

## 1. VZPOSTAVLJANJE TERAPEVTSKEGA ODNOSA

**Namen:** je zagotavljanje dobrega počutja P, pospeševanje njegovega okrevanja ter podpora in pomoč, da P doseže samostojnost in neodvisnost.

**Osredotočenje:** izključno na P potrebe, izkušnje, čustva in ideje.

**Značilnosti:** terapevtska komunikacija, usmerjene terapevtske intervencije MS in vzdušje sodelovanja.

**Samozavedanje:** ni nekaj, s čimer se rodimo, moramo se ga naučiti. Lahko ga razumemo kot proces razvoja razumevanja lastnih vrednot, verovanj, misli, občutkov, drž, motivacij, predsodkov, prednosti ter vplivov vedenja in misli človeka na drugega človeka. Ko to MS razume lahko začne udeležati različne plati lastne osebnosti, izkušnje, vrednote, občutke, znanje, potrebe in percepcije za vzpostavitev odnosa s P.

S pomočjo samozavedanja lahko MS v stiku s P lažje opazuje, spremlja in razume njegove nejasne odgovore ter reakcije. Pomanjkanje samozavedanja in komunikacija sta najpogostejša vzroka konfliktov med MS in P.

V praksi psihiatrične ZN je uporabna teorija Hildegard Peplau-model medsebojnih odnosov. Faze terapevtskega odnosa med MS in P so:

### 1. ORIENTACIJA

- začetna faza se vzpostavi s prvim srečanjem
- pomembna je za nadaljnji razvoj odnosa
- pomoč P pri orientaciji v prostoru, času in osebami
- MS / P = tujca
- **vzpostavitev zaupanja**- P začuti, da je v odnosu enakovreden partner; namen te faze je tudi, da P v medosebnem odnosu razume, da potrebuje pomoč in jo tudi sprejme
- opazovanje, poslušanje P, pogovor
- **VLOGA MS** = vloga ustvarjalke terapevtskega okolja, izvajalke ZN, nadomestne osebe, terapevtke, zagovornice, osebe, ki upravlja z informacijami

### 2. IDENTIFIKACIJA

- P postane jasno kaj se z njim dogaja, dobiva občutek pripadnosti, zaupanja in odnos se pogloblja
- P išče rešitve za svoje probleme, o tem razpravlja z MS in timom
- **VLOGA MS** = terapevtka, učiteljica, oseba z informacijami

### 3. INTERAKCIJA

- P spozna in sprejme svojo situacijo, prevzema aktivno vlogo v terapevtskem odnosu, postaja samozavestnejši s tem, ko prevzema odločitve
- MS ga podpira, vzpodbuja, postavlja pa tudi omejitve, ko P vedenje ni ustrezno oz. predstavlja nevarnost zanj oz. za druge
- **VLOGA MS** = svetovalka, oseba z informacijami, vodja (saj skupaj s P načrtujeta in izvajata PZN)

### 4. FAZA RAZREŠITVE

- Zadnja faza,
- MS in P naredita pregled skozi vse faze, pregledata dosežene cilje in ovrednotita napredek,
- P prevzema odgovornost zase, postavlja si nove cilje

### **Elementi terapevtskega odnosa:**

-sposobnost za vspostavljanje zaupanja, empatija, sprejemanje P kot neponovljivega posameznika, spoštovanje P, izkazovanje iskrenosti in poštenosti, sposobnost terapevtskega samorazkrivanja, upoštevanje bioloških, psiholoških, socio-kulturnih vidikov posameznika, ter strokovno zunanje.

### **Ovire v medosebnem odnosu:**

- P čuti lahko odpor v sebi ali pa v odnosu do MS
- Transfer - nezavedni proces P čustev, povezanih s pomembno osebo v njegovem življenju, na MS
- MS mora stalno raziskovati in odkrivati svoja čustva (lahko se pojavi namesto empatije – simpatija, predsodki, pretirana sproščenost in domačnost )
- pomembno je da so temelji terapevtskega odnosa že v začetku jasno postavljeni

#### **Vloga MS:**

- vloga tujca
- vloga svetovalke
- vloga MS kot vir informacij
- Vloga terapevta
- Vloga učitelja
- Vloga vodje in izvajalke ZN
- Vloga nadomestne osebe
- Vloga zagovornika

**Pomembna je terapevtska komunikacija, ki v celoti zaznamuje odnos med MS in P.** Potekati mora stalno in se odvijati ves čas njunega odnosa.

#### **Lastnosti MS:**

- Obvladovanje nebesedne in besedne komunikacije
- Sposobnost empatije
- Pozorno poslušanje, sledenje in primerno odzivanje
- Uporaba tehnik, ki opogumljajo P pri izražanju čustev, omogočajo boljše razumevanje P izražanja in njegov pogled v lastne potrebe

## **2. ZNAKI IN SIMPTOMI DUŠEVNIH MOTENJ**

Psihopatologija je kot veda, ki proučuje znake in simptome duševnih motenj, del psihiatrije.

1. **Diagnoza duševne motnje ne sme biti nikoli opredeljena, kaj šele dokončno postavljena, le na podlagi enega znaka ali simptoma.**
2. **Ne poimenujmo ljudi, ki jih diagnosticiramo in zdravimo zaradi neke duševne motnje, po diagnozi ali pa jo z njo enačimo (shizofreniki, alkoholiki, narkomani...)**

Organske duševne motnje nastanejo zaradi zunanjih vzrokov, ki v različnih stopnjah prizadenejo možgansko tkivo.

Funkcijske duševne motnje so posledica sprememb ali neravnovesja v molekularno-biološki strukturi možganovine ali na področju nevrotransmitterskega delovanja.

Psihogene, psihološko-duševne motnje pa so posledica motenj v določenih obdobjih nastanka in razvoja osebnostne strukture in psihodinamike te osebe, ki se odraža v odnosu do sebe in okolice.

**MOTNJE ZAZNAVANJA**- do sprememb ali izpadov teh sposobnosti pride zaradi okvar senzoričnega aparata na poti do zunanjega receptorja- čutila, do projekcijskih pol v možganski skorji

**Agnozije** – so najpogostejše = pri **optični agnoziji** P dobro vidi predmete in njegove oblike, ne zna pa ga opisati in prepoznati njegovo namembnost; pri **taktilni agnoziji** P predmet čuti, ga pa ne prepozna, ne more oceniti njegove teže, strukture; P z **akustično agnozijo** dobro sliši zvoke in glasove, ne more pa prepoznati njihovega pomena.

**Iluzije** – so osnovane na podlagi realne zaznave, v okolici, človek pa jih drugače, napačno ali izkrivljeno zaznava.

**Halucinacije** – so lahko zelo intenzivne zaznave, vendar nimajo realne osnove; to so nerealne zaznave, vendar za P bolj pristne in realne kot dogajanje okoli njega, zato se ravna po njih, ker ne prepozna bolezenske narave tega pojava.

- **Vidne-optične** = prividi kot npr. posamezna slika, scena, vizija
- **Slušne-akustične**=prisluhi, posamezni šumi in poki-akoazmi, glasovi-fonemi, lahko pa tudi kot celotni stavki ali pogovori
- **Haptične** =halucinacije telesnih občutkov – spremenjeni občutki na telesni površini; cenestetične-spremenjeni občutki v notranjosti telesa;dishematične-P se poruši shema njegovega telesa
- **Olfaktorne**=vonj in **gustatorne**=okus – navadno nastopajo skupaj
- **Depersanolicizacija**= več kot samo zavedati se sebe

### **MOTNJE PREDSTAV**

- **Deja vu**-že videno=pojav, ko človek pride v nek prostor, v katerem zagotovo še ni bil in ima nenadoma občutek, da je tu že bil

- **Jamais vu**-nikoli videno = obraten pojav, ko človek okolja in ljudi, ki jih je že videl, doživlja kot nekaj povsem novega

### **MOTNJE POZORNOSTI IN OSREDOTOČENOSTI**

Pozornost lahko:

- niha, fluktuiraj

- upade – aproksesija

- je odkrenljiva- že najmanjši zunanji dražljaj v okolici preusmeri pozornost

Osredotočenost ali koncentracija je lahko povečana, zmanjšana ali pa povsem odsotna.

**KVANTITATIVNE MOTNJE SPOMINA** – gre za spremembe v kvantiteti – količini spominskih vsebin

- **Hipermnezija**- povečana sposobnost zapomnitve in to za določena, specialna področja
- **Hipomnezija**- znižana sposobnost zapomnitve- starost
- **Amnezija**- spominski izpadi, posledica motenj zavesti:\***retrogradna**-človek se ne spominja dogodka neposredno pred poškodbo;\***anterogradna** – spominski izpad po poškodbi
- **Konfabulacije**-gre za izmišljene vsebine, ko P želi spominske vrzeli zapolniti z izmišljenimi vsebinami

### **MOTNJE MIŠLJENJA**

**\*FORMALNE** – kako in v kakšni obliki se neka misel izraža

- **1. Miselna vrvežavost** – P se prehiteva v svojih mislih-manija
- **2. Miselna inkohherentnost** – misli razpadajo na nerazumljive dele
- **3. Miselne zadrge** – miselni tok se v trenutku prekine, P umolkne in nadaljuje čez nekaj časa- npr. pri introvertiranih
- **4. Miselna upočasnjenost** – upočasnjen miselni tok npr. depresija
- **5. Perseveracije** – ponavljanje istih misli in stavkov
- **6. Dolgoveznost** – pripovedovanje je dolgovezno, ne loči bistveno od nebistvenega

- **7. Miselna leplivost** – je končna posledica dolgoveznosti, ko se P prilepi na neko vsebino in se stalno vrača k njej
- **8. Shizofrena miselna disociiranost**- lahko tvorba novih besed- neologizmi, tudi v stavkih, pripelje do miselne razvrzanosti in ko se to stopnjuje, ko je P nemogoče razumeti, ko govori množico nepovezanih besed in pojmov, govorimo o BESEDNI SOLATI.

**\*VSEBINSKE** – kaj ali o čem mislimo in te misli se odražajo prek govora

- **1. blodnje** – nastanejo na podlagi zgrešenih miselnih konstrukcij, ocen in sklepov dejanskega dogajanja, nastane na bolezenski podlagi, P je v njih prepričan in ni kritičen.

- 1.1-ekspanzivne, veličavske ali megalomanske blodnje- P je prepričan v svojo pomembnost, enkratnost, .....,lahko se poistoveti z znanimi osebami npr. kraljica.
- 1.2. depresivne blodnje – prepričanje, ki je vezano na lasten propad, neozdravljivo bolezen
- 1.3. preganjalne – občutek preganjanja, zasledovanj P, občutek groze in strahu
- 1.4 nanašalne- P ima občutek, da se cela vrsta okoliščin nanaša nanj
- 1.5 ljubosumnostne – trdno prepričanje o nezvestobi partnerja
- 1.6 erotične – P misli, da je neka pomembna oseba zaljubljena vanj
- 1.7 religiozne, mistične ali verske – P ima osebna božanska poslanstva
- 1.8 nihilistične – P misli, da je že mrtev ali pa da nima svojega telesa

### **MOTNJE ZAVESTI**

1. **KVANTITATIVNE** – motnje v stanju budnosti

- Omotičnost – občutek zaspanosti, je še v stiku z okoljem
- Dremavost – somnolenca- dojetanje okolice je oteženo, ga je še mogoče zbuditi
- Sopor –zбудimo ga lahko le z močnimi dražljaji, besedni kontakt ni mogoč
- Koma –stane globoke nezavesti

2. **KVLITATIVNE**

- zamegljenost – posledica hudih čustvenih stanj. P se znajde nekje, pa ne zna povedati kako je do tja prišel
- delirantno skaljena zavest
- oneiroidna motena zavest – ko se P prebuja, se vrinjajo v zavest še ostanki sanj

### **MOTNJE ČUSTVOVANJA**

- anksioznost – huda tesnoba, ki ni posledica realnega stanja v okolici
- depresivnost – občutek hude žalosti in brezizhodnosti
- fobija – nerealen, pretiran strah
- zbežnost – tesnoba, P se težko znajde
- evforija – pretirana veselost
- ekstaza – vzdušje popolne vznesenosti z občutkom sreče in popolnosti
- pretirana razdražljivost – pretiran odgovor na zunanji dražljaj
- čustvena labilnost – hitra menjava razpoloženja
- čustvena inkontinenca - P je nesposoben zadržati različna čustvena stanja
- apatija – čustvena neodzivnost
- čustvena ambivalenca – pri vsakem doživljanju se pojavijo nasprotna čustva, P ničesar ne naredi oz. se nič ne odloči
- paratimija – neustrezen in nasproten čustven odziv na dejansko stanje
- paramimija-mimika in kretnje, ki so nasprotne dejanskemu čustvenemu stanju P

### **MOTNJE HOTENJA**

- hiperaktivnost-povečana volja, razširitev interesov
- brezvoljnost-zmanjšana volja zoženje interesov

- stupor-stanje, ko hotenja ni več, P je telesno negiben, ne govori in se ne odziva na dražljaje

### **MOTNJE MOTORIKE**

- tiki – krči lokalnih mišic
- avtomatska dejanja – P ponavljanje dejanja ali besede
- tonični krči
- tremor

## **3. EPILEPSIJA**

Je bolezenska motnja za katero so značilni ponavljajoči se napadi – motnje gibanja, vedenja in/ali zavesti

### **1.GENERALIZIRANI NAPADI:**

- absence-se pojavljajo skoraj izključno samo pri otrocih in adolescentnih; kažejo se z nekaj sekundno do največ pol minute trajajočo odsotnostjo, včasih jo spremlja nekaj trzljajev vek.
- Mioklonični napadi- kratkotrajni trzljaji celega telesa, zavest je ohranjena; običajno se pojavljajo zjutraj ob prebujanju.
- Tonično-klonični napadi ali veliki napadi- začnejo se z tonično napetostjo celega telesa, ki preide v klonične trzljaje; P se v prvi fazi napada lahko ugrizne v jezik, pade v nezavest, dihanje preneha, obraz postane cianotičen; po nekaj min se dihanje povrne z eksplozivnim izdihom; lahko pride do inkontinence blata, urina; po napadu P izčrpno zaspi

**2.PARCIALNI NAPADI**- oz. enostavni napadi se odvijajo ob povsem ohranjeni zavesti, P lahko spremlja ves potek dogajanja

**3.NEKLASIFICIRANI NAPADI**- vključujejo vse tiste oblike, ki jih ni mogoče uvrstiti v prvi dve kategoriji

**!STATUS EPILEPTICUS**- zaplet, ko se napad podaljša preko 30min; lahko je smrtno nevaren, če gre za obliko s tonično-kloničnimi krči in nujno zahteva zdr.obravnavo

**TERAPIJA**- medikamentozna, praviloma je dolgotrajna; potrebno je redno in dosledno jemnje **PP**: pomembno je zabeležiti čas trajanja napadov, ohraniti mirno kri, odstranimo morebitne ovire v bližini P; sprostimo dihalne poti (npr. odvežemo kravato), mehka podlaga pod glavo; ko napad mine damo P v stabilen bočni položaj, da preprečimo zadušitev ob morebitnem bruhanju, p pomirimo; med napadom P ničesar ne vstavljamo v usta, pustimo, da napad mine in obvestimo zdravnika.

## **4. ZDRAVSTVENA NEGA PACIENTA Z EPILEPSIJO**

**Dihanje in krvni obtok**- P sprostimo dihalne poti, ko napad mine, ga namestimo v stabilen bočni položaj

**Izločanje in odvajanje**- pospešeno izločanje slin,potrebno je ustno votlino pregledati in očistiti, da se P ne bi zadušil; krč mišic celega telesa povzroči inkontinenco urina in blata

**Vzdrževanje normalne TT**- poskrbimo, da P ne leži na tleh, po napadu mu izmerimo TT

**Prehranjevanje in pitje** - ničesar mu ne dajemo v usta; 2 uri po napadu mu ne ponujamo hrane in tekočine, da ne pride do aspiracije

**Gibanje in ustrezna lega**- poskrbimo, da je P glava na mehki podlagi; če pride do poškodb, poskrbimo za zdr. pomoč

**Spanje in počitek**- po napadu je P utrujen, opazujemo ga še dve uri.

**Izogibanje nevarnostim v okolju**- poskrbimo za varnost ob in po epi napadu, preprečimo morebitne poškodbe, merimo vitalne funkcije, zabeležimo čas trajanja napadov; iz P okolice odstranimo nevarne predmete.

**Osebna higiena**- če pride do inkontinence blata in urina je P potrebno oskrbeti, umiti.

**Oblačenje in slačenje**- med napadom se razpne ovratnik, ruto, odpre gumb, pas na hlačah

**Odnosi z ljudmi**- P potrebuje čustveno oporo po napadu, saj je pretresen, lahko je motena zavest in orientacija.

**Koristno delo**- ne more zadovoljevati potreb po razvedrilu in rekreaciji.

**Učenje in pridobivanje znanja**- če pri epi napadu ni bilo prisotne MS o napadu povpraša svojce, osebo, ki je napad videla. Ko postane P zavest po napadu jasna, ga MS pouči kako se v bodoče lahko izogne nevarnostim in tako prepreči morebitne poškodbe.

## 5. ZDRAVSTVENA NEGA PACIENTA ODVISNEGA OD PREPOVEDANIH DROG

Sindrom odvisnosti od psihoaktivnih substanc je bolezen, ki prizadene človeka kot celoto. Najbolj moteč dejavnik pri obravnavi P od prepovedanih drog je njegovo vedenje. Njegovo vedenje in čustvovanje sta tista simptoma bolezni, ki pri MS sprožata najrazličnejše odpore in probleme pri zdravljenju. Pri obravnavi odvisnosti od prepovedanih drog motivacija vseskozi niha.

Ambivalenca- se zdraviti ali ne, je skozi proces zdravljenja vseskozi močno prisotna.

**Dihanje in krvni obtok**- velik problem predstavljajo P-intravenozni uživalci, saj je pri predoziranju zastoj dihanja pogosto prisoten. Pri odtegnitvenem sindromu je dihanje plitvo, pospešeno, pospešen pulz in zvišan RR. Pri P, ki je predoziran pride do depresije dihanja, ki se laže s počasnim, plitvim, agonalnim dihanjem, pulz je nizek, ravno tako RR. P je bled s cianotičnimi ustnicami, zenici pa sta ozki. V času hospitalizacije velik del ZV in svetovanja namenimo odpustu P in pripravi P na življenje brez drog.

