



Fakulteta za zdravstvo **Angele Boškin**
Angela Boškin Faculty of Health Care

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

DELO Z OSEBAMI Z NAJTEŽJIMI OBLIKAMI DUŠEVNIH MOTENJ

WORKING WITH PERSONS WITH THE MOST SEVERE MENTAL ILLNESSES

Diplomsko delo

Mentor: mag. Branko Bregar, viš. pred.

Kandidatka: Alja Černe

Jesenice, februar, 2019

ZAHVALA

Pri pisanju diplomskega dela bi se za strokovno podporo, pomoč in vodenje zahvalila mentorju diplomskega dela mag. Branku Bregarju, viš. pred.

Zahvalila bi se recenzentki diplomskega dela Zdenki Kramar, pred., za recenzijo diplomskega dela.

Za lektoriranje diplomskega dela bi se zahvalila Marjanci Šoško, prof.

Posebej pa bi se rada zahvalila vsem svojim najbližjim, ki mi vedno stojijo ob strani in me podpirajo pri doseganju zelenih ciljev.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Duševna motnja je začasna ali trajna motnja v delovanju možganov. Kronične duševne motnje hudo prizadenejo tako posameznika kot njegovo okolje, zato si obravnava teh motenj zasluži posebno pozornost. Duševne motnje so zaradi pomanjkljivega znanja stigmatizirane, zato je potrebno izobraževanje vseh zaposlenih v zdravstvenem varstvu ter širše javnosti. Namen diplomskega dela je raziskati zdravstveno obravnavo oseb z najtežjimi oblikami duševnih motenj, ki potrebujejo zdravstveno obravnavo v psihiatričnih ustanovah.

Metoda: Diplomsko delo je temeljilo na sistematičnem pregledu literature. Za pridobitev slovenske in tuje literature so bile uporabljene baze podatkov Zdravniški Vestnik, Google učenjak, Obzornik zdravstvene nege, CINAHL in ProQuest. Slovenske in angleške ključne besedne zveze so bile: »delo z duševnimi motnjami«, »prisilna hospitalizacija«, »obrnava duševne motnje«, »zdravstvena nega in psihiatrija«, »stigmatizacija pacientov«, »working with mental disorder patients AND practice«, »mental disorders AND psychiatric treatment«, »psychiatric institutional care«, »working with mental disorders«, »severe mental disorders AND hospital«. Omejitveni kriteriji so bili: slovenski ali angleški jezik, letnica izdaje od 2008 do 2018, celotno besedilo, PDF oblika besedila, recenzirani članki. Za analizo končno izbranih virov je bila uporabljena kvalitativna vsebinska analiza podatkov.

Rezultati: V končno analizo je bilo vključenih 13 virov. Od teh je hierarhično najvišje na lestvici ena randomizirana raziskava, sledita ji dve nerandomizirani raziskavi, štiri sistematični pregledi korelacijskih/opazovalnih raziskav in štiri posamezne opazovalne raziskave ter dva sistematična pregleda opisne raziskave. Ugotovljenih je bilo 40 kod, ki so združene v 3 kategorije in s katerimi lahko pojasnimo zdravstveno obravnavo oseb z najtežjimi oblikami duševnih motenj: Sodelovanje zdravstvenih služb, Sistem zdravstvene obravnave ter Stigma.

Razprava: Mreža služb za duševno zdravje sestavlja celostna organizacija skrbi na treh ravneh zdravstvenega varstva. V to mrežo so vključene tako psihiatrične ustanove z zdravstvenimi domovi kot službe za delo v skupnosti. V tej organizaciji skrbi je ključen odnos medicinske sestre do pacienta. Usmerjen je k učenju in podpiranju pacientovega vedenja v skladu z njegovimi možnostmi oziroma cilji zdravstvene obravnave. Stigma

je še vedno ena izmed največjih težav pri organizaciji učinkovite mreže služb za duševno zdravje. Posebno zaskrbljujoče je, da je prisotna tudi med medicinskimi sestrami, zato je potrebno pravočasno ozaveščanje o duševnih motnjah.

Ključne besede: psihiatrična institucionalna obravnava, zdravstvena nega, prisilna hospitalizacija, medicinska sestra, pacient

SUMMARY

Background: Mental disorder is a temporary or permanent disorder in the functioning of the brain. Chronic mental disorders seriously affect both the individual and his social environment, so dealing with these disorders deserves special attention. Mental disorders that require special long-term medical treatment are still stigmatized, therefore education of employees in psychiatry and the general public is necessary. Forensic psychiatry is a new form of work, that deals with individuals who have because of a mental disorder, unconsciously committed a criminal act.

Methods: The work is based on a systematic review of literature. In order to obtain Slovene and foreign literature, we used the following databases Google Scholar, Zdravniški Vestnik, Obzornik zdravstvene nege, CINAHL and ProQuest. Slovene and English key phrases were: »delo z duševnimi motnjami«, »prisilna hospitalizacija«, »obravnavna duševne motnje«, »zdravstvena nega in psihiatrija«, »stigmatizacija pacientov«, »working with mental disorder patients AND practice«, »mental disorders AND psychiatric treatment«, »psychiatric institutional care«, »working with mental disorders«, »severe mental disorders AND hospital«. Restriction criteria were: Slovenian or English language, year of issue from 2008 to 2018, full text, PDF text format, reviewed articles.

Results: 13 studies were included in the final analysis. Hierarchically the highest on the scale is one individual randomized research, followed by two individual non-randomized researches, four systematic reviews of correlation /observational researches and four individual observational researches, and two systematic reviews of the descriptive research. We identified 40 codes that are grouped into 3 categories: Cooperation of health services, Health treatment system, and Stigma.

Discussion: The network of mental health services consists the organization of care at all three levels of health care. This network includes both psychiatric institutions, health centers and community service. In this organization, the attitude of the nurse to the patient is crucial. It focuses on learning and supporting the patient's behavior in accordance with his or her medical treatment options. Stigma is still one of the biggest problems in organizing an effective network of mental health services. It is particularly

worrying that it is also present among nurses, which is why timely awareness of mental disorders is needed.

Key words: psychiatric institutional treatment, nursing care, forced hospitalization, nurse, patient

KAZALO

1 UVOD	1
2 EMPIRIČNI DEL	7
2.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA.....	7
2.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA.....	7
2.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA.....	7
2.3.1 Metode pregleda literature.....	7
2.3.2 Strategija pregleda zadetkov.....	8
2.3.3 Opis obdelave podatkov pregleda literature	10
2.3.4 Ocena kakovosti pregleda literature	10
2.4 REZULTATI	11
2.4.1 PRIZMA diagram	11
2.4.2 Prikaz rezultatov po kodah in kategorijah	15
2.5 RAZPRAVA.....	21
2.5.1 Organiziranost psihiatričnih ustanov v kontekstu nudenja zdravstvene obravnave	21
2.5.1.1 Kategorija: Sodelovanje zdravstvenih služb	22
2.5.2 Delo z osebami z najtežjimi oblikami duševnih motenj v psihiatričnih ustanovah.....	23
2.5.2.1 Kategorija: Sistem zdravstvene obravnave.....	24
2.5.2.2 Kategorija: Stigma.....	26
2.5.3 Omejitve raziskave	28
2.5.4 Doprinos za prakso ter priložnosti za nadaljnje raziskovalno delo	29
3 ZAKLJUČEK	31
4 LITERATURA	32

KAZALO SLIK

Slika 1: Prizma diagram slovenskih baz podatkov	12
Slika 2: Prizma diagram tujih baz podatkov.....	14

KAZALO TABEL

Tabela 1: Rezultati pregleda slovenske literature.....	9
Tabela 2: Rezultati pregleda tuje literature.....	9
Tabela 3: Hierarhija dokazov	10
Tabela 4: Tabelarični prikaz rezultatov	15
Tabela 5: Razporeditev kod po kategorijah.....	20

1 UVOD

Obravnava duševnih motenj je zaradi svoje zgodovinske specifičnosti opredeljena z zakonom (Kores Plesničar, 2011). Zakon o duševnem zdravju (ZDZdr, 2008) navaja duševno motnjo kot spremembo v mišljenju, čustvovanju, vedenju, zaznavanju in dožemanju samega sebe ter okolice. Duševna motnja je začasna ali trajna motnja v delovanju možganov (Zakon o duševnem zdravju (ZDZdr), 2008). Drugi izraz za duševne motnje so duševne bolezni, psihiatrične motnje, mentalne motnje itn. (Kores Plesničar, 2011). Gre za manifestacije bolezensko spremenjenih psiholoških, vedenjskih ali bioloških funkcij posameznika. Osebe, ki se spopadajo z duševnimi motnjami, lahko te doživljajo v različnih oblikah. Nastopi lahko zmedenost, spremembe v osebnosti, neutemeljena sumničavost, zaskrbljenost, pomanjkanje spanja, težave s prehranjevanjem, zlorabe alkohola in drugih drog (Kores Plesničar, 2011). Predvsem vedenje posameznika z duševno motnjo je marsikdaj neskladno s pričakovanji »zdrave družbe« (Hozjan, 2013). Tu lahko izpostavimo predvsem agresijo (Švab, 2012). Tveganje nenadnih izbruhov sovražnosti in jeze je med pacienti s hujšo duševno motnjo pogostejše (Davey, 2013), vendar je potrebno vedeti, da je pri pacientih z duševno motnjo, ki se zdravijo in so redno obravnavani oz. vodeni v institucijah, tveganje za agresijo le malo večje kot pri povprečno zdravi družbi (Kobentar & Smolič, 2011).

Zgodovinsko se je obravnava duševnih motenj spreminjala skupaj s spreminjajočo se družbo. V Sloveniji se je po zgodovinskih zapisih prva potreba po socialnih in zdravstvenih zavodih za duševne motnje izkazala v letu 1787, s preureditvijo diskalceatskega samostana na Ajdovščini v splošno deželno bolnišnico (»blaznica«) (Ilič, 2016). Za paciente so najprej skrbele redovnice in priučeno (nešolano) osebje (Križanec, 2011). Obravnava področja duševnega zdravja je v preteklosti temeljila na kurativi in institucionalni obravnavi, danes pa se je delovanje usmerilo v preprečevanje, zdravljenje in spoštovanje človekovih pravic. Posledično se je oblikoval prehodni poudarek na izven institucionalno obravnavo v skupnosti – skupnostno obravnavo, ki obravnava in poudarja humanizacijo odnosa in kakovost življenja posameznika z duševno motnjo (Ilič, 2016).

V večini primerov so duševne motnje kronične bolezni, ki predstavljajo velik problem javnega zdravja (Marušič & Temnik, 2009). Kronične bolezni pa predstavljajo družbeno breme, saj so to bolezni, ki se razvijajo počasi, trajajo dolgo in so vodilni vzrok za invalidnost ter prezgodnje umiranje, se pa z zdravim življenjskim slogom zmanjša tveganje za njihov nastanek (Nacionalni inštitut za javno zdravje, n. d.). Duševne motnje, ki potekajo kronično, hudo prizadenejo tako posameznika kot njegovo družbeno okolje. Obravnava najtežjih oblik duševnih motenj ima potrebo po zelo dolgi bolnišnični obravnavi ali po doživljenjskem institucionalnem bolnišničnem oziroma nebolnišničnem varstvu (Kobal, 2009; Kobentar & Smolič, 2011). V takih primerih gre za vedenje pacienta z duševno motnjo, ki je pogosto v neskladju z resničnimi okoliščinami, vendar v skladu z njegovo boleznijo. S svojim vedenjem lahko ogroža sebe ali soljudi, svoje premoženje in prekorači pravila pravnega reda (Kobal, 2009). Po mednarodni klasifikaciji bolezni (MKB-10, 2005) se lahko vse duševne motnje razvijejo v zelo težkih oblikah, ki jih spremljajo bolj ali manj hudi simptomi in znaki. Za najtežje oblike duševnih motenj so se razvile različne oblike pomoči tako na ravni institucij kot izven.

