniais laikais. Slauga atsirado anksčiau nei medicina, bet pastarajai tobulėjant, buvo glaudžiai su ja susijusi.

Slaugymo poreikis atsirado seniausiais laikais iš prigimtinio moterų - motinų rūpinimosi savo naujagimiais ir mažais vaikais. Rūpinimosi funkcija apėmė ne tik sergančius ar neįgaliuosius, bet dažniausiai ir sveikus vaikus, siekiant, kad jie užaugtų stiprūs, sveiki ir sugebėtų išgyventi sunkioje kovoje už būvį [8, p.7].

Istoriškai gali būti išskirtos trys iš dalies sutampančios rūpybos sistemos, turėjusios įtakos šiuolaikinei slaugai

Senoji, tradicinė rūpybos sistema, kurią teikė arba patys žmonės (savirūpa), arba liaudies gydytojai, tarp jų ir akušerės. Šie gydytojai bei akušerės užėmė specifinę, pripažintą vietą visuomenėje. Jie buvo atsakingi už veiksmus ir empirinės praktikos plėtojimą. Dauguma senųjų civilizacijų daug dėmesio skyrė medicinos, ypač gydymo raidai. Daugeliu atveju ši medicinos plėtra žlugo kartu su civilizacijos smukimu [8, p.7].

Antrasis rūpybos tipas atsirado kartu su krikščionybe ir buvo susijęs su tam tikromis žmonių grupėmis. Šis rūpinimosi tipas egzistavo greta pirmojo, kol buvo sukurta „šiuolaikinė“ medicina. Sergantieji, vargšai, našlaičiai ir neturtingieji buvo slaugomi jų pačių namuose arba specialios paskirties institucijose.

Ankstyvosios krikščionybės epochoje bažnyčios tarnautojai diakonai (kunigo padėjėjas, priėmęs paskutinius šventinimus prieš kunigyste) atlikdavo daug visuomenei naudingų darbų: mokydavo vaikus ir suaugusiuosius, lankydavo ligonius namuose ir atlikdavo įvairias slaugos procedūras, dirbdavo panašius darbus kaip ir šiuolaikinės slaugytojos. Paplito slauga namuose. Diakonus skirdavo vyskupas. Šios pareigos buvo labai garbingos, į jas paprastai skirdavo aukštos socialinės kilmės asmenis. Viena žinomiausių senovės Romos diakonų, graikių aristokratė Feba (lot. Phoebe), įėjo į istoriją kaip pirmoji moteris diakonė ir pirmoji vizituojanti namų slaugytoja [8, p.34]

Buvo daug ginčų, kas istoriškai įkūrė pirmąją ligoninę. Kai kas suteikia šią garbę šv. Baziliui iš Cezarėjos (apie 350m. Pr. Kr.). Šv. Jeronimas, miręs 420m. pr. Kr., teigė, jog pirmąją ligoninę Romoje įkūrė Fabijola. Dar iki krikščionybės buvo tam tikros ligoninės - prieglaudos namai keliautojams, seniems žmonėms ar tiems, kuriems buvo reikalinga speciali

pagalba.

Žmonėmis reikėjo rūpintis ir jais buvo rūpinamasi ilgus amžius iki slauga tapo organizuotu užsiėmimu. Vakarų pasaulyje iki praėjusio šimtmečio pabaigos šeimos nariai arba samdiniai slaugydavo sergančiuosius jų pačių namuose. Ligoninės buvo skirtos tik skurdžiams arba žmonėms su labai sutrikusia psichika [9, p.3].

Istoriškai taip susiklostė, kad XIX amžiuje slaugytojomis daugiausia dirbo moterys. Su emancipacijos idėjomis joms atsivėrė galimybė plėtoti savo profesiją, siekti aukštesnio bendrojo ir profesinio išsilavinimo. Tuo metu daugelis moterų, siekiančių savarankiškos veiklos ir karjeros, pasirinkdavo slaugytojos profesiją kaip vieną iš nedaugelio moteriškų. Dėl Reformacijos kelis šimtmečius moters padėtis visuomenėje bei slaugos profesijos prestižas buvo labai sumenkęs [8, p.59].

Lietuvoje, kaip ir Europoje, medicinos ir slaugos raida buvo glaudžiai susijusi su bažnyčia ir vienuolių veikla. XVI amžiaus pradžioje prie bažnyčių pradėta organizuoti slaugos ir globos įstaigas - „špitoles“ (lenk. *szpital* - ligoninė) 1635 metais Vilniuje vienuoliai įkūrė pirmąją pamišėlių prieglaudą [10, p.11].

Svarbus įvykis Lietuvos slaugos istorijoje - Raudonojo Kryžiaus draugijos įkūrimas 1876 metais. Vienas svarbiausių draugijos uždavinių buvo gailestingųjų seserų, slaugų ir sanitarų rengimas. 1888 metais Vilniuje įsteigtos organizacijos svarbiausias tikslas buvo rengti patikimas slaugytojas ligoniams ir sužeistiesiems prižiūrėti veikiančioje armijoje, karo ligoninėse, kitose karo medicinos įstaigose. Gailestingosios seserys teikė pagalbą ne tik karo, bet ir civilinėse ligoninėse, kitose medicinos įstaigose, privatiems asmenims.

Po Antrojo pasaulinio karo slaugos mokslas ir praktika Europoje sparčiai vystėsi, sveikatos priežiūros sistemoje stiprėjo slaugytojų ir akušerių padėtis. Daug dėmesio pradėta skirti slaugytojų mokymui, profesiniam parengimui. Slaugos problemos pradėtos svarstyti aukščiausiam politiniame lygyje. [8, p.71, 80].

1945 metais prasidėjusi sparti technologijos raida ir medicinos mokslo pažanga darė didžiulę įtaką slaugos praktikai. Medicinos veikiama slauga palaipsniui ėmė keistis, nes keitėsi gydytojų poreikiai, ir slaugai ėmė vykdyti gydytojų skiriamas medicinos technines užduotis.

Šiandien slaugos praktikos vaidmuo vis labiau auga, plėtojantis slaugos teorijai ir mokslui. Slaugos raidos tempai yra susiję su praktine veikla, todėl tarp įvairių slaugos šakų ir įvairiose šalyse ji labai skiriasi. Kaip pastebėjo Florence Nightingale, slauga yra rūpinimasis žmogumi, o ne tik jo medicininių problemų sprendimas: „Kur kas geriau pažinti žmogų tam tikromis aplinkybėmis, o ne aplinkybes, kai pacientas kenčia“.

Tačiau neginčytina, kad per pastarąjį šimtmetį slaugą visuomenė suvokia kaip

rūpinamasi sergančiais, ypač ligoninėse. Laikui bėgant slaugės vis labiau išitraukė į medicinos personalo atliekamus techninius gydymo procesus ir priartėjo prie strateginių pozicijų. Slaugės yra ryšys tarp įtampos kupinų, sudėtingų techninių ligai įveikti ir kasdienių kūno ir proto funkcijoms palaikyti procedūrų, kurios yra labai reikšmingos ligonio savijautai ir svarbios jam kaip asmenybei [9, p.4].

Šiandienos slaugytojos labai skiriasi nuo prieš 20-30 metų studijas baigusių medicinos seserų. Tai savarankiškos specialistės, kurių darbas vienodai svarbus tiek padedant pacientams pasveikti, tiek mokant sveikos gyvensenos bei ligų prevencijos. Tai ne tik slaugos paslaugų teikėjos, bet plataus profilio specialistės, turinčios klinikinės slaugos, psichologijos, vadybos, socialinių bei pedagoginių žinių. Diplomas, įgytas aukštojoje mokykloje suteikia teisę dirbti slaugytoja ir Europos sąjungos šalyse [7].

Laiko permainos ir visuomenės keliama reikalavimai nuolat keičia slaugos sampratą, slaugos specialisto vaidmenį ir jo veiklą apibrėžiančius įstatymus. Bet kokio socialinio išsivystymo šalyse tinkamą slaugą garantuoja tik geras jos organizavimas ir tvirti slaugos mokslo bei praktikos pagrindai [8, p. 5].

1966 metai V. Henderson, viena iš svarbiausių XX amžiaus antrosios pusės slaugos mokslininkų, savo teorijoje suformulavo slaugos apibrėžimą, tikslus, vertybes, požiūrį į žmogaus sveikatą ir ligą [9, p. 15].

V. Henderson siūlo savo slaugos funkcijų formuluotę „Unikali slaugos specialisto funkcija yra padėti sergančiam ar sveikam individui atlikti veiksmus, padedančius išsaugoti sveikatą ar ją grąžinti (arba „taikiai“ ir ramiai pasitikti mirtį), taip, kad pacientas galėtų veikti pats, jeigu turi pakankamai reikalingų jėgų, noro ir žinių. Stengtis, kad tai padėtų pacientui kuo greičiau atgauti visišką nepriklausomybę“ [10].

Nuo 2001m. birželio 28d. Lietuvoje galioja Slaugos praktikos įstatymas. Jis įteisina nuostatą, kad slauga yra savarankiška specialybė. Šis įstatymas nustato slaugos praktikos teisinius pagrindus, slaugytojos pareigas ir teises. Siekiama, kad visuomenė tai įvertintų, o gydytojai suprastų, kad greta jų dirba lygiavertis komandos narys. Šis įstatymas apsaugo slaugytojo profesiją, nes draudžia dirbti šį darbą neturintiems slaugytojo išsilavinimo [12].

Slauga - asmens sveikatos priežiūros dalis, apimanti sveikatos ugdymą, stiprinimą ir išsaugojimą, ligų ir rizikos veiksnių profilaktiką, sveikų ir sergančių asmenų fizinę, psichinę ir socialinę priežiūrą [12].

Slaugytojas - asmuo, įgijęs slaugos studijų baigimo diplomą, taip pat bendrosios praktikos ir (ar) atitinkamą specialiosios praktikos slaugytojo profesinę kvalifikaciją[12].

Slaugos paslaugos - teisės aktu reglamentuota slaugytojo atliekama asmens sveikatos priežiūra [12].

Daugelis slaugos mokslininkų pirmąją moderniosios slaugos teoretikę pripažįsta XIX amžiaus slaugytoją Florensę Naitingeil.(1820-1910). F.Nightingeil buvo pirmoji pradėjusi formaliai mokyti slaugus. 1860 metais išleistoje knygoje „Pastabos apie slaugą“ ji pateikė savo požiūrį į slaugą. F.Naitingeil deklaravo slaugos profesijos savarankiškumą, skatino individualią slaugą, akcentavo paciento stebėjimo, slaugos dokumentų rinkimo ir jų dokumentavimo svarbą, paciento asmens higienos ir švarios aplinkos reikšmę. [8, p.59].

Ji turėjo didžiausią įtaką šiuolaikines profesionalios organizuotos slaugos atsiradimui. Tai parodo jos supratimą apie slaugos, kurią ji suvokė atskirai nuo medicinos, svarbą.

2000 metais birželio mėnesį Vokietijoje Miunchene įvyko antroji Pasaulinės sveikatos organizacijos (PSO) ministrų lygio konferencija slaugos ir akušerijos klausimais Europoje. Priimtas bendras nutarimas, kurio pagrindu surašyta deklaracija, kuria privalo vadovautis Europos šalys, PSO narės [11].

Miuncheno deklaracijoje teigiama, kad slaugytojos ir akušerės daugelyje PSO Europos regionų šalių yra pagrindinė sveikatos priežiūros darbo jėga ir sudaro didžiausią Europos sveikatos darbuotojų dalį. Dauguma slaugytojų ir akušerių dirba ligoninėse ir dėl mokslinių žinių bei technologijų vystimosi jų veikla vis labiau specializuojasi. Mokslo ir technologijų pažanga, stiprėjantis vaidmuo reikalauja didesnės asmeninės slaugytojo atsakomybės [11].

Slaugytojai yra lygiaverčiai gydytojų partneriai, o kai kuriose srityse slaugytojų vaidmuo tampa didesnis nei gydytojų: mokant sveikos gyvensenos, ligų prevencijos. Slaugytojų pakilusi kvalifikacija leidžia, kad jie patys atliktų tas funkcijas [12].

2.3. Psichikos sveikatos priežiūra

Pagal (PSO) apibrėžimą - psichikos sveikata yra 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 [13].

Šiuo metu juntamas didelis visuomenės rūpinimasis psichikos sveikata, didėjančiu psichikos sutrikimų ekonomine ir socialine našta, vis dar dažnu neigiamu požiūriu į psichikos sutrikimų turinčius asmenis. Pasaulio banko duomenimis psichikos sveikatos problema žmonijai turi tapti prioritetine: daugiau kaip ketvirtį nedarbingų asmenų sudaro psichikos neįgalieji [14]

Psichikos sveikatos priežiūra - specializuota sveikatos priežiūra, vykdoma pagal Lietuvos Respublikos sveikatos ministerijos patvirtintus standartus. Psichikos sveikatos priežiūros tikslas - teikti psichiatriinę pagalbą (diagnozuoti, gydyti sutrikusias žmogaus psichikos funkcijas, laiku užkirsti kelią psichikos ligų paūmėjimams), padėti ligoniams

prisitaikyti prie visuomenės gyvenimo ir į jį grįžti [15].

Psichikos liga - gydytojo diagnozuotas, psichiatro patvirtintas susirgimas, pagal galiojančią ligų klasifikaciją priskiriamas psichikos ligoms. Psichikos liga negali būti diagnozuojama remiantis politiniais, religiniais, rasiniais motyvais [15].

Lietuvos Respublikos (LR) psichikos sveikatos priežiūra organizuojama vadovaujantis LR sveikatos sistemos įstatymu, Psichikos sveikatos centro nuostatais[1].

Lietuvoje psichikos sveikatos priežiūros sistema nesulaukia pakankamo valstybės dėmesio, todėl mūsų šalyje vyrauja atgyvenusi institucijų vaidmens, funkcijų ir darbo metodų samprata. Dėl neefektyvios psichikos sveikatos priežiūros sistemos bendri visuomenės psichikos sveikatos rodikliai išlieka prasti, o psichikos sutrikimus turinčių asmenų gydymo, reabilitacijos ir integracijos į visuomenę rezultatai yra menki bei abejotini [16].

Šiaulių universiteto ir Šiaulių visuomenės sveikatos centro atliktame tyrime, kuriame dalyvavo atsitiktinumo principu parinkti 698 Šiaulių miesto ir apskrities gyventojai nuo 18 iki 62 metų amžiaus, „psichikos negalės vaizdinys visuomenėje“ - atskleidžiamas psichikos negalės vaizdinio ypatumai integracijos procesų kontekste. Amžiaus ir lyties aspektu išanalizuotas visuomenės požiūris į ligos priežastį, sveikimą, gydymą. Buvo nustatyta, kad visuomenei iki šiol būdinga mitais pagrįsta psichikos sutrikimo fenomeno samprata, kuri būdinga ir vyrams, ir moterims. Tarp moterų labiau negu tarp vyrų vyrauja neigiamas požiūris į teigiamą psichikos sutrikimo eigos prognozę. Tarp vyrų išryškėjo požiūris, kad psichikos negalė nėra rimta liga, kurią reikėtų gydyti. Moterys labiau už vyrus linkusios manyti, kad psichikos negalę turinčius žmones gydytis ligoninėse nebūtina. Visuomenė neturi pakankamai žinių apie psichikos sutrikimų priežastis, nepakankamai įvertina nepalankią socialinę aplinką kaip rizikos veiksni, per daug sureikšmina biologinius sutrikimo atsiradimo veiksnius. Vyresnio amžiaus žmonės, turėdami didesnę gyvenimo patirtį, nesąmoningai susiaurina subjektyvias psichikos sutrikimo raiškos ribas [17].

Seimo priimti įstatymai ir kiti teisės aktai, nustatantys asmenų sergančiųjų priklausomybės ligomis, sveikatos priežiūros, socialinės reabilitacijos ir integracijos į visuomenę principus, yra atitinkantys išsivysčiusių Europos šalių nuostatas, juose nėra akcentuojamos represijos, bet, atvirkščiai, užtikrinamos pacientų teisės į sveikatos priežiūrą ir integraciją į visuomenę. Pagrindinių įstatymų paketą, kuris reikšmingas organizuojant priklausomybės ligų prevenciją, gydymą ir reabilitaciją sudaro Lietuvos Respublikos psichikos sveikatos priežiūros, Sveikatos sistemos, Narkologinės priežiūros įstatymai. Šiuose įstatymuose yra įtvirtinti principai, kurie labai reikšmingi priklausomybės ligų stigmatizacijos mažinimui[18].

2.3.1. Alkoholizmas-psichikos liga

Alkoholizmas - psichikos liga, kuria serga asmenys dėl piktnaudžiavimo alkoholiu, pasireiškianti asmens psichinės ir fizinės priklausomybės nuo alkoholio sindromu bei kitomis neigiamomis medicininėmis ir socialinėmis pasekmėmis [20].

Nėra nė vieno specifinio priklausomybės simptomo, tačiau žmogaus ligos (ypač dažnos traumos), sunkumai darbovietėje, mokykloje ir šeimoje, susidūrimai su policija (ypač dėl vairavimo išgėrus) turi svarbią diagnostinę reikšmę [1].

Pagrindinis alkoholizmo ligos kriterijus yra patologinis potraukis alkoholiui. Jis nustatomas, jei yra nors 3 iš šių požymių, be to jie turi būti pasireiškę per paskutiniuosius metus:

- *Potraukis* – stiprus poreikis, troškimas, geidulys, noras svaigintis užvaldo asmens mintis, jausmus ir veiklą.
- *Kontrolės stoka* – saiko neturėjimas, nesugebėjimas susilaikyti sustoti, sunku kontroliuoti alkoholio vartojimą (t. y. vartojimo pradžia, intensyvumą ir pabaigą).
- *Fizinė priklausomybė* – nemalonūs pojūčiai (pykinimas, prakaitavimas, drebulys, nerimas) nutraukus psichoaktyvios medžiagos vartojimą, arba alkoholis vartojamas norint išvengti abstinencijos požymių.
- *Tolerancijos pokyčiai* – vis didesnių dozių poreikis pasiekti malonią būklę, nes mažos dozės jau nebetenkina.
- *Niekas nedomina*, dingsta kiti interesai, yra tik vienas interesas – išgerti.
- *Alkoholis vartojamas nepaisant akivaizdžiai žalingų padarinių* [23].

Mikalkevičius A., Banaitis V., Kurtinaitis A., teigia, kad "sugebėjimas išgerti jau yra sutrikimas. Galintis daug išgerti žmogus lengviau ir greičiau tampa priklausomu nuo alkoholio. Kai priklausomybė nuo alkoholio jau susiformuoja, jau nebeturi reikšmės, koks tas gėrimas, kaip ilgai gerta ir kiek išgeriama. Atsiranda nevaldomas poreikis, kurio asmuo nekontroliuoja. Šis apibūdinimas padeda suprasti, kodėl dauguma tokių žmonių nesugeba „susiimti ir sustoti gėrę, juos užvaldo alkoholio poreikis – nenugalimas kaip alkis arba troškulys". [23].

Pasak psichologo R.Assfalg, kiekvienas pokalbis apie alkoholizmą pirmiausia prasideda nuo išankstinių dviejų neigiamų nuostatų. Pirmą nuostatą: alkoholikas yra valkata, bet kokiu atveju visiškai žlugęs, degeneravęs žmogus, toks kuris miega parkuose ant suoliukų, kuris užkabinėja kitus, viską laužo; alkoholizmu susergera silpnavaliai, nepastovūs, asocialūs, nepatikimi, agresyvūs, nenuspėjami žmonės. Antra nuostata: tikro alkoholiko gydymas visiškai beprasmis [21].

Esant tokiai nuomonei, alkoholizmu sergančių pradedama šalintis: jie tampa savotiškais

raupsuotaisiais, su kuriais nenorima turėti nieko bendro. Priklausomybės ligos, kaip ir daugelis psichikos sutrikimų turi stigmą - asmenys sergantys jomis yra visuomenėje smerkiami [18].

W.M.L.Finlay ir kt. priduria, jog „žmonės, sergantys psichinėmis ligomis, reklamoje, filmuose, televizijos dramose, kaip ir kasdieniuose įžeidžiančiuose posakiuose bei anekdotuose vaizduojami kaip iš esmės kitokie, mažiau kompetentingi, mažiau žmogiški ir ne tokio ūmaus būdo” [22].

Narkologinės priežiūros įstatymas (NPI) svarbiausias dokumentas, reglamentuojantis sveikatos priežiūros įstaigų ir specialistų uždavinius ir funkcijas alkoholizmo profilaktikos, ankstyvosios diagnostikos, gydymo ir reabilitacijos srityse. Psichikos sveikatos priežiūros įstatymas (PSPĮ) daugiausia dėmesio skiria psichikos ligonių stacionarinio gydymo bei jų teisių apsaugos klausimams.

