



Pregledni znanstveni članek / Review article

OBRAVNAVA SAMOMORILNO OGROŽENEGA PACIENTA

TREATMENT OF PATIENTS AT RISK OF SUICIDE

Branko Bregar

Ključne besede: zdravstvena nega, medicinske sestre, preprečevanje samomorov

IZVLEČEK

Izhodišča: Obravnava samomorilno ogroženega pacienta je v klinični praksi zahtevna naloga. V Sloveniji je področje deležno posebnega zanimanja, saj je količnik samomorov med višjimi v Evropi. Za zdravstvene strokovnjake je pomembno, da imajo dovolj znanja za pravočasno ukrepanje pri pacientih, saj podatki izkazujejo, da je veliko pacientov pred uspešno izvedenim samomorom vzpostavilo stik in iskalo pomoč v zdravstvenih ustanovah. Namen članka je osvetliti prakso zdravstvene nege na tem področju pri nas in v tujini ter priporočiti nekatere nove pristope.

Metode: Pri pregledu literature v digitalnem arhivu Obzornika zdravstvene nege in bazi podatkov ScienceDirect smo uporabili ključne iskalne besede v slovenskem (samomor) in angleškem jeziku (suicidal, patient, nursing, care, psychiatry). Raziskovalno vprašanje, ki smo si ga zastavili, je bilo: Kako izvajalci zdravstvene nege v različnih delovnih okoljih pristopajo k zdravstveni negi samomorilno ogroženega pacienta?

Diskusija in zaključki: Slovenski avtorji se pri obravnavi samomorilno ogroženega pacienta najpogosteje omejujejo na odnos izvajalcev zdravstvene nege do pacienta, ki je samomorilno ogrožen. Tuji avtorji področje raziskujejo širše in pogosto iščejo stroškovno najbolj učinkovite pristope za delo na tem področju. Zdravstvena nega ni usmerjena samo v zagotavljanje varnosti, ampak tudi k socioterapevtski podpori. Zaključimo lahko, da kakovosten odnos odlikujejo trije elementi: usmerjena empatija, neposesivna bližina in pristnost v odnosu. Pomembno je, da izvajalce zdravstvene nege opolnomočimo z novimi znanji za avtonomnejše delo na tem področju.

Key words: nursing, nurses, suicide prevention

ABSTRACT

Introduction: The treatment of suicidal patients in clinical practice is a demanding task and responsibility, reaching beyond the doors of psychiatric institutions. The suicide rate in Slovenia is above the average suicide prevalence rates in Europe and therefore deserves our special attention. Health professionals should have adequate knowledge for effective and timely intervention. According to the available data, several patients related their feelings to health professionals and sought medical help before committing suicide. The purpose of this article is to present some strategies for reducing this serious public health threat as practiced in Slovenia and abroad, and to recommend some new ones.

Methods: A review of existing literature in the Slovene and English language was conducted using the key words 'samomor' and 'suicidal, patient, nursing, care, psychiatry'. The digital archive of the Slovenian Nursing Review and the Science Direct Database were reviewed for the relevant research.

Discussion and conclusion: Slovenian authors are primarily focused on the relationship of nursing care providers with suicidal patients. Foreign authors commonly widen their research to more cost-effective strategies of suicide prevention. Nursing of suicidal patients should not be limited only to the safety of the patients but also to the provision of help and socio-therapeutic support for a successful return to normal life. The factors that determine the establishment of a successful therapeutic relationship are empathy, non-possessive closeness and genuineness. Nursing professionals should therefore acquire adequate skills for more autonomous work in this field.

pred. mag. Branko Bregar, dipl. zn.

Psihiatrična klinika Ljubljana, Center za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog, Studenec 48, 1000 Ljubljana

Kontaktne e-naslov / Correspondence e-mail: branko.bregar@psih-klinika.si

Prispelo / Received: 6. 9. 2011; Sprejeto / Accepted: 14. 10. 2011

Uvod

Zaposleni v zdravstveni negi na področju psihiatrije se pogosto soočajo s samomorilno ogroženimi pacienti, toda delo s temi pacienti ni omejeno samo na psihiatrične bolnišnice. V stik z njimi prihajajo tudi zaposleni na drugih področjih, kjer v vsakdanji klinični praksi skrb zanje ni tako pogosta in je zato še bolj zahtevna. Predvideva se, da so psihiatrična strokovna znanja pri zdravstvenih delavcih, ki so zaposleni zunaj psihiatričnih bolnišnic, skromnejša. Za zdravstvene delavce je usposabljanje na tem področju potrebno, saj do poskusov samomorov in samomorov prihaja na vseh področjih njihovega delovanja. Zaposleni v zdravstveni negi izven psihiatričnega področja torej prav tako potrebujejo dodatna znanja za prepoznavanje samomorilnega vedenja, za učinkovito preprečevanje samomorov in za delo s samomorilno ogroženimi pacienti (Ançel, 2006; Wikström, 2003). Posebno odgovornost nosijo zaposleni na primarnem nivoju zdravstvenega varstva. Raziskave namreč kažejo, da zaposleni na tem nivoju pogosto spregledajo samomorilno ogroženost pacientov, čeprav bi morali prav oni v prvi vrsti predstavljati »ščit« pri prepoznavi samomorilne ogroženosti in s tem povečati varnost zdravstvene obravnave (Varghese, Gray, 2011; Mann et al., 2005).

Statistični podatki kažejo, da zdravstveni delavci niso posebno uspešni pri prepoznavi samomorilno ogroženih oseb oz. pri preprečevanju tega pojava, saj je veliko (40–60 %) oseb, ki je naredilo samomor, v tednu pred dogodkom iskalo pomoč v zdravstvenih institucijah (Brendel et al., 2010; Žmitek, 1999).

