

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
VISOKA ŠOLA ZA ZDRAVSTVO IZOLA

DIPLOMSKA NALOGA

Izola, januar, 2010

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
VISOKA ŠOLA ZA ZDRAVSTVO IZOLA

**POMEN KONTINUIRANE ZDRAVSTVENE NEGE V
PSIHOSOCIALNI REHABILITACIJI**

**PSYCHOSOCIAL REHABILITATION IN CONTINUOUS HEALTH
CARE**

Študentka: NEDA PEČAR

Mentorica: mag. VESNA ČUK, prof. zdr. vzg., predavateljica

Študijski program: VISOKOŠOLSKI STROKOVNI ŠTUDIJSKI PROGRAM

Študijska smer: ZDRAVSTVENA NEGA

Izola, januar, 2010

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
VISOKA ŠOLA ZA ZDRAVSTVO IZOLA

**POMEN KONTINUIRANE ZDRAVSTVENE NEGE V
PSIHOSOCIALNI REHABILITACIJI**

**PSYCHOSOCIAL REHABILITATION IN CONTINUOUS HEALTH
CARE**

Študentka: NEDA PEČAR

Mentorica: mag. VESNA ČUK, prof. zdr. vzg., predavateljica

Študijski program: VISOKOŠOLSKI STROKOVNI ŠTUDIJSKI PROGRAM

Študijska smer: ZDRAVSTVENA NEGA

Izola, januar, 2010

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorici mag. Vesni Čuk, prof. zdr. vzg, ki mi je s svojim bogatim strokovnim znanjem, izkušnjami in razumevanjem, nudila neprecenljivo pomoč.
Zahvaljujem se tudi svoji družini za podporo v času študija.

KAZALO VSEBINE

1. UVOD.....	1
1.1. Duševne motnje	3
1.1.1. Klasifikacija duševnih motenj	4
1.1.2. Značilnosti duševnih motenj.....	4
1.1.3. Simptomi in znaki duševnih motenj	4
1.2. Zdravljenje duševnih motenj	12
1.2.1. Oblike pomoči pri zdravljenju in rehabilitaciji duševnih motenj.....	13
1.3. Rehabilitacija duševnih motenj	17
1.3.1. Psihosocialna rehabilitacija (PSR)	17
1.3.2. Načrtovanje in oblike skrbi v psihosocialni rehabilitaciji	19
1.3.3. Potek psihosocialne rehabilitacije v skupnosti	23
1.4. Zdravstvena nega	25
1.4.1. Sodobna zdravstvena nega.....	25
1.4.2. Zdravstvena nega pri zdravljenju duševnih motenj.....	27
1.4.3. Pomen zdravstvene nege v psihosocialni rehabilitaciji pacientov z duševnimi motnjami	30
1.4.4. Vloga medicinske sestre v psihosocialni rehabilitaciji.....	32
1.5. Empirični del	34
1.5.1. Namen in cilji raziskave	34
2. METODA	35
2.1. Preiskovanci	35
2.2. Instrumenti.....	35
2.3. Postopek	35
2.4. Opis vzorca.....	35
3. REZULTATI	38
4. RAZPRAVA.....	50
5. ZAKLJUČEK	54
6. LITERATURA	55
7. PRILOGE	59

KAZALO GRAFOV

Graf 1: Starost.....	36
Graf 2: Spol	36
Graf 3: Zakonski stan	36
Graf 4: Status	37
Graf 5: Število hospitalizacij	38
Graf 6: Potrebe pacientov po pomoči (področja)	38
Graf 7: Vsakdanja opravila in osebna higiena.....	39
Graf 8: Odnosi z drugimi.....	40
Graf 9: Odnos do zdravja.....	41
Graf 10: Materialno stanje.....	42
Graf 11: Osamljenost po hospitalizaciji	42
Graf 12: Razne vrste pomoči	43
Graf 13: Iskanje pomoči	43
Graf 14: Posredovanje informacij o bolezni.....	44
Graf 15: Prekinitev jemanja zdravil.....	44
Graf 16: Jemanje depoterapije.....	45
Graf 17: Pozaba jemanja terapije.....	45
Graf 18: Kraj prejemanja terapije.....	45
Graf 19: Dejavnosti prostega časa	46
Graf 20: Pogostost obiska patronažne medicinske sestre.....	47
Graf 21: Pričakovani obisk patronažne medicinske sestre	47
Graf 22: Želja pogostosti obiska medicinske sestre na domu	48
Graf 23: Mnenje o potrebni pomoči	48
Graf 24: Področja potrebne pomoči na domu.....	49

KAZALO PREGLEDNIC

Preglednica 1: Razlika med rehabilitacijo in zdravljenjem.....	19
Preglednica 2: Primerjava med tradicionalno in sodobno zdravstveno nego.....	26

POVZETEK IN KLJUČNE BESEDE

Za duševne motnje so značilni različni simptomi, psihopatološki znaki, spremembe v vedenju, doživljanju, delovanju in reagiranju oseb s težavami v duševnem zdravju. Poznamo različne oblike pomoči pri zdravljenju in rehabilitaciji duševnih motenj. V psihosocialni rehabilitaciji sta pri ponovni vključitvi pacienta z duševno motnjo v skupnost pomembni kontinuirana zdravstvena nega in vloga medicinske sestre v tem procesu.

Namen raziskave, opravljene v okviru diplomske naloge je bilo ugotavljanje potreb pacientov s kronično duševno motnjo po hospitalizaciji ali zdravljenju v psihiatrični ambulanti v njihovem socialnem okolju ter možnih oblik pomoči pri rehabilitaciji. Z metodo anketnega vprašalnika smo potrebe po kontinuirani zdravstveni negi ugotavljali na vzorcu skupine pacientov s kronično duševno motnjo, ki so obiskovali psihiatrično ambulanto najmanj pet let.

Z analizo podatkov smo potrdili hipotezo, da ima medicinska sestra pomembno vlogo v psihosocialni rehabilitaciji. Ugotovili smo, da se glede na potrebe pacientov v domačem okolju kontinuirana zdravstvena nega ne izvaja v celoti.

Ključne besede: pacienti, duševne motnje, kontinuirana zdravstvena nega, psihosocialna rehabilitacija

ABSTRACT AND KEYWORDS

There are specific symptoms concerning mental disorders: psychopathologic signs, behavioural changes, changes in experiencing, functioning and reacting. We know different types of treatment and rehabilitation of a person with mental disorder. When applying the method of psychosocial rehabilitation we reintegrate the patient into the community. Continuous health care and nurse's role in this process is of utmost importance.

The purpose of the thesis was to establish the needs of patients with chronic mental disorder after the hospitalization or treatment in a psychiatric clinic and also to establish methods of rehabilitation. A questionnaire was used to ascertain the needs for continuous health care on a sample of patients with chronic mental disorders who were receiving treatment for at least five years.

The analysis of the data confirmed the hypothesis that the nurse's role is very important in the process of psychosocial rehabilitation. In addition, we can conclude that continuous health care is not fully implemented in mental disorder patients living at home.

Key words: patients, mental disorders, continuous health care, psychosocial rehabilitation

1. UVOD

Psihijatrija doživlja v zadnjem obdobju veliko sprememb, napredek znanosti je povečal možnosti preučevanja in razumevanja duševnih motenj. Psihijatrija je del medicinske znanosti, zato so opredelitev, prepoznavna ter diagnostika duševnih motenj podobne kot v ostalih vejah medicine. Psihopatološki znaki in simptomi duševnih motenj se kažejo kot posamezni odkloni, spremembe v vedenju, doživljanju, delovanju in reagiranju osebe. Poznamo več vrst duševnih motenj: organske duševne motnje, različne oblike shizofrenije, depresija in druge razpoloženske motnje, anksiozne motnje, boleznin odvisnosti in druge. [1]

Kakovost življenja oseb z duševnimi motnjami je bistvenega pomena in vodilo pri zdravljenju. Terapevtski programi zdravljenja obsegajo celostno zdravljenje, v katerem se postopno vključuje različne postopke, ki upoštevajo brezpogojno spoštovanje pacienta in terapevtsko komunikacijo v obliki empatije, sprejemanja drugačnosti in nepokroviteljsko čustveno toplino. Sodobne oblike zdravljenja oseb s težavami v duševnem zdravju vključujejo celovito obravnavo pacientov v okviru različnih strok, medicine, zdravstvene nege, delovne terapije, socialne službe, sodelovanja družine, drugih pomembnih oseb ter nevladnih organizacij.

Rehabilitacija pacientov s težavami v duševnem zdravju, je proces bio-psihosocialnega prilagajanja telesno ali duševno prizadete osebe, za ponovno vključevanje v družbeno življenje in delo. Končni cilj vsake rehabilitacije je razvoj preostalega potenciala organizma do take mere, ki zagotavlja najoptimalnejšo vključitev poškodovanega ali bolnega v delovno okolje. Rehabilitacija je celovit, načrtovan proces v katerem se oblikuje zadovoljna in v domače pa tudi v širše okolje vključena osebnost.

Med službami, ki naj bi zagotavljale mrežo terapevtskih in podpornih dejavnosti v psihosocialni rehabilitaciji ima zelo pomembno vlogo tudi zdravstvena nega, ki obravnava posameznika, družino ali skupnost v času zdravja in boleznin s ciljem, da se doseže čim višja stopnja zdravja.

Zdravljenje in zdravstvena nega pacientov s težavami v duševnem zdravju sta bila v preteklosti odvisna od odnosa obstoječe družbe. V sodobnem času je zdravstvena nega predvsem proces človeške komunikacije in značilen medosebni odnos med medicinsko sestro in pacientom, usmerjen v pomoč pacientu, da doseže največjo mero samostojnosti in neodvisnosti oziroma prilagojenega funkcioniranja z upoštevanjem njegovih zmožnosti in sposobnosti. Individualno načrtovana zdravstvena nega pacienta spodbuja za prevzemanje odgovornosti za lastno zdravje. [2] Zdravstvena nega se ne zaključi z odpustom pacienta iz psihiatrične bolnišnice, ampak je pomembna nadaljnja obravnava v domačem okolju. Kontinuirano zdravstveno nego po odpustu iz bolnišnice izvajajo patronažne medicinske sestre, ambulate v osnovnem zdravstvu in psihiatrične ambulate.

V sodobni obravnavi pacienta z duševno motnjo je pozornost usmerjena v izboljšanje kakovosti življenja in funkcioniranja. Iz ustanove se obravnava usmerja v skupnost, da bi se pacientu zagotovilo višjo stopnjo psihosocialne podpore, pri tem zdravstvena nega prevzema vlogo koordinatorja v skupnosti in zagotavlja povezavo ter nepretrgano podporo. [3]

Dokazano uspešna metoda načrtovanja obravnave s hudimi in ponavljajočimi se duševnimi motnjami je t. i. prilagojeno skupnostno zdravljenje (Assertive Community Treatment – ACT),

ki v skupnosti skrbi za tiste paciente, ki so posebej rizični glede rehospitalizacije. Je multidisciplinarno zdravstveno timsko delo, ki vključuje strokovnjake s področja zdravstvene nege, psihiatra, delovnega terapevta ter socialnega delavca. Obravnavajo skupino rizičnih pacientov, kjer se problem pojavi, kar je največkrat na pacientovem domu. [4]

1.1. Duševne motnje

Duševne motnje so v zgodovini že dolgo obravnavali, čas sega v Hipokratovo obdobje, bolezni so si zelo različno razlagali, jih obravnavali in temu primerno tudi zdravili. Na razumevanje bolezni so vplivali čas, obdobje in kultura naroda. V glavnem so bili slabo obravnavani, zapirali so jih v ječe in sirotišnice skupaj s kriminalci.

V zadnjem obdobju doživlja psihiatrija veliko sprememb, napredek znanosti je povečal možnosti preučevanja in razumevanja duševnih dejavnosti in njihovih motenj. Povečala so se znanja na področju nevrokemije, nevrofiziologije, genetike in drugih področij, ki večajo število odgovorov o etiologiji duševnih motenj. Razumevanje in znanje o duševnih boleznih se širita in poglobljata, odpirajo se možnosti za učinkovito pomoč osebam z duševnimi motnjami. [5]

Napredek je opazen tudi v diagnostičnih metodah. Sodobne slikovne in funkcijske preiskovalne metode omogočajo vpogled v nevrofiziologijo duševnih funkcij. Na voljo so različne oblike slikanja možganov, npr. računalniška tomografija (CT), magnetno resonančno slikanje (MRS) in pozitronska emisijska tomografija (PET).

Psihiatrija kot medicinska veda pri ugotavljanju, spoznavanju, klasificiranju, zdravljenju in preprečevanju duševnih motenj in bolezni temelji na medicinskem modelu obravnave. Simptome in sindrome, v katerih se kažejo motnje duševnih funkcij, ocenjuje v diagnostičnem postopku, v katerem se zbirajo podatki psihiatrične preiskave, klinično-psihološkega pregleda ter izvid splošne in specialnih medicinskih preiskav. Te so nujne v primerih, ko je treba ugotoviti in potrditi povezavo med duševnimi motnjami in bolezenskimi dogajanja na telesnem področju. [5]

Poleg organskih motenj so pomembni tudi psihosocialni dejavniki, ki se prepletajo v etiologiji duševnih motenj; njihovo zdravljenje poteka celostno. Povezave med duševnimi in telesnimi zdravstvenimi motnjami so številne in obojestranske. Razpoznavanje obojih in upoštevanje pomena njihove povezanosti in medsebojne odvisnosti je nujno potrebna osnova za učinkovito zdravljenje. [5]

Avtorica Tomorijeva (1999) navaja, da imata dve tretjini pacientov v splošnih ambulantah, osebnih in družinskih zdravnikov ter približno ena četrtnina pacientov na oddelkih splošnih bolnišnic poleg telesnih tudi različne duševne motnje. Med najpogostejšimi so navedene depresivnost, stresne motnje, anksioznost, post-travmatske motnje, odvisnost in psihoorganske motnje. Te duševne bolezni zavirajo učinkovitejše zdravljenje telesnih zdravstvenih motenj, zato je zelo pomembna njihova razpoznavna za nadaljnje zdravljenje tako osnovnih bolezni kot tudi duševnih motenj.

Duševne motnje zajemajo stanja motenega mišljenja, čustvovanja in vedenja. Povzročajo jih zapleteno medsebojno delovanje telesnih, duševnih, kulturnih in dednih vplivov. [6]

1.1.1. Klasifikacija duševnih motenj

Najpogostejše duševne motnje razdelimo v več skupin. V Evropi se uporablja Mednarodna klasifikacija bolezni, ki razporedi bolezen ali simptome s črko in številko v določen sklop in skupino (MKB-10). [7]

Enotna klasifikacija duševnih motenj je potrebna in koristna iz več razlogov. Pomembna je, ker omogoča razporejanje duševnih motenj po posameznih skupinah glede na simptome in znake, omogoča enotno klasifikacijo duševnih motenj v procesu diagnostike in zdravljenja ter zbiranje epidemioloških podatkov za razne raziskave, pomembna je za beleženje in obračunavanje zdravstvenih storitev ter s pravnega stališča.

Po Mednarodni klasifikaciji bolezni so duševne motnje razvrščene v skupine pod črko F, in sicer od F00 do F99; razdeljene so na:

- organske, vključno simptomatske duševne motnje
- duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja psihoaktivnih snovi
- shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje
- razpoloženske (afektivne) motnje
- nevrotske, stresne in somatoformne motnje
- vedenjski sindromi, povezani s fiziološkimi motnjami in telesnimi dejavniki
- motnje osebnosti in vedenja v odrasli dobi
- duševna manj razvitost (mentalna retardacija)
- motnje duševnega (psihološkega) razvoja
- vedenjske in čustvene motnje, ki se navadno začnejo v otroštvu in adolescenci
- neopredeljena duševna motnja [7]

1.1.2. Značilnosti duševnih motenj

Duševna motnja je bolezenska sprememba možganov in njihovega delovanja. Možganska dejavnost, ki jo označujemo kot psihično, omogoča stik s svetom in s samim seboj. V psihopatoloških okoliščinah pa je ta stik na različne, vendar prepoznavne načine moten.

Za spočetje znaka ali simptoma je vselej potreben dražljaj. Ta je mnogokrat zunanji, vendar so mu enakovredni tudi notranji, iz organizma pritekajoči dražljaji in tudi dražljaji, ki nastanejo v možganih samih. Dražljaji aktivirajo ustrezna možganska območja, vendar opredeljena kot možganski centri. Iz teh območij izhajajo reakcije, torej odgovori na predhodno možgansko dogajanje. Zaradi predhodne prizadetosti možganskih procesov opredelimo v psihiatriji posamezne reakcije kot motnje. [5]

1.1.3. Simptomi in znaki duševnih motenj

Psihopatološka znamenja delimo na znake in simptome, povezujemo pa jih v sindrome. Znaki so objektivni in od osebe z motnjami neodvisni pojavi, na primer posebna drža nekaterih duševnih pacientov, razpadli govor, krči. Simptomi pa vključujejo poleg objektivnih pojavov tudi pacientovo subjektivno doživljanje, na primer strah in tesnobo, bolečino. [8]

Znamenja duševnih motenj so splošna in se šele na posebne načine povezujejo v odgovarjajoče bolezenske slike, skupine in motnje. Če poleg objektivnih znakov upoštevamo tudi subjektivno doživljanje in zavestno ravnanje psihiatričnih pacientov, razdelimo duševne motnje takole :

- motnje zaznavanja
- motnje predstav
- motnje pozornosti in osredotočenja
- motnje spomina
- motnje mišljena
- motnje inteligentnosti
- motnje zavesti
- motnje čustvovanja
- motnje potreb
- motnje hotenja
- motnje motorike
- motnje govora in izražanja
- telesna znamenja pri duševnih abnormnostih [8]

Motnje po njihovem izvoru razvrstimo v tri skupine, razdelimo jih po njihovem razlogu za nastanek:

- Organski izvor motnje. Razlogi za nastanek so pretežno eksogeni, v različnih stopnjah je prizadeto možgansko tkivo.
- Funkcijski izvor motnje. Razlogi za njen nastanek so molekularnobiološki, pogosto so to neravnovesja med prenašalci možganskih impulzov.
- Psihogeni izvor motnje. Razlogi za njen nastanek so razvojni in dinamični, delno ali v celoti povezani z osebnostjo. [8]

Motnje zaznavanja

Zaznavanje kot duševni proces je tisti del duševne reaktivnosti, ki v človekovi zavesti oblikuje podobe predmetov in skupaj z občutki tudi njihovih lastnosti, kot so barva, velikost, konsistenca. [8]

Najpogostejše motnje zaznavanja so iluzije, halucinacije, derealizacije in depersonalizacije.

Iluzije pomenijo napačno zaznavo ali napačno razlago dejansko obstoječih objektov in dražljajev, povezanih z njimi. Doživljanje je izkrivljeno in napačno zaradi blažjih motenj zavesti ali posebnosti v čustvovanju.

Halucinacije so najpomembnejši in najpogostejši psihopatološki fenomen med motnjami zaznavanja. Praviloma se ne opirajo na realne dražljaje, občutke in objekte. Vrste halucinacij: vidne, slušne, telesnega občutka, notranje zgradbe telesa, vonja, okusa, občutka za ravnotežje.

Značilnosti vseh halucinacij so žive in nazorne prevare zaznavanja, praviloma brez povezave z resničnimi občutki in predmeti, za pacienta pa so bolj resnične kot realnost. Nastanejo zaradi biopsiholoških sprememb v možganih. Imajo pomemben vpliv na doživljanje in ravnanje prizadete osebe in jih ni mogoče korigirati s prepričevanjem.

- Depersonalizacija pomeni občutek pacienta, da je nerealen, sam sebi tuj ali sebi nepomemben.

- O derealizaciji ali spremenjenem zaznavanju okolja govorimo, ko pacient doživlja, da se je svet okoli njega spremenil ali mu je postal tuj in neprepoznaven. [8]

Motnje predstav

Med motnjami zaznavanja in motnjami predstav je zelo malo razlik. Razlikujejo se po tem, da motnjo v vidni, slušni ali drugi obliki pacienti doživljajo obsežneje od zaznave, torej v popačeni predstavi. Motnja je očitna, ko poročajo o doživetju sedanjega dogajanja kot o nečem, kar so že doživeli, ali pa – prav nasprotno – česar naj ne bi nikoli doživeli (videli). Oba pojava imata francoski izraz »deja vu« in »jamais vu«. Kadar se motene pacientove predstave o sebi združujejo v obsežnejše in zanj odločilnejše, večkrat prav usodne povezave, jih imenujemo spominske halucinacije. [8]

Motnje pozornosti in osredotočenosti

Za ustrezen tonus možganov v celoti skrbi aktivirajoči sistem posebnega živčnega spleta v možganskem deblu (retikularna formacija). V oblikovanje pozornosti je vključen tudi sprednji del čelnega režnja. Za motnje pozornosti je osnova v prizadetosti teh struktur, kjer je motena struktura za ustrezno možgansko aktivnost. [8]

O pozornosti govorimo, ko je naša psihična aktivnost naravnana na nek zunanji predmet. Svoje misli torej usmerimo zgolj na en predmet in ta nato okupira večji del teh misli. Osredotočenost pa je v bistvu aktivna usmeritev pozornosti k nekemu predmetu. Motnje, ki se lahko pojavijo v zvezi s tem, so naslednje:

O flutuirajoči pozornosti govorimo, če nam stopnja pozornosti niha. V nekem trenutku smo recimo zelo pozorni na nek predmet, v naslednjem pa to ni več možno. Tovrstna motnja se pogosto pojavlja pri demenci.

O odkrenljivosti pozornosti govorimo, kadar vsaka najmanjša stvar pritegne našo pozornost. Tovrstna motnja se zelo pogosto pojavlja pri maničnem stanju; pogovor z osebo, ki ima te motnje, pa pogosto ni mogoč. V vsakdanjem življenju se pogosto pojavlja beseda dekoncentracija, ki je patološka le, če je trajna in je vzrok fiziološka pomanjkljivost. Vzroki so lahko kronična intoksikacija (na primer pri ljudeh, ki so se v preteklosti omamljali z lepili), nevrotična stanja ali pa preutrujenost. [8]

Motnje spomina

Spomin je miselna aktivnost, ki med drugim omogoča priklic informacij, ki se jih je človek v življenju naučil oziroma jih je doživel.

Ohranjanje in utrjevanje spomina je pomembno, da lahko upravljamo s časom, primerjamo preteklost s prihodnostjo in da s pomočjo shranjenih informacij predvidevamo in načrtujemo prihodnost.

Spominski sistem predstavlja osnovo delovanja mnogih spoznavnih funkcij (mišljenje, orientacija, razumevanje, računske operacije, sposobnost učenja, govornega izražanja in presoje), hkrati pa je tudi sam pomembno odvisen od delovanja drugih spoznavnih procesov.

Nastajanje spominskih zapisov v možganih pa še ni do kraja razjasnjeno. Spominske sisteme lahko ločimo glede na njihovo trajanje. Kratkoročni (začasni) spomin enačimo s pozornostjo, traja največ uro ali dve. Ustvarja ga množica pritekajočih dražljajev za sprotno rabo v stikih s svetom in s seboj. Dolgotrajni (trajni) spomin nastaja samostojno in neodvisno od kratkotrajnega ali v povezavi z njim. [8]

Biopsihološke osnove motenj spomina dovoljujejo njihovo razdelitev na kvantitativne in kvalitativne.

Kvantitativne motnje razdelimo na:

- hiperamnezije, povečana zmožnost spomina
- hipomnezije, upad spominskih zmožnosti predvsem kratkoročnega spomina
- amnezija, izguba spomina, lahko je delna ali popolna.

Kvalitativne motnje razdelimo na:

- konfabulacije, so spominske vrzeli napolnjene z ohranjenimi spomini brez zanesljivega odnosa z realnostjo.
- popačenost spomina, razdelimo jih na ekmezije (kjer je preteklost doživeta kot sedanost), paramnezije (sedanost doživeta kot preteklost), alomnezije (iluzijsko doživljanje spominskih zapisov), kriptamnezije (nehotna prisvojitve mentalnih proizvodov drugih ljudi). [8]

Motnje mišljenja

Oseba ustvarja mišljenje s spoznavanjem samega sebe in sveta okoli sebe. Ta spoznanja povezuje s predmeti zunanjega sveta in z njihovimi medsebojnimi povezanostmi. Spoznava tudi lastno telo in njegovo povezanost s svetom ter sveta s telesom. Spoznavne povezave presoja in pretvarja v obliki besed, števil in podob, jih v reševanju problemov mnogokratno pomnoži, zaplete ali poenostavi, tako da kompleksnosti mišljenja tudi z znanimi medsebojnimi zvezami posameznik ne more do kraja razložiti. V tem smislu ostaja človekovo mišljenje zaradi svoje finalne nerazložljivosti transmaterialno. [5]

Mišljenje se oblikuje v svojo ubesedno strukturo. Prek svojega govora se sami zavemo, drugi pa opazijo, **kako** mislimo: na primer hitro ali počasi. V psihopatoloških okoliščinah obravnavamo te značilnosti kot formalne motnje mišljenja.

