

## Rehabilitacijski proces kroničnega duševnega bolnika in vloga medicinske sestre\*

V zadnjih dvajsetih letih se je zanimanje za socializacijo oziroma resocializacijo duševnega bolnika zelo razmahnilo. Prav tako daje sodobna psihiatrija vedno večji poudarek na humani odnos do psihiatričnega bolnika. Ni sicer jasno, kaj je prevladujoče vplivalo na to: ali potreba, da se zmogljivosti psihiatričnih ustanov izkoristijo bolje zaradi povečanega dotoka ali zaradi dosežkov socialnih znanosti in pojavljanja socialne psihiatrije v tem času.

Danes praktično ni moderne psihiatrične ustanove, ki bi v svojem programu socializacije bolnika spregledala ugodni učinek rehabilitacijskega procesa nanj. Po statističnih podatkih je bilo ugotovljeno, da v ustanovah, kjer je zelo razvita socializacija bolnika, odpustijo 60% duševnih bolnikov že pred potekom enega leta. Prav tako je opaziti, da po letu 1955 število hospitaliziranih psihotikov v svetu upada, medtem ko pri nas število bolnikov žal narašča. Verjetno gre pri tem porastu tudi za boljšo organizacijo zdravstvene službe, ki odkriva vedno več primerov duševnih bolezni.

Zakaj govorimo in zakaj vedno bolj poudarjamo pomen resocializacije bolnika? Zakaj hočemo, da bolnika ne izoliramo od okolice, od svojcev, od realnega življenja? Zakaj gojimo vedno večjo željo po humanem odnosu in ravnanju z duševno bolnim? Bolnik namreč med duševno boleznijo v svojem vedenju, navadah in govoru regredira; njegovo mišljenje in čustvovanja sta često odmaknjena od realnosti, vrh tega je tudi poln absurdnosti. Če ga poleg tega še izoliramo, imamo do njega nehuman odnos in favoriziramo njegove abnormnosti.

Naša naloga je torej, da bolnika že v samem začetku zdravljenja ne pustimo osamljenega in mu ne dovolimo, da bi zapadel v svet nerealnosti, da bi postal asocialen in neenakovreden član družbe, čeprav pri vsem tem naletimo na kup nevšečnosti.

Te naloge so si neredkoma navzkriž, družba je imela in še ima težave, ko jih skuša uskladiti. V resnici je težko zdraviti bolnika, ki se nikakor ne počuti bolnega, ki v zdravniku in njegovih sodelavcih vidi le svojega sovražnika, bolnišnico samo pa ima za ječo. Tudi mnenja socialnih okolij je težko spreminjati in še dolgo bo trajalo, preden bo družba primerno vrednotila duševnega bolnika kakor tudi odnose do njega.

V ekonomsko nerazvitih, prvobitnih, primitivnih družbah takih dilem najbrž ni bilo. Usoda marsikaterega duševnega bolnika kakor tudi telesno onemoglega je bila v skopih življenjskih razmerah preprosto tragična: takemu človeku so zavestno skrajšali življenje, zaradi obstanka zdravih, sposobnih za boj v naravi. Z razvojem civilizacije je postalo tako ukrepanje neopravičljivo, neetično in zločinsko.

\* Iz seminarske naloge na Višji šoli za zdravstvene delavce v Ljubljani 1972.

V zgodovini se je socializacija duševnega bolnika razvijala treh etapah: V prvi etapi socializacije so odločno vztrajali pri delu in aktivnosti brez določenega načrta, vendar s ciljem, da ohranijo bolniku določene navade in da vzpostavijo readaptacijo.

Za drugo etapo je značilno, da je aktivizacija bolnika zapostavljena, prednost pa ima organska, biološka, kirurška in farmakološka terapija.

Za tretjo etapo, ki se je razvila po drugi svetovni vojni, pa je značilno kompleksno obravnavanje bolnika od psihodinamičnega koncepta, proučevanja faktorjev okolja pa do socioloških antropoloških metod.

Pri socializaciji bolnika je treba upoštevati sklop vseh dejavnikov, subjektivnih in objektivnih, ki so med seboj tesno povezani. Pomembnejši subjektivni faktorji so:

1. dobra priprava in delo z bolnikom,
2. priprava in delo z osebjem,
3. med odločilne subjektivne dejavnike spada tudi vprašanje izžolanega, delovnega in sposobnega osebja vseh zaposlenih struktur,
4. med subjektivne dejavnike spada tudi delo z bolnikovo okolico, ki naj bi ga po končani hospitalizaciji sprejela in mu omogočila takšne pogoje življenja in dela, kakršni so zanj sprejemljivi.

Izkazalo se je, da je odpuščenih mnogo več tistih bolnikov, ki so jih svojci redno obiskovali, kakor pa tistih, ki so imeli le občasne obiske. Tudi koncept potrebe po oddaljenosti bolnišnic iz središča mesta je prav zaradi tega zastarel.

