

ZDRAVSTVENA NEGA BOLNIKA Z OBVEZNIŠKIM UKREPOM ZDRAVLJENJA: PRIKAZ PRIMERA IZ PRAKSE

Uvod

Forenzična psihiatrija se uveljavlja kot praktična, znanstvena in pedagoška disciplina. Obravnava populacijo, za katero so poleg različnih duševnih motenj značilne še nasilniško vedenje, često pa gre za zlorabo različnih psihoaktivnih substanc, skratka gre za skupino ljudi z zelo neprilagojenim vedenjem.

V sklopu psihiatrije je že od vsega začetka zavzemala forenzična psihiatrija pomembno mesto. V Psihiatrični bolnišnici Ormož obravnavamo tudi forenzične bolnike.

Te bi lahko razdelili v štiri skupine, in sicer:

- Bolnike, ki imajo varnostni ukrep obveznega psihiatričnega zdravljenja v zdravstvenem zavodu;
- bolnike, ki imajo ukrep obveznega psihiatričnega zdravljenja na prostosti;
- zapornike;
- pripornike.

Bolnike z obveznim ukrepom zdravljenja obravnavamo glede na njihovo zdravstveno stanje na varovanem ali odprtem oddelku.

Zapornike in pripornike obravnavamo na varovanem oddelku. Po potrebi varujejo take bolnike varnostniki iz zaporov. Tako smo v letu 2002 imeli sedemnajst hospitaliziranih (pripornikov, zapornikov in ukrep obveznega zdravljenja) ter štiri ambulantne (ukrep obveznega zdravljenja).

Za izvajanje forenzične zdravstvene nege je vsekakor potrebno posebno izobraževanje, ki temelji na osnovi poznavanja nasilniškega vedenja ter tveganja za nasilniško vedenje. Cilj takega izobraževanja je usposobiti kader, da bo sposoben pri vsakdanjem delu najti ravnovesje med zdravstveno nego in kaznovanjem, pridrževanjem, zadrževanjem ter nadziranjem bolnikov.

Dejstvo je, da so medicinske sestre profesionalna skupina, ki ima neposreden stik z bolniki 24 ur na dan, sedem dni v tednu. Zaradi tega ima tudi enkratni odnos z bolnikom, ki bi ga lahko primerjali le še z bolnikovim odnosom do bližnjega svojca ali prijatelja s katerim živi.

Kakšni so forenzični bolniki?

Vsekakor sta nasilje in agresija najpogostejši lastnosti forenzičnih bolnikov.

Agresivnost lahko razdelimo na *primarno*, ko bolezenski proces prizadene možgane (tumor, krvavitve, insult); *sekundarno*, ko posameznik na provokacije okolja odgovarja s povečano agresivnostjo, in *tercialno* takrat, ko bolnik zaradi motenj običajne zunanje dogodke dojema kot sovražne in se jih skuša ubraniti. Pojavne oblike agresije pa so:

- Pasivna: bolnik agresivnosti ne pokaže, je prestrašen in grozav ter odklanja sodelovanje;
- verbalna: bolnik reagira z napadalnim govorjenjem, grožnjami, žaljivkami in to podkrepi še z mimiko in kretnjami;
- fizična: običajno je kombinirana z verbalno agresivnostjo. Bolnik namenoma fizično poškoduje ljudi, živali ali predmete.

Drugi dejavniki, ki lahko prispevajo k agresivnemu in nasilnemu vedenju hospitaliziranega bolnika, so: novi sprejemi, številčnost bolnikov na oddelku, »težki bolniki«, dolgotrajna zdravljenja, nerazrešeni družinski problemi, izčrpano ali utrujeno medicinsko osebje.

Pogosto so taki bolniki blodnjavi, saj neustrezno interpretirajo zunanje informacije (ljudje berejo njegove misli, jih slišijo, opazujejo). Pogosto so prisotne še halucinacije, se pravi motnje v zaznavanju, ki nastanejo brez zunanjih dražljajev in realnega predmeta.

