**M.GORŠE MUHIČ**

**PSIHIATRIČNA ZDRAVSTVENA NEGA**

DEFINICIJA -Psihiatrična ZN je proces človekove komunikacije, ki vključuje dva človeka: MS in B/V, njun odnos in sodelovanje med njima. Osnovni namen tega odnosa je B/V pomagati do večjega uspeha in zadovoljstva v življenju.

Psihiatrična ZN je specialno področje sestrske teorije in prakse - je nega ljudi s patološkimi miselnimi procesi in drugimi motnjami osebnosti, ki se manifestirajo tako močno, da onemogočajo zdravo oz. normalno življenje. Naloga MS v psihiatrični službi je, da v mejah možnosti preprečuje te motnje in jih pomaga odstranjevati. Njen končni cilj pa je popolno duševno zdravje posameznikov in družine v skupnosti (WHO).

Zelo pomembno je: **•** sprejetje B/V – prvi stik z njim

* zaupanje med MS in B/V
* razumevanje B/V – sposobnost empatije in
* poštenje – pošten odnos do B/V

Odnos in komunikacija sta pomembna elementa ZN in to povsod ne samo v psihiatrični ZN.

**Kako bi danes opredelili psihiatrično ZN?**

Poznamo splošne definicije ZN, ki so sprejete v SLO. Psihiatrična ZN je specialno področje prakse ZN, ki se ukvarja s posameznikom, z duševnimi težavami in motnjami, z družino ali širšo skupnostjo v primarnem, sekundarnem in terciarnem zdr. varstvu. Njena osnovna značilnost je medosebni odnos med MS in B/V, usmerjen v prizadevanje pospeševanja in podpiranja vedenja, katerega cilj je razvoj osebnosti in prilagojeno funkcioniranje.

**MODEL MEDSEBOJNIH ODNOSOV**

* TM H. Peplau, ki spada med teorije interakcij

To pomeni:

* da odgovarja na vprašanje, kako naj MS dela
* da MS prikazuje kot osebo, katero delovanje je v interakciji z B/V in njegovo osebnostjo
* razvijanje novih odnosov tako B/V kot MS (za B/V to pomeni, da je pripravljen za sodelovanje, zaupa vase in v druge)
* spreminjanje posameznika in razvijanje novih vzorcev vedenja tako B/V kot MS
* interakcija daje priložnost za rast in razvoj osebnosti tako B/V kol MS
* v interakciji z B/V MS uporablja različne vidike svoje osebnosti, svoj način razmišljanja, dojemanja ter razumevanja sveta
* MS preko zaupljivega odnosa in terapevtske komunikacije odkriva pomen B/V vedenja

**POTEK TERAPEVTSKEGA ODNOSA**

* 1. Faza orientacije
		+ MS in B/V sta si ob srečanjih tujca
		+ vzpostavljanje med-osebnega odnosa in zaupanja - B/V sprejeti kot partnerja
		+ ustvarjanje terapevtskega ozračja
		+ pomoč B/V pri orientaciji, informacije
		+ opazovanje in ocena B/V stanja
	2. Faza indentifikacije
		+ B/V postaja jasno, kaj se z njim dogaja
		+ odnos med MS in B/V se poglablja
		+ B/V se identificira z MS
		+ išče rešitve za svoje probleme, o tem razpravlja z MS
	3. Faza interakcije
		+ B/V ima že jasno izoblikovano sliko glede svoje bolezni
		+ prevzema aktivno vlogo v terapevtskem procesu
		+ išče informacije in izkorišča vse možne vire pomoči
		+ MS vzpodbuja neodvisnost in aktivnost B/V
	4. Faza razrešitve
		+ B/V dela načrte za prihodnost, postavlja si nove cilje in prevzema
		+ odgovornost zase
		+ odpove se identifikaciji in vlogi bolnika
		+ MS in B/V skupaj pregledata vse faze in oživljata izkušnjo odnosa
		+ pregledata dosežene cilje in ovrednotita napredek i

**ČESA SE MS BOJI V ODNOSU Z PSIHIATRIČNIM B/V?**

* nasilja na strani B/V
* zavrnitve, občutka nemoči
* strah pred duševno boleznijo
* izkoriščanja in odvisnosti bolnikov

**VLOGE MS V PSIHIATRIČNI ZN**

Prva, ki je opredelila vloge MS je bila teoretičarka H. Peplau. Potrebno je poznavanje vlog MS na vseh področjih in s tem poznavanje možnosti delovanja ZN

* Psihiatrična MS mora imeti znanja iz različnih področij
* Znanja uporablja v različnih vlogah, v vseh fazah terapevtskega odnosa, vloge so usmerjene v medsebojne odnose in so v pomoč B/V
* MS preko izvrševanja različnih vlog zadovoljuje B/V potrebe in tako deluje za B/V rast in razvoj njegove osebnosti, kar je tudi glavni cilj psihiat. ZN
* MS mora poznati svoje vloge, da spozna in se zave svojih možnosti pri pospeševanju zdravljenja ljudi z duševnimi motnjami
* Vloge ZN se prepletajo in se smatrajo kot najnujnejše, kar mora MS storiti za bolnika
* Pri izvrševanju svojih vlog MS uporablja svoje strokovne znanje, izkušnje, svojo osebnost, samo sebe

**Najpomembnejše vloge psihiatrične MS**

* MS ustvarja terapevtsko okolje, ● MS je izvajalka ZN - strokovna vloga MS
* MS je učiteljica ● MS je terapevtka
* MS je svetovalka ● MS je nadomestna mati
* MS je bolnikova zagovornica ● MS je družbena delavka
* MS je nosilka sprememb in raziskovalka

Pri delu se moramo truditi, da naše vodenje vpliva pozitivno na bolnika in tudi sodelavce.

