

PIEŁĘGNIARSTWO PSYCHIATRYCZNE

SKRYPT AKADEMICKI

dla studentów studiów licencjackich
na kierunku Pielęgniarstwo

Grażyna Wiraszka

dr n. med. mgr pielęgniarstwa

Katedra Pielęgniarstwa i Położnictwa WNoZ

SPIS TREŚCI

ROZDZIAŁ I ORGANIZACJA SYSTEMU OPIEKI PSYCHIATRYCZNEJ W POLSCE 1. Koncepcje zdrowia psychicznego.....4 2. Zdrowie a zaburzenie psychiczne / choroba.....5 3. Zdrowie psychiczne w świetle danych epidemiologicznych.....8 4. Ochrona zdrowia psychicznego.....10 5. Formy i modele opieki psychiatrycznej w Polsce.....13 6. Zasady przyjęcia chorego do szpitala psychiatrycznego w świetle ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz reakcje chorego na hospitalizację.....17
ROZDZIAŁ II PROCES PIELEGNOWANIA JAKO METODA PRACY PIELEGNIARKI PSYCHIATRYCZNEJ 1. Podstawy procesu pielęgnowania w opiece psychiatrycznej.....20 2. Metody gromadzenia i zakres danych o pacjencie21 dla potrzeb pielęgniarstwa psychiatrycznego 3. Diagnoza w pielęgniarstwie psychiatrycznym.....31
ROZDZIAŁ III PIELEGNOWANIE CHOREGO Z ZABURZENIAMI SPOSTRZEGANIA I MYŚLENIA - ZESPÓŁ PSYCHOPATOLOGICZNY OMAMOWO - UROJENIOWY 1. Zaburzenia spostrzegania i myślenia jako podstawowe objawy psychopatologiczne.....34 2. Zespoły psychopatologiczne.....37 3. Zasady pielęgnowania chorego oraz komunikowania terapeutycznego w zespole omamowo-urojeniowym38
ROZDZIAŁ IV PIELEGNOWANIE CHOREGO Z ZABURZENIAMI AFEKTYWNYMI - ZESPOŁEM DEPRESYJNYM I MANIAKALNYM 1. Zaburzenia afektywne – wprowadzenie.....45 2. Pielęgnowanie chorego z zespołem depresyjnym oraz zasady komunikowania terapeutycznego47 3. Pielęgnowanie chorego z zespołem maniakalnym56
ROZDZIAŁ V PIELEGNOWANIE CHOREGO Z ZABURZENIAMI LĘKOWYMI 1. Zaburzenia lękowe – informacje wprowadzające.....62

2. Charakterystyka wybranych zaburzeń lękowych	63
3. Postępowanie pielęgniarskie w zespole lękowym.....	66
ROZDZIAŁ VI	
ZASADY POSTĘPOWANIA PIELĘGNIARSKIEGO W WYBRANYCH STANACH NAGŁYCH W PSYCHIATRII	
1. Stany nagłe w psychiatrii – wprowadzenie.....	70
2. Zadania w opiece nad pacjentem z myślami i tendencjami suicydalnymi.....	70
3. Problem agresji w opiece psychiatrycznej - zasady postępowania pielęgniarskiego.....	75
ROZDZIAŁ VII	
PIELĘGNOWANIE CHOREGO ZE SCHIZOFRENIĄ	
1. Zakres danych dla potrzeb pielęgnowania wynikających z symptomatologii i typów schizofrenii	83
2. Zasady i kierunki opieki pielęgniarskiej.....	87
ROZDZIAŁ VIII	
LECZENIE KOMPLEKSOWE W PSYCHIATRII – ROLA PIELĘGNIARKI	
1. Podstawy leczenia kompleksowego i farmakoterapii.....	90
2. Rola i udział pielęgniarki w leczeniu farmakologicznym.....	96
3. Rola i udział pielęgniarki w sejsmoterapii.....	106
4. Udział pielęgniarki w psychoterapii.....	113
5. Udział pielęgniarki w socjoterapii i rehabilitacji.....	123
PIŚMIENNICTWO	131
ANEKS	
Załącznik 1. Skala Oceny Społecznego Zachowania się Pacjenta wg Winga..	134
Załącznik 2. Skala Depresji Becka	137
Załącznik 3. Edynburska Skala Depresji Poporodowej	140

ROZDZIAŁ I

ORGANIZACJA SYSTEMU OPIEKI PSYCHIATRYCZNEJ W POLSCE

1. KONCEPCJE ZDROWIA PSYCHICZNEGO

Próby definiowania zdrowia psychicznego podejmowane są przez wielu autorów, jednak wieloznaczność pojęcia powoduje ich różnorodność i brak jednej ogólnie przyjętej definicji. W niniejszym rozdziale omówione zostanie rozumienie zdrowia psychicznego w różnych koncepcjach i teoriach zdrowia.

Komponenty zdrowia psychicznego

Mówiąc o zdrowiu psychicznym możemy w nim wyróżnić **2 jego komponenty**:

- **Zdrowie umysłowe** (mentalne) - zdolność do logicznego i jasnego myślenia
- **Zdrowie emocjonalne** - zdolność do rozpoznawania przeżywanych uczuć i wyrażania ich w adekwatny sposób oraz umiejętność radzenia sobie ze stresem, napięciami, lękami, depresją.

Wymiary zdrowia psychicznego

Korkeila [9] w oparciu o wskaźniki zdrowia psychicznego wyróżnia 2 jego wymiary – pozytywny i negatywny.

- **Wymiar pozytywny** jest zespołem właściwości emocjonalnych i osobowościowych które pozwalają na radzenie sobie i zachowanie zdrowia w sytuacjach zagrażających. Do właściwości tych należy m.in.:
 - Wysoki poziom samooceny
 - Poczucie własnej skuteczności
 - Poczucie koherencji
- **Wymiar negatywny** to opis zaburzeń psychicznych w oparciu o obowiązujące klasyfikacje.

Zdrowie psychiczne w modelu holistycznym

Współcześnie obowiązujący w medycynie model zdrowia ujmowany jest w koncepcji holistycznej (*holos z gr. cały - całościowe podejście do problemu zdrowia i choroby*) wyrażony został m.in. w latach 40-ych XX wieku w **definicji zdrowia podanej przez WHO**:

**„Zdrowie to pełny dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny
a nie tylko brak choroby czy niepełnosprawności”.**

W koncepcji tej podkreślono:

- Że zdrowie psychiczne stanowi integralny element zdrowia człowieka i jest ono powiązane z pozostałymi jego obszarami – zdrowiem fizycznym, czy społecznym,

- Nerozerwalność wymienionych aspektów zdrowia,
- Że zajmując się zdrowiem psychicznym musimy je analizować w kontekście zdrowia fizycznego, społecznego czy duchowego,
- Znaczenie dobrostanu (psychicznego, fizycznego itd.) w ocenie stanu zdrowia.

Negatywne definiowanie zdrowia psychicznego - ujęcie biomedyczne

W ujęciu biomedycznym rozumienie zdrowia (również psychicznego) przeciwstawiane jest chorobie i określane jest jako:

Brak objawów (psychopatologicznych) i procesu chorobowego (zaburzeń i chorób psychicznych).

Takie rozumienie zdrowia:

- Jest podejściem negatywnym do zdrowia; zdrowie nie jest bowiem definiowane jako takie, ale przez brak choroby.
- Człowiek zdrowy psychicznie to ten, u którego nie rozpoznaje się choroby, także wtedy, gdyby nie był zadowolony ze swojego życia i zdrowia.
- Spotkało się z dużą krytyką, granica między zdrowiem i chorobą bowiem nie jest ostra, istnieje zawsze dość szeroka, "strefa pogranicza".

Pozytywne ujęcia zdrowia psychicznego

Wymiar pozytywny zdrowia psychicznego określany jest jako zespół właściwości emocjonalnych i osobowościowych umożliwiających radzenie sobie z trudnościami[Sok].Przykładem pozytywnego podejścia do rozumienia zdrowia psychicznego jest definicja podana przez WHO:

„Zdrowie psychiczne to stan dobrego samopoczucia, w którym jednostka zdaje sobie sprawę z własnych możliwości, radzi sobie z normalnymi stresami życiowymi, może produktywnie pracować i może wnieść wkład w swoją społeczność”

2. ZDROWIE A ZABURZENIE PSYCHICZNE / CHOROBA

Determinanty zdrowia psychicznego i jego zaburzeń

Na zdrowie i dobre samopoczucie psychiczne mają wpływ nie tylko cechy indywidualne, ale także okoliczności społeczne, w jakich ludzie się znajdują i środowisko, w którym żyją. Te determinanty oddziałują dynamicznie i **mogą zagrażać zdrowiu psychicznemu lub chronić stan psychiczny jednostki**. Do czynników tych należą:

- **Czynniki psychologiczno-społeczne** (cechy osobowości, postawy, relacje z innymi ludźmi, sposoby radzenia sobie ze stresem i konfliktami, sytuacja rodzinna, zawodowa, środowiskowa)
- **Czynniki biologiczne** (podłoże somatyczne, psychofizjologiczne, biochemiczne)

- **Czynniki endogenne** (dziedziczno-konstytucjonalne uwarunkowania)

Uwarunkowania zdrowia psychicznego wg WHO

Indywidualne cechy i zachowania

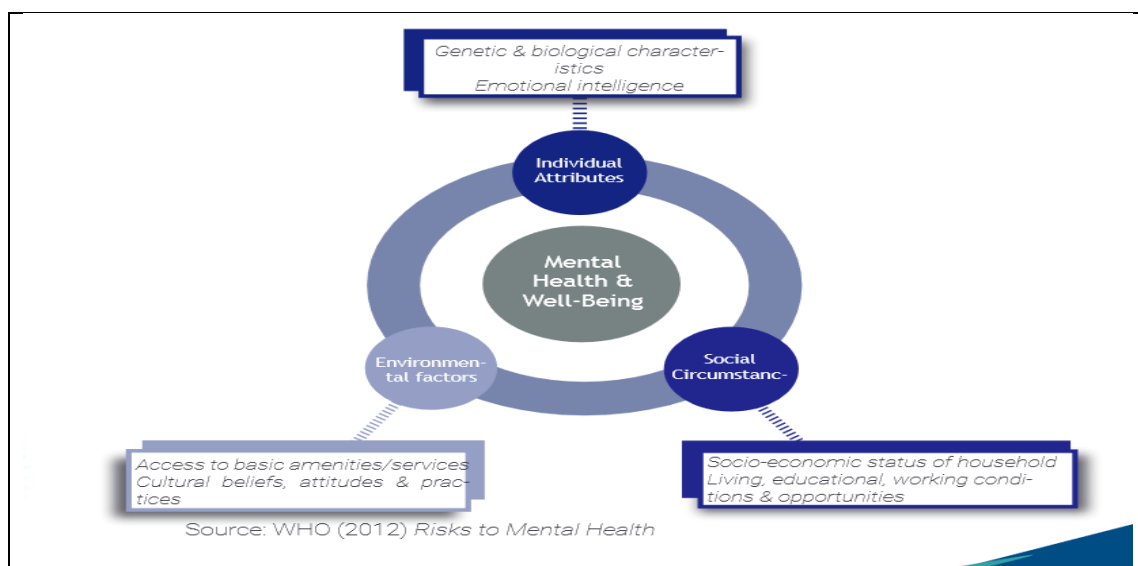
- Odnoszą się do umysłu i umiejętności radzenia sobie z myślami i uczuciami oraz radzenia sobie w życiu codziennym („inteligencja emocjonalna”), a także do radzenia sobie ze światem społecznym poprzez udział w działaniach społecznych, biorąc odpowiedzialność lub szanując poglądy innych („inteligencja społeczna”).
- Na stan zdrowia psychicznego danej osoby mogą również wpływać czynniki genetyczne i biologiczne; to znaczy determinanty, z którymi ludzie się rodzą, w tym anomalie chromosomalne.

Uwarunkowania społeczne i ekonomiczne

- Bezpośrednie otoczenie społeczne - w tym możliwość zaangażowania się w relacje z członkami rodziny, przyjaciółmi lub współpracownikami,
- Okoliczności społeczno-ekonomiczne w którym się znajdują
- Ważnymi czynnikami są ograniczone lub utracone możliwości zdobycia wykształcenia i uzyskania dochodu.

Czynniki środowiskowe

Szeroko rozumiane środowisko społeczno-kulturowe i geopolityczne, w którym żyją ludzie, w tym poziom dostępu do podstawowych towarów i usług (woda, podstawowe usługi zdrowotne), narażenie na dominujące przekonania kulturowe, a także polityki społeczno-gospodarcze kształtowane na szczeblu krajowym; na przykład oczekuje się, że trwający globalny kryzys finansowy będzie miał znaczące konsekwencje dla zdrowia psychicznego, w tym zwiększone wskaźniki samobójstw i szkodliwego spożywania alkoholu. Dyskryminacja, nierówność społeczna lub płciowa oraz konflikty to przykłady niekorzystnych strukturalnych determinant dobrostanu psychicznego.

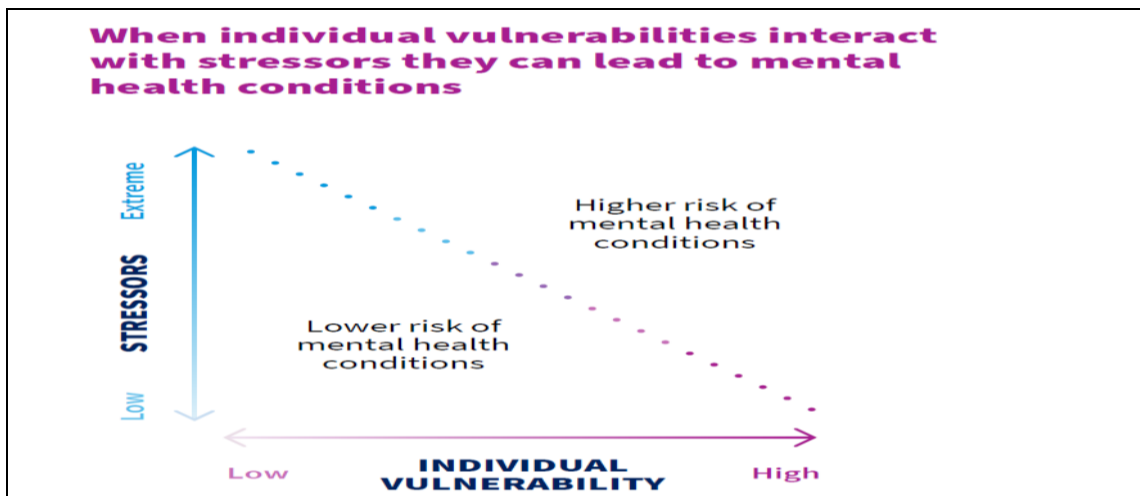


Rycina 1. Risks to Mental Health - WHO, 2012 [Źródło: WHO]

Obecnie czynniki zagrażające zdrowiu psychicznemu i mające znaczenie w powstawaniu schorzeń psychicznych rozpatruje się w modelu polietiologicznym. Kilka czynników nakładających się na siebie leży przeważnie u podstaw ujawnienia się choroby (schemat).

Znaczenie stresu w etiologii zaburzeń psychicznych

- W Raporcie WHO „*World mental health report*” (2022), wskazuje się, iż stan zdrowia psychicznego wynika z interakcji między podatnością jednostki a stresem spowodowanym przez wydarzenia życiowe i przewlekłe stresory. Indywidualna podatność na zachorowanie w interakcji z czynnikami stresogennymi, może doprowadzić do zaburzeń zdrowia psychicznego (rycina) [87].
- Mają tu znaczenie różne sytuacje, jak np. nagłe czy trudne wydarzenia życiowe (śmierć, choroba, podjęcie pierwszej pracy czy jej utrata), czy sytuacje o przewlekłym działaniu (np. napięta atmosfera rodzinna, stresująca praca itp.).



Rycina 2. Stres a zaburzenia zdrowia psychicznego [Źródło: WHO, 2022]

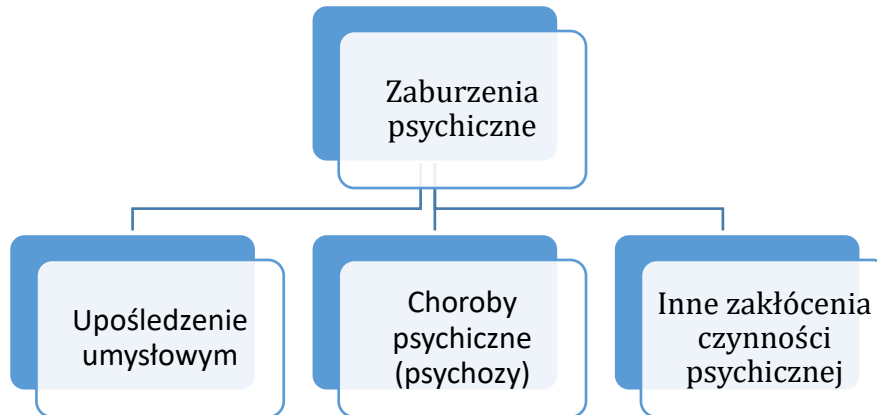
- Gdy natężenie stresu spowodowanego zdarzeniami życiowymi przekracza próg umiejętności radzenia sobie, zwiększa się ryzyko rozwoju objawów choroby. Jest on szczególnie niebezpieczny gdy nakłada się on na podatność genetyczną.
- Stresowi mogą przeciwdziałać czynniki ochronne (wsparcie, umiejętności społeczne czy leczenie).

Zaburzenia psychiczne w świetle Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego

Obowiązująca w Polsce Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego (19 sierpień 1994 z późn. zm.) kierowana jest do osób **z zaburzeniami psychicznymi**, wśród których wymienia się osoby:

- Upośledzone umysłowo,
- Chore psychicznie - wykazujące zaburzenia psychotyczne (*choroba psychiczna – psychoza, zespoły psychotyczne**),
- Wykazujące inne zakłócenia czynności psychicznej (*zespoły niepsychotyczne**).

*wyjaśnienie autora



Rycina 3. Zaburzenia psychiczne [opracowanie własne]

Zaburzenia psychiczne niepsychotyczne

- Są to ilościowe zmiany w aktywności psychicznej człowieka charakteryzujące się subiektywnym poczuciem utraty dotychczasowej harmonii intrapsychicznej i równowagi nerwowych.
- Człowiek nie traci tu jednak nigdy najwyższego sternictwa psychicznego, potrafi zmobilizować w większym lub mniejszym stopniu mechanizmy kompensacyjne, które umożliwiają mu przynajmniej na jakiś czas dostateczne przystosowanie środowiskowe.
- Nie występują tu nigdy objawy psychopatologiczne (iluzje patologiczne, omamy, urojenia)

Zaburzenia psychiczne psychotyczne

- To choroba psychiczna (psychosis, psychoza)
- Są to jakościowe zmiany w globalnej aktywności człowieka. Zmienia się w sposób zasadniczy myślenie, życie uczuciowe, wola, intelekt, formy zachowania i postępowania, a nawet świadomość prowadzących do znacznych niekiedy zaburzeń zachowania w środowisku społecznym
- Człowiek traci najwyższe sternictwo psychiczne
- Pojawiają się objawy psychopatologiczne
- Choroba psychiczna jest zjawiskiem negatywnym, tzn. sprawia, że dotychczasowa najwyższa aktywność psychiczna zajmuje aktywność ewolucyjnie niższa.

3. ZDROWIE PSYCHICZNE W ŚWIETLE DANYCH EPIDEMIOLOGICZNYCH

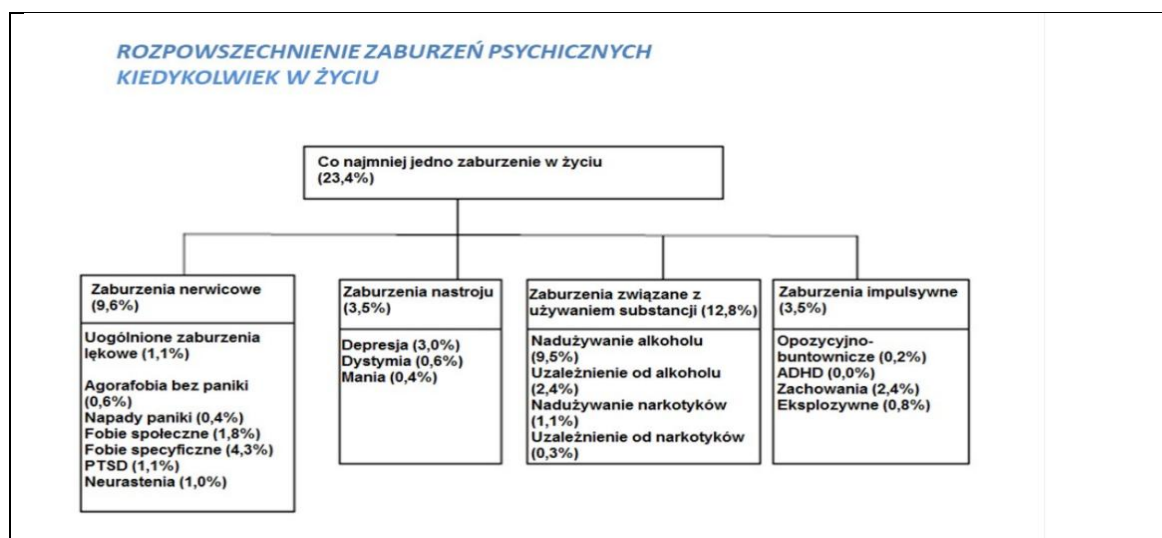
WYSTĘPOWANIE ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH

Tendencje wzrostowe zachorowań w ostatnich dekadach

W Europie jak też w Polsce na przestrzeni ostatnich kilkunastu lat obserwuje się stały wzrost występowania zaburzeń psychicznych:

- **Badania WHO Europe dla krajów Europy** (nie tylko Unii) wskazują, że pomiędzy rokiem 2005 i 2015 nastąpił wzrost rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych o 16%,
- **W Europie** około 27% dorosłych mieszkańców Europy doświadcza każdego roku zaburzenia zdrowia psychicznego; Zaburzenia te najczęściej mają charakter **lękowy i depresyjny**.
- **Zgodnie z przewidywaniami WHO** spodziewać się należy dalszego wzrostu w następnych latach w obliczu wzmożonego ryzyka ze strony czynników niekorzystnych, jak również w związku ze starzeniem się społeczeństw w wielu krajach.
- Obecnie WHO wymienia **zaburzenia psychiczne jako jedną z pięciu poważnych zagrożeń cywilizacyjnych** – po chorobach układu krążenia, nowotworach, układu oddechowego i cukrzycy

Sytuacja w Polsce



Rycina 4. Rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych w Polsce [Źródło – EZOP Polska]

Wg danych EZOP („Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępu do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska”) u **23,4%** badanych osób (**18-64 r.ż.**) rozpoznano w ciągu życia przynajmniej jedno zaburzenie psychiczne z 18 zaburzeń

zdefiniowanych wg Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10 i Klasyfikacji Zaburzeń Psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-IV.

- U około **10% badanej** populacji stwierdzono **zaburzenia lękowe**, wśród których do najczęstszych należały fobie specyficzne (4,3%) i fobie społeczne (1,8%).
- Natomiast **zaburzenia nastroju** wśród zgłaszanych dolegliwości stanowią **łącznie 3,5%**, w tym **aż 3% stanowi depresja**. Należy zaznaczyć, że depresja przez wzrost rozpowszechnienia staje się coraz bardziej istotnym problemem zdrowotnym oraz społecznym.
- Dużą grupę zaburzeń stanowią zaburzenia związane z **używaniem alkoholu - 11,9%**

Wzrostowy trend występowania zaburzeń zdrowia psychicznego wyjaśnia się znaczną rolą **czynników środowiskowych** związanych z postępowaniem cywilizacyjnym:

- Szybkie tempo życia i ciągle zwiększające się potrzeby,
- Warunki społeczno-ekonomiczne – bezrobocie, bieda, wysokie wymagania na rynku pracy i chęć sprostania im,
- Nasilające się zjawiska agresji, przemocy
- Postęp technologiczny - szeroki i nieograniczony dostęp do różnych źródeł informacji (internet),
- Zmiana sposobu życia (izolacja),
- Szeroki dostęp do środków uzależniających.

4. OCHRONA ZDROWIA PSYCHICZNEGO

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego z dnia 19 sierpnia 1994 roku (z późn. zm.)

Zakres regulacji zawartych w Ustawie

W Ustawie o ochronie zdrowia psychicznego uregulowano i opisano poniższe aspekty związane ze zdrowiem psychicznym, leczeniem i opieką:

- Zakres ochrony zdrowia psychicznego,
- Podstawowe pojęcia
- Udział opieki społecznej (DPS) w organizowaniu oparcia społecznego
- Charakter działalności Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego
- Warunki w jakich wolno ograniczać swobodę chorego
- Zasady przyjęcia do szpitala psychiatrycznego i wypisu, z uwzględnieniem braku zgody na leczenie
- Zasady przyjęcia do DPS
- Zasady postępowania przed sądem opiekuńczym
- Zasady badania psychiatrycznego, leczenia, rehabilitacji, opieki i pomocy
- Prawa pacjenta

- Zasady zachowania tajemnicy zawodowej
- Przepisy karne

Ochrona zdrowia psychicznego wg Ustawy

W ustawie określono, iż zdrowie psychiczne jest „fundamentalnym dobrem osobistym człowieka” a jego ochrona polega na:

- 1) Promocji zdrowia psychicznego i zapobieganiu zaburzeniom psychicznym
 - Działania te są podejmowane przede wszystkim wobec dzieci, młodzieży, osób starszych i znajdujących się w sytuacjach stwarzających zagrożenie dla ich zdrowia psychicznego,
- 2) Zapewnieniu osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym,
- 3) Kształtowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych, a zwłaszcza:
 - Zrozumienia,
 - Tolerancji i życzliwości,
 - A także przeciwdziałaniu ich dyskryminacji.

Prawa pacjenta w świetle ustawy

- Do bezpłatnych świadczeń i zaopatrzenia w środki i materiały medyczne w szpitalu
- Kontaktu bez ograniczeń z rodziną i innymi osobami
- Informacji o zamiarze zastosowania przymusu bezpośredniego
- Wyrażania zgody lub odmowy na przyjęcie do szpitala psychiatrycznego (z wyłączeniem pewnych sytuacji)
- Tajemnicy korespondencji
- Okresowego przebywania poza szpitalem bez wypisywania, za zgodą ordynatora
- Ochrony informacji o pacjencie
- Nie podporządkowywania rehabilitacji celom gospodarczym
- Prawo do pomocy w ochronie praw chorego i jego opiekunów
- Prawo do informacji na temat działalności Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego i kontaktu z nim
- Prawo do złożenia skargi pisemnej i uzyskania odpowiedzi

Tajemnica zawodowa w świetle ustawy

- Personel zobowiązany jest do zachowania w tajemnicy wszystkich informacji, jakie uzyska w trakcie sprawowania opieki
- Z obowiązku tego zwolniony jest w odniesieniu
 - Do lekarza sprawującego opiekę nad pacjentem
 - Organów administracji rządowej lub samorządowej w zakresie niezbędnym do wykonywania zadań z zakresu pomocy społecznej

- Do osób współuczestniczących w sprawowaniu opieki społecznej
- Do służb ochrony państwa w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia postępowania sprawdzającego
- Personel nie może zapisywać w dokumentacji oświadczeń pacjenta dotyczących przyznania się do popełnienia czynu zabronionego pod groźbą kary
- Personel nie może zeznawać (nie może być przesłuchiwany) w związku z wypowiedzią chorego na temat czynu karalnego

Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego (2023-2030)

Cele POZP

1. Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi, w tym osobom uzależnionym oraz doświadczającym kryzysu psychicznego, wszechstronnej i kompleksowej opieki i wsparcia adekwatnych do ich potrzeb; w tym. m.in.:
 - Upowszechnienie zintegrowanego i kompleksowego modelu ochrony zdrowia psychicznego w oparciu o model **opieki środowiskowej**;
 - Upowszechnienie zróżnicowanych **form pomocy i oparcia społecznego**, aktywizacja zawodowa i społeczna osób z zaburzeniami psychicznymi; skoordynowanie dostępnych form opieki i wsparcia,
 - Udzielanie wsparcia psychologiczno-pedagogicznego dzieciom, uczniom, rodzicom i nauczycielom,
 - Opracowanie i wdrożenie nowego, zintegrowanego i kompleksowego modelu opieki nad osobami uzależnionymi i ich bliskimi,
 - Upowszechnienie rekomendowanych założeń do programów terapeutycznych dla dzieci i młodzieży problemowo korzystających z nowych technologii cyfrowych,
2. Prowadzenie działań na rzecz zapobiegania stygmatyzacji i dyskryminacji osób z zaburzeniami psychicznymi.
 - Prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych dotyczących przedstawiania wizerunku osób z zaburzeniami psychicznymi w mediach,
 - Prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych dotyczących konieczności respektowania praw osób z zaburzeniami psychicznymi

ZASADY ETYCZNE W PSYCHIATRYCZNEJ OPIECE PIELEGNIARSKIEJ

Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej

W opiece psychiatrycznej obowiązują wszystkie zasady zawarte w Kodeksie. Na szczególną uwagę z racji specyfiki zaburzeń psychicznych, zasługują poniżej wymienione wytyczne do opieki:

- Obrona praw i swobód pacjenta (*często psychicznie chory nie jest w stanie sam upominać się o swoje prawa*),
- Ochrona zachowań chorego przed niepowołanymi osobami,

- Zachowanie tajemnicy zawodowej

Przesłanie do pielęgniarki (American Journal of Nursing 1993)

- Wysłuchaj mnie,
- Zapytaj o moje zdanie,
- Nie lekceważ moich skarg,
- Patrz zawsze na mnie a nie na moją chorobę
- Mów do mnie, a nie przy mnie
- Zachowaj dyskrecję
- Nie każ mi czekać na siebie,
- Nie mów mi co mam robić, zanim nie powiesz jak mam to zrobić
- Informuj mnie zawsze,
- Pamiętaj kim byłem,
- Pozwól mi doznać i przeżyć ciepło twojej opieki.

5. FORMY I MODELE OPIEKI PSYCHIATRYCZNEJ W POLSCE

SIECI WSPARCIA MEDYCZNEGO (medycznej opieki psychiatrycznej)

Lecznictwo ambulatoryjne (poradnie zdrowia psychicznego)

- Zalecanym modelem opieki jest świadczenie usług przez ten sam wielodyscyplinarny zespół, pod którym chory pozostaje w formach całodobowej i pośrednich,
- W Polsce powszechnym miejscem leczenia są:
 - Poradnie zdrowia psychicznego i **poradnie odwykowe**, ze zwiększającą się ofertą udzielanych świadczeń.

Formy pośrednie (formy opieki środowiskowej)

Stanowią ważną składową sieci wsparcia, która umożliwia prowadzenie terapii bez odrywania chorego od jego środowiska oraz niski koszt leczenia:

- **Oddziały dzienne**

Stanowią formę pośrednią między poradnią a oddziałem pełnodobowym, co umożliwia:

- Utrzymanie związku chorego z osobami bliskimi
- Możliwość oddziaływania na najbliższe otoczenie pacjenta
- Zmniejszenie kosztów leczenia
- Ułatwienie adaptacji do środowiska po leczeniu szpitalnym
- Zwiększenie autonomii pacjenta
- Zmniejszenie oporów przed leczeniem psychiatrycznym

- **Oddziały (zespoły) leczenia środowiskowego**

- Przeznaczone są dla pacjentów, którzy mogą pozostać w domu pod warunkiem zapewnienia im systematycznej, profesjonalnej opieki,
- Pacjenci i jego otoczeniu świadczenia udzielane są w ich środowisku, które obejmują:
 - Hospitalizację domową
 - Interwencje kryzysowe
 - Treningi podstawowych umiejętności życiowych w środowisku domowym.

- **Hostele**

- Przeznaczone dla osób wymagających leczenia w warunkach naturalnego środowiska społecznego, które uzyskały już względną samodzielność, ale wymagają jeszcze wsparcia i dłuższego czasu na adaptację do warunków życia pozaszpitalnego,
- Biorą czynny udział w takich czynnościach jak pranie, gotowanie, sprzątanie,
- Personel hosteli ogranicza się do kilku godzin dziennie, co zwiększa ich samodzielność i autonomię,

Lecznictwo stacjonarne – szpitale psychiatryczne

Obecnie działania w zakresie ochrony zdrowia psychicznego podejmowane w kierunku rozwoju **psychiatrii środowiskowej** wyznaczają następujące trendy w lecznictwie stacjonarnym:

- Powstawanie oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych,
- Zmniejszanie ilości hospitalizacji / i łóżek szpitalnych na rzecz form środowiskowych – **dezinstytucjonalizacja**.

SIEĆ OPARCIA SPOŁECZNEGO

Domy pomocy społecznej

Przeznaczone dla osób, które z uwagi na wiek, sytuację życiową, warunki rodzinne, przewlekłą chorobę czy niepełnosprawność nie są w stanie funkcjonować we własnym środowisku zamieszkania. Są to domy dla:

- Dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie,
- Dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie,
- Przewlekłe psychicznie chorych.

Specjalistyczne usługi opiekuńcze

- Przeznaczone dla chorych psychicznie lub upośledzonych umysłowo w środowisku chorego:
 - Którzy mają poważne trudności w życiu codziennym (sprawy bytowe i zatrudnienia),

- Zwykle wielokrotnie hospitalizowani z różnymi formami pośrednimi – nie utrzymują się jednak w naturalnym środowisku.
- Świadczenia, które mogą być udzielane przez pielęgniarki, terapeutów, psychologów, pracowników socjalnych obejmują
 - Usprawnianie funkcjonowania społecznego,
 - Pielęgnację,
 - Rehabilitację,
 - Wspieranie psychologiczno-pedagogiczne oraz edukacyjno-terapeutyczne,
 - Pomoc mieszkaniową.

Środowiskowe domy samopomocy

- Mogą mieć charakter pobytu dziennego, zajęć świetlicowych, klubów pacjenta,
- Przeznaczone są dla osób z zaburzeniami psychicznymi potrzebującymi opieki, jeżeli:
 - Przebywają w zakładzie psychiatrycznej opieki szpitalnej, a ich stan tego nie wymaga,
 - Przebywają w warunkach środowiskowych niekorzystnych dla ich zdrowia psychicznego,
 - Nie znajdują w miejscu zamieszkania stosownych form wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.
- Powinny zapewniać:
 - Psychiatryczną opiekę zdrowotną (konsultacje i okresowe oceny stanu psychicznego, psychoterapia i terapia farmakologiczna),
 - Rehabilitację społeczną (podtrzymywanie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia, terapia zajęciowa, przygotowanie do podjęcia pracy, pomoc w uzyskaniu zatrudnienia),
 - Jednym z podstawowych zadań jest strukturyzacja dnia, która jest mocno zaburzona w przebiegu choroby.

SIĘĆ POMOCY W ZAKRESIE REHABILITACJI ZAWODOWEJ

Warsztaty terapii zajęciowej – WTZ (placówki dzienne)

- Wypełniają lukę małej ilości miejsc pracy dla osób psychicznie chorych, stanowią ogniwo pomiędzy oddziałem dziennym a pracą zarobkową,
- Uczestnik może być osoba z orzeczoną niezdolnością do pracy, ale kwalifikująca się do rehabilitacji zawodowej w formie terapii zajęciowej,
- Celem WTZ jest:
 - Poprawa sprawności niezbędnych do możliwie niezależnego, samodzielnego i aktywnego życia w środowisku:

- Ogólne usprawnianie,
 - Rozwój umiejętności czynności dnia codziennego,
 - Rozwój umiejętności zawodowych umożliwiających w przyszłości podjęcie pracy zawodowej,
- **Zmiana statusu pacjenta na uczestnika** (uczestnicy podpisują listę obecności, są rozliczani z przepracowanych godzin, mogą otrzymywać kieszonkowe - 20% najniższego wynagrodzenia).

Zakład aktywności zawodowej

Celem tej formy wsparcia jest:

- Zatrudnienie osób niepełnosprawnych zaliczonych do znacznego stopnia niepełnosprawności (zatrudnienie pośrednie nie docelowe),
- Przygotowanie poprzez rehabilitacje zawodowa i społeczną do życia w otwartym środowisku,
- Pomoc w realizacji pełnego i niezależnego życia.

Praca zawodowa

Realizowana poprzez:

- Spółdzielnie inwalidzkie,
- Zakłady pracy chronionej,
- Stanowiska przystosowane w zwykłych zakładach pracy.

MODELE OPIEKI PSYCHIATRYCZNEJ

Tradycyjny model opieki

Centralne miejsce zajmuje (zajmowała) hospitalizacja psychiatryczna.

Środowiskowy model opieki psychiatrycznej - psychiatria środowiskowa

- Chodzi o zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi takiej pomocy i opieki, takich form wspierania i oparcia, aby mogły one żyć we własnym środowisku społecznym, w sposób zapewniający jak najwyższą jakość życia,
- Główny ciężar opieki spoczywa na formach leczenia **umiejscowionych poza szpitalem** (*poradnie, oddziały dzienne, zespoły leczenia domowego, kluby-domy, hostele, mieszkania chronione itp.*), a rola hospitalizacji jest ograniczona do niezbędnego minimum.

Centra Zdrowia Psychicznego podstawą opieki środowiskowej

CZP postulowane były najpierw przez Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, a następnie przez kolejne powoływane NPOZP (2007-2015, 2017-2022 oraz na lata 2023-2030).

Podstawowe założenia CZP

Centrum tworzy się w celu zapewnienia opieki co najmniej 1500-et osobom dorosłym, na obszarze zamieszkałym przez co najmniej ok. 50 tys. mieszkańców (obszar odpowiadający wielkości powiatu lub dużej gminy/dzielnicy).

Minimalna dostępność placówek		
A. Centrum Zdrowia Psychicznego (CZP) dla osób z zaburzeniami psychicznymi		
Placówka	Minimalny wskaźnik lub liczba placówek	Uwagi
CZP dla dorosłych	1 CZP/50–200 tys. mieszkańców; CZP powinno łącznie spełniać wskaźniki dostępności proponowane dla form organizacyjnych wchodzących w jego skład	w każdym powiecie, dużej gminie lub dzielnicy dużego miasta; stosownie do lokalnych potrzeb
CZP dla dzieci i młodzieży	1 CZP/50–200 tys. mieszkańców; CZP powinno łącznie spełniać wskaźniki dostępności proponowane dla form organizacyjnych wchodzących w jego skład	w każdym powiecie, dużej gminie lub dzielnicy dużego miasta; stosownie do lokalnych potrzeb

Rycina 5. Założenia dla Centrów Zdrowia Psychicznego [Źródło: NPOZP, 2007-2015]

6. ZASADY PRZYJĘCIA CHOREGO DO SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO W ŚWIETLE USTAWY O OCHRONIE ZDROWIA PSYCHICZNEGO ORAZ REAKCJE CHOREGO NA HOSPITALIZACJĘ

REGULACJE PRAWNE

⇒ Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 111, poz. 535)

Przyjęcie osoby do szpitala psychiatrycznego

- Następuje **za pisemną jej zgodą** na podstawie ważnego skierowania
- W nagłych przypadkach może być przyjęta bez skierowania

Przyjęcie do szpitala psychiatrycznego bez zgody

- Może nastąpić tylko wtedy, gdy dotychczasowe zachowanie chorego wskazuje, że **zagroza bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób**
 - Decyzję podejmuje lekarz po zasięgnięciu opinii innego lekarza
 - Informuje go o przyczynach przyjęcia i prawach
 - Przyjęcie to wymaga **zatwierdzenia przez ordynatora w ciągu 48 godzin**. Kierownik szpitala zawiadamia o powyższym **sąd opiekuńczy w ciągu 72 godzin**
 - Odnotowanie tych czynności w dokumentacji medycznej
 - W przypadku wyrażenia zgody już po przyjęciu, sąd umarza postępowanie

- W przypadku wskazań jak wyżej, **ale istniejących wątpliwości**, czy osoba jest chora psychicznie, może być ona przyjęta do szpitala bez zgody w celu wyjaśnienia tych wątpliwości, ale hospitalizacja trwa nie dłużej niż 10 dni, zasady j.w.

Przyjęcie do szpitala psychiatrycznego bez zgody chorego z innych wskazań

- **Inne wskazania**
 - Dotychczasowe zachowanie osoby wskazuje na to, że nie przyjęcie do szpitala spowoduje znaczne pogorszenie stanu jej zdrowia psychicznego
 - Osoba jest niezdolna do samodzielnego zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, a leczenie w szpitalu psychiatrycznym może przynieść poprawę
- **Postępowanie**
 - Wówczas o potrzebie hospitalizacji **orzeka sąd opiekuńczy miejsca zamieszkania**
 - **Wniosek** w tej sprawie może złożyć małżonek, krewny w linii prostej, rodzeństwo, jej przedstawiciel ustawowy lub osoba faktycznie sprawująca nad nią opiekę, a w stosunku do osoby objętej oparciem społecznym – organ do sprawowania pomocy społecznej
 - Do wniosku musi być dołączone świadectwo lekarza psychiatry uzasadniające potrzebę hospitalizacji

Przyjęcie osoby chorej psychicznie lub upośledzonej umysłowo niezdolnej do wyrażenia zgody

- Następuje po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego
- W przypadkach nagłych może być przyjęta bez zgody sądu opiekuńczego (lekarz musi zasięgnąć opinii pisemnej innego lekarza psychiatry lub psychologa)
 - Zawiadomienie niezwłocznie sądu opiekuńczego przez kierownika szpitala psychiatrycznego w celu uzyskania zgody

Przyjęcie do szpitala psychiatrycznego osoby małoletniej lub ubezwłasnowolnionej całkowicie

- Następuje za pisemną zgodą jej przedstawiciela ustawowego
- Jeżeli osoba małoletnia jest w wieku powyżej 16 lat, a osoba ubezwłasnowolniona jest zdolna do wyrażenia zgody – muszą również wyrazić zgodę. W przypadku sprzecznych oświadczeń decyduje sąd opiekuńczy.

