

Skrb za psihično motenega starostnika

Obdobje staranja je povezano z bolj ali manj izraženim upadom telesnih in duševnih moči. Organske spremembe možganov spremljajo določene duševne spremembe, ki pa niso nujno bolezenske. Znana lastnost starejših je telesna in duševna upočasnjena!

Z drugimi besedami in natančneje bi rekli: mišična moč slabi, gibanje je upočasnjeno, opazno je pešanje čutil, dihanje je oteženo in zmožnost za fizični napor je zmanjšana. Opazne psihične spremembe so oslabitev spomina, predvsem za sveže dogodke, zmanjšana dovzetnost za novo in nezmožnost prilagajanja. Starostnik se umika vase, postaja introvertiran, tj. usmerjen navznoter, čustveno umirjen, njegovi interesi pa so zoženi.

Povezanost med duševnimi in telesnimi motnjami v starosti je še večja kot v drugih življenjskih obdobjih. Zaradi oslabiljene sposobnosti za prilagajanje različnim spremembam in stresom utegnejo nastati duševne motnje že iz majhnih vzrokov. Hujše duševne travme, kot so različne izgube, npr. izguba svojcev, izguba telesnega zdravja, izguba doma ali selitev v drugo stanovanje, v dom za starejše, hospitalizacija in podobno, pa povzročijo pri starostniku resno duševno obolenje. Tudi telesna bolezen se lahko sprva pokaže kot duševna motnja ali pa se ta izraža v raznih telesnih tegobah in odkrijemo kasneje pravi vzrok. Duševne motnje nastopijo prej pri starostnikih, ki so bili vse življenje slabše prilagojeni, in pri takih, ki jim pešajo duševne sposobnosti zaradi organskih sprememb v možganih.

Ko sprejmemo starostnika na zdravljenje in nego v bolnišnico, seveda ne smemo zanemariti telesnega in ne duševnega stanja, kakor tudi ne vplivov okolja, v katerem je živel doslej. Največje težave povzročata medicinski sestri ob sprejemu bolnika v bolnišnico to, da ga tako malo pozna. Sestra je strokovno poučena o fenomenih, ki jih pri bolnikih lahko pričakuje, obenem pa je vsak človek individuum zase. S seboj prinaša toliko navad, ki se jim noče in ne more odpovedati. Zato mora sestra čimprej zbrati o bolniku kar največ podatkov. Pri duševno bolnem starostniku običajno težko dobimo podatke od njega samega. Ponje se navadno obrnemo na svojce, če ga spremljajo ali pa jih pozneje poiščemo doma, dalje pri prijateljih, sosedih, pa tudi po patronažni in socialni službi.

Sestra že ob sprejemu opazuje bolnika:

— Njegov zunanji videz. Ali je videti bolan? Ali je shujšan, izmučen, slabo prehranjen? Ali je vnanje urejen? Kako je npr. oblečen, ali je videti zanemarjen, umazan in pomanjkljivo opravljen?

— Kako je razpoložen? Je veder, malodušen, zaskrbljen, zbeigan, zmeden, nemiren, razdražljiv? Ali pa zaspan, otopel?

Ali je gibljiv ali negibljiv in kaj je vzrok njegove negibljivosti? Telesna bolezen ali splošna oslabelost ali pa je kratko malo pozabil hoditi?

— Kako reagira na dejstvo, da bo ostal v bolnišnici, da se bo moral ločiti od svojcev? Ali je čustveno neprizadet ali pa se brani hospitalizacije? Veliko je bolnikov, ki se oklepajo svojcev kot mali otroci in prosijo, da bi jih vzeli s seboj. Nekritični so do svoje boleznin in nedostopni za prepričevanje in obljube, da bodo kmalu spet prišli ponje. Slovo navadno tako zbega svojce, da mora medicinska sestra z veliko mero potrpljenja, posluha in pojasnjevanja potolažiti tudi nje same. Z različnimi informacijami o možnostih pogostnih obiskov in zatrdilom, da bomo za bolnika zares storili vse, da lahko kličejo ob katerikoli uri in povprašajo o njegovem počutju, da ga lahko vzamejo domov na kratke obiske, ga sami peljejo na sprehod in podobno, običajno dosežemo pomiritev. Svojci imajo velikokrat občutke krivde, ker jih bolniki obtožujejo, da so jih sedaj na starost odložili v zavod za duševne bolezni. Zato so v procesu zdravljenja svojci važen dejavnik. Velikokrat postavljajo pretirane zahteve do zdravstvenega osebja, čeprav doma z bolnikom že niso mogli več shajati. Nekritično se pritožujejo in potrebno je mnogo potrpljenja in razgovorov z njimi, da končno ne ovirajo naših prizadevanj, da bi pomagali njihovim bolnim svojcem. Običajno pa so svojci za prizadevanja zdravstvenih delavcev uvidevni in poudarjam, da nemalo tudi zaradi naših pogostnih razgovorov z njimi.

