

# POSEBNOSTI PROCESA ZDRAVSTVENE NEGE V CENTRU ZA IZVENBOLNIŠNIČNE PSIHIATRIČNE DEJAVNOSTI

## SPECIAL FEATURES OF NURSING PROCESS IN AMBULATORY PSYCHIATRIC CARE

Kristina Čosić

UDK/UDC 616.89-083

DESKRIPTORJI: psihiatrična nega; zdravstvena nega proces; ambulantna oskrba

DESCRIPTORS: psychiatric nursing; nursing process; ambulatory care

*Izvleček – Proces zdravstvene nege v Centru za izvenbolnišnične psihiatrične dejavnosti izvajamo pri bolnikih, ki so prvič obravnavani v naši ustanovi, ali pa je nadaljevanje procesa, uvedena na bolniških oddelkih naše klinike. Cilji so doseganje aktivnega vključevanja in sodelovanja bolnikov v procesu zdravljenja, preprečevanje socialne izolacije in zmanjševanje identitetnih težav, vključevanje svojcev in socialnega okolja v proces zdravljenja, preventivno delo, utrjevanje zdravja, humanizacija dela in odnosov ter zdravstvena vzgoja. Prostorske in kadrovske razmere ne omogočajo maksimalno kvalitetne zdravstvene nege, pri delu je potrebno vse preveč prilagajati. Kljub temu so vidne kvalitetne spremembe. Bolniki sodelujejo v procesu zdravstvene nege, aktivno prevzemajo odgovornost za lastno zdravje, tudi odzivnost in dovzetnost njihove okolice je vse večja. Postopoma izginjajo še vedno razširjeni predsodki do psihiatričnega zdravljenja in duševnih motenj nasploh.*

*Abstract – The proces of nursing in the Center for outpatient psychiatric treatment is carried out with the patients who are in treatment in our institution for the first time and in those transferred to our unit from other units of the Hospital. Primary goals are active participation and cooperation of the patients in the treatment process, prevention of social isolation and of identity problems, the inclusion of relatives and social environment in the treatment process, preventive work, health maintenance, humanization of our work and relations and health education.*

*Environmental and staffing condition do not allow for a maximum quality of nursing care, we have to do too many adaptations in our work. Nevertheless, the changes are obvious. The patients participate in the process of nursing, take active responsibility for their own health in their hands, and also the response and sensitiveness of their environment have become higher. Gradually, also still prevalent prejudices against psychiatric treatment and psychiatric disorders in general seem to be vanishing.*

### Predstavitev Centra za izvenbolnišnične psihiatrične dejavnosti

Center za izvenbolnišnične psihiatrične dejavnosti (v nadaljevanju CIPD) je enota Psihiatrične klinike Ljubljana–Polje. Svoje prostore ima na Polikliniki, Njegoševa 4.

Delovni čas CIPD je od 7–19 ure. V njem je zaposlenih 10 stalnih zdravnikov psihiatrov specializistov in še kakšen zdravnik specializant, pet honorarno zaposlenih zdravnikov psihiatrov, trije klinični psihologi, dve psihiatrični socialni delavki, tri višje medicinske sestre (glavna medicinska sestra in dve, ki delata v laboratoriju za EEG), devet administratorok in ena strežnica-gospodinja.

Poleg teh v popoldanskem času opravlja svoje delo v ambulanti tudi 10 zdravnikov, ki so stalno zaposleni na Psihiatrični kliniki.

Vsaki dan je organizirana trižna in konziliarna služba.

Dejavnosti CIPD-ja so:

- splošna psihiatrija,
- pedopsihiatrija,
- psihoterapija (individualna, skupinska, avtogeni trening),
- družinska terapija,
- suicidološka služba – register,
- epileptologija z EEG.

Dnevno se zvrsti v naših ambulantah približno 140 bolnikov.

