

Tallinna Tervishoiu Kõrgkool

Õenduse õppetool

Õ45

Liis Turu

ÕENDUSABI SOMATOFORMSE HÄIREGA PATSIENDILE

Lõputöö

Tallinn 2019

Olen koostanud käesoleva lõputöö iseseisvalt. Kõik töö koostamisel kasutatud teiste autorite töödest, kirjandusallikatest ja mujalt pärinevad andmed on viidatud.

Lõputöö autori allkiri:

/Liis Turu/

Kuupäev "29" mai 2019 a.

Luban Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolil avalikustada oma kõvakõites lõputöö kõrgkooli raamatukogus ja lõputöö pdf versiooni raamatukoguprogrammis RIKSWEB (<http://riks.ttk.ee/>).

Lõputöö autori allkiri:

/Liis Turu /

Kuupäev " 29 " mai 2019 a.

Lubatud kaitsmisele.

Juhendaja: Marianne Annion, RN

/nimi ja akadeemiline kraad/

.....

/allkiri/

Kuupäev " 29 " mai 2019 a.

KOKKUVÕTE

Liis Turu (2019). Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli õenduse õppetool. Õendusabi somatoformse häirega patsiendile. Lõputöö maht on 28 lehekülge, 33 kirjandusallikat, 1 lisa. Lõputöö eesmärgiks on kirjeldada õendusabi somatoformse häirega patsiendile. Uurimistöö põhineb teemakohase teaduspõhise kirjanduse ülevaade. Töös on kasutatud inglisi- ja eestikeelseid kirjandusallikad, mis on avaldatud ajavahemikus 2009-2019. Andmete kogumisel kasutati järgnevaid elektroonilisi andmebaase: *PubMed*, *EBSCOhost*, *Taylor & Francis Online*, *BMC Health Services Research* ja otsinguprogrammi *Google Scholar*.

Lõputöö järeldused: Somatoformsed häired on ühiskonnas märkimisväärselt levinud, eelkõige esmatasandi patsientide hulgas. Somatoformsete häiretega patsientidel on mitmesuguseid probleeme, millest osa tuleneb vajaliku abi kättesaamatusest, sest psüühiline häire jääb somaatiliste kaebuste taha varju ja ülejäänud on otseselt seotud sümptomaatikast tulenevate raskustega. Somatoformse häire sümptomeid saab käsitleda ainult koos patsiendiajaloo, psühhosotsiaalse küsitlemise ja uuringutulemustega olles välistanud meditsiinilised põhjused.

Õendusdiagnoose püstitab õde somatoformse häirega patsiendile lähtuvalt sellest, kas kas patsienti vaevab rohkem sümptomitega seotud ärevus või somaatilised kaebused. Lõputöö käsitleb nelja õendusdiagnoosi: ebapiisav toimetulek, ärevus, puudulikud teadmised ja krooniline valu. Õendussekkumised võiksid olla patsienti võimestavad ja koostööle orienteeritud. Oluline on õepoolne selgitustöö, nõustamine sümptomitega toimetulekul, somaatiliste sümptomite ja psühholoogiliste probleemide vahele seose loomine ning ärevust ja stressi maandavate hingamis- ja lõdvestustehnikate õpetamine. Muutusi tuleb luua aeglaselt ja fookuseeruma peaks uute sümptomite lisandumise vajaduse pidurdamisele ja ravimikoguste vähendamisele.

Kesksed mõisted: õendusabi, somatoformne häire, patsient.

SUMMARY

Liis Turu (2019). Tallinn Health Care College, Chair of Nursing. Nursing care for patients with somatic symptom disorder. The final thesis is on 28 pages, with 33 literary references and one appendice in one page. The aim of this thesis is to describe nursing care for patients with somatic symptom disorder. This is a theoretical descriptive qualitative literature review of scholarly articles, speciality books, guidelines, and electronic journals. The review is structured according to the aim and objectives of the paper. The articles were published between 2009-2019. The data was collected from the following electronic databases: *PubMed*, *EBSCOhost*, *Taylor & Francis Online*, *BMC Health Services Research*. Search engines *Google Scholar*, *Google search* and Tallinn Healthcare College library were also used.

Results and conclusions: Somatic symptom disorders are fairly common and majority of the patients suffering from this mental health condition are constituted by primary care patients. The patients who suffer from somatic symptom disorder have various problems. Some of the problems can be attributed to inavailability of appropriate care due the bodily complaints concealing the underlying psychiatric condition and some are directly related to difficulties caused by the symptoms. The symptoms of somatic symptom disorder can only be interpreted with patient history, psychosocial query, and screenings that rule out all medical explanations. Four nursing diagnosis's were established in the context of somatic symptom disorder: ineffective coping, deficient knowledge, anxiety, and chronic pain. The findings of this research suggest that first goal when dealing with patients who suffer from somatic symptom disorder has to be creating therapeutic relationship with the patient because only then can nurse use confrontation successfully and start using different techniques that can help the patient replace dysfunctional and self-harming behaviour patterns with healthy ones.

Keywords: nursing care, patient, somatic symptom disorder.

SISUKORD

KOKKUVÕTE.....	2
SUMMARY.....	3
SISSEJUHATUS.....	5
1. UURIMISTÖÖ METOODIKA.....	8
2. SOMATOFORMSE HÄIREGA PATSIENT.....	9
2.1. Somatoformsete häirete tüübid.....	10
2.2. Millal võib kahtlustada somatoformset häiret.....	11
2.3. Somatoformse valu iseärasused.....	13
3. ÕENDUSABI SOMATOFORMSE HÄIREGA PATSIENDILE.....	14
3.1. Võimalikud õendusdiagnoosid ja õendussekkumised somatoformse häirega patsiendile.....	15
3.1.1. Ebaefektiivne toimetulek.....	16
3.1.2. Puudulikud teadmised.....	18
3.1.3. Ärevus.....	19
3.1.4. Krooniline valu.....	20
3.2. Somaatiliste sümptomitega toimetuleku meetodid.....	20
4. ARUTELU.....	23
JÄRELDUSED.....	25
KASUTATUD KIRJANDUS.....	26

LISA:

Lisa 1. Kirjandusallikate otsingustrateegia

SISSEJUHATUS

Kokkupuude patsientidega, kelle kaebustele ei leita meditsiinilist põhjendust on tervishoiuasutustes sage. Orgaanilise põhjuse puudumine tekitab palju segadust ja frustratsiooni nii patsientides kui ka tervishoiutöötajates (Halter 2014: 324-325; Henningsen 2018: 24; Murray 2013: 2). Maailmas läbiviidud uuringute kohaselt jääb üle 15% esmatasandi arstiabi järele pöördunud patsientide kaebustest meditsiiniliselt põhjendamatuks (Murray 2013: 2; Tacchini 2019: 212). Neuroloogi ambulatoorsele vastuvõtule pöördunud patsientide kaebustest jääb erinevatel andmetel 20%-60% orgaanilise leiuta (Smith 2012: 94).

Somatoformsete häirete meditsiiniline ravimine on aga rahaliselt kulukas patsiendile kui ka tervishoiusüsteemile. (Henningsen 2018: 24; Murray 2013: 3; Oyeboode 2008: 283). Euroopas kulus 2010. aastal somatoformsete häiretega patsientide raviks 21,2 miljardit eurot (Murray 2013: 3). Samuti on leitud, et somaatiliste häiretega esmatasandi patsiendid hindavad enda terviseseisundit tegelikust palju halvemaks ja et nad võivad kasutada aasta lõikes kuni 78% rohkem esmatasandi tervishoiuteenuseid kui need patsiendid, kellel esineb sarnase sümptomaatikaga, kuid meditsiiniliselt põhjendatud krooniline haigus (Oyeboode 2008: 277).

