

organizacija dela

PROCES ZDRAVSTVENE NEGE PRI BOLNIKU S KRONIČNO SHIZOFRENJO

Uvod

Z obravnavo pacienta po načelih procesa zdravstvene nege smo pričeli približno pred letom dni, intenzivneje pa pred pol leta. Pred pričetkom smo člane tima seznanili z vsebino in pomenom obravnave pacientov po načelih procesa zdravstvene nege ter jim predstavili konkretne primere. Določili smo dan in uro tedenskih sestankov, na katerih obravnavamo paciente. Vsak teden vrednotimo načrtovano delo in si zastavljamo nove naloge.

Tim, ki je vključen v obravnavo pacientov po procesu zdravstvene nege, sestavljajo: medicinska sestra oddelkov, medicinska sestra oddelka, dva delovna terapevta, srednja medicinska sestra oziroma tehnik in strežno osebje. Tudi zdravnik je nepogrešljiv član, predvsem v začetku obravnave pacientov, ko poda svoje strokovno mnenje glede pacientove bolezni, poteka zdravljenja in prognoze. Njegova prisotnost je nepogrešljiva tudi kasneje, recimo ob spremembah bolnikovega zdravstvenega stanja.

V okviru Univerzitetne psihiatrične klinike v Polju smo izvedli anketo o stališčih do obravnave pacientov po procesu zdravstvene nege. V naši hiši je bilo mnenje izredno pozitivno in spodbudno. Najpomembnejše se nam zdi, da medicinske sestre oziroma tehniki želijo delovati po načelih procesa zdravstvene nege, da vidijo pozitivne strani takšnega načina dela za bolnika in čutijo svoj prispevek h kvalitetnejši negi. Prav oni so namreč glavni nosilci dela v timu. Ob bolniku so največ časa, le-ti pa se jim pogosto lažje zaupajo kot zdravniku.

Kajpak ne želimo prikazati vključevanje pacienta v proces zdravstvene nege kot lahko nalogo brez različnih dilem in težav, kajti te obstajajo. Pravih rešitev za nekatere probleme, s katerimi se srečujemo, še nismo našli.

Glede na izkušnje, ki jih imamo, želimo prikazati pozitivne plati takšne nege, zaradi pomanjkanja osebja ne moremo vključiti in obravnavati vseh bolnikov na oddelku po načelih procesa zdravstvene nege. Na našem oddelku za zdaj še nismo vključili vseh bolnikov, čeprav smo prepričani, da bi bilo to potrebno.

Vključili smo bolnike, ki so bili že večkrat hospitalizirani in tiste, ki so v bolnišnici že več let. Vsi namreč vemo, da se za bolnike, ki so neproblematični, neopazni, ničesar ne zahtevajo in so pogreznjeni v svoj lastni svet – takšni so ponavadi avtistični, shizofreni bolniki – ne menimo, poskrbimo le za zadovoljevanje osnovnih potreb: hranjenje, oblačenje, spanje, prejetje terapije. Prav malo pa storimo za ponovno socializacijo takšnih bolnikov, za vzdrževanje psihofizičnih aktivnosti, krepitev le-teh in pridobivanje novih.

Pozitivno mnenje o obravnavi pacienta po načelih procesa zdravstvene nege v naši bolnišnici je predvsem posledica rezultatov, ki smo jih dosegli pri delu s kroničnimi bolniki. Pri vključevanju bolnikov v proces zdravstvene nege smo se osredinili na celo vrsto problemov, za katere smo ugotavljali, da so rešljivi.

Pogosto smo se spraševali, kako to, da nekaterih problemov niso rešili že zdavnaj. To se ni zgodilo zato, ker o tem ni nihče razmišljal. Prav pri reševanju takih problemov smo člani tima občutili veliko korist obravnave pacienta po procesu zdravstvene nege. Le-ta nam namreč omogoča, da se individualno posvetimo bolniku in izluščimo probleme, ki jih sicer ne vidimo.

Naše ugotovitve bomo skušali osvetliti s prikazom procesa zdravstvene nege pri bolniku, ki ga leto dni obravnavamo tako.

Prikaz procesa zdravstvene nege pri bolniku s kronično shizofrenijo

Naše delo z bolnikom se je začelo z ugotavljanjem potreb po zdravstveni negi. Okvirni koncept za ugotavljanje potreb smo pripravili vnaprej. Potrebe smo razdelili na fizične, socialnoekonomske in psihične. Podatke smo dobili iz dokumentacije, s pomočjo lastnega opazovanja in v pogovorih z bolnikom. Pri načrtovanju procesa zdravstvene nege smo upoštevali ugotovljene individualne potrebe bolnika in zadovoljevanje le-teh prilagodili njegovemu duševnemu stanju. Že v prvi fazi procesa smo se vključili vsi člani tima. Skupaj z bolnikom smo ugotavljali potrebe, postavili prednostne cilje, načrtovali nego ter si razdelili načrtovane naloge. Dogovorili smo se tudi za tedenske sestanke, kjer smo vrednotili opravljeno delo ter tako dobili povratne informacije o kvaliteti in uspehih opravljenega dela ter načrtovali delo za naprej.

Odziv drugih članov tima na oddelku je bil ob začetku obravnave pacientov po procesu zdravstvene nege zelo pozitiven in spodbuden.

Predstavitel bolnika Bolnik I. S., rojen leta 1928, kmečki delavec, boleha za kronično shizofrenijo. V različnih bolnišnicah je preživel 26 let, zadnja štiri leta se zdravi na Univerzitetni psihiatrični kliniki v Polju.

