

**Stanisław Łupiński, Krystyna Mizerska,
Witold Grzeszczuk***

POTRZEBY PACJENTÓW PSYCHICZNIE CHORYCH

Summary

Mentally ill patients are influenced by the progress of their illness and the conditions they come across when being in hospital. Moreover, the patient's mental state is the key factor conditioning the course of treatment and the speed of recuperation. Therefore, when the patient is admitted to hospital it's significant to provide him/her with the good care to compensate the separation from one's family and surroundings. It is highly important to ask for the patient's habits and routines and to inform the family about the visiting hours and the possibility of enquiring about the patient's condition.

For this reason, the hospital staff should create the atmosphere which satisfies the patient's needs and which simultaneously has a positive impact on his/her psyche.

1. Wstęp

Na stan psychiczny pacjenta wpływa sam fakt choroby oraz czynniki z jakimi spotyka się w szpitalu. Z kolei stan psychiczny warunkuje przebieg leczenia i szybkość powrotu do zdrowia. Na oddziale, gdzie chory ma spędzić cały okres pobytu w szpitalu, powinien być on tak przyjęty, żeby od pierwszego momentu, on i towarzysząca mu rodzina nabrali zaufania do personelu medycznego oraz uwierzyli, że

* Wydział Interdyscyplinarny, Akademii Polonijnej w Częstochowie.

chory będzie otoczony troską i zainteresowaniem, które zrekompen-sują mu oderwanie od rodziny i najbliższych osób [1]. Można spytać o przyzwyczajenia chorego i, o ile możliwe, starać się je uwzględnić. Nowo przyjętemu choremu trzeba poświęcić trochę czasu, odpowiednie na zadawane pytania, nastawić pozytywnie do całego personelu lekarskiego i pielęgniarskiego [2], wprowadzić w tryb nowego trybu życia. Rodzinę należy powiadomić o godzinach odwiedzin w szpitalu i o możliwości zasięgania informacji o chorym.

Obowiązkiem pielęgniarki i lekarza jest stwarzać chorym możliwie najlepszy klimat psychiczny i zaspokajać w miarę możliwości te potrzeby chorego, które wpływają w dużym stopniu na jego psychikę.

2. Podstawowe potrzeby bio-psycho-społeczne u pacjentów psychicznie chorych

Potrzeby higieniczne:

Część chorych psychicznie np. w ostrym okresie choroby, chorzy na schizofrenię, a przede wszystkich chorzy otępiali umysłowo (wskutek długotrwałej choroby psychicznej), tracą potrzebę utrzymywania czystości i poczucia estetyki. Chorzy ci nie dbają o swój wygląd zewnętrzny, o czystość ciała, są nieuczesani, nie zawsze kompletnie ubrani, lub ubrani niestarannie. Opieka pielęgniarki nad chorymi polega przede wszystkim na wykonaniu toalety. Chorzy, którzy chodzą, wykonują toaletę samodzielnie, pod ścisłą kontrolą pielęgniarki, leżącym, w tym zahamowanym psychicznie pacjentom, toaletę wykonuje pielęgniarka zgodnie z zasadami pielęgniarstwa ogólnego. Jeżeli pacjent jest samodzielny, pielęgniarka ma obowiązek dopilnować, aby czynności higieniczne dokonywał regularnie. Pacjentom zaniedbującym się, należy przypominać, a słabszym, niedołężnym – pomagać w codziennej toalecie.

Przez dopilnowanie rozumie się to, aby chory systematycznie mył się, golił, czesał, mył zęby i dbał o wygląd, można u chorych ponownie wytworzyć nawyk czystości i estetyki. Należy pamiętać, aby chorzy się podmywali, gdyż cząstki wydalin pozostające w okolicy odbytu i cewki moczowej rozpadają się i drażnią skórę, powodując częste odparzenia, a ponadto są przyczyną przykrego zapachu. Należy pamiętać, że nie wolno pacjentom przebywać w łazience, poza czasem do tego przeznaczonym [2,3]. *Potrzeba odżywiania:*