Narkologinės priežiūros tikslas - kuo greičiau narkologinius ligonius integruoti į visuomenę organizuojant specializuotą narkologinių ligonių asmens sveikatos priežiūrą, diagnozuojant bei gydant jų sveikatos sutrikimus, vykdant slaugą, teikiant psichologinę, medicininę ir socialinę reabilitaciją, teikiant socialines paslaugas ir socialinę globą [20].

Diagnozuojant priklausomybę Lietuvoje remiamasi TLK - 10 (tarptautinės ligų klasifikacijos) diagnostikos kriterijais. Svarbiausias TLK tikslas – užtikrinti sistemingą sergamumo ir mirtingumo duomenų registravimą, aiškinimą ir lyginimą, neatsižvelgiant į tai, kurioje šalyje, vietovėje ir kada tai daroma [1, p. 242].

TLK yra išsamus psichikos ir elgesio sutrikimų skyrius – V(F). TLK-10 psichikos sutrikimai nustatomi remiantis tam tikrų simptomų buvimu ar nebuvimu ir jų trukme [1, p. 243] (F10 psichikos ir elgesio sutrikimai vartojant alkoholi, F10.3 - abstinencijos būklė ; F10.4 - abstinencijos būklė su delyru).

Abstinencijos būklę sukelia pakartotinis ir paprastai ilgalaikis vartojimas. Ją gali komplikuoti traukuliai. Paradoksas, bet abstinencijos sindromas dažnai būna vienintelis akstinas kreiptis į medikus [1, p.453].

2.4. Ūmių alkoholinių psichozių skyriaus slaugos ypatumai

Blogiausi, kraštutiniai kitų medicinos sričių atvejai dažniausiai gydomi labai profesionaliai, tuo tarpu, deja, dažnai to negalima pasakyti apie alkoholizmą. Jei pacientas susilaužė koją, tai tikrai neprieštaraus, kad jam kuo skubiau būtų suteikta pagalba. Mat toks pacientas, žinoma, supranta, kad jam reikalinga pagalba, ir pats iš visų jėgų stengiasi išsiaiškinti tiktąją padėtį. Kitaip elgiasi dauguma priklausomi nuo alkoholio asmenys: jie

nelaiko savęs ligoniais ir stengiasi kuo ilgiau boikotuoti viską, kas tik galėtų būti susiję su pagrindinės jų ligos nustatymu bei gydymu. O jei priklausomas nuo alkoholio pacientas pagaliau ryžtasi kažką daryti, aplinka dažnai į tai reaguoja pernelyg aštriai, kitaip sakant, kaip tai ir būdinga su alkoholizmu susijusiems asmenims [24, p. 102].

Į Respublikinės Vilniaus psichiatrijos ligoninės (RVPL) Ūmių alkoholinių psichozių skyrių (ŪAPS) (1991 metais, didėjant sergančiųjų alkoholine psichoze skaičiui, Narkologijos skyrius buvo pervadintas į ŪAPS) priima gydymui pacientus su psichikos ir elgesio sutrikimais vartojant alkoholį. Alkoholinės abstinencijos būklės, alkoholio sukeltos psichozės kaip ir visos kitos RVPL paslaugos, teikiant būtinąją medicinos pagalbą yra nemokamos. Mokamos paslaugos teikiamos tada, kai nėra būtiniosios pagalbos indikacijų, pacientas kreipiasi anonimiškai arba pacientas socialiai neapdraustas. Mokėti reikia ir tuo atveju, kai paslaugos yra papildomos ir nenumatytos tyrimo bei gydymo plane, o atliekamos pacientui pageidaujant [25].

ŪAPS vykdydamas jam pavestas užduotis atlieka šias funkcijas: priima iš priėmimo skyriaus atvykusius pacientus, atlieka reikiamus tyrimus, nustato diagnozę, gydo esamus sutrikimus, išrašo pacientus į namus. Pacientų priėmimas į skyrių, ištyrimas, dokumentacijos pildymas, slauga, gydymas - atliekamas vadovaujantis pacientų priėmimo, RVPL gydymo ir išrašymo reglamentu. ŪAPS visiems pacientams atliekami klinikiniai tyrimai pagal „Laboratorinių tyrimų skyrimo reglamentą“. Tyrimus paskiria gydantis gydytojas. Jie atliekami atvykus pacientui į skyrių, o esant sunkiai būklei - visą parą. Kiti tyrimai atliekami, paskyrus gydančiam gydytojui, po konsultantų apžiūrėjimo, jeigu jie reikalingi dėl lydinčių susirgimų. Pacientų slaugos procesas labai svarbus ŪAPS gydymo procese. Jį organizuoja skyriaus slaugos administratorė, atlieka psichikos sveikatos slaugytojos.

Psichikos sveikatos slaugytojos veiklą reglamentuoja sveikatos apsaugos ministro 2006 metų rugpjūčio 30d. Įsakymu Nr. V-730 patvirtinta Lietuvos medicinos norma „Psichikos sveikatos slaugytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“(PSSN).

PSSN nustatyta, ką psichikos sveikatos slaugytojas privalo: slaugyti įvairaus amžiaus pacientus ir, įvertinęs jų asmenybės ypatumus bei esančią situaciją dėl psichikos sutrikimų, padėti tenkinti jų slaugos poreikius asmens sveikatos priežiūros įstaigoje ir/ar paciento namuose; teikti būtinąją medicinos pagalbą pagal savo kompetenciją; laikytis slaugytojų profesinės etikos reikalavimų; tobulinti profesinę kvalifikaciją. Informaciją apie panaudotą smurtą - sužeistus, sužalotus asmenis, šeimoje įtariamą, gresiantį smurtą vaikui, paaugliui ar globojamų asmenų atžvilgiu, taip pat vaikų nepriežiūrą, slaugytoja privalo perduoti institucijoms pagal kompetenciją [26].

ŪAPS slaugos procesas turi daug ypatumų. ŪAPS būtinoji pagalba kas mėnesį

suteikiama iki 150 pacientų su sunkia alkoholine abstinencija ar alkoholine psichoze sergantiems pacientams. ŪAPS slaugytojos kasdieniniame savo darbe susiduria su įvairiomis pacientų slaugos situacijomis. Kiekviena jų yra individuali.

Slaugytojoms tenka didelis darbo krūvis ištiesą parą, todėl slaugytojos ir pagalbiniis personalas, ir visi supantys priklausomus nuo alkoholio asmenys dažnai atsiduria padidėjusios rizikos ar net stresinėse situacijose. Darbas su pacientais itin sudėtingas dar ir todėl, kad dažnai šią ligą lydi kitos psichinės ir somatinės ligos - depresija, nerimas, širdies, kepenų susirgimai, somatoforminiai sutrikimai.

Psichikos sveikatos slaugytojoms slaugant priklausomus nuo alkoholio pacientus keliama labai daug reikalavimų ir jos patiria didžiulį fizinį ir emocinį krūvį. Ilgainiui kaupiantis fiziniam ir emociniam išsekimui, slaugytojos patiria stresą. Deja, stresas darbe tapo šių dienų kasdienybe. 2002 metais Niujorke atliktas tyrimas parodė, kad net 96% slaugytojų jaučia stresą darbe [27].

Slaugos darbuotojų problemų niekada netrūko, visada yra akcentuojama, kad reikia kelti slaugos paslaugų kokybę. L. R. Rezgienė. Ir R. Noreikienė. Šiaulių ligoninėje slaugos kokybės programą pradėjo įgyvendinti 2002 metais. Reguliariai atliekama anoniminė pacientų, besigydančių Šiaulių ligoninės stacionare, anketinė apklausa, buvo pateikiami 9 klausimai, į kuriuos atsakydami pacientai vertino slaugytojų elgesį, dėmesingumą, informacijos teikimą, bendravimą, fizinę ir emocinę aplinką. Tyrėjos teigia, jog vertinant pacientų požiūrį į teikiamų paslaugų kokybę galima nustatyti jos efektyvumą. Pacientų požiūrio į teikiamas paslaugas tyrimas yra labai svarbus tas paslaugas teikiančiai įstaigai kaip paslaugų kokybės gerinimo motyvas. Pacientų apklausų analizė rodo, kad slaugos kokybės gerinimo programa yra efektyvi ir tęstina [28].

Šiuolaikinė medicina bei sveikatos priežiūros organizavimas sukuria sistemą, kurioje atsiranda naujų etinių dilemų. Negatyviomis šios sistemos pasekmėmis vis dažniau nurodomos pasitikėjimo sveikatos priežiūros reformos mažėjimas arba net jos krizė [31]. Taigi sėkmingam ligonių gydymui, ypač sunkių ir lėtinių ligų atvejais, buvo ir tebėra pasitikėjimas gydytojų žiniomis bei kompetencija. Jeigu pasitikėjimas sieja ligonius su jų slaugytojais, geriau pasitarnaujama ligonio gerovei [29].

K. Bagdonaitės 2005 metais RVPL atlikto „Pacientų lūkesčių tenkinimas RVPL“ tyrimo rezultatai parodė, kad RVPL pacientai apie informaciją (67-80%), tarpusavio supratimą (64-81%) ir emocinę paramą (59-94%) atsiliepia palankiai [30].

Tačiau kalbant apie slaugos kokybę, Lietuvoje dar nėra bendros slaugos kokybės vertinimo sistemos, nėra konkrečių slaugos kokybės valdymo rekomendacijų.

M. Čiplienės ir N. Istominos tyrimo rezultatai parodė, kad iš penkių Klaipėdos jūrininkų

ligoninės kardiologinę pagalbą teikiančių skyrių didžiausias slaugos darbuotojų etato apkrovimas darbu, išreikštas slaugos intensyvumu, yra kardiologinės reanimacijos ir intensyvios terapijos skyriuose, kur vieno slaugytojo darbo apkrovimas ir slaugos intensyvumas yra 7-10 kartų didesnis, nei kituose skyriuose [31].

Slaugos paslaugas galima kaip tik nori interpretuoti. Pagal Lietuvos slaugos specialistų organizacijos (LSSO) parengtas metodines rekomendacijas vienam slaugytojui priklauso slaugyti 6-8 pacientus, tačiau tai nėra įstatymiškai įteisinta ir tai nekreipiamas dėmesys. Tad vieni slaugo 6, kiti 12, tretieji 20 pacientų. Būna, kad vienam slaugytojui tenka slaugyti iki 40 pacientų. Kaip galima kalbėti apie slaugos kokybę, jei nėra net minimalių kokybės reikalavimų [32].

Tad dažnai ŪAPS dienos metu vienos slaugo iki 10 pacientų, o nakties metu tenka slaugyti virš 20 priklausomų nuo alkoholio pacientų, dažnai ir skyrių jie atvyksta labai sunkios būklės, agresyvūs, sutrikusios sąmonės ir dėmesio, dezorientuoti, neramūs, išsigandę dėl haliucinacijų.

Sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai vis labiau rūpinasi teikiamų paslaugų kokybe. Pacientų lūkesčius atitinkantis gydymo įstaigos darbas, pacientų pasitenkinimas paslaugomis vertinami kaip svarbiausi paslaugų kokybės indikatoriai. Šiuo atveju daug nulemia slaugytojų darbo kokybė. ŪAPS dažnam pakanka tinkamos slaugos: pagarba pacientui, jokios prievartos, rami palata, patogio lova, reguliuojamas apšvietimas, kontroliuojamas, pastovus kontaktas su pacientu, skysčiai, įprastinis valgis pagal poreikį, ne daugiau 4 cigarečių per valandą (rūkantiems), pagalba lovoje (pataisyti antklodę ir pan.), vonioje, tualete, patogūs nevaržomi rūbai, bendri pasivaikščiavimai, nevaržomas miegas ar poilsis [33].

Kalbant apie paslaugas, tokias kaip mokymas, gydymas, 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 [31].

Slaugos kokybės tyrinėtojas A. Donabedianas labai lakoniškai aprašė kokybę: "gero ar blogo darbo supratimas." [35].

Pasak prof. D. Kalibatiënės, šiuolaikinės slaugos sudėtingumas reikalauja sistemingos slaugytojų veiklos, kad pacientų slauga būtų optimali. Kitaip tariant, šiuolaikinė slauga grindžiama ne intuicija ir padrikais veiksmais, bet iš anksto apgalvota ir organizuota, šiuolaikinėmis slaugos mokslo žiniomis grįsta sveikatos priežiūra, kuri įvardinama slaugos procesu [19, p. 27].

2.4.1. Slaugos procesas ŪAP skyriuje

Remiantis PSO nuorodomis, slaugos procesas apibūdinamas kaip sisteminga slaugytojo veikla prižiūrint asmenų, šeimų ir bendruomenės grupių sveikatą. Slaugos procesas mokslškai pagrįstai aiškina, kaip optimaliai tenkinti paciento, šeimos, bendruomenės sveikatos poreikius, išskiriant tuos asmenis, kuriems slauga labiausiai reikalinga ir veiksminga. Slaugos procesas apima tų asmenų poreikių išsiaiškinimo, patenkinimo ir rezultatų apibendrinimo planavimą [9].

Pagal PSO asmens sveikatos priežiūra yra slaugos esmė, o būdas, kaip slaugytojas tai atlieka, yra slaugos proceso esmė. Priežiūra reikalauja apgalvotos, organizuotos veiklos, kad būtų patenkinti paciento poreikiai ir sprendžiamos problemos [13].

Atvykus pacientui į ŪAP skyrių pirmoji pasitinka slaugytoja. Nuo to momento prasideda bendravimas su pacientu. Slaugytojos žino bendravimo principus, susietus su psichologijos bei slaugos etikos pagrindais. Pirmosios minutės skyriuje yra labai svarbios tiek pacientui, tiek skyriaus personalui. Paprastai pacientai dažnai yra pasimetę, liūdni, kartais labai agresyvūs, pikti, nepasitikintys personalu ir tik patyrusi slaugytoja gali juos, o kartais ir jų palydovus, apraminti .

Pirmasis susidareęs paciento apie slaugytoją įspūdis, pokalbio metu, gali nulemti tolimesnį pasitikėjimą slaugytoja. Priimant pacientą į skyrių psichikos sveikatos slaugytoja turi pašalinti dirgiklius, neigiamas emocijas, sudarydama jaukią aplinką pirmam pokalbiui. Santykiai su pacientu turi būti pagrįsti abipusiu pasitikėjimu, švelnumu ir jautrumu. Pokalbio metu kontaktas su pacientu turi būti individualus, draugiškas. Pacientas gali būti kaprizingas, nekantrus, piktas, todėl nereikia su juo ginčytis, raminant švelniai įrodyti, kad būtina laikytis skyriaus dienotvarkės, pasiūlyti kartu spręsti iškilusias problemas su skyriaus personalu. Dažnai slaugytojos autoritetas siejasi su profesine paslaptimi. Slaugytoja sužino apie pacientą tai, ko šis nepasakotų ir artimiausiam žmogui. Todėl reikia labai branginti ligonio atvirumą. Tik rūpestinga, tvarkinga ir atidi slaugytoja kelia pagarbą bei pasitikėjimą [36]

.Slaugos procesą sudaro keturi etapai [8]:

- Sveikatos poreikių bei problemų nustatymas ir įvertinimas.
- Planavimas.
- Įgyvendinimas.
- Vertinimas.

Žmogaus patekimas į psichiatrijos ligoninę, pasikeitusi gyvenimo situacija kelia nerimą ir įtampą. Tai yra nemažas psichologinis stresas kiekvienam žmogui, tuo labiau sergančiam psichikos sveikatos sutrikimu. Dažnai žmogus į ŪAPS patenka nelauktai, netgi dramatiškomis

aplinkybėmis, ūmiai išsivysčius psichozei ar sunkiai alkoholinei abstinencijos būklei.

Slaugytoja privalo būti rami, kantri, pagarbi, vengti familiaraus elgesio, perdėto emocingo reagavimo, stengtis nei žodžiais, nei savo laikysena neišduoti kilusio nerimo ar baimės. Pokalbio metu visas dėmesys turi būti skiriamas pacientui.

Daug išsamios ir vertingos informacijos slaugytojai gali gauti iš paciento artimųjų, todėl svarbu anksti užmegzti su jais glaudų ir atvirą kontaktą.

Visa informacija apie pacientą yra konfidenciali. Slaugytoja privalo surašyti slaugos dokumentuose visą informaciją.

Slaugos proceso aprašymas vadinamas slaugos planu. ŪAP skyriaus slaugytojos slaugos planą sudaro atsižvelgdamos į 12 gyvybinių veiklų. Nustatant slaugos diagnozę, paciento problema siejama su priežastimi ir patvirtinama tam tikrais ligos požymiais. Planuojant slaugą, slaugytojos ir paciento norai bei poreikiai gali nesutapti. Slaugytojos profesionalumas gali padėti šiuos skirtumus išlyginti.

Slaugos planas yra reikšminga slaugytojo darbo dalis. Jis parodo jos sumanumą, sąžiningumą, pareigingumą, įgytų kompetencijų lygį, atsakomybę užtikrinant pacientų saugumą ir ginant pacientų teises.

Pasveikus ar pagerėjus būsenai, išvykstančiam į namus pacientui ir jo artimiesiems slaugytoja išaiškina, kaip pastebėti ligos atkryčius ir kaip jų išvengti.

Psichikos būklės ir gyvybinių veiklų vertinimas ŪAPS

Visa informacija aiškiai ir tiksliai registruojama slaugos istorijoje

- *Paciento tapatybę nusakantys duomenys*
- *Hospitalizacijos priežastys* (paciento žodžiais).
- *Ligos pradžia, trukmė* (ankstesnės hospitalizacijos).
- *Svarbūs gyvenimo įvykiai, stresai.*
- *Temperatūra* (ar temperatūra normali, žema, aukšta); paciento galima paklausti: kokių priemonių imasi pakilus temperatūrai, ar padidėjęs prakaitavimas, ar kartais neišpila karštis, ar nešąla galūnės kaip reaguoja į oro pasikeitimus?
- *Pulsas (k/min); arterinis kraujo spaudimas (mm/Hg).*
- *Kvėpavimas:* ar normalus, kosulys, dusulys, skrepliavimas; kvėpavimo pobūdis: dažnis, gylis, ritmas, garsumas; ar praeity turėjo kvėpavimo problemų ; ar dabar turi kvėpavimo problemų, kaip problemas sprendžia, jei žmogus dirba, ar nekenksmingomis sąlygomis, ar rūko, jei taip tai ką ir kiek kartų per dieną?
- *Valgymas ir gėrimas:* koks maisto racionas, kaip dažnai maitinasi, kiek ir kokių skysčių suvartoja per parą, ar turi virškinimo problemų, ar viską gali valgyti ir gerti, ar yra kokie nors nepatogumai valgant ir geriant, koks apetitas, svoris (ar priaugo, ar numetė, priaugote

svorio, kiek kilogramų?).

- *Šalinimas*: kaip dažnai tuštinas, koks išmatų pobūdis, kaip dažnai šlapinasi, koks šlapimo pobūdis, ar turi problemų (vidurių užkietėjimas, skausmingas tuštinimasis, šlapinimasis, dujų susilaikymas, išmatų nelaikymas, viduriavimas, išmatos su priemaišomis, šlapimo nelaikymas, šlapimo pakitimas), kaip pacientas sprendžia iškilusias problemas, kiek savarankiškas šioje veikloje?
- *Alergija* (gal alergiškas kokiems nors vaistams, maistui).
- *Oda (bėrimai, tatuiruotės susižalojimai , sausa, pažeista , pakitusi spalva)*, kokie paciento higienos įgūdžiai.(dantų, plaukų, nagų, odos priežiūra), kaip dažnai jis tai atlieka, kaip prižiūri drabužius , kiek savarankiškas šioje veikloje, kokios sąlygos asmens higienai ir rūbų priežiūrai, kokia pagalba reikalinga?;
- Kokiomis *somatinėmis* ligomis pacientas yra sirgęs, kokios somatinės problemos vargina šiuo metu ;persirgtos *infekcinės* ligos;
- *Fiziniai apribojimai* (protezai ir kitos pagalbinės priemonės(akiniai, klausos aparatai)).
- *Judėjimas ir veikla*: ar pakanka energijos užsiimti norima veikla, ar turi judėjimo problemų, ar gali judėti savarankiškai, ar reikalinga pagalba kasdienėje veikloje, ar daro mankštą, sportuoja, kaip reguliariai, ar turi laisvalaikio užsiėmimų, pažymėti kokia eisena, laikysena: sulėtinta, nejudri, sukaustyta, motoriškai sujaudinta, ilgesniam laikui sustingsta vienoje pozoje, judesiai staigūs, manieringi, teatrališkos pozos, jei trūksta, kokių kūno dalių?
- *Lyties raiška*: kada prasidėjo menstruacijos, gal yra problemų susijusių su menstruacijomis, paskutinis menstruacinis ciklas, ar yra kokių nors problemų susijusių su klimakteriniu laikotarpiu, lytiniai santykiai (pastovūs, nepastovūs), ar naudoja kontraceptines priemones (ar yra kokių nemalonių pojūčių ar problemų, nėštumai, abortai, gimdymai)
- *Miegas ir poilsis*: ar išsimiega, koks miegas (gilus, paviršutiniškas), ar griet užmiega, kokia miego trukmė, ar anksti pabunda, ar naudoja kokias nors priemones, kad užmigt, nėra poilsio jausmo.
- *Išvaizda* : tvarkinga ar ne, neįprastai apsirengęs, ar išvaizda atitinka amžių, traumų požymiai, abstinencijos simptomai, kaip drebėjimas ir prakaitavimas, veido nervų pakitimai, išsprogusios akys, vienas akies vyzdys didesnis už kita, padidėjusi skydliaukė, ar pastebimi injekcijų ženklai?
- *Elgesys ir bendravimas* pokalbio metu: ar pacientas yra agresyvus, niūrus, draugiškas, daug reikalaujantis ar malonus, ar pasireiškia keisti bruožai (pavyzdžiui, tarsi pacientas reaguotų į haliucinacinį balsą), kontaktas su pacientu geras, formalus, išsisukinėjantis

(slepiantis arba neigiantis vidinius išgyvenimus), labai daug kalbantis, priešiškas, pasyvus, manipuliuojantis, netaktiškas ir kt.

