PODPORA DUŠEVNÉHO ZDRAVIA V KONTEXTE OŠETROVATEĽSTVA

Dana ZRUBCOVÁ

Abstrakt: *Kapitola sa zaoberá problematikou podpory duševného zdravia, úlohami sestry v rámci primárnej, sekundárnej a terciárnej prevencie duševných ochorení. Prezentujeme tiež výsledky výskumu, cieľom ktorého bolo zmapovať názory a postoje laickej verejnosti na problematiku podpory duševného zdravia. Zisťovali sme, či považuje laická verejnosť podporu duševného zdravia a prevenciu duševných ochorení za dôležitú a ako ovplyvňuje ich postoje k danej problematike a k integrácii duševne chorých do spoločnosti osobná skúsenosť s duševne chorým. Analýzy výsledkov svedčia o tom, že čím je užší interpersonálny vzťah medzi respondentom a duševne chorým, tým je väčší záujem o informácie týkajúce sa problematiky podpory duševného zdravia a duševných ochorení. Tento úzky kontakt má vplyv aj na výber relevantných informačných zdrojov. Laická verejnosť sa stále častejšie prikláňa k potrebe skorej reintegrácie duševne chorých do spoločnosti a návratu do domáceho prostredia. Väčšina respondentov prejavila záujem o pôsobenie psychiatrických sestier v komunite.*

Kľúčové slová: *duševné zdravie, duševné ochorenie, prevencia, sestra, postoje, laická verejnosť*

Zdravie a duševné zdravie

Zdravie predstavuje pre jednotlivcov a ich rodiny nemerateľnú hodnotu. Každé jeho zlepšenie, podobne ako i narušenie, má svoj sociálny význam. Ako uvádza Rovný et al. (1995), možno ho chápať ako určitý okamžitý stav, ale aj ako proces, ktorý má svoju dynamiku. Často bývajú rozdiely v ponímaní zdravia, ktoré sa môžu meniť vplyvom predchádzajúcej skúsenosti, očakávania od seba samého, vnímania vlastnej identity, sebareflexie a sociálneho statusu. Křivohlavý (2001) usporiadal teórie zdravia podľa toho, či je zdravie chápané ako prostriedok k určitému cieľu alebo je chápané ako cieľ sám o sebe. Život sa má viesť tak, aby sa zdravie udržalo čo najdlhšie. Zdravie je zdrojom pre každodenný život, nie je cieľom života. Je to pozitívny koncept zdôrazňujúci sociálne a personálne zdroje ako aj fyzickú spôsobilosť. Keller (1997) definuje človeka ako sociálnu bytosť, ktorého povaha sa formuje vďaka interakciám blízkymi v jeho prítomnosti.

Zdravie je základným neustále sa meniacim a vyvíjajúcim sa pojmom, zahrňuje komplexne všetky zložky fyzické, psychické, sociálne, spirituálne, intelektuálne i enviromentálne. Pohľad na zdravie závisí od spoločnosti a stupňa jej rozvoja. Farkašová

et al. (2005) cituje najznámejšiu definíciu zdravia World Heald Organization (WHO) z roku 1974, ktorá definuje zdravie ako "*stav úplnej fyzickej, psychickej a sociálnej pohody, a nielen ako chýbanie choroby či slabosti.*"

Kozierová et al.(1995) cituje Penderovú, ktorá v súvislosti s uvedenou definíciou zdravia WHO hovorí o troch základných charakteristikách pozitívnej koncepcie zdravia:

- odráža záujem jednotlivca ako celistvú osobu, nielen ako jednoduchý súčet rôznych častí,
- kladie zdravie do súvzťažnosti s prostredím,
- dáva znak rovnosti medzi zdravie a produktívny a tvorivý život.

Drvivá väčšina definícií zdravia poukazuje i na potrebu duševného zdravia, psychickej pohody, na schopnosť človeka vyrovnávať sa so stresom, žiť vo vzájomnej sociálnej interakcii s okolím a efektívne komunikovať. Mnohé z nich poukazujú na psychosociálny rozmer zdravia.

Americký psychiater Alons White v období medzi dvoma svetovými vojnami zdôraznil spojitosť medzi fyziologickými a psychologickými faktormi ovplyvňujúcimi zdravie a vznik choroby. Jeho práce viedli k poznaniu, že psychické a fyziologické poruchy môžu byť odpoveďou na stresy, ich chápanie musí byť v spojitosti so sociálnymi faktormi. Janosiková a Daviesová (1999)

Definície duševného zdravia majú široké kultúrne, spoločenské i politické dôsledky. Existujú historické dôkazy o tom, že prevažujúce normy a postoje už v minulosti ovplyvňovali definície duševného zdravia.

WHO charakterizuje duševné zdravie ako *„stav, keď všetky duševné procesy prebiehajú optimálnym spôsobom, harmonicky, umožňujú odrážať podnety a riešiť bežné aj neočakávané situácie, stále sa zdokonaľovať a mať pocit uspokojenia zo svojej činnosti.*"

Duševné zdravie umožňuje uskutočňovať duševný, citový potenciál, nájsť a naplniť úlohu v spoločenskom, školskom i pracovnom živote. Dobré duševné zdravie prispieva k prosperite, solidarite a sociálnej spravodlivosti v spoločnosti.

Podpora duševného zdravia

Lehtinen (2004) popisuje i niekoľko základných, ale veľmi závažných dôvodov prečo je nevyhnutné venovať duševnému zdraviu pozornosť:

1. **Duševné ochorenia sú bežné.** Odhaduje sa, že v súčasnej dobe približne 20 % dospelej populácie v EÚ má problémy s mentálnym zdravím. Toto číslo zahrňuje všetky problémy, nie len konkrétne diagnostikované duševné ochorenia. U adolescentov a toto percento odhaduje približne na rovnakej úrovni. Alarmujúci je i výskyt duševných problémov u detí vo veku 8 až 9 rokov v mnohých Európskych štúdiách.
2. **Narušené duševné zdravie predstavuje veľkú ekonomickú záťaž.** Súvisí to s vysokou prevalenciou a začiatočným náporom v mladom veku, v kombinácii s častým chronickým priebehom duševného ochorenia. Celkové vynaložené náklady EÚ na tieto ochorenia sa odhadujú približne na 3–4 % HDP. Najmä v dôsledku straty produktivity. Duševné ochorenia sú hlavným dôvodom pre

odchod do invalidného dôchodku v mnohých členských štátoch Európskej Únie.

3. **Duševné ochorenia sú spojené so zvýšenou úmrtnosťou.** Riziko úmrtnosti medzi pacientmi s duševným ochorením je niekoľkokrát vyššie ako v populácii vo všeobecnosti. Hlavným dôvodom sú suicídiá alebo násilná smrť. Suicidálne pokusy zreteľne presahujú číslo úmrtnosti, aké je pri dopravných nehodách. Popri suicídiách zvyšuje úmrtnosť i prítomnosť somatického ochorenia pridruženého k duševnému. Narušené duševné zdravie ovplyvňuje fyzické zdravia a naopak.
4. **Duševné ochorenia sú zdrojom enormného ľudského utrpenia.** Úzkosť, strach, zúfalstvo, depresia a následné pocity viny a hanba môžu byť subjektívne pociťované oveľa intenzívnejšie ako akákoľvek vážnejšia telesná bolesť.
5. **Duševné ochorenia vedú ľahko k vytesneniu na okraj spoločnosti.** Duševné ochorenia často vyvolávajú u ľudí pocit určitej odlišnosti, čo vyvoláva následnú stigmatizáciu a iné negatívne postoje vedúce k častej diskriminácii. V mnohých členských štátoch EÚ sú služby venujúce sa duševnému zdraviu druhoradé, najmä ak ide o finančné prostriedky. Ľudia trpiaci duševnými ochoreniami sú často vytesňovaní na okraj spoločnosti. Z toho vyplývajúce problémy ako sú chudoba, bezdomovectvo, kriminalita, alkoholizmus a drogová závislosť, často vedú k veľmi nízkej životnej úrovni a následne nepriaznivej kvalite života.
6. **Duševné ochorenia negatívne vplývajú na budúcu generáciu.** Narušené duševné zdravie nie je len otázkou zodpovednosti jednotlivcov, ale celej spoločnosti. Zvláštnu pozornosť je potrebné venovať deťom rodičov trpiacich duševným ochorením. Vo svojom živote sú oveľa častejšie vystavené riziku vzniku duševného ochorenia. Zvýšená pozornosť by sa ma mala venovať deťom rodičov závislých od drog a alkoholu, pretože častým sprievodným javom fungovania takýchto rodín je zanedbávanie alebo týranie detí.

Úloha ošetrovateľstva v podpore duševného zdravia

Jedným so špecifík ošetrovateľstva je to, že sprevádza jednotlivca od narodenia až po smrť. „*Ošetrovateľstvo má pomáhať chorým aj zdravím vykonávať činnosti prospievajúce zdraviu, uzdravovaniu alebo pokojnej smrti, ktoré by vykonával bez pomoci, keby mal potrebnú silu a vedomosti*“ (Farkašová et al., 2005).

„*Postavením ošetrovateľstva a sestier v starostlivosti o zdravie občanov sa intenzívne zaoberá – Svetová zdravotnícka organizácia, Európska únia, Medzinárodná rada sestier, ale aj slovenské štátne, vzdelávacie a profesijné organizácie. Určujúcim princípom formovania politiky, ktorý vychádza z nových myšlienkových prúdov, je sledovanie komplexnej vízie o zabezpečení lepšieho zdravia a kvality života občanov Európy a príspevku sestier na jej realizáciu*“ (Farkašová, 2006).

Spôsob života, životný štýl človeka má medzi determinantmi zdravia kľúčové postavenie. Za rozhodujúce prvky životného štýlu sa pokladajú stravovanie, chuť do jedla, pohybová aktivita, fajčenie, pitie alkoholu, sexuálny život, stres, bytové a pracovné prostredie. Tieto atribúty môžu pozitívne, ale i negatívne ovplyvniť duševné zdravie. Ako uvádza Ondriášová (2005), na človeka pôsobia celý život psychologické faktory, ako stres, konflikt, frustrácia, rôzne straty a životné príhody.

Úlohou ošetrovateľstva v podpore duševného zdravia je správnym postojom a konaním slúžiť ako vzor. Povzbudzovať a nabádať ľudí, aby sa spontánne zapojili i do podpory svojho duševného zdravia. Radiť im, ako sa sami môžu vyrovnať so stresovými situáciami a zlepšiť si vzájomné sociálne vzťahy. Ako efektívne riešiť svoje emocionálne problémy. Naučiť ich ako efektívne využívať zdravotnú starostlivosť i v oblasti duševného zdravia.

