



Visoka šola
za zdravstveno nego
Jesenice
College
of Nursing
Jesenice

Diplomsko delo
Visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**SODELOVANJE PACIENTOV PRI
ZDRAVSTVENI OBRAVNAVI DUŠEVNIH
MOTENJ**

Mentor: dr. Radojka Kobentar viš. pred

Kandidat: Saša Humar

Jesenice, november, 2011

ZAHVALA

Najlepše se zahvaljujem mentorici, dr. Radojki Kobentar, viš. pred. za strokovno pomoč in podporo, potrpežljivost ter prijetno sodelovanje pri ustvarjanju diplomske naloge.

Vesni Šavs, univ. dipl. slov., iskreno hvala za skrbno lektoriranje.

Hvala moji družini, ki mi je stala ob strani v dobrih in težkih dnevih študija ter pisanja diplomske naloge.

Prisrčna hvala pacientom, ki so si kljub bolezni vzeli čas in sodelovali v moji raziskavi.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Duševna motnja negativno vpliva na človekovo vsakodnevno delovanje, zmanjšuje zmožnosti soočanja in reševanja življenjskih problemov, velik problem pa predstavlja sodelovanje pacientov z duševno motnjo pri zdravstveni obravnavi. Sodelovanje je za uspeh zdravljenja zelo pomembno, cilj zdravljenja pri duševnih motnjah pa je, da pacient ohrani avtonomijo in neodvisno funkcioniranje v socialnem okolju. Na sodelovanje po mnenju večine literature vplivajo socialni, osebni in okoljski dejavniki, pomemben del sodobnega pristopa k izboljševanju sodelovanja pa je aktivna vloga pacienta pri zdravljenju.

Cilji: Prikazati in opredeliti dejavnike sodelovanja pri zdravljenju duševnih bolezni, ugotoviti vpliv dobrih odnosov z družino na ohranjanje zdravja kljub duševni motnji ter ugotoviti ali sodelovanje pacientov vpliva na njihovo aktivnost v skrbi za svoje zdravje in življenje doma.

Metoda: Rezultate smo pridobili z metodo anketiranja v obliki pisnega vprašalnika. V raziskavo smo vključili 30 pacientov, ki imajo diagnozo duševne motnje. Skupaj je sodelovalo 29 pacientov (ena anketa je bila vrnjena neizpolnjena), od tega 13 moških in 16 žensk. Statistična analiza je bila napravljena s programom SPSS 15,0 (SPSS Inc., Chicago, IL). Vrednost $P < 0,05$ je pomenila statistično pomembnost. Zanesljivost vzorca je bila preverjena s koeficientom Cronbach alfa, ki je presegel vrednost 0,70, kar predstavlja prag za ustrezno zanesljivost vzorca (Nunnally in Bernstein, 1994).

Rezultati: Rezultati raziskave so pokazali, da pri zdravstveni obravnavi duševnih motenj dobro sodeluje 62,1 % pacientov, slabše sodelujočih pa je bilo 37,9 % pacientov. Primerjava med socialnimi dejavniki in uspešnim sodelovanjem pri zdravstveni obravnavi duševnih motenj ni pokazala statistično pomembnih razlik obeh primerjalnih skupin pacientov (dobro in slabše sodelujočih). Prav tako nismo ugotovili, da pacienti, ki dobro sodelujejo, ustvarjajo daljše remisije relativnega zdravja. Statistično pomembno razliko pa smo ugotovili med zaposlitvenim statusom pacientov in sprejemi v bolnišnico v zadnjem letu dni. Pacienti, ki so bili upokojeni, so imeli najmanj sprejemov v bolnišnico v zadnjem letu dni.

Razprava: Skoraj dve tretjini pacientov z duševno motnjo menita, da dobro sodelujeta pri zdravstveni obravnavi duševnih motenj. Znano je, da pacienti običajno precenjujejo ali pa si drugače razlagajo svoje sodelovanje. V prihodnje bi bilo smotrno v raziskavo o uspešnosti sodelovanja povabiti tudi njihove svojce. Tako bi lahko natančneje raziskali področje sodelovanja pacientov in ga vključili v zdravstveno-vzgojni program dela.

Ključne besede: Duševne motnje, sodelovanje pacientov, zdravstvena obravnava, dejavniki sodelovanja, psihiatrična zdravstvena nega.

SUMMARY

Theoretical background: Mental disorders negatively affect a person's daily functioning, reduce the ability to cope and solve life's problem, A major problem, however, is the cooperation of patients with mental disorders in medical treatment. Cooperation is very important to the success of therapy. The goal of treatment for mental disorders is to maintain patient autonomy and independent functioning in a social environment. Cooperation, according to most literature, is influenced by social, personal and environmental factors, an important part of the modern approach to improving cooperation, is the patient's active role in treatment.

Objectives: The objectives are to demonstrate and identify the factors participating in the treatment of mental illness, to determine the impact of good relations with their family despite the maintenance of health and mental disorders and to determine whether the impact of patient participation in their activity effects care of their health and lives at home.

Method: The results were obtained with the method of survey in the form of a written questionnaire, the research included 30 patients with a diagnosis of mental illness. Altogether, 29 patients (one survey was returned incomplete), 13 men and 16 women. Statistical analysis was made using SPSS 15.0 (SPSS Inc., Chicago, IL). P value <0.05 was a statistical significance. Reliability of the sample was checked with Cronbach alpha coefficient, which exceeded the value of 0.70, which represents the threshold for adequate reliability of the sample (Nunnally and Bernstein, 1994).

Results: The survey results showed that the medical treatment of patients with mental disorders works well, with in 62.1% of patients positively participating. 37.9% of patients participated poorly. Comparison between social factors and successful participation in medical treatment of mental disorders did not show statistically significant differences in the two comparison groups of patients (good and poor respondents). We also found that patients who work well with their caretakers, have a longer remission of relative health. We found a statistically significant difference

between the employment status of patients and hospital admissions in the past year. Patients who are retired, had a minimum of hospital admissions in the past year.

Discussion: Nearly two-thirds of patients with mental disorder believe that they have a good working relationship with medical treatment for mental disorders. It is known that patients typically overestimate their participation. In the future, it would be useful to research the effectiveness of cooperation and to invite their relatives to participate. This research could further explore the scope of participation and involve patients in their healthcare process - an educational working program.

Key words: mental disorders, the involvement of patients, medical treatment, participation factors, psychiatric nursing

KAZALO

1	UVOD	1
2	TEORETIČNI DEL	4
2.1	Duševno zdravje in duševne motnje.....	4
2.1.1	Vzroki duševnih motenj	6
2.1.2	Klasifikacija duševnih motenj.....	6
2.2	Zdravljenje duševnih motenj	8
2.2.1	Psihoterapevtski postopki.....	9
2.2.2	Psihofarmakološka sredstva	10
2.2.3	Psihosocialna rehabilitacija.....	11
2.3	Sodelovanje pacientov pri zdravljenju duševnih motenj.....	12
2.4	Zdravstvena nega pacientov z duševno motnjo.....	14
2.4.1	Model medsebojnih odnosov po teoriji Hildegard Peplau	17
3	EMPIRIČNI DEL	19
3.1	Problem in cilji raziskovanja.....	19
3.2	Raziskovalna vprašanja	19
3.3	Raziskovalna metodologija	20
3.3.1	Metode in tehnike zbiranja podatkov	20
3.3.2	Opis instrumentarija	20
3.3.3	Opis vzorca.....	21
3.3.4	Opis obdelave podatkov	24
3.4	Rezultati.....	24
3.5	Razprava.....	31
4	ZAKLJUČEK	37
5	LITERATURA	39
6	PRILOGE	
6.1	Anketni vprašalnik	

KAZALO TABEL

Tabela 1:	Zanesljivost vzorca	21
Tabela 2:	Opis vzorca	23
Tabela 3:	Uspešno sodelovanje pri zdravstveni obravnavi duševnih motenj	25
Tabela 4:	Socialni dejavniki in uspešno sodelovanje pri zdravstveni obravnavi duševnih motenj.....	26
Tabela 5:	Remisije relativnega zdravja.....	27
Tabela 6:	Uspešno sodelovanje pri zdravstveni obravnavi duševnih motenj in sprejemi v bolnišnico v zadnjem letu dni	28
Tabela 7:	Ocena lastnega zdravja na podlagi uspešnosti sodelovanja pri zdravstveni obravnavi duševnih motenj.....	28
Tabela 8:	Dosežena izobrazba in sprejemi v bolnišnico v zadnjem letu dni	29
Tabela 9:	Ocena lastnega zdravja glede na doseženo izobrazbo	29
Tabela 10:	Zaposlitveni status in sprejemi v bolnišnico v zadnjem letu dni	30
Tabela 11:	Ocena lastnega zdravja glede na zaposlitveni status.....	31

1 UVOD

Duševna motnja je bolezen, ki v ljudeh vzbuja strah, nelagodje, z njo je povezano tudi veliko predsodkov (Švab, 2009).

»Govorjenje o duševni motnji spremljajo močna čustva. Psihiatre še vedno doživljajo kot moderne čarovnike, ki so sposobni pomagati in tudi zelo škodovati. Občutki povezani s psihiatrijo nihajo med strahom, sramoto, krivdo, sovražnostjo, občudovanjem in zbežanostjo. Zato se večina duševnih motenj obravnava in rešuje znotraj kroga prijateljev, družine in znancev in se strokovno pomoč poišče šele v skrajnem primeru« (Švab, 2009, str.15).

Socialna distanca do ljudi z duševnimi motnjami povečuje njihovo invalidnost, poslabšuje potek bolezni, negativno vpliva na sodelovanje pri zdravljenju in rehabilitaciji (Weiden, 2007).

Duševna motnja je bila, je in bo obstajala, pri čemer jo najpogosteje razumemo s prevladujočimi družbenimi stališči v danem družbenem trenutku in dani družbi. V vseh obdobjih in vseh družbah pa ima skupni imenovalc – stigmo (pečat, označenost, ožigosanost) (Marušič in Temnik, 2009).

Stigmatizacija duševnih pacientov se v današnjem času žal ne zmanjšuje (Stier in Hinshaw, 2007). Predsodki se izražajo na manj agresiven način kot včasih, ljudi z duševno motnjo se izloča z izogibanjem, pasivnim odklanjanjem ali ignoriranjem. Vsi ti razlogi so razlog za strah in sram ter zmanjšujejo kakovost zdravljenja, sodelovanja pri zdravljenju in oskrbe za osebe z duševnimi motnjami (Švab, 2009).

Za predsodke je značilno, da segajo v vsa področja družbenega življenja. Najdemo jih v javnem govoru, medijih, filmih, popularni kulturi, pravnem diskurzu, političnih, državnih institucijah, tudi v znanosti in visoki kulturi. Kažejo se predvsem v nespoštljivem, netolerantnem in prezirljivem odnosu do drugih oziroma drugačnih: npr. pripadnikov drugih narodov, etničnih skupnosti, ras, kultur, do oseb z drugačnimi načini življenja, oseb z duševnimi motnjami, religioznimi, spolnimi usmeritvami itd. (Ule Nastran, 1999, str.7).

Med ljudmi je razširjeno mnenje, da so duševne motnje neozdravljive in da tisti, ki zbolijo, ne more več ozdraveti. Takšne misli in prepričanja so napačna, saj je danes na voljo veliko načinov zdravljenja. V psihiatriji je pacient dejaven subjekt zdravljenja, kar

pomeni, da v postopku zdravljenja aktivno sodeluje. To pa je mogoče le tedaj, ko vzpostavimo s pacientom ustrezen terapevtski odnos in hkrati odnos strokovnjaka, ki zmore pacienta s svojim znanjem zdraviti (Ziherl, 1999).

Duševne motnje se lahko uspešno zdravijo, vendar pa mora posameznik pri tem sodelovati in sprejemati pomoč strokovnega osebja in svojcev (Milčinski, 1985; povz. po Fergola, 2007, str. 1).

Najsodobnejši pogledi na etiologijo duševnih motenj izhajajo iz bio-psiho-socialnega modela bolezni: gre torej za prepletanje tako genskih, osebnostnih/intrapsihičnih in socialnih/odnosnih dejavnikov (Freedman, 1990; povz. po Makovec, 2004, str.16). To izhodišče predpostavlja nujnost celostne ali holistične obravnave človeka.

Za uspešen izid zdravljenja je potrebno skupno in usklajeno delovanje pacienta, zdravnika in drugih zdravstvenih delavcev (Žmitek, 2010). Pri tem ima pomembno vlogo tudi zdravstvena nega, ki je usmerjena v pomoč pacientu, da doseže največjo mero samostojnosti in neodvisnosti oziroma prilagojenega delovanja ob upoštevanju njegovih zmožnosti in sposobnosti (Gnezda, 2009).

Tudi Pregelj (2009) meni, da nova spoznanja na področju psihoterapevtskih in socioterapevtskih pristopov zdravljenja duševnih motenj poudarjajo timsko obravnavo pacientov, ki zagotavlja celosten pristop. Osnovo tima, ki zdravi pacienta z duševno motnjo, predstavljata zdravnik in strokovnjak s področja zdravstvene nege, ki vsak na svoj način pristopata k pacientu (Pregelj, 2009). Bulić Vidnjevič (2011) pa navaja, da osnovni skupnostni tim, ki zagotavlja vse vrste psihiatričnih storitev, sestavljajo psihiater, medicinska sestra, socialni delavec, psiholog in delovni terapevt.