Nekatera za prepoznavanje samomorilno ogroženih pacientov pomembna dejstva

Le majhen delež samomorov je nepredvidljivih. Pri več kot polovici (nekateri navajajo več kot 70 %) gre za osebe, ki imajo samomorilne težnje in so zaradi svojih težav pred samim samomorilnim dejanjem bili v stiku z zdravstvenimi institucijami (Luoma, Martin, Pearson, 2002; Sudak et al., 2007; Brendel et al., 2010). Dokazano je tudi, da nekatere bolezni predstavljajo rizične dejavnike za samomor. Med te bolezni spadajo psihiatrične motnje, posebno depresije in bolezni odvisnosti (alkoholizem), ter nekatere kronične bolezni (Stovall, Domino, 2003; Ries et al., 2009; Brendel et al., 2010).

Epidemiološki podatki Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) (Bertolote, Fleischmann, 2002) kažejo, da je kar en milijon ljudi svetovnega prebivalstva umrlo zaradi samomora. To pomeni 16 smrti zaradi samomora na 100.000 prebivalcev. Statistični podatki kažejo, da se Slovenija uvršča med države, ki je s samomori močno obremenjena. Slovenija spada med države Evropske unije (EU), kjer je problematika

samomorov zelo visoka (18,4 samomorov na 100.000 prebivalcev) (Mental, 2011). Po podatkih SZO (Mental, 2011) se uvrščamo med prve štiri države sveta, takoj za Litvo (30,7 samomorov na 100.000 prebivalcev), Madžarsko (21,5 samomorov na 100.000 prebivalcev) in Finsko (18,5 samomorov na 100.000 prebivalcev).

Primerjava s podatki za leto 2006 (Razpredelnica 1) kaže, da pri obravnavi ogroženih skupin prebivalcev vendarle tudi na tem področju prihaja do določenih uspehov. V zadnjem desetletju je incidenca samomorov nekoliko upadla. V obdobju med 1997 in 2008 se je količnik samomorov gibal med 31,00 (leta 1998) in 20,08 (leta 2008). Upad incidence samomorov je v tem obdobju opazen pri ženskah (15,21 leta 2000, 8,17 leta 2008) in še izraziteje pri moških (49,89 leta 1998, 32,27 leta 2008). V zadnjih letih je bila razlika v številu storjenih samomorov med moškimi in ženskami največja leta 1997 in najmanjša leta 2004: na vsak ženski samomor se je leta 1997 zgodilo 4,2 moških samomorov, leta 2004 pa 2,7 (Vrdelja, 2010). Po podatkih Centers for Disease Control and Prevention (Suicide, 2008) in National Center for Injury Prevention and Control (Web-based, 2010) je naraščanje samomorilnosti zaskrbljujoče tudi med mladimi, kjer je opažena incidenca pri osebah pod 14. letom nizka, vendar se povprečni incidenci za odrasle približuje že pri 19. letih in je v starostni skupini od 15.–24. leta tretji vzrok smrti (Dehay et al., 2009).

Prepoznavna samomorilno ogroženih pacientov

Pri večini pacientov je z razumevajočim pristopom strokovnega delavca samomorilne namene mogoče prepoznati. Nekateri avtorji trdijo, da le redki pacienti zanikajo samomorilne namene, če so o tem naravnost vprašani (Gask, Morriss, 2008), zato so znanja in spretnosti strokovnih delavcev na tem področju izredno pomembni. Posebna pozornost mora biti usmerjena k pacientom, ki so nagnjeni k samopoškodbam oziroma že iščejo pomoč, ker se bojijo, da se bodo samopoškodovali, in pri tistih, za katere sumimo, da so depresivni ter pod vplivom psihoaktivnih substanc (PAS). Pozornost velja namenjati predvsem tistim samopoškodbenim vedenjem, ki so namerna, saj imajo izvajalci zdravstvene nege pri obravnavi takih pacientov lahko negativna prepričanja, kar lahko vpliva na kakovost izvedene zdravstvene nege in na nevarnost ponavljanja namernih samopoškodb, ki lahko vodijo tudi v pogubne posledice (Hurry, Storey, 2000; Watson, 2000; Rayner, Allen, Johnson, 2005; McCarthy, Gijbels, 2010).

Obstaja prepričanje, da lahko spraševanje pacienta o samomorilnih namelih poveča možnosti za samopoškodbe ali samomor. Nekateri avtorji (Mann et al., 2005; Joiner et al., 2007; Shain, 2007; Gask, Morriss, 2008; Groleger, 2009) trdijo, da je tako prepričanje zmotno, saj pacientu ne moremo »vsaditi ideje« ki je

prej ni imel. Prav tako večina pacientov občuti olajšanje, ko lahko spregovorijo o svojih težavah. Zavedati se moramo, da pri pacientu samomorilnega namena ne moremo odkriti brez usmerjenega pogovora in ostalih koristnih informacij, ki jih lahko pridobimo iz okolice. Ocena ogroženosti mora obsegati oceno prisotnosti težkih življenjskih okoliščin, duševne motnje, zlorabe PAS ter ugotavljanje preteklih poskusov samomora ipd. (Shain, 2007; Gask, Morriss, 2008; Vitiello, Pearson, 2008; Groleger, 2009). Izredno pomemben je tudi razumevajoč pristop strokovnjaka pri obravnavi pacientov, ki so samomorilno ogroženi.