**Pri zagotavljanju prijetnega okolja so pomembni:**

* Odnosi (tudi med osebjem)
* Urejenost prostorov – toplost, domačnost,..
* Programi – delavna terapija, FTH, interesne dejavnosti

**V vlogi učiteljice B/V poučujemo:**

* O bolezni, ni potrebno, da ve kaj mu je, stanje mu lahko samo opišemo
* O zdravilih, stranjskih učinkih
* O službah, ki so na voljo v skupnosti (ALTRA, ŠENT,…)
* O tem kako vzpostavlja odnose z okoljem, kako skrbi za svoj izgled,…

V vlogi zagovornika smo, ko delamo v dobrobit bolnika. Vloga zagovorništva zahteva dobro klimo – profesionalno klimo, kjer so odnosi med zaposlenimi dobri, profesionalni.

Vloga družbene delavke je mišljena v smislu pojavljanja v družbi z namenom razbiti mit o ″psihiatričnem bolniku″.

**OSEBNOSTNE LASTNOSTI, KI SO POTREBNE MS**

* Zavedanje → zavest o sebi, o stvareh, ki nam predstavljajo neko vrednoto, svoje enkratnosti
* Spoštovanje → sebe in druge
* Zaupanje → v sebe, v druge
* Sprejetost → B/V sprejmemo takšnega kot je
* Iznajdljivost → ustvarja okolje, ki bo na B/V delovalo ugodno
* Poštenost → pozitivna zavzetost, občutenja in dejanja morajo biti skladna)
* Empatija → razumevanje, dovzetnost za B/V občutke
* Pristnost → odkritost, vljudnost, poštenost in iskrenost v medsebojnih odnosih
* Pozitivna usmerjenost → - pomaga B/V vsak dan narediti bolj sprejemljiv
* Humor → kot spodbuda, razvedrilo
* Samozavest → osebna, poklicna
* Upanje → kot uteha za bolnike in svojce
* Občutek za etiko in odgovornost → MS prevzame nase odgovornost za svoje vedenje in ravnanje
* Čustvena zrelost → trdnost, uravnovešenost, psihično zdrava

**SKUPNOSTNA SKRB ZA BOLNIKE S PSIHOZO**

Da ne prihaja do pogostih hospitalizacij potrebujejo bolniki predvsem:

* podporo v svojem ožjem okolju, tu mislimo predvsem družino, sorodnike, prijatelje, vrstnike,
* Odsotnost patološko odvisnih odnosov z drugimi ljudmi,
* materialna sredstva za stanovanje, hrano, obleko
* vsakdanje življenjske spretnosti,
* delovno mesto, ki je prilagojeno njihovim zmožnostim,
* psihiatrično zdravljenje in psihiatrično ZN na svojem domu
* informiranost o vodenju in obvladovanju bolezni, o bistvenih znakih ponovitve bolezni, o zdravilih in njenih stranskih učinkih ter o pomenu stalnega jemanja zdravil,
* seznanjenost o službah, ki delujejo v skupnosti kamor se lahko obrnejo po pomoč v primeru krize, zaposlitve, materialnih, finančnih problemov, prostočasnih dejavnosti,…

Za uspeh skupnostne skrbi je pomembna kontinuiteta dela, ki jo zagotavljamo s koordinacijo med ustreznimi službami:

* državnimi ustanovami: psihiatrično bolnišnico, zdr. domom, centri za socialno delo, zavodom za zaposlovanje, stanovanjski sklad, zavodom za šolstvo itn.
* nevladnimi organizacijami: Organizacijo za duševno zdravje - ŠENT, Odbor za novosti v duševnem zdravju - ALTRA, Ozara, zagovorništvo,
* neformalno socialno mrežo: svojci, skrbniki, prijatelji, skupine za samopomoč, soseska.

**ORGANIZACIJA SKRBI - NAČELA DELA**

* Je način razdeljevanja in povezovanja služb v korist uporabnikov služb za duševno zdravje.
* Namenjena je občutljivim posameznikom z dolgotrajnimi in ponavljajočimi se duševnimi motnjami.
* Član tima prevzame odgovornost za posameznega bolnika, deluje kot povezovalec ali razdeljevalec pomoči različnih služb.
* Je zagovornik bolnika.
* Vzdržuje terapevtski odnos, spremlja bolnikovo napredovanje in zdravje, ter načrtuje socialne in zaposlitvene dejavnosti.