Zdravstvena anamneza Bolnik I. S. je bil prvič sprejet v psihiatrično bolnišnico pred 26 leti – leta 1960. Bil je manifestno psihotičen, disociiran, blodnjav, nenaravnega vedenja in emocionalno bled. V bolnišnici v Polju so ga zdravili z elektrokonvulzivno terapijo in nevroleptiki, vendar se njegovo stanje ni izboljšalo. Po sedmih letih hospitalizacije v bolnišnici Polje in na Poljanskem nasipu so ga nespremenjenega premestili v Zavod za duševno in živčno bolne Hrastovec. Za čas hospitalizacije v Hrastovcu nimamo podatkov, bolnik sam pa pove le to, da je bil tam 12 let.

Leta 1979 je bil bolj po naključju premeščen v Dom oskrbovancev v Tisje, saj so od tam morali premestiti nekega zelo motečega bolnika in je tako prišlo do zamenjave. Med bivanjem v domu je ob visokih odmerkih zdravil funkcioniral kot kronični shizofrenik z defektom.

V Domu oskrbovancev Tisje je bil 3 leta, do leta 1982. Tedaj je zdrsnil v globok avtizem s katatonimi primesmi. Odklanjal je hrano, pijačo in zdravila. Potrebna je bila hospitalizacija v Polju. V začetku hospitalizacije je bil povsem avtističen, okupiran s halucinacijami in blodnim sistemom, pozneje pa je postal komunikativnejši, vključil se je v delovno terapijo in je bil premeščen na odprt oddelek.

Bolnik ima sedaj vse značilnosti kronificiranega shizofrenika. Je zelo nebogljen, samošen, tih, na oddelku sedaj še za silo funkcionira. Aktiven je v delovni terapiji – izdeluje zelo lepe tapiserije. Navezal se je na nekatere člane osebja, še zlasti na delovno terapevtko. Včasih se nasmehne, da roko v znamenje prijateljstva. Stikov z ostalimi bolniki se zelo boji, občasno dá roko – sam pravi, da le enkrat na dan – le bolniku, s katerim sedita skupaj pri mizi ob obrokih. Pravi, da si želi le miru, delavnosti, molitve, prijateljstva. Na vprašanje, kako se pri nas počuti, odgovori, da bi bil rad do smrti pri nas, po smrti pa bo šel v nebesa. Skrbi ga, da bi kaj narobe naredil in bi ga potem premestili kam drugam. To skrb večkrat izraža z veliko bojaznijo.

Anamneza o socialnoekonomskem stanju Bolnik o svojih domačih pove zelo malo. Po premisleku odgovori, da ima tri sestre in štiri brate. Eden od bratov živi doma na kmetiji, za druge ne ve. Starša sta že oba mrtva.

Iz popisov razberem, da je imel bolnik še pred leti dobre in pogoste stike z domačimi, ki pa so potem zbledeli in se pretrgali. Večkrat mi je omenil, da bi rad videl dom, kjer se je rodil, vendar bi se zopet takoj vrnil. Domov bi šel enkrat na teden, a meni, da je pot prenevarna. Ne ve tudi, če bi bilo to domačim prav. Bolnik nima nikakršnih dohodkov in je socialni podpiranec. Pri sebi skrbno hrani nekaj denarja, za katerega se zelo boji. Če bi imel

denar, pravi, da bi si vsak dan kupil kokto, dve radenski na teden – v sredo in nedeljo, še rajši vsak dan, rad ima tudi salamo in sladkarije. Želi si tudi novih toplih oblačil.

Fizično stanje in funkcioniranje

Osebna higiena. Za osebno higieno bolnik zadovoljivo skrbi. Kopa se radno enkrat na teden, jutranjo in večerno toaleta redno opravlja sam.

Problematično pa je *bolnikovo oblačenje*. Bolnik ni urejen. Oblači se preveč ali premalo, pozabi si sleči pižamo, gumba zapenja narobe itn. Poseben problem je menjavanje zgornje obleke: bolj ali manj je ves čas zamazana, ker pri hranjenju ne pazi.

Hranjenje. Bolnik uživa kašasto hrano, saj ima le dva zoba. Poje vse, včasih prosi za dodatek. Kljub temu ima nizko telesno težo.

Odvajanje. Bolnik redno prosi za odvajalne tablete, češ da sicer ne more odvajati blata. Sam pove, koliko odvajalnih tablet potrebuje.

Spanje. Pravi, da spi dobro brez uspaval.

Splošna ocena bolnikovega stanja Glede na zdravstveno stanje, dolgoletno hospitalizacijo in glede na socialnoekonomske razmere bo bolnik verjetno ostal do konca življenja v bolnišnici oziroma kakem zavodu. Naš najpomembnejši cilj pri vključitvi bolnika v proces zdravstvene nege je ohranjanje bolnikovih preostalih psihičnih in fizičnih sposobnosti in krepitev le-teh ter omogočanje zadovoljstva in občutka sreče z izpolnjevanjem želja, ki jih še izraža.

Zaključek

Vzporedno z uvajanjem nege po načelih procesa zdravstvene nege, ki pomeni aktivno sodelovanje bolnika pri zdravljenju, se je pokazala potreba po večji angažiranosti vseh bolnikov na oddelku. Razne zadolžitve in naloge, ki jih je pred tem izvajala oziroma nadzirala medicinska sestra, smo prepustili bolniku. Medicinska sestra ni več tista, ki narekuje bolnikom, kaj naj delajo, kako se naj vedejo, kaj smejo in česa ne smejo. Bolniki sami ugotavljajo probleme na oddelku, nakazujejo pravilne usmeritve in skupaj s člani tima razrešujejo konflikte, ki nastajajo v času zdravljenja v bolnišnici.

