Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije
in

Psihiatrična bolnišnica Begunje
in

Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji

OBVLADOVANJE ANKSIOZNOSTI
DEALING WITH ANXIETY

ZBORNIK Z RECENZIJO

Proceedings of Lectures with Peer Review

Begunje na Gorenjskem, junij 2015

Organizator:
ZBORNICA ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE – ZVEZA STROKOVNIH DRUŠTEV MEDICINSKIH SESTER, BABIC IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV SLOVENIJE SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV V PSIHIATRIJI in PSIHIATRIČNA BOLNIŠNICA BEGUNJE

STROKOVNI SEMINAR Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije in Psihiatrične bolnišnice Begunje

OBVLADOVANJE ANKSIOZNOSTI
Begunje na Gorenjskem, 4.6.2015
Zbornik predavanj z recenzijo

Urednika:
Darko Loncnar
Zlata Živič

Zbral in tehnično uredil:
Darko Loncnar

Recenzenta:
Dr. Jožica Peterka Novak
Mag. Branko Bregar

Tisk: ABO grafika
Naklada: 100 izvodov

Programsko organizacijski odbor: Darko Loncnar**,** Žagar Marjan, Vouk Kovač Ljubica, Lepa Pibernik, mag. Branko Bregar, 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

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Univerzitetna knjižnica Maribor

616.89-008.441(082)

OBVLADOVANJE anksioznosti : strokovni seminar Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji in Psihiatrične bolnišnice Begunje, Begunje na Gorenjskem, 4. 6. 2015 : zbornik z recenzijo = proceedings of lectures with peer review / [urednika Darko Loncnar, Zlata Živič]. - Ljubljana : Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije ; Begunje na Gorenjskem : Psihiatrična bolnišnica Begunje; Ljubljana : Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, 2015

100 izv.

ISBN 978-961-273-115-1
1. Loncnar, Darko 2. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije (Ljubljana) 3. Psihiatrična bolnišnica Begunje (Begunje na Gorenjskem) 4. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji (Ljubljana)
COBISS.SI-ID 82601473

PSIHIATRIČNA BOLNIŠNICA BEGUNJE
in
ZBORNICA ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE -
ZVEZA STROKOVNIH DRUŠTEV MEDICINSKIH SESTER, BABIC IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV SLOVENIJE

Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji
Obvladovanje anksioznosti

PROGRAM SREČANJA:

08.15 – 09.00 **Registracija udeležencev**
09.00 - 09.20 **Uvodni pozdravi**

I. SKLOP *moderator: Darko Loncnar, dipl. zn.*

09.20 - 09.40 **Pomen izobraževanja za obvladovanje strahu v procesih dela**
20 min Marjan Žagar, dipl. zn., QSM
09.45 –10 .45 **Obvladajmo stres**
60 min Dragica Resman, dr. med., spec. psih
10.50 -11.10 **Druge uveljavljene tehnike sproščanja**
20 min *Ljubica K . Vouk dipl. m. s., spec.*

11.15 – 12.15 ODMOR

II. SKLOP *moderator: Ljubica K .Vouk dipl. m. s., spec.*

12.15 –12.35 **Proučevanje anksioznosti pri zaposlenih v zdravstveni negi**
20 min Urban Bole, dipl. zn.
12.40 -13.00 **Tesnoba – vzrok ali posledica**
20 min Nada Legat, dipl. m. s.
13.05 -13.25 **Zloraba psihoaktivnih substanc med zaposlenimi v zdravstveni negi**
20 min mag. Branko Bregar, dipl. zn.

13.30 – 13.40 **ODMOR**

III. SKLOP *moderator: Marjan Žagar, dipl. zn., QSM*

13.45 – 14.05 **Od teorije k praksi – praktični nasveti za učenje tehnik sproščanje**
20 min Simona Tomaževič, dipl. m. s.
14.10 – 14.30 **Vloga medicinske sestre pri obravnavi anksioznega bolnika**
20 min Bogdana Dobravec, s. m. s.
14.35 – 15.15 **Delavnice**
45 min
15.15 **Zaključek strokovnega srečanja in podelitev potrdil**

KAZALO

INTERNO STROKOVNO IZOBRAŽEVANJE KOT PREVENTIVNI UKREP OBVLADOVANJA STRAHU V PROCESIH DELA PRI MEDICINSKIH SETRAH PRI ZAGOTAVLJANJU 24 URNE ZDRAVSTVENE NEGE V PSIHIATRIJI 1

Internal training as a preventive measure of fear management in nurses' work processes in ensuring 24-hour nursing care in psychiatry
Marjan Žagar, Zupan Jerca

OBVLADAJMO STRAH 14

Let's overcome fear
Dragica Resman

NEKATERE UVELJAVLJENE TEHNIKE SPROŠČANJA..... 20

Some of the established relaxation techniques
Ljubica Kovač Vouk

ANKSIOZNOST PRI ZAPOSLENIH V ZDRAVSTVENI NEGI NA PODROČJU PSIHIATRIJE 26

Anxiety in health care workers in the area of psychiatry
Urban Bole, Branko Bregar

ANKSIOZNOST PRI PACIENTIH, KI ZLORABLJAJO ALKOHOL – VZROK ALI POSLEDICA..... 29

Anxiety in patients who abuse alcohol – a cause or a consequence?
Nada Legat

ZLORABA PSIHOAKTIVNIH SUBSTANC MED ZAPOSLENIMI V ZDRAVSTVENEM VARSTVU..... 32

Drug abuse among health professionals
Branko Bregar

OD TEORIJE K PRAKSI – PRAKTIČNI NASVETI ZA UČENJE TEHNIK SPROŠČANJA 38

From theory to practice: practical advice - For learning relaxation techniques
Simona Tomaževič

VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI OBRAVNAVI ANKSIOZNEGA BOLNIKA ... 42

The role of nurse in the threatment of anxiety patient
Bogdana Dobravec

INTERNO STROKOVNO IZOBRAŽEVANJE KOT PREVENTIVNI UKREP OBVLADOVANJA STRAHU V PROCESIH DELA PRI MEDICINSKIH SESTRAH PRI ZAGOTAVLJANJU 24 URNE ZDRAVSTVENE NEGE V PSIHIATRIJI

Internal training as a preventive measure of fear management in nurses' work processes in ensuring 24-hour nursing care in psychiatry

Marjan Žagar, dipl. zn., QSM,
Zupan Jerca, dipl. m. s., QSM
Psihiatrična bolnišnica Begunje
marjan.zagar@pb-begunje.si

Izvleček

Pri delu s pacientom z duševno motnjo je strah eden od dejavnikov tveganja za znižanje varnosti pri delu medicinske sestre, zdravstvenega tehnika, kar lahko močno vpliva na kakovost dela in zniža varnost pacienta in delavca. Pomembno je, da medicinska sestra strah pri sebi prepozna, se z njim sooči in spopade na ustrezen strokoven in varen način. Promocija zdravja na delovnem mestu mora upoštevati tudi elemente duševnega zdravja, zato je pomembno, da obravnavamo tudi strah kot organizacijsko vprašanje in ne le kot pomanjkljivost posameznika. Z naborom podatkov, oceno stanja v procesu in analizo se prepozava sistemske dejavnike, ki vplivajo na kritično razmišljanje o varnosti pri delu in obvladovanje tveganj. Strah kot element tveganja se obvladuje s preventivnimi in korektivnimi ukrepi, da strah in tveganja povezana z njim ne bi predstavljali nevarnosti za zdravje pri pacientu in medicinski sestri in bi bili obvladljivi. Izobraževanje je tako eden od ključnih dejavnikov pri obvladovanju tveganj na delovnem mestu medicinske sestre in zdravstvenega tehnika.
***Ključne besede**: strah, medicinska sestra, tveganje, analiza, ukrepi, izobraževanje*

Abstract

When working with mentally disabled patients, fear is one of the risk factors for the reduction of nurses'occupational safety, which can greatly affect the quality of work and potentially reduce patient and worker safety. It is important that the nurse recognizes her or his fear, faces it and deals with it in an appropriate, safe and professional manner. Health promotion in the workplace should also take into account the elements of mental health; therefore it is important to deal with the fear as an organizational issue and not only as an individual shortcoming. With data collection, assessment and analysis we can identify the systemic factors that affect critical thinking about occupational safety and risk management. Fear as an element of risk is controlled through preventive and corrective measures to ensure that fear and fear-related risk do not pose a danger to the health of the patient and of the nurse and are manageable. Training is one of the key factors in risk management in the nurses' workplace.
***Key words:** fear, nurse, risk, analysis, measures, training*

Uvod

Spodbujanje duševnega zdravja na delovnem mestu in dobrega počutja zaposlenih prinaša veliko koristi, poveča uspešnost pri delu, kakovost in posledično tudi varnost v procesu dela v katerega sta vključena pacient in medicinska sestra. Zelo pomembno je, da sprejmemo več ukrepov, ki prispevajo k izboljševanju stanja v procesu dela in temeljijo na varnosti in kakovosti dela. Management mora podpirati različne oblike prepoznavanja tveganj kot so ankete, krožki kakovosti, analize varnostnih vizit in pogovorov o varnosti, ki temeljijo na sodelovanju zaposlenih in so namenjeni odkrivanju težav, nevarnosti pri delu in v procesu dela. Po končani analizi sledijo preventivni in korektivni ukrepi za izboljšanje stanja. Management mora vzpostaviti politiko zdravja in varnosti na delovnem mestu. Vodstvo mora biti usposobljeno za prepoznavo tveganj v procesih dela pri medicinskih sestrah in iskanje

učinkovitih rešitev. Pomembna je obveščenost medicinskih sester o vseh ukrepih in programih, ki se izvajajo v procesu dela, izobraževanja in izboljšanju počutja na delovnem mestu Wikipedija, 2013). V prispevku so predstavljene metode prepoznavanja tveganja, analiza, pregled dosedanjih ukrepov v izvedbi internih strokovnih izobraževanj za zmanjševanje tveganj in varnosti v procesu dela ter zagotavljanja 24-urne zdravstvene nege.

Strah kot dejavnik tveganja v procesu dela medicinske sestre

V Psihiatrični bolnišnici Begunje smo opredelili temeljne procese in tveganja, čemur sta sledila njihova analiza in vrednotenje. Tveganja za aktivnosti zdravstvene nege (ZN) so opredeljena v dokumentu Dejavnost zdravstvene nege v psihiatrični bolnišnici Begunje v procesu 24-urnega zagotavljanja ZN (Psihiatrična bolnišnica Begunje, 2014).

Za vsako tveganje smo prepoznali in poiskali vzroke s pomočjo Ishikawa diagrama. Glavne in najpomembnejše vzroke tveganj smo v nadaljevanju obdelali s pomočjo FMEA analize (t.j Failure Mode and Effects Analysis) in analizirali tveganja v celoti (vzrok, možna napaka, možne posledice, deležnik tveganja, ukrepi preprečevanja, odgovorna oseba). Tako smo analizirali tudi strah kot element tveganja pri delu medicinske sestre v dežurni službi.

Ishikawa diagram ali diagram ribje kosti (tudi diagram vzroka in posledic) je grafična predstavitev vzrokov v logični in urejeni strnjeni obliki (SZKO, 2014). Z Ishikawa diagramom smo opredelili element »strah« v dežurstvu medicinske sestre in tabelo razdelili na vzroke in posledice, kot izhod pa opredelili tveganje za varno delo.

FMEA analiza je tipična analiza in preiskušena metoda v praksi preventivnih ukrepov po ISO 9001:2008 in je sistematično orodje za preprečevanje napak (Prijatelj, 2012). Analiza je uporabna povsod kjer poteka razvoj načrtovanja procesov. Ta metoda je primerna tudi za pregled napak, najbolj pa je učinkovita v preventivi preden je proces izdelan (SZKO, 2014).

Strah v procesu 24-urne zagotavljanja ZN (dežurstvo) – Primer analize

ISHIKAWA DIAGRAM STRAH V DEŽURNI SLUŽBI – VZROKI – varno delo
V analizi smo obravnavali paciente, negovalno osebje in okolje.

	Vzroki	Posledice - tveganja	Predlagani korektivni ukrepi
PACIENT	Nepredvidljiv pacient, nepoznan pacient, pacient pod vplivom opojnih substanc ,pretirana poudarjenost agresije pri pacientu ob prenosu informacij s terena, težja somatska stanja pacientov, neustrezna obravnava pacienta na terenu oziroma v drugi zdravstveni ustanovi, premestitve pacienta brez ustreznega predhodnega dogovora, nalezljive bolezni.	Neustrezno obravnavan pacient, poškodba pacienta, nezaupljivost pacienta, nezaupanje svojcev, vtisi svojcev in pacienta ob obravnavi v ustanovi so negativni, pravne posledice za medicinske sestre in zdravstvene tehnike.	Pacient naj bo obravnavan po sodobnih smernicah psihiatrične zdravstvene nege, medicine in zakonodaje: v obravnavo vključimo svojce in jih ustrezno informiramo; s službo na terenu se dogovorimo o boljšem poročanju ob najavi pacienta , ki ogroža sebe ali druge. Izobraževanje iz posebnih varovalnih ukrepih, deeskalacijskih tehnik, prijemov in reanimacijskih postopkov je obvezen del izobraževanja, ki pomaga da strah obvladujemo in ravnamo v skladu z navodili v dobro pacienta. Cilji obvladovanja tveganja so: nepoškodovan pacient, osebje, in ustrezna informiranost svojcev, njihovo zaupanje v naše delo in ustanovo. Higiena rok in uporaba potrebnih zaščitnih sredstev.

MEDICINSKA SESTRA	Vzrok	Posledica – tveganje	Predlagani korektivni ukrepi
	Zmanjševanje števila osebja po oddelkih, zdravstveni tehnik ali zdravnik daje občutke neobvladovanja situacije, nestrokovno, nezanesljivo,neproduktivno, osebje, slabo teoretično in praktično znanje osebja, nesodelujoče osebje, v primeru potreb za povečanje števila kadra se posamezniki ne oglašajo na klic, ni osebne odgovornosti za svoje delo	Nezadostno osebje po oddelkih, poškodbe osebja, odsotnost iz dela, nezadovoljstvo, slabo opravljeno delo, neustrezen odnos do pacientov, manipulacije do pacientov, osebja, vodij posameznih oddelkov in dežurne medicinske sestre	Dogovor z reševalno službo o natančnem informiranju in sodelovanju ob sprejemu agresivnega pacienta. Osebje se je dolžno ustrezno odzivati v situacijah, ki ogrožajo pacienta ali drugo osebje. Izobraževanje iz posebnih varovalnih ukrepih, deeskalacijskih tehnik, prijemov in reanimacijskih postopkov je obvezen del izobraževanja, ki pomaga da strah obvladujemo in ravnamo v skladu z navodili v dobro pacienta. Cilji obvladovanja tveganja so: nepoškodovan pacient, osebje, in ustrezna informiranost svojcev, njihovo zaupanje v naše delo in ustanovo. Delo na sebi- -izobraževanje s področja obvladovanja strahu.
OKOLJE	Vzrok	Posledica – tveganje	Predlagani korektivni ukrepi
	Dislocirana urgentna ambulanta MS je v dežurstvu sama ob prvem kontaktu s pacientom, umik v ambulanti je otežen; pogovor s ob sprejemu se odvija v ambulanti, ki ob agresiji pacienta ne nudi dovolj varnosti; nesodelovanje reševalcev, iskanje medicinske dokumentacije, čeprav je v računalniški obliki	Nezadovoljstvo pri pacientih, zdravnikih , medicinski sestrah,konflikti z reševalci,poškodbe inventarja, povečanje stroškov	Dogovor, da se neprevidljivega pacienta pregleda na intenzivnem oddelku. Izboljša se sitem obveščanja v sili. Varnostnik naj bo prisoten v čakalnici dokler ga ne razreši dolžnosti dežurna medicinska sestra. Osebje se mora zavedati da je obvladovanje tveganih situacij pri obravnavi pacientov v psihiatriji njihova dolžnost in odgovornost. Izobraževanje iz posebnih varovalnih ukrepih, deeskalacijskih tehnik, prijemov in reanimacijskih postopkov je obvezen del izobraževanja, ki pomaga da strah obvladujemo in ravnamo v skladu z navodili v dobro pacientu. Cilji obvladovanja tveganja so: nepoškodovan pacient, osebje, in ustrezna informiranost svojcev, njihovo zaupanje v naše delo in ustanovo

***Tabela 1**: Analiza – Strah v dežurni službi*

Analiza Ishikawe diagrama je pokazala povečane potrebe po izobraževanju o posebnih varovalnih ukrepih, reanimacijskih in organizacijskih postopkih, preprečevanju in obvladanju okužb, povezanih z zdravstveno dejavnostjo **ter dela na sebi**. V Službi za kakovost in varnost so na podlagi analize vzrokov Ishikawe naredili FMEA analizo in opredelili obvladovanje tveganj v dežurni službi.

FMEA – Analiza vzrokov in posledic – Strah v dežurni službi

Z vidika ocene in obvladovanja tveganj smo strah v dežurni službi v procesu 24-urnega zagotavljanja zdravstvene analizirali po metodi FMEA. Izdelali smo projekcijo možnih napak in njihovih posledic. Iskali smo možne napake, ki se lahko pojavijo pri izvajanju procesa, možne vzroke napak in posledice. Tveganja smo opredelili z vidika deležnika tveganj (tveganje za pacienta, zaposlene, obiskovalce, inventar). Tem štirim komponentam je sledila ocena pomembnosti. Peto komponento, ki predstavlja ukrepe preprečevanja, smo ocenili z vidika verjetnosti pojavitve. Šesti komponenti, to so ukrepi odkrivanja, smo dodali oceno

verjetnosti odkritja. Vse tri ocene kot produkt tvorijo prioritetno število tveganj. V tabelo smo dodali odgovorno osebo za obvladovanje oziroma razrešitev tveganja (Vnučec, Zupan 2014).

FMEA št: 1	**ANALIZA MOŽNIH NAPAK IN NJIHOVIH POSLEDIC - FMEA** □ Sistem FMEA storitve □ Sistem FMEA procesa

Organizacijska enota/proces: **P. celostne obravnave pacienta**; **P. 24-urno zagotavljanje zdravstvene nege,**	Odgovorna oseba: direktor, PDZN	Datum prve ocene tveganja: 16.07.2013(1) Datum spremembe, verzija: 20.5.2014(2)

Št.	Možne posledice napak	B	Možne napake	Možni vzroki napak	Tveganje za P, Z, O, I	Ukrepi preprečevanja	A	Ukrepi odkrivanja	E	RPZ	V/T
1	Zapleti: poškodbe, eskalacija pacienta, nezagotavljanje varnega okolja, samomorilno vedenje, poškodbeno vedenje, nezaupljivost.	9	Nepravilna obravnava pacienta, pri katerem se razvija akutno stanje (somattsko, psihiatrično).	Nepoznavanje akutnih somatskih stanj, nepoznavanje akutnih psihiatričnih stanj.	P, Z, O, I	Izobraževanje in učna delavnica iz PVU, deeskalacijskih tehnik, prijemov in reanimacijskih postopkov je obveznost vseh v procesu ZN. Omogoča nam, da obvladujemo strah ter delujemo v skladu s strokovnimi smernicami, SOP, ki zagotavljajo obvladovanje tveganj v procesu dela.	4	Poročilo o varnostnem zapletu; Evalvacijski zapisnik po PVU, reanimaciji, varnostna vizita, notranja presoja	1	36	Direktor, PDZN.
2	Nezmožnost zagotavljanja varne obravnave pacienta in varnega okolja	7	Nepravilna obravnava pacienta, nepravilno postavljeni negovalni cilji, načrt ZN	Nepoznavanje vseh PAS.	P	Učna delavnica o PAS	4	Poročilo o izvedenem izobraževanju	1	28	PDZN, direktor.