Med vsebinskimi motnjami mišljenja opredelimo, **kaj** pravzaprav mislimo, kaj je vsebina mišljenja. Formalne motnje mišljenja opisujemo kot napačne zveze med sicer formalno pravilnimi mislimi ali kot neobičajne konstrukcije sicer običajnega miselnega gradiva. Razdelimo jih glede na psihopatološki način mišljenja. Vrvežavost, zavrtost, zadruga, upočasnjenost, perseveracija, obširnost, lepljivost, inkoherentnost, shizofrenska miselna disociiranost, razrvanost, besedna solata. Pri poslušanju sogovornika spoznavamo motnjo po tem, da mišljenje (izraženo prek govora) poteka v nenavadnem tempu, torej bistveno prehitro ali prepočasi, lahko pa ni miselnega odziva. Med vsebinske motnje pa štejemo blodnje, prevalentne misli, obsesivne misli. [8]

Motnje inteligentnosti

Motnje inteligentnosti so povezane s pomanjkljivostmi v celotnih možganih, zlasti v posebej odzivnih strukturah in molekularnih sistemih. Te so primarne, če ustreznih struktur ni, sistemov sploh ni ali so pomanjkljivo razviti. Sekundarno pa motnje nastanejo pozneje, ob razvijajoči ali že razviti inteligentnosti, če pride do resnejših poškodb v delovanju struktur, zlasti kortikalnih, ali pa do postopnega propada v prenašalnih sistemih. [8]

Motnje inteligentnosti:

- **primarni** primanjkljaj inteligentnosti
biološki – duševna manjrazvitost
miljejski – duševna zaostalost
- **sekundarni** primanjkljaj inteligentnosti
difuzni organski psihosindrom
demenca (različni vzroki)
pseudodemenca

Motnje zavesti

V psihiatriji se srečujemo z motnjami zavesti. Razdelimo jih na kvantitativne in kvalitativne.

Kvantitativne se razdelijo po stopnji zmanjševanja zavesti:

Omotičnost – rahla prizadetost budnosti, zaspanost.

Dremavost (somolenca) nastopi, ko človeka še lahko zdramimo, vendar sta zaznavanje in dojetje otežena.

Sopor je stanje, ko je človeka mogoče predramiti z zelo močnimi dražljaji, vendar se odzove samo motorično.

Koma je stanje globoke nezavesti, kjer ni odziva niti na močne dražljaje.

Kvalitativne motnje zavesti razdelimo na:

Zamegljenost, zamračenost – pacienti opisujejo kot tavanje v temi, pridružena je še tesnoba in strah, če pacienta opazujemo, ugotovimo, da je pogosto tudi neorientiran, nemirno in neustrezno se giblje, do oseb, ki stopajo v njegov prostor, pa tudi sovražen.

Delirantno skaljena zavest je zmedenost z dezorientacijo, kjer so prisotne še optične halucinacije.

Oneiroidna zavest je motnja zavesti, podobna sanjskem doživljanju.

Zavest pa je lahko tudi spremenjena, kjer so vključene kvantitativne in kvalitativne motnje. Govorimo o zoženi zavesti, pri kateri je njena jasnost skaljena ali vsaj zamegljena. [8]

Motnje čustvovanja

S čustvi izraža človek svoj pozitiven ali negativen odnos do dogajanja v sebi in/ali okolju. Dalj časa trajajoče čustvo ustvari v človeku subjektivno čustveno razpoloženje. Razpoloženja so lahko motena na različne načine in v različnih stopnjah čustvene odzivnosti. V nadaljevanju so predstavljene motnje s kratkim opisom. [8]

- Anksioznost: stanje napetosti, tesnobe v različnih življenjskih okoliščinah, prehod v paničen strah, grozavost.
- Zbeganost: povečana anksioznost, v kateri se človek ne znajde in si ne more sam pomagati.
- Fobija: z osebo, predmetom povezan pretiran strah.
- Depresivnost: globoka žalost, ki zaobjame celotno človekovo vitaliteto.
- Evforija: pretirana in neustavljiva veselost.
- Ekstaza: stanje neskončne vnosenosti z občutkom sreče in duševne popolnosti.
- Bolestna razdražljivost: pretiran in neprijeten čustveni odgovor na neznano neprijetnost ali pa je odgovor v objektivnem nesorazmerju z neprijetnostjo.
- Čustvena tenaciteta: vztrajanje razpoloženja kljub novim okoliščinam ali objektivni smiselnosti.
- Čustvena labilnost: hitro menjavanje razpoloženja.
- Čustvena inkontinenca: nevzdržnost izražanja različnih čustev ob malenkostnih zunanjih ali notranjih dražljajih.
- Apatija: odsotnost čustvenega odziva – otopelost.
- Čustvena splitvitev: čustvovanje, pomembno zmanjšano do njegove plitvosti.
- Čustvena togost: čustvovanje brez modulacij.
- Čustvena ambivalenca: dvojna usmeritev čustev, vsakega v nasprotno smer, brez možnosti pravega čustvenega izraza, ki jih lahko nadomestijo neustrezni vedenjski vzorci (beg, toga drža).
- Paratimija: neustrezen, dejanskem položaju nasproten čustveni odziv na določen dogodek.
- Paramimija: neustrezna, dejanskemu položaju nasprotna mimika.

Neprijetni dražljaji lahko na nekaterih področjih čustvovanja sprožijo kratek, vendar zelo močan čustveni odziv z mnogimi posledicami v vedenju in ravnanju osebe. Imenujemo ga efekt. [5]

Motnje potreb

Obstaja več razvrstitev človekovih potreb. Ameriški psiholog A. Maslow predstavlja njihovo rast v obliki trikotnika, na osnovnici so primarne potrebe, ki zagotavljajo človekov obstoj in preživetje. Sledijo samopotrditvene, socialno določljive, kulturne in potrebe človekovega samouresničevanja. Psihiatrija obravnava tako primarne potrebe kot tudi iz njih izvedene in še višje diferencirane potrebe. [8]

Med najpogostejšimi motnjami, ki jih obravnava psihiatrija, so:

Motnje spanja

V to poglavje prištevamo nespečnost (insomija), pretirano spanje (hipersomija), parasomije so spanju ali sanjam podobna nenavadna stanja. V to skupino spadajo tudi hoja v snu (somnambulizem), nočni strah (pavor nocturnos), nočno mokrenje postelje (nočna enureza) v otroški dobi ter pri odraslih nočne more, ki se v sanjah lahko stopnjujejo do grozavosti.

Motnje hranjenja

Te se lahko odražajo v popolni odklonitvi hrane (sitiofobija), lahko pa se odraža motnja s pretirano lakoto (sitiomanija) ali žejo (dipsomanija). Za nenavadnosti v uživanju hrane se

uporablja izraz bulimija, z istim izrazom pa sodobno označujemo pretirano hranjenje s posledičnim hotnim izbruhanjem hrane.

Motnje odvajanja

V odraslem obdobju se najpogosteje srečujemo z inkontinenco urina in blata predvsem pri huje dementnih pacientih.

Motnje medsebojnih odnosov

S tem mislimo predvsem nasilje oziroma agresivnost duševnega pacienta. Nasilje je vsaka prekoračitev družbenih omejitev, ki ga določajo navade in etična pravila sociokulturnega kroga in zakonske norme. Vzroke za nasilnost razdelimo na primarne, sekundarne in terciarne. [8]

Spolne motnje

To so motnje, ki so povezane s celostno osebnostjo. Razdelimo jih v kvantitativne in kvalitativne. [9]

Kvantitativne:

- Hiposeksualizem – motnja spolne potence, pri ženskah frigidnost in pri moškem impotenca.
- Hiperseksualizem – povečan spolni nagon, satiriza pri moških in nimfomanija pri ženskah.

Kvalitativne:

- Perverzije – spolne iztirjenosti, narcisizem – zaljubljenost vase.
- Ekshibicionizem – sla po razkazovanju genitalij pred tujci nasprotnega spola in v javnih prostorih.
- Algolagnia – naslada v bolečini.
- Sadizem – aktivna naslada (partnerju povzroča trpljenje in bolečino).
- Mazohizem – pasivna naslada (oseba je zadovoljna, če je ob spolnem aktu prizadeta, ponižana in ji je prizadeta bolečina).
- Fetišizem, transvestizem, pedofilija, gerontofilija, incest, zoofilija, nekrofilija. [9]

Motnje hotenja

Razmeroma malo naših dejanj spremlja občutje, da ravnamo prav tako in ne drugače iz določenih zavestnih razlogov in z odgovornostjo, ker tako hočemo oziroma je taka naša volja. Če je katera izmed dejavnosti prizadetega minimalna ali je sploh ni, govorimo o motnjah. [9]

- Povečana volja, hiperaktivnost, razširitev interesov srečujemo pri maničnih in hipomaničnih pacientih.
- Zmanjšana volja, brezvoljnost, zoženje interesov ali njihove posebnosti – ti znaki spremljajo shizofrenijo in mnoge duševne motnje.
- Stupor je popolna telesna negibnost, lahko je psihogeni ali katatonski.
- Katatonski krog motenj hotenja – sem spadajo voščena upogljivost, avtomatija na ukaz in negativizem.
- Motnje hotenja, ki zajemajo zaposlitveni nemir, zaposlitveno slo, agitiranost ali motorični nemir, perseveracije v vedenju, mimiki in kretnjah ter ponavljanje istih kretenj ali stereotipije. [5]

Motnje motorike

Hotenje in motorika, v katero lahko uvrščamo tudi izražanje v vseh oblikah govora, sta v tesni soodvisnosti. Pri motnjah hotenja lahko istočasno opazimo tudi motnjo motorike. Motnjo pacient doživlja kot avtomatizem ali kot nehotno dejanje brez njegove volje ali celo proti svoji volji. V to skupino spadajo:

- spazmi lokalne muskulature
- tiki
- avtomatska dejanja
- spastični tortikolis, grafospazem, blefarospazem
- tremor
- psihogene ohromitve in napadi [5]

Motnje govora in izražanja

Ideje in misli izražamo preko govorice. Govor predstavlja izvršilno nalogo človekove duševnosti. Med funkcionalne motnje govora uvrščamo:

- prizadetost izgovorjave besed
- formalne odklone v govornih produkcijah
- motnje vsebinsko govorne produkcije

Med motnje izgovorjave (artikulacije):

- sigmatizem – motena izgovorjava črk s in z
- parasigmatizem – izgovorjava š namesto s
- rotacizem – motena izgovorjava črke r
- afonija – beseda je oblikovana, nima pa ustrezne glasnosti (šepet)
- disartrija – jecljanje
- mutacizem – psihotična nemost
- logoreja – patološka blebetavost, besede in stavki niso smiselni in med seboj povezan
- paralogija – odgovarjanje mimo

Vsebinska posebnost je oblikovanje novega govora:

- parologizem – pacient daje znani besedi nov, zgolj njemu lasten pomen
- neologizem – povsem nova beseda je za pacienta oznaka za določena doživetja
- eholalija – avtomatsko ponavljanje besed v povezavi z odmevom na besede
- glasomanija – besedna solata, nesmiselna zaporedja besed, govor je nerazumljiv [9]

Telesna znamenja pri duševnih abnormnostih

Telesna znamenja duševnih abnormnosti lahko razdelimo v tri skupine.

- V prvo sodijo tista, ki so povezana s telesno gradnjo v okviru konstitucije.
- Drugo skupino znamenj, ki imajo visoko, če že ne specifično diagnostično vrednost, najdemo pri vseh sindromih in bolezenskih oblikah kot bistveno ali vsaj določljivo soodvisnost s telesnim.
- V tretji skupini telesnih znamenj so tista, ki so splošno medicinska, povzročajo pa tudi nekatere duševne abnormnosti ali jih vsaj spremljajo. [5]

1.2. Zdravljenje duševnih motenj

Pacienti se običajno najprej srečajo s svojim osebnim zdravnikom, ki jih po potrebi usmeri v nadaljnje zdravljenje v specialistične psihiatrične ambulante, psihiatrične dispanzerje ali v psihiatrične bolnišnice glede na njihovo zdravstveno stanje.

V okviru osnovnega zdravstvenega zavarovanja je mogoče zagotoviti zdravljenje lažjih oblik anksioznih in depresivnih motenj. Ostali s ponavljajočimi in hudimi oblikami duševnih motenj pa večinoma potrebujejo specialistične službe.

Zdravljenje duševnih motenj sestoji iz zdravljenja z zdravili, zdravljenja s psihološkimi metodami – psihoterapije ter z uporabo drugih tehnik – socioterapije, delovne terapije, psihoedukacije. Glede na motnje specialist psihiater predlaga določeno kombinacijo zdravljenja. Velikega pomena pa sta tudi sodelovanje osebe s težavami v duševnem zdravju ter sodelovanje svojcev. [10]

Krizne intervencije so pri nas organizirane v okviru osnovnega zdravstvenega varstva. Psihijatrija nima služb za intervencijo na domovih pacientov, zagotavlja pa primerno število postelj za hospitalizacijo pacientov v krizi, kadar je potrebno intenzivno zdravljenje. [8]

Akutno zdravljenje je zaščita ter intenzivno zdravljenje z zdravili, najpogostejše v psihiatrični bolnišnici, takrat ko je pacient nevaren sebi ali drugim ali si zaradi bolezni dela veliko škodo. [11]

Zdravljenje, predvsem ob prvem izbruhu bolezni je ponavadi potreben sprejem v psihiatrično bolnišnico, saj je potrebno opraviti številne preiskave. Zdravila danes predstavljajo osnovo zdravljenja. Pacienti lahko dobivajo različne psihofarmake, antidepresive, antipsihotike, anksiolitike, stabilizatorje razpoloženja, antidementive, sedative. Poleg zdravljenja z zdravili pa ne smemo pozabiti na druge oblike zdravljenja, zlasti na individualno ali skupinsko psihoin socioterapijo, ki vključuje tudi pacientove svojce, klube pacientov, različne športnorekreativne in druge dejavnosti, ter na celostno delovno in socialno rehabilitacijo. Pri tem je pomembna tudi vloga skupnostne skrbi. [12] Nekateri pacienti z duševnimi motnjami tudi po zdravljenju trpijo zaradi spominskih motenj: težje se učijo, zmanjšana je sposobnost vzdrževanja osebne higiene, težje se vključujejo v pogovore, težko načrtujejo in ocenjujejo svoje potrebe, njihove potrebe so zmanjšane, zdravila jemljejo neredno, težave se pojavijo tudi s socialnimi spretnostmi. Posledice tega so umik in socialna izoliranost ter slabše sodelovanje pri zdravljenju. Težje dobijo zaposlitev, mnogokrat postanejo invalidi, dodatno še trpijo zaradi družbene stigme. Tem pacientom so v pomoč različne podporne obravnave v skupnosti. [13]

Nepretrgano zdravljenje in podpora. Pacienti s hudo duševno motnjo, ki imajo kompleksne težave, največkrat potrebujejo zdravljenje z zdravili in dolgotrajno socialno podporo ter spremljanje. Mnoge psihiatrične motnje zdravijo s kombinacijo zdravil in psihoterapije. Iz izkušenj se je pokazalo, da je za mnoge hude psihiatrične motnje terapevtska obravnava, ki vključuje tako zdravila kot psihoterapijo, bistveno učinkovitejša kot samo ena od oblik zdravljenja. Pomoč v krizi in podpora sta za te paciente nujni tudi zaradi velike nevarnosti samomora. Odgovornost za spremljanje takega pacienta lahko prevzame učinkovita delovna skupina, ki dela po načelih psihosocialne rehabilitacije, ali odgovoren socialni delavec, medicinska sestra, delavni terapevt, zdravnik.

Psihoterapija

V slovenskih bolnišnicah pa tudi zunanjih specialističnih ambulantah uporabljajo različne pristope. Nosilci teh terapij so nekateri zdravniki, psihologi in medicinske sestre z visoko izobrazbo ter delovni terapevti. Paciente obravnavajo individualno ali vključujejo v različne skupine, ki so pogovorne, izrazne ali potekajo treningi komunikacije in učenje socialnih spretnosti. Številne skušajo pomagati pacientom s tehnikami, ki omogočajo sproščanje. Vse te dejavnosti imajo svojo terapevtsko podporno vrednost, vendar so njihovi cilji pravzaprav usmerjeni na konkretne potrebe pacientov, ki v teh skupinah sodelujejo. [6]

Značilnosti psihoterapije so empatija in sprejemanje posameznikovih težav, razlaga posameznikovih težav in metoda, s katero jo lajšamo, informacija o naravi in izvoru ter nasvet in možnosti za odpravljanje teh težav. Vzpostavljanje zaupnega odnosa s terapevtom, s čimer se okrepijo posameznikova pričakovanja, da bo ozdravel, ter povečevanje posameznikovega zavedanja lasnih čustev, kar omogoča spremembo v stališčih in vedenju. [6]

1.2.1. Oblike pomoči pri zdravljenju in rehabilitaciji duševnih motenj

Psihiatrična dejavnost je organizirana z Zakonom o zdravstveni dejavnosti prebivalstva Republike Slovenije: [14]

- Institucije morajo biti opremljene in usposobljene nuditi psihiatrično pomoč 24 ur na dan vsem skupinam prebivalstva.
- Zakonsko se zahteva tudi delovanje preventivne dejavnosti in služb za bolj ogrožene skupine prebivalstva; pedopsihiatrična služba, gerontopsihiatrična služba, razni dispanzerji itd.

Specialistične ambulante so splošne, pedopsihiatrične, depo-ambulante. Organizirane so v osnovnem zdravstvenem varstvu ali v bolnišnicah. V specialističnih ambulantah so organizirane tudi skupine kroničnih pacientov, ki prejemajo terapijo v obliki injekcij. Terapija je v obliki depo-preparatov, ki jih pacienti prejemajo na dva, tri ali štiri tedne. Za te skupine pacientov je organizirana tudi skupinska obravnava, ki traja dve uri in jo vodita stalni zdravnik – psihiater in stalna medicinska sestra.

Dispanzerska dejavnost zajema različne skupine: mladostniki, starostniki, odvisniki. Delo v dispanzerju poteka individualno ali skupinsko. Raziskave kažejo, da skupinska obravnava daje boljše rezultate z nižjimi stroški. Dispanzerska služba v psihiatriji izvaja zgodnjo detekcijo, zdravljenje in rehabilitacijo duševno motenih, bolnih in zasvojenih skupin prebivalstva. Dobra dispanzerska dejavnost daje velik delež k izboljšanju mentalnega zdravja prebivalstva. Tesno sodelujejo tudi z ostalimi službami, ki se ukvarjajo s posamezniki in skupinami z duševno stisko ali boleznijo.

Posvetovalnice so lahko pedopsihiatrične, športne, zakonske.

Bolnišnična zdravstvena dejavnost

Razdelimo jih v klinike, splošne bolnišnice in specialne bolnišnice. Bolnišnice hospitalizirajo in zdravijo vse vrste duševnih motenj in obolenj v določeni regiji. Ločimo samostojne bolnišnice in psihiatrične oddelke v sestavi splošnih bolnišnic. Najvišje je organizirana klinika, ki je učna baza medicinske fakultete. Specialne bolnišnice so manjše ali večje enote in so organizirane za specialne naloge v smislu patologije ali za bolj izpostavljene skupine

ljudi. Na primer pedopsihiatrične, gerontopsihiatrične, forenzične, ustanove za zdravljenje odvisnosti.

Dnevna bolnišnica

Pacienti so v dnevni bolnišnici prisotni čez dan, praviloma 8 ur dnevno. Oblika zdravljenja je primerna za paciente, ki imajo urejene družinske razmere, pacient je v bolnišnici aktiven čez dan, s tem se dosegajo terapevtski in rehabilitacijski rezultati, v domačem okolju pa se vez v družini nadaljuje, in s tem dosežemo socioterapevtski cilj. Potrebni pa so določeni pogoji: večje mesto z dobro prometno povezavo, dobra delovna terapija ter dovolj ustreznih kadrov za vodenje skupin.

Nočna bolnišnica je sodobna oblika organizacije psihiatrične službe in varstva mentalnega zdravja, namenjena predvsem mladim, ki nimajo urejenih domačih razmer. Pacienti so sposobni opravljati svoje redno delo, vendar bi se jim zaradi neurejenih družinskih razmer ter brez kontrole zdravstvene službe zdravstveno stanje hitro poslabšalo. Sami skrbijo za osebno higieno in osebne potrebe, terapevt ali medicinska sestra pa jih samo usmerjata.

Dopusti iz bolnišnice so zelo koristna in potrebna oblika v bolnišničnem zdravljenju. Pacienti so med tednom v bolnišnici, vikend preživijo v domačem okolju. S tem se pacienti ponovno privajajo na življenje v družini, ponovno vzpostavijo kontakte s svojci, kar ugodno vpliva na odnose v družini in preprečuje hospitalizem.

Druge oblike pomoči

Oskrba v tuji družini je najpogostejša v razvitem svetu. Tuja družina sprejme proti nagradi pacienta v svojo družino v oskrbo. Pacient postane enakopraven član družine. Zdravstveni delavci občasno obiskujejo družino in ji nudijo strokovno pomoč.

Klubi zdravlencev imajo sestanek enkrat tedensko dve uri, vodita jih dva zdravstvena delavca, ki imata dodatno usposobljenost za delo v skupini z duševno bolnimi in motenimi osebami. Terapevti v klubih so lahko zdravnik, medicinska sestra, psiholog, socialni delavec in drugi zdravstveni delavci. Pri nas so dobro organizirani klubi za zdravljenje odvisnosti, predvsem na področju alkoholizma.

Klic v sili – stalni telefon za pomoč osebam v raznih stiskah.

Skupnosti za pomoč in rehabilitacijo

Socialno varstveni zavodi – začasna ali trajna namestitve. V Sloveniji imamo tri zavode: Socialno varstveni zavod Dutovlje, Zavod Hrastovec in Zavod Ponikve.

Zaščitne delavnice so namenjene odpuščenim pacientom, ki niso sposobni delati 8-urnega delovnika, temveč delajo krajši ali polovični čas dnevno in dobijo simbolično plačilo.

Komune so namenjene posebej za zdravljenje odvisnosti. Večina se nahaja v tujini, vendar so dostopne tudi našim pacientom.

Pravno svetovalna služba nudi pacientom pravno pomoč s poudarkom na spoštovanju človekovih pravic posebno takrat, ko so te ogrožene (na primer prisilna hospitalizacija).

Patronažno varstvo skrbi za pacienta v lokalni skupnosti in je edina nosilka kontinuirane zdravstvene nege na domu.

Socialno skrbstvo je služba, ki s svojimi storitvami zagotavlja socialno varstvo, oziroma je namenjena preprečevanju in odpravljanju socialnih stisk in težav posameznikov, družin in skupin prebivalstva, ki si sami materialne varnosti ne morejo zagotoviti zaradi različnih okoliščin ali vzrokov.

Center za socialno delo Sežana je bil prvi Center za socialno delo v Sloveniji, ki je pred 16 leti začel izvajati program Pomoč osebam s težavami v duševnem zdravju in njihovim svojcem in je financiran s strani lokalnih skupnosti. Sodeluje z lokalnim psihiatričnim dispanzerjem, psihiatričnimi bolnišnicami in ostalimi institucijami v skupnosti.

Hospitalizacija na domu je idealen cilj sodobne psihiatrije: zdravstveno osebje pride k pacientu na dom. [15]

Nevladne organizacije na področju duševnega zdravja v skupnosti so sestavni del civilne družbe. V izvajanju vsebin se razlikujejo, a imajo nekatere skupne značilnosti: izvajajo dopolnilne programe socialnega varstva, ustanovljene so na pobudo uporabnikov ali njihovih svojcev, so neprofitne, sofinancirane so iz proračunskih sredstev, donacij, sponzorstev in članarin. Sodelujejo z javnimi zavodi in z ostalimi nevladnimi organizacijami. [16]

Ozara Slovenija je nacionalno združenje za kakovost življenja. V številnih slovenskih regijah izvaja programe stanovanjskih skupin, dnevnih centrov, svetovalnih pisarn, zaposlovanja, zagovorništva, izobraževanja ter samopomoči.

Šent je slovensko združenje za duševno zdravje. Izvaja programe stanovanjskih skupin, dnevnih centrov, zagovorništva, izobraževanja ter samopomoči izvaja v okviru centrov za duševno zdravje v skupnosti. Svoje enote ima v osrednjeslovenski, primorski, gorenjski, savinjskim ter štajerski regiji.

Društvo Altra deluje na območju Ljubljane ter na Prevaljah izvaja programe stanovanjskih skupin, dnevnega centra, svetovanja ter program delovne in socialne vključenosti.

Novi Paradoks je slovensko društvo za kakovost življenja. Deluje na več območjih države, izvaja programe stanovanjskih skupin, dnevnih centrov, rehabilitacijskih delavnic ter program socialnega podjetja in dela z mladimi.

Vezi so društvo za duševno zdravje in kreativno preživljanje prostega časa. Na Krasu izvaja programe stanovanjskih skupin, dnevnega centra, samopomoči, zagovorništva, zaposlitvene rehabilitacije, izobraževanja ter telefona za pomoč v duševni stiski.