- *Kalba*: greita, įtempta, garsi, tyli, švelni, aiški (paciento pasakojimas aiškus ar sunku jį suprasti, pokalbio temos keičiamos pernelyg dažnai ar logiškai eina viena po kitos, kalbos greitis, ar pasakojimas lėtas, ar prieš atsakant yra ilgos pauzės, ar pacientas šneka daug ir greitai, jei įmanoma, tai išdėstyti, kaip pakitusi kalbos maniera, pažymėti tokius sutrikimus kaip disfaziją, mikčiojimas, tarimo sutrikimai.
- *Nuotaika*: bendra nuotaika yra neutrali, pablogėjusi ar pakili, baiminga, prislėgta (depresiška), euforiška, kokios nuomonės yra pats pacientas apie savo nuotaiką, ar jo nuomonė sutampa su elgesiu, atkreipti dėmesį, kaip pacientas atsako į bendro pobūdžio klausimus pavyzdžiui, “ kaip Jūs šiandien jaučiatės?”, jei pacientas depresiškas, reikia sužinoti, ką jis galvoja apie ateitį ir ar nepasitaiko minčių ar net planų apie savižudybę, nes įvairių autorių duomenimis, sergančiųjų alkoholizmu depresijų skaičius svyruoja nuo 28 iki 60 proc. Savižudybė tokiais atvejais sudaro vidutiniškai 17.7 proc., tuo tarpu visoje populiacijoje - apie 4 proc. Literatūroje aptinkami duomenys rodo, kad depresija, atitinkanti didžiosios depresijos kriterijus, nustatoma apie 10 proc. priklausomų nuo alkoholio asmenų [36]. Dažnai yra sunku nustatyti paciento nuotaiką iš jo pasakojimo, dalis pacientų vis dėlto prisipažįsta, kad nuotaika pagerėjusi ar net žymiai geresnė nei įprastai, kartais pasireiškia kito tipo pakitimais, kaip dirglumas, varžymasis ar priešiškumas. Reikia atkreipti dėmesį ar paciento pasakojimo turinys atitinka nuotaiką, ar į klausimus atsako adekvačiai. Taip pat svarbu mokėti atskirti drovią šypseną nuo lengvo šypsniio bei šypsojimosi be priežasties. Mokėti atskirti santūrumą nuo uždarumo bei sensitivityumą nuo jausmų labilumo.
- *Minčių eiga ir turinys*: ar dabartiniai paciento rūpesčiai, nerimas ir baimė užpildo jo visas mintis, ar pacientas galvoja apie save, ar apie kitus asmenis, apie praeitį ar dabartį, ar minčių turinys pastovus, ar yra galimybė jas nukreipti kitur, ar pasireiškia mąstymo sutrikimų, tokių kaip sunkumas susikoncentruoti, ambivalentiškumas, asociacijų perteklius, minčių įgyvendinimas, minčių antplūdis, vaizduotės sutrikimai, minčių pristabdymas, minčių suskaidymas, minčių kartojimasis, ar yra priverstinių minčių, neologizmų?
- *Liguistos idėjos ir išgyvenimai*: ar pasireiškia iliuzijos, haliucinacijos, fantazijos ar idėjos fikso (idėjas geriau aprašyti paciento žodžiais), labai svarbu išsiaiškinti, ar pacientas pasiryžęs veikti pagal savo idėjas. Kai kurie pacientai kalba apie savo idėjas visiškai atvirai, kiti yra labai rezervuoti ir įtarūs, jei pacientas yra rezervuotas, galima pateikti draugiškus bendro pobūdžio klausimus (Pvz : ar su jumis buvo kas nors atsitikę keisto, neįprasto, trikdančio?), po to galima paklausti (Pvz: ar jaučiate, jog kažkas nori padaryti

jums kažką blogą, ar atrodo, kad kažkas trukdo Jūsų mintims, veikia Jūsų organizmą ir veiksmus?) Įtakos turintys prasimanymai (kliesedisiai) skirstomi į dvi grupes: a) išorinės įtakos, kurie pagrįsti įspūdžiais, patirtimi b) vidinės įtakos (iš paties savęs), pasireiškiantys kaip kaltės jausmas, didingumas, iliuziniai kūno pakitimai; aprašome klausos, regos ir lytėjimo iliuzijas ir jų neteisingą aiškinimą.

- *Sąmonė*: ar pacientas žvalus, mieguistas, snaudžiantis bet pažadinamas, nesąmoningas, ar pacientas ieško kontakto ir emociškai bendrauja, ar kontaktas formalus, neemocionalus, rezervuotas ar apskritai neatsakinėja į klausimus.
- *Orientavimasis*- laike, savyje, vietoje, ar pacientas supranta kur jis esąs, kiek laiko, kokia savaitės, mėnesio diena, kelinti metai, ar atpažįsta kitus asmenis?
- *Dėmesys* ir sugebėjimas susikoncentruoti (Pvz: ar jūs galite susikoncentruoti, aiškiai mąstyti, laisvai skaityti knygas ir laikraščius, žiūrėti televizorių?).
- *Atmintis* -ar paciento pasakojime apie savo ligą yra daug spragų, ką pacientas pats galvoja apie savo atmintį (Pvz : ar paskutiniu metu jūs pradėjote užmiršti?).
- *Intelektu sugebėjimai* - pabandyti įvertinti intelekto lygį, ar paciento sugebėjimai sutampa su jo išsilavinimu ir darbo vieta.
- *Ligos pajutimas* - ar pacientas supranta, kad serga ar nejaučia ligos, ar supranta, kad jam reikia gydytis, ar pacientas atvyko savo noru, ar turi minčių, planų pabėgti?

Taigi, toks informacijos rinkimas padeda:

- Prieš pradėdant planuoti slaugą susidaryti aiškų vaizdą apie pacientą,
- Nustatyti, kas šiam asmeniui yra įprasta,
- Nustatyti individualius ir specialius paciento slaugos poreikius,
- Bendrauti ir bendradarbiauti su pacientu,
- Įtraukti pacientą nustatant slaugos poreikius ir pageidautinus galutinius rezultatus,
- Užtikrinti, kad paciento rūpesčiai, poreikiai, sveikatos priežiūra būtų dėmesio centre,
- Kartu su kitais darbuotojais vertinti, palyginti pokyčius, priimti sprendimus,
- Užkirsti kelia problemoms, kurios kyla, kai neatliekama savirūpa ar nestiprinama sveikata.

2.4.2. Slaugos problemos, veiksmai ŪAPS

Priklausomybės nuo alkoholio gydymas yra ilgas procesas. Slaugytoja atlieka sunkų, tačiau labai svarbų vaidmenį slaugydama pacientus sergančius psichikos ir elgesio sutrikimais vartojant alkoholį. Rūpindamasi bei slaugydama šiuos pacientus slaugytoja susiduria su įvairiomis problemomis.

Slaugytojai svarbu sudaryti pacientui palankią, saugią aplinką. Tai rami palata, patogio lova, neryškus apšvietimas, tinkama temperatūra. Triukšmingoje aplinkoje labai pablogėja paciento savijauta, kyla nerimas, paūmėja ligos simptomai[37].

Pacientų priklausomų nuo alkoholio slauga susijusi su padidėjusia rizika Ypač pirmosiomis minutėmis, atvykę į skyrių pacientai būna sutrikę, pikti, agresyvūs

Labai svarbu, pastebėjus, jog pacientas yra sutrikusios sąmonės išsiaiškinti, kas sukėlė delyrą: alkoholis, vaistai, narkotikai ir ar nėra minėtųjų medžiagų nutraukimo sindromo – tai labai svarbu, nes šiems pacientams dažnai prireikia psichologinės bei farmakologinės pagalbos. Laiku atpažinus ir tinkamai įvertinus delyrą galima optimaliai valdyti. Paciento elgesys bei pažintinės funkcijos turėtų būti įvertintos iš karto atvykus pacientui į skyrių, taip pat ir vėliau. Gauti rezultatai palyginami ir vertinami jų pokyčiai. Jeigu jie reikšmingi, slaugytojas būtinai informuoja gydytoją[38].

Situacijos, kai inteligentiškas vyriškis staiga ima rėkauti ir plūstis, o miela ir geraširdė senutė visiškai nebesupranta to, kas jam sakoma, bei apkumščiuoja jį slaugančiuosius, gerai žinomos intensyvios terapijos (*ITS, angl. Intensive Care Unit, ICU*) specialistams. Tai – psichozės atvejai [39].

Dažniausiai ŪAPS pacientams pasireiškia hiperaktyvusis delyras – būdingas stiprus sujaudinimas, emocijų labilumas, nenusėdėjimas vietoje, mušimasis. Dėl baimės bei dezorientacijos tokie pacientai nenori būti slaugomi, šūkauja, rėkauja išleisti namo, išsitraukia kateterius, lipa iš lovos, tampa agresyvūs, kelia pavojų sau bei medikų sveikatai [37].

Dažniausiai psichozės metu pacientai būna sujaudinti, agresyvūs, nesiorientuoja laike ir vietoje. Pacientų suvokimo funkcijoms įtaką daro nuolatinis triukšmas, šviesa nakties metu, medicinos aparatų ūžesys, garsai.[37].

Pacientų ištikėtų delyro slauga

Delyro atveju pacientų slaugos planas turi būti individualus, pagrįstas surinkta informacija, apžiūros bei asmeninio pokalbio žiniomis. Slaugos tikslas – optimizuoti paciento protinę būklę ir funkcionavimo lygį bei užtikrinti saugumą.

Tokie pacientai turi būti nuolat stebimi. Galima naudoti įspėjamuosius garso prietaisus. Tačiau tai nereiškia, jog šios priemonės gali pakeisti slaugytoją. Bendrauti reikia aiškiai, griežtai.

Pacientams kuriems išsivysto delyras, svarbiausia yra saugumas ir aktyvi priežiūra. Personalas turi dirbi komandoje. Pagrindinis saugumo principas – taikyti saugumo priemonės kurios kuo mažiau varžytų pacientą. Apribojimai tik stiprina delyrą. Geriausia, kad pacientą slaugytų tas pats slaugytojas. Pacientai, kurie yra ypač sujaudinti ir dažnai išsitraukia kateterius, nusiplėšia tvarsčius, reikia papildomų saugumo priemonių. Saugiausia naudoti specialius diržus rankoms, kojoms prie lovos tvirtinti. Sujaudintiems pacientams patariama pašalinti visus mažiau reikšmingus daiktus. Papildomas saugumo priemonės reikia naudoti, tik kai jos būtinos ir tik ribotą laiką, pavyzdžiui, kai pacientas yra linkęs žaloti save bei aplinkinius[38].

Sukurti aplinką kuri optimizuoja stimuliaciją: sumažinti triukšmą, apšvietimą, aplinka turi būti saugi, kad pacientas nesusižalotų pats bei nesužalotų kitų. Būtina užtikrinti šilumą, mitybą [37].

Agresija (*lot. aggressio*–užpuolimas) tai priešiškas elgesys, kurio tikslas fiziškai sužaloti ar psichiškai traumatuoti kitą žmogų arba save. Agresija (priešiška emocinė reakcija dėl asmenybės poreikių tenkinimo, tikslų įgyvendinimo kliūčių).

Ji gali pasireikšti tiesioginiu (fiziniu) ar netiesioginiu (psichologiniu) smurtu – šmeižtu, žeminimu, apkalbomis, išjuokimu, irzlumu, negatyvizmu, pavydu, neapykanta, įtarumu. Verbalinė agresija – riksmas, pakeltas balsas, nepagrįsti reikalavimai, grasinimai, ginčijimasis, plūdimasis necenzūriniais žodžiais [40,p.84.]. Individai su asmenybės sutrikimais, patekę į stresinę situaciją, ypač išgėrę alkoholio ar pavartoję kitų narkotikų, gali reaguoti labai audringai ir/ar agresyviai [1, p. 649].

Slaugos darbuotojai labai dažnai patiria pacientų agresiją savo kasdieniniame darbe. Su agresyviais pacientais, keliančiais pavojų sau ir aplinkiniams, slaugytojos gali susidurti ne tik ŪAPS, o ir bet kuriame RVPL skyriuje. Taip yra todėl, kad agresyvaus elgesio priežasčių gali būti daug. Jos skirstomos į keletą grupių:

- psichikos ligos, pasireiškiančios kludiesiais, haliucinacijomis, maniakine būseną;
- organiniai CNS pažeidimai: galvos traumos, insultai, augliai, epilepsija (pasireiškia labai stiprus pyktis, kuris ypač sunkiai kontroliuojamas);
- intoksikacijos: alkoholizmas, uremija.

Pastebėjus agresyvų, destruktivų pacientą pirmiausia reikėtų įvertinti jo gyvybines funkcijas, sąmonės lygį, neurologinę simptomatiką, patikrinti vartojamus vaistus, pakviesti gydytoją.

Agresija dažnai pasireiškia [41]:

1. Įžeidžiama žodine kalba(užgauliojimai);
2. Nuolatiniu į personalą nukreiptu pykčiu ;
3. Atsisakymu klausyti personalo prašymų;
4. Pastūmimu, įspyrimu, trenkimu kumščiu darbuotojui, daiktų ir maisto svaidimas.

5. Gydomo priemonių atsisakymas (pvz., ištraukia intraveninės infuzijos adata).

Slaugytoja turi įvertinti pyktį išprovokavusios situacijos priežastį, pasekmes ir geriausius būdus, kurie galėtų padėti susitvardyti pacientui [41]

- Blogos nuotaikos apimtą pacientą geriausia trumpam palikti viena;
- Kad nebijotume paciento, reikia jį geriau pažinti ir tinkamai su juo elgtis;
- Bendraujant išsiaiškinti ir įvertinti psichopatologija;
- Planuojant slaugą ir kasdieninę rutiną kartu su pacientu, duodant jam kuo daugiau lanksčių sprendimų ir kuo mažiau įsakymų, kategoriškų reikalavimų;
- Slaugos darbuotojui prie impulsyvaus (agresyvaus) paciento neiti ir nebūti vienam, o pasikviesti kolegą;
- Slaugos darbuotojui būti atsargiam, o kartu ir ramiam, išlaikyti savitvardą – neišivelti į konfliktines situacijas;
- Esant reikalui, mokėti ir naudoti savigynos pratimus;
- Ypatingais atvejais, kada pacientas pavojingas sau ir kitiems, naudoti trumpalaikes fizinio suvaržymo priemones.

Fiksavimas. Jis atliekamas tik esant būtinam reikalui. Tai nemaloni procedūra visiems.

Kraštutinė priemonė, taikoma ypatingais atvejais jei paciento būklė negerėja ar net blogėja.

Pacientui reikia paaiškinti, kad tai nėra bausmė, o daroma jo labui.

Svarbu, kad pacientas būtų suvaržytas ryžtingai, iš karto, stengiantis panaudoti kuo mažiau prievartos [40, p.87].

Svarbu atsimint, jeigu jau tapote užpuolimo auka tiksliai atlikdami savigynos veiksmus ne tik pačios apsisaugosite, bet ir nesužalosite paciento. Jokiu būdu prieš pacientus negalima naudoti agresijos, kuri gali pasireikšti ir kalba, ir elgesiu, ir gestais, ir net žvilgsniais.

Planuojant agresyvaus paciento slaugą, išskiriama slaugos problema, slaugos ir priežiūros tikslai ir intervencijos. Įvertinus slaugos problemą pavyzdžiu: galimas savęs ar kitų žalojimas dėl impulsyvaus elgesio ar nesugebėjimo realiai suvokti aplinką, vėliau nustatyti slaugos tikslus, bei atlikti slaugos veiksmus.

Slaugos tikslai:

stengtis, kad pacientas išreikštų frustraciją nedarydamas žalos nei sau, nei kitiems;

padėti pacientui kiek įmanoma kontroliuoti savo elgesį;

apsaugoti pacientą nuo susižalojimų;

pacientas gebės atsargiai reikšti savo nepasitenkinimą.

Problemos sprendimo veiksmai:

Tokiu atveju reikia veikti greitai, tiksliai ir dalykiškai:

- skubiai malšinti pyktį, padėti pacientui nuslopinti pyktį;

- leisti pacientui žodžiais išlieti savo pyktį, padėti reikšti jausmus, atspindėti, patikslinti;
- leisti pacientui fiziškai išlieti pyktį negyviems daiktams: kumščiu daužyti minkštą sieną, patalynę, bokso kriaušę (jei yra galimybė) ir pan.;
- vengti gynybiškos emocinės reakcijos: nevertėtų teisintis, gintis;
- stengtis išlaikyti dėmesį pacientui;
- kalbant su pacientu klausimus detalizuoti, pakartoti, klausti garsiai ir aiškiai (pvz.: Sakėte, kad pykstate. Kodėl?“);
- patikslinti destruktivaus elgesio pasekmes pačiam pacientui;
- pacientą perkelti į privatesnę ir saugesnę palatą, kad aplinkui būtų mažiau žmonių. tačiau negalima su pacientu likti vienai;
- einant leisti vaistų ar atlikti kitų slaugos procedūrų, eiti dviese, neuždaryti palatos durų;
- pasistengti, kad aplink pacientą būtų kuo mažiau dirgiklių: neryški šviesa, pritildytas garsas;
- labai svarbu pačiai slaugytojai išlaikyti ramybę ir išoriškai atrodyti visiškai ramiai: ramus balsas, akių kontaktas, ramūs, tačiau užtikrinti judesiai;
- stebėti, kas pacientą ypatingai erzina – vyrai ar moterys, senas ar jaunas personalas ar pan.;
- vengti sujaudintam pacientui atlikti intervencijas(injekcijas, tyrimus), išskyrus gyvybiškai būtinas procedūras;
- pasistengti pasikviesti vieną ar du personalo narius, kurie moka susitvarkyti su pacientu. Slaugytojų pareiga, susidūrus su agresyviu pacientu, užtikrinti tiek paciento, tiek savo saugumą. Todėl kraštutiniu atveju galima taikyti tam tikrus apribojimus, pvz.: fiksavimą.

Slaugos intervencijos ir paciento priežiūra kraštutiniu atveju, kai pacientą reikia fiksuoti:

- esant reikalui, pasikviesti daugiau personalo, apsaugą, kai nėra kitos išeities, pasitelkti kitus pacientus;
- dalyvauti turėtų 3-5 žmonės;
- prieš fiksavimą, jei tik įmanoma pacientui reikia pasakyti, kas bus daroma, taip pat pasikalbėti su artimaisiais;
- labai svarbu pacientą prifiksuoti iš pirmo karto, kad jis nepajustų , jog yra pranašesnis už slaugos personalą;
- stengtis parodyti pacientui, kad tai nėra bausmė, tačiau viską darome jo labui;
- būtų labai gerai, jei fiksuojant pacientą personalo komandai vadovautų vienas ramus ir kompetentingas žmogus, kad nekiltų ginčų tarp personalo narių;
- fiksavimui galima naudoti specialius diržus, liemenes arba parankines priemones –

paklodes, rankšluosčius, bintus. Svarbu, kad fiksavimo vietose nebūtų traumuojami audiniai, bintas ar diržai neužsiveržtų.

Prifikuotas žmogus slaugomas taip pat kaip sunkus, nesąmoningas, gulintis pacientas:

- jis turi būti stebimas nuolat arba į palatą užeinama kas 10-15 min.;
- stebėti gyvybines funkcijas ir bendrą būklę: žiūrėti, kad neužspringtų, sekti medikamentų veikimą, sąmonės lygį, AKS, pulsą, temperatūrą;
- stebėti fiksavimo vietas, galūnes. Po vieną galūnę atpalaiduoti kas 0,5–1 val., pamasažuoti;

- paciento padėtį keisti ne rečiau kaip kas 2 valandos, galūnes pamankštinti;
- jei fiksavimas trunka ilgiau nei 12 val., pacientą prausti, kruopščiai išvalyti dantis, burnos ertmę, nosies landas, ausis ir kitas kūno vietas;
- visus atliktus veiksmus reikėtų pažymėti specialiame dokumente ar slaugos plane: dėl ko reikėjo imtis šios priemonės, kada pacientas buvo fiksuotas (tikslus laikas), kas dalyvavo, kaip pacientas buvo prižiūrimas (kas kiek valandų vartytas, kada mankštintos galūnės) ir t.t.;
- prieš atrišant pacientą, jei tik įmanoma, reikia pasitarti su juo pačiu, jei yra jo artimųjų – ir su jais.

