

PSIHOLOŠKA ZDRAVSTVENA OSKRBA V BOLNIŠNICI ZA TELESNE BOLEZNI – SKUPNI PROJEKT OSEBJA ZDRAVSTVENE NEGE IN KLINIČNEGA ZDRAVSTVENEGA PSIHOLOGA

PSYCHOLOGICAL CARE IN GENERAL HOSPITAL – A JOINT PROJECT OF NURSES
AND CLINICAL HEALTH PSYCHOLOGIST

Dušan Enova

UDK/UDC 614.52:616-083

DESKRIPTORJI: zdravstvena nega; medicinska sestra-bolnik
odnosi-psihologija

DESCRIPTORS: nursing care; nurse-patient relations-psycho-
logy

Izvleček – V članku so najprej podani razlogi, ki kažejo na potrebo po uvajanju modela preventivne psihološke zdravstvene oskrbe v somatski bolnišnici. Nato je podrobneje prikazana shema psihološke zdravstvene oskrbe, ki vsebuje naslednje elemente: ocenjevanje psihološkega stanja in psiholoških potreb bolnika, informacijsko-edukativni del zdravstvene nege, emocionalni suport, svetovanje, izvajanje izbranih postopkov vedenjsko-kognitivne terapije pod supervizijo kliničnega zdravstvenega psihologa, zastopanje bolnikovih psiholoških potreb (zagovornišvo) in samopomoč. Prikazana je tudi vloga kliničnega zdravstvenega psihologa in drugih članov multidisciplinarnega kliničnega tima.

Abstract – The first part of the article enumerates the reasons for the introduction of the model of preventive psychological health care in a general hospital, followed by a scheme of psychological health care with the following elements: evaluation of psychological state and psychological needs of a patient, informational and educational part of nursing care, emotional support, counseling, advocacy of patient's needs and self-help. The article presents the role of a clinical health psychologist and other members of a multidisciplinary hospital team.

Razlogi za psihološko zdravstveno oskrbo v bolnišnici

V življenju so, in vedno bodo, situacije na katere ljudje verjetno ne bomo nikoli dovolj pripravljeni. Soočanje z boleznijo je ena izmed takšnih situacij, ki nas vedno znova preseneti in nas postavi v nezavidanja vredno vlogo.

Gotovo je za nas težje, če smo v bolezensko situacijo potisnjeni tako rekoč čez noč, sredi določenih družinskih in poklicnih načrtov in nas morda bolezen finančno ogroža. Posameznika v vlogi bolnika je strah nemoči in odvisnosti, ko se mora soočiti z omejeno možnostjo gibanja, spreminjanjem telesne sheme in nepredvidljivostim v dolgotrajnem procesu zdravljenja (1).

Težje bolezni ali poškodbe vedno zahtevajo tudi hospitalizacijo, ki je že sama po sebi izvor mnogih stresnih situacij. Volicer et al, 1977 (2, str. 346), navajajo naslednje izvore stresa pri bolnikih med hospitalizacijo:

- Neznano okolje; izguba neodvisnosti; ločenost od partnerja(-ke), družine, prijateljev; finančni problemi; grožnja težke bolezni; pomanjkanje informacij in problemi v zvezi z zdravljenjem.
- Rezultati njihove raziskave kažejo, da bolniki navajajo pomanjkanje komunikacije na relaciji zdravstveno osebje – bolniki kot enega izmed najmočnejših izvorov njihovega stresa.

Oblika pomanjkljive komunikacije je lahko, ko je bolnik nehote potisnjen v vlogo razosebljenega subjekta (3). Brannon in Feist navajata naslednje primere bolnikove vloge kot »ne-osebe« v bolnišnici (4, str. 176): »...Bolnike se naslavlja kot na primer »multipla fraktura v sobi 458«... bolnikove pripombe in vprašanja so velikokrat preslišana... v prisotnosti bolnika se zdravstveni delavci pogovarjajo v strokovnem jeziku, ki ga bolnik ne razume, kar lahko vzbuja v njem občutke tesnobe in nemoči... bolnišnične procedure so posvečene zgolj tehničnemu vidiku medicinskih postopkov, bolnikove čustvene potrebe pa so običajno prezrte...od bolnikov se pričakuje verbalna in fizična

pasivnost – odgovoriti, če so vprašani in slediti navodilom...«.

Psihosocialna obremenjenost posameznika v vlogi hospitaliziranega bolnika pa ni odvisna le od zgoraj omenjenih situacijskih dejavnikov. V veliki meri je odvisna tudi od bolnikovih individualnih značilnosti kot so konstitucijske in strukturalne posebnosti njegove osebnosti in izkušenj, ki si jih je pridobil v preteklosti (1).

Bolniki s telesno boleznijo torej ni ogrožen le telesno, temveč tudi psihosocialno. Težka bolezen, invalidnost in telesna iznakaženost neizogibno povzročijo psihološke reakcije ali psihološko motnjo (5, str. 46). Sočasne duševne motnje bolnikov v somatskih bolnišnicah lahko uvrstimo cel spekter četrte izdaje Diagnostičnega in statističnega priročnika za ugotavljanje mentalnih motenj (DSM-IV) (6). Lipowski, 1967 (7, str. 39) je opisal diagnostično problematiko s katero se običajno srečuje konzultant v multidisciplinarnem konziliarno-povezovalnem timu:

- Psihološke prezentacije organskih bolezni (na primer karcinom pankreasa, ki se prezentira kot depresija).
- Psihološke komplikacije organskih bolezni (na primer delirij po kardiotoromiji).
- Psihološke reakcije na organsko bolezen (na primer depresija po amputaciji).
- Somatski efekti psihološkega distresa (na primer angina).
- Somatske prezentacije psihiatrične motnje (na primer maskirana depresija).

Duševne motnje se pojavljajo pri 30 % vseh somatskih bolnikov (8). Vzemimo kot primer depresijo, ki je najpogostejša duševna motnja pri telesnih bolnikih. Prevalenca depresije v splošni populaciji lahko doseže tudi 7 %. Med hospitaliziranimi in ambulantno vodenimi somatskimi bolniki pa lahko prevalenco depresije zaokrožimo na vsaj dvakrat več. Pri nekaterih internističnih bolnikih (na primer pri hospitaliziranih koronarnih bolnikih) je pogostost vsaj blage depresije ocenjena na kar 30 % (9).

Procesu bolnikovega soočanja s telesno boleznijo (in s posledično izraženo anksiozno krizo) sledijo različni bolj ali manj uspešni načini spoprijemanja in obvladovanja izražene psihosocialne obremenjenosti – gre za kompleksni proces poskusov obvladovanja vzajemno delujočih, objektivnih in subjektivnih pritiskov. Ti poskusi se pojavljajo simultano ali sukcesivno na emocionalnem, kognitivnem in vedenjskem nivoju – usmerjeni so na spremembo okoliščin ali pa na prevrednotenje notranjih psiholoških mehanizmov (1).

Od učinkovitega obvladovanja izražene krize je odvisno, kako bo bolnik sodeloval med preiskavami, v terapevtskih postopkih in po njih, ali bo zmožen prevzeti aktivnejšo vlogo in odgovornost za svoje zdrav-

je, menjati zdravju škodljive navade in spremeniti življenjski slog itd. Za učinkovito spoprijemanje z novonastalo življenjsko situacijo potrebuje bolnik podporo svojih bližnjih pa tudi zdravstvenega osebja. V nasprotnem primeru lahko pričakujemo več depresivnih stanj, slabše bolnikovo sodelovanje, manjšo učinkovitost medicinskih ukrepov, večji obseg naporitev k specialistom in, nenazadnje, višje stroške zdravljenja.

Psihološka zdravstvena oskrba kot del celostne zdravstvene nege

Kot smo videli, akutna in kronična telesna bolezen ter invalidnost pri vsakem človeku sprožijo anksiozno krizo in proces spoprijemanja z izraženimi spremembami, ki jih prinašajo omenjeni dejavniki. Poleg tega je hospitalizacija še dodaten vzrok za naraščanje psihološke obremenjenosti bolnika s telesno boleznijo.

Preventivno naravnani psihološki pristop, ki je osredotočen na zmanjševanje psihosocialne obremenjenosti bolnikov v bolnišnici, bo zmanjševal delež pojavljanja hujših psiholoških reakcij in duševnih motenj. Brez organizirane oblike zmanjševanja psihološke obremenjenosti bolnikov delujejo somatske bolnišnice po klasičnem kurativnem modelu oziroma po tako imenovanem modelu »psiholoških žrtev« (5, str. 47): »...Osnovna podmena modela »psiholoških žrtev« je, da so bolniki v bolnišnici na splošno neproblematični, dokler ne izražajo svoje stiske ali motenega vedenja. V tem primeru je poklican psiholog ali psihiater, ki bi naj rešil problem, ali pa se ta problem na koncu potlači z uvedbo psihotropnih snovi oziroma medikamentov. Z drugimi besedami, da je oseba deležna psihološke pomoči, potrebuje »vstopnico« dovolj izrazitega psihološkega distresa; ne poskuša pa se preprečiti, da bi se ta distress sploh pojavil...«.

Takšen preventivni psihološki pristop v somatski bolnišnici, ki je tudi preizkušen v klinični praksi, je predstavil klinični zdravstveni psiholog Keith A Nichols, in ga poimenoval s terminom »psychological care in physical illness« (5), ki je tukaj preveden kot »psihološka zdravstvena oskrba«. Psihološka zdravstvena oskrba je širši pojem od koncepta »psihološki vidik zdravstvene nege« (10). Psihološka zdravstvena oskrba je načrtovano in koordinirano izvajanje psihološkega vidika zdravstvene nege v povezavi s kliničnim zdravstvenim psihologom. Sestavni del psihološke zdravstvene oskrbe je tudi skrb za psihofizično zdravje in osebno rast osebja zdravstvene nege.

Nichols (5, str. 46) navaja naslednjih pet principov psihološke zdravstvene oskrbe (PZO):

- Težka bolezen, invalidnost in telesna iznakaženost neizogibno povzročijo psihološke reakcije ali psihološko motnjo, za kar je nujna prisotnost PZO.
- PZO podpira učinkovitost številnih fizičnih terapevtskih procedur – ne bi smela biti razumljena kot nadstandard, ampak kot ena izmed osnovnih kompo-

nent obravnave bolnikov, ki je enako pomembna kot druge.

- PZO bi morala biti organizirana z namenom, da se zmanjša stresni vpliv bolezni, poškodbe in zdravljenja na minimum. Morala bi biti načrtovana tudi zaradi preprečitve protistresu, ki izvira iz odnosa bolnik–(zdravnik, medicinska sestra, bolnišnica).
- PZO bi morala biti preventivno naravnana za vse bolnike in njihove svojce, in ne le na »psihološke žrtve«.
- Zaradi velikega števila hospitaliziranih bolnikov ima osebje zdravstvene nege ob polni kadrovski zasedbi možnost optimalnega izvajanja PZO – saj so le medicinske sestre in zdravstveni tehniki 24 ur na dan prisotni ob bolniku in jim ta lahko tako najbolj zaupa.

Nichols (5, str. 10) meni, da lahko govorimo o PZO šele tedaj, ko so izpolnjeni naslednji kriteriji:

- Medicinske sestre in ostali terapevtski kadri so teoretično in praktično educirani za izvajanje posameznih elementov PZO.
- Na kliničnem oddelku obstaja eksplicitna shema PZO.
- »Psihološke zadolžitve« zdravstvenega osebja so sistematično alocirane.
- Pripravljene so pisne zdravstvenovzgojni materiali.
- Psihološke in edukacijske intervencije zdravstvenega osebja so dokumentirane.
- PZO je zagotovljena za vse bolnike (kliente) in/ali zdravstveno osebje.
- Zdravstveno osebje koordinira svoje delo z intervencijami psihologa.

Koncept PZO je v skladu z modernimi trendi v razvoju profesije zdravstvene nege. Iz novejših strokovnih literatur zdravstvene nege je možno razbrati, da se v razvitem svetu vse bolj uveljavlja koncept celostne (holistične) zdravstvene nege katere neločljivi sestavni del je psihološki vidik zdravstvene nege bolnikov (11–13). Celostna zdravstvena obravnava bolnika pa je potrebna zato, ker ima bolnik, tako kot vsak drug človek, svojo osebnost, ki se razteza v smeri biološke, psihosocialne in duhovne razsežnosti (14).

Elementi psihološke zdravstvene oskrbe

Shema psihološke zdravstvene oskrbe telesnih bolnikov vsebuje naslednje elemente (5, 11):

- Ocenjevanje psihološkega stanja in psiholoških potreb bolnika.
- Informacijsko-edukativni del zdravstvene nege.
- Emocionalni suport.
- Svetovanje.
- Izvajanje izbranih postopkov vedenjsko-kognitivne terapije pod supervizijo kliničnega zdravstvenega psihologa.

- Zastopanje bolnikovih psiholoških potreb (zagovorništvu).
- Samopomoč (kontinuirana skrb zdravstvenih delavcev za svoje psihofizično zdravje in osebnostno rast).

Ocenjevanje psihološkega stanja in psiholoških potreb telesnega bolnika

V sredini sheme je monitoring psihološkega stanja in psiholoških potreb bolnikov. Izid tega kontinuiranega delovanja odloča o tem, kateri aspekt PZO bo uporabljen ob določenem času in tudi sproži razmislek o tem ali bolnikove potrebe zahtevajo še kaj več kot procedure PZO, to je psihološko terapijo. Medicinske sestre, ki izvajajo PZO, presodijo, ali je potrebno vplesti še pomoč psihologa, čeprav je idealno, da se prej pogovorijo o stvari z bolnikom in z zdravniki. Medicinske sestre postanejo psihološka »ušesa in oči« kliničnega oddelka. Educirane so, da se zavedajo psihološkega stanja svojih bolnikov in da ga redno preverjajo. Uporabljajo neposreden pristop, ki temelji na vprašanjih, kot so: »Kako se bolnik sooča z boleznijo; ali so kakšna znamenja psihološke spremembe ali distresa; ali bolnik sprejema situacijo v realističnem smislu in ali je vedenje primerno situaciji; kakšne so tekoče bojazni in problemi?...«. Psihiatrična klasifikacija ni potrebna, zaželen pa je konstruktiven odziv medicinske sestre na osnovi njenih opazovanj – opravljena akcija, ki se sestoji iz ene ali več strategij PZO (5, str. 50–52).

Dobro je bolnika čimbolj aktivirati, seveda če je le možno, da sam aktivno spremlja svoje psihološko stanje – v poštevek pride zapisovanje v dnevnik svojih občutij, misli, predstav, stopnje mišične napetosti ali bolečine in podobno. Takšen pristop povečuje vpogled bolnika v svoje psihološke in fiziološke procese (7, str. 58).

Obvezni sestavni del tega elementa PZO so redni timski sestanki s kliničnim zdravstvenim psihologom oziroma z multidisciplinarnim, biopsihosocialnim timom. Na teh srečanjih se pregleduje problematika, ki nastaja v okviru vseh sestavnih delov PZO.

Informacijsko-edukativni del zdravstvene nege

S posredovanjem zdravstvenih informacij in z zdravstveno vzgojo bolnika dosežemo boljše bolnikovo sodelovanje v procesu zdravljenja: zmanjšanje bolnikove tesnobe pred stresnimi diagnostičnimi pregledi in terapevtskimi posegi; redno in pravilno jemanje zdravil in opravljanje raznih predpisanih samoterapevtskih procedur; dieta, opustitev razvad, telesna dejavnost...

Pomanjkanje informacij in njihovo nerazumevanje, skupaj z neustrezno ali nasprotujočo si informacijo, je lahko glavni razlog stresa in distresa za mnoge bolnike v somatskih bolnišnicah. Z rednim in popolnim nudenjem informacij je napravljen glavni prispevek k zmanjšanju stresa. Informacijsko-edukativni del zdrav-

stvene nege je osnovni element PZO. Informacijska izmenjava ima enako veljavo kot rutinska opravila fizične zdravstvene nege. Bistvo informacijske nege je vzdrževanje informiranosti bolnika in njegovega svojca na ravni točnosti in popolnosti – tako imajo lahko bolniki realistična pričakovanja o poteku svojega zdravljenja v neposredni prihodnosti. Vsebuje informacije o procedurah, ki bodo uporabljene (»proceduralne informacije«) (7, str. 80), o verjetnih vrstah doživetij med potekom teh procedur, o jakosti bolečine in motnji funkcioniranja, stranskih učinkih (»senzorne informacije«) (7, str. 80), o splošnem mnenju zdravnikov glede kliničnega problema in iskreno predstavitev možnih izidov. Čeprav se zdi, da so senzorne informacije važnejši vidik priprave na medicinski poseg, je bila ugotovljena interakcija med vrsto informacij, individualnem slogom spoprijemanja in začetno ravno anksioznosti. Prepričanje »čimveč informacij, tem boljše« je naivno, ker je z dajanjem več informacij pri nekaterih bolnikih dosežen nasprotni učinek, zato je možnost posvetovanja s kliničnim zdravstvenim psihologom pomemben dejavnik informacijske zdravstvene nege (7, str. 80). Pomembna beseda je »vzdrževati«, ker je težje vzdrževati bolne ljudi (ki so običajno anksiozni) informirane, kot informirati zdrave ljudi o vsakodnevni zadevah. Selektivno pozabljanje, distorzije informacij zaradi anksioznosti ali močne želje po ozdravitvi, zmotne interpretacije in konfuzija, vse te stvari hitro načnejo natančnost in popolnost informacij, ki jih dajejo v zdravstvenih ustanovah; nekaj, kar je povedano, ne pomeni avtomatično nekaj, kar je slišano in natančno zapomnjeno. Zato vsebuje informacijska nega rutinsko preverjanje tega, kar bolnik ve, in interveniranje, kolikor je potrebno za izgradnjo in vzdrževanje informiranosti in razumevanja s strani bolnika. Lahko govorimo o »profesionalizaciji« informacijske izmenjave in planiranje informacijske nege, ki naj sledi po menjavi sestrskeske izmene ali pred raznimi medicinskimi procedurami in terapijami. V podporo tem naporom gre tudi veliko dela na račun priprave edukacijskega materiala v namen splošne zdravstvene vzgoje, tako da so podane standardne informacije konsistentno in da je minimiziran časovni pritisk na medicinske sestre. To je še posebej pomembno, ko se morajo bolniki naučiti veliko novih spretnosti za osebno zdravstveno nego (oskrbo) in rehabilitacijo, tako kot na primer za domačo hemodializo, po diagnosticiranem diabetesu ali po miokardnem infarktu (5, str. 52). Med učenjem takih novih in neobičajnih postopkov lahko nastopajo čustvene reakcije pri bolnikih, prav tu pa je klinični zdravstveni psiholog lahko v pomoč za razjasnitev situacije in dajanje nasvetov (7, str. 91).

Običajno je edukacijski material v pisni obliki, v zadnjem času pa se uveljavlja tudi tako imenovano »video vedenjsko modeliranje« (15), ki ima tri glavne cilje:

- Pomoč pri odločanju glede različnih terapevtskih možnosti.
- Zmanjšanje tesnobe pred in med diagnostičnem/terapevtskem posegom in izboljšanje spretnosti spoprijemanja.
- Učenje tehnik zdravstvene samooskrbe.

Emocionalni suport

Emocionalni suport temelji na predpostavki, da težke bolezni skoraj neizogibno sprožijo emocionalni odziv. Kakorkoli že, v večini primerov so te čustvene reakcije samo en vidik normalnih, predvidljivih emocionalnih procesov. Lahko rečemo, da smo ljudje programirani za tesnobo, če smo izpostavljeni nevarnosti, jezni, če smo frustrirani, in žalostni, če izgubimo nekaj kar nam veliko pomeni, bodisi da je to le ena od vlog v življenju, odnos ali del našega telesa. Takšen emocionalni odziv bi torej moral biti pričakovan in pravilno razumljen, ne pa sprejet kot nekaj alarmantnega, kar je treba zaustaviti ali ublažiti s takšnimi ali drugačnimi sredstvi. Namesto nudenja ljubeznivega pomirjanja, strategij za blokiranje izražanja čustev ali takojšnjega poseganja za zdravili, naj bi se osebe zdravstvene nege naučilo izvajanja procedur psihološkega suporta, ki olajšujejo izražanje emocij in tako pomagajo emocionalnim procesom – ker je izražanje emocij eden od glavnih načinov predelave k manj emocionalno obremenjenim stanjem.

Emocionalni suport naj bi bil vedno dostopen bolnikom, če se pojavi kriza, toda njegov glavni prispevek je v vsakodnevem preventivnem smislu. Medicinska sestra prevzame iniciativo in redno sprašuje svoje paciente, kako jim gre in kako se počutijo (emocionalno) oziroma poizveduje, ali imajo bolniki kakšen problem o katerem bi se želeli pogovoriti z njo. Kot rezultat njene dejavnosti bolniki niso izolirani s svojimi emocionalnimi reakcijami, niti jim ni nerodno, ker jim medicinska sestra da vedeti, da so podeljena čustva sprejeta kot pomembna in na pravi način razumljena pri zdravstvenem osebjju.

V okviru emocionalnega suporta sta ključnega pomena dober medosebni odnos in okolje, ki olajšuje razvoj emocionalnim procesom, ki so bili sproženi zaradi bolezni ali poškodbe. Medicinska sestra, ki daje emocionalni suport, poskuša kontaktirati z bolniki na način, ki sporoča permisivnost, sprejemanje in predvsem, varnost. Na osnovi tega tesnega odnosa medicinska sestra–bolnik se lahko bolnik odloči (in to mora biti njegova odločitev) za to, da deli z medicinsko sestro svoje občutke, misli in spomine, ki ga vznemirjajo.

Njena vloga je zagotoviti, da ima bolnik priložnost za pristno doživljanje občutka, da je poslušan in razumljen. Skozi takšno doživljanje lahko emocionalni proces teče naprej. Nudenje emocionalnega suporta daje občutek podpore in družabništva, ki je lahko neprecenljiv za ljudi v stiski (5, str. 53).

Svetovanje

Ko medicinska sestra postane bolj izkušena in samozavestna v psihološkem delovanju, lahko v psihološko oskrbo vključi še osnovno svetovanje. Training v svetovanju je ali na delovnem mestu ali v obliki zunanjih kontinuiranih tečajev. Vrsta svetovanja je elementarnega tipa in ni namenjena kot nadomestek za psihoterapijo. Cilj takšnega treninga je naučiti medicinske sestre, da med pogovorom o bolnikovih zadevah ne dajejo bolniku nasvetov kako rešiti probleme, temveč mu olajšujejo percepcijo nastale situacije in mu pomagajo osvetliti različne možne načine za rešitev problemov (5, str. 53–54).

Izvajanje izbranih postopkov kognitivno-vedenjske terapije pod supervizijo kliničnega zdravstvenega psihologa.

Kognitivno-vedenjska terapija (KVT) je pravzaprav najbolj uporabljana oblika psihoterapije v okviru klinične zdravstvene psihologije. Z uporabo KVT lahko klinična zdravstvena psihologija zadosti eni izmed zahtev sodobnega zdravstvenega varstva – to je ponudba učinkovitih psiholoških storitev večjemu številu uporabnikov ob istočasni manjši porabi finančnih sredstev. Globinska večplastnost KVT omogoča, da to terapijo, poleg psihologov/psihiatrov, izvaja širok krog zdravstvenih delavcev (osebje zdravstvene nege, fizioterapevti, delovni terapevti in socialni delavci). Izvedba KVT je včasih zelo kompleksna, včasih pa je lahko zelo enostavna, temelječa na izdelanih metodah, ki se jih sorazmerno hitro lahko naučijo tudi netrenirani terapevti. Ker KVT spodbuja bolnikovo aktivno vključitev v proces zdravljenja, se lahko, kadar je primerno, uporabljajo tudi različne oblike samopomoči z minimalnim stikom s terapevtom. Uporaba priročnikov in v zadnjih letih računalniške tehnologije sta postala vse bolj pogosta načina kognitivno-vedenjske samopomoči (16).

Zdi se, da zaenkrat med psihologi velja splošen konsenz, da ostali zdravstveni kadri, ki niso šli skozi dolgotrajno psihoterapevtsko izobraževanje, izvajajo lahko le določene relaksacijske tehnike in monitoring vedenjskih kazalcev bolnikov. Takšno izobraževanje je že organiziralo Društvo za vedenjsko in kognitivno terapijo Slovenije (»Uporaba principov vedenjske in kognitivne terapije pri delu s pacienti z duševnimi motnjami ali težavami«), vendar so se ga v glavnem udeležile le medicinske sestre s področja psihiatrije.

Kot je bilo že omenjeno, ponekod po svetu medicinske sestre že uporabljajo tehnike vedenjskega modeliranja (učenja po modelu) v okviru informacijsko-educacijskega dela zdravstvene nege (15) in izvajajo programe za spoprijemanje s postoperativno bolečino (17) in kronično bolečino. Kot primer za slednjega je navedeno priporočilo Britanskega psihološkega združenja, Sekcije za klinično psihologijo: »...Dober pri-

mer projektne dela je edukacija revmatoloških medicinskih sester iz programa za spoprijemanje s kronično bolečino: najprej je na vrsti učenje skupine medicinskih sester v spretnostih spoprijemanja in kontrole bolečine, nato vodi psiholog omenjeni program za skupino bolnikov skupaj z medicinskimi sestrami in končno izvaja supervizijo programa za skupino bolnikov, ki ga vodijo medicinske sestre. Na ta način pridobi Oddelek za revmatologijo dejavnost, ki je prej ni imel. Takšen tip konzultantske dejavnosti psihologa je zelo učinkovit v smislu koristi za bolnike in v ekonomskem smislu za zdravstveno organizacijo, saj se kaže težnja manjše uporabe zdravstvenih storitev...« (18).

Naslednja možnost sodelovanja kliničnega zdravstvenega psihologa z osebjem zdravstvene nege je uporaba vedenjskih tehnik operantnega pogojevanja (pozitivno/negativno ojačevanje, oblikovanje, žetoniranje...). Klinični zdravstveni psiholog lahko nauči medicinske sestre in tudi bolnikove svojce omenjene tehnike, katere cilj je spodbujanje prilagojenega vedenja in zmanjševanje neprilagojenega vedenja. Kot primer lahko vzamemo način spoprijemanja medicinskih sester s problemom težavnega bolnika – namesto kontinuiranega odzivanja/neodzivanja na njegovo pogosto zvonjenje je bilo svetovano redno, v določenih časovnih presledkih, obiskovanje tega bolnika (7, str. 92).

Poudariti pa je potrebno, da bodo omenjeni programi vedno morali potekati pod supervizijo kliničnega zdravstvenega psihologa, da bi se izognili pastem nepotrebnega psihologiziranja in nekritičnega posploševanja oziroma uniformne uporabe omenjenih psiholoških tehnik. Kajti, vedno je treba poleg kontekstualnih spremenljivk upoštevati tudi osebne razlike med bolniki.

Zastopanje bolnikovih psiholoških potreb (zagovorništvo)

PZO temelji na presojanju medicinske sestre in na njenem odzivanju na bolnikove potrebe. Njena vloga je zastopati vsak primer na fleksibilen in pogajalski način, ko deluje v korist bolnika. Na primer, pridobi informacije od kirurga ali pa poskrbi, da pacient dobi ustrezno premedikacijo in pomoč psihologa, ki mu bo omogočil trening za kontrolo tesnobe. V tej shemi je medicinska sestra tista, ki običajno naredi začetne poteze, ki privedejo do napatitve k psihologu (5, str. 54).

Samopomoč (kontinuirana skrb zdravstvenih delavcev za svoje psihofizično zdravje in osebno rast)

Pomemben element PZO je iskanje podpore zase, ker to delo zahteva redno izpostavljanje samega sebe stiskam drugih ljudi in bi se brez ustrezne podpore začeli počasi pojavljati problemi v zvezi z »izgoreva-

njem» zaradi stresov. Priporočeni sistem podpore je tako individualne kot skupinske narave v katerem ima pomembno vlogo klinični zdravstveni psiholog. Mreža za podporo lahko nudi takojšen način za soočenje s težavami. Redna srečanja skupine za samopomoč se lahko uporabijo za manj nujne stvari in za zagotavljanje varnega prostora za monitoring osebnega nivoja stresa (5, str. 54).

Vloga kliničnega zdravstvenega psihologa

Klinični zdravstveni psiholog je strokovni profil v nastajanju in predstavlja stapljanje vloge kliničnega psihologa in vloge zdravstvenega psihologa (7, str. 1) – ta proces je osnovan na premisi, da problematika telesnega bolnika največkrat ni povezana s psihopatološkimi pojavi, temveč je vezana na običajne psihološke fenomene – na primer miselne, čustvene in vedenjske vzorce, življenjske navade in slog itn. Pri reševanju problematike somatskega bolnika se uporabljajo vedenjski, kognitivni, psihofiziološki, stresni, socialno psihološki, humanistični, psihoanalitski, sistemski teoretski pristopi; pogosto pa se v praksi uporabljajo tudi integrativni teoretski modeli. Zaradi specifične narave dela so, za razliko od klinične psihologije, pogosto potrebni hitri in kratki psihodiagnostični postopki in psihoterapevtske intervencije. Za pogoste krizne intervencije so za posebne kategorije bolnikov izdelani individualni in skupinski kognitivno – vedenjski psihoterapevtski postopki. Pogosta je družinska terapija in terapija parov. Za razliko od biomedicinskega modela, ki v središče pozornosti postavlja bolezen, se klinični zdravstveni psiholog zavzema za posameznika v njegovi trenutni življenjski situaciji in z njegovim preteklim biopsihosocialnim razvojem. Poleg multifaktorskega modela gledanja na bolnika zagovarja v praksi tudi timski pristop. Poudarja vlogo zdravnika kot najpomembnejšega agensa bolnikovega zdravljenja, bolnika pa vidi v aktivni, odgovorni vlogi do lastnega zdravja in bolezni, k čemur pa mu lahko pomembno pomagajo tudi drugi strokovnjaki v timu. Klinični zdravstveni psiholog je pogosto v vlogi supervizorja v Balintovih skupinah za zdravnike ali medicinske sestre. Pomembno mesto ima pri delu z zdravstvenim osebjem, ne le v edukativnem smislu, pač pa predvsem v smislu ozaveščanja in preventive pred procesi izgorevanja v zdravstvu (19, 20).

Kot je že bilo poudarjeno v naslovu članka, je PZO skupni projekt medicinskih sester in kliničnega zdravstvenega psihologa. Vloga kliničnega zdravstvenega psihologa je v so-načrtovanju, poučevanju, svetovanju in v psihoterapevtskem delu v povezavi z PZO, ki jo izvajajo medicinske sestre. Psiholog je oseba, ki nudi pomoč in podporo medicinskim sestram (5, str. 49).

Ponavadi gre razvoj PZO skozi različne faze: kot reakcija na neosebni, stehiniran odnos do bolnikov skušajo posamezniki uveljaviti prijazno komunikaci-

jo na relaciji zdravstveno osebje–bolniki; nekateri izmed zdravstvenih delavcev grede še dlje in skušajo poglobiti svoje teoretično in praktično znanje iz psihološkega vidika zdravstvene nege. Vendar, razvoj PZO dobi pravi zagon šele tedaj ko se združijo naperi medicinskih sester in kliničnega zdravstvenega psihologa. Klinični zdravstveni psiholog se zaveda, da je osebju zdravstvene nege (in ostalim terapevtom) potrebno najprej ponuditi več možnosti za osebnostno rast, za razvijanje sposobnosti empatije in za večanje sposobnosti soočanja z distresom pri delu. V ta namen mora psiholog sestaviti program s področja obvladovanja stresa in osebnostne rasti, ki je prirejen za potrebe osebja zdravstvene nege (21, 22). Predpogoj za razvoj PZO je kontinuirano psihološko delo zdravstvenega osebja na samem sebi, ki ga lahko učinkovito spodbuja in usmerja le redno zaposlen klinični zdravstveni psiholog za več kliničnih oddelkov somatske bolnišnice. Brez opisanega imperativa zaide razvoj PZO v slepo ulico in se na koncu razvoden. Ko je shema PZO že utečena, je klinični zdravstveni psiholog še vedno tisti strokovnjak, ki lahko veliko prispeva za nemoteno funkcioniranje mreže za podporo in skupin za samopomoč za zdravstveno osebje.

Klinični zdravstveni psiholog skrbi za kontinuirano (interno in eksterno) edukacijo medicinskih sester iz posameznih elementov PZO. Problematika v zvezi z implementacijo določenih tehnik kognitivno-vedenjske terapije v sistem PZO je bila že podrobneje opisana v podpoglavju Izvajanje izbranih postopkov kognitivno-vedenjske terapije pod supervizijo kliničnega zdravstvenega psihologa.

Klinični zdravstveni psiholog tudi pomaga medicinskim sestram pri vzpostavljanju mreže socialne podpore za bolnike v bolnišnici za telesne bolezni, zlasti to velja, če ni na voljo socialni delavec. Tu je mišljeno delo s svojci bolnikov, s skupinami za samopomoč, z društvi bolnikov in ne nazadnje s prostovoljci (7, str. 79). Educirani prostovoljci (5, str. 165) so zelo dragocena obogatitev PZO, saj se njihovo znanje in spretnosti lahko nahajajo na kontinuumu med socialno podporo in pravim svetovalnim delom. Predvsem pa imajo educirani prostovoljci več časa za poglobljeno svetovalno delo z bolniki.

Vloga drugih članov multidisciplinarnega kliničnega tima

Vloga različnih terapevtskih kadrov in socialnih delavcev

Res je, da imajo medicinske sestre glavno vlogo v zagotavljanju redne PZO v bolnišnicah, toda v nekaterih primerih so terapevti in socialni delavci tisti, ki predstavljajo osnovno točko povezave med bolnikom in zdravstvenimi službami. Na primer, po možganski kapi lahko logoped vzdržuje dolgotrajen odnos z bolnikom in njegovim svojcem. V programu koronarne

rehabilitacije so lahko fizioterapevti in delovni terapevti tisti, ki preživljajo največ časa skupaj s pacienti in so tako v najboljšem položaju za prevzem osnovne dolžnosti PZO (5, str. 54–55).

Vloga zdravnikov

V shemi PZO je bistvenega pomena komplementarna vloga zdravnikov. Zdravniki lahko prispevajo k PZO na različne načine. Prvič, lahko omogočijo, da je služba PZO na razpolago oziroma, da se organizira vsaj za njihove bolnike. Drugič, lahko zahtevajo, da so obveščeni o tem, katera medicinska sestra nudi PZO za katerega bolnika in pričakujejo občasna poročila o napredku. Tretjič, zdravniki lahko prevzamejo iniciativo in nudijo pomoč medicinskim sestram pri informacijskem delu zdravstvene nege, s tem da jih obveščajo o tekočih medicinskih načrtih za bolnika in tudi o spremembah tega načrta. S tem jim pomagajo, da lahko medicinske sestre učinkovito načrtujejo informacijski del zdravstvene nege. Poleg osebja zdravstvene nege tudi zdravniki potrebujejo nekaj napotkov iz psihološke zdravstvene oskrbe, da bi lahko prepoznali njeno vrednost in jo dopolnjevali (5, str. 55).

Vloga bolnika

V tej shemi PZO bolnik ni pasiven sprejemnik oskrbe, temveč aktivno spremlja proces svojega zdravljenja (5, str. 55–56). Dobro je, če bolnik izrazi svoja vprašanja, dvome, skrbi in obenem izpolnjuje navodila, ki mu jih dajejo zdravstveni delavci – za razvijanje teh spretnosti v medosebnem komuniciranju so možne prirejene oblike treningov asertivnosti (socialnih veščin), ki jih izvajajo klinični zdravstveni psihologi (7, str. 90).

Sklepne misli

V pričujočem članku je bilo najprej predstavljeno dejstvo, da težje boleznimi ali poškodbami vedno povzročajo različne vrste psihosocialne obremenjenosti telesnega bolnika, pa tudi hospitalizacija je že sama po sebi izvor mnogih stresnih situacij. Bolniki se poskušajo na različne načine spoprijemati z omenjeno psihosocialno obremenjenostjo, žal v velikem številu primerov na neuspešen način, kar sproži psihološke reakcije in duševne motnje pri telesnih bolnikih in pri njihovih svojcih. Taki bolniki nedvomno potrebujejo strokovno psihološko pomoč. Poleg humanih, etičnih razlogov za nudenje takšne pomoči, kar zagotovo pomeni izboljševanje kvalitete življenja bolnika, obstajajo tudi finančni razlogi, ki tudi narekujejo prisotnost psihološke in psihiatrične obravnave bolnikov v somatski bolnišnici. Znano je namreč, da se pri bolnikih s telesno boleznijo in sočasno duševno motnjo povečujejo stroški hospitalizacije zaradi daljše hospitaliza-

cije in večje uporabe zdravstvenih storitev (23, 24). Kopičijo se dokazi, da je izpolnjevanje psiholoških potreb bolnikov smiselno tako iz zdravstvenega kot iz ekonomskega vidika. V preteklih dveh desetletjih je bilo opravljenih veliko raziskav, ki so dokazale učinkovitost psiholoških terapij (25). Po drugi strani pa je bilo tudi ugotovljeno, da psihološke obravnave bolnikov zmanjšajo stroške zdravljenja – pozitivni učinek ostane statistično pomemben tudi, ko se odštejejo stroški nudenja psiholoških intervencij (26).

V razvitem svetu se je kot primeren model za reševanje zgoraj omenjene problematike izkazalo uvajanje klinične zdravstvene psihološke službe (27) in razvoj preventivne psihološke zdravstvene oskrbe, ki jo izvaja predvsem osebje zdravstvene nege v somatski bolnišnici. V tem članku je podrobneje prikazan model psihološke zdravstvene oskrbe (5) – dobra lastnost tega modela je zmanjševanje psihosocialnih obremenitev, ki jih prinašajo telesna bolezen ali poškodba in sočasna hospitalizacija. Opisani sistem psihološke zdravstvene oskrbe je preizkušen v praksi, nastal je s sodelovanjem kliničnega zdravstvenega psihologa Nicholisa KA in osebja zdravstvene nege iz splošne bolnišnice Royal Devon and Exeter Hospital v Veliki Britaniji – v shemo psihološke zdravstvene oskrbe so dodani samo še novejši trendi uvajanja izbranih tehnik kognitivno-vedenjske terapije.

Psihološka zdravstvena oskrba je načrtovano in koordinirano izvajanje psihološkega vidika zdravstvene nege v povezavi s kliničnim zdravstvenim psihologom. Psihološka zdravstvena oskrba ne izpolnjuje samo psihološke potrebe bolnikov in s tem pozitivno vpliva na potek bolezni, temveč tudi potrebo po večjem poklicnem zadovoljstvu zdravstvenih delavcev.

Psihološka zdravstvena oskrba je neprekinjen spiralni krogotok skrbi zdravstvenega delavca zase, za svojo osebnostno rast in dotok energije, ter psihološke skrbi za bolnike – v tem evolutivnem procesu je pomembno tudi sodelovanje kliničnega zdravstvenega psihologa.

Literatura

1. Rakovec-Felser Z. Psihosocialna obremenjenost kroničnega telesnega bolnika – procesi spoprijemanja. Psihološka obzorja 1994; 1: 93–9.
2. Niven N, Robinson J. The psychology of nursing care. London: The MacMillan Press: The British Psychological Society Book, 1994.
3. Rakovec-Felser Z. Zakaj nezadovoljni bolniki? In: Rakovec-Felser ed. Celostni pogled na bolnika: komunikacija bolnik, svojci – zdravnik, zdravstveno osebje. Zbornik predavanj in praktikum 10. in 11. novembra 2000. Maribor: Splošna bolnišnica Maribor, 2000: 39–45.
4. Brannon L, Feist J. Health Psychology – An Introduction to Behavior and Health. Pacific Grove: Brooks/Cole Publishing Company, 1997.
5. Nichols KA. Psychological Care in Physical Illness. 2nd ed. London: Chapman & Hall, 1993.
6. Hackett TP, Cassem NH, Stern TA, Murray GB. Beginnings: Consultation Psychiatry in a General Hospital. In: Cassem NH, Stern TA, Rosenbaum JF, Jellinek MS eds. Massachusetts General Ho-

- spital Handbook of General Hospital Psychiatry. 4th ed. Boston: Mosby, 1997: 1–9.
7. Belar CD, Deardorff WW. Clinical health psychology in medical settings: A practitioner's guidebook. Washington, DC: American Psychological Association, 1995.
 8. Marušič A. Kako svetla je lahko prihodnost na področju duševnega zdravja? Zdrav Var 2001; 40: 5–7.
 9. Marušič D, Marušič A. Psihokardiologija: sočasna preventiva in obravnava koronarne bolezni ter duševnih motenj. Zdrav Var 2001; 40: 55–60.
 10. Rozman M. Psihološki vidik zdravstvene nege pri dializnem bolniku. Diplomsko delo. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo, 1994.
 11. Priest HM. Psychological care in nursing education and practice: a search for definition and dimensions. Nurse Education Today 1999; 19: 71–8.
 12. Priest HM. Novice and expert perceptions of psychological care and the development of psychological caregiving abilities. Nurse Education Today 1999; 19: 556–63.
 13. Fisher EE. Behavioural Sciences for Nurses: Towards Project 2000. London: Duckworth, 1990.
 14. Musek J. Osebnostni temelji zdravja. V: Musek J ur. Osebnost in zdravje. Ljubljana: Educy, 1999: 5–43.
 15. Krouse HJ. Video modelling to educate patients. J Adv Nurs 2001; 33: 748–57.
 16. Shawe-Taylor M. Kognitivno-vedenjska terapija v javnem zdravstvu. Zdrav Var 2001; 40: 74–6.
 17. Good M, Stanton-Hicks M, Grass JA, Anderson GC, Lai HL, Roykulcharoen V, Adler PA. Relaxation and music to reduce postsurgical pain. J Adv Nurs 2001; 33: 208–15.
 18. The British Psychological Society, Division of Clinical Psychology. Purchasing Clinical Psychology Services. Using Clinical Psychology: A Briefing Paper No. 6, 1996.
 19. Rakovec-Felser Z. Medicinska psihologija. Maribor: Visoka zdravstvena šola, 1997.
 20. Hribar M. Zdravstvena psihologija v svetu in pri nas – intervju z Zlatko Rakovec-Felser. Panika, Letnik V, 2000; 2: 64–5.
 21. Burnard P. Know Yourself! Self-Awareness Activities for Nurses. London: Scutari Press, 1992.
 22. Tschudin V. Beginning with Empathy: a learners handbook. London: Churchill Livingstone, 1989.
 23. Saravay SM, Lavin M. Psychiatric Comorbidity and Length of Stay in General Hospital – A Critical Review of Outcome Studies. Psychosomatics 1994; 35: 233–52.
 24. Levenson JL, Hamer RM, Rossiter LF. Psychopathology and pain in medical inpatients predict resource use during hospitalization but not rehospitalization. Journal of psychosomatic research 1992; 36: 585–92.
 25. Barlow HB, Hofmann GH. Efficiency and dissemination of psychological treatments. In: Clark DM, Fairburn CG eds. Science and practice of cognitive behaviour therapy. Oxford: Oxford University Press, 1997: 95–117.
 26. Chiles JA, Lambert MJ, Hatch AL. The impact of psychological interventions on medical cost offset: A meta-analytic review. Clinical Psychology-Science and Practice 1999; 6: 204–20.
 27. Lechner ME, Stucky KJ. A Hospital Medical Staff Psychology Department: The Interface of Medical Education, Postdoctoral Psychology Training, Clinical Practice, and Medical Staff Membership. Journal of Clinical Psychology in Medical Settings 2000; 7: 141–8.