3	Zapleti: depresija dihanja, spremembe v srčnem ritmu, smrt, itn.	10	Prevrednotenje svojega znanja in virov (oprema za spremljanje vitalno ogroženega pacienta)	Pacient po poiskusu suicida (zaužitje večje količine medikamentov/alkohola).	P	Obvezna udeležba na izobraževanju iz TPO in reanimacije z učnimi delavnicami.	3	Evalvacijski zapisnik po reanimaciji.	1	30	
4	Eskalacija pacienta.	8	Nepravilna obravnava pacienta, nepravilno postavljeni negovalni cilji, načrt ZN.	Nepredvidljiv pacient.	Z, P, I	Izobraževanje o prvi pomoči ob nezgodi; poznavanje navdil, dosegljivost navodil, dostopnost sredstev za prvo pomoč ob nezgodi.	2	Poročilo o varnostnem zapletu; evalvacijski zapisnik po obvladovanju agresivnega pacienta.	1	16	PDZN, dežurna MS.
5	Ogrožena varnost pacientov na ostalih oddelkih.	7	Nepravilna reorganizacija negovalnega osebja.	Pretirano poudarjanje agresivnosti s terena (neustrezen prenos podatkov).	Z, P	Dogovor z reševalnimi enotami na terenu o bolj kvalitetnem predajanju informacij o pacientu, ki ogroža sebe ali druge.	2	Podovori o varnosti, raportna knjiga dežurne MS	1	14	Direktor.
6	Fizično omejen pacient pripeljan v PBB na nosilih (vzrok agresije: hipoglikemija).	7	Nepravilni postopki diagnosticiranja agresije na terenu.	Neustrezna obravnava pacienta na terenu, ki izraža agresijo. Pri njem je že znana diagnoza duševne motnje.	P	Ugotovitve o pravih vzrokih agresije sporočimo urgentni službi na primarnem nivoju, da bodo lažje ugotovili vzroke za svojo procesno napako pri obravnavi pacienta.	2	Sprejemni zapisnik, raportna knjiga dežurne MS	2	28	Direktor.

7	Zmanjšano število človeških virov (kader v ZN).	4	Združevanje oddelkov.	Zmanjšanje števila pacientov preko vikenda (W izhodi).	Z	V procesu 24-urnega zagotavljanja zdravstvene nege mora biti število kadra skladno z oceno varnosti na posameznem oddelku.	3	Podovori o varnosti, raportna knjiga dežurne MS	1	12	PDZN, koordinator za razporejanje kadra.
8	Težja organizacija kadra v zdravstveni negi in zagotavljanje pokritosti oddelkov s človeškimi viri ter zagotavljanje varnosti.	6	Nedosegljivost delavca na telefon, kljub temu, da je v pripravljenosti.	Neodgovornost do dela/službe (npr. ob zmanjšanju števila kadra v ZN zaradi bolniške odsotnosti).	Z, P	Točno določena, pooblastila in odgovornosti za vse zaposlene v zdravstveni negi (glej matriko odgovornosti).	4	Podovori o varnosti, raportna knjiga dežurne MS	1	24	
8	Podaljšan čas sprejema, nezadovoljstvo reševalcev, svojcev.	2	Dolgotrajno iskanje dokumentacije ob sprejemu zaradi dislociranega arhiva.	Zdravniki niso zadovoljni z dokumentacijo v Birpisu, lažje se orientirajo iz dokumentacijo v tiskani obliki kot v računalniški.	P	Uporaba računalniškega programa Birpis za pregled dokumentacije v dežurni ambulanti.	2	Anketa o zadovoljstvu pacientov, raportna knjiga dežurne MS	1	4	Direktor, PDZN.
9	Strah, previdnost, verbalna in fizična agresija.	9	MS je ob prvem stiku s pacientom sama (dežurstvo - popoldan, ponoči).	Dislocirana urgentna ambulanta v kleti.	Z	Varnostnik pospremi pacienta v dežurno ambulanto ter počaka v čakalnici do razrešitve dolžnosti (MS, zdravnik).	2	Poročilo o varnostnem zapletu; pogovori o varnosti, notranja presoja, raportna knjiga dežurne MS	1	18	

10	Otežen umik zdravnika in MS ob morebitni eskalaciji pacienta v urg. amb.	9	Nepravilna prostorska organizacija urgentne ambulante.	V preteklosti ni bilo poudarka na varnosti, zato se zahteve glede varnosti prostora niso zahtevale od arhitekta.	Z, P	Vse nepredvidljive paciente, ki izražajo agresijo se pregled in sprejem poteka na oddelku pod posebnim nadzorom zaradi zagotavljanja večje varnosti in obvladovanja tveganj, ki bi se lahko pojavila v dež. amb.	4		1	36	
8	Širjenje okužb, večja odpornost mikroorganizmov, večja raba zdravil, povečanje stroškov, razporejanje osebja ZN, omejitve obiskov.	8	Prenos patogenih mikroorganizmov.	Pomanjkanje zavedanja o pomembnosti preventivnih ukrepov bolnišnične higiene in kulture varnosti.	P, Z, O	Izobraževanje o preprečevanja in obvladovanju bolnišničnih okužb, učne delavnice razkuževanje rok, POBO.	5	Anketa o zadovoljstvu pacientov, raportna knjiga dežurne MS	2	80	Direktor, PDZN, ZOBO, KOBO

***Tabela 2**: Analiza FMEA*

Preventivni in kurativni ukrepi za zamanjšanje strahu v dežurni službi

Pregled dosedanjih ukrepov v procesu izobraževanja za potrebe zagotavljanja procesa 24-urne zdravstvene nege v Psihiatrični bolnišnici Begunje, ki bistveno zmanjšujejo strah v procesu dela v dežurni službi medicinskih sesterter in vplivajo na kakovost in varnost v dežurni službi glede na izvedene analize.

Interno strokovno izobraževanje je pomemben dejavnik v izobraževalnem procesu zaposlenih v ZN, ki prispeva k dvigu kakovosti dela, obvladovanju procesov dela in varnosti medicinske sestre in pacienta (Psihatrična bolnišnica Begunje, 2014).

Cilji internega strokovnega izobraževanja:

Udeleženci po programu in potrebah poglabljajo in dopolnjujejo že pridobljena znanja za strokovno in odgovorno opravljanje sodobne zdravstvene nege;
Zaposleni v zdravstveni negi dopolnijo že pridobljeno znanje iz psihopatologije;
Učenje profesionalnega, strpnega, zavzetega, spoštljivega odnosa do pacienta in sodelovanja;
Sprememba tradicionalnega prepričanja, da so pacienti z duševno motnjo nezmožni, da bi sodelovali pri zdravljenju;
Večja kakovost in varnost pacientov;
Obvladovanje tveganj v procesih dela.

Nekaj primerov vsebin internih strokovnih izobraževanj:

Zdravstvena nega pacienta z depresivno motnjo;
Zdravstvena nega pacienta z manično motnjo;
Zdravstvena nega pacienta z demenco;
Zdravstvena nega pacienta z odvisnostjo;
Klinične poti in standardi zdravstvene nege;
Preprečevanje in obvladanje okužb povezanih z zdravstveno dejavnostjo;
Interni akti bolnišnice - hišni red;
Kakovost in varnost v zdravstveni negi;
Reanimacija in prva pomoč;
Uporaba posebnih varovalnih pripomočkov ter varna izvedba posebnih varovalnih ukrepov (PVU);
Obvladovanje agresivnega vedenja pacienta in veščin samoobrambe;
Relaksacijske tehnike.

Pet vsebin je v zadnjem času bistveno vplivalo na obvladovanje in zmanjševanje strahu medicinske sestre v dežurni službi in na kakovost dela v zdravstveni negi ter pripomogla predvsem k večji varnosti pri delu s pacienti Te so:

Reanimacija in prva pomoč;
Uporaba posebnih varovalnih pripomočkov ter varna izvedba PVU;
Obvladovanje agresivnega vedenja pacienta in veščin samoobrambe;
Preprečevanje in obvladanje okužb povezanih z zdravstveno dejavnostjo,
Relaksacijske tehnike.
Zato smo opredelili sklope izobraževanj kot del obveznega strokovnega izpopolnjevanja v Psihiatrični bolnišnici Begunje za zaposlene v zdravstveni negi in ostale zaposlene v procesu zagotavljanja 24-urnega zagotavljanja zdravstvenega varstva.

Reanimacija in prva pomoč

Intenzivno izobraževanje smo začeli pred petnajstimi leti z obnovitvenimi tečaji temeljnih postopkov oživljanja in v nadaljevanju poskrbeli za ustrezno opremo. V prvi vrsti je bilo potrebno motivirati izvajalce zdravstvene nege, da je, kljub majhnemu številu reanimacijskih dogodkov v Psihiatrični bolnišnici Begunje vedno potrebno pristopiti k izvedbi postopkov na strokoven in profesionalen način. Dvig kakovosti dela pa je možen samo z ustreznim izobraževanjem in obnavljanjem pridobljenega znanja, ker izvajanje reanimacijskih veščin ni rutinsko vsakdanje delo, ampak postopek trenutka, hitre odločitve in ukrepanja. Za izvedbo delavnic sta bila na usposabljanje poslana diplomiran zdravstvenik in zdravnik, ki sta v prvi vrsti poskrbela za ustrezno opremljenost bolnišnice s potrebnimi pripomočki in navodili, med katere sodijo(Psihatrična bolnišnica Begunje, 2014):

Protokoli za ustrezno ukrepanje (zelo pomemben je protokol obveščanja o nujnem dogodku);
Reanimacijski voziček s popolno opremo (mobilne reanimacijske enote);
Reanimacijska torba s popolno opremo;
Polavtomatski defibrilator;
Oprema za nudenje prve pomoči ob poškodbah, t.j. -nosila, ustrezen material, vratne opornice, idr.

V nadaljevanju pa smo pristopili k izvedbi delavnic z naslednjimi vsebinami:
Temeljni postopki oživljanja;
Dodatni postopki oživljanja;
Prva pomoč pri poškodbah pacientov (npr. skok z višine).

V sklopu delavnic smo obdelali posamezna področja reanimacije bolj poglobljeno in se naučili postopkov ukrepanja pri reanimaciji kakor tudi pri poškodbah pacientov zastrupitvah in drugo.

Vloga internega strokovnega izobraževanja se kaže v visoki stopnji uspešnosti pri reanimaciji predvsem po zaslugi takojšnjega ukrepanja, obveščanja in samozavesti, da to zmoremo in znamo.

Delavnice so za srednje medicinkse sestre in zdravstvene tehnike obvezne enkrat letno. Zaradi poglobljenega znanja dodatnih postopkov oživljanja pa se diplomirane sestre in zdravstveniki delavnice udeležujejo dvakrat letno.

Uporaba posebnih varovalnih pripomočkov – varna uporaba Segufix® pasov

Posebni varovalni ukrepi (PVU) se uporabljajo pri hospitaliziranih pacientih v bolnišnici na osnovi zdravstvene indikacije. Za izvajanje PVU mora biti zdravstveno osebje ustrezno teoretično in praktično usposobljeno. Na kakovost izvedbe vpliva več različnih dejavnikov, ki jih je treba obvladovati karseda najbolje, saj vplivajo in zagotavljajo proces s karseda najmanjšimi posledicami za pacienta.

Delavnice o pravilni in enotni uporabi Segufix® pasov je narekovalo dejstvo, da samo pravilna uporaba fiksacijskih pripomočkov dviga kakovost našega dela in varnost pacientov. Na podlagi izkušenj in znanj (tudi iz tujine) smo oblikovali standard uporabe Segufix® pasov, ki pa ni mogel zaživeti v praksi, dokler nismo pristopili k izobraževanju zdravstvenih

tehnikov in medicinskih sester. Ko smo osvojili teoretična znanja, smo pristopili k praktični izvedbi delavnic. Delavnico vodi odgovorni diplomirani zdravstvenik v sodelovanju z zdravniki in ostalimi delavci v bolnišnici. Delavnica poteka v aktivni obliki vseh udeležencev. Zdravstveni tim (zdravnik, zdravstveni tehnik, diplomirana medicinska sestra in tudi delovni terapevt) pričnejo s simulacijo primera pacienta, ki potrebuje PVU in pričnejo z oceno stanja pacienta, dogovorom o načinu izvedbe PVU in pristopijo k praktični izvedbi varnega fizičnega oviranja. Na delavnicah vedno prikažemo tudi primer dobre in slabe prakse. Učinek delavnic na kakovost in varnost pacientov je bil izjemen, saj smo zmanjšali število neželenih dogodkov na minimum – predvsem poškodb pacientov in osebja. Velik poudarek je tudi na poznavanju zakonskih določil v zvezi s fizičnim oviranjem pacientov kakor tudi na uveljavljanje pacientovih pravic in na veliki etični in moralni odgovornosti izvajalcev. Posebno pozornost namenimo dokumentiranju predpisane zakonske in interne dokumentacije (Psihatrična bolnišnica Begunje, 2014).

Delavnice se morajo delavci v zdravstveni negi in ostali zaposleni v procesu 24-urnega zagotavljanja zdravstvenega varstva udeležiti enkrat letno, vendar se večina zaposlenih udeleži obeh organiziranih letnih delavnic.

Obvladovanje agresivnega vedenja pacienta in veščin samoobrambe

Obvladovanje agresivnih incidentov in fizičnega oviranja je sestavni del psihiatrije in zdravstvene nege na področju psihiatrije. Humano, strpno in prijazno obravnavanje pacientov pri fizičnem oviranju je pogoj za ohranjanje terapevtskega odnosa s pacientom.

Naloga zaposlenih v zdravstveni negi je zagotavljanje varnosti pacienta, drugih pacientov in medicinskih sester ter zdravstvenih tehnikov. Posebne varovalne naj se uporabi šele ko so izčrpane vse ostale možnosti ukrepanja, ali v primeru, ko je izbruh nasilja nenaden. Obvladovanja nasilnega vedenja pacientov se vedno lotevamo timsko in v sodelovanju čim večjega števila osebja.

Na pobudo krožka kakovosti v Psihiatrični bolnišnici Begunje smo pristopili v okviru internega izobraževanja osebja v zdravstveni negi (tudi zdravniki in delovni terapevti) k izvedbi delavnic obvladovanja agresivnosti in samoobrambe, prilagojene uporabi v psihiatriji. V prvi vrsti smo bili uspešni, ker nam je uspelo pridobiti ustreznega strokovnjaka za vodenje delavnic in izdelavo ustreznih smernic za obvladovanje agresivnosti in samoobrambe. Delavnico vedno najprej začnemo s teoretičnim delom obvladovanja agresivnega vedenja v psihiatriji in preidemo k praktičnemu prikazu pristopa k pacientu in v nadaljevanju k uporabi obvladovanja pacienta z ustreznimi strokovnimi fizičnimi prijemi in tehnikami samoobrambe za lastno zaščito. Delavnice potekajo že peto leto in rezultati glede varnosti pacientov in izvajalcev so izjemni. Poškodb pri pacientih in osebju praktično ni več. Izboljšala se je samozavest zdravstvenih tehnikov, ki se največkrat znajdejo v vlogi, ko morajo pacienta z agresivnim vedenjem obvladati in izvesti PVU. Motivacija zaposlenih za udeležbo na teh delavnicah ni potrebna, saj osebje z njo pridobiva na znanju, samozavesti, je bolj motivirano za delo s pacienti, ko je njihovo vedenje agresivno tako do sebe in drugih ali ko je močno ogrožen inventar bolnišnice. Predvsem smo medicinske sestre in zdravstveni tehniki dolžni zagotoviti pacientom varno in kakovostno zdravstveno nego tudi takrat, ko pacient zaradi narave svoje bolezni ne more kontrolirati svoje agresije (Psihatrična bolnišnica Begunje, 2014). V letu 2014 smo v sklopu delavnice dodali tudi izobraževanje iz uporabe deeskalacijskih tehnik.

Delavnice se morajo delavci v zdravstveni negi in ostali zaposleni v procesu zagotavljanja 24-urnega zagotavljanja zdravstvenega varstva udeležiti enkrat letno vendar se večina zaposlenih udeleži obeh organiziranih letnih delavnic.

Preprečevanje in obvladovanje okužb povezanih z zdravstveno dejavnostjo

Zaposleni pridobijo znanja s področja higiene. Predstavljene so vsebine standardnih ukrepov izolacije, ki smo jih dolžni izvajati vsi zaposleni v bolnišnici. Vsak sklop s področja obvladanja okužb je praktično prikazan (izolacija, ločevanje odpadkov, incident, ebola itn) Sledi učna delavnica razkuževanja ali umivanja rok, s preverjanjem uspešnosti postopka. Namen izobraževanja je, da osebje prepozna pomembnost izvajanja preventivnih ukrepov pri preprečevanju in obvladovanju okužb ter dolžnosti izvajanja navodil Komisije za obvladovanje bolnišničnih okužb.

Delavnice se morajo zaposleni delavci v zdravstveni negi in ostali zaposleni v procesu 24-urnega zagotavljanja zdravstvenega varstva udeležiti enkrat letno.

Relaksacijske tehnike

Vse medicinske sestre in zdravstveni tehnik se udeležijo Psihoedukacijskega programa za nevrotske in stresne motnje, ki poteka na Oddelku za vedenjsko – kognitivno terapijo v Psihiatrični bolnišnici Begunje. Program poteka v obliki dvanajstih delavnic.

Delavci v zdravstveni negi se delavnic udeležijo med uvajalnim obdobjem.

Zaključek

Analiza stanja v izobraževanju je pokazala, da smo medicinske sestre naravnane v pacienta in na delo z njim pri zagotavljanju kakovostne in varne obravnave, pri tem pa velikokrat pozabimo nase in premalo delamo na sebi. Potreba po dodatnem izobraževanju iz obvladovanja strahu se je izkazalka za nujno predvsem pri medicinskih sestrah, ki delajo v zdravstveni negi na področju psihiatrije, še posebej na bolj izpostavljenih delovnih mestih kot so urgenca, dežurna služba in oddelki pod posebnim nadzorom in na oddelku za forenzično psihiatrijo. V Psihiatrični bolnišnici Begunje se management zdravstvene nege zaveda tako pomena izobraževanja za pridobivanje dodatnih znanj o varnostni kulturi za zagotavljanje kakovostnejše in bolj varne obravnave, kakor tudi pomena boljših medsebojnih odnosov med zaposlenimi ter manjšega števila varnostnih zapletov, med katere sodi tudi strah v dežurni službi. Strah kot dejavnik tveganja ima velik vpliv ne le na zdravje na delovnem mestu,ampak tudi kakovostno in varno opravljanje dela tako za medicinsko sestro kot ostalo osebje v procesu dela, še posebej pa na varno oskrbo pacienta. V ta namen uporabljamo ukrepe, ki temeljijo na izboljšanju kakovostne in varne obravnave z iskanjem vzrokov za procesne napake in napake posameznika, opredeljujemo tveganja in jih s korektivnimi ukrepi odpravljamo. Izobraževanje je pri tem temelj za odpravo procesnih napak.

Literatura:

Wikipedija. Duševno zdravje na delovnem mestu. 2013. Dostopno na: http://sl.wikipedia.org/wiki/Du%C5%A1evno_zdravje_na_delovnem_mestu#Promocija_du.C5.A1evnega_zdravja_v_delovnem_okolju (24.5.2015).

Psihiatrična bolnišnica Begunje. Dejavnost zdravstvene nege v Psihiatrični bolnišnici Begunje v procesu 24 urnega zagotavljanja zdravstvene nege [Interno gradivo]. Begunje. Psihiatrična bolnišnica Begunje; 2014.

Vnučec Š. M, Zupan J. S prenovo procesov ustvarjamo trajnostni razvoj Psihiatrične bolnišnice Begunje In: 23. letna konferenca SZKO – Celovito prestrukturiranje? Odgovor je kakovost. Portorož: SZKO; 2014.

SZKO. Metode in orodja kot podpora vodenju - učno gradivo. Ljubljana: SZKO; 2014.

Prijatelj V. Organizacijsko informacijski model preprečevanja napak v procesu zdravstvene nege. Doktorska dizertacija. Maribor: Univerza v Mariboru; 2012:30-33.

