Slovensko združenje
paliativne in hospic oskrbe

Psihološka podpora v paliativni oskrbi

Anja Simonič

Dodatna znanja iz paliativne oskrbe
"Korak za korakom"

8.12.2016

Glavne točke predavanja

I. Načela psihološke podpore v paliativni oskrbi

II. Psihološke potrebe in stiske bolnikov ter svojcev

III. Orodja za prepoznavanje stiske pri bolnikih in svojcih

I. NAČELA PSIHOLOŠKE PODPORE V PALIATIVNI OSKRBI

1. Tesna prepletenost telesnega in duševnega v zadnjem obdobju življenja
2. Soočanje z minljivostjo: strah pred smrtjo
3. Bolezen kot proces
4. Bolnik kot del družine
5. Odnos med bolnikom in zdravstvenimi delavci

1. TESNA PREPLETENOST TELESNEGA IN DUŠEVNEGA V ZADNJEM OBDOBJU ŽIVLJENJA

"To, kar se dogaja mojemu telesu, se dogaja mojemu življenju."

Frank, 1991

2. SOOČANJE Z MINLJIVOSTJO: STRAH PRED SMRTJO

ena od temeljnih eksistencialnih skrbi: **STRAH PRED SMRTJO**

Yalom, 1980

Anksioznost pred smrtjo je močno potlačena in transformirana v nekaj manj ogrožajočega za posameznika – to je funkcija celotnega sistema psiholoških obramb.

Yalom, 1980

Ni neobičajno, da **bolniki zdravnike poslušajo selektivno** in **rekonstruirajo svojo realnost** na način, da je zanje bolj sprejemljiva.

The, 2002

Ne samo bolniki, **tudi zdravstveni delavci uporabljajo nezavedne obrambe, s katerimi se ščitijo pred smrtjo** in si tako zagotavljajo, da se njim to ne bo zgodilo.

Speck, 2000

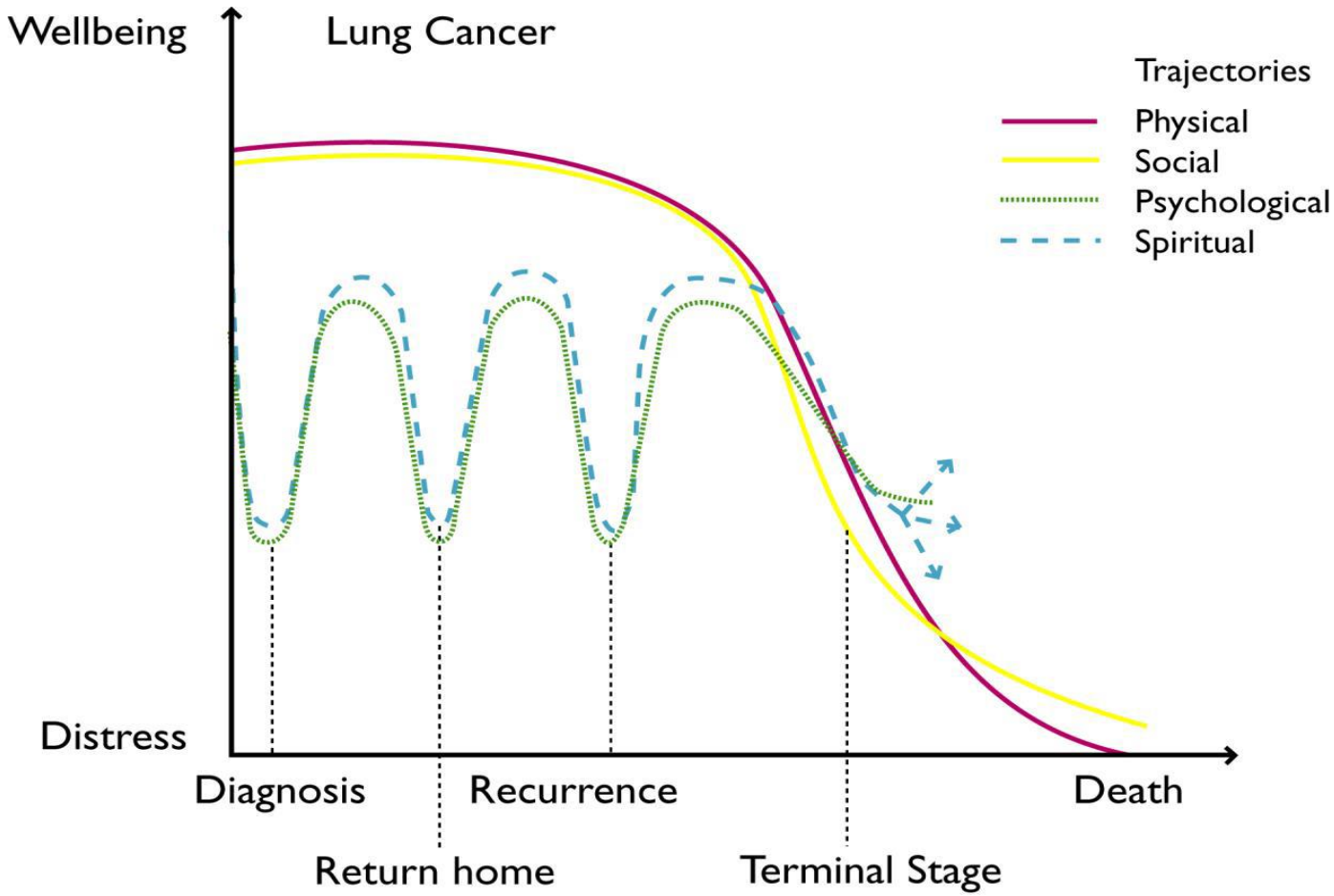
3. BOLEZEN KOT PROCES

„Potek bolezni pri posameznem bolniku je dinamična celota, ki se sestoji iz različnih, toda med seboj povezanih faz. Da bi jo razumeli, je pomembno videti celoto.“