Glede na simptome in motnje bolnikov, ki jih obravnavamo, jih lahko v skladu z Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3. izdaja (DSM III) razdelimo na:

- motnje, ki se prvič pojavijo v otroštvu in adolescenci,
- organske duševne motnje,
- organski možganski sindrom,
- motnje zaradi uporabe različnih substanc,

- shizofrene motnje,
- paranoidne motnje,
- psihotične motnje, ki niso klasificirane drugje,
- afektivne motnje (bipolarna, ki se deli v mešano, manično in depresivno),
- anksiozne motnje,
- somatoformne motnje – disociativne motnje,
- psihoseksualne motnje,
- osebnostne motnje.

Iz zgoraj navedenih podatkov si lahko ustvarimo predstavo dinamike dogajanja na našem hodniku, ki je hkrati tudi čakalnica za vse, ki prihajajo k nam po pomoč in nasvet.

Kdaj in kje se v takih razmerah vključuje medicinska sestra?

Nemogoče je, da bi medicinska sestra v CIPD-ju lahko navezala stik z vsemi bolniki, ki prihajajo v naše ambulante.

Vključuje se pri bolnikih, ki so že opravili pregled pri zdravniku in so zaradi narave bolezni poslani na bolnišnično zdravljenje. Čas do prihoda reševalcev preživijo z medicinsko sestro.

Medicinska sestra intervenira tudi v primeru, če na hodniku-čakalnici pride do kakšnega neprijetnega incidenta (verbalno ali fizično agresiven bolnik, ob epileptičnem ali psihomotornem napadu ipd.).

Dokaj redno (enkrat mesečno, na tri tedne ali na štirinajst dni) pa prihaja v stik z bolniki, ki prihajajo na redne kontrole in prejema terapijo depo. Zanje vodi posebno knjigo, kamor beleži njihove prihode. V primeru, če se bolnik ne oglasi pravočasno, ga po posvetu z njegovim terapevtom vabi na kontrolo. V tej knjigi so evidentirani tudi tisti bolniki, ki morajo zaradi narave bolezni prihajati redno na kontrolo. Tudi njih vabi v primeru nerednega prihajanja.

Če se ne odzovejo našemu vabilu, sodeluje z njihovimi svojci, z lečečim zdravnikom, s patronažno in tudi s socialno službo.

### **Medicinska sestra in proces zdravstvene nege**

Osnovna usmeritev oziroma cilj vseh, ki delamo v CIPD-ju je, da bi bolniki z duševnimi motnjami čimmanj časa preživel v bolnišnicah. Zato je zagotovljena celodnevna dostopnost naše službe, vrste pomoči vedno bolj prilagajamo naravi motenj posameznikov. Poskušamo aktivirati bolnike v tem smislu, da sami aktivno sodelujejo v procesu zdravljenja; le če človek sam aktivira svoje lastne moči, motive in sposobnosti, potem ko akutna duševna motnja s pomočjo zdravljenja izzveni, se lahko ponovno vključuje v življenje in dejavnosti, ki mu dajejo smisel. Ob tem je seveda še kako potrebna podpora svojcev in bolnikovega socialnega okolja.

Naše aktivnosti so tudi usmerjene v vzpodbujanje posameznikov k prevzemanju odgovornosti za lastno zdravje, razvijanje življenjskih navad, ki zdravje

krepijo, usmerjanje v dejavnosti, ki so zdravju koristne, v opuščanje tistih, ki ga ogrožajo. Sodoben način obravnave vodi k zmanjšanju socialne izolacije in k zmanjšanju identitetnih težav tistih, ki imajo take ali drugačne duševne motnje.

V zgoraj omenjeni usmeritvi ima svoje mesto tudi proces zdravstvene nege psihiatričnega bolnika.

Prioritete zdravstvene nege v dispanzerski in ambulantni dejavnosti so razvoj preventivnega dela, utrjevanje zdravja, humanizacija dela in odnosov, še zlasti pri prvem stiku z bolnikom, ter zdravstvena vzgoja.