OBVLADAJMO STRAH

Let's overcome fear

Dragica Resman, dr. med., spec. psih.
Psihiatrična bolnišnica Begunje
dragica.resman@pb-begunje.si

Izvleček

Avtorica v prispevku opiše definicijo čustva strahu. Razlikuje strah, ki se pojavi v realno nevarnih okoliščinah in ima zaščitniško funkcijo od patološke čustvene reakcije. Navede biološke vzroke, osebnostne lastnosti in okoliščine, ki vplivajo na pojav strahu, ter opiše številne telesne in vedenjske simptome, ki ga spremljajo. Predstavi različne vedenjske, kognitivne in sprostitvene tehnike za obvladovanje simptomov.
***Ključne besede**: stres, anksiozne motnje, obvladovanje strahu*

Abstract

The paper describes the definition of the emotion of fear. It distinguishes anxiety that occurs in real hazardous situations and thus has a protective function from a pathological emotional reaction. The paper looks at biological causes, personality traits and circumstances that influence the onset of fear, and describes a number of physical and behavioural symptoms that accompany it. It presents various behavioural, cognitive and relaxation techniques to control symptoms.
***Keywords**: stress, anxiety disorder, overcoming fear*

Uvod

Sodobno življenje je postalo tako zapleteno, da se mnogi ne morejo prilagoditi vsem obremenitvam in zahtevam. Občutijo strah in tesnobo, včasih povsem psihično odpovedo. Čeprav stresne in anksiozne motnje povzročajo pacientom trpljenje, jim kvarijo telesno zdravje ter ovirajo njihovo funkcioniranje, zaradi predsodkov in nevednosti le redki poiščejo ustrezno pomoč (Elliott, Smith, 2010). V prispevku bomo skušali prikazati, kako prepoznati simptome in vzroke strahu in na kakšen način lahko pomagamo sebi in našim pacientom.

Definicija čustva strahu

Vsi smo kdaj zaskrbljeni, tesnobni, občutimo tremo, strah, paniko ali celo grozo. To so strahovi, t.j. skupina različnih čustev, ki jih občutimo, kadar mislimo, da je ogrožena katera od naših pomembnih vrednot, kot so na primer naše življenje, zdravje, socialna varnost, samospoštovanje, življenje ali bližina ljubljene osebe idr. Marsikdaj ne verjamemo, da smo se sposobni zaščititi. Toda strahovi imajo v našem življenju tudi zaščitno vlogo, podobno kot bolečina (Milivojević, 2008).

Strah, panika in groza

V naslovu našteta čustva se pojavijo, kadar se soočamo z nevarno situacijo. Čustveno reakcijo spremljajo spremembe v delovanju avtonomnega živčnega sistema, ki telo v hipu pripravi na prilagoditveno vedenje, na primer beg iz ogrožajoče situacije ali iskanje varnosti in zaščite (Milivojević 2008) .

Bojazen

Kadar je strah povezan s pričakovanjem ogrožajočega dogodka v prihodnosti, to imenujemo *bojazen*, ki se lahko kaže kot opreznost, trema, zaskrbljenost ali tesnoba. *Tremo* občutimo, če mislimo, da ne bomo kos neki situaciji v prihodnosti. Zmerna trema nas motivira, da se bolje pripravimo na situacijo, ki nas čaka, recimo na izpit ali nastop. Če je trema prevelika, nas onesposobi, taki situaciji pa se izognimo, če je le možno. *Zaskrbljeni* smo, kadar nas ali tiste, za katere smo odgovorni, ogroža neka okoliščina, na katero nimamo vpliva. Zaskrbljenost je koristna, če nas motivira k akciji, da naredimo vse, kar je v naši moči, da se pripravimo ali omilimo posledice negativnega dogodka. Samo premlevanje o možnih katastrofah, na katere nimamo vpliva, pa nas le izčrpava. *Anksioznost (tesnoba)* pa se pojavi, kadar ocenimo, da celotna življenjska situacija presega naše sposobnosti. Tesnoba je izredno neprijetno čustvo, ki jo spremljajo številni telesni simptomi. Težko razumemo, kaj se nam dogaja, saj je ne moremo povezati s kakšno določeno situacijo. Nimamo zaupanja vase, verjamemo, da bomo preživeli le, če dobimo pomoč iz okolice (Milivojević, 2008).

Subjektivna ocena ogroženosti

Na kakšen način bomo reagirali v neki situaciji in kako močno bodo simptomi izraženi, je odvisno od naše subjektivne ocene ogroženosti. Pomembno je, koliko nam pomeni vrednota, ki je ogrožena, kolikšna se nam zdi verjetnost negativnega dogodka, kakšne posledice naj pričakujemo, če bi se negativni dogodek res zgodil, kako ocenimo svoje sposobnosti za soočenje in obrambo, ali vidimo možnost umika iz nevarne situacije in koliko računamo na pomoč iz okolice. Oceno naredimo bliskovito, avtomatično, ne da bi se tega sploh zavedali (Beck 1995; Živčić, 1990).

V kolikor ocenimo, da je ogrožena naša zelo pomembna vrednota (življenje, zdravje, samospoštovanje, socialna varnost, varnost ljubljene osebe idr.), vendar smo močnejši od napadalca, bomo občutili *jezo, bes,* lahko tudi *sovraštvo*. Simpatični vegetativni sistem se bo aktiviral in pripravil telo na boj. Mišice bodo napete, dihanje pospešeno, utrip srca in arterijski pritisk bosta povišana. Vsa naša pozornost bo usmerjena v reševanje problema (Milivojević, 2008). Če ocenimo, da smo šibkejši od napadalca, vendar se lahko umaknemo iz ogrožajoče situacije, bomo občutili *strah* in skušali zbežati. Če ne vemo, ali obstoja izhod iz ogrožajoče situacije, ki ji nismo kos, bomo občutili *paniko* in dezorganizirano po principu napak in zmot iskali rešitev. Tudi strah in paniko spremlja povečana aktivnost simpatičnega živčevja, ki pripravi telo na beg oziroma iskanje izhodov. Zaradi povečane aktivnosti noradrenalina in drugih stresnih hormonov se travmatski dogodek močno vtisne v spomin (Resman, 2010). Če ocenimo, da je ogroženo naše življenje in ni možne rešitve, občutimo *grozo*. Aktivira se parasimpatično živčevje, sprožijo se lahko tudi endogeni opiati. Otrpnemo, izgubimo mišično moč, možne so parestezije, paralize, derealizacije, lahko nam uideta voda in blato, krvni tlak pade, izgubimo lahko celo zavest. Podobno vidimo tudi v živalskem svetu, ko se žival, ki ne more zbežati plenilcu, zgrudi kot mrtva na tla. Tudi pri ljudeh je taka reakcija lahko koristna. Oseba se realnosti ne zaveda več in se tako vsaj simbolično umakne iz ogrožajoče situacije. Ne čuti bolečin, zato ne trpi. Dogajanja v času nezavesti si žrtev ne zapomni (Milivojević, 2008).

Strah kot normalna reakcija na stresne okoliščine

Strah je upravičen, kadar je nevarnost res prisotna in je večja od naših obrambnih sposobnosti, zato je umik ali izogibanje ogrožajočim situacijam in iskanje pomoči v okolici koristno

vedenje. Če je tudi jakost strahu primerna stopnji ogroženosti in strah izražamo na socialno sprejemljiv način, govorimo o adekvatni čustveni reakciji (Milivojević, 2008).

Stresne motnje

Najbolje funkcioniramo, kadar so obremenitve primerne našim sposobnostim in verjamemo, da bomo probleme rešili, če se potrudimo. Optimalna raven stresnih hormonov nam poveča motivacijo, budnost in kognitivne sposobnosti. Ko rešujemo probleme, si pridobivamo delovne navade, nove izkušnje in znanje. Uspeh dviga naše samospoštovanje in nam daje občutek vrednosti, sposobnosti in samostojnosti. Bolj sposobni ljudje zato potrebujejo bolj zahtevne naloge, da občutijo zadovoljstvo kot manj sposobni (Looker, Gregson, 1993). Stres se pojavi, kadar so *obremenitve za nas prevelike* in nam kljub trudu ne uspe rešiti problemov.
Simptomi in znaki stresa, kot so tesnobnost, razdražljivost, napetost, nespečnost, raztresenost, pozabljivost, utrujenost, bolečine v prsih, povišan krvni tlak, pospešeno bitje srca, oteženo dihanje, cmok v grlu, prebavne motnje, glavobol in druge bolečine, nas dodatno prestrašijo in ovirajo pri funkcioniranju. Akutni stres spremljajo predvsem spremembe v delovanju vegetativnega živčevja, dolgotrajne posledice stresa pa so povezane tudi s povečanim izločanjem glukokortikoidov. Moteno je delovanje hormonov, spremenjen je metabolizem maščob in sladkorja, oslabljen je imunski sistem, kažejo se znaki vnetja, povečano je strjevanje krvi. Zato je dolgotrajen psihični stres rizični dejavnik za številne psihosomatske bolezni, na primer infarkt srca ali možgansko kap (Lapajne, 2012; Looker, Gregson, 1993).
Psihične motnje, ki nastopijo po ekstremno stresnem dogodku ali po dolgotrajnih, velikih obremenitvah, katerim se ne prilagodimo uspešno, delimo na 1) *takojšnje*: akutna stresna reakcija, 2) *zakasnele*: prilagoditvena motnja, posttravmatska stresna motnja in 3) *trajne*: trajna osebnostna spremenjenost po katastrofični izkušnji. Pogosta je komorbidnost, predvsem depresija, anksiozne motnje in psihosomatske težave. Mnogi skušajo ublažiti bolečine z analgetiki, strah, napetost in žalost z alkoholom ali drugimi psihotropnimi substancami. To prinese le kratkotrajno olajšanje, dolgoročno pa vodi v odvisnost in še večji stres (Lapajne, 2012, Resman, 2010).

Stres občutimo tudi, kadar imamo premalo obveznosti glede na naše sposobnosti. Marsikdo izgubi zadovoljstvo, voljo in motivacijo, če ima nezahtevno in premalo ustvarjalno delo. Lahko občutimo stres ob upokojitvi, ob odhodu otrok od doma, ko nas nihče več ne potrebuje. Ne dobimo dovolj potrditev, izgubljamo samospoštovanje, pojavi se občutek, da smo nekoristni, življenje lahko izgubi smisel. Tudi take vrste stres pogosto vodi v depresijo, anksiozne motnje, bolezni odvisnosti in psihosomatske bolezni (Looker, Gregson, 1993).

Pretiran, nerealen strah

Naša ocena ogroženosti ni vedno realna. Lahko mislimo, da smo v nevarnosti, čeprav v resnici nismo. Morda precenjujemo verjetnost negativnega dogodka, podcenjujemo svoje sposobnosti soočenja z njim ali pa premalo zaupamo drugim, zato ne pričakujemo pomoči iz okolice. Strah, ki ga občutimo, je prevelik glede na okoliščine. Lahko traja predolgo, še dolgo, potem ko nevarnosti ni več. Pogosto telesne simptome, ki spremljajo strah, doživljamo kot neobvladljive, nevarne ali sramotne, to pa strah le še poveča. Beg iz situacij, v katerih doživljamo strah, nam prinaša le trenutno olajšanje. Dolgoročno pa nam izogibajoče vedenje škoduje, saj vzdržuje nerealno prepričanje, da nismo kos situaciji in da bi se nam res nekaj hudega zgodilo, če se ne bi izognili. Tudi iskanje varnosti pri drugih ljudeh in lajšanje strahu z anksiolitiki in alkoholom nam dolgoročno gledano le utrjujeta prepričanje, da sami ne zmoremo, zato smo vedno bolj odvisni od zunanje pomoči (Leahy, Holland, 2000). Kadar se

kljub strahu soočimo s situacijo, ki v resnici ni tako nevarna, kot si mislimo, imamo možnost, da si pridobimo novo dobro izkušnjo in ugotovimo, da je bil naš strah odveč. Dobimo večje zaupanje v svoje sposobnosti, to pa nam dviguje samospoštovanje in samostojnost.

Dolgotrajen, nerealen ali pretiran strah, ki ovira funkcioniranje, je glavni simptom anksioznih motenj. Anksiozne motnje se pogosteje pojavljajo pri ljudeh, ki so genetsko predisponirani ali pa zaradi neprimerne vzgoje in slabih izkušenj doživljajo svet kot nekaj, polno nevarnosti, zato nimajo zaupanja ne vase, ne v druge. Pogosto jih sprožijo stresne okoliščine (Leahy, Holland, 2000).

Anksiozne motnje

Najbolj pogosta je *generalizirana anksiozna motnja*. Pacienti so stalno tesnobni in zaskrbljeni, ves čas pričakujejo, da se bo njim ali njihovim bližnjim zgodilo nekaj hudega. Nikoli se ne morejo sprostiti, težko se osredotočijo na delo, ne morejo se spočiti in v miru spati, saj ves čas oprezajo in pazijo, da ne bi spregledali nevarnosti. Zaradi hiperaktivnega avtonomnega živčevja so izraziti tudi telesni simptomi, ki pacientu povzročajo dodatne skrbi. Pretirano zaskrbljenost za druge včasih vzdržuje tudi prepričanje, da je zaskrbljenost znak ljubezni in odgovornosti in bi imeli občutke krivde, če bi nehali skrbeti. Včasih pacienti mislijo, da se bodo s trpljenjem zaradi stalnih skrbi nekako odkupili in bo njim in njihovim bližnjim prizaneseno z nesrečami (Anić, 2007).

Nekateri ljudje občutijo hud strah z izrazitimi telesnimi simptomi v dobro definiranih okoliščinah, na primer v bližini določenih živali, lahko se bojijo grmenja, teme, višine, zaprtih prostorov, zdravniških pregledov, krvi, nekateri ne upajo jesti v javnosti idr. To so *fobične bojazni*. Če je le možno, se takim okoliščinam izognejo, čeprav vedo, da v resnici niso nevarne. Pacienti s *socialno fobijo* se izogibajo socialnim situacijam, predvsem javnim nastopom. Bojijo se, da bi jih drugi ocenjevali, kritizirali ali zavrnili. Običajno nimajo zaupanja vase, druge doživljajo kot pretirano zahtevne in kritične. Sramujejo se simptomov tesnobe, ki jih drugi lahko opazijo, na primer rdečice, tresenja, potenja, mrzlih rok ali jecljanja. Prepričani so, da bi jih drugi zaradi teh simptomov zavrnili ali se jim posmehovali (Leahy, Holland, 2000).

Panični napad spada med pogosta urgentna psihiatrična stanja. Kaže se kot nenadna huda tesnoba, ki običajno traja nekaj minut do ene ure. Tesnobo spremljajo različni telesni simptomi: tahikardija, znojenje, tresenje, občutek dušenja, tiščanje v prsih, slabost, mrzlica ali vročica, omotica, parestezije, derealizacije idr. Oseba je prepričana, da so telesni simptomi nevarni in neobvladljivi. Paniko spremlja strah pred smrtjo ali norostjo. Običajno človek zbeži iz prostora, v katerem se je se je panika pojavila in išče pomoč (Resman, 1998).

Prvi panični napad se pogosto pojavi v stresnih okoliščinah. O *panični motnji* pa govorimo, če se panični napadi začno ponavljati povsem nepričakovano, tudi v situacijah, ki niso nevarne. Iz strahu pred ponovitvijo napadov pacienti stalno opazujejo svoje telo. Že najmanjša sprememba, na primer omotica zaradi hitre spremembe položaja telesa ali pospešen pulz zaradi hoje po stopnicah jih prestraši, saj so prepričani, da je to začetek paničnega napada. Strah pred paniko dejansko lahko sproži panični napad. Običajno pacienti iščejo pomoč pri zdravniku, saj mislijo, da so simptomi znak hude bolezni, in zahtevajo številne somatske preiskave. Panični napad je izredno neprijeten. Pacienti se pogosto začnejo izogibati situacijam, kjer pričakujejo paniko, kar imenujemo *agorafobija*. Izogibajo se prostorov, kjer je beg v primeru panike otežen, na primer gneči, vožnji z avtobusom ali letalom, ne gredo v

nakupovalne centre ali na gledališke predstave. Včasih si zaradi občutka, da med paniko nimajo nadzora nad svojim vedenjem, ne upajo prevzeti odgovornost, na primer upravljati s stroji, delati na višini, čuvati otroke idr. Ker so prepričani, da sami ne zmorejo obvladati panike, iščejo pomoč ljudi, ki jim zaupajo. Včasih si sploh ne upajo biti več sami, zato postanejo odvisni od drugih. Pogosto si pomagajo z anksiolitiki ali alkoholom, a tudi to lahko vodi v odvisnost (Resman, 1998; Leahy, 2000; Pretnar, 2009).

Kako pacienta naučimo obvladovati strah

Veliko lažje pomagamo pacientom, če znamo obvladovati lastne strahove. Pacienti s hudo tesnobo najprej potrebujejo *umik v varno okolje*. Pomagamo jim *ublažiti simptome tesnobe* s pomirjujočim, nevsiljivim pristopom. Če so simptomi zelo izraziti in težko sledijo našim nasvetom, jim damo *anksiolitik*. V primeru hiperventilacije jih spodbujamo, naj dihajo skozi nos ali v papirnato vrečko, da ublažijo hipokapnijo in s tem povezane neprijetne telesne zaznave. Poskušamo jim preusmeriti pozornost na enakomerno, umirjeno *dihanje s trebušno prepono* (Resman, 1998). Šele, ko se umirijo, se pogovorimo z njimi in jim damo *ustrezne informacije* o bolezni in možnostih zdravljenja. Nekateri čutijo olajšanje takoj, ko izvedo, kaj jim je in dobijo zagotovilo, da simptomi niso nevarni. Drugi pa temu težko verjamejo, zato potrebujejo več časa. Če so težave dolgotrajne in ovirajo pacientovo funkcioniranje, predlagamo *antidepresivno medikamentozno terapijo*. V prvih tednih, ko antidepresiv še nima terapevtskega učinka, dodamo tudi anksiolitično terapijo. Paciente naučimo različnih *sprostitvenih tehnik* in jih spodbujamo, da naučene tehnike vsak dan redno izvajajo in jih vedno uporabijo ob prvih znakih tesnobe (Kovač, 2011). Ko vidijo, da sami lahko obvladujejo simptome in preprečijo paniko, je strah pred tesnobo bistveno manjši, postanejo bolj samozavestni in samostojni. Koristno je *načrtovanje prijetnih aktivnosti*.

S pogovorom skušamo *ugotoviti vzrok tesnobe*. Včasih imajo pacienti realne probleme in je njihov strah upravičen. V tem primeru jih spodbujamo k aktivnemu *reševanju življenjskih problemov in iskanju ravnotežja med obveznostmi in sproščujočimi aktivnostmi*. S psihoterapijo jim pomagamo, da bolj realno ocenijo trenutno situacijo in svoje sposobnosti ter si zastavijo realne cilje. *Naučimo jih asertivnosti in socialnih veščin*, da se bolje znajdejo v socialnih situacijah in poiščejo ustrezno pomoč v okolici (Groleger, 2009). Kadar je njihov strah prevelik glede na okoliščine, jim pomagamo *s kognitivnimi tehnikami spremeniti nerealne, pretirano pesimistične misli*. Skušamo odkriti, katerim situacijam se pacienti izogibajo in jim razložimo, kako izogibanje vzdržuje anksiozne motnje (Resman, 2009). Naredimo *načrt postopnega izpostavljanja* tem situacijam. Pacienti si tako pridobijo nove, dobre izkušnje in si dokažejo, da zmorejo normalno funkcionirati (Leahy 2000; Resman 1998; Pretnar, 2009).

Zaključek

Vsi pacienti s telesno ali psihično boleznijo občutijo strah in bojazen. V stiski pogosto iščejo pomoč tudi pri medicinski sestri. S človeškim pristopom, empatijo in ustreznim znanjem jim lahko zmanjšamo trpljenje in si pridobimo njihovo zaupanje in s tem večje sodelovanje pri zdravljenju.

Literatura

Anić N. Vedenjsko-kognitivni modeli razumevanja in obravnave generaliziranja anksiozne motnje. In: Anić N, Janjušević P, eds. Izbrane teme iz vedenjsko-kognitivne terapije Zbornik II. Ljubljana: Društvo za vedenjsko in kognitivno terapijo Slovenije; 2007: 189-204.

Beck JS. Cognitive Therapy: Basic and Beyond. New York: The Guilford Press, 1995.

Elliott CH, Smith LL. Premagovanje anksioznosti za telebane. Ljubljana: Pasadena; 2010: 9-18.

Groleger U. Problem solving ali strategije reševanja problemov. In: Žmitek, ed. Psihoterapevtski ukrepi za vsakdanjo rabo. Begunje: Psihiatrična bolnišnica Begunje; 2009: 82-95.

Kovač Vouk, L. Tehnike sproščanja. In: Žmitek, ed. Psihoterapevtski ukrepi za vsakdanjo rabo 3. Begunje: Psihiatrična bolnišnica Begunje, 2011: 133-59.