- stołówka przygotowana na czas posiłku (krzesła ustawione i stoły odpowiednio nakryte),
- pacjenci chodzący jedzą na stołówce, pacjenci leżący zaś w łóżkach,
- zapewnienie odpowiedniej ilości czasu na spożycie posiłku (pod nadzorem pielęgniarki),
- kontrola ilości zjedzonego pożywienia (w razie anomalii należy zawiadomić lekarza),
- zwracanie uwagi na sposób przyjmowania posiłku (gryzienie, żucie, połykanie itp.),
- chorzy w cięższym stanie są karmieni posiłkami o konsystencji płynnej lub półpłynnej,
- u chorych odmawiających przyjmowania posiłku, lekarz zaleca żywienie sztuczne (zgłębnik wprowadzony przez nos do żołądka)

Potrzeba ruchu:

- zaburzenia ruchu i aktywności u pacjentów w oddziale psychiatrycznym
- pacjenci depresyjni – mała aktywność
- chorzy w osłupieniu – objawy przykurczu i zaników mięśniowych

- sposoby aktywizowania pacjentów oparte o indywidualną obserwację pacjenta: gimnastyka bierna, pozycja siedząca w łóżku, w fotelu, gimnastyka, nawet uprawianie sportu pod kierunkiem nauczyciela wychowania fizycznego, spacer, wycieczki, praca fizyczna itp.

Potrzeba snu i odpoczynku:

- odpoczynek bierny – sen, długość snu dorosłego człowieka 6-10h/24,
- zaburzenia snu, częste objawy u chorych psychicznie (trudność w zasypianiu z wieczora, trudność w zasypianiu w ogóle, sen dopiero po północy, wczesne budzenie się ok.4-5rano, sen przerywany i inne,
- zapewnienie ciszy i spokoju w oddziale (używanie miękkiego obuwia, cisza nocna, zgaszone górne światło, najbardziej odpowiedni kolor ciemnoniebieski),
- odpoczynek czynny – zmiana zajęć,
- jeżeli w pracy wyczerpuje się bardziej układ nerwowy, odpoczynkiem będzie praca fizyczna i na odwrót.

Prawidłowo zorganizowany odpoczynek zapewnia całkowitą regenerację sił fizycznych i psychicznych.

Potrzeba bezpieczeństwa:

- potrzebna do uzyskania równowagi wewnętrznej, zaburza się w nowym środowisku, szczególnie w warunkach szpitalnych (zmiany chorobowe – urojenia prześladowcze, obawa przed nieznaną sytuacją itd),
- zaburzenie poczucia bezpieczeństwa może być spowodowane

błędami jatrogennymi personelu – zapominanie lub niepunktualne wykonywanie zleceń, pomyłki w podawaniu leków, rozmowy w obecności chorego,

- utrata zaufania do nowego środowiska.

Podstawowym warunkiem zaspokojenia tej potrzeby jest wiara chorego w solidną, rzetelną pracę personelu, wiara w dobór najlepszych metod i skuteczność leczenia, wiara w pomoc w zorganizowaniu życia po wyjściu ze szpitala.

Potrzeba działania:

- jedną z podstawowych potrzeb, której zaspokojenie utrzymuje człowieka w równowadze bio-psycho-społecznej, zaburzenia spowodowane są wskutek pozbawienia człowieka przywileju pracy,
- zaspokojenie potrzeby w chorobie możliwe dzięki terapii zajęciowej, wciąganie do pracy dla oddziału, dostarczanie książek itd.

Potrzeba kontaktu z ludźmi:

- w szpitalu psychiatrycznym jest zaspokajana przez codzienne odwiedziny,
- umożliwianie wykonywania telefonów do rodziny, znajomych, zakładów pracy itd.,
- umożliwienie nawiązania nowych kontaktów w szpitalu, odpowiedni dobór pacjentów na sali, wzajemne zapoznanie się chorych, kontakt z personelem.

