

Fizinio suvaržymo priemonių taikymas psichiatrinėje slaugoje: subjektyvios psichikos sveikatos slaugytojų patirtys

Daiva Bartušienė

Kauno kolegija, Medicinos fakultetas

Ineta Žalkauskaitė

Kauno kolegija, Medicinos fakultetas

Santrauka. Fizinio suvaržymo taikymas psichiatrijos profilio pacientų slaugoje yra itin aktuali ir kompleksinė problema, kelianti etinių, teisinių, moralinių, psichologinių ir klinikinių iššūkių psichikos sveikatos slaugytojams. Šie iššūkiai yra tiesiogiai susiję su medicinos darbuotojų emocine sveikata, būtinųjų slaugos priemonių užtikrinimu ir terapine komunikacija su pacientais. Moksliniu požiūriu fizinio suvaržymo priemonių taikymas psichiatrinėje slaugoje aprašytas plačiai, tačiau subjektyvios slaugytojų patirtys taikant fizinės intervencijos procedūrą Lietuvoje tyrinėtos mažai. 2013 metais Petrini išsiaiškino, kad tiek psichologinė, tiek fizinė agresija ligoninėje kyla iš įvairių šaltinių, kuriai suvaldyti naudojamos ir fizinio suvaržymo priemonės, tačiau pabrėžiama, kad šios priemonės neturi jokios terapinės reikšmės ir yra nesuderinamos su žmogaus teisėmis. Straipsnyje analizuojami kokybiniai duomenys atskleidžia, kad nors fizinio suvaržymo priemonės taikomos tik kraštutiniais atvejais, tai visada yra susiję su psichikos sveikatos slaugytojų patiriama psichologine įtampa bei turi neigiamos įtakos sėkmingai slaugytojo ir paciento komunikacijai ateityje. Atliktas kokybinis tyrimas, kuriame dalyvavo 14 psichikos sveikatos slaugytojų, atskleidė, kad jų patiriamą stresą lemia informacijos ir žinių stoka apie fizinio suvaržymo priemonių taikymo indikacijas. Straipsnyje taip pat aptariama, kokias įveikos strategijas naudoja slaugytojai, siekdami sumažinti psichologinę įtampą klinikinėje praktikoje.

Reikšminiai žodžiai: psichikos sveikata, psichiatrija, fizinis suvaržymas, suvaržymo priemonės, psichikos sveikatos slauga, agresija.

Physical Restriction in Psychiatric Nursing: subjective experiences of mental health nurses

Abstract. The use of physical restraint in mental and psychiatric health-care settings is common and complex practice as it has physical, psychological, judicial, ethical, and moral issues. Nurses are the key figures regarding physical restraint use in hospitals as they are managing the whole process beginning with decision-making, application, caring the restrained patients. Lack of understanding and negative attitude of nurses in the use of physical restraints makes an impact of patient therapeutic process. The use of this medical practice poses a variety of challenges for mental health nurses and is directly related to the psychological health issues of medical staff and patients' satisfaction of therapeutic communication. Although the use of physical restraint in psychiatric nursing in Lithuania has been analyzed extensively, however the qualitative researches of subjective experiences of mental health nurses in this particular setting has been studied insufficiently. Both, psychological and physical aggression in the hospital settings stems from the variety of sources, which are controlled by means of physical restraint. Qualitative, semi-structured interviews with 14 mental health nurses revealed that physical restraint is used only in extreme cases and it's always related to the high psychological stress experienced by nurses and has a negative impact on successful nurse-patient communication in the future. The study revealed that the stress experienced by nurses is also caused by a lack of information about the indications for the use of physical restraint measures. Research findings showed that the main strategies nurses are using to reduce the psychological stress at work are conversations with colleagues and family members, reading books, being in nature, physical activities such as long walking and others.

Keywords: mental health, psychiatry, physical restraint, restriction measures, mental health nursing, aggression.

Įvadas

Fizinio suvaržymo taikymas psichiatrijos profilio pacientų slaugoje yra aktuali ir kompleksinė problema, apimanti klinikinius, teisinius, etinius, moralinius ir kitus aspektus. Klinikiniai standartai, susiję su fizinio suvaržymo taikymu psichiatrinėje slaugoje, nuolat keitėsi: nuo visiškų pacientų autonomijos nepaisymo iki bandymo bendradarbiauti ir taikyti verbalinės komunikacijos principą. Per pastaruosius keletą dešimtmečių biomedicinoje įvykę reikšmingi sociokultūriniai ir sveikatos politikos pokyčiai neišvengiamai palietė ir šiuolaikinę psichiatriją [Vaiseta, 2018]. Biomedicininiam sveikatos modeliui persiorientuojant į biopsichosocialinį buvo pradėta diskutuoti apie tuos sveikatos priežiūros sistemos aspektus, kurie iki tol buvo laikomi nereikšmingais, pvz., subjektyvios

pacientų ir medicinos darbuotojų patirtys. Nors pastaraisiais dešimtmečiais psichiatrinėje slaugoje pacientų fizinio suvaržymo priemonių taikymas vertinamas vis kritiškiau, iki pat XX a. pab. tai buvo laikoma nekvestionuojama biomedicininė praktika, o slaugytojų ir ypač pacientų patirtys (dažniausiai neigiamos) nebuvo laikomos „pakankamai rimtomis“, kad taptų mokslinio pažinimo objektu. Tačiau pastaruosius kelis dešimtmečius fizinio suvaržymo priemonių taikymas psichiatrinėje slaugoje aptariamas ne tik moraliniu, teisiniu, medicininu, bet ir sociologiniu bei istoriniu požiūriu į diskusijas įtraukiant tiek medicinos personalo, tiek pacientų, kuriems buvo taikomos įvairios fizinės intervencijos, perspektyvas [Hamid & Daulima, 2018].