**Izločanje in odvajanje**- zaradi pogoste dehidracije je mikcija okrnjena, predvsem pa defekacija (zaradi uporabe opioidov). Zaradi kronične obstipacije so P nagnjeni zlorabi odvajal. Urin je eden izmed najboljših medijev, v katerem ugotavljamo prisotnost psihoaktivnih substanc.

**Vzdrževanje normalne TT**- pojavi se lahko povišana TT kot simptom abstinencijske krize; ne smemo pa pozabiti na morebitno okužbo, vpliva zdravil,...

**Gibanje in ustrezna lega**- P nimajo posebnih težav z gibanjem.

**Prehranjevanje in pitje**- uživalci drog običajno zavzamejo zelo nezdrav stil življenja; nagnjeni so k prekomernemu uživanju OH; zobovje je pogosto okvarjeno. Pomembno je vedeti, da opioidi zmanjšujejo slinjenje, zato je P potrebno vzpodbujati k pitju tekočin. Pozorni smo na vse oblike motenj hranjenja. P spodbujamo pri prehranjevanju, diskretno nadzorujemo; redno tehtanje in pomoč pri sestavi zdravih jedilnikov.

**Spanje in počitek**- je moteno v času abstinencijske krize, detoksikacije. Utrujenost vpliva na sodelovanje P v dnevnih aktivnostih. P spodbujamo k sprostitvenim tehnikam; imajo potrebo po uspavalih, ki pa niso priporočljiva. Zelo težko vzpostavijo zdrav ritem spanja in pri tem potrebujejo veliko razumevanja in pomoči.

**Izogibanje nevarnostim v okolju**- P učimo o »varnem« načinu uživanja droge; seznanimo jih s škodljivimi posledicami uporabe okuženega pribora za injiciranje. Veliko nevarnost predstavljajo P rizične situacije (nerazrešeni konflikti, problemi, srečanje s preprodajalcem drog,...)

Izvajamo podporne pogovore, skozi dogovore pa P pridobijo mehanizme, s katerimi se znajo izogniti rizičnim situacijam v zunanjem okolju.

**Osebna higiena in urejenost**- spodbujamo higienske navade in samostojnost, pogosto je opažena skrajnost med pretirano oz. nezadostno urejenostjo. Spodbujamo naraven videz in higieno ustne votline. Delujemo zdravstveno -vzgojno



**Oblačenje in slačenje-** P usmerjamo v uporabo primernih oblačil. Pozorni smo na razkrivanje trebuha, prevelik dekolte, sprehajanje v spodnjem perilu, nošenje kape, šala... Pomembno je, da skupaj s P najdemo pravilno sorazmerje med modo in pretiranim razkazovanjem. Primerno oblečeni P naj bodo opaženi, jih pohvalimo. Naše intervencije pa ne smejo nikoli zveneti kot žalitev.

**Odnosi z ljudmi, izražanje čustev-** P so brez pravih prijateljev; bolečinski prag kroničnih uživalcev je znižan, so bolj občutljivi, impulzivni in svojih čustev ne obvladujejo, so jezni, razdražljivi; zmorejo predvsem odnos z drogo in pomanjkanje le-te rešujejo na sebičen način, si ne pomagajo. Uporabljajo značilno govorico, ki se nanaša na droge (kletvice, žaljivke)- komunikacija mora biti spoštljiva in strpna.

**Koristno delo-** droga je osrednje gibalno njihovega življenja, z njo se ukvarjajo 14-20 ur dnevno. P spodbujamo, da ponovno najde zanimanje za dejavnosti, ki so mu bile ljube. Srečujejo se tudi z nedokončano šolo, so brez poklica- potrebno se je pogovarjati in jih usmerjati k rešitvam.

**Učenje in pridobivanje znanja-** P je veliko časa neaktiven, poležava (stranski učinki opioidov), izgubi interes za vsa področja; pomembno je, da pridobi znanje o svoji bolezni, da jo pozna, pozna načine samopomoči, zdrav način življenja; cilj je tudi zmanjšanje ali prekinitev s kajenjem-zdrav način življenja brez tobaka.

**!!!VSE TO PA DOSEŽEMO ZELO POČASI, Z VELIKO MERO STRPNOSTI, SPOŠTOVANJA. PACIENTA MORAMO VZPODBUJATI PRI VSEH TŽA, SAJ SO POVSOD DOLOČENI PROBLEMI, S KATERIMI SE SAM NI ZMOŽEN SOOČITI OZ. JIH REŠITI!!!**

## 6. **BIPOLARNA MOTNJA RAZPOLOŽENJA**

Značilno je ponavljanje faz pretirano dobrega počutja –MANIJA in obdobj DEPRESIVNEGA razpoloženja.

Faze se lahko pojavljajo v različnih vzorcih- npr. več zaporednih faz depresije in nato manična faza.

Zdravljenje:

-**MANIJA oz. manična faza** z antipsihotiki in stabilizatorji razpoloženja (litij, valproat...)

-**DEPRESIJA oz. depresivna faza** z antidepresivi ( vendar le hude depresivne faze, saj naj bi pospeševali obrat faze v manijo)

## 7. **ZDRAVSTVENA NEGA PACIENTA Z BIPOLARNO MOTNJO RAZPOLOŽENJA-MANIČNA FAZA**

**Dihanje in krvni obtok-** je moteno zaradi intenzitete gibanja, aktivnosti, neprimerne oblačnja, zlorabe psihoaktivnih substanc... P zaposlimo z umirjenim delom, ga vodimo in smo mu v pomoč pri nekonfliktni komunikaciji, redno merimo RR.

**Izločanje in odvajanje-** zmanjšano izločanje zaradi prenizkega vnosa tekoči ob povečani potrebi, organizma po tekočini. Urin je gost, smrdeč, lahko se pojavijo vnetja in kontinenca urina. Defekacija blata je običajno nemotena.

**Vzdrževanje normalne TT-** je moteno zlasti v primerih prekomernega oblačnja, pri preveliki gibalni aktivnosti...

**Prehranjevanje in pitje** - sta ogrožena zaradi neprestane brezciljne aktivnosti in sprememb intenzitete vonja okusa in otipa. Zmanjšane so potrebe po hrani, zato je potrebno opazovati, večkrat dnevno dodati kalorični dodatek ... zaradi pomanjkanja tekočine so ogroženi predvsem starejši, potrebno je voditi natančno bilanco tekočin. Hrano naj P zaužije v mirnem okolju npr. jedilnici.

**Gibanje in ustrezna lega** - postaneta motena kar se kaže v različnih gibalnih vzorcih, kot so brezciljna hoja, tekanje... včasih premagujejo nadčloveške napore, okolica jih občuduje, v

končni fazi pa vodijo v izčrpanje. P z izraženimi gibalnimi motnjami s težavo zadovoljujejo TŽA, zato pri tem potrebujejo diskretno usmerjenje in vodenje.

**Spanje in počitek** – sta najbolj motena v akutni fazi bolezni, P ne spi tudi nekaj dni, teden ali več in postaja zelo utrujen. Spanec je zelo nekakovosten, pacient zelo pogosto vstaja iz postelje.... Namestimo ga v enoposteljno sobo, kjer ne moti ostalih, spodbujamo ga k sprostitvenim tehnikam, relaksaciji...

**Izogibanje nevarnostim v okolju** - je še posebej moteno zaradi pospešenega miselnega toka, hitre gibalne aktivnosti... pogovor s P in nadzor gibanja z usmerjanjem v strokovno vodene aktivnosti sta osnova pri zagotavljanju varnosti.

**Osebna higiena in urejenost** - P usmerjamo k natančnosti pri izvajanju osebne higiene s poostreno skrbjo za redno umivanje rok, zmerna uporaba dišav in ličil, mil.

**Oblačenje in slačenje** – izbirajo oblačila intenzivnih barv, posebnih krojev, nenavadni dodatki. Oblečeni so velikokrat neprimerno letnemu času. P usmerjamo in mu pomagamo pri izbiri oblačil.

**Odnosi z ljudmi, izražanje čustev, občutkov in potreb**- so patološko spremenjeni. Čutila so hipersenzibilna, čustvovanje je zelo intenzivno in evforično. P ima potrebo po govorjenju, govori nepovezano, težko prenese nestrinjanje... verbalna komunikacija je socialno pogojena in P lahko zmerja, preklinja.... Stike z drugimi ljudmi in popolnimi neznanci vzpostavlja brez distance. Pomembno je poznavanje elementov vedenjsko kognitivnih tehnik in terapevtske komunikacije.

**Koristno delo, razvedrilo in rekreacija** – P hitro menjavajo interese, začetnega dela ne dokončajo. P previdno usmerjamo v vodene terapevtske telesne in duševne aktivnosti., ga učimo obvladovanja motečih znakov manije.

**Učenje in pridobivanje znanja**- je pomemben del samoobvladovanja bipolarnе motnje, to sposobnost je potrebno uriti. P mora poznati svojo bolezen, začetne znake poslabšanja, sprožilne dogodke in načine samopomoči. Trening socialnih veščin predstavlja temelj za življenje v skupnosti.

## 8. OSNOVNE ZNAČILNOSTI FORENZIČNE PSIHIATRIJE

- To so zakonska določila, na področju zdravljenja oseb z izraženim ukrepom obveznega zdravljenja na psihiatriji.
- Sodna ali forenzična psihiatrija je posebna veja psihiatrije, kjer se prepletata pravo in psihiatrija.
- Tri področja so:

### 1. Zdravljenje psihiatričnih P brez njihove privolitve

- je praviloma redka, gre za osebe, ki ogrožajo svoje življenje in življenje drugih ljudi ali povzročajo škodo sebi ali drugim, sami so do hospitalizacije odklonilni in nimajo pravega uvida glede svojega stanja

- Pooblastilo za takšen ukrep ima osebni ali družinski dr.

- dr. pred svojo odločitvijo P pregleda, izbere hetero-anamnestične podatke, nujno je potrebno upoštevati ugotovitve in zakonska določila. Dr. lahko zaprosi tudi policijo.

- pridržani P na varovanih oddelkih se nujno prijavi pristojnemu okrajnemu sodišču najkasneje v 48 urah

### 2. Psihiatrično izvedeništvo

- izvedenci določeni s strani sodišča pojasnjujejo duševne motnje ali bolezni pri osebah, ki so storile različna družbi nevarna in kazniva dejanja.



- kazenski zakonik loči:
  - neprišteven storilec
  - bistveno zmanjšana prištevnost storilca
  - kazensko odgovoren storilec
  - izvedeništvo v civilno pravnih (delna ali popolna nesposobnost)

### 3. Izvajanje psihiatrično pomembni varnostnih ukrepov

-sodišče ob hudih kaznivih dejanjih sprašuje izvedenca o nevarnosti ponovitve dejanja; pri tem sodišče lahko izreče:

- 1.neprištevnemu storilcu varnostni ukrep obveznega zdravljenja v bolnišnici
- 2.obvezno psihiatrično zdravljenje na prostosti
3. ukrep obveznega zdravljenja alkoholikov in narkomanov

## 9. ANKSIOZNE MOTNJE

- poleg depresije so najpogostejše motnje v razvitem svetu
- je bolezenska tesnoba, neprijetno čustvo, spremljajo ga telesne ali vedenjske spremembe, pojavi se postopoma ali nenadno, taja nekaj min ali leta, kaže se na več področjih (šolanje, druženje...)
- so dejavnik tveganja za razvoj depresivne motnje,odvisnosti od alkohola in benzodiazepinov

Vzroki: - biološki, psihološki in socialni;

- zlasti so nagnjeni ljudje, ki so perfekcionisti, ki slabše prenašajo kritiko...
- pojavlja se pri otrocih in odraslih

Simptomi: najdemo jih na nivoju mišljenja(zmešalo se mi bo, kap me bo...), čustvovanja (strah, tesnoba , groza, panika) in na telesu( cmok v grlu, slabost, mravljinca).

### 1. GENERALIZIRANA ANKSIOZNA MOTNJA

-pogostejša pri ženskah, stalna zaskrbljenost zaradi skrbi, ki so za posameznika pomembna in mu predstavljajo vrednote (uspeh, pohvale, ocene...)

-zdravljenje: antidepresivi, tehnika sproščanja in preusmerjanje pozornosti

### 2. FOBIČNE MOTNJE

-zelo pogoste, fobija traja najmanj 6mesecev in vpliva na posameznikovo vsakdanjost

Poznamo:-enostavne (strah pred zaprtimi prostori, višino, pajki...)

-socialne (strah, da bo posameznik v družbi vrstnikov sprožil posmeh, zardel, izpadel neumen, smešen...)------potenje, razbijanje srca, slabost, omotičnost...

-zdravljenje: svetovanje, včasih antidepresivi

### 3. PANIČNA MOTNJA

-pogostejše pri ženskah

-značilni so vsi simptomi vegetativne vznemirjenosti, le da se tukaj pojavijo v obliki nepričakovanega napada in ne ob situaciji ko posameznika plaši. Bolnik je popolnoma prepričan, da bo umrl ali pa izgubil nadzor nad svojim vedenje, izgubil zdrav razum

-zdravljenje: ob paničnem napadu osebo pomirimo, preusmerimo pozornost, antidepresivi, benzodiazepini, psihoterapija

### 4. OBSESIVNO KOMPULZIVNA MOTNJA

-gre za ponavljajoče se misli in vedenje, ki se jih posameznik ne more ubraniti, se mu vsiljujejo in jih ne more nadzirati; so nesmiselne (umivanje rok, ker je vse umazano...)  
-zdravljenje: zgodnje odkrivanje je velika možnost ozdravitve, antidepresivi in antipsihotiki

## 5. SOMATOFORMNE MOTNJE

-so skupina motenj, pri katerih so v ospredju telesni simptomi, ki posameznika izjemno ovirajo a preiskave ne najdejo razloga ali pa je razlog neskladen z odzivanjem  
-posameznik zaradi telesnih simptomov išče zdravniško pomoč

-Vzroki: genetika, družinska situacija, zaskrbljeni starši...

-simptomi: motnje telesnih funkcij (krvožilni sistem, GIT, ...)

-zdravljenje: reatribucija (telesne simptome skušamo povezati s stresnimi dejavniki in načinom življenja, tako da posameznik spozna, da se s telesom odziva na dražljaje), edukacija, zmanjšanje protibolečinskih zdravil, izboljšanje psihosocialnih razmer

-Poznamo tri vrste:

**1.Somatizacijska motnja**= P ima dolgo in zapleteno anamnezo, opravi je ogromno preiskav in je brez diagnoze, pridružene so še anksioznost, odvisnost od zdravil...

-zdravljenje. Zaupanje in sodelovanje med dr. in P, benzodiazepinov ne uporabljamo

**2.Hipohondrična motnja**= P je preokupiran z določenim nepomembnim simptomom (kašelj), normalne občutke P opisujejo kot zastrašujoče

-zdravljenje: edukacija in reatribucija, antidepresivi, antipsihotiki

**3. trajna somatiformna bolečinska motnja** ( P opisuje trajno, hudo in zaskrbljujočo bolečino, ki je ni mogoče razložiti z fiziološkim procesom in nastopa v povezavi s čustvenimi in psihosocialnimi problemi)

-zdravljenje: preprečevanje zlorabe protibolečinskih zdravil, antidepresivi, pogovor

## 6. DISOCIATIVNE MOTNJE

-tukaj se pojavljajo simptomi s strani telesnih funkcij, ki so pod kontrolo volje, povezane s travmatičnim dogodkom, nerešljivimi problemi, medosebnimi odnosi...

-ločimo več vrst:

-disociativna amnezija (izguba spomina)

-disociativna motorična motnja (izguba sposobnosti gibanja z delom telesa)

-disociativna konvulzija (podobna EPI-ni ugriza in uhajanja urina)

## 10. SKUPNOSTNA SKRIB ZA OSEBE S PSIHOZO

Načini dela MS za področje psihiatrije v skupnosti so načela psihiatrične rehabilitacije. Psihiatrična rehabilitacija je skupina zdravstvenih, socialnih in psiholoških intervencij, ki izboljšujejo delovanje P z duševno motnjo in pospešijo njegovo zdravljenje.

-usmerjena je v čim večjo samostojnost P, njihovo kakovost življenja in v njegovo lastno zadovoljstvo.

-načela rehabilitacijske obravnave obravnave so:

- spoštovanje P posebnih potreb

- sodelovanje z vsemi sodelavci v procesu obravnave

- enakopravnost in partnerstvo med P, njihovimi svojci in strokovnjaki

- načelo zavzete podpore.

-načela skupnostne obravnave so:

**1. odgovornost** – za spremljanje P, ki potrebujejo visoko stopnjo podpore prevzema član ali skupina, ki je multidisciplinarna (P, socialni delavec, svojci, psihiater, MS...)

**2. participacija**- P in njegovi svojci so enakopravni sodelavci v procesu načrtovanja skrbi in so njegovi nosilci.

**3. kontinuiteta**- spremljanje P z visoko stopnjo potreb po podpori je bistvo za vzdrževanje njihovega zdravja in za napredovanje v procesu okrevanja.

**4. kakovost**- zdravstveni timi uporabljajo dokazano uspešne oblike zdravljenja in podpore, ki omogočajo izboljšanje funkcioniranja P.

**5. dostopnost** – ljudje z zmanjšanimi zmožnostmi ali invalidnostjo zaradi duševnih motenj morajo imeti takojšen in neposreden dostop do služb, ki jih potrebujejo.

**6. rehabilitacija**- manjše zmožnosti ali invalidnost po duševni motnji je mogoče zmanjšati z rehabilitacijskimi metodami, kot so zaposlovanje in izobraževanje.

#### Rehabilitacijske metode dela:

-učenje socialnih veščin, delo z družino, učenje o bolezni, zdravljenju in rehabilitaciji, načrtovanje obravnave...

-osnovno orodje psihiatrične rehabilitacije je spoštljiv, konsistenten in varen terapevtski odnos.

-da dosežemo bistvene in dolgoročne premike v obravnavi pa je pomembno vključevanje družine, drugih strokovnjakov...

MS ocenjuje stanje, pacientovo okolje, vire pomoči in ovire pri okrevanju, vpliva na sodelovanje pri zdravljenju, svetuje in nadzira jemanje zdravil...

