

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic
in zdravstvenih tehnikov Slovenije

SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV V PSIHIATRIJI

ZBORNİK PRISPEVKOV

**KO SE DUŠEVNA MANJRAZVITOST IN
DUŠEVNA MOTNJA PREPLETATA ..**

DVOREC JERUZALEM

17. oktobra 2008

Naslov:
KO SE DUŠEVNA MANJRAZVITOST IN DUŠEVNA MOTNJA PREPLETATA ..

Izdajatelj:
ZBORNICA - ZVEZA, SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV V PSIHIATRIJI

Uredila:
MAJDA KEČEK

Tisk:
TIPG, ANDREJ HORVAT s.p.

Naklada:
250 izvodov

Ormož:
17. OKTOBTRA 2008

PROGRAM:

09.00

Registracija udeležencev

09.30

Pozdravni nagovor

Majda Keček, direktorica Psihiatrične bolnišnice Ormož

10.00 – 10.45

Duševna manjrazvitost in duševna motnja

Kristjan Nedog, dr. med., spec. psih.

10.45 – 11.15

Kvaliteta življenja duševno manjrazvitih oseb v Psihiatrični bolnišnici Ormož

Milena Novak, dipl. med. sestra, Valči Kosi, dipl. med. sestra

11.15 – 11.30

Pravne podlage in dileme pri obravnavi duševno manjrazvitih in duševno prizadetih oseb

Majda Keček, univ. dipl. org. dela

11.30 – 12.00

Odmor s kavo in prigrizkom

12.00 - 12.45

Bolezen kot breme in izziv za duševnost

dr. Vesna Radonjič Miholič, spec. klin. psih.

12.45 – 13.15

Mali Veliki človek

Viktorija Štiglic, dipl. med. sestra

13.15 – 14.00

Kosilo

14.00 – 14.30

Posebnosti v komunikaciji oseb z avtizmom

Aleksandra Glatz, prof. def. - log.

14.30 – 14.50

Zdravstvena nega duševno manjrazvitih oseb v zavodu Lukavci

Metka Močnik, dipl. med. sestra, spec. psih. ZN

14.50 – 15.10

Agresivnost in etične dileme

Ignac Balažic, dipl. zdravstvenih, spec. psih. ZN

Podporna komunikacija pri osebah z motnjami v duševnem razvoju

Ivanka Videčnik, dipl. med. s.

15.10 – 16.00

Okrogla miza

moderator Majda Keček

16.00

Zaključek s pesmijo in kozarcem zlate jeseni

Organizacijsko – programski odbor:

Majda Keček, univ. dipl. org. dela,

Vesna Krof, dipl. med. sestra,

Romana Nedog, vms

DUŠEVNA MANJRAZVITOST IN DUŠEVNE MOTNJE

Kristjan Nedog, dr. med., spec. psihiater
Psihiatrična bolnišnica Ormož

UVOD

O primarni duševni manjrazvitosti govorimo pri osebah s subnormalno inteligenco, izraženo z inteligenčnim količnikom (IQ), ki jo spremlja pomanjkljiva sposobnost funkcioniranja v vsakdanjem življenju. IQ definiramo kot količnik med mentalno starostjo (izmerjeno z enim od klasičnih testov, kot npr. test WISC-IV) ter kronološko starostjo osebe. Začetek motje v duševnem razvoju je večinoma opazen že zgodaj v otroštvu, na vsak način pa mora nastopiti pred 18. letom starosti. Pri kasnejšem nastanku govorimo o sekundarni duševni manjrazvitosti oz. o zgodnji (presenilni) demenci.

Arbitrarno določena meja za definicijo duševne manjrazvitosti je IQ 70 (kar predstavlja vrednost dveh standardnih deviacij pod povprečjem v splošni populaciji). Pri vrednostih med 70 in 85 (ena standardna deviacija pod povprečjem) govorimo o mejni duševni manjrazvitosti. Sicer delimo duševno manjrazvitost v štiri kategorije: blaga (IQ 50-70;), srednja (IQ 35-50), huda (IQ 20-35) ter globoka (IQ pod 20).

Prevalenca duševne manjrazvitosti v populaciji je med 1-2%, razmerje med spoloma je nekje 2:1 v korist moškega spola. Najpogostejša je blaga duševna manjrazvitost (okrog 85 %). Osebe s to obliko so v veliki večini sposobne izobraževanja ter obiskujejo učne ustanove s prilagojenimi programi. Večinoma tudi osvojijo znanja za opravljanje kakšnega poklica in so sposobni bolj ali manj zadovoljivo funkcionirati v vsakdanjem življenju in v družbi. Osebe z zmerno duševno manjrazvitostjo (okrog 10%) so po večini sposobne učenja do neke mere. Lahko se naučijo govoriti in skrbeti za osnovne življenjske potrebe, dolgoročno pa niso sposobni vključitve v družbo in so v glavnem potrebni zavodske nastanitve. Osebe s hudo in globoko duševno manjrazvitostjo praviloma potrebujejo institucionalno varstvo že zelo zgodaj v življenju.

PROBLEMATIKA DUŠEVNIH MOTENJ PRI DUŠEVNO MANJRAZVITIH OSEBAH

Raziskave s področja genetike in nevroznanosti so v zadnjih 20 letih pripeljale do spoznanj o pojavnosti duševnih motenj pri duševno manjrazvitih osebah. V splošnem se je pokazalo, da se pri duševno manjrazvitih osebah lahko pojavi katera koli od duševnih motenj, ki jih sicer opisujemo pri splošni populaciji: razpoloženske motnje, psihotične

motnje, nevroze in anksiozna stanja, organske duševne motnje ter dementna stanja. Druga velika ugotovitev pa je bila, da je za duševno manjrazvite osebe z duševno motnjo v splošnem zelo slabo poskrbljeno, tako z diagnostičnega kot s terapevtskega vidika, ter da sodi ta skupina med najbolj spregledano in ignorirano skupino pacientov nasploh. Težave pri dostopu do zdravstvene oskrbe so pri tej populaciji izrazito večje na področju duševnega zdravja kot na področju somatike.

Strokovnjaki trenutno smatrajo, da so duševne motnje pri duševno manjrazvitih osebah tri do štirikrat pogostejše kot v splošni populaciji. Tudi te ocene pa bi znale biti prenizke, saj so v raziskavah pogosto prezrti pacienti z blagimi oblikami duševne manjrazvitosti ter tisti z redkimi sindromi. V splošnem je nekako zadnjih dvajset let sprejeto dejstvo, da vedenjske motnje pri duševno manjrazvitem niso nujno vedno zgolj in samo rezultat njegove manjrazvitosti. Včasih so ljudje pri manjrazvitem znali reči: »ah, saj tak je pač naš vaški Joža...« in so to sprejemali kot zanj normalno, četudi je »vaški Joža« floridno haluciniral... Vse dokler pač ni bil vedenjsko problematičen. V zadnjih letih so se stvari vendarle premaknile naprej v smislu zavedanja, da je tudi duševno manjrazvitega potrebno in smiselno napotiti na zdravljenje.

Kljub povečanemu zavedanju, pa se še vedno pogosto dogaja, da duševno manjrazvita oseba ne dobi ustrezne diagnoze. Zdi se, da kliniki pogosto zavračajo postavitev ustrezne diagnoze, ker ne bi radi dodatno prispevali k stigmati, ki so je ljudje z duševno manjrazvitostjo že v osnovi deležni. Poleg tega je neredko prisotna bojazen, da bo tak pacient s tem tudi sam doživljenjsko nosil neko boleče breme, ki ga bo dodatno potlačilo (podobno kot se kliniki še vedno zelo pogosto izogibajo uporabiti besedo »rak« pri pacientih z rakom). Dejstvo namreč je, da je v praksi pacientom pogosto težko razložiti, da nimajo duševne motnje (ali raka) zato, ker zdravnik tako pravi, ampak da pač imajo bolezen, ki se kratkomalo tako imenuje...

Glavni razlog za to, da so dvojne diagnoze te vrste pogosto spregledane, pa je vseeno najbrž ta, da je pri vsakokratni obliki duševne manjrazvitosti težko predvideti, kako se bodo pokazali znaki duševne motnje. Pacienti z dvojno diagnozo imajo lahko enega ali več genetskih sindromov, katerih fenotipska ekspresija se lahko prepleta v obliki cele vrste kliničnih sindromov. In vse prej kot lahko delo je, v tem spletu odkriti specifične simptome duševne motnje. Nadaljnja težava v diagnostiki duševnih motenj pri duševno manjrazvitem je komunikacijski problem. Verbalna komunikacija je namreč še vedno ključna v diagnostiki duševnih motenj in pri duševno manjrazvitem je zaradi bolj ali manj razvitega kognitivnega upada bodisi oslABLJENA ali celo ni možna. Včasih je postavitev diagnoze tako možna zgolj intuitivno, kar je lažje pri npr. anksioznem pacientu, težje pa pri npr. blodnjavem, saj duševno manjrazviti blodnje ne bo predstavil na način, kot bi jo oseba v splošni populaciji (npr. pojem namišljenega prijatelja, ki je normalni del duševnega razvoja, lahko pri duševno manjrazvitem nekdo interpretira kot psihopatološki fenomen, čeprav to ni). Nepravilne ali pomanjkljive diagnoze pa seveda

vodijo v napačno zdravljenje. Najpogosteje se to kaže tako, da so duševno manjrazviti pacienti zdravljeni kot vedenjsko problematični (s temu primernimi, bolj ali manj agresivnimi terapevtskimi prijemi...), ker je bila v diagnostiki spregledana diagnoza npr. agitirane depresije, manije, začetne shizofrenije ipd. Zato je pomembno, da imajo strokovnjaki, ki delajo na področju duševnega zdravja duševno manjrazvitih, ustrezna znanja o tem, katere duševne motnje so pogostejše pri katerih oblikah duševne manjrazvitosti.

Tudi ob postavitvi ustrezne diagnoze pa se pojavi problem ustreznega zdravljenja. Psihofarmakološke študije namreč ne vključujejo duševno manjrazvitih oseb. Pri vseh novih zdravilih, ki se pojavljajo na tržišču v zadnjih letih, tako dejansko nihče točno ne ve, ali ta zdravila delujejo drugače pri duševno manjrazvitih, oz. ali bi morala biti predpisovana v drugačnih odmerkih.

ZAKLJUČEK

V splošnem lahko zaključimo, da imata tako stroka, kot nenazadnje tudi država na medresorskem nivoju še veliko dela, da bomo lahko nemara nekega dne zaključili, da je v Sloveniji za duševno zdravje oseb z duševno manjrazvitostjo vsaj zadovoljivo poskrbljeno. V nekaterih državah EU (predvsem zahodnih), kot tudi v ZDA, imajo že kar dobro izdelane nacionalne programe ter smernice za mentalnozdravstveno oskrbo duševno manjrazvitih oseb. Pri tem sodelujejo tako vlade z ustreznimi ministrstvi, kot tudi nevladne organizacije ter nenazadnje svojci duševno manjrazvitih. V Sloveniji smo z obilo porodnih težav (ter nemara kakšno poporodno psihozo...) pred kratkim komaj »rodili« zakon o duševnem zdravju v splošni populaciji. Podobnih specifičnih strategij za duševno zdravje duševno manjrazvitih oseb tako pri nas v naslednjih letih zelo verjetno še ni pričakovati.

LITERATURA

1. Andreasen NC, Black DW. Introductory textbook of psychiatry. 3rd ed. Washington: American psychiatric publishing; 2001: 602-6
2. Voelker R. Putting mental retardation and mental illness on health care professionals' radar screen. JAMA: July 24/31, vol. 288; 2002
3. Kaplan HI, Sadock BJ (ur.). Synopsis of psychiatry. Baltimore: Williams & Wilkins; 1997: 1137-55
4. International statistical classification of diseases and related health problems – 10th revision. Geneva: World Health Organisation; 1992.

KVALITETA ŽIVLJENJA OSEBE Z MOTNJO V DUŠEVNEM RAZVOJU V PSIHIATRIČNI BOLNIŠNICI ORMOŽ

Milena Novak, dipl. med. sestra, Valči Kosi, dipl. med. sestra
Psihiatrična bolnišnica Ormož

KLJUČNE BESEDE

motnje v duševnem razvoju, duševne motnje, psihiatrična zdravstvena nega

IZVLEČEK

Osebe z duševno motnjo, prav zaradi njihove drugačnosti in potrebe, potrebuje poseben odnos in pozornost, s katerim nudimo ustrezno kvaliteto življenja, ki je vredno osnovnega človekovega dostojanstva.

V prispevku sva na podlagi splošnega opisa osebne značilnosti duševno manj razvitih oseb in zdravstvene nege takih oseb, podale pristop medicinske sestre v psihiatrični bolnišnici Ormož za zagotovitev ustrezne kvalitete življenja oseb z motnjo v duševnem razvoju.

UVOD

Duševna manj razvitost pomeni motnjo, ki ni bolezen, temveč le simptom, ki se pojavlja sredi številnih različnih kliničnih sindromov genetičnega, metaboličnega, infekcijskega, toksičnega, travmatskega psihosocialnega izvora.

Kakovost njihovega življenja bi se morala pokazati v dnevni situacijah, v vsebinah in oblikah življenja, saj bi le tako vse bolj postajalo življenje po željah in prestavah osebe z motnjo v duševnem razvoju, ne pa življenje po meri neke tretje osebe.

Zdravstvena nega take osebe je zelo kompleksna, pomemben pa je proces človeške komunikacije, ki pomaga pacientu do večjega uspeha in zadovoljstva v življenju.

Problem pri nujenju ustrezne zdravstvene nege je upiranje oseb, ki se odzivajo agresivno, kričavo ali pasivno.

Pri zagotavljanju kvalitete življenja osebe z duševno motnjo, igra veliko vlogo tudi medicinska sestra, ki z ustreznim odnosom skrbi, da je kvaliteta njihovega življenja na visoki ravni.

OSEBNE ZNAČILNOSTI DUŠEVNO MANJ RAZVITIH OSEB

Osebnost oblikujejo mnogi dejavniki, ki lahko odločno vplivajo na njihovo življenje, njihove odnose z drugimi ljudmi in na to do kakšne mere lahko razvijejo svoje potenciale. Duševno manj razvite osebe se v svojem vedenju močno razlikujejo med seboj. Srečujemo mirne, nedejavne t.i. **hipokinetične** pa tudi izrazito živahne, nemirne oz. **hiperkinetične** osebe. So bolj vzdražljivi in hitro menjavajo razpoloženje. Osebe z motnjo v duševnem razvoju se počasneje učijo, veliko jih ima težave z vidom, sluhom, gibanjem, toda njihova čustva in potrebe so enake potrebam vseh drugih ljudi. Poglavitni cilj osebe z motnjo v duševnem razvoju je biti sprejet, pripadati neki skupini, biti del skupnosti. To pomeni, da imajo osebe z motnjo v duševnem razvoju pravico do življenja, ki je podobno življenju ljudi v okolju v katerem živijo.

Velikokrat je poleg duševne prizadetosti prisotna tudi telesna prizadetost. Prisotna organska disfunkcija je vsaj delno povezana z večjo impulzivnostjo, težjim obvladovanjem afektov in manjšo sposobnost za toleriranje frustracij. Somatoformne duševne motnje so znak pomanjkljivih spretnosti komunikacije duševno manj razvitih oseb. Ker duševno manjrazvite osebe težijo k takojšnji izpolnitvi zadovoljitve, se pri njih veliko krat pojavi vzburljivo vedenje, heteroagresivnost in avtoagresivnost. Agresivnost kot simptom je lahko znamenje več bolezni ali stanj, po drugi strani pa so lahko agresivni zato, ker se počutijo ogroženi; to je lahko posledica napačnega zaznavanja in presoje položaja.

PREPLET MOTNJE V DUŠEVNEM RAZVOJU Z DUŠEVNO MOTNJO

Duševna motnja se lahko pri duševno manj razviti osebi pojavi v otroštvu, mladostništvu ali v odraslem obdobju. Nekatere študije kažejo, da so psihiatrična obolenja bolj običajna pri osebah z zmernimi in težjimi motnjami v duševnem razvoju v primerjavi z osebami z lažjimi motnjami, pa tega druge študije ne potrjujejo, saj je zaradi heterogenosti v zmožnostih in komunikacijskih veščinah med odraslimi osebami z motnjami v duševnem razvoju ni moč uporabiti standardizirane kriterije za psihiatrično diagnozo preko celotnega spektruma motenosti. Število psihiatričnih obolenj pri odraslih osebah z motnjami v duševnem razvoju varira med 10 % in 39%. Psihiatrične bolezni pri osebah z motnjami v duševnem razvoju se praviloma ne razlikujejo od splošne populacije. Se pa nekatere med njimi pogosteje pojavljajo, kot so demenca, shizofrenija, depresija, anksioznost, motnje spanja in motnje prehranjevanja.

Če so bolezenska znamenja zelo izrazita, je potrebno zdraviti z zdravili in v skrajnem primeru namestiti v psihiatrično bolnišnico.

PSIHIATRIČNA ZDRAVSTVENA NEGA IN NJENE POSEBNOSTI

Duševni bolniki ne znajo zadovoljiti svojih potreb na primeren način. Zato so večkrat odmaknjeni, nezaupljivi, nebogljeni in odvisni od pomoči drugih. Potrebno jih je hraniti, oblačiti, skrbeti za osebno higieno jih varovati in spodbujati.

Pri psihiatričnih boleznih je pomembno razlikovati kateri simptomi so lahko del bolezni in katere pojasnjuje sama motnja v duševnem razvoju. Slika motnje in simptomi, ki so običajno pri psihiatrični bolezni, kot npr. umik, prekomerno razburjenje, pomanjkljiva koncentracija, motnje gibanja, motnje spanja in še druge oblike vedenja, so lahko bolj odraz osnovne možganske poškodbe kot pa simptom bolezni.