The, 2002

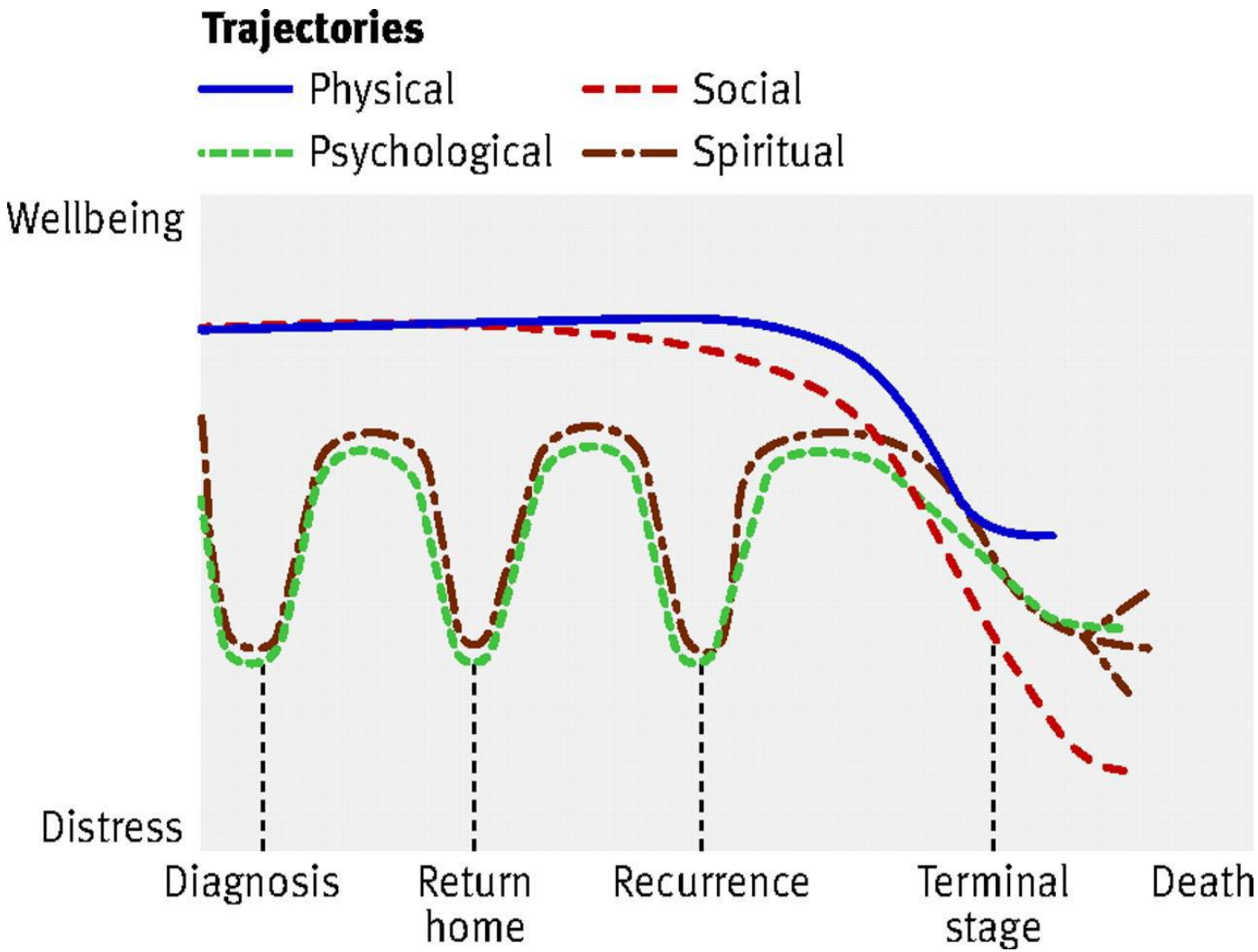
Potek telesnega, socialnega, psihološkega in duhovnega upada pri bolnikih s pljučnim rakom ob koncu življenja

Murray, 2007



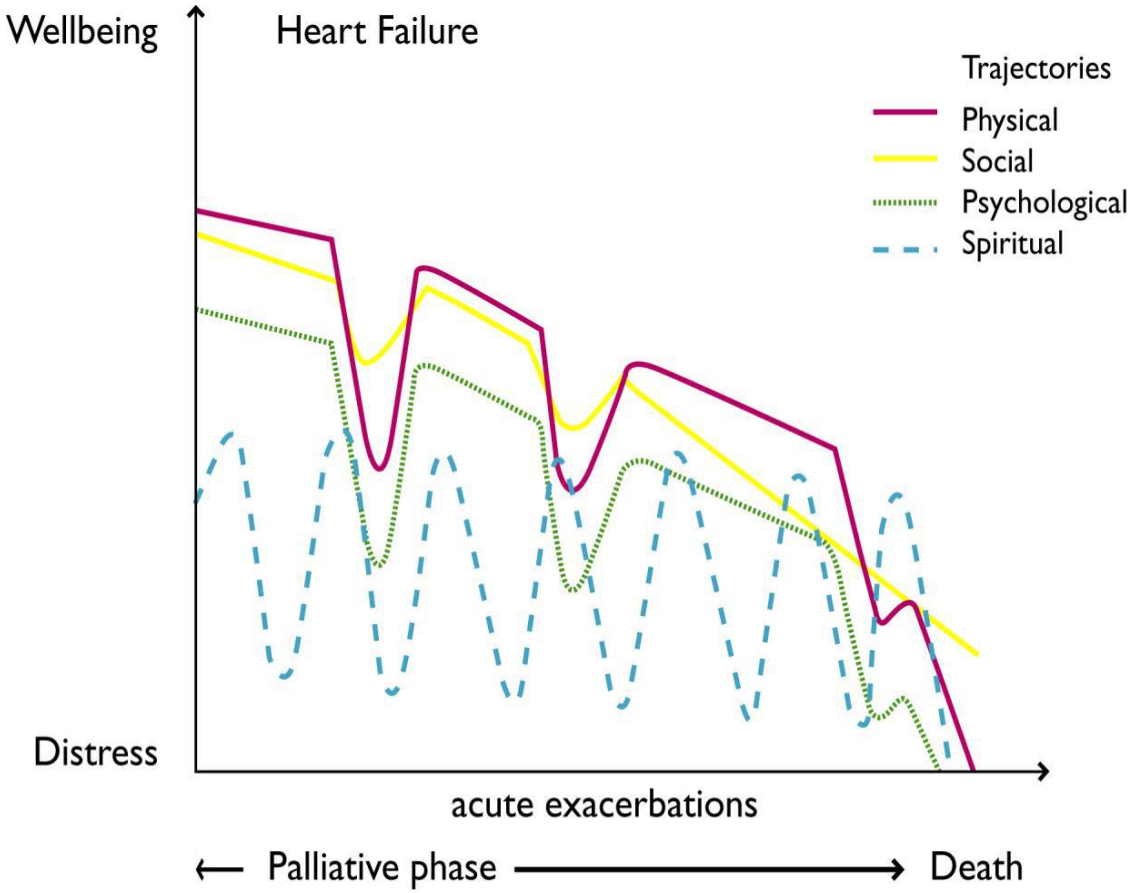
Nihanja na različnih področjih funkcioniranja pri svojcih bolnikov s pljučnim rakom