Zdravstvena nega forenzičnih bolnikov

Zdravstvena nega forenzičnega bolnika združuje znanje psihiatrične zdravstvene nege s poznavanjem sodnega sistema. Značilnosti zdravstvene nege forenzičnega bolnika niso jasne.

Pri zdravljenju bolnikov je zelo pomembna osebnost medicinske sestre. Medicinska sestra, ki zna pristopiti k reševanju lastnih stisk, ki s svojim vedenjem in ravnanjem ne ustvarja novih, ki izžareva veder pristop do življenja, mu bo tako ponudila vzorec za sprejetje in reševanje stisk in s tem pripomogla, da se bo pri bolniku vzbudil občutek zaupanja. Ustvarjati moramo distanco in medsebojno spoštovanje (pozdrav, stisk roke), ki lahko pripomore tudi k znižanju priložnosti za nasilje.

Odločen pomen ima vsekakor medikamentozna terapija. Medicinske sestre so dolžne poskrbeti za to, da bolnik jemlje terapijo redno in pravočasno (pri odklonilnih bolnikih prosimo za sodelovanje lečečega zdravnika). Nikakor ne smemo pozabiti na svojce, prijatelje v procesu zdravljenja, ki nam pomagajo pri zdravljenju. Za forenzičnega bolnika običajno velja trditev, da je nepredvidljiv. Medicinska sestra mora z bolnikom vzpostaviti odnos, na podlagi katerega se med njima razvijejo odnosi ali stiki. V začetku lahko bolnik zavrača medicinsko sestro in je nezaupljiv do njenih pozornosti, čeprav hrepeni po tem. Pomembno pa je, da se k takemu bolniku nenehno vračamo. Njena prisotnost mu daje čustveno oporo, če tudi na zunaj ni videti tako. S tem ko mu posvečamo svoj čas, pozornost in naklonjenost, zadovoljujemo njegovo osnovno potrebo po sprejetosti in priznanju. Zapomniti pa si moramo, da tukaj ne gre za odnos z zdravimi ljudmi, »kjer lahko odnehamo, če stika ne vzpostavimo«. Če problemi bolnika koreninijo v nezdravih medosebnih odnosih iz otroštva med njim in osebami, ki so v njegovem življenju igrale pomembno vlogo, moramo načrtovati in zagotoviti korektivne medsebojne odnose.

Bolniku moramo omogočiti verbalno izražanje njegovega počutja, mišljenja in občutkov. Medicinska sestra naj se bolniku ne izogiba in naj ga ne nadleguje s svojo radovednostjo. Oba pristopa pri bolniku vzbujata sum. Pretiran nadzor medicinske sestre utegne pri bolniku vzbuditi občutek ogroženosti in utrditi njegove blodnje. Program, ki omogoča svobodno izbiro dejavnosti in gibanja, pa mora uskladiti z zahtevami po bolnikovi varnosti in zaščiti drugih. V začetku so pri teh bolnikih individualne aktivnosti bolj uspešne kot skupinske, pozneje pa ga vključimo v skupinske dejavnosti, ki so potrebne za krepitev njegovega zaupanja v druge. Da dosežemo zaupanje paranoidnega (blodnjavega bolnika), je po-

trebna potrpežljivost in obzirnost do njegovih sovražnih stališč. Medicinska sestra se mora upreti skušnjavi, da bi uporabila bolnikove halucinacije in blodnje za spreminjanje njegovega vedenja, ali da bi se z njimi okoriščala. Taki bolniki so potrebni velike mere tolažbe, pomoči, podpore. Če bolnik želi potrditev svojih halucinacij, je pametno dati pošten odgovor, ki ustreza realnosti. Poglavitnega pomena sta verbalna in neverbalna komunikacija. Govorimo jasno, glasno in razločno, vendar ne ukazovalno ali provokativno.

Bolniku opisujemo realnost in mu nevsiljivo pokažemo razumevanje za njegova čustva. Poudarjamo realnost in bolnika skušamo usmerjati vanjo. Pravočasno moramo prepoznati znake nemira, napetosti in preprečevati posledice. Postopno ga vključimo v preproste aktivnosti (igranje šaha, z bolnikom gremo do telefona ali na sprehod okrog bolnišnice ali v telovadnico...). Nato ga postopno vključujemo v skupino na oddelku, v začetku kot opazovalca, nato začne sodelovati v skupini in nazadnje dobi določene naloge.