Za osebe z najtežjimi duševnimi motnjami danes obstajajo različne organizacijske oblike pomoči:

- institut psihiatrične bolnišnice;
- institut forenzične psihiatrije;
- institut skupnostne psihiatrične pomoči;
- institut posebnega socialnega varstvenega zavoda.

V kolikor so do nedavnega obstajale samo bolnišnice, imamo danes na voljo dostop do programov za duševno zdravje, tudi na ravni primarnega zdravstvenega varstva. Poleg tega se je razvila tudi skupnostna psihiatrična pomoč. Ena izmed zadnjih novosti je tudi razvoj forenzične psihiatrije na različnih ravneh zdravstvenega varstva. V sistemu forenzične psihiatrije so obravnavane osebe, ki so pod vplivom duševne motnje storile posebno težka kazniva dejanja. Zato se v teh organizacijskih oblikah obravnavajo osebe z najtežjimi oblikami duševnih motenj (Šelih & Kalčina, 2017).

Obravnava najtežjih oblik duševnih motenj se začne s sprejemom v institucionalno varstvo. Obravnava najprej poteka v bolnišničnem okolju, nato se lahko nadaljuje v drugih organizacijskih oblikah (Zakon o duševnem zdravju (ZDZdr), 2008). Obravnava je odvisna od vrste in stopnje bolezni. Zdravljenje poteka kontinuirano v okviru institucionalne psihiatrije z varovalnega oddelka (ali oddelka pod posebnim nadzorom) na odprti oddelok, ter se kontinuirano nadaljuje tudi po odpustu iz bolnišnice (Kobentar & Smolič, 2011). Multidisciplinaren tim se ne posveti le diagnozi duševne motnje, temveč obravnava pacienta in njegove svojce ter v celoti vključuje posameznikov slog življenja in mu svetuje, kako preprečiti ponovitev simptomov diagnosticirane ali nove duševne motnje (Marušič & Temnik, 2009; Kobentar & Smolič, 2011). Danes imamo v Sloveniji 6 psihiatričnih bolnišnic, v katerih obravnavajo duševne motnje v odrasli dobi (Turk & Albreht, 2010). Za otroke in mladostnike je v Sloveniji slabše poskrbljeno, saj imamo trenutno le tri psihiatrične oddelke za otroke in mladostnike (Jeriček Klanšček, et al., 2018). Poleg tega se težke duševne motnje obravnavajo tudi v posebnih socialnovarstvenih zavodih (Zakon o duševnem zdravju (ZDZdr), 2008), ki so namenjeni predvsem nastanitvi pacientov po končani zdravstveni obravnavi v psihiatrični bolnišnici. Gre za osebe, ki zaradi posebno težke duševne motnje potrebujejo začasno ali celo doživljenjsko pomoč pri opravljanju življenjskih aktivnostih (Bohak, 2017). V Sloveniji imamo 4 verificirane posebne socialno varstvene zavode, to so Socialnovarstveni zavod Hrastovec, Dom Nine Pokorn Grmovje Žalec, Dom Lukavci ter Socialnovarstveni zavod Dutovlje (Varuh človekovih pravic, 2016).

Poleg posebnih socialnovarstvenih zavodov imamo v Sloveniji vzpostavljen tudi sistem skupnostne psihiatrije. Skupnostna psihiatrija obsega obrnavo na področju duševnega zdravja, ki ga omogoča skupnost. Namenjena je obravnavi oseb s kroničnimi duševnimi motnjami, ki zaradi težkega poteka bolezni potrebujejo nadaljevanje zdravstvene obravnave v svojem okolju. V tem primeru je oblika duševne motnje huda, vendar ne toliko, da bi ta oseba potrebovala nadaljevanje zdravstvene obravnave v posebnih socialnovarstvenih zavodih. Vključuje psihiatrijo, zdravstveno nego, zdravstveno vzgojo, socialno delo ter druga področja (Marušič & Temnik, 2009; Švab, 2015a). Uspešna preventivna dejavnost na področju psihiatrije in soočanja z duševnim zdravjem je zgodnje prepoznavanje duševne stiske in nadaljnje zdravljenje. Če bi bile duševne

motnje obravnavane prej, bi bilo manj hospitalizacij, med katere spadajo tudi prisilne hospitalizacije. Vendar tako v Sloveniji kot tudi po Evropi kljub skupnostni ideologiji ne prihaja do bistvenih sprememb. Za Slovenijo je še posebej značilno, da se število psihiatričnih postelj povečuje, v tujini pa se število zmanjšuje. Velik problem zato predstavljajo previsoki stroški, slabe prostorske razmere, pomanjkanje osebja ter neustrezna izobraževanja zaposlenih (Švab, 2012).

Kot zadnja oblika zdravstvene obravnave pacientov z najtežjimi oblikami duševnih motenj (Finžgar, 2014), med katere spadajo shizofrenija, shizotipske in blodnjavne motnje, ki zaradi psihotičnih (nerealnih) doživljanj in zaznavanj okolice, storijo kaznivo dejanje (Komel & Koprivšek, 2017), se je razvila forenzična psihiatrija. Enota za forenzično psihiatrijo (EFP) je bila ustanovljena leta 2011, pod okriljem Oddelka za psihiatrijo Univerzitetnega kliničnega centra Maribor. EFP sprejema paciente, ki so zaradi duševne motnje storili bolj ali manj hudo kaznivo dejanje. To je posebna in nova oblika dela v okviru institucionalnega zdravstvenega varstva, ki predstavlja za zaposlene v zdravstveni negi novo in zahtevno obliko dela (Finžgar, 2014). Sodna ali forenzična psihiatrija je panoga psihiatrije, pri kateri izvedenci psihiatrične stroke že stoletja dolgo sodelujejo s sodiščem ter drugimi pravnimi organi pri določitvi prištevnosti ali neprištevnosti nekaterih storilcev. Ukvarja se z razumevanjem odnosa med duševno motnjo in kriminalnostjo, proučuje povezavo med določeno duševno motnjo in kriminalnim dejanjem. Temelj forenzične psihiatrije je zdravljenje pacientov, ki so storili kaznivo dejanje v povezavi z duševno motnjo oziroma so bili zaradi duševne motnje v času kaznivega dejanja neprištevnosti (Kobal, 2009; Čebašek-Travnik & Ziherl, 2013).

Za paciente z motnjami duševnega zdravja, kjer je potrebna posebna oblika zaščite, varstva in zdravljenja na EFP, veljajo določeni zakoni. Obvezno psihiatrično zdravljenje lahko traja največ 5 let. Za delo na EFP je potrebno dodatno usposabljanje zdravstvenih delavcev na področju osebne varnosti ob agresivnem vedenju ter specializirano znanje iz psihologije in forenzične psihiatrije. Zdravstveno osebje se mora zavedati, da četudi je posameznik storil kaznivo dejanje, je bilo za to dejanje krivo njegovo zdravstveno stanje, in ga morajo obravnavati predvsem kot pacienta (Čebašek-Travnik & Ziherl,

2013; Bohak, 2017). Pacienti v EFP so obravnavani s strani multidisciplinarnega tima. V tujini so forenzične ustanove del zdravstvenega sistema in so organizirane kot posebni oddelki psihiatričnih ustanov ali pa so del pravosodnega sistema kot posebni oddelki zaporov (Kegl, 2014; Crocker, et al., 2017). Potrebno je vedeti, da število forenzičnih pacientov v razvitih državah narašča, podaljšuje se tudi njihova hospitalizacija (Kramp & Gabrielsen, 2009; Ross, et al., 2012). Odločitev o neprisilni ali prisilni institucionalni obravnavi ni odvisna le od diagnoze duševne motnje in potrebnega zdravljenja, temveč tudi od posledičnega ogrožanja svojega življenja in življenja drugih (Latha, 2010; Bobnar, 2011).

V institucionalnem varstvu, kjer se obravnavajo pacienti z motnjo v duševnem zdravju, predstavljajo večinski del zaposlenih medicinske sestre. Osebnost zdravstvenega delavca je izredno pomembna pri obravnavi pacienta z duševno motnjo, saj s svojim pristopom in vedenjem kaže sprejetje in v pacientu vzbudi zaupanje. Naloga zdravstvenega osebja je, da paciente spremlja in zagotovi varnost, istočasno pa mu ne sme vzbujati občutka pretiranega nadzora, saj se pacient lahko počuti ogroženega, kar le poslabša njegovo zdravstveno stanje. S pacientom govorimo jasno in razločno, vendar pri tem nismo ukazovalni (Verhaeghe, et al., 2014). Medicinska sestra pacienta obravnava kot enakopravnega, upoštevati mora etična načela in pacienta aktivno vključevati v odločitve glede zdravljenja, primerno glede na njegovo zmožnost sodelovanja. Za vsakega pacienta je potrebno narediti individualen terapevtski program, kjer poleg medikamentoznega zdravljenja uporabljamo tudi sodobno zaposlitveno terapijo, terapijo z umetnostjo, kinezoterapijo oziroma gibalno terapijo ter psihiatrično terapijo (Škerbinek, 2009, Čebašek-Travnik & Ziherl, 2013). Ker je Slovenija v primerjavi z ostalimi državami v velikem zaostanku na področju psihoterapije, individualni terapevtski programi niso vedno izvedljivi. V Sloveniji močno primanjkuje psihoterapevtov, prisotne so visoke razlike v ceni in kakovosti psihoterapevtskih storitev, premalo je slovenske strokovne literature, ki bi ozaveščala splošno javnost o duševnih motnjah (Množina & Bohak, 2008). Zdravstvena obravnava je usmerjena k samostojnosti pacienta. Vključuje ocenjevanje stanja, načrtovanje ter izvajanje in vrednotenje postopkov zdravstvene nege (Čuček Trifković & Pišlar, 2011). Zdravljenje akutnih duševnih motenj je nujno. Prisilna hospitalizacija v psihiatrični bolnišnici

pacientu predstavlja strah in stisko. Ukrepanje mora biti usmerjeno v omejevanje možnosti, da bi pacient poškodoval sebe, zdravstveno osebje ali ostale osebe in lastnino (Kurinčič & Saje, 2017). V primeru agresivnega vedenja pa lahko zdravstveno osebje po navodilih zdravnika uporabi tudi posebne varovalne ukrepe (PVU), ki predstavljajo najbolj invazivno obliko prisilne zdravstvene obravnave v psihiatriji (Kusić, 2010). PVU se delijo na medikamentne in fizične ukrepe ter kombinacijo obeh. Je nujen ukrep, ki naj traja najkrajši potrební čas in se ga uporabi samo za omogočanje zdravljenja ter obvladovanje pacientovega nekontroliranega vedenja, s čimer ogroža svoje življenje ali življenje ostalih. Uporabi se ga le, ko nevarnosti ni več mogoče preprečiti z blažjimi ukrepi (Zakon o duševnem zdravju (ZDZdr), 2008; Možgan, 2009). Uporaba PVU pomeni za medicinsko sestro zahtevno delo, saj vključujejo intenzivno in neprekinjeno spremljanje psihofizičnega stanja pacienta (Kusić, 2010).

Menimo, da zaradi pogostega nerazumevanja duševnih motenj prihaja do zapostavljenosti pacientov. Pogosto prihaja do nihanj v odnosih – pacient z duševno motnjo je s strani družbe prizadet, kar zahteva intenzivno obravnavo in dolgotrajno zdravljenje. Ker so pacienti z najtežjimi oblikami duševnih motenj še posebno stigmatizirani tako v splošni kot strokovni javnosti, predstavlja obravnavo teh pacientov v vseh okoljih problem. Zato je potrebno zdravstveno obravnavo teh pacientov posebej pregledati in poudariti njen pomen za uspešni končni izid.

2 EMPIRIČNI DEL

Zdravstveno osebje v slovenskih bolnišnicah ima zadržke do dela z osebami z najtežjimi duševnimi motnjami zaradi neznanja, zato je zelo pomembno, da raziščemo pravilne načine zdravstvene obravnave pacientov z duševno motnjo.