Lapajne P. Duševna motnja kot posledica neugodne objektivne situacije. In: Žmitek, ed. Psihoterapevtski ukrepi za vsakdanjo rabo 4. Begunje: Psihiatrična bolnišnica Begunje; 2012: 33-49.

Leahy RL, Holland SJ. Treatment plans and intervention for depression and anxiety disorders. New York: The Guilford Press; 2000: 69-241.

Looker T,Gregson O. Obvladajmo stres. Ljubljana: Cankarjeva založba; 1993.

Milivojević Z. Emocije. Novi Sad: Psihopolis institut; 2008: 490-584.

Pretnar SM. Psihoterapija panične motnje. In: Žmitek, ed. Psihoterapevtski ukrepi za vsakdanjo rabo. Begunje: Psihiatrična bolnišnica Begunje; 2009: 46-71.

Resman D. Sprememba mišljenja s pomočjo tehnike situacija-misli-reakcija. In: Žmitek . Psihoterapevtski ukrepi za vsakdanjo rabo. Begunje: Psihiatrična bolnišnica Begunje; 2009: 96-114.

Resman D. Urgentna stanja pri nevrotskih motnjah. In: Romih J, Žmitek A, eds. Urgentna stanja v psihiatriji. Begunje: Psihiatrična bolnišnica Begunje; 1989: 72-88.

Resman D. Žrtve nasilja. In: Žmitek, ed. Psihoterapevtski ukrepi za vsakdanjo rabo 2. Begunje: Psihiatrična bolnišnica Begunje; 2010: 15-42.

Živčić I. Kognitivno-bihevioralni tretman anksioznosti. In: Anič N, ed. Praktikum iz kognitivne i bihevioralne terapije III. Zagreb: Društvo psihologa Hrvatske; 1990: 57-71.

NEKATERE UVELJAVLJENE TEHNIKE SPROŠČANJA

Some of the established relaxation techniques

Ljubica Kovač Vouk, dipl. m. s.
Psihiatrična bolnišnica Begunje
ljubica.vouk@pb-begunje.si

Izvleček

V prispevku bodo predstavljene nekatere uveljavljene tehnike sproščanja. Le-te se v praksi izvajajo v situacijah, ko ljudje doživljajo izrazito anksioznost. Namen uporabe sproščanja je v tem, da je nemogoče biti istočasno anksiozen in sproščen. Naše telo se odziva odgovarja na anksiozne misli in ogrožajoče situacije z napetostjo mišic, zato je pomembno, da se naučimo sproščanja tudi iz preventive. Med učenjem sproščanja možgane programiramo za sprostitveno reakcijo, ki jo mora oseba z anksiozno motnjo znati sprožiti zavestno. Zato je potrebna redna vadba, ki omogoča, da naučene tehnike uzavestimo in jih v stresnih situacijah uporabimo.
Ključne besede: *anksioznost, tehnike sproščanja, učenje, sprostitev*

Abstract

The paper presents some of the established methods of relaxation. In practice they are used with people who experience substantial anxiety. The foundation for the use of relaxation is based on a fact that it is impossible to be anxious and relaxed at the same time. Our body responds to anxious thoughts and threatening circumstances with muscle tension. Therefore it is important to learn how to relax also for prevention. When learning how to relax the brain is programmed for a relaxed reaction and the person with anxiety disorder must be able to execute it consciously. This requires regular training, which ensures awareness of the learnt techniques and their usage in stressful circumstances.
Key words: *anxiety, techniques, learning, relaxation*

Uvod

Znan je pregovor, ki pravi, da ni počitka brez dela. Toda nič manj pomembna ni trditev, da ni dobrega in koristnega dela brez počitka. Med drugim se zastavlja tudi vprašanje, kako počivati. V šolah in po različnih službah nas celo življenje učijo, kako naj delamo, nikoli pa nam nihče ne pove, kako naj počivamo. Večina ljudi misli, da počivamo in se sproščamo takoj, ko nehamo delati, toda to je zmotno prepričanje je večje prevare od te. Pogosto lenarimo na trati, plešemo ob zvokih izbrane glasbe ali se premetavamo po postelji, toda naše telo ne počiva. Vznemirjeni smo. A odgovor je zelo preprost. Za počitek kakor za vse ostalo so potrebna navodila. O tehnikah sproščanja je že veliko napisanega, povedanega in videnega. Vedno znova pa preseneča spoznanje, da se ljudje premalo zavedamo, da se stres in napetost v telesu uravnotežita s sproščanjem, za kar pa je potrebna vsakodnevna redna vadba (Kovač Vouk, 2011). V prispevku so predstavljene tehnike sproščanja, ki jih izvajamo, kadar želimo sprostiti napetost v telesu in zmanjšati anksioznost v določeni situaciji.

Tehnike sproščanja

Sposobnost sproščanja je ena osnovnih tehnik za zdravljenje pri terapiji anksioznosti, fobij in paničnih napadov. Tehnike, kot so vizualizacija, sprememba notranjega govora, temeljijo na sposobnosti doseganja sprostitve. Med najbolj pogosto uporabljanimi tehnikami za obvladovanje stresa v svetu navajajo postopno mišično sproščanje. Sproščanje ne bo zaleglo, če se bomo zatekli k njemu samo, ko bomo pod stresom. Učenje in utrjevanje tehnik zahteva čas, zato je pomembno, da se človek nauči prepoznavati zaznavati že prve, zgodnje znake napetosti.

Odkrili so, da za različne vrste anksioznosti obstajajo različne oblike sproščanja, prav tako pa različnim tipom osebnosti ustrezajo različne tehnike sproščanja. V praksi najpogosteje izvajamo naslednje tehnike: čuječnost, različne dihalne tehnike, postopno mišično sproščanje po Jakobsonu, hitro mišično sproščanje, imaginacijo ali vodeno predstavljanje, vizualizacijo. Pogosto pa ljudje izvajajo tudi različne vrste meditacije, avtogeni trening, jogo, avtohipnozo.

Za učenje tehnik sproščanja je predvsem na začetku potreben usposobljen terapevt. Za zelo uspešno se je izkazalo učenje sproščanja v skupini. Skozi skupinsko dinamiko ljudje dobijo informacijo, da s svojimi težavami niso edini, obenem pa lahko z drugimi delijo svoje izkušnje o tem, kaj pomaga, ter preverjajo svoj napredek (Kovač Vouk, 2011).

***Čuječnost* (ang. mindfulness)** je nepresojajoče zavedanje sedanjega trenutka in je splošna človeška lastnost oziroma sposobnost, ki nas naravno varuje pred neustrezno stresno reakcijo, usmerjena pa je v sprejemanje sedanjosti. Pri različnih ljudeh je izražena različno, vendar so številne raziskave pokazale, da jo je mogoče okrepiti (Radovanović, 2008). Kovač Vouk (2011) opisuje, da čuječnost »izvira iz 2500 let stare budistične tradicije, vendar so podobna pojmovanja vsebovana tudi v zahodnih duhovnih tradicijah ter filozofskih in psiholoških teorijah mišljenja.

Čuječnost sestavljata dve komponenti: zavedanje sedanjega trenutka in sprejemanje svojega doživljanja. Ko smo čuječni, smo popolnoma prisotni tukaj in zdaj. Hkrati pa se zavedamo svojega trenutka doživljanja, ne da bi ga poskušali spremeniti ali mu ubežati. Zavedamo se svojih misli, čustev, telesnih občutkov in svojega vedenja. Prav tako se zavedamo zvokov, vonjev, okusov, oblik, barv, s katerimi prihajamo v stik. V čuječnosti usmerjamo pozornost v vse ravni svojega delovanja: miselno, čustveno, telesno in vedenjsko.«

Primer iz prakse
V roke vzamemo knjigo. Zaznajte, kakšen je občutek knjige v rokah (občutite gladke ali hrapave platnice, robove strani). Zaznajte, kako se počuti vaše telo, in opazujte njegov položaj, medtem ko sedite na stolu ali ležite na postelji (občutite občutke na koži, kjer se telo dotika stola, postelje). Občutite mišice nog, hrbta, dlani rok, medtem ko držite knjigo. Opazujte svoje dihanje (občutite zrak, kako potuje noter in ven skozi vaše nosnice). Zaznajte morebitne vonjave, bodisi prijetne bodisi neprijetne (razmislite, kako bi opisali te vonjave). Prisluškujte vsem zvokom okrog sebe. (Predstavljajte si, kako bi jih opisali prijatelju). Če se vam med izvajanjem vaje vrinejo kakšne ocene ali sodbe, opazujte, kako jih vaš um samodejno interpretira. Ne ocenjujte teh misli ali sebe. Ponovno se osredotočite na celotno paleto trenutnih občutkov (Kovač Vouk, 2011).

***Dihalne tehnike*:** Iz izkušenj vemo, da se večina ljudi, ki trpijo za anksioznostjo, ne zaveda svojega dihanja. Dihajo plitvo, nekoliko pospešeno z zgornjim delom prsnega koša. Zato je za učenje tehnik dihanja pomembno predvsem, da ljudje uzavestijo svoje dihanje in se spomnijo dihanja pri spečih dojenčkih. Njihovi trebuščki se z vsakim dihom dvigajo in padajo na ritmičen, naraven način. Vsakodnevni stres pa se je tekom življenja nekoliko poigral z prirojenim, naravnim dihalnim odzivom.

Obstajajo različne tehnike dihanja (dihanje s trebušno prepono, dihanje s podaljšanim izdihom, globoko dihanje, ritmično dihanje, meditacijsko dihanje). Posameznik si izbere tisto, ki mu ustreza. Pomembno pa je, da je izdih vsaj dvakrat daljši od vdiha.

Primer
Ritmično dihanje: Vdihnite skozi nos in štejte do tri (ali do kateregakoli števila med tri in šest, kakor vam je najudobneje). Izdihujte skozi nos in štejte do istega števila. Ne zadržujte diha. Dihajte v tem ritmu nekaj minut (Dernovšek, Valič, 2011).

Meditacijsko dihanje (dihanje z ozaveščanjem): Cilj je, da se postavimo v vlogo nepristranskega opazovalca naše zavesti in da dosežemo mirnost. Dovolimo mislim in čustvom, da pridejo, vendar jih ne ulovimo, pustimo jim, da odidejo dalje. Najboljši učinek dosežemo, če vajo izvajamo vsak dan po 15 minut ne glede na to, ali nam odgovarja ali ne. Naučimo se biti sami s svojim dihanjem brez dodatnih vplivov.

Primer
»Ležimo na hrbtu. Če raje sedimo, poskrbimo, da imamo vzravnano hrbtenico in spuščena ramena. Oči imamo zaprte. Svojo pozornost usmerimo v trebuh, poskušajmo občutiti, kako se trebuh nežno dvigne ob vdihu in spusti ob izdihu. Osredotočeni smo na dihanje, bodimo »skupaj z« vsakim vdihom in izdihom v njegovem celotnem trajanju, kot da bi jahali valove. Kadar se pojavljajo moteče misli, jih ne potlačimo. Dobro je, da jih označimo (misli o dolgočasnosti, skrbeh, bolečini), potem pa se vrnemo k dihanju. Z vajo bomo opazili, da lahko meditiramo v vedno daljših intervalih. Dlje meditiramo, tišje postajajo moreče misli. Mogoče pridemo celo do točke, ko opazimo, da smo popolnoma osredotočeni na dihanje več sekund ali minut. Takrat lahko dosežemo točko globokega miru. Tudi takrat moramo označiti misel – o globokem občutku miru, potem pa se spet vrnemo k dihanju« (Dernovšek, Valič, 2011).

Meditacijsko dihanje za »lenobe«: »Večkrat dnevno usmerite svojo pozornost v dihanje, v spuščanje in dvigovanje trebuha. Pričnite se zavedati svojih misli in občutkov v teh trenutkih, brez obsojanja (ocenjevanja) jih preprosto opazujte. Hkrati bodite pozorni na morebitne spremembe počutja in načina, kako vidite reči« (Dernovšek, Valič, 2011).

Ostale tehnike sproščanja

***Izometrična sprostitev – vaje moči*:** Izometrične vaje so tiste, pri katerih ni giba v sklepu, medtem ko napenjamo mišico in pritiskamo ob nepremagljiv upor.

Primer
Prekrižamo noge v gležnjih, pritisnemo jih skupaj, zadržimo in sprostimo. Z rokami vlečemo za spodnji del sedala in vlečemo navzgor. Roke dvignemo za glavo in se primemo, tako da prepletemo prste. Z dlanmi pritiskamo glavo. Roke dvignemo in jih v komolcih prepognemo v višini prsnega koša. Primemo se za prste in vlečemo narazen. Roke dvignemo in jih v komolcih prepognemo v višini prsnega koša. Dlani stisnemo skupaj, zadržimo in sprostimo. Medtem ko sedimo, zategnemo stegenske in zadnjične mišice, zadržimo in sprostimo. Medtem ko stojimo, zategnemo stegenske mišice, zadržimo in sprostimo. Medtem ko stojimo, zategnemo zadnjične mišice, zadržimo in sprostimo. Stisnemo mišice medeničnega dna (mehur, rektum in potegnemo popek proti hrbtenici), zadržimo šest sekund, nato sprostimo. Izometrično sproščanje je še posebej primerno za osebe z socialno fobijo. Priporočeno je, da to vrsto sprostitve uporabljajo pred ogrožajočim dogodkom, lahko pa tudi med dogodkom (Dernovšek, Valič, 2011).

***Hitra sprostitvena tehnika*:** S to tehniko si pomagamo zmanjšati simptome tesnobe ter povečati dostopnost pozitivnih informacij v spomin. Tako lažje najdemo alternative za negativne ali katastrofične misli.

Primer iz prakse
Globoko vdihnemo skozi nos (prsno), zadržimo zrak in hkrati napnemo mišice celega telesa (10–15 sekund). Nato počasi izdihnemo skozi priprte ustnice in popustimo napetost v mišicah. Umirimo dihanje in se odpočijemo (20–30 sekund). Ponovimo v zaporedju (tri- do petkrat). Tehniko lahko izvajamo sede ali stoje. Umaknemo se v prostor, kjer smo sami (pisarna, toaletni prostori, garderoba, dvigalo, itd.). S to tehniko si pomagamo, kadar čutimo napetost, npr. pred pomembnim pogovorom, izpitom, nastopom, kašnim pričakovanim, za nas stresnim dogodkom, ali pa po sestanku, konfliktu s sodelavcem, družinskim članom, po stresnem dogodku.

***»Stop« tehnika*:** S stop tehniko si pomagamo, tako da prekinemo tok negativnih misli in jih zamenjamo za pozitivne misli. Pri tem si pomagamo z afirmacijami.

Primer iz prakse
Ko je človek pod stresom, je njegova slika realnosti na nek način izkrivljena, ob tem pa so misli manj realne nefunkcionalne, kar pomembno vpliva na telesno in čustveno počutje in človekove odzive. Zrak vdihnemo skozi nos, zadržimo, izdihnemo skozi nos, plosknemo močno z rokami in istočasno naglas rečemo stop. Ponovimo v zaporedju tri- do petkrat.

***Elastika*:** Z elastiko prekinemo tok negativnih misli in omilimo telesne simptome. Prav tako je učinkovita tehnika, ki lahko zamenja rezanje pri samopoškodbenem vedenju.

Primer iz prakse
Elastiko nataknemo na zapestje, tako jo najprej zaznamo, to pa nas spomni na to, da negativne misli uzavestimo. (Tako prevzamemo nadzor nad negativnim razmišljanjem in ga ustavimo. S tem presekamo začarani fiziološko-nevrološki krog. V naslednjem koraku nadomestimo negativno misel s pozitivno). Vsakič, ko se zavemo negativne misli, se najprej ustavimo. Preprosto rečemo, odnehaj, ustavi se ali karkoli, kar najhitreje upoštevamo. Elastiko napnemo in jo sprostimo, tako da se tlesknemo po notranji strani zapestja. Tam se križajo energetske poti, zato je učinek večji. Negativne misli zamenjamo s pozitivnimi. Izrazimo jih v trdilni obliki.

Afirmacije so zavestno izbiranje določenih misli. Če želimo spremeniti svoje življenje, se moramo znova naučiti razmišljati in govoriti v pozitivnih vzorcih. Vztrajnost ponavljanja vsebino afirmacije spreminja v zavestno izbrano izhodišče našega odzivanja, delovanja in dojemanja sebe in okolice. Ko jih izrekamo, uporabljamo samo sedanji čas. Dobro je, da jih napišemo, tako si lažje zapomnimo, kar želimo povedati. Ko jih sestavljamo, uporabljamo samo pozitivne fraze. Afirmacije naj bodo kratke in jedrnate, vanje moramo verjeti. S ponavljanjem dosežemo, da se utrdijo v našem sistemu. Če jih izvajamo pred spanjem, imajo močnejši učinek, kajti v podzavesti bodo delovale še med spanjem (Kališnik, 2006).

Primer
Trditev: »Nisem ustvarjalna,« postane: »Odkrivam talente, za katere nisem vedela, da jih sploh imam.« Trditev: »Obtičala sem v bedni službi,« postane: »Vseskozi se mi odpira niz čudovitih novih priložnosti.« Trditev: »Nisem zadostna,« postane: »Znašla sem se sredi procesa pozitivnih sprememb in zaslužim si najboljše« (Hay, 2004).

Imaginacija ali vodeno predstavljanje je tehnika, ki z domišljijo lahko spreminja naše vedenje, čustvovanje, celo naše notranje fiziološko stanje. Moč domišljije je večja od moči zavestne volje. Z domišljijo si lahko predstavljamo, kar hočemo. Domišljija je eden temeljnih

prijemov, po katerih mišljenje shranjuje podatke. Domišljija je jezik *našega podzavestnega mišljenja* Vodene predstave zaobjemajo več kot le vizualni čut; vključujejo še vonj, dotik, okus in zvok. Lahko si ustvarite lastno podobo. Lahko gre za kraj, kjer ste nekoč že bili, ali pa kraj, ki ga niste še nikoli videli. Poskusite nekaj podob in opazujte, kako učinkujejo na vas (Elliott, Smith, 2010). Pred pričetkom izvajanja tehnike je pomebna priprava. Prvo si poiščite udobno mesto za sedenje ali ležanje, nato si zrahljajte oblačila in čevlje, na koncu pa zaprite oči in nekajkrat počasi vdihnite in izdihnite.

Primer
Sprehod po gozdu, četudi le domišljijski, za vaše telo in um dela čudeže. Predstavljajte si, da hodite skozi smrekov gozd in podrast. Drevesni sokovi oddajajo sladko, dražljivo aromo. Slišite, kako v vetru šumijo veje. Veje dreves presejejo sončno svetlobo, ki na tleh ustvarja plešoče sence. S podplati čutite prožnost steze, ki je pokrita s plastmi padlih listov. V daljavi slišite žuborenje potoka. Z roko sežete v svoj nahrbtnik, iz njega vzamete hladno vodo in naredite požirek. Ko jo srkate, začutite mir in se začnete sproščati. Nad seboj slišite ptice. Ustavite se za trenutek in jim prisluhnite. Ko nadaljujete hojo, se drevesa začnejo redčiti. Prišli ste do potoka s čisto vodo, ki lenobno teče čez in okrog kamnov v strugi. Sklonite se in se s prsti dotaknete vode; hladna je, čista in bistra. Z nekaj sveže vode si poškropite obraz in se počutite osveženi. Malce naprej opazite zelen travnik, poln divjih cvetlic. Rožni vonj nežno polni zrak s sladkobo. Usedete se na mehko travo. Od tukaj se odpira čudovit razgled. Zrak je jasen in čist. Sonce vam s toploto boža kožo. Nebo je sinjemodro s posameznimi puhastimi oblački. Zajame vas zaspanost in uležete se. Čutite, kako se vam sprošča celo telo. Vaše vsakdanje skrbi se vam zdijo tako neznatne. Vse, kar je pomembno, je ta trenutek.

Vizualizacija je oblika mentalnega predstavljanja. Gre lahko samo za predstavljanje nekega objekta ali pa aktivnosti, nastopa, izpita, športnega tekmovanja, itd. Uporabljamo jo kot: 1. pomoč pri učenju novih spretnosti (nastop); 2. pomoč pri učenju oziroma postavljanju strategije (izpit); 3. odstranjevanje negativnih občutij oziroma kot sestavni del sistematične desenzitizacije; 4. tehniko treninga koncentracije; 5. tehniko priprave na stresne dogotke (razgovor za službo); 6. tehniko priprave na javni nastop (mentalno ponavljanje nastopa poveča možnost avtomatizacije, povečuje gotovost v optimalno izvedbo, povečuje samozaupanje, itd.).

