



Fakulteta za zdravstvo

Jesenice

Faculty of Health Care

Jesenice

Magistrsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa druge stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**SEZNANJENOST MEDICINSKIH SESTER Z
MEJNO OSEBNOSTNO MOTNJO V
PSIHIATRIČNIH BOLNIŠNICAH IN
PREHOSPITALNIH ENOTAH**

**KNOWLEDGE OF BORDERLINE
PERSONALITY DISORDER AMONG NURSES
IN PSYCHIATRIC HOSPITALS AND
PREHOSPITAL UNITS**

Mentorica:
prof. dr. Mojca Zvezdana Dernovšek
Somentor:
mag. Branko Bregar, viš. pred.

Kandidatka:
Urška Blazinšek

Jesenice, februar, 2016

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorici, somentorju in recenzentom, ki ste mi pomagali, da je ta izdelek dobil končno podobo. Hvala za vso potrpežljivost in komentarje.

Zahvaljujem pa se tudi svojim staršem, ki so mi dali tako moralno kot finančno podporo, da sem lahko dosegla enega od svojih ciljev. Zahvaljujem se tudi kolegicam in kolegom, ki so se odzvali vabilu in izpolnili vprašalnike.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Ustrezno znanje medicinskih sester o mejni osebnosti motnji prispeva k boljši obravnavi bolnikov z mejno osebnostno motnjo.

Cilj: Preučiti znanje medicinskih sester v psihiatričnih bolnišnicah in službah nujne medicinske pomoči o mejni osebnosti motnji ter podati predloge za izboljšanje zdravstvene nege bolnikov z mejno osebnostno motnjo.

Metode: Delo temelji na kvantitativni empirični neeksperimentalni opisni raziskavi. V raziskavo so bile vključene 104 medicinske sestre s področja psihiatrije in prehospitalne enote nujne medicinske pomoči. Podatke smo zbrali s strukturiranim vprašalnikom s tremi vsebinskimi sklopi (Cronbach alfa = 0,774 – 0,833). Raziskovalne hipoteze so se potrjevale na podlagi testa hi-kvadrat ali t-testa za neodvisne vzorce. Statistična analiza je bila opravljena s programom IBM SPSS 20.0.

Rezultati: Znanje v psihiatričnih bolnišnicah zaposlenih medicinskih sester o mejni osebnosti motnji je bolj poglobljeno od znanja medicinskih sester, zaposlenih na urgentnih prehospitalnih enotah nujne medicinske pomoči ($p < 0,001$). Zdravstveni delavci so v povprečju dosegli 24,6 (SO 7,3) točke ali 45,5 (SO 13,5) % vseh pravilnih odgovorov. Najboljši rezultat je znašal 41 točk (75,9 %), najslabši pa 9 točk (16,7 %). Zaposleni v psihiatričnih bolnišnicah so dosegli v povprečju 52,1 (SO 12,0) % vseh možnih točk, zaposleni v nujni medicinski pomoči pa 39,0 (SO 11,6) % točk.

Razprava: Večina medicinskih sester, ki se ukvarjajo z zdravljenjem bolnikov v psihiatrični bolnišnici, nima dovolj znanja in sposobnosti za uporabo ustreznih kognitivno-vedenjskih terapevtskih pristopov pri delu s hospitaliziranimi bolniki z mejno osebnostno motnjo. Veliko psihiatričnih medicinskih sester se čuti preslabo opremljenih za popolno oskrbo bolnikov. Primanjkljaji so v veliki meri prisotni zaradi pomanjkanja ustreznega usposabljanja, kliničnega nadzora in strokovnega razvoja. Klinični nadzor, dodatno usposabljanje in podpora celotnega osebja lahko ublažijo negativne odzive ter dajo medicinskim sestram občutek večje usposobljenosti za delo z bolniki.

Ključne besede: mejna osebnostna motnja (MOM), zdravstvena nega, znanje medicinskih sester

SUMMARY

Hypothesis: Adequate knowledge of psychiatric nurses about borderline personality disorder (BPD) provides a better management of BPD patients.

Objectives: Determine their current knowledge and understanding of borderline personality disorder and introduce options for improvement of nursing care of BPD patients.

Methods: This work is based on a quantitative non-experimental research. The survey included 104 nurses (psychiatric nurses and emergency room (ER) nurses). The data were collected by means of structured interviews consisting of three parts (Cronbach alfa = 0,774-0,833). Research hypotheses were confirmed on the basis of the Chi-Square test or Independent-Samples T-Test. IBM SPSS 20.0 computer program was used for the statistical analysis.

Results: Psychiatric nurses working on psychiatric wards have a much higher level of knowledge about borderline personality disorder than nurses working in emergency rooms. Nurses' level of knowledge and understanding of borderline personality disorder depends on whether they are employed on psychiatric wards or elsewhere. Medical staff gained 24.7 (SD 7.3) points or 45.5 (SD 13.5) percent on average for the right answers. The best result was 41 points (75.9%) and the worst 9 points (16.7%). Medical staff on psychiatric wards gained on average 52.1% (SD 12.0%) of all possible points whereas medical staff on emergency units 39.0% (SD 11.6%). The results of surveys that involved medical staff on psychiatric wards were better and statistically significant ($p < 0,001$).

Discussion: Most nurses working with patients in psychiatric hospitals do not have adequate knowledge and skills to use the cognitive-behavioural therapy approach in the treatment of hospitalized patients with borderline personality disorders. A great number of nurses do not feel adequately prepared to provide a complete care for BPD patients. These drawbacks result from the lack of appropriate training, clinical supervision and professional development. Clinical supervision, additional training and staff support can alleviate negative responses and make nurses feel better equipped to work with patients.

Keywords: borderline personality disorder (BPD), nursing care, nurses' knowledge

KAZALO

1	UVOD.....	1
2	TEORETIČEN DEL	2
2.1	OSEBNOST IN MOTNJE OSEBNOSTI	2
2.2	KLASIFIKACIJA	3
2.3	MEJNA OSEBNOSTNA MOTNJA.....	4
2.3.1	Etiologija	6
2.3.2	Diagnostika.....	8
2.3.3	Zdravljenje.....	9
2.4	ZDRAVSTVENA NEGA NA PODROČJU PSIHIATRIJE	12
2.4.1	Zdravstvena nega in obravnava pacienta z MOM.....	13
2.4.2	Posebna znanja za obravnavo pacientov z MOM.....	16
2.4.3	Težave pri zdravstveni negi pacientov v MOM	19
2.5	ZNANJE MEDICINSKIH SESTER O MOM V TUJINI	20
2.5.1	Izobraževanje medicinskih sester	20
2.5.2	Dejavniki zdravstvene nege pacientov z MOM	21
3	EMPIRIČNI DEL.....	22
3.1	NAMEN IN CILJI MAGISTRSKEGA DELA	22
3.2	RAZISKOVALNE HIPOTEZE.....	22
3.3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	23
3.3.1	Metode in tehnike zbiranja podatkov	23
3.3.2	Opis spremenljivk in merskega instrumenta	23
3.3.3	Opis vzorca.....	26
3.3.4	Opis poteka raziskave in obdelave podatkov	27
3.4	REZULTATI.....	28
3.5	RAZPRAVA	41
4	ZAKLJUČEK.....	48
5	LITERATURA.....	50
6	PRILOGE	
6.1	INSTRUMENT	

KAZALO TABEL

Tabela 1: Testiranje zanesljivosti merskega instrumenta po sklopih	25
Tabela 2: Značilnosti vzorca.....	27
Tabela 3: Mnenje o Marini na podlagi kratke izmišljene zgodbe	28
Tabela 4: Mnenje o družini – Janku in njegovih starših, na podlagi kratke izmišljene zgodbe	29
Tabela 5: Mnenje o problemu iz kratke izmišljene zgodbe.....	29
Tabela 6: Pristop k Janku in njegovemu očetu na podlagi kratke izmišljene zgodbe	30
Tabela 7: Nasvet Janku in njegovemu očetu, na podlagi kratke izmišljene zgodbe	30
Tabela 8: Pomen izraza »mejna osebnostna motnja«.....	30
Tabela 9: Pričakovane zdravstvene težave pri osebi, kot je Marina iz kratke izmišljene zgodbe	31
Tabela 10: Kakšno selovanje se pričakuje pri Marini iz kratke izmišljene zgodbe, če bi zbolela za sladkorno boleznijo in bi se zdravila z inzulinom.....	31
Tabela 11: Prizadetost populacije z MOM.....	32
Tabela 12: Okoliščine pri vsakodnevem delu, kjer medicinska sestra sreča osebe z MOM	32
Tabela 13: Pridobivanje informacij za oceno stanja o pacientu, kot je Marina iz kratke izmišljene zgodbe, s strani medicinske sestre	33
Tabela 14: Kratkoročni cilji nege pacienta z MOM.....	33
Tabela 15: Dolgoročni cilji nege pacienta z MOM	34
Tabela 16: Pričakovani zapleti pri negi pacienta z MOM.....	34
Tabela 17: Rezultati preverjanja znanja o MOM po delovnem mestu	35
Tabela 18: Povezanost delovnega mesta z rezultati znanja o MOM ob upoštevanju demografskih podatkov	36
Tabela 19: Vprašanja za ocenjevanje praktičnega in teoretičnega znanja o MOM.....	36
Tabela 20: Rezultati preverjanja praktičnega in teoretičnega znanja o MOM	37
Tabela 21: Kako se odzovete na podatek, da ima pacient MOM	38
Tabela 22: Kako bi se vedli do Marine, če bi zaradi poskusa samomora poiskala pomoč v vaši službi	38
Tabela 23: Kaj bi čutili do Marine, ki bi prišla po pomoč po poskusu samomora?	39

Tabela 24: Kaj bi mislili o Marini, ki bi prišla po pomoč po poskusu samomora	40
Tabela 25: Menite, da ste strokovno podkovani na področju pacientov z MOM	40
Tabela 26: Ste že kdaj iskali literaturo ali pa ste se morda udeležili izobraževanja s področja dela pacientov z MOM	41
Tabela 27: Kako uspešni ste bili pri iskanju literature s področja dela s pacienti z MOM	41

SEZNAM KRAJŠAV

APA	Ameriško združenje psihiatrov
ICD	International Classification of Disease
MKB	Mednarodna klasifikacija bolezni
MOM	mejna osebnostna motnja
NMP	nujna medicinska pomoč

1 UVOD

V zdravstveni negi na področju psihiatrije predstavlja enega največjih izzivov zdravstvena nega bolnika z mejno osebnostno motnjo (MOM), čeprav je s področja dela z bolniki z MOM v primerjavi z drugimi kliničnimi entitetami malo raziskav dobre zdravstvene prakse in z dokazi podprtimi pristopi. Zdravstvena nega bolnikov z diagnozo MOM je zaradi svoje kompleksnosti izjemno problematično področje, saj odnos med bolnikom in medicinsko sestro vpliva tako na sam proces bolnikovega zdravljenja kot tudi na zdravstveno osebje ter njihovo celostno delo (Callan & Howland, 2009). Kljub pomembnosti te problematike tako za medicinske sestre v zdravstveni negi na področju psihiatrije kot za bolnike z MOM pa je na raziskovanju odnosa in dožemanja bolnikov z MOM s strani medicinskih sester na področju psihiatrije ter na njihovem izobraževanju premalo poudarka (Barnicot, et al., 2011). Velik delež medicinskih sester ima denimo negativne izkušnje z lastnimi emotivnimi reakcijami in nagnjenji do bolnikov z MOM (Commons Treloar & Lewis, 2008). Veliko medicinskih sester na področju psihiatrije meni, da ne znajo ustrezno ravnati z bolniki z MOM, kar nakazuje na močno potrebo po njihovem usmerjanju in izobraževanju ter načinih pomoči medicinskim sestram (Deans & Meocevic, 2006). Z ustreznim izobraževanjem, podporo in kliničnim nadzorom lahko zmanjšamo težave pri zdravstveni negi bolnikov z MOM, hkrati pa na tak način dostopamo do koristnih informacij, ki pomagajo tako bolnikom kot tudi zdravstvenemu osebju.

2 TEORETIČNI DEL

2.1 OSEBNOST IN MOTNJE OSEBNOSTI

Musek (2015) osebnost opredeljuje kot relativno trajno in edinstveno celoto duševnih, vedenjskih ter telesnih značilnosti posameznika. Njen etimološki izvor v različnih jezikih pogosto predstavlja bistvo človeka, notranjo vsebino, torej karakter oziroma značaj, ali pa se nanaša na socialno plat, ki se kaže svetu. Kot relativno trajen fenomen pa se tudi osebnost kot konstanta v času spreminja in razvija, zaradi česar jo obravnavamo kot dinamičen pojav, organizem in proces. Posamezne poteze in elementi osebnosti se pri tem združujejo v enkraten in praktično neponovljiv sklop, ki ga lahko obravnavamo tako z vidika strukture kot z vidika celote. Čeprav je osebnost dostopna zlasti introspekciji, se odraža tudi v materialnem svetu z vedenjem in jo je na tak način mogoče meriti. Osebnosti tako opisujemo, ločujemo, klasificiramo ter merimo prisotnost, intenzivnost in pogostost pojavljanja njenih izrazov (Benedik, 2013).

Osebnost je nenehno v dvosmerni interakciji z okoljem, ki v veliki meri prispeva k njenemu oblikovanju, hkrati pa vpliva na odzive okolja na posameznika. Posledično je ena najpomembnejših funkcij osebnosti njena prilagoditvena funkcija. Od strukture in značilnosti osebnosti oziroma njenih prilagoditvenih sposobnosti je odvisno, ali se bo posameznik na psihosocialne obremenitve odzval na zdrav ali patološki način. Ravno kriterij sposobnosti prilagoditve, ki ni na škodo posameznika in/ali na škodo okolice, predstavlja ključni faktor za identifikacijo motenj osebnosti (Samuels, 2011). Kot motnjo osebnosti pri tem opredelimo trajen vzorec izkustva in vedenja, ki pri določeni osebnosti pomembno odstopa od pričakovanj posameznikovega kulturnega okolja (American Psychiatric Association, n. d.). Odklon se lahko manifestira na različnih področjih, in sicer v mišljenju, čustvovanju, medosebnih odnosih ter nadzoru impulzov, in zajema nefleksibilne ter stabilne vzorce, ki se pojavijo že v otroštvu ali adolescenci in se nadaljujejo v odrasli dobi. Vodijo h klinično pomembnim subjektivnim težavam ali oškodovanju na socialnem in zaposlitvenem področju ter drugih področjih posameznikovega delovanja (American Psychiatric Association, n. d.).

Termin motnje osebnosti se je uveljavil s klasifikacijo duševnih motenj Ameriškega združenja psihiatrov (APA) in predstavlja nasledek termina psihopatskih osebnosti, ki je bil opuščen zaradi negativne konotacije. V slovenski psihiatriji se je uveljavil tudi izraz devirane osebnosti (Kobal, 2009). Motnjo osebnosti v ožjem pomenu ločimo od osebnostne motenosti na splošno, saj je termin motnja osebnosti prihranjen za specifične klinične slike s področja osebnostne motenosti. Osebnostno motnjo lahko opredelimo kot skrajno poudarjenost nekaterih osebnostnih potez, ki so bolj ali manj trajne, neprilagodljive, nespremenljive in zaradi katerih so človekovo vedenje, mišljenje in čustvovanje povezani s težavami v odnosih s soljudmi in družbo, sam človek in njegova okolica pa zaradi njih trpita (Ziherl, 2013).

Mejna osebnostna motnja je motnja osebnosti, za katero sta značilna ponavljajoči se vzorec nestabilnosti v medosebnih odnosih, samopodobi in čustvovanju ter nepredvidljivo in impulzivno vedenje. Ostale značilnosti mejne osebnostne motnje so tudi strah pred realno ali namišljeno zapustitvijo, motnje identitete, samomorilne geste in samouničevalno vedenje, kronični občutki praznine, močna in neobvladljiva čustva jeze ter paranoidni in disociativni simptomi (Radež & Shawe Taylor, 2015). Gregorič Kumperščak (2013) kot značilnosti MOM navaja čustveno nestabilnost, krize, motnje samopodobe in notranjih prioritet, intenzivne in nestabilne odnose, občutke praznine, magično mišljenje, paranoidne predstave, derealizacije in depersonifikacije.

2.2 KLASIFIKACIJA

Osebnostne motnje opredeljujeta in klasificirata tako sistem mednarodne zdravstvene organizacije WHO Mednarodne klasifikacije bolezni (MKB-10) kot tudi sistem, ki ga je opredelilo Ameriško psihiatrično združenje, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5 (DSM-5).

V MKB motnje osebnosti najdemo v sklopu Motnje odrasle osebnosti in vedenja, ki opredeljuje šest različnih skupin osebnostnih motenj, in sicer čustveno nestabilne osebnostne motnje, histrionične osebnostne motnje, anankastične osebnostne motnje,

paranoidne osebnostne motnje, druge specifične osebnostne motnje in neopredeljene osebnostne motnje (MKB-10).

Motnje osebnosti so po klasifikacijskem sistemu DSM-5 razvrščene na osnovi kliničnih specifik, pri čemer so kriteriji operacionalizirani, osebnosti pa razdeljene v tri glavne skupine, in sicer: (a) ekscentrične, (b) dramatične in (c) bojazljivostne. Prva skupina, ekscentriki in čudaki, vključuje paranoidne motnje osebnosti, shizoidne motnje osebnosti in shizotipske motnje osebnosti, kot njihove skupne značilnosti pa poudarja ekscentričnost, zadržanost, socialno in emocionalno odmaknjenost, čudaškost. Skupina dramatikov zajema MOM, antisocialne motnje osebnosti, histrionične motnje osebnosti in narcistične motnje osebnosti, njihove skupne značilnosti pa so dramatičnost, razburljivost, labilnost in iskanje pozornosti. Skupina bojazljivcev vključuje izogibajoče se motnje osebnosti, odvisnostne motnje osebnosti, obsesivno-kompulzivne motnje osebnosti in nespecifične motnje osebnosti, ki jih združujejo plašnost, zadržanost in anksioznost. Pri DSM-5 gre za kategorialno klasifikacijo, ki prevzema klasični medicinski model diagnosticiranja na način preverjanja prisotnosti simptomov in diferencialno diagnostiko.

Dopušča se izraz »dvojna diagnoza« oziroma komorbidnost, torej določena motnja prve osi (akutna zdravstvena problematika, na primer depresija) in določena motnja osebnosti. Osebnostne motnje po klasifikaciji DSM-5 spadajo v motnjo druge osi in se pogosto pojavljajo skupaj s kliničnimi sindromi iz prve osi (tj. motnjami, ki potrebujejo klinično obravnavo, in sicer vse glavne duševne motnje, motnje v razvoju in motnje učenja). Komorbidnost motenj je umetno povzročena z uvrščanjem v ozke kategorije. V praksi je težko ločiti med dolgotrajno prisotnostjo sindroma in osebnostnim vzorcem (Benedik, 2014).

2.3 MEJNA OSEBNOSTNA MOTNJA

Po klasifikaciji DSM-5 se MOM skupaj z antisocialno, histrionično in narcisistično osebnostno motnjo uvršča v Skupino B osebnostnih motenj oziroma med dramatične osebnostne motnje ter ima kodo 307.83: MOM. Osnovne značilnosti MOM so pri tem

nestabilna identiteta, nestabilnost medosebnih odnosov in razpoloženja oziroma čustvovanja (impulzivnost, dramtiziranje). Motnje identitete se izražajo kot negotova predstava o sebi, svojih ciljih, seksualni orientaciji in izboru poklica. Tipična so občutenja praznine in dolgočasja, ekstremne idealizacije ali razvrednotenja, prisotni pa so tudi napadi nenadzorovanega besa, grožnje, poskusi samomorov. Najpogosteje je diagnosticirana med motnjami osebnosti, v populaciji psihiatričnih bolnikov je zastopana s približno 15 oziroma 20 %, pogosteje pa je diagnosticirana pri ženskah (Benedik, 2014).