Wypisanie w przypadku hospitalizacji bez zgody

- Decyduje lekarz po ustaniu wskazań
- Osoba chora jak też jej przedstawiciel (małżonek itd.) mogą żądać wypisania ze szpitala, nie wcześniej niż po upływie 30 dni od uprawomocnienia postanowienia sądu
- W razie odmowy mogą odwoływać się do sądu opiekuńczego

POBYT PACJENTA W SZPITALU, PRZEBIEG HOSPITALIZACJI I REAKCJE NA CHOROBE I LECZENIE

Reakcje chorego na chorobę i hospitalizację

Związane są z sytuacją chorego przyjmowanego do szpitala, mogą mieć charakter negatywny (najczęściej) lub pozytywny.

- **Przyczyny reakcji negatywnych** (takich jak np. agresja, próby ucieczki, niechęć do personelu, brak współpracy z personelem)
 - **Moment przyjęcia** związany jest najczęściej z **zaostrzeniem objawów** psychopatologicznych determinujących zachowania chorego bezpośrednio wynikających z odczuwanych zagrożeń, niebezpiecznych dla niego i otoczenia.
 - Obecność objawów o **charakterze prześladowczym** - pozostawienie pacjenta w szpitalu może być odczuwane jako spisek przeciwko niemu, w którym bierze udział np. rodzina, personel, czy inne osoby
 - Jeżeli u pacjenta występuje **brak krytycyzmu chorobowego** (pacjent nie ma poczucia bycia chorym), w związku z czym może nie akceptować pobytu w szpitalu
 - Następuje **zmiana środowiska i otoczenia** (nowe nieznanne miejsce i osoby powodujące poczucie zagrożenia, zwłaszcza w sytuacji objawów o charakterze prześladowczym)
 - **Wyraża lub nie zgodę na pobyt** – negatywne reakcje będą związane głównie z sytuacją przyjęcia chorego bez jego zgody
- **Reakcje pozytywne**
 - W przypadku objawów np. lękowych, pozostanie w szpitalu może być przez pacjenta oczekiwane i akceptowane
 - Czasami pacjent w szpitalu czuje się bezpiecznie, jest dla niego schronieniem przed zagrożeniami

ROZDZIAŁ II

PROCES PIELĘGNOWANIA JAKO METODA PRACY PIELĘGNIARKI PSYCHIATRYCZNEJ

1. PODSTAWY PROCESU PIELĘGNOWANIA W OPIECE PSYCHIATRYCZNEJ

Wprowadzenie

Pielęgnowanie profesjonalne w psychiatrii odwołuje się do metody procesu pielęgnowania.

Koncepcja procesu pielęgnowania zrodziła się w połowie lat 60-ych (USA), a w Polsce próbuje się go wdrażać od początku lat 80-ych. Koncepcja ta wiąże się z następującymi kluczowymi warunkami:

- ⇒ Świadomym udziałem pielęgowanego w procesie pielęgnowania
- ⇒ Samodzielnością i niezależnością pielęgniarki w pielęgnowaniu – pielęgniarka odpowiada za proces pielęgnowania, tak jak lekarz za leczenie
- ⇒ Całościowym i indywidualnym traktowaniem podopiecznego
- ⇒ Sprawną komunikacją z podmiotem opieki, własną grupą i zespołem terapeutycznym
- ⇒ Prowadzeniem określonej dokumentacji pacjenta, integralnie związanej z procesem pielęgnowania
- ⇒ Rozpatrywany jest jako koncepcja teoretyczna i określona metoda pracy.

Definicja procesu pielęgnowania

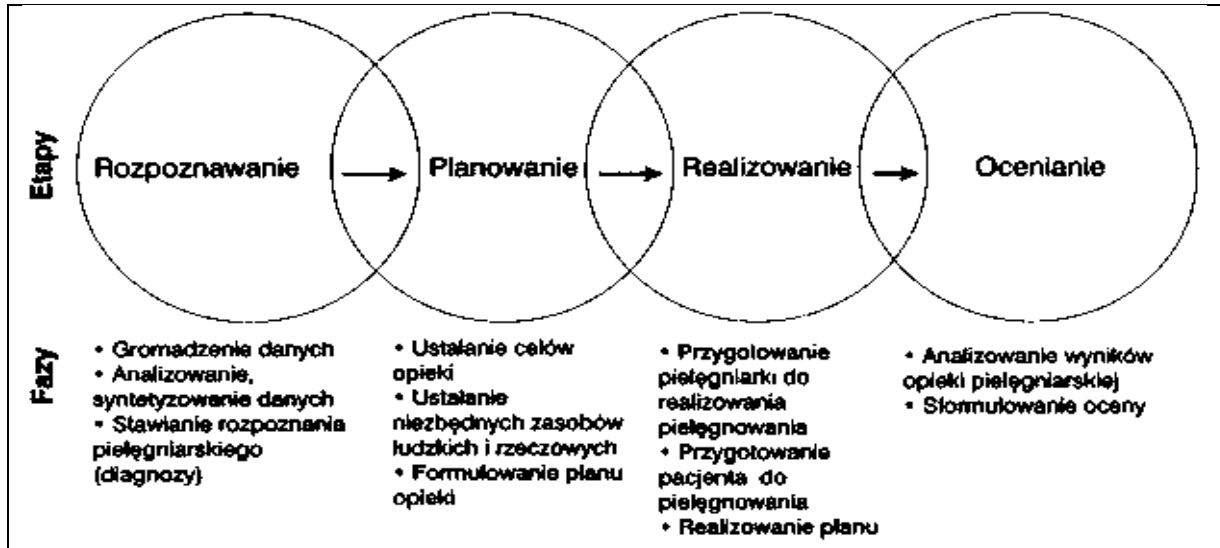
Proces pielęgnowania to model opieki oparty na świadomym

- ⇒ Rozpoznawaniu stanu biologicznego, psychicznego i społecznego podmiotu opieki (pojedynczy pacjent, rodzina, grupa ludzi),
- ⇒ Podejmowaniu celowych i planowych działań mających się przyczynić do utrzymania lub zmiany dotychczasowego stanu
- ⇒ Oraz ocenianiu uzyskanych wyników (J. G-J).

Proces pielęgnowania realizowany w praktyce to wyuczone, celowe i planowe działania podejmowane na rzecz ludzi zdrowych, zagrożonych wystąpieniem określonej choroby czy dysfunkcji, osób niepełnosprawnych, chorych (w tym nieuleczalnie i umierających), będących w różnym wieku (dzieci, osoby dorosłe, ludzie starsi).

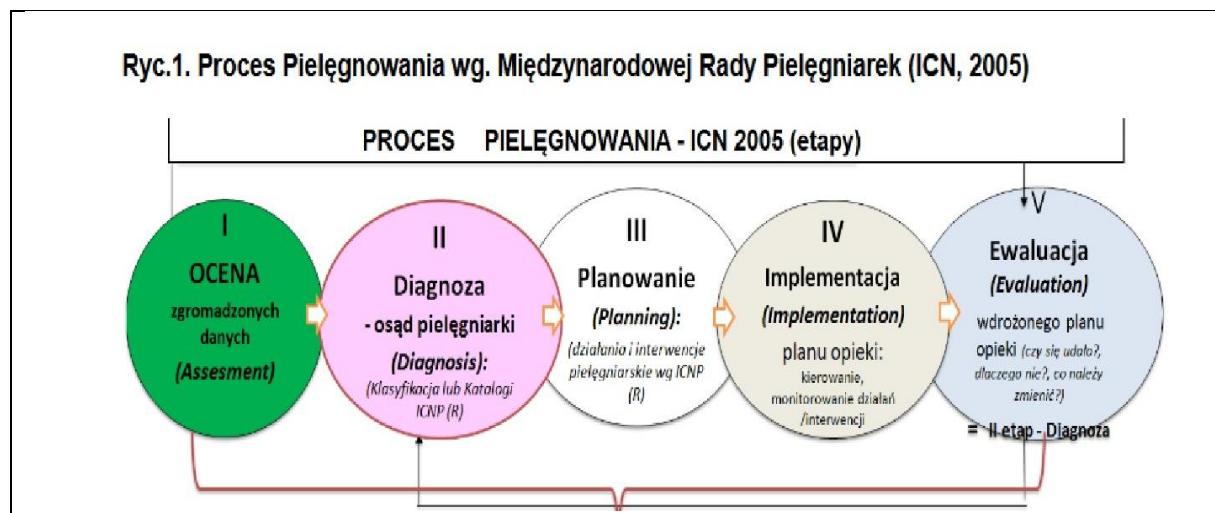
Model europejski procesu pielęgnowania

W Europie w praktyce pielęgniarstwie przyjęto 4-etapowy model procesu pielęgnowania (APIE): **Assessment – Planing – Implementation – Evaluation**



Rycina 6. Etapy procesu pielęgnowania [Źródło: 13]

Pięcioletni proces pielęgnowania - ICN



Rycina 7. Etapy procesu pielęgnowania wg ICN [Źródło: ICN, 2005]

2. METODY GROMADZENIA I ZAKRES DANYCH O PACJENCIE DLA POTRZEB PIELEGNIARSTWA PSYCHIATRYCZNEGO

Definicja

Gromadzenie danych o pacjencie to świadome i planowe sposoby postępowania pielęgniarki stosowane w celu uzyskania takiego zakresu i charakteru informacji o stanie

pacjenta i jego środowisku, który umożliwi sformułowanie diagnozy pielęgniarstwa, a następnie planowanie, realizowanie procesu pielęgnowania oraz ocenę podjętych interwencji pielęgniarstwa.

Zakres gromadzonych danych

- Dane ogólne
- Przyczyny hospitalizacji
- Dotychczasowy przebieg choroby
- Reakcja na chorobę i hospitalizację
- Stan somatyczny
- Stan społeczny
- **Stan psychiczny** wyrażający się w następujących obszarach
 - Wygląd (ubiór, postawa ciała - sylwetka, wyraz twarzy, mimika, gesty, spojrzenia, estetyka, sposób poruszania się)
 - Zachowania takie jak:
 - Spożywanie pokarmów,
 - Przyjmowanie leków,
 - Higiena własna i otoczenia,
 - Potrzeby fizjologiczne
 - Aktywność
 - Relacje z innymi
 - Zachowania agresywne
 - Zachowania suicydalne
 - Zachowania rzutowane na zewnątrz w wyniku istniejących objawów psychopatologicznych
 - Mowa (przyspieszona, słowotok, spowolniona, niewyraźna itp.)
 - Nastrój (depresyjny, maniacki, dysforyczny, lękliwy)
 - Treść myśli (urojenia)
 - Spostrzeganie (obecność omamów, iluzji patologicznych)
 - Sen (np. przerywany)
 - Uwaga (możliwość koncentracji)
 - Pamięć,
 - Orientacja (auto i allopsychiczna)
 - Krytycyzm (związany z chorobą, własną osobą)
- Zastosowane aktualnie leczenie (metody biologiczne i psychospołeczne)
- Reakcje /objawy niepożądane na zastosowaną farmakoterapię
- Motywacja do leczenia
- Zakres wiedzy i umiejętności niezbędnych do samoopieki
- Sytuacja rodziny chorego

Schemat i zakres oceny stanu psychicznego [1, 2]

Tabela 1. Obszary oceny stanu psychicznego

Oceniana sfera	Cechy charakterystyczne dla danej sfery
Kontakt werbalny i emocjonalny	Np. Spontaniczny, rzeczowy, nierzeczowy, powierzchowny, pełny, niepełny, zniesiony, wycofanie, współpracujący, wrogo nastawiony, nieufny, podejrzliwy
Zachowanie i napęd psychoruchowy	Napęd – np. pobudzony, obniżony, zahamowanie, Zachowania – np. spokojne, zborne, dziwaczne, błazeńskie, bez poczucia dystansu; adekwatność zachowań i ekspresji, niepokój, zdezorganizowane
Wygląd i wyraz twarzy	Postawa ciała swobodna/nienaturalna; Wyraz twarzy - pogodny, ponury, zgnębiony, lękowy, obojętny; mimika – żywa, uboga, sztywna, twarz maskowata, grymasy, manieryzmy; Ocena stanu higieny i ubioru
Nastroj	Np. Obojętny, żywy, wesoły, przygnębiony, chwiejny, euforyczny, moriatyczny (podwyższony z wesołkowatością), dysforyczny (gniewliwy), wzmożony, niedostosowany, lękowy
Świadomość i przytomność	Senność, sen głęboki, śpiączka, przyćmienie świadomości Zmiany jakościowe świadomości (np. majaczenie)
Uwaga	Rozproszona, przerzutna, lepka, trudności w koncentracji
Pamięć	Zdolność do zapamiętywania, przypominania, konfabulacje, niepamięć
Orientacja	Allopsychiczna (w czasie, miejscu, otoczeniu) Autopsychiczna (co do własnej osoby)
Zaburzenia toku myślenia	Zaburzenia ilościowe – przyspieszenie / zwolnienie toku myślenia, gonitwa myśli, słowotok, zahamowanie, otamowanie, mutyzm Zaburzenia jakościowe - rozkojarzenie, rozrywanie związków myślowych – inkohierencja, myślenie autystyczne, dereistyczne
Zaburzenia treści myślenia	Urojenia – rodzaje i ich spójność, natręctwa myślowe, idee nadwartościowe
Mowa	Cicha, głośna, małomówność, mutyzm, gadatliwość, afazja, persewacje, neologizmy
Inteligencja	Otępienie, upośledzenie umysłowe, bezkrytycyzm
Zaburzenia spostrzegania	Np. złudzenia, omamy (halucynacje) – rodzaje i usystematyzowanie, omamy rzekome
Uczuciowość wyższa	Zanik, obniżenia, rozszczepienie, stopień uspołecznienia, zakres zainteresowań, egocentryzm, egoizm, psychodegradacja
Życie popędowe	Sen (bezsenna, sen płytki, przerywany, wczesne wybudzanie, hipersomnia) Łaknienie (brak, zwiększenie / obniżenie apetytu) Popędu seksualny – zmniejszony, wzmożony, zaniechanie życia płciowego Popęd samozachowawczy - skłonności samobójcze, agresywne, autoagresywne

Osobowość	Osobowość przedchorobowa, struktura osobowości (np. rozszczepienie, zubożenie)
Poczucie choroby psychicznej	Brak krytycyzmu chorobowego lub przesadne poczucie choroby, nastawienie hipochondryczne, dysymulacja, symulacja

Metody gromadzenia danych

Gromadząc dane o pacjencie wykorzystujemy następujące metody:

- Obserwacja pielęgniarstwa
- Wywiad pielęgniarstwa
- Analiza dokumentacji
- Pomiar (pośredni i bezpośredni).

OBSERWACJA

Jest bardzo istotną metodą poznania, zwłaszcza w opiece psychiatrycznej, gdzie często kontakt słowny i ocena rzeczywistości są zaburzone. Polega na świadomym i obiektywnym spostrzeganiu

- Cech wyglądu zewnętrznego pacjenta (sylwetka, sposób chodzenia, ubiór, mimika, gesty, spojrzenie itp.)
- I jego zachowania (w relacjach z innymi, aktywność, izolowanie się, zachowania związane ze spożywaniem posiłków, przyjmowaniem leków, dbaniem o higienę, zachowania agresywne, impulsywne, suicydalne, zachowania rzutowane na zewnątrz w wyniku istniejących objawów psychopatologicznych itd.)

Obserwując chorego możemy

- Wnioskować o istnieniu objawów psychopatologicznych (np. omamów czy urojeń), co jest podstawą nie tylko planowania właściwego postępowania, ale również lepszego zrozumienia chorego i jego problemów czy prezentowanych przez niego zachowań, co sprzyja to budowaniu atmosfery zaufania i poczucia bezpieczeństwa psychicznego u chorego
- Rozpoznawać stany, które mogą zagrażać bezpieczeństwu fizycznemu chorych, czy otoczeniu (np. agresja, myśli i tendencje samobójcze, zachowania impulsywne). Problemy te, związane z zagrożeniem zdrowia i życia chorych w pielęgniarstwie psychiatrycznym są zawsze najważniejsze (hierarchia) i zobowiązują do podejmowania natychmiastowych działań ukierunkowanych na zapewnienie bezpieczeństwa fizycznego.

Cechy obserwacji w opiece psychiatrycznej

- **Celowa** (ukierunkowana) - obserwacja określonego objawu, zachowania, zmiany jego nasilenia, wyglądu
- **Swobodna** (nieukierunkowana) – spostrzeganie zachowań i sytuacji podczas wykonywania różnych czynności przez pielęgniarkę

- **Ciągła** – prowadzona przez całą dobę i w różnych sytuacjach
- **Bardzo wnikliwa**
- **Dyskretna** – mimo jej znaczenia chory nie może czuć się obserwowany, co mogłoby potwierdzać np. urojeniowe przekonania o prześladowaniu

WYWIAD

Przebieg i zakres zbieranych danych

Wywiad powinien być prowadzony na zasadzie rozmowy w „cztery oczy” i nie z za biurka, z zapewnieniem spokojnego i bezpiecznego miejsca dla pacjenta. Oprócz funkcji informacyjnej służy również nawiązaniu relacji terapeutycznej [2].

Wywiad obejmuje:

- Zebranie podstawowych danych osobowych
- Aktualną sytuację życiową - z kim mieszka, źródło utrzymania, oparcie w środowisku
- Przyczynę zgłoszenia się np. do szpitala
- Ocenę dynamiki objawów i przebiegu choroby – np. od kiedy objawy występują, okoliczności nasilające objawy [2]
- Ocenę poszczególnych układów i występujących problemów
- Ocenę stanu psychicznego – aspekty, które możemy poznać poprzez zadawanie pytań (rozmowę).

Fazy wywiadu

W wywiadzie można wyróżnić 4 fazy:

1. **Wprowadzenie** (1-2 minuty) - Przedstawienie się i wyjaśnienie celu rozmowy, zmniejszenie lęku u pacjenta, zaznaczenie podmiotowości chorego, wprowadzenie w sytuację dialogu
2. **Otwarcie** (5 minut) - Zwiększenie poczucia akceptacji, bezpieczeństwa i zrozumienia u pacjenta, określenie oczekiwań pacjenta, wstępne ukierunkowanie procesu diagnostycznego, ustalenie dalszego stylu prowadzenia wywiadu
3. **Wywiad zasadniczy** (nie dłużej niż 10-15 minut) - Zebranie informacji koniecznych do ustalenia diagnozy pielęgniarzkiej
4. **Podsumowanie** (1-2 minuty) - Wskazanie, że problemy chorego zostały zrozumiane, dostarczenie rzetelnych informacji o procesie pielęgnowania możliwych na tym etapie postępowania) [1].

Zalecenia dla osoby zbierającej wywiad

1. Należy zredukować lęk badanego i lęk własny i nauczyć się radzenia sobie z własną frustracją

2. Trzeba być cierpliwym, nie pospieszać pacjenta, dać czas na zastanowienie i zebranie myśli
3. Należy unikać: kłótni i sporów, wypowiedzi naukowych, żartów (ale nie poczucia humoru)
4. Należy dostosować rodzaj wypowiedzi dla danego pacjenta
5. Należy uczyć się od pacjenta i wyciągać wnioski z danej relacji na przyszłość [1].
6. Nie należy oceniać pacjenta (pod względem moralnym), ale zrozumieć jego przeżycia i zachowania
7. Należy stosować zasadę podmiotowości pacjenta, nie traktować go jako tylko przypadek kliniczny
8. Nie należy się wywyższać i okazywać swojej przewagi czy uprzedzeń
9. Nie należy udzielać rad i podejmować decyzji życiowych za pacjenta [2].

KLINIMETRIA JAKO METODA GROMADZENIA DANYCH – POMIAR POŚREDNI

W pielęgniarstwie ocenie stanu chorego można posłużyć się nową dziedziną wiedzy - zajmującą się pomiarami odchyłeń w klinicznym badaniu przedmiotowym - klinimetrią. W ciągu ostatniego okresu zwiększa się zainteresowanie klinimetrią stosowaną do

- Oceny wyników leczenia,
- Ustalania rokowania
- Oceniania potrzeb chorego w zakresie opieki.

Klinimetria opiera się na pomiarze (pomiar pośredni – pomiar cech jakościowych). Używając odpowiednich skal liczbowych, można przedstawić w sposób ilościowy stan pacjenta. Daje to możliwość obiektywizacji oceny stanu pacjenta i jego potrzeb.

Proste narzędzia klinimetryczne do oceny stanu emocjonalnego



Narzędzia pomiaru kwestionariuszowe stosowane w pielęgniarstwie psychiatrycznym

Wśród stosowanych narzędzi można m.in. wymienić:

- Skala Winga do oceny zachowań społecznych chorych na schizofrenię,
- Skala Funkcjonowania Społecznego Birchwooda (*Social Functioning Scale*) – chorych na schizofrenię

- Skala depresji Becka (BDI)
- Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) - do oceny stanu lęku i depresji dla chorych somatycznie,
- Geriatryczna Skala Oceny Depresji Yesavage'a (GDS)
- Edynburska Skala Depresji Poporodowej (ESDP)
- The Nurses' Global Assessment of Suicide Risk (NGASR)

Skala Winga

Służy do oceny zachowań społecznych chorych na schizofrenię, Służy do obserwacji chorego na schizofrenię w okresie hospitalizacji. Zawiera ona 16 kategorii zachowań, które są oceniane za pomocą trójstopniowej skali w zakresie od 0 do 2 punktów (Załącznik 1 - Aneks).

Interpretacja

- Im więcej punktów (max. 32), tym gorsza sytuacja pacjenta w zakresie społecznego zachowania
- Skalę najlepiej stosować okresowo, celem oceny zachodzących zmian (korzystnych lub niekorzystnych).

1. Spowolnienie ruchów:

2 – ruchy pacjenta są na ogół niezwykle powolne, np. spożywanie posiłków lub ubieranie zajmuje mu dużo więcej czasu niż innym, idąc porusza się o wiele wolniej niż inni pacjenci
1 – czasem jest bardzo spowolniony (jak wyżej), a kiedy indziej nie wykazuje spowolnienia
0 – szybkość ruchów normalna.

2. Zmniejszenie aktywności:

2 – niemal przez cały czas stoi lub siedzi w jednym miejscu, bardzo mało się rusza, mimo trudno go skłonić do jakiegokolwiek czynności lub ruchu;
1 – niekiedy zupełnie beczny (jak wyżej), a niekiedy nie;
0 – nie wydaje się, aby aktywność pacjenta była wyraźnie zmniejszona.

3. Nadmierna aktywność:

2 – zwykle nadmiernie aktywny lub niespokojny, np. szybko chodzi, bardzo głośno mówi, śpiewa, przejawia niepokój ruchowy;
1 – w pewnych okresach jak wyżej, w innych nie przejawia nadmiernej aktywności;
0 – nie wykazuje nadmiernej aktywności.

Rycina 8. Fragment skali Winga [Źródło: Skala Winga w psychiatrii. KIMAK K. Pielęg. i Położ. 1992, 34, 2]

Skala depresji Becka (BDI) - Beck Depression Inventory (1961)

- Jest to skala samooceny i służy do przesiewowego rozpoznawania obecności i nasilenia objawów depresji, zawiera 21 pytań, opracowana przez amerykańskiego psychiatrę Aarona Becka
- Dla każdego pytania należy zaznaczyć jedną z czterech możliwych odpowiedzi, które punktowane są od 0 do 3 punktów
- Badany powinien wybrać tę odpowiedź, która według niego najlepiej opisuje jego stan w ciągu ostatnich 30 dni (fragment poniżej).

<p>A.</p> <p>0 - nie jestem smutny ani przygnębiony.</p> <p>1 - odczuwam często smutek i przygnębienie.</p> <p>2 - przeżywam stale smutek, przygnębienie i nie mogę uwolnić się od tych przeżyć.</p> <p>3 - jestem stale tak smutny i nieszczęśliwy, że jest to nie do wytrzymania.</p> <p>B.</p> <p>0 - nie przejmuję się zbyt przyszłością.</p> <p>1 - często martwię się o przyszłość.</p> <p>2 - obawiam się, że w przyszłości nic dobrego mnie nie czeka.</p> <p>3 - czuję, że przyszłość jest beznadziejna i nic tego nie zmieni.</p> <p>C.</p> <p>0 - sądzę że nie popełniam większych zaniedbań.</p> <p>1 - sądzę że czynię więcej zaniedbań niż inni.</p> <p>2 - kiedy spoglądam na to co robiłem, widzę mnóstwo błędów i zaniedbań.</p> <p>3 - jestem zupełnie niewydolny i wszystko robię źle.</p>

Rycina 9. Fragment Skali Depresji Becka [Źródło]: https://ucmmit.gdynia.pl/images/Depersja_-_Skala_Depresji_Beck.pdf

Interpretacja wyników (skala Becka):

- 0 - 11 punktów – brak depresji, ewentualnie obniżenie nastroj
- 12 - 26 punktów – łagodna depresja
- 27-49 punktów - umiarkowanie ciężka depresja
- 50-63 punktów - bardzo ciężka depresja

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) - Szpitalna Skala Lęku i Depresji

- Narzędzie to zostało skonstruowane przez Zigmonda i Snaitha z przeznaczeniem do przesiewowego badania stanów lękowych i depresyjnych u pacjentów hospitalizowanych z powodu choroby somatycznej.
- Chory odpowiada na pytania przy użyciu 4-stopniowej skali porządkowej, którą przetwarza się na wynik w zakresie od 0 do 3 punktów. Zsumowanie wyników daje wynik skali w zakresie od 0 do 21 punktów, zarówno dla lęku jak też depresji.
- Wyższy wynik oznacza wyższy poziom lęku czy przygnębienia.
 - Poziom normalny lęku/depresji (0-7 punktów)
 - Poziom graniczny (8-10 punktów)
 - Poziom typowy dla choroby (11-21 punktów)

Kwestionariusz HADS - Emocje odgrywają ważną rolę w wielu chorobach. Prosimy Panią (a) o przeczytanie każdego zdania i podkreślenie lub zakreślenie kółkiem jednej odpowiedzi, która jest najbliższa temu, jak Pan(i) się czuł(a) podczas ostatniego tygodnia.

1. Czuję się napięty lub podenerwowany	większość czasu	sporo czasu	od czasu do czasu	Wcale
2. Wciąż cieszą mnie rzeczy, które zwykle sprawiały mi radość	zdecydowanie tak samo	niezupełnie tak samo	tylko trochę	zupełnie nie
3. Odczuwałam przerażające uczucie, jakby miało zdarzyć się coś okropnego.	tak, bardzo wyraźnie i coś bardzo złego	wyraźnie, ale nie tak bardzo złego	trochę, ale nie martwiło mnie to	wcale czegoś takiego nie odczuwałam

Rycina 10. Fragment skali HADS [Źródło: de Walden-Galuszko K., Majkiewicz M. (red).: Jakość życia w chorobie nowotworowej. Wyd. Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1994:153-157.]

Edynburska Skala Depresji Poporodowej (ESDP)

Edynburska Skala Depresji Poporodowej to badanie przesiewowe służące wstępnemu wykrywaniu ryzyka obecności depresji poporodowej. Pytania dotyczą tygodnia poprzedzającego wykonanie testu (Załącznik nr 2 w Aneksie)

1. Byłam zdolna do radości i dostrzegania radosnych stron życia
<ul style="list-style-type: none">• tak często jak zazwyczaj (0 punktów)• trochę rzadziej niż zwykle (1 punkt)• zdecydowanie rzadziej niż zwykle (2 punkty)• zupełnie nie byłam zdolna do radości (3 punkty)
2. Patrzyłam w przyszłość z nadzieją
<ul style="list-style-type: none">• tak jak zawsze (0 punktów)• rzadziej niż zawsze (1 punkt)• zdecydowanie rzadziej niż zwykle (2 punkty)• nie potrafiłam patrzeć w przyszłość z nadzieją (3 punkty)

Rycina 11. Fragment skali ESDP [Źródło]: <https://www.centrumdobrejterapii.pl/materialy/edynburska-skala-depresji-poporodowej/>

Interpretacja wyników: Kobieta która uzyska wynik 12, 13 lub więcej punktów powinna skorzystać z konsultacji psychologa, psychiatry lub lekarza innej specjalności – istnieje wówczas bowiem istotne prawdopodobieństwo, że cierpi na depresję poporodową.

Ilość punktów uzyskana w skali nie odzwierciedla w sposób precyzyjny nasilenia depresji. Sam uzyskany wynik nie jest równoznaczny z diagnozą depresji – takie rozpoznanie może postawić dopiero psycholog lub lekarz (najlepiej – psychiatra), po osobistym zbadaniu pacjentki.

Geriatryczna Skala Oceny Depresji Yesavage'a (GDS) (1983)

- Najczęściej stosowana skala w ocenie depresji wieku podeszłego
- Skala samooceny, dopuszczalna pomoc w czytaniu i wypełnieniu skali w przypadku osłabienia funkcji intelektualnych
- Wersja pełna (30 cech), wersja skrócona (15 cech), wersja 4-punktowa
- Interpretacja wersji pełnej: liczba punktów 0-10 bez depresji, 11-20 lekka depresja, >21 głęboka depresja
- Interpretacja wersji skróconej: liczba punktów 0-5 bez depresji, 6-15 depresja o rosnącym nasileniu
- Interpretacja wersji 4-punktowej: liczba punktów >1/2 możliwa depresja

The Nurses' Global Assessment of Suicide Risk (NGASR)

Tabela 2. Czynniki ryzyka samobójstw

Prognozowana zmienna	pkt
- Obecność poczucia braku nadziei	3
- Stresogenne wydarzenia - utrata pracy, problemy finansowe	1
- Udokumentowane myśli prześladowcze	1
- Udokumentowana depresja / utrata zainteresowań, odczuwania przyjemności	3
- Wycofanie się	1
- Wcześniejsze zamiary samobójcze	1
- Udokumentowany plan popełnienia samobójstwa	3
- Poważne problemy psychiatryczne lub samobójstwa w rodzinie	1
- Przeżywana niedawno żałoba lub zerwanie relacji	3

Prognozowana zmienna	pkt
- Historia psychoz	1
- Wdowieństwo	1
- Wcześniejsze próby samobójcze	3
- Historia ubożenia, pogarszania się sytuacji społeczno-ekonomicznej	1
- Historia nadużywania (lub odstawiania alkoholu)	1
- Choroba terminalna	1
.....
Im wyższy wynik, tym wyższe ryzyko popełnienia samobójstwa, przy czym 12 i więcej pkt oznacza wysoki poziom ryzyka.	25

Opracowane na podstawie: Cutcliffe JR, Barker P. The Nurses' Global Assessment of Suicide Risk (NGASR): developing a tool for clinical practice. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2004 Aug;11(4):393-400.

Nurses' Global Assessment of Suicide Risk (NGASR)	
Predictor Variable	Value
Presence/Influence of hopelessness	3
Recent stressful life event (e.g. job loss, financial worries, pending court action)	1
Evidence of persecutory voices/beliefs	1
Evidence of depression/loss of interest or loss of pleasure	3
Evidence of withdrawal	1
Warning of suicidal intent	1
Evidence of a plan to commit suicide	3
Family history of serious psychiatric problems or suicide	1
Recent bereavement or relationship breakdown	3
History of psychosis	1
Widow/Widower	1
Prior suicide attempt	3
History of socio-economic deprivation	1
History of alcohol and/or alcohol misuse	1
Presence of terminal illness	1
Total	
<p>Levels of risk and corresponding suggested levels of engagement:*</p> <p>Score of five or less: Low level or risk estimated. Suggested level of engagement – Level Four</p> <p>Score between six and eight: Intermediate level of risk. Suggested level of engagement – Level Three</p> <p>Score between nine and 11: High level of risk. Suggested level of engagement – Level Two</p> <p>Score of 12 or more: Very high level of risk. Suggested level of engagement – Level One</p>	

Rycina 12. Wersja anglojęzyczna Nurses' Global Assessment of Suicide Risk. Źródło:
<https://bpgmobile.rnao.ca/sites/pda/files/images/suicidersk.pdf>

3. DIAGNOZA W PIELEGNIARSTWIE PSYCHIATRYCZNYM

Szczególnie ważną fazę procesu pielęgnowania stanowi sformułowanie diagnozy pielęgnarskiej. Stanowi ona:

- Wynik wnioskowania na podstawie zgromadzonych danych o stanie chorego dla potrzeb pielęgnowania - w postaci sformułowanych **aktualnych i potencjalnych** problemów pielęgnacyjnych (kończy etap I)
- Podstawę do planowania i realizacji opieki oraz wyboru interwencji pielęgnarskich (kolejne etapy)

Klasyfikacja diagnoz

Do znanych klasyfikacji zalicza się

- **NANDA** (North American Nursing Diagnosis Association)
- Obecnie w Polsce podejmuje się działania przygotowujące do wprowadzenia **Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgnarskiej (ICNP)** również w zakresie pielęgniarstwa psychiatrycznego.

- **ICNP®** jest międzynarodowym standardem dla terminologii pielęgniarstwa i integralną częścią globalnej infrastruktury informacyjnej opieki zdrowotnej, praktyki i polityki zdrowotnej, a której celem jest poprawa opieki zdrowotnej na całym świecie.
- Powstała i jest rozwijana jako specjalny projekt Międzynarodowej Rady Pielęgniarek (ICN) – największej organizacji międzynarodowej. Pomysł klasyfikacji pielęgniarstwa ponadnarodowej pojawił się w 1989 r., gdy pielęgniarki same zdecydowały, że potrzebują uporządkować terminologię specjalistyczną, pozwalającą precyzyjnie opisywać działania/intervencje pielęgniarstwa na podstawie zgromadzonego wywiadu.

ICNP® – definicja

Ujednolicony system języka pielęgniarstwa, terminologia stosowana w praktyce pielęgniarstwa, ułatwiająca porównywanie pojęć stosowanych w konkretnych placówkach z istniejącymi systemami terminologicznymi

Niezależnie od formalnych klasyfikacji diagnoz biorąc pod uwagę jej charakter wyróżniamy różne typy diagnoz:

Diagnoza aktualna

Są to problemy pielęgnacyjne, które występują u pacjenta w danej chwili; diagnoza powinna składać się z trzech elementów określających:

- Problem pielęgnacyjny
- Etiologię problemu
- Przejawiane symptomy problemu

W praktyce szczególnie istotne są 2 pierwsze elementy diagnozy, gdzie podana przyczyna problemu wyraźnie ukierunkowuje interwencje pielęgniarstwa, np.:

Sytuacja 1 Niechęć do spożywania pokarmów spowodowana urojeniami trucizny przejawiająca się odmową, wypluwaniem pokarmów, wyrzucaniem otrzymanych porcji	Sytuacja 2 Niechęć do spożywania pokarmów spowodowana zmianami patologicznymi w jamie ustnej przejawiająca się odmawianiem przyjmowania posiłków, trudnościami z ich przyjmowaniem
--	--

Diagnoza wstępna – odmiana diagnozy aktualnej

Opisuje domniemany problem, którego potwierdzenie wymaga uzyskania dodatkowych informacji. Składa się z 2 elementów:

- Określenia problemu

- Uzyskanie danych uzasadniających obecność problemu.

Przykład diagnozy wstępnej w zespole majaczeniowym

- Możliwa obecność zaburzeń elektrolitowych z powodu nadmiernego pocenia się
- Potwierdzenie problemu wymaga uzyskania dodatkowych informacji (np. badania poziomu elektrolitów)

Diagnoza ta uczyła inne pielęgniarki na wnikliwą obserwację pacjenta, analizę sytuacji i podejmowanie działań wyjaśniających.

Diagnoza potencjalna

- To diagnoza wskazująca na zagrożenie, jakie u pacjenta może wystąpić w przyszłości, określana również jako **diagnoza ryzyka**.
- Oznacza, że dana jednostka czy grupa są bardziej narażone na wystąpienie określonego problemu niż inne osoby, **rozpoznajemy u nich czynniki ryzyka**.
- Powinna zawierać 2 elementy
 - Określenie problemu, którego wystąpienie zagraża pacjentowi
 - Przedstawienie czynników wskazujących na to zagrożenie (czynników ryzyka)

Przykład diagnozy potencjalnej w depresji o ciężkim przebiegu

- Ryzyko wystąpienia odleżyn z powodu unieruchomienia i braku kontroli nad czynnościami fizjologicznymi

ROZDZIAŁ III

PIELEGNOWANIE CHOREGO Z ZABURZENIAMI SPOSTRZEGANIA I MYŚLENIA - ZESPÓŁ PSYCHOPATOLOGICZNY OMAMOWO - UROJENIOWY

1. ZABURZENIA SPOSTRZEGANIA I MYŚLENIA JAKO PODSTAWOWE OBJAWY PSYCHOPATOLOGICZNE

POJĘCIE I PODZIAŁ OBJAWÓW PSYCHOPATOLOGICZNYCH

To objaw występujący w zaburzeniach psychicznych i oznacza subiektywne przeżycie psychiczne, które może być niekiedy obserwowane obiektywnie (np. wypowiedanie urojeń). Można je stwierdzić podczas wywiadu i rozmowy, lub podczas obserwacji. Są to:

- **Objawy jakościowe** (wytwórcze), które są różne od przeżyć prawidłowych (np. omamy, urojenia)
- **Objawy ilościowe**, np. przyspieszenie toku myślenia, rozproszenie uwagi
- **Cecha** – pojęcie używane zamiast objawu w przypadku zaburzeń osobowości oraz niedorozwoju umysłowego [1].

ZABURZENIA SPOSTRZEGANIA

Iluzje (złudzenia)

To zniekształcone spostrzeżenia, rzeczywiście istniejących przedmiotów. Mogą dotyczyć wszystkich zmysłów. Rodzaje iluzji:

- **Fizjologiczne** - doznanie iluzyjne podlega natychmiastowej korekcie i nie powoduje zmiany zachowania, występują zwłaszcza przy złym oświetleniu, w stanie lęku
- **Patologiczne** – doznania iluzyjne nie podlegają korekcie mimo dowodów błędności, zmieniają zachowanie i postępowanie chorego [1, 2]. Oparte są o istniejące przedmioty, osoby itp.

Omamy (halucynacje) i ich rodzaje

To spostrzeżenie pozbawione przedmiotu, czyli zmysłowe spostrzeżenie przedmiotów i zjawisk nieistniejących w chwili spostrzegania. Dotyczą zmysłów człowieka - chory widzi, słyszy, czuje zjawiska czy przedmioty, których nie ma w obiektywnym, otaczającym go świecie.

Cechy halucynacji:

- Powstają bez realnego podrażnienia receptorów,
- Towarzyszy im poczucie realności (są one dla chorego tym samym, czym prawidłowe doznania zmysłowe)
- Są rzutowane na zewnątrz [1, 2].

Tabela 3. Halucynacje i ich charakterystyka [opracowanie własne]

RODZAJE OMAMÓW	CHARAKTERYSTYKA
Słuchowe	Chory słyszy dźwięki, trzaski, rozmowy, a najczęściej są to głosy skierowane do chorego w postaci uwag o różnym charakterze (przyjemnym, przykrym, obelżywym, oskarżycielskim), mogą dyskutować o nim, czy komentować jego zachowanie. Wyróżnia się wśród nich omamy imperatywne – zawierające nakaz, zakaz lub polecenie (niebezpieczne dla chorego i otoczenia)
Wzrokowe	Mogą występować w postaci błysków, obrazów. To spostrzeganie ludzi, zwierząt, przedmiotów, które mogą wyglądać naturalnie lub dziwnie. Mogą być też złożone (sceny).
Węchowe	Odczuwanie zapachów przeważnie przykrych (gaz, zgnilizna, spaleniźna)
Smakowe	Najczęściej występują razem z węchowymi. To odczuwanie zmienionego smaku potraw, płynów. Towarzyszą często urojeniom trucia.
Czuciowe dotyku	Odczuwanie świądu, oziębienia, przegrzania skóry, kłucia
Czucia ustrojowego	Napływają z narządów wewnętrznych i różnych części ciała (przemieszczania narządów, ich uszkodzenia, zanikania, unoszenia się) [1,2]

Pseudohalucynacje – pseudoomamy, omamy rzekome

- Powstają bez bodźców działających z zewnątrz,
- Są odczuwane jako doznania umiejscowione we wnętrzu człowieka, ale nie są odbierane przez zmysły
- Chory, który je doznaje słyszy np. głosy w głowie, brzuchu itp. [1,2]

ZABURZENIA MYŚLENIA – zaburzenia treści myślenia

Urojenia

To fałszywe sądy i przekonania niezgodne z rzeczywistością, które chory wypowiada z głębokim przekonaniem o ich prawdziwości i których nie koryguje mimo oczywistych dowodów błędności. Występują wyłącznie w psychozach.