V slovenskem prostoru imamo organizacije, ki prav tako izvajajo programe pomoči in samopomoči za osebe s težavami v duševnem zdravju: Humana, Dam, Spominčica, Muza, Društvo ženska svetovalnica, Društvo za preventivno delo. [10]

Stanovanjske skupine

Predstavljajo sodobno obliko organizirane skrbi za osebe z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju. Stanovalci bivajo v stanovanjih ali stanovanjskih hišah, kar jim omogoča kvalitetnejše življenje. Takšna oblika stanovanjske oskrbe vpliva tudi na zmanjševanje

socialne izključenosti, odpravljanje stigmatizacije ter zmanjšuje pogostost bolnišničnega zdravljenja. [17]

Skupnostna skrb za duševno zdravje predstavlja sistem služb, pripravljen na neko določeno populacijo, ki z multidisciplinarnim delom omogočajo zgodnje opazanje poslabšanja bolezni, takojšnje zdravljenje, nepretrgano skrb ter socialno podporo. Takšna skrb je klinično, socialno in ekonomsko učinkovita. Raziskave so pokazale, da je takšna skrb tudi uspešna. Skupnostna skrb temelji predvsem na dostopnosti in povezavi služb za duševno zdravje, zunajbolnišničnih dispanzerskih ambulant, dnevnih centrov, prostorov za oddih, bivalnih skupnosti, delavnic s prilagojenim programom in bolnišničnih oddelkov. Pomembna je povezava med medicinskimi, socialnimi službami in osnovnim zdravstvom, ki je temelj organizacije družbene skrbi. [18]

Komponente skupnostne skrbi za duševne paciente so: kontinuirana skrb na pacientovem domu, dnevni center, podpora vrstnikov, svetovanje, ustrezno bivanje, izobraževanje in podpora družini, zdravstvena skrb, razvijanje življenjskih veščin in spretnosti. [19]

1.3. Rehabilitacija duševnih motenj

Rehabilitacija (rehabilitare – obnoviti) je izraz, ki v širšem pomenu besede označuje ponovno vrnitev prizadete osebe v prejšnje stanje pred nastankom bolezni (v okviru zmožnosti). [20]

Švabova (1996) opozarja, da je oznaka »vrnitev v stanje pred boleznijo«, ki je slovenski prevod pojma, neustrezna za duševno bolezen. Vrnitev v prejšnje stanje bi pacientu lahko prineslo vse obremenitve, ki so sprožile začetek bolezni. [18]

Rehabilitacija je proces biopsihosocialnega prilagajanja telesno ali duševno prizadete osebe za ponovno vključevanje v družbeno življenje in delo. Končni cilj vsake rehabilitacije je razvoj preostalega potenciala organizma do take mere, ki zagotavlja najoptimalnejšo vključitev poškodovanega ali bolnega v delovno okolje. [20]

Rehabilitacija je kompleksen proces, kjer uspeh zagotavlja samo timsko delo. Člani rehabilitacijskega ekipe so navadno: zdravnik, fizioterapevt, pacient, medicinska sestra, fizioterapevt, delovni terapevt, socialni delavec, psiholog, protetičar, maser, športni pedagog. V vsaki rehabilitaciji mora biti vsakdo aktiven in enakovreden član rehabilitacijskega ekipe.

Rehabilitacijo v širšem smislu razdelimo na tri skupine, vendar med njimi ni ostrih meja in se med seboj prepletajo.

Zdravstvena ali medicinska rehabilitacija si prizadeva za doseg takšne stopnje zdravja, kakršna je bila pred boleznijo ali poškodbo, oziroma vsaj približanje taki stopnji.

Poklicna rehabilitacija je prizadevanje za vrnitev pacienta ali poškodovanca na njegovo delovno mesto ali usposobitev za drug poklic, če prvo ni mogoče. Cilj je prizadetemu omogočiti in zagotoviti ustrezno zaposlitev.

Socialna rehabilitacija je vključitev v reševanje socialne problematike, ki se pojavi z boleznijo ali invalidnostjo in zajema pacienta in okolje. [20]

Rehabilitacija je izraz, ki se ga v medicini pogosto uporablja; spremlja predvsem hude telesne poškodbe in bolezni, ki puščajo spremenjeno telesno funkcioniranje in trajne telesne posledice ter pacientovo spremenjeno delazmožnost. V psihiatriji uporabljamo izraz psihosocialna rehabilitacija, ki ga bomo obravnavali v naslednjem samostojnem poglavju.

1.3.1. Psihosocialna rehabilitacija (PSR)

V obdobju, ko sta v bolnišnicah začeli delovati terapevtska skupnost in zaposlitvena terapija, so se vrata odprla novim idejam, uveljavila se je delovna terapija in odnos do psihiatričnih pacientov je postal humanejši.

Bistveni premik pri skrbi za ljudi s psihotičnimi motnjami se je zgodil v tujini v zadnjih dvajsetih letih z uveljavljanjem načel psihosocialne rehabilitacije. Odpust pacientov iz psihiatričnih bolnišnic je v primerjavi z rehabilitacijo lahka naloga. Rehabilitacija pomeni pomoč pacientu, da čimbolj kakovostno in čimbolj samostojno živi v skupnosti. Prilagoditev

na življenje izven institucije – posebno po dolgi hospitalizaciji – pa je za vsakega posameznika težka naloga. [11]

Psihosocialna rehabilitacija je multidisciplinarno področje, ki se ukvarja z ljudmi s hudimi in ponavljajočimi se duševnimi motnjami in je usmerjeno k okrevanju, izboljšanju kakovosti življenja ter povečanju kompetentnosti teh oseb. Usmerjena je tudi k družinam ali pacientovim bližnjim osebam, ki so poglavitni temelj opore v skupnosti, in na sisteme podpore in pomoči, ki nadomeščajo in nadgrajujejo družinsko podporo. [11]

Biološka ranljivost in vpliv stresnih situacij iz okolja, obremenjujoči življenjski dogodki ter neugodna čustvena atmosfera so ključni dejavniki, ki lahko sprožijo ali poslabšajo psihotično simptomatiko. Potek rehabilitacije je kljub različni klinični sliki zelo podoben pri vseh duševnih boleznih in se individualno prilagaja pacientom. Pacienta skušamo zavarovati pred napetostmi in obremenitvami, ki jih povzročajo njegovo okolje. Lahko pa pacient s svojim vedenjem izzove stresno situacijo. [18]

Psihosocialna rehabilitacija je terapevtski pristop k skrbi za psihiatrično bolne, ki spodbuja pacienta, da v največji možni meri razvije svoje zmožnosti preko učenja in podpore okolice. Dobro in dolgotrajno obvladovanje psihotičnih motenj je uspešno, če pozorno in občutljivo kombiniramo zdravljenje z zdravljenjem in psiho- ter socioterapevtske intervencije. [18]

Bistvenega pomena je pacientovo aktivno sodelovanje pri zdravljenju, realno po pacientovih zmožnostih glede na zastavljena pričakovanja. Socialna pričakovanja in zahteve naj se povečujejo počasi in v zaporedju. Cilj je, da posameznik razvije svoje sposobnosti do največje možne mere. V rehabilitacijskem procesu se izoblikuje nova osebnost, drugačna, vendar zadovoljna, vključena v dinamsko in bogato družbeno okolje. [18]

Duševne motnje ne prizadenejo samo posameznika, ampak vplivajo na družino in celotno skupnost. Rehabilitacija pomeni vrnitev v pacientovo domače okolje in povezavo z njegovimi svojci ali skrbniki. Duševne motnje povzročajo veliko zmanjšanje sposobnosti na področju socialnega delovanja, kamor sodijo zaposlitev, druženje, gospodinjstvo, skrb za osebno higieno, sposobnost navezovanja socialnih stikov. Prizadetost je zelo različna od zmanjšanja zmožnosti na enem ali več področjih do invalidnosti, kar narekuje visoko prilagodljivost obravnave in vrsto podpore glede na njegove specifične sposobnosti. [11]

Razlike med zdravljenjem in rehabilitacijo

Psihiatrično zdravljenje in psihosocialna rehabilitacija se dopolnjujeta in na določenih področjih prekrivata, največji uspeh je tam, kjer potekata vzporedno. Rehabilitacija se ne ukvarja z diagnozo pacienta, temveč z njegovim delovanjem in spretnostmi, da bi izboljšali podporo okolja in njegove spretnosti. Usmerjena je v izboljšanje delovanja in zadovoljstva pacienta, deluje v sedanjosti in skrbi za prihodnost. Poudarjeno je učenje spretnosti, koordinacija, samopomoč in zagovorništvo. Strokovnjaki na področju rehabilitacije so lahko socialni terapevt, delovni terapevt, psihologi, psihiatri in medicinske sestre. [11]

Preglednica 1: Razlika med rehabilitacijo in zdravljenjem

	Rehabilitacija	Zdravljenje
Namen	izboljšanje delovanja in zadovoljnosti	zmanjšati simptome, terapevtski uvid
Vzročna teorija	ni	številne
Časovni okvir	sedanjost, prihodnost	preteklost, sedanjost, prihodnost
Diagnostični okvir	ocena obstoječih in potrebnih spretnosti in podpore v določenem okolju	ocena simptomov in morebitnih vzrokov
Terapevtske tehnike	učenje spretnosti, koordinacija, izobraževanje, samopomoč, zagovorništvo	psihofarmakoterapija, psihoterapija, učenje, obvladovanja simptomov

Prيرهjeno po: Cohen, M., Cohen, G. B., Nemeč, P., Farkas, M., Forbess, R. (1988). Psychiatric rehabilitation training technology: Case management. Boston, University Center of Psychiatric Rehabilitation. [11]

Psihiatrično zdravljenje je usmerjeno v oceno simptomov in vzrokov, zmanjševanje simptomov, pomembne so zgodovina, sedanjost in prihodnost bolezni ter terapevtske tehnike. [11]

1.3.2. Načrtovanje in oblike skrbi v psihosocialni rehabilitaciji

Začetki skupnostne skrbi segajo v obdobje po drugi svetovni vojni v ZDA in Anglijo, kjer so sprejeli nacionalna zakona o duševnem zdravju, katera sta omogočila organizacijo programov za duševno zdravje. Programi so bili preventivni in kurativni in so delovali na lokalnih območjih. Z raziskovanji, z znanstvenimi študijami s podporo strokovnih in laičnih združenj so bistveno prispevali k začetku razvoja skupnostne skrbi. Tudi v Evropi je naraščala javna zavest, da za ljudi s težavami v duševnem zdravju ni dovolj le zdravljenje osnovne bolezni. Ugotovili so mnoge družbeno in socialno povzročene motnje, ter da jih je moč omiliti ali odpraviti v interakciji posameznika z družbo. Koncept načrtovanja skupnostne psihiatrije se je začel uveljavljati kot dominantni del družbene skrbi za osebe s težavami v duševnem zdravju, psihiatrija pa je postala njegov sestavni del. Prvi začetki skupnostne skrbi pri nas so se pojavili konec osemdesetih let in še posebno v devetdesetih letih, ko je bil psihosocialni pristop v svetu že dokaj uveljavljen. [11]

Načrtovaje skrbi v psihosocialni rehabilitaciji je metoda dela, ki se jo uporablja med drugim tudi v bolnišnici. Je bolj intenzivna, običajno se začne, ko preneha akutna faza bolezni. Rehabilitacijski načrt, ki ga izvede delovni terapevt v sodelovanju s pacientom in njegovimi cilji po skrbni oceni pacienta. V obravnavi sodelujejo strokovnjaki, ki skušajo dodobra preštudirati pacientovo funkcioniranje in dostopne vire podpore. Osebe krepi moč pacientu s podporo, opogumljanjem in delegacijo odgovornosti. Pokazalo se je, da so takšni pacienti bolj samostojni, manj so se umikali in bolj so bili optimistični. Bistvo procesa načrtovanja je, da pacient skozi ves proces ohranja vpliv nad svojimi pomembnimi odločitvami.

Načrtovanje skrbi je metoda dela, ki se uporablja v različnih službah za duševno zdravje na podoben način, vendar z različnimi terminološkimi opredelitvami. V procesu načrtovanja skrbi moramo upoštevati, da se medicinske, psihiatrične, psihološke, pedagoške, sociološke

oblike pomoči med seboj dopolnjujejo in kot skupek odločitev zagotavljajo primerno odločanje o ravnanju. Razumeti moramo njihove individualne in bio-socialne pogoje, ter njihovo dinamično medsebojno povezavo. [11]

Skupnostna skrb za uporabnika psihiatričnih služb je pomembna alternativa bolnišničnemu zdravljenju in ga dopolnjuje. V dosedanjem sistemu zdravstvenega in socialnega varstva v Sloveniji pacienti z dolgotrajnimi duševnimi motnjami nimajo povsod ustreznih možnosti za rehabilitacijo. Po odpustu iz bolnišnice so prepuščeni lastnim, še ohranjenim prilagoditvenim zmožnostim, ki so po dolgotrajni hospitalizaciji in preboleli bolezni skromne ter iznajdljivosti in podpori svojcev. S pomanjkljivo zunaj bolnišnično skrbjo so nezadovoljni tako pacienti in njihovi svojci kot zdravstveni delavci. [21]

Izobraževanje pacientov in njihovih svojcev

Izobraževanje in usposabljanje svojcev ali skrbnikov je eden od zelo pomembnih dejavnikov za vzpostavljanje, graditev in vzdrževanje družinske klime, ki naj bi zagotovila čim bolj mirno sobivanje obolelega z ostalimi člani družine. Prijazni odnosi, sproščena medsebojna komunikacija, razumevanje, spodbujajoča drža do jemanja zdravil in potrpežljivost vplivajo na dobro počutje ne samo obolelih, ampak tudi na svojce ali skrbnike, ki živijo z njimi. To je pomembno pri preprečevanju ponovitve krize, svojce ali skrbnike pa tudi obvaruje, saj življenje z bolnimi pri mnogih od njih pripelje do trajnega stresa, ki pogosto vodi v bolezen. [22]

Aktivno vključevanje pacientov in njihovih svojcev v proces zdravljenja ima veliko prednosti. Pacienti in svojci se seznanijo z boleznijo samo, s potekom bolezni, možnimi zapleti, terapijo. Pomembno je, da oseba sprejme bolezen brez občutkov krivde, dobi občutek, da lahko na bolezen vpliva in jo obvladuje. Ta občutek obvladovanja pacient lahko doseže z osnovnim poznavanjem bolezni in zdravljenjem, zgodnjim prepoznavanjem znakov in simptomov ponovitve bolezni. Informacije o bolezni pomagajo k boljšemu razumevanju in reševanju družinskih konfliktov, zmanjšujejo občutke krivde, strahu in razdraženosti. Na potek bolezni vpliva tudi stigmatizacija. [11]

Delovna terapija v pacientovem delovnem okolju

Delovni terapevt je pri nas zdravstveni delavec, ki poleg različnih terapevtskih storitev v zdravstvenih, javnih in socialnih zavodih z svojimi aktivnostmi posega tudi v področje skupnosti in domačega okolja. Pacientom omogoča izvajanje vsakodnevnih življenjskih aktivnosti, kljub okvaram in omejitvam v izvajanju ter zmanjšani možnosti za sodelovanje.

Delovna terapija v skupnosti je terapija v pacientovem domačem okolju in je nadaljevanje procesa delovno-terapevtske obravnave v bolnišnici ali instituciji. V bolnišnici ali zavodu lahko psihiatrični pacient relativno dobro obvladuje vsakdanje življenjske aktivnosti, ker ima ustrezno podporo in enostavno okolje. V domačem okolju pa se znajde pred veliko nerešenimi vprašanji, vedno znova mora organizirati svoje življenje in obvladovati dejavnike, ki bi lahko sprožili ponovitev bolezni.

Delovno terapija lahko razdelimo v tri delovno-terapevtske modele, primerne za praktično delo v skupnosti.

- Na pacienta orientiran model je usmerjen na posameznika s poudarkom na pacientovem lastnem reševanju problemov za dosego ciljev; dnevne aktivnost, skrb za varnost, skrb za zdravje.
- V skupnost orientiran rehabilitacijski model, ki je usmerjen v iskanje možnosti in socialne integracije na primer; poklicna rehabilitacija, zaposlitev, študij, ravnanje z denarjem.
- Model neodvisnega gibanja poudarja samopomoč in podporo vrstnikov, izraba prostega časa, socialni stiki.

Glavni cilj je vplivanje na kvaliteto pacientovega življenja povsod tam, kjer preživi večino svojega časa, tudi v domačem okolju.

Delovna terapija se usmerja v probleme v vsakdanjem življenju, stremi k čim večji samostojnosti posameznika, pacienta obravnava celovito v tesni povezavi z njegovim okoljem. [23]

Učenje socialnih veščin

Dolgotrajne in ponavljajoče težave na področju duševnega zdravja, spremenijo odnose tudi s svojimi najbližjimi, hkrati pa lahko sprožijo izgubo in pomanjkanje socialnih spretnosti, imajo težave v komunikaciji, medsebojnih odnosih. Uspešnost spoprijemanja v različnih socialnih situacijah je odvisna tudi od kakovosti socialnih mrež in podpore posamezniku v situaciji, ko potrebuje pomoč. Učenje socialnih veščin koristno vpliva na izboljšanje medsebojnih odnosov in socialnih stikov, krepi samozavest. Pri pacientu je potrebno upoštevati nivo sprejemanja in učenja, ki ga posameznik zmore doseči. V izvajanju treninga krepimo socialne in življenjske veščine ter strategije, ki jih posameznik že obvladuje in s katerimi je bil uspešen. Posredni cilj izvajanja programa pa je omogočiti socialno vključitev na najvišjem možnem nivoju, ki ga je posameznik sposoben doseči, pri tem pa je pomembna tudi nepretrganost izvajanja programa. [11]

Skupine za samopomoč

Skupine za samopomoč so zelo raznolike glede na namen oziroma cilje, glede na ideologijo, sestavo, vodenje skupine. Skupno jim je le to, da združujejo osebe s podobnimi problemi. Značilnosti skupine, ki so splošne in veljajo v vseh skupinah, je njihovo majhno število udeležencev, usmerjene so na problem, usmerjene k akciji. Člani so enakopravni, imajo skupni cilj, vodilno pravilo je pomagati drug drugemu, temeljijo na osebni angažiranosti, vsak član je odgovoren za svoje delo. [11] Pomembne funkcije skupin za samopomoč so čustvena opora pacientov, skupna ideologija, prisotnost vzornikov, druženje, pridobivanje informacij, delitev izkušenj duševne bolezni z drugimi, možnost pomagati drugim, občutek lastnega nadzora in obvladovanja. [24] Skupine za samopomoč so se razvile, da bi nadomestile naravna podpora omrežja, ki so se izgubila, ko se je družba razvijala (razpad tradicionalnih družinskih sistemov) in kot odgovor na vrzeli v zdravstveni in socialni skrbi. [11]

Zaposlovanje

Delo je temeljna pravica vsakega človeka, zapisano v ustavi 49.člen. Vendar se v praksi srečujemo s kršitvijo te pravice. Duševni pacienti se po odpustu iz bolnišnice znajdejo pred zaprtimi vrati. Nekateri pacienti se vrnejo na delovno mesto, vendar so stalno pod pritiskom, saj ga nenehno opazujejo, obenem so delovne obremenitve prevelike, lahko mu odvzamejo vse odgovornosti in ponudijo drugačne delovne pogoje, ki so ponavljajoče, nezanimive in od tem hitro zgubi motivacijo. [11] Po podatkih invalidskih komisij v Sloveniji so vodilni vzrok za invalidnost I. kategorije duševne motnje, kar 21,1 %. Praviloma se upokojujejo zaradi duševnih motenj relativno mladi pacienti, ki še niso dosegli vrhunca svoje delovne uspešnosti. Pacienti po preboleli motnji so dejansko daljše obdobje manj sposobni za delo. Delovna sposobnost pa se poslabšuje tem bolj, čim dlje so pacienti izločeni iz svojega delovnega okolja. [25]

Švab (2002) opozarja, da zaposlitev kot del psihosocialne rehabilitacije dokazano izboljšuje kakovost življenja in duševnih motenj. V društvu za duševno zdravje – ŠENT, se trudijo v procesu zaposlitvene rehabilitacije ustvariti delovno okolje, kjer bo posameznik pridobil potrebne izkušnje in spretnosti za delo. Z aktivno vključitvijo v delovni proces pridobi občutek varnosti, koristnosti, pripadnosti. Z zaposlitvijo ponovno pridobi vlogo delavca. [11] Brezposelnost prikrajša ljudi za delovno okolje v katerem delajo in se tudi družijo, zmanjša njihovo spoštovanje, poveča občutke nekompetentnosti, posledično jih porine v finančno prikrajšanost. Delodajalci pričakujejo, da bodo ljudje z duševnimi motnjami svoje delo opravljali površno in da bodo pogosto odsotni. V primerjavi z invalidi se ljudi z duševnimi motnjami zaposlijo dvakrat redkeje. Če pa jih že zaposlijo, dobijo slabša delovna mesta in manj odgovorna, katera niso v skladju z njihovo izobrazbo in znanjem. Sčasoma pa prenehajo z iskanjem službe in pristanejo na statusu brezposelnih. [26]

Zagovorništvo

Zagovorništvo poskuša uravnotežiti razmerje moči med ustanovo in njenimi uporabniki ter posredovati pri nesoglasjih med njimi. V razvitem svetu obstaja več oblik zagovorništva, laično, kolektivno, profesionalno, samozagovorništvo, vsem pa je skupno, da je zagovornik oseba, ki je povsem na strani uporabnika in se zavzema za dosledno spoštovanje njegovih pravic. Spodbuja ga, da ob njegovi zaščiti sam prevzame aktivno vlogo pri uveljavljanju lastnih interesov in pravic. [21] Zagovornik ne dela in se ne odloča namesto osebe, ki ji želi pomagati. Lahko ji le svetuje, pomaga do odločitve in sodeluje pri njeni izvedbi. [27]

Zagovorništvo je dejavnost družbenega posredništva, ki vključi tretjo stran in s tem razširi sposobnosti pacienta/uporabnika, ne da bi govoril namesto njega, temveč s tem določa različnim vidikom pravo mesto v primernem dialogu. Oseba začuti, da je poslušana in priznana. [28]

Svetovanje

Svetovanje vključuje delo s posamezniki, se usmerja v njihovo ravnanje in doživljanje. Pomeni pomoč v posameznikovem razvoju ter podporo v času življenjskih kriz. Namen svetovanja je pomoč pacientu, da bolje prepozna svojo situacijo ali problem in se odloči za najprimernejšo obliko vedenja ali izbiro ustrezne rešitve. Cilj svetovalnega dela je izboljšati

pacientovo znanje in veščine, da bi uspešnejše reševal svoje probleme, zmanjševati negotovost, izboljšati uvid v svoje probleme in probleme okolja, povečati spoznanje o lastni vrednosti in sposobnosti ter izboljšati družbeno prilagodljivost in vključenost v družbeno okolje in dogajanje. [29]

1.3.3. Potek psihosocialne rehabilitacije v skupnosti

Od leta 2002 v slovenskih psihiatričnih bolnišnicah deluje skupina strokovnjakov za načrtovanje psihosocialne rehabilitacije pacientov s hudo duševno motnjo. Sestavljajo jo psihiater, psiholog, socialni delavec, diplomirana medicinska sestra in delavni terapevt. Skupina oblikuje multidisciplinaren načrt skrbi za tiste paciente, ki imajo pogoste hospitalizacije tudi proti njihovi volji, slabo sodelujejo pri zdravljenju, dvojne diagnoze, zlorabami psihoaktivnih snovi ter paciente s pogostimi ponovitvami bolezni. Bolnišnica je v letu 2007 oblikovala skupine in določila koordinatorje. Zdravstvena nega enakopravno sodeluje pri oblikovanju načrta. Delovna skupina načrtuje spremljanje pacienta leto dni po odpustu. V tem času naj bi zagotovila podporo drugih služb, po potrebi tudi patronažne medicinske sestre. [30]

Medicinska sestra v skupini sodeluje, skupaj z drugimi strokovnjaki iz delovne skupine v skladu z individualnim načrtom in potrebami pacienta. Pacient podpiše obrazec za aktivno sodelovanje v tej delovni skupini. [30] Skupnostna obravnava poteka po modelu ACM (Assertive Community Treatment). Vključenih je 35 pacientov, zagotavlja podporo 7 dni na teden, 12 ur na dan. [31]

Ciljna skupina in vključevanje pacientov po modelu ACT so naslednji:

- huda ponavljajoča duševna motnja, zajema diagnostično skupino od F 20-F 29 po Mednarodni klasifikaciji bolezni,
- starost od 18 do 50 let,
- pogosti sprejemi v bolnišnico, in sicer več kot enkrat letno, zaradi poslabšanja zdravstvenega stanja,
- prisoten upad v vsakodnevem funkcioniranju,
- slabo sodelovanje pri tradicionalnih oblikah psihiatrične obravnave v preteklosti,
- prisotnost pridruženih težav; pomanjkljivi bivalni prostori, zloraba psihoaktivnih substanc, sodna obravnava.

Vključevanje pacientov poteka po pripravljani obravnavi v Programu dnevne psihiatrične rehabilitacije po odpustu iz bolnišničnih oddelkov. Ob vključevanju v obravnavo se za vsakega pacienta posebej sestavi načrt obravnave za tri mesece, kateri definira cilje in načine obravnave, istočasno se dodeli koordinator. Pri oblikovanju načrta sodelujejo pacient, svojci, sodelavci tima, lečeči psihiater, predstavniki zunanjih organizacij, kateri bodo sodelovali s pacientom. [31]

Vsebina obiska na domu lahko zajema:

- ugotavljanje pacientovih aktualnih in potencialnih negovalnih problemov,
- ugotavljanje samostojnosti in neodvisnosti pri izvajanju 14 življenjskih aktivnosti, ki so: skrb za osebno in splošno higieno, primerno prehranjevanje, urejeno izločanje, ustrezno gibanje, spanje in počitek, pravilno izkoriščanje časa za rekreacijo, vzdrževanje primerne telesne temperature z ustreznimi oblačili in prilagajanje okolju, izogibanje

- samopoškodbam in poškodbam drugih, učenje in utrjevanjem osnovnih življenjskih veščin in spretnosti in ohranjanje ali pridobivanje dobrih higienskih navad,
- vzdrževanje in kakovost socialnih stikov,
 - vzpodbujanje in preverjanje pacientovega rednega jemanje predpisane terapije,
 - izvajanje aplikacije depo terapije na domu,
 - spremljanje in opazovanje morebitnih stranskih učinkov zdravil in znakov poslabšanja bolezni,
 - usmerjanje na redne preglede k psihiatru in usmerjanje v druge oblike skrbi v skupnosti,
 - izvajanje zdravstveno vzgojnega dela s pacientom in svojci,
 - preverjanje obstoječega znanja glede obvladovanja bolezni, potrebnega za kvaliteto življenja,
 - svetovanje,
 - v nujnih primerih interveniranje,
 - sodelovanje z drugimi službami na terenu,
 - pomoč pacientu pri vzpostavljanju stikov z njegovo okolico, skupinami za samopomoč, če je potrebno,
 - dokumentiranje opravljenega dela v negovalno dokumentacijo,
 - vodenje razgovora o pacientovem stanju in funkcioniranju v delovni skupini oz. timu.