Po klasifikaciji ICD-10 MOM sodi med čustveno neuravnovešene osebnostne motnje (F60.3). Pri teh motnjah gre za težnje k impulzivnemu vedenju brez upoštevanja posledic ter za nepredvidljivo in muhasto razpoloženje z izbruhi čustev ter nezmožnostjo obvladovanja vedenjskih eksplozij. V okviru čustveno nestabilne osebnostne motnje ločimo impulzivni tip in mejni tip. Impulzivni tip zaznamujejo zlasti čustvene nestabilnosti in pomanjkanje nadzora impulzov, za mejni tip pa so posebej značilne motnje v samopodobi in ciljih ter notranje želje, ki jih obvladujejo kronični občutek praznine, intenzivni in nestabilni medosebni odnosi, težnja po samouničevalnem vedenju, vključno s poskusi samomora in samopoškodovanjem (Nacionalni inštitut za javno zdravje, n. d.).

Simptome MOM delimo v tri sklope, in sicer v identitetni sklop, afektivni sklop in impulzivni sklop. Identitetni sklop simptomov zajema občutja praznine, strah pred zapuščenostjo, nestabilno samopodobo in nestabilen občutek jaza, afektivni sklop neustrezno intenzivno jezo, čustveno nestabilnost, nestabilne in intenzivne medosebne odnose, impulzivni tip pa težave s samospoštovanjem in druga impulzivna vedenja. Nekaj značilnosti MOM je sicer mogoče najti pri večini ljudi zlasti v obdobju adolescence, vendar pa motnjo po kriterijih DSM-5 ali MKB-10 diagnosticiramo šele, ko simptomi povzročajo pomembne in trajne težave v medosebnih odnosih, samopodobi, afektu ter impulzivnosti in ko se začnejo v zgodnji odrasli dobi (Zanarini, et al., 2014).

Otto Friedmann Kernberg koncept MOM opredeljuje kot specifično patološko organizacijo osebnosti, ki se simptomatsko, strukturno in genetsko-dinamsko nahaja med psihotičnimi motnjami ter nevrozami in za katero je značilno pomanjkanje integrativnih funkcij jaza, zato jo je imenoval »mejna«. V klinični obliki tako spremljamo primitivne obrambe, med katerimi prevladujejo razcep, poudarjene odvisnosti od zunanjih objektov, nestabilne odločitve in nasprotujoče si osebne poteze. Nezrele obrambe, kaotično doživljanje in nezmožnost integritete izkušenj privedejo do začaranega kroga ter še večjega kaosa ob vsaki obremenitvi (Kernberg & Yeomans, 2013).

Pogostost MOM je bila v preteklosti ocenjena na približno 1 % splošne populacije, rezultati kasnejših epidemioloških študij pa kažejo, da kriterijem MOM zadovoljuje kar od 3 do 6 % splošne populacije. Pogostost MOM je še višja pri kliničnih populacijah, in sicer naj bi se pojavljala pri skoraj četrtini psihiatrične populacije, s čimer predstavlja najpogostejšo motnjo osebnosti na populaciji bolnikov z duševnimi motnjami (Radež & Shawe Taylor, 2015).

2.3.1 Etiologija

Začetki raziskovanja MOM zajemajo fenomenološke opise kliničnih slik in segajo v začetek prejšnjega stoletja, ko sta Bénédict Morel in kasneje Emil Kraepelin skušala opisati psihopatološka stanja na meji med nevrozami ter psihozami (Paris, 2014). Klasična psihoanaliza, teorija objektivnih odnosov in psihologija jaza so kasneje zanimanje usmerile tudi za razvojne ter dinamske vidike mejne patologije, v nizu nastalih konceptov pa še zmeraj ostaja precej nejasnosti, kot so vzročni dejavniki nastanka in razvoja, povezanost osebne strukture s specifičnimi simptomi, spoznavne in adaptacijske sposobnosti jaza ipd. (Benedik, 2014).

Vprašanje o specifičnih patogenih dejavnikih, ki privedejo do razvoja MOM, ostaja kljub dolgotrajnim znanstvenim naporom brez enega odgovora, tako da enako kot pri večini duševnih motenj tudi razvoja MOM ne moremo razložiti z enim samim patogenim dejavnikom. V etiologiji MOM igrajo pomembno vlogo biološki, psihološki

in socialni dejavniki, vsem pa je skupno, da slabijo ali zmanjšujejo integrativne funkcije jaza (Bradley, et al., 2005). Kernberg in Yeomans (2013) dajeta v etiologiji MOM prednost konstitucionalnim dejavnikom pred zgodnjimi neugodnimi izkušnjami. Etiološke raziskave se ukvarjajo zlasti z zgodnjimi travmatičnimi doživetji bolnikov v odnosu mati-otrok in s patološko družinsko dinamiko v zgodnjem otroštvu ter adolescenci. Številni avtorji kot pomembne dejavnike navajajo tudi pogosto in ponavljajočo se telesno ter duševno nasilje in spolno zlorabo, saj je motnja povezana z visokim odstotkom telesne zlorabe (v 59 %), zanemarjanja (v 92 %) ali prolongirane separacije (v 29 %) (Kernberg & Yeomans, 2013). Vsekakor si lahko predstavljamo možnost, da je otrok opremljen z določenimi genetsko-biološkimi lastnostmi, ki slabijo njegove integrativne funkcije, in nato dodatno izpostavljen travmatskim izkušnjam. Praktično pa je težko razlikovati, kaj lahko pripišemo konstitucionalnemu zvečanemu agresivnemu gonu in kaj ponavljajočim se nevzdržnim frustracijam, ki jih doživlja otrok.

Pri bioloških vzročnih dejavnikih gre zlasti za prirojene značilnosti temperamenta, kot sta izjemna impulzivnost in čustvena nestabilnost, ki sta po mnenju številnih dedni, podobne osebnostne značilnosti pa imajo lahko tudi bližnji sorodniki oseb z MOM (Bradley, et al., 2005). Nekatere raziskave kažejo tudi, da bi impulzivnost pri MOM lahko bila povezana z znižano serotoninsko aktivnostjo v možganih. Pri bolnikih z MOM je pogosto najti znižano serotoninsko aktivnost, ki je povezana z iritabilnostjo, impulzivnostjo, depresivnostjo in samomorilnostjo. Vse več je dokazov, da gre za motnjo regulacije noradrenergičnega sistema v odgovoru na stres, kar povzroča povečano vzdražnost, anksioznost, iritabilnost in jezo (Tadić, et al., 2010).

Pri socialnih dejavnikih je treba omeniti obliko družinske konstelacije, v kateri za otroka materinsko skrbi več oseb hkrati. Če ima otrok samo eno mater ali en primarni objekt, se mora truditi, da poveže notranje predstave o svojih ugodnih »dobrih« in neugodnih »slabih« izkušnjah. Če pa ima otrok več materinskih figur, se lahko obrne na svojo »drugo« mater v trenutku, ko mu prva odreče ugodje. V tem primeru je seveda otrok manj motiviran soočiti se z eno samo osebo ter integrirati njene »dobre« in

»slabe« vidike. Ko torej več oseb hkrati materinsko skrbi zanj, otrok težje razvija in preizkuša svoje integrativne funkcije (Tadić, et al., 2010).

Zgodnji okoljski izvor MOM bi lahko bil povezan z visoko incidenco izgube staršev, daljše ločitve od staršev in z občutkom zanemarjenosti ter zapostavljenosti v otroštvu, kar prispeva h kasnejšim strahovom bolnika pred zapustitvijo. Strahovi so lahko osnovani na dejanski fizični zapustitvi ali percepciji čustvene zapustitve (Barone, et. al., 2011). Skrajna oblika razveljavljanja je spolno ali fizično nasilje nad otroki. Nasilje v otroštvu je prijavilo od 40 do 70 % hospitaliziranih bolnikov z MOM in resnost spolnega nasilja, ki ga je bolnik utrpel v otroštvu, je povezana z resnostjo patologije MOM v odrasli dobi (Schilling, 2009). Pri nastanku motnje gre tako za kompleksno prepletenost genetskih dejavnikov in vplivov okolja (Reichborn Kjennerud, et al., 2013).

2.3.2 Diagnostika

Če MOM razumemo kot motnjo, s katero se ukvarja medicina, potem za njeno diagnostiko uporabljamo veljavne klasifikacijske sisteme (DSM-5, MKB-10). Ker pa zaradi svoje narave presega diagnostiko prve osi, zahteva pa tudi dodatna znanja in skupno delo različnih strokovnjakov, bomo ob izrazu diagnostika razumeli več vidikov, ki so zanjo pomembni (Groleger, 2006).

Sistem MKB-10, ki je v večji meri odraz evropske psihiatrije, MOM obravnava kot podvrsto čustveno neuravnovešene osebnostne motnje poleg impulzivnega tipa, ne razvršča pa je kot samostojne motnje. Sama klasifikacija in diagnostika v osnovi povzemata Kernbergovo opredelitev; simptomi impulzivnega tipa čustveno neuravnovešene osebnostne motnje so tako (Nacionalni inštitut za javno zdravje, n. d.):

- prepirljivost in spori z drugimi, posebno če ti kritizirajo njihova (impulzivna) dejanja,
- nepredvidljivo reagiranje brez zadostnega razmisleka o posledicah,
- izbruh besa ali nasilnost,
- težave pri vztrajanju v aktivnosti, ki ne nudi takojšnje nagrade,

- muhasto razpoloženje.

Za diagnozo impulzivnega tipa morajo biti izpolnjeni vsaj trije kriteriji.

Med simptome mejnega tipa uvrščamo (WHO, 2016):

- negotovost glede samopodobe, ciljev in notranjih preferenc (vključno s seksualnimi),
- zapletanje v intenzivne in nestabilne medosebne odnose, ki pogosto vodijo v čustvene krize,
- pretirane napore izogniti se temu, da ostane zapuščen,
- ponavljajoče se samopoškodbe ali grožnje z njimi,
- kronična občutja praznine.

Diagnozo po ameriški klasifikaciji DSM-5 postavljamo, kadar simptomi povzročajo pomembne in trajne težave v medosebnih odnosih, samopodobi, afektu in impulzivnosti ter ko se simptomi začnejo v zgodnji odrasli dobi. Simptome delimo v tri sklope, in sicer identitetni sklop, afektivni sklop ter impulzivni sklop. Pri identitetnem sklopu identificiramo občutja praznine, strah pred zapuščenostjo, nestabilno samopodobo in nestabilen občutek jaza, pri afektivnem sklopu identificiramo neustrezno intenzivno jezo, afektivno nestabilnost, nestabilne in intenzivne medosebne odnose, pri impulzivnem sklopu pa različna impulzivna vedenja (American Psychiatric Association, 2013).

2.3.3 Zdravljenje

Mejna osebnostna motnja je kompleksna psihična motnja, ki je relativno odporna na učinke farmakološkega zdravljenja, zato številne mednarodne smernice kot primarno sredstvo obravnave bolnikov z MOM navajajo psihoterapevtsko pomoč. Kljub priporočilom in smernicam pa zaradi zahtevnosti dela s posamezniki z MOM ni splošno sprejetega konsenza o uporabi točno določenega pristopa. Bolniki z MOM so tudi nagnjeni k prehitremu zaključku zdravljenja, s svojimi osebnostnimi lastnostmi pa povzročajo velik emocionalni stres in kontratransferne reakcije pri zdravstvenem

osebju, zato je oblikovanje učinkovitih in ustreznih metod zdravljenja pomemben izziv sodobnega zdravstvenega sistema (Radež & Shawe Taylor, 2015).

Večina psihoanalitikov ocenjuje, da je za zdravljenje MOM najbolj primerna klasična psihoanaliza, saj je tradicionalni SET-sistem (Suport, Empathy, Truth – podpora, empatija, resnica) kot samostojen pristop primeren za nevroze ali pa za osebe, pri katerih je jaz dobro in zrelo strukturiran. Pri tradicionalnem pristopu bolnik v funkciji terapevtskega procesa doživlja precej močne regresije, ki bi lahko imele pri posamezniku z MOM in njegovem nezrelem oziroma nerazvitem jazu veliko bolj nevarne posledice, kot je denimo jatrogena psihoza (Barnicot, et al., 2011). Zaradi tega mora biti terapevt v odnosih z bolniki z MOM bolj prisoten tudi kot realna oseba in mora biti angažiran ter odziven, predstaviti se mora kot novi objekt, ki naj bi predstavljal možnost novih identifikacij mimo transfernega objekta, kjer se realizirajo vse patološke dinamike primarnih objektnih odnosov. Bolnike z MOM je torej bolj priporočljivo obravnavati sede nasproti sebe in v dialogu ter ne na kavču, frekvenco srečanj pa naj bi terapevt pri tem aktivno prilagajal svojim splošnim zmožnostim in zmožnostim bolnika, sicer pa sta primerni dve srečanji ali tri srečanja tedensko (Lingam, 2013).

Pogosto se za obravnavo bolnikov z MOM uporablja tudi SET-sistem, ki ga pridružimo drugim oblikam pomoči, in sicer pri različnih stanjih, kot so (Shulruf, et al., 2014):

- neprebojno, nedostopno, kaotično notranje doživljanje v različnih oblikah (grozeča samota in zapustitev, občutki nerazumljenosti ali vseobsegajoča nemoč),
- nesposobnost logične reakcije zaradi kaosa in posledično prepuščanje besu, jezi, impulzivni uničevalnosti, samopoškodbenemu in samomorilnemu vedenju ali zgolj grožnjam ter nerealnim zahtevam po skrbi in varnosti.

Prvo fazo (podporo) v SET-sistemu izvedemo z osebnim izražanjem zaskrbljenosti, ki je namenjena zadovoljevanju potrebe po pomoči, ki jo bolnik sicer izraža, vendar na neustrezen način. Druga faza (empatija) zajema sporočilo, da se zavedamo kaotičnih občutkov pri bolniku in da razumemo njihovo utemeljenost, pri čemer moramo bolniku prepuščati občutek ekskluzivnosti njegovih doživljanj. V zadnji fazi (resnici) sledi

izjava, s katero poudarimo, da je bolnik sam odgovoren zase in da mu poskusi pomoči iz njegove okolice odgovornosti ne odvzamejo (Shulruf, et al., 2014).

V terapiji je treba modificirati relativni terapevtski pesimizem (Barnicot, et al., 2011). Glede na kompleksnost klinične slike in zelo pogosto komorbidnost sta potrebna individualni pristop in vsakokratno zdravljenje akutne epizode iz sklopa afektivnih ali psihotičnih stanj (Tomko, et al., 2013). Primaren je dober terapevtski odnos z jasno strukturo in kolikor je mogoče konsistentno stalnostjo objektov. Šele ob teh pogojih je mogoče doseči primerno sodelovanje bolnika, z medikamentoznim zdravljenjem izboljšati preboje anksioznosti in zmanjšati depresivno razpoloženje, ki izboljša prognozo in zmanjša smrtnost zaradi samomorov. Pri nekaterih bolnikih se dobro obnesejo novejši antidepressivi iz skupine ponovnega privzema serotonina, ki stabilizirajo serotoninski sistem in pomembno znižajo anksioznost ter impulzivnost. Psihoteične epizode zahtevajo zdravljenje z antipsihotičnimi zdravili, priporočeni pa so atipični antipsihotiki v nižjih odmerkih ter intermitentne in kratke hospitalizacije. Psihoterapevtski del mora biti prilagojen bolniku in njegovim zmožnostim. Že konstanten podporni pristop lahko bistveno izboljša prognozo MOM in kakovost življenja bolnikov, raziskave pa potrjujejo tudi uspešnost kognitivno-analitskega pristopa, ki ga je razvil Antony Ryle. Tehnike vključujejo učenje nazora impulzov in spretnosti za zmanjševanje distresa. Pomembne so hitre krizne intervencije, zaradi izgorevanja pa so potrebni tudi delovanje terapevtskega tima in redne supervizije (Dawson & MacMillan, 2013).

Čeprav naj bi psihoterapevt pri obravnavi običajno vedno ohranjal določeno mero nevtralnosti in neodzivnosti, mora biti pri bolniku z MOM nekoliko bolj aktivno prisoten. Pokazati mora več avtentične radovednosti za bolnikovo notranje dogajanje in pri njem spodbujati opisovanje lastnih psiholoških doživljanj, ki mu pomaga pri povezovanju izkustev in graditvi boljšega koncepta jaza (Barnicot, et al., 2011). Terapevt naj bolniku pri tem pomaga z dodatnimi opažanji in povezavami. Zelo pomembna pri obravnavi bolnikov z MOM je specifična empatija terapevta, in sicer mora ovrednotiti vse žive elemente v bolniku, tudi njegovo agresivnost, čeprav je lahko ta v samem terapevtskem odnosu zelo moteča. Terapevt se mora zato občasno na

diskreten način pokazati v čim bolj naravni in avtentični bitnosti, da se lahko bolnik do teh prvin dokoplje s pozitivno identifikacijo in s pomočjo konkretnega vzora v terapevtu (Dawson & MacMillan, 2013). Zahtevni bolniki z MOM delujejo pretežno s pomočjo konkretnega mišljenja in jim je torej simbolični, triadični nivo pogosto težko dosegljiv (Benedik, 2014). Terapevt mora pri obravnavi bolnika z MOM zagotavljati nenehno dosegljivost in pristnost, da ima bolnik možnost postopoma ponotranjiti gotov konstanten objekt, za kar v svoji preteklosti ni imel priložnosti (Bateman, 2012).

2.4 ZDRAVSTVENA NEGA NA PODROČJU PSIHIATRIJE

Delo medicinske sestre pogosto posega v najglobljo bolnikovo intimo, zato sta pri delu izjemnega pomena vzpostavitev zaupnega profesionalnega odnosa in upoštevanje etičnih ter moralnih načel in osnovnih človekovih pravic. Poleg same zdravstvene obravnave bolnika naloge medicinske sestre zahtevajo tudi sposobnost doživljanja in razumevanja človeka kot celote telesnega, duševnega, duhovnega in socialnega bitja. Medicinska sestra mora s svojimi znanji, izkušnjami in sposobnostmi ob nenehnem prilagajanju in spreminjanju skrbeti za ustvarjanje in vzdrževanje pozitivnega odnosa bolnika, sebe in širše okolice (Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, n. d.).

Zdravstvena nega na področju psihiatrije je specifična praksa zdravstvene nege, ki pokriva področje bolnikov z duševnimi težavami in motnjami ter z njihovimi družinami oziroma širšo skupnostjo v primarnem, sekundarnem in terciarnem zdravstvenem varstvu. Osnovna značilnost zdravstvene nege na področju psihiatrije je usmerjenost odnosa med medicinsko sestro in bolnikom k podpori pospeševanja vedenja, katerega cilj je razvoj osebnosti in prilagojeno delovanje bolnika (Kogovšek & Škerbinek, 2009). Naloge, ki jih medicinska sestra na področju psihiatrije pri tem opravlja, so naslednje (Kogovšek & Škerbinek, 2009):

- učenje bolnika in njegovih svojcev pravilnih interakcij ter ustrezne komunikacije,
- dajanje informacij in svetovanje v zunanjih ter notranjih konfliktih bolnika,
- vodenje v vsakdanjem življenju, spodbujanje in učenje vsakodnevnih fizičnih, socialnih in družbenih aktivnosti,

- nudenje konkretne pomoči bolniku ali pa samo spodbude pri vsakodnevnih telesnih potrebah ter izvajanje morebitnih potrebnih medicinsko-tehničnih posegov,
- zagotavljanje bolnikove varnosti, spodbujanje in učenje ustreznega izražanja čustev,
- omogočanje terapevtske klime na bolniških oddelkih in povsod tam, kjer se zdravijo bolniki z duševnimi motnjami,
- zdravstvena vzgoja na področju duševnega zdravja, tako v stiku z bolnikom in njegovimi svojci kot tudi v širši skupnosti,
- vodenje osebja v zdravstveni negi in oskrbi.

