



Departement Healthcare

Bachelor na Bachelor Opleiding

Spoedgevallen en Intensieve Zorgen Verpleegkunde

**Wat is de noodzaak aan psychologische bijstand voor de familie
na een cardio arrest reanimatie van de patiënt op de afdeling
hartbewaking in het Ziekenhuis Oost-Limburg?**

Stijn Peeters

Afstudeerwerk aangeboden voor het behalen van de
bijzondere beroepstitel van Bachelor na Bachelor Opleiding
Spoedgevallen en Intensieve Zorgen Verpleegkunde

Promotor: Karine Engelen
Inhoudsdeskundige: An Coenen

Academiejaar 2015-2016



Departement Healthcare

Bachelor na Bachelor Opleiding

Spoedgevallen en Intensieve Zorgen Verpleegkunde

**Wat is de noodzaak aan psychologische bijstand voor de familie
na een cardio arrest reanimatie van de patiënt op de afdeling
hartbewaking in het Ziekenhuis Oost-Limburg?**

Stijn Peeters

Afstudeerwerk aangeboden voor het behalen van de
bijzondere beroepstitel van Bachelor na Bachelor Opleiding
Spoedgevallen en Intensieve Zorgen Verpleegkunde

Promotor: Karine Engelen

Inhoudsdeskundige: An Coenen

Academiejaar 2015-2016

Inhoudsopgave

Abstract.....	4
Inhoudsopgave	5
Voorwoord	7
Inleiding	1
1 Probleemstelling en onderzoeksvraag	2
2 Methodologie	4
3 Het hart	6
3.1 Anatomie en fysiologie.....	6
3.2 Reanimatie	7
3.3 Basic Life Support.....	8
4 De holistische mensvisie.....	9
5 Draagkracht versus draaglast	11
6 Acute Stress en Post Traumatische Stressstoornissen, Angst en Depressie	12
6.1 Acute stressstoornis	13
6.1.1 Definitie	13
6.1.2 Kenmerken.....	13
6.1.3 Stress of stressor.....	14
6.1.4 Fight en Flight.....	14
6.1.5 Aanpassingssyndroom.....	14
6.2 Post Traumatische Stressstoornis (PTSS).....	15
6.2.1 Definitie	15
6.2.2 Kenmerken.....	15
6.3 Angst.....	15
6.4 Depressie.....	16
7 Cardiale revalidatie.....	17
8 Praktijkgedeelte	18
8.1 Onderzoeksopzet	18
9 Resultaatverwerking	19
9.1 Demografische gegevens	19
9.2 HADS verwerking.....	22

9.2.1	Positieve HADS score	22
9.2.2	Antwoorden van de positief gescoorde vragenlijsten	23
9.3	Protocol.....	32
10	Besluit	34
11	Discussie	37
12	Bibliografie.....	38
13	Bijlagen	40

Voorwoord

Wat is de noodzaak aan psychologische bijstand voor familieleden van cardio arrest gereanimeerde patiënten op de dienst hartbewaking van het Ziekenhuis Oost-Limburg? Dit is de vraag die ik mezelf stelde na een jaar werken op de afdeling hartbewaking van het Ziekenhuis Oost-Limburg. In het kader van de bachelor na bachelor (BaNaBA) spoedgevallen en intensieve zorgen kwam dit afstudeerproject tot stand.

Ik ondervond dat verschillende naaste familieleden het moeilijk hebben op psychologisch vlak na de reanimatie van hun ouder/partner of een persoon die hun nauw aan het hart ligt. Vaak zijn ze getuige geweest van de reanimatie of hebben ze zelf via Phone CPR de patiënt gereanimeerd. Een psycholoog wordt slechts zelden gecontacteerd. Ikzelf merk dat ik tekortschiet voor deze mensen. Ik kan hen niet voldoende begeleiden vanuit mijn kennis en competenties als verpleegkundige. Is er nood aan een psychologisch consult voor deze mensen? Of is het normaal dat deze mensen het psychisch moeilijk hebben na dit trauma? Via een vragenlijst die peilt naar de angst- en depressiegevoelens heb ik in kaart kunnen brengen welke mensen meer kans maken op het ontwikkelen van een post-traumatisch stress syndroom na een ingrijpende gebeurtenis. Ik hoop dan ook dat dit afstudeerproject de werking van de dienst hartbewaking ten goede komt zodat we nog een stap dichterbij komen tot kwalitatieve zorg in al zijn facetten.

Dit project maak je niet alleen. Ik zou graag een dankwoord willen richten tot de volgende personen.

Het Ziekenhuis Oost-Limburg en specifiek de ethische commissie voor hun goedkeuring van de bevraging aan familieleden. Hun expertise op vlak van klinische studies en hun voorstellen tot verbetering.

Graag een dankwoord aan mijn inhoudskundige, mevrouw An Coenen, klinisch psychologe binnen het Ziekenhuis Oost-Limburg voor haar kritische blik en hulp, mijn promotor mevrouw Karine Engelen, opleidingsverantwoordelijke van de BaNaBa Spoedgevallen en Intensieve Zorgen aan de PXL Hasselt en verpleegkundige op de dienst hartbewaking binnen het Ziekenhuis Oost-Limburg voor de kansen en expertise.

Op persoonlijk vlak wil ik mijn partner bedanken voor het geduld en de hulp die ik kreeg. Mijn ouders voor de kansen die ze me gegeven hebben, hun hulp en ondersteuning.

Aan allen een welgemeende dank u wel.

Inleiding

In Europa krijgen elk jaar ongeveer 350.000 mensen een hartstilstand buiten het ziekenhuis. Slechts 20% hiervan krijgt cardiopulmonale reanimatie (CPR) door een omstaander. Dit verklaart deels waarom minder dan één op tien een hartstilstand overleeft (Europese en Belgische Reanimatieraad, 2015).

Indien de patiënt de hartstilstand overleeft, zal hij opgenomen worden in een gespecialiseerd ziekenhuis om hem verder te stabiliseren en de post-reanimatiezorg op te starten. Artsen en verpleegkundigen zullen de patiënt de nodige medische zorgen toedienen en daar waar nodig bepaalde lichaamsfuncties overnemen zoals bijvoorbeeld kunstmatige beademing.

Op de afdeling hartbewaking van het Ziekenhuis Oost-Limburg, een intensieve dienst gespecialiseerd in hartziekten, krijgen artsen en verpleegkundigen dus regelmatig te maken met cardio arrest gereanimeerde patiënten (gemiddeld 40 patiënten op jaarbasis) en hun familie. De patiënten krijgen op medisch en verpleegkundig vlak alle noodzakelijke zorgen. De meest hoogtechnologische toestellen staan naast hun bed. Aan wetenschappelijk onderbouwde behandelingen is er geen tekort. Door continu studies uit te voeren en nieuwe wetenschappelijke inzichten aan te halen, behandelt men deze kritiek zieke patiënt met het oog op een zo goed mogelijk fysiek herstel na de reanimatie.

Toch is de psychologische ondersteuning van de familieleden in eerste instantie en van de patiënt zelf in tweede instantie (deze is meestal de eerste dagen post-reanimatie beademd) een onderdeel van een totaal kwalitatieve totaalzorg. De ervaring leert dat hier algemeen weinig aandacht aan wordt gegeven. De focus ligt voornamelijk op het ‘overleven’ van de patiënt. Het feit dat de familieleden ook dienen te ‘overleven’ in deze moeilijke periode wordt vaak vergeten. Hoog tijd dus om, na een reanimatie, de psychologische zorg voor de familie onder de loep te nemen en hiermee aan de slag te gaan.

Door een literatuurstudie uit te voeren werden een aantal wetenschappelijke benaderingen gevonden met als doel te staven waarom het psychologisch ondersteunen van deze personen belangrijk is. Ik neem jullie mee in de manier van zoeken naar deze wetenschappelijke benaderingen. Verder zal de anatomie en fysiologie van het hart helpen om te begrijpen hoe het hart opgebouwd is en werkt. De holistische mensvisie van Martha Rogers vormt een cruciaal onderdeel binnen de verpleegkunde en zeker binnen de vraagstelling van dit project. Het evenwicht tussen psychologische draagkracht en draaglast zal aangehaald worden alsook een verduidelijking van de begrippen ‘acute stress’, ‘post traumatische stress syndroom’, ‘angst’ en ‘depressie’. Dit om duidelijkheid te scheppen over de correcte inhoud van deze begrippen. Kort verduidelijk ik graag het begrip ‘Cardiale Revalidatie’. Het praktische gedeelte zal het onderzoek weergeven en ik zal een analyse maken van de verkregen gegevens alsook een besluit hieruit trekken. De discussie zal duidelijk maken welke pistes nog kunnen bewandeld worden om een kwalitatievere zorg te kunnen bieden. Hieruit zullen bedenkingen en opmerkingen weergegeven worden die bij de schrijver opkomen vanuit dit onderzoek.

1 **Probleemstelling en onderzoeksvraag**

Wat is de noodzaak aan psychologische bijstand voor de familie na een cardio arrest reanimatie van de patiënt op de afdeling hartbewaking in het Ziekenhuis Oost-Limburg.

Verpleegkundigen leren in hun opleiding ‘relationele verpleegkundige vaardigheden’. Ze leren om empathisch te zijn naar patiënten en familieleden. Ze leren om slecht nieuws mee te delen, ze leren om te luisteren naar het verhaal van de patiënt en ze leren om te gaan met weerstand. Ze oefenen en krijgen tips om deze vaardigheden om te zetten in de praktijk. Het zijn uiteindelijk enkele van de vele competenties van een bachelor verpleegkundige. Toch blijkt het in de praktijk niet altijd mogelijk om ook hier voldoende aandacht aan te besteden en stoten verpleegkundigen maar al te vaak op tijdsdruk of het gevoel ‘niet meer te weten hoe deze situatie en gevoelens op te vangen, aan te pakken’. Het psychologisch ondersteunen van emoties van familieleden na een reanimatie blijkt een probleem te zijn. De verpleegkundige is niet opgeleid om deze vloedgolf van emoties op een professionele manier op te vangen en volledige ondersteuning te bieden aan zij die het nodig hebben. Komt daar ook nog bij dat de zorgzwaarte vaak zulk een omvang kent dat deze ondersteuning gewoon niet mogelijk is door allerlei andere taken die nog uitgevoerd moeten worden.

Tijdens het werk op de afdeling hartbewaking van het Ziekenhuis Oost-Limburg valt het op dat familieleden van cardio arrest gereanimeerde patiënten het vaak emotioneel moeilijk hebben na de reanimatie. Ze zijn zelf getuige geweest van de reanimatie of hebben zelf hun partner of familielid moeten reanimeren. De psychologische impact hiervan is groot. De vraag of het nodig is om deze mensen door te sturen naar een psycholoog dringt zich op. Wanneer men dit voorstelt aan de familieleden, blijkt niet iedereen hiervoor open te staan. Reacties als: “ik ben niet gek” of “het zal wel gaan” krijgt men regelmatig te horen. Een onderzoek naar wat de noodzaak is aan psychologische ondersteuning na een cardio arrest reanimatie voor de familieleden stelt zich op de voorgrond.

In het ziekenhuis zijn taken verdeeld tussen de verschillende personeelsleden. Een arts neemt het medische deel op zich, de verpleegkundige het verpleegkundige deel, de diëtiste gaat het voedingspatroon na en bekijkt de calorie-inname, de fysiotherapeut ontfermt zich over de ademhaling en de fysieke revalidatie en zo kunnen we verdergaan. Zo heeft iedere schakel binnen het ziekenhuis zijn of haar taak om een totale kwalitatieve totaalzorg te geven aan de patiënt en zijn familie. Het psychologisch ondersteunen van familieleden na een cardio arrest reanimatie zit in een grijze zone. Vaak neemt de verpleegkundige die taak op zich. Toch stoot men daar op een heikel punt omdat men hiervoor niet voldoende kennis en kunde heeft. Dit is de taak van de psycholoog die indien nodig de familieleden en patiënt kan opvangen en verder door deze moeilijke periode kan loodsen. (Van Heugten, Post, Rasquin, & Smits, 2014) beschrijven de taak van de psycholoog in hun handboek voor revalidatiepsychologie als volgt. “Het is de taak van de psycholoog om in een diagnostisch interview duidelijkheid te krijgen over de

vorm en de ernst van de psychische klachten en samen met de patiënt tot een behandelvoorstel te komen”.

Ik wil met dit onderzoek aantonen wat de noodzaak is van psychologische ondersteuning bij familieleden van cardio arrest gereanimeerde patiënten. En hoe we uiteindelijk ook effectief hulp kunnen voorzien voor deze personen die het nodig hebben.

Vanuit het standpunt van patiëntveiligheid en een goede psychologische begeleiding die voorkomt vanuit de visitatie van Joint Commission International (JCI) is het belangrijk om hier meer aandacht aan te besteden. De JCI is een Amerikaanse vereniging die ziekenhuizen visiteert en opmerkingen en aanbevelingen doet met het oog op het verhogen van patiëntveiligheid en de kwaliteit van zorg.

Aangezien iedere cardio arrest gereanimeerde patiënt, opgenomen op de dienst hartbewaking in de cardiale revalidatie terecht komt, hebben ze recht op psychologische bijstand. Ook de familieleden kunnen hier gebruik van maken indien ze dit wensen.

2 Methodologie

Om te weten te komen hoe groot de vraag/noodzaak is aan psychologische ondersteuning post cardio arrest reanimatie voor de familie werd een literatuurstudie uitgevoerd.

Literatuur rond deze probleemstelling werd opgezocht via de databases “google scholar”, “Pubmed” en “Science direct”. Verder werden de trefwoorden ingegeven via www.google.be en kwam ik uit op de website www.fcic.nl die via het sneeuwbaaleffect nieuwe gegevens opleverde.

De gebruikte trefwoorden zijn: “family members intensive care”, “psychological symptoms”, “intensive care”, “post traumatic stress symptoms”, “family members”, “intensive care unit patients”, “Hospital Anxiety and Depression Scale”, “HADS schaal”, “validation HADS”, “predict relatives intensive care”, “post traumatic stress disorder”.

Via deze zoektermen werden de volgende artikels en boeken weerhouden:

a) Can we predict intensive care relatives at risk for posttraumatic stress disorder?

