Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije

in

Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji

in

Koordinacija centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog

SVETOVALNE IN MOTIVACIJSKE TEHNIKE ZA DELO S PACIENTI II.

Za vse, ki jih zanima učinkovito svetovalno delo s pacienti ter motivacija pri doseganju njihovih ciljev

Strunjan, januar 2014

Organizator:
ZBORNICA ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE – ZVEZA DRUŠTEV MEDICINSKIH SESTER, BABIC IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV SLOVENIJE SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV V PSIHIATRIJI in KOORDINACIJA CENTROV ZA PREPREČEVANJE IN ZDRAVLJENJE ODVISNOSTI OD PREPOVEDANIH DROG

STROKOVNI SEMINAR Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije in Koordinacije centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog

SVETOVALNE IN MOTIVACIJSKE TEHNIKE ZA DELO S PACIENTI II
Strunjan, 23. in 24. januar 2014

Zbornik predstavitev

Urednik:
mag. Branko Bregar

Zbral in tehnično uredil:
Darko Loncnar

Programski organizacijski odbor: Metka Debevec-Švigelj, mag.Branko Bregar, Petra Kodrič, Barbara Možgan, Aljoša Lapanja

Založila in izdala:
Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije
SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV V PSIHIATRIJI

Zdravite odvisnost

spremenite
življenje

Za dodatne informacije
se obrnite na naslov:

Reckitt Benckiser Adriatic d.o.o.
Linhartova 11A
1000 Ljubljana
Slovenija

Reckitt Benckiser Pharmaceuticals

Trust in your ideas and you'll feel free
Create and be proud of your deeds
Treasure your love and you'll be loved
Cherish the spirit and be strong

We in Alkaloid, trust in our creations, treasure and cherish the force that sets life in motion and builds perfect harmony called HEALTH.

Health above all

ALKALOID

Sestava: Ena podjezična tableta vsebuje 0.4 mg, 2 mg, 8 mg buprenorfina (v obliki buprenorfinijevega klorida). **Terapevtske indikacije:** Nadomestno zdravljenje odvisnosti od opioidov v okviru medicinskega, socialnega in psihološkega zdravljenja. **Odmerjanje in način uporabe:** Zdravljenje je namenjeno odraslim in mladostnikom, starejšim od 15 let, ki soglašajo z zdravljenjem zasvojenosti. Pred začetkom zdravljenja z buprenorfinom se mora zdravnik zavedati, da ima buprenorfin delno agonistično delovanje in lahko izzove odtegnitvene simptome pri bolnikih, odvisnih od opioidov. Pred začetkom zdravljenja moramo upoštevati vrsto odvisnosti od opioidov (t. j. dolgodelujoči ali kratkodelujoči opioid), kdaj je bolnik nazadnje vzel opioid in stopnjo odvisnosti od opioidov. Da ne izzovemo odtegnitvenih simptomov, moramo zdravljenje z buprenorfinom začeti, ko so prisotni objektivni in jasni znaki odtegnitve. Zdravilo se daje podjezično. Zdravnik mora bolniku pojasniti, da je podjezični način edina učinkovita in varna pot dajanja tega zdravila. Tableta mora biti pod jezikom, dokler se ne raztopi, kar običajno traja 5 do 10 minut. Pred začetkom zdravljenja je priporočljivo izvesti teste jetrne funkcije in dokumentirati stanje virusnega hepatitisa. Pri bolnikih, ki so pozitivni na virusni hepatitis, se sočasno zdravijo še z drugimi zdravili in/ali imajo motnje v delovanju jeter, obstaja večje tveganje za pospešeno poškodbo jeter. Priporočljivo je redno spremljanje delovanja jeter. Začetni odmerek je od 0.8 mg do 4 mg, ki ga bolnik vzame kot enkratni dnevni odmerek. *Od opioidov odvisni zasvojenci brez odtegnitvenih simptomov:* en odmerek buprenorfina, apliciran podjezično vsaj 6 ur po zadnji uporabi opioida ali ko se pojavijo prvi znaki želje po opioidu. *Bolniki, ki prejemajo metadon:* pred začetkom zdravljenja z buprenorfinom moramo odmerek metadona zmanjšati na največ 30 mg/dan. Pri bolnikih, ki so odvisni od metadona, lahko buprenorfin izzove odtegnitvene simptome. Glede na klinični učinek pri posameznem bolniku moramo odmerek buprenorfina povečevati postopoma, ne smemo pa preseči največjega enkratnega dnevnega odmerka 24 mg. **Kontraindikacije:** Preobčutljivost za buprenorfin ali katerokoli pomožno snov - otroci in mladostniki, mlajši od 15 let - huda respiratorna insuficienca - huda jetrna insuficienca - akutni alkoholizem ali delirium tremens - dojenje. **Posebna opozorila in previdnostni ukrepi:** Zaradi pomanjkanja podatkov pri mladostnikih (starost 15-18 let) se mora buprenorfin v tej starostni skupini uporabljati previdno. Uporaba buprenorfina je priporočljiva samo za zdravljenje odvisnosti od opioidov. Prav tako je priporočljivo, da zdravljenje predpiše zdravnik, ki lahko zagotavlja vsestransko zdravljenje zasvojenega bolnika (zasvojenih bolnikov). Zaradi preusmerjanja se lahko pojavijo novi zasvojenci, ki uporabljajo buprenorfin v obliki podjezičnih tablet kot primarno zlorabljano drogo; pri njih obstaja tveganje prevelikega odmerjanja, širjenja virusnih okužb s krvjo, depresije dihanja in poškodb jeter. *Izzvani odtegnitveni simptomi:* pred začetkom zdravljenja z buprenorfinom v obliki podjezičnih tablet se mora zdravnik zavedati delnega agonističnega delovanja buprenorfina, ki lahko izzove odtegnitvene simptome pri bolnikih, odvisnih od opioidov. To je še posebej pomembno, če zdravilo dajemo manj kot 6 ur po zadnji uporabi heroina ali drugih kratkodelujočih opioidov ali manj kot 24 ur po zadnjem odmerku metadona. Odtegnitveni simptomi so lahko povezani tudi s suboptimalnimi odmerki. Tveganje za pojav hudih nežlenih učinkov, ki se pojavijo pri prevelikem odmerjanju ali prekinitvi zdravljenja, je večje, če bolnik prejema premajhne odmerke buprenorfina v obliki podjezičnih tablet ter odtegnitvene simptome zdravi sam z opioidi, alkoholom ali drugimi hipnotiki s sedativnim delovanjem, predvsem z benzodiazepini. *Odvisnost:* buprenorfin je delni agonist opiatnih receptorjev, kronično jemanje pa povzroči odvisnost opioidnega tipa. Prekinitev zdravljenja lahko povzroči odtegnitvene simptome, ki se lahko pojavijo z zamikom. *Depresija dihanja:* poročali so o nekaj primerih smrti zaradi depresije dihanja, predvsem pri sočasni uporabi z benzodiazepini ali kadar buprenorfin ni bil uporabljen v skladu z navodili. V spektru nenormalnosti so poročali tako o prehodnem asimptomatskem zvišanju vrednosti jetrnih transaminaz kot tudi o primerih jetrne odpovedi. V mnogih primerih so bile pri bolnikih predhodno prisotne nenormalne vrednosti jetrnih encimov, okužba z virusom hepatitisa B ali C, sočasno zdravljenje z drugimi, potencialno hepatotoksičnimi zdravili (aspirinom, amiodaronom, zaviralci proteaz, izoniazidom ...) ter nadaljevanje injiciranja drog, kar lahko povzroči jetrna obolenja ali k njim prispeva. Kadar sumimo na jetrno obolenje in je vzrok neznan, moramo izvesti dodatne preglede. Če sumimo, da je buprenorfin povzročitelj jetrne nekroze ali zlatenice, moramo zdravljenje z njim prekiniti tako hitro, kot to dopušča bolnikovo klinično stanje. Pri vseh bolnikih moramo v rednih intervalih izvajati teste delovanja jeter. Pri bolnikih, ki uporabljajo zaviralce CYP3A4, moramo odmerek skrbno prilagoditi, ker lahko zaviralci CYP3A4 povečajo plazemske koncentracije buprenorfina. Bolnike, ki uporabljajo zaviralce CYP3A4, lahko zdravimo z manjšimi odmerki. Zdravilo lahko povzroča dremavost, ki se lahko poslabša ob sočasni uporabi z drugimi centralno delujočimi snovmi, kot so: alkohol, pomirjevala, sedativi, hipnotiki. Zdravilo lahko povzroči ortostatsko hipotenzijo. Športniki se morajo zavedati, da lahko zdravilo povzroči pozitiven rezultat pri antidopinških testih. Podatki o uporabi zdravila pri otrocih, mlajših od 15 let, niso na voljo. Buprenorfina zato ne smemo uporabljati pri otrocih, mlajših od 15 let. Zdravilo morajo previdno uporabljati bolniki z astmo ali dihalnim popuščanjem (pri uporabi buprenorfina so poročali o primerih depresije dihanja), ledvičnim popuščanjem (20 % apliciranega odmerka se izloči prek ledvic, zato je to izločanje lahko podaljšano), z jetrnim popuščanjem (spremenjena je lahko presnova buprenorfina v jetrih); tako kot pri drugih opioidih je potrebna previdnost tudi pri bolnikih, ki jemljejo buprenorfin in si poškodujejo glavo, imajo povečan intrakranialni tlak, hipotenzijo, hipertrofijo prostate ali uretralno stenozo. Zdravilo vsebuje laktozo. **Medsebojno delovanje z drugimi zdravili in druge oblike interakcij:** Bolniki buprenorfina ne smejo jemati skupaj z alkoholnimi pijačami ali zdravili, ki vsebujejo alkohol. Alkohol poveča sedativni učinek buprenorfina. Previdnost je potrebna pri sočasni uporabi buprenorfina in benzodiazepinov: ta kombinacija lahko potencira depresijo dihanja centralnega izvora in poveča tveganje za smrt. Odmerke moramo zato titrirati individualno in bolnika skrbno spremljati. Upoštevati moramo tudi tveganje za zlorabo drog. Previdnost tudi pri sočasni uporabi drugih zaviralcev centralnega živčnega sistema. (metadona, analgetikov in antitusikov); nekaterih antidepresivov, antagonistov receptorjev H1 s sedativnim delovanjem, barbituratov, anksiolitikov, ki niso benzodiazepini, nevroleptikov, klonidina in sorodnih snovi. Te kombinacije povečajo depresijo centralnega živčnega sistema. Zaviralci monoaminooksidaze (MAOI). Na podlagi izkušenj z morfinom je možno povečanje učinkov opioidov. Do danes niso opazili pomembnih interakcij s kokainom, snovjo, ki jo najpogosteje skupaj z opioidi uporabljajo osebe, ki zlorabljajo več drog. **Nosečnost in dojenje:** Trenutno ni na voljo dovolj podatkov za oceno potencialnih malformacij ali fetotoksičnih učinkov buprenorfina pri ljudeh v času nosečnosti. Proti koncu nosečnosti lahko že kratkotrajno jemanje velikih odmerkov buprenorfina povzroči depresijo dihanja pri novorojenčkih. Kronična uporaba buprenorfina v zadnjih treh mesecih nosečnosti lahko pri novorojenčkih povzroči odtegnitveni sindrom. Buprenorfina v času nosečnosti ne smemo uporabljati, razen če klinično stanje ženske zahteva zdravljenje z buprenorfinom in če potencialne koristi za mater odtehtajo možno tveganje za plod. Pri podganah so dokazali, da buprenorfin lahko zavira laktacijo ali nastajanje mleka. Poleg tega buprenorfin prehaja v materino mleko, zato je dojenje kontraindicirano. **Vpliv na sposobnost vožnje in upravljanja s stroji:** Buprenorfin lahko povzroči dremavost, še posebno če ga bolnik vzame skupaj z alkoholom ali zaviralci centralnega živčnega sistema. Bolnike je zato treba opozoriti, da ne smejo voziti ali upravljati strojev. **Neželeni učinki:** Pojav neželenih učinkov je odvisen od bolnikovega praga tolerance, ki je pri zasvojencih z drogami višji kot v splošni populaciji. *Pogosto se lahko pojavija:* tesnoba, nervoznost, omotica, dremavost, glavobol, motnja solzenja, nenormalnosti EKG (podaljšanje intervala Q-T), sinkopa, ortostatska hipotenzija, zaprtost, diareja, slabost, bruhanje, bolečina v trebuhu, nespečnost, astenija, odtegnitveni sindrom, bolečina v hrbtu, mrzlica. **Preveliko odmerjanje:** V primeru prevelikega odmerjanja je treba izvajati splošne podporne ukrepe, vključno s skrbnim spremljanjem dihanja in delovanja srca bolnika. Glavni simptom, ki zahteva ukrepanje, je depresija dihanja, ki lahko povzroči zastoj dihanja in smrti. Če bolnik bruha, je treba preprečiti aspiracijo izbruhane vsebine. **Oprema:** 28 tablet podjezičnih tablet po 0.4 mg, 2 mg, 8 mg buprenorfina (buprenorfinijevega klorida).

Samo za strokovno javnost. Datum priprave informacije: januar 2014.
Dodatne informacije so na voljo pri: ALKALOID - INT d.o.o., Šlandrova 4, 1231 Ljubljana - Črnuče, tel: 01/300 42 90.

ALKALOID

Health above all

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije

Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji

in
Koordinacija centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog

SVETOVALNE IN MOTIVACIJSKE TEHNIKE ZA DELO S PACIENTI II.
Za vse, ki jih zanima učinkovito svetovalno delo s pacienti ter motivacija pri doseganju njihovih ciljev

ČETRTEK 23.1.2014 in PETEK 24.1.2014
Strunjan

PROGRAM SEMINARJA

Četrtek, 23.1.2014

10. 00 – 10. 45	**Registracija udeležencev**
10. 45 – 11. 00	**Otvoritev srečanja in pozdrav udeležencev**
11. 00 – 11. 20	**Potrebe po superviziji v zdravstveni negi** Danilo Švarcl, dipl. zn.
11. 30 – 12. 15	**Vloga timskega dela in motivacijski pristopi pri obravnavi zaprtih oseb, ki zlorabljajo PAS** mag. Andrej Kastelic, dr. med., spec. psih.
12. 15 – 13. 00	Odmor
13. 15 – 14. 15	**Motivacijski intervju – predavanje I. del** doc. dr. Maja Rus-Makovec, dr. med., spec. psih.
14. 15 – 14. 30	Odmor
14. 30 – 15. 15	**Motivacijski intervju – predavanje II. del** doc. dr. Maja Rus-Makovec, dr. med., spec. psih.
15. 15 – 15. 30	Odmor
15. 30 – 16. 30	**Klinični primeri za delo s pacienti** Petra Kodrič, dipl. m. s., Metka Debevec Švigelj, dipl. m. s., mag. Branko Bregar, dipl. zn.