Aktivnosti zdravstvene nege bolnika z duševnimi motnjami so usmerjene v negovalne probleme, zadovoljevanje potreb ter svetovanje bolniku in njegovim svojcem v okviru kompetenc medicinske sestre. Medicinska sestra v rehabilitacijskem načrtu bolnika ustvarja pogoje za izboljšanje njegovega odnosa z okolico, pri čemer sodeluje z drugimi strokovnjaki in službami za izboljšanje bolnikove samostojnosti, spodbujanje potencialov in odgovornosti za zdravje. Medicinska sestra v psihiatriji pri svojem delu vključuje specifične spretnosti in znanja, kot so ocena psihopatoloških znakov, svetovalno in podporno psihoterapevtsko delo, psihoedukacija ter vedenjsko-kognitivne tehnike za reševanje problemov. Delovanje zdravstvene nege namreč temelji na celostni obravnavi bolnika, odnos med njim in medicinsko sestro pa je po naravi terapevtski (Mivšek, 2012).

Kontinuiteta zdravstvene nege bolnika z duševno motnjo ne vključuje zgolj same zdravstvene nege, ampak tudi medicinsko obravnavo, delovno terapijo, socialno pomoč, različne druge stroke in sodelovanje družine, drugih pomembnih oseb ter nevladnih organizacij. Zdravstvena nega ima pri tem osrednjo koordinativno in nosilno vlogo ter zagotavlja visoko stopnjo klinične učinkovitosti (Ward, 2015).

2.4.1 Zdravstvena nega in obravnava bolnika z MOM

Bateman (2012) in Domes s sodelavci (2009) predlagajo splošne smernice za učinkovito obravnavo bolnikov z osebnostnimi motnjami. Zdravstveno osebje naj se pri obravnavi

bolnika z osebnostno motnjo v prvi vrsti trudi, da je obravnava dobro strukturirana, ima jasen namen in temelji na teoretičnih spoznanjih, ki sovpadajo tako z osebjem kot z bolnikom. Obravnava naj bo take narave, da jo je mogoče realizirati dolgoročno, in kot taka naj bo ustrezno integrirana v preostale storitve, ki jih bolnik uporablja v namen svojega zdravljenja. Medicinska sestra igra pri tem osrednjo vlogo povezovanja, komunikacije in pregleda načrtov med različnimi elementi teh storitev, hkrati pa je tudi nosilec terapevtskega odnosa med bolnikom in zdravstvenim osebjem (Fagin, 2012).

V namen ustrezne zdravstvene nege in obravnave bolnika z MOM je smiselno zastaviti jasne cilje glede na postavljeno negovalno diagnozo bolnika. Za oblikovanje negovalne diagnoze bolnika z MOM določimo izraženost težav in ocenimo, katere mehanizme obvladovanja oseba z MOM uporablja ter kako MOM vpliva na njeno življenje. Med najpogostejšimi negovalnimi diagnozami bolnikov z MOM so pri tem (Doenges, et al., 2013):

- možnost samouničevalnega vedenja,
- neučinkovitost pri reševanju osebnih problemov,
- nizko samospoštovanje in slaba skrb zase,
- občutki nemoči,
- oslabiljenost socialnih stikov,
- težave v komunikaciji z okolico.

Cilji obravnave bolnika so glede na postavljeno negovalno diagnozo različni. Kratkoročni cilji so pri tem usmerjeni zlasti v varnost in udobje bolnika ter se nanašajo na fizično in psihično ugodje. V splošnem gre zlasti za zmanjševanje stresa, vrednotenje potrebe po medikaciji in ustrezne intervencije zdravstvene nege, ki temelji na terapevtski komunikaciji (Varcarolis & Halter, 2012). Dolgoročni cilji se nanašajo na pomoč bolniku pri spremembi miselnih in vedenjskih vzorcev, ki so rezultat njegovih osebnostnih značilnosti in/ali simptomi osebnostne motnje. Dolgoročni cilji tako temeljijo na vzpostavitvi medosebnega odnosa med medicinsko sestro in bolnikom (Stuart & Laraia, 2005).

Pri bolniku z možnostjo samouničevalnega vedenja, ki se kaže v različnih oblikah samopoškodovanja in samomorilnih poskusov, je cilj zdravstvene obravnave, da bolnik v prvi vrsti ne poškoduje niti sebe niti predmetov okoli sebe ter da spregovori o svojih občutkih in čustvih, ki povzročajo samouničevalno vedenje. Pri neučinkovitem reševanju osebnih problemov bolniku pomagamo pri ozaveščanju in razumevanju lastnega vedenja kot posledice krize. Z obvladovanjem anksioznosti, stresa in ostalih simptomov MOM ter z usmerjenim pogovorom ga vodimo pri reševanju osebnih problemov ter ga spodbujamo, da pri tem postopoma prevzema vse večjo odgovornost. Pomanjkljiva skrb zase je povezana z nizkim samospoštovanjem, s tem v zvezi pa pri obravnavi sledimo cilju, da začne bolnik odkrito govoriti o svojih občutkih, prepoznavati svoje sposobnosti, hkrati pa z dvigom samospoštovanja tudi skrbeti za svojo dnevno higieno in urejenost. Bolnika pri tem spodbujamo, da prepozna dobre občutke, ki so posledica pozitivnega odnosa do samega sebe in skrbi zase (Bland, et al., 2007).

Medicinska sestra igra od vsega začetka ključno vlogo pri načrtovanju zdravstvene nege in obravnave bolnika z MOM. Pri ocenjevanju stanja in ugotavljanju potreb po zdravstveni negi zbere informacije, ki zajemajo bolnikovo preteklost, podatke o njegovih predhodnih krizah in disfunkcionalnem vedenju. Pomembni so različni kazalniki, kot denimo različne oblike samouničevalnega vedenja, poskusi samomora, zloraba zdravil ali drugih psihoaktivnih substanc, fizična, psihična ali spolna zloraba, pogosti konflikti z okolico, kršitve zakona ipd. V domeni medicinske sestre je tudi vodenje vsega nadaljnjega ocenjevanja osebnega razvoja, pri čemer mora biti seznanjena z ustreznimi teoretičnimi znanji, ki jih podrobno predstavljamo v posebnem poglavju. Razumevanje ključnih konceptov MOM je bistveno za realizacijo vseh dejavnosti zdravstvene nege, saj mora medicinska sestra tudi ozavestiti in oceniti tako svoje sposobnosti kot tudi slabo prilagoditveno sposobnost bolnika z MOM. Svoje vedenje mora oblikovati kot podporo adaptivnemu obvladujočemu vedenju in pri tem voditi oceno njegovih odzivov na posredovanja (Cato, et al., 2009).

2.4.2 Posebna znanja za obravnavo bolnikov z MOM

Delo medicinske sestre z bolniki z MOM zahteva posebna znanja. Jackson (2014) med temeljnimi kompetencami za delo z bolniki z MOM navaja emocionalno odpornost, jasno predstavo in zavedanje svojih osebnih ter medosebnih mej in sposobnost prenašanja intenzivnega čustvenega vpliva, ki ga lahko imajo bolniki na osebe. Za delo z bolniki z MOM je potrebna tudi učinkovita in redna supervizija tako na individualni kot na skupinski ravni. Poleg osebnostnih kompetenc je treba pri zdravstveni negi bolnikov z MOM slediti tudi principom obravnave, ki mora biti dobro strukturirana in mora imeti jasen fokus. Teoretične osnove zdravstvene nege bolnika z MOM morajo biti jasne tako njemu kot osebi. Ker je obravnava takšnega bolnika dolgotrajna, mora biti integrirana z drugimi dosegljivimi storitvami, v integraciji pa uporabljamo multidisciplinarni pristop. V multidisciplinarni pristop vključujemo sredstva za mreženje, komuniciranje in pregled načrtov med različnimi elementi storitev. Med bolnikom in zdravstvenim osebjem mora obstajati tudi jasno soglasje o obravnavi (Jackson, 2014).

V samem stiku z bolnikom z MOM si mora medicinska sestra prizadevati za določeno stopnjo neformalnosti, saj sicer ni mogoče vzpostaviti ustreznega terapevtskega odnosa. Sposobna mora biti oceniti bolnikovo trenutno stanje ter temu primerno postopati in usmerjati njegovo obravnavo. Skrbeti mora tako za vključevanje bližnjih, skrbnikov, sorodnikov kot drugih subjektov, ki so kakor koli povezani z bolnikovo zdravstveno in tudi socialno obravnavo (Fetter, 2009). Pri tem je treba zgodaj oziroma kar na samem začetku sprejema bolnika v obravnavo izoblikovati načrt z jasno določenimi cilji, ki se zastavijo v dogovoru z različnimi zdravstvenimi delavci. Pri evalvaciji načrta naj bo medicinska sestra še posebej pozorna na nedoslednosti in morebitno nezdružljivost različnih dejavnikov in postopkov. Prav tako je v domeni medicinske sestre, ki je nenehno v stiku z bolnikom, da je sposobna predvideti nastop krize pri njem, zlasti ko gre za nevarnost impulzivnih in uničevalnih vedenj, kot so samopoškodovanje, uživanje drog, spolna promiskuiteta, agresija ipd. S tem v zvezi morajo biti bolniku predstavljene jasne meje dopustnega vedenja, vključujoč agresijo, samomorilne geste in zlorabo prepovedanih snovi (Domes, et al., 2009).

Delo medicinske sestre pri obravnavi bolnikov z osebnostnimi motnjami zahteva tudi skrb za bolnikove osnovne potrebe, ki so praktične narave. To zajema tako zdravljenje bolezenskih simptomov z zdravili kot skrb za njegovo ugodje pri namestitvi in obravnavi. Bolnika lahko tudi spodbuja pri vključevanju v podporne skupine, na drugi strani pa skrbi za njegovo ustrezno obravnavo s strani podpornih skupin in ostalih zdravstvenih delavcev (Fetter, 2009). S tem v zvezi je prva odgovorna za pravočasno prilagajanje načrta obravnave bolnika glede na njegovo stanje in opozarjanje na neskladnost zastavljenih ter doseženih ciljev. Pri tem naj pozornost posveti tudi komorbidnim stanjem, zlasti če ne prihaja do predvidenih odzivov na zdravljenje oziroma če bolnik ne sodeluje najbolje (Fagin, 2012).

Pri izvajanju zdravstvene nege bolnika z MOM mora medicinska sestra razviti zelo visoko stopnjo samozavedanja, saj taki bolniki s svojim vedenjem in odnosom v ljudeh nemalokrat vzbujajo odpor ter negativne emocije. Pri delu z njimi mora medicinska sestra zato vedeti, kako takšne reakcije pri sami sebi sprejeti in dopuščati kot normalne reakcije na obremenjujoče stimuluse, istočasno pa mora te občutke znati brzdati in jih v interakciji z bolnikom ne izraziti avtomatsko, pač pa jih vključiti v osnovno oceno stanja bolnika. Prepoznavanje in dobro upravljanje lastnih občutkov je tako bistvenega pomena pri negi bolnika z MOM, saj mora medicinska sestra vzpostaviti in ohranjati pozitiven odnos, da ta ohrani svojo terapevtsko vrednost (Cato, et al., 2009).

Osebe z MOM so lahko na splošno zelo nezaupljive, in da lahko medicinska sestra vzpostavi ustrezen odnos, v katerem se bo bolnik odprl in zaupal, mora razviti različne mehanizme za gradnjo takega odnosa. Johnson in Newland (2012) pri tem velik pomen pripisujeta vrlinam, kot so empatičnost, iskrenost, spoštovanje, pristnost in dostopnost. Medicinska sestra naj za vzpostavljanje ustreznega terapevtskega odnosa in za terapevtsko delovanje obvlada določene tehnike terapevtske komunikacije, med katerimi so načrtovani odzivi na bolnikove akcije, usmerjena vprašanja in implikacije. Na drugi strani pa mora biti medicinska sestra pri obravnavi bolnika z MOM previdna, saj jih osebe z MOM lahko zelo hitro doživljajo kot nadležne in oblastne. Pri sumničavi osebi se mora medicinska sestra tudi izogibati izražanju dvoma ali kritike in je ne sme soočati z nasprotnimi vidiki, saj tak pogovor zgolj okrepi napačno naravnost bolnika

z MOM. V takih primerih mora biti sposobna uporabiti empatične tehnike, ki bolniku omogočajo, da spregovori o svojih občutkih tudi, če jih razume narobe in jih projicira oziroma pripisuje drugim namesto sebi. Na ta način mu medicinska sestra omogoča, da se na posreden način sooča z lastnimi občutki in bolečinami ter tako posredno prihaja do njihovega razkritja (Johnson & Newland, 2012).

Obravnava bolnika z MOM zahteva zelo organizirano in složno delovanje zdravstvenega osebja ter ostalih vključenih subjektov, saj so osebe z MOM nagnjene k manipulacijam, kar jim zmeda v odnosih, vlogah in nalogah drugih ljudi olajša. Medicinska sestra kot povezovalni člen različnih vključenih subjektov mora tako obvladovati tudi določene organizacijske in socialne sposobnosti, da lahko osebje in vključene usmerja ter da skupaj oblikujejo enotno strategijo obravnave bolnika. Medicinska sestra pri tem skrbi, da so v proces nege vključeni tudi družina, skrbniki in vsi ostali subjekti, ki so bodisi v intimnem bodisi v prijateljskem odnosu z bolnikom (Callan & Howland, 2009). S svojci se medicinska sestra pogovarja o načinu zdravljenja, pričakovanjih od bolnika in dolgoročnih ciljih, ki zahtevajo veliko mero potrpežljivosti. Aktivno sodelovanje svojcev v obravnavi bolnika z MOM z medicinsko sestro je bistvenega pomena za uspešno zdravljenje, saj se mu na ta način onemogoči, da bi manipuliral ali z medicinsko sestro na eni ali s svojci na drugi strani ter med njimi povzročil nesporazume (Stuart & Laraia, 2005). Bolnik z MOM je zelo nagnjen k preizkušanju tako medicinske sestre in ostalega medicinskega osebja kot tudi svojcev, zaradi česar je pomembna doslednost pri upoštevanju dogovorov in izpolnjevanju zastavljenih reakcij, kar omogoča dobra komunikacija med vpletenimi (Johnson in Newland, 2012).

Medicinska sestra mora biti sposobna pri manipulativnem bolniku uporabljati tehniko soočenja, s katero mu pomaga, da se začne zavedati samega sebe in svojega neprimerne vedenja. Z negativnim vedenjem ga mora soočiti neposredno po dogodku, pri čemer mora biti specifična in natančna pri opisovanju neprimerne vedenja, hkrati pa mora biti pozorna na to, da ni kaznovalna in da se bolj kot na samo razlago osredotoči na vedenje osebe. Soočenje mora izvesti v prostoru, kjer se bolnik počuti varnega in kjer je sposoben začititi podporo ter pomoč medicinske sestre (Stuart &

Laraia, 2005). Liebman in Burnette (2013) se sklicujeta na številne primere, ki dokazujejo pogojenost človekovega vedenja s posledicami tega vedenja. Tudi vedenje bolnika z MOM je tako v veliki meri pogojeno s posledicami, ki jih je z določenimi dejanji izzval v preteklosti. Pri tem seveda ne gre zgolj za negativne posledice ali kazni, ampak tudi za dobre in spodbujajoče posledice, na uporabo katerih se mora pri obravnavi bolnika z MOM osredotočati medicinska sestra. Njen vedenjski pristop ob manipulativni osebi mora torej primarno temeljiti na pozitivnem pogojevanju, in sicer naj pozitivna spodbuda neposredno sledi želenemu vedenju. S podporo pozitivnega pogojevanja s strani medicinske sestre se bolnik uči, katero vedenje je želeno in katero ne. Na manipulativno, odvisnostno oziroma vedenje »acting out« se mora medicinska sestra odzvati s postavljanjem mej, ki morajo biti jasno določene in s katerimi mora seznaniti tudi vse ostale subjekte, ki sodelujejo pri procesu zdravstvene nege (Johnson & Newland, 2012).

2.4.3 Težave pri zdravstveni negi bolnikov z MOM

Problem pri zdravstveni negi bolnikov z diagnozo osebnostne motnje je zlasti splošen negativni odziv zdravstvenega osebja nanje, ki otežuje ali celo onemogoča vzpostavljanje ustreznega terapevtskega odnosa (Bodner, et al., 2015). Preklapljanje bolnikove psihične strukture med žrtvijo in napadalcem lahko pri zdravstvenem osebju povzroča podobno ekstremne odzive, zato vsak zdravstveni delavec ni sposoben delati z bolniki z osebnostnimi motnjami. Weight in Kendall (2013) izpeljujeta osnovne kompetence medicinske sestre za delo z bolniki z osebnostnimi motnjami, ki vključujejo jasne in transparente osebne ter medosebne meje in sposobnost prenašati intenzivne emocionalne vplive, ki jih bolniki lahko vzbujajo pri zdravstvenem osebju. Za doseganje teh kompetenc je vsekakor nujna učinkovita in redna supervizija, in sicer tako na individualni kot skupinski ravni (Weight & Kendall, 2013).

Medicinska sestra mora za ustrezno nego bolnika z MOM dobro poznati in prepoznavati najpogostejše probleme, ki se pojavljajo pri takšnih posameznikih. Med njimi so manipulacija z okolico, agresivnost in impulzivnost ter projekcija, projektivna identifikacija in prelaganje odgovornosti (Bodner, et al., 2015). Medicinske sestre in

tudi ostalo zdravstveno osebje v stiku z bolniki z MOM pogosto doživljajo negativne občutke, ki jih bolniki vzbujajo s svojim vedenjem. Pretirana preobremenjenost medicinske sestre lahko pri tem hitro privede do frustracij, zbežanosti in nezmožnosti koncentracije pri interakciji z osebo z MOM (McGrath & Dowling, 2012).

2.5 ZNANJE MEDICINSKIH SESTER O MOM V TUJINI

Glede na kompleksna znanja, ki so potrebna za ustrezno obravnavo bolnikov z MOM, se zastavlja pomembno vprašanje, ali medicinske sestre na področju psihiatrije, ki prihajajo v stik z bolniki z MOM, tudi resnično imajo ta znanja in ali so deležne ustreznega izobraževanja. Veliko raziskav (Bodner, et al., 2015; Bodner, et al., 2011; Weight & Kendall, 2013) opozarja na predhodni negativni vtis, ki ga bolniki z MOM vzbujajo v ljudeh na splošno in tako seveda tudi v zdravstvenem osebju, ki pa mora lastni odziv nanje ustrezno prilagoditi. Da svoj odnos z bolnikom z MOM lahko ustrezno uravnava, tako da je odziv skladen s smernicami za obravnavo bolnikov z MOM, mora biti zato zdravstveno osebje, zlasti pa medicinske sestre, ne le seznanjeno s teoretičnim znanjem, ampak mora biti deležno tudi ustrezne podpore pri razvijanju ustreznih praks. Dodatno izobraževanje o etiologiji MOM, izvoru problemov, realističnih pričakovanjih izidov zdravljenja, vedenju teh bolnikov in samem vplivu odzivov medicinskega osebja lahko medicinskim sestram pomaga pri izboljšanju sposobnosti obravnave bolnikov z MOM (Hauck, 2013).

2.5.1 Izobraževanje medicinskih sester

Ustrezno izobraževanje medicinskih sester na področju MOM predstavlja pomembno podporo zdravstvene nege in celostne medicinske obravnave, saj bistveno zmanjša težave, s katerimi se medicinske sestre srečujejo v negi bolnikov z MOM. Izobraževanje torej prinaša pozitivne rezultate tako za zaposlene kot tudi za same bolnike. Uspešno izvajanje klinične supervizije psihiatričnih medicinskih sester mora pri tem vključevati (Hauck, 2013):

- usposabljanje za dialektično terapijo,
- usposabljanje za kognitivno-vedenjske tehnike ter

- specifično usposabljanje in izobraževanje v zvezi z MOM.