Spremenili smo naslednje stvari:

1. Uvedli smo vsakodnevne sestanke, ki jih vodijo bolniki. Določijo zadolžitve, preverjajo opravljena dela, opozarjajo in vplivajo na tiste, ki ne izvršujejo nalog.

2. Skrb za jutranje bujenje so prevzeli bolniki. Odtlej ni nikogar več, ki bi ne bil urejen ob 7.15.

3. Jutranjo televadbo vodijo bolniki. Sedaj telovadijo tudi bolniki, ki nikoli niso.

4. Vse na novo sprejete bolnike uvede v življenje na oddelku sobolnik, vsak teden drugi. Razkaže mu oddelek, določi posteljo, preskrbi perilo in ga seznanj s potekom aktivnosti na oddelku.

Izkazalo se je, da so te novosti izredno pozitivne, seveda pa niso edine in dokončne. Mislimo, da je potrebno k vsakemu novemu načinu dela pristopiti premišljeno, postopno, si postaviti le realne cilje, ki so izvedljivi, in pretehtati obe plati, pozitivno in negativno; to velja tudi za proces zdravstvene nege, pri katerem nedvomno pretehta pozitivna plat.

Milojka Lesjak
Univerzitetna psihiatrična klinika,
Ljubljana

PROCES ZDRAVSTVENE NEGE PRI BOLNIKU S KRONIČNO SHIZOFRENJO

PROBLEM	CILJI ZDRAVSTVENE NEGE	NAČRTOVANJE ZDRAVSTVENE NEGE	VREDNOTENJE ZDRAVSTVENE NEGE
Bolnik nima nobenih stikov s svojci, čeprav si jih zelo želi.	Občasni obiski na domu	Delovna terapevtka bo odposlala bolnikovim svojcem pismo in jim posredovala njegovo željo.	<ul style="list-style-type: none"> - odposlali smo pismo z bolnikovo željo po obisku. - odgovora nismo prejeli, z obiskom smo si postavili previsok cilj, zato ga je treba znižati.
	Vzpostaviti vsaj pismeni stik s sorodniki.	<p>Sprememba načrta:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● izkoristili bomo novoletne praznike in poslali sorodnikom voščila za božič in novo leto. Delovna terapevtka naj skuša bolnika pripraviti do tega, da bo sam napisal voščila. 	<ul style="list-style-type: none"> - delovna terapevtka je napisala voščilnice, bolnik jih je sam podpisal. <p>Po 14 dneh prispejo voščila od svojcev. Prvi stik po 10 letih. Objublja jo, da ga bodo obiskali. Bolnik presenečen razkazuje kartice.</p>
	Obisk na bolnikovem domu	Nov načrt: Dogovorimo se s svojci, da bo bolnik obiskal rojstni kraj.	<ul style="list-style-type: none"> - bolnik je dobil obisk, dve sestri in nečak. Prvič po toliko letih je videl sorodnike. Veliko zadovoljstvo bolnika samega in članov tima.
		<ul style="list-style-type: none"> ● naša delovna terapevtka ponudi, da bi bolnika sama pejlala z avtomobilom. ● delovna terapevtka bo poslala kartico z obvestilom o obisku. ● medicinska sestra oddelkov se zaveže, da bo uredila v zvezi s povrnitvijo stroškov prevoza. 	<ul style="list-style-type: none"> - mnenja smo, da bi bil sedaj možen obisk na bolnikovem domu.
Bolnik nima nobenih denarnih sredstev. Zelo rad ima sladkarije.	Ureditve denarnega vprašanja, priskrbitev minimalnih rednih dohodkov.	<ul style="list-style-type: none"> ● vzpostavitev stika s socialno službo. ● napišemo zahtevek za dodelitev socialne podpore oziroma žepnine. Medicinska sestra oddelka objubi, da bo v zvezi s tem govorila s socialno delavko. 	<ul style="list-style-type: none"> - socialna delavka je obveščena, objubila je, da bo zahtevek čimprej odposlala. - odgovora še vedno ni, čeprav je zahtevek odposlan.

Nov načrt:

- opozoriti socialno delavko, da še vedno čakamo na odgovor na telefonično vprašanje, kaj je z zadevo.
 - sprehod v spremstvu delovne terapevte do cerkve v Polju, pozneje v spremstvu sobolnika, ki se ga bolnik ne boji.
- Nov načrt
- Spodbujanje bolnika k sprehodom v okolici hiše. Delovna terapevka bo bolnika ob četrtkih peljala na sprehod okrog bolnišnice.
- Nov načrt
- medicinska sestra oddelkov bo telefonično vprašala, ob katerih urah je cerkev odprta.
 - medicinska sestra oddelka bo bolnika v torek popoldne, 16. 6. 1987 peljala do cerkve na sprehod.
 - spodbude k urejenemu videzu tekom celega dneva – vse osebe.
 - vsakodnevni nadzor pri oblačenju – zjutraj naj bo pri oblačenju prisotna sestra, ki naj bolnika spodbuja in mu pomaga
 - pregovoriti bolnika, da bomo zložili oblačila in izločili umazana.
- Bolnik je veren, pogosto moli, rad bi šel v cerkev, vendar se boji, da bi se na poti izgubil, ali da bi se mu kaj zgodilo.
- doseči zadovoljstvo z obiskom cerkve.
 - iztrgati bolnika iz bolnišničnega oklja.
 - povečati fizično aktivnost s sprehodom do cerkve.
- Osebna higiena je zadovoljiva, zanemarljivo zunanji izgled. Problem oblačenja in menjave perila in obleke.
- Bolnik slabo skrbi za red v omari z oblačili.
- bolj urejen zunanji videz, morebitno večje zadovoljstvo bolnika.
 - vzbuditi lastno potrebo po menjavi perila in oblačil.
 - vzbuditi potrebo po urejanju omare z oblačili.
- Bolnik je socialna delavka je sporočila, da bo žepnina nakazana na bolnišnično blagajno v roku 1 meseca.
- bolnik je slabše razpoložen, zunaj je mrzlo, veljalo bi počakati do pomladi.
 - bolnik kaže zanimanje za dogajanje zunaj hiše.
 - bolnik se redno sam sprehaja v območju bolnišnice; smiselno bi bilo razširiti sprehode izven območja bolnišnice.
 - načrt je bil uresničen. Bolnik se je uredil, oblekel v boljše obleke. Ogleдал si je cerkev, skušal moliti, vendar ne zna več. Na poti nazaj obisk slaščičarne. Veliko zadovoljstvo bolnika, sprajšeje o ponovnem obisku.
 - bolnika smo pričeli dosledno opozarjati na izgled, na opozorila se je pričel odzivati.
 - bolnik se sedaj tudi sam spomni in pove, da je potrebno dati perilo v pranje.
 - po dolgotrajnem prigovarjanju smo skupaj z bolnikom uredili omaro. Bolnik je izredno zadovoljen.
 - nadzor nad urejenostjo bolnika se nadaljuje, vrednotenje zelo pozitivno.

PROBLEM	CILJI ZDRAVSTVENE NEGE	NAČRTOVANJE ZDRAVSTVENE NEGE	VREDNOTENJE ZDRAVSTVENE NEGE
Defekacija. Redno toži, da brez odvajal ne more odvajati blata. Vsak dan prosi za odvajala, katerih količino sam določi.	<ul style="list-style-type: none"> – doseči normalno odvajanje brez odvajalnih tablet. 	<ul style="list-style-type: none"> ● pogovor medicinske sestre oddelka z bolnikom o škodljivosti prekomernega jemanja odvajalnih tablet. ● poskrbimo za 1 liter Radenske na dan, ● zadolžimo strežnico v kuhinji, ● nadzorujemo pogostost odvajanja, ● beležimo. <p>Nov načrt</p> <ul style="list-style-type: none"> ● dosledno upoštevanje dogovora vseh članov tima, da bolniku ne bomo več dajali odvajalnih tablet. 	<ul style="list-style-type: none"> – bolnik odvaja redno brez odvajalnih tablet, čeprav občasno še prosi zanje. – osebe se dosledno drži dogovora, ob ponovni bolnikovi prošnji mu odgovorimo, da jih vendar ne rabimo več, ker dobiva Radensko, ki dobro vpliva na prebavo. Bolnik odgovoru potrди, pove, da je pozabil, se nasmehne in odide. <p>Postavljeni cilj smo v celoti dosegli.</p> <ul style="list-style-type: none"> – veliko zadovoljstvo bolnika ob dobljeni malici in Radenski. Pravi, da je to najboljša stvar na svetu. <p>Zastavimo si nov, zahtevnejši cilj.</p>
Hranjenje: Bolnik občasno prosi za več hrane – je suh.	<ul style="list-style-type: none"> – zadovoljitev bolnikovih želja, – boljše splošno počutje – zvišanje telesne teže 	<p>Redno tehtanje.</p> <p>Sprememba v načrtu po vrednotenju: Začnemo opozarjati bolnika na uro malice in ga vzpodbudimo, da bo šel sam ponjo v čajno kuhinjo.</p> <p>Opozori naj ga tehnik oziroma strežnica v kuhinji.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – bolnik sam, brez opozoril prihaja po malico. Spodbudili smo novo aktivnost. <p>Cilj je v celoti dosežen.</p>
Komuniciranje – bolnik se boji stikov s sobolniki, najraje izdeluje tapiserije v prostoru, kjer je sam. Občasno preneha z delom, kadar ga nekateri bolniki preveč ogovarjajo.	<ul style="list-style-type: none"> – doseči večjo komunikativnost. – vzdrževati delovno aktivnost bolnika. 	<p>Postopna vključitev v skupinski dejavnosti v okviru delovne terapije.</p> <p>Opozarjati sobolnike na obrzrnost.</p> <p>Direktni poziv na sestankih terapevtske skupnosti.</p> <p>Pohvala za narejene izdelke.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – še vedno je sam zase, boji se ljudi okoli sebe. <p>Bolniki ga ne dražijo toliko kot prej.</p> <ul style="list-style-type: none"> – bolnik je prenehal z delom, češ, da je z delom končal do konca življenja. <p>Naredimo nov načrt in cilj.</p>

- doseči ponovno aktiviranje bolnika v okviru delovne terapije.
- doseči pravi trenutek in se z bolnikom obzirno pogovoriti v zvezi s prenehanjem dela. Pogovor naj opravi medicinska sestra oddelka ali delovna terapevtka.
- pove, da ne bo več delal. Pojasni mo mu, da si torej ne zasluži več malice, potem se dogovorimo, da bo dobil dva tedna dopusta in boljše malico. Po 14 dneh je pričel zopet delati in prejemati izdatnejšo malico, kar je takoj opazil.