Razpredelnica 1: *Incidenca samomorov v državah EU v letu 2006 (Božič, 2008)*

Table 1: *Incidence of suicides for the EU in 2006*

Država/State	Incidenca samomorov (število smrti zaradi samomorov na 100.000 prebivalcev) / Incidence of suicide (total number of suicide per 100.000 inhabitants)
Litva	28,9
Slovenija	22,8
Madžarska	21,8
Latvija	19,3
Finska	19
Estonija	16,2
Poljska	14,3
Avstrija	13,4
Češka	12,2
Švedska	12
povprečje v EU-27	10,6

Pri prepoznavanju samomorilno ogroženih pacientov je nujno oceniti misli o brezupnosti in nemoči. Brezup označuje občutke, da sedanja situacija ni samo neznosna, ampak tudi ne bo boljša v prihodnosti. Nemoč je pogosto povezana z brezupnostjo in pomeni občutek, da ni nikogar, ki bi lahko pomagal v situaciji, v kateri se pacient nahaja. V kolikor pacient izraža brezup ali nemoč ali če sumimo na samomorilnost, je potrebno stanje pacienta vzeti resno in mu nuditi vso potrebno pomoč (Gask, Morriss, 2008). Obe čustvi se močno prepletata z občutki sramu in krivde (Groleger, 2009). Posebna pozornost velja pacientom, ki načrtujejo tudi čas ali kraj samomora, kjer je malo možnosti, da se jih odkrije (Gask, Morriss, 2008).

Pomembno je poznavanje dejavnikov tveganja. Avtorji Hudovernik in ostali (2011) ter Groleger (2009) naštevajo naslednje dejavnike tveganja:

- spol in starost,
- socialne okoliščine,
- telesno stanje,
- duševne motnje,
- samomori v sorodstvu in okolici,
- ostali dejavniki tveganja.

Groleger (2009) izpostavlja značilen »profil« samomorilno ogroženega pacienta pri nas: »Skladno z opisanimi dejavniki je v Sloveniji najbolj ogrožen za samomor moški, poznih srednjih let, ki občasno ali redno zlorablja alkohol, je izgubil službo, se razvezal, ob tem izgubil skrbništvo nad otroki, nima veliko prijateljev in posebnih hobijev ali interesov.«

S starostjo se število samomorov povečuje, s pojavom so bolj obremenjeni moški kot ženske. Bolj ogrožene so osamljene osebe in tisti, ki izgubljajo socialni stik (samski, neporočeni, ločeni itd.), prav tako osebe, katerih družina je bila razdrta v najstniških letih, zaporniki, begunci, nezaposleni, osebe z nižjo izobrazbo, osebe, ki so doživele hud socialni padec. Tudi telesno stanje je pogosto lahko dejavnik tveganja za samomor (25–75 % samomorov). Sem spadajo bolezni, povezane z bolečinami in neugodno prognozo ali s pacientovim lastnim doživljanjem bolezni. Pacienti z duševno motnjo so 3–12-krat bolj ogroženi od ostale populacije. Osebe z depresijo, shizofrenijo, osebnostnimi motnjami, odvisni od alkohola ter z v sorodstvu že prisotnim samomorom so bolj ogrožene od ostalih. Med ostale dejavnike sodijo še: neugodno vreme, družbena klima (Hudovernik et al., 2011). Zanimivo je, da Milčinski (1999) kot dejavnike tveganja izpostavlja tudi menjave zdravstvenega osebjia in konflikte znotraj zdravstvenega tima.

V članku želimo na podlagi pregleda literature raziskati, kako izvajalci zdravstvene nege v različnih delovnih okoljih pristopajo k zdravstveni negi samomorilno ogroženega pacienta. Želeli smo pregledati in med seboj primerjati domačo in tujo literaturo ter ugotoviti najnovejše pristope pri delu s samomorilno ogroženimi pacienti.

Metode

Za metodo dela je bil izbran pregled literature. Obdobje pregleda literature je trajalo od maja do julija 2011. Zanimali so nas zgoj prispevki, katerih avtorji so bili izvajalci zdravstvene nege, kajti namen članka je proučiti delovanje zaposlenih v zdravstveni negi na tem področju. Pri iskanju ustrezne literature smo uporabili digitalni arhiv Obzornika zdravstvene nege in bazo ScienceDirect. ScienceDirect smo izbrali, ker imajo zaposleni na Psihiatrični kliniki Ljubljana možnost dostopa do celotnih vsebin člankov. Uporabili smo naslednje ključne besede:

- v slovenskem jeziku: samomor (v digitalnem arhivu Obzornika zdravstvene nege smo ključno besedo vnesli v polje Naslov oz. Izvleček);
- v angleškem jeziku: suicidal, patient, nursing, care, psychiatry (ključne besede smo vnesli v polje All fields);
- tako pri iskanju s slovenskimi kot z angleškimi ključnimi besedami iskalnih zahtev po letnicah sprva nismo omejili.

Uporabili smo različne ključne besede kljub prvotnemu namenu, da v obeh iskalnikih uporabimo iste. Ugotovili smo namreč, da bi v digitalnem arhivu Obzornika zdravstvene nege z prevodom angleških besed ostali brez zadetkov. Tako smo se odločili za ključno besedo, ki problematiko opredeljuje zelo široko in pri iskanju omogoča čim večje število zadetkov.

V bazi ScienceDirect bi s ključno besedo »suicide« dobili neobvladljivo količino zadetkov, zato smo se odločili, da uporabimo več ključnih besed, s čimer smo število zadetkov omejili. Najprej smo iskali s ključnimi besedami »suicidal, patient, nursing, care, psychiatry«, naknadno pa smo zadetke v naprednem iskanju še časovno omejili na obdobje izida člankov 2002–2011 in izbrali literaturo le s področja zdravstvene nege.