Problem, ki se pojavlja ob izvajanju izobraževanja in usposabljanja medicinskega osebja, je njihova preobremenjenost, ki jo lahko dodatne dejavnosti še poslabšajo. Čeprav medicinske sestre izražajo željo in potrebo po dodatnem izobraževanju, se s stališča upravljanja pogosto zastavi vprašanje, kako osebju omogočiti udeležbo v dodatnih dejavnostih, ne da bi ga na drugi strani dodatno obremenjevale in tako ogrožale njegovo dobrobit, ob tem pa tudi njegovo delo in kakovost storitve, ki jo nudi (Hauck, 2013). S tega stališča je tako deloma smiselno, da izobraževanje oziroma usposabljanje poteka hkrati s samim delom in da je kot tako torej sestavni del delovne supervizije, ki ga izvaja vodstveni delavec. Hkrati pa se na tem mestu vračamo k prvemu izpostavljenemu problemu, ki pod vprašaj postavlja usposobljenost vodstvenega delavca za izvajanje usposabljanja. Rešitev, ki bi morda ublažila vse izpostavljene probleme, je uvajanje specializiranih delavcev v samo delovno okolje, ki bi med prakso izvajali evalvacijo in podporo medicinskim sestram pri obravnavi bolnikov z MOM (Hauck, et al., 2013).

2.5.2 Dejavniki zdravstvene nege bolnikov z MOM

Treloar (2009) v svoji raziskavi preverja učinke kompleksnejših izobraževalnih modelov, in sicer kognitivno-vedenjskega in psihoanalitičnega programa. Pomembna ugotovitev se pri tem nanaša zlasti na trajnost učinka na odnos medicinskega osebja do bolnikov z MOM, saj avtorica ugotavlja različno trajnost učinkov prvega in drugega tipa programa. Tako pri udeležencih kognitivno-vedenjskega izobraževalnega programa kot pri udeležencih psihoanalitičnega izobraževalnega programa se je namreč pokazalo pomembno izboljšanje v odnosu neposredno po aplikaciji programa, medtem ko je bil šest mesecev kasneje pozitiven učinek viden le še pri udeležencih psihoanalitičnega izobraževalnega programa. Avtoričina ugotovitev je pomembna zlasti zaradi siceršnje prakse merjenja učinkov izobraževalnih programov, ki učinek večinoma preverjajo zgolj neposredno po njegovi aplikaciji.

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 NAMEN IN CILJI MAGISTRSKEGA DELA

Namen magistrskega dela je ugotoviti stanje na področju seznanjenosti medicinskih sester z MOM v psihiatričnih bolnišnicah in prehospitalnih enotah nujne medicinske pomoči (NMP) ter podati predloge za izboljšanje zdravstvene nege bolnikov z MOM. V ta namen bomo v magistrskem delu sledili naslednjim ciljem:

- ugotoviti nivo znanja medicinskih sester o MOM,
- ugotoviti odziv medicinskih sester na bolnika z MOM,
- ugotoviti izobraževalne potrebe medicinskih sester o MOM.

3.2 RAZISKOVALNE HIPOTEZE

V okviru raziskave smo si postavili naslednje hipoteze:

1. hipoteza: Znanje v psihiatričnih bolnišnicah zaposlenih medicinskih sester o MOM je boljše od znanja anketiranih medicinskih sester, zaposlenih na urgentnih prehospitalnih enotah nujne medicinske pomoči.
2. hipoteza: Praktično znanje anketiranih medicinskih sester na področju psihiatrije o MOM je bolj poglobljeno od teoretičnega znanja o MOM.
3. hipoteza: Medicinske sestre na področju psihiatrije se bolj zavedajo svojega miselnega, čustvenega in vedenjskega odziva pri zdravstveni negi bolnikov z MOM v primerjavi z medicinskimi sestrami na urgentnih prehospitalnih enotah nujne medicinske pomoči.
4. hipoteza: Anketirane medicinske sestre v psihiatričnih bolnišnicah in urgentnih prehospitalnih enotah imajo potrebo po dodatnem izobraževanju o MOM.

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

V teoretičnem delu magistrskega dela smo uporabili metodo deskripcije, ki temelji na kvalitetni analizi literature in virov ter na njihovem povzemanju. V teoretičnem delu smo predstavili MOM, specifike zdravstvene nege bolnika z MOM in dogajanje v tujini, s čimer smo pripravili osnovo za raziskovalni del in utemeljili pomen dobrega poznavanja MOM za izvajanje ustrezne zdravstvene nege bolnika z MOM.

V raziskovalnem delu magistrskega dela smo s kvantitativno empirično neeksperimentalno raziskavo ugotavljali znanje medicinskih sester, ki delajo v psihiatrični zdravstveni negi, o MOM. Njihovo znanje smo z vprašalnikom preverjali v nekaterih psihiatričnih bolnišnicah in nekaterih prehospitalnih enotah nujne medicinske pomoči.

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Merski instrument je predstavljal strukturirani vprašalnik. Vzorec je bilo namensko priložnostno. Medicinske sestre so bile pozvane, da lahko sodelujejo v raziskavi s prevzemom vprašalnika pri glavni medicinski sestri. Izpolnjevanje vprašalnikov je potekalo pisno in anonimno.

3.3.2 Opis spremenljivk in merskega instrumenta

Merski instrument je zajemal demografske podatke (spol, izobrazbo, delovno dobo) in štirinajst testnih vprašanj, ki so bila vezana na znanje o MOM. Vsako vprašanje je imelo en pravi odgovor ali več in nekaj nepravilnih odgovorov (distraktorjev). Podlago za praktično znanje je predstavljala kratka izmišljena zgodba (prvih pet vprašanj). Devet vprašanj je bilo namenjenih ocenjevanju teoretičnega znanja o MOM, med njimi so bila nekatera povezana s kratko izmišljeno zgodbo. Izmišljena zgodba je vsebovala nadroben opis vedenja osebe z MOM z imenom Marina in odzivov njenih svojcev. Postavljena je bila na začetek vprašalnika, da bi anketirancem kar najbolj približali problematiko, ki jo preučuje merski instrument, in da bi jih dodatno čustveno angažirali.

Merski instrument je zajemal še štiri vprašanja o odzivih na MOM in pet vprašanj samoevalvacije usposobljenosti za MOM. Merski instrument je zajemal vprašanja, ki so pogosto obravnavana v tuji literaturi o MOM, pri tem smo se najbolj opirali na sledeče tri vire: Wilkins in Warner (2001), Bland in Rossen (2005) ter Hauck (2013).

V merskem instrumentu so neodvisne spremenljivke predstavljale napovedne spremenljivke za znanje o MOM in odzive na MOM. Definirali smo jih s spolom, stopnjo izobrazbe, delovno dobo v zdravstveni negi in delovnim mestom. Primarna odvisna spremenljivka je predstavljala znanje o MOM na podlagi števila pravilno odgovorjenih vprašanj. Sekundarne odvisne spremenljivke sta predstavljala sklopa odzivi na MOM ter samoevalvacija usposobljenosti za MOM.

Podroben opis spremenljivk merskega sistema po sklopih:

1. Demografski podatki

- spol
- izobrazba
- delovna doba

2. Praktično znanje o MOM

- Kaj mislite o Marini?
- Kaj mislite o družini – Janku in njegovih starših?
- Kaj mislite o problemu?
- Kako bi pristopili k Janku in njegovemu očetu?
- Kaj bi Janku in njegovemu očetu svetovali?

3. Teoretično znanje o MOM

- Kaj si predstavljate pod »izrazom mejna osebnostna motnja«?
- Katere zdravstvene težave bi pričakovali pri osebi, kot je Marina?
- Če bi Marina zbolela za sladkorno boleznijo in bi se zdravila z inzulinom, kakšno sodelovanje bi pričakovali?
- Kako pogosta je mejna osebnostna motnja v populaciji?
- V katerih okoliščinah pri vsakodnevnem delu medicinska sestra sreča osebe, ki imajo MOM?

- Katere informacije za oceno stanja o bolniku, kot je Marina, pridobiva medicinska sestra?
 - Kakšni so kratkoročni cilji nege bolnika z MOM?
 - Kakšni so dolgoročni cilji nege bolnika z MOM?
 - Katere zaplete pričakujete pri zdravstveni negi bolnika z MOM?
4. Odzivi na MOM
- Kako se odzovete na podatek, da ima bolnik MOM?
 - Kako bi se vedli do Marine, če bi zaradi poskusa samomora poiskala pomoč v vaši službi?
 - Kaj bi čutili do Marine, ki bi prišla po pomoč po poskusu samomora?
 - Kaj bi mislili o Marini, ki bi prišla po pomoč po poskusu samomora?
5. Samoevalvacija usposobljenosti za MOM
- Menite, da ste strokovno podkovani na področju bolnikov z MOM?
 - Ste že kdaj iskali literaturo ali pa ste se morda udeležili izobraževanja s področja dela z bolniki z MOM?
 - Kako uspešni ste bili pri iskanju literature s področja dela z bolniki z MOM?
 - Vas je bilo pri delu z bolnikom z MOM kdaj strah?
 - Kakšno izobraževanje bi si želeli na področju zdravstvene nege bolnikov z MOM?

Testiranje zanesljivosti merskega instrumenta po vsebinskih sklopih je potekalo po metodi koeficienta Cronbach alfa, in sicer v treh ločenih sklopih. Rezultati v tabeli 1 prikazujejo, da je izračunani koeficient Cronbach alfa v vseh treh sklopih presegel vrednost 0,7, ki v strokovni literaturi predstavlja prag za ustrezno zanesljivost merskega instrumenta. Pilotne raziskave ni bilo.

Tabela 1: Testiranje zanesljivosti merskega instrumenta po sklopih

Sklop	Število vprašanj	Koeficient Cronbach alfa
Testiranje znanja	14	0,833
Odzivi na MOM	4	0,745
Usposobljenost za MOM	5	0,774

3.3.3 Opis vzorca

K sodelovanju smo povabili vseh šest psihiatričnih bolnišnic in največje štiri prehospitalne enote nujne medicinske pomoči. V sodelovanje so privolile tri psihiatrične bolnišnice, Psihiatrična bolnišnica Begunje, Psihiatrična bolnišnica Vojnik in Psihiatrična bolnišnica Idrija, ter vse štiri največje prehospitalne enote nujne medicinske pomoči: Maribor, Ljubljana (Center in Šentvid), Celje in Koper.

Glede na kadrovske podatke posameznih zdravstvenih ustanov je v Sloveniji nekaj več kot 500 izvajalcev zdravstvene nege v psihiatričnih bolnišnicah in podobno veliko število negovalnega osebja v prehospitalnih enotah NMP. Naš cilj je bil zbrati 80 anketirancev iz psihiatričnih bolnišnic in 80 iz NMP, kar bi pomenilo okoli 15 % celotne populacije oziroma 15 % iz psihiatričnih bolnišnic in 15 % iz NMP. V ta namen smo razposlali 165 vprašalnikov, število medicinskih sester in tehnikov zdravstvene nege, ki so se odzvali, pa je znašalo 104. Uporabni so bili 104 izpolnjeni vprašalniki, kar je predstavljalo približno 10 % celotne slovenske populacije zaposlenih v zdravstveni negi v psihiatričnih bolnišnicah in NMP, odzivnost je znašala 63,0 %. Analizirani vzorec vprašalnikov je obsegal 60 (57,7 %) žensk, od tega jih je bilo iz psihiatrične bolnišnice 37 (71,2 %), iz NMP pa 23 (44,2 %); test hi-kvadrat je pokazal statistično pomembno razliko po spolu ($\chi^2 = 7,721$; $p = 0,005$). Razlike po spolu se ni bilo možno izogniti, saj delovno mesto NMP tradicionalno zaposluje nadpovprečno veliko število moških. Po izobrazbi so sodelovale pretežno diplomirane medicinske sestre/diplomirani zdravstveniki (59 ali 56,7 %), skupna delovna doba je bila približno enakomerno razporejena po vseh obdobjih. Statistično pomembna razlika v izobrazbi in skupni delovni dobi po delovnem mestu ni bila prisotna. Podrobni rezultati so prikazani v tabeli 2.

Primerjali smo še delovno dobo v zdravstveni negi. Zaposleni v psihiatrični bolnišnici so v povprečju navedli 17,8 (SO 8,5) leta delovne dobe, na urgentno prehospitalni enoti NMP pa povprečno 14,6 (SO 10,6) leta delovne dobe. T-test za neodvisne vzorce ni pokazal statistično pomembne razlike v delovni dobi po delovnem mestu ($t = 1,748$; $p = 0,084$).

Tabela 2: Značilnosti vzorca

	Vsi	PSIHIATRIČNA BOLNIŠNICA	NMP	χ^2	p
	n = 104 (%)	n = 52 (%)	n = 52 (%)		
Spol				7,721	0,005
ženski	60 (57,7)	37 (71,2)	23 (44,2)		
moški	44 (42,3)	15 (28,8)	29 (55,8)		
Izobrazba				4,512	0,105
srednja medicinska sestra/ srednji zdravstvenik	43 (41,3)	18 (34,6)	25 (48,1)		
diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik	59 (56,7)	34 (65,4)	25 (48,1)		
magistrica/magister zdravstvene nege	2 (1,9)	0 (0,0)	2 (3,8)		
Delovna doba				9,365	0,154
0–5 let	17 (16,3)	4 (7,7)	13 (25,0)		
6–10 let	12 (11,5)	4 (7,7)	8 (15,4)		
11–15 let	21 (20,2)	13 (25,0)	8 (15,4)		
16–20 let	9 (8,7)	6 (11,5)	3 (5,8)		
21–25 let	16 (15,4)	8 (15,4)	8 (15,4)		
26–30 let	16 (15,4)	10 (19,2)	6 (11,5)		
31 let ali več	13 (12,5)	7 (13,5)	6 (11,5)		

Legenda: NMP: urgentna prehospitalna enota nujne medicinske pomoči, χ^2 : test hi-kvadrat, p: statistična značilnost

3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Raziskava je bila izvedena skladno z načeli Kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije ter s Helsinško-tokijsko deklaracijo. Pred razdelitvijo vprašalnikov med zaposlene smo pridobili Soglasje sodelujočih zavodov za raziskovanje v okviru magistrskega dela za izvedbo anketiranja v zdravstvenih ustanovah. Zbiranje podatkov je avtorica raziskave v celoti izvedla sama. Celoten proces zbiranja podatkov je bil izveden v skladu z zahtevami Zakona o varovanju osebnih podatkov. Podatke smo zbirali z enkratnim zbiranjem (presečno raziskavo) v januarju in februarju 2014. Soglasje Komisije Republike Slovenije za medicinsko etiko ni bilo potrebno, ker so v raziskavi sodelovali le zaposleni v zdravstveni negi in tema raziskave ni bila občutljiva.

Pri obdelavi podatkov smo v deskriptivnem delu predstavili povprečja, standardne deviacije, frekvence kategorij in odstotkovne deleže, v analitičnem delu pa smo s testom hi-kvadrat in t-testom za neodvisne vzorce preverjali statistično značilne razlike med

vzorcem, pridobljenim v psihiatričnih bolnišnicah, in vzorcem, pridobljenim v prehospitalnih enotah. Pri analizi znanja o MOM je bila uporabljena še linearna regresija (hipoteza 1). V regresijski model so bili poleg delovnega mesta vključeni še demografski podatki: spol, stopnja izobrazbe in delovna doba v zdravstveni negi. Z vprašalnikom pridobljene podatke smo analizirali s programom IBM SPSS 20.0 (IBM Corp., Armonk, NY). Ničelno hipotezo smo zavrnil pri manj kot 5-odstotnem tveganju.

3.4 REZULTATI

V prvi fazi rezultatov je podrobneje predstavljeno znanje zdravstvenih delavcev o MOM. Tabele 3–7 zajemajo predstavitev praktičnega znanja o MOM, tabele 8–16 pa teoretično znanje o MOM.

Zdravstveni delavci so v največji meri pravilno navedli, da ima Marina osebnostno motnjo (59,6 %), manjši delež pa je navedel, da Marina izvaja tudi psihično nasilje nad domačimi (14,4 %). Med distraktorji je bilo pogosto navedeno, da ima Marina resne duševne težave. Podrobni rezultati so prikazani v tabeli 3.

Tabela 3: Mnenje o Marini na podlagi kratke izmišljene zgodbe

	n = 104	%
Pravilni odgovori		
Marina ima osebnostno motnjo.	62	59,6
Marina izvaja psihično nasilje nad domačimi.	15	14,4
Distraktorji		
Marina ima resne duševne težave (npr. depresijo), potrebuje zdravljenje.	20	19,2
Marina je ambiciozna in brezkompromisna karieristka, ki zlorablja dobroto okolice.	6	5,8
Marina trpi in je nesrečna.	6	5,8
Marina je neotesana in nevljudna.	2	1,9
Marina je »žleht«.	0	0,0

Legenda: n: frekvenca, %: delež

V nadaljevanju zgodbe je 57,7 % zdravstvenih delavcev pravilno odgovorilo, da se mož Janko in starši prilagajajo ter hočejo Marini ustreči po najboljših možnih močeh, a očitno nič ne pomaga. Drugi pravilni odgovor, da se mož in njegovi starši pasivno prepuščajo Marininim muham in trpijo, je bil naveden v manjšem deležu (33,7 %).

Distraktorja nista imela posebnega negativnega učinka. Podrobni rezultati so prikazani v tabeli 4.

Tabela 4: Mnenje o družini – Janku in njegovih starših – na podlagi kratke izmišljene zgodbe

	n = 104	%
Pravilni odgovori		
Janko in starši se prilagajajo in hočejo Marini ustreči po najboljših možnih močeh, a očitno nič ne pomaga.	60	57,7
Mož in njegovi starši se pasivno prepuščajo Marininim muham in trpijo.	35	33,7
Distraktorji		
Marino bi morali zlepa ali zgrda naučiti reda.	5	4,8
Marino in Janka bi morali starši skupaj z njunimi otroki vreči čez prag.	3	2,9

Legenda: n: frekvenca, %: delež

Pri tretjem vprašanju o istem primeru rezultati v tabeli prikazujejo, da je 64,4 % zdravstvenih delavcev izbralo pravilni odgovor, da gre za nesoglasja, ki so značilna za družine, kjer je osebnostno moten en član ali več. Med distraktorji je bil pogosteje naveden odgovor, da gre za nesoglasja, ki so značilna za družine, kjer je duševno bolan en član ali več (15,4 %) (tabela 5).

Tabela 5: Mnenje o problemu iz kratke izmišljene zgodbe

	n = 104	%
Pravilni odgovori		
Gre za nesoglasja, ki so značilna za družine, kjer je osebnostno moten en član ali več.	67	64,4
Distraktorji		
Gre za nesoglasja, ki so značilna za družine, kjer je duševno bolan en član ali več.	16	15,4
Gre za nesoglasje med mladimi in starejšimi, zato je najbolje, da živijo vsak po svoje.	10	9,6
Gre za nesoglasje med mladimi ter starejšimi in vsak ima svoj delež pri nesoglasju.	4	3,8

Legenda: n: frekvenca, %: delež

Rezultati v tabeli 6 so nadalje povezani z vsebino vinjete, in sicer kako bi se anketiranci odzvali, če bi jih mož Janko in njegovi starši prosili za nasvet. Zdravstveni delavci so v 72,1 % pravilno navedli, da bi poslušali njihove težave, jih potolažili in predlagali nekaj rešitev. Distraktorja nista imela posebnega negativnega učinka.

