

Albert B. Odro, Lawrence K. Dadzie, Daniela Collins, Roland Lodoiska, Peter Ryan

ZDRAVSTVENA NEGA IN PROMOCIJA DUŠEVNEGA ZDRAVJA

ŠTUDIJA PRIMERA V ZDRUŽENEM KRALJESTVU

UVOD

Zagovarjamo stališče, da je promocija duševnega zdravja čedalje pomembnejša značilnost sodobnih socialnih trendov v družbi in da je to vključujoča vizija, ki prežema družbo v celoti. Pristop k promociji duševnega zdravja, ki upošteva ta vidik, je pristop Sveta za izobraževanje na področju zdravstva v Združenem kraljestvu (*UK Health Education Authority*). Leta 1997 je duševno zdravje opredelil kot:

[...] čustveno in duhovno vzdržljivost, ki nam omogoča uživati življenje in premagovati bolečino, trpljenje in razočaranje. Je pozitiven čut za dobro počutje, ki temelji na veri v lastno dostojanstvo in vrednost ter v dostojanstvo in vrednost drugih.

V *Bamfordovem pregledu služb duševnega zdravja in služb za pomoč osebam z oviranostmi* (*Bamfordov pregled 2006*)¹ so jasno prepoznali pomen širše strategije na področju duševnega zdravja. Takole piše v njem:

Holističen pristop k vprašanju slabega duševnega zdravja zahteva tudi preudarno strategijo za preprečevanje in promocijo duševnega zdravja.

V ločenem poročilu o promociji duševnega zdravja pa trdijo (*ibid.*):

Prav tako si želimo družbo, v kateri bo lahko vsakdo odigral svojo vlogo in postal dejaven, da bi ustvaril okolje, ki spodbuja duševno

zdravje in dobro počutje posameznikov, družin, organizacij in skupnosti.

V angleški Beli knjigi o duševnem zdravju (Ministrstvo za zdravje 2011) pa je znan zapis:

Ni zdravja brez duševnega zdravja. Duševno zdravje je ključni del človeškega, družbenega, ekonomskega in nacionalnega kapitala in ga je zato treba obravnavati kot sestavni in bistveni del drugih področij javne politike, kot so človekove pravice, socialno varstvo, izobraževanje in zaposlovanje.

Promocijo duševnega zdravja lahko razumemo tudi kot prispevek k trem ključnim področjem.

STRUKTURNA IZHODIŠČA ZA ZDRAVJE

Družbena, ekonomska in kulturna izhodišča za zdravje tvorijo osnovni okvir, ki omogoča razvijanje in ohranjanje pozitivnega duševnega zdravja. Strukturni dejavniki, ki so povezani s povečanim tveganjem za težave z duševnim zdravjem, so brezposelnost, slabe bivalne razmere, neenakost porazdelitve dohodka, diskriminacija in omejene možnosti izbire ali nadzora. Crane-Ross *et al.* (2006: 142) so krepitev služb opredelili kot

uporabniško sodelovanje pri sprejemanju odločitev v službah in stopnjo vzajemnosti ter spoštovanja tistih, ki vodijo primere.

Neposredne in posredne učinke krepitev služb so ocenili na podlagi štirih ciljev okrevanja:

¹ Bamfordov pregled ali Bamfordova komisija je neodvisna severnoirska komisija, ki je pregledala službe duševnega zdravja in službe za pomoč osebam z oviranostmi – op. prev.

- kakovost življenja,
- raven funkcioniranja,
- simptomi, ki jih zaznava posameznik,
- simptomi, ki jih zaznavajo službe.

Ugotovili so, da so opažanja uporabnikov služb glede krepitve moči najmočnejši napovednik rezultatov vseh štirih ciljev (Jormfeldt *et al.* 2008).

DRŽAVLJANSTVO – DRUŽBENI SVET

Družbena podpora, močne socialne mreže ter občutek povezanosti in socialne vključenosti so ključni napovedniki duševnega zdravja. Osamljenost in izolacija povečujeta tveganja za samomor in hujše oblike depresije, prav tako pa zmanjšujeta sposobnost ljudi, da bi se spopadali s stresnimi dogodki v življenju. Pozitiven občutek pripadnosti in sodelovanja v družbi ter priznavanje raznovrstnosti in medsebojne odgovornosti pripomorejo k dobremu psihičnemu počutju. Številne države v Evropski uniji upoštevajo zavezo »duševno zdravje za vsakogar«, da bi razvile ali okrepile nacionalne politike in ukrepe, ki bi spodbujali dobro psihično počutje, torej trend, ki se kaže tudi v odzivih na Zeleno knjigo Evropske skupnosti. Povečuje se zanimanje za dodano vrednost posledic vključevanja promocije duševnega zdravja in dobrega počutja v splošno zdravje in v politike duševnega zdravja. Denimo, duševno zdravje je bil pomemben del koncepta »zdravje v vseh politikah«, poglobljena zdravstvena tema finskega predsedovanja Svetu Evropske unije (Stáhl *et al.* 2006).