V digitalnem arhivu Obzornika zdravstvene nege smo s ključno besedo »samomor« v naslovu ali izvlečku našli petnajst prispevkov, ki so bili objavljeni v obdobju od leta 1978 do 2003. Novejših člankov nismo našli, čeprav iskanja časovno nismo omejili. Nadalje smo v pregled vključili samo članke, katerih avtorji ali soavtorji so bili izvajalci zdravstvene nege. Po pregledu avtorstva nam je ostalo pet strokovnih člankov. Najstarejši je bil napisan leta 1987, najnovejši v letu 1995. Končni izbor smo oblikovali po pregledu naslovov, izvlečkov, ključnih besed in vsebine člankov z namenom, da poiščemo tiste, ki se ukvarjajo z zdravstveno nego samomorilno ogroženega pacienta. Od petih člankov smo dva izločili, ostali so nam trije članki.

V bazi ScienceDirect smo s ključnimi besedami »suicidal, patient, nursing, care, psychiatry« in naprednim iskanjem našli 342 člankov. Končni izbor smo oblikovali po pregledu naslovov, izvlečkov in ključnih besed z namenom, da poiščemo članke, ki se ukvarjajo z zdravstveno nego samomorilno ogroženega pacienta. Glede na vsebino, namen in cilje te raziskave smo med ponujenimi prispevki izbrali dvanajst člankov, ki se nanašajo na zdravstveno nego samomorilno ogroženih pacientov.

Pregled literature

Na podlagi pregleda literature v Obzorniku zdravstvene nege, kjer smo iskali s ključno besedo samomor samo v naslovu in izvlečku, smo ugotovili, da se avtorji ukvarjajo predvsem s prepoznavo samomorilno ogroženih pacientov in aktivnostmi, ki so namenjene preprečevanju samomorov (Miličinski, Kariž, 1987; Javorič, 1991; Kariž, 1995).

Javorič (1991) v članku obravnava prepoznavanje in ukrepanje pri samomorilno ogroženem pacientu z vidika patronažne zdravstvene nege. Izpostavlja predvsem učinkovito takojšnje ukrepanje pri samomorilno ogroženem pacientu ter pravi, da: »/v nobenem primeru samomorilno ogroženega ne moremo zapustiti /.../«. Avtorica pravi, da mora biti intervencija pri pacientu v kriznem stanju časovno omejena, aktivna, osredotočena

na trenutni glavni problem, ciljana in spremljana s toplo podporo.

Miličinski in Kariž (1987) opisujeta opozorilne znake, ki jih delita na psihološke (občutki brezupa, nemoči; pomanjkanje interesov za običajne življenjske dejavnosti – služba, šport, branje, gledanje TV; žalostno, včasih samoobtoževalno razpoloženje; umikanje iz kroga svojcev in prijateljev ipd.) in telesne (neješčnost, nespečnost, pomanjkanje energije, zaprtost, suha usta, glavoboli, druge bolečine, utrujenost, slabša koncentracija in zmanjšana pozornost). Najpomembnejša je vzpostavitev nevsiljivega stika medicinske sestre s samomorilno ogroženim pacientom. Medicinska sestra mora pacientu zmanjšati občutke osamljenosti in ga uvajati v aktivnosti, kjer si bo izboljšal samopodobo. Pri tem mora njegovo stanje nenehno opazovati, da pravočasno prepreči morebitno poslabšanje.

Kariž (1995) opisuje vlogo medicinske sestre pri obravnavi depresivnih pacientov z močno izraženo samomorilno sliko. Poudarja vzpostavitev odnosa med medicinsko sestro in pacientom kot eno izmed ključnih aktivnosti, ki pripomorejo k delovnemu odnosu. Pri tem avtorica pravi, da mora medicinska sestra v največji meri izkoristiti svoje strokovne in osebnostne potencialne: »Medicinska sestra naj mu vzbuja občutek, da razume njegovo nemoč in obup. Takšen odnos je za bolnika namreč pomemben vir ohrabritve. Naj mu pomaga razviti samospoštovanje in občutek vrednosti, pri tem mora biti njen odnos vselej pristen, spoštljiv, pošten, razumevajoč, topel, prepričujoč, da ne poglobi bolnikovega občutka osamljenosti, manjvrednosti in odtujenosti.«

V tuji literaturi je veliko novejših del. Avtorji se problematike lotevajo predvsem na raziskovalni ravni. Po mnenju tujih avtorjev se zdravstvena nega pacientov, ki so samomorilno ogroženi (Cutcliffe, Stevenson, 2008), sooča s pomanjkanjem teoretičnih izhodišč, ki bi usmerjala zdravstveno nego na tem področju, in pomanjkanjem empiričnih dokazov, ki bi podpirali obstoječe prakse dela (Cutcliffe et al., 2006; Janofsky, 2009). Janofsky (2009) navaja, da so samomori v kliničnih okoljih pogosti in da se od zdravstvene nege na področju psihiatrije pričakuje, da predstavi uspešno prakso.

Groleger (2009) posebej izpostavlja, da je samomorilno vedenje proces, ki lahko traja nekaj časa. Ob tem samomorilno ogrožen pacient bolj ali manj jasno okolju sporoča svojo stisko. Prav zato avtor poudarja pomembnost znanja za prepoznavanje samomorilnega tveganja in pomoč ljudem v stiski. Janofsky (2009) kritizira pomanjkanje znanja na tem področju in pravi, da je neželene dogodke, ki jih predstavljajo samomori, najbolje preprečiti s sistemskimi izboljšavami.