Tabela 4. Urojenia i ich charakterystyka [opracowanie własne]

RODZAJ UROJEŃ	CHARAKTERYSTYKA
PRZEŚLADOWCZE	Chory jest przekonany, że jest prześladowany, że jemu lub jego rodzinie grozi niebezpieczeństwo. Czasami wskazuje osoby, które wg niego szkodzą mu lub jego rodzinie, pragną pozbawić go zdrowia, otruć, dążą do ich zniszczenia. Czasem chory nie określa bliżej domniemanych wrogów, ale

	„wyczuwa” grożące mu niebezpieczeństwo. W przekonaniu chorego prześladowane mogą być pojedyncze osoby lub grupy ludzi, członkowie rodziny lub obcy ludzie. Chory może czuć się prześladowany również przez siły tajemne (szatan, duchy). Przeważnie występują razem z omamami - chory czuje smak trucizn, zapach gazu, co jeszcze bardziej pogłębia urojeniowe przekonania.
ZAZDROŚCI I NIEWIERNOŚCI MAŁŻEŃSKIEJ	Chory jest przekonany, że jego żona (najczęściej) zdradza go. Poznaje to po jej zachowaniu, wypowiedziach, gestach, spóźnieniu się, żąda usprawiedliwień i wyjaśnień, które go jednak nie przekonują.
DEPRESYJNE	Występują w depresji i należą do nich urojenia hipochondryczne, grzeszności i winy, nihilistyczne, zubożenia, poniżenia. Hipochondryczne - Polegają na nieuzasadnionym przeświadczeniu o chorobie niszczącej organizm lub dysfunkcji organów (np. przekonanie, że płuca od wielu lat są całkowicie zniszczone) Grzeszności i winy - Chory przypisuje sobie różne przestępstwa, zbrodnie i grzechy. Czuje się więc człowiekiem niegodnym, który nie zasługuje na nic innego oprócz kary. Niekiedy wymierza ją sobie sam. Nihilistyczne - Odnoszą się do poniżenia, upośledzenia, zubożenia, nicości. Człowiek czuje się nikim, mało wartościowy, nic nie posiada. Może czuć się za człowieka skrzywdzonego przez los, ludzi, niezdolny do niczego, do pracy, zasługuje na potępienie.
WIELKOŚCIOWE	Dotyczą osobistych przymiotów chorego wyróżniających go w jego mniemaniu i wynoszących go ponad otoczenie i przeciętność: np. niepospolite cechy umysłu, rozległa wiedza, wysokie znajomości i wpływanie na ich decyzje, mogą być też absurdalne (jestem Bogiem)
ODNOSZĄCE - ksobne	Chory odnosi do siebie wydarzenia rozgrywające się wokół niego: np. dostrzega, że ludzie milkną na jego widok lub uśmiechają się porozumiewawczo, mówią o nim szeptem, dostrzegają uwagi robione pod ich adresem przez spikerów telewizyjnych, itp.
ZNIEKSZTAŁCENIA CIAŁA	Chory jest przekonany, że np. jego twarz jest zniekształcona, zmieniona i budzi odrazę u innych (domaga się operacji)
ODDZIAŁYWANIA I OWŁADNIĘCIA	Polegają na przeświadczeniu chorego, że na jego ciało lub umysł ktoś oddziałuje bezpośrednio lub za pomocą jakichś aparatów

NASYŁANIA, ZABIERANIA I ODSŁONIĘCIA MYŚLI	Chory jest przekonany, że ktoś lub coś nasyła mu myśli lub je zabiera „wykrada” czy odsłania
--	--

Struktura i logiczna budowa urojeń

- Proste - z nieusystematyzowaną treścią
- Paranoiczne - z usystematyzowaną i logicznie powiązaną spójną treścią, osadzone w rzeczywistości
- Paranoidalne – z porozrywaną strukturą logiczną, brakiem spójności, dziwacznością treści
- Parafreniczne – o usystematyzowanej treści z towarzyszącymi im omamami
- Inkoherentne – z brakiem logiki, absurdalnością, zmiennością treści [1]

2. ZESPOŁY PSYCHOPATOLOGICZNE

Pojęcie i rodzaje zespołów psychopatologicznych

W psychiatrii podstawowe opisy zaburzeń psychicznych mają charakter zespołowy, tworzą tzw. zespoły zaburzeń psychicznych (zespoły psychopatologiczne). Jest to zbiór objawów, który występuje łącznie i przez to jest charakterystyczny dla niektórych chorób, np. zespół maniackalny, urojeniowy, depresyjny.

Tabela 5. Zespoły psychopatologiczne [opracowanie własne]

KRYTERIUM	RODZAJE ZESPOŁÓW PSYCHOPATOLOGICZNYCH
Psychotyczność zaburzeń	Zespoły psychotyczne (psychozy) Zespoły niepsychotyczne (np. nerwice)
Patogeneza zaburzeń	<p>I) Zespoły endogenne Mechanizmy patogenetyczne choroby są umiejscowione wewnątrz organizmu; predyspozycje do wystąpienia zaburzeń psychicznych - uwarunkowania genetyczne, np. zespoły schizofreniczne, afektywne</p> <p>II) Zespoły somatogenne - uwarunkowane czynnikami somatycznymi prowadzącymi do zaburzeń</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zespoły organiczne - czynniki pierwotnie działają w OUN prowadząc do uszkodzenia czy dysfunkcji mózgu (urazy czaszki, nowotwory mózgu, infekcje, zmiany metaboliczne i naczyniowe); np. zespoły otępienne, amnestyczne, zaburzeń świadomości

	<ul style="list-style-type: none">• Zespoły objawowe - przyczyny umiejscowione poza OUN (niektóre choroby, leki, dysfunkcje hormonalne np. gruczołu tarczowego, nadnerczy, przysadki); np. zespół omamowy, urojeniowy, lękowy, afektywny, depresyjny <p>III) Zespoły psychogenne - uwarunkowane załamaniem zdolności adaptacyjnych osoby w następstwie dysproporcji między siłą oddziaływania trudnych sytuacji (stres, uraz psychiczny, trauma), a możliwościami adaptacyjnymi osobowości</p> <ul style="list-style-type: none">• Zespoły reaktywne - przewaga stresu (np. depresja reaktywna w przebiegu żałoby)• Zespoły zaburzeń osobowości - przewaga dezadaptacyjnego rozwoju osobowości• Zespoły nerwicowe - gdy wydarzenia lub osobowość prowadzą do dezadaptacyjnych form komunikacji z otoczeniem w postaci objawów nerwicowych
Symptomatologia zaburzeń	To zespoły opisywane w oparciu o występujące objawy psychopatologiczne, są najczęściej stosowane w praktyce klinicznej. Ich wyodrębnienie bazuje na dominującym w zespole objawie, np. - Zespół lękowy, otępienny, omamowy, urojeniowy, maniackalny, depresyjny

3.ZASADY PIELEGNOWANIA CHOREGO ORAZ KOMUNIKOWANIA TERAPEUTYCZNEGO W ZESPOLE OMAMOWO-UROJENIOWYM

WPROWADZENIE

Pojęcie zespołu omamowo-urojeniowego

Zespół psychopatologiczny omamowo-urojeniowy, to zespół, w którym do głównych zaburzeń należą:

- Zaburzenia spostrzegania (halucynacje)
- Zaburzenia myślenia (urojenia).

Objawy te mogą występować łącznie (zespół omamowo-urojeniowy), lub oddzielnie (zespół urojeniowy, zespół omamowy).

Występowanie zespołu

- **Paranoja** (określana również jako zespół urojeniowy - urojenia niezwykłe, wewnętrznie spójne, usystematyzowane: prześladowcze, wielkościowe, zazdrości)

- **Parafrenia** (najczęściej urojenia prześladowcze oraz omamy węchowe, smakowe, dotykowe i słuchowe)
- Ponadto urojenia i omamy występują również w:
 - Schizofrenii (urojenia dziwaczne)
 - Depresji (urojenia depresyjne- nihilistyczne, grzeszności i winy, hipochondryczne)
 - Manii – (urojenia wielkościowe)
 - Psychozach związanych z uzależnieniami.

PIELEGNIARSKA OCENA STANU PACJENTA

Podstawą planowania działań opiekuńczych wobec chorych z zespołem omamowo-urojeniowym jest ustalenie diagnozy pielęgniarzkiej na podstawie zgromadzonych o chorym informacji, do czego pielęgniarzka wykorzystuje podstawowe metody poznania:

- Obserwacja
 - Zachowań chorego wynikających z zaburzeń spostrzegania i myślenia
 - Tendencji do zachowań agresywnych, impulsywnych i suicydalnych
- Wywiad w formie rozmowy
 - Ocena wypowiedzi chorego świadczących o istniejących zaburzeniach spostrzegania i myślenia,
 - Ocena wypowiedzi dotyczących zachowań agresywnych, suicydalnych
- Analiza dokumentacji
- Metody klinimetryczne – Skala Winga, Skala oceny ryzyka samobójstwa.

Ocena zachowań chorego

Podczas gromadzenia danych będziemy zwracać uwagę na różne zachowania pacjenta, które wynikają z poszczególnych urojeń czy omamów oraz ich treści i charakteru.

Chory z urojeniami prześladowczymi

- Jest nieufny, podejrzliwy, może unikać niektórych osób, kontaktu wzrokowego
- Może wystąpić obniżony nastrój, lęk, bezsenność
- Może być agresywny, niespokojny
- Mogą wystąpić zachowania zagrażające choremu
 - Impulsywne – np. ucieczka przed niebezpieczeństwem
 - Suicydalne
- Mogą wystąpić zachowania zagrażające otoczeniu
- Chory może być agresywny (broni się przed zagrożeniem)

Pacjent z urojeniami trucia i omamami smakowymi

- Odmawia przyjmowania posiłków
- Wypluwa kęsy pożywienia
- Wyrzuca jedzenie, kiedy nikt nie widzi
- Płucze usta po przyjęciu „podejrzanych” pokarmów

- Oddaje innym swoje porcje
- Wywołuje odruch wymiotny po spożyciu pokarmu

Pacjent z omami wzrokowymi

- Może wpatrywać się w 1 punkt z charakterystycznym wyrazem twarzy (np. zachwycenie, przerażenie)
- Może coś strzepywać, albo zbierać z odzieży czy łóżka
- Może uciekać, chować się

Pacjent z omami węchowymi

- Wietrzy pomieszczenia lub je uszczelnia
- Zatyka nos

Pacjent z omamami słuchowymi

- Rozmawia z kimś, nasłuchuje
- Zatyka uszy, przykrywa głowę poduszką kiedy słyszy obelgi, bluźnierstwa lub krytyczne opinie o sobie
- Może zachowywać się impulsywnie – uciekać, rzucić się np. przez okno (głosy zagrażające, omamy słuchowe imperatywne)
- Może być niebezpieczny dla otoczenia (omamy słuchowe imperatywne - zawierające nakaz, zakaz lub polecenie – np. zabij”)

PROBLEMY PIELĘGNACYJNE CHORYCH Z ZESPOŁEM OMAMOWO-UROJENIOWYM

Obecność omamów i urojeń wynikających z istoty choroby

Cel opieki - łagodzenie objawów psychotycznych

Interwencje:

- Obserwowanie pacjenta w kierunku objawów psychotycznych, ich rodzaju i nasilenia
- Podejmowanie próby nawiązania kontaktu z pacjentem
 - Słuchanie uważne (aktywne) o przeżywanych urojeniach i omamach, okazywanie troski i zrozumienia dla uczuć pacjenta (nie dla autentyczności przeżyć)
 - Nie należy urojeniom i omamom zaprzeczać, ani udowadniać, że nie mają sensu (próba perswazji czyli negacji rzeczywistości pacjenta, blokuje kontakt z chorym, powoduje utratę zaufania, czy nawet uznanie personelu za osoby zagrażające lub ich współpracowników, może powodować agresję)
 - Stosowanie w komunikowaniu z chorym techniki urealniania rzeczywistości, słownego wyrażenia wątpliwości
 - Komunikaty niewerbalne pielęgniarki nie powinny okazywać zaskoczenia, zdumienia, niepokoju; nie należy „nadużywać” kontaktu wzrokowego,

jeżeli pacjent go unika (może czuć się obserwowany, co wzmacnia przekonania)

- Odwracanie uwagi chorego od przeżyć urojeniowych poprzez włącznie go w życie oddziały, zainteresowanie zajęciami
- Podawanie neuroleptyków na zlecenia lekarza, kontrola przyjmowania leków
 - Lek musi zostać połknięty przy pielęgniarce
 - Sprawdzenie czy nie został ukryty w jamie ustnej
 - Kontrola w kierunku wywoływania odruchu wymiotnego

Utrudniony kontakt chorego z personelem

Polegający na braku współpracy i zaufania, postawie wrogości, wyższości (wzgardy) i agresji wobec personelu, podejrzliwości

Źródło problemu – urojenia prześladowcze, brak poczucia bezpieczeństwa i pewności siebie – pacjent czuje się zagrożony, przybiera maskę silnej osoby, próbuje dominować

Cel opieki – zdobycie zaufania chorego, zapewnienie poczucia bezpieczeństwa (psychicznego) i pewności siebie

Interwencje:

- Pielęgniarka nie może przybierać postawy obronnej i walczyć o swój autorytet (postawa antyterapeutyczna), nie może dać się wciągnąć w grę „kto tu jest ważniejszy”)
- Wskazane jest zachowanie spokoju, nie odczuwanie urazy, co spowoduje, że po pewnym czasie pacjent nabierze poczucia bezpieczeństwa i pewności siebie i zaniecha walki
- Akceptacja chorego takim, jaki jest
- Zachowanie szczerości uczuć wobec chorego (naturalne zachowanie bez udawania)
- Jasne wyrażanie się (aby nie zostawiać pola do urojeniowych domysłów i podejrzeń)
- Wyrażenie empatii, gotowości do niesienia pomocy i wysłuchania chorego
- Nie narzucanie się choremu, traktowanie go z szacunkiem
- Nie okazywanie niepokoju związanego z zachowaniem chorego, postawa spokoju i poczucia pewności.

Zaburzone kontakty z grupą

Źródło problemu – j.w.

Cel opieki – Ułatwienie kontaktów w grupie

Interwencje:

- Wprowadzenie pacjenta do zajęć grupowych
 - Planowanie dla chorego zajęć nieprzeceniających jego możliwości (porażka mogłaby być trudna do zniesienia)
 - Planowanie zajęć wymagających koncentracji uwagi (np. pisanie na maszynie, aby nie zostawiać choremu czasu na urojeniowe rozważania)
- Nie powinno się pacjenta łączyć z chorymi z lękiem i depresją (agresja)
- Czuwanie nad bezpieczeństwem chorego i innych chorych

Możliwość wystąpienia stanów zagrażających bezpieczeństwu chorego i otoczenia

Czynów impulsywnych – np. wyskoczenie przez okno, agresji (np. atakowanie innych), tendencji samobójczych

Źródło problemu - przeżycia psychotyczne (poczucie prześladowania) którym towarzyszy poczucie zagrożenia, lęk, chęć obrony.

Cel opieki – zapewnienie bezpieczeństwa (fizycznego) choremu, innym pacjentom

Interwencje:

- Ciągła, dyskretna obserwacja chorego
- Zadbanie o wszelkie środki ostrożności związane z bezpieczeństwem (inny temat)

Zaburzenia snu i odpoczynku

Źródło problemu – urojenia prześladowcze, poczucie zagrożenia

Cel opieki – łagodzenie zaburzeń, ułatwienie snu

Interwencje:

- Obecność pielęgniarki przy chorym, posiedzenie przy nim przed zaśnięciem
- Oderwanie od myśli urojeniowych - rozmowa na tematy bezpieczne i interesujące, głośne czytanie
- Dyskretnie oświetlona sala (aby przedmioty nie rzucały cienia na ścianę)

Brak zainteresowania higieną, wyglądem

Źródło problemu – koncentracja uwagi na przeżyciach psychotycznych (brak czasu na podstawowe potrzeby, stają się one mało ważne w obliczu odczuwanych zagrożeń)

Cel opieki – zapewnienie potrzeby czystości

Interwencje:

- Ocena potrzeb higienicznych
- Zachęcanie, przypominanie
- Pomoc w zależności od stanu pacjenta

Niechęć do spożywania posiłków

Źródło problemu – urojenia prześladowcze trucicia, myśli samobójcze

Cel opieki – Zapewnienie potrzeby odżywiania, dostarczenia wszystkich niezbędnych składników

Interwencje:

- Zachęcanie do jedzenia przez zniesienie poczucia nieufności i podejrzliwości (zapewnienie choremu możliwości obserwowania wydawania posiłków, pomaganie przy ich roznoszeniu w celu upewnienia się, że nie są zatrute, czasem podejrzliwość znika, gdy ktoś z personelu spróbuje posiłku)
- Nie należy chorego zmuszać do spożywania posiłków (utrwalanie urojeniowych sądów)
- Obserwowanie zachowania po posiłku
- Prowadzenie arkusza obserwacyjnego spożywania posiłków i płynów
- W wyjątkowych sytuacjach karmienie przez sondę (zawsze przez nos)

TECHNIKI KOMUNIKOWANIA TERAPEUTYCZNEGO W ZESPOLE OMAMOWO- UROJENIOWYM

Sytuacja pacjenta cierpiącego z powodu psychozy wymaga w relacjach pielęgniarka – pacjent kierowania się zasadami komunikowania terapeutycznego, czyli:

Świadomego wykorzystywania właściwie dobranych komunikatów werbalnych i niewerbalnych, aby dzięki nim wpłynąć na zachowanie i emocje podmiotu opieki. Łączy się ono najczęściej ze wsparciem psychicznym i oznacza proces wywierający pozytywny wpływ na podmiot opieki [15].

Komunikowanie terapeutyczne wiąże się ze stosowaniem w praktyce **zachowań terapeutycznych, czyli takich, które mają nie tylko zapobiegać skutkom błędów jatropatogennych, ale zawierają także element leczniczy** [2].

Ze względu na specyfikę choroby psychicznej, komunikowanie posiada szczególne znaczenie w pomaganiu osobie z problemami zdrowia psychicznego. Umiejętność nawiązania kontaktu z pacjentem cierpiącym z powodu psychozy stanowi kluczowy czynnik w całym procesie leczenia i sprawowania opieki [11].

Według A. Kępińskiego kontakt z chorym i rozmowa z nim pozostają podstawowymi narzędziami postępowania, a istotą kontaktu z pacjentem psychotycznym jest poznanie i zrozumienie świata jego przeżyć [7].

W przypadku chorego z zaburzeniami spostrzegania i myślenia spośród wielu technik komunikowania, należy zwłaszcza wymienić znaczenie następujących:

1. Techniki podstawowe

- **Dostrzeganie pacjenta i spostrzeganie u niego zmian**

Polega na właściwym (nacechowanym szacunkiem) zwracaniu się do pacjenta, po nazwisku lub imieniu, jak również dostrzeganiu zaistniałych zmian jakie zachodzą w nim samym - w zachowaniu, wyglądzie oraz jego otoczeniu.

W zależności od sytuacji wskazane jest używanie zwrotów takich jak np. „*Panie Janie, cieszę się, że jest pan dzisiaj ogolony*”, lub „*Pani Aniu, jaką ładną ma pani dzisiaj fryzurę*” itp.

Pacjent czuje się zauważony, jest kimś ważnym dla pielęgniarki, czuje się dowartościowany, ma poczucie, że jego wysiłek został dostrzeżony. W przypadku chorego z psychozą, np. ze schizofrenią czy depresją, szczególnie ważne jest podkreślenie nawet najdrobniejszych pozytywnych zmian, co będzie wzmacniało zainteresowanie światem zewnętrznym chorego zamkniętego w swoich psychotycznych przeżyciach.

2. Zachowania konfrontujące z rzeczywistością to

Urealnienie

- Polega na przybliżeniu choremu rzeczywistości poprzez wyrażenie przez osobę pomagającą swojego zdania na temat określanych faktów czy sytuacji.

- Technika ta sygnalizuje odmiennosc widzenia zjawisk interpretowanych chorobliwie przez pacjenta przy jednoczesnej akceptacji jego poglądów.
- Kiedy z relacji z pacjentem wynika, że postrzeganie i rozumienie rzeczywistosci jest u chorego glęboko zaburzone – występują złudzenia, omamy, czy urojenia np. w przebiegu schizofrenii czy innych psychoz, pielęgniarka powinna przeciwstawić pacjentowi własny obraz świata, np.
 - „Poza nami nie widzę w tym pokoju nikogo”, „Ja tylko słyszę szum wiatru” czy „Osobiście nie zauważyłam, żeby chorzy na oddziale odnosili się do pana wrogo”.
 - Wyrażona opinia jest inna niż pacjenta, jednak nie ma na celu jednoznacznego zaprzeczania i negowania wypowiedzi chorego, a jedynie ukazuje alternatywną możliwość spostrzegania rzeczywistosci.
 - Technika ta pozwala na uniknięcie sprzeczki, a jednocześnie unika potwierdzania błędnych spostrzeżeń.

Słowne wyrażanie wątpliwości

- Również jest techniką mającą na celu przybliżeniu choremu rzeczywistosci.
- Osoba pomagająca w sposób taktowny wyraża wątpliwość w trafność spostrzeżeń pacjenta w przypadku występujących omamów czy urojeń, mówiąc np. „Trudno w to, co pan mówi, uwierzyć”.
- Technika ta również nie neguje wypowiedzi chorego, a jednocześnie unika potwierdzania błędnych spostrzeżeń.
- Wyrażanie wątpliwości, podobnie jak urealnienie może pomóc pacjentowi uświadomić sobie, że inni odbierają rzeczywistosc inaczej niż on i przybliżyć mu świat realny.

ROZDZIAŁ IV

PIELEGNOWANIE CHOREGO Z ZABURZENIAMI AFEKTYWNYMI - ZESPOŁEM DEPRESYJNYM I MANIAKALNYM

1. ZABURZENIA AFEKTYWNE - WPROWADZENIE

ZABURZENIA AFEKTYWNE

- Zaburzenia afektywne to zaburzenia nastroju, obejmują zaburzenia depresyjne i zaburzenia maniakalne.
- Charakteryzują się zmianą afektu lub nastroju w kierunku depresji lub nastroju podwyższonego.
- Zmianie nastroju towarzyszy zazwyczaj zmiana napędu; większość pozostałych objawów jest albo wtórna, albo zrozumiała w kontekście zmiany nastroju i aktywności.
- Większość tego typu zaburzeń ma charakter nawrotowy, a ich epizody często bywają spowodowane przez stresujące wydarzenia lub sytuacje [ICD-10].

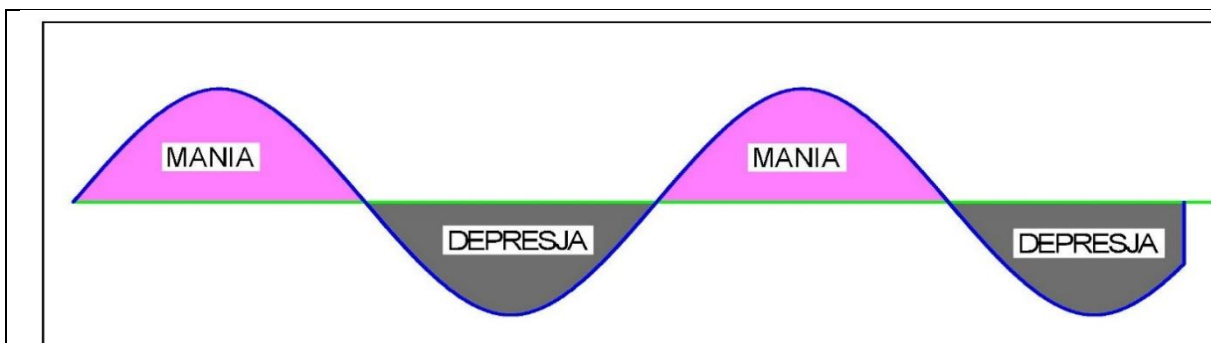
RODZAJE ZABURZEŃ AFEKTYWNYCH wg ICD-10

Zaburzenia afektywne dwubiegunowe

To choroba afektywna dwubiegunowa (CHAD).

Zaburzenia charakteryzują się występowaniem epizodów chorobowych z wyraźnie zaburzonym nastrojem i aktywnością w postaci naprzemiennych zespołów:

- Podwyższonego nastroju, wzmożonej energii i aktywności (hipomania lub mania)
- Obniżonego nastroju oraz energii i aktywności (depresja) [ICD-10].



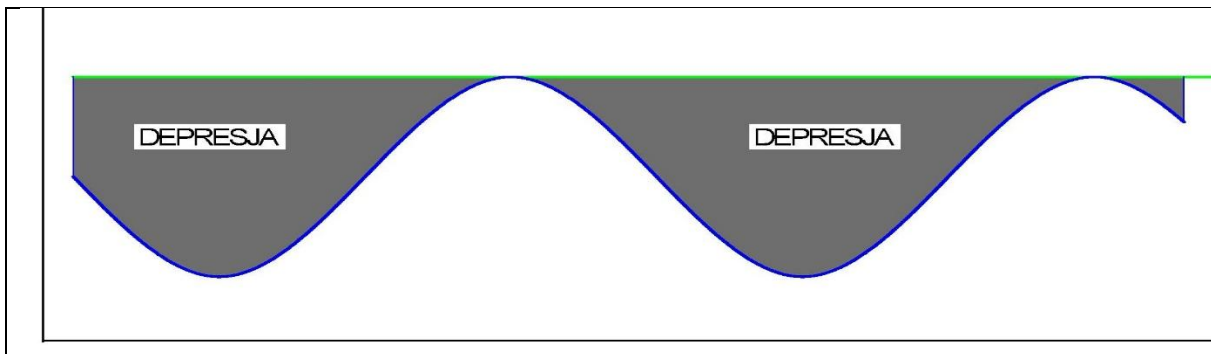
Rycina 13. Przebieg choroby afektywnej dwubiegunowej [opracowanie własne]

Zaburzenia depresyjne nawracające – zaburzenia afektywne jednobiegunowe

- Kiedyś określane również jako choroba afektywna jednobiegunowa
- Rozpoznawane są wówczas, gdy u pacjenta wystąpiły co najmniej dwa epizody dużej depresji, ale nie występowały objawy maniakalne m.in. takie jak wzmożenie

nastroju i zwiększona ilość energii, które przemawiałyby za diagnozą choroby afektywnej dwubiegunowej.

- Zaburzenia te cechują się powtarzającymi się epizodami depresji, bez jakichkolwiek niezależnych epizodów wzmożonego nastroju i zwiększonej energii (mania) w przeszłości.
- Pierwszy epizod może wystąpić w każdym wieku, począwszy od dzieciństwa aż do wieku podeszłego. Początek bywa ostry lub powolny, czas trwania od kilku tygodni do wielu miesięcy.
- Ryzyko pojawienia się epizodu maniakalnego u chorych z nawracającymi zaburzeniami depresyjnymi nigdy całkowicie nie znika, niezależnie od liczby przebytych epizodów depresyjnych. W przypadku pojawienia się epizodu maniakalnego rozpoznanie zmienia się na zaburzenia afektywne dwubiegunowe [ICD-10].



Rycina 14. Przebieg zaburzeń depresyjnych nawracających (choroba afektywna jednobiegunowa)
[opracowanie własne]

Uporczywe zaburzenia nastroju - afektywne

Zaburzenia nastroju, które utrzymują się przewlekłe, mają zmienne nasilenie, przy czym większość epizodów nie osiąga nasilenia pozwalającego na rozpoznanie hipomanii ani epizodów depresji łagodnej:

Utrzymujące się stale wahania nastroju w postaci licznych okresów depresji i łagodnie wzmożonego samopoczucia, które nie są na tyle nasilone i długotrwałe, aby można było rozpoznać zaburzenia afektywne dwubiegunowe lub zaburzenia depresyjne nawracające.

Dystymia

W przypadku utrzymywania się przez ponad 2 lata objawów depresyjnych, lecz o mniejszym nasileniu niż w przypadku epizodu depresyjnego [ICD-10].

Epizod maniakalny

Dotyczy wyłącznie pojedynczego epizodu chorobowego.

Epizod depresyjny

Rozpoznawany jest w przypadku wystąpienia po raz pierwszy w życiu zespołu objawów depresyjnych, które trwają co najmniej 2 tygodnie.

- Pacjent cierpi z powodu obniżenia nastroju, ubytku energii, zmniejszenia aktywności.
- Zmniejszone jest odczuwanie przyjemności, zakres zainteresowań i koncentracja są obniżone,
- Często pojawia się znaczne zmęczenie, nawet po małym wysiłku.
- Sen jest zwykle zaburzony, apetyt obniżony.
- Samoocena i pewność siebie są niemal zawsze zmniejszone, nawet w łagodnych stanach depresyjnych pojawiają się idee winy i małej wartości.
- Obniżenie nastroju nie ulega większym zmianom w kolejnych dniach, jest niezależne od bieżących wydarzeń,
- Wyraźne zahamowanie psychoruchowe.
- W zależności od liczby i nasilenia objawów epizod depresyjny można określić jako
 - Epizod depresyjny łagodny,
 - Epizod depresyjny umiarkowany
 - Epizod depresyjny ciężki (z objawami psychiatrycznymi lub bez objawów psychiatrycznych) [ICD-10].

2. PIELEGNOWANIE CHOROGE Z ZESPOŁEM DEPRESYJNYM ORAZ ZASADY KOMUNIKOWANIA TERAPEUTYCZNEGO

POJĘCIE DEPRESJI

Depresja (*depressio; gr. melancholia*) – termin używany w kilku znaczeniach.

W języku codziennym (potocznym)

Określenie depresja stosowane jest w związku z **gorszym niż zwykle samopoczuciem i smutkiem (przygnębieniem)**, smutek zwykle jest krótkotrwały i trwa kilka lub kilkanaście godzin, związany jest z bieżącymi sytuacjami (chandra),

W znaczeniu medycznym

- **Depresja jako objaw chorobowy,**
- **Depresja jako choroba** - uznawana jest za **poważną, wymagającą leczenia chorobę o charakterze ogólnoustrojowym**. Stanowi holistyczną dysfunkcję całego organizmu – zarówno **nastroju, uczuć, myślenia jak i kondycji fizycznej** i określa długotrwały, szkodliwy i poważny stan, który może być klinicznie rozpoznany jako zespół depresyjny.
- **Depresja jako zespół psychopatologiczny - zespół depresyjny** – zespół objawów psychopatologicznych (zespół afektywny) w którym dominuje obniżenie nastroju. Oprócz obniżonego nastroju występuje m.in. obniżenie napędu psychoruchowego, lęk, dobowe zaburzenia rytmu, zanik popędu samozachowawczego (myśli i zamiary samobójcze); w depresji psychiatrycznej występują urojenia depresyjne.

WYSTĘPOWANIE ZESPOŁU DEPRESYJNEGO

- Choroba afektywna dwubiegunowa (naprzemienne zespoły manii i depresji)
- Nawracające zespoły depresyjne (choroba afektywna jednobiegunowa)
- Epizody depresji
- Zespoły depresyjne psychogenne, związane z:
 - Z urazami psychicznymi, zawodowymi, emocjonalnymi określane jako **depresje reaktywne** - w reakcji żałoby, w przebiegu zaburzeń nerwicowych, reakcji adaptacyjnych, w schorzeniach o ciężkim przebiegu i złym rokowaniu (np. onkologicznych)
- Zespoły depresyjne somatogenne (objawowe, organiczne)
 - Związane ze stosowaniem leków i innych substancji, w przebiegu zatruc, uzależnień
 - W chorobach organicznych mózgu
- Zespoły depresyjne inwolucyjne (depresje w okresie menopauzy i andropauzy (lub zaraz po))
- Depresja poporodowa
- W psychozie schizoafektywnej (połączone objawy schizofrenii i chorób afektywnych)
- Depresja poschizofreniczna

PIELEGNIARSKA OCENA STANU CHOREGO

Metody oceny

- Obserwacja
- Wywiad, rozmowa
- Analiza dokumentacji
- Metody klinimetryczne: np. Skala depresji Becka, skale geriatryczne, Depresji Poporodowej (ESDP)

Obszary oceny stanu chorego

1. Ocena nastroju (objaw osiowy 1)

- Obniżenie nastroju – stan smutku, przygnębienia,
- Niemożność odczuwania radości, szczęścia, satysfakcji,
- Niekiedy zubożenie charakteryzujące się niezdolnością do przeżywania zarówno uczucia radości jak i smutku
- Płaczliwość/ niezdolność do płaczu

2. Ocena napędu psychoruchowego (objaw osiowy 2)

- Spowolnienie tempa procesów myślowych, spowolnienie zapamiętywania i odtwarzania wydarzeń, poczucie niesprawności intelektu (rzekome otępienie),
- Spowolnienie ruchów lokomocyjnych, a niekiedy osłupienie (całkowite zahamowanie ruchowe),

- Czasem nie występuje zahamowanie, a pojawia się niepokój, a nawet silny lęk ze wzmożonym napędem psychoruchowym (**raptus melancholicus** - może być przyczyną nieprzewidywanych nagłych zachowań zagrażających życiu)
- Szybka męczliwość.

3. Ocena sfery biologicznej i rytmów biologicznych (objaw osiowy 3; powstały na skutek zmian funkcji podwzgórza)

- Zaburzenia snu i wypoczynku (hipo- lub hipersomnia)
 - Typ I – skrócenie snu, niemożność spania, budzenie się wczesne
 - Typ II – zwiększona potrzeba snu
- Okołodobowe wahania samopoczucia – nasilenie w godzinach porannych i poprawa w popołudniowych, a zwłaszcza wieczorem
- Zaburzenia cyklu menstruacyjnego
- Zaburzenia libido
- Napięciowe bóle głowy
- Zaparcia
- Wysychanie błon śluzowych jamy ustnej
- Brak łaknienia
- Zmniejszenie masy ciała

4. Ocena objawów lękowych (objaw osiowy 4)

- Lęk wolno płynący (przewlekły, utrzymujący się stale)
- Często jest przez chorych umiejscawiany w okolicy przedsercowej lub nadbrzuszu (*tachykardia, podwyższone ciśnienie tętnicze krwi, biegunka, uczucie pieczenia lub palenia skóry, zlewne poty, spłylenie oddechu, wrażenie ucisku na klatkę piersiową*).

5. Ocena reakcji i zachowań chorego (objawy dodatkowe)

- **Samoocena**
 - Ujemna ocena siebie (nie radzi sobie w życiu, nie kochany, nie akceptowany, bezwartościowy, ciężar) oraz zdrowia
 - Ujemna ocena przyszłości, przeszłości i teraźniejszości (wszystko widzi w ciemnych barwach)
 - Ujemny bilans życiowy
 - Poczucie beznadziejności (nie ma nadziei na poprawę zdrowia i losu)
 - Urojeniowa ocena siebie i sensu swego życia
 - Urojenia depresyjne - hipochondryczne, katastroficzne, poczucia winy, grzeszności, kary, nihilistyczne (*urojenia wtórne – syntymiczne, wynikają z obniżonego nastroju*),
 - Czasem myśli natrętne (*o zrobieniu komuś krzywdy, myśli bluźniercze*),
 - W konsekwencji może pojawić się zniechęcenie do życia oraz myśli i tendencje samobójcze.
- **Aktywność w życiu codziennym i relacje z innymi** (zaburzenia wtórne do objawów podstawowych)

- Utrata zainteresowań i obniżenie aktywności - chorzy nie są w stanie wykonywać pracy zawodowej, podołać obowiązkom domowym, a niekiedy nawet zaspokajać elementarnych potrzeb życiowych (np. higiena, odżywianie itd., co może stanowić zagrożenie dla życia).
- Uwaga skoncentrowana na tematach osobistych (urojenia depresyjne)
- Izolowanie się, wycofywanie się, czasem zerwanie wszelkich kontaktów z ludźmi, nie reaguje na próby nawiązania kontaktu, nie odpowiada na pytania
- Osłabienie zdolności do podejmowania decyzji, niemożność pokonywania

6. Wygląd chorego

- Twarz przygaszona, uboga w mimikę, blada
- Oczy mają wyraz smutku, powieki opuszczone
- Fałda Veragutha (opadnięcie brwi)
- Opuszczone kąciki ust
- Sylwetka pochylona, ruchy spowolnione, czasami całkowity bezruch
- Wygląd chorego może być zaniedbany, zwykle ubrania w kolorze czarnym
- Charakterystyczny sposób mówienia – przyciszony głos, powoli, zaburzenia toku myślenia, pamięci

GŁÓWNE OBSZARY I ZASADY PIELEGNOWANIA W ZESPOLE DEPRESYJNYM

Myśli i tendencje samobójcze

Przyczyna - Urojeniowe myśli depresyjne, niska samoocena, brak nadziei na poprawę zdrowia i losu

Interwencje

- Zapewnienie bezpieczeństwa fizycznego i psychicznego (inny temat dotyczący zachowań suicydalnych)

Niechęć do nawiązywania kontaktów interpersonalnych lub jego brak, izolowanie się i niechęć do uczestnictwa w życiu oddziału

Przyczyna - Obniżenie nastroju, brak zainteresowań i zubożenie, zahamowanie psychoruchowe, negatywna samoocena

Cel działań - Poprawa nastroju i podwyższenie samooceny oraz zapewnienie poczucia bezpieczeństwa psychicznego

Interwencje

- Obecność przy chorym i zainteresowanie jego problemami, ale nie narzucanie się nie naleganie na odpowiedzi i zmianę zachowań, nie zmuszanie do analizy przyczyn smutku czy aktywności za wszelką cenę
- Przyjęcie postawy w kontakcie z chorym
 - Cierpliwości, empatii, otwartości, serdeczności, autentyczności
 - Wyciszenie własnych emocji (spokój i rozwaga w zachowaniu)
 - Błędem jest nieuzasadniony, nadmierny optymizm i gadatliwość pielęgniarki, roztaczanie zbyt optymistycznych wizji i rozweselanie (razi

pacjenta, utrudnia nawiązanie kontaktu i zaufania, pogłębia przygnębienie – pacjent czuje się niezrozumiany)

- Komunikowanie z chorym
 - Stosowanie technik terapeutycznego komunikowania - oferowanie siebie, akceptujące milczenie pielęgniarki, a także gotowość niesienia pomocy, gotowość do aktywnego słuchania skarg chorego
 - Wykorzystywanie komunikatów niewerbalnych (gest, spojrzenie) dla wykazania zainteresowania chorym
 - Rozmowy powinny być oparte na realiach z życia chorego i jego aktualnych możliwościach, rozmowę powinniśmy rozpoczynać od tematów obojętnych, np. czy jest zadowolony z wyboru Sali
 - Komunikaty powinny być proste (możliwości poznawcze)
- Oderwanie od smutnych przeżyć i pomoc w odnalezieniu poczucia przydatności rodzinnej i społecznej
 - Dodawanie wiary w siebie poprzez aktywizowanie do zajęć terapeutycznych w oddziale, dostosowanych do stanu i możliwości ich wykonania przez chorego oraz jego zainteresowań, podkreślających jego umiejętności czy talent (poczucie wartości). Błędem jest pocieszenie pacjenta np. : „Nie martw się”, „Wszystko będzie dobrze”.
 - Etapowe postępowanie ze względu na niechęć pacjenta (akceptacja i zrozumienie dla jego stanu) – można zaczynać od uczestnictwa biernego, np. przysunięcie fotela chorego do grupy terapeutycznej, poproszenie pacjenta o pomoc w drobnych czynnościach
- Dostosowanie otoczenia chorego do stanu pacjenta (unikanie otoczenia barwnego, hałaśliwego i wesołego – nie wskazany zbyt duży kontrast dla myśli i uczuć, co go razi i działa jeszcze bardziej przygnębiająco, ale otoczenie nie może też być przygnębiające)

Lęk przewlekły

Przyczyna - wynika z istoty choroby (objaw osiowy choroby)

Cel – Obniżenie napięcia emocjonalnego

Interwencje - Postępowanie będzie omówione w sposób całościowy w innym temacie dotyczącym zaburzeń lękowych

Możliwość wystąpienia nagłego czynu zagrażającego bezpieczeństwu chorego

Przyczyna - pobudzenie psychoruchowe z silnym lękiem

Cel działań – zapewnienie bezpieczeństwa (inny temat)

Interwencje - Postępowanie będzie omówione w sposób całościowy w innym temacie dotyczącym zachowań samobójczych i agresywnych

Nie podejmowanie aktywności na rzecz zaspokajania potrzeb

Dotyczących np. odżywiania, karmienia, zmiany pozycji ciała

Przyczyna – Spowodowane zahamowaniem psychoruchowym, obniżeniem aktywności, utratą zainteresowań i obojętnością

Cel działań

- Utrzymanie homeostazy organizmu i komfortu pacjenta

Interwencje

- Dostarczenie odpowiedniej ilości płynów i pokarmów
- Zapobieganie powikłaniom wynikającym z unieruchomienia i nie podejmowania czynności higienicznych
- W skrajnych przypadkach (osłupienie, ciężka depresja) pielęgnowanie jak chorego nieprzytomnego (karmienie przez zgłębnik, toaleta, zmiana ułożenia, działania zapobiegające zakrzepowemu zapaleniu żył itd.)
- W stanach łagodniejszych
 - Podawanie posiłków w pierwszej kolejności (potrzebują więcej czasu niż inni pacjenci),
 - Jeżeli to możliwe zachęcanie do samodzielnego spożywania pokarmów i nie wyręczanie chorego (utrwalanie niskiej samooceny) , w innych przypadkach pomoc w karmieniu, karmienie powoli, małymi kęsami (spowolnienie może być przyczyną zachłyśnięcia),
 - Pokarmy apetyczne i estetycznie podane,
 - Kontrola masy ciała, obserwacja i dokumentowanie ilości przyjmowanych pokarmów
 - Zachęcanie i pomoc w czynnościach higienicznych, ubieraniu się
 - Wykazanie cierpliwości i spokoju, nie ponaglanie pacjenta,
 - Docenianie każdej najmniejszej próby aktywności chorego (dostrzeżenie zmian)

Odmawianie przyjmowania posiłków spowodowane urojeniami

Przyczyna – urojenia depresyjne (grzeszności, nihilistyczne, winy), myśli samobójcze

Cel działań – zapewnienie homeostazy organizmu, ochrona przed konsekwencjami urojeń i myśli suicydalnych

Interwencje

- Wymienione wyżej dotyczące żywienia
- Ponadto postępowanie jak w urojeniach i tendencjach samobójczych

Trudność ze snem – zasypianiem, sen przerywany

Przyczyna- spowodowane zaburzeniami rytmów dobowych, depresyjnym myśleniem, niepokojem

Cel działań - Zapewnienie snu i wypoczynku

Interwencje

- Przewietrzenie sali, o ile to możliwe spacer przed snem
- Spokojna rozmowa, czytanie przyciszonym głosem
- Dobór pacjentów na sali, zapewnienie ciszy i spokoju
- Obecność przy chorym

- Obserwacja jakości snu i zachowań chorego (tendencje samobójcze)

WYBRANE TECHNIKI KOMUNIKOWANIA Z PACJENTEM Z DEPRESJĄ*

Z GRUPY TECHNIK PODSTAWOWYCH

Oferowanie siebie

- Chodzi tutaj o znalezienie czasu dla pacjenta, zwłaszcza gdy chodzi o człowieka wylęknionego i nieśmiałego.
- Podkreśla się, że ten sposób podejścia do chorego ma walor leczniczy, jeśli nie został wymuszony przez chorego.
- Stosowanie tej techniki przyczynia się do budowania poczucia bezpieczeństwa i jednocześnie stanowi wyraz dostrzeżenia pacjenta i jego problemów.
- Polega na tym, że pielęgniarka w kontakcie z pacjentem daje mu poczucie zainteresowania jego osobą, poświęcając mu czas i uwagę na omawianie jego problemów oraz unikając w kontakcie z nim pośpiechu.
- Należy dać choremu odczuć, że jest zawsze mile widziany, a osoba pomagająca jest dostępna w każdym momencie. Warto jest zaproponować dla chorego wygodne miejsce do siedzenia, stworzyć atmosferę ciepła i zachęcić do rozmowy, a jeżeli jest to możliwe odłożyć inne zadania i skoncentrować uwagę na tym czego pacjent od nas oczekuje.
- Gotowość do oferowania siebie i swojej obecności pielęgniarka może wyrażać następującymi zwrotami
 - „posiedzę przy pani chwilę”, „może poczytać pani gazetę” itp.
- Technika ta ma szczególne zastosowanie w odniesieniu do pacjenta u którego w obrazie chorobowym między innymi stwierdza się lęk czy depresję [2, 12, 15, 14, 13].