In dit onderzoek ging men familieleden die een risico liepen op het ontwikkelen van een post traumatische stress stoornis (PTSS) opsporen. Hierbij gebruikte men 2 schalen. De “Impact of event Scale Revised (IES-R)” en de “Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)”. De familieleden werden op de 5^{de} dag van opname bevroegd, alsook 2 maanden na het ontslag op intensieve zorgen of na overlijden. Na het onderzoek bleek dat enkel de HADS een voorspeller is om een post traumatisch stress syndroom te ontwikkelen, indien de bevroegde familieleden een angstscore hebben >11. (Pillai, Aigalikal, Vishwasrao, & Husainy, 2010)

b) Psychological symptoms of family members of high-risk intensive care unit patients.

In dit onderzoek gaat men na welke niveaus van PTSS, angst en depressie tijdens en 3 maanden na de intensieve zorgen opname bij familieleden aanwezig zijn en men gaat kijken of er een verschil is tussen de uiteindelijke uitkomst voor de patiënt.

Als conclusie kan men bij de 41 bevroegde familieleden stellen dat de symptomen zoals PTSS, angst en depressie significant afnemen 3 maanden na ontslag op intensieve zorgen. Deze symptomen verschilden niet naargelang de uiteindelijke uitkomst van de patiënt. Alhoewel veel familieleden nog steeds een significant risico liepen op een PTSS, borderlinestoornis, angst en depressie na 3 maanden. (McAdam, Fontaine, White, Dracup, & Puntillo, 2012)

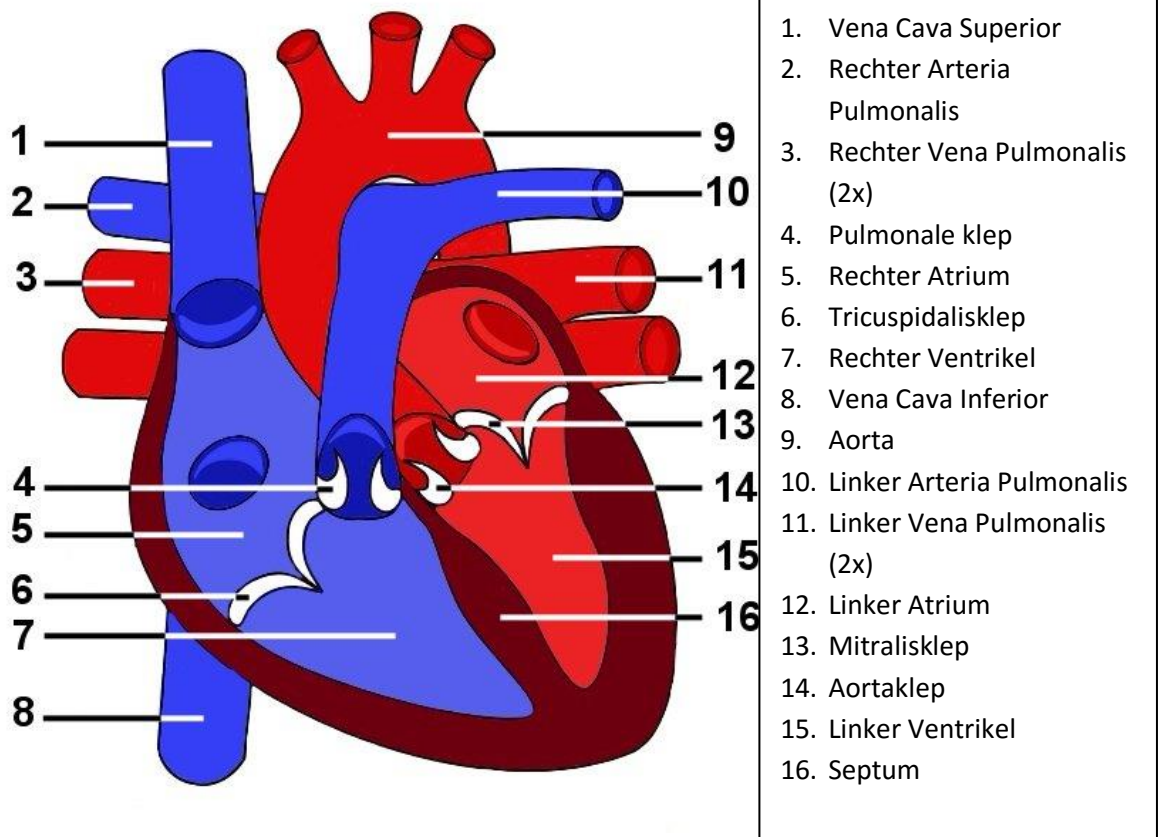
c) Symptoms experienced by family members of patients in intensive care units.

Uit dit onderzoek bleek dat er steeds meer verwacht wordt dat familieleden mee beslissingen nemen in de behandeling van de patiënt. Ze krijgen hierdoor te maken met psychologische symptomen zoals stress, PTSS-gerelateerde symptomen, angst en depressie. Verder onderzoek is aangewezen om familieleden bij te staan in deze moeilijke tijden. (McAdam & Puntillo, Symptoms experienced by Family Members of Patients in Intensive Care Units, 2009)

- d) Risk of post-traumatic stress symptoms in family members of intensive care unit patients.
Post traumatische stress reacties zijn verbonden met een hoger risico op PTSS en komen voor bij familieleden van intensieve zorgen patiënten. Zij die mee beslisten over het sterven van de patiënt lopen een hoger risico op PTSS. (Azoulay, et al., 2005 N9)
- e) A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale in different groups of Dutch subjects.
De HADS is meer bedoeld als een screeningsinstrument voor psychische aandoeningen dan als een diagnosesteller. (Spinhoven, Ormel, Sloekers, Kempen, Speckens, & Van Hemert, 1997)
- f) Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen DSM-5®.
Posttraumatische-stressstoornis en acute stressstoornis worden hier volledig beschreven. (American Psychiatric Association, 2014)
- g) De verpleegkundige als organisator van zorg.
Hoe organiseert een verpleegkundige de zorg en hoe komt men tot deze georganiseerde zorg. Verschillende verpleegmodellen worden erin uitgeschreven. (Geurden & van Hemel, 2012)
- h) Richtlijnen reanimatie 2015
Handboek met de nieuwe Europese richtlijnen betreffende reanimatie. (Europese en Belgische Reanimatieraad, 2015)
- i) Handboek revalidatie psychologie
Handboek bedoeld voor psychologen die patiënten begeleiden tijdens hun revalidatie. (Van Heugten, Post, Rasquin, & Smits, 2014)
- j) Psychologie een inleiding
Handboek ter inleiding in de psychologie, gebruikt in de opleiding verpleegkunde. (Zimbardo, Johnson, & McCann, 2013)
- k) Zakwoordenboek der Geneeskunde
Woordenboek met medische terminologie. (Jochems & Joosten, 2006)

3 Het hart

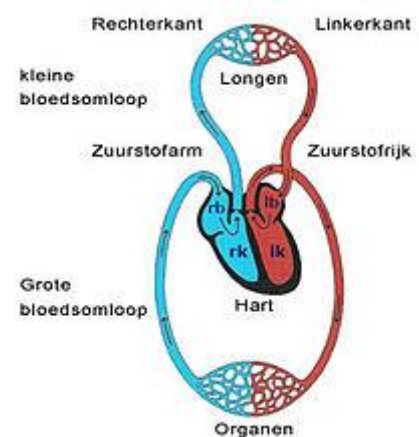
3.1 Anatomie en fysiologie



Figuur 1 (Zootrack, 2015)

Het hart, oftewel de pomp van het lichaam, is een spier die instaat voor de bloedvoorziening van het lichaam. Er wordt in de anatomie een onderscheid gemaakt tussen de grote bloedsomloop en de kleine bloedsomloop. De kleine bloedsomloop zorgt ervoor dat het bloed vanuit het lichaam, via de vena cava inferior (8) en de vena cava superior (1), via het rechteratrium (5), doorheen de tricuspidalisklep (6) naar het rechterventrikel (7) stroomt om van daaruit via de arteria pulmonalis (2+10) naar beide longen te gaan. Daar vindt de gasuitwisseling plaats. CO₂ wordt afgegeven aan de longen en O₂ wordt opgenomen in het bloed.

Via de pulmonale venen (3+11), stroomt het bloed naar het linkeratrium (12), doorheen de mitralisklep (13), naar het linkerventrikel (15) om doorheen de aortaklep (14) de aorta (9) te



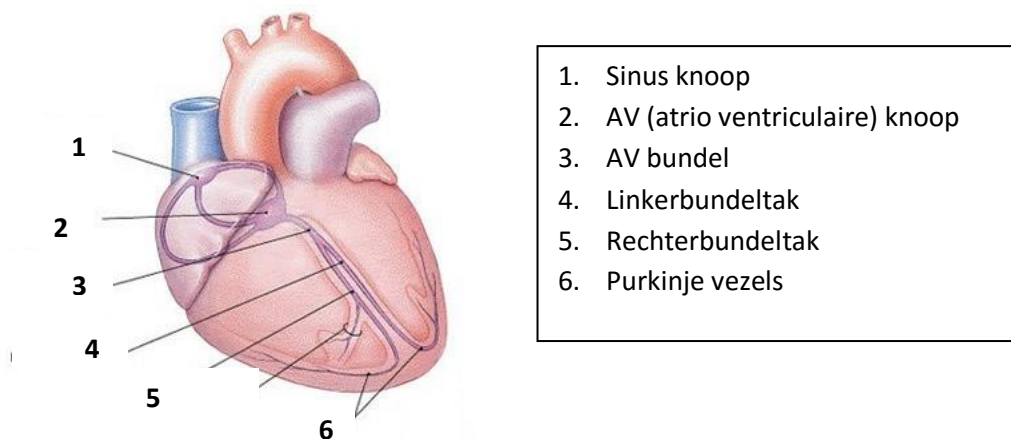
Figuur 2: (Hart en vaatstelsel, 2015)

bereiken en zo het hele lichaam van bloed te voorzien. Dit is de grote bloedsomloop (van den Brink, Lindsen, & Uffink, 2003).

Het spreekt dus voor zich dat het hart een belangrijk orgaan is in het lichaam. Zonder deze motor kan het lichaam niet overleven.

Om een hart te doen samentrekken (mechanische activiteit), dient er eerst een elektrische prikkel (elektrische activiteit) te ontstaan.

Logischerwijs is er eerst een elektrische activatie, alvorens er een mechanische activiteit kan plaatsvinden.



Figuur 3 (Causus, 2015)

In normale omstandigheden, stuurt de sinusknop (1) een elektrische prikkel af die doorheen de hele atria loopt waardoor deze depolariseren en dus contraheren. De elektrische prikkel komt samen in de AV knoop (2) waar hij even vertraagd wordt. Daar loopt hij doorheen de AV bundel (3) en door de rechter en de linker bundeltak (4 en 5), en mondt hij uit in de purkinje vezels (6) waarna de contractie van de ventrikels plaatsvindt. Nadien repolariseren de cellen zich weer en maakt het hart zich klaar om opnieuw te contraheren.

3.2 Reanimatie

Wanneer de hartspier het laat afweten en niet meer samentrekt of er een storing is in de geleiding van de elektrische prikkel, kan het zijn dat het hart niet meer in staat is om zuurstofrijk bloed doorheen het lichaam te pompen. Wanneer dit gebeurt zullen de hersenen geen of te weinig zuurstof krijgen en collabeert de patiënt. Dit is een urgente situatie. Enkel door adequate reactie van buitenaf is er een kans om te overleven. Dit kan door cardiopulmonaire resuscitatie (CPR). Hierbij worden borstcompressie uitgeoefend op het hart en beademingen toegediend en indien beschikbaar het gebruik van een AED (automatische externe defibrillator). Dit wordt best uitgevoerd volgens de nieuwe richtlijnen van de Europese Reanimatie Raad. Deze zijn terug te vinden in het boek Richtlijnen Reanimatie. (Europese en Belgische Reanimatieraad, 2015)

3.3 Basic Life Support

Belangrijk bij het reanimeren is de snelheid waarmee wordt gestart met de reanimatie nadat er zich een hartstilstand voordoet. De kennis en kunde van de omstaanders zal in veel gevallen de kans op overleven van het slachtoffer vergroten. Een belangrijk item hierin is de “overlevingsketen”.



Figuur 4: overlevingsketen (Basic Life Support, 2015)

Hierin zien we duidelijk 4 verschillende onderdelen die samen de kans op overleven voor de patiënt verhogen. Het volledig uitleggen van de 4 onderdelen zou ons te ver leiden maar is terug te vinden in het handboek Basic Life Support (Basic Life Support, 2015).

Wij willen vooral stilstaan bij het laatste onderdeel van de keten namelijk de postreanimatiezorg/levenskwaliteit herstellen. Hieronder valt zowel de zorg aan de patiënt op medisch, verpleegkundig en technisch vlak maar ook het opvangen van emoties en het leren omgaan met emoties die vrijkomen bij een reanimatie. Dit is ook belangrijk voor de familieleden. Zij worden vaak blootgesteld aan een vloedgolf van emoties en vragen na de reanimatie. Ook de vraag of hun naaste het zal halen en hoe hij of zij zal herstellen maakt alles zo onzeker en onvoorspelbaar. Zij ervaren een stressreactie van het lichaam en leven de eerste dagen als het ware op automatische piloot en op adrenaline.

De patiënt verdient natuurlijk ook de nodige aandacht en hulp op psychologisch vlak want voor hem of haar verandert er ook veel. Hij heeft een bijna doodervaring meegemaakt en dit zal een hele impact op zijn leven betekenen. Elk individu zal anders reageren op deze gebeurtenis. Iedereen heeft zijn “rugzak” met ervaringen en zijn eigen persoonlijkheid. Dat is de reden waarom iedere situatie uniek is en individueel zal benaderd moeten worden door de hulpverleners.

Wij zullen ons in dit project voornamelijk toespitsen op de psychologische opvang van de familieleden na een cardio arrest reanimatie. Het spreekt voor zich dat de patiënt niet vergeten mag worden en ook zeker aandacht nodig heeft om op psychologisch vlak alles een plaats te kunnen geven post eerste behandeling.

