

**UNIVERZA V LJUBLJANI
ZDRAVSTVENA FAKULTETA
ŠTUDIJSKI PROGRAM ZDRAVSTVENA NEGA, 1. STOPNJA**

Aida Kalabić

**VLOGA MEDICINSKE SESTRE V SKUPNOSTNI
PSIHIATRIČNI OBRAVNAVI PRI PACIENTU S
HUDO IN PONAVLJAJOČO SE DUŠEVNO MOTNJO**

Ljubljana, 2017

**UNIVERZA V LJUBLJANI
ZDRAVSTVENA FAKULTETA
ŠTUDIJSKI PROGRAM ZDRAVSTVENA NEGA, 1. STOPNJA**

Aida Kalabić

**VLOGA MEDICINSKE SESTRE V SKUPNOSTNI
PSIHIATRIČNI OBRAVNAVI PRI PACIENTU S
HUDO IN PONAVLJAJOČO SE DUŠEVNO MOTNJO
– PREGLED LITERATURE**

Diplomska naloga

**THE ROLE OF NURSE IN COMMUNITY
TREATMENT WITH PATIENT WITH SEVERE AND
REPEATED MENTAL DISORDER – LITERATURE
REVIEW**

Diploma thesis

**Mentor: Robert Sotler, dipl. zn., Master of Science, Združeno
kraljestvo Velike Britanije in Severne Irske**

Somentorica: Ana Stopar Stritar, dipl. m. s., mag. zdr. neg

Recenzentka: viš. pred. dr. Jožica Peterka Novak

Ljubljana, 2017

ZAHVALA

Ko dolgoletno šolsko popotovanje prihaja h koncu, se začnemo zavedati, da se tu zaključí lepo obdobje. Naučimo se največjih vrednot, zgradimo prijateljstva ter postanemo oseba, ki je doživela vzpone in padce. Hkrati prevzemamo odgovornost, da bomo z novo vlogo, ki jo pridobivamo z nazivom, služili svojemu poklicu s srcem ter nikoli podvomili vase in v svoje zmožnosti.

Zahvaljujem se mentorju viš. pred. Robertu Sotlerju, dipl. zn., in somentorici Ani Stopar Stritar, dipl. m. s., mag. zdr. neg., za vso pomoč, podporo in svetovanje pri pisanju diplomskega dela.

Posebna zahvala gre mojim staršem, sestri Adni in fantu Arminu, moji večni podpori, ker so verjeli vame. Hvala, ker ste bili ob meni, ko sem vas najbolj potrebovala, se skupaj z mano veselili mojih rezultatov in me finančno podpirali.

IZVLEČEK

Uvod: Medicinska sestra potrebuje široko strokovno znanje na področju psihiatrije ter empatije, da lahko pacienta z duševno motnjo razume in mu ustrezno svetuje. Ko pacient zapusti bolnišnico, nadaljuje z zdravljenjem v domačem okolju. V skupnostni obravnavi sodelujejo medicinska sestra, psihiater, socialni delavec, psiholog in delovni terapevt. Pri obravnavi je poudarek na samostojnosti pacienta in izobraževanju njega in svojcev. **Namen:** Namen diplomskega dela je povečati znanje o skupnostni psihiatrični obravnavi pri pacientu s hudo in ponavljajočo se duševno motnjo, ter prikazati najpogostejše intervencije medicinske sestre. **Metode dela:** Uporabili smo deskriptivno metodo s pregledom tuje in domače literature. Iskanje je potekalo s pomočjo podatkovnih baz, kot sta Cinahl in PubMed, svetovnem spletu ter v knjižnici Zdravstvene fakultete Ljubljana. Uporabili smo literaturo, ki je bila objavljena od leta 2006 do 2016 in je dostopno celotno besedilo. **Rezultati:** Rezultati raziskav so pokazali izboljšanje duševnega zdravja pacientov, ki so bili vključeni v skupnostno obravnavo. Zmanjšale so se ponavljajoče se hospitalizacije, število bolnišničnih dni, uživanje prepovedanih substanc. Napredek je bil viden pri redni uporabi predpisane terapije, boljši socialni vključenosti in samostojnosti pri vsakdanjem življenju. Pacienti in svojci so izkazali zadovoljstvo z vlogo medicinske sestre v skupnostni psihiatrični obravnavi pri pacientu s hudo in ponavljajočo se duševno motnjo. **Razprava in zaključek:** Pri skupnostni obravnavi oseb s hudo in ponavljajočo se duševno motnjo je potrebno sodelovanje in zaupanje pacientov. Multidisciplinarni tim deluje na principu čim hitrejša samostojnosti pacientov.

Ključne besede: psihiatrija, skupnost, duševno zdravje, zdravstvena nega.

ABSTRACT

Introduction: Nurse needs sufficient expertise in the field of psychiatry and empathy to be patient and to understand patients medical condition so she can advice him properly. When the patients leave the hospital, treatment is continued at home. Nurse in community works in cooperation with psychiatrist, social worker, psychologist and occupational therapist. The community treatment must be focused on the autonomy of the patients, and the education of thereof and relatives. **Purpose:** The purpose of this thesis is to increase knowledge of community treatment with patients with severe and repeated mental disorder, and to show the most common interventions of nurses. **Methods:** We used descriptive method with scrutiny domestic and foreign literature. Search is carried out by means of databases such as CINAHL and PubMed, the internet, and the Faculty of Health Sciences library. We used a literature that has been published since 2006 - 2016 which is accessible throughout. **Results:** The results of research have shown improved mental health in patients who were involved in community treatment. The number of re-hospitalizations and hospital days was reduced, just as the use of prohibited substances. Regular use of the prescribed therapy shows better social inclusion and independence in everyday life. Patients and relatives have demonstrated satisfaction with role of nurses in community psychiatric treatment with patients with severe and repeated mental disorder. **Discussion and conclusion:** The community treatment of patients with severe and repeated mental disorder requires cooperation and trust of patients. Multidisciplinary team should work on the principle of the fastest possible independence of the patients.

Keywords: psychiatry, community, mental health, health care

KAZALO

1 UVOD.....	1
2 TEORETIČNA IZHODIŠČA	3
2.1 Duševno zdravje	3
2.2 Zdravstvena nega pacienta z duševno motnjo	5
2.3 Nevladne organizacije v Sloveniji	7
2.4 Obravnava v skupnosti	8
3 NAMEN IN CILJ	11
4 METODE DE LA	12
5 REZULTATI	13
6 RAZPRAVA.....	15
7 ZAKLJUČEK	17
8 LITERATURA	18
9 PRILOGA	
9.1 Raziskave o skupnostni psihiatrični obravnavi	

SEZNAM KRATIC IN OKRAJŠAV

ACT – Assertive community treatment

CBD – Cannabidiol

THC – Tetrahydrocannabinol

1 UVOD

Shizofrenija je kronična duševna motnja. Značilnost le-te je izkrivljeno mišljenje ter percepcija. Simptomi, ki se pojavljajo pri osebah s shizofrenijo, so: halucinacije, motnje spomina ter izražanja, blodnje, motnje mišljenj ipd. (MKB – Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene, 2016).