**Usmeritve organizacije skrbi:**

* + nepretrganost skrbi
	+ dostopnost služb
	+ prilagajati podporo potrebam uporabnikov
	+ omogočati neodvisnost
	+ organizatorji so odgovorni za svoje delo

**NALOGE ORGANIZACIJE SKRBI:**

* + - najti tiste, ki potrebujejo pomoč
		- ugotoviti, kakšne so njihove potrebe
		- oblikovati ponudbe - katere službe potrebujejo
		- koordinirati razdelitve pomoči
		- preverjati zadovoljnost uporabnika
		- ocenili učinkovitost služb
		- prilagajati oblike skrbi

**Ravni posegov:**

* + - * individualna - s posameznikom (svetovanje, učenje, spretnosti, zagovorništvo)
			* mrežna - zagotavljanje služb za uporabnike, skrbnike, družine
			* sistemsko - izobraževanje javnosti, lobiranje za sredstva in prostore

**CILJI SKUPNOSTNE SKRBI**

* + - * + zboljšati kakovost življenja B/V in njihovih svojcev
				+ doseči največjo možno samostojnost in podporo lastne socialne mreže
				+ zmanjšati občutek stigmatizacije
				+ zmanjšati število hospitalizacij; tudi prisilnih
				+ skrajšati čas hospitalizacije
				+ olajšati vključevanje v vsakdanje življenje in zaposlovanje
				+ aktivno preživljati prosti čas.

**DOBRE SKUPNOSTNE SLUŽBE ZAGOTAVLJAJO**

* Stalno skrb na bolnikovem domu, ❑ Krizni posegi
* Dnevni centri ❑ Stanovanjske skupine
* Zaposlovanje ❑ Skupine za samopomoč
* Izobraževanje ❑ Zagovorništvo
* Svetovanje

**DOBRE SKUPNOSTNE SLUŽBE OMOGOČAJO**

* Vpliv na lastno življenje ❑ Aktivno vključevanje
* Skrb za kakovost odnosov ❑ Razvijanje individualnosti
* Integracija ❑ Zagovorniški odnos
* Okolje ❑ Osebje

**SAMOMOR**

V SLO je količnik samomora nad 30 (število smrti na 100.000 prebivalcev)

* je dejanje, s katerim se človek usmrti
* je dejanje človeka, ki se želi rešiti iz neznosne življenjske situacije in ne vidi ustreznejše rešitve problema
* je odločitev, možnost, izhod, zaključek, ki jo ima na razpolago vsak posameznik Ima nekatere značilnosti
* razmerje Ž-M = 1:3,
* starost: pri M med 45 in 50 letom, Ž med 50 in 55 letom,
* manj kot polovica poročenih,
* 1/3 odvisna od drog,
* 30 % jih pred dejanjem zaužije alkohol.
* Do samomora ne pride zaradi enega udarca, na delu je več dejavnikov, ki izvirajo iz njega in okolja
* zunanji vzroki: samomor ali poskusi samomora bližnjih, družinski, zakonski prepiri, šolski neuspeh, delovno okolje, ekonomsko politični vplivi, letni časi, telesna bolezen, invalidnost, zloraba alkohola…
* notranji vzroki: spol, starost, osebnostne lastnosti, način življenja, družinsko življenje v mladosti, odvisnost od alkohola, drog, genetski dejavniki v smislu duševnih motenj, prejšnji lastni samomorilni poskusi, kronična bolezen
* odločitev za samomor se ne porodi v trenutku: je le zadnje dejanje dolge drame, ki se je začela v zgodnji mladosti, ko se je oblikoval značaj (vzgoja - zavrt, osamljen)
* ni samo premočrtna težnja v smrt, temveč je hkrati nebogljen klic na pomoč človeka v stiski (rezultanta dveh nasprotujočih si motivov).

Zakaj je Slovenija tako obremenjena s samomori ?

Vlogo ima: geografska lega, metereološke razmere, kulturno, zgodovinske in socialno politične okoliščine, vrednostni sistem, način vzgoje otrok, odnos do izražanja agresivnosti, značaj, osebnostne lastnosti človeka, zlorabe drog).

**Klinična razdelitev avtoagresivnega vedenja**

1. INDIREKTNO SAMOUNIČEVALNO VEDENJE - posega v življenje mnogih ljudi, povzroča veliko škode
2. SAMOMORILNA RAZMIŠLJANJA (FANTAZIJE) - načelno ali konkretno o načrtu
3. SAMOMORILNE TEŽNJE - gre za indirektno vedenje, ki se še ni realiziralo s samomorilnim dejanji
4. PARASUICIDALNA PAVZA - beg človeka iz neznosne situacije, zanika željo po smrti, dejanja so videti kot poskus samomora
5. SAMOMORILNE GROŽNJE - človek grozi, a še nič ne naredi
6. NAMERNO SAMOPOŠKODOVANJE - ljudje zanikajo samomorilski poskus, so presenečeni nad dejanjem
7. PARASUICIDALNA GESTA - grožnja z opozorilnim ali demonstrativnim značajem, združena z manj nevarnim dejanjem usmerjenim k sebi
8. POSKUS SAMOMORA - avtoagresivno vedenje, ki ga je posameznik pričel in izpeljal s težnjo po uničenju in klicem na pomoč
9. SAMOMOR - dejanje s katerim se človek usmrti

**7 najpogostejših vprašanj - ali samomor lahko preprečimo?**

* 1. Kaj doživlja človek , ki poskuša ali napravi samomor?
	2. Ali vsakdo, ki poskuša samomor, resnično želi umreti?
	3. Kaj so najpogostejši vzroki za samomorilno dejanje?
	4. Kdo je bolj obremenjen s samomorom - mladi ali stari?
	5. Ali moremo in smemo razlikovati samomor in poskus samomora?
	6. Ali lahko predvidimo in ocenimo suicidalno nevarnost?
	7. Kako ukrepati, ko ugotovimo, da nekdo razmišlja o samomoru?