[30]

Obisk na domu opravlja koordinator sam ali v spremstvu drugega člana tima, izbor drugega člana kolektiva je odvisen od vsebine obiska in potreb pacienta. Pomembna je tudi koordinacija podporne mreže, predvsem povezovanje s skupnimi službami, nevladnimi organizacijami, katere v času obravnave vključijo pacienta v svoje službe na primer; zaposlovanje, dnevni center, prostovoljna pomoč, stanovanjska skupina. Cilj je vzpostaviti podporno mrežo, katera bo zagotavljala zadostno stopnjo po zaključku psihiatrične obravnave v skupnosti. [31]

Raziskovalna naloga o pacientih s kronično shizofrensko psihozo (Kondič, 2008) nakaže uspešnost skupnostne psihiatrične obravnave pri preprečevanju hospitalizacij, zboljšanju kakovosti življenja pacientov, motivaciji za opravljanje vsakdanjih opravil in dnevne aktivnosti, pacienti imajo manj negativnih razpoloženskih značilnosti, kar zmanjšuje tveganje zapletov v smislu depresije, katera je pogost spremljevalec shizofrenske motnje. Boljše vsakdanje funkcioniranje prispeva k večjemu občutku kompetentnosti ter zviša pozitivno samopodobo. [3]

Kontinuirano zdravstveno obravnavo v skupnosti izvajajo tudi psihiatrične ambulante in dispanzerji. Pacienti obiskujejo psihiatra različno, odvisno od narave bolezni. Ob obisku dobijo navodila o naslednji kontroli, katera je lahko na 3 mesece, 2 meseca, 4 tedne, 3 tedne ali 2 tedna. Odvisno od terapije, nekateri pacienti dobivajo depo terapijo v obliki injekcij, katere so vezane na več tedenski razmik 2, 3, 4 tedne. Ob uvedbi terapije depo se pacientu izstavi izkaznica, iz katere je razvidna njegova identiteta, začetek zdravljenja z zdravilom, datum zadnjega in naslednjega odmerka zdravila, osnovni napotki pri neželenih učinkih in opombe. [32] Ob poslabšanju bolezni pacienti pridejo prej na kontrolo. Lahko pa opustijo zdravila ob izboljšanju ali poslabšanju stanja in ne pridejo na kontrolo. Pacienti na kontrolo pri psihiatru včasih enostavno pozabijo. Zato je pomembno, da se paciente vodi v evidenci in na kontrolo pokliče, pacienti se ponavadi vabilu odzovejo, lahko pa obvestimo patronažno službo, katera pacienta obišče, ter poskrbi za nadaljnjo obravnavo.

1.4. Zdravstvena nega

Zdravstvena nega je celovita dejavnost, ki se ukvarja z posameznikom, družino in družbeno skupnostjo v njihovih razvejanih funkcijah, v času zdravja in bolezni, oziroma se giblje iz ene sfere v drugo. Enkratna naloga medicinske sestre je torej, da ugotavlja potrebe in načrtuje zdravstveno nego, ki bo pomagala bolnemu ali zdravemu posamezniku opravljati vse, kar koristi njegovemu zdravju, okrevanju ali mirni smrti. Cilj zdravstvene nege je omogočiti neodvisnost varovanca, če ima za to potrebno moč, voljo in znanje. Svoje naloge mora opravljati tako, da bo varovancu vrnila neodvisnost v najkrajšem možnem času. [33]

Zdravstvena nega je utemeljena na analizi osnovnih človekovih potreb, vsepovsod in je v glavnem enaka. Enaka je zato, ker so enake osnovne potrebe ljudi, hkrati pa je to dejavnost z nešteti različicami, ker niti dva človeka nista enaka in vsak človek razume potrebe na svoj lasten način. Drugače povedano, temeljno zdravstveno nego sestavljajo iste določljive komponente, katere je potrebno nenehno preoblikovati in odmerjati glede na potrebe vsakega posameznika. [34]

Zdravstvena nega je temeljna sestavina celotnega zdravstvenega varstva. V zdravstveno varstvo vključuje izboljšanje zdravja, preprečevanje bolezni in pomoč v času prizadetosti zdravja. Svojo funkcijo zagotavlja z načrtovanjem, enotnim in usklajenim delovanjem ter skladno z usmeritvijo Svetovne zdravstvene organizacije (SZO). [33]

Zdravstvena nega je umetnost in znanost, ki zahteva razumevanje, znanje ter spretnosti, specifične za to strokovno disciplino. Poslanstvo zdravstvene nege v družbi je pomoč posameznikom, družinam in skupinam, da izkoristijo svoje telesne, duševne in socialne potenciale in da lahko delujejo znotraj okolja, kjer živijo in delajo. [35]

1.4.1. Sodobna zdravstvena nega

Bistvo sodobne zdravstvene nege, ki se razlikuje od tradicionalne, je usmerjenost k pacientu kot celoviti osebnosti. Pacient je v središču dogajanja, njegova vloga je enakovredna in po svojih zmožnostih ter sposobnostih pri zdravstveni negi sodeluje. Zdravstvena nega podpira odgovornost pacienta do samega sebe in spoštuje njegove odločitve, mnenja in želje. Temeljni elementi sodobne zdravstvene nege omogočajo kakovostno, kontinuirano in predvsem avtonomno stroko s svojim specifičnim delovanjem, saj v skrbi za zdravje posameznika, skupine in družbe zapolnjuje tiste vrzeli, ki jih medicina in druge stroke ne morejo učinkovito pokrivati.

Preglednica 2: Primerjava med tradicionalno in sodobno zdravstveno nego

Tradicionalna zdravstvena nega	Sodobna zdravstvena nega
Poudarek je na odvisni funkciji.	Poudarek je na samostojni funkciji.
Ni procesnega metodološkega pristopa.	Delo po procesu zdravstvene nege.
Ni uporabe teorij in modelov.	Uporaba teorij in modelov v praksi.
Poudarek je na enem vidiku človeka – ali somatski ali psihični.	Poudarek je na holističnem pristopu k pacientu.
Funkcionalni model organizacije zdravstvene nege.	Timski model organiziranja.
Odkrivanje problemov pacientov rutinsko, naključno; izhodišče je medicinska diagnoza.	Sistematično, ciljno individualno odkrivanje problemov pacientov.
Zdravstvena nega ni načrtovana, načrtovane samo naloge.	Zdravstvena nega je v celoti načrtovana za posameznega pacienta.
Zdravstvena nega ni dokumentirana ali je dokumentirana skromno in na medicinski dokumentaciji.	Zdravstvena nega je v celoti dokumentirana v negovalni dokumentaciji.
Ni vrednotenja uspešnosti ZN, vrednotena je le uspešnost in/ali pravočasnost posamezne naloge.	Vrednotenje uspešnosti na osnovi izvedenega in doseženega, kar se kaže v stanju in vedenju pacienta.
Poudarek je na podrejeni in odvisni vlogi – HIERARHIČNI ODNOS.	Poudarek je na enakopravni vlogi pacienta – PARTNERSKI ODNOS.
Pasivna vloga pacienta v zdravstveni negi.	Aktivna vloga pacienta v zdravstveni negi.

Vir: A. Hajdinjak. Pomen teoretičnih modelov za zdravstveno nego. Obzor Zdr N 1999. 33: 137–8 [36]

Elementi sodobne zdravstvene nege

Bistvo je zajeto v njenih temeljnih elementih. To so: filozofija, terminologija, proces zdravstvene nege, modeli, teorije, klasifikacija, empirični indikatorji, kategorizacija, komuniciranje, dokumentiranje, organiziranje, izobraževanje, strokovno izpopolnjevanje, raziskovanje, poklicni kodeks, poklicna združenja, zakonodaja. Vsi elementi zagotavljajo njeno avtonomnost in suverenost ter omogočajo njeno profesionalizacijo. Procesni metodološki pristop, dokumentacija in dokumentiranje omogočajo in so nujni za zagotavljanje kontinuiteto zdravstvene nege. [37]

Filozofija zdravstvene nege

Filozofija je bistveni element zdravstvene nege in daje strokovnemu področju enotnost, enako razumevanje vseh sodelujočih, služi kot vodilo za teorijo in prakso.

Filozofija pojasnjuje osebne in strokovne vrednote ter etična načela, ki jih morajo zdravstveni delavci upoštevati v odnosu do posameznika, družine, skupine ter celotne družbe.

Elementi slovenske filozofije so: spoštovanje, varnost, integriteta in počutje ali s kraticami SVIP. Ti elementi se med seboj prepletajo in pogojujejo, vendar je vedno subjekt dela človek kot posameznik.

- Spoštovanje je na prvem mestu, brez spoštovanja lahko naše delo brezhibno opravimo, vendar je pacient objekt in ne subjekt.

- **Varnost.** Pomembna je telesna in duševna varnost. Telesna varnost je odvisna od znanja in spretnosti. Duševno varnost pogojuje zaupanje in ga moramo, kot strokovnjaki zagotoviti in vzpostaviti že ob prvem stiku.
- **Integriteta** oziroma celovitost nas obvezuje, da pacienta negujemo z vednostjo, da ni bolan organ temveč človek kot celovita osebnost, pri kateri moramo upoštevati duševne, telesne, duhovne in socialne potrebe.
- **Počutje pacienta** je odvisno od vseh zgoraj naštetih elementov. Če je naš odnos spoštljiv, če mu je zagotovljena varnost, občutek, da je pacient kljub bolezni človek in ne objekt, se bo pacient dobro počutil. [37]

1.4.2. Zdravstvena nega pri zdravljenju duševnih motenj

Psihiatrična zdravstvena nega je specialno področje zdravstvene nege, ki se ukvarja z posameznikom z duševnimi težavami in motnjami, z družino ali s širšo skupnostjo v primarnem, sekundarnem in terciarnem zdravstvenem varstvu. Njena osnovna značilnost je medsebojni odnos med medicinsko sestro in pacientom, usmerjen v prizadevanje pospeševanja in podpiranja vedenja, katerega cilj je razvoj osebnosti in prilagojeno funkcioniranje. [38], [13]

Naloga sodobne psihiatrične nege ni več služenje drugim poklicem, temveč sodelovanje in samostojna zdravstvena nega, skrb, podpora, zdravstvena vzgoja za posameznika, družino in lokalno skupnost. [35]

Aktivnosti medicinske sestre v psihiatriji so:

- obravnavanje obstoječih in potencialnih problemov pacientov z duševno motnjo,
- zadovoljevanje psihičnih, fizičnih in socialnih potreb pacientov v okviru bolezni,
- zagotavljanje pacientove varnosti, vzpodbujanje in učenje izražanja čustev,
- vzpostavljanje terapevtskega miljeja,
- pomoč, vzpodbujanje, učenje vsakodnevnih fizičnih, socialnih in družbenih aktivnosti,
- učenje pacienta in svojca pravih interakcij in ustrezne komunikacije,
- sodelovanje z drugimi člani terapevtskega tima,
- sodelovanje v okviru socioterapije in skupinske terapije,
- zdravstveno vzgojno delovanje na področju duševnega zdravja, tako v stiku s pacientom, njegovimi svojci, kot tudi v širši skupnosti
- vodi drugo osebje v zdravstveni negi in oskrbi. [39]

Vloga zdravstvene nege v psihiatričnih bolnišnicah

V bolnišnicah se je vloga medicinske sestre spreminjala z ugotavljanjem potreb, izobraževanjem ter nenehnim dograjevanjem znanja in izkušenj.

Medicinska sestra – ključar, varnostnik, čuvaj. V prvi fazi delovanja medicinskih sester je bila pglavitna naloga varovanje in opazovanje pacienta.

Medicinska sestra – tehnik. Ob prihodu prvih medicinskih sester je zdravstvena nega dobila večji pomen, medicinska sestra pa je imela vlogo pomočnika zdravniku in tehničnega asistenta. To je bila doba insulinskega zdravljenja, elektrokonvulzivne terapije in razvoja farmakoterapije.

Medicinska sestra – socioterapevt. V tretji fazi, ko se v psihiatrijo začne uvajati terapevtska skupnost, ko pacient postaja subjekt zdravljenja, se vloga medicinske sestre bistveno spremeni. Medicinska sestra začne aktivno sodelovati pri socioterapevtski obravnavi psihiatričnih pacientov, njena dolžnost je bila, da na oddelku ustvari domače vzdušje. Druga naloga je bila spoznati socialno strukturo pacientov in ustvariti interpersonalne odnose v skupini. Pacienta so poskušali čim prej vključiti v tekoče življenje. Delo je bilo organizirano tako, da potekajo aktivnosti preko celega dne. Iz vsakodnevnih izkušenj in novih spoznanj so medicinske sestre ugotovile, da samo timsko delo daje vsem članom možnost pomembne in enakopravne vloge in zagotavlja profesionalizacijo.

Medicinska sestra – nosilka procesa zdravstvene nege, pomeni samostojno vlogo. Sodobna metoda dela zdravstvene nege z dokumentiranjem je utrdila spoznanje, da je medicinska sestra odgovorna članica tima, enakopravna in samostojna zdravstvena delavka, ki opravlja svoje profesionalne naloge v okviru svojih kompetenc. Zdravstvena nega poteka vse dni v letu, 24 ur na dan. Danes se izvaja procesna metoda dela na vseh bolniških oddelkih pri vseh pacientih od sprejema do odpusta. Izvaja se ugotavljanje fizičnih, psihičnih in socialnih potreb, načrtovanje in izvajanje in vrednotenje zdravstvene nege glede na individualnost življenjskih aktivnosti. Imamo svojo negovalno dokumentacijo. Zdravstvena nega je danes vidna, samostojna stroka in ima pomembno vlogo v procesu obravnave psihiatričnega pacienta. Dokumentiranje zdravstvene nege je odsev kakovosti, omogoča boljše koordinacijo dela, nadzor kakovosti strokovnosti opravljenega dela, izobraževanje in raziskovanje. Nenazadnje omogoča tudi boljše vrednotenje poklicev v zdravstveni negi.

Medicinska sestra – član tima v psihosocialni rehabilitaciji. Razvoj stroke in dodatno izobraževanje sta dala možnost, da se poveča vloga zdravstvene nege in sodelovanje v skupnostni skrbi pri zagotavljanju kontinuirane skrbi, kar lahko vpliva na zmanjševanje socialne izolacije, stigmatizacije in identitetne težave pacientov s težavami v duševnem zdravju po odpustu iz bolnišnice. Načrtovanje kontinuirane zdravstvene nege po odpustu, ustvarjanje pogojev za uspešnost pacientovega odnosa z okolico, sodelovanje z drugimi strokovnjaki in službami izboljša pacientovo avtonomijo in spodbujanje potencialov in odgovornosti za zdravje. Število hospitalizacij lahko zmanjšamo s kontinuiteto skrbi v lokalni skupnosti, kjer pacient živi, z učenjem navad in spretnosti potrebnih za življenje, z zdravstveno vzgojnim delovanjem za paciente in njihove svojce ter pomembne druge. Aktivnosti zdravstvene nege so usmerjene v negovalne probleme, zadovoljevanje potreb ter svetovanje pacientom in svojcem v okviru kompetenc, kar poveča raven funkcioniranja in izboljša kakovost življenja pacientov in njihovih svojcev. V rehabilitacijskem načrtu so za vsakega posameznega pacienta vključene tudi intervencije zdravstvene nege po odpustu.[40]

Na dokaj hiter razvoj so vplivali tudi razvoj zdravstvene nege v drugih državah ter raziskovalna in pisna dela prvih teoretičark zdravstvene nege.

Hildegard Peplau je bila začetnica teoretičnih osnov in spoznanj v zdravstveni negi. Prelomno obdobje je bilo leto 1950, ko se je začela zdravstvena nega razvijati v samostojno, avtonomno stroko. Tedaj so v ZDA organizirali prve akademske študije zdravstvene nege, veliko medicinskih sester se je odločilo za nadaljnji študij in raziskave. Razvile so sodoben pristop k zdravstveni negi, to je proces zdravstvene nege, izdale prvo strokovno revijo. Objavljeni so bili prvi modeli in teorije (Peplau 1952; Henderson 1955, Johnson 1958). Do takrat je bila zdravstvena nega obravnavana kot neprofesionalna dejavnost v izobraževanju, v praksi pa je bila usmerjena v pomoč zdravniku in ne v pomoč pacientu. Pri delovanju je bila medicinska sestra osredotočena na bolezen in na pomoč zdravniku v diagnostiki in terapiji.

V takratnem obdobju so mnoge teoretičarke zdravstvene nege razvile definicije, s katerimi so poskušale opredeliti zdravstveno stroko. Pri tem so se opirale na znanje in izkušnje, ki so jih pridobile s praktičnim delom in študijem. Nanje je vplivala tudi stopnja razvoja družbe.

Njeno delo je prineslo revolucionarne spremembe v zdravstveni negi, predvsem na področju psihiatrične zdravstvene nege. Najpomembnejši elementi so:

Psihodinamična zdravstvena nega. V svoji teoriji poudarja pomen medosebnega odnosa med MS in pacientom. Ta odnos je dinamičen, spreminja se skozi posamezne faze, pri čemer MS prevzema različne vloge. Na odnos vplivajo okolje, znanje, vrednote, stališča, kultura, verovanje, tako pri MS kot pri pacientu.

Faze odnosa med medicinsko sestro in pacientom. V tej fazi opisuje terapevtski odnos med MS in pacientom, razdeli ga v štiri faze, ki si sledijo. V praksi se med seboj prepletajo in jih je potrebno razumeti kot celoto. Faze:

- orientacija – začetna faza, pacient ali družina išče pomoč,
- identifikacija – v tej fazi sta pomembna odnos MS in okolice do pacienta, od odnosa je odvisno sodelovanje in zaupanje,
- koriščenje – ko pacient spozna svojo situacijo, razume svoje težave in lahko preide v fazo, ko koristi pomoč, ki mu je na razpolago, zaupa v pomoč MS in celotnega tima in aktivno sodeluje,
- razrešitev – zadnja faza v medosebnem odnosu, ko pacient začne sam zadovoljevati svoje potrebe in samostojno reševati svoje težave. Medicinska sestra mu pomaga, da ozavesti pomen pridobitev. S to fazo se medsebojni odnos med zdravstvenim delavcem in pacientom konča. Vsak od udeležencev se nekaj nauči in pridobi.

Vloge, ki jih v medosebnem odnosu prevzema medicinska sestra. H. Peplau predstavlja šest vlog medicinske sestre in obenem opozarja, da število ni popolno. Te vloge so: vloga tujca, vloga medicinske sestre kot vir informacij, vloga učitelja, vloga voditelja, vloga nadomestne osebe ter vloga svetovalca.

H. Peplau zdravstveno nego poimenuje kot terapevtski medosebni odnos, ki pripomore k zdravju posameznika. V tem medosebnem odnosu medicinska sestra vzgaja, izobražuje in vodi pacienta, da dozori in se razvije v kreativno, ustvarjalno in produktivno osebnost. Terapevtski medosebni odnos razlaga kot človeški odnos med posameznikom, ki potrebuje pomoč in medicinsko sestro, ki ima potrebna znanja, sposobnosti in pristojnosti, da prepozna potrebe po pomoči in se nanje profesionalno odzove.

Definicija konceptov Virginia Henderson je ena najbolj poznanih teoretičnih del po svetu. Najpomembnejši elementi so; definicija zdravstvene nege, osnovne človekove potrebe in aktivnosti zdravstvene nege. Iz definicije opredeli avtorica vlogo, odgovornost in samostojnost medicinske sestre. Osnovne človekove potrebe predstavlja v 14 življenjskih aktivnostih, opisuje jih od najosnovnejše – dihanje, prehranjevanje in pitje, odvajanje in izločanje, gibanje, spanje in počitek, oblačenje, vzdrževanje telesne temperature, osebna higiena in urejenost, izogibanje samopoškodbam in poškodbam drugih, komuniciranje, izražanje čustev, možnost pozitivnega čustvovanja ter verskih čustev, koristno delo,

razvedrilo in rekreacija ter zadnjega učenje, kar na koncu pripomore k normalnemu razvoju in zdravju. V. Henderson poudarja, da je človeka potrebno obravnavati individualno, celostno in upoštevati je treba vse njegove potrebe, tako fizične kot tudi psihične ter socialne.

Model Doroty Orem je model samooskrbe in za psihiatrično nego pomemben, ker poudarja posameznikove zadolžitve, zdravstveno vzgojo ter odgovornost posameznika za lasno zdravje. Poudarja preventivo in vzgojo kot ključni element zdravstvene nege. Posameznika ocenjuje, ali je sposoben skrbeti zase ter ali ima potrebe po zdravstveni negi. Oremine splošne teorije zdravstvene nege so sestavljene iz treh povezanih konceptov; teorija samooskrbe, teorija delne samooskrbe in teorija sistemov zdravstvene nege. [33]

Teorija H. Peplau, teorija V. Henderson ter model Doroty Orem se med seboj dopolnjujejo ter predstavljajo osnovo procesa zdravstvene nege. [37]

1.4.3. Pomen zdravstvene nege v psihosocialni rehabilitaciji pacientov z duševnimi motnjami

Proces zdravstvene nege se ne začne s sprejemom pacienta v bolnišnico in se ne konča z odpustom iz bolnišnice. Kontinuirana psihiatrična zdravstvena nega je strokovno spremljanje pacienta v vseh fazah, in sicer od sprejema, med zdravljenjem, sem spadajo tudi vse premestitve na druge oddelke, klinike, ob vrnitvi na oddelek, ob odpustu v domače okolje ali druge institucije. Za psihiatričnega pacienta je pretok informacij izrednega pomena, ker pogosto potrebujejo intenzivno izvenbolnišnično obravnavo dalj časa, tudi poslabšanje zdravstvenega stanja ni redko. Pacienti pogosto ob izboljšanju zdravstvene stanja prekinejo z obiski psihiatra in prenehajo z jemanjem terapije. Tedaj je izredno pomembno sodelovanje z patronažno službo, svojci ali njihovimi bližnjimi. [41]

Kontinuirana zdravstvena nego omogočajo metodološki pristop, dokumentiranje, proces zdravstvene nege in dokumentacija, ki spremlja pacienta v bolnišnici med institucijami ter v domače okolje. Je interdisciplinaren proces in multidisciplinaren proces, ki vključuje pacienta, svojce, nosilce zdravstvene nege, socialno službo ter strokovnjake drugih strok. Temelji na načrtovanju celovite zdravstvene nege ter na neprekinjeni obravnavi pacienta v vseh fazah zdravljenja in rehabilitacije. [19] Pomemben je skladen in povezan pristop različnih strokovnjakov do pacienta in njegovih potreb ter dobro sodelovanje strokovnjakov, ki izvajajo obravnavo. Stopnja kontinuirane zdravstvene obravnave je torej povezana s strokovnimi, sodelovalnimi in organizacijskimi dejavniki, ki potem omogočijo uspešnost vzpostavitve le-te. Kontinuirano zdravstveno obravnavo bi lahko danes poimenovali projekt razvoja in promocija stroke zdravstvene nege, saj imamo medicinske sestre edinstveno možnost ali priložnost, da se uveljavimo kot povsem enakopravne članice v multidisciplinarnih timih, ki delajo s pacienti. [30]

Za zdravstveno obravnavo so pomembne tri vrste kontinuitete:

- kontinuiteta informacij,
- kontinuiteta obravnave (zdravljenja), ki se kaže v timskem pristopu, še posebej je pomembna pri kroničnih pacientih,
- kontinuiteta odnosov med zdravstvenimi delavci in drugimi strokovnjaki, ki so vključeni v obravnavo pacienta na različnih ravneh.

Pacienti imajo najpogosteje izkušnje z dvema pristopoma kontinuirane obravnave.

Prvi koncept je kontinuiteta istih oseb (»front stage«), ki je med pacienti zelo zaželeno.

Drugi koncept pa je kontinuiteta organizacije (»back stage«), ki pa je del organizacijskega sistema organizacije. Za zdravstveno nego je pri zagotavljanju kontinuitete pomembna tudi celostna in kontinuirana obravnava v psihiatriji, dokumentiranje in uporaba obstoječe negovalne dokumentacije. Izzive za prihodnost predstavlja razvoj skupnega dokumentacijskega sistema v zdravstvu, kjer bodo svoje mesto imeli termini, kot so negovalne diagnoze, negovalni cilj, načrt zdravstvene nege, negovalne aktivnosti, kategorizacija zdravstvene nege itd. [30]

Kontinuiteta spremljanja je pomembna tudi zato, ker se v obstoječem sistemu velik del pacientov s kronično duševno motnjo iz procesa skrbi in zdravljenja izgubi, bodisi zaradi tega ker trpijo za pomanjkanjem volje, potrnosti, pomanjkanja samozavesti, odpora do institucij, večkrat pa zaradi poslabšanja zdravstvenega stanja. To se zapoznelo rešuje z naglimi, bolečimi in intenzivnimi posegi, kot so prisilna zdravljenja in prisilni sprejemi v bolnišnico, ko začne pacient ogrožati sebe in druge. Zelo pomembno je, da so različne službe, ki se vključujejo v obravnavo pacientov s kronično duševno motnjo, med seboj dobro usklajene, povezane, dostopne ter sposobne odgovorjati na njihove potrebe.

