



Psihatrična bolnišnica Idrija

in

**Zbornica zdravstvene in babiške nege - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in
zdravstvenih tehnikov Slovenije
SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV V PSIHIATRIJI**

IZZIVI PRI OBRAVNAVI PSIHOZ

Zbornik predavanj z recenzijo

CHALLENGES IN DEALING WITH PHYCHOSIS

Proceedings of Lectures with Peer Review

Idrija, november 2012

Organizator:

PSIHIATRIČNA BOLNIŠNICA IDRIJA in ZBORICA ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE - ZVEZA STROKOVNIH DRUŠTEV MEDICINSKIH SESTER, BABIC IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV SLOVENIJE SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV V PSIHIATRIJI

SEMINAR Psihiatrične bolnišnice Idrija in Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji**IZZIVI PRI OBRAVNAVI PSIHOZ****Idrija, 13. november 2012**

Zbornik predavanj z recenzijo

Urednika:

mag. Branko Bregar

Lidija Mrak

Recenzentka:

mag. Vesna Čuk

Lektor:

Ludvik Sočič, prof.

Tehnično urejanje:

Jurij Mesarič

Prevod v angleški jezik:

Jurij Mesarič

Programsko organizacijski odbor: Lidija Mrak, dipl. m. s., spec., Anja Mivšek, dipl. m. s., mag. Branko Bregar, dipl. zn., Barbara Možgan, viš. med. ses.

Založila in izdala:

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

SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV V PSIHIATRIJI**Tiskarna:**

ABO grafika d.o.o.

Naklada:

100 izvodov

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

616.89(082)

IZZIVI pri obravnavi psihoz : zbornik predavanj z recenzijo = Challenges in the treatment of psychosis : proceedings of lectures with peer review / [organizator] Psihiatrica bolnišnica Idrija in Zbornica zdravstvene in babiške nege - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji ; [urednika Branko Bregar, Lidija Mrak ; prevod v angleški jezik Jurij Mesarič]. - Ljubljana : Zbornica zdravstvene in babiške nege - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, 2012

ISBN 978-961-93121-3-1

1. Vzp. stv. nasl. 2. Bregar, Branko 3. Psihiatrica bolnišnica (Idrija) 4. Zbornica zdravstvene in babiške nege - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji
264049920

PSIHIATRIČNA BOLNIŠNICA IDRIJA
in
ZBORNICA ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE -
ZVEZA DRUŠTEV MEDICINSKIH SESTER, BABIC IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV SLOVENIJE
Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji

IZZIVI PRI OBRAVNAVI PSIHOZ

torek, 13. 11. 2012, v Psihiatricni bolnišnici Idrija

PROGRAM SREČANJA:

- 08.15 – 09.00 Registracija udeležencev**
09.00 - 09.20 Uvodni pozdravi

I. SKLOP *moderator: Barbara Možgan, viš. med. ses.*

- 09.30 - 10.00 Izzivi pri obravnavi psihoz – medicinski vidik**
30 min Anica Gorjanc Vitez, dr. med., spec. psih.
10.10 - 10.40 Zdravstvena nega pacienta s psihotično motnjo
30 min Marjetka Kogoj, dipl. m. s., Jerica Menart, dipl. m. s., Drejc Zajc, dipl. zdr.
10.50 -11.20 Vloga zdravstvene vzgoje pri jemanju zdravil pri pacientu s psihotično motnjo v Psihiatricni bolnišnici Idrija
30 min Andreja Kodela, dipl. m. s., Zorica Filipovič, dipl. m. s.

11.30 –11.45 ODMOR

II. SKLOP *moderator: Lidija Mrak dipl. m. s., spec.*

- 11.50 -12.10 Skupinska psihoterapija oseb s psihotično motnjo**
20 min Anica Gorjanc Vitez, dr. med., spec. psih.
12.20 - 12.40 Izkušnje diplomirane medicinske sestre pri psihoterapevtski skupini odpuščenih pacientov s psihozo
20 min Anja Mivšek, dipl. m. s.
12.50 - 13.20 Proces zdravstvene nege pri pacientu z dvojno diagnozo; Prikaz primera
30 min Aleksandra Ferfolja, dipl. m. s., Nataša Hvala, dipl. m. s.
13.30 -13.45 Izkušnje medicinske sestre z aplikacijo depo terapije pri pacientu s psihozo
15 min Sabina Vihtelič, dipl. m. s.

13.45-14.15 ODMOR

III. SKLOP *moderator: Aleksandra Ferfolja, dipl. m. s.*

- 14.15 - 14.45 Hospitalizacija pacienta brez privolitve; zdravstveni in pravni vidik**
30 min Kristina Kržišnik, dipl. m. s., Maja Ogrič, dipl. m. s.
14.50 - 15.20 Psihatrično zdravljenje v skupnosti v Psihiatricni bolnišnici Idrija
30 min mag. Klavdija Širaj Mažgon

15.30 Zaključek strokovnega srečanja in podelitev potrdil

Kazalo

UVODNIK	5
IZZIVI PRI OBRAVNAVI PSIHOZ - MEDICINSKI VIDIK	6
Challenges in Dealing with Psychosis – Medical Aspect	
Anica Gorjanc Vitez	
ZDRAVSTVENA NEGA PACIENTA S PSIHOTIČNO MOTNJO	12
Nursing Care for Patients with Psychotic Disorders	
Marjetka Kogoj, Jerica Menart, Drejc Zajc	
VLOGA ZDRAVSTVENE VZGOJE PRI UŽIVANJU MEDIKAMENTOZNE TERAPIJE PACIENTOV S PSIHOTIČNO MOTNJO V PSIHIATRIČNI BOLNIŠNICI IDRJIA	22
The Role of Health Education in Drug Therapy Treatment of Patients with Psychotic Disorders at Psychiatric Hospital Idrija	
Andreja Sedej Kodela, Zorica Filipovič	
SKUPINSKA PSIHOTERAPIJA OSEB S PSIHOTIČNO MOTNJO	35
Group Psychotherapy for Psychotic Patients	
Anica Gorjanc Vitez	
IZKUŠNJE DIPLOMIRANE MEDICINSKE SESTRE V PSIHOTERAPEVTSKI SKUPINI ODPUŠČENIH PACIENTOV S PSIHOZO	40
A Nurse's Experience in a Psychotherapeutic Group with Psychotic Patients Who Were Discharged from Hospital	
Anja Mivšek	
PROCES ZDRAVSTVENE NEGE PRI PACIENTU Z DVOJNO DIAGNOZO: PRIKAZ PRIMERA	48
Nursing Care of a Patient with a Dual Diagnosis: Case Study	
Aleksandra Ferfolja, Nataša Hvala	
HOSPITALIZACIJA PACIENTA BREZ PRIVOLITVE: PRAVNI IN ZDRAVSTVENI VIDIK	58
Involuntary Hospitalization: Legal and Medical Aspects	
Maja Ogric, Kristina Kržišnik	
PSIHIATRIČNO ZDRAVLJENJE V SKUPNOSTI - PSIHIATRIČNA BOLNIŠNICA IDRJIA	66
Psychiatric Treatment within a Community – Psychiatric Hospital Idrija	
Klavdija Širaj Mažgon	
IZKUŠNJE MEDICINSKE SESTRE Z APLIKACIJO DEPO TERAPIJE PRI PACIENTU S PSIHOZO	73
Psychiatric nurses experiences in applying antipsychotic depot medication in patient with psychosis	
Sabina Vihtelič	
POSEBNI VAROVALNI UKREP NA GERONTOPSIHIATRIČNEM ODDELKU: IZKUŠNJE IZ PSIHIATRIČNE BOLNIŠNICE IDRJIA	78
Special Precautionary Measures at Gerontological Ward: Experiences from Psychiatric Hospital Idrija	
Nataša Hvala, Nataša Velikanje	

UVODNIK

Zaposleni v zdravstveni negi s področja mentalnega zdravja se v času hitrega razvoja znanosti in stroke srečujemo z mnogimi izzivi. Velik izziv sodobnega časa je prav gotovo iskanje ravnotežja med izpolnjevanjem zahtev stroke in pričakovanji pacientov ter njihovih svojcev. Razumevanje pacientovega subjektivnega odnosa in odgovora je pomembno pri njegovi celoviti obravnavi, ko zaradi duševne motnje potrebuje pomoč in zdravljenje v bolnišnici, simptomi bolezni pa mu onemogočajo uvid v bolezensko dogajanje, kar ima za posledico odklanjanje vsakršne vrste pomoči. Izboljšanje sodelovanja pacienta pri zdravljenju predstavlja enega večjih izzivov terapevtskega dela na področju psihoz.

Rdeča nit strokovnega izobraževanja in zbornika, ki je pred vami, je obravnava pacienta s psihotično motnjo. Psihiatrične bolnišnice so se v zadnjih letih modernizirale, humanizirale in odprle navzven. Spremenili so se načini zdravljenja z uporabo sodobnih diagnostično terapevtskih pristopov. Skrajšujejo se ležalne dobe in povečuje dostopnost do standardnih oblik ambulantnih in dispanzerskih storitev. V skladu s sodobnimi smernicami se razvija oblika psihiatričnega zdravljenja v skupnosti.

V obravnavo posega tudi zakonodaja z namenom varovanja in zagotavljanja večjega obsega pravic pacientov in določanja časovnega poteka obravnave v primeru sprejema in zdravljenja proti volji. Napisanih imamo vse več smernic, protokolov, organizacijskih postopkov, standardov in kliničnih poti. Spremljamo kazalnike kakovosti, izvajajo se notranje in zunanje presoje. Razvitih imamo mnogo obrazcev za kakovostno dokumentiranje stanja pacienta, načrtovanih in izvedenih aktivnosti ter intervencij. Klinično prakso se presoja z mednarodnimi standardi kakovosti, spodbuja se vseživljenjsko izobraževanje zaposlenega kadra. Vse bolj torej delujemo v smeri stalnega izboljševanja kakovosti struktur in procesov. Poklic medicinske sestre pa zahteva izrazit stik z ljudmi. Ponuja se nam vprašanje, ali se morda ne oddaljujemo od bistva našega poslanstva? Ali še znamo prisluhniti pacientu, slišati, kaj nam sporoča, si vzeti čas za prijazno besedo? Ali se kdaj vprašamo, kako pacient doživlja kakovost in varnost zdravstvene obravnave? V tujem članku sem zasledila naslednji zapis pacienta: »Če bi ve, medicinske sestre, govorile z nami toliko, kolikor govorite o nas, bi bila vaša vloga bolje opravljena.«

Primarij Felc je zapisal: »Psihotično pomeni, da ljudje skrivljeno prepoznavajo sebe in na tej osnovi vzdržujejo tudi problematične odnose z okoljem.« Moten stik z realnostjo vpliva na njihovo spremenjeno vedenje, odnose v družini, družbi, službi, javnosti in ne nazadnje tudi v bolnišnici. Koristno je čim bolj razumeti pacientovo doživljanje in pomembno je, da mu z nudenjem pomoči ne škodujemo. Najpomembnejše orodje, ki ga imamo na voljo, so naša osebnost, beseda, prostor in čas. Pri konkretnem delu v klinični praksi s psihotičnimi pacienti je bolje poslušati, predelati, razumeti kot pa neustrezno ali prehitro ukrepati. Pri reševanju pacientovih težav je potrebno imeti veliko strokovnega znanja, izkušenj, moči, sprejemanja, tolerance, empatije in sočutja.

Strokovno srečanje na temo psihoz smo pripravili, ker se zavedamo, da medicinske sestre in zdravstveni tehnički potrebujemo nadgradnjo obstoječega znanja in nova, sodobna znanja s področja obravnave pacienta s psihozo. Naj bo to tudi priložnost za izmenjavo mnenj in izkušenj, ki smo jih na tem področju že pridobili. Naj bo to strokovno srečanje spodbuda, da bomo lahko bolj učinkovito izpolnjevali načelo kakovosti: **osredotočenost** na pacienta ob razvijanju kulture varnosti in kakovosti.

**»Če bi znal, bi ne gledal skozi filter,
moj pogled bi bil odprt.«** (Mozaik, 2011)

Lidija Mrak

IZZIVI PRI OBRAVNAVI PSIHOZ - MEDICINSKI VIDIK

Challenges in Dealing with Psychosis – Medical Aspect

Anica Gorjanc Vitez, dr. med., spec. psih.

Psihatrična bolnišnica Idrija

anica.gorjanc@pb-idrija.si

Izvleček

Psihoza ima več različnih obrazov. Simptomi in znaki bolezni so različni. Vzroki bolezni so heterogeni. Psihotična motnja je lahko samostojna ali pridružena drugim duševnim motnjam in vpliva na njihov potek. Psihoza ponuja številne izzive pri umestitvi simptomov in znakov v pravi diagnostični okvir. Tudi zdravljenje psihotičnega pacienta predstavlja velik izziv. V članku so predstavljene različne manifestacije psihotičnih simptomov in znakov.

Ključne besede: psihoza, blodnje, halucinacije, moten stik z realnostjo, komorbidnost, zdravljenje

Abstract

Psychosis has many different faces. Symptoms and signs of the disease are various. The etiology of the disease is heterogeneous. A psychotic disorder can be independent or accompanies other mental disorders, affecting their outcome. Psychosis offers many challenges in placing the symptoms and signs in the right diagnostic frame. Treating a psychotic patient can be a great challenge as well. This article introduces the various manifestations of psychotic symptoms and signs.

Key words: Psychosis, delusions, hallucinations, impaired reality testing, comorbidity, treatment

Uvod

Psihoza je duševno stanje, kjer oseba izgubi stik z realnostjo. Pri psihozi se soočamo z motnjami na različnih področjih človekovega funkcioniranja. Najpogosteje opazimo motnje na področju mišljenja in zaznavanja. V različni meri pa so pri psihozi izražene tudi motnje na področju pozornosti, koncentracije, spomina, čustvovanja, potreb, hotenja in govora.

Na področju mišljenja lahko opazujemo motnje forme in vsebine. Pri psihozi so lahko besede med seboj napačno oz. nenavadno povezane. Med pogоворom s pacientom lahko opazimo marsikaj, od miselnih zadrg do prave besedne solate. Pacient nam pove, da mu nekdo misli vstavlja, odvzema ali vpliva nanje na daljavo.

Pacient nam lahko svoja blodnjava razmišljanja razodene spontano, včasih pa jih zadrži zase, v strahu, da se mu bo kaj hudega zgodilo, če bo razkril vsebine svojih misli. Za blodnjave opredelimo tiste misli, kjer je realnost očitno in močno izkriviljena, pacient v njih trdno verjame in ga ni moč prepričati o nasprotnem. Vsebina blodenj je različna.

Pri *preganjalnih blodnjah* je oseba prepričana, da jo opazujejo, zasledujejo, snemajo, nadzorujejo. O *nanašalnih blodnjah* govorimo, kadar je oseba prepričana, da je gesta ali javno sporočilo namenjeno prav njej. Trdno verjame, da članki v časopisu ali prispevki na televiziji govorijo njeno zgodbo. Pri *depresivnih blodnjah* je oseba ujeta v razmišljanja o ekonomskem propadu, revščini, hudi in neozdravljeni bolezni. Depresivne blodnje se lahko stopnjujejo do nihilističnih, ko je oseba prepričana, da nima dela telesa ali da je mrtva. Nasprotно pa je pri *veličinskih blodnjah*, kjer je oseba prepričana o svoji pomembnosti, vsemogočnosti in vzvišenem položaju. Pri *religioznih blodnjah* je oseba trdno prepričana o svojem božjem poslanstvu in velikokrat širi svoje nauke med druge ljudi. *Ljubosumnostno blodnjavi* so trdno prepričani o partnerjevi nezvestobi, ne da bi imeli prave dokaze o

tem. Pri *erotičnih blodnjah* je oseba prepričana, da medijsko znana oseba do nje goji ljubezenska čustva. Pošilja ji pisma, jo zasleduje, opazuje in nadleguje (Kobal, 1999).

Pri psihozi je moteno tudi človekovo zaznavanje zunanjega in notranjega sveta. Motnje zaznav delimo glede na čutila. Najpogosteje motnje zaznav so halucinacije. Slednje ne izvirajo iz realnih dražljajev, objektov in občutkov (Kobal, 1999).

Pri *vidnih halucinacijah* oseba vidi jasne podobe in prizore, ki so lahko barvni ali črno beli. *Slušne halucinacije ali prisluhe* oseba sliši kot jasne stavke, pogovore ali kot posamezne besede. Glasovi so lahko sovražni, ukazujejo, opozarjajo, dajejo navodila ter komentirajo. Pri *halucinacijah telesnih občutkov (haptične)* oseba zaznava po koži in po sluznicah neprijetne pekoče, zbadajoče, gomazeče ter boleče senzacije. Včasih ima občutek, da so notranji organi spremenjeni na napačnem mestu, da je celo telo spremenjeno. Takrat govorimo o *cenestetičnih halucinacijah*. Pri *halucinacijah vonja (olfaktorne)* oseba zaznava neprijetne vonjave, pri *halucinacijah okusa* pa neprijetne okuse. Oseba je pogosto posledično blodnjavo prepričana, da jo hočejo zastrupiti (Kobal, 1999).

Pri psihozi srečamo tudi fenomen depersonalizacije, ko oseba doživlja spremembe ali razpad lastne osebnosti. Pri fenomenu derealizacije pa se pojavi občutek, da se je spremenil svet; ta postane tuj in neprepoznaven (Kobal, 1999).

Psihotične motnje

Shizofrenija

Prizadene približno 1 % ljudi v populaciji, enako moške kot ženske. Pri moških se bolezen običajno začne v zgodnjih dvajsetih letih, pri ženskah pa nekoliko pozneje. Za bolezen so značilne *formalne in vsebinske motnje mišlenja*. Miselni tok je lahko prekinjen, nelogičen, prepletен z različnimi asociacijami in novimi besedami. Miselne vsebine so običajno paranoidne in nanašalne. Srečamo pa tudi veličinske, ljubosumnostne, religiozne, depresivne in druge blodnjave vsebine. Prisotne so tudi *motnje zaznav*, najpogosteje slušne zaznavne motnje. Oseba sliši glasove, ki ji govorijo neprijetne vsebine, ji grozijo, komentirajo njena dejanja in ji ukazujejo. Lahko so prisotne tudi halucinacije telesnih občutkov, ki jih oseba opiše kot sevanje, elektriziranje, spolne občutke ali občutke telesne spremenjenosti. Redkeje so prisotne vidne halucinacije. Pri shizofreniji je prizadeto tudi *čustvovanje*. V akutni fazi bolezni je pacient lahko grozav, prestrašen, razdražljiv in evforičen. Amplitudo čustvenih reakcij so lahko znižane, takrat opažamo čustveno plitvost in otopelost. Pacienti izgubijo zanimanje za okolico, se zanemarijo, nimajo volje in energije. Negativna simptomatika pacienta ovira pri njegovem socialnem funkcioniranju. Bolezen se lahko začne nenadoma ali plazeče. Bolezen lahko poteka epizodično, z zagoni psihoze in remisijami. Glede na potek bolezni in glede na prevladujočo simptomatiko ločimo več tipov shizofrenije: paranoidno, hebefrensko, katatonsko, nediferencirano, rezidualno in enostavno shizofrenijo (Žvan, 1999).

Blodnjava motnja

Je precej redka psihotična motnja, za katero je značilna trajna prisotnost nebizarnih blodnjavih vsebin. Blodnje izhajajo iz realnih življenjskih situacij. Lahko se pojavijo tudi zaznavne motnje, a te niso v ospredju klinične slike. Glede na tip blodenj ločimo več podtipov bolezni: preganjalni, ljubosumnostni, erotični, grandiozni, somatski in mešani tip (Žvan, 1999).

Inducirana blodnjava motnja

Je psihoza, ki se pojavi pri osebi, ki je tesno emocionalno povezana z dominantno psihotično osebo. Sugestibilna oseba prevzame vsebino psihoze bolne osebe. Včasih je težko ugotoviti, kdo je induktor in kdo je inducirana oseba (Žvan, 1999).

Akutne in prehodne psihotične motnje

So psihotične motnje z akutnim začetkom. Simptomi psihoze ne trajajo več kot dva tedna. V nekaj dneh ali tednih pride do popolne remisije psihotičnih simptomov. Del teh psihoz je *reaktiven*, vezan na kak stresni dogodek, in tudi blodnje in halucinacije so tematsko povezane s stresno situacijo. Pri

nekaterih akutnih psihozah pa ni jasne sprožilne situacije. Glede na prevladujočo simptomatiko ločimo več kategorij akutnih psihotičnih motenj (Žvan, 1999).

Shizoafektivna motnja

Pri shizoafektivni motnji so v eni epizodi bolezni izraženi znaki in simptomi depresije ali manije in shizofrenije. Prognoza bolezni je boljša kot pri shizofreniji. Glede na prevladujoče razpoloženje ločimo manični, depresivni in mešani tip bolezni (Žvan, 1999).

S psihozo se srečamo tudi pri drugih duševnih motnjah

Psihotični znaki in simptomi so značilni za shizofrenijo in druge psihotične motnje. Srečamo jih lahko tudi pri drugih duševnih motnjah: pri organskih motnjah, pri demenci, pri boleznih odvisnosti, razpoloženskih motnjah, pri duševni manjrazvitosti ter pri nekaterih osebnostnih motnjah.

Demenca in psihotični simptomi

Ravner (2007) ugotavlja, da pri 20 in 30 % pacientov z Alzheimerjevo demenco srečamo halucinacije. Blodnje pa so prisotne v 30 do 40 %. Blodnje so običajno preganjalne narave. Starostnik potoži, da mu kradejo denar in osebne predmete, mu nagajajo, ga skušajo zastrupiti, mu spuščajo plin v stanovanje. Za omenjena dejanja obtožuje sosede, svojce in negovalce. Starostnik prične pod vplivom blodenj skrivati denar in osebne predmete, lahko prične odklanjati hrano in se prestrašeno zapira v osamo. Pod vplivom psihotičnega doživljanja se lahko pojavi pri starostniku tudi agresivno vedenje. Starostnik lahko verbalno in fizično napade osebo, ki ga po njegovem prepričanju ogroža (Kogoj, 1999).

Pri demenci z Lewyjevimi telesci se zgodaj v poteku bolezni pojavijo kompleksne, scenske vidne halucinacije. Halucinacije pogosto spremljajo preganjalne blodnje. Bolniki so zelo občutljivi na antipsihotično terapijo (Kogoj, 1999).

Organsko pogojene duševne motnje in psihotični simptomi

Organske motnje imajo različne vzroke. Lahko so posledica možganskega tumorja, epilepsije, cerebrovaskularnega inzulta, encefalitisa ter kroničnega uživanja psihotropnih snovi. Pri *organski halucinozi* so prisotne trajne ali ponavljajoče se vidne ali slušne halucinacije. Halucinacije so lahko tudi haptične in olfaktorne. Oseba lahko halucinacije blodnjavo interpretira in se ravna v skladu z njimi. Z odstranitvijo vzročnega dejavnika halucinoza izzveni. Če osnovne motnje ne moremo odstraniti preide halucinoza v kronično obliko. *Organska katatona motnja* je podobna katatoniji pri shizofreniji. Kaže se kot stanje zmanjšane ali povečane psihomotorne aktivnosti. Bolnik je lahko povsem negiven in ne izpolnjuje naših navodil. Pri agitirani obliki pa je gibanje bolnikovega telesa in obraza lahko povsem nendaravno in nesmiselno. Pri *organski blodnjavi motnji* v klinični sliki prevladujejo blodnjave vsebine, ki so običajno preganjalne narave. Lahko se pojavijo tudi halucinacije, a niso prevladujoč simptom. Potez in prognoza motnje je odvisna od osnovnega organskega vzroka. Pri bolnikih z epilepsijo so lahko blodnjave vsebine prisotne tudi več let. 10 do 30 % ljudi s kompleksno parcialno obliko epilepsije ima simptome psihoze (Kogoj, 1999).

Odvisnost od psihoaktivnih substanc, psihotični simptomi in komorbidnost

Pri osebah, *odvisnih od alkohola*, se blodnje in halucinacije lahko pojavijo v obdobju akutnega alkoholnega opoja in v obdobju odtegnitve. Alkoholna *halucinoza* lahko spominja na shizofrenijo. Halucinacije so običajno slušne, glasovi lahko ukazujejo, dajejo navodila, grozijo. Pri halucinozi halucinacije izzvenijo v nekaj tednih. Pri *deliriju* pa so lahko ob vidnih halucinacijah prisotne tudi slušne halucinacije in halucinacije telesnih občutkov. Delirij traja običajno nekaj dni, simptomatika je izrazitejša ponoči. Pri alkoholni psihozi simptomi po vzpostavitvi abstinencije izzvenijo v nekaj tednih. Če simptomi vztrajajo kljub daljši abstinenci, moramo pomisliti na *komorbidnost* - na sočasno prisotno psihotično motnjo (Buckley, 2009). O komorbidnosti ali o dvojni diagnozi govorimo, kadar je ob odvisnosti sočasno prisotna še druga psihiatrična motnja. V tem primeru je potrebno sočasno zdravljenje obeh motenj, ker ena bolezen negativno vpliva na potek druge (Čebašek Travnik, 1999).

Uživanje marihuane lahko povzroči prehodno psihotično epizodo, včasih pa simptomi psihote ne izzvenijo, temveč se kronificirajo. Kajenje marihuane lahko pri posameznikih sproži psihotično motnjo (Lynch, 2012).

Psihotične simptome lahko izzovejo tudi druge psihohaktivne substance: opati, kokain, amfetamini, LSD. Psihoze zaradi uživanja psihohaktivnih substanc so lahko po klinični sliki podobne shizofreniji. Pri uživanju PAS je psihoza kratkotrajna, simptomi trajajo le nekaj dni in čustvovanje običajno ni splitveno. Z urinskimi testi potrdimo prisotnost PAS v telesu in potrdimo vzrok psihotičnih simptomov (Sadock, 2002a).

Motnje razpoloženja in psihotični simptomi

Pri hudo depresivnem pacientu lahko srečamo tudi psihotične simptome. Blodnje in halucinacije so običajno skladne z razpoloženjem. Običajno so prisotne depresivne in nihilistične blodnje. Ni nujno, da so psihotični simptomi skladni z razpoloženjem. Psihotični simptomi so slab prognostični znak za nadaljnji potek bolezni. Psihotične simptome lahko srečamo tudi pri maniji. Običajno so prisotne veličinske, erotične, mistične blodnjave vsebine. Pacient lahko sliši glasove, ki utrujejo njegovo prepričanje o superiornosti. Psihotični simptomi so običajno skladni z razpoloženjem (Sadock, 2002b).

Osebnostne motnje in psihoza

Pri osebnostnih motnjah so določene osebnostne poteze zelo močno in trajno izražene. Poznamo različne osebnostne motnje. Paranoidna, shizoidna, shizotipska ter borderline osebnostna motnja že s svojimi imeni asocirajo na psihotične motnje. Običajno pri osebnostnih motnjah ne naletimo na prave blodnje in halucinacije. Te osebe so lahko pretirano občutljive, sumničave in ljubosumne. Osebe se izogibajo socialnim stikom ali pa so v stikih z drugimi konfliktne in težko obvladujejo svoja čustva in vedenje. V stresnih situacijah in v obdobjih večjih obremenitev lahko osebe z osebnostno motnjo postanejo prehodno psihotične in izgubijo stik z realnostjo (Ziherl, 1999).

Duševna manjrazvitost in psihotične motnje

O duševni manjrazvitosti govorimo, kadar inteligenčne sposobnosti in prilagoditvene zmogljivosti posameznika ne dosegajo ravnih primerov za njegovo starost. Duševna manjrazvitost je posledica različnih patoloških dejavnikov, ki zmotijo razvoj CŽS (centralnega živčnega sistema). Duševna manjrazvitost ni duševna bolezen. Pri duševno manjrazvitih se lahko pojavijo tudi psihotične motnje. Slednje se izražajo bolj konkretno in neposredno. Blodnje so vsebinsko bolj preproste. Halucinacije so bolj enostavne. Med 2 do 3 % duševno manjrazvitih oseb izpolnjuje kriterije za shizofrenijo, odstotek je precej večji kot v splošni populaciji (Tomori, 1999).

Poporodna psihoza

Sadock (2002c) navaja, da se poporodna psihoza pojavi pri ženskah v prvih tednih po porodu. Ženska postane utrujena, nespeča, nemirna, jokava. Pozneje postane sumničava in pretirano zaskrbljena. V 50 % se pojavijo prave blodnje in v 25 % tudi halucinacije. Odklanjajo otroka in skrb zanj, so prepričane, da je z otrokom nekaj narobe. Glasovi jim lahko govorijo, naj otroka ubijejo. Stanje je potrebno vzeti resno, kajti 5 % žensk naredi suicid, 4 % pa infanticid.

Tabela 1: Možni vzroki sekundarnih psihoz

VZROKI	
1	Strupi, zdravila <i>rekreacijske droge, rastline, živalski strupi, težke kovine, kortikosteroidi ...</i>
2	Neurodegenerativne bolezni <i>Alzheimerjeva bolezen, Parkinsonova bolezen, demenza z Lewyjevimi telesci</i>
3	Žariščne nevrološke bolezni <i>CVI, možganski tumor, multipla skleroza, nekatere oblike epilepsije</i>
4	Maligna obolenja <i>Intrakranialni tumorji, paraneoplastični sindrom</i>
5	Infekcije <i>HIV, malarija, nevrosifilis ...</i>
6	Endokrine bolezni <i>bolezni ščitnice, obščitnice, nadledvične žleze, spolnih žlez ...</i>
7	Metabolne motnje <i>motnje elektrolitov, presnove sladkorja, hipoksija, ledvična in jetrna odpoved</i>
8	Avtoimune bolezni <i>SLE, sarkoidoza ...</i>

Povzeto po (Chuang, 2012)

Zdravljenje

Pacient lahko pomoč išče sam in prostovoljno. Neredko pa je na zdravljenje napoten proti svoji volji. Za pacienta je že obisk psihiatrične ambulante lahko stigmatizirajoč, še večji odpor pa v njem vzbudi sprejem na zaprti oddelek psihiatrične bolnišnice. Pacienti običajno niso naklonjeni zdravljenju z zdravili. Zato je še toliko bolj pomembno, da jim pojasnimo, zakaj je potrebno zdravljenje z zdravili, kako zdravila delujejo in kakšni so možni stranski učinki zdravil.

Ob pojavu psihoze je priporočljivo z zdravljenjem začeti čimprej. Psihoza redko mine sama od sebe. Spontane remisije so verjetnejše pri psihozah, ki so reaktivno pogojene, vezane na stresne situacije. Tudi psihoze, ki se pojavijo ob uživanju PAS (psihoaktivnih substanc), lahko kmalu izzvenijo brez terapije. Nezdravljeni psihozi pušča za seboj vse večjo brazgotino, simptomi se utirjajo in kronificirajo. Nezdravljen pacient s psihotično motnjo vse bolj osebnostno in socialno propada (Ziherl, 1999).

Za zdravljenje psihotičnih motenj uporabljamo *antipsihotike*. Antipsihotiki so po učinkovitosti med seboj primerljivi, razlikujejo se po profilu stranskih učinkov. Poznamo starejše-klasične antipsihotike in novejše-atipične antipsihotike. Zdravila so lahko v različnih oblikah: v obliki raztopine za intramuskularno injiciranje, kot raztopina za peroralno uporabo, v obliki tablet, orodisperzibilnih tablet in lističev. Zdravila se aplicirajo enkrat ali večkrat dnevno. Uporablja se tudi suspenzije antipsihotikov s podaljšanim sproščanjem, ki jih apliciramo enkrat na dva, tri ali štiri tedne.

Ob antipsihotikih se v terapiji psihotičnih motenj lahko uporablja tudi anksiolitike, npr. pri močno agitiranem in prestrašenem pacientu. Antidepresive lahko uporabljamo pri pridruženi motnji razpoloženja. Če opažamo v poteku bolezni izrazita nihanja razpoloženja, lahko uporabimo tudi stabilizatorje razpoloženja (Kores Plesničar, 1999).

Pri sekundarnih psihotičnih motnjah je pomembno odkriti in zdraviti osnovno obolenje, ki je sprožilo psihotično motnjo. Kljub zdravljenju osnovne bolezni lahko psihotični simptomi vztrajajo. Takrat si pri zdravljenju pomagamo z antipsihotiki.

Žvan (1999) navaja, da psihoterapevtska obravnava pacientov s psihotično motnjo dopoljuje medikamentozno zdravljenje. Lahko je individualna ali skupinska. Pri akutnem poslabšanju bolezni zgolj psihoterapija ne zadostuje. Pacient s pomočjo psihoterapije bolje spozna svojo bolezen in se nauči spoprijemanja s težavami, ki jih bolezen prinaša. Psihoterapija pacientu pomaga tudi pri

sprejemanju medikamentozne terapije. Pomembno je tudi psihoterapevtsko delo s pacientovimi svojci. Po zaključeni hospitalizaciji se pacient običajno vrne v domače okolje, ki je nemalokrat do njega odklonilno (Compton 2012).

Zunaj bolnišnice različna društva in nevladne organizacije ponujajo svoje programe za čim boljšo integracijo pacientov s psihotično motnjo v njihovo okolje. Programi psihiatrične obravnave v skupnosti omogočajo pacientu dodatno oporo pri vključevanju v domače okolje in širšo skupnost. Včasih pride do večjih razhajanj med pacientom in domačim okoljem in je za pacienta bolj smiselna namestitev v stanovanjsko skupino.

Zaključek

Prepoznavanje simptomov in znakov psihoze je prvi in osnovni korak pri obravnavi psihotičnih motenj. Pomembna je komunikacija med pacientom, njegovimi svojci in strokovnimi delavci različnih profilov na vseh ravneh obravnave. Zdravstveni delavec od pacienta in njegovih svojcev pridobi dragocene informacije, ki ga vodijo k natančnejši diagnostični opredelitvi psihotične motnje. Pacientu lahko ponudi različne oblike zdravljenja, od medikamentozne, psihoterapevtske in kombinirane obravnave, v ambulantnem ali v bolnišničnem okviru. Pomembno je, da je pacientom s psihotično motnjo pomoč čim bolj dostopna.

Literatura

1. Buckley PF, Miller BJ, Lehrer DS, Castle DJ. Psychiatric Comorbidities and Schizophrenia, Schizophr Bull. 2009;35(2):383-402.
2. Chuang L. Mental Disorders Secondary to General Medical Conditions. Medscape; 2012. Dostopno na: <http://emedicine.medscape.com/article/294131-overview> (6.9.2012).
3. Čebašek Travnik Z. Zloraba in odvisnost od psihoaktivnih snovi. In: Tomori M, Ziherl S, eds. Psihiatrija. Ljubljana: Litterapicta; 1999: 137-68.
4. Lynch MJ, Rabin RA, George TP. The Cannabis - Psychosis Link. Psychiatric times; 2012. Dostopno na: <http://www.psychiatrictimes.com/schizophrenia/content/article/10168/2017327> (5.9.2012).
5. Kogoj A. Organske duševne motnje. In: Tomori M, Ziherl S, eds. Psihiatrija. Ljubljana: Litterapicta; 1999: 101-35.
6. Kores Plesničar B. Najpogosteje uporabljene skupine zdravil. In: Tomori M, Ziherl S, eds. Psihiatrija. Ljubljana: Litterapicta; 1999: 411-82.
7. Kobal MF. Znaki in simptomi duševnih motenj. In: Tomori M, Ziherl S, eds. Psihiatrija. Ljubljana: Litterapicta; 1999: 47-100.
8. Ravner A. Managing Psychotic Symptoms in Older Patient, Geriatric and Aging. 2007. Dostopno na: <http://www.medscape.com/viewarticle/556036> (4.9.2012).
9. Sadock BJ, Sadock VA. Mood disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA, eds. Synopsis of psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002a: 534-91.
10. Sadock BJ, Sadock VA. Other psychotic disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA, eds. Synopsis of psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002b: 505-33.
11. Sadock BJ, Sadock VA. Substance related disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA, eds. Synopsis of psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002c: 380-470.
12. Tomori M. Duševna manjrazvitost. In: Tomori M, Ziherl S, eds. Psihiatrija. Ljubljana: Litterapicta; 1999: 303-16.
13. Ziherl S. Osebnostne motnje. In: Tomori M, Ziherl S, eds. Psihiatrija. Ljubljana: Litterapicta; 1999: 287-301.
14. Žvan V. Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje. In: Tomori M, Ziherl S. eds. Psihiatrija. Ljubljana: Litterapicta; 1999: 169-205.

ZDRAVSTVENA NEGA PACIENTA S PSIHOTIČNO MOTNJO

Nursing Care for Patients with Psychotic Disorders

Jerica Menart, dipl. m. s.

Marjetka Kogoj, dipl. m. s.

Drejc Zajc, dipl. zn.

Psihiatrična bolnica Idrija,

jerica.baselj@gmail.com

Izvleček

Psihotična motnja je skupek simptomov, pri katerih so zmožnost prepoznavanja stvarnosti, zmožnost komunikacije in sklepanja odnosov z drugimi kot tudi čustveni odgovor osebe s tako motnjo ter zmožnost opravljanja vsakodnevnih aktivnosti drugačni od tistih, ki jih kaže večina splošnega prebivalstva. Zdravstvena nega ima zato pri obravnavi pacientov s psihozo zelo pomembno vlogo. Medicinska sestra prepoznavajo, ocenjuje in načrtuje zdravstveno nego za posameznika po štirinajstih temeljnih življenjskih aktivnostih. Terapevtska komunikacija je pri posamezniku, ki trpi za simptomi psihoze, temeljna aktivnost zdravstvene nege. Znanje s področja psihiatrične zdravstvene nege je ključnega pomena za prepoznavanje negovalnih problemov po posameznih življenjskih aktivnostih. Medicinska sestra skuša s svojim znanjem in intervencijami zdravstvene nege vplivati na dvig kvalitete posameznika ter večati uvid v bolezensko dogajanje. V prispevku smo uporabili pregled literature, za katero smo uporabljali baze podatkov: Google, Cinahl in EBSCO host. V brskalnike smo vnesli ključne besede: zdravstvena nega, psihoza, zdravstvena nega na psihiatričnem področju, terapevtska komunikacija.

Ugotovitve pregleda virov navajajo, da je delo s posameznikom, ki trpi za psihotičnimi simptomi, stresno in odgovorno, zato sta znanje in izkušnje ključnega pomena. Nujno je obvladovanje tehnik terapevtske komunikacije ter pravilna uporaba le-teh. Uporaba teorije Virginije Henderson v procesu zdravstvene nege omogoča precizno oceno stanja posameznika po štirinajstih življenjskih aktivnostih. S pregledom literature smo želeli poudariti pomen terapevtske komunikacije ter predstaviti posebnosti in posamezne negovalne probleme po posameznih življenjskih aktivnostih.

Ključne besede: psihoza, zdravstvena nega, temeljne življenjske aktivnosti, terapevtska komunikacija

Abstract

A psychotic disorder refers to a group of symptoms where a person's ability to perceive reality, communicate, and develop relationships with others, as well as the emotional response and the ability to perform everyday activities are different from those seen in the majority of the general population. Therefore, nursing care plays a very important role in the treatment of psychotic patients. A nurse will recognize, evaluate, and plan a patient's care using fourteen basic nursing activities, based on human needs. Therapeutic communication is the core activity in the medical care of patients suffering from psychotic symptoms. Knowledge of psychiatric nursing care is vital for identifying various medical care issues that are related to individual life activities. The nurse tries to apply his/her knowledge and nursing care interventions to improve the patient's quality of life and gain more insight into his or her condition. The sources used in writing this paper were obtained by searching through Google, Cinahl, and EBSCOhost databases. The following keywords were used in the search: nursing care, psychosis, nursing care in psychiatry, therapeutic communication.

According to the sources, working with patients with psychotic symptoms is a stressful job with much responsibility, which means that knowledge and experience are vital. The work also requires the knowledge and correct application of techniques for therapeutic communication. Virginia Henderson's nursing theory can be used in the nursing care process to provide a precise evaluation of the patient's condition based on fourteen life activities. By giving an overview of the literature, we wanted to

emphasize the importance of therapeutic communication and highlight the particularities and individual nursing care challenges for each of the fourteen life activities.

Keywords: psychosis, medical care, basic life activities, therapeutic communication.

Uvod

Psihoza je bolezensko stanje, ki globoko poseže v življenje posameznika in njegovih bližnjih. Prizadene lahko človekovo zaznavanje, mišljenje, čustvovanje, spoznanje in vedenje. Posamezniku onemogoča, da bi jasno in normalno razmišljal, da bi postavil jasno mejo med realnostjo in domišljijo, skratka, ovira ga, da bi jasno funkcioniral v vsakdanjem življenju. Vloga medicinske sestre ali zdravstvenega tehnika (MS) v procesu zdravstvene nege je, da se zaveda, da na pacientovo popačeno razumevanje ne more vplivati s prepričevanjem in razumevanjem. Pomembno vlogo v zdravstveni negi na psihiatričnem področju ima terapevtska komunikacija, ki je eno izmed osnovnih orodij zdravstvene nege pacienta s psihozo (Videbeck, 2008).

Vloga medicinske sestre v procesu zdravljenja pacientov s psihozo

Vloga MS v procesu zdravljenja pacienta s psihozo je v lajšanju trpljenja, v pomoči pri okrevanju in pri zmanjševanju dejavnikov tveganja za ponovitev bolezni. Vse to MS počne s pomočjo terapevtskega odnosa, z oceno stanja ter z uporabo večin za prepoznavanje dejavnikov tveganja. Ker se posamezniki na stres, ki ga lahko povzročajo slabe izkušnje iz preteklih hospitalizacij ali pa napačne zaznave in predstave, odzivajo na različne načine, je bolnišnično okolje za posameznika pogosto negotovo, nepredvidljivo in strah zbujoče. To je odvisno tudi od institucije, odnosov v družini, okolju ter seveda od načina sprejemnega postopka. Prav zato je pomembno, da zdravstveni delavci poznamo tehnike in večine terapevtske komunikacije ter seveda samo naravo bolezni (Čuk, 2010; Simpson, Wright, 2009).

V bolnišničnem okolju je MS v tesnem kontaktu s posameznikom, ki trpi za simptomi psihoze. Delo s pacienti s psihozo je zelo naporno, nemalokrat tudi nepredvidljivo. MS lahko na podlagi izkušenj izoblikuje sposobnost dela s pacienti, ki so kritično napeti. Ker pa je delo MS zahtevno in včasih presega zmožnosti in znanje posamezne MS, se kot obrambni mehanizem pojavlja skrbniška oskrba namesto terapevtske (Simpson, Wright, 2009).

Naloge MS v zdravstveni negi na psihiatričnem področju so zaradi narave dela zelo obširne in zelo zahtevne, pri tem pa mora MS imeti znanja z različnih področij. Prek različnih vlog zadovoljuje pacientove potrebe, s tem pa sodeluje s pacientom v rasti in razvoju njegove osebnosti (Kovačič, 2010). Ramšak Pajk (2006) navaja opredelitev Hildegard Peplau, ki je kot osnovne naloge medicinske sestre v psihiatriji navedla: biti svetovalec in psihoterapeut, vse druge vloge so podnjene. MS pacientu zagotovi vso podporo s pozitivnim, neposesivnim, neobsojajočim in sprejemajočim odnosom (Faganelj But, 2003).

Delo medicinske sestre v psihiatriji temelji na humanih načelih, ki jih narekuje profesionalna etika, in na elementih sodobne zdravstvene nege. MS pri svojem delu odraža svoja čustva, misli, stališča in prepričanja, s tem pa pacientu pomaga, da odkriva in raziskuje samega sebe (Gorše Muhič, 2009). MS v procesu zdravljenja pacienta vodi, da čim prej postane neodvisen pri izvajanju temeljnih življenjskih aktivnosti (Hrovat in Žagar, 2006).

