



# PODRĘCZNIK SZKOLENIOWY DLA UCZESTNIKÓW/UCZESTNICZEK KURSU KWALIFIKACYJNEGO W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA PSYCHIATRYCZNEGO dla pielęgniarek

Opracowano w związku z realizacją projektu  
Wsparcie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych  
w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój  
na lata 2014 – 2020 (PO WER 2014-2020)  
współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego,  
numer POWR.07.01.00-00-0004/22





# PODRĘCZNIK SZKOLENIOWY DLA UCZESTNIKÓW/UCZESTNICZEK KURSU KWALIFIKACYJNEGO W DZIEDZINIE PIEŁĘGNIARSTWA PSYCHIATRYCZNEGO

dla pielęgniarek

Opracowano w związku z realizacją projektu  
Wsparcie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych  
w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój  
na lata 2014 – 2020 (PO WER 2014-2020)  
współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego,  
numer POWR.07.01.00-00-0004/22

Warszawa 2022

ISBN 978-83-67664-11-0

## MATERIAŁY DYDAKTYCZNE

### PRZYGOTOWANE PRZEZ ZESPÓŁ PROGRAMOWY W SKŁADZIE:

#### **dr n. o zdr. Bożena Kosińska**

– przewodnicząca zespołu, specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego, Katedra Pielęgniarstwa, Wyższa Szkoła Zarządzania w Częstochowie, Wydział Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Technologiczno-Humanistyczny im. Kazimierza Pułaskiego w Radomiu

#### **dr n. o zdr. Jerzy Twardak**

– specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego, Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego, Katedra Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, konsultant wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego dla województwa dolnośląskiego

#### **dr n. o zdr. Iwona Kowalska**

– specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego, Wyższa Szkoła Planowania Strategicznego w Dąbrowie Górniczej, Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu Sp. z o.o., konsultant wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego dla województwa śląskiego

#### **mgr piel. Anna Dudek**

– specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego, Mazowiecki Szpital Wojewódzki Drewnica Sp. z o.o. w Ząbkach, konsultant wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego dla województwa mazowieckiego

### RECENZENT:

#### **dr n. o zdr. Damian Czarnecki**

– konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego, Zakład Pielęgniarstwa Psychiatrycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Oddział Leczenia Uzależnień, Szpital Uniwersytecki nr 1 im. A. Jurasza w Bydgoszczy



## SPIS TREŚCI

Cel kształcenia	5
Plan nauczania	5
Moduł I. Uwarunkowania prawne w psychiatrii	6
Moduł II. Komunikowanie interpersonalne z pacjentem z zaburzeniami psychicznymi	12
Moduł III. Ochrona zdrowia psychicznego	19
Moduł IV. Klinika wybranych zaburzeń psychicznych i metody ich leczenia oraz opieka pielęgniarska nad pacjentami z zaburzeniami psychicznymi	25
Moduł V. Rehabilitacja psychiatryczna i psychiatria środowiskowa	52
Moduł VI. Opieka nad pacjentem z chorobą COVID-19	62
Wykaz świadczeń zdrowotnych, do których jest uprawniona pielęgniarka po ukończeniu kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego	72
Wykaz literatury obowiązującej do zaliczenia kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego	73

Przedstawione materiały dydaktyczne wskazują najistotniejsze zagadnienia realizowane podczas kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego dla pielęgniarek, jednakże mają charakter wyłącznie pomocniczy. Nie mogą być ostatecznym zasobem wiedzy, który powinien posiadać uczestnik kursu. Treści materiałów dydaktycznych szczególną uwagę zwracają na aktualne trendy w psychiatrycznej opiece zdrowotnej, zwłaszcza w dobie epidemii i zagrożenia epidemiologicznego SARS-CoV-2. Stanowią swoisty drogowskaz obligujący do poszerzenia wiadomości o źródła wskazane w materiałach.

Wierzymy, że przedstawione treści sprawią, że ich lektura stanie się dla Państwa przyjemnością.

*Autorzy i recenzent*

## WYKAZ SKRÓTÓW

AA – Anonimowi Alkoholicy  
ADHD – Attention Deficit Hyperactivity Disorder  
APA – American Psychiatric Association  
ARDS – Acute Respiratory Distress Syndrome  
AUDIT – Alcohol Use Disorders Identification Test  
BMI – Body Mass Index  
COVID-19 – Coronavirus Disease 2019  
CZP – Centrum Zdrowia Psychicznego  
DPS – Dom Pomocy Społecznej  
EEG – Elektroencefalografia  
EKG – Elektrokardiografia  
EW – Elektrowstrząsy  
ICD-10 – International Classification Diseases 10 th revision  
IPiN – Instytut Psychiatrii i Neurologii  
KCPU – Krajowe Centrum Przeciwdziałaniu Uzależnieniom  
MAST – Michigan Alcoholism Sreening Test  
MZ – Minister Zdrowia  
NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia  
NPOZP – Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego  
PIMS – Pediatric Inflammatory Multisystem Syndrome Temporally Associated with SARS-CoV-2  
PZP – Poradnia Zdrowia Psychicznego  
SARS-CoV-2 – Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2  
ŚDS – Środowiskowy Dom Samopomocy  
WHO – World Health Organization  
WTZ – Warsztaty Terapii Zajęciowej  
ZLŚ – Zespół Leczenia Środowiskowego (domowego)  
ZOL – Zakład Opiekuńczo-Lecznicy  
ZPCh – Zakład Pracy Chronionej  
ZUS – Zakład Ubezpieczeń Społecznych

## CEL KSZTAŁCENIA

Uzyskanie przez pielęgniarkę specjalistycznych kwalifikacji do udzielania określonych świadczeń zdrowotnych wchodzących w zakres dziedziny pielęgniarstwa psychiatrycznego oraz związanych z profilaktyką zdrowotną, opieką nad pacjentem w trakcie choroby COVID-19 oraz po jej przebiegu, zarówno w warunkach opieki stacjonarnej, jak i środowiskowej/domowej.

## PLAN NAUCZANIA

L.p.	Nazwa modułu	Liczba godzin teorii	Miejsce realizacji stażu	Liczba godzin stażu	Łączna liczba godzin kontaktowych	Punkty ECTS
I	Uwarunkowania prawne w psychiatrii	10	–	–	10	0,5
II	Komunikowanie interpersonalne z pacjentem z zaburzeniami psychicznymi	20	–	–	20	1
III	Ochrona zdrowia psychicznego	20	Poradnia zdrowia psychicznego (PZP)	21	41	2
IV	Klinika wybranych zaburzeń psychicznych i metody ich leczenia oraz opieka pielęgniarstwa nad pacjentami z zaburzeniami psychicznymi	60	Oddział psychiatryczny dla dorosłych	49	179	7
			Oddział psychiatryczny dla dzieci i młodzieży	35		
			Oddział dzienny psychiatryczny	35		
V	Rehabilitacja psychiatryczna i psychiatria środowiskowa	20	Oddział rehabilitacji psychiatrycznej; Oddział/zespół leczenia środowiskowego	40	60	3
VI	Opieka nad pacjentem z chorobą COVID-19	35	–	–	35	1,5
<b>Łącznie</b>		<b>165</b>		<b>180</b>	<b>345*</b>	<b>15</b>

\* Organizator kształcenia w porozumieniu z kierownikiem kursu ma prawo dokonać modyfikacji czasu trwania zajęć teoretycznych. Oznacza to, że 80% łącznej liczby godzin przeznaczonych na realizację programu nie podlega zmianie. Wskazane 20%, co stanowi nie więcej niż 69 godzin, może być wykorzystane na samokształcenie.

# MODUŁ I.

## UWARUNKOWANIA PRAWNE W PSYCHIATRII

**Cel modułu:** Uzupełnienie wiedzy z zakresu aktów prawnych obowiązujących w psychiatrii.

*Życie nie mieści się nawet w najlepszych i najmądrzejszych normach* – prof. Antoni Kępiński.

Zdrowie jest najważniejszym z dóbr człowieka, a zdrowie psychiczne jest nierozzerwalną składową, i jako pewna konstrukcja jest indywidualną architekturą dla każdego człowieka. Uwypukla to pierwsze zdanie ustawy *o ochronie zdrowia psychicznego*<sup>1</sup>, że zdrowie psychiczne jest fundamentalnym dobrem osobistym człowieka, a ochrona praw osób z zaburzeniami psychicznymi należy do obowiązków państwa.

Ta na wskroś nowoczesna, a przede wszystkim pierwsza polska ustawa o ochronie zdrowia psychicznego:

- definiuje ogólny model i zasady opieki nad osobami z zaburzeniami psychicznymi;
- określa organy i instytucje odpowiedzialne za opiekę nad osobami z zaburzeniami psychicznymi;
- zapewnia ochronę praw osób z zaburzeniami psychicznymi.

Składowymi ochrony zdrowia psychicznego są:

- promocja zdrowia psychicznego;
- zapewnienie komplementarnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej i społecznej;
- kształtowanie takich postaw społecznych wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, które niwelować będą zjawisko stygmatyzacji oraz przeciwdziałanie wszelkiej dyskryminacji osób z zaburzeniami psychicznymi.

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego nie definiuje ani pojęcia zdrowia psychicznego, ani choroby psychicznej, lecz określa katalog osób z zaburzeniami psychicznymi i odnosi się to do osoby:

- chorej psychicznie;
- upośledzonej umysłowo;
- wykazującej inne zakłócenia czynności psychicznych.

W ustawie o ochronie zdrowia psychicznego doprecyzowano pojęcie szpitala psychiatrycznego, które odnosi się również do:

- oddziału psychiatrycznego w szpitalu ogólnym;
- kliniki psychiatrycznej;
- sanatorium dla osób z zaburzeniami psychicznymi;
- innego zakładu leczniczego podmiotu leczniczego w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, sprawującego całodobową opiekę psychiatryczną lub odwykową, niezależnie od podmiotu, który je tworzy i utrzymuje;
- domu pomocy społecznej lub środowiskowego domu samopomocy, odnosi się to również do wszelkich form pomocy instytucjonalnej dla osób, o których mowa powyżej.

Pożądaną sytuacją jest przyjęcie osoby z zaburzeniami psychicznymi do szpitala psychiatrycznego za jej pisemną zgodą na podstawie ważnego skierowania do szpitala, jeżeli lekarz po osobistym zbadaniu tej osoby stwierdzi wskazania do przyjęcia.

Skierowanie do szpitala psychiatrycznego wydawane jest w dniu badania, a jego ważność wygasa po upływie 14 dni. Okres ważności skierowania ulega przedłużeniu o czas oczekiwania na przyjęcie do szpitala psychiatrycznego, pod warunkiem wpisania na listę oczekujących na udzielenie świadczenia, w terminie 14 dni od dnia wystawienia skierowania. Doprecyzowanie przyjęcia oraz wypisania ze szpitala psychiatrycznego zawarte zostało w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2018 r. w sprawie postępowania w sprawach przyjęcia oraz wypisania ze szpitala psychiatrycznego.

W psychiatrii występują sytuacje, kiedy hospitalizacja następuje bez zgody osoby, w szczególności której dotychczasowe zachowanie wskazuje, że:

- z powodu zaburzeń psychicznych zagraża bezpośrednio swojemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, a zachodzą wątpliwości, czy jest ona chora psychicznie, może być przyjęta bez zgody w celu wyjaśnienia tych wątpliwości – pobyt wówczas w szpitalu nie może trwać dłużej niż 10 dni;

<sup>1</sup> Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (t.j. Dz. U. z 2022 r., poz. 2123), obowiązująca od 21 stycznia 1995 r.

- nieprzyjęcie do szpitala spowoduje znaczne pogorszenie stanu jej zdrowia psychicznego, bądź jest niezdolna do samodzielnego zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, a uzasadnione jest przewidywanie, że leczenie w szpitalu psychiatrycznym przyniesie poprawę jej stanu zdrowia.

Ochrona praw osoby przyjętej do szpitala bez zgody:

- lekarz obowiązany jest wyjaśnić choremu przyczyny przyjęcia do szpitala bez zgody i poinformować go o jego prawach;
- zasięgnięcie pisemnej opinii innego lekarza, w miarę możliwości psychiatry, albo pisemnej opinii psychologa;
- zatwierdzenie przez ordynatora w ciągu 48 godzin od chwili przyjęcia, a kierownik szpitala zawiadamia sąd opiekuńczy w ciągu 72 godzin od chwili przyjęcia;
- wysłuchania przez sędziego wizytującego nie później niż w terminie 48 godzin od otrzymania przez sąd opiekuńczy zawiadomienia od kierownika szpitala psychiatrycznego;
- złożenia odwołania od postanowienia sądu opiekuńczego w przedmiocie przyjęcia do szpitala psychiatrycznego bez zgody do sądu drugiej instancji;
- złożenia w dowolnej formie wniosku o nakazanie wypisania ze szpitala nie wcześniej niż po upływie 30 dni od uprawomocnienia się postanowienia sądu opiekuńczego w przedmiocie przyjęcia do szpitala bez zgody.

Prawa pacjenta wynikające z ustawy o ochronie zdrowia psychicznego do:

- przyjęcia do szpitala psychiatrycznego za zgodą wyrażoną na piśmie (świadomą, poinformowaną);
- wyrażenia odrębnej zgody na świadczenia zdrowotne stwarzające podwyższone ryzyko zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 24 kwietnia 2012 r. w sprawie wykazu świadczeń zdrowotnych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, których udzielenie wymaga zgody;
- bezpłatnych świadczeń zdrowotnych oraz do bezpłatnych produktów leczniczych, wyrobów medycznych i środków pomocniczych, nawet jeżeli osoba nie jest ubezpieczona;
- porozumiewania się bez ograniczeń z rodziną i innymi osobami;
- niekontrolowania korespondencji;
- pomocy w ochronie swoich praw, w szczególności do spotkania z Rzecznikiem Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, w warunkach zapewniających swobodę wypowiedzi, nie później niż w terminie 7 dni od dnia zgłoszenia takiej potrzeby;
- przekazywania ustnych i pisemnych skarg w zakresie dotyczącym naruszenia praw oraz uzyskania informacji o rozstrzygnięciu zgłoszonej sprawy;
- uzyskania zgody ordynatora/lekarza kierującego oddziałem na okresowe przebywanie poza szpitalem bez wypisywania z zakładu tzw. przepustki;
- uprzedzenia o zastosowaniu środka przymusu bezpośredniego przed tym, zanim środek ten zostanie podjęty oraz zachowania szczególnej ostrożności i dbałości przez personel;
- zawiadomienia sądu opiekuńczego przez kierownika podmiotu leczniczego udzielającego świadczenia zdrowotnego w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej w razie stwierdzenia, iż przedstawiciel ustawy nie wykonuje należycie swoich obowiązków;
- zajęć rehabilitacyjnych nie podporządkowanych celom gospodarczym i nagradzanych zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 8 kwietnia 2014 r. w sprawie zajęć rehabilitacyjnych organizowanych w szpitalach psychiatrycznych oraz rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 stycznia 2014 r. w sprawie zajęć rehabilitacji społecznej w domach pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi;
- zachowania w tajemnicy przez osoby wykonujące czynności wynikające z ustawy o ochronie zdrowia psychicznego wszystkiego, o czym powezmą wiadomość w związku z wykonywaniem powyższych czynności;
- nieutrwalania w dokumentacji oświadczeń obejmujących przyznanie się do popełnienia czynu zabronionego pod groźbą kary.

Prawa pacjenta szpitala psychiatrycznego zostały objęte od kilkunastu lat wzmocnioną ochroną poprzez wprowadzenie instytucji Rzecznika Praw Pacjenta, w tym Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego (dalej: Rzecznik), którego zadania i uprawnienia precyzuje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia



13 stycznia 2006 r. w sprawie szczegółowego trybu i sposobu działania Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego. Zadania Rzecznika to m.in.:

- pomoc w dochodzeniu praw w sprawach związanych z przyjęciem, leczeniem, warunkami pobytu i wypisaniem ze szpitala psychiatrycznego;
- wyjaśnianie lub pomoc w wyjaśnianiu ustnych i pisemnych skarg tych osób, również udzielanie pomocy pacjentowi wypisanemu ze szpitala psychiatrycznego, jeśli skarga została złożona w trakcie pobytu pacjenta w szpitalu psychiatrycznym, a procedura rozpatrywania skargi nie została zakończona;
- współpraca z rodziną, przedstawicielem ustawowym, opiekunem prawnym lub faktycznym tych osób;
- inicjowanie i prowadzenie działalności edukacyjno-informacyjnej.

Uprawnienia Rzecznika:

- wstęp do pomieszczeń związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych;
- dostęp do dokumentacji medycznej osoby korzystającej ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez szpital psychiatryczny;
- możliwość indywidualnych spotkań z pacjentem, jego przedstawicielem ustawowym, opiekunem prawnym lub faktycznym bez udziału osób trzecich;
- występowanie z wnioskiem do personelu podmiotu leczniczego o podjęcie działań zmierzających do usunięcia przyczyny skargi lub zaistniałych naruszeń.

Wolność i nietykalność osobista należą do podstawowych praw każdego człowieka. Prawa te znajdują umocowanie zarówno w dokumentach rangi międzynarodowej, począwszy od Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka, jak i krajowej – Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (m.in. art. 30 i art. 41). Przepisy te mają bezpośrednie przełożenie na regulacje prawne, które dotyczą ograniczania wolności i nietykalności osób przejawiających zaburzenia psychiczne, zawarte w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego i w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2018 r. w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi.

Przymus bezpośredni – formy:

- przytrzymanie;
- przymusowe podaniu leków;
- unieruchomienie;
- izolacja.

O zastosowaniu przymusu bezpośredniego decyduje lekarz, który określa rodzaj zastosowanego środka przymusu oraz osobiście nadzoruje jego wykonanie. Kiedy nie jest możliwe uzyskanie natychmiastowej decyzji lekarza, o zastosowaniu przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji decyduje i nadzoruje osobiście jego wykonanie pielęgniarka, jak również może zadecydować o zaprzestaniu stosowania przymusu bezpośredniego, zawiadamiając o tym niezwłocznie lekarza.

Obowiązki pielęgniarki:

- przed zastosowaniem uprzedza osobę, wobec której przymus ma być użyty;
- przy wyborze środka przymusu decyduje się na taki, który jest dla tej osoby możliwie najmniej uciążliwy;
- odbiera przedmioty, które mogą być niebezpieczne dla życia lub zdrowia tej osoby albo innych osób, w szczególności: przedmioty ostre, okulary, protezy zębowe, pas, szelki, sznurowadła i źródła ognia;
- kontroluje stan fizyczny osoby unieruchomionej lub izolowanej nie rzadziej niż co 15 minut, również w czasie snu tej osoby;
- ocenia prawidłowość unieruchomienia;
- zapewnia krótkotrwale częściowe albo całkowite uwolnienie od unieruchomienia w celu zmiany jej pozycji lub zaspokojenia potrzeb fizjologicznych i higienicznych, nie rzadziej niż co 4 godziny;
- natychmiast zawiadamia lekarza w przypadku wystąpienia zagrożenia dla zdrowia lub życia osoby unieruchomionej lub izolowanej;
- zamieszcza bezzwłocznie adnotację o stanie fizycznym osoby unieruchomionej lub izolowanej w karcie unieruchomienia lub izolacji;
- w jednostce organizacyjnej pomocy społecznej, która nie zatrudnia lekarza, zawiadamia jednostkę systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego.

Model Centrum Zdrowia Psychicznego (CZP) jako zmiana paradygmatu opieki nad pacjentem psychiatrycznym. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego wprowadzało 35 CZP, sukcesywnie liczba zwiększa się. Docelowo rekomendowanych jest około 300 CZP.

Podmiot leczniczy, który prowadzi CZP, zapewnia kompleksową opiekę zdrowotną nad osobami z zaburzeniami psychicznymi na określonym obszarze terytorialnym w formie pomocy:

- doraźnej;
- ambulatoryjnej;
- dziennej;
- szpitalnej;
- środowiskowej (domowej).

Zgodnie z reformą psychiatrii dzieci i młodzieży, zapoczątkowaną w 2020 r., tworzone są ośrodki leczenia na trzech poziomach referencyjności, czyli:

- I poziom – ośrodki środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej;
- II poziom – centra zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży;
- III poziom – ośrodki wyskospecjalistycznej całodobowej opieki psychiatrycznej.

Wykaz, zakres, warunki udzielania świadczeń oraz kwalifikacje personelu w psychiatrycznej opiece zdrowotnej określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.

## MODUŁ II.

### KOMUNIKOWANIE INTERPERSONALNE Z PACJENTEM Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI

**Cel modułu:** Przygotowanie pielęgniarki do efektywnego komunikowania się z osobą z zaburzeniami psychicznymi i jej rodziną.

#### **Komunikowanie się z pacjentem z zaburzeniami psychicznymi**

Cechy kontaktu terapeutycznego:

**Autentyczność** – to gotowość bycia sobą w różnych sytuacjach, zachowywanie się w sposób zgodny z doświadczanymi uczuciami, bez sztuczności i udawania. Przeciwnościami autentyczności są fałsz, obłudność, poza i udawanie.

**Akceptacja** – to przede wszystkim pozytywny stosunek do drugiego człowieka, przyjęcie go takim, jaki jest, bez osądzania go i szukania w nim winy. Osoba akceptująca nie ocenia drugiego człowieka i nie daje rad.