Petek, 24.1.2014

08. 30 – 09. 00	**Registracija udeležencev**
09. 00 – 09. 45	**Delo s pacientom z osebnostno motnjo** Matjaž Mohar, dipl. zn.
09. 45 – 10. 30	**Terapevtski ukrepi pri odklonilnem vedenju pacienta - Kako zmanjšati stopnjo agresivnosti** Alojzija Robar, dipl. m. s., spec. psih. zn.
10.30 – 10. 45	Odmor
10. 45 – 11. 45	**Dejavniki v komunikacijskem polju, povezani s kakovostjo medsebojnega sporazumevanja** doc. dr. Polona Selič, univ. dipl. psih.
11. 45 – 12. 00	Odmor
12. 00 – 13. 00	**Dejavniki v komunikacijskem polju, povezani s kakovostjo medsebojnega sporazumevanja** doc. dr. Polona Selič, univ. dipl. psih.

RAZŠIRJENOST UPORABE IN DOSTOP DO OPIOIDNIH ZDRAVIL

mag. Andrej Kastelic, dr.med., spec.psih.
Psihiatrična klinika Ljubljana

Opioidi za medicinsko uporabo in tudi za programe zmanjševanja škode zaradi uživanja opioidnih drog naj bodo na razpolago, dostopni in jih je potrebno tudi uporabljati. Zdravljenje z opioidi mora biti prilagojeno potrebam in koristim pacienta. Pri tem je seveda potrebno biti pozoren tudi na napačno rabo in zlorabo teh zdravil.

Opioide so več tisoč let uporabljali pri zdravljenju bolečine. Zlorabljati so jih začeli zaradi hedonostičnih in nagrajujočih učinkov, ravno tako pa tudi zaradi želje, da bi se izognili bolečini in pojavu abstinenčnih težav. Leta 1973 so uporabili radioaktivni morfin, da bi pri poskusnih živalih odkrili mesta njegovega aktivnega delovanja in ugotovili, da se zdravilo veže na specifična mesta v možganih – opioidne receptorje, ki se nahajajo tako v centralno živčnem sistemu kot v perifernih tkivih. Ugotovitev je vodila do iskanja molekul, ki bi notranje spodbujale te receptorje ter do odkritja endorfinov, enkefalinov in dinorfinov ter endomorfinov, ki se sproščajo kot odgovor na dražljaje (1). Endogeni opioidi spreminjajo delovanje drugih živčnih prenašalcev, kot sta dopamin in glutamat (2). Telesu lastni opioidni sistem je pomemben v zaznavanju (spreminjanju jakosti) bolečine, razpoloženja, krvnega tlaka in drugih srčno - žilnih funkcij, kontroli dihanja, apetita, žeje in spolnosti (2).

Dokazi o uporabi opioidov za medicinsko ali rekreativno uporabo segajo v antične čase, za problematično pa je bila označena mnogo kasneje. Predvsem po epidemiji opioidne odvisnosti, ki je sledila začetkom komercialne uporabe morfina in heroina koncem 19. stoletja. Oblike opioidov in novi načini njihove uporabe so bili odločilni, da so postali škodljivi celotni skupnosti. Do tedaj sicer rabe opioidov v skupnosti niso odobravali, a tudi ne sankcionirali, saj je bila ta omejena na uporabo v posebnih prostorih, brez pomembnega vpliva na skupnost, po drugi strani pa so bila zdravila iz opija nezamenljiva zaradi svojih zdravilnih učinkovin (3).

Mednarodni dogovori na področju kontrole uporabe zdravil so bili sicer sprejeti z namenom preprečevanja zlorab zdravil, ki lahko vodijo tudi do odvisnosti. Sprejetje teh dogovorov in njihovo izvajanje v praksi naj bi bilo uspešno v preprečevanju, da zdravila pridejo iz dovoljenih okvirov uporabe za zdravljenje na črne trge. A pri tem tudi ni bila podana enaka teža razpoložljivosti teh zdravil in možnosti uporabe za zdravljenje in v znanstvene namene. Tako so nekatera visoko učinkovita zdravila postala in ostala nedostopna številnim ljudem, ki jih potrebujejo. A opioidni analgetiki (kot so kodein in morfin) in zdravila za zdravljenje odvisnosti od opoidnih drog (metadon in buprenorfin), so na listi nujnih zdravil Svetovne zdravstvene organizacije (SZO), ki naj bi jih uporabljale vse države. Pretirane omejitve pri uporabi teh zdravil pogosto izhajajo iz slabega razumevanja njihove terapevtske vrednosti, pomanjkanja znanja in predsodkov (4).

A stigma še vedno predstavlja glavno oviro za vključevanje uporabnikov v z zdravili podprto zdravljenje odvisnosti od opioidov, ustrezno vodenje tovrstnih programov in kritično evalvacijo rezultatov. Glavna zmota je v napačnem razumevanju metadona in drugih zdravil za zdravljenje odvisnosti od opioidov (ZZOO), kot legalno dostopnih narkotikov, ki naj bi zamenjevali heroin z »dovoljeno drogo« metadonom in v razumevanju nujnosti jemanja ZZOO kot legalizacijo odvisnosti (5).

V laični javnosti obstaja namreč prepričanje, da uporaba opioidov neizogibno vodi v smrt, obstaja strah za razvoj tolerance in stranskih učinkov in mišljenje, da bolezen mora spremljati bolečina, ki je tudi pomembna za diagnozo bolezni. Številni zdravstveni delavci pa menijo, da se opioidi lahko uporabljajo samo v »izrednih razmerah, uporabljajo neustrezno terminologijo kot odvisnost, zasvojenost, substitucija,… in imajo neustrezno znanje o opioidih.

Avtor bo v prispevku predstavil smernice za uporabo opioidov tako pri zdravljenju bolečine kot pri zdravljenju odvisnosti od opioidov, uporabo opioidnih zdravil v svetu, priporočila mednarodnih organizacij glede izobraževanja, dostopnosti in politike glede opioidnih zdravil, smernice za uravnoteženo politiko držav ter udeležence seznanil z osnovami protibolečinske terapije z opioidi ter povezavo z zdravljenjem odvisnosti.

Literatura

1. Trescot AM, Datta S, Lee M, Hansen H. Opioid Pharmacology. Pain Physcian. Opioid Special Issue 2008; 11: 133-53.
2. Simon E.J. Opioid receptors and endogenous opioid peptides. Medical Research Review 1991; 11(4): 357-74.
3. Pacini M, Maremmani AGI, Maremmani I. The History of Methadone Treatment. V: Maremmani (Ur.). The Principles and Practice of methadone Treatment. 2009; 9-14.
4. Maremmani I. The principles and practice of methadone treatment. Pacini Editore Medicina & AU-CSN, Pisa, 2009. EUROPAD, 2009.
5. Ensuring balance in national policies on controlled substances. Guidance for availability and accessibility of controlled medicines. World Health Organization. Geneva 2011. Pridobljeno 20.8.2013 s spletne strani: http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/GLs_Ens_Balance_NOCP_ColEN_sanend.pdf.

TERAPEVTSKI UKREPI PRI ODKLONILNEM VEDENJU PACIENTA

Kako zmanjšati stopnjo odklonilnega vedenja

Alojzija Robar, dipl. m.s.
Oddelek za psihiatrijo, UKC Maribor

I. ČUSTVA

1. TEMELJNA ČUSTVA

(radovednost, nasilje, presenečenje, žalost, jeza, gnus, strah)

2. KOMPLEKSNA ČUSTVA – po 2 letu starosti

(ponos, sram, krivda, zavist ter drugo)

3. PRIJETNA ČUSTVA

(zadovoljstvo, sreča, ljubezen, upanje, zaupanje, zaljubljenost in drugo)

4. NEPRIJETNA ČUSTVA

(žalost, strah, zavist, jeza, sovraštvo, prezir ter drugo)

Pojavljajo se takrat, ko je prizadete neke naše vrednote in jih občutimo telesno kot neprijetne. Intenziteto čustev opredelimo kot:

šibko	*srednje močno (strah)*	*izjemno močno (panika)*

II. EMPATIJA – SOČUTJE

Čustveno stanje, ko lahko bivamo z nekom v čutenju, smo mu ob strani.

Bivamo z nekom v čutenju Stojimo mu ob strani

Pri tem nimamo namere ničesar nadzorovati, obsojati, zaustavljati, usmerjati.

Pacienti, ki so v stiski pogosto obrnejo na medicinsko sestro z:
- Najraje bi kar umrl.
- Ne bom preživel te pomladi.
- Zdaj bo konec z menoj.
- Vse bo propodlo.

Naš odgovor je največkrat napačen ali vsaj neprimeren:
- Dragi gospod Medved, saj bo še vse dobro.
- Ne govorite tako! Saj se še lahko borite.
- Jaz že ne bi mogla govoriti o tem.
- Ne bodite no trapasti, saj boste še ves poskočen.

Primerno in sočutno bi bilo, če bi se odzvali na sledeč način:

- Gospod Medved kaj vas pa tako skrbi, da tako razmišljate?
- Mora pa vam biti res zelo težko, da tako razmišljate.
- Zdajle ne morem govoriti, pridem pa nazaj k vam in se bova pogovorila.
- Je zelo hudo. Dovolite, da posedim za kratek čas ob vas?

III. JEZA - NEGATIVNO ČUSTVO

Ta čustva sprožijo dogodki, ki pomenijo oviro in nam predstavljajo sovražnika.
Sprožilni faktorji:

- problem v odnosih z ljudmi
- nepravičnost
- različne drobne težave

Odgovor na jezo:

- navzven – agresija
- navznoter – običajno kot depresija
- potlačena jeza – kot stalen pritisk, posledično nezadovoljstvo

IV. NAJPOGOSTEJŠI RIZIČNI FAKTORJI ODKLONILNEGA VEDENJA

- agresivnost ali impulzivnost v preteklosti,
- zloraba alkohola in drog,
- organsko spremenjena osebnost,
- delirantna stanja,
- paranoidno (preganjalno) doživljanje,
- psihoza (še posebej shizofrenija),
- manično stanje,
- antisocialna osebnost,
- oseba, ki izhaja iz okolja z zmanjšano soc. kontrolo,
- poznavanje borilnih veščin,
- nedaven dogodek ponižanja,
- posameznikov občutek, da se z njim neprimerno ravna.

V. KAZALCI GROZEČEGA ODKLONILNEGA VEDENJA

- telesni znaki: tremor, znojenje, prestopanje, stiskanje pesti, zob in rok,
- nedavne grožnje o agresivnih dejanjih,
- evidentno planiranje agresivnega vedenja,
- premišljevanje o dogodku, ko je bil pacient neprimerno obravnavan,
- grožnje ali glasno govorjenje,
- hipervigilnost (pretirana pozornost),
- bolščanje, strmenje v eno točko,
- strah za lastno življenje (slušne halucinacije),
- grozav izraz na obrazu,

- napetost, ki jo pacient „izžareva“.

VI. POSTOPKI ZA PREPREČEVANJE, ZMANJŠANJE IN ODPRAVO ODKLONILNEGA VEDENJA

- upoštevati pravico drugačnosti psihiatričnih pacientov,
- prepoznavanje odklonilnega vedenja,
- prvi kontakt (predstavitev – ponudit roko, povedat kdo in kaj sem ter kakšna je moja vloga),
- postopek mora biti korekten in human toda odločen in jasen,
- verbalna in neverbalna komunikacija:

* umirjena
* prijateljska
* jasna
* razločna
* ne ukazovalna
* ne provokativna
* ne kritiziramo
* očesni kontakt
* dovolj osebnega prostora
* izmenjava razpoloženja (stopnja razburjenosti pacienta s stopnjo skrbi/empatije medicinske sestre za pacienta)
* drža telesa mora biti temu kaj in kako govorimo
* pozorno poslušanje
* slišati pacienta
* občutek, da nas skrbi za njega
* ustvarjat zaupanje pacienta in ohranjanje
* spoštovanje pacienta
* preverjanje razumevanja komunikacije (če smo ga mi razumeli oz. če je on razumel nas)
* grožnje in žaljivke ne vzamemo osebno
* popuščanje (v skladu z procesom ZN) – ni zmagovalca!
* vprašalnice KAKO, KAJ, KDAJ in nikoli ZAKAJ (zelo provokativna)
* nikoli ne razkrivamo sebe

VII. DEJAVNIKI IN OKOLIŠČINE, KI LAHKO POVEČAJO STOPNJO ODKLONILNEGA VEDENJA

- polna čakalnica ter dogo čakanje na pregled
- prezaseden oddelek
- večje število pacientov z nepredvidljivim vedenjem
- premalo število zdravstvenega osebja
- pomanjkljiva komunikacija
- neustrezni odnosi med sodelavci
- neustrezna organizacija oddelka

DEJAVNIKI V MEDOSEBNEM SPORAZUMEVANJEM

dr. Polona Selič

dr. Polona Selič *je izredna profesorica za kriminalistiko in docentka za socialno psihologijo, deluje kot raziskovalka na Katedri za družinsko medicino MF UL in vodja izobraževanja na Inštitutu PARES*

polona.selic@siol.net

POJMI

- sporazumevanje – besedno, nebesedno
- komunikacijsko polje
- izhodišča za podporno komuniciranje v medicini
- čustva v odnosu med zdravstvenim delavcem in bolnikom

SPORAZUMEVANJE

- več kot samo besedni vidik srečanja med zdravstvenim delavcem in bolnikom
- medosebna izmenjava (**interakcija**) poteka na treh ravneh:

  besedni (besedna izmenjava)
  nebesedni (vedenjski) in
  empatični

NAMEN:

1. oblikovanje kakovostnega medosebnega odnosa med zdravstvenim delavcem in bolnikom
2. zagotavljanje ustreznega prenosa informacij, ki presega pojasnjevalno dolžnost,
3. vključevanje bolnika v odločanje o zdravljenju

Besedno sporazumevanje

Elementi procesa komunikacije: **izvor** sporočil (komunikator), **sporočila, medij** ali kanal komuniciranja, **prejemnik** sporočil