Prezema torej vse naloge PATRONAŽNE MS v osnovnem zdravstvenem varstvu, vendar hkrati prispeva dodatne spretnosti in znanja, kot so ocena psihopatoloških znakov, psihoedukacija...pozna tudi učinke in stranske učinke zdravil; deluje tako, da zmanjšuje diskriminacijo ter si prizadeva za varovanje pravic P.

S patronažnim delom se skrajša hospitalizacija, sodeluje se pri načrtovanju odpusta.

Dokazano uspešna metoda načrtovanja obravnave oseb s hudimi in ponavljajočimi se duševnimi motnjami je Prilagojeno skupnostno zdravljenje (Assertive Community Treatment- ACT).

Tu gre za organizacijo obravnave v skupnosti za tiste P, ki so posebej rizični glede rehospitalizacije, odgovarja na njihove individualne potrebe s prilagojenimi oblikami obravnave in zdravljenja tam, kjer se problem pojavi, kar je največkrat na P domu. Služba je dostopna 24 ur na dan. Program takšnega dela pa je tudi v Sloveniji že sprejet na republiškem nivoju.

Evalvacija – je predvsem ocena doseganja ciljev, ki so bili napisani v načrtu obravnave; ocenjuje se tudi uspešnost izvajanja programov preko zadovoljstva P, izidov obravnave glede kliničnega stanja...

## **11. ČLOVEKOVE PRAVICE IN DUŠEVNE MOTNJE**

Človekove pravice temeljijo na dostojanstvu, spoštovanju, enakosti, poštenosti in neodvisnosti vsakega posameznika. Osebe z duševno motnjo so pogosto žrtve stigmatizacije in z njo povezane diskriminacije.

### **ZDRAVLJENJE PROTI VOLJI PACIENTA:**

Ta problematika je posebej občutljiva, saj se postavlja vprašanje **pacientove resnične volje**, kadar je ta, pod vplivom bolezenskega doživljanja. Z namenom, da bi se preprečile zlorabe oseb z duševno motnjo in zmanjšalo nevarnosti, ki jih lahko povzročijo sebi in drugim, mora biti to področje urejeno z **ustrezno zakonodajo**.

### **SPREJEM NA ZDRAVLJENJE BREZ PRIVOLITVE:**

Je postopek, ki prinaša omejitve dveh človekovih pravic, zagotovljenih z ustavo: **pravice do osebne svobode** ter **pravice do prostovoljnega zdravljenja**. Bolnišnično zdravljenje brez privolitve (tudi proti volji pacienta), predstavlja hud poseg v človekovo integriteto, da ga je treba s strani države zakonsko opredeliti in nadzorovati njegovo izvajanje.

### ZAKONSKE OSNOVE ZA VAROVANJE PRAVIC OSEB Z DUŠEVNO MOTNJO:

#### Načela MADRIDSKE deklaracije:

- Zdravljenje mora potekati v skladu s stroko in etičnimi principi.
- Psihiater mora obravnavati pacienta kot partnerja v terapevtskem odnosu.
- Pacient lahko zdravljenje tudi odkloni, in **se ga proti njegovi volji ne sme zdraviti**, razen v primerih, ko bi opustitev zdravljenja pomenila življenjsko nevarnost za pacienta ali njegove bližnje.
- Zdravljenje brez vključevanja pacienta ni dovoljeno, niti dajanje informacij o zdravljenju drugim osebam, bolnika pa je treba o njegovem zdravljenju informirati.

#### !!!ZAKON O PACIENTOVIH PRAVICAH:

- **3. Člen:** Spoštovanje osebnosti in dostojanstva tako, da nihče ni socialno zaznamovan zaradi svojega zdravstvenega stanja in vzrokov, posledic ter okoliščin tega stanja ali zdravstvene oskrbe, ki jo je bil zaradi tega deležen
- Pri varovanju svojih pravic ima vsak pacient tudi pravico do zastopnika

#### !!!ZAKON O DUŠEVNEM ZDRAVJU

- Pravice pacientov in njihovih svojcev v vseh stopnjah psihiatričnega zdravljenja.

### 12. TERAPEVTSKA KOMUNIKACIJA

!!!Terapevtska komunikacija je pomembna zaradi treh razlogov:

- Je **nosilec terapevtskega odnosa**, saj zagotavlja potrebne informacije, preko nje pa si pacient in medicinska sestra izmenjujeta svoje občutke in misli;
- Je **orodje** preko katerega MS vpliva na pacientovo vedenje;
- Je **sredstvo**, brez katerega ni možno vzpostaviti terapevtskega odnosa.

Za uspeh zdravljenja je pomembno tudi vzpostavljanje pristnega medosebnega odnosa med pacientom in zdravstvenim osebjem. **Celoten namen komunikacije je biti slišan in priznan, razumljen in sprejet.** Ena najpomembnejših nalog medicinske sestre je zadovoljevanje pacientovih fizičnih, psihičnih, socialnih in duhovnih potreb s pomočjo terapevtske komunikacije; to je **odnosa in interakcije** z njim. Terapevtska komunikacija se razlikuje od socialne: **vedno je usmerjena k cilju in je namenjena izključno zadovoljevanju**

**pacientovih potreb.** Začne se takoj, ko pacient vstopi v sistem zdravljenja in traja do končnega izida.

**!!!Intrapersonalna komunikacija:** pomeni posameznikovo notranje komuniciranje, pri čemer ima odločilno vlogo pojem jaza. Skladno s predstavo o sebi ocenjujemo druge, sočustvujemo na sebi lasten način... Pomembno vlogo predstavlja samozavedanje.

**!!!Interpersonalna komunikacija** in medosebni odnosi so jedro zdravstvene nege. Medosebni odnosi naj bi odražali toplino, razumevanje, spoštovanje in strokovnost.

**!!!Samozavedanje:** pomeni prepoznavanje, priznavanje in sprejemanje ali pa kritično samospraševanje in poskus spreminjanja tega kar smo, in kar občutimo. Je hrbtenica vsakega terapevtskega odnosa, je proces razumevanja lastnih misli, vrednot, verovanj, občutkov...

**!!!Samorazkrivanje:** pomeni odpreti se drugemu. MS s samorazkrivanjem ne sme obremenjevati pacienta, uporabi ga lahko le kot orodje, ki ji pomaga pacienta pripraviti, da se tudi sam razkrije zaradi določenega terapevtskega cilja.

**!!!Spoštovanje:** je etično načelo, pomemben element humane ZN. Pomeni izkazovanje pozornosti do pacienta in priznavanje njegove pomembnosti, vrednosti in dostojanstva. To dosežemo s prijaznostjo, vljudnostjo in upoštevanjem pacientove drugačnosti.

**!!!Samorazumevanje in samosprejemanje:** ti dve lastnosti MS omogočata, da prizna drugačnost in edinstvenost pacienta. Pomeni sprejemanje, razumevanje svojih občutkov, misli, vrednot. Je pomemben faktor v terapevtski komunikaciji.

**!!!Transfer:** tj. nezavedni prenos pacientovih čustev, povezanih s pomembno osebo v njegovem življenju na MS. Obratno: **Kontratransfer.**

### **TEHNIKE TERAPEVTSKE KOMUNIKACIJE:**

S pravilno uporabo tehnik, bo MS opogumila pacienta, da izrazi svoja čustva, se zave svojega razmišljanja. Tehnike, ki opogumljajo pacienta pri izražanju svojih čustev so:

- **dejavno poslušanje, pozorno sledenje in odzivanje, postavljanje vprašanj, besedna vodila in tišina**

Tehnike, ki pomagajo MS pri razumevanju pacientovih čustev so:

- **refleksija, parafraziranje, osvetlitev in potrditev.**

Tehnike, ki pomagajo pacientu graditi njegovo samozavedanje:

- **razlaganje, soočanje, osredotočenje in povzetek**

**FAZE TERAPEVTSKEGA ODNOSA MED MS IN PACIENTOM IN VLOGE MS***(to je sicer na zapiskih že obrazložene, tuki sm navedla sam še ene stvari, ki jih tam ni, je pa prof. dala dosti pozornosti nanje; fazo orientacije in vlogo ms kot učiteljice)*

### **!!!1.Faza orientacije**

- KONTAKTNA KULTURA! (MS se mu predstavi z imenom in priimkom, deluje prijazno in spoštljivo ter z nebesedno komunikacijo izraža dobrodošlost in toplino.)
- ZAUPANJE! (to je temelj, na katerem, bosta gradila oba)

### **Vloga učiteljice:**

MS prevzame to vlogo, ko se pacient začne zavedati svoje situacije in potreb ter v njunem medsebojnem odnosu vlada zaupanje. Preko pozitivnih izkušenj, se največ nauči.

## **13. ZN PACIENTA Z DEMENCO**

ZN pacienta z demenco vključuje v sistem obravnave poleg pacienta, tudi svojce in pomembne druge.

### **DIHANJE IN KRVNI OBTOK**

- Dihanje je lahko pospešeno, upočasnjeno ali otežkočeno. Posebaj pozorni smo na kvaliteto dihanja, ki je lahko plitvo, pospešeno ali piskajoče. Posebno pozornost namenimo tudi kontroli drugih vitalnih znakov, kot so RR, srčni utrip, TT in SpO2.

### **IZLOČANJE IN ODVAJANJE**

- Pogosto povezano z inkontinenco in izgubo občutka za odvajanje in zadrževanje urina
- Zadrega zaradi umazane obleke in neprijetnega vonja, ter posledično strah
- Diskretnost in pogovor na samem
- Toaletni trening (pri P, ki še zadržujejo urin in blato, a ne čutijo potrebe po izločanju; pravočasno se ga opomni, ali pospremi na stranišče)
- Izločke je potrebno opazovati: količino, barvo, vonj, gostoto, primesi...
- Lahko se pojavi bruhanje, napet, boleč trebuh, nemir...

### **VZDRŽEVANJE NORMALNE TELESNE TEMPERATURE**

- Je moteno, saj je njihova percepcija zaradi organskih sprememb v možganih drugačna
- Pomembno je vsakodnevno merjenje TT

### **PREHRANJEVANJE IN PITJE**

- Spremembe v prehranjevanju in pitju P z demenco so povezane z različnimi dejavniki: spremembe v ustni votlini, slabo zobovje, motnje požiranja, izguba občutka za lakoto in žejo, nezmožnost samostojnega hranjenja in priprave hrane...
- Dnevni obroki vključujejo primerno pripravljena živila, sadje, zelenjavo, vlaknine, predvsem pa zadostno količino tekočine.
- Priprava jedilnice, hrane (ustrezna temperatura, količina, čas).



- Samostojno hranjenje je potrebno opazovati, zlasti pri motnjah požiranja.
- Kadar je hranjenje preko ust onemogočeno, se poslužujemo uporabe gastrstome in sonde.
- Dobro prehranjenost se nadzira s tehtanjem, opazovanjem znakov hujšanja, dehidracije, nastankom RZP, počasnem celjenjem ran...

### **GIBANJE IN USTREZNA LEGA**

- Pojavijo se spremembe v gibanju, ki se kažejo kot negotovi, drobni koraki, hoja po prstih, spotikanje, težave pri vstajanju. Vzroki težav so v **anatomskih spremembah gibalnega sistema, okvarah živčevja, pomankljivem prostorskem zaznavanju, ter uporabi nekaterih zdravil.**
- Dnevna aktivnost, razgibavanje, skrb za varnost ( neдрseča tla, uporaba primerna obutve, pri nepokretnih P uporaba antidekubitorjev)

### **SPANJE IN POČITEK**

- P težko zaspijo, se pogosto zbujaajo, spijo po intervalih oz.zaspijo šele proti jutru
- MS upošteva navade, ki jih je imel doma ( branje knjig pred spanjem, poslušanje glasbe, umirjen pogovor, občutek varnosti...)
- Na spanje vplivajo: splošno stanje organizma, telesna in duševna aktivnost, prehrana in pitje tekočin, dnevna budnost, počitek in uporaba zdravil.

### **IZOGIBANJE NEVARNOSTIM V OKOLJU**

- Bolezenski proces prizadene skrb za lastno varnost, varnost drugih in materialnih dobrin, zato so neprijetni dogodki prvi opozorilni znak, ki zahtevanjo takojšnje ukrepanje.
- Poleg odpravljanja fizičnih nevarnosti (padci, poškodbe, okužbe...) je pomembna tudi potreba po človeški bližini in neposrednem stiku.
- S pacientom je potrebno skrbeti za denar, hišne ljubljence, položnice...
- Prijatelji, znanci, svojci in skrbniki nudijo psihično varnost, ki ohranja občutek pripadnosti.

### **OSEBNA HIGIENA IN UREJENOST**

- Spremembe v osebni higieni se kažejo v spremenjeni koži in sluznicah, neprijetnem vonju, neurejenosti lasišča in nohtov.

- Med elemente dobre OH spadajo: umivanje, kopanje, prhanje, nega ustne votline, umivanje las, česanje, umivanje rok, anogenitalna nega ter skrb za čisto perilo in obleko.
- Ponovna vzpostavitev in ohranjanje zdravih higienskih navad, pri P zahteva veliko mero potrpežljivosti, razumevanja, vztrajnosti in znanja.
- Izvajanje OH je intimno opravilo, zato zahteva primeren prostor, material in pripomočke.
- Priporoča se uporaba lastne kozmetike, dišav in zeliščnih dodatkov, ki pomirjajo.
- Z OH se vzdržuje primeren odnos do lastnega telesa, krepi se samozaupanje, izboljša se medosebna komunikacija, skrbi za primerno počutje in estetski videz.

### **OBLAČENJE**

- Napačna uporaba oblačil, pomanjkljivo oblačenje, skrivanje obleke, izguba obleke ipd.
- Pri inkontinenci urina in blata se svetuje uporaba trenirke in posebnega perila. Spodnje perilo mora biti iz naravnih materialov
- Pri oblačenju je pomembno upoštevanje letnega časa, temperature okolja, prehrane, pacientove aktivnosti...

### **ODNOSI Z LJUDMI**

- Odnosi se spremenijo zaradi sprememb razumevanja, mišljenja in govora
- Motnje v komunikaciji se kažejo z vznemirjenostjo med pogovorom, nezmožnostjo oblikovanja sporočila opisovanja predmetov, situacij.
- Osnovno vodilo pri komunikaciji je vzpostavljane očesnega stika na primerni distanci, govor naj bo počasen, z oblikovanjem kratkih, jasnih stavkov...
- Pomembno je dovoliti izražati verska čustva (obisk kapele, spoved v spremstvu MS ali svojcev)

### **KORISTNO DELO**

- Koristno delo, razvedrilo in rekreacija so pomembni elementi za ohranjanje samozavesti, samospoštovanja in samozaupanja
- Čas mora biti zapolnjen z individualno ali skupinsko prilagojenimi aktivnostmi
- Igre, slikanje, petje, gospodinjska dela...

### **UČENJE IN PRIDOBIVANJE ZNANJA**

- ZV delo naj temelji na zaupnem terapevtskem odnosu, jemanju predpisane terapije, lažšanju težav, obnavljanju zdravih navad...
- Pomemben del ZN je neprestano strokovno izobraževanje svojcev, skrbnikov o posebnostih življenja oseb z demenco.

## 14. MOTNJE OSEBNOSTI

Osebnostne motnje so ena najpogostejših kliničnih entitet v psihiatrični praksi. So težavne v smislu definicije, glede razumevanja v etiološkem smislu in za obravnavo. **Nezdrava osebnost je neprilagodljiva, ima neprilagodljive vzorce mišljenja, čustvovanja in odnosov.** Emocionalna stabilnost je nerazsodna, rigidna, P imajo potrebo po škodljivih, hudobnih in samopoškodbenih vedenjskih ciklih.

### PARANOIDNA OSEBNOSTNA MOTNJA

- Označuje jo **pretirana občutljivost za različne zapreke, nespravljalnost zaradi žalitev, sumničavost.**
- P so **nezaupljivi** in budni oz.oprezni. so nezaupljivi, sumničavi, pričakujejo, da bodo prevarani, ne zaupajo v motive drugih, ne zaupajo zavezništvom.
- Imajo **maščevalne fantazije**, želijo ostati **brez bližnjih prijateljev**
- Nikoli ne pozabijo ali oprostijo
- So **hladni, brez humorja, niso nežni** ali sentimentalni
- Tvorijo **psevdoopredelitve**: ljudje - »za in proti« njim

### SHIZOIDNA OSEBNOSTNA MOTNJA

- Zanjo je značilen umik iz čustvenih, socialnih in drugačnih stikov
- **Nagnjenost do fantazije, samotarskih dejavnosti**, brez tesnejših prijateljev, socialno izolirani
- »samotarji«
- Imajo »sterilne« misli, so **preokupirani z abstraktnim, so nejasnih miselnih procesov**
- **Emocionalno hladni**, brez globokih občutkov za druge

### DISOCIALNA OSEBNOSTNA MOTNJA

- Značilno **neupoštevanje družbenih obveznosti in popolna nezeinterisiranost za čustva drugih**
- Toleranca do neuspehov je nizka, **zlorablajo drogo, alkohol**

- V starosti pod 18 let, to uvrstimo v kategorijo »vedenjske motnje«, nad 18 let pa v disocialno osebnostno motnjo
- **Moralna blaznost, perverznost, ponavljajoče nasilje nad drugimi**
- Neodgovorni, nezaupljivi, drugim vsiljujejo krivdo, so »brez čustev«

### ČUSTVENO NEURAVNOVEŠENA OSEBNOSTNA MOTENOST

- Težnja k impulzivnemu reagiranju ne glede na posledice
- Razpoloženje je nepredvidljivo in muhasto
- **Impulzivni tip:** čustvena neuravnovešenost
- **»Borderline« tip:** čustvena neuravnovešenost in motnje v samopodobi
- Nestabilni so v vseh aspektih življenja
- So kaprcasti, ne marajo osamljenosti, večkrat prikrito jezni, sarkastični, besni, depresivni
- Zlorabljuje droge, divjajo z motornimi vozili

### HISTRIONIČNA OSEBNOSTNA MOTNJA

- Plitvo in labilno čustvovanje, **dramatiziranje**, pretirano izražanje čustev,
- Glavna značilnost: **iskanje pozornosti preko lastnega dramatiziranja in pretiranih emocij**
- **Živijo v nerealnem svetu, umetniki**, kreativni
- Šarmantni, radi med ljudmi, zlahka prizadeti

### ANANKASTIČNA OSEBNOSTNA MOTNJA

- Značilna so čustva dvoma, **težnje po popolnosti** pretirana vestnost
- Zadrževanje pri podrobnostih in pretirano ukvarjanje z njimi
- **Bojijo se kakršnih koli napak**, pogosto preveč natančni
- Pozornost usmerjajo v detajle **»Zaradi drevesa ne vidijo gozda.«**

### BOJAZLJIVOSTNA (izmikajoča se) OSEBNOSTNA MOTNJA

- **Značilna občutja napetosti in zaskrbljenosti, negotovosti in manjvrednosti**
- Nenehno hrepenijo po tem, da bi bile sprejete in ljubljene

- Preobčutljivost, nelagodno počutje v vseh socialnih situacijah, bojijo se ostrosti, surovosti, nizka samozavest
- Bojijo se **medosebnih odnosov**, sramote, nerodnosti, osamljenosti

### ODVISNOSTNA OSEBNOSTNA MOTNJA

- Značilno popolno zanašanje na druge ljudi pri sprejemanju večjih ali manjših odločitev
- Velik strah pred tem, da bi jih kdo zapustil, pogosto želijo prevaliti odgovornost na druge
- Nagnjeni k samopoškodbam, pasivni, ubogljivi, prezaupljivi, naivni
- Otroški in nezreli
- Pomanjkanje vitalnosti na intelektualnem in emocionalnem področju
- Netekmovalni, **prijazni, ne dajejo kritičnih pripomb**

### 15. URGENTNA STANJA V PSIHIATRIJI

**!!!To so vsa stanja, ki potrebujejo takojšnje zdravljenje, s čimer se prepreči napredovanje slabšanja psihičnega stanja in v skrajnih primerih hetero in avtoagresije.** Najpogostejše pritožbe pacientov sodijo v sklop povečane anksioznosti, depresije, manije in motenj mišljenja. **Na prvem mestu je potrebno zagotoviti varnost osebja in pacienta med samo obravnavo.**

Vzroki v omenjenih stanjih so v nekaterih primerih povzročeni pretežno zaradi dejavnikov okolja, ob izpostavitvi hudemu stresu; neposredna grožnja s smrtjo, posilstvo, izguba bližnjega...