2.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je bil raziskati delo z osebami z najtežjimi oblikami duševnih motenj, ki potrebujejo zdravstveno obravnavo v psihiatričnih ustanovah. Zastavili smo si naslednje cilje:

C1: Ugotoviti organiziranost psihiatričnih ustanov v kontekstu nudenja zdravstvene obravnave pacientom z najtežjimi duševnimi motnjami.

C2: Preučiti delo medicinskih sester z osebami z najtežjimi oblikami duševnih motenj v psihiatričnih ustanovah.

2.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Za namen raziskave smo si postavili naslednja raziskovalna vprašanja:

R1: Kakšna je organiziranost psihiatričnih ustanov v kontekstu nudenja zdravstvene obravnave pacientom z najtežjimi duševnimi motnjami?

R2: Kako poteka delo z osebami z najtežjimi oblikami duševnih motenj v psihiatričnih ustanovah?

2.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

V diplomskem delu smo uporabili sistematičen pregled literature.

2.3.1 Metode pregleda literature

Za pridobitev potrebne slovenske literature smo uporabili spletni brskalnik Google učenjak ter elektronski bazi podatkov Zdravniški Vestnik in Obzornik zdravstvene nege. Ključne besedne zveze, uporabljene za pridobitev slovenske, vsebinsko ustrezne literature, so bile: »prisilna hospitalizacija«, »delo z duševnimi motnjami«, »obravnavanje duševne motnje«, »zdravstvena nega in psihiatrija«, »zdravstvena nega na psihiatriji«, »duševne motnje«, »stigmatizacija pacientov«. Omejitveni kriteriji pri iskanju slovenske literature so bili: slovenski jezik, letnica izdaje od 2008 do 2018, celotno besedilo, PDF oblika formata besedila.

Za iskanje tujih virov smo uporabili elektronsko podatkovno bazo CINAHL in ProQuest. Ključne iskalne besedne zveze za pridobitev tuje strokovne literature so bile: »working with mental disorder patients AND practice«, »mental disorders AND psychiatric treatment«, »psychiatric institutional care«, »working with mental disorders«, »severe mental disorders AND hospital«. Pri navedbi ključnih besed v bazah podatkov smo uporabili Boolov operator »AND«, s katerim smo povezali besedne zveze v skupno ključno iskanje literature. Omejitveni kriteriji pri pridobivanju tuje literature so bili: angleški jezik, letnica izdaje od 2008 do 2018, celotno dostopno besedilo, recenzirani članki, PDF oblika formata besedila.

2.3.2 Strategija pregleda zadetkov

Skupno število rezultatov pregleda slovenske in tuje literature je bilo 1.427. Od tega jih je bilo 13 izbranih za pregled v polnem besedilu. Natančnejši prikaz iskanja virov smo v poglavju rezultati predstavili s PRIZMA diagramom slovenskih virov (slika 1) in PRIZMA diagramom tujih virov (slika 2).

V tabeli 1 so navedene ključne besede, ki so bile uporabljene v posameznih elektronskih bazah podatkov za iskanje slovenskih virov. Uporabili smo omejitvene kriterije, s katerimi smo pridobili tematsko ustrezne vire v polnem besedilu. Te smo natančno prebrali, analizirali ter jih uporabili v končni analizi vsebinsko ustreznih virov, ki so nam podali odgovore na zastavljena raziskovalna vprašanja.

Tabela 1: Rezultati pregleda slovenske literature

Podatkovna baza	Ključne besede	Število zadetkov	Izbrani zadetki za pregled v polnem besedilu
Obzornik zdravstvene nege	»zdravstvena nega na psihiatriji«, »duševne motnje« »stigmatizacija pacientov«	15	2
Google učenjak	»prisilna hospitalizacija«, »delo z duševnimi motnjami«	71	3
Zdravniški Vestnik	»prisilna hospitalizacija«, »obravnavanje duševne motnje«, »zdravstvena nega in psihiatrija«	13	2
Skupaj:		99	7

Podobno smo tudi v Tabeli 2 predstavili navedene ključne besede, ki so bile uporabljene v posameznih elektronskih bazah podatkov za iskanje tujih virov, ki smo jih s pomočjo omejitvenih kriterijev zmanjšali. Po pregledu naslovov ter povzetkov virov smo izključili ostale vire. Končni viri so bili ustrezni za uporabo v diplomskem delu.

Tabela 2: Rezultati pregleda tuje literature

Podatkovna baza	Ključne besede	Število zadetkov	Izbrani zadetki za pregled v polnem besedilu
CINAHL	»mental disorders AND psychiatric treatment«, »psychiatric institutional care«, »working with mental disorders«, »severe mental disorders AND hospital«	300	5
ProQuest	»working with mental disorder patients AND practice«	1.028	1
Skupaj:		1.328	6

2.3.3 Opis obdelave podatkov pregleda literature

Za analizo končno izbranih virov, zajetih v pregled literature, smo uporabili kvalitativno vsebinsko analizo podatkov (Vogrinec, 2008). Za kvalitativno vsebinsko analizo po Vogrincu (2008) je značilno, da z različnimi tehnikami zberemo vsebinske opise ljudi, dogodke in poglede proučevanih oseb, zbrane podatke besedno predelamo in ugotovitve povežemo v koncept oziroma utemeljeno teorijo, ki razloži proučen pojav. Pri tem smo uporabili tehniko odprtega kodiranja in posledično oblikovanja vsebinskih kategorij. V poteku analize smo v gradivu iskali ključne besede, teme in kode, kar pomeni, da smo določili pomen besedila, ki smo ga uporabili v nadaljnji analizi. Temu Vogrinec (2008) pravi kodiranje. V nadaljevanju smo pomensko podobne kode kategorizirali. Na koncu smo prišli do teoretične razlage problema, s katerim smo pojasnili pojav.

2.3.4 Ocena kakovosti pregleda literature

Izbor literature je temeljil na vsebinski ustreznosti in aktualnosti. Kakovost dobljenih virov, ki smo jih uvrstili v končni pregled literature in obdelave podatkov, smo določili s pomočjo hierarhije dokazov (Polit & Beck, 2008).

Tabela 3: Hierarhija dokazov

Nivo 1 a) Sistematični pregled randomiziranih kliničnih raziskav = 0 b) Sistematični pregled nerandomiziranih raziskav = 0
Nivo 2 a) Posamezne randomizirane klinične raziskave = 1 b) Posamezne nerandomizirane raziskave = 2
Nivo 3 Sistematični pregled korelacijskih/opazovalnih raziskav = 4
Nivo 4 Posamezne korelacijske/opazovalne raziskave = 4
Nivo 5 Sistematični pregled opisnih/kvalitativnih/fizioloških raziskav = 2
Nivo 6 Posamične opisne/kvalitativne/fiziološke raziskave = 0

Nivo 7

Mnenja avtorjev, ekspertnih komisij = 0

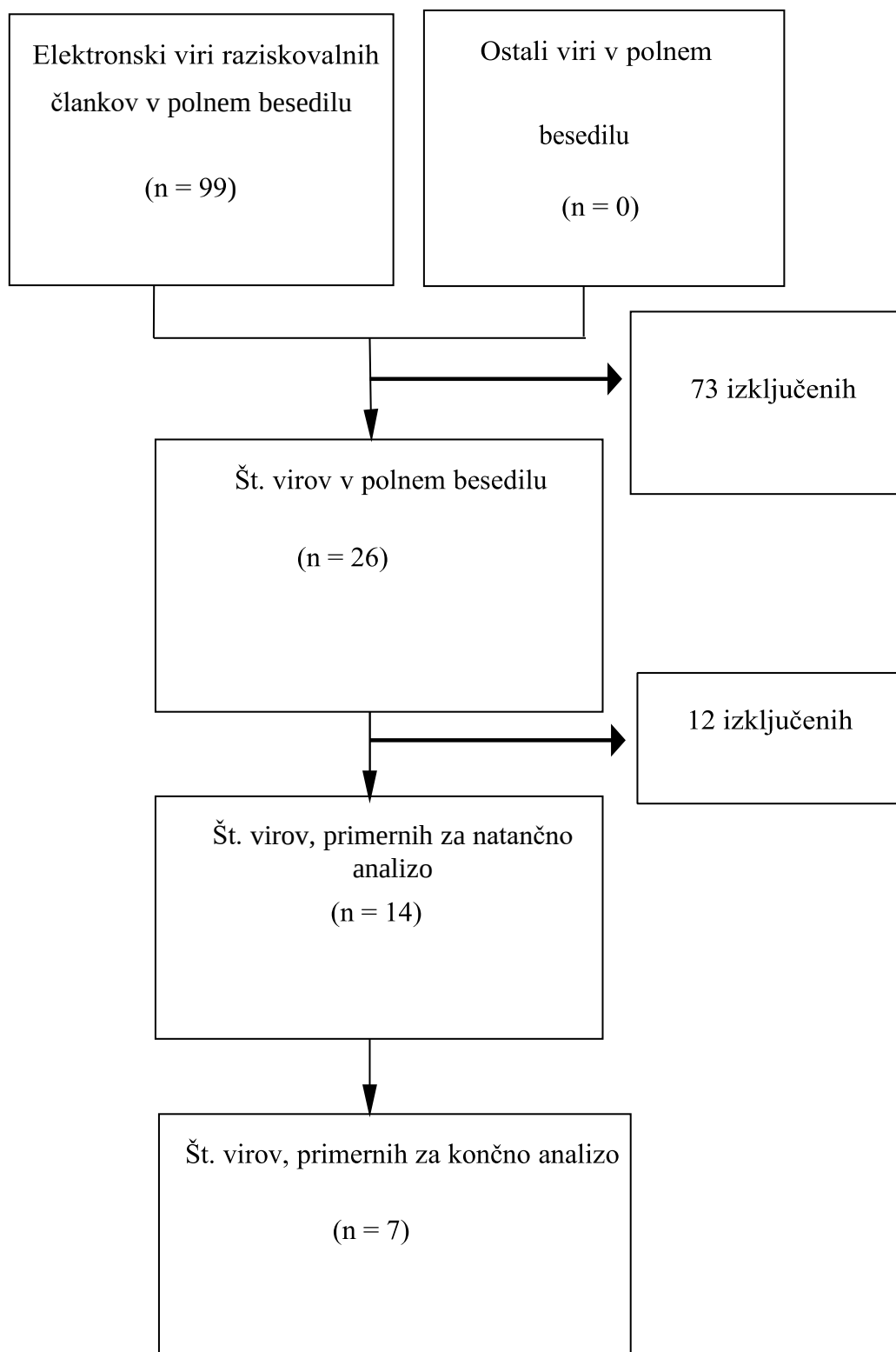
(Vir: Polit & Beck, 2008)

V tabeli 3 smo hierarhično prikazali vrste virov izbrane v končni analizi glede na 7 nivojev znanstvenoraziskovalnega dela, navedenih po avtorjih Polit in Beck (2008). Ugotovili smo, da smo v našem diplomskem delu uporabili največ virov, ki spadajo v 3. in 4. nivo. Ostalo glej tabelo 3.