Že ob samem sprejemu skuša sestra dobiti o bolniku naslednje podatke:

— Kakšne prehranjevalne navade ima? Ali ima na primer že dieto in kakšno? Kaj bolnik je najraje in kaj odklanja? Ali prenaša mleko in mlečne jedi? Kako se hrani, ali sam ali potrebuje pomoč? Pri težji duševni zmedenosti bolnik ne ve več, čemu služi jedilni pribor, zato ga moramo hraniti, čeprav bi telesno sam to še zmožel. Ali popije dovolj tekočine na dan? Ali tekočino odklanja? Mnogi bolniki se branijo piti ali pa si žeje ne morejo potešiti, ker zaradi zmedenosti ne znajo prositi za pijačo. Zato bolnikom ponujamo pijačo čez cel dan in jim tako skušamo nadomestiti tekočino, ki jo izgubljajo (popiti je morajo vsaj 2000 gramov dnevno).

— Kakšne so bolnikove higienske navade, odkar je nastopila bolezen? Ali še skrbi za osebno čistočo, se lahko umiva sam ali potrebuje pomoč, ker se ne zna več umiti? Se še oblači sam, ali skrbi za svoj zunanji videz? Ali pa ne mara umivanja in kopanja, hodi okrog pomanjkljivo oblečen ali pa si nadene več oblačil drugo na drugo (ni osebno orientiran).

— Kako odvaja, ali je nagnjen k obstipaciji ali diareji? Odvaja morda sam ali potrebuje pomoč. Mnogi dezorientirani bolniki ne najdejo stranišča (WC), zato opravljajo potrebo kjerkoli. Take bolnike skušamo pozneje znova navaditi na red pri odvajanju. Vodimo jih na stranišče v enakomernih časovnih presledkih, jih na ta način »lovimo« in obenem skušamo ohraniti pogojni refleks.

— Zanima nas ritem spanja. Svojce vprašamo, koliko ur spi bolnik in kdaj? Ali spi normalno ponoči ali pa nasprotno podnevi dremlje, ponoči pa tava okrog. Pri mnogih bolnikih je ravno porušeni ritem spanja vzrok za hospitalizacijo. Pozneje skuša pri takih bolnikih uravnati ritem spanja zdravnik z medikamenti. Zdravila dajemo tudi ob različnih večernih urah, na primer bolj pozno zvečer ali

celo ponoči. Podnevi pa skušamo bolnika čimbolj zaposliti, da potem utrujenosti sledi normalen spanec.

Svojce povprašamo, če se bolnik zgublja ali če je begav. Za krajši čas imamo take bolnike pod budnejšim nadzorstvom. Če je kdo od bolnikov suicidalen, zdravnik odredi hospitalizacijo na zaprtem oddelku.

— Zanima nas, ali bolnik še dobro sliši in vidi? Z naglušnimi se težko sporazumevamo in tudi ne morejo docela sodelovati v terapevtski skupnosti. Z njimi moramo imeti več individualnih razgovorov. Slabovidni potrebujejo več tuje pomoči. Večkrat prosimo za pomoč sobolnike, da jim pomagajo, kar psihološko dobro učinkuje na oba udeleženca. Preberejo jim časopisne novice, jih vodijo na sprehod, pomagajo pri osebni negi in podobno.

— Vprašamo, ali ma bolnik kakšne telesne težave. Zakaj npr. se ne more gibati? Dostikrat za to ni objektivnega vzroka, ampak se je bolnik enostavno zalezal. Včasih bolniki protestirajo proti hospitalizaciji. Takega bolnika skušamo čimprej usposobiti za hojo. V hujših primerih nam pomaga fizioterapevtka, sicer pa bolniku polagoma sami pomagamo, da shodi, s prepričevanjem in včasih tudi z malo odločnosti. Zaradi telesne negibnosti so nemalokrat predebeli. S primerno dieto in z ustreznim telesnim gibanjem — kot z jutranjo telovadbo, vodenimi telesnimi vajami in sprehodi jim skušamo telesno težo zmanjšati. Pri izredno izsušenih in nedohranjenih bolnikih pa skušamo telesno težo seveda popraviti. Zanima nas, ali ima bolnik na telesu kakšne rane — ulcus, dekubitus ali varice — kdaj ga je treba povezovati in še posebej negovati.