V procesu zdravstvene nege in upoštevanju njenih glavnih faz (ugotavljanje potreb po zdravstveni negi in dejanske možnosti za izvajanje, načrtovanje dela, izvajanje načrta zdravstvene nege, vrednotenje dosežkov in povratne informacije), mora medicinska sestra v CIPD-ju določene stvari prirediti oziroma prilagoditi naravi našega dela.

Tako lahko govorimo o procesu, ki teče v dveh smereh. Prva so načela procesa, ki jih izvajamo pri bolnikih, ki so k nam pripeljani na pregled in nato poslani na bolnišnično zdravljenje.

Druga so načela, ki veljajo za bolnike, ki prihajajo k nam na redne kontrole.

### **Proces zdravstvene nege pri bolnikih, ki so napoteni na bolnišnično zdravljenje**

Bolniki, ki čakajo na prevoz v bolnišnico in ta čas preživijo z medicinsko sestro, so v glavnem bolniki, ki so se z našo ustanovo in stroko prvič srečali. Zato smo posebej pozorni na ta trenutek, saj je vzpostavljanje prvega stika zahteven postopek, od katerega je odvisen zaupljiv odnos bolnika do zdravstvenih delavcev, kot tudi do celotnega psihiatričnega varstva. Zaupanje pa je osnova za doseganje terapevtskih ciljev.

Nadaljnjo pozornost usmerjamo v razbremenitev in sprostitvev čakajočih.

Glede na motnje, zaradi katerih so se bolniki oglasili pri nas, pa lahko na kratko predstavim postopke:

### **Zdravstvena nega heteroagresivnega bolnika**

Pri obravnavi heteroagresivnega bolnika izhajamo iz dejstva, da je bolnikova heteroagresivnost le njegov način obrambe pred strahovi in stiskami, ki ga težijo.

Vzroki za strah pa lahko izhajajo iz:

- bolnikove psihopatologije,
- bolnikove neinformiranosti in s tem nezaupanja,
- zunanega provokativnega dogajanja.

Ugotavljanje stanja in potreb po zdravstveni negi:
 

- bolnik grozi, je brez distance, razbija, razmetava ipd.,
- možnost agresivnega odziva zaznamo iz znamenj neverbalne komunikacije (mišična napetost, odklonilno vedenje, izmikanje pogovoru...),

- bolnik ne daje vtisa heteroagresivnosti – opiramo se na razpoložljive vire informacij.

Cilji zdravstvene nege:

1. prioritetni cilji:
  - varen nepoškodovan bolnik,
  - zagotovljena varnost prisotnih,
  - vzpostavitev komunikacije z bolnim,
  - preprečene poškodbe inventarja.
2. etapni cilji:
  - bolnik vzpostavi komunikacijo s prisotnimi,
  - umirjen počaka na prevoz v bolnišnico.
3. končni cilj:
  - dosežen občutek varnosti,
  - dosežen odnos zaupanja in sprejetje nujnosti odhoda na bolnišnično zdravljenje,
  - miren odhod v bolnišnico.

Vrednotenje zdravstvene nege:

- vrednotimo lahko le zgoraj omenjene cilje.

### Zdravstvena nega suicidalnega bolnika

Suicidalni bolnik je bolnik, ki zahteva posebno pozornost. Prihaja lahko z jasnimi znaki depresije, z izdelanim načrtom za samomor ali po poskusu samomora, lahko je tudi intoksiciran. Lahko pa daje le vtis tesnobno razpoloženega ali sumničavo napetega bolnika, ali celo na prvi pogled sploh ne nakazuje možnosti suicidalnega dejanja.

Ugotavljanje stanja – potrebe po zdravstveni negi:

- prisotne so blodnje ali halucinacije, ki usmerjajo vedenje in razpoloženje bolnika,
- prisotni občutki brezupa, nemoči, brezizhodnosti, tesnobe, so brez volje, interesov,
- počutje se odveč,
- poudarjajo lastno nesposobnost, nezaupanje vase, o sebi imajo najslabše mnenje.