Osebe z duševno motnjo pogosto kažejo pomanjkljiv uvid v bolezen oziroma pomanjkljivo zavedanje svoje bolezni. To ima pomembne posledice, saj je pomanjkljiv uvid eden najboljših napovednih dejavnikov slabega sodelovanja pri zdravljenju, slednje pa napoveduje slabši izid zdravljenja (Žmitek, Bon, Benedik in Pretnar Silvester, 2008). Pomembno vpliva na kakovost življenja, pacientovo družino in družbo (Amador in David, 2004).

Sodelovanje je za uspeh zdravljenja zelo pomembno, je pa to vendarle samo sredstvo, da dosežemo cilj. Dolgoročni cilji zdravljenja so umik simptomatike, povrnitev prejšnjih sposobnosti, nadaljevanje šolanja, uspešna zaposlitev, ohranitev zaposlitve, ureditev medosebnih odnosov. Vse omenjeno pa vpliva na neodvisno funkcioniranje v

socialnem okolju in uspešno spoprijemanje z življenjskimi nalogami (Weiden, 2007). Celostni pristop, ki zagotavlja humanizirano psihiatrijo, torej predpostavlja interdisciplinarnost znanja in sodelovanja med strokami in med strokovnjaki (Makovec, 2004).

Tretjina duševnih motenj poteka kronično, kar pomeni skozi vse življenje. Zanje je značilno ponavljanje epizod poslabšanja, pogostejše hospitalizacije z opaznimi deficiti na področju funkcioniranja in kakovosti življenja (Berger, 2005; Williams in M'Carthy, 2006; povz. po Kobentar, 2010, str.103).

Kronične bolezni v današnjem času predstavljajo izjemno breme za družbo in izziv za socialne in zdravstvene politike po vsem svetu (Trobec, 2010). Ko posameznik zboli za kroničnim potekom duševne motnje, postane bolj občutljiv in ranljiv za dogajanja v njem samem in njegovi okolici. S to izkušnjo se spopada vse življenje in se ob tem sooča s številnimi težavami in nezmožnostmi (Bašelj in Ferfolja, 2004). Predvsem so to težave na področju socialnega funkcioniranja tj. na področju zaposlovanja, druženja, skrbi za gospodinjstvo in zase ter na področju sposobnosti navezovanja in vzdrževanja socialnih stikov (Gruden, 2010).

Pri kakovostni in učinkoviti obravnavi pacientov s kroničnim potekom duševne motnje ima kontinuirana zdravstvena obravnava in kot integralni del tudi zdravstvena nega velik pomen (Pirih, Ferfolja in Hvala, 2011). Osnovna značilnost zdravstvene nege pacienta z duševno motnjo je terapevtski odnos med medicinsko sestro in pacientom, ki je usmerjen v prizadevanje za pospeševanje in podpiranje vedenja, katerega cilj je čim večja samostojnost pacienta, ob upoštevanju njegovih zmožnosti in sposobnosti (Edwards, 2005).

2 TEORETIČNI DEL

2.1 DUŠEVNO ZDRAVJE IN DUŠEVNE MOTNJE

Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) duševno zdravje definira kot stanje dobrega počutja, v katerem posameznik razvija svoje sposobnosti, se spoprijema s stresom v vsakdanjem življenju, učinkovito in plodno dela in prispeva v svojo skupnost. Duševno zdravje se oblikuje v družinah, šolah, na ulicah in delovnih mestih. Je rezultat tega, kako nas drugi obravnavajo in kako mi obravnavamo druge in sami sebe. Zato je treba konvencionalni pristop, ki je zasnovan predvsem na zdravljenju duševnih bolezni, razširiti na celovit, večdimenzionalni pristop, ki ne bo usmerjen samo k duševnim boleznim, temveč tudi k duševnemu zdravju in njegovi promociji (Klanšček Jeriček, Zorko, Bajt in Roškar, 2009).

Kot velja za osnovno opredelitev zdravja, tudi duševno zdravje pomeni mnogo več kot le odsotnost duševne bolezni. Duševno zdravje je bistveno za našo zmožnost percepcije, razumevanja in interpretacije okolja, ki nas obdaja, pa tudi mišljenje, govor in medsebojno verbalno in neverbalno komunikacijo. Bistveno je tudi za našo sposobnost oblikovanja in vzdrževanja odnosov ter za naše vsakdanje življenje v različnih družbah in kulturah, v katerih živimo (Erič, 2010).

Negativni vidik duševnega zdravja se odraža v prevalenci duševnih motenj in bolezni. Raziskava Evrobarometer o duševnem zdravju in dobrem počutju iz leta 2008, ki je zajela prebivalce 27 držav EU in v katero so bili vključeni anketiranci starejši od 15 let, je pokazala, da vsako leto za katero od oblik duševne bolezni zbolijo približno 11 % Evropejcev (Bajt, 2009).

Na ravni celotne Evrope spada med pomembnejše ukrepe za izboljšanje duševnega zdravja evropskih prebivalcev podpis Deklaracije in akcijskega načrta za področje duševnega zdravja v Evropi na Evropski ministrski konferenci SZO v Helsinkih leta 2005, s katerim so določili okvir za celostne ukrepe in ustvarili močno politično zavezo na področju duševnega zdravja. Evropska komisija je bila kot eden od sodelujočih partnerjev na konferenci pozvana k izvajanju različnih ukrepov (Bajt, 2009, str. 6).

Nacionalne politike na področju duševnega zdravja naj bi bile glede na določila Deklaracije prioritarno usmerjene na sledeča področja: promocija duševnega zdravja in posameznikovega dobrega počutja, odpravljanje stigme, diskriminacije in socialne izključenosti, preventiva na področju duševnega zdravja, skrb za obolele za duševnimi motnjami (zagotavljanje celovitih in učinkovitih storitev in intervencij, vključevanje uporabnikov in skrbnikov v proces zdravljenja ter nudenje izbire), vključevanje pacientov z duševno boleznijo v družbo med okrevanjem in njem (Bajt, 2009).

V okviru tako imenovanega medicinskega modela opredeljujemo duševnost in njene motnje kot fiziološke in patofiziološke dejavnosti možganov. Znaki in simptomi duševnih motenj se kažejo kot odkloni ali spremembe v vedenju, doživljanju, delovanju in reagiranju osebe, ki jih imenujemo tudi psihopatološki fenomeni (Mrevlje, 2009).

Po slovenskem medicinskem slovarju se pod izrazom duševna motnja razume vse bolezenske ali izrazito od norme odmaknjene spremembe duševnega funkcioniranja (Kališnik, 2002, str. 559).

Ko govorimo o duševnih spremembah, uporabljamo predvsem dva izraza, in sicer duševne motnje ter duševne bolezni. Izraz duševne motnje se uporablja v medicini in psihiatriji ter največkrat pomeni neko moteno ravnovesje v delovanju živčevja, medtem ko izraz duševne bolezni najdemo v sociologiji, pedagogiki in andragogiki oziroma družboslovnih vedah kot odraz družbenega stanja, ki še vedno nakazuje stigmatiziran odnos družbe do oseb z duševnimi motnjami (Erič, 2010).

Večina literature pojem bolezni, telesne in duševne, predpostavlja kot odklon od norme, navaja Lamovec (2006), vendar meni, da je težko reči, kaj je ta norma pri duševni bolezni. Opredeljena je s psihosocialnimi, etičnimi in pravnimi izrazi. Po njenem mnenju je bistvena značilnost duševne bolezni ta, da okolico moti oziroma ji ni všeč določeno vedenje.

Mrevlje (2009) pravi, da danes uporabljamo izraz motnja in se izraz duševna bolezen opušča za področje duševnosti, kajti človek lahko duševno motnjo dobi, jo ima, jo lahko izgubi ali pa se motnja lahko pozdravi ali zazdravi.

Marušič (2009) meni, da je stigma na področju duševnih motenj ali bolezni še vedno navzoča, veliko pa storimo že s tem, da ne govorimo o duševnih boleznih, temveč o duševnih motnjah. Pravi, da so duševne bolezni veliko bolj stigmatizirajoče kot druge, tako imenovane somatske bolezni in da nerad dela razlike med boleznimi, ker imajo po

njegovem mnenju tudi duševne motnje svojo somatsko podlago, sicer jih v fizičnem svetu ne bi bilo.

Omeni pa pomembno razliko med eno in drugo boleznijo. Kot pravi, gre pri somatski bolezni za spremembo telesa ali v telesu, medtem ko gre pri duševnih motnjah za spremembe v funkciji možganov (Marušič, 2009).

2.1.1 Vzroki duševnih motenj

Vzroke za nastanek duševnih motenj različne teorije razlagajo različno. Večina izhaja iz vse obsežnejših dokazov o kemijskih spremembah v delovanju možganov. Pravih vzrokov duševnih motenj ne poznamo, zato tudi ne moremo vplivati na tako imenovane povzročitelje bolezni. Izjema so nekatere organske duševne motnje, katerih vzrok je organska bolezen, poškodba, novotvorba. Nekatere duševne motnje so posledice telesne bolezni oziroma življenjskih sprememb, ki spremljajo to bolezen. Pogosto pa tudi posledica nezdravih navad, ki pa vodijo bolezen v odvisnost (Mrevlje, 2009). Pravi, da gre pri duševni motnji za znake in simptome, ki se pojavljajo v tipičnih zaporedjih, v kombinaciji pa sestavljajo duševno motnjo.

Najsodobnejši pogledi na etiologijo duševnih motenj izhajajo iz bio-psiho-socialnega modela bolezni, gre torej za prepletanje genskih, osebostnih in socialnih dejavnikov. Ti dejavniki vplivajo eden na drugega, na pojavljanje, potek in izid bolezni (Mrevlje, 2009).

2.1.2 Klasifikacija duševnih motenj

Psihatrija kot medicinska veda pri ugotavljanju, spoznavanju, klasificiranju, zdravljenju in preprečevanju duševnih motenj temelji na medicinskem modelu obravnave. Simptome in sindrome, v katerih se kažejo motnje duševnih funkcij, ocenjujejo v diagnostičnem postopku, v katerem se zbirajo podatki psihiatrične preiskave, klinično-psihološkega pregleda ter izvid splošnih in specialnih medicinskih (zlasti nevroloških in nevrofizioloških) preiskav. Te so nujne v primerih, ko je treba ugotoviti in potrditi

povezavo med duševnimi motnjami in bolezenskimi dogajanjem na telesnem področju (Tomori in Zihlerl, 1999).

Povezave med duševnimi in telesnimi zdravstvenimi motnjami so številne in obojestranske. Telesni in duševni simptomi sestavljajo klinično sliko pri pacientih, ki se obračajo po pomoč k psihiatrom in k zdravnikom vseh drugih medicinskih vej. Prepoznavanje obojih in upoštevanje pomena njihove povezanosti je nujno pomembna osnova za učinkovito zdravljenje (prav tam).

V Evropi uporabljamo klasifikacijo duševnih motenj po Mednarodni klasifikaciji bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene – Deseta revizija (MKB-10). V njej so razporejene posamezne nozološke enote in opisana merila, na osnovi katerih je mogoče postavljati diagnozo duševne motnje. Sistematično so v tej klasifikaciji opisani klinični znaki in simptomi, ki morajo biti razpoznani v klinični sliki pacienta, da lahko pri njem postavimo določeno diagnozo (Mrevlje, 2009).

Osnovne diagnostične skupine duševnih motenj so razdeljene v naslednje sklope :

- F00 – F09 Organske, vključno simptomatske, duševne motnje
- F10 – F19 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja psihoaktivnih snovi
- F20 – F29 Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje
- F30 – F39 Razpoloženjske (afektivne) motnje
- F40 – F48 Nevrotske, stresne in somatoformne motnje
- F50 – F59 Vedenjski sindromi, povezani s fiziološkimi motnjami in telesnimi dejavniki
- F60 – F69 Motnje osebnosti in vedenja v odrasli dobi
- F70 – F79 Duševna manjrazvitost (mentalna retardacija)
- F80 – F89 Motnje duševnega (psihološkega) razvoja
- F90 – F98 Vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu in adolescenci
- F99 Neopredeljena duševna motnja

Duševne motnje opredeljujemo tudi po njihovem izvoru na organske duševne motnje (nastanejo zaradi zunanjih vzrokov, ki v različnih stopnjah prizadenejo možgansko tkivo), funkcijske duševne motnje (so posledica sprememb ali neravnovesja v molekularno biološki strukturi možganovine ali na področju neurotransmiterskega

delovanja) in psihogene ali psihološke duševne motnje (so posledica motenj v določenih razvojnih obdobjih nastanka in razvoja osebnostne strukture in psihodinamike te osebe, ki se odraža v odnosu do sebe in okolice) (Mrevlje, 2009).