Zmeny v spoločnosti, sociálne otázky, riziká vyplývajúce z určitého životného štýlu ako aj využívanie moderných technológií v ošetrovateľskom procese, výrazne ovplyvňujú požiadavky kladené na sestry pri upevňovaní duševného zdravia. Ich úloha je široká. Zasahuje do všetkých vývinových období života človeka. Prioritnou intervenciou však je včasná identifikácia rizikových faktorov, ktoré môžu spôsobiť narušenie duševného zdravia v akomkoľvek sociálnom prostredí, doma, v práci, škole v komunite a edukačné aktivity o tom, ako tieto faktory odstrániť alebo zmierniť ich vplyv. *„5 miliónov sestier pracujúcich v európskom regióne zohráva významnú rolu pri skvalitňovaní zdravia jednotlivcov, rodín a komunít. Predstavujú najväčšiu jednotnú skupinu zdravotníckych pracovníkov a často poskytujú prvý kontakt so zdravotníckym a sociálnym systémom, sústredený na kontinuálnu starostlivosť a podporu zraniteľných a bezprávnych skupín v populácii*“ (Farkašová, 2006).

Úlohou ošetrovateľstva je i prebrať zodpovednosť a pomoc pri podpore a ochrane duševného zdravia za klientov, ak títo nevedia, nemôžu alebo nechcú zodpovednosť prebrať sami. Významnú úlohu v podpore duševného zdravia by mali zohrávať *psychiatrické sestry pracujúce v komunitách.* Na Slovensku v súčasnosti sestry s špecializáciou v psychiatrii pracujú v drvivej väčšine v lôžkových zariadenia. Poradenstvo psychiatrickej sestry je pre pacienta a jeho rodinu nezastupiteľným prvkom ošetrovateľských intervencií.

Úloha sestry pri podpore duševného zdravia u detí a mládeže

Ako uvádza Pasquali et al. (1989), Komisia pre mentálne zdravie detí v USA už v roku 1969 určila niekoľko problémov a faktorov, ktoré môžu byť zdrojom či spúšťačom vývoja emocionálnych problémov u detí a mládeže:

1. Zlé životné skúsenosti a návyky.
2. Vynárajúce sa konflikty medzi deťmi a rodičmi, tiež problematické vzťahy medzi súrodencami a problémy prispôsobiť sa v škole, v oblasti sociálnych vzťahov a sexuality.
3. Vnútorné konflikty hlbokej podstaty vedúce k neurotickým reakciám.
4. Problémy prispôsobovania sa spojené so somatickým ochorením alebo hendikepom.
5. Problémy prispôsobovania sa spojené s niektorými duševnými ochoreniami, ako sú psychotické správanie a mentálna retardácia.

Podľa Pasqualiho et al. (1989) u 80 % detí, ktoré potrebujú pomoc bola spúšťačom prvá alebo druhá z uvedených oblastí. Určiť diagnózu a akceptovať duševné ochorenie u detí a mládeže je ťažké. V minulosti spoločnosť ignorovala skutočnosť, že deti môžu mať problémy spojené s duševným zdravím. Pasquali et al. (1989) cituje Longovú 1980, podľa ktorej štatistiky ukazujú na prudký nárast počtu detí, ktoré

potrebujú bezprostrednú starostlivosť v súvislosti s problémom mentálneho zdravia. Signifikantne malý počet z nich dostane i potrebnú liečbu.

Primárna prevencia u detí a mládeže

V oblasti duševného zdravia detí a mládeže primárna prevencia zaostruje pozornosť na vyhľadávanie možných rizikových faktorov. Pasquali et al. (1989) cituje Bumbala a Siemona (1981), ktorí určili tri rizikové oblasti, ktoré by sestra mala posudzovať v rámci opatrení primárnej prevencie:

a) environmentálna oblasť,
b) vplyv rodičov,
c) charakteristické indikátory zraniteľnosti.

Aj v primeranom prostredí žije dieťa s vnútorným svetom neistoty a obáv, ktoré sa môžu zväčšiť náhlymi vývinovými úlohami. Potreby detí vypĺňajú rodičia, preto môže ich vzdelávanie o detskom vývine pôsobiť ako primárna prevencia. *„Neprimeraný vývin býva často spôsobený alebo zhoršený nerealistickými očakávaniami rodičov. Ak rodičia nepoznajú časový vývinový rámec dieťaťa, urýchľujú alebo brzdia proces, ktorý bol možno normálny“* (Janosiková, Daviesová, 1999). Sestra sa musí zamerať na edukáciu rodičov o správnom raste a vývoji dieťaťa. Snažiť sa o minimalizovanie pôsobenia faktorov vedúcich k vzniku narušenia duševného zdravia alebo duševných ochorení u detí a mládeže. Dôležité je identifikovať skupiny, ktoré predstavujú veľké riziko z hľadiska rodičovského a rodinného systému. „M*edzi detským psychologickým prostredím dieťaťa a detskou psychikou je úzky vzťah, pretože psychika dieťaťa je produktom sily v ňom i mimo neho“* (Hanzlíková et al., 2004). Je dôležité posudzovať reakcie a odpovede dieťaťa na podnety okolia, primeranosť rodičovských očakávaní a spôsob výchovy. Vzájomný vzťah medzi rodičmi a deťmi. Ako konštatujú Gabert a Kniebe (1993) rodičovské správanie vychováva deti. Dosick (1998) zdôrazňuje, že *„výchova k hodnotám začína v rannom detstve a pozostáva zo všedných, jednoduchých, zdanlivo samozrejmých spôsobov správania.“*

Medzi významné fenomény, ktoré ovládajú dnešné deti a adolescentov patrí nuda. Tá spočíva v nedostatku citov, neschopnosti pocítiť stimuly a nedostatku húževnatosti. Bagio (1996)

Janosiková a Daviesová (1999) uvádzajú niekoľko spôsobov posilňovania sebaúcty a húževnatosti u detí:

1. Povzbudzovať pozitívny prínos interakcie s okolím mimo rodiny a s triedou bez ohľadu na veľkosť tejto interakcie.
2. Povzbudzovať rozhodnutie dieťaťa použitím vhodných možností výberu, nie dávaním ultimáta.
3. Poskytnúť dieťaťu spätnú väzbu pozitívnym, a nie negatívnym spôsobom, nikdy ho pri tom nezastrašovať ani neponižovať.
4. Opätovne zhodnotiť pravidlá, ktoré sú pre deti problémom alebo ich pokladajú za nespravodlivé. Hoci sa pravidlá nezmenia, ich opätovné uváženie poskytuje deťom pocit dôstojnosti a vlastnej hodnoty.
5. Pamätať na to, že detská sebaúcta a húževnatosť sa ľahko narušia, ale možno ich opäť dosiahnuť ustavičnou aktivitou zameranou proti ich poškodzovaniu.

Je nevyhnutné odhadnúť i vplyv mnohých faktorov sociálneho prostredia. Hanzliková et al. (2004) cituje Stanhopeho a Lancastera, ktorí poukazujú na vplyv kultúry rodiny na mentálne zdravie dieťaťa. Pasquali et al. (1989) zastáva názor, že sestry by mali mať v školách a komunitách kľúčové postavenie v pozorovaní detí v sociálnom prostredí i v rodinných vzťahoch. Dieťa nemusí mať len viditeľné príznaky, ale môže fungovať v narušenom prostredí, ktoré je rizikové. Socioekonomická úroveň rodiny a záujem o dieťa sú prioritné. Často neadekvátna strava, zanedbaný vzhľad dieťaťa, neprospievanie v škole ale i agresivita a šikanovanie spolužiakov signalizujú problémy narušenia stability v rodine.

Nízka životná úroveň rodiny býva spojená s alkoholizmom jedného alebo často žiaľ i oboch rodičov. Deti vyrastajú bez pocitu, že ich má niekto rád. Nezriedka dochádza i k ich týraniu a následnej citovej otupenosti.

Naopak, prehnane ovládajúci alebo hyperprotektívni rodičia spôsobia, že dieťa pochybuje o svojej vlastnej hodnote. Následkom ovládania vynucovaného rodičmi začína vnímať seba a svoje telo skreslene. V období dospievania predstavuje chudnutie a sebakontrola v jedení lákavú cestu, ako posilniť sebavedomie. Striktné diéty, nadmerné cvičenie alebo vracanie môžu vzbudzovať dojem, že sa človek dokáže kontrolovať a priblížiť vysnenému ideálu. Krátkodobo si tak posilní sebavedomie a vytvorí ilúziu úspechu, ale môže dôjsť k závažnému ochoreniu – mentálnej anorexii. Krch et al. (1999) uvádza, že *„averzia k jedlu je prejavom nezmieriteľného a narušeného postoja k telesnej hmotnosti, k proporciám a obezite.“*

Veľkým problémom je u detí abúzus alkoholu a drog spolu s užívaním liekov. Hanzlíková et al. (2004) poukazuje na fakt, že 5 % starších školopovinných pije alkohol. K tejto závislosti sa pridružuje gambling a čoraz častejšie i kriminalita. Preventívne opatrenia sú účinnejšie, ak na deti a mládež pôsobí viacero inštitúcií, škola, rodina, organizácie zaoberajúce sa mimoškolskými aktivitami, zdravotnícke služby, ale i masmédia. Ako uvádza Vácha (2005) veľmi častou chybou primárnej prevencie je, že sa na drogy nepozerá ako na multidisciplinárny problém. Úlohou sestry by malo byť organizovanie a koordinácia preventívnych programov už u detí na prvom stupni základných škôl. *„Sú málo účinné vtedy, keď oslovení patria k ohrozeným ľuďom už s prejavmi rizikového správania“* (Okruhlica et al. 1998).

V rámci podpory duševného zdravia by sa sestra mala zameriavať na vyhľadávanie suspektných symptómov, ktoré signalizujú uvedené zmeny správania dieťaťa. Navrhovať opatrenia a hľadať riešenia pre vzájomnú spoluprácu s rodinami problematických detí, snažiť sa o elimináciu nevhodného správania.

Adolescenti v mnohých krajinách považujú sestru za spoľahlivý zdroj informácií a vhodných rád. Erudovaná sestra v oblasti duševného zdravia môže poskytnúť primerané informácie o fyzických a psychických zmenách, ktoré sú v období dospievania prirodzené.