Vseskozi ugotavljamo in ocenjujemo bolnikovo samooskrbo, naredimo individualni program zdravstvene nege, kamor spada motiviranje, rehabilitacija in resocializacija, delo s svojci (edukacija), ker si le ti predstavljajo ali si napačno razlagajo bolezensko stanje in pripisujejo te težave hudobiji, trmoglavosti, neprilagodljivosti...

Vse to pa povzroča vse več napetosti in nestrpnosti tako v družini in okolici, kakor tudi pri bolniku samem, ki se nemalokrat zato čuti zapostavljenega in odveč.

Zato je potrebno svojce nenehno poučevati o naravi same bolezni, o postopkih zdravstvene nege in postopkih celotnega zdravljenja ter o možnostih za življenje ob odpustu iz bolnišnice.

Predstavitev primera

Po členu 64/2 KZ (kazenski zakonik) je bil bolniku izrečen varnostni ukrep zdravljenja s tem, da se po poteku enega leta vsako leto znova odloči, ali sta nadaljnje zdravljenje in varstvo v zdravstvenem zavodu še potrebna.

Prikaz bolnika od sprejema v bolnišnico ter nadaljnega vodenja v naši ambulanti

Negovalna anamneza

Bolnik je pripeljan z rešilnim avtomobilom v spremstvu policije, vkljenjen v lisice in čvrsto privezan na nosilih. Bolnik pove, da je ubil nečaka, ker bi ga sicer on ubil. Na živce mu je šlo, da je nečak stalno nekaj nergal. Mislil je, da je nečak pes, ki nenehno laja in se je vanj zapodil. Misli, da ga vsi hočemo uničiti, da smo bioenergetiki, ki ga žarimo z negativno energijo. Zahteva tudi, da izvlečemo vtičnice, ki jih imenuje črne muhe. Bolnik pove, da je sinoči spil dve do tri steklenice piva, zanika pa, da bi vzel kakršno koli mamilo. Bolnik leži na nosilih, stalno se poskuša izvleči iz pasov in lisic, stalno vpije in zmerja osebje. Policisti povedo, da je bolnik znan po izraziti agresivnosti in da je nevaren, še zlasti, kadar je pijan. Zadnje tri dni je doma razgrajal, tako da so vsi domači odšli, ker tega niso več vzdržali.

Sinoči je ubil svojega nečaka. Močno ga je pretepel, nakar mu je prerezal vrat z lopatico za torto. Zjutraj je sam poklical policijo, ki ga je pridržala. Pri pridržanju je bil izjemno nemiren, razbil je celo sobo, tolkel z glavo ob zid in se tudi sam poškodoval po telesu. Obvladalo ga je šele sedem mož.

Bolnik dobi v sprejemni ambulanti parenteralno terapijo, za kar potrebujemo dve uri, da bolnika delno umirimo, šele nato ga premostimo na oddelk.

Na oddelku še pove, da ve, kje je in da je bog tisti, ki ga je pri tem vodil, sicer pa sam ni mogel razmišljati, saj je njegov nečak vplival na njegove misli. Moral je storiti, kar je storil. Bolnika smo fiksirali na posteljo s trebušnim pasom, smislen kontakt je bil otežen.

Da bi zagotovili varnost tako bolnika kot osebja, uporabimo posebne varovalne ukrepe, ki jih odredi zdravnik. Uvedli smo stalno prisotnost medicinske sestre, saj je potrebno nenehno spremljanje vitalnih in psihičnih funkcij bolnika in skrbno vodenje dokumentacije, iz katere je razviden razlog, namen in dokaz izvajanja posebnih varovalnih ukrepov.