Zdravstvena nega pacienta z duševno motnjo je dolgotrajen proces med medicinsko sestro in pacientom. Takšen proces zahteva veliko strokovnega znanja in empatijo medicinske sestre. Za začetek je pomembno, da pacient sprejme bolezen ter ovire in prikrajšanost pri vsakdanjih opravilih. Pacientovim potrebam se prilagodi načrt in izvajanje intervencij, ki so odvisne od stopnje bolezni (Gorše Muhič, 2009).

Obravnava poteka tako v bolnišničnem kot domačem okolju. Delo zahteva od medicinske sestre spremljanje pacienta, prepoznavanje sprememb v vedenju, prepoznavanje potreb, ter zagotavljanje varnosti. Na podlagi tega se izvajajo načrtovane intervencije zdravstvene nege. Pomembno vlogo v tem procesu ima komunikacija. Pacientovo vedenje lahko hitro postane nasilno, za pogovor ni motiviran ali zaradi padca koncentracije pogovoru ne sledi. Pomembna je strpnost, vztrajnost in spodbujanje. Ob prisotnosti halucinacij ali blodenj pacientovih doživetij medicinska sestra ne sme zanikati ali potrjevati (Sedič, 2006). Medicinska sestra pripravlja pacienta na življenje v skupnosti. Od njega ne zahteva nepotrebnih odločitev in ga ne obremenjuje brez razloga. Pacientu jasno, v preprostih korakih razloži vsako nalogo. Nalog namesto pacienta ne sme opravljati, saj tako le-ta izgublja samospoštovanje in zaupanje vase. Pomaga mu pri vseh življenjskih aktivnostih in ga tako pripravlja na samostojnost. Pomembno je, da ima pacient občutek nadzora nad življenjem in okolico, vendar od njega ne smemo pričakovati preveč naenkrat (Gorše Muhič, 2009).

Skupnostna psihiatrična obravnava je dobila priložnost v Sloveniji po podpisu deklaracije o duševnem zdravju ter Akcijskega načrta za duševno zdravje v Helsinkih (Vidnjevič Bulić, 2011). V Univerzitetni psihiatrični kliniki Ljubljana so začeli s programom, ki vključuje obravnavo pacientov z duševno motnjo v domačem okolju. Program zajema kontinuirano spremljanje v skupnosti, pomoč pri vsakdanjih aktivnostih, edukacijo pacienta in družin ipd. (Jerič, 2011). Delo poteka v multidisciplinarnem timu, ki ga sestavljajo medicinska sestra, psihiater, psiholog, delovni terapevt in socialni delavec (Zidarič et al., 2011). Obisk na domu

izvaja koordinator ali koordinatorski par enkrat tedensko ali do enkrat na mesec. Obisk traja predvidoma od 20 minut do ene ure. V tem času koordinator oceni bivalne razmere pacienta, funkcioniranje, morebitno prisotnost težav, ustrezno uporabo medikamentozne ter aplikacija depo terapije, načrtovanje in pomoč pri izvajanju dnevnih aktivnosti, vzgojno-izobraževalno delo ter podporni pogovor s svojci in pacientom (Jerič, 2011).

Po odpustu iz bolnišničnega okolja se pacient lahko priključi tudi nevladnim organizacijam. Le-te uporabnikom po zaključeni bolnišnični obravnavi nudijo pomoč pri socialni vključenosti v družbo. Šent, Altra, Novi Paradoks, Ozara so ene izmed mnogih organizacij, ki nudijo bivanje, medsebojno druženje ter pomoč težje zaposljivim osebam. V dnevnih centrih lahko preživljajo prosti čas in se družijo. V stanovanjskih skupinah jih naučijo ponovne vključitve v vsakdanje življenje ter samostojnosti, ki je potrebna v domačem okolju. Skupine za samopomoč, pisarne za informiranje in zaposlitveni centri pomagajo težje zaposljivim do zaposlitve (Ozara, 2016; Šent, 2016).

2 TEORETIČNA IZHODIŠČA

Shizofrenija, beseda grških korenin, je ena izmed duševnih motenj in pomeni razdeljen razum. Označena je kot huda duševna motnja, za katero je značilno nenavadno vedenje. Pojavljajo se halucinacije, bežanje, občutek prisluškovanja, socialna izolacija, sumničavost, odklanjanje hrane, anksioznost, motnje mišljenja, izražanja itn. Motnje se lahko ponavljajo v epizodah oziroma potekajo kontinuirano (MKB, 2016).

2.1 Duševno zdravje

Morebitnih vzrokov za nastanek bolezni je veliko, vendar ni nujno, da so sploh prisotni. Hipoksija, prezgodnji porod, fetalni distress, virusne infekcije itn., negativno vplivajo na možganske strukture in posledično potencialni nastanek obolenja. Povečanje tveganja se pojavlja tudi pri osebah z genetsko zasnovo (Kores Plesničar, 2013).

Razširjenost shizofrenije v Sloveniji je približno 1 %. Pojavnost je prisotna predvsem v zgodnji mladosti in se med spoloma ne razlikuje (Novak Grubič, 2009). Po podatkih avtorice Sedič (2006) raziskovanja kažejo, da je riziko obolevnosti največji pri moških med 15. in 24. letom, pri ženskah med 25. in 34. letom starosti.

Zdravljenje poteka z antipsihotiki. Raziskava iz Izraela, v kateri je sodelovalo 445 udeležencev, je pokazala, da je psihosocialno remisijo bolezni doseglo 31 %, medtem ko je simptomatsko doseglo 37 % udeležencev. Zdravljeni so bili z antipsihotiki, ki so v večini zaužili v obliki tablet (55 %), preostalim udeležencem so zdravilo aplicirali intramuskularno. Večja odzivnost na zdravilo se je pokazala pri ženskah. Raziskavo so skupaj opravili psihiatri, medicinske sestre in socialni delavci v skupnostni obravnavi (Barak, Aizenberg, 2012).

V preteklosti so poleg uporabe antipsihotikov uporabljali tudi elektrokonvulzivno terapijo. Opravljena je bila raziskava v Indiji, v katero so zajeli 30 udeležencev, starih med 25 in 35 let. Pogoji za sodelovanje je bil, da so udeleženci uporabljali vsaj enega od antipsihotikov in da duševna motnja traja približno 9 let. Rezultati so pokazali, da elektrokonvulzivna terapija ugodno vpliva na izboljšanje simptomov bolezni, poveča se telesna zmogljivost ter zadovoljstvo s počutjem (Garg et al., 2011).

Dokazano je, da elektrokonvulzivna terapija ugodno vpliva ne le na shizofrenijo, temveč tudi na ostale duševne motnje, kot so bipolarna motnja, depresija, demenca, Alzheimerjeva ter tudi Parkinsonova bolezen (Kerner, Prudic, 2014).