PROCES ZDRAVSTVENE NEGE PRI DEPRESIVNI BOLNICI

POTREBE	CILJI ZDRAVSTVENE NEGE	NAČRT ZDRAVSTVENE NEGE	VREDNOTENJE ZDRAVSTVENE NEGE
Somatsko stanje 1987	– uživanje zadostne količine hrane in tekočine	● pacientka naj je pri mizi, kjer bodo pacientke pozitivno vplivale nanjo,	4. 8. Pacientka posamezne obroke odkloni, vendar potem na prigovarjanje le poje dovolj.
Pacientka se ne hrani sama		● ponuditi manjše obroke hrane, s prigranem poskušati doseči, da bo sama jedla, če ne je sama, jo hrani sestra,	11. 8. Pacientka se sama zadovoljivo hrani.
Ne skrbi za osebno higieno	– urejenost pacientke	● ponuditi večkrat čaj, dopoldansko, popoldansko malico, zapisati zaužito količino hrane in pijače.	
		● sestra uredi pacientko	4. 8. Pacientka se po prigovarjanju sama uredi.
		● s prigranem poskuša doseči, da bo sama začela skrbeti za higieno	11. 8. Samostojno skrbi za osebno higieno.

PROBLEM	CILJI ZDRAVSTVENE NEGE	NAČRTOVANJE ZDRAVSTVENE NEGE	VREDNOTENJE ZDRAVSTVENE NEGE
Slabo spi – se prebuja (boji se, da jo bo nekdo ubil)	<ul style="list-style-type: none"> – miren spanec 	<ul style="list-style-type: none"> ● pogovor sestre, da je bolnica varna, zagotoviti ji, da bo pazila nanjo ● pacientko pred spanjem urediti ● uspavala po potrebi v predpisani dozi 	<p>4. 8. Pacientka še slabo spi, prepriča se zvečer, če so vrata zaklenjena, če so okna zaščitena, večkrat vstane in se želi pogovarjati s sestro.</p> <p>11. 8. Se vedno slabo spi, vendar je mirna.</p>
Duševno stanje 30. 7. 1987 Dezorientirana v kraju in času	<ul style="list-style-type: none"> – krajevna in časovna orientiranost 	<ul style="list-style-type: none"> ● individualni pogovori sestre in ostalih članov tima, večkrat dnevno razložiti pacientki, kje je, zakaj je v bolnišnici ● peljati pacientko na sprehod 	<p>4. 8. Pacientka časovno orientirana, občasno zatrjuje, da ni v bolnišnici, ker je zdrava, pač pa je v zaporu, sprehod odklanja.</p>
Nemir – pacientka se obtožuje, je obupana, neupljiva, brani se terapije in vseh preiskav	<ul style="list-style-type: none"> – pomiriti pacientko – doseči kritičnost do bolezni – pridobiti zaupanje – redno prejemanje vse predpisane terapije 	<ul style="list-style-type: none"> ● miren pristop, nevsiljiv pogovor o vsakodnevnih opravilih ● delovna terapevtska poskušnja vključiti pacientko v razne aktivnosti ● vzpodbuditi sopicientko, kateri pacientka zaupa, da ji bo v oporo ● pred vsako preiskavo pogovor s pacientko ● pogovor o pomembnosti zdravlil in rednem jemanju ● pri infuziji stalno prisotnost sestre 	<p>4. 8. Terapijo vzame, ker se je vdala v usodo, ker nima več moči, da bi se branila.</p> <p>Na vse preiskave gre s strahom, da jo peljemo ubit.</p> <p>11. 8. Pacientka postala vedrejša, aktivna pri delovni terapiji, želi se pogovarjati.</p> <p>Svoje stanje sprejema kot bolezen</p> <p>Terapijo vzame.</p>
Socialno stanje 30. 7. 1987 Pacientka živi sama na dokaj veliki kmetiji, ima živino	<ul style="list-style-type: none"> – poskrbeti za živino 	<ul style="list-style-type: none"> ● predstavitev problema socialni delavki 	<p>4. 8. Na kmetijo je začasno prišla upokojena pacientkina sestra.</p>

DELO PO PROCESU ZDRAVSTVENE NEGE NA SPREJEMNEM ODDELKU

Sam prihod in sprejem v psihiatrično ustanovo ostane v spominu bolnika za vselej in izjave intenziven psihološki pritisk. Ne glede na to ali je bolnik miren ali agresiven, depresiven ali maničen, vselej ga spremlja izrazit strah, počuti se ogroženega.

Trdnih pravil, kako naj medicinska sestra vzpostavi stik z bolnikom s takšnim ali drugačnim bolezenskim sindromom, ni. Prav tako ne vemo, kako se bo posamezni bolnik odzval. Naše osnovno pomagalo je topla beseda; ko medicinski sestri uspe vzpostaviti dober stik, je lahko prepričana, da jo bo bolnik sprejel.

Zdravljenje in nega duševnega bolnika se razlikujeta od nege in zdravljenja somatskega bolnika, poleg tega somatski bolniki ne ogrožajo varnosti okolice in sebe, medtem ko duševni bolniki, seveda ne vsi, predstavljajo stalno potencialno nevarnost zase in za svojo okolico.

Osnovne dejavnosti sprejemnega oddelka:

- sprejemanje večine na novo sprejetih bolnic v Univerzitetni psihiatrični kliniki; število in časa sprejema ne moremo predvideti, prav tako ne patologije, stopnje avto-oziroma heteroagresivnosti,

- varovanje in vodenje manifestno psihotičnih bolnic; bolnice so na oddelku toliko časa, da mine nevarnost avto-oziroma heteroagresivnosti,

- diagnostika in terapija bolnic,

- pedagoška dejavnost,

- socioterapevtske in psihoterapevtske dejavnosti.