Menda ni treba še posebej poudarjati, da mora bolnika na oddelku sprejeti medicinska sestra. Pravzaprav je ona tista, ki od sprejema dalje živi z bolnikom vsaj sedem ur dnevno in spremlja tudi nadaljnji potek njegove bolezni. O svojih opažanjih poroča zdravniku, ki potem na osnovi njenih in svojih dognanj napravi diagnozo in skuša bolniku pomagati. Sestrina opažanja pa niso omejena zgolj na to, kar je doslej navedeno: pozneje sestra ugotavlja, ali so ti podatki resnični, opaza vsakdanje spremembe na bolnikovem ponašanju in seveda tudi učinek zdravil. Vsak dan se podatki o bolnikih vpisujejo v dežurno knjigo, saj so zdravniku dragocena pomoč pri obravnavanju njihove bolezni.

Pri duševno motenem bolniku opazujemo motorično aktivnost, mimiko, način pogovora. Ali ima bolnik zadovoljiv kontakt z okolico, kakšen je njegov odnos do sobolnikov in osebja. Kako reagira na razne zahteve in situacije. Pri bolniku, ki je duševno tako moten, da z njim ni možen pogovor, lahko ravno iz njegovega vedenja sklepamo na naravo bolezni. Če sestra opazi, da bolnik brez cilja tava tjavdan, da se s čimerkoli ukvarja, brez pravega načrta in dela nesmiselne gibe, lahko sklepamo, da gre za motnjo zavesti. Ta motnja je navadno hujša ponoči in v resnejših primerih vodi v zaposlitveni nemir. Izraz obraza je zbeگان. Iz govornice in mimike lahko sklepamo, da bolnik optično ali akustično halucinira. Laže moteni bolniki se občasno izgublajo. Ne vedo točno, kje so, ne vedo, kateri dan je danes, ali pa se ne znajdejo v prostoru. Ne najdejo WC niti ne svoje postelje in podobno. Včasih ne prepoznajo svojcev. Za boljšo časovno orientacijo jim pomagamo s posebnim koledarjem na steni, kamor delovna terapevtka vsak dan z velikimi številkami označi datum. Za boljšo osebno orientacijo jim pomagamo tako, da jih stalno spominjamo na predmete v novi okolici, sob ne označujemo s številkami, pač pa s simboli, npr. s slikami živali, rož ali kakršnih koli drugih likov. Ti

pacienti si simbole zapomnijo veliko lažje. Svojce prosimo, da prihajajo na obisk posamezno, čim večkrat in za krajši čas. Zato so obiski dovoljeni vsak dan popoldan in dopoldan. Pri ležečih bolnikih celo prosimo svojce, da prihajajo ob obrokih in hranijo bolnika. Predolgi obiski pa bolnike utrujajo. Ker postajajo hospitalizirani bolniki še bolj nedružabni, vase zaprti in neaktivni, se trudimo, da bi jih aktivirali v vse smeri. S sprehodi, s sestanki terapevtske skupnosti, s telovadbo, s poslušanjem radia in televizije, s pevskimi vajami, skratka z okupacijsko in rekreativno terapijo. Da pacient sodeluje z nami, si moramo pridobiti njegovo zaupanje. To bomo dosegli s pogostnimi kontakti in toplino. Bolnik se mora sester navaditi, zato jih ne menjujemo prepogosto, ker se bolniki na sestre navežejo, zaupajo jim svoja intimna doživljanja, kot o morebitni potrtosti, obupu, strahu, napetosti, čustveni praznini ali pa nasprotno o dobrem razpoloženju, podjetnosti itd.