Slaugos problema:

Nerimas - nemaloni emocinė būseną – grėsmės pojūtis, kylantis dėl realaus ar įsivaizduojamo pavojaus.

Elgesio požymiai: neramus, irzlus, greita kalba, klausimų kartojimas, negali susikaupti ar suprasti paaiškinimų, negali atsiminti perduotos informacijos, somatiniai negalavimai, negali bendrauti, dažnai kviečia ateiti, netiki atsakymais.

Slaugos veiksmai:

Skubiai malšinti nerimą: pabūti su pacientu 5 minutes ir pabandyti įtikinti pacientą savo noru jį išklaudyti ir paremti, taikyti šiuos susitvarkymo būdus: pokalbis, pasivaikščiojimas, išsiverkimas; trumpai ir aiškiai pasakyti pacientui, kas jam atsitiko; pakartoti tiek kartų, kiek reikės; neapsunkinti paciento informacija, ypač esant stipriam ir vidutiniam nerimui; nedaryti psichologinio spaudimo; paklausti paciento, kaip būtų galima jam padėti; atsiradus hiperventiliacijai, paprašyti paciento kartu su jumis giliai ir lėtai kvėpuoti, susikoncentruoti į kvėpavimo metu atsiradusius pojūčius; esant panikai pasilikti šalia paciento.

Padėti pacientui nuslopinti nerimą: kasdien bendrauti su pacientu, ilginant pokalbių trukmę, mažinant pokalbių skaičių per dieną; kartu su pacientu pabandyti įvertinti nerimo priežastis; pagirti personalą ir artimuosius, kurie stengiasi sukurti tokią aplinką, kurioje pacientas jaučiasi suprastas ir galintis kontroliuoti savo nerimą.

Galimi rezultatai: pacientas(artimieji) gali pasakyti nerimo priežastis, nerimo slopinimo būdus, esant silpnam ir vidutiniam nerimui – bendrauti su aplinkiniais ir sėkmingai susidoroti su nerimu.

Rekomendacijos žmonėms kurie kenčia nuo nerimo (*Švietimas* – labai svarbus veiksnys, padedantis ligoniams bei jų šeimos nariams išmokti gyventi susiklosčiusioje naujoje situacijoje, išvengti kai kurių komplikacijų ir sumažinti atkryčių skaičių)

Pokalbiai – jie gali padėti, kai nerimą sukėlę įvykiai – skyrybos, vaiko liga, darbo netekimas ir pan. – yra neseni. Su kuo pasikalbėti? Pamėginkite su draugais ar artimaisiais, kuriais pasitikite, gerbiate jų nuomone ir kurie moka klausyti. Galbūt ir jie yra turėję tokių bėdų ar pazista žmogų, kuriam taip buvo atsitikę. Taigi jūs ne tik pasikalbėsite, bet ir sužinosite, kaip kiti žmonės kovoja su panašiais sunkumais.

Savitarpio pagalbos grupės – tai geras būdas susipažinti su panašių rūpesčių turinčiais žmonėmis, jie ne tik supras, ką jūs jaučiate, bet ir patars, kaip grumtis su sunkumais; šios grupės gali būti sudarytos pagal nerimo rūšis arba vienyti panašios patirties žmonės: moteris, našlaičius, smurtą patyrusius asmenis; grupinė terapija apima: elgesio terapijos grupes, lavinančias bendravimo įgūdžius, tarpasmeninių santykių supratimą, saviraiškos ir savarankiškumo ugdymo grupes, emocinio aktyvumo grupes, meno terapijos grupes, grupės asmenų turinčių priklausomybės problemų; tai padeda ligoniams ir jų šeimoms spręsti problemas, pakelti stresą ir skatina pasitikėti gydymu.

Mokymasis atsipalaiduoti – išmokti atsipalaiduoti, kontroliuoti nerimą ir įtampa yra labai naudinga; to galima išmokti grupėse ar padedant profesionalams, be to yra knygų ir vaizdajuosčių mokyti savarankiškai, patarti praktikuoti ne tik krizės laikotarpiu.

Psichoterapija – tai intensyvesnis gydymas, galintis padėti geriau suprasti tas nerimo priežastis, apie kurias galbūt nė nežinojome, ir su tuo susitaikyti; gydoma kelėta savaičių grupėmis ir individualiai.

Labai svarbu ir grįžtamasis ryšys, t.y. pacientų nuomonė apie ligoninės teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybę. Tam tikslui atliekamos anketinės pacientų apklausos, nagrinėjami jų prašymai ir skundai bei kiti pareiškimai. Pacientų nuomonė apie gautas paslaugas nulemia visuomenės požiūrį į gydymo įstaigą. Visuomenės palankumą gydymo įstaiga gali pelnyti tik patikimumu ir visapusišku pacientų lūkesčių tenkinimu [42].

RVPL veikla orientuota į vartotojo lūkesčių patenkinimą. Siekdama šio tikslo RVPL aukščiausioji vadovybė nustatė pagrindinius veiklos procesus, kurie yra aiškiai suvokiami, valdomi ir kurių rezultatyvumas yra išmatuojamas ir gerinamas. Kokybės vadybos sistemoje RVPL veikla skirstoma į tokius procesus arba tam tikras tarpusavyje susijusias veiklas: valdymo, gydymo, slaugos bei aprūpinimo išteklius. Šie pagrindiniai procesai apima visas

RVPL veiklas [25].

3. TYRIMO MEDŽIAGA IR METODAI

3.1 Tiriamieji

Buvo atlikta imties atsitiktinė atranka (pagal respondentų skaičių). Tyrimo imtis - asmenys besigydantys RVPL ŪAPS ir kituose: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, Priėmimo ir diagnostikos, Psichiatrijos dienos stacionaro, Universitetiniame RVPL psichiatrijos skyriuose. Tiriamieji buvo suskirstyti į dvi grupes pagal skyrių, kuriame gydomi:

I grupė – tiriamieji, kurie šiuo metu gydomi ŪAPS;

II grupė – tiriamieji, kurie šiuo metu gydomi kituose RVPL skyriuose.

Iš viso apklausta abiejų lyčių įvairaus amžiaus 278 tiriamieji.

3.2. Tyrimo organizavimas ir eiga.

2007 metais RVPL. ŪAPS ir kituose skyriuose buvo atliekama besigydančių asmenų anketinė apklausa. Duomenų rinkimui buvo naudojama apklausa raštu. Apklausiai naudojama anketa. (žr. I priedą). aprobuota ir patvirtinta RVPL slaugos tarybos. RVPL direktoriaus pavaduotojos slaugai leidimu šią anketą naudoju savo apklausoje. Klausimynai buvo pateikti kiekvienam respondentui atskirai, jų pildymui skiriama 1 valanda. Įvadinėje dalyje respondentai supažindinami su apklausos tikslu, kas ją atlieka, bei kaip pildyti anketą. Klausimyną sudaro 20 klausimų: įvertinami respondentų sociodemografiniai duomenys (lytis, amžius, išsilavinimas); klausimai nuomonei apie slaugytojos teikiamų paslaugų kokybę aiškinti.

3.3. Statistinis duomenų apdorojimas.

Statistinė matematinė analizė atlikta *SPSS 13.0 (angl. Statistical Package for Social Science)* kompiuterine programa. Duomenys suvesti į personalinę kompiuterį. Grafiniam tyrimo rezultatų pavaizdavimui naudota *Microsoft Excel* programa. Rezultatai pateikiami lentelėse ir grafikuose. Kiekybiniams požymiams aprašyti pasirinktos šios aprašomosios charakteristikos: dažnis, vidurkis (\bar{X}), standartinis imties nuokrypis (S_x) ir standartinė vidurkio paklaida (SN).

Dažnių skirtumų statistinis patikrinimas įvertintas skaičiuojant chi kvadrato (χ^2) ir p reikšmes. Tikrinant statistines hipotezes, pasirinktas reikšmingumo lygmuo $p < 0,05$. Atsakymų dažnių pasiskirstymui atskirose grupėse nustatyti naudotos kryžminės lentelės.

3.4. Tyrimo etikos principų užtikrinimas.

Siekiant, kad nebūtų pažeisti etikos principai, kiekvienas respondentas turėjo teisę nieko neįtakojamas apsispręsti, ar dalyvauti tyrime. Buvo kreiptasi žodžiu į Vilniaus psichiatrijos ligoninės administraciją dėl sutikimo atlikti tyrimą. Supažindinus vadovus su tyrimu ir tyrimo instrumentu, buvo gautas žodinis sutikimas atlikti tyrimą. Apklausa anonimiška.

4. TYRIMO REZULTATAI

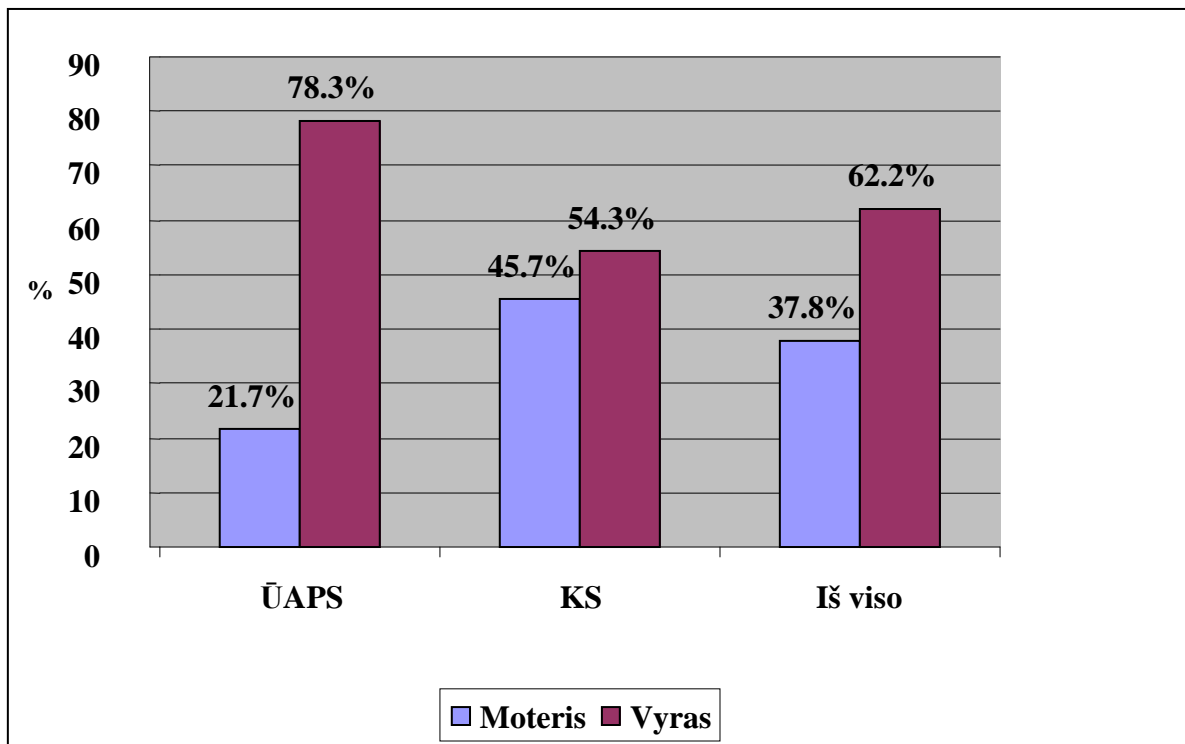
4.1. Sociodemografiniai rodikliai

Tyrime dalyvavo 278 respondentai, iš jų 92 (33,1 proc.) gydėsi ŪAPS ir 186 (66,9 proc.) gydėsi kituose skyriuose (KS). Visų, tyrime dalyvavusių tiriamųjų amžius varijuoja nuo 16 m. iki 73 m. (1 lentelė), amžiaus vidurkis ŪAPS yra $41,62 \pm 1,12$ m. ($N = 92$), standartinis nuokrypis yra 10,7 m. KS respondentų amžius varijuoja nuo 16 m. iki 73 m., amžiaus vidurkis yra $41,55 \pm 0,92$ m. ($N = 186$), standartinis nuokrypis yra 12,54 m.

1 lentelė. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal amžių.

Skyrius	Absoliutus skaičius	Amžius vidurkis	Standartinė vidurkio paklaida	Standartinis nuokrypis
ŪAPS	92	41,62	$\pm 1,12$	10,7
KS	186	41,55	$\pm 0,92$	12,54
Iš viso	278	41,57	$\pm 0,72$	11,94

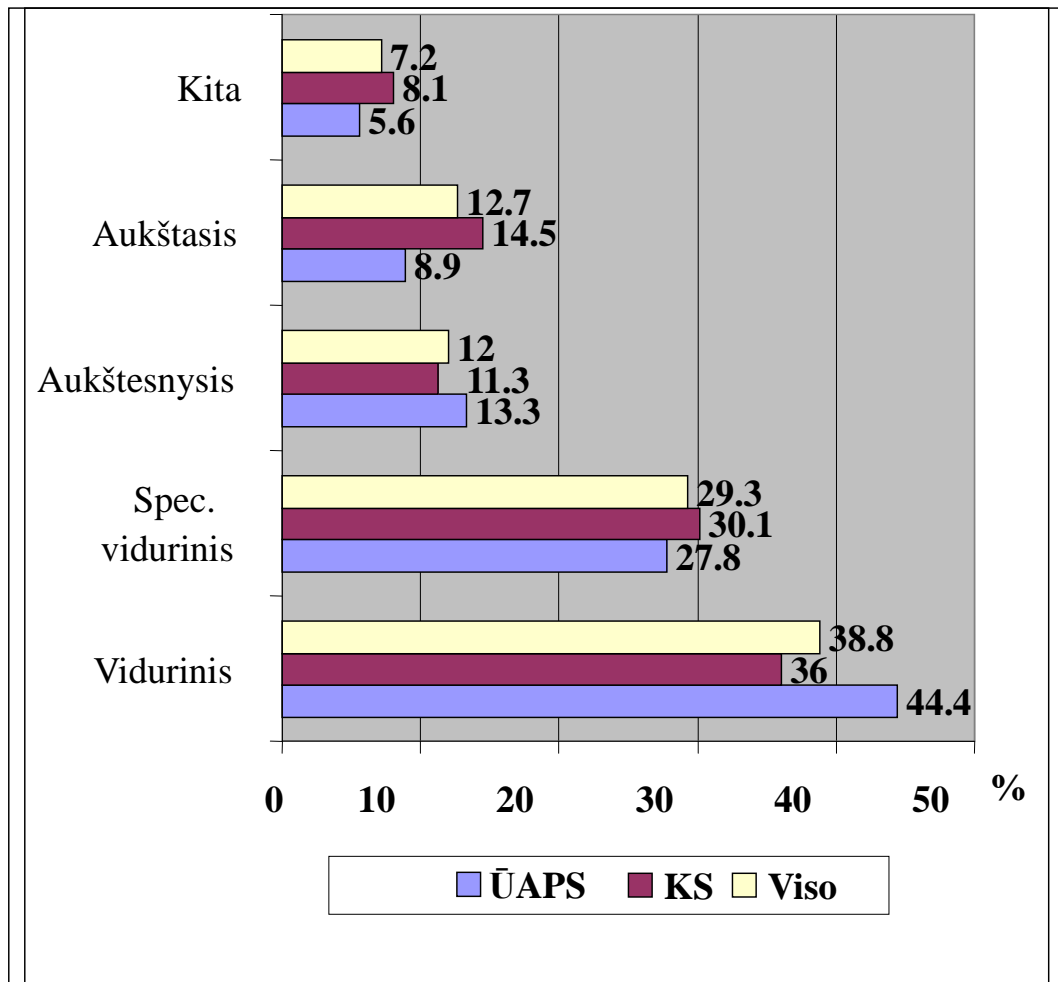
Tyrime dalyvavo abiejų lyčių respondentai (1 paveikslas), iš kurių 37,8 proc. ($N = 105$) sudarė moteriškos lyties respondentai ir 62,2 proc. ($N = 173$) vyriškos lyties respondentai. Iš visų apklaustų respondentų ŪPA skyriaus moterys sudarė tik 21,7 proc. ($N = 20$) ir net 78,3 proc. ($N = 72$) vyrai. Iš visų KS respondentų moterys sudarė 45,7 proc. ($N = 85$) ir net 54,3 proc. ($N = 101$) vyrai. Respondentus lyginant pagal lytį ($\chi^2 = 15.034$) rastas statistiškai reikšmingas skirtumas $p < 0,05$.



1 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal lytį

Analizuojant apklausos duomenis apie išsilavinimą (2 paveikslas) pastebėta, kad daugiausiai respondentų yra su viduriniu išsilavinimu – 38,8 proc. (N = 107) ir spec. viduriniu išsilavinimu – 29,3 proc. (N = 81), su aukštesniu yra 12 proc. (N = 33), su aukštu 12,7 (N = 35) ir kita (nebaigtas aukštasis, 8 klasių išsilavinimas, nebaigtas vidurinis) nurodė 7,2 proc. (N = 20) respondentų. Daugiausiai respondentų abiejose grupėse yra su viduriniu išsilavinimu (ŪAPS – 44,4 proc. (N = 40), o kitų skyrių 36 proc. (N = 67) respondentų), o mažiausiai yra nurodžiusių „kita“ išsilavinimą (ŪAPS – 5,6 proc. (N = 5), o kitų skyrių 8,1 proc. (N = 15) tiriamųjų). Su spec. viduriniu išsilavinimu ŪAPS grupėje yra 27,8 proc. (N = 25), o kitų skyrių grupėje 30,1 proc. (N = 56) respondentų. Su aukštesniu išsilavinimu ŪAPS grupėje yra 13,3 proc. (N = 12), o kitų skyrių grupėje 11,3 proc. (N = 21) tiriamųjų ir su aukštu ŪAP skyriaus grupėje yra 8,9 proc. (N = 8), o kitų skyrių grupėje 14,5 proc. (N = 27) respondentų.

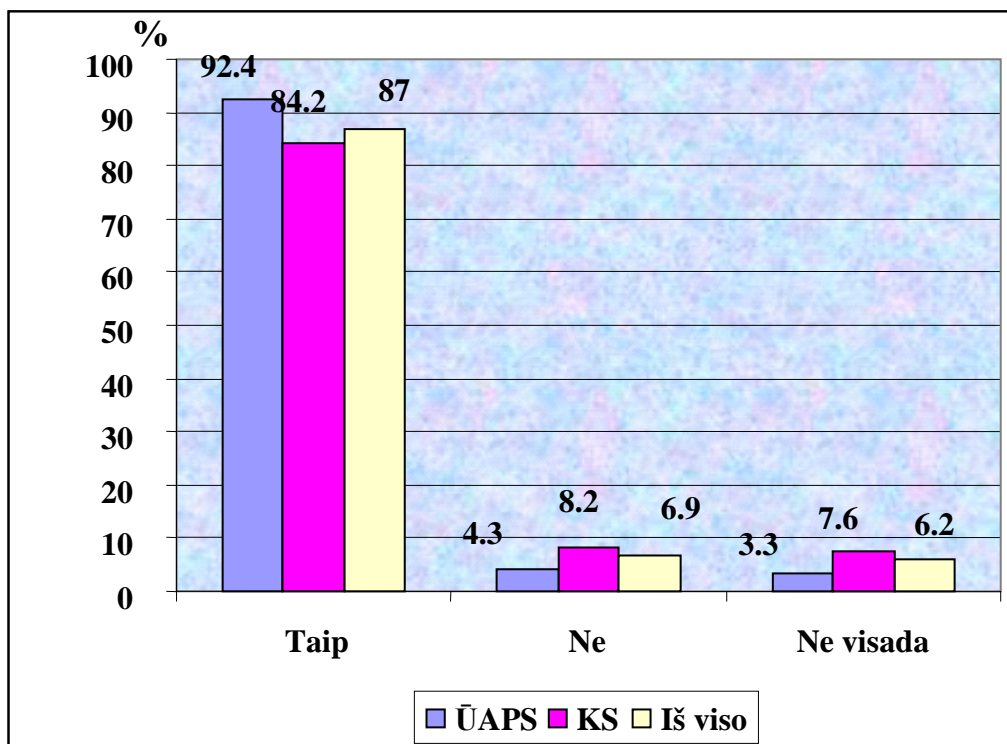
Respondentus lyginant pagal išsilavinimą ($\chi^2 = 15.831$) rastas statistiškai reikšmingas skirtumas $p < 0,05$.