Besedno sporazumevanje = **simbolno**
Jezik: oblikovanje kategorij, razvrščanje pojmov v skupine
= označevanje/reprezentiranje sveta.
Besedno sporazumevanje: **izbor besed, vrsta stavkov** (trdilni, nikalni ipd.), **načini**, na katere oblikujemo stavke

Nebesedni znaki: parajezik, stik s pogledom, izraz obraza, drža, kretnje, dotik, medosebne bližine (proksemike), obleka

- nebesedno sporazumevanje vpliva na bolnikovo percepcijo in **vrednotenje odnosa** z zdravstvenim delavcem
- **izrazi čustev** v interakciji med zdravstvenim delavcem in bolnikom so pretežno nebesedni
- bolniki so najbolj pozorni na **parajezikovne znake** (barva in ton glasu, hitrost in tekočnost govorice), **stik s pogledom** in **izraz obraza**

Dejavniki v medosebnem sporazumevanju zdravstveni delavec - bolnik

KOMUNIKACIJSKO POLJE:

- KONTEKST
- DEJAVNIKI PRI BOLNIKU
- DEJAVNIKI PRI ZDRAVSTVENEM DELAVCU
- INTERAKCIJA

Dejavniki pri bolniku

- **telesni znaki/težave**
- **psihološki dejavniki, povezani z boleznijo** in/ali **zdravljenjem** (tesnobnost, depresivnost, jeza, zanikanje)
- **pretekle izkušnje** (z zdravstvenim(i) delavcem(i) in/ali zdravljenjem)
- **percepcija zdravstvenega delavca** in bolnikov **koncept vloge zdravstvenega delavca**
- **prepričanja o bolezni in zdravju** (odnos do lastnega zdravja)
- **samopredstavitev bolnika** (težava, o kateri se želi pogovarjati)
- **pričakovanja, vezana na ravnanje zdravstvenega delavca** (temelječa na preteklih izkušnjah z zdravstvenimi delavci in s tem določenim zdravstvenim delavcem)

Dejavniki pri zdravstvenem delavcu

- veščine v medosebnih odnosih
- samozaupanje
- osebnostne značilnosti
- telesno stanje in počutje (utrujenost)
- psihično stanje (tesnobnost, izgorelost)

Situacija (ambulanta)

- zasebnost, nemotenost
- potrebno udobje (oprema)
- razporeditev, položaj obeh v prostoru

ODNOS ZDRAVSTVENI DELAVEC ↔ BOLNIK

- ključen za zagotavljanje kakovostnega zdravljenja
- zdravilna moč medicine izhaja iz medosebnih razsežnosti odnosa med bolnikom in zdravstvenim delavcem
- vključuje obe osebi v interakciji (recipročna, čustveno obarvana)
- **odnos zdravstvenega delavca do bolnika:** povezan z doživljanjem in uresničevanjem lastne profesionalne vloge
- **bolnikovo dojemanje in ocenjevanje zdravstvenega delavca:** izhaja iz odnosa med njima, dve ključni gibali - trajanje odnosa in izkušenost profesionalca

NA ODNOSU TEMELJEČE ZDRAVLJENJE

- podporno komuniciranje
- komunikacijske in odnosne kompetence profesionalca
- bolnikovo zaznavanje bolezni in samopredstavitev
- empatija
- bolnikovo sodelovanje
- zaupanje

PODPORNO KOMUNICIRANJE

Socialna podpora = prejemnikova percepcija in ocena, da je sprejet, ljubljen in pomemben (za druge)

Odnos do bolnika:

- v praksi pogosto instrumentalen
- ne vključuje podporne odnosnosti

Podporno komuniciranje:

- temelji na konceptu socialne podpore
- izhaja iz namere nudenja pomoči

Komunikacijske in odnosne kompetence profesionalca

Veščine komuniciranja:

- zmožnost **pridobivanja potrebnih informacij** od bolnika v diagnostičnem procesu
- **svetovanje**
- **posredovanje navodil**
- oblikovanje **skrbnega odnosa** z bolnikom

-> zagotavljanje najboljšega izida zdravljenja in bolnikovega zadovoljstva

Komunikacijske in odnosne kompetence profesionalca: za bolnika pomembnejše od strokovnega znanja

Učinkovitost nasvetov: če pozna bolnikov način življenja in ga bolnik spoštuje

Bolnikova ocena odnosa z zdravstvenim delavcem: dojemanje in doživljanje poznanosti, zaupanja, pripadnosti, spoštovanja in všečnosti

Bolnikovo zaznavanje bolezni in samopredstavitev

- napačna domneva o identičnosti obeh zaznavnih ravni
- **bolnikova pričakovanja** v zvezi z boleznijo, težo te bolezni in s potekom zdravljenja
- sprejme vlogo bolnika ali še naprej deluje iz vloge zdravega človeka
- instrumentaliziran in objektiviziran odnos med zdravstvenim delavcem in bolnikom: pogosto neosebno zaznavanje in samoopisovanje
- odnosno empatično komuniciranje in občutek sočutnega razumevanja: vzpostavljanje kolikor toliko realnega odnosa do svoje bolezni

Empatija

Profesionalec: **racionalna predelava socialne realnosti**

Bolnik: **emotivno-afektivna raven** (bolečine, trpljenje, negotovost)

Empatija = racionalno in čustveno dogajanje:

- eden ključnih dejavnikov v podpornem komuniciranju
- zmožnost postavljanja v položaj drugega in vživljanja vanj
- odnos (občutenje) simpatije ni pogoj za doživljanje empatije

kognitivna dimenzija (zmožnost menjave perspektive), **čustvena** razsežnost (vživljanje v čustvovanje drugega), **etična** dimenzija (dobronamernost, skrb za blagostanje drugega)

Bolnikovo sodelovanje v odnosu zdravstveni delavec ↔ bolnik

- obojestransko pričakovanje zaupanja, sodelovanja in odgovornega ravnanja
- ni vzajemnega samorazkrivanja in odprtosti – bolnik postavljen v odvisni položaj
- potrebno uravnavati neizogibno ambivalentnost, negotovost in strah pri obeh
- potrebno uravnavati bolnikovo ranljivost in odvisnost

NUJNI POGOJI ZA BOLNIKOVO SODELOVANJE:

1. prijaznost, spoštljivost, skrb in empatija profesionalca
2. upoštevanje bolnikovih pričakovanj, čustvovanja in zaznavanja bolezni
3. jasna in natančna navodila zdravstvenega delavca

ČUSTVA

ČUSTVO je odziv posameznika na dražljaj (dogodek), ki ga ocenjuje kot **pomemben** – ta odziv pripravni osebo na prilagoditveno aktivnost na visceralni, motorični, motivacijski in mentalni ravni – oseba ne reagira neposredno na dražljaj/dogodek, ampak na **pomen**, ki ga pripiše temu dogodku - – čustvujemo samo, ko je nekaj dovolj pomembno – zato v isti situaciji različni ljudje različno čustvujejo:

1 dogodek/dražljaj zazna (**percepcija**)
2 dogodku/dražljaju določi/določa pomen (**apercepcija**)
3 ovrednoti dogodek/spremembo – določi vlogo- (**valorizacija**)
(= skupaj PRIMARNA KOGNICIJA)

znotraj **<u>referenčnega okvira</u>**

JEZA

OPREDELITEV: čustvo, ki je posledica ogrožanja neke (dovolj pomembne) vrednote pri posamezniku; daje energijo za **spremembo** (telesna podlaga: boj).

IZRAŽANJE JEZE:

- **Princip vedenja:**
BESEDNO SPOROČILO ZADEVA VEDENJE, NE OSEBNOST/OSEBO

- **Princip specifičnosti:**
JASNOST IN DOLOČENOST SPOROČILA – NAMENJENO NASLOVNIKU

- **Princip preusmeritve:**
OPREDELIMO VEDENJE, KI IZZIVA JEZO + VEDENJE, NA PRI KATEREM NAJ SE DRUGI ANGAŽIRA (nakažemo rešitev)

- **Princip subjektivnosti:**
SVOJE VTISE IN PREDPOSTAVKE PREDSTAVIMO KOT VTISE IN PREDPOSTAVKE – NE KOT DEJSTVA (o vedenju druge osebe)

- **Princip minimalnosti:**
SPOROČILO NAJ BO LE TOLIKO MOČNO, DA PRI DRUGEM IZZOVE NAJMANJŠO MOŽNO MERO NEPRIJETNOSTI – premočno sporočilo lahko izzove jezo drugega (krivičnost) – konflikt dveh oseb, ki sta upravičeno jezni – prva zaradi vedenja druge, druga zaradi pretiranega odziva prve

- **Princip pravočasnosti**
SPOROČILO MORA BITI ČASOVNO KAR SE DA BLIZU DOGAJANJU/VEDENJU, KI JE IZZVALO JEZO – omejitve (socialni kontekst – izražanje jeze pred drugimi lahko deluje kot premočan odziv)

INTEZIVNOST DOŽIVLJANJA →

I_____I_____I_____I

razdražljivost **jeza kot kronično razpoloženje** **emocija jeze** **afekt jeze (bes)**

← TRAJANJE

Slika 1: Ponazoritev razpoloženja, čustvovanja in afekta (jeza)

STRAH, PANIKA, GROZA

Opredelitev:

- **STRAH** – oseba ocenjuje, da je ogrožena neka njena vrednota/dobrina + da se ne more zoperstaviti ogrožajoči sili + **ve da se lahko umakne iz take situacije** – kognitivna triada strahu (3 komponentna ocena – grožnja + nezmožnost obvladovanja + možnost umika) – ne boji se objekta/situacije, ampak **akcije**, **dejavnosti**
- **PANIKA -** oseba ocenjuje, da je ogrožena neka njena vrednota/dobrina + da se ne more zoperstaviti ogrožajoči sili + **ne ve, ali se lahko umakne iz take situacije**

- **GROZA** - oseba ocenjuje, da je ogrožena neka njena vrednota/dobrina + da se ne more zoperstaviti ogrožajoči sili +**nima izhoda iz te situacije**
- **BOJAZEN** – skupno ime za strahove, usmerjene v prihodnost – PREVIDNOST, ZASKRBLJENOST, TREMA, ANKSIOZNOST

STRAH – hitra (samodejna) ocena grožnje, trenutna mobilizacija organizma + pripravljenost za prilagoditveno (adaptativno) vedenje.

INTEZIVNOST DOŽIVLJANJA →

I_____I_____I_____I

previdnost **strah kot kronično razpoloženje** **emocija strahu** **afekt strahu**

← TRAJANJE

Slika 2: Ponazoritev razpoloženja, čustvovanja in afekta (strah)

Zaupanje

Zmožnost empatije -> oblikovanje zaupanja:

= središčno gibalo odnosa med zdravstvenim delavcem in bolnikom

= osebi v odnosu druga za drugo verjameta, da sta **dobronamerni**, **zmožni** (kompetentni) in **pripravljeni** ravnati na zaželen in/ali dogovorjen način

→ ocena dobronamernosti izhaja iz empatičnega, čustveno izraznega odnosnega komuniciranja

Zaupanje:

→ bolnikova pričakovanja v zvezi z (o)zdravljenjem in s potekom in z izidom zdravljenja
→ bolnikovo celotno bio-psiho-socialno blagostanje

Ovire v odnosnem komuniciranju

1. **Časovni pritisk:** bolnik: podredljivo in prestrašeno vedenje, sprejemanje instrumentalne vloge objekta
2. **Uporaba komunikacijskih tehnik brez sočasnega osebnega angažmana in pristnosti** (empatje) = obrambno komuniciranje z rabo cinizma, resignacije, zaigrane skromnosti in/ali šaljivosti -> komunikacijske odtujitve -> bolnik: pričakovano (zaželeno) vedenje - koncept vloge »ustrežljivega« bolnika

ČUSTVA V KOMUNIKACIJI MED ZDRAVSTVENIM DELAVCEM IN BOLNIKOM

1. Profesionalec in bolnik **doživljata** čustva: pozornost v komunikacijskem polju običajno usmerjena na bolnikovo čustveno stanje (tesnobnost, depresijo, simpatijo ali antipatijo do zdravstvenega delavca); medosebno interakcijo profesionalec↔bolnik obarvajo tudi profesionalčeva čustva
2. Profesionalec in bolnik **izražata** čustva: simpatijo ali antipatijo drug do drugega; bolniki izražajo čustva tudi v zvezi s svojim stanjem
3. Oba **ocenjujeta čustva** drug pri drugem: informacija o odnosu (simpatiji ali antipatiji)

PRIMER: nebesedni znaki pri profesionalcu

- povezani z zadovoljstvom bolnikov
- vsebina besed in način govora so povezani z bolnikovo oceno, da je zdravstveni delavec **iskren**
- **sovražnost** in **zavračanje** v profesionalčevem glasu bolnika odvračata od upoštevanja navodil in celo od nadaljnjega zdravljenja
- **tesnobnost** ali celo **razdraženost** v profesionalčevem glasu bolnik običajno razume kot resnost in zaskrbljenost za njegovo trenutno stanje in prihodnje zdravje, če jih spremljajo pozitivna besedna sporočila (spodbude, tolažba)
- **čustvena izraznost profesionalca** (nasmejanost, spreminjanje izrazov obraza, kimanje) = pomemben dejavnik odnosa z bolnikom, povezan z izboljšanjem bolnikovega zdravstvenega stanja

ZAKLJUČEK

Profesionalčeva odgovornost za učinkovito sporazumevanje:

1. upoštevanje zakonitosti medosebnega zaznavanja
2. zavedanje lastne profesionalne vloge
3. upravljanje z lastnimi in s čustvi bolnika
4. spoštovanje temeljnih komunikacijskih zakonitosti
5. krepitev kompetenc za podporno komuniciranje, zmanjševanje ovir v komunikaciji in empatično delovanje

Nekaj tudi v knjigi:

SELIČ, Polona. **Novi odročnik : nebesedno sporazumevanje za vsakdanjo rabo**. Ljubljana: Inštitut za psihofiziološke študije Pares, 2007, 235 str., ilustr.