2.2 ZDRAVLJENJE DUŠEVNIH MOTENJ

Zaradi napredovanja nevroznanosti in odkrivanja novih spoznanj na področjih psihoterapevtskih in socioterapevtskih pristopov zdravljenja duševnih motenj postaja psihiatrija ena od najhitreje razvijajočih se področij znanosti. Spoznanja, ki vključujejo področja sociologije in psihiatrije, so privedla do novih pogledov na duševno motnjo in višjih ciljev zdravljenja. S sodobnim rehabilitacijskim postopkom je cilj zdravljenja individualno prilagojen in stremi k vračanju ljudi nazaj v socialno okolje. Pri zdravljenju duševnih motenj ne zadošča le odprava psihopatoloških fenomenov, ampak je pomembno tudi zagotavljanje dobrega pacientovega funkcioniranja in njegovega splošnega zadovoljstva (Pregelj, 2009).

Ziherl (1999) meni, da v psihiatriji ne zdravijo duševnih motenj ali bolezni, pač pa paciente. Pacient je dejaven subjekt zdravljenja, ki aktivno sodeluje v postopku zdravljenja. To pa je mogoče le tedaj, ko se vzpostavi s pacientom ustrezen terapevtski odnos. Prav tako je pomemben program oziroma načrt zdravljenja za vsakega posameznega pacienta. V načrtu bodo posamezne metode zdravljenja imele svoje mesto glede na vzročnost duševne motnje, ki jo kaže pacient. Tako ima lahko svoje mesto v načrtu medikamentozno zdravljenje (biološka metoda zdravljenja), primerna psihoterapevtska metoda, družinska ali partnerska terapija (vključitev družine ali partnerja), resocializacijski ali rehabilitacijski postopek, zaposlitvena, gibalna in likovna terapija.

V programu oziroma načrtu je treba tudi določiti, s katerimi postopki zdravljenja bo pacient zdravljnjen v neki fazi zdravljenja (prav tam).

Primeren, zaupanja vzbujajoč medosebni odnos med terapevtom in pacientom je nepogrešljiv del učinkovitega psihoterapevtskega sodelovanja. Ta odnos naj daje pacientu občutek človeške vrednosti, razumevanja in spoštovanja. Zaželeno osebne lastnosti psihoterapevta so: naklonjenost do ljudi, radovednost, občutljivost,

objektivnost, fleksibilnost, empatija (Ziherl, 1999). Žmitek (2010) pa meni, da so za pacientovo zadovoljstvo pri zdravljenju najpomembnejši trije elementi vedenja terapevta: primeren stil komuniciranja, partnerstvo in konkreten ter jasen pristop k problemu.

2.2.1 Psihoterapevtski postopki

Psihoterapija vključuje vrsto jasno definiranih terapevtskih metod za obravnavo oseb z duševnimi motnjami. Vsaka od teh metod izhaja iz svoje strokovne metodologije, ima svoj značilen terapevtski pristop, način dela, svoje indikacije in svoje terapevtske cilje (Tomori in Ziherl, 1999).

Psihoterapija je oblika pomoči posameznikom, parom in družinam ter poteka z verbalno komunikacijo, torej s pogovorom. Udeleženci psihoterapije predstavijo svoj problem terapevtu z namenom, da bi skupaj z njim prišli do boljšega razumevanja problema in tako razvili učinkovitejši način spopadanja z njim. Cilj psihoterapije je odstraniti in modificirati simptome, spremeniti moteče oblike vedenja ter vzpodbuditi pozitivno osebnostno rast in razvoj. Želijo poiskati ustrežnejši pristop k življenju in vzpostaviti zadovoljiv odnos z ljudmi (Pukl Gabrovšek, 2009, str. 340)

Tomori in Ziherl (1999) menita, da je ustrezno in smiselno prilagojen psihoterapevtski pristop, ki ga vključimo v celostno obravnavo pacienta, zelo učinkovita obogatitev terapevtskega procesa, ki pospeši in izboljša možnost dobrega izida zdravljenja.

2.2.2 Biološke metode

Biološka terapija je zdravljenje duševnih motenj s kemičnimi in fizikalnimi sredstvi, hormoni, nekaterimi povzročitelji drugih bolezni, operativnim posegom itd. (Žvan, 1999).

V današnjem času je sodobno psihofarmakološko zdravljenje temelj celostne terapije obravnavanja težjih duševnih motenj, druge biološke metode so bolj ali manj zgodovinske (npr. zdravljenje progresivne paralize z malarijo, insulinsko komatozno zdravljenje, kardiazolske konvulzije itd.).

Seveda je treba poudariti, da so zdravila le del celostnega psihiatričnega zdravljenja, ki poleg zdravljenja s psihofarmakološkimi zdravili pri vsakem pacientu upošteva tudi psihoterapevtski in socioterapevtski pristop (Pukl Gabrovšek, 2009).

2.2.3 Psihofarmakološka sredstva

Psihofarmakologija proučuje delovanje zdravil in je v glavnem usmerjena k odpravljanju simptomov, kar bistveno pripomore k boljšemu delovanju ljudi z duševno motnjo in večjemu zadovoljstvu (Kores Plesničar, 2008).

Zdravila za zdravljenje duševnih motenj razdelimo na več skupin, najpomembnejša med njimi so: antidepresivi, anksiolitiki in hipnotiki, antipsihotiki, stabilizatorji razpoloženja in antidementivi (Pregelj, 2009).

Antidepresivi so heterogena skupina zdravil, ki se uporablja predvsem za zdravljenje depresije, ki se pojavlja v sklopu duševnih motenj. Nekateri antidepresivi so stvar izbire tudi pri zdravljenju drugih duševnih motenj, kot so: generalizirane anksiozne motnje, panične motnje, socialne anksiozne motnje, posttravmatske stresne motnje itd. (Kores Plesničar, 2008).

Anksiolitiki in hipnotiki omilijo tesnoba in strah. Glede na mehanizem delovanja jih delimo na benzodiazepine in nebenzodiazepinske hipnotike. Uporabljajo se skupaj z drugimi psihofarmaki čim krajši čas, saj samostojno v daljšem časovnem obdobju niso učinkoviti in povzročajo odvisnost (Kores Plesničar, 2008).

Antipsihotiki predstavljajo ključno metodo zdravljenja psihotičnih motenj. Psihoza je sindrom, ki se pojavlja pri različnih duševnih motnjah. Delimo jih na klasične (tipični, prva generacija) in atipične (druga generacija) (Kores Plesničar, 1999).

Stabilizatorji razpoloženja so heterogena in slabo definirana skupina zdravil, ki se uporablja pri zdravljenju bipolarnih motenj razpoloženja. Med njih širše uvrščamo litij, antikonvulzive in nekatere atipične antipsihotike (prav tam).

Antidementivi so skupina zdravil, ki se uporablja za zdravljenje demence pri Alzheimerjevi bolezni (Kogoj, 2009).

2.2.4 Psihosocialna rehabilitacija

Švab (2004) navaja, da je psihosocialna rehabilitacija proces, ki vodi k čim boljši kakovosti življenja pacientov z duševno motnjo. Poudarek je na devetih smernicah rehabilitacijskega postopka:

- individualizirano zdravljenje (upoštevanje posameznikovih edinstvenih potreb, ki so povezane z njegovimi življenjskimi okoliščinami),
- vključitev okolja (rehabilitacija naj se prilagaja dejanskim življenjskim okoliščinam pacienta, pomembno je vplivati na pacientovo domače okolje, poučiti družino o bolezni, njenih posledicah, življenju z boleznijo),
- osredotočanje na pacientove zmožnosti (ne glede na obseg in globino psihopatologije, pri vsakem pacientu obstaja nedotaknjen del osebnosti, h kateremu usmerjamo rehabilitacijska prizadevanja),
- obnavljanje upanja (negovanje upanja, spodbujanje samozavesti),
- poudarek na zaposlitvenih zmožnostih (pacienti največkrat potrebujejo prilagojene oblike zaposlovanja in delovnega usposabljanja),
- vsestranska skrb (poleg zaposlovanja se rehabilitacija ukvarja tudi z drugimi življenjskimi področji: rekreacijski programi, druženja, izobraževalni programi, dnevna središča, programe bivanja (stanovanjske skupnosti), organizacija skrbi in pomoči na domu, povezovanje z drugimi službami, centri in ustanovami, da se lahko omogoči čim bolj celovita in vsestranska skrb),
- vključevanje pacientov (njihova aktivna vloga v procesu rehabilitacije, kjer se upoštevajo njihove osebne vrednote, izkušnje, čustva, želje, cilji in zmožnosti),
- stalna skrb (večina duševnih motenj poteka kronično, zato skrb in podpora nista časovno omejena, potrebno je tudi upoštevati bolezenska poslabšanja in izboljšanja bolezni),
- terapevtski odnos (uspeh psihoterapevtske rehabilitacije je odvisen od osebnega odnosa med pacientom in terapevtom, pomembni elementi tega odnosa so dostopnost, resnicoljubnost, empatija in skrb).

2.3 SODELOVANJE PACIENTOV PRI ZDRAVLJENJU DUŠEVNIH MOTENJ

Žmitek (2010) meni, da sodelovanje pacienta določajo številni dejavniki, ki vstopajo v kompleksna medsebojna součinkovanja, zato je sodelovanje – ob spremembah dejavnikov – dinamična kategorija. Dejavnike lahko razdelimo v štiri skupine: eni so vezani na pacienta, drugi na zdravljenje, tretji na zdravnika in četrti na okolje. Pravi, da je ta delitev sicer do neke mere umetna, saj bi nekatere dejavnike lahko uvrstili v več skupin hkrati, po drugi strani pa vendarle napravi nekaj reda in olajša razumevanje.

Dejavniki, vezani na pacienta, so: starost pacienta (tako mlajši kot starejši pacienti načeloma slabše sodelujejo, mlajši zaradi upornišтва ali pomanjkanja življenjskih izkušenj, starejši zaradi okvar spoznavnih funkcij), spol (ženske v glavnem sodelujejo boljše), sočasne druge duševne motnje, predvsem odvisnost od psihotropnih snovi, finančne ovire, izkušnje s prejšnjim sodelovanjem, uvid v bolezen (Žmitek, 2010; Velestein idr., 2006).

Dejavniki, vezani na zdravljenje, so predvsem v jemanju predpisanih zdravil, ki imajo lahko neželene stranske učinke, medsebojne interakcije in včasih zelo resne zaplete (Amador, 2004; Kores Plesničar, 2008). Žmitek (2010) pa ugotavlja, da to le ni tako preprosto. Pacienti, ki opazijo dober terapevtski učinek zdravila, so sposobni vztrajati pri zdravljenju kljub stranskim učinkom. Obratno pa tisti, ki menijo, da zdravljenja sploh ne potrebujejo, zdravilo opustijo že ob blagih stranskih učinkih. Pravi, da je pomemben tudi subjektivni pomen stranskih učinkov (nekdo težko sprejme povečanje telesne teže, drugega to ne bo motilo, ne bo pa pripravljen prenašati blagega tresenja prstov na rokah).

Dejavniki, ki so vezani na terapevta, predstavljajo enega najpomembnejših dejavnikov. Pomembno je, da se vzpostavi dober terapevtski stik, da se pacienta posluša aktivno in upošteva njegove cilje pri zdravljenju (Žmitek, 2010). Vzpostavljeni humani medosebni odnosi med terapevtom in pacientom omogočajo priznavanje vrednot posameznika in dopuščajo pacientu sprejemati lastne odločitve, kar mu olajša doživljanje bolezni (Gorše Muhič, 2009).

Dejavniki, vezani na okolje, so lahko za pacienta spodbudni (podpora družine, skupnosti, delovnega okolja), nasprotno pa negativna stališča do zdravljenja v njegovem ožjem okolju učinkujejo na sodelovanje negativno (Žmitek, 2010).

Velestein idr.(2006), so z raziskavo na Univerzi Michigan leta 2006, ki se je nanašala na upoštevanje navodil pacientov glede zdravljenja, ugotovili, da se 60 % pacientov slabo drži navodil zdravljenja. V skupino pacientov z motnjami v duševnem zdravju, ki slabo upoštevajo navodila o zdravljenju, sodijo mlajši pacienti, moški, nezaposleni, manj izobraženi in Afroameričani. Ugotovili so tudi, da pacienti, ki manj vedo o svoji bolezni slabše sodelujejo pri zdravljenju. Pomembna pa je bila tudi ugotovitev, da na uspešnost zdravljenja pomembno vpliva podpora in pomoč družine.

Vzroki za pomanjkljivo sodelovanje pri zdravljenju so številni: zanikanje bolezni, napačne ali nepopolne informacije o bolezni in zdravljenju, pomanjkljiv uvid v bolezen, slabo vključevanje svojcev, negativni simptomi bolezni, neurejen način življenja, neugodna socialno-ekonomska situacija, motnje mišljenja, stigmatizacija duševnih bolezni in nenazadnje tudi posameznikova zmožnost ali hotenje sodelovanja pri zdravstveni oskrbi in zdravljenju svoje bolezni (Velligan idr.,2009).

Weiden (2007) meni, da ni enostavne rešitve za problem slabega sodelovanja. Pogled pacienta na sodelovanje je orodje, s čimer lahko doseže svoj cilj v življenju. Pacient in zdravstveno osebje morajo biti realni v pričakovanjih zdravljenja.