Užsienyje atliktų mokslinių studijų apie psichikos sveikatos slaugytojų subjektyvias patirtis, taikant fizinį suvaržymą, yra gausu, tačiau Lietuvoje šis psichiatrinės slaugos aspektas beveik netyrinėtas. Dar mažiau užfiksuota tyrimų, kuriuose būtų naudojama kokybinė tyrimo prieiga, o pacientų, patyrusių fizinį suvaržymą, patirtys netyrinėtos visai. Marangos-Frost ir Wells 2000 metais, siekdami atskleisti psichikos sveikatos slaugytojų subjektyvias patirtis taikant fizinį suvaržymą, atliko etnografinį tyrimą ir nustatė, kad suvaržymų naudojimas psichiatrinėje slaugoje yra daug labiau kompleksinis reiškinys negu pateikiama mokslinėje literatūroje, todėl šią sritį būtina tyrinėti tarpdisciplininiu aspektu. Šio tyrimo metu buvo išskirti 4 svarbiausi aspektai: 1) slaugytojų patiriama emocinė įtampa dėl galimos žalos atsiradimo po pritaikyto fizinio suvaržymo; 2) nesėkmės taikant alternatyvius paciento nuraminimo metodus siekiant išvengti fizinio suvaržymo; 3) konfliktinės situacijos slaugoje; 4) skirtingos fizinio suvaržymo taikymo aplinkybės. Visi šie aspektai iš dalies aptariami ir šiame straipsnyje.

Nors fizinis paciento suvaržymas, kuris suprantamas kaip asmens judėjimo ir kitų veiksmų laisvės apribojimas, taikomas ir kitose medicinos srityse, pvz., geriatrijoje, skubiosios ir intensyviosios pagalbos medicinoje, ortopedijoje bei kitur, tačiau psichiatrijoje ši praktika sulaukia daugiausia kontroversiškų vertinimų dėl moralinio ir etinio jos aspekto. Psichiatrinės slaugos praktikoje galimos įvairios pacientų nuraminimo priemonės, tačiau tais atvejais, kai jomis medicinos personalui nepavyksta suvaldyti pacientų pasipriešinimo ir (arba) jie sukelia pavojų savo ir aplinkinių gerovei, fizinio suvaržymo priemonės gali būti vienintelis ir efektyviausias būdas apsaugoti pacientą ir medicinos personalą [Istomina, Razbadauskas, Bagdonas, Dumbrasuskienė & Saulienė, 2011; Moghadam, Khoshknab & Pazargadi, 2014; Junrong ir kt., 2019]. Tiek mokslinė literatūra, tiek šiame straipsnyje analizuojami empiriniai duomenys atskleidžia, kad fizinio suvaržymo priemonių taikymas kasdieninėje psichiatrinėje slaugoje kelia įvairių iššūkių psichikos sveikatos slaugytojoms (-ams), kurie yra tiesiogiai susiję su medicinos darbuotojų emocine sveikata, būtinųjų slaugos priemonių užtikrinimu ir tarpusavio santykiais su pacientais. Negrioni [2017] ir daugelis kitų autorių išskiria šias šiuolaikinėje psichiatrijoje naudojamas fizinio suvaržymo priemones: fizinę žmogaus jėgą, fiksacinius diržai, chemines priemones (medikamentai), izoliavimas ir kt.

Psichikos sutrikimų turinčių žmonių slauga yra itin specifinė ir sudėtinga, nes pacientai dažnai negeba sklandžiai reikšti minčių, nekontroliuoja savęs, ir tai apsunkina anamnezės surinkimą bei tolimesnių veiksmų nustatymą [Adomaitienė & Steiblienė, 2017]. Tiek fizinė, tiek psichologinė pacientų agresija ligoninėje, nukreipta prieš slaugytojus, gali kilti iš įvairiausių šaltinių, o mokslinėje literatūroje išskiriamos tiesioginės ir netiesioginės agresijos formos [Čiupailienė 2016; Williamson ir kt., 2014; Serapinienė 2014; Kuodytė & Pajarskienė, 2015]. Psichikos sveikatos slaugytojai, prižiūrintys psichikos ligomis sergančius pacientus, ir ypač tuos, kuriems prireikė fizinio suvaržymo, daug dažniau negu kitų medicinos sričių slaugytojai patiria stresines situacijas ir destruktinius santykius, kurie gali sutrikdyti jų pačių psichologinę būklę ir sukelti ilgalaikių emocinės sveikatos sutrikimų: nerimą, stresą, nemigą, baimę, nuolatos jaučiamą įtampą ar net „perdegimą“ [Holmqvist & Jeanneau, 2006; Mangoullia, Koukia, Alevizopoulos, Fildissis & Katostaras, 2015].

Šiame straipsnyje taip pat atskleidžiamas kitas ne mažiau svarbus fizinio suvaržymo priemonių taikymo aspektas, t. y. nepakankamos slaugytojų žinios apie fizinio suvaržymo indikacijas ir nežinojimas, kaip tinkamai atlikti suvaržymo procedūrą, kad nebūtų pažeistos slaugomo asmens teisės bei orumas, bet kartu būtų išvengta (savi)žalojančios elgsenos. Dėl to slaugytojai nuolat patiria baimę būti fiziškai sužaloti, jaučia emocinę įtampą

nežinodami, kaip tiksliai įvertinti indikacijas ir tinkamai atlikti suvaržymą, o matant suvaržytus pacientus kyla gailėstis ir nerimaujama dėl prarasto pacientų pasitikėjimo bei tolimesnės santykių eigos [Moghadam ir kt., 2014].

Tyrimo tikslas – atskleisti subjektyvias psichikos sveikatos slaugytojų patirtis taikant fizinio suvaržymo priemones pacientų slaugoje.

Tyrimo medžiaga ir metodai

Tyrimo imtis ir atranka. Tyrime dalyvavo 14 psichikos sveikatos slaugytojų, dirbančių dviejose skirtingose psichiatrinėse ligoninėse. Tyrimui atlikti buvo pasirinkta patogioji atranka ir taikyti šie informantų atrankos kriterijai: a) į tyrimą įtrauktos tik psichikos sveikatos slaugos specializaciją turinčios slaugytojos, dirbančios psichiatrijos ligoninėse arba ligoninių psichiatrijos skyriuose; b) slaugytojos, turinčios ne mažiau nei penkerių metų darbo stažą, ir c) savo klinikinėje darbo praktikoje yra turėjusios patirties taikant fizinio suvaržymo priemones. Mažesnę nei 10 metų darbo stažą tyrimo metu turėjo tik dvi informantės, didžiausias nurodytas darbo stažas – 44 metai, vidutinis slaugytojų darbo stažas psichiatrinėje slaugoje – 22,7 metai. Lyties kriterijus atrankoje nebuvo taikytas, tačiau tyrime dalyvavo tik slaugytojos moterys.