Somaatiliste häiretega patsiendi eristamine teistest on keeruline kuna vaimse tervise häire esinemine somaatilise kaebusena muudab tihti peale märkamatuks kaebuste aluseks oleva depressiivse haiguse (Halter 2014: 325; Oyeboode 2008: 282). Somatoformsete häiretega patsientidel esineb sageli igapäevases elus seotult oma sümptomaatikaga suuri toimetulekuraskusi, seetõttu vajavad nad kahtlemata abi. Kuid väljaspool psühhiaatrilise ravi keskkonda töötavad õed pole aga enamasti teadlikud, millist käsitlemist somatoformse häirega haige vajab (Halter 2014: 325). Ilma eriomaste teadmisteta on nende patsientide tuvastamine ja asjakohane aitamine seega keeruline (Halter 2014: 66; Hennings 2018: 24; Liao jt 2019: 88; Oyeboode 2008: 282).

Uurimistöole sarnaseid töid ei ole Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolis varem kirjutatud. Küll on aga uuritud lastel esinevaid psühhosomaatilisi häireid, mis on lähedalt seotud somatoformsete häiretega. Anne Kelgo kirjutas 2017. aastal lõputöö: õendusdiagnoosid ja õendussekkumised psühhosomaatiliste häiretega koolieelikutele.

Lõputöö teema valik tulenes praktika- ning hiljem tööalasest kokkupuutest somatoformsete häiretega patsientidega ning teaduslikes allikates kirjeldatud probleemsetest nende käsitlemisel väljaspool psühhiaatrilise ravi keskkonda.

Uurimistöo probleem seisneb selles, et õdedel puuduvad vajalikud teadmised ja oskused somatoformse häirega patsiendi tuvastamiseks ja tema aitamiseks (Halter 2014: 325; Kallivayalil 2010: 243).

Uurimistöo eesmärgiks on kirjeldada õendusabi somatoformse häirega patsiendile.

Uurimistöo ülesanded on:

- 1) Kirjeldada somatoformse häirega patsiendi probleeme.
- 2) Kirjeldada õendusabi somatoformse häirega patsiendile õendusdiagnooside alusel.

KESKSED MÕISTED

Selle uurimistöo kesksed mõisted on: õendusabi, somatoformne häire, patsient.

Õendusabi (*nursing care*) - eesmärk on säilitada ja võimaluse korral parandada patsiendi tervislikku seisundit ning toimetulekuvõimet, ravida ja toetada stabiilses seisundis patsienti ning vajaduse korral leevendada tema vaevusi. (Thornbory 2009: 22; Eesti Haigekassa 2016: 28).

Somatoformne häire (*somatic symptom disorder*) - Somatoformne häire on keerulise sümptomaatikaga psüühiline häire, mis seondub raske psühholoogilise stressiga ning väljendub füüsiliste sümptomitena, millel puudub ka pärast põhjalike uuringute läbiviimist selge orgaaniline alus. (Townsend 2015b: 206).

Patsient (*patient*)- Patsient on füüsiline isik, kes on avaldanud soovi saada või kes saab tervishoiuteenust. (RT I 2013: § 3¹).

1. UURIMISTÖÖ METOODIKA

Käesolev lõputöö on kirjanduse ülevaade ja selle koostamisel on kasutatud kvalitatiivset uurimismeetodit. Kirjanduse ülevaate eesmärgiks on näidata, mis seisukohast on käsitletavat teemat varasemalt uuritud ja kuidas on käesolev töö seotud juba olemasolevate uurimustega (Hirsjärvi jt 2005: 111). Kirjandusallikad valiti lähtuvalt töö uurimisprobleemist ja uurimisülesannetest. Kirjanduse otsimisel olid määravad järgnevad kriteeriumid: eesti- ja ingliskeelsed teemakohased ning tõenduspõhised aastatel 2009-2019 ilmunud arsti- ja õendusteaduslikud raamatud, teadusartiklid, uurimistööd ja ülemaailmsete terviseorganisatsioonide dokumendid. Teadusartiklite leidmiseks kasutati Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli raamatukogu ja elektroonilisi andmebaase *PubMed*, *EBSCOhost*, *Taylor & Francis Online*, *BMC Health Services Research* ja otsinguprogrammi *Google Scholar*. Kirjandusallikate leidmiseks elektroonilistes andmebaasides kasutati järgnevaids otsingusõnu ja nende kombinatsioone: *somatoformne häire ja õendus*, *somatoform disorder and nursing interventions*, *somatic symptom disorder and nursing*, *somatic symptom disorder and patients*, *somatization and nursing*, *psychiatric nursing and somatic symptoms*, *medically unexplained symptoms and somatic symptoms*.

Uurimistöö koostati järgnevates etappides: probleemipüstitus, teemakohase kirjanduse otsing, läbitöötamine ja analüüsimine ning töö kirjutamine ja vormistamine järgides Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli uurimistööde koostamise ja vormistamise juhendit. Uurimistöö on koostatud lähtuvalt eetikanõuetest ja on kirjutatud iseseisvalt. Teadustöö usaldusväärsus on tagatud teaduspõhiste kirjandusallikate kasutamisega, korrektse viitamisega ja piisava hulga allikate kasutamisega sama väite tõestamiseks. Samuti on kõik uurimistöös kasutatud allikad viidatud ning välja toodud kasutatud kirjanduse loetelus. Uurimistöö on kirjutatud järgides Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli uurimistööde koostamise ja vormistamise juhendit (2017).

2. SOMATOFORMSE HÄIREGA PATSIENT

Somatoformne häire mõistena tähistab tervet gruppi psüühilisi häireid, mis väljenduvad erinevates füüsilistes sümptomites ning olenemata põhjalikest uuringutest ei leia selget orgaanilist alust. (Townsend 2015b: 206). Uurijad on veendumusel, et depressiooni, ärevuse ja ärritumise asemel tajuvad mõned inimesed psühholoogilisi vaevusi füüsilistena (Halter 2014: 324; Kallivayalil 2010: 240) näiteks seletamatu valu, nahalööbe või paralüüsi kujul (Halter 2014: 324). Psühhiaatrilistes asutustes näeb somaatiliste häiretega patsiente võrdlemisi harva, kuid pereõed ning õed, kes töötavad meditsiinilisele ravile spetsialiseerunud osakondades puutuvad nendega pidevalt kokku (Halter 2014: 325).

Kokkupuude somatoformsete häiretega patsientidega on tervishoius, eriti esmatasandi tervishoius sage (Halter 2014: 324). Iseäranis suure hulga somaatiliste häirete esinemise põhjuseks peetakse osaliselt seda, et vaimse tervise probleemid on ühiskonnas endiselt tugevalt stigmatiseeritud. (Halter 2014: 301; Townsend 2015b:117). Sotsiaalteoreetikud on veendumusel, et inimestel on hulga lihtsam tunnistada kehalist viga kui psühholoogilist probleemi, sest viimane annaks nagu otseselt mõista, et neil on midagi inimesena viga (Townsend 2015b: 209). Samuti mõjutab sage keskendumine depressiooni somaatilistele sümptomitele ning emotsionaalsete ja kognitiivsete sümptomite suhteline alatähtsustamine märkimisväärselt patsientide suhtlust tervishoiusüsteemidega (Oyebode 2008: 282).