Mackay, Paterson, Cassells (2005) so izpostavili problem opazovanja (specialnega opazovanja) v kliničnih okoljih, ki trenutno predstavlja standard

zdravstvene nege tudi pri pacientih, pri katerih obstaja nevarnost samomorov. Tako opazovanje uvedejo vsaj pri 3 do 20 % pacientov, ki so sprejeti v psihiatrično bolnišnico (Bowers, Park, 2001). Bowers in Park (2001) specialno opazovanje, podobno kot pri nas (Klančnik et al., 2011), delita na več stopenj: pomoč pri zagotavljanju varnosti (intermittent observations), neposredno opazovanje (constant visual observations) in stalen nadzor (one-to-one observations), pri čemer se intenzivnost opazovanja stopnjuje.

»Intermittent observations« je vrsta opazovanja, ki paciente najmanj omejuje in najmanj posega v njihovo intimnost ter zasebnost. Zahtevano je redno opazovanje pacientov na petnajst minut z izpolnjevanjem dokumentacije o aktivnosti in nahajanju pacienta. »Constant visual observation« pomeni neprestano opazovanje pacienta, tudi med izvajanjem osebne higijene, odvajanjem, spanjem. »One-to-one observations« je najintenzivnejše opazovanje in predstavlja opazovanje »na doseg roke«, ki zagotavlja neposredno bližino izvajalca zdravstvene nege. Zadnji dve vrsti opazovanja avtorji opisujejo kot najbolj vsiljivi in stresni tako za zaposlene kot za paciente (Ray, Perkins, Meijer, 2011). Nekateri avtorji obstoječo prakso opazovanja samomorilno ogroženih pacientov kritizirajo (Bowers, Park, 2001; Dodds, Bowles, 2001; Bowles et al., 2002; Cox, Hayter, Ruane, 2010; Manna, 2010). Problem obstoječe prakse so predvsem povečane kadrovske zahteve, neučinkovitost, omejevanje pacientove zasebnosti, problem avtonomije izvajalcev zdravstvene nege ter zapostavljanje ostalih pacientov, ki so prikrajšani za zdravstveno nego, kakršne bi morali biti deležni (Ray, Perkins, Meijer, 2011).

Pojavlja se tudi vprašanje, koliko je dosedanja praksa uporabna v primerjavi z novo, ki upošteva tudi terapevtsko vključevanje opazovalca (Cutcliffe, Stevenson, 2008; Manna, 2010). Terapevtsko vključevanje pomeni graditev odnosa, sprejemanje, poslušanje, razumevanje ter izkazovanje strpnosti do pacienta. Različne stopnje opazovanja so vpeljane na pobudo medicinske stroke, katere cilj je v prvi vrsti varnost pacienta. Toda poleg tega morajo izvajalci zdravstvene nege zagotavljati tudi oskrbo ostalih potreb pacientov, pri samomorilno ogroženem pacientu predvsem skrb na področju izražanja čustev (Cutcliffe, Stevenson, 2008). MacKay, Paterson, Cassels (2005) dosedanja prakso kritizirajo tudi glede tega, da terapevtsko podporo nudijo tudi zaposleni s premalo izkušenj in znanj, npr. pripravniki, študentje in drugo manj usposobljeno osebje.

Avtorji Cutcliffe in ostali (2007) prevladujočo obstoječo prakso s samomorilno ogroženimi pacienti poimenujejo kot defenzivno – obrambno. Defenzivna praksa je povezana s cilji v kliničnih okoljih, kjer je pomembno, da ne prihaja do neželenih dogodkov, manj pa je usmerjena v kakovost izvedbe aktivnosti zdravstvene nege. Defenzivna praksa je povezana z

ohranjanjem fizične integritete pacientov, toda nekateri podatki kažejo, da je pri tem neuspešna – kar 18 % pacientov v psihiatričnih bolnišnicah, ki so bili pod »neprestanim opazovanjem«, je uspešno naredilo samomor (National, 2001). Kritika defenzivnih praks se nanaša zlasti na to, da je praksa brezosebna in ne zadovoljuje pacientovih potreb po komunikaciji in varnosti v širšem smislu (sprejetost, toplina, empatija). Praksa se ne dotika pacientovih čustev, kot so izrazit občutek trpljenja, občutek duševne in fizične bolečine, občutek nemoči in brezupa (Shneidman, 1993; Weisharr, 2000). Avtorji torej obstoječo prakso kritizirajo, ker pacientu ne nudi emocionalne podpore, ne zadovoljuje njegovih psihičnih potreb in ni usmerjena v njegovo psihofizično blaginjo. Tako se avtorji sprašujejo, kaj je bistvo zdravstvene nege psihiatričnega pacienta pri obravnavi samomorilno ogroženih (Barker, Cutcliffe, 1999; Dodds, Bowles, 2001; Cutcliffe, Barker, 2002; Bowles et al., 2002; O'Donovan, 2007; Cutcliffe, Links, 2008).

Cutcliffe in Stevenson (2008) izpostavljata, da je samomor v vsakdanjem življenju zaposlenih v zdravstveni negi na psihiatričnem področju sprejet kot »človeška drama« in da predstavlja skrb za samomorilno ogrožene paciente osebno razdajanje medicinske sestre. Groleger (2009) pravi, da pojav samomora in samomorilnih vedenj v ljudeh vzbuja posebne občutke in reakcije. Zdravstvena nega samomorilno ogroženih pacientov ne pomeni samo neprestanega opazovanja, strokovna skrb mora biti namreč usmerjena tudi v poslušanje in komuniciranje s pacienti. Izvajalci zdravstvene nege morajo ob tem kazati visoko stopnjo razumevanja in empatije.