Sekundárna prevencia u detí a mládeže

Úloha sestry v sekundárnej prevencii v oblasti duševného zdravia zahrňuje podľa Pasqualiho et al. (1989) nasledovné body:

1. Včasné a rýchle identifikovanie duševných ochorení u detí a mládeže.

2. Promptné podanie efektívnej liečby obnovujúcej optimálny individuálny a rodinný stupeň fungovania.
3. Posúdenie negatívnych zdrojov v komunite.
4. Rozvíjanie vhodných zdrojov v komunite.

Stres v živote rodičov môže v značnej miere obmedziť poskytovanie trvalej lásky deťom. Malé deti môžu reagovať rôznym spôsobom. V oblasti duševného zdravia je to najčastejšie úzkosť, hnev, strach alebo problémy so spánkom, stravovaním či vylučovaním. Úlohou sestry v rámci sekundárnej prevencie v oblasti duševného zdravia je poskytnúť rodičom informácie o prirodzených spánkových a stravovacích návykoch a o individuálnych rozdieloch u ich detí. „*Taktiku hanby treba striktne vynechať*" (Janosiková, Daviesová, 1999). Zahanbovanie a ponižovanie nie sú pri sekundárnej prevencii efektívne, práve naopak môžu identifikované emocionálne problémy ešte zintenzívniť. Dôležité je, aby sestra rodičom ukázala úspechy pozitívneho prístupu pri zlepšovaní zmien návykov a správania dieťaťa. Pre mnohých rodičov je oveľa ťažšie dieťa pochváliť, ako ho karhať. Sestra ich musí uistiť, že chválenie neohrozí ich autoritu ani disciplínu u detí. Höschl et al. (2004) považuje za významné i riešenie vzťahov a sociálnych problémov vo vnútri rodiny.

Pre adolescentov je dôležité stretávať sa pri riešení problémov i s vrstovníkmi, ktorí majú rovnaké alebo podobné problémy. „*Pre adolescentov existujú programy, ktoré zahŕňajú výchovu proti alkoholizmu, poradenstvo pre mladých ľudí o právnych záležitostiach a venuje sa pozornosť aj adolescentným šoférom konzumujúcich alkohol*" (Janosiková, Daviesová, 1999).

Terciárna prevencia u detí a mládeže

V rámci terciárnej prevencie u detí uvádza Hanzlíková et al. (2004) tri aspekty:
1. prevencia pred opakovaným výskytom zdravotných problémov,
2. prevencia pred zhoršením zdravotného stavu,
3. pomoc a podpora v procese adaptácie, ak ide o chronické ochorenie.

Terciárna prevencia by mala zahŕňať i podnety na pokračovanie intervencii pre deti a mládež, ktoré v rámci sekundárneho pôsobenia nepreukazovali úplné vyliečenie. Ochorenia spojené s poruchami správania vyžadujú po ukončení hospitalizácie ďalšie špeciálne pôsobenie. Deti s prejavmi sebapoškodzovania, poruchami príjmu potravy a abúzom drog či alkoholu potrebujú v rámci terciárnej prevencie podporu v denných stacionároch. Adolescenti by mali mať mžnosť využívať pomoc centier a stacionárov, ak ich správanie narušuje život v rodine. Centrá pomoci by mali slúžiť tomu, aby sa zabránilo opätovnému vzplanutiu problémov, prípadnému návratu k užívaniu drog a páchaniu deliktov či trestných činov.

Úloha sestry v terciárnej prevencii je preto rôznorodá. Sestra by podľa Pasqualiho et al. (1989) mala pokračovať v individuálnej, skupinovej a rodinnej terapii u klientov, ktorí trpia chronickou poruchou správania alebo duševnou poruchou. Okrem toho sestra musí identifikovať deti, mládež a rodiny, ktoré preukazujú chronicky narušené vzájomné rodinné vzťahy.

Cieľom terciárnej prevencie duševného zdravia u detí a mládeže je redukovať zvyšky dlhodobo pôsobiaceho negatívneho vplyvu neprimeranej rodinnej výchovy a okolitého prostredia a predchádzať ich opakovanému pôsobeniu. Činnosti sestry

v rámci podpory duševného zdravia detí a mládeže, by mali smerovať k prinavráteniu optimálneho fungovania rodiny a jej jednotlivých členov.

Úloha sestry pri podpore duševného zdravia dospelých

Kozierová et al.(1995) zastáva názor, že rodina je vzájomné spojenie ľudí na citovom základe. Emotívne spojenie vyjadruje aj spoločné úsilie pri plnení každodenných činností. Rebríček hodnôt býva v mnohých prípadoch ovplyvňovaný kultúrou rodiny. Hodnotový systém rodiny determinuje aj pohľad na podporu zdravia, obzvlášť duševného zdravia.

Rodina môže byť činiteľom ohrozenia zdravia. Mnohé ochorenia vznikajú na podklade narušených rodinných vzťahov.

Úlohou sestry v rámci podpory duševného zdravia by mala byť podpora a posilňovanie zdravých modelov rodinných vzťahov. Identifikovanie toho, čo si jednotlivý členovia rodiny myslia, čo hovoria, čo robia a ako reagujú v rozličných životných situáciách. Pasquali et al. (1989) cituje Jonesa a Dimonda, ktorí hovoria, že sestra by sa mala zamerať na:

1. Potenciálne pramene rodinného stresu.
2. Efektívne modely vyrovnávania sa so stresom.
3. Zmeny životného štýlu, ktoré môžu pozitívne ovplyvniť vystavenie rodiny stresorom.
4. Zmeny role jednotlivých členov rodiny. Role je potrebné prispôsobiť potrebnej zmene životného štýlu.
5. Odhodlanie rodiny podporovať zdravé fungovanie.
6. Slabé stránky rodiny, ktoré by mohli vystaviť nebezpečenstvu fungovanie jednotlivých členov.

Medzi najčastejšie pramene stresu patria: rozvodovosť, násilie v rodine, alkoholizmus, nezamestnanosť, bezdomovectvo, genetické predispozície ochorení, strata rodinného príslušníka, neprimerané nároky kladené na zamestnanca v práci, ale i workoholizmus. Podľa Lenczovej (2005), podnikatelia trávia až 85 % svojho času v zamestnaní. Ich rodiny sú poznačené väčším stresom a orientáciou na konzumný spôsob života. Duševné zdravie môžu negatívne ovplyvniť aj nesprávne stravovacie návyky, pohybová aktivita či sexuálny život. Aby sestra mohla správne zamerať aktivity podporujúcich duševné zdravie musí pozerať na rodinu a jej jednotlivých členov holisticky a v kontexte všetkých úrovní. Musí tiež poznať potenciálne faktory ohrozujúce duševné zdravie a funkciu rodiny v jednotlivých obdobiach života.

Edukácia, ako jeden s najdôležitejších aspektov ošetrovateľstva predstavuje významný spôsob zlepšovania duševného zdravia a kvality života rodiny a jej jednotlivých členov. *„Opodstatnenosť edukačnej činnosti sestry možno podčiarknuť aj tým, že súčasný stav obyvateľstva v našej krajine nie je uspokojivý“* (Závodná, 2005). Neustále sa zvyšuje počet osôb závislých od alkoholu a drog.

Primárna prevencia u dospelých

Vek, v ktorom môžeme človeka pokladať za dospelého, je individuálny a závisí od hodnotenia zrelosti osobnosti Vo všeobecnosti sú zrelí jedinci schopní reálne uvažovať

o svojich možnostiach, dokážu tolerovať názory iných a dokážu sa prispôsobiť zmenám. Sú zodpovední za všetky svoje rozhodnutia.

Najmä v mladšom dospelom veku majú jedinci sklon ignorovať potrebu podpory duševného zdravia. Naplno sa sústreďujú na rodinu, prácu.

V rámci primárnej prevencie v oblasti duševného zdravia je úlohou sestry, ako uvádza Pasquali et al. (1989):

- Minimalizovať pôsobenie faktorov, ktoré sú určitou predispozíciou vzniku duševného ochorenia.
- Identifikovať rizikových jedincov.
- Povzbudiť mladého človeka, aby otvorene hovoril o problémoch a stresoch vyplývajúcich z práce v zamestnaní.
- Pomôcť identifikovať pracovné plány a špecifikovať stratégie na ich uskutočnenie.
- Pomôcť objasniť hodnotu času pre duševné zdravie jedinca i rodiny.

Ako silný citový stresor pôsobí rozvod, ktorý je v našej súčasnej spoločnosti nezriedkavým fenoménom. Väčšinou zanecháva zainteresovaných emocionálne zranených, nahnevaných, často plných úzkosti a depresie. Ako uvádza Křivohlavý (2002), do ťažkej situácie sa môže dostať človek i vtedy, ak je ohrozené jeho sebavedomie, keď sa mu nepodarí niečo, čo považoval za dôležité.

Problémy s fyzickým a psychickým týraním najmä žien sú zaznamenávané vo všetkých spoločenských a sociálnych vrstvách. Vzhľadom na medializáciu tohto problému v masovokomunikačných prostriedkoch týrané osoby, najmä ženy čoraz častejšie vyhľadávajú ochranu a pomoc odborníkov. Úlohou sestry je vo vzájomnej otvorenej komunikácii povzbudiť týranú osobu, aby sa dokázala zdôveriť so svojimi problémami. Pomôcť pri budovaní sebavedomia, aby dokázala opustiť stresujúce prostredie a začala nový plnohodnotný život.

Závažným dôsledkom narušeného duševného zdravia a duševnej krízy je samovražda. *„Vo všeobecnosti je samovražda dôsledkom neschopnosti mladého človeka vyrovnať sa s nátlakom so zodpovednosťou a s očakávaniami dospelosti“* (Kozierová et al., 1995).

Ivanová et al. (2005) cituje WHO, podľa ktorej na samovraždu vo svete zomrie asi 1 promile populácie ročne. Závažnejší je však odhad samovražedných pokusov, ktorý je 15krát väčší ako dokonaných samovrážd. Úlohou sestry v prevencii samovrážd je odhaľovanie problémov, ktoré by mohli viesť k vzniku depresie, sociálnej izolácie a nezáujmu o spoločenské dianie.