Kõige levinumateks somaatilisteks kaebusteks on kõhu-, pea- ja liigesvalud, valud rinnas, iiveldus, puhitus, oksendamine, hingamisraskused, kehaosade osaline või täielik halvatus, tasakaaluhäired, hallutsinatsioonid (Townsend 2015b: 207). Somatoformse häirega haige kannatused ei ole piiritletud kehaliste hädadega vaid hõlmavad ka käitumuslikke ja psühholoogilisi aspekte, näiteks kõrge tervisega seotud ärevus ja sundkäitumine. Mõningatel juhtudel on ärevus kannatuste keskmeks ning kehalised kaebused on võrdlemisi ebaolulised.

Somatoformsete häirete raskusastme skaala on lai ulatudes kergekujuulistest sümptomitest, kerge toimetulekuraskusteni ning lõpetades raske puudega. (Henningsen 2018: 23).

Lisaks keerulisele sümptomaatikale ärrituvad somaatiliste häiretega patsiendid tihti viidete peale, et nende sümptomid võiks olla seotud stressi või psühhosotsiaalsete teguritega (Townsend 2015b: 206). Seega on ilma spetsiifiliste teadmisteta somaatiliste häirete eristamine ja nende häirete all kannatavate patsientide aitamine keeruline (Kallivayalil 2010: 243).

2.1. Somatoformsete häirete tüübid

Somatisatsioonihäire – tähistab mitmesuguste, korduvate ja vahelduvate kehaliste sümptomite avaldumist erinevates organsüsteemides (Oyebode 2008: 283; Smith 2012: 95). Sageli esinevad gastrointestinaalsed nähud, ebanormaalsed nahaaistingud, seksuaal- ja menstruaatsioonihäired (Smith 2012: 95). Häire esineb sagedamini naistel, saab alguse enne 30. eluaastat ning sellel on krooniline, kuid muutlik kulg (Oyebode 2008: 283; Smith 2012: 95).

Hüpohondria - Hüpohondriat saab tinglikult jagada kaheks: ühed on haigustega seotud hirmud, mille puhul kehalisi sümptomeid ei esine, teised hirmud, mis seostuvad tajutud kehaliste sümptomitega (Oyebode 2008: 276). Levinumad on seedeelundkonna, kesknärvisüsteemi, luu- ja lihaskonnaevustega seotud sümptomaatika, ebanormaalsed nahaaistingud (Oyebode 2008: 281-282).

Konversioonihäire - Patsiendid kurdavad erinevaid neuroloogilistele haigustele omaseid sümptomeid, millel pole meditsiinilist põhjendust. Esinevad motosensoorsed häired ja krambid - hemiparees, paraparees, monoparees, nägemise- või teadvuse kaotamine, krambid, afoonia, düsfoonia, kehaosade tahtmatud liigutused, tasakaaluhäired. Konversioonihäire kaasneb sageli

afektiivse- ja antisotsiaalse isiksusehäirega, alkoholi- ja narkootikumide kuritarvitamisega (Tacchini 2019: 212).

2.2. Millal võib patsiendil kahtlustada somatoformset häiret?

Esmane meditsiiniliste põhjuste välistamine on somaatiliste häirete korral hädavajalik (Halter 2014: 326; Shultz & Videbeck 2013: 222; Smith 2012: 100), sest psühhiaatriliste haiguste diagnoosimine põhineb peaaegu täielikult sümptomitel ja mitte objektiivsetel andmetel nagu elektrokardiogramm ja vereanalüüsid (Halter 2014: 66). Vahel võib ka selgelt määratletav orgaaniline haigus kaasa tuua psühholoogilisi probleeme. (Oyebode 2008: 275). Seetõttu tuleb arvestada võimalusega, et orgaaniline patoloogia hiljem kõigest hoolimata tekib. Selle võimaluse mitte arvesse võtmine võib panna ohtu patsiendi elu (Townsend 2015b: 213). Siiski saab vältida põhjalike uuringute korduvat läbiviimist. (Smith 2012: 95).

Erinevate käitumis- ja tunnusjoonte koosinemine võimaldab patsiendil somaatiliste sümptomitega psüühilist häiret kahtlustada. Tunnistust võib anda märkimisväärne ühest või rohkematest kehalistest sümptomitest ilmnev toimetulekuhäire. Sümptomaatilisus peaks olema järjepidev mitme kuu vältel isegi kui sümptomid vahelduvad. (Henningsen 2018: 25). Somatoformse häirega patsientidel on sage kinnisideeline veendumus, et tal esineb mõni tõsine ja haruldane haigus, mida on raske avastada. Seega kui sümptomaatika põhjal on tehtud kõik vajalikud uuringuid, et välistada võimalikud meditsiinilised põhjused ning negatiivseks osutunud uuringutulemused ei too patsiendil esile kergendust, vaid tekitavad tugevat vastupanu arvamusele, et patsient on füüsiliselt terve on alust otsida viiteid võimalikele muudele märkidele, mis võiksid kinnitada somatoformse häire olemasolu (Tacchini 2019: 212; Townsend 2015b: 206-207).

Samuti annab viiteid somatoformsele häirele korduv pere- või eriarsti vahetamine patsiendipoolse veendumusega, et teda ei ravita õigesti (Halter 2014: 325;

Townsend 2015b: 207). Palju esineb nõudlikku käitumist näiteks spetsiifiliste uuringute, protseduuride ja operatsioonide nõudmisega, milleks tegelikult puudub näidustus (Townsend 2015b: 212). Mõningal juhul ravivad somaatiliste häiretega patsiendid ennast samaaegselt mitme arsti juures (Halgin 2010: 176; Townsend 2015b: 206). mistõttu on eriti suur risk ohtlike ravimikokteilide moodustamisele (Townsend 2015b: 206).

Somatormsete häirete puhul on suureks riskiks toimetulekuraskuste ja sotsiaalse isolatsiooni kujunemine ja igapäevase võimekuse kahanemine. (Oyebode 2008: 279; Townsend 2015b: 207). Ülemäärasesst hõivatuses füüsilise sümptomaatikaga või kahtlustatud haigusega saab paljudel juhtudel häiritud ka sotsiaalne funktsioneerimine ja tööelu (Kallivayalil 2010: 240; Liao et al 2019: 88; Tacchini 2019: 213; Townsend 2015b: 207). Patsiendi sotsiaalne ja perekondlik elu on enamasti häiritud sellest, et patsient tegeleb kinnisideeliselt oma sümptomaatikaga olgu selleks sümptomite uurimine, leevendamine, nendest kõnelemine. Sellest on mõjutatud ka käitumine ja meeleolud (Oyebode 2008: 279; Townsend 2015b: 207). Seoses kõrgeenenud ärevusseisundi ja depressiooniga pole suitsiidiähvardused ja suitsiidikatsed samuti ebaharilikud. (Townsend 2015b: 206).

Somatoformne häire tekib sagedamini inimestel, kellel on varasemalt esinenud depressiivsuse- ja ärevusepisoodide (Liao jt 2019: 89; Murray 2013: 3), kestvaid unehäireid (Townsend 2015b: 212), alkoholi, narkootikumide või valvaigistite kuritarvitamist (Smith 2012: 95; Tacchini 2019: 212; Townsend 2015b: 207), kellel on varasemalt diagnoositud mõni muu psühhiaatiline häire (Fiertag 2012: 8). Depressiooni ja somaatiliste sümptomite koosinemise vahel on naiste puhul leitud tugev seos (Halter 2014: 325; Mendrek jt 2014: 65). Somatisatsioonihäiret ja somaatilisi häireid üldiselt esineb sagedamini patsientidel, kellel on varasemaid traumaatilisi läbielamisi, neil keda on lapsena väärkoheldud või seksuaalselt kuritarvitatud ja neil, kellel on diagnoositud mõni isiksusehäire (Halter 2014: 326; Smith 2012: 95).