Cutcliffe in ostali (2006) na podlagi induktivne kvalitativne raziskave definirajo tristopenjski proces, ki naj bi ga zaposleni v zdravstveni negi izvajali. Izsledki njihove raziskave kažejo, da je pri odzivanju na ta ključni psihosocialni problem najpomembnejše t. i. ponovno povezovanje osebe s človečnostjo (re-connecting the person with humanity). Povezovanje osebe s človečnostjo, o kateri govori teorija, najlažje razložimo s tremi elementi: izražanjem človečnosti, usmerjanjem posameznika nazaj k človečnosti in »učanjem življenja«.

Diskusija

Strokovnjaki se na področju zdravstvenega varstva vse več srečujejo s samomorilno ogroženimi pacienti. Domača literatura, ki smo jo v tem članku pregledali, je skromna. Pregled strokovnih besedil v naši edini strokovni reviji je boren in zastarel. Tuja literatura je na tem področju novejša in bolj posega na raziskovalno področje obstoječih praks delovanja zaposlenih v zdravstveni negi ter kritizira obstoječo prakso neprestanega opazovanja kot defenzivno obliko dela, ki pa je trenutno še vedno najpogosteje uporabljena

in učinkovita pri akutno samomorilno ogroženih pacientih.

Izvajalci zdravstvene nege bi lahko pri preprečevanju in obravnavi pacientov zavzeli drugačno vlogo. Pri le-tej v ospredju ne bi bila samo defenzivna praksa, ampak tudi proaktivna vloga izvajalcev zdravstvene nege, ki bi temeljila na socioterapevtski podpori pacientov. Nujno je, da znanje okrepijo izvajalci zdravstvene nege na primarnem nivoju zdravstvenega varstva, saj po podatkih lahko predpostavljamo, da bi prepoznavanje samomorilno ogroženih pacientov lahko bilo uspešnejše (Mann et al., 2005; Varghese, Gray, 2011). Verjetno izvajalci zdravstvene nege pri nas na tem področju dela v sistemu še niso prepoznavni kot tisti, ki bi lahko bili vključeni v preventivo preprečevanja samomorov. Verjetno bi za samostojnejše delo na tem področju potrebovali več znanja in večje kompetence, kar pa je povezano s sistemskimi spremembami v naši zdravstveni politiki.

Literatura navaja učinkovitejše pristope pri obravnavi samomorilno ogroženih pacientov (Cutcliffe et al., 2006; Cutcliffe, Stevenson, 2008; Manna, 2010). Predvsem gre za poznavanje problematike, sposobnost oceniti stanje pacientov in temu prilagoditi aktivnosti zdravstvene nege. Danes so intervencije zdravstvene nege samomorilno ogroženih pacientov pod prevlado drugih vplivnih skupin v zdravstvenem varstvu, kar preprečuje avtonomnejšo vlogo izvajalcev zdravstvene nege. Le-ta vključuje oceno stanja, postavitev ciljev in temu prilagojene aktivnosti zdravstvene nege. Zdravstvena nega na področju psihiatrije ni izrazito tehnično naravnana. Delo izvajalcev zdravstvene nege sloni predvsem na opazovanju vedenja, mišljenja, čustvovanja, oceni stvarnosti, ki jo doživljajo pacienti, in komunikaciji, ki mora biti usmerjena k ciljem zdravstvene nege pri posamezni bolezni.

Tradicionalni pristop pri obravnavi samomorilno ogroženih pacientov zagovarja defenzivno obliko dela (Cutcliffe et al., 2007), ki temelji zgolj na preprečevanju opozorilnih nevarnih dogodkov, med katere so uvrščeni tudi samomori v kliničnem okolju. Sodobni pristop temelji na lastnem znanju in veščinah, ki so osnova za izbiro najbolj koristnih intervencij, ki morajo biti v današnjem okolju tudi stroškovno učinkovite. Predvsem gre za izbiro čim manj invazivnih intervencij (stopenj nadzora), ki lahko nepotrebno močno posegajo v intimo pacientov, ter nudenje učinkovite socioterapevtske podpore. Zdravstvena nega naj bi pacientom omogočila hitrejšo, učinkovitejšo in prijaznejšo vrnitev v socialno sredino ter občutek sprejetosti. Izvajalci zdravstvene nege, ki nudijo neposredno zdravstveno nego, morajo biti izkušeni, prav tako morajo sprejemati pacienta. Mackay, Paterson, Cassells (2005) priporočajo, da naj zdravstveno nego samomorilno ogroženih pacientov izvaja osebje, ki ima dovolj znanja in izkušenj. Pripravniki, študentje in novozaposleni še nimajo dovolj znanj za socioterapevtsko podporo, katere cilj

je sprejetost pacienta, in kot v svoji teoriji pravijo Cutcliffe in ostali (2006), njegova ponovna povezanost s človečnostjo.

Zaključek

Izvajalci zdravstvene nege bi lahko aktivneje pristopili k preprečevanju samomorilnega vedenja tako na področju primarnega kot sekundarnega zdravstvenega varstva. Znanje in veščine na področju prepoznavanja in učinkovitega ukrepanja pri samomorilno ogroženih je potrebno opolnomočiti, in sicer predvsem pri zaposlenih v zdravstveni negi na primarnem nivoju zdravstvenega varstva, ki največkrat veljajo za prvo linijo zdravstvenih delavcev, s katerimi pacienti prihajajo v stik. V bolnišnicah je potrebno raziskati obstoječo prakso, jo kritično predstaviti in po potrebi spremeniti. Trdimo lahko, da delo s pacienti temelji predvsem na empatičnem, pristnem in neposrednem odnosu, spremembe pa naj temeljijo na dokazih, podprtih s prakso.