LITERATURA:

Ambady N, Hallahan M, Conner B. Accuracy of judgments of sexual orientation from thin slices of behavior. J Pers Soc Psychol 1999; 77: 538-47.
Ambady N, Koo J, Rosenthal R, Winograd CH. Physical therapists' nonverbal communication predicts geriatric patients' health outcomes. Psychol Aging 2002; 17: 443-52.
Arora N. Interacting with cancer patients: the significance of physicians' communication behavior. Soc Sci Med 2003; 57: 791–806.
Gabel LL, Lucas JB, Westbury RC. Why do patients continue to see the same physician? Fam Pract Res J 1993; 13: 133–147.
Gore J, Ogden J. Developing, validating and consolidating the doctor–patient relationship: the patients' views of a dynamic process. Br J Gen Pract 1998; 48: 1391–1394.
Ha JF, Longnecker N. Doctor-patient communication: a review. Ochsner J 2010;10: 38-43.
Lloyd M, Bor R. Communication Skills for Medicine (3rd ed.). New York: Churchill, Livingstone; 2009: 9-27.
Hall JA, Roter DL, Rand CS. Communication of affect between patient and physician. J Health Soc Behav 1981; 22: 18-30.
Hall JA, Epstein AM, DeCiantis ML, McNeil BJ. Physicians' liking for their patients: more evidence for the role of affect in medical care. Health Psychol 1993; 12: 140–6.
Hall JA, Harrigan JA, Rosenthal R. Nonverbal behaviour in clinician–patient interaction. Appl Prev Psychol 1995; 4: 21–37.
Hall JA, Roter DL, Milburn MA, Daltroy LH. Patients' health as a predictor of physician and patient behavior in medical visits: a synthesis of four studies. Med Care 1996; 34: 1205–18.
Hall JA, Horgan TG, Stein TS, Roter DL. Liking in the physician-patient relationship. Patient Educ Couns 2002; 48: 69–77.
Henrdon J., Pollick K. Continuing concerns, new challenges, and next steps in physician-patient communication. J Bone Joint Surg Am 2002; 84: 309–315.
Isen AM, Rosenzweig AS, Young MJ. The influence of positive affect on clinical problem solving. Med Decis Making 1991; 11: 221–7.
Marcinowicz L, Konstantynowicz J, Godlewski C. Patients' perceptions of GP non-verbal communication: a qualitative study. Br J Gen Pract 2010; 60: 83-7.
Milivojević Z. Emocije (5th ed). Novi sad: Prometej; 2004: 482-514.
Novack DH. Therapeutic aspects of the clinical encounter. J Gen Intern Med 1987; 2: 347–54.
Pandhi N, Bowers B, Chen FP. A comfortable relationship: a patient-derived dimension of ongoing care. Fam Med 2007; 39: 266–273.
Patrick CJ, Craig KD, Prkachin KM. Observer judgments of acute pain facial action determinants. J Person Soc Psychol 1986; 50: 1291–8.
Platt FW, Keating KN. Differences in physician and patient perceptions of uncomplicated UTI symptom severity: understanding the communication gap. Int J Clin Prac 2007; 61: 303–308.
Ridd M, Shaw A, Lewis G, Salisbury C. The patient-doctor relationship: a synthesis of the qualitative literature on patients' perspectives. Br J Gen Pract 2009; 59: 116-33.
Rosenberg EL, Ekman P, Jiang W. Linkages between facial expressions of anger and transient myocardial ischemia in men with coronary artery disease. Emotion 2001; 1: 107–15.
Roter DL, Frankel RM, Hall JA, Sluyter D. The expression of emotion through nonverbal behavior in medical visits. Mechanisms and outcomes. J Gen Intern Med 2006; 21 Suppl 1: S28-34.
Selič P. Novi odročnik: nebesedno sporazumevanje za vsakdanjo rabo. Ljubljana: Inštitut za psihofiziološke študije Pares; 2007: 11-4, 17-22, 26-35, 43-51.
Selič P. Družinska medicina na stičišču kultur - učenje veščin sporazumevanja. In: Kersnik J, ed. Družinska medicina na stičišču kultur. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD; 2004: 13-25.
Selič P. Socialna podpora in psihosocialni vidik zdravja v lokalni skupnosti. Družinska medicina 2006; 4 Suppl 4: 114-125.
Ule M. Psihologija komuniciranja. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede; 2005: 352-368.
Wiles R, Higgins J. Doctor–patient relationships in the private sector: patients' perceptions. Sociology of Health and Illness 1996; 18: 341–356.

Primer, ki ni poseben primer

Petra Kodrič, dipl. m. s.

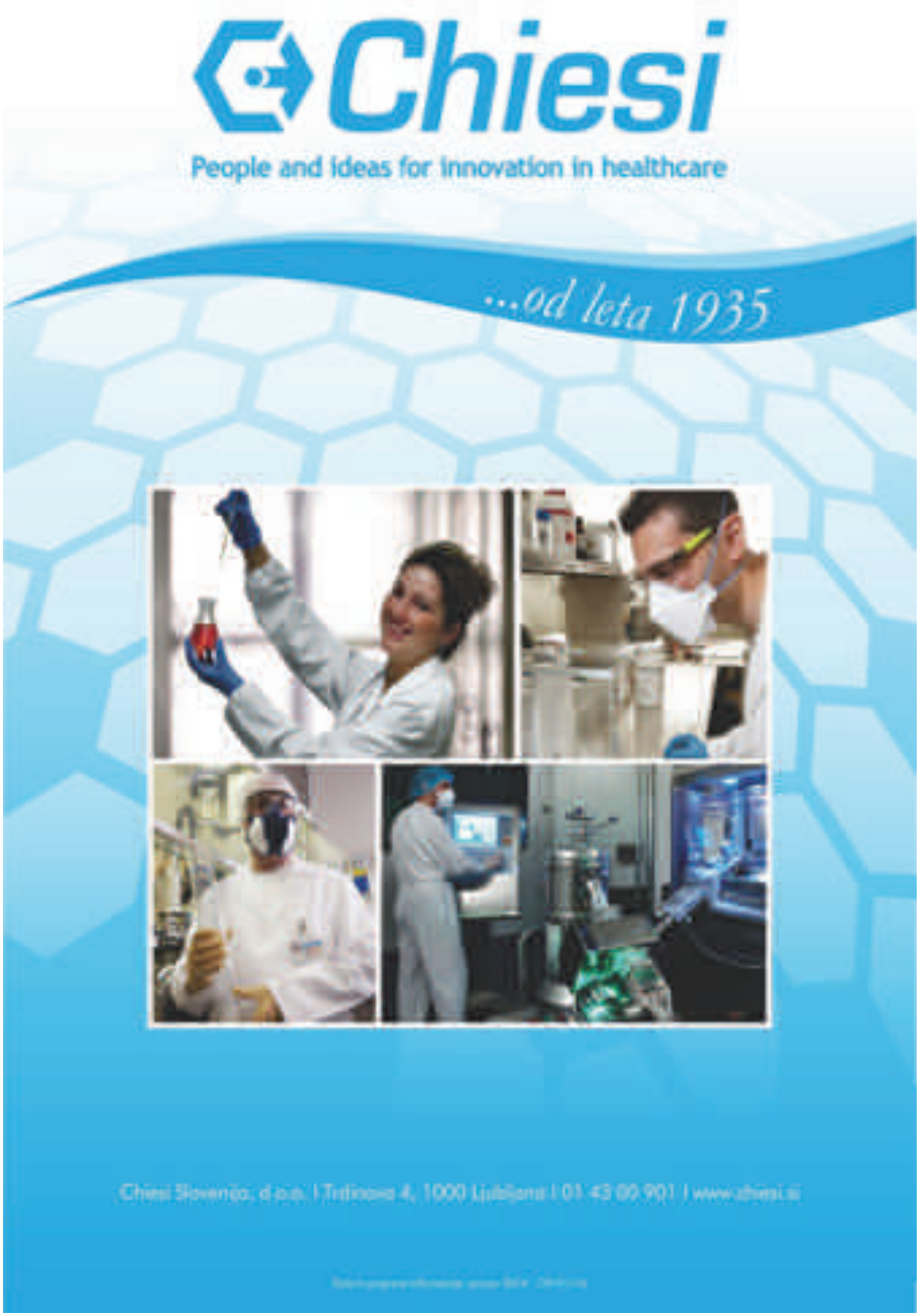
V zdravstvenem domu sem zaposlena od 1989 leta, od tega zadnjih 9 let v Centru za preprečevanje in zdravljenje odvisnih od nedovoljenih drog (CPZOPD). Predstavila bom svoja razmišljanja glede na zadnji dogodek, ko sva bila s sodelavcem ponovno izpostavljena »šikaniranju« iz lastnih vrst. Zaradi dela, ki ga opravljava.

Petek je in obema s sodelavcem je jasno, da bo dan zelo naporen, saj bo v ambulanto za podeljevanje substitucijske terapije prišlo ta dan približno 180 pacientov odvisnih od prepovedanih drog. Ura je 6.50 zjutraj. Zazvoni ne vem več kateri telefon. Vzamem slušalko, se prijazno predstavim, kljub temu, da sva s sodelavcem že imela manjši incident s pacientom, ki ni hotel razumeti, zakaj iz laboratorija ni njegovega izvida krvi, saj so mu ga obljubili prav do tega dne. Ker obvladava, vsaj mislim tako, že kar nekaj komunikacije z verbalno »neugodnimi« pacienti, sva s sodelavcem sama rešila neljub dogodek in mirno delala naprej. Jasno pa je, da vsak incident pušča posledice na najinem zdravju. Do te ure sva obravnavala že preko 30 pacientov. Nekateri prihajajo tako zgodaj, ker morajo v službo, nekaterim pa je to dnevni dogodek. Vsak ponedeljek in petek imamo v zdravstvenem domu za razliko od ostalih dnevov, prisotnega tudi varnostnika, ki je zadolžen za red.

Torej, ko sem se javila ponovno na telefon, zaslišim kot ničkolikokrat kričanje na drugi strani. Ni bil pacient, ampak kolegica, ki je prav tako zaposlena v zdravstvenem domu. Kričala je, kaj si predstavljamo, da naši pacienti motijo njihov delovni proces in da se zbirajo pred njihovimi vrati. V isti sapi je nadaljevala, da bi jih morali odstraniti oziroma postaviti pred zid. Zanjo najhuje pa je bilo, da je sploh niso opazili, ko je želela iz svoje pisarne. Samo sklepala sem lahko, po njenem vsaj 5 minutnem glasnem govoru, da bi tudi nas zaposlene najraje postavila prav tja, saj jih »podpiramo«. Glasno in jasno pove, da ona s takšnimi pacienti nikoli ne bi delala. Komaj me sliši, ko jo prekinem in ji razložim, da sem tudi jaz zaposlena v isti ustanovi, da imamo zaradi zagotavljanja varnosti zaposlenega v zdravstvenem domu tudi varnostnika. Ne neha. Z glasnim nastopom nadaljuje.

Takšnih in podobnih šikaniranj, ne samo neprimernega vedenja do urejenih pacientov, smo deležni ničkolikokrat tudi zaposleni v Centrih za preprečevanje in zdravljenje odvisnih od nedovoljenih drog. Vsi zaposleni v zdravstvu se na vseh področjih pogosto srečujejo s takšnimi ali drugačnimi pacienti pa se morda tega niti ne zavedajo. Ali imamo pravico, ko izvemo, da je nekdo odvisen od drog, da ga zato neprimerno obravnavamo? Je zato manj vreden? Smo tudi mi, ki delamo z njimi zato manj vredni?

Sprašujem se, od kdaj lahko zdravstveni delavci in zdravstveni sodelavci izbiramo paciente s kakšnimi bomo delali (z lepimi, grdimi, umazanimi, čistimi, smrdljivimi, mladimi, starimi, bolnimi, zdravimi,….)? Morda sem jaz takšno predavanje na šoli izpustila. Kakšnega si naj torej izberem jaz? Ali mar nismo tukaj ravno zaradi pacientov, takšnih in drugačnih? Zdravi pacienti nas pač ne potrebujejo.


Chiesi
People and ideas for innovation in healthcare
...od leta 1935
Chiesi Slovenija, d.o.o. | Tržaška 4, 1000 Ljubljana | 01 43 09 901 | www.chiesi.si

SUBSTITOL®

morfinijev sulfat

Za peroralno nadomestno zdravljenje (vzdrževalno zdravljenje) bolnikov odvisnih od opiatov.

- **prepričljiv varnostni profil** [1,2,3,4]
- **visoka stopnja, sprejetja in preference med bolniki** [1,2,3]
- **manj neželenih učinkov in/ali odtegnitvenih simptomov od standardne terapije** [1,2,3,4]
- **manjša potreba po dodatnem jemanju opioidov, benzodiazepinov** [2,3]
- **zmanjšana konzumacija alkohola in želja po njem** [3]
- **veliko izboljšanje bolnikovega splošnega stanja in vključenosti v socialno okolje** [1,2,3,6]
- **zmanjšanje bolnikove anksioznosti in depresije** [2,9]
- **ne povečuje telesne teže** [2]

mundipharma

MEDIS

Medis d.o.o., Brnčičeva 1,
Ljubljana, Slovenija,
www.medis.si, odvisnost@medis.si