Potrzeba poszanowania godności osobistej: Każdy człowiek wymaga szacunku dla siebie, taktownego zachowania się wobec niego,

ujemny wpływ na niego spowodowany jest często lekceważeniem go, szczególnie w obecności innych, robienie uwag przy świadkach itp.,

- skrajnie zły stosunek do chorego: wyrządzanie mu krzywdy, straszenie go karą, bicie chorych, drwienie z nich, zdradzanie osobistych tajemnic chorego są przestępstwem za które każdy pracownik oddziału psychiatrycznego odpowiada przed sądem zgodnie z przepisami kodeksu karnego, w większym stopniu, niż każdy inny obywatel, ponieważ chory został powierzony ich opiece.

Pozytywny stosunek do chorych nie oznacza nawiązywania z nimi relacji czysto osobistych oraz zwierzania się chorym ze swoich spraw osobistych.

Potrzeba kontaktu emocjonalnego:

- kontakt emocjonalny to stan w którym człowiek nie tylko jest spokojny, wiedząc, że mu nic nieoczekiwanego nie zagraża, ale też odczuwa, że jest obiektem zainteresowania zabarwionego emocjonalnie,
- dla utrzymania równowagi wewnętrznej, człowiek potrzebuje poczucia życzliwości, zainteresowania, zrozumienia, przyjaźni czy miłości,
- jednostka niekochana przez nikogo, pozbawiona czyjegokolwiek zainteresowania jest nieszczęśliwa,
- potrzebę tę personel może zaspokajać troskliwością i zainteresowaniem się chorym, jeżeli nie istnieją przeciwwskazania należy umożliwiać choremu częsty kontakt z osobami z którymi jest związany uczuciowo.

Potrzeba sensu życia:

- realizowana jest przez aktywizowanie chorego w celowych zajęciach i uspołecznianie go we współpracy z innymi chorymi,
- duże znaczenie ma terapia zajęciowa

Potrzeby kulturalne:

- właściwe zorganizowanie zajęć ma na celu stworzenie pacjentowi jak najlepszego samopoczucia,
- wypełnienie codziennego życia ubogiego we wrażenia na skutek braku kontaktu ze światem, mogą być realizowane w różnych formach np. czytelnictwo, zajęcia artystyczne, gry i zabawy, zajęcia świetlicowe, wycieczki [4]

3. Potrzeba bezpieczeństwa jako jedna z najbardziej istotnych potrzeb realizowanych wśród pacjentów z zaburzeniami psychicznymi

Zachowanie się jest zewnętrznym przejawem osobowości. Zachowanie chorego z zaburzeniami przystosowania w zasadzie nie różni się jakościowo od zachowania tzw. człowieka normalnego. Różnice są wyłącznie ilościowe. Wielu chorych z zaburzeniami psychicznymi sprawia wrażenie zupełnie normalnych przy pobieżnej obserwacji i rozmowie, dopiero dłuższy kontakt pozwala zauważyć zaburzenia psychiczne [2,5].

Chorzy z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi tracą zdolność opanowywania swoich odruchów emocjonalnych i reagują w sposób nieskrępowany i impulsywny. W szpitalach psychiatrycznych nie rzadko spotyka się chorych w stanie głębokiej depresji, u których występują tendencje samobójcze i do samouszkodzeń, aczkolwiek występują one także w innych chorobach psychicznych [6]. W stanach zamroczenia i majaczenia chorzy zdeorientowani nieświadomie kaleczą się, wybiegają z łóżka, wyskakują z okna, a nawet wieszają się. Czynią to także chorzy pod wpływem omamów słuchowych i lęków,

chorzy na schizofrenię paranoidalną, katatoniczną, w nagłych stanach podniecenia, chorzy na padaczkę, chorzy z psychozami starczymi, a nawet niektórzy chorzy na nerwicę, zwłaszcza z dolegliwościami hipochondrycznymi. Chorzy w stanie depresji endogennej mogą popełnić samobójstwo nagle i niespodziewanie, bez żadnych demonstracyjnych zapowiedzi. Takie niespodziewane zamachy mogą mieć charakter rozszerzony nawet na członków rodziny.