Murray, 2010



Potek telesnega, socialnega, psihološkega in duhovnega upada pri bolnikih s srčnim popuščanjem, ki se približujejo koncu življenja

Murray, 2007



4. BOLNIK KOT DEL DRUŽINE

"Čeprav je posameznik tisti, ki ga zdravimo, je družina tista, ki nam pomaga razumeti."

Bolezen, umiranje in smrt lahko vstopita v družino v katerem koli obdobju družinskega življenja.

Joaquin Torres-Garcia - The Painter with his Family,1917 - Oil on canvas - Museo Abadia de Montserrat, Barcelona

1. bolni družinski član je del družinskega sistema in kot takšen tudi funkcionira

2. vsaka družina ima svojo zgodovino, sedanje aktualno dogajanje ter predstave o prihodnosti, svoje vzorce komunikacije, čustvovanja in vedenja

3. družina ni le glavni vir oskrbe in opore za bolnega bližnjega, temveč so tudi svojci sami potencialni prejemniki oskrbe

4. izkušnja ob soočenju z resno boleznijo enega od družinskih članov neizogibno vpliva na počutje ter vedenje drugih članov družine (bremena svojcev celo večja od bremen bolnikov)

5. težnja družine je ohranjati ravnovesje resni bolezni navkljub: iskanje stabilnosti / nove normalnosti

Analiza: 102 družine v paliativni oskrbi

Družine lahko razdelimo glede na to, kako kakovostno funkcionirajo kot enota.

Družinsko funkcioniranje (družine kot enote) je zelo dober napovednik ravni psihosocialnih težav ali težav pri spoprijemanju posameznega družinskega člana.

Kissane, 1994

FUNKCIONALNOST	TIPI DRUŽIN	%	ZNAČILNOSTI
DOBRO FUNKCIONALNE	**PODPORNE DRUŽINE**	33 %	družinski člani drug drugemu v podporo, kohezivnost, zmorejo dobro izpeljati proces žalovanja
DOBRO FUNKCIONALNE	**DRUŽINE S KONFLIKTI**	20 %	prisotni konflikti, vendar jih družinski člani zmorejo uspešno reševati, odprte do različnosti med svojimi družinskimi člani, zmorejo se dobro prilagoditi na posledice bolezni
SREDNJE FUNKCIONALNE	**DRUŽINE z ZMERNO STOPNJO TEŽAV**	20-33%	funkcionirajo včasih boljše, drugič slabše
SLABŠE FUNKCIONALNE	**SLABO RAZPOLOŽENE DRUŽINE**	9-18%	jeza in druga neprijetna čustva potlačena, stiska in depresivnost pa visoka (teh je 9 do 18%).
SLABŠE FUNKCIONALNE	**SOVRAŽNE / HOSTILNE DRUŽINE**	6-12%	družinski člani med seboj pogosto v konfliktih, brez da bi jih zmogli, znali uspešno reševati, visoka stopnja kaotičnosti

5. ODNOS MED BOLNIKOM IN ZDRAVSTVENIMI DELAVCI

Odnos med zdravnikom in bolnikom:
*eksistencialen,
*v sebi skriva nesluten in presenetljiv potencial zdravljenja.

Ule, 2003

Bolniki z rakom: moj onkolog je eden najpomembnejših virov podpore.

KAJ SI TEŽKO BOLNI ŽELIJO V ODNOSU OD SVOJIH ZDRAVNIKOV?

Da bi bil zdravnik do mene prijazen. (odnos)

Da me ne bi obravnaval kot številko, temveč kot človeka. (odnos)

Da bi mi povedal pozitivno novico, bil optimističen z menoj (informacije)

Da bi bil z mano odkrit in mi realno povedal, kaj lahko pričakujem. (informacije)

Da bi me pozdravil. (zdravljenje)

Da bi se lahko obrnil nanj, ko ga bom potreboval. (odnos)

Da ve, kaj se z mano dogaja, ne pa da imam vsakič drugega zdravnika. (odnos) (zdravljenje)

Simonič, 2010 (še neobjavljeno)

bolniki z rakom (98%) so si glede pogovora o prognozi bolezni želeli:

*da bi bil zdravnik v odnosu in komunikaciji z njimi realističen

*da bi jim dal priložnost, da bi mu lahko zastavili vprašanja

*da bi jih prepoznal kot osebe, ko bi z njim govorili o prognozi svoje bolezni

zdravniki so bolnikom z rakom dajali upanje s tem:

*da so jim ponudili najnovejše, sodobno zdravljenje **(90 %),**

*s tem, ko so o njihovi bolezni vedeli vse, kar se da vedeti **(87 %)**

*s tem, ko so rekli, da bo njihova bolečina kontrolirana **(87 %)**

zdravnik bolnikom z rakom ne bi vzbujal upanja s tem:

*ko bi bil ob njih nervozen ali mu bilo ob njih neprijetno **(91 %)**

*s tem, da bi prognozo njihove bolezni najprej zaupal njihovi družini **(87 %)**

*da bi ob poročanju o bolezni uporabljal milejše izraze **(82 %)**

Hagerty in dr., 2005

EMPATIČNA PRISOTNOST

konstantnost odnosa

OKNO PRILOŽNOSTI

Priložnost, da bolnik:

***sliši samega sebe**
***opazuje vpliv svojih besed na poslušalca**

ŽE V KRATKEM ČASU LAHKO POKAŽEMO NAŠ PRISTOP.