Načrtovanje nege na sprejemnem oddelku je izredno kratkoročno, velikokrat v začetku neizvedljivo, ker so načini odzivanja duševnih bolnikov večidel nepredvidljivi, psihopatološka doživljanja usmerijo bolnika v povsem drugačna dejanja in oblike vedenja, kot si jih sam želi. Medicinska sestra mora v teh situacijah reagirati na najbolj ustrezen način, ne glede na načrt nege.

Naše osnovno vodilo je razrešitev tistih aktualnih problemov, ki bolnika zadržujejo na sprejemnem oddelku.

Prav tako imamo izredne težave pri zbiranju podatkov in informacij. Uporabnih avtoanamnestičnih podatkov velikokrat ni (maničen bolnik trdi, da je zdrav, brez kakršnihkoli problemov in težav . . . , depresiven trdi, da je vse propadlo, da ni nič vredno), ko pa se pacient toliko uredi, da bi lahko skupaj z njim načrtovali in izvajali nego, da bi sodeloval v procesu zdravljenja in rehabilitacije, pa je premeščen na odprti oddelek.

Proces zdravstvene nege pri depresivni bolnici

B. A., rojena 1925, je bila 30. 7. 1987 sprejeta v bolnišnico z diagnozo prolongirana depresivna reakcija.

Rodila se je v kmečki družini, je četrta od šestih otrok. Imela je lepo otroštvo, čeprav so bili drugačni časi in se je težje živelo. Starša sta se razumela, nikoli se niso prepirali. Bila je živahna, veder otrok. Učila se je zlahka, končala je osnovno šolo, rada bi študirala, pa ni imela možnosti. Med vojno je bila dve leti pri sorodnikih v Medjimurju. Kasneje se je vrnila domov, kjer je delala na kmetiji. Pot jo je nato znesla na Zadružno kmetijsko posestvo v Litiji, kjer je delala precej let. V tem kraju je spoznala tudi bodočega moža. Poročila se je stara 41 let, otrok ni imela, čeprav sta si jih z možem želela. Zelo sta bila navezana drug na drugega, veliko sta delala, znala pa sta se tudi poveseliti. Z vsemi sosedi se je dobro razumela, pomagali so si med seboj. Vedno je bila zdrava, razen enkrat, ko je bila zaradi sklepne revme v bolnišnici in zdravilišču. Ne pije in ne kadi. Julija se je mož smrtno ponesrečil. Od takrat se je njeno življenje spremenilo. Bila je žalostna, obupana. Tri mesece ji je pri delu večkrat pomagala moževa sestra. Po smrti moža je veliko jokala, pozneje ne več, v glavnem je premišljevala, zemlje ni mogla več obdelovati. Občutek, da domačija propada, je bil hujši, kot dejstvo, da moža ni več. Njeno stanje se je še poslabšalo, ko je

možev brat prišel na obisk iz Avstrije. Že od moževe smrti se čuti odgovorno njegovemu bratu, da bi ohranila njegov dom v dobrem stanju.

Bolnica je prvič sprejeta na psihiatrično kliniko. Pripelje jo sosed, ki pove, da pacientka že nekaj časa tava okoli hiše, neurejena, prestrašena, živi sama; ne skrbi za živino.

Ob sprejemu je v črnini, tiha, na vprašanja ne odgovarja, ne zanima se za okolico, odklanja hrano, potem postane agitirana, nemirno hodi po oddelku, pripoveduje, da je nihče ne mara, sprašuje, kdaj jo bomo poslali v smrt, krajevno in časovno neorientirana, ponoči se prebujala.

Fani Tisu,
Univerzitetna psihiatrična klinika,
Ljubljana-Polje

PPROCES ZDRAVSTVENE NEGE V ZAVODU HRASTOVEC

Predstavitev Zavoda za duševno in živčno bolne Hrastovec-Trate

Zavod za duševno in živčno bolne Hrastovec-Trate je republiška ustanova, ki je bila ustanovljena leta 1948. Tega leta so se v zavodu naselili otroci in odrasli, ki so prišli iz zavetišča Sv. Jožefa iz Ljubljane. Otroci so ostali v zavodu Hrastovec do leta 1953. Takrat je bil ustanovljen zavod v Dornavi, kamor so se preselili otroci in ki je prevzel nadaljnjo skrb za duševno prizadete otroke. Leta 1956 se priključi zavodu Hrastovec »Dom za stare« na Tratah. Oba tedanja domova sta bila graščini iz XII. stoletja, med seboj oddaljeni 23 km; kasneje, leta 1974 in 1976 pa sta bili v Hrastovcu še na novo zgrajeni stavbi – depandansa A in depandansa B. Danes šteje celotna kapaciteta zavoda 720 postelj, od tega v Hrastovcu z depandansama 460 in v gradu Trate 260.

Zavod za duševno in živčno bolne je poseben socialni zavod, ki nudi oskrbo in varstvo:

- odraslim trajno duševno prizadetim osebam (oligofrenim in dementnim), ki se niso, niti se ne morejo habilitirati in ne morejo živeti samostojno,
- odraslim duševno in živčno bolnim osebam pri katerih je bila aktivna terapija neuspešna, je pa možna interna rehabilitacija, a zaradi svoje asocialnosti ne morejo biti v domači oskrbi.