Zdravstvena nega duševnega pacienta ni le vrsta postopkov in dejavnosti, ki se zaključijo z ozdravljenjem. Je predvsem proces človeške komunikacije, ki vključuje dva človeka- medicinsko sestro in pacienta, njun odnos, sodelovanje in interakcijo. Osnovni namen tega odnosa je pomagati pacientu do večjega uspeha in zadovoljstva v življenju. Proces zdravstvene nege je v psihiatrični zdravstveni negi tako zajema tudi manj vidno delo medicinske sestre, kot je pogovor, poslušanje, tolažba, svetovanje, varovanje, učenje, zagotavljanje intimnosti, neverbalno komunikacijo. To predstavlja dodatne psihofizične in fizične obremenitve članov tima, saj negovalno osebje pogosto mora spreminjati svoje odločitve, se prilagajati, vlagati veliko sebe v delo, kljub relativno skromnim napredkom in rezultatom zdravljenja pri nekaterih duševnih pacientih. Vendar pa je vse to za pacienta pomembno.

Zavedati se moramo, da niti ena oseba ni enaka drugi in da ne smemo delati šablonsko ali po nekem v naprej zastavljenem okviru, ampak moramo vsakega pacienta obravnavati kot samostojno osebnost s svojimi posebnostmi in značilnostmi.

ODKLONILNOST OSEBE Z DUŠEVNO MANJ RAZVITOSTJO PRI IZVAJANJU ZDRAVSTVENE NEGE

Ker ne izražajo potreb po zdravstveni negi, se ji upirajo in se na to odzivajo agresivno, kričavo ali pasivno, zato je potrebno veliko potrpežljivosti in predvsem znanja izvajalcev zdravstvene nege, kako pripraviti takšnega pacienta, da bo pri zdravstveni negi vsaj malo sodeloval. V prvi vrsti osebe z motnjo v duševnem razvoju moramo zadovoljiti njihove telesne potrebe, poskrbeti za njihovo varnost in jih zaščititi pred nevarnostmi iz zunanjega okolja. Naša dolžnost pa je tudi skrbeti za njihovo kakovost življenja, ki je s samooskrbo bistveno višja kot brez nje. Ne smemo dopuščati, da bi bilo človekovo življenje pasivno, varovano, ampak moramo kolikor je mogoče vzpodbujati aktivno življenje. Pri tem bomo zanesljivo uspešni, če se bomo uspeli odlepiti od že kar trdovratnih stereotipov, da življenje, učenje, delo in zabavo načrtujemo po predstavah in željah načrtovalcev, ki so včasih zelo daleč od resničnih želja in predstav oseb z motnjo v duševnem razvoju. Ko se uspemo postaviti v prijateljski enakovreden položaj, nekatere

stvari kar same po sebi postanejo jasnejše in manj zapletene.

V praksi pa se pojavlja vprašanje, kako oblikovati življenje za odrasle z motnjo v duševnem razvoju? Ob tem se pojavijo dileme vprašanja ter (ne)realnosti, želje in predstave.

VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI ZAGOTOVITVI KVALITETE ŽIVLJENJA OSEBE Z MOTNJO V DUŠEVNEM RAZVOJU V PSIHIATRIČNI BOLNIŠNICI ORMOŽ

Za učinkovitost odnosa med medicinsko sestro in pacientom je pomembna povezanost med člani tima, ki za njega skrbijo. Medicinska sestra se mora, pri delu z duševnim pacientom zavedati, da je njeno največje orožje v boju z duševno boleznijo ona sama, njena osebnost, ki pozna svoje potrebe, svojo moč in svoje življenjske omejitve.

V psihiatrični bolnišnici Ormož skrbimo, da je osebu na prvem mestu, sposobnost sprejemanja drugih, zanesljivost ter spretnost vzpostavljanja in ohranjanja medosebne komunikacije, spoštljiv, prijateljski odnos in toplina.

Medicinske sestre skrbimo, da ustvarimo odnos, ki ustvarja medsebojno zaupanje in izraža sprejemanje in spoštovanje. Pri našem delu je poudarjen enakopraven odnos med osebami z motnjo v duševnem razvoju in osebjem, tako v odločanju o vprašanih, ki se dotikajo življenja in možnosti izbir, kot tudi v zaščiti in uveljavljanju njegovih pravic.

Z vrednotami, kot so nežen, razumevajoč, ustvarjalen in globok človeški odnos, na preprost način bogatimo življenje in osebam z motnjo v duševnem in telesnem razvoju omogočamo, da so to, kar so.

Pri našem delu skrbimo, da nas vodijo njihove želje, spoštujemo njihovo enkratnost in neponovljivosti in se trudimo da je kvaliteta njihovega življenja na visoki ravni, s čimer dosežemo, da dobijo občutek da so enaki med enakimi.

SKLEP

Duševne napetosti so nujna posledica močnih čustvenih obremenitev. Poskušamo jih premagovati z razumevajočimi odnosi v negovalnem timu, s stalnim izobraževanjem, z medsebojnim vzpodbujanjem, z medsebojnim spoštovanjem in z nenehnim razmišljanjem o novih sestavnih delih psihiatrične zdravstvene nege, ki jih je potrebno kar naprej spreminjati, dodajati, tehtati in odmerjati pravo količino, glede na zelo različne potrebe vsakega našega pacienta posebej. V tem pa je tudi kakovost zdravstvene nege, medicinskih sester in tehnikov.

Meniva da, kakovost življenja lahko pojmuje kot osebno izražanje osebnih potreb, želja in interesov.

Stopnjo motenj v duševnem razvoju v času življenja komajda lahko spremenimo, vendar vsak od nas, ne glede na to, ali je bolj ali manj nadarjen, ostaja vse življenje v okviru svojih sposobnosti učiteljev.

LITERATURA

1. Frangež Žigon V. Mentalno zdravje. Maribor: Visoka zdravstvena šola, 1997.
2. Tomori M (ur), Zihel S (ur). Psihijatrija. Ljubljana: Litterapicta: Medicinska fakulteta, 1999.
3. Kogovšek B, Škerbinek A. Zdravstvena nega bolnika z duševnimi motnjami. Ljubljana: Tehniška založba Slovenije, 2002.
4. Antončič I. Kvaliteta psihiatrične zdravstvene nege v Sloveniji. Maribor: Kolaborativni center SZO za primarno zdravstveno nego, 1996
5. Lačen M. Odraslost: Osebe z motnjo v duševnem razvoju. Ljubljana: Zveza sožitje, zveza društev za pomoč duševno prizadetim Slovenije, 2001.
6. Novljan E, Jelenc D. Odraslost: Osebe z motnjo v duševnem razvoju. Starostnik z motnjami v duševnem razvoju. Ljubljana: Zveza sožitje, zveza društev za pomoč duševno prizadetim Slovenije, 2002.
7. Breclj Kobe M, Hitejc Z. Duševna manjrazvitost in vloga medicinske osebe v procesu zdravstvene nege. Obzor Zdr N, 1987.

PRAVNE PODLAGE IN DILEME PRI OBRAVNAVI TELESNO MANJRAZVITIH OSEB IN OSEB Z DUŠEVNO MOTNJO

Majda Keček, vms,univ.dipl.org.dela

Živimo v pravni državi, ki nam z zakoni in predpisi urejuje naše življenje in delo. Pri izvajanju zdravstvene nege pa moramo upoštevati vsekakor še strokovne standarde, skrbeti moramo, da je naše delo varno, za bolnika pa je često najbolj pomemben prijazen odnos in topel stisk roke.

Vrednostna, izhodišča pravne in medicinske znanosti so bistveno različna, zaradi tega tudi ni čudno, da često zakone, ki posegajo na katero koli medicinsko področje, praviloma pospremimo z negodovanjem bodisi pravnikov, bodisi zdravnikov, pač glede na vrednostni sistem, ki v zakonu prevladuje.

Vrednostna izhodišča

Pravo :	Medicina :
Doseči pravico z razrešitvijo konflikta	Vzpostaviti ali izboljšati zdravje s konsenzom med zdravnikom in bolnikom
Predpostavlja konflikt v iskanju pravice	Predpostavlja konsenz v želji za izboljšanje zdravja
Zdravljenje brez privolitve je predvsem omejevanje osebne svobode	Zdravljenje brez privolitve je način za izboljšanje zdravja
Deluje formalno	Deluje neformalno
Bolje ne kaznovati kot kaznovati nedolžnega	Ohranitev enega samega življenja je vredna tudi ene morebiti nepotrebne hospitalizacije

Temeljni pravni vir, ki določa človekove pravice in svoboščine je Ustava, ki smo jo dolžni upoštevati pri svojem delu tudi zdravstveni delavci in zdravstveni sodelavci.

V II. poglavju Ustave so našteje osnovne pravice in svoboščine kot so:

- pravica do osebne svobode (19. člen),
- pravica do osebne dostojanstva in varnosti (34. člen),
- varstvo tajnosti pisem in drugih občil (nedotakljivost človekove zasebnosti (37. člen),
- varstvo osebnih podatkov,
- svoboda izražanja,
- pravica do socialne varnosti pod pogoji določenimi v Zakonu (50. člen),
- pravica invalidov do varstva, usposabljanja in izobraževanja (52. člen).

Človekove pravice in svoboščine se praviloma uresničujejo neposredno na podlagi Ustave. Pri delu s telesno manjrazvitimi in duševno manjrazvitimi osebami pa moramo upoštevati tudi posebne pravice, ki se uresničujejo na podlagi zakonov, s področja zdravstvenega in socialnega varstva. Slednji določajo tudi krog upravičencev, vrsto in obseg pravic, pogoje za pridobitev in uresničevanje.

Te pravice pa so urejene v:

- Zakonu o družbenem varstvu duševno in telesno prizadetih oseb,
- Zakonu o socialnem varstvu,
- Zakonu o pacientovih pravicah,
- Zakonu o duševnem zdravju.

I) ZAKON O DRUŽBENEM VARSTVU DUŠEVNE IN TELESNO PRIZADETIH OSEB

Namen zakona je zagotavljanje oblik družbenega varstva, ter zaščita pravice in koristi oseb s posebnimi potrebami. Zakon urejuje status invalida in njihove pravice.

- Nadomestilo za invalidnost

Status invalida pridobi oseba, ki je zaradi zmerne, težje ali težke duševne prizadetosti ali najtežje telesne prizadetosti postala nesposobna za samostojno življenje in redno delo in pri kateri je ugotovljeno, da je prizadetost nastala v otroški oziroma mladostni dobi pred 18. letom starosti oziroma do 26. leta starosti, če se je redno šolala. Oseba, ne sme imeti delovne dobe. Status pridobi oseba, ki je bila razvrščena z odločbo o razvrstitvi, drugače o statusu odloča pristojna komisija.

Do nadomestil za invalidnost je upravičena oseba, ki ima status invalida iz 1. člena zakona in nima drugih rednih prejemkov, oziroma njegovi prejemki ne presegajo višine nadomestila za invalidnost. Pri slednjih se nadomestilo za invalidnost odmeri v višini razlike med polnim zneskom nadomestila in njegovimi drugimi rednimi dohodki (npr. družinsko pokojnino, ali drug reden dohodek).

- Dodatek za tujo nego in pomoč

Do dodatka za tujo nego in pomoč je upravičena oseba s statusom invalida, ki ima poleg nadomestila za invalidnost pravico tudi do dodatka za tujo nego in pomoč, če potrebuje pri opravljanju večine osnovnih življenjskih opravil pomoč druge osebe, če jo potrebuje pri opravljanju vseh opravil pa se dodatek še enkrat poveča.

- Osnovno zdravstveno zavarovanje

Osnovno zdravstveno zavarovanje imajo zagotovljeno invalidi ZDVRTPO. Na podlagi posebnega navodila zdravstvenega zavarovanja pa so tudi oproščeni dodatnega – prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. Enako velja tudi za paciente z duševno motnjo.

- **Upravičenec do stalnega ali občasnega varstva v ustreznem zavodu ali drugi družini**

Upravičenci so invalidi po ZDVRTPO.

- **Pravica do celotne oprostitve plačila storitve v programu varstva, vodenja in zaposlitve pod posebnimi pogoji**
- **Oskrba v drugi družini**
- **Pravica do izbire družinskega pomočnika**

II) ZAKON O SOCIALNEM VARSTVU

Določa socialno varstveno dejavnost, ki obsega preprečevanja in reševanja socialne problematike posameznikov, družin in skupin prebivalstva.

Pravice iz socialnega varstva po tem zakonu obsegajo storitve in ukrepe, namenjene preprečevanju in odpravljanju socialnih stisk in težav posameznikov, družin in skupin prebivalstva ter denarno socialno pomoč, namenjeno tistim posameznikom, ki si sami ne morejo zagotoviti materialne varnosti zaradi okoliščin, na katere ne morejo vplivati (3 člen).

Storitve namenjene odpravljanju socialnih stisk in težav so :

- prva socialna pomoč
- denarna pomoč
- pomoč družini
- institucionalno varstvo
- vodenje in varstvo ter zaposlitev pod posebnimi pogoji
- pomoč delavcem v podjetjih, zavodih ter drugih delodajalcih

Storitve iz 1,2,3,4 in 5 točke prejšnjega odstavka se izvajajo po navodilih in standardih, ki jih predpiše minister, pristojen za socialno varstvo.

III) ZAKON O PACIENTOVH PRAVICAH

Zakon o pacientovih pravicah predstavlja pomembno novost v sistemu zdravstvenega varstva Republike Slovenije. Z njim se izpolnjuje večletno prizadevanje za izboljšanje razmer na področju in uresničevanje temeljnih pravic pacientov. Tako Slovenija sledi desetim državam članicam Evropske unije ter dvema državam nečlanicama Norveški in Islandiji, ki so podobne zakone že sprejele.

Zakon omogoča obstoječemu sistemu zdravstvenega varstva bistveno višjo kakovost, pacienta pa postavlja v bistveno ugodnejši položaj napram izvajalcem zdravstvenih storitev v javnem in zasebnem sektorju.

Začetki razvoja pacientovih pravic

Začetki tega segajo nazaj v šestdeseta leta in jih najdemo v Severni Ameriki. Tam je Ameriško hospitalno zdravljenje (AHA) objavilo obsežen program z dvanajstimi točkami, tako imenovani Pacientov seznam pravic. Kot posebnost velja, da gre pri tem

za pravno organizacijo bolnišnic in ne za organizacijo pacientovih pravic.

Zveza ameriških bolnišnic je predstavila prvo kodifikacijo pacientovih pravic. Zastavljen cilj je bil, da tako pacientom kot tudi osebju bolnišnic da na voljo relevantne informacije o pacientovih pravicah.

Zveza je bila že tedaj mnenja, da pacientovih pravic ni možno odpraviti s pravno odgovornostjo zdravnika (kot npr. v Avstriji).

Zato so še pravočasno dojeli bližajoči se komunikacijski zlom in njegove posledice za zdravstvo. V smislu nekakšnega »popustljivega prava« bi naj pospeševali potrebno komunikacijo med zdravnikom in pacientom, slednjega obsežno informirali o njegovih pravicah, te pravice specificirali v pravi meri in na ta način vzpostavili zaupanje in zavest. Upoštevanje teh pravic bi naj privedlo do učinkovitejše oskrbe pacientov in s tem prispevalo k večjemu zadovoljstvu pacientov, zdravnika in negovalnega osebja bolnišnice.

Pacientov seznam pravic v izdaji Ameriške hospitalne organizacije (AHA) vsebuje kot prvo, najvišjo pacientovo pravico vodilo, ki vključuje v sebi vse ostale pravice pacienta :

Pacient ima pravico do obzirne in spoštljive nege.

Iz te pravice in upoštevanosti pacienta izhajajo končno vse druge pacientove pravice.

Zakon o pacientovih pravicah ureja pravice, ki jih ima vsak uporabnik zdravstvenih storitev in se dotikajo zlasti spoštovanja samostojnosti pacienta pri odločanju o lastni zdravstveni oskrbi, zasebnosti, varstva osebnih podatkov, enakopravnosti in varnosti, varstva največje zdravstvene koristi pacienta in zagotavljanje obveščenosti.

Zakon postavlja pacienta obok zdravniku kot subjekt v procesu zdravljenja in iskanja zdravstvenih storitev.

Glavni namen zakona temelji na enakopravni, primerni, kakovostni in varni zdravstveni oskrbi, ki temelji na zaupanju in spoštovanju med pacientom in zdravnikom ter drugimi zdravstvenimi delavci in sodelavci.

Zakon je razdeljen na 92. členov in sicer obsega : splošne določbe, pacientove dolžnosti, pristojnosti varuha človekovih pravic na področju pacientovih pravic, postopek z zahtevo za obravnavo kršitev pacientovih pravic, nadzor, kazenske določbe ter predhodna in končna določila.

Pravice pacientov, ki jih natančneje opredeljuje Zakon so naslednje :

- pravica do enakopravnega dostopa in obravnave pri zdravstveni oskrbi
- pravice do proste izbire zdravnika in izvajalca zdravstvene storitve
- pravica do primerne, kakovostne in varne zdravstvene oskrbe
- pravica do spoštovanja pacientovega časa
- pravica do obveščenosti in sodelovanja
- pravica do samostojnega odločanja o zdravljenju

- pravica do upoštevanja vnaprej izražene volje
- pravica do preprečevanja in lajšanja trpljenja
- pravica do drugega mnenja
- pravica do seznanitve z zdravstveno dokumentacijo
- pravica do varstva zasebnosti in varstva osebnih podatkov
- pravica do obravnave kršitve pacientovih pravic
- pravica do brezplačne pomoči pri uresničevanju pacientovih pravic

Zakon torej opredeljuje pravice pacienta kot uporabnika zdravstvenih storitev v javnem in zasebnem sektorju.

Pacienta opredeljuje kot uporabnika neke zdravstvene storitve (določena ali ponujena) in ni nujno, da je hkrati tudi bolnik. Z pojmom »pacient« je opredeljen tudi vsak iskalec ali uporabnik preventivnih zdravstvenih storitev, to je nosečnica, otroci na pediatričnih sistematskih pregledih.

Pacientu je zagotovljen pravičen oziroma enakopraven dostop do zdravstvenih storitev oz. njegova enakopravna obravnava. To zagotovi eno od osnovnih deontoloških načel, saj se zdravniku zaupa pravica, da odloča o občutljivih vprašanjih, ki zadevajo človeško zdravje in življenje.