2.3. Somatoformse valu iseärasused

Psühhiaatrilise ja orgaanilise päritoluga valu vahel on täheldatud teatud olulisi erinevusi. Psüühilist päritolu valu ei suudeta tihtipeale lokaliseerida ning see on erinevatesse kohtadesse laiali hajutatud, mis ei vasta valu juhteteede anatoomiale. Samuti kirjeldatakse psühhogeenset valu sageli kui lakkamatut valu. See valu ägeneb hooti, kuid ei vaibu. Füüsiline valu on reeglitelem paremini alluv, ta vallandub teatud tegurite peale ja saab leevendust kindlatest vahenditest. Psüühilistest teguritest tulenev valu on ka raskesti ravitav. Nimelt ei allu sedalaadi valu hulgale erinevatele valuravi meetmetele.

Psühhogeense valu iseloomustamine on patsiendi jaoks raske, patsient on veendunud, et ta kannatab ja valu on talumatu, kuid ei leia valu kirjeldamiseks sageli sobivaid sõnu. Kindla elundi valuliku kahjustuse korral on kannatanud enamasti võimelised valu spetsiifiliselt kirjeldama – nahal on põletav valu, närvivalu on torkav, südamelihasevalu tuikav. Ka valu raskusaste ja intensiivsus arenevad psühhogeense valu korral jõuliselt. Füüsiline valu ägeneb harva, selleks on vajalik koekahjustuse laienemine. (Oyebode 2008: 329-330)

3. ÕENDUSABI SOMATOFORMSE HÄIREGA PATSIENDILE

Uuringud on selgitanud, et kõige olulisemat rolli mängib somatiformse häirega patsiendi paranemise protsessis usaldusväärne ja kestev suhe tuttava tervishoiutöötajaga, kelleks sobib kõige paremini esmatasandi õde (Halter 2014: 66; Smith 2012: 95). Pereõdedel on võimalik oma töö iseloomu- ja korralduse tõttu patsiendiga regulaarselt kohtuda, nõustada patsienti sümptomitega toimetulekul, jälgida tehtud edusamme, pakkuda vaimset tuge ja toetada patsienti parema kontakti saavutamisel lähedastega. (Halter 2014: 66; Oyeboode 2008: 279; Smith 2012: 95).

Teadusuuringutest ilmneb, et mida kiirem on sekkumine pärast somaatiliste sümptomite ilmnemist, seda suurem on somatiformsest häirest vabanemise tõenäosus. Varajases etapis on patsient veel võimeline looma seoseid traumaatiliste sündmuste ja somaatiliste sümptomite vahel. (Smith 2012: 95). Hilisemas etapis sekkumise korral on kahju juba laiaulatuslik ning häire tagasipöördumine vähem tõenäoline. (Murray 2013: 3). Täielik paranemine somatiformsest häirest on harv, seetõttu on ravi keskendunud peamiselt sümptomitega toimetulemisele ja patsiendi elukvaliteedi parandamisele (Shultz & Videbeck 2013: 220). Tõestatud on kognitiiv-käitumisteraapia ja grupiteraapia efektiivsus (Shultz & Videbeck 2013: 220; Smith 2012: 95).

Somatiformse häire käes kannatava patsiendi abistamisel on oluline suhtuda tema esitatud kaebustesse empaatiliselt (Shultz & Videbeck 2013: 220) ja seada realistlikke, usaldust ning koostööd soodustavaid eesmärke. (Smith 2012: 98). Usalduslik suhe kahandab patsiendi vajadust otsida ravi mitmest kohast samaaegselt, mis omakorda vähendab ohtlike ravimikombinatsioonide tekkimise võimalust (Shultz & Videbeck 2013: 220-221). Oluline on järk-järgult vähendada patsiendile tehtavate uuringute ja sissevõetud ravimite kogust, leevendada sümptomeid ja pidurdada uute sümptomite lisandumise vajadust meditsiinilise abi saamiseks (Smith 2012: 98).

Somatoformsete häirete ravimine on keeruline, aeganõudev ning nõuab rohkelt kannatlikkust ning mõistmist. (Smith 2012: 100). Siiski kogevad õed nende patsientide abistamisel, kelle haigus ei ole orgaanilistele põhjustele tuginev sageli frustratsiooni, millega seoses väheneb nende õdede töös patsiendikeskne lähenemine ja suhtlus (Halter 2014: 325). Selline samm töötab paranemisprotsessi vastu. Lisaks on uuringutes väljatoodud, et suhtluse poolest “keeruline” patsient saab palju kergemini somaatiliste häiretega seotud diagnoosi kui “meeldiv” patsient, millest võib tuleneda läbivaatuse ja uuringute teatav pealiskaudsus. Kõige suuremaks valediagnoosi määramise riskikohaks on pereõe- või arsti meelepaha seoses ebameeldivasisulisel vastuvõtuga. (Halter 2014: 325)

3.1. Õendusdiagnoosid ja õendussekkumised somatoformse häirega patsiendile

Lõputöö käsitleb nelja õendusdiagnoosi koos õendussekkumistega. Õendusdiagnoosid on püstitatud NANDA 2015-2017 (Herdman, 2014), Ackley (2017) ja Carpenito (2013) õendusdiagnooside käsiraamatute põhjal ja on valitud lähtuvalt sellest, milliseid on somatoformsete häiretega seonduvalt enim käsitletud. Õendussekkumised on terapeutilist lähenemist võimaldavad, patsienti võimestavad ja tema iseseisvat toimetulekut toetavad. Lõputöösse valitud õendusdiagnoosid kuuluvad NANDA 2015-2017 põhjal toimetulek/stressitaluvus-, heaolu- ja taju/ mõtlemine valdkondadesse.

Õendusdiagnoosid koos vastavate õendussekkumistega on järjestatud järgnevalt:

1. Ebaefektiivne toimetulek - toimetulek/stressitaluvus valdkond. (Herdman 2014: 326; Townsend 2015b: 211-212).
2. Puudulikud teadmised - taju/mõtlemine valdkond. (Herdman 2014: 259).
3. Ärevus - toimetulek/ stressitaluvus valdkond. (Herdman 2014: 323).
4. Krooniline valu - heaolu valdkond (Herdman 2014: 442).

3.1.1. Ebaefektiivne toimetulek (Herdman, 2014: 326; Townsend 2015b: 211-212), mis seondub ärevusega ning millest annavad tunnistust arstide vahetamine, nõudlik käitumine, keskendumine somaatilistele sümptomitele, kestvad unehäired, võimetus täita töökohustusi jne. Eesmärkide hulka kuulub patsiendi poolne teadvustamine, et kehalised sümptomid ja psühholoogilised probleemid on omavahel seotud ning annab tunnistust, et on võimeline stressiga toime tulema muude vahenditega kui läbi kinnisideelise sümptomitega tegelemise. (Townsend 2015b: 212)

Shultz & Videbecki (2013) järgi kaasnevad õendusdiagnoosiga "ebaefektiivne toimetulek" mõned järgnevatest omadustest: puudulikud toimetulekuoskused, võimetus probleeme lahendada, kehalised kaebused või sümptomid, vastupanu psühhiaatrilisele ravile, viha või vaenulikkus, ärevus või hirm, süütunne või rahulolematus, raskused inimsuhetega, kaassõltuvusvajadus, võimetus väljendada oma tundeid, viha, süü või hirmu mahasurumine, teiste kasutegurite nagu tähelepanu saamine või kohustustest mööda hiilimine. (Shultz & Videbeck 2013: 221). Samuti on selle diagnoosi puhul tavaline emotsionaalse tugisüsteemi puudumine, vähene rahulolu inimsuhetes, suutmatus teadvustada ja väljendada oma tundeid, ülemäärane käsimüügiravimite tarvitamine, emotsionaalsete raskuste eitamine (Shultz & Videbeck 2013: 231).