CILJ: ATMOSFERA, V KATERI BOLNIK in /ali DRUŽINA:

- **skupaj z nami išče rešitve**
- **odpira dileme**
- **se smeje, joka**
- **izraža skrbi brez strahu, da bo zavrnjen, zapuščen**
- **nas lahko poišče, ko nas potrebuje**
- **vpraša, kar ga zanima**

KAKO?

***nujna pripravljenost, vpletenost obeh**
***empatična nebesedna komunikacija:** telesna drža, očesni kontakt, bližina, dotik
***prostorski / organizacijski vidiki:** ureditev stolov v ambulanti, kontrola časa itn.
***polna prisotnost, pozornost: prisluhnemo, dovoljujemo tišino**
***pozornost, na to, kar mi prinašamo v odnos z bolnikom:** ostanemo prisotni ob lastnih strahovih in negotovosti, upremo se potrebi "nekaj narediti", zdržimo jezo, strah, pomanjkanje zaupanja bolnika v nas

Raziskujoča vprašanja

Cilj: razjasniti, kaj bolnik čuti, želi povedati, a ni povsem jasno.

Potrjujoče izjave

Empatične izjave

1. Prepoznamo in poimenujemo čustvo druge osebe.

2. Prepoznamo vzrok tega čustva.

3. Odzovemo se tako, da druga oseba vidi, da smo se na tak način povezali z njo.

Bolnik:	Zdravnik:
Povejte mi, kakšen bo konec.	Kaj vas skrbi glede tega?
Počutim se, da sem v breme svojemu možu.	V breme?
Ne povejte mojemu očetu, da se je bolezen ponovila. Ne bi prenesel.	Kaj menite, kaj bi se zgodilo, če bi mu povedali?
Krivega se počutim, da bo morala moja družina ponovno skozi to.	Mnogi moji bolniki se tako počutijo.
jezno: Nihče mi ni povedal, da se to lahko tako hitro poslabša	Vidim, da ste jezni. Razumem, da vas to jezi in da vam je zelo težko ob tem.
žalostno: Pričakoval sem, da bo zdravljenje pomagalo.	Ja, to vas žalosti. Takšno novico res lahko doživimo kot šok.

CLASS model, povzeto po Luigi Grassi, predavanje v Ljubljani, junij, 2015

II. PSIHOLOŠKE POTREBE IN STISKE BOLNIKOV TER SVOJCEV

Kaj vse vaše bolnike in svojce spravlja v stisko?

IZVORI STISKE V PALIATIVNI OSKRBI

- telesni
- praktični
- medosebni
- čustveni
- miselni / kognitivni
- duhovni, eksistencialni
- povezani z zavedanjem informacij o diagnozi in prognozi bolezni

IZVORI STISKE V PALIATIVNI OSKRBI

terminalno bolni:

- obup (37%)
- občutek odvisnosti (39%)
- nesmiselnost sedanjega življenja (37%)
- občutek, da si drugim v breme (34%)
- izguba funkcioniranja v socialnih vlogah (29%)
- občutek, da si nepomemben (28%)

Morita in dr., 2000

DEFINICIJA ČUSTVENE STISKE

„Kontinuum, znotraj katerega so običajna, pričakovana čustva ranljivosti, žalosti in strahu pa tudi težave, ki lahko posameznika omejujejo v vsakodnevnem funkcioniranju, kot so npr. depresija, anksioznost, panika, občutki izolacije in eksistencialne krize.“

NCCN practice guidelines for the management of psychosocial distress, 1999

Kaj je še pričakovana čustvena stiska?

ŠE PRIČAKOVANO

- običajno blage do zmerne intenzitete
- prehodne narave

Kdaj je stiska že klinično pomembna?

KLINIČNO POMEMBNO

- občutja močnejše intenzitete
- trajajo dlje časa
- omejevanje bolnikov pri njihovem funkcioniranju v vsakodnevnem življenju

NARAVA DUŠEVNE STISKE

- dinamična

- pomembno sprotno ocenjevanje

- kaj bo bolnik povedal, je odvisno od konteksta:

***kako se v danem trenutku počuti**

***kdo je njegov sogovornik: medicinska sestra, zdravnik, klinični psiholog, svojci**

***koliko mu zaupa, kako se z njim ujame**

KAKO POGOSTA MENITE, DA JE ČUSTVENA STISKA V PALIATIVNI OSKRBI?

ČUSTVENA STISKA V PALIATIVNI OSKRBI

BOLNIKI Z RAKOM
različna obdobja bolezni: **35% do 45%**

Zabora in dr., 2001; Carlson in dr., 2004

paliativna oskrba: **do 58%**

Potash in Breitbart, 2002

BOLNIKI S SRČNIM POPUŠČANJEM
paliativna oskrba: **59%**

BOLNIKI S KOPB
paliativna oskrba: **57%**

SVOJCI:
paliativna oskrba: 44**%**

klinično pomembna čustvena stiska

ANKSIOZNOST IN DEPRESIJA V PALIATIVNI OSKRBI

ANKSIOZNOST: 15% do 28%

DEPRESIJA: 17% do 25%

NARAŠČANJE Z:
- napredovanjem bolezni
- vse globljim upadom bolnikovega splošnega telesnega stanja
- višanjem ravni nezmožnosti funkcioniranja
- višjo stopnjo bolečine

Kerrihard in dr., 1999, Breitbart in dr., 2000, Chochinov, 2006, Rabkin in dr., 1997.