Vse bolj je pogosto zdravljenje z medicinsko konopljo in njenimi izdelki, čeprav ni trdnih dokazov, da le-ta pomaga pri zmanjšanju simptomov. Izvedli so raziskavo vpliva kanabinoidov na shizofrenijo in ugotovili, da glavna sestavina konoplje tetrahidrokanabinol (tetrahydrocannabinol – THC) slabša simptome, medtem ko sestavina kanabidiol (cannabidiol – CBD) izboljša potek bolezni, saj naj bi bila sestavina podobna antipsihotičnim zdravilom, zaradi česar je potencialno zdravilo v prihodnosti (Deiana, 2013).

2.2 Zdravstvena nega pacienta z duševno motnjo

Duševno zdravje ni le odsotnost duševne bolezni. Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) jo opisuje kot skupek dobrega počutja, samozavesti, sreče, samospoštovanja in pravilnega delovanja v skupnosti in v samostojnem življenju (NIJZ – Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2010).

Zdravljenje duševne motnje v prvi fazi poteka v bolnišničnem okolju. Obravnava se začne s sprejemom v institucionalno področje. Začetek obravnave je odvisen od vrste shizofrenije in stopnje bolezni (Gorše Muhić, 2009). Delo poteka po navodilih zdravnika, ki oceni potrebe pacienta, nato pa se na podlagi tega izvajajo ustrezne intervencije po procesu zdravstvene nege (Švab, 2013a). Zdravstvena nega je usmerjena k uspešnosti pacienta ter cilju čim večje samostojnosti. Ocenjevanje, načrtovanje, izvajanje in vrednotenje so postopki, s katerimi medicinska sestra kakovostno prihaja do merljivih rezultatov (Čuček Trifkovič, Pišlar, 2011). Pacienta obravnavamo holistično. Zagotavljamo mu popolno zasebnost in dostojanstvo skozi celotno bolnišnično obravnavo (Sedić, 2006).

Čuček Trifkovič in Pišlar (2011) v knjigi navajata naloge zdravstvenih delavcev na področju psihiatrije:

- izvajanje celotne zdravstvene nege,
- diagnostično-terapevtske intervencije,
- spodbujanje k samostojnosti, samospoštovanju in samozavesti, komunikacija z ostalimi člani tima ter svojci.

Naloge medicinske sestre v bolnišničnem okolju so:

- ocena stanja in ocena aktualnih ter potencialnih negovalnih problemov na vseh 14 temeljnih življenjskih aktivnostih,
- vzpostavitev kontakta s svojci in pridobitev informacij o bivalnih razmerah,
- sodelovanje z drugimi člani multidisciplinarnega tima ob morebitnem odpustu (Psihiatrična klinika Vojnik, 2016).

Hendersonova meni, da medicinska sestra pomaga posamezniku pri aktivnostih, ki bi izvedel sam, če bi za to imel voljo, znanje in moč. To izvede na način, da pripomore k samostojnosti v čim krajšem času (Babuder, 2015, cit. po Henderson, 1991).

Teorija Hildegard E. Peplau usmerja medicinsko sestro v prepoznavanje psiholoških potreb in potreb po osebni rasti pacienta (Babuder, 2015, cit. po George, 2002). Kodeks medicinsko sestro zavezuje k nudenju pomoči ne glede na spol, raso, veroizpoved, spolno usmerjenost. Pacienta obravnavamo individualno (Kodeks, 2005).

Hill-Smith in sodelavci (2012) v članku delo medicinske sestre opredeljujejo drugače. Menijo, da njena vloga v psihiatriji ni natančno opredeljena. Opravljanje različnih del, kot so psihoterapevtske, kognitivno-vedenjske, družinske ter didaktično-vedenjske terapije, so razlog, da natančne vloge ni možno določiti. Za izvajanje le-teh je potrebno dodatno usposabljanje medicinskih sester, saj presegajo njihove kompetence.

V bolnišnični oskrbi skrbimo za zagotavljanje pravic pacientov. Zakon o duševnem zdravju (ZDZdr – Zakon o duševnem zdravju, 12. člen, 2. odstavek) določa, da ima oseba z duševno motnjo na zaprtem ali varovanem oddelku pravico do:

- gibanja,
- prejemanju in pošiljanju pošilk,
- sprejemanja obiskov,
- dopisovanja ter prejemanja elektronskih sporočil,
- uporabe mobilnega telefona,
- ter zastopnika.

2.3 Nevladne organizacije v Sloveniji

Obstajajo institucije, ki osebam z duševno motnjo povsod po Sloveniji nudijo dnevne centre, kjer lahko kakovostno preživljajo prosti čas bodisi z glasbo, likovno umetnostjo, športom, računalništvom ali drugimi dejavnostmi ter se tako družijo z ostalimi in delijo svoje izkušnje (Šent, 2016).

Če iz določenih razlogov bivanje v domačem okolju ni izvedljivo, jim stanovanjske skupine nudijo okolje za čim bolj samostojno življenje. Pogoj je le, da oseba ni popolnoma odvisna od strokovnih delavcev (Ozara, 2016).

Ker so številni pacienti z duševno motnjo po odpustu iz bolnišnice brezposelni ali ostanejo brez službe, jim nevladne organizacije nudijo zaposlovanje, kot so pomoč pri urejanju zelenih površin, čiščenje delovnih prostorov ter sestavljanje ali izdelovanje izdelkov. Za svoje delo so nagajeni ali plačani, kar dobro vpliva na počutje, saj dobijo občutek dobrega dela in koristnosti (Šent, 2016).

Zakon o duševnem zdravju (ZDZdr, 4. člen) navaja: »Nevladne organizacije s področja duševnega zdravja opravljajo v okviru obravnave v skupnosti predvsem naslednje programe:

- svetovanje, samopomoč in izobraževanje,
- vodenje dnevnih centrov,
- vodenje pisarn za svetovanje,
- stanovanjske in bivalne skupine,
- pomoč ter podpora pri učenju in študiju,
- delo z družinami,
- vodenje treningov socialnih in življenjskih spretnosti,
- organizacija prostočasnih dejavnosti,
- zaposlitveni centri s podporno zaposlitvijo,
- usposabljanje za delo.«

Do stanovanjske skupnosti niso opravičene osebe, ki zlorabljajo prepovedane substance in niso deloma samostojne. Vključi se lahko vsaka polnoletna oseba z duševno motnjo, ki ni samostojna pri vsakdanjih opravilih ter nima urejenih bivalnih razmer doma ali pri bližnjih sorodnikih (Novi paradoks, 2016).