Promocija pozitivnega duševnega zdravja bi lahko bila tudi zanesljiva socialna naložba, ki bi ob ustreznih agencijah za izobraževanje in zdravstveno varstvo lahko dvignila raven splošnega psihičnega zdravja prebivalstva. Pomagala bi pri spopadanju z nekaterimi družbeno-ekonomskimi izzivi, ki lahko ogrozijo stabilnost socialnih podpornih mrež. Zato je pomembno ohranjati vlogo, ki jo ima učinkovita promocija duševnega zdravja pri spodbujanju občutka samozavesti in vere vase, zlasti v času, ko so vidiki nacionalnega ekonomskega sistema krhki in negotovi. Presečne

študije namreč kažejo na povezavo med dobrim psihičnim počutjem in prosocialnim vedenjem, kot sta sodelovanje v civilnih iniciativah in prostovoljstvo.

ČUSTVENA VZDRŽLJIVOST – NOTRANJI SVET

Čustvena vzdržljivost je povezana z občutki, ki jih imajo ljudje o sebi, z interpretacijo dogodkov in s sposobnostjo za spopadanje s stresnimi ali neprijetnimi okoliščinami. Samozavest, spretnost spopadanja s težavami in spretnosti za življenje ter priložnosti za sprejemanje odločitev in izvajanje nadzora nad lastnim življenjem povečujejo čustveno vzdržljivost in zmanjšujejo duševno stisko (Friedli 2009).

Tak pristop k promociji duševnega zdravja je dobro zasnovan v PROMISE-ovih smernicah in merilih za promocijo duševnega zdravja (gl. preglednico 1). Projekt PROMISE je projekt promocije duševnega zdravja, ki sodi pod okrilje Glavnega direktorata za zdravje in varstvo potrošnikov (DG Sanco) in je osredinjen na razvijanje smernic za strokovno usposabljanje poglobitnih strokovnih skupin, ki zagotavljajo nego uporabnikov služb duševnega zdravja: kliničnih psihologov, medicinskih sester² na oddelkih za duševno zdravje, socialnih delavk in psihiatrov. Dokument, ki opredeljuje politiko Ministrstva za zdravje (2011) v Združenem kraljestvu z naslovom *Ni zdravja brez duševnega zdravja* jasno kaže, da je duševno zdravje neločljivo povezano z nacionalnim programom sprememb v promociji zdravja.

Zato se je treba vprašati, koliko so načela promocije duševnega zdravja zastopana oz. niso zastopana na področju poučevanja strokovnih skupin o njihovih strokovnih vlogah in spretnostih.

V članku se osredotočamo predvsem na poklice zdravstvene nege na področju duševnega zdravja v Združenem kraljestvu in preverjamo, koliko so načela promocije duševnega zdravja

² Zaradi večje zastopanosti žensk v poklicu zdravstvene nege uporabljamo izraz medicinska sestra tudi za moške predstavnike tega poklica, čeprav je njihov uradni naziv diplomirani zdravstvenik.

Preglednica 1: Deset meril kakovosti projekta PROMISE.

Kazalci najboljše prakse za usposabljanje strokovnjakov na področju promocije duševnega zdravja: Deset meril kakovosti
<p>1. Sprejemanje načel promocije duševnega zdravja</p> <p>Program usposabljanja, ki promocijo duševnega zdravja obravnava ločeno od preprečevanja duševne bolezni ali kurativne oskrbe.</p>
<p>2. Sodelovanje skupnosti in krepitev moči</p> <p>Program usposabljanja upošteva načelo sodelovanja skupnosti. Promocija duševnega zdravja vključuje spodbujanje in krepitev moči vseh interesnih skupin v skupnosti pri promociji duševnega zdravja na splošno ali pri razvijanju specifičnih projektov promocije duševnega zdravja.</p>
<p>3. Uresničevanje interdisciplinarnega in medsektorskega pristopa</p> <p>Program usposabljanja upošteva potrebne interdisciplinarne in medsektorske pristope k promociji duševnega zdravja.</p>
<p>4. Vključevanje ljudi s težavami z duševnim zdravjem</p> <p>Cilji programa usposabljanja so usmerjeni tudi k ljudem z izkušnjo težav z duševnim zdravjem, uporabnikom služb za duševno zdravje in njihovim skrbnikom.</p>
<p>5. Zagovorništvo</p> <p>Program usposabljanja poudarja pomen zagovorništva, torej védenje o tem, kako poudariti in zagovarjati stališča ljudi, ki morda nimajo lastnih spretnosti ali potrebne družbene moči, da bi se lahko zagovarjali sami.</p>
<p>6. Pregled zbirke znanja</p> <p>Program usposabljanja upošteva najnovejša znanstvena dognanja in etnografske podatke; črpa jih iz različnih metod, tudi iz epidemiologije in družboslovja, da lahko opredeli strategije ukrepanja.</p>
<p>7. Prilagajanje intervencij lokalnemu kontekstu in potrebam po načelih holističnega in ekološkega pristopa</p> <p>Program usposabljanja temelji na ciljih promocije zdravja, ki temeljijo na oceni in izmeri lokalnih potreb.</p>
<p>8. Opredelitev tveganj</p> <p>Program usposabljanja obravnava ne samo pričakovane pozitivne učinke, temveč tudi možna tveganja promocijskih ukrepov na področju duševnega zdravja tako za posameznike kot za skupnosti.</p>
<p>9. Uporaba medijev</p> <p>Program usposabljanja vključuje medije in strategije komuniciranja pri promociji duševnega zdravja in boj proti stigmati, ki je povezana z duševno boleznijo.</p>
<p>10. Evalvacija usposabljanja, izvajanja in ciljev</p> <p>Usposabljanje poudarja pomen evalvacije ciljev usposabljanja pri promociji duševnega zdravja, ukrepov in programov na splošno.</p>

zastopana oz. niso zastopana pri poučevanju zdravstvene nege v študijskem programu zdravstvena nega na Univerzi v Middlesexu. Raziskavo je opravila ekspertna skupina štirih predavateljev zdravstvene nege z Univerze v Middlesexu. Kritično so pregledali, koliko novi kurikulum zdravstvene nege, ki so ga začeli izvajati leta 2011, izpolnjuje načela promocije duševnega zdravja, ki so opredeljena v smernicah projekta PROMISE in navedena v preglednici 1.