Danes je za sprejem v zavod odločilna medicinska oziroma psihiatrična indikacija; s tako usmeritvijo zavoda je postal le-ta tudi sestavni del celotnega psihiatričnega varstva v SR Sloveniji. Od leta 1977 pa zavod izvaja tudi obvezni varnostni ukrep zdravljenja in varstva posameznih pacientov, za katere je ob sodnem izreku varnostnega ukrepa tako predlagala republiška posvetovalna komisija pri Republiškem sekretariatu za pravosodje in upravo. Seveda tudi za te oskrbovance velja, da mora biti prisotna medicinska indikacija; tudi način njihovega zdravljenja in oskrbe v zavodu je enak kot pri vseh ostalih oskrbovancih. Sedaj in po podatkih iz zadnjih let je med zavodsko populacijo oskrbovancev največ oligofrenih, se pravi duševno manjrazvitih različnih stopenj. Teh je prek dve tretjini vseh oskrbovancev; poleg njih pa so z večjim deležem zastopani še nekateri kronični duševni bolniki (shizofreni) in duševno spremenjeni epileptiki, po nekaj hudo organsko prizadetih alkoholikov in bolnikov, ki so jim možganske funkcije že pred starostjo znatno opešale zaradi organskih okvar (posledice degenerativnih bolezni, poškodb). Mnogi oskrbovanci so tudi telesno prizadeti (prirojene motnje, posledice možganskih obporodnih krvavitev, ovirana motorika pri psihotičnih ipd.).

Ustrezno stanju in potrebam naših bolnikov organizira zavod določene oblike rehabilitacije, zaposlitve, resocializacije, rekreacije ter še druge dejavnosti, ki pripomorejo k dobremu počutju bolnikov.

Nove terapevtske možnosti za patologijo naših bolnikov (medikamentozna terapija, socioterapija, grupna terapija . . .) omogočajo marsikdaj dokajšnje izboljšanje ali za zdravljenje bolni našega bolnika, zato odpusti iz zavoda v zadnjih letih niso več redki (230 v desetih letih, od tega 26 v rejniško družino).

S tem izgublja zavod karakteristike »azila« z vsemi svojimi negativnimi (v nas izoblikovanimi) mnenji in lastnostmi.

Proces zdravstvene nege oligofrenega oskrbovanca

31-letni S. Ž., brez poklica, je bil 25. 9. 1986 zaradi nevodljivosti v domačem okolju sprejet v Zavod za duševno in živčno bolne Hrastovec-Trate z diagnozo oligofrenija – idiotija.

Telesno stanje.

- Vitalni znaki: krvni pritisk in srčni utrip v mejah normale, afebrilen.
- Pokretnost: dobro pokreten.
- Hranjenje: hrano nosi v usta z roko.
- Osebna higiena: čist, poraščen po bradi, dolgi lasje.
- Prebava: brez posebnosti.
- Vid, sluh: brez posebnosti.
- Spanje: občasno ponoči ne spi.
- Posebnosti: ne govori, stika z njim ni mogoče vzpostaviti.

Socialnoekonomsko stanje Izhaja iz kmečke družine. Živel je na oddaljeni kmetiji skupaj s starši in duševno prizadetim bratom. Tudi oče je bil duševni bolnik (en mesec pred sprejemom sina S. v zavod je storil samomor). Oče ni komuniciral z okolico, na sina S. je bil zelo navezan in se je hudo bal, da mu ga bodo vzeli. Komisija za razvrščanje ga je leta 1967 pregledala in predlagala oddajo v Mladinski zaščitni dom v Dornavo. Oče se s tem ni strinjal. Če je moral sam od doma, je sina S. doma zaklepal ali celo privezal, tudi spal je z njim. Po besedah matere ga je imel zelo rad in je vedno želel, da ne bi umrl prej kot otrok, da le-ta ne bi prišel v tuje roke. Skrbel je, da S. ni bil nikoli lačen, ni pa ga poskušal česar koli naučiti. Kmetija stoji na samem, odmaknjena od vasi. Vse je zelo zapuščeno in zanemarjeno. Mati ima kmečko pokojnino. S. prejema nadomestilo za invalidnost, občasno prejema družbeno denarno pomoč.

S. doma ni nikoli nič delal, hodil je po vrtu, hiši, po dvorišču je pobiral sadje, na vrtu česen, čebulo in jedel.

Duševno stanje Oskrbovanec s pogledom reagira na glasnejšo besedo, stika z njim ni mogoče vzpostaviti. Ne govori, le večkrat na dan reče oziroma zapoje: »Kaj si pa to naredu?« Na oddelku je miren, vedno se drži z roko za glavo, oko ali nos. Ne odzdravi niti s kretnjo, na povabilo ne sede. Na ponujeno roko se pa takoj odzove in tudi sam seže vanjo. Nenehno nekaj vrtil med prsti ali »cufa«. Do osebj in oskrbovancev ni agresiven.

Končno vrednotenje junija 1987. Trga veliko manj. Se ne slači in tudi sopacientov ne. Ponoči spi. Zelo rad jé, med obroki dobi kruh, (je suh – tehta 63 kg). Hrano jé z žlico, če smo ob njem. Drugače še seže v krožnik z roko. Opravljanja male in velike potrebe na stranišču pa ga še nismo uspeli naučiti. Nadaljevali bomo z učenjem – upamo in želimo, da bi nam uspelo – saj bomo s tem pomagali pacientu, pa tudi nam olajšali delo.