Cilji zdravstvene nege:

- varen, nepoškodovan bolnik,
- vzpostavljena komunikacija,
- pomirjen bolnik, vzpostavljeno zaupanje (pokazati zanimanje za njegovo doživljanje in skrbi, mu dati občutek sprejetosti in zaupanja),
- počakati na prevoz v bolnišnico.

Vrednotenje zdravstvene nege:

- vrednotimo zastavljene cilje.

### Zdravstvena nega pri depresivnem bolniku

Ugotavljanje stanja – potreb po zdravstveni negi:

- bolnik tih, monoton, neodločen, tarnajoč, nezainteresiran,
- prisotni potrtnost, občutja nemoči in negotovosti, tesnobnosti in praznine,
- zmanjšana koncentracija, je raztresen, pozablja, hitro se utruji,

- možne halucinacije,
- mišljenje upočasnjeno, prisotne so lahko depresivne, nihilistične in hipohondrične blodnje,
- brezvoljnost,
- zavrtnost, lahko nemir in agitacija.

Cilji zdravstvene nege:

- vzpostavljena komunikacija z bolnikom,
- pomirjen bolnik z občutkom varnosti,
- bolnik se počuti sprejet in nam zaupa,
- odhod v bolnišnico.

Vrednotenje zdravstvene nege:

- vrednotimo le naše cilje.

### Zdravstvena nega pri shizofrenem bolniku

Ugotavljanje stanja – potreb po zdravstveni negi:

- bolnik je vznemirjen, prestrašen, nezaupljiv (posledica blodnih misli),
- govor nerazumljiv, v mišljenju ni asociativnih vezi, prisotne miselne zadržke, perseveracija,
- prisotne halucinacije,
- čustveno neustrezen,
- bolnik izgubi lastno identiteto in smisel življenja,
- težave v komuniciranju, svojsko vedenje (depresija, anksioznost, jezavost, heteroagresivnost).

Cilji zdravstvene nege:

- zmanjšan strah, nelagodje, vzemirjenost, nekritičnost, nezaupanje,
- zagotovljena varnost ob avto- ali heteroagresiji,
- v pogovoru in vedenju vzpostavljen realen odnos do psihopatološkega doživljanja,
- občutek sprejetosti, varnosti in razumevanja.

Vrednotenje zdravstvene nege:

- vrednotimo cilje, ki smo si jih zastavili.

### Zdravstvena nega delirantnega oziroma predelirantnega bolnika

Ugotavljanje stanja – potreb po zdravstveni negi:

- prestrašen, vznemirjen bolnik (halucinacije ali motnje zaznavanja),
- nevarnost heteroagresije, počuti se preganjanega,
- bolnik zamenjuje osebe,
- bolnik krajevno in časovno dezorientiran,
- tremoroznost (od komaj opaznega tremorja rok in celega telesa do močnega zaposlitvenega nemira), potenje.

Cilji zdravstvene nege:

- pomirjen bolnik,
- vitalne funkcije v mejah normale.

Vrednotenje zdravstvene nege:

- vrednotimo opravljeno delo.

## Proces zdravstvene nege pri bolnikih, ki prihajajo k nam na redne kontrolne preglede

Bolniki, ki prihajajo na redne kontrole, so tisti bolniki, ki se po odpustu iz bolnišnice spet vrnejo na CIPD k terapevtu, ki jih je tja poslal.

Medicinska sestra se srečuje z vsemi tistimi, ki imajo predpisano terapijo depo v obliki injekcije.

Glede na ugotovljeno stanje in potrebe po zdravstveni negi jih lahko delimo v dve skupini: urejeni in malo manj urejeni.

Pri urejenih ugotavljamo:

- bolnik sproščen, komunikativen, zaupljiv,
- psihopatološka doživetja niso prisotna,
- zunanost urejena,
- sodeluje v procesu zdravljenja.

V takšnem primeru je cilj zdravstvene nege ohranjanje doseženega stanja.

Načrt zdravstvene nege:

- podpora bolniku v njegovem prizadevanju za ohranitev doseženega,
- vzpodbujanje k aktivnem vključevanju v njegovo socialno okolje (študij, zaposlitev, družina),
- nasveti o prehrani, telesni aktivnosti.