KURIKUL ZDRAVSTVENE NEGE NA UNIVERZI V MIDDLESEXU

Triletni dodiplomski študijski program zdravstvene nege na področju duševnega zdravja sestavlja 14 modulov, sedem teoretičnih in sedem praktičnih. Obsega štiri splošne module, ki so namenjeni tudi študentom in študentkam zdravstvene nege z drugih področjih (npr. študentom in študentkam s področja pediatrije in splošne zdravstvene nege za odrasle), in deset specifičnih modulov, ki so namenjeni

študentom in študentkam duševnega zdravja. Vsebine novega kurikula zdravstvene nege na Univerzi v Middlesexu temeljijo na kompetenčnem pristopu, ki študente in študentke pripravlja na varno in učinkovito prakso po opravljenem strokovnem izpitu in vpisu v register Zbornice zdravstvene in babiške nege. Novi kurikulum razvija kompetence na štirih področjih: (1) strokovne vrednote, (2) komunikacija in medosebne spretnosti, (3) praksa zdravstvene nege in sprejemanje odločitev, (4) vodenje, upravljanje in timsko delo. Cilj omenjenega študijskega programa je študentom in študentkam omogočiti (a) usvojiti znanje, spretnosti in naravnosti, s katerimi bodo avtonomno, sočutno, spretno in varno delali v praksi, pri tem pa varovali dostojanstvo in človekove pravice, (b) delati z ljudmi vseh starosti in se pri tem opirati na duševno zdravje, ki temelji na spoštovanju vrednot, (c) spodbujati pozitivne odnose, katerih osrednje vloge so socialna vključenost, spoštovanje človekovih pravic in okrevanje, (č) delati v partnerstvu z drugimi strokovnjaki in agencijami na področju zdravja in socialnega varstva, z uporabniki služb in njihovimi skrbniki, pri tem pa spodbujati skupne odločitve, povezane z oskrbo.

RAZISKOVALNA METODA IN UTEMELJITEV

Pri preverjanju kurikula zdravstvene nege na Univerzi v Middlesexu smo upoštevali dve merili:

1. Standard je deset PROMISE-ovih splošnih smernic za strokovnjake, ki obravnavajo promocijo duševnega zdravja.
2. Študijski kurikulum mora imeti v sestavnem delu vsakega modula (npr. učni cilji, učni načrt, podporni viri/študijsko gradivo in merilo ocenjevanja) jasno opredeljene in zapisane podatke o nekaterih ali vseh ključnih vidikih desetih PROMISE-ovih meril. Celostni pristop nam je omogočil, da smo opredelili tudi najmanjše znake kateregakoli vidika desetih PROMISE-ovih meril iz smernic za strokovnjake pri promociji duševnega zdravja.

Module kurikula zdravstvene nege smo potem razdelili med člane ekspertnega

raziskovalnega tima, da bi njihovo vsebino primerjali z desetimi merili, ki smo jih opredelili v projektu PROMISE. Člani raziskovalnega tima so na podlagi raziskovalnih načel navzkrižno preverili module. Po navzkrižnem preverjanju je tim ocenjevalcev še enkrat pregledal in potrdil vsako ugotovitev. V sklepni fazi smo analizirali ugotovitve. S takšno strategijo natančnega pregleda smo razvili mehanizem, s katerim smo zagotovili natančnost, doslednost in objektivnost pravil za vsebinski pregled modulov. Zadnji sestanek odbora za pregled in verifikacijo je bilo koristno srečanje, na katerem smo razjasnili morebitne napačne interpretacije pri uporabi PROMISE-ovih meril za zbiranje podatkov (Polit, Beck 2008).

ANALIZA IN UGOTOVITVE

Sprejemanje načel promocije duševnega zdravja:

Merilo je bilo dobro zastopano v sedmih od 14 modulov. Sedem modulov sestavljajo (a) splošni modul prvega letnika »osnove strokovne prakse«, (b) dva teoretska modula s področja duševnega zdravja »razvijanje medsebojnega razumevanja na področju duševnega zdravja« in »odzivi na potrebe kompleksne oskrbe« ter (c) štirje praktični moduli »osnove terenske prakse« in »gradivo za učno prakso«. Vsebine teh sedmih modulov pa so porazdeljene na vse tri stopnje študijskega programa (od prvega do tretjega letnika). Poleg tega so koncepti in modeli promocije duševnega zdravja upoštevani tudi v merilih ocenjevanja, ki obsegajo opise opažanj pri praktičnem usposabljanju in razprave, v katerih študenti in študentke pokažejo razumevanje. Natančneje to pomeni, da to merilo promocije duševnega zdravja v štirih modulih prvega letnika študija pokriva dva modula, osnovni teoretični modul in modul klinične prakse. V drugem letniku študijskega programa pa to merilo pokrivajo trije od petih modulov zdravstvene nege na področju duševnega zdravja. Od petih modulov tretjega letnika študijskega programa dva vključujeta to merilo, tretji pa ne. Od štirinajstih modulov programa zdravstvene nege jih torej sedem pokriva prvo merilo. To pomeni,

da je merilo dobro zastopano (za primerjavo gl. preglednico 2, 1. merilo).