Ebaefektiivse toimetuleku õendussekkumiste hulka kuulub hulgaliselt selgitustööd, patsiendi julgustamist, tunnustamist ja toimetulekumeetodite õpetamist. Usaldusliku suhte loomiseks tuleb patsiendile anda mõista, et ta on turvalises ja hinnangutevabas keskkonnas. Patsiendi läbielamistesse ning tema kogetud kehalistesse sümptomitesse tuleb suhtuda empaatiliselt, isegi kui uuringute ja analüüside tulemused ei selgita välja otsest meditsiinilist põhjust. (Henningsen 2018: 27; Townsend 2015b: 212). Patsient peab kuulma, et abi on saadaval ja et mõistetakse, et tema sümptomid ei ole mingil juhul tahtlikud. (Smith 2012: 98). Igasugune vaidlemine mõjub siinjuures usaldussuhtele kahjulikult (Shultz & Videbeck 2013: 222). Ennemini hoolitsev kui raviv

lähenemine on somaatiliste häiretega patsientide puhul edusammude aluseks (Kallivayalil 2010: 244).

Patsiendi meelerahu tugevdamiseks tuleb selgitada patsiendile temaga läbiviidud uuringute ja analüüside tulemusi, mis kinnitavad orgaanilise põhjuse puudumist (Townsend 2015b: 212). Teaduslikud uuringud on tõestanud, et ettenäidatavate tulemuste põhjalik ja vahetu selgitamine tõstab somaatiliste häiretega patsientide heaolu märgatavalt. (Kallivayalil 2010: 244).

Kuna somaatiliste sümptomite aluseks oleva põhjuse tuvastamine aitaks patsienti oluliselt oma probleemide lahendamisel peaks õde suhtluse käigus püüdma tuvastada, millist kasueesmärki somaatilised sümptomid täidavad. (Halter 2014: 331; Shultz & Videbeck 2013: 221; Townsend 2015b: 213). Sealjuures tuleb meeles pidada, et somaatilised sümptomid ei ole kuidagi patsiendi kontrolli all või tahtlikud. Sümptomite kasuteguriks on sageli näiteks kaassõltuvuse suurendamine, tähelepanu saamine, teiste probleemide varjutamine läbi haigerollis olemise. Kui sümptomitega kaasneb isiklik kasutegur on sümptomitest loobumine patsiendile eriti raske (Halter 2014: 331; Townsend 2015b: 213). Sümptomite vallandaja jälile jõudmiseks saab patsienti õpetada ära tundma somaatilisi kaebusi esile kutsuvaid olukordi. (Townsend 2015b: 213). Kasuteguri olemasolu saab õde tuvastada ka küsitledes. Näiteks saab ta küsida küsimusi nagu 1) Kuidas mõjutab teie tervises seisund teie elukorraldust? 2) Milliseid tegevusi, mida te varem tegite ei ole te praegu võimeline tegema? (Halter 2014: 331).

Somaatilistest häiretest paranemisel on oluline osa stressi ja ärevuse vähendamisel, seetõttu peab õde õpetama patsiendile erinevaid tõhusaid ärevust, ebameeldivaid tundmusi ja stressi vähendavaid toimetulekumeetodeid. Nendeks on hingamis- ning muud lõdvestumistehnikad ja tähelepanuharjutused. Patsiendile tuleb selgitada, et ärevust on võimalik tõhusate meetoditega kontrolli all hoida, kuid et ärevuse vaigistamisel on edaspidi püsiv roll igapäevases elus. Positiivne tagasidestamine kui patsient on kasutanud stressi või somaatiliste sümptomitega toimetulekuks talle õpetatud meetodeid on oluline. Kiitmine

innustab patsienti tehtut kordama. (Shultz & Videbeck 2013: 222; Townsend 2015b: 213).

3.1.2. Puudulikud teadmised (Herdman 2014: 259), mis on seotud informatsiooni väärsti tõlgendamisega, madala enesehinnanguga, kognitiivse piiratusega, millest annab tunnistust emotsionaalsete probleemide eitamine, ebakohane ja liialdatud käitumine (nt ärritunud, hüsteeriline, vaenulik), psühhiaatrilisest ravist keeldumine, korduv kehaliste sümptomite ägenemine, millele pole leitud meditsiinilist alust. Puudulike teadmiste puhul on eesmärgiks suunata patsient koostööle õega ja luua tingimused õpetuste paremaks omandamiseks, et patsient suudaks teadvustada psühholoogiliste tegurite mõju oma seisundile (Townsend 2015b: 216).

Puudulike teadmiste õendusdiagnoosi järgselt on oluline hinnata patsiendi teadmiste ulatust seotult sellega kui võrd ta mõistab psühholoogiliste probleemide mõju ulatust kehalisele seisundile. Oluline on hinnata patsiendi ärevuse taset nõustamise hetkel, sest liiga tugeva ärevuse korral on patsient võimetu uusi teadmisi omandama. **Puudulike teadmiste õendustegevuste** hulka kuulub rohke arutelu, õpetused ja patsiendi teadmiste laiendamine. Teadmiste laiendamiseks on oluline patsiendiga arutada läbiviidud uuringute ja analüüside tulemusi. Selgitused peaksid hõlmama kõigi testide ja uuringute põhjusi ning tulemusi kuna kõige märkimisväärselt tõstab ärevusetaset teadmatus sellest mida milleks tehakse ja mis on selgunud. (Townsend 2015b: 216). Uuringud on tõestanud, et negatiivseks osutunud uuringutulemuste selgitamine on somaatiliste häiretega patsientide puhul vajalik, sest see on seotud patsiendi võimestamise, kaasamise ja positiivse prognoosiga (Kallivayalil 2010: 244).

Selleks, et patsient teadvustaks psühholoogilise stressi ja füüsiliste sümptomite vahelist seost peaks patsiendil peaks laskma täita päevikut, kuhu ta märgib üles füüsiliste sümptomite ilmnemise aja, kestvuse ja tugevuse. Märkmete tegemine ja nende võrdlemine aitab lihtsamini luua seost sümptomite ja stressi vahel. Arutelu selle üle milliseid vajadusi võib täita haigerollis olemine aitab patsiendiga koos

mõttestada ja leida viise, kuidas patsient saaks oma vajadused täita mõnel teisel moel. See võiks kaasata selgitusi ja õpetusi meetodite kohta, mis aitavad stressiga toime tulla nagu lõdvestustehnikad, füüsilised harjutused, mediteerimine, hingamisharjutused ning autogeensed harjutused. Oluline on panna patsient mõistma, et tehnikate kasutamine aitab stressist põhjustatud kehaliste sümptomite ilmnemist ja ägenemist vähendada. (Townsend 2015b: 217).

3.1.3. Ärevus (Herdman 2014: 323), mis on seotud suurte elumuutustega, situatsioonikriisiga, väärtuskonfliktiga, terviseseisundiga, katmata vajadustega, suurenenud abitusega, kehaliste tundmustega, ning millest annab tunnistust närvilisus, vähene silmkontakt, tugev muretsemine, häiritud unerütm, vähenenud teovõime, iiveldus ja alakõhuvalu. (Ackley 2017: 139; Carpenito 2013: 48). Ärevus õendusdiagnoosi eesmärkideks on patsiendipoolne ärevust esile kutsuvate käitumisjoonte ja mõttemustrite teadvustamine ja nende vähendamine (Carpenito 2013: 48), probleemilahendamisoskuste demonstreerimine ning lõdvestumistehnikate kasutamine (Ackley 2017: 139).