Tyrimo organizavimas, metodai ir etika. Siekiant atskleisti subjektyvias psichikos sveikatos slaugytojų patirtis taikant fizinio suvaržymo priemones, buvo atliktas kokybinis tyrimas taikant pusiau struktūruotą interviu metodą. Kokybinė prieiga pasirinkta dėl to, kad šiam tyrimui reikšmingus duomenis, tokius kaip emociniai slaugytojų išgyvenimai, jų socialinės, kultūrinės nuostatos, požiūriai bei įsitikinimai ir vertybės, gali būti sunkiau išgauti naudojant kiekybinius metodus, pvz., anketinę apklausą. Tyrimas buvo atliktas 2020 metų lapkričio mėnesį. Pusiau struktūruoti interviu atlikti pagal iš anksto paruoštą klausimyną, kurį sudarė 3 klausimų blokai. Pirmojo bloko klausimais buvo siekiama sužinoti demografines informančių charakteristikas ir kokie apskritai kyla iššūkiai bei sunkumai psichiatrinėje slaugoje; antrasis klausimų blokas buvo sudarytas iš klausimų, susijusių su fizinio suvaržymo priemonių taikymo patirtimis; trečiasis blokas sudarytas iš klausimų apie psichikos sveikatos slaugytojų taikomas priemones psichologinei įtampai darbe sumažinti. Visi interviu įrašai buvo transkribuojami išskiriant svarbiausias analitines kategorijas. Tyrimo metu buvo laikomasi visų etikos principų, o siekiant užtikrinti tyrime dalyvavusių asmenų konfidencialumą, jiems buvo priskirti išgalvoti vardai, todėl nėra tikslinga mėginti juos susieti su konkrečiais asmenimis. Tyrimui atlikti buvo gauti abiejų ligoninių psichiatrijos skyrių vadovų raštiški sutikimai, taip pat ir tyrime dalyvavusių slaugytojų.

Duomenų analizė. Analizuojant empirinius duomenis, taikytas aprašomojo tyrimo dizainas, t. y. buvo taikytas duomenų turinio analizės metodas ir išskirtos svarbiausios analitinės kategorijos: psichikos sveikatos slaugytojų ir pacientų komunikacija; fizinė ir psichologinė agresija slaugytojo darbe ir jos valdymas; slaugytojo, atliekančio fizinį suvaržymą, psichologinė būseną; priemonių pacientui nuraminti parinkimas; priemonės ir būdai psichologinei įtampai sumažinti. Straipsnyje pateikiamos tos interviu citatos, kurios buvo atrinktos kaip labiausiai reprezentuojančios tyrime dalyvavusių slaugytojų patirtis, tačiau svarbu akcentuoti, kad šiame straipsnyje pateikiami empiriniai duomenys reprezentuoja tik šiame tyrime dalyvavusių slaugytojų patirtis, o ne apskritai visų psichikos sveikatos slaugytojų, todėl jos turėtų būti vertinamos kontekstualiai.

Radiniai

Analizuojant tyrimo dalyvių atsakymus, buvo išskirtos penkios temos: bendravimo specifika ir santykis su pacientu, psichikos sveikatos slaugytojo patiriami iššūkiai ir sunkumai, agresija slaugytojo darbe ir jos valdymas, slaugytojo, atliekančio fizinį suvaržymą, psichologinė būseną, priemonių pacientui nuraminti parinkimas, priemonės ir būdai psichologinei įtampai sumažinti.

Pirma tema. Psichikos sveikatos slaugytojų ir pacientų komunikacijos iššūkiai slaugoje.

Bendrosios praktikos slaugytojo profesija yra viena populiariausių Lietuvoje, tačiau gana retai kalbama apie šio darbo sunkumus ir iššūkius. Psichikos sveikatos slaugytojų darbo sąlygos labai įvairios ir tai priklauso nuo specializacijos srities, tačiau pagrindinis terapinės komunikacijos tikslas slaugoje – dalinimasis informacija su pacientu. Vis dėlto, siekiant užtikrinti sėkmingą paciento ir slaugytojo komunikacijos procesą psichiatrinėje slaugoje, tai gali kelti įvairių iššūkių: paciento negebėjimą suprasti ir teisingai interpretuoti slaugytojų perduodamą informaciją, medicinos personalo pateikiamos informacijos aiškumą, kartais sunkiai prognozuojamą paciento reakciją bei elgseną ir kt. Sėkmingas komunikacijos procesas prasideda nuo kūno kalbos ir baigiasi ištartų žodžių intonacija, kuri taip pat gali turėti reikšmingos įtakos paciento reakcijai, todėl bendraujant su pacientu labai svarbu aiškiai suformuluoti klausimus, kad jis (ji) gebėtų juos suprasti ir tinkamai atsakyti. Atliktas tyrimas atskleidė, kad slaugytojų turima ilgesnė klinikinio darbo patirtis turi reikšmingos įtakos siekiant užtikrinti sklandesnę ir efektyvesnę terapinį procesą, nes jos greičiau perpranta pacientus, jų komunikacija su pacientais yra konstruktyvesnė ir rečiau patenkama į konfliktines situacijas.

*„Su kiekvienu pacientu reikia atskirai kalbėti, kiekvienas atvejis individualus. Kaip sakau, pacientą reikia nuskenuoti ir kažkaip priėti, kad jis atsivertų, kad atsakytų į rūpimus klausimus. Santykiai su pacientu geri. Sakyčiau, lengvai ir greitai su jais susitariu, slaugytojai turime numatyti, kaip su pacientu kalbėti, tad turiu patirties su įvairiais žmonėmis, gal todėl greitai susitvarkau“ (slaugytoja Sofija).**

„Kantrybės reikia, atidumo reikia, bet iš visko daugiausia – tai kantrybės. Nes daugiausia pacientai išlieja daug emocijų, turi likti neutralus. Viską dirbi, kas priklauso, visą slaugą atlieki, lydėjimas į kokius nors užsiėmimus, tie patys pokalbiai su pacientais“ (slaugytoja Diana).