**Empatia** – pozwala wczuć się w emocjonalną sytuację drugiego człowieka i spojrzeć na nią z jego perspektywy i wyobrazić sobie, co on w tej sytuacji czuje, myśli oraz zakomunikować mu, że jest zrozumiany. Umiejętność ta stanowi podstawę dla zrozumienia zarówno uczuć, jak i aktualnej sytuacji życiowej drugiego człowieka oraz w pewnym stopniu umożliwia przewidzenie i zrozumienie jego zachowań. Poprawnej komunikacji empatycznej sprzyjają także zewnętrzne warunki, takie jak cisza, łagodne oświetlenie pomieszczenia, brak osób trzecich, utrzymywanie dystansu z pacjentem.

#### **Cele komunikowania się z osobą z zaburzeniami psychicznymi:**

Celem komunikacji między pielęgniarką a pacjentem w relacji terapeutycznej jest:

- nawiązanie, rozwój i utrzymanie więzi terapeutycznej;
- umożliwienie pacjentowi wpływania na to, co proponuje pielęgniarka w ramach swoich działań;
- prawidłowe prowadzenie procesu pielęgnowania:
  - rozpoznanie potrzeb i problemów pacjenta,
  - zaplanowanie z pacjentem i jego rodziną indywidualnego planu opieki,
  - realizacja działań pielęgniarstwa wobec pacjenta,
  - wymiana informacji,
  - zaspokajanie potrzeb społecznych pacjenta,
  - kontrolowanie i ocena rezultatów sprawowanej opieki i terapii.

Celem komunikowania jest ułatwienie choremu wyrażania emocji względem otaczających go ludzi, a cel komunikowania terapeutycznego ustanawiany jest indywidualnie.

#### **Fazy kontaktu terapeutycznego pielęgniarka – pacjent z zaburzeniami psychicznymi**

**Faza zapoczątkowująca komunikowanie** – osoba pomagająca dostrzega pacjenta, zauważa zmiany w jego wyglądzie, zwraca uwagę na jego sposób zachowania, nawiązuje z nim rozmowę.

**Faza podtrzymująca komunikowanie** – osoba pomagająca stara się przekazać pacjentowi, że jest akceptowany.

**Faza porządkująca komunikowanie** – osoba pomagająca próbuje wyjaśniać niezrozumiałe znaczenie słów, zwrotów, myśli i wypowiedzi pacjenta, nadać im jasny sens, a także porządkuje zdarzenia, powtarzając wypowiedzi pacjenta i ukazując mu je w sekwencji czasowej, wysuwa główne wątki poprzez wyeliminowanie nieistotnych szczegółów. Dokonanie takiego podsumowania można również zasugerować pacjentowi.

**Faza pogłębiająca komunikowanie** – osoba pomagająca powinna zachęcać pacjenta do koncentracji i eksploatacji swoich przeżyć, sposobu widzenia i rozumienia otoczenia, do opisu swoich obaw, lęków, doznań omamowych i urojeń. Stosując technikę werbalizacji, próbuje nazwać to, co pacjent sygnalizuje i implikuje, a jednocześnie dotrzeć do sedna tego, co tak naprawdę pacjent chce jej przekazać zarówno w swoich wypowiedziach, jak i swoim zachowaniem.

#### **Specyfika komunikowania się z pacjentem z zaburzeniami psychicznymi, specyfika relacji pielęgniarka – pacjent z zaburzeniami psychicznymi**

Komunikowanie się ma szczególne znaczenie w pomaganiu osobie chorej psychicznie, ponieważ kontakt może pomóc przywrócić jej równowagę wewnętrzną i umożliwić prawidłowe nawiązywanie relacji z otoczeniem. Komunikowanie się z człowiekiem z zaburzeniami psychicznymi wymaga odpowiednich predyspozycji osobowo-

ściowych ze strony osoby komunikującej się i wiedzy. W psychiatrii kontakt z chorym, rozmowa z nim jako podmiotem, pozostają nadal podstawowymi narzędziami w procesie terapii.

Komunikowanie się osoby pomagającej z pacjentem z zaburzeniami psychicznymi powinno odbywać się w sposób werbalny i niewerbalny. O jakości i precyzji tego komunikowania decyduje zbieżność obu jej sposobów. Osoba pomagająca musi być świadoma tego, co chce przekazać pacjentowi oraz powinna wyrażać się rzeczowo, jasno i zrozumiale dla pacjenta. Powinna także pamiętać, że istotą kontaktu z pacjentem psychotycznym jest poznanie i zrozumienie świata jego przeżyć.

Komunikowanie terapeutyczne stanowi specyficzną formę komunikacji i w swojej specyfice musi uwzględnić aspekt ewaluacji.

#### **Bariery w komunikowaniu się z osobą z zaburzeniami psychicznymi**

Bariery w komunikowaniu się to czynniki, które zakłócają prawidłowe przekazywanie i odbieranie informacji w procesie komunikowania się między nadawcą i odbiorcą. Komunikowanie się z pacjentem z zaburzeniami psychicznymi mogą utrudniać następujące czynniki:

**Bariery percepcyjne** w komunikowaniu się wiążą się z zakłócaniem odbioru bodźców z otaczającej rzeczywistości (takich jak słowa, obrazy, dźwięki, smak, dotyk) i nadawaniem im znaczenia. Te same informacje czy wydarzenia mogą być inaczej odbierane i interpretowane przez różne osoby, wpływa na to mają m.in.:

- czynniki zewnętrzne (środowiskowe), np. hałas, ruch, obecność innych osób, zbyt wysoka lub zbyt niska temperatura, ograniczenia czasowe, nieprawidłowe oświetlenie, intensywne lub nieprzyjemne zapachy, bariery architektoniczne;
- czynniki związane ze stanem fizycznym, np. wady wymowy, wady słuchu, choroba, ból, zmęczenie, senność itd.

#### **Bariery społeczne**

- różnice kulturowe, np. etnocentryzm;
- uprzedzenia i stereotypy;
- czynniki językowe, np. żargon młodzieżowy, specjalistyczna terminologia medyczna;
- różnice ideologiczne;
- osobiste doświadczenia.

#### **Brak aktywnego słuchania**

- Brak umiejętności aktywnego słuchania może wynikać z:
- braku empatii, czyli braku umiejętności decentracji – wiąże się to z koncentrowaniem się na sobie, a nie na rozmówcy, nie słucha się wypowiedzi rozmówcy, lecz koncentruje się na własnej osobie i na tym, co chce się powiedzieć (lub jakie zadać pytanie);
- braku umiejętności asertywnych, przejawiających się przyjmowaniem postawy agresywnej, manipulacyjnej lub biernej;
- skłonności do selektywnego słuchania wypowiedzi (filtrowania);
- silnych emocji (np. lęk, gniew, zakłopotanie, nienawiść, zazdrość, radość) lub trudności w wyrażaniu uczuć;
- zaburzeń koncentracji;
- reakcji impulsywnych;
- nieprawidłowego kontaktu wzrokowego;
- przyjmowania zamkniętej lub odchylonej postawy ciała albo odwrócenia się od rozmówcy;
- wykonywania innych czynności podczas rozmowy, np. gwałtownych gestów,
- braku mimiki, gestykulacji;
- automatycznego potakiwania bez słuchania wypowiedzi rozmówcy;
- zbyt krótkiego dystansu z rozmówcą (naruszenie terytorium osobistego);
- barier wynikających z aranżacji przestrzeni;
- niezgodności komunikatów niewerbalnych z werbalnymi.

### **Bariery w komunikowaniu się ze strony pacjenta**

Bariery zakłócające komunikowanie się ze strony pacjenta z zaburzeniami psychicznymi często wynikają z istoty zaburzeń psychicznych i/lub są efektem leczenia farmakologicznego, a także stanowią reakcję pacjenta na dyskryminujące postawy społeczne. Należą do nich:

- nieufność, podejrzliwość;
- silne emocje (np. lęk, złość, gniew, euforia itp.);
- zachowania agresywne, nierzadko jako reakcja na ukrywany lęk, bezradność i frustracje lub jako wyuczone zachowanie;
- zaburzenia poznawcze (np. trudności w koncentracji, w racjonalnym myśleniu, w formułowaniu i rozumieniu wypowiedzi, w zapamiętywaniu);
- zaburzenia myślenia (np. dezorganizacja, urojenia);
- zaburzenia spostrzegania (np. omamy);
- trudności w werbalizacji (np. mutyzm, spowolnienie mowy, zbyt szybkie wypowiedzi; poruszanie wielu wątków jednocześnie, niewyraźna artykulacja itp.);
- zachowania manipulacyjne (np. w manii) lub ukierunkowane na uzyskanie korzyści z rozpoznanych zaburzeń czy choroby psychicznej;
- brak lub niedostateczny wgląd w objawy chorobowe i zaburzenia krytycyzmu;
- wycofanie i spowolnienie;
- nierozwiązane problemy emocjonalne;
- brak motywacji do leczenia i współpracy.

### **Zjawisko przeniesienia**

Przeniesienie polega na rzutowaniu na pielęgniarkę nieświadomych przeżyć, np. myśli, uczucia, wyobrażenia, konflikty wewnątrzpsychiczne. Zachowanie pacjenta nacechowane jest negatywnymi lub pozytywnymi emocjami (np. lęk, złość, agresja, miłość), co może wynikać z jego nieświadomionej postawy wobec osób znaczących, np. pacjent może rzutować na pielęgniarkę własne przeżycia i zachowania, jakie przejawia wobec matki. Do wystąpienia zjawiska przeniesienia w relacji terapeutycznej mogą przyczynić się np. problemy emocjonalne pacjenta, brak wglądu w objawy chorobowe i zaburzenia krytycyzmu.

### **Bariery w komunikowaniu się ze strony pielęgniarki**

- brak umiejętności komunikowania się;
- brak lub niedostateczna wiedza na temat zasad funkcjonowania psychiki, psychopatologii, zależności między stanem psychicznym i somatycznym;
- przeciążenie fizyczne i psychiczne;
- wypalenie zawodowe, brak wsparcia;
- problemy w zakresie zdrowia psychicznego.

Zjawisko przeciwprzeniesienia jest reakcją pielęgniarki na przeniesienie pacjenta. Pielęgniarka przypisuje pacjentowi określone myśli, uczucia i motywy działania oraz angażuje się i przeżywa jego konflikt psychiczny. Przeżycia i zachowania pielęgniarki stanowią zaprzeczenie postawy „bezzstronnego obserwatora” w relacji z pacjentem (np. postawa nadopiekuńczości lub niechęci). Brak dystansu wobec indukowanych przez pacjenta przeżyć i zachowań zagraża zdrowiu psychicznemu pielęgniarki. Przyczyną zjawiska przeciwprzeniesienia może być brak wglądu we własne problemy emocjonalne.

### **Wybrane techniki komunikowania wykorzystywane w procesie komunikowania się z osobą z zaburzeniami psychicznymi:**

#### **Oferowanie siebie**

Osoba pomagająca powinna zaoferować siebie. Zapewnienie chorego o stałej obecności buduje poczucie bezpieczeństwa i jednocześnie stanowi wyraz dostrzeżenia pacjenta. Warto zatem zaproponować choremu wygodne miejsce do siedzenia, stworzyć przyjazną atmosferę i zachęcić go do rozmowy.

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

Techniki te znakomicie sprawdzają się przy rozpoczynaniu dialogu, zwrócenie uwagi na jego wygląd i zmianę zachowania. Szczególnie ważne jest zauważenie pozytywnych cech.

### **Klaryfikacja**

Osoba pomagająca poprzez własną wypowiedź przekazuje nadawcy komunikatu, jak odebrała jego słowa, co z wypowiedzi chorego wydaje się dla niej najistotniejsze. Rozmawiając z pacjentem, należy unikać wrażenia przesłuchania i nie wdawać się w nic niewnoszącą dyskusję, która miałaby na celu np. odtworzenie realnej sytuacji na oddziale (chory może ją inaczej odbierać). Ta technika pozwala także na wzmocnienie zaufania między osobą pomagającą a pacjentem, a także nadaniu konkretności treściom nieprecyzyjnym.

### **Eksploracja**

Technika pozwalająca na głębsze rozważania nad problemami pacjenta, należy do grupy zachowań pogłębiających komunikację.

### **Odzwierciedlenie**

Jest dowodem równorzędnego traktowania chorego jako partnera. Kierowanie zwrotne do pacjenta jego pytań czy pragnień stanowi wyraz aktywnego słuchania. Technika ta skłania podopiecznego do zastanowienia się nad swoimi przemyśleniami i opiniami.

### **Informowanie**

To przekazywanie istotnych dla pacjenta wiadomości odnośnie do jego stanu, stosowanych interwencji pielęgniarskich i metod leczenia. Powstrzymanie się od udzielania informacji, jej fragmentaryczność lub zbywanie pacjenta ogólnikami powoduje u niego nasilenie się lęku i obawy o własne zdrowie. Wyjaśnianie pacjentowi wątpliwości niesie ze sobą wiele korzyści. Zmniejsza niepokój, zagubienie, niepewność i buduje poczucie bezpieczeństwa. Należy pamiętać, że każdy z nas posługuje się kodem w rozmowie, co może być niejednokrotnie przyczyną nieporozumień. Dlatego wyjaśnianie i uzgadnianie pozwalają na jednakowe zrozumienie kodów.

### **Modelowanie**

To uwidocznienie zachowań poprzez komentarz słowny. Chory, zachęcony do opisu swojego obecnego stanu, przekazuje wyczerpujące informacje na temat doznawanych emocji. Posługiwanie się przenośnią przez podopiecznego pozwala na zobrazowanie, jaki nastrój mu towarzyszy.

### **Poświadczenie**

Stanowi wyraz aktywnego słuchania, pozwala na podtrzymanie rozmowy i sprawdzenie przez pacjenta, jak wypowiedziane przez niego treści zostały przez personel zrozumiane. Umożliwia jednocześnie przerehabilitację wypowiedzi, jeśli został źle zrozumiany.

### **Urealnianie i słowne wyrażanie wątpliwości**

Techniki należące do zachowań konfrontujących z rzeczywistością. Urealnianie ma na celu przekazanie przez osobę pomagającą jej punktu widzenia na temat otaczającej rzeczywistości. Opinia wyrażana przez nią jest inna niż podopiecznego, jednak nie nosi ona znamion oskarżenia wobec pacjenta, ani nie ma na celu przekonania rozmówcy do racji osoby pomagającej. Poprzez słowne wyrażanie wątpliwości osoba pomagająca może zakomunikować odmienny punkt widzenia, jednocześnie akceptując poglądy pacjenta.

### **Aktywne słuchanie**

Komunikowanie terapeutyczne, powinno opierać się na aktywnym słuchaniu. Słuchając aktywnie, osoba pomagająca jest w stanie odtworzyć ton, tempo wypowiedzi, a także ładunek emocjonalny, ponieważ skupiona jest na wszystkich ekspresjach obecnych w zachowaniu pacjenta. Stanowić to może bardzo ważną wartość diagnostyczną. Takie czynne słuchanie wymaga cierpliwości, samodyscypliny. Słuchanie umacnia przekonanie pacjenta, że nie jest traktowany jako kolejny przypadek kliniczny, tylko jako indywidualność. Wymaga od osoby pomagającej ciągłego monitorowania sytuacji, maksymalnej koncentracji i energii, które widoczne są w obiektywności, ocenie wzajemnych skutków rozmowy (lub rezygnacji z niej) i eliminacji dźwięków z otoczenia (telefon, telewizor).

### **Zachęcanie do opisu przeżyć**

Polega na zachęceniu pacjenta do bliższego omówienia własnego rozumienia, spostrzegania samego siebie i otaczającej rzeczywistości.

### **Parafrazowanie**

Prostsza technika zbliżona do klaryfikacji, polegająca na powtarzaniu za pacjentem niektórych, istotnych elementów jego wypowiedzi.

**Specyfika komunikowania się z osobą starszą** powinna uwzględniać: ogólne zasady komunikacji werbalnej i niewerbalnej oraz zmiany inwolucyjne, chorobowe, zachodzące w psychice starszego człowieka. Należy zwrócić szczególną uwagę na: upośledzenie słuchu i wzroku, zaburzenia mowy, pamięci, orientacji. Umiejętność słuchania i okazywanie zainteresowania wypowiedziami starszego człowieka poprzez zachowania niewerbalne powoduje, że osoba komunikująca się z nim ma możliwość odebrania całości przekazu. Wyrażanie emocji świadczy o jej otwartości w stosunku do niej i kontakcie empatycznym.

**W komunikacji z dzieckiem i młodzieżą** należy wziąć pod uwagę wiek dziecka, który nie zawsze świadczy o jego możliwościach umysłowych, oraz stopień zainteresowania. W relacji z dzieckiem bardzo ważnymi elementami są troska, akceptacja oraz umiejętne reagowanie na bieżące sytuacje. W komunikacji pozawerbalnej ogromne znaczenie ma dotyk, przy czym niejednokrotnie, aby dziecko się uspokoiło, przestało bać się lub płakać, wystarczy tylko dotknięcie, przytulenie, pogłaskanie. Komunikacja z dzieckiem, nastolatkiem odbywa się często w obecności rodzica/opiekuna.

## MODUŁ III. OCHRONA ZDROWIA PSYCHICZNEGO

**Cel modułu:** Przygotowanie pielęgniarki do podejmowania działań związanych z promocją i profilaktyką w zakresie zdrowia psychicznego.

Obecne dane i przewidywania odnośnie dobrostanu psychicznego ukazują, że zaburzenia zdrowia psychicznego są ważnym i stale rosnącym problemem na całym świecie. W ostatnich latach niewątpliwym czynnikiem mającym wpływ na stan zdrowia psychicznego społeczeństwa jest pandemia COVID-19. W związku z tym trudności w pojmowaniu i definiowaniu zdrowia psychicznego pogłębiają się.

Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (American Psychiatric Association – APA) uznaje, że zdrowie psychiczne to jednocześnie sukcesy w pracy, miłości i twórczości połączone ze zdolnością do dojrzałego i elastycznego rozwiązywania konfliktów między instynktami, sumieniem, bliskimi osobami i rzeczywistością.

Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization – WHO) ujmuje zdrowie psychiczne w dwóch wymiarach:

- **pozytywne zdrowie psychiczne** – to dobrostan jednostki i takie zasoby, które umożliwiają radzenie sobie z trudnościami i unikanie załamania stanu zdrowia; przykładowe zmienne charakteryzujące ten wymiar to wysoka samoocena, poczucie panowania nad sytuacją (mastery), optymizm, poczucie koherencji, poczucie skuteczności, odporność (hardiness);
- **negatywne zdrowie psychiczne** – wiąże się z objawami negatywnymi określanymi jako psychologiczny dystres i występowaniem zaburzeń psychicznych (zgodnie z obowiązującymi klasyfikacjami).

Zdrowie psychiczne oznacza zdolność do samorealizacji, łatwość w nawiązywaniu relacji z innymi ludźmi, zaangażowanie w życie społeczności i produktywność w pracy. Zdrowa psychicznie osoba jest również w stanie poradzić sobie z normalnym napięciem, smutkiem i kłopotami życiowymi. Na poczucie zdrowia psychicznego wpływa wiele czynników, w tym:

- predyspozycja genetyczna;
- pochodzenie społeczno-ekonomiczne;
- doświadczenia z dzieciństwa;
- przewlekłe schorzenia;
- obecność alkoholu lub narkotyków;
- sieci społeczne.

Już przed pandemią COVID-19 stan zdrowia psychicznego ludności w Europie był powodem do niepokoju. W specjalnym rozdziale sprawozdania „Zdrowie i opieka zdrowotna w zarysie: Europa 2018” podkreślono, że problemy ze zdrowiem psychicznym dotyczą około 84 mln osób w całej Unii Europejskiej. Pandemia przyniosła strach i poczucie braku bezpieczeństwa, wpędziła w izolację, spowodowała utratę dochodów i śmierć bliskich osób. Problemy ze zdrowiem psychicznym uległy przez to zaostrzeniu.

Profilaktyka w zakresie zdrowia psychicznego obejmuje:

- upowszechnianie zasad ochrony zdrowia psychicznego w pracy, szkołach i innych placówkach oświatowych, instytucjach opiekuńczo-wychowawczych, resocjalizacyjnych oraz w jednostkach wojskowych;
- tworzenie placówek ukierunkowanych na działania zapobiegawcze, takich jak: poradnie zdrowia psychicznego czy poradnie psychologiczne;
- wspieranie grup samopomocy i innych inicjatyw społecznych związanych z umacnianiem zdrowia psychicznego;
- wdrażanie i rozwijanie działalności psychoprofilaktycznej;
- wprowadzanie zagadnień ochrony zdrowia psychicznego do programu przygotowania zawodowego osób zajmujących się wychowaniem, nauczaniem, resocjalizacją, leczeniem, opieką, zarządzaniem, organizacją pracy oraz organizacją wypoczynku;
- inicjowanie badań naukowych służących umacnianiu zdrowia psychicznego i zapobieganiu zaburzeniom psychicznym;
- uwzględnianie zagadnień zdrowia psychicznego w działalności publicznych środków masowego przekazu.