V psihiatrični zdravstveni negi uporabljamo model Hildergard Peplau, ki temelji na terapevtskem odnosu. Ravno tako izhajamo iz teorije Virginie Henderson, ki svojo teorijo gradi na 14 življenjskih aktivnostih. Prednost potreb po zdravstveni negi določamo skupaj z bolnikom. Bivanje na varovanih oddelkih pri bolniku pogosto povzroča občutek bojazni in zagrenjenosti, pri bolnikih, ki so povratniki, pa vzbuja domačnost in krepi družabnost. Od bolnika se pogosto pričakuje, da se prilagodi okolju na oddelku in se ga uči živeti po oddelčnem redu in pravilih.

Ko sem se pogovoril z bolnikom ter prebral dosegljivo dokumentacijo, sem ugotovil potrebe po zdravstveni negi. Le te sem razvrstil na biološke, duševne in socialne.

Biološke potrebe

- Potreba po spanju in počitku.
- Potreba po varnosti.
- Potreba po osebni higieni.
- Potreba po rekreaciji in koristnem delu.
- Potreba po rednem jemanju zdravil.
- Potreba po abstinenci od alkohola in cigaret.

Duševne potrebe

- Potreba po ustreznem izražanju čustev in komunikaciji.
- Potreba po odnosu do samega sebe, sobolnikov in zdravstvenega osebja.

Socialne potrebe

- Potreba po ustreznem odnosu do matere, sestre.
- Potreba po vključevanju v socioterapevtsko skupnost.
- Potreba po ustreznem odnosu do sosedov.

Potreba po spanju in počitku

Spanje je nujno potrebno, da si človek duševno in telesno odpočije. Človek potrebuje tudi počitek, da lahko opravlja dnevne aktivnosti. Negovalna diagnoza: nespečnost, strah, nevarnost poškodbe.

Postavili smo si tudi dva cilja: dobro spanje v kratkoročnem obdobju, v dolgoročnem obdobju pa umiritev bolnika in občasen dnevni počitek.

Intervencije zdravstvene nege

- Večerno prhanje bolnika, da se telo ustrezno prekrvavi in sprosti.
- Pogovor z bolnikom pred spanjem, pomirjanje njegove razburjenosti.
- Ureditev postelje in prostora za počitek.
- Občasno posedanje pri bolniku in pogovor z njim.
- Sedenje z bolnikom pred TV.
- Aplikacija terapije za spanje.

- Zagotavljanje miru na oddelku.
- Občasen nadzor.
- Ustrezna osvetlitev prostora.

Izvedbo zdravstvene nege izvajamo po standardih psihiatrične zdravstvene nege. Vse načrtovano izvedemo v okviru negovalnega tima, če pride pri bolniku do sprememb v aktivnosti ustrezno ukrepamo.

V fazi vrednotenja ugotavljamo, ali smo dosegli cilje, ki smo si jih zadali.

Vrednotenje

Menjavala so se obdobja nespečnosti in spanja. Po dveh tednih je bolnik začel spontano posedati med sobolniki in vztrajal po kratkem počitku.

Potreba po varnosti

Bolnik ni imel samomorilnih teženj, toda zaradi njegovega pomanjkanja distance do drugih bi lahko prišlo tudi do fizičnega obračunavanja z njim.

Negovalna diagnoza: varnost.

Postavimo si negovalne cilje

- Vzpostavitev takega stanja, da ne bo več ogrožen od drugih,
- Vzpostavitev zaupanja s strani zdravstvenega osebja.

Intervencije

- Nadzor bolnika in preprečitev fizičnih napadov.
- Skrb za redno jemanje terapije.
- Pogovori z bolnikom za vzbujanje občutka zaupanja.
- Občutek pripadnosti in vzbujanje dovednosti za medicinsko sestro.
- Vključitev bolnika v dnevne dejavnosti na oddelku.
- Vzpodbujanje k navezovanju toplih odnosov s sobolniki.

Vrednotenje

Po enem mesecu je bolnik že pridobil dobršno mero zaupanja do sobolnikov.

Potreba po osebni higieni

Bolnik je bil sicer higiensko urejen, vendar ga je bilo potrebno vzpodbujati, da opravi vsa tovrstna opravila. Osebna higiena je življenjska aktivnost, ki jo omogoča zadovoljevanje potreb po osebnem ugodju in ugodju skupine.