**Ukrepanje pri b/v s samomorilno ogroženostjo**

1. KORAK: psihološka pomoč
	* Pokažite bolniku, da ga sprejemate in razumete v njegovi stiski in samomorilni ogroženosti;
	* Spomnite se, da krize ne trajajo večno in da so ozdravljive, ter s tem seznanite bolnika;
	* Podpora MS v smislu "tukaj sem in name lahko računate" naj bo jasna in tudi izrečena, če je to potrebno;
	* Očitna samomorilna ogroženost bolnika je urgentna, življenjsko nevarna situacija in kot taka zahteva številne izredne ukrepe
2. KORAK: zdravila in psiho terapevtska pomoč zmanjšujeta intenzivnost depresivne klinične slike, s tem pa tudi samomorilno ogroženost.
3. KORAK: vzpostavitev stikov z drugimi, za človeka čustveno pomembnimi ljudmi kot tudi službami - s privolitvijo bolnika. S tem se zmanjša osamljenost, možnost vzpostaviti antisuicidalni pakt.
4. KORAK: napotitev k psihiatru, ko ni izboljšanja klinične slike in se samomorilna ogroženost poglablja.
5. KORAK: napotitev v psihiatrično bolnišnico, na varovani oddelek.

**TOČKOVANJE samomorilne ogroženosti:**

* max = 10 točk
* 0-2 svetovanje
* 3-4 psihiater - follow up
* 5 - 6 potencialna hospitalizacija
* - 10 nujna hospitalizacija

**PREVENTIVA SAMOMORA**

PRIMARNA: -sloni na večletnih opazovanjih in analizah samomorilnosti in podobnih pojavih

* vpliva na odstranjevanje okoliščin in življenjskih dogodkov, ki ustvarjajo na eni strani dispozicijo za samomorilno dejanje in na drugi strani provokativno situacijo CILJ P.P. - Doseči tako naravnanost ljudi, ki bi jih pripeljala do bolj zdravega življenja in zadovoljivega reševanja konfliktov

SEKUNDARNA: - posveča posebno skrb najbolj ogroženim in pri katerih je možnost reševanja težav na destruktiven način

* organizira se preko centrov

TERCIARNA: - zajema zdravljenje in rehabilitacijo oseb, ki so se poškodovale s samomorilnim dejanjem

* pomemben odnos do samomora
* pomoč in kontrola po odpustu CILJ - Do leta 2000 doseči trajno zmanjševanje pojavnosti duševnih motenj
* izboljšati kvaliteto življenja ljudi s tovrstnimi motnjami
* doseči zmanjševanje samomora in poskusa samomora

**Intervencije ms pri samomorilno ogroženem bolinku so:**

* Vprašati (odkrit pogovor - razbremenitev, uvid)
* Poslušati (slišati, razumeti)
* Oceniti suicidalno ogroženost (dejavniki tveganja, psihološki in telesni znaki)
* Ukrepati, če je potrebno (nepretrgano varovanje, odstranitev nevarnih predmetov, sklenitev antisucidalnega pakta)
* Spodbujati bolnika (k izražanju čustev, misli, k izvajanju življenjskih aktivnosti, vključevanje v dejavnosti in skupine, k vzdrževanju in navezovanju stikov, nadzirati telesne funkcije)
* Ne dajati vrednostnih sodb (ne zmanjševati problemov)
* Pripraviti bolnika na odpust (svojci)
* Slediti po odpustu (službe v skupnosti)

**KAJ JE PSIHOZA**

Povečana občutljivost na stres. Psihoza je rezultat razlike med stopnjo občutljivosti in stresom, ki smo mu izpostavljeni. Na izbruh psihoze poleg bioloških dejavnikov vplivajo tudi socialni.

VZROKI so v sami zgradbi in delovanju možganov ter neravnovesju nekaterih kemičnih prenašalnih snovi v možganih, ti. nevrotransmitorjev. Dva nevrotransmitorja - pomembna za psihozo - sta Dopamin in Serotonin. Pri bolnikih s psihozo je ravnotežje med temi snovmi moteno (zdravila pomagajo vzpostaviti normalno ravnotežje). Opisane spremembe nastanejo zaradi dednih vzrokov in nepravilnosti v razvoju ploda. Bolniki s psihozo so čezmerno občutljivi na dražljaje ali stresne situacije, ki izvirajo iz okolja.