Czynniki chroniące to wszystkie elementy osłabiające oddziaływanie czynników ryzyka, zwiększające „odporność” jednostki, które można pogrupować w czynniki związane z:

- jednostką: angażowanie się w działania prospołeczne, jasne standardy etyczne, pozytywny obraz siebie, negatywne postawy wobec zachowań ryzykownych;
- rodziną: silne więzi rodzinne, jasne standardy zachowań, poczucie zaufania w rodzinie, kontrola rodzicielska, zaangażowanie rodziców w życie dziecka;
- grupą rówieśniczą: pozostawanie w grupie rówieśniczej prowadzącej społecznie akceptowany styl życia, istnienie pozytywnej presji rówieśniczej;
- szkołą: angażowanie się w szkolne działania prospołeczne, troska i wsparcie ze strony nauczycieli, pozytywny klimat szkoły, więzi z nauczycielami, promowanie osiągnięć szkolnych;
- lokalną społecznością: działania na rzecz lokalnej społeczności, niska dostępność środków psychoaktywnych, system wsparcia w lokalnej społeczności, kontrola sąsiedzka, wysoka świadomość i zaangażowanie społeczne.

W Polsce zrealizowano dwa Narodowe Programy Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP), na lata 2011–2016 i 2017–2022 oraz przedstawiono projekt NPOZP na lata 2023–2030.

Głównymi celami NPOZP są:

- zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi kompleksowej, wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym;
- kształtowanie wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych, w szczególności zrozumienia, tolerancji, życzliwości, a także przeciwdziałania ich dyskryminacji.

Kolejnym dokumentem obejmującym swym zakresem ochronę zdrowia psychicznego jest Narodowy Program Zdrowia (dalej: NPZ) na lata 2021–2025. Celem strategicznym NPZ jest zwiększenie liczby lat przeżytych w zdrowiu oraz zmniejszenie społecznych nierówności w zdrowiu. Cele operacyjne NPZ obejmują również promocję zdrowia psychicznego (cel operacyjny 3). W ramach celu operacyjnego 3 – w części „Zapobieganie Zachowaniom Samobójczym” zaproponowany został katalog zadań z zakresu zapobiegania zachowaniom samobójczym, m.in.:

- rozwijanie odpowiedzialnej polityki informacyjnej na temat zachowań samobójczych oraz czynników ryzyka i czynników chroniących z nimi związanych;
- ograniczanie dostępu do metod dokonywania samobójstw w celu zmniejszenia liczby zachowań samobójczych we wszystkich grupach wiekowych;
- opracowanie, wdrażanie i ewaluacja programów profilaktyki uniwersalnej, wskazującej i selektywnej, ukierunkowanych na zapobieganie zachowaniom samobójczym, dostosowanych do potrzeb różnych populacji;
- zapewnienie dostępu do pomocy w kryzysie psychicznym przez dostęp do konsultacji za pośrednictwem narzędzi teleinformatycznych;
- opracowanie, aktualizacja, upowszechnianie i monitorowanie wdrażania standardów postępowania w przypadku ryzyka zachowań samobójczych skierowanych do adekwatnych grup osób i instytucji, w tym do pracowników ochrony zdrowia;
- rozwój kompetencji pracowników ochrony zdrowia w zakresie wczesnego wykrywania symptomów zachowań samobójczych oraz podejmowania interwencji wobec osób przejawiających zachowania samobójcze;
- prowadzenie działalności naukowo-badawczej, w tym prowadzenie badań ukierunkowanych na monitorowanie zachowań samobójczych w różnych populacjach.

**Kryzys psychiczny** – samotność, izolacja, uzależnienie, utrata pracy, brak perspektyw, epidemia COVID-19 to tylko niektóre sytuacje, które wywołują kryzys psychiczny. Osobowość i poziom jej dojrzałości ma wpływ na subiektywne postrzeganie danej osoby jako człowieka w kryzysie. I to postrzeganie danej osoby oraz jej reakcja emocjonalna, a nie tylko sytuacja czy wydarzenie, stanowi początek dalszych zachowań. Bowiem nawet błahe codzienne wydarzenie dla niektórych osób wywoła stan wewnętrznej nierównowagi i poczucie utraty kontroli nad sytuacją, z jednoczesnym brakiem planu rozwiązania sytuacji. Kryzys również pozwala wzmocnić człowieka, być przełomem w życiu i odkryć jego sens.

Richard Lazarus wskazywał dwa style radzenia sobie:

- ukierunkowanie na zadanie, na rozwiązanie problemu;
- radzenie sobie skoncentrowane na obniżeniu napięcia emocjonalnego.

Parker i Endler wyróżnili trzy style radzenia sobie z kryzysem:

- styl skoncentrowany na zadaniu (SSZ);
- styl skoncentrowany na emocjach (SSE);
- styl skoncentrowany na unikaniu (SSU).

**Celem interwencji kryzysowej** jest pomoc i zachęta do przezwyciężania trudności. To przywrócenie równowagi psychicznej i umiejętności samodzielnego radzenia sobie, zapobieganie przejścia w stan chronicznej niewydolności psychospołecznej. Interwencja kryzysowa zawiera różne formy pomocy, a zwłaszcza: psychologiczną, medyczną, socjalną, prawną. Idea interwencji kryzysowej to natychmiastowa pomoc uniemożliwiająca rozwinięcie się niekorzystnych skutków psychospołecznych dla jednostki lub grupy społecznej, w sytuacji trudnej, wymagającej nowych form funkcjonowania indywidualnego i społecznego.

**Ośrodek interwencji kryzysowej lub punkt interwencji kryzysowej** – jednostka organizacyjna pomocy społecznej realizująca zadania z zakresu interwencji kryzysowej, tj. świadczenie osobom i rodzinom będącym w stanie kryzysu, dotkniętym przemocą lub znajdującym się w innej sytuacji kryzysowej, specjalistycznej pomocy psychologicznej, poradnictwa socjalnego, prawnego oraz schronienia do trzech miesięcy. Ośrodki interwencji kryzysowej mogą działać jako samodzielne jednostki lub mogą być umiejscowione w strukturach powiatowego centrum pomocy rodzinie.

Interwencja kryzysowa zaliczana jest do świadczeń niepieniężnych z pomocy społecznej. Wsparcia w ramach interwencji kryzysowej udziela się niezależnie od posiadanego dochodu osoby i rodziny potrzebującej. Prawo do świadczeń w formie interwencji kryzysowej i schronienia przysługuje również cudzoziemcom przebywającym na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie zezwolenia na pobyt czasowy dla ofiar handlu ludźmi lub na podstawie zaświadczenia potwierdzającego istnienie domniemania, że są ofiarami handlu ludźmi. W Polsce funkcjonuje obecnie około 170 ośrodków oraz 87 punktów interwencji kryzysowej (dane na 31.12.2020).

#### **Promocja i profilaktyka zdrowia psychicznego**

**Profilaktyka pierwotna pierwszorzędowa** – działanie w celu uniknięcia lub usunięcia problemu zdrowotnego osoby lub populacji. W ramach działań w tej fazie ma miejsce wzmocnienie psychologicznych umiejętności człowieka przez treningi pomagające radzić sobie ze stresem i problemami oraz ćwiczenia umiejętności społecznych, takich jak: wyrażanie uczuć i poglądów, reakcje asertywne, konwersacja, negocjacje, zachowania niewerbalne itp.

**Profilaktyka wtórna drugorzędowa** – działanie w celu wykrycia problemu zdrowotnego jednostki lub populacji na wczesnym etapie, ma zastosowanie w przypadku wczesnego wykrycia zaburzeń psychicznych, powstrzymanie rozwoju zaburzeń i skrócenie czasu ich trwania.

**Profilaktyka trzeciorzędowa** – działanie w celu zmniejszenia przewlekłych efektów problemu zdrowotnego u osoby lub populacji.

**Profilaktyka czwartorzędowa** – działanie w celu identyfikacji pacjentów zagrożonych nadmierną medykacją, zapobiegania skutkom przebytej choroby i hospitalizacji oraz przeciwdziałania nawrotom.

#### **Mobbing i wypalenie zawodowe**

Słowo *mobbing* ma źródło w angielskim wyrazie *mob*, który znaczy: tłum, motłoch, mafia. Czasownik tego słowa *to mob*, znaczy napadać na kogoś, pastwić się, zaczepiać, prześladować, szykanować. Nie istnieje jedna wspólna definicja mobbingu, jednakże uznaje się, że mobbing jest celowym zachowaniem, skupionym na skrzywdzeniu drugiego człowieka i osłabieniu jego godności.

W środowisku pracy pielęgniarek psychiatrycznych istnieje wiele specyficznych czynników, które są źródłem stresu, np.: nieprzewidywalność oraz gwałtowność zachowań pacjenta, agresja pacjenta, niewłaściwy przepływ informacji w zespole, które rzutują na pojawienie się zjawiska wypalenia zawodowego u pielęgniarek. Pojęcie *burnout syndrome* – określane jako zespół wypalenia zawodowego jako pierwszy wprowadził w 1974 roku Herbert J. Freudenberger. Wypracowany dwa lata później przez Cristinę Maslach model wypalenia zawodowego jest wielowymiarowy i uwzględnia trzy podstawowe wymiary:

- emocjonalne wyczerpanie;
- depersonalizację;
- obniżone zadowolenie z osiągnięć zawodowych.

Zgodnie z założeniami Schaufeliego i Enzmanna skuteczne przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu powinno przebiegać równolegle na trzech płaszczyznach:

- indywidualnej – budowanie i wspomaganie właściwych indywidualnych reakcji na czynniki stresujące, np. promowanie zdrowego stylu życia, rozwijanie własnej osobowości, stosowanie technik relaksacji;
- indywidualno-instytucjonalnej – zwiększanie odporności na stresory występujące w środowisku pracy, m.in. nauka radzenia sobie ze stresem, zwiększenie świadomości na temat własnych możliwości, ustalenie priorytetów;
- instytucjonalnej – doskonalenie warunków pracy, np. zwiększanie kompetencji komunikacyjnych, zapobieganie konfliktom, urlopy szkoleniowe, elastyczny czas pracy, sprawiedliwe zarządzanie.

## MODUŁ IV.

# KLINIKA WYBRANYCH ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH I METODY ICH LECZENIA ORAZ OPIEKA PIELĘGNIARSKA NAD PACJENTAMI Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI

**Cel modułu:** Uzupelnienie wiedzy z zakresu psychiatrii klinicznej i opieki pielęgniarskiej nad chorym psychicznie z uwzględnieniem aktualnie obowiązujących metod leczenia.

### Psychopatologia ogólna:

#### Zaburzenia spostrzegania

**Złudzenia patologiczne** – są to zniekształcenia spostrzeżenia, których chory nie koryguje mimo dowodów błędności. Mogą wynikać z zaburzeń spostrzegania lub mogą wiązać się z urojeniami czy też ze złudzeniami fizjologicznymi i ich urojeniową interpretacją.

**Omamy (halucynacje)** – są to zaburzenia spostrzegania charakteryzujące się tym, że:

- są to spostrzeżenia (wrażenia) powstające bez bodźców działających z zewnątrz;
- są rzutowane na zewnątrz;
- towarzyszy im poczucie realności – chory wypowiada mylny sąd realizujący.

Podział ze względu na stopień złożoności obejmuje omamy:

- elementarne – są to doznania typu wrażeń – błyski migotania, pojedyncze dźwięki;
- proste – spostrzeżenia dotyczące jednego analizatora, np.: wzroku – widzi postacie;
- złożone – dotyczące więcej niż jednego analizatora (synestetyczne).

Podział ze względu na modalność obejmuje:

- **wzrokowe** – mogą mieć cechy wrażeń, błyski, plamki itp. Mogą układać się w filmy, mogą mieć różną wyrazistość, barwę, mogą być ruchome lub statyczne (schizofrenia). Ruchliwe, barwne, sceniczne omamy występują przy jakościowych zaburzeniach świadomości (zespół majaczeniowy). W majaczeniu drzennym chory widzi małe zwierzęta (myszy, szczury, owady), rzadziej większe zwierzęta czy ludzi, w majaczeniu kokainowym widzi bardzo małe zwierzęta (wszy, pchły), co zwykle skojarzone jest z omamami czuciowymi (uczuciem gryzienia). Czasami występuje objaw sobowótora – chory dostrzega swoją postać obok siebie (schizofrenia, zaburzenia świadomości). Aby wywołać omamy wzrokowe, w majaczeniu można nacisnąć gałki oczne – tzw. sposób Lipmanna (nie polecane z uwagi na ryzyko uszkodzenia gałki ocznej) lub podać czystą kartkę papieru pacjentowi z majaczeniem i polecić, by ją przeczytał – zwykle pacjenci czytają nieistniejące napisy – objaw „czystej kartki”;
- **słuchowe** – mogą to być wrażenia lub spostrzeżenia (głosy, śpiewy itp.), słyszenie dźwięków harmonicznym, o różnej intensywności. Omamy zawierające nakazy, zakazy, polecenia to omamy imperatywne, które mogą pchnąć chorego do czynów skierowanych przeciwko otoczeniu i sobie. Czasem chory odróżnia omamy od innych dźwięków;
- **smakowe** – zwykle łączą się z innymi omamami zwłaszcza węchowymi i czucia ustrojowego. Często potwierdzają urojenia prześladowcze (zatrufania);
- **węchowe** – występują często z poprzednimi i są z reguły przykre (zapach gazu, zgnilizny), czasem są to zapachy niezwykle lub podniecające;
- **dotykowe lub czuciowe** – odczuwanie doznań z powierzchni skóry, czasem może to być świad, ogrzewanie lub oziębianie skóry, poruszanie się robaków pod skórą;
- **czucia ustrojowego albo ruchowo-czuciowe** – doznania napływające z narządów wewnętrznych, często płciowych, którym mogą towarzyszyć wytrysk, samogwałt, ruchy biodrami. Chory czuje np.: ściskanie mózgu, żołądka, wysysanie płuc, gwałcenie.

**Omamy rzekome** (pseudohalucynacje) są to spostrzeżenia powstające bez bodźców działających z zewnątrz nie mające cech obiektywnej podmiotowej rzeczywistości, lecz cechy wyobrażeń zlokalizowanych w przestrzeni wewnętrznej, odczuwane są jako obce, narzucone z zewnątrz doznania. Mają najczęściej charakter wzrokowy typu wyobrażeń (widzenie oczami wyobraźni) lub słuchowy (ugłośnienie własnych myśli). Chory słyszy wbrew

swojej woli myśli, przekleństwa, oderwane słowa, zarzuty itp. Do chorych przemawia np.: głos sumienia. Do omamów rzekomych można też zaliczyć tzw. omamy poza polem, których przedmiot chory umiejscawia poza aktualnie dostępnym mu polem obserwacji danym zmysłem, np.: wzrokowym (np. z tyłu głowy, za ścianą) czy słuchowym (np. rozmowa słyszana w odległym o kilometr urzędzie).

**Halucynoidy** są to wrażenia lub spostrzeżenia powstające bez bodźców działających z zewnątrz, doznania te chory ocenia krytycznie.

### **Zaburzenia myślenia**

Zaburzenia treści myślenia niepsychotyczne to:

**Idee nadwartościowe** – przekonania, które człowiek uważa za szczególnie ważne, słuszne, z którymi jest związany emocjonalnie. Przywiązywanie szczególnej wagi do pewnych dążeń, planów życiowych, celów i ich realizacji – „myśli nadwartościowe”. Nie zawsze zawierają sądy fałszywe, nie są całkiem niedostępne perswazji krytycznej.

**Natręctwa** – myśli i wyobrażenia uporczywie narzucające się lub czynności ruchowe wielokrotnie wykonywane, mimo przeświadczenia o ich niedorzeczności. Podlegają ocenie krytycznej. Zaprzestanie czynności, odsuwanie ich od siebie kończy się zwykle niepowodzeniem:

- natrętne myśli – uporczywie powtarzające się wątpliwości;
- natrętne wyobrażenia – np. scen erotycznych przy patrzeniu na obrazy świętych;
- natrętne czynności – czasami przyjmują postać rytuału, szczególnie przy myciu rąk (ablutomania).

Zaburzenia treści myślenia psychotyczne to:

**Urojenia** – fałszywe sądy, które chory wypowiada z głębokim przekonaniem o ich prawdziwości, których pacjent nie koryguje, mimo oczywistych dowodów błędności.

Podział urojeń według treści:

- **prześladowcze** – przeświadczenie chorego, że jest prześladowany (przez ludzi, siły nadprzyrodzone);
- **zazdrości** – urojeniowa forma interpretacji drobnych zdarzeń codziennych, odczytywanych jako dowody zdrady;
- **hipochondryczne** – nieuzasadnione przeświadczenie o chorobie niszczącej organizm;
- **urojenia zniekształcenia ciała, często twarzy** – uważanie twarzy za zniekształconą, odrażającą;
- **grzeszności i winy** – przypisywanie sobie przestępstw i zbrodni, za które, ku przygnębieniu chorego, muszą pokutować niewinni;
- **depresyjne**: poniżenia, upośledzenia, zubożenia, nicości (nihilistyczne). W zespole Cotarda – urojenia nihilistyczne o skrajnie absurdalnej, rozbudowanej treści (rozpad ciała, utrata materialności, bycie nicością oraz urojenia wiecznego potępienia);
- **wielkościowe** – dotyczą cech chorego wyróżniających go w jego mniemaniu ponad przeciętność;
- **odnoszące (ksobne)** – chory odnosi do siebie wydarzenia odgrywane wokół niego (milknięcie ludzi w sklepie, gdy wchodzi, aluzje do siebie w radio czy TV itp.);
- **oddziaływania** – przeświadczenie chorego, że na jego umysł lub ciało ktoś oddziałuje (bezpośrednio lub za pomocą skomplikowanych urządzeń);
- **owładnięcia** – poczucie działania siły, często wewnętrzne poczucie bycia nią owładniętym; myśli nie są swobodne, tylko narzucane, wyobrażenia nasuwają się uparcie i automatycznie (objaw automatyzmu psychicznego).

Podział urojeń według budowy:

- **paranoiczne** – usystematyzowane, tworzące pewien system dotyczący konkretnej sprawy; urojenia powiązane, pozornie logiczne, wykazujące wewnętrzną spójność;
- **paranoidalne** – nieusystematyzowane, bez wyraźnej budowy, luźno powiązane;
- **niespójne** – inkoherentne, o zmiennej treści, absurdalne.

### **Automatyzm psychiczny**

- automatyzm ruchowy – wykonywanie pewnych czynności (poruszanie kończynami, uderzanie pięścią), odczuwanych jako obce, niezależne, przebiegające wbrew choremu, przymusowe;
- napór obcych myśli (mantyzm) – myśli traktowane są jako własne, choć przykre i niepotrzebne. Występuje w schizofrenii.

Zaburzenia toku myślenia to:

**Przyspieszenie toku myślenia** – do gonytwy myślowej włącznie, która charakteryzuje się słowotokiem, spłyceciem poznawania rzeczywistości.

**Spowolnienie myślenia**

**Zahamowanie myślenia** – zatrzymanie wolno przesuwanego się wątku myślowego z towarzyszącym poczuciem smutku oraz spowolnieniem lub zahamowaniem ruchowym.

**Zatamowanie** – nagłe przerwanie toku myślenia dotąd płynnego, pozostaje luka po urwanej myśli.

**Rozkojarzenie** – dysocjacja myślenia, brak logicznego związku między poszczególnymi dłuższymi fragmentami wypowiedzi lub zdaniem.

**Splątanie toku myślenia** – rozerwanie związków myślowych, skojarzenia powierzchowne, przypadkowe, przyspieszony bieg myśli.

**Lepkość myślenia** – wiskotyczność, przywiązanie do jednego tematu (podawanie dużej liczby szczegółów nieważnych, zacierających istotę rzeczy).

**Rozwlekłość myślenia** – wprowadzanie wątków ubocznych, oddalających od tematu zasadniczego.

## Zaburzenia nastroju

**Obniżenie nastroju** – utrzymujący się ujemny ton emocjonalny i ujemne zabarwienie uczuciowe wszystkich przeżyć, co chory opisywać może bardzo różnorodnie, np. jako: smutek, przygnębienie, rozpacz, złe samopoczucie, cierpienie, brak radości, brak zadowolenia, martwienie się, nieszczęśliwość, bezradność, bezsilność, niemoc, niemożność, beznadziejność, zniechęcenie, żal, rozżalenie, ból istnienia, pragnienie śmierci. Rozróżniamy trzy typy obniżenia nastroju:

- **nastrój depresyjny** – obniżenie nastroju wyróżnia się tu wyraźnym tonem rozpacz, smutku, przygnębienia, niemożności i bezsilności, niezdolności do odczuwania radości i przyjemności. Towarzyszące temu przeżywaniu przekonania skłaniają chorego do podkreślania: (a) niskiej samooceny, (b) niskiej oceny własnej przeszłości, (c) niskiej oceny przyszłości. Nastrój depresyjny cechuje pewna bezwładność, wolne narastanie i ustępowanie, słaba reaktywność (tj. mała zależność od okoliczności zewnętrznych);
- **nastrój depresyjno-dysforyczny (dysforyczny)** – w obniżeniu nastroju zaakcentowany jest ton żalu, rozżalenia, nieszczęśliwości, zniechęcenia, rozdrażnienia, a nawet złości, cechuje się zwykle pewną gwałtownością, zmiennością i znaczną reaktywnością;
- **nastrój dystymiczny** – określenie nastroju wskazujące na złe samopoczucie z zahamowaniem myślenia, pobudliwością i lękliwością oraz hipochondrycznym poczuciem wyczerpania i dolegliwości cielesnych.