IV) ZAKON O DUŠEVNEM ZDRAVJU

S sprejetjem Zakona o duševnem zdravju spomladi 2008 je bila zapolnjena velika in dolgoletna zakonska praznina, ki opredeljuje status ljudi z duševno motnjo, zlasti pa postopek sprejema in zdravljenja brez njihove privolitve. Trenutno opredeljuje to področje popravljen Zakon o nepravdnem postopku (iz leta 1986).

Določa sistem zdravstvene in socialno zdravstvene skrbi na področju duševnega zdravja, nosilce oz. nosilke te dejavnosti, pravice med zdravljenjem na oddelkih pod posebnim nadzorom psihiatrične bolnišnice, obravnavo v varovanem oddelku socialno varstvenega Zavoda in v nadzorovani in skupnostni obravnavi.

Zakon prinaša tudi nove izraze, kot so »koordinator nadzorovane obravnave«, je posameznik, ki ga za spremljanje in koordiniranje nadzorovane obravnave posamezne osebe na predlog psihiatrične bolnišnice s sklepom določi sodišče.

»Koordinator obravnave v skupnosti« je posameznik, ki ga za spremljanje in koordiniranje obravnave v skupnosti za posamezno osebo določi Center za socialno delo.

»Načrt nadzorovane obravnave« je načrt časovno določenih zdravstvenih, socialno varstvenih in drugih storitev, ki se izvajajo v nadzorovani obravnavi izven psihiatrične bolnišnice v domačem okolju osebe.

»Načrt obravnave v skupnosti« vsebuje časovno določene zdravstvene, socialno zdravstvene in druge storitve z njihovimi izvajalci, ki se opravljajo v obravnavi v skupnosti za posamezno osebo.

Načrt zdravljenja je načrt zdravstvenih storitev, ki ga glede na zdravstveno stanje posamezne osebe določi zdravnik ali zdravnica ob sprejemu v psihiatrično bolnišnico in se ga ustrezno prilagaja zdravstvenemu stanju osebe.

Izvajalci programov in storitev za duševno zdravje sestavljajo mrežo izvajalcev :

- izvajalci psihiatričnega zdravljenja
- izvajalci socialno varstvenih programov in storitev
- izvajalci nadzorovane obravnave
- izvajalci obravnave v skupnosti

Pravice osebe v oddelku pod posebnim nadzorom, v varovanem oddelku in v nadzorovani obravnavi

1. Osebi se v času obravnave v oddelku pod posebnim nadzorom, v varovanem oddelku in v nadzorovani obravnavi zagotavlja spoštovanje človekovih pravic in temeljnih svoboščin, zlasti njene osebnosti, dostojanstva ter duševne in telesne celovitosti.
2. Pravice, ki se zagotavljajo osebi v oddelku pod posebnim nadzorom in varovanem oddelku so :
 - pravica do dopisovanja in uporabe elektronske pošte
 - pravica do pošiljanja in sprejemanja pošilk
 - pravica do sprejemanja obiskov
 - pravica do uporabe telefona
 - pravica do gibanja
 - pravica do zastopnika (zagovornik)
3. Pravici, ki se zagotavljata osebi v nadzorovani obravnavi, sta :
 - pravica do gibanja
 - pravica do zastopnika

Posebni varovalni ukrepi

Uporabljajo se le na oddelkih pod posebnim nadzorom in varovanih oddelkih.

Posebna varovalna ukrepa sta telesno oviranje s pasovi in omejitve gibanja znotraj enega prostora. Uporabljata se le izjemoma in v skladu z zakonskimi in strokovnimi navodili.

Postopki pred sodiščem

1. O zadevah po tem zakonu odloča pristojno sodišče v nepravdnem postopku
2. Postopki pred sodiščem po tem zakonu so :
 - postopek za sprejem na zdravljenje v psihiatrično bolnišnico v oddelek pod posebnim nadzorom brez privolitve na podlagi sklepa sodišča
 - postopek za sprejem na zdravljenje v psihiatrično bolnišnico v oddelek pod posebnim nadzorom brez privolitve v nujnih primerih
 - postopek za sprejem v obravnavo v varovani oddelek socialno varstvenega zavoda brez privolitve na podlagi sklepa sodišča
 - postopek za sprejem na zdravljenje v nadzorovano obravnavo brez privolitve na podlagi sklepa sodišča

Postopki sprejema na zdravljenje oziroma obravnavo

Zdravljenje osebe na oddelek pod posebnim nadzorom se izvaja s privolitvijo osebe ali brez privolitve osebe pod pogoji kot jih določa ta zakon.

Evidenca in poročanje

Izvajalci programov in storitev z duševno zdravje so dolžni voditi evidence, ki jih določa zakon in o njih poročati.

Nadzor

Upravni nadzor nad izvajanjem določb tega zakona pri izvajalcih psihiatričnega zdravljenja opravlja ministrstvo v skladu s predpisi, ki urejajo zdravstveno dejavnost.

Prehodne in končne določbe

V) ZAKLJUČEK – DILEME . . .

Zakon o duševnem zdravju je sprejet, kar je vsekakor pozitivno. Odprtih pa ostaja še kar nekaj vprašanj in dilem, zato je njegova realizacija še vedno negotova.

Je predvsem procesen, saj bolj kot področje duševnega zdravja ureja prisilne elemente boja za duševno zdravje in to le v primerih, ko posameznik ne more izraziti svoje svobodne volje.

Osredotočen je le na nadzor ljudi z duševnimi motnjami in se ne ukvarja z elementi, ki so potrebni za ohranjanje duševnega zdravja. Dopusča možnost, da bodo nadzorovani ljudje, ki bi potrebovali vse kar drugega kot nadzor.

Zakon ureja kar nekaj ključnih oseb, ki so vključene v postopke sprejema in zdravljenja, zaradi tega se upravičeno sprašujemo, kako je zagotovljena zaupnost podatkov ?

Posebni varovalni ukrepi se uporabljajo na varovanih oddelkih pod posebnim nadzorom, kar pa nikakor ne velja za uporabo le teh v ne psihiatričnih bolnišnicah.

Zakonodajalec posega na medicinsko področje in ne upošteva spreminjajočih se medicinskih znanj (EKT, najvišje vrednosti zdravil).

Nerazumno kratki roki vseh postopkov glede zdravljenja brez privolitve lahko povzročijo, da jih v praksi ne bo mogoče spoštovati, ali pa, da bo zaradi prekratkih, prepoznih, ali premalo strokovnih odločitev prihajalo do neustreznih rešitev.

Odprto ostaja tudi vprašanje financiranja in podeljevanja koncesij nevladnim organizacijam (Šent, Ozara ...), ki pa imajo z ozirom na njihove vsebine vedno večji pomen na področju duševnega zdravja.

Pomembna bo vsekakor tudi edukacija različnih poklicnih skupin za področje psihosocialne rehabilitacije in pa medgeneracijsko sodelovanje. V kolikor ne bomo razčistili vseh teh odprtih vprašanj in dilem bodo ostali ljudje z duševno motnjo še bolj ogroženi, še bolj na robu ...

Naj zaključim z besedami gospe Majde Šlajmer Japelj :

ČE NE MOREMO OHRANITI DOSTOJANSTVA SVOJEGA POKLICNEGA DELA, NE MOREMO ČUVATI DOSTOJANSTVA BOLNIKOV IN TAKO POSTAJAJO VSI DOKUMENTI IN DEKLARACIJE O BOLNIKOVIH PRAVICAH, O KATERIH VSAK DAN TAKO RADI GOVORIMO, LE NEKORISTEN OKRAS SVEČANIH GOVOROV

VI) LITERATURA

1. USTAVA REPUBLIKE SLOVENIJE (Ur.list RS 1999)
2. ZAKON O PACIENTOVIH PRAVICAH (Ur.list RS 15/08, str.1045)
3. ZAKON O DUŠEVNEM ZDRAVJU (Ur.list RS 77/2008 z dne 28.07.2008)
4. ZAKON O SOCIALNEM VARSTVU – uradno prečiščeno besedilo 3/07, 23/07 in 41/07)
5. ZAKON O DRUŽBENEM VARSTVU DUŠEVNO IN TELESNO PRIZADETIH OSEB (Ur.list RS 41/83 in 114/06)
6. POSVET – ETIKA V BELEM z naslovom »Spremembe zdravstvene zakonodaje in problematika investicij v zdravstvu« (Ljubljana 11. in 12.september 2008)

SPREMEMBE DUŠEVNOSTI MED TELESNIMI BOLEZNIMI IN NJIHOV POMEN ZA KAKOVOST ŽIVLJENJA

Dr. Vesna Radonjič Miholič, spec. klinične psihologije
Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo, Ljubljana

POVZETEK

Dogajanja v telesu in duševnosti se ves čas prepletajo, bolj dramatična pa te povezave postanejo med boleznijo. Pravo razsežnost bolezni prepoznamo šele čez čas, pri tem pa moramo upoštevati tako telesne znake bolezni, duševnost bolnika in socialno okolje kamor je bolnik vpet. Obremenjujoče duševne stiske lahko sopogojujejo nastanek telesnih bolezni, upad duševnih sposobnosti, spremembe čustvovanja in vedenja so skupaj s telesnimi znaki lahko del posledic bolezni in / ali nastopijo kot odgovor osebe na dojetje bolezni. Za uspešno pomoč bolnikom moramo spremembe duševnosti prepoznati, jih razumeti, predvideti njihov potek in vpliv na pomembna področja življenja ter skupaj z bolnikom oblikovati primerne vzorce vedenja za njihovo obvladovanje.

Stara hindujska legenda pripoveduje, da so bili vsi ljudje nekoč bogovi. Svojo moč so prepogosto zlorabljali, zato jim je Brahma odvzel božanske moči in jih skril tam, kamor je predvideval, da je najmanj verjetno, da bi jo iskali: globoko v človeška srca.

Ljudje smo si podobni, delimo podobne izkušnje, spoznanja, občutke, a vsak človek je svet zase. Naj so sposobnosti, zmožnosti, znanja in izkušnje, okolje v katerem bivamo še tako podobni, vsak izmed nas jih bo na svoj način vgradil v lastno življenjsko zgodbo. Še več, oblikujemo in preoblikujemo jo skozi vse življenje, prav tako pa jo sami in drugi lahko različno dojemajo in presojujejo. Kar je v nekem trenutku napaka, nesreča, se lahko kasneje izkaže kot dragocena prekretnica. Kot bi gledali umetnike, ki iz enakega kamna, gline ali barv ustvarijo vsak svojo, povsem drugačno umetnino, tudi ljudje ustvarjamo vsak svojo zgodbo. Veščje povezovanje posameznih, morda celo na videz neprivlačnih elementov, lahko ustvari posebno lepoto, ki nas prevzame.

Prav v duševnosti pa je vir naše neponovljivosti, tam se skrivajo zmožnosti, da doživljamo, presoujemo in se odzivamo na sebi lasten način. Tudi kadar se več ljudi znajde v podobni situaciji, jo bo vsak doživel, presojal in se nanjo odzival nekoliko drugače. Kar je za nekoga katastrofa, je za drugega lahko priložnost, da se preizkuša v iskanju rešitve ali premagovanju problema.

Življenje zahteva samostojnost, sposobnost, odločnost, hitrost...

Zahteve in izzivi sodobnega življenja so visoke in raznolike. Sodobno življenje zahteva od posameznika že od otroštva pa do pozne starosti hitro in uspešno prilagajanje na nenehne spremembe, aktivno in hitro reševanje raznovrstnih problemov ter trdno vpetost v socialno okolje. V svoje okolje smo vpeti preko številnih socialnih vlog in zelo raznolikih medosebnih odnosov.

Sodobni človek sledi svojim potrebam, uresničuje svoje sposobnosti, sledi načrtom in ciljem pri tem pa usklajuje med željami in možnostmi, zahtevami okolja in lastnimi potrebami. Večkrat se je težko odločati med obveznostmi in zahtevami delovnega okolja ter željami, da bi bili z bližnjimi, skrbeli zanje ali se zgolj družili s prijatelji ali poskrbeli za svojo rekreacijo in sprostitev. Pestrost izzivov, časovni pritiski in zahtevnost problemov naraščajo tako na ravni posameznika kot na ravni manjših socialnih skupin (partnerstva, ožje in širše družine). Prej predpisane in v naprej znane naloge in vzorci vedenja, se vse bolj umikajo, nadomeščajo jih svoboda in odgovornost individualnih odločitev.

Že same situacije nenehnega odločanja in odpovedovanja so same po sebi obremenjujoče in pogosto potegnejo za seboj tudi slabe občutke krivde, nemoči, ki nas hromijo.

Življenjski slog sodobnega človeka je pogosto na meji zmogljivosti, zahteve in bremena se kopičijo in preglasijo osebne želje in potrebe. Ni redko, da ljudje celo ne znajo oceniti kaj zares potrebujejo in želijo, slabše presojujejo kaj je zanje koristno in kaj jim lahko škodi.

Prepletanje telesnih in duševnih dejavnikov

Običajno se ljudje zavedamo sebe kot uglasene celote: zaznavamo svoje telesno počutje, prepoznavamo razpoloženja, sposobnosti, ocenjujemo svoj položaj v socialni skupini in upoštevajoč vse to načrtujemo in organiziramo svoje življenje. Blažja neravnovesja na posameznih področjih pogosto mimogrede kompenziramo na nekem drugem področju (pomanjkanje sprejetosti v osebem odnosu lahko včasih skušamo nadomestiti s socialnim priznanjem za družbeno aktivnostjo ali delovno predanostjo). Pri tem pa se medsebojnega prepletanja telesnih, socialni in duševnih dejavnikov niti ne zavedamo, dokler ne nastopijo resnejše težave.

Vsakodnevno življenje prinaša vzpone in padce, veselja in skrbi, predvsem pa se nenehno spreminja. Želimo in včasih kar menimo, kot samoumevno, da bomo zdravi in srečni preživeli svoj vek, a spremembe so stalnica v življenju. Bolezen je naša pogosta spremljevalka in vsi kdaj za krajši ali daljši čas prestopamo mejo med boleznijo in zdravjem. Včasih gre za prehodno, komaj opazno nadlogo, drugič spet lahko za daljši čas pomembno poseže v naše počutje ali postane celo usodna.

Bolezen – nadležna spremljevalka življenja

Zdravje je sicer splošna vrednota, a ga pogosto doživljamo kot nekaj samoumevnega. V naših predstavah ima bolezen različne negativne predstave, doživljamo jo lahko kot kazen, nesrečo, celo katastrofo. Večinoma jo povezujemo z nevšečnostmi, kot so

bolečine, nemoč, slabo počutje, znižanje sposobnosti, nadležne preiskave, včasih tudi naporna zdravljenja ipd. Zaradi bolezni moramo pogosto spremeniti navade, za krajši ali daljši čas opustiti nekatere aktivnosti, druženja ipd. Lahko pa bolezen ponuja tudi ugodne priložnosti: svojci in prijatelji nam izkazujejo pozornost, simpatijo; zaradi bolezni lahko opustimo nekatere neprijetne obveznosti, opustimo škodljive razvade, razvijemo zdrav način življenja. Nekateri bolezni vzpodbudi, da ponovno preverijo kaj je zanje resnično pomembno v življenju, mnogi si šele ob bolezni resnično prisluhnejo ali postanejo zaradi nje bolj tenkočutni tudi v odnosih z drugimi.

Lahko bi celo rekli, da je bolezen neke vrste križišče v življenju, ko izberemo svojo pot naprej. Niso tako zelo redki ljudje, ki povedo, da po preboleli hudi bolezni ali poškodbi živijo mnogo bolj kakovostno, da se bolj zavedajo sebe in cenijo življenje.

Bolezni pogosto vstopajo v naše življenje, včasih se jih komaj zavedamo, drugič nas jasno opozorijo nase. Večinoma kmalu znova ozdravimo in spomin na bolezen kmalu obledi. Poznamo vrsto različnih bolezni in četudi se zavedamo lastne ranljivosti, pričakujemo in želimo, da bo naše zdravje trdno in trajno. Od telesa pričakujemo, da nam bo pomagalo uresničiti naše načrte. Pri tem tudi skušamo slediti napotkom o tem kako zdravo živeti, a tudi to ni popolna garancija, da nam bo uspelo oh ohraniti zdravje.

Bolezni so vztrajne in nadležne spremljevalke življenja. Človek se je zgodaj pričel začel boriti proti njim in je sčasoma postajal pri tem boju tudi vse bolj učinkovit. Mnoge bolezni so premagane, na nekatere smo že pozabili, a vedno znova se pojavljajo nove. Vse več sredstev namenjamo zdravljenju in za zdravila, hkrati pa se širi raznolikost bolezni. Izboljšani pogoji življenja so pomembno podaljšali pričakovano življenjsko dobo, bolj učinkovito zdravljenje pa ohranja pri življenju vse več ljudi po hudih boleznih ali poškodbah. Tako je med nami vse več ljudi s kroničnimi boleznimi in takih, ki potrebujejo za svoje življenje veliko pomoči in nege.

Bolezni so še vedno močno prisotne v vsakdanjem življenju in zdravljenje ostaja izziv človeškemu prizadevanju. Od sodobnega zdravljenja pričakujemo več kot samo preživetje, želimo kakovostno življenje med boleznijo in po njej.

Spremembe, ki jih bolezen prinaša v življenje

Odrasli ljudje vemo, da smo ranljivi da lahko zbolimo in da bomo umrli, a v naravi zdrave osebe je, da pričakuje, da bo zdrava in da bo dosegla visoko starost. Strah in nelagodje pred nemočjo, boleznijo in smrtjo ostaja praviloma pritajen. Zelo kmalu pa ga lahko v zavest priključijo srečanje z lastno boleznijo ali boleznijo bližnjega, včasih pa že samo srečanje s težkim bolnikom.

Bolnik mora premagovati breme bolezni same, lastnih strahov, ki jih je bolezen obudila in nezaupanja ter zadrege drugih v socialnem okolju, ki predelujejo lasten odnos do bolezni. Gre torej za zelo sestavljen proces psiholoških in socialnih dejavnikov, ki se pričnejo prepletati s samim procesom zdravljenja in okrevanja.

Bolezen in njene posledice lahko pomembno posežejo na različna področja človekovega življenja: počutje, zmoglosti, samopodobo, osebnost, delo, na medosebne odnose in vpetost v socialno okolje, na življenjske načrte ipd. Mnogi

potrebujejo veliko časa in pomoči, da postopoma prepoznajo spremembe, jih dojamejo in razumejo, presodijo njihov vpliv ter jih vgradijo v svoj življenjski slog.