Nato smo si zadali cilja: vzpostavitev bolnikove lastne težnje po skrbi za osebno higieno, ocenimo urejenost bolnika.

Intervencije zdravstvene nege

- Bolnika poučujemo o potrebi in načinu rednega izvajanja osebne higiene.
- Vzpodbujanje k umivanju rok (preprečevanje prenosa okužb).
- Vzpodbuda k rednemu menjavanju spodnjega perila.
- Zagotovimo primerno okolje za izvajanje osebne higiene.
- Priskrbimo bolniku vse potrebno za izvajanje osebne higiene.
- Tedensko opravimo higiensko vizito,
- Nenehne vzpodbude, pohvale, usmerjanje.

Vrednotenje

Po tednu dni je bolnik že sam kar dobro skrbel za osebno higieno, vendar smo ohranili nadzor do konca hospitalizacije.

Potreba po rekreaciji in koristnem delu

Je aktivnost, s katero se človek sprošča, vzdržuje psihofizično kondicijo in si nabira novih moči za delo in življenje.

Zastavili smo si negovalne cilje: ohranitev dobrega počutja in stanja, ohranitev in krepitev delovnih navad in volje do dela.

Dolgoročni cilj: povrnitev v vsakodnevne aktivnosti doma.

Intervencije zdravstvene nege

- Vzpodbuda za jutranjo telovadbo, vključitev v rekreacijski krožek.
- Motivacija ob pojavu brezvoljnosti.
- Krepimo še obstoječe delovne navade (delovna terapija, muzikoterapija, vodena rekreacija, igranje mini golfa, kegljanje...).
- Pohvale po uspešno opravljenem delu.
- Usmeritev v zanj ustrezna opravila v okupacijski terapiji.
- Vključitev bolnika v skupinske igre.
- Poučevanje bolnika o pomembnosti rekreacije za njegovo življenje v domačem okolju.

Vrednotenje

Bolnik je sodeloval pri telovadbi in ostalih aktivnostih že po tednu dni. Poročila delovnega terapevta so bila zanj pozitivna že po mesecu dni. Postopno smo realizirali vse cilje, razen dolgoročnega.

Potreba po rednem jemanju zdravil

Za bolnikovo duševno bolezen je nujno potrebna ustrezna medikamentozna terapija, ne samo v času hospitalizacije temveč tudi doma. Negovalna diagnoza: nepoučenost bolnika o pomembnosti jemanja zdravil. Zastavili smo si cilj: doseči redno jemanje zdravil v času hospitalizacije. Dolgoročni cilj: redno jemanje zdravil v prisotnosti svojca doma.

Intervencije zdravstvene nege

- Redno jemanje medikamentozne terapije, katere namen je izboljšanje zdravstvenega stanja.
- Bolnik vzame medikamente sam ob naši kontroli.
- Vzgojnozdravstveni razgovori o nujnosti jemanja zdravil.
- Vzgojnozdravstveni razgovor o preventivi ter hkratnem uživanju zdravil, alkohola, mamil.
- Opazovanje bolnika glede stranskih učinkov zdravil.

Vrednotenje

Bolnik je v času hospitalizacije redno jemal zdravila v naši prisotnosti.

Potreba po abstinenci alkohola in cigaret

Bolnik prekomerno kadi, kar bistveno škoduje dihalom, ogroža prebavila ter tudi onesnažuje bivalno okolje. Alkohol je pri njegovi bolezni kontraindiciran zaradi sovpadajočega ogrožujočega delovanja s predpisanimi zdravili.

Cilja: abstinenca od cigaret, abstinenca od alkohola.

Intervencije zdravstvene nege

- Vzgojnozdravstveni pogovori o škodljivosti alkohola in cigaret na človeški organizem (individualni in skupinski razgovori, organiziramo predavanje za vse bolnike).
- Bolniku priskrbimo brošuro o škodljivostih kajenja in alkohola.
- Pogovor z bolnikom o vprašanih, ko prebere literaturo.
- Uredimo literaturo o alkoholizmu (svetovanje, učenje, opravi izpit pri medicinski sestri ali zdravniku).

