

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

Ana Plahuta

**ZDRAVSTVENA NEGA PACIENTA S
PREGANJALNIMI BLODNJAMI PO TEMELJNIH
ŽIVLJENJSKIH AKTIVNOSTIH**

Ljubljana, 2017

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

Ana Plahuta

**ZDRAVSTVENA NEGA PACIENTA S
PREGANJALNIMI BLODNJAMI PO TEMELJNIH
ŽIVLJENJSKIH AKTIVNOSTIH**

Diplomsko delo

**HEALTH CARE OF THE PATIENT WITH
PERSECUTORY DELUSIONS THROUGH BASIC
LIFE ACTIVITIES**

Bachelor's thesis

**Mentorica: viš. pred. dr. Jožica Peterka Novak, viš. med. ses.,
prof. soc. ped.**

Somentorica: strok. sod. Damjana Zatkovič, dipl. m. s.

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

Ljubljana, 2017

ZAHVALA

Iskreno se zahvaljujem mentorici viš. pred. Dr. Jožici Peterka Novak, viš. med. ses., prof. soc. ped. in somentorici strok. sod. Damjani Zatković, dipl. m. s., za strokovno vodenje, podporo in sodelovanje pri pisanju diplomskega dela.

Hvala recenzentu viš. pred. Robertu Sotlerju, dipl. zn., za opravljeno recenzijo diplomskega dela.

Posebno zahvalo pa namenjam moji družini, ki mi je vsa tri leta študija in pri pisanju diplomskega dela stala od strani, me psihično in finančno podpirala, vzpodbujala in bodrila. Brez njih ne bi bila tukaj, kjer sem sedaj. Hvala.

IZVLEČEK

Uvod: S paranoidnimi mislimi se sreča 10 do 15 odstotkov ljudi splošne populacije, med katerimi so pogoste preganjalne blodnje. Razlikujejo se od nejasnih pojmovanj do polnih zablod, ki se lahko pojavijo tako pri ljudeh z duševno boleznijo kot tudi pri ljudeh brez nje. Pacient ima občutek da je neprestano preganjan, zasledovan, da mu drugi hočejo slabo.

Namen: Namen diplomskega dela je predstaviti zdravstveno nego pacienta s preganjalnimi blodnjami po temeljnih življenjskih aktivnostih. S tem želimo tudi opredeliti vlogo medicinske sestre pri obravnavi oseb s preganjalnimi blodnjami, ugotoviti negovalne probleme ter predstaviti značilnosti pri posamezni temeljni življenjski aktivnosti pri pacientu s preganjalnimi blodnjami.

Metode dela: Pri pisanju diplomskega dela je bila uporabljena deskriptivna metoda dela s pregledom strokovne in znanstvene literature iz obdobja od 2006 do 2016. Iskanje literature je potekalo preko oddaljenega dostopa Univerze v Ljubljani preko tujih podatkovnih baz: CINAHL with Full Text, Medline in ScienceDirect. Uporabili smo tudi bibliografsko bazo COBIB.SI, nakar smo, na podlagi dobljenih rezultatov, literaturo še dodatno pregledali v knjižnici Zdravstvene fakultete in v Goriški knjižnici Franceta Bevka.

Razprava in sklep: V zdravstveni negi na področju psihiatrije mora biti medicinska sestra ustrezno usposobljena, imeti ustrezne spretnosti ter znanje za delo s pacienti z duševno motnjo. Pri svojem delu opravlja več nalog, kot so ocenjevalec, podpornik, vzgojitelj in druge, katere kažejo na to, da medicinska sestra zagotavlja zdravstveno nego v veliko širšem obsegu, kot je samo nadziranje jemanja zdravil in dajanje informacij. Odgovorna je tudi za odnos med njo in pacientom, saj mora le ta temeljiti na zaupanju, ker se bo le tako proces zdravstvene nege odvijal v zeleno smer. Pacienta spodbuja k aktivnostim, ki ga veselijo in sprostijo, saj bo le tako pacientu pomagala k boljšemu počutju.

Ključne besede: preganjalne blodnje, vloga medicinske sestre

ABSTRACT

Introduction: From 10 to 15% of people of the general population encounter paranoid thoughts, among which the persecutory delusions are common. There are different types, from unclear comprehensions to complete delusions which can appear not only with people with a mental illness, but also with those without it. The patient has a feeling of being constantly persecuted, pursued, and that others want to harm him. **Purpose:** The purpose of the thesis is to present the health care of a patient with persecutory delusions through the basic life activities. With this we also want to define the role of the nurse when dealing with people with persecutory delusions, establish the health care problems and present the characteristics of individual basic life activities of the patient with persecutory delusions. **Methods:** While writing the thesis the descriptive method was used for reviewing the technical and scientific literature for the period from 2006 to 2016. The literature search was realized through remote access of the University of Ljubljana, through foreign databases: CINAHL with Full Text, Medline and ScienceDirect. The bibliographic base COBIB.SI has also been used, and on the basis of the acquired results the literature has been additionally reviewed at Faculty of Health Sciences' library and at France Bevk Public Library in Nova Gorica. **Discussion and conclusion:** The nurse working in the psychiatry field of health care must be adequately qualified, must have adequate skills and knowledge for working with patients with a mental illness. At her work she has to perform various tasks, such as assessor, supporter, educator, and others, which points to the fact that the nurse ensures the health care in a much broader extent than just supervision of taking the medicines and giving the information. She is also responsible for the relation between her and the patient, which needs to be based upon trust, because only in this case the process of health care will go in the desired direction. She has to encourage the patient to do the activities that give him pleasure and relax him since this is how she will help the patient to reach a better state of health.

Keywords: Persecutory delusions, role of nurse

KAZALO VSEBINE

1	UVOD	1
1.1	Teoretična izhodišča	2
2	NAMEN	3
3	METODE DELA.....	4
4	VLOGA MEDICINSKE SESTRE V ZDRAVSTVENI NEGI NA PODROČJU PSIHIIATRIJE.....	5
4.1	Etiologija preganjalnih blodenj.....	7
5	ZDRAVSTVENA NEGA PACIENTA S PREGANJALNIMI BLODNJAMI.....	8
5.1	Dihanje in krvni obtok	9
5.2	Izločanje in odvajanje	9
5.3	Vzdrževanje normalne telesne temperature	10
5.4	Prehranjevanje in pitje	10
5.5	Gibanje in ustrezna lega.....	11
5.6	Spanje in počitek.....	12
5.7	Izogibanje nevarnostim v okolju.....	12
5.8	Osebna higiena in urejenost.....	13
5.9	Oblačenje	14
5.10	Odnosi z ljudmi, izražanje čustev in občutkov ter verskih potreb	15
5.11	Koristno delo	17
5.12	Razvedrilo in rekreacija	17
5.13	Učenje in pridobivanje znanja.....	18
6	RAZPRAVA	20
7	ZAKLJUČEK.....	22
8	LITERATURA.....	23

1 UVOD

Možgani, kot nosilci duševnih procesov, človeku omogočajo, da spozna in dojame svet okoli sebe, da misli, presoja, načrtuje, pomni, se uči sporazumevanja in posega v svoje okolje. Možgani tako omogočajo čustva, želje, sanje in domišljijo (Gorše Muhič, 2009). Preganjalne blodnje, največkrat kot simptom shizofrenije, ovirajo socialno življenje pacienta zaradi stigmatizacije in marginalizacije (Wahl, 2012). Pacienti si želijo biti del zunanjega sveta in si želijo vzdrževati stike z ljudmi.

Živimo v času, v katerem se vedno bolj bojimo drugih in njihovih namenov, kljub temu da je obremenjevanje z drugimi ljudmi v tem smislu že dolgo poznano kot problem. S paranoidnimi mislimi se sreča od 10 do 15 odstotkov ljudi splošne populacije, med katerimi so pogoste preganjalne blodnje, ki so hkrati tudi simptom psihoze. Vendar to ni dovolj za nastanek paranoidne izkušnje. Obstajajo dokazi, da so lahko prejšnje slabe notranje izkušnje pomembne pri nastanku misli z nenavadno vsebino in da je prehitro sklepanje prisotno pri posamezniku s preganjalnimi blodnjami (Freeman, 2006). Negativna prepričanja ali pričakovanja o drugih lahko v prihodnosti potencialno ogrozijo socialno interakcijo in s tem še poudarijo razvoj preganjalnih blodenj (Dickson et al, 2016).

Pacienti s preganjalnimi blodnjami pogosto občutijo, da so podrejeni drugim, skrbi jih, da so nori, imajo nizko samozavest, nizka pričakovanja do sebe, vase ne zaupajo in so brezvoljni. Pogosto so tudi agresivni do drugih, saj se v svojem svetu počutijo ogroženi, kar je posledica preganjalnih blodenj (Collett et al., 2016).

V nadaljevanju diplomskega dela bomo probleme pacienta s preganjalnimi blodnjami in njegove negovalne probleme pri temeljnih življenjskih aktivnostih skušali čimbolj razložiti. Ravno tako bomo skušali čimbolj opredeliti vlogo medicinske sestre in njene intervencije pri pacientu pri vseh temeljnih življenjskih aktivnostih.