Z GRUPY TECHNIK PODTRZYMUJĄCYCH KOMUNIKACJĘ

Akceptacja

- Wyraża się ona w uważnym słuchaniu pacjenta, nie przerywaniu jego wypowiedzi i przekazywaniu choremu komunikatów dotyczących rozumienia jego problemów czy dolegliwości w sposób werbalny i niewerbalny
 - Może być to skinienie głowy, wyraz twarzy, pochylenie ciała w stronę pacjenta, ton głosu, czy potwierdzenie werbalne wypowiedzi, np. „rozumiem pana zaniepokojenie”. Należy pamiętać, że pomiędzy tymi komunikatami nie powinny istnieć sprzeczności, komunikaty te powinny się uzupełniać.
- Akceptacja nie oznacza aprobaty dla wypowiedzianych treści, ale ma świadczyć o zrozumieniu stanowiska chorego wobec problemu oraz prawie pacjenta do wypowiedzenia się.
- Oznacza przyzwolenie na nieskrępowane wyrażanie uczuć i myśli.

- Stosowanie tej techniki wskazuje na to, że pielęgniarka aktywnie uczestniczy w tym, co się w danej chwili dzieje w relacjach z pacjentem. Wymaga z jej strony cierpliwości i samodyscypliny.
- Zapewnia poczucie bezpieczeństwa, jest wyrazem podmiotowego i zindywidualizowanego traktowania chorego w procesie opieki.

Milczenie terapeutyczne (akceptujące)

- Celowo użyte i umiejętnie dawkowane milczenie w relacji z pacjentem jest ważnym narzędziem w komunikacji.
- Jest sztuką pozwalającą choremu na spokojne i swobodne wypowiedzenie się. Redukuje tempo rozmowy, daje sposobność przemyślenia kolejnych informacji, wpływa dobrze na stan uczuciowy pacjenta, eliminuje wrażenie pośpiechu.
- Osoba pomagająca traktuje chwilę milczenia jako możliwość pacjenta na zastanowienie się, podjęcie decyzji.
- Milczenie w znaczeniu terapeutycznym musi być akceptujące (oczekujące, przychylnie, oznaczające zainteresowanie), co polega na:
 - Uświadamianiu pacjentowi, że czekamy na jego dalsze słowa, np. za pomocą mimiki, gestów, życzliwego uśmiechu, sposobu patrzenia czy przyjętej pozycji.
 - Gesty te umacniają chorego w przekonaniu, że rozmowa toczy się nadal.
 - Należy pamiętać, że nie można traktować milczenia jako stratę czasu, okazywać zniecierpliwienie choremu, czy kończyć za niego wypowiedź.
- Szczególnego wymiaru technika ta nabiera w odniesieniu do chorego z depresją, który często niechętnie nawiązuje kontakt z otoczeniem.

Umożliwienie szerokiego otwarcia

- Polega na zachęcaniu pacjenta do poruszania interesujących go tematów.
- To sposób stymulowania pacjenta niepewnego, obawiającego się podjąć inicjatywę i wypaść śmiesznie, czy ujawnić braki w swoim wykształceniu (np. pacjent z niskim poczuciem wartości w przebiegu depresji).
- W ręce pacjenta możemy przekazać inicjatywę np. następującym stwierdzeniem: *„A może jest coś, co pana szczególnie interesuje, o czym lubi pan mówić?”*
- Do przezwyciężenia oporów pacjenta przyczynia się towarzysząca relacji terapeutycznej odczuwana przez pacjenta życzliwość ze strony osoby pomagającej.

POSTĘPOWANIE W DEPRESJI POPORODOWEJ

Poporodowy stan depresyjny

- Epizod przejściowy (baby blues*; depresja trzeciego dnia),

- Nagła zmiana nastroju około 3 – 5 dnia po porodzie - wahania nastroju od płacznego do dysforii (rozdrażnienie), zaburzenia snu, brak apetytu,
- Wiąże się ze stresem dotyczącym pierwszych trudności w karmieniu, zajmowaniu się dzieckiem i byciu matką,
- Dotyczy 30-75% kobiet, a nawet 50-80%,
- Jest najłagodniejszą postacią zaburzeń nastroju, niewymagającą leczenia, stan ten mija samoistnie zwykle po 2 tygodniach, wymaga tylko czasu i wsparcia; jednak około 20% baby blues rozwija się w depresję poporodową,
- Z uwagi na wypis ze szpitala około 3 dnia – może nie być zauważona, konieczność monitorowania przez położną środowiskową oraz edukacja rodziców.

(Baby blues, postnatal blues, postpartum blues, postpartum blues syndrom) – w języku polskim najbliższe określenie to **smutek po urodzeniu dziecka, przygnębiecie po porodzie – depresja 3 dnia.*

Depresja poporodowa

- Jest stanem **poważniejszym** niż depresja 3-a dnia i trwającym dłużej, **dotyczy** 10-15% kobiet,
- **Największe ryzyko wystąpienia** w ciągu około 4 do 8 tygodni od porodu, ale szczytowe nasilenie depresja osiąga około 3-6 miesięcy później. W ciągu pierwszego roku ryzyko jest większe 3-4x niż u kobiet w podobnym wieku, które w tym okresie nie rodziły; kobiety, które wcześniej przeszły depresję mają ryzyko na poziomie 25%, a kobiety które przeszły wcześniej depresję poporodową – 50%,
- **Przyczyna niejasna**, m.in. medyczny wzorzec wskazuje na znaczenie hormonalnych i wydzielniczych procesów podczas porodu i położu; obecnie wskazuje się, że przyczyny nie różnią się od przyczyn innych chorób depresyjnych i są podobne również klinicznie; poza tym znaczenie ma niewielkie wsparcie społeczne, złe relacje małżeńskie, niepowodzenia życiowe w ostatnim okresie; znaczenie mogą mieć też powikłania położowe, wcześniej leczone zaburzenia, np. choroba afektywna. Poród uznaje się za **czynniki wyzwajający** (precypitujący) pojawienie się zaburzeń afektywnych (w tym depresyjnych),
- Konsekwencje depresji matki mogą być przedłużone w czasie, ciężkie i mogą mieć wpływ na dziecko oraz całą rodzinę.

Podstawowe cele działań opiekuńczych ukierunkowane są na:

- Zapewnienie bezpieczeństwa fizycznego i ochrony zdrowia i życia matce i dziecku (samobójstwo, samobójstwo rozszerzone)
- Niedopuszczenie do zaniedbania dziecka (np. higienicznego, żywieniowego) z powodu obniżenia aktywności matki i braku zainteresowania dzieckiem
- Rozbudzanie uczuć macierzyńskich i zainteresowania dzieckiem.

3. PIELĘGNOWANIE CHOREGO Z ZESPOŁEM MANIAKALNYM

WYSTĘPOWANIE

- Choroba afektywna dwubiegunowa
- Uporczywe (afektywne) zaburzenia nastroju - **cyklotymia**
- Epizod maniakalny
- Schorzenia organiczne ośrodkowego układu nerwowego (choroby zwyrodnieniowe OUN – np. stwardnienie rozsiane, guzy mózgu, stany pourazowe i zapalenia mózgu)
- Choroby somatyczne (np. nadczynność tarczycy, mocznica), leki, zatrucia

PIELĘGNIARSKA OCENA STANU CHOREGO

Metody oceny

- Obserwacja, Wywiad, Rozmowa, Analiza dokumentacji, Skala manii Younga

Obszary oceny stanu chorego

OCENA NASTROJU

- Wzmożenie nastroju (nastrój maniakalny - **euforia**) - stałe wzmożenie samopoczucia (stan zadowolenia, radości, szczęścia) z towarzyszącą beztroską, skłonnością do żartów i brakiem adekwatnych reakcji emocjonalnych na wydarzenia przykre
- W bardziej nasilonych stanach, pojawia się **dysforia** – nastrój gniewliwy (drażliwość), który może być podstawowym nastrojem, lub pojawiać się w niektórych sytuacjach (np. w przypadku niemożności realizacji swojego zamiaru)

OCENA NAPĘDU PSYCHORUCHOWEGO

- **Procesy psychiczne**
 - Przyspieszenie toku myślenia aż do gonitwy myśli - wielomówność (słowotok),
 - Upośledzona jednak precyzja myślenia, porozrywane związki myślowe
 - Duża odwracalność uwagi - przelotne zainteresowanie wszystkim co wydarza się w otoczeniu, przeskakiwanie z tematu na temat, nie kończenie rozpoczętych kwestii
- **Aktywność ruchowa**
 - Nasiloną, poczucie niespożytej energii, brak męczliwości – chorzy bardzo ruchliwi, wszędzie obecni
 - Może wystąpić również bezładne, gwałtowne podniecenie ruchowe

OCENA RYTMÓW SNU I CZUWANIA

- Zmniejszenie długości snu nocnego i wczesne budzenie się

- Nasilenie objawów zespołu w godzinach wieczornych i porannych

OCENA ZACHOWAŃ CHOREGO

Podwyższenie nastroju i napędu psychoruchowego rzutuje na zachowania chorych – ich samoocenę, podejmowaną przez nich aktywność, zaspakajanie potrzeb, relacje z innymi, wygląd.

- **Samoocena i aktywność chorych**
 - ⇒ Zawyżona i bezkrytyczna ocena swoich możliwości,
 - ⇒ Podejmowanie wielu inicjatyw i pochopnych działań bez doprowadzenia ich realizacji do końca,
 - ⇒ Nieostrzeganie trudności i przeszkód w realizacji podejmowanych działań
 - ⇒ Dążenie do natychmiastowej realizacji różnych rodzących się szybko pomysłów, decyzje są nieprzemyślane, a realizacja podejmowana natychmiast (zbędne zakupy, rozwód, rozdawanie wartościowych przedmiotów)
 - ⇒ Reakcja gniewem w przypadku przeszkody (agresja, autoagresja)
 - ⇒ Czasami zaburzonej samoocenie towarzyszą urojenia wielkościowe (przekonania o uzdolnieniach, nadzwyczajnych możliwościach)
- **Relacje z innymi i potrzeby chorych**
 - ⇒ Nawiazywanie licznych i przypadkowych znajomości
 - ⇒ Dążenie do zdominowania chorych a nawet personelu, wtrącanie się do spraw innych
 - ⇒ Nieregularne odżywianie (brak czasu), chudnięcie
 - ⇒ Nie dbanie o higienę i wygląd lub przesada
 - ⇒ Nasilenie popędu seksualnego, przypadkowe kontakty seksualne
 - ⇒ Nadużywanie alkoholu
- **Wygląd chorego**
 - ⇒ Żywość i energia ruchów
 - ⇒ Twarz zaróżowiona, mimika żywa, oczy roziskrzzone
 - ⇒ Głos podniesiony, mowa szybka, gadatliwość, hałaśliwość
 - ⇒ Ubiór charakteryzujący się nadmiarem ozdób, jaskrawością, przypadkowym doborem, zbytnią ekscentrycznością (częste przebieranie się, posiadanie dużej ilości ubrań), brak krytycyzmu
 - ⇒ Przesadny, wyzywający makijaż, często śmieszny

OCENA NASILENIA ZESPOŁU MANIAKALNEGO

Hipomania

- Zaburzenia dyskretnie wyrażone, niekiedy dostrzega je tylko najbliższe otoczenie, otoczenie dalsze podziwia osobę za dużą energię i sprawność działania
- Jednak nasilenie tych objawów zazwyczaj nie zaburza w sposób poważny zdolności do pracy i nie jest przyczyną odrzucenia przez otoczenie.

Mania bez objawów psychotycznych

- Wzmożenie nastroju jest nieadekwatne do sytuacji pacjenta i może zmieniać się od beztroskiej dobroduszości (jowialności) do niekontrolowanego podniecenia.

- Bardzo dobremu samopoczuciu towarzyszy wzmożona energia prowadząca do nadmiernej aktywności, wielomówność, zmniejszona potrzeba snu.
- Występują trudności w utrzymaniu uwagi oraz znaczne roztargnienie.
- Samoocena jest wyraźnie zawyżona z ideami wielkościowymi i dużą pewnością siebie.
- Brak normalnych zahamowań w kontaktach społecznych może być przyczyną zachowań lekkomyślnych, nierozważnych, nieadekwatnych do sytuacji, niezgodnych z charakterem pacjenta.

Mania z objawami psychotycznymi

- Oprócz objawów i cech wymienionych powyżej
 - Występują urojenia (zwykle wielkościowe) lub omamy (są to zazwyczaj głosy skierowane wprost do pacjenta),
 - Albo też podniecenie, wzmożona aktywność ruchowa i gonitwa myśli osiągają tak skrajne nasilenie, że pacjenta nie można zrozumieć, ani nawiązać z nim rzeczowego kontaktu [ICD-10].

Podniecenie maniakalne (szał, mania ostra)

- Zaburzenia bardzo nasilone (gwałtowne i bezładne podniecenie ruchowe, porozrywane związki myślowe, zachowania agresywne, zaburzenia świadomości – majaczenie, splątanie)

GŁÓWNE OBSZARY I ZASADY PIELEGNOWANIA W ZESPOLE MANIAKLANYM

Trudności w relacjach pacjent – pielęgniarka

Przyczyna - Trudności w tym zakresie wynikają z wysokiej samooceny, braku krytycyzmu, braku czasu, tendencji do narzucania zdania i podporządkowywania sobie personelu, stawiania żądań, pobudzenia procesów psychicznych

Cel działań – zapewnienie bezpiecznego środowiska i optymalnego leczenia

Interwencje

⇒ W przypadku realizacji zadań terapeutycznych

- Wymaga się od pielęgniarki konsekwencji w postępowaniu i cierpliwości,
- Nie wdawania się w spory i długie dyskusje z chorym, ale również nie należy narzucać swoich decyzji (budzi opór, rozdrażnienie), niewskazane jest również zbyt długie nakłanianie pacjenta na proponowany zabieg (brak cierpliwości)
- Czynności pielęgniarskie powinny poprzedzać krótka i rzeczowa informacja
- W przypadku odmowy – konsekwentne, spokojne i zdecydowane oznajmienie choremu o wykonaniu zabiegu
- Zabiegi powinny być wykonywane sprawnie i zdecydowanie (wcześniejsze przygotowanie się, sprawne działanie podczas wykonania zabiegu)
- Ograniczanie wykonywania zabiegów z udziałem siły (zgodnie z ustawą, bez angażowania innych chorych),

- Koncentrowania się w fazie zaostrzenia na priorytetowych zadaniach (bezpieczeństwo, przebieg leczenia farmakologicznego, potrzeby życiowe)

⇒ W przypadku wrogiego i obraźliwego traktowania

- Konieczna jest analiza własnej postawy i kontaktów z chorym; tłumiona przez pielęgniarkę niechęć, zniecierpliwienie mogło spowodować niechęć albo agresję chorego
- Jeżeli postawa pielęgniarki jest prawidłowa – nie należy wdawać się w sprzeczkę, zawstydząć chorego, czy bronić się przed zarzutami chorego
- W sytuacji narastającego konfliktu należy odwrócić uwagę chorego na inne tematy

Trudności w relacjach pacjent – pacjent

Przyczyna - spowodowane skłonnością do sporów, zaczepnością, wścibstwem, drażliwością, chęcią dominowania, narzucania zdania, dążeniem do bezwzględnego realizowania własnych celów, hałaśliwością; stają się uciążliwi dla innych pacjentów (nocą gotują, piorą, chodzą po salach, śpiewają)

Cel działań – zapewnienie bezpiecznego środowiska i ochrona przed urazami

Interwencje

- Obserwacja zachowań chorego w ciągu dnia i w nocy
- Izolacja w skrajnych sytuacjach
- Zapewnienie bezpieczeństwa i odpoczynku innym pacjentom, nie dopuszczenie do dominacji nad nimi
- Nie dopuszczanie do wdawania się w długie dyskusje i spory, odwracanie uwagi
- Dobór pacjentów (nie mogą być pobudzeni, jak też zbyt ulegli, depresyjni)

Trudność w zakresie odżywiania

Przyczyna - Nadmierna ruchliwość, rozproszenie uwagi, szereg działań podejmowanych przez chorego powodują brak czasu na przyjmowanie posiłków

Cel działań – Zapewnienie homeostazy organizmu

Interwencje

- Kontrola ilości przyjętych pokarmów i wypitych płynów
- Podawanie posiłków lekkostrawnych i **wysokoenergetycznych**
- Kiedy pacjent nie może usiedzieć do końca przy stole, podanie do ręki np. kanapki
- Zapewnienie bezpieczeństwa w czasie spożywania posiłków (zachłyśnięcie spowodowane szybkim spożywaniem pokarmów)
- Pacjenci silnie pobudzeni powinni jeść oddzielnie, naczynia plastikowe
- W przedłużających się sytuacjach - karmienie przez sondę, unieruchomienie chorego jeżeli są wskazania, zgłębnik zakładamy przez nos

Problemy w zakresie higieny i wyglądu chorego

Przyczyna - Brak czasu może powodować, że pacjenci nie dbają o higienę, chociaż nadaktywność chorego może też być ukierunkowana na nadmiar czynności (kilkakrotna kąpiel w ciągu dnia, ciągłe przebieganie się, może być jednak niedokładna)

Cel działań – Zapewnienie czystości choremu

Interwencje

- Obserwacja wyglądu chorego
- Przypomnienie, dopilnowanie, pomoc w zależności od stanu pacjenta
- Zwrócenie uwagi na ubiór i makijaż oraz otoczenie pacjenta

Zaparcia

Przyczyna - Mogą być spowodowane odwodnieniem lub tłumieniem defekacji (brak czasu)

Cel działań – profilaktyka / leczenie

Interwencje

- Obserwacja wypróżnień, odnotowywanie w dokumentacji
- Stosowanie środków naturalnych – np. zapewnienie pacjentowi dużej ilości płynów (dostępu do nich, podawanie ich choremu, jeżeli sam o to nie dba)
- Włączenie środków farmakologicznych na zlecenie lekarza

Brak odpoczynku prowadzący do wyczerpanie pacjenta

Przyczyna - Wynika z nadmiernego pobudzenia psychoruchowego, potrzeby działania i bycia aktywnym, braku poczucia zmęczenia

Cel działań – Ochrona przed wyczerpaniem organizmu

Interwencje

- Zapewnienie snu
 - Kąpiel przed snem
 - Zapewnienie ciszy i spokoju, dobór pacjentów
 - Obserwacja jakości snu
 - Jeżeli pacjent budzi się, posiedzenie przy nim i zachęcenie do pozostania w łóżku
 - Nie rozbudzanie go rozmową
- Zachęcanie do odpoczynku w ciągu dnia
 - Zachęcenie pacjenta do odpoczynku (choćby chwilowego)
 - Zapewnienie warunków do odpoczynku (spokojne, ciche i wygodne miejsce, pokoje relaksacji)

Nadmierny napęd ruchowy

Przyczyna - Wynika z pobudzenia psychoruchowego

Cel działań - Zapewnienie bezpiecznego środowiska i ochrona chorego oraz innych pacjentów przed urazami

Interwencje

- Angażowanie chorego do aktywności ruchowych
 - Gimnastyki, spacerów (bezpieczne skanalizowanie nadaktywności ruchowej)
 - Obserwacja chorego w czasie spacerów – oddalanie się, realizowanie niebezpiecznych pomysłów

- Angażowanie chorego do terapii zajęciowej (stan pacjenta, który nie zakłóci prac terapeutycznych)
 - Zajęcia powinny być atrakcyjne i krótkie (ruchliwość, brak cierpliwości, przerzutność uwagi)

Podejmowanie wielu inicjatyw i pochojna ich realizacja

Przyczyna - Wynika z istoty choroby (nadpobudliwości, wysokiej samooceny)

Cel działań – Ochrona pacjenta przed negatywnymi skutkami zachowań chorego (np. stratą)

Interwencje

- Pielęgniarka powinna być zawsze mniej optymistyczna niż pacjent w sytuacji inicjowania różnych pomysłów
- Analiza pomysłów chorego i próba ustalenia z pacjentem możliwości zakresu ich realizacji
- Pomoc w realizacji zadań realnych i możliwych do wykonania w obrębie oddziału

Gromadzenie wielu przedmiotów, niemożność zapanowania nad nimi

Przyczyna - Wynika z istoty choroby (nadpobudliwości, mnogości pomysłów)

Cel działań – Zapobieganie chaosowi, ochrona chorego przed stratą i konfliktami

Interwencje

- Nakłonienie do oddania części rzeczy rodzinie zwłaszcza wartościowych, czy do depozytu szpitalnego
- Obserwacja sytuacji na oddziale
 - Rozdawanie przedmiotów, pożyczanie, kradzieże (możliwość późniejszych konfliktów)

Nadmierna pobudliwość seksualna

Przyczyna – wynika z istoty choroby

Cel działań - Ochrona chorych przed przypadkowymi kontaktami seksualnymi

Interwencje

- Organizacja oddziałów szpitalnych - odcinki damskie i męskie,
- Obserwacja zachowań chorych

Agresja

Przyczyna – szal maniakalny, niegodzenie się na ograniczenia

Cel działań – Zapewnienie choremu i pozostałym pacjentom oraz personelowi bezpieczeństwa fizycznego

Interwencje

- Omówione zostaną w temacie dotyczącym problematyce agresji

ROZDZIAŁ V

PIELEGNOWANIE CHOREGO Z ZABURZENIAMI LĘKOWYMI

1. ZABURZENIA LĘKOWE – informacje wprowadzające

Lęk jako reakcja alarmowa organizmu

- Lęk to nastrój w którym dominuje odczucie silnego zagrożenia,
- Jest to naturalna i uzasadniona biologicznie reakcja organizmu (reakcja alarmowa), pojawiająca się w sytuacjach niepewnych, niebezpiecznych, czy nieznanach,
- Organizm reaguje na bodźce zagrażające uczuciem dyskomfortu w postaci niepokoju, napięcia, strachu, obaw, lęku,
- U człowieka zdrowego lęk jest związany z realnie istniejącym zagrożeniem i najczęściej określany jest jako **strach** (lęk realny),
- Korzyści przeżywania strachu w sytuacji zagrożenia:
 - Ostrzega organizm,
 - Mobilizuje siły organizmu do działania (np. do ucieczki),
 - Zwiększa zdolność koncentracji (uwagi, zachowania ostrożności),
- Skutki negatywne - w przypadku dużego nasilenia, lęk:
 - Ogranicza zdolność myślenia,
 - Ogranicza zdolność prawidłowego zachowania i koncentracji,
 - Może powodować nieprzemyślane (niebezpieczne) zachowania.

Lęk patologiczny (zaburzenia lękowe)

W praktyce psychiatrycznej lęk nie ma charakteru adaptacyjnego, ale staje się dezadaptacyjny lub nawet destrukcyjny.

O zaburzeniach lękowych możemy mówić wówczas, gdy:

- Lęk jest wynikiem przesadnej oceny sytuacji potencjalnie niebezpiecznej,
- Stany lękowe osiągają nasilenie zaburzające funkcjonowanie
 - Występują zbyt często, trwają zbyt długo,
 - Są zbyt dużym obciążeniem psychicznym,
 - Prowadzą do unikania ważnych czynności,
 - Człowiek traci panowanie nad sobą,
 - Powoduje znaczne cierpienie,
- Nie istnieje realna przyczyna lęku (chory nie jest w stanie określić przyczyny czy źródła lęku),
- Lęk jest wynikiem błędów poznawczych (zaburzenia spostrzegania czy myślenia) prowadząc do reakcji nieadekwatnych do sytuacji – **lęk psychotyczny**.

Postacie lęku

Lęk wtórny - występuje w:

- Chorobach somatycznych (np. zawał serca, napadowa tachykardia, nadczynność tarczycy, hipoglikemia, hipoksja, reakcja anafilaktyczna, choroby układu krążenia, reakcja na chorobę, np. nowotworową)
- Zaburzeniach psychicznych – np. w schizofrenii, zespołach abstynencyjnych.

Lęk pierwotny

To zespoły lękowe występujące niezależnie od innych zaburzeń.

2. CHARAKTERYSTYKA WYBRANYCH ZABURZEŃ LĘKOWYCH

ZABURZENIA LĘKOWE W POSTACI FOBII

- W tej grupie zaburzeń lęk wywoływany jest przez pewne określone sytuacje, które w rzeczywistości nie są groźne.
- W następstwie tego pacjent w charakterystyczny sposób unika tych sytuacji, a zetknięwszy się z nimi odczuwa przerażenie.
- Sama myśl o znalezieniu się w sytuacji fobicznej powoduje wystąpienie lęku antycypacyjnego (lęk związany z oczekiwaniem).

Agorafobia

- Lęk nieproporcjonalnie silny, doznawany w sytuacji, w której nie ma możliwości ucieczki i trudno jest liczyć na pomoc
 - Osoba zazwyczaj boi się samotnej jazdy samochodem czy pociągiem,
 - Znalezienia się w korku ulicznym,
 - Przebywania w odludnych lub publicznych miejscach, tłumie, hipermarketach lub samemu w domu
- Agorafobię mogą komplikować napady paniki,
- Obok poczucia lęku i objawów wegetatywnych (obecnych we wszystkich zaburzeniach lękowych), bardzo często dochodzi do unikania sytuacji lękotwórczych, co może znacznie ograniczać funkcjonowanie danej osoby,
- Po wielu latach trwania choroby, chory nie jest w stanie wyjść z domu,
- Często rozwija się zależność od osób zaufanych,

Fobie społeczne

- Polegają na strachu przed oceną innych ludzi, który prowadzi do unikania sytuacji społecznych (unikanie wypowiadania się publicznie - podlegamy ocenie)
- Zwykle wiążą się z niską samooceną i strachem przed krytyką.

- Mogą one przejawiać się w formie dolegliwości takich jak czerwienie się, drżenie rąk, nudności lub parcie na mocz. Objawy mogą nasilać się aż do napadu lęku panicznego.
- Osoby mają świadomość, że objawy są nieuzasadnione (jak i w innych zaburzeniach), ale nie są w stanie nad nimi zapanować,
- Konsekwencją jest unikanie sytuacji lękotwórczych, co ogranicza zawodowe i towarzyskie funkcjonowanie takiej osoby, czasem prowadzi do całkowitej izolacji społecznej, załamania poczucia własnej wartości i depresji

Specyficzne (izolowane) postaci fobii

- Fobie ograniczone do bardzo specyficznych sytuacji, jak przebywanie w pobliżu niektórych zwierząt, wysokość, burza z piorunami, ciemność, lot samolotem, zamknięte przestrzenie, korzystanie z publicznych toalet, jedzenie pewnych pokarmów, wizyta u dentysty, widok krwi czy ran.
 - Akrofobia (lęk przed wysokością)
 - Fobie związane ze zwierzętami
 - Klaustrofobia
- Sytuacja wywołująca jest wyraźnie określona, a kontakt z nią może spowodować napad paniki.

INNE ZABURZENIA LĘKOWE

Głównym objawem tych zaburzeń jest lęk, który nie ogranicza się do żadnej określonej sytuacji. Występować mogą również objawy depresyjne i natręctwa, a nawet niektóre elementy lęku fobicznego.

Zaburzenie lękowe z napadami lęku [lęk paniczny]

- Nagłe, nieoczekiwane napady lęku o bardzo znacznym natężeniu, a w okresie między napadami chory nie odczuwa lęku, napad trwa zwykle kilka, kilkanaście minut
- Objawy narastają do punktu kulminacyjnego w ciągu kilku minut, często o charakterze odczuwanym przez chorego w sposób dramatyczny (jako zagrożenie życia), którym towarzyszy lęk przed śmiercią, i obejmują np.:
 - Nagłe wystąpienie kołatania serca, bólu w klatce piersiowej, uczucia duszności czy zawrotów głowy
- W utrzymywaniu objawów paniki rolę odgrywa **hyperwentylacja** - chory oddycha bardzo szybko, co w efekcie prowadzi do objawów klinicznych (np. zawroty głowy, uczucie mrowienia, mroczki przed oczami, tachykardia, ból w okolicy serca, odbijanie, wzdęcia brzucha), które pacjent traktuje jako dowody na pogarszanie się stanu zdrowia (błędne koło),
- Objawy lęku napadowego
 - Nawracające nieoczekiwane napady paniki,
 - Oraz co najmniej jedno lub więcej z następujących zjawisk:

- Ciągła obawa przed następnym napadem
- Obawa o jego przebieg i skutki
- Wyraźna zmiana zachowania w trakcie napadu lęku
- W czasie napadu chory przejawia niepokój ruchowy, może głośno wzywać pomocy, płakać, wyraz twarzy przerażony – odczuwa, że umiera, dusi się, pęka mu serce,
- Po ustaniu napadu może występować lęk antycypacyjny (przed nawrotem paniki),
- Napady występują w sytuacjach nieprzewidywalnych, co prowadzi do obaw przed opuszczaniem domu i zależność od bliskich,
- Chorym towarzyszy znaczne cierpienie i poczucie choroby somatycznej
- Mogą współwystępować z agorafobią,
- Lęk paniczny jest rozpoznawany, gdy kilka napadów paniki wystąpi w ciągu miesiąca.

Zaburzenia lękowe uogólnione (LĘK przewlekły, wolno płynący)

- Podstawową cechą jest tu uogólniony i uporczywy lęk niezwiązany z żadnymi określonymi sytuacjami zewnętrznymi
- JEST to długotrwałe utrzymujące się napięcie lękowe (lęk przesadny) o różnej, lecz mało zmieniającej się intensywności i utrzymuje się przez większość dnia,
- Objawy narastają powoli, a chory z czasem przyzwyczaja się do schorzenia,
- Charakteryzuje się:
 - Zamartwianiem, niepokojem dotyczącym wielu aspektów życia, np. bezpieczeństwa dzieci, sytuacji zdrowotnej, materialnej, itp.,
 - Pacjent ma katastroficzne nastawienie do życia, nie jest zdolny do relaksacji,
 - Pociąga za sobą liczne objawy somatyczne
 - Napięcie, bolesność mięśni, kołatanie serca,
 - Uczucie ciągłego zmęczenia i szybkiego męczenia się,
 - Suchość w ustach
 - Przewlekłe utrzymuje się również
 - Uczucie poirytowania, drażliwości, poczucie „bycia na krawędzi”, poczucie bezradności lub osaczenia,
 - Zaburzenia w logicznym myśleniu i koncentracji uwagi,
 - Zaburzenia snu (trudności w zasypianiu lub przesypianiu nocy),
- Trudności w radzeniu sobie z lękiem są źródłem złego samopoczucia, niewłaściwego funkcjonowania w życiu społecznym, zawodowym lub innych obszarach życia,
- Przeważnie osoby zgłaszają się do lekarza po wielu latach choroby z powodu objawów somatycznych, depresyjnych, zaburzeń snu.

REAKCJA NA CIĘŻKI STRES I ZABURZENIA ADAPTACYJNE

Przyczyną są wyjątkowo stresujące wydarzenia życiowe,

Ostra reakcja na stres

- Objawia się po nagłym przeżyciu katastroficznej sytuacji przez osobę, która wcześniej nie miała zaburzeń psychicznych; objawy szybko ustępują (po kilku dniach) - katastrofy żywiołowe, wypadki (np. kolejowy), wojna, napady itp.

Zaburzenie stresowe pourazowe (*post-traumatic stress disorder - PTSD*)

- Są to opóźnione lub/i przedłużone reakcje na traumatyczny stresor (o wyjątkowo obciążającym i zagrażającym charakterze); trwają od kilku tygodni do 6 miesięcy,
- Występuje dotkliwe, natrętne przypominanie sobie sytuacji lub wydarzeń we wspomnieniach, wyobrażeniach na jawie lub w snach

Zaburzenia adaptacyjne (przystosowawcze)

- Związane ze zmianą warunków zewnętrznych, np. przeprowadzka, migracja, utrata osoby bliskiej, zatrudnienia, przejścia na emeryturę - reakcja na stres psychospołeczny,
- Pojawiają się nie później niż miesiąc od zaistnienia sytuacji i trwają nie dłużej niż rok, są przemijające,

3.POSTĘPOWANIE PIELEGNIARSKIE W ZESPOLE LĘKOWYM

OCENA STANU PACJENTA, NASILENIA LĘKU i JEGO NARASTANIA

- W tym celu wykorzystuje metody gromadzenia danych, szczególną rolę odgrywa obserwacja stanu psychicznego, somatycznego, społecznego
- Można wykorzystać skale do oceny lęku
- Ocena powinna dotyczyć 5 obszarów:

Objawy somatyczno-wegetatywne

- Sercowo-naczyniowe (kołatanie serca, częstoskurcz, wzrost RR, omdlenia, zawroty głowy)
- Oddechowe (wzrost częstości oddechów, krótki oddech)
- Skóra (zaczerwienienie, plamy, wysypka, zaburzenia temperatury, potliwość, parestezje, w silnym lęku skóra biała)
- Mięśniowo-szkieletowe (wzrost napięcia mięśni, drżenia, skurcze)
- Żołądkowo-jelitowe (biegunka, nudności, bóle brzucha)
- Inne objawy fizyczne (ból głowy, ból w klatce piersiowej, uczucie gorąca, wysychanie w jamie ustnej, częstomocz)
- Metaboliczne (hiperglikemia)

Zaburzenia poznawcze

- Myśl o zagrażające szkodzie i wyolbrzymianie niebezpieczeństwa
- Oczekiwanie zagrożenia
- Zaburzenia skupienia uwagi, sprawności pamięci i myślenia
- Zawężone pole spostrzegania

Objawy emocjonalne

- Obawa, niepokój
- Zamartwianie się, uczucie zagrożenia
- Trwożliwe oczekiwanie
- Bezsenna noc, koszmary nocne
- Derealizacja

Objawy behawioralne

- Niepokój manipulacyjny (wykonuje zbędne ruchy, manipulacja przedmiotami, dotykane twarzy)
- Niepokój lokomocyjny (nie może usiedzieć, wstaje, chodzi)
- Mimika wyrażająca strach, szpaty powiek i źrenice rozszerzone, usta uchylone
- Agresja
- Osłabienie łaknienia
- Drżący głos, chory przerywa rozmowę

Objawy społeczne

- Szukanie wsparcia
- Bezradność, nadmierna zależność
- Nieśmiałość, wycofywanie się z kontaktów
- Niechęć podejmowania ryzyka i trudności z podjęciem decyzji

OBNIŻENIE POZIOMU LĘKU

Zapewnienie terapeutycznego kontaktu

1. Cechy postawy i działania

- a) **Cierpliwość i spokój.** Dzięki spokojnemu i zdecydowanemu działaniu osoby pomagającej, pacjent nabiera zaufania do jej kompetencji oraz przekonania, że może uzyskać pomoc. Spokojna postawa redukuje niepokój chorego, a także możliwość popełnienia błędów (spokój w zachowaniu pielęgniarki, działaniach, komunikacji werbalnej i niewerbalnej, spokojny ton głosu, samoobserwacja i samokontrola zachowań).
- b) **Aktywność i zdecydowanie.** Chory w silnym niepokoju wymaga zdecydowanej postawy, która stwarza mu poczucie bezpieczeństwa. Okazując niezdecydowanie i niepewność, a zwłaszcza bezradność, osoba pomagająca potęguje niepokój chorego.

- c) **Chęć rozumienia chorego.** Empatia, czyli umiejętność wczucia się w sytuację pacjenta, wyobrażenie sobie co on czuje, zakomunikowanie pacjentowi (czyli zwerbalizowanie tego co dzieje się w jego emocjach), gotowość niesienia pomocy.
- d) **Wysłuchanie i uwzględnienie tego czego chce pacjent.** Kontakt jest znacznie łatwiejszy, gdy pacjent widzi, że jego zdania się liczy i że osoba pomagająca stara się nawiązać z nim dialog.

2. Prezentowanie w komunikacji z chorym następujących technik:

- Oferowanie siebie, swojej obecności i chęci niesienia pomocy
- Zachęcanie do opisu przeżyć; opis doznań ułatwia uświadomienie sobie przez chorego lęku
- Aktywne słuchanie chorego
- Werbalizacja opisanych przez chorego doznań, co pozwala na zastanowienie się nad własnymi uczuciami i ukierunkowania na źródło i okoliczności występowania lęku; czasie werbalizacji należy mówić o tym co powiedział pacjent, unikając własnych interpretacji i sądów
- Wyjaśnianie

Stwarzanie poczucia bezpieczeństwa

- Informowanie, wyjaśnianie wszelkich interwencji
- Terapeutyczny kontakt (obecność przy chorym, serdeczność i życzliwość - nie można udawać serdeczności, może nasilać lęk chorego)
- Zainteresowanie się pacjentem, rozmowa z nim nawet jeżeli zgłaszane problemy wydają się nam błahе, nie odsyłanie chorego, co zmniejsza poczucie zagrożenia (pacjent szuka wsparcia, a jednocześnie boi się drugiego człowieka; zgłaszanie się do pielęgniarki z drobnymi sprawami może wyrażać pragnienie obecności pielęgniarki)
- Nie perswadowanie odczuć chorego (mogą być odbierane jako bagatelizowanie problemów chorego)

Aktywizacja chorego

- Zachęcanie do udziału w zajęciach terapeutycznych i relaksacyjnych
- Dobór zajęć niewymagających skupienia np. ruchowe (aktywność rozładowuje napięcie)

Podawanie leków na zlecenie lekarza

- Leki anksjolityczne, przestrzeganie zasad podawania leków

Zapewnienie odpoczynku i relaksacji

- Obserwacja snu, towarzyszenie choremu w przypadku problemów z zasypianiem, snem przerywanym, dyskretnie oświetlona sala (aby przedmioty nie rzucały cienia na ścianę)
- Zapewnienie snu i odpoczynku po przebytych stanach lękowych

- Techniki relaksacji (np. trening autogenny Schultza, wizualizacja przyjemnych doznań)

Zapewnienie bezpieczeństwa fizycznego

- Obserwacja narastania lęku, rodzaju lęku (lęk paniczny, lęk psychotyczny spowodowany np. obecnością omamów, urojeń może być przyczyną zachowań impulsywnych – mogą stać się agresywni, uciekać na oślep, skoczyć przez okno, narażając siebie i innych)
- Wczesne rozpoznawanie zachowań impulsywnych i ochrona chorego, zapewnienie bezpiecznego otoczenia

Edukacja w zakresie zachowań i metod przerywania lęku oraz relaksacji

- Zachęcanie chorego do zwolnienia akcji oddechowej (wolnego, kontrolowanego oddechu)
- Przerwanie skutków hyperwentylacji przez zwiększenie ciśnienia parcjalnego CO₂ w surowicy krwi (oddychanie w ciągu kilku minut do uszczelnionej wokół ust torebki papierowej)
- Udzielanie wskazówek dotyczących relaksacji
- Nauka rozładowywania lęku już w fazie oczekiwania

ROZDZIAŁ VI

ZASADY POSTĘPOWANIA PIELEGNIARSKIEGO W WYBRANYCH STANACH NAGŁYCH W PSYCHIATRII

1. STANY NAGŁE W PSYCHIATRII – WPROWADZENIE

Stanami nagłymi w psychiatrii nazywamy sytuacje, które bezpośrednio wiążą się z zagrożeniem życia czy zdrowia człowieka. Należą do nich m.in.:

- Tendencje i próby samobójcze
- Zachowania agresywne i autoagresywne
- Silne pobudzenie ze zdezorganizowanym działaniem
- Nagłe stany lęku
- Powikłania poneuroleptyczne, np. złośliwy zespół neuroleptyczny
- Zespół abstynencyjny powikłany majaczeniem alkoholowym.

2. ZADANIA W OPIECE NAD PACJENTEM Z MYŚLAMI I TENDENCJAMI SUICYDALNYMI

MYŚLI I PRÓBY SAMOBÓJCZE

- Samobójstwo jako takie nie jest chorobą, nie musi też być przejawem choroby, lecz zaburzenia psychiczne są głównym czynnikiem związanym z samobójstwami.
- Szacuje się, że ryzyko popełnienia samobójstwa w ciągu życia przez osoby z:
 - Zaburzeniami nastroju – depresją wynosi 15-20%,
 - Z alkoholizmem 7-15%,
 - Ze schizofrenią 10%.

POSTĘPOWANIE W PRZYPADKU MYŚLI I TENDENCJI „S”

Celem opieki - przeciwdziałanie próbom samobójczym i zapewnienie pacjentowi bezpieczeństwa.