Čeprav upoštevamo širši vpliv zastopanosti tega merila v zdravstveni negi, pa kaže, da smo v zdravstveni negi na področju duševnega zdravja pripravljeni sprejeti možnost, da se merilo uveljavi kot ključni element vloge medicinskih sester. To pomeni, da je že na začetku usposabljanja za medicinsko sestro treba predstaviti potrebe klientov ne le v ozkem smislu zdravljenja bolezni in oskrbe bolnih ljudi, temveč kot usmerjenost na promocijo pozitivnega zdravja.

Sodelovanje in krepitev moči skupnosti

Program usposabljanja upošteva načelo sodelovanja skupnosti. Promocija duševnega zdravja vključuje spodbujanje in krepitev moči vseh interesnih skupin v skupnosti pri promociji duševnega zdravja na splošno ali pri razvijanju specifičnih projektov promocije duševnega zdravja.

Merilo načela sodelovanja in krepitev vseh interesnih skupin v skupnosti pri promociji duševnega zdravja na splošno ali pri razvijanju specifičnih projektov za promocijo duševnega zdravja je opredeljen kot učni cilj, ki ga je v tretjem letniku študijskega programa treba izpolniti v okviru posebnega teoretskega modula duševnega zdravja z naslovom »odzivi na potrebe kompleksne oskrbe v duševnem zdravju« (za primerjavo gl. preglednico 2, 2. merilo). Merilo naj bi bilo vključeno v teoretsko vajo v »kritičnem mišljenju«, ki pa ne zahteva izrecno, da bi se študenti in študentke morali vključiti v praktične projekte ali klinične dejavnosti, v katerih bi lahko opazovali in analizirali, kako poteka praksa. To bi spodbudilo konstruktivistični pristop k razumevanju promocije duševnega zdravja.

Lahko bi rekli, da ta hip širše zastavljeno prestrukturiranje oskrbovalnih služb na področju duševnega zdravja v skupnosti zahteva, da vloga medicinske sestre v duševnem zdravju v prihodnje vključuje tudi spretnosti, ki bodo pri promociji duševnega zdravja spodbujale krepitev interesnih skupin v skupnosti. To bi

medicinskim sestram in interesnim skupinam v skupnosti omogočilo, da bi dosegle vzdržne sisteme promocije duševnega zdravja (Tilford 2001). Z manjšim, izpitnim, praktično naravnanim projektom, ki bi bil namenjen krepitevi nekega vzorca ali manjše interesne skupine in bi obravnaval vprašanje, povezano z duševnim zdravjem v skupnosti, bi pridobili zelo koristno orodje izobraževanja, s katerim bi študente in študentke zdravstvene nege pripravili na dodiplomski program usposabljanja.

Treba je opozoriti, da so medicinske sestre kot del vseh osrednjih timov duševnega zdravja v skupnosti v Združenem kraljestvu poleg številnih pobud, ki spodbujajo njihovo vključevanje v lokalne skupnosti, eksplicitno zavezane politiki socialnega vključevanja. To v praksi pomeni iniciativo, ki jo v veliki meri izvajajo prav medicinske sestre na področju duševnega zdravja v skupnosti. V tem pogledu pa kurikulum dodiplomskega študijskega programa za medicinske sestre temu merilu namenja malo pozornosti. To, da je merilo, ki ga obravnavamo tukaj, zastopano samo v enem modulu triletnega dodiplomskega študijskega programa, kaže, da se britanske medicinske sestre s tem načelom srečajo šele po pridobljeni izobrazbi bodisi na podiplomskem magistrskem študiju, univerzitetnem dodiplomskem študiju ali pa v okviru strokovnega usposabljanja na delovnem mestu. Na podiplomski stopnji izobraževanja pa številni magistrski študijski programi vsebujejo modul, osredinjen na socialno vključenost, promocijo duševnega zdravja oziroma razvijanje socialnega kapitala. Ti magistrski programi so po navadi multidisciplinarni in niso ozko usmerjeni na poklic, čeprav marsikatera medicinska sestra pridobi dodatno izobrazbo in tako poglobi razumevanje tega merila pri promociji duševnega zdravja.

Usvajanje interdisciplinarnega in medsektorskega pristopa

Program usposabljanja upošteva potrebne interdisciplinarne in medsektorske pristope k promociji duševnega zdravja.

Merilo ni izrecno obravnavano v nobenem modulu študijskega programa. To je pomembna ugotovitev, saj kljub temu, da ideja o medpoklic-

nem sodelovanju, ki podobno kot koncepti »interdisciplinarnega in medsektorskega« pristopa velja za najboljšo prakso v zdravstveni negi, v resnici ni izpeljana v nobenih vsebinah modula. Lahko bi rekli, da velja bodisi predpostavka ali »samoumevna« usmerjenost, da se medsektorska in interdisciplinarna dejavnost v vsakem primeru izvaja samodejno, kot da bi bila del študijskega programa, toda ker temu ni namenjena nobena posebna postavka, lahko o tem dvomimo.