4 De holistische mensvisie

(Rogers, 1977) beschreef in haar boek 'An Introduction to the Theoretical Basis of Nursing' de holistische mensvisie vanuit de volgende uitgangspunten:

- Verplegen is méér dan een aaneenschakeling van taken, uitgevoerd op een object (de patiënt)
- De patiënt heeft méér nodig dan fysieke zorgen: hij heeft ook recht op continuïteit van zorg met aandacht voor de wisselwerking tussen somatische en niet-somatische aspecten
- De verpleegkundige moet dus méér kennen dan louter verpleegkundige handelingen: ze moet een juiste kijk (visie) hebben op de mens

Dit kwam tot stand aan de hand van de volgende wezenskenmerken:

- *De mens is een unieke en globale eenheid*
De aandacht moet dus gaan naar de gehele patiënt en zijn belevingswereld en doordat hij uniek is heeft hij een individuele benadering nodig.
- *De mens is een open systeem in voortdurende wisselwerking met zijn omgeving*
De mens is dus een relationeel wezen en kan hierop ingrijpen en een bestaand evenwicht doorbreken. Bij een ziekenhuisopname worden zijn normale systemen verstoord.
- *Het leven van de mens verloopt in één richting en is onomkeerbaar*
De wijze waarop iemand reageert, heeft te maken met ervaringen in het verleden. Ook zullen de waarden van de patiënt of in dit geval de familie niet veranderen.
- *Het leven van de mens wordt gekenmerkt door patroon en organisatie*
Verpleegkundigen moeten patiënten/familieleden helpen om zich aan te passen aan hun nieuwe situatie en waar mogelijk het normale levenspatroon mee integreren. Al moeten we rekening houden met de onmogelijkheid tot een totale aanpassing.
- *De mens heeft de mogelijkheid tot abstraheren, symboliseren, verbeelding en gevoel*
De mens heeft de mogelijkheid om de realiteit te verruimen en die objectieve realiteit wordt door iedereen anders gezien.

Met deze mensvisie wilt Rogers duidelijk maken dat het lichaam en de geest één vormen. Een gezond lichaam in een gezonde geest oftewel volgens het Latijns gezegde 'mens sana in corpore sano'. Wanneer één van deze elementen problemen ondervindt, zal het andere hier sowieso last/hinder van ondervinden. De mate van last is persoonsafhankelijk. Daarom pleit ze voor een op maat gemaakte zorg. Het is belangrijk om te vermelden dat dit zeker niet gemakkelijk is. De vluchtige kennismaking met de familie geeft je als verpleegkundige niet de kans om hen helemaal te doorgronden. Hierbij is het empathisch vermogen om je in te leven in de gevoelstoestand van de persoon in kwestie erg

belangrijk. Op deze manier creëer je een vertrouwensband en voelen de personen in kwestie dat je meeleeft en vertrouwt men je. Natuurlijk kunnen we de tijd niet terugdraaien. De beperkingen hierrond laten zien dat mensen ervaringen meemaken en deze ervaringen een plaats dienen te geven om hiermee te leren omgaan. Men kan ze niet uitwissen. Bij belangrijke gebeurtenissen en dan vooral de negatieve, is dit niet altijd gemakkelijk. Men kan hier blijvend hinder van ondervinden en moeite krijgen om andere gebeurtenissen/ trauma's, zoals een reanimatie, te plaatsen en ermee te leren omgaan (coping). In dit geval is het erg belangrijk dat zij de juiste omkadering krijgen om niet 'te verdrinken' in deze situatie.

Doordat een reanimatie en het plots wegvallen van een gezins- en/of familielid een zware belasting is voor het gezin, draagt dit bij tot de moeilijkheid om met de situatie om te gaan. Denk maar bijvoorbeeld aan een huismoeder die in het gezin plots wegvalt en de vader alle huishoudelijke taken bij zijn eigen taak als gezinshoofd en kostwinner krijgt. Dit vergt zoveel energie en men ervaart zoveel moeilijkheden dat het niet altijd haalbaar blijft om hiermee te kunnen omgaan.

Doordat de mens de gave heeft om zich dingen in te beelden, kan hij zich bepaalde situaties of gebeurtenissen anders voor de geest halen dan ze in werkelijkheid zijn. Hij heeft dus de kunde om een bepaalde situatie rooskleuriger of juist minder rooskleurig in te beelden dan ze in werkelijkheid het geval is. Beide situaties geven geen objectief beeld van de situatie op dit moment, daar iedereen elke situatie ook anders zal beleven.

Deze mensvisie vormt een basis voor dit project. Ze laat zien dat genezing niet enkel het fysieke aspect betreft maar ook het psychische en dat we deze niet los van elkaar kunnen zien en hier aandacht aan dienen te schenken.

5 Draagkracht versus draaglast

Evenwicht in het leven is belangrijk. Iedere persoon heeft wel eens last van spanning of stress. Wanneer de druk die van buitenaf opgelegd wordt of die je aan jezelf stelt overeenkomen met wat je aankunt, spreken we van gezonde spanning of gezonde stress. De draaglast (de belasting) en de draagkracht (de belastbaarheid) zijn in evenwicht. De draaglast wordt bepaald door factoren en eisen vanuit je omgeving die spanning teweeg brengen. De draagkracht daarentegen wordt bepaald door je eigen mogelijkheden om spanning en/of stress te voorkomen en/of ermee om te gaan.

Wanneer de draagkracht en de draaglast niet in evenwicht zijn en de draaglast te groot wordt, spreekt men van een onevenwicht. Indien deze situatie aanhoudt zal dit uiteindelijk ook je draagkracht doen verminderen waardoor je nog meer uit evenwicht raakt. (Fonds Psychische Gezondheid, 2016)

Dit is gemakkelijk voor te stellen door de volgende afbeelding. Deze stelt een weegschaal voor. Ze is mooi in evenwicht wanneer beide schalen op een horizontale lijn liggen. Indien er een onevenwicht tussen de draaglast en de draagkracht ontstaat, zal de weegschaal uit balans geraken en overhellen naar 1 kant. Er ontstaat een onevenwicht tussen de 2.



Figuur 5: draaglast en draagkracht weegschaal (Actief aan het werk met stress, 2016)

Wanneer het onevenwicht bereikt is, is het noodzakelijk om terug een evenwicht te vinden tussen de 2. Dit kunnen we doen door ofwel de draaglast te verkleinen ofwel door de draagkracht te vergroten.

Indien we dit onevenwicht niet kunnen herstellen en het onevenwicht blijft aanhouden zullen mensen de situatie niet langer aankunnen.

6 Acute Stress en Post Traumatische Stresstoornissen, Angst en Depressie

(Pillai, Aigalikal, Vishwasrao, & Husainy, 2010) en (Azoulay, et al., 2005 N9) beschrijven in hun artikels reeds het nut van de HADS (bijlage I) bij het screenen naar angst- en depressieve symptomen bij familieleden op intensieve zorgen. De HADS bestaat uit 14 items die bevroegd worden. Hierbij zijn er 7 gerelateerd aan angst (de oneven vragen) en 7 gerelateerd aan depressie (de even vragen). Per vraag zijn er 4 antwoordmogelijkheden met elk hun eigen score. Deze scores worden afzonderlijk opgeteld per item angst of depressie. Een hogere score betekent dat de genoemde eigenschap in sterke mate aanwezig is (dr B. van Hemert, 1996).

Het grote merendeel van studies naar psychologische ondersteuning binnen het ziekenhuis tijdens een intensieve opname richt zich voornamelijk op de patiënten zelf. Toch blijkt in de studie van (Pillai, Aigalikal, Vishwasrao, & Husainy, 2010) dat de HADS als instrument ook van toepassing is op het screenen van familieleden naar angst- en depressiegevoelens tijdens de opname van een familielid op intensieve zorgen afdelingen. In hun studie werden 2 screeningsmomenten met 2 verschillende meetschalen gebruikt. De HADS en de Impact of Event Scale (IES-R). Zij besloten dat enkel een HADS > 11 een voorspeller is om op langere termijn een post traumatische stoornis te kunnen ontwikkelen en blijvend psychologische problemen kunnen ondervinden.

In hun studie was er sprake van 48% van de familieleden die een HADS score hadden >11 voor één of 2 van de items. Ze konden geen correlatie maken met het geslacht, de outcome van de patiënt, het werk of de leeftijd van de patiënt.

(Van Heugten, Post, Rasquin, & Smits, 2014) besteden een paragraaf aan de revalidatie van direct betrokkenen en in het bijzonder de partner. Zij zijn vaak betrokken bij de reanimatie en het transport naar het ziekenhuis alsook het gehele verdere behandelproces. Het is niet ongevoegd dat er verhoogde niveaus van angst en depressie voorkomen alsook symptomen van PTSS. Er is weliswaar weinig bekend over de prevalentie van de psychische klachten bij de partners maar de meerderheid blijkt wel negatieve gevolgen te ondervinden. Partners zouden zich het meest zorgen maken over de behandeling en het herstel van de zieke. Ook kunnen ze zorgen hebben over werk en financiële kwesties.

(Spinhoven, Ormel, Sloekers, Kempen, Speckens, & Van Hemert, 1997) onderzochten reeds de HADS en kwamen tot de conclusie dat deze schaal ideaal is als screeningsinstrument maar niet gebruikt kan worden om een diagnose te stellen.

(McAdam & Puntillo, Symptoms experienced by Family Members of Patients in Intensive Care Units, 2009) bestudeerden de symptomen die familieleden van patiënten op intensieve zorgen ervaren. Ze kwamen tot het besluit dat voornamelijk “stress”, “angst” en “depressie” als symptomen naar voren kwamen. Zeer vaak worden deze gevoelens versterkt wanneer de familieleden mee beslissingen en besluiten dienen te nemen over behandelingen. Zij stellen dat er meer onderzoek nodig is naar deze gevoelens die familieleden ervaren op intensieve zorgen.

(McAdam, Fontaine, White, Dracup, & Puntillo, 2012) beschreven dat angst en depressie scores significant afnamen 3 maanden na dan tijdens de opname op intensieve zorgen. Hoewel het belangrijk is dat veel familieleden nog steeds kans liepen om na 3 maanden een post traumatische stress stoornis, angst en depressie over te houden aan de opname op intensieve zorgen.

In 2013 werd het handboek voor psychische stoornissen DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) geüpdatet naar DSM-5. In deze vernieuwde versie werd een heel nieuw hoofdstuk opgenomen namelijk 'Trauma- en stressgerelateerde stoornissen', waar acute stress en post-traumatische stressstoornissen (PTSS) onder vallen. Het feit dat dit nieuw hoofdstuk een plaats krijgt in dit handboek, benadrukt de noodzaak voor aandacht te hebben voor dit probleem des te meer.

6.1 Acute stressstoornis

6.1.1 Definitie

(Zimbardo, Johnson, & McCann, 2013) beschrijven acute stress als een tijdelijk patroon van arousal (toestand van waakzaamheid voor zintuigelijke prikkels) (Jochems & Joosten, 2006) dat wordt veroorzaakt door een stressor met een duidelijk begin en einde.

6.1.2 Kenmerken

Het hoofdkenmerk van deze stoornis is het ontwikkelen van karakteristieke symptomen gedurende drie dagen tot een maand na de blootstelling aan één of meerdere psychotraumatische gebeurtenissen. Er is een duidelijk begin en einde.

Bij een reanimatie van een familielid/gezinslid, wordt men blootgesteld aan een *feitelijke of dreigende dood*. Zowel het zelf meemaken, persoonlijk getuige zijn geweest van deze gebeurtenis terwijl het een ander overkwam alsook het vernemen dat een naast familielid of een goede vriend(in) gereanimeerd werd, valt onder een psychotraumatische gebeurtenis. Al deze mensen kunnen terechtkomen in een acute stressstoornis. De hoofdkenmerken zijn verschillend van persoon tot persoon maar kunnen onder andere de volgende zijn:

- herhaalde en onvrijwillige herinneringen en dromen van de gebeurtenissen
- flashbacks
- onvermogen om positieve emoties te ervaren
- een veranderd gevoel van de realiteit
- bepaalde aspecten van de gebeurtenis niet meer kunnen herinneren,
- vermijden van herinneringen, gedachten of gevoelens, alsook externe aspecten van de gebeurtenis
- slaapverstoring
- prikkelbaar gedrag en woede-uitbarstingen
- concentratieproblemen
- overdreven schrikreacties

Er is een significante lijdensdruk of beperkingen in het sociale of beroepsmatige functioneren en ze mogen niet toegeschreven worden aan fysiologische effecten van een middel zoals alcohol, drugs, medicatie alsook aan een somatische aandoening zoals bijvoorbeeld een hersenletsel.

Belangrijk hierbij is dat acute stressstoornis kan leiden tot Post Traumatische Stressstoornis wanneer de symptomen langer dan één maand aanhouden. Dit wordt vaak veroorzaakt omdat de levensstressoren aanhouden of omdat de psychotraumatische gebeurtenissen zich blijven opstapelen. (American Psychiatric Association, 2014)

6.1.3 Stress of stressor

Stress is een lichamelijke en psychische respons op een uitdaging of een bedreigende situatie.

Die uitdaging (stressvolle stimuli) of bedreigende situatie is de stressor. Het is belangrijk om hierin een onderscheid te maken zodat we begrijpen dat een stressor de trigger kan zijn om stress (de reactie) te veroorzaken.

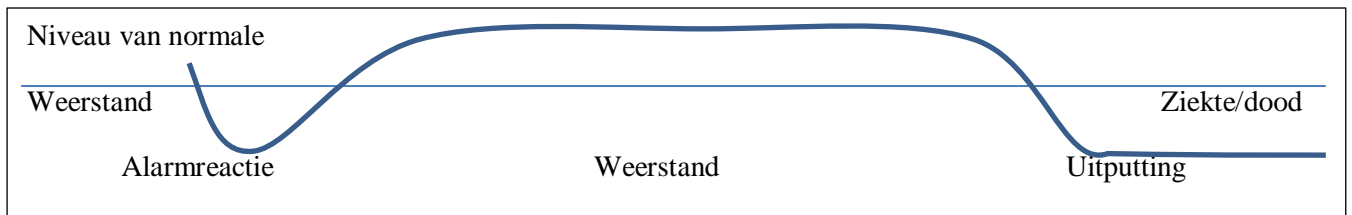
6.1.4 Fight en Flight

(Zimbardo, Johnson, & McCann, 2013) beschrijven de reactie op acute stress als de fight-or-flightrespons waarin een reeks interne processen het organisme voorbereiden op een gevecht of vlucht. Deze reacties worden ontketend als een situatie die als bedreigend kan worden geïnterpreteerd. Deze reactie zal je in een noodsituatie kunnen helpen om te overleven en is deels aangeboren en deels aangeleerd door ervaringen in het verleden of door je cultuur.