„Kiekvieną dieną yra iššūkiai. Dažniausiai nieko gero nereikia tikėtis. Pacientai gali bet kada reaguoti neadekvačiai į jūsų gestą, į jūsų žodį, į viską, ar kažkas jam nepatiko. Yra žmonės kliedesiuose, jiems gali kiti žmonės asocijuotis su kažkuo, tai gali pakeisti paciento elgesį su personalu ar kitais pacientais. Būna išankstinis nusistatymas prieš personalą, ypač kai ko nors nori ir negauna, pradeda įžeidinėti. Atrodo nieko, bet kai kiekvieną dieną, tai pradeda girdėti keiksmažodžius ir grasinimus ir visa kita, tai paveikia“ (slaugytoja Ramunė).

Slaugytojos savo darbe nuolat susiduria su įvairiais sunkumais, pvz., didelis darbo krūvis, sunkiai nuspėjami ir potencialiai rizikingos elgsenos pacientai, priešinimasis paskirtam gydymui, sujudintų pacientų raminimas nakties metu ir kt. Taip pat sunkumų kyla sprendžiant ligonių užimtumo klausimus. Tačiau tyrimas taip pat atskleidė, kad slaugytojos siekia padėti pacientams ir stengiasi rasti pakankamai laiko juos išklausti, nes supranta, kad komunikacija yra neatsiejama sėkmingo terapinio proceso dalis.

Antra tema. Fizinė ir psichologinė agresija slaugytojo darbe ir jos valdymas.

Analizuojant V. Kuodytės ir kt. [2013] tyrimą buvo išsiaiškinta, kad slaugytojai iš visų asmens sveikatos priežiūros sričių dažniausiai patiria pacientų fizinį smurtą. Šio tyrimo metu taip pat buvo pastebėta, kad pacientų agresija jų atžvilgiu yra neatsiejama psichikos sveikatos slaugytojų klinikinio darbo dalis.

„Labai dažnai būna, praktiškai kiekvieną dieną, patiriame žodinę agresiją, jei kažkas nepatinka, tai grasinimai būna. Taip pat ir fiksuojant pacientą, jis gali pradėti spardyti, naudoja fizinį smurtą, spjaudosi“ (slaugytoja Loreta).

„Agresijos išraiškų būna įvairių ir visiškai nenuspėjamų, o pasitaiko dažnai, tikrai dažnai. Stengiamės nuraminti pirmiausia kalbėdami su juo, slaugytojai, padėjėjai, jei nepavyksta, kviečiame budintį gydytoją, tęsiame pokalbį, jei nepavyksta – nuraminame vaistų pagalba“ (slaugytoja Sofija).

* Informantų kalba netaisyta.

„Dažnis nei bet kuriame ligoninės skyriuje tikrai didesnis, stengiamės su pacientu bendrauti, susitarti, kraštutiniu atveju pagal gydytojo paskyrimą varžome. Pacientui suvaržyti einame kuo didesnė komanda, kartais prireikia ir apsaugos darbuotojų. Didžiausia susižeidimų rizika“ (slaugytoja Vida).

Empirinių duomenų analizė atskleidė, kad dažniausiai slaugytojoms tenka susidurti su žodine agresijos išraiška, tačiau fizinės agresijos, nors ir rečiau, pasitaiko taip pat. Slaugytojos agresijos valdymui pirmiausia naudoja verbalinę komunikaciją, t. y. stengiasi pokalbiu nuraminti pacientą ir sužinoti jo agresijos priežastį. Kai verbalinės komunikacijos metodo nepakanka agresyviam pacientui suvaldyti, slaugytojos taiko kitus metodus, tokius kaip raminamieji medikamentai, izoliavimas į atskirą palatą ar fiksavimas prie specialios lovos diržais.

Trečia tema. Slaugytojo, atliekančio fizinį suvaržymą, psichologinė būseną.

Duomenys atskleidė, kad fizinis pacientų suvaržymas yra kraštutinė priemonė psichiatrinėje slaugoje ir taikoma tik tada, kai kiti paciento nuraminimo metodai yra neefektyvūs. Taip pat analizuotos slaugytojų patirtys parodė, kad fizinį suvaržymą jos atlieka tik komandiniu būdu, t. y. su kitų medicinos personalo darbuotojų pagalba. Komandą sudaro du slaugytojai (-os) ir du slaugytojų padėjėjai (-os), tačiau jeigu paciento elgsena yra ypač potencialiai rizikinga arba trūksta žmogiškųjų išteklių, yra kviečiami ir apsaugos darbuotojai. Fizinis suvaržymas yra atliekamas naudojant specialią lovą, magnetinius diržus galūnėms fiksuoti prie lovos bei juostą per krūtinę. Fizinį suvaržymą gali paskirti tik gydytojas, bet jeigu paciento ar aplinkinių gyvybei kyla didelė rizika ir yra kritinė situacija, sprendimą dėl fizinio suvaržymo taikymo gali priimti ir slaugytojas.

„Pirmiausia eiti pasiruošus, eina visa slaugytojų komanda, sanitarai, iš karto su priemonėmis, kad būtų komandinis toks darbas, kad būtų greit viskas apgalvota, kad nereikėtų galvoti įėjus į palatą. Turėti priemones ir visiems dirbti savo darbą. Dažniausiai fizinį suvaržymą skiria gydytojas, o esant ekstra atvejui gali skirti ir slaugytoja. Gydytojas sprendžia pagal paciento būklę, dažniausiai skiria valandai, būna dviem, bet būna ir trumpiau. O slaugytojos vertina tokius kriterijus kaip kvėpavimas, galūnių kraujotaka, pulsas, spaudimas, kūno temperatūra, tuštėjimas, valgymas ir gėrimas, šlapinimasis, šiuos kriterijus vertiname kas pusę valandos. Bet kokiu atveju, prifiksavus pacientą, mes jo nepaliekame vieno, visada yra žmogus, bet vieno jo nepaliekame, stebime“ (slaugytoja Loreta).

„Maždaug du kartus per savaitę. Svarbiausia, kad ligonis suprastų, jog tai nėra bausmė, o apsaugojimo priemonė, kuri leidžia apsaugoti pacientą, kitus pacientus ir personalą. Didžiausias pavojus yra būti sužalotam ir sužaloti pacientą, todėl dalyvauja didelė personalo komanda, kad išvengtų tokių nutikimų“ (slaugytoja Erika).

Fiksavimo metu visada stebima ir vertinama paciento būklė kas 15 arba 30 minučių. Vertinama kraujotaka, kvėpavimas, arterinis kraujo spaudimas, psichikos būklė, valgymas ir gėrimas, tuštėjimas ir šlapinimasis. Fiksavimo trukmę bei paties fiksavimo naudojimą kontroliuoja gydytojas.