W przypadkach niezrozumiałego przynębienia, stanu lękowego, skarg hipochondrycznych, zaniku chęci do pracy u człowieka dotąd pracowitego itp., należy się liczyć z niebezpieczeństwem samobójstwa. Myśli o samobójstwie nie zawsze dowodzą rzeczywistej chęci śmierci, lecz są wyrazem konieczności ucieczki od sytuacji, której chory nie może znieść [7]. Środki ostrożności mające na celu zapobieganie samobójstwu powinny być podejmowane w ten sposób, by nie przypominać choremu, że jest on „potencjalnym samobójcą”, niemniej jednak nie muszą być one bardzo dyskretne. Chory musi wiedzieć, że pielęgniarce zależy na nim na tyle, że podejmie specjalny wysiłek, aby go uchronić. Zapobieganie samobójstwu czy innym uszkodzeniom wymaga napiętej uwagi ze strony pielęgniarki. Usunąć należy takie przedmioty, jak: scyzoryki, żyłетки, nożyczki, paski i w ogóle wszystkie sprzęty, które mogłyby być przyczyną uszkodzenia chorego na skutek impulsu, bądź działania z rozmysłem.

Okna należy wyposażyć w specjalne zabezpieczenia uniemożliwiające pełne ich otwarcie. Urządzenia elektryczne muszą znajdować się poza zasięgiem chorego, który mógłby próbować porazić się prądem włamując się do gniazdka elektrycznego albo skaleczyć się szkłem z żarówki. Obecnie gniazdka elektryczne są instalowane w ścianach i osłonięte małymi drzwiczkami (ok. 10cm nad podłogą).

Niestety w dalszym ciągu w szpitalu psychiatrycznym klucze są jednym z środków zapewniających bezpieczeństwo chorych. Są próby

stosowania tzw. „drzwi otwartych”. Na ciężkich oddziałach psychotycznych ta forma terapii nie zdaje egzaminu z powodu niedostatecznej ilości personelu, dużej liczby chorych (często ponad stan łóżek) oraz zaburzeń krytycyzmu, jakie występują u niektórych chorych. Chorych, objawiających w jakikolwiek sposób skłonności samobójcze, przyjmuje się na oddziały umieszczone na parterze, gdzie konieczny jest liczniejszy personel pielęgniarstwa. Niektórzy chorzy nie wypowiadają i umiejętnie ukrywają swoje plany pozbawienia się życia, lecz równocześnie umiejętnie wykorzystują w tym celu odpowiednie okazje.

Chorzy depresyjni często budzą się w godzinach 4-5 nad ranem z uczuciem niechęci do życia; „po co ja się zbudziłem”. Wychodzą oni celowo do sanitariatu, gdzie popełniają samobójstwo. Na przykład na jednym z oddziałów, gdzie w sanitariacie okno nie było zabezpieczone, chora której zalecano oddać mocz do badania (godzina 6.00) wyskoczyła przez okno ulegając wypadkowi śmiertelnemu [2]. Najczęściej chorzy odbierają sobie życie w pustym pomieszczeniu np. w łazience, sanitariacie, a nawet w pustej sali chorych przez powieszenie się na pasku, ręczniku, na ramie łóżka. Dlatego chorych przygnębionych i niepewnych nie wolno nigdy pozostawiać samych, a chorych przy przekazywaniu zmian pracy, a i chwilowym nawet zastępstwie polecać należy ich szczególnej uwadze [8].

Chorych z wyraźnym dążeniem samobójczym układa się do łóżek, gdyż łatwiej jest zapewnić opiekę nad nimi. Łóżko nie powinno stać blisko okna, w sali z wielu tego rodzaju chorymi, pielęgniarka powinna być najbliżej nich. W nocy łóżko chorego musi być odpowiednio świetlone, aby można było obserwować zachowanie się chorego [2,9]. Niekiedy nawet poleca się, aby chory trzymał ręce na kołdrze, ponieważ pod przykryciem może rozdrapywać sobie rany, rozciąć tętnicę czy żyłę (ukrytą żyłkę, kawałkami szkła, drutu, ostrym kamieniem

itp.). Czasem chorzy wyrrywają z łóżek sprężyny i przechowują je, aby się nimi potem uszkodzić. Należy pamiętać, że w pustych pomieszczeniach chorzy mogą popełniać samobójstwo przez zadzierzgnięcie, używając do tego celu pasków od spodni, szelek, sznurowadeł, sznurków, pasków z płótna z rozerwanej pościeli, bandaży. Pacjenci potrafią nawet upleść warkocz, sznurek z nabieranych nici, pasków tkanin i innych.