Obravnava P z urgentnim psihiatričnim stanjem je podobna siceršnji obravnavi pacienta s psihično motnjo, ima pa nekatere posebnosti. **Na prvem mestu je potrebno zagotoviti varnost osebja in P med samo obravnavo. Lastno varnost pri obravnavi P je mogoče povečati s pridobivanjem čim več podatkov o P pred samim srečanjem s P in z zavedanjem možnosti heteroagresivnega vedenja.** Potrebno je zagotoviti **ustrezno okolje** obravnave (dostop mimo P do izhoda, puščanje odprtih vrat, **dostopnost nevarnih predmetov** v okolici P). **Med obravnavo je potrebno uporabiti vsa sredstva, da se P prepreči samomor.**

**Nujen je empatičen pristop!** Največja možna napaka v obravnavi P z urgentnim psihiatričnim stanjem je **spregledanje resne telesne bolezni**, ki se morda kaže s psihopatološkimi fenomeni.

Uporaba farmakoterapije pri začetni obravnavi urgentnih stanj v psihiatriji je namenjena večinoma odpravljanju agresivnega vedenja, hude anksioznosti ali panike.

## 16. AGRESIVNOST

V psihiatriji ocenjujemo agresivnost in nasilno vedenje v smislu psihopatologije kot del morebitne psihiatrične motnje in kot vedenje, ki ga moramo znati prepoznavati, ocenjevati in preprečevati. Vendar agresivnost, kot tudi ne nasilno dejanje, sama po sebi nista psihiatrični motnji ali boleznii.

- **Konstruktivna agresivnost:** naravna zakonitost, »dobra agresivnost«, npr. V boju za preživetje.
- **Asertivnost:** samozavest, odločnost
- **Destruktivna agresivnost/nasilnost:** nasilno vedenje, »slaba agresivnost«

### VZROKI:

- Obporodni in poporodni zapleti
- Domače nasilje, zloraba otrok
- Ločitev staršev , nedosledna vzgoja, prestopništvo staršev
- Sprememba nevrotansmitorejv v možganih
- Frustracija, direktna provokacija
- Bolečina, pretirana aktivnost, hud napor

**Primarno nasilno vedenje:** kadar možganski proces zajame določene strukture v centralnem živčevju in jih notranje in/ali zunanje draženje iz povečane agresivnosti stopnjuje do nasilnosti.

**Sekundarno je nasilno vedenje takrat,** ko posameznik z nasilnostjo odgovarja na očitne, pa tudi bolj prikrite provokativne dražljaje svojega okolja.

**Terciarno nasilno vedenje je** direkten izraz psihopatologije, kot so v nasilje usmerjene impertivne slušne halucinacije, blodnjave vsebine ali pa kvalitativne motnje zavesti, ko pacient prepozna običajen ali celo prijeten dražjaj kot sovražno dejanje (npr. Nasmeh).

### OCENA TVEGANJA ZA NASILNO VEDENJE:

- Oceniti je potrebno trenutno psihično stanje, kjer nas posebj zanimajo nemir, razdražljivost, notranja napetost, povečana impulzivnost, sovražnost.
- Potrebno je preveriti, če ima P v lasti nevarne predmete ali orožje
- Vedno postavimo vsaj 3 vprašanja: ali ste kdaj pomislili, da bi poškodovali koga drugega? Ali ste v zadnjem času resneje koga poškodovali? Katero je bilo najbolj nasilno dejanje, ki ste ga storili?

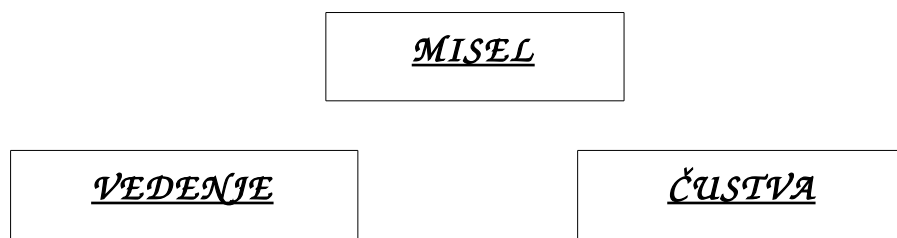
### !!!DEESKALACIJSKA TEHNIKA!



- **Miren in tih govor**
- **Spoštljiv odnos** do P ne glede na njegovo stanje ali preteklo vedenje
- **Nevtralna vprašanja, brez vnaprejšnje obsodbe ali obtožb**, brez pretirane dominantnosti, ter z ustrezno neverbalno govorico, kiaj spremlja izrečeno
- Pogovor naj poteka v prostoru, ki omogoča dovolj veliko fizično distanco med strokovnjakom in P (**npr. Miza**)
- Oba naj sedita
- **Strategije aktivnega poslušanja**
- **Pogovor mora potekati v pogojih, ko lahko prostor ali situacijo strokovnjak zapusti prvi in pokliče pomoč**
- Če P med oceno postaja vedno bolj vznemirjen, odkrito sovražen, je potrebno pogovor prekiniti in najprej zmanjšati **agresivnost ali agitacijo**.

**OBRAVNAVA NASILNEGA PACIENTA** (to bom predstavila v poglavju PVU)

## 17. VEDENJSKO-KOGNITIVNA TERAPIJA IN NJENE TEHNIKE



- V zadnjem času ena največkrat uporabljenih psihoterapij. Primarno zaradi široke uporabnosti pri številnih duševnih motnjah in kratkotrajnosti. Sekundarno pa zaradi razumljenosti za P, usmerjenosti na aktualno problematiko.
- VKT je osnovana na stalnem sledenju in spreminjanju P ter njegovih problemov. Terapevt poskuša konceptualizirati P težave v trojni sistem: misli (sedanje misli, ki vzdržujejo občutke, avtomatske misli), vedenje (nefunkcionalno vedenje, ki pogosto še povečuje problem, npr. Izolacija, izogibanje soočanju), čustvovanje.
- VKT zahteva močno terapevtsko zavezištvo (alianso) in zaupanje.
- **VKT vključuje aktivno sodelovanje P**
- VKT je osredotočena in ciljno usmerjena na problem. Na začetku terapije P navede svoje probleme in si zastavi cilje, ki jih potem skupaj s P dosežeta.

- VKT je **edukativna terapija**, njen cilj je naučiti P, da bo sam svoj terapevt in da bo znal preprečiti motnje.
- **BISTVO TE TERAPIJE JE, POENOSTAVLJENO REČENO, SPREMEMBA MIŠLJENJA.** S spremembo mišljenja vplivamo na spremembo vedenja in čustvovanja.

## 18. STRANSKI UČINKI PSIHIATRIČNIH ZDRAVIL

### **!!!ZDRAVILA ZA ZDRAVLJENJE DUŠEVNIH MOTENJ: psihotropna zdravila ali psihofarmaki;**

- Antidepresivi
- Antipsihotiki ali Nevroleptiki
- Anksiolitiki, hipnotiki in sedativi
- Stabilizatorji razpoloženja in antikonvulzivi
- Zdravila za zdravljenje demenc

#### **ANTIDEPRESIVI**

- **TCA (triciklični antidepresivi):** sedacija, zaprtje ali nasprotno driska, pogoste so tudi motnje vida, suha usta, znižan RR, glavobol, nemir in potenje. Omeniti je treba, da so to zdravila, s katerimi je veliko P storilo samomor s prekomernimi odmerki.
- **MAOI (inhibitorji monoaminooksidaze)** se ne uporabljajo sočasno z drugimi antidepresivi: nespečnost, nemir, suha usta, zaprtje, driske, bruhanje, nizek RR
- **SSRI (zaviralci ponovnega prevzema serotonina):** slabost, tiščanje v žlički in bruhanje.
- **SNRI (»zaviralci privzema serotonina in noradrenalina«),** P se mora meriti RR zaradi nevarnosti zvišanja: nespečnost, nemir, spolne motnje, driska, potenje, slabost.
- **NRI (»zaviralci prevzema noradrenalina«):** nespečnost, suha usta, zaprtje, nizek RR, motnje mokrenja, spolne motnje.
- **NaSSA (»noradrenergični in serotoninski antidepresivi«):** zaspanost, suha usta, zaprtje in povečan apetit. Previdnost je nujna ob povišani TT zaradi možnosti zavore kostnega mozga.
- **NDRI (»zaviralci prevzema noradrenalina in dopamina):** znižan apetit, vrtoglavica, višji RR, izguba telesne teže, nemir, suha usta, zaprtje in potenje.

#### **ANTIPSIHOTIKI**

- TIPIČNI/ATIPičNI antipsihotiki:
- **Nevrološke motnje oz.ekstrapiramidne motnje** (mišični spazmi/distonija),
- **Parkinsonizem** (neizrazitost obraza, monoton govor, počasni gibi telesa, tipična hoja z majhnimi koraki in slinjenje

- **Akatizija** (notranji nemir, želja po gibanju, prestopanje...)
- **Tardivna diskinezija** (plazenje jezika, nehotni gibi rok, mlaskanje, žvečenje)
- **Nevroleptični maligni sindrom** (lahko življenjsko nevaren; motnje zavesti, motnje delovanja avtonomnega živčevja, mišična rigidnost in visoka telesna temperatura. Zdravljenje hude oblike sobi v EIN.
- **Visok nivo prolaktina** (ginekomastija, menstrualne motnje, spolne motnje)
- **Spolne motnje** (motnje v erekciji in libidu)
- **Motnje v presnovi glukoze, maščob in povečanje telesne teže**
- **Motnje srčnega ritma** (lahko zelo hude, do VF)
- **Krvne spremembe** (levkopenija...)

Antipsihotiki zaradi svojega učinka na acetilholin povzročijo zaprtje, zastoj urina, suha usta, hitre padce RR in redkeje tudi epileptične napade.

#### SEDATIVI, ANKSIOLITIKI IN HIPNOTIKI

- Sedacija, motorične motnje, motnje apetita, otežen govor
- Kognitivne motnje (prekrijejo lahko depresijo)
- Opozoriti moramo na njihovo zlorabo

#### STABILIZATORJI RAZPOLOŽENJA IN ANTIKONVULZIVI

- **LITIJ**: toksičnost se kaže s tremorjem, utrujenostjo, glavobolom, drisko in bruhanjem.
- Na prizadetost živčevja pa kažejo nevrološki znaki z motnjami v govoru, nistagmus, znaki demence in rigidnost.

#### ZDRAVILA ZA ZDRAVLJENJE DEMENC

- **Inhibitorji holinesteraze**: stranski učinki v prebavilih, slabost, bruhanje, slinjenje, krči driska, izguba apetita. Včasih zastoj urina.

Še posebno moramo biti pozorni na stranske učinke pri starostnikih, saj so ponavadi pridružene še kronične spremembe.

### **19. ZDRAVSTVENA OBRAVNAVA P Z NEZAŽELENIMI UČINKI PSIHOTROPNIH ZDRAVIL**

Na pojav nezaželenih učinkov vplivajo: **spol, starost, prisotnost drugih kroničnih bolezni, sočasno jemanje drugih zdravil, uživanje nekaterih živil, terapevtski odmerek in vrsta zdravila**. Največ neprijetnih in motečih učinkov imajo vsekakor klasični nevroleptiki in antidepresivi.

Pred začetkom obravnave je **pacientu potrebno razložiti pomen jemanja zdravil in pridobiti njegovo privolitev**, saj zdravstvena obravnava temelji na sodelovanju. **P mora biti**

seznanjen s tem, kako zdravila delujejo na moteče znake bolezni in z njihovimi morebitnimi nezaželenimi učinki.

**!!!DEPO: posebna skupina zdravil, ki se jih daje parenteralno (injekcije).**

**!!!NEŽELENI UČINKI ZDRAVIL;**

- \* **Dihanje in krvni obtok:** spremembe frekvence dihanja in srčne funkcije, ki se kažejo kot nizek ali visok RR. P poležavajo, so omotični, zaspani, upočasnjene hoje in govora. Pomembno je redno merjenje RR, dihanja in TT
- \* **Izločanje in odvajanje:** obstipacija/driska. Retenca/inkontinenca urina. Vsakodnevno beleženje defekacije in izločanja urina ter evidentiranje prisotnosti krčev trebušnih mišic ali bolečin je potrebno takoj sporočiti zdravniku. Povečano potenje, izločanje žlez lojnic (poostrena OH)
- \* **Vzdrževanje telesne temperature:** pogostna motnja termoregulacije, ki se kaže kot blagi porat nad 36,9 ali nagel dvig nad 40. Potrebno vsakodnevno nadzorovanje in merjenje TT.
- \* **Prehranjevanje in pitje:** povečan ali zmanjšan apetit, odklanjanje hrane. Kontroliramo z rednim merjenjem telesne teže. Pomembna zadostna hidracija, še posebno pri starejših.
- \* **Gibanje in ustrezna lega:** ekstrapiramidni sindrom, akatizija (notranji nemir, siljenje k gibanju), distonija, znaki parkinsonizma, pareze, paralize, pojav epileptičnih napadov. V okviru ZN je potrebno P opazovati, dodatno krbeti za njegovo varnost, ga učiti načinov samopomoči s primerno zaposlitvijo, tehnike vedenjsko kognitivne terapije, ustrezne gibalne aktivnosti.
- \* **Spanje in počitek:** pretirana zaspanost, dremavost čez dan, nespečnost, motje ritma podnevi in ponoči. Dnevne aktivnosti naj bodo razporejene tako, da spodbujajo fizično in psihično aktivnost s kratkimi presledki umirjenega dela.
- \* **Izogibanje nevarnostim v okolju:** P pogosteje padajo, se poškodujejo, dovzetni so tudi za okužbe. Spremljanje P, svetovanje pri varnem izvajanju samooskrbe.
- \* **Osebna higiena in urejenost:** motena samooskrba. Potrebujejo pogostejše umivanje, tuširanje. ZV intervencije pa pomagajao k uspešni samooskrbi pri OH, urejenosti in skrbi za ožje okolje.
- \* **Oblačenje:** fizično omejeno zaradi težav pri izvajanju nekaterih gibov, težav z ravnotežjem, nizkega RR in rigidnosti mišic. Potrebno je poudarjati skrb za higieno oblačil, redno menjavanje perila in obleke.
- \* **Odnosi z ljudmi, izražanje čustev, občutkov, potreb:** se spremenijo v akutni fazi, ko je neprijeten vpliv zdravil najbolj viden. Spremeni se bolečinski prag, čustvovanje je neprijetno. Zaznavanje je spremenjeno, pojavijo se spolne motnje.

## **20. POSEBNI VAROVALNI UKREPI**

!!!Medicinsko osebje, ni ne po etičnih merilih, ne po izobrazbi in ne po usposobljenosti poklicano za obvladovanje hujšega nasilnega vedenja.

### **RAZLOGI ZA UVEDBO PVU:**

Uporaba kateregakoli PVU je urgentni poseg in ga je potrebno storiti brez odlašanja.