Razlikujemo med disociirano in asociirano vizualizacijo. Pri disociirani si predstavljamo sebe pri opravljanju aktivnosti iz perspektive gledalca, pri asociirani pa si predstavljamo svojo aktivnost (nastop, razgovor, itd.) iz perspektive, ki jo imamo tudi takrat v dani situaciji. Največkrat je lažje vizualizirati disociirano, vendar je bolj učinkovita asociirana oblika vizualizacije. Vizualizacija je pogosto še bolj učinkovita, če se jo dela v stanju hipnoze, saj je tam predstavljivost boljša. Vizualizacija običajno sledi sprostitveni tehniki, ki je uvod v indukcijo hipnoze, v kateri si potem pomagamo skozi vizualizacijo javnega nastopa ali delov nastopa.

Veliko ljudi vodene predstave uporablja kot pomoč pri spanju. Drugi jih uporabljajo kot pripomoček za sproščanje pred stresnim dogodkom, kot je na primer izpit (Elliott, Smith, 2010).

Primer
Potrebujemo miren prostor, udoben sedež, kjer se najprej sprostimo. Nato si skušamo predstavljati prostor, kjer bomo imeli javni nastop. Predstavljamo si detajle, kot denimo, kje bomo stali, kdo vse bo prisoten, kam je obrnjen govorniški oder, idr. Poskušamo si

predstavljati v barvah. Šele, ko je slika dovolj jasna, si začnemo predstavljati nastop, ki ga v mislih večkrat ponovimo, dokler z izvedbo nismo zadovoljni oziroma dokler ne pridobimo samozavesti ali občutka avtomatizacije (Tušak, 2003).

Zaključek

Posamezni stresorji niso enako pomembni za vse ljudi. Kar je za nekoga le obroben dogodek, bo drugemu morda povzročilo hude skrbi, celo stresno motnjo (psihično in telesno). Nekaj stresa, ki ga navadno spremlja tudi anksioznost (pozitivna), nujno potrebujemo zato, da smo sploh delovni in ustvarjalni tako doma kot na delovnem mestu. Kadar pa stres spremlja pretirana anksioznost, ki še dodatno onesposobi človeka in so prisotni še drugi znaki, npr. depresivno razpoloženje, izbruhi jeze, občutek nemoči in nesposobnosti ter skrb za prihodnost, pa govorimo o motnji. Kvaliteta vsakdanjega življenja tako pade na točko, ko je človek primoran narediti spremembo. Značilnost anksioznih ljudi je, da dovolijo, da anksioznost obvladuje njihova življenja. Večino časa in energije porabijo, da se borijo z njo, jo kontrolirajo ali se ji izogibajo. Splošni nivo anksioznosti se zniža s treningom tehnik za zmanjševanje anksioznosti. Če želimo doseči učinek sproščenosti v telesu, je potrebna redna dneva vadba. Dejstvo je, da človek z izboljšanim odnosom do sebe, začne početi tisto, kar mu je v korist. Odgovornost za zdravje in splošno dobro počutje je v nas samih.

Literatura

Dernovšek Z. M, Valič M. Anksioznost, pomoč pri spoprijemanju z anksiozno motnjo. Ljubljana: Društvo za pomoč osebam z depresijo in anksioznimi motnjami; 2011: 37-44.

Elliott CH, Smith LL. Premagovanje anksioznosti za telebane. Ljubljana: Društvo za pomoč osebam z depresijo in anksioznimi motnjami, Ozara Slovenija; 2010: 191-201.

Hay LL. Zmorem: kako si z afirmacijami izboljšati življenje. Ljubljana: Karantanija; 2004: 9-19.

Kališnik V. Svetlo modra – priročnik za duhovno rast. Ljubljana: Mladinska knjiga; 2006: 183-4.

Kovač Vouk L. Tehnike sproščanja. In: Žmitek A, ed. Psihoterapevtski ukrepi za vsakdanjo rabo. Begunje: Psihiatrična bolnišnica Begunje; 2011: 133-59.

Radovanović K. Delavnica proti stresu. Institut za integrativno psihoterapijo in svetovanje. 2008. Dostopno na http://www.institut-ipsa.si/datoteke/Program%20COS%20-clanek.pdf (14.5.2015).

Tušak M. Psihologija ekipnih športov. Ljubljana: Fakulteta za šport; 2003.

ANKSIOZNOST PRI ZAPOSLENIH V ZDRAVSTVENI NEGI NA PODROČJU PSIHIATRIJE

Anxiety in health care workers in the area of psychiatry

Urban Bole, dipl. zn.
mag. Branko Bregar, dipl. zn., viš. pred.
Psihiatrična bolnišnica Begunje
Urban.bole@pb-begunje.si

Izvleček

Namen prispevka je predstaviti pojavnost anksioznosti in znakov anksioznosti, ki se pojavljajo pri zaposlenih v zdravstveni negi na področju psihiatrije. Raziskava, ki je bila izvedena v treh psihiatričnih bolnišnicah (PB Begunje, PB Idrija in Oddelek za psihiatrijo UKC Maribor), kaže, da se zaposleni v PB Idrija najpogosteje srečujejo z znaki anksioznosti, od katerih izstopajo prvenstveno telesni znaki anksioznosti. Zato bi bilo potrebno, da se zaposlenim v zdravstveni negi omogoči zdrava delovna okolja in znanja ter veščine za prepoznavanje ter spoprijemanje z anksioznostjo.
Ključne besede: *tesnobnost, stres, medicinske sestre, študentje zdravstvene nege*

Abstract

The purpose of this paper is to present the incidence of anxiety and signs of anxiety that occur with employees in health care in the field of psychiatry. The survey, which was carried out in three psychiatric hospitals (Begunje, Idrija and the Department of Psychiatry of the University Medical Centre Maribor), shows that employees in Idrija most frequently encountered signs of anxiety, among which stand out the most common physical symptoms of anxiety. It is therefore necessary to provide healthy work environments for health care workers and also the right knowledge and skills to be able to identify and cope with anxiety.
Key words*: anxiety, stress, nurses, nursing students*

Uvod

O zdravju in bolezni se praviloma razpravlja s pomočjo odnosa do telesa oziroma človekove utelešenosti (Kamin et al., 2009). Duševno zdravje je čustvena in duhovna prožnost, ki nam omogoča uživati življenje in se soočati z bolečino, trpljenjem, razočaranjem. Zrcali se v kakovosti življenja posameznika, v načinu, kako se sooča z življenjskimi težavami, krizami, stiskami, in v odnosu, ki ga ima do sebe in do drugih (Skrb za duševno zdravje, 2014). Različni obrambni mehanizmi, ki jih človek razvije, kot so občutki strahu, pospešeno, plitko dihanje, želja po begu in boju, predstavljajo značilen odziv organizma na zaznano nevarnost. To je človeku omogočilo preživetje in evolucijski razvoj (Elliott, Smith, 2010; Fiala, 2011; Rebolj, 2011). V ožjem pomenu besede je anksioznost čustveno stanje, zla slutnja pred neko neodločljivo grožnjo, usmerjeno v prihodnost (Sandock, Sandock, 2009). Ljudje smo zato tako rekoč biološko programirani, da zaznamo nevarnost, ko nam grozi, saj možgani telesu v hipu sporočijo, naj se pripravi na nevarno situacijo. Te fiziološke reakcije lahko pojasnimo kot odziv organizma oziroma t. i. »boj ali beg«. Vključuje namreč različne znake, kot so pospešeno bitje srca, hitro dihanje, napete mišice, mrzle dlani in stopala, občutek strahu in ogroženosti. Reakcija »boj ali beg« je signal, da smo v nevarnosti. Pomaga nam, da se zaščitimo, zaradi česar velja, da je anksioznost uporabna obramba (Dernovšek et al., 2006; Nash-Wright, 2011). Zaposleni v zdravstvu smo pogosto izpostavljeni stresogenim situacijam. Stres je sestavni del življenja vsakega posameznika. Različne okoliščine, v katere je posameznik vsakodnevno ujet, so možni sprožilci napetosti in stresa. Na nastanek anksioznosti vplivajo tudi socialni vzroki, med katere spada stres na delovnem mestu. Tako sta anksioznost in stres tesno povezana pojma. Na Inštitutu za znanost in tehnologijo univerze

v Manchestru so objavili rezultate raziskave, ki je razvrstila poklice od najbolj do najmanj stresnih z ocenami od 0 do 10. Tu izredno izstopata poklic medicinske sestre, ki so ga ocenili z oceno 6,5, ter poklic zdravnika, ki ima oceno 6,8 (Jerman, 2005; Hribar, 2007; Lapanja, 2010; Pačnik, 1992 cit. po Goranski, 2011). V prispevku bomo predstavili izsledke raziskave med zaposlenimi v zdravstveni negi v treh psihiatričnih bolnišnicah z namenom, da izpostavimo morebitno izpostavljenost razvoju anksiozne motnje med zaposlenimi v zdravstveni negi na področju psihiatrije.

Anksioznost ter znaki anksioznosti pri zaposlenih v zdravstveni negi

Bole (2015) je tako v raziskavi med tremi slovenskimi psihiatričnimi bolnišnicami ugotovil, da kot najbolj pogoste znake anksioznosti, povezane z delom v zdravstveni negi, zaposleni navajajo telesne znake anksioznosti. Poleg telesnih znakov anksioznosti pa se zaposleni največkrat srečujejo z anksioznimi občutki ter mislimi, med katerimi zaposleni najpogosteje navajajo strah pred kritiziranjem ter občutkom, da se bo zgodilo kaj hudega. Prav tako je anksioznost, povezana z delom v zdravstveni negi, najbolj pogosta v psihiatrični bolnišnici Idrija. Tako so rezultati raziskave pokazali, da se z mejno anksioznostjo srečuje tretjina zaposlenih v zdravstveni negi na področju psihiatrije. Prav tako se zaposleni, ki svoje delo opravljajo na intenzivnih psihiatričnih oddelkih, pogosteje srečujejo z anksioznimi mislimi in občutji, medtem ko se nočno delo ter delovna doba nista izkazala kot dejavnika za pojavnost znakov anksioznoti. Pri spolu kot dejavniku za pojavnost znakov anksioznosti pa so ženske pogosteje navajale anksiozna občutja kot njihovi kolegi. Pri odvisnosti od nikotina pa se statistično pomembno razlikujeta skupini kadilcev in nekadilcev. Kadilci se prav z vsemi znaki anksioznosti srečujejo pogosteje kot nekadilci. Enako velja za samooceno ekonomskega in zdravstvenega stanja. Prav vsi ankentiranci, ki svoj ekonomski zdravstveni položaj smatrajo za slabši, pogosteje izkusijo znake anksioznosti.

Diskusija

Vedno več je ljudi, pri katerih stres, povezan z strokovnim delom, povzroča različne čustvene odzive med njimi, tudi anksioznost. Število ljudi, pri katerih se pojavlja anksioznost, iz dneva v dan narašča (Fiala, 2011). Da je delo v zdravstveni negi povezano z dejavniki, ki povzročajo anksioznost ugotavljajo raziskovalci na Kitajskem, kjer je bila pojavnost anksioznosti pri medicinskih sestrah višja kot pri učiteljih, študentih medicine, zdravnikih, ter po navedbah avtorjev primerljiva s pojavnostjo anksioznosti, ki se pojavlja pri bolnikih, obolelih za rakom (Gao, et al., 2012). Ugotovili smo, da se pri zaposlenih v največji meri pojavljajo telesni znaki anksioznosti, med katerimi so zaposleni opisovali, da so najpogosteje izpostavljeni utrujenosti in izčrpanosti. Dokazano je, da je stopnja anksioznosti pri zdravstvenih delavcih, ki so zaposleni v psihiatriji, večja kot pri zdravstvenih delavcih, ki so zaposleni na drugih področjih zdravstvene nege. Predvsem se to kaže pri delu z agresivnimi pacienti, ki zaposlene velikokrat izčrpajo in utrudijo. Stopnja anksioznosti se povečuje s stopnjo pacientove agresivnosti, kar zaposlene v zdravstveni negi na področju psihiatrije velikokrat postavlja na preizkušnjo (Chen, Hwu, Williams, 2005). V letu 2009 je bila izvedena raziskava v vseh slovenskih psihiatričnih bolnišnicah, v katerih je sodelovalo 120 zaposlenih v zdravstveni negi. Kar 90,1 % anketirancev je ocenilo, da je njihovo delo stresno in obremenjujoče, kot znake anksioznosti pa so navajali čustvene težave, motnje spanja, dvom vase itd. Čuk in Klemen (2010) ugotavljata, da je to pereč problem v zdravstveni negi na področju psihiatrije ter da bodo v tej smeri potrebne korenite spremembe, saj večina zaposlenih stres prenese tudi v domače okolje.

Zaključek

Najbolj kritični poklici, pri katerih obstaja nevarnost za pogostejšo pojavnost anksioznosti, so poklici, ki zahtevajo veliko čustvenega in negovalnega dela, kar so prav gotovo poklici zdravstvenih delavcev. Z našo raziskavo smo ugotovili, da se v največji meri zaposleni srečujejo z mejno anksioznostjo, med najpogostejšimi znaki pa navajajo utrujenost in izčrpanost. Po našem mnenju je bistvenega pomena zgodnje prepoznavanje znakov anksioznosti ter odkrivanje stresorjev, ki povzročajo anksioznost, kar onemogoča, da bi anksioznost prerasla v motnjo.

Literatura

Bole U. Proučevanje anksioznosti pri zaposlenih v zdravstveni negi [diplomsko delo]. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Jesenice; strani, pp. 12-19.

Chen SC, Hwu HG, Williams RA. Psychiatric nurse's anxiety and cognition in managing psychiatric patients' aggression. Arch Psychiatry Nurs. 2005;19(3):141–9.

Čuk V, Klemen J. Izgorevanje osebja v zdravstveni negi na psihiatričnem področju. Obzor Zdr N. 2010;44(3):179–87.

Dernovšek Z, Tavčar R, Orel A, Muhič M, Pečnik S. Prepoznavanje in premagovanje anksioznosti. Duševne motnje moderne dobe – teden možganov: delavnica, Ljubljana 13.–19. marec 2006. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana; 2006: 1–6.

Dostopno na: http://www.sinapsa.org/tm/media/priponke/a64-Prepoznavanje%20in%20premagovanje%20anksioznosti.pdf (29. 4. 2014).

Elliott C, Smith L. Premagovanje anksioznosti za telebane. Ljubljana: Društvo za pomoč osebam z depresijo in anksioznimi motnjami; 2010:9–20.

Fiala P. Strah ali anksioznost: Kadar duša zboli in zaboli. In: Miklavčič M, Jurčevič A, eds. V skrbi za vaše zdravje. Novo mesto: Tiskovina; 2011:14–5.

Gao YQ, Pan BO, Sun W, Wu H, Wang JN, Wang L. Anxiety symptoms among Chinese nurses and associated factors: a cross sectional study. BMC Psychiatry. 2012;41(12):1–9.

Goranski S. Stres pri delu medicinskih sester v UKC Maribor: [magistrsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru, Ekonomsko-poslovna fakulteta; 2011:20–30.

Hribar M. Razmejitev anksioznosti (tesnobe) od nekaterih sorodnih fenomenov: znanstveni teoretsko pregledni prispevek – psihološka obzorja. Maribor: Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo; 2007:76–88.

Jerman J. Stres pri strokovnih delavcih v vzgojno-izobraževalnih in prevzgojnih zavodih. Socialna pedagogika. 2005:9(4):469–98.

Kamin T, Jeriček Klanšček H, Bajt M, Roškar S, Dernovšek M. Duševno zdravje prebivalcev Slovenija. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja; 2009:112–20.

Lapanja A. Doživljanje in soočanje medicinske sestre s stresom na intenzivnem psihiatričnem oddelku. In: Bregar B, Peterka Novak J, eds. Kako zmanjšati stres in izgorevanje na delovnem mestu: zbornik prispevkov z recenzijo, Ljubljana, 12. november 2010. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji; 2010:47–54.

Nash-Wright J. Dealing with anxiety disorders in the workplace: importance of early intervention when anxiety leads to absence from work. Prof Case Manag. 2011;16(2):55–9.

Rebolj K. Strah ali anksioznost: Zdravljenje bolnika z anksioznimi motnjami. In: Miklavčič M, Jurčevič A, eds. V skrbi za vaše zdravje. Novo mesto: Tiskovina; 2011: 11.

Sandock B, Sandock V. Kaplan & Sandock s synopsis of psyhiatry 9th ed. New York: Lippincott Williams & Wilkins; 2009:1277.

Skrb za duševno zdravje. Zavod za zdravstveno varstvo Novo Mesto; 2014. Dostopno na: http://www.zzv-nm.si/default.cfm?Jezik=si&Kat=050601&Bes=104 (10. 7. 2014).

ANKSIOZNOST PRI PACIENTIH, KI ZLORABLJAJO ALKOHOL – VZROK ALI POSLEDICA

Anxiety in patients who abuse alcohol – a cause or a consequence?

Nada Legat, dipl. m. s.
Psihiatrična bolnišnica Begunje
nada.legat@pb-begunje.si

Izvleček

Anksioznost pri odvisnikih od alkohola je eden od vzrokov za nastanek odvisnosti. Lajšanje tesnobe z alkoholom privede do odvisnosti, ta pa kasneje tesnobo poglobi in okrepi. Tesnoba se z razvojem odvisnosti poveča tudi zaradi posledic odvisnosti. Vztraja še v času pred odločitvojo za zdravljenje, v času zdravljenja in po uspešno zaključenem zdravljenju.
Kjučne besede: *alkohol, odvisnost od alkohola, abstinenca, tesnoba*

Abstract

Anxiety in alcoholics is one of the causes of their addiction. Reducing anxiety with alcohol leads to addiction, which later deepens and strengthens anxiety. Anxiety increases during the development of addiction also due to the consequences of addiction. It persists in the time before the decision for treatment, during treatment and after successful completion of treatment.
Key words: *alcohol, alcohol dependence, abstinence, anxiety*

Uvod

Pacienti, ki zlorabljajo alkohol ali pa so od njega odvisni, imajo lahko še druge duševne ali vedenjske motnje. Enako imajo lahko pacienti, ki iščejo pomoč zaradi drugih duševnih motenj, tudi motnje, povezane z uživanjem alkohola. Ena od teh je tesnoba, ki je zelo pogosta sopojavna motnja pri odvisnih od alkohola.

Sindrom odvisnosti od alkohola in tesnoba se lahko naključno pojavita skupaj, sočasno ali zaporedno. Prepletanje motnje zaradi uživanja alkohola in duševne motnje ne razjasni, katera motnja je vzrok in katera posledica. Odvisnost od alkohola lahko povzroča tesnobo ali povečuje njeno resnost. Oboje pa lahko povzroča kateri drugi dejavnik. Tesnoba je pogostejša pri tistih, ki so od alkohola odvisni, kot pri tistih, ki alkohol zlorabljajo. Pogostejša je pri ženskah kot pri moških (Gantar-Štular, 2004).

Glede na nastanek duševne motnje nekateri avtorji ločijo primarno in sekundarno odvisnost od alkohola. Pred razvojem odvisnosti od alkohola se pogosto pojavljata agorafobija in socialna fobija, že kot posledica odvisnosti od alkohola pa včasih še panična motnja in generalizirana anksiozna motnja. Le-ti sta pogosto lahko posledica samozdravljenja simptomov tesnobe z alkoholom, medtem ko so lahko simptomi tesnobe posledica kronične uporabe alkohola in/ali odtegnitveni simptomi primarne zasvojenosti z alkoholom. Sopojavne motnje imajo obremenjujoč vpliv na potek odvisnosti od alkohola in so povezane z bolj izraženimi bolezenskimi simptomi (Plemenitaš, Dolžan, Kores-Plesničar, 2014).

Anksioznost pri pacientih, ki zlorabljajo alkohol

To je zahtevnejša skupina pacientov, ki zahteva več pozornosti. Pomembno je ločiti psihiatrične simptome in sindrome, ki jih povzroča alkohol, od drugih duševnih motenj. To

izboljšuje prognozo zdravljenja sindroma odvisnosti od alkohola. Zaradi medsebojne povezanosti je potrebno sočasno zdravljenje obeh motenj oziroma bolezni. Abstinenca je temeljnega pomena tako za ugotavljanje povezanosti obeh motenj kot tudi njuno zdravljenje.