2.4 Obravnava v skupnosti

Ko se bolnišnična obravnava zaključi, se prične obravnava v skupnosti oziroma na domu. Skupnostno obravnavo avtorica Švabova (2013a) opisuje kot organizacijo služb, ki zagotavljajo zdravstveno in socialno varstvo. Prav tako skrbijo za zaposlovanje, edukacijo ter nastanitev oseb z duševnimi motnjami in ponavljajočimi se hospitalizacijami. Cilj skupnostne psihiatrije je pomoč pri socialni izoliranosti, vključevanje v razne skupine za samopomoč, nevladne organizacije, pomoč pri samostojnem izvajanju vsakdanjih opravil ter povečanje samozavesti (Zidarič et al., 2011). Dokazano je, da zdravljenje na domu doseže boljše rezultate kot bolnišnična obravnava. Zmanjšano je število bolnišničnih dni, manjši so stroški obravnave, prav tako je manj ponovnih hospitalizacij (Švab, Krek, 2015).

Zdravstveni delavci v skupnosti delujejo v multidisciplinarnem timu, ki ga sestavljajo koordinatorka medicinska sestra, psihiater, psiholog, socialni delavec ter delovni terapevt. V Sloveniji takšna obravnava poteka v 4 regijah: koroški, posavski, pomurski in jugovzhodni (Švab, Krek, 2015). Tim se ne odziva le na nujne primere, vendar zagotavljajo oskrbo pacientom, ki na ambulantne preglede ne hodijo (Švab, 2013b). Naloge so porazdeljene med člani. Za boljše delovanje se člani sestajajo enkrat tedensko ter načrtujejo nadaljnje intervencije glede na izboljšano ali poslabšano stanje obravnavane osebe (Jerič, 2011). Tim deluje na princip psihosocialne rehabilitacije. Poudarek je na posamezniku. Usmerjena je k poučevanju o duševni motnji, zdravlilih, splošnem počutju, telesnem zdravju ter o vključevanju v programe nevladnih organizacij (Psihiatrična bolnišnica Vojnik, 2016). Kot najuspešnejša se je pokazala na področju učenja vsakdanjih veščin, psihoedukacije, socialnega vključevanja ter delovne rehabilitacije (Švab, 2015).

Kot koordinatorka in oseba, ki je največ v stiku z uporabnikom, medicinska sestra prevzema zanj odgovornost. Po odpustu iz bolnišnice skrbi za vodenje in celotno obravnavo na domu. Skupaj s celotnim zdravstvenim timom, uporabnikom in svojci pripravi načrt za obdobje treh mesecev (Jerina, 2011). V domači oskrbi lahko koordinator skupaj z uporabnikom opravlja različna domača opravila, kjer je poudarek na samostojnosti. Usmerja ga pri plačilu položnic, porabi denarja, iskanju službe itn. Dogovarja ambulantne preglede in ga spremlja na le-te (Pirih et al., 2011).

Intervencije medicinske sestre na domu so:

- ocena samostojnosti po 14 temeljnih življenjskih aktivnostih,
- ocena aktualnih in potencialnih negovalnih problemov,
- aplikacija potrebne terapije in spremljanje stranskih učinkov le-teh,
- pregled rednega jemanja terapije,
- motiviranje k socialni vključenosti,
- spodbujanje k rednim ambulantnim pregledom ter spremstvo na pregled,
- zdravstveno-vzgojno delo obravnavane osebe ter svojcev,
- ob morebitnem poslabšanju bolezni spodbujanje k ponovni hospitalizaciji,
- dokumentiranje izvedenih intervencij,
- sodelovanje z ostalimi člani tima ter poročanje o stanju bolezni (Jerina, 2011).

Pomembno je vzpostaviti partnerski odnos. Z uporabnikom smo v stiku lahko več tednov, mesecev ali celo let. Z ustreznim odnosom bomo pridobili zaupanje ter naklonjenost. (Jerina, 2011). Z dajanjem občutka varnosti, razumevanja ter ugodnosti dosežemo medsebojno sodelovanje (Pirih et al., 2011).

Pri skupnostni obravnavi vstopamo v dom pacienta. To lahko storimo le z vnaprejšnjo pacientovo privolitvijo (Švab, 2013b). Medicinska sestra se velikokrat srečuje z nepredvidljivimi situacijami, ki zahtevajo ustrezno ukrepanje (Jerič, 2011). Nasilno vedenje je odvisno od bolezni, okolice ter samega pacienta. Če opazimo, da potrebuje nadzor, ga spodbujamo k ponovni hospitalizaciji (Zai, 2011). V primeru, da ponovno hospitalizacijo odklanja, ga lahko napotimo na zdravljenje proti volji. Zakon o duševnem zdravju dovoljuje sprejem na zdravljenje proti pacientove volje v primeru, če ogroža sebe ali življenje drugih (ZDZdr, 39. člen, 1. odstavek).

Po odpustu iz bolnišničnega okolja se pacient sooča z različnimi težavami. Stigmatizacija je ena izmed njih. Krivda se pripisuje televizijskim oddajam, saj so osebe z duševno motnjo prikazane kot morilci in nasilneži z večplastno osebnostjo. Zato je potrebno izobraževanje ne le svojcev vendar vseh laikov, ki ne vedo veliko o duševnih motnjah (Švab, 2006). Zaradi stigme okolice se izogibajo socialnim stikom, posledično se zmanjša obseg dnevnih aktivnosti. Zmanjšano gibanje in nepravilna prehrana nemalokrat privedeta do povečane telesne teže. Povečanje teka je lahko tudi posledica uporabe antipsihotikov (Smolić, 2011, cit. po Tavčar 2007). Pogosto je prisotna tudi obstipacija, kar lahko privede do dodatnih

težav, saj obstipacijo dojemajo kot blodnjavo. Uporabnika spodbujamo k telesni dejavnosti, mu svetujemo o pravilni prehrani ter morebitni uporabi odvajal.

Poleg stigmatizacije se srečujejo s težavami pri vsakdanjih opravilih. Zaradi bolezni niso sposobni v popolnosti skrbeti zase, zato je potrebna pomoč tudi na tem področju. Higiena je zanemarjena ali pomanjkljiva. Po umivanju ne čutijo potrebe, ali je prisoten strah pred vodo. Naučiti ga moramo samostojnosti pri skrbi za osebno higieno, higieni oblačil, bivalnih prostorov ipd. (Smolić, 2011).

Težava se pojavlja tudi v spolnosti, kar je veliko breme zakonov, saj določeni antipsihotiki povzročajo impotenco, nezmožnost ejakulacije ali amenorejo pri ženskah. V takšnem primeru je potrebna zdravstvena vzgoja in svetovanje zakoncema, saj posledično takšno stanje privede do ločitve. Pogosto se pojavlja tudi pretirana želja po spolnosti, neobičajno seksualno obnašanje, obsedenost s spolnim občevanjem, ali pogosto menjavanje spolnih partnerjev. V tem primeru je obvezno potrebna spolna vzgoja in svetovanje o pravilni kontracepciji (Sedić, 2006).

3 NAMEN IN CILJ

Namen diplomskega dela je na teoretični ravni predstaviti vlogo medicinske sestre v skupnostni psihiatrični obravnavi pri pacientu s hudo in ponavljajočo se duševno motnjo.