Interwencje

OCENA WYSTĘPOWANIA CZYNNIKÓW RYZYKA

- **W populacji ogólnej**
 - Wiek – ok. 50-60 lat
 - Płeć – częściej mężczyźni
 - Stan zdrowia somatycznego – przewlekłe nieuleczalne choroby somatyczne, zwłaszcza jeśli towarzyszy im ból

- Sytuacja społeczna – nagła zmiana pozycji społecznej, zarówno jej poprawa jak też pogorszenie
- Utrata pracy – zwłaszcza w pierwszym okresie bezrobocia
- Utrata bliskich osób – rozwód, owdowienie
- Sytuacja rodzinna – posiadanie małżonka, dzieci zmniejsza ryzyko
- Religia – rzadziej popełniają samobójstwo katolicy
- Uprzednie próby samobójcze – podejmowane przez pacjenta jak też w rodzinie
- Stan zdrowia psychicznego (depresje, schizofrenia, uzależnienie od alkoholu, zaburzenia osobowości).
- **W depresji**
 - Silne poczucie beznadziejności
 - Bezsensowność
 - Poczucie winy
 - Zaniedbywanie się
 - Niskie poczucie własnej wartości
- **W schizofrenii**
 - Ostre objawy psychotyczne (ucieczka przed nimi)
 - Omamy imperatywne
 - Depresja popsychotyczna
 - Okresy choroby
 - Wczesne stadia i początkowy okres nawrotu choroby,
 - Początki powrotu do zdrowia
 - Ryzyko samobójstwa maleje w miarę zwiększania się czasu trwania choroby.
- **Uzależnienia**
 - Obecność depresji
 - Słabe wsparcie społeczne
 - Konflikty z innymi osobami
 - Kryzysy osobiste
 - Utrata więzi ze znaczącymi osobami
 - Zaburzenia somatyczne
- **Ocena zachowań chorego które mogą być sygnałem ostrzegawczym:**
 - **Sygnaly słowne**
 - Zainteresowanie pacjenta tematami związanymi ze śmiercią oraz sposobami popełnienia samobójstwa,
 - Wypowiadanie zdań typu - *rodzinie będzie lepiej beze mnie, lepiej byłoby nie żyć*
 - Należy jednak pamiętać, że pacjent nie zawsze ujawnia swoje myśli i chęć pozabawienia się życia

Sygnaly behawioralne

- Nagłe podwyższenie nastroju („poprawa”) u osoby z depresją, (zdarza się że stan chorego poprawia się, i gdy czujność personelu słabnie wówczas pacjent realizuje swój zamiar)
- Wycofanie się z dotychczasowych działań lub związków z ludźmi,
- Porządkowanie swoich spraw – nagłe odwiedzanie bliskich (żegnanie się),
- Pisanie testamentu, listów pożegnalnych
- Gromadzenie leków i przedmiotów
- Nagłe wizyty u lekarza (zwłaszcza gdy wcześniej nie interesował się leczeniem)
- Planowanie odebrania sobie życia.
- **Wykorzystanie narzędzi klinimetrycznych do oceny ryzyka zachowań suicydalnych**

ZAPEWNIENIE BEZPIECZEŃSTWA FIZYCZNEGO

- Przejrzenie rzeczy pacjenta już w czasie przyjęcia chorego do szpitala, zwracając uwagę na ukryte leki oraz niebezpieczne przedmioty (ostre przedmioty, sznury, kable, pasek, szelki)
- Ukierunkowana obserwacja gromadzonych przedmiotów w czasie wykonywania czynności opiekuńczo-pielęgnacyjnych
- Poinformowanie rodziny o niedostarczaniu leków i przedmiotów zagrażających,
- Przeglądanie rzeczy pacjenta po odwiedzinach zwracając uwagę na posiadane leki i niebezpieczne przedmioty
- Umieszczenie chorego w sali obserwacyjnej przebranego w piżamę i prowadzenie ścisłej i wnikliwej obserwacji pacjenta ze szczególnym uwzględnieniem,
 - Godzin nocnych, czasu przekazywania dyżurów, przebywania pacjenta w miejscach uzasadnionego odizolowania, w czasie niezbędnych wyjść z oddziału
 - Przyjmowania leków
 - Ilości spożywanych pokarmów
 - Należy pamiętać, że pacjent nie zawsze ujawnia swoje myśli i chęć pozbawienia się życia (stała czujność pielęgniarki)
- Zabezpieczenie pomieszczeń szpitalnych usposabiających do urzeczywistnienia zamiarów samobójczych
 - Otwarte strychy
 - Piwnice
 - Klatki schodowe
 - Zamykanie pomieszczeń (kuchnia, dyżurka, gabinet zabiegowy, część łazienek w ciągu dnia, itd.)
- Zapewnienie warunków zewnętrznych i bezpieczeństwa w różnych sytuacjach
 - Łóżko chorego

- Nie powinno stać blisko okna
- W nocy dyskretne oświetlenie
- Chory nie powinien zakrywać głowy i rąk
- Toaleta
 - Bez zamków, bez niebezpiecznych urządzeń i rzeczy
 - Dłuższy pobyt chorego w toalecie powinien być sygnałem do zwiększenia czujności
- Podczas kąpieli
 - W wannie mała ilość wody
 - Czuwanie nad bezpieczeństwem pacjenta
 - Nie używać ostrych narzędzi, do golenia bądź depilacji używać maszynki elektrycznej (sprzęt ten jest w depozycie i używany pod kontrolą personelu)
- Podczas podawania leków
 - Zamykanie sali i szafki gdzie przechowywane są leki
 - Kontrola przyjmowania leków (dokładne sprawdzanie czy pacjent spożył lek, szczególną ostrożność należy stosować przy lekach nasennych i silnie działających, w razie potrzeby można podać leki rozdrobnione lub zmieszane z płynem)
- Podczas pracy/zajęć
 - Nie wyprowadza się chorego do zajęć poza oddziałem
 - Chorych angażuje się do pracy nie wymagającej stosowania niebezpiecznych narzędzi np. klejenie pudełek
- Na spacerze/wyjściach
 - Choremu towarzyszą dwie osoby
 - Na schodach pielęgniarka idzie od poręczy
 - Przy oknach pielęgniarka idzie od ich strony
 - Przy drogach publicznych trzeba zwiększyć czujność by chory nie rzucił się pod samochód czy pociąg
 - Nie odstępować chorego na krok

KONTAKT TERAPEUTYCZNY

Niezależnie od tego, jaki problem ma osoba o skłonnościach samobójczych, zwykle odczuwa trzy następujące stany:

Ambiwalencja

- Większość pacjentów o skłonnościach samobójczych do samego końca odczuwa ambiwalencję.
- Toczy się nieustanna walka między pragnieniem życia i pragnieniem śmierci.
- Jeśli pracownik personelu medycznego wykorzysta tę ambiwalencję aby wzmocnić pragnienie życia, ryzyko samobójstwa może się zmniejszyć.

Impulsywność

- Samobójstwo jest zjawiskiem impulsywnym, zaś impuls z samej swej natury jest chwilowy, przemijający.
- Jeśli w chwili impulsu pacjent uzyska wsparcie, kryzys może zostać zażegnany.

Sztywność

- Dla osób o skłonnościach samobójczych charakterystyczne jest zawężenie myślenia, nastroju i działania.
- Rozważając razem z pacjentem kilka możliwych rozwiązań innych niż śmierć pracownik personelu medycznego łagodnie uświadamia pacjentowi, że istnieją inne wyjścia, nawet jeśli nie są one idealne.

ZASADY OBOWIĄZUJĄCE W KONTAKCIE Z CHORYM

- Traktowanie każdej wypowiedzi pacjenta poważnie
- Nie bagatelizowanie samobójczych myśli i zamiarów
- Nie zgadzanie się na utrzymywanie tych zamiarów w tajemnicy
- Próba zrozumienia motywów samobójstwa
- Zezwolenie na wyrażenie silnych stanów emocjonalnych (gniew, poczucie beznadziejności, uczucie odrzucenia)
- Unikanie negatywnych ocen i krytyki wobec pacjenta
- Okazywanie zrozumienia i wsparcia
- Cierpliwie słuchanie
- Umacnianie nadziei i optymizmu
- Zachęcanie do planowania przyszłości

WSPÓŁPRACA Z RODZINĄ

- Informowanie rodziny, w jaki sposób może ochraniać pacjenta przed samobójstwem
 - Nie pozostawienie pacjenta w domu samego,
 - Zapobieganie gromadzeniu i przedawkowaniu leków,
 - Obserwowanie przyjmowanych leków,
 - Uniemożliwienie dostępu i zabezpieczenie zagrażających przedmiotów i urządzeń,
 - Obserwowanie zachowań chorego oraz przebywanie z pacjentem bez ograniczania jego wolności,
 - Zapobieganie izolacji i osamotnieniu,
 - Pozwalanie choremu na wypowiedzenie myśli samobójczych, bez okazywania potępienia,
 - Wyrażanie zrozumienia dla jego przeżyć,
- Wskazanie na zachowania chorego, które mogą być sygnałem ostrzegawczym
- Informowanie pacjenta i rodziny o możliwości uzyskania pomocy i wsparcia (telefon zaufania, różne formy wsparcia)

3.PROBLEM AGRESJI W OPIECE PSYCHIATRYCZNEJ - ZASADY POSTĘPOWANIA PIELEŃNIARSKIEGO

POJĘCIE, FORMY I WYSTĘPOWANIE AGRESJI

Problem agresji jest zjawiskiem dotyczącym wszystkich ludzi, niezależnie od oceny stanu zdrowia psychicznego.

Definicje agresji

- ⇒ To fizyczne lub werbalne zachowanie, które jest ukierunkowane na zranienie kogoś [Meyers].
- ⇒ To zachowanie zmierzające do wyładowania niezadowolenia lub gniewu na osobach lub rzeczach [Szyszko- Bohusz]
- ⇒ To zachowanie, które jest umyślnym działaniem na szkodę jednostek lub własności, i którego nie da się społecznie usprawiedliwić. [Obuchowska]

Wyróżnia się:

- ⇒ **Agresywne zachowanie** – wynika z określonego stanu emocjonalno-motywacyjnego, jest jego uzewnętrznieniem (złość, gniew, zazdrość, lęk, poczucie winy). Wszyscy ludzie są zdolni do zachowań agresywnych. Są one wypadkową
 - Wpływów genetycznych
 - Środowiskowych (największe znaczenie przypada uczeniu się agresywnych zachowań).
- ⇒ **Agresywność** – gotowość do zachowań agresywnych (ludzie różnią się gotowością)

Formy agresji

Ze względu na stosowane środki

- ⇒ Słowna (werbalna)
- ⇒ Fizyczna (z użyciem siły)

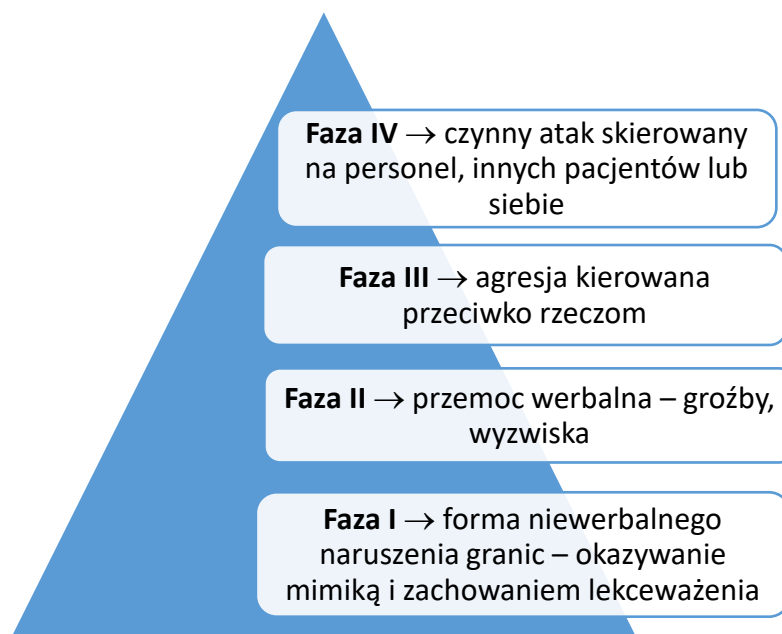
Ze względu na ukierunkowanie

- ⇒ Interpersonalna
- ⇒ Ukierunkowana na przedmioty, inne istoty żyjące
- ⇒ Autoagresja

Występowanie zachowań agresywnych w opiece psychiatrycznej

- Alkohol – zatrucia, majaczenie drżenne
- Nadużywanie leków – domaganie się leków
- Psychozy - zespół paranoidalny, zespół maniakalny
- Zaburzenia osobowości - osobowość wybuchowa, osobowość antyspołeczna
- Zespoły organiczne i otępienie (zaburzenia świadomości, uszkodzenia mózgu, choroba Alzheimera)

Proces narastania agresji



Rycina 15. Fazy eskalacji agresji [opracowanie własne]

Pośrednie przejawy agresji

- ⇒ Nietypowe dla pacjenta głośne mówienie, operowanie trybem rozkazującym
- ⇒ Pasywny opór, sprzeciw, stawianie ultimatum
- ⇒ Łamanie dotychczas obowiązujących reguł komunikowania – niedopuszczanie do wypowiedzenia się opiekunowi do końca, nie słuchanie, próba nawiązania luźnej konwersacji z innymi osobami
- ⇒ Łamanie regulaminu, reguł i ustaleń
- ⇒ Zachowania zaprzeczające dotychczasowej lojalności
- ⇒ Próby zastraszenia personelu
- ⇒ Elementy krótkotrwałej przemocy – uderzanie, drapanie, popychanie innych osób

OPIEKA PIELEGNIARSKA NAD PACJENTEM AGRESYWNYM

Rozpoznanie stanu

- ⇒ Zebranie informacji
- ⇒ Ustalenie przyczyny agresywnego zachowania czy osób i sytuacji mogących zagrozić agresją

Nawiązanie kontaktu z chorym

Cel działań - Poszukiwanie rozwiązań kompromisowych i uzyskanie stanu uspokojenia chorego

Interwencje

- ⇒ Podjęcie próby rozmowy
- ⇒ Przedstawienie się w sposób łatwy do zrozumienia
- ⇒ Poinformowanie pacjenta (o tym, co się z nim dzieje)
- ⇒ Zapoznanie z otaczającymi go osobami
- ⇒ Stanie przodem do pacjenta, nie odwracanie się plecami
- ⇒ Zbliżanie się z wyczuciem do pacjenta – należy podchodzić powoli, przodem, obserwując stale pacjenta
- ⇒ Niewskazane utrzymywanie z nim długiego kontaktu wzrokowego
- ⇒ Nie zaskakiwanie go gwałtownym pojawieniem się przy nim, zachowanie bezpiecznej odległości (nie mniejszej niż 2 metry, tj. poza jego zasięgiem) i pozostawienie pewnej wolnej przestrzeni dla chorego
- ⇒ Sprawianie wrażenia, że całkowicie panujemy nad sytuacją
- ⇒ Nie stwarzanie poczucia zagrożenia
- ⇒ Zachowanie spokoju
- ⇒ Używanie języka potocznego, mówienie wolne, jasne, pewne głośne, ale nie można krzyczeć
- ⇒ Przyjęcie postawy biernej
- ⇒ Nie przerywanie wypowiedzi chorego, dostosowanie się do jego sposobu wypowiedzi
- ⇒ Danie pacjentowi czas na sformułowanie myśli
- ⇒ Nie przyjmowanie pozycji osądzącej
- ⇒ Nie okazywanie swojej przewagi
- ⇒ Danie pacjentowi do zrozumienia, że zdajemy sobie sprawę z jego tendencji do niebezpiecznych zachowań
- ⇒ Wyrażenie pragnienia niesienia pomocy
- ⇒ Okazywanie empatii – podzielenie uczuć, które pacjent ujawnia w trakcie rozmowy
- ⇒ Wpływanie na rozluźnienie napięcia pacjenta werbalnie lub za pomocą gestów
- ⇒ Zachęcanie pacjenta, żeby usiadł (nie zmuszanie go)
- ⇒ Wykazanie zainteresowania jego potrzebami np. pragnieniem; zaproponowanie coś do jedzenia, picia
- ⇒ Nie wykonywanie gwałtownych ruchów
- ⇒ Nie naleganie do zmiany zachowań, jeśli w pobliżu nie ma wystarczającej liczby personelu
- ⇒ Nie notowanie w czasie rozmowy
- ⇒ Wykonywanie zleceń w obecności lekarza lub innych osób z personelu
- ⇒ Zapewnienie atmosfery spokoju, bez hałasu i napięć

Stosowanie przymusu bezpośredniego – podstawa prawna i wskazania

Kiedy mimo zastosowanych metod kontaktu terapeutycznego nie udaje się wyeliminować destrukcyjnych działań agresywnych, stosuje się metody przymusu bezpośredniego (6,7), którego celem jest zapewnienie bezpieczeństwa choremu agresywnemu, innym pacjentom i personelowi. Zasady i wskazania do stosowania przymusu określają:

- Artykuł 18 i 34 Ustawy o Ochronie Zdrowia Psychicznego z 1994 roku z późniejszymi poprawkami
- ROZPORZĄDZENIE Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2018 r. w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi (określa zasady szczegółowe)

Wskazania

Artykuł 18 - Przymus bezpośredni wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, można stosować gdy osoby te:

1. Dopuszczają się zamachu przeciwko
 - a) Życiu lub zdrowiu własnemu, lub innej osoby
 - b) Lub bezpieczeństwu powszechnemu
2. W sposób gwałtowny niszczą lub uszkodzają przedmioty znajdujące się w ich otoczeniu, lub
3. Poważnie zakłócają lub uniemożliwiają funkcjonowanie placówki podmiotu leczniczego udzielającego świadczenia zdrowotne w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej

Art. 34 Ustawy - Wobec osoby przyjętej do szpitala psychiatrycznego bez jej zgody przymus bezpośredni można stosować również wtedy, gdy:

- Jest to konieczne do dokonania niezbędnych czynności leczniczych,
- W celu zapobieżenia samowolnemu opuszczeniu przez tę osobę szpitala psychiatrycznego.

Decyzja o zastosowaniu przymusu i zawiadomienie o przymusie

- ⇒ O zastosowaniu przymusu decyduje lekarz, określa jego rodzaj oraz osobiście nadzoruje jego wykonanie, jest zobowiązany do niezwłocznego zawiadomienia kierownika podmiotu leczniczego
- ⇒ jeżeli nie jest możliwe uzyskanie natychmiastowej decyzji lekarza, o zastosowaniu przymusu decyduje pielęgniarka i nadzoruje jego wykonanie. Jest ona zobowiązana niezwłocznie zawiadomić o tym lekarza
 - w szpitalu - lekarz niezwłocznie zatwierdza lub uchyla przymus
 - w DPS, który nie zatrudnia lekarza, pielęgniarka informuje kierownika, który niezwłocznie informuje o tym upoważnionego przez marszałka województwa lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii
- ⇒ W przypadku działań zespołu ratownictwa medycznego, w którym brak lekarza - kierujący akcją, który niezwłocznie zawiadamia dyspozytora medycznego
- ⇒ Zawiadomienie następuje na wzorze określonym w Rozporządzeniu

Formy przymusu bezpośredniego i możliwość ich zastosowania

Określa artykuł 3 Ustawy. Są to:

1. **Przytrzymanie** - doraźne, krótkotrwałe unieruchomienie osoby z użyciem siły fizycznej
2. **Przymusowe zastosowanie leków** - doraźne lub przewidziane w planie postępowania leczniczego wprowadzenie leków do organizmu osoby - bez jej zgody
3. **Unieruchomienie** - obezwładnienie osoby z użyciem pasów, uchwytów, prześcieradeł, kaftana bezpieczeństwa lub innych urządzeń technicznych
4. **Izolacja** - umieszczenie osoby, pojedynczo, w zamkniętym i odpowiednio przystosowanym pomieszczeniu

Tabela 6. Formy przymusu bezpośredniego a wskazania do ich zastosowania [opracowanie własne]

Wskazania	Możliwe do zastosowania formy przymusu
W przypadku wskazań - 1 a, b oraz 2 , czyli wobec osób, które: 1) dopuszczają się zamachu przeciwko a) życiu lub zdrowiu własnemu, lub innej osoby b) lub bezpieczeństwu powszechnemu 2) lub w sposób gwałtowny niszczą lub uszkadzają przedmioty znajdujące się w ich otoczeniu	Wszystkie formy: ⇒ Przytrzymanie ⇒ Przymusowe podanie leków ⇒ Unieruchomienie ⇒ Izolacja
W przypadku wskazania 3-go , czyli wobec osób zakłócających i uniemożliwiających funkcjonowanie placówki	Tylko: ⇒ Przytrzymanie ⇒ Przymusowe podanie leków

Realizacja decyzji o zastosowaniu przymusu

- ⇒ Uprzedzenie chorego
- ⇒ Wybranie środka możliwie najmniej uciążliwego dla chorego
- ⇒ Zachowanie ostrożności i dbałości o dobro chorego
- ⇒ Może być wykonany wyłącznie przez osoby odpowiednio poinstruowane w tym zakresie
- ⇒ Przymus w formie **unieruchomienia** może być stosowany jedynie w pomieszczeniu jednoosobowym, a w przypadku braku takiego pomieszczenia z umożliwieniem oddzielenia go od innych pacjentów oraz zapewnienie godności i intymności
- ⇒ **Izolacja** - tylko w pomieszczeniu urządzonym w sposób zabezpieczający przed uszkodzeniem ciała oraz odpowiadającym pod względem warunków bytowych i sanitarnych innym pomieszczeniom, musi być wyposażone w monitoring umożliwiający prowadzenie stałego nadzoru

- ⇒ **Pomoc służb** - w odniesieniu do osób wymagających zastosowania przymusu bezpośredniego obowiązane do udzielenia pomocy na żądanie lekarza są:
- Pogotowie ratunkowe
 - Straż pożarna, policja

Zasadność zastosowania przymusu bezpośredniego

- ⇒ W przypadku zastosowania go przez lekarza podmiotu leczniczego oceniającego jest w ciągu 3 dni przez kierownika zakładu – lekarza, lub lekarza wyznaczonego
- ⇒ W przypadku innego lekarza, pielęgniarki DPS, kierującego akcją medycznych czynności ratunkowych – w ciągu 3 dni upoważniony przez marszałka województwa lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii

Czas stosowania przymusu - unieruchomienie, izolacja

- ⇒ Przymus może trwać tylko **do czasu ustania przyczyn** przymusu
- Nie dłużej jednak niż 4 godziny
 - W razie potrzeby przymus może być zlecony na dalsze 2 okresy 6-godzinne, ale tylko po osobistym badaniu pacjenta przez lekarza i wymaga uzyskania opinii innego lekarza psychiatrii
 - Kolejne przedłużenie na okresy nie dłuższe niż 6-godzinne, tylko po osobistym każdorazowym badaniu przez lekarza psychiatrię oraz zasięgnięciu opinii innego lekarza psychiatrii, a w przypadku upływu 24 godzin - lekarz powiadamia ordynatora
 - w DPS – w przypadku braku lekarza - pielęgniarka może przedłużyć formę przymusu bezpośredniego na okres nie dłuższy niż 4 godziny
 - w DPS – łączny czas trwania przymusu nie może przekroczyć 8 godzin

Dokumentowanie

Każdy przypadek zastosowania przymusu odnotowuje się w dokumentacji medycznej – indywidualnej i zbiorczej

- W historii choroby
- W księdze raportów pielęgniarzkich (zastosowany środek, przyczyny, czas, informacja o uprzedzeniu osoby, osoba zlecająca, osoba wykonująca, przebieg stosowania przymusu w tym skutki dla zdrowia)
- W dokumentacji określonej wzorami przez Rozporządzenie
 - Karta unieruchomienia / izolacji (przyczyny zastosowania, rodzaj i czas trwania, wyniki obserwacji pacjenta)
 - Druki zawiadomienia o zastosowaniu przymusu
 - W rejestrze przypadków zastosowania przymusu bezpośredniego (dla DPS)

Postępowanie wobec pacjenta, u którego zaistniała konieczność zastosowania przymusu bezpośredniego

- ⇒ Diagnozowanie stanu pacjenta (pacjent pobudzony, agresywny słownie i czynnie, zagraża sobie lub otoczeniu, rzuca przedmiotami, gryzie, kopie, dusi, niszczy przedmioty)
- ⇒ Diagnozowanie sytuacji pacjenta (pacjent przebywa w sali sam, z innymi pacjentami, posiada ostre, niebezpieczne narzędzia, przedmioty)
- ⇒ Konsultacja z lekarzem
- ⇒ Jeżeli to możliwe wyjaśnienie konieczności zastosowania środka przymusu bezpośredniego, umożliwiając mu podjęcie współpracy
- ⇒ Wybór środka najmniej uciążliwego dla chorego
- ⇒ Zachowanie ostrożności i dbałość o dobro chorego i własne
- ⇒ Zorganizowanie pomocy
- ⇒ Zastosowanie przymusu - unieruchomienie
 - Na dany znak, każda osoba chwyta jedną kończynę, na którą nakłada pas ochronny i przymocowuje ją do konstrukcji łóżka
 - Ewentualnie najszybciej jak to możliwe położenie pacjenta na podłodze
 - Jedna osoba ochrania głowę
- ⇒ Po zabezpieczeniu chorego próba nawiązania kontaktu
- ⇒ W razie potrzeby podanie na zlecenie lekarza środka uspokajającego
- ⇒ Przestrzeganie czasu
- ⇒ Zapewnienie bezpieczeństwa podczas unieruchomienia / izolacji
 - Usunięcie niebezpiecznych przedmiotów z otoczenia (przedmioty ostre, okulary, protezy zębowe, pas, szelki, źródła ognia, sznurowadła – wg Ustawy)
 - Kontrola stanu fizycznego osoby unieruchomionej lub izolowanej co najmniej co 15 minut, również w czasie snu pacjenta (wg Ustawy)
 - Ocenę stanu pacjenta obowiązana jest prowadzić pielęgniarka i dokumentować ją w „karcie oceny stanu fizycznego osoby z zaburzeniami psychicznymi unieruchomionej lub izolowanej” określonej w Rozporządzeniu MZ, 2018.
 - Ocena powinna obejmować
 - Zachowania chorego
 - Chwilowe uwolnienia (celem umożliwienia zmiany pozycji, zaspokojenia potrzeb fizjologicznych i higienicznych)
 - Parametry zleczone przez lekarza
 - Ocena prawidłowości unieruchomienia (sprawdzenie czy pasy ochronne, uchwyty, nie są założone zbyt luźno lub zbyt ciasno). Zawiadomienie natychmiast lekarza w przypadku zagrożenia dla zdrowia lub życia.
 - Sprawdzenie czy środek unieruchamiający i sposób unieruchomienia wykluczają możliwość obrażeń, zadziergnięcia, zachłyśnięcia, przygryzienia języka, trudność w oddychaniu, urazów głowy, uszkodzenia naskórka, złamania)

- Nie pozostawianie pacjenta z unieruchomioną jedną kończyną
 - Zapewnienie pacjentowi opieki – pacjent jest bezbronny
- ⇒ Potrzeby pacjenta
- Zapewnienie krótkotrwałego uwolnienia pacjenta od unieruchomienia celem zmiany pozycji, zaspokojenia potrzeb fizjologicznych, nie rzadziej niż co 4 godziny
 - Stwarzanie warunków do spożywania posiłków i przyjmowania płynów w łóżku oraz do wykonywania zabiegów leczniczych, jeżeli jest to konieczne
 - Zapewnienie spokoju i wygody

ROZDZIAŁ VII

PIELEGNOWANIE CHOROEGO ZE SCHIZOFRENIĄ

1.ZAKRES DANYCH DLA POTRZEB PIELEGNOWANIA WYNIKAJĄCYCH Z SYMPTOMATOLOGII I TYPÓW SCHIZOFRENII

OBSERWACJA OBJAWÓW CHOROBY ORAZ ICH NASILENIA

Obserwacja objawów osiowych i pierwszorzędowych

Zaburzenia z kręgu schizofrenii charakteryzują objawy określone jako **osiowe i pierwszorzędowe**, które nie występują w innych psychozach. Obecnie uznawane są dwie listy objawów. Objawy podstawowe i pierwszorzędowe są **objawami swoistymi** (charakterystycznymi dla schizofrenii, niewystępującymi w innych zaburzeniach).

Tabela 7. Objawy podstawowe i pierwszorzędowe w schizofrenii [opracowanie własne; Źródło B]

Objawy podstawowe (E. Bleuler) 1911	Objawy pierwszorzędowe (K. Schneider) 1948
<p>Cztery „A” Zaburzenia asocjacji - formalne zaburzenia myślenia (toku): *przyspieszenie toku *otamowanie - luki w myśleniu *natłok myśli - <i>mantyzm</i> *persewercje - <i>powtórzenia</i> *rozkojarzenie myślenia - <i>werbigeracje (wtrącanie niezrozumiałych słów o podobnym znaczeniu)</i> <i>schizoafazja- sałatka słowna, rozpad myśli</i> Zaburzenia afektu - zubożenie, spłylenie i niedostosowanie Ambiwalencja - dwuwartościowość, objawy rozszczepienne *uczuciowa, *myślenia i sądów (<i>ambisentencja</i>) *dążeń i działania, (<i>ambitendencja</i>) Autyzm - życie we własnym świecie „za szklaną szybą; pod kloszem”</p>	<p>*Ugłóśnienie myśli - <i>omamy rzekome</i> *Głosy w postaci za i przeciw - <i>omamy słuchowe dyskutujące</i> *Głosy komentujące zachowanie chorego uwagami - <i>omamy słuchowe komentujące</i> *Oddziaływania cielesne - <i>urojenia</i> *Odciąganie i inne oddziaływania na myśli - <i>urojenia</i> *Odsłonięcie, czyli rozgłaśnianie myśli - <i>urojenia</i> *Spostrzeżenie urojeniowe *Inne oddziaływania na uczucia, dążenia i wolę - <i>urojenia</i></p>

Obserwacja objawów pozytywnych

- Są wyrazem nieprawidłowej aktywności umysłu pacjenta, przyczyniającej się do powstawania zjawisk psychopatologicznych. Określane są także jako **objawy**

wytwórcze bądź produktywne. Nazwa ta wskazuje na występowanie objawów czynnie generowanych przez mózg.

- Do objawów pozytywnych zaliczamy:
 - Urojenia, omamy,
 - Dziwaczne, przesadnie zmienione, zniekształcone zachowanie,
 - Podniecenie, pobudzenie, wrogie lub agresywne zachowanie,
 - Podejrzliwość, myślenie odnoszące.

Obserwacja objawów negatywnych

- Inaczej zwane **ubytkowymi**, wynikają z obniżenia, zmniejszenia bądź utraty normalnych funkcji psychicznych i behawioralnych.
- Zaliczyć tu można
 - Anergię (brak energii),
 - Anhedonię (zmniejszenie odczuwania przyjemności),
 - Apatię,
 - Wycofanie emocjonalne i społeczne,
 - Unikanie kontaktu (w tym wzrokowego),
 - Stępiony bądź spłycony afekt,
 - Awolicję (pasywność, brak siły woli),
 - Obniżenie zdolności abstrakcyjnego myślenia,
 - Alogię (brak spontaniczności w rozmowie, jej unikanie; zubożenie słownictwa).

Obserwacja objawów wynikających z dezorganizacji (dezintegracji psychicznej)

- Objawy te wynikają z osłabienia integralności i harmonii zjawisk psychicznych (**niedostosowanie** – przeżycia i zachowania chorych różnią się z oczekiwaniami rozmówcy czy obserwatora).
- Objawy dezorganizacji psychicznej obejmują proces myślenia (chory ma trudności w zrozumieniu tego, co się wokół niego dzieje, postępowania ludzi, ich wypowiedzi) czy też zachowania chorego (zachowanie dziwaczne, nieadekwatne do sytuacji, chaotyczne).

Ocena trudności w adaptacji życiowej - dezadaptacji

- To kolejna cecha typowa dla zaburzeń schizofrenicznych, której ryzyko jest znaczne; pojawia się i pogłębia wraz z chronicznością zaburzeń
- Obejmuje wiele aspektów przystosowania do codziennego życia w środowisku społecznym. Trudności dotyczą:
 - Umiejętności komunikacji interpersonalnej i utrzymywania związków międzyludzkich,
 - Aktywności szkolnej i zawodowej, samodzielności, w tym czynności samoobsługowych, dbałości o higienę własną, itp.

OBSERWACJA CECH POSZCZEGÓLNYCH TYPÓW SCHIZOFRENII

Schizofrenia paranoidalna

- Jest to najczęściej występująca w naszym kręgu kulturowym postać schizofrenii. W jej obrazie klinicznym dominują **urojenia i omamy**.
- Urojenia często bywają **dziwaczne** (niedostosowane kulturowo), niespójne, czasem zmienne w treści. Typowe dla schizofrenii urojenia to przekonania, w których jakby zatraceniu uległy granice między światem zewnętrznym i innymi ludźmi a chorym, np.:
 - Nasyłania myśli,
 - Kontrolowania innych,
 - Bycia kontrolowanym przez innych
 - Urojenia wpływu czy owładnięcia,
 - Odślonięcia myśli, zabierania myśli,
 - Spostrzeżenia urojeniowe czyli urojeniowa interpretacja zjawisk z otoczenia chorego.
- Mimo że wspomniane wyżej rodzaje urojeń są najbardziej charakterystyczne, to pod względem częstości występowania
 - Dominują **urojenia prześladowcze i wielkościowe**, często niedostosowane kulturowo
 - Charakterystyczne bywają też **omamy słuchowe**, zwłaszcza w postaci głosów dyskutujących między sobą komentujących zachowanie chorego bądź mówiących o nim w trzeciej osobie.
 - Typowe są także głosy pochodzące z części ciała pacjenta albo nakazujące mu jakieś działanie
- Pojawiają się niekiedy zaburzenia formalne myślenia, zaburzenia motoryki, afektu czy inne, ale nie przeważają one w obrazie klinicznym schizofrenii paranoidalnej.
- Nierzadkie są zmiany zachowania; pacjent może być agresywny, pobudzony, może budzić poczucie zagrożenia u innych.

Schizofrenia katatoniczna

- Obecnie postać tę rzadko obserwuje się w kręgu cywilizacji zachodniej.
- Dominują w niej zaburzenia napędu psychoruchowego.
 - Mogą one osiągać poziom znacznego chaotycznego pobudzenia - mamy wówczas do czynienia z postacią **hiperkinetyczną**.
 - Może też dochodzić do całkowitego znieruchomienia - **osłupienia (stuporu)** - **w postaci hipokinetycznej**.
 - Częste są formy pośrednie między tymi dwiema skrajnościami - pacjent może stopniowo zwalniać swoje ruchy, ociężale wykonywać nawet proste czynności.

Spowolnione jest wówczas tempo wypowiedzi. Może wystąpić także **mutyzm** - całkowite zahamowanie wypowiedzi.

- Mogą występować też jakościowe zmiany w motoryce – sztywność mięśni sztywnie i wzmożone ich napięcie, co może prowadzić do zjawisk:
 - **Koła zębatego** – czyli skokowych zmian oporu w zakresie zginaczy przy próbie ich rozprostowania (zgiętej kończyny, najczęściej bada się zginacz ramienia).
 - **Objawu poduszki powietrznej** - uniesienie głowy przez leżącego pacjenta nad poziom podłoża, utrzymujący się nieraz całymi dniami.
 - **Katalepsji** – w skrajnej sytuacji wzmożonego napięcia mięśniowego pacjent może całkowicie nieruchomo zastygnąć; chory pozostaje wówczas w dziwacznej, czasem skrajnie niewygodnej pozycji.
 - **Giętkości woskowej** - możliwości plastycznego kształtowania zastygłej w bezruchu sylwetki pacjenta.
 - **Giętkości pseudowoskowej** – zmienione położenie części ciała wraca do poprzedniej formy.
 - Pacjent może okazywać automatyczną uległość w formowaniu jego ciała oraz **negatywizm** - automatyczne przeciwstawianie się zmianom położenia.
- Typowe bywa **naśladownictwo wypowiedzi (echolalia)**, powtarzanie fraz i końcówek wypowiedzi, a także naśladownictwo ruchu innych osób (**echopraksja**).

Schizofrenia hebefreniczna - zdezorganizowana

- Ta forma schizofrenii zaczyna się zwykle w młodym wieku i cechują ją stosunkowo najmniej korzystne zejście choroby.
- Dominuje w niej **dezorganizacja zachowania i zaburzenia afektu**. Afekt jest płytki i **niedostosowany do sytuacji**, w kontakcie z innymi uderza lekceważenie, przekorne, nieodpowiedzialne, krnąbrne zachowania, robienie grymasów, manieryzmy.
- W zachowaniach **brak jest celowości** - aktywność, mimo że wydaje się znaczna, niczemu nie służy.
- W przeżywaniu dominuje **zubożenie emocjonalne**. Mowa często jest zdezorganizowana, widoczne są elementy rozkojarzenia.
- Z czasem rozwijają się wyraźne **objawy negatywne** - wycofanie, izolacja, ucieczka w pozorne aktywności i powierzchowne zainteresowania, **pseudofilozofowanie**.

Schizofrenia prosta

- Występuje stosunkowo rzadko. Dominują w niej powoli rozwijające się objawy negatywne.
- Zachowania stają się dziwaczne, chory stroni od ludzi, ucieka w autystyczny świat.
- Stopniowo następuje spłycenie afektu, spadek sprawności i kompetencji społecznej, utrata zainteresowań (abulia) i społeczne wycofanie się.

- Zaburzenia te narastają powoli i zwykle nie są poprzedzone objawami wytwórczymi. Jeśli występują urojenia czy omamy, to zwykle są one przelotne, słabo sformowane i wyrażone.

Schizofrenia rezydualna

Jest to postać schizofrenii, która następuje po jednej z uprzednio wymienionych. W jej przebiegu występują resztkowe, niezbyt nasilone objawy, na ogół z przewagą objawów negatywnych. Charakteryzuje ją przewlekłość i niewielka podatność na leczenie farmakologiczne.

OCENA ZAAWANSOWANIA CHOROBY

- Schizofrenia jest chorobą przewlekłą, przebiegającą:
 - Najczęściej w **formie nawracającej**, czyli okresów zaostrzenia objawów (nawrót choroby) i ich ustępowania czyli remisji - pełnej lub niepełnej (funkcjonalnej).
 - Przeważnie kolejne zachorowania i hospitalizacje pogarszają stan funkcjonalny chorego. U około 1/3 przypadków choroba ma przewlekły przebieg, z częstymi hospitalizacjami, a 10% pacjentów wymaga stałej opieki, zazwyczaj instytucjonalnej.



Rycina 16. Etapy choroby w przebiegu nawracającym schizofrenii [Opracowanie własne]

2.ZASADY I KIERUNKI OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ

Opieka szpitalna podczas zaostrzenia choroby

- **Obserwacja stanu chorego**
 - Objawów podstawowych i pierwszorzędowych
 - Objawów pozytywnych i negatywnych (w tym omamów i urojeń)
 - Objawów dezorganizacji i dezadaptacji

- Zachowań chorego (wynikających z objawów psychopatologicznych oraz zachowań niebezpiecznych dla chorego czy otoczenia)
- **Formułowanie diagnoz pielęgniarских – najczęstsze diagnozy:**
 - Zaburzenia komunikowania spowodowane zaburzeniami procesów poznawczych oraz emocjonalnych
 - Wycofywanie się z kontaktów społecznych jako wynik negatywnych objawów schizofrenii a także lęku związanego najczęściej z urojeniami prześladowczymi
 - Zaburzenia postrzegania i interpretowania rzeczywistości jako skutek objawów psychotycznych
 - Zagrożenia wynikające z zachowań agresywnych.
 - Trudności w wykonywaniu codziennych czynności, zaniedbywanie podstawowych potrzeb - jest to problem występujący szczególnie w katatonii hipokinetycznej, stanie osłupienia, ostrej fazie psychozy, gdy u chorego dominują negatywne objawy schizofrenii
- **Podjęcie adekwatnych interwencji, zwłaszcza w zakresie:**
 - Zapewnienia bezpieczeństwa fizycznego
 - Zapewnienia bezpieczeństwa psychicznego (np. budowanie terapeutycznej atmosfery, nawiązanie relacji terapeutycznej z uwzględnieniem zasad komunikowania terapeutycznego, postawa akceptująca chorego),
 - Zabezpieczenia deficytów w zakresie samoopieki, (model opieki wspierający, unikanie modelu wyręczającego),
 - Wsparcia w nawiązywaniu relacji interpersonalnych (z personelem, współpacjentami, rodziną)
 - Realizacji zadań związanych z zastosowanymi metodami leczenia biologicznego i psychospołecznego,
 - Współpracy z rodziną pacjenta
- **Unikanie błędów w opiece sprzyjających chroniczacji zaburzeń i niepełnosprawności (zjawisko hospitalizmu)**
 - Umożliwienie podejmowania przez chorego decyzji dotyczących jego osoby, wykonywanych czynności dnia codziennego itp., budowanie odpowiedzialności za swoje zdrowie – podmiotowe traktowanie pacjenta,
 - Angażowanie chorego do zajęć terapeutycznych, w tym społeczności terapeutycznej,
 - Zapewnienie praw i swobód pacjentowi, dostępu do Rzecznika Praw Pacjenta Psychiatrycznego, wyzbycie się zachowań stygmatyzacyjnych i dyskryminujących, budowanie relacji partnerskiej (np. poprzez społeczność terapeutyczną),
 - Utrzymania kontaktu z rodziną (umożliwienie odwiedzin, przepustki, wolnych wyjść)

Opieka długoplanowa (środowiskowa) - w fazie zdrowienia i remisji

- Prowadzona w oddziałach (np. rehabilitacyjny, edukacyjny) oraz środowiskowych formach opieki (oddział dzienny, zespoły leczenia środowiskowego) w celu obniżenia ryzyka nawrotu choroby, przeciwdziałania chronicyzacji zaburzeń i niepełnosprawności, zapobiegania dezadaptacji życiowej i izolacji społecznej.
- Polega na rozpoznawaniu sytuacji życiowej pacjenta i podejmowaniu adekwatnych interwencji, np. w sytuacji:
 - Trudności związanych z leczeniem - odstawianie leków, nieregularne ich przyjmowanie, objawy niepożądane i powikłania farmakoterapii,
 - Obawy dotyczące nawrotu choroby,
 - Deficytu wsparcia profesjonalnego i nieprofesjonalnego oraz braku akceptacji w środowisku rodzinnym i społecznym, skutków stygmatyzacji i trudności w ponownym podjęciu swoich ról społecznych,
- Działania nastawione oprócz kontynuowania terapii na:
 - Rehabilitację, np. społeczną, zawodową,
 - Psychoedukację pacjenta i rodziny/ opiekuna, (edukacja terapeutyczna),:
 - Proponowanie treningów umiejętności i innych form rehabilitacji psychiatrycznej,
 - Proponowanie różnych form wsparcia środowiskowego, udziału w programach promocji zdrowia psychicznego
 - Propagowanie zdrowego stylu życia.