**Podwyższenie nastroju** – cechuje się wybitnie dodatnim tonem i zabarwieniem emocjonalnym wszystkich przeżyć, które chory opisuje jako radość, wesołość, szczęście, uniesienie, entuzjazm, poczucie mocy, energii. Można odróżnić kilka typów podwyższonego nastroju:

- **nastrój maniakalny** – cechuje się względnie równomiernym wzmożeniem podwyższonego nastroju, z odczuciami uniesienia, radości o dość ekspansywnym, dłużej utrzymującym się charakterze;
- **nastrój euforyczny** – to dość płytkie wzmożenie nastroju, z dominowaniem wesołości, pogody ducha, szczęścia, samozadowolenia – wyrażanych w zachowaniu skłonnością do żartowania, bagatelizowania trudności i przeciwności;
- **nastrój moriatyczny** – odmiana euforii ze szczególnie nasiloną, lecz pustą wesołkowatością i tendencją do dowcipkowania, błaznowania i niewyrafinowanych żartów – uważany za charakterystyczny dla uszkodzenia części oczodołowej płatów czołowych;
- **nastrój ekstatyczny** – wzmożenie nastroju z charakterystycznym odcieniem ekstazy, odczucia podniosłości sytuacji i wydarzeń oraz własnego w nich udziału, poczucie niezwykłego uniesienia, wyróżnienia, znaczenia, z przekonaniem o nadzwyczajnej doniosłości własnej pozycji, roli, tożsamości.

## **Zaburzenia aktywności i działań ruchowych**

### **Zaburzenia aktywności:**

- **obniżenie aktywności** – zespół apatyczno-abuliczny – nikła aktywność (napęd), zubożenie;
- **podwyższenie aktywności** – charakterystyczne dla płytkich stanów hipomaniakalnych, bezładny niepokój
- **ambitendencja** – sprzeczne dążenia.

### **Zaburzenia ruchu:**

- **spowolnienie lub zahamowanie** znamienne dla zespołu depresyjnego (czasami z niepokojem ruchowym), osłupienie depresyjne, mogą występować w przebiegu schizofrenii:
  - **osłupienie katatoniczne** – ustępuje w ciągu kilku godzin, czasami – zryw ruchowy, czyli bezładna ucieczka z oznakami strachu, agresywnymi czynami, wybuchem gniewu,
  - **osłupienie efektoryczne (sztywność)** – pozostawanie w bezruchu, giętkość woskowa – elastyczny opór przy zginaniu biernym, po którego pokonaniu kończyna utrzymuje się w nadanej pozycji; giętkość rzekomowoskowa – kończyna stosunkowo szybko wraca do poprzedniej pozycji; negatywizm czynny – aktywne przeciwstawianie się (prosimy o otwarcie oczu, a chory je zamyka),
  - **osłupienie receptoryczne (onejroidalne, wiotkie)** – spowolnienie nie osiąga zahamowania, następuje zmiana pozycji, wolne poruszanie się; negatywizm bierny – chory nie wypełnia kierowanych do niego poleceń, przeciwstawia się zmianie położenia ciała;
- **stereotypie ruchowe** – wielokrotne, monotonne wykonywanie takich samych czynności ruchowych (np. kołysanie się):
  - echopraksja – naśladowanie ruchów,
  - echomimia – naśladowanie mimiki,
  - echolalia – powtarzanie słów i zdań wypowiedzianych przez innych;
- **zmanierowanie ruchowe** – typowe dla schizofrenii, wykonywanie dziwacznych czynności ruchowych;
- **natręctwa ruchowe**;
- **pobudzenie ruchowe** – stopniowo narastające szybkie ruchy wykonywane jedne po drugich, połączone z mimiką i żywą gestykulacją:
  - niepokój ruchowy i słowny, np. w depresji,
  - podniecenie katatoniczne – dążenie do chaotycznych wyładowań ruchowych.
  - zaburzenia działań popędowych:
    - zaburzenia popędu samozachowawczego – tendencje i zamachy samobójcze, samookaleczenie,
    - zaburzenia popędu płciowego – obniżenie, wzmożenie, zmiana ukierunkowania i sposobu zaspokajania potrzeb,
    - zaburzenia popędu do odżywiania się – anoreksja, paroreksja, bulimia,
    - zaburzenia popędu do snu,
    - działania impulsywne: popęd do podpalania, wędrowania, kradzieży;
- **paragnomen** – działanie wbrew oczekiwaniu.

## **Problem samobójstw w psychiatrii:**

**Samobójstwo** jest celowym działaniem, zagrażającym życiu, podejmowanym samodzielnie przez osobę, przewidującą jego skutek, czyli śmierć.

**Myśli samobójcze** – przemyślenia i fantazje dotyczące odebrania sobie życia, pragnienia, a nawet impulsy do ich realizacji.

**Zachowania samobójcze** to wypowiedzianie gróźb samobójczych, tworzenie określonych planów samobójczych, usiłowanie samobójstwa (próba samobójcza) bądź jego dokonanie.

**Tendencje samobójcze** to planowanie własnej śmierci, czyli wybieranie czasu, miejsca, techniki, narzędzi oraz okoliczności do realizacji myśli samobójczych. Stwierdzenie ich wskazuje na duże ryzyko popełnienia samobójstwa.

**Próba samobójcza** to działanie podjęte z intencją odebrania sobie życia.

### **Typy samobójstw:**

- egoistyczne – osoba nie identyfikuje i nie integruje się z grupą;
- altruistyczne – jest to złożenie ofiary z siebie samego;
- anomiczne – związane z poczuciem odosobnienia, utraty kontaktu z normami i wartościami społecznymi.

### Czynniki ryzyka:

- płeć męska;
- depresja i inne zaburzenia psychiczne;
- osamotnienie;
- uzależnienie od środków psychoaktywnych;
- poważne choroby somatyczne;
- nasilony lęk;
- impulsywność;
- utrata pracy;
- brak wsparcia społecznego;
- wcześniejsze traumatyczne wydarzenia;
- trudna sytuacja osobista i finansowa;
- utrudniony dostęp do usług medycznych;
- łatwy dostęp do leków, innych nielegalnych substancji;
- problemy z prawem;
- samobójstwa w rodzinie.

**Zespół presuicydalny** – stan psychiczny osoby, który poprzedza dokonanie samobójstwa. Pacjent ma poczucie sytuacji bez wyjścia, może zbierać leki, pisać testament i listy pożegnalne, towarzyszą mu fantazje dotyczące śmierci i pogrzebu, izoluje się od otoczenia, ma poczucie, że wszystkim będzie lepiej bez niego, ma postawę rezygnacyjną, planuje odebranie sobie życia.

**Metody samobójstw:** powieszenie się, przyjęcie nadmiernej ilości leków, podcięcie żył, samookaleczenia, utopienie się, rzucenie się pod pociąg, skok z wysokości, otrucie się gazem, zażycie trucizny, użycie broni palnej.

**Doraźna interwencja psychologiczna:** głównym celem jest udaremnienie samobójstwa oraz:

- stworzenie atmosfery zaufania i zrozumienia;
- omówienie i złagodzenie bólu;
- przywracanie nadziei;
- redukcja poczucia bezradności;
- praca z emocjami pacjenta w celu przywrócenia kontroli nad własnym życiem.

### Opieka pielęgniarska nad pacjentem po próbie samobójczej i z myślami suicydalnymi:

- zapewnienie bezpieczeństwa pacjentowi poprzez ścisłą obserwację, w kierunku myśli i/lub tendencji samobójczych, zwłaszcza w okresach pogorszenia samopoczucia, szczególnie we wczesnych godzinach rannych (3–5), w okresach nagłej poprawy nastroju, ale przy jednoczesnym utrzymywaniu się lęku oraz negatywnych myśli;
- odnotowanie w dokumentacji zakazu opuszczenia oddziału;
- usunięcie przedmiotów mogących stanowić zagrożenie dla zdrowia i życia;
- korzystanie w porze nocnej z tzw. nocnego oświetlenia w celu zapewnienia ciągłej, ścisłej obserwacji;
- zabezpieczenie leków własnych pacjenta;
- przechowywanie środków do utrzymania czystości i dezynfekcji w miejscu niedostępnym dla pacjenta;
- informacja dla odwiedzających o zakazie dostarczania przedmiotów ostrych, leków, alkoholu, środków odurzających;
- nadzór nad przyjmowaniem leków;
- stosowanie przymusu w sytuacji podyktowanej bezpieczeństwem pacjenta;
- okazywanie zrozumienia dla przeżyć pacjenta, zachęcanie do ich opisu, koncentrowanie się na mocnych stronach pacjenta;
- ocena nagłej poprawy stanu psychicznego mogącej świadczyć o decyzji podjęcia samobójstwa;
- dążenie do tego, by pacjent zgłaszał myśli i tendencje samobójcze – omawiać sposoby radzenia sobie z myślami samobójczymi poprzez np. odwracanie uwagi;
- edukowanie pacjenta w zakresie możliwości uzyskania pomocy profesjonalnej po opuszczeniu szpitala;



- inicjowanie indywidualnego kontaktu;
- zachowanie spokoju i opanowania, mówienie łagodnym i spokojnym tonem głosu;
- okazywanie szacunku i zapewnienie poczucia godności oraz przestrzeganie praw pacjenta;
- nieocenianie, unikanie sporów, nieokazywanie przewagi z racji zajmowanego miejsca w hierarchii zawodowej, koncentrowanie się na mocnych stronach pacjenta;
- wzbudzanie nadziei na przyszłość i określenie możliwego źródła wsparcia w sytuacji kryzysowej po wyjściu ze szpitala.

## **Metody leczenia w psychiatrii**

### **Farmakoterapia:**

Grupy leków stosowanych w psychiatrii:

#### **I. Leki psycholeptyczne (psycholeptyki):**

- leki przeciwpowieteczne (neuroleptyki klasyczne I generacji i atypowe II generacji), dawniej znane również pod nazwą „duże trankwilizery”;
- leki anksjolityczne (anksjolityki) – inaczej leki przeciwlękowe, dawniej znane również pod nazwą „małe trankwilizery”;
- leki normotymiczne;
- leki nasenne i leki uspokajające.

#### **II. Leki psychoanaleptyczne (psychoanaleptyki):**

- leki przeciwdepresyjne;
- leki psychostymulujące;
- leki nootropowe (prokognitywne) – wpływające na funkcje poznawcze.

#### **III. Leki przeciwparkinsonowskie (stosowane w chorobie Parkinsona).**

Głównym działaniem niepożądanym leków przeciwpowietecznych jest parkinsonowski zespół poneuroleptyczny. Starsze leki przeciwpowieteczne wywoływały też wiele ubocznych objawów wegetatywnych, jak suchość w jamie ustnej, zaburzenia akomodacji, nadmierna senność, zaburzenia czynności wątroby, zaburzenia funkcji seksualnych.

Udział pielęgniarki w procesie farmakoterapii to kształtowanie umiejętności aktywnego udziału pacjenta w przyjmowaniu leków. Pielęgniarka informuje pacjenta o celowości ich zażywania 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.

### **Leczenie elektrowstrząsami**

Głównym wskazaniem do ich zastosowania są: katatonia, ciężka depresja lub mania, psychoza lekooporna, psychozy w czasie ciąży. Przeciwwskazaniem względnym są: ciężka arytmia serca, znaczne naciśnienie i niedokrwienie mięśnia sercowego. Na wykonanie zabiegu wymagana jest pisemna zgoda pacjenta. Do kwalifikacji chorego do zabiegów EW wymagane jest wykonanie zapisów EKG, EEG, tomografii komputerowej głowy, konsultacja kardiologa i anestezjologa.

Leczenie to polega na wywołaniu uogólnionego napadu drgawkowego (skurcze mięśniowe, drgawki kloniczno-toniczne), przebiegającego z hipoksją (niedotlenieniem), zwiększeniem ciśnienia krwi i przyspieszeniem tętna oraz utratą świadomości.

### **Zadania pielęgniarskie**

Udział pielęgniarki w tej metodzie leczenia chorych to:

- odpowiednie przygotowanie chorego do zabiegu;
- właściwa opieka nad nim w trakcie zabiegu;
- opieka nad pacjentem po zabiegu.

Przed zabiegiem elektrowstrząsów pielęgniarka towarzyszy choremu podczas badania EEG, EKG, badania dna oka i innych, które się wykonuje. Informuje pacjenta, że po zabiegu będzie senny i powinien pozostać w łóżku przez ok. 2–3 godziny, upewnia się także, że uzyskano jego pisemną zgodę na zabieg.

W dniu zabiegu: chory pozostaje na czczo lub 3–4 godziny po lekkim posiłku, pielęgniarka usuwa spinki z włosów, mankietów, protezy zębowe, okulary, aparat słuchowy, broszki itp. Zwraca również uwagę, by przed zabiegiem chory oddał mocz.

Zarówno przed włączeniem prądu, jak i po zabiegu wskazane jest natlenienie chorego przez rurkę ustno-gardłową za pomocą ambu lub ambu z maską.

Opieka pielęgniarska nad pacjentem po zabiegu elektrowstrząsów polega na obserwacji stanu ogólnego pacjenta, dokonywania pomiarów RR, tętna, częstości oddechów, obserwacji zabarwienia skóry, dopilnowania, aby pacjent pozostał w łóżku.

### **Psychoterapia**

Psychoterapia jest metodą leczenia polegającą na celowym, świadomym i programowym oddziaływaniu na pacjenta technikami werbalnymi i niewerbalnymi, mającymi na celu usunięcie lub zmniejszenie występujących u niego objawów.

Formy psychoterapii (indywidualna, grupowa, systemowa), charakter (otwarta, zamknięta), typ: podtrzymująca, wglądowa.

Wiodące nurty w psychoterapii: psychoanaliza, podejście poznawczo-behawioralne, podejście humanistyczno-egzystencjalne, podejście systemowe.

### **Społeczność terapeutyczna**

W skład społeczności wchodzi pacjenci i cały personel.

Cele społeczności leczniczej:

- udział pacjentów w leczeniu i zarządzaniu organizacją oddziału;
- dostarczanie pacjentowi takich doświadczeń, aby mógł modyfikować i normalizować chorobliwe postawy i zachowania zarówno w szpitalu, jak i poza nim.

Formy pracy społeczności leczniczej:

**Zebrania społeczności oddziału** – organizują i prowadzą je pacjenci, również oni ustalają tematykę zebrań. Mogą być organizowane codziennie lub raz czy dwa razy w tygodniu. Personel uczestniczy w zebraniach na równych prawach z chorymi. Przedmiotem dyskusji mogą być różne sprawy i problemy zarówno zbiorowe, jak i indywidualne.

**Zebrania personelu** – odbywają się po zebraniu społeczności. Pracownicy oddziału (zespół terapeutyczny) analizują przebieg zebrania ogólnego, interpretują wypowiedzi i wydarzenia w grupie, oceniają dotychczasowy plan leczenia pacjentów i ustalają nowe wskazania.

Pielęgniarka pełni w społeczności terapeutycznej ważną rolę.

### **Terapia zajęciowa i arteterapia w psychiatrii:**

Jest jednym z elementów leczenia i readaptacji. Wpływa na chorego uspokajająco, mobilizująco i usprawniająco. Formy terapii zajęciowej to: terapia pracą, terapia ruchem, terapia rozrywką oraz formy pośrednie między psychoterapią a terapią zajęciową, takie jak: biblioterapia, choreoterapia czy muzykoterapia.

Cele terapii zajęciowej:

- odwrócenie uwagi od doznań chorobowych;
- neutralizowanie odepiającego działania nudy i beczynności;
- podtrzymywanie automatyzmów związanych z pracą;
- aktywizowanie chorych beczynnych;
- uspokajanie chorych podnieconych;
- zmniejszenie lub zniesienie negatywizmu;
- zmniejszenie nasilenia cech autystycznych;
- zmniejszenie napięcia w stanach depresyjnych i lękowych, łagodzenie niepokoju i wrogości;
- łagodzenie doznań hipochondrycznych;
- wprowadzenie poczucia realizmu i zachęcenie pacjenta do włączania się w układy socjalne;
- wzbogacenie życia emocjonalnego;
- usprawnienie analizy, syntezy, poprawa percepcji;

- ćwiczenie koncentracji, przerzutności i zakresu uwagi;
- korygowanie deficytów psychicznych przez wyrobienie zastępczych struktur psychicznych;
- podnoszenie w oczach pacjenta jego poczucia wartości (zaspokojenie potrzeby sukcesu, uznania);
- rozszerzenie kręgu zainteresowań;
- poprawa koordynacji psychomotorycznej;
- rozwój współpracy i poczucia odpowiedzialności – trening do życia w grupie;
- znaczne skrócenie okresu leczenia;
- szansa wyuczenia nowego zawodu u tych pacjentów, którzy stracili możliwość wykonywania dawnego.

Pielęgniarka współpracuje z instruktorem terapii zajęciowej. Przekazuje informacje na temat stanu chorego, jego zainteresowań i możliwości. Mobilizuje chorego do pracy.

## **Charakterystyka wybranych zaburzeń psychicznych dzieci i młodzieży**

### **Autyzm wczesnodziecięcy**

Całościowe zaburzenie rozwoju charakteryzuje się wystąpieniem przed ukończeniem trzeciego roku życia, nieprawidłowym rozwojem trzech sfer rozwojowych. Następuje zaburzenie rozwoju interakcji społecznych, komunikacji oraz różnorodności repertuaru zachowań. Z autyzmem może współistnieć niepełnosprawność intelektualna. Z reguły trudno jest jednoznacznie określić początek zaburzenia. Najczęściej ujawnia się w pierwszym roku życia dziecka.

Etiologia autyzmu nie jest w pełni znana. Podkreśla się czynniki biologiczne, w szczególności pewną skłonność genetyczną, uważa się, że mogą powodować go urazy okołoporodowe. Nie znaleziono jednoznacznych kryteriów patomorfologicznych u pacjentów chorujących na autyzm.

#### **Kryteria kliniczne:**

##### **Zaburzenia interakcji społecznych:**

- obojętne traktowanie uczuć innych ludzi lub niezdawanie sobie sprawy z ich obecności;
- unikanie kontaktów społecznych w sytuacjach bolesnych;
- brak naśladownictwa lub jego zaburzenie;
- unikanie zabaw grupowych, inne dzieci w zabawach są traktowane jak przedmioty;
- brak więzi emocjonalnych z rówieśnikami;
- nieumiejętność wcielania się w zabawach w role innych ludzi.

##### **Zaburzenia komunikacji:**

- brak komunikacji;
- zaburzenia komunikacji niewerbalnej, brak albo znaczne zubożenie;
- zaburzenia artykulacji mowy, np. zaburzenia w akcentowaniu;
- zaburzenia treści i formy mowy, np. agramatyzmy, stereotypie, persewercje;
- trudności lub brak umiejętności w inicjowaniu rozmowy i jej podtrzymywanie.

##### **Ograniczenie różnorodności zachowań złożonych:**

- stereotypowe ruchy ciała;
- uporczywe interesowanie się niektórymi elementami przedmiotów i używanie ich niezgodnie z ich przeznaczeniem;
- dokładne odtwarzanie tych samych czynności każdego dnia;
- ograniczenie zakresu zainteresowań;
- reagowanie lękiem i pobudzeniem na zmieniające się warunki otoczenia.

W leczeniu autyzmu dziecięcego należy uwzględnić wszystkie formy terapii, które poprawią funkcjonowanie chorego. Jedną z nich jest metoda holdingu, tzn. wymuszonego kontaktu, która opiera się na bliskim fizycznym kontakcie z matką, która pokonuje opór dziecka.

##### **Zalecenia w pracy i kontakcie z dzieckiem autystycznym:**

- nie zabraniać specyficznej zabawy, wręcz bawić się z dzieckiem;
- trenować jego pewne umiejętności, np. ubieranie się;
- nagradzać dziecko za każdą wykonaną czynność;
- stosować nakazy i zakazy;
- dużo mówić do dziecka, nie czekając na odpowiedź;

- nazywać jego stany emocjonalne, np. gniew, strach;
- pozwolić jeść rękami;
- pozwolić dziecku śpiewać;
- próbować brać na kolana twarzą w twarz;
- próbować przerwać złość.

### Zaburzenia hiperkinetyczne – ADHD

Zaburzenia występują stosunkowo wcześnie, są związane z nadmierną aktywnością i brakiem kontroli zachowania ze współistniejącym deficytem lub nadmierną męczliwością uwagi. Zazwyczaj zaczynają się w okresie przedszkolnym, prawie zawsze przed siódmym rokiem życia, nigdy nie ograniczają się tylko do konkretnych sytuacji, np. szkoły, czy też domu. Zespołowi temu towarzyszy pogorszenie sprawności czytania i wielokrotnie obniżenie wyników w nauce.

Etiologia nie jest w pełni znana. Podkreśla się czynniki biologiczne, w szczególności nieprawidłowe funkcjonowanie płata czołowego, tzw. mikrouszkodzenia mózgu okołoporodowe, czynnik genetyczny i dysfunkcję neuroprzekazników.

Występuje kilka z poniższych kryteriów i trwają one minimum sześć miesięcy:

- częste nerwowe ruchy rąk, nóg;
- trudności w usiedzeniu na miejscu;
- łatwe rozpraszanie się pod wpływem zewnętrznych bodźców;
- trudność w doczekaniu się na swoją kolej;
- wyrwanie się z odpowiedzią, zanim padnie pytanie;
- trudności z wykonaniem dokładnym poleceń innych osób;
- kłopoty ze skupieniem uwagi;
- porzucanie jednej aktywności na rzecz drugiej;
- trudności w spokojnej zabawie;
- dużo i często mówi;
- przerywa i przeszkadza innym;
- sprawia wrażenie, jakby nie słuchała, co się do niej mówi;
- gubi rzeczy konieczne do pracy w szkole;
- angażuje się w niebezpieczne aktywności.