2 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal išsilavinimą

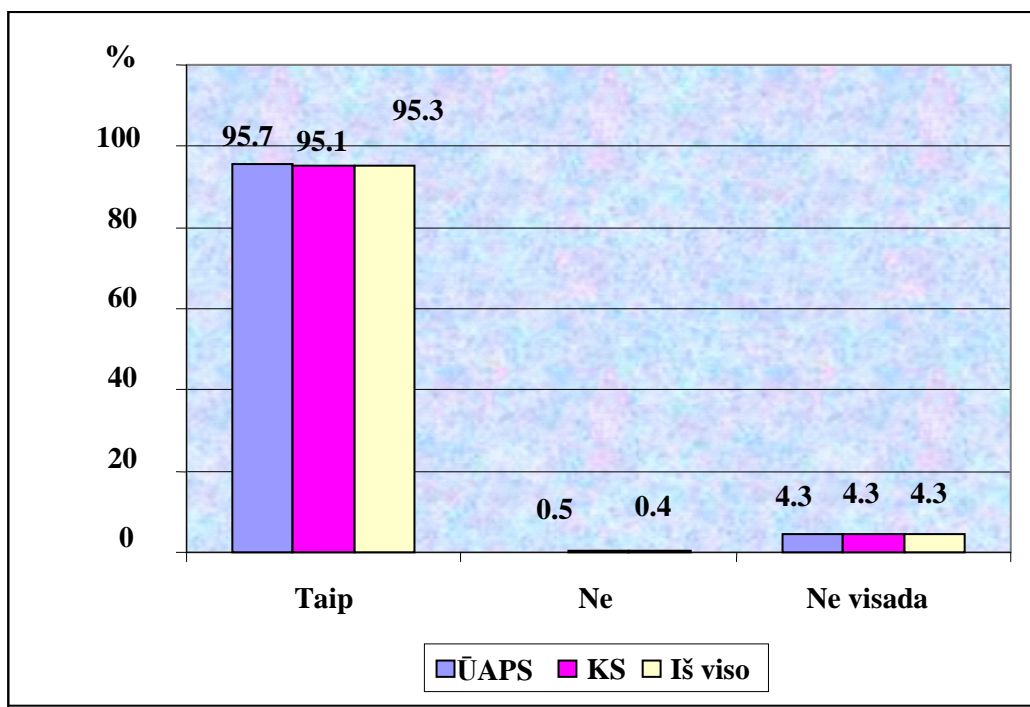
4.2. Pacientų nuomonės apie slaugytojų teikiamas paslaugas analizė

Vertinant nuomonę apie slaugytojos bendravimą su pacientu, pastebima, kad abiejų grupių respondentai slaugytojos bendravimą su pacientu vertina teigiamai (3paveikslas). 92,4 proc. (N = 85) ŪAPS ir 84,2 proc. (N=155) KS respondentai nurodė, kad slaugytoja, atvykus į skyrių parodė kabinetus, palatą ir pristatė palatos kaimynams. Analizuojant respondentų nuomonę apie slaugytojos bendravimą su pacientais statistiškai reikšmingų skirtumų tarp abiejų grupių tiriamųjų nuomonės duomenų nerasta ($p \geq 0,05$).



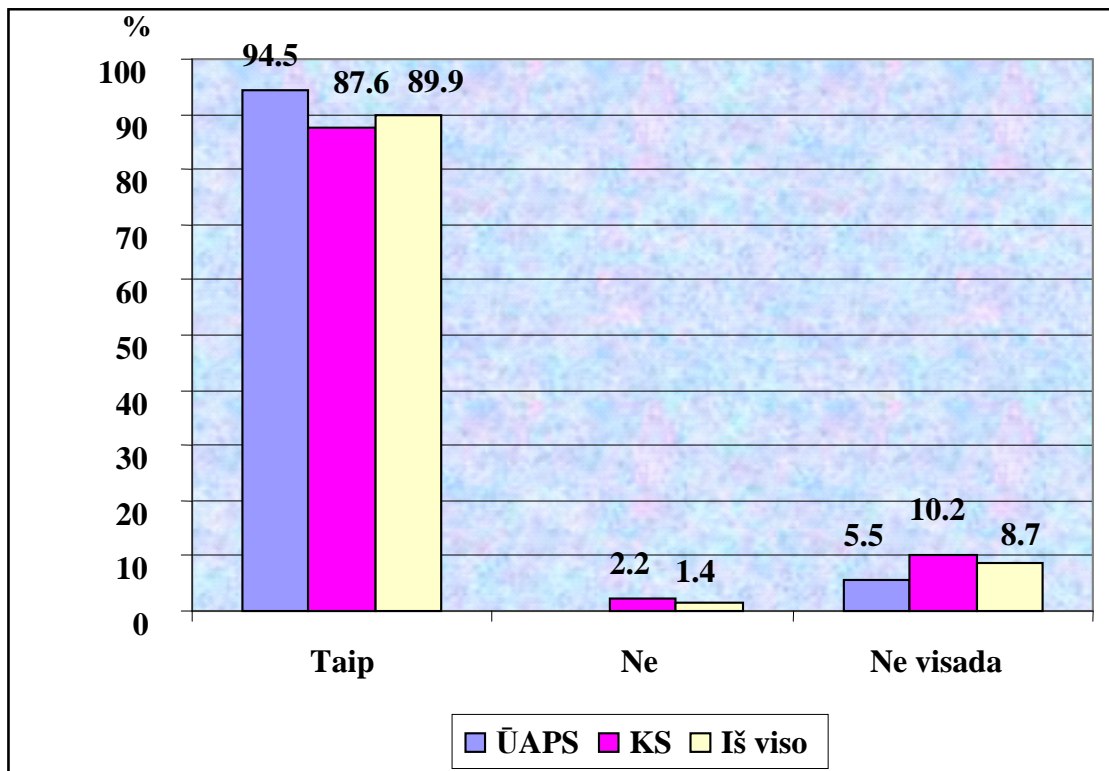
3 pav. Klausimo, ar slaugytoja pacientui atvykus į skyrių parodė kabinetus, palatą ir pristatė palatos kaimynams, analizė

Kad slaugytoja elgėsi su pacientais mandagiai (4paveikslas) nurodė 95,7 proc. (N = 88) ĪAPS ir 95,1 proc. (N = 176) KS respondentai. Lyginant ĪAP skyriaus ir KS respondentų nuomonę, pastebėta, kad ĪAPS respondentai daugiau nurodė 95,7 proc. (N = 88), jog slaugytoja elgėsi su pacientais mandagiai, nei kitų skyrių respondentai 95,1proc. (N=176). Tačiau statistiškai reikšmingo skirtumo nėra ($p \geq 0,05$)



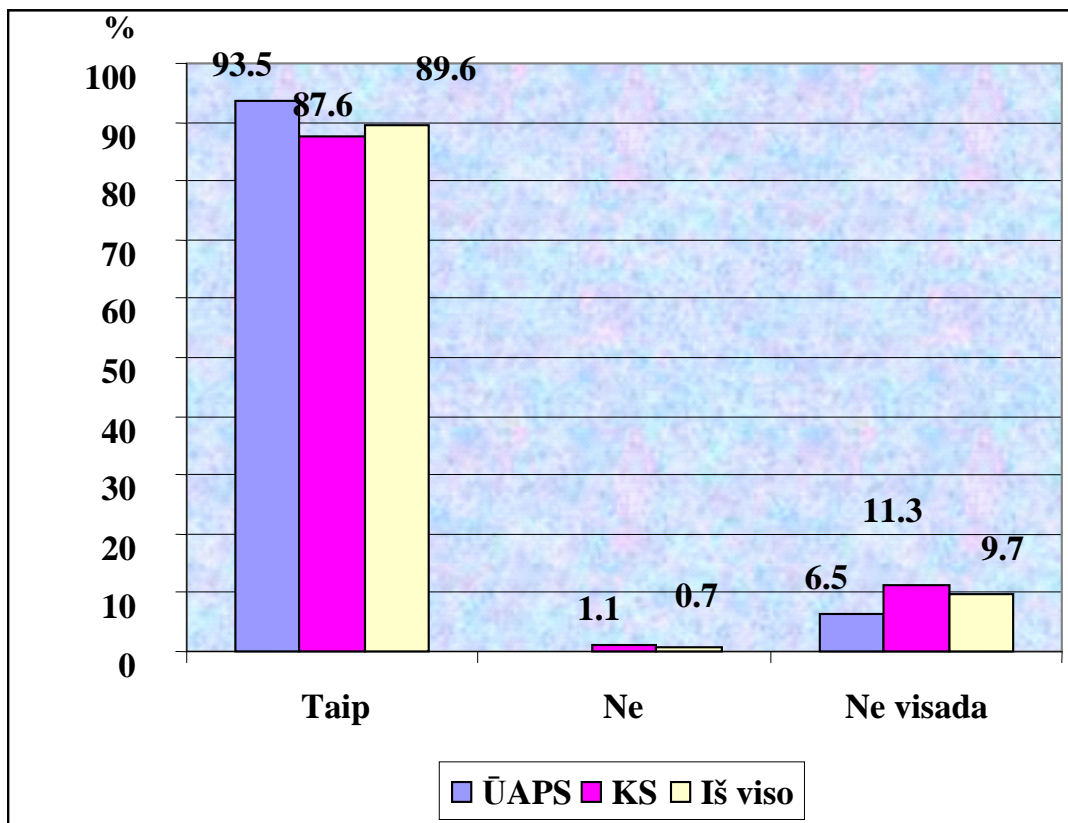
4 pav. Klausimo, ar slaugytoja elgėsi su pacientu mandagiai, analizė.

Kad slaugytoja skyrė atvykusiam pacientui pakankamai laiko (5 paveikslas) nurodė 94,5 proc. (N = 86) ŪAPS ir 87,6 proc. (N = 163) KS respondentai. Lyginant ŪAPS ir KS respondentų nuomonę, iš tyrimo duomenų matyti, kad ŪAPS respondentai dažniau nurodė - 94,5 proc. (N = 86), kad slaugytoja skyrė atvykusiam pacientui skyrė pakankamai laiko, nei kitų skyrių respondentai 87,6 proc. (N = 163). Statistiškai reikšmingo skirtumo nerasta ($p \geq 0,05$).



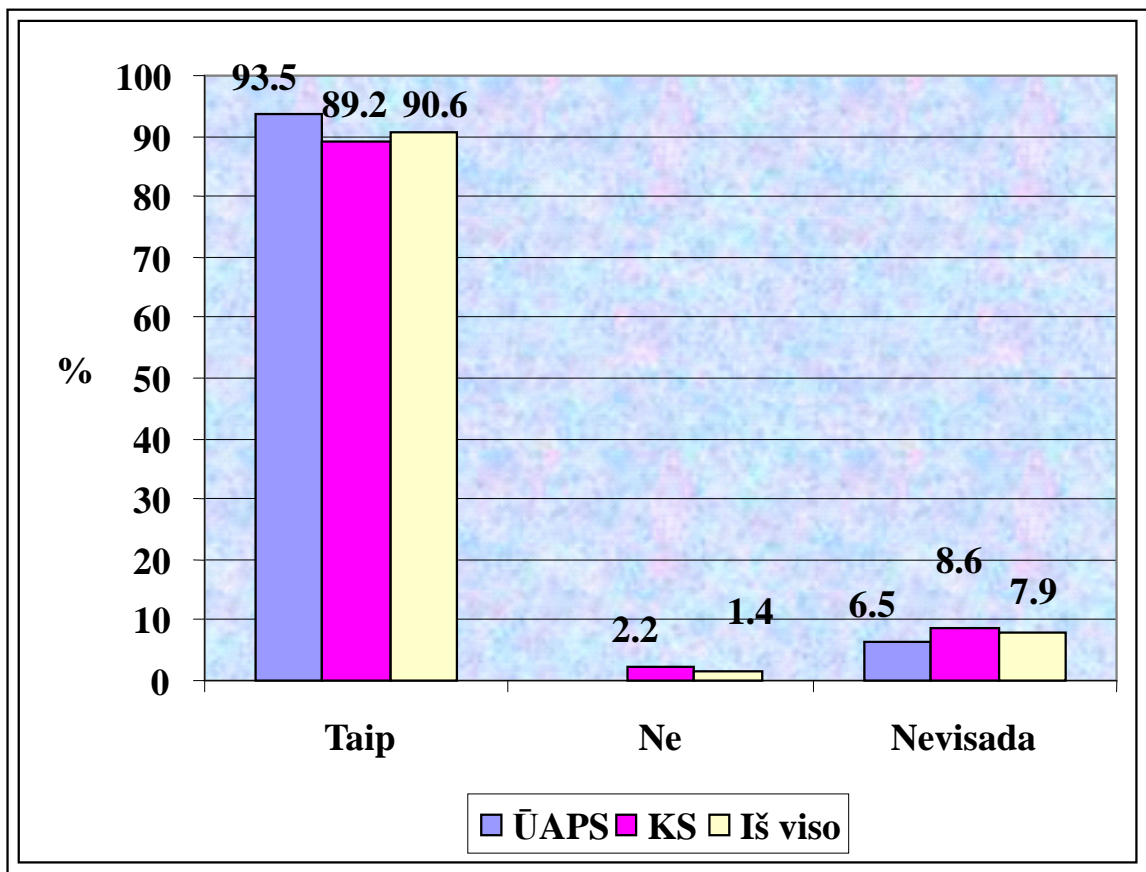
5 pav. Klausimo, ar slaugytoja skyrė pacientui pakankamai laiko, analizė.

Kad slaugytoja išklausedavo pacientą iki galo (6 paveikslas), nurodė 93,5 proc. (N = 86) ŪAPS ir 87,6 proc. (N = 163) KS respondentai. Lyginant ŪAPS ir kitų skyrių respondentų nuomonę, iš tyrimo duomenų matyti, kad ŪAPS respondentai dažniau nurodė - 93,5 proc. (N = 86), kad slaugytoja išklausedavo pacientą iki galo, nei kitų skyrių 87,6 proc. (N = 163). Statistiškai reikšmingo skirtumo nerasta ($p \geq 0,05$).



6 pav. Klausimo, ar slaugytoja išklausydavo pacientą iki galo, analizė.

Kad slaugytoja bendradarbiavo su pacientais nuoširdžiai (7 paveikslas), nurodė 93,5 proc. (N = 86) ĪAPS ir 89,2 proc. (N = 166) KS respondentai. Lyginant ĪAPS ir KS respondentų nuomonę, iš tyrimo duomenų matyti, kad ĪAPS respondentai dažniau nurodė - 93,5 proc. (N = 86), kad slaugytoja bendradarbiavo su pacientais nuoširdžiai, nei KS 89,2 proc. (N = 166). Analizuojant respondentų nuomonę apie slaugytojos bendravimą, iš visų respondentų, kurie vertino slaugytojos bendravimą neigiamai, dažniausiai 4,3 proc. (N = 4) ĪAPS ir 8,2 proc. (N = 15) KS respondentų nurodė, kad slaugytoja atvykus į skyrių pacientui neparodė kabinetų, palatos ir nepristatė palatos kaimynams. Tačiau statistiškai reikšmingo skirtumo nerasta ($p \geq 0,05$).



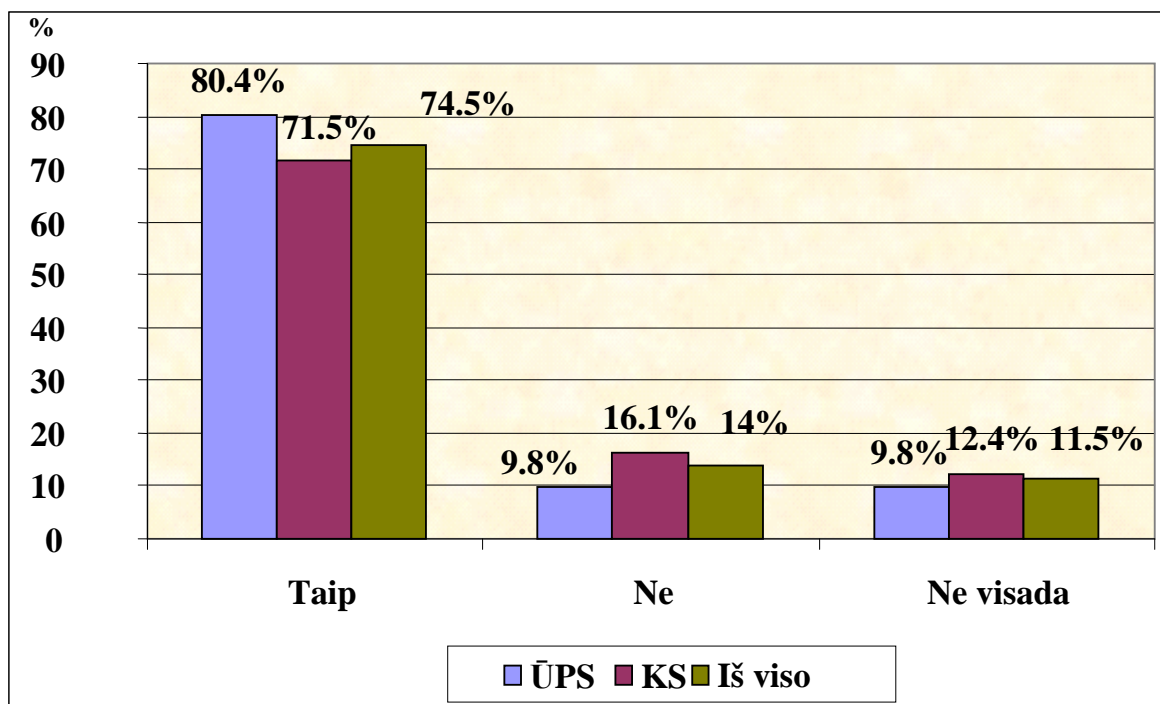
7 pav. Klausimo, ar slaugytoja bendradarbiavo su pacientu nuoširdžiai, analizė

4.3. Slaugytojos teikiamos informacijos pacientui kokybės analizė

Analizuojant nuomonę apie slaugytojos teikiamą pacientui informacijos kokybę abiejų grupių respondentai vertina labai gerai. (8 paveikslas),

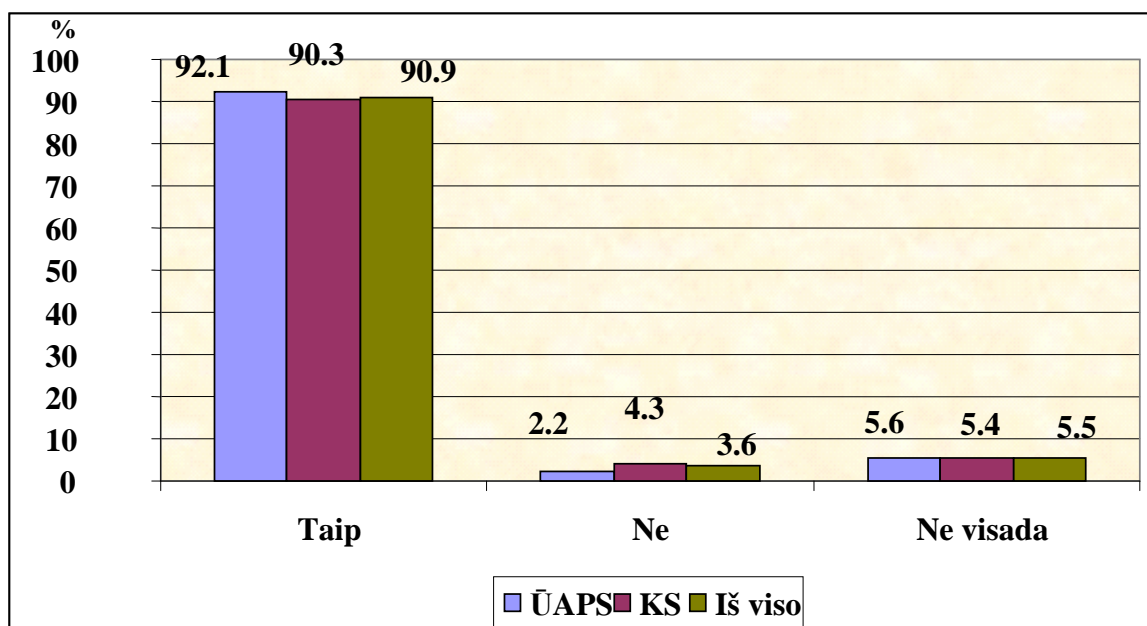
ŪAPS respondentai dažniau 80,4 proc (N=74) nei KS respondentai 71,5 proc.(N=133) nurodė, kad slaugytoja su pacientu aptarė slaugos problemas.

Tačiau statistiškai reikšmingų skirtumų tarp abiejų grupių tiriamųjų nuomonės duomenų nerasta ($p \geq 0,05$).



