

Rola pielęgniarki w środowiskowym programie leczenia schizofrenii

Środowiskowy program leczenia schizofrenii realizowany jest w różnych formach, które stanowią sieć instytucji wzajemnie współpracujących ze sobą. Często w ramach jednej instytucji wyłonione są odrębne formy, które proponuje się pacjentom po rozpatrzeniu ich indywidualnych problemów i potrzeb. Na system otwartej opieki psychiatrycznej w programie leczenia schizofrenii składają się:

- Oddział dzienny z psychoterapią jako podstawową formą oddziaływania terapeutycznego
- Oddział dzienny rehabilitacyjny
- Warsztaty terapii zajęciowej
- Miejsca pracy chronionej
- Hostel
- Tematyczne grupy ambulatoryjne
- Ambulatoryjna terapia indywidualna
- Poradnia rodzinna
- Klub pacjenta
- Obozy rehabilitacyjne

Zaznaczyć tu należy rolę pielęgniarki, która na równi z innymi członkami zespołu terapeutycznego podejmuje różnorodne formy opieki. W porównaniu z tradycyjnym postrzeganiem roli pielęgniarki jako tej, która głównie realizuje zlecenia lekarskie, obecne podejście stawia na wyższym poziomie rangę zawodu. Wymaga to od pielęgniarki rozszerzenia zakresu roli o zadania jakie stoją przed terapeutą społecznym.

Praca w teamie terapeutycznym, doświadczenie zawodowe, rozwój indywidual-

ny oraz doskonalenie zawodowe pozwalają pielęgniarce na podejmowanie terapii indywidualnej z pacjentem. Pielęgniarka w roli terapeuty indywidualnego początkowo odbierana była z nieufnością przez niektórych pacjentów jak i ich rodziny. Jednak w miarę trwania terapii, pielęgniarki okazały się równie kompetentne do sprawowania takiej opieki, dzięki swojej intuicji zawodowej i wyczuwaniu w podejściu do pacjenta, uzupełnianych często na szkoleniach i kursach. Stanowi to solidną naukową podbudowę w pracy z pacjentem, stawia też pielęgniarkom coraz wyższe wymagania, a podejmowanie tych wymagań podnosi jakość opieki.

Pielęgniarka musi swobodnie poruszać się w całości systemu leczenia schizofrenii, dokładnie znać poszczególne jego elementy oraz zakresy pomocy i możliwości korzystania z nich przez pacjentów.

Pierwszym ogniwem środowiskowego programu leczenia schizofrenii jest **oddział dzienny**. Stanowi on często pośredni etap w leczeniu pomiędzy oddziałem całodobowym a przejściem do leczenia środowiskowego.

W stosunku do pacjentów przebywających na oddziale dziennym pielęgniarki podejmują wspierająco – edukacyjny model pielęgnowania. W centrum uwagi pozostaje dbałość, aby pacjent posiadał wiedzę, umiejętności i chęci do podejmowania względem siebie tych czynności, które są niezbędne dla zachowania i utrzymania zdrowia, co może doprowadzić do podjęcia przez pacjenta samopielęgnowania. Ważne jest, aby pie-

łęgniarka w opiece nad pacjentem zastosowała taką metodę pracy, aby czynności wykonywane były nie za pacjenta, lecz z pacjentem.

Pielęgniarka jest więc osobą asystującą pacjentowi podczas terapii, aktywnie włączając się w trudnych momentach, wobec których sam pacjent nie dałby sobie rady. Nad częścią pacjentów oddziału dziennego opiekę w roli terapeuty indywidualnego sprawują pielęgniarki, które farmakologiczną część leczenia konsultują z lekarzem. Pozostała część opieki leży w gestii pielęgniarki. Ogarnia ona wówczas całość zagadnień związanych z pobytem pacjenta w oddziale.

Terapie indywidualne w oddziale dziennym poddawane są superwizji, która jest pewnego rodzaju konsultacją i oceną kierunku terapii przez doświadczonego superwizora. Pielęgniarki uczestniczą w koterapii we wszystkich zajęciach odbywających się na oddziale. Pełnią wówczas rolę czynnego obserwatora, osoby bezpośrednio odbierającej zachowania pacjentów, reagującej w sytuacjach wymagających formalnego zaznaczenia granic, jak również osoby komentującej przebieg terapii.