6.1.5 Aanpassingssyndroom

Zoals bekend kan stress positief zijn voor het lichaam. De fight en flight-respons is er een voorbeeld van. Ze zal ons helpen om in een stresssituatie adequaat te kunnen reageren. Belangrijk is dat de stress afneemt wanneer de stressor verdwenen is. Wanneer mensen voortdurend negatieve, stressgerelateerde emoties ervaren, lopen ze het risico om ziek te worden. Hans Selye, een Canadese-Oostenrijkse endocrinoloog, beschrijft dat verschillende stressoren leiden tot een algemene reactie die bedoeld is om de hulpbronnen van het lichaam te mobiliseren zodat het in staat is om de bedreiging het hoofd te bieden. Hij beschrijft ook dat het lichaam door alle stressoren wordt uitgedaagd om zich aan te passen aan de stressor. Algemeen genomen zijn deze responsen zinvol, maar indien ze chronisch aanwezig zijn, kunnen ze leiden tot allerlei andere ziekten zoals hoofdpijn, hartkwalen, maagzweren. Deze lichamelijke reactie op het lichaam noemt Selye het Algemeen aanpassingssyndroom (General Adaptation Syndrome, GAS) (Zimbardo, Johnson, & McCann, 2013). Dit model beschrijft de universele respons die uit 3 stadia bestaat: de alarmreactie, het weerstandsstadium en het uitputtingsstadium.

Stadium 1: Alarmreactie	Stadium 2: weerstand	Stadium 3: uitputting
Algemene arousal door: <ul style="list-style-type: none"> - Toename adrenalinehormoon - Reactie sympathische zenuwstelsel Indien de stressor aanwezig blijft, komt men in stadium 2 terecht.	Arousal neemt af door: <ul style="list-style-type: none"> - Afname afscheiding adrenaline - Tegenreactie van parasympathisch zenuwstelsel Indien de stressor aanwezig blijft, komt men in stadium 3 terecht.	Algemene arousal uit stadium 1 keert weer terug. Krachtige respons van het parasympathisch zenuwstelsel tegen de arousal. Indien de stressor niet verdwijnt, wordt men ziek of sterft men.



Figuur 6 Het algemeen aanpassingssyndroom (Zimbardo, Johnson, & McCann, 2013)

In stadium 1 produceert het lichaam een alarmerende arousalrespons op een stressor. In stadium 2 past het lichaam zich gedurende een tijd aan de voortdurende aanwezigheid van de stressor aan. In stadium 3 is het lichaamssysteem dat zich verdedigt tegen de stressor volledig uitgeput, met ziekte/dood tot gevolg.

6.2 Post Traumatische Stresstoornis (PTSS)

6.2.1 Definitie

Verlate reactie op stress waarbij een individu tegen zijn zin emotionele, cognitieve en gedragsmatige aspecten opnieuw beleeft van een trauma dat hij eerder al ondergaan heeft. (Zimbardo, Johnson, & McCann, 2013)

6.2.2 Kenmerken

Het hoofdkenmerk van deze stoornis is het ontwikkelen van karakteristieke symptomen na de blootstelling aan een of meerdere psychotraumatische gebeurtenissen en dit gedurende langer dan een maand. De klachten komen grotendeels overeen met die van een acute stresstoornis, het verschil zit hem in de duur van de klachten. Deze moeten langer dan een maand aanhouden.

Ongeveer 50% van de personen die een PTSS ontwikkelen, vertoont aanvankelijk het klinisch beeld van een acute stresstoornis.

Angstige herbeleving of flashbacks, emotionele en gedragsmatige symptomen, ontwijking of poging tot vermijden van de gebeurtenis zijn maar enkele van de mogelijke symptomen die kunnen optreden. (American Psychiatric Association, 2014)

6.3 Angst

Dit is een veel gerapporteerde reactie na het doormaken van een hartincident bij zowel de patiënt als de partner. Meestal verminderen de klachten na een aantal weken.

Klinisch uit angst zich doorgaans als een mengelmoes van diverse kenmerken met als voornaamste klachten paniekaanvallen met palpitations en druk op de borst. Ook uit angst zich vaak als vermijdings- en/of veiligheidsgedrag. Men vermijdt plaatsen die hulpverleners moeilijk kunnen bereiken en denken te allen tijde hun mobiele telefoon bij zich te moeten hebben om de hulpdiensten te kunnen verwittigen. Dit brengt op korte termijn verlichting voor de mensen, maar zullen een beperking vormen op langere termijn. (Van Heugten, Post, Rasquin, & Smits, 2014)

6.4 Depressie

Een depressie bestaat uit diverse symptomen. Veel mensen ervaren lusteloosheid als voornaamste klacht, gepaard gaande met een geïrriteerde stemming. Diagnostiek is moeilijk omwille van het door elkaar lopen van de klachten. Lusteloosheid en irritatie kunnen bijvoorbeeld ook voortkomen uit een slecht slaappatroon of juist het gebrek aan slaap. Ook vermijdingsgedrag wordt vaak als een symptoom gezien. Veel mensen bezien dit ook als een 'normale reactie' en zijn daardoor minder geneigd om dit te bespreken met de hulpverlener. Uit onderzoek blijkt dat vooral vrouwen en mensen met een voorgeschiedenis van depressieve symptomen een groter risico vormen. (Van Heugten, Post, Rasquin, & Smits, 2014)

Een belangrijke taak van de verpleegkundige is het herkennen van waarschuwingssignalen/ alarmsignalen en zo mogelijk voorkomen van één van deze stoornissen bij zowel de patiënt als de familieleden. Hierbij is het belangrijk om op tijd gespecialiseerde psychologische hulp in te roepen.

7 Cardiale revalidatie

Volgens de wereldgezondheidsorganisatie (WHO) is cardiale revalidatie ‘de som van activiteiten en interventies die nodig zijn om de best mogelijke fysieke, mentale en sociale omstandigheden te realiseren opdat patiënten met een chronische of post-acute cardiovasculaire aandoening op eigen kracht hun plaats in de maatschappij kunnen behouden of hernemen en een actief leven kunnen leiden’. Dit heeft als doel om een vermindering te bekomen van de morbiditeit en de mortaliteit. De cardiale revalidatie moet dan ook bestaan uit een multidisciplinair team dat bestaat uit revalidatieartsen fysiotherapeuten, diëtisten, sociaal werkers, psychologen en/of verpleegkundigen.

De taak van het multidisciplinair team bestaat uit:

- Het evalueren van de patiënt, met aandacht voor de risicofactoren, pathologie en weerslag van de aandoening op het fysiek, mentaal en sociaal functioneren
- Fysieke training
- Psychosociale begeleiding
- Risico-verlaging op herval
- Aanpassing van de levensstijl

(Fagard & Dobbels, 2008)

Via deze definitie tonen we aan dat psychosociale begeleiding belangrijk is post cardio arrest reanimatie. Dit zal een belangrijk onderdeel zijn van de totaal kwalitatieve totaalzorg aan de patiënt en zijn familie. Niet enkel het fysieke herstel is van belang maar wel de holistische benadering zoals Rogers ze ziet en hierboven beschreven is. Via de cardiale revalidatie worden alle aspecten van zorg aangehaald en kan men hulp bieden waar nodig.

8 Praktijkgedeelte

8.1 Onderzoeksopzet

Vanuit de probleemstelling werd in samenspraak met het diensthoofd en adjunct-diensthoofd van de afdeling hartbewaking van het Ziekenhuis Oost-Limburg, alsook de cardiale revalidatiepsycholoog en de opleidingscoördinator van de BaNaBa Spoedgevallen en Intensieve zorgen van de PXL Hasselt een voorstel uitgewerkt om een onderzoek te starten op de afdeling hartbewaking van het Ziekenhuis Oost-Limburg.

De voorgaande wetenschappelijke benaderingen werden samengevoegd en in samenspraak met het ethisch comité van het Ziekenhuis Oost-Limburg een bevraging binnen het ziekenhuis opgezet met de HADS. Hierin werden alle bereidwillige familieleden (partner/samenwonende en kinderen/stiefkinderen) van gereanimeerde patiënten die opgenomen werden op de dienst hartbewaking bevroegd op dag 5 van de opname van de patiënt (dag van opname is dag 1).

Zij kregen allen een informed consent (waarbij ze toestemden tot vrijwillige deelname aan het onderzoek en anonieme verwerking van hun gegevens in dit project) alsook een bundel met demografische gegevens en de HADS schaal (bijlage I). Indien ze behoefte hadden aan psychologische bijstand konden ze zelf contact opnemen met de psycholoog. Daarom werden haar contactgegevens tijdens het eerste gesprek meegegeven. Indien iemand niet wilt deel te nemen werd vrijwillig toch een kaartje met contactgegevens van de psycholoog meegegeven maar werd er verder geen actie ondernomen.

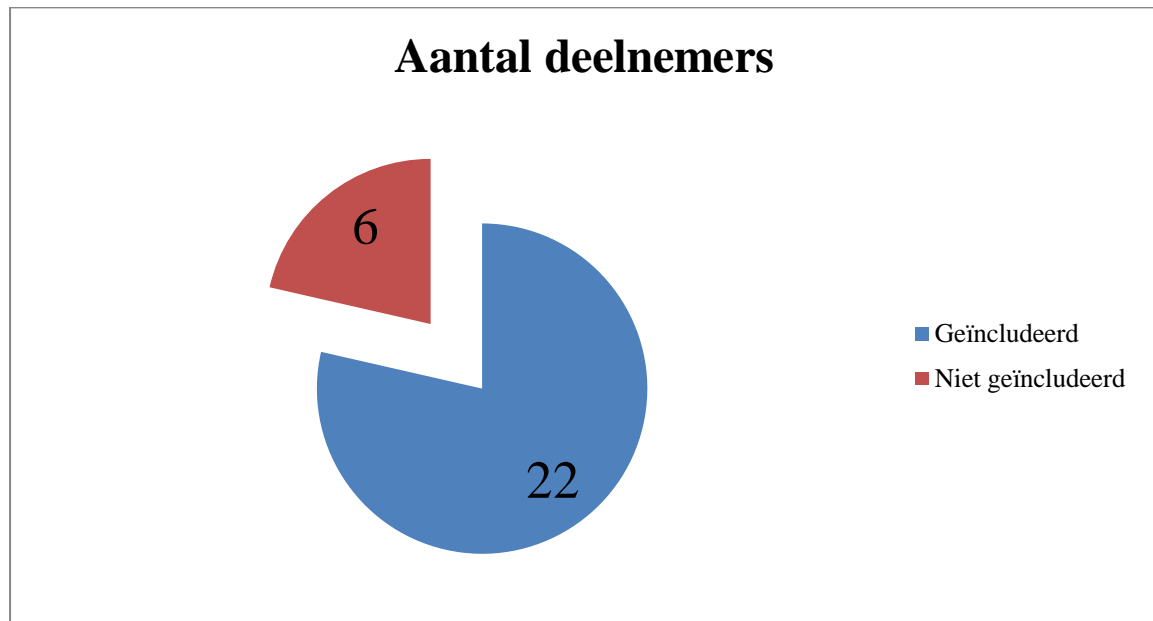
Indien de bevroegde deelnemer een HADS >11 had, werd hij/zij door de onderzoeker aangesproken met de vraag of de psycholoog met hun contact mocht opnemen. Zo ja werden hun contactgegevens doorgegeven aan de psycholoog, alsook de ingevulde vragenlijst. Indien de bevroegde geen psychologische bijstand wilde hebben, werd er verder niets ondernomen.

De psycholoog nam contact op met het deelnemende familielid voor een eerste verkennend gesprek. Aan de hand van dit gesprek werd er gekeken waar het probleem ligt, waar nood aan is bij deze persoon en hoe ze hierin tegemoet kan komen, nu en/of in de nabije toekomst.

Het onderzoek zelf startte op 1 december 2015 en liep af op 30 april 2016. Tijdens deze 5 maanden werden familieleden van in totaal 10 patiënten bevroegd. Sommige families werden niet bevroegd omdat ze niet voldeden aan de criteria. Veelal doordat de patiënt gestorven is voor dag 5, de dag van bevraging. Anderzijds doordat de familieleden niet wensten deel te nemen.

9 Resultaatverwerking

In totaal werden er 28 vragenlijsten verdeeld over 10 families. 22 daarvan werden correct en volledig ingevuld en teruggegeven. 6 vragenlijsten werden niet teruggegeven.



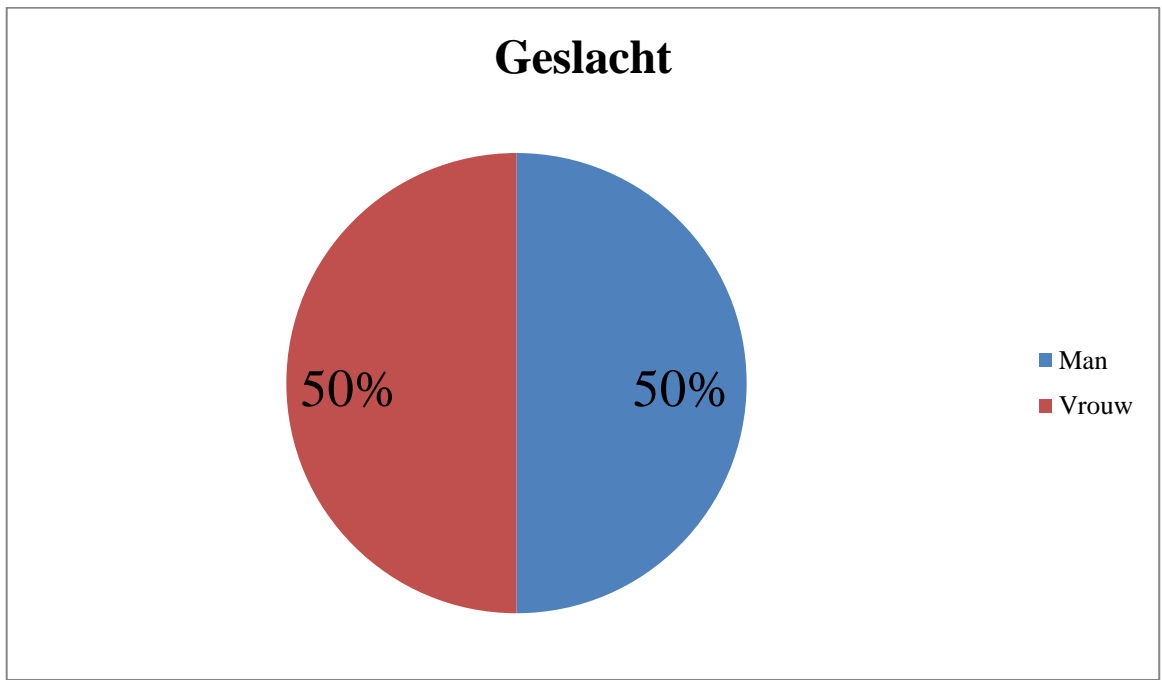
79% van de deelnemers wordt geïncludeerd in de studie, 21% van de deelnemers wordt niet geïncludeerd omdat ze geen vragenlijst teruggegeven hebben.