Mira Šilec,
Zavod za duševno in živčno bolne
Hrastovec-Trate,

PROCES ZDRAVSTVENE NEGE V ZAVODU HRASTOVEC

POTREBE	CILJI ZDRAVSTVENE NEGE	NAČRT ZDRAVSTVENE NEGE	VREDNOTENJE ZDRAVSTVENE NEGE
5. 10. 86 → uživa hrano z rokami	jedel bo z žlico	<ul style="list-style-type: none"> ● pri vsakem obroku ga najprej hranite, nato mu dajte v roko žlico in mu pomagajte, da si jo nese v usta ● ob njem naj sedita pacient R. in J., ki lepo jesta – vzgled ● ob hranjenju mu prigovarjajte, kako lepo je z žlico – pohvala ● z levo roko mora držati krožnik, drugače gre z njo med hrano 	<p>5. 12. 1986 ugotovimo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ponujeno žlico prime z desno roko ● gosto hrano poje z žlico ● tekočo hrano s krožnika popije ● vendar je z žlico le v naši prisotnosti, če ni ob njem nikogar, je z roko ● cilja še nismo dosegli ● nadaljevali bomo z učenjem – potrebno bo še veliko dela
12. 10. 86 → zelo trga osebno perilo	ne bo trgal perila, ponoči bo spal	<ul style="list-style-type: none"> ● sestra A. naj obvesti psihiatra ● v roke mu dajte kos elastike ali kakšno gumijasto igrabo 	<ul style="list-style-type: none"> ● psihiater mu je predpisal medikamentozno terapijo ● priskrbeli smo mu gumijasto igrabo – račko. Ima jo zelo rad, si jo ogleduje, pozornosti pa mu prav dolgo ne pritegne, saj kmalu spet trga
3. 11. 86 → nima osvojenih higienskih navad – se pomoči, veliko potrebo opravi velikokrat zraven postelje	opravljanje male in velike potrebe na stranišču	<ul style="list-style-type: none"> ● čimvečkrat ga bomo peljali na stranišče – obvezno pa pred vsakim obrokom 	<ul style="list-style-type: none"> ● na stranišče gre brez upiranja ● stopi na školjko in počene ● še ne opravlja potrebe na stranišču ● potrebno bo še veliko vaje in potrpljenja

strokovno izpopolnjevanje

STROKOVNO IZPOPOLNJEVANJE ZA STROKOVNE VODJE NEGOVALNIH TIMOV

V času od 5.–8. maja 1987 je bilo v prostorih Kolaborativnega centra Svetovne zdravstvene organizacije za primarno zdravstveno nego v Mariboru strokovno izpopolnjevanje za strokovne vodje negovalnih timov. Izpopolnjevanje je vodila strokovnjakinja s področja zdravstvene nege gospa Geneviève Dechanoz iz Lyona, katere obisk je omogočila Zdravstvena skupnost Slovenije. Seminarja so se udeležile medicinske sestre, ki so odgovorne za organizacijo in razvoj zdravstvene nege in ki že sodelujejo s Kolaborativnim centrom v programih razvoja nege. Udeleženke so bile iz različnih zdravstvenih ustanov Slovenije in iz Beograda.

Program izpopolnjevanja je potekal 4 dni od jutra do večera, zelo intenzivno, s popolnanskim delom po skupinah.

V programu so bile predstavljene naslednje teme: normativi zdravstvenih storitev v Sloveniji, ki jih je predstavil dr. Toth, vse ostale teme pa gospa Dechanoz, in sicer:

- potrebe hospitaliziranih bolnikov po zdravstveni negi,
- predstavitev standardov zdravstvene nege,
- spremljanje kvalitete dela,
- vodenje strokovnega tima,
- kadrovska politika – predstavitev francoskega vzorca,
- organizacija zdravstvene nege na hospitalnem vzorcu,
- terminologija in dokumentacija zdravstvene nege,
- priprava na evropsko konferenco o zdravstveni negi, Dunaj 1988.

Po predstavljenih temah so udeleženke razpravljale o enaki problematiki s svojega delovnega področja, zavzele stališča o našem jugoslovanskem nivoju zdravstvene nege in se dogovorile za predloge, pobude in možne usmeritve za nadaljnji razvoj zdravstvene nege.

Če naj naštejemo le nekaj pomembnejših misli iz predavanj vodje seminarja in nekaj pomembnejših zaključkov udeleženk seminarja, bi omenila predvsem naslednje:

– V Franciji je bilo narejenih več raziskav o potrebah hospitaliziranih bolnikov po zdravstveni negi. Splošna ugotovitev teh raziskav je bila, da večina medicinskih sester dela za bolnika, dosti manj pa z bolnikom, kar je pogoj za aktivacijo bolnika pri zdravljenju in pravičen odnos bolnika do bolezni in do zdravja. Z uvajanjem nege po procesu zdravstvene nege pričakujejo spremembe.

– Pomembna tema o standardih zdravstvene nege in spremljanju kvalitete dela je udeleženke seminarja spodbudila k zaključku, da naši standardi in normativi s področja zdravstvene nege upoštevajo le kvantitativni del dejavnosti v smislu medicinsko tehničnih postopkov, ne upoštevajo pa celotnega procesa zdravstvene nege. Izoblikoval se je predlog, da je za področje zdravstvene nege potrebno pripraviti standarde, ker bomo samo tako lahko spremljali kvalitete svojega dela.

– »Vroča« tema izpopolnjevanje je bila tudi samostojnost medicinskih sester pri načrtovanju zdravstvene nege in strokovni nadzor kvalitete opravljene nege. Izoblikovalo se je mnenje, da morajo biti vodje službe zdravstvene nege odgovorni za strokovni nadzor in spremljati strokovno raven dela.

Izpopolnjevanje je bilo intenzivno in koristno za vse udeleženke. Predloge zaključkov seminarja smo posredovali širšemu krogu ljudi, ki vplivajo na razvoj zdravstvene nege.

Še zlasti moramo pohvaliti izjemno gostoljubnost mariborskih medicinskih sester, ki niso skrbele samo za tehnično izvedbo seminarja, ampak tudi za prijetno počutje in družabni del seminarja.

Ladi Škerbinek, Ljubljana