Cilj diplomskega dela je odgovoriti na vprašanja:

- povečati znanje medicinske sestre o skupnostni psihiatrični obravnavi,
- spoznati najpogostejše intervencije medicinske sestre.

4 METODE DELA

V diplomskem delu je bila uporabljena deskriptivna metoda dela s pregledom tuje in domače znanstvene in strokovne literature. Podatke sem pridobila s pomočjo podatkovnih baz PubMed in Cinahl. Iskanje je potekalo s pomočjo virov v slovenskem in angleškem jeziku, ki so dostopni na svetovnem spletu in v knjižnici Zdravstvene fakultete Ljubljana. Pri iskanju spletne literature sem si pomagala z oddaljenim dostopom za študente.

Pri iskanju relevantne literature sem uporabila ključne besede in besedne zveze v slovenščini: nevladne organizacije, skupnostna obravnava, vloga medicinske sestre.

Za iskanje literature v angleščini sem uporabila ključne besede: assertive community treatment, community, mental health care, nursing, psychiatry.

Vključitveno merilo je literatura, ki je bila objavljena od leta 2006 do 2016, literatura, ki je dostopna v celotnem besedilu, in članki, ki obravnavajo odrasle osebe s shizofrenijo.

Izključitveno merilo je literatura, objavljena pred letom 2006, literatura, ki ni dostopna v celotnem besedilu, in članki, ki obravnavajo otroke, mlajše od 15 let.

5 REZULTATI

Pri nastajanju diplomskega dela smo uporabili izsledke 11 raziskav, ki so bile izvedene med letoma 2011 in 2016, kar je razvidno iz priložene tabele, ki je v prilogi. Število sodelujočih v raziskavah je različno. Najpogostejše uporabljene metode pridobivanja podatkov so intervju, vprašalnik ter opazovanje.

Sariah in sodelavci (2015) so v kvalitativni raziskavi, v kateri je bilo vključenih 15 oseb, skušali ugotoviti vzroke za ponovitev bolezni. Rezultati so pokazali, da so najpogostejši vzroki jeza in stresni dogodki, neredno jemanje terapije, uporaba prepovedanih substanc ter alkohola.

V drugi raziskavi, kjer je bila vključena ena gospa, so Skoliber in sodelavci (2011) skušali ugotoviti napredek v skupnostni psihiatrični obravnavi. Rezultati so pokazali, da se je njeno psihično stanje izboljšalo in prav tako samostojnost pri vsakdanjih opravilih. V času obravnave ni bila hospitalizirana 6 mesecev, med katero je tudi redno jemala terapijo.

V tretji raziskavi so Clausen in sodelavci (2016) ugotavljali vpliv ACT-terapije na posameznika. Vključenih je bilo 142 oseb. Rezultati so pokazali pozitiven vpliv skupnostne obravnave na paciente ter pri osebah, ki niso uživali alkohola ter prepovedanih substanc, zmanjšano število bolnišničnih dni.

V četrti raziskavi, kjer je bilo udeleženih 180 oseb, so Van Veen et al. (2015), skušali primerjati rezultate skupnostne obravnave. Zopet so ugotovili boljše počutje pacientov ter boljšo socialno vključenost.

V peti raziskavi so Pirih in sodelavci (2011) želeli prikazati najpogostejše negovalne probleme pri pacientih ter prikazati izkušnje medicinskih sester ob prihodu na dom. V rezultatih navajajo nezadovoljstvo pacientov zaradi občutka odvisnosti od svojcev, navajanje pomanjkanja samozavesti, težave pri socialni vključenosti, slabšo kakovost življenja ter opuščanje terapije. Medicinske sestre kot najpogostejšo izkušnjo navajajo nepredvidljivo nasilno vedenje pacientov.

V šesti kvalitativni raziskavi so Valentini in sodelavci (2016) želeli ugotoviti mnenje svojcev o skupnostni psihiatrični obravnavi. Rezultati kažejo, da se svojci počutijo razbremenjene, da imajo pacienti večjo podporo v skupnosti ter kakovostnejšo oskrbo.

Namen sedme raziskave je bil primerjati rezultate skupnostne psihiatrične obravnave. V raziskavi je sodelovalo 92 oseb, pri kateri je avtorica Jeričevi (2016) ugotovila, zadovoljstvo pacientov za delo strokovnih delavcev ter vedenje le-teh. Najnižje je bilo ocenjeno bivanje v stanovanjskih skupinah, podajanje informacij ter pomoč pri iskanju delovnega mesta.

V osmi raziskavi so Emsley in sod. (2015) želeli izpostaviti vlogo medicinske sestre pri spremljanju rednega jemanja terapije. Sodelovalo je 4120 oseb. Ugotovili so, da medicinska sestra pacienta motivira pri rednem jemanju terapije ter da sodelujeta pri odločanju.

V deveti raziskavi so Martensson in sod. (2014) dali poudarek na odnos zdravstvenih delavcev do pacienta. Rezultati so pokazali, da je odnos zdravstvenih delavcev do pacienta boljši v primeru večjega znanja o sami bolezni, če so v preteklosti poznali osebo z duševno motnjo ter če njihov odnos ni bil stigmatiziran.

V deseti raziskavi so Lawn in sod. (2016) vključili 8 pacientov ter 10 zdravstvenih delavcev. Namen je bil predstaviti izkušnje zdravstvenih delavcev in pacientov o skupnostni obravnavi. Kot najpogostejšo izkušnjo so pacienti navedli pomanjkanje informacij, ter da skupnostno obravnavo doživljajo kot prisilo in kazen, medtem ko zdravstveno osebje obravnavo doživlja kot koristno, spodbudno in uporabno za pacienta.

Enajsta raziskava izpostavlja najpogostejše intervencije medicinske sestre v skupnosti. Kot najpogostejše avtorica Jerina (2011) našteje aplikacijo terapije, sodelovanje s timom, ugotavljanje samostojnosti pri pacientu, spodbujanje, opazovanje ter usmerjanje pacienta in dokumentiranje izvedenih intervencij.

6 RAZPRAVA

Sledeč namenu diplomskega dela smo poskušali na teoretični ravni predstaviti vlogo medicinske sestre v skupnosti psihiatrični obravnavi pri obravnavi pacienta s hudo, oziroma ponavljajočo se duševno motnjo.

Iz rezultatov razberemo, da ima skupnostna obravnava pozitiven vpliv na posameznika, kar so v študiji potrdili Skoliber in sod. (2011). Rezultati so pokazali, boljšo socialno vključenost, večjo samostojnost pri vsakdanjih opravilih, redno jemanje terapije pri pacientih ter izboljšano psihično stanje. Pozitiven vpliv so potrdili tudi Van Veen s sodelavci (2015) v svoji raziskavi. Za paciente, ki po odpustu ne uživajo prepovedanih substanc, in alkohola v raziskavi beležijo manj ponavljajočih se hospitalizacij (Clausen et al., 2016). Uživanje prepovedanih substanc je poleg stresa, uživanja alkohola ter nerednega jemanja terapij najpogostejši vzrok ponovitve duševne bolezni (Sariah et al., 2015).