9.1 Demografische gegevens

Leeftijd

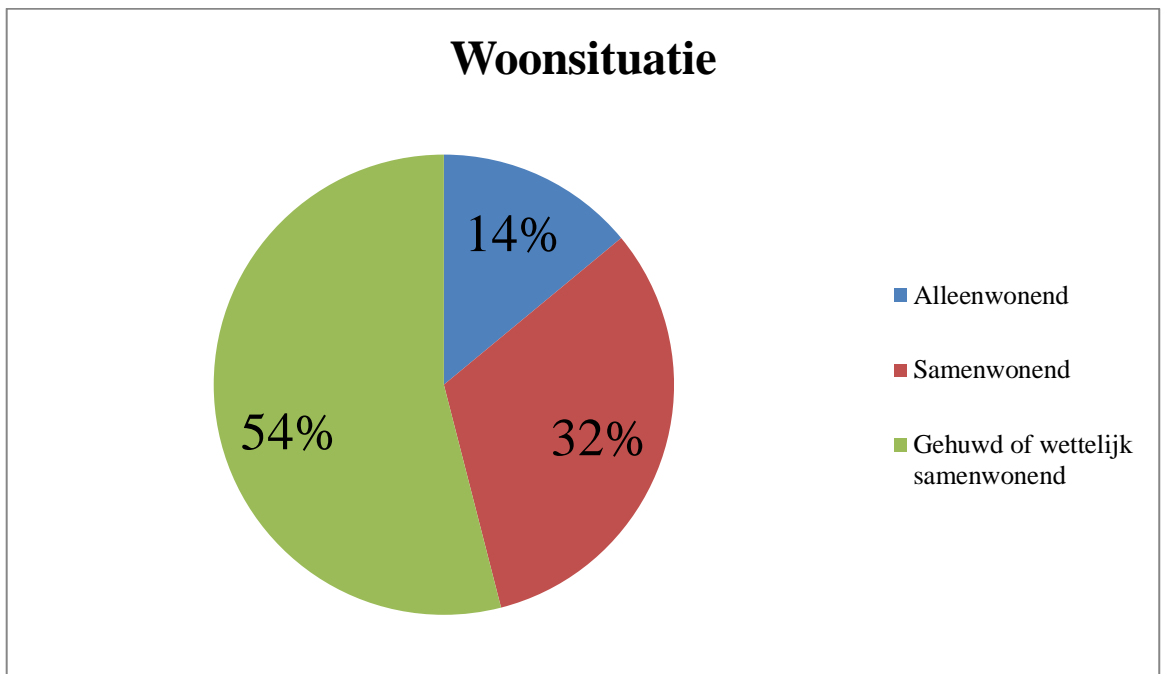
De totale leeftijd van alle 22 deelnemers bedraagt 819 jaar. De leeftijden liggen tussen 21 en 72 jaar. De gemiddelde leeftijd van alle deelnemers bedraagt 37.2 jaar.

Geslacht



Er nemen in totaal 11 mannen en 11 vrouwen deel aan de studie.

Woonsituatie

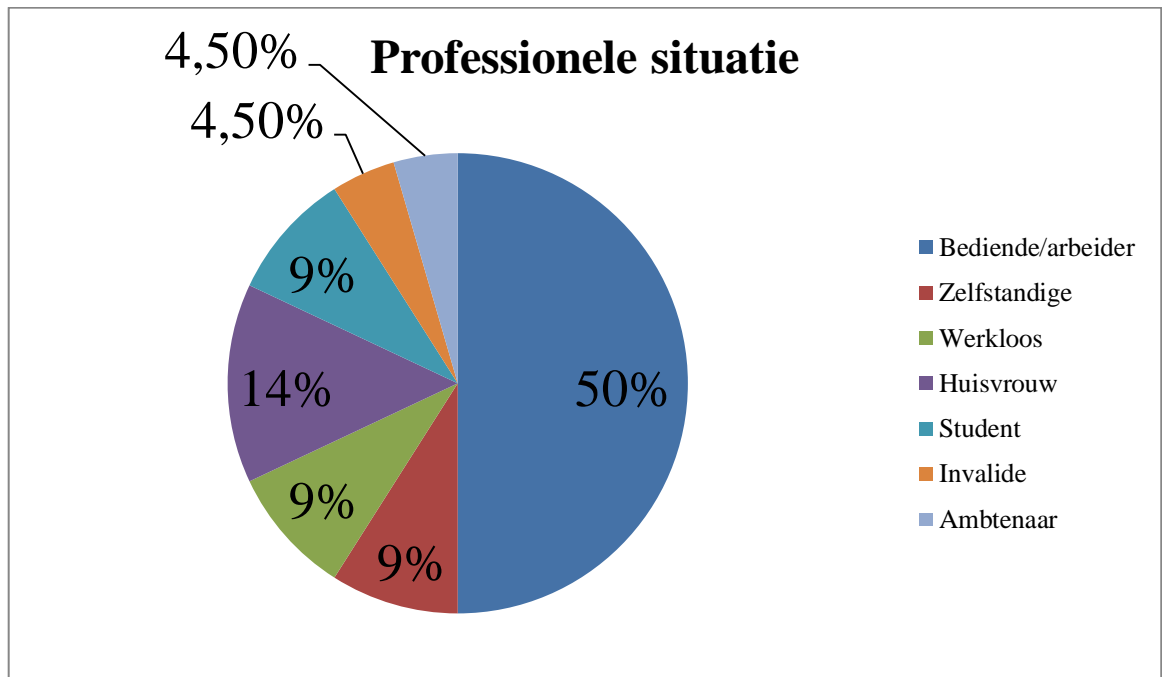


3 deelnemers wonen alleen, 7 deelnemers wonen samen en 12 deelnemers zijn gehuwd of wettelijk samenwonend.

Kinderen

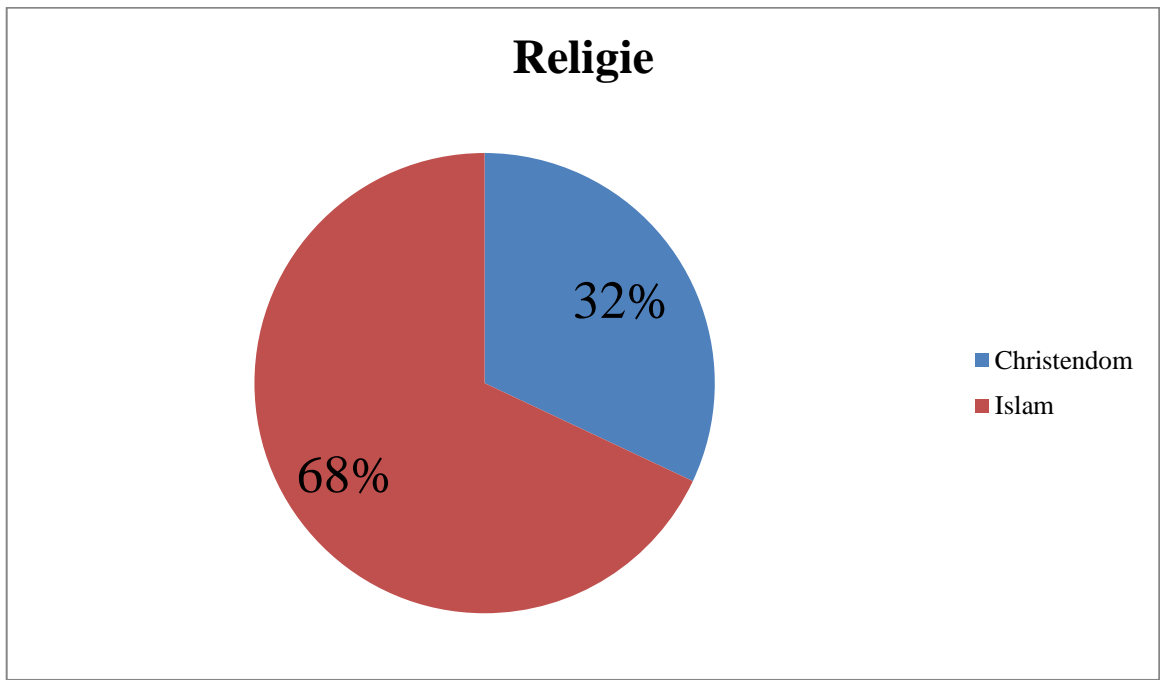
10 deelnemers hebben geen kinderen, 12 deelnemers hebben kinderen. Van deze laatste groep was de totale leeftijd van de kinderen 364 jaar. De leeftijden schommelden van 4 jaar tot en met 50 jaar. In totaal waren er 20 kinderen die een gemiddelde leeftijd van 18.2 jaar hadden.

Professionele situatie



11 deelnemers zijn bediende/arbeider, 2 zelfstandige, 2 werkloos, 3 huisvrouw, 2 student, 1 invalide en 1 ambtenaar.

Religieuze situatie



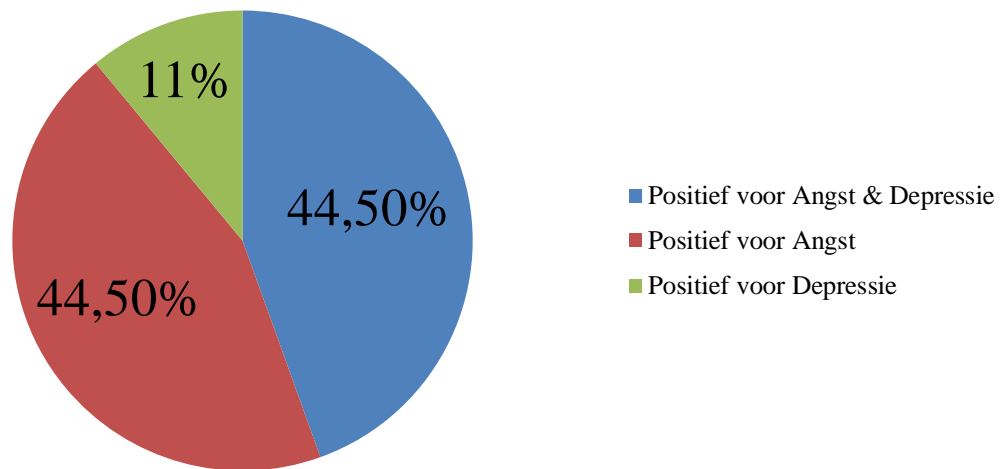
7 deelnemers behoren tot het Christendom, 15 deelnemers belijden de Islam als geloof.

9.2 HADS verwerking

9.2.1 Positieve HADS score

9 personen van de 22 die deelgenomen hebben aan het onderzoek scoorden positief op de HADS. Dit wilt zeggen dat zij de HADS schaal ingevuld hebben en op ofwel de angst vragen ofwel op de depressie vragen meer dan 11 scoren. Ook zijn er personen bij die zowel meer dan 11 op de angst vragen alsook meer dan 11 op de depressie vragen scoren. Zij werden telefonisch gecontacteerd met de vraag of ze psychologische ondersteuning wilden hebben.

HADS >11



4 personen scoren meer dan 11 op angst vragen alsook meer dan 11 op depressie vragen, 4 personen scoren meer dan 11 op enkel de angstvragen en 1 persoon scoort meer dan 11 op enkel de depressie vragen.

9.2.2 Antwoorden van de positief gescoorde vragenlijsten

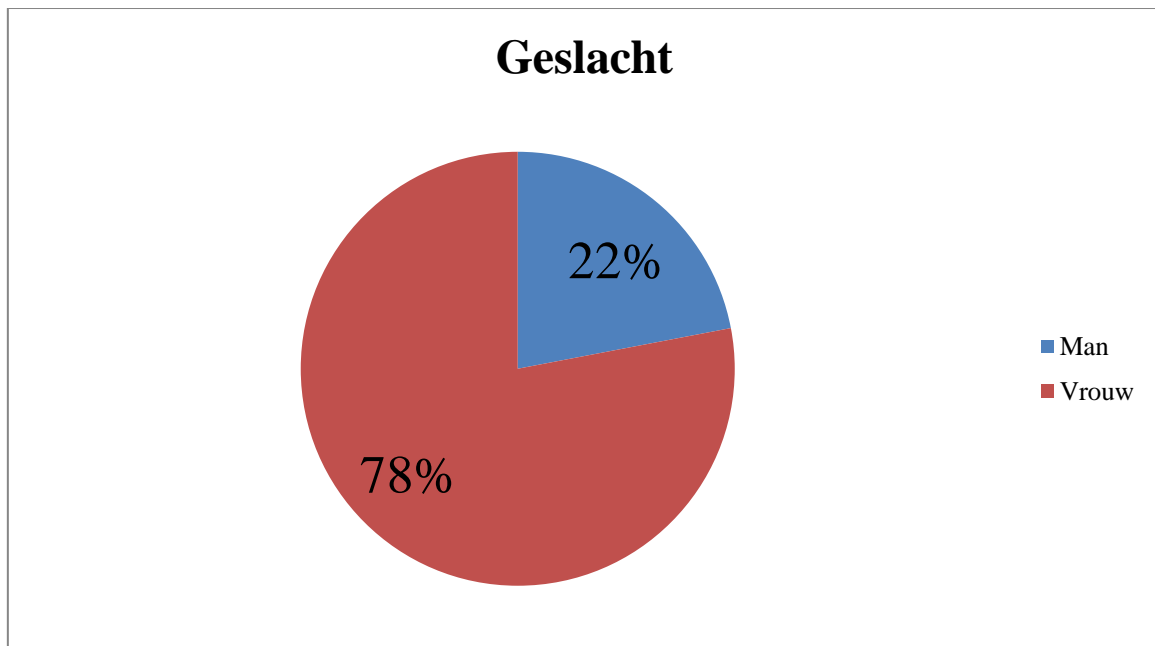
In totaal waren er 9 van de 22 personen die een positieve Angst en/of Depressie score hadden. Dit wilt zeggen dat de HADS score meer dan 11 bedraagt per bevraagd item.