Analizuotoje užsienio mokslinėje literatūroje gana plačiai aprašomas fizinio suvaržymo taikymas, tačiau tyrimų, kuriuose būtų analizuojamos slaugytojų kaip asmens, atliekančio fizinį suvaržymą, subjektyvios patirtys gerokai mažiau. Šio tyrimo metu išsiaiškinta, kad slaugytojos jaučiasi nejaukiai, joms gaila suvaržyto paciento, arba atvirkščiai, tai priima kaip neišvengiamą medicininę intervenciją ir fizinį suvaržymą traktuoja kaip būtiną efektyvaus terapinio proceso dalį. Tačiau svarbu akcentuoti, kad beveik visų interviu metu buvo pastebėta, kad slaugytojos vengia atvirauti šia tema ir atskleisti savo jausmus, nes dažniausiai joms tai sukelia neigiamų emocijų ir primena nemalonias situacijas bei vaizdinius.

„Pirmas buvo labai seniai, kai atvežė naujus pacientus ir rodė, kaip jie yra fiksuojami, tai galvojau, kad jeigu kiti pacientai tai matytų, tai užtektų jiems tik žodžiu apie suvaržymą pasakyti ir jau nusiramintų. Tai buvo kažkas baisaus, labai baisaus“ (slaugytoja Diana).

„Pamenu, kai vieną pacientą atvežė policija, atėjo ir mūsų apsauginiai ir net 4 vyrai negalėjo su juo susitvarkyti, tad policijai teko panaudoti elektrošoką. Darbo pradžioje buvo labai gaila, tačiau dabar į tai žiūriu iš profesinės pusės, tai apsaugo personalą, pacientus ir patį ligonį“ (slaugytoja Monika).

„Labiausiai įsiminė pacientas su šizofrenijos diagnoze, jis muistėsi, buvo labai sunku jį suvaržyti, nes jis kėlė grėsmę sau, daužė galvą į sieną, tad apsauginiai vos jį suėmė ir padėjo prifiksuoti. Kai pacientas suvaržytas, jaučiu gailėstį, bet taip pat suprantu, kad be to jis gali susižaloti ar sužaloti aplinkinius“ (slaugytoja Vida).

„Bendradarbiaujama visada su gydytoju, informuojant gydytoją, ir jis jau sprendžia, ar taikyti fizinį suvaržymą ar ne. Bet būna situacijų, kur tenka mums, slaugytojams, taikyti, kai yra labai didelis pavojus gyvybei ir sveikatai. Sprendžia gydytojas, kiek laiko gali būti prifiksotas, jeigu dar reikia, tai jis dar papildomai nusprendžia. Pavyzdžiui, jeigu yra valanda, bet jeigu reikia, ir pusvalandis, ir dar valanda, priklausomai nuo būsenos, kaip pacientas nusiramina greitai. Privalome labai išmanyti visas ligas, simptomus <...> priklausomai nuo paciento elgesio, nuo jo nuotaikos. Kiekvieną kartą einant pas pacientą, pirmiausiai įvertini jo psichikos būklę, nuotaiką, jo elgesį, viskas labai individualu“ (slaugytoja Ilona).

Tyrimo duomenys taip pat atskleidė, kad slaugytojų patiriamos psichologinės įtampos yra susijusios ir su žinių trūkumu apie fizinio suvaržymo taikymo indikacijas. Dėl to kartais slaugytojoms sunku įvertinti ir priimti sprendimą, kurioms paciento elgsenoms ir būsenoms suvaldyti yra būtina fizinė intervencija. Galima daryti prielaidą, kad tai iš dalies yra susiję su kiekvieno paciento individualumu, t. y. unikalia klinicine jo būkle, kuriai suprasti ir pažinti reikia laiko. Todėl šiuo atveju didesnė slaugytojų klinikinio darbo patirtis padeda greičiau identifikuoti paciento klinikinės charakteristikas ir pritaikyti komunikacijos būdą.

Ketvirta tema. Priemonių pacientui nuraminti parinkimas.

Subjektyvios psichikos sveikatos slaugytojų patirtys atskleidė, kad psichiatrinėje slaugoje pacientus pirmiausia stengiamasi nuraminti verbalinio pokalbio būdu, su jais analizuojant esamą situaciją. Taip pat bendromis pastangomis siekiama išsiaiškinti ir pašalinti agresyvaus elgesio priežastis bei dirgiklius. Tačiau, kai bendravimo metodas nėra veiksmingas, ieškoma kitų būdų, tokių kaip medikamentai ar fizinis suvaržymas. Kaip minėta, fizinis suvaržymas pasirenkamas kraštutiniu atveju, kai susijaudinęs pacientas kelia grėsmę savo ar aplinkinių saugumui.

„Pirmiausia bandome nuraminti pacientą, paaiškinti. Iki fizinio suvaržymo dar eina keli etapai, jau kraštutiniu atveju, kai yra didelis pavojus sau ir aplinkiniams, tai tada tik taikom suvaržymą. Pokalbis su pacientu, nuraminti, paaiškinti, pirmiausia su pacientu kontaktas, jeigu neįmanoma, tai lengviausią suvaržymą taikome, izoliaciją atskiroje palatoje, suvaržymas rankomis. Bet jeigu neįmanoma ir yra didelė agresija, suicidas ar mušasi, daužosi ir grasina nusižudyti, gadina aplinkinius daiktus, kenkia kitam pacientui, kenkia personalui, tada, aišku, mechaninis suvaržymas, fiksavimas magnetiniais diržais prie lovos“ (slaugytoja Ilona).

„Su kolegomis priimame bendrą sprendimo būdą pagal paciento būklę. Jei turime laisvų palatų, izoliuojame pacientą, kad šis nekeltų grėsmės kitiems, kalbame su pacientu ir, jei nepavyksta nuraminti, informavus gydytoją skiriame vaistų. Pokalbis, stengiamės nuraminti klabėdami, jei nepavyksta nuraminti, taikome vieną iš suvaržymo priemonių“ (slaugytoja Erika).

Penkta tema. Priemonės ir būdai psichologinei įtampai sumažinti.