Pacienti so v večini zadovoljni z delom zdravstvenih delavcev ter njihovim vedenjem. Nezadovoljstvo izražajo pri bivanju v stanovanjskih skupinah, iskanju delovnega mesta in pomanjkanju informacij (Jerič, 2016). Ravno nasprotno mnenje prikažejo v študiji Lawn in sodelavci (2016). Pacienti skupnostno obravnavo doživljajo kot prisilo, nadzorovanje s strani zdravstvenih delavcev ter kazni.

Pacienti so ob obisku tudi nasilni, kar medicinske sestre izpostavljajo kot najpogostejšo izkušnjo ob prihodu na dom (Pirih et al., 2011).

Odnos zdravstvenih delavcev do pacientov z duševno motnjo je boljši v primeru manjše stigmatizacije do le-teh, so v raziskavi dokazali Mårtensson s sodelavci (2014). Boljši odnos imajo tudi, če so v preteklosti poznali osebo z duševno motnjo in če imajo dovolj znanja o bolezni. Skupnostno obravnavo doživljajo kot koristno, uporabno ter spodbudno za uporabnika, medtem ko imajo uporabniki ravno nasprotno mnenje. Obravnavo doživljajo kot prisilo, nadzorovanje s strani zdravstvenih delavcev ter kazni (Lawn et al., 2016).

Glede na cilje diplomskega dela smo s pregledom nabora raziskav odgovorili na dve ključni vprašanji. Medicinske sestre, zaposlene na področju skupnostne psihiatrične obravnave, potrebujejo številna znanja in veščine, saj njihovo delo ni omejeno samo na paciente, temveč tudi na svoje in lokalno skupnost, saj zdravljenje poteka v pacientovem domačem okolju in ne v bolnišnici.

To so v raziskavi opisovali avtorji (Valentini et al., 2016). Namen raziskave je bil ugotavljati mnenje sorodnikov pacientov. V obravnavo vključeni svojci imajo občutek razbremenjenosti. V skupnosti naj bi tako imeli večjo podporo, ter pacienti kakovostnejšo oskrbo.

Nabor intervencij medicinskih sester v skupnostni psihiatrični obravnavi je pester, ter njihovo delo odgovorno. V študiji, v kateri je sodelovalo več kot 4000 medicinskih sester, izpostavijo vlogo medicinske sestre in njene intervencije. Poleg številnih intervencij, ki jih izvaja, pacienta prav tako motivira in mu ustrezno svetuje, po potrebi tudi educira (Emsley et al., 2015). Namen raziskave (Jerina, 2011) je bil prikazati najpogostejše intervencije v skupnosti. Avtorica našteje aplikacijo terapije, spodbujanje, opazovanje ter usmerjanje pacienta pri opravilih, ugotavljanje samostojnosti, sodelovanje z ostalimi člani tima ter dokumentiranje izvedenega.

Kakovostno opravljanje intervencij zahteva dovolj strokovnega znanja ter delovnih izkušenj. Aktivnosti se osredotočajo predvsem na potrebe pacienta. Smernice razvoja psihiatrične skupnostne obravnave so usmerjene tudi na dodatna izobraževanja medicinskih sester. Medicinska sestra za delo v skupnosti nima dovolj veščin, vendar so za delo koordinatorke najbolj usposobljene (Jerič, 2011). S kakovostnim izvajanjem intervencij dosežemo zadovoljstvo pacientov ter zadovoljitev njihovih potreb. Med kakovostno delo štejemo tudi odnos medicinske sestre ter pacienta (Gruden, 2007).

Vloga medicinske sestre pri pacientu z uvedeno antipsihotično terapijo ima velik pomen. Pacienta mora podučiti o učinkih predpisane terapije. Dobro informiran pacient bo z medicinsko sestro lažje sodeloval. Izpostaviti mora, kako pomembno je redno jemanje terapije, ter zdrav način življenja za izboljšanje njegovega zdravja (Pajk, 2014).

7 ZAKLJUČEK

Z uvedbo obravnave v skupnosti je bil narejen velik korak v napredku skrbi za pacienta z duševno motnjo. V psihiatriji je potrebna celostna obravnava osebe z duševno motnjo. Tako v instituciji kot v obravnavi na domu. Obravnava poteka skupaj z multidisciplinarnim timom, ki deluje na principu čimprejšnje samostojnosti in izboljšanja zdravja pacienta. Pomembno je sodelovanje med vsemi člani tima. Zaradi možnosti pojava nepredvidljivega vedenja je potrebno strokovno znanje medicinske sestre. Najpomembnejša je komunikacija, znanje o bolezni, prepoznavanje znakov, spremembe zdravstvenega stanja. Medicinska sestra je najbolj pomemben člen. Kot koordinatorka in vodja tima ter oseba, ki je največ v stiku s pacientom. Zato je pomembno, da vzpostavi ustrezen, strokoven in empatičen odnos. Pri odločitvah se odloča skupaj s pacientom, saj tako pozitivno vpliva na pacientovo samozavest.

Ker se v zdravljenje vključuje družina, se jih o duševni motnji ustrezno informira in pojasni morebitne trajne aličasne nezmožnosti pacienta. Vključevanje svojcev v obravnavo je zelo pomembno, saj uporabnika najbolj poznajo. Svojci lahko zdravstvenim delavcem pomagajo pri oskrbi. Skupine za samopomoč in vključitev v dnevne centre ali stanovanjske skupine je v veliko pomoč tako pacientom kot tudi svojcem. Tako niso razbremenjeni le svojci, vendar tudi multidisciplinarni tim. Skupine za samopomoč in razne delavnice, ki se jih lahko udeležujejo, lahko izboljšajo njihovo vključevanje v družbo.

Z organiziranjem skupin in delavnic tako za svojce kot tudi medicinske sestre, ki skrbijo za paciente, se bo povečalo njihovo znanje o pomoči na domu. Z dodatnim izobraževanjem se bo povečalo tudi zadovoljstvo pacientov.

8 LITERATURA

Babuder D (2015). Primerjava dveh teoretičnih modelov in teorije zdravstvene nege preko konceptov metaparadigme. *Obzor Zdr N* 49(2): 154–59.

Barak Y, Aizenberg D (2012). Clinical and psychosocial remission in schizophrenia: correlations with antipsychotic treatment. *BMC Psychiatry* 12: 108.

Clausen H, Landheim A, Odden S et al. (2016). Hospitalization of high and low inpatient service users before and after enrollment into Assertive Community Treatment teams: a naturalistic observational study. *Int J Ment Health Syst.* 10: 14.