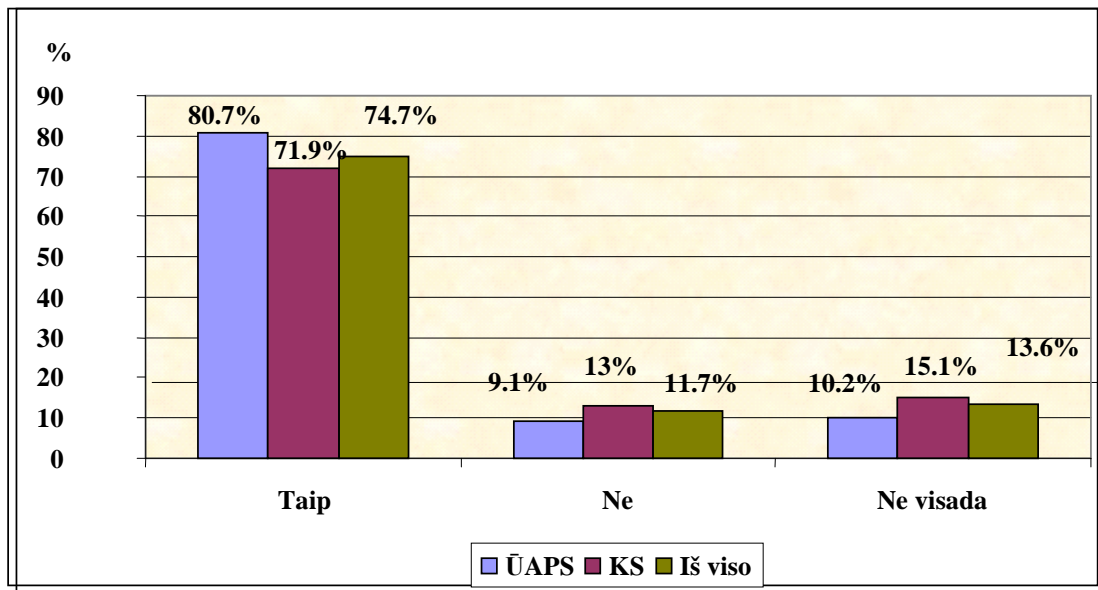
8 pav. Klausimo, ar slaugytoja aptaria su pacientu slaugos problemas, analizē.

Kaip matyti iš tyrimo, respondentų nuomone slaugytoja beveik visada paaiškina apie paskirtas procedūras ir jų atlikimą (9 paveikslas), nurodė 92,1 proc. (N = 82) ĪAPS ir 90,3 proc. (N = 168) KS respondentai. Lyginant ĪAPS ir KS respondentų nuomonę, iš tyrimo duomenų matyti, kad ĪAPS respondentai dažniau nurodė - 92,1 proc. (N = 82), kad slaugytoja visada paaiškina apie paskirtas procedūras ir jų atlikimą, nei KS respondentai 90,3 proc. (N = 168). Nors statistiškai reikšmingo skirtumo nerasta ($p \geq 0,05$)



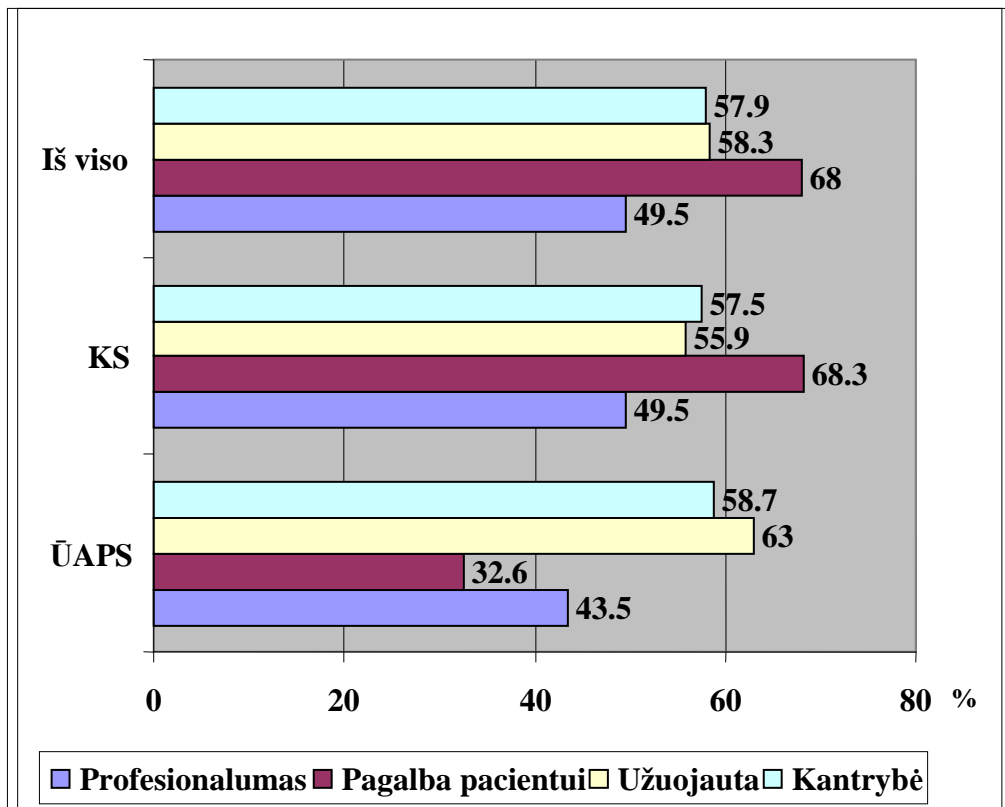
9 pav. Klausimo, ar slaugytoja paaiškina apie paskirtas procedūras ir jų atlikimą, analizē.

Kad slaugytoja pakankamai suteikė informacijos apie paskirtus vaistus ir jų poveikį (10 paveikslas), nurodė 80,7 proc. (N = 71) ŪAPS ir 71,9 proc. (N = 133) KS respondentai. Lyginant ŪAPS ir KS respondentų nuomonę, iš tyrimo duomenų matyti, kad ŪAPS respondentai dažniau nurodė - 80,7 proc. (N = 71), kad slaugytoja suteikė informacijos apie paskirtus vaistus ir jų poveikį, nei kitų skyrių tiriamieji 71,9 proc. (N = 133).. Tačiau statistiškai reikšmingo skirtumo nerasta ($p \geq 0,05$).



10 pav. Klausimo, ar slaugytoja pakankamai suteikė informacijos apie paskirtus vaistus ir jų poveikį, analizė

Analizuojant respondentų nurodytas slaugytojos svarbiausias savybes (11 paveikslas) pastebėta, kad ŪAPS respondentai dažniausiai vertina pagarbą pacientui 63,0 proc. (N = 58), bei 58,7 proc. (N = 54) profesionalumą. Tačiau respondentai iš KS dažniausiai nurodė, kad jiems svarbiausia slaugytojos užuojauta - 68,3 proc. (N = 59) ir 57,5 proc. (N = 107) nurodė profesionalumą. Statistikai reikšmingo skirtumo nerasta ($p \geq 0,05$).



11 pav. Labiausiai vertinamos slaugytojos savybės.

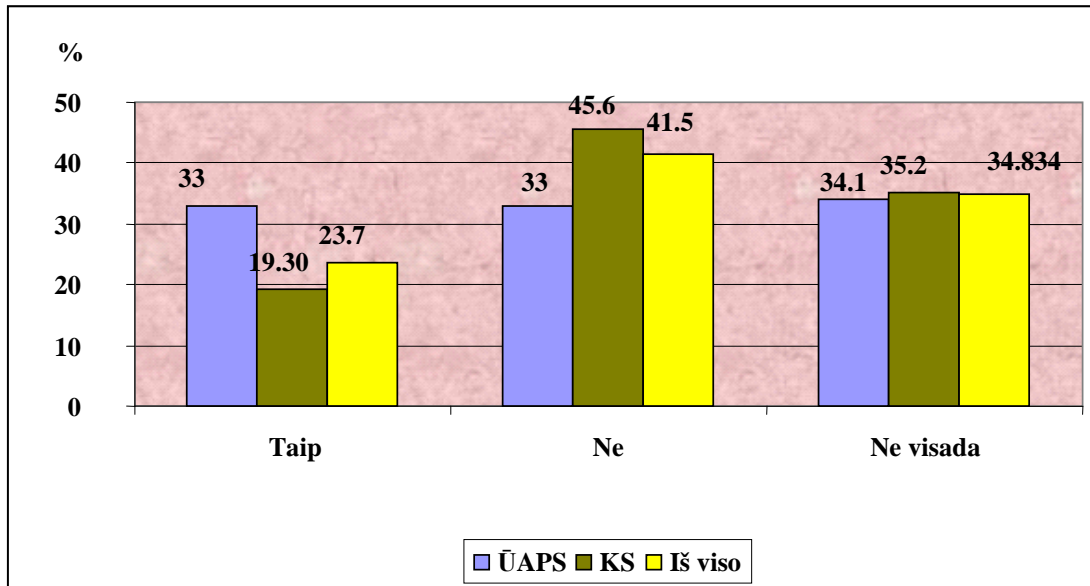
Analizuojant respondentų nuomonę apie slaugytojos bendravimo ir teikiamos informacijos kokybę, tačiau matyti, kad ŪAPS tiriamieji tiek slaugytojos bendravimo, tiek informacijos teikimo kokybę vertina geriau nei kitų skyrių respondentai. ŪAPS respondentams 63 proc. (N=58) svarbiausia yra slaugytojos pagarba pacientui, o KS respondentams 68,3 proc. (N=59) svarbiausia - slaugytojos užuojauta. Tačiau statistškai reikšmingo skirtumo nerasta ($p \geq 0,05$).

4.4. Respondentų nuomonė apie slaugytojos psichologinės pagalbos suteikimo kokybę

Analizuojant respondentų nuomonę apie slaugytojos psichologinės pagalbos suteikimo kokybę, (12 paveikslas), ŪAPS respondentai 33,0 proc. (N = 29) išsako savo poreikius slaugytojai, o ŪAPS 34,1 proc. (N = 30) ne visada išsako savo poreikių slaugytojai. KS respondentai 45,6 proc. (N = 83) dažniausiai nurodė, kad neišsako savo poreikių slaugytojai ir 35,2 proc. (N = 64) KS respondentų nurodė, kad ne visada išsako savo poreikius slaugytojai, o kad išsako savo poreikius slaugytojai KS respondentai nurodė tik 19,2 proc. (N = 35). Vertinant visų respondentų nuomonę, pastebėta, kad 41,5 proc. (N = 112) neišsako savo poreikių slaugytojai ir 34,8 proc. (N = 94) ne visada išsako savo poreikius slaugytojai. Statistiškai reikšmingas skirtumas rastas ($p < 0,05$) tik tarp tiriamųjų grupių nuomonės, dėl

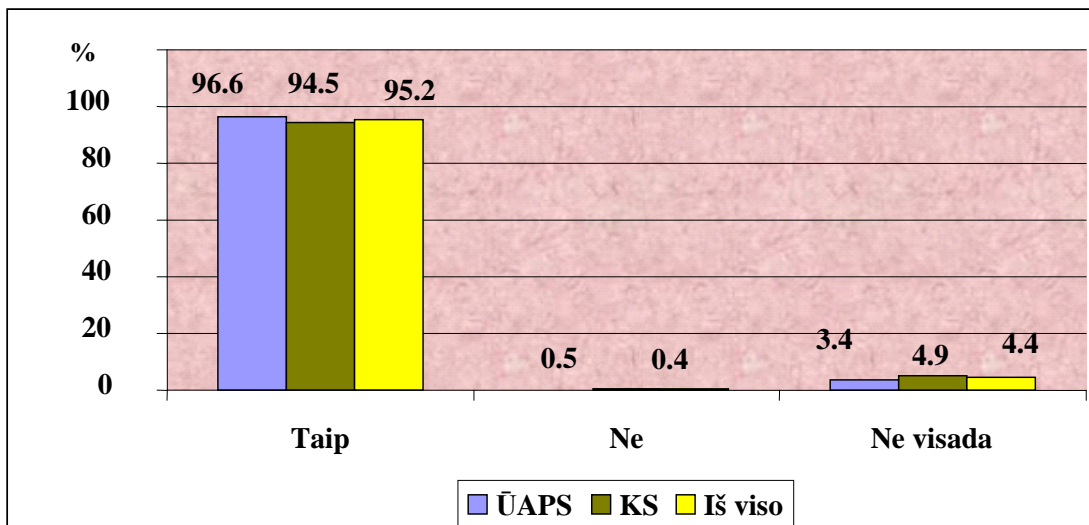
savo poreikių išsakymo slaugytojai ($\chi^2 = 7,021$; $p = 0.030$) o tarp kitų atsakymų į klausimus statistiškai reikšmingų skirtumų nerastas ($p \geq 0,05$),.

Galime teigti, kad pagrindinės priežastys, dėl kurių tiriamieji neišsako savo poreikių slaugytojai yra asmeninės problemos, baimė, nesupratimas gėda, užsisklendimas.



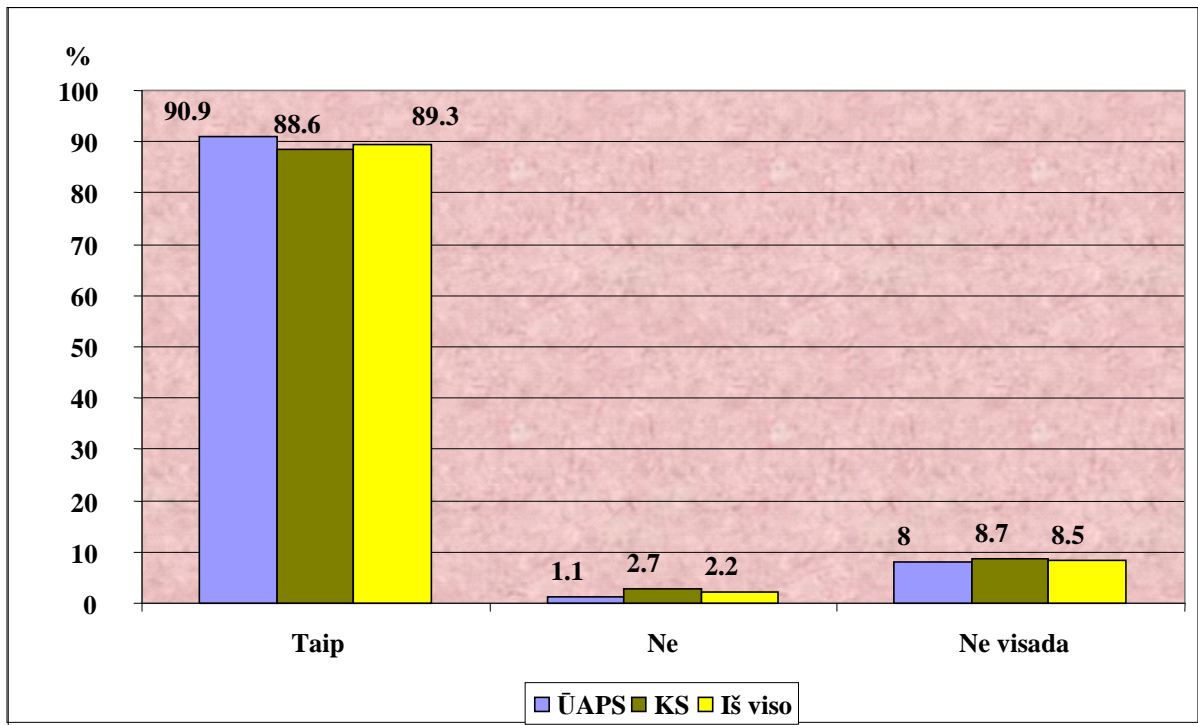
12 pav. Klausimo, ar dažnai neišsakote savo poreikių slaugytojai, analizė.

Vertinant ar respondentai pasitiki savo slaugytoja 95,2 proc. (N = 258) visų tiriamųjų nurodė (13 paveikslas), kad pasitiki savo slaugytoja. Lyginant ŪAPS ir KS respondentų nuomonę, iš tyrimo duomenų matyti, kad ŪAPS respondentai dažniau nurodė - 96,6 proc. (N = 85), kad pasitiki slaugytoja, nei KS respondentai 94,5 proc. (N = 173). Tačiau statistiškai reikšmingo skirtumo nerasta ($p \geq 0,05$).



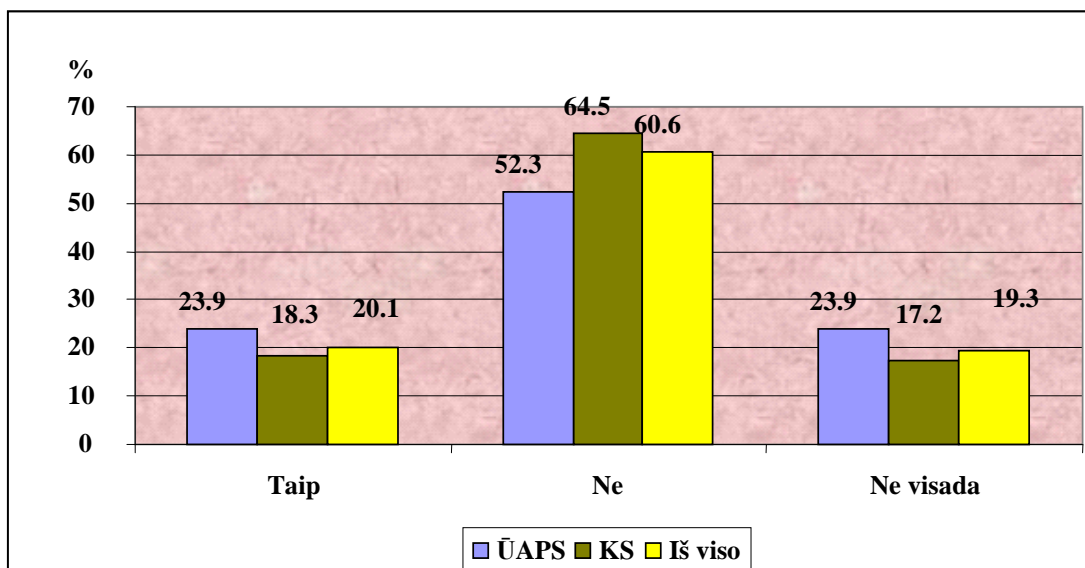
13 pav. Klausimo, ar pacientai pasitiki savo slaugytoja, analizė.

89,3 proc. (N = 243) visų respondentų nurodė, kad slaugytoja padeda spręsti iškilusias sveikatos problemas (14 paveikslas) ir 60,6 proc. (N=166) (15 paveikslas) nurodė, kad nesijaučia nesuprasti slaugytojos, o 76,8 proc. (N = 209) (16 paveikslas) visų respondentų nurodė, kad kreipėsi į slaugytoją kai vargina nerimas, baimė., kaip matyti iš 14 paveikslo, ŪAPS respondentai 90,9 proc. (N = 80) nurodė, kad slaugytoja padeda spręsti iškilusias problemas, nei KS respondentai 88,6 proc. (N = 163). Tačiau statistiškai reikšmingo skirtumo nerasta ($p \geq 0,05$)

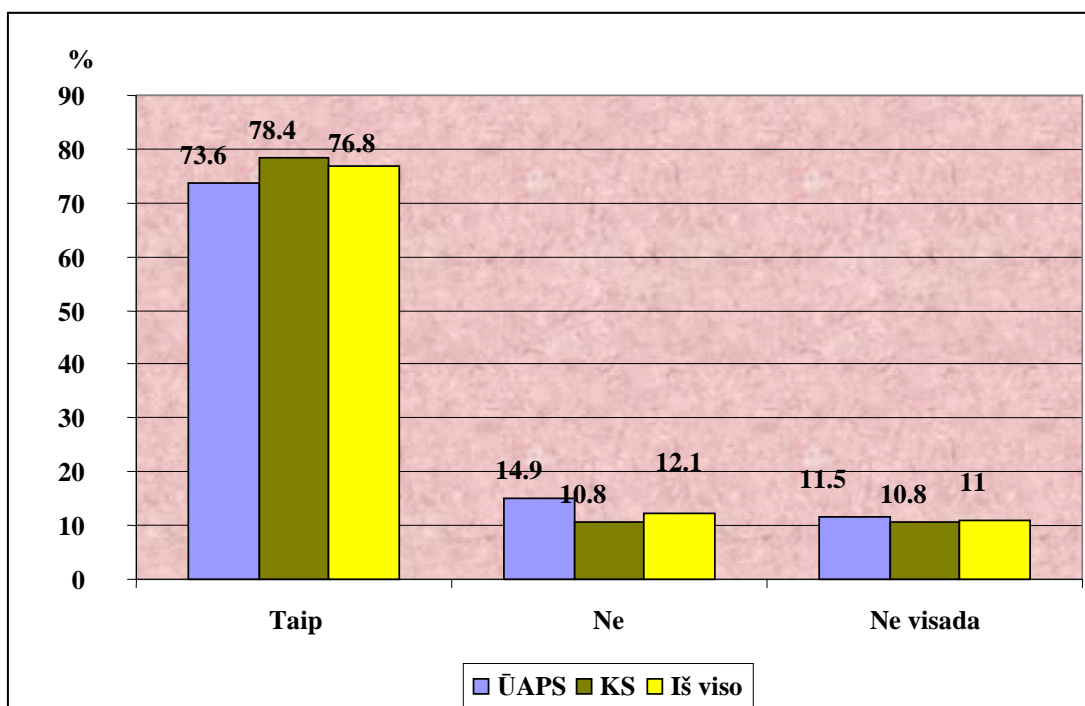


14 pav. Klausimo, ar slaugytoja padeda spręsti iškilusias sveikatos problemas, analizė.