Bolnišnična obravnava pacienta vedno bolj seli v dnevne bolnišnice, ambulantno obravnavo in obravnavo na pacientovem domu, zato je poleg kontinuitete obravnave znotraj bolnišnice, pomembna tudi kontinuiteta obravnave izven nje. To pomeni, da mora bolnišnica prevzeti skrb za ustrezno obravnavo pacienta tudi po odpustu in v ta namen vzpostaviti ustrezno povezavo z drugimi službami na primarni ravni zdravstvenega varstva. Nepretrgana ali vsaj začasna podpora v skupnosti, namenjena pacientom s ponavljajočo duševno motnjo, je torej v današnjem času nujnost v zdravstvenem in socialnem sistemu skrbi. [30]

Kontinuirana skrb na pacientovem domu zmanjša število hospitalizacij, izboljša klinični izid bolezni in izboljša socialno funkcioniranje. Za zagotavljanje kontinuirane zdravstvene nege na domu so odgovorne medicinske sestre. [42]

Splošni zdravnik in patronažna medicinska sestra v osnovni zdravstveni dejavnosti sta edina strokovnjaka v skupnosti, na katere se lahko obrnejo pacienti s kroničnimi duševnimi motnjami. Patronažne medicinske sestre zagotavljajo kontinuirano zdravstveno nego in skrb na pacientovem domu. Vključevanje v proces rehabilitacije psihiatričnega pacienta, družine in njihovih svojcev naj bi potekala tako, da bi patronažna medicinska sestra ponudila psihološko oporo družini, spodbujala medsebojno zaupanje in zagotovila redno, neprekinjeno spremljanje, kar je posebno pomembno ob prihodu pacienta z institucije. Pacienta in družino pouči o jemanju zdravil, kar zmanjšuje simptome in preprečuje ponovitev bolezni, spodbuja pacienta in svojce za dosledno kontrolo pri izvajanju kontrolnih pregledov pri psihiatru. Spremlja celotno dinamiko in dogajanje v družini. Dejstvo je, da so nekatere družine preobremenjene in niso sposobne sprejeti spremenjenih razmer v družini. Informira pacienta in svojce o možnosti vključitve v razne oblike skupnostne skrbi, saj ugodna družinska klima prinaša dobre pogoje za rehabilitacijo pacienta. [11] Vključene so v obravnavo pred in ali po hospitalizaciji, še posebej takrat, ko pacient živi sam, nima svojcev in ni sposoben samooskrbe. S strani zavarovalnice pa obstajajo tudi omejitve za obiske pri duševnih motnjah in sicer lahko opravijo dva preventivna pregleda letno, za vse ostale obiske pa potrebujejo delovni nalog, katerega izda osebni zdravnik ali psihiater. [11] V raziskavi g. Ferfolja, katera je potekala v letu 2002 in primerjavi z letom 2007 ugotavlja, da izražajo vodje patronažnih

medicinskih sester zaskrbljenost zaradi pomanjkanja sodelovanja med skupnostnimi službami, med drugim tudi odpustne dokumentacije iz bolnišnic. Izrazile so tudi željo po dodatnem izobraževanju s področja duševnega zdravja, duševnih bolezni in psihiatrične zdravstvene nege. Predlagale so neomejeno število obiskov pri pacientih s hudo duševno motnjo, opravljale naj bi jih po potrebah pacienta in njegovega zdravstvenega stanja, trenutno so omejene s strani zavarovalnice in delovnega naloga, ki ga izda lečeči zdravnik, odvisne so od mnenja zdravnika in njegovega poznavanja dinamike preventivnih patronažnih obiskov. [30]

Švabova (2001) ugotavlja, da medicinske sestre, ki sodelujejo v rehabilitacijskih in delovnih skupnosti, same opozarjajo, da čutijo potrebo po dodatnem izobraževanju o duševnih motnjah, njihovih posledicah in odzivih pacientov nanje. [19] Nekatere rehabilitacijske nevladne službe organizirajo obiske na domu, ki jih opravljajo prostovoljci, ki za takšno delo niso usposobljeni, zato so takšni posegi vprašljivi, enako velja za pomoč na domu preko javnih del, ki jih organizirajo nekateri centri za socialno delo. Skupnostnih specializiranih medicinskih sester pri nas še nimamo. [43] Čeprav so nekateri strokovnjaki na področju psihiatrije naklonjeni oblikovanju posebej specializiranega profila kot je psihiatrična medicinska sestra. [11] Temeljna naloga psihiatričnih medicinskih sester v skupnosti naj bi bila zadovoljevanje pacientovih potreb na takšen način, da se prepreči poslabšanje pacientovega stanja in ponovno hospitalizacijo. [3]

1.4.4. Vloga medicinske sestre v psihosocialni rehabilitaciji

V psihiatriji je vloga zdravstvene nege pomoč pri zdravljenju, krepitvi in varstvu zdravja, negovanju bolnih v telesnem in duševnem smislu ter pomoč pri rehabilitaciji. Vloga medicinske sestre pa se spreminja skladno s fizičnim in psihičnim stanjem pacienta. V različnih obdobjih bo lahko pomenila celostno oskrbo ali pa učenje pacienta, kako bo sam znal poskrbeti zase, drugič pa priložnost opominjanja pacienta. [44]

Vloga medicinske sestre je prepoznavanje, načrtovanje in zagotavljanje osnovnih življenjskih pacientovih potreb pri izvajanju procesne metode dela, obenem pa je iztočnica za načrtovanje individualne skupnostne skrbi vsakega posameznega hospitaliziranega kot tudi odpuščenega pacienta.

Medicinska sestra je v najtesnejši komunikaciji s pacientom, prva je z njim ob sprejemu, zadnja daje nasvete ob odpustu. S terapevtsko komunikacijo zaznava in upošteva pacientovo edinstvenost in se nanjo odziva. V zdravstveni negi pričakujemo sodelovanje pacienta, zato moramo storiti vse, da ne prihaja do okoliščin, ki bi ovirale težko pridobljeno zaupanje in onemogočile nadaljnje prizadevanje pri vzpostavitvi pristnega odnosa.

Medicinska sestra za področje psihiatrije je lahko zaposlena v osnovnem zdravstvenem varstvu ali v bolnišnici, deluje v delovni skupini na način, da pomaga pacientom in njihovim bližnjim obvladovati bolezen tako, da zmanjšujejo stresne obremenitve in uspešno rešujejo morebitna poslabšanja zdravstvena stanja. Obenem pa krepi moč družini in pacientom pri obvladovanju duševne motnje preko izobraževanja in svetovanja in sicer tako, da spremlja in nadzira jemanje zdravil in njihovo učinkovitost.

Lahko deluje tudi preventivno, kar pomeni da sodeluje pri vzdrževanju telesnega in psihičnega stanja pacienta, spodbuja koristne navade in samozavest ter samoorganizacijo pacienta in njihovih bližnjih.

Medicinska sestra opravlja delo s posameznikom ali v skupinami in deluje kot povezovalec med psihiatričnimi, socialnimi in nevladnimi službami. [45]

V okviru dela medicinske sestre za področje psihiatrije, lahko psihiatrično rehabilitacijo v skupnosti opredelimo s:

- posamezniku prilagojenim načrtovanjem obravnave, ki upošteva oceno zelo različnih potreb posameznika,
- vsestransko ponudbo glede ocene potreb, načrtovanja obravnave in zdravljenja, kar pomeni poleg ocene bolezni tudi oceno pacientovih zmožnosti,
- pomoč pri sprejemanju bolezni in omejitev, ki jih prinaša za pacienta in njegove bližnje,
- poznavanjem ponudbe služb in storitev, ki so vzdrževanje in izboljšanje zdravja ter kakovosti življenja dostopne v pacientovi lokalni skupnosti,
- koordinacijo zdravljenja odvisnosti ali zlorab psihoaktivnih substanc z zdravljenjem drugih duševnih motenj,
- vključitvijo družin v proces obravnave in zdravljenja,
- vzdrževanje kontinuitete obravnave in zaupnega ter varnega odnosa s pacientom.

Medicinska sestra lahko koordinira potrebne službe in storitve za potrebe posameznega pacienta in je sodelavka ali koordinatorka načrta obravnave, ocenjuje zdravstveno stanje, pacientovo okolje, vire pomoči in ovire pri okrevanju. Izvaja dela načrtovane obravnave in vse svoje delo dokumentira. [45]

1.5. Empirični del

1.5.1. Namen in cilji raziskave

Namen raziskave je ugotoviti vlogo kontinuirane zdravstvene nege v psihosocialni rehabilitaciji. V okviru zdravstvene nege smo ugotavljali potrebe pacientov z kronično duševno motnjo po hospitalizaciji ali zdravljenju v psihiatrični ambulanti v njihovem socialnem okolju ter možne oblike pomoči pri rehabilitaciji.

Cilj raziskave so bili:

- Odkriti možne potrebe pacientov po zdravstveni negi v psihosocialni rehabilitaciji.
- Ugotavljanje vključenosti pacientov v razne oblike pomoči (skupine , društva).
- Ugotavljanje potreb pacientov po kontinuirani zdravstveni negi v domačem okolju.
- Ugotavljanje aktivnosti kontinuirane zdravstvene nege v psihosocialni rehabilitaciji.

Hipoteze

H1: Medicinska sestra ima v psihosocialni rehabilitaciji pacientov s težavami v duševnem zdravju pomembno vlogo.

H2: V klinični praksi se kontinuirana zdravstvena nega na terenu ne izvaja v celoti.

2. METODA

2.1. Preiskovanci

V raziskavi smo uporabili etična načela in zagotovili varovanje zbranih podatkov v raziskovalne namene. Raziskava je potekala v Zdravstvenem domu Sežana v psihiatrični ambulanti. Pred raziskavo smo pridobili pisno soglasje vodstva Zdravstvenega doma Sežana. Anketiranci so v anketi sodelovali prostovoljno, zagotovili smo anonimnost, podatki so bili uporabljeni samo v namene raziskave. Ciljno raziskovalno skupino so sestavljali pacienti psihiatrične ambulante, ki jo obiskujejo v obdobju zadnjih pet let.

2.2. Instrumenti

V empiričnem delu diplomske naloge je bila uporabljena kvantitativna metoda. Podatke smo zbirali s pomočjo anketnega vprašalnika, razvitega za potrebe raziskave. Anketni vprašalnik je bil sestavljen iz treh sklopov. V prvem sklopu je zajemal demografske značilnosti anketirancev, V drugem sklopu smo ugotavljali pomen in vlogo medicinske sestre v psihosocialni rehabilitaciji in potrebe pacientov po zdravstveni negi v okviru psihosocialne rehabilitacije. Tretji sklop vprašanj je vključeval vprašanja o potrebah in aktivnostih izvajanja zdravstvene nege v skupnosti. Vprašalnik je bil sestavljen iz usmerjenih vprašanj, na katera so anketiranci v večini vprašanj odgovarjali z da ali ne, izpuščeni so bili večstopenjski odgovori, ker smo pričakovali, da bodo pacienti zelo neodločeni pri odgovorih in rezultati ne bodo realno nakazali možnih potreb po zdravstveni negi.

Vprašanja smo razdelili v sklope po življenjskih aktivnostih: **osebna nega**: umivanje, preoblečenje, skrb za urejenost. V sklop **gospodinjstvo** so bila vključena štiri vprašanja: priprava hrane, kuhanje, pospravljanje in čiščenje ter nakupovanje. V sklop **družina**: vzgoja otrok, nerazumevanje v družini, bivalne težave. Kot **zdravstvene težave** smo opredelili podvprašanje rednega jemanja zdravil (terapije) in raznih drugih zdravstvenih težav. Pod »razno« smo razčlenili nekaj konkretnih težav, da so anketiranci lažje reševali vprašalnik in bolje razumeli vprašanje. Dodali smo še težave z dostopnostjo do ambulante: prevozom na pregled k zdravniku ali na društvo, dolgčas, denarne težave (socialni status), osamljenost ter možnost dopisa težav, ki jih nismo navedli. Anketiranci so lahko odgovorili tudi z odgovorom »Nimam težav«.

2.3. Postopek

Anketiranje je časovno potekalo dva meseca: od 4. 5. 2009 do 15. 6. 2009. Vprašalnik je bil anonimen. Zbrane podatke smo obdelali s pomočjo statističnih metod in postopkov v programu Excel.

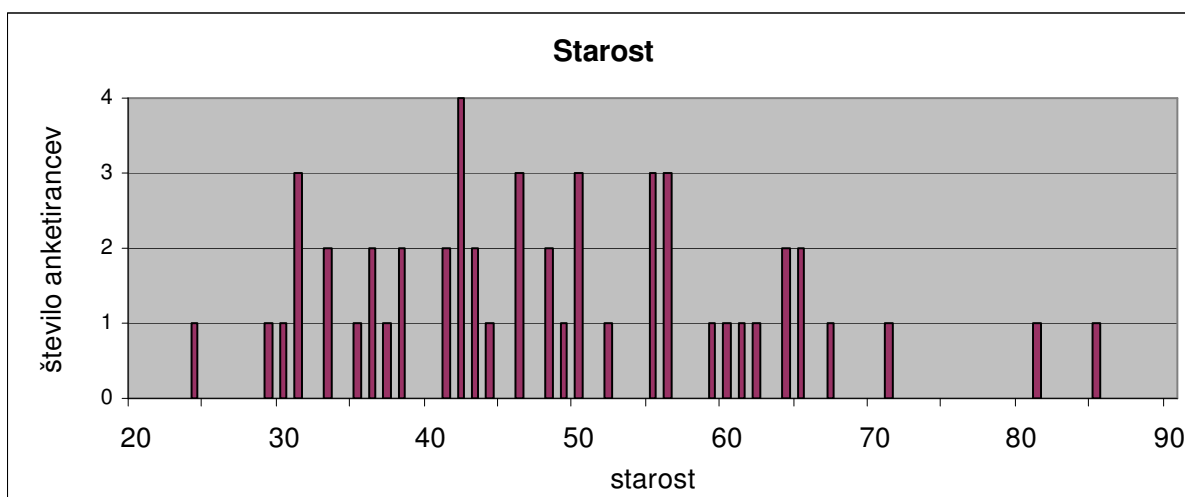
2.4. Opis vzorca

Vzorec anketirancev je zajel paciente v Zdravstvenem domu Sežana, oddelek Psihiatrična ambulanta. Od 900 letno pregledanih pacientov je okrog 650 kronično in dolgoletno zdravljenih. V raziskovanem vzorcu smo zajeli 10 % ciljne populacije. Razdeljenih je bilo 65 anketnih vprašalnikov. Vrnjenih in izpolnjenih anketnih vprašalnikov je bilo 52, kar

predstavlja 80 % delež vseh anketiranih. Od vseh oddanih vprašalnikov smo prejeli 20 % (13 nepopolnih vprašalnikov z rešenim le prvim vprašanjem) ali praznih vprašalnikov (anketiravec je kljub ponujeni pomoči odklonil odgovarjanje), zato jih v analizi nismo upoštevali.

Demografski podatki o anketirancih

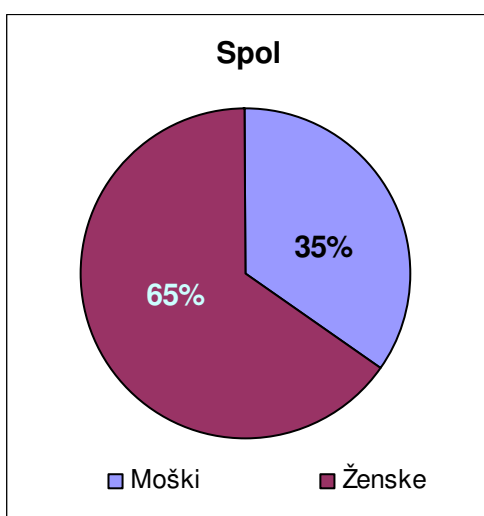
Graf 1: Starost



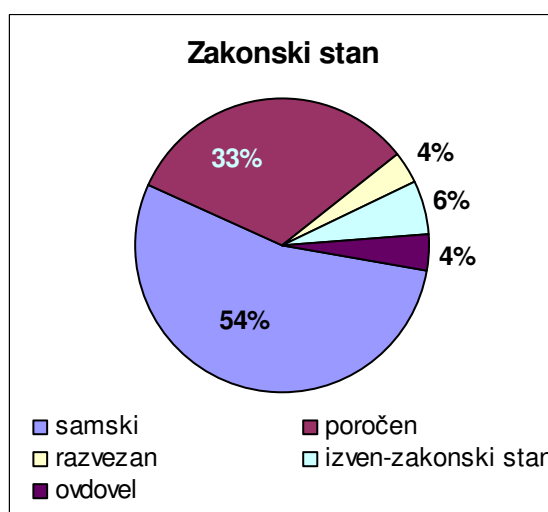
V prvem sklopu smo zbrali demografske podatke o anketirancih: starost, spol, zakonski stan in status anketirancev.

Povprečna starost anketirancev je 48,3 let. Vzorec je enakomerno razporejen po vseh starostnih razredih.

Graf 2: Spol

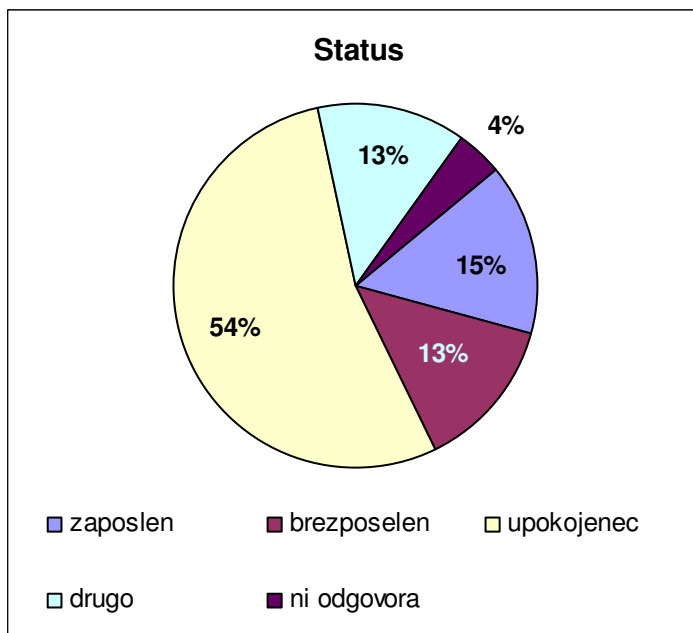


Graf 3: Zakonski stan



Med anketiranci so prevladovale ženske 65 % (34), moških je bilo 34 % (18). Več kot polovica anketirancev je bilo samskih: 54 % (28), poročenih je bilo: 33 % (17), v izvenzakonski skupnosti 6 % (3), razvezanih 4 % (2) in ovdovelh 4 % (2) anketirancev.

Graf 4: Status

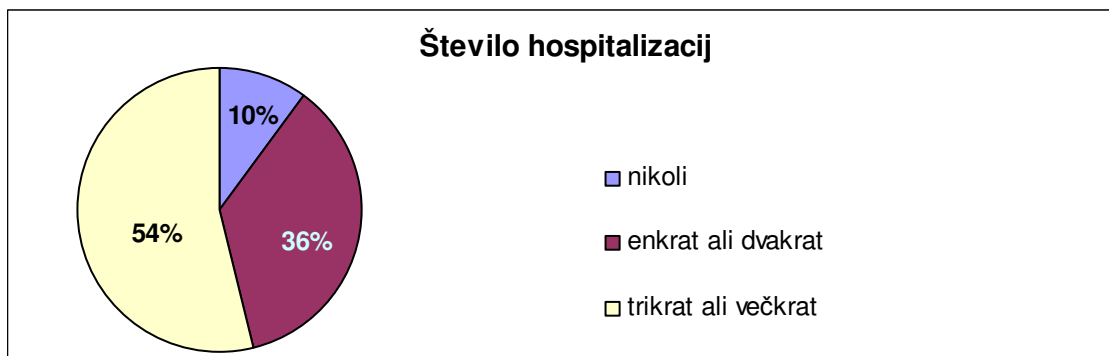


Največje število anketirancev je bilo upokojenih: 54 % (28), le 15 % (8) zdravljenih pacientov je bilo zaposlenih, 13 % (7) brezposelnih. Veliko 13 % (7) jih je obkrožilo odgovor *drugo*. Med njimi sem dobila odgovore, kot so študent (2 odgovora), na socialnem (2 odgovora) ter invalidni upokojenec (4 odgovori). Poleg tega sta dva anketiranca poleg odgovora *upokojenec* dopisala *invalidni*. Iz tega lahko sklepamo, da bi morali pri anketnem vprašalniku dodati še odgovor *invalidno upokojen*, ker so upokojenci dopisali zraven odgovora še invalidni upokojenec.

3. REZULTATI

Pri 6. anketnem vprašanju nas je zanimalo, kolikokrat so bili anketiranci zaradi duševne bolezni zdravljeni v bolnišnici.

Graf 5: Število hospitalizacij

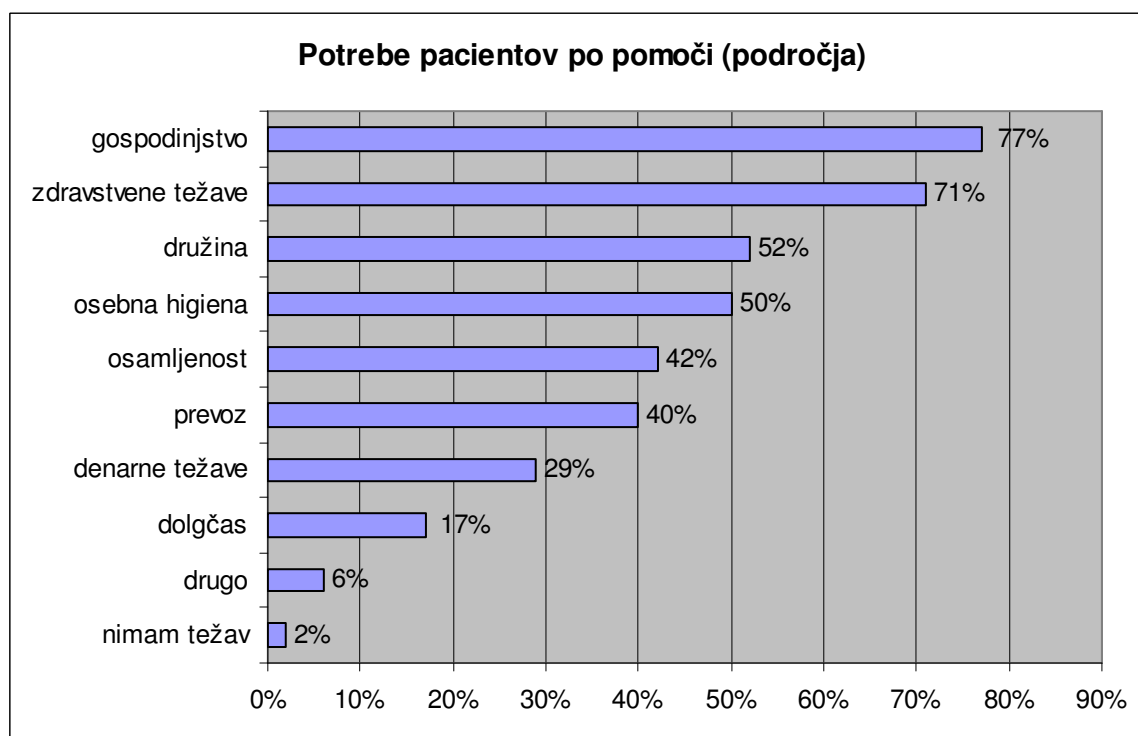


Več kot polovica 54 % (28) anketirancev se je v bolnišnici zdravilo trikrat ali večkrat zaradi duševne bolezni, 36 % (19) enkrat ali dvakrat, od tega je en anketiranec ob odgovoru dopisal 26-krat. 10 % (5) anketirancev iz vzorca se ni nikoli zdravilo v bolnišnici zaradi težav v duševnem zdravju, ampak so vključeni v ambulantno zdravljenje.

Problemi, s katerimi se pacienti najpogosteje srečujejo v domačem okolju

Ugotavljali smo najpogostejše težave, s katerimi se pacienti srečujejo v vsakdanjem življenju v lokalni skupnosti, potrebe smo razdelili na posamezna področja, kjer imajo težave.