To vrzel je treba zapolniti, saj bomo tako lahko dopolnili spretnosti, ki jih v promociji duševnega zdravja obravnava prvo merilo, merilo o krepitvi moči vseh strokovnjakov in interesnih skupin v skupnosti. V vsakem primeru moramo ta sklop spretnosti jasno opredeliti v kurikulumu, če želimo zdravstveno nego dobro pripraviti za interdisciplinarno delo. To je nujno, saj delo medicinskih sester na področju duševnega zdravja zahteva povezovanje z drugimi disciplinami, ki bi lahko sodelovale in morajo sodelovati ter se medsebojno podpirati v prizadevanjih za promocijo duševnega zdravja, da bi izboljšali podlage za uveljavitev in širjenje učinkovite promocije duševnega zdravja na vseh področjih skupnosti, ki bi jim učinki pozitivnega psihičnega počutja lahko koristili.

Vključevanje ljudi s težavami z duševnim zdravjem

Cilji programa usposabljanja se uveljavljajo tudi med ljudmi z izkušnjo duševnih težav, uporabniki služb za duševno zdravje in njihovimi skrbniki.

Merilo obravnavajo štirje praktični moduli v treh letnikih študijskega programa. Eden od modulov se izvaja v prvem letniku študija (»osnove za terensko delo«), dva v drugem letniku (»učna praksa 2 in 3«), eden pa v četrtem letniku (»učna praksa 4«) (za primerjavo gl. preglednico 2, 4. merilo). To merilo je dobro zastopano v dejavnostih učne prakse in na vsaki od treh stopenj programa ustreza zahtevam ocenjevanja. Kot primer lahko navedemo, da postopek ocenjevanja pri enem od ključnih modulov zdravstvene nege v zadnjem letniku študijskega programa v živo opravijo člani izpitne skupine, ki jo sestavljajo uporabnik

ali uporabnica službe, zdravnik ali zdravnica klinične zdravstvene nege in predavatelj ali predavateljica s področja zdravstvene nege, pri čemer študenti in študentke izpit bodisi opravijo ali pa ne opravijo.

Glede na to, da so sedanje strukture odločanja na področju duševnega zdravja v Združenem kraljestvu bolj naklonjene strokovnjakom, je treba zagotoviti boljše razumevanje, kaj lahko doda vključevanje uporabnikov in uporabnic (Barnes, Bowl 2001). Linnett (1999) meni, da bi moralo biti vključevanje uporabnikov usmerjeno k spremembam v ravnovesju moči znotraj organizacij. Poudarja, da je pristno vključevanje uporabnikov redko, saj povzroči temeljito, revolucionarno spremembo. Ta namreč zahteva, da se osebje odreče delu moči, kajti »če klienti pridobijo pristno uradno moč, niso več samo klienti ali uporabniki služb«. V tem pogledu je spodbudno, da kurikulum duševnega zdravja v zdravstveni negi dokaj sistematično pokriva to pomembno merilo promocije duševnega zdravja v vseh treh letnikih študija in da bodo novo usposobljene medicinske sestre dobro seznanjene z načelom in prakso krepitve moči uporabnikov in uporabnic.

Zagovorništvo

Program usposabljanja poudarja pomen zagovorništva, torej védenje, kako poudariti in zagovarjati stališča ljudi, ki morda nimajo lastnih spretnosti ali potrebne družbene moči, da bi se lahko zagovarjali sami.

Merilo je zastopano samo v splošnem modulu »osnove strokovne prakse« v prvem letniku (za primerjavo gl. preglednico 2, 5. merilo). Pomanjkanje jasne navedbe tega merila v vseh drugih specifičnih modulih duševnega zdravja v drugem in tretjem letniku študijskega programa je treba posebej omeniti. Jasno namreč kaže, da zagovorništvo ni prepoznano kot ključna naloga zdravstvene nege. Zato bi lahko dejali, da ni zadostne podlage, da bi študenti in študentke lahko razvijali spretnosti zagovorništva. Če bi jih medicinske sestre znale spretno uporabiti, bi bil učinek lahko dvojen: v ožjem smislu bi spretnosti zagovorništva pripomogle k promociji duševnega zdravja, v

splošnem pa bi ohranjale stabilen odnos med medicinsko sestro in pacientom (Tilford 2001). V Združenem kraljestvu je zagovorniška vloga za medicinske sestre na področju duševnega zdravja zelo dvoumna in potencialno konfliktna. Od medicinske sestre pričakujemo, da bo našla ravnovesje med oskrbo klienta in spremljanjem njegovih potreb na eni strani in potrebami skupnosti, da se zavaruje pred nepotrebni tveganji, na drugi strani. Poleg tega imajo medicinske sestre na področju duševnega zdravja po pred kratkim dopolnjenem Zakonu o duševnem zdravju (2007) osrednjo vlogo v skupnosti, če je treba uporabnika ali uporabnico odpeljati nazaj v bolnišnico glede na določbo o prisilnem zdravljenju, torej če uporabnik ali uporabnica ne upošteva postopkov zdravljenja, ki so ga predpisali psihiatri ali splošni zdravniki.