Vrednotenje

Pri bolniku nismo dosegli ciljev glede kajenja, v času hospitalizacije nismo opazili, da bi užival alkohol. Z izhodom se ni vračal vinjen, kar smo kontrolirali z alkotestom. Bolnik je sicer sprejel dejstva, toda trmasto odklanja opustitev kajenja.

Potreba po ustreznem izražanju čustev in komunikaciji

Čustva v osnovi izhajajo iz osnovnega duševnega ugodja in neugodja ter so po svoji vsebini raznolika. Pod čustvenim vplivom se človeška aktivnost spreminja, saj ga lahko usmerjajo, spodbujajo ali zavirajo. Za življenje človeka v socialnem okolju je nujno komuniciranje. Komuniciramo lahko z govorom, dotikom, kretnjami, s simboli, plesom... Ne moremo komunicirati, če je prizadeta naša duševnost in zato ne znamo ali ne zmoremo vzpostaviti stika s svetom. Bolnik je komuniciral z okoljem v skladu s svojimi blodnjami in halucinacijami.

Nato smo si postavili negovalne diagnoze: nepopolna komunikacija, strah.

Negovalni cilji

- Vzpostavitev komunikacije – kratkoročni cilj.
- Dosegli bomo zaupanje bolnika – kratkoročni cilj.
- Bolnika bomo naučili realno dojemati svet okoli sebe – srednjeročni cilj.
- Usmeritev komuniciranja v realnost – srednjeročni cilj.
- Vzpodbuda k rednemu jemanju zdravil – dolgoročni cilj.

Intervencije zdravstvene nege

- Pogovor na viziti zdravstvenega tima.
- Pogovor na viziti negovalnega tima.
- Izvajanje rekreacijskega pogovora.
- Usmerjeni pogovori, ter aktivacija z takim delom, ki povečuje njegovo notranjo vztrajnost in prilagodljivost okolju.
- Vključevanje bolnika v skupino, terapevtsko skupnost.
- Vzpodbujamo bolnika, da govori o svojih občutkih, problemih, dvomih in doživetjih.
- Izogibamo se kritik in sodb pri bolniku.
- Obljube bolnikom vedno izpolnimo.
- Vzpostavitev odnosa s svojci prek telefona, pisanje pisma domov.
- Vključimo socialnega delavca.

Zdravstveno nego izvajamo po standardih psihiatrične zdravstvene nege.

Vrednotenje

Bolnik je vsak dan bolj realno doživljal svet okoli sebe in temu primerno izražal svoja čustva.

Potreba po ustreznem odnosu do samega sebe, sobolnikov in zdravstvenega osebja

Odnos do samega sebe, ter odnos do sobolnikov ter zdravstvenega osebja v smislu uveljavljenih norm, kjer se zahteva spoštovanje osebnosti drugega, je problem marsikaterega duševnega bolnika. Naš bolnik je sledil svojim blodnjam, zato ni imel ustreznega odnosa in distance do drugih.

Negovalna diagnoza: povečati samospoštovanje ter spoštovanje do drugih.

Nato smo si zastavili cilj: realno vrednotenje samega sebe in odnosa do drugih.

Intervencije zdravstvene nege

- Nadzor nad rednim jemanjem terapije.
- Usmerjeni razgovori in učenje bolnika o vzpostavitvi realnostnih razmerij.
- Pogovor z namenom uvida v njegovo bolezen.
- Priskrbimo literaturo bolniku o lepem vedenju ali ga pošljemo, da jo gre samostojno iskat v knjižnico bolnišnice.
- Poučimo bolnika o točnem prihajanju k aktivnostim, ki potekajo na oddelku.

Vrednotenje

Bolnik dokaj realno ali ustrežno vrednoti samega sebe, dobil je tudi ustrežnejši odnos do sobolnikov in zdravstvenega osebja.

Potreba po ustreznem odnosu do matere in sestre

Bistveno k rehabilitaciji bolnika pripomorejo predvsem odnosi v ožjem okolju. Naš bolnik je delal v Avstriji, živel je pri materi in z nečakom.

Negovalna diagnoza je nefunkcioniranje družine.