V strednom dospelom veku sa čoraz viac do popredia dostáva altruizmus. Kozierová et al. (1995) cituje Roberta Pecka, ktorý zastáva názor, že so stúpajúcim vekom sa skvalitňujú mentálne a sociálne schopnosti ľudí. Začínajú sa rozvíjať nové záujmy a záľuby. Tieto nové aktivity môžu vyvolať i protichodné reakcie a negatívne vplývať na duševné zdravie. Kozierová et al. (1995) prezentuje názor Sheehyho, ktorý tvrdí, že stredný vek je rovnako kritický ako adolescencia. „Krízu stredného veku“ opisuje ako krízu „autentickosti“, v ktorej si človek uvedomuje nesúlad medzi ambíciami mladosti a skutočnými úspechmi. V záujme podpory duševného zdravia ľudí v strednom veku by sestra mala vykonávať nasledujúce činnosti:

1. Povzbudiť ich, aby sa zaoberali aktivitami, na ktoré doteraz nemali čas.

2. Podporovať ich, aby akceptovali zmeny, ktoré prináša vek a pomôcť im prispôsobiť sa zmenám.
3. Povzbudiť ich, aby sa venovali i svojmu zovňajšku a cítili sa atraktívni.
4. Rozprávať s nimi o zmenenom postavení v úlohe rodičov. Mnohé problémy vznikajú v období, keď deti opúšťajú domov.
5. Zdôrazniť pozitívnu stránku udržiavania starých priateľstiev a nadväzovania nových.
6. Hovoriť o ich úlohe pri starostlivosti o starých rodičov. Spoločne rozprávať o možnej frustrácii a obavách, ktoré z toho vyplývajú.
7. Rozprávať o plánoch týkajúcich sa dôchodkového veku, o potrebe pestovať nové záľuby a aktívne tráviť voľný čas (Kozierová et al. 1995).

Úlohou týchto aktivít je pomôcť pri dosahovaní realistických a dosiahnuteľných cieľov pozitívne ovplyvňujúcich mentálne zdravie.

Ako neskorý dospelý vek býva označované obdobie po 65 roku života. Životný štýl a duševné zdravie seniorov sa do značnej miery formuje už v mladosti. *„Tí, ktorí sa naučili žiť vyvážený a uspokojivý život, sú v dôchodkovom veku úspešnejší“* (Kozierová et al., 1995). Odchod do dôchodku v mnohých aspektoch predstavuje zmenu, ktorá môže negatívne ovplyvniť duševné zdravie. Medzi tieto aspekty patrí strata identity, strata moci a privilégií a žiaľ často aj strata príjmov. *„Ďalšou stratou súvisiacou s odchodom do dôchodku je prerušenie priateľstiev a vzťahov so spolupracovníkmi“* (Janosiková a Daviesová, 1999). Zmeny môžu spôsobiť pocity úzkosti, osamelosti, zavrhnutia, hnevu, nepotrebnosti a smútku až depresie.

Jedným z najzávažnejších ochorení postihujúcich seniorov je Alzheimerova choroba. Odhaduje sa, že v súčasnej dobe ňou trpí vo svete 17–25 miliónov ľudí. V Európskej únii sa uvádza prevalencia 5,6–7,2 % vo veku nad 65 rokov, čo predstavuje 3–4 milióny postihnutých (Höschl et al., 1999). Pri podpore duševného zdravia je preto pre sestru dôležité povzbudzovať seniorov k zachovaniu čo najdlhšej sebestačnosti a nezávislosti, so zachovaním maximálnej bezpečnosti. Úlohou sestry je poučiť opatrovateľov seniora o potrebe akceptovať ich vlastné hodnoty a normy.

Sestra môže seniorom v rámci primárnej prevencie vysvetliť jednotlivé kritické adaptačné úlohy spojené so starnutím. Janosiková a Daviesová (1999) popisujú päť úloh:

1. Uvedomenie si starnutia a z neho vyplývajúcich obmedzení.
2. Nové definovanie vlastného fyzického a sociálneho životného priestoru.
3. Náhrada alternatívnymi zdrojmi spokojnosti.
4. Nové prispôsobenie kritérií vlastného hodnotenia.
5. Registrácia životných cieľov a hodnôt.

Reintegrácia životných očakávaní a cieľov vyžaduje prehodnotiť túžby a hodnoty seniorov tak, aby našli význam a cieľ svojho súčasného života.

Závažným problémom výrazne narušujúcim duševné zdravie vo všetkých obdobiach je závislosť od alkoholu alebo drog. *„Má podstatný podiel na chorobnosti, úrazovosti, invalidite, predčasnej úmrtnosti, samovražednosti a šírení pohlavných chorôb“* (Hanzlíková et al., 2004). Ako uvádza Lenczová (2005), v období 1994–2003 vzrástol počet drogovo závislých pacientov vo veku do 24 rokov u mužov o 36 % a u žien o 28,8 %. Prvoradou úlohou sestry v primárnej prevencii závislostí je podpora zdravého

životného štýlu a edukačné aktivity s cieľom ochrany pred prijímaním návykových látok a vznikom komplikácií vyplývajúcich zo závislostí.

Sekundárna prevencia u dospelých

Sekundárna prevencia zahŕňa včasnú identifikáciu problémov súvisiacich s narušeným duševným zdravím a prípadným duševným ochorením.

Pri intervenciách sekundárnej prevencie musí sestra počítať i s neprimeranou reakciou príbuzných na duševné ochorenie. Členovia rodiny akoby nechceli vidieť zmenu v chovaní svojho blízkeho. Často reagujú až po upozornení spolupracovníkov, susedov či priateľov. *„Čím je vzťah k danej osobe bližší, tým je menšia pohotovosť k interpretácii jej jednania v zmysle duševnej choroby. Najpravdepodobnejším vysvetlením je hĺbka znalostí blízkej osoby“* (Chromý, 1994). Rodina sa často obáva hanby, ktorá môže vzniknúť po zverejnení duševného ochorenia jej člena. Snažia sa „zvládnuť“ už rozvinuté ochorenie doma. Takáto reakcia rodiny je však neprimeraná a pre duševne chorého a jeho okolie mnohokrát i nebezpečná. Aby sa predišlo negatívnym reakciám rodinných príslušníkov, je potrebné, aby sestra získala potrebné informácie, ako rodiny vnímajú duševné ochorenie svojho člena.

Úlohou sestry je, aby svojimi aktivitami napomohla k efektívnemu fungovaniu jednotlivých členov v rodinách. V prípade výskytu duševného ochorenia prispela svojimi profesionálnymi intervenciami k čo najrýchlejšej reintegrácii duševne chorého späť do spoločnosti. Praktickým a veľmi efektívnym prístupom pri dosahovaní tohto cieľa je zmocňovanie, ktoré môžu využívať najmä sestry pracujúce s duševne chorými v lôžkových zariadeniach, ale i v ambulanciách prípadne komunitách.

Duševne chorý nie je len pasívnym objektom diagnostických, terapeutických a ošetrovateľských snažení, ale je sestre partnerom. Kvalita ošetrovateľskej starostlivosti však nemôže spočívať len na dobrej vôli, nálade či sympatiách sestry. K tomu, aby pacient mohol spolurozhodovať, musí mať adekvátne a primerané informácie. „*Toto nové chápanie interakcie pacient – poskytovateľ starostlivosti sa označuje pojmom zmocňovanie – empowerment a možno ho charakterizovať ako obojstranne prospešný proces*“ (Janosiková a Daviesová, 1999).

Je veľmi dôležité, aby komunikačné spojenie medzi pacientom a sestrou zostali otvorené a čo najviac slúžili potrebám pacienta. V minulosti sa pri ošetrovateľskej starostlivosti o chorého kládol doraz na podriadenosť medicínskej profesii a na kontrolu nad mnohými aspektmi starostlivosti. Platilo pravidlo, že odborník vie vždy všetko najlepšie. Zmocňovanie narúša toto tradičné chápanie. Vyžaduje rovnosť a reciprocitu pri zaoberaní sa s pacientom a jeho rodinou. Základ vzťahu netvorí kontrola a podriadenosť, ale spolupráca a vzájomná kooperácia. Efektívne využitie tohto vzťahu môže mať za následok bio-psych-sociálnu zmenu, ktorá posilňuje sebaúctu a zmierňuje nepriaznivé reakcie na stres. *„Zmocňovanie sa rozvíja, ak sa poznanie chápe rovnako a ak sa pacientovi ponúkajú intervencie, ktoré redukujú jeho označkovanie a stigmu vyplývajúce zo skutočnosti, že ide o psychiatrickú poruchu. Takmer u každého jedinca je zmocňovanie rozhodujúce v sociálnych vzťahoch“* (Janosiková a Daviesová, 1999).

Terciárna prevencia u dospelých

Terciárna prevencia by mala byť orientovaná na minimalizovanie následkov duševných porúch a prípadnej invalidizácie. *Zabezpečuje primerané zapojenie jednotlivca, jeho rodiny, priateľov, sociálnej skupiny a komunity do všetkých oblastí starostlivosti o zdravie a tým podporuje sebadôveru a sebestačnosť"* (Salvageová, 1995). Je vhodné, aby sestra využila edukačné programy pomáhajúce redukovať pôsobenie chronických stresorov na rodinu a jej jednotlivých členov a na stabilitu rodinného systému. Svoju pozornosť má sestra sústreďovať na efektívne využitie potenciálu rizikových skupín pacientov, ich rodinných príslušníkov a podporných osôb. Poskytovať podporu pri riešení problémov, ktoré môžu nastať po návrate z lôžkového zariadenia. Edukácia pacienta musí zahŕňať podporu celej osobnosti. Podľa Škrlu a Škrlovej (2003) to znamená, že sestra má záujem o pacientove obavy, myšlienky a pocity, teda nielen o dimenziu fyzickú, ale tiež psychickú, sociálnu a duchovnú. Sestra ho podporuje tým, že mu pomáha prijať svoj nový imidž, nájsť nový zmysel života, správnu cestu.

Veľmi dôležitá je pomoc a podpora duševného zdravia od sestry pre opatrovateľov osôb postihnutých demenciou. Je zameraná na poskytovanie informácií o tom, ako zabezpečiť starostlivosť v domácom prostredí tak, aby sa spomalil proces progresie, čo najdlhšie sa zachovala sebestačnosť a primeraná kvalita života ich príbuzného. Adamczyk (2002) poukazuje na to, že nádej a dôvera poskytujú mentálnu energiu opatrovateľom, aby boli schopní a ochotní vytrvať v poskytovanej starostlivosti. Sestra, by mala pripraviť opatrovateľov i na možnú prípadnú stratu svojho príbuzného. Prirodzenou emocionálnou odpoveďou na stratu je smútok, ktorý je pre mentálne zdravie nevyhnutný. Môže však pôsobiť na zdravie aj negatívne, preto by si sestra mala všímať sprievodné ťažkosti: úzkosť, depresia, závraty, únava bolesti hlavy, nadmerné potenie, poruchy spánku, ktoré môžu vyústiť do narušenia mentálneho zdravia.