Ker se medicinske sestre na področju duševnega zdravja na poseben, za poklic značilen način vključujejo v skupnost pri spremljanju uporabnikov in dajanju predpisanih zdravil, se srečajo s posebnim izzivom, ko uporabnik ali uporabnica ne upošteva zdravljenja. To lahko povzroči napetosti v odnosu in možno uporabo prisilnega zdravljenja, pri katerem je medicinska

sestra lahko neposredno udeležena. To pa lahko ogrozi ali poslabša odnos med medicinsko sestro in uporabnikom. V takšnih okoliščinah medicinska sestra težko deluje kot zagovornica. Zato je še posebej obžalovanja vredno, da zagovorništvo obravnava samo en modul v prvem letniku študijskega programa. To strokovno področje je treba bolj poudariti v študijskem programu, saj imajo medicinske sestre na področju duševnega zdravja čedalje pomembnejšo vlogo pri oskrbi in spremljanju uporabnikov služb duševnega zdravja v skupnosti.

Pregled zbirke znanja

Program usposabljanja upošteva najnovejša znanstvena dognanja in etnografske podatke. Črpa jih iz različnih metod, tudi iz epidemiologije in družboslovja, da lahko opredeli strategije ukrepanja.

Merilo je zastopano v treh modulih. To so splošni teoretski modul v prvem letniku »osnove strokovne prakse«, praktični modul v prvem letniku »osnove terenske prakse« in praktični modul duševnega zdravja v tretjem letniku »učna praksa 4«. Iz tega lahko sklepamo, da ni dovolj možnosti, da

Preglednica 2: Dodiplomski program zdravstvene nege na področju duševnega zdravja – profil skladnosti kurikula z merili za promocijo duševnega zdravja.

Projekt PROMISE (merila za najboljšo prakso usposabljanja za strokovnjake na področju promocije duševnega zdravja)	Skupno število modulov v kurikulu	Število modulov, v katerem je zastopano merilo	Odstotek skladnosti
1. Sprejemanje načel promocije duševnega zdravja	14	7	50 %
2. Sodelovanje in krepitev moči skupnosti	14	1	7 %
3. Uresničevanje interdisciplinarnega in medsektorskega pristopa	14	0	0 %
4. Vključevanje ljudi s težavami z duševnim zdravjem	14	4	28 %
5. Zagovorništvo	14	1	7 %
6. Pregled zbirke znanja	14	3	21 %
7. Prilagajanje intervencij lokalnemu kontekstu in potrebam po načelih holističnega in ekološkega pristopa	14	2	14 %
8. Prepoznavanje tveganj	14	1	7 %
9. Uporaba medijev	14	0	0 %
10. Evalvacija usposabljanja, izvajanja in ciljev	14	0	0 %

bi zagotovili kontinuirano razvijanje merila v drugih teoretskih modulih, ki sestavljajo drugi letnik študija. Treba je ohranjati in krepiti kontinuiran razvoj baze znanja, saj bomo tako pripravili koristno zbirko podatkov, iz katerih bodo študenti in študentke lahko črpali reference in refleksije. Na splošno pa velja, da je študijska literatura kot podporni učni vir v kurikulumu preiščena. Primeri vključujejo raziskovalno delo Nacionalnega inštituta za zdravje in klinično odličnost (2008). Inštitut redno obvešča zdravstveno osebje o raziskavah, povezanih z najboljšimi intervencijami in prakso (objave raziskovalnih ugotovitev v strokovni medicinski reviji *British Medical Journal* s področja, ki ga Davies in Craig (2009) obravnavata v zbirki strokovne literature *ABC duševnega zdravja*).

Prilagajanje intervencij lokalnemu kontekstu in potrebam po načelu holističnega in ekološkega pristopa

Program usposabljanja temelji na ciljnih promocije zdravja, ki temeljijo na oceni in izmeri lokalnih potreb.

Merilo je zastopano v splošnem teoretskem modulu v prvem letniku študija »osnove strokovne prakse« in teoretskem modulu duševnega zdravja v drugem letniku »ocenjevanje, zdravljenje in intervencije na področju duševnega zdravja«. Možnosti za vključitev tega merila bi lahko poiskali tudi v drugih modulih tretjega letnika študijskega programa, na primer v modulu »odzivi na potrebe kompleksne oskrbe«. Omenjeno merilo je slabo zastopano (za primerjavo gl. preglednico 2, 7. merilo). Toda ker je del zadnjega letnika študija, bi lahko uporabili naslednjo strategijo, s katero bi izboljšali njegovo zastopanost: študentom in študentkam bi dali zahtevno nalogo, pri kateri bi morali uporabiti znanje iz prvega in drugega letnika in poiskati klienta ali manjšo skupino klientov v okolici kraja, v katerem opravljajo delovno prakso. Skupaj bi pripravili izobraževalni program duševnega zdravja, ki bi črpal iz virov v skupnosti in bi klientom omogočil, da ohranijo dobro in stabilno duševno zdravje, hkrati pa bi jim dajal občutek, da imajo vse pod nadzorom in da jih okolje podpira.

Prepoznavanje tveganj

Program usposabljanja ne obravnava samo pričakovanih pozitivnih vplivov, temveč tudi možna tveganja promocijskih ukrepov na področju duševnega zdravja tako za posameznike kot za skupnosti.