Vloga zdravstvene nege v procesu zdravljenja pacientov s psihozo

Nedog (2004) zdravstveno nego pri pacientih s psihotično motnjo primerja z gradnjo hiše. MS pomaga pacientu utrditi svoj »self«, notranji jaz, ga omejiti od drugih, da živi v svoji hiši, ne da bi bil kar naprej napaden s strani sosedov, demonov ali celo porušen. Pacient je sposoben sam odpreti okna, iti ven, sprejeti obiskovalce in se mu ni treba zabarikadirati. Potrebno je zgraditi temelje, poskrbeti za

izolacijo, opremiti notranjost, namestiti strelovod, dobiti soglasje gradbene komisije ter skrbeti za vzdrževanje hiše.

Zdravstvena nega na psihiatričnem področju je področje prakse zdravstvene nege, ki se ukvarja s posameznikom z duševnimi motnjami in težavami, z družino ali širšo skupnostjo v primarnem, sekundarnem in terciarnem zdravstvenem varstvu. Njena osnovna značilnost je odnos med MS in pacientom. Usmerjen je v prizadevanje, pospeševanje in podpiranje vedenja, katerega cilj je razvoj osebnosti in funkcioniranje pacienta (Kogovšek, Škerbincek, 2002).

Proces zdravstvene nege v psihiatriji je predvsem proces človeške komunikacije. Ta proces vključuje MS, pacienta, njun odnos, sodelovanje ter interakcije. Delo MS v psihiatriji je splet ukrepov, ki so namenjeni zagotavljanju terapevtskega okolja, ukvarjanju s telesnimi, duševnimi ter socialnimi problemi pacienta. Neredko pomeni tudi pristajanje na regresivno vedenje pacienta, do postopnega utrjevanja, zrelejšega ravnanja v skladu s pričakovanji glede na starost, zrelost in napredok v zdravljenju (Gnezda, 2009).

V zdravstveni negi na psihiatričnem področju se že vrsto let uporablja procesna metoda dela. Proces je v zdravstveni negi na psihiatričnem področju osvetlil tudi nevidno delo MS v psihiatriji: pogovori, svetovanje, poslušanje in tolažba, varovanje in še druge za pacienta pomembne stvari. Pomembno dejstvo procesa zdravstvene nege pa je vključevanje pacienta in sodelovanje z njim (Kogovšek, Škerbincek, 2002).

Posebnosti procesa zdravstvene nege po posameznih življenjskih aktivnostih:

1. Komunikacija, odnosi z ljudmi, izražanje občutkov in potreb

V nasprotju z običajno komunikacijo, ko ima MS za cilj zadovoljitev potreb vseh sodelujočih, je pri terapevtski komunikaciji na prvem mestu zadovoljevanje potreb pacienta. V profesionalni komunikaciji je zelo pomembno, da MS poleg znanja in teorije zdravstvene nege pozna tudi samo sebe. Razumevanje same sebe in skladnost lastnega doživljjanja z doživljanjem drugih sta osnovi za uspešno interakcijo z drugimi (Gosarič, 2005). MS ima na razpolago veliko tehnik terapevtske komunikacije. Izbira je odvisna od namena komunikacije in pacientovih verbalnih sposobnosti. MS izbira tiste tehnike, ki pospešujejo medosebni odnos in komunikacijo (Videbeck, 2005 v Vončina, 2009). Uporaba tehnik je odvisna od pacientovega stanja, njegovih potreb ter od stopnje zaupanja, ki se je zgradilo med MS in pacientom (Varcarolis, 2006).

V praksi psihiatrične zdravstvene nege je uporabna teorija Hildegard Peplau, ki jo mnogi avtorji imenujejo mati moderne psihiatrične zdravstvene nege (Gorše Muhič, 2009 v Humar, 2011). Medosebni odnos med MS in pacientom poteka prek štirih faz: orientacija, identifikacija, interakcija in razrešitev (Ramšak Pajk, 2006 v Humar, 2011).

Medosebni odnos med MS in pacientom se prične v prvi fazi, fazi **orientacije**. Oba sta v vlogi tujca, skupno odkrivata negovalne probleme. Prva faza je pomembna za nadaljnji potek komunikacije. Zelo pomembna je zaupnost (Ramšak Pajk, 2006 v Humar, 2011). Na začetku srečanja je cilj MS doseči medsebojni odnos in ustvarjanje varnega okolja, nato sledi ugotavljanje potreb, razjasnitve pričakovanj in ciljev (Kogovšek, Škerbinc, 2002). Zgodnja vzpostavitev terapevtskega odnosa ugodno vpliva na izid (Hewitt, Coffey, 2005). Gorše Muhič (2009) navaja, da so v procesu komunikacije, ko se medicinska sestra in pacient šele spoznavata in pacient odkriva svoje probleme, priporočene tehnike, ki pacienta opogumljajo pri izražanju svojih čustev:

▪ Aktivno poslušanje

Aktivno poslušanje je dinamičen in aktiven proces, ki zahteva ogromno koncentracije in energije (Antai Otong, 2003 v Vončina, 2009). Ta tehnika spodbuja pacienta k izražanju čustev in mu daje občutek, da je sprejet, spoštovan in da MS ni vseeno zanj. Prav s poslušanjem MS pridobi veliko informacij o pacientu (Prašnikar, 2000 v Vončina, 2009). Bolje od zavračanja tega, kar pacient pove,

pa četudi je nejasno, je to, da MS skuša opredeliti pomen tega, kar je pacient skušal povedati. Poslušanje ponavljajočih se izjav, tem, spraševanje jasno postavljenih vprašanj in raziskovanje pomena pacientovih izjav so koristne tehnike boljšega razumevanja pacienta. MS mora dati pacientu vedeti, kadar ga ne razume. Nekoristno je, če se MS pretvarja, da povedano razume, ali, se s povedanim strinja. To je nepošteno in lahko poruši zaupljiv odnos (Videbeck, 2008). Samo pacient je tisti, ki MS lahko pove, kaj občuti, o čem razmišlja, kako gleda na sebe in na svojo okolico. S poslušanjem MS vstopi v pacientov svet in vidi stvari, kakor jih vidi on sam. Na tej osnovi pa se lahko potem gradi vse druge tehnike terapevtske komunikacije (Gorše Muhič, 2009).

Če MS želi aktivno poslušati, mora upoštevati, da:

- ne vpada v besedo, ne dokončuje stavkov. Ko posluša, molči in demonstrira pozornost (drža, kretanje, pogled ...);
- pacientu pokaže, da ga želi poslušati, zato odstrani motnje in ne dela drugih stvari;
- opazuje pacientovo govorico telesa;
- je potrpežljiva;
- pomaga z vprašanji in pojasnili, pri tem ni potrebno, da se strinja, pomembno je, da razume;
- obvladuje svoje vedenje;
- ko posluša, varčuje s kritiko, ocenjevanjem, dokazovanjem (Flajs, 2003);
- ne sme pa delovati ukazovalno in provokativno (Hajdinjak in Meglič, 2006).

▪ **Besedna vodila**

So nevtralni izrazi, ki opogumljajo pacienta, da nadaljuje z govorom (Gosarič, 2005). MS pacientu sporoča, da ga aktivno posluša, se zanima zanj ter mu sledi brez prevzemanja iniciative za pogovor (Videbeck, 2005).

▪ **Spraševanje**

Je koristno orodje, ki ga MS uporablja za spodbujanje izražanja pacientovih občutkov in njegovega samorazkrivanja (Antai Otong 2003 v Vončina, 2009). Če MS potrebuje specifično informacijo, so primerna zaprta vprašanja. S pomočjo teh vprašanj se zmanjša pacientov čas odziva. Primerna so, ko želi MS pridobiti pozornost zaskrbljenega pacienta. Odprta vprašanja, ki se začenjajo z vprašalnicami »kaj, kateri, kdaj, kako in kdo«, spodbujajo pacienta, da na svoj način izraža misli in občutke (Morrison Valfre, 2001 v Vončina, 2009). Pristno zanimanje MS vzbudimo tudi z ustreznim, nežnim tonom glasu. Na ta način pacient deli osebne izkušnje z MS (Varcarolis, 2006).

▪ **Tišina**

Je spremnost odzivanja, ki MS in pacientu omogoči, da komunicirata brez besed. Pomaga izraziti močna čustva (Gorše Muhič, 1999 v Vončina, 2009). Z uporabo tišine da MS pacientu čas, da razjasni, zbere in uredi svoje misli, da izrazi bistvo svojih težav (Antai Otong, 2003 v Vončina, 2009). Med tišino mora biti MS pozorna na pacientova in svoja neverbalna sporočila (Videbeck, 2005).

Tehnike terapevtske komunikacije, ki so MS v pomoč k boljšemu razumevanju pacientovih čustev, so refleksija, parafraziranje, osvetlitev in potrditev. Lahko se jih uporablja že v prvi fazi, a so zaradi delovnega vzdušja bolj uporabne v drugi fazi, fazi **identifikacije**, ko MS pacienta opazuje in ga spodbuja k odkrivanju samega sebe in govorjenju o tem. Potek te faze je uspešen, če pacient sam išče rešitve za svoje težave. V tej fazi ima MS predvsem vlogo terapeutke, učiteljice in vlogo osebe, ki ima polno informacij (Ramšak Pajk, 2006 v Humar, 2011; Gorše Muhič, 2009). Tehnike so uporabne tudi v tretji fazi, fazi **interakcije**, ko pacient spozna in sprejme svojo situacijo, razume svoje probleme in težave ter izrablja vse ponujene možnosti za reševanje lastnih težav. V tej fazi se MS predstavlja v vlogi svetovalke in osebe z informacijami (Gorše Muhič, 2009; Ramšak Pajk, 2006 v Humar, 2011). Tehnike terapevtske komunikacije so:

▪ **Ponavljanje in odsevanje (refleksija)**

Pomaga bolje razumeti pacientovo izražanje in pomen povedanega. Vključujeta poslušanje in ponavljanje pacientovih glavnih sporočil in ponavljanje le-teh (Varcarolis, 2006). Ponavljanje pomeni,

da MS točno ponovi pravkar izrečeno sporočilo pacienta (Varcarolis, 2006). S tem MS ozavesti njegovo sporočilo (Videbeck, 2005 v Vončina, 2009). Namen tega je natančnejša opredelitev vsebine sporočila, ki se MS zdi pomembna (Varcarolis, 2006). Nevarnost prepogoste uporabe odsevanja je, da posameznika spodbuja k samopomilovanju ali vzbuja odpornost ali celo agresijo (Nelson – Jones, 1996 v Vec, 2002).

▪ **Parafraziranje**

Z uporabo te tehnik se skuša zajeti bistvo sporočila oziroma tistega, kar je za posameznika pomembno. Je stalno preverjanje lastnega razumevanja posameznikovega sporočila, kar parafraziraju daje pečat antikonfliktnosti in konstruktivno naravnost (Vec, 2002).

▪ **Osvetlitev ali razjasnitev**

MS skuša podati nejasne in nerazločne misli ter ideje pacienta, da bi bolje razumela pacienta (Morrison Valfre, 2001 v Vončina, 2009; Stuart, Laraia, 2005). Omogoča razjasnitev čustev in idej (Zoronjič, 2008 v Vončina, 2009).

▪ **Potrditev ali validacija**

Ko MS razume patientovo sporočilo, svojo gotovost potrdi. Poda svojo interpretacijo sporočila in oba s patientom preverita, ali ga je prav razumela (Prašnikar, 2000 v Vončina, 2009).

Nepravilni pristopi in ovire v terapevtski komunikaciji so: dajanje nasvetov, pretirano spraševanje, pomirjanje ali negativno spodbujanje, zahtevanje pojasnil, odobravanie, strinjanje, obsojanje pacienta, spreminjanje teme pogovora, uporaba čustveno obremenilnih besed, izzivanje pacienta, stereotipne pripombe, osredotočanje nase, postavljanje dvojnih vprašanj in izražanje nasprotujocih si sporočil (Zoronjič, 2008 v Vončina, 2009; Prašnikar, 2000 v Vončina, 2009; Videbeck, 2005; Varcarolis, 2006; Stuart, Laraia, 2005).

Pacienti s psihotično motnjo pogosto trpijo zaradi slabih odnosov in nesprejemanja okolice. Težko izražajo in kažejo svoja čustva, občutke, potrebe. Oteženo je sporazumevanje z drugimi. Izmikajo se očesnemu stiku, govor je reven, uporabljajo neustrezne besede, imajo težave v razumevanju in vzdrževanju običajnega komunikacijskega vzorca (Gorše Muhič, 2009). Komunikacija s pacienti s psihotično motnjo je zato lahko zelo težavna in naporna. MS poskuša razumeti in osmisli to, kar patient reče. Toda to je zelo težko, če patient halucinira, če je odmaknjen od realnosti ali če trdovratno molči. Če je verbalna komunikacija nemogoča, je naloga MS, da vzdržuje neverbalno komunikacijo. To pomeni, da prezivi čas s pacientom tudi, če je le-ta popolnoma tiho. Prisotnost MS ob pacientu pomeni kontakt z realnostjo, lahko pa MS s tem izraža svoje resnično zanimanje za pacienta. Klicanje pacienta z imenom, opozarjanje pacienta na dan in čas, komentiranje dogajanja v okolju so še dodatni in koristni načini ohranjanja stika s pacientom, ki ima težave z orientacijo v realnost in verbalno komunikacijo. Pacienti, ki so prepuščeni sami sebi, so bolj okupirani s svojo psihozo, tako da sta prisotnost in čas, ki ga MS prezivi ob pacientu zelo pomembna, četudi MS ni prepričana, da se pacient zaveda njene prisotnosti (Shives, 2011). Pomembno je torej, da MS čim bolj razume patientovo doživljanje in da mu z nudjenjem pomoči ne škoduje. Včasih je bolje le poslušati, kot pa neustrezno ukrepati in s tem povzročiti, da je pacient še dodatno vznemirjen (Videbeck, 2005).

Nekatere tehnik terapevtske komunikacije lahko negativno vplivajo na medosebni odnos (Varcarolis, 2006 v Vončina, 2009). MS potrebuje veliko praktičnih izkušenj, da se izogiba nepravilnim pristopom v komunikaciji (Videbeck, 2005 v Vončina, 2009). Najpogosteji nepravilni pristopi oziroma neterapevtske komunikacijske tehnik so opažene pri MS z manj izkušnjami v psihiatriji (Varcarolis, 2006 v Vončina, 2009). Pogoste napake, ki se pojavljajo v komunikaciji s pacientom, so: MS skuša korigirati paciente blodnje. Potrebno je vedeti, da so blodnje po definiciji napačna prepričanja, ki bazirajo na nepravilnem sklepanju realitete in namreč ne moremo vplivati z razumnostjo in prepričanji (Pregelj, Kobentar, 2009; Barker, 2009). Nepripravljenost poslušati, nestrnno prekinjanje pacienta, da le-ta nima prave možnosti izraziti, kar si želi, gledanje mimo pacienta, dajanje nejasnih odgovorov – vse to so elementi komunikacije, ki lahko pacienta napolnijo z odprom in nezaupanjem. MS mora

prepoznati znake nemira, napetosti, da lahko pravočasno prepreči posledice možnega izbruha agresije (Hajdinjak, Meglič, 2006).

2. Dihanje in krvni obtok

Pri pacientih s psihotično motnjo lahko v akutni fazi pride do povišanih vrednosti vitalnih funkcij, srce bije močnejše in hitreje, dihanje postane hitrejše, a bolj plitvo. Kadar psihozo spremlja napad tesnobe, se pojavijo še kratka sapa, občutek zadušitve, pojavi se lahko bolečina v prsih in slabost (Schultz, Videbeck, 2009).

Pomoč MS lahko nudi tako, da se nauči sprostivnih tehnik (npr. globoko dihanje je preprost način sproščanja, uporaben kjerkoli), ki jih potem učinkovito posreduje naprej pacientom, ki reagirajo na stres, so tesnobni, panični. Glavna skrb MS je, da zagotovi varno okolje in bolnikovo zasebnost. To pa lahko stori z uporabo mirnega, pomirjujočega glasu. Obenem pa mora dajati kratka, razumljiva navodila, ki jim bo pacient lahko sledil (Schultz, Videbeck, 2009).

3. Prehranjevanje in pitje

Lahko je prisotna motnja prehranjevanja, ki se kaže kot odklanjanje hrane ali pa kot prekomerno hranjenje. V akutni fazi bolezni (ko so pogoste blodnje in halucinacije) pacienti zelo pogosto odklanjajo hrano in pijačo, ker se bojijo, da je hrana zastrupljena. Neredko ne prepozna občutka za lakoto in žejo, hrano in pijačo okušajo in vonjajo drugače, nimajo občutka, kako in koliko hrane in pijače zaužiti. Pri tem lahko pride do izgube telesne teže. Pri nekaterih bolnikih lahko pride do prekomernega uživanja vode (*polidipsije*), kar lahko vodi do zastrupitve z vodo, bolnik bo zato potreboval še dodaten nadzor (Schultz, Videbeck, 2009). Kasneje, med zdravljenjem, pa lahko antipsihotiki, ki vzbujajo apetit, in slabi življenjski pogoji prispevajo k visoki stopnji debelosti, povišanim maščobam v krvi (*hiperlipidemiji*) in sladkorni bolezni (Videbeck, 2008). Lahko pa strah pred povečanjem telesne teže ogrozi redno jemanje predpisane terapije, kar lahko privede do ponovnega izbruha bolezni. MS mora v akutni fazi nadzorovati vnos hrane in tekočine, morda je smiselno vsakodnevno tehtanje. Pacientu mora zagotoviti varnost in nadzorovati jemanje predpisane terapije. Pacienta mora vzpodbujiati k čim bolj neodvisnemu vedenju, ga usmerjati v realnost in mu pomagati pri vzdrževanju koncentracije za izvedbo teh nalog (Videbeck, 2008; Schultz in Videbeck, 2009). Aktivno delovanje na spremembi vedenja tudi lahko vodi do večje socialne interakcije ter k povečanju znanja za pomembnost dobrega fizičnega počutja (Sameby et al, 2008).

4. Izločanje in odvajanje

Pacienti s psihotično motnjo imajo lahko iz različnih vzrokov težave pri tej aktivnosti. Tako lahko zaradi vpliva antipsihotikov, močnih pomirjeval, zmanjšanega vnosa tekočine in manjši telesni aktivnosti pride do obstipacije in retence urina. Zaradi strahu in tesnobe pa se lahko pojavi pogostejša mikcija. Potrebno je nadzorovati defekacijo in mikcijo. MS mora imeti skrb, da ima pacient urejeno prebavo. Skrbi za to, da pacient uživa ustrezno prehrano, bogato z vlakninami, ter da popije ustrezno količino tekočine. Spodbuja ga k telesni aktivnosti. Pri odmaknjениh pacientih, ki so tako zaposleni sami s sabo, da potrebe po izločanju sploh ne čutijo, mora biti MS tista, ki ga vodi na stranišče in tako prepreči inkontinenco. S pacientom se pogovarja v kratkih, jedrnatih in konkretnih stavkih. Z enostavnimi navodili bo lažje izpolnjeval kompleksnejše naloge (Schultz, Videbeck, 2009; Varcarolis, 2006; Videbeck, 2008; Stuart, 2009).

5. Gibanje in ustrezna lega

Spremembe pri tej aktivnosti se kažejo kot psihomotorična vzburjenost ali pa kot katatonski nemir. Vzrok so poleg bolezni same lahko halucinacije telesnih občutkov in pa vpliv antipsihotičnih zdravil. Ko je pacient psihomotorno pospešen, lahko izvaja nesmotrne gibe, pri tem kriči, vpije, lahko je agresiven. Pri katatoniji pa je negiben, na dražljaje ne reagira, ne sprejema hrane in tekočine. Zaradi stranskih učinkov zdravil se lahko pri pacientu pojavi oteženo gibanje, motorična napetost ali

okorelost. Nasprotno od tega pa je zaradi učinka zdravil lahko v stalnem gibanju, ima občutek nemirnih nog, se preseda ali prestopa (Videbeck, 2008, Schultz, Videbeck, 2009). Pomembno vlogo ima ocena stanja pacienta (zagotavljanje varnosti: preprečevanje samopoškodb, poškodb; motenj v prehranjenosti, hidraciji; nastanka razjed zaradi pritiska). Pacienta MS spodbuja k vključevanju v aktivnosti. Najprej ga vključi v aktivnosti, v katerih bo najprej z enim človekom, potem v majhni skupini in šele postopno v večjih skupinah. Če postopno povečuje število ljudi, s katerimi pride v stik, se bo počutil manj ogroženega (Schultz, Videbeck, 2009).

6. Spanje in počitek

Pogosto se pojavljajo nespečnost, moten ritem spanja, pretiran spanec, poležavanje in nezmožnost, da bi se človek spočil. Ker se pacienti s psihotično motnjo redko udeležujejo dnevnih, zlasti pa popoldanskih zaposlitvenih aktivnosti in jih pogosto celo prespijo, je njihov nočni spanec manj kakovosten, so zato bolj razdražljivi, težje se koncentrirajo. Spanec je lahko moten zaradi vpliva halucinacij, blodenj, strahu ali vpliva motečih dejavnikov na oddelku. MS vzpodbuja paciente k aktivnemu udejstvovanju prek dneva (Schultz, Videbeck, 2009).

7. Oblačenje in slačenje

Pri pacientih, katerih miselni proces je moten, se pogosto opaža pomanjkljivost oziroma neprimernost pri oblačenju, neprimerne pričeske in nošenje različnih okraskov, modnih dodatkov (Schultz, Videbeck, 2009). MS pacientu pomaga pri izbiri oblačil, ki naj bodo umirjenih barv in enostavnih krojev. Tako je manjša možnost, da bi pacient zbujal neželeno pozornost, s tem MS pacientu pomaga ohraniti dostojanstvo (Varcarolis, 2006).

8. Vzdrževanje normalne telesne temperature

Do spremembe v telesni temperaturi lahko privede huda tesnoba, zaradi katere lahko postane pacient nemiren, jezen, razdražljiv. Zaradi dviga adrenalina se poviša telesna temperatura, kar se kaže z znojenjem, rdečico obraza. Do spremembe telesne temperature lahko pride tudi zaradi vpliva halucinacij in blodenj, ko se pacient prične nenavadno oblačiti, se slači v javnosti. MS mora biti pozorna tudi na učinke zdravil, ki lahko povzročijo maligni nevroleptični sindrom. Temperaturo MS zato kontrolira dnevno (Videbeck, 2008).

9. Osebna higiena in urejenost

Kljub temu, da je pojav bolezni nenaden in zahrbiten, pa je ena prvih sprememb, ki se pokaže pri pacientu s psihozo ta, da počasi in postopoma opušča skrb za lastno urejenost (Videbeck, 2008). Pacient s psihozo lahko zgleda neurejeno, kar kaže na njegovo nezmožnost skrbeti zase (Antai Otong, 2003 v Vončina, 2009). MS pacienta spodbuja in motivira k čim manjši neodvisnosti od negovalnega osebja. Pacienta tudi pohvali za vsak dosežek (Schultz, Videbeck, 2009; Videbeck, 2008; Stuart, 2009).

10. Izogibanje nevarnostim v okolju

Iz okolja je potrebno odstraniti vse negativne dejavnike. Zaradi strahu in razdražljivosti lahko pride do hetero- ali avtoagresije. MS mora biti pozorna na spremembe v vedenju pacienta, da lahko pravočasno ukrepa (Schultz, Videbeck, 2009). Ali bo pacient nasilen ali ne, je odvisno od številnih dejavnikov: osebnosti pacienta, narave bolezni (dejavniki tveganja so preganjalne in nanašalne blodnje, imperativne halucinacije, motnje zavesti), okolja in osebja. Za zagotavljanje terapevtskega okolja je pomembno, da so tisti, ki so dnevno v stiku s pacienti, iskreni, prijazni, da jim je za paciente resnično mar (Varcarolis, 2006).

11. Izražanje verskih čustev

Pacientov odnos do vere, verskih čustev je njegova intimna odločitev in MS jo mora spoštovati, biti do različnih verskih prepričanj strpna in mu omogočiti zadovoljevanje teh potreb (Varcarolis, 2006).

12. Koristno delo, razvedrilo in rekreacija

Psihozu je bolezen, ki zaradi motnje pozornosti, spomina in abstraktnega mišljenja, hitro prizadene delovno sposobnost in povzroči izgubo zaposlitve in tako posledično vpliva na zadovoljevanje osnovnih potreb. Zato je pomembno, da se pacienta čim prej vključi v organizirane dejavnosti, v dobro strukturirano in predvidljivo okolje. Potrebuje motivacijo, vzpodbudo in usmerjanje (Varcarolis, 2006). Avtorici (Schultz in Videbeck, 2009) opozarjata na pomen čim krajše hospitalizacije, saj se s tem povečuje pacientovo samozaupanje, zmanjša pa se odvisnost od institucij in pomoči s strani drugih. Večja je tudi možnost vrnitve v skupnost s čim manj omejitvami.

Pacienti, pri katerih so miselni procesi moteni, ne vedo, kaj početi v prostem času. MS opazuje, spodbuja podpira, motivira in svetuje pacientu, da svoj prosti čas preživi čim bolj kvalitetno (Varcarolis, 2006). Pacienti s psihotično motnjo so manj telesno aktivni kot večina populacije (Sameby et al, 2008). Vzroki za to so predvsem pogosto poglabljanje anksioznosti ter prisotnost depresivne simptomatike, kar posledično zmanjša motivacijo za telesno aktivnost. Telesna aktivnost pa ne prinaša le pozitivnih telesnih učinkov, zmanjšanje telesne teže, temveč tudi zmanjšanje simptomatike ter izboljšuje socialno funkcionalnost posameznika (Sameby et al, 2008).

13. Učenje in pridobivanje znanja

Pri tej temeljni življenjski aktivnosti ima pomembno vlogo zdravstvena vzgoja pacienta in njegove družine. Literatura (Varcarolis, 2006; Schultz in Videbeck, 2009; Stuart, 2009) navaja, da imajo pri preprečevanju remisij ključno vlogo razumevanje bolezni, nadaljevanje zdravljenja, spremljanje bolezni, prepoznavanje znakov poslabšanja in pogovor o strahovih, negotovosti, ki se ob tem pojavljajo. Pacient in njegova družina naj v zdravstvenovzgojnem procesu sodelujeta aktivno.

Zaključek

Pri obravnavi pacienta s psihotično motnjo mora MS s svojim znanjem in strokovnim delom pozitivno vplivati na pacienta, saj so po večini ti pacienti nezaupljivi, prestrašeni. S svojim delom si mora pridobiti pacientovo zaupanje, znati ga mora poslušati, se z njim pogovarjati, mu svetovati. Imeti mora sposobnost vživeti se v njegovo situacijo, imeti torej sposobnost empatije. Iz literature lahko povzamemo, da ima komunikacija v psihiatrični zdravstveni negi velik pomen, saj je eno od osnovnih orodij zdravstvene nege pacienta s psihotično motnjo. Delo s takšnim pacientom je povezano s stalno komunikacijo, ki je del poklicnega delovanja MS in tudi terapevtsko sredstvo za pomoč pacientu. Namenjena je zadovoljevanju osnovnih potreb pacienta, saj prek nje MS zaznava pacientovo enkratnost, jo upošteva in se nanjo odziva. S pomočjo komunikacije MS osnuje odnos do sočloveka in izpostavi svoje poklicno poslanstvo kot pomočnica posamezniku ali družini v preventivi, v zdravljenju, pri doživljanju bolezni in trpljenju. Prek komunikacije posreduje informacije ter pomaga pacientu izražati občutke in duševne reakcije na bolezen.

Zdravstvena nega pacienta s psihozo je zelo obširna in večplastna, saj ne zajema pacienta le na telesni ravni, ampak tudi na psihični ter na vsakem koraku njegovega življenja. Večina patientov s psihotično motnjo je socialno izolirana, težko dobijo službo in na splošno imajo slabšo kvaliteto življenja. Dejavnik za to je narava bolezni sama, lahko pa tudi splošno nepoznavanje in stigmatizacija te bolezni, neznanje komuniciranja, nepravi pristopi pomoči. Skozi delo smo skušali osvetliti več negovalnih problemov in možnih pristopov k reševanju, vendar bo za dejansko izboljšanje kvalitete življenja potreben tako biopsihosocioekonomski pristop kot tudi multidisciplinarni pristop in razvijanje ter izboljševanje samih aktivnosti zdravstvene nege.

Motnje na področju duševnega zdravja bi bilo smiselno predstaviti že v zadnjem razredu osnovne šole, imeti regijska izobraževalna srečanja o poznovanju problematike posameznega obolenja na področju duševnega zdravja. S tem bi skušali povečati občutljivost širše javnosti za sprejemanje drugačnih, ki imajo iste pravice do kakovostnega življenja kot zdravi ljudje. Če uporabimo metaforičen izraz za delovanje MS, bi lahko rekli, da MS posamezniku skuša pomagati graditi »temelje« njihove »hiše« in ga vodi, da pravilno in pravočasno pristopi k »vzdrževanju« svoje bivanjske okolice.

Zdravko Zupančič je leta 1994 v svoji knjigi Mali vedež retorike napisal: »Ne obravnavajmo pacientov kot številke, sprejmimo jih kot vsakokratno neponovljivo osebo. Pazimo, da ne gledamo mimo, ampak v oči. Pogled je poleg besede najmočnejši dotik. Nasmehnimo se, kajti s tem lahko pacienta spodbudimo, da spregovori. Nihče ne potrebuje smehljaja tako nujno kot tisti, ki ga sam ne zna dati.«

Biti zdrav, pomeni biti »srečen«.

Biti bolan, pomeni »biti nesrečen«.

Biti med zdravjem in boleznijo, pomeni »biti v precepnu«.

Razumeti bolezen, pomeni »pot k miru«.

Sprejeti bolezen, pomeni »pot k zmagi«!

»Zdrav človek ima tisoč želja, bolan eno samo ... ozdraveti.« (ljudski pregovor)

Literatura

1. Barker P. Psychiatric and Mental Health Nursing. In: Jensen, Forchuk, ed. The person who experiences disturbing beliefs. Scotland: University of Dundee; 2009: 206 – 11.
2. Barker P. Psychiatric and Mental Health Nursing. In: Simpson A, Wright J, eds. Admission to a psychiatric unit. Scotland: University of Dundee; 2009: 519 – 27.
3. Coffey M, Hewitt J. »You don't talk about the voices«: Voice hearers and community mental health nurse talk about responding to voice hearing experience. *J Clin Nurs.* 2008;17(12):1591–1600.
4. Čuk V. Zdravstvena nega in duševno zdravje. *Obzor Zdrav Neg.* 2010;44(3):145 – 6.
5. Faganelj But M. Razpoloženske (afektivne) motnje. In: Kores Plesničar B, ed. Funkcionalno izobraževanje iz psihiatrične zdravstvene nege in psihiatrije. Pohorski dvor: Splošna bolnišnica Maribor, Oddelek za psihiatrijo; 2003: 78–84.
6. Flajs N. Komunikacija na delovnem mestu. In: Kaučič BM, Lahe M, eds. *Zbornik predavanja s strokovnega seminarja za medicinske sestre in zdravstvene tehnike.* Maribor: društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov; 2003: 12–3.
7. Gnezda S. Zgodovina psihiatrične zdravstvene nege. In: Pregelj P, Kobentar R, eds. *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju.* Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana; 2009: 17–21.
8. Gorše Muhič M. Terapevtska komunikacija. In: Pregelj P, Kobentar R, eds. *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju.* Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana; 2009: 31–9.
9. Gorše Muhič M. Vzpostavljanje terapevtskega odnosa. In: Pregelj P, Kobentar R, eds. *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju.* Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana; 2009: 40–7.
10. Gorše Muhič M. Zdravstvena nega pacienta s shizofrenijo. In: Kobentar R, Kogovšek B, eds. *Priročnik zdravstvene nege in psihiatrije.* Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana; 2009: 87 – 9.
11. Gosarič M. Pomen komunikacije v psihiatrični zdravstveni negi [diplomsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru; 2005: 11–39.
12. Hajdinjak G, Meglič R. Sodobna zdravstvena nega. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo; 2006.
13. Hewitt J, Coffey M. Therapeutic working relationships with people with schizophrenia: literature review. *J Adv Nurs.* 2005;52(5):561–70.
14. Hrovat N, Žagar M. Zdravstvena nega mladostnika s psihotično motnjo – Prikaz problemov po temeljnih življenjskih aktivnostih. In: Čuk V, eds. *Obravnavna mladostnika s psihozo.*

- Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2006: 22–9.
15. Humar S. Sodelovanje pacientov pri zdravstveni obravnavi duševnih motenj [diplomsko delo]. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2011.
 16. Jensterle J, Pregelj P. Psihoza. In Pregelj P, Kobentar R, eds. Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana; 2009: 163–8.
 17. Kogovšek B, Škerbincek L. Zdravstvena nega bolnika z duševnimi motnjami. Ljubljana: Tehniška založba Slovenije; 2002.
 18. Kovačič M. Sprejem pacienta z duševno motnjo na oddelek psihiatrije [diplomsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru; 2010: 28.
 19. Nedog K. Psihodinamsko zasnovana zdravstvena nega psihotičnih bolnikov na oddelku psihiatrične bolnišnice. Obzor Zdrav Neg. 2004;38(2):129–30.
 20. Ramšak Pajk J, Hildegard E. Peplau in model medosebnih odnosov. Obzor Zdrav Neg. 2000;34(1-2):27–31.
 21. Sameby B, Söderberg H, Hedström M, Awaern M. Health Improving Measures for Patients Suffering from Psychosis. Nursing science and research in the NORDIC countries; 2008 4-9.
 22. Schultz JM, Videbeck SL. Psychiatric nursing care plans. 8th ed. Lippincott: Williams & Wilkins; 2009: 72–7, 156–80.
 23. Shives LR. Basic Concepts of Psychiatric – Mental Health Nursing 7th ed. Lippincott: Williams & Wilkins; 2011: 136–47.
 24. Simpson AE, Wright J. Admission to a psychiatric unit. In: Barker P, eds. Psychiatric and mental health nursing: the craft if careing . 2th ed. London: Hodder Arnold; 2009: 519–27.
 25. Stuart GW. Therapeutic nurse – patient relationship. In: Stuart GW, Laraia MT, eds. Principles and practice of psychiatric nursing. 8ht ed. St. Louis: Elsevier Mosby, 2005; 15–49.
 26. Stuart GW. Principles and practise of psychiatric nursing. 9th ed. St. Louis: Mosby; 2009: 71–74, 334–67.
 27. Varcarolis EM. Manual of psychiatric nursing care plans: diagnoses, clinical tools, and psychopharmacology. 3th ed. St. Louis: Saunders Elsevier; 2006: 6–243.
 28. Vec T. Specifične komunikacijske tehnike v svetovalno-terapevtski praksi. Socialna pedagogika. 2002;6(4):429–30.
 29. Videbeck SL. Therapeutic Communication. Psychiatric mental health nursing. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005: 106–29.
 30. Videbeck SL. Psychiatric - mental health nursing. 4th ed. Lippincott: Williams& Wilkins; 2008: 241–65, 267- 93.
 31. Vončina J. Terapevtska komunikacija pri pacientu z blodnjami in halucinacijami: diplomsko delo. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Visoka šola za zdravstvo; 2009: 23–44.
 32. Zupančič Z. Mali vedež retorike: veščina javnega govorjenja in nastopanja. Ljubljana: Pravljično gledališče; 1996.

VLOGA ZDRAVSTVENE VZGOJE PRI UŽIVANJU MEDIKAMENTOZNE TERAPIJE PACIENTOV S PSIHOTIČNO MOTNJO V PSIHIATRIČNI BOLNIŠNICI IDRIJA

The Role of Health Education in Drug Therapy Treatment of Patients with Psychotic Disorders at Psychiatric Hospital Idrija

Andreja Sedej Kodela, dipl. m. s.

Zorica Filipovič, dipl. m. s.

Psihiatrična bolnišnica Idrija

andreja.kodela@pb-idrija.si

Izvleček

Izhodišča: Zdravstvena vzgoja v procesu zdravljenja pacientov predstavlja pomembno vlogo. Pomembno je, da je zdravstvena vzgoja načrtovan, dokumentiran, kontinuiran in evaluiran proces. Z dobro zdravstveno vzgojo pacient namreč doseže primerno znanje za varno in samostojno uživanje zdravil. Namen raziskave je bil ugotoviti, kakšne so potrebe pacientov s psihotično motnjo po zdravstveni vzgoji pri uživanju medikamentozne terapije ter kakšna je vloga medicinskih sester.

Metode: Uporabljena je bila deskriptivna in kvantitativna metoda raziskovanja z anketnim vprašalnikom na vzorcu 50 pacientov v času hospitalizacije. Raziskava je potekala od maja do junija 2012 v Psihiatrični bolnišnici Idrija na treh bolniških oddelkih. Anketni vprašalnik je bil sestavljen za raziskavo in je obsegal šestindvajset vprašanj dihotomnega tipa, zaprtega-izbirnega tipa, eno vprašanje pa je bilo odprtrega tipa. Uporabljena so bila etična načela raziskovanja. **Rezultati in diskusija:** Od 50 razdeljenih vprašalnikov jih je bilo vrnjenih 38. V vzorcu je sodelovalo 13 žensk in 25 oseb moškega spola. 34 pacientov, vključenih v raziskavo, je izrazilo željo po pridobivanju znanj v zvezi s predpisano medikamentozno terapijo. Informacije o bolezni, predpisanih zdravilih, stranskih učinkih jim v več kot 50 % daje zdravnik. Medicinske sestre jim dajejo informacije v zvezi s tem le v 15-20 %. S stranskimi učinki zdravil je dobro seznanjena le ena tretjina pacientov. Rezultati so pokazali, da si pacienti želijo pridobivati tovrstna znanja. Vloga medicinskih sester pri zdravstvenovzgojnem delu na področju medikamentozne terapije je zelo majhna in zanemarjena, zato se v Psihiatrični bolnišnici Idrija kaže potreba po oblikovanju zdravstveno vzgojnih vsebin na tem področju v prihodnje.

Ključne besede: zdravstvena vzgoja, medikamentozna terapija, psihotična motnja, sodelovanje pri zdravljenju

Abstract

Introduction: Health education during the process of treating patients plays an important role. It is important that the health education is a well-planned, documented, continuous and evaluated process. Through appropriate health education, the patient gains the necessary knowledge for safe and independent administration of drugs. The aim of the research was to determine the needs of patients with psychotic disorders after gaining a health education while receiving drug therapy, and the role of nurses. **Methods:** A descriptive and quantitative approach was used, with a survey performed on a sample of 50 patients during their hospitalization. The research was carried out between May and June 2012 at psychiatric hospital Idrija in three departments. The questionnaire was designed in line with the research goal and comprised twenty-six dichotomous type and closed-ended questions, with one question being open-ended. Ethical principles of research were used. **Results and discussion:** Out of 50 distributed questionnaires, 38 were returned. The sample included 13 female and 25 male patients. 34 patients who participated in the research expressed a wish to learn more about the prescribed drug treatment. Information on the disease, prescribed drugs, and side effects were given by the physician in 50% of the cases. Nurses provided this information only in 15-20% of the cases. Only one third of the patients are well acquainted with the side effects of drugs. Results indicate that patients wanted to have this knowledge.

The role of nurses in medical education is very small and neglected. Therefore, in psychiatric hospital Idrija, there is a need to develop training content in this area in the future.

Keywords: health education, drug therapy, psychotic disorder, compliance

Uvod

Psihofarmakologija, povezana z različimi pacientu prilagojenimi psihoterapevtskimi pristopi, danes predstavlja sodobno obliko zdravljenja za večino pacientov z duševno motnjo. Poleg drugih oblik zdravljenja je za večino teh bolnikov pomembno tudi redno jemanje predpisanih zdravil. Vse to izboljšuje prognozo duševnih motenj in pacienta spodbuja k prevzemanju drugačnih vlog (Žvan, 1999). Sestavni del načrtovanja medikamentozne terapije je tudi učenje pacientov in svojcev o predpisani medikamentozni terapiji. Zelo pomembno vlogo pri tem imajo medicinske sestre. Cilj učenja je, da pacienti poznajo naziv zdravila, namen uživanja, učinke in možne neželene učinke, da zdravila varno, učinkovito in samostojno uživajo ter možne neželene reakcije na zdravilo prepoznaajo. Pomembno je, da je zdravstvena vzgoja načrtovan, dokumentiran, kontinuiran in evalviran proces. Z dobro zdravstveno vzgojo namreč pacient doseže primerno znanje za varno in samostojno uživanje zdravil, prepreči nastanek zapletov bolezni, pridobi občutek samostojnosti, varnosti in samozavesti, kar mu lahko nedvomno izboljša kakovost življenja (Hoyer, 2003).

Oblike in metode zdravstvene vzgoje v psihiatrični zdravstveni negi

V psihiatrični zdravstveni negi na psihiatričnem področju se priporoča uporaba različnih metod in oblik dela, kar je odvisno od cilja, vsebine, izvajalca, pacientove sposobnosti sprejemanja, razumevanja, sodelovanja ter prostorskih in časovnih danosti. Posebej je potrebno spregovoriti o pacientovih zmožnostih sprejemanja in pomnenja informacij. Eden najpomembnejših vzrokov za pacientovo neupoštevanje nasvetov zdravnika in medicinske sestre je njegova nezmožnost, da bi se natančno spomnil, kaj mu je bilo rečeno; po drugi strani pa tudi nezmožnost zdravstvenih strokovnjakov, da bi sprejeli dejstvo, da si pacient ne zapomni vsega (Payne, Walker, 2002, str. 271). Da bi to presegli, Payne in Walker (prav tam) priporočata naslednje tehnike izboljšanja komunikacije in učenja pacientov: ustvariti pacientu prijazno okolje (dovoliti pacientu, da razloži stvari s svojimi besedami); ugotoviti, v kaj pacient verjame; spodbujati povratne informacije. Poudariti je potrebno pomen določene vsebine in jo ponavljati, uporabiti je potrebno pacientu razumljivi jezik ter povedati pomembne informacije najprej in jih na koncu ponoviti. Podajati je potrebno specifične informacije in ne nejasnih splošnih. Vse povedano je potrebno podpreti s pisnim materialom, napisanim v pacientu razumljivem jeziku. Od učnih oblik se priporoča individualno obliko, ki zajema delo s posameznikom in je za psihiatrijo zelo značilna (Hoyer, 2003, str. 271). Ravnik (2000) omenja tudi skupinsko obliko, ki ima nesporno toliko prednosti, da se je nujno potruditi in jo uvesti v zdravstvenovzgojno delo, če je le mogoče. Od učnih metod se priporoča metodo ustnega razlaganja, učnega pogovora, delo z besedili, demonstracije ter metodo odgovorov izvedencev (Hoyer, 2003, str. 271). Od vzgojnih metod so najpomembnejše metode prepričevanja in navajanja, metode spodbujanja in metode igranja vlog (Hoyer, prav tam).