Tabela 6: Pristop k Janku in njegovemu očetu na podlagi kratke izmišljene zgodbe

	n = 104	%
Pravilni odgovori		
Poslušal/-a bi njune težave, ju potolažil/-a in predlagal/-a nekaj rešitev.	75	72,1
Distraktorji		
Poslušal/-a bi njune težave, ju potolažil/-a in povedal/-a, da rešitev žal ne poznam.	7	6,7
Povedal/-a bi jima, naj svoje težave rešujeta sama in da nimam nobene ideje.	6	5,8

Legenda: n: frekvenca, %: delež

Tudi tabela 7 prikazuje rezultate vprašanja, ki se nanaša na vsebino vinjete. Med številnimi pravilnimi odgovori je bilo v največji meri navedeno, da bi Janku in njegovemu očetu svetovali posvet pri psihologu/psihoterapevtu (66,3 %) ter posvet pri psihiatru (47,1 %). Preostali pravilni odgovori so bili navedeni redkeje, najredkeje nasvet, naj obiščeta Center za socialno delo (6,7 %). Samostojni distraktor ni imel posebnega negativnega učinka.

Tabela 7: Nasvet Janku in njegovemu očetu na podlagi kratke izmišljene zgodbe

	n = 104	%
Pravilni odgovori		
Posvet pri psihologu/psihoterapevtu	69	66,3
Posvet pri psihiatru	49	47,1
Branje kakšne knjige o osebah s takšnimi težavami	34	32,7
Posvet pri družinskem zdravniku	31	29,8
Obisk spletne strani o reševanju odnosov v družini	24	23,1
Obisk Centra za socialno delo	7	6,7
Distraktorji		
Posvet v cerkvi	4	3,8

Legenda: n: frekvenca, %: delež

Na teoretično vprašanje o MOM je pravilno odgovorilo 95,2 % zdravstvenih delavcev; gre za osebo, ki ima težave v odnosih, ker je preobčutljiva na zavrnitve, in ki odnose v svoji stiski krepi z zbujanjem občutkov krivde pri okolici, zvrča odgovornost na okolico in ljudi okrog sebe ustrahuje. Distraktorja nista imela posebnega negativnega učinka. Podrobni rezultati so prikazani v tabeli 8.

Tabela 8: Pomen izraza »mejna osebnostna motnja«

	n = 104	%
Pravilni odgovori		
Gre za osebo, ki ima težave v odnosih, ker je preobčutljiva na zavrnitve, in ki odnose v svoji stiski krepi z zbujanjem občutkov krivde pri okolici, zvrča odgovornost na okolico in ljudi okrog sebe ustrahuje.	99	95,2
Distraktorji		

	n = 104	%
Gre za osebe, ki so hudi in kronični psihiatrični bolniki.	4	3,8
Gre za osebe, ki so zaradi osebnostne motnje velikokrat v zaporu, ker zanemarjajo svoje otroke in izvajajo družinsko nasilje.	1	1,0

Legenda: n: frekvenca, %: delež

Glede zdravstvenih težav pri bolnikih z MOM je največji delež zdravstvenih delavcev pravilno označil panične napade (58,7 %) in nasilno vedenje (52,9 %). Ostali trije pravilni odgovori so bili navedeni v manj kot tretjini primerov. Distraktorjev pri tem vprašanju ni bilo. Podrobni rezultati so prikazani v tabeli 9.

Tabela 9: Pričakovane zdravstvene težave pri osebi, kot je Marina iz kratke izmišljene zgodbe.

	n = 104	%
Pravilni odgovori		
Panični napad	61	58,7
Nasilno vedenje	55	52,9
Poskus samomora	33	31,7
Depresija	32	30,8
Samopoškodbno vedenje	31	29,8

Legenda: n: frekvenca, %: delež

Bolniki z MOM praviloma slabo sodelujejo pri zdravljenju, kar je pravilno navedlo 45,2 % zdravstvenih delavcev. Tudi oba distraktorja sta bila pogosto označena, in sicer nekaj srednjega v 37,5 % ter dobro v 17,3 %. Podrobni rezultati so prikazani v tabeli 10.

Tabela 10: Kakšno sodelovanje se pričakuje pri Marini iz kratke izmišljene zgodbe, če bi zbolela za sladkorno boleznijo in bi se zdravila z inzulinom?

	n = 104	%
Pravilni odgovori		
Slabo	47	45,2
Distraktorji		
Nekaj srednjega	39	37,5
Dobro	18	17,3

Legenda: n: frekvenca, %: delež

Tabela 11 prikazuje, da so zdravstveni delavci v 58,7 % pravilno navedli, da znaša prizadetost populacije z MOM med 1 in 3 %. Pogosto je bil naveden tudi distraktor, da znaša prizadetost populacije med 0,1 in 0,3 % (34,6 %).

Tabela 11: Prizadetost populacije z MOM

	n = 104	%
Pravilni odgovori		
Prizadetost populacije je med 1 in 3 odstotki.	61	58,7
Distraktorji		
Prizadetost populacije je med 0,1 in 0,3 odstotka.	36	34,6
Prizadetost populacije je nižja od 0,1 odstotka.	3	2,9

Legenda: n: frekvenca, %: delež

Tabela 12 prikazuje rezultate vprašanja o okoliščinah pri vsakodnevem delu, kjer lahko medicinska sestra sreča bolnike z MOM. Med številnimi pravilnimi odgovori sta bila v največji meri navedena odgovora kaotični medosebni odnosi (75,0 %) in izkazovanje samopoškodbenega vedenja (68,3 %). Redkeje sta bila navedena pravilna odgovora najrazličnejše zdravstvene težave (32,7 %) in pri svojcih, ki spremljajo bolne družinske člane (23,1 %). Distraktorjev pri tem vprašanju ni bilo.

Tabela 12: Okoliščine pri vsakodnevem delu, kjer medicinska sestra sreča osebe z MOM.

	n = 104	%
Pravilni odgovori		
Pri bolnikih, ki imajo zelo kaotične medosebne odnose.	78	75,0
Pri bolnikih, ki izkazujejo samopoškodbeno vedenje.	71	68,3
Pri bolnikih, ki so odvisni od psihoaktivnih substanc.	40	67,3
Pri bolnikih, ki zlorablajo psihoaktivne substance.	59	56,7
Pri bolnikih, ki so že večkrat poskusili narediti samomor.	57	54,8
Pri bolnikih, ki imajo najrazličnejše zdravstvene težave.	34	32,7
Pri svojcih, ki spremljajo bolnike.	24	23,1

Legenda: n: frekvenca, %: delež

Tabela 13 prikazuje rezultate vprašanja o informacijah, ki jih medicinska sestra pridobiva za oceno stanja bolnika z MOM. Med številnimi pravilnimi odgovori sta bila v največji meri navedena odgovora, da zbira informacije, ki bolnika vznemirjajo (77,9 %), ter informacije o predhodnih krizah in disfunkcionalnem vedenju (64,4 %). Redkeje sta bila navedena pravilna odgovora informacije o spolni zlorabi (25,0 %) in informacije o kaznovanosti (17,3 %). Distraktorjev pri tem vprašanju ni bilo.

Tabela 13: Pridobivanje informacij za oceno stanja o bolniku, kot je Marina iz kratke izmišljene zgodbe, s strani medicinske sestre.

	n = 104	%
Pravilni odgovori		
Informacije o dogodkih, ki bolnika vznemirjajo.	81	77,9
Informacije o bolnikovih predhodnih krizah in disfunkcionalnem vedenju.	67	64,4
Informacije o reakcijah svojcev in odnosu z njimi.	63	60,6
Informacije o samouničevalnem vedenju, poskusih samomora, zlorabi zdravil ali drugih substanc.	61	58,7
Informacije o fizični in psihični zlorabi.	54	51,9
Informacije o konfliktih z zakonom.	34	32,7
Oceno osebnostnega razvoja.	27	26,0
Informacije o spolni zlorabi.	26	25,0
Informacije o kaznovanosti.	18	17,3

Legenda: n: frekvenca, %: delež

Glede kratkoročnih ciljev nege bolnika z MOM so zdravstveni delavci v največji meri pravilno navedli terapevtsko komunikacijo (65,4 %) in zagotavljanje varnosti ter fizično in psihično udobje bolnika (51,9 %). Med distraktorji sta bila v velikem deležu navedena odgovora pomoč pri vzpostavljanju izboljšanega odnosa (79,8 %) in sprememba vedenja (74,0 %). Podrobni rezultati so prikazani v tabeli 14.

Tabela 14: Kratkoročni cilji nege bolnika z MOM

	n = 104	%
Pravilni odgovori		
Terapevtska komunikacija	68	65,4
Varnost (preprečevanje samomorilnega vedenja) ter fizično in psihično udobje bolnika	54	51,9
Pomoč pri simptomih	50	48,1
Pomoč pri pridruženih duševnih motnjah	40	38,5
Distraktorji		
Pomoč pri vzpostavljanju izboljšanega odnosa	83	79,8
Sprememba vedenja	77	74,0
Zmanjševanje stresa	37	35,6
Vrednotenje potrebe po medikaciji	28	26,9
Sprememba mišljenja	23	22,1

Legenda: n: frekvenca, %: delež

Glede dolgoročnih ciljev nege bolnika z MOM so zdravstveni delavci v največji meri pravilno navedli odgovora sprememba vedenja (63,5 %) in pomoč pri vzpostavljanju izboljšanega odnosa (60,6 %). Med distraktorji sta bila najpogosteje navedena odgovora pomoč pri drugih duševnih motnjah (28,8 %) in varnost ter fizično in psihično udobje bolnika (28,8 %). Podrobni rezultati so prikazani v tabeli 15.

Tabela 15: Dolgoročni cilji nege bolnika z MOM

	n = 104	%
Pravilni odgovori		
Sprememba vedenja	66	63,5
Pomoč pri vzpostavljanju izboljšanega odnosa	63	60,6
Sprememba mišljenja	58	55,8
Terapevtska komunikacija	58	55,8
Zmanjševanje stresa	44	42,3
Distraktorji		
Pomoč pri drugih duševnih motnjah	30	28,8
Varnost (preprečevanje samomorilnega vedenja) ter fizično in psihično udobje bolnika	30	28,8
Pomoč pri simptomih	23	22,1
Vrednotenje potrebe po medikaciji	23	22,1

Legenda: n: frekvenca, %: delež

Tabela 16 prikazuje rezultate vprašanja o zapletih, ki jih medicinska sestra pričakuje pri zdravstveni negi bolnika z MOM. Med številnimi pravilnimi odgovori sta bila v največji meri navedena odgovora verbalno nasilno vedenje (91,3 %) in spremenljivo vedenje (73,1 %). V manj kot polovici primerov so bili navedeni pravilni odgovori fizično nasilno vedenje (44,2 %), samomorilno vedenje (42,3 %) in nezanesljivo podajanje podatkov (39,4 %). Distraktorjev pri tem vprašanju ni bilo.

Tabela 16: Pričakovani zapleti pri negi bolnika z MOM

	n = 104	%
Pravilni odgovori		
Verbalno nasilno vedenje (zmerjanje, uporaba neprimernih izrazov, poniževanje ...)	95	91,3
Menjavanje razpoloženja in spremenljivo vedenje	76	73,1
Neutemeljene pritožbe	70	67,3
Nasilno vedenje do predmetov (razbijanje, brcanje v predmete ...)	69	66,3
Samopoškodbeno vedenje	61	58,7
Neutemeljene zahteve po ugodnostih, pozornosti ...	61	58,7
Fizično nasilno vedenje do drugih oseb (brce, klofute, praske, metanje predmetov v druge osebe ...)	46	44,2
Samomorilno vedenje	44	42,3
Nezanesljivo podajanje podatkov	41	39,4

Legenda: n: frekvenca, %: delež

Raziskovalne hipoteze

1. HIPOTEZA: Znanje v psihiatričnih bolnišnicah zaposlenih medicinskih sester o MOM je boljše od znanja medicinskih sester, zaposlenih na urgentnih prehospitalnih enotah nujne medicinske pomoči.

Sistem točkovanja pri preverjanju znanja o MOM je temeljil na pridobitvi + 1 točke v primeru obkroženega pravilnega odgovora oziroma – 1 točke v primeru obkroženega nepravilnega odgovora. Skupno je 14 testnih vprašanj zajemalo 54 pravih odgovorov oziroma maksimalno 54 točk (100,0 %).

Zdravstveni delavci so pri preverjanju znanja o MOM v povprečju dosegli 24,6 (SO 7,3) točke ali 45,5 (SO 13,5) % vseh pravih odgovorov. Najboljši rezultat je znašal 41 točk (75,9 %), najslabši pa 9 točk (16,7 %).

Rezultati v tabeli 17 prikazujejo, da so zaposleni v psihiatrični bolnišnici pri preverjanju znanja o MOM dosegli v povprečju 52,1 % vseh možnih točk, zaposleni v NMP pa 39,0 % točk; rezultat zaposlenih v psihiatričnih bolnišnicah je bil statistično pomembno boljši ($t = 5,678$; $p < 0,001$).

Tabela 17: Rezultati preverjanja znanja o MOM po delovnem mestu

	n	Točke PV (%)	Točke SO (%)	t	p
Psihiatrična bolnišnica/ambulanta	52	28,1 (52,1)	6,5 (12,0)	5,678	< 0,001
Urgentna prehospitalna enota NMP	52	21,4 (39,0)	6,3 (11,6)		

Legenda: n: frekvenca, %: delež, PV: povprečna vrednost, SO: standardni odklon, t: t-test za neodvisne vzorce, p: statistična značilnost

V naslednjem koraku smo opravili še regresijsko analizo. Rezultati linearne regresije v tabeli 18 prikazujejo, da demografski podatki niso bili povezani z rezultati znanja o MOM, edina statistično pomembna povezava je bila delovno mesto v psihiatrični bolnišnici ($\beta = 0,41$; $p < 0,001$). Model linearne regresije (spremenljivke spol, stopnja izobrazbe, delovna doba v zdravstveni negi in delovno mesto) je pojasnil 31,9 % variance odvisne spremenljivke znanja o MOM.

Tabela 18: Povezanost delovnega mesta z rezultati znanja o MOM ob upoštevanju demografskih podatkov

	beta	t	p
Ženski spol	0,17	1,77	0,079
Stopnja izobrazbe	0,09	1,07	0,289
Delovna doba v zdravstveni negi	0,13	1,46	0,149
Delovno mesto v psihiatrični bolnišnici/ambulantni	0,41	4,78	< 0,001

Legenda: $R^2 = 0,319$ (delež pojasnjene variance odvisne spremenljivke znanja o MOM na podlagi neodvisnih spremenljivk), beta = standardizirani koeficient povezanosti z odvisno spremenljivko znanja o MOM, t = t-test za neodvisne vzorce, p = statistična značilnost

Hipoteza se potrdi.

2. HIPOTEZA: Praktično znanje medicinskih sester na področju psihiatrije o MOM je bolj poglobljeno od teoretičnega znanja o MOM.

Preverjanje znanja zdravstvenih delavcev je zajemalo pet vprašanj, kjer se je ocenjevalo praktično znanje, in devet vprašanj za oceno teoretičnega znanja o MOM (tabela 19).

Tabela 19: Vprašanja za ocenjevanje praktičnega in teoretičnega znanja o MOM

Vprašanja za ocenjevanje praktičnega znanja (12 možnih točk)	
1.	Kaj mislite o Marini?
2.	Kaj mislite o družini – Janku in njegovih starših?
3.	Kaj mislite o problemu?
4.	Kako bi pristopili k Janku in njegovemu očetu?
5.	Kaj bi Janku in njegovemu očetu svetovali?
Vprašanja za ocenjevanje teoretičnega znanja (42 možnih točk)	
1.	Kaj si predstavljate pod izrazom »mejna osebnostna motnja«?
2.	Katere zdravstvene težave bi pričakovali pri osebi, kot je Marina?
3.	Če bi Marina zbolela za sladkorno boleznijo in bi se zdravila z inzulinom, kakšno sodelovanje bi pričakovali?
4.	Kako pogosta je mejna osebnostna motnja v populaciji?
5.	V katerih okoliščinah pri vsakodnevnem delu medicinska sestra sreča osebe, ki imajo MOM?
6.	Katere informacije za oceno stanja o bolniku, kot je Marina, pridobiva medicinska sestra?
7.	Kakšni so kratkoročni cilji nege bolnika z MOM?
8.	Kakšni so dolgoročni cilji nege bolnika z MOM?
9.	Katere zaplete pričakujete pri zdravstveni negi bolnika z MOM?

Sistem točkovanja pri preverjanju znanja o MOM je temeljil na pridobitvi + 1 točke v primeru obkroženega pravilnega odgovora oziroma – 1 točke v primeru obkroženega nepravilnega odgovora.

Zdravstveni delavci so v povprečju dosegli 5,1 (SO 1,7) točke ali 42,2 (SO 14,3) % vseh pravih odgovorov pri oceni teoretičnega znanja. Najboljši rezultat je znašal 10 točk (83,3 %), najslabši pa 1 točko (8,3 %). Pri oceni teoretičnega znanja so zdravstveni delavci v povprečju dosegli 19,5 (SO 6,4) točke ali 46,5 (SO 15,2) %. Rezultati v tabeli 20 prikazujejo, da se rezultati med praktičnim in teoretičnim znanjem ne razlikujejo statistično pomembno ($t = 1,831$; $p = 0,078$).

Tabela 20: Rezultati preverjanja praktičnega in teoretičnega znanja o MOM

	n	Točke PV (%)	Točke SO (%)	t	p
Praktično znanje o MOM	104	5,1 (42,2)	1,7 (14,3)	1,831	0,078
Teoretično znanje o MOM	104	19,5 (46,5)	6,4 (15,2)		

Legenda: PV: povprečna vrednost, SO: standardni odklon, n: frekvenca, %: delež, t: t-test za neodvisne vzorce, p: statistična značilnost

Hipoteza se ne potrdi.

3. HIPOTEZA: Medicinske sestre na področju psihiatrije se bolj zavedajo svojega miselnega, čustvenega in vedenjskega odziva pri zdravstveni negi bolnikov z MOM v primerjavi z medicinskimi sestrami v urgentnih prehospitalnih enotah nujne medicinske pomoči.

Zdravstvene delavce smo povprašali o njihovih odzivih v določenih primerih dela z bolniki z MOM. Pri vsakem primeru so imeli možnost podati več možnih odgovorov, zato v tabelah 21–24 število vseh navedb presega velikost vzorca.

Zdravstveni delavci so v največji meri navedli, da se na bolnike z MOM odzovejo z bolj podrobnim opazovanjem bolnika in večjim posvečanjem, saj pričakujejo težave (71,2 %), sledil je odziv, da so hkrati previdni in na določeni distanci (49,0 %). Odgovor mehanično in hitro opravi svoje delo ter se ne pogovarjam z bolnikom je navedlo le 3,8 % zdravstvenih delavcev. Test hi-kvadrat ni pokazal statistično pomembne razlike med zdravstvenimi delavci v psihiatrični bolnišnici in tistimi v prehospitalni enoti NMP. Podrobni rezultati so prikazani v tabeli 21.

Tabela 21: Kako se odzovete na podatek, da ima bolnik MOM?