Sprejeti vlogo bolnika je lahko zelo boleče in neprijetno, zato se ji mnogi upirajo. Podobno pa je naporno po daljšem zdravljenju ponovno zapustiti to isto vlogo. Ponovna vrnitev med druge v socialno okolje, v šolo ali službo, prevzemanje običajnih nalog in ponovno vzpostavljanje svoje vloge ne gre vedno zlahka in samoumevno. Poleg posledic bolezni, morajo pri tem pogosto premagovati tudi nezaupanja in predsodke okolice, zato nekateri potrebujejo pri tem pomoč.

Spremembe duševnosti zaradi bolezni

Bolezen spreminja bolnikovo duševnost vztrajno in na različne načine. Spreminjajo se posamezne sposobnosti, zmožnosti, presoja, samopodoba, a tudi čustvovanje, vedenje, vrednote, stališča in značilni vedenjski vzorci. Bolnikovo duševnost sooblikujejo osebne poteze, stališča in stil življenja, ki ga je razvil do bolezni; posledice bolezni ter doživljanja in vedenja, ki jih bolnik razvija v posameznih fazah dojetja bolezni in razvijanja strategij za obvladovanje vsakokratnih stisk. Seveda pa imajo pomembno vlogo tudi kakovost socialne mreže v katero je vpet v svojem okolju.

Ne glede koliko izkušenj imamo in kako dobro poznamo posamezno boleznijo, nam srečanje z bolnikom odpira nov svet. Bolezen ima pri vsakem posamezniku drugačen potek in pomen, saj vstopa v drugačno zgodbo. Kako se bo posameznik odzval na bolezen, je težko napovedati, saj v svoj pogled vnaša svoje izkušnje, spoznanja, pa tudi strahove in predsodke. Zdravstveni delavci so večplastno obremenjeni pri soočanju z lastno boleznijo (poznavanje zapletov, občutek, da morajo racionalno dojemati bolezen, težko sprejemanje pomoči, drugačen odnos zdravstveni delavcev do njih).

Bolezen neposredno spreminja tako posamezne sposobnosti kot tudi čustvovanje in vedenje. Nekatere spremembe duševnosti lahko včasih zaznavamo še pred pojavom drugih simptomov, druge se pojavi sočasno ali z zamikom. Težave praviloma izzvenijo z izboljšanjem zdravstvenega stanja, včasih pa lahko ostanejo še dolgo po bolezni.

Nevropsihološke spremembe

Posebej dramatične so spremembe duševnosti pri boleznih ali poškodbah možganov. Spremembe duševnosti pri možganskih okvarah so odvisne ob obsega, področja in teže možganske okvare, od splošnega psihofizičnega stanja, razvojne stopnje ipd. Med psihološkimi sposobnostmi, ki so razmeroma najbolj občutljive za okvare v možganih, sodijo: pozornost, spomin, mišljenje in čustvena odzivnost. Duševne spremembe so lahko zelo raznolike tako po pojavnosti, kot po stopnji izraženosti (npr.: pozornost je lahko kratkotrajna, manj intenzivna; pri spominu pa je pogosteje motena sposobnost ohranjanja novih informacij, mišljenje je lahko manj okretno ipd.). Poškodba leve možganske

poloble pogosteje povzroča težave na področju govorno jezikovnega sporazumevanja (branje, pisanje, razumevanje, sporočanje), računanja, logičnega sklepanja ipd. Obratno pa okvare v desni možganski polobli lahko povzročijo motnje dojetanja odnosov v prostoru, težave pri presoji telesne sheme, motnjo dojetanja ritma ipd. Okvare čelnih predelov pogosto povzročijo zelo nadležne spremembe duševnosti: slabšo presojo socialnih situacij, motnje delovnega spomina, težave pri načrtovanju, izvedbi in nadzoru vedenja, oslabijo iniciativnost ipd. Taki bolniki lahko imajo sicer visoke sposobnosti spoznavne sposobnosti, a ne zmorejo z njimi uresničiti stabilno mentalno učinkovitost brez intenzivne pomoči.

Okrevanje duševnih sposobnosti je lahko dolgotrajno in nihajoče, dosežena raven duševnih sposobnosti pa praviloma še dolgo ni stabilna. Zaniha ob različnih spremembah, med najbolj obremenjujoče sodijo časovni pritisk, utrujenost, vznemirjenje, nepredvidljive spremembe.

Za nevrološke bolnike je značilno, da v svoji pritožbi prvič sporočajo o težavah na področju duševnosti, šele, ko so se že pomembno izboljšali, opažamo pa tudi določeno dinamiko v prepoznavanju težav. Prej poročajo o motnjah pozornosti in pomnjenja, kasneje o spremenjenem čustvenem odzivanju in vedenju. V skrajnem primeru lahko tudi ne prepoznajo nobenih bolezenskih sprememb (anozognozija), kar je pogostejša pri okvari desne možganske poloble.

Proces soočanja z lastno boleznijo

Večkrat se boleznimi niti ne zavedamo, ko se že borimo z njenimi posledicami. Čas in različne situacije so potrebne, da bolnik dojame kaj se mu je zgodilo. Mnogo je dejavnikov, ki tako znotraj bolnika kot iz njegovega okolja vplivajo na proces dojetanja situacije, razumevanja sprememb in odločanja za ukrepanje.

Odnos do bolezni se med zdravljenjem spreminja. Proces dojetanja bolezni in integracijo bolezni v podobo o sebi je dolgotrajen, neenakomeren in pogosto boleč. Posameznik mora najprej dojeti situacijo, poiskati in presoditi možnosti, izbrati ali razviti primerne vzorce vedenja, preoblikovati samopodobo.

Pri vsakem bolniku je proces soočanja z boleznijo svojstven. Različni avtorji so opisovali značilne odzive na bolezen. Tako je švicarska psihiatrinja E. Kubler – Ross opisala proces sprejemanja bolezni v nekaj fazah: zanikanje, jeza, pogajanje, žalovanje, sprejemanje.

Pomembno pa je, da razumemo, da bolnike pogosto ščitijo različni obrambni mehanizmi in da se njihovo doživljanje bolezni spreminja. Mnogi potrebujejo več mesecev ali celo let, da bi povsem realno ocenili svoje stanje, ga vključili v samopodobo in temu primerno oblikovali nove načrte in cilje. Mnogi se sicer že vrnejo v okolje, a še vedno gojijo upanje, da bo nekoč še vse dobro in to jim lahko celo pomaga, da se aktivno vrnejo v življenje. Psihološko pomoč zato mnogi potrebujejo še vrsto mesecev in let po začetku bolezni ali poškodbe.

Kaj bolniki potrebujejo

Bolniki potrebujejo jasne informacije, priložnost za pogovor o svoji bolezni, poteku in možnostih zdravljenja, priložnost, da aktivno sodelujejo in odločajo o svojem življenju, zagotovilo, da jim bližnji sprejemajo in podpirajo. Nujno potrebujejo iskren, spoštljiv odnos, ki bo ohranjal in gojil njihovo dostojanstvo.

Mnogi najtežji bolniki neverjetno dobro presojujejo odnos ljudi s katerimi se srečujejo in tenkočutno zaznavajo neskladja med sporočenim in doživetim. Zanje je pomembna iskrenost v komunikaciji.

Bolezen sproži v življenju posameznika burna in različna dogajanja. Bolniki ocenjujejo, da jim je največja oporo pri soočanju z boleznijo vztrajnost, morda trma in smisel za humor. Od drugih si želijo, da bi jim prisluhnili, jih upoštevali in jim pomagali kadar to res potrebujejo. Bojijo se pomilovanja, potrebujejo pa enakovredno upoštevanje.

Bolniki potrebujejo dostopnost pomoči, pogoje v katerih bodo lahko razvili svoje sposobnosti in priložnost za ustvarjalnost ter povezanost v socialnem okolju.

V veliko oporo so bolnikom tudi skupine za samopomoč, saj mnogi povedo, da svoje stanje lažje doživljajo, če vedo, da ima podobne težave še kdo in da jih je rešil.

Vpliv bolezni na družino

Bolezen ima pri vsakem posamezniku njemu lastno podobo, vstopa v drugačno življenjsko zgodbo in jo tudi različno preoblikuje. Težke bolezni praviloma posežejo tako v življenje obolelega kot tudi v življenja vseh, ki so z njim povezani. Mnoge bolezni tako pomembno spremenijo tudi posamezne družinske člane in družino kot celoto. Spreminjajo se medsebojne vloge in odnosi, prerazporedijo se obveznosti, celo sporazumevanje postane drugačno. Posamezne družine postanejo lahko zaradi bolezni bolj homogene, trdne, lahko pa se celo zaprejo in ostanejo osamljeni otočki v širši skupnosti. Včasih pa so bremena bolezni prehuda in pomembno načnejo družinsko povezanost.

V našem okolju so družine praviloma zelo požrtvovalne in prevzamejo ogromna bremena. Mnogi bolniki potrebujejo mnogo več pomoči kot jo lahko družina zagotavlja in tedaj pride do stisk. Družinski člani (prej ženske kot moški, bolj matere kot sorojenci ipd.) sprva negujejo bolnika in pri tem zanemarijo svoje potrebe, a sčasoma se lahko odnosi polarizirajo, negovalci pa pregorijo. Preobremenjeni negovalci, ki so zatrli svoje potrebe in se posvetili negi lahko postanejo napeti, grobi ali izkazujejo visoko stopnjo depresivnosti, mnogim pada odpornost in so pogosto bolni, včasih izgubijo interes in se ne zmorejo več zaščititi.

Bolezen družinskega člana lahko pomembno spreminja tudi medsebojne odnose med člani družine. Vsak posamezni član na svoj način predeluje novo situacijo in ti procesi predelovanja niso nujno usklajeni. Tako na primer starša hudo poškodovanega otroka doživljata v nekem trenutku povsem različno: eden upa in pričakuje popolno, drugi realno presoja izgubo in skuša ob njej živeti. Ker gre za čustveno zelo nabite situacije, je njuna toleranca nizka, so povečano občutljivi in v drugačnem odzivu drugega vidijo izdajo, neobčutljivost, pomanjkanje pripravljenosti za odrekanje. Vse to lahko vodi do

vse večjega razhajanja med njima, še posebej če se izmikata odkritemu pogovoru.

Pa še na eno skupino je potrebno opozoriti. Otroci obolelih zelo skrbno opazujejo, presojujejo in se temu primerno odzivajo. Mnogi nase vzamejo huda bremena skrbi za hudo obolele starše, ali se izogibajo stikov z njimi ter jih zavračajo, hkrati pa se ne sprejemajo zaradi tega. Otroci v družini, kjer je težko bolni, so pogosto zelo ranljivi in dobijo manj pozornosti, še posebej, če se zaprejo in molče postajajo prezgodaj odrasli.

Duševnost kot raj ali pekel

Spremembe duševnosti po bolezni so najpogosteje spregledani simptomi med zdravljenjem. Razlogov je več: bolnik sam praviloma ne navaja tovrstnih težav v svoji pritožbi, svojci jih v čustveni stiski pogosto spregledajo ali podcenjujejo, spremembe pa praviloma niso vidne na zunaj. Tako lahko sčasoma spregledane motnje duševnosti postanejo kronične ali sčasoma celo postanejo največja ovira kakovostni vpetosti v vsakdanje življenje.

Prikrite motnje duševnosti so breme tudi za bolnikovo vrnitev v vsakdanje življenje. Ker drugi težav ne vidijo, jih obravnavajo kot zdrave in od njih pričakujejo tudi tako odzivnost. Sami bolniki pa lahko vlagajo izjemne napore, pa vendar ne dosegajo prejšnje storilnosti. Mnogi morajo zbrati veliko poguma in razložiti bližnjim o posledicah, ki jih ovirajo. Hkrati pa jih ta prikritost težav zaščiti pred siceršnjim pomilovanjem ali vnaprejšnjim nezaupanjem.

Mnogo moči je potrebnih za soočenje z boleznijo, izgubo sposobnosti, zahtevo po odpovedovanju življenjskih načrtov in ciljev. Srečamo pa bolnike, ki z neverjetno večino poiščejo smisel svojega življenja, si zadajo pomembne naloge in jih z zavidljivo prizadevnostjo tudi pogosto uresničijo. Telesno šibkost lahko nadomestijo z bogato razgibanim duševnim življenjem in ustvarjalnostjo (umetnost).

So bolniki, ki doživljajo bolezen kot izdajo telesa, nepravilno kazen in ostanejo jezni na usodo ter pričakujejo, da se jim bo življenje oddolžilo. Mnogi bolniki zaradi bolezni mnogo bolj cenijo vsak trenutek, prepoznajo pravo ceno življenja, znajo odkriti radosti tudi v povsem običajnih rečeh. Umetniki življenja zmorejo tudi negativne izkušnje vgraditi v svojo osebnost in mnogi med njimi postanejo zelo občutljivi za stiske soljudi ter jim znajo ustrezno priskočiti na pomoč. Brazgotine premaganih stisk jih naredijo še bolj zanimive in osebno bogate, zato razvijejo v sebi moč, da se zmorejo spopasti z vsem kar jim življenje prinaša. Zanje življenje ni strašljivo, ampak priložnost in izziv.

VELIKI MALI ČLOVEK

Viktorija Štiglic, dipl. med. sestra
UKC Maribor, Oddelek za psihiatrijo

UVOD

Naše življenje je stekano iz bolj ali manj lepih dogodkov – tako prvi kot drugi pa nas lahko privedejo v bolnišnico. Vsaka hospitalizacija lahko sproži pri bolniku občutek strahu, negotovosti, tesnobe, še posebej pa moramo biti pozorni na to pri osebah z motnjami v telesnem in duševnem razvoju, še sploh kadar ne morejo z besedami izraziti, kaj čutijo in doživljajo ob tem, ko se nenadoma znajdejo v neznanem okolju med neznanimi ljudmi. Bistvenega pomena je aktivno sodelovanje svojcev pri zdravljenju. Ne smemo pozabiti, da so svojci pred sprejemom v bolnišnico živeli z bolnikom vrsto let in ga zato vsekakor najbolje poznajo in nam posredujejo podatke, na podlagi katerih bomo lahko načrtovali kakovostno zdravstveno nego. Predvsem podatke o njegovih navadah in zmožnostih izvajanja življenjskih aktivnosti. Po potrebi nam svojci tudi pokažejo, kako so bolniku pomagali pri izvajanju določene aktivnosti v vsakdanjem življenju.

Motnja v duševnem razvoju ali duševna manjrazvitost se kaže v povečani odvisnosti od pomoči in vodenja drugih na vseh področjih.

Vedenje duševno manjrazvitega je odvisno od številnih faktorjev, predvsem pa od narave in stopnje možganske prizadetosti oz. okvare.

Slabše obvladovanje afektov in impulzov, bolj neposredno izražanje čustev, manjša tolerantnost za frustracije, motorični nemir, večja razburljivost, imajo običajno organsko osnovo in izvirajo iz bolj ali manj jasno razpoznavne cerebralne disfunkcije. Pasivnost, plašnost in negotovost, zavore pri vzpostavljanju socialnih stikov, pa so povezane z okoliščinami, v katere jih vedno znova spravlja dejstvo, da njihove mentalne sposobnosti ne dosegajo tistih, ki bi bile v skladu z njihovo življenjsko dobo.

Duševno manj razviti se tako pogosteje kot inteligenčno sposobnejši srečujejo z neuspehi, slabe izkušnje s seboj in drugimi zmanjšujejo njihovo samozavest in še povečujejo njihovo nezaupanje in negotovost. Občutje ogroženosti, prikrajšanosti in odrinjenosti so pogosto plod njihovih nestvarnih pričakovanj do drugih, slabšega razumevanja, lahko pa tudi odraz stvarnih razmer in nezadovoljenih potreb po čustveni sprejetosti in potrditvi. Spoznanje, da ne izpolnjujejo norm in pričakovanj okolja, vpliva na njihovo negativno samopodobo.

Zaradi motnje v duševnem razvoju oz. zmanjšanih umskih sposobnostih je čustvena plat bolj poudarjena, kar pomeni, da mora razum velikokrat dati prednost srcu in, če zapremo pot srcu, še bolj zapremo pot razumu.

Bolnik z motnjo v telesnem in duševnem razvoju zahteva veliko naše pozornosti, vztrajnosti, potrpežljivosti, razumevanja, kreativnosti, moramo ga znati opazovati, poslušati, slišati in mu slediti v njegovih potrebah. Pomoč in razumevanje v času telesne in duševne stiske rodi največje zaupanje, zaveznitvo in prijateljstvo. Zato je odnos medicinske sestre in zdravstvenega tehnika do bolnika in njegovih svojcev v času sprejema najpomembnejši. To je čas, ko s profesionalnim in toplim sprejemom bolnika in njegovih svojcev največ pridobimo – namreč njegovo zaupanje.

UGOTAVLJANJE BOLNIKOVIH POTREB PO ZDRAVSTVENI NEGI

Potrebe začnemo ugotavljati s sprejemanjem in zbiranjem podatkov o bolniku. Ugotavljamo potrebe na telesnem, čustvenem, socialnem in duhovnem področju. Do ugotovitev pridemo na podlagi opazovanja, merjenja, pogovora s svojci, pogovora z bolnikom, sodelovanja s socialno službo, pogovora z drugimi zdravstvenimi delavci, pregled in analiza medicinske in negovalne dokumentacije. Ugotovljene negovalne probleme razdelamo po življenjskih aktivnostih Virginije Henderson. Življenjska aktivnost je funkcija človeka, ki mu omogoča življenje. Če je življenjska funkcija motena ali ogrožena, potrebuje človek ustrezno pomoč.