Sodelovanje pacientov pri uživanju medikamentozne terapije

Grubič Novak (1997) ugotavlja, da je slabo sodelovanje pacientov pri uživanju zdravil huda težava. Avtorica navaja podatek, da se že med hospitalizacijo 15 do 33 % pacientov ne drži navodil o uživanju zdravil. Odstotek se bistveno poveča po odpustu, ko mnogi uživanje zdravil povsem opustijo. Osnova uspešnega zdravljenja in preprečevanja recidivov je upoštevanje navodil glede uživanja zdravil, zato je pacientu potrebno omogočiti pravilno informacijo o bolezni in možnostih zdravljenja. Dejavniki, ki vplivajo na pacientovo odločitev o uživanju zdravil, vključujejo pacientovo zavedanje lastne bolezni, zaupanje v obravnavo, poznavanje stranskih učinkov in znanje za ustrezno ukrepanje ob pojavi le-teh (Gray et al., 2002). Nekompilantno obnašanje lahko opredelimo kot različne vrste nesodelovanja, in sicer: prepozno iskanje zdravstvene pomoči, nesodelovanje v programih zgodnjega odkrivanja bolezni, opuščanje kontrolnih pregledov in neizpolnjevanje navodil zdravnika (Vermeire et al., 2001; Petek, 2002). Petkova (2002) primarno nesodelujočega pacienta opredeljuje kot pacienta, ki prejme recept,

vendar v lekarno po zdravilo ne gre, uživa nepravilne odmerke ob nepravem času, zdravila uživa neredno ali z uživanjem zdravil preneha prezgodaj; in sekundarno nesodelajočega pacienta, ki ne pride iskat ponovnega recepta za nadaljevanje zdravljenja. Nesodelovanje je lahko hoteno ali nehoteno. Večina patientov vsaj občasno dela nehotene napake pri uživanju zdravil zaradi pozabljalosti ali nerazumevanja navodil. Vendar je tudi hoteno nesodelovanje pomembna težava. Kot najpomembnejši vzrok za opustitev zdravljenja opiše dobro počutje pacienta, katerega posledica je prenehanje uživanja predpisanih zdravil. Vzpostavitev sodelovanja pri zdravljenju zato zahteva zavestno spremembo v obnašanju. Pacienti lahko slabo poznajo zdravila, ki jih prejemajo, zato je tudi njihovo sodelovanje pri zdravljenju slabše (Tavčar et al., 2000). Z izobraževanjem patientov se povečuje njihovo razumevanje narave in obravnave bolezni, s čimer se poveča tudi sodelovanje pri zdravljenju (Gray et al., 2002).

Informiranje paciente o bolezni in jemanju zdravil

Informiranje paciente o bolezni in zdravljenju je predvsem naloga zdravnika. Ko je pacient seznanjen z bolezni in o njej primerno ozaveščen ter pristane na predlagane postopke in načine zdravljenja, se v informacijski krog lahko vključijo tudi drugi člani zdravstvenega tima. V prvi vrsti so to medicinske sestre, ki paciente natančno poučijo in postopno odgovarjajo na pacienteva vprašanja in dileme, tudi v primeru, ko se vprašanja nanašajo na uživanje zdravil (Hoyer, 2003). Pri informirjanju je za pacienta izjemnega pomena, da so postopki standardizirani in znotraj tima dorečeni. Zmedenost in nekoherentnost informacij vplivata na pacientevo nezaupanje in negotovost, zato je pomembno, da se člani tima med seboj obveščajo, kaj bolnik sprašuje in o čem je že bil informiran (Hoyer, prav tam).

Učenje paciente o jemanju zdravil in stranskih učinkih

Sestavni del načrtovanja medikamentozne terapije je učenje patientov in svojcev o predpisani medikamentozni terapiji. Medicinske sestre imajo pri tem pomembno vlogo. Učenje je odvisno od predisanega zdravila in od potreb paciente. Pacient ima različne potrebe po učenju, kar terja različne pristope s strani medicinske sestre (Ashenbrenner et al., 2002). Pri načrtovanju učenja medicinska sestra upošteva, ali ima pacient kakšno bolezen, ki predstavlja večje tveganje za nastanek neželenih učinkov zdravila; ali ima motnje vida, ki onemogočajo branje oz. omogočajo napake pri branju navodil za uživanje zdravil; ali ima motnje sluha, kar je lahko razlog za slabo razumevanje ustnih navodil; ali ima motnje fine motorike, ki lahko povzročijo težave pri odpiranju embalaže, in ali ima težje spominske motnje ter potrebuje pomoč pri uživanju zdravil (Ashenbrenner et al., 2002). Medicinska sestra uporablja več različnih pristopov pri učenju, informirjanju in zdravstveni vzgoji patientov. Učenje izvaja počasi, postopoma poudarja bistvene informacije in spodbuja paciente k spraševanju. Mora se prepričati, da pacient njena navodila razume (Rašković Malnaršič, 2003). Poleg ustne razlage o učinkih in delovanju zdravil se pacientevom priporoči tudi pisni material, na katerem dobijo popolne informacije o delovanju in uporabi posameznega zdravila (Townsend, 2003). Navodila so lahko standardizirana in pripravljena vnaprej. Če jih ni, lahko medicinska sestra sama napiše preprosta navodila o uživanju zdravil (Ashenbrenner et al., 2002).

Zdravstvena vzgoja in svetovanje pacientu pri jemanju zdravil

Pacientom se svetuje, naj ne uživajo zdravil, ki jih zdravnik ni predpisal. Zdravila naj jemljejo, kot je predpisano, tudi če se počutijo dobro. Pojasni se jim, da prekinitev uživanja lahko povzroči povrnitev simptomov bolezni. Paciente se opozori, naj ne vzamejo dveh odmerkov naenkrat, če pozabijo vzeti predhodni odmerek zdravila (Townsend, 2003). Pomembno je, da pred odpustom iz bolnišnice paciente pozna predpisana zdravila, njihove stranske učinke in način jemanja (Rumež Bizjak, 1997). Pomembno je tudi, da upošteva točnost, natančnost uživanja in pravilne presledke med posameznimi odmerki zdravil (Hoyer, 2003). Upoštevati mora, da lahko odmerek zdravila, ki ga je pozabil vzeti, vzame le, če je od časa, ko bi ga moral vzeti, minilo največ 3–4 ure. Če je minilo več kot 4 ure, naj pozabljeni odmerek opusti in ob predisanem času vzame naslednji odmerek. Paciente, ki pogosto pozabijo vzeti odmerek zdravila, se spodbuja, naj uporabljajo razpredelnico, v katero si sprotro zabeležijo vsak zaužiti odmerek zdravila. Lahko si pomagajo tudi s škatlicami za tablete, v katere si natančno pripravijo dnevne ali tedenske odmerke (Videback, 2001). Pacientom se svetuje, naj s seboj

nosijo identifikacijsko kartico ali preprost list papirja, na katerem imajo napisana imena zdravil, ki jih prejemajo. Tako ob obisku zdravnika ne bodo razlagali le oblike in barve tablet (Rumež Bizjak, 1997).

Učenje in svetovanje pacientu o stranskih učinkih zdravil

Načrt zdravstvenovzgojnih intervencij naj vključuje tudi spremljanje vsakega stranskega učinka, ki se pojavi ob uživanju zdravil za zdravljenje psihotičnih motenj (Townsend, 2003).

Zaspanost ali vrtoglavica zaradi uživanja predpisane terapije, ki se kaže kot podaljšano obdobje spanja/spremembe v ritmu spanja (spanje prek dneva)/neaktivnost/motnje v dnevnih aktivnostih

Paciente se uči, da se ob jemanju določenih zdravil (anksiolitiki, antipsihotiki, stabilizatorji razpoloženja) lahko pojavita zaspanost in vrtoglavica. Svetuje se jim, naj ne vozijo ali upravlajo z nevarnimi stroji, medtem ko uživajo ta zdravila. Če zaspanost in vrtoglavica postaneta stalni in motita dnevne aktivnosti, se jim svetuje posvet z zdravnikom, ki bo prilagodil odmerek zdravila (Townsend, 2003). Spodbuja se jih k dejavnostim, ki jih čez dan ohranljajo budne in aktivne, npr. šport. Svetuje se jim tudi uporabo primernih stimulansov, npr. kava ali čaj. Paciente se spodbuja naj kljub neprijetnim učinkom zdravil vztrajajo v poteku zdravljenja. Svetuje se jim, da se lahko pogovorijo o tem s pacienti, pri katerih so ti učinki že minili (Kores Plesničar, 1994). Nekateri klasični antidepresivi imajo sedativni–pomirjevalni, uspavalni učinek. V tem primeru se pacientom svetuje, naj zaprosijo zdravnika, da jim predpiše zdravilo zvečer pred spanjem, jim zniža odmerek zdravila ali jim predpiše zdravilo, ki povzroča manj zaspanosti (Townsend, 2003). Antidepresivi iz skupine triciklov lahko povzročijo meglen vid. Ob tem se paciente pouči, da ta stranski učinek izgine po nekaj tednih uživanja. Svetuje se jim, da dokler se vid ne zbistri, ne vozijo. Pri vsakdanji hoji naj se osredotočijo na majhne točke, da s tem preprečijo padce (Townsend, 2003).

Motnje v prehranjevanju (povečanje ali zmanjšanje telesne teže)

Uživanje nekaterih antidepresivov, antipsihotikov, stabilizatorjev razpoloženja povzroča pridobivanje telesne teže. Pacientom se svetuje, naj se poslužujejo hipokaloričnih diet ter naj povečajo fizično aktivnost. Po drugi strani lahko antidepresivi iz skupine SSRI-jev (zaviralci serotonina, t.i. hormona sreče) oziroma biogenega amina, ki ima v človeškem organizmu vlogo tkivnega hormona in živčnega prenašalca, povzročijo zmanjšanje telesne teže. Ob tem se pacientom svetuje, naj se poslužujejo kaloričnih diet, ki bodo zadostovale za vzdrževanje želene telesne teže. V obeh primerih se pacientom svetuje, naj kontrolirajo telesno težo vedno ob istem času na isti tehnični (Townsend, 2003). Paciente se pouči o tem, da čezmerna telesna teža s seboj prinese tudi veliko drugih telesnih težav (Kobentar, 2000).

Suha usta, slabost in bruhanje

Ob pojavu suhih ust, slabosti ali bruhanja se pacientom svetuje, naj večkrat po požirkih pijejo vodo, sesajo koščke ledu ali ližejo trde bombone. Zelo pomembna je tudi redna higiena zob in ustne votline. Paciente se uči, naj zdravila uživajo skupaj s hrano ali naj jih popijejo z mlekom, saj tako preprečijo slabost. Kapljice in sirupe si lahko redčijo s sokom (Townsend, 2003).

Pretirano slinjenje

O pojavu pretiranega slinjenja se paciente opozori že v začetku zdravljenja, zato da pozneje niso vznemirjeni. Pacientom se svetuje, da ob močnem nočnem slinjenju prekrijejo vzglavnik z brisačo ali s plastično prevleko, paciente se spodbuja, naj spijo na boku. Prepričevati jih je potrebno, da prednosti zdravljenja (npr. s klozapinom) presegajo njegove neugodne učinke (Kores Plesničar, 1994). Svetuje se jim tudi, naj za zaščito kože okrog ust uporabljajo mastne kreme ter mehke vpojne robce brez dodatkov dražečih snovi (Kobentar, 2000).

Motnje izločanja in odvajanja

Ob pojavu obstipacije se pacientom svetuje, naj uživajo hrano, bogato z vlakninami. Povečajo naj vnos tekočine (Townsend, 2003). Lahko si pomagajo z uživanjem suhega sadja ali s pitjem mineralne vode Donat Mg na teče. Paciente se spodbuja k fizični aktivnosti, če za to ni kontraindikacij (Kobentar, 2000). Ob pojavu retence urina se jim svetuje, da o tem nemudoma obvestijo zdravnika.

Svetuje se jim, naj si pri tem pomagajo tudi z različnimi metodami za stimulacijo pri uriniranju: spuščanje vode iz pipe v kopalnici, polivanje perinealnega predela z vodo (Townsend, 2003). Če ima pacient težave z inkontinenco, se mu svetuje, naj čez noč uporablja plenične predloge ali vložke. Če je možno, naj se ponoči vsaj enkrat zbudi, da izprazni sečni mehur (Kobentar, 2000).

Moten ritem spanja (nespečnost) in nemir (agitacija)

Antidepresivi iz skupine SSRI-jev lahko povzročajo nespečnost in agitacijo. Ob pojavu teh simptomov se pacientom svetuje, da se pogovorijo z zdravnikom, da bi jim morda predpisal zdravilo zjutraj. Pacientom se svetuje, da se izogibajo pitju kofeinskih napitkov in hrani, ki vsebuje poživila. Predlaga se jim relaksacijske tehnike pred spanjem. Zaradi stimulativnega učinka nekaterih zdravil (stimulansi centralnega živčnega sistema) se pacientom svetuje, naj zdravilo vzamejo vsaj šest ur pred spanjem, saj sicer lahko povzročijo nespečnost (Townsend, 2003).

Težave s kožo (mastna koža, kožni izpuščaji)

Ob pojavu mastne kože obraza pacientom svetujemo, naj si obraz pogosteje umivajo in ga čistijo z naravnimi losjoni. Opozorimo jih tudi na uživanje določene hrane, ki pospešuje izločanje žlez lojnic. Izogibajo naj se uživanju orehov, čokolade, lešnikov (Kobentar, 2000). Če se pojavi kožni izpuščaj, naj to sporočijo zdravniku. Ob tem je seveda uporaba losjonov za kožo prepovedana (Townsend, 2003).

Motnje v krvnem tlaku in motnje v srčnem ritmu

Ob pojavu motenj v krvnem tlaku (znižan krvni tlak – ortostatska hipotenzija) se pacientom svetuje, naj iz ležečega ali sedečega položaja vstajajo počasi, saj tako preprečijo padce (Townsend, 2003). Paciente je potrebno opozarjati na pitje zadostnih količin tekočine. Svetuje se jim uporaba posebnih podpornih ukrepov, npr. elastičnih nogavic. Posebno pozornost je potrebno posvetiti starejšim pacientom, ki se jim za primere nočnega vstajanja svetuje, naj najprej prižgejo luč in šele nato posebno previdno vstanejo iz postelje (Kores Plesničar, 1994). Če se pojavijo motnje v srčnem ritmu (tahikardija ali aritmija), se paciente pouči, kako si lahko izmerijo srčni utrip. Odstopanja naj sporočijo zdravniku ali drugemu zdravstvenemu delavcu. Če pacienti prejemajo antidepresive iz skupine MAOI (Neselektivni inhibitorji monoaminooksidaze), naj se izogibajo uživanju določene hrane, kot so čokolada, kokakola, jogurt, postaran sir, kava, pravi čaj ipd. Paciente se pouči, da uživanje te hrane v kombinaciji z antidepresivi iz skupine MAOI lahko povzroči nevarno hipertenzivno krizo (Townsend, 2003).

Preobčutljivost na svetlobo (fotosenzibilizacija)

Pri pacientih, ki uživajo nekatere antipsihotike ali antidepresive, se lahko pojavi preobčutljivost na svetlobo. Svetuje se jim, naj nosijo oblačila, ki jih ščitijo pred sončnimi žarki, ter sončna očala, kadar so sončnim žarkom izpostavljeni dalj časa. Opozori se jih, da se lahko opeklne pojavijo že po 30 minutah izpostavljenosti sončnim žarkom. Izogibajo naj se izpostavljanju visokim ali nizkim temperaturam, saj ob uživanju nekaterih antipsihotikov telo težje vzdržuje telesno temperaturo (Townsend, 2003).

Motnje v spolni funkciji (spolna disfunkcija)

Ob uživanju SSRI-jev se lahko pojavijo motnje v spolni funkciji. Pri zmanjšanem libidu, odloženi ejakulaciji se pojasni in pomiri paciente, da je to učinek zdravila. Pojasni se jim tudi, da je ta učinek reverzibilen. Če tovrstna težava moti zakonsko življenje, se pacientom svetuje, naj se z zdravnikom posvetujejo o možni menjavi zdravila (Townsend, 2003). Pacienti težko spregovorijo o tovrstnih težavah, zato si je potrebno prizadevati, da s primernim svetovanjem bolnike duševno razbremenimo (Kobentar, 2000). Pacient bo verjetno v zadregi pri postavljanju tovrstnih vprašanj, saj se morda boji negativnega odziva medicinske sestre. Z odprtim pogovorom se pacientu ponudi priložnost, da o teh težavah govori brez zadržkov, saj odprt dialog ustvari dober odnos in klimo za svobodno izražanje pacienta o tovrstnih skrbbeh. Pomembno je, da spolnost predstavi kot normalen vidik pri našem zdravstvenovzgojnem delu in hkrati kot vidik, ki je nujen za obstoj vsakega človeka. Medicinska sestra mora ugotoviti, ali se bolnik zaveda stranskih učinkov, ki vplivajo na spolnost, ali teh stvari ne povezuje med seboj. Medicinska sestra lahko uporabi preproste nasvete. Pacientkam, ki imajo težave z

vlaženjem nožnice, svetuje, naj uporablajo olja na bazi vode, olj ali raznih vezelinskih krem (Higgins et al., 2005). Ob pojavu amenoreje pacientke uči in pomiri, da se menstrualni ciklus povrne. Opozori jih tudi, naj ne prenehajo s kontracepcijo, saj amenoreja ne prepreči ovulacije. Moške je potrebno opozoriti, da se lahko pri jemanju SSRI-jev pojavi podaljšana erekcija penisa. Če erekcija traja več kot eno uro, se pacientom svetuje, da poiščejo zdravniško pomoč. Posledica tega je lahko impotenca. Ta pojav pa je redek (Townsend, 2003).

Svetovanje pacientom, ki uživajo stabilizatorje razpoloženja (npr. litij)

Pacientom, ki terapevtsko uživajo litij, se svetuje, naj uživajo živila iz prehranske piramide z veliko vsebnostjo natrija. Veliko naj pijejo, in sicer 6-8 velikih kozarcev vode vsak dan. Zaradi diuretičnega učinka naj se izogibajo prekomernega uživanja napitkov, ki vsebujejo kofein (pravi čaj, kava, kokakola). Paciente se opozori, da morajo o pojavu driske ali bruhanja nemudoma obvestiti zdravnika. Driska in bruhanje lahko povzročita hiponatriemijo, kar poveča možnost zastrupitve z litijem. Ob uživanju primerne diete z dovolj veliko vsebnostjo natrija lahko problem postane prevelika teža. Pacientom se svetuje, naj izbirajo živila s primerno vsebnostjo natrija, ki pa imajo nizko kalorično vrednost. Pacientom, ki uživajo litij, je potrebno poudariti, da stranski učinki lahko opozarjajo tudi na zastrupitev z litijem. O pojavu ustreznih simptomov morajo nemudoma obvestiti zdravnika. Simptomi zastrupitve z litijem so: vztrajajoča slabost, bruhanje, huda driska, ataksija, zamegljen vid, prekomerno izločanje urina, zmedenost, edemi nog in rok ipd. Paciente se pouči tudi o tem, da bodo potrebne redne kontrole krvi. Nivo litija se v začetku kontrolira na en do dva tedna oziroma po naročilu zdravnika (Townsend, 2003). Paciente se opozori, naj pred kontollo nivoja litija v krvi vzamejo odmerek zdravila (t. j. litija) ob točno določenem času. Pojasni se jim, da se natančno vrednost litija v krvi lahko določi, če je bil zadnji odmerek tega zdravila zaužit točno pred dvanajstimi urami (Videback, 2001).

Zdravstvena vzgoja in drugo svetovanje v zvezi z jemanjem zdravil

Terapevtski učinek antidepresivov se lahko pojavi šele po štirih tednih ali več rednega jemanja. Paciente se opozori, da je redno jemanje potrebno tudi, če ni takojšnjega izboljšanja. Če po štirih tednih še ni izboljšanja, se jim svetuje posvet z zdravnikom. Pacienti, ki jemljejo antidepresive, antipsihotike ali stabilizatorje, naj se izogibajo kajenju. Pojasni se jim, da kajenje veča presnova teh zdravil. Pacienti, ki ta zdravila uživajo daljše obdobje, naj ne prekinejo z jemanjem nemudoma, saj je nenadna odtegnitev lahko ogrožajoča za življenje. Pouči se jih tudi o simptomih, ki se pojavijo ob nenadni odtegnitvi. Pacienta se pouči, da o prekinitti ali prilagoditvi zdravila vedno odloča zdravnik. Pouči se jih tudi, da je pitje alkohola ob uživanju teh zdravil prepovedano, saj alkohol poveča učinek zdravila (Townsend, 2003). Ob pojavu glavobola naj pacienti vzamejo predpisane analgetike; svetujemo jim, naj zdravnika zaprosijo, da jim predpiše drug antidepresiv. Če se pojavijo simptomi, kot so bolečine v grlu, povišana telesna temperatura, nenadna spremembra razpoloženja, pojav hematomov ali ulceracij po telesu, pogosto in pekoče uriniranje ali pojav nenadnih krvavitev, se pacientom svetuje, da o svojih težavah nemudoma obvestijo zdravnika (Townsend, 2003). Glede uživanja anksiolitikov, antipsihotikov, stabilizatorjev med nosečnostjo se pacientke pouči, da uživanje teh zdravil lahko povzroči malformacije ploda, še posebej, če jih uživajo v prvem tromesečju nosečnosti. Pacientkam se svetuje, da se posvetujejo z zdravnikom v primeru, da načrtujejo nosečnost (Townsend, 2003). Paciente se pouči, da je tudi pri uživanju nekaterih antipsihotikov (npr. klozapin) potrebno kontrolirati krvne parametre, v začetku zdravljenja enkrat tedensko, kasneje enkrat mesečno. Diabetike se opozori na rednejše kontrole krvnega sladkorja, saj lahko nekateri antipsihotiki iztirijo sladkorno bolezen (Townsend, 2003). Ob uvedbi terapije depo se paciente opozori, naj ima prejeto izkaznico vedno pri sebi. Pouči se ga, da je iz izkaznice razvidna identiteta pacienta, datum uvedbe zdravila, datum zadnjega in naslednjega odmerka zdravila ter osnovni napotki pri težavah (Kobentar, 2000). Seznani se ga tudi o imenu in priimku patronažne medicinske sestre, ki mu bo terapijo depo aplicirala na domu (Ferfolja, Bašelj, 2004). Pomembno je tudi, da paciente poučimo, kako s patronažno sestro vzpostavi stik in kje ob pojavu morebitnih vprašanj lahko patronažno medicinsko sestro poišče oziroma kam jo lahko pokliče (Godin, 1996 cit. po Ferfolja, 1998). Z dobro zdravstveno vzgojo pacient doseže primerno znanje, prepreči nastanek zapletov bolezni, pridobi občutek

samostojnosti, varnosti in samozavesti, kar mu nedvomno lahko izboljša kakovost življenja (Mori Lukaničič, 2000). Pacientom, ki sodelujejo v izobraževalnih programih in pridobijo informacije, se zmanjša negativna simptomatika. Učinki zdravstvene vzgoje segajo torej dlje od sodelovanja pri zdravljenju in vplivajo na celotno dobro počutje pacientov in na kakovost njihovega življenja (Švab, 1999).

Namen in cilj raziskave

Namen raziskave je bil ugotoviti, kakšne so potrebe pacientov po zdravstveni vzgoji pri uživanju zdravil v času zdravljenja v bolnišnici.

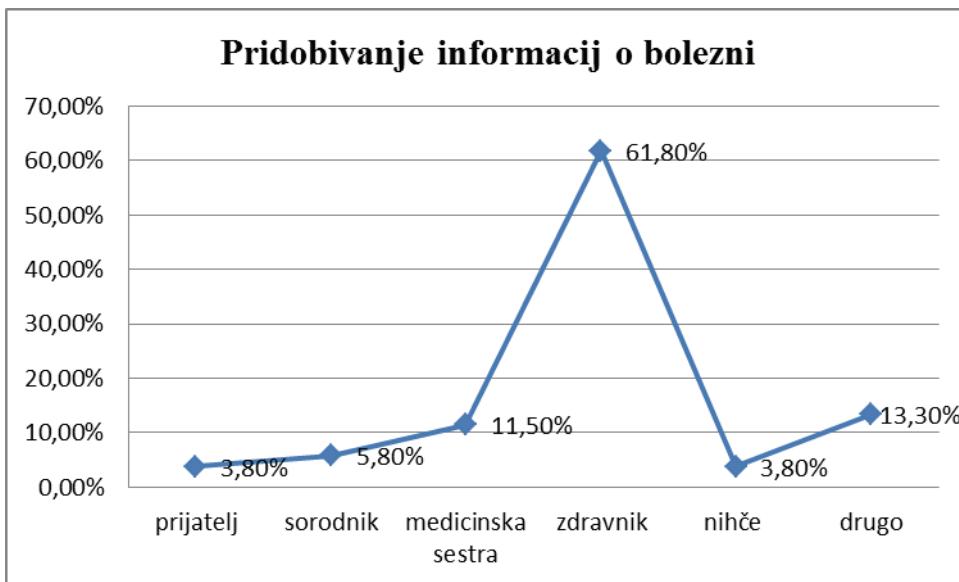
Vzorec in metode

Pilotna raziskava je potekala v Psihiatrični bolnišnici Idrija, na treh bolniških oddelkih (Sprejemni moški oddelek, Sprejemni ženski oddelek, Psihoterapevtski oddelek) v času od 03. 05. 2012 do 30. 06. 2012. Uporabljena je bila deskriptivna metoda raziskovanja, podatki so bili zbrani s pomočjo strukturiranega anketnega vprašalnika, razvitega za potrebe te raziskave. Vprašanja so bila sestavljena na podlagi podatkov angleške in slovenske literature. Anketni vprašalnik je obsegal šestindvajset vprašanj na temo informiranja pacientov v zvezi s predpisanimi zdravili. Zbrani podatki so bili računalniško obdelani z uporabo in aplikacijsko programske opreme Excel in Microsoft Word. Obdelani podatki so prikazani v tekstu ter urejeni v grafične in tabelarne strukture odgovorov. Sodelovanje v raziskavi je bilo prostovoljno, anketni vprašalnik je pacientom zagotavljal popolno anonimnost. Za dovoljenje za izvedbo ankete smo zaprosili predstojnika bolnišnice.

Izbrani vzorec so predstavljali vsi pacienti v času zdravljenja v Psihiatrični bolnišnici Idrija v izbranem časovnem obdobju. Vključenih je bilo 50 pacientov. Od 50 razdeljenih anketnih vprašalnikov je bilo vrnjenih 38 vprašalnikov, kar predstavlja 76-odstotno realizacijo vzorca. V strukturi vzorca je bilo 13 (34,2 %) oseb ženskega spola ter 25 (65,8 %) oseb moškega spola. Povprečna starost anketiranih pacientov je bila 56,7 let.

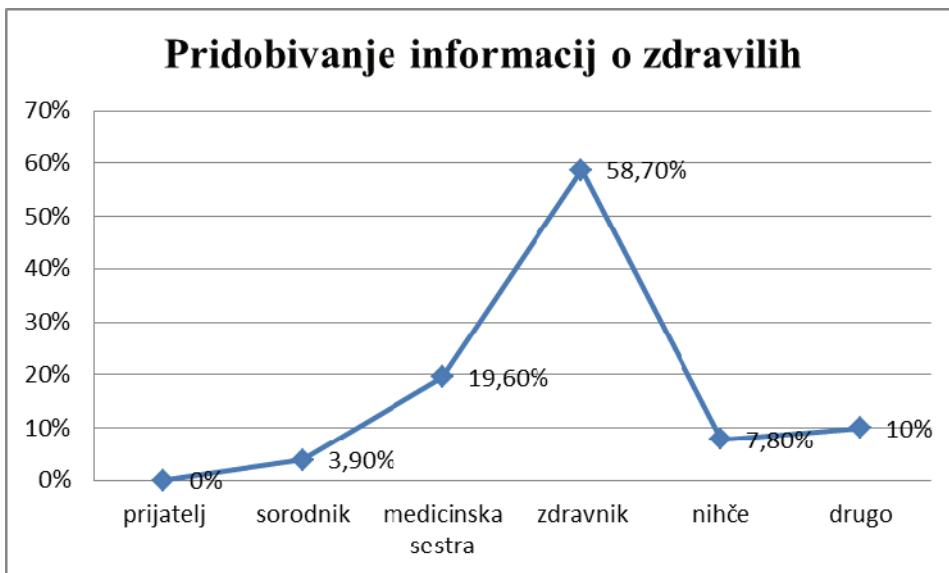
Rezultati

Na vprašanje, kje pacienti dobijo največ informacij in podatkov o svoji bolezni, je 32 (61,80 %) pacientov odgovorilo, da največ informacij dobijo od zdravnika, 7 pacientov (13,30 %) je te informacije dobilo iz drugih virov (internetni viri, sopacenti, različne knjige, samoinformiranje), 6 pacientov (11,50 %) pri medicinski sestri, 3 pacienti (5,80 %) pa so te informacije pridobili od sorodnikov. 2 pacienta (3,80 %) sta odgovorila, da sta informacije pridobila od prijateljev, medtem ko 2 pacienta (3,80 %) teh informacij sploh nista dobila (slika 1).



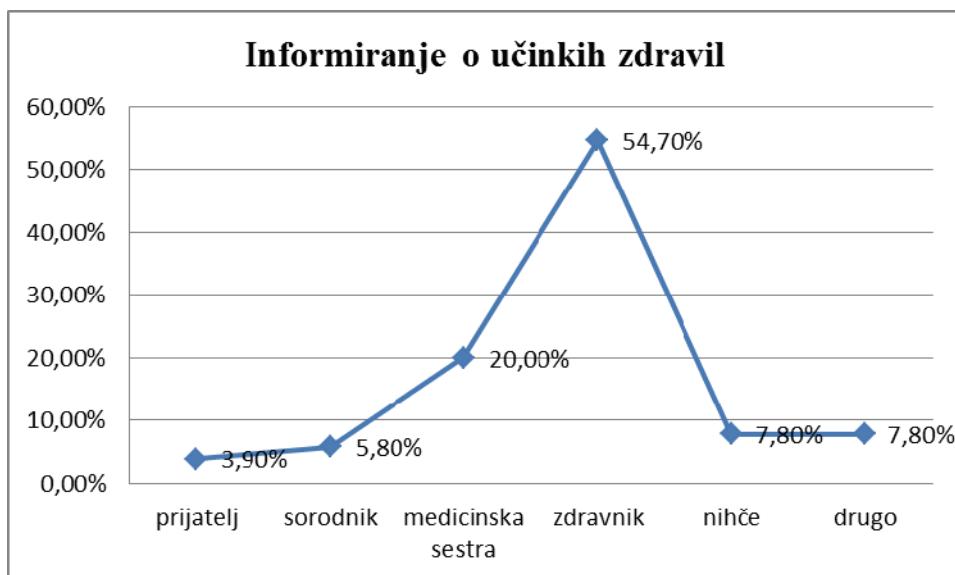
Slika 1: Pacientovi viri pridobivanja informacij in podatkov o njihovi bolezni

Kot najpogostejši vir pridobivanja informacij o zdravilih pacienti 30 (58,70 %) navajajo zdravnika, sledijo medicinske sestre 10 (19,60 %), 5 pacientov (10 %) je dobilo informacije iz strokovne literature, internetnih virov, na različnih izobraževanjih, 4 pacienti (7,80 %) o zdravilih, ki jih uživajo, še niso bili informirani, medtem ko sta 2 pacienta (3,90 %) s temi informacijami bila seznanjena s strani sorodnikov (slika 2).



Slika 2: Pacientovi viri pridobivanja informacij o predpisanih zdravilih

Pacienti največ informacij o učinkih predpisanih zdravil dobijo od zdravnika 28 (54,70 %) in medicinskih sester 10 (20,0 %). 4 pacienti (7,80 %) o učinkih predpisanih zdravil še niso bili seznanjeni, medtem ko so se 4 pacienti (7,80 %) samoiniciativno informirali s pomočjo različnih vrst literature, internetnega gradiva in s pomočjo navodil za uporabo zdravil. 3 pacienti (5,80 %) so informacije o učinkih predpisanih zdravil pridobili pri sorodnikih, 2 pacienta (3,90 %) pa sta te informacije pridobila od prijateljev (slika 3).



Slika 3: Pacientovi viri pridobivanja informacij o učinkih zdravil

Iz pridobljenih podatkov o poznovanju stranskih učinkov zdravil je moč razbrati, da 15 pacientov (39,40 %) stranske učinke pozna delno, 12 pacientov (31,70 %) stranskih učinkov zdravil ne pozna, 11 pacientov (28,90 %) pa pozna stranske učinke zdravil, ki jih uživajo (slika 4).



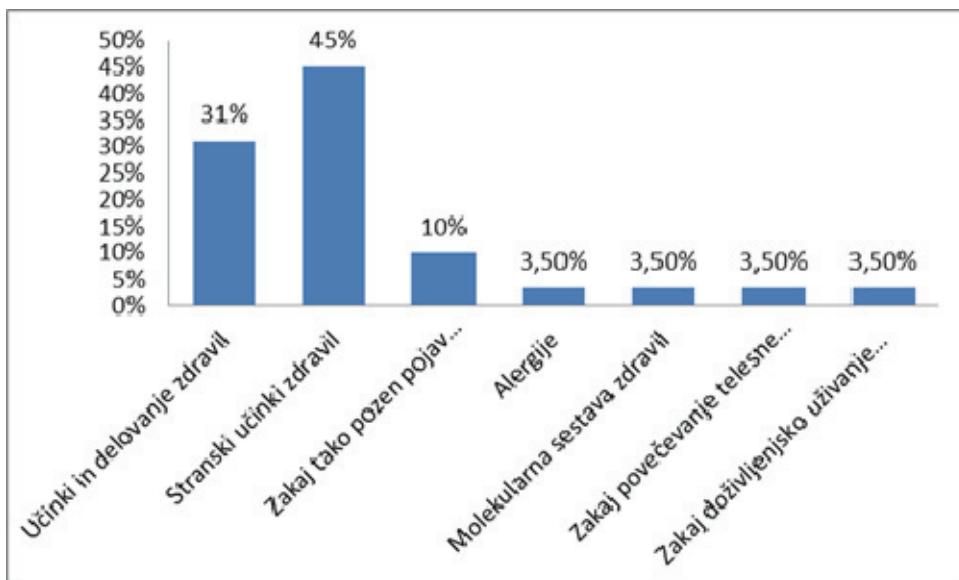
Slika 4: Seznanjenost pacientov s stranskimi učinki predpisanih zdravil

25 pacientov (47,20 %) je informacije o stranskih učinkih dobilo od zdravnikov, 11 pacientov (20,70 %) od medicinskih sester, 8 pacientov (15,10 %) je te informacije pridobilo drugje (samoinformiranje, internetna gradiva, navodila za uporabo zdravil), 5 pacientom (9,40 %) teh informacij ni posredoval še nihče. 2 pacienta (3,80 %) sta informacije o stranskih učinkih pridobila pri sorodnikih, 2 (3,80 %) pa od prijateljev (slika 5).



Slika 5: Pacientovi viri pridobivanja informacij o stranskih učinkih predpisanih zdravil

Na vprašanje, o čem bi se pacienti najraje poučili v zvezi z zdravili (slika 6), ki ji uživajo, je 13 pacientov (45 %) odgovorilo, da želijo več znanja o stranskih učinkih zdravil, 8 pacientov (31 %) se želi podrobneje seznaniti z učinki in delovanjem zdravil, 3 pacienti (10 %) so želeli več informacij o tem, zakaj je potrebno predpisana zdravila uživati dalj časa, da se pokaže učinek zdravila. 1 pacient (3,50 %) je izrazil željo, da želi pridobiti več znanja o molekularni zgradbi zdravil. 1 pacienta (3,50 %) je zanimalo, zakaj zdravila dvigujejo telesno težo, 1 (3,50 %) pacienta, ali predpisana zdravila povzročajo alergije, 1 (3,50 %) je zanimalo, zakaj je potrebno zdravila uživati več let oziroma doživljenjsko.



Slika 6: Teme, ki paciente zanimajo v zvezi z predpisanimi zdravili

Razprava

Današnja psihofarmakologija zahteva od medicinskih sester, pacientov, zdravnikov, farmakologov in pomembnih drugih skupni napor pri oblikovanju pravilnega ravnanja z zdravili, kar omogoča optimalen izkoristek farmakoloških sredstev v bolnikovo korist. Lehne et al. (1998) poudarjajo, da so prav medicinske sestre tiste, ki med prvimi opazijo in intervenirajo pri določenih učinkih medikamentozne terapije, zato je pomembno, da so v celoti seznanjene z učinki in s stranskimi učinki

zdravil. Na pacientovo odločitev, ali bo jemal zdravila, vpliva več dejavnikov, najpomembnejši so: pacientovo zavedanje in poznavanje lastne bolezni, dobro poznavanje učinkov in stranskih učinkov zdravil, ki jih prejemajo, poznavanje ukrepov za pomoč, če se pojavijo stranski učinki, ter pacientovo zaupanje v obravnavo (Grubič Novak, 1997). Pomen zdravstvenovzgojnega dela s pacienti, ki prejemajo zdravila za zdravljenje duševnih motenj, so potrdili tudi rezultati pilotne raziskave v Psihiatrični bolnišnici Idrija, saj je kar 34 (90 %) v raziskavo vključenih pacientov izrazilo željo po pridobivanju znanj v zvezi s predpisano medikamentozno terapijo. Največ informacij o zdravilih 30 (58,70 %) pacienti dobijo od zdravnika. Iz tega lahko sklepamo, da je zdravnik tisti strokovnjak, s katerim imajo pacienti ob pojavu bolezni prvi stik. Predpiše jim zdravila in jim ob tem daje tudi informacije. Ugotovili smo, da je vloga medicinskih sester pri dajanju informacij pacientom o njihovi bolezni in uživanju predpisanih zdravil premajhna, čeprav se zavedamo pomena vloge medicinske sestre kot zdravstvene vzgojiteljice na tem področju. Medicinska sestra kot pomemben člen v diagnostično-terapevtskem programu pri aplikaciji predpisanih zdravil in opazovanju pacientu v okviru svojih kompetenc pomaga obvladovati neželene učinke zdravil (Kobentar, 2009). Tudi rezultati o poznavanju učinkov posameznih zdravil so prav tako pokazali, da so pacienti o tem največkrat informirani le s strani zdravnika. Skrb vzbuja podatek, da je le slaba tretjina - 11 (28,90 %) pacientov - seznanjena s stranskimi učinki zdravil. Podatki kažejo, da imajo medicinske sestre v Psihiatrični bolnišnici Idrija zelo majhno vlogo pri dajanju informacij o stranskih učinkih zdravil, saj je le 11 (20,70 %) pacientov odgovorilo, da jim te informacije poda medicinska sestra. Videback (2001) v svoji strokovni razpravi priporoča različne oblike pomoči pri jemanju zdravil. Med drugim tudi pomoč v obliku razpredelnice, v katero bi si pacienti zapisovali odmerke zdravil, ki jih zaužijejo. Podatki iz naše pilotne raziskave kažejo, da večina (kar 79 %) pacientov tovrstne razpredelnice ne uporablja. Razloge za to je mogoče iskati v neznanju pacientov oziroma pomanjkljivem zdravstvenovzgojnem svetovanju oz. učenju pacientov, predvsem s strani medicinskih sester. Prav tako si pacienti ne pomagajo z listki, na katerih bi imeli zapisana imena zdravil in bi na ta način bolje sodelovali pri zdravljenju ter lažje komunicirali ob obisku pri zdravniku ali morebitni hospitalizaciji. Kar 30 pacientov (79 %) nikoli ne nosi s seboj listka z napisanimi imeni zdravil. Po odpustu iz bolnišnice 31 pacientov (82 %) uživa zdravila samostojno oziroma jim pri tem nihče ne pomaga, zato je nujno, da vsak pacient pred odpustom iz bolnišnice dobi natančna navodila o nadalnjem varnem uživanju predpisanih zdravil, da pozna učinke in stranske učinke zdravil in načine, kako si pri pojavu stranskih učinkov pomagati. Medicinska sestra veliko doseže, če pacient že v začetku zdravljenja zavestno pristane, da bo zdravila užival redno. Iz vseh zbranih podatkov raziskave je razvidno, da je zdravstvenovzgojno delo medicinskih sester s pacienti, ki uživajo medikamentozno terapijo, v Psihiatrični bolnišnici Idrija pomanjkljivo, kar kaže potrebo po oblikovanju zdravstvenovzgojnih vsebin glede varnega uživanja medikamentozne terapije.

Zaključek

Zdravila bolezni ne pozdravijo, a bistveno vplivajo na simptome bolezni, tako da pacient postane bolj dovezten za druge oblike zdravljenja. Sestavni del načrtovanja medikamentozne terapije je tudi učenje pacientov in svojcev o predpisani medikamentozni terapiji. Medicinske sestre imajo pri tem pomembno vlogo. Osnovno poslanstvo medicinske sestre kot zdravstvene vzgojiteljice na področju medikamentozne terapije je, da pacientom v okviru njihovih zmožnosti in sposobnosti s svojimi pristopi in načini dela omogoči čim večjo samostojnost in kritičnost pri uživanju medikamentozne terapije. Raziskava, izvedena pri pacientih s psihotično motnjo, hospitaliziranih v Psihiatrični bolnišnici Idrija, ki uživajo medikamentozno terapijo, je pokazala, da pacienti čutijo potrebo po izobraževanju. Po drugi strani podatki kažejo, da je zdravstvenovzgojno delo medicinskih sester s temi pacienti pomanjkljivo. Kaže se potreba po oblikovanju zdravstvenovzgojnih vsebin glede varnega uživanja medikamentozne terapije. Vloga medicinskih sester pri zdravstvenovzgojnem delu na področju medikamentozne terapije je trenutno majhna in zanemarjena. Zdravstvena vzgoja pripomore k pacientovemu sprejemanju medikamentozne terapije, izboljša sodelovanje pri zdravljenju in vpliva na celotno dobro počutje pacientov ter na kakovost njihovega življenja.

Predlog organizacije zdravstveno vzgojnega programa

Zdravstvenovzgojne vsebine bi bile pacientom podane na učnih delavnicah v okviru zdravstvenovzgojnih skupin, ki jih vodijo medicinske sestre na posameznih oddelkih v Psihiatrični

bolnišnici Idrija. Od učnih metod bi se lahko uporabljale predvsem metoda ustnega razlaganja ter metoda pogovora. S pacienti, ki ne bi želeli sodelovati na učnih delavnicah, bi bilo potrebno izvajati individualno zdravstvenovzgojno delo po istem programu. Določiti bi bilo potrebno število srečanj in število udeležencev ter določiti dan in čas srečanja udeležencev. Udeleženci bi bili povabljeni k sodelovanju ustno ali tudi pisno. Pacienti bi bili seznanjeni z vsebino, namenom in cilji programa. Posamezna učna delavnica bi trajala 30-45 min, prilagojeno zmožnostim in sposobnostim pacientom. Na prvi učni delavnici bi potekala identifikacija potreb v smislu pridobivanja podatkov o tem, koliko pacienti svojo bolezen poznajo, koliko se je zavedajo ter kakšna so njihova stališča v zvezi z zdravili in njihovimi učinki. Paciente bi se poučilo o znakih in naravi njihove bolezni. Druga učna delavnica bi bila namenjena učenju pacientov o učinkih zdravil ter seznanjanju z imeni posameznih zdravil. Medicinska sestra bi morala povezovati učinke posameznih zdravil s simptomi pacientevega obolenja. Delavnica naj bi vključevala tudi pridobivanje znanja v zvezi z ravnanjem z zdravili. Cilj te delavnice bi bil, da pacienti zdravila, ki jih prejemajo, poznajo, razumejo namen uživanja ter razloge, zaradi katerih morajo predpisana zdravila uživati. Delavnica naj bi potekala tako, da bi pacienti dobili podporo, možnost izmenjave izkušenj in občutkov, razumevanje, nasvete in poduk o konkretnih veščinah. Tretja učna delavnica bi bila namenjena stranskim učinkom, ki se lahko pojavijo ob uživanju predpisanih zdravil, ter o ukrepih pri pojavu le-teh. Cilj te delavnice bi bil, da pacienti stranske učinke prepoznajo, da ob njihovem pojavu znajo ustrezno ukrepati, poznajo možne interakcije med različnimi zdravili in možne interakcije med hrano in zdravili. Četrta učna delavnica bi bila namenjena splošnemu svetovanju o varnem uživanju zdravil. Na njej bi poudarili pomen rednega uživanja zdravil in predstavili potrebne ukrepe, če se posamezen odmerek pozabi zaužiti, ter načine, kako k rednemu uživanju zdravil pripomoči. Paciente bi poučili o vzdrževanju individualnega medikamentoznega režima ter o tem, kje in na kakšen način morajo zdravila hraniti doma. Pojasnili bi jim, kolikšen je okvirni čas uživanja zdravil, ki je potreben za dosego želenih ciljev. Možnost zdravstvenovzgojnega svetovanja bi bilo dobro ponuditi tudi njihovim svojcem. Povsem samostojna tema oziroma dodatna učna delavnica bi lahko bila o posledicah zlorabe alkohola in drugih psihoaktivnih snovi v kombinaciji z zdravili. V peti delavnici, pred odpustom pacienta, bi medicinska sestra v obliki individualnega razgovora nujno morala ponovno preveriti, ali ima pacient ustrezno znanje o varnem uživanju medikamentozne terapije.