Literatura

- Ançel G. Developing empathy in nurses: an inservice training program. *Arch Psychiatr Nurs.* 2006;20(6):249–57.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.apnu.2006.05.002>
 PMid:17145452
- Barker P, Cutcliffe JR. Clinical risk: a need for engagement not observation. *Ment Health Pract.* 1999;2(8):8–12.
- Bertolote JM, Fleischmann A. A global perspective in the epidemiology of suicide. *Suicidologi.* 2002;7(2):6–8. Dostopno na: <http://www.americancenteruae.com/wp-content/uploads/2011/08/Global-estimate.pdf> (17. 2. 2012).
- Bowers L, Park A. Special observation in the care of psychiatric inpatients: a literature review. *Issues Ment Health Nurs.* 2001;22(8):769–86.
<http://dx.doi.org/10.1080/01612840152713018>
 PMid:11881179
- Bowles N, Dodds P, Hackney D, Sunderland C, Thomas P. Formal observations and engagement: a discussion paper. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2002;9(3):255–60.
 PMid:12060368.
- Božič A. Svetovni dan boja proti samomoru. Statistični urad Republike Slovenije; 2008. Dostopno na: http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=1845 (29. 5. 2011).
- Brendel RW, Wei M, Lagomasino IT, Perlis RH, Stern TA. Care of the suicidal patient: handbook of General Hospital Psychiatry. Massachusetts: General Hospital Psychiatry; 2010: 541–54.
<http://dx.doi.org/10.1016/B978-1-4377-1927-7.00040-6>
- Cox A, Hayter M, Ruane J. Alternative approaches to 'enhanced observations' in acute inpatient mental health care: a review of the literature. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2010;17(2):162–71.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2850.2009.01507.x>
 PMid:20465762
- Cutcliffe JR, Barker P. Considering the care of the suicidal client and the case for 'engagement and inspiring hope' or 'observations'. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2002;9(5):611–21.

- <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2850.2002.00515.x>
PMid:12358715
- Cutcliffe JR, Links PS. Whose life is it any way? An exploration of five contemporary ethical issues that pertain to the psychiatric nursing care of the person who is suicidal: part two. *Int J Ment Health Nurs.* 2008;17(4):246–54.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1447-0349.2008.00540.x>
PMid:18666907
- Cutcliffe JR, Stevenson C, Jackson S, Smith P. A modified grounded theory study of how psychiatric nurses work with suicidal people. *Int J Nurs Stud.* 2006;43(7):791–802.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2005.09.001>
PMid:16289065
- Cutcliffe JR, Stevenson C, Jackson S, Smith P. Reconnecting the person with humanity: how psychiatric nurses work with suicidal people. *Crisis.* 2007;28(4):207–10.
<http://dx.doi.org/10.1027/0227-5910.28.4.207>
PMid:18265742
- Cutcliffe JR, Stevenson C. Feeling our way in the dark: the psychiatric nursing care of suicidal people - a literature review. *Int J Nurs Stud.* 2008;45(6):942–53.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2007.02.002>
PMid:17400229
- Dehay T, Litts D, McFaul M, Smith C, West M. Suicide prevention toolkit for primary care: a primer for primary care providers. Boulder: Western Interstate Commission on Higher Education and Suicide Prevention Resource Center; 2009: 3. Dostopno na: <http://www.sprc.org/sites/sprc.org/files/PrimerModule2.pdf> (22. 6. 2011).
- Dodds P, Bowles N. Dismantling for malobservation and refocusing nursing activity in acute inpatient psychiatry: a case study. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2001;8(2):183–8.
<http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2850.2001.0365d.x>
PMid:11882126
- Gask L, Morriss R. Assessment and immediate management of people at risk of harming themselves. *Foundation years.* 2008;4(2):64–8.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.mprou.2008.02.007>
- Groeger U. Samomorilno vedenje. In: Pregelj P, Kobentar R, eds. *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju: učbenik.* Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana; 2009: 295–302.
- Hudovernik A, Kramar A, Krašovec A, Kos N, Mirt T, Pirc B. Samomor v Sloveniji in možnosti preprečevanja [seminarska naloga]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje; 2011: 5–7; 8–11. Dostopno na: <http://www.mf.uni-lj.si/dokumenti/f01d26f8e9551474d42c60ed08e0cdd4.pdf> (29. 5. 2011).
- Hurry J, Storey P. Assessing young people who deliberately harm themselves. *Br J Psychiatry.* 2000;176:126–31.
<http://dx.doi.org/10.1192/bjp.176.2.126>
PMid:10755048
- Janofsky JS. Reducing inpatient suicide risk: using human factors analysis to improve observation practices. *J Am Acad Psychiatry Law.* 2009;37(1):15–24.
PMid:19297628
- Javorič M. Varovanec v duševni stiski s samomorilnimi nagnjenji. *Zdrav Obzor.* 1991;25(3/4):242–4.
- Joiner T, Kalafat J, Draper J, Stokes H, Knudson M, Berman AL, et al. Establishing standards for the assessment of suicide risk among callers to the national suicide prevention life line. *Suicide Life Threat Behav.* 2007;37(3):353–65.
<http://dx.doi.org/10.1521/suli.2007.37.3.353>
PMid:17579546
- Kariž N. Vloga medicinske sestre pri obravnavi suicidalnega bolnika. *Obzor Zdr N.* 1995;29(1–2):13–4.
- Klančnik M, Bregar B, Peterelj A, Nevenka M. Slovenska kategorizacija zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege (SKZBZN): priročnik (verzija 4). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2011: 16–21.
- Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *Am J Psychiatry.* 2002;159(6):909–16.
<http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.159.6.909>
PMid:12042175
- Mackay I, Paterson B, Cassells C. Constant or special observations of inpatients presenting a risk of aggression or violence: nurses' perceptions of the rules of engagement. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2005;12(4):464–71.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2850.2005.00867.x>
PMid:16011502
- Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA.* 2005;294(16):2064–74.
<http://dx.doi.org/10.1001/jama.294.16.2064>
PMid:16249421
- Manna M. Effectiveness of formal observation in patient psychiatry in preventing adverse outcomes: the state of the science. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2010;17(3):268–73.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2850.2009.01512.x>
PMid:20465777
- McCarthy L, Gijbels H. An examination of emergency department nurses' attitudes towards deliberate self-harm in an Irish teaching hospital. *Int Emerg Nurs.* 2010;18(1):29–35.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ienj.2009.05.005>
PMid:20129439
- Mental health: facts and figures. Copenhagen: World Health Organization; 2011. Dostopno na: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/facts-and-figures> (29. 5. 2011).
- Milčinski L, Kariž N. Samomorilnost in zdravstvena nega samomorilno ogroženega bolnika. *Zdrav Obzor.* 1987;21(5/6):275–9.
- Milčinski L. Samomorilno vedenje. In: Tomori M, Ziherl S, eds. *Psihiatrija, učbenik.* Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta; 1999: 361–75.
- National suicide prevention strategy for England. Second annual report on progress. London: HerMajesty's Stationary Office, Department of Health; 2001.
- O'Donovan A. Patient-centred care in acute psychiatric admission units: reality or rhetoric? *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2007;14(6):542–8.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2850.2007.01125.x>
PMid:17718726
- Ray R, Perkins E, Meijer B. The evolution of practice changes in the use of special observations. *Arch Psychiatr Nurs.* 2011;25(2):90–100.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.apnu.2010.07.007>
PMid:21421160