Leczenie ADHD jest leczeniem multimodalnym, wieloletnim i czynnie angażującym rodziców, szkołę, pacjenta oraz lekarza. Wśród metod nefarmakologicznych należy wymienić psychoedukację, biblioterapię oraz współpracę z nauczycielami i pedagogiem szkolnym.

### Zaburzenia odżywiania: jadłowstręt psychiczny, bulimia

#### Jadłowstręt psychiczny (*anorexia nervosa*)

Zaburzenie charakteryzujące się celową utratą wagi wywołaną i utrzymywaną przez pacjenta. Znacznemu ubytkowi masy ciała towarzyszą wtórne zaburzenia endokrynologiczne, metaboliczne i inne zaburzenia somatyczne. Obniżenie masy ciała osiągnięte jest przez stosowanie restrykcyjnej ubogiej w kalorie diety, stosowanie środków przeczyszczających, moczopędnych, prowokujących wymioty, a także intensyfikowanie zużycia energii poprzez intensywne ćwiczenia fizyczne, wychładzanie organizmu itp. Do powszechnych zaburzeń somatycznych należą utrata miesiączki, zanik drugorzędowych cech płciowych, zaburzenia wodnoelektrolitowe, zaniki mięśniowe, pogorszenie stanu skóry i jej przydatków, zaburzenia funkcjonowania przewodu pokarmowego itd. Etiologia nie jest w pełni znana. Podkreśla się czynniki społeczno-kulturowe, psychologiczne, niektóre cechy osobowości, a także czynniki biologiczne.

Dla ostatecznego rozpoznania konieczne jest wystąpienie wymienionych objawów:

- wskaźnik masy ciała utrzymuje się poniżej 15% masy oczekiwanej lub wskaźnik masy ciała Queteleta (BMI) jest niższy niż 17,5;
- spadek wagi ciała jest narzucany sobie przede wszystkim przez unikania spożywanych w mniemaniu chorych tuczających pokarmów;

- natrętne myśli o własnej małej atrakcyjności i otyłości, niepodatne na dowody w postaci wielokrotnych pomiarów masy, zaburzenie obrazu własnej osoby, strach przed przytyciem;
- zaburzenia hormonalne, metaboliczne i inne somatyczne.

Podtypy jadłowstrętu:

- restrykcyjny – polega na ograniczaniu podaży kalorii ze stosunkowo małym udziałem technik zwiększających zużycie kalorii;
- bulimiczny – postać, w której istotny udział mają różne sposoby pozbywania się spożytych pokarmów lub przyspieszenie zużycia kalorii – w tym wypadku mogą zdarzać się epizody objadania się.

Leczenie związane jest ze stosowaniem odpowiednio zrównoważonej diety, w tym częstych, ale o niewielkiej objętości posiłków, ze stosowaniem dzienniczka, terapią głównie poznawczo-behawioralną skoncentrowaną zarówno na pacjencie, jak i jego rodzinie, w miarę możliwości stosowanie terapii rodziny.

#### **Żarłoczność psychiczna (*bulimia nervosa*)**

Zaburzenie charakteryzujące się nadmierną kontrolą masy ciała poprzez stosowanie metod jej redukcji z występującymi okresami patologicznego obżerania się. Osoby chorujące stosują, podobne jak w jadłowstręcie, metody redukcji masy ciała. Częstsze są wymioty, które zazwyczaj występują po okresach objadania się. Zaburzenia somatyczne zazwyczaj są mniej nasilone niż w jadłowstręcie i koncentrują się wokół jamy ustnej i przełyku, a także zaburzeń wodno-elektrolitowych (zasadowica metaboliczna).

Etiologia nie jest w pełni znana. Podkreśla się czynniki społeczno-kulturowe, psychologiczne, niektóre cechy osobowości, a także czynniki biologiczne.

Dla rozpoznania konieczne jest wystąpienie wymienionych objawów:

- stała koncentracja na jedzeniu, okresy głodzenia się z okresami nadmiernej żarłoczności, które pojawiają się przynajmniej dwa razy w tygodniu przez okres przynajmniej trzech miesięcy, z reguły masa ciała utrzymuje się w wartościach prawidłowych i nie stanowi wyznacznika zaburzenia;
- stosowanie drastycznych metod redukcji masy ciała podobnych jak w jadłowstręcie ze znacznie częstszym stosowaniem wymiotów; zazwyczaj stosowana jest przynajmniej jedna z poniżej opisanych metod:
  - prowokowanie wymiotów,
  - prowokowanie biegunek,
  - kolejne okresy głodowania,
  - stosowanie leków obniżających łaknienie,
  - stosowanie preparatów tarczycy, leków moczopędnych.
- występowanie silnego lęku przed otyłością, przed przytyciem i najczęściej zaburzenie obrazu własnej osoby.

Leczeniem z wyboru w przypadku bulimii jest psychoterapia. Terapia poznawczo-behawioralna jest uznana za terapię z wyboru na początku leczenia, a jej celem jest zmiana schematów poznawczych związanych z napadami jedzenia. Za skuteczną uznano ponadto terapię zorientowaną psychodynamicznie, interpersonalną czy psychoanalityczną. Obecnie zaleca się łączenie różnych metod terapeutycznych. Terapia rodzin jest wskazana u młodszych chorych. Wskazania do leczenia farmakologicznego to: brak efektu psychoterapii z niechęcią do jej kontynuowania, bardzo częste napady objadania się, depresja. Najskuteczniejszą metodą leczenia bulimii jest łączenie postępowania farmakologicznego z wybranymi metodami psychoterapeutycznymi.

#### **Charakterystyka wybranych zaburzeń psychicznych dorosłych**

Rozpoznanie powyższych zaburzeń, odbywa się na podstawie kryteriów diagnostycznych ICD-10/ICD-11.

##### **Schizofrenia**

Schizofrenia nie jest chorobą o w pełni poznanej etiologii. Manifestuje się objawami psychotycznymi, wyraźnie upośledzającymi funkcjonowanie, które obejmują zaburzenia afektu, myślenia i zachowania. W przebiegu zaburzenia ujawniają się trzy fazy: zwiastunów, ostrą z obecnością między innymi objawów, tj. urojenia, omamy oraz fazę zejściową.

Nie jest znana etiologia. Dostępne są jedynie hipotezy tłumaczące w pewnym stopniu przyczyny rozwoju choroby. Prawdopodobnie przyczyn rozwoju zaburzeń u jednego pacjenta jest wiele i muszą wystąpić jednocześnie, żeby pojawiły się objawy choroby.

Najczęściej wymieniane hipotezy:

- genetyczna, zakładająca dziedziczenie genu lub genów odpowiedzialnych za rozwój zaburzeń;
- oddziaływania społecznego, zakładająca negatywny wpływ środowiska na rozwój zaburzeń w pierwszym okresie rozwoju;
- immunologiczna, zakładająca nieprawidłowe oddziaływanie własnego układu immunologicznego na neurony układu limbicznego;
- nieprawidłowego funkcjonowania neuroprzekąźnictwa w układzie limbicznym, zakładająca nadmiar lub nieprawidłowe funkcjonowanie receptorów dopaminy i serotoniny;
- infekcji wewnątrzmacicznej, głównie w pierwszym trymestrze ciąży, związanej z nieprawidłową, zmniejszoną odpornością – infekcja powoduje nieprawidłową, niedostateczną migrację neuronów w trakcie rozwoju centralnego układu nerwowego.

Choroba rozpowszechniona jest na całym świecie i jej częstość zależy jedynie nieznacznie od pochodzenia i miejsca zamieszkania. Ryzyko zachorowania na przestrzeni życia w przeciętnej populacji wynosi około 1%.

Kryteria kliniczne:

- stwierdzenie typowych zespołów klinicznych (ich postaci mieszanych) ujawniających cechy schizofrenicznej dezintegracji, określone za pomocą charakterystycznych objawów (paranoidalnych, katatonicznych, hebefrenicznych) lub charakterystycznych cech przebiegu i dynamiki zaburzeń (niezróżnicowane, rezydualne, proste);
- jednoczesne niestwierdzenie istotnych czynników somatogennych (organicznych chorób OUN, chorób ogólnoustrojowych lub zaburzeń związanych z przyjmowaniem, intoksykacją lub odstawieniem substancji psychoaktywnych), o których wiadomo, że mogą inicjować lub podtrzymywać takie zaburzenia;
- rozpoznanie zyskuje na pewności, gdy obserwacja przebiegu zaburzeń wskazuje na ich nawrotowy, przewlekający się lub przewlekły charakter; a zwłaszcza – na utrwalanie się dezintegracji osobowości i deadaptacji życiowej.

Objawy wg ICD-10, których wystąpienie (nawet jednego z nich) przesądza rozpoznanie choroby:

- echo myśli, nasyłanie i zabieranie myśli oraz rozgłaśnianie (odstąpienie) myśli;
- urojenia oddziaływania, wpływu i ovladnięcia w zakresie ruchów, myśli, działań lub odczuć; również – spostrzeżenia urojeniowe;
- głosy omamowe komentujące albo dyskutujące albo inne głosy pochodzące z części ciała (pseudohalucynacje);
- utrwalone urojenia o treści niedostosowanej kulturowo i całkowicie niemożliwej.

Objawy wg ICD-10, których wystąpienie jest mniej specyficzne, dlatego muszą wystąpić co najmniej dwa z nich, aby rozpoznać schizofrenię:

- utrwalone omamy ze zwiewnymi urojeniami bez treści afektywnej lub utrwalone myśli nadwartościowe;
- przerwy i wstawki w toku myślenia prowadzące do rozkojarzenia lub niedostosowania wypowiedzi albo neologizmy;
- zachowanie katatoniczne;
- objawy „negatywne” – apatia, zubożenie wypowiedzi i splotenie lub niespójność reakcji emocjonalnych;
- znaczna zmiana linii życiowej, spadek zainteresowań, brak celu, beczynność, autyzm, wycofanie.

W leczeniu schizofrenii wykorzystuje się leki przeciwpsychotyczne, nazywane również neuroleptykami, które zmniejszają nasilenie objawów wytwórczych. Jest to leczenie przewlekłe, któremu towarzyszyć może psychoterapia. Ocenia się, że najlepsze rezultaty uzyskuje się w terapii poznawczo-behawioralnej.

### **Zaburzenia afektywne**

#### **Choroba afektywna dwubiegunowa**

Zaburzenia charakteryzujące się nawrotami (co najmniej dwoma) epizodów chorobowych z wyraźnie zaburzonym nastrojem i aktywnością, w postaci podwyższenia nastroju, wzmożonej energii i aktywności (mania lub hipomania) i obniżenia nastroju, spadku energii i aktywności (depresja). Charakterystyczny jest powrót do stanu zdrowia pomiędzy epizodami. Epizody maniakalne zaczynają się zwykle nagle, utrzymują się od 2 tygodni do

4–5 miesięcy (średnia: ok. 4 miesiące). Depresje są zwykle dłuższe (średnia: ok. 6 miesięcy), rzadko więcej niż rok (oprócz osób w wieku podeszłym). Nawroty depresji i manii często poprzedzają wydarzenia życiowe lub inne urazy psychiczne, ale obecność takich sytuacji nie jest istotna dla rozpoznania.

W etiologii podkreśla się czynnik genetyczny, współistnienie choroby afektywnej u bliźniaków jednojajowych sięga 80%. Istotne znaczenie dla rozwoju zaburzeń ma oddziaływanie społeczne, a także substancje psychoaktywne.

#### **Zaburzenia depresyjne**

Depresja jest chorobą nawracającą, wystąpienie pierwszego epizodu depresyjnego daje 50% ryzyko powtórzenia w przyszłości takiego epizodu. Jednocześnie u osób, które miały więcej niż jeden epizod depresji, między zaostrzeniami utrzymuje się zwykle dobra aktywność ogólna i samopoczucie. Czynnik genetyczny odgrywa znacznie mniejszą rolę w rozwoju choroby niż w przypadku choroby afektywnej dwubiegunowej. Istotniejszą rolę odgrywają natomiast tzw. czynniki psychospołeczne, tj. utrata pracy, utrata kogoś bliskiego, np. współmałżonka. Do wystąpienia zaburzeń niezbędna jest skłonność lub podatność genetyczna.

Pacjent cierpi z powodu obniżonego nastroju, utraty zainteresowań i zdolności do radowania się, zmniejszenia energii prowadzącego do wzmożonej męczliwości i zmniejszenia aktywności.

Do często spotykanych objawów należą:

- osłabienie koncentracji i uwagi;
- niska samoocena i mała wiara w siebie;
- poczucie winy i małej wartości (nawet w epizodach o łagodnym nasileniu);
- pesymistyczne, czarne widzenie przyszłości;
- myśli i czyny samobójcze;
- zaburzenia snu;
- zmniejszony apetyt.

#### **Zaburzenia maniakalne**

Mania jest w znacznym stopniu przeciwieństwem depresji. Obejmuje grupę objawów podstawowych, do których zalicza się:

- zaburzenie podstawowego nastroju (nastój maniakalny);
- zaburzenie napędu psychoruchowego (podniecenie maniakalne);
- zaburzenie wielu procesów fizjologicznych i metabolicznych oraz rytmów biologicznych.

Nastój maniakalny charakteryzuje stałe wzmożenie samopoczucia, przeżywane jako stan zadowolenia, radości, szczęścia z beztroską, skłonnością do żartów i brakiem dostosowanych reakcji emocjonalnych na przykre wydarzenia. W bardziej nasilonych stanach maniakalnych dobre samopoczucie i pogodny nastrój mogą ustąpić miejsca nastrojowi gniewliwemu, zwanemu dysforią.

Myślenie jest przyspieszone, kojarzenie odbywa się szybciej, jednak upośledzona jest precyzja rozumowania. Czasami może pojawić się goniłwa myśli, doprowadzając do porozrywania związków pomiędzy nimi. W nasilonych stanach maniakalnych kojarzenie odbywa się na zasadzie przypadkowego podobieństwa słów czy dźwięków. Duża przerzutność uwagi nasila zaburzenia myślenia. Przejawem zaburzeń jest wielomówność połączona z przyspieszonym tempem wypowiedzi, niekiedy bardzo znacznym słowotokiem.

Pamięć w łagodnych stanach hipomanii zazwyczaj jest sprawna, może nawet poprawić się w zakresie odtwarzania dawnych śladów pamięciowych, podobnie jak zdolność przyswajania nowego materiału, jednak przyspieszenie myślenia i odwracalność uwagi często uniemożliwiają użyteczne wykorzystanie poprawy procesów pamięciowych.

Obserwuje się nasilenie aktywności ruchowej. Towarzyszy jej poczucie niespożytej energii oraz brak męczliwości. W stanach podniecenia maniakalnego może pojawiać się gwałtowne czy bezładne podniecenie ruchowe. Do typowych zaburzeń rytmów biologicznych należą zaburzenia rytmu snu i czuwania w postaci wyraźnego skrócenia długości snu nocnego i wczesnego budzenia się. Czasami obserwuje się całkowitą bezsenność.

Pierwotne cechy epizodu maniakalnego powodują wtórne następstwa w sferze myślenia, zachowania i działania chorych. Pojawia się zawyżona, bezkrytyczna ocena własnych możliwości oraz niedostrzeganie przeszkód w realizacji najtrudniejszych działań. U części chorych zaburzenia samooceny noszą znamiona urojeń wielkościowych. Leczenie farmakologiczne stanowi podstawę terapii chorób afektywnych, obejmuje leki przeciwdepresyjne, neuroleptyki i leki normotymiczne, w zależności od typu zaburzenia, któremu towarzyszyć może psychoterapia.

## Zaburzenia lękowe

Cechę charakterystyczną stanowią nawracające napady ciężkiego lęku (panika), które nie są ograniczone do jakiegokolwiek szczególnej sytuacji czy okoliczności, a których tym samym nie można przewidzieć. Dominujące objawy różnią się u różnych osób, ale powszechne są: napad bicia serca lub bólu w klatce piersiowej, uczucie duszności, zawroty głowy lub poczucie nierealności (depersonalizacja lub derealizacja). Występuje także niemal zawsze wtórny strach przed śmiercią (umieraniem), przed utratą kontroli nad sobą lub przed chorobą psychiczną. Czas trwania poszczególnych napadów można liczyć w minutach, choć czasem mogą trwać dłużej. Ich częstotliwość i przebieg choroby wykazują dużą zmienność. Pacjent w napadzie paniki przeżywa narastające uczucie strachu i objawów autonomicznych, co w końcu powoduje zazwyczaj pospieszoną ucieczkę z sytuacji, w której się znajduje. Jeśli zdarza się to w takiej specyficznej sytuacji, jak autobus lub przebywanie w tłumie, pacjent może następnie takiej sytuacji unikać. Częste i niespodziewane napady paniki prowadzą również do obawy przed przebywaniem samemu lub przed miejscami publicznymi. Po napadzie paniki zwykle utrzymuje się obawa przed wystąpieniem kolejnego napadu. Napady lęku mogą być związane z występowaniem agorafobii (lęk występujący w miejscach publicznych z dużą ilością ludzi), jak i bez niej. Lepiej rokują napady paniki bez agorafobii.

Napady paniki występują zazwyczaj w związku z przeżyciami z przeszłości, traumą z dzieciństwa. Zazwyczaj występują po 20. roku życia. Czynnikiem wywołującym może być niewielki stres, choroba somatyczna, pobyt w szpitalu, np. w związku z jakimś zabiegiem.

Podstawową formą terapii jest psychoterapia psychodynamiczna i terapia poznawczo-behawioralna. Farmakoterapia lekami przeciwdepresyjnymi zazwyczaj przynosi dobre efekty, jednak nie są one trwałe. Podstawowymi lekami są inhibitory zwrotnego wychwytu serotoniny. Najkorzystniejsze jest stosowanie terapii skojarzonej z położeniem większego nacisku na psychoterapię. W przypadku zaburzeń lękowych uogólnionych jedynym skutecznym leczeniem może okazać się stosowanie przewlekłe leków przeciwłękowych.

### Uzależnienie od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych

Przyjmowanie substancji psychoaktywnych (np. alkoholu, nikotyny, kofeiny, marihuany, amfetaminy, kokainy, halucynoidów, opioidów, leków nasennych i in.) może być związane z:

- ostrym zatruciem;
- następstwami szkodliwego użycia;
- zespołem uzależnienia;
- zespołem abstynencyjnym (odstawienia substancji);
- zespołem abstynencyjnym powikłanym np. majaczeniem drzennym czy halucynozą (zaburzeniami psychotycznymi).

Natomiast obecność uzależnień innych, tzw. behawioralnych, może prowadzić do strat ekonomicznych, dysfunkcji społecznych, ale także utraty zdrowia, a nawet życia z powodu wycieńczenia organizmu, np. podczas uzależnienia od gier komputerowych.

Poza diagnostyką uzależnień według nozologicznych kryteriów można posłużyć się w pracy klinicznej kwestionariuszami, jak Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), Michigan Alcoholism Screening Test (MAST) i CAGE.

U dzieci i młodzieży każde przyjmowanie alkoholu, palenie papierosów (tradycyjnych i tzw. elektronicznych), narkotyków stwarza ryzyko zaburzeń zdrowotnych (somatycznych i psychicznych) oraz uzależnienia.

**Kryteria uzależnienia od substancji psychoaktywnych** (co najmniej 3 objawy utrzymujące się przez 4 tygodnie lub występujące cyklicznie w przeciągu ostatniego roku):

- głód substancji psychoaktywnej;
- wzrost tolerancji;
- objawy niepowikłanego zespołu odstawienia substancji psychoaktywnej, różnią się w zależności od substancji, która uzależniła daną osobę. W przypadku odstawienia alkoholu, można wyróżnić następujące objawy alkoholowego zespołu abstynencyjnego:



- wzrost ciśnienia tętniczego i tętna,
- nudności, wymioty, biegunki,
- zaczerwienienie skóry, potliwość,
- podwyższona temperatura ciała,
- drżenia ciała (najczęściej widoczne drżenie dłoni),
- rozszerzone źrenice,
- obniżony, drażliwy nastrój,
- lęk;
- powikłany alkoholowy zespół abstynencyjny:
  - majaczenie drżenne – stan zagrożenia życia, objawy psychotyczne – omamy, zaburzenia orientacji co do miejsca i czasu; urojenia dziania się,
  - halucynoza alkoholowa,
  - napady drgawkowe;
- utrata kontroli nad piciem alkoholu,
- skupienie się na sprawach picia alkoholu z zaniedbaniem własnego funkcjonowania,
- przyjmowanie alkoholu pomimo wiedzy o jego szkodliwości, szkód, które powstały w wyniku picia alkoholu.

#### Fazy uzależnienia od alkoholu:

- towarzyska;
- ostrzegawcza;
- krytyczna;
- chroniczna.