stanovalci z resnimi boleznimi v domu starejših občanov: 33% do 50%

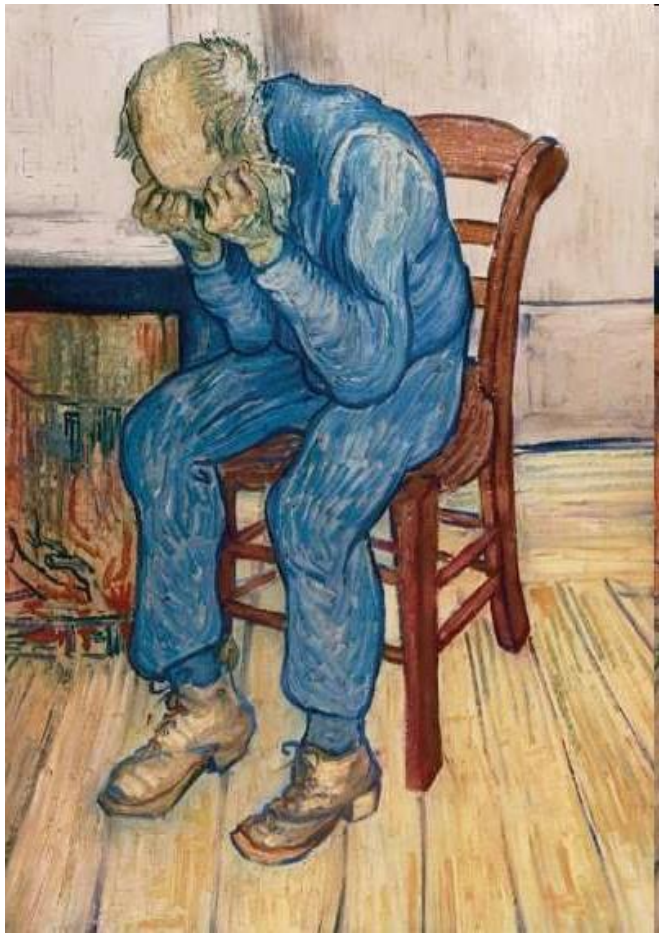
Jongenelis in dr., 2004

stanovalci v domu starejših občanov: 60%

pacienti z demenco: 33%

Morrison in Meier, 2003

DEPRESIVNOST



Vincent van Gogh, Žalosten star mož, 1890.

Depresivnost občutimo, ko ocenjujemo, da je za nas, takšne, kakršni smo, nemogoče živeti v svetu, ki je takšen, kakršen je in da je pri tem nemogoče karkoli spremeniti.

Depresivna oseba

- je prepričana, da je ona kriva za to, da ne zmore živeti v obstoječem svetu
- je prepričana, da je kot bitje manjvredna, ničvredna
- zaradi izgube, ki jo je doživela, ne zmore osmisliti svojega bodočega življenja, svoje prihodnosti, to izgubo doživlja kot izgubo življenja samega.

DEPRESIVNOST

POGOSTI VZROKI

- izčrpanost
- nekontrolirana bolečina!!!
- učinek zdravil
- strah biti drugim v breme
- izguba smisla

POSLEDICE

- poveča dovzetnost za bolečino in druge moteče simptome
- prispeva k trpljenju
- negativno vpliva na odnose z drugimi
- zmanjša željo živeti

DEPRESIVNOST

OCENA

Nekateri običajni znaki depresije, kot so zmanjšanje energije, manjša aktivnost, pomanjkanje apetita, utrujenost, moteno spanje pri telesno bolnih pogosto zamaskirani zaradi bolezni same.

"PSIHOLOŠKI" SIMPTOMI

- poslabšano razpoloženje

- bolnika stvari, aktivnosti, ki so ga prej spravljale v dobro voljo ali jih je rad počel, ne veselijo več

- črnogledost, pesimizem

- obup, nemoč

- zmanjšana samospoštovanje in samozaupanje

- povečana samokritičnost

- intenzivni občutki krivde

- razmišljanja o lastni manj/ničvrednosti

- misli na smrt, na samomor, želja po hitrejši smrti

DEPRESIVNOST

Depresije ne prepoznamo celo pri več kot polovici telesno bolnih.

OCENA

KRATEK INTERVJU

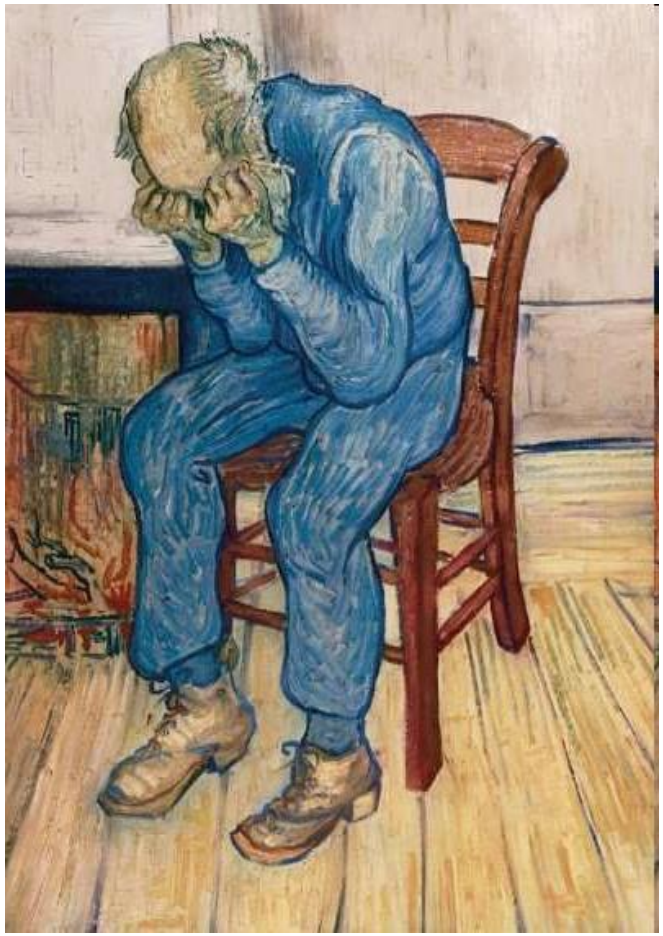
1. Kako ste v zadnjem času razpoloženi?
2. V zadnjem času veliko jokate?
3. Mi lahko poveste kaj več o tem, kako se počutite?
4. Imate občutek, da bi lahko bili depresivni?
5. Ste kdaj v življenju že bili depresivni? Ste se zdravili? Vam je zdravljenje pomagalo?