Graf 6: Potrebe pacientov po pomoči (področja)



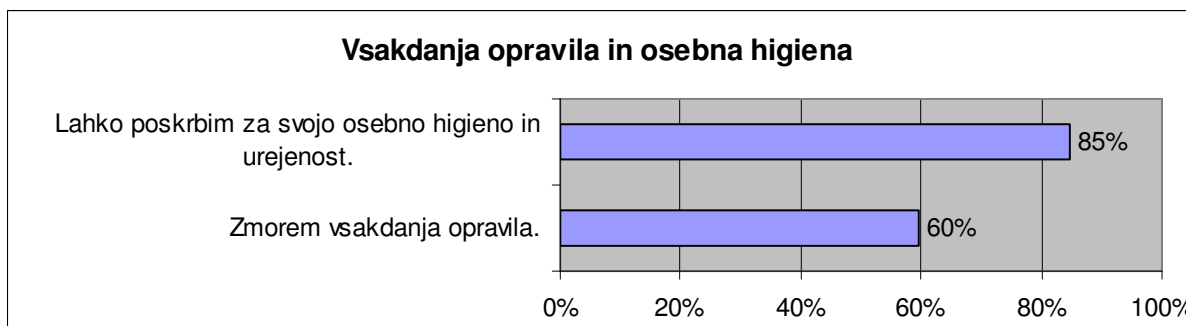
Anketiranci so v največjem deležu 77 % (40) odgovorili, da jim vsakodnevna opravila v gospodinjstvu predstavljajo težave, sledijo zdravstvene težave v 71 % (37). Težave v družini je opredelilo 52 % (27) anketirancev, težave pri osebni higieni ima 50 % (26) oz. polovica anketirancev. Občutek osamljenosti predstavlja problem 42 % (22) anketirancev, težave s prevozom na pregled k zdravniku jih ima 40 % (21), denarne težave so problem pri 29 % (15) anketirancev. Občutek dolgčasa je označilo 17 % (9) anketirancev, za druge težave se je opredelilo 6 % (3) anketirancev. Dopisali so: izoliranost, delo, pozabljivost. Le en anketiranec (2 %) je odgovoril, da nima težav.

Zadovoljevanje osnovnih življenjskih potreb in možnost pomoči

S tem sklopom vprašanj smo ugotavljali pacientove potrebe o morebitnem iskanju pomoči pri teh težavah. Vprašanja smo razdelili na sklope, ki jih bomo obravnavali ločeno.

Najprej smo izločili dve vprašanji, ki se nanašata na osnovne življenjske potrebe, ki smo jih že obdelali pri drugem anketnem vprašanju.

Graf 7: Vsakdanja opravila in osebna higiena

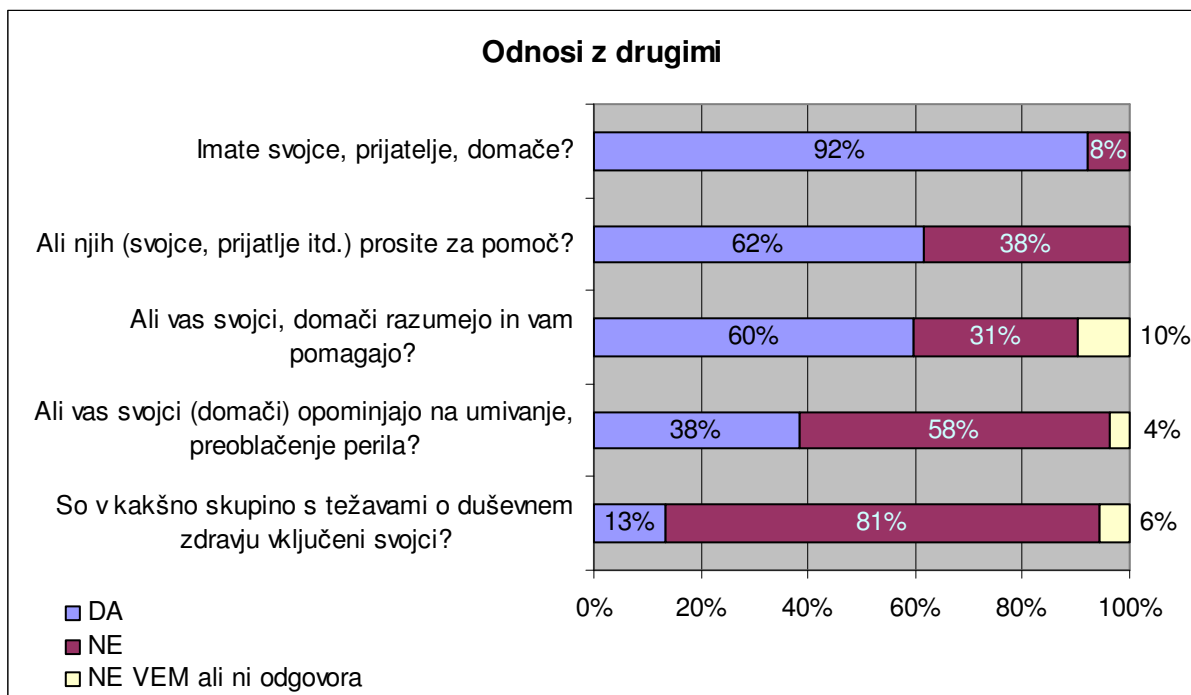


85 % (44) anketirancev je odgovorilo, da lahko poskrbijo za svojo osebno higieno in urejenost, 60 % (31) pa, da zmorejo vsakdanja opravila.

Medsebojni odnosi z družinskimi člani oziroma svojci

S tem vprašanjem smo želeli ugotoviti, ali imajo naši anketiranci svojce ter kako le ti po njihovem mnenju razumejo in sodelujejo pri rehabilitaciji pacientov z duševno motnjo.

Graf 8: Odnosi z drugimi



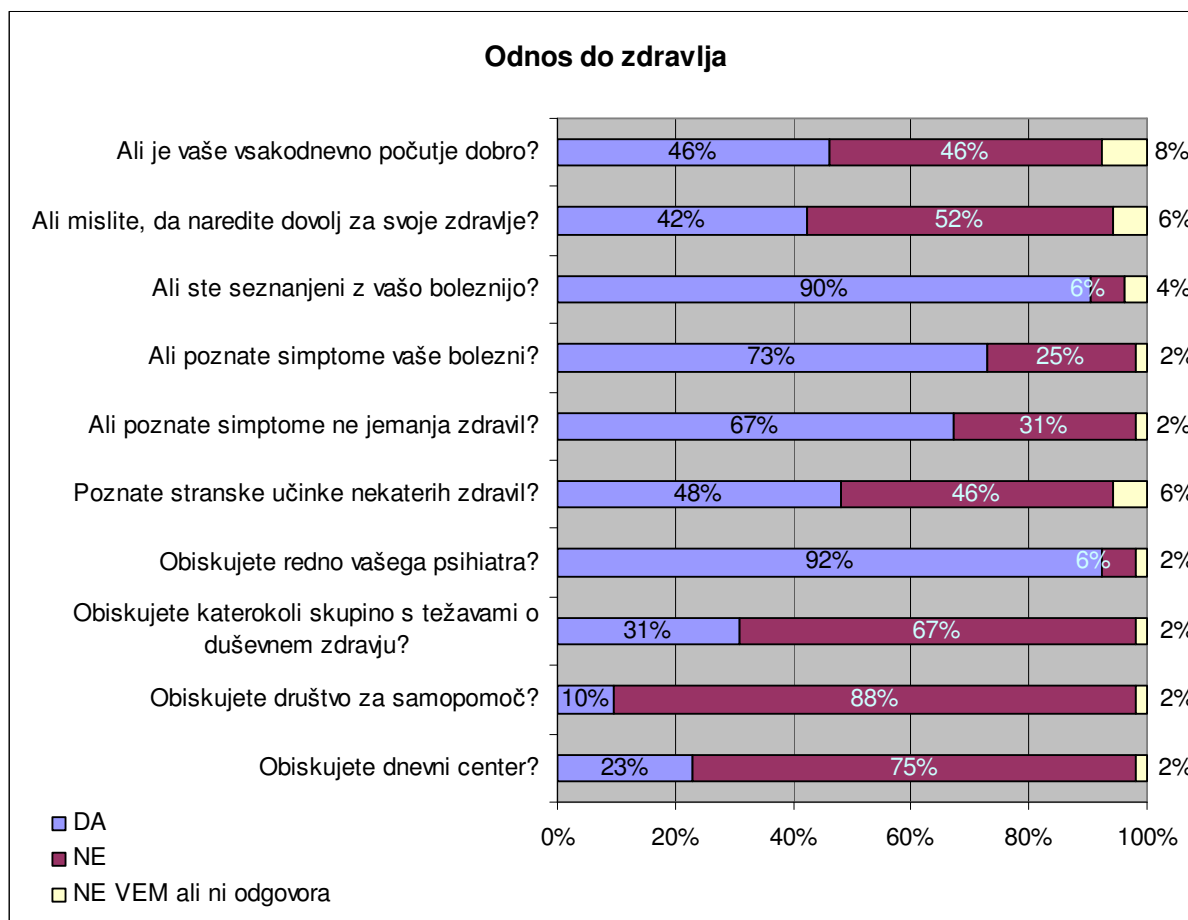
Večina 92 % (48) anketirancev ima družinske člane in svojce. Kljub temu le 62 % (32) anketirancev prosi svojce za pomoč. 31 % (16) anketirancev je mnenja, da jih svojci ne razumejo in jim ne pomagajo. 10 % (5) anketirancev na to vprašanje ni odgovorilo. 38 % (20) jih je odgovorilo, da jih svojci opominjo pri vsakodnevni higieni.

O vključenosti svojcev v skupine s težavami v duševnem zdravju je pritrdilno odgovorilo 13 % (7) anketirancev, 81 % (42) svojcev anketirancev ne obiskuje nobene skupine s težavami duševnega zdravja ali društva za samopomoč.

Odnos do zdravja

Naslednji sklop vprašanj se je nanašal na težave, povezane z zdravjem. Želeli smo ugotoviti, ali so anketiranci dobro seznanjeni s svojo boleznijo in koliko naredijo za svoje okrevanje.

Graf 9: Odnos do zdravja



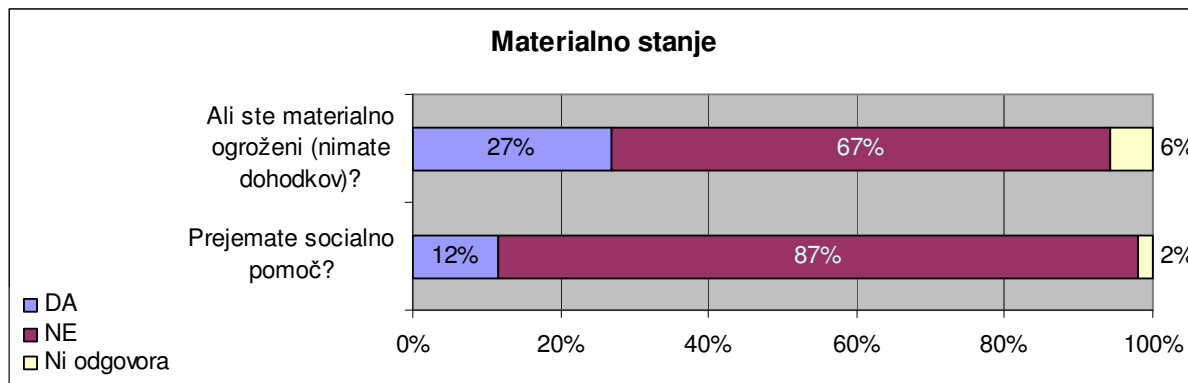
46 % (24) anketirancev je mnenja, da je njihovo vsakodnevno počutje dobro, 46 % (24) jih je odgovorilo, da njihovo vsakodnevno počutje ni dobro, 8 % (4) anketirancev ni odgovorilo na vprašanje. 52 % (27) anketirancev ocenjuje, da ne naredijo dovolj za svoje zdravje. Večina anketirancev 90 % (47) je seznanjenih s svojo boleznijo, vendar je poznavanje simptomov precej slabše, večina 73 % (38) jih pozna, ostalih 25 % (13) ne prepozna simptomov bolezni.

Ugotavljali smo, ali anketiranci poznajo znake bolezni in stranske učinke zdravil. 67 % (35) anketirancev pozna pomen odsotnosti jemanja zdravil, ostalih 31 % (16) pa ne prepozna simptomov ne jemanja zdravil. O poznavanju stranskih učinkov zdravil je odgovorilo 48 % (25) pritrdilno, ostali 46 % (24) pa negativno, 6 % (3) jih ni odgovorilo na vprašanje. Redno obiskuje psihiatra 92 % (48) pacientov, 6 % (3) neredno, 2 % (1) jih ni odgovorilo na vprašanje. Naše anketirance smo spraševali tudi o vključenosti v okolje in obisku različnih skupin in društev, 31 % (16) jih obiskuje skupino za duševno zdravje, 67 % (35) pa jih ne obiskuje nobene skupine ali društva. En anketiranec (2 %) ni odgovoril na vprašanje. Društvo za samopomoč obiskuje 10 % (5) anketirancev, ostalih 88 % (46) jih ne obiskuje. 23 % (12) jih obiskuje dnevni center.

Materialno stanje

Naslednji sklop vprašanj se nanaša na finančne težave v vsakdanjem življenju.

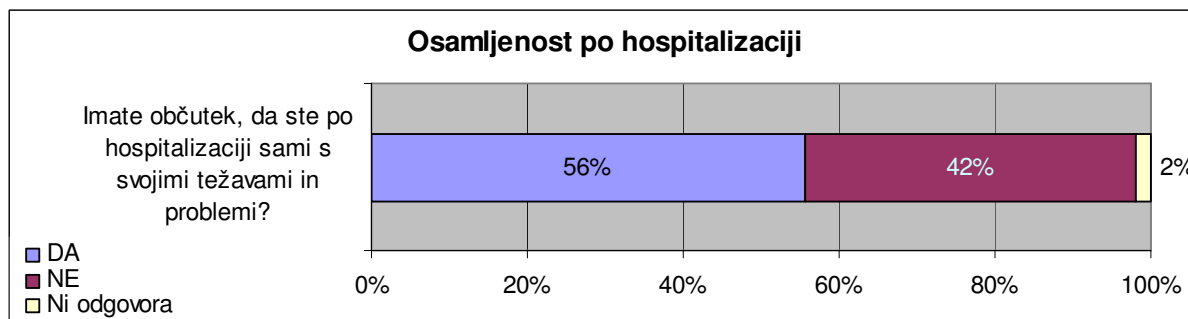
Graf 10: Materialno stanje



Ugotovili smo, da so anketiranci podobno odgovarjali kot pri 2. anketnem vprašanju. Skoraj enako število 27 % (14) anketirancev poroča, da imajo denarne težave, le 12 % (6) jih prejema socialno pomoč.

Osamljenost po hospitalizaciji

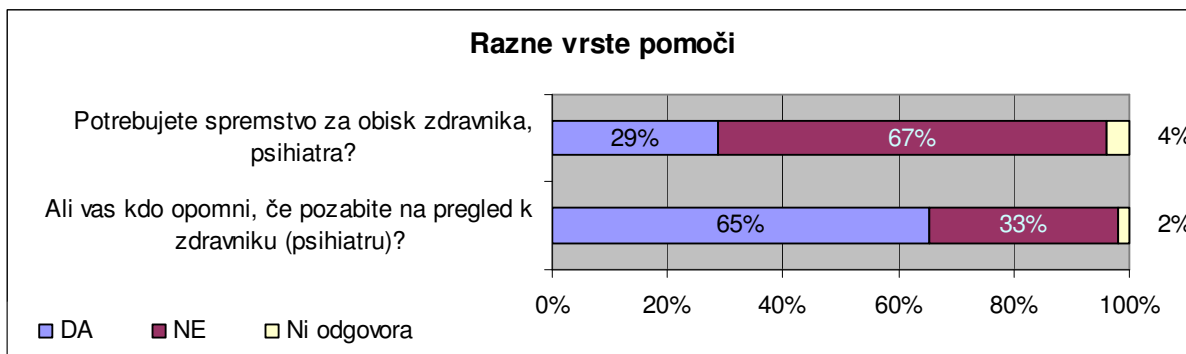
Graf 11: Osamljenost po hospitalizaciji



Občutek osamljenosti navaja 56 % (29) anketirancev, ki so odgovorili pritrdilno o osamljenosti po hospitalizaciji, ostali anketiranci ne čutijo osamljenosti 42 % (22), 2 % (1) jih ni odgovorilo.

Dodan je bil sklop vprašanj o raznih vrstah pomoči pri zdravljenju (spremstvo do zdravnika, opominjanje na pregled).

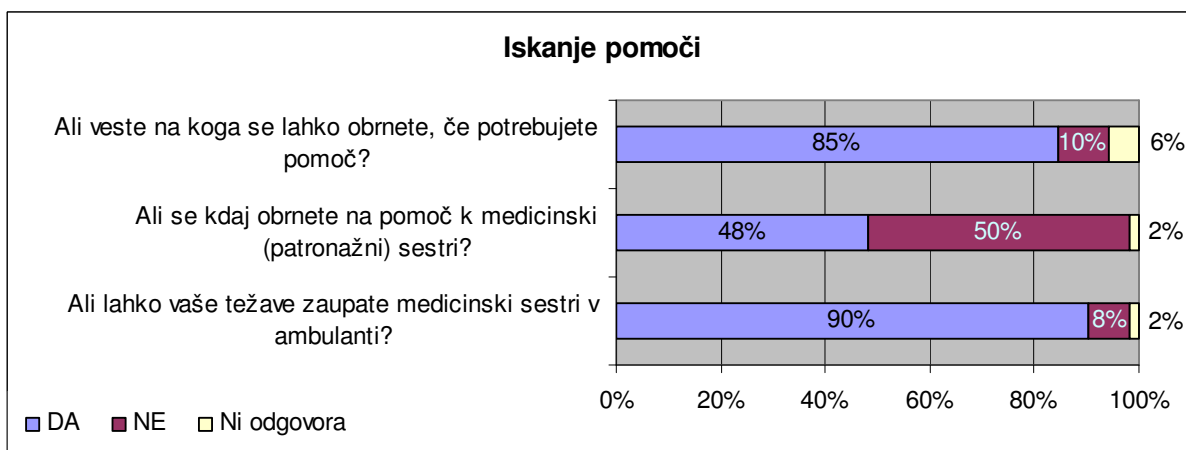
Graf 12: Razne vrste pomoči



29 % (15) anketirancev je odgovorilo, da potrebujejo spremstvo za obisk zdravnika. 65 % (34) pacientov pa potrebuje opozorilo svojcev za kontrolni pregled pri zdravniku.

Naslednji sklop je vključeval vprašanja, kako anketiranci poiščejo potrebno pomoč.

Graf 13: Iskanje pomoči

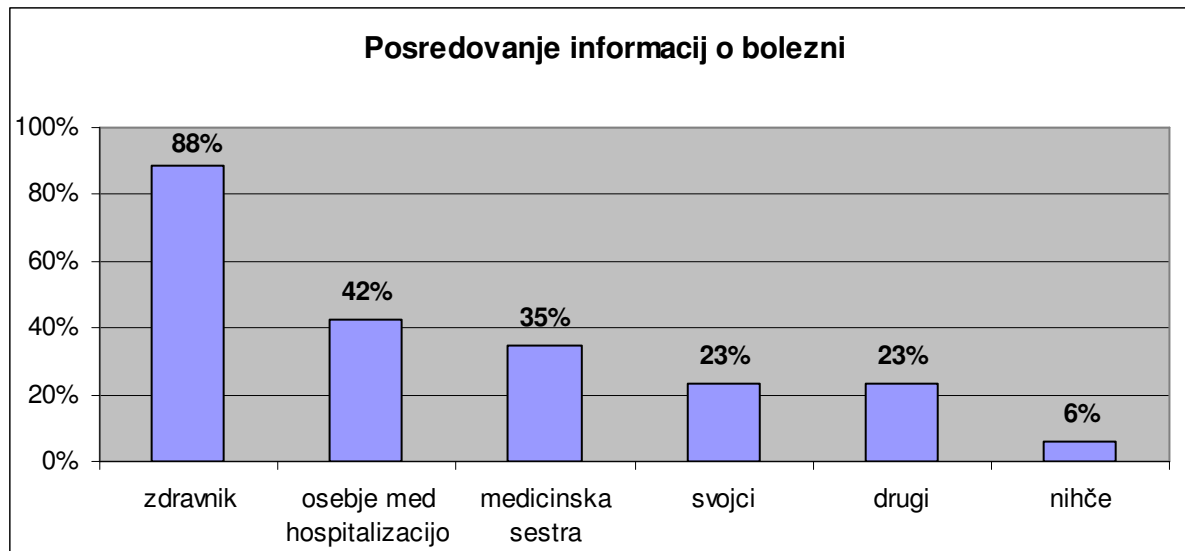


Večina 85 % (44) anketirancev ve, na koga se lahko obrnejo po pomoč, 10 % (5) jih ne ve, kam naj se obrnejo po pomoč, 6 % (3) jih ni odgovoril. 48 % (25) je že iskalo pomoč pri patronažni medicinski sestri. Na vprašanje, težave lahko zaupajo medicinski sestri v ambulanti, je odgovorila večina 90 % (47) pritrdilno, 8 % (4) negativno, 2 % (1) jih ni odgovorilo na vprašanje.

Posredovanje informacij o bolezni

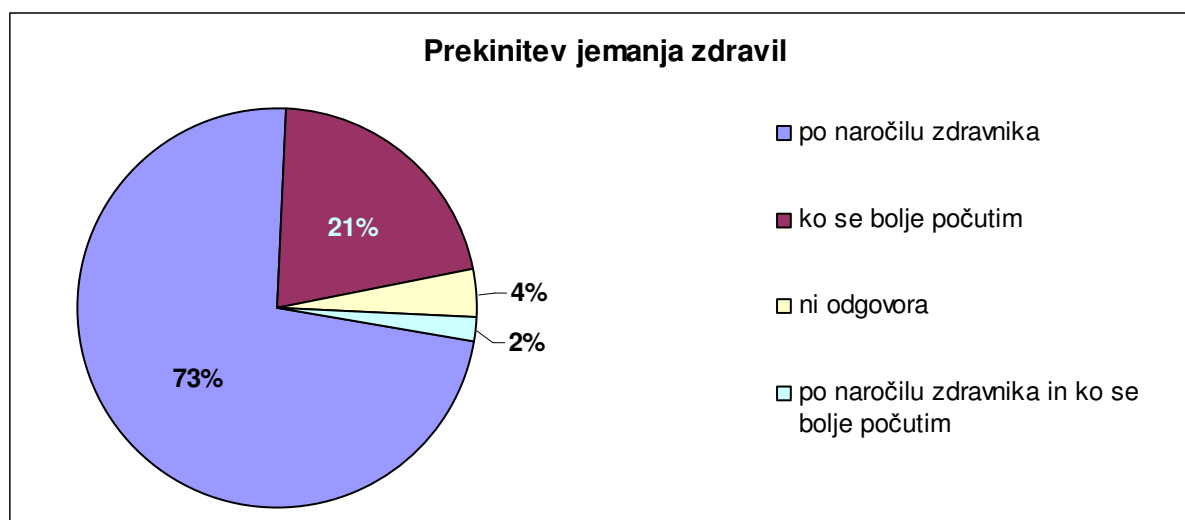
Pri naslednjih dveh vprašanjih smo anketirance spraševali o poznavanju bolezni.

Graf 14: Posredovanje informacij o bolezni



V 88 % odgovorov je 46 anketirancev ocenilo, da informacije o bolezni dobijo od svojega zdravnika, v 42 % (22) so navedli vir informacij med hospitalizacijo, 35 % (18) so informacije posredovale medicinske sestre, 23 % (12) svojci, v 23 % (12) so jim informacije o bolezni posredovali drugi, dopisano je bilo: *televizija, psiholog, sam, socialna služba, partner, strokovna delavka društva Vezi ter informacije iz revij*, 6 % (3) informacij ni posredoval nihče.

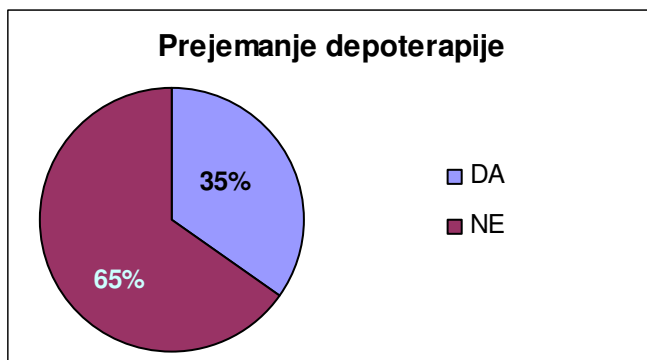
Graf 15: Prekinitev jemanja zdravil



73 % (38) anketirancev je odgovorilo, da prekinejo z jemanjem zdravil, ko jim zdravnik to naroči, 21 % (11), ko se bolje počutijo, 4 % (2) jih ni odgovorilo, 2 % (1) jih je označilo dva odgovora.

Prejemanje depoterapije (7., 8., in 9. anketno vprašanje)

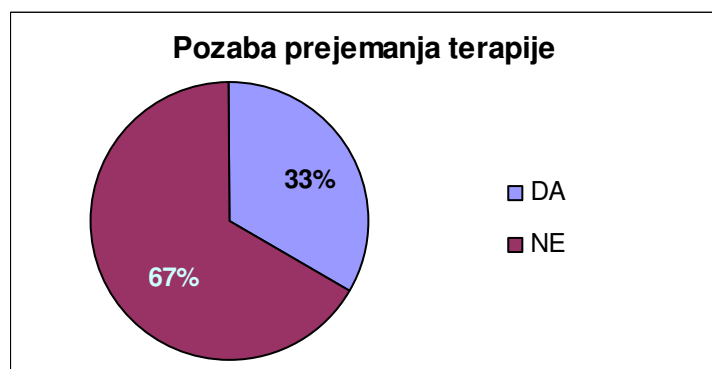
Graf 16: Prejemanje depoterapije



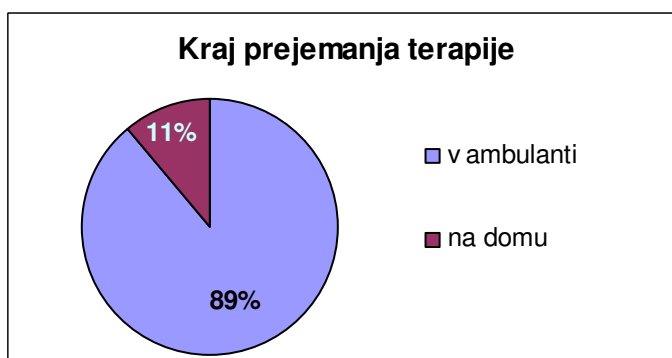
35 % (18) anketirancev prejema depoterapijo. V nadaljnji analizi smo upoštevali teh 18 anketirancev, ki prejema tovrstno terapijo.