1. Skupina: namenjena omogočanju obravnave P (fiksacija roke med aplikacijo infuzije, premedikacija pred CT)
2. Skupina: za obravnavo P nasilnega vedenja (usmerjeno v sebe- samomorilnost ali v druge- nasilnost)

### **Pred uvedbo PVU ocenimo:**

- P stanje
- Situacijo v kateri se nahajamo
- Razpoložljivost primerno usposobljenih oseb

### **Indikacije za fizično oviranje:**

- Da preprečimo neposredno nevarnost poškodbe za P in osebje
- Da preprečimo resne motnje v terapevtskem programu (nemiren P, ovira aktivnosti na odd)
- Da preprečimo resno poškodbo na inventarju (razbijanje po omarah, mizah...)
- Da zmanjšamo stimulacijo iz okolja, ki P škoduje (manični P, ki se ne zmore umiriti v okolju oddelka)
- Na zahtevo P (kadar sam ne zmore kontrolirati svojega vedenja)

### **Kontraindikacije:**

- Kot nadomestno medikamentozno zdravljenje
- Kot obliko sankcionirnaja
- Kot odgovor na neprijetno P vedenje, ki ni nevarno
- Kadar fizičnega oviranja ne moremo izvesti, ne da bi bistveno ogrozili varnost P in okolja
- Pri vitalno ogorženih

### **Metode:**

- Medikamentozne (kemične)
- Fizične
- Kombinacija obeh

### MEDIKAMENTOZNI PVU:

- **Hitra nevroleptizacija** ( P v enem ali večkratnih zaporednih odmerkih v kratkih presledkih prejme nevroleptik/antipsihotik) p.o., i.m., i.v.
- **Sedacija z benzodiazepini**
- **Kombinacija obeh**

### FIZIČNI PVU:

- **Diskretni nadzor** (pomeni povečano pozornost osebja, ki P spremlja pri njegovih dejavnostih na oddelku, vendar pa ima P še vedno delno ohranjeno zasebnost in nima občutka, da je pod nadzorom (npr. Pri novo sprejetem na oddelek).
- **Stalni nadzor** (pomeni nepretrgano varovanje P s strani vsaj enega člana osebja)
- **Ograjica na postelji** (pri ležečih P, večinoma pri starostnikih in telesno oslabeledih)
- **Mrežnice/zamrežene postelje** (obvezno je neprekinjeno opazovanje P vedenja, spremljanje VF)

### !!!DOKUMENTRANJE

- Iz dokumentacije mora biti razvidno:
  - \* Razlog PVU
  - \* Zdravnik, ki je odredil njegovo aplikacijo in odreditev
  - \* Potek izvajanja PVU
- Priporočamo, da osnovna dokumentacija vsebuje naslednje podatke:
  - \* Ime in priimek P
  - \* Rojstni datum
  - \* Datum in čas odreditve PVU
  - \* Vrsto ukrepa
  - \* Razlog uporabe PVU
  - \* Ime in priimek ter podpis zdr. Ki je PVU odredil
  - \* Opis P telesnega in duševnega statusa
  - \* Zdravila, ki jih je P prejel
  - \* VF (TT, RR, pulz, vnos tekočin, hrane, odvajanje)
- V primeru, da se ukrepa pred zdravnikovim prihodom, osebje zabeleži:



- \* Čas ukrepa
- \* Čas, ko je bil obvešččen zdravnik
- \* Opis P vedenja
- \* Vrsto ukrepa

## 21. VLOGA DRUŽINE

- Prvi znaki duševne bolezni se pojavijo v družini, opazijo jih svojci
- Pomembno je čimprej prepoznati bolezen
- Ožja okolica postane pozorna, ko se vedenje stopnjuje
- Družina se težko sooča z duševno motnjo in njenimi posledicami, zato so člani družine poleg obolelega ravno tako potrebni podpore in naše strokovne pomoči.
- Oni so tista »zdrava« gonilna sila, opora in podpora obolelemu članu
- Celoten proces rehabilitacije temelji na osnovah psihoedukacije, ki zmanjšuje strahove, tako pri obolelem članu, kot pri ostalih članih, ki se morajo bolezni prilagoditi, jo spoznati, sprejeti

## 22. ZN PAC. ODVISNEGA OD ALKOHOLA:

- **DIHANJE:** večje tveganje za infekcije dihal, kardiovaskularne motnje, zvišan RR in tahikardija, povišano dihanje; MS nadzoruje VT, RR ter aplikac. zdravil po naročilu,
- **IZLOČANJE, ODVAJANJE:** diareja in oligurija, lahko tudi inkontinenca; MS vodi bilanco tekočin in odstopanja od normale(primesi, vonj itd.),
- **TEL. TEMPERATURA:** višja pri odtegnitvenem sindromu, podhladitev, smrt; MS redno meri TT, pac. Ki se zdravijo od alko. jim povemo kako več o zdravi prehrani,
- **PREHRANJEVANJE:** neješči pac., kar vodi v dehidracijo in elektrolitsko neravnovesje, zmanjšana T teža; MS v odtegnitv. krizi dodaja tekočino, vodi bilanco tekočin,
- **GIBANJE:** v odtegnitv. krizi je zmanjšana motorična sposobnost, mišična oslabeledost; MS oz. negova. intervencije so usmerjene v preprečevanje padcev, pac. ki se zdravijo od alkohola jim povemo kako pomembna je vsakdanja aktivnost,
- **SPANJE:** so nespeči, motnje v ritmu spanja ali pa preveč spijo; MS poskuša urediti ritem spanja, ga spodbujamo k fizični aktivnosti, ustrezna mikroklima,...
- **IZOGIBANJE NEVARNOSTIM V OKOLJU:** avtoagresivnost, suicidalna ogroženost, delovni nemir; MS zagotavlja varnost, pacienta seznanimo z škodljivimi posledicami alkohola,

- **OSEBNA HIGIENA:** zanemarjajo skrb zase, zobovje, zunanji videz, zaudarjajo, zmanjšan turgor kože in spremembe na sluznicah; MS opazuje st. sluznic in pomaga pri izvajanju osebne higiene,
- **OBLAČENJE:** imajo neustrezne razvade oblačenja; MS motivira pac. k ustrez. oblač.
- **ODNOSI Z LJUDMI:** nimajo zanimanja za okolje, socialno se izolirajo; MS pomaga pac. Pri zmanjšanju nekontroliranih čustev in ga motivira h komunikaciji,
- **KORISTNO DELO:** se ne rekreirajo, so brezposelni, dela ne opravljajo vestno; MS ga spodbuja k zaposlitvi, aktivnemu življenju in ga vključuje v razna društva,
- **UČENJE:** MS mora ga voditi, učiti, seznanjati o škodljivih posledicah nekontrolirane rabe

### 23. OBRAVNAVA PAC. Z DVOJNO DIAGNOZO:

1. **DEFINICIJA:** je sopojavnost duševne bolezni, povezanih z zlorabo psihoaktivnih snovi (PAS) imenujemo KOMORBIDNOST ali dvojna diagnoza,

#### 2. **PROBLEMI PAC. Z DVOJNIMI DIAGNOZAMI:**

- pacientovi problemi so kompleksni;
- vsako motnjo obravnava druga služba,
- stroka se težko zedini katero prvo zdraviti,
- pac. se počutijo nezaželene,
- visoka stopnja samopoškodb,
- osebje ni kompetentno.

#### 3. **POSEBNOSTI TER. PRISTOPA IN VLOGA MS:**

- Intergrirani pristop (izvaja ga tim in so primerne za manjše skupine),
- Paralelni pristop (obrnava sočasna, vendar v razl. terapevtskih okoljih, zato pacienti pogosto opustijo tak pristop),
- Serijski pristop (najprej ena bol. Motnja, nato druga, zaporedno odvisno od situacije),

- Enostranski pristop (obravnavava se le ena diagnoza, ker je druga prezrta).

## 24. PSIHOZA:

1. **KAJ JE:** psihoza je sindrom, ki vključuje blodnje, halucinacije in dezorganizirani mišljenje zaradi česar je stik s stvarnostjo porušen.

### 2. DELITEV:

- Tipična (shizofrenija, manija-depresija) in atipična (vse ostalo) psihoza,
- Organska (anat. okvare možganov) in funkcionalna,
- Endogena (notranji vzrok) in eksogena (zunanji vzrok),
- Otroške, poporodne psihoze,
- Danes govorimo le o psihotičnih simptomih.

### 3. VEDENJE PSIHOTIČNEGA BOLNIKA:

- Spremenjeno vedenje (ima gibe ali drže, ki delujejo nepristno, stupor, socialno neustrezno vedenje, nepovezan govor, čustveni izraz neustrezen-smeje se ob pripoved. žalostnih stvari), toda te znaki niso povsem specifični, kajti tudi bol. s psihozo ne prepoznamo navzven
- Pacient se ravna po tem kar doživlja ( če se čuti ogroženega se bo skrival, če ima občutek da ima hrana drugačen okus bo mislil da ga skušajo zastrupiti itd).

### 4. ODNOS DO PSIHOTIČNEGA PAC. IN KOMUNIKACIJA Z NJIM:

- Zahteva najvišje etične standarde,
- Za vzpostavitev ustreznega odnosa je koristno poznavanje transferne in kontratransferne problematike, kar nas obvaruje pred nezaželenimi in neustreznimi čustvenimi reakcijami,
- Komunik. je otežena zato ga moramo vprašati ali nas razume kar govorimo in če nas ne se mu moramo prilagoditi,
- Blodnja je po def. neomajno prepričanje in nanjo ne moremo vplivati z argumenti, ker se oblikuje po globljih občutkih, ta pa so za človeka vedno

resnična in ne zahtevajo logične utemeljitve, zato ga ne prepričujemo da to ni res, a hkrati tudi ne pritrdimo.

## 25. ZN PAC. S SHIZOFRENIJO:

- **DIHANJE:** zaradi psihotičnih doživljanjih, tesnob in kajenja pride do: suha usta in nos; MS meri, vrednosti frekvenco, ritem in način dihanja za suha usta pa veliko tekočine,
- **IZLOČANJE:** zaradi antidepresivov zastoj urina, anksiozni pac. pogosto urinirajo, antipsihotiki in tel. Nedejavnost ter neprav. prehrana povzročajo zaprtost in motnje menstrualnega ciklusa; MS pri teh spremembah vodi bilanco tekočin in predvsem svetuje pac. Ter ga opominja za ostale aktivnosti,
- **VZDRŽEV. TT:** shizofreniki imajo pogosto zvišano TT, zato pac. Poučimo o pravilni mikroklimi, oblačenju, merimo tt itd.
- **PREHRANJEVANJE IN PITJE:** popolno odklanjanje ali prenažiranje, posledica lahko povišana T teža; MS mora opazovati kako je, kaj je, spodbuja zdravo prehrano in skrbi da so obroki vedno ob istem času, ko pac. Hrano odklanja češ da je zastrupljena moramo jesti z njim ali pa prej poskusiti ali pa da si sam naloži itd
- **GIBANJE:** kaže se kot psihomotorična vzburjenost (je nasilen, ima brezciljne gibe, vpije, trga obleko) in kot katatonski nemir (pac. Je negiben, ne reagira na dražljaje, odklanja hrano) lahko so prisotne tudi halucinacije; MS pac. spodbuja k vsakodnevnim aktivnostim, učimo ga o pravilni drži, jutranja telovadba, sprehodi itd.
- **SPANJE:** ne udeležujejo se aktivnosti zato popoldne prespijo in ponoči nič ne spijo, spanec je manj kakokovsten; MS mu pomaga pri ustrezni mikroklimi in da ni hrupa, pomaga da se opravi večerna toaleta, skrbi za vsakdanjo aktivnost,
- **IZOGIBANJE NEV. V OKOLJU:** od MS je odvisna fizična (njene spretnosti) in psihična varnost (zaupanje), nasilno vedenje lahko preprečimo ali omilimo, ko se pa umiri ga pa poučimo o metodah reševanja problemov, obstaja tudi nevarnost samomora zato je potrebna stalna prisotnost osebja in odstranitev nev. predmetov
- **OSEBNA HIGIENA:** pomanjkljiva urejenost in osebna higiena sta 1. Simptom za shizofrenijo; MS motivira pac. da bo samostojno opravljal osebno higieno, kozmetične pripomočke, in da bo seveda imel zagotovljeno intimnost pri vsem tem,
- **OBLAČENJE:** zanimanje za obleko odraža našo pozitivno ali negativno zanemarjenje, zato ko je pac. V bolnišnici mu omogočimo da je v svoji obleki, kar ga vzpodbudi da skrbi za svoj videz, če je potrebno mu MS pomaga pri izbiri,
- **ODNOSI Z LJUDMI:** slabi odnosi, nesprejemanje okolice, sporazumevanje z drugimi je oteženo, motnje v komunikaciji zaradi motenj mišljenja, pac. učimo komunik. Prek

terapevtske komunik. in celostna obravnava vodi pac. k vzpodbujanju da sam poišče smisel življenja,

- **KORISTNO DELO:** ti pac. potrebujejo veliko vzpodbude, in v času hospit. naj bi imeli podoben urnik dela kot zunaj bolnišnice, naj se ukvarja s tistim kar rad dela
- **RAZVEDRILO:** ne smemo mu pustiti da kar poležava, ampak da kakovostno preživi svoj prosti čas (kino, igre, aktivnost, sprehod, pevske skupine,...)
- **UČENJE:** usmerjeno v proces spreminjanja razmišljanja, vseskozi se uči in sprejema
- **DELO Z DRUŽINO:** opora družine bistveni vpliva na potek in izid njegove bol, prevelika skrb, čustvena napetost, jeza, brezbržnost lahko privede do ponovne bol, ko je čas odpusta se svojci ponovno učijo sprejemanja in upoštevanja avtonom. pacienta.

## 26. ČUSTVOVANJE-OSNOVNI POJMI:

1. **ČUSTVENE MOTNJE:** lahko nastanejo z neustreznim učenjem vrednosti sek. ojačevalcev. To uvrščamo v kategorijo nevrotskih motenj.
  - Imamo 2 teoriji: PSIHOTERAPIJA (poudarja pomen ponovnega zavestnega podoživljanja travmatičnih čustev in njihovega ozaveščanja) in VEDENJSKA ALI KOGNITIVNA TERAPIJA (naravnana je na učenje ustrežnejših vrednosti sek. ojačevalcev).

V obeh primerih pa je za ozdravitev potrebno doseči globoko spremembo v evalvaciji pomena kritičnih življ. situacij, ki je zapisana v možganskih strukturah, ki niso pod neposredno kontrolo človekove zavesti.

2. **MOTNJE RAZPOLOŽENJA:** v realnem svetu razpoloženja pridejo in izginejo brez povoda in v blagi stopnji so te spremembe lahko normalne. Motnje razpoloženja pa nastanejo:
  - Zaradi poškodb možg. sistemov, ki podpirajo emocionalne procese,
  - Zaradi stresa, ki izčrpa in spremeni delovanje monoaminov (noradrenalin, dopamin),
  - Zaradi bolezenskih poškodb v delovanju nevrotansmitorjev ali hormonske regulacije teh sistemov
3. **ČUSTVA IN ZAVEST:** se neposredno oblikujejo šele v človekovi zavesti in tam dobijo posebno kvaliteto, da jih čutimo tako kot jih: barva, vonj, bolečina itd.

## 27. ZN PAC. Z DEPRESIVNO MOTNJO:

skrb za to motnjo vključuje na 1. Mestu terapevtsko komunikacijo kot sredstvo za vzpostavljanje donosa preko katerega ga vodimo

- **DIHANJE:** delovanje se zmanjša, redko pospeši; MS dnevno kontrolira VF še posebej pri komorbidnih (njim se spremeni RR, srčni utrip, dihanje itd),
- **IZLOČANJE:** zmanjšana količina blata in urina zaradi neaktivnosti in zmanj. Vnosa hrane, retenca urina in obstipacija pa sta lahko posledica zdravlil,
- **VZDRŽEV. NORMALNE TT:** spremenjeno zaradi zdravlil to poveča tveg. za infekcijo
- **PREHRANJEVANJE:** pomanjkanje teka (takim ponujamo več obrokov po malo in tekočino zato da ne izgubi na TT), tisti pac. ki tega noče mu damo intravensko infuzijo in prek nje hrano- v akutni fazi je potrebna dnevna kontrola hrane, T teže
- **GIBANJE:** psihomotorična retardacija (ležijo in sedijo ure in ure, stupor) psihomotorična agitacija (intenzivni gibalni nemiri); MS spodbuja pac. k gibanju in spremembi položajev ter umirjanju nemira,
- **SPANJE:** dnevni počitek in neaktivnost motita kvalitetne nočne spance, v akutni fazi pa se pridružujejo še depresivne misli, anksioznost; MS motivira pac. z določanjem urnika in da se z njim pogovori o dnevnem počitku,
- **IZOG. NEVARNOSTIM V OKOLJU:** samomorilna nagnjenja zaradi občutkov krivde, straha, zelo pomembna je varnost (opazujemo ga v gibanju in mirovanju), ter da odkrijemo te težnje in se pogovorimo ter naredimo načrt ZN,
- **OSEBNA HIGIENA:** so brezvoljni in se zanemarijo do te mere da imajo lahko uši, izsušene sluznice, spremenjene nohte, neurejeno pričesko; MS pac. motivira in se z njim pogovorimo o spremembi pričeske, bradi itd.
- **OBLAČENJE:** neupošteva higieno sp. perila nogavic; MS ga mora informirati o redni menjavi in o primernem oblačenju,
- **ODNOSI Z LJUDMI:** pacient se stikom izmika, jih pretrga, ne prenesejo nekoga ki ima manično obliko (njegove znake- da venomer hodi, govori itd.) govor je tih, počasen, komaj razločen; pacienta spodbujamo pri komunikaciji in izražanju čustev,
- **KORISTNO DELO:** šport ima zelo ugodne vplive, svetujemo pa tudi da se vključi v kakšno skupino,
- **UČENJE:** v akutni fazi je nemogoče, kasneje pa z urjenjem in ustrezno pomočjo.



## 28. OBRAVNAVA PSIHIČNIH MOTENJ V NOSEČNOSTI IN POPORODNEM OBDOBJU:

### 1. VZROKI (biološki dej. za nastanek popor. duševnih motenj):

- Prvesnice-ženska starejša od 35 let (carski rez, pri porodu uporabljeni ginekol. pripomočki, še posebej ko je otrok prizadet),
- Povezave z duš. motnjami v nosečnosti, prezgodnji porod

### 2. POPORODNI DEPRESIVNI SINDROM:

- Poporodna otožnost (pojavlja se 48h po porodu, povezana je z upadom kontracepcije, izločanjem placente, ZNAKI: jokavost, depresija, to izzveni sama ali po vzpostavitvi hormonalnega ravnovesja),
- Poporodna nevrotična depresija (pojavi se nekaj tednov ali mesec po porodu, ZNAKI: brezvoljnost, potrto, izguba apetita, pretirana skrb za otroka, dvomi v svojo materinsko vlogo; ženske ne iščejo pomoči, kar lahko samo poglobi še težave),
- Poporodna velika depresija (simptomatska depresivna psihoza, porodnica ima depresivne in samoobtoževalne ter hipohondrične blodnje, simptomatika se spreminja in lahko zavede domače, obstaja možnost samomora).
- **Ugotavljanje poporodnih depresij:** EDINBURŠKI vprašalniki (EPDS), ki se uporabljajo na 1. ginekol. pregledu ali 6. tednov po porodu

### 3. POMEN OSEBNIH IN SOCIALNIH DEJ. PRI NASTAJANJU POPOR. DEPRESIJ:

- Psihološki dej. : odnos do lastne matere, odklanjanje Ž vloge, podzavestno odklanjanje otroka, emocionalna zavrtost, pomanj. zaupanja do partnerja,
- Socialni dej. : stresni dogodki, neustrezne razmere kot so: samski stan, izguba pomembne osebe, vsiljena poroka

### 4. ZN. Ž. S PSIHIČNO MOTNJO V OBPOPORODNEM OBDOBJU:

- V nosečnosti (simptomi depresije so enaki v zadnjem tromesečju kot ob porodu, zato MS že ob 1 stiku lahko začne govoriti o psihičnem zdravju. Poleg šole za starše jim moramo omeniti tudi o poporodni depresiji. V zadnjem tromesečju pa naredimo rutinsko presajanje za depresijo, kajti Ž same ne

poiščejo pomoč nakar jih tako več kot polovica ostane nediagnosticiranih in depresija se lahko ponovi),

- Porod (Ž izčrpa fizično i psihično, slaba obporodna izkušnja lahko vodi v depresijo, zato je pomembno da babica nudi porodnici empatijo, podporo partnerju, potrebne informacije in nasvete ter zagotovljeno relativno udobje med samimi porodom. Babica se mora vedno njej posvečati da porodnica ne dobi občutka, da svoje naloge ni dobro opravila),
- Poporodno obdobje (v prvih 24-48h po porodu je bistveno da se porodnica pogovori in podoživi porod, in če ji kaj ni bilo vrede da to izrazi, ker če ne lahko te travme preidejo v posttravmatski šok. Ž je potrebno dobro pripraviti na odhod domov, ji vlivati samozavest in dati občutek varnosti, depresija po porodu se razvija postopoma, brez naglega izbruha, somatske motnje pa prekrijejo normalne spremembe puerperija).