#### Leczenie pacjenta uzależnionego:

- ocena stanu trzeźwości z uwagi na ewentualne interakcje i powikłania alkoholu z lekami, narkotyków z lekami;
- zabezpieczenie przed powikłaniami alkoholowego zespołu abstynencyjnego;
- uzupełnienie niedoborów wodno-elektrolitowych oraz witaminowych;
- monitorowanie stanu odżywienia białkowo-kalorycznego;
- monitorowanie i uzupełnienie niedoborów glukozy (ryzyko hipoglikemii);
- ocena stanu somatycznego, szczególnie różnicowanie powikłań urazów głowy z objawami psychotycznymi i zaburzeniami orientacji;
- zachowanie ostrożności w leczeniu np.:
  - podczas leczenia neuroleptykami (lekami przeciwpsychotycznymi) jednoczesne zastosowanie leków przeciwdrgawkowych, np. benzodiazepin,
  - monitorowanie funkcji życiowych, takich jak ciśnienie tętnicze, tętno, oddech podczas podawania leków (benzodiazepin, neuroleptyków).

#### Opieka nad pacjentem uzależnionym:

- akceptacja pacjenta i traktowanie z szacunkiem;
- nastawienie na wsparcie i pomoc, a nie moralizowanie czy stygmatyzowanie;
- motywowanie do zmiany zachowań i do udziału w terapii odwykowej oraz uczestnictwa w spotkaniach grup samopomocowych;
- utrzymanie postawy otwartej do współpracy z pacjentem, nawet jak on pomniejsza swój problem i wypiera uzależnienie;
- w zespole abstynencyjnym i w zaburzeniach somatycznych, np. nadciśnieniu tętniczym, kontrolowanie parametrów życiowych;
- prowadzenie interwencji przeciwlękowych;
- udział w farmakoterapii zaburzeń psychotycznych;
- udział w farmakoterapii zaburzeń snu, prowadzenie edukacji w zakresie higieny snu;
- wsparcie w kryzysie (stan depresyjny, próby samobójcze, wyrzuty sumienia, bezdomność, załamanie sytuacji rodzinnej, ekonomicznej);
- edukowanie w zakresie zdrowego stylu życia, wiedzy o uzależnieniu, zdrowieniu;
- prowadzenie rehabilitacji psychiatrycznej w zakresie umiejętności społecznych;

- budowanie wsparcia i edukowanie rodziny osoby uzależnionej;
- identyfikowanie objawów współuzależnienia i zespołu Dorosłych Dzieci Alkoholików u członków rodziny osoby uzależnionej i podejmowanie interwencji wspierających oraz edukacyjnych w zakresie uzyskania pomocy psychologicznej.

#### **Organizacja opieki dla osoby uzależnionej:**

W Polsce leczenie odwykowe (leczenie uzależnień) regulują ustawy (ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego).

Organy administracji rządowej i samorząd terytorialny są obowiązane do podejmowania działań zmierzających do ograniczania spożycia napojów alkoholowych oraz zmiany struktury ich spożywania, inicjowania i wspierania przedsięwzięć mających na celu zmianę obyczajów w zakresie sposobu spożywania tych napojów, działania na rzecz trzeźwości w miejscu pracy, przeciwdziałania powstawaniu i usuwaniu następstw nadużywania alkoholu, a także wspierania działalności w tym zakresie organizacji społecznych i zakładów pracy.

Prowadzenie profilaktyki i rozwiązanie problemów alkoholowych należy do zadań własnych organów samorządu terytorialnego:

- promowanie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych od alkoholu;
- wspieranie rodzin, w których występują problemy alkoholowe;
- udzielanie pomocy psychospołecznej i prawnej, w tym ochrona przed przemocą w rodzinie;
- prowadzenie edukacji dla dzieci i młodzieży.

Wójtowie, burmistrzowie, prezydenci miast powołują komisje rozwiązywania problemów alkoholowych, które np. inicjują działania oraz podejmują czynności celem orzeczenia zastosowania wobec osoby uzależnionej od alkoholu obowiązku poddania się leczeniu w zakładzie leczenia odwykowego.

#### **Postępowanie w stosunku do osób nadużywających alkoholu:**

Leczenie odwykowe osób uzależnionych od alkoholu jest prowadzone przez stacjonarne i niestacjonarne jednostki leczenia odwykowego oraz inne zakłady opieki zdrowotnej. Poddanie się leczeniu odwykowemu jest dobrowolne, po uzyskaniu skierowania od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub psychiatry, lecz ustawa o wychowaniu w trzeźwości przewiduje wyjątki.

Od osób uzależnionych od alkoholu nie pobiera się opłat za realizację leczenia odwykowego udzielanego w publicznych jednostkach opieki zdrowotnej.

**Przeciwdziałanie narkomanii** realizuje się przez odpowiednie kształtowanie polityki społecznej, gospodarczej, oświatowo-wychowawczej i zdrowotnej np. poprzez:

- działalność wychowawczą, edukacyjną, informacyjną i zapobiegawczą;
- leczenie, rehabilitację i reintegrację osób uzależnionych.

Niepełnoletnia osoba uzależniona – na wniosek przedstawiciela ustawowego, krewnych w linii prostej, rodzeństwa lub faktycznego opiekuna albo z urzędu sąd rodzinny może skierować niepełnoletnią osobę uzależnioną na leczenie i rehabilitację.

Osoba uzależniona od substancji psychoaktywnych może być leczona przy zastosowaniu leczenia substytucyjnego.

#### **Leczenie osób uzależnionych odbywa się zazwyczaj w:**

- jednostkach ambulatoryjnych (poradnie);
- oddziałach dziennych;
- oddziałach szpitalnych (oddziały detoksykacyjne i odwykowe-terapeutyczne);
- ośrodkach odwykowych dla uzależnionych;
- ośrodkach prowadzonych przez fundacje lub stowarzyszenia.

#### **Formy leczenia dla osób uzależnionych:**

- psychoterapia (terapia indywidualna i grupowa, najczęściej terapia poznawczo-behawioralna, terapia rodzin);
- farmakoterapia;
- rehabilitacja psychiatryczna;
- uczestnictwo w spotkaniach grup wsparcia (np. AA, AN, grupy samopomocowe).

Koordynatorem działań w zakresie przeciwdziałania uzależnieniom jest Krajowe Centrum Przeciwdziałaniu Uzależnieniom.

### **Charakterystyka wybranych zaburzeń psychicznych wieku podeszłego**

**Choroba Alzheimera** jest pierwotną zwyrodnieniową chorobą mózgu o nieznannej etiologii, z charakterystycznymi cechami neuropatologicznymi i neurochemicznymi. W rozwoju choroby podkreśla się czynnik genetyczny, dziedziczenie odgrywa szczególną rolę w rozwoju choroby o wczesnym początku, czyli wtedy, gdy pierwsze objawy występują przed 65. r.ż.

Podkreślana jest rola nieprawidłowej odpowiedzi immunologicznej na zakażenia. Bierze się pod uwagę infekcje tzw. wirusami latentnymi.

#### **Kryteria kliniczne:**

Podstawowe kryteria służące rozpoznaniu:

- osłabienie pamięci i myślenia w stopniu zaburzającym podstawowe, codzienne czynności. Osłabienie pamięci przejawia się zaburzeniami rejestracji, przechowywania i przypominania nowych informacji, materiał wyuczony uprzednio i bardziej znany może być również utracony, szczególnie w późniejszych etapach. Występuje w niej uszkodzenie zdolności myślenia i rozumienia oraz zmniejszenie ilości wątków myślowych. Następują głębokie zaburzenia uwagi, orientacji przestrzennej i czasowej. Do rozpoznania otępienia niezbędne jest stwierdzenie utrzymywania się wymienionych objawów, przez co najmniej sześć miesięcy;
- podstępny początek ze stopniowym narastaniem objawów – chociaż początek choroby jest zwykle trudno uchwytne, otoczenie szybko zauważa pojawienie się deficytów; w toku postępującego rozwoju choroby zdarzają się okresy zwolnienia przebiegu;
- brak innych uchwytne przyczyn postępującego otępienia.

Choroba przybiera w zależności od czasu jej trwania różne stopnie zaawansowania. Przydatność podziału stopnia zaawansowania otępienia łączy się z koniecznością zapewnienia pacjentom odpowiedniego leczenia i opieki. Jest kilka podziałów, przy czym najprostszy dzieli chorobę na łagodną, umiarkowaną, znaczną i głęboką. Stwierdzenie znacznych zaburzeń usprawiedliwia zaliczenie otępienia do choroby psychicznej, co umożliwia stosowanie w tym wypadku przepisów ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

#### **Leczenie:**

Dotychczas nie wprowadzono do powszechnego użycia żadnego przyczynowego leczenia, ma ono zazwyczaj charakter objawowy. Zaburzenia pamięci usiłuje się korygować przede wszystkim lekami, które zwiększają przewodnictwo między neuronami. Aktualnie najważniejsze wydaje się zapewnienie pacjentowi właściwej opieki. Zasadą jest zapewnienie regularności trybu życia, tj. stałe pory przyjmowania posiłków, toalety, rozrywek. Zmniejszenie i większą klarowność dostarczania bodźców, jedna informacja w jednym czasie. Usunięcie zbędnych rzeczy z mieszkania, unikanie gwałtownych zmian w otoczeniu chorego. Zapewnienie odpowiednich warunków ogrzewania, diety. Ważne jest zapewnienie odpowiedniego leczenia schorzeń somatycznych. Zasadą jest ograniczenie ilości preparatów i ich dawek.

**Depresja w wieku podeszłym** dotyczy 60% kobiet i 50% mężczyzn. Najczęściej ma ona postać psychotyczną lub typowo dystymiczną. Charakteryzuje się lękiem, niepokojem psychoruchowym, urojeniami i zaburzeniami pamięci. Często towarzyszą jej także objawy hipochondryczne, utrata zainteresowań, apatia, zubożenie i obniżenie sprawności fizycznej i intelektualnej.

#### **Czynnikami ryzyka wystąpienia depresji u osoby w wieku podeszłym jest:**

- utrata bliskiej osoby, samotność, ubóstwo, pobyt w szpitalu;
- niedowidzenie, niedosłuch;
- udar, choroba Parkinsona, choroba Alzheimera, choroba nowotworowa, wieńcowa, cukrzyca, przebyty zawał;
- zmiana miejsca pobytu;
- ograniczenie sprawności i samodzielności.

#### **Inne wybrane zaburzenia psychiczne wieku podeszłego**

Częstość występowania schizofrenii po 65. r.ż. wynosi około 2,5%, natomiast zespoły urojeniowe w wieku podeszłym pojawiają się rzadko i obejmują około 1% populacji po 65. r.ż. Początek schizofrenii wśród osób starszych jest podstępny i powolny, zwykle rozpoczyna się od urojeniowych omamów wzrokowych i słuchowych,

które zwykle związane są z najbliższym otoczeniem chorego, np. znajomymi, sąsiadami lub rodziną. Często występuje apatia i izolacja, natomiast rzadko zaburzenia myślenia i afektu. Omamy dotyczą głównie słuchu, wzroku, węchu, dotyku i smaku. Do czynników ryzyka pojawienia się schizofrenii w wieku starszym zalicza się problemy ze słuchem i wzrokiem, zaburzenia osobowości lub przebyte urazy ośrodkowego układu nerwowego. U starszych osób może być trudniej identyfikować uzależnienie od alkoholu (np. często osoba starsza zaprzecza uzależnieniu), dlatego należy zwracać uwagę na objawy nietypowe, np. zmiany zachowania (nadmierna izolacja od rodziny), zaostrzenie choroby podstawowej, zmiany stanu psychicznego (zaburzenia snu, niewyjaśniony ból), niewyjaśnione urazy.

Osoby starsze narażone są także, ze względu na liczne dolegliwości somatyczne (polipragmazja), sytuację osobistą (np. samotność, utrata osób bliskich, zmiana statusu zawodowego) oraz trudności w adaptacji do wystąpienia uzależnień od leków. Jest to uzasadnione dużym ryzykiem powikłań wynikających z nagłego i nieumiejętne odstawiania leków, np. benzodiazepin (np. zaburzenia snu, niepokój, drgawki).

## Moduł V.

# REHABILITACJA PSYCHIATRYCZNA I PSYCHIATRIA ŚRODOWISKOWA

**Cel modułu:** Przygotowanie pielęgniarstwa do podjęcia działań w ramach rehabilitacji psychiatrycznej i opieki w środowisku domowym w stosunku do pacjenta z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi.

### **Środowiskowy model psychiatrycznej opieki zdrowotnej w Polsce**

Podstawowe założenia psychiatrii środowiskowej to: ograniczenie liczby i czasu trwania leczenia szpitalnego oraz rozwój lecznictwa otwartego i form pośrednich. Środowiskowa opieka psychiatryczna w Polsce jest realizowana przez dwa odrębne finansowo i organizacyjnie systemy:

- ochronę zdrowia;
- pomoc społeczną.

Na poziomie lokalnym (gminy, powiatu) tworzone są następujące placówki:

- w systemie ochrony zdrowia: psychiatryczne oddziały dzienne, poradnie zdrowia psychicznego, zespoły leczenia środowiskowego, hostele, zakłady opiekuńczo-lecznicze oraz pielęgnacyjno-opiekuńcze;
- w systemie pomocy społecznej: środowiskowe domy samopomocy, specjalistyczne usługi opiekuńcze, mieszkania chronione, schroniska dla bezdomnych, kluby pracy, ośrodki wsparcia społecznego;
- inne: warsztaty terapii zajęciowej, zakłady aktywizacji zawodowej, centra integracji społecznej.

Wdrażany model opieki środowiskowej oparty jest na Centrach Zdrowia Psychicznego.

**Poradnia Zdrowia Psychicznego** – podstawowe miejsce specjalistycznego diagnozowania oraz leczenia zaburzeń i chorób psychicznych.

**Psychiatryczny oddział dzienny** – forma opieki pośredniej, pomiędzy leczeniem ambulatoryjnym a leczeniem całodobowym. Kierowani są tu pacjenci, u których dotychczasowe leczenie ambulatoryjne nie było skuteczne, nie ma wskazań do hospitalizacji całodobowej, a nasilenie objawów choroby powoduje pogorszenie funkcjonowania w życiu rodzinnym i społecznym.

**Środowiskowe Domy Samopomocy (ŚDS)** – jednostka organizacyjna resortu pomocy społecznej, działająca na podstawie rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 grudnia 2010 r. w sprawie środowiskowych domów samopomocy (t.j. Dz. U. 2020, poz. 249).

Wyróżnia się następujące typy ŚDS dla osób:

- przewlekłe psychicznie chorych (typ A);
- z niepełnosprawnością intelektualną (typ B);
- przejawiających inne przewlekłe zaburzenia czynności psychicznych (typ C);
- z zaburzeniami ze spektrum autyzmu oraz z niepełnosprawnościami sprzężonymi (typ D).

**Mieszkanie chronione** – forma pomocy społecznej przygotowująca osoby w nich przebywające do prowadzenia samodzielnego życia lub wspomagające te osoby w codziennym funkcjonowaniu przez grupę specjalistów. Mieszkanie chronione może być prowadzone przez każdą jednostkę organizacyjną pomocy społecznej lub organizację pożytku publicznego i wyróżniamy:

- mieszkanie chronione treningowe;
- mieszkanie chronione wspierane.

**Kluby dla osób z doświadczeniem choroby psychicznej** (nazywane klubami pacjenta) są jednym z bardziej popularnych w Polsce programów wsparcia, a uczestnictwo w nich skutecznie wspiera proces zdrowienia. Najczęściej prowadzone przez organizacje pozarządowe ze środków samorządu lokalnego. Służą podtrzymywaniu kontaktów społecznych, zmniejszają poczucie wyobcowania, osamotnienia chorych psychicznie, stanowią podstawę dla rozwoju ruchu samopomocowego osób z doświadczeniem choroby psychicznej. Spotkania grupowe odbywają się na zasadach społeczności terapeutycznej.

**Grupy samopomocy** – dobrowolne zgromadzenia osób, których działanie jest nakierowane na wspólne pokonywanie chorób, problemów natury psychicznej czy trudności socjalnych. Osoby z zaburzeniami psychicznymi lub

członkowie ich rodzin spotykają się z profesjonalistą (psychiatra, psycholog, inny terapeuta). Spotkania służą wymianie doświadczeń związanych z chorobą własną lub członka rodziny.

**Zespół Leczenia Środowiskowego** – głównym zadaniem jest umożliwienie kontynuacji terapii i rehabilitacji osób, w przypadku przewlekłych i nawracających zaburzeń psychicznych, w miejscu zamieszkania, bez rozłąki z najbliższymi, a przede wszystkim bez konieczności przerywania pracy czy nauki, co pociąga za sobą leczenie szpitalne, ponadto aktywne monitorowanie stanu zdrowia pacjenta objętego opieką i wspieranie jego bliskich.

Typy zespołów leczenia środowiskowego dla:

- osób z zaburzeniami psychicznymi;
- dzieci i młodzieży;
- dzieci z autyzmem.

Leczenie domowe przynosi korzyści dla:

- pacjenta: redukcja liczby i czasu hospitalizacji, możliwość uczestniczenia w życiu rodziny, możliwość kontynuacji nauki i pracy, kontynuacja leczenia;
- rodziny: utrzymanie więzi rodzinnych, poczucie bezpieczeństwa, bieżące wsparcie profesjonalistów;
- systemu ochrony zdrowia: mniejsze nakłady na leczenie, mniejsze obciążenie łóżek szpitalnych.

Do leczenia w zespole przyjmowani są pacjenci wymagający intensywnych działań środowiskowych:

- z utrwalonym upośledzonym funkcjonowaniem społecznym;
- mających częste nawroty ostrej fazy choroby i długie hospitalizacje;
- z którymi nie udało się uzyskać trwałej, efektywnej współpracy w leczeniu w oddziale szpitalnym lub w poradni;
- mieszkających samotnie lub znajdujących się w trudnej sytuacji rodzinnej.

Kładzie się nacisk na aktywizację zawodową lub podejmowanie innych aktywności pacjenta w środowisku domowym.

Warunkiem przyjęcia jest skierowanie i pisemna zgoda pacjenta. Nie udziela się świadczeń osobom z bezwzględnymi wskazaniami do hospitalizacji psychiatrycznej lub ogólnej. Każdy pacjent ma indywidualnego terapeutę, który wspólnie z pacjentem ustala plan terapii.

Współpraca z rodziną – od postawy bliskich zależy utrwalanie wyuczonych umiejętności i przenoszenie ich do życia codziennego:

- w pierwszym okresie choroby – informowanie członków rodziny na czym polega choroba, jak będzie przebiegać leczenie i jaką rolę powinna odgrywać rodzina, pomoc psychologiczna (interwencja kryzysowa);
- w dalszym przebiegu choroby psychoedukacja oraz systematycznie udzielanie wsparcia;
- rodziny tworzą grupy samopomocy, stowarzyszenia – aktywnie uczestniczą w rehabilitacji chorego, są podstawowym źródłem oparcia społecznego, dostarczają cennych informacji zwrotnych (rozpoznawanie zwiastunów nawrotu choroby).

System oparcia społecznego – szereg osób, z którymi pacjent kontaktuje się i jest w bliskich relacjach, w razie potrzeby otrzymuje różnego rodzaju wsparcie: informacje, porady, akceptację, towarzyszenie, wsparcie emocjonalne, pomoc finansową rzeczową, udzielanie wsparcia i pomocy rodzinie pacjenta, mediacje sąsiedzkie, w miejscu pracy.

W przypadku osób samotnych – budowanie zastępczego systemu społecznego oparcia: kluby pacjenta, stowarzyszenia pacjentów oraz udzielanie wsparcia instytucjonalnego. W budowaniu sieci oparcia społecznego ważną rolę odgrywają organizacje pozarządowe – stowarzyszenia, fundacje działające na rzecz chorych, lokalne organizacje kulturalno-oświatowe, sportowe, związki wyznaniowe.

#### **Zadania pielęgniarki w Zespole Leczenia Środowiskowego**

Podczas wizyt pielęgniarka:

- rozmawia z pacjentem i zamieszkałą z nim rodziną;
- buduje i utrzymuje z nimi relację terapeutyczną;
- służy radą i pomocą w trudnościach życiowych;
- prowadzi psychoedukację;

- obserwuje pacjenta pod względem objawów ubocznych, powikłań stosowanych leków psychotropowych;
- zwraca uwagę na wygląd zewnętrzny, stan psychiczny i fizyczny oraz warunki bytowe;
- motywuje do leczenia i rehabilitacji;
- realizuje rehabilitację psychiatryczną;
- koordynuje współpracę z różnymi ośrodkami leczenia i wsparcia.

#### **Specyfika rehabilitacji psychiatrycznej**

Polega na pomaganiu pacjentowi, w wykorzystaniu posiadanych przez niego możliwości i umiejętności do jak najlepszego funkcjonowania życiowego. Opiera się na kompleksowym programie, który musi być elastyczny, dostosowany do zmieniających się potrzeb pacjenta i jego możliwości, przygotowany indywidualnie dla niego. Proces rehabilitacji powinien rozpoczynać się bardzo wcześnie – wraz z podjęciem leczenia farmakologicznego i innych metod. Rehabilitacja zapoczątkowana w szpitalu powinna być kontynuowana w środowisku pacjenta i objąć też jego bliskich.

Okresy rehabilitacji:

- wczesna – obejmuje rozpoznanie problemów pacjenta, pomoc psychologiczną dla chorego i rodziny;
- późna – stosowana w stosunku do osób hospitalizowanych długotrwale, przewlekle chorych, żyjących w izolacji lub konflikcie z otoczeniem.