Uporczywy samobójca, któremu udaremniono inne zamachy na życie, podczas kąpieli może zanurzyć się w wannie i próbować się utopić. Dlatego chorych takich kąpie się w małej ilości wody. Chorych z tendencjami „S” i skłonnościami do samouszkodzeń nie wolno pozostawiać samych w łazience. Znane są wypadki poparzenia się gorącą wodą, uderzenia głową o baterię umywalkową, wyrwanie umywalki i inne [4].

Golenie mężczyzn powinno w zasadzie odbywać się tak często, jak do tego chory przywykł. Z zasady chorzy golą się sami, lecz tylko przy zapewnionym nadzorze i jeśli nie stwierdza się u nich tendencji samobójczych. Aparat do golenia powinna przygotować pielęgniarka, a po goleniu odebrać go, oczyścić i starannie przechować np. w punkcie pielęgniarskim. Przyborów do golenia nie wolno przechowywać żadnemu choremu. Obecnie coraz powszechniej używane są elektryczne aparaty do golenia, które są najbezpieczniejsze, one również przechowywane są w punkcie pielęgniarskim[2].

Chorzy ze skłonnościami samobójczymi zatrudnieni są przy pracach nie wymagających narzędzi, np. przy klejeniu torebek, składaniu kopert, pudełek. Nie mogą przebywać oni wśród chorych pracujących ostrymi przedmiotami, gdyż mogą wyrwać innym chorym nożyczki, igłę, druty, szydełko, pilnik w celu samouszkodzenia się lub popełnienia samobójstwa[6]. Pielęgniarka oraz instruktor terapii zajęciowej

prowadzonej na oddziale muszą pamiętać, aby wydane chorym narzędzia pracy były przeliczone i w takiej samej liczbie zebrane po zakończeniu pracy. Przy przeprowadzaniu chorego z tendencjami samobójczymi dążeniami ucieczkowymi, np na badania specjalistyczne z oddziału do pracowni zaleca się, by towarzyszyły mu dwie osoby. Na korytarzach i schodach trzeba prowadzić chorego od strony ściany, a nie od strony okien czy poręczy, zapewniając sobie możliwość zatrzymania nagłego ruchu chorego[9].

Chorzy opanowani lękami pod wpływem omamów chcą schronić się w bezpieczne miejsce. Czasem zdezorientowani i zamroczeni pędzą przed siebie, błędzą, czasem zaś uciekają celowo, aby wymknąć się spod obserwacji i leczenia albo dokonać zamachu samobójczego. Wszyscy ci chorzy skłonni do samowolnego oddania się powinni być odpowiednio strzeżeni, gdyż grozi im oprócz wymienionych niebezpieczeństw także zamarznięcie, urazy ciała, utonięcie itp. Z tych względów każde samowolne oddalenie się poza oddział jest traktowane jako poważne niebezpieczeństwo i wymaga wszczęcia natychmiastowego poszukiwania. Stwierdzając brak chorego na oddziale, pielęgniarka zawiadamia niezwłocznie lekarza dyżurnego, który wydaje odpowiednie dyspozycje. Na podstawie ewentualnych wypowiedzi chorego i znajomości objawów chorobowych oraz na podstawie analizy jego sytuacji rodzinnej i prawnej należy tak zorganizować poszukiwania, aby jak najszybciej dotrzeć do niego i zapewnić mu bezpieczeństwo[9,5].