Nevyhnutnou súčasťou terciárnej prevencie je dôkladné odovzdávanie informácií. Umožňuje a napomáha správne identifikovať chorobné a špecifické osobnostné potreby. Pri edukácii rodinných príslušníkov duševne chorých je veľmi dôležité klásť dôraz na to, že akákoľvek duševná porucha nie je prejavom slabosti či nedostatku vôle, ale že ide o chorobu. Edukácia zohráva dôležitú úlohu pri upevňovaní a podpore mentálneho zdravia v rodinách a napomáha zabezpečiť optimálne fungovanie jej členov v rámci možností daného ochorenia. Ako uvádzajú Janosiková a Daviesová (1999), mnohí odborníci poukazujú na fakt, že na psychoedukáciu sa kladie nedostatočný dôraz. Pravdepodobne to vychádza z názoru, že chorí, ktorí trpia duševným ochorením nemôžu pochopiť psychoedukačnú koncepciu, že nie sú ochotní ani schopní prijať zodpovednosť sami za seba. *„Ako sa ukázalo, aplikáciou psychoedukácie, v rámci ktorej sa pacienti oboznamujú s charakterom ochorenia, sa zvyšuje ich ochota spolupracovať, nadobúdajú sebaúctu a zmierňujú obranné reakcie"* (Janosiková a Daviesová 1999). Španiel (2005), sa odvoláva na fakt, že iba informovaný jedinec sa môže kompletne rozhodovať a plnohodnotne spolupracovať. *„Úlohou psychoedukácie je informovať chorých o podstate ochorenia, liečbe, relapse a jeho predchádzaní"* (Heretik, 2005).

Podľa Motlovej et al. (2002) je cieľom psychoedukácie poskytnúť pacientom obsiahle a relevantné informácie, naučiť ich zručnostiam a poskytnúť im podporu. Praško et al. (2005), kladie dôraz na podrobné informácie o nevyhnutnom užívaní liekov.

Psychoedukáciou prešlo od roku 1997 na Slovensku približne tisíc pacientov a stovky rodinných príslušníkov. Hlavným cieľom je pomôcť rodinám prebrať zodpovednosť za svoje zdravie (Korcsog, 2005). Celková stratégia smeruje k zlepšeniu duševného zdravia a pohody jednotlivca, rodiny a konečnom dôsledku celej spoločnosti. Sestra musí pamätať na fakt, že rodina je vždy prvým a významným miestom činností súvisiacich s duševnou poruchou či akokoľvek inak narušeným duševným zdravím. *„Ak má rodina dobre fungovať, potrebuje mať o ochorení dostatok informácií a dostatok schopností ako s chorobou pracovať"* (Motlová et al., 2005).

Pacienti trpiaci duševným ochorením sú často zanedbávaní zo strany najbližších príbuzných. Nejde totiž len o izoláciu vonkajšiu, ale predovšetkým vnútornú. Ľudský prístup im je upieraný najviac v duševnej rovine, pretože tá sa ešte pred akýmkoľvek pokusom o hlbšie porozumenie berie ako chorá, poškodená, a teda s určitým odstupom a opatrnosťou. *„Spravidla všetci dookola mu kladú podmienku: „Keď budeš normálny ako my". Tento postoj ho však odsudzuje k tomu, aby zostal pacientom do konca života. Pomôcť mu naopak znamená pochopiť, že „normálny" bude až vtedy, ak sa mu dostane ozajstné porozumenie a skutočne ľudský vzťah"* (Černoušek, 1994).

Zistené informácie tvoria pre sestru základ pre plánovanie a poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti rodine ako celku v rámci terciárnej prevencie. Prvoradou snahou je opätovné začlenenie pacienta do spoločnosti alebo zachovanie sebestačnosti. „*Táto aktivita je závislá hlavne od existencie rehabilitačných dielní, denných sanatórií, nočných sanatórií, chránených domovov a bytových spoločenstiev* " (Hašto et al., 1999). Ako uvádza Eikelmann (1999) mimoriadnu úlohu v systéme psychiatrickej rehabilitácie zohráva pracovná terapia. Významný podiel starostlivosti v týchto zariadeniach by mal pripadať komunitným sestrám, ktoré by s pacientom trávili najviac času.

Duševné zdravie a komunitná starostlivosť

V súčasnosti je moderným trendom v oblasti starostlivosti o duševné zdravie a duševne chorých je komunitná psychiatrická starostlivosť. Komunitnú psychiatrickú starostlivosťou hodnotia Höschl (2006), Breier (2005) ako vyváženú, navzájom prepojenú nemocničnú aj mimonemocničnú starostlivosť, ktorá zahrňuje všetky biologické a psychosociálne prístupy. Je poskytovaná v pacientovej prirodzenej komunite, čo najbližšie k jeho bydlisku, bez vytrhnutia z pôvodných sociálnych väzieb, s možnosťou integrovať sa do pôvodnej komunity s handicapom ako dôsledkom duševnej poruchy. Ako uvádza Hanzlíková et.al, (2004) definície komunít sú rozličné ale predsa majú spoločné prvky: ľudia, vzťahy, územie, základné väzby. Křička (2006) definuje komunitnú starostlivosti ako zameranie sa na všetky základné potreby klienta, nielen na symptómy poruchy, podpora poskytovaná v komunitnej starostlivosti sa sústreďuje na rozvoj toho, čo pacient dokáže, čo je v jeho schopnostiach. Z toho vyplýva skutočnosť, že komunitná starostlivosť má za úlohu pozitívne vplývať na kvalitu života pacienta a jeho rodiny. Janosiková, Daviesová (1999) charakterizujú komunitu ako akúkoľvek skupinu ľudí, ktorí žijú v blízkosti, majú určité záujmy bez ohľadu na priestorovú oddelenosť, pracujú na určitom spoločnom cieli alebo zastávajú určité hodnoty.

Ľudia s ťažkými duševnými ochoreniami, si vyžadujú kontinuálnu a dlhodobú starostlivosť. Legislatívne zmeny v poskytovaní zdravotnej starostlivosti u nás majú

za cieľ presun jadra pomoci takto postihnutým pacientom do mimonemocničnej starostlivosti. Mimo ústavná starostlivosť tak vhodne doplňuje farmakologickú liečbu. Môže napomôcť vytvoriť podmienky pre pracovnú a sociálnu rehabilitáciu, znižuje nepriaznivý dopad choroby. Je nápomocná pri obnove sociálnych kompetencií, uľahčuje návrat pacienta do spoločnosti, znižuje riziko relapsu choroby a celkovo pomáha znižovať náklady na liečbu. Koncept komunitnej starostlivosti, ktorý prepája ústavnú s mimo ústavnou starostlivosťou historicky siaha až do 30-tych rokov minulého storočia a vznikol v Holandsku. Významne sa rozvíjal v 60-tych rokoch v USA a vo Veľkej Británii (Dušek, Večeřová-Procházková, 2005). Vo Veľkej Británii existuje rozvinutá sieť komunitných centier. Sestry v nich pracujú samostatne, poskytujú ošetrovateľské služby, poradenstvo a požívajú spoločenskú úctu a prestíž (Höschl, 2006).

Tradičné prvky psychiatrickej starostlivosti, ktorými sú psychiatrické ambulancie a lôžkové zariadenia sú v súčasnosti v komunitnej starostlivosti doplnené o novo vznikajúce služby.

- **Krízové služby** sú určené klientom, ktorí vyžadujú akútnu psychiatrickú či psychosociálnu pomoc. Marková et al. (2006) vymedzuje tri skupiny klientov, ktorí ju vyžadujú:
  - pacienti s akútnou duševnou poruchou,
  - klienti bez duševnej poruchy v akútnej psychosociálnej kríze,
  - dlhodobo duševne chorí s dekompenzáciou duševného stavu.

„Tieto strediská sú schopné plniť úlohy psychiatrickej prvej pomoci a iniciálnu intenzívnu psychiatrickú starostlivosť“ (Dušek, Večerová-Procházková, 2005).

- **Mobilné krízové centrá –** pomáhajúci zasahujú v domácom prostredí u pacienta, ktorý má závažné odchýlky v správaní. Ako uvádza Marková et al. (2006), klient nemá náhľad na svoj psychický stav a nie je ochotný spontánne vyhľadať pomoc. Pri návšteve pracovníkov mobilného centra je nádej, že nedôjde k dramatizácii situácie, ako je to často pri zásahoch s asistenciou polície.
- **Zariadenia parciálnej hospitalizácie –** denné a nočné stacionáre poskytujú terapeutické a rehabilitačné služby. Ich snahou je alternácia psychiatrickej hospitalizácie. Podporujú aktívne zapojenie klientov do celodenných aktivít, slúžia ako rehabilitačné programy pre pacientov k uľahčeniu a plynulému prechodu do bežného života. V nočných stacionároch sú služby poskytované v odpoludňajších hodinách a večer (Marková et al., 2006; Kafka et al., 1998).
- **Podpora bývania** sa zameriava na vytvorenie a posilňovanie samoobslužných zručností, hospodárenie s finančnými prostriedkami, komunikáciu so spolubývajúcimi a susedmi, vymedzenie a podporu cieľov, podporu samostatnosti a schopnosti zvládať záťažové situácie. Orientuje sa na dlhodobú spoluprácu s klientom. Medzi najčastejšie spôsoby podpory bývania sa zaraďujú: byty a domy na pol cesty, asistencia v domácom prostredí, chránené bývanie, sociálne byty (Marková et al., 2006).
- **Telefonická pomoc** – na Slovensku niekoľko rokov pôsobí Liga za duševné zdravie, poskytujúca bezplatné telefonické poradenstvo v oblasti duševného zdravia, pomoc ľuďom v náročných životných situáciách.

K netradičným formám starostlivosti patria aj občianske združenia zamerané na pomoc duševne chorým a ich rodinám. Ich cieľom je pomôcť chorým vyrovnať

sa s chorobou, poskytnúť emočnú a sociálnu podporu a zlepšiť ich postavenie v spoločnosti.

V ponímaní duševného zdravia bývajú často rozdiely, ktoré sa môžu meniť vplyvom predchádzajúcej skúsenosti, očakávania od seba samého, vnímanie vlastnej identity, sebareflexie a sociálneho statusu. Od duševného zdravia v značnej miere závisí schopnosť jedinca zapojiť sa do spoločnosti a prispôsobiť sa jej požiadavkám. Záujem o problematiku duševného zdravia a duševných ochorení je pre mnohých veľkou neznámou. Tento fakt je determinovaný nielen nedostatkom relevantných informácií, ale často krát aj predsudkami a stigmatizáciou, ktorá voči duševne chorým v našej spoločnosti nesporne pretrváva. Ako uvádzajú Höschla (2006) a Kafka (2004) starostlivosť o duševné zdravie sa stáva politickou prioritou vo väčšine rozvinutých krajinách únie.