9.2.2.1 Demografische gegevens

Leeftijd

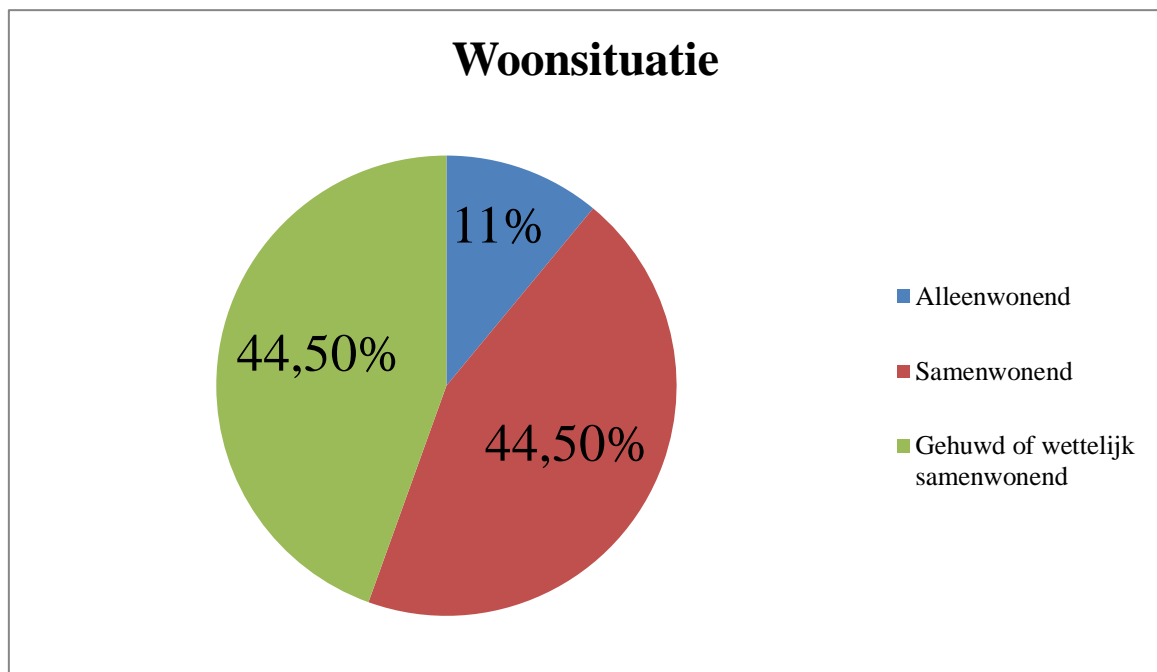
De totale leeftijd van de deelnemers met een positieve HADS score bedraagt 368 jaar. De leeftijden liggen tussen 26 en 72 jaar. De gemiddelde leeftijd van de deelnemers bedraagt 40.9 jaar.

Geslacht



Er werden in totaal 2 mannen en 7 vrouwen gecontacteerd voor verdere psychologische begeleiding. We kunnen hieruit besluiten dat er meer vrouwen dan mannen in aanmerking komen om verder psychologisch begeleid te worden.

Woonsituatie

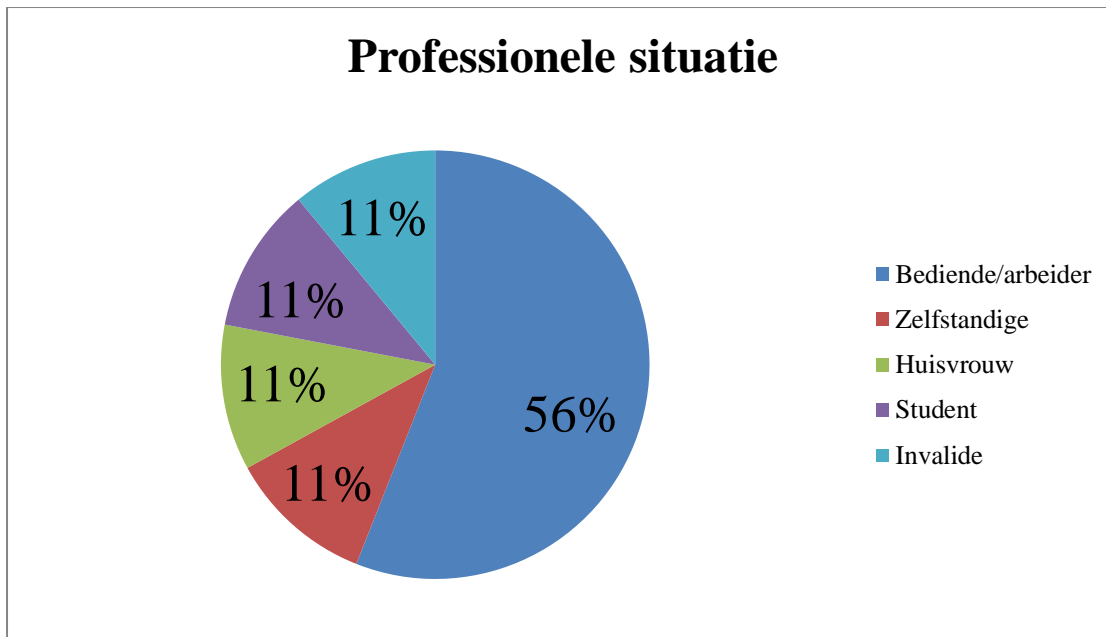


1 deelnemer woont alleen, 4 deelnemers wonen samen en 4 deelnemers zijn gehuwd of wettelijk samenwonend.

Kinderen

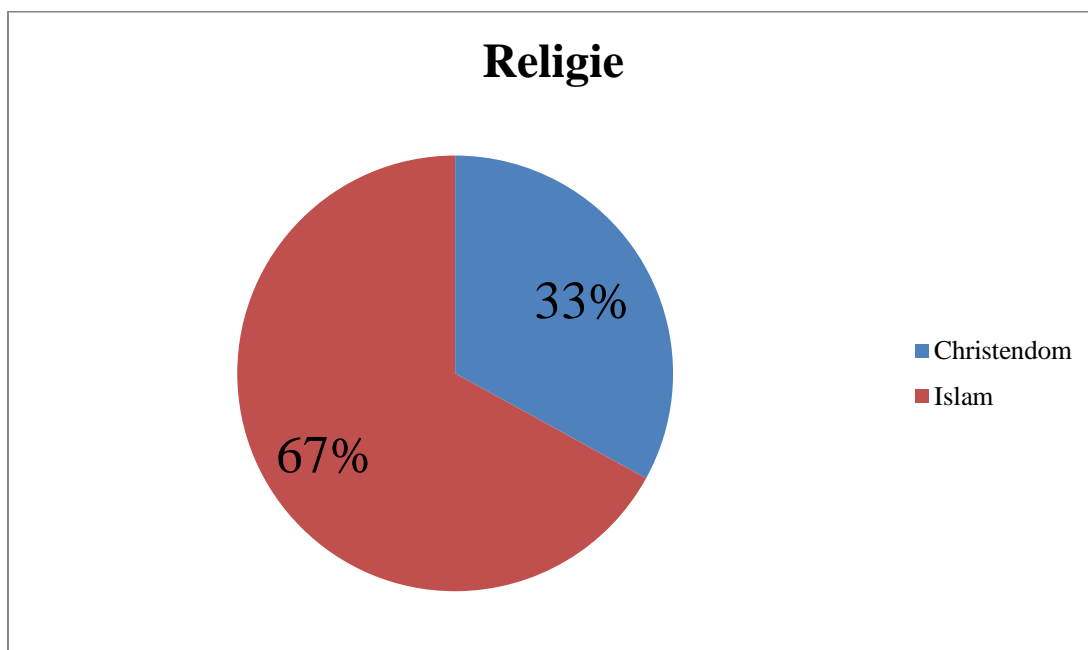
4 deelnemers hebben geen kinderen, 5 deelnemers hebben kinderen. Van deze laatste groep was de totale leeftijd van de kinderen 221 jaar. De leeftijden schommelden van 8 jaar tot en met 50 jaar. In totaal waren er 7 kinderen die een gemiddelde leeftijd van 31,6 jaar hadden.

Professionele situatie



5 deelnemers zijn bediende/arbeider, 1 zelfstandige,, 1 huisvrouw, 1 student en 1 invalide.

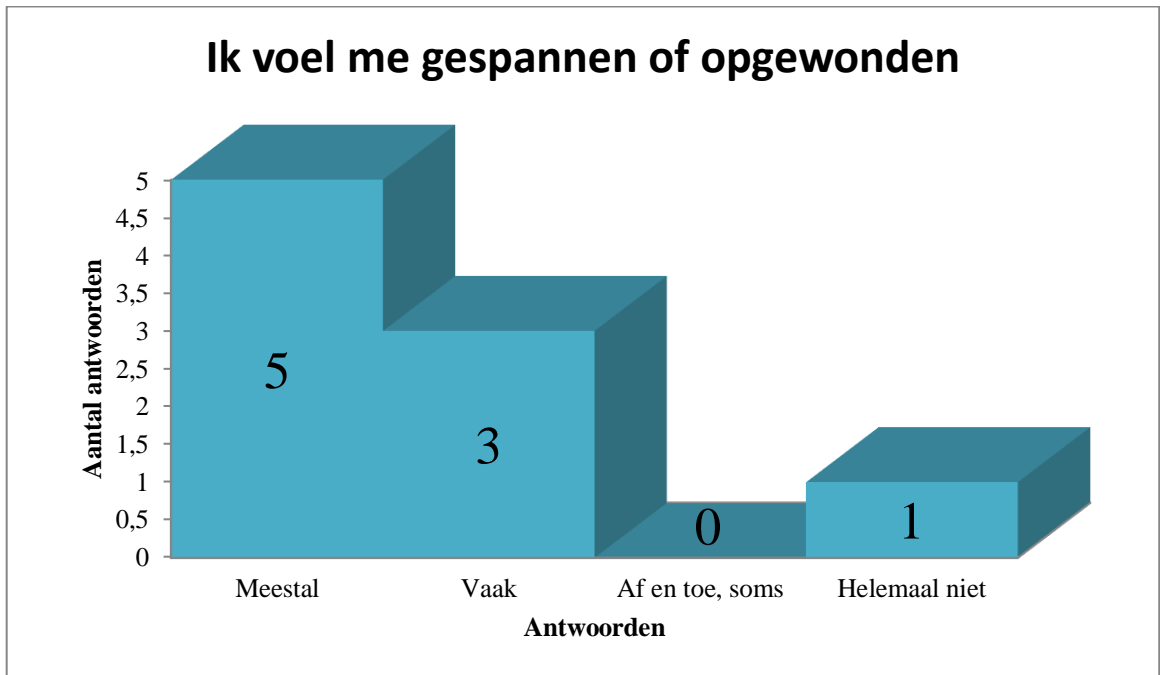
Religieuze situatie



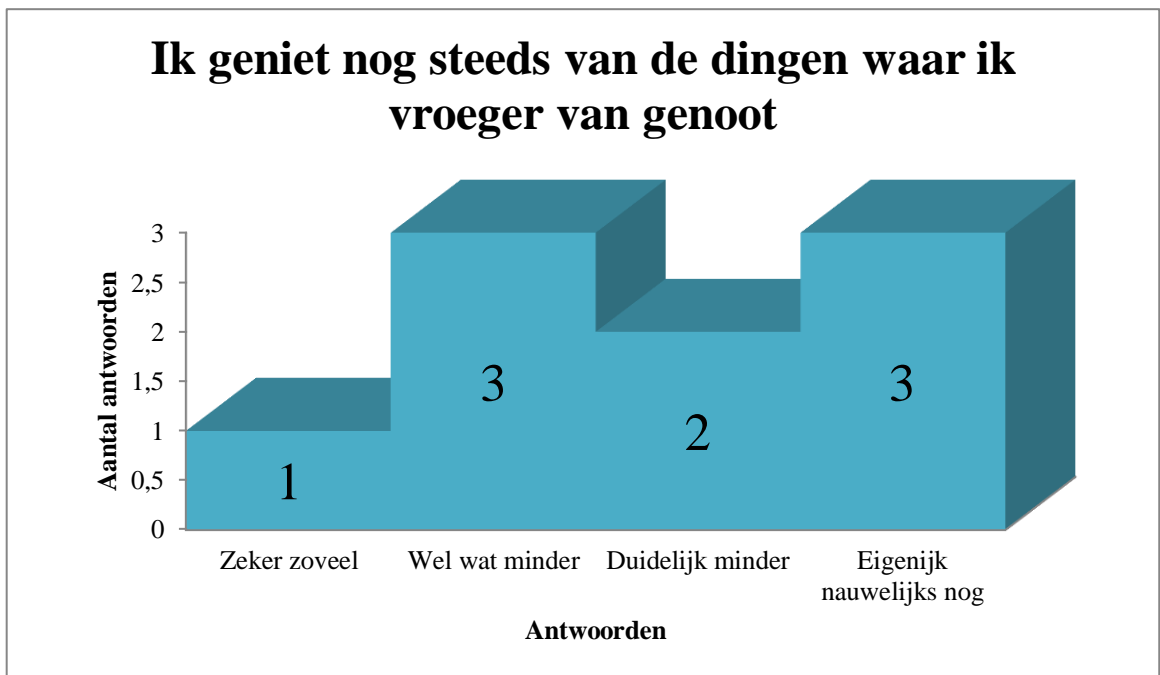
3 deelnemers behoren tot het Christendom, 6 deelnemers belijden de Islam als geloof.

9.2.2.2 HADS antwoorden verwerking

Elke vraag wordt afzonderlijk verwerkt met de antwoorden van de 9 personen die positief scoren op de HADS.



56% van de bevroegden voelt zich meestal gespannen of opgewonden, 33% vaak, niemand af en toe of soms en 11% ervaart dit gevoel helemaal niet. Deze vraag met betrekking tot angst wordt grotendeels positief beantwoord. Veel bevroegde mensen ervaren dit gevoel na de reanimatie van hun nabije familielid.