Literatura

1. Aschenbrenner D, Cleveland W, Venable S. *Drug therapy in nursing*. Philadelphia: Lippincott; 2002.
2. Ferfolja A. Razvojni trendi psihiatrične zdravstvene nege v svetu in pri nas [diplomsko delo]. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo; 1998.
3. Ferfolja A, Bašelj J. Kontinuirana zdravstvena nega psihiatričnega bolnika. In: Patronažna zdravstvena nega skupin prebivalstva, ki so še posebej ogroženi in vizija patronažnega varstva v prihodnosti – Strokovno srečanje; 2004 Nov 11-12; Ljubljana, Slovenija. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije – Sekcija patronažnih medicinskih sester; 2004: 11–5.
4. Gray R, Wykes T, Gournay K. From compliance to concordance: a reviewofthe literature on interventions to enhance compliance with antipsychotic medication. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2002;9(3):277–84.
5. Grubič Novak V. Sodelovanje shizofrenih bolnikov pri zdravljenju – compliance. In: Kocmur M, ed. *Shizofrenija diagnoza, zdravljenje, rehabilitacija*. Ljubljana: Psihiatrična klinika; 1997: 73–9.
6. Higgins A, Barker P, Begly CM. Neuroleptic medication and sexuality: the forgotten aspect of educationand care. *J Psychiatr Mental Health Nurs*. 2005;12(4):439–46.
7. Hoyer S. Učenje in vzgoja bolnikov v psihiatrični zdravstveni negi. *Obzor Zdrav Neg*. 2003;37(4):268–71.
8. Kobentar R. Zdravstvena nega bolnika s stranskimi učinki zdravil. In: Kogovšek B, Kobentar R, eds. *Priročnik psihiatrične zdravstvene nege in psihiatrije: za medicinske sestre in zdravstvene tehnike*. Ljubljana: Psihiatrična klinika; 2000: 195–200.
9. Kores Plesničar B. Zdravljenje stranskih učinkov terapije s klozapinom (Leponex). Viceversa. 1994;6:3–21.
10. Kobentar R. Zdravstvena obravnava pacientov z neželenimi učinki psihotropnih zdravil. In: Kobentar R, Pregelj P, eds. *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju*. Ljubljana: Rokus Klett 2009: 415-21.

11. Lehne RA, Moore LA, Crosby LJ, Hamilton DB. *Pharmacology for nursing care*. Philadelphia: W. B Saunders; 1998: 807–9.
12. Mori Lukancič M. Dokumentiranje in dokumentacija zdravstvene vzgoje. *Zdrav Var*. 2000;39(5–6):87–90.
13. Payne S, Walker J. *Psihologija v zdravstveni negi*. Ljubljana: Educyc; 2002.
14. Petek D. Ovire sodelovanja bolnikov pri zdravljenju. *Med Razgl*. 2002;41 Suppl 4: 322–6.
15. Rašković Malnaršič R. Vloga medicinske sestre pri izvajanju medikamentozne terapije. *Obzor Zdrav Neg*. 2003;37(3):229–32.
16. Ravnik S. Terapevtska klima na oddelku za podaljšano hospitalizacijo bolnikov s psihiatrično diagnozo. In: Kogovšek B, Kobentar R, eds. *Priročnik psihiatrične zdravstvene nege*. Ljubljana: Psihiatrična klinika; 2000: 43–7.
17. Rumež Bizjak L. Zdravstvena nega shizofrenega bolnika. *Vita*. 1997;3(11):6–7.
18. Švab V. Atipična antipsihotična zdravila ter psihološka in socialna rehabilitacija pri hudih in ponavljajočih se duševnih motnjah. *Viceversa*. 1999;24:11–6.
19. Tavčar R. Preventiva v psihiatriji. In: Kogovšek B, Kobentar R, eds. *Priročnik psihiatrične zdravstvene nege in psihiatrije: za medicinske sestre in zdravstvene tehnike*. Ljubljana: Psihiatrična klinika; 2000: 54–5.
20. Townsend CM. *Psychopharmacology*. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2003; 9(3):290-311.
21. Videbeck SL. *Neurobiologic Theories and Psychopharmacology*. *J Psychiatr Mental Health Nursing*. 2001; 8(5):20-42.
22. Vermeire E, Hearnshaw H, Van Royen P, Denekens J. Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *J Clin Pharm Ther*. 2001;26(5):331-42.
23. Žvan V. Biološke metode zdravljenja. In: Tomori M, Ziherl S, eds. *Psihiatrija*. Ljubljana: Litteraptica, Medicinska fakulteta; 1999: 403-9.
24. Žvan V. Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje. In: Tomori M, Ziherl S, eds. *Psihiatrija*. Ljubljana: Litteraptica, Medicinska fakulteta; 1999: 198-203.
25. Žvan V. Razpoloženske (afektivne) motnje. In: Tomori M, Ziherl S, eds. *Psihiatrija*. Ljubljana: Litteraptica, Medicinska fakulteta; 1999: 207-8.

SKUPINSKA PSIHOTERAPIJA OSEB S PSIHOTIČNO MOTNJO

Group Psychotherapy for Psychotic Patients

Anica Gorjanc Vitez, dr. med, spec. psihijatrije

Psihijatrična bolnišnica Idrija

anica.gorjanc@pb-idrija.si

Povzetek

Zdravljenje pacientov s psihozo je izviv za vsakega klinika. Psihoterapija je pomemben integralni del zdravljenja. Skupinska psihoterapija se je izkazala za koristno dopolnilo psihofarmakoterapiji pri zdravljenju psihotičnih motenj.

Ključne besede: skupinska psihoterapija, vloga terapevta, terapevtski dejavniki

Abstract

The treatment of psychotic patients is a challenge for any clinician. Psychotherapy is an important and integral part of the treatment. Group psychotherapy has been found to be useful as an adjunct to psychotropic medications in treating psychotic disorders.

Keywords: group psychotherapy, the therapist's role, therapeutic factors

Uvod

Za psihotične motnje je značilno, da je stik z realnostjo razrahlan ali povsem porušen. Pri akutnem zagonu bolezni se srečamo z blodnjami, halucinacijami, dezorganiziranim mišljenjem in vedenjem ter z motnjami na drugih področjih človekovega duševnega delovanja. Na prvi pogled bi lahko sklepali, da terapija s pogovorom ne more biti posebej učinkovita pri psihotičnih stanjih in da se je bolje osredotočiti na zdravljenje z antipsihotično medikamentozno terapijo (Žvan, 1999).

Žvan (1999) opisuje, da imajo psihotične motnje biološke, psihološke ter socialne vzroke in posledice. Zgolj z medikamentozno terapijo pri pacientih ne dosežemo optimalne stabilnosti psihotične motnje. Psihoterapija je pomemben integralni del zdravljenja psihotičnih motenj. Sama psihoterapija sicer ne pozdravi psihotičnega ali shizofrenega obolenja, kot ga tudi antipsihotiki ne. V akutni fazi psihotične bolezni je zgolj psihoterapevtska obravnava, brez medikamentozne podore, tvegana in neetična. Avtor (prav tam) navaja, da psihoterapija pripomore k optimalnejši rehabilitaciji in resocializaciji oseb s psihotično motnjo. Psihoterapija pomaga pacientu pri prilagajanju in vračanju v njegovo okolje. Pacient s pomočjo psihoterapije bolje spozna in sprejme bolezen in njene zaplete. Spozna in posledično laže sprejme različne oblike pomoči in zdravljenja.

Pri pacientih s psihotično motnjo najprej ugotovimo, ali gre za akutno ali za kronično fazo bolezni. Zanima nas, kakšna je pacientova osebnost. Pomembna je tudi njegova motiviranost in dovzetnost za psihoterapevtsko obravnavo. Premislimo, katere terapevtske kombinacije so za posameznega pacienta primerne, in pretehtamo, s katerim psihoterapevtskim pristopom si lahko obetamo uspeh.

Zgodovina skupinske terapije psihotičnih motenj

Osebe s shizofrenijo je Lazell zdravil v skupinah že 1920. leta. Te skupine so bile *učne* in diskusivske narave. Tehnike so vključevale predavanja, svetovanje, odgovarjanje na vprašanja, reševanje problemov, igranje vlog ter domače naloge. Leta 1930 so začeli pri zdravljenju shizofrenije uporabljati *psihoanalitične* metode. Poudarek je bil na psihološkem vidiku shizofrenije in njej podobnih stanj. Tehnike so vključevale diskusijo o vsebinah, ki so jih predlagali pacienti, razkrivanje pomembnih nezavednih vsebin in interpretacijo transfera. V petdesetih letih so se razvijali *interpersonalni* modeli

psihoterapije, ki so se osredotočali na socialne vidike bolezni. Tehnike so vključevale spodbujanje diskusije o medosebnih problemih, spodbujanje medosebnih odnosov v skupini »tukaj in sedaj« (strukturirane vaje, vzpostavljanje očesnega kontakta) in interpretacijo reakcij, opaženih na skupini (Kanas, 1999).

Edukativni, psihodinamski in interpersonalni pristopi so se v zadnjih desetletjih kontinuirano uporabljali, a imajo v čistih oblikah nekatere slabosti. *Edukativni pristop* posveča pre malo pozornosti interpersonalnim potrebam izoliranih psihotičnih pacientov. *Psihodinamski pristop* je usmerjen na uvid, transfer in regresijo in lahko odkrije neprijetne spomine in čustva, ki vzbudijo anksioznost. Prevelika anksioznost in regresija pa poslabšata simptome psihoze pri pacientu s shizofrenijo. *Interpersonalni pristop* se osredotoča na dogajanje »tukaj in sedaj«. Tako kot ob prevelikem razkrivanju je lahko osredotočanje na »tukaj in sedaj« preveč intenzivno in vodi v anksioznost in regresijo (Kanas, 1999).

Sodobni psihoterapevtski pristop

Sodobni psihoterapevtski pristop je integrativne narave; vključuje edukativne, psihodinamske in medosebne teorije in tehnike. Kanas (1999) meni, da integrativni pristop zajema pozitivne vidike omenjenih terapevtskih pristopov in se izogne njihovim slabostim. Pacientom pomaga, da se naučijo spoprijemanja s psihotičnimi simptomimi, da diskutirajo o svojih potrebah v varnem okolju, kjer terapevt s svojimi intervencijami zagotavlja strukturo. Pri integrativnem pristopu člani skupine razvijejo temo in je diskusija odprta. Na skupini člani spregovorijo o dolgotrajnih problemih in o svojem slabo prilagojenem vedenju. Člani skupine se naučijo preverjanja realnosti in krepijo občutek za realnost. Skupinska terapija pomaga članom, da zmorejo vzpostaviti odnose drugimi člani, da so manj izolirani. Skozi diskusijo in ob takojšnji povratni informaciji se spodbujajo odnosi med člani skupine o dogajanju »tukaj in sedaj«. Prvi cilj integrativnega pristopa je naučiti pacienta, da se spoprijema s simptomimi bolezni. Pacienta se nauči preverjati realnost in obvladovati blodnje in halucinacije. Drugi cilj je izboljšanje medosebnih odnosov, kar se doseže z diskusijo v skupini in skozi lastno izkušnjo na skupini. Zrcaljenje je specifičen fenomen v skupinski terapiji. Vsak član je zrcalo drugim članom in drugi člani so zrcalo članu skupine. Pacienti lahko v drugih vidijo svoje reakcije in vedenje in se prek drugih bolje spoznajo. Vidijo učinke svojega vedenja v skupini. Sebe vidijo od zunaj, z drugimi očmi, z drugimi pogledi, iz druge perspektive. Vsak član prek drugih članov spoznava sebe (Kanas, 1999).

Izkušnje in teoretska osnova pri delu z osebami s psihotično motnjo

Sestava skupine v bolnišnici

Skupine v bolnišničnem okolju so mešane glede na starost in spol pacientov in homogene glede patologije pacientov. Skupine so odprtrega tipa. Pomembna je stalnost prostora in časa skupine. Skupine običajno trajajo 45 minut. Skupina se sreča vsaj dvakrat, lahko tudi večkrat na teden, odvisno od kadrovske strukture oddelka. Optimalno število pacientov na skupini je 6 do 8. V dejanskih pogojih dela je število običajno večje, do največ 12 pacientov v skupini. Spodbuja se relacijo pacient - pacient in ne svetovanje s strani terapevta. Kanas (1999) meni, da je skupina mesto, kjer se pacienti naučijo strategij odzivanja in komuniciranja z drugimi ljudmi, preverjajo realnost, se spoprijemajo s psihotičnimi simptomimi in izražajo svoja čustva. Skupina ni mesto za doseganje uvida, za svetovanje o bolezni, zdravilih in ekonomskih zadevah. Pacienti s psihotično motnjo večinoma prejemajo antipsihotično terapijo in na skupini radi diskutirajo o odmerkih in stranskih učinkih zdravil, a jih k temu ne spodbujamo, spodbujeni so, da o teh vsebinah razpravljajo zunaj skupine s svojim zdravnikom (Kanas, 1999).

Včasih je težko sestaviti homogeno skupino pacientov s psihotično motnjo; ni dovolj pacientov s takšno ali podobno diagnozo. Pomembna je komunikacija med osebjem različnih oddelkov. Pacienti so vključeni ali izključeni na osnovi doseganja kliničnih kriterijev, ki so objektivni. To privede do določene homogenosti skupine, kjer imajo člani enak skupek simptomov. Pacienti, ki imajo več skupnih točk, se med seboj hitreje povežejo. Pacienti močno cenijo kohezivnost. Občutek, da te drugi sprejemajo in podpirajo je zelo pomemben in je povezan z uspehom terapije. Terapevt aktivno

promovira kohezivnost v skupini, tako da aktivira vse člane skupine. Pacienti se sicer lahko počutijo izolirani, marginalizirani, nimajo prijateljev. Lahko dobijo občutek, da nikomur ni mar zanje (Kanas, 1999).

Nove paciente pred vstopom v skupino seznanimo s cilji in temeljnimi pravili delovanja skupine. Začetek skupine je namenjen predstavitvi novih članov. Nove člane se spodbudi, da povedo, katera področja so za njih aktualna. Novi člani v skupini spoznajo, da s problemom niso sami in da o svojih problemih lahko govorijo. Članom, ki zaključujejo bolnišnično zdravljenje, pa se na skupini nameni čas za slovo. Odhod člana iz skupine lahko pri preostalih članih vzbuja upanje, da bodo tudi sami enkrat uspešno zaključili zdravljenje (Kanas, 1999).

Sestava skupine v ambulantnem okolju

Po zaključenem zdravljenju v bolnišnici lahko pacienti s psihotično motnjo nadaljujejo zdravljenje v ambulantnih skupinah. Ambulantne skupine so polodprte; stari člani skupino zaključujejo, novi člani vanjo vstopajo. Skupine so heterogene glede na spol in starost. Homogene so glede na motnjo, ki jo imajo pacienti. Tudi pri teh skupinah je pomembna stalnost časovnega in krajevnega okvira. Skupina se lahko srečuje enkrat tedensko ali nekajkrat mesečno. Terapeut na začetku skupine zagotovi večjo varnost in kohezivnost s kratkim uvodom in spodbudi člane, da se predstavijo. Na ambulantnih skupinah teče pogovor o simptomih bolezni in o medosebnih odnosih. Kanas (1999) meni, da se člani v skupini najprej naučijo spoprijemanja s psihotičnimi simptomi, že zgodaj pa stopijo v ospredje vsebine, povezane z odnosi. Člani zmorejo spregovoriti o dolgotrajnih medosebnih problemih, o svojem neprilagojenemu vedenju in o njegovem vplivu na njihovo sedanje funkcioniranje. Odpori članov do sodelovanja so v ambulantni skupini minimalni, nizek je tudi nivo anksioznosti članov. Ambulantne skupine imajo vzorec večje kohezivnosti, zmanjšanega izogibanja in manjše konfliktnosti. Kanas (1999) navaja, da se pri pacientih, ki so vključeni v skupino, zmanjša potreba po individualni obravnnavi.

Vloga terapevta v skupini

Ker so skupine pacientov s psihotičnimi motnjami lahko tudi kaotične in nepredvidljive, se priporoča *koterapevtski pristop*. Dva terapevta lažje vzdržujeta kontrolo in odreagirata v nepredvidenih in nevarnih situacijah. Dva terapevta predstavljata v skupini model nepsihotičnih interakcij in nudita povratni odgovor v situacijah testiranja realnosti. Optimalno je, če je terapeutski par moški-ženska, ni pa nujno. Pomembno je, da sta oba terapevta enako angažirana in usposobljena za vodenje skupine (Kanas, 1999).

Kanas (1999) pravi, da mora biti terapeut v skupini pacientov s psihotično motnjo aktiven in direktiven, da vzdržuje pri članih skupine osredotočenost na vsebino. Terapeutove intervencije morajo biti jasne, konsistentne in konkretne. Pomembne trditve lahko tudi večkrat ponovi. Terapeutovi komentarji na prispevke pacientov so suportivni in diplomatski. Terapeut mora biti odprt za mnenja pacientov o določeni stvari. Terapeut spodbuja paciente k medsebojni komunikaciji, kar omogoča podelitev njihovih izkušenj in nudi trening komunikacije in odnosov z drugimi ljudmi v varnem in kontroliranem okolju. Terapeut spodbuja pogovore, usmerjene na »tukaj in sedaj«, ker so bolj produktivni od tistih o preteklosti. Kanas (1999) priporoča, da se terapeut, ko teče med pacienti produktivna komunikacija, ne vključuje in le spremlja pogovor. Kadar so člani skupine neorganizirani in se ne zmorejo osredotočiti na vsebino ter kadar so tiho ali govorijo o nepomembnih stvareh, lahko terapeut intervenira. Terapeutova naloga je, da zagotovi strukturo in pomaga, da se člani ponovno osredotočijo na temo. Kadar je okolje v skupini napeto in ne nudi občutka varnosti, lahko terapeut zamenja vsebino ali spregovori o potencialni nevarnosti in predлага spremembo teme. Foulkes (1948) je bil prepričan, da skupina lahko ozdravi posameznika in je terapeutom svetoval, da jo obravnavajo kot instrument.

Vsebina diskusije na skupini

Kanas (1999) meni, da naj bi bile diskusije na psihoterapevtski skupini v skladu s potrebami pacientov. Srečanje skupine se običajno začne z iskanjem primerne teme za pogovor, ta se nato posploši na vse paciente in se jih spodbudi k diskusiji. Uporabne teme za skupino so: halucinacije, preganjjalne, nanašalne, grandiozne blodnje, vsiljevanje misli, dezorganizirano mišljenje, odnosi s

pomembnimi bližnjimi in z drugimi. Psihotični pacienti dobro prenesejo tudi čustvene teme, kot sta osamljenost in depresija. Pogovori o jezi, agresiji, spolni orientaciji ali identiteti lahko sprožijo pri psihiotičnih pacientih anksioznost in vodijo v regresijo, zato je pri teh temah potrebna previdnost. Vsebine, ki izpostavijo nezavedno in preplavijo pacienta z bolečim uvidom, niso primerne za skupino pacientov s psihiotično motnjo (Kanas, 1999).

Urlić (1999) navaja, da skupina pacientov s psihiotično motnjo lahko poteka tudi po principih skupinske analize, kjer je skupina v vlogi terapevta. Terapeut ima naporno delo, da spremeni skupino v terapevtsko orodje. Člani skupine se naučijo komunicirati med seboj, razumeti drug drugega in biti razumljeni. Jezik simptomov se prevede v jezik medosebnih problemov. Takšna skupina spodbuja občutek odgovornosti in sposobnost vživljanja v drugega. Član skupine ni le človek s težavami, ampak s svojim znanjem in izkušnjami sproži spremembe pri drugih članih v skupini. Chazan (1999) meni, da skupina pacientom s psihiotično motnjo koristi v marsičem. Pacienti se naučijo sodelovanja v skupinskem dialogu in prevzemanja odgovornosti, ne le zase, temveč tudi za druge.

Kapur (1999) je prepričan, da skupinska psihoterapija lahko pomaga pacientu s psihiotično motnjo. Meni, da je terapevtska sprememba obsežen in kompleksen proces, ki poteka prek različnih terapevtskih dejavnikov v skupini. Po Yalomu (2005) so primarni terapevtski dajavniki v skupini naslednji:

- Altruizem. Pacientovo počutje se izboljša prek pomoči drugim.
- Kohezivnost. Občutek sprejetosti, skupnosti.
- Univerzalnost. Vsi smo v »istem čolnu«, vsem se dogaja podobno.
- Medosebno učenje. Delijo opažanja drug o drugem.
- Vodenje. Informiranje in svetovanje.
- Katarza. Ventilacija, sproščanje močnih čustev v skupini.
- Identifikacija. Terapeut je model za identifikacijo.
- Ponovitev družinske situacije. V skupini se ponovi situacija primarne družine.
- Razumevanje samega sebe - uvid. Pacient se uči o mehanizmih, ki so v ozadju vedenja in o njihovem izvoru.
- Vzbujanje upanja. Izboljšanje bolezni pri drugih članih vzbuja optimizem.
- Ohranitev. Prevzemanje osebne odgovornosti za delovanje.

Zaključek

Pacienti s psihiotično motnjo lahko v sklopu skupinske psihoterapevtske obravnave marsikaj pridobijo. Naučijo se komunikacije z drugimi ljudmi, sodelujejo v skupinskem dialogu. Spoznajo, da imajo podobne težave tudi drugi, vidijo, kako se drugi spoprijemajo s svojimi težavami. V skupini se od njih pričakuje, da prevzemajo odgovornost. So enakovreden član skupine. Spoznajo, da lahko tudi sami pomagajo drugim, da niso le v vlogi bolnika in pomoči potrebnega. Postanejo bolj prožni in tolerantni v sprejemanju sebe in drugih.

Literatura

1. Chazan R. The Group as Therapist for Psychotic and Borderline Personalities. In: Schermer VL, Pines M, eds. *Group Psychotherapy of the Psychoses*; London and Philadelphia; Jessica Kingsley Publishers; 1999; 200-20.
2. Foulkes SH. Introduction to Group-analytic Psychotherapy: Studies in the Social Integration of Individuals and Groups. London: William Heinemann Medical Books Ltd.; 1948; 119-23.
3. Yalom ID, Leszcz M. *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. New York: Basic Books; 2005.
4. Kanas N. Group Therapy with Schizophrenic and Bipolar Patients. In: Schermer VL, Pines M, eds. *Group Psychotherapy of the Psychoses*. London and Philadelphia; Jessica Kingsley Publishers; 1999; 129-47.

5. Kapur R. Clinical Interventions in Group Psychotherapy .In: Schermer VL, Pines M, eds. Group Psychotherapy of the Psychoses. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers; 1999; 280-98.
6. Urlić I. The Therapist's Role in Group treatment of Psychotic Patients and Outpatients. In: Schermer VL, Pines M, eds. Group Psychotherapy of the Psychoses. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers; 1999; 148-80.
7. Žvan V. Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje. In: Tomori M, Ziherl S, eds. Psihijatrija. Ljubljana: Litterapicta; 1999: 169-205.

IZKUŠNJE DIPLOMIRANE MEDICINSKE SESTRE V PSIHOTERAPEVTSKI SKUPINI ODPUŠČENIH PACIENTOV S PSIHOZO

A Nurse's Experience in a Psychotherapeutic Group with Psychotic Patients Who Were Discharged from Hospital

Anja Mivšek, dipl. m. s.

Psihatrična bolnišnica Idrija

anja.mivsek@pb-idrija.si

Izvleček

Beseda terapija izhaja iz grške besede *therapeia*, ki pomeni zdravljenje. V dobesednem prevodu torej psihoterapija pomeni zdravljenje duše. Sodobna definicija pa psihoterapijo opredeljuje kot samostojno znanstveno-strokovno disciplino, ki se ukvarja z zdravljenjem psihičnih težav oz. motenj s psihološkimi metodami, ki jih izvaja ustrezno usposobljen in kvalificiran strokovnjak – psihoterapevt. Z osveščanjem javnosti in pacientov se je spremenil pogled na duševno zdravje. Z namenom ponuditi pacientom s psihozo v psihiatričnih ustanovah več in boljši način zdravljenja, se formirajo različne oblike psihoterapevtskega dela. Namen prispevka je prikazati izkušnje medicinske sestre v ambulantni skupini s pacienti s psihozo v Psihatrični bolnišnici Idrija. Uporabljena je bila opisna metoda dela s pregledom literature. V prispevku so na začetku opisani namen in cilji psihoterapevtskega zdravljenja pri psihotičnih motnjah. Prispevek v svojem teoretičnem delu vsebuje opis terapevtskih dejavnikov v skupini in faze razvoja skupine. Opisan je prispevek zdravstvene nege na psihiatričnem področju k zdravljenju pacienta z duševno motnjo s poudarkom na terapevtskem odnosu med medicinsko sestro in pacientom. V zaključku prispevka so predstavljene izkušnje medicinske sestre pri delu v ambulantni skupini odpuščenih pacientov s psihotično motnjo. **Ključne besede:** skupinska psihoterapija, psihoza, zdravstvena nega na psihiatričnem področju, medicinska sestra

Abstract

The term “therapy” comes from the Greek word “therapeia” which means “treatment”. Therefore, in literal translation “psychotherapy” means “treatment of the soul”. The modern definition describes psychotherapy as an independent scientific and professional discipline dealing with the treatment of psychological problems or disorders using psychological methods performed by qualified professionals called psychotherapists. The view of mental health has changed by raising awareness among the general public and patients. Different forms of psychotherapeutic work are formed to offer an improved and enhanced treatment to psychotic patients in psychiatric hospitals. The purpose of this paper is to describe a nurse's experience in a clinical group of psychotic patients at the psychiatric hospital in Idrija. The descriptive method of work was used, with the study of different sources. The introductory part describes the purposes and the goals of psychotherapeutic treatment of psychotic disorders. The theoretical part of the paper includes the description of the group's therapeutic factors and development stages. It describes the contribution of nursing care in psychiatry to the treatments of patients with mental disorders, focusing on the therapeutic relationship between the nurse and the patient. It concludes by describing a nurse's experience with an account of her work in a clinical group with psychotic patients who were discharged from hospital.

Keywords: group psychotherapy, psychosis, medical care in the field of psychiatry, nurse.

Uvod

Po vsem svetu se je spremenil pogled na ljudi z duševno motnjo, kar je povzročilo soočanje z novimi izzivi vseh, ki so vključeni v oskrbo duševno bolnih. Razvoj zavedanja o človeških pravicah, razvoj metod rehabilitacije in aktivnosti združenj uporabnikov je prispeval k spremembam zornega kota

gledanja na izhod zdravljenja duševnih bolezni, ki se orientira na okrevanje od duševne bolezni. Okrevanje se oddaljuje od medicinske terminologije remisije, kar pomeni povratek na prejšnjo stanje v smislu odsotnosti simptomov bolezni in vključuje dobro socialno funkcioniranje v različnih življenjskih vlogah posameznika (Andreasen, 2005). Okrevanje ne pomeni samo kratkotrajne ali dolgotrajne odsotnosti simptomov bolezni, ampak tudi socialni uspeh in osebne dosežke na področjih, ki jih oseba pojmuje kot pomembna (Štrkalj Ivezić, 2012). V zadnjih desetletjih smo priča spremembam in razvoju novih intervencij zdravstvene nege na področju duševnega zdravja. Medicinske sestre na psihiatričnem področju prevzemajo različne vloge, od koordiniranja psihiatričnega zdravljenja v skupnosti do pospešenega razvoja negovalnih intervencij v psihiatričnih bolnišnicah in dispanzerjih. Potreben je razvoj dodatnih znanj. Terapevtska vloga vključevanja pacientov s psihičnimi težavami v potek lastnega zdravljenja je postala splošno priznana praksa (Hickey et al, 1998; Bovenink 2000; Davidson et al, 2005; Stringer, 2008). Pridobljena moč in avtonomija pacienta sta ključna koncepta, ki zdravstveno osebje napeljujeta k boljšemu izpolnjevanju potreb in želja pacientov (Stringer et al, 2008). Splošni družbeni razvoj vodi zdravstveni sistem k nenehnemu izboljševanju metod dela v klinični praksi. Stališča o bolezni in zdravljenju obolelih, tako profesionalcev kot družbe v celoti, pomembno vplivajo na izid zdravljenja v pozitivnem in negativnem smislu. Pomemben prispevek k doseganju okrevanja pacienta z duševno boleznijo je pomoč pacientom, da ne ostanejo ujetniki v identiteti bolnika z duševno boleznijo (Štrkalj Ivezić, 2012).

V Psihiatrični bolnišnici Idrija je bila z namenom izboljševanja dela v klinični praksi v letu 2010 organizirana ambulantna skupinska psihoterapevtska obravnava pacientov s psihotično motnjo, ki jo izvajata psihiatrinja in diplomirana medicinska sestra.

Skupinska psihoterapija in njeni cilji

Izhajajoč iz spoznanja, da je človek socialno bitje in da je ena od njegovih primarnih potreb potreba po pripadnosti, ki se razvija s komunikacijo, duševna bolezen pa ima lahko kot simptom motene medsebojne odnose, je lahko skupinska psihoterapija eden od zelo ustreznih načinov zdravljenja teh bolezni. Skupinska terapija je način zdravljenja s pomočjo medsebojnih odnosov med pacienti ter pacienti in terapeuti v skrbno sestavljeni skupini s pomočjo izkušenih terapevtov (Pahole, 1989). Njen namen je razkrivanje in spreminjanje slabo prilagojenega vedenja posameznika. Skupina ima točno določena pravila, ki delujejo v dobro vseh članov. Pravila skupine variirajo glede na tip skupine. Člani skupine si delijo skupne cilje. Od njih se pričakuje, da prispevajo k drugim članom skupine, hkrati pa pridobijo nekaj zase. Kot član skupine lahko pridobiš nove poglede na težavo, se naučiš sodelovanja z drugimi. Osnovni cilji skupinske psihoterapije lahko pripomorejo k povečevanju pacientove sposobnosti na različnih področjih (Alonso, 2000). Kogovšek (1999) navaja koristne elemente psihoterapije:

- spoznanje, da imajo podobne duševne stiske tudi drugi, in upanje, da je težave mogoče odpraviti,
- omogoča preverjanje realnosti,
- medsebojno učenje in videnje sebe v očeh drugega,
- spodbujanje in učenje socialnih veščin, spodbujanje medsebojnih odnosov in učenje ustreznega komuniciranja z drugimi (medsebojno spoznavanje, besedno izražanje, poslušanje drugega, otresti se strahu pred javnim nastopanjem, ustrezno odzivanje na reakcije drugih, učenje sprejemanja pomoči in nudenje le-te drugim),
- spodbujanje in krepitev zdravih delov osebnosti psihočnega pacienta ter socializacija in resocializacija,
- čustvena izkušnja in predelava duševnih zapletov in stisk iz primarne družine,
- razvoj sposobnosti čustvovanja in empatije,
- čustveno angažirano učenje v situaciji tukaj in sedaj.

Cilj skupinske psihoterapije torej ni samo lajšanje simptomov, kot je to namen medikamentoznega zdravljenja, ampak tudi učenje novih ustreznjih načinov mišljenja in čustvovanja ter učenje

sprejemanja pacientovega stanja kot bolezni in s tem živeti (Kogovšek 1999, Brinšek 1995). Pacienti s psihozo se namreč soočajo s težavami pri prilaganju v vsakodnevni življenu, medosebnih odnosih in pri ohranjanju zaposlitve. Pacienti z duševno motnjo le s težavo izpolnijo osebne potrebe skozi vloge v družbi zaradi slabih socialnih spretnosti. Skupinski procesi in tehnike so namenjeni skupinskim članom za spoznanje svojega vedenja, interakciji s preostalimi člani skupine in pri oblikovanju osebnostnih lastnosti. Člani se tudi naučijo, da imajo obveznosti do drugih članov skupine, da lahko pomagajo preostalim članom doseči njihove cilje (Alonso, 2000). Psihoterapevtske skupine so velikokrat formalne v strukturi, z enim ali dvema terapeutoma. Poznamo dva tipa skupine - odprti in zaprti. Zaprta skupina je strukturirana tako, da je število članov stalno. Člani skupine se odločajo, kako ravnati s člani, ki skupino zapustijo ali vanjo na novo vstopajo (Yalom, 1995).

Faze razvoja skupine in vloga skupinskega terapevta

V skupinski psihoterapiji se srečujeta pacient in terapeut. Ker je skupinska psihoterapija predvsem terapija, ki gradi na odnosih med ljudmi, je pomembna poleg znanja tudi terapeutova osebnost. Terapeut je v skupini izpostavljen številnim stresom. Večkrat lahko postane žrtev občutkov o lastni nesposobnosti in neizkušenosti. Če ga taki občutki zmedejo, izgubi samozaupanje in tako potrdi domnevo skupine. Vsak terapeut ve, da so komunikacije v skupini zelo pomembne. V skupini na terapevta preži veliko pasti, ki jih mora razrešiti kot strokovnjak in kot osebnost. Zato bi moral biti terapeut emocionalno zrel, realen, intuitiven, imeti bi moral veliko toleranco za frustracije in strese, biti bi moral kreativen in stabilen, da se lahko znajde v skupini. Zavedati bi se moral, da je skupina prostor, ki ga mora pomagati oblikovati, namenjen za reševanje pacientov, ne pa za reševanje njegovih lastnih problemov (Pahole, 1989). V vsakodnevnih medosebnih odnosih lahko pristna komunikacija sicer pomaga pri reševanju težav in razbremenitvi stisk, vplivanja s psihoterapevtskimi metodami in tehnikami pa se moramo naučiti (Pukl Gabrovšek, 2009). Pri odnosu pacient-terapeut Yalom najprej poudari, da je naloga terapevta odstraniti ovire na pacientovi poti, ne pa pacienta učiti česa novega. V svoji knjigi Darilo psihoterapije govorji o tem, kako je na začetku svoje psihoterapevtske poti mislil, da so vsi psihoterapevti do konca zanalizirani ljudje, skozi življenje in delo pa je spoznal, da gre za mit, da smo »vsi – pacienti in terapevti – v tem skupaj« in da ni nihče imun za tragedije človeškega obstoja. To spoznanje je pomembno za razvoj dobrega odnosa med terapeutom in pacientom. Pacienti po njegovem mnenju največ, t.j. korektivno emocionalno izkušnjo, pridobijo v terapiji, ko se izpovejo, povедo vse o sebi in so kljub temu sprejeti (Belšak, 2010). Terapeut mora imeti pri psihoterapevtski obravnavi pacientov s psihozo sposobnost sprejemanja in kontejniranja intenzivnih neizgovorjenih in nezavednih konfliktov, obdržati ravnotežje med aktivnostjo in neaktivnostjo, sprejemati počasen ritem sprememb in biti zadovoljen z majhnimi spremembami (Urlič, 2008).

Skupina se razvija po fazah. Alonso (2000) našteva naslednje faze:

- V začetni predskupinski fazi se izberejo člani skupine, identificira se namen in struktura skupine. Struktura določa, kje, kdaj in kolikokrat se bo skupina srečevala, definira se vodjo skupine, določi pravila, na primer, ali se lahko novi člani pridružijo skupini, čeprav je že pričela z delom, kako obravnavati odsotnosti članov, kako uresničevati pričakovanja članov skupine.
- Začetna faza razvoja skupine se prične takoj, ko se skupina prične srečevati. Člani se predstavijo, predstavi se namen skupine, jasno se določi pravila skupine in pričakovanja glede udeležbe na skupini. Člani skupine se pričnejo medsebojno preverjati, preverjajo tudi vodjo, na ta način ugotovijo nivo udobja znotraj skupine.
- Delavna faza se prične, ko se člani osredotočijo na cilje ali naloge, ki so bili zadani v skupini. Člani morajo razviti občutek zaupanja, preden pričnejo deliti svoje zaupnosti s preostalimi člani skupine. Med to fazo je opaznih več karakteristik. Skupinska kohezivnost je stopnja, do katere člani delajo skupaj, da bi dosegli zastavljene cilje. Kohezivnost je zaželena karakteristika skupine in je povezana s pozitivnimi rezultati skupine. Kohezivnost je prisotna, ko člani skupine cenijo medsebojne prispevke skupini, člani se pojmujejo kot mi in si delijo odgovornost za uspeh skupine. Ko je skupina na tej stopnji, si člani dovolijo izraziti mnenje,

pa naj bo to pozitivno ali negativno, brez pretiranega strahu pred zavrnitvijo preostalih članov. Pa vendar obstaja nevarnost, da bi skupina postala preveč kohezivna –takrat člani ne dobijo primernih povratnih informacij. Potrebno se je zavedati, da bi bilo paciente s psihično motnjo nesmiselno siliti v takojšnjo komunikacijo, saj v začetku potrebujejo psihično in socialno distanco, ki jim dopušča meje lastnega ega in se bojujejo za nespremenjenost lastne osebnosti.

- Zadnja faza je ob razpustu skupine. Pregleda se delo skupine s poudarkom na dosežkih skupine, osebnostni rasti članov. Če se člani menjavajo, je uspeh skupinskega dela težje sledljiv.

Pacienti s psihično motnjo v skupino stopajo previdno, preiskušajo potencialno nevarno situacijo, v kateri bi lahko bili prizadeti. Na začetku težje vzpostavljo komunikacijo. Tako je komunikacija v začetku usmerjena proti terapeutu. Kohezija se kasneje ustvarja okoli skupnih tem, kot so hospitalizacija, zdravila, slabe ali pozitive izkušnje s hospitalizacijo, stigma, težave pri sprejemaju bolezni. Anžur (2010) navaja, da v razvoju skupine prihaja do intenziviranja interakcij med člani skupine z večjo mero izražanja čustev, dajanja nasvetov drug drugemu, bolj spontano nizanje asociacij z manj spodbude s strani terapevta. Motivacija za skupinsko psihoterapijo je eden najpomembnejših kriterijev. Velika večina pacientov s psihozo težko vzpostavlja odnos zaupanja. Pacienti ponavadi izražajo motivacijo za stabilizacijo bolezni, ki bi jim omogočila, da se izognejo hospitalizaciji, za izboljšanje komunikacije in odnosov v družini in širši družbi ter prepoznavanje znakov poslabšanja bolezni (Anžur, 2010).

Vloga zdravstvene nege v psihoterapiji

V primerjavi z nekaterimi dejavnostmi, ki tudi uporabljam psihoterapevtske pristope kot dopolnitve svojega dela z namenom spremeniti moteče oblike vedenja in vzpodbujati osebnostno rast in razvoj, predstavlja psihoterapija v poklicnem pogledu specialistično oz. superspecialistično raven. Tako si danes ne moremo predstavljati psihiatričnih oddelkov ter ambulant brez skupinskih in tudi individualnih psihoterapevtsko usmerjenih metod dela, ki jih izvajajo medicinske sestre, seveda z dodatno izobrazbo (Gabrovšek, 2009). Zdravstvena nega na vseh področjih svojega delovanja zagovarja holistični pristop, še posebej se ta vidik upošteva v psihiatrični zdravstveni negi. Filozofija psihiatrične zdravstvene nege upošteva biološko, psihološko, sociološko, duhovno in kulturno sfero človeka v interakciji z njegovim psihološkim in socialnim okoljem (Field, Winslow, 1985; cit. po Haber et al, 1997). Medicinska sestra ima priložnost sodelovati v procesu zdravljenja. Dossey in sodelavci (2005, cit. po Wheeler 2008) poudarjajo, da medicinska sestra v odnosu s pacientom postane njegovo okolje. Medicinska sestra mora ustvariti zdravilno prisotnost brezpogojnega sprejemanja, potrpljenja, neobsojanja, razumevanja, znati mora uporabljati aktivnosti dobrega poslušanja, empatije in iskrenosti. Te lastnosti so bistvo prisotnosti medicinske sestre in ji dovoljujejo, da dela s pacientom, namesto da dela za njega (McKivergin 1997, cit. po Wheeler 2008). Psihiatrična zdravstvena nega je predvsem proces človeške komunikacije, ki vključuje dva človeka: medicinsko sestro in pacienta, njun odnos, sodelovanje in interakcije. Namen tega procesa je pomagati pacientu do večje uspešnosti in zadovoljstva v življenju. Zdravstveno nego na psihiatričnem področju različni avtorji pojmujejo kot medosebni proces s specializiranim področjem prakse zdravstvene nege, ki svoje znanje zajema iz znanosti zdravstvene nege, medicine, predvsem pa se opira na sociološko in psihološko znanje (Gnezda, 2009).

Odnos med medicinsko sestro in pacientom je terapevtski po naravi. Je vedno orientiran k pacientu in ga določa točno definiran cilj (Fortinash, Holoday-Worret, 1999). Terapevtski odnos med medicinsko sestro in pacientom je proces, ki obema doda novo dimenzijo znanja in je za pacienta koristna izkušnja v pridobivanju samostojnosti (Stuart, Laraia, 2005). Je proces, ki temelji na obojestranski človečnosti, spoštovanju in obojestranski odprtosti do drugačnosti. Glavno »terapevtsko orodje«, ki ga medicinska sestra uporablja, je ona sama, zato je prvi korak kvalitetne zdravstvene nege poznavanje samega sebe (Crawford, 1980; Stuart, Laraia, 2005).

Stuart in Laraia (2005) navajata cilje terapevtskega odnosa med medicinsko sestro in pacientom, ki so usmerjeni k pacientovi osebnostni rasti in vključujejo:

- samorealizacijo, sprejemanje samega sebe in povečevanje pacientovega samospoštovanja;
- pacientovo definiranje lastne identitete in izboljšanje integrite;
- zmožnost formiranja intimnega, soodvisnega, medosebnega odnosa in zmožnost dajanja in prejemanja ljubezni;
- povečanje zmožnosti za zadovoljevanje potreb in za doseganje realnih osebnih ciljev.

Medicinska sestra, ki s pacientom sodeluje v terapevtskem odnosu, se po mnenju Lega (1999) in Wheelerja (2009) razvija skozi naslednje faze:

- novinka - deluje v smislu nezavedne nekompetentnosti,
- začetnica - medicinska sestra se zaveda svoje nekompetentnosti,
- profesionalka - medicinska sestra se zaveda svoje kompetentnosti,
- strokovnakinja - medicinska sestra deluje na nivoju nezavedne kompetentnosti.