**Prodromi, ali svarilni znaki, ki napovedujejo psihotično epizodo**

* raje ostaja sam, kot v družbi
* pozablja stvari
* vidi ali sliši drugače
* zvoki so bolj intenzivni, predmeti se spreminjajo
* svet okoli sebe gleda drugače kot prej
* mišljenje postane neobičajno, bere misli drugih, drugi berejo njegove misli
* postaja sumničav, ljudje govorijo o njem, stvari dobijo poseben pomen
* pripravlja se zarota
* težko se osredotoči, vsaka malenkost ga zmoti
* je potrt ali žalosten, pa ne ve zakaj, loteva se ga tesnoba
* vse mu je prenaporno, primanjkuje mu energije
* je pretirano občutljiv, hitro se razburi
* ponoči slabo spi, več spi preko dneva
* težje sprejema pravila, se ne drži dogovorov
* manj je vztrajen
* vedno manj se zanima za stvari okrog sebe
* ne skrbi za osebno higieno, izgled
* zdi se, da postaja neznosno občutljiv, ranljiv
* se umika v svoj svet, a se boji osamljenosti

**DELO S SVOJCI OSEB S PSIHOZO**

Izražena čustva - IČ (expressed emotion - EE)

Nizek IČ: **✓** manj relapsa bolezni

* pozitivne pripombe **✓** toplina
* zaščiteno okolje
* Visok IČ: **✓** več relapsa bolezni, **✓** zgrešena komunikacija
* veliko kritičnih pripomb in globalnimi ocenami sovražnosti
* emocionalne hiperangažiranosti (samožrtvovanje, hiperprotektivnost)
* prevelika mera identifikacije z B/V,

**Cilji in oblike obravnave družine oseb s psihozo**

* izboljšati čustveno vzdušje in sporazumevanje v domačem okolju bolnika in s tem
* ugodno vplivati na potek bolezni in
* kvaliteto življenja bolnika in celotne družine,
* izboljšati sodelovanje z medikamentoznim zdravljenjem
* poznati simptome bolezni in reagirati v skladu s tem
* prepoznati prodrome relapsa in v zvezi s tem ustrezno ukrepati
* zmanjševati psihološko breme v družini (občutki krivde, stres, žalost, problem stigmatizacije)
* sproščali nakopičena negativna čustva

**Oblike pomoči**

* psiho-edukativne (v obliki informacij, pomoč z literaturo)
* psiho-terapevtske (skupine staršev, družinska terapija)

**SHIZOFRENIJA ali duševna razcepljenost**

Je ena najtežjih duševnih bolezni in se pojavlja v približno 6 %. Običajno bolezen nastopi med 15 in 30 letom. Bolezen se lahko pojavi počasi (skoraj neopazno, nihče ni pozoren) ali pa nenadoma (burna simptomatika).

Sama bolezen nato poteka valovito – akutni fazi sledi izboljšanje.

**Kaj potrebuje oseba s shizofrenijo**

* veliko podpore in ljubeče skrbi
* pomoč ali usmeritve pri vodenju dokumentov, ki bodo označevali: simptome, odmerke zdravil, učinke različnih načinov zdravljenja,
* kontrole strukturirano in predvidljivo okolje (čutno preobčutljiv)
* doslednost (zmanjša stres in zmedo)
* mirno bivanjsko okolje (komunikacije, pristop)
* pozitivno okolje in podporo (B ima nizko samospoštovanje)
* pomoč pri postavljanju ciljev (da ne obupajo, vzpodbude)
* pomoč pri postopnem povečanju samostojnosti
* učenje obvladovanja stresa, predvidene spremembe
* podporo pri vključevanju v zunanje življenje
* narediti nekaj zase, skrbeti zase, družino

**Kaj potrebujejo družine**

* čas
* dobro poznavanje in razumevanje bolezni
* podporo ljudi, ki se srečujejo s podobnimi izzivi

**Nekateri ukrepi pri obravnavi b/v s shizofrenijo**

1. Zgodnje prepoznavanje znakov bolezenskega procesa
	* vzpostavimo pogoje za zaupljiv in zanesljiv odnos
	* opredelimo probleme in priložbe (družina, služba, način prehranjevanja…)
	* opredelimo posamezne motnje (blodnje, halucinacije, čustvene motnje)
	* identificiramo morebitne stresne dogodke
	* ocenimo dejavnike tveganja (zlorabe, avto in heteroagresivno vedenje)
	* ocenimo socialno situacijo (odnose, podporno mrežo, samokontrolo)
	* ocenimo stališče družine o (vedenju B/V, pričakovanjih, poznavanju bolezni)
2. Izvajamo programe za večjo informiranost svojcev, B/V, javnosti

**Zdravljenje shizofrenije** je danes veliko uspešnejše kot pred leti. Seveda pa se pri nekaterih bolezen tudi poslabša in tedaj je potrebna ponovna hospitalizacija.