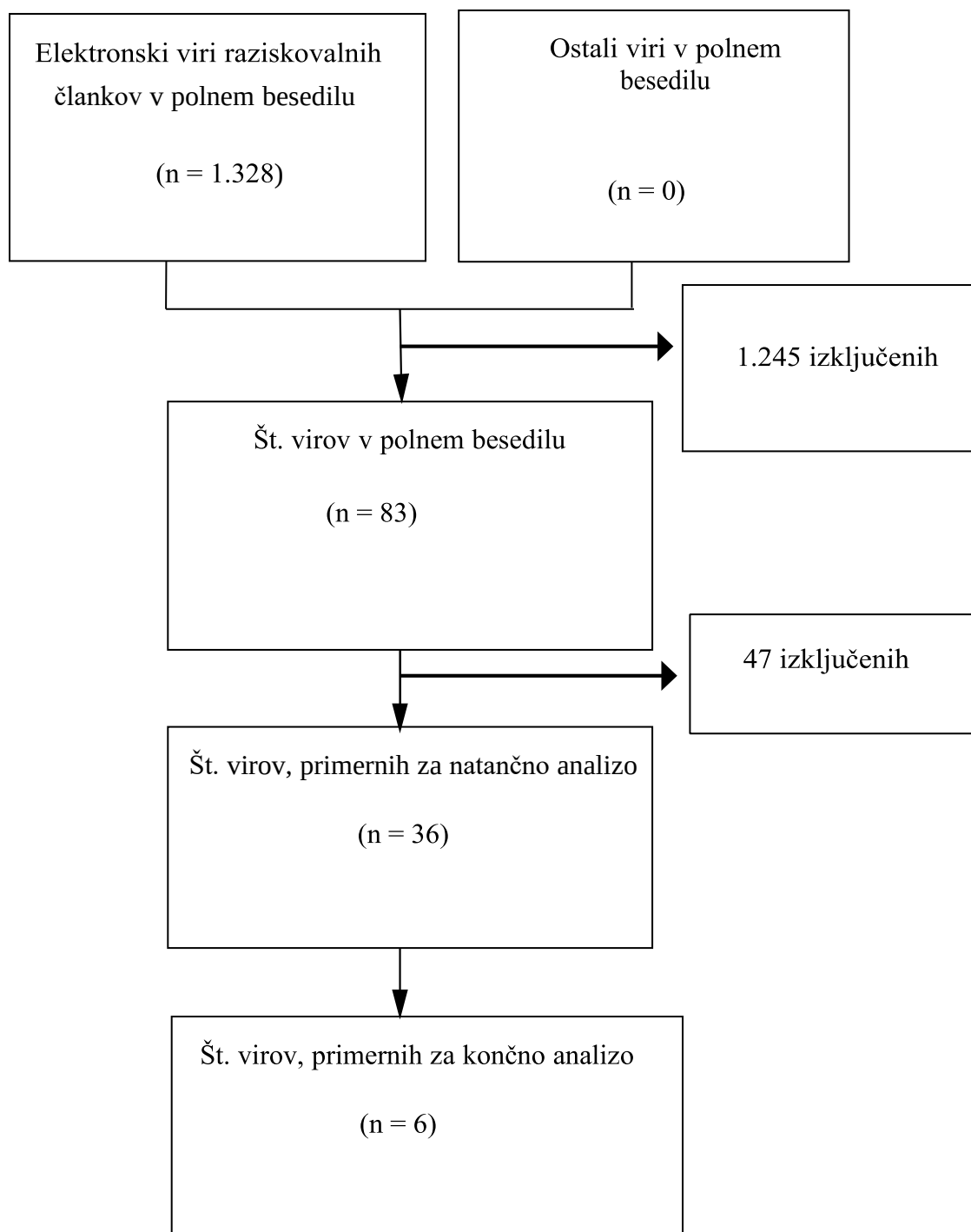
2.4 REZULTATI

2.4.1 PRIZMA diagram

V sliki 1 smo podrobneje prikazali postopek izključevanja pridobljenih slovenskih virov. Skupno število elektronskih virov raziskovalnih slovenskih člankov je bilo 99, ostalih virov ni bilo. S pregledom naslovov besedila ter njihovih izvlečkov smo od 99 virov izključili najprej 73 virov. Ostalo nam je 26 virov v polnem besedilu, ki so ustrezali postavljenim kriterijem. S hitrim pregledom vsebine virov smo izključili še naslednjih 12 virov. Nadaljnji podroben pregled virov smo izvedli na 14 člankih. Glede na ustreznost postavljenim kriterijem ter na vsebinsko ustreznost smo v končni analizi sistematičnega pregleda literature uporabili 7 virov.

**Slika 1: Prizma diagram slovenskih baz podatkov**

V sliki 2 smo podrobneje prikazali postopek izključevanja pridobljenih tujih virov. Skupno število elektronskih virov raziskovalnih tujih člankov je bilo 1.328, ostalih virov ni bilo. S pregledom naslovov besedila ter njihovih izvlečkov smo od 1.328 virov izključili najprej 1.245 virov. Ostalo nam je 83 virov v polnem besedilu, ki so ustrezali postavljenim kriterijem. S hitrim pregledom vsebine virov smo izključili še naslednjih 47 virov. Nadaljnji podroben pregled virov smo izvedli na 36 člankih. Glede na ustreznost postavljenim kriterijem ter na vsebinsko ustreznost smo v končni analizi sistematičnega pregleda literature uporabili 6 virov.



Slika 2: Prizma diagram tujih baz podatkov

2.4.2 Prikaz rezultatov po kodah in kategorijah

V tabeli 4 smo predstavili glavne značilnosti virov, zajetih v končno analizo sistematičnega pregleda literature: ključne ugotovitve avtorjev, leto objave, raziskovalno zasnovo ter vzorec. Viri so v tabeli navedeni po abecednem zaporedju priimkov avtorjev. V pregled literature smo zajeli največ virov, kjer je bil kot raziskovalna zasnova uporabljen pregled literature, ter enako število vključenih virov z kvalitativno in kvantitativno raziskovalno zasnovo. Vzorci so bili različni. Največ virov je bilo slovenskih, kjer so v raziskavah sodelovale medicinske sestre (tabela 4).

Tabela 4: Tabelarni prikaz rezultatov

Avtor	Leto objave	Raziskovalna zasnova	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Buck & Lysaker	2010	Meta analiza	V analizi je bilo vključenih 16 virov; ZDA	Študente zdravstvene nege, ki delajo v psihiatričnih ustanovah, je potrebno poučiti o pravilnem pristopu do pacienta z duševno motnjo. Naučiti se morajo, kako vzpostaviti terapevtski odnos s pacientom z duševno motnjo, kako voditi odprti dialog ter iz pacientovih nepovezanih besed razumeti ozadje njihove zgodbe. Neznanje študentov o obravnavi pacienta z duševno motnjo ustvari pri študentu strah, pri obravnavanju pacientu pa občutek nezaupanja.
Fleury, et al.	2012	Kvalitativno zasnovana raziskava z intervjuji ter kvantitativno zasnovana raziskava z vprašalnikom.	n = 60 splošnih zdravnikov.	Obravnava pacienta z duševno motnjo se mora nadaljevati tudi po odpustu iz psihiatrične bolnišnice, biti mora kontinuirana od začetka do konca obravnave. Sodelovanje pacientovega osebnega zdravnika s psihologi in psihiatri je ključnega pomena za dobro nadzorovanje posameznikove duševne motnje. Obravnava duševnih motenj je zelo obremenjujoča, zahteva več časa, fleksibilnosti in čustvenih naložb, kot pri pacientih, ki nimajo duševne motnje. Za lažjo in bolj kakovostno obravnavo so

Avtor	Leto objave	Raziskovalna zasnova	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
				splošni zdravniki, ki so sodelovali v raziskavi, uporabili strategijo za zmanjšanje bremena, to pa je »Pravilo o enem problemu na obisk«. Ko pacient pride na pregled, se z zdravnikom posvetita samo eni težavi, ki vpliva na njegovo zdravstveno stanje. Ko to težavo rešita, se pri naslednjem zdravniškem pregledu pogovarjata o drugi težavi.
Gabrovec & Lobnikar	2014	Kvantitativno zasnovana raziskava	n = 303 zdravstvenih delavcev.	Rezultati opravljene raziskave kažejo na obsežno izpostavljenost zdravstvenega osebja agresiji na delovnem mestu pri delu s pacienti z duševnimi motnjami. V primerjavi s tujino so rezultati primerljivi le z raziskavo na Švedskem in v Turčiji. Pogostost fizičnega nasilja s strani pacientov je v Sloveniji večja kot v psihiatričnih bolnišnicah v ZDA. Rezultati kažejo tudi, da se morajo zdravstveni delavci pretežno soočiti z ranljivostjo, strahom, negotovostjo, nemočjo, pomanjkanjem empatije nadrejenih, obupom, pomanjkanjem izobrazbe ter jezo.
Jonsdottir, et al.	2009	Kvantitativno zasnovana raziskava z uporabo vprašalnika	n = 280 pacientov s težko obliko duševne motnje. n = 114 pacientov z bipolarno motnjo, ter n = 166 s shizofrenijo. Kriterij je bil travmatična poškodba možganov, nevrološka bolezen ali nivo IQ pod 70.	Glavna ugotovitev raziskave je, da so prepričanja pacienta o pomembnosti in skrbi za jemanje zdravil povezana z njegovim sprejemanjem zdravil. Prepričanja o zdravilih so močan napovedovalec sodelovanja pri posamezniku z duševno motnjo, zato je pomembno, kako pacientom predstavimo stopnjo nujnosti, možne neželene učinke in pomoč, ki mu jo posamezno zdravilo nudi. Pacienta je potrebno spodbujati k jemanju zdravil. Pomemben poudarek je na nadaljevanju jemanja zdravil tudi, ko že nastopi izboljšanje in pacient misli, da je že ozdravljen.
Konrad, et al.	2015	Meta analiza	V meta analizo je bilo vključenih 14	Vključevanje pacienta pri odločitvah glede ciljev zdravljenja je zelo pomembno

Avtor	Leto objave	Raziskovalna zasnova	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
			virov; Velika Britanija	za boljši in dolgotrajen izid zdravljenja. Pacientom s hudimi duševnimi motnjami se pravica do samostojnega odločanja velikokrat zanemari, saj ne razmišljajo zavestno in lahko nezavedno ogrožajo sebe ali druge. Pacienti, ki imajo dolgotrajne duševne motnje, so zelo dobro poučeni o svoji bolezni ter poznajo postopke zdravstvene obravnave v psihiatričnih ustanovah, zato je za hitrejšo in boljšo obravnavo ključnega pomena njihovo vključevanje in sodelovanje. Upoštevanje njihovih mnenj glede zdravstvene obravnave jim nudi občutek samostojnosti, varnosti, zaupnosti in bolj pozitiven pogled na obravnavo v bolnišnici.
Kuklec	2010	Kvantitativno zasnovana raziskava s pomočjo vprašalnika	n = 69 zdravstvenih tehnikov in diplomiranih medicinskih sester, zaposlenih na Kliničnem oddelku za mentalno zdravje Psihiatrične klinike Ljubljana in na Reševalni postaji Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana.	Odklonilen odnos in distanca do oseb z duševno motnjo se ne pojavlja le v laični populaciji, temveč tudi med zdravstvenimi delavci, ki stigmatizirajo posameznike glede na vrsto in težavnost duševne motnje. Stigma nastane zaradi neznanja, diskriminacije ter predsodkov, glede na prejšnje izkušnje z osebo z isto duševno motnjo. Za zmanjšanje oziroma odstranitev stigme do posameznikov z duševnimi motnjami je potrebno izobraževanje in ozaveščanje tako zdravstvenih delavcev, kot širše javnosti.
Neupane, et al.	2016	Kvalitativno zasnovana raziskava s pomočjo intervjuja	n = 170 negovalcev, zaposlenih v bolnišnici v Nepal. Od tega jih je 52 % moškega spola.	Opravljen je bila raziskava o prisotnosti stigme do pacientov s strani negovalnega osebja. Ugotovitve so prikazale razlike med spoloma, kjer je bila manjša prisotnost stigme pri ženskem spolu negovalcev. V primerjavi med negovalci različnega izobraževalnega statusa, je bil manjši delež stigme prisoten pri bolj izobraženih negovalcih, saj so bolj izpostavljeni različnim informacijam o duševnih motnjah. Ker paciente z nekaterimi duševnimi motnjami