5. TH vključuje psihoterap. metode (svetovanje) in komplementarne metode (aromatherapija, hipnoza, akupunktura, masaža), pozitivni učinki pa se pokažejo pozneje pri zdravljenju.

če je po porodu potrebna hospitalizacija naj bo otrok z mamo, zagotoviti pa mu moramo varnost, in cilj ni le remisija simptomatike ampak utrditev odnosa mati-otrok.

## 29. SAMOMORILNO VEDENJE:

1. **ZAKAJ SAMOMOR:** išče rešitve a drugih ne najde, brezup, nemoč, krivda, sram, zožena zavest-v tem stanju napačno sklepa in izkrivljeno doživlja sebe

### 2. **OBLIKE SAMOMOR. VEDENJA:**

- Samomorilne misli: lastna aktivnost s katero bi pos. lahko umrl, ločimo samomorilne misli z načrtom in tiste brez njega,
- Samomorilne grožnje: na glas izrečene ali napisane besede pomeni manipulacijo in zmanjševanje nevarnosti te oblike samom. vedenja ,
- Parasuicidalna pavza: umik iz neugodne situacije, on bi najraje zaspal in bi težave kar izginile, pomaga si s tabletami, alko. In drogami, ponovna vrnitev v realnost pa lahko poveča samomor. vedenje,

- Samopoškodbeno vedenje: sam si zadaja poškodbe-rezanje žil, s tem hoče ublažiti notranjo bolečino,
  - Prekinjen samomor: pos. sam prekine že začeti samomor-tveganje za ponovnega se začasno zmanjša in poveča možnost za pomoč,
  - Preprečen poskus samomora: ustavi se zaradi spremembe okoliščin-človek gre mimo, budilka ki vse zbudi itd, tako vedenje je obravnavano psihiatrično,
  - Poskus samomora: poskuša končati svoje življenje,
  - Samomor: pos. umre, smrt pa je posledica samomorilnega dejanja.
3. **SAMOMORILNI PROCES:** pos. prehaja iz oblike z zmanjšanim tveganjem (misli na samomor), v tisto z večjim tveganjem (poskus samomora). Izid procesa je ugoden takrat ko pos. sam ali s pomočjo bližnjih uspešno razreši okoliščine povečane stiske.
4. **DEJ. TVEGANJA:**
- Splošni: spol, starost, ločitve, st. izobrazbe, brezposelnost, samsko življ.
  - Skupni: občutki obupa, večja impulzivnost in agresivnost, zloraba, samom. Vedenje, slaba socialna mreža, odvisnost od alkohola,
  - Specifični: psih. bolezni, neugodne osebnostne znač. močno povečana ogroženost pri bolnikih s shizofrenijo, epilepsijo, multiplo sklerozo
5. **OCENA SAMOM. OGROŽENOSTI:**
- Pac. vedno vprašamo po sprožilnih dejavnikih in neugodnih dogodkih v življ.
  - Po neg. čustvih vprašamo direktno, pri tem smo pozorni na občutke notr. praznine, žalosti, obupa,
  - Prav tako vprašamo po samom. mislih, pri postavljanju vprašanj pa smo čustveno nevtralni, vendar empatični in brez predsodkov,
  - Pomembno je da vprašanja postavimo v časovni okvir in posebej vprašamo za nedavno razmišljanje,
  - V oceni ogroženosti opredelimo še st. podpore v okolju ter dosegljivost bližnjih.

6. **UKREPANJE OB SAMOM. OGROŽENOSTI:** to pomeni urgenco v psihiatriji in imamo 10 korakov kako naj ravnamo v tej situaciji:

- Ocenimo samom. ogroženost,
- Ocenimo aktualno samom. vedenj,
- Ocenimo okoliščine v življenju pos.
- Ocenimo morebitne bolezni (shizofrenija, depresija),
- Ocenimo koliko, kakšna je akutna ogroženost,
- Ocenimo možnosti ukrepanja,
- Ocenimo antisuicidalni dogovor,
- Sklenemo načrt ukrepanja,
- Sprejme ukrepe nadzora,
- Spremlja ogroženost.
- Ko smo enkrat uspešno zmanjšali ali odpravili samomo. ogroženost je potrebno narediti načrt za preprečevanje podobnega vedenja v prihodnosti.

### 30. IZGUBA IN ŽALOVANJE:

žalovanje je proces, ki sledi izgubi in se običajno konča s stabilnostjo in zaupanjem v prihodnost.

#### 1. **DEJAVNIKI KI OVIRAJO ŽALOVANJE:**

- Zunanji: žalujoči se zaradi opravih v zvezi z izgubo ne more ukvarjati s svojimi čustvi (pogreb); pomanjkljiva podpora s strani prijateljev in družine ovira žalujočega pri izražanju čustvenih reakcij in mu onemogoči predelavo odnosa z umrlim; nekontrolirana uporaba pomirjeval in antidepresivov potlači normalno izražanje žalosti in lahko vodi v zaplete žalovanja,
- Notranji: mnenje da je izražanje čustev neprimerno in nesprejemljivo; prepričanje da sta kvaliteta in kvantiteta čustev v zvezi z izgubo nekaj edinstvenega in se jih ne da deliti; nerazumevanje povezanosti med preteklimi izgubami in doživljanjem trenutne.

## 2. PROCES ŽALOVANJA:

- 1. Obdobje-do 2 meseca: žalujoči je zmeden, doživlj. izgube je nepopolno, zanikanje izgube, čustveni odzivi-krivi druge, občutki krivde; v tem obdobju so pac. Zelo ranljivi in potrebujejo pomoč bližnjih; glavni cilj je ohranitev integritete in vsakodnevnih aktivnosti, ter preprečitev izolacije,
- 2. Obdobje-do pol leta: najtežje obdobje, ker je pomoči manj-vsi mislijo da je že čas da preboli- pac. Ima občutke brezcilnosti, depresivnosti, osamljenosti; za njih je pomembno da se pogovarjajo o podrobnostih smrti in zagotovila da so storili vse kar so lahko; življenje se začne nato urejati in žalujoči naj obnovi svoje odnose,
- 3. Obdobje-zaključni se leto po izgubi: žalujoči se umirijo in zaupajo v prihodnost, še se pojavijo boleči spomini a glavni cilj je da žalujoči najdejo zadovoljstvo v življenju.

## 3. DEJ. KI VPLIVAJO NA PROCES ŽALOVANJA:

- Izkušnje iz otroštva, in z izgubami v življenju,
- Duševne bolezni in življ. krize pred izgubo,
- Proces umiranja, podpora okolice, dodatne obremenitve.

## 4. POKAZATELJI POTEKA ŽALOVANJA:

- Predelani občutki povezani z izgubo,
- Opis pomena izgube ali smrti,
- Vzdrževanje bivališča,
- Ni motenj spanja in ustrezno prehranjevanje,
- Iskanje pomoči,
- Napredek v procesu žalovanja
- Izražanje verskih prepričanj v zvezi s smrtjo,
- Sodelovanje pri načrtovanju pogreba,
- Delitev izgube z bližnjimi.

## 5. **KAKO LAHKO OLJAŠAMO ŽALOVANJE:**

- Identificiramo izgubo,
- Pomagamo pac. odkriti kako je bil povezan z osebo,
- Sporočimo da nam pogovor ni odveč,
- Povedamo kje lahko dobijo pomoč,
- Pomagamo pac. da poišče lastne načine premagovanja težav,
- Izraziti empatična stališča o žalovanju,
- Pomagati otrokom da se nesporazumi razčistijo.

## 6. **POSEBNOSTI ŽALOVANJA:** običajno je žalovanje težje pri nenadnih smrtih. Pri ZN žalujočega starostnika je dobro upoštevati:

- Vdove in vdovci doživijo v starosti številne izgube, kar žalovanje zaplete,
- Potrebujemo veliko zaupanja, prilagodljivosti, sodelovanja in podpore s strani družine in prijateljev,
- Težave kot so motnje spanja in hranjenja, nas lahko zavedejo pri oceni depres.
- Žalovanje je pri starejših praviloma manj burno, ker jim je smrt blizu.

### 1. **SAMOKONTROLA DEPRESIJE**

**SAMOOBVLAĐOVANJE** je proces povečevanja odgovornosti za zdravje.

**Njegovo izvajanje naj bi vodilo k:**

- Redkejšim sprejemom v bolnišnico
- Boljšim odnosom
- Povečani zmožnosti obdržati zaposlitev
- Večja kakovost življenja

**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
- Uporabljate druge načine za nadzorovanje svojega razpoloženja. Obstajajo različne tehnike; vi morate najti tiste, ki najboljše delujejo za vas

## **ZA DEPRESIJO**

- Telesna dejavnost - samo na sprehod
- Poiskati nekoga, s katerim se lahko pogovori, če je mogoče o depresiji
- Kognitivna terapija (spreminjanje razpoloženja s spreminjanjem misli)
- Izražanje jeze (v zasebnosti)

### **Dolgoročno**

Spoznajte, da je veliko tega, kar lahko naredite. Za začetek:

- Bolje se spoznajte
- Ostanite telesno zdravi
- Gojite podpirne odnose

### **KAKO SI LAHKO V DEPRESIJI POMAGATE SAMI?**

- Ne postavljajte si težko dosegljivih ciljev in ne nalagajte si prevelikih odgovornosti
- Razdelite 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 utaplajte svoje potrnosti 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

### **DEPRESIJA**

- Utrujenost
- Slaba koncentracija
- Socialna odtegnitev
- Nejasno mišljenje
- Sovraštvo do sebe
- Nizka samopodoba
- Samomorilne misli
- Izguba libida
- Zgodnje zbujanje s tesnobo
- Sprememba apetita
- Izguba sposobnosti za uživanje v stvareh

## 2. **SAMOKONTROLA MANIJE**

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

### **MANIJA**

- Nenavadna veselost, Slabo spanje
- Zgodnje zbujanje, Veličinske ideje
- Nezavrto seksualno vedenje
- Hitro in prisilno govorjenje
- Prevelika dejavnost
- Veliko načrtov, Zapravljanje
- Pretirana razburljivost
- Samozaverovanost

### **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
- dejavno se poskušajte pomiriti, delajte stvari, ki vas pomirjajo (pospravljanje, obiski, kontrola vedenja in misli)

## 3. **ZN PRI ALKOHOLIKU, MOTIVACIJA IN VKLJUČEVANJE DRUŽINE** **PROGRAM ZN IN ZDRAVLJENJE B/V S SINDROMOM ODVISNOSTI**

1. **FAZA PRIPRAVA BOLNIKA NA ZDRAVLJENJE** (motivirati, pripraviti svojce za sodelovanje, doseči abstinence od alkohola).
  - a. ambulanta za zdravljenje odvisnih od alk.
  - b. individualno zdravljenje
  - c. medikament. zdr
2. **ZDRAVLJENJE V BOLNIŠNICI ALI ZUNAJBOLNIŠNIČNI SKUPINI POTEKA V VEČ FAZAH:**



- a. Obdobje treznjenja, skrb za bolnikove telesne potrebe, skrb za bolnikove psihične potrebe, skrb za bolnikove socialne potrebe
- b. Obdobje intenzivne psiho in socioterapevtske 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

**3. NADALJEVANJE ZDRAVLJENJA IN REHABILITACIJA V OKVIRU KZA** (pogoj je abstinence bolnika) traja več let

**Cilji** so dolgoročni: nadaljevanje rehabilitacije na telesnem, psihičnem in socialnoekonomskem področju. Zdravljenec naj bi si življenje uredil tako, da bi zmož svoje probleme reševati brez droge.

**VKLJUČEVANJE DRUŽINE** – aktivno vključevanje v proces zdravljenja

- motivirajo bolnika
  - spodbujajo bolnika

**INTERVENCIJE ZN**

1. **vprašati glede rabe alkohola**

- sprašujemo med pogovorom o drugih zdravstvenih težavah, takrat, ko sprašujemo o načinu prehranjevanja, kajenju, telesni dejavnosti
- bodimo empatični, odločni, uporabljamo tak način pogovora, ki za bolnika ne bo neprijeten ali obsojajoč
- opazujemo nebesedno komunikacijo bolnika (umika pogled, postane nemiren, itd.)

2. **oceniti, ali pri bolniku obstajajo težave, povezane z rabo alkohola – usmerjeno sprašujemo in preverjamo prisotnost:**

- medicinskih znakov
- vedenjskih težav
- znakov odvisnosti

3. **ustrezno svetovati**

- odvisnim: abstinence, pogovor in specialista
- problematičnim pivcem : omejiti pitje na določene mere

4. **spremljati bolnikov napredek oz. spreminjanje**

5. **ALKOHOLNI BLEDEŽ, SUBJEKTIVNI IN OBJEKTIVNI ZNAKI, ZN**

**Značilne motnje alkoholnega bledeža:**

- Zameglitev zavesti
- Motnje orientacije v času, prostoru, kraju
- Nespečnost
- Motnje kratkoročnega spomina
- Nasilno vedenje
- Iluzije, halucinacije (vidne, slušne, taktilne)
  - **Telesni znaki:** tremor rok, znojenje, tahikardija, zvišan krvni pritisk, nespečnost, zvišana telesna temperatura, dehidracija, zvišana SR, porušeno elektrolitsko ravnotežje, konvulzivni napadi, utrujenost

## **ZN – Skrbimo za:**

- Varnost ( da se ne poškoduje)
  - Osebno higieno
    - nekontrolirano izloča blato in urin
    - močno znojenje
  - Stalna kontrola vitalnih funkcij
  - Pozornost na zaplete
    - krvavitve iz požiralnika, želodca, črevesja
    - morebitni epileptični napad
    - na znake hipoglikemije (okvara jeter)
  - Skrb za zadosten vnos tekočin, predpisano medikamentozno terapijo, za laboratorijske preiskave
- Delirij tremens se konča terminalnim spancem.

**Naloga MS** je, da bolnika po deliriju pripravi na zdravljenje pod nadzorom.

## **Glede na količino popitega alkohola, način pitja in posledice razlikujemo:**

- Abstinance
- Manj tvegano pitje
- Tvegano pitje
- Škodljivo pitje
- Alkoholizem ali sindrom odvisnosti od alkohola

## **ZNAKI ODTEGNITVE PRI ODVISNIH OD ALKOHOLA**

Tremor, Vznemirjenost, Znojenje, Nausea. Driska, Alkoholni bledež

## **ODVISNIŠKO VEDENJE**

- Raba določene psihoaktivne snovi, samo vedenje
- Prinaša takojšnjo zadovoljitev določene potrebe
- Preveliko poželenje, kompulzivnost
- Vedenja oseba ne more nadzorovati

## **SINDROM ODVISNOSTI OD ALKOHOLA**

- Čuti močno potrebo po alkoholu
- Slaba kontrola nad količino zaužitega alkohola
- Z alkoholom si lajša odtegnitvene simptome
- Navzoči so znaki fiziološke abstinenčne krize
- Navzoč je pojav povečanja tolerance
- Zoženje njegovega osebnega repertoarja uživanja alkohola
- Zanemarja dolžnosti
- Alkohol uživa, čeprav ve, da mu škodi

## **DEJAVNIKI TVEGANJA ZA ODVISNOST**

- Spolna zloraba (pred 13. letom)

- Mati, ki ne ščiti in podpira otroka v dobi odraščanja
- Homoseksualnost
- Partner, odvisen od alkohola
- Alkohol doživljajo kot afrodiziak
- Alkohol manjša občutke krivde in konflikte povezane s spolnostjo
- Psihološki in psihiatrični problemi v adoloescenci
- Čustvene motnje, nestabilnost, impulzivnost, nepredvidljivost v otroštvu – povečajo možnost kasnejše zlorabe alkohola

## **POSLEDICE**

- Telesne : akutne in kronične težave, abstinenčna kriza
- Duševne: osebnostne spremembe, psihiatrični zapleti
- Socialne: v družini, na delovnem mestu, širšem socialnem okolju

## **6. NEGOVALNE INTERVENCIJE PRI NASILNEM BOLNIKU**

### **Intervencije ZN pri nasilnem bolniku:**

- vzpostaviti, dober odnos z B/V (še pred nasilnim izbruhom), iskren, zaupljiv, razumevajoč
- terapevtska komunikacija z bolnikom
- odkriti vzroke B/V vznemirjenja
- prepoznavanje dejavnikov tveganja
- spoštovanje individualnosti
- 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 napet, ogrožen
- zaščititi bolnike, osebje pred nasiljem varnost na oddelku
- postaviti omejitve
- uporabiti jasno komunikacijo (ena oseba, brez zakaj)
- poklicati pomoč
- strokovno uporabiti sredstva za umiritev in omejevanje gibanja B/V
- dokumentirati vse postopke in opisati bolnikovo vedenje
- ZV (učiti B/V in svojece o ustreznem načinu reševanja problema)

### **Po incidentu:**

- razbremenilni pogovor s pacientom o vzrokih in posledicah incidenta;
- vzpodbujanje kritičnega razmišljanja o lastnem vedenju;
- učenje kontrole lastnega vedenja in odzivanja v stresnih situacijah;
- usmerjanje v konstruktivnejše oblike vedenja in primerne izražanja nezadovoljstva-jeze;
- pohvala pacienta ob ustrezni reakciji v konfliktnih situacijah;
- pogovor osebja o vzrokih, poteku, pravilnosti ukrepanja in posledicah incidentov (izpolnitev Poročila o incidentu, obveščanje pristojnih);
- periodična analiza incidentov in oblikovanje ukrepov za njihovo zmanjšanje.