Graf 17: Pozaba prejetja terapije

Med anketiranci, ki so na zgornje vprašanje odgovorili pritrdilno, je 33 % (6 anketirancev, torej 12 % celotnega vzorca) odgovorilo, da so že pozabili prejeti depoterapijo.



Graf 18: Kraj prejetja terapije



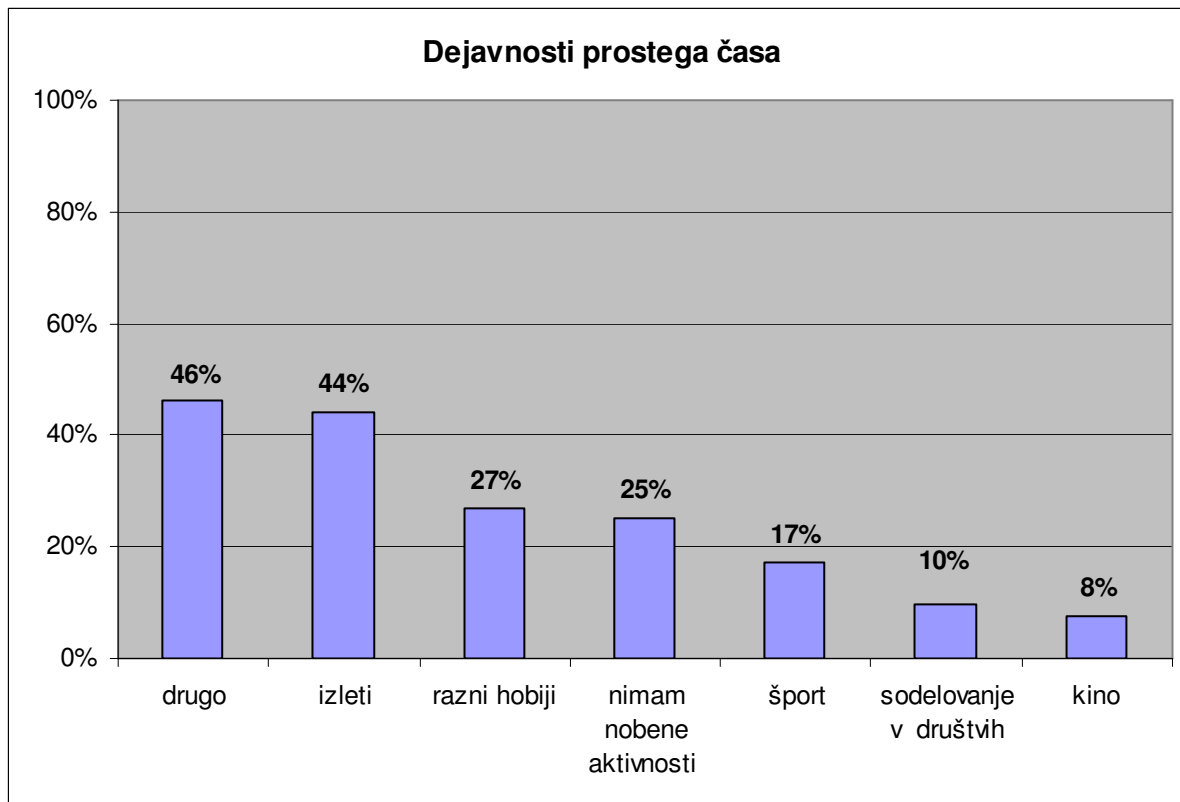
Večina anketirancev 89 % (16) prejema depoterapijo v ambulanti, ostalih 11 % (2) pa na domu.

Poleg tega smo dobili obkrožen odgovor v ambulanti tudi od anketiranca, ki ne prejema depoterapije.

Dejavnosti prostega časa

Z naslednjim vprašanjem smo želeli ugotoviti, kako anketiranci preživljajo prosti čas v domačem okolju.

Graf 19: Dejavnosti prostega časa

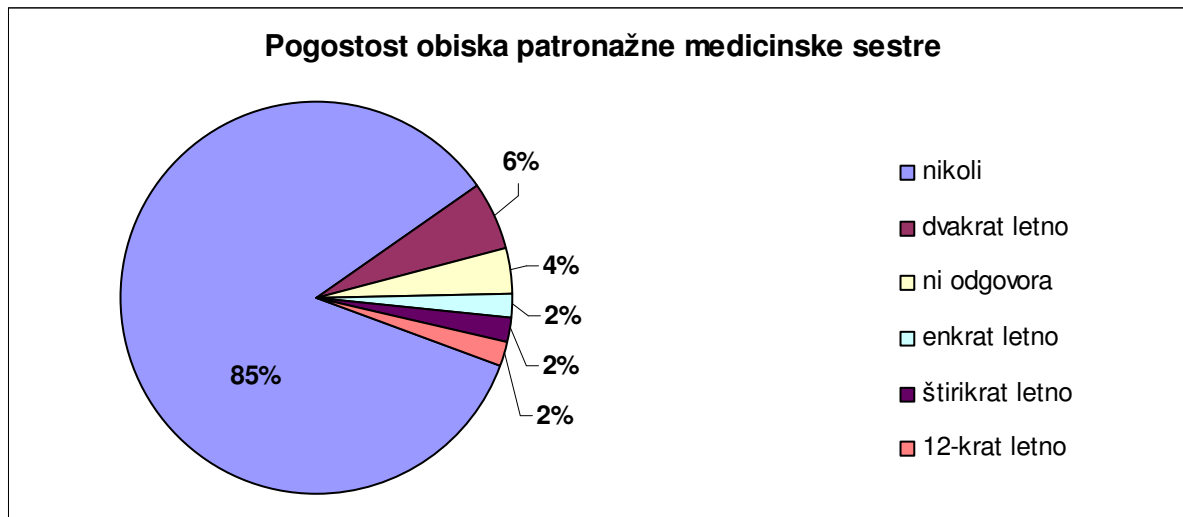


Anketiranci so se največ odločali za izlete 44 % (23) ter možnost samostojnega dopisa 46 % (24). Dopisali so *vinogradništvo, gospodinjstvo, vrtnarjenje, šivanje, risanje, delo doma, gledališče, branje, televizija, glasba, kolesarjenje, nakupovanje, astronomija, plavanje* ter 17 % (9) anketirancev se je odločilo dopisati *sprehajanje*. 27 % (14) jih je odgovorilo z »razni hobiji«, 25 % (13) jih nima nobene aktivnosti prostega časa, 17 % (9) se jih ukvarja s športom, 10 % (5) jih sodeluje v raznih društvih, 8 % (4) jih obiskuje kino.

Obiski patronažne medicinske sestre na domu

Ugotavljali smo pogostost obiskov patronažne medicinske sestre na domu.

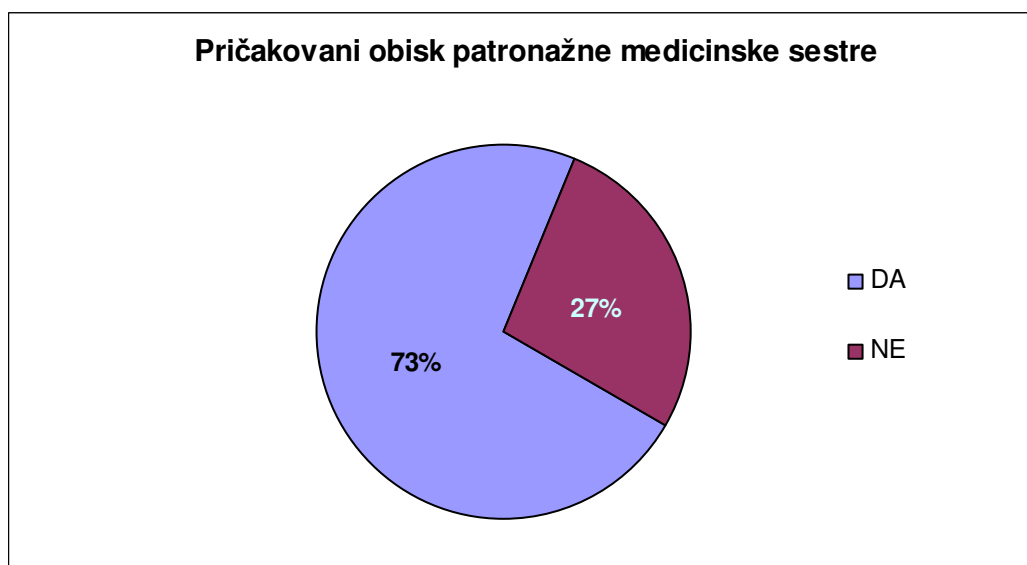
Graf 20: Pogostost obiska patronažne medicinske sestre



Večina anketirancev 85 % (44) nima obiskov patronažne medicinske sestre, 12 % (6) anketirancev, ki so odgovarjali na vprašalnik, je odgovorilo, da jih obišče medicinska sestra dvakrat letno, 4 % (2) jih ni podalo odgovora, 2 % (1) obišče medicinska sestra dvakrat letno, 2 % (1) pa 12-krat letno, 2 % (1) obišče medicinska sestra 4-krat letno.

Ugotavljali smo potrebe anketirancev po obisku patronažne medicinske sestre na domu.

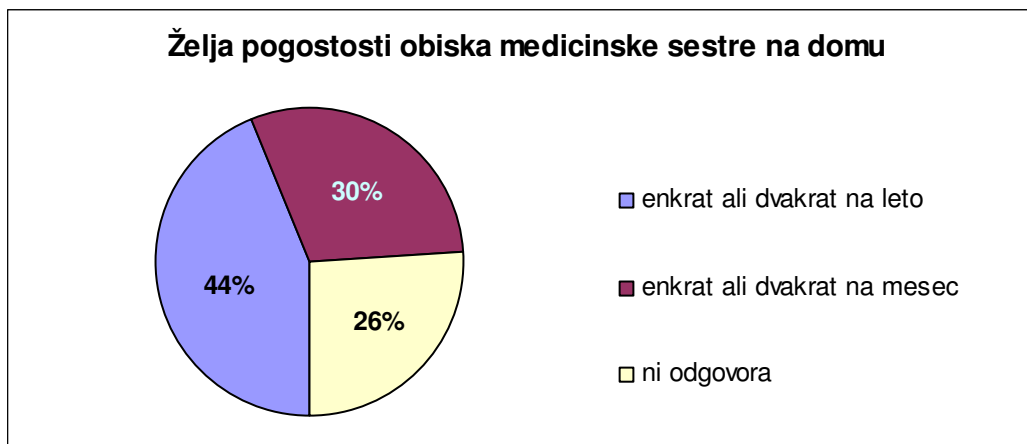
Graf 21: Pričakovani obisk patronažne medicinske sestre



73 % (38) anketirancev si želi, da bi jih na domu obiskala medicinska sestra, ki pozna njihovo bolezen in bi se pacienti lahko nanjo obrnili tudi v primeru raznih težav, pogovora ali svetovanja, 27 % (14) anketirancev je odgovorilo, da si obiska ne želijo.

Anketirance smo spraševali, kako pogosto bi želeli, da jih medicinska sestra obiskuje.

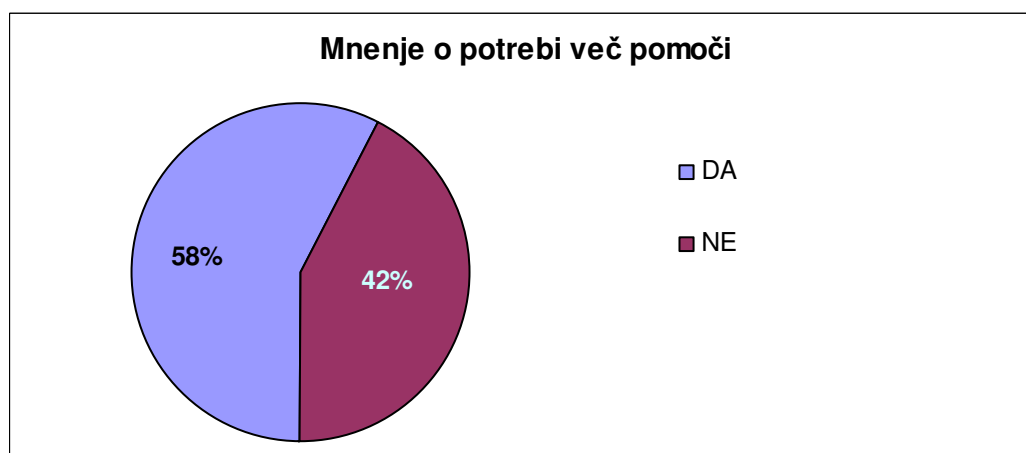
Graf 22: Želja pogostosti obiska medicinske sestre na domu



74 % (38) anketirancev je izrazilo potrebo, da bi jih obiskovala medicinska sestra na domu, (30% in 44%). Pogostost obiskov so opredelili enkrat ali dvakrat na leto v 44% (22), 30 % (15) anketirancev je odgovorilo *enkrat ali dvakrat mesečno*, 26 % (13) se ni opredelilo. Poleg zgornjih rezultatov anketirancev, ki so na prejšnje vprašanje odgovorili pritrdilno, smo prejeli še dva odgovora anketirancev, ki so na 12. anketno vprašanje odgovorili negativno. Oba bi si želela, da ju medicinska sestra obiskuje enkrat ali dvakrat letno.

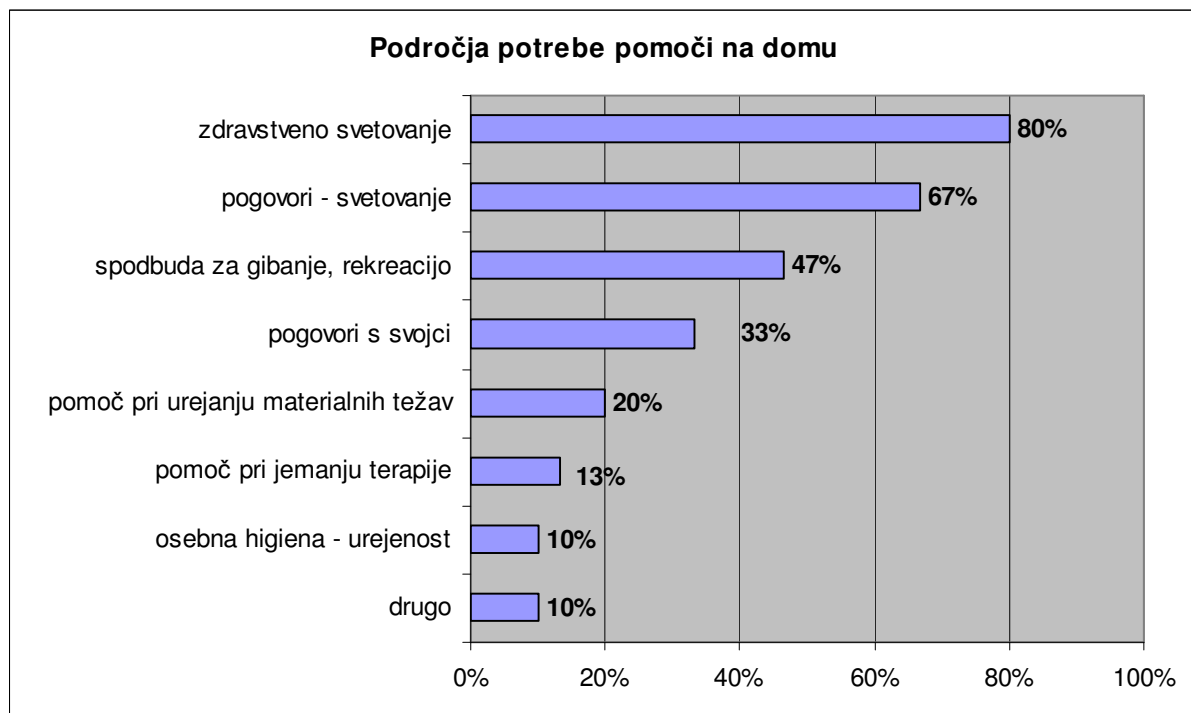
Z zadnjim anketnim vprašanjem smo želeli preveriti trditev, da anketiranci potrebujejo pogostejše obiske patronažne medicinske sestre ali mogoče medicinske sestre v okviru psihosocialne rehabilitacije.

Graf 23: Mnenje o potrebi pomoči



Rezultati tega vprašanja se razlikujejo od prejšnjih odgovorov, saj je 58 % (30) anketirancev odgovorilo pritrdilno. Anketiranci, ki so odgovorili pritrdilno, so v nadaljevanju še opredelili potrebo in področje, na katerem bi jim zdravstvena nega ponudila več pomoči.

Graf 24: Področja potrebne pomoči na domu



Kar 80 % (24) anketirancev (to je 46 % celotnega vzorca) je mnenja, da bi potrebovali zdravstveno svetovanje. 67 % (20) anketirancev (38 % celotnega vzorca) pa bi potrebovalo svetovanje in pogovore. Za ostale odgovore se je odločala manj kot polovica anketirancev. Pod odgovor »drugo« smo prejeli odgovor »Ne vem« ter dva odgovora »Prinesla bi zdravila«.

Dva anketiranca, ki sta odgovorila, da ne potrebujeta pomoči, sta odgovarjala na vprašanje o oblikah potrebne pomoči in sta opredelila *zdravstveno svetovanje*, en anketiranec pa je navedel še *spodbudo za gibanje, rekreacijo*.

4. RAZPRAVA

Anketo smo izvedli na vzorcu pacientov s kronično duševno motnjo v lokalni skupnosti in v anketi upoštevali vzorec pacientov, ki obiskujejo psihiatrično ambulanto več let oziroma najmanj pet let.

Anonimno anketo je izpolnilo 80 % (52) vseh vprašanih anketirancev. Povprečna starost anketirancev je bila 48,3 let. Med anketiranci so prevladovala ženske 65 %. Več kot polovica anketirancev je bilo samskih 54 % ter poročenih 33 %. Ostali odgovori zakonskih stanov se pojavljajo med anketiranci v majhnem številu.

Največje število anketirancev je bilo upokoencev 54 %, le 15 % je bilo zaposlenih, 13 % anketirancev je bilo brezposelnih, (13 %) jih je obkrožilo odgovor *drugo*. Med njimi smo dobili odgovore, kot so študent (2 odgovora), na socialnem (2 odgovora) ter invalidni upokojenec (4 odgovori).

Anketni vprašalnik je zajel težave v duševnem zdravju pacientov in je bil enostavno sestavljen na način s pričakovanjem, da bodo pacienti nanj lažje odgovarjali in da bomo dobili realne rezultate za našo raziskavo. Kljub temu smo ugotovili, da je pri izpolnjevanju vprašalnika velika večina anketirancev potrebovala dodatna pojasnila in pomoč pri razlagi vprašanj. Vprašalnik so anketiranci izpolnili ob obisku v psihiatrični ambulanti

V anketnem vprašalniku so se nekatera vprašanja ponavljala, da bi lahko preverili njihovo verodostojnost in anketirancevo vsebinsko razumevanje vprašanja. Pri dobljenih podatkih z anketnim vprašalnikom je prišlo do velikih razhajanj med vsebinsko povezanimi odgovori. Primer je vprašanje o skrbi za osebno higieno. Pri drugem vprašanju je 50 % anketirancev odgovorilo, da imajo težave z osebno higieno. V nadaljnjih vprašanjih pa so se anketiranci na podobno vprašanje drugače odzvali. Pri tretjem vprašanju se je 85 % anketirancev opredelilo, da lahko poskrbijo za svojo osebno higieno. 38 % pacientov morajo svojci opominjati za umivanje ter preoblačenje perila, kar kaže na različno razumevanje svojih potreb po samostojnosti in potrebni pomoči. Obstaja več možnih razlag za tovrstna razhajanja. Ena od razlag je, da anketiranci slabše opredelijo potrebe ali pa je kriterij za določene potrebe nižji. Zaradi tega bomo v nadaljevanju razprave interpretirali le določene odgovore.

Naša prva hipoteza, ki se je glasila: **Medicinska sestra ima v psihosocialni rehabilitaciji pacientov s težavami v duševnem zdravju pomembno vlogo**, potrdimo z zbranimi odgovori in rezultati. Pri anketirancih smo v večini ugotovili težave z gospodinjstvom, zdravstvene težave, težave z družino in z osebno higieno. Graf 6, prikazuje težave in probleme s katerimi se srečujejo pacienti v vsakdanjem življenju. Največjo obremenitev jim predstavljajo obveznosti v gospodinjstvu 77%, zdravstvene težave 71%, razne težave v družini 52%, osebna higiena predstavlja kar 50%. En anketiranec 2 % je podal odgovor nimam težav, iz tega sledi da ima kar 98 % težave in da potrebujejo pomoč medicinske sestre v domačem okolju.

Z vprašalnikom smo ugotavljali pacientove prisotne probleme oziroma s katerimi težavami se pacienti srečujejo v domačem okolju, kateri so problemi z osebno higieno in urejenostjo, kako je s skrbjo za gospodinjstvo, urejenost razmer v družini in z ostalimi težavami. Opredelili smo osamljenost, prevoz k zdravniku ali v društvo ter razno z možnostjo pripisa potreb. Povprašali

smo jih o možnosti iskanja pomoči, o razumevanju s svojci, poznavanju bolezni ter terapije, vključenosti v razne skupine za duševno zdravje, o vsakodnevnem počutju, zaupanju v medicinsko sestro, željo obiska medicinske sestre ter o mnenju, na katerem področju smatrajo, da bi potrebovali več pomoči, ki jo nudi zdravstvena nega.

Ostalih težav v domačem okolju, ki so jih anketiranci še navajali (prevozi, finančne težave, dolgčas itd.) in se pojavljajo v manjšem deležu, nismo upoštevali. Presenetil je rezultat, da je 29 % anketirancev pritrnilo, da imajo denarne težave, saj je le 15 % zaposlenih. Ostali anketiranci so povečini mladi upokojeanci ali dobivajo socialno pomoč. Od ostalih pa je 13 % brezposelnih, 4 % študentov, 13 % anketirancev pa je podalo odgovor »drugo« (možen vzrok je pomanjkanje odgovora *invalidno upokojen*). Kljub temu po odgovorih več kot 70 % anketiranih naj ne bi imelo finančnih težav. Ena od možnih razlag je, da imajo anketiranci nižji prag potreb ter svojce (92 %), ki skrbijo za materialne dobrine. Podatek, da 40 % anketirancev nima težav s prevozom, si lahko razložimo z možno razlago, da nekateri stanujejo v bližini ambulante oziroma imajo lasten prevoz.

Kar 31 % anketirancev ima težave s svojci (glej graf 8). Sodeč po dobljenih odgovorih anketirancev, ena tretjina meni, da jih svojci ne razumejo in da jim ne pomagajo. V 38 % svojce ne prosijo za pomoč. Težava je tudi to, da se 81 % svojcev ne vključuje v skupine pomoči za paciente s težavami duševnega zdravja (glej graf 8) in ravno 33 % anketirancev je mnenja, da bi v primeru pomoči medicinske sestre, potrebovali pomoč v obliki pogovora s svojci (glej graf 24). Dobljeni rezultati niso zelo visoki, kljub temu pa je tak delež prav tako zaskrbljujoč, saj je sodelovanje in podpora svojcev pri zdravljenju pacientov z duševno boleznijo nepogrešljiva in nujna za uspešno zdravljenje.

Med opravljanem ankete sem na željo pacientov sodelovala in pomagala pri interpretaciji vprašanj in sem ugotovila določene pomembne informacije, ki so mi jih zaupali pacienti. Opisali bomo primer, ki je presenetil in nakazal, da obstajajo problemi tudi tam, kjer jih statistika in vprašalniki ne dosežejo. Večina pacientov (92 %) ima svojce, ki jim po večini tudi pomagajo in jih razumejo (60 %). (glej graf 8.) Za pacienta z duševno motnjo so razumevajoči svojci veliko olajšanje in prednost.

Navidez urejena gospa srednjih let je podala probleme pri veliko aktivnostih, med drugimi tudi pri osebni higieni. Vprašala sem jo, kdo ji sploh pomaga, saj ima družino, dva otroka, gospodinjstvo. Odgovorila mi je, da hčerka naredi skoraj vse, tudi njo skopa in uredi ter pripelje na kontrolo. Na vprašanje, koliko je hčerka stara, sem dobila odgovor, da je srednješolka. Ta primer nam nakazuje, da tudi svojci potrebujejo strokovno pomoč, saj so to lahko tudi odrasčajoči otroci; da tudi v družinah, kjer je navidezno vse urejeno, vsaj svojci potrebujejo podporo, pomoč in svetovanje.

Približno polovica anketirancev je mnenja, da ne naredijo dovolj za svoje zdravje. Zanimivo je tudi dejstvo, da so se anketiranci pri zadnjem vprašanju o področjih, kjer potrebujejo pomoč (glej graf 24), povečini odločali za zdravstveno svetovanje (80 %), pogovore, svetovanje (67 %) in spodbudo za rekreacijo ali gibanje (47 %). To nakazuje, da pacienti čutijo in se zavedajo potrebe po izboljšanju svojega zdravstvenega stanja, vendar potrebujejo spodbudo. Kar četrtnina anketirancev (25 %) je brez aktivnosti v prostem času (glej graf 19). Kljub temu se zavedajo svoje potrebe po dodatnem vložnem trudu za svoje zdravje ali po zdravstvenem svetovanju, vseeno pa velik delež anketirancev ne obiskuje skupin, dnevnega centra ali društev za samopomoč. To pa nakazuje, da ti anketiranci potrebujejo dodatno vodstvo ali usmerjanje pri svoji rehabilitaciji.