Postoje laickej verejnosti k podpore duševného zdravia

Zaujímali nás názory a postoje laickej verejnosti na problematiku podpory duševného zdravia. Mapovali sme či, považuje laická verejnosť podporu duševného zdravia a prevenciu duševných ochorení za dôležitú. Zisťovali sme, či ovplyvňuje ich postoje k danej problematike a k integrácii duševne chorých do spoločnosti osobná skúsenosť s duševne chorým.

Materiál a metódy

Vypracovali sme *dotazník pre laickú verejnosť*, ktorý obsahoval 20 položiek. Zo znakov reprezentujúcich otázky boli 4 identifikačné. Z nich znaky *pohlavie* a *bydlisko* boli alternatívne a znaky vek a vzdelanie boli ordinálne merané na 4 a 5 stupňovej nominálnej škále. Z ďalších 16 znakov, ktoré, ktoré korešpondovali s bázovými otázkami dotazníka, boli 3 znaky merané nominálnej škále a 13 znakov na ordinálnej škále.

Základný súbor tvorili obyvatelia miest Slovenska.

Zaraďujúce kritérium: vek 18 rokov a viac, pohlavie muž; žena, ochota spolupracovať.

Vylučujúce kritérium: zdravotnícke vzdelanie.

Celkom sme expedovali 1050 dotazníkov. Dosiahli sme 95,9 % návratnosť dotazníka. Výskumu sa zúčastnilo n_1 = 1007 respondentov.

Získané údaje sme vyhodnocovali kvantitatívne a kvalitatívne s použitím štatistických metód. Psychometrickú analýzu dát z pripravených databáz sme realizovali štatistickými metódami pomocou aplikačných programových prostriedkov. Samotné štatistické spracovanie bolo uskutočnené algoritmami, ktoré sa nachádzajú v aplikáciách STATISTICA Cz. v. 6., STATGRAPHICS centurion v. XV a pomocou štatistických funkcií z MS Excel.

Závislosť vybraných znakov sme testovali pomocou χ^2-*testu* a vypočítali sme *koeficienty asociácie* – Cramerov asociačný koeficient, (sila – intenzita vzťahu medzi kvalitatívnymi znakmi, min = 0, max. = 1).

Výsledky

Uvádzame vybrané zistenia týkajúce sa problematiky podpory duševného zdravia a prevencie duševných ochorení vo vzťahu k osobnej skúsenosti s duševne chorým.

Pohlavie: súbor tvorilo n = 558 (55,41 %) mužov a n = 449 (44,59 %) žien.

Vek: vo vekovej skupine 18–29 rokov bolo n = 231 (22,94 %) respondentov (neskôr resp.), vo vekovej skupine 30–39 rokov bolo n = 188 (18,67 %) resp., vo vekovej skupine 40–49 rokov bolo n = 344 (34,16 %) resp., vo vekovej skupine 50–59 rokov bolo n = 205 (20,36 %) resp. a vo vekovej skupine 60 a viac rokov bolo n = 39 (3,87 %) resp.

Vzdelanie: Najvyššie ukončené vzdelanie u resp. bolo u n = 22 (2,18 %) základné, u n = 300 (29,79 %) učňovské, n = 313 (31,08 %) resp. získalo stredoškolské s maturitou a n = 372 (36,94 %) resp. malo vysokoškolské vzdelanie.

Bydlisko: súbor tvorilo n = 654 (64,95 %) resp. z mesta a n = 353 (35,05 %) resp. z dediny.

Popisné charakteristiky	**Atributy**			
	vek	**vzdelanie**	**pohlavie**	**bydlisko**
Minimální hodnota	1	1	1	1
Maximální hodnota	5	4	2	2
Modus	3	4	1	1
Empirical entropy	1.436	1.175	0.687	0.648
Maximálna entropia	1.609	1.386	0.693	0.693

Tab. 1: Deskriptívne charakteristiky pre identifikačné znaky

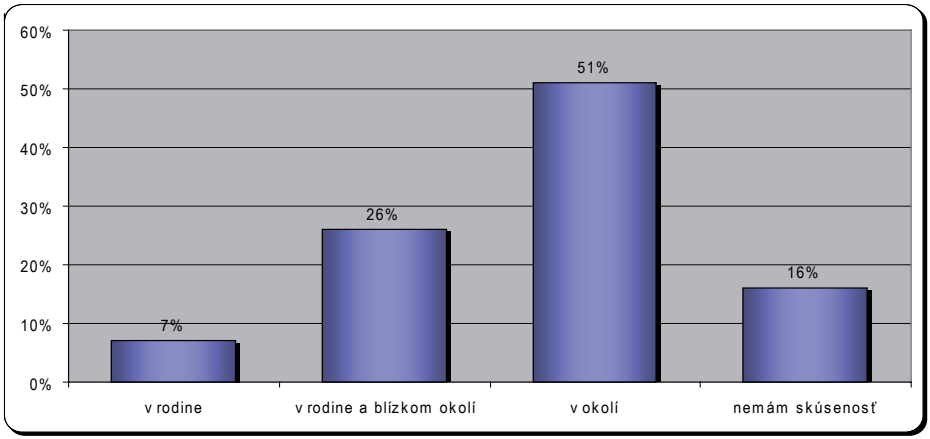
Popisné charakteristiky	**Otázky – ordinálna škála**								
	O1	**O2**	**O3**	**O5**	**O6**	**O7**	**O8**	**O9**	**O10**
Minimální hodnota	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Maximální hodnota	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Modus	5	5	1	4	4	5	4	1	5
Medián	5	4	3	4	4	4	4	2	5
Dolný kvartil	4.00	1.50	1.00	3.00	2.00	2.00	2.00	1.00	4.00
Horný kvartil	5.00	5.00	4.00	5.00	5.00	5.00	5.00	3.00	5.00
Distancia	1.27	1.73	1.61	1.39	1.57	1.45	1.49	1.29	1.27
Herfindhal index	0.35	0.22	0.25	0.27	0.25	0.26	0.24	0.29	0.35
Redundancia	5.65	5.36	5.42	5.47	5.44	5.48	5.39	5.54	5.65

Minimum and maximum values	**Minimum**	**Maximum**
Distancia	0	1.998
Herfindhal index	0	1
Redundancia [nit]	0.000	6.915

Tab. 2: Deskriptívne charakteristiky - ordinálna škála

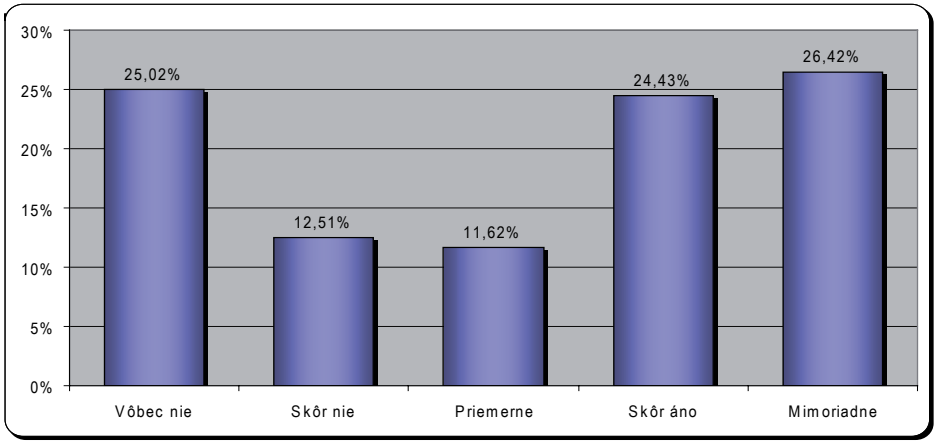
Popisné charakteristiky	Otázka O4 - nominálna škála
Minimálna hodnota	1
Maximálna hodnota	5
Modus	2
Empirická entrópia [nit]	1.473
Maximálna empirická entrópia	1,609

Tab. 3: Deskriptívne charakteristiky - nominálna škála



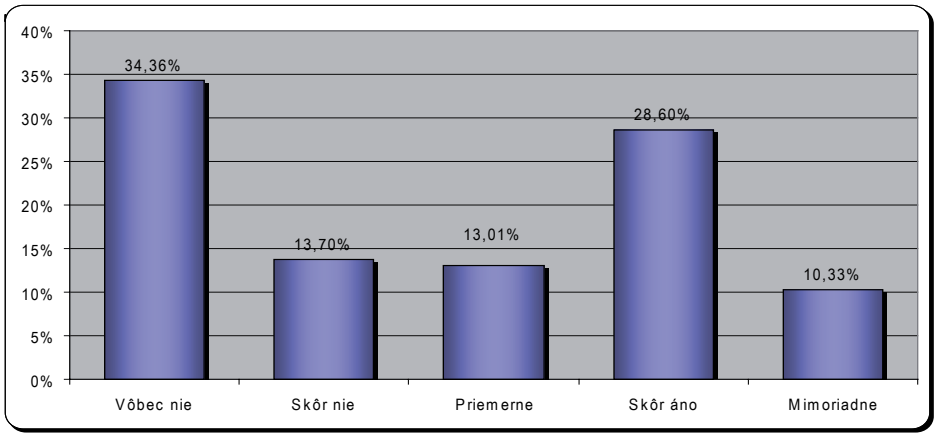
Graf 1: Osobná skúsenosť s duševne chorým

Osobnú skúsenosť s duševne chorým v rodine uviedlo n = 67 (7 %) resp.; v rodine a blízkom okolí n = 261 (26 %) resp.; osobnú skúsenosť v okolí uviedlo n = 516 (51 %) resp.; n = 163 (16 %) nemá osobnú skúsenosť s duševne chorým.



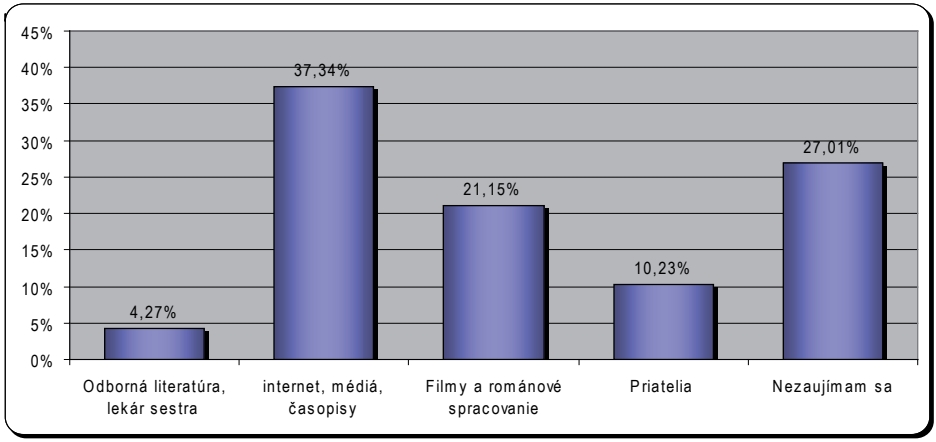
Graf 2: Záujem o problematiku duševného zdravia

O problematiku duševného zdravia sa vôbec nezaujíma n = 252 (25,02 %) resp., skôr nie n = 126 (12,51 %) resp., priemerne n =117 (11,62) resp., skôr áno n = 246 (24,43 %) resp. a mimoriadny záujem uviedlo n = 266 (26,42 %) resp.