Pri duševno bolnih starostnikih morajo biti sestre posebno pozorne na morebitne samomorilne misli. Če bolnik celo izraža take namere, morajo biti nanje še posebej pozorne in pazljive. Tudi zdravnika morajo takoj opozoriti nanje, obenem pa svoj nadzor izvajati zelo diskretno, da ne izgubijo bolnikovega zaupanja. S takim ravnanjem preprečijo marsikateri suid. Duševne motnje se pri starostnikih javljajo kot prehodne motnje in tudi kronične motnje. Ker ob sprejemu bolnika ne vedo točno, za kakšne motnje gre, se morajo še v večji meri posvečati vsem novo sprejetim bolnikom. Tudi ne smejo dopustiti, da bi bolnik zaradi neaktivnosti, ki je posledica njegove bolezni, zapadel v t. i. hospitalizem. S tem izrazom označujemo bolnikovo odvisnost od nege drugih oseb, ki ga potiska v pasivnost in povzroča pozneje pravo invalidnost. Ko duševne motnje izginejo, taki bolniki niso več sposobni živeti zunaj zavoda in skrbeti za svoje najosnovnejše potrebe. Zato bolnike že v bolnišnici vadijo v hoji, oblačenju, slačenju ter hranjenju, skratka skušajo vzdrževati pozitivne vedenjske navade, mu pomagajo pri vzdrževanju čistoče in spodbujajo h kontinenci seča in blata. Pri vsem tem pa se mora osebje ogibati preveč pokroviteljskega ravnanja z bolniki. Preveč materinski odnos enako kvarno vpliva na bolnike kakor premalo zanimanja. Sestra mora najti srednjo pot: pomaga naj bolniku, vendar tako, da sodeluje tudi sam, kolikor zaradi svoje bolezni pač more. Vsak bolnik se obravnava timsko: pregledajo ga zdravnik psihiater, internist, psiholog, sestra dobi točna navodila, koliko bolnik zmore in sme. Sama pa mora najti pot do njegovega zaupanja in sodelovanja.

Pri negi starostnikov uporabljamo poseben formular ali **individualni list nege**. Priredili smo ga za vpisovanje doslej navedenih podatkov o bolnikovih navadah in vedenju. Iz njih je lepo razviden uspeh ali neuspeh naših prizadevanj. Bolnikov napredek, ki ga razberemo iz zabeleženih podatkov, nas tudi spodbuja, da kaže z delom nadaljevati. Tudi če gre za kronične duševne motnje, skušamo čim dlje zadržati bolnikovo propadanje in obdržati še preostale bolnikove sposobnosti. Poleg pozornosti, ki jo sestra posveča duševnim spremembam pri bolniku, mora paziti tudi na njegove vitalne funkcije in telesne težave, ki jih navaja. Za telesnimi težavami se nemalokrat skrivajo duševne motnje in obratno. Pri negovanju se ravnamo po vseh principih sodobne nege, obogatene z lastnimi izkušnjami. Pri tem se še kako zelo pokaže znano dejstvo, da je človek psihofizična celota. Zato mora naša skrb za bolnika segati prek meje hospitala. Opuščene bolnike naročamo na redne mesečne kontrole na gerontopsihiatrični oddelek. Te kontrole so

bodisi individualne ali skupinske v obliki kluba. Tako laže kontroliramo bolnikovo počutje, pravočasno opazimo poslabšanje bolezni in hitreje ukrepamo. Bolniki radi hodijo na kontrole, ker zdravnika poznajo, mu zaupajo, obenem pa se tudi izognejo utrudljivemu čakanju v ambulantah. Z njimi prihajajo svojci, da dobe nasvete za nego doma. Tako skušamo doseči to, da bolnik preživi čim dlje v domači oskrbi in je hospitalizacija res samo kratka epizoda v poteku zdravljenja. S tem se izognemo tudi negativnim posledicam dolgih hospitalizacij. Bolnikom, ki prihajajo v klub, pa pomeni ta dan družabni dogodek. Med njimi se spletajo prijateljske vezi in raste občutek pripadnosti. Ta je še kako pomemben tem povečini zelo osamljenim bolnikom.

Za sklep bi želeli poudariti še naslednje želje:

Več organiziranega sodelovanja z medicinskimi sestrami, ki se izven bolnišnice srečujejo s problematiko starih, tako na primer:

— redna posvetovanja hospitalnih medicinskih sester s patronažnimi medicinskimi sestrami, ne samo po formularju ali telefonu, temveč z osebnimi stiki;

— skupni razgovori medicinskih sester, ki delajo v bolnišnici, in to s svojci in s patronažno medicinsko sestro, ki bo skrbela za bolnika na domu.

Literatura:

1. Prof. dr. Lev Milčinski — skripta Specialna psihopatologija.
2. Dr. Jože Darovec — skripta Psihopatološki fenomeni v obdobju staranja.

MLADI LJUDJE NE VEDO, KAJ JE STAROST, IN STARI LJUDJE POZABLJAJO, KAJ JE BILA MLADOST.

Irski pregovor