Nato si postavimo negovalne cilje:

- Vzpostavitev normalnega funkcioniranja družine.
- Pomiritev bolnika.
- Pritegniti mater k sodelovanju.
- Pritegniti sestro k sodelovanju.
- Pritegnitev bolnikovih prijateljev.

Intervencije zdravstvene nege

- Pogovor z bolnikom o njegovi materi in sestri.
 - Skupni razgovor z materjo in sestro.
 - Vabimo prijatelje na razgovor.
 - Bolnika aktiviramo, da sam prek telefona pokliče svoje najbližje.
 - Socialna delavka vabi pisno na razgovor mater in sestro.
 - Pogovor z bolnikom o sosedih.
 - Pogovor z bolnikom, da ga razumemo, da dobi občutek zaupanja da ga razumemo in ga s tem umirimo.
- Zdravstveno nego izvajamo po standardih psihiatrične zdravstvene nege.

Vrednotenje

Pri bolniku uspemo spodbuditi zanimanje za ponovno vzpostavitev dobrih odnosov. Mati se vabilu sicer odzove, toda odkloni nadaljnje sodelovanje in bolnik je nikoli več ne vidi. Prijateljica mu sporoči, naj je več ne nadleguje po telefonu. Tudi nam je prijateljica sporočila, da ji naj damo mir, ker je ona z njim prekinila. Zaradi nesodelovanja svojcev nam večine teh ciljev ni uspelo realizirati.

Potreba po vključevanju v socioterapevtsko skupnost

Socioterapevtska skupnost je možnost, da se bolniki skupaj s terapevti pogovarjajo o razrešitvi problemov, ki nastopajo v vsakodnevnem življenju bolnišnice.

Cilj: aktivno sodelovanje v terapevtske skupnosti na oddelku.

Intervencije zdravstvene nege

- Vzpodbujanje bolnika za sodelovanje na skupnih sestankih.
- Vzpodbujanje bolnika k pogovoru v skupini.
- Pohvala za njegovo vključitev v skupino, terapevtsko skupnost.

- Redno poročanje o izhodih izven bolnišnice.
- Doseči želimo, da bolnik začuti pripadnost v skupini, da ga skupina sprejme takšnega, kakršen je, da pomaga so-bolnikom pri razreševanju njihovih problemov, problemov na oddelku.
- Poslušanje drugih.

Vrednotenje

Bolnik je v dveh mesecih znal na skupini povedati svoje želje, tu in tam poskušal komu pomagati. Pozneje je pri svoji hospitalizaciji prevzel tudi že vodenje jutranje telovadbe, aktivno sodeloval pri krožkih, sodeloval na družabnem večeru bolnišnice.

Zaključek

Spremlja ga socialna izolacija, odklanjanje primarne družine, posebej matere. Ves čas hospitalizacije ga mati aktivno odklanja, da mu vedeti, da se ga je odrekla. Preselila se je živet k sestri, bolnik pa sedaj živi sam v materini hiši ter dobiva socialno pomoč.

Bolnik je sedaj doma, redno obiskuje psihiatrično ambulanto, kjer prejema tudi depo terapijo. Medicinska sestra pa v psihiatrični ambulanti nadaljuje svoje delo s bolnikom.

Tako zagotovimo kontinuiteto zdravstvene nege in preverjamo:

- ali je bolnik sproščen, zaupljiv, pogovornjiv;
- kako doživlja sebe, njegovo počutje;
- kakšna je higienska ureditev bolnika;
- kaj dela v prostem času, ali se vključuje v družabno življenje.

Cilj zdravstvene nege

- Ohranitev doseženega stanja.

Intervencije zdravstvene nege

- Podpora bolniku v njegovem prizadevanju za ohranitev doseženega zdravja.
- Spodbude k aktivnemu vključevanju v okolje, branje leposlovne literature, iskanje zaposlitve, priložnostna dela, sosedski odnosi.
- Nasveti glede prehrane, telesne aktivnosti.

Vrednotenje

Ob naslednji kontroli skupaj z bolnikom ocenimo doseženo stanje in objektivno sliko stanja. Skušamo dobiti povratne informacije od patronažne službe ter socialnega delavca.