Avtor	Leto objave	Raziskovalna zasnova	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
				pogosto zaznamujejo vidne vedenjske spremembe, so tudi glede na vrsto in stopnjo bolezni prisotne različne pojavnosti stigme.
Pavšič Mrevlje & Umek	2011	Meta analiza	V pregled literature je bilo vključenih 15 virov; Slovenija	Ključne ugotovitve avtorjev so bile, da le manjši delež celotnega zdravstvenega kadra, med katerega spadajo medicinske sestre, zdravstveni tehniki, zdravniki, klinični psihologi, zaznava svoje delo kot ogrožajoče oziroma nevarno. Tarče nenadzorovanega agresivnega vedenja s strani pacientov z duševnimi motnjami so najpogostejše medicinske sestre in zdravstveni tehniki, predvsem ob sprejemu v bolnišnico proti pacientovi volji, ob prisilnem zadrževanju oziroma oviranju in ob aplikaciji zdravil, ko pacient ne sodeluje. Zdravstveno osebje meni, da bi bilo potrebno več usposabljanja s področja samoobrambe, dodaten usposobljen kader predvsem moškega spola, treninge ustrezne komunikacije ter boljše sodelovanje in zaupanje znotraj kolektiva. Dovoljeno je, da pri agresivnih dogodkih intervenira tudi varnostna služba, ki pa za tovrstne intervencije ni usposobljena in ne ravna pravilno, zato bi bilo potrebno organizirati posebna usposabljanja tudi za njih.
Rifel & Kersnik	2010	Meta analiza	Vključenih 13 virov v meta analizi; Slovenija	Piramida optimalne mešanice ukrepov za krepitev duševnega zdravja navaja skupno povezovanje različnih storitev za ohranjanje duševnega zdravja s pomočjo zdravstvene obravnave. Temelji na načelu, da z nobeno zdravstveno ravno ne moremo v celoti zadovoljiti vseh potreb prebivalstva na področju duševnega zdravja, zato navaja, da je potrebno sodelovanje, kontinuirana podpora, komunikacija, izobraževanje ter supervizija pri obravnavi

Avtor	Leto objave	Raziskovalna zasnova	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
				pacienta z duševno motnjo. Pacienti z duševnimi motnjami morajo biti dejavno udeleženi pri izboljšanju lastnega zdravstvenega stanja. Psihiatrične bolnišnice predstavljajo največji finančni strošek, hkrati pa so to najmanjkrat potrebne storitve, če se začne pravilna in pravočasna oskrba.
Robar	2011	Meta analiza	V meta analizo je vključenih 6 virov; Slovenija	Vloga zdravstvenega osebja na področju psihiatrične obravnave se začne že s sprejemom pacienta s težko duševno motnjo, ki odklanja psihiatrično zdravljenje. Medicinska sestra mora s primerno verbalno ter neverbalno komunikacijo pomiriti pacienta in mu da dati občutek zaupanja. Prepoznati mora morebitne dejavnike agresivnosti ali kazalce agresivnosti pri pacientu ter se ustrezno temu tudi vesti. Paziti mora, da s svojim vedenjem in pristopom ne stopnjuje njegove že prisotne agitiranosti oziroma vznemirjenosti.
Rotar Pavlič, et al.	2011	Kvalitativno zasnovana raziskava z vprašalnikom	n = 52 zdravnikov družinske medicine, ki imajo svoje ambulate v mestnem in vaškem okolju.	Za dosežek želenih rezultatov zdravljenja ni dovolj le znanje ali organizacija zdravstvene službe na primarni ravni ter komunikacija med pacientom in zdravnikom, temveč tudi sodelovanje med izbranim zdravnikom družinske medicine in specialistom psihiatrom. Sodelovanje med zdravnikoma mora potekati na podlagi strokovnih meril in ne kot posledica stališč ter pritiska pacientov.
Van Veen, et al.	2015	Kvalitativno zasnovana raziskava s pomočjo opazovanja	n = 180 pacientov z duševnimi motnjami, starih od 18 do 65 let.	Ugotovitve raziskave so pokazale, da je psihiatrična obravnava v skupnosti prikazala boljše rezultate obravnave duševnih motenj. Ugotovili so, da je prisotno boljše splošno počutje pacientov, boljša socialna vključenost, izboljšuje se splošna kakovost življenja pacientov z težjimi oblikami duševnih motenj.
Zidarič, et al.	2011	Meta analiza	Analiza vključuje 3 vire;	Vključevanje pacienta v skupnostno obravnavo kaže

Avtor	Leto objave	Raziskovalna zasnova	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
			Slovenija	zmanjšanje ponovitev simptomov bolezni, s čimer se izboljša kakovost življenja izven bolnišnične obravnave. Pri skupnostni obravnavi se moramo držati določenih pravil: pacienta obravnava tim, ne posameznik; med koordinatorjem in pacientom je partnerski odnos in ne pokroviteljski; pri obravnavi varujemo pacientovo dostojanstvo, zasebnost ter avtonomnost. Holistično načrtovanje in izvajanje zdravljenja pri pacientu z duševno motnjo je naloga celotnega tima in ne le posameznika.

S kvalitativno vsebinsko analizo smo določili 40 kod ter jih glede na njihov pomen in vsebinske medsebojne povezave združili v 3 kategorije: *Sodelovanje zdravstvenih služb*, *Sistem zdravstvene obravnave* ter *Stigma* (tabela 5).

Tabela 5: Razporeditev kod po kategorijah

Kategorija	Kode	Avtorji
Sodelovanje zdravstvenih služb	»pacient«, »psihiatrija«, »bolezen«, »vključevanje«, »organizacija«, »razumevanje«, »način dela«, »ravni zdravstva«, »kontinuiranost«, »izvenhospitalna obravnava« »povezovanje«, »podpora«, »zdravstvena služba«.	Fleury, et al., 2012, Rifel & Kersnik, 2010, Rotar Pavlič, et al., 2011, Veen, et al., 2015.
Sistem zdravstvene obravnave	»psihiatrična ustanova«, »prisilna obravnava«, »strah«, »zdravstveni delavci«, »psihiater«, »medicinska sestra«, »študenti«, »neznano okolje«, »skupnostna obravnava«, »timsko delo«, »socialna vzgoja«, »zdravstvena nega«, »samostojnost«, vzgoja, »nesodelovanje«, »zdravila« »dostojanstvo«.	Gabrovec & Lobnikar, 2014, Jonsdottir, et al., 2009, Konrad, et al., 2015, Pavšič Mrevlje & Umek, 2011, Robar, 2011, Zidarič, et al., 2011,
Stigma	»neznanje«, »diskriminacija«, »oddaljenost«, »umikanje«, »predsodki«, »odkloni«, »izobraževanje«,	Buck & Lysaker, 2010, Kuklec, 2010,

Kategorija	Kode	Avtorji
	»ozaveščanje«, »javnost«, »zdravstveno osebje«, »nevarnost«.	Neupane, et al., 2016.

2.5 RAZPRAVA

Pacient se zaradi težje oblike duševne motnje razlikuje od zdrave osebe, je ranljiv, slabše funkcionira v svojem okolju in težje rešuje vsakdanje težave. Potrebno se je zavedati, da so pacienti z duševno motnjo skupina, ki potrebuje posebno pozornost in obravnavo s strani zdravstvenega sistema (Kores Plesničar, 2011). Za lažje razumevanje in preglednost rezultatov našega diplomskega dela smo s pomočjo analize literature oblikovali tri kategorije, s katerimi smo odgovorili na postavljeni raziskovalni vprašanji.

2.5.1 Organiziranost psihiatričnih ustanov v kontekstu nudenja zdravstvene obravnave pacientom z najtežjimi duševnimi motnjami

Psihiatrična ustanova je organizacijska mreža služb za duševno zdravje. Mreža služb za duševno zdravje sestavlja organizacijo skrbi na vseh treh ravneh zdravstvenega varstva. V to mrežo so vključene tako psihiatrične ustanove, z zdravstvenimi domovi, kot službe za delo v skupnosti (Demšar, 2010). V tej organizaciji skrbi je ključen odnos medicinske sestre do pacienta. Usmerjen je k učenju in podpiranju pacientovega vedenja v skladu z njegovimi možnostmi oziroma cilji zdravstvene obravnave (Mihalič, 2014). Pri tem gre še vedno za eno izmed največjih težav pri učinkoviti organizaciji mreže služb za duševno zdravje (Demšar, 2010).

Na splošno je na področju organiziranosti mreže služb za duševno zdravje izjemno pomembno, da so te med seboj zelo dobro povezane (Rifel & Kersnik, 2010). Informiranost strokovnjakov, zaradi mobilnosti pacienta v mreži služb za duševno zdravje, mora biti učinkovita na vseh nivojih zdravstvenega varstva. Za skrb oseb s kronično duševno motnjo je nujno, da se razvijejo sistemi pomoči predvsem v njihovem okolju (Čuk, 2010), kjer je potrebno zmanjšati breme stigme (Kuklec, 2010). V nadaljevanju bomo podrobneje pojasnili pomen naših trditev s pomočjo kategorije *Sodelovanja zdravstvenih služb*.

2.5.1.1 Kategorija: Sodelovanje zdravstvenih služb

Fleury s sodelavci (2012) so z raziskavo, ki je vključevala 60 splošnih zdravnikov, ter uporabo intervjujev in vprašalnikov, ugotovili, da je obravnava duševnih motenj zelo obremenjujoča za bolnišnično osebje. Zahteva več časa, fleksibilnosti in čustvenih naložb kot pri pacientih, ki nimajo duševne motnje. Zelo pomembno je, da se obravnava pacienta z duševno motnjo nadaljuje tudi po odpustu iz psihiatrične bolnišnice, kar pomeni, da mora biti kontinuirana od začetka do konca obravnave. Sodelovanje pacientovega osebnega zdravnika s psihologi in psihiatri je ključnega pomena za dobro nadzorovanje pacientove duševne motnje. Za lažjo in bolj kakovostno obravnavo so splošni zdravniki, ki so sodelovali v raziskavi, uporabili strategijo za zmanjšanje bremena, to pa je »Pravilo o enem problemu na obisk«. Ko pacient pride na pregled, se z zdravnikom posvetita samo eni težavi, ki vpliva na njegovo zdravstveno stanje. Ko to težavo rešita, se pri naslednjem zdravniškem pregledu pogovarjata o drugi težavi. Avtorja Rifel in Kersnik (2010) s pomočjo pregleda literature ugotavljata, da piramida optimalne mešanice ukrepov za krepitev duševnega zdravja navaja skupno povezovanje različnih storitev za ohranjanje duševnega zdravja s pomočjo zdravstvene obravnave. Temelji na načelu, da z nobeno zdravstveno ravno ne moremo v celoti zadovoljiti vseh potreb prebivalstva na področju duševnega zdravja, zato je potrebno sodelovanje, kontinuirana podpora, komunikacija, izobraževanje ter supervizija pri obravnavi pacienta z duševno motnjo. Pacienti z duševnimi motnjami morajo biti dejavno udeleženi pri izboljšanju lastnega zdravstvenega stanja. Psihiatrične bolnišnice predstavljajo največji finančni strošek, hkrati pa so to najmanjkrat potrebne storitve, če se začne pravilna in pravočasna oskrba pacienta z duševno motnjo.

Avtorica Rotar Pavlič je s sodelavci (2011) izvedla raziskavo z vprašalnikom, v katero so vključili 52 zdravnikov družinske medicine. Rezultati so pokazali, da za dosežek želenih rezultatov zdravljenja ni dovolj le znanje ali organizacija zdravstvene službe na primarni ravni ter komunikacija med pacientom in zdravnikom, temveč tudi sodelovanje med izbranim zdravnikom družinske medicine in specialistom psihiatrom. Podobno ugotovitev je imel tudi avtor (Pahor, 2014), ki navaja, da mora sodelovanje med

zdravnikoma potekati na podlagi strokovnih meril in ne kot posledica stališč ter pritiska pacientov. Pri kakovostni zdravstveni obravnavi je potrebno delovanje v sodelovanju z okoljem pacienta ter uporaba systemskega delovanja na kompleksnem področju, ki od strokovnjakov zahteva mnogo znanja, spretnosti in empatije (Pahor, 2014). Pomembno je timsko delo, ki omogoči aktivacijo pacientovega potenciala v celoti. Povezuje medsebojno dopolnjevanje med člani tima, kjer je potrebna visoka stopnja fleksibilnosti, organizacije, komunikacije ter usmerjenosti k doseganju skupnega cilja (Mihalič, 2014). Ker se duševne motnje razlikujejo, potrebujejo tudi različno specifično obravnavo. Posledično se obravnave razlikujejo tudi glede na okolje oziroma državo, kjer se pacient nahaja (Novak Grubič & Tavčar, 2010). Avtor Van Veen je s sodelavci (2015) opravil raziskavo s pomočjo opazovanja, ki je vključevala 180 pacientov z duševnimi motnjami, starih od 18 do 65 let. Ugotovitve raziskave so pokazale, da je psihiatrična obravnava v skupnosti prikazala pozitivne rezultate obravnave duševnih motenj. Ugotovili so, da je prisotno boljše splošno počutje pacientov, boljša socialna vključenost, izboljšuje se splošna kakovost življenja pacientov s težjimi oblikami duševnih motenj. Flaker (2008) definira sodobno psihiatrično obravnavo kot interdisciplinarno profesionalno področje, ki omogoča povezovanje, odgovornost, dostopnost, kontinuirano obravnavo, enakopravnost ter kulturno prilagojenost pacientom.