DEPRESIVNOST

UKREPANJA

- bolnika in njegove bližnje poučimo o depresiji
- raziščemo izvore stiske
- raziščemo bolnikove pretekle izkušnje s stresnimi situacijami, boleznijo, izgubami (prepoznamo manj funkcionalne načine spoprijemanja in podpremo bolj funkcionalne)
- odgovarjamo na bolnikova vprašanja o bolezni in zdravljenju
- preverimo bolnikove predstave o bolezni, pojasnimo nejasnosti, napačne predstave
- zagotovimo podporo in pomoč, da ga ne bomo zapustili, da bomo sledili njegovim potrebam
- bolnika spodbujamo k dejavnostim, ki so zanj prijetne
- psihološka /psihiatrična pomoč in uporaba antidepresivov

ANKSIOZNOST



Vincent van Gogh,
Žalosten star mož,
1890.

Ko oseba ocenjuje:
da celotna življenjska situacija, v kateri je, presega njene sposobnosti, zmožnosti oziroma da ni v stanju, da bi rešila zahteve, ki jih življenje postavlja pred njo.

Anksiozna oseba je, zaradi negotovosti vase, pretirano pozorna na spremembe v svoji okolici.

Namen te pozornosti je, da bi pravočasno odkrila in predvidela tiste dejavnike, ki bi jo lahko ogrožali.

ANKSIOZNOST

POGOSTI VZROKI

strahovi pred:
- nekontrolirano bolečino,
- drugimi simptomi,
- izolacijo, zapuščenostjo,
- izgubo kontrole,
- neznanim,
- nezmožnostjo spoprijemati se,
- biti drugim v breme,
- izgubo neodvisnosti,
- izgubo jasnega uma.

Večja kot je:

- **zaznana grožnja**

(kritični momenti v poteku bolezni in zdravljenja; napredovanje bolezni),

- **občutek, da nima kontrole**

(vztrajajoči moteči simptomi, upad telesnega stanja),

- **negotovost, nejasnost**

(spremembe v zdravljenju, povečevanje nezmožnosti funkcioniranja, obletnica dogodkov, povezanih z boleznijo)

bolj bo izražena anksioznost.

ANKSIOZNOST

POGOSTI SIMPTOMI

miselni
- preplavljenost s skrbmi, ki jih bolnik težko odžene,
- „kaj pa če“ misli,
- težave s koncentracijo,
- selektivnost spomina za ogrožajoče informacije

čustveni
- zaskrbljenost,
- živčnost,
- hitrejša razdražljivost (tudi brez očitnega vzroka),
- nemir (težko ostane pri miru, sedi),
- jeza, zanikanje, krivda

telesni
- glavobol in bolečine v hrbtu, vratu (zaradi nezavednega napenjanja mišic),
- suha usta, cmok v grlu,
- bolečine v prsih,
- potenje,
- napet izraz na obrazu,
- hitrejši govor,
- nespečnost,
- omotičnost, nestabilnost, čudno počutje v glavi

ANKSIOZNOST

OCENA

KRATEK INTERVJU

- Kdaj so se pojavili občutki tesnobnosti? O čem ste razmišljali? (Se tesnoba pojavi, ko ste na določenem kraju, ob določenih urah, ob prisotnosti določenih ljudi?)

- Kaj vas običajno skrbi? Kaj vas pri vaši bolezni / trenutnem stanju najbolj plaši? Kateri simptomi bolezni vas najbolj prestrašijo?

- Če pomislite na to, da bo šla bolezen še na slabše, česa se najbolj bojite? Česa se glede umiranja najbolj bojite?

- Kakšne so vaše pretekle izkušnje ali spomini na bolezen in smrt, ki se je že zgodila vašim bližnjim?

ANKSIOZNOST

OCENIMO TUDI

Kako intenzivna je (1-10)?

Ali se pojavlja občasno tekom dneva ali je prisotna stalno?

Je povezana z opustitvijo katere od substanc (alkohol, cigareti, ...)?

Je vezana na določeno situacijo?

Je vezana na specifičen strah?

So tesnobni tudi ostali družinski člani?

Kako velik problem / kako moteča je za osebo?

ANKSIOZNOST

UKREPANJA

INFORMACIJE, INFORMACIJE, INFORMACIJE!!!

OBČUTEK NADZORA

POMIRJANJE

SPROSTITVENE TEHNIKE

vizualizacija, avtogeni trening, imaginacija, joga, meditacija, prakticiranje čuječnosti

EKSPRESIVNE TEHNIKE

pisanje dnevnika, risanje

DOTIK, MASAŽA

GLASBA

DIHALNE VAJE

ŽELJA PO SMRTI in IZGUBA ŽELJE ŽIVETI

Ko se bliža smrt:
- **58%** bolnikov ohranja visoko željo živeti,
- **11%** bolnikov ohranja zmerno željo živeti,
- **18%** bolnikov izgubi željo živeti,
- **10%** bolnikov jo dobi nazaj,
- **3%** bolnikov imajo konsistentno nizko željo živeti.

Slednji pogosteje: anksioznost, slabost, dispneja, najmanj verjetno, da imajo partnerja

Tataryn in dr., 2002

ŽELJA PO SMRTI in IZGUBA ŽELJE ŽIVETI

Kaj vse prispeva k izgubi želje živeti pri bolnikih z rakom?

- prehod iz domačega okolja v paliativno enoto: anksioznost
- nekaj dni hospitalizacije: depresija
- približevanje smrti: telesni simptomi, zlasti dispneja

Chochinov, 1999

„Kdaj me bo bog vzel k sebi?"
„Upam, da danes zaspim za vedno in se jutri več ne zbudim."

„Rad bi umrl.„
„Nočem več živeti."
„Bolje bi bilo, ko me več ne bi bilo."

DEMORALIZACIJA

specifičen odziv na grožnje, ki jih bolnik doživlja ob resni bolezni

- bolnik lahko občuti zadovoljstvo v posameznem trenutku, vendar se prihodnosti ne veseli, pričakuje jo brez kakršnegakoli občutka zadovoljstva, ne zmore določiti, videti poti naprej

- je preplavljajoče nemočen glede svojega stanja:
ne ve, kaj bi počel ali kako, da bi se spet počutil bolje.