Zanikanje bolezni je pomemben razlog za nesodelovanje pacientov. Problem je tudi, da jih veliko misli, da hoče imeti terapevt prevelik nadzor nad njihovim življenjem (Masand, Roca, Turner in Kane, 2009).

Večina literature (Žmitek, 2010; Erič, 2010; Makovec, 2004; Mrevlje, 2009) opisuje, da je pomemben del sodobnega pristopa k izboljševanju sodelovanja pacientov v osnovi njegova aktivna vloga pri zdravljenju, vendar na aktivno sodelovanje in izid obravnave pomembno vplivajo socialni, osebni in okoljski dejavniki.

Tudi raziskava, ki je bila izvedena na Psihiatrični kliniki Ljubljana leta 2008, je na vzorcu 133 pacientov s kroničnim potekom duševne motnje potrdila, kako pomembni so ti dejavniki za ohranjanje socialne integracije in kakovosti življenja (Kobentar, 2010).

Med pozitivnimi dejavniki so bili izpostavljeni: življenje z zakoncem, partnerjem, prejemanje mesečnega dohodka, najmanj srednješolska izobrazba, aktivnosti v prostem času (prav tam).

2.4 ZDRAVSTVENA NEGA PACIENTOV Z DUŠEVNO MOTNJO

Zdravstvena nega in promocija zdravja imata pomembno vlogo pri spodbujanju pozitivnega duševnega zdravja, pri preprečevanju bolezni in pri zdravljenju ter rehabilitaciji duševnih motenj (Čuk, 2010). Tako kot sta se razvijali psihiatrija in stroka, se je razvijala tudi zdravstvena nega na psihiatričnem področju. Vloga medicinske sestre se je spreminjala od varovanja in skrbi za osnovne življenjske potrebe pacientov preko izvajanja tehničnih posegov ter kasneje socioterapevtskih aktivnosti, do današnje sodobne zdravstvene nege s poudarkom na procesni metodi dela, ki medicinsko sestro v okviru psihiatrije in promocije duševnega zdravja vključuje kot članico multidisciplinarnega tima tako v bolnišnicah in ambulantah kot širši skupnosti (prav tam).

Psihiatrična zdravstvena nega je predvsem proces človeške komunikacije, ki vključuje dva človeka: medicinsko sestro in pacienta, njun odnos, sodelovanje in interakcije. Namen tega procesa je pomagati pacientu, da doseže največjo mero samostojnosti in neodvisnosti ob upoštevanju njegovih zmožnosti in sposobnosti (Gnezda, 2009).

Gorše Muhič (2009) pravi, da je komunikacija medicinske sestre s pacientom pomemben del njenega poklicnega delovanja in je terapevtsko sredstvo za pomoč pacientu. Meni, da je komunikacija s pacientom, ki ima težave na področju duševnega zdravja, še bolj pomembna kot sicer, ker gre pri tem za mnoge zelo globoke človeške stiske, in sicer ne le pri pacientih in njihovih svojcih, temveč tudi pri zdravstvenih delavcih, ki se s takim pacientom srečajo. Medosebno komuniciranje vključuje med ključne vidike stroke zdravstvene nege tudi nekaj znanih teoretičark na področju zdravstvene nege. Hildegard Paplau poudarja pomen besedne in nebesedne komunikacije ter trdi, da je medosebni odnos med medicinsko sestro in pacientom jedro zdravstvene nege. Ida Orlando vidi zdravstveno nego kot podporo ali pomoč pacientu pri zadovoljevanju potreb v procesu svetovanja in pogovora. Medicinska sestra spoznava pacientovo besedno in nebesedno izražanje ter odkriva nove potrebe, ki jih skupaj s pacientom potrdi. Imogene M. King predstavlja zdravstveno nego kot proces medosebnih odnosov med medicinsko sestro in pacientom, ki pomenijo osnovo tako za notranjo kot medosebno komunikacijo, pri čemer gre za obojestransko zaznavanje in sprejemanje (prav tam).

Tudi Silvester (2010), meni, da kakovostna komunikacija med pacientom in zdravstvenimi delavci pomembno vpliva na kakovost zdravstvene oskrbe.

Terapevtski odnos v zdravstveni negi vključuje pacientovo sodelovanje in njegove cilje (Ivanuša in Železnik, 2008).

Medicinska sestra je odgovorna za načrtovanje, izvajanje in evalvacijo individualne, k pacientu usmerjene zdravstvene nege, ki vključuje tako paciente same kot njihove svojce in bližnje okolje. Zdravstvena nega in njena nosilka, medicinska sestra v času hospitalizacije sodelujeta pri oblikovanju in izvajanju rehabilitacijskega načrta, v katerem je načrtovana tudi skrb za pacienta po odpustu (Ferfolja in Hvala, 2007). Pri izvajanju intervencij zdravstvene nege medicinska sestra upošteva pacienta kot enakopravnega in aktivnega udeleženca pri zdravljenju. Spoštuje njegovo pravico do izbire in soodločanja v okviru njegovih zmožnosti sodelovanja ter upošteva etična načela (Škerbinek, 2009).

Timski pristop v psihiatriji v današnjem času deluje podporno in se zavzema za zdravljenje pacientov z duševno motnjo in izboljšanje njihovega duševnega stanja v največji možni meri. Toda kljub temu je tudi v današnjem času še vedno mnogo negativnih mnenj, in sicer predvsem zaradi negativnega doživljanja sprejemov v psihiatrično bolnico. Hospitalizacija pacientov z akutno duševno motnjo je nujna. Pacienti prihajajo iz svojega okolja v povsem specifično okolje bolnišnice, ki je lahko strah vzbujajoče. Proces hospitalizacije je lahko za posameznika spodbuden ali travmatičen, kar je odvisno od institucije, odnosa družine, okolja, terapevtske komunikacije zdravstvenega osebja ter načina sprejema (Čuk, 2010, str. 146).

Bolnišnično okolje je manj znan in nedružinski prostor za paciente in njihove svojce, kar jih dela ranljive. Pomembno je, da vzpostavljanje odnosa poteka usklajeno in dovolj počasi. Na ta način je manjša možnost za nastanek težav na začetku hospitalizacije, ki lahko slabšajo nadaljevanje odnosa med hospitalizacijo (Peterka Novak, 2009). Smisel in vsebina zaposlenih v zdravstveni negi je poleg izpolnjevanja zahtev stroke tudi izpolnjevanje pričakovanj pacientov in svojcev (prav tam).

V zadnjem desetletju imata izjemno velik vpliv za kakovostno in učinkovito obravnavo pacientov z duševno motnjo kontinuirana zdravstvena obravnava in kot njen del tudi kontinuirana zdravstvena nega. Le- ta s svojim specifičnim delovanjem v okviru svojih pristojnosti lahko zelo učinkovito preprečuje, odkriva in rešuje pacientove probleme od

sprejema v bolnišnico, premestitve na drug oddelek, bolnišnico ali ustanovo in vse do odpusta v domače okolje ali druge institucije (Ferfolja in Hvala, 2007).

Bolnišnična obravnava pacienta z duševno motnjo se vedno bolj seli v dnevne bolnišnice (razen že prej omenjenih akutnih stanj), ambulantno obravnavo in obravnavo na pacientovem domu, zato je poleg kontinuirane obravnave znotraj bolnišnice pomembna tudi kontinuirana obravnava izven nje. To pomeni, da mora bolnišnica prevzeti skrb za ustrezno obravnavo pacienta tudi po odpustu in v ta namen vzpostaviti ustrezno povezavo z drugimi službami na primarni ravni zdravstvenega varstva. Nepretrgana ali vsaj začasna podpora v skupnosti, namenjena pacientom s kronično duševno motnjo, je torej v današnjem času nujnost v zdravstvenem in socialnem sistemu skrbi (Ferfolja in Hvala, 2007).

Tudi Kobentar (2010) meni, da sta zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju postala integralni del zdravstvene oskrbe, pacienti in njihovi svojci pa aktivni udeleženci v procesu obravnave. Novejša spoznanja postavljajo v ospredje zdravstveno nego v skupnosti, ki s primernim vodenjem in vključevanjem drugih strokovnjakov pomembno prispeva k funkcioniranju pacienta v svojem primarnem okolju. Velika skrb je namenjena predvsem pacientom, da kljub kroničnemu poteku bolezni, starosti in občasnim ponovitvam motnje ostajajo v svojem okolju kot aktivni in enakopravni člani družbe.

Vsaka bolezen, zlasti kronično potekajoča, posameznika obremeni na specifičen način in prinaša določene spremembe. Bolezen pogosto pomeni izgubo varnosti, kronično potekajoča obolenja največkrat zmanjšujejo kakovost posameznikovega življenja. Njegov način doživljanja, ravnanja, njegova stališča, njegov sistem vrednot se prilagajajo pogojem okolja (Bendelja, 2010).

Življenje s kronično boleznijo pomeni življenjsko izkušnjo, ki poteka med vztrajanjem in trpljenjem in vključuje tudi proces preoblikovanja lastne osebnosti (Ohman, Soderberg in Lundman, 2006).

Pacienti s kronično boleznijo se spopadajo z izkušnjo negotovosti, ki ni prisotna le v času postavitve diagnoze in zdravljenja. Vedno obstaja možnost nepredvidenega zapleta in sprememb v zdravstvenem stanju (Bobnar, 2008).

Kersnik (2010) meni, da pri kroničnem pacientu ne gre le za začasno vlogo, temveč za trajen življenjski položaj posameznika, ki mora živeti v svetu zdravih, v svetu, kjer je

zdravje moralna in družbena norma, zato morajo kronični pacienti v svojem življenju obvladati naslednje strategije: najti morajo smisel življenja kljub trajni oviranosti, izdelati morajo prilagoditve v vsakdanjem življenju in na novo oblikovati samopodobo oziroma odnos do samega sebe.

2.4.1 Model medsebojnih odnosov po teoriji Hildegard Peplau

Temelj vsake stroke je teoretična podlaga, ki jo lahko prenesemo v prakso. Tudi razvoj psihiatrične zdravstvene nege je zahteval takšno teoretično podlago. V praksi psihiatrične zdravstvene nege je uporabna teorija Hildegard Peplau- Model medsebojnih odnosov. Avtorico mnogi imenujejo mater moderne psihiatrične zdravstvene nege (Gorše Muhič, 2009).

Teorija poudarja pomen odnosa med medicinsko sestro in pacientom. Cilji zdravstvene nege so lahko doseženi le s sodelovanjem v dobrem medosebnem odnosu med njima. Tak odnos avtorica imenuje terapevtski odnos, namen le-tega pa je zagotavljanje pacientovega dobrega počutja, povečanje njegovega samosprejemanja in samospoštovanja, pospeševanje njegovega okrevanja ter podpora in pomoč, da pacient doseže čim večjo samostojnost in neodvisnost (Gorše Muhič, 2009).

Ramšak Pajk (2006) navaja, da se medosebni odnos med medicinsko sestro in pacientom razvija preko štirih faz: orientacija, identifikacija, interakcija in razrešitev. Faza orientacije je začetna faza, ki se vzpostavi ob prvem srečanju med medicinsko sestro in pacientom. S tem se prične njun medosebni odnos, kjer bosta pričela sodelovati. Skupaj bosta ugotovila in opredelila probleme, ki se pojavljajo pri pacientu. Prvi stik s pacientom oziroma orientacijska faza je pomembna glede na nadaljnji razplet odnosa (prav tam).

Faza identifikacije se prične, ko pacientu postaja jasno, kaj se z njim dogaja. Odnos med medicinsko sestro in pacientom se pogloblja. Medicinska sestra pacienta ves čas opazuje in ga spodbuja k odkrivanju samega sebe in govorjenju o tem, pomaga si s tehnikami komuniciranja. Potek faze je uspešen, ko pacient sam išče rešitve za svoje probleme in o tem razpravlja z medicinsko sestro in drugimi člani terapevtskega tima. V tej fazi ima medicinska sestra najpogosteje vlogo terapevtke, učiteljice in osebe z informacijami (Ramšak Pajk, 2006).

Faza interakcije nastopi tedaj, ko pacient spozna in sprejme svojo situacijo, razume svoje probleme in težave ter izrabi vse ponujene možnosti reševanja le-teh. V proces zdravstvene nege vključuje svojce in že sam išče odgovore in negovalne probleme, s tem pa si pridobi veliko izkušenj, ki jih lahko uporabi v življenju. V tej fazi se medicinska sestra pojavi v vlogi svetovalke, osebe z informacijami in tudi vodje, saj skupaj s pacientom načrtujeta in izvajata proces zdravstvene nege (prav tam).

Faza razrešitve je zadnja faza v medosebnem odnosu medicinske sestre in pacienta, na katero se pripravljata že od vsega začetka. Zajema pacientovo pripravo na odpust iz bolnišnice in na življenje doma. Skupaj pregledata, če je pacient dosegel zastavljene cilje in ovrednotita pacientov napredek. Razrešitev ni možna brez uspešno zaključenih predhodnih faz (Ramšak Pajk, 2006).

Skozi faze medicinska sestra prevzame različne vloge: vloga tujca, vloga osebe, ki daje pacientu informacije, vloga učiteljice, ki pacienta poučuje, vloga svetovalke, vloga vodje in izvajalke zdravstvene nege, vloga zagovornice, vloga osebe, ki nadomešča ali predstavlja drugo osebo v pacientovem življenju (Gorše Muhič, 2009).