Aby zapobiec ucieczkom i samowolnemu oddalaniu się chorych, personel winien przed wypuszczeniem chorego poza oddział sprawdzić, czy nazwisko jego znajduje się na tablicy „wolnych wyjść,” oraz czy aktualny stan chorego nie budzi zastrzeżeń. Należy również pamiętać aby chory nie umknął w czasie wchodzenia lub wychodzenia z oddziału innych osób. Zgodnie z regulaminem chorych codziennie

organizowane jest wyjście chorych do ogrodu szpitalnego, Najczęściej w czasie spaceru towarzyszą chorym 2-3 osoby personelu. Należy uważać, aby chorzy nie oddalali się od grupy, nie zostawiali w tyle, nie spacerowali w pobliżu bramy wyjściowej. Zaleca się, aby w czasie spaceru bacznie obserwować, czy nie zbierają drutu, gwoździ, kamyczków, szkła, sznurków i innych przedmiotów, aby je w odpowiednim czasie wykorzystać w celu wyrządzenia sobie krzywdy.

Podczas jedzenia należy zwrócić szczególną uwagę na chorych jedzących łykczywie [5], ponieważ grozi im poparzenie jamy ustnej lub zadławienie się szybko połykanymi kęsami, kawałkami kości (usunąć przed podaniem) lub ościami z ryby. Jeżeli tych chorych nie można nakłonić do jedzenia bez pośpiechu, należy potrawy wydzielać w mniejszych ilościach kilkakrotnie albo też karmić ich łyżką, kontrolując przy tym ciepłotę posiłków.

W razie zadławienia się chorego trzeba natychmiast usiłować wydobyć zalegający w gardle kęs, wprowadzając palec głęboko do krtani w ułożeniu chorego na brzuchu, używając niekiedy szczękoro-zwieracza [8].

Chorych skłonnych do agresji należy bacznie obserwować i nie sadzać razem przy stole. Niekiedy w czasie posiłku może dojść do nieporozumienia między nimi i wzajemnego uszkodzenia się. Obserwowano wypadki wylania na siebie talerza gorącej zupy, rozbicia kubka czy talerza, ukłucia widelcem i inne. Nie należy jednak izolować chorych podnieconych ruchowo od pozostałych, gdyż wszyscy chorzy oddziałują na siebie wychowawczo i socjoterapeutycznie. Po jedzeniu naczynia i przybory powinny być zebrane i dokładnie policzone. Jeżeli brak łyżki, widelca albo ich części należy je czym prędzej odnaleźć, aby nie posłużyły choremu do samouszkodzenia się lub agresji.

Inny rodzaj niebezpieczeństwa występuje u chorych w stanie osłupienia, kiedy mogą odmawiać przyjmowania pokarmów, napojów, mogą nawet zginąć z głodu, jeżeli otoczenie nie zwróci uwagi na stronę psychiczną. W stanach osłupienia mogą występować tzw. wstawki podniecenia psychoruchowego, objawiające się gwałtownymi działaniami,żywieniem ruchowym, np. nagły bieg, skok z łóżka, uderzenie itp. [8].

Dawniej uznawano, że psychicznie chorych trzeba izolować, bo są niebezpieczni dla otoczenia. Dzisiaj, gdy staramy się chorego zrozumieć i leczyć od samego początku choroby, niebezpieczeństwo ze strony chorych zmalało tak, że nie ma już potrzeby urządzania szpitali jak więzień z murami, izolatkami, kratami i szczególnymi zabezpieczeniami, a szpitale psychiatryczne buduje się i urządza, jak inne szpitale. Chorych nie izoluje się w separatkach, gdyż izolacja przyczyniała się do pogarszania ich stanu zdrowia. Chorzy zgrupowani są w małych 4-6 osobowych pokojach. Absolutnie zmniejszyła się liczba chorych podnieconych, natomiast zwiększyła się liczba chorych powtórnie przyjmowanych do szpitala.