Metody stosowane w tej rehabilitacji: terapia zajęciowa, społeczność terapeutyczna, treningi aktywności, psychoterapia podtrzymująca, usprawnianie ruchowe.

#### **Organizacyjne formy rehabilitacji psychiatrycznej:**

**Oddział rehabilitacji** – przyjmowani są pacjenci po ustąpieniu ostrej fazy choroby w celu uczestnictwa w zajęciach rehabilitacyjnych. Oddziały rehabilitacyjne mogą funkcjonować całodobowo i w formie pobytu dziennego.

**Hostel** – forma pośrednia pomiędzy leczeniem stacjonarnym a powrotem do środowiska pacjenta. Przeznaczony dla osób: po kryzysie psychotycznym, w stabilnym stanie psychicznym, osób, które uzyskały już względną samodzielność, ale wymagają jeszcze czasowej separacji od otoczenia, potrzebują dłuższego czasu na adaptację do warunków życia poza szpitalem. Obecność personelu ogranicza się do kilku godzin dziennie.

**Warsztaty terapii zajęciowej** – czas trwania rehabilitacji nie jest z góry określony, zależy od stanu zdrowia uczestników i przebiegu rehabilitacji. Funkcjonowanie WTZ przypomina zakład pracy. Uczestnicy podpisują listę obecności i rozliczają czas pracy. Pełnią dyżury, samodzielnie organizują posiłki i przerwy. Do przyjęcia potrzebne jest: orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności wyłącznie z powodu upośledzenia umysłowego lub choroby psychicznej. WTZ prowadzą rehabilitację zawodową i społeczną przez terapię zajęciową, zajęcia ruchowe, komunikację społeczną i terapię psychologiczną.

**Turnusy rehabilitacyjne** – jest to zorganizowana, połączona z wypoczynkiem forma aktywnej rehabilitacji. Organizowane są obozy terapeutyczno-rehabilitacyjne oraz turnusy rehabilitacyjno-wypoczynkowe. Turnusy trwają nie mniej niż 14 dni.

#### **Ogólne cele rehabilitacji psychiatrycznej:**

- kształtowanie motywacji do zachowań powszechnie akceptowalnych przez otoczenie;
- wyrabianie nawyków celowej aktywności;
- trening w sposobie życia zbliżonym do zwyczajowych norm.

#### **Zasady rehabilitacji psychiatrycznej:**

- optymalnej stymulacji – intensywność oddziaływań dostosowana do możliwości pacjenta. Szkodliwa jest zarówno nadmierna, jak i niedostateczna stymulacja. Niedobór bodźców powoduje bierność i utratę zainteresowań, zaś ich nadmiar wpływa demobilizująco na chorego;
- partnerstwa – niezbędne jest współdziałanie chorego. Pacjenta nie można rehabilitować bez jego aktywnego udziału;
- wielokierunkowości oddziaływań – oznacza równoległe oddziaływania rehabilitacyjne w różnych sferach życia codziennego: rodzinnej, zawodowej, towarzyskiej i społecznej;
- stopniowania trudności – stosowana jest we wszystkich formach oddziaływań i wynika ze zmniejszonych zdolności adaptacyjnych wielu chorych psychicznie;
- powtarzalności oddziaływań polega na powtarzaniu i utrwalaniu nabytych umiejętności;
- wielostronności metod polega na kompleksowym stosowaniu leczenia biologicznego i oddziaływań rehabilitacyjnych.

**Podstawowe metody rehabilitacji psychiatrycznej** to treningi umiejętności oraz terapia zajęciowa (ergoterapia). Rehabilitacja wspomagana jest przez terapie kreatywne i psychoterapię. Wybór treningów zależy od deficytów, które poczyniła choroba.

**Rodzaje treningów:**

- samoobsługi: w zakresie wyglądu zewnętrznego, umiejętności praktycznych, budżetowy, kulinarny, techniczny;
- umiejętności społecznych: rozwiązywania konfliktów, umiejętności prowadzenia rozmowy, przygotowywania do pracy;
- psychoedukacji: aktywnego udziału we własnym leczeniu farmakologicznym, radzenia sobie z objawami choroby.

**Zasady prowadzenia treningów:**

- rozpoczynanie po ustąpieniu objawów psychotycznych i po nawiązaniu kontaktu terapeutycznego z pacjentem;
- przekazanie pacjentowi czytelnych instrukcji i szczegółowe wyjaśnienie poszczególnych etapów treningu;
- egzekwowanie informacji zwrotnej od pacjenta i regularne ocenianie postępów;
- dostosowanie programu i tempa jego realizacji do bieżących możliwości pacjenta;
- stosowanie pozytywnych wzmocnień.

Terapia zajęciowa – są to oddziaływania psychospołeczne, przy pomocy których angażuje się pacjenta w życie społeczne. W pracowni terapii zajęciowej oferowane są zajęcia o zróżnicowanym stopniu trudności i jednocześnie rozwijające zainteresowania pacjentów.

**Psychoedukacja** należy do metod psychospołecznych, jej celem jest zdobycie wiedzy o chorobie i możliwościach jej leczenia, akceptacja choroby i konieczności długiej farmakoterapii oraz zapobieganie nawrotom i/lub kolejnym epizodom poprzez aktywny udział pacjenta we własnym leczeniu.

Formy psychoedukacji to określone, odpowiednio zaplanowane zajęcia treningowe i grupy dyskusyjno-zajęciowe. Psychoedukacja może mieć charakter oddziaływań indywidualnych lub grupowych. Powinna obejmować nie tylko pacjenta, ale również jego bliskich. Tematyka spotkań powinna zawierać informacje dotyczące przyczyn choroby, objawów, rokowania, zasad prowadzenia terapii, zapobieganiu nawrotów, pojawiania się objawów zwiastunowych oraz zasad komunikacji. Psychoedukację może realizować personel pielęgniarski.

**Świadczenia lecznicze i pomocy społecznej w środowisku pacjenta w zależności od rodzaju zaburzeń psychicznych**

Osobom z zaburzeniami psychicznymi należy zapewnić wielostronną pomoc w dostępie do instytucji ochrony zdrowia oraz innych form pomocy pośredniej. Istotne jest:

- postawienie diagnozy;
- wdrożenie farmakoterapii;
- ocena stopnia niepełnosprawności;
- uzyskanie pomocy psychologa;
- psychoterapia;
- psychoedukacja;
- rehabilitacja psychiatryczna i treningi umiejętności społecznych;
- terapia behawioralno-poznawcza i zapobiegająca nawrotom;
- aktywizacja zawodowa;
- pomoc w zatrudnieniu;
- pomoc w wychodzeniu z izolacji;
- wsparcie społeczne;
- wsparcie dla opiekunów;
- pomoc w codziennych czynnościach;
- opieka całodobowa i pielęgnacja;
- terapia stabilizująca nastrój.



**Świadczenia lecznicze** dla osób z zaburzeniami psychicznymi (w tym z upośledzeniem umysłowym) udzielane są w dedykowanych placówkach, takich jak:

- oddziały całodobowe lub dzienne – psychiatryczne, psychogeriatryczne, rehabilitacji, detoksykacyjne, uzależnień, leczenia nerwic, dla chorych na AIDS;
- zespoły leczenia środowiskowego;
- poradnie zdrowia psychicznego dla dorosłych lub dla dzieci i młodzieży;
- poradnie zaburzeń poznawczych, chorób afektywnych, zaburzeń nerwicowych;
- mieszkania terapeutyczne;
- zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze;
- domy pomocy społecznej.

**W zakresie pomocy społecznej** osoby te mogą korzystać z:

- dziennych ośrodków wsparcia;
- ośrodków interwencji kryzysowej;
- usług specjalistycznych i opiekuńczych;
- w przypadku osób z otępieniem z usług pielęgnacyjnych w domu pacjenta.

Ponadto mogą to być:

- punkty konsultacyjne dla osób poszukujących zatrudnienia;
- pomoc pracowników socjalnych;
- środowiskowe domy samopomocy;
- mieszkania chronione;
- domy opieki;
- schroniska dla ofiar przemocy.

**Stowarzyszenia ułatwiające wejście na rynek pracy osobom chorym psychicznie i programy rehabilitacji zawodowej osób chorych psychicznie**

W ramach organizacji pozarządowych działają stowarzyszenia/fundacje, które w zadaniach statutowych przewidują pomoc osobom chorym psychicznie w ich wejściu na rynek pracy. Nadrzędnym zadaniem jest wzmacnianie podmiotowości i autonomii osoby z zaburzeniami psychicznymi, celem podejmowania jak najlepszych decyzji, włączania się w rozmaite przedsięwzięcia, pełnienia różnorodnych ról społecznych i zawodowych. Przykład dobrych praktyk wsparcia społecznego połączonego z aktywizacją zawodową:

- Kraków (2003 r.) – firma społeczna – pensjonat i restauracja „U Pana Cogito”, funkcjonująca jako Zakład Aktywności Zawodowej Stowarzyszenia Rodzin „Zdrowie Psychiczne”;
- Lublin (1991 r.) – Charytatywne Stowarzyszenie Niesienia Pomocy Chorym „Misericordia” i stworzony w jego ramach Zakład Aktywizacji Zawodowej, z produkcją towarów i świadczeniem usług, m.in. w ramach kawiarni „Santiago Cafe”, Ośrodka Adaptacyjnego z mieszkaniami chronionymi oraz Klubu Samopomocy Misericordia;
- Warszawa (2001 r.) – „Warszawski Dom pod Fontanną” prowadzony jako organizacja pożytku publicznego przez stowarzyszenie Zespół Regionalny Koalicji na rzecz Zdrowia Psychicznego.

**Metody prowadzenia treningów** – zaleca się, aby przekazywane pacjentom informacje trener raczej odczytywał, niż wypowiadał własnymi słowami. Najważniejsze informacje są utrwalane w pamięci pacjentów przez oglądanie kolorowych plansz, zapisanie na tablicy, pokaz wideo, demonstrację trenera itp. – użycie tych środków pozwala wielokrotnie powtórzyć te same kwestie i pomaga w utrwaleniu wiedzy.

**Treningi umiejętności społecznych i samoobsługi oraz treningi psychoedukacyjne u pacjentów z wybranymi zaburzeniami psychicznymi:**

**Nawiązywania relacji interpersonalnych** – celem treningu jest nauczenie pacjentów nawiązywania i podtrzymywania kontaktów społecznych.

**Rozwiązywania trudnych sytuacji międzyludzkich** – celem treningu jest uczenie osób chorych radzenia sobie z trudnymi sytuacjami międzyludzkimi pojawiającymi się w życiu codziennym.

**Przygotowania do pracy** – celem treningu jest wskazanie, jakie umiejętności należy posiadać, aby podjąć pracę, oraz możliwość ćwiczenia i utrwalania tych umiejętności.

**W zakresie wyglądu zewnętrznego i higieny osobistej** – celem treningu jest nauczenie pacjentów umiejętności związanych z higieną osobistą, podkreślenie wpływu prawidłowego wykonywania czynności higienicznych na zdrowie i samopoczucie.

**Umiejętności praktycznych** – celem treningu jest m.in. nauczenie pacjentów dbałości o bieliznę osobistą i obuwie.

**Trening kulinarny** – celem treningu jest nauczenie zasad prawidłowego żywienia i odżywiania się, przygotowywania posiłków.

**Budżetowy** – celem treningu jest nauka umiejętnego gospodarowania pieniędzmi, planowania budżetu domowego oraz nauka sposobów oszczędzania.

**Umiejętności aktywnego udziału osoby z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi we własnym leczeniu farmakologicznym** – celem treningu jest doprowadzenie do sytuacji, w której pacjent będzie zdolny do trwałego i aktywnego współdziałania z personelem leczącym w trakcie własnej farmakoterapii.

**Radzenia sobie z objawami choroby** – celem treningu jest identyfikowanie, obserwowanie i radzenie sobie z objawami zwiastującymi kolejny epizod choroby.

**Psychoedukacja pacjenta w różnych grupach wiekowych w wybranych zaburzeniach psychicznych.**

Istotą programów psychoedukacyjnych jest promowanie postawy proaktywnej pacjenta i jego bliskich, w celu radzenia sobie z chorobą, wczesnego rozpoznawania objawów oraz zmiany zachowań i nastawień związanych z chorobą. Przykładowe programy przeznaczone dla różnych odbiorców:

- Program Pegasus – skierowany do pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii i zaburzeń schizoafektywnych;
- Program barceloński – przeznaczony dla pacjentów z rozpoznaniem choroby afektywnej dwubiegunowej;
- Model edukacyjny Andersona – założeniem modelu jest zwiększenie stabilności środowiska rodzinnego pacjenta.

## Moduł VI.

# OPIEKA NAD PACJENTEM Z CHOROBA COVID-19

**Cel modułu:** Przygotowanie pielęgniarki do opieki nad chorym z COVID-19 i po przebyciu choroby w warunkach opieki stacjonarnej, ambulatoryjnej i domowej.

W obliczu sytuacji epidemiologicznej, kiedy występuje wiele przypadków zakażeń SARS-CoV-2, kluczowe jest szybkie i sprawne rozpoznawanie wczesnych objawów infekcji oraz umiejętne izolowanie pacjentów z COVID-19, co znacznie ograniczy rozprzestrzenianie się wirusa.

Objawy zakażenia COVID-19 mogą różnić się w zależności od fazy i czasu trwania infekcji. Ze względu na fakt, że SARS-CoV-2 przenosi się drogą kropelkową, wielu pacjentów jest bezobjawowych, a okres zakażenia występuje jeszcze przed wystąpieniem objawów. Prawidłowe wykonywanie testów diagnostycznych przez personel stanowi czynnik prewencyjny.

Najbardziej pewną metodą są badania molekularne i wykrycie RNA SARS-CoV-2 w materiale pobranym w wymazie z nosa lub gardła z pacjenta za pomocą badania RT-PCR. Można także badać próbki pobrane z dolnych dróg oddechowych u chorych zaintubowanych (aspirat tchawiczy lub płyn z płukania oskrzelowo-pęcherzykowego) oraz nieindukowaną płwocinę. Inną metodą, służącą do potwierdzenia infekcji, są **testy antygenowe**, których niewątpliwą zaletą jest znacznie krótszy czas oczekiwania na wynik badania. Mają jednak niższą czułość w porównaniu z badaniem RT-PCR, co wiąże się z ryzykiem wyników fałszywie ujemnych, a w przypadku wyników dodatnich – ostrą fazę zakażenia.

Generalnie wyróżniamy następujące postaci choroby, charakteryzujące się następującymi objawami:

**Postać ostrą** – objawy występujące od początku do około 4. tygodnia, mogą to być objawy łagodnego przebiegu zakażenia SARS-CoV-2 – gorączka (może wystąpić też obniżenie temperatury ciała), kaszel, osłabienie, zmęczenie, brak apetytu, duszność, bóle mięśni, ból gardła, uczucie zatkania nosa, bóle głowy, biegunka, nudności, wymioty, zapalenie spojówek, zmiany dermatologiczne, utrata węchu (anosmia) i utrata smaku (ageuzja), zawroty głowy, nadmierne pobudzenie, słabość, drgawki lub symptomy sugerujące udar (problemy z mową lub wzrokiem, utrata czucia, problemy z równowagą lub chodzeniem), umiarkowanego przebiegu zakażenia pod postacią zapalenia płuc oraz ciężkiej postaci choroby – ciężkiego zapalenia płuc, ARDS, sepsy lub wstrząsu septycznego.

**Postać przedłużającą się (long-COVID-19)** – od około 4. do 12. tygodnia.

**Zespół pocovidowy (post-COVID-19)** – objawy, które rozwijają się w trakcie trwania choroby i trwają powyżej 12. tygodnia oraz nie wynikają z innej choroby – zmęczenie przypominające zespół przewlekłego zmęczenia (CFS), duszność, kaszel, bóle stawów, ból w klatce piersiowej, obniżenie kondycji, spowolnienie procesów poznawczych, zaburzenia snu, trudności z myśleniem, koncentracją, zapamiętywaniem rzeczy – „mgła mózgowa”, depresja, bóle mięśni, bóle głowy, kołatania serca, utrata węchu lub zaburzenia smaku (kilka miesięcy po zakażeniu), zawroty głowy, nasilają się one po wysiłku fizycznym lub po aktywności umysłowej.

**Postać bezobjawową** – zakażenie bez występujących charakterystycznych objawów chorobowych ze strony pacjenta, zdiagnozowane na podstawie dodatniego testu PCR lub antygenowego.

Infekcja COVID-19 może powodować lub nasilać zmiany w poszczególnych układach organizmu:

- **układ sercowo-naczyniowy** – infekcja może prowadzić do zapalenia mięśnia sercowego, zaburzeń automatyzmu i przewodzenia, zaburzeń rytmu serca, niewydolności serca, ostrego zespołu wieńcowego, zmian zapalnych w naczyniach, powikłań zakrzepowo-zatorowych i zmienności ciśnienia tętniczego krwi;
- **incydenty zakrzepowo-zatorowe** – SARS-CoV-2 zwiększa prawdopodobieństwo formowania się zatorów i zakrzepów, zablokowanie dużych naczyń krwionośnych może prowadzić do zatoru tętnicy płucnej, zawału serca, udaru niedokrwiennego mózgu, zatorów w naczyniach kończyn dolnych oraz uszkodzenia wątroby i nerek; z kolei zatory małych naczyń są odpowiedzialne za niedokrwienie i uszkodzenie mięśnia sercowego, a także za zmiany w obrębie kory mózgowej;
- **układ oddechowy** – zapalenie płuc związane z COVID-19 może powodować długotrwałe uszkodzenie pęcherzyków płucnych i restrykcyjną niewydolność płuc, co prowadzi do długotrwałych problemów z oddychaniem;
- **układ wydalniczy i nerki** – uszkodzenie naczyń (mikrozatory) oraz problemy z ich szczelnością skutkują

- uszkodzeniem nerek;
- **skóra i włosy** – wysypki, osutki skórne, przetrwałe zmiany w ukrwieniu dłoni i stóp (covidowe palce – czerwono-fioletowe zmiany na palcach dłoni i stóp z pęcherzami i owrzodzeniami), wypadanie włosów;
  - **zespół suchości**;
  - zaburzenia ze strony **układu pokarmowego**;
  - **układ nerwowy** – udary, drgawki, zespół Guillaina-Barrego, neuropatie, poinfekcyjne zapalenie mózgu, zespół tylnej odwracalnej encefalopatii, powikłania o podłożu zapalnym i autoimmunizacyjnym; przechorowanie COVID-19 może zwiększać ryzyko rozwoju choroby Parkinsona i otępienia alzheimerowskiego lub naczyniopochodnego; ponadto u części pacjentów utrzymują się problemy z węchem i smakiem, część chorych odzyskuje zmysły jedynie częściowo, zdarzają się również trwałe zmiany w odbieraniu zapachów i smaków;
  - **zaburzenia funkcji poznawczych** – mgła mózgowa, problemy z koncentracją, pamięcią, snem, zespół chronicznego zmęczenia;
  - **zdrowie psychiczne** – osoby przechodzące infekcję w sposób ciężki i leczone w OIT mają większe prawdopodobieństwo rozwinięcia zespołu stresu pourazowego, depresji i lęku;
  - **układ mięśniowo-szkieletowy** – bóle mięśni i stawów.

Dominującymi objawami neurologicznymi są bóle głowy oraz chroniczne zmęczenie, natomiast psychiatrycznymi – lęk i objawy depresyjne.

U dzieci oraz u młodych dorosłych może rozwinąć wieloukładowy zespół zapalny u dzieci po przechorowaniu COVID-19, nazywany PIMS.

W przypadku pacjenta z podejrzeniem zakażenia SARS-CoV-2:

- pielęgniarka powinna przeprowadzić z nim wywiad potwierdzający występowanie objawów COVID-19 oraz potencjalną styczność z wirusem w ostatnim czasie, powinna w tym czasie mieć na sobie maseczkę fartuch ochronny oraz rękawiczki, a po kontakcie z pacjentem zdezynfekować ręce;
- wizyty domowe u pacjentów zakażonych SARS-CoV-2 realizowane są tylko w uzasadnionych przypadkach, po wcześniejszym uzgodnieniu telefonicznym, na zlecenie lekarza oraz zebraniu wywiadu epidemiologicznego. Przed wizytą pamiętać o odpowiednich środkach ochrony indywidualnej oraz mieć przy sobie trzy czerwone plastikowe worki oraz jeden worek w innym kolorze, dwie pary rękawiczek, maskę twarzową, fartuch flizelinowy, preparat do dezynfekcji rąk na bazie alkoholu oraz sprzęt niezbędny do wykonania wizyty. Sprzęt ochronny zakładany jest przed wejściem do domu pacjenta, uwzględniając zasadę „nic poniżej łokcia”, a po wizycie wykonać prawidłowe zdjęcie środków ochrony indywidualnej i zdezynfekowanie dłoni;
- w przypadku wykrycia COVID-19 w oddziale dokonać modyfikacji warunków i organizacji pracy, aby uniknąć rozprzestrzeniania się infekcji;
- pielęgniarka prawidłowo stosuje środki ochrony indywidualnej: półmaski filtrujące FFP2 lub FFP3, rękawice medyczne, fartuchy ochronne;
- pamiętać o dokładnym umyciu rąk zgodnie z zasadami WHO i o stosowaniu środków dezynfekcyjnych.