- Rayner GC, Allen SL, Johnson M. Counter transference and self-injury: a cognitive behavioural cycle. *J Adv Nurs*. 2005;50(1):12–9.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03344.x>
 PMid:15788061
- Ries RK, Yuodelis-Flores C, Roy-Byrne PP, Nilssen O, Russo J. Addiction and suicidal behavior in acute psychiatric inpatients. *Compr Psychiatry*. 2009;50(2):93–9.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2008.07.003>
 PMid:19216884
- Shain BN. Suicide and suicide attempts in adolescents. *Pediatrics*. 2007;120(3):669–76.
<http://dx.doi.org/10.1542/peds.2007-1908>
 PMid:17766542
- Shneidman E. Suicide as psychache: a clinical approach to self-destructive behaviour. New Jersey: Aronson North-Vale; 1993.
- Stovall J, Domino FJ. Approaching the suicidal patient. *Am Fam Physician*. 2003;68(9):1814–18.
 PMid:14620601
- Sudak D, Roy A, Sudak H, Lipschitz A, Maltsberger J, Hendin H. Deficiencies in suicide training in primary care specialties: a survey of training directors. *Acad Psychiatry*. 2007;31(5):345–9.
<http://dx.doi.org/10.1176/appi.ap.31.5.345>
 PMid:17875616
- Suicide: facts at a glance. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2008. Dostopno na: http://www.cdc.gov/ncipc/dvp/Suicide/suicide_data_sheet.pdf (11. 7. 2011).
- Varghese P, Gray BP. Suicide assessment of adolescents in the primary care setting. *J Nurse Pract*. 2011;7(3):186–92.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.nurpra.2010.07.004>
- Vitiello B, Pearson JL. A depressed adolescent at high risk of suicidal behavior. *Am J Psychiatry*. 2008;165(3):323–8, 408.
<http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07101549>
 PMid:18316430
- Vrdelja M. Ob svetovnem dnevu preprečevanja samomora. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja. 2010. Dostopno na: http://www.ivz.si/Mp.aspx?ni=81&pi=3&_3_id=496&_3_PageIndex=26&_3_groupId=-2&_3_newsCategory=&_3_action=ShowNewsFull&pl=81-3.0.-3.0. (29. 5. 2011).
- Watson R. EU aims to reduce suicides. *BMJ*. 2000;321(7265):852.
 PMid:11021857; PMCID:PMC1118675
- Web-based inquiry statistics query and reporting system (WISQARS). Atlanta: National Center for Injury Prevention and Control; 2010. Dostopno na: <http://webappa.cdc.gov/sasweb/ncipc/leadcaus10.html> (2. 7. 2011).
- Weisharr ME. Cognitive risk factors in suicide. In: Marris RW, Canetto SS, McIntosh J, Silverman MM, eds. *Review of suicidology*. New York: Guilford Press; 2000: 112–39.
- Wikström BM. A picture of a work of art as an empathy teaching strategy in nurse education complementary to theoretical knowledge. *J Prof Nurs*. 2003;19(1):49–54.
<http://dx.doi.org/10.1053/jpnu.2003.5>
 PMid:12649819
- Žmitek A. Samomorilnost – klinični vidik. In: Romih J, Žmitek A, eds. *Urgentna stanja v psihiatriji: zbornik*, Begunje, 16. in 17. oktober 1998. Begunje: Psihiatrična bolnišnica Begunje; 1999: 10–27.

Citirajte kot / Cite as:

Bregar B. Obravnava samomorilno ogroženega pacienta. *Obzor Zdrav Neg*. 2012;46(1):67-74.