Objektivni dejavniki so za resocializacijo bolnika izredno pomembni in odločujoči, najpomembnejši med vsemi so:

1. V bolnišnici je nujno potrebno pripraviti resocializacijski program; za izvajanje programa pa morajo biti dani ekonomski pogoji — materialna osnova kot temeljni objektivni faktor. Pri tem ne gre podcenjevati principe postopkov, ki vodijo hospitalizacijo bolnika k zastavljenemu cilju s primernimi sredstvi, da se bolnik čimprej razgiba, da se zavestno vključi v socialno okolje, da bolezenski način življenja zamenja z zdravim. K temu je treba bolnika nenehno motivirati. Ob vsem tem pa ne smemo prezreti pragmatistično statističnih ugotovitev, temelječih na metodoloških osnovah, da je denarna nagrada pri duševnem bolniku v današnjem času najbolj učinkovita.

2. Da ima bolnišnica na razpolago dovolj finančno-materialnih sredstev, kot posredni objektivni dejavnik pa učinkuje tudi materialna osnova komune, v kateri je bolnišnica, oziroma materialni in drugi družbeni odnosi, ki se vzpostavljajo med bolnišnico in lokalno skupnostjo ter občino.

3. Nič manj pomembno ni vprašanje primernih bolnišničnih prostorov. Evidentno je, da zračni, čisti, lepo urejeni, udobni prostori za dnevno aktivno življenje in počitek izredno ugodno vplivajo na resocializacijo bolnika. Danes velja pravilo, da je treba bolniku v bolnišnici urediti takšno okolje, ko da bi bil doma.

4. Razumevanje in podpora celotne družbe za obstoj in delovanje teh specializiranih ustanov.

5. Zakonski predpisi, na osnovi katerih lahko izvajamo in dosežemo, kar od resocializacije pričakujemo.

6. Vrednost terapevtskih ukrepov ne more biti učinkovita, če se v sklopu večje psihiatrične ustanove ne usposobi oddelek za profesionalno rehabilitacijo s programom za postopno aktivizacijo bolnika, kjer bi bolnike zaposlovali in jih primerno nagradili.

7. Poseben problem v rehabilitaciji bolnika pomenijo pri nas tisti bolniki, ki so socialno zavarovani, posebno še, če so iz siromašne občine, ki same komaj zmorejo stroške zdravljenja, kaj šele prispevke za sodoben resocializacijski proces. Že veliko je bilo govora, da bi se osnoval poseben sklad za resocializacijo duševnih bolnikov, ki bi ga financirale občine in socialno zavarovanje. Iz tega sklada bi psihiatrične ustanove črpale sredstva za osnovanje in delovanje zaščitnih delavnic, kjer bi se bolniki zaposlovali in kjer bi bili tudi občinski reveži deležni rehabilitacijskega procesa. Pri nas že je nekaj takih delavnic, vendar imajo zaradi neurejenih davčnih razmer zelo nemogoče pogoje. Naša davčna uprava nikakor ne more razumeti, da se zaščitna delavnica ne more primerjati s podjetjem ali obrtno delavnico, saj so vendar v zaščitni delavnici zaposleni bolniki in ne popolnoma zdravi ljudje.

Od doslej navedenih dejavnikov, ki omogočajo duševnemu bolniku, da se čimprej povrne v normalno življenje, je za zdravstvene delavce v stacionarnem zavodu nadvse važno, da se znajo lotiti smotrnega dela za doseg tega cilja. Maxwell Jones je leta 1953 v zdravljenje duševnih bolnikov vpeljal socioterapevtično skupnost, ki temelji na izboljššanju medosebnih humanih odnosov med bolniki in člani terapevtske skupnosti. Terapevtska skupnost skuša duševnega bolnika vključiti v lastno življenje. Nalaga mu odgovornost za lastno vedenje, hkrati pa skuša ublažiti avtoritativne odnose v bolnišnici. V terapevtski skupnosti sodelujejo zdravnik, psiholog, medicinska sestra, socialni delavec, delovni terapevt, učitelj slikanja, muzikolog itd.

Vsak izmed članov delovne skupnosti ima svojo odrejeno specifično nalogo, s katero skuša na svoj način vplivati na duševnega bolnika, da obdrži svoje vedenjske navade, delovne navade, da se kar najhitreje vzpostavijo čim boljši odnosi z njegovo družino, da čim dlje obdrži stik s svojim delovnim mestom, kar mu omogoča, da čim samostojneje rešuje svoje življenjske probleme.

### **Delo medicinske sestre v procesu bolnikove resocializacije**

V duševni bolnišnici je najtežavnejše delo s kroničnim bolnikom, saj se med dolgotrajno hospitalizacijo psihomotorično upočasnjuje, postane zanemarjen, brezbrizen do okolice in pogreznjen v svoj svet. To pa ni odsev njegove bolezni, pač pa odsvit klasičnega načina bolnikove obravnave. Pri aktivizaciji kroničnega bolnika ima medicinska sestra dokaj težak položaj. Bolnik, ki je bil leta dolgo zanemarjen, prepuščen sam sebi, brezbrizen do sebe in do svoje okolice, se le s težavo, z velikimi napori in potrpljenjem spet navadi in nauči, da začne skrbeti za svojo zunanost, kakor tudi za vnanost okolja, v katerem živi, da se polagoma vključuje v razne aktivnosti, da prevzame odgovornost za neko dejavnost in se na ta način postopoma in zavestno vključuje v nekdanje navade in socialno okolje.