11% geniet nog zeker zoveel van de dingen waar hij/zij vroeger van genoot, 33,5% wel wat minder, 22% duidelijk minder en 33,5% geniet eigenlijk nauwelijks nog van

de dingen waar men vroeger van genoot. Deze vraag peilt naar depressieve gevoelens bij de bevroagde. De antwoorden liggen grotendeels in dezelfde lijn, de meeste mensen genieten minder van de dingen waar ze vroeger wel van genoten.

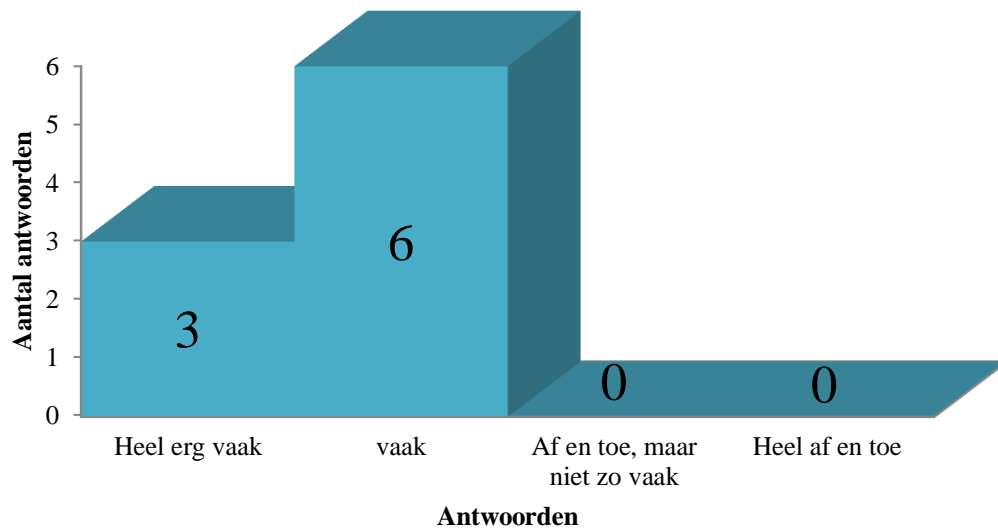


44,5% heeft een vrij erg angstgevoel alsof er iets vreselijk gaat gebeuren, bij 44,5% is dit niet zo erg, 11% ervaart het een beetje maar ondervindt er geen hinder van. Er is niemand die dit gevoel niet ervaart. Het angstgevoel is aanwezig bij de bevroagden. Liefst 89% heeft wel degelijk een angstgevoel alsof er iets vreselijk gaat gebeuren.



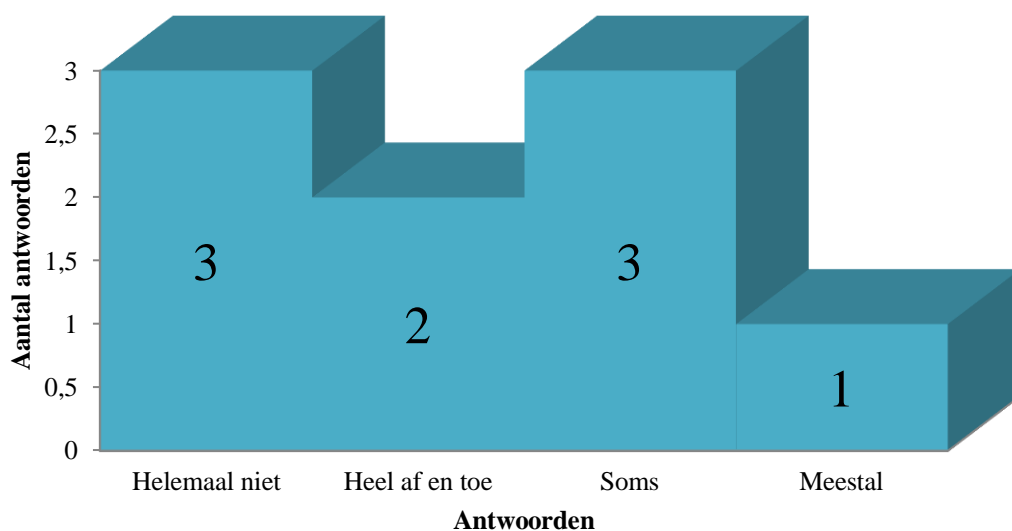
11% kan net zoveel als lachen als vroeger en de dingen van de vrolijke kant bekijken, 56% kan dat nu wel wat minder, 11% duidelijk minder en 22% kan dit helemaal niet. Deze vraag wordt door de meerderheid beantwoord met 'nu wel wat minder'.

Zorgelijke gedachten gaan door mijn hoofd

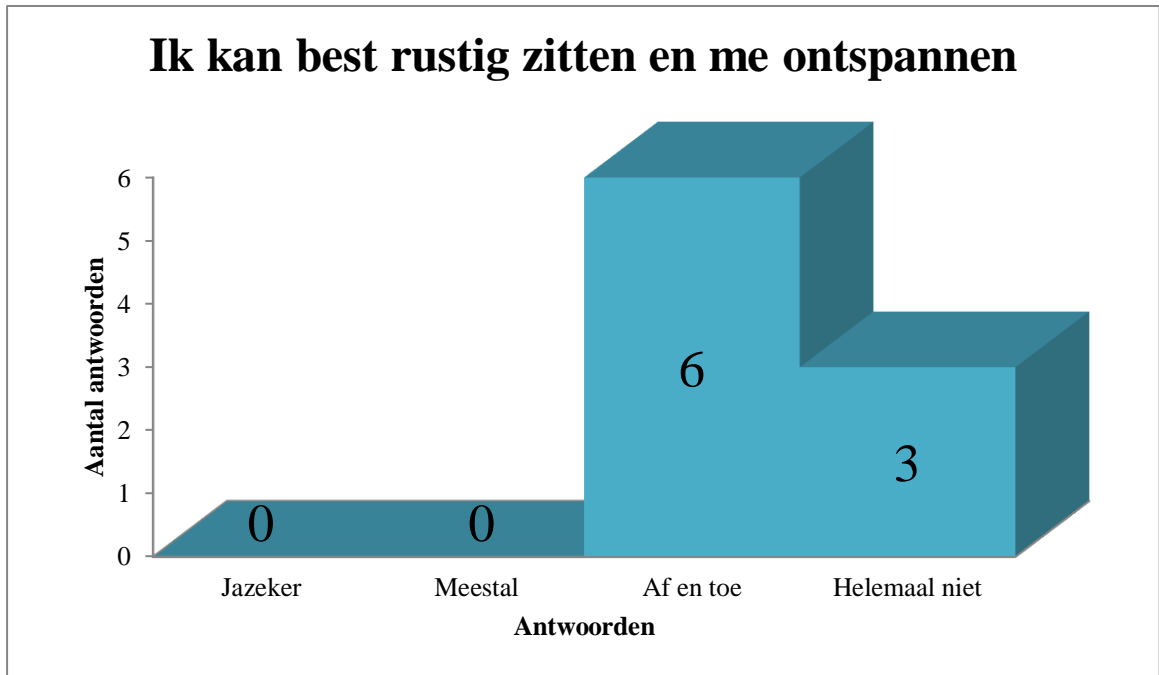


33% heeft heel erg vaak zorgelijke gedachten die door het hoofd gaan, 67% heeft dit vaak. In onzekere tijden, waar de uitkomst van de patiënt en de toestand kritiek is, is deze reactie begrijpelijk. Toch mag deze stressor niet aanwezig blijven zoals hierboven beschreven is bij het aanpassingssyndroom. We kunnen besluiten dat deze zorgelijke gedachten bij iedereen vaak tot erg vaak aanwezig zijn.

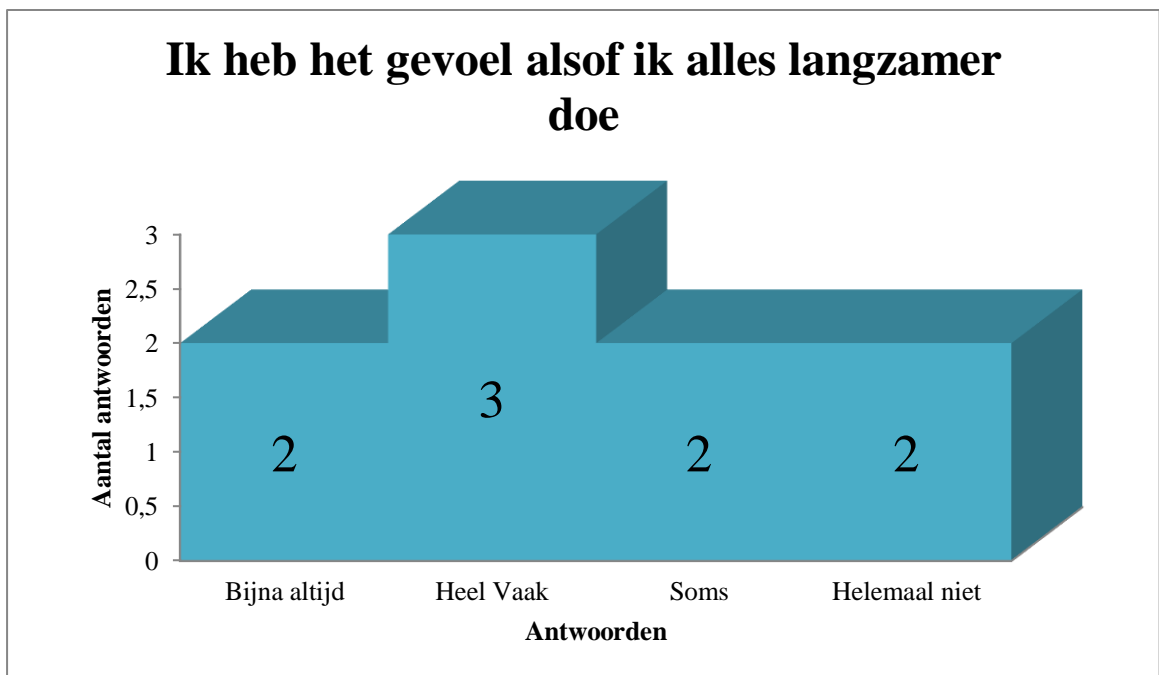
Ik voel me opgewekt



33.5% voelt zich helemaal niet opgewekt, 22% ervaart dit af en toe, 33.5% soms en 11% meestal. De antwoorden van deze vraag zijn verdeeld over de verschillende antwoordmogelijkheden. Er is geen duidelijk eenzijdig antwoord.

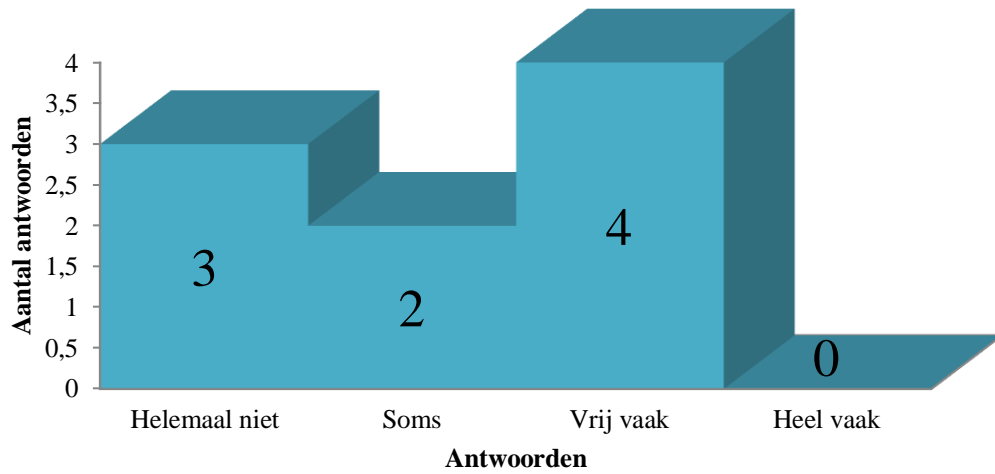


67% kan af en toe rustig zitten en zich ontspannen, 33% kan dit helemaal niet. De antwoorden situeren zich allemaal richting naar 'af en toe' en 'helemaal niet' kunnen ontspannen. Mensen zijn hier dus gevoelig aan in stressvolle situaties.



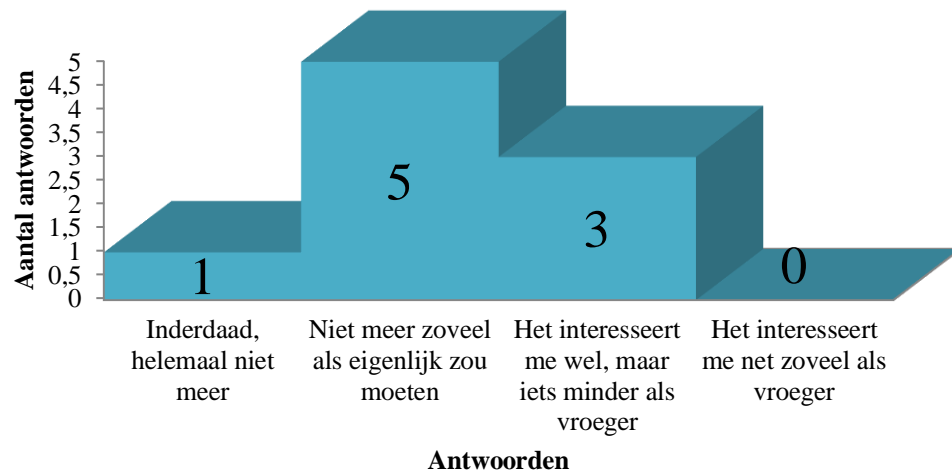
22% heeft bijna altijd het gevoel alsof hij/zij alles langzamer doet, 34% bijna altijd, 22% soms en 22% ervaart dit helemaal niet. De antwoorden zijn mooi verdeeld tussen de verschillende antwoordmogelijkheden.