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 PROBLEM IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je ugotoviti, kateri dejavniki vplivajo na sodelovanje in nesodelovanje pacientov pri zdravljenju ter kaj moti njihovo področje funkcioniranja in kakovost življenja. Zanima nas tudi, koliko so pacienti pripravljene na njihovo aktivno vlogo v procesu zdravljenja, rehabilitacije in učenja socialnih veščin, ki so osnova za neodvisnost na vseh ravneh življenja.

Cilji so:

1. Ugotoviti in oceniti dejavnike sodelovanja pacientov pri zdravljenju duševnih bolezni.
2. Oceniti vpliv dobrih odnosov z družino na ohranjanje zdravja kljub duševni motnji.
3. Evalvirati ali je sodelovanje pacientov povezano z njihovo aktivnostjo v skrbi za svoje zdravje in življenje doma.

Na osnovi analize dejavnikov sodelovanja bomo predlagali ukrepe, ki bi prispevali k izboljšanju kakovosti obravnave in kakovosti življenja pacientov s kronično duševno motnjo.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

V praksi opažamo, da na sodelovanje pacientov pri zdravljenju duševnih motenj vplivajo številni dejavniki, med zelo pomembnimi pa so prav zagotovo uvid v svojo motnjo, aktivno vključevanje v obravnavo, podpora in pomoč svojcev ter dobra socialna integracija oseb, ki zbolijo za duševno motnjo.

Na podlagi pregledane domače in tuje strokovne literature ter na podlagi zastavljenih ciljev smo zato zastavili naslednja raziskovalna vprašanja:

1. Kako pacienti ocenjujejo dejavnike sodelovanja pri zdravstveni obravnavi?
2. Ali obstaja povezava med socialnimi dejavniki in uspešnim sodelovanjem pri zdravstveni obravnavi duševnih motenj?
3. Ali pacienti, ki dobro sodelujejo, ustvarjajo daljše remisije relativnega zdravja?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

V teoretičnem delu smo uporabili deskriptivno metodo s pregledom strokovne literature, znanstvenih in strokovnih člankov ter prispevkov. S pomočjo svetovnega spleta smo zbrali vire, tudi preko zbirk podatkov, kot so CINAHL, Pub Net, Cobiss, s pomočjo ključnih besed (duševne motnje, sodelovanje pri zdravljenju, zdravstvena nega, mental illness, treatment of mental disorders, cooperation of patients, compliance, noncompliance).

Za empirični prikaz smo uporabili kavzalno-eksperimentalno metodo raziskovanja. Podatke smo zbirali po kvantitativni tehniki zbiranja podatkov s pomočjo anketnega vprašalnika. Obdelani so bili s statističnimi metodami s programskim orodjem SPSS 15,0 (SPSS Inc., Chicago, IL).

Raziskavo smo izvedli s hospitaliziranimi pacienti, ki se zdravijo zaradi duševne motnje na odprtih ženskih in moških oddelkih Psihiatrične bolnišnice Begunje. Izvedena je bila v mesecu avgustu, od 8. do 12. 8. 2011.

Raziskava je potekala po predhodni odobritvi odgovorne osebe za izvajanje raziskave v Psihiatrični bolnišnici Begunje in soglasjem direktorja. Pacienti so sodelovali s svojo privolitvijo, seznanjeni so bili z namenom in načinom raziskave. Vsak pacient je bil seznanjen tudi z možnostjo odklonitve ali prekinitve brez posledic. Upoštevani so bili etični vidiki raziskovanja (Oviedska konvencija: upoštevanje 4. in 5. člena).

3.3.2 Opis instrumentarija

Za izvedbo kvantitativne raziskave smo uporabili metodo anketiranja v obliki pisnega vprašalnika. Izdelali smo anketni vprašalnik z zaprtimi in odprtimi tipi vprašanj, ki smo jih oblikovali po predhodnem pregledu podobnih vprašalnikov domačih in tujih avtorjev (Žmitek idr., 2008; Kobentar, 2010; Weiden, 2007; Velligan, 2007). Vprašanja so zajemala sociodemografske dejavnike (spol, starost, zaposlitveni status, stopnjo izobrazbe, ima pacient družino, živi sam). Obsegali so tudi subjektivno oceno zdravja

(na lestvici od 1 do 5, pri čemur je 1 pomenilo slabo, 5 pa zelo dobro), socialne dejavnike (aktivnosti v prostem času, kot so pogovor, druženje, ogled filmskih, gledaliških predstav, gledanje televizijskega programa, športne aktivnosti), vlogo svojcev, okolja, negativne dejavnike, ki vplivajo na sodelovanje pri zdravljenju (stigmatizacija, neugodne finančne in bivalne razmere, slaba podpora svojcev, izoliranost, zloraba psihoaktivnih substanc, neredno jemanje predpisanih zdravil). Sklop vprašanj, ki je vseboval socialne dejavnike, je bil pomemben zato, ker je znano, da duševna motnja povzroča socialno dezintegracijo, pacienti se vse bolj zapirajo pred zunanjim svetom, ki jim posledično postaja vse bolj tuj in nerazumljiv (Berger, 2005; povz. po Kobentar, 2010).

Zanesljivost vzorca je bila preverjena s koeficientom Cronbach alfa. V raziskavi smo vključili dve centralni dimenziji dejavnikov: 1) zdravstvena obravnava duševnih motenj in 2) socialni dejavniki. Za obe dimenziji ločeno smo izračunali koeficient Cronbach alfa (tabela 1), ki je po priporočilih mednarodne literature v obeh primerih presegel vrednost 0,70, ki predstavlja prag za ustrezno zanesljivost vzorca (Nunnally in Bernstein, 1994).

Tabela 1: Zanesljivost vzorca

Dimenzija	Število dejavnikov	Cronbach alfa
Zdravstvena obravnava duševnih motenj	n=8	0,72
Socialni dejavniki	n=7	0,77

3.3.3 Opis vzorca

V raziskavo smo vključili 30 pacientov, ki imajo diagnozo duševne motnje. V času sodelovanja pri anketiranju so se zdravili na odprtih moških in ženskih oddelkih Psihiatrične bolnišnice Begunje. Vsak pacient je bil pisno in ustno seznanjen z namenom raziskave ter možnostjo odklonitve ali prekinitve sodelovanja brez posledic. Zagotovljena in upoštevana je bila anonimnost; pacienti so izpolnjene vprašalnike

oddali v za to namenjeno škatlo na oddelku. Upoštevani so bili etični vidiki raziskovanja (Oviedska konvencija: upoštevanje 4. in 5. člena).

Anketiranje je potekalo v dnevnem prostoru bolniškega oddelka, pogoji za reševanje ankete so bili za vse paciente enaki. Pacientom smo se predstavili in jih prosili za sodelovanje. Po končanem izpolnjevanju anket so bile vrnjene vse, ena je bila neizpolnjena. Sodelovalo je 13 moških (44,8 %) in 16 žensk (55,2 %). Največ jih je bilo v starostni skupini od 51 do 63 let (37,9 %), najmanj pa v skupini od 16 do 25 let (10,3 %), 31,0 % jih je bilo v starostni skupini od 26 do 40 let, 20,7 % v skupini od 41 do 50, nihče ni bil starejši od 64 let. Povprečna starost anketiranih pacientov je bila 43,4 let. Srednješolsko izobrazbo je imelo 62,1 % pacientov, osnovnošolsko 20,7 % pacientov, višjo ali visoko izobrazbo je imelo 10,3 % pacientov, brez dokončane osnovne šole je bilo 6,9 % anketiranih pacientov. Tistih, ki so imeli zaposlitev, je bilo 41,4 %, nezaposlenih pa 31,0 % pacientov. Upokojenih je bilo 27,6 % pacientov. Podroben opis vzorca je predstavljen v tabeli 2.

Tabela 2: Opis vzorca

	n=29	%
Spol		
moški	13	44,8
ženski	16	55,2
Starost v letih		
16-25	3	10,3
26-40	9	31,0
41-50	6	20,7
51-63	11	37,9
64 ali več	0	0,0
povprečna starost v letih	PV: 43,4	SO: 5,2
Zaposlitveni status		
imam zaposlitev	12	41,4
sem brez zaposlitve	9	31,0
upokojitev	8	27,6
Izobrazba		
brez dokončane osnovne šole	2	6,9
osnovnošolska	6	20,7
srednješolska	18	62,1
višja, visoka	3	10,3
univerzitetna ali več	0	0,0
Bivanje		
sam-a	7	24,1
z družino	20	69,0
s partnerjem ali zakoncem	2	6,9

n = velikost vzorca, % = odstotni delež, PV: povprečna vrednost, SO: standardni odklon

3.3.4 Opis obdelave podatkov

Vzorec je bil opisan na podlagi frekvenčne (n) in odstotne analize (%). Pri raziskovalnih vprašanjih sta bila uporabljena hi-kvadrat test, t-test za neodvisne vzorce in eno-faktorska analiza variance. Te statistične metode so bile izbrane glede na tip podatkov (kategoričnih in numeričnih) in tudi, ker so v literaturi pogosto uporabljene v podobne namene. Statistična analiza je bila obdelana s programom SPSS 15,0 (SPSS Inc., Chicago, IL). P vrednost $< 0,05$ je pomenila statistično pomembnost.

Hi-kvadrat test je bil izbran, ker smo analizirali dva kategorična dejavnika. T-test za neodvisne vzorce je bil izbran, ker smo analizirali en kategorični dejavnik, ki zajema dve kategoriji in en numerični dejavnik. Eno-faktorska analiza variance pa je bila izbrana ker smo analizirali en kategorični dejavnik, ki zajema več kot dve kategoriji in en numerični dejavnik.

3.4 REZULTATI

Dejavnike uspešnega sodelovanja pri zdravstveni obravnavi duševnih motenj so predstavljali štiri dejavniki:

- redno hodim na preglede k svojemu psihiatru,
- menim, da dovolj vem o svoji bolezni,
- redno jemljem predpisana zdravila in
- telesno redno skrbim zase.

Te štiri dejavnike smo združili v izvedeno spremenljivko, kjer je bilo sodelovanje ocenjeno kot uspešno v primeru vsaj treh pozitivnih odgovorov (tabela 3).

Iz rezultatov je razvidno, da je 62,1 % pacientov odgovorilo pritrdilno na vsaj tri vprašanja, torej uspešno sodelujejo pri zdravstveni obravnavi, 37,9 % pa ni podalo treh pozitivnih odgovorov, torej sodelujejo slabše.

Tabela 3: Uspešno sodelovanje pri zdravstveni obravnavi duševnih motenj

	n	%
da	18	62,1
ne	11	37,9

n = velikost vzorca, % = odstotni delež

Zelo pomemben sklop vprašanj je zajemal socialne dejavnike zdravja. Vprašanja so vključevala aktivnosti v prostem času, kot so pogovor, druženje, obisk predstave, cerkve, gostilne, obisk sorodnikov, sprehod. Znano je, da duševna motnja povzroča socialno dezintegracijo, zato se pacienti vse bolj zapirajo pred zunanjim svetom, ki jim posledično postaja vse bolj tuj in nerazumljiv (Berger, 2005; povz. po Kobentar, 2010). Primerjava med socialnimi dejavniki in uspešnim sodelovanjem pri zdravstveni obravnavi duševnih motenj, ni pokazala statistično pomembnih razlik na podlagi hi-kvadrat testa (tabela 4). Nobena izmed sedmih primerjav ni pokazala p-vrednosti < 0,05 (zadnji stolpec v tabeli 4). Rezultati kažejo, da so pacienti obeh primerjanih skupin (uspešno in neuspešno sodelovanje) pretežno izrazili, da družbo iščejo redko, prav tako je bila najpogostejša navedba, da redko obiskujejo gostilne, predstave in cerkev. Odpravljanje na sprehode je bilo pretežno navedeno kot večkrat. Obiski sorodnikov in pogovori s sosedi so bili v obeh primerjanih skupinah pretežno navedeni kot redko.

Tabela 4: Socialni dejavniki in uspešno sodelovanje pri zdravstveni obravnavi duševnih motenj

socialni dejavnik	uspešno sodelovanje*		p-vrednost
	ne	da	
iskanje družbe			0,438
nikoli	2 (22,2 %)	2 (11,1 %)	
redko	5 (55,6 %)	8 (44,4 %)	
večkrat	2 (22,2 %)	8 (44,4 %)	
obisk gostilne			0,974
nikoli	2 (25,0 %)	5 (29,4 %)	
redko	4 (50,0 %)	8 (47,1 %)	
večkrat	2 (25,0 %)	4 (23,5 %)	
obisk predstave			0,410
nikoli	3 (33,3 %)	7 (52,9 %)	
redko	6 (66,7 %)	9 (41,2 %)	
večkrat	0 (0,0 %)	1 (5,9 %)	
obisk cerkve			0,931
nikoli	4 (40,0 %)	5 (33,3 %)	
redko	5 (50,0 %)	8 (53,3 %)	
večkrat	1 (10,0 %)	2 (13,3 %)	
grem na sprehod			0,118
nikoli	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	
redko	6 (60,0 %)	5 (29,4 %)	
večkrat	4 (40,0 %)	12 (70,6 %)	
obiščem sorodnike			0,813
nikoli	1 (10,0 %)	1 (5,9 %)	
redko	6 (60,0 %)	9 (52,9 %)	
večkrat	3 (30,0 %)	7 (41,2 %)	
pogovor s sosedi			0,367
nikoli	0 (0,0 %)	3 (17,6 %)	
redko	6 (60,0 %)	8 (47,1 %)	
večkrat	4 (40,0 %)	(35,3 %)	

* rezultati so prikazani s frekvenco in pripadajočim odstotnim deležem v oklepaju.