Sukcesem terapii jest podjęcie przez pacjenta pracy zawodowej, Nie zawsze jednak możliwości pacjenta pozwalają mu na szybki powrót do środowiska.

Kontynuacją leczenia w oddziale dziennym o profilu terapeutycznym jest **oddział dzienny rehabilitacyjny** przy ul. Miodowej 9.

Tu również kontakt indywidualny z pacjentem, psychoterapia indywidualna i grupowa sprawowana jest między innymi przez pielęgniarki. Główny nacisk położony jest jednak na zajęcia w pracowniach: stolarskiej, krawieckiej, wikliniarskiej, komputerowej, gdzie obok terapeuty zajęciowego pielęgniarka również aktywnie włącza się w terapię. Wiele pielęgniarek podąża za pacjentem w jego pracy i zmaganiach z konkretnymi zadaniami i doskonalą swoje umiejętności również od strony technicznej pracy w pracowni. Jest to często całkowite wyjście z tradycyjnej roli pielęgniarki i bardzo odmienne od pracy przy łóżku chorego, jednak w przypadku tego oddziału tylko z pozoru ode-

rwane od pielęgniarstwa czynności stwarzają sytuacje, w których pacjent wymaga wsparcia, pomocy, towarzyszenia mu, zachęty do wywiązywania się z zadań. Zmienione są jedynie warunki pracy pielęgniarki i sytuacje, w których znajduje się pacjent, natomiast cel i cała istota opieki nad pacjentem pozostają nadal niezmiennie.

Rolą pielęgniarki jest monitorowanie leczenia farmakologicznego pacjentów. Dąży się do tego, aby pacjent posiadał samodyscyplinę, świadomość konieczności systematycznego zażywania leków. Często też pacjenci sami pilnują codziennych dawek leków, wówczas pielęgniarka zajmuje się szczególnie tymi pacjentami, których leczenie powinno być w pewnym stopniu kontrolowane. Opieka nad pacjentem w oddziale dziennym rehabilitacyjnym jest długoterminowa i ukierunkowana na aktywność fizyczną, przygotowuje do podjęcia pracy poza systemem lub też w warsztatach terapii zajęciowej.

Warsztaty terapii zajęciowej traktowane są przede wszystkim jako miejsce pracy pacjentów. Zakres opieki jest jednak znaczny, a obecność pielęgniarki jest stałym elementem niezbędnym wobec mogących pojawić się problemów.

WTZ-y mieszczą się przy oddziale dziennym rehabilitacyjnym. Daje to możliwość pracy pacjentom, którzy mają trudności z opuszczeniem systemu opieki i wymagają stałej obecności terapeuty. Kiedy pacjent nie może pójść do pracy, wówczas praca „przychodzi” do pacjenta. Do nowej formy opieki bez zmiany otoczenia wraz z pacjentem przechodzi pielęgniarka sprawująca nad nim terapię indywidualną. Rola pielęgniarki w całym tym systemie jest skomplikowana, jednak zgodnie z definicją WHO z 1956 roku pielęgniarstwo to: „... sprawowanie opieki nad chorym oraz zapobieganie chorobom i umacnianie zdrowia ...”. Jest to bardzo szerokie i wszechstronne pojęcie opieki pielęgniarskiej, która w przedstawionym tu programie leczenia schizofrenii podejmowana jest przez pielęgniarki i nadal rozszerzana. Pielęgniarki podejmują coraz to nowe zadania, rozszerzając przez to zakres swojej roli.

Miejsca pracy chronionej to kolejny element środowiskowego programu leczenia schizofrenii. W oddziale rehabilitacyjnym i warsztatach terapii zajęciowej pacjenci przygotowani są do podjęcia pracy w zakładach dysponujących miejscami objętych ochroną. W obliczu trudnej sytuacji na rynku pracy Katedra Psychiatrii stara się organizować własne małe firmy i umożliwić pracę swoim pacjentom. W tym celu przy współpracy z Fundacją Hamlet powstała „Kawiarnia Miodowa”, w której stworzono nowe miejsca pracy dla pacjentów. W tej części struktury środowiskowego programu leczenia schizofrenii wyłoniona została nowa rola pielęgniarki, w której stała się ona menagerem i główną osobą obserwującą, pomagającą i kontrolującą funkcjonowanie tej części systemu oraz pracujących w nim terapeutów i pacjentów. Rola ta można porównać z funkcją pielęgniarki naczelnej, która ogarnia całość zagadnień od strony administracyjnej. To pielęgniarka jest głównym „szefem” kawiarni. Wyłonione zostały tu nowe kompetencje i możliwości podejmowania przez pielęgniarki odmiennych programów opieki. W tym przypadku pielęgniarka jest niezależnym pracownikiem, który korzystając z wypracowanych przez siebie doświadczeń w swoisty sposób wspiera środowiskowy system leczenia schizofrenii.