Opieka wobec chorych wymagających stałej opieki instytucjonalnej

Jak już wskazano wcześniej, u części chorych postępująca stale choroba psychiczna powoduje liczne deficyty w zakresie samoopieki i pełnienia ról społecznych i wymaga stałej opieki instytucjonalnej:

- Dostosowanie metod opieki do stanu chorego i jego możliwości, zapewniając podstawowe potrzeby pacjenta,
- Zapewnienie wymaganych form leczenia dostosowanych do aktualnego stanu pacjenta psychicznego i fizycznego,
- Dbałość o aktywność chorych i udział w zajęciach terapeutycznych,
- Proponowanie treningów umiejętności i innych form rehabilitacji psychiatrycznej,
- Propagowanie zdrowego stylu życia,
- Dbałość o budowanie relacji terapeutycznej oraz utrzymanie kontaktów pacjenta z rodziną/ znajomymi.

ROZDZIAŁ VIII

LECZENIE KOMPLEKSOWE W PSYCHIATRII – ROLA PIELEŃNIARKI

1. PODSTAWY LECZENIA KOMPLEKSOWEGO I FARMAKOTERAPII

POJĘCIE I CELE LECZENIA KOMPLEKSOWEGO

W postępowaniu terapeutycznych w zaburzeniach zdrowia psychicznego wskazuje się na znaczenie **leczenia kompleksowego** – czyli leczenia mającego charakter holistyczny, oddziaływującego na:

- Wszystkie płaszczyzny zdrowia i funkcjonowania człowieka, które w chorobie ulegają zaburzeniu - zarówno na sferę somatyczną (biologiczną) jak też psychiczną i społeczną
- Oraz na różnorodne czynniki wywołujące te zaburzenia (zgodnie z modelem polietiologicznym to czynniki biologiczne, psychologiczne, społeczne itp.).

W związku z powyższym zakłada się potrzebę jednoczesnego stosowania różnych metod oddziaływania terapeutycznego, aczkolwiek w zależności od rodzaju zaburzeń, udział poszczególnych metod może być różny, np. w zaburzeniach psychogennych preferuje się psychoterapię, a w zaburzeniach o podłożu biologicznym – metody biologiczne.

Cele leczenia

- Zatrzymanie procesu chorobowego
- Usunięcie lub zmniejszenie objawów chorobowych
- Przywrócenie do niezaburzonego funkcjonowania w rodzinie, pracy, środowisku
- Zapobieganie zaburzeniom
- Utrzymywanie lub poprawa jakości życia

METODY LECZENIA KOMPLEKSOWEGO

Leczenie biologiczne - somatoterapia

- **Farmakoterapia** (psychofarmakoterapia) – stosowanie leków psychotropowych.
- **Elektroterapia** (sejsmoterapia, terapia elektrowstrząsowa, EW)
- **Światłoterapia** (fototerapia)

Leczenie biologiczne zmniejsza natężenie istniejących objawów, a także obniża prawdopodobieństwo ich pojawienia się w przyszłości.

Psychoterapia

Świadome, planowe i systematyczne oddziaływanie środkami psychologicznymi na stan psychiczny pacjenta i jego zachowanie, przez osobę z odpowiednimi kwalifikacjami. Psychoterapia wspiera w kryzysach emocjonalnych i interpersonalnych oraz uczy no'wych powszechnie akceptowanych postaw.

Socjoterapia

Lecnicze oddziaływanie przy użyciu metod społecznych i środowiskowych. Ich wspólnym celem jest poprawa funkcjonowania społecznego pacjenta i powrót do jak najbardziej samodzielnego życia, np. terapia zajęciowa maksymalnie uaktywnia pacjentów, a treningi umiejętności społecznych uczą utraconych umiejętności

Rehabilitacja

Z wymienionymi metodami leczenia współdziała rehabilitacja psychiatryczna, rozumiana jako system skoordynowanych oddziaływań społecznych, psychologicznych, wychowawczych i medycznych umożliwiających chorym psychicznie w miarę samodzielną egzystencję i integrację społeczną.

PSYCHOFARMAKOTERAPIA – leki psychotropowe

Wprowadzenie

- Do początków XX wieku postępowanie wobec osób z zaburzeniami zdrowia psychicznego miało charakter przede wszystkim bierny – polegający na izolacji chorych. Podejmowane próby leczenia sprowadzały się do podawania różnych preparatów o charakterze uspokajającym.
- Szczytowym i przełomowym osiągnięciem w rozwoju aktywnych metod leczenia w psychiatrii stało się **leczenie farmakologiczne**. Zaczęło się intensywnie rozwijać od lat 50-ych XX wieku, kiedy to zsyntetyzowany został pierwszy lek przeciwpsychotyczny - neuroleptyk (chlorpromazyna). Wprowadzenie neuroleptyków, a później leków przeciwdepresyjnych do leczenia, to wydarzenia które zrewolucjonizowały psychiatrię, dając możliwość leczenia (a nawet wyleczenia) chorych. Zmieniły oblicze psychiatrii - zakłady psychiatryczne, które do tej pory służyły w dużej mierze izolacji chorych zaczęły się zamieniać w szpitale psychiatryczne, w których zaczęto odnosić sukcesy terapeutyczne

Pojęcie psychofarmakoterapii i grupy leków

Leczenie farmakologiczne (psychofarmakoterapia) polega na stosowaniu w terapii zaburzeń zdrowia psychicznego tzw. leków psychotropowych – czyli leków oddziałujących na określone struktury ośrodkowego układu nerwowego zmieniając w sposób istotny stan psychiczny.

Wyróżnia się kilka grup tych leków, klasyfikowanych w zależności od różnych kryteriów. Biorąc pod uwagę działanie kliniczne leków psychotropowych, wyróżnia się następujące ich grupy:

- Leki przeciwpsychotyczne (neuroleptyki)
- Leki przeciwdepresyjne
- Leki przeciwłękowe (anksjolityczne)

- Leki nasenne (hipnotyczne)
- Leki prokognitywne
- Leki normotymiczne
- Leki przeciwparkinsonowskie
- Leki pobudzające (psychostymulujące)
- Inne leki psychotropowe (np. stosowane w leczeniu uzależnień)

LEKI PRZECIWPASYCHOTYCZNE - NEUROLEPTYKI

Rodzaje neuroleptyków

Ze względu na budowę i działanie dzielą się na neuroleptyki:

- **Klasyczne - I generacji** (np. haloperidol, chlorpromazyna, tiorydazyna, promazyna, perazyna, chlorprotiksen)
- **Atypowe - II generacji** (np. kłozapina, sulpiryd, risperidon, olanzapina, amisulpiryd)

Działanie neuroleptyków

- Podstawowym działaniem wszystkich neuroleptyków jest działanie przeciwdopaminowe, a dopamina powiązana jest z mechanizmem powstawania zaburzeń psychicznych. Neuroleptyki hamują receptory dopaminowe:
 - **Znoszą objawy psychotyczne** takie jak omamy czy urojenia (działanie najważniejsze neuroleptyków)
 - Działają uspokajająco i nasennie, zmniejszają pobudzenie, napięcie i lęk
 - Leki starszej generacji, tzw. neuroleptyki klasyczne, oddziałują na receptory D2 i D3, natomiast leki II generacji, tzw. neuroleptyki atypowe, hamują także inne receptory. Wykazują przez to również inne działania, np. wpływają na objawy negatywne schizofrenii, autyzm, wycofanie społeczne oraz wpływają normalizująco na aktywność (pobudzająco lub hamująco) oraz na nastrój (działanie przeciwmaniakalnie, niektóre mają działanie przeciwdepresyjne) – co przynosi pozytywny efekt w wielu chorobach psychicznych. Niosą również mniej działań niepożądanych [3].
- Neuroleptyki nie uzależniają
- Głównym wskazaniem do stosowania neuroleptyków są:
 - Wszelkiego rodzaju psychozy (schizofrenia i psychoza schizoafektywna, zaburzenia urojeniowe)
 - Stany podniecenia i agresji,
 - Ciężkie epizody manii i depresji z objawami psychotycznymi.

Postacie neuroleptyków

- Wszystkie występują w **formie doustnej**
 - Tabletki powlekanie do połknięcia, kapsułki
 - Lub w postaci płynu/kropli – np. haloperidol [B, H]
 - Czy też tabletki do rozpadu w jamie ustnej [6].

- Niektóre z nich są lekami o **przedłużonym działaniu**, co ułatwia regularne przyjmowanie leków i nadzór nad leczeniem (mniej dawek w ciągu doby).
- **Leki w postaci wstrzyknięć** (głównie domięśniowych, rzadziej dożylnych). Ta postać leku stosowana jest głównie w okresach zaostrzenia choroby (lepsz kontrola ilości przyjętego leku, lepsza dostępność biologiczna – szybciej dostaje się do krwi i jest całkowicie wchłaniany do organizmu w porównaniu z postaciami doustnymi). Po wyciszeniu objawów ostrych przechodzi się na leczenie doustne (większa dawka leku, którą zmniejsza się w momencie przejścia w stan remisji)
- **Wstrzyknięcia o przedłużonym działaniu (depot)** – przyjmowane raz na 2-4 tygodnie. Można je wprowadzić po uprzednim sprawdzeniu tolerancji formami krótko działającymi. Są wygodne dla pacjenta i opiekunów, szczególnie istotne w leczeniu chorych niesystematycznych w leczeniu.

Objawy niepożądane (uboczne) neuroleptyków

Przynoszą chorym znaczny dyskomfort, co skutkuje niechęcią do ich zażywania i próbami odstawiania leków bez uzgodnień z lekarzem. Istnieje możliwość korygowania tych objawów przez stosowanie **leków korygujących** (np. parkinsonowskich), optymalizację dawkowania, zachowanie przez pacjenta określonych zaleceń.

- **Zespół parkinsonowski** (zespół pozapiramidowy - parkinsonizm polekowy, wtórny), charakteryzuje się zwiększeniem napięcia mięśni szkieletowych, sztywnością mięśni, pochyloną sylwetką ubóstwem ruchów, drżeniem. Stosuje się wówczas leki przeciwparkinsonowskie lub zmienia neuroleptyk.
- **Akatyzja** – to uczucie wewnętrznego niepokoju powodujące niemożność usiedzenia na miejscu i **tasykinezja** – przymus ciągłego chodzenia lub przynajmniej przebierania nogami
- **Wczesne dyskinezy (dystonie)** – nagłe i powtarzające się skurcze mięśni doprowadzające do skręcania i wyginania różnych części ciała. W konsekwencji tego chory przybiera nienaturalną postawę (skręt całego tułowia, szczękoscisk, otwarcie ust, wysuwanie języka. Pojawiają się na początku leczenia i mijają po podaniu leków przeciwparkinsonowskich.
- **Późne dyskinezy** – pojawiają się po wieloletnim przyjmowaniu silnych neuroleptyków. Polegają na mimowolnych rytmicznych ruchach mięśni twarzy, warg, języka (ruchy zycia, cmokania, mlaskania).
- **Sedacja** (uczucie nadmiernego znużenia, uspokojenia i senność)
- **Pobudzenie**, niepokój,
- **Depresja** polekowa
- **Wegetatywne objawy uboczne**
 - **Efekt działania cholinergicznego** - suchość jamy ustnej, nosa, pochwy, zamazane widzenie (zaburzenia akomodacji), zaparcia, tachykardia, porażenie jelit, zaburzenia czynności wątroby

- **Efekt wpływu na układ adrenergiczny** - zlewne poty, ślinotok, łzawienie, „naoliwienie” skóry twarzy
- **Ze strony układu krążenia**
 - Ortostatyczne spadki RR (krótkotrwałe zamroczenie, zawroty głowy po zmianie pozycji ciała na stojącą), tachykardia,
 - Działania kardiotoksyczne
- **Reakcje alergiczne**
 - Odczyny i wykwity skórne, przebarwienia skóry,
 - Nadwrażliwość na słońce, a nawet ciężkie rumienie (powikłanie)
 - Pigmentacyjne zmiany w tęczęwce
- **Zaburzenia endokrynne i metaboliczne**
 - Podwyższenie poziomu cukru i przyrost masy ciała,
 - Hiperprolaktynemia, zaburzenia miesiączkowania, spadek libido

Powikłania neuroleptyczne

Powikłania w odróżnieniu od działań ubocznych są bardziej niebezpieczne. Mają charakter zdarzeń gwałtownych i dramatycznych, wymagających intensywnych działań ratujących życie, bądź objawów przewlekłych skłaniających do zaprzestania leczenia.

Napady drgawkowe na skutek obniżenia progu drgawkowego – ostrożnie u osób z padaczką lub epizodami drgawek w wywiadzie.

Zapaść ortostatyczna

Agranulocytoza - mogąca prowadzić do całkowitego spadku odporności, zwłaszcza podczas stosowania klozapiny (klozapol, leponex). Podawanie tego leku zobowiązuje do monitorowania początkowo co tydzień, później co miesiąc obrazu krwi.

Kurcz głośni – dystonia obejmująca mięśnie głośni (i szyi), może grozić uduszeniem się pacjenta.

Złośliwy zespół neuroleptyczny (*Neuroleptic Malignant Syndrome – NMS*).

- Jest to stan zagrożenia życia. Śmiertelność w NMS najczęściej wynika z powikłań ogólnoustrojowych i aktualnie ocenia się ją na około 10% (5–30%), przy umieralności nawet 70% pięćdziesiąt lat temu (znaczenie wiedzy, wczesnego rozpoznawania, rozwijania leczenia) [3].
- Według najnowszych szacunków zespół ten nie pojawia się często (ok. 0,01–0,02% pacjentów) przy około 3% przed wprowadzeniem leków II generacji [3]. Jak się okazuje może pojawiać się również po neuroleptykach nowej generacji [3]. Jednak ze względu na bardzo poważne skutki jest ważnym problemem w psychiatrii.
- Charakteryzuje się występowaniem następujących objawów:
 - **Zaburzenia układu autonomicznego**
 - Znaczny wzrost ciepłoty ciała (powyżej 40 stopni)
 - Tachykardia, gwałtowne wahania RR, zaburzenia rytmu serca
 - Zaburzenia oddawania moczu, bladość, ślinotok, pocenie się, duszność,
 - Zmiany troficzne skóry

○ **Zaburzenia motoryczne**

- Od pobudzenia do spowolnienia i całkowitego znieruchomienia, mutyzm



- Wzrost napięcia mięśniowego (szczękocisk, przymusowe ustawienie gałek ocznych, ruchy mimowolne, napady drgawkowe, trudności w oddychaniu, opistotonus (na zdjęciu) – kurcz mięśni prostowników karku i grzbietu i łukowate wygięcie kręgosłupa

- **Zaburzenia świadomości** z pobudzeniem ruchowym, często też występuje mutyzm i cechy katatonii

- **Wyniki badań laboratoryjnych** wskazujące na uszkodzenie mięśni (np. podwyższone stężenia kinazy kreatynowej - CK), leukocytoza

- NMS wymaga odstawienia leku oraz leczenia na OIOM [B, H]. Rokowanie w przebiegu NMS jest tym lepsze, im wcześniejsza diagnoza i wcześniejsze odstawienie leków przeciwpsychotycznych. Ogromne znaczenie ma wyjściowy stan ogólny pacjenta. Późne rozpoznanie NMS zwiększa ryzyko wystąpienia wielu powikłań ogólnoustrojowych i trwałego uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego [3].

LEKI PRZECIWDEPRESYJNE

Działanie leków przeciwdepresyjnych

- Zwiększają aktywność neuromediatorów w szczelinie synaptycznej (noradrenalina, serotonina, dopamina). Należą do nich m.in. amitryptylina, imipramina, doksepina, fluoksetyna, sertralina, wenlafaksyna, escytalopram (preparat Elicea), trazodon (preparat Trittico).
- Należą do leków najczęściej przyjmowanych na świecie. Stosowane są w leczeniu depresji, ale również innych zaburzeń psychicznych (zespołach lękowych i natręctw, zaburzeniach odżywiania, snu, stresu pourazowego) czy zespołów bólowych (wspomagająco).

Działania niepożądane leków przeciwdepresyjnych

Działania niepożądane zazwyczaj nie utrzymują się przez długi czas i ustępują po okresie neuroadaptacji. Wprowadzane nowe leki mają coraz mniej działań ubocznych. Najwięcej działań niepożądanych związanych jest z lekami przeciwdepresyjnymi trójcyklicznymi, ale te z kolei są najbardziej skuteczne. Należą do nich:

- Uczucie senności, znużenia
- Ortostatyczne spadki ciśnienia

- Zaburzenia przewodnictwa elektrycznego w sercu (przeciwwskazanie w zaburzeniach rytmu)
- Efekty antycholinergiczne – suchość w jamie ustnej, zamazane widzenie (zaburzenia akomodacji), zaparcia, wzmożone pocenie się (nawet zlewne poty zwłaszcza w nocy), zaostrzenie dolegliwości astmatycznych, zaburzenia pamięci, zaostrzenie jaskry
- Osłabienie popędu seksualnego
- Zaburzenia żołądkowo-jelitowe (nudności, utrata apetytu)
- Zmiana fazy w chorobie dwubiegunowej (zagęszczenie faz)

Powikłania leków przeciwdepresyjnych

- **Zespół serotoninowy** – powikłanie, które rozwija się na skutek nagromadzenia serotoniny w synapsach. Rozwija się szybko (w ciągu 24 godzin) od wprowadzenia albo zwiększenia dawki lub przedawkowania. Objawami są:
 - Zaburzenia zachowania, świadomości, pobudzenie, senność, śpiączka
 - Zaburzenia autonomiczne – nadmierne pocenie, hipertermia, tachykardia, wymioty, poszerzenie źrenic, nadciśnienie, biegunka, zaburzenia nerwowo-mięśniowe (mioklonie, niepokój ruchowy, sztywność, drżenie, szczękościsk)
 - W większości przypadków objawy ustępują po 24 godzinach od odstawienia leków
 - Umieralność wynosi 12-24%.

2.ROLA I UDZIAŁ PIELĘGNIARKI W LECZENIU FARMAKOLOGICZNYM

WYMAGANE KOMPETENCJE

Do funkcji zawodowych pielęgniarki należy funkcja terapeutyczna. W ramach leczenia kompleksowego w psychiatrii, pielęgniarka bierze udział w poszczególnych jego formach. Profesjonalne uczestnictwo pielęgniarki w leczeniu farmakologicznym wymaga od niej szerokiego zakresu wiedzy i umiejętności, takich jak:

- Znajomość działania leków psychotropowych, ich rodzajów, nazw chemicznych i handlowych,
- Znajomość dawek leków o znaczeniu terapeutycznym (np. neuroleptyki różnią się znacznie między sobą siłą neuroleptyczną)
- Znajomość form (postaci) leków, sposobu i zasad ich podawania
- Znajomość sposobów przechowywania leków psychotropowych
- Znajomość działań ubocznych (niepożądanych) leków oraz powikłań
- Znajomość zaleceń dla chorych podczas przyjmowania leków psychotropowych, zapobiegających działaniom niepożądanym

- Umiejętność skutecznego podawania leków chorym i przestrzegania praw pacjenta w tym zakresie oraz monitorowania poprawy stanu pacjenta
- Umiejętność identyfikacji objawów działań niepożądanych i powikłań
- Umiejętność postępowania w przypadku wystąpienia działań niepożądanych i powikłań
- Umiejętność współpracy z lekarzem i pozostałymi członkami zespołu w ramach realizacji funkcji terapeutycznej oraz prowadzenie stosownej dokumentacji
- Umiejętność prowadzenia psychoedukacji w zakresie leczenia skierowanej do chorego i jego rodziny oraz realizowania treningów uczestniczenia pacjenta w leczeniu
- Umiejętność ochrony pacjenta przed możliwymi zachowaniami niebezpiecznymi (np. suicydalnymi) w związku z przyjmowanym leczeniem

ZASADY ZWIĄZANE Z PRZECHOWYWANIEM I PODAWANIEM LEKÓW

Zasady przechowywania leków

- Przechowywanie leków zgodnie z zaleceniem producenta
 - Większość leków psychotropowych jest światłoczuła (rozkłada się pod wpływem światła i traci swoje właściwości lecznicze), stąd odpowiednie przechowywanie leków (tj. w ciemnym opakowaniu, w szafce z ciemnymi szybami),
- Zawsze przechowywanie leków w oryginalnych opakowaniach (nie przekładanie pozostałości listków leków do innych opakowań, nie odcinanie częściowo zużytych listków leków – pomyłki leków, dawek, daty ważności),
- Zabezpieczenie leków przed dostępem osób postronnych i pacjentów (zamknięte szafki z lekami, zamknięte pomieszczenia, w których znajdują się leki)

Zasady podawania leków psychotropowych

- Leki pielęgniarka rozkłada zgodnie z kartą zleceń do kieliszków na leki i odpowiednio dostosowanych wózków zabiegowych przeznaczonych na leki (z kratownicą, niepozwalającą na przesuwanie się leków, nie stosujemy do tego celu zwykłych tac) – z uwagi na dużą ilość leków oraz pacjenta, który może być np. pobudzony
- Leki pielęgniarka podaje osobiście pacjentowi (ta sama rozkłada i podaje leki):
 - Po upewnieniu się co do jego tożsamości (z uwagi na stan psychiczny pacjenta trzeba być bardzo ostrożnym - kiedy nie mamy pewności, trzeba skonfrontować tożsamość z inną osobą z personelu)
 - Zabezpieczając odpowiednią ilość przegotowanej wody do popicia leków,
 - Dyskretnie upewniając się, że chory połknął leki (możemy poprosić, żeby coś powiedział, np. odpowiedział na zadane pytanie; obserwujemy kubek pacjenta; w przypadku podejrzenia o manipulację lekami rewidujemy jamę

ustną – pacjent może ukryć leki pod językiem, za zębami, w dołkach policzkowych. Obserwujemy zachowania po odejściu od wózka z lekami (eliminacja leków poprzez wywołanie odruchu wymiotnego, wyplucie ukrytych leków) i nie bagatelizowanie sygnałów z tym związanych

- Pielęgniarka nie może sama podawać bez zlecenia lekarskiego żadnych leków, nie może także zmieniać dawki
- Leków psychotropowych podawanych doustnie pacjent nie powinien rozgryzać, ponieważ uszkodzają szkliwo zębowe
- Gdy pacjent odmawia przyjmowania leków lub manipuluje nimi
 - Nie próbuje podawać ich pod przymusem (podanie leku bez zgody to forma przymusu), stosuje łagodną perswazję, daje choremu czas do podjęcia decyzji i namysłu, wyjaśnia wątpliwości – bardzo często chory zaczyna współpracować
 - Próbuje zidentyfikować przyczynę odmowy przyjmowania leków (urojenia prześladowcze, pragnienie śmierci, ochrona przed dyskomfortem związanych z działaniami niepożądanymi, brak krytycyzmu chorobowego, brak zaufania do personelu) i podejmuje interwencje adekwatne do sytuacji
 - W przypadku katerycznej odmowy lub manipulacji lekami – zgłoszenie lekarzowi i podjęcie działań adekwatnych do zaleceń (np. podawania leków pokruszonych w moździerz, podanie leku drogą iniekcji, przymusowe podanie leku).
- Leki psychotropowe we wstrzyknięciach należy podawać:
 - Po uprzednim zmierzeniu RR (w przypadku niskiego RR, zgłoszenie lekarzowi, który podejmuje decyzję odnośnie postępowania – może np. zalecić podanie leku podwyższającego RR)
 - Głęboko domięśniowo, w mięsień pośladowy [6], unikając zetknięcia leku ze skórą oraz dokładna aspiracja – leki w większości przypadków mają konsystencję oleistą, przez co trudno się wchłaniają, mogą powodować zator, ponadto łatwo powodują podrażnienia, stany zapalne skóry, zrosty, nacieki. Dlatego powietrze ze strzykawką usuwamy bezpośrednio z niej (nie przez igłę) - ze względu na działanie drażniące na skórę (unikamy kontaktu leku ze skórą), oleistą konsystencję (trudność w aspiracji, jeżeli lek znajduje się w igle). Ważna jest również dokładna ocena miejsca wkłucia i jego zmiana przy kolejnych wstrzyknięciach.
 - Staramy się podawać leki w pozycji leżącej (bezpieczeństwo pacjenta), w wyjątkowych sytuacjach (np. pacjent nie zgadza się na inne podanie) dopuszcza się wykonywanie iniekcji w innej pozycji (nawet stojącej), ale zawsze z asekuracją co najmniej dwóch dodatkowych osób
 - W sposób sprawny i zdecydowany (organizacja stanowiska pracy, wcześniejsze przygotowanie leku i siebie do wykonania zabiegu, sposób komunikacji z chorym). Z uwagi na stan psychiczny (omamy, urojenia,

pobudzenie), pacjent może nie być w stanie zbyt długo z nami współpracować, a objawy pod wpływem bodźców z otoczenia mogą się zaostrzać,

- Prowadząc monitorowanie stanu pacjenta po podaniu leku – w sytuacjach dużego ryzyka zapaści ortostatycznej oraz innych powikłań zaleca się obserwację pacjenta oraz częsty pomiar podstawowych parametrów życiowych (RR, Tętno, Temperatura) w ciągu kilku godzin po podaniu leku.

PROFILAKTYKA DZIAŁAŃ NIEPOŻĄDANYCH I POWIKŁAŃ

Ogólne zalecenia dla pacjentów

Spora część leków niesie ze sobą szereg działań ubocznych, którym można zapobiegać, jak też skutkom ich wystąpienia. Należy poinformować chorych, aby w trakcie kuracji:

- **Unikali bezpośredniego działania promieni słonecznych** na skórę (wrażliwość na słońce - zmiany skórne, a nawet poparzenie skóry) - stosowanie okularów przeciwsłonecznych, kapeluszy z szerokim rondem, ubranie przewiewne, ale osłaniające ciało (ręce, nogi), wybieranie do odpoczynku miejsc zacienionych
- **Nie spożywali alkoholu** - znaczna część preparatów psychotropowych jest metabolizowana przez te same enzymy, efektem czego może być zarówno osłabienie działania środków leczniczych, jak i jego wzmożenie
 - Pacjenci mogą odczuwać zwiększenie nasilenia skutków ubocznych, i to zarówno o małym stopniu zagrożenia (zwiększona senność czy upośledzenie koncentracji), ale i groźniejszych – w skrajnych przypadkach może bowiem dojść nawet do depresji oddechowej
 - Na skutek łączenia alkoholu z lekami (zwłaszcza neuroleptykami i antydepresantami) pojawiać się mogą zaburzenia rytmu serca związane z wydłużeniem odstępu QT [5]
- **Unikali używek** - picia mocnej kawy (np. może obniżać działanie antydepresantów, z kolei leki te mogą wzmacniać działanie kawy powodując niepokój, kołatanie serca) [8], palenia papierosów - mogą wpływać na poziom leków we krwi [6, 7]
- **Nie prowadzili samochodu** – niektóre działania uboczne leków mogą obniżać koncentrację (np. senność), czy spowodować zakłócenia w prowadzeniu pojazdu (nagłe skurcze mięśni - dystonie)
- **Nie zmieniali gwałtownie pozycji ciała** z leżącej lub siedzącej na stojącą – ryzyko ortostatycznych spadków ciśnienia tętniczego i zapaści ortostatycznej
- **Podejmowali działania na rzecz prozdrowotnego stylu życia** w celu unikania takich działań ubocznych jak przyrost masy ciała, zaparcia, suchość w jamie ustnej
 - Ograniczenia kaloryczne i zalecanie diety bogatej w owoce i warzywa
 - Aktywność ruchowa - gimnastyka, spacer

- Picie dużej ilości płynów najlepiej obojętnych (w przypadku suchości błon śluzowych zalecanie również ssania cukierków, gumy do żucia)
- Szczególnie **dbali o higienę** – (nadmierne pocenie się, ślinienie)

Obserwacja i monitorowanie parametrów i sytuacji pacjenta

- Obserwacja pod kątem objawów ubocznych i powikłań:
 - Obserwacja objawów ze strony poszczególnych układów i narządów adekwatnie do możliwych działań ubocznych,
 - Nie bagatelizowanie żadnych zmian w stanie psychicznym czy somatycznym pacjenta, parametrach życiowych, itp.
 - Wnikliwa obserwacja pacjenta zwłaszcza po włączeniu nowego leku, leku typu depot, czy podwyższeniu dawki leku. Zachowanie stałej czujności, gdyż, objawy mogą pojawiać się w różnym okresie po rozpoczęciu leczenia, lub zwiększenia dawki.
 - Np. w przypadku NMS objawy pojawiają się od doby do kilku tygodni od rozpoczęcia leczenia. U około 16% pacjentów występują już w ciągu pierwszej doby po podaniu neuroleptyków, u 66% w ciągu pierwszego tygodnia, natomiast u większości pozostałych pacjentów w ciągu miesiąca od zastosowania leczenia. W przypadkach wieloletniego leczenia neuroleptykami, objawy NMS mogą pojawić się zwykle po nagłym zwiększeniu dawki leków [3].
- Szczególna obserwacja pacjentów ze zwiększonym ryzykiem powikłań i ich następstw ogólnoustrojowych – np. chorych przewlekle na inne choroby, w starszym wieku, po wcześniej przebytych powikłaniach
- Monitorowanie RR oraz tętna (nawet kilka razy na dobę, a w niektórych sytuacjach nawet częstsze)
- Obserwacja zmian na skórze, w miejscach wstrzyknięć, kończyn dolnych pacjenta (w kierunku zapalenia żył, zatorów)
- Obserwacja chorego przyjmującego neuroleptyki w kierunku objawów pozapiramidowych (parkinsonowskich)
- Obserwacja wypróżnień i diurezy
- Monitorowanie parametrów laboratoryjnych – zgodnie ze zleceniem lekarskim (pobierania materiału do badań, analiza uzyskanych wyników, współpraca z lekarzem)
- Monitorowanie stanu psychicznego pacjentów przyjmujących antydepresanty pod kątem zachowań suicydalnych w okresie 2-4 tygodni od rozpoczęcia leczenia. Leki szybciej poprawiają napęd ruchowy niż nastrój, mogą dać siły do podjęcia czynu samobójczego u osób z takimi zamiarami.

POSTĘPOWANIE W PRZYPADKU WYSTĄPIENIA OBJAWÓW UBOCZNYCH I POWIKŁAŃ LECZENIA

Parkinsonizm polekowy

- Główne objawy: wzmożone napięcie mięśni, maskowata, amimiczna twarz, szuranie nogami przy chodzeniu, drobny chód, sylwetka pochylona, ślinotok, drżenia rąk
- Interwencje pielęgniarские (podobne jak w chorobie Parkinsona)
 - Motywowanie chorego do samodzielnego radzenia sobie z problemem wzmożonego napięcia mięśniowego poprzez ciepłą kąpiel, gimnastykę rozluźniającą mięśnie, krótki spacer,
 - Zachęcania do opierania rąk na oparciu fotela podczas siedzenia (zmniejsza drżenie rąk)
 - Pomoc w razie potrzeby w codziennym funkcjonowaniu w zależności od nasilenia objawów a także np. wieku
 - Zapewnienie bezpieczeństwa związanego z ryzykiem upadków, zwłaszcza u osób starszych – zaburzona sylwetka i chód (bezpieczne otoczenie, pomoc przy poruszaniu się, wstawaniu)
 - Pomoc przy wykonywaniu czynności dnia codziennego
 - Zapewnienie środków do utrzymania higieny (np. chusteczka w razie ślinotoku)
 - Raportowanie / zgłoszenie lekarzowi nasilenia objawów, podanie leku korygującego na zlecenie lekarza – amantadyna lub pridinol, obserwacja efektu działania leku

Akatyzja i tasykinezja

- Główne objawy: niemożność usiedzenia na miejscu i przymus chodzenia lub przebiegania nogami, połączone z przeżywaniem lęku i drażliwością
- Interwencje pielęgniarские
 - Akceptacja chorego i tworzenie atmosfery spokoju i bezpieczeństwa
 - Współdziałanie w postępowaniu farmakologicznym (zmiana leku lub jego dawkowania, stosowanie leków korygujących – np. propranolol, amantadyna, doraźnie benzodiazepiny)
 - Umożliwienie choremu aktywności ruchowej, jeżeli przynosi mu to ulgę i rozproszenie lęku (np. spacer, gimnastyka)

Dystonie – wczesne (ostre) dyskinezy

- Główne objawy: napadowe, połączone z usztywnieniem i ruchami mimowolnymi skurcze mięśni kończyn, tułowia, twarzy, szyi, języka, krtani, którym towarzyszy lęk i ból

- Interwencje pielęgniarskie
 - Indywidualizowany kontakt nastawiony na obniżenie lęku i uspokojenie chorego, towarzyszenie choremu w czasie ataku, tworzenie atmosfery spokoju i bezpieczeństwa
 - Wyjaśnienie, że skurcz wkrótce ustąpi
 - Współdziałanie w farmakoterapii – podawanie leków (np. amantadyny – lek przeciwparkinsonowski, zwiększający stężenie dopaminy) na zlecenie lekarza w postaci doustnej, domięśniowej lub dożylniej
 - W przypadku dyskinez zaburzących oddychanie traktuje się je jako stan zagrożenia życia. Konieczne jest wówczas zabezpieczenie wkłucia obwodowego oraz szybkie podanie leków we wlewie dożylnym

Późne dyskinezy

- Główne objawy: mimowolne hiperkinetyczne ruchy mięśni - w obrębie twarzy, szyi, miednicy, tułowia, rytmiczne cmokanie, mlaskanie, ruchy żucia, ssania, wysuwanie żuchwy. Oporne na leczenie, nasilają się w stanach napięcia emocjonalnego, ustępują w czasie snu.
- Interwencje pielęgniarskie
 - Akceptacja chorego z jego objawami – nie przyglądanie się pacjentowi, nie okazywanie zdziwienia czy obrzydzenia
 - Gotowość do udzielania wsparcia psychicznego, tworzenie atmosfery spokoju i bezpieczeństwa zwłaszcza podczas nasilenia objawów, np. w stanach stresu
 - Ochrona pacjenta przed sytuacjami wzmagającymi stres i napięcie emocjonalne,
 - Ocena stopnia samodzielności chorego w codziennym funkcjonowaniu i podjęcie adekwatnej interwencji
 - Współdziałanie w postępowaniu farmakologicznym – możliwa zmiana leczenia na neuroleptyk nowej generacji (najskuteczniejsza jest klozapina), stosowanie leków korygujących – amantadyny czy pridinolu (lek antycholinergiczny)

Zamazanie ostrości wzroku na skutek upośledzenia akomodacji

- Wyjaśnienie pacjentowi źródeł zjawiska, rozproszenie obaw pacjenta związanych z utratą wzroku
- Pomoc w wypełnieniu czasu wolnego zajęciami niewymagającymi ostrego widzenia

Zatrzymanie moczu

- Rozpoznanie problemu – obserwacja diurezy

- Współdział w postępowaniu leczniczym – np. założenie cewnika urologicznego do pęcherza moczowego, podawanie leków zleconych przez lekarza, pobieranie materiału do badań

Wystąpienie napadu drgawkowego

- Zapewnienie bezpieczeństwa podczas napadu
- Zapewnienie warunków odpoczynku po napadzie
- Współdział w postępowaniu leczniczym (leki p/padaczkowe jako leki profilaktyczne)

Ośrodkowy zespół antycholinergiczny (cholinolityczny)

- Główne objawy: zaburzenia orientacji allo- i autopsychicznej, pobudzenie, omamy, podwyższenie temperatury ciała, rozszerzenie źrenic, rzadko osłupienie lub śpiączka
- Interwencje pielęgniarskie
 - Obserwacja chorego przyjmującego leki antycholinergiczne (np. trójpierścieniowe antydepresanty - amitryptylina, imipramina; neuroleptyki - olanzapina, klozapina, pochodne fenotiazyny (chlorpromazyna, tiorydazyna) pod kątem wystąpienia objawów zespołu
 - Współdział w postępowaniu leczniczym:
 - Odstawienie leków o działaniu antycholinergicznym
 - Monitorowanie funkcji życiowych i stanu psychicznego pacjenta
 - Działania obniżające temperaturę ciała i stały jej monitoring
 - Opieka pielęgniarska zapewniająca choremu bezpieczeństwo psychiczne i fizyczne - zabezpieczenie pobudzonego chorego przed urazem lub wyrządzeniem sobie (lub otoczeniu) krzywdy. Czasem niezbędne zapewnienie form przymusu.
 - W ciężkich przypadkach monitorowanie czynność serca, ciśnienia tętniczego i diurezy.

Agrunolocytoza i leukocytoza

- Obserwacja chorych pod kątem bólu gardła i gorączki
- Systematyczna kontrola obrazu krwi u chorych leczonych określonym neuroleptykiem oraz badanie obrazu krwi przy niepokojących objawach
- Przy niskich wartościach leukocytów odstawienie neuroleptyku
- W razie konieczności – leczenie w ośrodku intensywnej terapii

Suchość w jamie ustnej i zaparcia

- Zapewnienie dostępu do płynów i zachęcania pacjenta do ich picia
- Dieta bogata w warzywa, w przypadku suchości – żucie gumy, ssanie cukierków w celu pobudzania ślinianek

- W przypadku zapań - podawania na zlecenie lekarza preparatów ziołowych lub innych leków przeczyszczających, wykonywanie wlewów przeczyszczających

Zapaść ortostatyczna

- Ułożenie chorego na wznak i uniesienie kończyn dolnych powyżej poziomu serca, rozluźnienie ubrań, zapewnienie dostępu świeżego powietrza / podłączenie tlenu do oddychania,
- Stały monitoring RR i tętna
- Zapewnienie wkłucia obwodowego
- Podawanie płynów i leków zgodne ze zleceniem lekarskim
- Stała obserwacja stanu i zachowań chorego
- Zapewnienie bezpieczeństwa (chory bywa oszołomiony, wstaje, nie zawsze współpracuje z uwagi na stan psychiczny)

Złośliwy zespół neuroleptyczny

- Pacjenci, u których stwierdzono tego typu powikłania powinni być leczeni na oddziałach intensywnej opieki medycznej (w przypadku wystąpienia powikłań ogólnoustrojowych, przy utrzymującej się temperaturze $> 40^{\circ}\text{C}$, tętno $> 120/\text{min}$), w lżejszych przypadkach na oddziale internistycznym, neurologicznym czy psychiatrycznym [3, 9]
- W postępowaniu leczniczym przede wszystkim zwraca się uwagę na:
 - Jak najszybsze rozpoznanie NMS i odstawienie wyzwalającego go czynnika – stosowanego neuroleptyku
 - Odpowiednie leczenie objawowe [3]
 - Podawanie leków dopaminergicznych (odwracających działanie neuroleptyków) i zmniejszających napięcie mięśniowe – w przypadkach ciężkich dożylnie, w lżejszych doustnie (w przypadku braku odruchu połykania ewentualnie przez sondę) [9]
 - Leczenie w zależności od pozostałych objawów, np. postępowanie przeciwgorączkowe - obniżanie gorączki poprzez ochładzanie ciała, okłady; leki przeciwgorączkowe należy ostrożnie stosować ze względu na możliwość uszkodzenia wątroby [9]
 - Pielęgnację chorego zapobiegającą powikłaniom ogólnoustrojowym (odwodnienie, zaburzenia elektrolitowe, ostra niewydolność nerek, zaburzeniami rytmu serca, zawał serca, niewydolność oddechowa związana z usztywnieniem mięśni klatki piersiowej, a w konsekwencji zachyłkowe zapalenie płuc i zatorowość płucna, zakrzepic żył głębokich, napady drgawkowe)
 - Zapewnienie opieki kompleksowej
 - Niezbędne jest umieszczenie chorego w łóżku dostępnym ze wszystkich stron
 - Zabezpieczenie wkłucia do żyły

- Częste pomiary ciśnienia tętniczego, tętna, temperatury ciała, stała kontrola nawodnienia
 - Konieczna jest obserwacja oddechu, zapewnienie drożności dróg oddechowych, układanie pacjenta w pozycji bezpiecznej w celu poprawy wentylacji płuc
 - W razie duszności konieczne jest podanie tlenu
 - W przypadku wystąpienia u pacjenta pobudzenia ruchowego, należy zabezpieczyć go przed urazami i upadkami z łóżka
 - W celu zapobiegania wysychaniu spojówek okresowo nakładanie na powieki gazików zwilżonych fizjologicznym roztworem NaCl lub stosować nawilżające krople do oczu [3]
- Ponowne włączenie neuroleptyku u chorych po przebytych NMS wiąże się z ryzykiem nawrotu tego zespołu w 30% przypadków. Zaleca się stosowanie przerwy w leczeniu neuroleptykami i zastosowanie EW. Przy ponownym włączaniu leczenia farmakologicznego preferowane są neuroleptyki atypowe, szczególnie kłozapina, przeciwwskazane zaś neuroleptyki klasyczne i w formie depot (pod kontrolą stanu pacjenta) [3].

ZAPOBIEGANIE NAWROTOM CHOROBY - EDUKACJA W ZAKRESIE AKTYWNEGO UCZESTNICZENIA W LECZENIU

Częstym problem chorych jest niesystematyczność w leczeniu lub przerwanie leczenia, co prowadzi do nawrotów choroby i często kolejnych hospitalizacji. Dlatego ważna jest edukacja chorych i rodzin w zakresie kształtowania umiejętności aktywnego udziału pacjenta w przyjmowaniu leków:

- Pielęgniarka informuje pacjenta o celowości zażywania leków po wypisaniu ze szpitala i ustąpieniu ostrych objawów,
- Omawia ogólne zasady działania leków psychotropowych, ukazuje pacjentowi korzyści wynikające z leczenia farmakologicznego.
- Uczy go również zasad prawidłowego przyjmowania określonych preparatów, kształci umiejętność oceniania własnej reakcji na lek.
- Pielęgniarka zapoznaje także pacjenta z objawami ubocznymi stosowanych leków, uczy pacjenta rozpoznawania ich, jak również wskazuje sposoby radzenia sobie z tymi problemami.
- Wyjaśnia wątpliwości, obawy pacjenta związane z leczeniem farmakologicznym
- Wspiera pacjenta w chwilach zwątpienia w skuteczność leku i zachęca do kontynuowania leczenia i nieprzerywania terapii
- Zachęca pacjenta do udziału w zorganizowanych zajęciach psychoedukacyjnych czy treningach umiejętności w zakresie aktywnego udziału w leczeniu
- Informuje i przypomina o podstawowych zasadach leczenia (omówione wcześniej)

- Zachęca do stałego utrzymania kontaktu z terapeutą (zespołem) i przestrzegania terminów wizyt i badań kontrolnych.