Daljše remisije relativnega zdravja smo ocenjevali na podlagi sprejema v bolnišnico v zadnjem letu dni zaradi poslabšanja zdravja in glede na samoevalvacijo lastnega zdravja. V tabeli 5 je prikazano, da so bili pacienti v zadnjem letu dni zaradi poslabšanja bolezni pretežno sprejeti v bolnišnico enkrat (69,0 %), dvakrat ali več pa 31,0 %. Ocena lastnega zdravja bila pretežno 3 (srednje), v 62,1 % kar je razvidno tudi iz povprečne vrednosti.

Tabela 5: Remisije relativnega zdravja

	n=29	%
Sprejem v bolnišnico v zadnjem letu dni		
enkrat	20	69,0
dvakrat ali več	9	31,0
Ocena lastnega zdravja		
1 (slabo)	3	10,3
2 (zadovoljivo)	3	10,3
3 (srednje)	18	62,1
4 (dobro)	5	17,2
5 (zelo dobro)	0	0,0
	PV	SO
povprečna ocena lastnega zdravja	2,9	0,8

n = velikost vzorca, % = odstotni delež, PV: povprečna vrednost, SO: standardni odklon

V nadaljevanju smo naredili primerjavo med uspešnim sodelovanjem pri zdravstveni obravnavi duševnih motenj in sprejemi v bolnišnico ter oceno lastnega zdravja.

V tabeli 6 je prikazano, da so pacienti, ki so uspešno sodelovali pri zdravstveni obravnavi, bili sprejeti v bolnišnico enkrat v 72,2 %, dvakrat ali več pa v 27,8 % primerih, pacienti z manj uspešnim sodelovanjem so bili sprejeti v bolnišnico enkrat v 63,6 %, dvakrat ali več pa v 36,4 %. Hi-kvadrat test ni pokazal statistično pomembne razlike med skupinama ($p=0,628$).

Tabela 6: Uspešno sodelovanje pri zdravstveni obravnavi duševnih motenj in sprejemi v bolnišnico v zadnjem letu dni

	uspešno sodelovanje*		p-vrednost
	ne	da	
sprejem v bolnišnico v zadnjem letu dni			0,628
enkrat	7 (63,6 %)	13 (72,2 %)	
dvakrat ali več	4 (36,4 %)	5 (27,8 %)	

* rezultati so prikazani s frekvenco in pripadajočim odstotnim deležem v oklepaju.

Glede samoocene zdravstvenega stanja so pacienti z uspešnim sodelovanjem pri zdravstveni obravnavi ocenili svoje zdravje s povprečno oceno 3,0 (SO 0,8). Skupina z manj uspešnim sodelovanjem je ocenila svoje zdravje s povprečno oceno 2,8 (SO 0,9). T-test za neodvisne vzorce ni pokazal statistično pomembne razlike v samooceni zdravja med skupinama ($p=0,496$). Podrobni rezultati so prikazani v tabeli 7.

Tabela 7: Ocena lastnega zdravja na podlagi uspešnosti sodelovanja pri zdravstveni obravnavi duševnih motenj

uspešno sodelovanje	n=29	PV	SO	p-vrednost
Samoocena lastnega zdravja				0,496
ne	11	3,0	0,8	
da	18	2,8	0,9	

n = velikost vzorca, PV: povprečna vrednost, SO: standardni odklon

V nadaljevanju smo naredili primerjavo med doseženo izobrazbo in sprejemi v bolnišnico ter oceno lastnega zdravja.

V tabeli 8 je prikazano, da so pacienti, ki so dosegli osnovnošolsko izobrazbo ali manj, bili sprejeti v bolnišnico dvakrat ali več v 12,5 % primerih, pacienti s srednješolsko izobrazbo ali več pa v 38,1 %. Hi-kvadrat test ni pokazal statistično pomembne razlike med skupinama ($p=0,183$). Podrobni rezultati v tej tabeli so prikazani s frekvenco in pripadajočim odstotnim deležem v oklepaju.

Tabela 8: Dosežena izobrazba in sprejemi v bolnišnico v zadnjem letu dni

	dosežena izobrazba*		p-vrednost
	OŠ ali manj	SŠ ali več	
sprejem v bolnišnico v zadnjem letu dni			0,183
enkrat	7 (87,5 %)	13 (61,9 %)	
dvakrat ali več	1 (12,5 %)	8 (38,1 %)	

* rezultati so prikazani s frekvenco in pripadajočim odstotnim deležem v oklepaju.

Glede samoocene zdravstvenega stanja so pacienti z doseženo osnovnošolsko izobrazbo ocenili svoje zdravje s povprečno oceno 2,5 (SO 0,9). Skupina s srednješolsko izobrazbo je ocenila svoje zdravje s povprečno oceno 3,0 (SO 0,8). T-test za neodvisne vzorce ni pokazal statistično pomembne razlike v samooceni zdravja med skupinama ($p=0,152$). Podrobni rezultati so prikazani v tabeli 9.

Tabela 9: Ocena lastnega zdravja glede na doseženo izobrazbo

dosežena izobrazba	n=29	PV	SO	p-vrednost
Razlika v samooceni zdravja				0,152
OŠ ali manj	8	2,5	0,9	
SŠ ali več	21	3,0	0,8	

n = velikost vzorca, PV: povprečna vrednost, SO: standardni odklon

Sledila je še primerjava med zaposlitvenim statusom in sprejemi v bolnišnico ter oceno lastnega zdravja.

V tabeli 10 je prikazano, da pacienti, ki so upokojeni, niso nikoli (0,0 %) bili sprejeti v bolnišnico dvakrat ali več, pacienti z zaposlitvijo v 4 primerih ali 33,3 % in pacienti brez zaposlitve v 6 primerih ali 55,6 %. Hi-kvadrat test je pokazal statistično pomembne razlike med tremi skupinami ($p=0,046$). Upokojenci so imeli najmanj sprejemov v bolnišnico v zadnjem letu dni.

Tabela 10: Zaposlitveni status in sprejemi v bolnišnico v zadnjem letu dni

	zaposlitveni status*			p-vrednost
	zaposlitev	brez zaposlitve	upokojitev	
sprejem v bolnišnico v zadnjem letu dni				0,046
enkrat	8 (66,7 %)	4 (44,4 %)	8 (100,0 %)	
dvakrat ali več	4 (33,3 %)	5 (55,6 %)	0 (0,0 %)	

* rezultati so prikazani s frekvenco in pripadajočim odstotnim deležem v oklepaju.

Glede ocene lastnega zdravstvenega stanja so pacienti z zaposlitvijo ocenili svoje zdravje s povprečno oceno 2,9 (SO 0,5). Skupina pacientov brez zaposlitve je svoje zdravje ocenila s povprečno oceno 2,9 (SO 0,9), skupina upokojencev pa z 2,8 (SO 1,2). Eno-faktorska analiza variance ni pokazala statistično pomembne razlike v samooceni zdravja med skupinami ($p=0,909$). Podrobni rezultati so prikazani v tabeli 11.

Tabela 11: Ocena lastnega zdravja glede na zaposlitveni status

zaposlitveni status	n=29	PV	SO	p-vrednost
Samooocena zdravja med skupinami				0,909
zaposlitev	12	2,9	0,5	
brez zaposlitve	9	2,9	0,9	
upokojitev	8	2,8	1,2	

n = velikost vzorca, PV: povprečna vrednost, SO: standardni odklon

3.5 RAZPRAVA

V Psihiatrični bolnišnici Begunje smo izvedli raziskavo z namenom, da bi ugotovili in spoznali, kaj o sodelovanju menijo pacienti, kako socialni dejavniki vplivajo na sodelovanje pri zdravljenju in življenju doma ter ugotoviti, kaj moti njihova obdobja remisij bolezni in skrb za svoje zdravje.

V ta namen so bila za potrebe raziskave postavljena tri raziskovalna vprašanja. S pomočjo pregleda domače in tuje strokovne literature ter analize rezultatov izvedene ankete smo dobili rezultate, ki jih bomo v nadaljevanju predstavili.

1. Raziskovalno vprašanje: Kako pacienti ocenjujejo dejavnike sodelovanja pri zdravstveni obravnavi?

Raziskava, ki smo jo izvedli v Psihiatrični bolnišnici Begunje na manjšem vzorcu pacientov, je pokazala, da je odstotek pacientov, ki dobro sodelujejo, kar visok (61,1 %), s tem, da smo dobro sodelovanje opredelili s štirimi dejavniki: rednimi kontrolami pri svojem psihiatru, zadovoljivim znanjem o svoji bolezni, rednim jemanjem predpisanih zdravil in skrbi za svoje zdravje s telesno aktivnostjo. Vsaj trije pritrtilni odgovori so pomenili, da je bilo sodelovanje ocenjeno kot uspešno. Dejstvo, da skoraj dve tretjini pacientov dobro sodelujeta, nas je razveselilo, vendar v praksi opažamo, da ima s sodelovanjem probleme veliko pacientov. Pacienti menijo, da dobro sodelujejo, vendar zdravstveno osebje in svojci pacientov opažajo, da ni tako. Pacienti običajno

svoje sodelovanje precenjujejo, kot meni tudi Žmitek (2010). Menimo, da bi v prihodnje za bolj objektivno sliko morali k raziskavi povabiti tudi svoje in zdravstveno osebje ter potem primerjati rezultate raziskave med seboj.

V pregledu strokovne literature (Amador, 2004; Stier, Hinshaw, 2007; Lamovec, 2006; Žmitek, 2010) smo ugotovili, da sodelovanje pacientov pri zdravstveni obravnavi duševnih motenj obsega široko paleto aktivnosti, kot so: prihajanje na naročene preglede, redno jemanje predpisanih zdravil, sprememba načina življenja (fizična aktivnost, prehrana itd.), učenje o svoji bolezni, opravljanje »domačih nalog« v psihoterapevtski obravnavi, opustitev določenih škodljivih vzorcev vedenja in podobno. Na sodelovanje pacientov vplivajo tudi številni dejavniki, kot so genski, osebni, okoljski, sociodemografski in socialni.

Dejavniki dobrega sodelovanja so trdna socialna mreža, zaposlenost, ekonomska neodvisnost, pomoč in podpora svojcev, uravnotežene in dobre informacije o zdravljenju ter dobri rehabilitacijski načrti, kar potrjujejo avtorji številnih raziskav (Velestein idr., 2006; Masand in Turner, 2009; Weiden, 2007; Kobentar, 2010).

Tudi v praksi opazimo, da dejavniki dobrega sodelovanja pri zdravstveni obravnavi pacientov zelo pomembno vplivajo na njihovo čim boljše funkcioniranje in neodvisno delovanje. Zelo pomembno je, da so seznanjeni z načini zdravljenja, da dobijo informacije o bolezni, pomemben je pravilen, strokoven pristop vseh v timu. Zelo pomembno vlogo ima podpora svojcev, finančna neodvisnost, urejen socialni status, zaposlenost, dobri odnosi z ljudmi v ožjem in širšem okolju ter aktivna skrb za svoje zdravje.

Po znanih podatkih tretjina duševnih bolezni poteka kronično, kar pomeni skozi vse življenje, zato je perspektiva pacientov omejena z dolgotrajno obravnavo, recidivi in remisijami bolezenskih znakov, kar moti njihovo neodvisno funkcioniranje v socialnem okolju in kakovost življenja (Kobentar, 2010).

Dejavniki neučinkovitega oziroma slabega sodelovanja so povezani z negativnimi stališči do psihiatričnega zdravljenja, predvsem v pacientovem ožjem okolju, pa tudi v širši skupnosti, nezaposljivostjo in nezaposlenostjo, slabim ekonomskim statusom, slabih informacijah itd. (McEvoy, 2004; Žmitek, 2010).

Raziskava v ZDA (Univerza Michigan) leta 2006, ki se je nanašala na upoštevanje navodil glede zdravljenja, je razkrila, da se 60 % pacientov slabo drži navodil

zdravljenja. V skupino, ki slabo upoštevajo navodila o zdravljenju, sodijo mlajši pacienti, moški, nezaposleni, manj izobraženi in Afroameričani. Ugotovili so tudi, da pacienti, ki manj vedo o svoji bolezni, slabše sodelujejo pri zdravljenju in da na sodelovanje zelo vpliva dolžina zdravljenja; čim dlje le-ta traja, težje in slabše sodelujejo. Pomembna pa je bila tudi ugotovitev, da na uspešnost zdravljenja pomembno vpliva podpora in pomoč družine (Velestein idr., 2006).