Prehranjevanje in pitje

Če hoče biti medicinska sestra pri izvajanju te življenjske aktivnosti uspešna, mora poznati bolnikove navade v zvezi s hrano, okus bolnika, dieto, konsistenco hrane. Bolnik z motnjo v razvoju potrebuje stalen nadzor in velikokrat pomoč pri uživanju hrane in tekočine (prekomerna telesna teža, nepravilno požiranje, slaba koncentracija, dehidracija, oslabelost). obroki naj bodo ob istem času, bolnik naj se v miru pripravi, si umije roke in primerno uredi. Hranjenje naj poteka mirno, brez napetosti in naglice. Medicinska sestra je ves čas prisotna in pozorna na vnašanje količine hrane v usta (da si je ne natlači preveč) in požiranje le-te (zaradi padca pozornosti). Ves čas ga vzpodbuja in motivira, ga tudi pohvali. Istočasno pa ima nadzor nad zadostno količino zaužite hrane in tekočine. Medicinska sestra bolniku večkrat dnevno ponudi tekočino, če pa uživanje tekočine ne zadosti potrebam organizma, so potrebni drugi ukrepi (kot npr. dovajanje tekočine po žlicah, aplikacija infuzije). Vso zaužito hrano in tekočino beležimo in bolnika dvakrat tedensko tehtamo. S svojci se dogovorimo, katero hrano bodo bolniku prinašali in kje jo shranjevali, da je ima čim nanj pri sebi, ker s tem preprečimo nenadzorovano uživanje hrane.

Odvajanje in izločanje

Glede na starost bolnika in na navade, ki veljajo v njegovi sredini, mora medicinska sestra poskrbeti za zasebnost in telesno udobje pri defekaciji in mikciji. Medicinska sestra ugotovi bolnikove navade glede defekacije in mikcije (časovni razmik pri defekaciji in mikciji). Bolnika moramo večkrat na dan spomniti na izvajanje te aktivnosti, voditi na stranišče, katero mora biti čisto in po možnosti brez neprijetnega vonja. Zagotovimo mu ustrezno prehrano z dovolj vlaknin, ustrezno količino tekočine (2 l). Spodbujamo ga k telesni aktivnosti, po potrebi izvajamo masažo trebuha in beležimo pogostost odvajanja in izločanja. Če pride do morebitnih zapletov, lahko samo na podlagi intenzivnega nadzora pravočasno ukrepamo.

Gibanje in ustrezna lega

Velikokrat je pri bolnikih z motnjo v telesnem in duševnem razvoju ovirano gibanje, ki se kaže kot motnja pri hoji, drži telesa in koordinaciji gibov. Opažamo tudi povečano neaktivnost pri bolnikih s povečano telesno težo, lahko pa povečano aktivnost pri hiperaktivnih bolnikih. Velik problem lahko predstavlja hoja po stopnicah. Medicinska sestra pri tem bolniku nudi fizično podporo, ga vzpodbuja, motivira in pohvali. Z vsakodnevnimi vajami, sprehodi in vzpodbudo motiviramo bolnika za koordinirano in samostojno gibanje.

Spanje in počitek

Spanje je ena od skrivnosti življenja. Človeku se zdi spanje nekaj samoumevnega, dokler ga zanj ne prikrajšajo različni faktorji, kot so velike psihične in fizične obremenitve, spremembe okolja, bolečinska stanja, bolezenska stanja z neugodnimi simptomi (vročina, diareja, bruhanje). Medicinska sestra poskrbi za ustrezno večerno higienizacijo bolnika, uredi posteljo, prezrači sobo in tudi ostale bolnike pripravi na spanje – tako da je čim manj faktorjev, ki bi negativno vplivali na spanje. Poskrbi, da bolnik pred spanjem ne poje preveč hrane in da ni lačen, da ne pije kofeinskih napitkov in da, preden ga pospremi v posteljo, bolnik opravi še večerno potrebo po izločanju. Ko je bolnik v postelji, se mora medicinska sestra prepričati, če ima dovolj odej in mu je udobno. Odstranitev motečih dražljajev, kot so zvoki, vonji, svetloba, pomaga k dobremu spancu. Velikokrat pomaga tudi prisotnost medicinske sestre v sobi, kar daje bolniku občutek varnosti. Če bolnik kljub ukrepom, ki so bili izvedeni, ne more zaspati, se aplicirajo predpisana uspavala.

Osebna higiena in urejenost

Človekova urejenost je zunanje znamenje njegovega notranjega in zunanjega sveta. Urejena zunanost poveča možnost uspeha v socialnih stikih. Bolnika je treba pri opravljanju osebne higiene usmerjati, nadzorovati ter ga vzpodbujati pri že pridobljenem znanju in pri pridobivanju novih higienskih navad. Osebna higiena zavzema širok spekter opravil, ki jih zdrav človek vsakodnevno izvaja, in sicer: nega telesa, nega ustne votline, nega rok in nohtov, nega nog in nohtov, nega las in umivanje glave, britje in nega brade.

- **Nega telesa:** Če se bolnik lahko umije sam, mu to dovolimo, ga pri tem nadzorujemo in vzpodbujamo; če pa tega ne zmore sam, mu pomagamo ali ga umijemo mi.
- **Nega ustne votline:** Redna nega ustne votline in zob spada v osebno higieno. Lahko jo izvaja bolnik sam, če ne zmore, naredi to medicinska sestra ali zdravstveni tehnik in to po vsakem uživanju hrane, da ostankov hrane ne zadrži v ustih in zaradi običajno povečanega izločanja sline.
- **Nega rok in nohtov:** Ko so roke umite, si vzamemo čas ter bolniku s škarjicami ali kleščami in pilico uredimo nohte, roke namažemo z negovalno kremo. Če bo bolnik imel lepo urejene nohte, bo s tem zmanjšana možnost samo- in heteropoškodbe.
- **Nega nog:** Medicinska sestra mora biti še posebej pozorna pri prekomernem potenju in bolnika vzpodbujati, da si noge večkrat umije in dobro osuši (preprečevanje glivičnih obolenj) in namesti nogavice in obuvalo iz naravnih materialov.
- **Nega las in umivanje glave:** Lasje služijo za zaščito in okras. Medicinska sestra umije bolniku glavo po potrebi glede na njegovo psihofizično stanje. Pri umivanju je potrebno zagotoviti primerno temperaturo prostora.
- **Britje in nega brade:** Bolnika, ki se sam ne zmore obriti, obrije medicinska sestra ali zdravstveni tehnik; lahko z električnim brivnikom ali brivnikom za enkratno uporabo. Če bolnik želi, da bradico samo strižemo, moramo to upoštevati.

Vzdrževanje telesne temperature

Medicinska sestra mora zagotoviti ustrezno mikroklimo in letnemu času primerna oblačila. Izvaja dnevne meritve telesne temperature. Znaki, ki spremljajo visoko temperaturo, so: utrujenost, pomanjkanje apetita, bolečine v sklepih, glavobol, tahikardija, tahipnea. Pri povišani temperaturi lahko objektivno vidimo mrzlico, svetleče oči, toplo in rdečo kožo. Ob povišani temperaturi, ki je znak nekega bolezenskega procesa, moramo takoj obvestiti zdravnika.

Izogibanje nevarnostim v okolju

Bistvo te aktivnosti je, da nevarnost prepoznamo in ustrezno ukrepamo. O ustreznem ukrepanju govorimo takrat, kadar nam je uspelo preprečiti, zmanjšati ali vsaj omiliti nek kvarni vpliv na zdravje. Medicinska sestra ne more vplivati na izbiro opreme in materialov, lahko pa dobro izrabi tisto opremo, ki je na voljo (zapiranje in zaklepanje oken, zaščitna ograja na stopniščih, paziti, da tla niso mokra in spolzka, odstranjevanje ostrih predmetov in vrvic, nameščanje zaščite v vtičnice, namestitev pripomočkov za preprečevanje zdrsov v kopalnici). Bolnik z motnjo v telesnem in duševnem razvoju spada v rizično skupino glede osebne varnosti, zato mora medicinska sestra še posebej paziti in v bolniku vzbuditi občutek, da mu je okolje naklonjeno in da ga razume.

Komuniciranje

Komunikacija lahko poteka na dva načina: verbalno (z besedami) in neverbalno (govorica telesa). Pri bolniku z motnjo v razvoju je komunikacija velikokrat otežena, ker ne govori ali pa govori komaj razumljivo. Zelo pomembno je, da medicinska sestra komunikacijo prilagodi bolnikovim zmožnostim. Vsak se lahko sporazumeva na svoj način, ki pa ga mora medicinska sestra osvojiti, da lahko ve, kaj ji bolnik sporoča. Brez komunikacije ne more vedeti za želje in potrebe bolnika in mu tudi ne more pomagati k izpolnitvi. Pri komunikaciji z bolnikom z motnjo v telesnem in duševnem razvoju je potrebno:

- odstraniti vse dražljaje, ki bi komunikacijo omejevali (hrup, drugi ljudje),
- sedeti ali stati nasproti bolnika, da nas lahko vidi,
- govoriti počasi, razumljivo, preprosto in dovolj glasno,
- dati mu dovolj časa za razmislek (da nam lahko odgovori ali pokaže),
- naslavljanje ga jasno z imenom, ki ga uporablja,
- uporabljati kratke stavke,
- čutiti mora, da ga z zanimanjem poslušamo in gledamo,
- stisk roke pomeni, da nam lahko zaupa; topel človeški dotik pove več kot še toliko besed,
- upoštevati moramo njegove navede in želje, sprejeti njegovo drugačnost,
- ko govorimo, tudi pokažemo, tako bolje razume navodila,
- zvišan glas zazna kot nekaj neprijetnega, umirjen glas pa mu daje občutek varnosti,
- pomembna je pohvala, ki nadomesti neprestano popravljanje napak,
- bolniku omogočimo, da izrazi svoje občutke (strah, skrbi in jeza).

Bolnika z motnjo v razvoju razveselijo, vznemirijo ali razžalostijo enaki dogodki kot ostale zdrave ljudi, le da zaradi slabšega razumevanja težje nadzoruje svoje vedenje. Samostojnost in neodvisnost mu pomenita največ, zato mu moramo pri tem pomagati in ga vzpodbujati. Ob pomanjkanju časa, ki nas pesti, se lahko zgodi, da želimo opraviti tudi stvari, ki jih bolnik zmora sam. S tem zmanjšamo njegovo samospoštovanje, izzovemo občutke razočaranja, jeze ali nasilne reakcije. Komunikacija ima velik pomen in je umetnost, s pomočjo katere lahko bolnika razumemo in smo do njega realni.

Izražanje verskih čustev

Vsak človek razvije svoj odnos do cerkve in religije, zato je za medicinsko sestro pomembno poznati dejstva, da različni ljudje različno izražajo svojo vero. Ugotoviti mora pripadnost in potrebe, ki jih bolnik čuti glede vere in verskih čustev. V okviru katoliške cerkve deluje združenje »Lučke«, v katerega so vključeni ljudje z motnimi v telesnem in duševnem razvoju in njihovi svojci. Vera je lahko človeku ob hudih življenjskih krizah in boleznih v veliko oporo.

Koristno delo

Delo ima za bolnika z motnjo v razvoju nekoliko odmaknjen pomen, ker njegova zmožnost ne dovoljuje, da bi opravljal dela v pravem pomenu besede, torej kot aktivnost, ki omogoča pridobivanje sredstev za življenje. Medicinska sestra dela z bolnikom na njegovih že pridobljenih delovnih navadah. Z njim se dogovori za dnevno zadolžitev za določena opravila (brisanje mize, prenašanje čistega perila). Pri tem ga motiviramo, vzpodbujamo in pohvalimo.

Razvedrilo in rekreacija

Medicinska sestra ponudi bolniku različne aktivnosti, s katerimi se lahko ukvarja in ga znajo razveseliti (poslušanje glasbe, gledanje TV, risanje, gledanje revij, sprehodi po parku). Pomembno je, da je bolnikov dan razgiban, pester in da se ne dolgočasi. Bolnika usmerja, da v skupini počne stvari, ki ga zanimajo in v katerih uživa. Bolnikove svojce vzpodbudi, da pridejo večkrat na obisk in bolniku s tem krajšajo čas. Cilj je ohranjanje največje možne mere aktivnosti.

Učenje in pridobivanje znanja

Medicinska sestra uči bolnika tudi s svojim znanjem in vzgledom. Pomemben je pravilen pristop. Mnogo bolnikovih navad je lahko motečih. Prav tako lahko postane moteče tudi njihovo vedenje. Z učenjem mora bolniku približati in predstaviti potrebo po spremembi vedenja in utečenih navad. Cilj učenja ni samo, da so bolnik zapomni navodila, ampak da aktivno razmišlja in da pridobljeno znanje uporabi. Velika ovira pa je lahko nezmožnost verbalne komunikacije. Medicinska sestra za učenje bolnika z motnjami v razvoju potrebuje več časa, strpnosti, kreativnosti in sposobnosti dramatiziranja.

ZAKLJUČEK

Zdravstvena nega mora temeljiti na celostni in individualni obravnavi bolnika z motnjo v telesnem in duševnem razvoju. Sistematičen pristop, ki vključuje ugotavljanje bolnikovih potreb, načrtovanje, izvajanje in evalvacijo, zagotavlja kakovostno zdravstveno nego.

Ni važno, kaj smo in kaj bomo. Ni važno, če se človek rodi reven ali bogat. Vsak človek je zase celota in sprejeti ga moramo takšnega, kot je. Težko se je sprijazniti z usodo, ki nekomu nakloni življenje v temi, tišini ali pa v nevednosti in ne zavedanju samega sebe. Toda če je človek še tako duševno in telesno prizadet, je še kljub temu človek, ki čuti in si prav tako želi tople besede, stiska roke in prijaznega nasmeha. Tega nam ni težko dati, saj nas nič ne stane, vendar pa čudežno deluje na tistega, ki mu je namenjeno.

*»Vsak človek je brezmejno pomemben v svoji drugačnosti
in hkrati enako pomemben kot vsi drugi v njihovi drugačnosti.
Tako zelo pomemben je, da ga večnost potrebuje v njegovi edinstvenosti.«*

Elene Danel

LITERATURA

1. Baner S., Hill S. Načrtovanje zdravstvene nege in postopki – pot v mentalno zdravje. Ljubljana: samozaložba, 1992.
2. Hitejc Z. Družina otroka z motnjo v duševnem razvoju. Zdrav Var, 1999: 38 – 48.
3. Kogovšek B., Škerbinek A. Zdravstvena nega bolnika z duševnimi motnjami. Ljubljana: Tehnična založba Slovenije, 2002: 55 – 58.
4. Lev M., Meta K. Duševne motnje. Ljubljana, 1992.
5. Lev M., Siniša S. Današnje stanje skrbi za duševno abnormne in motene osebe v Sloveniji. Ljubljana, Psihiatrična klinika, 1994.
6. Marjanovič Umek L. e tal. Razvojna psihologija. Ljubljana: Znanstvenoraziskovalni inštitut Filozofske fakultete: 2004: 521 – 2.

POSEBNOSTI KOMUNIKACIJE OSEB Z AVTIZMOM

Aleksandra Glatz, prof. defektolog – logoped
Zavod za usposabljanje, delo in varstvo dr. Marijana Borštnarja Dornava

Komunikacija je prenos informacije med dvema ali več osebami, s komunikacijo oseba izraža svoja čustva, želje, misli in potrebe, je sredstvo socialne interakcije.

Človek vrednoti sebe na osnovi vzpostavljenih odnosov z drugimi, kar pa je odvisno od uspešne komunikacije. Samozavest in samozaupanje raste pri osebi z dobro komunikacijo.

Ljudje komuniciramo zato da: začnemo interakcijo (dobimo pozornost), vzdržujemo interakcijo (socializacija), izražamo potrebe, izražamo čustva, zahtevamo predmete, usluge, dobimo informacije, damo informacije, opišemo dogodke, zavrnamo predmet ali uslugo, izbiramo, vplivamo na druge.

Govor je najmočnejše sredstvo komunikacije, vendar še zdaleč ni edino. Neverbalna komunikacija (mimika, govorica telesa, geste, ritem, intonacija, vizualni simboli,...) govor dopolnjuje, podkrepi in ga včasih tudi nadomesti.

Osebe z avtizmom imajo težave na vseh področjih komunikacije - na razumevanju in izražanju s pomočjo govora ter prepoznavanju in uporabi neverbalne komunikacije.

V logopedski diagnostiki se osebe ocenijo na osnovi opazovanja njihove komunikacije z drugimi, obnašanja, vstopanja v interakcijo ter z Oceno osnovnega jezika in sposobnost učenja (The assesment of basic language and learning skills) avtorjev Paringtona in Sundberga. S to oceno se ocenjuje 25 variabel : sodelovanje in učinkovitost nagrade, vizualne sposobnosti, posnemanje (imitacija), govorno posnemanje, zahtevanje, razumevanje govora, ekspresivni govor –poimenovanje, jezikovna interakcija, spontana vokalizacija, sintaksa, igra in prosti čas, socialne interakcije, sodelovanje v skupini, rutina v razredu, generalizirani odgovori, sposobnosti branja, matematične sposobnosti, sposobnosti pisanja, črkovanje, oblačenje, hranjenje, skrb zase, navajanje na toaleta, groba motorika, fina motorika.

