

## Plan opieki jako instrument kształtowania relacji z pacjentami z rozpoznaniem psychoz schizofrenicznych

Gdy zwrócono się do mnie z zapytaniem, na Niemiecko - Polskim Sympozjum Psychiatrycznym mogłabym wygłosić referat na jaki temat, pomyślałam sobie: oczywiście musi to mieć coś wspólnego z „planem opieki” i to z wielu powodów:

1. W Niemczech temat ten stanowi od końca lat 80-tych stały punkt otwartej dyskusji fachowców. Wprowadzenie planu opieki do opieki praktycznej świadczonej na miejscu, postrzegane jest jako istotna poprawa opieki na drodze do profesjonalizacji i opisywane jako metoda umożliwiająca postawienie pacjenta i jego potrzeb w centrum działalności opiekuńczej.

2. Wprowadzenie planu zostało przyjęte pozytywnie nie tylko przez ogół fachowców, lecz także jak gdyby zalecone „odgórnie” w ramach przepisów prawnych (Ustawa o opiece nad chorymi 1985, Zalecenia odnośnie personelu psychiatrycznego 1990), skutkiem czego odsuwanie w czasie wprowadzenia planu opieki może doprowadzić do redukcji personelu. Z tego wynika, że opieka nad pacjentem psychiatrycznym znalazła się w trudnej sytuacji. Aktualne badania nad realizacją tego zamierzenia w niemieckich klinikach pokazują, że w wielu klinikach wprowadzanie planu opieki utknęło w fazie początkowej.

Jako istotną przyczynę takiego stanu rzeczy podaje się na pierwszym miejscu „niedobór personelu”. Tym samym uwidacznia się siła lub też sprzeczność tego

procesu, ponieważ: jak można w praktyce zrealizować coś bez uprzedniego spełnienia warunków wstępnych?

3. Trzecim powodem, dla którego wybrałam ten temat jest moje przekonanie, że jakość opieki i leżący u jej podstaw proces nawiązywania kontaktu z pacjentem może stać się dzięki zastosowaniu planu opieki bardziej wyrazisty, a tym samym przyczynić się do wzbogacenia wymiany poglądów wśród fachowców.

Cieszę się, że dzięki tej konferencji zapoznam się bliżej z systemem opieki nad pacjentem psychiatrycznym w Państwa kraju, a przy tym również ze stanowiskiem na temat „Planu opieki”.

Żeby można było właściwie zaszeregować proces wprowadzania i jego dotychczasowe rezultaty potrzebne są oprócz wiedzy na temat trudnych warunków wyjściowych i ramowych również fachowe kryteria oceny.

### Jak definiuje się plan opieki, jaka metodyka leży u jego podstaw?

W literaturze fachowej plan opieki definiuje się następująco: (Needham, 1989)

„Plan opieki to logiczny, systematyczny punkt wyjścia dla opieki całościowej”. (Heath, Law, Cross, 1983)

„Plan opieki jest propozycją rozwiązania problemu opieki zawierającą interakcje z pacjentami, podejmowanie decyzji oraz realizację różnych działań pielęgnacyjnych na podstawie oceny indywidualnej sytuacji pacjenta”. (Kratz, 1979)

„Plan opieki stanowi metodę pozwalającą na systematyczne rozwiązywanie problemów życiowych pacjenta poprzez zastosowanie następujących kroków: obserwacja, ocena sytuacji, planowanie, realizacja planu i analiza”. (Ward, 1985)

Wprowadzenie planu opieki w niemieckich klinikach opierało się na modelu obwodu regulacji Fiechtera/Meiera, zawierającego następujące kroki:



Etapy rozwiązywania problemu wg. Fiechtera i Meiera (1985), nieco zmodyfikowane przez Ian Needham.

Model ten definiuje systematyczny sposób postępowania w zakresie opieki, zawiera jednak pewną lukę treściową, ponieważ nie mówi nic na temat modeli i koncepcji opieki, które tę logiczną metodę mogłyby ustrukturyzować pod względem treści.

„Każde postrzeżenie

- dotyczące czy to elektronów, czy też łabędzi
- wymaga jakiegoś point-of-view, jakiejś teorii albo pojęcia, oczekiwania lub mitu, dzięki któremu postrzeżenie staje się dopiero możliwe”. (Koningsfeld, 1980)

Metodyczny aspekt planu opieki składa się z szeregu dobrze przemyślanych kroków.

W formie abstrakcyjnej nie posiada treści, jest niczym jakaś formułka.