	Vsi	PSIHIATRIČNA BOLNIŠNICA	NMP	χ^2	p
	n = 104 (%)	n = 52 (%)	n = 52 (%)		
Ta podatek me niti ne zanima.	7 (6,7)	4 (7,7)	3 (5,8)	0,153	0,696
Bolj podrobno opazujem bolnika in se mu še bolj posvetim, saj pričakujem težave.	74 (71,2)	38 (73,1)	36 (69,2)	0,187	0,665
Sem previden/-dna in imam distanco, saj pričakujem težave.	51 (49,0)	27 (51,9)	24 (46,2)	0,346	0,556
Če je le mogoče, prepustim delo bolj izkušenim.	11 (10,6)	3 (5,8)	8 (15,4)	2,542	0,111
Mehanično in hitro opravi svoje delo in se ne pogovarjam z bolnikom.	4 (3,8)	0 (0,0)	4 (7,7)	3,658	0,061

Legenda: NMP: urgentna prehospitalna enota nujne medicinske pomoči, χ^2 : test hi-kvadrat, p: statistična značilnost, n: frekvenca, %: delež

Namišljeni praktični primer iz vinjete je služil tudi pri preverjanju odnosa do Marine (predpostavljeno je bilo, da je anketirančeva znanka), ki bi po poskusu samomora iskala pomoč. Odnos do iskanja pomoči je pokazal, da je največji delež zdravstvenih delavcev ocenil poznanstvo kot koristno za lažjo pomoč (54,8 %). Zmerni delež zdravstvenih delavcev (29,8 %) je navedel, da bi bili skrajno previdni, saj bi pričakovali težave. Kritike do znanke ni izpostavil nihče izmed zdravstvenih delavcev (0,0 %). Test hi-kvadrat ni pokazal statistično pomembne razlike med zdravstvenimi delavci v psihiatrični bolnišnici in zdravstvenimi delavci v prehospitalni enoti NMP. Podrobni rezultati so prikazani v tabeli 22.

Tabela 22: Kako bi se vedli do Marine, če bi zaradi poskusa samomora poiskala pomoč v vaši službi?

	Vsi	PSIHIATRIČNA BOLNIŠNICA	NMP	χ^2	p
	n = 104 (%)	n = 52 (%)	n = 52 (%)		
Zaradi poznavanja njene družinske situacije bi ji še lažje pomagal/-a.	57 (54,8)	26 (50,0)	31 (59,6)	0,971	0,325
Zaradi poznavanja njene družinske situacije ji ne bi pomagal/-a in bi prosil/-a kolegico.	18 (17,3)	11 (21,1)	7 (13,5)	1,075	0,300
Bil/-a bi skrajno previden/-dna, saj bi pričakoval/-a težave.	31 (29,8)	20 (38,5)	11 (21,2)	3,722	0,054
Mehanično in hitro bi opravil/-a svoje delo in se ne bi pogovarjal/-a z bolnikom.	2 (1,9)	0 (0,0)	2 (3,8)	2,039	0,153

	Vsi	PSIHIATRIČNA BOLNIŠNICA	NMP	χ^2	p
	n = 104 (%)	n = 52 (%)	n = 52 (%)		
Nahrulil bi jo, kaj je grdega in hudobnega naredila.	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,000	1,000

Legenda: NMP: urgentna prehospitalna enota nujne medicinske pomoči, χ^2 : test hi-kvadrat, p: statistična značilnost, n: frekvenca, %: delež

Pri istem namišljenem primeru so zdravstveni delavci v največji meri navedli, da bi do znanke čutili skrb (70,2 %), olajšanje (33,7 %) in negotovost (26,9 %), manj pa jezo (9,6 %) in brezbržnost (1,0 %). Test hi-kvadrat ni pokazal statistično pomembne razlike med zdravstvenimi delavci v psihiatrični bolnišnici in zdravstvenimi delavci v prehospitalni enoti NMP. Podrobni rezultati so prikazani v tabeli 23.

Tabela 23: Kaj bi čutili do Marine, ki bi prišla po pomoč po poskusu samomora?

	Vsi	PSIHIATRIČNA BOLNIŠNICA	NMP	χ^2	p
	n = 104 (%)	n = 52 (%)	n = 52 (%)		
Olajšanje	35 (33,7)	20 (38,5)	15 (28,5)	1,077	0,299
Skrb	73 (70,2)	36 (29,6)	37 (71,2)	0,046	0,830
Jezo	10 (9,6)	3 (5,8)	7 (13,5)	1,770	0,183
Negotovost	28 (26,9)	13 (25,0)	15 (28,8)	0,195	0,658
Brezbržnost	1 (1,0)	1 (1,9)	0 (0,0)	1,010	0,315

Legenda: NMP: urgentna prehospitalna enota nujne medicinske pomoči, χ^2 : test hi-kvadrat, p: statistična značilnost, n: frekvenca, %: delež

O nastali situaciji in razmislekih o predpostavljene znanki Marini iz vinjete so zdravstveni delavci v največji meri navedli, da vidijo priložnost, da sedaj lahko pride do prave pomoči, in naj znanka sprejme ponujeno pomoč (84,6 %). Hkrati je 27,9 % zdravstvenih delavcev posvarilo, da je iskanje pomoči lahko začetek težav v obliki novih poskusov samomora. Bolje, da se ne vpletam, je razmišljalo le 2,9 % zdravstvenih delavcev. Test hi-kvadrat ni pokazal statistično pomembne razlike med zdravstvenimi delavci v psihiatrični bolnišnici in zdravstvenimi delavci v prehospitalni enoti NMP. Podrobni rezultati so prikazani v tabeli 24.

Tabela 24: Kaj bi mislili o Marini, ki bi prišla po pomoč po poskusu samomora?

	Vsi	PSIHIATRIČNA BOLNIŠNICA	NMP	χ^2	p
	n = 104 (%)	n = 52 (%)	n = 52 (%)		
Tole je začetek težav, zna se nenehno vračati s ponovnimi poskusi samomora.	29 (27,9)	13 (25,0)	16 (30,8)	0,430	0,512
Zdaj je priložnost, da pride do prave pomoči, naj sprejme ponujeno pomoč.	88 (84,6)	47 (90,4)	41 (78,8)	2,659	0,103
Ali je sploh pomislila na otroke?	8 (7,7)	3 (5,8)	5 (9,6)	0,542	0,462
Ne znam pravilno izbrati besed, ne želim je prizadeti, samo pomagati želim.	15 (14,4)	6 (11,5)	9 (17,3)	0,701	0,402
Bolje, da se ne vpletam.	3 (2,9)	1 (1,9)	2 (3,8)	0,343	0,558

Legenda: NMP: urgentna prehospitalna enota nujne medicinske pomoči, χ^2 : test hi-kvadrat, p: statistična značilnost, n: frekvenca, %: delež

Hipoteza se ne potrdi.

4. HIPOTEZA: Medicinske sestre imajo potrebo po dodatnem izobraževanju o MOM.

Glede strokovne podkovanosti o MOM smo pričakovali, da bo največ 25 % delavcev v zdravstveni negi navedlo zadostno strokovno podkovanost. Izhodišče za prag 25 % smo povzeli iz literature, kjer se rezultati pogosto delijo na štiri enake dele ali kvartila. Zgornja kvartila (25 % primerov) predstavlja skupino, kjer so razmere ocenjene kot dovolj dobre. Rezultati v tabeli 25 prikazujejo, da je 9,6 % zdravstvenih delavcev navedlo zadostno strokovno podkovanost, preostali pa so bili negotovi. Test hi-kvadrat je pokazal, da so bili dejanski rezultati še slabši od naših pričakovanj ($\chi^2 = 13,5128$; $p < 0,001$).

Tabela 25: Menite, da ste strokovno podkovani na področju bolnikov z MOM?

	n = 104	%
Da	10	9,6
Ne	51	49,0
Ne vem	43	41,3

Legenda: n: frekvenca, %: delež

Tudi glede udeležbe na izobraževanjih smo pričakovali podobno nizko udeležbo. Rezultati v tabeli 26 so pokazali, da se je formalnega izobraževanja udeležilo le 13,5 %

zdravstvenih delavcev. Test hi-kvadrat je pokazal, da so bili dejanski rezultati še slabši od naših pričakovanj ($\chi^2 = 7,385$; $p < 0,001$). Vendar je 30,8 % zdravstvenih delavcev navedlo, da so se poskušali samostojno izobraževati z iskanjem literature.

Tabela 26: Ste že kdaj iskali literaturo ali pa ste se morda udeležili izobraževanja s področja dela z bolniki z MOM?

	n = 104	%
Udeležba na izobraževanju	14	13,5
Iskanje literature	32	30,8
Ne	58	55,8

Legenda: n: frekvenca, %: delež

Literature o bolnikih z MOM je v primerjavi z drugimi bolezenskimi kategorijami manj, zato smo pričakovali, da bo največ 25 % zdravstvenih delavcev navedlo, da so bili pri samostojnem iskanju uspešni. Rezultati v tabeli 27 prikazujejo, da je le 3,8 % zdravstvenih delavcev potrdilo, da so našli literaturo s področja dela z bolniki z MOM. Test hi-kvadrat je pokazal, da so bili dejanski rezultati še slabši od naših pričakovanj ($\chi^2 = 24,821$; $p < 0,001$).

Tabela 27: Kako uspešni ste bili pri iskanju literature s področja dela z bolniki z MOM?

	n = 104	%
Sem našel/-šla.	4	3,8
Nisem našel/-šla.	53	51,0
Nisem iskal/-a, ker me ne zanima.	34	32,7
Nisem iskal/-a.	13	12,5

Legenda: n: frekvenca, %: delež

Hipoteza se potrdi.

3.5 RAZPRAVA

Mejna osebnostna motnja je psihiatrična motnja s prevladujočim vzorcem nestabilnosti na štirih področjih: regulaciji afekta, nadzoru impulzov, samopodobi in medosebnih odnosih (American Psychiatric Association, 2013). Nekaj značilnosti MOM je sicer mogoče najti pri večini ljudi zlasti v obdobju adolescence, vendar pa motnjo po

kriterijih DSM-5 ali MKB-10 diagnosticiramo šele, ko simptomi povzročajo pomembne in trajne težave v medosebnih odnosih, samopodobi, afektu in impulzivnosti ter ko se začnejo v zgodnji odrasli dobi (Kordić Lašič in Gselman, 2014). Bolniki z MOM sestavljajo 10 % psihiatričnih ambulantnih bolnikov in 20 % psihiatričnih hospitaliziranih bolnikov (American Psychiatric Association, 2013). Običajno potrebujejo pogoste zdravstvene storitve s področja mentalnega zdravja in jih je težje zdraviti kot posameznike z drugimi psihiatričnimi motnjami (Paris, 2006). Bolniki z MOM zato predstavljajo znaten izziv psihiatričnemu negovalnemu osebju, ki mora uravnati terapevtsko okolje za okrevanje z omejitvijo impulzivnega, samouničevalnega vedenja (Bland & Rossen, 2005). Zaradi kompleksnosti MOM se morajo medicinske sestre, ki negujejo te bolnike, spopadati z različnimi težavami, do katerih pri drugih bolnikih ne prihaja, kot so bolnikova jeza, nesamostojnost, vprašanja navezanosti in zapustitve (Koekkoek, et al., 2010). James in Cowman (2007) sta poročala, da je 80 % psihiatričnih medicinskih sester zato prepričanih, da je delo z bolniki z MOM težje kot delo z bolniki z drugimi psihiatričnimi diagnozami. Nadalje jih je bilo 81 % tudi prepričanih, da je zdravstvena nega bolnikov z MOM nezadostna, v raziskavi Giannoulia in sodelavcev (2009) pa so medicinske sestre poročale o vrzeli v svojem znanju o MOM. Medicinske sestre tako v različnih raziskavah izražajo pripravljenost za dodatno izobraževanje, da bi izboljšale svoje terapevtske spretnosti za zdravstveno nego bolnikov z MOM (Hauck, et al., 2013).

Najpomembnejši dejavnik ustreznega ravnanja z bolniki z MOM je izobrazbena osnova, tj. znanje in razumevanje diagnoze (Ross & Goldner, 2009). Namen naše raziskave je zato bil ugotoviti znanje medicinskih sester v psihiatričnih bolnišnicah in specializiranih ambulantah (PSIHIATRIČNA BOLNIŠNICA) ter prehospitalnih enotah nujne medicinske pomoči (NMP) o MOM. Iz tega namena izpeljan cilj je bil tudi ugotoviti, kakšne so razlike o znanju glede na delovno področje, kakšno je trenutno njihovo znanje, kako bi se znašle v posamezni situaciji, ki smo jo opisali, in kakšno izobraževanje še potrebujejo s tega področja. Da bi vsebino vprašalnika kar najbolj približali anketirancem, smo pripravili klinično vinjeto z izmišljeno zgodbo o Marini, ki izkazuje vse simptome in znake MOM.

Podobno kot predhodne raziskave (Giannouli, et al., 2009; James & Cowman, 2007) smo najprej ugotavljali, kateri dejavniki vplivajo na znanje medicinskih sester o MOM. Rezultati naše raziskave so pri tem pokazali, da v znanju medicinskih sester o MOM ni bilo statistično pomembnih razlik glede na njihovo starost, izobrazbeno stopnjo in delovno dobo. Hauck in sodelavci (2013) nasprotno ugotavljajo, da so leta službovanja na psihiatričnih oddelkih pomemben dejavnik znanja medicinskih sester o ravnanju z bolniki z MOM. Psihiatrične medicinske sestre z večletnimi izkušnjami zagotavljajo kakovostnejšo zdravstveno nego bolnikov z MOM in so pri svojem delu tudi bolj pozitivno naravnane. Njihov zgled zato služi kot vzor manj izkušenim medicinskim sestram, da jih pri tem posnemajo. Vodje medicinskih sester na oddelkih z visokim deležem bolnikov z MOM zato stremijo k temu, da zadržijo in tudi zaposlujejo izkušene medicinske sestre (Hauck, et al., 2013).

Bodner in sodelavci (2011) kot pomembne dejavnike poleg let službovanja poudarjajo še klinično okolje in strokovnost. Rezultati raziskave Haucka in sodelavcev (2013) potrjujejo naše rezultate, da raven izobrazbe medicinskih sester ni bistveno povezana z njihovim znanjem o zdravstveni negi bolnikov z MOM. To ni presenetljivo, če upoštevamo, da izobraževalni programi za medicinske sestre pravzaprav nudijo podobne učne načrte za področje dokazljive prakse psihiatrične zdravstvene nege.

Zdravstveni delavci pri delu z bolnikom z MOM pogosto pričakujejo zaplete (Bland, et al., 2007), kar potrjuje tudi naša raziskava. Medicinske sestre pričakujejo, da se pri MOM pojavljajo verbalno nasilje, menjava razpoloženja in spremenjeno vedenje, neutemeljene pritožbe, nasilno vedenje do predmetov, samopoškodbeno vedenje, neutemeljene zahteve po ugodnostih in pozornosti, fizično nasilje do drugih oseb in nezanesljivo podajanje podatkov. Podobno ugotavljajo tudi raziskave tujih avtorjev (Rivera Segarra, et al., 2014; Swift, 2009), ki navajajo, da bolnišnično zdravstveno osebje, posebej medicinske sestre, pričakujejo verbalno nasilje s strani bolnikov z MOM zaradi neupravičene ter intenzivne jeze, ki je bolnik ne more krotiti. Medicinske sestre pričakujejo tudi težave kontratransferja, pri čemer imajo same težave z nadzorovanjem lastne reakcije nezadovoljstva, nejevolje in jeze ter se tako težko izognejo nestrokovnim odzivom (Koekkoek, et al., 2010). Poleg tega, da morajo prenašati verbalno nasilje

bolnikov z MOM, se morajo medicinske sestre soočati še s številnimi drugimi izzivi, ko jim poskušajo zagotoviti varno in učinkovito oskrbo. Za medosebne odnose teh bolnikov so značilni afektivna nestabilnost, impulzivna agresija, intenzivno čustvovanje in krize. Zaradi svoje nestabilnosti v medosebnih odnosih in pomanjkanja nadzora nad čustvi so v nenehnem konfliktu z medicinskimi sestrami (Bland & Rossen, 2005; Eastwick & Grant, 2005). Bolnike z MOM teži intenziven občutek osamljenosti in zaradi tega se lahko mrzlično trudijo, da bi se izognili resnični ali namišljeni zapustitvi tako, da se oklepajo odnosa, celo potem, ko so se že odtujili od druge osebe. To isto oklepajoče se vedenje se lahko izrazi v odnosu do medicinske sestre na oddelku. Zaradi takega vedenja sestre pogosto težko enakovredno zadovoljujejo potrebe in zahteve bolnika z MOM ter potrebe ostalih bolnikov na oddelku (Bland & Rossen, 2005). Medicinske sestre morajo obvladovati tudi osebne reakcije na bolnikovo nihanje razpoloženja. Prav tako so bolj usposobljene, da se spoprijemajo s posledicami teh čustvenih izbruhov in se vzdržujejo lastnih čustvenih odzivov (Bland, et al., 2007).

Z bolniki z MOM se tako v veliki meri srečujejo tudi medicinske sestre v prehospitalnih enotah. Rezultati naše raziskave pri tem kažejo, da imajo zaposleni v psihiatričnih bolnišnicah v povprečju boljše znanje o MOM od tistih, ki so zaposleni na urgentnih prehospitalnih enotah, s čimer potrjujemo prvo zastavljeno hipotezo. Podobno ugotavljata tudi Commons Treloar in Lewis (2008), ki sta razumevanje bolnikov z MOM in ustreznost ravnanja z njimi preverjala na oddelkih za mentalno zdravje in urgenco ter prav tako ugotovila, da so medicinske sestre na oddelkih za mentalno zdravje boljše usposobljene za delo z bolniki z MOM.

S povečevanjem izkušenj na področju psihiatrije pri delu z bolniki z MOM medicinske sestre opažajo, da s časom bolnike bolj učinkovito obvladujejo. Izboljšanje svojega znanja dosežejo z leti izkušenj in z učenjem po mehanizmu poskusov ter napak, tako da je pridobljeno znanje v veliki meri posledica njihove prakse. Z leti izkušenj na področju psihiatrične nege medicinske sestre pridobijo strokovno znanje in razvijejo boljši odnos pri delu s to populacijo (Hauck, 2013). Z našo raziskavo pa ugotavljamo, da ni statistično pomembnih razlik med praktičnim in teoretičnim znanje medicinskih sester na področju psihiatrije o MOM; s čimer zavračamo drugo hipotezo.

Manipulacija in postopek delitve osebja sta sicer še en izziv za medicinske sestre, ki delajo z bolniki z MOM. Ti bolniki namreč na svet in ljudi gledajo črno-belo ter tudi medicinske sestre delijo v dve skupini: šibke ali močne, dobre ali slabe, odvisne ali neodvisne. Dobre in slabe medicinske sestre se lahko premikajo med kategorijami, kjer jih bolnik z MOM sprva idealizira, kasneje pa razvrednoti. Ta primitivni obrambni mehanizem razvrščanja medicinskih sester po skupinah odraža polarizacijo bolnikovih občutkov v dobre in slabe, vendar mora medicinska sestra ne glede na oznake in vedenje bolnika še naprej strokovno opravljati svoje delo (Bland & Rossen, 2005). Ker se pri tem gotovo pojavljajo reakcije na bolnikovo vedenje, sta naravnost medicinskih sester in poznavanje lastnih čustev ter vedenja bistvena pri razvoju pozitivnega delovnega odnosa med medicinsko sestro ter bolnikom (Wilkins & Warner, 2001), kar je tudi ključnega pomena pri zagotavljanju kakovostnega zdravljenja bolnikov z MOM (Woollaston & Hixenbaugh, 2008). Sami pa s svojo raziskavo ugotavljamo, da se medicinske sestre manj zavedajo svojega miselnega, čustvenega in vedenjskega odziva pri zdravstveni negi bolnikov z MOM ter pri tem tudi ne zaznavamo razlik med medicinskimi sestrami na področju psihiatrije in medicinskimi sestrami na urgentnih prehospitalnih enotah nujne medicinske pomoči. S to ugotovitvijo smo zavrnil tretjo hipotezo.

Pri preverjanju tretje hipoteze se je pokazalo tudi pomembno razmerje med pozornostjo, ki jo medicinske sestre pri obravnavi bolnika namenijo lastni zaščiti pred njim. Pridobljeni odgovori namreč kažejo, da medicinske sestre bolnike z MOM večinoma bolj podrobno opazujejo in hkrati v zvezi z njimi pričakujejo težave ter da jih zaradi tega več kot polovica vzpostavi distanco do njih. Iz tega lahko sklepamo, da prihaja pri medicinskih sestrah do stigmatiziranja bolnikov z MOM.