Skrajšan povzetek glavnih značilnosti zdravila Substitol 120 mg in 200 mg trde kapsule s podaljšanim sproščanjem/ Kakovostna in količinska sestava: Substitol 120 mg trde kapsule s podaljšanim sproščanjem: Ena kapsula vsebuje 120 mg morfinijevega sulfata, kar ustreza 90 mg morfina. Substitol 200 mg trde kapsule s podaljšanim sproščanjem: Ena kapsula vsebuje 200 mg morfinijevega sulfata, kar ustreza 150 mg morfina. Za celoten seznam pomožnih snovi glejte poglavje 6.1. celotnega Povzetka glavnih značilnosti zdravila./ **Terapevtske indikacije:** Za peroralno nadomestno zdravljenje (vzdrževalno zdravljenje) bolnikov ki so odvisni od opiatov. Pri določanju indikacije za uporabo Substitola za nadomestno zdravljenje je treba upoštevati dokončna priporočila o narkotikih in predpisov kontroliranega izobraževanja o pravilnem nadomestnem zdravljenju v RS. Zdravilo Substitol lahko uporabimo le, če ima bolnik intoleranco za druga zdravila za nadomestno zdravljenje. Priporočeno nadomestno zdravljenje bolnikov, ki so odvisni od opiatov, mora izvajati pod ustrezno nadzorom in nadzorom in v okviru vzdrževalne psihosocialne podpore./ **Odmerjanje:** Zdravilo Substitol enkrat dnevno bolniki vzamejo 24 ur. Dnevni odmerek se predpiše individualno z uporabo kapsul ustreznih jakosti, 120 mg in 200 mg, tako, da bolnik vzame zdravilo enkrat na dan kot enkratni odmerek. Upoštevati moramo poseben dokončni predpisov o narkotikih, ki se nanašajo na zdravila z nadzorovanim sproščanjem. Ki vsebujejo morfin. Otroci in mladostniki: Zaradi omejenih podatkov o varnosti in učinkovitosti uporabe zdravila Substitol pri otrocih in mladostnikih, mlajših od 18 let, ni priporočljiva. Odmerki: Začetni odmerek zdravila Substitol je obično 120 mg na dan. Upoštevati moramo poseben dokončni predpisov o narkotikih, ki se nanašajo na zdravila z nadzorovanim sproščanjem. Ki vsebujejo morfin. Za več informacij o odmerjanju glejte spodnji odstavek "Začetek zdravljenja". Starejši bolniki (stari 65 let ali več): Podatki za starejše bolnike niso na voljo. Če je zdravljenje potrebno, moramo upoštevati, da se starejši bolniki in bolniki s slabim splošnim zdravstvenim stanjem bolj občutljivo odzivajo na morfin. Zato moramo biti pri postopnemu odmerka previdni. Bolniki z okvarjenim delovanjem ledvic ali jeter: Pri bolnikih z okvarjenim delovanjem ledvic ali jeter je priporočljivo zmanjšati odmerek. Začetek zdravljenja: Na osnovi predhodne uporabe drugačnih opioidov morfin bolj dovzetni odmerek 120 mg, da se tako izognemo neželenim posledicam odmerjanja. Upoštevati je treba kontrolirani nadzor, drugačne opioide (morfin) ustrezno, ki je na voljo na trgu. Upoštevati je treba tudi izpolne tolerance za opiate, ki se lahko pojavi v nekaj dneh. Dnevni odmerek moramo prilagoditi posameznemu bolniku, tako da se dnevni odmerek povečuje do odmerka, ki je bistveno potreben za izogibanje odtegnitvenim simptomom ali pa vsaj zelo zelo po opiatih. Pri bolnikih opioidni odmerek obstaja dnevnemu s 1-2 bolnik. Vzdrževalno zdravljenje: Dnevni odmerek je odvisen od dogovorjenega odmerka, ki je bistveno potreben za izogibanje odtegnitvenim simptomom ali pa vsaj zelo zelo po opiatih. Pri bolnikih s stabilno psihično in fizično stanjem je dnevni odmerek v splošnem 300 – 600 mg, in ga lahko po potrebi povečamo do 600-800 mg, ce je to potrebno za ustrezno zaviranje želje po opiatih. Terapija bolnika: V redkih primerih je lahko mogoče dnevni odmerek 800-1200 mg.Dnevnega odmerka 1200 mg ne bi naeli preseti. Možnost samostojnega zdravljenja je treba vedno ustrezno preiskati. Prehod z zdravljenja z metadonom na zdravljenje z zdravilom Substitol: Obstajajo razlike med odmerkoma je 1:5 do 1:8. Ij. dnevnemu odmerku bi ne smelo preseti. Možnost samostojnega zdravljenja je treba vedno ustrezno preiskati. Prehod z zdravljenja z metadonom na zdravljenje z zdravilom Substitol: Obstajajo razlike med odmerkoma je 1:5 do 1:8. Ij. dnevnemu odmerku bi ne smelo preseti. Prehod z zdravljenja z buprenorfinom na zdravljenje z zdravilom Substitol: Klinične izkušnje, pokazane v klinikah izkušnji, niso na voljo. Prehod z zdravljenja z drugimi zdravili, ki vsebujejo morfin, na zdravljenje z zdravilom Substitol: Biokvivalenca različnih zdravil s podaljšanim sproščanjem, ki vsebujejo morfin, ni zagotovljena. Posamezni je treba, da bolnik, ki kaznili je bil odmerek fiktiva do ustreznega odmerka, ne smeja preiti na drugo zdravilo brez poznavanja fiktivnega odmerka in klinične osnove. Zmanjšanje odmerka je pomembno odmerkom. Zmanjšanje odmerka mora biti postopno in lahko po potrebi traja tudi več mesecev, vš tovor je potrebno je poseben poznavati in spremljanje uskladitvena dodatnega uživanja opiatov (nadomestnega sredstvi vzorna). Nekatera poročila zdravljenja z zdravilom Substitol so znana za povzročitev odtegnitvene simptome, opaziti tolerance pa se ne v najkrajšem času mnogokrat. Kriza odmerka opaziti bodo bolniki pomislil se, je pri tudi zmaji dolže čas. Bolnikom je treba zato jasno in podrobno sporočiti glede opiatne tolerance in tveganja poravnave bolezni, vključno z lažnim povečkom odmerkom./ Naše uporabe: Bolnik mora kapsule popolnoma cele ter celotni dnevni odmerek vzeti kot enkratni odmerek. Druga možnost je, da bolnik pri odprtju celotno kapsulo (glede s podaljšanim sproščanjem) stresa v skodelico in jo vzame skupaj z nekaj vode ali pa celotno vsebino v hladni vodi in jo razline. Suspenzijo moramo popraviti neposredno pred uporabo, ker bi nekatrdno podaljšanega sproščanja izgubil. Bolnik pa bo opiatnega tveganja. Bolnika mora zdravnik seznani, da je pomembno uporaba edino sproščanjem in samo oblika zdravila. Ker mu jemati in podrobno sporočiti glede nadomestnega tveganja pri zlorabi. Kapsul ali vsebine bolnik ne smejo žvečiti ali drobiti, ročiti ali raztopiti, saj lahko to vodi do resnih neželenih učinkov ki so lahko potencialno smrtni ali povzročijo resni lokalne reakcije. V primeru s prehodom s narkotikih je treba zagotovitev dnevna jemanje zdravila pod nadzorom. Injizirat z tej cestnej se mešajo samo v primeru v primeru prehodom s narkotikih, s pusobno opuscanjem za sprožitev dokončni o zdravili z nadzorovanim sproščanjem, ki vsebujejo morfin./ **Kontraindikacije:** preobčutljivost za morfin (morfinijev sulfat) ali katerokoli pomožne snovi; depresija dihanja, prekomitna oslabelost, cirozo ali povečano nagnjenost k napadom bruhanja zaradi gnoj za pojav napadov, ileusa zaradi zaprtje, akutna vnetja trebušne votline, akutno alkoholizem, zlasti delirij, akutni in nekadetski, mlajši od 18 let, uporaba med nosečnjem, uporaba pred rojevanjem ali v 24 urah po njenem, kršenje zdravila v času nosečnosti in pripravnosti (glejte poglavje "Nosečnost in dojenje"). Posebna opozorila in previdnostni ukrepi: Sočasno jemanje odvisnic s pacientom ivegnjenjem. Posebna previdnost je potrebna pri bolnikih, z alkohol, ki vključujejo motnje alkoholna vnetna ali zaužitvijo izogibanje kortizolom motnjam, z motnjami zaščiti, s poškodbam nižjega tlakom, z anamnezo odvisnosti od alkohola s hipotrofijo s hipovolemijo, s cor pulmonale, z kronialni astma, z obstruktivnimi in vnetnimi obolenji crevesja, s sumom na paralitičen ileus (gastrectoma je takojšnja peckoistite zdravljenja z zdravilom Substitol), s hipotiroidizmom, z obolenji žolnega trakta, s pankreatitiho, z okvarjenim delovanjem ledvic, z okvarjenim delovanjem jeter, s hipertrofijo prostate z retikulnim urinom, s strikturo sečnice, kontrakcijo urinarnega trakta ali kolki sečil, z adrenokortikalno insuficienco, z adrenalnim tumorji (feokromocitom). Posebna previdnost pri bolnikih, ki prejemajo nadomestno zdravljenje: Morfin ima eniak profil učinkovitih in zlorabe kot drugi mocni opioidi. Bolnika moramo ustrezno vartovati, da lahko uživanje legalnih opiatov drugih zavnelov uzedinjeno Zvitnega sistema (npr. benzodiazepinov ali hipnotikov) ali drugih zdravil za nadomestno zdravljenje vodi do zemi zaradi zastoja dihanja, ki je posledici stopnjevanja depresije dihanja. V času nadomestnega zdravljenja moramo izvajati redne urinske teste na prisotnosti opiatov (vključno s kvantitativnimi testi), barbiturata, nelegalnih drogo in benzodiazepinov ter kokaina, amfetaminov ter opiatni prezrivokos. Pri velikih dnevnih odmerkih (npr. odmerki, ki presegajo 800 mg) moramo zelo pazimo spremljati telesne in duševne simptome. Pri uporabi večjih dnevnih odmerkov moramo razmisliti kako bi izboljšali možnost zagojenja zdravstvenega osebja s strani bolnikov (npr. z izrednio strogim nadzorom jemanja zdravila). Uporaba opioidnih antagonistov je povezana z odtegnitvenimi simptomi. V izogib odtegnitvenim simptomom je potrebno zdravstvene prekinitvi s postopnim znamenjanjem odmerkov v daljšem časovnem obdobju. Posebna previdnost pri zlorabi zdravila: Upoštevati moramo tveganje zlorabe zdravila s strani bolnika (npr. intravenska aplikacija narkotičnih vsebine kapsul). Poleg s podaljšanim sproščanjem se morajo zaščiti, ker bi povzročila nekontrolirano podaljšanega sproščanja in vodi do hitrega sproščanja zdravilne učinkovine. Vsebino kapsul v bolnik pod vplivom pogojem ni ene spirituali parenteralno, saj ta lahko vodi do hitrega povečanja Dvoiti koncentracij morfina do potencialno smrtnih koncentracij ter posledično bolnik nekoncen uzetran (radon. Sočasna uporaba alkohola ja zdravila Substitol lahko okrepi neželene učinke zdravila Substitol; uvajanje uporabi se je treba izogibati. Motnje pozornosti zlasti ob začetku z najnižjim odmerkom kapsul: vsaj zaradi zastoja dihanja, kot posledica izrednio hitre absorpcije, preobčutljivostne reakcije (padec pretrenega kvocega tlaka, ki vodi do cirkulacijskega šoka), lokalne reakcije, kot so tromboflebitis, abscesi ali nekroza injicirana, sistemske reakcije, kot so tromboembolija, ki napredujejo do pljučne embolije; bakterenizja, vključno s sepso in endokarditisom, odtegnitve energjenskih potrebnih snovi v retikuloendoteljalnem sistemu, kar povzroča hujšo granulom. Možne posledice dodatnega intravenske aplikacije zmrsi. Ki vsebujejo snovi npr. talcnjema vsebina kapsul, glivična granulomatoza zaradi smokca z napadajoče dopaminu, vključno s glivično hipertrofijo s vnetnim izidom, odtegnje smokca v očeu s poškodbo očesa zaradi vaskularizacije in delenega odstopa mrežnice; poročali so tudi o maksimni fibrozi, s katero je povezana izguba vida, kateriče vnetne reakcije v jetrih in ledvicah. Bolečina ipoti sočasno priporočamo odstopa v času nadomestnega zdravljenja: Analgetiki učinek morfina lahko zakrije simptome možnih sočasnih obolenj. Po potrebi moramo bolnikom priporočiti ustrezni in jih ustrezno upravljati. Bolečina, ki se pojavi med nadomestnim zdravljenjem, zahteva dodatno zdravljenje z analgetiki, potem ko smo preverili morje sprožile vzroke pri bolniku Bolnika je potrebno odkriti v podatni izvedi. Pri bolnikih s hudodnosno ali drugo operacijo za lajšanje bolečine moramo zdravljenje z zdravilom Substitol in katerokoli drugimi morfinskimi zdravili prekiniti 24 ur pred operacijo. Ta je mišičnim nadaljevanje zdravljenja z zdravilom Substitol, moramo odmerjanje po operaciji ponovno prilagoditi./ Medsebojno delovanje z drugimi zdravili in drugo obliko interakcij: Alkohol lahko poveča farmakodinamične učinke zdravila Substitol, zaradi česar se je treba izogibati. Morfin poškoduje učinke pomirjevali, antistrikov, hipnotikov in sedativov, kot so fenotiazini, mišnih relaksantov in centralna delujoči antihipertenzivov. Kombinacija z benzodiazepini pov tako povzroče centralno depresijo dihanja in poučite nagnje zastoja dihanja. Dodatno lahko predpišemo benzodiazepine le, ce je to jasno indicirano. Kombinacije se moramo izogibati pri bolnikih, pri katerih je smiselno izvajanje zlorabe. Potrebno je kontrolirano spremljanje dihanja zaradi zlorabe. Ki delujejo antihistaminergičnih (npr. psihofarmaki, antihistaminiki, antiparkinsonski), lahko povzroča antihistaminergične neželene učinki opioidov (npr. konstipacijo, suha usta, motnje uriniranja). Sočasni uporabi zaviralcev monoaminooksidazad ali prekinitvi zdravljenja z njimi pred manj kot dvema tednoma se moramo dosledno izogibati. Prav tako do živilenjsko ogrožujoči interakcij v delovanju osrednjega živnega sistema, dihal in oktofil. Bolnikom, ki se zdravo s zatimi opiatnimi agonisti, ne smemo aplicirati nefaktih opioidnih agonistov/antagonistov (npr. buprenorfina, nalbufina, pentazocina). Omeitelin zavira preskvaro morfina. Rifampicino lahko znanja plazemske koncentracije morfina. Farmakokoretični podatki o sočasni uporabi nitanavira z morfinom niso na voljo. Nitonavir izaziva jetrne encime, odgovorne za glukuronidacijo morfina, ter lahko tako zmanjša plazemske koncentracije morfina./ **Nosečnost in dojenje:** Zdravilo Substitol lahko med nosečnostjo predpišemo le, če prikazovane koristi jasno opravičujejo možna tveganja za nosečnosto otroka.V spotaznem se mora nadomestno zdravljenje osnovano izvajati v zato specializiranih ustanovah in prostorih. Kri so poskusi na živalih pokazali, da je morfin teratogoticen, opojna uporaba v času nosečnosti in pripravljiva. Zaradi tveganja za neonatalno depresijo dihanja jeve tako ni priporočljiva nyrgna uporaba med porodom. Morfin lahko med nosečnostjo predpišemo le, ce prikazovane koristi jasno opravičujejo možna tveganja za nenajevna zlorabe. Po dolgotrajno uporabi morfina v času nosečnosti lahko pri nenarojenčku pričakujemo odtegnitvene simptome ali znake depresije dihanja in jih moramo po potrebi zdravniti z specifičnim opioidnim antagonistom. Morfin prehaja v materino mleko. Uporaba zdravila Substitol v času dojenja je kontraindicirana / Neželeni učinki: Odvisno od uporabljenega odmerka lahko morfin povzroči depresijo dihanja in sedacijo različnih stopenj – od manjše utrujenosti do dremavosti. Najpogostejši poročana neželena učinka morfina sta zaprtost in slabost. Zaprtost zdravimo profilaktično z uporabo primernega odvajala. Slabost in bruhanje lahko nadzorujemo z antiemetiki. Pojavovi, izzvani učinkov je odvisna od tolerance odmerka od opiatov. Ocenjeni so ročnimi učinki pogostejši pri bolnikih, ki je vsej zmali opiatov za pogoji nemen neželenih učinkov preberite Celoten povzetek glavnih značilnosti zdravila./ **Pakiranje:** Škatla s 28 kapsulami / **Način in mesto izdaje:** Z. / Predpisovanje in izdaja zdravila je le na recepti, zdravilo pa se uporablja samo v javnih zdravstvenih zavodih ter pri pravnih in fizičnih osebah, ki opravljajo zdravstveno dejavnost./ **Imetnik dovoljenja za promet:** Medis, d.o.o., Brnčičeva 1, Ljubljana, Slovenija/ **Datum zadnje revizije besedila:** 8.8.2011

Celoten povzetek glavnih značilnosti zdravila in podrobnejše informacije o zdravilu so na voljo pri imetniku dovoljenja za promet z zdravilom. Substitol tablete vsebujejo opioidni analgetik.