Pod względem metodycznym sposób postępowania w ramach planu opieki musi więc zostać uzupełniony o określony sposób widzenia, względnie jakąś określoną teorię opieki. W Niemczech przyjęły się teorie opieki opracowane przez Ropera/ Logana/ Tierney'a (Wielka Brytania) oraz Orema (USA).

W naszej klinice posługujemy się w planowaniu opieki teorią Ropera i współautorów, której istotę stanowią „aktywności codziennego życia”.

Celem tak pomyślanego planu opieki jest umożliwienie pacjentowi osiągnięcia i zachowania jak największej samodzielności i niezależności w codziennym życiu.

Bardzo ważne jest przy tym kierowanie się podstawowymi potrzebami pacjenta, rozpoznanie i wspieranie jego zdrowych dążeń.

Plan opieki jest w tym przypadku metodą rozwiązywania problemów ograniczających pacjenta w uporaniu się z codziennością przy uwzględnieniu jego możliwości.

Tęgo rodzaju interwencja ma zawsze coś wspólnego z interakcją.

Juchli, niemiecka teoretyczka zasad opieki uważa nawet: „że opieka jest dobra tylko wtedy, gdy pomiędzy opiekunem a powierzoną mu osobą istnieje prawdziwa relacja międzyludzka”.

Flechter i Meier widzą w planie opieki zarówno proces rozwiązywania problemów, jak również przebieg relacji zachodzących pomiędzy pielęgniarką a pacjentem, dzięki którym rozwiązywanie problemu staje się w ogóle możliwe”.

Plan opieki jest więc, tak jak my to rozumiemy, procesem rozwiązywania problemów i rozwijania relacji, w którym uczestniczą aktywnie obie strony: pacjent planuje i współpracuje w procesie zdrowienia lub zwalczania choroby, a rola opiekuna polega na wspieraniu go w tym wysiłku, przy czym warunkiem niezbędnym jest motywacja pacjenta. Niestety warunek ten spełniają tylko niektórzy pacjenci z psychozą schizofreniczną. Nawiązanie kontaktu z pacjentem z takim obrazem choroby i stworzenie relacji pomiędzy nim a opiekunem stanowi nie lada wyzwanie.

Powodem jest sama choroba: pacjentów dotkniętych tym schorzeniem cechuje głębokie zaburzenie stosunku do samego siebie i do swojego otoczenia. Bardzo często są nieufni i niezdolni do nawiązywania kontaktów. Różnorodność symptomów i zachowań schizofrenicznych wymaga w obcowaniu z pacjentami dużej tolerancji i cierpliwości, zdolności przystosowawczych, a przede wszystkim elastyczności w podejściu do pacjenta.

Chodzi o to, aby pomimo jego rozdarcia, często dziwnego i zaskakującego zachowania postrzegać go jako całego człowieka i nie traktować go poważnie.

Szczególnie trudno jest nawiązać kontakt z pacjentem znajdującym się w ostrym stanie podniecenia. Występujące w tym stanie poczucie lęku może spowodować agresję i zagrożenie ze strony pacjenta, a rozdwojenie, odmienność i brak ustrukturyzowania świata przeżywanego przez pacjenta może stać się przyczyną jego niepewności.

Nie można sztywno stosować poszczególnych kroków planu opieki, co widać wyraźnie, gdy przypomnimy sobie sytuację przyjmowania do szpitala niektórych pacjentów.

Sytuacje przyjmowania do szpitala, w których pacjent zagraża sobie lub innym wymagają szybkiej fachowej interwencji i działania. Ogólnie rzecz biorąc, pielęgniarka powinna starać się o stworzenie atmosfery spokoju i zrozumienia sygnalizując pacjentowi sympatię, bliskość i w ten sposób próbując uspokoić go nieco i rozpoznać jego aktualne potrzeby.

Po przymusowym skierowaniu do szpitala i umieszczeniu w oddziale zamkniętym pacjent będzie oczywiście z oporem i niechęcią przyjmował wysiłki personelu. Przy tego rodzaju trudnościach należałoby raczej - o ile da się to pogodzić z terapią - zrezygnować z zajmowania się właściwymi problemami pacjenta, aby najpierw znaleźć do niego dostęp i wytworzyć w nim motywację do nawiązania kontaktu.

Zazwyczaj ordynuje się neuroleptyki, które mają pomóc pacjentowi zdystansować się od dręczących go myśli i poprawić wzajemne porozumienie. Ale pacjenci schizofreniczni wzbraniają się rzecz jasna przed zażywaniem tych środków, ponieważ nie czują się chorzy lecz np. zagrożeni. W tym przypadku może stać się bardzo pomocny sposób postępowania zaproponowany w ramach planu opieki.