Pacienti odvisni od alkohola imajo pogosta stanja tesnobe v času vzpostavljanja abstinence, vendar pogosto izginejo v prvih tednih po prekinitvi pitja, večinoma brez specifičnega zdravljenja. Če pa traja dlje, verjetno predstavlja od alkohola neodvisno motnjo (Podkrajšek, 2010).

Velik odstotek pacientov, odvisnih od alkohola, poroča o znakih tesnobe, ki pa ne zadovoljijo kriterijev za uvrstitev v eno od kategorij anksiozne motnje. Za zanesljivo razločevanje med anksioznostjo, ki je del klinične slike sindroma odvisnosti od alkohola, simptomi prehodnega značaja in simptomi samostojne psihiatrične motnje je pomembna natančna anamneza glede kronološkega poteka razvoja odvisnosti. Žal je ta pogosto nezanesljiva in tako opredelitev anksioznosti vzbuja velik problem vsem terapevtom, ki delamo z odvisnimi od alkohola.

Pri pacientih, odvisnih od alkohola, gre pogosto za občutek strahu brez pravega vzroka. Najpogosteje je tesnoba prisotna v sklopu abstinenčnih znakov in v obdobju abstinence, ker telo pogreša alkohol oziroma pomirjevalen učinek alkohola. Prisotna pa je lahko pred začetkom odvisnosti, saj je alkohol zelo dobro zdravilo zoper tesnobnost. Pri mnogih odvisnih od alkohola se opaža znake tesnobe, ki izvirajo verjetno že iz mladosti. Mogoče vse tisto, kar otroka ne pripravi dobro na trezno in odgovorno življenje. Tako pretrdi pogoji, ki mu zakoreninijo preveč strahov, občutkov nemoči in nevrednosti, kot premehki pogoji in razvajenost, ki ga ne utrdijo za normalne in realne stiske življenja. Pravzaprav so to vzroki za nastanek odvisnosti od alkohola, ki jih posameznik nosi v sebi, se pa pri vsakem različno, predvsem odvisno od okolja, v katerem živi, odražajo kasneje v življenju.

Ko se postopoma razvija odvisnost od alkohola, si ljudje lajšajo tesnobo z alkoholom. Alkohol spreminja vedenje in razpoloženje, vsaj kratkoročno večinoma na bolje. Daje sprostitev, dobro voljo, poživitev in boljši spanec. Ti dobrodejni učinki alkohola so zelo privlačni in se jim ljudje v takšnih situacijah ne morejo upreti kljub možnemu poznavanju njihovih lastnosti in škodljivih posledic.

Ker je način življenja hiter, naporen in tudi zahteven, ti ljudje dnevno rešujejo svoje stiske in tesnobo z alkoholom, dokler ne nastopi odvisnost, ki pa jim še poglobi in okrepi tesnobo. To pa vodi v še bolj prekomerno in vse pogostejše uživanje alkohola. Tako se odvisni od alkohola ujame v začarani krog, v katerem alkohol ustvarja in začasno olajša neprijetna razpoloženja.

Po nekaj letih odvisnosti na povečanje tesnobe močno vpliva spremenjen učinek alkohola. Alkohol na človeka namreč ne deluje več blagodejno, ampak nasprotno kot pred leti. Za to je odvisnik od alkohola vedno bolj tesnoben in ujet v odvisnost. Ne zmore več nadzirati življenja in počne stvari, ki jih sicer noče, a si ne more drugače pomagati.

Tudi zaradi številnih drugih posledic odvisnosti, slabih odnosov s svojimi bližnjimi, težavami v službi, širši družbi, finančnimi težavami se tesnoba poveča. Je pa zelo realna in večinoma konkretno vezana na določene posledice. Vsi obrambni mehanizmi, ki se razvijejo pri odvisnikih od alkohola, so verjetno tudi način, kako se tesnobi izogniti, a jo v resnici povečujejo. Vsa druga neučinkovita vedenja, kot so umik, prelaganje, depresiranje, agresivnost, psihosomatika, so verjetno poskus, kako ubežati tesnobi, v resnici pa jo stopnjujejo in odvisnega zopet vodijo v začaran krog.

Nadalje je tesnoba lahko pospeševalni ali zaviralni faktor pri odločanju za zdravljenje odvisnosti, verjetno odvisno od tega, kakšno izkušnjo dobi ob pogovorih o svojih težavah.

Odločitev za zdravljenje pa je gotovo vir nove tesnobe. Predvsem se pojavlja strah pred nepoznavanjem načina in poteka zdravljenja (kaj bodo rekli ljudje, vedeli bodo, da imam težave z alkoholom, zdravljenje v psihiatrični bolnišnici me bo zaznamovalo). Vključitev v zdravljenje in sprejetost v skupini naj bi pacientu postopoma pomagalo razgrajevati tesnobo. Soočenje z ljudmi, ki so v procesu zdravljenja in že imajo pogum za nova, bolj učinkovita vedenja in drugačno delovanje, pozitivno vplivajo na vključitev v skupino. Tudi nova znanja, ki jih pridobijo v času zdravljenja, prinesejo drugačno razumevanje problema odvisnosti in posledic. Občutki krivde in sramu se umirjajo, spodbujanje k vsestranski aktivnosti pa povečuje notranjo moč in občutek večje kontrole nad samim seboj. Tudi učenje novih socialnih spretnosti, odprtosti, dialoga in informacije o novih načinih vedenj jim pomagajo pridobiti pozitivne izkušnje za reševanje težav.

Če tesnobe ne bi čutili, ne bi v življenju ničesar spremenili, ker ne bi bilo potrebe po spremembah.

Dobro je, da tesnobo ki jo pacient doživlja, sprejmemo kot normalno, zdravo stanje. To tesnobo lahko uporabi kot pritisk, da energijo, preusmeri v pravo smer.

Želja, da tesnobe ne bi več občutili, naj postane motiv za spremembe. Če pa gledamo na tesnobo kot »naključno« bolezen, nas to utrjuje v razmišljanju o lastni nemoči pred odvisnostjo in življenjem nasploh.

Tesnoba je prisotna tudi po uspešnem zdravljenju tako kot strah pred recidivo, spremembami in soočanjem s posledicami. V pomoč je vključitev v različne izvenbolnišnične skupine, kjer tesnobo predelujejo s sebi enakimi ljudmi. Ta tesnoba je večinoma obrambni mehanizem, če ni premočna, sicer lahko sama vleče v recidivo.

Zaključek

Moje dolgoletne izkušnje pri delu s pacienti, odvisnimi od alkohola, so, da ni primerno vztrajati pri anksioznosti, ampak vzpodbujati ustvarjalno frustracijo. Predpogoj za uspešno zdravljenje anksioznih motenj je obvezna abstineca od alkohola, kajti anksiozne motnje se ne da pozdraviti, če ni abstinence.

Literatura

Plemenitaš A, Dolžan V, Kores Plesničar B. Izražanje simptomatike najpogostejših sopojavnih duševnih motenj pri zasvojenih od alkohola na slovenskem vzorcu. Zdrav Var. 2014; 53(3): 248-54.

Podkrajšek R. Alkohol – zakaj je privlačen in zakaj je škodljiv? (Psihološki in psihopatološki vidiki). In: Avberšek-Lužnik I,. Kaučič B.M., Hvalič-Touzary S.: Sindrom odvisnosti od alkohola – diagnostični in terapevstki vidiki: zbornik prispevkov z recenzijo, Sindrom odvisnosti od alkohola – diagnostični in terapevtski vidiki; 2010: 186-95.

Gantar-Štular H. Komorbidnost sindroma odvisnosti od alkohola in drugih duševnih moten. In: Boben Bardutzky D, Čebašek Travnik Z, Erznožnik Lazar A, Gantar Štular H, Rus Makovec M, Židanik M, eds. Osnove zdravljenja odvisnosti od alkohola : učbenik in smernice za delo. Ljubljana: Psihiatrična klinika; 2004: 35-43.

Priporočena literatura

Glasser W. Kako vzpostaviti učinkovit nadzor nad svojim življenjem, Teorija nadzora. Ljubljana: Samozaložba A. Urbančič; 2007.

ZLORABA PSIHOAKTIVNIH SUBSTANC MED ZAPOSLENIMI V ZDRAVSTVENEM VARSTVU

Drug abuse among health professionals

mag. Branko Bregar, dipl. zn., viš. pred.
Psihiatrična klinika Ljubljana
branko.bregar@psih-klinika.si

Izvleček

Razširjenost zlorabe psihoaktivnih substanc med zaposlenimi v zdravstvenem varstvu je primerljiva zlorabi med splošno populacijo, vendar pa obstajajo nekatera področja, kot so onkologija, urgenca, intenzivna terapija in intenzivna nega ter psihiatrija, kjer je pojavnost zlorabe določenih substanc večja. Dejavniki tveganja za zlorabo psihoaktivnih substanc so predvsem spol, dostopnost in razpoložljivost zdravil na recept in drugo. Zaradi posledic, ki jih bolezen odvisnosti prinaša, tak posameznik ne more več varno opravljati svojega dela. Prav zaradi tega je potrebno, da se tudi v Sloveniji oblikujejo javna stališča o problematiki odvisnosti med zdravstvenimi delavci in možnosti dodatnih oblik pomoči za posamezne zdravstvene delavce, ki zlorabljajo psihoaktivne substance.
***Ključne besede**: zdravstveni delavci, uporaba drog, pojavnost*

Abstract

The prevalence of drug abuse in health care workers is comparable to the abuse among the general population; however, there are some areas such as oncology, emergency department, intensive therapy, intensive care and psychiatry, where the incidence of abuse of certain substances is higher. Risk factors for drug abuse are mostly gender, accessibility and availability of prescription drugs, and others. Due to the consequences of addiction such person can no longer safely perform their duties. For this reason, it is necessary that in Slovenia public views on the issue of addiction among health professionals are shaped and possibilities of additional forms of assistance for individual health workers who abuse psychoactive substances are explored.
***Keywords**: health professionals, drug use incidence*

Uvod

V prispevku bo predstavljena problematika odvisnosti od psihoaktivnih susbstanc (PAS) med zdravstvenimi delavci. Vsebina bo osredotočena na zaposlene v zdravstveni negi, čeprav je problematika aktualna tudi med drugimi zdravstvenimi sodelavci, zato je potrebno tako tudi razumeti namen prispevka.

Pojav zlorabe PAS med zaposlenimi v zdravstveni negi je v povprečju podobna zlorabi med splošno populacijo (Dunn, 2005). Vendar pa prihaja do nekaterih značilnih razlik predvsem v tem, katere PAS so bolj razširjene oziroma predstavljajo prvo izbiro zlorabe. Med zaposlenimi v zdravstveni negi so to predvsem zdravila na recept, od katerih lahko izpostavimo uspavala in pomirjevala. Razlike se pojavljajo tudi med različnimi področji dela, od katerih je psihiatrija zelo izpostavljena, kot področje, kjer zaposleni zlorabljajo različne PAS. Na splošno študije med različnimi strokovnjaki dokazujejo, da so bolj izpostavljeni zlorabi PAS tisti zaposleni, ki so izpostavljeni težjim delovnim pogojem, kot so nadurno delo in imajo tudi visoka pričakovanja do sebe tako na delu kot doma (Trinkoff et al., 2000; Merlo, Cummings, Cottler, 2012). Običajno v začetku posežejo po PAS samo priložnostno ob preveliki utrujenost ali izgorelosti v prepričanju, da je »odvisnost« nekaj, kar se njim ne more zgoditi.

V strokovni literaturi so dostopna različna pričanja zaposlenih v zdravstveni negi, ko se soočijo z lastno odvisnostjo, občutijo sram in krivdo, strah, da bodo izgubili dobro ime, delo,

družino in prijatelje. Na dan prihajajo tudi etično sporne odločitve, ki so jih sprejemali kot odvisniki, saj so do različnih PAS prihajali s krajo ali pa so namerno odmerjali nižje doze zdravil pacientom, da so lahko sebi priskrbeli ustrezno količino PAS (Blair, 2002; Hastings, 2007). Prav zaradi vsega tega je stigma, ki jo občutijo, zelo velika, saj običajno niti kolegi ne reagirajo podporno, ampak obsojajoče, kar negativno vpliva na zaupanje in proces rehabilitacije.

Zato je odgovornost zdravstvenih delavcev tudi v tem, da so dobro seznanjeni z vzroki, znaki odvisnosti ter dejavniki tveganja za razvoj bolezni odvisnosti, saj je bolezen lahko pogosto smrtna, prav tako pa so zdravstveni delavci, ki so odvisni, nevarni za paciente in sodelavce. Zdravstveni delavci smo odgovorni, da zaščitimo paciente pred morebitnimi nestrokovnimi odločitvami svojih sodelavcev. Obenem se moramo zavedati, da s tem, ko izpostavimo problematiko pri sodelavcu, ki je odvisen, omogočimo sodelavcu primerno in pravočasno obravnavo. Zato nekateri tuji etični kodeksi za zaposlene v zdravstveni negi dolžnost medicinskih sester, da pravilno reagirajo, ko se srečajo s sumom zlorabe PAS med sodelavci, opredeljujejo na primer, s sledečim predpisom: »Medicinske sestre so pozorne na različne znake, ki kažejo na to, da sodelavci niso več sposobni opravljati svojih dolžnosti. V takšnih primerih bodo medicinske sestre sprejele vse potrebne ukrepe, da bodo zaščitile paciente.« (CNA, 2009).

Pri nas je problem v strokovni literaturi slabo obravnavan. Na voljo je malo znanega oziroma sploh ne obstajajo javna pričevanja prizadetih zdravstvenih delavcev o tej problematiki (Hastings, 2007). Za razliko od našega prostora se o tej problematiki bolj odprto govori v nekaterih drugih državah, kjer so tudi nacionalne organizacije zdravstvenih delavcev zaznale resnost problematike v vsakdanji klinični praksi in zato zavzele tudi jasna stališča o pristopu reševanja morebitno zaznanega problema (CNNA, 2009; DHHS, 2011). Namen prispevka je zato seznaniti strokovno javnost o problemu odvisnosti od PAS med zdravstvenimi delavci in predlagati nekatere oblike pomoči.

Etiologija

Odvisnost se lahko razvije kot primarna ali kot sekundarna motnja, ki kot taka lahko največkrat sledi somatski bolezni ali duševni motnji. Danes ne moremo z gotovostjo predvideti, katera oseba (zdravstveni delavec) bo postala odvisna, saj so razlogi za odvisnost zelo kompleksni. Lahko pa s poznavanjem dejavnikov tveganja določeno vedenje zdravstvenih delavcev opredelimo kot bolj tvegano za zlorabo PAS. Pri tem je potrebno poudariti, da zdravstveni delavci moramo vedeti, da različen stres, težke delovne razmere, slabi odnosi (na delovnem mestu in doma) ne opravičujejo zlorabe PAS. Nadalje se je potrebno zavedati, da je odvisnost od PAS za posameznega zdravstvenega delavca napredujoča kronična bolezen, če je ne zdravimo, zato je potrebno kar najhitreje pristopiti k vsem različnim možnostim pomoči in tako izkoristiti vse razpoložljive oblike pomoči prizadetemu delavcu.

Najpogostejše vzroke za odvisnost delimo na *genetske*, *okoljske* in *psihološke*. Nekateri posamezniki imajo razvito *genetsko predispozicijo* k razvoju odvisnosti od PAS. Med *okoljske razloge* za pojav odvisnosti pri zdravstvenih delavcih uvrščamo dostopnost in razpoložljivost PAS na delovnem mestu. Med *psihološke razloge* prištevamo stres na delovnem mestu, samozdravljenje zdravstvenih delavcev zaradi različnih neprijetnih občutkov, kot so žalost, depresija, bolečina, osamljenost idr. (DHHS, 2011).

Pojavnost odvisnosti od PAS med zdravstvenimi delavci

Pojavnost odvisnosti med zdravstvenimi delavci v slovenski populaciji ni znana. Obstajajo starejše študije, ki dokazujejo, da se pojavnost odvisnosti med zdravstvenimi delavci ne razlikuje od pojavnosti odvisnosti med splošno populacijo. Toda te študije so bile namenjene drugim ciljem in so le posredno kazale na pojav zlorabe PAS med zdravstvenimi delavci. Med ameriškimi medicinskimi sestrami je pojavnost odvisnosti od alkohola podobna kot med splošno populacijo, odvisnost od prepovedanih PAS pa nižja, medtem ko je pojavnost odvisnosti od zdravil na recept (denimo, uspaval, pomirjeval, protibolečinskih sredstev) višja (Trinkoff, Storr, Wall, 1999; Naegle, 2006). Na tem mestu je potrebno izpostaviti problematiko kajenja med zaposlenimi v zdravstveni negi. V kolikor primerjamo poklic medicinske sestre, zdravnika in farmacevta med seboj, velja, da je med zaposlenimi v zdravstveni negi največji delež kadilcev (Neagle, 2006). Zaradi teh podatkov so v Ameriki pristopili k aktivnostim za zmanjševanje kajenja med medicinskimi sestrami. Zadnje ugotovitve kažejo, da se je pojavnost kajenja med medicinskimi sestrami v Ameriki zmanjšala na 7 %, kar je veliko več, kot pa med splošno populacijo (Perry, 2014). Več raziskav o pojavnosti odvisnosti med zaposlenimi v zdravstveni negi je bilo izvedenih predvsem v anglosaksonskem prostoru. Različno dostopni podatki govorijo, da je odvisnost lahko prisotna v večji meri kot med splošno populacijo (10–15 %) ali pa je pojavnost odvisnosti enaka tisti v splošni populaciji (Dunn, 2005; Baldisseri, 2007; DHHS, 2011). Potrebno pa je poudariti, da je kjerkoli zelo težko oceniti resnično zlorabo oziroma odvisnost med zdravstvenimi delavci, saj ti redko poročajo podatke o tem navzven. Bojijo se stigme, odvzema licence ali drugih disciplinskih postopkov. Ameriška zveza medicinskih sester (ANA) navaja, da je pojavnost odvisnosti od PAS med medicinskimi sestrami primerljiva s splošno populacijo (10 %) (Copp, 2009). Če podatke ekstrapoliramo v naš prostor, lahko trdimo, da imamo pri 20.000 zaposlenih v zdravstveni negi vsaj 2000 takih, ki imajo probleme oziroma se soočajo s problemom odvisnosti. Če smo še nekoliko bolj polemični, lahko rečemo, da se od desetih sodelavcev vsaj en sooča s problemom odvisnosti.

Trinkoff in Storr (1998) sta ugotovila, da je pojavnost uporabe različnih PAS (marihuana, kokain, nikotin, alkohol idr.) med skoraj 4500 medicinskimi sestrami, vključenih v raziskavo na različnih področij dela, kar 32 %. Medicinske sestre v urgenci s 3,5-krat večjo verjetnostjo zlorabljajo marihuano ali kokain, medicinske sestre v onkologiji imajo večjo verjetnost zlorabe alkohola in tiste zaposlene v psihiatriji imajo največjo verjetnost zlorabe nikotina. Če te rezultate pogledamo še malo drugače, potem lahko vidimo, da je med 11 raziskovanimi področji zdravstvene nege največji delež (42 %) rednih uživalcev PAS med medicinskimi sestrami v onkologiji, sledi psihiatrija (40 %) in urgenca ter intenzivne enote (38 %). Povprečna stopnja zlorabe marihuane je bila 4 %, zdravil na recept 7 % in alkohola 16 %. Študentje medicine imajo največjo pojavnost zlorabe alkohola in rekreativnih drog, zdravniki pa različnih zdravil na recept, s katerimi se sami zdravijo (za lajšanje bolečin, za zdravljenje depresije ali tesnobnosti idr.) (Trinkoff, Storr, 1998; Baldisseri, 2007).