2.5.2 Delo z osebami z najtežjimi oblikami duševnih motenj v psihiatričnih ustanovah

Delo medicinske sestre se je skozi zgodovino spreminjalo. Osnovna naloga medicinske sestre je bila varovanje pacienta ter skrb za pacientove osnovne življenjske aktivnosti. Izvajale so tehnične posege ter socialno terapevtsko vzgojo. V današnjem času je poudarek na procesni metodi dela, kar medicinsko sestro na področju kurative in promocije duševnega zdravja vključuje med člane multidisciplinarnega tima v psihiatrični instituciji ter ostalih področjih v okviru skupnostne psihosocialne in psihiatrične rehabilitacije (Čuk, 2010). Delo se osredotoča na vzpostavitev medosebnega terapevtskega odnosa, v katerem se med strokovnjakom in pacientom oblikuje zaupen in sodelovalen odnos, brez prisotne stigme (Zidarič, et al., 2011; Konrad, et al., 2015) V nadaljevanju bomo našo trditev o skupnem sodelovanju med

strokovnjaki in pacientom podrobneje predstavili skozi kategoriji *Sistem zdravstvene obravnave* in *Stigma*.

2.5.2.1 Kategorija: Sistem zdravstvene obravnave

Avtor Konrad ter sodelavci (2015) so na podlagi pregleda literature ugotovili, da se pacientom, ki imajo hude duševne motnje, pravica do samostojnega odločanja velikokrat zanemari, čeprav so zelo dobro poučeni o svoji bolezni ter poznajo postopke zdravljenja v psihiatričnih ustanovah. Za hitrejšo in boljšo obravnavo ter boljši in dolgotrajen izid zdravljenja je ključnega pomena njihovo vključevanje v proces zdravljenja. Upoštevanje njihovih mnenj glede zdravljenja jim nudi občutek samostojnosti in bolj pozitiven pogled na obravnavo v bolnišnici. Pirih s sodelavci (2011) navaja, da je za učinkovito, pravočasno in kakovostno obravnavo pacienta s kronično duševno motnjo ključnega pomena kontinuirana zdravstvena obravnava. Zidarič s sodelavci (2011) opozarja, da pacienta obravnava celoten tim in ne le posameznik, med koordinatorjem in pacientom je partnerski odnos in ne pokroviteljski, kar pomeni, da s pacientom sodelujeta in skleneta skupne odločitve. Pri obravnavi varujemo pacientovo dostojanstvo, zasebnost ter avtonomnost. Holistično načrtovanje in izvajanje zdravljenja in zdravstvene nege pri pacientu z duševno motnjo je naloga celotnega tima in ne le posameznika. Jonsdottir s sodelavci (2009) je izvedel raziskavo, v kateri je sodelovalo 280 pacientov s težko obliko duševne motnje, 114 pacientov z bipolarno motnjo ter 166 s shizofrenijo. Kriterij za uvrstitev v raziskavo je bil travmatična poškodba možganov, nevrolška bolezen ali nivo IQ pod 70. Glavna ugotovitev njihove raziskave je bila, da so prepričanja pacienta o pomembnosti in skrbi za jemanje zdravil povezana z njegovimi izkušnjami z jemanjem zdravil. Medicinska sestra mora vedeti, da so prepričanja o zdravilih močan napovedovalec sodelovanja s pacientom z duševno motnjo, zato je pomembno, kako pacientom predstavimo stopnjo nujnosti, možne neželene učinke in pomoč, ki mu jo posamezno zdravilo nudi. Če bo imel pacient odklonilen odnos do zdravil, bo zdravljenje opustil takoj, ko ne bo nadzorovan. Zato je naloga medicinskih sester, da ga spodbujajo k sodelovanju in razumevanju, da se zaradi zdravil bolje počuti in mora še vedno nadaljevati zdravljenje in ga ne opusti zaradi mišljenja, da je ozdravljen, pri čemer nastopi začaran krog zdravljenja.

Avtor Robar (2011) zato podarja, da se vloga zdravstvenega osebja začne že pri sprejemu pacienta, ki odklanja psihiatrično zdravljenje. Medicinska sestra mora s primerno verbalno ter neverbalno komunikacijo pomiriti pacienta in mu dati občutek zaupanja. Prepoznati mora morebitne dejavnike agresivnosti ter se temu primerno tudi vesti. Paziti mora, da s svojim vedenjem in pristopom ne stopnjuje njegove že prisotne agitiranosti oziroma vznemirjenosti. Ugotovitev podpira tudi avtor Peate (2013), ki navaja, da je opazovanje pacienta zelo pomembno in je posebna veščina vseh zdravstvenih delavcev v psihiatriji. Opazovanje mora biti varno, dostojanstveno ter terapevtsko. Paziti moramo, da pri tem upoštevamo vse pacientove pravice, kolikor je to le možno glede na pojav oziroma stopnjo njegove duševne motnje. Pri akutnem pojavu simptomov duševne motnje lahko pacient ogroža sebe ali svojo okolico, zato je zelo pomembno, da to stanje pravočasno prepoznamo ter preprečimo morebitno škodo, ki bi jo pacient naredil sebi ali svoji okolici. Psihiatrična zdravstvena nega je specialno področje zdravstvene nege, ki obravnava pacienta z duševno motnjo, njegove svojce ali širšo skupnost na vseh treh ravneh zdravstvenega varstva. V obravnavi posameznika z duševno motnjo je zelo pomemben terapevtski odnos, ki nastane med njim in medicinsko sestro, ki ga obravnava. Odnos je usmerjen k učenju in podpiranju pacientovega vedenja, ki je način, kako doseči razvoj osebnosti pacienta ter njegovo samostojnost. Pri obravnavi pacienta je pomemben timski pristop, saj pacientu nudi podporo in ga spodbuja pri procesu zdravljenja ter izboljševanju njegovega zdravstvenega stanja in samopodobe. Pojav hude duševne motnje ogroža posameznika ter njegovo okolico, zato je potrebna nujna bolnišnična obravnava, za katero ne potrebujemo pacientove privolitve. Pacienti, ki se ne strinjajo s hospitalizacijo, so lahko agresivni, prestrašeni ter odklonilni, kar je stresno in obremenilno tudi za zdravstveno osebje, ki pacienta sprejme na oddelek (Čuk, 2010; Peate, 2013). Pri pacientih, ki so agresivni, uvedemo PVU, ki spadajo med najzahtevnejše intervencije za celotno zdravstveno osebje v psihiatriji. Vsi, ki sodelujejo, morajo biti usposobljeni ter etično, moralno in pravno odgovorni (Berzlanovich, et al., 2012). Med PVU spadajo vse intervencije, ki pacientu ovirajo premikanje telesa, ter vsa zdravila, ki jih uporabimo za omejitev pacientovega vedenja in gibanja, čeprav niso v pacientovi redni terapiji (Kadivec, 2012). Fizično oviranje odredi zdravnik, medicinske sestre pa so odgovorne

za pravilno izvedbo postopka, nadzor oviranega pacienta ter pravilno dokumentiranje (Žagar, 2011). Kljub usposobljenemu kadru lahko pri odklonilnem vedenju pride do agresivnih dejanj s strani pacientov s težkimi oblikami duševnih motenj (Davidson, 2016). To sta v svoji raziskavi, kjer je sodelovalo pet psihiatričnih bolnišnic, trije psihiatrični domovi in dva centra za usposabljanje, delo in varstvo, skupno 303 zdravstvenih delavcev, ugotovila tudi avtorja Gabrovec & Lobnikar (2014). Rezultati opravljene raziskave kažejo na obsežno izpostavljenost zdravstvenega osebja agresiji na delovnem mestu pri delu s pacienti z duševnimi motnjami. V primerjavi s preostalim svetom so rezultati primerljivi le s raziskavo na Švedskem in v Turčiji. Pogostost fizičnega nasilja s strani pacientov je v Sloveniji večja kot v ZDA. Rezultati kažejo tudi na to, da se morajo zdravstveni delavci pretežno soočati z ranljivostjo, strahom, negotovostjo, nemočnostjo, pomanjkanjem empatije nadrejenih, obupom, pomanjkanjem izobrazbe, jezo. Ključne ugotovitve avtorjev Pavšič Mrevlje & Umek (2011) pa so bile, da le manjši odstotek celotnega zdravstvenega kadra, med katerega spadajo medicinske sestre, zdravstveni tehniki, zdravniki in klinični psihologi, zaznava svoje delo kot ogrožajoče oziroma nevarno. Tarče nenadzorovanega agresivnega vedenja s strani pacienta z duševno motnjo so najpogostejše medicinske sestre in zdravstveni tehniki, predvsem ob sprejemu v bolnišnico proti pacientovi volji, ob prisilnem zadrževanju oziroma oviranju in ob aplikaciji zdravil, ko pacient ne sodeluje. Zdravstveno osebje meni, da bi bilo potrebno več usposabljanja s področja samoobrambe, dodaten usposobljen kader predvsem moškega spola, treningi ustrezne komunikacije ter boljše sodelovanje in zaupanje znotraj kolektiva. Dovoljeno je, da pri nasilnih dogodkih intervenira tudi varnostna služba, ki pa za tovrstne intervencije ni usposobljena in ne ravna pravilno, zato bi bilo potrebno organizirati posebna usposabljanja tudi za njih.

2.5.2.2 Kategorija: Stigma

Pri analizi zajetih virov smo ugotovili, da se organiziranost psihiatričnih ustanov in dela strokovnjakov v kontekstu nudenja zdravstvene obravnave oseb z duševno motnjo močno prepleta s stigmo. Stigmatizacija duševnega zdravja tako med splošno kot tudi strokovno javnostjo je še vedno glavni vzrok, da so osebe z duševno motnjo – posebno s

težko obliko – še vedno odrinjene na družbeni rob in ne prejemajo ustrezne pomoči, ki bi jo lahko in morale.