### **Ob incidentu:**

- hitro prepoznavanje nasilnega vedenja

- pacientu se približamo na neogrožujoč način, damo mu fizični prostor
- zagotovitev varnosti drugih pacientov in osebja
- usmerjanje v ustrezno konstruktivno vedenje
- oskrba ev. poškodbe, uporaba deeskalacijskih tehnik
- uporaba posebnih varovalnih ukrepov- PVU..zdravnik

## **CILJI:**

Bolnik ne poškoduje sebe in druge  
 Bolnik sodeluje v procesu zdravljenja  
 Bolnik izraža svoje strahove, jeza je verbalna

## **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)

## **Klinično ozadje:**

- Primarno-prizadete kritične anat. strukture možganov - tu
- Sekundarno (na provokacije iz okolja odgovarja z nasiljem)
- Terciarno (zunanje dogodke dojema kot sovražno – psihoza)

## **VRSTE VAROVALNIH UKREPOV**

- Medikamentozni (sedative, nevroleptki)
- Fizični (časovno omejen, diskretni, stalni)

## **Previdnostni ukrepi**

- Ukrepe vedno predpiše zdravnik, ki tudi aktivno sodeluje pri izvajanju
- Zdravnik nadzoruje izvajanje
- Menedžment ZN skrbi za kakovost izvajanja ukrepov
- Pozornost: nosečnicam, ostarelim hudo bolnim

## **PRIPOMOČKI**

Posteljna ograjica, Segufix pasovi, Ovirni jopič, zamrežena postelja, Neposredni nadzor osebja (vedno ob fizičnem oviranju), Izolirna soba (video nadzor)

## **7. INTERVENCIJE ZN PRI BOLNIKU V DUŠEVNI STISKI - KRIZI ZN BOLNIKA V KRIZI, STISKI**

- Razvojne krize, Situacijske krize

## **INTERVENCIJE ZDRAVSTVENE NEGE**

- Bolnika vzpodbujamo, da govori o problemu
- Pozorno poslušamo (definiramo bolnikov problem)
- Zagotovimo varno, zaupljivo vzdušje
- Nudimo podporo, Čustveno razbremenitev
- Prisluhujemo pritožbam
- Bolnika vzpodbujamo k zrelejšemu ravnanju
- Vzbuja upanje – veliko pohvale
- Bolnika vključujemo v terapevtske skupine
- Delujemo v skladu s tem, kar bolnik potrebuje
- Proučimo različne možnosti reševanja problema
- Izdelamo načrt reševanja problema
- Pridobimo bolnikovo soglasje

### **Dejavniki, ki vplivajo na to, da človek išče pomoč:**

- Pomen kriznega dogodka za človeka
  - Splošne racionalne okoliščine
- Človekove osebne lastnosti
  - Rizične okoliščine (osamljenost, prilagoditvene težave, človekova osebna motenost, alkoholizem v družini)

## **ZNAKI KRIZE**

### **Fiziološki znaki krize:**

- Nespečnost, Nemir, Utrujenost, Mišična napetost
- Glavobol, Funkcijske motnje v delovanju srca in prebavil
  - Zmanjšanje teka

### **Psihološki znaki krize:**

- Zmanjšana sposobnost koncentracije
- Znaki tesnobe in strahu
- Čustvene stiske
- Spremenjen odnos do drugih ljudi
- Izguba samozaupanja in neodvisnosti
- Občutek osamljenosti, Negotovost
- Nesposobnost reševanja situacije

## **8. PSIHOZA – SVARILNI ZNAKI, KAJ JE, VLOGA MS 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, Manj je vztrajen
- Postaja sumničav, ljudje govorijo o njem, stvari dobijo poseben pomen, Pripravljajo se zarote
- Težko se osredotoči, vsaka malenkost ga zmoti
- Je potr 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
- 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

## **NEKATERI UKREPI PRI OBRAVNAVI B/V S PSIHOZO**

### **Zgodnje prepoznavanje znakov bolezenskega procesa**

- Vzpostaviti pogoje za zaupljiv in zanesljiv odnos
- Opredeliti probleme in pritožbe (družina, služba, način prehranjevanja,
- Opredeliti posamezne motnje (blodnje, halucinacije, čustvene motnje)
- Identificirati morebitne stresne dogodke
- Oceniti dejavnike tveganja(zlorabe,avto,heteroagresivno v.
- Oceniti socialno situacijo (odnose, podporno mrežo, samokontrolo)
- Oceniti stališče družine o (vedenju b/v, pričakovanjih, poznavanju bolezni)

### **Izzvajati programe za večjo informiranost svojcev b/v, javnosti**

## **KAJ POTREBUJE OSEBA S PSIHOZO**

- Veliko podpore in ljubeče skrbi
- Pomoč ali usmeritve pri vodenju dokumentov, ki bodo označevali :  
simptome, odmerke zdravil, učinke načinov zdravljenja, kontrole
- Strukture in predvidljivo okolje (čutno preobčutljiv)
- Doslednost (zmanjša stress in zmedo)
- Mirno bivanjsko okolje (komunikacije, pristop)
- Pozitivno okolje in podporo (B ima nizko samospoštovan)
- 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

## **NAJ POTREBUJEJO DRUŽINE**

- Čas
- Dobro poznavanje in razumevanje bolezni
- Podporo ljudi, ki se srečujejo s podobnimi izzivi

## **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 relapse in v zvezi s tem ustrezno ukrepati
- zmanjševati psihološko breme v družini (občutki krivde, stress, žalost, problem stigmatizacije)
- sproščati nakopičena negativna čustva

## **OBLIKE POMOČI**

- psihoedukativne (v obliki informacij, pomoč z literature)
- psihoterapevtske (skupine staršev, družinska terapija)

## **PSIHOZA JE:**

- povečana občutljivost na stress. Psihoza je rezultat razlike med stopno občutljivosti in stresom, ki smo mu izpostavljeni. Na izbruh psihoze poleg bioloških dejavnikov vplivajo tudi socialni.
- Izraz psihoza pomeni, da človek ne zmore več ocenjevati realnosti. Napačno ocenjuje svoje zaznavanje in mišljenje ter prihaja do napačnih sklepov o zunanji realnosti, tudi če je soočen z dokazi o nasprotnem.

**VZROKI** so v sami zgradbi in delovanju možganov ter neravnovesju nekaterih kemičnih prenašalnih snovi v možganih, t.i. nevrotansmitterjev. Dva nevrotansmitterja - 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.

## **9. SKUPSTVENA SKRB**

**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
- Delovno mesto, ki je prilagojeno njihovim zmožnostim
- Psihiatrično zdravljenje in psihiatrično zdravstveno nego na svojem domu, [Vsakdanje življenjske spretnosti](#)

- Informiranost o vodenju in obvladovanju bolezni, o bistvenih znakih ponovitve bolezni, o zdravih in njihovih 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, pritožb, dejavnosti

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

- Državnimi ustanovami : psihiatrično bolnišnico, zdravstvenih domov, centrov za socialno delo, zavodom za zaposlovanje, stanovanjski sklad, zavodaom za šolstvo
- 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 povezovalac ali razdeljevalec pomoči različnih služb, [Je zagovornik bolnika](#)
- Vzdržuje terapevtski odnos, spremlja bolnikovo napredovanje in zdravje, ter načrtuje socialne in zaposlitvene dejavnosti

## **USMERITVE**

- Nепretrganost 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
- Oceniti učinkovitost služb
- Prilagajati oblike skrbi

## **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 povezovalac ali razdeljevalec pomoči različnih služb
- Je zagovornik bolnika
- Vzdržuje terapevtski odnos, spremlja bolnikovo napredovanje in zdravje, ter načrtuje socialne in zaposlitvene dejavnosti

#### **Usmeritve:**

- Nепretrganost skrbi
- Dostopnost služb
- Prilagajati podporo potrebam uporabnikov
- Omogočati neodvisnost
- Organizatorji so odgovorni za svoje delo

#### **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, Osebj

#### **VLOGA MS V SKUPNOSTNI SKRBI ZA OSEBE Z DUŠEVNIMI MOTNJAMI**

- Zagotavlja kontinuirano ZN
- Je članica multidisciplinarnega tima

- Je ključni terapevt osebe z duševno motnjo
- Je promotorka duševnega zdravja
- Izvaja različne pristope na področju izobraževanja za zdravje
- Je posrednica (broker) uporabniku
- Usposablja in izobražuje ljudi za delo v skupnosti
- Pomaga pri organizaciji skupin za samopomoč

#### 10. **ZN HIPERAKTIVNEGA BOLNIKA**

**NEMIR** je doživljanje siljenja 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 in Kvantitativne motnje zavesti,
- Ambivalentna situacija/istočasno prisotnost nasprotujočih motivov

#### **ZNAKI NEMIRA**

- Motnje gibanja posameznih delov ali celega telesa
- Hoja, tek, Stopicanje, vstajanje, Obračanje, suvanje
- Zibanje, grizenje, praskanje, Gibi obraznih mišic
- Spremljajoči znaki: bledica, rdečica, potenje
- Vznemirjenost, Notranji drget, Nima koordinacije
- Se zaletava v ljudi, predmete

#### **NEMIR SE POJAVLJA PRI:**

- Delirantnih stanjih, Zastrupitvah, Maniformni sliki
- Agitiranih stanjih, Agitirani depresiji, Agresivnem vedenju
- Blodnjah, Demencah in organskih motnjah, Halucinacijah
- Nevroloških boleznih, Stranskih učinkih zdravil, predoziranju
- Operativnih posegih, Nizkih vrednostih hemoglobina
- Motnjah zavesti, Povišani telesni temperaturi
- Pomanjkanju kisika in drugih snovi (glukoze)
- Povišanih vrednostih metabolnih produktov

#### **POMEMBNO PRI PREPOZNAVANJU NEMIRA**

- Prepoznati in oceniti opozorilne znake nemira
- Opazovati hitrost stopnjevanja, spreminjanja znakov nemira, Poznati pojavne oblike
- Oceniti (grobno) bolnikovo zavest, Oceniti kognitivne funkcije
- Merjenje vitalnih znakov (RR, temp., dih., pulz)
- Merjenje saturacije, Oceniti prisotnost bolečine
- Oceniti možnost krvavitve, zastrupitve
- Opozoriti na pomembnejše izvide preiskav

- Poznavanje in ocean stranskih učinkov terapije
- Natančno poročanje in dokumentiranje

## **INTERVENCIJE ZN**

- Obvestiti zdravnika
- Ravnati po predpisanem ukrepu
- Bolniku podati jasno informacijo
- Pojasniti pomen in učinek ukrepov
- Poslušati bolnikovo razlago
- Vzpodbujati ga k aktivnemu sodelovanju
- Zagotavljati varnost

## **11. ZN ANKSIOZNEGA BOLNIKA**

### **ZN ANKSIOZNEGA BOLNIKA**

- Anksioznost pomeni psihično napetost, ki jo človek občuti, kot negotovost, kot pričakovanje nečesa neugodnega, ki nastopi brez pravega zunanjega razloga, ki jo spremljajo neprijetni vegetativni pojavi
- Anksiozna motnja – govorimo takrat, kadar je anksiozna motnja pretirana in moti vsakdanje funkcioniranje
- Posledice se odražajo v medsebojnih odnosih na različnih področjih bolnikovega življenja, predvsem v družini in na delovnem mestu, zlorabe drog

### **ZNAKI ANKSIOZNOSTI (po Burnsovi, 1998)**

#### **TELESNI SIMPTOMI**

- Nemirno hitro utripanje srca
- Bolečina, občutek pritiska ali tesnobe v prsih
- Mravljinca ali odreveneli prsti na rokah in nogah
- Stiskanje ali slabost v želodcu
- Zaprtost ali driska, nespečnost ali nemirnost
- Toge, napete mišice
- Potenje, ki ga ne izzove vročina
- Stiskanje v grlu, tresenje in drhtenje
- Občutek mehkih kolen
- Težave z ravnotežjem, omotičnost, vrtoglavica
- Oteženo dihanje, občutek dušenja, oziroma davljenja
- Glavoboli, bolečine v tilniku in hrbtu
- Valovi vročine, mrazenja
- Občutek utrujenosti, slabotnosti ali hitre izčrpanosti

#### **DUŠEVNI SIMPTOMI – ANKSIOZNA OBČUTJA**

- Strah, bojazen, vznemirjenost ali skrb

- Občutek, da so stvari v okolici nenavadne, neresnične ali nejasne
- Občutek ločenosti od lastnega telesa ali njegovega dela
- Nenadni napadi hude anksioznosti
- Zle slutnje ali občutje grozeče pogube
- Občutja notranje napetosti, vznemirjenosti

#### **DRUGI DUŠEVNI SIMPTOMI – ANKSIOZNE MISLI**

- Težave z zbranostjo
- Vrvenje ali beganje misli
- Strah vzbujajoče misli ali dnevno sanjarjenje
- Občutek izgube nadzora nad razumom
- Strah pred :
- Norostjo
- Vrtoglavico
- Boleznijo, smrtjo
- Pred posmehom
- Osamljenostjo ali zapuščenostjo
- Pred kritiko in neodobravanjem
- Da se bo zgodilo nekaj strašnega

#### **ZN BOLNIKA Z ZMerno STOPNJO ANKSIOZNOSTI**

- Bolniku pomagati razvijati metode soočanja s stresom
- Pomagati bolniku pri razumevanju vzroka anksioznosti
- Učiti obvladovanja anksioznosti (uporaba tehnik KVT)
- S pomočjo tehnik terapevtske komunikacije (refleksija, parafraziranje, osvetljevanje, potrditve, interpretacije) in svoje osebnosti spodbujati bolnika k odkrivanju svojih strahov in poimenovanju problemov
- Raziskati katere ukrepe je bolnik v preteklosti že uporabljal
- Učiti bolnika tehnike sproščanja
- Zdravstvena vzgoja

#### **ZN BOLNIKA S HUDO IN PANIČNO STOPNJO ANKSIOZNOSTI**

- Prisotni ob bolniku in ga miriti z besedami, zagotoviti varnost bolnika
- Zagotoviti bolniku osebni prostor, se ga ne dotikati
- Zagotoviti mirno okolje, zmanjšati dražljaje iz okolja
- Vzpodbujati bolnika, da prične dihati v papirnato vrečko
- Zaščititi ga pred provokativnimi situacijami
- Ne obsojati njegovih obrambnih mehanizmov
- Ne spodbujati bolnikovih ritualov, izogibajočega vedenja ali fizičnih pritožb
- Dopustiti, da izraža svoja čustva
- Odgovoriti na vsa bolnikova vprašanja
- V umirjenem, a odločnem tonu posredovati preproste, kratke in razumljive informacije
- Po umiritvi napada skupaj z bolnikom analizirati sprožilni dogodek
- Zdravstvena vzgoja bolnika

- Učenje tehnik za obvladovanje anksioznosti

## 12. **ZN OSEBE Z DUŠEVNO MOTNJO**

- Osebnost so v človekovem življenju prepoznavne trajne značilnosti in stališča, ki se kažejo v človekovem načinu razmišljanja (kognicija), čustvovanja (afektivnost) in vedenja (kontrola impulzov, obvladovanje medsebojnih odnosov)
- Struktura osebnosti: temperament, značaj, sposobnosti in telesna zgradba
- Razvoj osebnosti skozi življenjski cikel
- OM je vrsta vzorcev, ki ovirajo sposobnost posameznika, da bi ohranil smiselno razmerje, se čutil izpolnjenega in v življenju užival (Stuart,2001). OM lahko opredelimo kot skrajno poudarjanje nekaterih osebnostnih potez. Tako poudarjene osebnostne poteze so bolj ali manj trajne, neprilagodljive in nespremenljive. Zaradi njih je človekovo vedenje, mišljenje in čustvovanje povezano s težavami v odnosih s soljudmi in družbo, sam človek ali njegova okolica pa zaradi tega trpi (Ziherl, 1999).
- Motnje se kažejo kot: nesposobnost za trajno delovno aktivnost, trajno partnersko zvezo, za ustrezno starševsko dejavnost, nespoštovanje dejavnih norm (kazniva dejanja); so razdražljive in agresivne; ne držijo se finančnih obveznosti; nimajo načrtov za prihodnost, so brez daljše zaposlitve, naglo potujejo iz kraja v kraj; prezirajo resnico in neprestano lažejo; izrabljajo druge za lastno korist; so nekritični do svojih pomanjkljivosti.
- Vzroki: prirojene lastnosti, zunanje okoliščine, ki povzročajo strah, socialno izolacijo, kot vzroki znotraj posameznika, v načinu kako interpretira okoliščine itd.
- Dejavniki tveganja: prisotna psihopatologija pri starših, izguba starša, slabi vplivi sorojencev, kognitivni primanjkljaj, trpinčenost otroka, spolna zloraba v otroštvu, posebnosti temperamenta, posebnosti kulture.