Indywidualny plan opieki dla takiego pacjenta mógłby w tej sytuacji wyglądać następująco:

Plan opieki umożliwia pielęgniarce opiekującej się pacjentem z psychozą schizofreniczną profesjonalne, w sensie triangulacji, radzenie sobie z jednym z najtrudniejszych problemów w relacjach z tego typu pacjentami, a mianowicie zachowaniem odpowiedniej bliskości i dystansu. Triangulacja umożliwia kontrolę stopnia osiągnięcia celu oraz skuteczności podjętych środków, stwarza tym samym okazję do realistycznej oceny przebiegu procesu opiekuńczego oraz do stałego dopasowywania podjętych kroków do aktualnych potrzeb, poczynwszy od spełniania życzeń pacjenta.



Planowanie opieki można zrealizować poprzez dbanie o dobrą relację pomiędzy opiekunem a pacjentem. Utrzymywanie stałego kontaktu z pielęgniarką opiekującą się nim może być dla pacjenta podporą. Dzięki swej wrażliwości i dobrej obserwacji pacjenta pielęgniarka potrafi w dalszym przebiegu leczenia, jeśli okaże się to konieczne, wyciągnąć pacjenta z izolacji lub respektować jego życzenie odcięcia się od świata.

Następny etap planowania opieki stawia sobie za cel przystosowanie pacjenta do wymagań dnia codziennego i ustrukturyzowanego przebiegu dnia, przy czym należy unikać nadmiernego przeciążenia zbyt wieloma czynnościami higienicznymi czy też działaniami terapeutycznymi, ale równocześnie nie wolno dopuścić do niedociągnięcia poprzez przebywanie w środowisku pozbawionym bodźców, brak zajęcia, monotonię. Wszystkie te czynniki prowadzą bowiem u pacjenta do wycofania, braku aktywności, a w końcu do tendencji regresywnych.

Praca nad kontaktem z pacjentami schizofrenicznymi wymaga od opiekujących się nimi osób wielkiej wrażliwości, stabilności i wytrzymałości psychicznej. Dlatego należałoby zwrócić tutaj uwagę na znaczenie pracy w całym zespole, co stwarza pacjentowi możliwość doświadczenia kontaktów z różnymi opiekunami, a opiekunom umożliwia niezbędną elastyczność w towarzyszeniu pacjentowi oraz wspólnego rozpracowywania trudności.

Dalszą ważną możliwością pracy nad trudnościami i problemami w kontaktach z pacjentami i omawiania ich w całym zespole stwarza superwizja.

Bazą dla opieki psychiatrycznej jest systematyczny i dobrze udokumentowany w swoim przebiegu plan opieki zakładający profesjonalne kształtowanie kontaktu z pacjentem i unikanie uwikłań w zaburzone wzorce zachowań. Plan opieki daje opiekunom okazję do refleksyjowania swoich zachowań, tzn. do ujrzenia procesu opieki jako procesu psychodynamicznego oraz do indywidualizowania swoich działań opiekuńczych.

Z całą pewnością przedstawionych tu idei planu opieki i pracy nad relacjami z pacjentami nie realizuje się we wszystkich oddziałach. Na plan opieki wpływa zawsze struktura oddziału, liczba pacjentów, klucz personalny, koncepcja leczenia itd. Decydujące znaczenie ma następnie nastawienie współpracowników i to, jaką pozycję przypisują swojemu zawodowi. Ponadto zawsze będą istnieli ludzie, którzy nie chcą być leczeni. Musimy przyznać, że zawsze tam, gdzie w centrum uwagi znajduje się człowiek, opiekun zostaje zepchnięty do granic tego, co da się zrobić, jak również do swoich własnych granic.

Praca z planem opieki wymaga gotowości do refleksyjowania pracy nad kontaktem z pacjentem, zakłada, że jako osoba sprawująca opiekę znam siebie dobrze i nauczyłam się pomagać również samej sobie.

Jeśli jestem gotowa stale kontrolować swoje działanie, to praca z pacjentem przyniesie efekty i pozostanie uczciwa - będzie spotkaniem człowieka z człowiekiem.

#### Literatura:

- 1 Ian Needham: Pflegeplanung in der Psychiatrie, Recom, Basel 1988
- 2 Verena Fiechter und Martha Meier: Pflegeplanung, Recom, Basel 1985
- 3 Roper/Logan/Tierney: Die Elemente der Krankenpflege, Recom, Basel 1987