Literatura: 1. Mathieu-Kostrer F et al., Addiction 2009, 104: 1543–1551 / 2. Vasiliev OM et al., Eur Addict Res 2006, 12: 53–60 / 3. Kostrer A et al., Addiction 2008, 103: 1837–1846 /4. Mitchell JB et al., Drug Alcohol Depend 2003, 72: 85–94/ 5. Mitchell JB et al., Addiction 2004, 99: 940–945 / 6. Eder H et al., Addiction 2005, 100: 1501–1509

Svetovalne in motivacijske tehnike za delo s pacienti II

Potrebe po superviziji v zdravstveni negi

Strunjan, 2014

Danilo Švarc, dipl. zn.

Supervizija

Supervizija je tudi specifična metoda vodenja, ki je lahko del treninga ter stalnega strokovnega izpopolnjevanja praktikov in vodstvenih delavcev na različnih področjih, predvsem v poklicih, ki vključujejo čustveno intenzivno in metodično zahtevno delo z ljudmi.

Supervizija

Supervizija je svetovalni proces o dilemah in konfliktih v poklicnih interakcijah. Zanjo je značilno naslednje:

- je oblika svetovanja, ki se odvija med supervizorjem in supervizantom,

- je proces, ki poteka po določenih zakonitostih; predmet supervizije so poklicne dileme ali konflikti na delovnem mestu,

- težišče refleksije je lastno ravnanje in čustvovanje v poklicnih situacijah,

Vrste supervizije

Poznamo več vrst supervizije. Najpogostejše so:

- individualna supervizija,

- skupinska supervizija,

- timska supervizija,

- intervizija,

- diadna supervizija.

Supervizija

- v procesu supervizije raziskuje supervizant interakcije med deli sistema (npr. med.sestra - pacient, vodstveni delavci – podrejeni, itd.),

- supervizant preko lastnih izkušenj prihaja do novih strokovnih in osebnih spoznanj, integrira praktične izkušnje s teoretičnim znanjem, se razbremenjuje napetosti in stresov in kontinuirano izgrajuje svojo strokovno indetiteto.

Supervizija v zdravstveni negi

Supervizija usposablja medicinske sestre, da postanejo boljši praktiki in jih vzpodbuja k raziskovanju tistih področij v njih samih, ki bi jih lahko pri delu zavrla. Supervizijski proces je lahko pot, da se tega medicinska sestra sama zave. S pomočjo supervizorja pogleda v lastno notranjost in razišče svoja lastna čustva. To omogoča identifikacijo obojega: lastnih moči in slabosti.

Supervizija v zdravstveni negi

Ko medicinska sestra pomanjkljivosti odstrani, razširi osebno razumevanje je mnogo bolj učinkovita pri delu z bolniki. Z znanjem in ozaveščenostjo medicinska sestra zmanjšuje možnost prekomerne identifikacije z bolnikom. Če medicinske sestre vedo, zakaj so žalostne ali jezne, lažje napravijo korak nazaj in sprejmejo širši pogled na bolnikove probleme. Zaradi tega se potem lažje vživijo v bolnika in so učinkovitejše v negovalnih postopkih.

Raziskava

V naši raziskavi smo uporabili kvantitativno metodo raziskovanja s pomočjo anketnega vprašalnika. Le ta je vseboval 15 vprašanj, zaprtega, polodprtega in odprtega tipa z večstransko izbiro podanih odgovorov.
V raziskavo smo vključili 22 izmed 35 članov negovalnih timov v 18 CPZOPD po Sloveniji.

Supervizija v zdravstveni negi

Supervizija omogoča članom negovalnih timov razpravljanje o zdravstveni negi v varnem in podpornem okolju. Skozi udeležbo pri superviziji so člani negovalnih timov zmožni zagotoviti povratne informacije in prispevek njihovim stanovskim kolegom k povečanju razumevanja kliničnih vprašanj.

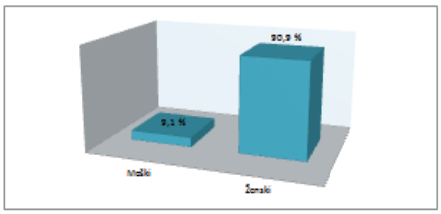
Raziskovalna vprašanja

Raziskovalno vprašanje št. 1:
Kolikšna je vključenost članov negovalnih timov v CPZOPD v proces supervizije?
Raziskovalno vprašanje št. 2:
Kako pogosto prihaja do konfliktov in nasilja nad člani negovalnega tima zaposlenimi v CPZOPD?
Raziskovalno vprašanje št. 3:
Ali člani negovalnega tima v CPZOPD poznajo pojem in pomen supervizije?
Raziskovalno vprašanje št. 4:
Ali člani negovalnega tima v CPZOPD izražajo željo po sodelovanju v supervizijskem procesu?

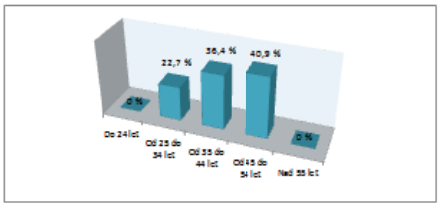
Supervizija v zdravstveni negi

V tem pogledu je supervizija ustvarjena za strokovno izobraževalno funkcijo. Priložnost za razpravljanje o splošnih vprašanjih glede oskrbe pacientov tudi podpira priložnosti za razvoj skladnih pristopov k posameznim pacientom in njihovim družinskim članom.

Spol anketirancev



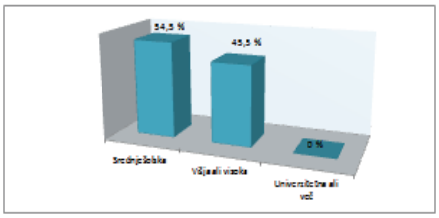
Starost anketirancev



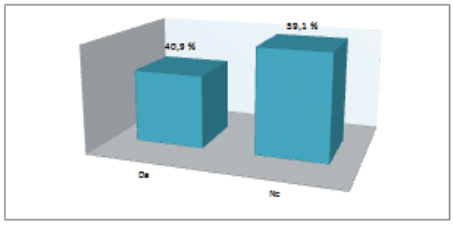
Raziskovalno vprašanje št. 1

Kolikšna je vključenost članov negovalnih timov v CPZOPD v proces supervizije?

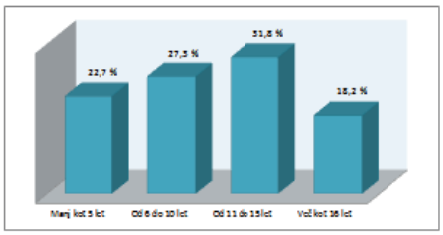
Stopnja izobrazbe anketirancev



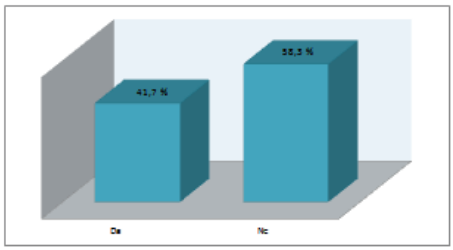
Vključenost v supervizijski proces



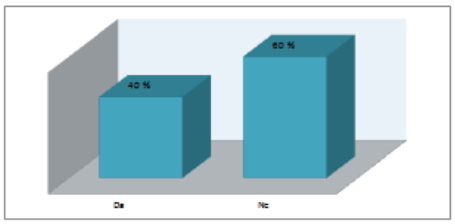
Število let zaposlitve v CPZOPD



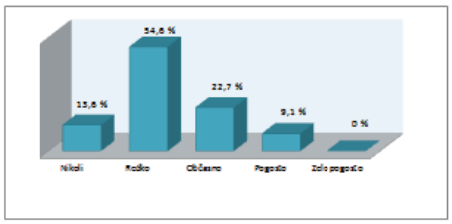
Vključenost v supervizijski proces anketiranci s srednješolsko izobrazbo



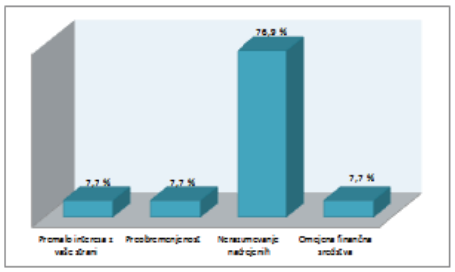
Vključenost v supervizijski proces anketiranci s višjo ali visoko izobrazbo



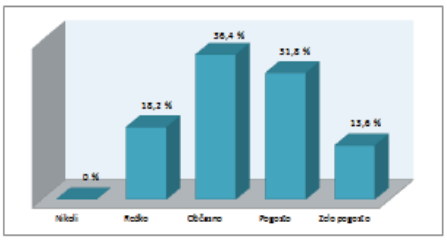
Pogostost srečevanja s fizičnim nasiljem s strani pacientov



Razlogi za ne vključenost v supervizijski proces



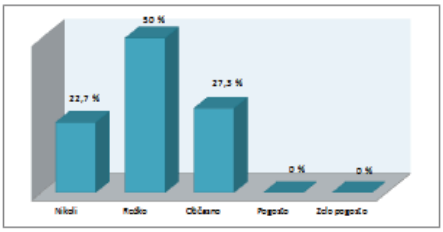
Konflikti s pacienti



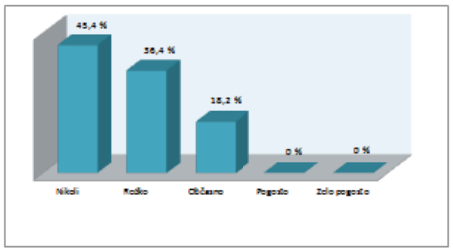
Raziskovalno vprašanje št. 2

Kako pogosto prihaja do konfliktov in nasilja nad člani negovalnega tima zaposlenimi v CPZOPD?

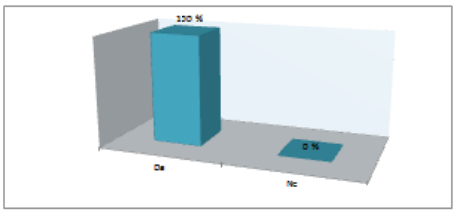
Konflikti s člani zdravstvenega tima



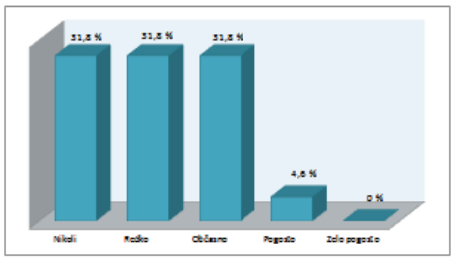
Konflikti s člani negovalnega tima



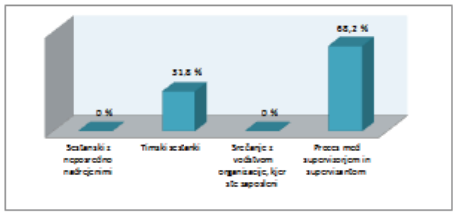
Pojem supervizija



Konflikti z nadrejenimi



Razlaga pojma supervizija



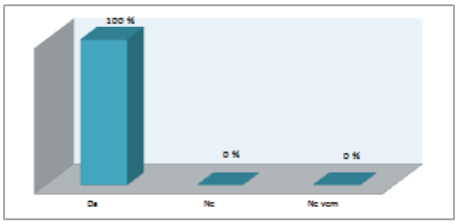
Raziskovalno vprašanje št. 3

Ali člani negovalnega tima v CPZOPD poznajo pojem in pomen supervizije?

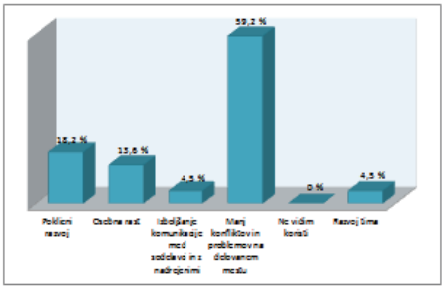
Raziskovalno vprašanje št.4

Ali člani negovalnega tima v CPZOPD izražajo željo po sodelovanju v supervizijskem procesu?