Kolejnym ogniwem programu, które obok leczenia i pracy zapewnia również mieszkanie jest **hostel**, będący obecnie odmianą grupy samopomocowej.

Mieszkanie grupowe pacjentów prowadzone jest od ponad 20 lat. Początkowo wraz z pacjentami mieszkała tam jedna osoba z zespołu terapeutycznego, często była nią pielęgniarka. Pobyt w hostelu często ma na celu wypracowanie u pacjentów samodzielności nie tylko w działaniach, lecz także stwarza poczucie pewnej niezależności i zmiany relacji rodzinnej w kierunku poziomu partnerskiego. Wspólne mieszkanie stwarza sytuację do wypoczynku, spędzania czasu wolnego, zabawy, a także rozwiązywania trudności w gronie rówieśników. Opiekunami hostelu są pielęgniarki, które z zewnątrz monitorują toczące się tam życie pacjentów, prowadzą cotygodniowe spotkania wszystkich

jego mieszkańców, czuwają nad poprawnym funkcjonowaniem osób wspólnie zamieszkujących. Rola jest trudna, w dużej mierze oparta na zaufaniu w stosunku do pacjentów i ich odpowiedzialności za siebie. Opiekunowie włączają się w rozwiązywanie bieżących problemów w ten sposób, aby maksimum inicjatywy wypłynęło od osób mieszkających w hostelu. Ważna jest tu umiejętność takiego kierowania zakresem ingerencji w życie hostelowiczów, aby łagodzić powstające czasami wśród nich nieporozumienia w sposób terapeutyczny, czyli nie raniący żadnej ze stron. Pielęgniarki posiadają kobiecą umiejętność prowadzenia domu, potrafią ukształtować model wzajemnej współpracy i wspólnego bycia mieszkańców hostelu, którzy tworzą w ten sposób pewnego rodzaju rodzinę hostelową. Pielęgniarki w sposób fachowy monitorują zasady współmieszkania pacjentów, biorąc pod uwagę wszystkie elementy wpływające na zdrowy styl życia, począwszy od odżywiania poprzez utrzymanie porządku i czystości, aż do stwarzania możliwości indywidualnego rozwoju pacjenta w zgodzie z innymi współmieszkańcami. Jest to więc wspierająco – edukacyjny model opieki. Pielęgniarki sprawujące opiekę nad hostelem pełnią rolę łączników z pozostałymi instytucjami wchodzącymi w skład środowiskowego programu leczenia schizofrenii. Jest to inna rola z uwagi na fakt korzystania zamieszkujących hostel pacjentów z innych form terapii.

Bardzo wielu pacjentom ich stan psychiczny pozwala na całkowity powrót do środowiska. Istotą jednak całego systemu opieki jest utrzymywanie z nimi kontaktu i śledzenie ich losów. Pacjenci pozostają więc w kontakcie indywidualnym w ambulatorium. Terapeuta indywidualny wspiera wówczas pacjenta w jego funkcjonowaniu w pracy, jak również w innych relacjach. Trudności i problemy życia codziennego są wówczas tematem podejmowanym w czasie spotkań indywidualnych z pacjentem. Jeżeli osobą opiekującą się pacjentem w trakcie jego pobytu na oddziale była pielęgniarka, wówczas kontynuuje ona również **indywidualną terapię ambulatoryjną**. Wymaga to od pielęgniarki podejmowania różnych ról począwszy od opiekuna, powiernika, doradcy, osoby obserwującej społeczny