Menimo, da je posebno skrb potrebno nameniti tisti tretjini pacientov z duševno motnjo, ki po rezultatih naše raziskave slabo sodeluje pri zdravstveni obravnavi. Le-ti so še bolj ranljiva skupina pacientov z duševno motnjo, saj posedujejo malo pozitivnih virov zdravja, so socialno izolirani, stigmatizirani, ne iščejo stikov z drugimi, nimajo podpore družine, so nezaposleni, velikokrat zlorablajo psihoaktivne snovi, alkohol, imajo več hospitalizacij, poslabšanj bolezenskih simptomov in so večji uporabniki urgentnih psihiatričnih ambulant. Ta skrb bi morala zajemati predvsem dobro koordinacijo na primarnem in sekundarnem zdravstvenem nivoju, z vključevanjem raznih delavnic, promocije duševnega zdravja, izobraževanjem družbe in s tem zmanjševanjem stigmatiziranosti pacientov z duševno motnjo.

2. Raziskovalno vprašanje: Ali obstaja povezava med socialnimi dejavniki in uspešnim sodelovanjem pri zdravstveni obravnavi duševnih motenj?

Vprašanja 13 in 14 v naši anketi so vključevala aktivnosti v prostem času, kot so pogovor, druženje, obisk predstave, cerkve, gostilne, obisk sorodnikov, sprehod.

Rezultati so pokazali, da so pacienti obeh primerjanih skupin (uspešno in neuspešno sodelovanje) pretežno izrazili, da družbo iščejo redko, prav tako je bila najpogostejša navedba, da redko obiskujejo gostilne, predstave in cerkev. Odpravljanje na sprehode je bilo pretežno navedeno kot večkrat. Obiski sorodnikov in pogovori s sosedi so bili v obeh primerjanih skupinah pretežno navedeni kot redko.

Znano je, da so pacienti z duševno motnjo dezintegrirani, vse bolj se zatekajo v svoj svet, se izogibajo stikov, zunanji svet pa jim posledično postaja vse bolj odmaknjen in tuj (Berger, 2005; Williams in McCarthy, 2006; povz. po Kobentar, 2010, str. 103). Menimo, da je pri zdravstveni obravnavi potrebno paciente čim bolj spodbujati, da si

ustvarijo dobro socialno mrežo in da se čim prej integrirajo v svoje domače in širše družbeno okolje. Medicinska sestra jim pri tem lahko pomaga z nasveti, učenjem in vključevanjem svojcev ali njegovimi pomembnimi drugimi. Poudarjati mora pomen dobrega sodelovanja pri zdravljenju za čim hitrejšo okrevanje, da pacient ni predolgo hospitaliziran, saj opazamo, da ravno dolge hospitalizacije povzročajo večjo izoliranost in nezmožnost pacienta, da bi iskal stike z drugimi ljudmi.

Obisk gostilne in predstave obe skupini pacientov izvajata redko, je pa to precej povezano s slabšim finančnim stanjem, ki ga ima večina pacientov z duševno motnjo. V praksi nam pacienti povedo, da bi več hodili na razne prireditve, obiskali kakšen koncert, kino predstavo, če bi imeli boljše finančno stanje. Marsikdo nam je povedal, da bi hodil tudi na preglede bolj redno, če bi imel denar za prevoz. Tudi obisk sorodnikov in pogovor s sosedi obe skupini pacientov izvajata redko, kar ni tako presenetljivo, saj je znano, da imajo pacienti z duševno motnjo ožjo socialno mrežo. Velikokrat nam pacienti v pogovoru povejo, da sorodnikom ali sosedom ne želijo govoriti o svoji bolezni in jih raje ne obiščejo. Moti jih tudi, ko jih sprašujejo o njihovem zdravstvenem stanju in jih ne obravnavajo enakovredno.

V rezultatih naše raziskave smo ugotovili tudi, da se na sprehod pacienti, ki bolje sodelujejo in tudi tisti, ki sodelujejo slabše, odpravijo večkrat. Sprehod je tudi ena od aktivnosti, ki jo v procesu zdravljenja v bolnišnici omogočamo pacientom. Na sprehod se lahko odpravijo sami, če pa jim zdravstveno stanje tega ne dopušča, imajo možnost spremljanja zdravstvenega osebja. Opazamo, da se večina pacientov (tudi tistih, ki sodelujejo slabše), rada odpravi na sprehod, saj se, kot povejo sami, potem bolje počutijo. Tudi ob odpustu iz bolnišnice jim medicinska sestra v okviru zdravstvene vzgoje svetuje, naj se dovolj gibajo.

3. Raziskovalno vprašanje: Ali pacienti, ki dobro sodelujejo, ustvarjajo daljše remisije relativnega zdravja?

Daljše remisije relativnega zdravja smo ocenjevali na podlagi sprejema v bolnišnico v zadnjem letu dni zaradi poslabšanja zdravja in glede na samoevalvacijo lastnega zdravja. Rezultati ankete so pokazali, da so pacienti, ki so boljše sodelovali pri zdravstveni obravnavi, bili sprejeti v bolnišnico dvakrat ali več v 27,8 % primerih, tisti,

ki so sodelovali slabše, pa v 36,4 %. Nismo ugotavljali statistično pomembne razlike, vendar obstaja možnost, da boljše sodelovanje vendarle vpliva na pogostost hospitalizacij zaradi poslabšanja simptomov bolezni. Iz izkušenj vemo, da pacienti, ki dobro sodelujejo, tudi prej opazijo spremembe v svojem zdravju in tudi hitreje poiščejo pomoč, velikokrat se lahko zdravijo tudi ambulantno in ni potrebno, da so sprejeti na zdravljenje v bolnišnico. Ravno pri ambulantnem spremljanju bi zdravstvena nega morala odigrati pomembno vlogo. Menimo, da je prihodnost boljšega spremljanja pacientov s kroničnim potekom duševne motnje in s tem daljšimi obdobji remisij bolezni v dobri mreži referenčnih ambulant, kjer medicinska sestra spremlja pacienta, ga spodbuja in poučuje pri vzdrževanju čim večje samostojnosti in s tem kakovosti življenja.

Ugotavljali smo tudi, ali ima stopnja izobrazbe kakšno vlogo pri pogostejših sprejemih v bolnišnico in prišli do rezultata, ki je pokazal, da so bili pacienti s srednješolsko izobrazbo ali več v 38,1 % sprejeti v bolnišnico dvakrat ali več, pacienti z osnovnošolsko izobrazbo pa v 12,5 %. Rezultati ankete niso pokazali statistično pomembne razlike med skupinama. Tudi v praksi ne opažamo, da bi imela stopnja izobrazbe pomembno vlogo pri pogostejših sprejemih pacientov z duševno motnjo na zdravljenje v bolnišnico.

Glede samoocene zdravstvenega stanja so pacienti z uspešnim sodelovanjem pri zdravstveni obravnavi ocenili svoje zdravje s povprečno oceno 3,0 (SO 0,8). Skupina z manj uspešnim sodelovanjem je ocenila svoje zdravje s povprečno oceno 2,8 (SO 0,9). Kot je razvidno, ni bistvenih razlik med obema skupinama pacientov.

Zanimive rezultate pa smo dobili, ko smo primerjali zaposlitveni status in sprejeme v bolnišnico. Pacienti, ki so upokojeni, so imeli najmanj sprejemov v bolnišnico v zadnjem letu.

Ti rezultati raziskave za namen diplomskega dela in naše izkušnje potrjujejo, da na življenje pacientov z duševno motnjo zelo vplivajo problemi in stresi v vsakodnevnem življenju. Zaradi svoje bolezni so veliko bolj občutljivi na razne negativne dejavnike v svoji okolici, veliko težje prenašajo obremenitve v službi, težje poiščejo in obdržijo zaposlitev kar seveda pripomore k poslabšanju simptomov bolezni in s tem posledično večkratnim hospitalizacijam.

Iz izkušenj vemo tudi, da se duševna motnja na starost stabilizira, pacient si ustvari svoje okolje, navade, tudi domače okolje postane z leti bolj tolerantno.

Menimo, da bi bilo v prihodnje potrebno oblikovati programe, ki bi pripomogli k boljši vključitvi pacientov z duševno motnjo v delovno okolje. Pri tem bi medicinske sestre lahko imele pomembno vlogo z vzgojno izobraževalnim delom pacientov, svojcev in širše skupnosti ter povezovanjem z drugimi ustanovami. Tudi tukaj bi delo medicinske sestre lahko potekalo preko referenčnih ambulant. V okviru delovanja teh ambulant bi medicinske sestre organizirale delavnice za paciente in njihove svojce, kjer bi se obravnavale različne teme; prilagajanje življenja in funkcioniranja kljub bolezni, obvladovanje stresa na delovnem mestu in v ožjem okolju, pomen dobre socialne mreže, edukacije o bolezni, pomen rednega jemanja predpisanih zdravil, pomen sodelovanja pri zdravstveni obravnavi, skrb za zdravje; pomen gibanja, pravilnega prehranjevanja, skrb za vzdrževanje telesne teže. Zelo pomembno pa bi bilo osveščati paciente o njihovi aktivni vlogi v skrbi za svoje zdravje.

4 ZAKLJUČEK

Sodelovanje pacientov pri zdravstveni obravnavi duševnih motenj je odvisno od številnih dejavnikov. Dobro sodelovanje prinaša pacientom boljšo integracijo v družbi, medtem ko slabo sodelovanje prinaša vse večjo osamljenost in nesposobnost spoprijemanja z življenjem.

Oseba, ki zboli za duševno motnjo, se spoprijema s številnimi težavami, spremembami v vsakdanjem življenju in stigmatizacijo v družbi.

V raziskavi, ki smo jo izvedli na manjšem številu pacientov, ki se zdravijo zaradi duševne motnje v Psihiatrični bolnišnici Begunje, nismo ugotavljali pomembnejših statističnih razlik med pacienti, ki bolje sodelujejo in tistimi, ki sodelujejo slabše. Nismo ugotovili povezave med socialnimi dejavniki in uspešnim sodelovanjem pri zdravstveni obravnavi duševnih motenj. Prav tako nismo ugotovili, da pacienti, ki dobro sodelujejo, ustvarjajo daljše remisije relativnega zdravja. Statistično pomembno razliko pa smo ugotovili med zaposlitvenim statusom pacientov in sprejemi v bolnišnico v zadnjem letu dni. Pacienti, ki so bili upokojeni, so imeli najmanj sprejemov v bolnišnico v zadnjem letu dni. Za pomembnejše statistične ugotovitve bi verjetno potrebovali večji vzorec pacientov in obširnejšo raziskavo. Pri oceni oziroma kriteriju sodelovanja bi upoštevali mnenje svojcev in zdravstvenega osebja, saj so mnenja o sodelovanju lahko zelo različna. Pacienti običajno drugače gledajo na sodelovanje pri zdravstveni obravnavi, velikokrat ga tudi precenjujejo.

V naši družbi ni nacionalnega programa organizirane skrbi za paciente z duševno motnjo. Velik problem teh pacientov so slabo sodelovanje v procesu zdravstvene obravnave, neredno jemanje zdravil in periodična poslabšanja bolezni, ki zahtevajo hospitalizacijo. Po odpustu iz bolnišnice so večinoma prepuščeni samim sebi in podpori v ožji družini. Če te podpore ni, se socialna izoliranost še povečuje. Pacienti s kroničnim potekom duševne motnje težko dobijo ali obdržijo službo, kar še povečuje njihovo stigmatizacijo v družbi.

Zelo velik poudarek bi bilo potrebno dati na zdravstveno-vzgojno delo pacientov, svojcev in širše družbe. Tu bi imela zdravstvena nega po našem mnenju veliko vlogo, saj je ravno medicinska sestra tista, ki najbolje pozna pacienta in ima največ stika z njim. Naša vizija so referenčne ambulante, kjer bi medicinska sestra z individualnimi

načrti spremljala pacienta, vzgajala in poučevala ter sodelovala z različnimi institucijami in organizacijami. S tem bi bile verjetno daljše tudi remisije bolezni, recidivi pa milejši in opaženi v začetku poslabšanja, kar bi prav gotovo pripomoglo k boljši kakovosti življenja ter samostojnega funkcioniranja pacientov.

Želimo si, da bi pri nas v zdravstveni negi stekli programi, kjer bi medicinske sestre imele pomembnejšo vlogo pri spremljanju pacientov s kroničnim potekom duševne motnje, individualno načrtovale odpuste iz bolnišnice, postavljale cilje skupaj s pacienti in njihovimi svojci za njihovo čim bolj samostojno ter kakovostno življenje.