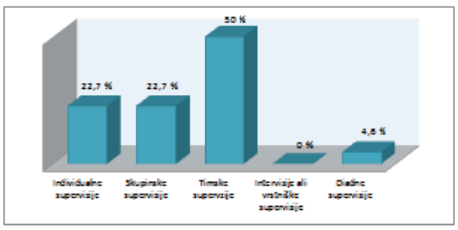
Udeležba v supervizijskem procesu



Najpomembnejša korist supervizije



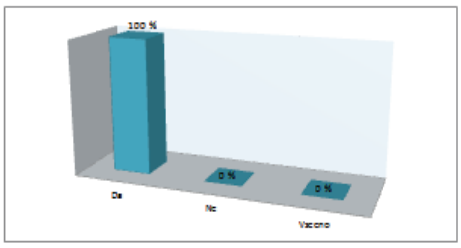
Vrsta supervizije, ki bi se je najraje udeležili



Sklep

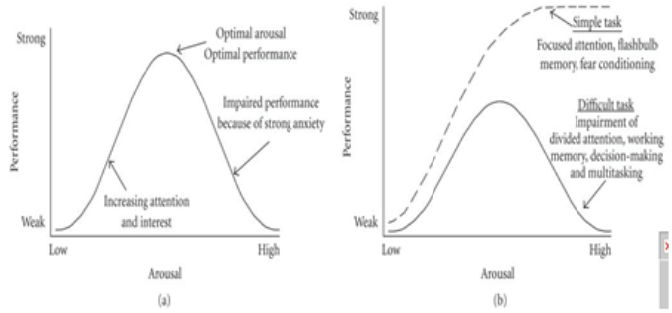
Člani negovalnih timov v CPZOPD imajo veliko nalog in so zelo obremenjeni. Na delo se vsakodnevno srečujejo s konfliktnimi pacienti, ki v Centre prihajajo pod vplivom različnih psihoaktivnih snovi. Nemalokrat so žrtve fizičnega nasilja, kar je pokazala naša raziskava.
Nadrejeni in vodstvo ustanov bi se moralo zavedati pozitivnega učinka supervizije na zaposlene, zato bi naloga nadrejenih morala biti, da vsem članom negovalnih timov omogočijo vključitev v proces supervizije.

Korist supervizije vpoklicnem razvoju



Večne teme v odvisnosti: vnos spremembe motivacijski intervju

MAJA RUS MAKOVEC



Diamond DM, Campbell AM, Park CR, Halonen J, Zoladz PR. The Temporal Dynamics Model of Emotional Memory Processing: A Synthesis on the Neurobiological Basis of Stress-Induced Amnesia, Flashbulb and Traumatic Memories, and the Yerkes-Dodson Law. Neural Plasticity 2007. doi:10.1155/2007/60803

Odvisnost: spremenjena nevrobiologija in neprilagojeno vedenje
Ali odvisni ljudje nočejo ali ne morejo obvladati svojega vedenja
Če ga ne morejo, koliko se lahko potrudijo
Kdo je odgovoren za spremembo
Ali smo terapevti na področju odvisnosti elastični & spremenljivi

Odnos do procesa spremembe je pomembnejši kot sama tehnika intervence

- Vloga terapevta v motivaciji za spremembo - ima drugačno vlogo kot pomočniki nestrokovnjaki
- Odgovoren je za čim boljši proces motivacije, ne pa za končno spremembo
  - Omnipotentne fantazije
- Do katere mere "role model"
- Terapevt kot katalizator spremembe
- Terapevt zmožen samorefleksivnosti & meta pozicije
- Sugestiven terapevt?
- Nekateri pacienti zmorejo veliko manj, drugi pa veliko več kot mi
- Ali pacienti
  - Ne morejo: kaj jih ovira, kaj bi jim pomagalo
  - Nočejo: ugotoviti razloge; ali je možno prisiliti k spremembi

Ali več truda zagotavlja tudi boljši rezultat

- Kaj je prava mera – probleme s tem imajo pacienti, svojci in terapevti odvisnosti
- Paradoksnost odvisniškega vedenja in doživljanja
  - Šibak odziv na močne dražljaje
  - Močan odziv na šibke dražljaje
  - Občasno lahko dobro funkcionirajo, a praviloma ravno takrat ne, ko bi bilo treba
- Percepcija & odziv odvisnega človeka na dramatično posledico odvisnosti
  - 1. ni zmožen ustrezne percepcije
    - Aferentno nitje
    - Kognitive okvare
  - 2. zmožen ustrezne percepcije
    - Zanikanje
    - Zavedanje problema dvigne tesnobnost, strah, sram, krivdo, česar ne more tolerirati
    - Zavedanje problema dvigne tesnobnost, strah, sram, krivdo, kar sproži spremembo

Sprememba navad

- Navade prekinemo z nekaj odločnosti in pri tem ne potrebujemo globljega samorazumevanja ali psihoanalize našega otroštva
- Zakaj pogosto neuspešni
- Premalo ambivalence – na mnogih področjih nam gre lahko dobro, ni tako zelo hudo, sistem to nehote vzdržuje …
- Energetska komponenta je zelo pomembna: navade vendarle do te mere oblikujejo stabilne nevronske povezave, da se je treba do določene mere v nov tip vedenja siliti (in pri tem vztrajati)

Dilema o spremembi
Drastično reševanje problemov z odvisnostjo?
Ravno prav velika sprememba
Nevarnost postavljanja pogojev

	[illegible]	[illegible]
VARNO	VARNA [illegible]	VARNA NEGOTOVOST
NEVARNO	NEVARNA [illegible]	NEVARNA NEGOTOVOST

Velja tudi za terapevtov stil dela

Odgovornost svojcev

- Če družina sodeluje oziroma podpira zdravljenje mladega odvisnika, to ni zagotovilo, da bo pacientu zagotovo šlo na bolje
- Če pri mladih odvisnikih družina ne sodeluje oziroma ne podpira zdravljenja, se bo zdravstveno stanje tega mladega človeka samo še slabšalo
- Za zasvojenega pacienta so podporni odnosi svojcev pomembnejši vir moči za zdravljenje kot formalne terapevtske intervence v zdravljenju
- Dober motivator ne sprejema odgovornosti za končno spremembo drugega človeka nase, pač pa sprejme odgovornost, da bo pri motiviranju strokoven, zavzet (motiviran za motivacijo), vztrajen in potrpežljiv.

Odgovornost za spremembo

- "Vsak lahko vpliva le na sebe, ne more pa na drugega" – vendar tudi kontekst določa naše vedenje
- "Sam mora sprevideti" – kaj pa, če ne more?
- **"Odvisnik mora pasti na dno": če čakamo na »dno«, je lahko narejena prevelika škoda, ki bi se ji pogosto dalo izogniti**
- "Odgovornost odvisnika, da se odloči za zdravljenje" – narava te bolezni je, da je moten čut za odgovornost, torej je okolica odgovorna, da zahteva in spodbuja zdravljenje (ne pa za končno vedenjsko adherenco odvisnega)
- "Takoj nehaj ... " – če bi to lahko, potem ne bi bil zasvojen; zahtevati je treba, da gre **takoj v proces zdravljenja**

Odvisnost je bolezen motivacije

- 1950: podgana nadaljuje s stimulacijo na račun hrane
- Nucleus accumbens prejema signale iz področij možganov za
  - Pozornost, odločanje, čustvene spomine
  - MOČNO POVEČANA POZORNOST NA DRAŽLJAJE, POVEZANE Z DROGO
  - OKVARJENA ZMOŽNOST ODZIVA NA NARAVNE NAGRAJEVALCE

Epigenetika – z ustrezno motivacijo vplivamo na izražanje genske danosti Kendler et al 2003

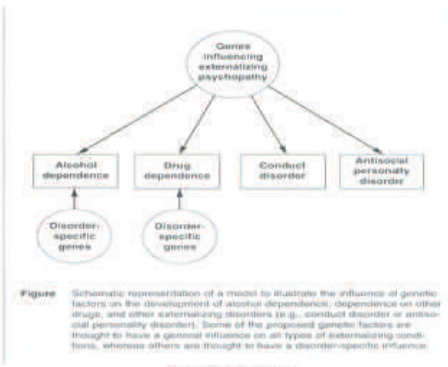


Figure Schematic representation of a model to illustrate the influence of genetic factors on the development of alcohol dependence, dependence on other drugs, and other externalizing disorders (e.g., conduct disorder or antisocial personality disorder). Some of the proposed genetic factors are thought to have a general influence on all types of externalizing conditions, whereas others are thought to have a disorder-specific influence.

Ali se možgani lahko spremenijo
DA, ČE SE TRUDIMO

- Nevroplastičnost - Vseživljenjska zmožnost možganov, da na podlagi novih izkušenj prerazporejajo živčne poti
- KAJ POMAGA PRI TEM
  - Učenje
  - Psihoterapija
  - Dolgotrajni podporni & dobri odnosi ("tovarištvo" kot nagrada za trud)
  - Telesno gibanje
  - Zdravila
- TEGA TRUDA NE MORE OPRAVITI NIHČE NAMESTO NAS: Brez lastne proaktivnosti se pač ne spreminja nevrobiologija
- NE GRE ZA TO, DA JE SPREMEMBA LAHKA, AMPAK DA JO LAHKO V DOLOČENEM TRENUTKU LAHKO NAREDIMO

Heterogenost vzrokov, oblik, intenzitete, posledic odvisnosti

- "Ljudje so različni, torej ne prodajate majice samo z eno številko"
- Motivacija za samozdravljenje
  - Ne prehuda biološka zasvojenost
  - Zmožnost toleriranja negativnih razpoloženj v preobrat
  - Poudarek na samoučinkovitosti

"Rad bi se pozdravil sam"

- Motivacija
  - funkcija vzburjenja (affective function)
  - usmerjanja (cue function)
  - čustva kot vir energije

Kontemplacija

- Človek namerava napraviti neko akcijo v roku 6 mesecev
- Zavedanje o težavnosti opuščanja odvisniškega vedenja
- Odnos ljubim-sovražim lahko zadržuje odvisnega človeka v tej fazi zelo dolgo obdobje: »kronična kontemplacija« ali »vedenjsko odlašanje«
- Ta tip ljudi je povsem neprimeren za tradicionalne programe, ki so usmerjeni v akcijo
- Pomembno je, da terapevt ne postane vzdrževalec ne-spremembe
- Koliko časa vztrajati; ena od možnosti je daljša priprava na zaključevanje terapije, če ne bo sledila intenzivnejša faza spremembe
- Predlagamo, da prekinemo obravnavo s povabilom, da se pacienti oglasijo, ko bo prišlo do spremembe (na boljše ali na slabše)

Terapevtske intervencije, ki naj bi imele učinek na splošno populacijo odvisnih ljudi

- Transteoretični model spreminjanja vedenja Prochaska & Di Clementov model
- **Prekontemplacija**
- Računati je, da ljudje iz te faze ne nameravajo načrtovati akcije v naslednjih šestih mesecih
- Lahko neinformirani o posledicah vedenja
- Morda poskušali svoje vedenje spremeniti že večkrat in so zaradi neuspeha demoralizirani
- V tej fazi se ljudje izogibajo, da bi brali, se pogovarjali ali razmišljali o svojem visoko tveganem vedenju
- V tej fazi nekateri leta in sebi in drugim povzročajo vedno večjo škodo
- Podcenjujejo dobrobiti spremembe in precenjujejo težave pri opuščanju odvisniškega vedenja

- **»Priprava«** - namera za izvedbo akcije v neposredni prihodnosti, največkrat v prihodnjem mesecu
  - Tipično, da v preteklem letu preizkušali neko pomembno akcijo
  - Primerni za vključitev v programe, ki so orientirani v akcijo
- **»Akcija«** - Dejansko poskušanje novih oblik vedenja
  - Štejejo tiste modifikacije vedenja, ki zadovoljivo znižajo tveganje bolezni
- **»Vzdrževanje«** - skušnjave in trening samoučinkovitosti obvladovanja trajajo od 6 mesecev do pet let
  - Pogost razlog za recidiv je, da ljudje niso dovolj dobro pripravljeni na napore vzdrževanja
  - Pogosto podcenjevanje napora za vzdrževanje
- **»Zaključna faza«** - odvisni ljudje ne čutijo več skušnjave in imajo polno zaupanje vase, ne glede na zelo neprijetne občutke, težave v življenju ipd.

Tradicionalni programi zdravljenja za ljudi v tej fazi pravzaprav niso bili pripravljeni in so jih ocenjevali kot v odporih, nemotivirane ipd.

- Čakanje na to, da nekdo doseže »dno«, je zelo **pasivna drža** potencialnih pomočnikov
- Metoda **Motivacijskega intervjuja** izrazito spodbuja **pro-aktivno držo** do motivacije zasvojenih pacientov v prekontemplacijski fazi
- Če smo prepričani, da »govorjenje ne pomaga«, ampak da je "potrebna akcija", potem smo spregledali fazo, v kateri ljudje začnejo razmišljati, da nekaj ni v redu in jo poimenujemo **»kontemplacija«**
- Nagrada za spremembo se mora povečati, če se prestopi iz faze prekontemplacije

Motivacijski intervju & metoda olajševanje motivacije
Motivational interviewing (MI) & Motivational enhancement (ME)

- Motivacijski intervju sta opisala avtorja (Miller WR in Rollnick S) kot v klienta usmerjeno direktivno metodo za olajševanje intrinzične motivacije za spremembo z raziskovanjem in razreševanjem ambivalence
- **Direktivnost pomeni v tem primeru usmerjanje aktivnosti, ne pa siljenje ali ukazovanje**
- MI je primarno **stil interakcije** s pacienti, ki je tudi osnova ME
- ME kot tehnika vsebuje dodatno sistematično povratno informacijo pacientu o njegovem vedenju
- Model slonina
  - premisi Rogerijanske terapije
  - na Prochaska in DiClemetovem transteoretičnem modelu
  - na vedenjskih metodah

MI upošteva štiri osnovne principe

- Niso unikatni za MI, čeprav so kombinirani in poudarjeni na nov način

1. Izražanje empatije – poskusimo razumeti in sprejeti pacientov pogled brez sodbe ali sovražnosti
   1. empatija kot koncept pravilno razumljena ali ne?
   2. ne pomeni, da pristanemo, da pacient dela, kar hoče

2. Razvijanje ambivalence: voditi pacienta, da bo razumel razliko med vedenjem in globlje zakritimi vrednotami, na katere je morda pozabilže sam

3. Z odpori pacienta se ne spopadamo, ampak jih skušamo prepoznati in razumeti; znak nekongruentnosti med cilji terapevta in pacienta.

4. Spodbujanje samoučinkovitosti – odstop iz vloge eksperta

- MI je najprimernejši za paciente v prekontemplativni ali kontemplativni fazi
- Je manj primeren za paciente v akcijski fazi

- MI je lahko
  - stil sam zase (na primer kratke intervence)
  - prekurzor drugi metodi ali dodatna intervenca k zdravljenju (medikacija)
  - enkratna seansa, včasih pa dolgo obdobje

- »Novost« MI je v **pro-aktivnem pristopu** k motivaciji pacienta, ki je v odporih

- Razlika od prejšnjih paradigem
  - Pasivno čakali, da se pacientu stanje dovolj poslabša
  - Poskušali motivirati z velikimi pritiski
  - Izguba upanja

- Napačno razumljen izraz "konfrontacija"

Kaj MI ni

- MI ne pomeni biti zgolj prijazen do pacienta. Empatija sama po sebi ni zadovoljiv faktor za spremembo. Biti empatičen do pacienta ne pomeni, da mu v vsem ustrežemo ali da dajemo potuho.