Glede na podatek (56%), da se več kot polovica anketirancev po hospitalizaciji počuti osamljeno ter prepuščeno samemu sebi, je trditev potrjena. Z aktivnostmi kontinuirane zdravstvene nege v psihosocialni rehabilitaciji in z obiski patronažne medicinske sestre bi se lahko težave zmanjšale. Tudi podatek o potrebnem opominjanju anketirancev za obisk zdravnika (65 %) nakazuje veliko stopnjo nesamostojnosti pacientov in dokazuje veliko potrebo več kot polovice anketirancev po usmerjanju, opominjanju in vodenju zdravstvenega osebja.

Iz analize odgovorov je zaskrbljujoče, da kar 46 % (glej graf 9) anketirancev ne pozna stranskih učinkov zdravil. Kljub temu pa se kar 21 % (glej graf 15) sama odloči za prekinitve jemanja zdravil. Prepoznavanje stranskih učinkov zdravil je pomembno. V kolikor pacienti ne prepoznavajo, da so možni stranski učinki, lahko sami prekinejo jemanje zdravil, kar ni dobro za njihovo vzdrževanje izboljšanja kronične duševne motnje, in v teh primerih potrebujejo posvet z medicinsko sestro ali zdravnikom. Kot smo že omenili, pacienti čutijo potrebo po dodatnem zdravstvenem svetovanju (graf 24). Po zgornjih podatkih pa vidimo, da to ni le njihovo mnenje, ampak je dejstvo, da so pacienti o svojem zdravljenju in možnosti pomoči premalo informirani in osveščeni.

Naša druga hipoteza, ki se je glasila: **V klinični praksi se kontinuirana zdravstvena nega na terenu ne izvaja v celoti**, z zbranimi podatki hipotezo potrdimo.

85 % anketirancev ni še nikoli v zadnjih petih letih obiskala patronažna medicinska sestra. Ostalih 15 % odgovorov je porazdeljenih do števila 12, kar nakazuje 1-krat mesečni obisk patronažne medicinske sestre zaradi dajanja zdravil na domu.

Večina (90 %) anketirancev je bilo vsaj enkrat hospitaliziranih v psihiatrični bolnišnici. Od tega je 54 % anketirancev bilo hospitaliziranih po trikrat ali večkrat (graf 5). Eden od anketirancev je celo dopisal, da je bil hospitaliziran 26-krat. Ker naj bi kontinuirana psihiatrična zdravstvena nega spremljala paciente po hospitalizaciji tudi v domačem okolju, lahko zaključimo, da bi večina anketirancev potrebovalo model psihosocialne rehabilitacije in aktivnosti kontinuirane zdravstvene nege.

Iz Grafa 11 je razvidno, da se 56 % anketirancev po hospitalizaciji počuti same s svojimi težavami, kar je lahko pokazatelj pomanjkanja kontinuirane zdravstvene nege.

Tretjina anketirancev prejema depoterapijo, kar je pokazatelj med drugim tudi nerednega jemanja terapije in tudi depoterapijo je 33 % anketirancev že pozabilo prejeti (glej grafe 16–18).

V kontinuirano zdravstveno nego sta vključena tudi določeno zdravstveno svetovanje in osveščanje o bolezni. 35 % anketirancev je informacije o svojih boleznih dobilo od medicinske sestre (graf 14). Večina (85 %) (graf 13) anketirancev naj bi vedela, kam se lahko obrnejo po pomoč. 90 % anketirancev se po pomoč obrne k medicinski sestri v ambulanti in le 48 % k patronažni medicinski sestri (graf 13). 85 % (graf 20) anketirancev je odgovorilo, da jih nikoli ne obišče patronažna medicinska sestra. Ta podatek je realen, vendar pacienti, ki jih medicinske sestre redno obiskujejo na domu, doma dobivajo tudi terapijo in zaradi različnih vzrokov redkeje obiskujejo zdravnika. Teh pacientov nismo zajeli z našo anketo.

Ugotovimo lahko tudi, da si velik delež anketirancev, ki ne prejemajo obiskov patronažne medicinske sestre, v 73 % želi obiska (graf 21). Glede pogostosti obiska so bili odgovori precej različni in manj določeni (graf 22).

Anketirancem smo postavili podobno vprašanje, saj nas je zanimalo njihovo mnenje o potrebi obiskov. Večina (58 %) anketirancev je mnenja, da potrebujejo obisk patronažne medicinske sestre (graf 23). Iz vprašanja o področjih pomoči, ki si jih anketiranci želijo, bi izpostavili, da je kar 80 % anketirancev mnenja, da potrebujejo zdravstveno svetovanje, 67 % jih potrebuje različno svetovanje v obliki pogovora, skoraj polovica (47 %) jih potrebuje spodbudo za gibanje in rekreacijo ter tretjina (33 %) je mnenja, da potrebujejo svojci pogovor z medicinsko sestro, kar nakazuje težave v odnosu anketirancev in svojcev (graf 24).

Glede na potrditev prve hipoteze, ki potrjuje obstoj potreb po zdravstveni negi, ter na mnenje in izražene želje pacientov po dodatni rehabilitaciji ali spodbudi do rehabilitacije je razvidno, da se kontinuirana zdravstvena nega pri teh pacientih na terenu ne izvaja v celoti.

5. ZAKLJUČEK

Vsak pacient s težavami v duševnem zdravju je edinstvena oseba, ki se spopada s svojo boleznijo ter vsemi posledicami, ki mu jih ta prinese. Spopasti se mora s težavami na področju zdravja, na socialnem področju, na področju čustev, s težavami z družino, z odnosi, ugledom, enakopravnostjo v družbi, vsakdanjimi navadami in opravili. Kljub temu je pacient z duševno motnjo tudi delujoči človek v družbi, ki ima poleg vseh dodatnih potreb, ki so posledica njegove bolezni, vse človekove pravice, da uresničuje svoje potrebe in želje.

Vloga rehabilitacije in izvajalcev je, da pacienta zaščiti, mu ponudi skrb in pomoč ter mu pomaga k ponovni vrnitvi v družbo, družino in delovno okolje. Pomaga mu torej pri uresničevanju kvalitetnejšega življenja. Rehabilitacija je kompleksen proces, ki je za vsakega posameznika drugačen. Ta proces zahteva usposobljen multidisciplinarni delovni kader, ki bi pacientom z duševno motnjo znal pomagati.

Medicinske sestre imajo zelo veliko možnosti, da ugotovijo, kateri problemi so tisti, ki omejujejo ali preprečujejo pacientu čimbolj kakovostno in samostojno življenje bodisi z ugotavljanjem problemov in težav na področju skrbi za samega pacienta ali preživljanja prostega časa. Za uspešno delo je pomemben prvi stik, prvo srečanje pacienta, ustrezen pristop, ki naj bo iskren, potrpežljiv, individualen ter še vedno strokovni odnos, na katerem lahko gradimo kakovostno rehabilitacijo.

Omejitev izvajanja ankete je subjektivnost odgovorov, ko pacienti ocenjujejo svoje potrebe iz svojega zornega kota, ki pa ni nujno povsem realen. Vendar so odgovori odsev njihove subjektivne presoje, izkušenj in potreb, ki bi jih medicinske sestre morale znati prepoznati in ustrezno pomagati z empatijo in terapevtsko komunikacijo.

Postavili smo veliko vprašanj z zaprtimi odgovori, na primer o počutju, kjer so imeli anketirani možnost odgovarjati z da ali ne, kar jih je večinoma zmedlo; odgovarjali so, da se počutje spreminja, danes je v redu, jutri bo mogoče slabše. Vsebinsko podobne ali enake raziskave v literaturi nisem zasledila, zato ne morem podati primerjav.

Potrdili smo hipotezo, da ima medicinska sestra pri rehabilitaciji pacientov s hudimi duševnimi motnjami v psihosocialni rehabilitaciji pomembno vlogo pri prepoznavanju težav in problemov. Kot strokovnjakinja je sposobna prepoznavati stranske učinke zdravlil, poslabšanje bolezni ter je lahko dobra koordinatorica med službami v psihosocialni rehabilitaciji. Vsak primer je edinstven in le z dobrim poznavanjem bolezni, družine in okolja lahko ugotovljamo potrebe pacientov ter iščemo čimbolj uspešen način za rehabilitacijo pacienta v domačem okolju. Ker je rehabilitacija zapleten in zahteven proces, je nujno sodelovanje v multidisciplinarnem timu.

Ravno tako kot je potrebna zdravstvena nega v psihosocialni rehabilitaciji, je pomembna tudi kontinuiteta zdravstvene nege, saj s prekinitvijo tudi po hospitalizaciji porušimo oziroma izničimo delo, ki je bil narejeno do odpusta iz bolnišnice.

Patronažne medicinske sestre so edine, ki opravljajo kontinuirano zdravstveno nego v socialnem okolju. Z obiski jih sicer omejuje plačnica storitev, to je zavarovalnica. Podatek, da 85 % pacientov še nikoli ni obiskala patronažna medicinska sestra, je zanesljiv dokaz, da se kontinuirana zdravstvena nega ne izvaja v celoti. Po odpustu pacienta iz bolnišnice bi morala negovalna dokumentacija slediti pacientu v lokalno območje, kjer se zdravstvena nega lahko nadaljuje ne glede na to, ali je to patronažna služba ali izvenbolnišnična oskrba pacienta.

6. LITERATURA

- [1] Mrevlje, G. V. Znaki in simptomi duševnih motenj. V: Pregelj, P., Kobentar, R. Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem razvoju. Učbenik. 1. izd. Ljubljana: Rokus Klett, 2009.
- [2] Gnezda, S. Vloga negovalnega osebja v Psihiatrični bolnišnici Idrija nekoč in danes. V: Čuk, V. Strokovno srečanje Celostna in kontinuirana obravnava v psihiatriji. Zbornik prispevkov. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, 2007.
- [3] Kondić, N. Vpliv kontinuirane psihiatrične zdravstvene nege na kakovost življenja pacienta s kronično shizofrensko psihozo. [Diplomska naloga] – Influence of continuing psychiatric nursing on the quality of life of a patient with a severe mental illness. Ljubljana: [N. Kondić], 2008.
- [4] Švab, V. Skupnostna skrb za osebe s psihozo. V: Pregelj, P., Kobentar, R. Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju. Učbenik. 1. izd. Ljubljana: Rokus Klett, 2009.
- [5] Kobal, M. F. Znaki in simptomi duševnih motenj. V: Tomori, M., Ziherl, S. Psihiatrija. Ljubljana: Medicinska Fakulteta, 1999. 47–100.
- [6] Berkow, R., Beers, M. H., Fletcher, A. J. Veliki zdravstveni priročnik za domačo rabo. Ljubljana: Mladinska knjiga, 2000: 388–453.
- [7] Moravec Berger, D. Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene: MKB-10. Deseta revizija. 2. izd. Ljubljana: IVZ – Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2005.
- [8] Kobal, M. Psihopatologija za varnostno in pravno področje. Ljubljana: Fakulteta za varnostne vede, 2007: 21–54.
- [9] Frangež - Žigon, V. Mentalno zdravje. Maribor: Visoka zdravstvena šola, 1997.
- [10] Dernovšek, Z. M., Tavčar, R., Hrast, I., Dobnik, B., Rotar, S., Ban, M. Kam in kako po pomoč v duševni stiski. Maribor: Ozara Slovenija, Nacionalno združenje za kakovost življenja; Ljubljana: Izobraževalno raziskovalni inštitut Ozara, 2006: 31.
- [11] Avberšek, S. [et al.]. Psihosocialna rehabilitacija. Ljubljana: ŠENT – Slovensko združenje za duševno zdravje, 2004: 13–19, 20–31, 32–37, 65–77, 86–89.
- [12] Tavčar, R. Shizofrenija. V: Kogovšek, B., Kobentar, R. Priročnik psihiatrične zdravstvene nege in psihiatrije za medicinske sestre in zdravstvene tehnike. Ljubljana: Psihiatrična klinika, 2000.
- [13] Kogovšek, B., Škerbinek, A. Zdravstvena nega bolnika z duševnimi motnjami. 1. natis. Ljubljana: Tehnična založba Slovenije, 2002: 59–63.

- [14] Zakon o duševnem zdravju. ZZD, Ur. list št 36/2004, 23/2005. Uradno prečiščeno besedilo.
- [15] Čuk, V. Zdravstvena nega in mentalno zdravje. Interno učno gradivo. Predavanja studentom VŠZI v študijskem letu 2007–2008, Izola.
- [16] Kapelj, M, Smonker, T. Skupnostna skrb na področju duševnega zdravja na Krasu. Sežana: Društvo za duševno zdravje in kreativno preživljanje prostega časa Vezi, 2005.
- [17] Herman, Z. Predstavitev Centra za duševno zdravje Osrednjeslovenske regije. Revija Šent 2006. Letnik XII (2). 14.
- [18] Švab, V. Duševna bolezen v skupnosti. Radovljica: Didakta, 1996. 17–18.
- [19] Ferfolja, A. Vključevanje zdravstvene nege v skupnostno skrb za področje duševnega zdravja na Primorskem. [Diplomsko delo] – The role of nursing in mental health community care in Primorska region. Ljubljana: [A. Ferfolja], 2002.
- [20] Wikipedia. Rehabilitacija.
<http://sl.wikipedia.org/wiki/Rehabilitacija> <29. 4. 2009>
- [21] Gorše - Muhič, M. Skupnostna skrb za osebe s psihozo. V: Kogovšek, B., Kobentar, R. Priročnik psihiatrične zdravstvene nege in psihiatrije za medicinske sestre in zdravstvene tehnike. Ljubljana: Psihiatrična klinika, 2000: 223–231.
- [22] Beljak, E. Proces izobraževanja svojcev in skrbnikov. V: Švab, V. Mednarodna konferenca o izobraževanju in preventivi na področju duševnega zdravja. Izobraževanje za spremembo. Zbornik konference Izobraževanje za spremembo. [Ljubljana]: ŠENT – Slovensko združenje za duševno zdravje, 2004.
- [23] Dekleva, L. Področje in proces delovne terapije pri obravnavi oseb z duševno motnjo. V: Pregelj, P, Kobentar, R. Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem razvoju. Učbenik. 1. izd. Ljubljana: Rokus Klett, 2009.
- [24] Lamovec, T. Ko rešitev postane problem in zdravilo postane strup. Nove oblike skrbi za osebe v duševni krizi. Ljubljana: Lumi, 1995: 227–246.
- [25] Kovač, N., Švab, V. Zaposlovanje oseb z duševnimi motnjami. Ljubljana: ŠENT – slovensko združenje za duševno zdravje, 1999: 6–7.
- [26] Švab, V. Duševna bolezen in stigma. Ljubljana: ŠENT – slovensko združenje za duševno zdravje, 2009: 45–49.
- [27] Lamovec, T. Psihosocialna pomoč v duševni stiski. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo, 1998. 139–165.
- [28] Dutoit, M., Deutsch, C. Zagovorništvo za državljanom prijazno bivanje. V: Švab, V. Mednarodna konferenca o izobraževanju in preventivi na področju duševnega zdravja.

- Izobraževanje za spremembo. Zbornik konference Izobraževanje za spremembo. [Ljubljana]: ŠENT – slovensko združenje za duševno zdravje, 2004.
- [29] Kobolt, A. Svetovanje. In: Pregelj, P., Kobentar, R. Zdravstvena nega in zdravljenje duševnih motenj. Učbenik. 1. izd. Ljubljana: Rokus Klett, 2009: 354–360.
- [30] Ferfolja, A., Hvala, S. Kontinuirana zdravstvena nega v psihiatriji – izkušnje v Psihiatrični bolnišnici Idrija. V: Čuk, V. Strokovno srečanje Celostna in kontinuirana obravnava v psihiatriji. Zbornik prispevkov. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, 2007.
- [31] Psihiatrična bolnišnica Idrija.
<http://www.pb-idrija.si/katalog.htm> <29. 8. 2009>
- [32] Kobentar, R. Zdravstvena obravnava pacientov z neželenimi stranskimi učinki psihotropnih zdravil. V: Pregelj, P., Kobentar, R. Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju. Učbenik. 1. izd. Ljubljana: Rokus Klett, 2009.
- [33] Pajnikar, M. Teoretične osnove zdravstvene nege. Maribor: Visoka zdravstvena šola, 1999: 7–10, 51–117, 147–154.
- [34] Henderson, V. Osnovna načela zdravstvene nege. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, 1998. 28–33.
- [35] Čuk, V. Izkušnje razvoja sodobne zdravstvene nege v psihiatrični bolnišnici Idrija. V: Kosina, L. Posvetovanja o teoriji in praksi zdravstvene nege. Ljubljana: Psihiatrična in nevrološka sekcija pri ZZNS-ZDMSZTS, 2000: 77–82.
- [36] Hajdinjak, A. Pomen teoretičnih modelov za zdravstveno nego – The significance of theoretical models for modern nursing care. *Obzor Zdr N* 1999. 33(3/4). 137–8.
- [37] Hajdinjak, A, Meglič, R. Sodobna zdravstvena nega. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo, 2006: 11–19, 189–21.
- [38] Stuart, G. W., Laraia, M. T. Principles and practice of psychiatric nursing. 8th ed. St. Louis: Elsevier Mosby, 2005: 6, 710.
- [39] Škerbinek, A. Oris zgodovine in razvojne perspektive psihiatrične zdravstvene nege. V: Kogovšek, B., Kobentar, R. Priročnik psihiatrične zdravstvene nege in psihiatrije: za medicinske sestre in zdravstvene tehnike. Ljubljana: Psihiatrična klinika, 2000: 7–11.
- [40] Čuk, V. Predstavitev zdravstvene nege v psihiatrični bolnišnici Idrija. V: Čuk, V. Strokovno srečanje Celostna in kontinuirana obravnava v psihiatriji. Zbornik prispevkov. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, 2007.
- [41] Antončič, I. Kvaliteta psihiatrične zdravstvene nege v Sloveniji in kaj vpliva na njeno humanizacijo. Diplomsko delo. Ljubljana: [I. Antončič], 1995: 81–85.

- [42] Ferfolja, A. Razvojni trendi psihiatrične zdravstvene nege v svetu in pri nas. Diplomaska naloga. Ljubljana: [A. Ferfolja], 1998.
- [43] Švab, V. Priročnik o shizofreniji. Prenovljena izd. Radovljica: Didakta; Ljubljana: ŠENT – slovensko združenje za duševno zdravje, 2006: 94–98.
- [44] Pipuš, B., Nunčič, P., Ramadani, E. Obravnava psihotičnega bolnika po procesni metodi dela. V: Kores Plesničar, B. Dnevi mariborske psihiatrije: Zbornik predavanj. 2. Maribor: Splošna bolnišnica, 2002.
- [45] Švab, V., Jerič, A. Skupnostna skrb za osebe s psihozo. V: Pregelj, P., Kobentar, R. Zdravstvena nega in zdravljenje duševnih motenj. Učbenik. 1 izd. Ljubljana: Rokus Klett, 2009.

7. PRILOGE

Priloga 1 - Anketni vprašalnik

Anketni vprašalnik

Maj 2009

Spoštovani! Sem Neda Pečar, absolventka Visoke šole za zdravstvo Izola, študija Zdravstvena nega. Zaposlena sem v Zdravstvenem domu Sežana – psihiatrična ambulanta. Pripravljam diplomsko delo z naslovom *Pomen kontinuirane zdravstvene nege v psihosocialni obravnavi*. Anketa je anonimna in bo uporabljena izključno v študijske namene. Za sodelovanje se vam že vnaprej zahvaljujem.

1. Dopolnite ali obkrožite:

Starost: let Spol: M Ž

Zakonski stan: a) samski b) poročen c) razvezan d) izvenzakonski stan e) ovdovel

Status: a) zaposlen b) brezposeln c) upokojenec d) drugo: _____

2. V vsakdanjem življenju je veliko obveznosti, ki jih morate opraviti. Katere vam predstavljajo največjo težavo? Če vam katero od navedenih opravil predstavlja težavo, naredi križec v desnem okvirju. Lahko potrdite več odgovorov. Če imate težavo, ki spodaj ni navedena, jo lahko vpišete v prazen okvirček in dodate križec.

	Morebitna težava	X
Osebna higiena	umivanje	
	preoblačenje	
	skrb za urejenost	
Gospodinjstvo	priprava hrane	
	kuhanje	
	pospravljanje ali čiščenje	
	nakupovanje	
Družina	vzgoja otrok	
	nerazumevanje v družini	
	bivalne težave (stanovanjske)	
Zdravstvene težave	jemanje terapije	
	razne zdravstvene težave	
Razno	prevoz na pregled k zdravniku ali v društvo	
	dolgčas	
	denarne težave (socialni status)	
	osamljenost	
Sam vpišite morebitno težavo, ki zgoraj ni navedena.		
	Nimam težav.	

3. Obkrožite odgovor DA ali NE za vsako spodaj navedeno vprašanje.

a) Ali lahko poskrbite za svojo osebno higieno in urejenost?	DA	NE
b) Ali vas svojci (domači) opomnijo na umivanje, preoblačenje perila?	DA	NE
c) Ali zmorete vsakdanja opravila?	DA	NE
d) Imate svojce, prijatelje, domače?	DA	NE
e) Ali njih (svojce, prijatelje itd.) prosite za pomoč?	DA	NE
f) Ali vas svojci, domači razumejo in vam pomagajo?	DA	NE
g) Ali je vaše vsakodnevno počutje dobro?	DA	NE
h) Ali mislite, da naredite dovolj za svoje zdravje?	DA	NE
i) Ali ste seznanjeni s svojo boleznijo?	DA	NE
j) Ali poznate simptome poslabšanja svoje bolezni?	DA	NE
k) Ali poznate simptome nejeemanja zdravil?	DA	NE
l) Poznate stanske učinke zdravil?	DA	NE
m) Ali redno obiskujete psihiatra?	DA	NE
n) Obiskujete katerokoli skupino s težavami v duševnem zdravju?	DA	NE
o) Obiskujete društvo za samopomoč?	DA	NE
p) So v skupino (društvo) vključeni svojci?	DA	NE
q) Obiskujete dnevni center?	DA	NE
r) Prejemate socialno pomoč?	DA	NE
s) Ali ste materialno ogroženi (nimate dohodkov)?	DA	NE
t) Imate občutek, da ste po hospitalizaciji sami s svojimi težavami?	DA	NE
u) Ali veste, na koga se lahko obrnete, če potrebujete pomoč?	DA	NE
v) Ali se kdaj obrnete po pomoč k medicinski sestri (patronažni)?	DA	NE
w) Ali vas kdo opomni, če pozabite na pregled k zdravniku (psihiatru)?	DA	NE
x) Ali lahko svoje težave zaupate medicinski sestri v ambulanti?	DA	NE
y) Potrebujete spremstvo za obisk zdravnika, psihiatra?	DA	NE

4. Kdo vam je posredoval največ informacij o vaši bolezni? (Obkrožite.)

- a) Zdravnik.
- b) Medicinska sestra.
- c) Osebje med hospitalizacijo.
- d) Svojci.
- e) Kdo drug. (Vpišite, kdo.)
- f) Nihče

5. Kdaj prekinete z jemanjem zdravil? (Obkrožite.)

- a) Po naročilu zdravnika.
- b) Ko se bolje počutim.

6. Ali in kolikokrat ste se zdravili v bolnišnici zaradi duševne bolezni? (Obkrožite.)
- Nikoli.
 - Enkrat ali dvakrat.
 - Trikrat ali večkrat.
7. Ali prejemate depo-terapijo? (Obkrožite.) DA NE
8. Ste kdaj pozabili priti na depo-terapijo? (Obkrožite.) DA NE
9. Kje prejemate depo-terapijo? (Obkrožite.)
- V ambulanti.
 - Na domu.
10. Katerih aktivnosti prostega časa se udeležujete? (Obkrožite ali dodajte.)
- Izleti.
 - Kino.
 - Sodelovanje v raznih družtvih.
 - Šport.
 - Razni hobiji
 - Drugo.
 - Nimam nobene aktivnosti prostega časa.
11. Kolikokrat letno vas obišče medicinska sestra? (Vpiši v okence.)
- letno
12. Ali bi želeli, da bi vas obiskovala medinska sestra, ki pozna vašo bolezen, na domu? (Obkrožite.) (Nanjo bi se lahko obrnili tudi v primeru raznih težav, pogovora ali svetovanja.) DA NE
13. Kolikokrat naj bi vas obiskala? (Obkrožite.)
- Enkrat ali dvakrat na mesec.
 - Enkrat ali dvakrat na leto.
14. Smatrate, da bi potrebovali več pomoči, ki vam bi jo lahko nudila zdravstvena nega oziroma medicinska sestra? (Obkrožite.) DA NE
- 14.1. Če je vaš odgovor DA, na katerem področju mislite, da bi potrebovali več pomoči? (Lahko obkrožite več odgovorov.)
- osebna higiena – urejenost
 - spodbuda za gibanje, rekreacijo
 - zdravstveno svetovanje
 - pomoč pri jemanju terapije
 - pogovori – svetovanje
 - pogovor s svojci
 - pomoč pri urejanju materialnih težav
 - drugo:

Hvala za sodelovanje!