5 LITERATURA

- Amador X, David A. Insight and psychosis. New York: Oxford University Press; 2004.
- Amador X. I am not sick,I don't need help! How to help someone with mental illness accept treatment. New York: Vida Press; 2007.
- Bajt A. Področje duševnega zdravja v mednarodni perspektivi. In Klanšček Jeriček H, Zorko M, eds. Duševno zdravje v Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2009.
- Bašelj J,Ferfolja A. Kontinuirana zdravstvena nega psihiatričnega bolnika. In Stokovno srečanje Patronažna zdravstvena nega skupin prebivalstva, ki so še posebej ogroženi in vizija patronažnega zdravstva v prihodnosti; 2004 Nov 11-12; Debeli rtič, Slovenija. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija patronažnih medicinskih sester; 2004.
- Bendelja J. Pot do boljšega razumevanja počutja pacienta s kronično boleznijo in ustvarjanje partnerskega odnosa. In: Štemberger Kolnik T, Majcen Dvoršak S. eds. Medicinske sestre zagotavljamo varnost in uvajamo novosti pri obravnavi pacientov s kroničnimi obolenji: 12. simpozij zdravstvene in babiške nege; 2010 Maj 12; Portorož, Slovenija. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; Koper: Stokovno društvo medicinskih sester, zdravstvenih tehnikov in babic; 2010.
- Bobnar A. Paliativna oskrba in bolniki z napredovalo boleznijo srca in ožilja. Obzor Zdr N. 2008; 42 (4): 289–99.

- Bulić Vidnjevič I. Modeli skupnostne psihiatrične obravnave - izkušnje in dileme pri prenosu v slovenski prostor. In Bregar B, Peterka Novak J. Skupnostna psihiatrična obravnava, Zbornik predavanj z recenzijo; 2011 Mar 16; Ljubljana, Slovenija, Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji; 2011.
- Čuk V. Zdravstvena nega in duševno zdravje. Obzor Zdr N. 2010; 44 (3): 145-46.
- Edwards K. Mental health care: the nursing dimension. Churchill Livingstone: Mosby Elsevier; 2005.
- Erić L. Psihodinamična psihiatrija 1, Zgodovina, osnovni principi, teorije. Ljubljana: Hermes IPAL; 2010.
- Ferfolja A, Hvala N. Kontinuirana zdravstvena nega v psihiatriji - izkušnje v Psihiatrični bolnišnici Idrija. In Čuk V. Celostna in kontinuirana obravnava v psihiatriji; 2007 Okt 26; Idrija, Slovenija. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji; 2007.
- Fergola B. Sprejem proti volji pri bolniku z duševno motnjo [diplomsko delo]. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede; 2007.
- Gnezda S. Zgodovina psihiatrične zdravstvene nege. In Kobentar R, Pregelj P. Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana; 2009; 14-18.

- Gorše Muhič M. Zdravstvena nega pacienta s shizofrenijo. In Kobentar R, Pregelj P. Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana; 2009; 179-90.
- Gruden A. Obravnava pacienta s kronično duševno motnjo-primer dobre prakse. In Štemberger Kolnik T, Majcen Dvoršak S, eds. Zbornik predavanj z recenzijo 12. Simpozija zdravstvene in babiške nege; 2010 Maj 12; Portorož, Slovenija. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; Koper: Strokovno društvo medicinskih sester, zdravstvenih tehnikov in babic; 2010.
- Ivanuša A, Žaleznik D. Standardi aktivnosti zdravstvene nege. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede; 2008.
- Kališnik M. Slovenski medicinski slovar. Ljubljana: Medicinska fakulteta v Ljubljani; 2002.
- Kersnik J. Kdo je bolnik s kronično boleznijo – medicinski vidik. In: Štemberger Kolnik T, Majcen Dvoršak S. eds. Zbornik predavanj z recenzijo 12. simpozija zdravstvene in babiške nege; 2010 Maj 12; Portorož, Slovenija. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; Koper: Strokovno društvo medicinskih sester, zdravstvenih tehnikov in babic; 2010.
- Klanšček Jeriček H, Zorko M, Bajt M, Roškar S. Duševno zdravje v Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2009.
- Kobentar R. Ocena dejavnikov zdravja pri pacientih s kroničnim potekom duševne motnje. In: Štemberger Kolnik T, Majcen Dvoršak S. eds. Medicinske sestre zagotavljamo varnost in uvajamo novosti pri obravnavi pacientov s kroničnimi obolenji: 12. simpozij zdravstvene in babiške nege; 2010 Maj 12; Portorož, Slovenija. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije -

- Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; Koper: Strokovno društvo medicinskih sester, zdravstvenih tehnikov in babic; 2010.
- Kogoj A. Demenca. In Kobentar R, Pregelj P. Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana; 2009; 85-89.
 - Kores Plesničar B. Osnove psihofarmakoterapije. Maribor: Medicinska fakulteta; 2008.
 - Kores Plesničar B. Najpogosteje uporabljene skupine zdravil. In: Tomori M, Zihel S. Psihijatrija. Ljubljana: Litterapicta: Medicinska fakulteta; 1999 ; 411-27.
 - Lamovec T. Ko rešitev postane problem in zdravilo postane strup: nove oblike skrbi za osebe v duševni krizi. Ljubljana; Fakulteta za socialno delo Univerze v Ljubljani; 2006.
 - Makovec M. Psihijatrija in psihologija: prispevek k celostnemu razumevanju ljudi z duševnimi motnjami. Izvirni znanstveni članek. Dostopno na: http://www2.arnes.si/-anthropos/anthropos/2004/1_4/makovec_rus.pdf (10.1.2011).
 - Masand PS, Roca M, Turner MS, Kane JM. Partial Adherence to Antipsychotic Medication. J Clin Psychiatry 2009; 11 Suppl 4: 147-154.
 - Marušič A, Temnik S. Javno duševno zdravje. Celje – Ljubljana – Koper: Celjska Mohorjeva družba; 2009.

- McEvoy JP. The relationship between insight into psychosis and compliance with medications. In: Amador D, David A. Insight and psychosis. Oxford: University Press; 2004: 311-18.
- Mrevlje G. Znaki in simptomi duševnih motenj. In Kobentar R, Pregelj P. Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana; 2009; 71-80.
- Nunnally JC in Bernstein IH. Psychometric theory. New York: McGraw-Hill; 1994.
- Ohman M, Soderberg S, Lundman B. Med trpljenjem in vztrajanjem: pomen življenja s hudo kronično boleznijo. Obzor Zdr N. 2006; 40 (2): 114–20.
- Peterka Novak J. Nekaj izstopajočih dejstev pri delu v zdravstveni negi. In Možgan B. Zakon o duševnem zdravju, zakon o pacientovih pravicah in mesto zdravstvene nege; 2009 Apr 10; Ljubljana, Slovenija. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji; 2009.
- Pirih M, Ferfolja A, Hvala N. Skupnostna psihiatrična obravnava: izkušnje diplomiranih medicinskih sester v psihiatrični bolnišnici Idrija. In Bregar B, Peterka Novak J. Skupnostna psihiatrična obravnava, Zbornik predavanj z recenzijo; 2011 Mar 16; Ljubljana, Slovenija, Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji; 2011.
- Pregelj P. Med organskim in funkcionalnim. In Kobentar R, Pregelj P. Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana; 2009; 81-84.

- Pukl Gabrovšek V. P. Psihoterapevtski pristopi zdravljenja psihičnih motenj. In Kobentar R, Pregelj P. Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana; 2009; 340-46.
- Ramšak Pajk J. Hildegard E. Peplau in model medosebnih odnosov. Obzor Zdr N 2006; 34(1-2): 27-31.
- Silvester PM. Komunikacija v medicini. In: Žmitek A. Psihoterapevtski ukrepi za vsakdanjo rabo 2; 2010 Nov 19-20; Begunje, Slovenija. Begunje: Psihiatrična bolnišnica; 2010; 108-32.
- Stier A, Hinshaw S. Explicit and implicit stigma against individuals with mental illness. Australian Psychologist 2007; 42 Suppl 4; 106-117.
- Škerbinek AL. Etika v psihiatrični zdravstveni negi. In: Možgan B. Zakon o duševnem zdravju, zakon o pacientovih pravicah in mesto zdravstvene nege; 2009 Apr 10; Ljubljana, Slovenija. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji; 2009.
- Švab V. Duševna bolezen in stigma. Ljubljana: ŠENT Slovensko združenje za duševno zdravje; 2009.
- Švab V. Psihosocialna rehabilitacija. Ljubljana: ŠENT Slovensko združenje za duševno zdravje; 2004.
- Tomori M, Zihelr S. Psihiatrija. Ljubljana: Medicinska fakulteta; 1999.
- Trobec I. Kronične bolezni – izziv za zdravstveno nego. Obzor Zdr N. 2010; 44 (2): 1-2.

- Ule Nastran M. Predsodki in diskriminacije. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče; 1999.
- Velestein M, Ganoczy D, McCarthy JF, Myra Kim H, Lee TA, Blow FC. Antipsychotic Adherence Over Time Among Patients. J Clin Psychiatry 2006; 67 Suppl 10: 542-550.
- Velligan DI, Weiden PJ, Sajatovic M, Scott J, Carpenter D, Ross R et al. J Clin Psychiatry 2009;70 Suppl 4; 5-28.
- Ziherl S. Zdravljenje psihiatričnega pacienta. In: Tomori M, Ziherl S. Psihatrija. Ljubljana: Litterapicta: Medicinska fakulteta; 1999 ; 377-79.
- Žmitek A. Sodelovanje bolnika s shizofrenijo pri zdravljenju z zdravili. Psihoterapevtski ukrepi za vsakdanjo rabo 2; 2010 Nov 19-20; Begunje, Slovenija. Begunje: Psihiatrična bolnišnica; 2010.
- Žmitek A, Bon J, Benedik E, Pretnar Silvester M. Klinične in nevropsihološke značilnosti bolnikov s shizofrenijo, ki so pomanjkljivo uvidevni do svoje bolezni. In Novak Šarotar B, Bon J, Pregelj P. 4. Slovenski psihiatrični kongres; 2008 Okt 23-25; Maribor, Slovenija. Maribor: Združenje psihiatrov pri Slovenskem zdravniškem društvu; 2008.
- Žvan V. Psihiatrični pregled. In: Tomori M, Ziherl S. Psihatrija. Ljubljana: Litterapicta: Medicinska fakulteta; 1999 ; 11-19.
- Weiden PJ. Understanding and Addressing Adherence Issues in Schizophrenia: From Theory to Practice. J Clin Psychiatry 2007; 68 Suppl 14: 14-19.

6 PRILOGE

6.1 Anketni vprašalnik

Spoštovani

Sem Saša Humar, absolventka Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice. V okviru diplomskega dela z naslovom **SODELOVANJE PACIENTOV PRI ZDRAVSTVENI OBRAVNAVI DUŠEVNIH MOTENJ** pripravljam raziskavo na to temo. Vljudno Vas prosim, če odgovorite na zastavljena vprašanja. Sodelovanje v anketi je anonimno, podatki bodo uporabljeni izključno za izdelavo diplomskega dela. Za reševanje ankete in sodelovanje se Vam iskreno zahvaljujem.

Prosim obkrožite črko pred odgovorom, ki vam ustreza.

1. SPOL

- a) ženska
- b) moški

2. STAROST

- a) 16-25
- b) 26-40
- c) 41-50
- d) 51-63
- e) 64 in več

3. ZAPOSLOTVENI STATUS

- a) zaposlen-a
- b) nezaposlen –a
- c) upokojen-a

4. DOSEŽENA STOPNJA IZOBRAZBE

- a) brez dokončane osnovne šole
- b) osnovnošolska
- c) srednješolska
- d) višja, visoka
- e) univerzitetna ali več

5. ŽIVIM:

- a) sam
- b) z družino
- c) s parterjem ali zakoncem

6. MESEČNI DOHODEK PREJEMAM

- a) redno (vsak mesec)
- b) občasno (ne vsak mesec)
- c) ne prejemam

7. KAKŠNO JE VAŠE FINANČNO STANJE (glej naslednjo stran)

- a) dobro
- b) zadovoljivo
- c) slabo
- d) ne vem

8. REDNO HODIM NA PREGLEDE K SVOJEMU PSIHIATRU

- a) da
- b) ne

9. MENIM, DA DOVOLJ VEM O SVOJI BOLEZNI

- a) da
- b) ne

10. REDNO JEMLJEM PREDPISANA ZDRAVILA (KOT MI JIH PREDPIŠE ZDRAVNIK)

- a) da
- b) ne

11. DRUŽINA, SVOJCI MI POMAGAJO PRI TEŽAVAH, KI SE POJAVIJO OB MOJI BOLEZNI

- a) da, vedno
- b) da, občasno
- c) Ne, nikoli

12. KAKO STE ZADOVOLJNI Z (DOBRIMI) ODNOSI S PRIJATELJI IN DRUŽINSKIMI ČLANI?

- a) zelo zadovoljen
- b) zadovoljen
- c) večinoma zadovoljen
- d) nezadovoljen
- e) zelo nezadovoljen

13. NA SPODNJEM SEZNAMU JE NAŠTETIH NEKAJ AKTIVNOSTI. OZNAČITE KAKO POGOSTO JIH MESEČNO POČNETE?

grem v skupino, družbo	1	2	3	večkrat	nikoli
Bar – gostilne - restavracije	1	2	3	večkrat	nikoli
obisk predstave (kino, gledališče, koncert)	1	2	3	večkrat	nikoli
Obiščem cerkev	1	2	3	večkrat	nikoli
Grem na sprehod	1	2	3	večkrat	nikoli
Grem na obisk k sorodnikom	1	2	3	večkrat	nikoli
pogovarjam s sosedi	1	2	3	večkrat	nikoli
drugo napišite kaj	1	2	3	večkrat	nikoli