Duševne motnje so v svetu vse bolj prisotne, vendar kljub ozaveščanju ljudi o duševnih motnjah ter pomembnosti zdravstvene obravnave pomoči ne poišče vsak, ki jo potrebuje. Najpogostejši razlog je stigma. Stigma je skupek predsodkov, stereotipov in diskriminacije, ki vpliva na posameznikovo odločitev o iskanju pomoči. Tudi zdravstveni delavci in negovalci imajo odklonilen odnos do pacientov z duševno motnjo, saj imajo predsodke o fizični nevarnosti, o nesamostojnosti pacientov ter neodgovornosti, menijo, da je duševna motnja »karakterna« napaka posameznika, ki jo ima moč spremeniti, vendar je ne želi (Krivec & Suklan, 2015; Švab, 2015b). Avtorica Kuklec (2010) je s pomočjo vprašalnika izvedla raziskavo na 69 zdravstvenih tehnikih in diplomiranih medicinskih sestrah, zaposlenih na Kliničnem oddelku za mentalno zdravje Psihiatrične klinike Ljubljana ter na Reševalni postaji Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana. Rezultati vprašalnika so pokazali, da stigma do posameznikov z duševno motnjo ni prisotna le v širši javnosti, temveč tudi med zdravstvenimi delavci. Njihov odnos ter mnenje o pacientu z duševno motnjo je odvisno glede na vrsto duševne motnje, ki jo posamezna oseba ima. Avtorica meni, da je razlog za pojav stigme neznanje oziroma neinformiranost zdravstvenega osebja ter javnosti o duševnih motnjah, zato predlaga izobraževanje ter promocijo duševnega zdravja. Podobne rezultate so pridobili tudi avtor Neupane s sodelavci (2016), ki so izvedli raziskavo na 170 negovalcev, zaposlenih v bolnišnici v Nepal. Od 170 negovalcev je bilo 52 % zaposlenih moškega spola in 48 % ženskega. Ugotovitve so prikazale, da je stigma negovalcev do pacientov s težkimi duševnimi motnjami, kljub dostopnim informacijam, še vedno močno prisotna. Raziskava je pokazala razlike med spoloma negovalcev, kjer je bila manjša prisotnost stigme pri ženskem spolu zaposlenih, saj naj bi imele večjo raven empatije. V primerjavi med negovalci različnega izobraževalnega statusa je bil manjši delež stigme prisoten pri bolj izobraženih negovalcih, saj so bolj izpostavljeni različnim informacijam o duševnih motnjah, zaradi česar so se tudi manj bali stika s pacientom z duševno motnjo. Ker paciente z nekaterimi duševnimi boleznimi pogosto zaznamujejo vidne vedenjske spremembe, so tudi glede na bolezen prisotne različne pojavnosti stigme zaradi strahu pred možno agresijo ter nepredvidljivim vedenjem pacienta.

Da se poznejše stigmatizacije s strani zdravstvenih delavcev do pacientov z duševnimi motnjami ne pojavijo, je potrebno pravočasno ozaveščanje o delu z duševnimi motnjami. Na to v svojem delu opozarjata avtorja Buck & Lysaker (2010), kjer navajata, da je potrebno bolj podrobno izobraževanje začeti že pri študentih zdravstvene nege, ki delajo v psihiatričnih ustanovah. Potrebno jih poučiti obravnavi in o pravilnem pristopu do pacienta z duševno motnjo. Naučiti se morajo, kako vzpostaviti terapevtski odnos s pacientom z duševno motnjo, kako voditi odprti dialog ter iz pacientovih nepovezanih besed razumeti ozadje njihove zgodbe. Neznanje študentov o obravnavi pacienta z duševno motnjo ustvari pri študentu strah, pri obravnavanem pacientu pa občutek nezaupanja, kar pomeni slabšo zdravstveno obravnavo pacienta. Takšne izkušnje posledično vodijo do pojava stigme in neakovostne obravnave oseb z najtežjimi oblikami duševnih motenj.

2.5.3 Omejitve raziskave

Naše delo temelji na področju dela z osebami z najtežjimi oblikami duševnih motenj. Namen našega dela je bil na podlagi zbiranja podatkov raziskati delo z osebami z najtežjimi oblikami duševnih motenj, ki potrebujejo zdravstveno obravnavo v psihiatričnih ustanovah. Med iskanjem in analiziranjem primerne literature je bilo razvidno, da je v Sloveniji pojavnost duševnih motenj zelo prisotna. Primerno temu je na voljo tudi veliko slovenske in tuje literature na temo duševnih motenj. Naša težava pri zbiranju ustrezne literature je bila, da se kljub veliko dostopne literature večina literature nanaša na specifične duševne motnje. Večina zbranih virov za natančno analizo je bila usmerjena v posamezne duševne motnje, v njihove simptome, obravnavo, definicije, premalo pa je literature, ki bi se nanašala na obravnavo »najtežjih« duševnih motenj. Malo je dostopne literature, ki bi bila usmerjena v organizacijsko delo ali odnos in obravnavo zdravstvenih delavcev do pacientov s težjimi oblikami duševnih motenj in ne le njihov odnos glede na posamezno vrsto duševne motnje. Termin, ki smo ga izbrali v tujem jeziku, ne predstavlja nekega skupnega kazalca za iskanje literature, zato je bilo iskanje literature težje, hkrati pa drugačni tudi pričakovani rezultati.

2.5.4 Doprinos za prakso ter priložnosti za nadaljnje raziskovalno delo

V današnjem času so duševne motnje zelo prisotne ne le v naši državi, temveč po celem svetu in glede na trenutni življenjski slog splošne populacije lahko domnevamo, da bodo v prihodnosti še bolj prisotne pri še širši populaciji ljudi po svetu. Za doseganje dobrega rezultata zdravljenja izpostavljamo pacientovo vključevanje in sodelovanje v zdravstveno obravnavo. Predstavili smo, kako pomembna je dobro vzpostavljena organiziranost mreže služb za duševno zdravje oziroma kako pomembno je, da so med seboj zelo dobro povezane. Informiranost strokovnjakov mora biti na vseh nivojih zdravstvenega varstva strokovna in učinkovita. Ključna naloga zdravstvenih delavcev in osebja, ki pomaga ljudem pred, med in po zdravljenju ter hospitalizaciji je, da s pacientom vzpostavijo terapevtski odnos, ki temelji na terapevtski komunikaciji in empatiji. Pomembna naloga zaposlenih v zdravstveni negi in ostalih je znanje o potrebah in načinu izražanja pacienta z duševno motnjo, saj so oni tisti, ki večino časa preživijo v njihovem okolju. Imeti morajo specialna znanja iz področja psihiatrije in oskrbe, znati pa se morajo tudi vživeti v občutke posameznika ter ga skušati razumeti. Običajno so osebe z duševno motnjo zaprte in potrebujejo več časa, da se odprejo in zaupajo zdravstvenemu osebju ter prosijo za pomoč. Zato je pomembno, da jim nudimo osebni prostor toliko časa, dokler sami ne pristopijo in se želijo pogovoriti. V nasprotnem primeru lahko pride tudi do neželenih vedenj.

Za nadaljnje raziskovanje bi izpostavili aktualno problematiko stigmatizacije zdravstvenih delavcev do pacientov z duševnimi motnjami. Menimo, da to področje ni dovolj raziskano, zato predlagamo poglobljene raziskave, ki bi prikazale, kako pogosto prihaja do stigmatizacije ter v kakšni obliki. Oseba z duševno motnjo se težko odpre in se zaupa, če se ne počuti varno, sprejeto in razumljeno v okolici, v kateri se nahaja. Na tem področju bi bila zaželena dodatna izobraževanja zaposlenih, študentov in vseh, ki so v stiku z agitirano osebo, ki kaže možnost agresivnega dejanja. Morali bi raziskati, kako stigma s strani zdravstvenega osebja preprečiti in zagotoviti osebam z najtežjimi oblikami duševnih motenj enakopravno, pravočasno in kakovostno obravnavo ne glede na obliko ali stopnjo njihove duševne motnje. Poleg tega bi radi izpostavili tudi zdravstveno osebje na področju psihiatrije. Zaradi kontinuirane izpostavljenosti

zdravstvenih delavcev agresivnemu vedenju oseb s težko duševno motnjo pri sprejemu na oddelek predlagamo tudi nove raziskave o vzrokih ter usposabljanja zdravstvenega osebja, kako se nasilju izogniti oziroma kako varno nastopiti v primeru agresije.

3 ZAKLJUČEK

Nāše delo temelji na delu z osebami z najtežjimi oblikami duševnih motenj. Delo s pacienti z duševnimi motnjami predstavlja za zaposlene v zdravstveni negi zahtevo po novih znanjih. Zdravstveno osebje o duševnih motnjah ni dovolj seznanjeno, zaradi tega celo med njimi, kjer bi se morali pacienti počutiti najbolj sprejeti, prihaja do stigmatizacije pacientov z duševnimi motnjami. Pacienti z duševno motnjo potrebujejo empatijo, sprejetje ter možnost izražanja, saj bo tako njihovo okrevanje potekalo veliko lažje, kar bo skrajšalo tudi hospitalizacijo in povečalo obdobje remisij. Redno in kontinuirano jemanje zdravil v obdobju remisije je pri pacientih z duševno motnjo velik problem.

Izpostavljamo predvsem pomembnost delovanja multidisciplinarnega tima, saj lahko le tako zdravstveno osebje deluje kot pravi tim ter doseže spremembe in napredek pri zdravljenju. Prepoznavanje stanja ter soočanje z duševnimi motnjami predstavlja velik izziv. Za tovrstno delo je potrebnega veliko specifičnega znanja ter prakse na tem področju. Zdravstveni delavci na področju duševnega zdravja skrbijo za stalen nadzor pacienta, njegov življenjski slog ter navade, zaupanje pa lahko dosežejo tako z verbalno kot neverbalno komunikacijo. Skozi celotno okrevanje pacienta sta ključni spodbuda ter pozitivna naravnost, prav tako pa tudi profesionalnost in etičnost vseh zaposlenih.

4 LITERATURA

Berzlanovich, A., Schöpfer, J. & Keil, W., 2012. Deaths due to physical restraint. *Deutsches Arzteblatt International*, 109(3), pp. 27-32.

Bobnar, M., 2011. *Analiza primerov hospitalizacije proti volji na Psihiatričnem oddelku UKC Maribor: diplomsko delo*. Ljubljana: Univerza v Mariboru, Fakulteta za varnostne vede.

Bohak, T., 2017. Socialno varstveni zavod Hrastovec v razcepu med varstvom in varovanjem. *Psihološka obzorja*, 26, pp. 83-88.

Buck, K.D. & Lysaker, P.H., 2010. Clinical supervision for the treatment of adults with severe mental illness: pertinent issues when assisting graduate nursing students. *Perspectives in Psychiatric Care*, 46(3), pp. 234-241.

Crocker, A.G., Livingston, J.D. & Leclair, M.C., 2017. Forensic mental health systems internationally. In: R. Roesch & A.N. Cook, eds. *Handbook of Forensic Mental Health Services*. New York: Routledge, pp. 1-77.

Čebašek-Travnik, Z. & Ziherl, S., 2013. Forenzična psihiatrija. In: P. Pregelj, B. Kores Plesničar, M. Tomori, B. Zalar & S. Ziherl, eds. *Psihiatrija*. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana, pp. 431-435.

Čuček Trifkovič, K. & Pišlar, M., 2011. Osnove zdravstvene nege v psihiatriji. In: B. Kores Plesničar, ed. *Duševno zdravje*. Maribor: Uni založba, d. o. o., pp.14-16.

Čuk, V., 2010. Zdravstvena nega in duševno zdravje. *Obzornik zdravstvene nege*, 44(3), pp. 145-146.

Davidson, R.J., 2016. Mindfulness-based cognitive therapy and the prevention of depressive relapse: measures, mechanisms, and mediators. *Jama Psychiatry*, 73(6), pp. 547-548.

Davey, G., 2013. Mental health & stigma. *Psychology today*. [online] Available at: <http://www.psychologytoday.com/blog/why-we-worry/201308/mental-health-stigma> [Accessed 6 November 2018].

Demšar, S., 2010. *Obravnava bolnika v skupnostni psihiatriji: specialistična naloga*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Fleury, M.J., Imboua, A., Aube, D., Farand, L. & Lambert, Y., 2012. General practitioners' management of mental disorders: A rewarding practice with considerable obstacles. *BMC Family Practice*, 13(19), pp. 1-10.

Finžgar, S., 2014. Znanje in veščine, ki jih potrebujemo za kakovostno delo s pacientom na forenzični psihiatriji. In: D. Lončar & I. Videčnik, eds. *Izzivi v forenzični psihiatriji. Maribor, 10. oktober 2014*. Maribor: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, pp. 30-33.

Flaker, V., 2008. From institutional logic to common knowledge: power, action and reflection. *IUC Journal of social work*, 15(7), pp. 5-20.

Gabrovec, B. & Lobnikar, B., 2014. Organizacijski model zagotavljanja varnosti in kakovosti obravnave agresije pri pacientu z duševno motnjo v zdravstveni negi na področju psihiatrije v Sloveniji. *Obzornik zdravstvene nege*, 48(4), pp. 286-293.