**MS SPREMLJA BOLNIKA NA POTI DO OZDRAVITVE**

Najpomembnejše je:

* poiskati človeka, ki mu zaupa
* se naučiti živeti, pridobiti samozavest,
* prevzemati obveznosti in skrbeti zase
* vključiti se v delovne aktivnosti
* se naučiti vse o bolezni in zdravljenju
* se soočiti s svojimi čustvi in preobčutljivosljo
* vzdrževati stabilnost in ravnotežje
* dvigniti fizično kondicijo
* zagotoviti dovolj spanja in ritem spanja
* prepoznati stresne situacije, se jim izogibati, spoprijeti
* organizirati dnevne dejavnosti
* ne uživati drog, tobaka
* skrbeti za stike z drugimi
* ukvarjati se s stvarmi, ki ga sproščajo, hobije
* prevzemati odgovornosti in dolžnosti
* vključiti se v program psiho-edukacije

**CYCLOPHRENIJA**

ali nihanje razpoloženja, ki poteka v napadih maničnega ali depresivnega razpoloženja.

**KAKO PREPOZNAMO NIHANJE RAZPOLOŽENJA**

DEPRESIJA MANIJA

* utrujenost **•** nenavadna veselost
* slaba koncentracija **•** slabo spanje
* socialna odtegnitev **•** zgodnje zbujanje
* nejasno mišljenje **•** veličinske ideje
* sovraštvo do sebe **•** nezavrto seksualno vedenje
* nizka samo-podoba **•** hitro in prisilno govorjenje
* samomorilne misli **•** prevelika dejavnost
* izguba libida **•** veliko načrtov
* zgodnje zbujanje s **•** zapravljanje tesnobo
* sprememba apetita **•** pretirana razburljivost
* izguba sposobnosti za **•** samo-zaverovanost uživanje v stvareh

**Samoobvladovanje manije**

je proces prevzemanja vse večje odgovornosti za svoje zdravje. Potrebno je učenje o bolezni in razvijanje spretnosti, da prepoznamo in nadziramo nihanje razpoloženja.

**RAZLOGI za samoobvladovanje manije**

* manj pogosta in manj težka nihanja razpoloženja
* več odpornosti proti stresom
* bolj uravnoteženi odnosi z drugimi ljudmi
* več samozavesti
* manj obiskov v bolnišnici
* sposobni obdržati delo
* večje samospoštovanje
* večja kakovost življenja

**TEHNIKE obvladovanja manije**

* + opustite vsa poživila in poživljajoče dejavnosti (alkohol, kava, tobak, čaj, zabave)
	+ dobro se naspite (sprehodi, uspavala)
	+ dobro jejte zavarujte se proti sebi samem
		- odložite velike odločitve
		- odpovejte važne sestanke
		- postavite si mejo zmožnosti za svojo porabo denarja
		- napišite načrt za svoj dan in določite čas za vsako dogajanje
		- omejite vožnjo ali prenehajte voziti
* delajte stvari, ki vas pomirjajo (pospravljanje, obiski, kontrola vedenja in misli)

**Kako pomagati depresivnemu**

* Najpomembneje je, da depresijo prepoznate kot bolezen in je ne zamenjate z začasno žalostjo.
* Ne obtožujte depresivnega, da je manj bolan, kot pripoveduje, ali da nima "trdne volje", da bi se "spravil skupaj"
* Ne bodite nestrpni do njega in spodbujajte prepričanje, da je depresija huda, vendar le začasna bolezenska motnja.
* Depresivnega poskušajte razumeti, bodite z njim potrpežljivi in spodbudni.
* Pogovarjajte se z njim in ga tudi pozorno poslušajte. Ne preslišite misli o samomoru, ki so pogosto izrečene in prevečkrat prezrte!
* Pojdite z depresivnim ven, na sprehod, v kino, v družbo. Vztrajajte pri povabilu, tudi če je sprva zavrnjeno
* Spodbujajte ga k aktivnostim, ki so ga nekoč veselile, vendar ne zahtevajte preveč od njega. Prevelike zahteve lahko namreč povečajo njegove občutke neuspešnosti

**Kako si lahko v depresiji pomagate sami**

* ne postavljajte si težko dosegljivih ciljev in ne nalagajte si prevelikih odgovornosti
* razdelile velike naloge v več manjših
* ne pričakujte od sebe preveč
* poskušajte biti v družbi
* udeležujte se dejavnosti, ki vas lahko razvedrijo
* vzemite si čas za vsakdanje aktivnosti
* skrbite za svoje telesno počutje in telesno kondicijo
* ne utapljajte svoje potrtosti v alkoholu
* odložite velike življenjske odločitve
* ne pričakujte, da bo vse na hitro prešlo samo od sebe
* nikar ne premlevajte svojih črnih misli
* govorite o svojih težavah
* ne jemljite nobenih zdravil po lastnem preudarku

**Samoobvladovanje**

Samoobvladovanje je proces povečevanja odgovornosti za vaše zdravje.

**Njegovo izvajanje naj bi vodilo k:**

* redkejšim sprejemom v bolnišnico
* boljšim odnosom
* povečani zmožnosti obdržati zaposlitev

**Prvi koraki**

* pišite dnevnik - vsaj en stavek na dan;
* naučite se čim več o svoji bolezni in zdravilih;
* vprašajte svojega zdravnika, če lahko prilagajate svoja zdravila svojemu razpoloženju – samostojno jemanje zdravil
* izboljšajte prepoznavanje svojih čustvenih nihanj in opozoril nanje.