Prav tako pa moramo poznati tudi senzorične posebnosti osebe s katero delamo. Pogosto imajo osebe z avtizmom težave na področju predelave senzornih dražljajev. To se lahko kaže v preobčutljivosti (hipersenzibilnosti) ali v neobčutljivosti (hiposenzibilnosti) za dražljaje, ki prihajajo iz senzornih kanalov. Tako lahko osebo s slušno preobčutljivostjo motijo ali preplašijo nenadni močni zvoki (lajež, zvonec,..), glasni zvoki določenih frekvenc (fen, sesalec,..) ali glasovi ljudi (višji, otroški, ženski, pojoča intonacija), mešanica frekvenc, zvokov (v nakupovalnih središčih, parkih..). Lahko se poskušajo umakniti, si zatiskajo ušesa, sami ustvarjajo šum ali zvoke, da prekrijejo tiste boleče, jočejo, kričijo ali se jezijo, če se ne morejo umakniti. Ali nasprotno – oseba se obnaša kot da je gluha, ne sliši imena, ne odreagira na navodila. Zaznavne

občutljivosti so lahko v vseh senzoričnih kanalih – okus, vid, sluh, dotik, zaznava položaja telesa v prostoru in delov telesa. Čim bolj so izražene, tem slabše so možnosti za učenje. Uspešna zaznava in predelava senzornih informacij – senzorna integracija pa omogoča : telesno sproščenost, motorične spretnosti, sposobnost predelati informacije na različne načine, pozornost, koncentracijo, pripravljenost za učenje, uravnoteženost čustvenih reakcij, frustracijsko toleranco, samozaupanje in samovrednotenje

V obravnavi sledimo naravnemu govornemu razvoju, zato najprej razvijamo preverba-lne sposobnosti :

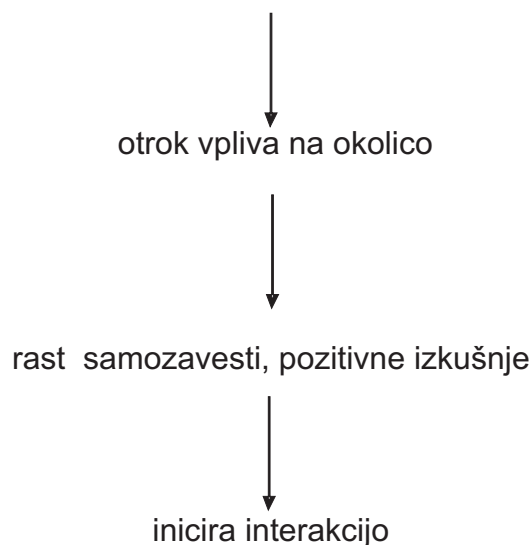
- očesni kontakt,
- zrcaljenje,
- izmenjava.
- grivi dialog.

Ljudje razvijemo te sposobnosti od rojstva do prvega leta starosti. Preko njih dobimo informacije o govoru in gradimo močno bazo za kasnejše uspešno učenje, saj z njimi razvijamo pozornost, dialog in osvajamo pojme.

Značilnosti te igre so :

- vzame se element, ki ga ponudi otrok,
- enostavne senzomotorne igre – lovljenje, žgečkanje, ponavljajoče se kratke fraze ali rime, potiskanje avtomobilčka, igranje na orglice,...
- v ospredju je veselje v igri, ne pravilnost igre, uporablja se poudarjena mimika, intonacija in govorica telesaž
- glas je (le)del igre.

Odrasli sledi otroku, ta »vodi« igro, določa ritem, tempo in trajanje



Istočasno uvajamo uporabo nadomestne komunikacije, ki daje informacije še preko vidnega kanala. Z uporabo PECS (Picture Exchange Communication System) sistema se otrok nauči uporabljati simbole za zahtevanje, izbiro in komentiranje. Kadar ima otrok večje motorične težave, se lahko uporabi tudi komunikator.

Ob tem ko mu damo sredstvo komunikacije, ga moramo naučiti tudi osnovne funkcije komunikacije. Naučiti ga moramo, da uporablja komunikacijo v namen za katerega je bila ustvarjena:

Nuditi moramo možnost, da oseba ZAHTEVA in IZBIRA

Imeti mora možnost, da ZAVRNE predmet ali informacijo.

Omogočiti moramo IZMENJAVO in situacije, v katerih nam DAJE ali POKAŽE predmete

Pripraviti okolje, v katerem se dogajajo aktivnosti, o katerih se lahko komunicira in v katerih se uči tudi pomena pojmov.

S to osebo moramo vzpostaviti dialog . Ta oseba naj bo ENAKOVREDEN PARTNER, ne predmet obravnave.

Težave v predelavi senzornih dražljajev poskušamo zmanjšati z uporabo dveh novejših pristopov :

TLP The Listening program

Je metoda avditivne stimulacije na osnovi glasbe. Razvila jo je družba ABT - Advanced Brain Technologies, leta 1999. Njen namen je izboljšati možganske funkcije, zmanjšati stres in razvijati oz. trenirati slušne sposobnosti, ki jih potrebujemo za dobro poslušanje, učenje in komunikacijo. Sestavlja ga več CD-jev kvalitetno posnete glasbe, obdelane s psihoakustičnimi in nevroseničnimi pristopi (www.thelisteningprogram). Ta metoda je tako kot tudi veliko drugih metod avditivne stimulacije zasnovana na dognanjih in teoretičnih principih dr Alfreda Tomatisa, francoskega otorinolaringologa, ki je na osnovi svojega dela v petdesetih letih prejšnjega stoletja postavil nekaj takrat revolucionarnih in tudi zasmehovanih trditev, ki pa so danes potrjene.

Njegova dognanja so :

- uho je dinamo za telo, uho pretvarja mehansko valovanje v električni potencial, ki polni živčni sistem z energijo
- vzpostavlja in vzdržuje ravnovesje
- analizira slušne informacije, ki so potrebne za komunikacijo
- otrok že v maternici posluša, zvok pomaga rasti možganom
- slabo poslušanje je slabo učenje
- glas lahko ponovi le kar uho sliši

1.področje

Senzorna integracija
(nizke frekvence
0- 750 Hz)



ravnotežje
ritem
koordinacija
mišični tonus
zavedanje telesa
lateralnost
shema levo – desno

2. področje

Govor in jezik
(srednje frekvence
500 – 4000 Hz)



spomin
koncentracija
pozornost
govor
jezik
kontrola glasu

3. področje

Visoki spekter
(visoke frekvence
4000 Hz in več)



energija
intuicija
ideja
ideali
duhovnost
kreativnost

HANDLE

Holistic Approach to Neurodevelopmental Learning Efficiency

- je holističen sistem, ki pristopa k človeku kot celoti, kot medsebojno odvisno in povezano celoto osrednjega živčnega sistema, avtonomnega živčnega sistema, imunskega sistema, prebavnega trakta, okolja in družine.
- je pristop, ne metoda -vključuje znanja različnih znanstvenih disciplin in praktičnih metod..
- je razvojno nevrološko naravnano – možgani se lahko spreminjajo vse življenje.
- sprejema posameznikovo obnašanje kot komunikacijo in ne kot simptom, ki ga je potrebno kontrolirati.

Osnova pristopa je gib, ki skupaj s primerno prehrano organizira mentalne procesiranje, vpliva na telesno biokemijo in pomaga oblikovati sinaptične povezave.

HANDLE pomaga učenju na različnih področjih (branje, govor, vožnja kolesa,..). Handle je namenjen osebam vseh starosti z motnjami učenja (disleksija, diskalkulija, disgrafija), ADHD, avtizmom, vidno zaznavnimi motnjami, vedenjskimi motnjami, apraksijo in dispraksijo, motnjami spomina, afazijo in drugimi jezikovnimi motnjami, Tourettovim sindromom.
(www.handle.org).

ZDRAVSTVENA NEGA DUŠEVNO MANJRAZVITIH OSEB

Metka Močnik, dipl. med. sestra, spec. psih. zdrav. nege
Dom Lukavci

Ključne besede:

Duševna manjrazvitost, zdravstvena nega

Uvod:

Osebe z motnjo v duševnem razvoju so osebe s posebnimi potrebami, zato potrebujejo pomoč družbe. Njihov razvoj se je ustavil na najnižji razvojni fazi (kar je odvisno od stopnje motenosti), vendar ima ta oseba sposobnost da osvoji vzorce obnašanja, ki so značilni za razvojno fazo na kateri se je razvoj ustavil. Potrebe odrasle osebe so bistveno drugačne in se lahko zadovoljujejo le v interdisciplinarnih strokovnih programih v področju sociale, defektologije, medicine in psihologije. Vendar tudi to ni dovolj. Potrebujejo ljudi, ki delajo z njimi s človeško toplino in pristnostjo.

Pri nekaterih prizadetih osebah so motnje tako hude, da potrebujejo strokovno obravnavo v posebnem socialnovarstvenem zavodu. Zdravstveno nego najtežje obvladljivih oseb in ustrezen pristop pri obravnavi ponuja naslednji prispevek.

Kdo so duševno manjrazvite osebe in kaj zmorejo

Osebe z *blago duševno manjrazvitostjo* v predšolskem obdobju niso deležne posebne obravnave. Predšolska vzgoja se izvaja skupaj z zdravimi otroki. V pripravi na osnovno šolo pa se že pokažejo njihove zmanjšane sposobnosti in nastopijo učne težave. Kot odrasle osebe so lahko različno samostojni in dejavni, ne zmorejo pa posebne ustvarjalnosti. Ker so pri zadovoljevanju *fizioloških potreb* samostojni, rabijo predvsem vodenje.

Otroci z *zmerno motnjo* v duševnem razvoju rabijo učni prilagojen program s posebnim pristopom, kjer se naučijo izvrševati najenostavnejših opravil. Potrebujejo pomoč in vodenje tudi pri opravljanju higijene, hranjenju in oblačenju. Govorne sposobnosti so osiromašene, vendar pogosto razumejo več kot so sposobni ubesediti.

V odrasli dobi je možna samostojnost v znanih in domačih okoliščinah.

Osebe s hudo duševno manjrazvitostjo so odvisne od tuje nege in pomoči že pri najenostavnejših življenjskih opravilih, kot je npr.kontrola odvajanja in uporaba straniščne školjke. Osnova pri pridobivanju navad in spretnosti je občutek ugodja, ko je človek čist in suh. In neugodja, ki ga v nasprotnem primeru čuti. Vsak postopek vseskozi spremljamo s pogovorom, spodbudami, vsak napredek pa s pohvalo. Ena sama slaba

izkušnja, npr. ledeno mrzla voda, prevroča voda, milo v očeh, lahko za daljše obdobje zavre učenje. Pogosto so te osebe vsiljive v družabnosti, drugič spet jezavo odklanjajo medsebojne stike.

Na ravni otroške odvisnosti obtičijo osebe z *globoko in hudo duševno monjrazvitostjo* tudi ko dosežejo kronološko starost odraslega. Slabo se odzivajo na dogajanje v okolju, pogosto ne prepoznavajo drugih kot le najbližje osebe, ki jih negujejo. Ne zmorejo razviti preprostejših motoričnih spretnosti, nikoli ne shodijo. Teke osebe je potrebno hraniti, oblačiti, čistiti in jih nameščati v ustrezno lego. Nekateri imajo oslavljen ali ugasel požiralni refleks, zato jih (občasno) hranimo po sondi. Njihov naravni mehanizem čiščenja ustne votline je moten ker hrane ne žvečijo. Dihajo skozi usta, izločajo preveč slin, imajo zadebeljene dlesni, okvarjeno zobovje, zato potrebujejo intenzivno nego ust. Potrebujejo zaščito pred zunanjimi nevarnostmi, npr. trgajo plenice in rjuhe na trakove in jih požirajo. V usta nosijo vse kar dosežejo, posebno pa nečiste roke, zato je večina intervencij usmerjenih na higieno, zaščito in varovanje.

Govor ni razvit, zato je komunikacija neverbalna, s pogledom. So čustveno topi, ne pokažejo bolečine, ne veselja in žalosti. Ob takih situacijah so nemirni in puščajo neartikulirane glasove, predvsem ponoči.

Kje in kako živeti

Kje ?	Kako ?
Doma	<ul style="list-style-type: none"> - Brez pomoči, oz. z laično pomočjo - S pomočjo nege na domu - S pomočjo strokovne mobilne službe - Z možnostjo vključevanja v dnevni center, zaposli tev v varstveno delovnih centrih
Bivalna skupina	<ul style="list-style-type: none"> - Več časovnih možnosti vključevanja v različne dejavnosti - Strokovno organizirano vodenje in varstvo do 12 ur dnevno
Socialno varstveni zavod	<ul style="list-style-type: none"> - 24 urna socialna in zdravstvena oskrba in zdravstvena nega - Strokovno organizirane celodnevne dejavnosti

Ocena primernosti namestitve odraslih oseb v posebni socialnovarstveni zavod

V posebni socialnovarstveni zavod so praviloma sprejete osebe, pri katerih so že izkoriščene vse možnosti bivanja in obravnave zunaj institucije. Te osebe so:

- Osebe z zmerno, težjo in najtežjo motnjo v duševnem razvoju,
- te osebe ki so dodatno motene v gibanju ali/in
- imajo izražene dodatne motnje na področju komunikacije, percepcije, govora,
- nevrološke motnje (epilepsija) ali/in
- so dodatno še vedenjsko motene ali/in
- imajo znake psihoz.

Pri naštetih osebah so motnje tako hude, da jim onemogočajo integracijo v normalno življenje in so praviloma odvisni od tuje nege in pomoči. V njihovem obnašanju so prisotne naslednje značilnosti: agresija, heteroagresija, senzomotorični nemir, jezavost, avtistično in psevdovtistično vedenje, nekontrolirano obnašanje in vznemirjenost, ki lahko privede tudi v katastrofične reakcije. To je najtežje obvladljiva populacija z več oblikami motečega vedenja. Te osebe so v zavodih obravnavane praviloma individualno.

Zdravstvena nega

Zdravstvena nega je potrebna kadar je posameznik nesposoben ali pa je omejen pri učinkoviti skrbi zase. Usmerjena je k zadovoljevanju osnovnih življenjskih potreb človeka, ki jih moramo vsakodnevno zadovoljevati za normalno življenje (14 življenjskih aktivnosti, ki jih je Virginia Henderson objavila leta 1955). Stopnja odvisnosti prizadetih oseb je odvisna od stopnje motnje v duševnem razvoju in zahtevnosti dodatnih motenj in obolenj. Pravilna in zadostna zdravstvena nega predstavlja osnovo za dobro počutje.

Nepomičnost je vzrok za mnoge zdravstvene probleme kot so pogoste okužbe dihal in preležanine. Vse to lahko omilimo s pravilno nego in izvajanjem osnovnih osebnih opravil. Npr. s pravilnim hranjenjem, ki preprečuje zatekanje vsebine v dihalne poti in s tem posledični aspiracijski sindrom. Prav tako je zaposlitev, nadzor in medikamentozno vodenje oseb z vedenjsko motnjo bistvenega pomena za preprečevanje poškodb in samopoškodb.

Strokovna osnova za delo z navedeno populacijo so temeljna strokovna načela in ustrezne vsebine.

Temeljna načela:

1. načelo individualizacije,
2. načelo multidisciplinarnega pristopa,
3. načelo celovite obravnave,
4. načelo komunikativnosti,
5. načelo aktivnosti.

Osnovne vsebine in cilji za delo:

1. skrb za samega sebe,
2. komunikacija (sporazumevanje in vzpostavljanje čustvenega odnosa),
3. socializacija in
4. zaposlitev.

Metoda dela – proces zdravstvene nege

Ta metoda dela nam omogoča individualno, humano in strokovno obravnavo posameznika. Vključuje *model zadovoljevanja potreb* (V.Henderson), izvajanje

zdravstvene nege in vrednotenje dosežkov. Proces je metodološki pristop, ki velja povsod kjer delamo timsko in postavljamo cilje.

Primer iz prakse:

9. aktivnost po V.Henderson: izogibanje nevarnostim v okolju

Duševno manjrazvite osebe (glede na stopnjo prizadetosti) reagirajo na nevarnost s kričanjem, jokom, pobegom ali z agresivnostjo. Osrednji faktor v zagotavljanju varnosti je odvisnost/neodvisnost z zagotavljanjem varnosti. Veliko je oblik izražanja potreb po varnosti. Maslow je opisal tri področja:

- pripadnost in ljubezen
- spoštovanje,
- samouveljavljanje.

Kadar te potrebe niso zadovoljene na ustrezen način, pride do duševnega neravnovesja, kar lahko spremeni človekovo reagiranje. Možno je, da se oseba ne zna izogniti nevarnostim ali jih celo sama povzroča in s tem ogroža sebe in druge. S sprejemom v zavod se jim popolnoma spremeni življenje in življenjski ritem, saj pridejo v nepoznano, nevajeno in drugačno okolje, kot so ga vajeni. Ljubljenih oseb ni, ker je pogosto izguba (smrt) oziroma nezmožnost (ostareli in bolni) staršev, da bi skrbeli za prizadeto osebo najpogostejši vzrok za sprejem v zavod oz. stanovanjsko skupnost. Okoli novosprejetega so najpogosteje samo nepoznane osebe. Počuti se zapuščeno, nemočno, strah jih je. Medicinska sestra mora pristopiti z empatijo in si pridobiti zaupanje, da lahko skupaj načrtujeta aktivnosti zdravstvene nege.

Faze procesa zdravstvene nege:

1. ugotavljanje potreb

Medicinska sestra spoznava varovanca in ugotavlja njegove potrebe z zbiranjem podatkov-negovalno anamnezo in opazovanjem. Potrebna je sposobnost opazovanja, komunikacije in visoka stopnja empatije, saj varovanec velikokrat ne more ali ne zna izraziti svojih težav z besedami.

Ugotovljeno negovalno potrebo ali problem imenujemo *negovalna diagnoza*.

Predstavljene so le nekatere negovalne diagnoze, ki so najpogosteje uporabljene v zavodu in so formulirane po modelu P.E.S. (M. Gordon).

1. Problem:

Nevarnost samopoškodbe

Etiologija:

spremenjeni miselni procesi in motnje čustvovanja, spremembe v duševnem stanju.

Simptom:

Pomanjkanje zaupanja, razdražljivost, strah, bes, sprememba vedenja, slabše obvladovanje impulzov, destruktivno vedenje in socialni umik.

2. Problem:

Agresivnost

Etiologija:

Nesposobnost vzpostavljanja moralnih odnosov, nespoštovanje družbenih omejitev, znižana toleranca za frustracije in provokacije, bolečina.

Simptom: Izbruhi jeze, čustvena inkontinenca, nezadovoljivo izražanje z besedami in telesnimi gibi, otežene miselne predstave, oslABLJENA presoja.

3. Problem:

Oslabljeni socialni stiki

Etiologija:

Omejena fizična mobilnost, odsotnost oseb s katerimi bi želeli kontaktirati, motnje v doživljanju samega sebe, pomanjkanje znanja za vzpostavljanje stikov, ovire v komuniciranju.

Simptom:

Izraženo in opazovano neugodje ob družabnih stikih, neuspešni stiki z drugimi, strah, obupanost; poročanje drugih, da je oseba spremenila način komuniciranja, moteno samospoštovanje.

2. Načrtovanje aktivnosti zdravstvene nege

V tej fazi načrtujemo kratkoročne in dolgoročne cilje in negovalne intervencije. Upošteva se: stanje varovanca, njegove zmožnosti in sposobnosti za sodelovanje, individualni program celotne obravnave, naročila zdravnika-diagnostično terapevtski program, materialne možnosti, kadrovske možnosti in organizacijo dela.