Shultz & Videbecki (2013) järgi kaasnevad õendusdiagnoosiga "ärevus" mõned järgnevatest tunnustest: pidev enda pärast muretsemine (eriti, mis puudutab keha funktsioneerimist), hirm haiguste ees või võimalikest haigustest heietamine, korduvad arstivisiidid või haiglasviibimised, värinad, pettekujutlused, häiritud uni, ebatõhusad toimetulekumeetodid, söögiisu kadumine (Shultz & Videbeck 2013: 234).

Ärevuse õendussekkumiste hulka kuulub ärevuse tekkepõhjuste väljaselgitamine ja nende adresseerimine, patsiendile lihtsas keeles kõikide uuringute, protseduuride ja probleemide selgitamine, mis on seotud patsiendiga, lõdvestumistehnikate õpetamine, enesekindlust tõstvatele mõtetele ja tegevustele motiveerimine, anksiolüütikumide tarbimise piiramine, enesevigastusega seotud mõtete väljaselgitamine. (Ackley 2017: 141-142). Õel on samuti oluline roll julgustada patsienti oma allasurutud tundeid teadvustama ja sõnastama. Vahel ei pruugi inimene oma tunnetega kontaktis olla ja ei taju seetõttu näiteks enda

abitust, mis tekib stressirohkes olukorras. Allasurutud tunnete teadvustamise ja väljendamise tulemusena, kaob siis vajadus kehaliste sümptomite tekkeks. (Shultz & Videbeck 2013: 234).

3.1.4. Krooniline valu (Herdman 2014: 301), mis on seotud haigerolli kasulikkusega, emotsionaalsete raskustega, väärkohtlemise kogemusega (Ackley 2017: 646; Townsend 2011: 180) ja madala enesehinnanguga (Townsend 2011: 180) ning millest annab tunnistust valu kaebamine (ilma orgaaniliste tõendite olemasoluta), enesele keskendumine, sotsiaalsete suhete vähenemine, valugrimmassid (Ackley 2017: 646; Townsend 2011: 180), pidev kaitsepoosis olemine, korduva abi otsimine erinevate tervishoiuspetsialistide poolt, nõudlik käitumine. Õendusdiagnoosi krooniline valu eesmärkideks on panna patsient tunnistama psühholoogiliste probleemide ja kehaliste sümptomite omavahelist seost ning seoses sellega ka mõne aja möödudes valu osalist või täielikku leevendumist. (Townsend 2011: 180).

Krooniline valu õendussekkumised peaksid keskenduma aktsepteerivale suhtumisele patsiendi kogetud sümptomite osas, patsiendile lõdvestumistehnikate õpetamisele ning patsiendi julgustamisele ja kiitmisele kui ta valuepisoodidega toimetulekul kasutas õpetatud tehnikaid. Õde peaks laskma patsiendil täita ka valutäievikut et koos arutleda valu esile toovate põhjuste üle ning sündmuste üle, mis eelnesid valule. (Townsend 2011: 181).

3.2. Somaatiliste sümptomitega toimetulekumeetodid

Lõdvestusteraapiad

Lõdvestustehnikate kasutamine on enamasti tõhus meetod stressi alandamiseks. (Townsend 2015b: 567) Stressitaluvus ja sellest põhjustatud ärevusetase on täiesti individuaalne, sest on sõltuv teatud eelsoodumuste olemasolust, isiksuse

temperamendist, varasematest kogemustest omandatud toimetuleku mehhanismidest, tervises seisundist ja tugisüsteemi olemasolust. Sügav lõõgastumine suudab teinekord tagasipöörata stressi põhjustatud füüsilised- ja käitumuslikud ilmingud. (Townsend 2015b: 568).

Hingamisharjutused aitavad vabastada pingeid kui kopsud täituvad tavalisest suurema koguse õhuga ning keha rikastub seejärel hapnikuga. Sinna hulka kuulub aeglase ja sügavate hingetõmmete tegemine läbi nina, misjärel hoitakse hinge mõni sekund kinni ning hingatakse suu kaudu aeglaselt välja, hoides huuli samal ajal torujalt nagu vilistades. (Townsend 2015b: 568).

Progresseeruv lõdvestumine on lihaste süvalõdvestus ja põhineb arusaamal, et keha reageerib ärevust esile kutsuvatele mõtetele lihaste pingesse tõmbamisega. Iga lihasgrupp pinguldatakse 5-7 sekundiks ning lõdvestatakse seejärel 20-30 sekundiks, mille jooksul püütakse tajuda erinevust kahe seisundi vahel. Aeglane ja kerge taustamuusika kergendab vahel lõdvestumise protsessi. Sellel tehnikal on ka veidi muudetud versioon, milleks on Passiiv-progresseeruv lõdvestumine, kus lihased lõdvestatakse keskendudes lõdvestuse kestusele lihases. Pinguldamist ja vabastamist sellisel juhul ei toimu. (Townsend 2015b: 568).

Mediteerimise eesmärgiks on saavutada kontroll tähelepanu üle, millega kaasneb eriline teadvuses seisund, kus teadlik tähelepanu koondatakse ühele mõttele või objektile. Sellise keskendumise tulemusena alaneb vererõhk, aeglustub südame töö ja hingetõmmete hulk. Kehas toimuvad protsessid aeglustuvad ning hapnikuvajadus väheneb. (Townsend 2015b: 568).

Visualiseerimise eesmärgiks on kasutada inimese kujutlusvõimet, et alandada keha stressireaktsiooni. Kujutuspildid, mida visualiseerimise tehnikat kasutades luuakse on individuaalsed, sest igal inimesel seostuvad lõõgastust võimaldava keskkonnaga erinevad asjad. Vahel on kasu ka visualiseeritu kirjelduste lindile salvestamine, et seda saaks lõõgastuda soovides kohe jälle ette mängida. (Townsend 2015b: 568).

Kognitiiv-käitumisteraapia on somatoformsete häirete ravis tunnustatud teraapiavorm, sest selle efektiivsus on aastate jooksul üha uuesti tõestatud. (Dimsdale jt 2010: 15). Algselt on see väljatöötatud depressiooni raviks ning hiljem väljatöötatud ärevushäirete ja mitmete teiste psüühiliste häirete raviks. (Kastepõld-Tõrs 2014: 659). Kognitiiv-käitumisteraapia põhimõtteks on moonutatud ja toimetulekut pidurdavate uskumuste ning mõttemustrite tuvastamine ja nende ümbertöötlemine sellisteks, mis toetavad inimese toimetulekut ja kohanemist. (Townsend 2011: 578; Kastepõld-Tõrs 2014: 659-660).

Samuti on tugeva ärevuse korral tihti abi grupiteraapias osalemisest, sest selle kasutegurid soodustavad paranemist: lootuse sisendamine, probleemide universaalsus (mõistmine, et teistel esineb sarnaseid probleeme ja et nad ei ole oma probleemidega üksi), teadmiste ja kogemuste vahetamine, võimalus teistele kaasaelada, sotsiaalsete oskuste täiendamine, teineteiselt õppimine, murede jagamine, sotsiaalne sidusus ning oma elu juhtima õppimine. (Townsend 2011: 570-571).