POTEM lahko nadzorujete svoja čustvena nihanja s samostojnim jemanjem zdravil

ALI/TUDI uporabljate druge načine za nadzorovanje svojega razpoloženja. Obstajajo različne tehnike; vi morate najti tiste, ki najboljše delujejo za vas.

**Za depresijo**

* počnite kaj telesno dejavnega, čeprav greste samo na sprehod;
* poiščite nekoga, s komer boste lahko govorili, če je mogoče, o vaši depresiji
* kognitivna terapija (spreminjanje razpoloženja s spreminjanjem vaših misli),
* izrazite jezo (v zasebnosti);

**Za manijo**

* prekinite s čajem, kavo in drugimi kofeinskimi poživili;
* spanje je bistveno: spremenite svoj dan tako, da si boste zagotovili dovolj spanja;
* zaščitite se pred samim sabo; nobenih velikih odločitev in naredite potrebne korake, da ne boste preveč zapravljali;
* dejavno se poskušajte pomiriti: delajte, kot da ste depresivni; nasprotujte veličinskim predstavam z negativnimi potrditvami.

DOLGOROČNO pa spoznajte, da je veliko tega kar lahko naredite.

Za začetek:

* bolje se spoznajte;
* ostanite telesno zdravi;
* gojite podporne odnose

**ZN BOLNIKA Z NASILNIM VEDENJEM**

**Klinično ozadje:**

* primarno (prizadete kritične anatomske strukture možganov-tumorji)
* sekundarno (ko na provokacije iz okolja odgovarja z nasiljem)
* terciarno (zunanje dogodke dojema kot sovražno - psihoza)

**Oblike nasilnosti:**

* pasivna (kaže z anksioznostjo, odklanja sodelovanje)
* besedna (grozijo, preklinjajo, kričijo)
* fizična (napada druge ljudi ali se znaša nad predmeti)

**Preventiva:**

* primarna (usmerjena k preprečevanju nastanka bolezni)
* sekundarna (zgodnje prepoznavanje bolezni in ukrepanje)
* terciarna (zmanjšanje posledic bolezni)

**Intervencije zn pri nasilnem bolniku**

* vzpostaviti,dober odnos z B/V (še pred nasilnim izbruhom)
* odkriti vzroke B/V vznemirjenja
* pomoč B/V, da govori o svojih občutkih in problemih
* upoštevati dejavnike, ki povečujejo nasilnost (število bolnikov, vrste patologije, odnos in število osebja, slaba organiziranost dela)
* zmanjšati stimulativne dejavnike
* biti ob bolniku, ko je napel, ogrožen
* zaščititi druge bolnike in osebje pred nasiljem
* postaviti omejitve
* uporabiti jasno komunikacijo (ena oseba, brez zakaj)
* poklicati pomoč
* strokovno uporabiti sredstva za umiritev m omejevanje gibanja B/V
* dokumentirati vse postopke in opisati bolnikovo vedenje
* ZV (učiti B/V in svojce o ustreznem načinu reševanja problema)

**NEMIRNI B/V**

Nemir je doživljanje siljenja k aktivnosti z občutenjem energije, ki išče usmeritev (z intenzivno potrebo) po gibanju in nezmožnosti, da bi mirno ležal, sedel in s spremljajočimi motnjami vedenja, čustvovanja in mišljenja.

Vzroki nemira

* kvalitativne motnje zavesti
* kvantitativne motnje zavesti
* ambivalentna situacija/istočasna prisotnost nasprotujočih motivov

**Pomembno pri prepoznavanju nemira:**

* prepoznati in oceniti opozorilne znake nemira
* opazovati hitrost stopnjevanja, spreminjanja znakov nemira
* poznati pojavne oblike
* oceniti (grobo) bolnikovo zavest
* oceniti kognitivne funkcije
* merjenje vitalnih znakov (RR, TT, dihanje, pulz)
* merjenje saturacije
* oceniti prisotnost bolečine
* oceniti možnost krvavitve, zastrupitve
* opozoriti na najpomembnejše izvide preiskav
* poznavanje in ocena stranskih učinkov terapije
* natančno poročanje in dokumentiranje

**Intervencije ms:**

* obvestiti zdravnika/izjeme so redke
* ravnati po predpisanem ukrepu
* bolniku podati jasno informacijo
* pojasnimo pomen in učinek ukrepov
* poslušamo bolnikovo razlago
* vzpodbujamo ga k aktivnemu sodelovanju
* zagotavljamo varnost

**PROGRAM ZN IN ZDRAVLJENJE B/V S SINDROMOM ODVISNOSTI**

1. Faza priprava bolnika na zdravljenje (motivirati, izpeljati diagnostični postopek, pripraviti svojce za sodelovanje, doseči abstinenco od droge, dogovoriti se za ustrezno obliko zdravljenja
2. Zdravljenje v bolnišnici ali zunaj bolnišnični skupini poteka v več fazah:
* obdobje detoksikacije (treznenja), skrb za bolnikove telesne potrebe, za bolnikove psihične potrebe, skrb za bolnikove socialne potrebe
* obdobje intenzivne psiho in socio terapevtske obravnave, bolnika vključimo v terapevtsko skupino - doseže primerno kritičnost, spozna posledice-odvisnosti in začne razmišljati o njenih vzrokih. Težave se kažejo na telesnem, duševnem in socialnem področju.
1. Nadaljevanje zdravljenja in rehabilitacija v okviru KZA (pogoj je abstinenca bolnika) traja več let. Cilji so dolgoročni: nadaljevanje rehabilitacije na telesnem, psihičnem in socialno-ekonomskem področju. Zdravljenec naj bi si življenje uredil tako, da bi zmogel svoje probleme reševati brez droge.