Merilo je zastopano samo v modulu »učna praksa 4«, v zadnjem letniku študija. Ni pa vključeno v noben modul prvega in drugega letnika. Merilo upošteva spretnosti prepoznavanja tveganj za posameznike in skupnosti, ki sicer spremljajo promocijske ukrepe na področju duševnega zdravja. Treba ga je razvijati in sčasoma okrepiti, da bo program dosegel kakovostno raven, potrebno za ohranjanje sorazmernosti napredovanja v učenju (za primerjavo gl. preglednico 2, 8. merilo). Razvoj in krepitev znanja bi lahko dosegli s takšnim pristopom: v prvem letniku študija bi se lahko osredotočili na oceno tveganj na področju duševnega zdravja pri občasni in rekreativni uporabi ene vrste drog, denimo kanabisa, in na strategije, ki bi jih lahko uporabili pri izvajanju promocijskega programa s poudarkom na preventivnem vedenju. V drugem in tretjem letniku bi lahko pregledali večja in kompleksnejša tveganja, ki jih je treba prepoznati v tistih situacijah, v katerih je duševno zdravje posameznika ali skupin resno ogroženo zaradi rednega in kombiniranega uživanja številnih in močnejših drog, denimo čistega kokaina in amfetaminov, saj lahko poslabšajo že obstoječe težave z duševnim zdravjem ali pa postanejo etiološki dejavniki hujše duševne nestabilnosti, slabega socialnega in fizičnega delovanja in splošnega propadanja ali umika iz skupnosti (Templeton *et al.* 2006).

Kompleksnost tveganj v različnih situacijah, denimo samopoškodovalno vedenje, samomor in nasilje, bi lahko raziskali tudi v tretjem letniku študija, skupaj s pomembnimi vladnimi politikami in določbami, s katerimi bi podkrepili primere. Študenti in študentke tega študijskega programa bi lahko uporabili medije, da bi izobraževali skupnost na splošno, ne le o različnih vrstah tveganja, temveč tudi o tem, kako lahko preprečimo negativne izide teh tveganj. To bi lahko izpeljali tako, da bi za preprečevanje samomora uporabili reference Smernice nacionalnih služb (1999), smernice

Nacionalnega inštituta za klinično odličnost (2008) in Nacionalnega inštituta za duševno zdravje v Angliji (2003).

Medicinske sestre se, tako kot druge strokovne skupine v skupnosti, spoprijemajo s kočljivo situacijo: na eni strani varujejo potrebe posameznih uporabnikov služb, na drugi pa potrebe skupnosti. V Združenem kraljestvu medicinske sestre na področju duševnega zdravja v skupnosti najbrž ne bodo opravile ocene tveganja, ki je povezano z njihovim poklicem. To bodo prej opravile v kontekstu multidisciplinarnega tima duševnega zdravja v skupnosti, saj se tam uporabljajo orodja za standardizirano oceno tveganja in upravljanja s tveganjem. Te po navadi oblikuje in razvija Center za duševno zdravje v javnem zdravstvu (Mental Health Trust), v katerem dela tim. Kljub temu je ključno, da se že v kurikulumu usposabljanja za medicinske sestre čim prej usmerimo k oceni tveganja in pozitivnega tveganja, ki ju prinaša promocija duševnega zdravja.

Uporaba medijev

Program usposabljanja vključuje medije in strategije komuniciranja pri promociji duševnega zdravja in boja proti stigmati, ki je povezana z duševno boleznijo.

Merilo ni zastopano v nobenem modulu študijskega programa. Promocija duševnega zdravja ne razvija znanj in spretnosti za boj proti stigmati, ki bi vključeval uporabo medijev in komunikacijskih strategij. To pomeni, da nismo izkoristili možnosti, da bi spodbujali boljšo ozaveščenost in prepoznali pomembno vlogo medijev in načine, kako jih lahko pozitivno uporabimo kot »orodje« zdravstvene nege, saj bi tako izboljšali razumevanje duševnega zdravja. Če bi izkoristili medije, bi lahko spodbudili tudi »zagovorniške« vloge medicinskih sester pri promociji duševnega zdravja (za primerjavo gl. preglednico 2, 9. merilo).

Evalvacija usposabljanja, izvajanja in ciljev

Usposabljanje poudarja pomen evalvacije ciljev usposabljanja pri promociji duševnega zdravja, ukrepov in programov na splošno.

Zadnje merilo ni zastopano v nobenem modulu. To pomeni, da v obstoječih vsebinah študijskega programa niso prepoznali možnosti, da bi raziskali in izboljšali metode in uporabili evalvacijske spretnosti za promocijo duševnega zdravja (za primerjavo gl. preglednico 2, 10. merilo).

RAZPRAVA IN SKLEPI

Zdi se, da merila promocije duševnega zdravja, ki smo jih pripravili v projektu PROMISE, ne sodijo v štiri področja, ki jih opredeljuje kurikulum zdravstvene nege na Univerzi v Middlesexu, in niso vsebinski del znanj in kompetenc. Čeprav sicer 50 odstotkov modulov zdravstvene nege v študijskem programu duševnega zdravja upošteva promocijo duševnega zdravja in pomen »pozitivnega duševnega zdravja«, pa tega ne izpelje pri ključnih spretnostih, ki so potrebne, da bi promocija duševnega zdravja v Združenem kraljestvu postala ključna komponenta vloge medicinske sestre na področju duševnega zdravja. Denimo, samo en modul upošteva, da je za medicinske sestre pomembno izvajanje drugega in tretjega merila smernic o krepitvi moči skupnosti ali o pomenu zagovorništva. Noben modul ne upošteva pomena dela z mediji kot sredstvi, s katerimi bi premagovali stigmo. Med prednostmi pa lahko naštejemo načelo sodelovalnega dela z uporabnikom, ki je vključeno v štiri module in širše zastopano v kurikulumu, saj je takšen modul na voljo v vsakem letniku študija. Najbolj opazen pa je pomanjkljiv poudarek na teoriji in praksi meddisciplinarnosti v promociji duševnega zdravja.