Medicinska sestra je sodelovala tudi v klasičnem načinu bolnikove aktivizacije, vendar ne z namenom, da se bolniku povrneta volja in samozavest, ampak je bolnika morda zaposlovala le s hišnimi deli, da je bila tako sama razbremenjena. Seveda je bil včasih poudarek predvsem na delu v korist bolnišnice oziroma personala, medtem ko so na osebnost bolnika popolnoma pozabljali. Delala je le peščica bolnikov, ki so bili navajeni dela ali pa so se bali represij. Pozabljali so tudi na sam videz bolnika, na njegovo higieno, skratka bolnik je bil zgolj objekt.

Danes je dobilo delo medicinske sestre docela nov karakter. Poleg rutinskega dela, za katero se usposobi med teoretičnim in praktičnim šolanjem, je njena naloga še, da sodeluje pri aktivizaciji kroničnega bolnika v resocializacijskem procesu. Bolniku pomaga, da se vključuje v skupnost s tem, da se ne zanemari, da obdrži in pridobi normalne vedenjske navade, hkrati pa ga skuša aktivirati tudi k delovnim navadam. Pri tem je pomembno vprašanje sestrške osebnosti in strokovne usposobljenosti. Sestra mora biti urejena, prijazna, potrpežljiva, dosledna, ne pozabljiva, stroga in ob pravem trenutku tudi popustljiva. Znati mora prisluhniti slehernemu bolniku, mu pomagati, ga spodbujati, tolažiti in se z njim veseliti uspehov, ki jih doseže med hospitalizacijo. Zavedati se mora, da je nemogoče čez noč spremeniti upočasnjene in zanemarjene bolnike, zato mora začeti delo smotrno, premišljeno in sistematično le z manjšo skupino bolnikov. Tu je važno tudi, da dela vsa začeta opravila vedno ob določenem času, vsak dan, brez presledkov, sicer se kaj rado zgodi, da bolnik že priučeno navado pozabi in zanemari, tako da je primorana zopet pričeti vse znova. Na oddelkih, kjer tudi prostori — eden osnovnih pogojev za doseg cilja — ne ustrezajo novi obravnavi bolnika, so težave še večje. Težko je bolnika uvajati v vedenjske navade, če odderek nima dovolj primernih prostorov, ki bi že sami po sebi ugodno vplivali na socializacijo bolnika. Naloga sestre je, da bolnika motivira k tem navadam, da z bolniki, če je potrebno, ponavlja prav isto dejavnost toliko časa, da se je le-ti navadijo. Bolniki morajo v svojem miselnem procesu sprejeti navade normalnega vedenja. Sestra mora bolnika občasno za dobro opravljeno oziroma spet prisvojeno dejavnost pohvaliti in nagraditi. Prav tako pa ga mora znati tudi na primeren način grajati, če je to potrebno. Pri kroničnih bolnikih, ki so izgubili precej svojih pozitivnih navad, je to delo dolgotrajno in naporno, vendar kljub vsemu nujno.

Delo s temi bolniki poteka časovno in skupinsko frakcionirano, v njihovi celoti pa kompleksno in približno takole: Sestra prične z delom pri skupini bolnikov, ki spijo v eni sobi. Po jutranjem razgibavanju začne z njimi postiljati postelje in pospravljati sobo. Z vsakim bolnikom v skupini mora sprva delati posamič in ko nauči te dejavnosti enega bolnika, začne delati z drugim bolnikom in vadi z njim toliko časa, da se tudi ta nauči. Tako dela z vsakim v skupini toliko časa, da končno pripravi vse bolnike, da sami postiljajo postelje in pospravijo prostor, kjer preživijo polovico svojega dne. Med skupino pa so tudi bolniki, ki se nikakor ne morejo privaditi, da bi si sami uredili ležišče. Takrat je sestra dolžna motivirati drugega bolnika, da prevzame skrb za urejenost sobe. Ko skupina po nekaj mesecih privzame trajno navado, da si sama ureja sobo, jim sestra predlaga, da iz svoje sredine izberejo vodjo, ki odgovarja, da bodo z delom nadaljevali brez njenega neposrednega — prostorsko navzočega — nadzora in pomoči. Ko to doseže, so dani pogoji za nadaljnje skupinsko delo.

Sestra začne delati z drugo skupino bolnikov, nato s tretjo itd., z vsako ravna prav tako kakor s prvo skupino.

(Se nadaljuje)

---

**NAUK O RAZLIKOVANJU PRAVEGA, DOBREGA, LEPEGA RAVNANJA OD NE-  
PRAVILNEGA IN OBSODBE VREDNEGA IMENUJEMO ETIKO ALI MORALO.**

**Prof. dr. Janez Milčinski**