**PRAVICE DUŠEVNIH BOLNIKOV**

Listina pravic duševnih bolnikov, ki je javno razobešena v vseh ameriških psihiatričnih ustanovah zajema pravice do:

* zagovornika
* izbire zdravnika
* pogovora s psihiatrom
* svobodnega gibanja in so-oblikovanja zdravljenja
* obravnave
* psihiatrične oporoke
* tožbe
* zasebnosti
* vpogleda v kartoteko
* obveščenosti o načinu zdravljenja ter zdravilih in njihovih stranskih učinkih
* čistega in varnega prostora
* svobodnega gibanja in prevoza
* zdrave in dietne hrane
* obdržanje osebne obleke
* varnega prostora za hrambo osebnih stvari
* soupravljanja pri vodenju zavoda (nenadzorovani telefoni)
* varnosti pred nepravilnim načinom zdravljenja in pred zlorabo, ki bi jo zagrešili zdravniki. bolniško osebje in drugi
* svobodnega verskega življenja in sodelovanja pri verskih obredih
* osebne higiene. zasebnosti pri spanju in umivanju
* druge zdravstvene in zobne nege
* zunanjih stikov
* zamenjave zdravnika, ki se teh pravil ne drži
* družbenega življenja, obiskov in aktivnosti

Tako je v Ameriki kako je pa pri nas?

**Vsebine psihiatrične zdravstvene nege**

* Zgodovina psihiatrične ZN (definicije: WHO-Ameriška zveza MS (ANA), Stuard in Sunden (1983),…
* Pomen in faze terapevtskega odnosa in terapevtske komunikacije v psihiatrični ZN
* Teorija Hildegard Peplau
* Vloge psihiatrične MS
* Pomembne osebnostne lastnosti in veščine psihiatrične MS
* Pravice duševnega bolnika
* Specifičnosti v organizaciji dela in dejavnosti v psihiatriji (dnevna, družinska oskrba, hospitalizacija na domu, vikend hospitalizacija, klubi bolnikov, telefonski »Klic v sili…
* Skupnostna psihiatrija in vloga MS v skupnostnih službah
* Posebnosti sprejema bolnika v psihiatrično bolnišnico (sprejem proti volji bolnika)
* Odpust bolnika v skupnost, pomen kontinuirane ZN
* Vloga MS pri ohranjanju duševnega zdravja
* Etične dileme v psihiatrični ZN
* Posebnosti ZN glede na vrsto duševne motnje ali vedenja
* ZN otroka in mladostnika z duševnimi motnjami
* ZN bolnika s samomorilnim vedenjem (ocena stanja- telesni, vedenjski znaki, prevencija)
* ZN bolnika v krizi (vrste, značilnosti, telesni, psihološki znaki)
* ZN bolnika s shizofrenijo (z blodnjami, halucinacijami, motnjami čustvovanja, volje...)
* ZN bolnika z depresijo (reaktivna, psihotična, poporodna), samoobvladovanje bolezni : prepoznavanje sprožilnih dejavnikov, poznavanje sebe, obvladovanje bolezni – koraki
* ZN bolnika z manijo, pomen samoobvladovanja bolezni (glej zgoraj)
* ZN bolnika z nasilnim vedenjem - sprožilni dejavniki, vrste nasilja in intervencije ZN (razlogi za uvedbo posebnih varovalnih ukrepov, vrste ukrepov in opis izvajanja (psihološki medikamentozni, fizični), opis izvedbe in dejavnikov, ki vplivajo na kakovost izvedbe
* ZN forenzičnega bolnika (z obveznim ukrepom zdravljenja)
* ZN anksioznega bolnika (mehanizmi obvladovanja, intervencije ZN glede na izraženo stopnjo anksioznosti)
* ZN bolnika s psihosomatskimi obolenji
* ZN manipulativnega, nesodelujočega, pretirano odvisnega bolnika
* ZN bolnika s sindromom odvisnosti od psihoaktivnih snovi – alkohola, tablet, nedovoljenih drog in drugimi oblikami odvisniškega vedenja
* ZN bolnika z abstinenčno krizo, delirijem (značilnost glede na vrsto droge, opis poteka in znakov – telesni, psihični)
* ZN bolnika z motnjami hranjenja (vrste, značilnosti, vloga MS)
* ZN starostnika z duševno motnjo-Alzhemerjeva in druge demence, vloga ZN in ZV
* ZN nemirnegabolnika – vzroki, opis telesnih in psihičnih znakov, intervencije ZN
* ZN bolnika s stranskimi učinki zdravil, prepoznavanje, učenje bolnika
* Delo s svojci - vključevanje v proces ZN, zdr. vzgojno delo, razbremenitev in podpora