Čuček Trifkovič K, Pišlar M (2011). Osnove zdravstvene nege v psihiatriji. In: Kores Plesničar B, eds. *Duševno zdravje*. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede, 13–16.

Deiana S (2013). Medical use of cannabis. Cannabidiol: a new light for schizophrenia? *Drug Test Anal* 5(1): 46–51.

Emsley R, Alptekin K, Azorin JM et al. (2015). Nurses' perceptions of medication adherence in schizophrenia: results of the ADHES cross-sectional questionnaire survey. *Ther Adv Psychopharmacol* 5(6): 339–50.

Garg R, Chavan B.S, Arun P (2011). Quality of life after electroconvulsive therapy in persons with treatment resistant schizophrenia. *Indian J Med Res* 133(6): 641–44.

Gorše Muhič M (2009). Zdravstvena nega pacienta s shizofrenijo. In: Pregelj P, Kobentar R. *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju*. 1. izdaja. Ljubljana: Založba Rokus Klett, d. o. o., 179–90.

Gruden A (2007). Zadovoljstvo bolnikov z zdravstveno nego v psihiatrični bolnišnici Idrija. In: Čuk V. *Celostna in kontinuirana obravnava v psihiatriji – zbornik prispevkov*, Idrija, 26. oktober 2007. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 56–64.

Hill-Smith A, Taverner R, Greensmith H, Parsons D (2012). Staff relationships in multidisciplinary teams. *Mental Health Practice* 15(8): 14–19.

Jerič A (2011). Razvoj programa skupnostne psihiatrične obravnave po ACT modelu v Psihiatrični kliniki Ljubljana. In: Bregar B, Peterka Novak J. Skupnostna psihiatrična obravnava, Ljubljana, 16. marec 2011. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege – zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 7–10.

Jerič A (2016). Zadovoljstvo pacientov z obravnavo v standardni in skupnostni psihiatrični obravnavi. In: Skela Savič B, Hvalič Touzery S. 9. mednarodna znanstvena konferenca Medpoklicno in medsektorsko povezovanje za razvoj kakovostne in odzivne zdravstvene obravnave, Bled, 9. junij 2016. Bled: Fakulteta za zdravstvo Jesenice, 221–31.

Jerina T (2011). Predstavitev primera iz skupnostne psihiatrične obravnave – vloga diplomirane medicinske sestre. In: Bregar B, Peterka Novak J. Skupnostna psihiatrična obravnava, Ljubljana, 16. marec 2011. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege – zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 56–60.

Kerner N, Prudic J (2014). Current electroconvulsive therapy practice and research in the geriatric population. *Neuropsychiatry (London)* 4(1): 33–54.

Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije in Kodeks etike za babice Slovenije (2005). *Ur L RS* 52(14): 5924.

Lawn S, Delany T, Pulvirenti M (2016). Examining the use of metaphors to understand the experience of community treatment orders for patients and mental health workers. *BMC Psychiatry* 16: 82.

Mårtensson G, Jacobsson JW, Engström M (2014). Mental health nursing staff's attitudes towards mental illness: an analysis of related factors. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 21(9): 782–88.

Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene, Avstralska modifikacija (MKB-10-AM). (2013). Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje. Ljubljana.

Dostopno na:

http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/podatki/klasifikacije_sifranti/mkb/mkb_10-am-v6_v03_splet.pdf <16. 12. 2016>.

Nacionalni inštitut za javno zdravje (2010). Kaj je javno duševno zdravje?. Ljubljana. Dostopno na: <http://www.nijz.si/sl/kaj-je-javno-duševno-zdravje> <16. 12. 2016>.

Novak Grubič V (2009). Shizofrenija. In: Pregelj P, Kobentar R. Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju. 1. izdaja. Ljubljana: Založba Rokus Klett, d. o.o., 169–72.

Novi paradoks. Dnevni centri. Ljubljana.

Dostopno na: <http://drustvonoviparadoks.weebly.com/o-nas.html> <19. 12. 2016>.

Ozara. Dnevni centri. Ljubljana.

Dostopno na: <http://www.ozara.org/> <16. 12. 2016>.

Pajk B (2014). Zdravstveno-vzgojno delo pri pacientu s shizofrenijo, ki ima uvedeno terapijo z dolgotrajno delujočimi antipsihotiki. In: Bregar B, Loncnar D. Podpora pacientu pri obvladovanju duševne motnje – zbornik z recenzijo. 8. april 2014. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege – zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 25–30.

Pirih M, Ferfolja A, Hvala N (2011). Skupnostna psihiatrična obravnava: izkušnje diplomiranih medicinskih sester v Psihiatrični bolnišnici Idrija. In: Bregar B, Peterka Novak J. Skupnostna psihiatrična obravnava, Ljubljana, 16. marec 2011. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege – zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 33–43.

Kores Plesničar B (2013). Shizofrenija in blodnjave motnje. In: Pregelj P, Kores Plesničar B, eds. Psihijatrija. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana, 203–4.

Psihiatrična bolnišnica Vojnik (2016). Skupnostno psihiatrično zdravljenje. Vojnik.

Dostopno na: <http://pb-vojniki.si/> <16. 12. 2016>.

Sariah E. A., Outwater H.A, Malima IY. K (2015). Risk and protective factors for relapse among individuals with schizophrenia: A qualitative study in dar es Salaam, Tanzania. BMC Psychiatry. 14: 1–12.

Sedić B (2006). Zdravstvena nega psihijatrijskih bolesnika. Priručnik za studij sestrinstva. 10.izdaja. Zagreb: Založba Zdravstveno veleučilište, 103–24.

Skoliber T, Novak M, Oravec J (2011). Skupnostna psihiatrična obravnava v luči nove zakonodaje. In: Bregar B, Peterka Novak J. Skupnostna psihiatrična obravnava, Ljubljana, 16. marec 2011. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege – zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 26–32.

Smolić M (2011). Somatski zapleti pri pacientu z duševno motnjo. In: Bregar B, Peterka Novak J. Skupnostna psihiatrična obravnava, Ljubljana, 16. marec 2011. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege – zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 49–55.

Šent. Stanovanjske skupine. Ljubljana.

Dostopno na: <http://www.sent.si/> <16. 12. 2016>.

Švab V (2006). Priročnik o shizofreniji. Prenovljena izdaja. Ljubljana: Didakta, d. o. o., v sodelovanju z Organizacijo za duševno zdravje – ŠENT, 105–6.

Švab V (2013a). Skupnostna psihiatrija. Ljubljana. Dostopno na: http://www.varuh-rs.si/fileadmin/user_upload/word/STROKOVNI_CLANKI_-_razni/Skupnostna_psihiatrija_-_Vesna_Svab.pdf <16. 12. 2016>.

Švab V (2013b). Skupnostna psihiatrija. In: Pregelj P, Kores Plesničar B, eds. Psihiatrija. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana, 424–430.

Švab V (2015). Psihosocialna rehabilitacija (PSR) in obravnava v skupnosti. Ljubljana: Šent, Slovensko združenje za duševno zdravje.