Na koncu lahko jasno poudarimo, da promocija duševnega zdravja še ni ključna komponenta zdravstvene nege na področju duševnega zdravja na Univerzi v Middlesexu ali v Združenem kraljestvu na splošno. To je pravzaprav ključno vprašanje nacionalne politike, prav tako pa bi lahko ukrepali na lokalni ravni in oblikovali »dodatne« izbirne module, ki bi bili na voljo dodiplomskim študentom in študentkam zdravstvene nege, da bi preoblikovali njihovo zdravstveno nalogo in vizijo ter pri tem vključili politiko in prakso promocije duševnega zdravja.

V nasprotju s štirimi področji, ki so opredeljena v študijskem programu in so najpomembnejši stebri, na katerih temeljijo znanje in spretnosti zdravstvene nege, pa merilom za promocijo duševnega zdravja ni namenjen enak pomen v vsebinah študijskega programa. V veliki meri je to morda stvar nacionalne presoje o tem, kaj so in kaj niso ključni elementi strokovne zdravstvene nege v duševnem zdravju v Združenem kraljestvu. Lahko bi rekli, da zdravstvena nega na področju duševnega zdravja ne ustreza novemu programu duševnega zdravja, ki je zastavljen v nacionalni politiki Združenega kraljestva (Ministrstvo za zdravje 2011). Podobno se na evropski ravni najbrž zdi, da se zdravstvena nega v Združenem kraljestvu ne zaveda novih izzivov in priložnosti, ki jih uvajajo skupni ukrepi na področju duševnega zdravja (*joint action on mental health*), ki so pomemben del skupne evropske politike vključevanja. Težko bi se torej izognili sklepu, da se v Združenem kraljestvu in v Evropi pomanjkljivo ukvarjamo z nekaterimi ključnimi temami v duševnem zdravju.

Prevod iz angleščine: Mateja Petan

VIRI

- Bamfordov pregled (2006), *The Bamford review of mental health and learning difficulties (Northern Ireland): Mental health improvement and well-being – a personal public and political issue*. Dostopno na: <http://www.dhsspsni.gov.uk/mentalhealth-promotion-report.pdf> (22. 10. 2012).
- BARNES, M., BOWL, R. (2001), *Taking over the asylum*. Basingstoke: Palgrave.
- CRANE-ROSS, D., LUTZ, W. J., ROTH, D. (2006), Consumer and case manager perspectives of service empowerment: Relationship to mental health recovery. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 33, 2: 142–155.
- DAVIES, T., CRAIG, T. (ur.) (2009), *ABC of mental health*. Chichester: BMJ Books (2. izdaja).
- FRIEDLI, L. (2009), *Mental health, resilience and inequalities*. Ženeva: Svetovna zdravstvena organizacija.
- JORMFELDT, H., ARVIDSSON, B., SVENSSON, B., HANSSON, L. (2008), Construct validity of a health questionnaire intended to measure the subjective experience of health among patients in mental health services. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15, 3: 238–245.
- LINNETT, P. (1999), Which Way to Utopia? Thoughts on »User Involvement«. *Open Mind*, 98, julij/avgust, 18–19.
- Ministrstvo za zdravje (2011), *No health without mental health – DS strategy*. London: Ministry of health. Dostopno na: http://mhfe.org.uk/sites/default/files/shared/dh_124006%202.2.11%20DHMHstrategy.pdf (22. 10. 2012).
- Nacionalni inštitut za duševno zdravje v Angliji (2003), National Institute for Mental Health for England, *The cases for change: User involvement*. Leeds: Department of Health.
- Nacionalni inštitut za zdravje in klinično odličnost (2008), National Institute for Health and Clinical Excellence, *Social and emotional wellbeing in primary education*. Public health guidance, PH12. London: NICE.
- POLIT, D. F., BECK, C. T. (2008), *Nursing Research: Principles and methods*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Smernice nacionalnih služb (1999), The National Service Framework for Mental Health. London: Department of Health.
- STÄHL, T., WISMAR, M., OLLILA, E., LAHTINEN, E., LEPPÖ, K. (2006), *Health in all policies: Prospects and potentials*. Helsinki: Ministry of social affairs and health. Dostopno na: http://ec.europa.eu/health/archive/ph_information/documents/health_in_all_policies.pdf (10. 10. 2012).
- TEMPLETON, L., ZOHADI, S., GALVANI, S., VELLEMAN, R. (2006), *Looking beyond risk parental substance misuse: Scoping study*. Birmingham: University of Birmingham.
- TILFORD, S. (2001), Mental health promotion. V: Cattan, M., Tilford, S. (ur.), *Mental health promotion: A lifespan approach*. Maidenhead: McGraw-Hill, Open University Press.
- Zakon o duševnem zdravju (2007). Dostopno na: http://www.mentalhealthlaw.co.uk/Mental_Health_Act_2007_Overview (20. 10. 2012).