Cilji (so opis fizičnega, psihičnega in socialnega stanja):

- pomirjen in s svojim izgledom zadovoljen varovanec
- dobro psihofizično počutje – brez bolečin
- odstranitev motečih in provokativnih faktorjev
- redni stiki s svojci, prijatelji in znanci (osebni, z dopisovanjem ali po telefonu)

Negovalne intervencije za varovanca:

- usmerjanje k zmanjšanju samopoškodb
- zmanjšanje nasilnega vedenja z ustrezno zaposlitvijo
- spodbujanje k sodelovanju v procesu zdravljenja, nege in delovne terapije
- zagotavljanje varnega okolja
- osamitev ob povečani ogroženosti

Strategija dela:

- usmerjena na varovanca (trening pomoči in aktivnosti, kaj se še da naučiti)
- usmerjena na okolje (spremeniti okolje, da se prilagodi varovancu: športne dejavnosti, delovna terapija, ples..)

3. Izvajanje, realizacija

Pomeni izvršitev naročenih negovalnih intervencij, ki si sledijo po naslednjem vrstnem redu:

- priprava izvajalca,
- priprava materiala,
- priprava prostora,
- priprava varovanca,
- izvedba negovalne intervencije,
- oskrba varovanca, materiala in ureditev negovalca,
- dokumentiranje izvedene intervencije,
- vrednotenje dela.

Načrt mora biti vsebinsko, metodološko in kadrovsko opredeljen. Vedno ni mogoče izvesti vseh intervencij, včasih je potrebno katero opustiti ali preložiti. Pomembno je, da se medicinska sestra čim več pogovarja in vzpodbuja varovanca k aktivnemu sodelovanju in izražanju občutkov.

4. vrednotenje

Vrednotenje predstavlja povratno informacijo o rezultatih procesa zdravstvene nege. Izvajamo sprotno in končno vrednotenje. Pomen vrednotenja je spremljanje napredka varovanca glede na zastavljene cilje, doseganje načrtovanih in želenih ciljev, potreba po nadaljni zdravstveni negi, boljše poznavanje varovanca in širitev strokovnega znanja. Končni cilj smo npr. dosegli, ko duševno manjrazvita oseba sprejme način življenja v zavodu za svoj stil življenja, je zadovoljna in ima urejene socialne stike, za kar pa je potrebno tudi delo s svojci in skrbniki.

Delo s svojci

Družina z duševno manjrazvitim otrokom doživlja hude psihosocialne in čustvene stiske. Svojce je potrebno upoštevati kot enakovredne člane tima in jih je potrebno ustrezno informirati. Cilj sodelovanja z njimi je:

- ohraniti čim tesnejše stike med družino in varovancem v zavodu
- spodbujati psihosocialno zdravje vseh članov družine v njenem primarnem okolju (preprečevati nepravilne odnose med posameznimi člani družine, izolacijo družine...)
- ozaveščati okolje družine, da se ohrani in na novo vzpostavi zadovoljiva integracija družine v okolju.

Posebnosti terapevtskega odnosa

1. razvijte topel in spoštljiv odnos (empatijo-razumemo kaj varovanec doživlja, vendar ne podoživljamo čustev z njim)
2. razvijte časovno omejen program
3. Dajte "domače naloge" (poklicati svojca)

4. Pohvalite posamezne korake, ki peljejo v zaželjeno smer
5. spodbujajte pozitivna pričakovanja
6. dajte varovancu možnost, da vedno znova ponavlja doseženo vedenje
7. vrnite fitbek pri spremembi vedenja in po potrebi modificirajte cilje
8. vključite svojce in druge vidike realnega sveta
9. dajte toliko informacij, kolikor jih varovanec lahko sprejme
10. Z odraslo duševno manjrazvito osebo ravnajte kot z odraslo osebo, čeprav razmišlja kot otrok
11. dajte preprosta sporočila in uporabljajte prvo osebo.
12. ne omenjajte mu določenega dogodka prezgodaj, še preden se bo zgodil (npr. Čez 14 dni bo imel rojstni dan), ker težko razume časovne preskoke

Opis dogodka iz prakse

31 letni fant z zmerno motnjo v duševnem razvoju in dodatnimi motnjami je bil sprejet v Posebni socialnovarstveni zavod, ko so bile izčrpane vse terapevtske in socialne možnosti bivanja izven institucije. Doma je neprestano stikal po hiši, iskal ostre predmete, žice, igrače.. vsako stvar je razstavil, razrezal ali raztrgal. Postal je neobvladljiv. Psihološki testi so pokazali, da ima zelo dobro razvito mišljenje in vizualno motorično koordinacijo, da zelo dobro riše in šiva. Njegovo razumevanje je dobro, komunikacija pa je zreducirana na mimiko in kretnje, ker govor ni razvit. V procesu zaposlitve naloge hitro obvlada, vendar se jih tudi hitro naveliča. Ne sklene nobenega prijateljstva, tudi ob pomoči ne.

Antisocialno vedenje se kaže v obliki demonstrativnega zabadanja kovinskih tujkov (igle, bucike, odlomljene koščke sponk) predvsem v kožo obraza in prsnega koša. Sam opozarja na tujke in je zelo navdušen nad vožnjo do bolnišnice in nazaj in hudo razočaranje, ko se tujek odstrani v zavodu. Sprva si je pulil lase in dlake na zapestju in se pri tem glasno smejal, sedaj pa so zanj nevarni tudi običajni predmeti. Npr. iz ročaja očal je snel žico in si jo zabodel v vrat; iz kape je odstranil plastiko, jo zbrusil in si obril glavo; v delavnici je ukradel škarje in si obrezal oba uhlja;

Ima številne želje, ki bi morale biti takoj ustrezene, sicer postane agresiven in avtoagresiven. Skočil je na mizo in hotel izpuliti lesteneč, pljuval, kričal in brcal delavce, pograbil stol in ga vrgel ob tla. Udaril je sestro. Kaže tudi negativističen odnos do opravljanja osebne nege. Noče iz postelje, se pokriva čez glavo, v umivalnici pušča teči vodo, ne da bi se umival. Prihod druge osebe v umivalnico je zanj zelo moteč.

Zaključek

Težava, s katero se srečujemo pri delu, varovanju in življenju oseb z motnjo v duševnem razvoju v zavodih je v razumevanju agresivnih in avtoagresivnih dejanj. Potrebe dela z umsko manjrazvito osebo zahtevajo veliko mero znanja, sposobnosti in razumevanja potreb in zadovoljevanja njihovih hotenj.

Literatura:

- Vanier J. Vsak človek je sveta zgodba. Celje: Mohorjeva družba, 2002
- M. Pahole, Načrtovanje zdravstvene nege in postopki, izdano v samozaložbi 1992
- Tomori, Ziherl, Psihijatrija, Litterapticta: Medicinska fakulteta, 1999
- Lamovec T. Psihosocialna pomoč v duševni stiski. Ljubljana. Visoka šola za socialno delo, 1998, 381-406.
- Kogovšek B, Kobentar R.(ur.) Priročnik psihiatrične zdravstvene nege in psihiatrije: za medicinske sestre in zdravstvene tehnike. Ljubljana: Psihiatrična klinika 2000.
- Kisner N, Rozman M, Klasinc M, in Pernat S. Zdravstvena nega. Učbenik za predmet zdravstvena nega v programu zdravstveni tehnik od 1. do 4. letnika srednje zdravstvene šole. Maribor: Obzorja 2000.
- Lastni viri

OBRAVNAVA DUŠEVNO MANJRAZVITIH OSEB Z AGRESIVNIM VEDENJEM – ETIČNE DILEME

Ignac Balažic, dipl. zdrav., spec. psih. zdrav. nege
Psihiatrična bolnišnica Ormož

IZVLEČEK

V članku so opisani vidiki agresivnosti, ki nastanejo na podlagi medsebojnega vplivanja okolja in posameznika. Medicinska sestra naj bi dala bolniku z svojim vedenjem občutek varnosti in spoštovanja. Zdravstveni tim pa naj presodi kako bo ravnal pri verbalni ali fizični agresiji. Podane pa so tudi smernice, kako naj bi se obravnavalo take bolnike preko aktivnosti zdravstvene nege v sodelovanju zdravstvenega tima.

KLJUČNE BESEDE: medicinska sestra, agresivnost, bolnik, zdravstvena nega.

Agresivna nevarnost duševno bolnih oseb ni tolikšna kot si ponavadi predstavljamo, vendar pa je z njo potrebno računati. Kdaj in kako bo bolnik agresivno reagiral je odvisno od njegove **osebne strukture**, od **narave bolezenskih motenj** in seveda tudi od **zunanjih obremenitev**, ter pretresov, ki lahko takšno vedenje tudi izzovejo.

Nasilnost je primarno urgentno psihiatrično stanje. Agresija je emocija, ki ji je potrebna nameniti veliko pozornosti zaradi njene potencialne destruktivnosti. Najbolj rizična skupina v nasilnosti je: moški spol, starost, samski stan in socialna izolacija, zloraba alkohola in predhodni poskusi samomora. Antisocialna osebnostna motnja je najpogosteje povezana z nasilnim vedenjem.

Nasilni ali potencialno nasilni bolniki lahko sprožijo strah, kar vodi v uporabo medikamentozne terapije, še preden je bil bolnik ustrezno diagnostično ocenjen. K izbruhom nasilnosti in agresivnosti sicer pogosto vodijo psihiatrične motnje:

- Akutna psihoza – predvsem z vidnimi in slušnimi halucinacijami,
- Zloraba substanc – zmanjša kontrolo impulzov. Alkohol je najpogostejši vzrok nasilnega vedenja.
- Psihosocialni stresorji – nasilnost pogosto nastopa v intimnih ali bližnjih ali socialnih okoljih. Družinsko nasilje je pogosti problem v ZDA, saj študije ocenjujejo kar 20% domačega partnerskega nasilja.
- Ločimo verbalno, fizično in avtoagresivnost.
- Intenziteta agresivnosti je odvisna od osebnosti bolnika (vzgoja, kultura..) in od provokacije (vzpostavitev pozitivnega transfera).

- Sprejem agresivnega bolnika: naklonjenost bolniku, razumevanje bolnikove stiske, jasna sporočila, upoštevanje če nas bolnik odklanja, poskušajmo zmanjšati ogroženost, vzpostavimo korekten odnos – obljube korektno in dosledno izpolnimo, večje število osebja (psihični pritisk), pomirjevalo (v obliki injekcije). Izogibati se je treba narcizoidnosti »kako lahko ta MS da injekcijo? JAZ PA NE« – s tem se ne smemo obremenjevati. Uporaba sile (kdaj, kdo, kako...dokumentiramo).
- Preventiva agresivnosti:
 - a.) bolnika je strah zaradi psihopatoloških doživetij, zato je potrebno zagotoviti občutek varnosti,
 - b.) razumevanje bolnikove stiske (smo na bolnikovi strani!),
 - c.) jasna sporočila,
 - d.) da znamo bolnika poslušati,
 - e.) imeti veliko časa in potrpljenja za bolnika,
 - f.) vzpostavitev kontakta.

Poslušanje ima dva cilja, da se bolnik razbremeni z govorenjem, drugič pa zato, da zvemo kaj je bolnika pripeljalo v stisko.

To da nekoga namestimo v zavod zaprtega tipa, še ne pomeni, da ta oseba preneha biti nasilna, še več omejitev gibanja, kar je že tudi nasilje nad človekovo svobodo in lahko nasilno še poveča. Tako naletimo na etično dilemo, kako ukrepati preden nasilnež ko ga poškoduje. Tako se pojavi tudi dilema ali je fizično omejevanje svobode sploh aktivnost zdravstvene nege!

Etični problem pri agresivnem bolniku in alternativne rešitve

Odnos do agresivne osebe je etična dilema, ki ne zadeva le dejavnosti zdravstvene nege, pač pa celotne družbe. Po eni strani vsi radi poudarjamo, da nasprotujemo vsaki obliki nasilja, da so represivni organi pregrobi v svojih postopkih, po drugi strani pa kadar je ogroženi kdo ki nam je blizu, zahtevamo ukrepanje teh oseb ne glede na njihove metode, marsikdo pa tudi sam poskrbi za ustrezne - povračilne ukrepe.

Drugo načelo kodeksa medicinskih sester spoštuje pravico bolnika do izbire in odločanja, tako se lahko vprašamo, če bolnika lahko sploh umijemo. Od novega zakona o duševnem zdravju pričakujemo, da bi se naše ravnanje v zdravstveni negi čim bolj približalo upoštevanju tega načela, da bi razumeli prisilo in jo izvajali res takrat ko gre za korist bolnika ter pri tem uporabljali standardne postopke zdravstvene nege. Ta vprašanja so boleča tako za bolnika, njegove svojce kot za medicinske sestre in zdravstvene tehnike.

Etične dileme so moralne zahteve v konfliktu in povzročajo vprašanja kaj moramo storiti in kakšna dobra ali slaba posledica bo nastala po tej odločitvi. Tako dileme definiramo kot težaven problem, ki ga ni mogoče zadovoljivo rešiti ali izbrati nekaj med dvema nezadovoljivima rešitvama.

Smernice za ravnanje s fizično agresivnim bolnikom

Smernice so:

- Medicinska sestra mora interviniirati takoj, ko bolnik potrebuje nadzor ali omejitve, v nasprotnem primeru se bo agresija stopnjevala in bo bolnik izgubil kontrolo;
- Bolniku se približamo na neogrožajoč način, dovolimo mu svoj fizični prostor, izogibati se moramo položaju z rokami v pasu, stisnjenimi pestmi ali prekrižanimi rokami na prsih;
- Vzdržati se moramo reagiranja na zgolj čustveni osnovi. Če se sestra odziva čustveno, bolnik postane izgubljen, ker je sestra zaposlena z lastnimi potrebami. Bolnik zlahka opazi njene šibke točke, ker je tudi sam zelo občutljiv in ima izkušnje iz preteklosti. Vedenje je podobno otroku, ki najbolj sprošča napetost takrat, ko se mati ne počuti dobro in je bolj ranljiva;
- Medicinska sestra naj bo odločna, razumevajoča in naj ne kaže strahu;
- Vzdržati se mora dokazovanja in izzivanja bolnika, ker to povzroči povečanje agresivnega vedenja;
- Potrebno je vztrajno uveljavljanja omejitev. Pomembno je, da bolniku dopovemo, da ne bomo dovolili, da poškoduje sebe ali druge;
- Poskušati moramo odkriti vzrok bolnikove vznemirjenosti ali agresivnosti;
- Bolniku pomagamo imenovati svoje občutke in se pogovoriti o njegovih problemih. Medicinska sestra mu mora dati priložnost, da lahko pripoveduje o tem kaj ga moti in razloži druge okoliščine, ki bi lahko služile obvladovanju njegovih problemov;
- Bolnika nadomestimo v varno okolje, kajti to močno vpliva na njegovo vedenje (bleščeče luči, preglasna glasba...);
- Bolnika moramo umirjati, podpirati, prepričevati in tešiti. Z njim komunicirati tako, da ne bo imel možnosti izgubiti kontrole nad svojim vedenjem;
- Poskrbeti moramo za ustrezno razvedrilo, pri tem moramo upoštevati, da bolnik s čustvenimi motnjami ima kratko dobo koncentracije. Zmerna telesna aktivnost je eden najboljših načinov za sproščanje energije;
- Z dejanji naj medicinska sestra prepriča bolnika, da ga njegovo vedenje ni oddaljilo od nje. Njeno vedenje in ravnanje mora odražati, da **sprejme bolnika kot posameznika**, da pa **ne odobrava njegovega vedenja**.
- Spodbujati mora bolnika, da razume, kontrolira in sprejme odgovornost za svoje vedenje. Dati mu mora vedeti, da on sam odloča o svojem vedenju in, da je zato tudi odgovore;
- Spodbujati mora pozitivno vedenje. Izpostavljati bolnikove sposobnosti, ker to povečuje njegovo samospoštovanje, vzpostavlja zaupanje in občutek varnosti. Večkrat se bolnik niti ne zaveda svojih pozitivnih kvalitiet, ker se tako poudarjajo negativni vidiki njegovega vedenj;
- Fizične ovirnice – če je vzrok nasilnosti neznan, je boljša uporaba fizične ovirnice,

kjer lahko bolnik ostane brez zdravil, če to zahteva diagnostični postopek ali pa so možne nenavadne alergične reakcije in nevarni stranski učinki zdravil. Fizične ovirnice so specialno izdelani pasovi za pritrditev bolnika na posteljo (Segufix pasovi);

- Bolnika, ki grozi z orožjem nikoli ne poskušajmo sami obvladati s silo. Poskušajmo ga prepričati, da odloži orožje ali pa zapustimo prostor;
- Fizično oviranje zelo vznemirjenega in agresivnega bolnika je strah zbujujoče tudi pri tistih, ki se s tem večkrat srečujejo;
- Bolnika skušamo ovirati na human način, vendar ni postopka, ki bi bil dober za bolnika – ali bi izgledal lepo.
- **Bolnika obravnavamo po procesu zdravstvene nege in upoštevamo:**
 - ☺ skrb za varnost bolnika,
 - ☺ skrb za osnovne fiziološke potrebe,
 - ☺ redna aplikacija predpisane terapije,
 - ☺ opazovanje in komuniciranje z bolnikom,
 - ☺ dokumentiranje zdravstvene nege.

Preprečevanje agresivnosti

Pri preprečevanju agresivnosti moramo upoštevati:

- populacijo na oddelku in zvrsti bolnikov;
- razmerje med številom zaposlenih in številom bolnikov;
- medosebne odnose in stališča osebja;
- politiko zdravljenja in zdravstvene nege;
- komunikacijo;
- moralo in izobrazbo osebja;
- delo po procesu zdravstvene nege;
- ob delu z agresivnim bolnikom smo soočeni z velikim številom možnih zapletov, poškodb osebja, sobolnikov, kakor bolnika samega. Zato je pomembno da pravočasno prepoznamo izbruh agresivnega vedenja. V svetu se uporablja vprašalnik, ki vsebuje šest možnosti (ocenjujemo: zmedenost, razburljivost, glasnost, fizične grožnje, verbalne grožnje, agresivnost do predmetov) BVC vprašalnik (BROSET VIOLENCE CHECKLIST).