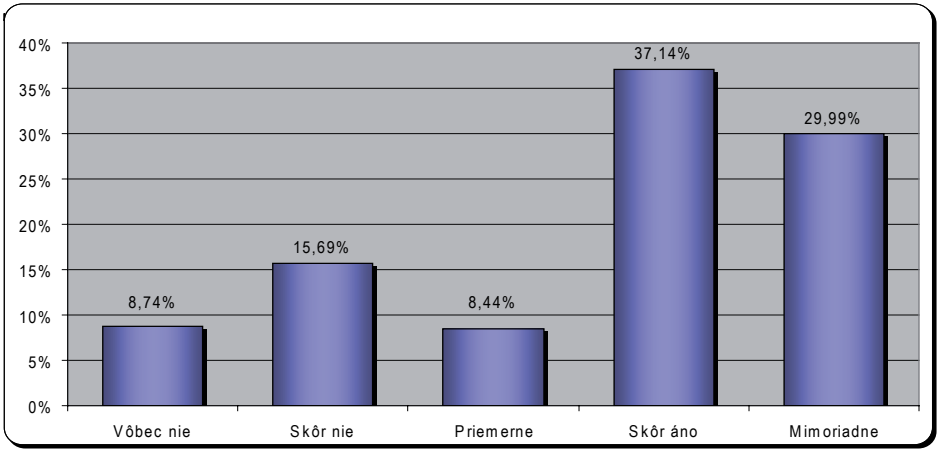
Graf 3: Záujem o problematiku duševných ochorení

O problematiku duševných ochorení sa vôbec nezaujíma n = 346 (34,36 %) resp., skôr nie n = 138 (13,70 %) resp., priemerne n = 131 (13,01 %) resp., skôr áno n = 288 (28,63 %) resp. a mimoriadny záujem uviedlo n = (10,33 %) resp.



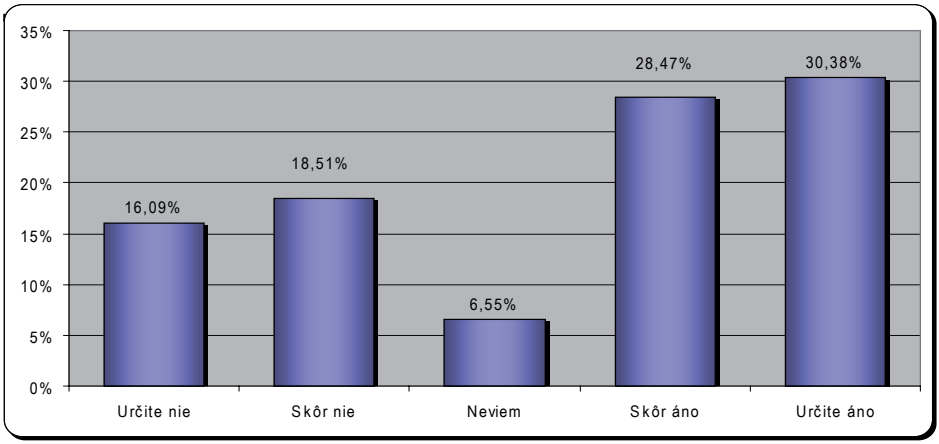
Graf 4: Zdroj informácií o problematike duševného zdravia a duševných ochorení

Informácie o problematike duševného zdravia a duševných ochorení z odbornej literatúry a od lekára a sestry čerpá n = 43 (4,27 %) resp., n = 376 (37,34 %) sleduje internet médiá a časopisy zaoberajúce sa danou problematikou, n = 213 (21,15 %) resp. sleduje filmy a románové spracovanie, n = 103 (10,23 %) resp. uviedlo ako zdroj informácií priateľov a n = 272 (27,01 %) sa o danú problematiku nezaujíma.



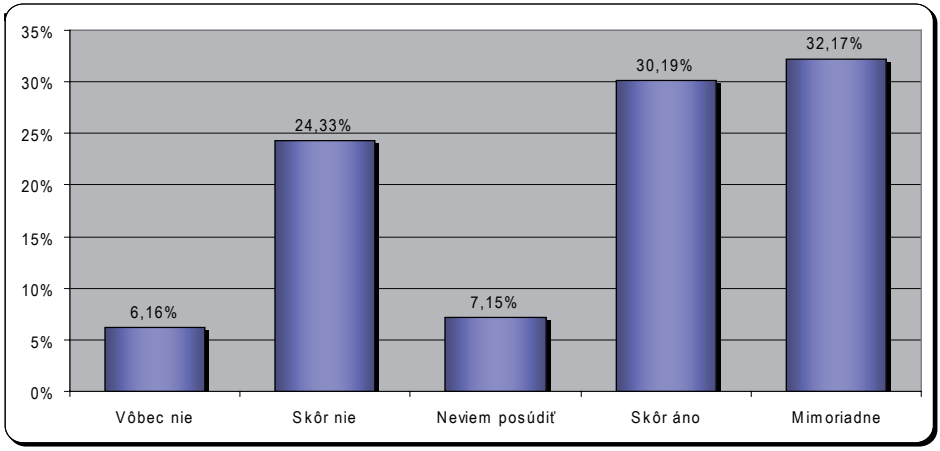
Graf. 5: Dôležitosť starostlivosti o duševné zdravie

Starostlivosť o duševné zdravie vôbec nepovažuje za potrebnú n = 88 (8,74 %) resp., odpoveď skôr nie uviedlo n = 158 (15,69 %) resp., nevedelo sa vyjadriť n = 85 (8,44 %) resp., za skôr dôležitú ju považuje n = 374 (37,14 %) resp. a za mimoriadne dôležitú n = 302 (29,99 %).



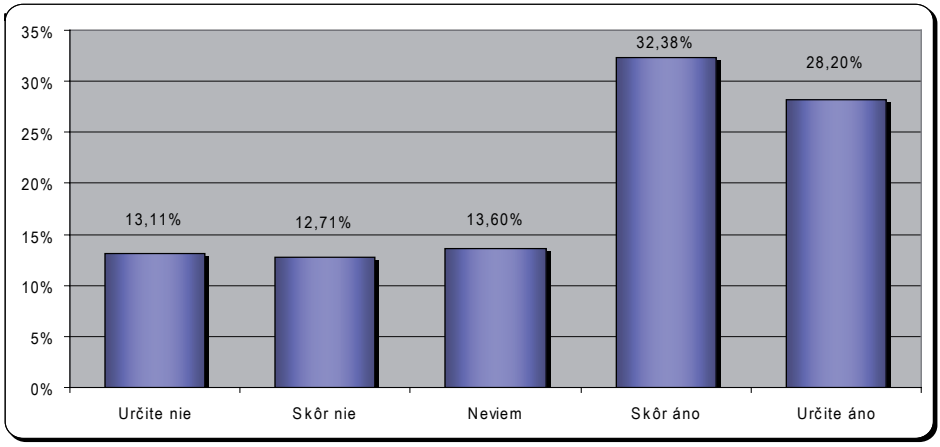
Graf 6: Vyhľadanie pomoci psychiatra v prípade výskytu psychických problémov

Pri psychických problémoch by určite nevyhľadalo pomoc psychiatra n =162 (16,09 %) resp., skôr nie n =186 (18,51 %) resp., n = 66 (6,55 %) resp. nevedelo odpovedať, n = 287 (28,47 %) resp. uviedlo odpoveď skôr áno a n = 306 (30,38 %) resp. by pomoc psychiatra vyhľadalo určite.



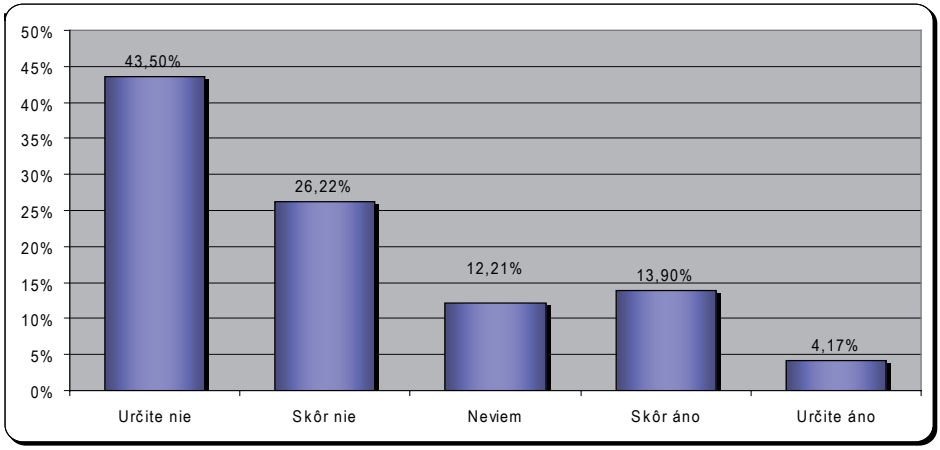
Graf 7: Vplyv narušeného duševného zdravia na vznik telesných symptómov

Možnosť vplyvu narušeného duševného zdravia na vznik telesných symptómov úplne odmieta n = 62 (6,16 %) resp., n = 245 (24,33 %) resp. uviedlo odpoveď skôr nie, nevie posúdiť n = 72 (7,15 %) resp., skôr áno uviedlo n = 304 (30,19 %) resp. a odpoveď mimoriadne uviedlo n = 324 (32,17 %).