- ta občutek nemoči lahko napreduje do bolj generaliziranega občutka brezupa, kjer bolnik doživlja občutek izgube smeri v življenju ter občutek nesmisla v življenju

- če nima pomoči, se počuti izoliranega

- če občutek izolacije spremlja še zmanjšano zaupanje vase, lahko pride do resne demoralizacije

DEMORALIZACIJA

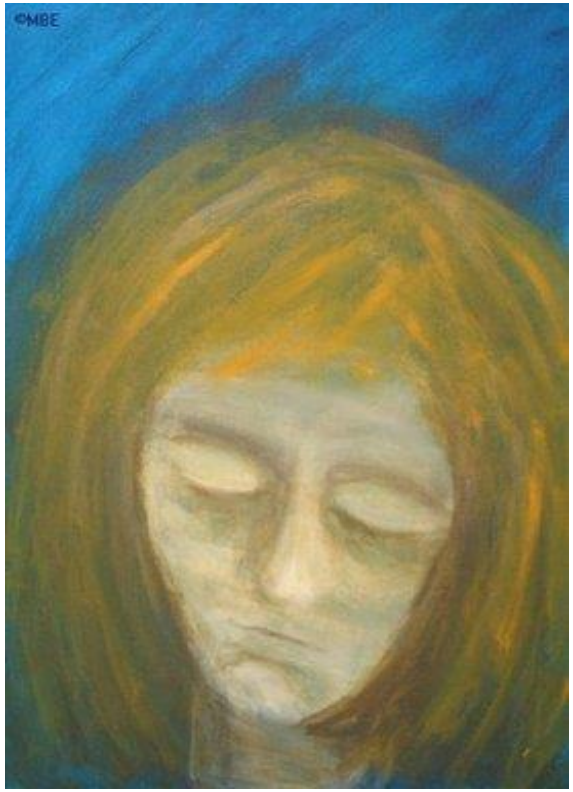
Ključno:

1. lajšanje simptomov

2. sprašujemo odprta vprašanja, s sočutnim poslušanjem spodbujamo povezanost, pozitivno vrednotenje

3. raziščemo bolnikovo doživljanje smisla v življenju, njegove poglede na odnose, vrednote, spodbudimo ga, da na svoje življenje pogleda kot na celoto, vključno z obdobji, ko se je počutil povezanega z drugimi, v stiku s samim seboj, integriranega

ZAKAJ SPLOH PREPOZNAVATI ČUSTVENO STISKO V PALIATIVNI OSKRBI?



Visoka stopnja klinično pomembne duševne stiske.

Stopnja telesnih simptomov je močno povezana z večjo duševno stisko in slabšo kakovostjo življenja.

S pomočjo različnih presejalnih postopkov in intervencij lahko prepoznamo tiste bolnike, za katere obstaja visoko tveganje, da bodo imeli resnejše psihološke / psihiatrične težave pri soočanju z boleznijo.

OVIRE PRI PREPOZNAVANJU ČUSTVENE STISKE

1. prepričanje, da sta anksioznost in depresija pričakovani in običajni reakciji

2. predsodki bolnikov in/ali njihovih bližnjih do iskanja psihosocialne podpore

3. prepletenost psihiatrične simptomatike s stranskimi učinki zdravil ali z bolezenskim procesom samim

4. medicinske sestre in zdravniki imajo težave pri odkrivanju čustvene stiske bolnikov, bolniki sami pa o tem običajno ne govorijo, če niso posebej vprašani

III. ORODJA ZA OCENO STISKE PRI BOLNIKIH IN SVOJCIH

Kaj vse vaše bolnike in svojce spravlja v stisko?

ČUSTVENA STISKA KOT 6. VITALNI ZNAK

1. temperatura,
2. dihanje,
3. srčni utrip,
4. krvni pritisk,
5. bolečina,
6. čustvena stiska.

Carlson in Bultz, 2006

KAKO VPRAŠATI PO ČUSTVENI STISKI?
1. del

Kako pa vam je ob vsem tem, kar se vam sedaj dogaja? Kako to doživljate?

Ali vas vso dogajanje v zadnjem času kakorkoli spravlja v stisko?

Kaj je tisto, kar je trenutno za vas najtežje ali kar vas najbolj skrbi? Vam lahko kako pomagam pri tem?

Koliko še zmorete nadzorovati te skrbi? Se vam zdi, da jih še zmorete obvladovati ali bi potrebovali dodatno pomoč pri tem?

KAKO VPRAŠATI PO ČUSTVENI STISKI?
2. del

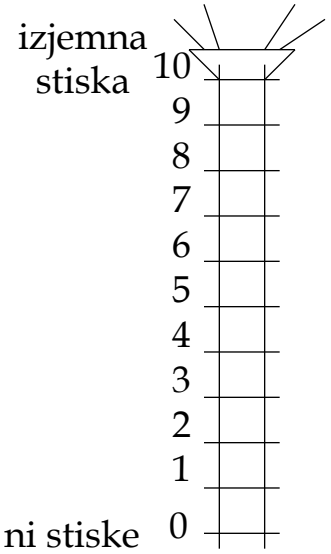
Vidim, da ste zaskrbljeni. Čutite, da bi se morda o tem lahko pogovorili z menoj? (Morda bi vam bilo nekoliko lažje, če bi se o svojih občutkih pogovorili z našo psihologinjo?)

Se vam zdi, da ste v takšni stiski, da bi morda potrebovali ali želeli dodatno pomoč glede teh težav?

To, da ste v stiski, ne pomeni, da ste šibki ali da je z vami kaj narobe. Ste v situaciji, ki je resna in zahteva veliko naporov – naravno je, da vam je težko.

TERMOMETER DUŠEVNE STISKE

1. Prosim, najprej obkrožite številko (0-10), ki najbolje opiše, kolikšno stisko ste doživljali v zadnjem tednu, vključno z današnjim dnem.



2. Sedaj, prosim označite, ali vas je kateri od spodaj naštetih problemov v zadnjem tednu, vključujoč današnji dan, v spravljal v stisko.