rozwój pacjenta. Terapia ambulatoryjna podejmowana przez pielęgniarki wymaga większej samodzielności, odpowiedzialności, gdyż jest ona wówczas osobą decydującą o tym, czy stan pacjenta wymaga obecności lekarza i wspólnej rozmowy z pacjentem. Pielęgniarka musi rozpoznać moment w pogarszającym się samopoczuciu pacjenta, w którym należy zaproponować mu podjęcie leczenia w oddziale dziennym lub całodobowym. W takich sytuacjach pielęgniarka w ambulatoryjnych spotkaniach z pacjentem jest pierwszą osobą, która rozpoznaje stan pacjenta, analizuje jego zachowania, rozpoznaje nawracające objawy choroby, stawia diagnozę pielęgniarską. Klasycznie diagnoza pielęgniarska stawiana jest w następstwie diagnozy lekarskiej i skupia się głównie na problemach i potrzebach pacjenta, jednak w przypadku ambulatoryjnej terapii indywidualnej pielęgniarka znacznie wykracza poza tradycyjne ramy, przesuując się w kierunku kompetencji ściśle lekarskich. Wówczas powinna uchwycić ten moment i zaprosić inne osoby z zespołu terapeutycznego, aby włączyły się w opiekę nad pacjentem.

Często obok spotkań indywidualnych proponuje się pacjentom uczestnictwo w **ambulatoryjnych grupach tematycznych**. Są one rodzajem terapii grupowej, korzystają z nich pacjenci, którzy poprzez uczestnictwo w zajęciach otrzymują w ten sposób wsparcie, możliwość pracy nad swoimi problemami, rozwijanie zainteresowań, strukturyzowanie czasu wolnego. Śledząc rozwój tej formy terapii na przestrzeni czasu, często osobą prowadzącą były pielęgniarki, które wykorzystywały swoje doświadczenie, wiedzę, zainteresowania w pracy z pacjentem. Uwagi i obserwacje z pracy pacjentów w grupach przekazywane są przez pielęgniarki prowadzące terapię jako informacje zwrotne dla terapeutów indywidualnych.

W całym programie leczenia schizofrenii ważnym elementem jest swobodny przepływ informacji, gdyż dzięki temu można śledzić losy pacjentów przebywających pod opieką całej sieci instytucji. Pozwala to na swobodniejsze dotarcie do pacjenta, daje możliwość szybszego udzielenia mu pomocy. Jest to również ważnym czynnikiem w dłu-

goterminowych badaniach prowadzonych nad schizofrenią, stwarza możliwość monitorowania poczynań pacjenta, jego radzenia sobie w środowisku. W przypadku naszych pacjentów taki element informacji o pacjencie jest bardzo istotny, stwarza to poczucie pewnego komfortu zarówno pacjentom, jak i terapeutom, którzy mając poczucie odpowiedzialności za pacjenta spokojniejsi są o jego losy.

W strukturę oddziału dziennego psychoterapeutycznego wkomponowana jest **poradnia rodzinna**, która otacza swoją opieką rodziny wszystkich pacjentów leczonych w oddziale, jak również prowadzi ambulatoryjne spotkania rodzinne.

W zespole terapii rodzinnej pracują również pielęgniarki w roli koterapeuty – komentatora spotkań rodzinnych. Obecność pielęgniarek w tym zespole jest rozszerzeniem opieki nad pacjentem o podejście systemowe. Terapia rodzinna stwarza sytuacje do rozmowy, wyjaśnienia, głośnego wypowiedzenia tego, co często w rodzinie nie ma okazji być zwerbalizowane. Pielęgniarka poznając mechanizmy funkcjonowania poszczególnych rodzin uzyskuje pełniejszy obraz sytuacji pacjenta. Realizuje również zakres opieki nad pacjentem łącząc go ze współpracą z rodziną.

Jako jedna z grup ambulatoryjnych prowadzona jest grupa wielorodzinna, pielęgniarka pełni w niej rolę koterapeuty.

Od wielu lat pielęgniarki samodzielnie prowadzą spotkania w **Klubie Pacjenta**. Są to często trudne relacje z pacjentami długo chorującymi, specyficznie komunikującymi się z otoczeniem. Rolą pielęgniarki jest tu integrowanie wszystkich osób korzystających z tej formy wsparcia.