Psichikos sveikatos priežiūros sektorius apskritai ir psichiatrinė slauga konkrečiai literatūroje dažnai įvardijama kaip tos medicinos sritys, kuriose darbuotojai ypač dažnai susiduria su perdegimo sindromu ir kitais psichologiniais iššūkiais [Yoshizawa ir kt., 2016]. Slauga psichikos sveikatos srityje yra susijusi su ypač glaudžiais tarpasmeniniais medicinos personalo ir pacientų santykiais, kuriuos dažnai apsunkina sudėtinga pacientų psichinės sveikatos būklė. Todėl šiame tyrime buvo siekiama išsiaiškinti, ne tik su kokiais iššūkiais susiduria psichiatrinėje slaugoje dirbančios slaugytojos, bet ir kokias psichologinės įtampos mažinimo strategijas jos taiko. Slaugytojų

subjektyvios patirtys atskleidė, kad tarp dažniausiai taikomų įveikos priemonių yra šios: buvimas gamtoje, fizinė mankšta, mėgstamos muzikos klausymasis, pasivaikščiavimas, filmų ar serialų žiūrėjimas, skaitymas, bendravimas ir pokalbiai su kolegomis.

„Reikia susiimti save į rankas ir toliau dirbti. Daug yra įvairių metodų, bet aš susitaikiau, kad man nėra toli pensija ir jau darbo nepakeisiu, o išgyvenimai vis tiek visi lieka, pripratau prie to... susikaupi ir dirbi. Yra dar psichologė ligoninėje, taip pat relaksacija, skirta darbuotojams. Pokalbis su kitomis slaugytojomis, gydytoju ar kitu personalu padeda, komandinis darbas padeda emociškai“ (slaugytoja Asta).

„Serialų žiūrėjimas, tai leidžia atitrūkti nuo darbe patiriamo streso, knygų skaitymas, susitikimas su draugais“ (slaugytoja Vida).

„Psichologai rekomenduoja kvėpavimo pratimus, aš labai tai taikau sau ir kvėpavimą, fizinį aktyvumą, pabuvimas ramioje aplinkoje su savimi, bendravimas su kitomis kolegomis, dalinimasis informacija, tai tiesiog visi relaksaciniai būdai. O jeigu reikia rimtesnės pagalbos, nesusitvarkau, jaučiu nerimą, baimę, jeigu nepraeina, tada kreipiuosi į psichologą“ (slaugytoja Ilona).

Diskusija

Fizinio suvaržymo priemonių taikymas psichikos sveikatos profilio slaugoje išlieka vienas sudėtingiausių klausimų šiuolaikinės psichiatrijos kontekste. Nors fizinio suvaržymo priemonių taikymas psichiatrinėje slaugoje yra viena efektyviausių priemonių, kuria užtikrinamas pacientų ir medicinos personalo saugumas, tačiau tai, kad pacientai ne visada gali dalyvauti sprendimo priėmimo procese, kuris yra tiesiogiai susijęs su jo (jos) kūnu, kelia įvairių etinių, moralinių, psichologinių ir žmogaus teisių klausimų. Suvaržymo metodų naudojimas prieš paciento valią gali būti laikomas rimtu pagrindinių žmogaus teisių pažeidimu ir netgi smurto prieš pacientą aktu. [Maiese ir kt., 2019]. Kaip pastebi Younjae [2021], žmogaus teisių ir žmogaus orumo pagrindas slypi sveikatos specialistų nuoširdumu bei supratingumu grįstu atsaku į paciento kūno krizę. Todėl ypač svarbus dėmesys šioje diskusijoje turėtų būti nukreiptas ne tik į paciento perspektyvą, bet ir į psichikos sveikatos slaugytojus, nes jų subjektyvios patirtys, taikant fizinio suvaržymo priemones, leidžia atskleisti kompleksiškesnį šio reiškinio vaizdą.

Atliktas tyrimas parodė, kad įvairaus pobūdžio pacientų agresija psichiatrinėje slaugoje yra neatsiejama nuo slaugytojų klinikinės kasdienybės, tačiau pacientų deviantinis ir potencialiai rizikingas elgesys bei jo eliminavimo būdai yra vertinami nevienareikšmiškai. Nors absoliuti dauguma slaugytojų nurodė, kad įvairiais būdais siekia minimizuoti fizinio suvaržymo priemonių taikymą pacientų priežiūroje ir pirmiausia taiko kitus pacientų nuraminimo metodus, pvz., deeskalaciją, t. y. pokalbį ir žodinių nuraminimą, visgi ne visada pavyksta išvengti fizinės intervencijos. Kaip teigia daugelis tyrime dalyvavusių slaugytojų, fizinio suvaržymo priemonių taikymas pacientų slaugoje dažniausiai turi neigiamos įtakos tolimesnei slaugytojo ir paciento komunikacijai ir gali išprovokuoti papildomų ir nepageidaujamų pacientų veiksmų. Be to, apsunkina fiziškai suvaržyto paciento stebėseną bei priežiūrą ir turi reikšmingos įtakos slaugos procesui, t. y. būtiniausioms slaugos procedūroms atlikti.

Psichikos sveikatos priežiūros srityje moralinis ir etinis fizinio suvaržymo pagrindimas ypač sudėtingas, daugiausia dėl įvairių aplinkybių, kuriomis fizinė jėga gali būti neišvengiama – susijaudinusio paciento arba personalo užpuolimo prevencijai. Šis kokybinis tyrimas parodė, kad slaugytojų patiriama psichologinė įtampa, susijusi su fizinio suvaržymo priemonių taikymu pacientų slaugoje, dažniausiai kyla būtent dėl baimės pakenkti savo ir pacientų tolimesniems santykiams. Taip pat tyrimo duomenys atskleidė, kad slaugytojoms dažnai kyla abejonių dėl fizinio suvaržymo indikacijų aiškumo, jaučiamas neužtikrintumas įvertinant, kada jau būtina fizinės jėgos intervencija. Kaip teigia Sedhi ir kt. [2018], šį metodą rekomenduojama naudoti tik tada, kai jis absoliučiai būtinas, t. y. esant kritinei situacijai, jį taikyti kuo trumpesni laiką, ir tai turi atlikti tinkamai apmokytas personalas, nes bet kokia netinkama suvaržymo intervencija gali sukelti papildomų rimtų neigiamų pasekmių tolimesniam terapiniam

procesui. Tai patvirtina ir dalį šio tyrimo radinių: informantės akcentavo, kad fizinio suvaržymo priemonės taikomos tik kraštutiniais atvejais, kai kiti pacientų nuraminimo metodai yra neefektyvūs, o pritaikius fizinio suvaržymo metodą, pacientai yra nuolat stebimi, kad pasikeitus paciento būklei fizinio suvaržymo priemonė būtų kuo skubiau pašalinta. Tačiau šio tyrimo metu gauti duomenys nėra pakankami norint plačiau atskleisti ir įvertinti, su kokiais alternatyviais pacientų drausminimo ir raminojimo metodais yra supažindinamos psichikos profilio slaugytojos (-ai). Tai būtų galima plėtoti tolimesniuose tyrimuose.