4. ARUTELU

Autor sai tunnistust, et somatoformsed häired on levinud iseäranis suurel hulgal esmatasandi patsientide hulgas (Halter 2014: 324; Smith 2012: 95) seega puutuvad somaatiliste häiretega patsientidega oma töös enim kokku just pereõed. Sellest tulenevalt on somatoformsete häiretega patsientide ravis olenemata häire psühhiaatrilisest loomust kõige olulisem roll esmatasandi õel. Halter (2014) annab tunnistust, et suutmatuse somatoformse häirega patsiendiga toime tulla põhjustab õdedes frustratsiooni ja selle meelepaha tulemusena väheneb oluliselt ka patsiendikeskse lähenemise kvaliteet, seega kannatavad nii õde kui patsient. Tänu oma töö iseloomule on esmatasandi õel võimalik luua regulaarne terapeutiline ja usalduslik suhe, mis on somatoformsete häirete puhul paranemisprotsessi käivitumise aluseks. (Halter 2014: 66; Oyeboode 2008: 279; Smith 2012: 95). Antud olukord tervikuna tekitab vajaduse luua pereõdedele vajalikud eeldused, ehk teadmised ja oskused, kuidas käsitleda patsiente, kellega nad oma igapäevases töös tahestahtmata kokku puutuvad ja kellele on just neil, pereõdedel, võimalus luua parimad tingimused paranemiseks.

Üheks põhjuseks, miks somaatiliste häiretega patsiendid saavad harva kiiresti vajalikku abi on kahtlemata psühholoogiliste probleemide esinemine somaatilistena (Oyeboode 2008), kuid autor on pereõena ja intensiivravi osakonnas töötades kogunud ka seda, et vaimse tervise hoidmist ja vaimse tervise probleemidega tegelemist peavad õed Eestis justkui kitsalt psühhiaatria valdkonna teemaks. Samuti peetakse ettenäidatavat ja mõõdetavat orgaanilist põhjust tervishoius ja meditsiinis esmatähtsaks ja kiireloomulisemat abi vajavaks (Oyeboode 2008; Murray 2013), mistõttu on kehaliste hädadega patsientide aitamiseks loodud pereõdedele ka enam ja mitmekülgsemaid koolitusi kui need, mida pakutakse psüühiliste häiretega patsientide toetamiseks. Autori kogemuse järgi ei suudeta vaimse tervise probleemiga patsiendile pakkuda vajalikku abi, kuna õdede teadmised sellest, kuidas leevendada ärevust või aidata depressioonis patsienti piirnevad teadmistega medikamentoosest ravist. Kõigest sellest

tulenevalt peljatakse ning alatähtsustatakse suhtlemist vaimse tervise probleemiga patsiendiga.

Erinevaid lõdvestusteraapiaid on koolitusevormis võimalik õppida ainult omal käel, *online*-kursuste kaudu ja Eesti suuremates linnades asuvates eratervisekeskustes. Suuremate Tallinna haiglate koolituskalendritest on õdedel hetkel võimalik leida vaid enda lihaspingete leevendamisele suunatud koolitusi (PERH koolituskeskus 2019). Võiks eeldada, et sellised koolitused pakuvad lahendusena ka erinevaid lõdvestumistehnikaid, et ennetada suuremaid lihaspingeid, kuid need keskenduvad oma kavas venitamisele ja massaazhile. Seega on tegemist pingetest tekkinud tagajärgede likvideerimisega, mitte psühholoogiliste pingete maandamisega, et ennetada suuremaid tervisekahjusid. Kahjuks võib sellest teatud määral järeldada, et vaimne tervis ja vaimse tervise mõju füüsilisele tervisele on üldiselt haiglates ja tervishoiuasutustes endiselt alahinnatud.

Tõendusõhisele kirjandusele ja töökogemustele tuginedes väidab lõputöö autor, et somatoformsete häirete tuvastamine on keeruline ning esmatasandi ning teised somaatiliste häiretega patsientidega väljaspool psühhiaatrilist ravikeskkonda kokkupuutuvad õed vajavad somatoformsete häiretega patsientide käsitlemisel lisateadmisi ning oskusi. Autor leiab, et töös püstitatud eesmärk sai täidetud ja sellest tulenevalt uurimisülesanded lahendatud.

Ettepanekud:

- * Koostada uurimistöö põhjal õdedele infomaterjal somaatiliste häiretega patsientide identifitseerimise ja käsitlemise kohta.
- * Kirjutada lõputöö põhjal artikkel ajakirja Eesti Õde.

JÄRELDUSED

Kirjandusallikate läbitöötamise tulemusena leidis autor, et somatoformse häirega patsientidel esineb probleeme, millest osa tuleneb abi kättesaamatusest, sest psüühiline häire jääb somaatiliste kaebuste taha varju ja ülejäänud on otseselt seotud sümptomaatikast tulenevate raskustega. Somaatilised sümptomid ja pidev sümptomaatikaga hõivatus põhjustavad igapäevase toimetuleku raskusi, töövõime vähenemist, segavad sotsiaalset funktsioneerimist ja pereelu.

Autor järeldeb, et somatoformse häire sümptomeid saab käsitleda ainult koos patsiendiajaloo, psühhosotsiaalse küsitlemise ja uuringutulemustega olles välistanud meditsiinilised põhjused. Somatoformset häiret on põhjust kahtlustada kui patsiendil esineb püsiv ebamäärase loomuga sümptomite kogum, mis ei saa erinevate meetodite läbi leevendust. Samuti kui patsiendil on järjekindel veendumus tõsise haiguse olemasolus ka pärast orgaaniliste põhjuste välistamist. Sellest tulenevalt on omane spetsiifiliste protseduuride, uuringute ja operatsioonide nõudmine ning korduv pere- või eriarsti vahetamine uskumusega, et patsienti ravitakse valesti.

Tööst võib järeldada, et õendusdiagnoose püstitab õde lähtuvalt sellest, kas patsienti vaevab enam sümptomitega seotud ärevus või somaatilised kaebused. Õe esmaseks ülesandeks on usaldusliku ja terapeutilise suhte loomine, seejärel tuleb tuvastada probleemid ning düsfunktsionaalsed mõtte- ja käitumismustrid, mis häirivad patsiendi toimetulekut ning sotsiaalset funktsioneerimist. Õendussekkumised innustavad koostööle ja keskenduvad selgitustööle, nõustamisele sümptomitega toimetulekul, somaatiliste sümptomite ja psühholoogiliste probleemide vahele seose loomisele ning ärevust- ja stressi maandavate hingamis- ja lõdvestustehnikate õpetamisele. Muutusi tuleb luua aeglaselt, sest äkiline turvalise keskkonna hävimine võib suurendada patsiendil vajadust haigerollis olemise järele. Keskendumata peaks uute sümptomite lisandumise vajaduse pidurdamisele ja ravimikoguste vähendamisele.

KASUTATUD KIRJANDUS

Ackley, B. J., Ladwig, G. B., Flynn Makic, M. B. (2017). Nursing Diagnosis Handbook. An Evidence-based Guide to Planning Care. 11.ed. USA: Elsevier.

Carpenito, L.J. (2013) Handbook of Nursing Diagnosis. 14.ed. USA: Lippincott Williams & Wilkins.

Dimsdale, J. E., Xin, J., Kleinman, A., Patel, V. (Eds.) (2009). Somatic Presentations of Mental Disorders. Refining the Research Agenda for DSM-V. USA: American Psychiatric Association.