## **INTERVENCIJE ZN- B Z DUŠEVNO MOTNJO:**

- Obvestiti zdravnika
- Ravnati po predpisanem ukrepu
- Bolniku podati jasno informacijo
- Pojasniti pomen in učinek ukrepov
- Poslušati bolnikovo razlago
- Vzpodbujati ga k aktivnem sodelovanju
- Zagoavljati varnost

## **KLASIFIKACIJA OM**

- 1. SKUPINA: paranoidna, sshizoidna, shizotipska; skupna značilnost teh ljudi je ekscentričnost, zadržanost, socialna in emocionalna umaknjenost, "čudnost"
- 2. SKUPINA: antisocialna, mejna (borderline), histrionična, narcistična; značilnost teh ljudi je dramatičnost, razburljivost, labilnost, iščejo pozornost
- 3. SKUPINA: izogibajoča (bojazljivostna), odvisnostna, obsesivno – kompulzivna; skupna značilnost teh ljudi je plašnost, inhibiranost, anksioznost

## **INTERVENCIJE ZN**

- Pri ocenjevanju stanja in ugotavljanju potreb po ZN MS zbere informacije, ki zajemajo preučevanje osebnostnega razvoja posameznega življenjskega obdobja in faktorjev, ki so povezani z razvojem ega; njenih predhodnih krizah in disfunkcionalnem vedenju. Te se lahko kažejo kot destruktivno vedenje, poskusi samomora, zlorabi PAS, psihična, fizična in spolna zloraba, neprestani konflikti z zakonom
- Najpogostejši skupni problemi pri osebah z OM, katere mora MS poznati in prepoznati, dam mu lahko pomaga so: manipulacija, samopoškodovanje, nizko samospoštovanje, strah, anksioznost, zaskrbljenost, jezavost in fizično nasilje, projekcijska identifikacija in prelaganje odgovornosti na drugega, impulzivnost
- Kratkoročni cilji so usmerjeni v njihovo varnost, psihično in fizično ugodje
- Dolgoročni cilji so usmerjeni v pomoč osebi pri spremembi mišljenja in vedenja, ki je rezultat osebnostnih značilnosti in pomoč pri njenih simptomih ali drugih duševnih motnjah, podpirati vedenje, katerega cilj je prilagojeno funkcioniranje ter vzpostavitev izboljšane medsebojnega odnosa.
- Pri načrtovanju in izvajanju aktivnosti ZN mora MS vzpostaviti terapevtski medsebojni odnos. Vrline kot so točnost, iskrenost, natančnost, spoštljivost, dostopnost so pomembne pri razvoju zaupanja. MS mora biti v medosebnem odnosu profesionalna in se vzdržati družabnega klepetanja in uporabe šal.
- Glede na vrsto OM uporablja različne tehnike terapevtske komunikacije (interpretacije, soočenje, empatično poslušanje), ter vprašanja, ki so načrtovana, uporablja vedenjski pristop, postavlja meje, uporablja pozitivno kritiko, spodbuja osebo samostonosti in neodvisnosti, aktivnosti, vzdrži se dajanja nasvetov itd.

### 13. **ZN FORENZIČNO PSIHIAT. BOLNIKA**

- Sodna ali forenzična psihiatrija je ena izmed posebnih medicinskih znanosti, ki se ukvarjajo s kriminaliteto. Osredotoča se na duševne bolezni in druge duševne motnje, ki so v zvezi s kaznivimi dejanji in s kriminaliteto. Sodna psihiatrija pomaga raziskati vprašanje o prištevnosti storilca kaznivega dejanja (Balton in Šelih, 1996).
- Najpomembnejša področja, kjer se srečujeta psihiatrija in pravo so:
- Zdravljenje psihiatričnih bolnikov brez njihove privolitve, kar je urejeno s predpisi o pravicah in obveznosti bolnikov in zdravnikov
- Psihiatrično izedenstvo v kazenskih, civilnopravnih, upravnih in drugih zadevah, kjer pravna država potrebuje izvedenstvo psihiatrične stroke;
- Izvajanje psihiatrično pomembnih varnostnih ukrepov, kakor jih določa zakonik RS (Ziherl, 1999).

### **FORENZIČNA ZN (FZN)**

- Predstavlja novo vejo v ZN; to področje se je začelo razvijati v zdnjih desetletjih zaradi povečanja števila kaznivih dejanj, v tujini je FZN že dobro razvita, tako da MS sodelujejo s policijo v preiskovalnem postopku;
- FZN združuje znanje psihiatrične ZN z znanjem sodnega sistema. Ena izmed njenih nalog je ocenjevanje sociokulturnih vplivov na bolnika, družino ali skupnost in zagotavljanje kakovostne ZN;

Nekateri avtorji vidijo vlogo MS (Dale, 2001) takole:

- Opazovanje, preprečevanje in ustrezno ravnanje ob nevarnosti, Terapevtska presoja nadzorovanja v ZN in izvajanje intervencij ZN

- Delovanje na socialnem področju
- Sodelovanje v raziskovanju bolnikovega osebnega, življenjskega in delovnega okolja
- Nadzorovanje obiskovalcev, ki prihajajo na oddelek;
- Spremljanje bolnikov in analiziranje urina glede nedovoljenih substance
- Poznavanje same sebe

### **POMEMBNE ZNAČILNOSTI MS V FP (Dale, 2001)**

- Spoštljivo in dostojanstveno vedenje do bolnika, ne glede na vrsto zločina, ki ga je storil
- Sprejemanje sočloveka brez obsojanja
- Sposobnost prisluhni bolniku in oceniti njegove sposobnosti
- Zaupanje v spremembe bolnika
- Zaupanje v svoje sposobnosti
- Zavedanje svojih vrednot
- Sposobnost prepoznavanja lastne nepopolnosti in omejitev
- Naklonjenost spremembam
- Obvladovanje spretnosti zapisovanja sporočil
- Poznavanje zagovorništva
- Zrelo vedenje
- Življenjske izkušnje

### **14. ZN BOLNIKA Z DEPRESIJO**

- 1 x v življenju zbolijo za depresijo 10 – 25% Ž in 5- 12% M
- Depresija prizadene osebe vseh starosti
- Največ jih je med 25 in 45 letom, po 65 upada
- 15% bolnikov z depresijo umre zaradi samomora
- 60-80% vseh samomorov store depresivni bolniki
- Depresija ima več obrazov, zajame celega človeka
- **Pri nastanku** važni biološki, psihološki in socialni dejavniki
- Začetek počasen, redko nenaden
- Nastane spontano ali po provokativnih življenjskih situacijah
- **Zdravljenje** zajema kombinacijo zdravil, psihoterapije, KVT, socioterapije
- ZN ima pomembno vlogo v terapevtski obravnavi bolnika

### **TELESNE TEŽAVE**

- SPANJE : nespečnost, moreča zaspanost
- HRANJENJE: odklanjanje hrane, zatekanje k hrani
- OSEBNA HIGIENA IN VIDEZ: pomanjkljiva, se zanemarja
- ODVAJANJE: obstipacija, retenca urina
- RAZVADE: zatekanje v alkohol, pomirjevala, nedovoljene droge
- SPOLNOST: izguba libida, nezanimanje
- TELESNE BOLEČINE: glavobol, bolečine po celem telesu, tiščanje v prsih

### **PSIHOLOŠKI PROBLEMI**

- Nizko samospoštovanje: občutek lastne ne vrednosti, nekoristnosti
- Krivda: občutki neuspeha, samoobtoževanje, želja po kaznovanju
- Obup: nemoč, nezmožnost doseči olajšanje
- Neuspeh: opustitev prizadevanja, opustitev vseh naporov
- Samomorilno vedenje: grožnje, poskusi, samomori, tudi razširjeni
- Blodnjavo mišljenje in halucinacije: poveča vse druge težave

## **SOCIALNI PROBLEMI**

- Socialni stiki: umikanje od ljudi, spremembe v partnerskih odnosih, iskanje opore
- Interesi in dejavnosti: izguba zanimanja in veselja, nesposobnost odločanja
- Delo: ne more delati, selektivno dela, čuti se nekoristnega, beg v bolniški dopust
- Rekreativna: enolične aktivnosti, nezainteresiranost, ahedonija
- Učenje: ne osvaja bolj produktivnih načinov vedenja, nesposobnost samoobvladovanja bolezni

## **INTERVENCIJE ZN**

- Z bolnikom vzpostavi tak odnos, ki mu bo dajal občutek naklonjenosti, varnosti, predvsem pa zanimanje MS zanj in za njegove težave
- Za pogovor si vzame dovolj časa, ga aktivno posluša, ne postavlja preveč vprašanj, ne dvomi o resnosti njegovih težav, se izogiba površni tolažbi
- V sebi naj najde toliko potrpljenja in empatije, da bo ustvarila ozračje, v katerem sme biti bolnik nesrečen, lahko tarna, da mu gre slabo, lahko joče, je obupan, nemočen.
- Bolniku dati priložnost, da pokaže in izživi svoja občutja, predvsem občutke ničvrednosti, jeze, sovražnosti, nevoščljivosti, ki so usmerjeni v njega ali v druge
- Bolnika veliko opogumljati in pohvaliti
- Gre za sprejemanje bolnika takega kot je in za razbremenitev
- Paziti, da se skupaj z bolnikom ne potopi v obup

## **KAKO LAHKO POMAGATE 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 večkrat 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



## 15. **ZN BOLNIKA Z MANIJO**

- Ljudje imajo izjemno energijo
- So pretirano dobro razpoloženi
- Lahko zdržijo brez spanja več dni skupaj
- Preveva ji občutek, da so najlepši, najboljši
- Delujejo samozavestno, odločno
- Govorijo glasno, so prepirljivi ali celo agresivni
- Delujejo nemirni, so v neprestanem gibanju
- Pogosto delujejo nerazsodno in so nagnjeni h kompulzivnosti
- Brez pomisleka opravljajo nepotrebne nakupe, zapravljajo denar
- Nagnjeni so k promiskuiteti

### **TELESNI PROBLEMI**

- GIBANJE: povečana aktivnost
- SPANJE: manjšana potreba, zgodnje zbujanje
- HRANJENJE: pretirana želja po hrani, pomanjkljivo hranjenje
- OSEBNA HIGIENA IN UREJENOST: pomanjkljiva, se zanemarja, pretirano liči
- IZLOČANJE: neredno, obstipacija
- RAZVADE: uživanje psihoaktivnih snovi, opijate
- SPOLNOST: povečana želja, promiskuiteta
- TELESNE BOLEČINE: zmanjšana občutljivost, mišična napetost
- POMANJKANJE OBČUTKA ZA UTRUJENOST

### **PSIHOLOŠKI PROBLEMI**

- Precenjevanje svojih sposobnosti, samopovečevanje, gre do grandioznosti oziroma veličavskih blodenj
- Bolezenska veselost, velik optimizem
- Nizka tolerance, jeza, tesnoba, razdražljivost
- Šibka presoja, odločitve sprejema brez pomisleka
- Težko sprejema kritiko

### **SOCIALNI PROBLEMI**

- Socialni stiki: z lahkoto se seznanja in sklepa prijateljstva z neznanci, spremembe v partnerskih odnosih, neodgovornost
- Veliko pričakuje od drugih, neobčutljiv za potrebe drugih, skuša nadzorovati dogajanje v okolici
- Delo: težave na poklicnem področju
- Povečana usmerjena dejavnost in interesi: vodi ga v nepremišljena dejanja, stvarno načrtuje razne dejavnosti, ki jih ne dokonča
- Rekreativna: različne aktivnosti, uživa v njih
- Učenje: nekritičen do svojega stanja, samoobvladovanje

## INTERVENCIJE ZN

- Vzpostaviti terapevtski odnos z bolnikom, biti potrpežljiv, vljuden in vztrajen
- Sprejeti bolnika takega kot je, upoštevati njegovo nizko tolerance, preobčutljivost za kritiko, postavljanje omejitev
- Razumeti njegovo vedenje, mišljenje, doživljanje in temu prilagoditi načrt ZN
- K bolniku pristopati umirjeno, govoriti tiho, ne provokativno
- Skrbeti za njegovo varnost
- Ne pritrjevati njegovim "resnicam" in jih tudi ne zavračati
- Ne vsiljevati svojega mnenja
- Spoštovati pravico bolnika do izbire in sodelovanja

### 16. **ZN BOLNIKA Z SHIZOFRENIJO**

Shizofrenske motnje označujejo na splošno temeljna in značilna izkrivljenja mišljenja in zaznavanja ter čustvovanja, ki je neustrezno ali otopelo. 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.

**Paranoidna, Hebefrenska, Katatonska, Nediferencirana, Postshizofrenska depresija, Residualna, enostavana shizofrenija**

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 pritožbe (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 preobčutljivostjo
- 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

#### ŠEST NAJHUJŠIH TEŽAV PRI B/V S SHIZOFRENIJO

- Cigarete in kava: 80 – 90% ljudi s shizofrenijo kadi. Nikotin zmanjša psihopatološke znake, tesnobo, stranske učinke antipsihotikov
- Alkohol in droge : 40% odvisnih. Droge lajšajo tesnobo, depresijo, počutijo se močnejše. Negativne posledice na vseh področjih.
- Seksualnost in nosečnost: Antipsihotiki zavirajo seksualno funkcijo, stranski učinki zmanjšajo spolno poželenje. Važna zaščita pred spolnimi boleznimi in nezaželeno nosečnostjo.
- Slabo sodelovanje pri zdravljenju z zdravili: 70% B/V s shizofrenijo brez posveta neha jemati zdravila
- Vzroki: pomanjkanje uvida v naravo bolezni, stranski učinki zdravil, odnos med bolnikom in zdravnikom.
- Nasilno vedenje: v več kot 10% družin pride do nasilja (prestrašen, pod vplivom drog, dostop do predmetov, neustrezno zdravljenje)
- Samomor: 10 x pogostejši kot med drugimi ljudmi. Vsak 10. bolnik umre zaradi samomora (v akutni fazi ali remisiji)

#### BIPOLARNE MOTNJE

- Izraz bipolarna motnja (ciklične afektivne motnje) zajema kar nekaj oblik nizanja razpoloženja, ki povzročata težave
- Bipolarna motnja pomeni, da se v različnih časovnih obdobjih in različno pogosto pojavljajo tako manične kot depresivne motnje faze oziroma epizode
- Simptomi manije in depresije so lahko med seboj tudi pomešani, takrat govorimo o mešani sliki
- Lahko se različno pogosto pojavljajo samo depresivne faze (unipolarna motnja) ali manične faze
- Trajne motnje razpoloženja, brez pomembnih daljših remisij, manjša intenzivnost depresivnega ali maničnega razpoloženja: ciklotomija ali distimija
- Zajema 1,3 do 3.3% splošne populacije, je enako pogosta pri moških in pri ženskah
- Vzroki: dednost, spremembe v živčnem sistemu, dejavniki iz okolja, Zloraba PAS

### 17. **ZN- SAMOMOR**

- V Sloveniji 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 neznesne življenjske situacije in ne vidi ustrežnejše rešitve problema
- Je odločitev, možnost, izhod, zaključek, ki jo ima na razpolago vsak posameznik
- Ima nekatere značilnosti – razmerje ž-m = 1:3, starost 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, meteorološke razmere, kulturno zgodovinske in socialno politične okoliščine, vrednostni system, 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. SAMOMORILNO RAZMIŠLJANJE (FANTAZIJE) – načelno ali konkretno o načrtu
3. SAMOMORILNE TEŽNJE – gre za indirektno vedenje, ki se še ni realiziralo s samomorilnim dejanjem
4. PRASUICIDALNA 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 samomorilni poskus, so presenečeni nad dejanjem
7. PARASUICIDALNA GESTA – grožnja z opozorilnim ali demonstartivnim 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

### 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 moramo 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 psihoterapevtska 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 pogloblja.
5. **KORAK:**napotitev v psih. bolnišnico,na varovani oddelek

### INTERVENCIJE MS PRI SAMOMORILNO OGROŽENEM BOLNIKU 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 antisuic. 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 DOPUSTU (službe v skupnosti)

## PREVENTIVA SAMOMORA

### PRIMARNA

- Sloni na večletnih opazovanjih in analiza 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 naravnost 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:

- doseči trajno zmanjševanje pojavnosti duševnih motenj
- izboljšati kvaliteto življenja ljudi s tovrstnimi motnjami
- doseči zmanjševanje samomora in poskusa samomora

## 18. **PSIHIATRIČNA ZN**

**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 sestrskes 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 zdravljenje 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.

**ANA je** podala glavne aktivnosti, ki naj jih opravlja medicinska sestra na področju psihiatrije:

- Obravnava že obstoječe in potencialne probleme bolnikov
- Skrbi za zadovoljevanje fizioloških potreb bolnika v času bolezni
- Pri svojem delu uporablja starševska načela delovanja na bolnika
- Proučuje vpliv posameznih faktorjev na čustveno stanje bolnika
- Deluje kot socialna svetovalka
- Vpliva tudi na druge člane zdravstvenega tima
- S sodelovanjem v okviru socioterapije in skupinske terapije pomaga k izboljšanju duševnega stanja bolnika
- Sodeluje v delu skupinskih terapij, pri svojem delu pa deluje vedno tudi preventivno
- Vzdržuje primeren nivo profesionalnosti zdravstvene nege

## **MODEL MEDSEBOJNIH ODNOSOV H. PEPLAU**

Spada med teorije interakcij. To pomeni:

- Da odgovarja na vprašanje kako in kaj naj MS dela
- Da MS prikazuje kot osebo, katero delovanje je v interakciji z 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 kot MS
- V interakciji z B/V MS uporablja različne vidike svoje osebnosti, svoj način razmišljanja, dožemanja 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 srečanju tujca
- Vzpostavljanje medosebnega 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 identifikacije**

- B/V postaja jasno, kaj se z njim dogaja
- Odnos med MS in B/V se pogloblja
- 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 oživita izkušnjo odnosa
- Pregledata dosežene cilje in ovrednotita napredek

## **ZNAČILNOSTI TERAPEVTSKEGA ODNOSA**

- Zaupanja, Sprejemanje
- Razumevanje, Spoštovanje
- Samorazkrivanje, Zaupnost

## **VLOGE MS V PSIHIATRIČNI ZN**

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 terapev.odnosa, vloge so usmerjene v medsebojne odnose in so v pomoč bolniku
- MS preko izvrševanja različnih vlog zadovoljuje bolnikove potrebe in tako deluje za bolnikovo rast in razvoj njegove osebnosti, kar je tudi glavni cilj psihiatrične 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 strokovno znanje, izkušnje, svojo osebnost, samo sebe

## **NAJPOMEMBNEJŠE VLOGE PSIHIATRIČNE ms**

- MS ustvarja terapevtsko okolje, MS izvajalka ZN – strokovna vloga MS, MS je učiteljica, MS je terapevtka
- MS je svetovalka, MS je nadomestna mati



- MS je bolnikova sogovornica, MS je družbena delavka
- MS je nosilka sprememb in raziskovalka

## **OSEBNOSTNE LASTNOSTI, KI SO POTREBNE MS**

**Zavedanje**(zavest o sebi o stvareh, ki nam predstavljajo neko vrednost), **Spoštovanje**(sebe in druge), **Zaupanje**(v sebe, v druge), **Sprejetost**(B/V sprejmemo takšnega kot je), **Iznajdlivost** (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)

**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 odgovornost za svoje vedenje in ravnanje)

**Čustvena zrelost** (trdnost, uravnovešenost, psihično zdrava)