Latvala in sodelavci (2000) in Stringer s sodelavci (2008) navajajo, da dokler medicinske sestre ne bodo dovolj dobro usposobljene, da bi znale deliti s pacientom njegovo realnost, bodo pacienti ostali v pasivni vlogi pri načrtovanju, implementaciji in evalvaciji zdravstvenega sistema. Dolžnost medicinskih sester je razvijanje partnerskega odnosa s pacientom, pacientova dolžnost pa je, da prevzame odgovornost za lastno zdravljenje.

Veliko tujih študij dokazuje, da vključenost pacientov v proces zdravljenja vodi do boljše zdravstvene nege, večjega sporazuma med zdravljenjem, izboljšanje zdravja in večjega pacientovega zadovoljstva (Stringer et al. 2008). V Avstraliji izvedena raziskava (Page, Hooke, 2009) pa potrjuje, da se z ambulantnim nadaljevanjem psihoterapije psihoz po odpustu iz bolnišničnega okolja zmanjšuje število ponovnih sprejemov. Skupinska obravnava v bolnišnici pripomore k zmanjševanju simptomov bolezni in ugodno vpliva na zdravje pacientov tudi po odpustu. Zdravljenje je dokazano uspešnejše, če se psihoterapevtska obravnava nadaljuje tudi po odpustu. Chung s sodelavci (2012) v svoji raziskavi poroča, da so psihosocialne intervencije eden ključnih elementov pri izboljšanju simptomov resnih duševnih motenj.

Predstavitev izkušenj z delom v psihoterapevtski skupini v Psihiatrični bolnišnici Idrija

V Psihiatrični bolnišnici Idrija je delo na psihoterapevtskem oddelku konceptuirano integrativno in poteka na več nivojih. V pretežni meri se uporablajo individualne in skupinske psihoterapevtske metode dela (analitsko usmerjena psihoterapija po Foulksu, kratka dinamska in vedenjsko kognitivna psihoterapija), kar je odvisno od zastavljenih ciljev pri posameznem pacientu in strokovne izobrazbe terapeutov. Omenjene psihoterapevtske aktivnosti so podprte z medikamentozno terapijo, aktivacijskimi dejavnostmi in učenjem relaksacijskih tehnik (Menard, 2011). Na oddelku enkrat mesečno potekajo tudi edukativno suportivne skupine za svojce pacientov s psihozo, ki jih vodita delavna terapeutka in diplomirana medicinska sestra.

Po zaključenem zdravljenju v bolnišnici lahko pacienti nadaljujejo zdravljenje v ambulantnih skupinah. Organizirani sta dve ambulantni skupini, in sicer: skupinska psihoterapevtska obravnava za paciente s psihotično motnjo in ambulantna skupinska psihoterapevtska obravnava za paciente z nevrotskimi motnjami. Ambulantno skupinsko psihoterapevtsko obravnavo za paciente s psihotično motnjo vodita psihiatrinja in diplomirana medicinska sestra. Skupina je bila oblikovana pred dvema letoma, oktobra 2010. Ambulantne skupine so odprtrega tipa, članom je prepričena izbira, kolikokrat se skupin udeležijo. Skupine potekajo vsakih štirinajst dni po 45 minut. Skupine so heterogene glede na spol in starost.

Yalom (1995) pravi, da se dobra skupinska psihoterapija prične z dobrim izborom pacientov. Če niso dobro izbrani, najverjetneje ne bodo imeli koristi ali pa se slabo sestavljena skupina ne bo imela možnosti razviti v dober model za nobenega od članov skupine. V ambulantno psihoterapevtsko skupino se vključijo pacienti, ki izkažejo pozitivno naravnost glede tovrstnega zdravljenja. Skupino povprečno sestavlja 6-8 članov. Najpogosteje teme na skupini so stigmatizacija domače okolice zaradi hospitalizacije v psihiatrični bolnišnici, nepoznavanje lastne bolezni pred samim zdravljenjem, strah pred ponovitvijo bolezni, upad voljne dejavnosti in s tem povezane težave. Pogovor večkrat poteka o ponovnem vključevanju v domače okolje, o razumevanju oz. nerazumevanju svojcev za njihove težave, povezane z boleznijo. Velikokrat se člani skupine soočajo z eksistenčnimi težavami. Opaziti je, da je veliko mladih pacientov brez stalne zaposlitve. Če že dobijo zaposlitev, je to le za določen čas. Po njihovih besedah jim skupina nudi »pobeg med sebi enake«, kjer lahko brez zadržkov izražajo svoje občutke in razmišljanja. Mnenje večine članov skupine je, da jih odprtost skupine ne moti. Z začetno predstavljivijo novih članov zadrega pred neznanim zbledi, saj jih združuje dejstvo, da so bili vsi hospitalizirani na psihoterapevtskem oddelku. Za skupino je značilno, da jo nekaj članov obiskuje že dlje časa. Ti člani sestavljajo stalno jedro, ki pa se krepi. Glede na teoretična izhodišča, navedena v začetku prispevka, vemo, da nadaljevanje zdravljenja po hospitalizaciji v ambulantni obliki prispeva k stabilizaciji psihičnega stanja. Izmed vseh članov skupine, ki so jo ali pa jo še obiskujejo v času teh dveh let, so bili zaradi poslabšanja psihičnega stanja ponovno hospitalizirani trije. Po zaključku zdravljenja v bolnišnici sta dva člana izrazila željo po ponovni vključitvi v ambulantno skupino. Kot velik prispevek k obiskovanju skupine člani izpostavljajo večjo spremnost pri komuniciranju. Člane, ki so bolj umaknjeni vase in se v skupinsko dinamiko ne vključujejo spontano, spodbujamo k besedi. Po naših izkušnjah se z razvojem kohezivnosti v skupini, ko takšni člani razvijejo občutek pripadnosti, spontano vključijo v pogovor. Po njihovih besedah zmorejo na tak način lažje izraziti svoje mnenje tudi v domačem okolju. Pomemben prispevek k vztrajanju pri obisku na skupinah je tudi neformalno druženje po zaključku srečanja. Več članov se dogovori za skupen prevoz na skupino, kar pripomore k večji intenziteti neformalnega druženja članov skupine, saj kot perečo težavo večkrat izpostavijo socialno izolacijo in umik pred družbo.

Hotujac (2004) pravi, da se s pomočjo psihoterapije pacient tako lahko nauči lažje živeti s svojo boleznijo, razvije socialne spremnosti, izboljša medosebne odnose, zmanjša socialno izolacijo in splošno izboljša kakovost življenja. V psihoterapevtskem procesu se pacienti postopno učijo razumeti sebe in svoje težave, razlikovati realno od nerealnega. Skupina torej pacientu ponuja vrsto možnosti učenja z uporabo različnih metod, predvsem aktivnih, metod skupinskega dela, usmerjenih k udeležencu, do izmenjave in pridobivanja izkušenj v različnih medčloveških odnosih in vlogah z interakcijo, zgledi, podporo, spodbudo, diskusijo, nasveti in svetovanjem.

Predstavitev izkušenj diplomirane medicinske sestre z delom v psihoterapevtski skupini

Kot terapeuti začetniki brez formalne psihoterapevtske izobrazbe po mnenju Židanika in Čebašek Travnikove (2004) črpamo svoje terapeutsko delovanje iz svoje dosedanje izobrazbe, izkušenj, sociokulture epistemologije o sami bolezni iz svoje ožje profesionalne skupine, ki ji pripadamo, ter iz svoje lastne epistemologije, ki jo uporabljam kot referenčni material: kaj je normalno, kaj primerno, običajno in kaj ne. Pri delu nas vodi Yelomova misel (cit. po Belšak, 2010), da uspešni terapeuti znajo biti ob pozitivni naravnosti in iskrenosti predvsem empatični. Pacient ogromno pridobi, če ga nekdo popolnoma razume. Čeprav je danes moderno, da za psihoterapijo obstajajo protokoli in tehnike, po katerih se dela, je Yalom mnenja, da bi moralo biti obratno – za vsakega pacienta bi naj ustvarili novo obliko psihoterapije glede na njegove potrebe. Tehnike so nekaj, kar potrebujemo za delo, tako kot pianist v začetku brez tehnike ne more igrati klavirja, če pa hoče ustvariti glasbo, mora preseči tehnike in zaupati svoji spontanosti.

Po Yalomovem mnenju je osebna izkušnja psihoterapije najpomembnejši del treninga za psihoterapevta. Najbolj dragoceni terapeutov instrument je njegov lastni jaz, ki se lahko uporabi na različne načine. Eden izmed načinov je ta, da terapeut kaže pot pacientu z osebnim modelom. Terapeuti moramo biti seznanjeni s »svojo temno stranjo« in biti zmožni empatije z vsemi človeškimi željami in impulzi. Za terapeut – študenta – osebna psihoterapija nudi možnost, da izkusi različne

aspekte terapevtskega procesa iz pacientovega sedeža: potrebo po idealizaciji terapevta, hrepenenje po odvisnosti, hvaležnost zaradi pozornega poslušalca, moč terapevta. Kot pravi Belšak (2010), moramo mladi terapevti znati sprejeti povratno informacijo, odkriti lastne »slepe pege« in se videti skozi oči drugih, upoštevati moramo svoj vpliv oziroma učinek na druge in se sami naučiti, kako dati ustrezno povratno informacijo.

Zaključek

Medicinske sestre se zavedamo, da je nujen razvoj novih intervencij zdravstvene nege na vseh področjih delovanja, kar prinaša potrebo po stalnem profesionalnem razvoju in pridobivanju novih znanj. Psihoterapija je proces, ki vključuje veliko osebnega truda in angažiranosti. Zaradi težje dostopnosti formalnega izobraževanja medicinskim sestram črpamo svoje znanje na dosedanji izobrazbi, na pridobivanju novega znanja s pomočjo literature, predvsem pa na pridobljenih izkušnjah. Filozofija zdravstvene nege nam je v tem prizadovanju v pomoč, saj naše delovanje temelji na holističnem pristopu obravnave pacienta, odnos med medicinsko sestro in pacientom pa je terapevtski po naravi. Naše izkušnje so potrdile teoretično izhodišče, da dodatna ponudba zdravljenja po odpustu pripomore k večji stabilnosti pacientovega dobrega psihičnega počutja. Večja intenziteta obravnave izboljša njegovo funkcioniranje v domačem okolju, zmanjša se možnost ponovne hospitalizacije.

Literatura

1. Alonso A. Group psychotherapy combined individual and group therapy. In: Sadock BJ, eds. Comprehensive textbook of psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000.
2. Andreasen NC, Carpenter WT Jr, Kane JM, Lasser RA, Marder SR, Weinberger DR. Remission in schizophrenia. Proposed criteria and rationale for consensus. Am J Psychiatry. 2005;162(3):441-9.
3. Anžur B. Delo v skupinah- pacienti s psihotično motnjo. In: Žagar M, ed. Zbornik prispevkov sekcijs medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, Begunje 7. maj 2010. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2010: 21-4.
4. Belšak K. Darilo psihoterapije, http://www.klinična-psihologija.si/klip_darilo_psihoterapije. Dostopno na: <http://www.klinicna-psihologija.si/clanki> (18.8.2012).
5. Chung Y, Yoon K, Park T, et al. Group cognitive-behavioral therapy for early psychosis. Cogn Ther Res. 2012. Dostopno na: <http://www.springerlink.com/content/v192751104634456/fulltext.html> (5.8.2012)
6. Čebašek-Travnik Z. Izobraževanje strokovnjakov za zdravljenje odvisnosti od alkohola. In: Čebašek-Travnik Z, Makovec-Rus M. eds. Priporočila za zdravljenje odvisnosti od alkohola. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana; 2004:15-22.
7. Fortinash KM, Holoday-Worrel PA. Psychiatric Nursing Care Plans. St. Luis: Mosby Inc.; 1999: 238-50.
8. Gnezda S. Zgodovina psihiatrična zdravstvene nege. In: Pregelj P, Kobentar M,eds. Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju. Ljubljana: Založba Rokus Klett; 2009: 14-8.
9. Haber J, Kranovich-Miller B, Leach McMahon A, Price-Hoskins P. Comprehensive Psychiatric Nursing. St.Luis: Mosby-Year Book Inc.; 1997: 145-55.
10. Hotujac L, eds. Živeti s shizofrenijo. Ljubljana: Pliva; 2004.
11. Kogovšek. Psihoterapija in skupinsko delo. In: Kogovšek B, Kobentar R, eds. Priročnik psihiatrične zdravstvene nege in psihiatrije: za medicinske sestre in zdravstvene tehnike. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana; 1999: 202-6.
12. Menard D. Strokovno letno poročilo [interno poročilo]. Idrija: Psihiatrična bolnišnica Idrija; 2011. Dostopno na: <http://www.pb-idrija.si> (3. 11. 2012).
13. Page AC, Hooke GR. Best practices: increased attendance in inpatient group psychotherapy improves patient outcomes. Psychiatr Serv. 2009;60(4):426-8.
14. Pahole M. Skupinska psihoterapija kot način zdravljenja duševnih bolnikov. Zdrav obzor. 1989;23(5-6): 257-62.
15. Pukl Gabrovšek V. Psihoterapevtski pristopi zdravljenja psihičnih motenj. In: Pregelj P, Kobentar R, eds. Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju. Ljubljana: Založba Rokus Klett; 2009: 340-5.
16. Yalom ID. The Theory and Practice of Group Psychotherapy. New York: Basic Books; 1995.
17. Stuart GW, Laraia MT. Principles and Practice of Psychiatric Nursing. St. Luis: Mosby Inc; 2005.

18. Stringer B, Van Meijel B, De Vree W, Van der Bijl J. User involvement in mental health care: the role of nurses. A literature review. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2008;15(8):678-83.
19. Štrkalj Ivezić S. Identitet bolestnika kao prepreka oporavku od shizofrenije. In: Različni obrazi psihoze. Zbornik prispevkov 10. Srečanja ISPS Slovenija, Bled 21-23.9.2012. Ljubljana: Slovensko društvo za psihoterapijo psihoz; 2012: 5-10.
20. Urlić I. Procesi u grupi. In: Klain E, ed. Grupna analiza- analitična grupna psihoterapija. Zagreb: Medicinska naklada; 2008.
21. Wheeler K. *Psyhoterapy for the Advanced Practice Psychiatric Nurse*. St. Luis: Mosby; 2008.

PROCES ZDRAVSTVENE NEGE PRI PACIENTU Z DVOJNO DIAGNOZO: PRIKAZ PRIMERA

Nursing Care of a Patient with a Dual Diagnosis: Case Study

Aleksandra Ferfolja, dipl. m. s.

Nataša Hvala, dipl. m. s.

Psihiatrična bolnišnica Idrija

aleksandra.ferfolja@pb-idrija.si

Izvleček

Teoretična izhodišča: Dvojna diagnoza označuje sopojavnost motnje, vezane na uživanje psihoaktivne snovi, in druge duševne motnje pri istem posamezniku. V pričujočem prispevku se navedeni izraz uporablja za sopojavnost motnje, vezane na uživanje psihoaktivne snovi, in psihotične motnje. Diagnostično in terapevtsko so pacienti z dvojno diagnozo zahtevnejša skupina, zato potrebujejo s strani strokovnjakov več pozornosti. Cilji obravnave, zdravljenja in zdravstvene nege pacientov z dvojnimi diagozami so prilagojeni njihovim individualnim problemom in zmožnostim. Kot najbolj uspešen se izpostavlja integrativni model. Kompleksnost problemov pacientov z dvojnimi diagozami sproža medicinskim sestram številna vprašanja, kako izdelati učinkovit negovalni načrt v času hospitalizacije in po odpustu. Namen prispevka je prek študije primera prikazati najpogostejše negovalne probleme, cilje in negovalne intervencije pri pacientu z dvojno diagnozo. Na osnovi pridobljenih rezultatov in literature se želi doseči večje poznavanje in razumevanje zapletenosti problemov teh pacientov ter fleksibilnost in dinamičnost pri odzivanju medicinske sestre na njihove probleme v klinični praksi. **Metoda dela:** Uporabljena raziskovalna strategija je bila študija primera s pregledom domače in tuje literature ter analiza primarnih dokumentacijskih virov. Za pregled pacientove dokumentacije je bilo pridobljeno pisno soglasje vodstva bolnišnice. Upoštevana so bila etična načela. **Rezultati:** Analiza dokumentacije pokaže dva najpogosteje ugotovljena negovalna problema, in sicer: »Neupoštevanje terapevtskega režima« ter »Neučinkovito obvladovanje kroničnega poteka komorbidne motnje«. Izpostavljeni so najpogosteje načrtovani cilji zdravstvene nege in negovalne intervencije. **Razprava in zaključek:** Z vidika procesa zdravstvene nege je pomembno, da pacient z dobro zdravstveno vzgojo in psihoedukacijo v okviru svojih zmožnosti izboljša sodelovanje in svoj odnos do obeh motenj, redno jemlje predpisano terapijo, bolje prepozna opozorilne znake poslabšanja duševne motnje, prepreči nastanek zapletov, gradi motivacijo za abstinenco ali se uči omejevati škodo, nastalo zaradi rabe psihoaktivnih snovi. Specifične metode in tehnike dela usmerjajo negovalno osebje h konstruktivnemu in lažjemu delu s to zahtevno, včasih terapevtsko težko dostopno skupino pacientov, pri kateri je izid obravnave in zdravljenja obeh motenj pogosto manj ugoden.

Ključne besede: dvojna diagnoza, proces zdravstvene nege, pacient, duševna motnja, psihoaktivna snov

Abstract

Theoretical premises: The term “dual diagnosis” is used to describe the comorbid condition of a person considered to be suffering from mental disorders and a psychoactive substance abuse problem. In this paper, the term is used to indicate the co-occurrence of a psychoactive substance abuse and a psychotic disorder. In terms of diagnosis and therapy, patients with dual diagnosis are a more demanding group of patients, who need more attention from medical professionals. The goals of the treatment, therapy, and nursing care of patients with dual diagnosis are tailored to their specific problems and abilities. For this, the integration model proved as the most successful. The complexity of the problems associated with patients with dual diagnosis opens many questions for nurses as to how an effective nursing care plan could be developed for the duration of the hospitalization and after the patients are discharged from the hospital. The purpose of this paper is to use a case study to

demonstrate the most common problems, goals, and interventions in the nursing care of patients with dual diagnosis. The aim is to gain, based on the results obtained and the references reviewed, a greater knowledge and understanding of the complexity of these patients' problems, as well as a flexible and dynamic response of the nurse to their problems in clinical practice. **Method:** The research strategy used was a case study with an overview of Slovenian and foreign sources, and the analysis of the primary documentation sources. To review the patient's documentation, a written consent was obtained from the hospital. Ethical principles were followed in our research. **Results:** The documentation analysis revealed two of the most common problems in nursing care: "Non-compliance with the therapeutic regimen" and "Inefficient management of the chronic development of comorbid conditions". The most common goals of nursing care and nursing care intervention were pointed out. **Discussion and conclusion:** From the nursing care viewpoint, it is important that the patient receives good health care education and psychoeducation to improve his/her cooperation and his/her approach to both disorders to the best of his or her abilities, takes the prescribed medications regularly, tries to better identify the warning signs of deterioration of the mental condition, prevents the occurrence of complications, builds up motivation to remain abstinent, and learns to limit the damage caused by the psychoactive substance abuse. The specific methods and techniques facilitate and enable a more constructive engagement of the nursing personnel with this demanding group of patients, who are sometimes difficult to reach and with whom the results of the treatment and therapy are often less successful.

Keywords: Dual diagnosis, nursing care process, patient, mental illness, psychoactive substance

Uvod

Izraz dvojna diagnoza (ali komorbidnost) označuje sopojav duševne motnje in motnje, povezane z zlorabo ali odvisnostjo od psihoaktivnih snovi (v nadaljevanju PAS). V primerjavi s splošno populacijo imajo osebe, ki trpijo za različnimi duševnimi motnjami, pogosteje probleme, vezane na uživanje PAS (Čebašek Travnik, 1999; Hughes, 2009; Todd, 2004; Šegrec, Kastelic, 2010). Osebe s psihotično motnjo lahko posegajo po nikotinu, alkoholu, konoplji, kokainu in amfetaminih ter (v manjši meri) heroinu v smislu samozdravljenja, z namenom blažiti ali odstraniti simptome bolezni (Laraia, Wiscanz, 2005; Shultz, Videnbeck, 2009; Šegrec, Kastelic, 2010). Osebe z duševno motnjo lahko PAS zlorabljajo v povezavi z doživljjanjem občutka evforičnosti, večje samozavesti, večje učinkovitosti ali lajšanja dolgčasa in brezupa. Raba PAS jim lahko služi kot način premagovanja osamljenosti, zmanjševanja socialne anksioznosti ali poskusa obvladovanja psihotične motnje. Po PAS posegajo zaradi občutka pripadnosti socialni skupini, lajšanja telesnih bolečin in/ali drugih zdravstvenih problemov, zaradi zadovoljitev hrepnenja oz. močne želje po določeni PAS, v izogib odtegnitvenim simptomom ali zaradi izkušnje spremenjenega stanja zavesti. Rabo PAS stopnjujejo ob poslabšanju socialnih problemov ali ob akutni ponovitvi emocionalnih težav in psihotičnih simptomov (Jerič 2008; Videbeck, 2009; Edward, 2009; Hughes, 2009; Gantar 2010). Pacienti z dvojno diagnozo so bolj zahtevna in bolj ranljiva skupina od pacientov z eno samo diagnozo, ker je izid pogosto manj ugoden, tako za primarno kot sekundarno motnjo. Njihovi problemi so zelo kompleksni in so med seboj v interakciji (Čebašek Travnik, 1999; Gantar, 2005; Coombes, 2007; Shulc, Videbeck, 2009; Edward, 2009; Hughes, 2009).

Za medicinske sestre (v nadaljevanju MS), ki se pri svojem delu srečujejo s pacienti z dvojno diagnozo, je pomembno, da so seznanjene z aktualnimi vprašanji, povezanimi z zapletenostjo in težavnostjo problemov te skupine ter se čutijo sposobne zagotoviti kompetentno zdravstveno nego (Laraia, Wiscanz, 2005; Edward, 2009; Videbeck, 2009; Hughes, 2009; Curtis, 2009). Postavlja se vprašanje, kako izdelati učinkovit negovalni načrt v času hospitalizacije in psihosocialnega zdravljenja v skupnosti. Pojavljajo se težave pri natančnem ocenjevanju pacientovih potreb, določanju njihovih prioritet, izbiri ustreznih negovalnih intervencij in načrtovanju odpusta oziroma spremeljanja pacienta po odpustu (Laraia, Wiscanz, 2005; Faltz, Sellin, 2005; Edward, 2009; Hughes, 2009; Curtis, 2009).

Specifični problemi pacientov z dvojno diagnozo

Pacienti s komorbidno psihotično motnjo uživajo alkohol (kot eno izmed najpogostejših PAS) ali drugo PAS na zlorabljoč ali odvisniški način. Nemalokrat te probleme zanikajo, minimalizirajo količino popitega alkohola, pomanjšujejo lastno odgovornost in krivijo druge za probleme. Pogosto kombinirajo uživanje alkohola z drugo PAS. Pacienti so tesnobni, se pretirano razdražljivo odzivajo na dražljaje in so impulzivni. Imajo občutke krivde, jeze, žalosti ali zamer, slabo presojo ter slab ali omejen uvid. Srečujejo se z nizko samopodobo, imajo neučinkovite strategije obvladovanja problemov, težave z izražanjem realnih občutkov, napete medosebne odnose in fizične probleme (na primer motnje spanja in neustrezno prehranjevanje). Povečana je pojavnost telesnih zapletov, vključno z okužbami, na primer z virusi hepatitisa C, B, HIV in TBC (Videbeck, 2009). V rabi alkohola ali druge PAS vztrajajo kljub negativnim posledicam, kot so poslabšanje psihotične simptomatike, poslabšanje medosebnih odnosov, nezmožnost ustrezne skrbi zase, neizpolnjevanje službenih, delavnih in domačih obvez ali drugih dejavnosti vsakdanjega življenja (Cleary et al, 2008; Gantar 2004; Edward, 2009).

Zaradi zlorabe/odvisnosti od PAS in/ali poslabšanja psihotičnih simptomov se zmanjša pacientovo sodelovanje pri zdravljenju. Pacienti nihajo v motivaciji in pogosteje opuščajo zdravila. So specifični v svojem osebnostnem ali kognitivnem funkcioniranju. Sopojavnost psihotičnih simptomov in zloraba/odvisnost od alkohola ali drugih PAS namreč vpliva na človekovo percepcijo, psihomotorno funkcijo, kognicijo in vedenje. Pacienti z dvojno diagnozo imajo večje tveganje za hetero- in avtoagresivno vedenje (Laraia, Wiscanz, 2005; Coombes, 2007; Videnbeck, 2009; Šegrec, Kastelic, 2010). Srečujejo se s pravnimi problemi, imajo težave z zakonom, zapadajo v kriminalna dejanja. So pogosto socialno izolirani. Težje dostopajo do stanovanjskih skupnosti, ki zahtevajo abstinenco (Shives, 2005; Coombes, 2007; Jerič, 2008; Videbeck, 2009; Edward, 2009; Gantar, 2010).

Posamezniki so lahko ujeti v sistem »vrtljivih vrat«, kar pomeni redno vračanje določenega števila pacientov v bolnišnico. Zaradi stopnjevanja psihotične simptomatike, ki jo sproža zloraba PAS ali obratno, so večkrat in pogosteje hospitalizirani. Ob hospitalizacijah prinašajo nedovoljene substance na oddelek, ker takojšnje abstinence ne zmorejo. Ne držijo se oddelčnih pravil in/ali jih pogosto kršijo. Pojavlja se več zapletov pri zdravljenju. Zdravljenje je lahko dolgotrajnejše (Faltz, Sellin, 2005; Jerič, 2008; Videbeck, 2009; Edward, 2009; Šegrec, Kastelic, 2010; Gantar, 2010).

Obravnava dvojnih diagoz

Zloraba ali odvisnost od PAS in duševna motnja se pojavita sočasno, zaporedno ali skupaj (Gantar, 2004; Laraia, Wiscanz, 2005; Poček, 2009; Edward, 2009; Gantar, 2010).

Diagnosticiranje komorbidnih motenj je odvisno od dobro izpeljanega diagnostičnega postopka, s katerim se loči psihiatrične simptome in sindrome, ki jih povzroča PAS, od pravih duševnih motenj (Shultz, Videbeck, 2009; Gantar 2010).

V **obravnavi** pacientov z dvojnimi diagnozami se uporabljam trije modeli zdravljenja: zaporedni, vzporedni in integrativni model, ki je tudi najbolj priporočen (Coombes, 2007; Shives, 2008; Shultz, Videnbeck, 2009; Šegrec, Kastelic, 2010). Pristop, ki obravnava le en aspekt dvojne diagnoze, je namreč manj učinkovit. Vodi lahko do ponavljajočih se zagonov rabe PAS, stopnjevanja psihotične simptomatike in pogostih rehospitalizacij. Običajno se ciklično ponavljanje zagonov rabe PAS in vzdrževanja abstinence ne prekine, dokler obe motnji nista ustrezno obravnavani (Faltz, Sellin, 2005; Coombes, 2007; Shives, 2008; Edward, 2009).

Cilje obravnave, zdravljenja in zdravstvene nege pacientov z dvojno diagnozo je potrebno prilagoditi individualnim pacientovim problemom in njihovim zmožnostim. Pred morda prezgodaj postavljenim ciljem popolne prekinitev rabe PAS je realno dosegljiv kratkoročni cilj v začetku obravnave: osredotočenje na zmanjševanje škode, negativnih posledic rabe PAS. Med dolgoročne cilje seveda sodi vzdrževanje abstinence in psihična stabilnost (Mental, 2002; Cleary et al, 2008; Shultz,

Videnbeck, 2009; Poček, 2009; Edward, 2009). Terapevtski pristopi pri obravnavi oseb z dvojno diagnozo vključujejo predvsem zdravljenje z zdravili, psihoedukacijo, izobraževanje in zdravstveno vzgojo o učinkih PAS in o duševni motnji, motivacijski intervju, vedenjsko kognitivno terapijo ter učenje socialnih spretnosti (Mental, 2002; Faltz, Sellin, 2005; Shutz, Videnbeck, 2009; Šegrec, Kastelic, 2010). Z vidika zdravstvene nege je poudarek na skupinski in individualni zdravstveni vzgoji in psihoedukaciji, preventivi recidiva in tudi na delu s svojci (Cleary et al, 2008, Laraia, Wiscaanz, 2005; Jerič, 2008; Videnbeck, 2009).

Namen in metode dela

Namen prispevka je s študijo primera prikazati najpogostejše negovalne probleme, pričakovane cilje zdravstvene nege in negovalne intervencije pri pacientu z dvojno diagnozo. Dvojna diagnoza se nanaša na sopojav psihotične motnje in uživanja psihoaktivne snovi. Na osnovi pridobljenih rezultatov in literature je namen prispevka doseči veče poznavanje in razumevanje zapletenosti problemov teh pacientov ter večjo fleksibilnost in dinamičnost pri odzivanju MS na njihove probleme v sami klinični praksi.

V prispevku je bil uporabljen pregled literature in študija primera. Literatura je bila pridobljena prek bibliografskih baz Google učenjak, Cinahl in Willey on line library ter specializiranih knjižnic – knjižnic Zdravstvene fakultete v Ljubljani in Fakultete za vede o zdravju iz Izole. Vključena je bila domača in tuja literatura. Ključne besede v angleškem jeziku so bile: dual diagnosis, mental health, nurse ter dvojna diagnoza, psihiatrija, medicinska sestra v slovenskem jeziku.

V raziskovalnem delu je bila uporabljena analiza dokumentacijskih primarnih virov. Zajemali so medicinsko dokumentacijo (popis bolezni, izvide diagnostičnih preiskav) in dokumentacijo zdravstvene nege (sprejemno dokumentacijo zdravstvene nege, načrt zdravstvene nege) izbranega pacienta z dvojno diagnozo. Podatki so bili v časovnem okviru od prvega (leto 2004) do zadnjega sprejema (leto 2012) sistematično analizirani in urejeni. Izpostavljena je bila temeljna življenjska aktivnost po Virginii Henderson, pri kateri je pacient, ob vseh hospitalizacijah, potreboval največ podpore in pomoči. Rezultati so predstavljeni po štirih fazah procesa zdravstvene nege. Ugotovljene reakcije na življenjsko situacijo in zdravstvene probleme pri temeljni življenjski aktivnosti sta avtorici oblikovali v dve negovalni diagnozi, povzeti po NANDA (Nursing, 2007). Navedeni so najpogosteje zastavljeni cilji zdravstvene nege ter načrtovane aktivnosti zdravstvene nege. V fazi vrednotenja avtorici preverjata, v kolikšni meri so bili zastavljeni in dogovorjeni cilji doseženi, ter povzemata bistvene ugotovitve.

Uporabljeni so bili etični vidiki raziskovanja. Podatki so anonimni, verodostojni ter aktualni. Namenjeni so bili izključno za izdelavo študije primera. Za vpogled v medicinsko in negovalno dokumentacijo je bilo pridobljeno pisno soglasje vodstva bolnišnice. Upoštevana so bila načela Kodeksa etike.

Predstavitev študije primera

Postopek zbiranja podatkov

Osnovni podatki: 33-letni moški, samski, edinec, nezaposlen, z nedokončano srednjo šolo je bil v psihiatrično bolnišnico prvič sprejet leta 2004. Odstopanja na področju duševnega zdravja so nakazovale že dlje časa trajajoče vedenjske motnje. Prisotna je bila socialna izolacija, neadekvatno vedenje. Navajal je samomorilne ideje. Živel je v neurejenih bivalnih okoliščinah in pogosto tudi v konfliktnih odnosih z enim od staršev. Vključevanje in pomoč s strani socialne službe je zavračal. Izpeljan je bil postopek sprejema proti njegovi volji. Med hospitalizacijami se je ugotavljalo prisotnost motenj zaznavanja, za katere je potrdil, da so prisotne zadnji dve leti, motnje mišljenja, vezane na paranoidno interpretacijo dogajanja v preteklosti, ter razne telesne senzacije. Do leta 2012 je bil hospitaliziran šestnajstkrat.

Postavitev medicinske diagnoze: Leta 2007 laboratorijski izvidi pokažejo na začetno alkoholno jetrno okvaro. Ob prekiniti pitja je prvič doživel odtegnitveno krizo. Do rabe alkohola je nekritičen. V letu 2009 je po prebolelem akutnem pankreatitisu potrebno zdravljenje sladkorne bolezni z inzulinsko terapijo. Sprožen je postopek hospitalizacije po ukrepu sodišča. Na dvanajsti sprejem je pripeljan v ovirnem jopiču, močno opit. Postavljena je psihiatrična diagnoza – *Nediferencirana shizofrenija ter duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja več drog in drugih psichoaktivnih snovi*.

Potek obravnav: Rabo PAS pri pacientu se ugotavlja in povezuje z blaženjem negativne simptomatike že ob prvih hospitalizacijah. V naslednjih trinajstih hospitalizacijah se izpostavlja pogosto uživanje alkohola in drugih PAS (kajenje marihuane) po odpustu in v devetih hospitalizacijah poseganje po PAS tudi v bolnišničnem okolu. V petih primerih pacient pride na sprejem trezen, v enajstih opit. Vedno le na posredovanje pristojnih služb na terenu, lečeče psihiatrinje ali mame. Ob vseh hospitalizacijah je sprožen postopek pridržanja proti njegovi volji. Izpostavlja se izredno nezaupljiv odnos do jemanja zdravil in - pri vseh hospitalizacijah - redno opuščanje jemanja zdravil po odpustih ter posledično ponovne izbruhe simptomov obeh motenj. Pacient ni zmogel upoštevati dogоворov in/ali jih izpolnjevati. Štirikrat samovoljno predčasno zapusti zdravljenje v bolnišnici, v enaki frekvenci vikend dopuste »prilagodi« svojim načrtom. Tudi ob kasnejših hospitalizacijah se ugotavlja nediscipliniranost v izvajanju zahtev medikamentognega režima in oslabljena kontrola impulzov (avto-ali heteroagresivnost). Od leta 2009 je pri pacientu dodatno prepoznan še deficit znanja in spremnosti na področju obvladovanja režima sladkorne bolezni. Ugotavlja se pacientova nesposobnost za aplikacijo inzulina in posledična življenjska ogroženost. Ob ugotovljenih dejstvih, da se nikoli ni strinjal s hospitalizacijo, da je hospitalizacijo pogosto tudi samovoljno prekinil, se v vseh hospitalizacijah izpostavlja tudi njegova socialna izolacija, ki se je po smrti pomembnega bližnjega, s katerim je živel, še poglobila. Pacienta se je poskušalo motivirati za vključevanje v dnevni center in bivanje v stanovanjski skupnosti. Izkazoval je neuvidevnost in nekritičnost do bolezni, aktualnih težav ter nekritičnost do zlorabe/odvisnosti od alkohola, marihuane. Kazala se je velika odvisnost od zunanjih pobud (matere, osebja), čustvena togost, izpraznenost, nezmožnost vzdrževanja stabilne abstinence, nezadovoljstvo z življenjskimi okoliščinami, pomanjkanje dnevnih aktivnosti. Pogosto spontano psihopatološkega doživljanja pacient sploh ni verbaliziral. Z zdravstvenim osebjem je zelo malo sodeloval in dogovorov ni upošteval. Ob ugotavljanju slabšanja bolezni in zaradi nefunkcionalnosti pacienta na različnih področjih življenja vse do življenjskega ogrožanja je bil septembra leta 2012 speljan postopek odvzema opravilne sposobnosti in je bila predlagana namestitev v institucionalno oskrbo.

Analiza kvalitativih podatkov

Analiza negovalne dokumentacije pri pacientu s psihotično motnjo in sočasno zlorabo PAS ob vseh hospitalizacijah odkriva probleme in težave na področju zadovoljevanja temeljne življenjske aktivnosti »Učenje in pridobivanje znanja«. Izpostavljena negovalna problema sta: »Neupoštevanje terapevtskega režima« (tabela 1) in »Neučinkovito obvladovanje kroničnega poteka komorbidne motnje« (tabela 2).

Načrt procesa zdravstvene nege pacienta z dvojno diagnozo

Tabela 1: Prikaz procesa zdravstvene nege za negovalni problem »Neupoštevanje terapevtskega režima« (analiza negovalne dokumentacije)

OCENJEVANJE STANJA/ ZBIRANJE PODATKOV	CILJI	AKTIVNOSTI ZDRAVSTVENE NEGE	VREDNOTENJE
<ul style="list-style-type: none"> - pogostost uživanja alkohola in drugih PAS (kajenje marihuane) - nerедnost jemanja zdravil - ponovni izbruhi simptomov obeh motenj - neupoštevanje dogovorov, neizpolnjevanje dolžnosti in navodil - oslabljena kontrola impulzov (avto- ali heteroagresivnost) - deficit znanja in spretnosti na področju obvladovanja obeh motenj in sladkorne bolezni 	<p>Kratkoročni</p> <ul style="list-style-type: none"> - pacient bo izrazil potrebo po upoštevanju medikamentoznega režima - pacient bo redno jemal predpisano medikamentozno terapijo, vključno z inzulinsko - pacient bo vzpostavil abstinenco od alkohola ali drugih PAS - pacient bo prepoznal težave, povezane z rabo alkohola ali drugih PAS <p>Srednjeročni (stabilizacijski)</p> <ul style="list-style-type: none"> - pacient bo okrepil zavedanje pomena sodelovanja v zdravljenju in pokazal več iniciative za poročanje o upoštevanju priporočil medikamentoznega režima - pacient bo pridobil znanje o zdravilih - pacient bo pokazal več iniciative za vzdrževanje abstinencije od vseh PAS - pacient bo pokazal več iniciative za poročanje v primeru prekinutive abstinencije od alkohola ali drugih PAS - pacient bo poročal o izkušnjah zmanjšanja ali odsohtnosti psihotičnih simptomov - pacient bo upošteval dogovore, navodila profesionalnega osebjata ter prilagajal vedenje priporočilom <p>Dolgoročni (po odpustu v skupnost)</p> <ul style="list-style-type: none"> - pacient bo nadaljeval z rednim jemanjem predpisane medikamentozne terapije (depo terapija, insulinska terapija) in upoštevanjem prehranskega režima sladkorne bolezni - pacient bo redno obiskoval psihiatra, sodeloval z osebjem skupnognega psihiatričnega zdravljenja 	<ul style="list-style-type: none"> - nadzor pacienta pri jemanju predpisane terapije v bolnišničnem okolju - učenje pacienta o zdravilih (katera zdravila jemlje, kdaj, zakaj, na kakšen način) - pogovor s pacientom o rabi zdravil in alkohola ali drugih PAS - informiranje pacienta o interakcijah med zdravili in PAS ter o tveganjih in nevarnostih rabe PAS za obvladovanje oben duševnih motenj - pomoč pacientu pri odkrivanju medsebojne povezanosti med stopnjevanjem rabe določene substance in stopnjevanjem psihotičnih simptomov - spodbujati pacienta k postavljanju vprašanj ob njegovi negotovosti glede jemanja zdravil, počutju po njih 	<p>Spremlja se izrazito manifesten vpliv alkohola na sprožanje psihične dekompenzacije in poslabšanje pacientovega funkcioniranja po večini odpustov.</p> <p>Opušča jemanje medikamentozne terapije, vključno z inzulinsko.</p> <p>Kažejo se krajsa obdobja ugodne remisije. Pacientu uspeva ustavljati pitje alkohola in se z več vikendov vrniti zadovoljivo psihično urejen in trezen. Med daljšimi hospitalizacijami se miselno in čustveno dokaj uredi, prične izkazovati nekaj kritičnega odnosa do obstoječih težav.</p> <p>Podatki pokazajo tudi na vse pogostejša obdobja poslabšanja bolezni, ko ne zmore abstinenco niti v bolnišničnem niti v domačem okolju in opušča tudi zdravljenje sladkorne bolezni</p>
<p>Negovalna diagnoza</p> <p>Neupoštevanje terapevtskega režima, ki se kaže z nediscipliniranim in neprilagojenim vedenjem pacienta v izvajanjiju zahtev terapevtskega plana/zdravstvene nege (Nursing, 2007)</p>			

Tabela 2: Prikaz procesa zdravstvene nege za negovalni problem »Nezmožnost obvladovanja kroničnega poteka komorbidne motnje«

OCENJEVANJE STANJA/ ZBIRANJE PODATKOV	CILJI	AKTIVNOSTI ZDRAVSTVENE NEGE	VREDNOTE NJE
<ul style="list-style-type: none"> - pogostost hospitalizacij - nestrijanje s hospitalizacijo - samovoljno zapuščanje bolnišnice - neuvidevnost do bolezni, aktualnih težav - nekritičnost do zlorabe/odvisnosti od alkohola in marihuane - neverbaliziranje - psihopatološkega doživljjanja - socialna izolacija - neupoštevanje dogоворov, nesodelovanje z osebjem - nezadovoljstvo z življenjskimi okoliščinami - neskladnost med terapevtskim režimom in njegovimi pričakovanji - deficit znanja in spretnosti na področju obvladovanja režima sladkorna bolezni - življenjska ogroženost 	<p>Kratkoročni</p> <ul style="list-style-type: none"> - pacient bo sprejel potrebo po hospitalizaciji - pacient bo ustrezeno komuniciral z osebjem in drugimi pacienti - pacient bo izražal občutke, doživljanje - pacient bo opisal aktualna psihopatološka doživljanja - pacient obvladoval neprilagojeno, včasih bizarno vedenje - pacient bo poskušal oblikovati plan za konstruktivno izrabo nestrukturiranega časa <p>Srednjeročni (stabilizacijski)</p> <ul style="list-style-type: none"> - pacient se bo držal dogovora – časovne omějitve ob vikend izhodih, dnevnih izhodih - pacient bo prilagodil svoje vedenje zahtevam terapevtskega programa - pacient bo vzdrževal abstinenco od PAS - pacient bo obvladoval simptome psihične motnje - pacient bo izboljšal uvid in kritičnost do duševne motnje in zlorabe PAS v okviru zmogljnosti <p>Dolgoročni (po odpusku v skupnost)</p> <ul style="list-style-type: none"> - pacient bo vzdrževal kontakt s strokovno osebo (zdravnik, medicinska sestra iz tima psihiatričnega zdravljenja v skupnosti, socialni delavec pristojnega Centra za socialno delo) - pacient bo sprejel (ob zadnji hospitalizaciji) svetovanje namestitev v institucionalno oskrbo <p>Negovalna diagnoza</p> <p>Neučinkovito obvladovanje, ki se kaže z nezmožnostjo ocenjevanja spložnih stresorjev, neustrezno izbiro odzivov in/ali neučinkovito uporabo resursov, ki so pacientu na voljo (Nursing, 2007)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - terapevtska komunikacija: spodbujanje pacienta k izražanju čustev in občutkov - vključevanje pacienta v zdr.-vzgojne skupine - učenje pacienta o naravi obeh motenj - pacienta učiti samoopazovanja individualnih opozorilnih znakov poslabšanja stanja - spodbujati pacienta k načinu razmišljanja o rabi alkohola ali PAS kot o faktoriu, ki vpliva na njegovo zmožnost samostojnega življenja v skupnosti, jemanje predpisanih zdravil in sodelovanje v terapevtskem režimu - s pacientom obravnavati dogodke, ki so v primeru prekinutive abstinence od alkohola ali drugih PAS pripeljali do incidenta - s pacientom obravnavati učinke izogibanja podobnim situacijam v prihodnje - pacientu dati pozitivne povratne informacije: pohvalo in spodbudo za vztrajanje v treznom vedenju in upoštevanju dogоворov - pomoč pacientu pri planiraju dnevne ali tedenske aktivnosti - umik planiranih aktivnosti - spodbujati pacienta k vzdrževanju kontaktov s strokovnimi osebami 	<p>Izpostavlja se pacientova redkobesednost, pogosto avšasto in čustveno neustrezno vedenje. Samozadosten.</p> <p>pri vključevanju v zdr.-vzgojne vsebine med hospitalizacijami ne izkazuje globljega dojemanja smisla vsebin.</p> <p>V bolnišničnem okolju gradi sodelovanje z osebjem skupnognega psihiatričnega zdravljenja, s pristojnim centrom za socialno delo, društvtom Vezi, ambulantnim psihiatrom.</p> <p>Ob daljši hospitalizaciji izboljša svoje funkcioniranje v skribi za osnovne življenjske potrebe, pod nadzorom redno jemlje predpisano terapijo in zgradi nekaj motivacije tudi za namestitev v strukturirano okolje - stanovanjsko skupnost, kjer ne vztraja dolgo.</p> <p>Ob zadnjih hospitalizacijah mu je svetovana namestitev v institucionalno oskrbo. Ob zadnjih hospitalizacijih je sprožen postopek za odvzem opravilne sposobnosti.</p>

Razprava

Obravnava pacientov z dvojno diagnozo sodi med najbolj zahtevne na področju psihijatrije in skupnostne skrbi, saj je paciente težko pridobiti in obdržati v zdravljenju, pa tudi v programih zdravstvene in psihosocialne rehabilitacije. Pričakovati je pogostejše recidive uživanja PAS, duševnih motenj in poslabšanja somatskega zdravstvenega stanja. V Sloveniji se osebe z dvojno diagnozo ob poslabšanju bolezni večinoma sprejme na intenzivne oddelke psihiatričnih bolnišnic. Zaradi psihotične motnje, ki ji je pridružena motnja, vezana na uživanje PAS, pacienti pogosto niso zmožni sodelovati v visokopražnih programih zdravljenja odvisnosti na specializiranih oddelkih. Njihova obravnava tako nemalokrat poraja številna vprašanja, med katerimi izstopa dilema, kje in kako najbolj ustrezno poteka zdravljenje obeh motenj sočasno (Jerič, 2008; Georgeson, 2009; Šegrec, Kastelic, 2010). Kot integralni del je v obravnavo vključena tudi zdravstvena nega.