PRAKTIČNI PROBLEMI

__gospodinjstvo
__delo / šola
__finančno stanje
__prevoz
__skrb za otroke

SOCIALNI / DRUŽINSKI PROBLEMI

__partner
__otroci
__drugi:_____

ČUSTVENI PROBLEMI

__depresija
__živčnost / tesnobnost
__žalost
__strahovi
__izguba interesa za običajne aktivnosti
__prilagajanje na mojo bolezen
__občutek osamljenosti
__prilagajanje na spremembe v videzu

KOGNITIVNI PROBLEMI

__pozabljivost
__prividi / prisluhi
__zmedenost
__težave z razmišljanjem, s koncentracijo

DUHOVNE / RELIGIOZNE SKRBI

__povezane z Bogom
__povezane z izgubo vere
__povezane s spoprijemanjem z lastno minljivostjo
__povezane z izgubo smisla

SKRBI GLEDE INFORMIRANJA

__pomanjkanje informacij o moji diagnozi
__pomanjkanje informacij o mojem zdravljenju
__pomanjkanje informacij o alternativnih možnostih zdravljenja
__pomanjkanje informacij o zdravem načinu življenja (ohranjanju kondicije, zdravi prehrani)

TELESNI PROBLEMI

__bolečina
__slabost / bruhanje
__utrujenost
__težave s spanjem / nespečnost
__gibanje
__umivanje / oblačenje
__dihanje
__ranice v ustih
__izguba apetita
__govor
__zaprtje / driska
__spremembe v uriniranju
__mravljinci v rokah / nogah
__težave v spolnosti
__suha koža / srbečica
__otežene roke / noge

Edmontonova ocena simptomov

Ni bolečine	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Najhujša možna bolečina
Ni utrujenosti	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Najhujša možna utrujenost
Ni slabosti	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Najhujša možna slabost
Ni depresivnosti	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Najhujša možna depresivnost
Ni anksioznosti	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Najhujša možna anksioznost
Ni omotičnosti	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Najhujša možna omotičnosti
Najboljši apetit	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Najslabši možen apetit
Visoko občutje blagostanja	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Najnižje možno občutje blagostanja
Ni oteženega dihanja	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Najhujše oteženo dihanje
Drugi problemi	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

Kanadska ček lista problemov

Prosim označite tista področja, ki so vas skrbela oziroma vam predstavljala problem v zadnjem tednu, vključujoč današnji dan.

ČUSTVENI PROBLEMI
__strahovi / skrbi
__žalost
__nezadovoljstvo / jeza
__spremembe v videzu
__intimnost / seksualnost

DUHOVNE SKRBI
__smisel / namen življenja
__vera

PRAKTIČNI PROBLEMI
__delo / šola
__finančno stanje
__prevoz na in iz pregledov
__bivanje

SOCIALNI / DRUŽINSKI PROBLEMI
__biti drugim v breme
__skrbi o družini / prijateljih
__osamljenost

SKRBI GLEDE INFORMIRANJA
__razumevanje moje bolezni in /ali zdravljenja
__komunikacija z zdravstvenim timom
__sprejemanje odločitev o zdravljenju
__poznavanje dostopnih virov

TELESNI PROBLEMI
__koncentracija
__spanje
__telesna teža

BOLNIK: OCENJEVANJE POTREB

1. opis problema: trajanje, intenziteta, konsistentnost, narava in stopnja sprememb

2. zgodovina problema: gre za nov ali običajen problem?

3. vpliv, ki ga ima problem na bolnika, njegovo življenje in njegove bližnje

4. strategije, ki jih bolnik uporablja za spoprijemanje s problemom

5. kako učinkovito je bolnikovo spoprijemanje s problemom

6. odkrivanje potreb v zvezi s tem problemom v nadaljnje: Kaj še lahko naredi v zvezi s tem problemom? Ali potrebuje pomoč? Bi želel s kom govoriti o tem?

BOLNIK: OCENJEVANJE POTREB

Vedno preverimo:

- bolnikove predstave o trenutnem zdravstvenem stanju

- bolnikove predstave o poteku bolezni v prihodnosti

- bolnikovo prilagoditev na bolezen in zdravljenje (osebna raven, čustvena, potencialna duhovna in religiozna raven, medosebni odnosi, različni praktični vidiki funkcioniranja)

Zaključimo z viri moči, ki jih ima bolnik pri spoprijemanju z boleznijo in drugimi pomembnimi problemi v življenju (pri tem se vedno dotaknemo tudi njegove socialne mreže in podpore).

SVOJCI: OCENJEVANJE POTREB

razumeti kontekst, v katerem svojci skrbijo za svojega bolnega bližnjega

CILJI:

- prepoznati praktične probleme svojcev pri oskrbi bolnega

- razviti načrt oskrbe, odkriti primerne intervencije ter mreže pomoči

- omogočiti jim ostati v vlogi svojca, ki optimalno skrbi za bolnega bližnjega

- omogočiti jim optimalno psihosocialno počutje tekom žalovanja

Znanje svojcev glede oskrbe bolnega bližnjega povečuje njihov občutek kontrole v dani situaciji.

SVOJCI: OCENJEVANJE POTREB

1. preveriti, kako razumejo naravo bolezni in zdravljenja

2. pogovoriti se o zahtevah glede ravni oskrbe

3. oceniti pripravljenost svojcev sodelovati

4. raziskati vrednote in želje svojcev

5. preveriti obstoječe znanje in veščine ter zmožnosti soočiti se z zahtevami dane situacije

6. prepoznavanje strinjanja / nestrinjanja glede oskrbe in ciljev oskrbe

7. oceniti predstave svojcev o lastnem dobrem počutju

8. prepoznavanje morebitnih sprememb v odnosih med bolnikom in člani družine in tudi v vlogi skrbeti za bolnega bližnjega

SVOJCI: OCENJEVANJE POTREB

- rutinsko izvajanje
- dokumentiranje aktivnosti svojcev – svojci so vključeni v načrt oskrbe
- med člani tima prepoznati osebo, ki bo kontinuirano dostopna za bolnike in njihove svojce

Velik potencial za izboljšanje učinkovitosti svojcev pri oskrbi bolnika, zmanjševanje nepotrebnih obiskov in klicev.

anja.simonic@klinika-golnik.si
031-758-436