D'Souza, R. S., Hooten, W. M. (2019). Somatic Syndrome Disorders. Florida: Stat-Pearls Publishing LLC.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532253/>
(29.05.2019)

Eesti Haigekassa Infoteatmik 2016. (2016). Eesti Haigekassa.
https://www.haigekassa.ee/sites/default/files/haigekassa_teatajad/hk_teataja2016_a5_48lkkaaned_est_web.pdf (26.05.2019).

Fiertag, O., Taylor, S., Tareen, A., Garralda, E. (2012). Somatoform disorders in IACAPAP Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Geneva: IACAPAP.

Fortinash, K.M., Holoday Worret, P.A. (2008). Psychiatric Mental Health Nursing. 4.ed. Kanada: Mosby Elsevier.

Gebhardt, S., Lautenbacher, S. (2014). Pain in Depressive Disorders. Chapter 7 in Marchand, S., Saravane, D., Gaumond, I. (Eds.). (2014). Mental Health and Pain. Somatic and Psychiatric Components of Pain in Mental Health. Prantsusmaa: Springer-Verlag.

Halgin, R.P., Krauss Whitbourne, S. (2010). Abnormal Psychology. Clinical Perspectives on Psychological Disorders. New York: The McGraw-Hill Companies, Inc.

Halter, M.J. (2014). Varcarolis' Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing. A Clinical Approach. 7.ed. Saunders Elsevier.

Henningsen, P. (2018). Management of somatic symptom disorder. Saksamaa: AICH - Servier Research Group.

Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. (2005). Uuri ja kirjuta. Tallinn: AS Medicina.

Herdman, H. T. & Kamitsuru, S. (Eds.) (2014). Nanda International. Nursing Diagnoses: Definitions & Classification 2015-2017. 10.ed. Oxford: Wiley Blackwell.

Kallivayalil, R. A., Varghese, P. P. (2010). Understanding and managing somatoform disorders: Making sense of non-sense. *Indian Journal of Psychiatry*. 2010 (52): 240-245.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3146190/> (26.05.2019).

Koolituskalender - 2019. (2019). Eneseabivõtted valust ja lihaspingetest taastumiseks. Põhja-Eesti Regionaalhaigla (PERH) koolituskeskus. Tallinn.

<http://koolitus.regionaalhaigla.ee:8080/courses/view/2019/5/43618> (29.05.2019)

Kastepõld-Tõrs, K. (2014). Kognitiivteraapia - mitte lihtsalt positiivse mõtlemise õpetamine. *Eesti Arst*, 93(11), 659-661.

<https://eestiartst.ee/kognitiivteraapia-mitte-lihtsalt-positiivse-motlemise-opetamine/> (26.05.2019).

Kirjalike üliõpilastööde struktuur ja vormistamine Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolis. (2017). Tallinna Tervishoiu Kõrgkool. Tallinn.

https://www.ttk.ee/sites/ttk.ee/files/kirjalike_toode_juhend_ver2.pdf (28.05.2019).

Liao, S-C., Ma, H-M., Lin, Y-L., Huang, W-L. (2019). Functioning and quality of life in patients with somatic symptom disorder: The association with comorbid depression. *Comprehensive Psychiatry*, 90, 88-94.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010440X19300124?via%3Dihub> (26.05.2019).

Marchand, S., Saravane, D., Gaumond, I. (Eds). (2014). Mental Health and Pain. Somatic and Psychiatric Components of Pain in Mental Health. Pariis: Springer-Verlag France.

Mayou, R. (2014). Is the DSM-5 chapter on somatic symptom disorder any better than DSM-IV somatoform disorder? *The British Journal of Psychiatry*, 204, 418–419.

<https://pdfs.semanticscholar.org/fc5d/e4e44d3571ae9d07b095cdf09825552771df.pdf>

(26.05.2019).

Mendrek, A., Marchand, S., Gaumond, I. (2014). Sex and Gender Differences in Pain and Mental Health. Chapter 5 in Marchand, S., Saravane, D., Gaumond, I. (Eds). (2014). Mental Health and Pain. Somatic and Psychiatric Components of Pain in Mental Health. Pariis: Springer-Verlag France.

<https://book4you.org/ireader/3661312> (28.05.2019).

Murray, A.M., Toussaint, A., Althaus, A., Löwe, B. (2013). Barriers to the diagnosis of somatoform disorders in primary care: protocol for a systematic review of the current status. *Systematic Reviews*, 2:99.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3830509/pdf/2046-4053-2-99.pdf> (26.05.2019).

Oyebode, F. (2013). Psüühilised sümptomid Andrew Simsi käsitluses. Sissejuhatus kirjeldavasse psühhopatoloogiasse. 4. Ed. Tartu: Tartu Ülikooli Kirjastus.

Smith, J. K., Józefowicz, R. F. (2012). Diagnosis and treatment of somatoform disorders. *Neurology Clinical Practice*, 2012 Jun; 2(2): 94–102.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5798205/> (26. 05. 2019).

Tacchini, G., Vismara, M. (2019). Generalized Anxiety Disorder, Somatization, and Emotional Dysregulation: A Possible Link. (ilmunud raamatus: *Clinical Cases in Psychiatry: Integrating Translational Neuroscience Approaches*, 2019, autorid Altamura, A. C.; Brambilla, P.).

Tervishoiuteenuste korraldamise seadus. (RT, 2013, 50, 284; 01.01.2002).
<https://www.riigiteataja.ee/akt/113032019165> (26. 05. 2019).

Thornbory, G. (2009). *Public Health Nursing: A Textbook for Health Visitors, School Nurses and Occupational Health Nurses*. Suurbritannia: Wiley-Blackwell.

Townsend, M. C. (2011). *Nursing Diagnoses in Psychiatric Nursing: Care Plans and Psychotropic Medications*. Philadelphia: F. A. Davis Company.

Townsend, M. C. (2015a). *Psychiatric Mental Health Nursing: Concepts of Care in Evidence-Based Practice*. 8.ed. Philadelphia: F. A. Davis Company.

Townsend, M. C. (2015b). *Psychiatric Nursing. Assessment, Care Plans and Medications*. 9.ed. Philadelphia: F. A. Davis Company.

Varcarolis, E.M. (2016). *Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing: A communication approach to evidence based care*. 3. ed. New York: Elsevier.

Videbeck, S. L., Schultz, J. M. (2013). *Lipincott's Manual of Psychiatric Nursing Care Plans*. 9.ed. Hiina: Lippincott Williams & Wilkins.
<https://book4you.org/ireader/2743876> (26.05.2019).

Õunapuu, L. (2014). *Kvalitatiivne ja kvantitatiivne uurimisviis sotsiaalteadustes*. Tartu: Tartu Ülikool.
http://dspace.ut.ee/bitstream/handle/10062/36419/ounapuu_kvalitatiivne.pdf (26. 05. 2019).

LISA 1. Kirjandusallikate otsingustrateegia

Andmebaas	Piirangud	Otsingusõnad	Leitud artiklite/raamatute arv	Kasutatud artiklite/raamatute arv
Google Scholar	2008-2019; Pdf formaat.	Nursing + interventions + somatic symptoms	284	6/4
Taylor & Francis Online	2008-2019 ; Täistekst (Full text available).	somatic symptom + treatment + somatization; somatoform + interventions; primary care + somatic symptom + nursing.	48	2
PubMed	2008-2019; täistekst; tasuta.	somatic symptom + treatment; somatization + nursing; primary care + somatic symptom + nursing	67	8
Book4you	2008-2019.	Somatization + treatment; somatic symptom disorder + nursing.	120	2
Google Search	2008-2019; Pdf formaat.	somatic symptom + treatment + somatization; somatoform + interventions; primary care + somatic symptom + nursing. (+pdf).	238	8/4