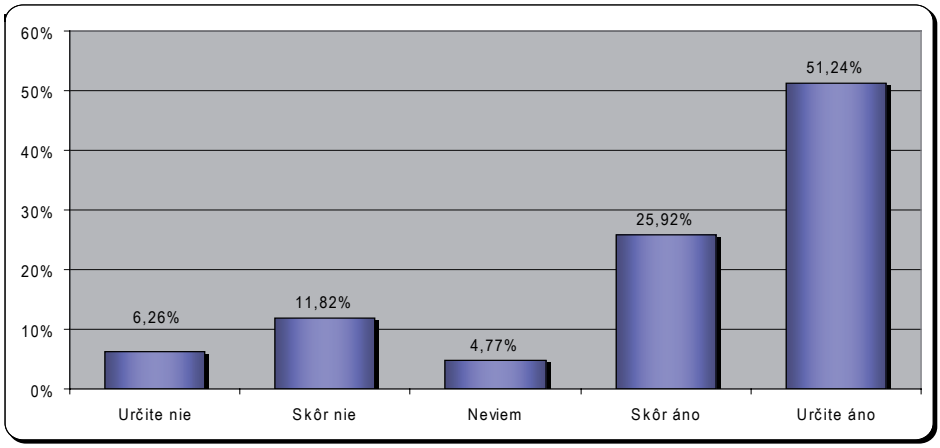
Graf 8: Zapojenie duševne chorých do spoločenského života

Proti zapojeniu duševne chorých do spoločenského života bolo n = 132 (13,11 %) resp., odpoveď skôr nie uviedlo n = 128 (12,71 %) resp., nevedelo posúdiť n = 137 (13,60 %) resp., skôr áno uviedlo n =326 (32,37 %) resp. a n = 284 (28,20 %) uviedlo odpoveď určite áno.



Graf 9: Dlhodobé umiestnenie duševne chorých v psychiatrickej liečebni

Zistili sme, že n = 438 (43,50 %) resp. si myslí, že duševne chorí by určite nemali byť dlhodobo umiestnení v psychiatrických liečebniach, n = 264 (26,22 %) resp. uviedlo odpoveď skôr nie, n = 123 (12,21 %) resp. nevedelo posúdiť, n = 140 (13,90 %) resp. uviedlo odpoveď skôr áno a n = 42 (4,17 %) resp. je presvedčených o potrebe dlhodobého umiestnenia.



Graf 10: Záujem o pôsobenie komunitnej psychiatrickej sestry

Záujem o pôsobenie komunitnej psychiatrickej sestry nemalo n = 63 (6,26 %) resp., n = 119 (11,82 %) resp. uviedlo skôr nie, n = 48 (4,77 %) resp. nevedelo odpovedať, n = 261 (25,92 %) resp. skôr pripúšťa možnosť jej pôsobenia a n = 516 (51,24 %) prejavilo záujem o pôsobenie psychiatrickej sestry v komunite.

Úloha	Cramerove asociačné koeficienty	χ^2	P
2	0.2673	287.83	< .001
3	0.3089	384.32	< .001
4	0.3233	420.93	< .001
5	0.3619	395.57	< .001
6	0.3297	328.45	< .001
7	0.3046	280.28	< .001
8	0.2751	304.75	< .001
9	0.3290	436.01	< .001
10	0.1912	147.32	< .001

Tab. 4: Cramerove asociačné koeficienty a výsledky χ^2 testu

Vychádzali sme z údajov, ktoré sme získali pomocou dotazníka pre laickú verejnosť s použitím znakov 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 a 10 ako testované znaky a znak 1 – *osobná skúsenosť s duševne chorým* sme považovali za kritérium triedenia.

Závislosť testovaných znakov je vysoko signifikantná na hladine významnosti $\alpha = 0{,}05$. Hodnoty Cramerovho asociačného koeficientu poukazujú na strednú závislosť medzi sledovanými premennými. Pri otázke č. 10 ide o slabú závislosť medzi premennými.

Uvedené výsledky svedčia o tom, že čím je užší interpersonálny vzťah medzi respondentom a duševne chorým, tým je väčší záujem o informácie týkajúce sa problematiky podpory duševného zdravia a duševných ochorení. Tento úzky kontakt má vplyv aj na záujem a výber relevantných informačných zdrojov. Respondenti, ktorí v osobnom živote neboli konfrontovaní s duševne chorým uviedli len minimálny záujem aj napriek tomu, že starostlivosť o duševné zdravie môže do istej miery slúžiť ako preventívny faktor.

Ako uvádzajú Hoschl et al. (2004); Marková et al. (2006) laici väčšinou duševné ochorenia triedia na „nervové zrútenie“ a „pravé šialenstvo“ a cítia sa dostatočne erudovaní v oblasti duševných porúch. Zvrat v záujme o informácie väčšinou nastáva až vtedy, ak sú s duševným ochorením konfrontovaní v rodine a vo svojom okolí. Motlová et al. (2005); Korcsog (2005); Španiel (2005); Preiss, et al. (2007), zaoberajúci sa problematikou vplyvu záujmu a informovanosti rodiny na kvalitu života pacienta vo svojich prácach uvádzajú jednoznačný benefit informácií na zvýšenie kvality života pacienta i rodiny. Ak má rodina dobre fungovať, potrebuje mať o ochorení dostatok informácií a dostatok schopností ako s chorobou pracovať Motlová et al. (2005); Praško et al. (2008). Respondenti ako zdroj informácií uvádzali aj relácie v médiách a články v časopisoch. Predpokladáme že tieto informácie majú skôr populárno-náučný charakter a týkajú sa skôr informácií preventívneho charakteru, zamerané na duševné zdravie, zdravý spánok, relaxáciu a prevenciu stresu. Jedným so zdrojov informácií, ktoré respondenti uvádzali boli aj filmy a románové spracovanie danej problematiky. Myslíme si, že médiá v súčasnosti skôr prehlbujú stereotypizáciu a stigmatizáciu duševne chorých. V umeleckom spracovaní sú duševne chorí vykresľovaní vo väčšine

prípadov ako nebezpečné a násilnícke osoby. Za veľmi nízke percento považujeme odpovede, kde respondenti len v minimálnom množstve uviedli ako zdroj informácií lekára alebo sestru aj napriek tomu, že edukácia patrí do zoznamu výkonov, ktoré má sestra v náplni práce. Informácie od lekára a sestry uviedli väčšinou respondenti s duševne chorým v rodine, kde predpokladáme išlo o cielenú edukáciu.

Hoschl et al., (2004); Pečeňák (2005); Marková et al., (2006); Fričová (2008) uvádzajú, že duševné ochorenia sú v spoločnosti stigmatizované. Priznať psychický problém môže so sebou niesť pocit hanby a riziko odmietnutia zo strany okolia. Psychické problémy si väčšina ľudí necháva pre seba. Obava s označkovania duševnou chorobou, strach s vylúčenia so spoločnosti, obavy so straty zamestnania mnohým zabraňujú navštíviť psychiatra či psychológa. Predpokladáme, že s uvedenými faktami súvisia i odpovede respondentov. Zaznamenali sme však výrazný posun v názoroch u respondentov, ktorí majú osobnú skúsenosť s duševne chorým v rodine alebo blízkom okolí, ktorí by pomoc psychiatra v prípade psychických problémov vyhľadali. Naopak respondenti bez osobnej skúsenosti s duševne chorým len v 30 % pripustili možnosť aktívneho vyhľadania pomoci psychiatra. Akceptácia súvislosti medzi narušeným duševným zdravím a vznikom telesných symptómov ochorení bola signifikantne vyššia u respondentov s osobným kontaktom s duševne chorým.

Názor na potrebu zapojenia duševne chorých do spoločenského života bol tiež determinovaný osobnou skúsenosťou. U respondentov, ktorí nemali osobnú skúsenosť s duševne chorým, vo veľkej miere pretrvávajú stereotypy stigmatizácie. Viac ako 47 % z nich nepovažuje zapojenie duševne chorých do spoločenského života za vhodné, aj napriek tomu, že nikdy nemali negatívnu skúsenosť s duševne chorým. Respondenti s osobnou skúsenosťou v rodine vo viac ako 64 % považujú zapojenia duševne chorých do spoločenského života za vhodné.

Spoločnosť sa však stále viac prikláňa k potrebe skorej reintegrácie duševne chorých do spoločnosti a návrat do domáceho prostredia. Aj respondenti bez osobnej skúsenosti s duševne chorým považujú dlhodobé umiestnenie duševne chorých v psychiatrických liečebniach za nevhodné.

Aj napriek tomu, že informácie týkajúce sa problematiky duševného zdravia a duševných ochorení získavali respondenti od lekárov či sestier len v minimálnom množstve záujem o pôsobenie komunitnej psychiatrickej sestry prejavilo až 75 % všetkých oslovených respondentov. V podpore duševného zdravia a prevencii duševných ochorení považujeme pôsobenie komunitných psychiatrických sestier za dôležité. Predpokladáme, že komunitné psychiatrické sestry edukačnými aktivitami môžu vo výraznej miere pozitívne ovplyvniť názory laickej verejnosti na potrebu podpory duševného zdravia. Presunom časti starostlivosti o duševne chorých do prirodzeného sociálneho prostredia získajú laici možnosť osobnej konfrontácie s duševne chorým v komunite. Ako vyplynulo z našich zistení osobná skúsenosť s duševne chorým mení postoje odstraňuje stigmatizáciu duševne chorých a zvyšuje záujem laickej verejnosti o duševné zdravie.

Záver

Na základe zistených výsledkov výskumu rezonuje potreba a zámer Národného programu duševného zdravia (2002) vytvoriť a zdokonaliť systém starostlivosti, ktorý umožní účinne posilniť duševné zdravie, predchádza duševným poruchám a vedie k oslobodeniu ľudí s duševnou poruchou od izolácie, či už formou sociálneho vylúčenia z komunity alebo prehlbovania závislostí od inštitúcií, čím sa vytvoria predpoklady na dôstojný a kvalitný život ľudí z duševnými poruchami podobne ako u ostatnej populácie v komunite. Nezastupiteľnú úlohu v danom systéme starostlivosti majú erudované psychiatrické sestry.

MENTAL HEALTH PROMOTION IN NURSING CONTEXT

Abstract: The chapter focuses on mental health promotion and the nurses´ roles in primary, secondary and tertiary prevention of mental illnesses. We also present the results of the research on the opinions and attitudes of lay people on the issues of mental health promotion. Our objective was to find out if lay people consider mental health promotion and mental illnesses prevention to be important, and how their personal experiences with the mentally ill influence their attitudes to the issues and integration of the mentally ill into society. The analyses of the results indicate that the closer the interpersonal relationship between the subject and the mentally ill person is, the bigger interest in the information related to mental health promotion and mental illnesses is. The close contact also influences selection of the relevant information sources. Lay people more and more agree with the need of early integration of the mentally ill into society and their return back to home environment. Most of the subjects were interested in the psychiatric nurse roles in community.

Key words: mental health, mental illness, prevention, nurse, approach, lay people