Izzivov, ki so jim izpostavljene medicinske sestre pri negi bolnikov z MOM, se same zavedajo in tudi izražajo potrebo po dodatnem izobraževanju. Podatki kažejo, da niti desetina medicinskih sester svoje strokovne podkovanosti na področju bolnikov z MOM ne ocenjuje kot zadostne, s čimer potrjujemo četrto hipotezo, da imajo medicinske sestre potrebo po dodatnem izobraževanju o MOM. Kljub temu ugotavljamo, da se zgolj slaba desetina udeležuje izobraževanj s področja dela z bolniki z MOM, primanjkljaj pa

skušajo deloma nadomestiti s samoizobraževanjem o MOM, ki ga realizira tretjina medicinskih sester. Skupno rezultati torej kažejo na to, da medicinske sestre svoje znanje o zdravstveni negi bolnikov z MOM večinoma pridobivajo iz prakse in z učenjem po principu poskusov ter napak, čeprav se same zavedajo svojih potreb po dodatnem izobraževanju in se v zdravstveni negi bolnikov z MOM pogosto težko ustrezno odzovejo. Rezultati potrjujejo, da je zdravstvene delavce pri svojem delu včasih strah ravno zaradi tega, ker nimajo ustreznega znanja, kot ugotavljajo že Bland in sodelavci (2007). Strah bi lahko zmanjšali, če bi medicinske sestre opremili z znanjem, prepoznavanjem potreb in cilji hospitalizacije bolnikov z MOM. Bolniki z MOM imajo celo vrsto potreb, ki jih mora psihiatrično osebje prepoznati, da lahko zadovoljivo nadzoruje njihovo bivanje v bolnišnici (Woollaston & Hixenbaugh, 2008).

Cilji zdravljenja hospitaliziranih bolnikov z MOM so zelo jasni, pri čemer pa je najpomembnejše, da je vse osebje seznanjeno z načrtom in omejitvami obravnave ter da od teh ne odstopa. Osebje mora biti pozorno na bolnikovo samouničevalno vedenje, mu pomagati premostiti povezavo z dejanji in občutki ter ustvariti urejeno socialno okolje, v katerem se lahko zdravljenje uspešno realizira (Bland, et al., 2007). Bolniki z MOM lahko začasno postanejo psihotični ter doživljajo halucinacije ali blodnje in medicinske sestre morajo biti pozorne na tiste, ki doživljajo prehodne paranoidne ideje v obdobju stresa, in se na terapevtski način odzvati na njihove potrebe (Paris, 2006). Čeprav so največkrat same tarča bolnikovih manipulacij, žalitev ter agresivnega in uničevalnega vedenja, se morajo osredotočiti na spraševanje in razumevanje, ne pa na obsojanje in kaznovanje (Fonagy & Bateman, 2006). Bolnik je z medicinsko sestro v nenehnem stiku in dokazano je, da so splošne spretnosti ter odnos medicinskih sester za njegovo zdravljenje ravno tako pomembni kot izbrani tip zdravstvenega posega (Fonagy & Bateman, 2006). Izobraževanje je pri tem bistven dejavnik ustrezne nege bolnika z MOM.

Izobraževalne delavnice in timski posveti so bistvenega pomena za pomoč osebju pri uravnavanju vedenja bolnika z MOM ter razvijanju strategij za ublažitev simptomov (Bland & Rossen, 2005). Pri vsakem zdravljenju je dobro timsko delo bistvenega pomena, saj bolnik zahteva multidisciplinarno obravnavo različnih strokovnjakov iz

služb več sektorjev (zdravstva, socialnih služb, nevladnih organizacij) za svoje kompleksne potrebe. Timski pristop tudi zmanjša možnost delitve med uslužbenci in postavljanja mej, kot na primer poskus razvijanja neprimernih odnosov z določenimi člani osebja in prekoračitve mej, določenih za preprečitev samouničevalnega vedenja. Zagotavlja tudi, da je zdravstvena nega strukturirana, specifična in stalna ter s skupnimi cilji (Swift, 2009). Priporoča se tudi triumvirat, kjer si tri medicinske sestre enakovredno delijo odgovornost za zdravstveno nego, izmenjavajo vloge in se skupno ukvarjajo z bolnikom. Dve medicinski sestri delata kot koterapevtki med terapijo, ki ji sledi sestanek s tretjo sestro, na katerem se obravnavajo kakršna koli strokovna, osebna ali emocionalna vprašanja, ki so se pojavila (Gunderson, 2009). Izobraževalni programi, namenjeni učenju strategij dela z bolniki z MOM in terapevtskega dela, lahko vključujejo dinamiko MOM, spodbujanje samozavedanja lastnega odnosa in praktični klinični protokol (Hauck, et al., 2013).

Največjo omejitev raziskave je predstavljala okoliščina, da tri slovenske psihiatrične bolnišnice izmed šestih niso želele sodelovati v raziskavi. Prav tako je bil odziv medicinskih sester pod našimi pričakovanji, odzivnost je znašala le 63,0 %; namesto 15 % smo dosegli le 10 % celotne populacije. Vprašalnik je zajemal kviz in obstaja tveganje, da ga anketiranci niso izpolnjevali samostojno, ampak so si brez naše vednosti poiskali pomoč in s tem izkrivili rezultate. Sodelovanje v raziskavi je bilo anonimno in izpolnjevanje vprašalnika ni potekalo pod našim nadzorom oziroma nadzorom tretje osebe. Seveda smo anketirance pozvali, da rešijo vprašalnik samostojno in brez tehničnih pripomočkov, in verjamemo, da so se držali našega poziva ter da dobljeni rezultati prikazujejo dejansko oceno razmer in stališč v psihiatrični zdravstveni negi.

4 ZAKLJUČEK

Delo medicinske sestre zahteva vzpostavitev odnosa z bolnikom in prav na področju odnosov imajo bolniki z MOM največ težav. Če dodamo še čustveno nestabilnost in impulzivnost bolnikov ter njihovo nepredvidljivo vedenje, si lahko zamislimo, kako težavno je lahko medicinski sestri zagotoviti učinkovito zdravstveno nego in hkrati prenesti vse preizkušnje, ki jih ta prinaša. Usposobljenost za specifično delo z bolniki z MOM je zato ključnega pomena, da lahko medicinska sestra sploh opravlja svoje delo, in z raziskavo to usposobljenost ocenjujemo na podlagi seznanjenosti ter vedenja o MOM. Usposobljenosti medicinskih sester o MOM smo preverili na dveh najbolj izpostavljenih službah, kjer je stik z osebami z MOM skoraj vsakodneven, in sicer v psihiatričnih bolnišnicah ter prehospitalnih enotah nujne medicinske pomoči. Raziskava je temeljila na vinjetnem primeru in anketnem vprašalniku ter po svoji zasnovi sledi podobnim raziskavam v tujini.

Na osnovi dobljenih rezultatov zaključujemo, da je znanje s področja MOM dokaj šibko, kar je pokazal rezultat o strokovni podkovanosti, ki nakazuje, da več kot polovica medicinskih sester nima ustreznega znanja o MOM. Vendar pa rezultati kažejo na višjo stopnjo znanja medicinskih sester o MOM kot rezultati podobnih raziskav v tujini. Medicinske sestre, ki delajo v psihiatričnih bolnišnicah, imajo poleg tega v primerjavi z medicinskimi sestrami, ki delajo v prehospitalnih enotah nujne medicinske pomoči, več znanja, kar lahko pripisujemo njihovem pogostejšemu srečevanju in obravnavi teh bolnikov. Vendar pa bi ravno zaradi pogostosti MOM v psihiatrični populaciji pričakovali, da bo znanje medicinskih sester vsaj na praktičnem področju bistveno boljše, saj je naš primer v vinjeti precej preprost in razpoznaven, vprašanja pa se nanašajo na najbolj temeljne podatke glede znanja o MOM.

Skladno z rezultati o nizki stopnji seznanjenosti medicinskih sester o MOM raziskava tudi kaže, da imajo medicinske sestre potrebo in željo po izboljšanju lastnega dela z MOM ter so pripravljene svoje znanje poglobiti z izobraževanjem, ki bi temeljilo na praktičnem in teoretičnem področju. Pri tem ostaja odprto vprašanje organizacije izobraževanja in literature s področja MOM, saj medicinske sestre nimajo veliko

priložnosti za udeležbo na takšnih izobraževanjih, hkrati pa izražajo tudi ovire pri iskanju ustrezne literature v namen samoizobraževanja. V zvezi s tem pozivamo vse strokovnjake, da morebitne lastne raziskave objavijo v strokovni literaturi oziroma prevajajo smernice tujih avtorjev, ki bi ustrezno pripomogle k znanju o MOM. Glavnim medicinskim sestram bolnišnic, ne le psihiatričnih, je treba sam problem osvetliti in si prizadevati za organizacijo dodatnih izobraževanj v smislu teorije (kaj je MOM, kako pristopati, kako se vesti ...) ter praktičnih konkretnih primerov razreševanja konkretne situacije (študije primerov).

Poseči bi morali tudi v sam proces izobraževanja novih zdravstvenih kadrov, tako da bi v obvezne kurikule uvedli zdravstveno nego v psihiatrični dejavnosti, ki bi se ukvarjala s pristopi k bolnikom z MOM. Dijake in študente bi tako opremili z znanjem že v času izobraževalnega procesa, saj se z MOM ne srečujemo samo na psihiatriji, temveč na vseh področjih zdravstvene nege. Le na ta način bomo zmanjšali primanjkljaj v znanju o MOM in medicinskim sestram omogočili strokovni pristop, bolnikom pa nudili podporo in razumevajoč odnos pri zdravljenju. Vse organizatorje in izvajalce izobraževanj zato spodbujamo, da rezultate izobraževanj primerjajo z našimi rezultati in ocenijo, kako sta se znanje in praktična usposobljenost izboljšala.

5 LITERATURA

American Psychiatric Association, 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. Arlington: American Psychiatric Publishing.

American Psychiatric Association, n.d. *DSM*. [online] Available at: <http://psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm> [Accessed 14 October 2015].

Barnicot, K., Katsakou, C., Marougka, S. & Priebe, S., 2011. Treatment completion in psychotherapy for borderline personality disorder—a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 123(5), pp. 327–338.

Barone, L., Fossati, A. & Guiducci, V., 2011. Attachment mental states and inferred pathways of development in borderline personality disorder: a study using the adult attachment interview. *Attachment & human development*, 13(5), pp. 451–469.

Bateman, A.W., 2012. Treating borderline personality disorder in clinical practice. *American Journal of Psychiatry*, 169(6), pp. 560–563.

Benedik, E., 2013. Ocenjevanje osebnosti v klinični psihologiji. In: R. Masten & M. Smrdu, eds. *Klinična psihologija*. Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete, pp. 224–229.

Benedik, E., 2014. *Osebnost med zdravjem in boleznijo: psihološko razumevanje, ocenjevanje in zdravljenje motenj osebnosti*. Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete.

Bland, A.R. & Rossen, E.K., 2005. Clinical supervision of nurses working with patients with borderline personality disorder. *Issues in mental health nursing*, 26(5), pp. 507–517.

Bland, A.R., Tudor, G. & McNeil Whitehouse, D., 2007. Nursing care of inpatients with borderline personality disorder. *Perspectives in Psychiatric Care*, 43(4), pp. 204–212.

Bodner, E., Cohen-Fridel, S. & Iancu, I., 2011. Staff attitudes toward patients with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 52(5), pp. 548–555.

Bodner, E., Cohen-Fridel, S., Mashiah, M., Segal, M., Grinshpoon, A., Fischel, T. & Iancu, I., 2015. The attitudes of psychiatric hospital staff toward hospitalization and treatment of patients with borderline personality disorder. *BMC psychiatry*, 15(1), pp. 2–12.

Bradley, R., Jenei, J. & Westen, D., 2005. Etiology of borderline personality disorder: disentangling the contributions of intercorrelated antecedents. *The Journal of nervous and mental disease*, 193(1), 24–31.

Callan, J.A. & Howland, R.H., 2009. Borderline personality disorder: inpatient psychiatric nursing management. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 47(5), p. 13.

Cato, M.L., Lasater, K. & Peeples, A.I., 2009. Nursing Students' self-assessment of their simulation experiences. *Nursing education perspectives*, 30(2), pp. 105–108.

Commons Treloar, A.J. & Lewis, A.J., 2008. Professional attitudes towards deliberate self-harm in patients with borderline personality disorder. *Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 42(7), pp. 578–584.

Dawson, D.L. & MacMillan, H.L., 2013. *Relationship management of the borderline patient: from understanding to treatment*. London: Routledge.

Deans, C. & Meocevic, E., 2006. Attitudes of registered psychiatric nurses towards patients diagnosed with borderline personality disorder. *Contemporary Nurse*, 21(1), pp. 43–49.

Doenges, M.E., Moorhouse, M.F. & Murr, A.C., 2013. *Nursing diagnosis manual: planning, individualizing, and documenting client care*. Philadelphia: FA Davis.

Domes, G., Schulze, L. & Herpertz, S.C., 2009. Emotion recognition in borderline personality disorder-a review of the literature. *Journal of personality disorders*, 23(1), pp. 6–19.

Eastwick, Z. & Grant, A., 2005. The treatment of people with 'borderline personality disorder': a cause for concern? *Mental Health Practice*, 8(7), pp. 38–40.

Fagin, L., 2012. Management of common personality disorders in the acute setting. *Clinical Topics in Personality Disorder*, 8(1), p. 81.

Fetter, M.S., 2009. Improving information technology competencies: implications for psychiatric mental health nursing. *Issues in mental health nursing*, 30(1), pp. 3–13.

Fonagy, P. & Bateman, A., 2006. Progress in the treatment of borderline personality disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 188(1), pp. 1–3.

Giannouli, H., Perogamvros, L., Berk, A., Svigos, A. & Vaslamatzis, G., 2009. Attitudes, knowledge and experience of nurses working in psychiatric hospitals in Greece, regarding borderline personality disorder: a comparative study. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 16(5), pp. 481–487.

Gregorič Kumperščak, H., 2013. Shizofrenija z zgodnjim začetkom. *Zdravniški vestnik*, 82(6), pp. 402-409.

Groleger, U., 2006. Bordeline: Mejna motnja in mejna diagnoza? In: M. Srpak, ed. *Nedokončana zgodba. 2, Shizoidna in borderline osebnostna motnja*. Ormož: Psihiatrična bolnišnica, pp. 57–59.

Gunderson, J.G., 2009. Borderline personality disorder: ontogeny of a diagnosis. *American Journal of Psychiatry*, 166(5), pp. 530–539.

Hauck, J., 2013. Psychiatric nurses' attitudes and persons with borderline personality disorder: focus on clinical practice, education, and best practices-a follow-up. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 19(1), pp. 33–33.

Hauck, J.L., Harrison, B. & Montecalvo, A.L., 2013. Psychiatric nurses' attitudes toward patients with borderline personality disorder experiencing deliberate self-harm. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 51(1), pp. 20–29.

Jackson, B.R., 2014. Nursing Management of Borderline Personality Disorders: Thriving on Chaos. *Journal of Addictive Disorders*, 20(14), pp 1–21.

James, P.D. & Cowman, S., 2007. Psychiatric nurses' knowledge, experience and attitudes towards clients with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(7), pp. 670–678.

Johnson, B.S. & Newland, J.A., 2012. Integration of physical and psychiatric assessment. In: E.L. Yearwood, G.S. Pearson & J.A. Newland, eds. *Child and Adolescent Behavioral Health: A Resource for Advanced Practice Psychiatric and Primary Care Practitioners in Nursing*. London: Sunny, pp. 57–83.

Kernberg, O.F. & Yeomans, F.E., 2013. Borderline personality disorder, bipolar disorder, depression, attention deficit/hyperactivity disorder, and narcissistic personality disorder: practical differential diagnosis. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 77(1), pp. 1–22.

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

Koekkoek, B., van Meijel, B. & Hutschemaekers, G., 2010. Community mental healthcare for people with severe personality disorder: narrative review. *The Psychiatrist*, 34(1), pp. 24–30.

Kogovšek, B. & Škerbinek, A., 2009. *Zdravstvena nega pacienta z duševnimi motnjami*. Ljubljana: Tehniška založba Slovenije.

Kordić Lašič, J. & Gselman, M., 2014. Mejna osebnostna motnja. In: M. Muršec, ed. *Psihiatrični utrinki: zbornik prispevkov / tretje Psihiatrično srečanje za zdravnike specialiste in specializante splošne in družinske medicine, Maribor, 31. januar–1. februar 2014*. Maribor: Univerzitetni klinični center, pp. 17–21.

Liebman, R.E. & Burnette, M., 2013. It's not you, it's me: an examination of clinician-and client-level influences on countertransference toward borderline personality disorder. *American Journal of Orthopsychiatry*, 83(1), pp. 115–125.

Lingam, R., 2013. Improving access in borderline therapy for difficult-to-engage patients: a clinical description. *The Journal of nervous and mental disease*, 201(2), pp. 136–142.

McGrath, B. & Dowling, M., 2012. Exploring registered psychiatric nurses' responses towards service users with a diagnosis of borderline personality disorder. *Nursing research and practice*, 20(1), pp. 245–287.

Mivšek, A., 2012. Izkušnje diplomirane medicinske sestre v psihoterapevtski skupini odpuščenih pacientov s psihozo. In: B. Bregar & L. Mrak, eds. *Izzivi pri obravnavi psihoz: zbornik predavanj z recenzijo, Idrija, 13. november 2012*. 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. 40–47.

Musek, J., 2015. *Osebnost, vrednote in psihično blagostanje*. Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete.

Nacionalni inštitut za javno zdravje, n.d. *Druga slovenska izdaja MKB-10*. [online] Available at: <http://www.nijz.si/sl/podatki/druga-slovenska-izdaja-mkb-10> [Accessed 13 October 2015].

Paris, J., 2006. Borderline or bipolar? Distinguishing borderline personality disorder from bipolar spectrum disorders. *Harvard review of psychiatry*, 12(3), pp. 140–145.

Paris, J., 2014. A history of research on borderline personality disorder in childhood and adolescence. In: C. Sharp & J.L. Tackett, eds. *Handbook of Borderline Personality Disorder in Children and Adolescents*. New York: Springer, pp. 9–16.

Radež, J. & Shawe Taylor, M., 2015. Program STEPPS kot možna oblika pomoči posameznikom z mejno osebnostno motnjo. *Psihološka obzorja*, 15(24), pp. 13-20.

Reichborn Kjennerud, T., Ystrom, E., Neale, M.C., Aggen, S.H., Mazzeo, S.E., Knudsen, G.P. & Kendler, K.S., 2013. Structure of genetic and environmental risk factors for symptoms of DSM-IV borderline personality disorder. *JAMA psychiatry*, 70(11), pp. 1206–1214.

Rivera Segarra, E., Rivera, G., López Soto, R., Crespo-Ramos, G. & Marqués-Reyes, D., 2014. Stigmatization experiences among people living with borderline personality disorder in Puerto Rico. *The Qualitative Report*, 19(15), pp. 1–18.

Ross, C.A. & Goldner, E.M., 2009. Stigma, negative attitudes and discrimination towards mental illness within the nursing profession: a review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(6), pp. 558–567.

Samuels, J., 2011. Personality disorders: epidemiology and public health issues. *International review of psychiatry*, 23(3), pp. 223–233.

Schilling, H.E., 2009. *Domestic violence and borderline personality disorder: an analysis of the contributions of abuse duration and severity: doctoral dissertation*. Minnesota: Walden University.

Shulruf, B., Poole, P., Jones, P. & Wilkinson, T., 2014. The objective borderline method: a probabilistic method for standard setting. *Assessment & Evaluation in Higher Education*, 13(6), pp. 1–19.

Stuart, G. & Laraia, M., 2005. *Psychiatric nursing*. Philadelphia: Mosby.