Pregled virov in primerljivih raziskav v strokovni literaturi ter izsledki predstavljeni študije primera potrjujejo, da so cilji negovalnih intervencij osredotočeni na uporabo motivacijskih postopkov ob sočasnem upoštevanju pacientove trenutne zmožnosti za sodelovanje in upoštevanje zahtev programa zdravljenja (na primer medikamentozno zdravljenje, socioterapevtsko obravnavo in načrt zdravstvene nege). Analiza kvalitativnih podatkov pokaže na bolj ali manj ugodne izide negovalnih intervencij, ki se odražajo v stopnji pacientovega rednega jemanja predpisane terapije, razvijanja spremnosti obvladovanja psihotičnih simptomov in spremnosti, ki mu pomagajo vzdrževati abstinenco od PAS ali vsaj omejevati škodo. Odražajo se v tem, ali pacient napreduje v samoiniciativi po vzpostavljanju in vzdrževanju kontakta s strokovnim osebjem in socializaciji v okolju brez alkohola in drugih PAS. Pacient namreč s pomočjo rednega jemanja antipsihotičnih zdravil lahko uspešno nadzoruje bolezensko doživljanje (na primer motnje mišljenja in motnje zaznav). S pomočjo psihoedukacije in zdravstvene vzgoje pa dobiva uvid v obe motnji in prevzema del soodgovornosti za kompleksno zdravljenje (Faltz, Sellin, 2005; Laraia, Wiscanz, 2005; Česnik, 2006; Shives, 2008; Cleary et al., 2008; Videbeck, 2009). V bolnišničnem okolju se kot učinkovita negovalna intervencija izkaže nadzor nad jemanjem predpisane terapije.

Težave z zagotavljanjem ustrezne zdravstvene nege pacientov z dvojnimi diagnozami so v veliki meri povezane s cikličnim ponavljanjem vzorca ugodnih remisij in ponavljačih se poslabšanj, ki vodijo v rehospitalizacijo. Ob ustrezni medikamentozni terapiji in socioterapevtski podpori se stanje največkrat stabilizira in pacient lahko ponovno sledi terapevtskemu režimu in načrtu zdravstvene nege (Faltz, Sellin, 2005; Videbeck, 2009). MS mora pri reševanju pacientovih problemov in načrtovanju upoštevati, da imajo pacienti z dvojno diagnozo lahko aktualne negativne in/ali pozitivne simptome in aktivno posegajo po PAS. Oteženo lahko načrtujejo, razporejajo in modulirajo dejavnosti in integrirajo nove informacije. Pacienta torej determinira sama narava komorbidne duševne motnje, ki prizadene kognitivne funkcije, kar vpliva na njegovo sodelovanje. Kljub temu pa pacient ostaja subjekt kontinuiranega procesa zdravstvene nege in prispeva osebno informacijo, ki temelji na izkušnji bolezni, medicinska sestra pa prispeva splošno informacijo, ki temelji na strokovnem znanju. Z vidika procesa zdravstvene nege je pomembno, da pacient zaupljivo sodeluje in je aktivno vključen v proces sprememb (Česnik, 2006; Cleary et al., 2008).

Pregledana strokovna literatura izpostavlja, da se MS pri svojem delu pogosto srečajo z dilemo, kako profesionalno pristopiti k pacientu, pri katerem je diagnosticirana sopojavnost obeh motenj. Specifična partnerska vloga negovalnega osebja na bolniških oddelkih je namreč v stalni prisotnosti in s tem povezanim vzdrževanjem kontinuitete pacientu prijaznega socialnega okolja z namenom zmanjševanja njegovih vedenjskih motenj ter zagotavljanjem varnosti pri pacientih. Profesionalna zrelost negovalnega osebja v klinični praksi se kaže prav v sposobnosti reguliranja ne priti pacientu preblizu, ne prekoračiti lomljivih meja njegovega jaza in, obenem, ne se odpovedati razumevanju dogajanja v njem. Najvažnejši dejavnik je torej sposobnost negovalnega osebja razumeti in tolerirati pacienta z dvojno diagnozo z vso kompleksnostjo problemov, ki jih ta ima (Nedog, 2004).

Z analizo podatkov v študiji primera ugotovimo, da je bil pacient zelo šibko motiviran (ali sploh ne) za proces sprememb, ki so v obvladovanju njegovih težav najne. Izvajanje ustreznih intervencij zdravstvene nege pacientu omogoča čim bolj aktivno vzdrževati sodelovanje in upoštevanje zahtev zdravljenja in zdravstvene nege v okviru njegovih zmožnosti in sposobnosti. Zastavljene so kratko- in dolgoročno ter zavzemajo čim več vidikov pacientovega življenja. V interakciji medicinske sestre z njim je pomembna potrežljivost, prilagodljivost, optimizem in vztrajnost, kar ga opogumlja k sodelovanju. Ključna

determinanta sprememb je samoučinkovitost. Pacient sprememb ne bo poskušal izvesti, če bo menil, da za to ni dovolj sposoben, ne bo verjel v učinek te akcije ali mu rezultat ne bo privlačen (Coombes, 2007; Cleary et al., 2008; Edward, 2009; Hughes, 2009). Hudo oviro za sodelovanje predstavlja napredovana psihoza s slabo prognozo, nezmožnost vzdrževanja abstinence od PAS in posledično vse slabše funkcioniranje pacienta vse do življenske ogroženosti.

Pregled literature in ugotovitev študije primera potrdijo, da je zelo pomembno delo MS, ki je usmerjeno v zdravstveno vzgojo in psihoedukacijo, predvsem individualno ter prilagojeno individualnim potrebam in zmožnostim pacienta. Kot učinkovito se izkazuje vztrajati pri zahtevah, da se pacient v času remisije izobraževanja in psihoedukacije v zdravstveno vzgojnih skupinah tudi udeleži. Zelo pomembna je subtilnost MS, kdaj je pacient pripravljen in s kakšno zahtevo se ga bo prepričalo k sodelovanju (Faltz, Sellin, 2005; Česnik, 2006; Poček, 2009; Hughes, 2009). Z analizo študije primera ugotovimo potrebo, da se v fazo izvajanja procesa zdravstvene nege med pomembne negovalne intervencije uvrsti interakcijske tehnike motivacijskih postopkov, ki pacientu pomagajo pri oblikovanju ciljev, v intenzivno terapevtsko komunikacijo pa empatijo in sprejemanje. Nujno je, da se upošteva razumevajoč, podporni in neogrožujoč pristop, brez obsojanja, izražanja nezadovoljstva in kaznovanja. Pacienti namreč pogosto premagujejo občutke prevlade avtoritete, kontrole in se zaradi tega počutijo ogrožene. Uporablja se reflektivno poslušanje, dajanje spodbud in opogumljanje. Z opisanimi terapevtskimi tehnikami se pacienta ozavešča o razlogih, zaradi katerih zlorablja PAS in spodbuja k raziskovanju odnosa do zlorabe PAS. Nujen je tudi empatičen in spoštljiv odnos do subjektivnih izkušenj pacienta s psihotičnimi simptomi in zlorabo PAS. Predlagana je uporaba tehnik, ki pacientu pomaga pri raziskovanju ovir za doseganje njemu lastnih ciljev in prepoznavanju zgodnjih opozorilnih znakov poslabšanja stanja. Medicinska sestra upošteva pacientovo razpetost med najbolj protislovne notranje situacije ali občutja kot osebno človeško izkušnjo. Pacienta aktivno posluša in reflektira stanje, kako vidi njegovo vedenje, probleme, kakšne so prednosti in slabosti vztrajanja ali vzdržnosti od rabe PAS. Sooča ga z neskladem med aktualnim in ciljnim vedenjem ter podpira pacientovo odločitev v korist sprememb. Pacientu pomaga pri raziskovanju znakov poslabšanja psihotične motnje in prepoznavanja visoko rizičnih situacij, v katerih se zateka k rabi PAS (Faltz, Sellin, 2005; Laraia, Wiscanz, 2005; Shives, 2005; Cleary et al, 2008, Poček, 2009, Edward, 2009; Hughes, 2009).

Zaključek

V terapevtski odnos s pacientom z dvojno diagnozo osebje v zdravstveni negi morda stopa z množico lastnih predsodkov, mitov in stereotipov, napačnih prepričanj, obtožb in dilem. Večkrat čutimo tudi nemoč, nepotrpežljivost, občutek izgorelosti in negotovost, ali lahko konstruktivno sodelujemo pri obravnavi. K opisanemu veliko pripomorejo tudi nejasni in nedorečeni ukrepi na bolniškem oddelku in pomanjkanje znanja. Izkazuje se nujnost seznanjanja negovalnega osebja z interakcijskimi tehnikami motivacijskih postopkov in njihovo uporabo v klinični praksi. Razumevanje pomena različnih stopenj pacientove motiviranosti za spremembo vedenja in sodelovanja pri osebju zmanjšuje frustracije in tveganja za konfrontacije ter mu pomaga tolerirati pacienta. Pomembno je, da negovalno osebje pozna proces, ki pri pacientu vključuje tudi možne zdrse ali recidive, vrnitev v začetne faze, kljub nekaj časa trajajoči stabilnosti. Spreminja pacientovega vedenja se namreč dogaja skozi daljše časovno obdobje, morda tudi po večkratnih sprejemih v bolnišnično obravnavo. Na drugi strani pa sodelovanje pacientov v zdravstvenovzgojnih in izobraževalnih programih pripomore, da bolje sodelujejo pri medikamentozni terapiji (je ne odklanjajo in ne manipulirajo z njo), bolje sprejemajo in uvidevajo svojo bolezen, krepijo občutek, da jo obvladujejo, pridobivajo za njih pomembne informacije, ki vplivajo na vztrjanje v zdravljenju in programih zdravstvene in psihosocialne rehabilitacije.

Literatura

1. Cleary M, Walter G, Hunt GE, Clancy R, Horsfall J. Promoting dual diagnosis awaraness in everyday clinical practic. *J Psychosoc Nurse Ment Health Serv.* 2008;46(12):43-9.
2. Coombes L. The lived experience of community mental health nurses working with people who have dual diagnosis: a phenomenological study. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2007;14(4):382–92.
3. Curtis J. Substance –related disorders and dual diagnosis. In: Elder R, Evans K, Nizette D, eds. *Psychiatric and Mental Health Nursing*: 2nd edition. Australia: Elsevier2009: 347- 65.
4. Čebašek Travnik Z. Zloraba in odvisnost od psihoaktivnih snovi. In: Tomori M, Ziherl S, eds. *Psichiatrija*. Ljubljana: Litterapicta; 1999: 152.

5. Česnik J. Psihoedukacija – izobraževalni program za bolnika s shizofrenijo in njihove svojce [diplomsko delo]. Ljubljana: Filozofska fakulteta oddelek za pedagogiko in andragogiko; 2006.
6. Edward KL, Munro I. Nursing consideration for dual diagnoses in mental health. *Int J Nurs Pract.* 2009;15(2):74-9.
7. Fultz BC, Sellin SC. Issues in Dual Disorders. In: Boyd MA, ed. *Psychiatric Nursing: contemporary Practice.* Philadelphia: Lippincot Williams & Willkins; 2005: 728-34.
8. Gantar Štular H. Komorbidnost odvisnosti od alkohola in drugih duševnih motenj. In: Čebašek Travnik Z, Rus Makovec M, eds. *Osnove odvisnosti od alkohola: učbenik in smernice za delo.* Ljubljana: Psihiatrična klinika; 2004: 28-34.
9. Gantar Štular H. Novejša spoznanja s področja odvisnosti od alkohola. In: Avberšek Lužnik I, Kaučič BM, Hvalič Touzery S, eds. *Sindrom odvisnosti od alkohola - diagnostični in terapevtski vidiki:* zbornik prispevkov z recenzijo. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, 2010: 65-73
10. Georgeson B. The Matrix Model of dual diagnosis service delivery. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2009; 16(3):305-10.
11. Hughes E » Dual diagnosis« an integrated approach to care for people with co-occurring mental health and substance use problem. In: Newell R, Gournay K, eds. *Mental Health Nursing: An evidence based approach (second edition).* Churchill Livingstone: Elsevier; 2009: 132- 48.
12. Jerič A Obravnava bolnika z dvojno diagnozo. In: Mažgan B, ed. *Obravnava bolnika odvisnega od prepovedanih drog:* zbornik prispevkov. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege - Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji; 2008: 90-7.
13. Laraia MT, Wiscanz SG. Chemically mediated responses and substance – related disorders. In: Wiscanz SG, Laraia TM, eds. *Principles and practice of psychiatric nursing.* St Luis: Mosby; 2005: 473-516.
14. Mental health policy implementation guide: Dual diagnosis good practice guide. Department of health; 2002. Dostopno na:
http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4060435.pdf (3.9. 2012).
15. Nursing diagnosis: definition and classification 2007-2008. Philadelphia: North American nursing diagnosis association; 2007: 1530-1.
16. Nedog K. Psihodinamsko zasnovana zdravstvena nega psihotičnih bolnikov na oddelku psihiatrične bolnišnice. *Obzor Zdrav Neg.* 2004;38(2):129-32.
17. Poček U. Obravnava pacienta z dvojno diagnozo. In: Pregelj P, Kobentar R, eds. *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju.* Ljubljana: Psihiatrična klinika; 2009: 152-4.
18. Shives R Basic Concept of Psychiatric Mental Health Nursing. Clients with a Dual Diagnosis. Philadelphia: Lippincot Williams and Willkins; 2008: 624-7.
19. Shultz JM, Videbeck SL. Dual Diagnoses. In: Shultz JM, Videbeck SL, eds. *Lippincot's Manual Psychiatric Nursing Care Plans, ed 8.* Philadelphia: Lippincot Williams & Willkins; 2008: 146-9.
20. Šegrec N, Kastelic A. Obravnava bolnika z motnjo, vezano na uživanje psihoaktivnih snovi in komorbidno psihotično motnjo. *Zdrav Vestn.* 2010;79(7/8):567-74.
21. Todd J, Green G, Harrison M, Ikuesan BA, Self C, Baldacchino A et al. Defining dual diagnosis of mental illness and substance misuse: some methodological issues. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2004;11(1):48-54.

HOSPITALIZACIJA PACIENTA BREZ PRIVOLITVE: PRAVNI IN ZDRAVSTVENI VIDIK

Involuntary Hospitalization: Legal and Medical Aspects

Maja Ogric, dipl. m. s.

Kristina Krzisnik, dipl. m. s.

Psihiatrična bolnišnica Idrija

maja.ogric@siol.net

Izvleček

Slovenija si prizadela, da bi se pri promociji in varovanju duševnega zdravja in s tem varovanju pravic pacientov približala razvitim državam. Strokovni članek s pregledom virov in literature pojasni pravni in zdravstveni vidik hospitalizacije pacienta brez privolitve. Obstaja niz področij, kjer se morata medicinska in pravna znanost nujno prepletati. Besedne zveze, kot so neprostovoljna hospitalizacija, neprostovoljno zdravljenje, hospitalizacija brez privolitve, so izrazi, ki se v praksi večinoma uporabljajo kot sinonimi in pomenijo vse postopke sprejema na zdravljenje oziroma obravnavo v psihiatrično bolnišnico na oddelek pod posebnim nadzorom, s katerimi se oseba ob sprejemu ne strinja. Hospitalizacija in zdravljenje v psihiatričnih institucijah brez soglasja pacienta je vedno nepriljubljen ukrep, vendar je ta ukrep občasno edini in hkrati humano dejanje, s katerim osebi z duševno motnjo učinkovito pomagamo in preprečimo tudi najhujše posledice zanj in njegovo okolico. Največ časa je ob pacientu, ki je hospitaliziran proti volji, prisotno negovalno osebje, ki se pri obravnavi takega pacienta srečuje z različnimi obremenitvami: stiskami, strahom, tesnobo, stresom in tudi z etičnimi dilemami. Ravno zaradi teh obremenitev ni smisel razvoja zdravstvene nege pri obravnavi hospitalizacije proti volji v zadostitvi nekega sodobnega zakonskega kriterija, ki se kaže zgolj v prisotnosti izvajanja, ampak upoštevanje in razumevanje namena, pomena, vsebine in kakovosti izvedbe.

Ključne besede: duševno zdravje, pravice pacientov, zakonodaja, sprejem proti volji pacienta, zdravstvena nega

Abstract

Slovenia strives to draw nearer to developed countries in the promotion and protection of mental health. By examining different sources and references, the paper explains the legal and medical aspects of hospitalizing patients without their consent. There is a range of areas where the medical and legal sciences must necessarily work hand in hand. Phrases such as involuntary hospitalization, involuntary treatment and hospitalization without consent are the terms that are mostly used as synonymous in practice and they entail all the procedures for treatment or treatment in a psychiatric hospital in a ward under special supervision, where the hospitalized persons did not agree to hospitalization at reception. Hospitalization and treatment in psychiatric institutions without consent remains a very unpopular measure, but this action is occasionally the only one left available and is at the same time a humane way to help a person with a mental disorder to prevent possible fatal consequences for him/her and his/her environment. It is the nursing staff that spends the most time with the patients hospitalized against their will. The staff is faced with additional stress, frustration, fear, anxiety, and also with ethical dilemmas. The point of the development of health care of involuntary hospitalizations is not only to meet the contemporary legal criteria, reflected only in the presence of implementation, but to develop the appreciation and understanding of the purpose, meaning, content and the quality of performance.

Keywords: mental health, patients' rights, legislation, involuntary hospitalization, nursing care

Uvod

Zahteva današnjega sveta je multidisciplinarni pristop k različnim problemom. V psihiatriji obstaja niz področij, kjer se morata medicina in pravna znanost nujno prepletati in pristopiti k problemom tako z medicinskega kot s pravnega vidika, saj močan in hiter razvoj medicinskih znanosti vedno znova odpira številna nova vprašanja, ki zahtevajo pravno regulacijo (Čizmić, 2010). Z razvojem sodobnih oblik

zdravljenja duševnih motenj smo v zadnjih petindvajsetih letih priča znatnim spremembam zakonov o duševnem zdravju. Mnogi zakoni vsebujejo določbe, ki zagotavljajo in s tem dopuščajo proaktivni pristop k varstvu duševnega zdravja (Baucon, 2007).

Samoodločanje pacienta je danes osnovno vodilo pri vseh medicinskih posegih in zdravstveni negi. V 1. odstavku 26. člena zakona o pacientovih pravicah (ZPacP, 2008) je določeno, da ima pacient pravico do samostojnega odločanja o zdravljenju, kar lahko razumemo, da se oseb, ki so sposobne odločanja o sebi, brez njihove privolitve ne sme zdraviti oziroma na njih opravljati medicinskih posegov. Vendar pa je možno podati omejitev omenjene pacientove pravice po ZPacP, če tako določa zakon o duševnem zdravju (ZDZdr, 2008), ki pravi (39. člen), da je zdravljenje oseb brez privolitve dopustno, če so pri tem kumulativno izpolnjeni vsi potrebnii pogoji (Kraljić, 2010; Uradni list RS, št. 15/2008).

Kores Plesničar in Petek (2005) v svojem strokovnem članku z naslovom Hospitalizacija proti volji/neprostovoljna hospitalizacija navajata, da je v Sloveniji večina sprejemov v psihiatrično bolnišnico prostovoljnih in le približno 10 % hospitalizacij je proti volji bolnikov.

Analiza pregleda literature in virov

Strokovni članek temelji na metodi opisovanja in pregleda virov, ki vključuje analizo domače in tujje literature s primerjavo enakih ali podobnih dejstev in odnosov, povzemanjem spoznanj, stališč, sklepov in rezultatov drugih ter strnitev spoznanj širše vsebine v novo celoto. Pregled se nanaša na proučevanje monografskih in serijskih publikacij, polpublikacij ter mednarodnih in nacionalnih pravnih virov. Pregled literature je bil opravljen s pomočjo Slovenskega knjižničnega informacijskega sistema Cobiss in svetovnega spleta z dostopom do podatkovnih baz za področje zdravstva. Literatura zajema časovno obdobje od leta 1994 do 2011.

Pravni vidik obravnave oseb s težavami v duševnem zdravju

Človekove pravice in temeljne svoboščine, enaka dostopnost do zdravstvene obravnave in zdravljenja ter enake možnosti v vsakdanjem življenju so temeljna izhodišča demokratične družbe. Dandanašnji smo priča navalu različnih internacionalnih in nacionalnih idej, deklaracij, konvencij, zakonov, ki se ukvarjajo z vprašanji duševnega zdravja (Ogrič, 2011).

Kocmur in Vošnjak (2008) navajata, da je za pravno stroko zdravljenje brez privolitve prvenstveno omejevanje osebne svobode, za medicino pa način, da se doseže povrnitev ali izboljšanje zdravja. V tej točki se srečata dve popolnoma različni etični izhodišči, ki kažeta na težavnost vzpostavljanja usklajenih moralnih presoj o teh težkih in kompleksnih vprašanjih. Tako različna vrednostna izhodišča pravne znanosti, ki posegajo na katero koli medicinsko področje, se praviloma pospremi z negodovanjem bodisi pravnikov bodisi zdravnikov.

Pravo se navezuje na tri ključne subjekte, ki posegajo na medicinsko področje (Čizmić, 2010):

- človeka kot pacienta in njegove temeljne pravice,
- odgovornost zdravnika in drugih zdravstvenih delavcev,
- delovanje in ureditev zdravstvenih institucij in dejavnost zdravstvenega sistema v državi.

Povezanost psihiatrije z varnostnim in pravnim področjem lahko pojasnimo z vlogami in funkcijami, ki jih skupno opravljajo. Službe za varnost in pravosodni sistem so dolžne preprečiti družbi nevarna in/ali kazniva dejanja tudi s strani morebitni psihiatričnih bolnikov. Pri določitvi neprištevnosti nekaterih storilcev družbi nevarnih dejanj izvedenci psihiatrične stroke dolgo pomagajo sodiščem in drugim pravnim organom (Kobal, 2009).

Kobal (2009) izpostavi ožja področja interdisciplinarnega sodelovanja psihiatrije in prava:

- zdravljenje psihiatričnih bolnikov po zakonu o duševnem zdravju (ZDZdr) in drugih predpisih, ki urejajo pravice in obveznosti bolnikov in njihovih terapevtov,

- psihiatrično izvedenstvo v kazenskih, civilnopravnih, upravnih in drugih zadevah, kjer pravna država potrebuje strokovne ocene in predloge zdravnika psihiatra,
- izvajanje psihiatrično pomembnih varnostnih ukrepov, kot jih določata KZ iz leta 1994 z uporabo 376. člena KZ-1 ter dopolnjeni KZ-1B s členoma 70. a in 70. b (Uradni list RS, št. 91/2011).

Varovanje pravic oseb z duševno motnjo v mednarodnih in nacionalnih pravnih dokumentih in pogodbah

Drenik in Jager-Agius (2008) poudarjata, da je napisanih veliko (več kot sto) mednarodnih pogodb o varstvu človekovih pravic, ki so multilateralne (regionalne) ali bilateralne narave. Izpostavita pomembnost implementacije (uveljavljanja) mednarodnih pogodb in nepogodbenih obveznosti, sprejetih na različnih mednarodnih forumih in organizacijah. Menita, da prevzete mednarodne obveznosti zaživijo takrat, ko se uveljavijo na nacionalni ravni z vključitvijo v notranjo zakonodajo države ali z uskladitvijo notranje zakonodaje s temi obveznostmi.

Pomembnejši mednarodni akti na področju človekovih pravic in duševnega zdravja

- Splošna deklaracija človekovih pravic iz leta 1948 (Generalna skupščina OZN, 1948)
- Zakon o varstvu duševnega zdravja: deset temeljnih načel (WHO, 1996)
- Mednarodna konvencija o pravicah invalidov (Uradni list RS, št. 37/08)
- Deklaracija o človekovih pravicah in duševnem zdravju (Svetovna Federacija za mentalno zdravje, 1989)

Varovanje pravic oseb z duševno motnjo po priporočilih Sveta Evrope in Evropske unije

- Evropska konvencija o varstvu človekovih pravic in temeljnih svoboščin (Uradni list RS, št. 33/94)
- Ustavna odločba Evropskega sodišča za človekove pravice (Winterwerp proti Nizozemski 6301/73, 1979)
- Evropska konvencija o preprečevanju mučenja in nečloveškega ali ponižajočega ravnana ali kaznovanja in Evropski odbor za preprečevanje mučenja (Uradni list RS, št. 1-1/94; 2/94)
- Evropski pakt za duševno zdravje in dobro počutje (Evropska komisija, 2008)
- Oviedska konvencija-MVCPB (Uradni list RS št. 17/1998)
- Helsinška deklaracija (WHO, 2005)
- Listina Evropske unije o temeljnih človekovih pravicah (Evropski parlament, 2000)

Varovanje pravic oseb z duševno motnjo v konvencijah mednarodnih nevladnih organizacij

- Madritska deklaracija (World Psychiatric Association, 1996)
- Deklaracija iz Caracasa (Pan American Health Organization, 1990)

Varovanje pravic oseb z duševno motnjo v slovenski zakonodaji

- Ustava Republike Slovenije – 19., 32., 35., 50. in 51. člen (Uradni list RS, št. 33/1991)
- Zakon o varuhu človekovih pravic – ZVarČP (Uradni list RS, št. 71/1993)
- Zakon o pacientovih pravicah – ZPacP (Uradni list RS, št. 15/08)
- Zakon o duševnem zdravju – ZDZdr (Uradni list RS, št. 77/08)

Zdravstveni vidik nujne obravnave oseb s težavami v duševnem zdravju

Zdravstveni oziroma medicinski vidik neprostovoljne hospitalizacije se nanaša na merila in načine ugotavljanja določenega odklona (t. j. odmik od normalnega, pravega, psihična deviacija) v duševnem zdravju, njihovega ocenjevanja ter obravnava. Neprostovoljna hospitalizacija je reakcija na manifestacijo duševnih motenj in upravičenost ni sporna, kadar so izpolnjeni vsi zakonski pogoji. Razlogi za prisilno hospitalizacijo (ustrezneje: namestitev osebe v oddelek pod posebnim nadzorom brez njene privolitve) imajo:

- **medicinsko indikacijo** (izboljšanje njihovega zdravstvenega stanja) ali
- **socialno indikacijo** z namenom, da bi se družba pred njimi zavarovala, če bi ogrožali življenje drugih ali huje ogrožali zdravje drugih ali povzročali hudo premoženjsko škodo drugim, in
- **vitalno indikacijo**, ki zagotavlja varovanje pred njihovim lastnim ravnanjem, npr. če ogrožajo svoje življenje (samomorilnost) ali huje ogrožajo svoje zdravje (Baucon, 2007; 2009).

Pojem neprostovoljna hospitalizacija in zdravljenje proti volji pacienta v širšem obsegu pomenita (Kores – Plesničar, Petek, 2005):

- da se hospitalizacijo proti volji v nujnih stanjih opravi, ko bolnik ni kompetenten ali zmožen izvajati ali razumeti svojih odločitev glede zdravljenja. Brez zdravljenja bi se bolnikovo zdravstveno stanje še dodatno poslabšalo;
- specifične oblike zdravljenja hudih duševnih motenj proti volji bolnika vključujejo: hospitalizacijo z uporabo zaprtih vrat, ločene sobe z intenzivnim opazovanjem s strani osebja, uporabo zdravil proti volji in skrajni ukrep v psihijatriji, t. j. fizično/telesno omejevanje na postelji z ustreznim prilagojenimi pasovi.

Najpogostejše duševne motnje ozziroma oblike vedenja, ki zahtevajo hospitalizacijo proti volji pacienta, so: psihoze, nasilje, bolezni odvisnosti od psihoaktivnih snovi, duševne motnje pri starostnikih, samomorilnost in osebnostne motnje. Za sprejem in zdravljenje pacienta proti volji morajo biti izpolnjeni vsi pogoji, kot jih določa Zakon o duševnem zdravju (Žmitek, 1999).

Psihoze

Pogoj za hospitalizacijo proti volji je duševna bolezen, ki vključuje pomankljiv bolezenski uvid. Gre zlasti za bolezni iz psihotičnega območja. Kot psihozo razumemo bolezensko motnjo, ki bistveno moti patientov stik z realnostjo, zaradi česar je pomembno moteno njegovo vsakodnevno funkciranje (Žmitek, 2001; Žvan, 1994). Akutno psihotični pacient je lahko v socialnem okolju moteč, njegovo vedenje je izstopajoče in v splošni populaciji zbuja tudi precej bojazni ozziroma zgražanja. Ker gre za eno najbolj dramatičnih slik v medicini, je v družbi pogosto prisotno stigmatiziranje teh patientov. Pomembno je vedeti, da vsaka psihoza še ne pomeni, da ima oseba shizofrenijo (Nedog in sod., 2007). Najpogostejše bolezni iz te skupine so shizofrenija, ki je najpogostejša duševna bolezen (Švab, 1996), shizoafektivna psihoza, trajna blodnjava motnja (po starem paranoidna psihoza), manična motnja, depresivna motnja in organske psihoze (Ziherl, 2001; Žmitek, 2001; Žvan, 1994).

Nasilje

Kržišnik (2009) navaja, da se v psihijatriji srečamo predvsem s tremi glavnimi skupinami patientov s potencialno nasilnim vedenjem:

- osebe, odvisne od psihoaktivnih substanc, kjer gre lahko za nasilje v povezavi z učinki droge, z odtegnitvenimi stanji ali pa zaradi ekonomskih vzrokov;
- pacienti z osebnostnimi motnjami;
- pacienti s psihotično motnjo.

Različne načine in oblike nasilja je mogoče v širokem krogu abnormnega vedenja srečati v treh okoliščinah:

- kadar možganski bolezenski proces zajema določene strukture v osrednjem živčevju in jih notranje ozziroma zunanje draženje privede do napadalnosti;
- kadar pacient z nasilnostjo odgovarja na očitne, pa tudi bolj prikrite provokativne dražljaje iz svojega okolja;
- kadar je nasilje neposreden izraz duševne patologije, kot je opisano v poglavju o psihozah. V drugi in tretji skupini upoštevamo tudi nasilno vedenje motenih oseb v zvezi s paranoidno, mejno in disocialno osebnostno motnjo (Kobal, 1999).

Večjo pogostost lahko pričakujemo tudi pri psihoorgansko spremenjenih pacientih, pacientih z demenco, duševno manj razvitih osebah, pacientih z epilepsijo in pacientih z depresijo (Perne, 2005).

Samomorilnost

Čeprav samomorilno vedenje lahko sovpada z depresijo, boleznimi odvisnosti, psihozami in osebnostnimi motnjami, pa ni nujno duševna motnja tista, ki to vedenje sproži. Do 50 % ljudi, ki so samomorilno ogroženi, nima duševne bolezni. Tudi telesno obolenje lahko pripomore k resni samomorilni ogroženosti (bolečina, operacija, kronično obolenje). Zdravstveni delavci se s suicidalnim vedenjem srečujejo v različnih okoljih: v bolnišnicah, domovih za ostarele, zdravstvenih domovih in celo pri bližnjih svojcih in znancih (Varcarolis, 2000).

V suicidologiji so ključni trije »A«: agresivnost v smislu čustev jeze ali želje po uničenju, apel kot klic na pomoč, ko je oseba izčrpala vse druge načine, ki so bili na voljo, in ambivalenca, ki pomeni, da je človek na pragu smrti še vedno zazrt tudi v življenje in zato ni manipulacija, kadar po samomorilnem dejanju ljudje sami poiščejo pomoč (Žmitek, 1999).

Žmitek (1999) označuje absolutne in relativne indikacije za neprostovoljno hospitalizacijo po samomorilnem poskusu. V skupino absolutnih indikacij uvršča psihotična stanja, nasilnost, skoraj usoden načrtovan poskus, še prisotne samomorilne ideje. Za relativne indikacije navaja starost nad 45 let, visoko razmerje tveganje-rešitev, telesno bolezen, odvisnost od alkohola oziroma drog, odsotnost socialne mreže, socialno izolacijo, brezup, nemoč, izčrpanost, načrti za ponovni poskus.

Odvisnost od psihoaktivnih snovi

Izraz odvisnost opisuje eno ali več izmed naštetih možnosti:

- bolezen - odvisnost od določene psihoaktivne snovi, na primer sindrom odvisnosti od alkohola;
- psihofiziološki pojav - povzroči ga ponavljanje določene psihoaktivne snovi;
- telesna odvisnost - fiziološko stanje prilagoditve na rabo določene psihoaktivne snovi;
- duševna odvisnost - subjektivni občutek potrebe po psihoaktivni snovi (Čebašek Travnik, 1999).

Odtognitveno stanje je urgentno stanje (Pišljar, 1999). Osnovni znaki odtegnitvenega stanja so: tremor, vznemirjenost, znojenje in navzea. Ob zaužitju alkohola se znaki hitro poležejo, če pa odvisni alkohola ne zaužije, odtegnitveno stanje traja nekaj dni. Dodatno se lahko pojavijo iluzije oziroma halucinacije. V prvih štirinajstih dneh abstinencije je možen tudi konvulzivni (epileptični) napad. Najpogosteje se pojavi v 48 urah po prenehanju pitja (Jerina, 1999).

Duševna stanja, povezana s prekomerno rabo alkohola, so: depresivna motnja, anksioznost, samomori in namerne samopoškodbe, osebnostne spremembe, patološka ljubosumnost, motnje spanja, motnje v spolnosti, prehodne halucinacije, alkoholna halucinoza (Čebašek Travnik, 1999).

Duševne motnje pri starostnikih

Kogoj (1999) navaja kot razloge za urgentne vzroke pogosto posamezne simptome, ki spremljajo duševne motnje. Stanja, ki so pomembna zaradi mogočih usodnih posledic, in stanja, ki so pogostejši vzroki za nujno obravnavo starostnika, so:

- samomorilna ogroženost
- motnje zavesti (delirij)
- motnje hranjenja in druge telesne težave, ki so pogosto znak depresije, lahko tudi kot posledica blodenj z depresivno ali s paranoidno obliko
- vznemirjenost, ki je lahko posledica delirija, demence, depresije, psihoze, bolečine, različnih telesnih bolezni, stranskega učinka zdravil, spremembe življenjskega okolja,

- socialne izolacije
- tavanje in motorični nemir
- agresivnost

Osebnostne motnje

Ziherl (1999) opredeljuje osebnostno motnjo kot skrajno poudarjenost nekaterih osebnostnih potez, ki so bolj ali manj trajne, neprilagodljive in nespremenljive. Zaradi njih je človekovo vedenje, mišlenje in čustvovanje povezano s težavami v odnosih s soljudmi in družbo, sam človek ali njegova okolica pa zaradi tega trpi. Ko govorimo o osebnostni motnji te ali one vrste, torej ne govorimo o kakšni duševni bolezni, pač pa o vedenjski motnji, ki je posledica te osebnostne motenosti. Ljudje z osebnostno motnjo ne pridejo v psihiatrično obravnavo zaradi motnje same, ampak zaradi posledične druge duševne motnje: depresije, psihotične reakcije, anksioznosti, avtoagresivnosti ali heteroagresivnosti. Praviloma je prognoza zdravljenja slaba, res pa je, da se nemalokrat v svojem naravnem poteku osebnostna motnja spreminja, motenost pa se manjša z leti oziroma s staranjem.

Pregled ključnih ugotovitev

Na temo varovanje pravic pacientov in spoštovanje strokovnih podlag za varno obravnavo neprostovoljnih hospitalizacij je v slovenskem jeziku že veliko napisanega in dostopnega. Vendar se s tem problemskim vprašanjem veliko več ukvarjajo strokovnjaki prava, sociologi in zdravniki. Vedno več pa se do teh vprašanj opredeljujejo in pišejo tudi medicinske sestre (Ogrič, 2011).

Pregled literature je pokazal, da večina avtorjev pravne in medicinske stroke, citiranih v teoretičnem delu strokovnega članka, meni, da je izvor vzrokov za problemska vprašanja, ki se pojavljajo v psihiatriji tako na organizacijskem, strokovnem, izobraževalnem, pravnem in ne nazadnje finančnem področju, predvsem v specifični naravi duševnih motenj in se zato razlikujejo od drugih medicinskih strok.

- Peterka-Novak in Horvat (2009) poudarjata, da znanja splošne ter specifične **zakonodaje** s področja pacientov pravic in področja duševnega zdravja usmerjata zaposlene v zdravstveni negi v strokovni partnerski odnos v poteku zdravstvene obravnave. Tovrstna obravnavna omogoči negovalnemu osebju profesionalno aktivnost na področju spoštovanja temeljnih človekovih in pacientov pravic ter zagovorništva. Pravice pacientov predstavljajo vse, kar razumemo kot dolžnost zdravstvenih delavcev.
- **Strokovne smernice** z zakonodajo presojajo indikacije, namen, način in kakovost postopkov ter vključujejo varovalne mehanizme za zagotavljanje načela ne-škodovanja bolniku in dobronamernost.
- **Etične smernice** so tiste, ki opravičujejo namen posega v pacientovo telo s stališča dobrega, pravilnega in koristnega (Kravcar, 2009).

Stopnja razvoja družbe je vidna skozi varovanje pravic marginalnih skupin prebivalcev, med katere nedvomno spadajo tudi osebe s težavami v duševnem zdravju. Načini za izboljšanje življenjskih razmer oseb z duševno motnjo so številni. Eden od njih je zagotovo sprejetje ustrezne zakonodaje in predpisov. Za pravo ostaja zdravljenje brez privolitve prvenstveno omejevanje z ustavo zagotovljenih pravic, zato je prav in morajo biti vsi postopki obravnave opredeljeni v zakonu in podvrženi sodni kontroli, za medicino pa način, da se doseže povrnitev ali izboljšanje zdravja (Kocmur, Vošnjak, 2008).

Res je, da je hospitalizacija in zdravljenje v psihiatričnih institucijah brez soglasja nepriljubljen ukrep, čeprav je primeren postopek za zagotavljanje varnosti in potrebnega zdravljenja. Zato mora biti osebam, ki so hospitalizirane proti volji, zagotovljena neodvisnost in nepristranskost kakor tudi objektivno medicinsko mnenje (Ogrič, 2011).

Zaključek

Zaradi številnih predpisov s področja zdravstvene zakonodaje je potrebno, da zaposleni, ki delajo na področju duševnega zdravja, kontinuirano spremljajo in proučujejo novosti in morebitne spremembe predpisov ter njihovo uporabo v praksi (Čizmić, 2010).

Ogrič (2011) ocenjuje, da je zakonodaja zaposlenim v zdravstveni negi s praktičnega vidika manj znana, saj se z njo najpogosteje lahko seznanjajo predvsem na informativni ravni, večinoma parcialno in zato verjetno precej nenatančno, kar vodi v določene subjektivne pomisleke. Pridobivanje in razvijanje znanja specifične zakonodaje za posamezna področja v zdravstveni negi je tako zelo pomembno področje, da potrebuje premišljeno analizo in prednostni načrt v viziji razvoja zdravstvene nege pri nas. Namen normativnega urejanja področja zdravstvene nege je v tem, da se na zakonski in podzakonski ravni utemelji temeljna pravna merila strokovnega ravnjanja na navedenem področju. Zakonska ureditev tako omogoča urejenost, doslednost in nadzor v stroki in pri praktičnem delu.