Vrednotenje zdravstvene nege:

- ob naslednji kontroli ocenimo doseženo stanje in objektivno sliko stanja.

Ugotovljeno stanje pri manj urejenih bolnikih:

- bolnik nezaupljiv, nesproščen, slabše komunikativen,
- prisotna psihopatološka doživetja,
- zunanost neurejena,
- podhranjenost ali zvišana telesna teža,
- umik, trganje vezi s svojci,
- čustvena otopelost.

Cilji zdravstvene nege:

- pomirjen bolnik,
- bolnik komunicira,
- normalna telesna teža bolnika,
- samostojna skrb za osebno higieno in zunanji videz.

Načrt zdravstvene nege:

- v sproščenem pogovoru pridobiti zaupanje, vrniti mu občutek sprejetosti, varnosti in razumevanja,
- ugotoviti reakcije bolnika glede na nerealna doživljanja,
- spoznati bolnikove interese,
- predlaganje zadolžitve, ki jih je po naši presoji sposoben opraviti in ga ob tem spodbujati,
- vzpodbujanje in učenje higienskih navad,

- kontrola telesne teže,
- vključevanje bolnikovih svojcev in socialnega okolja v proces rehabilitacije,
- po presoji prositi za sodelovanje patronažno službo.

Vrednotenje zdravstvene nege:

- pri naslednji kontroli ocenimo stanje,
- zberemo objektivne podatke o stanju pri svojcih.

V uvodu sem omenila, da imamo za te in bolnike, ki morajo prihajati na redne kontrole, knjigo, v katero dnevno beležimo obiske. Na podlagi te evidence imamo stalen pregled in takoj ukrepamo, če bolnik ne pride. Vabimo ga, naj se oglasi na kontrolni pregled in le redkokdo se ne odzove našemu vabilu. To nam veliko pomeni, prinaša nam zadovoljstvo, spodbudo in potrditev, da smo svoje delo, znanje in prizadevanje namenile ljudem, ki nam zaupajo.

### Sklep

V prispevku sem poskušala predstaviti CIPD, njegovo organizacijo, usmeritev in dejavnosti ter zdravstveno nego v izvenbolnišničnem zdravstvenem varstvu. Zakaj so v naslovu »posebnosti« zdravstvene nege. Posebnosti so odraz prostorskih, kadrovskih razmer in siceršnje opremljenosti CIPD-ja (v vsem imajo prioriteto bolnišnični oddelki naše ustanove). Menim, da je pri našem delu potrebno vse preveč prilagajanja razmeram, ki ne omogočajo maksimalno kvalitetne zdravstvene nege.

Kljub temu nismo nezadovoljni. Lepe uspehe imamo pri doseganju ciljev, ki smo si jih zastavili. Pri veliki večini bolnikov nam je uspelo doseči, da sami aktivno sodelujejo v procesu zdravljenja in da prevzemajo odgovornost za lastno zdravje. Vse večja je tudi odzivnost in občutljivost svojcev in ljudi iz bolnikovega socialnega okolja za težave naših bolnikov.

Opažamo tudi, da postopoma (za nas žal prepočasi) izginjajo še vedno razširjeni predsodki do psihiatričnega zdravljenja in duševnih motenj nasploh.

Sodoben način obravnave oseb z duševnimi motnjami, katerega sestavni del je proces zdravstvene nege, prinaša spremembe v psihiatriji sami, spreminja pa se tudi delež, ki ga imajo pri odpravljanju motenj duševnega zdravja posameznik sam, njegovi svojci in socialno okolje.

### Literatura

1. Bauer BB, Hill SS. Načrtovanje zdravstvene nege in postopki. Pot v mentalno zdravje. Izdano v samozaložbi 1992, pravice Pahole M: 37-40.
2. Proces zdravstvene nege. Priročnik – prevedla Majda Šlajmer-Japelj. Maribor, oktober 1993: 35-8.