Hozjan, A., 2013. *Vpliv dvomesečne vadbe nordijske hoje na nekatere kazalce zdravja pri duševnih bolnikih: diplomsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za šport.

Ilič, N., 2016. *Spremembe v obravnavi duševnih motenj in njihov vpliv na preoblikovanje organizacijske strukture in načina vodenja psihiatričnih ustanov: primer enote za rehabilitacijo v psihiatrični ustanovi Alfa: magistrsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede.

Jeriček Klanšček, H., Roškar, S., Vinko, M., Konec Juričič, N., Hočevar Grom, A., Bajt, M., Čuš, A., Furman, L., Zager Kocjan, G., Hafner, A., Medved, T., Floyd Bračič, M. & Poldrugovac, M., 2018. Javna zdravstvena mreža služb za obravnavo težav in motenj v duševnem zdravju otrok in mladostnikov. In: H. Jeriček Klanšček, S. Roškar, M. Vinko & A. Hočevar Grom, eds. *Duševno zdravje otrok in mladostnikov v Sloveniji*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 123-126.

Jonsdottir, H., Friis, S., Horne, R., Pettersen, K.I., Reikvam, A. & Andreassen, O.A., 2009. Beliefs about medications: measurement and relationship to adherence in patients with severe mental disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 119(1), pp. 78-83.

Kadivec, S., 2012. Uporaba ovirnic. In: A. Blažun, ed. *NIAHO in ISO 9001 v bolnišnicah: Predstavitev izkušenj v kliniki Golnik*. Golnik, 30. marec 2012. Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergije Golnik, pp. 37-41.

Kegl, K., 2014. Timska obravnava pacientov v enoti za forenzično psihiatrijo. In: D. Lončar & I. Videčnik, eds. *Izzivi v forenzični psihiatriji*. Maribor, 10. oktober 2014. Maribor: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 35-40.

Kobal, F.M., 2009. *Psihopatologija za varnostno in pravno področje*. Ljubljana: Univerza v Mariboru, Fakulteta za varnostne vede.

Kobentar, R. & Smolič, M., 2011. Asistirano življenje pacientov z duševnimi motnjami v skupnosti – vidik zdravstvene nege. In: A. Kvas, ed. *Zdravstvena vzgoja – moč medicinskih sester: zbornik prispevkov z recenzijo*. Ljubljana, 25. november 2011.

Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, pp. 97-103.

Komel, A. & Koprivšek, J., 2017. Urgentna stanja pri duševnih motnjah. In: G. Prosen, ed. *Zbornik V. Šola urgence, Zreče. 1. in 2. 2017*. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino, pp. 92-96.

Konrad, J., Loos¹, S., Neumann, P., Zentner, N., Mayer, B., Slade, M., Jordan, H., De Rosa, C., Del Vecchio, V., Egerhazi, A., Nagy, M., Krogsgaard Bording, M., Østermark Sørensen, H., Kawohl, W., Rossler, W. & Puschner, B., 2015. Content and implementation of clinical decisions in the routine care of people with severe mental illness. *Journal of Mental Health*, 24(1), pp. 15-19.

Kores Plesničar, B., 2011. Duševno zdravje in duševne motnje. In: B. Kores Plesničar, ed. *Duševno zdravje in zdravstvena nega*. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede, p. 13.

Kramp, P. & Gabrielsen, G., 2009. The organization of the psychiatric service and criminality committed by the mentally ill. *European Psychiatry*, 24(6), pp. 401–411.

Krivec, J. & Suklan, J. 2015. Vpliv stigme na odnos do psihološke pomoči. *R&D Research and Discussion*, 8(3), pp. 9-12.

Krivec, J. & Suklan, J., 2015. Vpliv stigme na odnos do psihološke pomoči 1. *Raziskave in razprave*, 8(3), pp. 7-13.

Križanec, D., 2011. Zgodovina psihiatrične zdravstvene nege. In: B. Kores Plesničar, ed. *Duševno zdravje*. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede, 10-12.

Kuklec, V., 2010. Stigmatizacija pacientov z različnimi diagnozami s strani zaposlenih v zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege*, 44(3), pp. 195-201.

Kurinčič, J. & Saje, M. 2017. Pristopi k obravnavi urgentnih stanj v psihiatriji. In: G. Prosen, ed. *Šola urgence. Zreče, 1. in 2. december 2017*. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino, p. 57.

Kusić, Z., 2010. Posebni varovalni ukrepi v psihiatrični zdravstveni negi. In: R. Petkovšek Gregorin, ed. *Varnost in rehabilitacijska zdravstvena nega. Ljubljana, 15. April 2010*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v rehabilitaciji in zdraviliški dejavnosti, pp. 40-50.

Latha, K.S., 2010. The Noncompliant Patient in Psychiatry: The case for and against covert/surreptitious medication. *A Monograph Series Devoted To The Understanding of Medicine, Mental Health, Man, Mind, Music And Their Matrix*, 8(1), pp. 96-121.

Marušič, A. & Temnik, S., 2009. *Javno duševno zdravje*. Celje: Celjska Moharjeva družba.

Mihalič, R., 2014. *Kako vodim skupino in tim: 30 minut za vodenje*. Škofje Loka: Mihalič in Partner.

MKB-10, 2005. *Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene: MKB-10*. Ljubljana: IVZ RS.

Množina, M. & Bohak, J., 2008. Na poti k slovenskemu zakonu o psihoterapevtski dejavnosti. *Slovenska revija za psihoterapijo Kairos*, 2(3/4), pp. 124-125.

Možgan, B., 2009. Posebni varovalni ukrepi. In: P. Pregelj & R. Kobentar, eds. *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju*. 1st ed. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana, pp. 439-443.

Nacionalni inštitut za javno zdravje, n. d. *Bolezni*. [online] Available at:

<http://www.nijz.si/sl/podrocja-dela/nenalezljive-bolezni-in-stanja/bolezni> [Accessed 19 March 2018].

Neupane, D., Dhakal, S., Thapa, S., Bhandari, P.M. & Mishra, S.R., 2016. Caregivers' attitude towards people with mental illness and perceived stigma: a cross-sectional study in a tertiary hospital in Nepal. *Plos One*, 11(6), pp. 1-10.

Novak Grubič, V. & Tavčar, R., 2010. Problematika duševnega zdravja na sekundarni in terciarni ravni. *Zdravniški Vestnik*, 79(7/8), pp. 548-553.

Pahor, M., 2014. *Zavezniki za zdravje: medpoklicno sodelovanje v zdravstvenih timih*. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta.

Pavšič Mrevlje, T. & Umek, P., 2011. Občutek varnosti v psihiatričnih ustanovah. *Varstvoslovje*, 13(4), pp. 431-443.

Peate, I., 2013. Special observations: people with mental illness. *British Journal of Healthcare Assistants*, 3(5), pp. 214-216.

Pirih, M., Ferfolja, A. & Hvala, N., 2011. Skupnostna psihiatrična obravnava: izkušnje diplomiranih medicinskih sester v psihiatrični bolnišnici Idrija. In: B. Bregar & J. Peterka Novak, eds. *Skupnostna psihiatrična obravnava: Zbornik predavanj z recenzijo*. Ljubljana, 16. marec 2011. 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, pp. 33-42.

Polit, D.F. & Beck, T.C., 2008. *Nursing research: generating and assesing evience for nurse practice*. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Rifel, J. & Kersnik, J., 2010. Problematika duševnega zdravja na primarni ravni – kako prepoznati depresivno epizodo. *Zdravniški Vestnik*, 79(8), pp 544-545.

Robar, A., 2011. Zdravstvena nega agresivnega pacienta. In: B. Kores Plesničar, ed. *Duševno zdravje*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 43-46.

Ross, T., Querengasser, J., Fontao, I.M. & Hoffmann K., 2012. Predicting discharge in forensic psychiatry: the legal and psychosocial factors associated with long and short stays in forensic psychiatric hospitals. *International Journal of Law and Psychiatry*, 35(3), pp. 213-221.

Rotar Pavlič, D., Švab, I., Selič, P., Rifel, J. & Serec, M., 2011. Sodelovanje med zdravniki družinske medicine in specialisti psihiatri pri zdravljenju bolnikov z depresijo. *Zdravniški Vestnik*, 80(10), pp. 734-739.

Šelih, I. & Kalčina, L., 2017. *Posebno poročilo Varuha človekovih pravic Republike Slovenije o kršitvah človekovih pravic oseb z duševno motnjo pri njihovem neprostovoljnem nastanjanju in obravnavi v varovalnih oddelkih socialnovarstvenih zavodov*. Ljubljana: Varuh človekovih pravic.

Škerbinek, A.L., 2009. Etika v psihiatrični zdravstveni negi. In: B. Možgan, ed. *Zakon o duševnem zdravju, zakon o pacientovih pravicah in mesto zdravstvene nege*. Ljubljana, 10. april 2009. 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, pp. 21-24.

Švab, V., 2012. *Skupnostna psihiatrija* [pdf] Varuh človekovih pravic. Available at: http://www.varuh-rs.si/fileadmin/user_upload/word/STROKOVNI_CLANKI_-_razni/Skupnostna_psihiatrija_-_Vesna_Svab.pdf [Accessed 9 March 2018].

Švab, V., 2015a. Skrb za duševno zdravje v skupnosti. In: V. Švab, ed. *Obravnava v skupnosti*. Ljubljana: Šent – slovensko združenje za duševno Zdravje, pp. 31-35.

Švab, V., 2015b. Stigma. In: V. Švab, ed. *Obravnava v skupnosti*. Ljubljana: Šent – slovensko združenje za duševno Zdravje, pp. 24-26.

Turk, E. & Albrecht, T., 2010. Ekonomsko breme duševnih bolezni. *Zdravniški Vestnik*, 79(7/8), pp. 531-535.

Van Veen, M., Koekkoek, B., Mulder, N., Postulart, D., Adang, E., Teerenstra, S., Schoonhoven, L. & Van Achterberg, T., 2015. Cost effectiveness of interpersonal community psychiatric treatment for people with long-term severe non-psychotic mental disorders: protocol of a multi-centre randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 15(1), pp. 1-10.

Varuh človekovih pravic, 2016. *Osebam na robu družbe kršena še pravica do osebnosti in dostojanstva*. [online] Available at: <http://www.varuh-rs.si/medijsko-sredisce/sporocila-za-javnosti/novice/detajl/osebam-na-robu-druzbe-krsena-se-pravica-do-osebnosti-in-dostojanstva/?cHash=72cc320067d9dbe22a3674bff7f7c9eb> [Accessed 15 December 2018].

Verhaeghe, S., Duprez, V., Beeckman, D., Leys, J., Van Meijel, B. & Van Hecke, A., 2014. Mental health nurses' attitudes and perceived self-efficacy toward inpatient aggression: a cross-sectional study of associations with nurse-related characteristics. *Perspectives in Psychiatric Care*, 52(1), pp. 12-24.

Vogrinec, J. 2008. *Kvalitativno raziskovanje na pedagoškem področju*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta.

Zakon o duševnem zdravju (ZDZdr), 2008. Uradni list Republike Slovenije št. 77.

Zidarič, M., Nunčič, P. & Regoršek, V., 2011. Skupnostna psihiatrična obravnava na Oddelku za psihiatrijo Univerzitetnega kliničnega centra Maribor. In: B. Bregar & J. Peterka Novak, eds. *Skupnostna psihiatrična obravnava: Zbornik predavanj z recenzijo*. Ljubljana, 16. marec 2011. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza

strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, pp. 21-23.

Žagar, M. 2011. Zagotavljanje varnosti – pomen varovalne fizične omejitve pacienta. In: Z. Kramar, B. Skela Savič, S. Hvalič Touzery, A. Kraigher & K. Skinder Savić, eds. *4. dnevi Angele Boškin: Varnost- rdeča nit celostne obravnave pacientov: strokovno srečanje: zbornik prispevkov. Gozd Martuljek, 07. in 08. april 2011.* Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice in Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, pp. 114-118.