Turint omenyje tai, kad psichiatrinį ligoninių stacionaruose dažniausiai hospitalizuojami asmenys tik su ūmiausiomis psichikos sveikatos problemomis, dėl kurių jų buvimas visuomenėje ir bendruomenėje yra matomas kaip potencialiai rizikingas ar net neįmanomas, šiuos pacientus slaugančio ir prižiūrinčio personalo patirtys gali padėti geriau suprasti ne tik esamą klinikinę realybę, bet ir pasiūlyti priemonių, kuriomis ją būtų galima keisti, t. y. kokiais alternatyviais metodais būtų galima pakeisti agresyviausias pacientų drausminimo ir nuraminimo priemonės, tokias kaip medikamentinį paciento nuslopinimą jam esant efekto būsenoje, fizinį suvaržymą, siekiant savęs ir kito asmens sužalojimo, ar pacientų izoliavimą aplinkoje su minimalia destruktinio elgesio galimybe. Ši studija atskleidė, kad Lietuvoje subjektyvias psichikos sveikatos slaugytojų patirtis, taikant fizinio suvaržymo procedūras, analizuojančių tyrimų nėra, todėl būtų ypač tikslinga toliau plėtoti tyrimus šioje srityje. Taip pat, siekiant pateikti labiau apibendrinančias išvadas apie slaugytojų patirtis taikant fizinio suvaržymo priemones psichiatrinėje slaugoje, būtina praplėsti tiriamos grupės imtį bei įvairovę. Atliktas tyrimas parodė, kad tam tikros informantų charakteristikos, pvz., klinikinio darbo patirtis ir trukmė, turi reikšmingos įtakos siekiant sumažinti fizinės intervencijos priemonių taikymą.

Kadangi fizinio suvaržymo priemonių taikymas turi neigiamų pasekmių visiems terapinio proceso dalyviams, o įvairios žmogaus teisių tarptautinės organizacijos aktyviai ragina šių priemonių naudojimą mažinti, yra kuriamos įvairios medicinos personalo mokymų programos. Pavyzdžiui, Jungtinėje Karalystėje inicijuota „REsTRAIN Yourself“ medicinos personalo mokymų programa, kurios tikslas yra plėsti darbuotojų supratimą apie potencialiai rizikingą pacientų elgseną, fizinio suvaržymo priemonių taikymo pasekmes bei alternatyvius metodus ir taip mažinti fizinio suvaržymo priemonių taikymą klinikinėje praktikoje. Siekiant įvertinti programos efektyvumą, buvo atlikta kokybinė studija su programoje dalyvavusiu medicinos personalu, kuri atskleidė, kad fizinio suvaržymo priemonių taikymą galima sumažinti naudojant alternatyvias komunikacijos su pacientais priemones, palaikant empatiškus santykius ir ypač išplečiant stacionarinės priežiūros žmogiškuosius išteklius [Duxbury ir kt., 2019].

Kitas tarptautiniuose psichiatrinės slaugos diskursuose plačiai diskutuojamas medikamentiniam ir fiziniam pacientų suvaržymui alternatyvus metodas yra sensorinio moduliavimo (angl. *sensory modulation*, SM) metodas. Šis metodas grindžiamas tokiomis praktikomis, kurios yra nukreiptos į pacientų sensorinę stimuliaciją (daugiausia garso ir vaizdo) ir kuri jiems leidžia ženkliai sumažinti padidėjusias obsesines, šizofrenijos efekto, nerimo ir kitas neurotines būsenas, dažnai tampančias potencialiu destruktinių elgsenų šaltiniu. 2017 metais publikuotame Charlotte Andersen drauge su kt. [2017] tyrime teigiama, kad sensorinio moduliavimo pritaikymas psichiatrinėje slaugoje, įtraukiant ne tik slaugytojus, bet ir ergoterapeutus, socialinius darbuotojus bei gydytojus, padėjo ženkliai sumažinti fizinio suvaržymo, priverstinio medikamentų skyrimo ir pacientų izoliacijos taikymą. Sensorinio moduliavimo metodo taikymas stacionarinėse psichikos sveikatos priežiūros įstaigose daugiausia yra orientuotas į sensorinių patalpų įrengimą bei naudojimą, sutelkiant dėmesį į pacientų savireguliacijos mokymą naudojant sensorinę įrangą, pvz., supamąsias kėdes, raminančią muziką, videoprojekcijas su gamtos vaizdiniais, aromaterapiją ir kt. Matson ir kt. [2021] teigia, kad šiame procese ypatingą reikšmę turėtų užimti ergoterapeutai ir socialiniai darbuotojai, kurie galėtų tinkamai įvertinti pacientų galimybę tam tikras sensorines praktikas tęsti pasibaigus hospitalizacijai.