KAKO NAJ BI RAVNALI Z FIZIČNO AGRESIVNIM BOLNIKOM:

- ustvarjati moramo distanco in medsebojno spoštovanje (pozdrav, stisk roke), ki lahko pripomore k tudi k zniževanju pripravljenosti za nasilje;

- bolniku se približamo tako, da mu dovolimo njegov fizični prostor. Vsak človek ima svoj osebni prostor, nekateri mu rečejo mehur. Ko je kdo čustveno moten ta mehur narašča in postane varovalo - vdor v to področje bolnik občuti kot pretnjo;
- zavedati se moramo, da ne rabimo postati heroj pri obravnavi ali na padu agresivnega bolnika in si pridobiti pomoč, če je le ta mogoča;
- medicinska sestra naj postavi eno nogo naprej, drugo nogo naj bo zadaj, pod pravim kotom, to je drža ki medicinski sestri omogoča trdno ravnotežje v primeru, da jo bolnik porine;
- skušajte obdržati pravo razdaljo do bolnika, ne izpustite ga iz oči, držite se sproščeno z opuščenimi rokami. To je zanj manj preteče. Če ste v sobi, ne stojte v kotu, iz katerega ne morete ven. Hkrati pa bi morali bolniki imeti možnost, da se umakne, da sene počuti pritisnjen ob zid – to je zanj grozeča situacija;
- delujte vedno proti šibkim točkam vsakega prijema, ramena naj vam služijo za vzvod;
- z rokami in dlanmi zaščitite obraz in glavo;
- ne stojte med vrati, ker se bolnik tako počuti zaprtega;
- omogočili naj bi ločen prostor od drugih bolnikov in obiskovalcev, da ga ne vznemirjajo;
- če ima bolnik v roki nevaren predmet ali se giblje proti vam, mu vrzite nekaj na obraz, da ga zmedete (srajco, vzglavnik, odejo);
- ko je bolnik miren, ga poučite, da gre v svojo sobo, ko ima občutek da izgublja kontrolo;
- omejiti je potrebno pogovore o blodnjah. Če boste želeli ostati izven bolnišnice, boste morali prenehati govoriti o blodnjah, ki niso resničnost;
- bolniku pomagamo najti fizične aktivnosti za sproščanje občutkov jeze;
- pomagajte bolniku opredeliti njegov vedenjski problem »ko tako hodite po sobi gor in dol, se zdi da vas nekaj skrbi?«;
- sprejmite bolnika kot osebnost, ne da bi ga kaznovali zaradi njegovega vedenja »imate nekaj dobrih idej, ni prav, da kričite name«;
- ko vas opazujem, kako obvladujete jezo, mislim, da vam ta način povzroča težave;
- pokažite pristno zaskrbljenost, poslušajte in ga vzpodbujajte da govori;
- dajte mu vlogo pri reševanju problema – kaj bi želeli, da storimo;
- postavite meje agresivnega vedenja – želim, da se umirate, tako mi ne bo treba poklicati pomoči ali ne želite me udariti;
- ne vznemirjajte bolnika, preložite obravnavo do takrat, ko bo bolj razpoložen;
- med bolnikom in vami naj bo kakšen predmet (miza, postelja, stol);
- izogibajte se zaskrbljenosti zase, stojte ob strani izhoda iz sobe.

Zagotovitev etičnih načel

Etična načela zagotovimo tako, da:

- svoje delo opravimo humano, strokovno in odgovorno;
- upoštevamo dostojanstvo in zasebnost bolnika (komunikacija, pomiritev);
- delo poteka izključno na odločitvah v korist bolnika;
- bolnika obravnavamo timsko;
- pogosto se vprašamo o občutkih notranjega zadovoljstva, vendar pri fizičnem oviranju bolnika se sprosti v nas napetost in prisotnost negativnih emocij;
- delo opravimo po standardu – uporaba klinične poti.

V ustavi je zagotovljeno, da je človekova svoboda nedotakljiva – nikomur se ne sme odvzeti prostost razen v primerih in v postopku, ki jih določa zakon. Odvzem prostosti sme trajati dokler so zato dani zakonski pogoji. Nezakoniti odvzem prostost je kazniv.

Misel, da moraš imeti ljudi rad, da lahko sprejmeš drugačnost, za psihiatrično zdravstveno nego še kako velja.

Kadar je bolnik fizično nasilen, se vprašamo katera metoda fizične omejitve za bolnika je bolj ali manj etična:

- fiksacija s pasi (bolnik je omejen v aktivnosti gibanja v prostoru, poleg tega pa ima bolj omejeno gibanje v postelji in nadzor nad telesom);
- izolirana soba – navidezno najbolj sprejemljiva, vendar pa onemogoča neposredni vizualni kontakt med bolnikom in medicinsko sestro;
- še tako uspešna empatija ne more biti univerzalna za vse bolnike, saj so v našem mnenju vedno prisotne ocene glede pogojev v metodah fizičnega omejevanja.

Medicinska sestra ne sme pozabiti, da so njene lastne sposobnosti, zaupanje vase in taktično postopanje, posluš za bolnika – faktorji, ki lahko preprečijo agresivnost ali nasilje.

Najučinkovitejši preventivni ukrep je dober odnos z bolnikom (bolnika poslušati, mu slediti in mu dati možnost iz njegove brezizhodne situacije. Če pride do neljubega dogodka, je pa treba ugotoviti kaj je pripeljalo do izbruha in premisliti, ali bi ga bilo mogoče preprečiti. Evalvacijo pretresemo in analiziramo na timskem sestanku. Del evalvacije naj bo tudi intervju z bolnikom.

Agresivnost je problem zlasti na varovanih in forenzičnih oddelkih psihiatričnih bolnišnic. Nasilju so izpostavljeni tako bolniki kot osebje. Osebje lahko računa na pomoč drugih bolnikov le v primeru, če si je z svojim korektnim odnosom, strpnostjo in zaupanjem v bolnike pridobilo njihovo naklonjenost. Zgodi pa se tudi, da zaradi prisotnosti večjega števila osebja bolnik postane še bolj nasilen bodisi ker se čuti ogroženega ali pa ker mu celo ugaja, da se z njim ukvarja več ljudi. Agresivni bolnik zelo hitro začuti kdo ga sprejme in kdo ga odklanja. Včasih zadostuje le ena sama beseda, ki sproži agresivnost pri bolniku.

ZAKLJUČEK

Zaskrbljujoče je morda to, da je trend nasilnega vedenja v družbi nasploh v porastu. Od medicinskih sester se pričakuje, da bodo agresivno vedenje sposobne obvladati.

Mnenja sem, da je zato potrebno ustrezno strokovno znanje, sodelovanje celotnega zdravstvenega tima, sposobnost komunikacije predvsem pa ustrezen in human odnos do psihiatričnega bolnika. Tako bi dosegli večjo kvaliteto dela, osebno in strokovno zadovoljstvo, zadovoljstvo bolnika ter celotne družbe.

LITERATURA

1. Splošna bolnišnica Maribor, oddelek za psihiatrijo, Zbornik predavanj, Maribor 2007, str. 18 – 25
2. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, 2005
3. Zdrav Obzor. 1987, 21; 281 – 287
4. Barbara E. Bauer, Signe S. Hikk, Načrtovanje zdravstvene nege in postopki pot v mentalno zdravje, Ljubljana 1992, 51 – 55, 197 – 205
5. Teorija in praksa zdravstvene nege, 1997; 138 – 143
6. Stefan F. Gross: Umetnost inteligentnega sporazumevanja, 114-186, 302-304

PODPORNA KOMUNIKACIJA PRI OSEBAH Z MOTNJAMI V DUŠEVNEM RAZVOJU

Ivanka Videčnik, dipl. med. s.

1 DEFINICIJA

Podporna komunikacija (eng. *facilitated communication* = FC) je način komuniciranja, ki se uporablja pri ljudeh, ki sploh ne govorijo ali imajo več težav z govorom in funkcioniranjem. To je alternativna metoda komunikacije, v kateri ena oseba nudi psihično in fizično pomoč osebi s težavami v komunikaciji in ki ob podpori kaže na objekte, slike ali črke.

Podporno osebo imenujemo facilitator, oseba, ki pomoč rabi, pa je komunikator.

Metodo je razvila avstralska pedagoginja Rosemary Crossley na začetku 80. let pri svojem delu z otroci s spastičnimi in pridružitvenimi okvarami. Na osnovi njenega dela je ustanovila DEAL Communication Centre v Melbourene-u. Leta 1989 je bil Douglas Biklen, ameriški profesor specialne pedagogije, navdušen nad delom DEAL in je organiziral ameriški FC inštitut v sklopu Syracuse University. Njegova sodelavka Annegret Schubert, logopedinja, pa je razširila uporabo metode na nemško področje.

Več kot 60 let starši in strokovnjaki iz ZDA, Anglije, Danske, Nemčije in drugih držav, neodvisni eni od drugih, odkrivajo, da se avtistične osebe lahko sporazumevajo s kazanjem črk, če se jim nudi telesna podpora.

Po Nagy (1993) oseba, ki si pridobi zaupanje, spodbudi komunikacijo, pomaga pri odvajanju kazanja s prstom, s pritiskom izzove impulz v nasprotni smeri od patološkega, zaustavlja prehitre premike in preprečuje, da bi prsti ostajali na tastaturi po zaključku pisanja.

2 KDO PREJEMA PODPORNKO KOMUNIKACIJO?

Med osebami z večjimi težavami v razvoju obstajajo skupine oseb z motnjo v duševnem razvoju, ki jih je težko ocenjevati predvsem zaradi večjih težav v komunikaciji in neprimerne obnašanja. Zaradi teh težav so te osebe pogosto diagnosticirane in označene z nizko kombinacijo kompleksnih diagnoz, po katerih se načrtuje tudi nadaljnji način dela, ki včasih ni primeren za osebo, ki mogoče prekriva boljše kognitivne sposobnosti, kot jih je zaznati.

Preizkušnje s FC metodo so pridobljene z delom z otroci z oteženo komunikacijo kot posledica cerebralne paralize in avtizma. Crossley (po Nagy, 1933) po načelih svojega dela trdi, da je pri večini oseb bistvo komunikacijskih problemov v obliki govorne motnje in ne v kognitivnih problemih. Po dosedanjih rezultatih je edini kriterij za uporabo metode komunikacijski problem, ker metode enako koristijo osebe s cerebralno paralizo, z downovim sindromom, avtizmom in t.i. mentalno nepravilnostjo in drugimi razvojnimi problemi. Sposobnost čitanja, pisanja, kazanja ali sam interes za črke niso predpogoj za uspešnost te metode. Enako metodo koristijo osebe, ki nikoli niso govorile, ali osebe, ki so govorile, ali osebe, ki še imajo neko obliko govorne komunikacije. Tudi kronološka doba ni kriterij za uporabo metode. Podporna komunikacija je uporabljena pri predšolskih otrocih in starejših osebah.

3 KAKO PODPORA FUNKCIONIRA?

Funkcioniranje še ni znanstveno potrjeno, zaradi kompleksnosti težav in nezmožnosti potrditve funkcioniranja kognitivnih procesov vzporedno s potekom dela. Večina zaključkov temelji na kvalitativnih analizah slučajev in izjavah samih komunikatorjev. Pomoč, ki jo nudi facilitator, je razdeljena na dva nivoja: fizično in psihično. Nagy (1993) jih pojasnjuje na naslednji način:

a. fizični nivo podpore:

Preko fizične podpore se kompenzirajo pogojni nevrološki problemi, kot je (kinestetska) povratna informacija. Dotiki facilitatorja se posredujejo v boljšem površinskem in globinskem opažanju (taktilno – kinestetska percepcija) kot enkratno predpogojno celovito premikanje roke. Motorni kontroli pomaga z izločanjem kazalca in prikazovanje premika s čim združujemo nekontrolirane premike, motnje perseveracije idr.

Komunikatorji imajo pogosto oteženo koordinacijo oko – roka, ne koristijo oči za regulacijo premikanja rok. Z zadrževanjem kretenj komunikatorja dosežemo, da vsaj na kratko pogleda proti ciljnemu objektu. Čeprav ima komunikator nizek mišični tonus, ne more zavestno dvigniti roko ali prst. Lahko pa pomaga močnejši pritisk v nasprotni smeri od patološkega.

Nasprotno, pri povišanem mišičnem tonusu prihaja do prehitrih premikov ali pa je roka nekoliko napeta, da je cele ne moremo ciljno premikati. Facilitator v tem slučaju podpira komunikatorja, da se umiri, poskuša mu omehčati roko s tresenjem, poveča pritisk na nasprotno smer, odredi pavzo ...

Pogosto se pojavlja problem z iztegnitvijo kazalca. Včasih je dovolj verbalno opozorilo, najpogosteje pa je vseeno potrebna fizična pomoč za izolacijo kazalca, ki ga je potrebno sčasoma zmanjšati.

Pri mnogih komunikatorjih se pojavljajo perseveracije s stalnim kazanjem iste črke. Takrat se komunikatorja prekine in se od njega zahteva, da se dotakne neke druge

točke, črke ali mesta. Upočasnjevanje premika pritiska v nasprotno smer prav tako pomaga. Včasih roka, ki ni dominantna, pošlje napačen signal in prihaja do napake v tipkanju. Da bi to preprečili, je roko potrebno pritisniti ali pa jo izolirati tako, da jo postavimo pod stol ali v žep.

Če je prisotno intenzivno tresenje, se mora zmanjšati. Mišice podlahti, zapestja in prst se včasih pomikajo z različno močjo, kar pripelje do tega, da prsti in zapestje kažejo v različne smeri in tako ne more pokazati zelene črke. Roka in prst se lahko stabilizirajo s pomočjo palca ali pa se sredstvo komunikacije postavi v boljši položaj.

Nekateri komunikatorji ne morejo samostojno iniciirati premike, zato pa je potrebna verbalna spodbuda ali kratka umiritev.

Mnoge osebe kljub temu premikajo roke in namerno na nekontroliran način. Zato je potrebna stabilizacija ramen ali nadlahtnice ali samo primerna namestitvev. Komunikatorji pogosto slabo ocenijo položaj svojega telesa v prostoru in rabijo informacijo, kje imajo roko, zapestje ali prst, da jim bodo pomagali s pomočjo pritiska ali v obliki bremena na tem mestu.

Zadnji cilj podporne komunikacije je pridobivanje neodvisnosti. Ta neodvisnost oz. samostojnost se ustvarja postopno.

Nagy (1993) navaja določene korake za zmanjševanje fizične podpore:

- facilitator podpira s svojimi rokami roko in podlahtnico komunikatorja in izolira kazalec,
- čvrsto podpiranje roke in izoliranje kazalca,
- roko komunikatorja se umiri na samem, obrnjeno gor proti dlani facilitatorja,
- čvrsti prijem zapestja komunikatorja od zgoraj ali od spodaj,
- zapestje komunikatorja se umirja tako, da se roka obrne navzgor v dlan facilitatorja,
- podlahtnica komunikatorja se umiri na dlani facilitatorja,
- facilitator vrši pritisk na podlahtnico komunikatorja,
- facilitator vrši rahel pritisk na podlahtnico ali rame komunikatorja.

Zmanjševanje fizične pomoči je potrebno najaviti komunikatorju, ker to povzroči strah in pogoje za povzročitev večjega števila napak zaradi večjega naprezanja komunikatorja. Potrebna je večja toleranca tako komunikatorja kot facilitatorja vzporedno s procesom. Zelo pomembno je, da je komunikator uspel vzpostaviti uspešen nivo podpore komunikacije, da tako z večjo sigurnostjo lahko preide na drugo raven podpore.

b. Psihični nivo podpore:

Ta nivo podpore je neizpodbitna nadgradnja fizičnemu nivoju podpore. Psihična podpora se kaže v obliki podpore, ustvarjanja samopodobe, ustvarjanja samozavesti in pozitivne slike o sebi, zmanjšuje situacijo frustracije in zmanjšuje neželene oblike obnašanja. Eden od največjih problemov teh oseb je usmerjanje pozornosti, spodbujanje koncentracije in zelo pomemben je ljudski faktor za zmanjšanje teh

problemov. Situacija telesnega nemira, impulzivnost, agresija, bežanje ipd. se adekvatno rešujejo z osebo, ki ji zaupa in se zna prilagoditi komunikatorju, ki zna umiriti eventuelne vzroke takih oblik obnašanja.

4 ZAKLJUČEK

Osvojeno znanje o odnosih med ljudmi, pridobljene spretnosti in veščine so tiste prednosti, ki medicinski sestri omogočajo, da uspešno deluje v komunikaciji s pacientom.

Področje komuniciranja zahteva veliko izkustvenega učenja, kajti vseh spretnosti v komuniciranju se ni mogoče naučiti le z branjem določene literature. Zelo pomemben je prvi vtis, ki nastane med zdravstvenim delavcem in pacientom, na podlagi njega se vzpostavi ocena (prijeten, prijazen, prijateljski). Govor z besednim izražanjem ni samo stvar razuma, je tudi čustvena vzmet, je stvar celega človeka. Govorjena beseda je del srčne kulture, nekaj se razodeva vselej, kadar stopi človek v pogovor z drugimi.

Zdravstveni delavec je dober sogovornik in obenem kreativen, sposoben se prilagoditi situaciji, če razpozna potrebo pacienta po komunikaciji, se zavzema za njegovo dobro počutje in mu predvsem prisluhe.

*Živeti z vprašanji in pustiti življenju,
da streže z odgovori.
Potrpežljivo in vztrajno.
(R. M. Rilke)*

5 LITERATURA

- 1 American Speech-language-Hearing Assotiation (1995, March): Facilitated Communication, ASHA, 37, Suppl. 14: 176-205.
- 2 Majkić M. (1992): Klinička kineziterapija. Simpson, Zagreb.
- 3 Pajnikar M. Teoretične osnove zdravstvene nege. Maribor: Visoka zdravstvena šola Maribor, 1999.
- 4 Suzič N. Efikasna pedagoška komunikacija. Banja Luka: Filozofski fakultet, 2003.