Moja opažanja pri delu s forenzičnimi bolniki

- nesodelovanje svojcev;
- težave pri iskanju zaposlitve;
- s težavo se vračajo v svoje okolje, ki jih ponavadi odklanja;
- ni prave socialne mreže, ki bi jim omogočala živeti življenje izven bolnišnice in »izven psihoze«;
- veliko se jih poda v razne odvisnosti;

- izgubijo socialni status, zato se lotevajo prekupčevanja s cigaretami, orožjem, mamili...;
- postavlja se vprašanje, če bi bilo na nivoju države pametno imeti centralno ustanovo za take bolnike (centralizacija, oddaljenost od domačega okolja, družine, prijateljev);
- večje sodelovanje socialne službe ter patronažne službe;
- postavlja se vprašanje če spadajo taki bolniki med ostale bolnike na oddelku ali bi morali imeti svoj oddelek s svojim hišnim redom in urnikom dela (strožji režim, usposobljen kader v primeru agresije);
- predolge hospitalizacije takih bolnikov (težja je motivacija, velikokrat kršijo ali se ne držijo hišnega reda, sploh pa takrat ko dobijo negativne odločbe s strani sodišča, se pogreznejo v posteljo);
- ko razmišljamo, ko človek ubije človeka najverjetneje »ubije sam sebe«.

Mislím, da je zelo važno, da svoje delo dobro opravljamo, da smo zadovoljni s tem kaj naredimo in da nas to delo notranje obogati – zadovolji.

Prepričan sem, da stoji pred forenzično zdravstveno nego v prihodnosti velik izziv. Potrebno bo vsekakor razviti ustrezno specializirano izobraževanje za medicinske sestre, ki delajo na tem področju. Do takrat je pa vsekakor dobro izkoristiti znanje in izkušnje tistih zdravstvenih delavcev, ki so na tem področju delali doslej.

V naši bolnišnici se trudimo, da bi se naši bolniki čim boljše počutili in da bi jim nudili čim višji nivo zdravstvenega varstva. Eden izmed ciljev, ki smo si ga zapisali medicinske sestre in zdravstveni tehniki v svoj delovni program – boljša, kvalitetnejša zdravstvena nega.

Veliko govorimo o empatiji do bolnika, vendar le-to lahko dosežemo (do bogatih, inteligentnih, mladih), težko pa do forenzičnih – kar zanesljivo niso. Često prihaja do tega, da so forenzični bolniki zgolj prisotni na oddelkih in se z njimi ne dela toliko, kot bi se sicer, če ne bi bili tako izpostavljeni kritični oceni in presoji javnosti in medijem.

Zavedati se moramo, da svoje delo opravimo humano, strokovno in odgovorno. Upoštevati moramo dostojanstvo in zasebnost bolnika. Delo na oddelku mora potekati izključno na odločitvah v korist bolnika. Bolnika moramo obravnavati timsko.

Velikokrat bi se morali vprašati, če dovolj dobro poskrbimo za bolnika ali morda ne kršimo človekovih pravic.

Literatura

1. L. Miličinski, J. Kondža. Agresivnost in obravnava agresivnega bolnika. Zdrav Obzor 1987; 284-5, 74-86.
2. S. Hill. Kako delamo s fizično agresivnimi; načrtovanje zdravstvene nege in postopki – pot v mentalno zdravje. Samozaložba. Ljubljana 19992,207-10.
3. Zbornica zdravstvene nege Slovenije. Kodeks etike medicinskih sestre in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
4. Merce D, Mason T, Mxkeown M, Mccann G (ur). Forencis Mental Health Care. Churchill Livengstone, 2000.
5. Funkcionalno izobraževanje iz psihiatrične zdravstvene nege in psihiatrije. Splošna bolnišnica Maribor, Oddelek za psihiatrijo Pohorski dvor, oktober 2003, 44-60.

Ignac Balažič, dipl. zn., spec.,
PZN, Psihiatrična bolnišnica Ormož,
Ptujska cesta 33, Ormož