Swift, E., 2009. The efficacy of treatments for borderline personality disorder. *Mental Health Practice*, 13(4), pp. 34–45.

Tadić, A., Elsässer, A., Storm, N., Baade, U., Wagner, S., Basškaya, Ö. & Dahmen, N., 2010. Association analysis between gene variants of the tyrosine hydroxylase and the serotonin transporter in borderline personality disorder. *The world journal of biological psychiatry*, 11(1), pp. 45–58.

Tomko, R.L., Trull, T.J., Wood, P.K. & Sher, K.J., 2013. Characteristics of borderline personality disorder in a community sample: comorbidity, treatment utilization, and general functioning. *Journal of personality disorders*, 33(34), pp. 1–17.

Treloar, A.J.C., 2009. Effectiveness of education programs in changing clinicians' attitudes toward treating borderline personality disorder. *Psychiatric Services*, 60(8), pp. 1128–1131.

Varcarolis, E.M. & Halter, M.J., 2012. *Foundations of Psychiatric mental health nursing: a clinical approach*. London: Elsevier Health Sciences.

Ward, M.F., 2015. European mental health nursing and psychotherapy. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 13(1), pp. 6–8.

Weight, E.J. & Kendal, S., 2013. Staff attitudes towards inpatients with borderline personality disorder: Further education in the diagnosis of borderline personality disorder and better communication with service users is needed to change negative staff attitudes towards patients with the condition, argue Emma Jane Weight and Sarah Kendal. *Mental Health Practice*, 17(3), pp. 34–38.

Wilkins, T.M. & Warner, S., 2001. Women in special hospitals: understanding the presenting behaviour of women diagnosed with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8(4), pp. 289–297.

Woollaston, K. & Hixenbaugh, P., 2008. 'Destructive whirlwind': nurses' perceptions of patients diagnosed with borderline personality disorder. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 15(9), pp. 703–709.

World Health Organization, 2016. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10)-WHO Version for; 2016*. [online] Available at: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en#!/IX> [Accessed 5 Januar 2016].

Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Hennen, J. & Silk, K.R., 2014. The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *The American journal of psychiatry*, 160(2), pp. 274–283.

Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, n.d. *Lik medicinske sestre*. [online] Available at: <http://www.zbornica-zveza.si/sl/o-zbornici-zvezi/o-poklicu/zdravstvena-nega> [Accessed 1 August 2014].

Ziherl, S., 2013. Osebnostne motnje. In: P. Pregelj, ed. *Psihijatrija*. Ljubljana: Psihijatrična klinika, pp. 278–289.

6 PRILOGE

6.1 INSTRUMENT

ANKETNI VPRAŠALNIK O MEJNI OSEBNOSTNI MOTNJI ZA ZAPOSLENE V ZDRAVSTVENI NEGI

Spoštovani!

Sem študentka magistrskega podiplomskega študija na Visoki šoli za zdravstveno nego Jesenice. Pripravljam magistrsko nalogo z naslovom **SEZNANJENOST MEDICINSKIH SESTER Z MEJNO OSEBNOSTNO MOTNJO V PSIHIATRIČNIH BOLNIŠNICAH IN PREHOSPITALNIH ENOTAH** pod mentorstvom izr. prof. dr. Mojce Zvezdane Dernovšek, dr. med. in somentorjem mag. Branko Bregar, viš. pred..

Prosim Vas, da si vzamete nekaj časa in izpolnite anketo, saj bodo rezultati verodostojni le, če bo sodelovalo dovolj zaposlenih.

Zahvaljujem se vam za sodelovanje!

Lep pozdrav,
Urša Blazinšek

1. sklop

Naprošam Vas, da preberete zgodbo in nato odgovorite na zastavljena vprašanja. Vsa imena so izmišljena. Vsaka podobnost z resničnimi osebami, je zgolj naključje.

V vaši ulici živi zelo urejena družina, ki jo poznate še iz otroštva. Starši so zelo prizadevni in delovni in imajo dva, sedaj že odrasla otroka – Janka in Metko. V otroštvu ste se veliko družili. Sedaj ima ta družina ogromno težav. Janko se je poročil z zelo

uspešno in sposobno pravnico Marino in imata dva otroka. Tudi Metka se je poročila in ima enega otroka. Metka se je z družino odselila, njeni starši včasih pazijo njenega otroka. Janko in Marina sta si uredila stanovanje v mansardi v hiši Jankovih staršev. Jankovi starši skrbijo za otroke, jih vodijo v vrtec, na različne dejavnosti. Jankova mama kuha in pospravlja za vse in tako je obremenjena z delom, da z možem že nekaj let ni bila na počitnicah. Kljub velikim prizadevanjem za složno življenje in pripravljenost staršev, da pomagajo, se nesoglasja vrstijo ena za drugo. Marina je zelo ljubosumna in Janko ne sme nikamor od doma, samo v službo in domov. Nad taščo se nenehno pritožuje in ji očita, da hoče otroke obrniti stran od nje, čeprav na drugi strani nenehno pričakuje, da jih bo tašča varovala. Tašča okrivi za vsako prasko ali buško, ki jo otroka dobita ob svojem igranju. Celo obtožila jo je, da je otroka tepla. Tasta Marina obtožuje, da je alkoholik, ker ljubiteljsko kuha različne žganice za svoje prijatelje. Tastu vnukov sploh ne pusti paziti, če je sam, ker mu ne zaupa. Marina je tudi zelo nejevoljna, kadar je pri starših v varstvu Metkin otrok, saj je to navadno, ko je deklica bolna in ne more v vrtec. Tašča obtoži, da s tem ogroža zdravje njenih otrok in jih izpostavlja infekcijam. Marina ima prijateljico, ki ji rada razlaga, kako nesposobnega moža ima in kako je tašča zlobna, tast pa zapit. Marinini starši so tudi povsem pod njenim vplivom in tudi njim razlaga, kako hudo ji je v tem zakonu in kako trpi. Marina Janku nenehno grozi, da če ne bo vse v redu, da se bo ločila, se odselila k svojim staršem in otrok ne bo več videl. Grozi mu tudi, da če jo bo prevaral, da se bo ubila, v pričo otrok, da bodo videli, kako obupnega in nemogočega očeta imajo. Vsi doma se bojijo Marininih izbruhov jeze, saj je takrat nemogoče, da bi se z njo normalno pogovarjali. Enkrat je tako močno vpila, da je v obraz postala vsa modro-vijolična in je lovila sapo. Takrat so jo odpeljali na urgenco, kjer je dobila injekcijo za pomiritev. Marina včasih izbruhne tudi, ko želi popoldan malo počivati. Iz nje bruhajo obtožbe, da ji onemogočajo kariero s tem, ko se ne more v domačem okolju spočiti. Videti je, da Marina živi samo za službo. Ko je Marina doma, vsi okrog nje hodijo po prstih, saj se bojijo, da bo izbruhnila zaradi kakšne od svojih kapric in bodo imeli spet težave. Janko je zelo v stiski, saj se Marina za otroke bolj malo meni, do njega pa je včasih povsem sovražna, včasih hladna, včasih pa ima občutek, da je tako dobro, kot da bi bila spet na medenih tednih. Takrat upa, da bosta rešila probleme, čeprav ga gloda misel, da bodo ti lepi časi minili in bo spet vse

narobe. Skrbi ga tudi za otroke, saj je zelo prepričan, da zanje takšno kaotično vzdušje doma ni najboljše.

Na vas se obrneta Janko in njegov oče, ki vas poznata še iz otroštva. Želita, da jima svetujete, kako umiriti težave doma, saj so vse hujše. Zanima ju tudi, ali obstaja kakšna pomoč. Kot sosed/a že nekaj časa spremljate dogajanje (ni mogoče, da ne bi, saj se določene »drame« dogajajo tudi na vrtu in so zelo glasni) in ste si ustvarili določene mnenje.

V vprašanjih, ki sledijo, nas zanima, kakšno je vaše mnenje, kako bi se v tej situaciji odzvali in kako bi jima pomagali? Zanima nas tudi, ali se s takšnimi osebami, kot je Marina, srečujete pri svojem delu.

1. Kaj mislite o Marini? (obkrožite en odgovor)

- a) Marina je ambiciozna in brezkompromisna karieristka, ki zlorablja dobroto okolice
- b) Marina je »žleht«
- c) Marina ima osebnostno motnjo
- d) Marina je neotesana in nevljudna
- e) Marina izvaja psihično nasilje nad domačimi
- d) Marina trpi in je nesrečna
- f) Marina ima resne duševne težave (npr. depresija), rabi zdravljenje
- g) Drugo – napišite _____

2. Kaj mislite o družini – Janku in njegovih starših? (obkrožite en odgovor)

- a) mož in njegovi starši se pasivno prepuščajo Marininim muham in trpijo
- b) Marino bi morali zlepa ali zgrda naučiti reda
- c) Marino in Janka bi morali starši skupaj z njunimi otroci vreči čez prag
- d) Janko in starši se prilagajajo in hočejo Marini ustreči po najboljših možnih močeh, a očitno nič ne pomaga
- d) drugo (napišite): _____

3. Kaj mislite o problemu? (obkrožite en odgovor)

- a) gre za nesoglasje med mladimi in starejšimi, zato je najbolje, da živijo vsak po svoje
- b) gre za nesoglasje med mladimi in starejšimi in vsak ima svoj delež pri nesoglasju
- c) gre za nesoglasja, ki so značilna za družine, kjer je eden ali več članov osebno moten
- d) gre za nesoglasja, ki so značilna za družine, kjer je eden ali več članov duševno bolan
- e) drugo – napišite _____

4. Kako bi pristopili k Janku in njegovemu očetu (obkrožite en odgovor):

- a) povedal/a bi jima, da naj svoje težave rešujeta sama in da nimam nobene ideje
- b) poslušal/a bi njune težave, ju potolažil/a in povedal/a da rešitev žal ne poznam.
- c) poslušal/a bi njune težave, ju potolažil/a in predlagal/a nekaj rešitev.
- d) drugo (napišite): _____

Če ste pri odgovoru 2 izbrali c) ali d), vas naprošamo, da odgovoriti na vprašanje 3. Če ste odgovorili na vprašanje 2 z a) ali b) pa preskočite na vprašanje 4.

5. Kaj bi Janku in njegovemu očetu bi svetovali da (možnih je več odgovorov):

- a) prebereta kakšno knjigo, ki govori o osebah, s takšnimi težavami – napišite naslov, če se spomnite kakšne _____
- b) obiščeta spletne strani o reševanju odnosov v družini – napišite naslov, če se spomnite kakšne od njih: _____
- c) obiščeta Center za socialno delo
- d) gresta na posvet k psihologu/psihoterapevtu
- e) gresta na posvet k družinskemu zdravniku
- f) gresta na posvet k psihiatru
- g) gresta na posvet v cerkev
- d) drugo (napišite): _____

6. Kaj si predstavljate pod izrazom »mejna osebnostna motnja«? Obkrožite en odgovor.

a) gre za osebo, ki ima težave v odnosih, ker je preobčutljiva na zavrnitve in odnose v svoji stiski krepi z zbujanjem občutkov krivde pri okolici, zvrča odgovornost na okolico in jih ustrahuje.

b) gre za osebo, ki je zaradi osebnostne motnje velikokrat v zaporu, ker zanemarjajo svoje otroke in izvajajo družinsko nasilje

c) gre za osebe, ki so hudi in kronični psihiatrični pacienti

d) drugo (napišite): _____

7. Ali poznate takšne osebe, kot je Marina? Obkrožite en odgovor.

a) da

b) ne

8. Ali srečujete osebe, kot je Marina tudi pri svojem delu? Obkrožite en odgovor.

a) ne, nikoli

b) včasih

c) pogosto

d) vsak dan

9. Katere zdravstvene težave bi pričakovali pri osebi, kot je Marina? Možnih je več odgovorov. Obkrožite en odgovor.

a) panični napad

b) poskus samomora

c) depresija

d) samopoškodbeno vedenje

e) nasilno vedenje

f) drugo – napišite _____

10. Če bi Marina zbolela za sladkorno boleznijo in bi se zdravila z inzulinom, kakšno sodelovanje bi pričakovali? Obkrožite en odgovor.

- a) slabo
- b) nekaj srednjega
- c) dobro

2. SKLOP

Zastavili bi vam nekaj vprašanj o zdravstveni negi oseb z Mejno osebnostno motnjo - MOM

11. Kako pogosta je »mejna osebnostna motnja« v populaciji? Obkrožite en odgovor.

- a) Prizadetost populacije je nižja od 0,1 odstotka.
- b) Prizadetost populacije je med 0,1 in 0,3 odstotki.
- c) Prizadetost populacije je med 1 in 3 odstotki.

12. V katerih okoliščinah pri vsakodnevnem delu medicinska medicinska medicinska sestra sreča osebe, ki imajo MOM? Možnih je več odgovorov.

- a) pri pacientih, ki izkazujejo samopoškodbeno vedenje
- b) pri pacientih, ki so že večkrat poskusili samomor
- c) pri pacientih, ki imajo zelo kaotične medosebne odnose
- d) pri pacientih, ki zlorablajo psihoaktivne substance
- e) pri pacientih, ki so odvisni od psihoaktivnih substanc
- f) pri pacientih, ki imajo najrazličnejše zdravstvene težave
- g) pri svojcih, ki spremljajo pacente
- g) drugo – napišite _____

13. Katere informacije za oceno stanja o pacientu, kot je Marina, pridobiva medicinska medicinska medicinska sestra? Možnih je več odgovorov.

- a) Informacije o dogodki, ki pacienta vznemirjajo.
- b) Informacije o fizični in psihični zlorabi.
- c) Informacije o kaznovanosti.
- d) Informacije o konfliktih z zakonom.
- e) Informacije o pacientovi predhodnih krizah in disfunkcionalnem vedenju.
- f) Informacije o reakcijah svojcev in odnosu z njimi.
- g) Informacije o samodestruktivnem vedenju, poskusih samomora, zlorabi zdravil ali drugih substancah.
- h) Informacije o spolni zlorabi.
- i) Oceno osebnostnega razvoja.

14. Kakšni so kratkoročni cilji nege pacienta z MOM? Možnih je več odgovorov.

- a) Pomoč pri pridruženih duševnih motnjah.
- b) Pomoč pri simptomih.
- c) Pomoč pri vzpostavljanju izboljšanega odnosa.
- d) Sprememba mišljenja.
- e) Sprememba vedenja.
- f) Terapevtska komunikacija.
- g) Varnost (preprečevanje samomorilnega vedenja) ter fizično in psihično udobje pacienta.
- h) Vrednotenje potrebe po medikaciji.
- i) Zmanjševanje stresa.

15. Kakšni so dolgoročni cilji nege pacienta z MOM? Možnih je več odgovorov.

- a) Pomoč pri drugih duševnih motnjah.
- b) Pomoč pri simptomih.
- c) Pomoč pri vzpostavljanju izboljšanega odnosa.

- d) Sprememba mišljenja.
- e) Sprememba vedenja.
- f) Terapevtska komunikacija.
- g) Varnost (preprečevanje samomorilnega vedenja) ter fizično in psihično udobje pacienta.
- h) Vrednotenje potrebe po medikaciji.
- i) Zmanjševanje stresa.

16. Katere zaplete pričakujete pri zdravstveni negi pacienta z MOM? Možnih je več odgovorov.

- a) samomorilno vedenje
- b) nasilno vedenje do predmetov (razbijanje, brcanje v predmete, ...)
- c) verbalno nasilno vedenje (zmerjanje, uporaba neprimernih izrazov, poniževanje, ...)
- d) fizično nasilno vedenje do drugih oseb (brce, klofute, praske, metanje predmetov v druge osebe, ...)
- e) samopoškodbeno vedenje
- f) neutemeljene pritožbe
- h) neutemeljene zahteve po ugodnostih, pozornosti, ...
- i) menjavanje razpoloženja in spremenljivo vedenje
- j) nezanesljivo podajanje podatkov

3. SKLOP

17. Kako se odzovete na podatek, da ima pacient MOM? Možnih je več odgovorov.

- a) ta podatek me niti ne zanima
- b) bolj podrobno opazujem pacienta in se mu še bolj posvetim, saj pričakujem težave
- c) sem previden/a in imam distanco, saj pričakujem težave
- d) če je le mogoče, prepustim delo bolj izkušnim
- e) mehanično in hitro opravim svoje delo in se ne pogovarjam s pacientom
- f) drugo – napišite _____

18. Kako bi se vedli do Marine, če bi zaradi poskusa samomora poiskala pomoč v vaši službi? Njeno zgodbo poznate – ste sosed/a. Obkrožite en odgovor.

- a) zaradi poznavanja njene družinske situacije bi ji še lažje pomagal/a
- b) zaradi poznavanja njene družinske situacije ji ne bi pomagal/a in bi prosil/a kolegico
- c) bil/a bi skrajno previden/a, saj pričakujem težave
- d) mehanično in hitro bi opravil/a svoje delo in se ne bi pogovarjal/a s pacientom
- f) jo nahrulim, kaj je grdega in hudobnega naredila
- f) drugo – napišite _____

19. Kaj bi čutili do Marine, ki bi prišla po pomoč po poskusu samomora? Njeno zgodbo poznate. Lahko obkrožite več odgovorov.

- a) Olajšanje
- b) Skrb
- c) Jezo
- d) Negotovost
- e) Brezbrižnost
- f) Drugo – napišite _____

20. Kaj bi mislili o Marini, ki bi prišla po pomoč po poskusu samomora? Njeno zgodbo poznate. Lahko obkrožite več odgovorov.

- a) tole je začetek težav, zna se nenehno vračati s ponovnimi poskusi samomora
- b) zdaj je priložnost, da pride do prave pomoči, naj sprejme ponujeno pomoč
- c) ali je sploh pomislila na otroke
- d) ne znam pravilno izbrati besed, ne želim jo prizadeti, samo pomagati želim
- e) bolje da se ne vpletam
- f) drugo – napišite _____

21. Menite, da ste strokovno podkovani na področju pacientov z MOM? Obkrožite en odgovor.

- a) Da.
- b) Ne.
- c) Ne vem.

22. Ste že kdaj sami na lastno pobudo iskali literaturo ali pa ste se morda želeli udeležiti izobraževanja s področja dela s pacienti z MOM? Obkrožite en odgovor.

- a) Da, vendar je nisem našel/našla.
- b) Ne, ker me ne zanima.

23. Vas je bilo pri delu s pacientom z MOM kdaj strah? Obkrožite en odgovor.

- a) Da, ker nimam zadosti znanja in ne vem kako pristopiti.
- b) Ne, še nikoli nisem bil/bila v takšni situaciji.
- c) Včasih.

24. Kakšno izobraževanje bi si želeli na področju zdravstvene nege pacientov z MOM? Obkrožite en odgovor.

- a) Takšno, ki nas bi praktično naučil dela s pacienti z MOM.
- b) Takšno, ki nas bi teoretično naučil dela s pacienti z MOM.
- c) Praktično in teoretično.

25. Ste že kdaj iskali literaturo ali pa ste se morda udeležili izobraževanja s področja dela pacientov z MOM? Obkrožite en odgovor.

- a) Udeležba na izobraževanju.
- b) Iskanje literature.
- c) Ne.

4. SKLOP

Lepo vas prosimo, še za nekaj vprašanj o vaših delovnih izkušnjah. Obkrožite ali podčrtajte.

SPOL: ženski moški

NAJVIŠJA DOSEŽENA IZOBRAZBA: srednji zdravstvenik/srednja medicinska medicinska medicinska sestra diplomirana medicinska medicinska medicinska sestra magistrica/magister zdravstvene nege

DELOVNA DOBA: 0-5, 5-10, 10-15, 15- 20, 20-25, 25-30, 30- več let

ZAPOSLENOST V ZN: let

ZAPOSLEN V 1 psihiatrični bolnišnici/ambulanti, 2 zdravstveni dom, 3 urgentne službe, 4 drugje