Obecnie szpitale psychiatryczne mają znaczny stopień „przelotowości”, w porównaniu z dawnymi szpitalami, tzn. że chorzy przebywali w nich bardzo długo, często przez całe lata. Obecnie w szpitalach psychiatrycznych zarzucono na ogół posługiwanie się kaftanami bezpieczeństwa oraz zawijaniem w koce i zlikwidowano do minimum zabezpieczenie chorego w łóżku w wypadku agresji. Okazało się, że dawało ono skutek wręcz przeciwny niż oczekiwano, podniecało chorych i skłaniało ich do rozmaitych wybryków. Dzisiaj leczenie chorych psychicznie, ich powrót do normalnego życia, zależy nie tylko od farmakoterapii, psychoterapii, lecz w dużej mierze od terapii zajęciowej

i społeczności terapeutycznej, polegającej na ścisłej współpracy personelu szpitala z chorymi, równouprawnionymi i współodpowiedzialnymi, stającymi się aktywnymi i zdolnymi do życia społecznego [10].

4. Podsumowanie

Niezaspokojenie podstawowych potrzeb bio-psycho-społecznych u pacjentów psychicznie chorych powoduje:

1. Zaburzenia przystosowania się do życia w warunkach szpitala, do zabiegów diagnostycznych i terapeutycznych,
2. Zaburzenia stanu psychicznego, głównie nastroju, i inne przykładowo następstwa związane z powikłaniami leczenia środkami psychotropowymi.
3. Wpływ na stan psychiczny warunkujący przebieg leczenia i szybkość powrotu do zdrowia.

Zadaniem całego personelu jest mobilizowanie chorego oraz współudział w różnych formach zajęć kulturalno-oświatowych. Wpływ personelu medycznego na stan psychiczny chorego jest o wiele łatwiejszy i bardziej owocny, jeżeli wspierany jest odpowiednią atmosferą panującą w szpitalu, a mianowicie specyficzny nastrój powstały przez aktywne działanie i współpracę całego personelu, poczucie odpowiedzialności, bezpośrednie kontakty z ludźmi potrzebującymi pomocy, ich zaufanie, korzystne wyniki leczenia i przeświadczenie, że czynione są wszelkie wysiłki dla ich uzyskania.

Jest to atmosfera korzystna, ale trzeba ją wytworzyć. Musi ona być nadto wzbogacona w elementy psychoprofilaktyki i psychoterapii. Taki stan rzeczy zapobiega jatrogenii i ułatwia skuteczną działalność terapeutyczną. Również ten szczególny klimat udziela się chorym, wpływa uspokajająco i budzi tak potrzebne poczucie ufności, łagodzi też to, co można by nazwać ubocznymi objawami hospitalizacji.

Literatura

- Rydzyski Z. Choroby psychosomatyczne. [W:] Psychiatria. A. Bilikiewicz i W. Strzyżewski. Warszawa: PZWL, 2001.
- Różycka E. Podstawy pielęgniarstwa psychiatrycznego. Warszawa: Czelej, 2007
- Peisah C. Practical application of family and systems theory in old age psychiatry: three case reports. *Int. Psychogeriatr.* 2006; 18: 345-353.
- Gestenkorn A, Suwała M. Stan zdrowia opiekunów osób niepełnosprawnych. *Niepełnosprawność i Rehabilitacja* 2009; 9 (4): 36-49.
- Kuipers E, Onwumere J, Bebbington P. Poznawczy model opieki nad pacjentami z psychozą. *The British Journal of Psychiatry* 2010; 196: 259-265.
- Kłoszewska I, Rola opiekuna chorych z otępieniem. *Polski Przegląd Neurologiczny* 2007: 3(2); 105-109.
- Seligman M. The effectiveness of psychotherapy. The Consumer Report Study. *American Psychologist* 1995; 50: 965-974.
- Seligman M. The effectiveness of psychotherapy. The Consumer Report Study. *American Psychologist* 1995; 50: 965-974.
- Rzewska M. Leczenie zaburzeń psychicznych. Warszawa: PZWL; 2003.
- Pużyński S, Wciórka J. Narzędzia oceny stanu psychicznego. [W:] Psychiatria. Tom I. Podstawy Psychiatrii. Wrocław: Urban & Partner; 2002.