Lyginant ŪAPS ir KS respondentų nuomonę, iš tyrimo duomenų matyti, kad ŪAPS respondentai 23,9 proc. (N = 21) (15 paveikslas) nurodė, kad jaučiasi nesuprasti slaugytojos, nei KS respondentai 18,3 proc. (N = 34). O lyginant ŪAPS ir KS respondentų nuomonę kaip matyti iš 16 paveikslo, kad KS respondentai 78,4 proc. (N = 147) nurodė, kad kreipiasi į slaugytoją kai vargina nerimas ir baimė, nei ŪAPS respondentai 73,6 proc. (N = 64). Tačiau statistiškai reikšmingo skirtumo nerasta ($p \geq 0,05$).

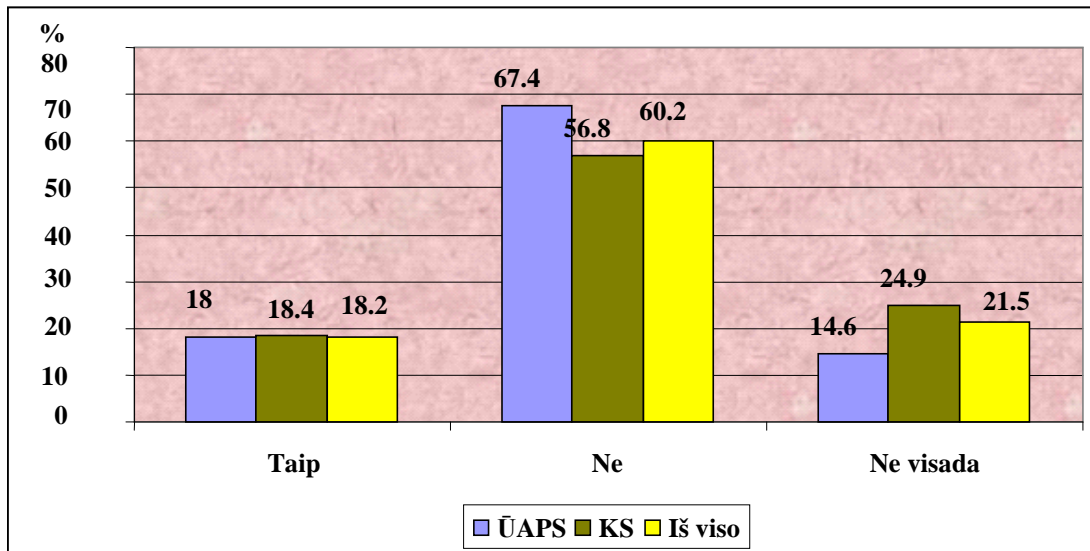


15 pav. Klausimo, ar būna, kad jaučiatės nesuprastas slaugytojos, analizė.



16 pav. Klausimo, ar kreipiatės į slaugytoją jei vargina nerimas, baimė, analizė.

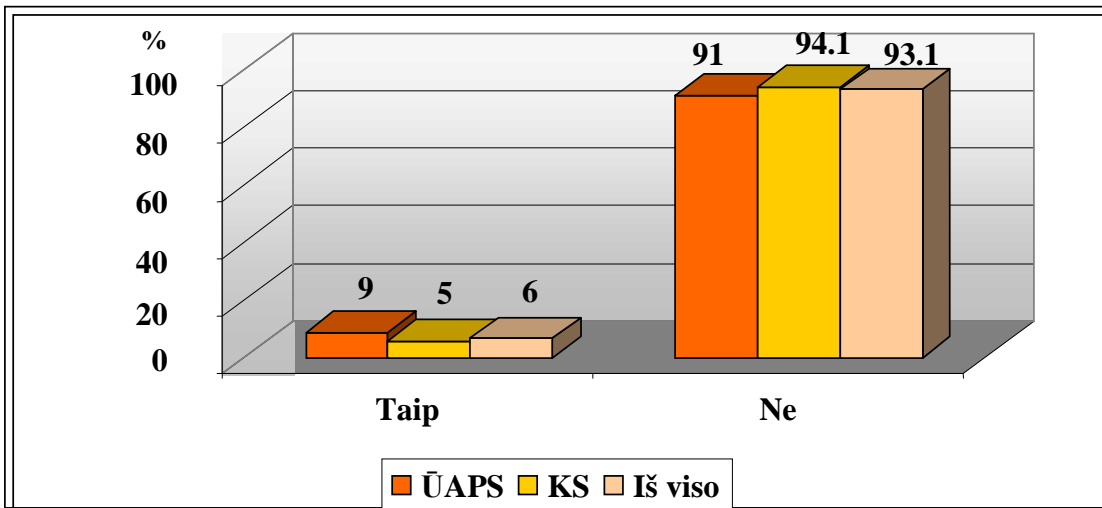
60,2 proc.(N=165) visų respondentų (17 paveikslas) nurodė, kad triukšmas skyriuje jiems netrukdo, 18,2 proc.(N=50) visų respondentų nurodė, kad triukšmas jiems trukdo. Lyginant ŪAPS ir KS respondentų nuomonę, iš tyrimo duomenų matyti, kad KS respondentai dažniau 18,4 proc. (N = 34) nurodė, jog jiems trukdo triukšmas skyriuje, nei ŪAPS respondentams 18,0 proc. (N = 16). Bet statistiškai reikšmingo skirtumo nerasta ($p \geq 0,05$).



17 pav. Klausimo, ar trukdo pacientui triukšmas skyriuje, analizė.

Analizuojant konfliktų pasireiškimą tarp pacientų ir slaugytojų (18 paveikslas), visų respondentų 93,1 proc. (N = 255) nurodė, kad bendraujant su slaugytoja nebuvo konfliktinių situacijų ir tik 6,9 proc. (N = 19) nurodė, kad buvo. Vertinant ĪAPS ir KS respondentes kurie nurodė, kad buvo konfliktinių situacijų iškilusių bendraujant su slaugytoja, ĪAPS respondentai dažniau 9 proc. (N = 8) nurodė, kad bendraujant su slaugytoja buvo iškilę konfliktinių situacijų –o KS respondentai nurodė tik 5,9 proc. (N = 11).

Tarp ĪAPS ir KS respondentų nuomonės statistiškai reikšmingo skirtumo nerasta $p \geq 0$,



18 pav. Konfliktų pasireiškimo dažnis tarp pacientų ir slaugytojų.

Taigi, nors statistiškai reikšmingas skirtumas rastas tik tarp tiriamųjų grupių nuomonės, dėl savo poreikių išsakymo slaugytojai (asmeninės problemos, baimė, nesusipratimas, gėda, užsisklendimas ir slaugytojos didelio užimtumo), stebima, kad ĪAPS

respondentai, kad ir pasitiki 96,6 proc.(N=85), bei daugiau bendradarbiauja 93,5proc.(N =86) su slaugytoja, tačiau ŪAPS respondentai dažniau jaučiasi nesuprasti 23,9 proc.(N=21) ir todėl dažniau 9 proc. (N= 8) linkę konfliktuoti su slaugytoja nei KS respondentai, tačiau KS respondentams dažniau 18,4 proc.(N=34) trukdo aplinka (triukšmas) ir jie nelinkę išsakyti savo poreikių slaugytojai 45,6 proc. (N=83.)

5. TYRIMO REZULTATŲ APITARIMAS

Tyrimo metu pacientai vertino slaugytojų slaugos proceso metu teikiamų paslaugų kokybę: bendraujant, teikiant informaciją bei psichologinę pagalbą.

Vertinant respondentų nuomonę apie slaugytojos bendravimą su pacientu, pastebėta, kad abiejų grupių respondentai slaugytojos bendravimą su pacientu vertina teigiamai.

Atvykus pacientui į skyrių, respondentų nuomone, slaugytoja jam skiria pakankamai laiko, supažindina pacientą su skyriaus vidaus tvarkos taisyklėmis, skyriaus ir ligoninės svarbiausiomis paciento atžvilgiu patalpomis ir kabinetais bei pristato palatos kaimynams.

Tačiau kai kuriems pacientams 4,3 proc. ŪAPS ir 8,2 proc. KS atvykus į skyrių, slaugytoja neparodė kabinetų, palatos, nepristatė palatos kaimynams.

Pagrindinė priežastis, dėl kurios slaugytoja neparodo atvykusiems pacientams kabinetų, palatų, nepristato palatos kaimynams, galėtų būti laiko stoka dėl intensyvaus darbo, slaugos dokumentų pildymo, dėl pacientų blogos psichinės būklės atvykus į RVPL, dažnai pacientas atvyksta pakartotinai ir slaugytojos mano, kad tai nebūtina.

Bendraudama su pacientais slaugytoja elgėsi mandagiai, nuoširdžiai, dažniausiai išklauso pacientą iki galo. 95,7 proc ŪAPS respondentų ir 95,1 proc. KS nurodė, kad slaugytoja elgėsi su pacientais mandagiai.

Panašūs duomenys yra pateikti ir L. R. Rezgienės. ir R. Noreikienės. atliktame tyrime, kuriame palankiausiai 2000 m. ir 2003 m. buvo vertinama emocinė parama: 82 proc. respondentų slaugytojų paslaugumą, jautrumą, dėmesingumą vertino ypač gerai, o 2003 metais tokių palankių vertinimų net 8 proc. padaugėjo [28].

L. R. Rezgienės atliktame tyrime slaugytojų rūpestingumą, paslaugumą, bendravimą, priežiūrą, informacijos teikimą, dėmesingumą skausmui, emocijoms, elgesį su artimaisiais palankiai (puikiai, labai gerai ir gerai) vertino per 90 proc. respondentų. Iš visų paminėtų kriterijų dėmesys emocijoms sulaukė daugiausia vertinimų patenkinamai, o blogai ir labia blogai – dėmesys emocijoms, skausmui ir informacijos teikimui [43].

Šio tyrimo respondentai slaugytojos teikiamos informacijos kokybę dažniausiai vertina

labai gerai. Slaugytoja aptaria su pacientu slaugos problemas, paaiškina apie paskirtas procedūras ir jų atlikimą, suteikia informacijos apie paskirtus vaistus ir jų poveikį. ŪAPS respondentai dažniau (80,4 proc.) nei KS respondentai (71,5 proc.) nurodė, kad slaugytoja su pacientu aptarė slaugos problemas. Tačiau slaugos problemas slaugytoja su pacientu aptaria ne visada, taip nurodė 9,8 proc. ŪAPS ir 16,1 proc. KS respondentų. 92,1 proc. ŪAPS ir 90,3 proc. KS slaugytojos paaiškina apie paskirtas procedūras. Ir tik 5,6 proc. ŪAPS ir 5,4 proc. KS respondentų nurodė, kad slaugytojos ne visada paaiškina apie paskirtas procedūras ir jų atlikimą. Kad slaugytoja pakankamai suteikia informacijos apie paskirtus vaistus ir jų poveikį nurodė 80,7 proc. ŪAPS ir 71,9 proc. KS respondentai. Tačiau 10,2 proc. ŪAPS ir 15,1 proc. KS respondentai nurodė, kad ne visada slaugytoja pakankamai suteikia informacijos apie paskirtus vaistus, jų poveikį, o 9,1 proc. ŪAPS ir 13 proc. KS respondentai nurodė, kad slaugytojos visai nesuteikia jokios informacijos apie vaistus bei jų poveikį.

Galima teigti, kad slaugytoja ne visada paaiškina apie paskirtas procedūras, nes pacientai neklausia, jiems tai nerūpi (dažnai jie mano, ką paskyrė gydytojas, tą ir darykit), o jei slaugytojos pasiūlo paaiškinti, pacientam apie procedūrą dažniausiai jau būna paaiškinęs gydantis gydytojas. Kartais pacientai nenori, kad slaugytoja aiškintų - atsako, kad žino, o vėliau bendrauja apie paskirtą procedūrą su palatos kaimynu, ar pagalbiniu personalu, dažnai slaugytoja paaiškina apie procedūrą, bet pacientai užmiršta, daugumai nėra prasmės aiškinti, nes į ŪAPS jie atvyksta sunkios abstinencijos būklės ir prašo padėti bei sutinka su viskuo.

ŪAPS besigydantys pacientai labiau domisi paskirtais vaistais ir dažniausiai patys klausia apie paskirtų vaistų veikimą, be to slaugytojos pakankamai skiria laiko ŪAPS pacientams (94,5 proc.), todėl slaugytojos retai (10,2 proc.) neteikia informacijos apie paskirtus vaistus, o KS slaugytojos ne visada teikia informaciją apie vaistus (15,1 proc.), kadangi KS slaugytojos mažiau skiria laiko (87,6 proc.) pacientams,

Galima teigti, kad KS slaugytojos ne visada skyrė pakankamai laiko pacientui 10,2 proc. ir ne visada išklausedavo pacientą iki galo 11,3 proc, dėl to pacientai jaučiasi nesuprasti slaugytojos 18,3 proc. O ir patys pacientai neišsako savo poreikių slaugytojai 19,2 proc, galbūt todėl slaugytojos ne visada pakankamai 15,1 proc. suteikė informacijos apie paskirtus vaistus ir jų poveikį pacientams.

L R.Rezginės atliktame tyrime 76,4 proc. respondentų pageidavo informacijos apie savo ligą, tyrimus, gydymo procedūras, pasveikimo galimybes, 17,4 proc. šios informacijos pageidavo iš dalies, 5 proc. šios informacijos visiškai nepageidavo. 78 proc. respondentų informacijos pakako pilnai, 17 proc. –iš dalies, 3 proc. respondentų nurodė, kad informacijos nepakako [43].

Atvykę į psichiatrijos ligoninę pacientai tikisi gauti medicinines informacijos ne tik iš

gydytojų, bet ir informacijos apie slaugos veiksmus iš slaugytojų. Dažnai jiems nesvarbu kas suteiks informaciją gydytojas ar slaugytoja, jiems tiesiog reikia tikslios, aiškiai suformuluotos informacijos. Raminamieji preparatai ne visada gali atstoti žodžio poveikį, kuris tiesiogiai veikia paciento sąmonę ir valią.

Vertinant slaugos paslaugas RVPL skyriuose, pastebėjome, kad ŪAPS ir KS slaugytojos pakankamai kvalifikuotai bendrauja, teikia pacientams psichologinę pagalbą bei informaciją. Dauguma visų respondentų 95,2 proc. pasitiki savo slaugytoja, ji padeda jiems spręsti iškilusias sveikatos problemas 89,3 proc. 60,6 proc. visų respondentų jaučiasi suprasti slaugytojų ir 76,8 proc. kreipiasi į slaugytoją, kai juos vargina nerimas ir baimė.

Tačiau buvo pastebėta, kad ŪAPS respondentai, kad ir pasitiki (96,6 proc.) slaugytoja, dažniau išsako (33 proc.) savo poreikius slaugytojai nei KS (19,2 proc.) respondentų. Taip pat ŪAPS respondentai daugiau (93,5 proc.) bendradarbiauja su slaugytoja nuoširdžiai, tačiau jie dažnai jaučiasi nesuprasti (23,9 proc.) ir todėl linkę konfliktuoti su slaugytoja 91 proc., o KS respondentams dažniau (18,4 proc.) trukdo aplinka (triukšmas) ir jie nelinkę palaikyti glaudesnių santykių, todėl neišsako savo poreikių slaugytojai (45,6 proc.).

Galima teigti, kad ŪAPS respondentai dažniau išsako savo poreikius slaugytojai, nes į skyrių jie atvyksta dėl būtiniosios pagalbos, todėl bijo, kad jų gyvybei yra pavojus ir jie linkę pasitikėti slaugytoja ir dažnai papasakoja jai daugiau nei gydytojui. Kiti atvyksta į skyrių labai dažnai, todėl nuo slaugytojų jiems nėra ko slėpti. Priklausomi nuo alkoholio pacientai linkę konfliktuoti, nes dažnai nepatenkinti ŪAPS dienotvarke, įvairiais apribojimais (negali išeiti vieni pasivaikščioti), dėl aktyvesnio stebėjimo, dėl rūkymo tam neskirtose patalpose, dėl reguliaraus vaistų vartojimo, higienos įpročių.

ŪAPS respondentai dažniau (96,6 proc.) nurodė, kad pasitiki slaugytoja, nei kitų skyrių respondentai (94,5 proc.). Manome, kad dauguma pacientų atvyksta ne pirmą kartą, todėl dažnas atvykęs į skyrių jaučiasi lyg namuose, o slaugytoja jam kaip draugė ir jie žino, kad skyriuje jiems – saugu.

33 proc. ŪAPS respondentų išsako savo poreikius slaugytojai. ŪAPS respondentai dažniau (9 proc.) nurodė, kad su slaugytoja buvo iškilęs konfliktas. Tik 5,9 proc. KS respondentų nurodė, kad konfliktuoja su slaugytoja. Kad triukšmas trukdo nurodė 18,2 proc. respondentų. Priežastys dėl kurių, respondentai neišsako savo poreikių slaugytojai yra asmeninės problemos, baimė, nesusipratimas, gėda, užsisklendimas, slaugytojos užimtumas. Visa tai blogina slaugytojos bendravimo kokybę. Gal tai siejasi su tuo, kad ŪAPS respondentams svarbiausios slaugytojų savybės yra pagarba pacientui (63 proc.) bei profesionalumas (58,7 proc.), o kitų skyrių pacientams svarbiausia yra slaugytojos užuojauta (68,3 proc.) ir profesionalumas (57,5 proc.).

Psichikos sveikatos slaugytojoms reikia išmanyti ne tik slaugos metodikas, jos turi išmanyti bendravimą ir žinoti, kaip geriausiai elgtis su pacientu tuo metu, kai jis yra nusivylęs, piktas, prislėgtas ar jam sunku bendrauti su kitais asmenimis. Profesionali psichikos sveikatos slaugytoja tai ne tik slaugos paslaugų teikėja, tai plataus profilio specialistė, turinti klinikinės slaugos, psichologijos, vadybos, socialinių bei pedagoginių žinių, kurias ji pastoviai tobulina. Kaip slaugytoja sugebės tai atlikti, priklauso nuo jos bendravimo įgūdžių, žinių ir patirties. Todėl ŪAPS dažnai pacientui prireikia užuojautos patarimo, nuraminimo, rekomendacijų, paaiškinimų ar draugiško ir nuoširdaus bendravimo. Profesionali psichikos sveikatos slaugytoja sugeba laiku pastebėti ir įvertinti staigiai pakitusią paciento nuotaiką, kilusį nerimą, nemigą, pastebėti baimingas akis, klaidžiojantį žvilgsnį, neverbalinę konfliktišką elgseną bei daug kitų problemų apie kurias pacientas nieko neminės.

Burgojne ir kt. mokslininkų atliktos psichiatrijos klinikos pacientų apklausos rezultatai parodė, kad pacientai svarbiausiais lūkesčiais nurodo supratimą ir jausmų kontroliavimą, o ne praktinius lūkesčius[44].

Ligoninėje pacientui bendravimas yra vienintelis būdas informacijai apie savo ligą gauti, savo problemoms išsakyti, ryšiams su giminaičiais ir kitais pacientais palaikyti. Tačiau atsidūrę ligoninėje, pacientai gali turėti problemų prisitaikydami prie naujos aplinkos. Daugelis pacientų palankiai vertina bendravimą. Atlikto tyrimo rezultatai parodė, kad didesnis dėmesys buvo skiriamas pacientų nuomonei apie slaugytojų teikiamą psichologinę pagalbą. Dauguma respondentų nurodė, jog slaugytoja skyrė pakankamai laiko (89,9 proc.) ir bendradarbiavo nuoširdžiai (93,6 proc.) bei išklausydavo (89,6 proc.), o 76,8 proc. respondentų kreipėsi kai vargino nerimas.

Bendravimas gali skatinti arba stabdyti spartesnę paciento sveikimą, padėti ar trukdyti susitaikyti su liga. Sėkmingas bendravimas - toks, kuris leidžia *pasiekti norimus tikslus*. Todėl į RVPL atvykę gydytis pacientai ieško žmogaus, kuris klausytųsi ir parodytų reikiamą atvirumą, pagarbą bei supratimą. Reikia sukurti abipusį pasitikėjimą, saugumo jausmą, pacientas turi jausti, jog slaugytoja iš tiesų domisi ir yra įsijautusi į jo situaciją.