Literatura

1. Baucon P. Varstvo oseb z duševnimi motnjami z vidika standardov varstva človekovih pravic. *Pravnik*. 2007;62 (6–8):373-402.
2. Baucon P. (Kazensko) pravni položaj oseb z duševnimi motnjami. *Pravnik*. 2009;64(5–6):251-284.
3. Čebašek Travnik Z. Zloraba in odvisnost od psihoaktivnih snovi. In: Tomori M, Ziherl S, eds. *Psihiatrija*. Ljubljana: Litterapicta; 1999: 137-42.
4. Čizmić J. Specialisti medicinskog prava. In: Rijavec V, Reberšek Gorišek J, Flis V, Planinšec V, Kraljić S, eds. *Medicina in pravo: sodobne dileme II*. Maribor: Pravna fakulteta, Zdravniško društvo; 2010: 307–32.
5. Drenik S, Jager - Agius I, eds. *Poročila Slovenije po mednarodnih pogodbah Združenih narodov o človekovih pravicah*. Zbirka dokumentov. Ljubljana: Ministrstvo za zunanje zadeve Republike Slovenije; 2008: 7.
6. Evropska komisija. Evropski pakt za duševno zdravje in dobro počutje; 2008. Dostopno na: http://www.ec.europa.eu/health/mental_health/docs/mhpact_sl.pdf (2. 9. 2011).
7. Evropski parlament. Listina Evropske unije o temeljnih človekovih pravicah. 2000. Dostopno na: <http://www.europarl.europa.eu/aboutparliament/sl/00d2ba579f>Listina-EU-o-temeljnih-pravicah.html> (10.9.2012).
8. Generalna skupščina OZN. Universal declaration of human rights, 1948. Dostopno na: <http://www.un.org/en/documents/udhr/> (10.9. 2012).
9. Jerina T. Zdravstvena nega pacienta z delirijem. In: Kogovšek B, Kobentar R, eds. *Priročnik psihiatrične zdravstvene nege in psihijatrije za medicinske sestre in zdravstvene tehnike*. Ljubljana: Psihijatrična klinika Ljubljana; 1999: 158-9.
10. Kobal MF. Nasilje psihijatričnega pacienta kot urgentno stanje. In: Romih J, Žmitek A, eds. *Urgentna stanja v psihijatriji*, Begunje, 16. in 17. oktober 1998. Begunje: Psihijatrična bolnišnica; 1999: 49, 52, 59-60.
11. Kobal MF. *Psihopatologija za varnostno in pravno področje – 3. dopolnjena izd.* Ljubljana: Univerza v Mariboru, Fakulteta za varnostne vede; 2009.
12. Kocmur M, Vošnjak V. Nekaj misli o zakonu o duševnem zdravju. *Zdrav Vestn*. 2008;77(10):719-22.
13. Kogoj A. Psihijatrična urgentna stanja pri starostnikih. In: Romih J, Žmitek A, eds. *Urgentna stanja v psihijatriji*, Begunje, 16. in 17. oktober 1998. Begunje: Psihijatrična bolnišnica; 1999: 143-51.
14. Konvencija o varstvu človekovih pravic in temeljnih svoboščin. *Uradni list Republike Slovenije* št. 4(7): 215-51.
15. Kores - Plesničar B, Petek B. Hospitalizacija proti volji / neprostovoljna hospitalizacija. In: Grmec Š, Kupnik D, eds. *Akutna stanja: znamenja, simptomi, sindromi, diferencialna diagnoza in ukrepanje*, 2. strokovni seminar z mednarodno udeležbo, zbornik predavanj in algoritmov ukrepanja, Maribor, 6.–8. Oktober 2005. Maribor: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca, Center za nujno medicinsko pomoč in reševalne prevoze; 2005: 150-3.
16. Kraljić S. Nekateri vidiki pacientove avtonomije. V: *Medicina in pravo: sodobne dileme II*. Maribor: Pravna fakulteta, Zdravniško društvo 2010; 187–99.
17. Kravcar N. Etični kodeks medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije in njihova stališča do posmrtnega odvzema organov in tkiv [Diplomsko delo]. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede; 2009: 23.
18. Kržišnik K. Obremenitve negovalnega osebja ob hospitalizaciji proti volji v Psihijatrični bolnišnici Idrija [Diplomsko delo]. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta; 2009
19. Nedog K, Pregelj P, Perne D, Kocmur M. Prepoznavanje akutne psihotične motnje. In: Gričar M, Vajd R, eds. [področna ur. za prispevke medicinskih sester Prestor J, Štromajer D.]. *Urgentna medicina - izbrana poglavja 2007*. Portorož, 20.- 23. junij 2007. Ljubljana, Slovensko združenje za urgentno medicino; 2007: 166-7.

20. Ogrič M. Pravni in zdravstveni vidik hospitalizacije oseb z duševno motnjo v nujnih primerih [Diplomsko delo]. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta; 2011.
21. Oviedska konvencija. Uradni list Republike Slovenije št. 8 (17): 277- 88.
22. Pan American Health Organization. Declaration of Caracs. 1990. Dostopno na: http://new.paho.org/hq/index.php?cx=014283770845240200164%3Aprvkaxcnku0&searchword=CARACAS+DECLARATION&q=CARACAS+DECLARATION&sa=Search...&cof=FORID%3A0&searchphrase=all&ie=iso-8859-1&scope=on&option=com_search&Itemid=1#gsc.tab=0&gsc.q=CARACAS%20DECLARATION&gsc.page=1 (5.9.2012).
23. Perne D. Uporaba Brøsetove lestvice za napoved nasilnega vedenja pacientov. In: Bručan A, Gričar M, Vajd R, eds.; [področna ur. za prispevke medicinskih sester Fink A, Štromajer D]. Urgentna medicina - izbrana poglavja 2005. Portorož, 15.- 18. junij 2005. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino; 2005: 70.
24. Peterka Novak J, Horvat L. Vloga zdravstvene nege pri spoštovanju človekovih pravic. In: Pregelj P, Kobentar R, eds. Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju. Ljubljana: Psihiatrična klinika; 2009: 19–26.
25. Pišljar M. Odvisnost od alkohola in urgentna stanja. In: Romih J, Žmitek A, eds. Urgentna stanja v psihiatriji, Begunje, 16. in 17. oktober 1998. Begunje: Psihiatrična bolnica; 1998: 106–8.
26. Švab V. Duševna bolezen v skupnosti. Radovljica: Didakta; 1996: 5-6.
27. Svetovna Federacija za mentalno zdravje. Declaration of Human Rights and Mental Health. 1989. Dostopno na: <http://www.wfmh.com/00about.htm> (10.9. 2012).
28. Svetovna zdravstvena organizacija - WHO. Helsinška deklaracija. Helsinki (Mental Health Declaration for Europe); 2005. Dostopno na: <http://www.euro.who.int/en/who-we-are/policy-documents/mental-health-declaration-for-europe> (2.9.2012).
29. Svetovna zdravstvena organizacija - WHO. Mental health care law: ten basic principles. 1996. Dostopno na: www.who.int/entity/mental_health/media/en/75.pdf (10.9. 2012).
30. Ustava Republike Slovenije. Uradni list Republike Slovenije št. 1 (33): 1373-87.
31. Varcarolis EM. Psychiatric nursing clinical guide: Assessment tools and diagnosis. Philadelphia: Saunderscop.; 2000: 355-69.
32. Winterwerp v. the Netherlands 6301/73 (1979). Evropsko sodišče za človekove pravice. Dostopno na: <http://www.bailii.org/eu/cases/ECHR/1979/4.html> (5.9.2012).
33. World Psychiatric Association. Madrid Declaration on Ethical Standards for Psychiatric Practice. 1996. Dostopno na: http://www.wpanet.org/detail.php?section_id=5&content_id=48 (5.9.2012).
34. Zakon o duševnem zdravju. Uradni list Republike Slovenije št. 77/2008.
35. Zakon o pacientovih pravicah. Uradni list Republike Slovenije št. 15/2008.
36. Evropska konvencija o preprečevanju mučenja in nečloveškega ali ponižajočega ravnanja ali kaznovanja. Uradni list Republike Slovenije - MP št. 1-1/94; 2/94.
37. Konvencija o pravicah invalidov in Izbirni protokol h Konvenciji o pravicah invalidov. Uradni list Republike Slovenije 37/2008.
38. Zakon o spremembah in dopolnitvah Kazenskega zakonika (KZ-1B). Uradni list Republike Slovenije št. 91/2011
39. Zakon o varuhu človekovih pravic. Uradni list Republike Slovenije št. 71/1993.
40. Ziherl S. Osebnostne motnje. In: Tomori M, Ziherl S, eds. Psihiatrija. Ljubljana: Litterapicta; 1999: 288 -91, 299-301.
41. Ziherl S. Sprejem in zdravljenje v psihiatrični bolnišnici brez privolitve. In: Medicina in pravo: izbrana poglavja. Maribor: Splošna bolnišnica; 2001: 32-3.
42. Žmitek A. Samomorilnost - klinični vidik. In: Romih J, Žmitek A, eds. Urgentna stanja v psihiatriji, Begunje, 16. in 17. oktober 1998. Begunje: Psihiatrična bolnišnica; 1999: 11-22.
43. Žmitek A. Neprostovoljna hospitalizacija v psihiatrični bolnišnici. In: Medicina in pravo: izbrana poglavja. Maribor: Splošna bolnišnica; 2001: 60-3, 66.
44. Žvan V. Bolezenska psihiatrična stanja, ki najpogosteje zahtevajo hospitalizacijo proti volji bolnika. In: Romih J, Žmitek A, eds. Dileme ob neprostovoljni hospitalizaciji, Begunje, 28., 29. oktober 1994. Begunje: Psihiatrična bolnica; 1994: 40-1, 46-7.

PSIHIATRIČNO ZDRAVLJENJE V SKUPNOSTI - PSIHIATRIČNA BOLNIŠNICA IDRIJA

Psychiatric Treatment within a Community – Psychiatric Hospital Idrija

mag. Klavdija Širaj Mažgon, univ. dipl. soc. del.

Psihiatrična bolnišnica Idrija

klavdija.s.mazgon@pb-idrija.si

Izvleček

Psihiatrično zdravljenje v skupnosti je nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja pri skupini pacientov s hudimi in ponavljajočimi se duševnimi motnjami. Gre za obvladovanje kroničnih duševnih motenj, težavnih in resnih zdravstvenih problemov, ki vodijo v hudo invalidnost, pogoste samomore, finančne, socialne in zdravstvene obremenitve družin pacientov ter občasno v dejanja, ki so nevarna za druge ljudi. Problem se po zdravstveni plati danes rešuje v okviru psihiatričnih hospitalizacij, ambulantnih pregledov (če se jih pacienti udeležijo) in prek kriznih intervencij v osnovnem zdravstvenem varstvu.

Ključne besede: skupnostna psihiatrična obravnava, psihične motnje, psihiatrija

Abstract

This paper covers psychiatric treatment in a community following a hospitalization, which was performed in a group of patients with severe and recurrent mental disorders. It talks about the management of chronic mental disorders - difficult and serious health problems that lead to severe disabilities and frequent suicides, and represent a financial, social and health burden for the families of the patients, occasionally resulting in acts that are dangerous to other people. On the medical side, the problem is solved within the context of psychiatric hospitalization, outpatient visits (if they attend), and through crisis intervention in primary health care.

Keywords: community mental health care, mental disorder, psychiatry

Uvod

V skladu z razvojem psihiatričnega zdravljenja v skupnosti izvaja Psihiatrična bolnišnica Idrija program Psihiatrično zdravljenje v skupnosti (v nadaljevanju PZS). Program PZS je leta 2008 sprejel Zdravstveni svet. Glede na izkušnje je potrebno pri pacientih (moški spol uporabljen za oba spola) zagotoviti zgodne prepoznavanje poslabšanj motenj, takojšnjo psihiatrično obravnavo in visoko prilagodljivost psihiatričnega zdravljenja na terenu, v domačem okolju (PZS-Klinična pot PBI, 2008:1).

»Zdravljenje in psihosocialno rehabilitacijo oseb s težavami v duševnem zdravju je potrebno načrtovati kot celovit, nepretrgan proces, ki se odvija v bolnišnici in v skupnosti, v katerem stroke sodelujejo, in se ne izločajo, v katerem je oseba s težavami v duševnem zdravju avtonomna, in skupaj s svojci vključena v zdravljenje in proces rehabilitacije. Največji problem namreč niso psihiatrične bolnišnice, ki so se modernizirale, profesionalizirale, humanizirale, skrajšale ležalne dobe, se decentralizirale (ambulante, dispanzerji, dnevni hospital, oskrba na domu), največji problemi so problem stigmatizacije, problem pomanjkanja služb za duševno zdravje v skupnosti, problem segmentiranega, pretrganega procesa zdravljenja in rehabilitacije ter posledično problem (ne)integracije osebe z duševno motnjo v skupnost« (Gorjup, 2011).

Duševna bolezen prizadene celotno človekovo osebnost, poruši celotno mrežo medsebojnih odnosov in življenskih strmenj. Pacienti se morajo po preživelvi krizi bistveno bolj truditi za vzpostavitev prejšnjega stanja, če je bilo zanj oziroma zanjo ugodno, ali pa spremeniti okoliščine, ki nanj oziroma nanjo slabo vplivajo in lahko pripomorejo k ponovni krizi ali hospitalizaciji. Pri drugih boleznih je po navadi motena specifična vitalna funkcija, zato največkrat zadostuje, da zdravljenje usmerimo na bolezen samo (Mažgon, 2006).

Razvoj psihiatričnega zdravljenja v skupnosti sledi namenu, da so pacienti čim dlje doma, da niso potrebne pogoste hospitalizacije ter da z načrtovanjem v bolnišnici, doma in v skupnosti zadostimo potrebam pacientov. Po preboleli akutni duševni bolezni se lahko razvijejo številne nezmožnosti na področju socialnega delovanja, te lahko nastopijo kot posledica bolezni, še pogosteje pa so posledica neustreznih pogojev, to je neustreznih socialnih odgovorov na bolezen. Duševno bolezen spremeljajo torej pomembne nezmožnosti na področju socialnega funkcioniranja, to je na področjih zadovoljevanja lastnih socialnih potreb in pričakovanj pomembnih drugih oseb (Mažgon, 2006, cit. po Švab, 1996)

Razdelimo jih v tri sklope:

- Notranje ali primarne nezmožnosti, ki so posledica bolezni same. To so npr. motnje mišljenja, halucinacije, blodnje, hitre menjave razpoloženja, vrivanje nehotenih in motečih misli, psihomotorična upočasnenost itd.
- Sekundarne socialne nezmožnosti so spremenjeno vedenje, ki nastaja zaradi prilagajanja ali odziva na pričakovanja drugih, na socialne ovire in na stigmatizacijo, s katerimi se pacienti sooča. Sekundarne nezmožnosti nastajajo torej zaradi doživljjanja bolezni. Velika psihotična motnja je moteče in zastrašujejoče doživetje, katerega učinki lahko trajajo še dolgo potem, ko so simptomi izginili. Po preboleli bolezenski epizodi je za uspešno vrnitev v običajno življenje nujno, da razumemo težave pri socialnem in delovnem funkcioniraju. Demoralizacija, upad samospoštovanja, apatija, nemotivacija in socialni umik se slabo zdravijo z zdravili. Med sekundarne nezmožnosti spadajo: motnje odnosa do samega sebe, kot so: sprememba pogleda nase, pomanjkanje samospoštovanja, samozaupanja, motivacije in vloge pacienta, ki jo prevzamejo številni, predvsem kronični pacienti. Vloga pacienta posameznika/posameznice razbremenuje odgovornosti za svoje stanje in za običajne življenjske naloge ter tako zmanjšuje možnosti rehabilitacije. Vloga pacienta je nepremakljiva in se ne spreminja, čeprav se je pacientovo stanje izboljšalo ali poslabšalo. Eden izmed vzrokov zanjo je nesposobnost institucije ali družinskega okolja, da bi prevzeli odgovornost za tveganje in spremenili terapevtski režim ali družinske zahteve ob izboljšanju ali poslabšanju stanja. Izogibanje tveganju pa ni lastno samo osebju v bolnišnici, materam, očetom in partnerjem duševno bolnih, temveč tudi pacientom, ki so po dolgotrajnih hospitalizacijah pridobili različne sekundarne koristi, kot so sočutje in podpora osebja in svojcev ter stalno, varno razreševanje običajnih življenjskih problemov, npr. ravnanje z denarjem, iskanje stanovanja, razreševanje partnerskih in drugih medosebnih odnosov itd.
- Terciarne socialne odpovedi so odgovor družbe na duševno bolezen. Sem spadajo stigmatizacija, siromašenje socialne mreže, revščina, nezaposlenost in pomanjkanje prostora v družbi. Takojšnji družbeni odgovori na duševno motnjo so namreč čustva strahu, jeze, odpora in potrebe po kontroli ter stigmatizaciji duševno bolnih, ki se kažejo v na videz racionalnih odgovorih administracije, strokovnjakov, medijev in politike.

Če nastopijo socialne nezmožnosti na področju socialnega funkcioniranja kot posledica bolezni ali pa kot posledica neustreznih pogojev, je pomembno, da vstopa v proces obravnave tudi strokovna služba, ki osvetli morebitno problematiko in hkrati deluje že v začetku kot možen koordinator reševanja problematike, ki se je pokazala v času zdravljenja.

Izkušnje pri izvajanju programa so pokazale, da je redno spremeljanje v skupnosti v obdobju od 2008 do 2010 bistveno prispevalo k zmanjšanju števila hospitalizacij in hkrati k zmanjšanju števila dni na hospitalizacijo (Costa, Mažgon, 2010). Izkušnje z delom na terenu, v domačem okolju pacientov, so pokazale, da so pacienti z obravnavo v programu PZS zadovoljni.

Izkazalo se je tudi, da se nekateri pacienti po končanem spremeljanju v PZS niso vrnili v PBI ali pa so bili poredko hospitalizirani. Trenutno se v programu PZS vodi 100 oseb (Mažgon, 2012). Podobne izkušnje imajo tudi druge Psihiatrične bolnišnice v Sloveniji. Smiselno bi bilo, da bi izkušnje združili, poenotili klinične poti ter poenotili metodologijo spremeljanja na državni ravni.

Razvoj programa

Psihiatrična bolnišnica Idrija, druga največja psihiatrična bolnišnica v Sloveniji, je specialna polivalentna ustanova, ki svojo dejavnost organizira in izvaja hospitalno in ekstrahospitalno predvsem za območja Južne Primorske, Severne Primorske, Notranjske regije in Idrijsko-Cerkljanske regije.

Prvi zametki spremeljanja pacientov na domu segajo že v leto 2002. Kasneje (2008) se je na podlagi pozitivnega mnenja in potrditve s strani Zdravstvenega sveta oblikoval program, ki na podoben način deluje še danes. Dopolnjeval se je na podlagi izkušenj z delom na terenu ter na podlagi potreb pacientov doma. Postopoma se je v letih 2007-2012 v program vključevalo paciente iz vseh regij, ki jih pokriva Psihiatrična bolnišnica Idrija.

Izvajanje programa PZS je del dejavnosti PBI, organizirano je z ekipo strokovnjakov, ki deluje kot multidisciplinarni tim, ki se med seboj povezuje, dopolnjuje. Vsi člani tima so strokovno usposobljeni za delo in imajo večletne izkušnje z delom v psihiatriji. Ekipa PZS sestavlja: psihiatrinja, delovna terapeutka, 2 diplomirani medicinski sestri, psihologinja in socialna delavka. Program spremeljanja je sestavljen celostno, predvsem upošteva potrebe pacientov. Spremljanje pacientov v opisanem programu deluje peto leto.

Indikacija za vključitev v program:

- pogoste ponovitve bolezni,
- pogoste (več kot enkrat letno) hospitalizacije,
- hospitalizacije proti njihovi volji,
- slabo sodelovanje pri zdravljenju, opuščanje zdravil in kontrolnih pregledov,
- dvojne diagnoze z odvisnostjo ali ponavljajočimi se zlorabami psihoaktivnih substanc.

Predlog za vključitev pacientov v program PZS prihajajo:

- iz PBI-hospitalni oddelki in psihiatrične ambulante PBI
- iz psihiatrične ambulante na terenu
- iz ambulante osebnega zdravnika
- iz nadzorovane obravnave (Zakon o duševnem zdravju) - isti način spremeljanja - po sklepu sodišča

Načrtovanje odpusta pacientov na bolnišničnem oddelku

Pred odpustom za vsakega pacienta (ki je predlagan v vključitev PZS in se s tem strinja) ekipa PZS pripravi načrt vodenja za 3 mesece.

Individualni načrt zajema:

- ocena potreb posameznika,
- poskus zmanjšanja ali odstranitev simptomov bolezni,
- zagotavljanje vključenosti in sodelovanje pacientov in njihovih svojcev v ocenitev potreb, zdravljenje in skrb,
- zagotovitev uporabnih informacij za paciente in njihove družine,
- pomoč pri rehabilitaciji in okrevanju,
- preprečevanje ponovitve bolezni,
- ocena rizika in obvladovanje tveganja.

Določen je odgovorni član delovne skupine (koordinator), ki bo vzdrževal reden stik s pacientom. Ob vsakem obisku bo koordinator preveril stanje, potrebe pacienta. Izbor člena tima, ki bo sodeloval pri obravnavi na domu, bo odvisen od vsebine načrtovanja obiska in indikacije za obisk na domu. Člani tima bodo obiske načrtovali na timskih sestankih na podlagi ocene potreb pacientov.

Za paciente je izdelan krizni načrt, ki jim bo pomagal prepoznati znake poslabšanja bolezni in predvidel skladne ukrepe (npr. obisk pri psihiatru, povečanje odmerka zdravil, intervencija na terenu, obisk

psihiatrinje na domu, prostovoljna hospitalizacija, hospitalizacija proti volji, prijava sodišču), informacije se bo posredovalo ob vsakem obisku. Odpustni zdravnik bo v odpustnici zapisal, da je pacient vključen v program PZS in kdo je koordinator primera. O tem bomo obvestili ambulantne psihiatre na terenu.

Spremljanje pacientov na domu:

- Standard spremeljanja pacientov v programu PZS (obiski na domu, telefonski kontakt, urejanje problematike, intervence, sodelovanje s službami na terenu, timska obravnava pacientov - individualni načrt obravnave ...). Za vsakega pacienta je predvidenih minimalno pet (5) in maksimalno (10) obiskov v letu (po potrebi manj ali več) ter minimalno mesečni telefonski kontakt (1 krat ali večkrat) s pacientom (individualni načrt obravnave, organizacija ekipe PZS).
- Temeljna enota obravnave bo obisk in posvet s pacientom na domu oziroma v skupnosti.
- Pacient bo redno voden v psihiatrični ambulanti s kontrolnimi pregledi in aplikacijo vzdrževalne terapije enkrat mesečno (če je za pacienta to potrebno).
- Krizne intervencije delovne skupine v primeru naglega poslabšanja zdravstvenega stanja z ustrezanimi zdravljenjem na domu ali napotitvijo v bolnišnico.

Pacienti so obravnavani celostno, področja obravnave se dopolnjujejo, povezujejo. Delovna terapeutka bo v domači situaciji skupaj s pacientom po modelu izkustvenega učenja, v času spremeljanja v programu PZS, ocenila problem okupacije na več področjih (osebne aktivnosti, funkcionalna gibaljivost, funkcioniranje v družbenem okolju, gospodinjske aktivnosti, izobraževanje). Doma bo preverila dejanske možnosti v domačem okolju, poskušala preurediti shemo izvajanja dnevnih aktivnostih (DA) s pacientom in njegovimi svojci oz. bližnjimi, trening neučinkovitih aktivnosti, podučitev in usmeritev svojcev oziroma bližnjih za motiviranje in pomoč pri dogovorjenih aktivnostih.

CILJ: Aktivacija doma, razporeditev nalog v gospodinjstvu, suport

PRIORITETA: ocena spretnosti: zaposlitvene, prostočasovne dejavnosti

Socialna delavka bo v času spremeljanja v programu PZS ocenila življenjsko situacijo (možnosti samostojnejšega življenja v smislu soodločanja v družinski skupnosti, pomoč pri vključevanju v socialno mrežo). Doma bo v terapevtskem smislu poleg omenjenega preverjala in nudila osebno pomoč - pogovor, svetovanje, informiranje, podpora, pomoč pri urejanju denarnih socialnih prejemkov, bivanjsko pomoč - pomoč pri urejanju nastanitve na domu, sodelovanje s pristojnimi strokovnimi službami na terenu oziroma vključevanje le-teh v individualni načrt posameznika, sodelovanje s svojci: suportiranje, informiranje, svetovanje, ad hoc načrtovanje glede na aktualno problematiko in spremeljanje uresničevanja individualnega načrta ter druge intervencije. Individualno prilagojeno povezovanje s skupnostnimi službami, predvsem z organizacijami, ki v času obravnave vključijo pacienta v svoje službe (zaposlovanje, dnevni center ali stanovanjska skupina, prostovoljna pomoč).

CILJ: ublažitev pritiska okolja, aktivno vključevanje v družbo ter razporeditev vlog v družini v smislu sožitja bivanja ter zmanjševanje stresorjev (doma, v okolju)

PRIORITETA: ocena socialnega stanja, komunikacija, intervencije in ocena družinskih interakcij, suport.

Diplomirana medicinska sestra bo v času spremeljanja v programu PZS ugotavljala potrebe po zdravstveni negi, po 14 življenjskih aktivnostih iz vidika sposobnosti samooskrbe in potreb po pomoči.

CILJ: skrb za življenjske aktivnosti, zdravstveno vzgojno delo

V primeru, da se pacienti ne javljajo v ambulanto, bo medicinska sestra kontaktirala ambulantnega psihiatra, enkrat mesečno po potrebi aplicirala depo terapijo.

Na domu bo v terapevtskem smislu ponovno preverjala samostojnost in ocenila samostojnost ter educirala pacienta in svojce ter nudila suport.

PRIORITETA: telesna nega, skrb zase, informiranje, nadzor

Zdravnik psihijater bo v času spremeljanja pacienta v programu PZS ocenil urgentno stanje na terenu po strokovni oceni in indikacijah za obisk na domu, opravil hišni obisk na domu, sodeloval z osebnim zdravnikom ter ambulantnim psihiatrom ter sodeloval pri intervencijah.

CILJ: Zagotavljanje varnosti pacientu in drugim, preprečevanje samomorilnega in heteroagresivnega vedenja, vzdrževanje medikamentozne psihofarmakoterapije po odpustu, kronološko spremeljanje depo

terapije, vzdrževanje čim daljše remisije in preprečevanje relapsa, zmanjševanje števila novih epizod bolezni, povečanje znanja in sodelovanja bolnika, pomoč in podpora v vsakodnevnom funkcioniraju, redne ambulantne kontrole

PRIORITETA: ocena stanja, predpisovanje zdravil (v dogovoru z izbranim psihiatrom ali splošnim zdravnikom), usmerjanje v bolnišnično obravnavo (po dogovoru z ekipo NMP).

Psihologinja bo v času spremljanja pacienta v programu PZS po potrebi opravila hišni obisk (na podlagi mnenja ekipe PZS, na podlagi mnenja psihiatrine) ali pa bo pacienta spremljala ambulantno, po terapevtskih pristopih.

Trajanje programa PZS in zaključek

Program PZS se izvaja eno leto. Pacient pred začetkom podpiše izjavo o strinjanju. Če se v času programa ugotavlja, da ni več indikacije za spremljanje v programu oziroma pacient želi zaključiti spremljanje, se lahko zdravljenje zaključi pred iztekom enega leta po strokovni oceni tima ter v dogovoru s pacientom. Po odpustu pacienta iz PZS se z njim še naprej vzdržuje stik oziroma preverja stanje, se ga ponovno predлага v program PZS ali pa se ga vključi v koordinacijo obravnave v skupnosti (KOS) v okviru CSD (v vseh primerih mora pacient soglašati z vključitvijo in sodelovanjem).

Povezovanje v skupnosti

V času spremljanja pacientov v programu PZS bo delovna skupina zagotovila podporo drugih služb v skupnosti (CSD, patronažno osnovno zdravstveno varstvo, nevladne organizacije), ki bodo nadaljevale obravnavo (če bodo pacienti soglašali). Pacienti bodo ostali v standardnem ambulantnem psihiatričnem vodenju – mesečni pregledi pri psihiatru.

Analiza programa pri pacientih, ki so program PZS zaključili

V letih 2007 do 2012 (podatki do konca junija 2012) je bilo v programu PZS vodenih 155 pacientov, 73 žensk in 82 moških. Povprečna starost je 53 let. Od tega je 5 oseb zaposlenih (3,2 %), 51 oseb prejema redno denarno socialno pomoč (nezaposleni 32,9 %), 99 pacientov je invalidsko upokojenih (63,9 %).

Končna analiza petletnega obdobja spremljanja pacientov v programu PZS bo izdelana v prvih mesecih prihodnjega leta.

Pri 155 pacientih beležimo 1829 hospitalizacij (zgodovina hospitalizacij). Povprečno je bil vsak pacient v PBI hospitaliziran 11,8 krat (12 krat). Od leta 2002 beležimo 952 hospitalizacij, povprečno je bil vsak pacient hospitaliziran 6 krat.

V času spremljanja v PZS (1 leto) beležimo skupaj 104 hospitalizacije, vsak pacient je bil hospitaliziran 0,67 krat. Število hospitalizacij na pacienta se je zmanjšalo za osemkrat.

Ravno tako so je zmanjšalo število dni hospitalizacije in sicer s 326,54 dni na 28,85 dni.

Od 155 pacientov je bilo zaključenih 75 pacientov (od tega je 6 pacientov pokojnih, 3 pacienti so sprejeti v DU, SVZ, 12 pacientov je predčasno zaključilo program PZS).

Zanimiv je podatek, da je analiza pri zaključenih pacientih (75 pacientov) pokazala tudi zmanjšanje števila hospitalizacij ter zmanjšanje števila dni na hospitalizacijo po zaključku programa PZS v primerjavi s podatkom pred začetkom PZS in med PZS.

V času spremljanja v programu PZS beležimo ponovno hospitalizacijo v PBI pri 36 pacientih (48 %), število hospitalizacij na pacienta se je zmanjšalo za trikrat, število dni na hospitalizacijo dni pa za štirikrat.

Po zaključku PZS je bilo v PBI sprejetih 25 pacientov, torej tretjina pacientov. Število hospitalizacij se je zmanjšalo še za enkrat v času spremljanja v PZS, prav tako se je zmanjšalo število dni na hospitalizacijo.

Podatki iz analize spremljanja pacientov v programu PZS so pozitivni, spodbudni za delovanje programa naprej. Kažejo na uspešnost programa PZS, kar za paciente pomeni, da so dlje časa doma in se doma dobro rehabilitirajo. Hkrati pa lahko pomeni tudi, da je program dobro zastavljen in so cilji programa realizirani. Brez sodelovanja vseh akterjev in timskega dela takih rezultatov verjetno ni pričakovati. V procesu našega spremljanja smo s pacienti uspeli vzpostaviti dober transfer razumevanja in sodelovanja. Na splošno lahko rečemo, da so pacienti in njihovi bližnji zadovoljni s programom PZS in da skupaj sodelujemo v procesu rehabilitacije.

Tabela 1: zaključeni pacienti, ki so bili vodeni v PZS – podatki do 30.6.2012

75 pacientov	Od 2002 dalje	1 leto pred programom PZS	1 leto v programu PZS	1 leto ali več po programu PZS
Št.hospitalizacij-skupaj	413	167	57H	43H
Št.hospitalizacij na enega pacienta	5,51	2,23	0,76	0,57
Št.hospitalnih dni-skupaj	22105	9693	2449	1571
Št.hospitalnih dni na enega pacienta	294,73	129,24	32,65	20,94

Vir: Analiza podatkov je zapisana v informativne namene, izključno za interpretacijo programa PZS, podatki do 30. 06. 2012 (Mažgon, 2012)

Program PZS v PBI nedvomno pokaže uspešnost pri zmanjševanju hospitalizacij, pri zmanjševanju dni na hospitalizacijo ter pri zmanjševanju stroškov zdravljenja in oskrbe.

Interpretacija in zaključek

Med skupnostno in institucionalno psihiatrijo ni ne meja ne pregrad. Institucionalna psihiatrija je le del skupnostne psihiatrije, del, ki skrbi za trenutna poslabšanja med psihiatričnimi (tudi kroničnimi) pacienti. Na drugi strani skupnostna psihiatrija brez institucionalne ne zagotavlja varnosti. Sodobna psihiatrija potrebuje oboje, če želi nuditi ustrezno pomoč vsem tistim, ki jo potrebujejo (Marušič, 2002).

Uspeh sodobnejših prizadevanj za kvaliteto življenja in resnično vključenost ljudi, ki se soočajo s ponavljajočimi se in hudimi težavami v duševnem zdravju, v vsakdanje družbeno življenje, je povezan z novim načinom razmišljanja o drugačnosti in kritično analizo sveta, v kateri živimo (Mažgon, 2006).

Skupnostna psihiatrična obravnava sodi pod okrilje ameriškega psihiatričnega združenja. Model je prenesen v 33 zveznih držav in nekatere evropske države. Med temi je tudi Slovenija. V raziskavah je dokazano, da ni znana strokovna učinkovitost psihiatričnega zdravljenja v skupnosti v primerjavi s tradicionalnimi načini, dokazano pa je, da nižajo hospitalizacijo in čez čas skupne stroške. Raziskave tudi kažejo, da pacienti, ki so vključeni v program PZS, kažejo večje zmanjšanje psihiatričnih simptomov. Raziskave so tudi pokazale, da so bili stroški PZS in učinkovitost obravnave z običajnim programom signifikantno nižji (Zidarič, 2012).

Glede na smernice OECD na področju skrbi za duševno zdravje so kazalniki kakovosti tisti, ki se vežejo na: nepretrganost obravnave, koordinacijo obravnave, kakovost zdravljenja v skupnosti ter na izid zdravljenja (Švab, 2012).

Na tem področju bi bilo potrebno združiti izkušnje vseh psihiatričnih bolnišnic. To je vsekakor vizija razvoja programa PZS v prihodnosti ter izboljšanje kakovosti storitev na tem področju. Šele delo v tej obliki pomoči, torej v spremeljanju pacientov v programu PZS, nam je pokazalo razsežnost težav, s katerimi se naši pacienti srečujejo po odpustu iz bolnišnice.

Skupaj se zavedamo pomembnosti krepitve paciente moči. Z veseljem ugotavljamo, da se pacienti veselijo naših obiskov, izražajo zadovoljstvo naših skupnih uspehov. Zaupanje in občutek varnosti zaradi podpore, ki jim jo nudimo v spremeljanju, je tisto, kar nas bogati in optimistično usmerja naprej. Povezovanje pozitivne naravnosti, empatičnosti, motiviranja, upoštevanja človeških vrednot in znanja pa je ključ, ki nam omogoča, da skupaj zmoremo.

Literatura

1. Costa C, Širaj Mažgon K. Psihiatrično zdravljenje v skupnosti-poročilo za obdobje dveh let. Idrija: Psihiatrična bolnišnica Idrija; 2010.
2. Gorjup V. Poslovno poročilo za leto 2011. Idrija: Psihiatrična bolnišnica Idrija; 2011: 4.
3. Klinične poti za program skupnostnega psihiatričnega zdravljenja. Interno gradivo. Idrija. Psihiatrična bolnišnica Idrija;2008.

4. Marušič A. Meje psihijatrije. Begunje: Psihijatrična bolnišnica Begunje; 2002: 45.
5. Širaj Mažgon K. Model socialne službe v psihijatrični bolnišnici [Magistrsko delo]. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede; 2006: 9, 12.
6. Širaj Mažgon K. Analiza podatkov [Interni gradivo]. Idrija: Psihijatrična bolnišnica Idrija; 2012.
7. Švab V. Skupnostna psihijatrija. Dostopno na: http://www.varuh-rs.si/fileadmin/user_upload/word/STROKOVNI_CLANKI - razni/Skupnostna_psihijatrija - Vesna_Svab.pdf. (14.9.2012).
8. Švab V. Duševna bolezen v skupnosti. Radovljica: Didakta; 1996.
9. Zidarič M. Uspešnost skupnostne psihijatrične obravnave oddelka za psihijatrijo [Magistrsko delo]. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede; 2012: 47.

IZKUŠNJE MEDICINSKE SESTRE Z APLIKACIJO DEPO TERAPIJE PRI PACIENTU S PSIHOZO

Psychiatric nurses experiences in applying antipsychotic depot medication in patient with psychosis

Sabina Vihtelič, dipl. m. s.
Psihiatrična bolnišnica Idrija
sabina.vihtelic@pb-idrija.si

Izvleček

V literaturi o depo antipsihotični terapiji lahko zasledimo, da je zdravstveno osebje večinoma naklonjeno depo terapiji, ocenjujejo pa, da je to specializirani poseg, ki naj ga opravlja zdravstveno osebje. Delavci, zaposleni v zdravstveni negi, menijo, da imajo glede tega premalo izobraževanj in premalo znanj, še posebno o delovanju zdravil na splošno. Medicinska sestra v psihiatriji deluje in sodeluje v psihiatričnemu zdravstvenem timu. V terapevtskem odnosu sodelujejo zdravnik, medicinska sestra v psihiatriji in pacient. V prispevku so združene izkušnje pri aplikaciji olanzapin depoja v Psihiatrični bolnišnici Idrija in pregled obstoječe literature na to temo. Olanzapin depo je dokaj nova oblika atipične antipsihotične depo terapije. V Psihiatrični bolnišnici Idrija je bil pripravek prvič apliciran v letu 2012. Izid zdravljenja je boljši, če medicinska sestra v psihiatriji izkoristi svoje delo z olanzapin depo pripravkom kot izliv in ne le kot dodatno obremenitev.

Ključne besede: medicinska sestra v psihiatriji, antipsihotična depo zdravila, terapevtski odnos, olanzapin depo

Abstract

In the literature on depot antipsychotic therapy we can notice that the healthcare workers are mainly in favour of depot therapy, but estimate, that this is a specialized procedure that should be performed by the healthcare staff. The healthcare staff believe that they lack education and knowledge about depot therapy, and general knowledge about how the medications work. The nurse in psychiatry works and participates in psychiatric health team. In the therapeutic relationship a doctor, a nurse and a psychiatric patient are involved. In the article experiences in application of olanzapine depot in Idrija Psychiatric Hospital and review of the existing literature on this topic are combined. Olanzapine depot is a fairly new form of atypical antipsychotic depot therapy. In Idrija Psychiatric Hospital this medicine was first administered in 2012. The treatment outcome is better if the nurse in psychiatry uses her/his work with olanzapine depot as a challenge and not just as an additional burden.

Keywords: psychiatric nurse, antipsychotic depot medication, therapeutic relationship, olanzapine depot

Uvod

Uvodoma je potrebno zapisati najprej nekaj besed o vlogi medicinske sestre v psihiatriji pri zdravljenju pacienta z duševno motnjo. Vloga medicinske sestre je v procesu zdravstvene nege psihiatričnega pacienta. Medicinska sestra v 1. fazi procesa zdravstvene nege zbira zdravstvene in socialne podatke o pacientu (Šlajmer Japelj, 1993). Nadalje medicinska sestra v psihiatriji analizira zdravstvene podatke o določeni diagnozi ter opisuje pacientovo stanje. Sledi prepoznavanje pričakovanega terapevtskega rezultata (cilja), ki je merljiv, realen in prilagojen pacientu. Škerbinek (1988) navaja: »Medicinska sestra v psihiatriji razvija načrt zdravstvene nege, ki je sporazum med *pacientom - medicinsko sestro v psihiatriji - družino in terapevtsko ekipo*, ter določa intervencije, ki temeljijo na dokazih za doseganje pričakovanega rezultata.« Sledi izvajanje intervencij, ki so v načrtu zdravstvene nege. Proses zdravstvene nege psihiatričnega pacienta medicinska sestra zaključi z ocenjevanjem pacientovega napredka pri doseganju pričakovanega rezultata. S tem krog procesa ni zaključen, saj se lahko z vrednotenjem in ugotovitvijo odstopanj od želenega proces ponovno začne (Pajnkihar, 1999).

Za kakovostno psihiatrično zdravstveno nego je potrebno s pacientom vzpostaviti terapevtski odnos, če želimo, da pacient sodeluje (Canadian Federation of Mental Health Nurses, 2006). Aktivno sodelovanje

pacienta pri zdravljenju v širšem kontekstu pripomore k boljši vzpostavitvi terapevtskega odnosa med *psihiatrom - medicinsko sestro v psihijiatriji - pacientom*. Medicinske sestre so pomemben člen pri vsakodnevniem oblikovanju pacientovega aktivnega sodelovanja v procesu zdravstvene nege. Idealistično gledano, medicinske sestre/terapevtski tim se morajo na vse mogoče načine izobraževati in spodbujati pacienta k aktivnemu sodelovanju skozi vse faze procesa zdravljenja (Stringer et.al., 2008). Dosedanje raziskave kažejo, da aktivno sodelovanje pacienta vodi do (Hoyer 2003, Škerbinek, 1988):

- izboljšanega zadovoljstva pacienta,
- bolj kakovostne zdravstvene nege,
- boljšega splošnega zdravstvenega stanja,
- večjega terapevtskega sodelovanja,
- bolj varnega okolja za paciente in za tiste, ki zdravstveno nego nudijo (Stringer et al., 2008).

Na kakovosten terapevtski odnos imajo vpliv tudi stališča zaposlenih v zdravstveni negi (Stringer et al., 2008). Problematična stališča, ki rušijo terapevtski odnos, so:

- Pacient je »odporen na zdravljenje«.
- Pacient je »manipulativen«.
- Pacient »ne želi pomoči«.
- Pacient »zavrača mojo pomoč, tako da jaz nisem odgovoren«.
- Pacient si ne »zasluži« pomoči.

Stališča, ki pripomorejo pri vzpostavitvi terapevtskega odnosa, so:

- »Skupaj smo v tem.«
- »Pri čem potrebujete pomoč?«
- »Skrbi me za vas, ne glede na to, ali upoštevate moje nasvete ali ne.«
- »V redu je, če se ne strinjava.«

Potrebno se je zavedati, da je ne glede na ovire pri sprejemanju zdravljenja, terapevtski odnos ključen za uspeh zdravljenja.

Ko je z zdravilom dosežen akutni učinek in je izboljšanje stabilno, zdravljenje psihoze preide v vzdrževalno fazo. Vzdrževalno zdravljenje je pri psihotični motnji pomembno, ker je sicer verjetnost ponovitve bolezni približno 10 % na mesec (Davis, 1985). Rezultati meta-analiz (Adams, 2001) o učinkovitosti depo terapije kažejo, da je depo nedvomno učinkovit način vzdrževalnega zdravljenja v primerjavi s placebom; morda je terapevtsko bolj učinkovit kot peroralna terapija pri preprečevanju ponovitev bolezni, vendar za to ni jasnih dokazov (vendar obenem tudi ni raziskav, ki bi vključevale tiste paciente, ki slabo sodelujejo pri zdravljenju, saj na vključitev v raziskave običajno pristanejo dobro sodelujoči pacienti). Depo oblike antipsihotikov se sintetizirajo tako, da se antipsihotično substanco spremeni v spojino, ki po injiciraju le polagoma sprošča aktivno snov. Na ta način je ena sama injekcija nekakšno skladišče ali depo, ki zadošča pacientu za več dni ali nekaj tednov.

Namen

V Psihiatrični ambulanti v Idriji kot tudi na Psihoterapevtskem oddelku se pri apliciranju antipsihotične depo terapije večkrat pojavlja razmišljanje kolegov iz zdravstvenega tima, ki medicinske sestre vidijo samo v vlogi »medicinske sestre z iglo«. Tudi v pregledani literaturi je zaznati podobne primere/stanje (Muir-Cochrane, 1998). V svojem prispevku želim predstaviti širok spekter znanja, strokovnosti, veščin, humanosti in tudi modrosti, ki jo mora imeti medicinska sestra, ko stopa v odnos s pacientom s psihozo pri aplikaciji antipsihotične depo terapije.

Izhodišča

Prispevek je zasnovan tako, da zajema osebne izkušnje in jih združuje z vsebino znanstvenih člankov o psihiatrični zdravstveni negi in psihiatriji, ki govorijo o olanzapin depo pripravku. Olanzapin depo je nova

oblika atipične antipsihotične depo terapije. Zbrani podatki so zajeti iz obrazca v Psihiatrični bolnišnica Idrija »Seznam pacientov, ki prejemajo depo zdravila parenteralno«, po vseh oddelkih, kjer so prejemali pacienti depo olanzapin zdravilo (Zypadhera). V Psihiatrični bolnišnici Idrija je bilo v letu 2012, v obdobju od 1. 1. do 30. 8. 2012, ZypAhera depo zdravilo aplicirano v 9 primerih.

Pregled ugotovitev

V naslednjem poglavju so predstavljene izkušnje medicinskih sester z aplikacijo depo terapije pri pacientih s psihozo v Psihiatrični bolnišnici Idrija.

Malo podatkov obstaja o odnosu pacientov in zdravstvenega osebja do depo terapije. V meta-analizi Walburna in sodelavcev (Walburn, 2001) so se ukvarjali z vprašanjem, ali drži predpostavka, da zdravstveno osebje vidi depo terapijo kot priročno zaradi povečanega nadzora nad jemanjem terapije pri pacientih, pacienti pa doživljajo depo terapijo kot element družbene prisile. Raziskave, ki so jih vključili v metanalizo, so sicer vključevale samo tiste paciente, ki so prostovoljno hodili po depoje, vendar so rezultati kar zanimivi. Tri četrtine pacientov je bilo zadovoljnih z depo terapijo.