Dejavniki tveganja za zlorabo PAS med zaposlenimi v zdravstveni negi

Dejavniki tveganja za zlorabo PAS med zaposlenimi v zdravstveni negi so različni. Med prvimi je potrebno omeniti *spol*. Zdravstvena nega je pretežno ženski poklic, med ženskami pa je pojavnost zlorabe PAS nižja kot pri moških. Obstaja torej večja možnost zlorabe različnih zdravil na recept v zdravstvenih poklicih med moškimi, zaposlenimi v zdravstveni negi, zdravniki in med farmacevti (oba zadnja poklica veljata za bolj »moška«) (Neagle, 2006). *Razpoložljivost* in *dostopnost* PAS sta naslednja glavna dejavnika, ki jih različne

študije navajajo kot pogost razlog za zlorabo PAS med zdravstvenimi delavci (Trinkoff, Storr, Wall, 1999). Če imajo zdravstveni delavci tudi pozitivne izkušnje z uporabo PAS in niso soočeni s posledicami, potem je razumljivo, da začetna neškodljiva uporaba PAS v procesu razvoja odvisnosti privede do odvisnosti (Blair, 2002; DHHS, 2011). Dobro poznavanje učinkov in posledic različnih zdravil na recept velja za enega od najbolj paradoksalnih dejavnikov tveganj med zdravstvenimi delavci, saj so prepričani, da jih poznavanje nevarnosti za razvoj odvisnosti varuje pred pretirano uporabo teh zdravil (Neagle, 2006).

Možnosti pomoči

V tuji strokovni literaturi se pogosto pojavlja termin »impaired nurse«, s katerim se označuje medicinsko sestro, ki je odvisna od PAS in zato ne more opravljati svojih strokovnih nalog. Že leta 1980 so strokovna združenja v Ameriki zaznala odvisnost od PAS med zaposlenimi v zdravstveni negi kot resen problem, o katerem se prej ni govorilo. Zato so začeli z javnimi nastopi, v katerih so obveščali svoje člane, da je potrebno problematiko odvisnosti med zaposlenimi v zdravstveni negi vzeti zelo resno, saj so lahko posledice tako za paciente kot za odvisne posameznike pogubne. Posamezniki, ki so bili odvisni, so največkrat bili prepuščeni bolj kot ne sami sebi in brez podpore kolegov ali nacionalnega združenja, pa čeprav je sam poklic za razvoj bolezni odvisnosti visoko tvegan. Prav zaradi visoko tveganega poklica za razvoj odvisnosti je prav, da so problem zaznali na nacionalni ravni in pričeli s proaktivnim pristopom k njegovemu reševanju. Najprej so bile aktivnosti usmerjene v prepoznavanje in sprejemanje odvisnosti kot bolezni in posledično v pravico zaposlenih v zdravstveni negi do zdravljenja in varne vrnitve na delovno mesto. Pristopi nacionalnih strokovnih združenj reševanja problematike so temeljili na etičnih kodeksih, ki so poudarjali dolžnost medicinskih sester, da skrbijo za dobrobit pacientov, in zavezo nacionalnih strokovnih združenj, da skrbijo in izboljšajo dobrobit svojih članov, to je, medicinskih sester (tudi tistih, ki imajo problem odvisnosti). K urejanju problematike odvisnosti med medicinskimi sestrami se je tako pristopilo na več področjih: 1. področju nenehnega obveščanja in izobraževanja medicinskih sester o vzrokih, znakih in možnih posledicah bolezni odvisnosti. Izobraževanja dajejo velik poudarek prav znakom, ki kažejo, da imajo lahko medicinske sestre problem z odvisnostjo od PAS. Med te znake prištevamo: zgodnji prihodi v službo ali pozno odhajanje domov, predvsem pa prihajanje na delo brez utemeljenega razloga, ko posameznik nima delovnih obveznosti; pretirana uporaba in naročanje adiktivnih zdravil, tudi ko na oddelku za to ni vzroka; prostovoljno zavzemanje za aplikacijo adiktivnih zdravil; pogosto odhajanje z oddelka zaradi različnih vzrokov; pritoževanje oziroma navajanje pacientov o bolečinah kljub primerni protibolečinski terapiji; neskladja v evidencah narkotikov; evidenca uporabe adiktivnih zdravil za paciente, ki so bili že premeščeni ali odpuščeni z oddelka. 2. Na zakonodajnem področju (zakoni in predpisi) se je razmejilo med kaznivimi dejanji in namernimi malomarnimi dejanji medicinskih sester od tistih, ki so do svoje bolezni kritične in poiščejo pomoč. Tako se je za te medicinske sestre v vsaj 37 državah Združenih držav Amerike oblikovalo različne programe pomoči oziroma rehabilitacije, ki so dostopne medicinskim sestram, ki so odvisne od PAS. 3. Dostopni so jim tudi nekateri drugi alternativni programi, ki so jih razvila strokovna združenja. 4. Prav tako pa je osebju dostopna tudi medsebojna vzajemna pomoč, ki so jo razvile določena strokovna področja zdravstvene nege. Eden od teh programov je klic v stiski in različni drugi programi, ki so namenjeni predvsem aktivnemu organiziranju pomoči tistim, ki so je potrebni. Potrebno je poudariti, da so izdelani tudi natančni protokoli za varno vrnitev medicinske sestre v delovno okolje po rehabilitaciji. Protokoli v teh primerih omogočajo, da medicinske sestre ne prihajajo v stik z zdravili, ki so adiktivna, redne kontrole odvisnosti od PAS, stik delodajalca s programom

rehabilitacije, ki poroča o napredku zaposlenega itd. (Catanzarite, 1992; Naegle, 2006; CNA, 2009; DHHS, 2011).

Zaključek

V prispevku smo predstavili problematiko odvisnosti med zdravstvenimi delavci, predvsem med zaposlenimi v zdravstveni negi. Pojavnost odvisnosti med zaposlenimi v zdravstveni negi je po dostopnih podatkih enaka kot med splošno populacijo. Vendar obstajajo nekatera področja zdravstvene nege, ki so bolj rizična za razvoj odvisnosti od določenih PAS. Ker lahko zaradi odvisnosti pri zdravstvenih delavcih pride do resnih posledic pri njihovem strokovnem delu (tudi pogubnih strokovnih napak), je potrebno k problemu pristopiti sistemsko. Dostopne strokovne literature ali uradnih stališč na nacionalni ravni do te problematike pri nas nimamo, čeprav se lahko odvisnost med medicinskimi sestrami (in tudi med drugimi zdravstvenimi delavci) smatra za »poklicno bolezen«, ki so ji bolj izpostavljeni tisti zdravstveni delavci, pri katerih zaradi znanih dejavnikov obstaja večje tveganje za zlorabo PAS na delovnem mestu.

Tudi pri nas bi bilo potrebno jasno izpostaviti problem odvisnosti med medicinskimi sestrami in za te posameznike omogočiti organizirane sistemske oblike pomoči kot v nekaterih drugih državah. S tem v prvi vrsti mislimo na obveščanje strokovne javnosti o problemu, organizirane oblike pomoči zdravstvenim delavcem (klic v stiski, dostopnost do različnih programov, razne oblike samopomoči), predvsem pa varno vrnitev takega posameznika v delovno okolje (protokoli za varno delo, stik z adiktivnimi zdravili, možnost vpogleda delodajalca v napredek zdravljenja, kjer se posameznik rehabilitira). V kolikor nekateri razmišljajo, da gre pri takem načinu spremljanja in omogočanju rehabilitacije posamezniku za preveliko zavzetost delodajalca ali za preveliko vpletanje v integriteto in dostojanstvo posameznika, potem moramo poudariti, da smo v prvi vrsti dolžni poskrbeti predvsem za varno zdravstveno obravnavo pacientov in v drugi vrsti za kolege, ki potrebujejo pomoč.

Literatura

Baldisseri MR. Impaired healthcare professional. Crit Care Med. 2007;35(2 Suppl):S106-16.

Blair PD. Report impaired practice--stat. Nurs Manage. 2002;33(1):24-5, 51.

Catanzarite AM. Managing the chemically dependent nurse: a guide to identification, intervention, and retention. Chicago: American Hospital Publishing; 1992.

Copp MA. Drug addiction among nurses: Confronting a quiet epidemic, Many RNs fall prey to this hidden, potentially deadly disease. Modern Medicine Network; 2009. Dostopno na: http://www.modernmedicine.com/modern-medicine/news/modernmedicine/modern-medicine-feature-articles/drug-addiction-among-nurses-con?page=full (16.5.2015).

CNA. Problematic substance use by nurses. Fact Sheet. Canadian Nurses Association; 2009. Dostopno na: http://www.cna-aiic.ca/~/media/cna/page-content/pdf-fr/problem_substance_abuse_fs_e.pdf?la=en (17.5.2015).

Dunn D. Substance abuse among nurses--defining the issue. AORN J. 2005;82(4):573-82.

DHHS. Alcohol and drug, Abuse and addiction. A health care professional's resource guide. Lincoln: Department of Health and Human Services, Division of Public Health - Licensure Unit; 2011.

Hastings J. Addiction: A Nurse's Story. Opioids became an obsession—until he was caught. AJN. 2007;107(8): 75-9.

Merlo LJ, Cummings SM, Cottler LB. Recovering substance-impaired pharmacists' views regarding occupational risks for addiction. J Am Pharm Assoc. 2012;52(4):480-91.

Naegle M. Nurses and Matters of Substance. Imprint. 2006;53(5):58-61, 63.

Perry L. Getting 'unhooked': Smoking rates drop dramatically among registered nurses. UCLA; 2014. Dostopno na: http://newsroom.ucla.edu/releases/it-s-official-registered-nurses-249768 (17.5.2015).

Trinkoff AM, Zhou Q, Storr CL, Soeken KL.Workplace access, negative proscriptions, job strain, and substance use in registered nurses. Nurs Res. 2000;49(2):83-90.

Trinkoff AM, Storr CL, Wall MP. Prescription-type drug misuse and workplace access among nurses. J Addict Dis. 1999;18(1):9-17.

Trinkoff AM, Storr CL. Substance use among nurses: differences between specialties. Am J Public Health. 1998;88(4):581-5.

OD TEORIJE K PRAKSI – PRAKTIČNI NASVETI ZA UČENJE TEHNIK SPROŠČANJA

From theory to practice: practical advice For learning relaxation techniques

Simona Tomaževič, dipl. m. s
Psihiatrična bolnišnica Begunje
Simona.tomazevic@pb-begunje.si

Izvleček

Današnji ritem življenja ljudi pogosto sili, da se počutijo nelagodno, so napeti in tesnobni. Preplavljajo jih zaskrbljujoče, negativne misli, ob katerih občutijo jezo, tesnobo, žalost, razočaranje. Vprašanje je, kako ohranjati notranje ravnovesje, da bodo kos stresnim dejavnikom in bodo ob tem še ohranili dobro razpoloženje. Znano je, da je protiutež obremenitvi (stresu) razbremenitev ali z drugimi besedami sprostitev. Življenjske situacije dajo veliko znanja in izkušenj: proces šolanja, čas zaposlitve, pridobivanje drugih izkušenj tekom življenja. Sproščanje je namerna sprostitev mišične napetosti in je zelo priporočljivo za vse, ki so tesnobni ali pod stresom. Različne tehnike sproščanja ponujajo občutek umirjenosti, zmanjšanje mišične napetosti, nižji srčni utrip, počasnejše dihanje, izboljšanje koncentracije in spomina, boljše spanje itn. Sproščanje je učinkovita oblika samozavedanja, saj se lahko s pomočjo sproščanja obvlada telesne simptome – sprva le posamezne znake, pozneje pa se doseže sprostitveni odziv vsega organizma.
Ključne besede: *anksioznost, tehnike dihanja, progresivna mišična relaksacija*

Abstract

Today's pace of life often forces people to feel uneasy, tense and anxious. They are overwhelmed by worrying and negative thoughts which consequently cause anger, anxiety, sadness and disappointment. The question is how to maintain their inner balance, to be able to cope with stressful factors and stay positive and cheerful. It is known that the counterweight to stress is relief. Life situations give us a lot of knowledge and experience during the process of education, and later on in our job. Relaxation is a deliberate release of muscle tension and is highly recommended for those who are anxious or under stress. Various relaxation techniques offer a sense of calmness; reduce muscle tension, lower heart rate, slow down breathing, improving concentration and memory, better sleep and so on. Relaxation is an effective form of self-awareness because you can use the release command of physical symptoms - at first only the symptoms, but later on a relaxation response all over the body is reached.
Keywords*: anxiety, breathing techniques, progressive muscle relaxation*

Uvod

Vsem znano pravilo današnjega časa je, da živimo v nenehnem hitenju, kopičenju materialnih dobrin, čutimo pritiske z vseh strani; stres želi biti naš spremljevalec. Mnogi strokovni dokazi nam govorijo, da nas vse to lahko pripelje ne le do slabega počutja in nezadovoljstva, ampak tudi bolezni (Starc, 2007).

Negativne izzive današnjega časa bi morali uravnavati s pozitivnimi aktivnostmi. Na voljo imamo mnogo možnosti, le poiskati moramo najustreznejšo za nas. Nekomu zadostuje sprehod, drugemu morda potepanje po gozdu, tretji bo iskal drugačno rešitev. Vsem pa je skupno iskanje pozitivne energije za ravnovesje v telesu. (Sem prištevam zdravje telesa in duha) Izvajanje sprostitvenih tehnik nas nič ne stane, zanje ne potrebujemo denarja, vzeti si moramo le malo časa. Glavni in stranski učinki vaj so izključno pozitivni, negativni ne obstajajo. Sproščanje je dejavnost, ki nam pomaga v telesu narediti red in disciplino in to tudi vzdrževati. Danes poznamo različne metode sproščanja s skupnim namenom, t.j. posamezniku približati zanj najustreznejšo. Nekatere metode so: avtogeni trening, dihalne tehnike, joga,

meditacija, koncentrirana gibalna terapija, masaža, progresivna mišična sprostitev, šiatsu, razgibavanje, tai-či, ples, vizualizacija, imaginacija idr.

V članku je podrobneje opisana progresivna mišična sprostitev in dihalne tehnike. Ti dve metodi uporabljamo pri obvladovanju anksioznosti in sorodnih motenj v naši bolnišnici.

Dihanje in predstavitev nekaj tehnik dihanja

Naše dihanje neposredno odraža raven napetosti v telesu. Kadar smo napeti, naše dihanje postane plitvo, hitro, dogaja se v prsih. Za stanje sproščenosti pa je značilno bolj polno, globoko trebušno dihanje. Težko je biti napet in istočasno trebušno dihati.

Trebušno dihanje: 1. povečuje kisik v možganih in mišicah; 2. stimulira parasimpatični živčni sistem (ta veja avtonomnega živčnega sistema skrbi za stanje miru in deluje ravno obratno od simpatičnega avtonomnega živčevja, ki stimulira stanje emocionalnega vznemirjenja in fiziološke reakcije pri paničnih napadih ter povečuje občutek povezanosti med duhom in telesom. Anksioznost in skrbi povzročajo stanje napetosti v glavi, ki ga nekaj minut globokega trebušnega dihanja lahko umiri v celem telesu); 3. bolj učinkovito izloča telesne toksine, katerih se veliko izloča skozi pljuča; 4. izboljšuje koncentracijo, če nam misli begajo in le stežka vzdržujemo pozornost; 5. sproži sprostitveni odziv telesa.

Pri ljudeh, ki trpijo za fobijami, paničnimi napadi ali drugimi vrstami anksioznosti, najdemo eno ali obe sledeči vrsti problemov pri dihanju: 1. površno plitvo prsno dihanje; 2. težnjo k hiperventilaciji, t.j. pretiranemu izdihovanju ogljikovega dioksida v razmerju s kisikom v krvi. Do hiperventilacije privede plitvo prsno dihanje, kadar je hitro. Hiperventilacija povzroči fizične simptome, ki so zelo podobni tistim pri paničnih napadih (Adamčič Pavlović, 2004).

Večina ljudi daje poudarek vdihu, zelo malo pa je pozornih na izdih. Izdih je navadno pasiven in traja manj časa kot vdih. Ko dihamo na tak način, zelo malo zraka kroži v dihalnem ciklu. Delovanje vseh sistemov v telesu pa je odvisno od dobave kisika in odstranjevanja ogljikovega dioksida. Da bi dobili več zraka v pljuča, se je potrebno osredotočiti na izdihovanje čim več zraka iz pljuč, torej na večji pomen izdiha. Izdih je vedno daljši od vdiha.

Nekaj tehnik dihanja

- Vdih skozi nos, izdih skozi nos: dihamo s trebušno prepono, do petkrat.
- Vdih skozi nos, podaljšan izdih skozi usta: izdihnemo skozi rahlo priprte ustnice. Dolžina izdiha se lahko razlikue od posameznika do posameznika in jo določi vsak zase, naj bo čim daljša. Dihamo s trebušno prepono od deset- do štiridesetkrat.
- Globok vdih v prsi in zadrževanje 7–10 sekund: izdihnemo skozi priprte ustnice. Izdih naj bo čim daljši. Nato umirimo dihanje. Ko napetost zapusti naše telo, ponovimo še enkrat.

Progresivno mišično sproščanje

Metodo je razvil severno-ameriški zdravnik in psihofiziolog prof. Edmund Jacobson (1885–1976). Ob delu z bolniki je odkril tesno povezavo med duševno napetostjo in zakrčenostjo mišic. Zato je sklepal in s poskusi tudi potrdil, da lahko obratno, torej z namernim in zavestnim krčenjem in sproščanjem različnih mišičnih skupin, zmanjšamo skoraj vso mišično napetost in s tem istočasno izboljšamo tudi psihično stanje. Geslo profesorja Jacobsona se je poslej glasilo: »You must relax!« (v prevodu: »Moraš se sprostiti!«). Na podlagi tega

spoznanja je izdelal metodo terapevtskega sproščanja s telesnimi vajami, ki jo je javnosti prvič predstavil v začetku tridesetih let prejšnjega stoletja na univerzi v Chicagu (Hainbuch, 2011).

Gre za sistematično tehniko doseganja stanja globoke sprostitve, tako da mišice najprej napnemo za nekaj sekund, potem pa jih popustimo. Zatezanje in sproščanje različnih mišičnih skupin telesa privede do stanja sprostitve. Vključena sta dva procesa: zavedanje mišične napetosti (opazovanje telesa) in sproščanje te napetosti. Čas sprostitve naj bo dvakrat daljši od časa zategnitve (npr. 10 s : 5 s, 20 s : 10 s).

Zelo pomembno je, da je naša pozornost stalno usmerjena v dogajanje in občutke v mišicah. Prav tako je važno mirno in enakomerno dihanje. Pri vsakem koraku se najprej osredotočimo na občutek napetosti, ki mu sledi sprostitev. Z malo vaje se mišične napetosti hitro zavemo, naučimo se zavedati napetosti, ki naj ji sledi sprostitev. Prav tako se ob vsakem sproščanju osredotočimo na naraščajoč občutek sprostitve. Mišice postajajo težke, tople, mlahave. V natančno določenem zaporedju postopoma sproščamo 16 glavnih mišičnih skupin telesa. Vsako tehniko ponovimo dvakrat (Kovač Vouk, 2011).

1. Začnemo s *pestjo* in *spodnjim delom roke*. Stisnemo pest z dlanjo, obrnjeno navzdol, in dvignemo sklep proti zgornjemu delu roke. Najprej desna (D) roka dvakrat, nato leva (L) roka dvakrat in še obe roki hkrati dvakrat. Zategnemo (približno 5 sekund), držimo in sprostimo (10 sekund).
2. *Zgornji del roke*: nadlaket pritegnemo k telesu, vendar brez dotikanja telesa. Spodnji del roke naj mlahavo visi na naslonu ali kolenih. Najprej D nadlaket dvakrat, nato L dvakrat in obe dvakrat. Dihamo mirno in enakomerno. Naša pozornost je stalno usmerjena v dogajanje in občutke v mišicah.
3. *Zgornji del čela*: dvignemo obrvi in nagubamo čelo. Držimo 5 sekund, nato sprostimo 10 s. Ponovimo dvakrat.
4. *Spodnji del čela*: obrvi potegnemo navzdol in jih poskušamo stakniti skupaj (namršiti se). Ponovimo dvakrat.
5. *Oči*: čvrsto stisnemo, vendar ne premočno (posebno, če nosite leče). Napetost postopoma plahni, prevzema nas občutek miru in toplote.
6. *Usta*: stisnemo ustnice skupaj, ne pa zob niti čeljusti. Popustimo. Postopek ponovimo še enkrat.
7. *Čeljust*: zategnemo, tako da stisnemo zobe in potegnemo kotičke ust nazaj (kot da bi se režali). Ponovimo dvakrat.
8. *Vrat*: potegnemo glavo nazaj in pritisnemo proti naslonu stola (ne dvigujemo glavo kvišku). Alternativno lahko spustimo glavo proti prsim in istočasno preprečujemo, da bi se jih dotaknili. Ponovimo dvakrat. Mišice postanejo mehke, tople in mlahave.
9. *Ramena*: dvignemo ramena, kot da bi se hoteli dotakniti ušes (potegnemo glavo v ramena). Ponovimo dvakrat. Napetost izginja, ostaja prijeten občutek teže, toplote, sproščenosti.
10. *Prsa*: globoko vdihnemo zrak v prsa in ga zadržimo 7–10 sekund. Nato izdihnemo skozi priprte ustnice. Izdih naj bo čim daljši. Nato umirimo dihanje. Napetost zapušča naše telo. Ponovimo še enkrat.

11. *Trebuh*: potegnemo ga noter in zadržimo dih 10 sekund. Spustimo in se razbremenimo napetosti. Ponovimo dvakrat.
12. *Stegna*: stisnemo kolena skupaj, da bo zgornji del nog napet. Druga možnost je, da počasi dvignemo obe nogi. Ponovimo dvakrat.
13. *Spodnji del noge in stopala*: iztegnemo noge naravnost naprej in potisnemo nožne prste proti kolenom. Obe nogi hkrati. Ponovimo dvakrat.

Sproščali smo glavne mišične skupine telesa od zapestij do nog. V mislih gremo še enkrat počasi skozi telo in opazujemo njihovo sproščenost. Počutimo se prijetno razbremenjeno in osveženo. Štejemo počasi od 5 do 0, odpremo oči in se vrnemo v naš vsakdan sproščeni in umirjeni.

Zaključek

Dihanje je osnovna potreba življenja, ki ga večina ljudi dojema kot samoumevno. Z vsakim vdihom zraka pridobimo kisik in sprostimo odpadni produkt, t.j. ogljikov dioksid. Plitko dihanje zmanjša pretok teh plinov v in iz telesa, kar nam otežuje lajšanje stresnih simptomov. Nekateri vzorci dihanja lahko celo prispevajo k tesnobi, napadom panike, depresiji, mišični napetosti, glavobolom in utrujenosti. Zavedanje dihanja in dobre navade dihanja lahko okrepijo naše duševno in telesno dobro počutje. Dihanje lahko vedno in povsod uporabimo kot tehniko preusmerjanja in/ali sproščanja. Ne potrebujemo posebnega časa, le trenutek pozornosti in želje po dobrem, koristnem. Vaje lahko delamo sede ali leže. Poskrbimo, da nam oblačila ne bodo pretesna, če nosimo očala, jih odstranimo. Odstranimo moteče dejavnike, npr. mobilnik, zagotovimo si mir. Za lažje doseganje sprostitve je najboljše delati vaje ob nežni, sproščujoči glasbi. V prostoru, kjer delamo vaje, se moramo počutiti varno. Vajam se prepustimo. Zaupati moramo, da delamo nekaj dobrega zase. Progresivno sproščanje mišic odpravlja napetost, lajša bolečine, izboljšuje počutje, odpravlja duševno neravnovesje itn. Zelo pomembno je, da smo med vadbo popolnoma osredotočeni ter spremljamo občutke pred, med in po krčenju mišic. Ko bomo znali dobro razlikovati med temi stanji, bomo tudi pozneje v življenju znali bolje prepoznavati duševno napetost in zakrčenost mišic ter v skladu s tem tudi primerno ukrepali.

Literatura

Adamčič Pavlovič D. Sproščanje. In: Anić N, ed. Prispevki iz vedenjsko kognitivne terapije. Zbornik 1. Ljubljana: Društvo za vedenjsko in kognitivno terapijo, Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše; 2004.

Hainbuch F. Progresivno sproščanje mišic. Zbirka Za zdravo življenje. Ljubljana: Mladinska knjiga; 2011.

Kovač Vouk L. Tehnike sproščanja. In: Žmitek A., eds. Psihoterapevtski ukrepi za vsakdanjo rabo 3. Zbornik. Begunje: Psihiatrična bolnišnica; 2011.

Starc R. Stres in bolezni. Ljubljana. Sirius; 2007.

Priporočena literatura

Kocmur M. Nevrotske, stresne in somatoformne motnje. In: Tomori M, Ziherl S, eds. Psihiatrija. Ljubljana: Medicinska fakulteta; 1999.

VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI OBRAVNAVI ANKSIOZNEGA BOLNIKA

The role of nurse in the threatment of anxiety patient

Bogdana Dobravec, SMS
Psihiatrična bolnica Begunje
bogdana.dobravec@gmail.com

Izvleček

Namen prispevka je predstaviti vlogo medicinske sestre pri obravnavi anksioznega bolnika. Pomembno je, da anksioznost zaznamo, sprejmemo in pomagamo na ustrezen način. Obstajajo različne tehnike, s katerimi si lahko pri delu pomagamo. Znanja in veščine, ki naj bi jih imela medicinska sestra pri obravnavi anksioznega bolnika, so še kako pomembni, saj je v večini primerov prav ona tista, ki prva stopi v kontakt z njim. S poznavanjem in ustrezno integracijo veščin ter zavedanjem lastnih kompetenc bo obravnava anksioznega pacienta učinkovitejša. Najpomembnejše pa je zavedanje, da pri obravnavi anksioznega bolnika ne nastopamo zgolj v vlogi medicinske sestre, temveč delujemo kot sočlovek.
Ključne besede: *anksioznost, socialne veščine, odnos, komunikacija*

Abstract

The purpose of this paper is to present the role of nurses in the treatment of anxiety patient. It is important that anxiety is perceived and accepted, while help is administered in an appropriate manner. There are various techniques which can be helpful. Knowledge and skills in treating anxiety patients are of utmost importance for a nurse, since she is usually the first to make a contact. With proper integration of skills and awareness of her own competences she can react to anxiety with great efficacy. The most important thing is to recognize that when dealing with anxiety patient she acts not only as nurse, but also as a fellow human being.
Keywords: *anxiety, social skills, relationship, comunnication*

Uvod

Anksioznost, tesnoba ali živčna napetost je stanje, ki ga vsakodnevno v določeni meri doživljamo prav vsi, tako medicinske sestre kot pacienti, s katerimi se srečujemo. Znan nam je občutek negotovosti, napetosti in prestrašenosti, ko smo, na primer, sedeli za mizo in čakali na izpitna vprašanja, odhajali v bolnico, na intervju za službo ali pa se pripravljali na predstavitev svojega dela pred sodelavci. Misli so se aktivirale in ubrale svojo pot, začele so napletati različne scenarije. Mogoče nas je skrbelo, ali bomo izpadli neumno, neustrezno. Ob tem smo se počutili neprijetno, celo tesnobno. Te skrbi lahko vplivajo na naše splošno razpoloženje. Postanemo nerazpoloženi, nekoliko napeti, hitreje postanemo razdražljivi, skrbi lahko vplivajo na apetit in spanec ter motijo spomin in koncentracijo. Če se naša situacija dobro izteče, anksioznost izgine, v kolikor pa se situacija ne izteče po načrtih, postane anksioznost del našega vsakdana. V tem primeru se lahko razvije anksiozna motnja. Obstaja več vrst anksioznih motenj z različnimi simptomi. Sem spadajo panične motnje, različne tipične in atipične fobije, obsesivno–kompulzivne motnje, post-travmatska stresna motnja in generalizirana anksiozna motnja. Za vpogled, kakšno moč imajo naše misli in pretirane skrbi, navajam primer osebe, ki doživlja generalizirano anksioznost.

»Moj um nikoli ne utihne. Sem videti v redu? Ali mislijo, da sem neumen? Kaj pa, če je mamo kap? Moja šefica se mi ni nasmehnila to jutro. Verjetno sem jo razburil. Skrbi me ves čas... o vsem. In potem ne morem spati zaradi skrbi. In sem preobčutljiv na to, kaj pravijo drugi ali morda mislijo, ali na vse slabe stvari, ki se lahko zgodijo. In na koncu ne počnem stvari, ki jih želim narediti, saj bi lahko šlo kaj narobe. Ali pa, ko delam stvari, ki jih želim

narediti, ne uživam v njih, ker me skrbi, kaj se lahko zgodi potem. Nadzoruje moje življenje, čeprav tega nočem (Queensland mind, 2015)«.

Čustveni odziv, ki vzbudi anksioznost, je pri posameznikih različen. Pri nekaterih anksioznost stimulira kreativnost in sposobnost reševanja problema, nekateri pa postanejo »imobilizirani« celo do patološke stopnje. Naš odziv je odvisen od tega, kako doživljamo, ocenjujemo sebe v določeni situaciji, kaj predvidevamo, da se bo zgodilo, kakšen pomen pripisujemo tem dogodkom in kako jih vrednotimo, se pravi, odziv je odvisen od naših miselnih procesov. Ti so rezultat naše vzgoje, dednega zapisa in izkušenj, na podlagi katerih smo si ustvarili mnenje o sebi. Na podlagi našega mnenja o tem, koliko smo sposobni in koliko vredni, smo si ustvarili mnenje o drugih, ta pa diktira, komu lahko zaupamo in komu ne (Resman, 2009).

Glede na osnovna prepričanja doživljamo situacije, v katerih se znajdemo kot ali ogrožajoče ali varne. Dejavniki, ki vplivajo, da se počutimo neprijetno so, na primer, medosebni konflikti, grožnja ali domnevne nevarnosti za psihično in čustveno integriteto, spremembe v delovanju vlog, vsiljivi diagnostični, kirurški testi in postopki, spremembe v okolju in rutini, grožnja ali zaznana grožnja lastnim konceptom, grožnja ali sprememba socialno-ekonomskega statusa in kriza odraščanja.

Medicinska sestra se z anksioznimi pacenti srečuje tako rekoč vsakodnevno. Prepozna jih po fiziioloških simptomih (suha usta, nemir, palpitacije, pogosto uriniranje, glavobol, vrtoglavica, potenje, rdečica, povišan krvni tlak, pulz in dihanje, nespečnost, nočne more, tresenje, občutki nemoči in nelagodja) in vedenju (izražanje nemoči, občutki nezadostnosti, jok, težave s koncentracijo, ruminacije, nezmožnost reševanja problema, preokupiranost). Njen terapevtski odnos, ki vključuje tudi empatično prisotnost, lahko pacienta pomiri, obenem pa z izvajanjem strategij (socialne veščine, preusmerjanje pozornosti idr.), ki jih vključuje v konkretnih situacijah, ustavi blage do zmerne občutke anksioznosti ali celo prepreči panični napad (Brozek, Gulanick, Gradishar, 2012).

Socialne veščine in tehnike, ki jih medicinska sestra uporabi in integrira v odnosu do pacienta z anksioznostjo

Anksiozni pacient je lahko precej vznemirjen zaradi svojega doživljanja tako sebe kot okolice, zato je še toliko bolj pomembno, da medicinska sestra poseduje dodatno znanje in veščine, ki so ji v pomoč pri komunikaciji z njim.
Pri kontaktu s pacientom medicinska sestra:

- Oceni pacientov nivo anksioznosti in fizične reakcije na anksioznost (tahikardija, tahipneja, neverbalni izrazi anksioznosti). Svoja opažanja potrdi z vprašanjem: »Ali vas kaj skrbi?« Poišče ustrezen prostor za pogovor. Kadarkoli je potrebno, vznemirjenega pacienta povabi, da se umakneta v prostor, kjer se lahko zasebno pogovorita.
- Uporabi svojo prisotnost, dotik z dovoljenjem, ubesedi in nagovori pacienta, da ni sam, in ga spodbudi, da izrazi, ali je kaj nerazumljivega zanj ali ima kakšno vprašanje in da pove, ali kaj potrebuje oziroma ga kaj skrbi.
- Previdno uporabi svoje besede. Ne presoja, minimalizira. Z uporabo posploševanja kot na primer: »*Samo* panični napad imate« ali »vse je *samo* v glavi« lahko pacient dobi vtis, da ga ne razume, ko mu je hudo. Upoštevati je treba, da ljudje, ki so anksiozni, poslušajo, ampak ne slišijo vsega, kar jim govorimo. Medicinska sestra mora biti pripravljena, da bo večkrat ponovila iste informacije. Ponudi mu lahko list papirja in svinčnik, da si zabeleži, kaj je zanj pomembno.
- Upošteva oziroma je pazljiva na svojo neverbalno govorico. S prijaznim nasmehom mirno

pristopi do pacienta. Pristop medicinske sestre k pacientu lahko odločilno vpliva na njun odnos.

- Pacienta sprejme, se z njim ne prepiraniti kadar je prepričana v svoj prav. Predvsem poskuša razumeti, da v danem trenutku pacient česa ne zmore slišati, narediti, sprejeti, preusmeriti.
- Posluša in pacientu pusti do besede. Že s tem, da ga posluša, se bo mogoče umiril, saj je imel možnost izraziti svoje skrbi. Ne vztraja pri pogovoru, kadar pacient ni pripravljen.
- Dopusti in spodbuja, da pacient na svoj način izrazi bolečino, nelagodje, nestrinjanje, slabo počutje, tako da o tem govori, se joka, nemirno hodi, krili z rokami idr.
- Pomaga pacientu prepoznati opozorilne znake tesnobe, ki bi zahtevali uporabo terapevtskih tehnik.
- Medicinska sestra izraža empatijo ne glede na pacientov odziv. Obenem mu razumno in preudarno razloži, da je doživljanje anksioznih simptomov običajen odziv za človeka, ki se znajde v stresnih okoliščinah in da je sposoben sam prevzeti nadzor nad svojimi čustvi.
- Zavedati se mora lastnih čustev in meja. Zdravstveni delavci nismo imuni na tesnobo ali jezo. Ko se znajdemo v situaciji, ki nas je vznemirila, ali imamo samo slab dan, je potrebno, da se pogovorimo s sodelavcem ali supervizorjem, če imamo to možnost. Vključi naj se sodelavec in pomaga rešiti naš problem. Na ta način se komunikacija izboljša. Redko kdo lahko poskrbi za vsak tip pacienta.
- Pacienta spodbudi, da uporabi pozitivne samogovore (afirmacije) kot na primer: »Tesnoba me ne bo ubila,« »zmorem še enkrat narediti ta korak postopoma,« »ni mi treba biti popolna,« »zdaj moram malo dihati, se pretegniti«.
- Izogiba se pretiranih zagotovil; to lahko okrepi nepotrebne skrbi. Zagotovilo ne pomaga tesnobnemu bolniku.
- Pacientu pojasni vse dejavnosti, postopke in vprašanja, ki se ga tičejo. Uporablja nestrokovne izraze, govori mirno in počasi. S predhodnim osveščanjem doživijo pacienti manj tesnobe in čustvenih stisk. Poveča se jim občutek, da so sposobni obvladovanja veščin, ker vedo, kaj lahko pričakujejo. Negotovost in nepredvidljivost prispeva k anksioznosti.
- Medicinska sestra se pozanima in razišče, na kakšen način si pacient pomaga oziroma katere veščine pacient obvlada in uporablja za lajšanje tesnobe. Te okrepi in obenem razišče še druge možnosti. Metode za obvladovanje anksioznosti, ki so bile uspešne v preteklosti, bodo verjetno spet koristne. S tem, ko pacienta posluša, mu pomaga pri soočanju s strahovi in pričakovanji, ga spomni, da si je v težkih situacijah že pomagal in to uspešno, hkrati pa spodbuja, da prevzame odgovornost za svoje življenje.
- Oceni, kako kulturna prepričanja, norme in vrednote vplivajo na pacientovo doživljanje stresne situacije. Kar pacient meni, da je stresno, lahko temelji na kulturnem ozadju. Kulturno ozadje osebe lahko vpliva na izražanje in razumevanje simptomov duševnih motenj. Anksioznost se različno manifestira od kulture do kulture tako s kognitivnimi kot somatskimi simptomi.
- Pacientu pomaga, da definira, loči stopnje anksioznosti (od tistih, ki jih lahko prenaša, do nevzdržnih) in izbere ustrezno tehniko.
- Pacienta nauči tehnik za samoobvladovanje anksioznosti (dihanje s trebušno prepono, progresivna mišična relaksacija, tehnike preusmerjanja).
- Pacienta nauči, da prepozna znake in simptome tesnobe in panike vključno s sprožilci in katero tehniko preusmerjanja naj uporabi, ko je to potrebno. Zgodnja oziroma pravočasna prekinitev tesnobnih odzivov prepreči eskalacijo (povečanje simptomov). Pomoč pacientu, da prepozna simptome, je prvi korak učenja tehnik samoobvladovanja.
- Pacienta nauči, da sprejme prisotnost tesnobnih misli in čustev, dokler ne izzvenijo (na primer s preusmerjanjem). Ko si človek dovoli to prisotnost in takim mislim celo posveti

čas in energijo, se anksioznost zniža.

- Pacienta nauči tehnike progresivno-mišične relaksacije. S študijo podkrepljena tehnika pomembno zniža raven anksioznosti.
- Pacienta nauči, da vizualizira. Naj si predstavlja odsotnost tesnobe ali bolečine, situacijo, ki se uspešno izteče, rešitev konflikta ali pozitiven izid nekega postopka. Uporaba vodene imaginacije je koristna za znižanje anksioznosti.
- Anksiozni pacient se pogosto spopada s svojo trenutno situacijo, zato mora biti medicinska sestre pozorna, da ne sooči pacienta s prevelikim zahtevami. S tesnobo naj se spopade v pacientovem ritmu.
- Opazuje pacienta, njegove odzive v različnih situacijah, tudi v neformalnih (rekreacija, čas med odmori, obroki) in svoja opažanja posreduje ostalim članom zdravstvenega tima (Osborne, 2015).

Zaključek

Vloga medicinske sestre je zelo raznolika in raznovrstna. Poznati mora znake in vzroke anksioznosti ter obenem razvijati lastno mero samozavedanja, da takrat, ko pride v kontakt z anksioznim pacientom, pred seboj zagleda sočloveka s svojo zgodbo, ki je trenutno v stiski. Je strokovna sodelavka in članica tima, opazovalka in učiteljica, saj ima aktivno vlogo pri izobraževanju pacientov glede njihovega psihofizičnega stanja, učenja različnih tehnik, ki jim pomagajo pri vsakodnevnem spopadanju s stresom in lajšanjem tesnobe. Je zaupnica, saj se pacienti pogosto, še preden spregovorijo o svojih težavah s svojci ali zdravnikom, zaupajo prav njej. Z znanjem, ki ga pridobi skozi leta tako strokovnih kot osebnih izkušenj, je njena vloga nepogrešljiva.

Literatura

Brozek U., Gulanick M., Gradishar D. Anxiety. Dostopno na: http://www1.us.elsevierhealth.com/MERLIN/Gulanick/archive/Constructor/gulanick04.html (30.4.2015).

Resman D. Sprememba mišljenja s pomočjo tehnike situacija – misli- reakcija In: Žmitek A, ed. Psihoterapevtski ukrepi za vsakdanjo rabo. Zbornik. Begunje: Psihiatrična bolnišnica Begunje; 2009: 96-114.

Osborne H. In Other Words…Know When to Speak and When to Listen…Communicating With People Who Are Anxious or Angry. Dostopno na: http://www.healthliteracy.com/article.asp?PageID=3784 (30.4.2015).

Queensland mind.Caring for a person experiencing an Anxiety disorder.2015. Dostopno na http://www.health.qld.gov.au/mentalhealth/docs/anxiety.pdf (30.4.2015).

Priporočena literatura

Ray L. Role of nurses for stress and anxiety patients.Houston Chronicle.2015. Dostopno na: http://work.chron.com/role-nurses-stress-anxiety-patients-7487.html (30.4.2015).

Strokovno srečanje je bilo omogočeno s pomočjo:

ALKALOID d.o.o

in

Johnson & Johnson, d. o. o.
Janssen

Ponosni smo na preteklost.
Ustvarjamo boljšo **prihodnost**.

Nadaljujemo z znanstvenim delom dr. Paul Janssen-a, ustanovitelja farmacevtskega podjetja Janssen in enega najbolj inovativnih znanstvenikov na področju farmacije.

Janssen, farmacevtski del Johnson & Johnson d.o.o., Šmartinska 53, 1000 Ljubljana, tel: 01 401 18 00

janssen