3.ROLA I UDZIAŁ PIELEŃNIARKI W SEJSMOTERAPII

PODSTAWY LECZENIA ELEKTROWSTRZĄSAMI

Wprowadzenie

- Elektrowstrząsy (EW) jako metodę leczenia chorób psychicznych wprowadzono w 1938 roku. Metoda ta w pewnym okresie została zarzucona, zwłaszcza gdy sukcesy zaczęła odnosić farmakoterapia. Pojawiło się szereg kontrowersji związanych z jej stosowaniem. Wskazywana była jako wyraz archaicznej i restrykcyjnej psychiatrii, uznana za symbol psychiatrii niehumanitarnej.
- W ostatnich latach metoda ta bardzo się rozwinęła i powróciła do leczenia psychiatrycznego. Rozwój techniki i możliwości terapeutycznych spowodował, że stała się bezpieczniejsza i bardziej przyjazna choremu, choć nadal możliwe są skutki uboczne jej stosowania. Obecnie zabiegi realizowane są w kontrolowanych warunkach, w znieczuleniu i zwiotczeniu – pod kontrolą anestezjologa, a sam zabieg pokryty jest niepamięcią.
- Dla specjalistów elektrowstrząsy są skuteczną i bezpieczną metodą biologicznej terapii ciężkich zaburzeń psychicznych, zwłaszcza w sytuacjach, w których farmakoterapia nie przynosi sukcesu terapeutycznego.

Istota leczenia elektrowstrząsami

- Zabiegi EW polegają na wielokrotnym (6-12 razy w serii) stymulowaniu mózgu impulsami prądu elektrycznego, wywołującym uogólniony napad (analogiczny do padaczkowego), zwykle wykonuje się 2-3 zabiegi w tygodniu
- Proponuje się wykonywanie zabiegów EW w sposób „rozrzedzający” - początkowo częstość większa, pod koniec mniejsza.
- U pacjentów ze szczególnie dobrą poprawą zaleca się wykonywanie zabiegów EW przypominających, tj. kolejnych zabiegów już po zakończeniu całej serii z częstością jeden raz w tygodniu do jednego razu na miesiąc przez okres kolejnego pół do całego roku.
- Skuteczność oceniana jest na poziomie między 70- 90 %.

Wskazania do leczenia elektrowstrząsami

- **Zaburzenia afektywne**
 - Uporczywe lekooporne stany depresyjne, o nasileniu co najmniej umiarkowanym, leczone nie krócej niż 6 miesięcy,

- Stan depresyjny z nasilonymi tendencjami samobójczymi oraz depresja bezpośrednio zagrażająca życiu w związku z odmową przyjmowania pokarmów czy płynów,
- Nawracająca depresja o dużym nasileniu i psychotyczność zaburzeń,
- Mania i depresja w chorobie afektywnej dwubiegunowej
- **Schizofrenia** – zwłaszcza ciężka postać katatoniczna choroby
- **Nieefektywne lub niewskazane leczenie farmakologiczne**
 - Leczenie farmakologiczne nie przynosi skutków, lekooporność
 - Reagowanie na leczenie złośliwym zespołem neuroleptycznym
 - Potencjalne zagrożenia farmakoterapii są wyraźnie większe niż spodziewane skutki leczenia elektrowstrząsami (np. ciąża)
 - Stan zdrowia somatyczny uniemożliwiający stosowanie leków psychotropowych

Przeciwwskazania do wykonania zabiegu

Do stanów podwyższających ryzyko terapii EW zalicza się:

- Niestabilne lub ciężkie zaburzenia sercowo-naczyniowe, takie jak świeży zawał serca (w ostatnich 3 miesiącach), niestabilną niewydolność wieńcową, niewyrównaną niewydolność krążenia, ciężkie wady zastawkowe serca;
- Tętniaki lub inne wady naczyniowe grożące pęknięciem na skutek podniesionego ciśnienia tętniczego;
- Wzmożone ciśnienie śródczaszkowe na skutek guza mózgu lub innej przyczyny prowadzącej do ciasnoty śródczaszkowej (np. udar krwotoczny w ostatnich 4 tygodniach);
- Świeży zawał mózgu;
- Choroby układu oddechowego, tj. ciężka, POCHP, astma, lub zapalenie płuc;
- Odklejenie siatkówki, ostry napad jaskry;
- Zdekompensowana cukrzyca, ciężkie zaburzenia metaboliczne (np. niewydolność nerek);
- Ciężki stan somatyczny;
- Elektrowstrząsów **nie stosuje** się w depresjach reaktywnych (nerwicowych, towarzyszących zaburzeniom osobowości), w nerwicy lękowej, histerycznej lub hipochondrycznej, w zaburzeniach osobowości lub uzależnieniach lekowych.

Przeciwwskazaniem do zastosowania EW nie są padaczka czy implantowany rozrusznik serca.

Objawy uboczne elektrowstrząsów

- Lekkie lub łagodne objawy uboczne występują u 15-30% chorych,
- Ciężkie lub poważne objawy uboczne tylko u 2-7%.

Tabela 8. Rodzaje objawów i zdarzeń niepożądanych EW i częstość ich występowania [opracowanie własne]

Częstość objawów i zdarzeń niepożądanych EW	Rodzaje objawów ubocznych EW
Objawy dość często występujące	<ul style="list-style-type: none"> - Bóle głowy (30-50%), - Bóle mięśniowe, - Uczucie zmęczenia, - Nudności, - Przejściowe podwyższenie ciśnienia (ok.15%), - Splątanie (1-10%),
Objawy rzadko występujące	<ul style="list-style-type: none"> - Zaburzenia w obrębie układu krążenia, w tym niemiarowość, - Przedłużona czynność napadowa lub napady późne (<0,2%), - Przedłużające się względnie trwałe zaburzenia funkcji poznawczych - Za rzadkie powikłanie uważa się także zejście śmiertelne. Obecnie wynosi ono <1/50 000.

Tabela 9. Wczesne i późne objawy uboczne EW [opracowanie własne]

Czas występowania objawów	Rodzaje objawów ubocznych EW
Objawy wczesne	<ul style="list-style-type: none"> - Zaburzenia pamięci krótkoterminowej z niepamięcią wsteczną (zwykle całkowicie ustępujące), - Bóle głowy, - Przejściowe zaburzenia świadomości, - Nudności/wymioty, - Nieporadność, - Bóle mięśniowe
Objawy późne	<ul style="list-style-type: none"> - Zaburzenia pamięci długoterminowej, ale są one rzadkie

Kwalifikowanie i przygotowanie pacjenta do zabiegu

- Kwalifikowanie pacjentów do zabiegu wymaga rozważenia stosunku ewentualnych korzyści do zagrożeń (powikłań, objawów ubocznych) mogących im towarzyszyć.
- Decyzja o zastosowaniu elektrowstrząsów zależy od indywidualnej analizy wskazań i przeciwwskazań u konkretnego pacjenta. Analiza ta powinna uwzględniać poza rozpoznaniem także ocenę stopnia ciężkości choroby, przebieg dotychczasowego leczenia, stan somatyczny chorego, a także ryzyko stosowania EW u chorego.
- Najczęściej decyzję podejmuje się w wyniku dłuższego i nieefektownego leczenia farmakologicznego niż w trybie nagłym, tj. jako metoda pierwszego rzutu.

- Po stwierdzeniu wskazań do wykonania EW **pacjent wymaga wdrożenia** – niekiedy kilka dni trwającej procedury przygotowania i kwalifikowania do zabiegu. Do czynności tych należy:
 - Pozyskanie od pacjenta tzw. **świadomej zgody** na:
 - Leczenie metodą EW
 - Przeprowadzenie EW w znieczuleniu ogólnym i zwiotczeniu.
 - Jeżeli stan pacjenta uniemożliwia mu udzielenie świadomej zgody, istnieje możliwość pozyskania jej od miejscowego Sądu Rodzinnego
 - Przeprowadzenie **dotodkowej diagnostyki**, jeżeli nie została ona wcześniej wykonana. Jej celem jest wykluczenie czynników ryzyka przeprowadzanych zabiegów EW
 - Tam, gdzie jest to potrzebne, wykonuje się odpowiednie badania dodatkowe: EKG, badanie elektrolitów we krwi, glikemii, biochemię, EEG, badania neuroobrazowe, rtg kręgosłupa itp.
 - Decyzję o dopuszczeniu pacjenta do zabiegu powinni wydać lekarz internista lub anestezjolog. W określonych przypadkach konieczne są dodatkowe konsultacje, np. lekarza neurologa, czy ginekologa.

Przeprowadzenie zabiegu

- Minimalny skład zespołu leczniczego stanowią trzy osoby: psychiatra, anestezjolog i pielęgniarka
- Zabieg powinien być przeprowadzony w wydzielonym miejscu - gabinecie zabiegowym, w którym możliwe jest zapewnienie pacjentowi bezpieczeństwa i intymności. W gabinecie powinna znajdować się:
 - Aparatura do elektrowstrząsów,
 - Urządzenia do podawania tlenu,
 - Defibrylator, zestaw do intubacji, aparat do EKG, pulsoksymetr



- Pacjent musi mieć założone wkłucie dożylnie, przez które podawane są leki stosowane w anestezji, jak również preparaty przerywające dłuższą czynność napadową lub leki podawane we wstrząsie.
- Po nałożeniu żelu na skórę umieszczane są duże dyskowe elektrody stymulujące

- W technice elektrowstrząsów dwustronnych – EWD, obustronnie w okolicach czołowo-skroniowych
- W przypadku zabiegów jednostronnych – EWJ stosowanych w celu zmniejszenia ryzyka wystąpienia czy też siły objawów ubocznych, elektrody stymulujące umiejscawiane są nad niedominującą, zwykle prawą półkulą mózgu
- Do monitorowania czynności napadowej („niewidocznej” na pacjencie w sytuacji zwiotczenia) służą elektrody rejestrujące połączone z modułem nowoczesnego aparatu EEG. W przypadku braku takiej możliwości czynność napadową można ocenić za pomocą techniki mankietowej- test ramieniowy Hamiltona
- Przed przeprowadzeniem stymulacji, anestezjolog zabezpiecza pacjenta przed przygryzieniem języka i szczękosciskiem poprzez umieszczenie specjalnego ochroniacza.
- Lekarz psychiatra dokonuje ustawienia parametrów stymulacji
- Po przeprowadzeniu stymulacji konieczne jest monitorowanie czynności napadowej.
 - W przypadku zbyt krótkiej (poniżej 20 sekund) czynności napadowej (napad poronny) wskazane jest powtórzenie stymulacji dla zwiększonych ustawień prądowych.
 - W przedłużającym się napadzie (2,5-3 minuty) konieczne jest jak najszybsze przerwanie czynności napadowej.
 - W przypadku występujących ponapadowych stanów splątania konieczne jest dłuższe monitorowanie czynności EEG w celu wykluczenia wtórnej napadowości.
- Jeszcze w trakcie trwania napadu anestezjolog rozpoczyna ponowne wentylowanie pacjenta, aż do powrotu spontanicznej czynności oddechowej.
- Po wybudzeniu układu się pacjenta w bezpiecznej pozycji bocznej, w której dochodzi on do siebie po przebytych napadzie.

Farmakoterapia w trakcie leczenia elektrowstrząsami

- Stosuje się doustne leki cholinolityczne (atropina) głównie w celu zahamowania wydzielania śliny oraz nadmiernego wydzielania śluzu w drzewie oskrzelowym.
- Przed wprowadzeniem do znieczulenia obowiązuje staranne natlenienie pacjenta przez okres przynajmniej 3 minut.
- Do indukcji znieczulenia ogólnego używa się jednego z krótko działających anestetyków dożylnych: np. metoheksital lub etomidat
- W celu uzyskania zwiotczenia mięśni w trakcie znieczulenia ogólnego najczęściej stosowanym lekiem jest suksametonium (sykcyntylocholina, skolina). Jest on przeciwwskazany u osób ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia hipertermii złośliwej czy chorych ze złośliwym zespołem neuroleptycznym w wywiadzie. Alternatywnie stosować można miwakurium lub atrakurium.

Leki „zabezpieczające”

Ze względu na możliwość wystąpienia objawów niepożądanych lub powikłań w trakcie przeprowadzania zabiegów, do dyspozycji, z możliwością szybkiego zastosowania, powinny pozostawać inne leki:

- Diazepam lub haloperidol - w przypadku wystąpienia stanów majaczeniowych, stanów pobudzenia psychoruchowego, przedłużającego się napadu lub stanu padaczkowego
- Deksametazon, dekstran, płyny koloidowe, aminy katecholowe (we wstrząsie)
- Propranolol (tachykardia)

PROBLEMY PIELEGNACYJNE WYNIKAJĄCE Z LECZENIA ELEKTROWSTRZĄSAMI

Przeżywanie lęku, obaw przed zabiegiem

Lęk, niepokój, obawy chorego może wywoływać sama nazwa zabiegu. Chorzy boją się uśpienia, myśląc, że mogą się nie obudzić, obawiają się bólu lub zmiany osobowości. Często nie chcą podpisać zgody na ten rodzaj terapii. Chorego mogą również niepokoić dodatkowe badania i konsultacje związane z kwalifikacją do zabiegu.

Cel: zmniejszenie (zniwelowanie) lęku, zapewnienie bezpieczeństwa.

Interwencja terapeutyczna - wzbudzenie pozytywnego nastawienia do zabiegu elektrowstrząsów:

- Przekazanie przez lekarza proponującego tę metodę leczenia podstawowych informacji o zabiegu;
- Rozmowa z chorym na temat jego obaw związanych z leczeniem elektrowstrząsami;
- Wskazywanie korzyści płynących z zabiegu;
- Współpraca z rodziną chorego, która może pomóc w przygotowaniu psychicznym chorego do zabiegu;
- Wykorzystanie pozytywnego wpływu innych pacjentów;
- W kontakcie terapeutycznym - wzmacnianie pozytywnej decyzji chorego;
- Obecność przy chorym przed zabiegiem.

Możliwość wystąpienia powikłań po EW związanych ze stanem ogólnym chorego

Przed podjęciem leczenia konieczna jest kwalifikacja internisty i anestezjologa (czasami kardiologa lub neurologa). Przeciwwskazaniami do wykonania zabiegu są duża patologia ośrodkowego układu nerwowego oraz stany niewydolności i niewyrównania pracy podstawowych układów i narządów (np. niewyrównane ciśnienie tętnicze krwi, niski poziom hemoglobiny).

Cel: zapobieganie powikłaniom.

Interwencja terapeutyczna - podjęcie działań zapewniających bezpieczeństwo:

- Współdział w kwalifikacji, przygotowanie do badań (EKG, EEG, ewentualnie tomografia komputerowa głowy, badania dodatkowe), obserwacja stanu somatycznego pacjenta;
- Przygotowanie fizyczne chorego w dniu zabiegu: chory pozostaje na czczo, nie otrzymuje rannych leków, oddaje mocz przed zabiegiem, jest zważony, ubrany w piżamę lub dres, ma wyjętą protezę zębową.

Możliwość wystąpienia powikłań ze strony układu krążenia i oddychania związanych z zastosowanym znieczuleniem ogólnym

Zabieg wykonywany jest w uśpieniu i zwiotczeniu. Podawane są leki, najczęściej dożylnie, np. atropina, tiopental, chlorsukcylina. Okresowo prowadzony jest oddech kontrolowany.

Cel: zapobieganie powikłaniom.

Interwencja terapeutyczna - podjęcie działań zapewniających bezpieczeństwo:

- Wykonanie zabiegu przez wyszkolony zespół terapeutyczny (psychiatra, anestezjolog, pielęgniarka);
- Zadbanie o wyposażenie pokoju zabiegowego w sprawny i potrzebny sprzęt oraz leki (m.in. zestaw do resuscytacji);
- Monitorowanie układu krążenia;
- Zapewnienie drożności dróg oddechowych w trakcie i po zabiegu;
- Po zakończeniu zabiegu ułożenie chorego w pozycji bocznej bezpiecznej;
- Podawanie tlenu w trakcie zabiegu
- Dokumentowanie przebiegu zabiegu

Zaburzenia orientacji z pobudzeniem ruchowym bezpośrednio po zabiegu

Problem ten występuje stosunkowo rzadko. Chorzy usiłują wstawać z łóżka, nie pamiętają, że są już po zabiegu. Dłużej utrzymujące się zaburzenia procesów poznawczych w trakcie terapii elektrowstrząsami są wskazaniem do jej przerwania.

Cel: zapewnienie bezpieczeństwa.

Interwencja terapeutyczna - podjęcie działań zapobiegających doznaniu urazu przez chorego:

- Obserwacja stopnia nasilenia zaburzeń;
- Stała obecność przy pacjencie;
- Przytrzymanie chorego w razie niepokoju ruchowego;
- Udokumentowanie stopnia nasilenia zaburzeń.

Ból głowy, bóle mięśni

Bóle mięśni wiążą się z działaniem skoliny. Częściej występują bóle głowy, zwłaszcza u osób, które krótko spały po zabiegu (wcześnie unosiły głowę).

Cel: zmniejszenie dolegliwości.

Interwencja terapeutyczna - podjęcie działań poprawiających samopoczucie chorego:

- Zadbanie, aby po zabiegu chory leżał w łóżku możliwie jak najdłużej (2-3 godziny lub dłużej);
- Zadbanie o warunki wypoczynku po południu;

- Wyjaśnienie, że dolegliwości są przemijające;
- Podanie na zlecenie lekarza środka przeciwbólowego.

Niepokój związany z wystąpieniem zaburzeń pamięci

Trwałe zaburzenia pamięci uważane są za główne powikłania zabiegu. Występują u 1% chorych leczonych zabiegami jednostronnymi, u 2% - dwustronnymi. Przemijające zaburzenia pamięci są powszechne.

Cel: zmniejszenie (niwelowanie) niepokoju.

Interwencja terapeutyczna - pomoc choremu w wypracowaniu postawy akceptacji aktualnego stanu:

- Przekazywanie choremu wiarygodnych informacji na temat czasu utrzymywania się pogorszenia pamięci;
- Udzielanie wsparcia psychicznego osobom niepokojącym się pogorszeniem funkcjonowania w życiu codziennym i po powrocie do aktywności zawodowej.

4. UDZIAŁ PIELEŃNIARKI W PSYCHOTERAPII

WPROWADZENIE DO PSYCHOTERAPII

Definiowanie psychoterapii

- Jest celowym oddziaływaniem terapeuty na psychikę pacjenta, opartym na zdobyczach wiedzy o ludzkiej psychice - psychologii, socjologii, pedagogice, psychiatrii. W oddziaływaniach tych terapeuta opiera się głównie na słowie, a także mimice i geście.
- To świadome, planowe i systematyczne oddziaływanie środkami psychologicznymi na stan psychiczny pacjenta i jego zachowanie, przez osobę z odpowiednimi kwalifikacjami.
- Każdy pozytywny kontakt z pacjentem wywierający korzystny wpływ na jego stan i samopoczucie. Sprzyjająca leczeniu postawa osoby opiekującej się chorym, tworząca klimat bezpieczeństwa i kontakt budzący zaufanie.

Cele psychoterapii

- Uruchomienie procesu zmian,
- Poprawa stanu psychofizycznego pacjenta oraz jego funkcjonowania społecznego
- Pomoc w uzyskaniu motywacji do czynnego udziału w procesie rehabilitacyjnym oraz w podjęciu nowych ról społecznych,
- Wsparcie pacjenta w kryzysach emocjonalnych i interpersonalnych,
- Nauka pacjenta nowych powszechnie akceptowanych postaw.

Jako podstawowa metoda terapeutyczna stosowana jest w leczeniu zaburzeń

- Nerwicowych, rozwojowych, zachowania, osobowości.

RODZAJE PSYCHOTERAPII

Rodzaje psychoterapii w zależności od jej założeń teoretycznych

Psychoanaliza i terapia analityczna (podejście psychodynamiczne)

- Stworzona przez Zygmunta Freuda, zakłada, że na stan psychofizyczny człowieka mają znaczny wpływ treści myślenia i przeżywania, których sobie nie uświadamiamy
- Terapia tą metodą zazwyczaj jest ukierunkowana na uzyskanie wglądu w nieświadome przeżycia, powodując ustąpienie napięć i poprawę funkcjonowania, przeżywania i łagodzenie objawów
- Duże znaczenie ma tu analiza emocji, które pojawiają się w relacji terapeutycznej (zakłada się, że te same zjawiska emocjonalne mogą być źródłem patologicznych objawów w życiu codziennym)

Psychoterapia podtrzymująca

- Również opiera się na założeniach terapii analitycznej. Wgląd tu ma znaczenie drugorzędne. Głównym czynnikiem terapeutycznym jest więź z terapeutą. Celem jest złagodzenie negatywnych emocji, zwłaszcza lęku i niepokoju, pomoc w radzeniu sobie z okolicznościami mogącymi nasilić objawy, wsparcie emocjonalne
- Ma ona na celu przede wszystkim zmianę postawy pacjenta wobec faktu choroby, a także udzielania mu wsparcia w okresie przeżywania kryzysów emocjonalnych i interpersonalnych.
- Należy skupić się na aktualnych problemach pacjenta, jego oczekiwaniach, wątpliwościach i troskach.

Terapia behawioralna

- Zakłada, że istnienie wewnętrzpsychicznych konfliktów nie musi mieć istotnego znaczenia dla leczenia, natomiast za ważne uznaje się zjawiska związane z warunkowaniem i uczeniem się
- Stosuje się tu m.in. wzmacnianie nagrodami za pozytywne zachowanie (np. przepustka z oddziału lub inne przywileje za pracę nad sobą)
- Stosowane są również bodźce negatywne (awersyjne), np. wacanie przez osobę uzależnioną alkoholu na przemian z apomorfina (substancją wywołującą nudności i wymioty). Po pewnym czasie alkohol też wywołuje wymioty.
- Jest terapią krótkoterminową

Terapia poznawcza

- Założeniem jest, że przeżywanie człowieka jest wtórne w stosunku do myślenia. O zachowaniach i przeżyciach decyduje sposób myślenia o sobie i świecie.

- Zatem do zmiany zachowań nieadaptacyjnych wystarczy zmienić sposób myślenia
- Częstym sposobem postępowania w tej metodzie jest zadawanie zadań domowych pacjentowi, w których ma zapisywać swoje myśli w określonych sytuacjach, a materiał ten jest później analizowany z terapeutą
- Ma zastosowanie w leczeniu depresji, a twórcą tego modelu leczenia jest Aaron Beck
- Jest terapią krótkoterminową

Terapia interpersonalna

- Koncentruje się na poprawie relacji interpersonalnych i odnosi się raczej do bieżących wydarzeń a nie z przeszłości
- To terapia krótkoterminowa stosowana do leczenia zaburzeń depresyjnych różnego pochodzenia
- W trakcie terapii zwraca się uwagę na wydarzenia interpersonalne, które mogą być czynnikami wyzwalającymi epizody depresyjne
- Opracowywane są strategie radzenia sobie z trudnymi sytuacjami i modyfikacja zachowań, tak aby wzrosła samoocena pacjenta, poprawie uległy emocje, zmniejszyła się izolacja społeczna

Psychoterapia rodzin

- Kładzie nacisk na poprawę stosunków interpersonalnych i kształtowanie właściwych postaw i ról w rodzinie oraz rozwiązywanie sytuacji konfliktowych.
- Stosowana jest u rodzin pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi, uzależnieniami, psychozami zwłaszcza w schizofrenii.

Ze względu na stosowane techniki i metody

Psychoterapia elementarna – jest to w zasadzie postawa psychoterapeutyczna, która winna cechować lekarza czy pielęgniarkę w każdej relacji personel-pacjent. Znajduje ona wyraz w unikaniu błędów jatrogennych i wytwarzaniu atmosfery wzbudzającej otuchę, mobilizującej, zwiększającej odporność psychiczną. Ważna jest tu również umiejętność nawiązania kontaktu z chorym, komunikowania.

Psychoterapia podtrzymująca – polega na wzbudzeniu przekonania u pacjenta, że nie grozi mu niebezpieczeństwo, a jeżeli tak, to że jest się w stanie temu zapobiec i że pomoc ta jest osiągalna. Terapeuta dąży do zmniejszenia napięcia i lęków u pacjenta, wzbudzenia w nim dobrego samopoczucia, wyjaśniania dręczących go wątpliwości, do znalezienia racjonalnego spojrzenia na własną sytuację.

Psychoterapia aktywna – wymaga od terapeuty bardzo specjalistycznego przygotowania. Koryguje zachowania przez łagodzenie lub usuwanie niekorzystnych objawów (relaks, autosugestia, odreagowanie czynne). Obejmuje metody psychoterapii głębokiej zmierzającej do zmiany lub gruntownej modyfikacji osobowości, wykształcenia nowych postaw, wyzbycia się niewłaściwych mechanizmów obronnych i wykształcenia dążeń społecznie pozytywnych (psychoanaliza Freuda, psychologia indywidualna Adlera, psychologia analityczna Junga, teoria uczenia się).

Rodzaje psychoterapii a charakter kontaktu z pacjentem

Psychoterapia Indywidualna

- Opiera się na indywidualnych spotkaniach jednego pacjenta z jednym terapeutą (twarzą w twarz), podczas których nawiązuje relację terapeutyczną z pacjentem o charakterze zadaniowym, oddziałując na psychikę pacjenta sobą, swoją wiedzą i umiejętnościami zawodowymi. Terapeuta i jego działania to jedyny czynnik leczący.
- W spotkaniu terapeutycznym ważna jest przede wszystkim osoba pacjenta (wyróżniona ze względu na swoje problemy) oraz sama relacja, w której chory funkcjonuje
- Psychoterapeuta swoje działania opiera na wcześniej omówionych podejściach psychoterapeutycznych. Może stosować:
 - Oddziaływanie dyrektywne - terapeuta wskazuje najlepsze formy zachowania i podaje gotowe wzorce postępowania
 - Oddziaływanie niedyrektywne - terapeuta podsuwa pewne rozwiązania, które pacjent powinien przyjąć jako własne, zaakceptować je i próbować zastosować w życiu {WR}.

Psychoterapia grupowa

Polega na prowadzeniu pracy terapeutycznej z całą grupą pacjentów. Jej znaczenie wynika z tego, że człowiek jest istotą społeczną, a proces socjalizacji jest z jednym elementów rozwoju w życiu jednostki. Psychoterapia prowadzona w grupie daje dodatkowe pozytywne elementy:

- Zmniejsza u chorego poczucie osamotnienia w chorobie (inni, mają podobne dolegliwości, stwarzają warunki do spotkań towarzyskich)
- Dynamika grupy wymusza powstanie interakcji w grupie, wzajemne uwzględnianie swojej obecności, a w konsekwencji sprzyja współdziałaniu w rozwiązywaniu problemów
- W psychoterapii grupowej widoczne są niespecyficzne czynniki terapeutyczne
 - Wytworzenie i podtrzymywanie nadziei i wiary w skuteczność leczenia
 - Możliwość ekspresji uczuć
 - Poczucie spójności grupowej - związku między członkami grupy, przynależności, solidarności
- Stanowi dobre miejsce do rozwoju funkcjonowania społecznego oraz zmiany postaw pacjenta

Psychoterapia kreatywna

To różne formy psychoterapii grupowej, podczas której wykorzystuje się sztukę. To m.in.

- **Muzykoterapia** – użycie muzyki jako środka oddziaływania psychologicznego

- Bierna (słuchanie muzyki w sposób swobodny lub zadaniowy – określający temat przeżyć i odczuć, np. wyobraź sobie, że jesteś ptakiem)
- Aktywna – polega na improwizowaniu lub odtwarzaniu różnych form muzycznych (najczęściej na instrumentach perkusyjnych)
- **Choreoterapia** – metoda terapeutyczna, która wykorzystuje taniec i ruch jako formę psychoterapeutyczną
- **Dramatoterapia** – wykorzystanie w terapii teatru (psychodrama, pantomima)
- **Psychorysunek**
 - Chodzi o symboliczne przedstawienie rzeczy, osób czy zdarzeń (np. moja rodzina, moje marzenia, wspomnienia, itp.)
 - Podczas tej formy pacjenci mogą przyjrzeć się swoim uczuciom, które wyrażają na rysunku (analizowanych wraz z terapeutą) {WR}.

INTERWENCJE TERAPEUTYCZNE OSÓB NIEBĘDĄCYCH PSYCHOLOGAMI

Psychoterapia elementarna

To oddziaływania bardzo proste i nie wymagają specjalnego przygotowania, dlatego mogą być stosowane zarówno przez lekarza, psychologa, jak i pielęgniarkę.

- Łagodzenie napięć i negatywnych emocji wywołanych sytuacją choroby oraz stosowanymi metodami leczenia.
- Wzmacnianie poczucia bezpieczeństwa oraz dostarczanie środków, dzięki którym chory może poczuć się bardziej samodzielny i lepiej kontrolować swoją sytuację.
- Wytworzenie u pacjenta pozytywnego nastawienia psychicznego i kierowanie jego wyobraźnią w pożądanym kierunku .
- Ochrona pacjenta przed sytuacjami jatrogennymi,.
- Nauczenie go umiejętności lekceważenia zaburzeń mniej ważnych, a czerpania satysfakcji z osiągnięć.
- Psychoterapia elementarna to także bliski kontakt z chorym, milczenie, wysłuchanie chorego, wspieranie go, wzbudzanie w nim otuchy, okazywanie zrozumienia jego trosk, tworzenie spokojnej z poczuciem bezpieczeństwa atmosfery wokół niego.

Komunikowanie terapeutyczne a interwencja psychoterapeutyczna

Ze względu na specyfikę choroby psychicznej i towarzyszące jej problemy, szczególnie znaczenie w pomaganiu osobie chorej psychicznie w procesie pielęgnowania i leczenia posiada **komunikowanie**. Jest to zjawisko powszechnie towarzyszące ludziom i określane jako:

- Proces pozwalający na przekazywanie i otrzymywanie informacji,
- Wymiana informacji.

Komunikowanie z człowiekiem chorym

Kontakt z człowiekiem chorym stanowi specyficzną relację interpersonalną, której charakter określony jest przez:

- Chorobę i osobistą sytuację chorego (cechy choroby, jej subiektywny obraz wytworzony przez chorego, trudności wynikające z choroby, osobowość chorego, mechanizmy obronne i adaptacyjne, style radzenia sobie ze stresem oraz sytuacja społeczna, rodzinna i zawodowa)
- Oraz przez postawę i podejście osoby udzielającej pomocy, jej wiedzę i kompetencje
- Łączy się najczęściej ze wsparciem psychicznym i oznacza proces wywierający pozytywny wpływ na podmiot opieki
- Jest to świadome wykorzystywanie właściwie dobranych komunikatów werbalnych i niewerbalnych, aby dzięki nim wpłynąć na aktualne (a niekiedy i przyszłe) zachowanie i emocje podmiotu opieki. Takie komunikowanie określamy mianem **komunikowania terapeutycznego**.
- Komunikacja ta powinna być oparta na szanowaniu godności pacjenta oraz prawa do odmiennego zachowania, wynikającego z choroby a także dążeniu do pełnego zrozumienia uczuć podopiecznego i ustalenia ich znaczenia.

Dla potrzeb psychiatrii warto odwołać się do definicji ujmujących pojęcie komunikacji jako źródło związków i relacji międzyludzkich:

Komunikowanie jest olbrzymim parasolem, który wszystko obejmuje i ma wpływ na to, co dokonuje się w istocie ludzkiej. Jest najważniejszym czynnikiem, który określa jakiego rodzaju relacje osoba nawiąże z innymi i co przeżyje w swoim otoczeniu. (Satir)

W opiece psychiatrycznej kontakt z chorym i rozmowa z nim pozostają podstawowymi narzędziami postępowania. Wymaga ono odpowiednich:

- Predyspozycji osobowościowych ze strony pielęgniarki - wrażliwość, empatia, autentyczność, prawdomówność i szczerść, elastyczność w zachowaniu, łatwość w komunikowaniu się
- Wiedzy z zakresu komunikowania oraz stosowania technik komunikowania się w kontakcie terapeutycznym w różnych sytuacjach i stanach chorego
- Także znajomości problemów chorego wynikających z sytuacji choroby.

Według Antoniego Kępińskiego istotą kontaktu z pacjentem psychotycznym jest poznanie i zrozumienie świata jego przeżyć, a doświadczenie w tym zakresie można zdobyć tylko w kontakcie z chorym.

Podstawą komunikacji terapeutycznej w opiece psychiatrycznej

- Jest zrozumienie, że każdego chorego należy traktować jako godnego szacunku człowieka, który wprowadzie czuje i myśli inaczej, ale jest wrażliwy i ma niezbywalne prawo do swobodnego wyrażania swoich sądów bez obawy, że

będzie wyśmiany, wyszydzony, odrzucony, niezaakceptowany i źle oceniony

- Wykorzystywanie określonych **zachowań terapeutycznych** nazywanych **technikami komunikowania terapeutycznego**. Sformułowanie „**zachowania terapeutyczne**” mówi wyraźnie o tym, że zachowania te mają nie tylko zapobiegać skutkom błędów jatrogennych (lepiej ich zresztą wcale nie popełniać), ale zawiera także element leczniczy.

Cele komunikacji terapeutycznej:

- Nie pogłębianie i nie utrwalanie zaburzonych sposobów spostrzegania, myślenia, odczuwania i działania (zapobieganie jatropatogenii)
- Pomoc w porządkowaniu emocji, myśli i postrzeganiu oraz korekcie rzeczywistości i obrazu siebie
- Ułatwienie choremu wyrażania emocji względem otaczających go ludzi
- Dawanie poczucia bezpieczeństwa i spokojnego środowiska
- Pomaganie choremu w ulepszeniu kontaktów z innymi ludźmi i zmniejszeniu dystansu między chorym i otoczeniem
- Pomoc w adaptacji do sytuacji życiowej, gdy zmiana jest niemożliwa [1, 12, 13].

Tabela 10. Cele komunikacji terapeutycznej w poszczególnych jej fazach [opracowanie własne]

Faza komunikacji	Cele komunikacji terapeutycznej
Faza I. Zapoczątkowująca	Osoba pomagająca dostrzega pacjenta, zauważa zmiany w jego wyglądzie, zwraca uwagę na jego sposób zachowania, nawiązuje z nim rozmowę, oferuje mu swój czas,
Faza II. Podtrzymująca	Osoba pomagająca stara się przekazać pacjentowi, że jest akceptowany, stosując odpowiednie techniki stara się ten kontakt podtrzymywać i kontynuować, pozwala pacjentowi na zrozumienie tego, co powiedział, refleksję, podejmowanie interesujących tematów
Faza III. Porządkująca	Służy wyjaśnieniu niezrozumiałych np. myśli, pomaga nadać im jasny sens, porządkować zdarzenia i wysuwać główne wątki eliminując nieistotne szczegóły
Faza IV. Pogłębiająca	Osoba pomagająca stara się zachęcić pacjenta do opisu swoich stanów, lęków, przeżyć, stara się przybliżyć mu rzeczywistość wskazując alternatywną możliwość spostrzegania realnego świata oraz do rozeznania jego problemów i podejmowania decyzji w procesie leczenia i opieki

Tabela 11. Techniki komunikowania terapeutycznego stosowane w poszczególnych fazach relacji
 [opracowanie własne]

Faza komunikacji	Techniki komunikowania terapeutycznego
Faza I. Zapoczątkowująca	-Dostrzeganie pacjenta i spostrzeganie zachodzących u niego zmian -Oferowanie siebie i swojego czasu
Faza II. Podtrzymująca	-Akceptacja -Poświadczenie -Odzwierciedlenie -Informowanie -Milczenie terapeutyczne (akceptujące) -Umożliwienie szerokiego otwarcia -Zachęcanie do kontynuowania
Faza III. Porządkująca	-Poszukiwanie zgodnej oceny -Porządkowanie zdarzeń w czasie lub wedle ich skutków -Klaryfikowanie -Podsumowanie
Faza IV. Pogłębiająca	Przekazywanie obserwacji -Zachęcanie do opisu przeżyć -Eksploracja -Modelowanie
	Zachowania konfrontujące z rzeczywistością -Urealnienie rzeczywistości -Słowne wyrażanie wątpliwości -Poszukiwanie źródeł emocji
	Zachowania przygotowujące postawy do dalszej terapii - Proponowanie i planowanie współpracy

Błędy jatropatogenne jako działania nieterapeutyczne

Jatropatogenia (*jatros* z *gr. lekarz*), to zespół negatywnych (szkodliwych), z punktu widzenia interesu zdrowotnego pacjenta, oddziaływań ze strony pracowników służby zdrowia.

Można wyróżnić 2 podstawowe rodzaje błędów:

1. Wynikające z braku lub fragmentaryczności wypowiedzi
2. Wynikające z udzielania informacji wywołujących negatywne skutki lub emocje [1, 12, 13, 14].

Jest to takie zachowanie, które prowadzi często w sposób niezamierzony i niekontrolowany do pogorszenia stanu psychofizycznego pacjenta. Ignorowanie możliwości popełniania błędów jatropatogennych uniemożliwia przyjmowanie terapeutycznej postawy wobec pacjenta. Pacjenci w sytuacji kryzysu psychicznego, są szczególnie narażeni na nie [H].

Następstwa błędów są wielorakie. Mogą polegać nie tylko na pogorszeniu choroby podstawowej, ale na pojawieniu się nowych objawów chorobowych w sensie zaburzeń nerwicowych, psychosomatycznych, a nawet psychotycznych. Do najczęstszych błędów i

zachowań nieterapeutycznych należy:

- Nie informowanie chorego lub informowanie niewystarczające,
- Używanie określeń niezrozumiałych lub niewłaściwie rozumianych przez pacjenta, co w efekcie może wywołać silny lęk o stan zdrowia i pogłębiać u pacjenta fałszywy i obraz własnej choroby,
- Zamierzone i niezamierzone straszenie chorego
- Lekceważenie potrzeby całościowego podejścia do pacjenta i wytwarzanie dystansu między pracownikiem a pacjentem, traktowanie przedmiotowe pacjenta
- Gromadzenie danych, planowanie i realizacja interwencji pielęgniarstwa wobec pacjenta w obecności innych chorych, lekceważąc jego poczucie skrępowania i zawstydzienia,
- Lekceważenie potrzeby przygotowania pacjenta pod względem psychologicznym do czekających go badań diagnostycznych, leczenia, interwencji pielęgniarstwa
- Pozbawienie chorego snu i wypoczynku, co wiąże się zarówno z niekulturalnym i hałaśliwym zachowaniem personelu szpitala, jak i bezdusznie zredagowanymi regulaminami, według których na przykład o godzinie 5 rano budzi się chorego w celu zmierzenia temperatury ciała itd.
- Postawa egocentryczna lekarza (pielęgniarki), którego próżność każe niekiedy traktować pacjenta z wyżyn nieomylnego autorytetu, nadużywając administracyjnej przewagi, jaką daje im pełniona rola
- Wypowiadanie zdawkowych i lakonicznych komentarzy
- Nagłe odejście od tematu, nawet jeśli problem poruszony przez pacjenta nas niepokoi
- Dosłowne traktowanie niedorzecznych (urojeniowych, rozkojarzonych) wypowiedzi lub wzywanie do udowodnienia ich prawdziwości;
- Pomniejszanie lub bagatelizowanie cierpień i dolegliwości opisywanych przez pacjenta;
- Wypytywanie z naciskiem, dociekanie i sondowanie;
- Sugerowanie odpowiedzi;
- Zgadanie się z chorobliwymi sądami chorego lub ich negowanie bez podania uzasadnienia dla swojej oceny.
- Obarczanie pacjenta winą np. za brak poprawy stanu zdrowia
- Uspakajanie chorego - należy unikać wypowiedzi zdań: „Głowa do góry”, „Wszystko będzie dobrze”, „Nie ma powodu do zmartwienia” – jest źródłem irytacji chorego i poczucia braku zrozumienia jego problemów
- Odrzucanie myśli i zachowań – może pojawić się wówczas, gdy pielęgniarkę ogarnia niepokój wpływający np. z zachowań chorego („nie dyskutujmy o tym, proszę tak nie mówić”]
- Aprobata lub dezaprobata myśli lub zachowań pacjenta – przejawia się w formie oceny jego postawy np. „nie podoba mi się pańskie postępowanie”. Zamiast osądzania należy powiadomić chorego o skutkach jego postępowania np. „została

pani sama, bo zrobiła pani przykrość pani Zofii i teraz ona nie chce przebywać w tym pokoju”

- Zgadzenie się z chorobliwymi sądami chorego lub ich negowanie bez podania uzasadnienia dla swojej oceny (stawania w opozycji do urojeniowych sądów – wzmacnia jego chorobliwe odczucia, słowa „nie zgadzam się” , czy „nie wierzę” wzmacniają opór pacjenta).
- Doradzanie pacjentowi
- Niewłaściwe używanie komunikatów niewerbalnych i werbalnych [1, 12, 13,].

ZADANIA PIELĘGNIARKI

W oddziaływaniach psychoterapeutycznych znaczny udział ma pielęgniarka, ze względu na bliskość i czas trwania kontaktu z pacjentem. Pomoc jaką pielęgniarka udziela pacjentowi oparta jest na wzajemnej relacji między nimi i polega przede wszystkim na wspieraniu, pocieszaniu, współczuciu, empatii oraz tworzeniu leczniczej atmosfery.

Realizuje zadania z zakresu psychoterapii poprzez udział

- W psychoterapii elementarnej oraz podtrzymującej,
- Stosowaniu technik komunikowania terapeutycznego i unikania błędów jatropatogennych,
- Podczas realizacji treningów umiejętności w tym treningów psychoedukacyjnych wykorzystujących założenia psychoterapii behawioralnej, poznawczej czy interpersonalnej.