Pagalba kitam žmogui susidoroti su savo situacija arba parama jam pagrįsta bendravimu.

6. IŠVADOS

Hipotezė, kad RVPL ŪAPS slaugytojos sugeba kvalifikuotai teikti slaugos paslaugas pacientams, pasitvirtino:

1. 92,4 proc. respondentų nurodė, kad jiems atvykus į ŪAPS, slaugytoja parodė kabinetus, palatas ir pristatė palatos kaimynams, 80,4 proc. respondentų slaugytoja aptaria sveikatos problemas ir 90,9 proc. respondentų slaugytojos padeda spręsti iškilusias sveikatos problemas 92,1 proc. paaiškina apie paskirtas procedūras, 80,7 proc. slaugytojos visada suteikia pakankamai informacijos apie paskirtus vaistus ir jų poveikį, 94,5 proc. mano, kad slaugytoja pakankamai laiko skiria pacientams. 96,6 proc. pasitiki savo slaugytoja. 23,9 proc. respondentų nurodė, kad jaučiasi nesuprasti slaugytojų, todėl konfliktai tarp slaugytojų ir pacientų nors ir retai, bet 9 proc. pasireiškia.
2. Atlikto tyrimo rezultatais ŪAPS respondentų teigimu, slaugant pacientus priklausomus nuo alkoholio, svarbiausi yra šie slaugos veiksmai: pakankamas dėmesys pacientui (93,5 proc.), bendradarbiavimas (93,5 proc.), informacijos teikimas apie procedūras (92,1 proc.), bei mandagus (95,7 proc.), nuoširdus (93,5 proc.) ir pagarbus (63 proc.) slaugytojos elgesys.
3. KS pacientų nuomonė slaugytojų teikiamos paslaugos vertinamos taip pat teigiamai. Didelė dalis respondentų teigė, kad slaugytoja elgiasi mandagiai (95,1 proc.), atvykus pacientui į skyrių ji skyrė pakankamai laiko (87,6 proc.), bei visada išklausydavo pacientą (87,6). (16,1) proc. respondentų nurodė, kad slaugytoja neaptarė slaugos problemų su pacientu.
ŪAPS ir KS pacientų nuomonės dėl savo poreikių išsakymo slaugytojai bei psichologinės pagalbos suteikimo kokybės statistiškai reikšmingai skyrėsi ($p=0,030$).

7. LITERATŪRA

1. Dembinskas A. Psichiatrija. Vilnius, 2003.
2. Narkotikų kontrolės departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės. Metinis pranešimas . Psichoaktyvių medžiagų vartojimo paplitimas. 2004.
3. Kajokas T. V. Alkoholinės abstinencijos būklių gydymas. Nervų ir psichikos ligos. 2003 Nr. 4 p. 35.
4. Vinickienė V., Morkūnienė P., Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimas. Lietuvos sveikatos politika XXI amžiuje. Kaunas, 2001. 96-97.
5. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr 469. Lietuvos medicinos norma. Slaugytojos etikos pagrindai. Valstybės žinios 1995. Nr. 3 -63.
6. Bydman J. Pedagogika. Vilnius, 2000.
7. Andrijauskaitė D. Slaugos sistema Lietuvoje: darbas, bedarbystė, slaugos specialistų kompetencija, profesijos savarankiškumas. Gydomo mena. 2004. Nr.1.
8. Kalibatienė D. Slaugos istorija. Vilnius, 2004.
9. Roper N., Logan W.W., Tierney A. J. Slaugos pagrindai: nuo gyvenimo modelio prie slaugos modelio. Vilnius, 1999.
10. Mikalkevičius A. Psichikos ligos. Vilnius, 1999.
11. Fišer A. Miuncheno deklaracija. Slaugytojai ir akušeriai – kovotojai už sveikatą. Prieiga per internetą: <http://www.slauga.lt/Naujienos/Miunchenas.html>. [žiūrėta 2007 03 04].
12. Paukštienė G. Slaugytojo profesija turi tapti prestižine. Slauga .2003. Nr.3p.-75
13. Sveikata visiems XXI amžiuje Pradinis PSO visuomenės sveikatos priežiūros principai Europos regione.
14. Palinauskienė L. R. Psichikos sveikatos slauga. Panevėžys, 2006.
15. Lietuvos Respublikos Psichikos sveikatos priežiūros įstatymas..Vilnius, 1995birželio 6 d. Nr.I-924. Valstybės žinios 1995, Nr. 53 -1290..
16. Nevyriausybinių organizacijų („Žmogaus teisių stebėjimo institutas“, „Globali iniciatyva psichiatrijoje“, Lietuvos sutrikusio intelekto žmonių globos bendrija „Viltis“, „Vilniaus reabilitacijos centras“) projekto ataskaita: Žmogaus teisių stebėseną uždaroje psichikos sveikatos priežiūros ir globos institucijose. 2005.
17. Kazlauskas A., Radzevičienė L., Šlapkauskaitė D., Miliauskienė D., Mikaliūnas E. Psichikos negalės visuomenėje. Sveikatos mokslai. 2005, Nr.3, p. 68-73.
18. Subata E. Priklausomybės ligos ir destigmatizacija. Destigmatizacija psichiatrijoje problemos ir sprendimai (tezių rinkinys).1999.
19. Kalibatienė D. Slaugos standartai. Vilnius, 2004.

20. Lietuvos Respublikos Narkologijos priežiūros įstatymas. Vilnius, 1997 kovo 25. Nr. VIII-156. Valstybės žinios 1997, Nr .30 -711.
21. Assfalg A. Alkoholabhängigkeit und ihre Überwindung.Wuppertol/Bern, 2000.
22. Finlay W. M. L. Dinos S. Lyons E. Stigma and Multiple Social Comparisons in People with Schizophrenia. European Journal of Social Psychology, 2001, 31, p. 579-592.
23. Mikalkevičius A., Banaitis V., Kurtinaitis A. Alkoholizmas ir nikotinizmas. Vilnius, 2002.
24. Kolitzus H. Vyrai gėrė, vyrai gers. Vilnius, 2002.
25. Respublikinės Vilniaus psichiatrijos ligoninės nurodymai, instrukcijos ir kt. veiklos dokumentai. Vilnius, RVPL, 2005.
26. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr.V-730 Dėl Lietuvos medicinos normos MN 22:2006„Psichikos sveikatos slaugytojas. Teisė, pareigos, kompetencija ir atsakomybė, patvirtinimo. Vilnius, 2006m. rugpjūčio 30d.. Valstybės žinios 2006m. Nr. 95.
27. Duncan P J. Results of the september 2002, V survey of Registered Professional nurses, Horizon Issue, 2003,Volume II.
28. Rezginė L. R., Noreikienė R. Slaugos kokybės gerinimo programa Sveikatos stiprinimas ligoninėse. Vilnius, 2004.
29. Liubarskienė Z., Šokūnienė L., Kilius V., Peičius E. Pacientų pasitikėjimas sveikatos priežiūra. Medicina. Kaunas, 2004 ,p.278-85.
30. Bagdonaitė K. Pacientų lūkesčių tenkinimas RVPL. Vilnius, 2005.
31. Čiplienė M, Istomina N. Slaugos intensyvumo skalės naudojimas tobulinant slaugos kokybės valdymą. Sveikatos mokslai. 2007 Nr. 1., p 643.
32. Paukštienė G. Slaugai skiriama per mažai dėmesio. Slauga. 2003. Nr.9(81).
33. Kajokas T.V. Alkoholinės abstinencijos būklės. Vilnius , 1997.
34. Vesterdal A. Sveikatos priežiūros ir ligonių slauga. Vilnius,1996.
35. Donabedian A. The Definition of Quality and Approaches to its Management . Vol. 1 Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Michigan, Health Administration Press; 1980.
36. Ритгер С. Руководство по сестринской психиатрической клинике. Киев, 1997.
37. Brown T.M., Boyle M.F. ABC of psychological medicine-Delirium. Prieiga per internetą <http://www.bmj.com/cgi/content/full/325/7365/644?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESUL> [žiūrėta 2007 03.14].
38. Gudauskienė K. Intensyvioji terapija skyriuje pasireiškianti psichozė. Gydomo menas. 2007.Nr.1(136).

39. Weber R. J., Oszko M. A., Bolender B. et al. The intensive care unit synchome: sauses, tretment, and prevention. *Drug. Intell. Clin. Pharm.* 1985, 19(1), p.13-20.
40. Lapkauskienė N. *Psichikos sveikatos sutrikimai ir slaugos pagrindai*. Vilnius, 2004.
41. Bulzgytė G. Agresija. *Šalpusnis*.1999 Nr.9(33)
42. Petrauskienė N. Kokybės vadybos sistemos įtaka RVPL teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybei. *Sveikatos stiprinimas ligoninėse*. Vilnius, 2004.
43. Rezginė L. Medicinos personalas: tarpusavio supratimas ir atsakomybė VIII nacionalinė sveikatą stiprinančių ligoninių konferencija. Kaunas , 2003.
44. Burgoyne R.W., Stakles F.R., Yamamoto J., Polkon G.H., Kline F. Patients reguests of an Outpatient Clinic. *Arch Gen Psychiatry*, 1979. Vpl.36, April.

8. PRIEDAI

ANKETA

Gerbiamas paciente,

Gerinant pacientų slaugą ir priežiūrą mūsų ligoninėje ir laiku išsiaiškinant Jūsų nuomonę dėl slaugytojų teikiamų slaugos paslaugų parengėme anketą.

Maloniai prašome Jūsų atsakyti į žemiau pateiktus anketos klausimus. Jūsų atsakymai bus ypač vertingi ir svarbūs.

Atsakydami į anketos klausimus pasirinkite Jums priimtinausius variantus bei juos pažymėkite X.

Anonimiškumą garantuojame.

1. Jūsų amžius.....

2. Jūsų išsilavinimas?

- vidurinis
- spec. vidurinis
- aukštesnysis
- aukštasis
- kita

3. Jūsų lytis?

- moteris
- vyras

4. Ar slaugytoja Jums atvykus į skyrių parodė kabinetus, palatą ir pristatė palatos kaimynam?

- taip
- ne
- ne visada

5. Ar slaugytoja elgėsi su Jumis mandagiai?

- taip
- ne
- ne visada

6. Ar slaugytoja skyrė Jums pakankamai laiko?

- taip
- ne
- ne visada

7. Ar slaugytoja Jus išklausydavo iki galo?

- taip
- ne
- ne visada

8. Ar slaugytoja bendradarbiavo su Jumis nuoširdžiai?

- taip
- ne
- ne visada

9. Ar slaugytoja su Jumis aptarė slaugos problemas?

- taip
- ne
- ne visada

10. Ar slaugytoja paaiškino paskirtas procedūras ir jų atlikimą?

taip ne ne visada

11. Ar slaugytoja pakankamai suteikė informacijos apie paskirtus vaistus ir jų poveikį?

taip ne ne visada

12. Ar Jūs pasitikite savo slaugytoja?

taip ne ne visada

13. Ar slaugytoja padeda spręsti iškilusias sveikatos problemas?

taip ne ne visada

14. Ar būna, kad jaučiatės nesuprastas slaugytojų?

taip ne ne visada

15. Ar dažnai neišsakote savo poreikių slaugytojai?

taip ne ne visada

16. Jei neišsakote, kodėl?.....

17. Ar kreipiatės į slaugytoją jei vargina nerimas, baimė?

taip ne ne visada

18. Ar Jums trukdo triukšmas skyriuje?

taip ne ne visada

19. Ar jums bendraujant su slaugytoja buvo iškilusi konfliktinė situacija?

taip ne ne visada

20. Kokias slaugytojos savybes labiausiai vertinate?

profesionalumas

pagarba pacientui

užuojauta

kantrybė

AČIŪ UŽ ATSAKYMUS! (RVPL slaugos taryba)

Tiriamųjų pasiskirstymas pagal amžių.

Skyrius	N	X	S_x	SN
ŪAPS	92	41,62	1,12	10,7
KS	186	41,55	0,92	12,54
Iš viso	278	41,57	0,72	11,94

PASTABA: ŪAPS – ūmių alkoholinių psichozių skyrius; KS – kiti skyriai; N – absoliutus skaičius; X – vidurkis, S_x – standartinė vidurkio paklaida; SN – standartinis nuokrypis; X^2 – Chi kvadratas, df – laisvės laipsniai; p – statistinio reikšmingumo lygmuo

Tiriamųjų pasiskirstymas pagal lytis

Skyrius		Lytis		Viso	X ²	df	p
		Moteris	Vyras				
ŪAPS	N	20	72	92	15.034	1	0.000
	%	21.7%	78.3%	100.0%			
KS	N	85	101	186			
	%	45.7%	54.3%	100.0%			
Iš viso	N	105	173	278			
	%	37.8%	62.2%	100.0%			

PASTABA: ŪAPS – ūmių alkoholinių psichozijų skyrius; KS – kiti skyriai; N – absoliutus skaičius; X² – Chi kvadratas; df – laisvės laipsniai; p – statistinio reikšmingumo lygmuo

Tiriamųjų pasiskirstymas pagal išsilavinimą

Skyrius		Išsilavinimas					Viso	X ²	df	p
		Vidurinis	Spec. vidurinis	Ankstesnysis	Aukštasis	Kita				
ŪAPS	N	40	25	12	8	5	90	15.821	2	0.000
	%	44.4%	27.8%	13.3%	8.9%	5.6%	100.0%			
KS	N	67	56	21	27	15	186			
	%	36.0%	30.1%	11.3%	14.5%	8.1%	100.0%			
Viso	N	107	81	33	35	20	276			
	%	38.8%	29.3%	12.0%	12.7%	7.2%	100.0%			

PASTABA: ŪAPS – ūmių alkoholinių psichozijų skyrius; KS – kiti skyriai; N – absoliutus skaičius; X – vidurkis; S_x – standartinė vidurkio paklaida; X² – Chi kvadratas, df – laisvės laipsniai; p – statistinio reikšmingumo lygmuo.

Tiriamųjų nuomonės apie slaugytojos bendravimą su pacientu.

Klausimas	Skyrius		Atsakymų variantai			Viso	X ²	df	p
			Taip	Ne	Ne visada				
Ar slaugytoja Jums atvykus į skyrių parodė kabinetus, palata ir pristatė palatos kaimynams?	ŪAPS	N	85	4	3	92	3.641	2	0.162
		%	92.4%	4.3%	3.3%	100.0%			
	KS	N	155	15	14	184			
		%	84.2%	8.2%	7.6%	100.0%			
	Viso	N	240	19	17	276			
		%	87.0%	6.9%	6.2%	100.0%			
Ar slaugytoja elgėsi su Jumis mandagiai?	ŪAPS	N	88		4	92	.499	2	0.779
		%	95.7%		4.3%	100.0%			
	KS	N	176	1	8	185			
		%	95.1%	.5%	4.3%	100.0%			
	Viso	N	264	1	12	277			
		%	95.3%	.4%	4.3%	100.0%			
Ar slaugytoja skyrė Jums pakankamai laiko?	ŪAPS	N	86		5	91	3.849	2	0.146
		%	94.5%		5.5%	100.0%			
	KS	N	163	4	19	186			
		%	87.6%	2.2%	10.2%	100.0%			
	Viso	N	249	4	24	277			
		%	89.9%	1.4%	8.7%	100.0%			
Ar slaugytoja išklausydavo Jus iki galo?	ŪAPS	N	86		6	92	2.665	2	0.264
		%	93.5%		6.5%	100.0%			
	KS	N	163	2	21	186			
		%	87.6%	1.1%	11.3%	100.0%			
	Viso	N	249	2	27	278			
		%	89.6%	.7%	9.7%	100.0%			

4 priedo lentelės tęsinys kitame puslapyje.

4 priedo lentelės tęsinys.

Ar slaugytoja bendradarbiavo su jumis nuoširdžiai?	ŪAPS	N	86		6	92	2.437	2	0.296
		%	93.5%		6.5%	100.0%			
	KS	N	166	4	16	186			
		%	89.2%	2.2%	8.6%	100.0%			
	Viso	N	252	4	22	278			
		%	90.6%	1.4%	7.9%	100.0%			

Tiriamųjų nuomonės apie slaugytojos teikiamą pacientui informacijos kokybę.

Klausimas	Skyrius		Atsakymų variantai			Viso	X ²	df	p
			Taip	Ne	Ne visada				
Ar slaugytoja aptarė su Jumis slaugos problemas?	ŪAPS	N	74	9	9	92	2.783	2	0.249
		%	80.4%	9.8%	9.8%	100.0%			
	KS	N	133	30	23	186			
		%	71.5%	16.1%	12.4%	100.0%			
	Viso	N	207	39	32	278			
		%	74.5%	14.0%	11.5%	100.0%			
Ar slaugytoja paaiškino apie paskirtas procedūras ir jų atlikimą?	ŪAPS	N	82	2	5	89	0.727	2	0.695
		%	92.1%	2.2%	5.6%	100.0%			
	KS	N	168	8	10	186			
		%	90.3%	4.3%	5.4%	100.0%			
	Viso	N	250	10	15	275			
		%	90.9%	3.6%	5.5%	100.0%			
Ar slaugytoja pakankamai suteikė informacijos apie paskirtus vaistus ir jų poveiki?	ŪAPS	N	71	8	9	88	2.443	2	0.295
		%	80.7%	9.1%	10.2%	100.0%			
	KS	N	133	24	28	185			
		%	71.9%	13.0%	15.1%	100.0%			
	Viso	N	204	32	37	273			
		%	74.7%	11.7%	13.6%	100.0%			

Tiriamųjų nuomonė apie slaugytojos psichologinė pagalbos suteikimo kokybę.

Ar Jūs pasitikite savo slaugytoja?	ŪAPS	N	85		3	88	0.813	2	0.666
		%	96.6%		3.4%	100.0%			
	KS	N	173	1	9	183			
		%	94.5%	0.5%	4.9%	100.0%			
	Viso	N	258	1	12	271			
		%	95.2%	0.4%	4.4%	100.0%			
Ar slaugytoja padeda spręsti iškilusias sveikatos problemas?	ŪAPS	N	80	1	7	88	0.749	2	0.688
		%	90.9%	1.1%	8.0%	100.0%			
	KS	N	163	5	16	184			
		%	88.6%	2.7%	8.7%	100.0%			
	Viso	N	243	6	23	272			
		%	89.3%	2.2%	8.5%	100.0%			
Ar būna, kad jaučiatės nesuprastas slaugytojos?	ŪAPS	N	21	46	21	88	3.776	2	0.151
		%	23.9%	52.3%	23.9%	100.0%			
	KS	N	34	120	32	186			
		%	18.3%	64.5%	17.2%	100.0%			
	Viso	N	55	166	53	274			
		%	20.1%	60.6%	19.3%	100.0%			
Ar dažnai neišsakote savo poreikiu slaugytojai?	ŪAPS	N	29	29	30	88	7.021	2	0.030
		%	33.0%	33.0%	34.1%	100.0%			
	KS	N	35	83	64	182			
		%	19.2%	45.6%	35.2%	100.0%			
	Viso	N	64	112	94	270			
		%	23.7%	41.5%	34.8%	100.0%			
Ar kreipėtės į slaugytoja jei vargina nerimas, baime?	ŪAPS	N	64	13	10	87	1.036	2	0.596
		%	73.6%	14.9%	11.5%	100.0%			
	KS	N	145	20	20	185			
		%	78.4%	10.8%	10.8%	100.0%			
	Viso	N	209	33	30	272			
		%	76.8%	12.1%	11.0%	100.0%			

6 priedo lentelės tęsinys kitame puslapyje.
6 priedo lentelės tęsinys.

Ar Jus trikdo triukšmas skyriuje?	ŪAPS	N	16	60	13	89	4.076	2	0.130
		%	18.0%	67.4%	14.6%	100.0%			
	KS	N	34	105	46	185			
		%	18.4%	56.8%	24.9%	100.0%			
	Viso	N	50	165	59	274			
		%	18.2%	60.2%	21.5%	100.0%			

Konfliktų pasireiškimo dažnis tarp pacientų ir slaugytojų.

Skyrius		Ar Jums bendraujant su slaugytoja buvo iškilusi konfliktinė situacija?		Viso	X ²	df	p
		Taip	Ne				
ŪAPS	N	8	81	89	0.862	1	0.353
	%	9.0%	91.0%	100.0%			
KS	N	11	174	185			
	%	5.9%	94.1%	100.0%			
Iš viso	N	19	255	274			
	%	6.9%	93.1%	100.0%			

Labiausiai vertinamos slaugytojos savybės.

Skyrius		Profesionalumas	Pagarba pacientui	Užuojauta	Kantrybė
ŪAPS	N	54	58	30	40
	%	58.7	63.0	32.6	43.5
KS	N	107	104	59	92
	%	57.5	55.9	68.3	49.5
Iš viso	N	161	162	89	132
	%	57.9	58,3	68.0	49.5