W klubie pielęgniarka czuwa nad atmosferą spotkań, często kreuje zachowania pacjentów, stara się towarzyszyć im w podejmowanych przez nich aktywnościach. Rolą pielęgniarki jest tu również świadome włączanie się w działania pacjentów w sposób terapeutyczny. W pracy z pacjentami klubowymi pielęgniarka musi wykazać się umiejętnością szybkiego rozpoznawania stanu pacjenta. Do klubu przychodzą bardzo różnorodni pacjenci, każdy z nich wymaga indywi-

dwulnego podejścia. W Klubie Pacjenta pielęgniarka jest organizatorem i inicjatorem odbywających się świąt i uroczystości. Stara się w taki sposób zachęcać pacjentów do działania, aby sami podejmowali aktywność, jednak w sytuacjach trudnych bierze na siebie trudności organizacyjne i dba o milieu spotkań.

Obozy rehabilitacyjne są formą terapii i wypoczynku pacjentów. Uczestnikom stworzone są warunki, w których bezpiecznie, w atmosferze wolnej od zażenowania i niepewności, jaką często stwarza wobec pacjentów psychiatrycznych tzw. zdrowa część społeczeństwa, mogą wypocząć i w pełni korzystać z rozrywek. Pielęgniarka przebywając z pacjentami na obozie pełni rolę opiekuna, wychowawcy, uczestnika, w związku z tym bierze udział we wszystkich aktywnościach wspólnie z pacjentami. Pielęgniarka wchodzi w skład zespołu organizującego obóz, odpowiada za zabezpieczenie sprzętu, leków.

Pielęgniarka uczestniczy w doborze pacjentów do wspólnego mieszkania w pokojach, opiekuje się pacjentami wymagającymi pomocy w elementarnych czynnościach życia codziennego (dobór odzieży, kąpiel, czuwa nad odpowiednim poziomem higieny, porządkiem w pokojach, dba o bezpieczeństwo i przestrzeganie norm. Czuwa nad atmosferą i samopoczuciem uczestników obozu. Rolą pielęgniarki jest towarzyszenie w spontanicznych aktywnościach pacjentów, w wielu sytuacjach jest rzecznikiem spraw pacjentów, zachęca i ukierunkowuje działania pacjentów, czuwa nad kontynuacją leczenia farmakologicznego.

Przedstawione powyżej różne formy opieki świadczone są w ramach jednego systemu i stanowią środowiskowy program leczenia schizofrenii. Ukazana jest tu opieka, jaką sprawują pielęgniarki, która jest jednym z niezbędnych elementów tego systemu.

Zadaniem pielęgniarki jest więc dbanie o wysoki poziom świadczonej opieki, konieczne jest ciągle podnoszenie poziomu wiedzy, wymiana doświadczeń pomiędzy pielęgniarkami, kontakt z zagranicznymi towarzystwami.

Pielęgniarka w pracy z pacjentem koncentruje się na jego potrzebach, spełnieniu ich w sposób fachowy i terapeutyczny. Ważny jest tu kontakt z pacjentem, dający mu poczucie więzi z jednoczesnym poszanowaniem jego wolności. Ściśle wiąże się to z satysfakcją z opieki jak i utrzymywaniem kontaktów z systemem opieki. Znajomość potrzeb pacjenta jest podstawowym elementem „zasady zapewnienia dobrej jakości” opieki. Cały środowiskowy program leczenia schizofrenii, wyodrębnione jego struktury mają służyć pacjentowi do zapewnienia jego potrzeb w walce z chorobą. Wyłonione odrębne formy stwarzają możliwość dokładniejszego wyboru terapii i lepszej odpowiedzi systemu opieki na potrzeby pacjenta. Terapia jest wówczas naceLOWANA na zaspokojenie konkretnych potrzeb.

Nie jest to aspekt obojętny z punktu widzenia ekonomicznego. Dąży się do tego, aby zabezpieczony został dokładnie taki poziom opieki, jaki jest w danym momencie niezbędny, nie znaczy to jednak, aby zabezpieczony został dokładnie taki poziom opieki, jaki jest w danym momencie niezbędny, gdyż w takich przypadkach nadmiar w sposób niekorzystny wpływa nie tylko na sytuację finansową placówek, lecz także na zdolność i motywację do samodzielnych wysiłków.