Będąc w bliskim kontakcie z pacjentem:

- Zachęca go do współpracy i motywuje do czynnego udziału w leczeniu
- Dostrzega aktualne problemy, wątpliwości i rozterki pacjenta, okazuje zrozumienie jego trosk i wspiera go
- Dodaje otuchy, rozładowuje napięcia, wytwarza nastrój sprzyjający poprawie samopoczucia
- Kształtuje pozytywny stosunek pacjenta do jego własnej przyszłości, zachęca do podejmowania decyzji i dokonywania wyborów
- Jej rola polega również na dostrzeganiu zmian jakie zachodzą w pacjencie i jego otoczeniu, co umacnia w nim wiarę w sens podjętej aktywności
- Wpływa na emocje i zachowania chorego poprzez stosowanie właściwych komunikatów werbalnych i niewerbalnych w kontakcie z chorym oraz unikanie błędów jatrogennych
- Traktuje pacjenta w sposób podmiotowy, jako jednostkę holistyczną i autonomiczną posiadającą swoje prawa i godność

5. UDZIAŁ PIELEŃNIARKI W SOCJOTERAPII I REHABILITACJI

SOCJOTERAPIA

To metoda leczenia stosowana głównie w psychiatrii, polegająca na odwoływaniu się do oddziaływań społecznych i środowiskowych. Należą do nich:

- Społeczność terapeutyczna (lecznicza)
- Formy terapii grupowej
- Terapia zajęciowa
- Inne formy oddziaływań socjoterapeutycznych to :
 - Wieczorki taneczne,
 - Wycieczki,
 - Praca z książką,
 - Redagowanie gazetek

Socjoterapia posługuje się podobnymi metodami jak rehabilitacja psychiatryczna.

Terapia zajęciowa

Jest jedną z metod socjoterapii i rehabilitacji zalecaną chorym psychicznie. Polega na usprawnianiu fizycznym i psychicznym poprzez wykonywanie różnych zajęć.

Terapia zajęciowa stanowi formę rehabilitacji w psychiatrii, która stwarza pacjentom najmniej trudności i wymagań i polega na usprawnianiu fizycznym i psychicznym poprzez wykonywanie różnych zajęć. W zależności od charakteru tych zajęć wyróżnia się terapię pracą, ruchem lub rozrywką (Miturska i wsp., 2009). Stopniowe angażowanie chorego w życie społeczne przez udział we wspólnej celowej aktywności daje pacjentowi możliwość bezstłownego wyrażenia przeżyć oraz poczucie przynależności do

grupy. Celem terapii zajęciowej jest nie tylko odtworzenie więzi grupowych i umiejętności współpracy z innymi, ale stopniowe zrozumienie własnych potrzeb i możliwości oraz odzyskanie wiary w siebie. Terapia zajęciowa ułatwia pacjentom nawiązanie kontaktu z otoczeniem, zapobiega szkodliwej szpitalnej beczynności (Wilczek-Rużyczka, 2007; Miturska i wsp., 2009).

Źródło: Skan fragmentu publikacji autora skryptu

Spółeczność terapeutyczna

Spółeczność terapeutyczna jako metoda socjoterapii i rehabilitacji jest sposobem organizacji pracy zarówno szpitalnego oddziału jak też innych placówek, którego istotą jest wyeliminowanie sztywnej, hierarchicznej struktury, w której nie ma miejsca na głos, inicjatywę i aktywność twórczą pacjenta. Tworzą ją pacjenci wraz z całym personelem. Regularne spotkania społeczności są miejscem zgłaszania propozycji, skarg i wniosków, wspólnych uzgodnień dotyczących różnych form aktywności pacjentów i doboru zajęć. Jest to również miejsce negocjowania i rozwiązywania konfliktów, ustalania zadań, a także podejmowania za nie odpowiedzialności. Konsekwencją tej formy

oddziaływania terapeutyczno-rehabilitacyjnego jest samoorganizowanie się pacjentów i ich aktywność w postaci gimnastyki porannej, wycieczek, spotkań czy wieczorków. Dla bieżącej realizacji zadań wybierany jest samorząd społeczności oraz odpowiednie komisje (Zaluska i wsp., 2007). Celem społeczności terapeutycznej jest udział pacjenta w leczeniu i zarządzaniu organizacją oddziału oraz dostarczanie pacjentowi doświadczeń pozwalających na modyfikowanie nieprawidłowych postaw i zachowań (Mitur-ska i wsp., 2009).

Źródło: Skan fragmentu publikacji autora skryptu

Pozostałe metody zostaną omówione jako metody rehabilitacji.

REHABILITACJA PSYCHIATRYCZNA

Pojęcie rehabilitacji

- Rehabilitacja w psychiatrii jest procesem pomagania osobie dotkniętej chorobą psychiczną w wykorzystaniu przez nią możliwości i umiejętności do jak najlepszego funkcjonowania w normalnym kontakcie społecznym.
- Jest system skoordynowanych oddziaływań społecznych, psychologicznych, wychowawczych i medycznych umożliwiających chorym psychicznie w miarę samodzielną egzystencję i integrację społeczną.
- Traktowana jest na równi z oddziaływaniami farmakologicznymi i innymi metodami leczenia, a jej podstawę stanowi wsparcie społeczne, którego zasoby w czasie trwania rehabilitacji są wzmacniane i rozwijane.
- Jest procesem długotrwałym

Rodzaje rehabilitacji

1) Ze względu na charakter oddziaływania

- **Medyczna** – obejmuje działania medyczne, które mają doprowadzić do odzyskania sprawności psychofizycznej oraz farmakoterapię podtrzymującą,

- **Społeczna** - to:
 - Działania przygotowujące chorego do życia w środowisku rodzinnym i społecznym,
 - A także kształtowanie takich warunków otoczenia, które ułatwiłyby jednostce pełną reintegrację społeczną,
- **Zawodowa** - poradnictwo i szkolenie zawodowe, ocena podejmowanych prób pracy, ocena poziomu motywacji do podjęcia pracy oraz możliwości.

2) Ze względu na czas oddziaływania

- **Wczesna** – to krótkie, intensywne leczenie chorego, umożliwiające szybki powrót do pracy nauki, ról społecznych pacjenta, pomoc psychologiczna jemu i rodzinie w rozwiązywaniu konfliktów oraz podjęciu życiowych decyzji- tak aby nie doszło do wyizolowania, wycofania społecznego oraz powstawania i utrwalania deficytów prowadzących do niepełnosprawności,
- **Późna** – stosowana u osób długotrwale hospitalizowanych, z chorobą psychiczną przewlekłą, którzy żyją w izolacji, utracili zdolność adaptacji do środowiska, nie radzą sobie z podstawowymi wymogami bytowymi.

Techniki stosowane w rehabilitacji

- Terapia zajęciowa
- Udział w społeczności leczniczej
- Treningi umiejętności
- Psychoedukacja

TRENINGI UMIEJĘTNOŚCI

Definiowanie treningów umiejętności

Rehabilitacja psychiatryczna przewiduje w swych oddziaływaniach w odniesieniu do pacjentów przewlekle chorych treningi umiejętności, które dostosowuje się do zmieniających się możliwości pacjenta.

„Są to systematyczne ćwiczenia mające na celu uzyskanie maksymalnej sprawności w określonej sferze życia potrzebnej do samodzielnego funkcjonowania chorego”.

Organizacja treningów umiejętności

- Zajęcia odbywają się kilka razy w tygodniu i trwają od 1 do 1,5 godziny,
- Trening powinien być prowadzony w małych 6- 8 osobowych grupach, aby wszyscy brali w nich aktywny udział, modelowy cykl trwa około 3 miesięcy.
- Każdy pojedynczy trening, niezależnie od poruszanej tematyki należy prowadzić wg schematu.

Rodzaje treningów umiejętności

1) Treningi umiejętności społecznych

Trening rozwiązywania problemów w trudnych sytuacjach międzyludzkich

Trening ten ma na celu uczenie chorych psychicznie radzenia sobie w trudnych sytuacjach międzyludzkich, które pojawiają się w codziennym życiu. Opiera się na:

- Dokładnej analizie okoliczności, w jakich zaistniała sytuacja trudna
- Opisanie problemu w kategoriach celu i przeszkody
- Poszukiwaniu wielu możliwości rozwiązania
- Wybraniu rozwiązania optymalnego
- Wprowadzeniu rozwiązania do codziennego życia

Trening podstawowych umiejętności prowadzenia rozmowy

Trening ma na celu nauczenie pacjentów umiejętności nawiązywania i podtrzymywania kontaktów społecznych. Przeznaczony jest dla osób, które wykazują braki w zakresie umiejętności interpersonalnych, szczególnie w nawiązywaniu i podtrzymywaniu rozmowy. Obejmuje;

- a) Zachowania werbalne i niewerbalne (ich rozpoznanie oraz świadome używanie)
- b) Rozpoczynanie rozmowy (wybór miejsca, rozmówcy i tematu rozmowy)
- c) Podtrzymywanie rozmowy (informacje zwrotne, zadawanie pytań)
- d) Uprzejme kończenie rozmowy (uświadomienie związku między sposobem zakończenia rozmowy a późniejszą gotowością rozmówcy do relacji)

Trening umiejętności społecznych związanych z poszukiwaniem pracy

Szukanie informacji o pracy, kompletowanie dokumentów potrzebnych do zatrudnienia, pisanie życiorysu, przygotowanie do rozmowy z szefem, rozmowa z szefem.

2) Treningi umiejętności samoobsługowych

Treningi w zakresie wyglądu zewnętrznego i higieny osobistej

Dbanie o wygląd zewnętrzny, mycie całego ciała, mycie rąk, dbanie o stopy, o paznokcie, włosy, higienę jamy ustnej, bieliznę osobistą, pranie bielizny osobistej.

Trening kulinarny

Parzenie herbaty, przygotowywanie kanapek, surówki, różnych dań, przechowywanie żywności.

Trening budżetowy

Orientacja w dochodach pacjentów i stałych opłatach, orientacja w cenach, sposoby gospodarowania pieniędzmi, zakupy, planowanie wydatków na cały miesiąc, sposoby oszczędnego gospodarowania pieniędzmi, trudności w zakupach.

Trening techniczny

Podstawowe narzędzia przy naprawach domowych, wymiana bezpieczników, żarówek, wbijanie i wyciąganie gwoździ, uszczelnianie okien i drzwi, itd.

Trening umiejętności praktycznych

Konserwacja i czyszczenie obuwia, szycie ręczne, przyszywanie guzika, pranie ręczne, pranie w pralce, prasowanie.

3) Treningi psychoedukacyjne

Trening aktywnego udziału we własnym leczeniu farmakologicznym

Ma przygotować pacjenta do trwałego i aktywnego współuczestnictwa w farmakoterapii. Dotyczy:

- Wiedzy o podstawowych lekach i korzyściach płynących z leczenia,
- Zasad prawidłowego przyjmowania leków,
- Rozpoznawania objawów ubocznych i radzenie sobie z nimi,
- Negocjowania z lekarzem problemów związanych z leczeniem.

Trening radzenia sobie z objawami choroby

Ma nauczyć pacjenta sposobów radzenia sobie z objawami choroby, które nie ustępują.

Trening rozpoznawania wczesnych objawów choroby

Ukierunkowany na umiejętność rozpoznawania objawów przepowiadających nawrót psychozy w celu zapobiegania nawrotowi lub minimalizowania jego nasilenia.

PSYCHOEDUKACJA I JEJ MIEJSCE W OPIECE PSYCHIATRYCZNEJ

Znaczenie psychoedukacji

- Przewlekły charakter zaburzeń psychicznych zmusza do poszukiwania sposobów zapobiegania nawrotom lub opóźnienia kolejnych epizodów chorobowych

Definiowanie i istota psychoedukacji

Pod pojęciem psychoedukacji rozumie się:

Edukacyjno-psychoterapeutyczne interwencje ukierunkowane na informowanie pacjenta i członków jego rodziny na temat choroby i jej leczenia. Mają na celu:

- Pomóc zrozumieć chorobę i dzięki tej wiedzy bardziej samodzielnie i odpowiedzialnie radzić sobie z nią,
- Dostarczyć wsparcia, jakie rodziny i pacjenci uzyskują od terapeutów i od siebie nawzajem.

Według Bartera jest to „korzystanie z edukacyjnych technik, metod i programów, mających na celu ułatwienie powrotu do zdrowia lub zminimalizowanie skutków choroby i wyeliminowanie z niej niepełnosprawności”.

- Psychoedukacja stanowi uzupełnienie programu oddziaływań leczniczych wobec chorego zwykle odbywające się w ramach szerszego programu terapeutycznego.
- Psychoedukacja kierowana jest do
 - Pacjentów chorych na dane schorzenie,
 - Rodziny chorego,

- Krewnych i osób z otoczenia chorego.

Cele psychoedukacji pacjenta

- Nabywanie wiedzy i kompetencji w skutecznym radzeniu sobie z chorobą,
- Poprawa współpracy z pacjentem w zakresie leczenia,
- Zmniejszenie ryzyka nawrotów,
- Poprawa funkcjonowania społecznego pacjenta oraz jego jakości życia,
- Poprawa komunikacji pomiędzy pacjentem a jego najbliższymi,
- Budowanie sieci oparcia społecznego w centrum którego znajduje się pacjent i jego najbliżsi.

Cele psychoedukacji rodzin i osób z otoczenia chorego

- Wspieranie kompetencji w postępowaniu z pacjentem w celu polepszenia przebiegu choroby.
- Wzrost umiejętności zwalczania problemów wynikających z choroby w życiu osobistym i społecznym pacjenta oraz jego rodziny jako całości.
- Za cele cząstkowe dla rodziny/osoby wspierającej z najbliższego otoczenia chorego przyjmuje się:
 - Poprawę stanu informacji na temat obrazu schizofrenii, jej przyczyn, przebiegu i możliwości leczenia;
 - Stworzenie wspólnej, funkcjonalnej koncepcji choroby (na bazie modelu podatność na zranienie–stres);
 - Odciążenie emocjonalne rodziny;
 - Wspieranie długotrwałej gotowości do współpracy u wszystkich osób uczestniczących w leczeniu;
 - Wspieranie rodziny w gotowości do leczenia pacjenta przez lata choroby;
 - Poprawę zdolności do przewycięzania kryzysów i do wzajemnego wspierania się w przypadku ich wystąpienia;
 - Lepsze radzenie sobie członków rodziny pacjenta z chorobą.

Poradniki w psychoedukacji

Ważną rolę w psychoedukacji odgrywają przygotowywane przez specjalistów poradniki, które w przystępny sposób nakreślają problem chorobowy oraz zasady postępowania.

Przekazują wiedzę na temat choroby:

- Typowe objawy,
- Dolegliwości,
- Formy przejawienia się danej choroby,
- Etiologia i przebieg choroby,
- Przyczyny występowania,
- Możliwości terapeutyczne i samopomoc.

Zapewniają odciążenie i wsparcie emocjonalnego

- Redukcja poczucia winy, wstydu, strachu, demoralizacji i rezygnacji,
- Walka z tabu

Ukazują sposoby i możliwości konstruktywnej konfrontacji z zaburzeniami

- Zachęcanie do zasięgnięcia informacji o chorobie członka rodziny,
- Wspieranie samoobserwacji,
- Minimalizowanie wątpliwości dotyczących podjęcia leczenia.

Wpływają na relacje pacjent- terapeuta w celu zwiększenia zaangażowania pacjenta poprzez

- Zachęcenie pacjenta do aktywności,
- Pacjent ma wpływ na przebieg terapii

UDZIAŁ PIELEGNIARKI W REHABILITACJI PSYCHIATRYCZNEJ

- Rola pielęgniarki w rehabilitacji jest opiera się przede wszystkim na bliskim i długim kontakcie z pacjentem. Dzięki temu może wspierać chorego, motywować do podjęcia aktywności, pomagać mu w pokonywaniu trudności, umacniać wiarę w sens leczenia.
- Pielęgniarka prowadzi treningi umiejętności, psychoedukację, jest członkiem społeczności terapeutycznej
- Zachęca do innych form rehabilitacji i socjoterapii
- Dostarcza najwięcej informacji i spostrzeżeń o zachowaniu się chorego, sposobie jego reagowania, o zmianach jakie w nim zachodzą pod wpływem oddziaływań rehabilitacyjnych.

Zjawisko hospitalizmu a rola rehabilitacyjna pielęgniarki

Poprzez swoje działania może zapobiegać niekorzystnemu wpływowi pobytu pacjenta w szpitalu - zjawisku „hospitalizmu”, przyczyniającego się do pogłębiania niepełnosprawności chorego.

- Sam fakt pobytu w szpitalu powoduje izolację osób chorych od zdrowych, co sprzyja utrwalaniu nieprawidłowych zachowań,
- Hospitalizacja powoduje redukcję doświadczeń społecznych i możliwości wyborów, co nasila wycofanie społeczne (sprzyja temu szpital zorganizowany sztywno, hierarchicznie, gdzie decyduje się o wszystkim za pacjenta i ogranicza się jego swobody),
- Prowadzi to do tzw. **wyuczonej bezradności**, która przejawia się biernością w działaniu i apatią, brakiem samodzielności w podejmowaniu decyzji, osłabieniem odpowiedzialności za siebie i za swoje zdrowie,

Metody unikania błędów w opiece sprzyjających zjawisku hospitalizmu

- Odwoływanie się w pielęgnowaniu do modelu opieki wspierającego, unikanie modelu wyręczającego (tam, gdzie jest to możliwe) – zachęcanie w ten sposób do aktywności w działaniu, wykonywaniu czynności związanych z funkcjonowaniem
- Umożliwienie podejmowania przez chorego decyzji dotyczących jego osoby, wykonywanych czynności dnia codziennego (nie decydowanie za pacjenta)

- Angażowanie chorego do zajęć terapeutycznych, w tym społeczności terapeutycznej,
- Zapewnienie praw i swobód pacjentowi, dostępu do Rzecznika Praw Pacjenta Psychiatrycznego, wyzbycie się zachowań stygmatyzacyjnych i dyskryminujących, budowanie relacji partnerskiej (np. poprzez społeczność terapeutyczną),
- Pomoc w utrzymaniu kontaktu z rodziną (umożliwienie odwiedzin, przepustki, wolnych wyjść)

PIŚMIENNICTWO

- Bilikiewicz A. *Psychiatria*. PZWL, Warszawa 2011
- Brown T.M., Scott A.I.F., Pollen I.M.: *Stany nagłe w psychiatrii*. PZWL, Warszawa 1994
- Colom F, Vieta E. *Podręcznik psychoedukacji w zaburzeniach afektywnych dwubiegunowych*. Medipage, Warszawa 2009.
- Cutcliffe JR, Barker P. *The Nurses' Global Assessment of Suicide Risk (NGASR): developing a tool for clinical practice*. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2004 Aug;11(4):393-400.
- Czupryna A, Rużyczka-Wilczek E. (red.). *Wybrane zagadnienia pielęgniarstwa specjalistycznego*. Wolters Kluwer Polska, Kraków 2010: s. 71-80; 81-90.
- Domachowski W.: *Czy przemoc i agresja są ze sobą powiązane i czy wpływają na zdrowie psychiczne?* W: Marzena Binczycka-Anholcer (red.). *Agresja i przemoc a zdrowie psychiczne*. Polskie Towarzystwo Higieny Psychiczej, Warszawa-Poznań 2001, 18-23.
- *Edynburska Skala Depresji Poporodowej*. Centrum Dobrej Terapii. Dostępne na: <https://www.centrumdobrejterapii.pl/materialy/edynburska-skala-depresji-poporodowej/>
- Furgał M. *Biologiczne metody leczenia zaburzeń psychicznych*. W [red.] Heitzman J. *Psychiatria*. PZWL, Warszawa 2007, 262-294
- Ferrara P, Terzoni S, D'Agostino A, Cutcliffe JR, Pozo Falen Y, Corigliano SE, Bonetti L, Destrebecq A, Gambini O. *Psychometric properties of the Italian version of the Nurses' Global Assessment of Suicide Risk (NGASR) scale*. *Riv Psichiatr*. 2019
- Górna K, Jaracz K, Robakowski J. *Pielęgniarstwo psychiatryczne*. PZWL, Warszawa 2016.
- Grochowska D., Twarowska M.: *Wybrane standardy w pielęgniarstwie psychiatrycznym*. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 2002.
- Jarema M, Rabe-Jabłońska J. *Psychiatria podręcznik dla studentów medycyny*, Warszawa 2011.
- Jarema M, Wichniak A. (red.) *Psychoedukacja. Co trzeba wiedzieć o chorobie psychicznej*. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa, 2022.
- Jarosz M. *Psychologia lekarska*. PZWL, Warszawa 1978
- Kiejna A., Małyszczak K.: *Psychiatria – podręcznik akademicki*. AM we Wrocławiu, Wrocław 2016
- Kimak K. *Skala Winga w psychiatrii*. *Pielęg. i Położ.* 1992, 34, 2 s. 15-17
- Kossakowska K. *Edynburska Skala Depresji Poporodowej – właściwości psychometryczne i charakterystyka*. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego Acta Universitatis Lodziensis. *Folia Psychologica* 2013, 17:39-50
- Koszewska I.: *O depresji w ciąży i po porodzie*. PZWL, Warszawa 2010.
- Krupka- Matuszczyk I. *Psychiatria. Podręcznik dla studentów pielęgniarstwa*, Katowice 2007.
- Kurpas D, Kaczmarek M, Miturska H. *Podstawy terapii w zaburzeniach psychicznych*. W [red.] Kurpas D, Miturska H, Kaczmarek M. *Podstawy psychiatrii dla studentów pielęgniarstwa*. Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2009
- MacDonald, D.K. (2015), "The Nurses' Global Assessment of Suicide Risk (NGASR)," retrieved on December 6, 2023 from <https://dustinkmacdonald.com/nurses-global-assessment-suicide-risk-ngasr/>.
- Meder J. *Trening umiejętności społecznych w rehabilitacji zaburzeń psychicznych*. Biblioteka Pracownika Socjalnego. Katowice 1999
- Mosiołek A, Galanty D. *Wszystko co powinniśmy wiedzieć o złośliwym zespole neuroleptycznym*. *Psychiatria* 2017; 14, 1: 28-34
- Mosiołek A. *Objawy pozapiramidowe w psychiatrii – diagnostyka i leczenie*. *Psychiatria* 2014; 11, 3: 160-165
- Mueser KT, Gingerich S. *Życie ze schizofrenią*. Dom Wydawniczy Rebis, Poznań 2008.
- *Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2007-2013*
- *Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023-2030*

- Nęcki T. Leki psychotropowe - działanie, rodzaje i skutki uboczne stosowania psychotropów. Poradnik Zdrowie. Dostępne na:
<https://www.poradnikzdrowie.pl/zdrowie/psychiatria/leki-psychotropowe-dzialanie-rodzaje-i-skutki-uboczne-stosowania-aa-ZoTE-3Lbk-kfd5.html#skutki-uboczne-stosowania-lekow-psychotropowych>
- Obuchowska I.: Agresja dzieci w perspektywie rozwojowej. W: Marzena Binczycka-Anholcer (red.). Agresja i przemoc a zdrowie psychiczne. Polskie Towarzystwo Higieny Psychiczej, Warszawa-Poznań 2001, 45-59. Czelej, Lublin
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2018 r. w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi. Dziennik Ustaw z dnia 19 kwietnia 2023 roku, Poz. 731
- Skala HADS. [W]: de Walden-Gałuszko K., Majkiewicz M. (red.): Jakość życia w chorobie nowotworowej. Wyd. Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1994:153-157.
- Skala Depresji Becka. Uniwersyteckie Centrum Medycyny Morskiej i Tropikalnej.
https://ucmmit.gdynia.pl/images/Depersja_-_Skala_Depresji_Becka.pdf
- Skorupska A. Rehabilitacja w psychiatrii. W: Wilczek - Rużyczka E. (red.) Podstawy pielęgniarstwa
- Snow S.: Zdrowie psychiczne w okresie okołoporodowym. W: Praktyka zawodowa. Red. Jenny Edwins. PZWL, Warszawa 2011: 187-204
- Sokół-Szawłowska M. Fototerapia, postęp zastosowań w psychiatrii i innych dziedzinach medycyny. *Psychiatria* 2018; 15, 1: 50-52
- Stępień P.: Genetyka agresji. IFiS PAN, Warszawa 2000.
- Stotłnd N.L.: Najczęstsze problemy zaburzeń psychiatrycznych. W: Ginekologia. T.1. red. Berek J.S., Novak E. Medipage, Warszawa 2008: 385-41
- Szyszko-Bohusz A.: Agresja i przemoc z zdrowie psychiczne w relacji do hipotezy Nieśmiertelności Genetycznej. W: Marzena Binczycka-Anholcer (red.). Agresja i przemoc a zdrowie psychiczne. Polskie Towarzystwo Higieny Psychiczej, Warszawa-Poznań 2001, 24-33.
- Ugniewska C.: Pielęgniarstwo psychiatryczne i neurologiczne. PZWL, Warszawa 1998.
- Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego (z późniejszymi zmianami – tekst ujednolicony.) Dz. U. 1994 Nr 111 poz. 535
- Ważna M. Leki, których nie wolno popijać kawą. Medonet. Dostępne na:
<https://www.medonet.pl/leki/interakcje-lekow,leki--ktorych-nie-wolno-popijac-kawa--nie-beda-dzialac-tak--jak-powinny,artykul,11900667.html>
- Wilczek- Rużyczka E. Podstawy pielęgniarstwa psychiatrycznego, wyd. Czelej, Lublin 2004.
- Wilczek-Rużyczka E.: Komunikowanie się z chorym psychicznie. Czelej, Lublin 2007.
- Wiraszka G. Opieka i edukacja terapeutyczna w zaburzeniach zdrowia psychicznego. Skrypt dla studiów magisterskich na kierunku pielęgniarstwo. Collegium Medicum, UJK 2023.
- Wiraszka G., Stępień R.: Zasady terapeutycznego komunikowania w relacjach pielęgniarka – pacjent w procesie pielęgnowania chorego z zaburzeniami psychicznymi. W: Żarów R. (red.). Człowiek w zdrowiu i chorobie – promocja zdrowia, leczenie i rehabilitacja. Cz. III. Pielęgnowanie bez barier – transkulturowe podejście do zdrowia. PWSZ, Tarnów 2010, 78-88
- Wiraszka G, Stępień R, Słowiecka A. Znaczenie rehabilitacji w procesie pielęgnowania chorych hospitalizowanych z powodu zaburzeń psychicznych. W: Rutkowska E, Płaszewski M. (red.). Aktywizacja osób z niepełnosprawnością – wybrane problemy medyczne i kultury fizycznej. AWF w Warszawie i WWFiS w Białej Podlaskiej, Biała Podlaska 2014: 130-138
- Zalasta – tabletki. Medycyna Praktyczna – portal dla pacjentów. Termedia. Dostępne na:
<https://www.mp.pl/pacjent/leki/lek/88294,Zalasta-tabletki>
- Załuska M, Port K, Bronowski P. Psychiatria środowiskowa jako opieka nad zdrowiem psychicznym. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2007.

- Zypadhera (...) o przedłużonym uwalnianiu. Medycyna Praktyczna – portal dla pacjentów. Termedia. Dostępne na: <https://www.mp.pl/pacjent/leki/lek/73896,Zypadhera-proszek-i-rozpuszczalnik-do-sporzadzania-zawiesiny-do-wstrzykiwan-o-przedluzonym-uwalnianiu>
- Zyprexa. Medycyna Praktyczna – portal dla pacjentów. Termedia. Dostępne na: <https://www.mp.pl/pacjent/leki/lek/56464,Zyprexa-proszek-do-sporzadzania-roztworu-do-wstrzykiwan>

ANEKS

Załącznik 1.

Skala Oceny Społecznego Zachowania się Pacjenta wg Winga

(w tłumaczeniu Masiaka i adaptacji Majczaka)

1. Spowolnienie ruchów:

- 2 – ruchy pacjenta są na ogół niezwykle powolne, np. spożywanie posiłków lub ubieranie się zajmuje mu dużo więcej czasu niż innym, idąc porusza się o wiele wolniej niż inni pacjenci;
- 1 – czasem jest bardzo spowolniony (jak wyżej), a kiedy indziej nie wykazuje spowolnienia ruchów;
- 0 – szybkość ruchów normalna

2. Zmniejszenie aktywności:

- 2 – niemal przez cały czas stoi lub siedzi w jednym miejscu, bardzo mało się rusza, mimo zachęcania trudno go skłonić do jakiegś czynności lub ruchu;
- 1 – niekiedy zupełnie bezczynny (jak wyżej), a niekiedy nie;
- 0 – nie wydaje się, aby aktywność pacjenta była wyraźnie zmniejszona

3. Nadmierna aktywność:

- 2 – zwykle nadmiernie aktywny lub niespokojny, np. szybko chodzi, bardzo głośno mówi lub śpiewa, przejawia niepokój ruchowy;
- 1 – w pewnych okresach jak wyżej, w innych nie przejawia nadmiernej aktywności;
- 0 – nie wykazuje nadmiernej aktywności

4. Rozmowność:

- 2 – mutystyczny lub prawie mutystyczny;
- 1 – wypowiedzi ograniczone do niewielu słów (tylko kiedy jest pytany), przeważnie milczy;
- 0 – zwykle rozmowny

5. Odosabnianie się:

- 2 – nie dąży do kontaktów z innymi, nie nawiązuje z nikim znajomości, nie udziela się towarzysko, nawet jeśli jest do tego zachęcany;
- 1 – stroni od innych i przeważnie spędza czas samotnie, lecz jeśli go zachęcić, włącza się w życie zbiorowe i nieco współdziała z innymi;
- 0 – utrzymuje kontakty z innymi, normalnie towarzyski

6. Sposób spędzania wolnego czasu i zainteresowania:

- 2 – nie wykazuje żadnego zainteresowania; nie zajmuje się lekturą, nie interesuje się telewizją, ani nie gra w żadne gry, nawet jeśli się go do tego zachęca;
- 1 – wykazuje przez krótki czas niewielkie zainteresowanie lekturą, gram, itp., jeśli się go do tego zachęci;
- 0 – przejawia naturalne, samorzutne zainteresowania

7. Śmianie się i mówienie do siebie:

- 2 – często śmieje się bez widocznego ku temu powodu albo mówi do siebie;
- 1 – niekiedy śmieje się lub mówi do siebie, lecz nie zdarza się to codziennie;
- 0 – nie obserwowano tego rodzaju zachowania

8. Nienaturalne pozy i manieryzmy:

- 2 – niemal codziennie przyjmuje dziwne i niewygodne pozycje lub wykonuje dziwaczne ruchy, gesty lub grymasy;
- 1 – zachowuje się jak wyżej lecz nie codziennie;
- 0 – nie obserwowano tego rodzaju zachowania

9. Zachowania agresywne:

- 2 – w ciągu tygodnia zdarza się, że pacjent atakuje lub uderzy kogoś, bądź zniszczy jakiś przedmiot;
- 1 – ma zwyczaj grozić komuś lub wypowiadać obelgi nie atakując jednak inaczej niż słownie;
- 0 – nie obserwowano tego rodzaju zachowania.

10. Higiena osobista:

- 2 – pacjent przynajmniej raz w tygodniu zanieczyszcza się;
- 1 – wymaga budzenia w nocy lub wyprowadzenia do toalety, w ciągu dnia również wymaga nadzoru;
- 0 – nie wymaga nadzoru, nie zanieczyszcza się

11. Dbalność o wygląd zewnętrzny własny:

- 2 – przynajmniej raz w tygodniu zdarza się, że musi być ubrany lub myty (lub golony), ponieważ sam o to nie dba;
- 1 – potrafi ubrać się, umyć o ogolić sam, lecz pod wieloma względami wymaga nadzoru i pomocy, nie nadzorowany wygląda niechlujnie;
- 0 – nie wymaga żadnej kontroli pod tym względem, dba o swój wygląd zewnętrzny wystarczająco i samorzutnie

12. Zachowanie się w czasie posiłku:

- 2 – co najmniej raz w tygodniu zdarza się, że musi być karmiony łyżką przez drugą osobę;
- 1 – nie wymaga karmienia łyżką, lecz trzeba zwracać na niego uwagę, ponieważ nie zachowuje się odpowiednio;
- 0 – jada normalnie nie budząc zastrzeżeń

13. Przyjmowanie leków:

- 2 – kategorycznie odmawia przyjmowania leków, wymaga unieruchomienia;
- 1 – słownie oponuje przeciwko leczeniu, okresowo odmawia przyjmowania leków, domaga się zmiany leków lub obniżenia dawki;
- 0 – przyjmuje leki zalecone przez lekarza

14. Terapia zajęciowa, praca na oddziale:

- 2 – nie bierze udziału w pracach na oddziale, nie sprząta po sobie, nie ścieli łóżka, nie chce chodzić na terapię zajęciową mimo nakłaniania;
- 1 – okresowo wykonuje wyżej wymienione czynności, ale niechętnie, szybko z nich rezygnuje mimo nakłaniania;
- 0 – wykonuje wszystkie tego typu czynności

15. Wykonywanie zadań zaleconych:

- 2 – pacjent nie wykonuje zaleconych zadań np. przeczytanie książki, artykułu w gazecie, obejrzenie określonego programu w telewizji czy innych;
- 1 – wykonuje tylko niektóre zadania, niedokładnie, czasem nie wykonuje;
- 0 – wykonuje dokładnie wszystkie zalecone zadania.

16. Stosunek do odwiedzającego:

- 2 – jest niechętny, nie przejawia radości w czasie spotkania, jest obojętny, brak emocjonalnego kontaktu;
 - 1 - jest trochę zainteresowany spotkaniami, ale kontakt szybko się urywa, okresowo przejawia żywsze reakcje emocjonalne;
 - 0 – nawiązuje żywy kontakt emocjonalny, oczekuje spotkań, jest zainteresowany spotkaniem.
-

Źródło: Kimak K. Pielęg. i Położ. 1992, 34, 2: 15-17

Załącznik 2.

Skala Depresji Becka

W każdym punkcie należy zakreślić tylko jedną odpowiedź.

Ocena dotyczy ostatniej doby.

A.

0 - nie jestem smutny ani przygnębiony.

1 - odczuwam często smutek i przygnębienie.

2 - przeżywam stale smutek, przygnębienie i nie mogę uwolnić się od tych przeżyć.

3 - jestem stale tak smutny i nieszczęśliwy, że jest to nie do wytrzymania.

B.

0 - nie przejmuję się zbyt przyszłością.

1 - często martwię się o przyszłość.

2 - obawiam się, że w przyszłości nic dobrego mnie nie czeka.

3 - czuje, że przyszłość jest beznadziejna i nic tego nie zmieni.

C.

0 - sądzę że nie popełniam większych zaniedbań.

1 - sądzę że czynię więcej zaniedbań niż inni.

2 - kiedy spoglądam na to co robiłem, widzę mnóstwo błędów i zaniedbań.

3 - jestem zupełnie niewydolny i wszystko robię źle.

D.

0 - to co robię sprawia mi przyjemność.

1 - nie cieszy mnie to co robię.

2 - nic mi teraz nie daje prawdziwego zadowolenia.

3 - nie potrafię przeżywać zadowolenia i przyjemności i wszystko mnie nuży.

E.

0 - nie czuję się winnym ani wobec siebie ani wobec innych.

1 - dość często miewam wyrzuty sumienia.

2 - często czuję że zawiniłem.

3 - stale czuję się winnym.

F.

0 - sądzę że nie zasługuję na karę.

1 - sądzę że zasługuję na karę.

2 - spodziewam się ukarania.

3 - wiem że jestem karany (lub ukarany)

G.

0 - jestem z siebie zadowolony.

1 - nie jestem z siebie zadowolony.

2 - czuję do siebie niechęć.

3 - nienawidzę siebie.

H.

- 0 - nie czuję się gorszy od innych.
- 1 - zarzucam sobie że jestem nieudolny i popełniam błędy.
- 2 - stale potępiam siebie za popełnione błędy.
- 3 - winie siebie za wszystko zło które istnieje.

I.

- 0 - nie myślę o odebraniu sobie życia.
- 1 - myślę o samobójstwie - ale nie mógłbym tego dokonać.
- 2 - pragnę odebrać sobie życie.
- 3 - popełnię samobójstwo jak będzie odpowiednia sposobność.

J.

- 0 - nie płaczę częściej niż zwykle.
- 1 - płaczę częściej niż dawniej.
- 2 - ciągle chce mi się płakać.
- 3 - chciałbym płakać lecz nie jestem w stanie.

K.

- 0 - nie jestem bardziej podenerwowany niż dawniej.
- 1 - jestem bardziej nerwowy i przykry niż dawniej.
- 2 - jestem stale nerwowy i rozdrażniony.
- 3 - wszystko co dawniej mnie drażniło stało się obojętne.

L.

- 0 - ludzie interesują mnie jak dawniej.
- 1 - interesuje się ludźmi mniej niż dawniej.
- 2 - utraciłem większość zainteresowań innymi ludźmi.
- 3 - utraciłem wszelkie zainteresowania innymi ludźmi.

M.

- 0 - decyzje podejmuję łatwo tak jak dawniej.
- 1 - częściej niż kiedyś odwlekam podjęcie decyzji.
- 2 - mam dużo trudności z podjęciem decyzji.
- 3 - nie jestem w stanie podjąć żadnej decyzji.

N.

- 0 - sędzę że wyglądam nie gorzej niż dawniej.
- 1 - martwię się tym że wyglądam staro i nieatrakcyjnie.
- 2 - czuję że wyglądam coraz gorzej.
- 3 - jestem przekonany że wyglądam okropnie i odpychająco.

O.

- 0 - mogę pracować tak jak dawniej.
- 1 - z trudem rozpoczynam każdą czynność.
- 2 - z wielkim wysiłkiem zmuszam się do zrobienia czegokolwiek.
- 3 - nie jestem w stanie nic robić.

P.

0 - sypiam dobrze jak zwykle.

1 - sypiam gorzej niż dawniej.

2 - rano budzę się 1 - 2 godziny za wcześnie i trudno jest mi ponownie usnąć. 3 - budzę się kilka godzin za wcześnie i nie mogę usnąć.

Q.

0 - nie męczę się bardziej niż dawniej.

1 - męczę się znacznie łatwiej niż poprzednio.

2 - męczę się wszystkim co robię.

3 - jestem zbyt zmęczony aby cokolwiek robić.

R.

0 - mam apetyt nie gorszy niż dawniej.

1 - mam trochę gorszy apetyt,

2 - apetyt mam wyraźnie gorszy.

3 - nie mam w ogóle apetytu.

S.

0 - nie tracę na wadze ciała (w okresie ostatniego miesiąca)

1 - straciłem na wadze więcej niż 2 kg.

2 - straciłem na wadze więcej niż 4 kg. 3 - straciłem na wadze więcej niż 6 kg. (jeśli się odchudzasz specjalnie to się nie liczy)

T.

0 - nie martwię się o swoje zdrowie bardziej niż zawsze.

1 - martwię się swoimi dolegliwościami, mam rozstrój żołądka, zaparcia, bóle.

2 - stan mego zdrowia bardzo mnie martwi często o tym myślę.

3 - tak bardzo martwię się o swoje zdrowie że nie mogę o niczym innym myśleć.

U.

0 - moje zainteresowania seksualne nie uległy zmianom.

1 - jestem mniej zainteresowany sprawami płci (seksu)

2 - problemy płciowe wyraźnie mnie nie interesują.

3 - utraciłem wszelkie zainteresowania sprawami seksualnymi.

OCENA SKALI:

0-11 bez depresji

12-26 łagodna depresja

27-49 umiarkowanie ciężka depresja

50-63 bardzo ciężka depresja

Załącznik 3.

Edynburska Skala Depresji Poporodowej

Pytania dotyczą tygodnia poprzedzającego wykonanie testu

1. Byłam zdolna do radości i dostrzegania radosnych stron życia

- tak często jak zazwyczaj (0 punktów)
- trochę rzadziej niż zwykle (1 punkt)
- zdecydowanie rzadziej niż zwykle (2 punkty)
- zupełnie nie byłam zdolna do radości (3 punkty)

2. Patrzyłam w przyszłość z nadzieją

- tak jak zawsze (0 punktów)
- rzadziej niż zawsze (1 punkt)
- zdecydowanie rzadziej niż zwykle (2 punkty)
- nie potrafiłam patrzeć w przyszłość z nadzieją (3 punkty)

3. Obwinałam się niepotrzebnie, gdy coś mi się nie udawało

- tak w większości przypadków (3 punkty)
- tak, czasami (2 punkty)
- rzadko (1 punkt)
- wcale (0 punktów)

4. Bez istotnej przyczyny odczuwałam lęk i niepokoiłam się

- zupełnie nie (0 punktów)
- raczej nie (1 punkt)
- czasami (2 punkty)
- tak, bardzo często (3 punkty)

5. Czulałam się przestraszona i wpadałam w panikę bez większych powodów

- tak, często (3 punkty)
- czasami (2 punkty)
- nie, raczej nie (1 punkt)
- nie, nigdy (0 punktów)

6. Wydarzenia przerastały mnie

- tak, prawie wcale nie dawałam sobie rady (3 punkty)
- czasami nie radziłam sobie tak dobrze jak zwykle (2 punkty)
- przez większość czasu radziłam sobie dobrze (1 punkt)
- radziłam sobie tak dobrze jak zwykle (0 punktów)

7. Czulałam się tak nieszczęśliwa, że nie mogłam spać w nocy

- tak, przez większość czasu (3 punkty)
 - tak czasami (2 punkty)
 - rzadko (1 punkt)
 - nie, wcale nie (0 punktów)
-

8. Czułam się samotna i nieszczęśliwa

- tak, przez większość czasu (3 punkty)
- tak, dość często (2 punkty)
- niezbyt często (1 punkt)
- nie, wcale nie (0 punktów)

9. Czułam się tak nieszczęśliwa, że płakałam

- tak, przez większość czasu (3 punkty)
- tak, dość często (2 punkty)
- tylko sporadycznie (1 punkt)
- nie, wcale nie (0 punktów)

10. Zdarzało się, że myślałam o zrobieniu sobie krzywdy

- tak, dość często (3 punkty)
- czasami (2 punkty)
- bardzo rzadko (1 punkt)
- nigdy (0 punktów)

Źródło: Centrum Dobrej Terapii. <https://www.centrumdobrejterapii.pl/materialy/edynburska-skala-depresji-poporodowej/>