Dostopno na:

http://sent.si/fck_files/file/Ucbenik_OBRAVNAVA_V_SKUPNOSTI_Vesna_Svab_ur.pdf <19. 12. 2016>.

Švab V, Krek M (2015). Mental health care in the community. Ljubljana: Šent, Slovensko združenje za duševno zdravje.

Dostopno na: [http://www.sent.si/fck_files/Mental%20Care%20in%20Community\(1\).pdf](http://www.sent.si/fck_files/Mental%20Care%20in%20Community(1).pdf)
<19. 12. 2016>.

Valentini J, Ruppert D, Magez J, Stegbauer C, Bramesfeld A, Goetz K (2016). Integrated care in German mental health services as benefit for relatives--a qualitative study. *BMC Psychiatry*. 16: 1–9.

van Veen M, Koekkoek B, Mulder N et al. (2015). Cost effectiveness of interpersonal community psychiatric treatment for people with long-term severe non-psychotic mental disorders: protocol of a multi-centre randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*. 15: 1–10.

Vidnjevič Bulić I (2011). Modeli skupnostne psihiatrične obravnave – izkušnje in dileme pri prenosu v slovenski prostor. In: Bregar B, Peterka Novak J. Skupnostna psihiatrična obravnava, Ljubljana, 16. marec 2011. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege – zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 1–6.

Zai P (2011). Vloga patronažne medicinske sestre pri obravnavi pacienta z duševno motnjo. In: Bregar B, Peterka Novak J. Skupnostna psihiatrična obravnava, Ljubljana, 16. marec 2011. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege – zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 44–8.

ZDZdr – Zakon o duševnem zdravju, Ur L RS 77/08.

Zidarič M, Nunčič P, Regoršek V (2011). Skupnostna psihiatrična obravnava na Oddelku za psihiatrijo Univerzitetnega kliničnega centra Maribor. In: Bregar B, Peterka Novak J. Skupnostna psihiatrična obravnava, Ljubljana, 16. marec 2011. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege – zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 21–5.

9 PRILOGA

Tabela 1: Raziskave o skupnostni psihiatrični obravnavi

Avtorji, leto	Število udeležencev	Namen, vrsta študije	Rezultati
Sariah E. A., Outwater H.A, Malima IY. K (2015).	15	Ugotoviti vzrok za ponovitev bolezni pri osebah s shizofrenijo. Vrsta študije: kvalitativna.	Ugotovili so, da so najpogostejši vzroki neredno jemanje terapije, uporaba prepovedanih substanc, uporaba alkohola, jeza, stresni dogodki ...
Skoliber T, Novak M, Oravec J (2011)	1	Ugotoviti, ali so načrtovane in izvedene intervencije pri gospe z duševno motnjo v skupnostni obravnavi pokazale napredek. Vrsta študije: kvalitativna.	Rezultati so pokazali, da gospa v času obravnave ni bila hospitalizirana 6 mesecev, izboljšalo se je psihično stanje, samostojnost pri vsakdanjih opravilih, izboljšala se je tudi socialna vključenost ter redno jemanje terapije.

Clausen H, et al. (2016)	142	Ugotoviti vpliv ACT terapije pred in po dve-letni obravnavi oseb z duševno motnjo.	Rezultati so pokazali pozitiven vpliv skupnostne obravnave. Pri pacientih, ki ne uživajo alkohola in prepovedanih substanc, se je zmanjšalo število bolnišničnih dni ter ponovnih hospitalizacij.
Van Veen et al., (2015)	180	Primerjati rezultate skupnostne obravnave nižjega in višjega standarda. Vrsta študije: randomizirana.	Rezultati višjih standardov so pokazali boljše počutje pacientov ter izboljšanje pri socialnem vključevanju.
Pirih M, Erfolja A, Hvala N. (2011)	/	Namen raziskave je bil prikazati izkušnje medicinskih sester v skupnostni psihiatrični obravnavi ter izpostaviti najpogostejše negovalne probleme pri pacientih.	Rezultati so pokazali, da se zaradi odvisnosti od svojcev pacienti počutijo nesamozavestno, navajajo težave z vzpostavljanjem socialnih stikov, opuščajo predpisano terapijo, navajajo slabšo kakovost življenja. Medicinske sestre navajajo nepredvidljivo nasilno vedenje pacienta.

Valentini J et al., (2016)	24	<p>Ugotoviti kakšno mnenje o skupnostni obravnavi imajo sorodniki, ki skrbijo za svojce z duševno motnjo.</p> <p>Vrsta študije: kvalitativna.</p>	Rezultati so pokazali razbremenitev svojcev. kakovostnejša oskrba in večja podpora v skupnosti.
Jerič A (2016)	92	Namen je bil primerjati rezultate standardne in skupnostne psihiatrične obravnave.	<p>Pacienti so zadovoljstvo navedli za delo strokovnih delavcev ter njihovo vedenje.</p> <p>Najnižje ocenjeno je bilo podajanje informacij, pomoč pri iskanju delovnega mesta ter bivanje v stanovanjskih skupinah.</p>
Emsley R et al., (2015)	4120	Ugotoviti vlogo medicinske sestre pri spremljanju rednega jemanja terapije.	Ugotovili so, da medicinska sestra in pacient sodelujeta pri odločanju ter da medicinska sestra motivira pacienta pri rednem jemanju terapije.

Mårtensson G et al., (2014)	256	<p>Ugotoviti, kakšen je odnos zdravstvenih delavcev do oseb z duševno motnjo.</p> <p>Vrsta študije: kvantitativna.</p>	<p>Ugotovili so, da imajo zdravstveni delavci boljši odnos v primeru večjega znanja o bolezni, če njihov odnos ni stigmatiziran, ter če so v preteklosti poznali osebo z duševno motnjo.</p>
Lawn S et al., (2016)	8 uporabnikov, 10 zdravstvenih delavcev	<p>Predstaviti izkušnje zdravstvenih delavcev ter pacientov o skupnostni obravnavi.</p> <p>Vrsta študije: kvalitativna.</p>	<p>Kot najpogostejše izkušnje so pacienti navedli pomanjkanje informacij ter da skupnostno obravnavo doživljajo kot nadzorovanje, prisilo, ter kazen. Kot najpogostejše izkušnje zdravstveni delavci naštejejo, da skupnostno obravnavo doživljajo kot koristno, uporabno ter spodbudno.</p>

Jerina T (2011)	/	Izpostaviti najpogostejše intervencije medicinske sestre v skupnosti.	Kot najpogostejše intervencije avtorica izpostavi aplikacijo terapije ter spremljanje stranskih učinkov, spodbujanje, opazovanje, usmerjanje, ugotavljanje samostojnosti, dokumentiranje izvedenega, sodelovanje z ostalimi člani tima, zdravstveno vzgojno delo pacienta in svojcev.
-----------------	---	---	---