1.1 Teoretična izhodišča

Blodnjava motnja se najpogosteje pojavlja med 40. in 50. letom starosti, sicer pa se lahko pojavi kadarkoli v življenju. Najpogostejše so blodnje s preganjalno vsebino (Kogoj, 2013). Pacient ima občutek, da je nekako ogrožen, preganjan, da ga nadzorujejo in zasledujejo ter da mu želijo škodovati in ga zastrupiti. O tem prepričuje sebe in druge ljudi (Kores Plesničar, 2013).

Oseba s preganjalnimi blodnjami doživlja zmotna prepričanja, v katerih drugi želijo ali nameravajo škoditi tej osebi (Dickson et al., 2016). V več kot 70 % se pojavijo pri pacientih z diagnosticirano shizofrenijo (Freeman et al., 2016), lahko pa se pojavijo tudi pri osebah, ki pretirano uživajo alkohol (Rus Makovec, 2009). Blodnje so klinične manifestacije psihoze, ki imajo poseben pomen pri diagnosticiranju shizofrenije. Čeprav se pojavijo pri več psihiatričnih stanjih, lahko nastanejo tudi pri drugih motnjah, kot so poškodbe možganov, zastrupitve in somatske bolezni. Blodnje so pomembne prav zato, ker imajo za pacienta smisel in so zanje resnične, zaradi česar je paciente težje pozdraviti (Bell et al., 2006).

Kljub dvomnosti ima koncept blodenj kot jedro psihopatološke funkcije še vedno široko klinično sprejemljivost, ki kaže na prekinitve z realnostjo, kjer lahko bolniki trdijo, da so pod vplivom neobstoječih ali nevidnih malignih dejavnikov (Bell et al., 2006).

Zaradi zamegljenega uma pacienti s preganjalnimi blodnjami pogosto izgubijo prijatelje, imajo težave v službi, so poročeni z družino, z nizko izobrazbo in slabim socialno-ekonomskim statusom. Taki pacienti redko poiščejo pomoč in jih zdravstvena služba odkrije naključno zaradi vedenja, ki je zaradi blodenj lahko celo nasilno in neprimerno situacijam, v katerih se znajdejo (Štrukelj, 2009; Freeman, 2006).

Zaradi motenj v vsebini pacientovega mišljenja spadajo preganjalne blodnje v vsebinske motnje mišljenja. Poleg preganjalnih blodenj srečujemo tudi nanašalne, veličavske, depresivne, hipohondrične, ljubosumnostne, erotične, religiozno-nihilistične blodnje, prevalentne misli in obsesije (Dernovšek, 2013).

2 NAMEN

Namen diplomskega dela je s pomočjo pregleda strokovne in znanstvene literature predstaviti zdravstveno nego pacienta s preganjalnimi blodnjami po temeljnih življenjskih aktivnostih.

Cilji diplomskega dela so:

- opredeliti vlogo medicinske sestre pri obravnavi oseb s preganjalnimi blodnjami,
- ugotoviti negovalne probleme,
- predstaviti značilnosti pri posamezni temeljni življenjski aktivnosti pri pacientu s preganjalnimi blodnjami.

3 METODE DELA

Pri pisanju diplomskega dela je bila uporabljena deskriptivna metoda dela s pregledom strokovne in znanstvene literature v domačem in tujem jeziku s področja zdravstvene nege psihiatričnega pacienta.

Iskanje člankov je potekalo preko oddaljenega dostopa Univerze v Ljubljani z uporabo naslednjih tujih podatkovnih baz: CINAHL with Full Text, Medline in ScienceDirect. Pri iskanju smo uporabili kombinacije naslednjih ključnih besed v angleškem jeziku: persecutory delusions, persecutor delusions AND nursing, nursing in psychiatry, schizophrenia, persecutory delusions AND sociality, mental health AND persecutory delusions, persecutory delusions AND role of nursing, persecutory delusions OR schizophrenia. Pri vnosu ključnih besed smo si pomagali z Boolovimi operatorji »AND« (in) ter z »OR« (ali). Omejili smo se na iskanje literature objavljene v zadnjih desetih letih, od leta 2006 do leta 2016.

Za prvo iskanje je pregled podatkovnih baz potekal od aprila 2016 do julija 2016. Rezultat kombiniranja ključnih besed je bilo različno število zadetkov. Iz primarne analize člankov smo izključili tiste, ki so se ponavljali, niso imeli dostopnega celotnega besedila, so bili plačljivi, niso bili relevantni ter članke, v katerih so preganjalne blodnje zgolj omenjene. Končni izbor člankov smo oblikovali po pregledu naslovov, izvlečkov in kritičnem branju.

Uporabili smo tudi bibliografsko bazo COBIB.SI, kjer smo si pri iskanju literature pomagali z naslednjimi ključnimi besedami v angleškem in slovenskem jeziku: preganjalne blodnje, persecutory delusions, psihiatrična zdravstvena nega, psychiatric nursing. Pomagali smo si z Boolovima operatorjema »AND« (in) ter z »OR« (ali). Iskanje smo omejili na literaturo izdano v obdobju med leti 2006 in 2016. Na podlagi dobljenih rezultatov smo literaturo še dodatno pregledali v knjižnici Zdravstvene fakultete Ljubljana ter v Goriški knjižnici Franceta Bevka. Osredotočili smo se večinoma na knjige in zbornike. Vključeni so tudi trije učbeniki.

4 VLOGA MEDICINSKE SESTRE V ZDRAVSTVENI NEGI NA PODROČJU PSIHIATRIJE

V zdravstveni negi na področju psihiatrije delo medicinske sestre temelji na humanih načelih profesionalne etike in elementih sodobne zdravstvene nege (Gorše Muhič, 2009). Ti elementi nam omogočajo kakovostno, kontinuirano in predvsem avtonomno stroko s specifičnim delovanjem, saj v skrbi za zdravje izpolnjuje vrzeli, ki jih medicinska in druge znanosti ne morejo učinkovito pokrivati (Hajdinjak, Meglič, 2012). Zdravstvena nega na področju psihiatrije je s svojim specialnim in posebnim odnosom do drugačnih, ranljivejših in občutljivejših pacientov nenehno na preizkušnji. Delo s pacienti z duševno motnjo od medicinske sestre zahteva moralno-etično trdnost, socialno in delovno zavest ter sposobnost empatije in čustvovanja. Njeno delo so ukrepi, ki so namenjeni zagotavljanju terapevtskega okolja, ukvarjajo se s telesnimi, duševnimi in socialnimi problemi pacienta (Gnezda, 2009).

Gorše Muhič (2009) pravi, da je med medicinsko sestro in pacientom pomemben terapevtski odnos, ki je usmerjen predvsem v podpiranje takega vedenja, katerega cilj je osebna rast, zmanjšanje občutka stigmatizacije ter dobra remisija bolezni. Terapevtski odnos pa gradijo specialna znanja in tehnike terapevtske komunikacije (Alexander et al., 2015). Moonen in sodelavci (2015) so v svoji študiji ugotovili, da se v procesu oskrbe pacienta srečamo s štirimi fazami: srečanje in spoznanje pacienta, priznavanje pacienta kot posameznika in obolelega, grajenje osebnega odnosa temelječega na zaupanju in spoštovanju ter zaključni fazi. Osebni odnos med medicinsko sestro in pacientom je temeljni element v zdravstveni negi. Medicinske sestre na področju psihiatrije so s svojim fizičnim, psihičnim, socialnim in duhovnim ozadjem do pacienta pogosto najbližje osebe, ki se soočajo s trpljenjem pacienta s psihiatrično motnjo. Medicinske sestre prevzemajo odgovornost za paciente in si prizadevajo, da v pacienta usmerjajo stalno, kakovostno in strokovno podporo in usmerjanje. Odnos je zato neprestano usmerjen v pomoč pacientu pri doseganju največje mere samostojnosti in neodvisnosti. To je individualno načrtovana zdravstvena nega, ki pacienta spodbuja k prevzemanju odgovornosti za lastno zdravje in se osredotoča na etiko ter skrbi in predstavlja pomembno alternativo k odnosu do pacientov (Gnezda, 2009).

Medicinska sestra ima v zdravstveni negi na področju psihiatrije veliko vlog. Tako kot je pomembno, da medicinska sestra zagotavlja psihično podporo pacientu in njegovi družini

ter jim pomaga izboljšati odnos, je njena naloga tudi biti vzgojitelj. Medicinska sestra mora pacienta in njegovo družino seznaniti in poučiti o bolezni, kako se z njo spopadati in prebroditi simptome. Pacienta spodbuja k relaksaciji, mu pomaga pri vseh življenjskih aktivnostih, ki jih sam ne zmore ter pacienta pouči o pomembnosti rednega jemanja zdravil (Huang et al., 2008). Zato mora biti za medicinske sestre cilj doseganje zadostne stopnje samozavesti in edukativnih kompetenc, da jih lahko nato pretvorijo v prakso za doseganje dobrih rezultatov (Alexander et al., 2015).

S terapevtske perspektive je pomemben medsebojni vpogled v terapevtske intervencije, ki pomagajo pacientu smiselno povezati njihova doživljanja s socialnim življenjem in resničnim svetom (Strand et al., 2013). Ker imajo posamezniki pogosto doživljanja, ki jih drugi ne izkusijo, je za medicinsko sestro pomembno razumevanje njihovih izkušenj, ne samo za boljši vpogled v bolezen, ampak tudi za razvijanje uspešnejših intervencij (Barut et al., 2015).

4.1 Etiologija preganjalnih blodenj

Študije poudarjajo, kako pomembne so izkušnje iz življenja pri razumevanju preganjalnih blodenj, saj kažejo na povezavo s pacientovimi življenjskimi izkušnjami. Primer so študije, temeljene na intervjuju, ki kažejo, da so preganjalne blodnje tesno povezane z osebnimi izkušnjami, ki pri vsakem posamezniku tvorijo smiselno celoto (Boyd, Gumley, 2007; Rhodes et al., 2005). Prav tako je s študijami odkrita povezava med nastankom preganjalnih blodenj in travmami iz otroštva, zlorabami, ustrahovanjem in zanemarjanjem (Shevlin et al., 2015; Sitko et al., 2014; Lopez 2013; Ashcroft et al., 2012; Freeman, Fowler, 2009). Veliko različnih mediatorjev lahko povezuje med zgodnjo medosebno stisko in preganjalnimi blodnjami. Teorija navezanosti vključuje pričakovanja o sebi in drugih, ki se pojavijo z navezovanjem odnosov. Do preganjalnih blodenj lahko privede odnos med negovalcem in pacientom, ki je bil sklenjen prehitro, ni bil ustrezno prilagojen, čustven ali podporen (Wickham et al., 2015). Negotovi notranji modeli lahko posameznika privedejo do tega, da pričakuje nevarnost in sovraštvo od drugih, in lahko nakazujejo nastanek preganjalnih blodenj. Kognitivni modeli kažejo tudi druge potencialne mediatorje. Taka neprilagojena prepričanja in sheme se lahko pojavijo zaradi poškodb in vodijo k razvoju preganjalnih blodenj (Freeman et al., 2013a; Fowler et al., 2012; Campbell, Morrison, 2007; Gracie et al., 2007).

Vodilna hipoteza za etiologijo shizofrenije in z njo povezano kognitivno prizadetostjo predpostavlja, da je nevrološki razvoj tisti, ki izhaja iz zgodnjih možganskih nepravilnosti genetskega ali okoljskega izvora. Te anomalije mirujejo, dokler ne začnejo medsebojno vplivati z normalnimi možganskimi funkcijami. Nevrološki teoretiki navajajo, da lahko ti genetski in ne-genetski dejavniki tveganja, ki lahko povzročijo nenormalen razvoj možganov, povzročijo težave pri pridobivanju kognitivnih sposobnosti (Bora, 2015; Reichenberg, 2010).

5 ZDRAVSTVENA NEGA PACIENTA S PREGANJALNIMI BLODNJAMI

Temeljne življenjske aktivnosti so aktivnosti vsakdanjega življenja in so posameznikove osnovne potrebe, ki jih zadovoljuje sam, če ima dovolj moči in sposobnosti, sicer pa potrebuje pomoč. Razvrščamo jih na fiziološke, psihološke, duhovne in socialne. Pacienti z mentalno boleznijo so oslabljeni pri opravljanju vsakodnevnih opravil, zato potrebujejo dolgotrajnejše zdravljenje in pomoč. Pacienta v procesu zdravstvene nege obravnavamo kot individualno osebo in celovito osebnost, kjer ima aktivno vlogo (Moonen et al., 2015; Fink, Kobilšek, 2013). Medicinska sestra mora biti pacientom v oporo, jih spodbujati in usmerjati pri opravljanju vsakodnevnih aktivnosti. Zelo pomemben je tudi odnos do pacientov. Potreben je spoštljiv odnos brez oštevanja. Če je pacient okaran zaradi napake, je večja verjetnost, da se bo v prihodnosti tudi sam sebe oštel. Razlog, da se oseba sama do sebe vede na določen način, je lahko ponotranjen že iz otroštva. To pacientu znižuje samopodobo in samozavest, kar je velik problem pri pacientih s preganjalnimi blodnjami. Zato je pomembno, da medicinska sestra pacientu poda prave napotke in ga usmeri v pravo smer (Hutton et al., 2012).

Pri pregledu literature smo opazili, da vse več napisanega temelji na psiholoških ter socialnih človekovih potrebah, kar nakazuje na to, da so pri pacientu s preganjalnimi blodnjami bolj prizadete te življenjske potrebe. V nadaljevanju diplomskega dela bomo ostale temeljne življenjske aktivnosti zgolj omenili in jim namenili manj pozornosti. Bolj se bomo osredotočili na psihološke in socialne temeljne življenjske aktivnosti.

5.1 Dihanje in krvni obtok

V procesu dihanja poleg pljuč sodelujeta tudi srce in krvni obtok. Je osnovna življenjska funkcija, s katero človek zadovoljuje potrebo po kisiku v telesu, in brez nje življenje ni mogoče (Fink, Kobilšek, 2013; Gorše Muhič, 2009). Zaradi jemanja zdravil za zdravljenje blodenj, katera najpogosteje spadajo med antipsihotike, se pri pacientu lahko pojavijo spremembe v frekvenci ritma dihanja in srčne funkcije, kar se kaže kot nizek krvni tlak. Padeč krvnega tlaka lahko povzroči neprijetne zaplete kot so omotica, omedlevica, zaspanost, hladni udi, upočasnjenost hoje in govora, pacienti so brez energije in lastne pobude, pozorni pa moramo biti tudi na druge znake, kot so glavoboli, motnje zavesti in krči (Duschek et al., 2016; Kobentar, 2009). Raziskave so pokazale povečano breme z depresivnimi mislimi, kar ima vlogo pri psihofiziološkem posredovanju motenj razpoloženja ter lahko vpliva na pacientovo kakovost življenja (Duschek et al., 2016).

Ritem dihanja in srčne funkcije se pri nekaterih stresnih situacijah spremenijo (Pittig et al., 2012). Da bi težave z dihanjem in krvnim obtokom preprečili, je pomembno, da medicinska sestra dihanje pacienta spremlja, meri ritem, beleži vrednosti ritma, frekvence, globine in načina dihanja. Pacientu pogosteje meri krvni tlak, nasičenost tkiv s kisikom, meri srčni utrip, njegov ritem in polnjenost ter telesno temperaturo zaradi možne komplikacije nevroleptičnega sindroma. Pacienta podučijo o zdravem načinu življenja, pravilnem dihanju ter o sprostitvenih tehnikah. Ravno tako ga informira o neželenih učinkih zdravil, ki jih prejema (Gorše Muhič, 2009; Kobentar, 2009).

5.2 Izločanje in odvajanje

Izločanje je ena od osnovnih fizioloških potreb in naravnih funkcij človeka. Na izločanje in odvajanje vplivajo različni dejavniki: fiziološki, psihološki, sociokulturni dejavniki, čustvena stanja, navade pacienta ter dejavniki okolja (Fink, Kobilšek, 2013; Gorše Muhič, 2009). Zaradi uživanja zdravil se pri pacientih izločanje in odvajanje pogosto spremenita in se kažeta kot zaprtost ali driska, zastajanje urina ali nezmožnost zadrževanja urina. Ker zdravila vplivajo tudi na endokrine žleze, se pri ženskah lahko pojavijo nepravilnosti v menstrualnem ciklusu ali izostanku menstruacije. Ženske so zaradi tega tudi slabe volje in bolj razdražljive, kar vpliva na pojavnost preganjalnih blodenj. Lahko se poviša tudi vrednost prolaktina, kar povzroči izcedek iz dojk (Gleeson et al., 2016). Zaradi tega je

pacientkam potrebno narediti test nosečnosti in beležiti evidenco menstrualnega ciklusa. Medicinska sestra vsakodnevno beleži odvajanje blata in izločanje urina ter evidentira morebitne težave kot so prisotnost trebušnih krčev ali bolečin. Pacientu svetuje redno odvajanje, več gibanja, uživanje balastnih snovi v prehrani ter pitje večje količine vode ali nesladkanih pijač (Kobentar, 2009).

5.3 Vzdrževanje normalne telesne temperature

Stalno telesno temperaturo človek ohranja s pomočjo obleke in obutve glede na nihanje temperature okolja (Fink, Kobilšek, 2013; Gorše Muhič, 2009). Pri uživanju antipsihotikov pride pri pacientu pogosto do motnje termoregulacije, ki se kaže kot rahel porast telesne temperature nad 36,9 °C ali nagel dvig nad 40 °C. Nevroleptični sindrom je pojav povezan z uporabo antipsihotikov. Lahko je usoden simptom, ki ga prepoznamo z naglim dvigom telesne temperature nad 40 °C. Če simptoma ne prepoznamo dovolj hitro, ima lahko usodne posledice. Medicinska sestra pacientu vsakodnevno meri telesno temperaturo in druge vitalne znake, mu pomaga ter uči izbrati primerna oblačila glede na letni čas in temperaturo, če tega sam ni zmožen. Pacienta spodbuja k pitju zadostnih količin tekočine ter primerne hrane (Quavedo-Florez et al., 2017; Gorše Muhič, 2009).

5.4 Prehranjevanje in pitje

Ustrezna prehrana in pitje zadostnih količin tekočine je za človeka zelo pomembno, saj vpliva na normalno delovanje in vzdrževanje življenja in vseh drugih življenjskih funkcij (Gorše Muhič, 2009). Pacienti s preganjalnimi blodnjami se počutijo ogrožene, zalezovane, mislijo, da jih nekdo nadzoruje in jih želi zastrupiti, zato imajo pogosto strah pred uživanjem hrane (Kores Plesničar, 2013).

Hranjenje je povezano tudi s socializacijo, saj v času obroka pacienta vključujemo v skupino. Boljšo socializacijo in komunikacijo dosežemo s tem, da paciente, ki so si všeč in se dobro razumejo, posedemo skupaj. Pacient lahko pripravljeno hrano, v strahu da je zastrupljena, tudi zavrača. Medicinska sestra hrano in pijačo pripravi in ponudi tako, da prežene pacientov strah. Ponudi mu, da si hrano servira sam, jo sam poskusi ali pa to pred njim stori sama. Pacienta med hranjenjem nadzoruje, če je potrebno ga tudi hrani in tako

poskrbi za zadosten vnos tekočine in hranilnih snovi v telo (Gorše Muhič, 2009). Z jemanjem antipsihotikov pa lahko nastopijo motnje hranjenja, ki se kažejo kot zmanjšano ali pretirano hranjenje. Veliko pacientov ne sledi smernicam zdravega prehranjevanja, pogosto pretirano uživajo alkohol in pretirano kadijo (Heald et al., 2017; Koyanagi et al., 2016).

5.5 Gibanje in ustrezna lega

Gibanje ugodno vpliva na izboljšanje telesnega in psihosocialnega zdravja ter je sestavni del zdravljenja. Spremembe te aktivnosti se pri pacientu hitro izražajo, zato je s strani medicinske sestre pomembno, da pacienta spodbuja h gibanju, uči pravilne tehnike drže ter tehnike sproščanja. Svetuje mu jutranjo telovadbo, saj dobro vpliva na splošno počutje ter socialno komunikacijo (Fink, Kobilšek, 2013; Gorše Muhič, 2009).

Pri pacientu s preganjalnimi blodnjami pogosto srečamo izrazito negativne misli, nizko samozavest in nezadovoljstvo nad samim sabo, pogostokrat imajo tudi težave s spanjem, kar še potencira negativna čustva (Collett et al., 2016; Freeman et al., 2011; Freeman et al., 2008). Pacienti niso zainteresirani v skupinske dejavnosti, vase se zaprejo in se ne gibajo. Pomembno je, da medicinska sestra ocenjuje pacientovo gibanje in gibljivost, saj je le ta pomembna z vidika zagotavljanja varnosti in preprečevanja samopoškodb in poškodb, motenj v prehranjenosti in dehidraciji ter vpliva na preprečevanje nastanka razjed zaradi pritiska, poleg tega pa izboljšuje počutje in dviguje samozavest (Gorše Muhič, 2009). Moonen in sodelavci (2015) so v raziskavi skušali opisati, kako medicinske sestre v Flandriji, Belgija, ravnajo in se spoprijemajo s pacienti z duševno motnjo. Ena od medicinskih sester je v intervjuju dejala, da so jim v veliko pomoč tudi prostovoljci. Vskočijo lahko v dejavnosti, za katere medicinska sestra nima dovolj časa in pacientom ne bi zmogla posvetiti dovolj pozornosti. Med drugim bi jih lahko vključili tudi za vodenje jutranje telovadbe, za vodstvo ali spremstvo pacientov na sprehode in raznih drugih zunanjih aktivnostih. Poleg tega pacienti s pomočjo prostovoljcev krepijo socialne veščine, saj se pacienti s preganjalnimi blodnjami pogosto zaprejo vase in izolirajo od okolice (Moonen et al., 2015).

5.6 Spanje in počitek

Spanje je ena izmed nujnih bioloških potreb, saj nas telesno in duševno krepi ter je tudi najboljša oblika počitka (Fink, Kobilšek, 2013; Gorše Muhič, 2009). Nespečnost je rezultat zmanjšane človekove dnevne aktivnosti ter zgodnjega odpravljanja v posteljo (Freeman et al., 2008). Spanje, kot ena izmed temeljnih življenjskih aktivnosti, je pomembno tudi pri pacientih s preganjalnimi blodnjami, saj nespečnost prištevajo k faktorjem za nastanek preganjalnih blodenj (Myers et al., 2011). Stres, ki ga povzroča nespečnost, lahko privede do zmanjšanja in odstopanj v razpoloženju, kar lahko privede do preganjalnih misli (Freeman et al., 2008).

Myers in sodelavci (2011) so v raziskavi, kako kognitivno zdravljenje vpliva na nespečnost in preganjalne blodnje, ki so jo izvajali na 15 pacientih s preganjalnimi blodnjami in nespečnostjo ugotovili, da zmanjšanje nespečnosti učinkovito vpliva na zmanjšanje preganjalnih blodenj. Enake rezultate je pridobili tudi Freeman s sodelavci (2008). Ugotovili so, da je višja stopnja nespečnosti povezana z visoko stopnjo razmišljanja pri pacientu s preganjalnimi blodnjami. Poudarjajo tudi, da je nespečnost najverjetneje najbolj prezrta težava v zdravstveni negi na področju psihiatrije (Freeman et al., 2008).

Medicinska sestra lahko z intervencijami za zagotovitev dobrega spanja zmanjša preganjalne blodnje in paranoidne misli (Freeman et al., 2008). Paciente mora naučiti povezovati posteljo s spanjem. Pri tem so v pomoč aktivne terapevtske tehnike, kot so zagotovitev higiene spanja, določanje ustrezne ure za spanje, zagotovitev, da se v spalnicah ne počne nič drugega kot spi, čimbolj preprečiti popoldanske počitke, paciente vključevati v dnevne aktivnosti ter učenje pacientov tehnik sproščanja (Myers et al., 2011).

5.7 Izogibanje nevarnostim v okolju

Izogibanje nevarnostim je posameznikova sposobnost, da nevarnost na fizičnem, psihičnem ali socialnem področju prepozna in se nanjo ustrezno odzove. Pacientova pravica do varnosti je brezpogojna in od zdravstvenega delavca zahteva odgovorno in strokovno znanje. Medicinska sestra je odgovorna za pacientovo fizično varnost, za kar potrebuje ustrezne sposobnosti in strokovno znanje. V neki meri je odgovorna tudi na psihično varnost, ki je pogojena z zaupanjem, ki ga mora medicinska sestra vzpostaviti že

ob prvih stikih s pacientom. Pozitivna samopodoba ter prilagoditev na novo nastalo situacijo pa omogočata dobre socialne veščine pacienta (Fink, Kobilšek, 2013; Gorše Muhič, 2009).

Preganjalne blodnje so klinično pomemben simptom, povezan s socialnim umikom in visoko stopnjo nasilja (Perez et al., 2015). Vedno večje je zavedanje velike razširjenosti negativnih spoznanj pri pacientih, ki trpijo za preganjalnimi blodnjami. Hutton in sodelavci (2012) so ugotovili, da so ljudje s preganjalnimi blodnjami veliko bolj nasilni do drugih in sebe in so v primerjavi z zdravo skupino potrebovali več časa, da so se umirili, ter da so se težje spopadali s samokritiko. Pri pacientih so ugotovili tudi nizko raven samozadovoljstva in samopodobe, občutek manjvrednosti ter strah pred norostjo. Collett in sodelavci (2016) so s svojo raziskavo izpostavili tveganost samomorilnosti pri pacientih z nizko samopodobo. Pri osebah, ki so samomor naredile ali hotele narediti, je bila ugotovljena tudi visoka stopnja brezupa (Lyu, Zhang, 2014).

Medicinska sestra si mora prizadevati pomagati pacientu v stiski, prepoznati znake samonapadalnega obnašanja, agresije do drugih ljudi in predmetov. Fokusirati se mora na razumevanje in obravnavanje pacientovega doživljanja ter ugotoviti, kaj je razlog za tako vedenje (Garety, Freeman, 2013b; Hutton et al., 2012).

5.8 Osebna higiena in urejenost

Osebna higiena in urejenost sta pomembni za vsakega človeka in sta znamenji človekovega notranjega počutja. Pomembni sta v psihološkem in fiziološkem smislu. Pripomoreta k ohranjanju zdravja in dobremu počutju, saj z umivanjem odstranjujemo znoj, odmrle kožne celice, vidno umazanijo in neprijeten vonj (Fink, Kobilšek, 2013; Gorše Muhič, 2009). Zaradi pacientove negativne simptomatike, pomanjkanja volje, apatije, nizkim samospoštovanjem in samopodobo je osebna higiena pogosto okrnjena (Hutton et al., 2012).

Povečano potenje in izločanje žlez lojnic dajeta koži povoščen videz. Medicinska sestra opazuje stanje kože in sluznic pri pacientu, svetuje pogostejše umivanje, menjavanje obleke in perila ter uporabo nevtrálnih kozmetičnih sredstev (Kobentar, 2009). Vzdrževanje osebne higiene vpliva na samopodobo, samozavest, preprečuje nastanek bolezni in infekcije ter pomaga lažje vzpostaviti socialni stik. Intervencije zdravstvene

nege so usmerjene v učenje higienskih navad, podporo in pomoč pacientu pri opravljanju ustne higiene, oblačenju, umivanju rok ter tuširanju. Zelo pomembna je motivacija, spodbuda in pohvala pacienta pri opravljanju osebne higiene, saj vpliva na samozavest in socialne odnose, ravno tako pa tudi preprečuje prenašanje bolezni in okužb (Green, 2014).

5.9 Oblačenje

Z obleko ščitimo telo pred zunanjimi vplivi, pomagamo pri vzdrževanju telesne temperature ter izražamo estetsko in kulturno naravnost človeka. Obleka nam omogoča prijetno in udobno počutje ter odraža osebno urejenost posameznika (Fink, Kobilšek, 2013; Gorše Muhič, 2009).

Z načinom oblačenja, pričesko in različnimi okraski pokažemo svojo osebnost. Z zanimanjem za obleko pokažemo svojo skrb za zunanost, zanemarjenje le tega pa je lahko znamenje duševne motnje, premajhne motiviranosti, nizke samozavesti in samospoštovanja, brezvoljnosti ali tudi neustreznih navad oblačenja (Hutton et al., 2012; Gorše Muhič, 2009).

Medicinska sestra pomaga pacientu pri skrbi za oblačenje, upošteva njegove želje in potrebe ter svetuje pri izbiri oblačil glede na letni čas. Če pacient uporablja bolnišnična oblačila, ga medicinska sestra spodbuja, da pacient čimprej uporablja lastna oblačila, saj se v lastnih oblačilih počuti bolje in ga ne toliko asociira na bolniško okolje. To ga spodbuja v boljšo skrb za svoj lastni videz (Fink, Kobilšek, 2013; Gorše Muhič, 2009).

5.10 Odnosi z ljudmi, izražanje čustev in občutkov ter verskih potreb

Možgani omogočajo čustva, želje, domišljijo in sanje. Da nekaj čutimo, je najbolj prepoznavna značilnost čustev. Čustva so zaznave določenega prijetnega ali neprijetnega dogodka, ki se kaže v telesnih znakih, v vedenju in doživljanju. Izražamo jih s komunikacijo, ki je sestavni del vsakdanjega življenja. Čustva in komunikacija nam omogočata usklajevanje mnenj, doseganje različnih ciljev in zadovoljevanje potreb kot tudi vzdrževanje in spreminjanje medosebnih odnosov (Fink, Kobilšek, 2013; Mlakar, 2009; Gorše Muhič, 2009).

Pacienti s preganjalnimi blodnjami se počutijo manjvredne od drugih, bojijo se, da so drugi na njih jezni in jim želijo škoditi. Ne zaupajo vase in imajo negativno mnenje o sebi, nizko samozavest, so brezvoljni in nimajo sočutja do sebe (Collett et al., 2016). Depresivne misli o sebi kot pacientu povzročijo večjo ranljivosti. Tudi pretirana skrb zase je lahko znak nizke samopodobe, pacient se čuti premalo urejen, kar ga spremlja v obup (Freeman et al., 2011). Različne kognitivno vedenjske terapije vključujejo modele za dvigovanje samozavesti, s predpostavko, da bodo tudi zmanjšali stiske in povečali dobro počutje. Vendar nam ta koncept vedno ne odpira pogleda v razumevanje, zakaj se pacienti tako počutijo in vedejo do sebe (Hutton et al., 2012).

Pacienti se pogosto srečujejo z eksistencialno bolečino, ki nastane zaradi občutka samote, kar prinese občutek žalosti, frustracije, obupa in praznine ter peljejo v čustveni in telesni izgon, kar lahko vpliva na občutek sebe (Avieli et al., 2015). Eksistencialna bolečina je dinamičen, težko definiran fenomen, ki vpliva na kakovost pacientovega življenja (Kissane, 2012). Odnos med medicinsko sestro in pacientom ter njuno zaupanje je bistvo zdravstvene nege takega pacienta (Moonen et al., 2015).

Pacienti se morajo počutiti kot del »zunanjega sveta« in vzpostaviti komunikacijo in stike z drugimi ljudmi (Barut et al., 2015). Neželeni dogodki in negativna prepričanja o sebi vplivajo na nadaljnji razvoj preganjalnih blodenj, v številnih primerih pa so vplivali tudi na pacientovo družabno delovanje, kar je vodilo v izolacijo in izogibanje (Dickson et al., 2016).

Pacient izgubi občutek pripadnosti, ki je opredeljen kot občutek, ko se oseba ujema v krog ljudi, skupino ali družbo. Vključuje stik z ljudmi, kar osebi spodbudi pozitivna čustva, ki

so za osebo s preganjalnimi blodnjami zelo pomembna, saj preganjalne blodnje že po svoji naravi vključujejo zelo intenzivna negativna čustva (Barut et al., 2015; Bell et al., 2006). Prisotne so skrbi, depresija, razdražljivost in tesnoba, katere lahko povežemo tudi z motnjami spanja, ki ravno tako vplivajo na pojavnost in intenziteto preganjalnih blodenj (Freeman et al., 2010). Pacient se zaradi tesnobe in depresije počuti ranljivejšega in manjvrednega, temne skrbi ga vodijo v razne zablode, kar še bolj podkrepi same preganjalne blodnje. Anksioznost in depresija sta pogosto ugotovljeni čustvi pri ljudeh s preganjalnimi blodnjami (Garety, Freeman, 2013).

Zaradi vseh negativnih čustev, odmaknjenosti vase in zaradi stigmatizacije in marginalizacije, se pacienti pogosto odmaknejo iz družbe in prekinajo medosebne stike (Wahl, 2012). Počutijo se drugačne zaradi svoje duševne bolezni, radi bi se vključili v družbo, vendar ne vedo kako. Občutek odmaknjenosti in ne pripadnosti se odraža s socialno izolacijo in samotnostjo, s katero se težko borijo (Barut et al., 2015). Zato je v proces oskrbe pomembno vključevanje svojcev in pacientovih najbližjih. V terapevtskem kontekstu to utrjuje vezi s sorodniki, ki so ravno tako vključeni pri pacientovih odločitvah, delijo si odgovornost in mu stojijo ob strani v njegovih težkih trenutkih (Moonen et al., 2015). Moonen in sodelavci (2015) vidijo uspeh na pacientovem socialnem področju tudi z vključevanjem prostovoljcev. Le-ti hodijo k pacientom na obiske, na kavo, se z njim pogovarjajo, spodbujajo in mu pomagajo, da počne, kar ga razveseljuje. Interdisciplinarni odnosi dajejo pacientu možnost, da pove svoje občutke in ustvarja odprto komunikacijo.

Medicinska sestra mora poskrbeti, da se pacient ne počuti osamljeno, zato v zdravstveno oskrbo vključi njegovo družino, pomaga mu najti nekoga, ki mu je podoben in jim pomaga navezati stik. S pacientom skupaj poiščeta nekaj, kar ga osrečuje, kar rad počne in ga to spravi v dobro voljo (Moonen et al., 2015; Barut et al., 2015; Garety, Freeman, 2013).

Celostna obravnava pacienta spodbuja k iskanju smisla svojega življenja. Če pacient nima svojih ciljev in nima smisla življenja, dobi občutek nepomembnosti. Pacientov odnos do religije in izražanja verskih čustev je njegova odločitev, ki jo mora medicinska sestra spoštovati. Pacientu pomaga, da se udeležuje verskih obredov ali pokliče duhovnika na njegovo prošnjo. Izražati mora spoštovanje in razumevanje do različnih verskih prepričanj ter pacientu omogočiti zagotavljanje kakršne koli duhovne oskrbe (Gorše Muhič, 2009).

5.11 Koristno delo

Delo je življenjska aktivnost in vrednota, ki človeka izpopolnjuje, mu omogoča zagotavljanje potreb ter pridobivanje sredstev za življenje in s tem samostojnost. Vpliva na oblikovanje življenjskega smisla in identitete, na samospoštovanje in vedenje (Fink, Kobilšek, 2013; Gorše Muhič, 2009).

Delo, v kakršni koli obliki, je lahko še tisto zadnje, kar pacienta povezuje z okoljem in vpliva na ohranjanje socialne mreže. Pacienti potrebujejo veliko truda in spodbude, da ponovno osvojijo nekatere veščine, spretnosti in interese. Medicinska sestra v načrtovanje aktivnosti namenjene okrevanju vključuje vse člane zdravstvenega tima, pacienta ne pušča samega ter ga vključuje v razne organizirane delavnice. Pri tem upošteva njegovo predhodno delo, njegove sposobnosti in želje. Pacientu pomaga pri sestavi osnovnih okvirjev porabe časa z urniki, ki najbolj posnemajo delovni dan izven bolnišnice (vstajanje, osebna higiena, urejanje okolice, terapevtske zaposlitve, prosti čas in drugo). Ko imajo pacienti prosti čas, jim medicinska sestra pomaga, da se združijo v skupine s skupnimi interesi, saj lahko pri delu drug drugega motivirajo in spodbujajo k napredku (Barut et al., 2015; Gorše Muhič 2009).

5.12 Razvedrilo in rekreacija

Razvedrilo in rekreacija sta pojma, ki predstavljata aktivno in pasivno preživljanje prostega časa. Vključujeta športne dejavnosti, ki izboljšajo telesno in psihosocialno zdravje posameznika, ter zabavo in sprostitvev, s katero si posameznik odpočije in razbremeni (Fink, Kobilšek, 2013; Gorše Muhič, 2009).

Razvedrilo in rekreacija se med sabo lahko prepletata. Pri pacientih s preganjalnimi blodnjami velikokrat opazimo negativna spoznanja o sebi, pretirano skrb, psihološko slabo počutje, nizko samozavest, pacienti so brez sočutnosti, prepričani so, da so manjvredni in vase ne zaupajo. Ti dejavniki lahko vodijo tudi v socialni odmik, pacient se zapre vase in izolira od okolice (Collett et al., 2016; Dickson et al., 2016; Freeman et al., 2013; Hutton et al., 2012; Freeman et al., 2011). Medicinska sestra zato pacienta spodbuja k rekreaciji in razvedrilu, saj povečujeta samozavest, sproščata, zmanjšujeta stres, pozitivno vplivata na človekovo zdravje in počutje ter omogočata druženje, kar preprečuje osamljenost (Fink,

Kobilšek, 2013). Pacienta diskretno opazuje in spremlja, podpira, motivira ter mu svetuje naj čimbolj koristno izkoristi svoj prosti čas. Pomembno je, da medicinska sestra pozna pacientove interese in hobije, saj mu tako lažje svetuje, kako preživljati prosti čas. V to vključi tudi družino, ki je pomemben člen v načrtovanju kakršne koli aktivnosti (Gorše Muhič, 2009).

5.13 Učenje in pridobivanje znanja

Učenje je podzavesten in zavesten proces, pridobivanje novih znanj, veščin in razvoj spretnosti, ki spreminja razmišljanja posameznika. Učenje pacientu pomaga, da le-ta opusti neustrezne oblike vedenja in razvija nove, s katerimi bo spremenil stališča in sprejel vrednote, ki bodo v prid zdravju (Fink, Kobilšek, 2013; Gorše Muhič, 2009).

Medicinska sestra v celotnem procesu obravnave pacienta zdravstveno vzgaja ter na oddelku vzpostavi učni proces, ki ga lahko doseže z različnimi oblikami in metodami dela (skupinsko individualno, z razlago, pogovorom, spodbujanjem, igranjem vlog idr.) (Gorše Muhič, 2009). Psiho-izobraževanje je opredeljeno kot terapija, ki pacientom omogoča spopadanje z bolezenskimi izkušnjami skozi poučne kognitivno vedenjske tehnike. Razdeljeno je v pet kategorij: svetovanje/ psihoterapija, vedenjska terapija, izobraževanje, socialna podpora in druge terapije psihosocialne narave, kot so glasbena terapija. Ugotovljeno je bilo, da se učinkovitost izobraževanja bolnika s sprostivjo mišic postopno zvišuje in je uporabljeno v kliničnem okolju. Splošna učinkovitost psiho-edukacijskih intervencij je bila sprva sumljiva, nadaljnje študije pa so njihovo učinkovitost potrdile s priporočljivimi intervencijami kot so postopno sproščanje mišic, izobraževanje in svetovanje (Chan, 2006).

Medicinska sestra upošteva pacientovo zmožnost sprejemanja in pomnjenja, uporablja njemu razumljiv jezik, odstrani moteče dejavnike ter preverja ali in kaj je pacient razumel. Namen učenja in zdravstvene vzgoje je ta, da pacient sprejme simptome preganjalnih blodenj kot del njegovega življenja, spozna dejstva povezana s simptomi ter pridobi ustrezne veščine obvladovanja le teh, saj bo le tako znal obdržati stik z realnostjo. Poleg učenja pacienta o njegovi bolezni in simptomih, ga prek treninga socialnih veščin učimo tudi potrebnih spretnosti za vsakdanje življenje: skrb zase, zaupanje drugim, prepoznavanje in obvladovanje stresnih situacij, reševanje konfliktov, vzpostavljanje komunikacije z

drugimi, tehnike sproščanja ter spoznavanje in spoštovanje samega sebe (Gorše Muhič, 2009). Pri pacientu je potrebno vzbujati skrb za zdravo življenje, zdravo prehranjevanje, redno rekreacijo, zavedanje o škodljivosti drog in alkohola. Pri njunem uživanju, še posebej pri uživanju marihuane, so preganjalne blodnje še pogostejše in izrazitejše (Rus Makovec, 2009; Delić, Kastelic, 2009).

6 RAZPRAVA

Preganjalne blodnje sodijo med primarne psihotične motnje, za katere so značilne zelo dobro sistematizirane in urejene blodnje, ki po vsebini niti niso tako nenavadne, spremlja pa jih njihov vsebinski afekt. V splošni populaciji so osrednja psihotična izkušnja, ki sodi na sam konec spektra paranoje. Opredeljenih je šest proksimalno vzročnih dejavnikov: pretirano razmišljanje o skrbeh, negativna prepričanja o samem sebi, medosebna občutljivost, motnje spanja, nepravilna doživljanja in sklepanje predsodkov. Vsak od teh ima verjetne mehanske povezave za nastanek paranoje in preganjalnih blodenj. Nanje lahko negativno vplivajo tudi številne socialne okoliščine, vključno z neželenimi dogodki kot je uporaba prepovedanih drog (Freeman, Garety, 2014; Štrukelj, 2009).

Medicinske sestre v zdravstveni negi na področju psihiatrije morajo biti ustrezno usposobljene, imeti spretnosti ter ustrezno znanje za delo s psihiatričnimi pacienti ter v to tudi zaupati (Huang et al., 2008). Pri svojem delu medicinska sestra opravlja več nalog. V raziskavi so Huang in sodelavci (2008) izpostavili naloge medicinske sestre kot so ocenjevalka, podpornica, vzgojiteljica, svetovalka, koordinatorica in druge, katere kažejo na to, da lahko medicinska sestra zagotavlja zdravstveno nego, ki ima veliko širši obseg, kot samo nadziranje zdravil in dajanje informacij. Medicinska sestra s pacientom oblikuje osebni odnos, temelječ na zaupanju, s katerim lahko izvaja celostno oskrbo bolnika ter spoštuje njegovo individualnost. Pacienti se v takem odnosu bolj sprostito ter lažje govorijo o stvareh, o katerih drugače sploh ne bi.

Razvijanje in poglobljanje takega odnosa zahteva natančen proces čustev, empatije, uravnoteženje in spoštovanje pri obravnavi pacienta. Te lastnosti so del edinstvene vloge psihiatrične medicinske sestre in ključnega pomena za pacienta (Moonen et al., 2015). Obvladovanje vseh teh spretnosti je lahko tudi za izkušeno medicinsko sestro zelo obremenjujoče in vodi k izgorevanju. Še zahtevnejše je za tiste medicinske sestre, ki nimajo tolikšne sposobnosti empatije, aktivnega poslušanja in samozavedanja paradigme terapevtskega in profesionalnega odnosa med medicinsko sestro in pacientom (Alexander et al., 2015).

Zaupen terapevtski odnos med medicinsko sestro in pacientom temelji tudi na dobri komunikaciji, saj je pri pacientih s preganjalnimi blodnjami zelo pomembno, kako z njimi govorimo. Ker je zanje značilno, da imajo izrazito negativna čustva, so manj samozavestni,

vase ne zaupajo, so samonapadalni, manj samokritični in na splošno slabega počutja, mora medicinska sestra pacienta najprej dobro spoznati in biti pozorna, kako se z njim pogovarja, saj lahko hitro povzroči agitiranost pacienta, kar sproži nove blodnje (Collet et al., 2016; Barut et al., 2015; Hutton et al., 2012).

Hutton in sodelavci (2012) so ugotovili, da so pacienti s preganjalnimi blodnjami bolj samonapadalni in sovražnejše narave kot zdravi ljudje. Napadalnost do samega sebe, zmanjšana samozavest in zmanjšanje samoreglativne samokritike so lahko faktorji za razvoj ali vzdrževanje preganjalnih blodenj. Zato mora biti medicinski sestri ključni cilj, da pacientu omogoči, da si oblikuje trdno prepričanje o trenutni varnosti, s čimer se tudi prepričanje o preganjalnih dejavnikih razkropi. Potrebno jih je naučiti, da se nič slabega ne zgodi. To učenje bi moralo omogočiti premik pozornosti od aktivacije negativnega sistema valence (Freeman et al., 2016).

Velikokrat imajo pacienti s preganjalnimi blodnjami manjši občutek pripadnosti. Počutijo se zoperstavljene in to jih pogosto privede do socialnega umika. Ugotovitve raziskave kažejo, da je občutek pripadnosti več kot socialni stik z drugimi. Medicinska sestra s pacientom komunicira in ga spodbuja, naj se vključi v dejavnosti z drugimi ljudmi, naj krepí socialne odnose, saj se bo tako počutil bolje. Vedno vključuje tudi pacientovo družino (Barut et al., 2015).

Medicinska sestra pacienta spremlja in opazuje, ugotavlja negovalne probleme in jih rešuje, saj lahko s tem znatno zmanjša preganjalne blodnje. Nespečnost je potencialni faktor za nastanek anksioznosti, depresije in zmotnega mišljenja kot je paranoja in preganjalne blodnje. Rezultati raziskave, v kateri je bila izpostavljena stopnja nespečnosti pri pacientih s preganjalnimi blodnjami, so pokazali povezavo med višjo stopnjo nespečnosti in preganjalnimi blodnjami. Nespečnost je najverjetneje najbolj spregledan problem pri pacientih s preganjalnimi blodnjami. Pomanjkanje spanja lahko povzroči zmedo v notranjem stanju posameznika, kar je v kontekstu tesnobe nepravilno pripisana zunanji grožnji (Freeman et al., 2008).

7 ZAKLJUČEK

S pregledom literature smo predstavili zdravstveno nego pacienta s preganjalnimi blodnjami ter opredelili vlogo medicinske sestre pri obravnavi takega pacienta, hkrati pa spoznali, kako pomemben je odnos medicinske sestre do pacienta.

Preganjalne blodnje so motnje mišljenja, pri katerih ima pacient občutek, da mu neprestano sledijo, preganjajo in želijo škodovati. Pacient je v blodnje prepričan, kar se odraža tudi na njegovem obnašanju. Prizadenejo ga na vseh življenjskih področjih in temeljnih življenjskih aktivnostih, še posebej pri psihosocialnih aktivnostih. Pacient postane nezaupljiv, neprestano živi v strahu in napetosti ter se umakne iz družbe, saj v ljudeh vidi potencialne sovražnike. Postane napadalen, tudi do samega sebe, nesamozavesten, počuti se ranljivejšega od drugih in še bolj obupanega.

V času hospitalizacije je medicinska sestra pogosto edina oseba, ki se sreča s pacientovim trpljenjem. Za dober odnos, komunikacijo in ne nazadnje tudi uspeh pri zdravljenju mora že s prvim srečanjem s pacientom vzpostaviti odnos, ki bo temeljil na zaupanju. Poleg tega mora imeti medicinska sestra tudi druge sposobnosti, kot so sposobnost empatije, aktivnega poslušanja in spoštovanja pacienta kot individualno osebnost. Mora ga dobro spoznati, spoznati njegove interese, hobije in aktivnosti, ki mu pomenijo sprostitev in razvedrilo. V proces zdravstvene nege vedno vključi tudi družino, saj je pogosto edino, kar pacientom ostane in mu je v oporo in spodbudo. Preko družine krepi komunikacijo, utrdi socialne stike in se uči sklepanja novih.

Medicinska sestra poskrbi, da se pacient udeležuje raznih dejavnosti in aktivnosti, da spoznava nove ljudi in s tem ohranja in navezuje nove stike. Ker so pacienti zaradi preganjalnih blodenj pogosto slabe volje, brez interesov za kakršne koli aktivnosti, medicinska sestra skuša ugotoviti, kaj pacienta veseli, katera dejavnost ga razveseli in poživi ter ga pri tem spodbuja.

Veliko avtorjev navaja za nastanek preganjalnih blodenj travme in zlorabe iz otroštva. Že v prvih letih otrokovega življenja moramo paziti, kako z njim ravnamo. Skozi njegovo odraščanje smo pozorni v kakšno družbo zahaja, ali je ustrahovan in zlorabljen, saj vse to lahko v odraščajoči in odrasli dobi privede do preganjalnih blodenj.

8 LITERATURA

Alexander V, Ellis H, Barrett B (2015). Medical-surgical nurses' perceptions of psychiatric patients: a review of the literature with clinical and practice applications. *Arc Psychiatr Nurs* 30(2016): 262–70. doi: 10.1016/j.apnu.2015.06.018.

Ashcroft K, Kingdon DG, Chadwick P (2012). Persecutory delusions and childhood emotional abuse in people with diagnosis of schizophrenia. *Psychosis* 4(2): 168–71. doi: 10.1080/17522439.2011.619012.

Avieli H, Muskhin P, Araten-Bergman T, Band-Winterstein T (2015). Aging with schizophrenia: a lifelong experience of multidimensional losses and suffering. *Arc Psychiatr Nurs* 30(2016): 230–6. doi: 10.1016/j.apnu.2015.11.005.

Barut JK, Dietrich MS, Zanoni PA, Ridner SH (2015). Sense of belonging and hope in the lives of persons with schizophrenia. *Arc Psychiatr Nurs* 30(2016): 178–84. doi: 10.1016/j.apnu.2015.08.009.

Bell V, Halligan PW, Ellis HD (2006). Explaining delusions: a cognitive perspective. *Trends Cogn Sci* 5(10): 219–26. doi: 10.1016/j.tics.2006.03.004.

Bora E (2015). Neurodevelopmental origin of cognitive impairment in schizophrenia. *Psychol Med* 45(1): 1–9. doi: 10.1017/S0033291714001263.

Boyd T, Gumley A (2007). An experiential perspective on persecutory paranoia: a grounded theory construction. *Psychol Psychother* 80(1): 1–22. doi: 10.1348/147608306XI00536.

Campbell MLC, Morrison AP (2007). The subjective experience of paranoia: comparing the experience of patients with psychosis and individuals with no psychiatric history. *Clin Psychol Psychother* 14(2007): 63–77. doi: 10.1002/cpp.510.

Chan CWH (2006). Psychoeducational intervention: a critical review of systematic analyses. *Clin Eff Nurs* 9(2005): 101–11.

Collett N, Pugh K, Waite F, Freeman D (2016). Negative cognitions about the self in patients with persecutory delusions: an empirical study of self-compassion, self-stigma, schematic beliefs, self-esteem, fear of madness, and suicidal ideation. *Psychiatry Res* 239(2016): 79–84. doi: 10.1016/j.psychres.2016.01.043.

Delić M, Kastelic A (2009). Uživanje drog in pridružene duševne motnje. In Pregelj P, Kobentar R, eds. *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju*. 1.izd. Ljubljana: Rokus Klett, 148–51.

Dernovšek MZ (2013). Simptomi in znaki duševnih motenj. In: Pregelj P, Kores Plesničar B, Tomori M, Zalar B, Ziherl S, eds. *Psihijatrija*. Prva izdaja. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana, 100–39.

Dickson JM, Barsky J, Kinderman P, King D, Taylor PJ (2016). Early relationship and paranoia: qualitative investigation of childhood experiences associated with the development of persecutory delusiond. *Psychiatry Res* 238(2016): 40–5. doi: 10.1016/j.psychres.2016.02.006.

Duschek S, Hoffmann A, Reyes del Paso GA (2016). Affective impairment in chronic low blood pressure. *J Psychosom Res* 93(2017): 33 – 40. doi: 10.1016/j.jpsychores.2016.12.008. Dostopno na: http://ac.els-cdn.com/nukweb.nuk.uni-lj.si/S0022399916305852/1-s2.0-S0022399916305852-main.pdf?_tid=dee80430-6402-11e7-ac26-00000aab0f6c&acdnat=1499535095_a9fe261475a750e4f6f80b7ac79b6e0b <08. 07. 2017>.

Fink A, Kobilšek PV (2013). *Zdravstvena nega pacienta pri življenjskih aktivnostih*. 1. izdaja. Ljubljana: Grafenauer, 9–261.

Fowler D, Hodgekins J, Garety P et al. (2012). Negative cognition, depressed mood and paranoia: a longitudinal pathway analysis using structural equation modeling. *Schizophr Bull* 38(5): 1063–73. doi: 10.1093/schbull/sbr019.

Freeman D (2006). Suspicious minds: The psychology of persecutory delusions. *Clin Psychol Rev* 27(2007): 425–57. doi: 10.1016/j.cpr.2006.10.004.

Freeman D, Brugha T, Meltzer H, Jenkins R, Stahl D, Bebbington P (2010). Persecutory ideations and insomnia: findings from the second British National survey of psychiatric morbidity. *J Psychiatr Res* 44(2010): 1021–6. doi: 10.1016/j.jpsychires.2010.03.018.

Freeman D, Fowler D (2009). Routes to psychotic symptoms: trauma, anxiety and psychosis-like experiences. *Psychiatry Res* 169(2009): 107 – 12. doi: 10.1016/j.psychres.2008.07.009.

Freeman D, Garety P (2014). Advances in understanding and treating persecutory delusions: a review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 49(2014): 1179–89. doi: 10.1007/s00127-014-0928-7.

Freeman D, Pugh K, Vorontsova N, Southgate L (2008). Insomnia and paranoia. *Schizophr Res* 108(2009): 280–4. doi: 10.1016/j.schres.2008.12.001.

Freeman D, Stahl D, McManus S et al. (2011). Insomnia, worry, anxiety and depression as predictors of the occurrence and persistence of paranoid thinking. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 47(2012): 1195–203. doi: 10.1007/s00127-011-0433-1.

Freeman D, Startup H, Dunn G et al. (2013b). Persecutory delusions and psychological well-being. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 49(2014): 1045–50. doi: 10.1007/s00127-013-0803-y.

Freeman D, Thompson C, Vorontsova N et al. (2013a). Paranoia and post-traumatic stress disorder in the months after a physical assault: a longitudinal study examining shared and differential predictors. *Psychol Med* 43(2013): 2673 – 84. doi: 10.1017/S003329171300038X.

Freeman D, Waite F, Emsley R et al. (2016). The efficacy of a new translational treatment for persecutory delusions: study protocol for a randomised controlled trial (The felling safe study). *BioMed Central* 17(2016): 2–8. doi: 10.1186/s13063-016-1245-0. Dostopno na: <http://trialsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13063-016-1245-0> <11. 4. 2016>.

Garety PA, Freeman D (2013). The past and the future of delusions research: from the inexplicable to the treatable. *B J Psych* 203(2013): 327 – 33. doi: 10.1192/bjp.bp.113.126953.

Gnezda S (2009). Zgodovina psihiatrične zdravstvene nege. In: Pregelj P, Kobentar R, eds. *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju*. 1. izd. Ljubljana: Rokus Klett, 14–8.

Gleeson PC, Worsley R, Gavrilidis E et al. (2016). Menstrual cycle characteristics in women with persistent schizophrenia. *Aust N Z J Psychiatry* 50(5): 481–7. doi: 10.1177/0004867415590459.

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

Gracie A, Freeman D, Green S et al. (2007). The association between traumatic experience, paranoia and hallucinations test of the predictors of psychological models. *Acta Psychiatr Scand* 116(2007): 280–9. doi: 10.1111/j.1600-0447.2007.01011.x.

Green D (2014). Supporting an individual in maintaining personal hygiene. *NRC* 16(11): 646–9. doi: 10.12968/nrec.2014.16.11.646.

Hajdinjak G, Meglič R (2012). *Sodobna zdravstvena nega*. 2. dopolnjena izd. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta, 15.

Heald A, Pendlebury J, Anderson S et al. (2017). Lifestyle factors and the metabolic syndrome in schizophrenia: a cross-sectional study. *Ann Gen Psychiatry* 16(12): 1–7. doi: 10.1186/s12991-017-0134-6.

Huang XY, Ma WF, Shih HH, Li HF (2008). Roles and functions of community mental health nurses caring for people with schizophrenia in Taiwan. *J Clin Nurs* 17(2008): 3030–40. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02426.x.

Hutton P, Kelly J, Lowens I, Taylor PJ, Tai S (2012). Self-attacking and self-reassurance in persecutory delusions: a comparison of healthy, depressed and paranoid individuals. *Psychiatry Res* 205(2013): 127–36. doi: 10.1016/j.psychres.2012.08.010.

Kissane DW (2012). The relief of existential suffering. *Arch Intern Med* 172(19): 1501–5. doi: 10.1001/archinternmed.2012.3633.

Kobentar R (2009). Zdravstvena nega pacienta z neželenimi učinki psihotropnih zdravil. In: Pregelj P, Kobentar R, eds. *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju*. 1. izd. Ljubljana: Rokus Klett, 415–21.

Kogoj A (2013). Duševne motnje v starosti. In: Pregelj P, Kores Plesničar B, Tomori M, Zalar B, Ziherl S, eds. *Psihiatrija*. Prva izdaja. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana: 157–63.

Kores Plesničar B (2013). Shizofrenija in blodnjave motnje. In: Pregelj P, Kores Plesničar B, Tomori M, Zalar B, Ziherl S, eds. *Psihiatrija*. Prva izdaja. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana: 195–217.

Koyanagi A, Stickley A, Haro JM (2016). Psychotic-like experiences and disordered eating in the English general population. *Psychiatry Res* 241 (2016): 26 – 34. doi: 10.1016/j.psychres.2016.04.045. Dostopno na: http://ac.els-cdn.com/nukweb.nuk.uni-lj.si/S0165178115303474/1-s2.0-S0165178115303474-main.pdf?_tid=ab45fe32-63ff-11e7-9037-00000aacb361&acdnat=1499533720_5a4bbb5dc537d7eff1bde30b615ce43d <08. 07. 2017>.

Lopez BC (2013). Differences between victims of bullying and nonvictims on levels of paranoid ideation and persecutory symptoms, the presence of aggressive traits, the display of social anxiety and the recall of childhood abuse experiences in a Portuguese mixed clinical sample. *Clin Psychol Psychother* 20(2013): 254–66. doi: 10.1002/cpp.800.

Lyu J, Zhang J (2014). Characteristics of schizophrenia suicides compared with suicides by other diagnosed psychiatric disorders and those without a psychiatric disorder. *Schizophr Res* 155(2014): 59–65. doi: 10.1016/j.schres.2014.02.018.

Mlakar J (2009). Čustvovanje – osnovni pojmi. In: Pregelj P, Kobentar R, eds. Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju. 1. izd. Ljubljana: Rokus Klett, 191–6.

Moonen C, Lemiengre J, Gastmans C (2015). Dealing with Existential Suffering of patients with severe persistent mental illness: experiences of psychiatric nurses in Flanders (Belgium). *Arch Psychiatr Nurs* 30(2016): 219–25. doi: 10.1016/j.apnu.2015.10.005.

Myers E, Startup H, Freeman D (2011). Cognitive behavioural treatment of insomnia in individuals with persistent persecutory delusions: a pilot trial. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 42(2011): 330–6. doi: 10.1016/j.jbtep.2011.02.004.

Perez DL, Pan H, Weisholtz DS et al. (2015). Altered threat and safety neural processing linked to persecutory delusions in schizophrenia: a two-task fMRI study. *Psychiatry Res* 233(2015): 352–66. doi: 10.1016/j.psychres.2015.06.002.

Pittig A, Arch JJ, Lam CWR, Craske MG (2012). Heart rate and heart rate variability in panic, social anxiety, obsessive-compulsive, and generalized anxiety disorders at baseline and in response to relaxation and hyperventilation. *Int J Psychophysiol* 87(2013): 19–27. doi: 10.1016/j.ijpsycho.2012.10.012.

Quevedo-Florez L, Granada-Romero J, Camargo-Arenas JF (2017). Atypical neuroleptic malignant syndrome associated with use of clozapine. *Case Rep Emerg Med* 2017(2017): 1–3. doi: 10.1155/2017/2174379.

Rhodes J, Jakes S, Robinson J (2005). A qualitative analysis of delusional content. *Journal of Mental Health* 14(4): 383–98. doi: 10.1080/09638230500195445.

Riechenberg A (2010). The assessment of neuropsychological functioning in schizophrenia. *Dialogues Clin Neurosci* 12(3): 383 – 92. Dostopno na: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3181984/#? <13. 1. 2017>](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3181984/#?<13.1.2017>).

Rus Makovec M (2009). Z alkoholom povzročene duševne motnje. In: Pregelj P, Kobentar R, eds. Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju. 1. izd. Ljubljana: Rokus Klett, 129–33.

Shevlin M, McAnee G, Bental RP, Jamie M (2015). Specificity of association between adversities and the occurrence and co-occurrence paranoia and hallucinations: evaluating the stability of childhood risk in an adverse adult environment. *Psychosis* 7(3): 206–16. doi: 10.1080/17522439.2014.980308.

Sitko K, Bentall RP, Shevlin M, O'Sullivan N, Sellwood W (2014). Associations between specific psychotic symptoms and specific childhood adversities are mediated by attachment styles: an analysis of the National Comorbidity Survey. *Psychiatry Res* 217(2014): 202–9. doi: 10.1016/j.psychres.2014.03.019.

Strand J, Olin E, Tidefors I (2013). »I divide life into different dimensions, one mental and one physical, to be able to handle life, you know?« subjective accounts of the content of psychotic symptoms. *Clin Psychol Psychother* 22(2015): 106–15. doi: 10.1002/cpp.1872.

Štrukelj K (2009). Druge psihotične motnje. In: Pregelj P, Kobentar R, eds. *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju*. 1. izd. Ljubljana: Rokus Klett, 173–8.

Wahl OF (2012). Stigma as a barrier to recovery from mental illness. *Trends Cogn Sci* 1(16): 9–10. doi: 10.1016/j.tics.2011.11.002.

Wickham S, Sitko K, Bentall RP (2015). Insecure attachment is associated with paranoia but not hallucinations in psychotic patients: the mediating role of negative self-esteem. *Psychol Med* 45(7): 1–13. doi: 10.1017/S0033291714002633.