- Ne velja, da se tehnika MI nujno uporablja za vsakega zasvojenega pacienta – nekateri so to fazo še prešli

- Ne velja, da pacienti, ki niso kritični, niso primerni za zdravljenje s to metodo – ravno slabo motiviranim pacientom je namenjena ta metoda

Zdravniki in terapevti nismo sodniki, policisti, maščevalci - ampak zdravimo

- MI sestavljajo kratke intervence, ki pomagajo pacientu ugotoviti in razrešiti njegovo **razdvojenost** (ambivalenco) glede spremembe vedenja

- Tehnika MI se izrazito usmerja v tematiko pogovora o spremembi – **»change talk«**
  - Gre za samomotivacijske ugotovitve, kdaj nazadnje je pacient opazil spremembo pri sebi,
  - kaj jo je spodbudilo,
  - kaj jo je pomagalo vzdrževati
  - izrazito iščemo epizode, ki kažejo, da je pacient poskušal spreminjati svoje vedenje – "izjeme"

Kratke intervence v medicinskih kontekstih

- Informacija glede osebnega tveganja zaradi uživanja PTS (»Feedback«)

- Odgovornost pacienta za spremembo vedenja («Responsibility«)

- Svetovanje (»Advice«); pri škodljivem uživanju PTS svetujemo vsaj zmanjšanje uživanja, pri začetni odvisnosti svetujemo abstinenco

- Ponudimo različen spekter možnosti, kako to doseči (»Menu«)

- Izkazovanje empatije za pacientovo situacijo; razumevajoče poslušanje (»Expressing Empathy«)

- Podpora pacientovi samo-učinkovitosti (»Self-efficacy«); vzbujanje upanja, da je pacient zmožen spremeniti svoje vedenje.

Za domov

- Ena sama seansa MI zmanjša izpad pacientov iz programa od 75 % na 50 % izpada, informacija o zdravljenju nič Connors et al. 2002
- Zasvojeni ljudje so zelo različni in v različnih fazah
- Kanček zdrave skeptičnosti do teorij – zemljevid ni teritorij
- Tolerirati negotovost – zaupati v svoje zmožnosti motivacije & dostopni za razvoj

M Rus Makovec Jan 2014

SVETOVALNE IN MOTIVACIJSKE TEHNIKE- PREDSTAVITEV PRIMERA

Metka Debevec-Švigelj, CPZOPD Ljubljana

STRUNJAN, 23.1.2014

MOTIVACIJA IN TERAPEVTSKI DOGOVOR

- za skrb za telesno zdravje (zdravstveni pregledi, testiranja, cepljenje, zdravljenje hepatitisa C)
- za izogibanje vsakršne nasilnosti v Centru in okolici
- za upoštevanje prostorov ZD in okolice kot lokacije, kjer se ne uživa in ne preprodaja drog in drugih PAS

ALI ZNAMO SPREMENITI SVOJ LASTNI ODNOS DO PROBLEMOV NAŠIH PACIENTOV?

- Ali imamo problem mi?
- KOGNITIVNA KOMPONENTA
- EMOTIVNA KOMPONENTA
- VEDENJSKA KOMPONENTA

PREDSTAVITEV PRIMERA

- pacient je bil, v starosti 35 let, po šestih letih uživanja heroina, sprejet v program zdravljenja z metadonom
- po enajstih letih vključenosti v program še vedno živi kot brezdomec, kljub posredovanju socialne službe
- v tem času bil v zaporu, zdravljen v bolnišnici
- bival v avtu, parkiranem pred zdravstvenim domom,

MOTIVACIJA IN TERAPEVTSKI DOGOVOR

- za vključevanje v različne psihosocialne obravnave v Centru (CPZOPD) ali izven njega,
- za spoštljivo vedenje do pacientov in terapevtov,
- za upoštevanje navodil in odgovorno ravnanje z zdravili, vključno s substitucijo

PREDSTAVITEV PRIMERA

- zadrževal, polegal in plazil se je po tleh v avli zdravstvenega doma
- drobil in snifal tablete v čakalnici
- konfliktnega vedenja, žaljivega odnosa do pacientov, osebja, mimoidočih
- zaradi hudo pomanjkljive higiene, neznosno zaudarjajoč
- odvijanje obvez, praskanje po gnojnih ranah na nogah, v avli in okolici zdravstvenega doma

UKREPI TIMA CPZOPD

- zaradi ran na nogah napotitev k osebnemu zdravniku,
- zaradi okužbe in splošnega slabega stanja napotitev v bolnišnico
- svetovanje, navodila, prošnje glede vzdrževanja higiene
- usmerjanje v socialne institucije
- v osmih letih deležen 45 timskih obravnav zaradi neupoštevanja hišnega reda in terapevtskega dogovora

KAKŠEN ODNOS IMA TIM DO PACIENTA

- POTRPEŽLJIV, VZTRAJEN, PRIJAZEN, STROG, NEPOPUSTLJIV, SPREJEMLJIV, STROKOVEN, ZAVZET, NAVELIČAN, BREZ UPANJA NA BOLJŠE, …
- KAJ PA PACIENT PRIČAKUJE OD NAS?

UKREPI TIMA CPZOPD

- opozorila zaradi neprimernega obnašanja
- podpis obnovitve terapevtskega dogovora
- začasna prekinitev sodelovanja z usmeritvijo v drug Center
- nižanje substitucije s ciljem prekinitve sodelovanja, ob izboljšanju vedenja se detoksikacija prekine
- tedenski razgovor pri zdravniku

ALI POZNAMO TEHNIKE MOTIVACIJE?

- ??????????????????

KAKŠNA SO PRIČAKOVANJA TIMA, KI OBRAVNAVA PACIENTA

- pacient prejema terapevtske odmerke substitucije
- je kritičen do jemanja drugih PAS, ne drobi in snifa tablet v čakalnici
- skrbi za osebno higieno toliko, da za okolico ni moteč
- rane oskrbi v ambulanti pri osebnem zdravniku
- vljudno se obnaša do osebja ter drugih pacientov
- v avli ZD se zadrži toliko kot je dogovorjeno
- prihaja na razgovore k svojemu zdravniku

Delo s pacientom z osebnostno motnjo

Mohar Matjaž, dipl. zn.

Osebnostna motnja I

- Pri nas v veljavi klsasifikacija MKB-10, poglavje F60 (v domeni psihiatrov)
- **Resne motnje v osebnosti in vedenju**
- **Izraziti in trajni vedenjski vzorci**
- **Rigiden in neprilagodljiv odziv na medosebne in družbene odnose**
- Značilen odklon od načina, kako povprečni posameznik v dani kulturi zaznava, misli, čuti, vzpostavlja medosebne odnose

Kaj je osebnost?

Osebnost so v človekovem življenju prepoznavne trajne značilnosti in stališča, ki se kažejo v njegovem:

- **načinu razmišljanja** (kognicija),
- **čustvovanja** (afektivnost)
- in **vedenja** (nadzor impulzov, splošno obvladovanje medosebnih odnosov)

Osebnostna motnja II

- **Skorajda vedno povezane z znatnim osebnim in socialnimi težavami**
- **Ponavadi se začnejo kazati v otroštvu in mladostništvu in se nadaljujejo v odraslost**
- **Te motnje NISO rezultat bolezni, poškodbe možganov ali druge psihiatrične motnje**

Osebnostna motnja (OM)

- Osebnostno motnjo lahko opredelimo kot skrajno poudarjenost nekaterih osebnostnih lastnosti, ki so bolj ali manj trajne, neprilagodljive in nespremenljive. Zaradi njih je človekovo vedenje, mišljenje in čustvovanje povezano s težavami v odnosih s soljudmi in družbo, sam človek ali njegova okolica pa zaradi tega trpi.

OM razdelimo na skupine: **večja verjetnost pojavnosti simptomov v isti skupini**

- **Skupina A Čudaštvo & ekscentričnost ("vase umaknjene")**
- **Skupina B – dramatičnost & impulzivnost**
- **Skupina C – tesnoba & strah**

Skupina A Čudaštvo & ekscentričnost "vase umaknjene"

Značilno je nenavadno, ekscentrično vedenje, socialni umik in paranoidno ali čudaško mišljenje

- PARANOIDNA OM
- SHIZOIDNA OM

Skupina B – dramatičnost & impulzivnost

Impulzivnost, motnje v reguliranju razpoloženja, nestabilnost v odnosih

- DISOCIALNA OM
- ČUSTVENO NEURAVNOVEŠENA OM
  - Impulzivni tip
  - Mejni (borderline) tip
- HISTRIONIČNA

Paranoidna OM

- Tendenca k sumničavosti, ljubosumnosti,
- interpretiranje akcije drugih kot sovražno,
- vztrajna zahteva po osebnih pravicah,
- neprestano jih preganja občutek, da jih ljudje izkoriščajo, da jim hočejo škoditi,
- nemalokrat si povsem nedolžna, prijateljska dejanja ali besede razlagajo kot sovražna
- Uporabniki pravosodja in drugih pritožbenih organov

DISOCIALNA OM

- Pomanjkanje empatije,
- Neobčutljivi za čustva drugih, zanimajo jih predvsem lastna čustva,
- ne izkušajo krivde,
- nagnjenost k temu, da krivijo druge,
- Vedejo se neodgovorno, ne spoštujejo družbenih norm, pravil, obvez,
- Zlahka vzpostavijo medsebojni odnos vendar se vanj niso sposobni vezati

Shizoidna OM

- Čustvena hladnost, odmaknjenost,
- pomanjkanje zanimanja za druge ljudi, neobčutljivost na socialne norme
- Izogibajo se socialnim stikom
- Delujejo sramežljivo
- Nagibajo se k samotarskim dejavnostim

DISOCIALNA OM II

- Redko iščejo pomoč pri psihiatru saj se sami ne prepoznavajo kot moteni
- Največja koncentracija ljudi z disocialno OM je v zaporu
- Nizka frustracijska toleranca, zlahka se odzovejo z nasiljem
- Negativne izkušnje (npr. zapor) jih ne spremenijo saj v skladu s svojo OM razumejo kazen kot krivično

ČUSTVENO NEURAVNOVEŠENA OM
Impulzivni tip

- Nestabilnost razpoloženja,
- izbruhi jeze in nasilja
- minimalno načrtovanje vnaprej,
- impulzivno vedenje ne glede na posledice
- Navadno obžalujejo svoje vedenje, kar pa ne prepreči ponovnega izbruha
- Moški –nasilje v družini

HISTRIONIČNA OM

- dramatiziranje -teatralnost,
- Plitvo in labilno čustvovanje ob hkratnem izražanju nepreprič ljivih čustev
- egocentričnost, neprestano iskanje pozornosti, naredijo vse, da so v njenem središču
- Pretirano, neprimerno poudarjajo zunanjost, seksualnost
- manipulativnost

Mejni (borderline) tip I

- Nestabilno razpoloženje z impulzivnostjo,
- vpletenost v intenzivna, nestabilna razmerja,
- motnje samopodobe,
- nima opredeljenih ciljev v življenju
- ponavljajoče se grožnje ali dejanja samopoškodovanja,
- občutki praznine in dolgočasja

Skupina C – tesnoba & strah

Poteze plahosti, anksioznosti, obsesivnega vedenja

- ANANKASTIČNA OM
- ANKSIOZNA/IZMIKAJOČA SE OM
- ODVISNOSTNA OM

Mejni (borderline) tip II

- Človek z mejno OM, zlasti kadar je močno obremenjen z različnimi težavami, prehodno zapade v psihotično stanje
- Ljudje z mejno OM se nagibajo k zlorabi psihoaktivnih snovi, psihotičnim reakcijam, depresivnim epizodam

ANANKASTIČNA OM

- Prekomeren dvom,
- previdnost, vestnost, ukvarjanje s pravili,
- rigidnost,
- perfekcionizem,
- pretirana pozornost podrobnostim na račun odnosa, ugodja,
- Ničesar ne tvegajo,
- Svojemu vedenju se ne upirajo

ANKSIOZNA/IZMIKAJOČA SE OM

- Občutki pomanjkanja varnosti,
- napetost, tesnobnost,
- preobčutljivost na kritiko ali zavrnitve,
- občutki manjvrednosti,
- restrikcije v življenjskem slogu, da se izognejo kritiki ali zavrnitvi

Epidemiologija

- 4 – 10 %
- Pogosteje v psihiatrični klinični populaciji
- Največji delež shizoidne, disocialne, obsesivno kompulzivne OM med moškimi
- Histrionične, odvisniške OM pogostejše med ženskami

ODVISNOSTNA OM

- zanašanje na druge pri majhnih ali velikih odločitvah
- podrejanje svojih potreb drugim
- strah pred zapustitvjo, ali biti sam
- V odnosu do partnerja zavzamejo pasivno vlogo

Pomen OM v psihiatričnem zdravljenju

- Sočasnost anksioznih, afektivnih, somatoformnih in motenj odvisnosti, hranjenja, samopoškodovalno vedenje, kratke psihotične epizode
- Zdravljenje traja dlje
- Odgovor na zdravila je slabši
- Visoka suicidalna ogroženost (posebej impulzivni tip OM)
- Visoka stopnja komorbidnosti

Druge OM

- Nezrela OM
- Narcisistična OM
- Pasivno-agresivna OM

Obravnava OM

- Prevladujoče mnenje: zaradi trajnega značaja OM ni moč zdraviti
- Ljudje z OM ne pridejo v psihiatrično obravnavo zaradi OM same, ampak zaradi druge duševne motnje (depresije, psihotične reakcije, anksioznosti, suicidalnosti)
- Učinkovita psihoterapija (razen disocialna OM)
- Pomemben psihoterapevtski odnos psihoterapevt-pacient

Obravnava OM – terapevtski odnos

- Naloga terapevta vzpostaviti odnos, ki bo motiviral-težko ga je vzpostaviti in vzdrževati
- negativni občutki pri terapevtu-kontratransfer
- Vnesejo nekonzistentnost, cepitev/splitting, anksioznost v okolico

Obravnava OM – terapevtski odnos

- Potreba po strukturiranosti,
- jasnosti terapevtskih ciljev,
- konsistenost reagiranja osebja,
- zmožnost toleriranja intenzivnega čustvenega vtisa
- Jasnost mej:
  - ženske terapevtke imajo lahko tendenco videti pacienta z disoc OM v preveč pozitivni luči
  - moški se lahko odzovejo na ponudbo bližine pacientke z borderline ali histrionično OM

Primer: