

Opieka kompleksowa nad pacjentem depresyjnym

Pielęgniarstwo w Polsce jest bardzo młodą nauką, dopiero rozwijającą się, zbierającą i rozszerzającą bazę teoretyczną, której zastosowanie w praktyce klinicznej ma służyć lepszemu poznaniu i pielęgnowaniu pacjenta.

Pielęgniarka powinna być partnerem, zarówno dla pozostałych członków zespołu jak i dla pacjenta. Dzięki rozwojowi pielęgniarstwa poznaje dokładnie swoje kompetencje, możliwości i może być samodzielnym pracownikiem w obszarze swoich działań.

Lepszemu rozwojowi zawodowemu służy udział w szkoleniach, konferencjach, sympozjach, ciągłe pogłębianie wiedzy, szukanie nowych rozwiązań. Wyszkolona pielęgniarka będzie lepiej rozumiała i fachowo a nie głównie intuicyjnie pracowała z pacjentem, co przynosi obopólne korzyści - szybsze wyleczenie i brak frustracji ze strony pielęgniarki.

Zadania jakie ma spełniać pielęgniarka można podzielić na trzy grupy.

Pielęgniarka psychiatryczna ma do spełnienia:

- zadania diagnostyczno-terapeutyczne

To czynności rozszerzające i kontynuujące aktywność lekarską.

- zadania organizacyjne

Pacjent w kontakcie ze służbą zdrowia powinien czuć się bezpieczny i mieć zapewnioną dobrą opiekę. Główny ciężar organizacji opieki spada na pielęgniarkę.

Trzecia grupa zadań to:

- zadania psychoterapeutyczne.

Poza różnymi formami działań psychoterapii, prowadzonymi przez pielęgniarki oddziału "D", o których mowa w dalszej części doniesienia, należy wspomnieć o często nieuświadomionej na co dzień swoistej psychoterapii. W jej skład wchodzi zwykle spontaniczna życzliwość, uśmiech, stanowczość - gdy taka jest potrzeba.

Pielęgniarka poprzez ciągłe bycie z pacjentem często rozładowuje niepokój, napięcie, dodaje wiary w skutki leczenia. W pielęgnacji chorych wymagane są od personelu pewne postawy:

- uczciwość, szczerłość i otwartość w kontaktach
- nieodrzucać - pomimo, że w pierwszym etapie leczenia pacjent jest stroną biorącą i często nie daje nic w zamian, znajomość psychopatologii depresji pozwala na minimalizację uczucia zrytowania, czy zniecierpliwienia
- dawanie oparcia pacjentowi, zainteresowanie jego osobą pozwala na niwelowanie poczucia bezwartościowości (jakie często towarzyszy depresji)

Najlepszą formą opieki jest praca w teamach terapeutycznych. W skład team-u wchodzi lekarz, pielęgniarka i psycholog. Członkowie zespołu terapeutycznego współpracują ze sobą przez cały czas trwania leczenia i hospitalizacji, a często także już po wyjściu chorego ze szpitala, w opiece ambulatoryjnej.

Praca pielęgniarki w teamie zaczyna się w momencie wejścia pacjenta na oddział.

w tym początkowym, bardzo trudnym dla pacjenta okresie, gdzie wiele zależy od tego jak zostanie przyjęty - polega na towarzyszeniu i zapewnieniu pacjentowi poczucia bezpieczeństwa.

Pielęgniarka - jako pełnoprawny członek zespołu terapeutycznego bierze udział w diagnozowaniu, omawianiu i rozwiązywaniu bieżących problemów pacjenta, jak również współpracuje z jego środowiskiem, rodziną. Spotykając się z pozostałymi członkami zespołu ustala rodzaj terapii i bierze w niej czynny udział.

Pacjent od początku pobytu na oddziale wie, że opiekują się nim trzy osoby, wśród których istnieje komunikacja. Pacjenci bardzo doceniają rolę pielęgniarki, jako członka team-u, ponieważ jest ona dostępna dla chorego także po południu, często również i w nocy. W depresji, jak wiemy, występuje dobowe wahanie nastroju, i właśnie wieczorem, czy popołudniu pacjenci czują się lepiej i mają ochotę rozmawiać, są aktywniejsi. Wtedy też są przewidziane pory odwiedzin, a członkowie rodzin bardzo często wymagają pomocy w rozumieniu i zaakceptowaniu swoich bliskich - chorych. Pielęgniarka często występuje w roli mediatora pomiędzy rodziną i pacjentem. W celu stworzenia fachowej i uporządkowanej, w pełni profesjonalnej opieki, a także udokumentowania wszystkich działań pielęgniarskich powstał proces pielęgnowania. Jego koncepcja zrodziła się w Stanach Zjednoczonych w połowie lat 60 - tych, w Polsce od ponad 10 lat mówi się i pisze o procesie pielęgnowania. W procesie pielęgnowania pielęgniarka występuje jako osoba samodzielna oraz niezależna od innych profesjonalistów w sprawach związanych z pielęgnowaniem. W zakresie koordynowania prac podejmowanych na rzecz pacjenta i środowiska jest ona współzależna od zespołu terapeutycznego. Według zasad tegoż procesu pielęgniarka odpowiada w pełni za pielęgnowanie i to ona ustala jego program. Cechą procesu pielęgnowania jest wieloetapowość tzn. składa się on z kilku następujących po sobie etapów. Umożliwia to całościowe podejście do pacjenta, ponieważ według zasad procesu pielęgno-

wania interesuje nas cały człowiek wraz ze swoim środowiskiem, a nie tylko chory układ. Proces pielęgnowania jest to racjonalna, systematyczna i samodzielna metoda zabezpieczająca opiekę pielęgniarską. Składa się on z 5 etapów. Chciałabym teraz w skrócie je omówić.

- 1 Rozpoznanie - polega na zbieraniu i gromadzeniu danych dotyczących pacjenta i środowiska, ze wszystkich możliwych źródeł. Dotyczą one wszystkich trzech sfer funkcjonowania człowieka: biologicznej, psychicznej oraz społecznej.
- 2 Diagnoza pielęgniarska - polega na rozpoznaniu potrzeb (problemów pielęgniarskich) pacjenta wynikających z oceny jego stanu fizycznego, psychicznego i społecznego. Prawdłowo postawiona diagnoza sugeruje cele jakie należy postawić aby osiągnąć to, co z punktu widzenia indywidualnej opieki pielęgniarskiej, a tym samym pacjenta, jest najbardziej pożądane czy też korzystne.
- 3 Plan opieki pielęgniarskiej - polega na opracowaniu indywidualnych programów pozwalających na pracę z pacjentem, realizowanych według konkretnego projektu (jaka opieka jest potrzebna pacjentowi i jakie działania na jego rzecz należy podjąć). Ustalamy też w ramach tego etapu pierwszeństwo wykonywanych czynności, działań wg. kryterium ważności dla zachowania życia i zdrowia pacjenta.
- 4 Działanie - realizowanie - polega ono na wdrażaniu ustalonego planu działania w życie.
- 5 Ocena - wyników końcowych i przebiegu procesu.

Podczas realizowania każdego etapu procesu obowiązuje pielęgniarkę dalsze zbieranie danych, ewentualna rewizja lub modyfikacja planu i bieżąca ocena procesu.

Od lutego 1996 r. została wprowadzona na naszym oddziale nowa dokumentacja pielęgniarska opracowana przez zespół pielęgniarski naszego oddziału. Objęci są nią wszyscy pacjenci hospitalizowani w naszym oddziale. Dokumentacja składa się z czterech elementów głównych, w zależności od

stanu pacjenta wprowadza się jeszcze dwa dodatkowe:

- karta długotrwałych zabiegów pielęgniarskich
- karta pomiaru CTK, tętna, gorączki

W skład czterech elementów głównych wchodzi:

- 1 **Historia Pacjenta**, którą stanowi skrót wywiadu pielęgniarskiego (np. inne towarzyszące choroby, ew. uczulenia, nietolerancje pokarmowe, nałogi, przyzwyczajenia).
- 2 **Karta Obserwacji Pielęgniarskiej**, w którą wpisuje się aktualny stan psychofizyczny chorego. Wpisy te można porównać z dawnym raportem pielęgniarskim. Nanoszone są w zależności od stanu chorego (nie dokonujemy ich codziennie, chyba że zachodzi taka konieczność).
- 3 **Proces Pielęgowania** - stanowi zasadniczą część naszej dokumentacji. Tutaj każda z nas wspólnie z pacjentem stawia diagnozę pielęgniarską. Rozumiemy przez to najważniejsze, najbardziej uciążliwe dla chorego problemy lub trudności. Postawienie diagnozy często nie jest możliwe w pierwszym lub drugim dniu hospitalizacji ze względu na stan chorego. Etap ten obejmuje oprócz diagnozy również plan opieki pielęgniarskiej oraz ocenę działalności pielęgniarki (jest to samoocena, która określa skuteczność naszych działań w likwidacji lub zmniejszeniu problemu pacjenta).
- 4 Ostatnim stałym elementem są nasze tzw. **Pielęgniarskie Zalecenia Przy Wypisie**, są one uzgadniane wspólnie ze wszystkimi członkami team-u. Jest to coś na wzór karty informacyjnej, którą otrzymuje pacjent przy wypisie, z tym, że obejmuje ona zalecenia pielęgniarskie. Dokumentacja ta zostaje przekazana do archiwum wraz z historią choroby. Jest to udokumentowanie jakże ciężkiej i jakże efektywnej pracy całego zespołu pielęgniarskiego z chorym psychicznie człowiekiem, która wcześniej nigdzie nie była odnotowywana, a czasem może niedoceniana przez pozostałych członków zespołu terapeutycznego.

Uważamy (cały zespół pielęgniarski), że ta dokumentacja ułatwia holistyczne spojrzenie na chorego jako jednostkę bio-psycho-społeczną.

W celu lepszego poznania pacjenta depresyjnego, po raz pierwszy na naszym oddziale został zastosowany przez pielęgniarki test badania potrzeb psychologicznych. Znajomość potrzeb psychologicznych pacjentów daje możliwość ukierunkowanej pracy mającej na celu zaspokojenie, umocnienie niektórych potrzeb, bądź też zmianę ich kolejności ważności dla chorego.

Potrzeba to biologiczny lub psychiczny stan motywacyjny, który ukierunkowuje zachowanie jednostki na pewien cel.

To stan mobilizacji organizmu, pobudzający do szukania określonych obiektów zaspokajających daną potrzebę. Często pojawia się jako wzrost ogólnej czynności, wyostrenie percepcji na określone bodźce, przy czym wzrostowi mobilizacji organizmu często towarzyszy przyjemny stan ogólnego pobudzenia. Jednakże silne napięcie dużej niezaspokajanej potrzeby powoduje nieprzyjemny stan złości, drażliwości, niepokoju a nawet depresji i przygnębienia.

Do badania potrzeb psychologicznych służy specjalnie skonstruowany test wyboru potrzeb. Jest to lista dwudziestu potrzeb psychologicznych, zapisanych na osobnych blankietach, na których wpisana jest też krótka i czytelna charakterystyka poszczególnych potrzeb. Stwierdza się, że potrzeby psychologiczne ludzi chorych różnią się od wybieranych przez osoby zdrowe. Pacjenci najczęściej wybierają te, którym towarzyszy takie uczucie jak: lęk, poczucie winy, niepokój, zagrożenie, poczucie niższości i bezradności, a także osamotnienie, bezradność i utrata nadziei.

Obok potrzeb depresyjnych pacjenci wybierają te, które charakterystyczne są dla ludzi zdrowych. Odczucia jakie je charakteryzują to dążenie do przezwyciężania własnych niepowodzeń, słabości, pokonania przeszkód, trudności, dążenie do doznania przyjemności przez zmysł dotyku, wzroku, smaku, słuchu, a także nawiązania kontaktu z innymi ludźmi.

Testy te, oprócz tego, że ułatwiają lepsze poznanie chorego mają też dużą wartość w opracowaniu programu pielęgnacji pacjentów depresyjnych.

W ramach funkcji organizacyjnej jaką pełnią pielęgniarki, zespół pielęgniarski naszego oddziału przejął prowadzenie, bądź koordynowanie wszystkich zajęć terapeutycznych. Dzień rozpoczynamy gimnastyką, pacjenci sami ustalają rodzaj i kolejność ćwiczeń. Pozostałe zajęcia odbywają się w godzinach popołudniowych.

W godzinach tych pacjenci pozostawieni są sami sobie, co wynika z organizacji pracy personelu. Aby unikać zajmowania się problemami, objawami choroby czy poczucia dużego osamotnienia i wielkiej beznadziejności pielęgniarki towarzyszą pacjentom w szeregach zajęć. Prowadzone są one codziennie, i tak:

- w poniedziałek - psychorysunek
- we wtorek - relaks
- w środę - muzykoterapia
- w czwartek - zajęcia kulinarne

Zajęcia kulinarne należą do zajęć, których głównym celem jest aktywizowanie (usamodzielnianie) pacjentów oraz przyuczanie ich z powrotem do funkcji i czynności, które wykonywać będą po powrocie ze szpitala, w życiu codziennym. Zajęcia te prowadzone są przez samych pacjentów, tylko pod nadzorem pielęgniarki. To oni ustalają co będą gotować lub piec, sami też robią zakupy produktów, których brakuje (resztę dostarcza kuchnia szpitalna). Wszystkie czynności wykonują sami pacjenci, rola pielęgniarki ogranicza się do doradztwa, czasami do rozdzielania ról dla poszczególnych osób.

W zależności od grupy pacjentów czasami zdobywają się oni na upieczenie tortu lub zrobienie sałatki, czasami jest to tylko ugotowanie kisielu.

Relaks, który prowadzimy z pacjentami naszego oddziału ma głównie za zadanie obniżenie napięcia mięśniowego i psychicznego, które pociąga za sobą spadek lęku u osób chorych psychicznie.

Obniżenie poziomu napięcia dokonuje się przez:

- wyobrażanie spokoju, bezpieczeństwa
- rozładowanie napięcia w aktywności ruchowej

Podczas zajęć relaksacyjnych stosujemy też muzykę, jako dodatkowy element, który ułatwia odwrócenie uwagi od przeżyć związanych z lękiem i niepokojem.

Prowadzenie tych zajęć z pacjentami depresyjnymi ma duże znaczenie, oprócz ich podstawowej funkcji tj. obniżenia lęku, pomagają w nawiązaniu lepszego kontaktu z chorym. Osobom depresyjnym trudno jest nawiązać kontakt słowny, często jest on bardzo powierzchowny, natomiast gdy zmniejsza się lęk, stają się rozluźnione, łatwiej jest wejść w głębszy kontakt, problemy stają się dla nich łatwiejsze i prostsze do rozwiązania.

Zajęcia relaksacyjne mogą też pełnić funkcję diagnostyczną. Albowiem podczas ćwiczeń wyobrażeniowych możemy dowiedzieć się wielu interesujących dla zespołu terapeutycznego spraw np., że pacjent czuje się bardzo samotny, nie ma żadnej bliskiej osoby.

Ponadto relaks pomaga pacjentom w oderwaniu się od przykrych myśli, zapomnieniu chociaż na chwilę o problemach i troskach.

Psychorysunek spełnia funkcję diagnostyczną, projekcyjną oraz terapeutyczną. Poprzez rysunki i sposoby przedstawiania danej sytuacji ujawniają się różne nieuświadomiane elementy, przez co lepiej możemy poznać pacjenta. Istotą zajęć jest ułatwienie pacjentom wyrażania swoich emocji poprzez twórczość plastyczną, poznanie przeżyć innych oraz nawiązanie wzajemnych kontaktów. Poprzez zadanie konkretnego tematu możemy lepiej poznać sytuacje, w których normalnie funkcjonuje pacjent (np. „Ja i moja rodzina”, „Mój dom”) lub jego fantazje czy marzenia dotyczące np. przyszłości.

Zajęcia dzielą się na dwie części:

- a) plastyczną,
- b) dyskusyjną

W części plastycznej pacjenci mają zadany temat, natomiast sami decydują o formie i kolorze prac, dokonują wyboru materiału spośród farb, kredek, ołówków, pisaków, papieru kolorowego, gazet, plasteliny. Często się zdarza, że łączą różne formy np. część pracy malują farbami a resztę wyklejają wycinkami z gazet. Rysunki są uproszczone, nieraz schematyczne, co pozwala w terapii uzyskać informację o sposobie posługiwania się przez pacjenta symbolami. Uproszczone rysowanie ma dodatkowo tę zaletę, że czyni nieistotnym to, czy umie się rysować i czy rysunek będzie „ładny”.

Po skończeniu prac przez wszystkich uczestników rozpoczyna się dyskusja. Kolejno pokazuje się pozostałym pacjentom rysunki, co pobudza ich do wyrażania swoich opinii.

Pacjenci mówią o skojarzeniach, odczuciach oraz o tym, jak widzą problematykę ujawnioną w pracy danego pacjenta. Na końcu wypowiada się sam autor pracy. Terapeuta powstrzymuje się od interpretacji. Korzyści z psychorysunku prowadzonego na naszym oddziale są następujące:

- stwarzają okazję do aktywności, wypełniają wolny czas
- ułatwiają pacjentom wzajemne poznanie, co pozwala im na łatwiejsze nawiązanie kontaktu poza zajęciami
- pozwalają na doznanie pozytywnego przeżycia
- poszerzają informacje o pacjencie dla całego zespołu terapeutycznego

Muzykoterapia – muzyka wykorzystywana w pracy z pacjentem spełnia rolę terapeutyczną, ale i diagnostyczną, pomaga w nawiązaniu kontaktu i to w trzech płaszczyznach (pacjent – terapeuta, terapeuta – pacjent, pacjent – pacjent). Często u pacjentów głęboko depresyjnych bardzo trudno jest nawiązać kontakt słowny (o czym była już mowa), często jest on powierzchowny, natomiast muzyka wywołuje żywe emocje, pobudza do refleksji i działania.

Wybieramy utwory miłe dla ucha, często unowocześnione przeróbki utworów klasycznych. Muzykę w naszych działaniach traktujemy też jako czynnik uspołeczniający i aktywi-

zujący chorych. Zajęcia nie są obowiązkowe ale poprzez wytworzenie ciepłej atmosfery, stałej pory tych zajęć, chcemy zachęcić jak największą ilość osób do uczestnictwa w nich.

Aktywność muzyczna, zwłaszcza kontakt z dziełami klasyków (bo te przeważają), takimi o klarownej formie i przyjemnym brzmieniu – wprowadza wewnętrzny ład w życie psychiczne.

Głębokie przeżycia muzyczne wywołane muzykoterapią pomagają rozsądniej rozstrzygać i ważność zjawisk i przeżyć osobistych. Kontakt z muzyką rozszerza perspektywę naszych pacjentów (z tej perspektywy problemy maleją, stają się łatwiejsze do rozwiązania). Dobór muzyki jest nie przypadkowy, staramy się wybierać taką, która wywołuje przyjemne emocje, chcemy aby przede wszystkim odpoczywali, relaksowali się.

Parę słów o metodach prowadzenia zajęć. Tematyka ich nie powinna powtarzać się częściej niż co 5 – 6 tygodni, gdyż tyle wynosi średni pobyt pacjenta w szpitalu. Często są to zajęcia wyobrazeniowe, np. osoba prowadząca je rozpoczyna opowiadanie, które nieoczekiwanie urywa i po wysłuchaniu fragmentu muzycznego każdy uczestnik opowiada swoją wersję. Jednymi z ciekawszych i wiele wnoszących zajęć, są te, w których po wysłuchaniu utworu terapeuta prosi aby zadedykowali go komuś bliskiemu, bądź po wysłuchaniu trzech różnych rodzajów muzyki prosi o nadanie im tytułu związanego z przeżywanymi emocjami.

Łączymy też muzykę z rysunkiem, powstają wtedy fantastyczne projekty, malunki, wzory.

Popołudniowe zajęcia terapeutyczne nie są obowiązkowe a mimo to cieszą się dużą popularnością wśród pacjentów. Jak wynika z naszych obserwacji zapotrzebowanie na zajęcia tego typu jest dość duże (zwłaszcza u pacjentów z lekką i średnią depresją).

Ponadto zespół pielęgniarski bierze czynny udział w prowadzeniu terapii kognitywnej, która ma na celu uwolnienie pacjenta od cierpień oraz taką modyfikację jego zachowania, aby było ono możliwie najbardziej adaptacyjne, aby mógł osiągnąć szczęście lub zbliżyć się do niego.

Terapia poznawcza rozumiana jest jako specjalistyczna relacja między pacjentem a terapeutą, a jej wynikiem ma być zmiana, korekta systemu poznawczego i myślenia pacjenta, czyli uwolnienie go od negatywnych, nieadekwatnych do rzeczywistości „myśli automatycznych” i „postaw dysfunkcyjnych”, a dzięki temu uwolnienie chorego od negatywnych przeżyć emocjonalnych i innych objawów depresji.

Aby prawidłowo i skutecznie prowadzić terapię kognitywną konieczna jest praca w zespołach terapeutycznych, oparta na zaufaniu i współpracy ze strony pacjenta.

Istotną rolą personelu pielęgniarskiego w terapii kognitywnej jest planowanie codziennej aktywności pacjenta.

Pielęgniarstwo pełni rolę:

- aktywatora (pomaga w planowaniu czynności dnia)
- zachęcacza (sprawdza wykonanie tych czynności)
- motywatora (pomaga i koordynuje już dziejącą się czynność)
- współpracownika (towarzyszy pacjentowi z głęboką depresją)
- obserwatora (ocenia z pacjentem wyniki, licząc w skali ile brakuje do doskonałości)

Pielęgniarka rozpoczyna pracę z pacjentem rano, ustalając dokładnie program dnia, powinno to trwać około 10 minut, wieczorem należy podsumować dzień.

W przebiegu głębokich depresji na początku leczenia stosuje się tzw. „techniki rozproszenia”, gdzie korzystny jest udział personelu pielęgniarskiego.

Celem technik rozproszenia jest próba odwrócenia uwagi od uporczywych negatywnych myśli, rozproszenie ich, oderwanie pacjenta od natłoku depresyjnego myślenia. Uwolnienie chorego od bezustannego depresyjnego przemyśliwania nie tylko pozwala na chwilowy odpoczynek, ale stanowi niezbywalny warunek podjęcia aktywności myślowej innego rodzaju.

Techniki rozproszenia nie powodują zmiany w treściach systemu poznawczego pacjenta, przynoszą natomiast poczucie ulgi, wywołują poprawę nastroju. W ramach tych technik terapeuta uczy pacjenta koncentracji uwagi na przedmiotach, opisanie ich w sposób możliwie dokładny, uczy także pacjentów zwracania uwagi na swoje otoczenie oraz wykorzystywanie wszystkich zmysłów do opisu otaczającego świata. Aby uwolnić pacjenta od depresyjnych przemyślań pielęgniarka może go zachęcić także do przypomnienia sobie i opowiedzenia przyjemnych zdarzeń z własnego życia lub przedstawienie kilku przyjemnych fantazji dotyczących przyszłości.

Teamy prowadzące terapię kognitywną powinny spotykać się jeden raz w tygodniu w celu omówienia postępu terapii oraz zbadania negatywnych myśli o pacjencie, powinny być superwizowane oraz kilka razy w roku powinien spotkać się cały zespół w celu dalszego szkolenia.

Terapia kognitywna powinna przygotować pacjentów do życia w swoim środowisku, do pełnienia dawnych ról zawodowych i społecznych.

W ramach tego doniesienia próbowaliśmy przedstawić jak ważną rolę pełnią pielęgniarki w zespole terapeutycznym opartym na zasadach partnerstwa w kompleksowej opiece nad pacjentem depresyjnym.