Išvados

1. Mokslinės literatūros analizė atskleidė, kad klinikiniai standartai, susiję su fizinio suvaržymo taikymu psichiatrinėje slaugoje, nuolat keitėsi – nuo visiškos pacientų autonomijos nepaisymo iki bandymo bendradarbiauti ir taikyti žodinio susitarimo principą.
2. Tiek mokslinių šaltinių, tiek empirinių duomenų analizė atskleidė, kad psichikos sveikatos slaugytojoms fizinio suvaržymo taikymas jų klinikinėje praktikoje beveik visada sukelia neigiamų emocijų ir įtampų, kurios palaipsniui perauga į nemigą, stresą ir nerimą. Tyrimas atskleidė, kad fizinio suvaržymo taikymas gali turėti tiesioginės (dažniausiai neigiamos) įtakos slaugytojo ir paciento komunikacijai: gali išprovokuoti pakartotinę pacientų žodinę ar fizinę agresiją, inspiuoti neadekvatų paciento elgesį, pvz., nekantrumą, nepasitikėjimą personalu, priešinimąsi ir atsisakymą paklusti atliekant būtinosios slaugos procedūras. Tyrimo metu taip pat paaiškėjo, kad slaugytojos, taikydamos fizinės intervencijas, patiria tiek gailėstį, matydamos suvaržytus pacientus, tiek šią procedūrą laiko neišvengiama terapinio proceso dalimi. Psichologinę įtampą taip pat lemia informacijos stoka taikant fizinio suvaržymo priemones, pvz., kai nėra tiksliai žinomos indikacijos, kada ir kokią priemonę (cheminę ar fizinę) taikyti pacientui nuraminti.
3. Kalbėdamas apie priemones, kuriomis siekia sumažinti darbe patirtą stresą dėl išgyventų neigiamų patirčių, slaugytojos įvardijo buvimą gamtoje arba kitokį fizinį aktyvumą, kvėpavimo pratimus, pokalbius su kolegomis ir artimaisiais, muzikos klausymąsi.

Literatūra

1. Petrini C. (2013). Ethical considerations of physical restraint in psychiatry. *Ann Ist Super Sanita*. Vol. 39. Issue. 3.
2. Vaiseta T. (2016). „Sovietų Lietuvos psichiatrijos modelio apibrėžimas: vienos ligoninės atvejis“. Vilnius: Lietuvių katalikų mokslo akademijos metraštis.
3. Hamid S., Daulima C. (2018). The experience of restraint-use among patients with violent behaviors in mental health hospital. *Enfermeria Clinica*. Vol. 28.
4. Frost M. S., Wells D. (2000). Psychiatric nurses' thoughts and feelings about restraint use: a decision dilemma. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 31. Issue. 2.
5. Europos Taryba (2017). Europos komitetas prieš kankinimą ir kitokį žiaurų, nežmonišką ar žeminantį elgesį ir baudimą (CPT), Strasbūras.
6. Istomina N., Razbadauskas A., Bagdonas R., Dumbrasienė R. & Saulienė N. (2011). „Slaugytojų savijauta, slaugant pacientus, ištikus alkoholinės psichozės“. *Sveikatos mokslai [interaktyvus]* 21 (7): 191–195.
7. Moghadam F. M., Khoshknab F. M., Pazargadi M. (2014). Psychiatric Nurses' Perceptions about Physical Restraint; A Qualitative Study. *Community Based Nurs Midwifery*. Vol. 2(1).
8. Ye J., Wang C., Xiao A., Xia Z., Yu L., Lin J., Liao Y., Xu Y., Zhang Y. (2019). Physical restraint in mental health nursing: A concept analysis. *International Journal of Nursing Sciences*. No. 6.
9. Negroni A. A. (2017). On the concept of restraint in psychiatry. *European Journal of Psychiatry*. Vol. 31. Issue 3.
10. Adomaitienė V., Steiblienė V. (2017). Psichikos ir elgesio sutrikimu sergančio paciento ištyrimas. Kaunas: LSMU.
11. Čiupailienė A. (2016). Psichikos sveikatos slaugytojų agresijos patirtis ir požiūris į agresijos ir smurto valdymą ligoninėje: magistro darbas. 72 p.
12. Williamson R., Lauricella K., Browning A., Tierney E., Chen J., Joseph S., Sharrock J., Trauer T., Hamilton B. (2014). Patient factors associated with incidents of aggression in a general inpatient setting.
13. Serapinienė Dž. (2014). Agresyvaus paciento slaugos ypatumai, *Slauga, mokslas ir praktika*, 2, 6–7.
14. Kuodytė V., Pajarskienė B. (2015). Vilniaus psichiatrijos ligoninėse ir skyriuose dirbančių slaugytojų smurto patirtis, *Visuomenės sveikata*.
15. Holmqvist R. and Jeanneau M. (2006). Burnout and psychiatric staff's feelings towards patients. *Psychiatry Research*. Vol. 145, Issues 2–3.

16. Mangoulia P., Koukia E., Alevizopoulos G., Fildissis G., Katostaras T. (2015). Prevalence of Secondary Traumatic Stress Among Psychiatric Nurses in Greece. *Archives of Psychiatric Nursing*. Vol. 29, Issue 5.
17. Yoshizawa K., Sugawara N., Yasui-Furukori N., Danjo K., Furukori H., Sato Y. et al., (2016). Relationship between occupational stress and depression among psychiatric nurses in Japan. *Archives of Environmental & Occupational Health*. Vol. 71, Issue 1.
18. Maiese A., M. dell'Aquila, Romano S., Santurro A., Matteis De A., Scopetti M., Arcangeli M., La Russa, R., (2019). It is time for international guidelines on physical restraint in psychiatric patients? *La Clinica Terapeutica*. Vol. 170. Issue. 1.
19. Oh Younjae (2021). A New Perspective on Human Rights in the Use of Physical Restraint on Psychiatric Patients- Based on Merleau-Ponty's Phenomenology of the Body. *International Journal of Environment Research and Public Health*. Vol. 18. Issue. 19.
20. Sethi F., Parkes J., Baskind E., Peterson B., O'Brien A. (2018). Restrain in mental health settings: is it time to declare a position? *The British Journal of Psychiatry*. Vol. 212. Issue. 3.
21. Duxbury J., Thomson G., Scholes A., Jones F., Baker J., Downe S., Greenwood P., Price O., Whittington R., McKeown M. (2019). Staff experiences and understandings of the REsTRAIN Yourself initiative to minimize the use of physical restraint on mental health wards. *International Journal of Mental Health Nursing*. Vol. 28. Issue. 4.
22. Andersen Ch., Kolmos A., Andersen K., Sippel V., Stenager E. (2017). Applying sensory modulation to mental health inpatient care to reduce seclusion and restraint: a case control study. *Nordic Journal of Psychiatry*. Vol. 71. No. 7.
23. Matson R., Kriakous S., Stinson M. (2021). The Experiences of Women with a Diagnosis of Borderline Personality Disorder (BPD) Using Sensory Modulation Approaches in an Inpatient Mental Health Rehabilitation Setting. *Occupational Therapy in Mental Health*. Vol. 37. No.4.