Należy w największym możliwym stopniu zadbać o przestrzeganie zasad higienicznych i sanitarnych, aby uniknąć transmisji wirusa zarówno w środowisku szpitalnym, jak i domowym pacjenta. Nadrzędną zasadą jest dokładne mycie i dezynfekcja rąk zgodnie z wytycznymi WHO. Pomieszczenia powinny być dezynfekowane, regularnie wietrzone, duże powierzchnie powinny być czyszczone przy użyciu podchlorynu sodu, izopropanolu i chlorków benzalkoniowych, a małe powierzchnie, narzędzia i sprzęty – aldehydem glutarowym i formaldehydem po każdym kontakcie z materiałem zakaźnym. Zalecane jest korzystanie ze sprzętów jednorazowych.

**Do zadań pielęgniarskich w zakresie diagnostyki w ostrej fazie choroby należą:**

- rozpoznanie stanu chorego na podstawie regularnych pomiarów podstawowych parametrów życiowych (temperatura, ciśnienie, tętno, oddech), obserwacja w kierunku występowania objawów typowych dla chorób zapalnych układu oddechowego (kaszel, duszność, odkrztuszanie płwociny i jej zabarwienie lub jej brak, ból pleców w okolicy klatki piersiowej, słyszalne świsty towarzyszące oddychaniu) i ogólnoustrojowych, niezwiązanych z układem oddechowym;

- kontrola oddechu – częstość, jakość, ruchy klatki piersiowej, tor oddychania;
- obserwacja w kierunku duszności;
- obserwacja odkrztuszanej wydzieliny – ilość, charakter, obecność patologicznych składników;
- obserwacja powłok skórnych – w kierunku utrzymywania się lub ustępowania sinicy, zwłaszcza w okolicy ust czy śluzówki jamy ustnej;
- rozpoznanie najważniejszych potrzeb i problemów pielęgnacyjnych;
- ocena deficytu w zakresie wykonywania czynności dnia codziennego – ocena samoopieki i samoobsługi (toaleta, spożywanie posiłków);
- ocena stylu życia – palenie tytoniu, aktywność fizyczna, sposób odżywiania;
- ustalenie potrzeb edukacyjnych;
- określenie stanu psychicznego pacjenta, jego reakcji na hospitalizację i leczenie;
- postawienie diagnozy prognostycznej – ocenia ona, czy pacjent będzie w stanie wrócić do wcześniejszych obowiązków zawodowych, społecznych i rodzinnych od razu po zakończeniu choroby, czy też będzie wymagał dłuższego okresu rekonwalescencji.

#### **Zadania terapeutyczne pielęgniarki w opiece nad chorym z COVID-19:**

**Farmakoterapia** – jeżeli pacjent przyjmuje leki w formie wziewnej, należy dopilnować, aby chory poprawnie wziął dawkę leku oraz poinstruować, jak przeprowadzić inhalację, jeśli pacjent przyjmuje leki mukolityczne, należy nadzorować, aby pacjent przyjął lek do godziny 17, co umożliwi mu odkrztuszenie wydzieliny w godzinach wieczornych i nie zaburzy odpoczynku nocnego.

**Leczenie dietetyczne** – dopilnowanie, aby chory wypijał odpowiednią ilość płynów, co zapobiega odwodnieniu (ilość płynów potrzebnych pacjentowi wzrasta wraz z podwyższaniem się temperatury ciała – na każdy stopień powyżej 37°C podaje się dodatkowo 500 ml płynu);

- po ustąpieniu ostrego okresu choroby i złagodzeniu dolegliwości należy podawać posiłki lekkostrawne, często, ale w mniejszych ilościach – zapobiega to nadmiernemu wypełnianiu się żołądka i uciskaniu przepony, co mogłoby utrudniać oddychanie;
- posiłki chorego powinny być bogate w witaminy i mikroelementy, niezbędne do budowy hemoglobiny oraz urozmaicone, aby umożliwiły szybszą regenerację organizmu i powrót do zdrowia.

**Zadania opiekuńcze** są zależne od stopnia ciężkości choroby i wynikającego z niego deficytu w sprawowaniu samoopieki:

- dbanie o właściwą temperaturę otoczenia (do 20°C) i wilgotność powietrza (60–70%);
- wietrzenie pomieszczenia, w którym przebywa chory, najlepiej pod jego nieobecność;
- dbanie o higienę otoczenia pacjenta;
- pomoc w częstej zmianie bielizny osobistej i pościelowej (ze względu na podwyższoną temperaturę ciała i wzmożoną potliwość);
- stosowanie profilaktyki przeciwoleżynowej w przypadku pacjentów obłożnie chorych;
- pomoc w toalecie porannej i wieczornej lub wykonanie jej w przypadku pacjentów ze znacznym deficytem samoopieki;
- zapewnienie nawilżenia błon śluzowych przez proponowanie ciepłych płynów do popijania;
- pomoc w spożywaniu posiłku lub nakarmienie chorego;
- w przypadku osób leżących, które nie mogą skorzystać z toalety, zapewnienie intymnych warunków wypróżniania, jeśli pacjent skarży się na zaparcia, to należy zaproponować dietę bogatą w błonnik, ułatwiająca wydalanie lub łagodne środki przeczyszczające;
- wsparcie pacjenta i jego rodziny w zakresie komunikacji, umożliwienie pacjentom izolowanym kontaktu telefonicznego z rodziną, zaproponowanie wideo-rozmów z rodziną, udzielanie wsparcia emocjonalnego, pośredniczenie w kontaktach pomiędzy pacjentem, personelem medycznym a rodziną.

Ze względu na minimalizację ryzyka transmisji wirusa kontakt pacjenta zarówno z rodziną, jak i personelem medycznym, ograniczony jest do niezbędnego minimum. Szczególna rola personelu pielęgniarstwa, który sprawuje bezpośrednią opiekę nad pacjentem z COVID-19, polega na sprawnym wykorzystaniu systemów teleinformatycznych w placówkach, umożliwiając konsultacje czy teleporady do udzielenia pacjentowi i jego rodzinie niezbędnych wskazówek co do zasad postępowania. Bardzo ważne jest umożliwienie pacjentom pozostawania w zdalnym kontakcie z rodziną i osobami bliskimi (Internet, komunikatory, telefon, poczta elektroniczna).

W przypadku osobistego kontaktu z pacjentem izolowanym (konsultacje, pobranie materiału do badań, wykonywanie innych niezbędnych czynności pielęgniarstwa) zachowanie bezpieczeństwa epidemiologicznego z równoczesnym edukowaniem pacjenta o zasadach postępowania i higieny. Niezmiernie istotne jest również zapewnienie wsparcia emocjonalnego i psychologicznego pacjenta psychiatrycznego z COVID-19, ze względu na szczególną wrażliwość na czynniki stresogenne związane z nieznaną sytuacją dotyczącą stanu zdrowia oraz brak możliwości kontaktu z powodu izolacji.

W przypadku pacjentów leczonych ambulatoryjnie oraz w środowisku domowym opieka pielęgniarstwa powinna się skupiać przede wszystkim na zadaniach edukacyjnych, które umożliwiają choremu prawidłową samoopiekę. Pielęgniarka powinna poinformować pacjenta o możliwości udziału w programie PulsoCare – udostępnienie choremu na COVID-19 pulsoksymetru do użytku domowego na czas choroby oraz wytłumaczenie pacjentowi, jak korzysta się z pulsoksymetru. Pielęgniarka powinna także przedstawić objawy świadczące o pogorszeniu stanu chorego – spadek saturacji, znaczna duszność, zaburzenia świadomości – wytłumaczyć, jak należy na nie reagować oraz kiedy konieczna jest pomoc personelu medycznego. Do zadań pielęgniarki należy także umożliwienie konsultacji telefonicznej w razie niepokojących objawów.

**Zadania rehabilitacyjne** – udział pielęgniarki ma na celu przede wszystkim usprawnienie układu oddechowego. Celem postępowania rehabilitacyjnego jest ustabilizowanie, a następnie odwrócenie, w miarę możliwości, powstałych zaburzeń i zapobieganie pogorszeniu się stanu chorego oraz niedopuszczenie do niewydolności oddechowej, usprawnienie mechaniki oddychania i zapobieganie powikłaniom infekcji COVID-19.

Pielęgniarka przystępująca do realizacji tych zadań powinna pamiętać o ogólnych zasadach postępowania obowiązujących przy usprawnianiu układu oddechowego pacjenta.

**Głównymi metodami usprawniania są:**

- gimnastyka oddechowa;
- gimnastyka ogólnousprawniająca;
- leczenie ułożeniowe;
- korygowanie nieprawidłowości postawy;
- korygowanie nieprawidłowości w torze oddychania;
- trening wytrzymałościowy;
- metody pomocnicze: masaż, elektroterapia, hydroterapia.

Do zadań pielęgniarki w rehabilitacji układu oddechowego należy:

- zapobieganie odleżynom i powikłaniom poprzez wykonywanie ćwiczeń ruchowych i zmianę pozycji ciała chorego na łóżku;
- poprawa wentylacji płuc pacjenta przez oklepywanie pleców i gimnastykę oddechową;
- pomoc w poruszaniu się i powrocie do samodzielności po okresie unieruchomienia;
- nauka korzystania ze sprzętu rehabilitacyjnego;
- wskazanie sposobów samokontroli i samoopieki, nauka samodzielnego działania niezależnie chorego od opiekunów;
- uwzględnienie przeciwwskazań do rehabilitacji – podwyższona temperatura ciała; obniżone ciśnienie krwi, duszność, spożycie posiłku bezpośrednio przed zaplanowaną rehabilitacją;
- ustalenie właściwej dla chorego pory do podejmowania działań usprawniających;
- omówienie z pacjentem przebiegu rehabilitacji, zadbanie o odpowiedni ubiór, zabezpieczenie wkluc dożylnych;
- przygotowanie pacjenta do zajęć rehabilitacji;
- przygotowanie sprzętu ułatwiającego przeprowadzanie ćwiczeń;
- dostosowanie tempa ćwiczeń do sprawności i wydolności chorego;
- wykonywanie ćwiczeń wraz z chorym, zgodnie z zaleceniem fizjoterapeuty;
- kontrola stanu zdrowia pacjenta w trakcie zabiegów rehabilitacyjnych.

U wielu chorych trudności w oddychaniu spowodowane są obrzękiem błony śluzowej, dlatego zadaniem pielęgniarki jest nauczenie pacjenta efektywnego kaszlu, jeżeli wykrztuszenie wydzieliny jest niedostateczne, można

zastosować oklepywanie lub drenaż ułożeniowy (układanie pacjenta na brzuchu).

Podczas przeprowadzania rehabilitacji oddechowej pielęgniarka powinna:

- zwrócić choremu uwagę na konieczność oddychania torem przeponowym i pouczyć, aby wydechał powie-  
trze powoli, wydłużając w ten sposób zaburzoną fazę wydechu. Chory ma wydmuchiwać powietrze przez  
tzw. zasnurowane usta, kurcząc przy tym mięśnie brzucha – pozwala to na utrzymanie dodatniego ci-  
śnienia wydechowego w drogach oddechowych podczas wydechu, zmniejszenie częstości oddechów, za-  
chęca pacjenta do głębokiego oddychania oraz umożliwi powrót prawidłowego, fizjologicznego oddechu;
- dokładnie obserwować ruchy klatki piersiowej pacjenta, co pozwala na wykrycie ograniczenia jej rucho-  
mości. Zorientowanie się, która część płuc jest zmieniona chorobowo, umożliwi pacjentowi układanie  
się na chorym boku;
- uczyć pacjenta leżącego na wznak prawidłowego oddychania, na bieżąco instruując i korygując sposób ich  
wykonywania. Należy nabierać powietrze nosem, wypuszczać je ustami, wydech powinien być dłuższy od  
wdechu, a liczba oddechów na minutę zbliżona do 16. W pozycji na wznak pacjent powinien ułożyć ręce  
pod łukami żebrowymi na nadbrzuszu, brać powietrze nosem tak, by ułożone na brzuchu ręce uniosły się  
w trakcie wdechu do góry, co świadczy o zaangażowaniu przepony w oddychanie. Następnie chory po-  
winien wypuścić powietrze przez usta, zaś oparte na nadbrzuszu dłonie powinny swobodnie opaść w dół  
wraz z zapadaniem brzucha. Cykl ten powtarza się kilkakrotnie, a po opanowaniu ćwiczeń z oporem wła-  
snych rąk pielęgniarka powinna zaproponować choremu modyfikację ćwiczeń w postaci obciążenia za po-  
mocą worka z piaskiem czy książki. Później można zmieniać formę ćwiczeń i angażować do pracy kończyny  
górne – leżąc, jak poprzednio, podnieść ręce za głowę, jednocześnie biorąc oddech nosem, a następnie zro-  
bić wydech ustami, opuszczając kończyny górne czy też modyfikując pozycję ćwiczeń – siad na ugiętych  
nogach, dłonie oparte na karku, łokcie w przód, przy wdechu łokcie należy rozchylić, a przy wydechu łą-  
czyć je z przodu i pochylać się w kierunku kolan;
- dbać o komfort pacjenta i jego postępy w rehabilitacji, aby nie dopuścić do nadmiernych przeciążeń albo  
mało efektywnego wykonywania ćwiczeń, a także zbyt wielu zadań naraz;
- stopniować liczbę powtórzeń i czas trwania ćwiczeń oraz nie forsować i nie przyspieszać oddechów.

Zadania mające na celu wydłużenie wydechu i poprawienie proporcji faz oddechu mogą też być przeprowa-  
dzone z użyciem prostych przedmiotów. Opór, który ma być pokonany przez wydech w celu jego przedłużenia,  
może stanowić woda w szklance lub w butelce. Pacjent, wydychając powietrze przez rurkę zanurzoną w wodzie,  
musi tak silnie dmuchać, by pęcherzyki powietrza wydostawały się ponad jej powierzchnię.

**Zadania profilaktyczne** podejmowane są w celu uchronienia przed kolejnym zachorowaniem oraz zminimali-  
zowanie powikłań obecnej infekcji SARS-CoV-2. Pielęgniarka powinna:

- motywować pacjenta do rzucenia palenia;
- wytłumaczyć pacjentowi konieczność częstej dezynfekcji rąk i przestrzegania zasad higieny;
- zachęcać do regularnego odżywiania się, a jeżeli pacjent ma nadwagę, to zaproponować dietę redukcyjną;
- zwrócić uwagę na właściwą temperaturę (ok. 21–22°C) oraz wilgotność powietrza (60–70%) w pomiesz-  
czeniu;
- zmobilizować do uprawiania aktywności fizycznej dostosowanej do wieku, wydolności fizycznej oraz ak-  
tualnych możliwości chorego;
- zaproponować szczepienie przeciw SARS-CoV-2;
- zaproponować szczepienia ochronne zwiększające odporność organizmu oraz zmniejszające ryzyko infek-  
cji (przeciw grypie, pneumokokom).

**Zadania edukacyjne** – informacje i rady powinny być przekazywane w sposób zrozumiały i dostosowany do  
możliwości pacjenta. Powinna obejmować następujące elementy:

- dostarczenie choremu wiedzy na temat choroby i jej powikłań;
- wytłumaczenie zmian zachodzących w organizmie w trakcie infekcji oraz potrzeby czasu, aby powrócić  
do poprzedniej sprawności;
- wypracowanie razem z pacjentem pożądanych zachowań w stosunku do choroby;
- stworzenie warunków ułatwiających akceptację choroby;
- poinstruowanie o konieczności obserwacji organizmu w celu wychwytywania wczesnych objawów choroby  
oraz objawów niepożądanych mogących wystąpić podczas leczenia farmakologicznego;

- poinformowanie o możliwości podjęcia rehabilitacji pocovidowej;
- nauka prawidłowego wykonywania ćwiczeń oddechowych, np. dmuchanie przez słomkę.

Bardzo istotnym elementem w procesie rehabilitacji pacjenta jest edukacja samego pacjenta, jak i jego rodziny, w zakresie występowania możliwych powikłań, dolegliwości, które mogą pojawić się w okresie, kiedy ustąpi faza ostra choroby, a nawet w odległym czasie, kiedy pacjent nie łączy występujących objawów z przebytą chorobą. Następstwa długoterminowe COVID-19, oprócz wielu schorzeń psychosomatycznych, powodują następstwa psychiczne, depresję i lęki. Zadania pielęgniarskie w zakresie opieki nad pacjentem z long covid są zróżnicowane w zależności od wieku oraz zaburzeń w funkcjonowaniu – pracy układu oddechowego, sercowo-naczyniowego, krzepnięcia, nerwowego czy zaburzeń psychicznych. Rolą pielęgniarki jest wczesne rozpoznanie zachodzących procesów lub występujących zaburzeń, współpraca z rodziną i pacjentem oraz konsultowanie niezbędnych działań z lekarzem prowadzącym.



## WYKAZ ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH, DO KTÓRYCH JEST UPRAWNIONA PIELĘGNIARKA PO UKOŃCZENIU KURSU KWALIFIKACYJNEGO W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA PSYCHIATRYCZNEGO

1. Prowadzenie działań promujących zdrowie psychiczne.
2. Realizowanie działań w zakresie profilaktyki zaburzeń psychicznych I, II, III i IV stopnia.
3. Komunikowanie terapeutyczne z osobą z zaburzeniami psychicznymi i jego rodziną.
4. Stosowanie różnych form przymusu bezpośredniego.
5. Aktywizowanie pacjentów z zaburzeniami psychicznymi z wykorzystaniem elementów terapii zajęciowej.
6. Prowadzenie treningów w zakresie samoobsługi: trening lekowy, trening higieniczny.
7. Sprawowanie opieki pielęgniarskiej nad osobami z zaburzeniami psychicznymi w trakcie choroby COVID-19 oraz po jej przebyciu.
8. Prowadzenie psychoedukacji w różnych placówkach ochrony zdrowia psychicznego i w środowisku domowym.
9. Udzielanie wsparcia społecznego osobom z zaburzeniami psychicznymi.
10. Prowadzenie edukacji zdrowotnej w zakresie profilaktyki, samoopieki, samokontroli u pacjentów z przebyciem COVID-19.
11. Prowadzenie rehabilitacji psychiatrycznej z uwzględnieniem pacjentów po przebytej chorobie COVID-19.

## WYKAZ LITERATURY OBOWIAZUJĄCEJ DO ZALICZENIA KURSU KWALIFIKACYJNEGO W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA PSYCHIATRYCZNEGO

### Literatura podstawowa

1. Casher M.I., Bess J.D.: Pacjent na oddziale psychiatrycznym. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2019.
2. Gałęcki P., Szulc A.: Psychiatria. Edra Urban & Partner, Warszawa 2019.
3. Gniadek A., Lewko J.: Procedury pielęgniarskie w obliczu pandemii. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2020.
4. Górna K., Jaracz K., Rybakowski J. (red.): Pielęgniarstwo psychiatryczne. Podręcznik dla studiów medycznych. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2022.
5. Kmiecik B.: Stosowanie przymusu wobec osób w kryzysie psychicznym. Difin, Warszawa 2022.
6. Meder J.: Rehabilitacja. [w:] Bilikiewicz A., Pużyński S., Rybakowski J., Wciórka J. (red.): Psychiatria, t. 3. Wyd. Urban & Partner, Wrocław 2013.
7. Remberk B. (red.): Zaburzenia psychiczne u dzieci i młodzieży. PZWL Wydawnictwo Lekarskie Warszawa 2020.
8. Wienberg G., Walther C., Berg M.: Psychoedukacja grupowa w schizofrenii i zaburzeniach schizoafektywnych. DK Media, Warszawa 2015.
9. Wilczek-Rużyczka E.: Podstawy pielęgniarstwa psychiatrycznego. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2019.
10. Załuska M., Prot K., Bronowski P.: Psychiatria środowiskowa jako środowiskowa opieka nad zdrowiem psychicznym. Wydawnictwo Instytutu Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2007.

### Literatura uzupełniająca

1. Chciałowski A., Kruszewski J.: COVID-19 i jego powikłania – przypadki kliniczne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL Warszawa 2022.
2. Cybulski M., Waszkiewicz N., Krajewska-Kula E.: Psychogeriatrya. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2022.
3. Freyberger H. J., Schneider W., Stieglitz R.D.: Kompendium psychiatrii, psychoterapii, medycyny psychosomatycznej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2022.
4. Łoza B., Markiewicz R., Szulc A., Wrońska I. (red.): Pielęgniarstwo psychiatryczne. Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, Lublin 2014.
5. Szulc A., Mosiołek A., Kacprzak G. (red.): Kompendium z psychiatrii i pielęgniarstwa psychiatrycznego. Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa 2016.

### Akty prawne (odzwierciedlające aktualny stan prawny)

1. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego.
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego.
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2018 r. w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi.
5. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022.
6. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 kwietnia 2014 r. w sprawie zajęć rehabilitacyjnych organizowanych w szpitalach psychiatrycznych.
7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 stycznia 2006 r. w sprawie szczegółowego trybu i sposobu działania Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego.
8. Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi.

9. Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii.
10. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.
11. Ustawa z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych.
12. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 grudnia 2010 r. w sprawie środowiskowych domów samopomocy.
13. Zarządzenie nr 134/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14.07.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, dodające załącznik nr 6c „Program i warunki realizacji świadczeń z zakresu rehabilitacji psychiatrycznej pacjentów po przebytej chorobie COVID-19 w podmiotach leczniczych udzielających świadczeń psychiatrycznych lub rehabilitacji psychiatrycznej”.