V Psihiatrični bolnišnici Idrija je bilo v letu 2012, v obdobju od 1. 1. do 30. 8. 2012, ZypAhera depo zdravilo aplicirano v 9 primerih obravnavanih pacientov, v 3 primerih je uporabljen Zypadhera depo 210 mg, v 5 primerih pacientov Zypadhera 300 mg in v 1 primeru Zypadhera depo 405 mg. Dva prejemnika z odmerkom zdravila 300 mg sta moškega spola.

Olanzapin depo je atipični antipsihotik in se imenuje Zypadhera. Koristi Zypadhere za klinično prakso so naslednje:

- Depo formulacija olanzapina (Zyprexe) (Elli Lilly, 2011)
- Novi atipični antipsihotik v depo obliki v Sloveniji (Elli Lilly and Company, 2008)
- Varna, zgodnja in močna učinkovitost Zypadhere (Lauriello et al., 2008; Kane, Datke, Naber, et al. 2010.):
 - Učinkovitost enaka kot pri oralni uporabi Zyprexe Velotab
 - Učinkovitost depoja se doseže zgodaj (v roku 1 tedna), torej s prvo injekcijo, zaradi česar ni potrebna dodatna oralna terapija z olanzapinom.
 - Fleksibilno doziranje Zypadhere omogoča individualen terapevtski pristop k pacientu. Prvi atipični antipsihotik v depo obliki z možnostjo fleksibilnega 2- in 4-tedenskega doziranja (tri jakosti odmerka: 210 mg, 300 mg in 405 mg) (Elli Lilly and Company, 2008).
 - Enostavnost transporta zdravila v primeru potrebe. Zdravilo se ne hrani v hladilniku (Elli Lilly and Company, 2008).

Koristi dolgo delujočega olanzapina v injekciji so naslednje:

- Kontrolirana administracija zdravila, t.j. gotovost, da je pacient zdravilo prejel
- Zmanjšanje tveganosti namernega ali nehotenega predoziranja
- Nesodelovanje je lahko prepoznano, t.j. reden prihod pacienta na terapijo
- Jasno opažanje vzroka relapsa ali odsotnost terapevtskega odgovora
- Redno sodelovanje med pacientom in terapevtskim timom
- Izboljšano sodelovanje s pacientom
- Izboljšano sodelovanje z družino
- Preprečitev ali preložitev relapsa bolezni
- Dodatna oralna terapija z olanzapinom ni potrebna - udobje pacienta (družine) (Davis et al., 1994; Adams et al., 2001).

Pri delu z uporabo Zypadhera depo pripravka se pojavlja precej izzivov. Pacienta je potrebno seznaniti z morebitnim tveganjem in potrebo po tem, da je nadzorovan 3 ure vsakokrat po prejetju injekcije. Pacienta je potrebno predhodno seznaniti, da na dan prejetja depoja Zypadhere ne sme voziti osebnega avta. Potreben je tudi razmislek o organiziranju časa in dela v bolnišnici (Elli Lilly, 2011). Ob tem se postavlja vprašanje, ali je potreba po povečani prisotnosti zaposlenih dovolj velik razlog, da se ne izkoristijo vse prej navedene ugodnosti za pacienta? Kot avtorica članka menim, da to ne bi smelo predstavljati ovire za to, da se ne

zagotovi optimalnega zdravljenja, še posebej, če vemo, kako velik pomen ima to za življenje pacienta in njegove družine (Besenius et al., 2010). Prav tako je povečano prisotnost zaposlenih v zdravstveni negi mogoče izkoristiti (zaradi aplikacije Olanzapin depo pripravka) kot priložnost za pomembno izboljšanje kakovosti psihiatrične zdravstvene nege. Omogočeni so namreč časovno daljši stiki s pacientom in tudi revizija obstoječega dela v bolnišnici z osredotočenostjo na okrevanju in ne le na zdravljenju pacienta.

Kaj lahko stori nekdo, ki je del terapevtskega tima? Lahko naredi načrt za okrevanje - *sodelovanje med terapevtskim timom, pacientom in družino* (oskrbnikom). V sestavni del načrta okrevanja spada tudi dajanje zdravila, opazovanje in rehabilitacija. Vključiti je potrebno tudi evidenco uporabe ter aplikacije depoja in motivacijo pacienta za prihod na naslednjo aplikacijo (Glen et al., 1999). Opazovanje pacienta v bolnišnici vključuje/omogoča: »Čas preživet na opazovanju mora biti čim bolj prijeten in čim bolj vsebinski za pacienta« (Eimear, Grad, 1998). V omenjeni čas lahko medicinske sestre v psihiatriji vključijo: fizični pregled pacienta (kontrola telesne teže, merjenje obsega pasu, kontrola krvnega tlaka, srčnega utripa) in preverjanje mesta aplikacije zdravila. Kontrolirajo lahko morebitno predoziranje z zdravilom, posredujejo zdravstvenovzgojne vsebine, ki so vodene skupinsko ali individualno. Primerne izobraževalne vsebine so: izobraževanje o bolezni, izobraževanje o zdravilih in pomenu rednega uživanja oziroma prejemanja depo zdravila, zdravstvenovzgojna skupina o zdravi prehrani, pomembnost telesne aktivnosti, delo na sebi, izboljšanje celotnega vpogleda v proces zdravljenja.

Pridobljene povratne informacije so za vsako medicinsko sestro, ki dela v zdravstveni negi na področju psihiatrije, zelo pomembne (Doberšek, 1994). Pri svojem delu s pacienti, ki imajo predpisano depo antipsihotično obliko, se medicinske sestre v psihiatriji srečujejo z naslednjimi pozitivnimi povratnimi informacijami (Patel, 2005):

- Zadovoljstvo nad občutkom kontinuirane zdravstvene nege.
- Pacienti želijo biti v rednih stikih z zdravstvenim osebjem.
- Pacienti se med seboj spoznavajo in se kasneje med seboj srečujejo in nudijo podporo.
- Pacienti cenijo možnost izobraževanja.
- Družine podpirajo takšno kontinuirano obravnavo njihovih najbližjih.

Zaključki in priporočila

Kreativno izkoriščeno obdobja opazovanja, spremljanja in vključevanje pacienta vodijo k večji angažiranosti, boljšemu aktivnemu sodelovanju pacienta ter na motiviranost ponovnega obiska v psihiatrični ambulanti za depo terapijo. Predstavljena dejstva in aktivnosti zdravstvene nege in drugih članov terapevtskega tima omogočajo kreativno izkoriščanje lokalnih virov in možnosti (Besenius et al., 2010). Tako se medicinskim sestrám odpirajo nove možnosti za povezovanje s kolegi terapevtskega tima v psihiatriji za nove ideje. Na tak način nikoli ne pozabijo postaviti pacienta in njegove dobrobiti na prvo mesto.

Nekateri poudarki v zaključku:

Medicinska sestra v psihiatriji je pomemben član tima, ki pacientom nudi edinstveno zdravstveno nego (Hoyer, 2003).

Medicinska sestra v psihiatriji ima pomembno vlogo pri vzpostavitvi terapevtskega odnosa z pacientom, kar je izjemno pomembno za pacientovo celostno doživljanje zdravljenja (Filipič, 1998).

Dober terapevtski odnos, aktivno sodelovanje pacienta in upoštevanje pacientovega izbora v procesu zdravljenja ima močan učinek na pripravljenost za sodelovanje, sprejemanje zdravila/zdravljenja, kontinuiteto zdravljenja in zadovoljstvo samega pacienta (Škerbincek, 1988).

Kliničen pomen Zypadhere je zelo velik, maksimalno pa se ga lahko izkoristi samo s pravilno interakcijo psihiatra in medicinske sestre v psihiatriji s pacientom (Elli Lilly and Company, 2008).

Literatura

1. Adams et al. NICE Guidelines: Schizophrenia (update): full guideline. Br J Psychiatry. 2001.
2. Besenius C, Clark-Carter D, Nolan P. Health professionals' attitudes to depot injection antipsychotic medication: a systematic review. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2010 Jun;17(5):452-62.

3. Canadian Federation of Mental Health Nurses. Standards of practice. 2006; 3: 10-19. Dostopno na: <http://cfmhn.ca/sites/cfmhn.ca/files/CFMHN%20standards%201.pdf> (2.10.2012).
4. Davis JM, Matalon L, Watanabe MD, Blake L, Metalon L [corrected to Matalon L. Depot antipsychotic drugs. Place in therapy. Drugs. 1994 May;47(5):741-73.
5. Doberšek J. Kako voditi shizofrenega pacienta skozi hospitalizacijo, da bo samostojno zaživel?. Ljubljana: Edrucy; 94.
6. Muir-Cochrane EC. The role of the community mental health nurse in the administration of depot neuroleptic medication: 'not just the needle nurse! Int J Nurs Pract. 1998;4(4):254-60.
7. Eli Lilly and Company. Zypadhera(TM) Receives Positive Opinion from the European Committee for Medicinal Products for Human Use (CHMP) for Maintenance Treatment of Schizophrenia. 2008. Dostopno na: <http://newsroom.lilly.com/releasedetail.cfm?releaseid=336902> (24.9.2012).
8. Elli Lilly: Usposabljanje zdravstvenih delavcev za rekonstitucijo (CD- ROM). Ljubljana: Elli Lilly; 2011.
9. Filipič I.. Komunikacija v zdravstveni negi. Obzor Zdrav N. 1998;32(5-6):221-5.
10. Marland GR, Sharkey V. Depot neuroleptics, schizophrenia and the role of the nurse: is practice evidence based? A review of the literature. J Adv Nurs. 1999;30(6):1255-62.
11. Hoyer S. Učenje in vzgoja bolnikov v psihiatrični zdravstveni negi. Obzor Zdr N. 2003;37(4): 268-71.
12. Kane JM, Detke HC, Naber D, Sethuraman G, Lin DY, Bergstrom RF et al. Olanzapine long-acting injection: a 24-week, randomized, double-blind trial of maintenance treatment in patients with schizophrenia. Am J Psychiatry. 2010;167(2):181-9.
13. Lauriello J, Lambert T, Andersen S, Lin D, Taylor CC, McDonnell D. An 8-week, double-blind, randomized, placebo-controlled study of olanzapine long-acting injection in acutely ill patients with schizophrenia. J Clin Psychiatry. 2008;69(5):790-9.
14. Muir-Cochrane EC. The role of the community mental health nurse in the administration of depot neuroleptic medication: 'not just the needle nurse!' Int J Nurs Pract. 1998;4(4):254-60.
15. Pajnkihar M. Teoretične osnove zdravstvene nege. Maribor: Visoka zdravstvena šola; 1999.
16. Patel MX, DE Zoysa N, Baker D, David AS. Antipsychotic depot medication and attitudes of community psychiatric nurses. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2005;12(2):237-44.
17. Stringer B, Van Meijel B, De Vree W, Van der Bijl J. User involvement in mental health care: the role of nurses. A literature review. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2008;15(8):678-83.
18. Šlajmer Japelj M. Proces zdravstvene nege – priročnik. Prevod. Kolaborativni center WHO: Zdravstveni dom Maribor; 1993.
19. Škerbínek L. Vzgoja in razvoj motivacijskih mehanizmov pri kronično shizofrenih pacientih. Sodobna pedagogika. 1988;5(5-6):255.
20. Škerbínek L. Psihiatrična zdravstvena nega. Zdrav Obzor. 1987;21(5-6):169-73.
21. Walburn J, Gray R, Gournay K, Quraishi S, David AS. Systematic review of patient and nurse attitudes to depot antipsychotic medication. Br J Psychiatry. 2001;179:300-7.

POSEBNI VAROVALNI UKREP NA GERONTOPSIHIATRIČNEM ODDELKU: IZKUŠNJE IZ PSIHIATRIČNE BOLNIŠNICE IDRIJA¹

Special Precautionary Measures at Gerontological Ward: Experiences from Psychiatric Hospital Idrija

Nataša Hvala, dipl. m. s.
Nataša Velikanje, dipl. m. s.
Psihiatrična bolnišnica Idrija
natasavel@gmail.com

Izvleček

Teoretična izhodišča: Obravnavo pacientov na gerontopsihiatričnem oddelku zahteva natančnost pri ugotavljanju in ocenjevanju njihovih potreb. Z napredovanjem bolezni pacienti namreč vedno težje skrbijo zase in za svojo varnost. Ena izmed pomembnih načrtovanih aktivnosti zdravstvene nege je zagotavljanje varnosti pacientov. V zdravstveni negi na področju mentalnega zdravja predstavlja fizično omejevanje skrajni ukrep, ki se ga uporabi za zagotavljanje varnosti pacienta. **Namen:** Namen prispevka je predstaviti izkušnje negovalnega osebja Psihiatrične bolnišnice Idrija z obstoječimi načini izvajanja posebnega varovalnega ukrepa pri gerontopsihiatričnem pacientu. **Metoda dela:** Uporabljena je bila opisna metoda dela. Predstavitev rezultatov temelji na analizi dokumentacijskih virov. Zajeto je obdobje 2007–2011. **Rezultati:** Rezultati so pokazali, da se na gerontopsihiatričnem oddelku uporablja različne načine oviranja. Poleg oviranja s pasovi Segufix v posteljo se uporablja tudi fizično oviranje pacientov v počivalnik oziroma fotelj. Ugotavlja se, da se fizično omejevanje v fotelj z leti zmanjšuje. **Razprava in zaključki:** Zdravstvena nega na gerontopsihiatričnem oddelku je načrtovana individualno po procesni metodi dela. Negovalno osebje se srečuje s posebnimi potrebami pacientov in specifičnimi načini fizičnega oviranja. Za fizično omejevanje se odloča v skrajnem primeru, ko so izčrpane vse druge možnosti. Najpogostejši razlog za fizično omejevanje je zagotavljanje varnosti ob visokem tveganju za padec ali poškodbo pacienta. Izpostavlja se pomen stalnega izobraževanja s področja zagotavljanja varnosti pacientov in varne uporabe pripomočkov za izvedbo posebnih varovalnih ukrepov.

Ključne besede: gerontopsihiatrični oddelek, zdravstvena nega, posebni varovalni ukrep, zagotavljanje varnosti

Abstract

Theoretical starting point. Treatment of patients at gerontological ward requires precision in establishing and evaluation of their needs. With progression of illness, patients' capacity to care for themselves and for their own safety is diminishing. One of the most important nursing activities is therefore dedicated to the safety of patients. In mental health nursing, physical restraint is as measure of last resort for ensuring safety. **Purpose.** Purpose of this article is to present experiences of carers at Psychiatric Hospital Idrija with established methods of use of special precautionary measures for elderly patients. **Method.** Descriptive method, based on the analysis of documents from 2007 to 2011. **Results.** Several methods of restraint were used at the gerontological ward, from Segufix belts to physical restraint with armchairs. Use of restraint with armchairs is in decline. **Discussion.** Nursing at gerontological ward is planned individually with procedural work method. Nursing staff deals with special needs of patients and specific methods of physical restraint. Physical restraint is used in extreme cases, when all other means are exhausted, for example, in

¹ Prispevek je ponovno izdan po sklepu Izvršnega odbora Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji »*Sklep 6/26092012 Strokovni članek Nataše Velikanje in Nataše Hvala z naslovom Posebni varovalni ukrep (PVU) na gerontopsihiatričnem oddelku: izkušnje iz Psihiatrične bolnišnice Idrija, bo ponovno objavljen v zborniku, ki bo izšel ob strokovnem seminarju Izzivi pri obravnavi psihoz, ki bo v PB Idrija 13. 11. 2012« zaradi napake urednikov zbornika Posebni varovalni ukrepi v teoriji in praksi pri avtorjih prispevka.*

case of high risk for falls or injuries. Continuous education about ensuring safety and safe use of special precautionary measures is of vital importance.

Key words: gerontological ward, nursing, special precautionary measures, ensuring safety

Uvod

Zaposleni v gerontološki zdravstveni negi se pri svojem delu srečujejo z vedno večjim številom starostnikov z demenco, katere potek je običajno kronične in napredajoče narave. Pri bolezni gre za upad vseh višjih duševnih funkcij ob sočasnih čustvenih in vedenjskih spremembah. Bolezen spremeni posameznikovo funkcioniranje, zaradi česar ni sposoben samostojnega življenja in skrbi za lastno varnost (Robillard, 2007; Shaw, 2007; Kogoj, 2009).

Bistvena dejavnost psihiatrične zdravstvene nege je zagotavljanje varnosti. S ciljano pozornostjo je potrebno prepozнатi nevarnosti, ki izhajajo iz samega bolnišničnega okolja ali od pacienta, se nanje ustrezzo odzvati ter tako preprečiti morebitno škodo. Negovalno osebje pri kakovostnem načrtovanju in izvajanju zdravstvene nege potrebuje znanje s področja prepoznavanja znakov in simptomov bolezni, veliko mero empatije in občutka za potrebe starostnikov. Imeti mora etične in pravne sposobnosti ter močan občutek odgovornosti. Zadovoljevanje temeljne življenjske aktivnosti - zagotavljanje varnosti je namreč lahko včasih tudi v nasprotju s pacientovim prepričanjem. Mednje sodi tudi uporaba različnih načinov fizičnega oviranja (Taylor, Lillis, LeMone, 2001; Ahec, Kramar, Ribič, 2007).

Pomembni vidiki zagotavljanja varnosti pri pacientih na gerontopsihiatričnem oddelku

Sprejem in obravnavo pacienta na varovano enoto gerontopsihiatričnega oddelka zahteva natančnost medicinske sestre pri ugotavljanju in ocenjevanju pacientovih sposobnosti. Upoštevati je potrebno njegove individualne potrebe ter ustrezzo načrtovati oblike pomoči (Kobentar, 2005). Z vidika zagotavljanja varnosti spadajo ti pacienti v posebno ogroženo skupino. Izpostavljeni so nevarnostim, povezanim z bivalnim okoljem, navadami, ki jih imajo, ali z napredovanjem bolezni (Robillard, 2007; Shaw, 2007).

Za demenco so značilne številne bolj ali manj izrazite in moteče spremembe na področju mišljenja, čustvovanja in socialnega stika oziroma njihovega obnašanja (Regoršek, 2002). V začetnih obdobjih so blage. Pacienti še lahko samostojno funkcionirajo. Potrebujejo pa več pozornosti in delno pomoč pri napornejših in bolj zapletenih opravilih. Z napredovanjem bolezni pacienti vedno težje skrbijo zase. Slabše presojajo, težko logično in abstraktno razmišljajo. Nimajo uvida v spremembe. Pravil ne razumejo, si jih razlagajo po svoje ali pa zanje niso več pomembna (Robillard, 2007; Shaw, 2007). Pogosti so zapleti v smislu psihotičnih stanj, depresije, zmedenosti, dolgotrajnega nemira in nespečnosti, včasih tudi blodenj in halucinacij, v katerih se dementni pacienti pogosto počutijo ogrožene (Muršec, 1999). V svojem življenju se ne znajdejo več, potrebujejo pomoč pri osnovnih življenjskih aktivnostih, stalno spremeljanje ter stalni nadzor. Stalni nadzor je potreben tudi v nočnem času (Kogoj, 2009). Sočasne so spremembe v gibanju. Koraki pri starostnikih so drobni, negotovi. Hoja drseča, po prstih. Slaba je koordinacija gibalnega aparata. Težave nastopijo pri vstajanju, posedanju, presedanju. Vzroki so v spremembah gibalnega sistema, prostorskem nezaznavanju, okvarah živčevja in uporabi nekaterih zdravil (Kobentar, 2009).

Pomemben vidik na področju zagotavljanja varnosti je človekova osebna potreba po varnosti. Kot temeljna človeška potreba se izraža v težnji posameznika, da živi v urejenih, poznanih razmerah, da se počuti varen v svojem fizičnem in socialnem okolju, v katerega zaupa in se nanj lahko zanese (Hajdinjak, Meglič, 2006). Pomembno je zavedanje, da so osebe z demenco na prvem mestu ljudje, ki si zaslужijo spoštovanje in veliko mero pozornosti. Poudarek je na načinu dela. Z osebo ravnamo tako, kot bi si želeli, da dela z nami, če bi bili v koži osebe, s katero delamo (Kogoj, 2004).

Cilj načrtovanih aktivnosti zdravstvene nege pri temeljni življenjski aktivnosti - zagotavljanju varnosti - je varen pacient. Za to je potreben širok spekter znanja medicinske sestre in sposobnost zaznavanja pacientovih potreb po varnosti (Taylor, Lillis, LeMone, 2001). Vključuje prepoznavanje nevarnosti, ki izhajajo iz samega bolnišničnega okolja ter njihovo zmanjševanje in preprečevanje morebitne škode za pacienta (Ahec, Kramar, Ribič, 2007). Potrebne so tehnične sposobnosti negovalnega osebja. Te omogočajo

pravilno uporabo opreme in s tem preprečevanje neželenih dogodkov ter zagotavljanje za pacienta varne uporabe opreme (Taylor, Lillis, LeMone, 2001).

Posebni varovalni ukrep na gerontopsihiatricnem oddelku

V psihiatriji je posebni varovalni ukrep (v nadaljevanju PVU) namenjen zagotavljanju varnosti in omogočanju zdravljenja (Možgan, 2009). Razloge za uvedbo in trajanje natančno opredeljuje Zakon o duševnem zdravju (2008), v katerem je navedeno, da je to nujen ukrep, ki se ga uporabi zaradi omogočanja zdravljenja osebe ali zaradi odprave ozziroma obvladovanja nevarnega vedenja osebe. Uvaja se, kadar je zaradi nevarnega vedenja osebe ogroženo njeno življenje ali življenje drugih, huje ogroženo njeno zdravje ali zdravje drugih ali z njim povzroča hudo premožensko škodo sebi ali drugim in ogrožanja ni mogoče preprečiti z drugimi blažjimi ukrepi. Uporablja se ga na oddelkih pod posebnim nadzorom in na varovanih oddelkih le izjemoma in lahko traja le toliko časa, kolikor je nujno potrebno glede na razlog njegove uvedbe. Poudarek je, da telesno oviranje s pasovi ne sme trajati več kot štiri ure. Zdravniku nalaga, da mora po preteku tega obdobja preveriti utemeljenost ponovne uvedbe PVU (Uradni list RS, 77/2008). Izdelana priporočila in smernice za uporabo PVU imajo namen zagotavljanja kakovostnega in enotnega izvajanja PVU v psihiatriji, spoštovanja določb Zakona ter ob tem varovanja pacientovih pravic in svoboščin (Dernovšek, Novak-Grubič, 2001; Možgan, 2009).

Obstajajo različni **načini oviranja**. Odločanje o načinu vedno zahteva razmislek (Kogoj, 2005). Pomembna je ocena pacientovega stanja, situacije, v kateri se nahaja(mo), in razpoložljivosti usposobljenega kadra. Uporabi se PVU, za katerega se meni, da bo najbolj učinkovit. Upošteva se načelo, da se prične z najmanj restriktivnim PVU in v primeru neučinkovitosti preide na restriktivnejšega. Za najbolj restriktiven PVU se odloči v primerih, ko se presodi, da je to edina možnost za zagotovitev varnosti. Fizično oviranje sodi v skupino ukrepov, ki zelo posegajo v pacientove svoboščine. Fiksacija s pasovi spada med najbolj restriktivne ukrepe, zaradi česar je pri starostnikih in telesno hudo bolnih pacientih potrebna previdnost (Dernovšek, Novak-Grubič, 2001).

Med fizične PVU sodi diskretni in stalni nadzor, ograjica na postelji, fiksacija s pasovi na postelji, ovirnica ali ovirni jopič, mrežnica (Dernovšek, Novak-Grubič, 2001). Pomeni oviranje pacienta v njegovem gibanju, kamor sodi tudi posebni stol s spredaj pritrjeno mizico (Registered, 2012) in uporabo rok za preprečevanje gibanja. Izraz mehanično oviranje se torej nanaša na uporabo prilagojenega pohištva (postelja z ograjico), oblačil (rokavice, spalne vreče) in drugih priprav (pasovi, voziček s pasovi) (Kogoj, 2005).

Na možnost, da bo pri starostniku med hospitalizacijo **uporabljeno fizično oviranje**, vplivajo številni dejavniki. Povezani so s pacientovo zmožnostjo funkcioniranja in njegovim vedenjem. Nanašajo se na pacientovo raven samooskrbe, heteroanamnestične podatke o incidentih, nepredvidljivost zaradi zmedenosti in/ali agresije ter izraženost stranskih učinkov zdravil. Dejavniki, ki so vezani na družinske člane in pomembne bližnje, se nanašajo predvsem na zaskrbljenost svojcev, da bo utрpel poškodbo. Dejavniki, ki so povezani z organizacijo dela in organizacijsko kulturo, se nanašajo na pomanjkanje kadra in opreme ter rutinsko delo. Z negovalnim osebjem povezani dejavniki se najpogosteje nanašajo na izčrpanost osebja, slabe medsebojne odnose, kakovost zdravstvene nege in oskrbe, pomanjkanje skupnih smernic. Dejavniki, povezani z družbo, pa so povezani s pomanjkljivo zakonodajo (Saarnio, Isola, 2010). Predizpozicijski faktorji so: (višja) kronološka starost, spremembe v kognitivnem statusu, nezmožnost komuniciranja, inkontinenca urina in blata, zmanjšana zmožnost samooskrbe, možnost padca (Registered, 2012). Najpogostejsi razlog za fizično omejevanje je zagotavljanje varnosti ob visokem tveganju za padec ali poškodbo. Drugi razlogi so: nezmožnost pacientovega sodelovanja v terapevtskem programu, obvladovanje agresivnega vedenja, moteče vedenje, preprečevanje tavanja, pomanjkanje osebja, agitiranost in nespečnost (Evans, 2002; Cotter, Evans, 2008; Qureshi, 2009).

Namen

Gerontopsihiatricni oddelki v Psihiatrični bolnišnici Idrija ima povprečno 270 sprejemov na leto. Razdeljen je na varovano in odprto enoto s skupno 34 posteljami. Na varovani enoti se izvaja intenzivna obravnava pacientov z napredovano demenco ter spremljajočimi vedenjskimi in psihičnimi spremembami ali delirantnimi stanji. Obravnava se starejše paciente s hujšimi oblikami razpoloženjskih motenj in s

psihotičnimi stanji. V obravnavo na odprtih enotih so vključeni starejši pacienti, ki so samostojni pri osnovnih življenskih aktivnostih ter jim bolezensko stanje omogoča bivanje na tej enoti. Delo med enotama je povezano s ciljem vključevanja bolnikov v intenzivnejše oblike terapevtskega dela. Enoti sta med seboj povezani, tako prostorsko kot tudi po terapevtskih, medicinskih in negovalnih postopkih. V primeru (pre)zasedenosti oddelka so starostniki včasih sprejeti tudi na druge oddelke bolnišnice (Osebna, 2006).

Namen prispevka je predstaviti izkušnje negovalnega osebja Psihiatrične bolnišnice Idrija z obstoječimi načini izvajanja PVU pri gerontopsihiatričnem pacientu. Izpostavljen je fizično oviranje v fotelju.

Metode dela

Uporabljena je opisna metoda dela. Predstavitev rezultatov temelji na osnovi pregleda dokumentacijskih virov. Zajeti so podatki iz Strokovnih poročil Psihiatrične bolnišnice Idrija ter internih Strokovnih poročil zdravstvene nege s področja kazalnikov kakovosti za obdobje 2007 do 2011. Rezultati so predstavljeni z vidika načina izvajanja PVU – v fotelj, zapletov, pomena, ki ga ima izobraževanje negovalnega kadra pri zmanjševanju PVU.

Rezultati

Ugotavlja se, da se na gerontopsihiatričnem oddelku uporablja različne načine fizičnega oviranja. Poleg fizičnega oviranja s pasovi Segufix v postelji se uporablja tudi fizično oviranje pacienta v počivalniku oziroma fotelju, kar je posebnost PVU na gerontopsihiatričnem oddelku. Zaradi sprejemov starostnikov na druge oddelke bolnišnice se je ta način oviranja v obdobju 2007–2011 v manjšem obsegu uporabljal tudi na Splošno psihiatričnem oddelku in v enem primeru leta 2010 tudi na Sprejemnem ženskem oddelku.

V obdobju 2007–2011 je med najpogostejšimi razlogi za omejevanje v fotelju naveden psihomotorni nemir (52 %), sledi nestabilnost pri hoji (46 %) ter preprečevanje motenj v terapevtskem programu (2 %).

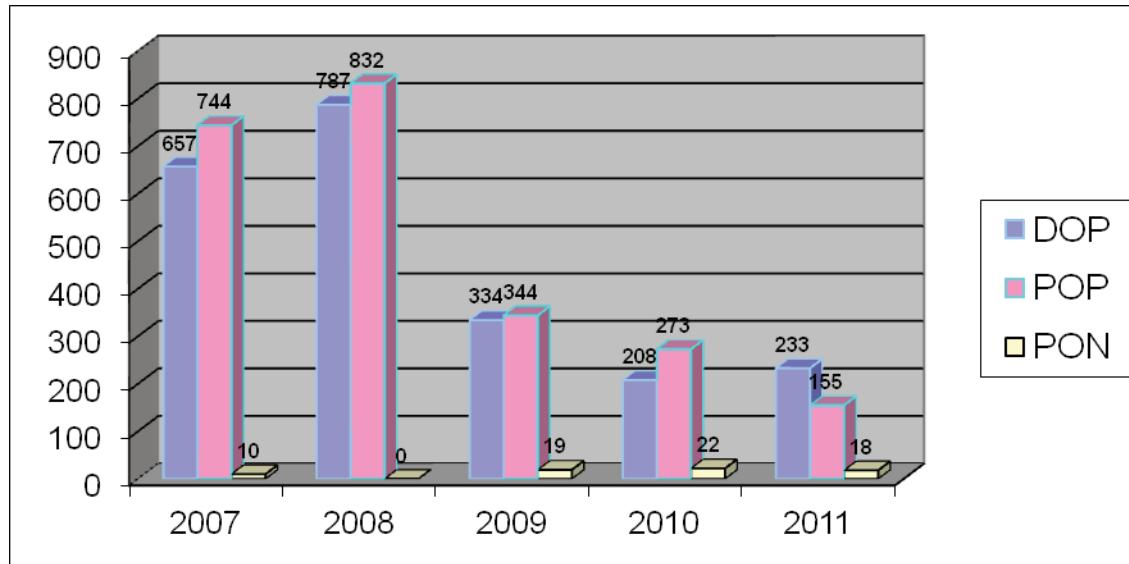
Slika 1 kaže število fizičnih oviranj glede na bolniški oddelek, delovno izmeno, način oviranja in mesec v letu 2011; PVU v fotelju je bil uporabljen predvsem v popoldanskem času.

	DOPOLDAN				POPOLDAN				PONOČI	
	L2		L3		L2		L3		L2	
	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F
JANUAR	3	15	0	0	2	7	0	0	15	0
FEBRUAR	3	5	0	0	3	2	0	0	5	0
MAREC	4	7	2	0	6	4	2	0	7	0
APRIL	0	53	4	0	0	37	8	0	0	3
MAJ	3	2	0	0	5	4	0	0	6	1
JUNIJ	4	1	0	0	10	1	0	0	11	0
JULIJ	3	12	0	0	4	14	2	0	9	0
AVGUST	4	17	0	0	8	14	0	0	10	0
SEPTEMBER	0	10	0	2	7	7	1	0	13	0
OKTOBER	4	38	0	1	19	20	0	1	23	4
NOVEMBER	2	15	0	0	2	10	0	0	5	5
DECEMBER	3	46	1	9	16	28	3	6	28	5

Slika 1: Število fizičnih oviranj glede na bolniški oddelek, delovno izmeno in način oviranja v letu 2011 (Legenda: L2 – gerontopsihiatrični oddelek, L3 – splošno psihiatrični oddelek; P – oviranje v posteljo, F – oviranje v fotelj)

Zapleti v primerih fizičnega omejevanja v fotelju niso zabeleženi. Neželeni dogodki so vezani na omejevanje v postelji, kjer pri starostnikih spremljamo pojav nastanka razjede zaradi pritiska.

Spremljanje neobveznega kazalnika Delež pacientov, pri katerih je bil uporabljen PVU, kaže, da se število PVU v fotelj zmanjšuje (slika 2). Prav tako na gerontopsihiatricnem oddelku upada tudi število PVU s pasovi Segufix v postelji. Pričujoči prispevek ni namenjen ugotavljanju povezave med zmanjševanjem fizičnega oviranja in incidento padcev. Ugotavlja pa se, da se število padcev pri starostnikih povečuje. Leta 2007 je na gerontopsihiatricnem oddelku utrpelo padec 22 pacientov, leta 2011 pa 34 pacientov (Kogoj, 2007; Kogoj, 2008; Kogoj, 2009a; Kogoj 2010; Kogoj, 2011). Tuje raziskave navajajo, da zmanjševanje fizičnega omejevanja ni bistveno vplivalo na pojavnost padcev.



Slika 2: Primerjava števila vseh izvedenih PVU v fotelj glede na delovno izmeno v letih 2007–2011 (vir: http://www.pb-idrija.si/kazalniki/KAZALNIK_PVU-2010.pdf)

Razprava

V Psihatrični bolnišnici Idrija negovalno osebje na gerontopsihiatricnem oddelku učinkovito odgovarja na posebne potrebe pacientov. V okviru specifičnih okoliščin zdravstvene obravnave in uporabe različnih načinov PVU je zdravstvena nega na gerontopsihiatricnem oddelku načrtovana individualno, po procesni metodi dela. Izvajajo se intervencije in negovalno terapevtske aktivnosti za zagotavljanje varnosti, stalna bližina osebja, direktni in stalni nadzor pacientov, delna ali popolna pomoč pri izvajanju življenjskih aktivnosti. Stalno se spremlja ogrožene paciente ter izvaja diagnostične terapevtske postopke in posege.

Za fizično omejevanje v fotelj se odločajo v skrajnih primerih, in sicer takrat, kadar jim tudi z bližino in prisotnostjo osebja v dnevnom prostoru ne uspe zagotoviti varnosti in preprečiti morebitne škode pacientu. Uporabljajo temu namenjene pasove. Za njihovo pravilno, varno in strokovno nameščanje upoštevajo navodila proizvajalca. Osebje se letno teoretično in praktično usposablja za prepoznavanje indikacij za uporabo PVU, pravilno in strokovno izvajanje postopka, o vseh tveganjih in posledicah fizičnega omejevanja ter tudi o pacientovih pravicah in zakonski podlagi o uporabi PVU (Kogoj, 2007; Kogoj, 2008; Kogoj, 2009a; Kogoj, 2010; Kogoj, 2011). V času izvajanja PVU v fotelju se tako kot pri izvajanju PVU v postelji izvaja naslednje aktivnosti zdravstvene nege: nadzor vitalnih funkcij in življenjskih aktivnosti, kontrola prehranjevanja in pitja, skrb za izločanje in odvajanje, izvajanje osebne higiene, preprečevanje razjede zaradi pritiska ter stalni nadzor (Kogoj, 2007; Kogoj, 2008; Kogoj, 2009a; Kogoj, 2010; Kogoj, 2011). Uporaba fizičnih omejevanj pri starejših je namreč povezana s številnimi zapleti in pojavi neželenih dogodkov na področju zmožnosti in sposobnosti posameznika. Pri starostnikih, ki so omejevani, prihaja do funkcionalnega upada, mišične atrofije, slabšanja nekaterih telesnih funkcij, inkontinence, zaprtosti, izgube teka, dehidracije. Fizično oviranje zmanjšuje periferni obtok, poveča se možnost nastanka razjede zaradi pritiska, okužbe. Povzroči dodatno vznemirjenost, nemir, socialno izolacijo. Ukrep fizičnega oviranja lahko povzroči resne poškodbe in celo smrt (Cotter, Evans, 2008; Saarino, Isola, 2010). Zagotavlja se stalni nadzor pacienta. Nadzor se dokumentira na poseben list nepretovanega varovanja pacientov. Vsak zdravstveni delavec, za katerega je bil razpisani nadzor oviranih pacientov, je dolžan na list opazovanja vpisati svoja opažanja. Terapevtska komunikacija in bližina osebja med izvajanjem PVU preprečujeva

dodatno vznemirjenje pri starostniku. Vpliva na zmanjšanje stresa, strahu, obupa posameznika (Vihtelič, Sedej Kodela, 2003).

PVU v fotelju je v večini primerov izведен prek dneva. Razlog, da je pogosteji v popoldanski izmeni, lahko povezujemo z zmanjšanim številom kadra v popoldanskem času, pa tudi s samim bolezenskim stanjem. Psihomotorni nemir, ki je glavni razlog za uvedbo PVU, se med dnevom spreminja. Najbolj izrazit je ponavadi zvečer in ponoči.

Bolnišnica se zaveda pomena izobraževanja in stalnega usposabljanja. Na internih predavanjih in delavnicah, ki jih vodi delovna skupina za PVU, je v letu izvedenih sedem srečanj. Predstavljene so teme s področja zakonodaje, pomena dokumentiranja, vidika etike, preprečevanja zapletov, seznanjanja z alternativnimi tehnikami obvladovanja nevarnega vedenja, posebnostmi pri obravnavi gerontopsihiatričnih pacientov. Delavnice so namenjene učenju pravilnega in strokovnega izvajanja postopka fizičnega oviranja. Udeležba je obvezna za vse zaposlene v zdravstveni negi in oskrbi.

Sklep

Obravnavna gerontopsihiatričnega pacienta zahteva dobro poznavanje in razumevanje poteka bolezni ter spremljajočih vedenjskih in psihičnih sprememb. Pri posebnih varovalnih ukrepih kot najbolj restriktivni obliki zagotavljanja varnosti in omogočanja zdravljenja se izpostavlja njihova uporaba v skrajnih primerih ter strokovno izvajanje postopka s poudarkom na humanosti, etiki in spoštljivosti. Trendi v današnjem svetu narekujejo zmanjševanje uporabe fizičnega oviranja starostnikov. Na podlagi ocenjevanja dejavnikov tveganja in predizpozicijskih faktorjev se ponujajo različni alternativni pristopi za zmanjšanje fizičnih omejevanj. Poudarja se pomen izobraževanja negovalnega osebja.

Zahvala

Za pomoč in vzpodbudne besede ob nastajanju prispevka se zahvaljujeva Aleksandri Ferfolja, dipl. m. s.

Literatura in viri

1. Ahec L, Kramar Z, Ribič H. Pomen izobraževanja pri obvladovanju bolnišničnih okužb. V: Zbornik predavanj in posterjev 6. mednarodnega kongresa zdravstvene in babiške nege, Ljubljana, 10. in 11. maj 2007. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenija, Zveza društev medicinskih sester, babc in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2007: 743-4.
2. Dernovšek MZ, Novak-Grubič V, eds. Priporočila in smernice za uporabo posebnih varovalnih ukrepov v psihiatriji. Ljubljana: Littera picta; 2001: 4-5, 8-12.
3. Evans K, Cotter T. Avoiding Restraints in Patients with Dementia: Understanding, prevention, and management are the keys. J Adv Nurs. 2008;108(3):40-9.
4. Hajdinjak A, Meglič R. Sodobna zdravstvena nega. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo; 2006: 76-7.
5. Kobentar R. Zdravstvena nega bolnika z demenco. V: Negovalne diagnoze v psihiatrični zdravstveni negi: zbornik prispevkov. Ljubljana Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji; 2005: 45-8.
6. Kobentar R. Zdravstvena nega pacienta z demenco. In: Pregelj P, Kobentar R, eds. Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju. Ljubljana: Psihatrična klinika; 2009: 90-8.
7. Muršec M. Demenza kot klinični sindrom. In: Zbornik referatov 7. strokovnega seminarja. Terme Čatež, 14.-15. oktober 1999. Zbornica zdravstvene nege Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v socialnih zavodih; 1999.
8. Qureshi H. Restraint in care homes for older people: a review of selected literature. Report 26. London: Social Care Institute for Excellence;2009. Dostopno na: www.scie.org.uk (1.3.2012).
9. Kogoj A. Kako izboljšati pravice in zaščito bolnikov z demenco? In: Velikonja I, ed. 4 psihogeriatrično srečanje Zdravstveni, pravni in socialni vidiki obravnave oseb z demenco, Lipica, 31. marec in 1. april 2005. Ljubljana: Spominčica- Združenje za pomoč pri demenci, Psihatrična klinika Ljubljana; 2005: 131-7.
10. Kogoj A. Demenza. In: Pregelj P, Kobentar R, eds. Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju: učbenik. Ljubljana: Rokus Klett; 2009:85-9.
11. Kogoj M. Delež bolnikov, pri katerih je bil izveden posebni varovalni ukrep. Strokovno poročilo zdravstvene nege za leto 2007 [interni poročilo]. Idrija: Psihatrična bolnišnica Idrija; 2007.
12. Kogoj M. Delež bolnikov, pri katerih je bil izveden posebni varovalni ukrep. Strokovno poročilo zdravstvene nege za leto 2008 [interni poročilo]. Idrija: Psihatrična bolnišnica Idrija; 2008.

13. Kogoj M. Delež bolnikov, pri katerih je bil izveden posebni varovalni ukrep. Strokovno poročilo zdravstvene nege za leto 2009 [interni poročilo]. Idrija: Psihiatrična bolnišnica Idrija; 2009a.
14. Kogoj M. Delež bolnikov, pri katerih je bil izveden posebni varovalni ukrep. Strokovno poročilo zdravstvene nege za leto 2010 (interni poročilo). Idrija: Psihiatrična bolnišnica Idrija; 2010.
15. Kogoj M. Delež bolnikov, pri katerih je bil izveden posebni varovalni ukrep. Strokovno poročilo zdravstvene nege za leto 2011 (interni poročilo). Idrija: Psihiatrična bolnišnica Idrija; 2011.
16. Osebna izkaznica. Idrija: Psihiatrična bolnišnica Idrija. Dostopno na: <http://www.pb-idrija.si/> (23.2.2012).
17. Registered Nurses Association of Ontario (RNAO). Promoting Safety: Alternative Approaches to the Use of Restraints. International Affairs & best practice guidelines transforming nursing through knowledge. Toronto; 2012. Dostopno na: http://www.rnao.org/Storage/88/8224_FINAL_BPG_FOR_WEBSITE.pdf (10.3.2012).
18. Regoršek V. Vloga socialnega delavca pri psihiatrični obravnavi starostnikov. In: Kores Plesničar, eds. Zbornik predavanj, Dnevi mariborske psihiatrije, Maribor, 21. junij 2002. Maribor: Splošna bolnišnica Maribor, Oddelek za psihiatrijo; 2002: 173-9.
19. Robillard A. Clinical Diagnosis of Dementia. Alzheimers Dement. 2007;4(3):292-98.
20. Shaw FE. Prevention of Falls in older People with Dementia. J Neural Transm. 2007;114(10):1259-64.
21. Saarnio R, Isola A. Nursing staff perceptions of the use of physical restraint in institutional care of older people in Finland. J Clin Nurs. 2010;19(21-22):3197–207.
22. Sedej A, Mivšek A, Ferfolja A. Quality and safety nursing care of the elderly suffering from dementia- a challenge for the future In: Merwijk C, Lambregts J, eds. Fourth European Nursing Congress Older Persons: the Future of Care, October 4–7 2010, Rotterdam, The Netherlands; 2010:140.
23. Taylor C, Lillis L, LeMone P. Fundamentals of nursing: The art and science of nursing care. 4 th ed. Philadelphia, New York, Baltimore: Lippincott; 2001:505 – 31.
24. Vihtelič S, Kodela Sedej A. Vloga zdravstvene nege in zdravstvene vzgoje pri obravnavi dementnih bolnikov. In: Trampuž R, Kofol T, eds. Duševno zdravje – bistvo zdrave osebnosti: zbornik predavanj strokovnega seminarja, Nova Gorica, november 2003. Nova Gorica: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov; 2003:41-6.
25. Zakon o duševnem zdravju. Uradni list Republike Slovenije št. 77/2008.