Ik heb een soort angstig, gespannen gevoel in mijn buik



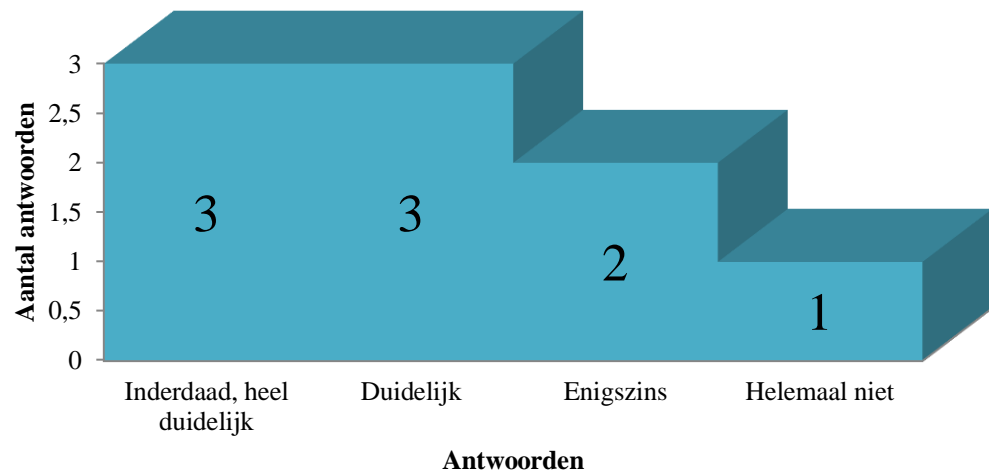
33% ervaart helemaal geen angstig, gespannen gevoel in zijn/haar buik, 22% soms, 45% vrij vaak.

Het interesseert me niet meer hoe ik er uit zie



11% heeft helemaal geen interesse meer over hoe hij/zij eruit ziet, 56% interesseert zich er niet meer zoveel voor als eigenlijk zou moeten, 33% interesseert het wel, maar minder als vroeger. De personen in deze groep interesseren zich minder over hoe ze eruit zien in deze situatie.

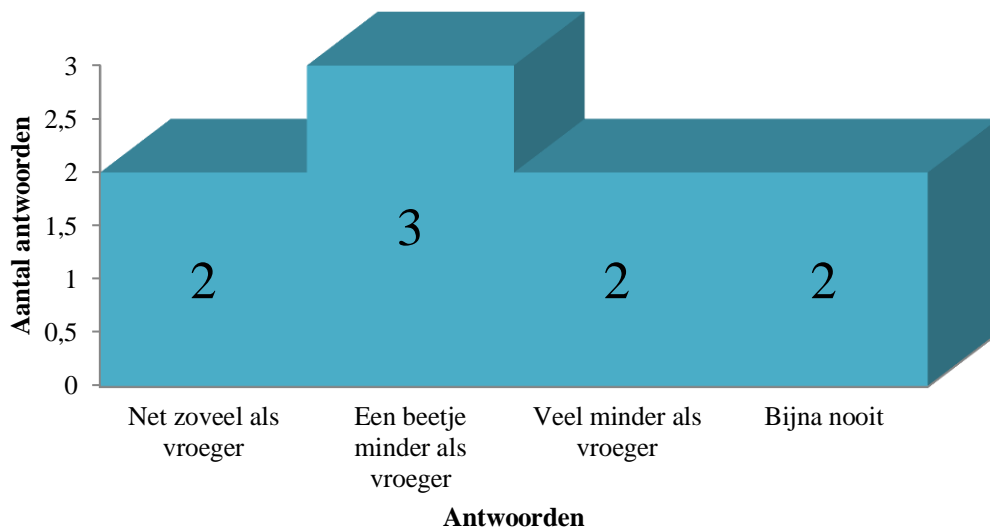
Ik ben onrustig en voel dat ik iets te doen moet hebben



33.5% is heel duidelijk onrustig en heeft het gevoel had hij/zij iets te doen moet hebben, bij 33.5% is dit gevoel duidelijk aanwezig, 22% ervaart dit enigszins en 11% ervaart dit helemaal niet.

67% ervaart een onrustig gevoel, 33% ervaart dit minder.

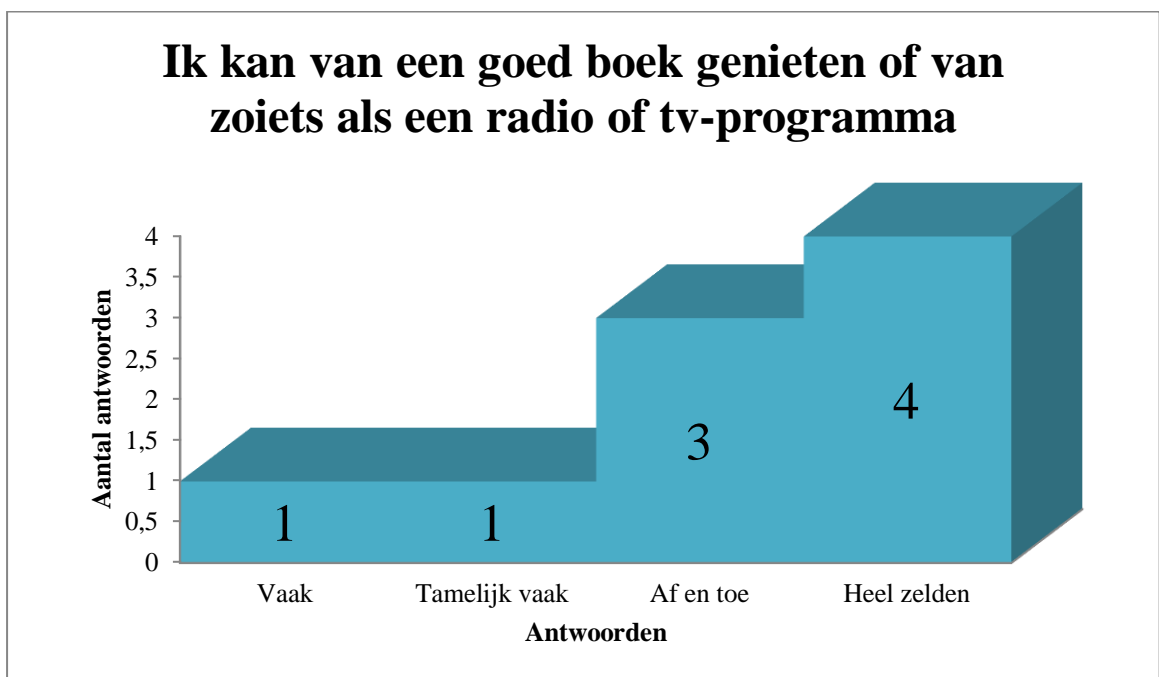
Ik kijk met plezier naar dingen uit



22% antwoordt net zoveel als vroeger met plezier uit te kijken naar dingen, 34% een beetje minder als vroeger, 22% veel minder en 22% kijkt bijna nooit met plezier naar dingen uit. De antwoorden van de deelnemers zijn duidelijk verdeeld over de antwoordmogelijkheden.



11% zegt zeer vaak plotseling in paniek te raken, 11% tamelijk vaak, 45% soms en 33% helemaal niet in paniek te raken.



11% zegt vaak te kunnen genieten van een goed boek of een radio/tv-programma, 11% kan dit tamelijk vaak, 33% af en toe en 45% heel zelden.

9.3 Protocol

Om naar de toekomst toe een betere screening van familieleden te bekomen werd een protocol opgemaakt. Dit protocol zal kunnen toegepast worden op de familieleden van de patiënt post cardio arrest reanimatie. Op deze manier zullen alle familieleden op dezelfde manier bevraagd worden en daar waar nodig kan psychologische ondersteuning geboden worden.

Verpleegkundige

Psychologische screening van familieleden na een post cardio arrest reanimatie

Verpleegkundige geeft HADS af aan de familieleden. Zij mogen deze invullen en teruggeven (liefst voor dag 5 na opname)



De psycholoog verwerkt de HADS vragenlijst

Angst- en/of Depressie vragen ≤ 11

Angst- en/of Depressie vragen > 11

Psycholoog

Vraag aan de deelnemer of psychologische begeleiding wenselijk is

Nee

Ja

Psycholoog onderneemt voorlopig geen actie

Psycholoog neemt contact op met de deelnemer en start begeleiding

* Indien om welke reden dan ook toch psychologische begeleiding noodzakelijk lijkt mag men afwijken van dit schema en de psycholoog contacteren.

10 Besluit

Dit afstudeerproject toont aan dat er weinig literatuur bestaat over de psychologische begeleiding van familieleden na een cardio arrest reanimatie. Toch laat de gevonden literatuur omtrent psychologische begeleiding van familieleden tijdens een opname op intensieve zorgen van een familielid zien dat begeleiding van essentieel belang is na een ingrijpende gebeurtenis. Dit om op langere termijn blijvende psychologische klachten te kunnen voorkomen.

Martha Rogers maakt duidelijk dat lichaam en geest één geheel vormen en niet los van elkaar gezien kunnen worden. Is het ene deel ziek, dan heeft dat een gevolg op het andere. Elke persoon heeft zijn eigen draagkracht. Afhankelijk hiervan zal de ene persoon beter met de situatie omgaan dan de andere. Degene met een verminderde draagkracht (weinig hulp van familie en vrienden) en een verhoogde draaglast (de vader die naast zijn taak als kostwinner ook het hele huishouden op zich moet nemen door het wegvallen van de moeder) zijn in vele gevallen gedoemd om op een bepaald ogenblik uit balans te geraken. Dit zijn mensen die maximaal ondersteund dienen te worden op verschillende vlakken. Zowel op psychologisch- als op sociaal vlak.

Iedere mens kan een tijdje op adrenaline blijven door gaan. Deze adrenaline zal ons lichaam tijdelijk helpen door een moeilijke periode heen te komen. Wanneer deze stress echter te lang blijft aanhouden, zal de stress zich tegen ons keren en ons ziek maken. Onze weerbaarheid zal verminderen en de uitputting van het lichaam is nabij. Daardoor worden mensen ziek. Het is belangrijk om deze uitputting te voorkomen door op tijd ondersteuning te bieden opdat de draagkracht zal vergroten.

Door via een enquête te peilen naar de angst- en depressiegevoelens bij familieleden van cardio arrest gereanimeerde patiënten, kwamen we uit op volgende resultaten.

In totaal kregen we 79% van de uitgedeelde vragenlijsten terug. Daarin scoorden 41% van de deelnemers positief op de HADS vragenlijst. Zij werden door de onderzoeker gecontacteerd met de vraag of ze verdere begeleiding van een psycholoog zouden willen. 5 personen gingen hierop in en werden door de psycholoog uitgenodigd tot een gesprek. 3 personen gaven aan geen gesprek te willen met de psycholoog ondanks de uitkomst van de vragenlijst. 1 persoon werd verschillende keren opgebeld door de onderzoeker maar gaf geen enkele keer gehoor en belde niet terug op de ingesproken voicemail.

Van de 9 personen die positief scoorden, waren er 4 die positief scoorden voor de angstvragen, 4 die zowel angst als depressie positief scoorden en 1 iemand die enkel voor depressie een score boven 11 uitkwam.

7 personen zijn vrouwelijk, de overige 2 deelnemers zijn mannen.

6 deelnemers hebben de Islam als geloofsovertuiging en 3 personen zijn Christelijk.

Er werd geen verband aangetoond tussen het al dan niet zelf kinderen hebben, alsook niet naargelang de professionele situatie of de leeftijd van de deelnemer.

We kunnen dus besluiten dat tijdens dit onderzoek 41% van de deelnemers nood had aan psychologische begeleiding. 5 personen maakte hier gebruik van. Voor enkele bleef dit bij 1 gesprek, andere werden doorverwezen naargelang hun problemen en klachten. Ze werden ambulantly verder begeleid. 3 personen geven aan geen gesprek met de psycholoog te willen en 1 persoon geeft geen reactie na herhaaldelijk contact opgenomen te hebben.

Belangrijk hierbij te vermelden is dat de ondersteuning van de familie niet enkel een taak is van de psycholoog. Een multidisciplinaire aanpak, zoals beschreven in de cardiale revalidatie, met zowel de arts, de verpleegkundige, de psycholoog, de fysiotherapeut, de ergotherapeut, de diëtiste, Dienst Patiëntenbegeleiding alsook de geloofsovertuigende ondersteunende dienst (=Pastorale Dienst) is belangrijk. Ze kunnen allemaal op hun beurt bijdragen tot een goede ondersteuning van familieleden van patiënten opgenomen op de dienst hartbewaking in het Ziekenhuis Oost-Limburg. Ook hier kunnen we spreken van gedeelde zorg: deskundigen in hun vak laten meehelpen aan de totaalzorg van de patiënt, patiënt en/of de familie hun vragen laten stellen aan de desbetreffende persoon en zo nodig doorsturen naar een specifiek opgeleide persoon hiervoor (bijvoorbeeld vragen over voeding laten stellen aan de diëtiste). Denk hierbij bijvoorbeeld aan de echtgenote van een gereanimeerde man die wilt weten of hij in de toekomst enige fysieke inspanning aankan. De fysiotherapeut kan dan ondersteuning en hulp bieden bij het herkennen van tekens die het lichaam geeft op inspanning om op deze manier uitputting te voorkomen. Aangezien de fysiotherapeut inhoudsdeskundige is in zijn vak, zal hij de echtgenote beter kunnen informeren en adviseren op dit vlak. Hierbij dienen we wel op te merken dat we niet enkel en alleen in hokjes gaan denken en daarbij de zorgvrager van het kastje naar de muur sturen.

In tussentijd is er op de dienst hartbewaking 1 keer per week een multidisciplinair overleg (MDO) tussen de arts, de verpleegkundigen, de fysiotherapeut, de diëtiste alsook de psycholoog om bepaalde aspecten van de zorg aan te halen. In eerste plaats is dit voor het bespreken van de patiënt, in de tweede plaats kunnen ook familieleden besproken worden. Dit MDO is slechts enkele maanden geleden opgestart en zal naar de toekomst toe geëvalueerd en indien nodig herbekeken worden. Ook aan de hand van de bevindingen van dit project zullen verbetervoorstellen gedaan worden en daar waar nodig de hiaten in de zorg kunnen opgevuld worden.

De psycholoog komt 2 keer per week op de afdeling tijdens het middagbezoek om te evalueren of er bijstand moet geleverd worden of dat de familie vraagt naar ondersteuning. Indien de verpleegkundige zich zorgen maakt over een familielid kan dit zeker besproken worden en zal indien nodig de psycholoog de persoon in kwestie kunnen contacteren.

Wat is de noodzaak aan psychologische bijstand voor de familie na een cardio arrest reanimatie op de dienst hartbewaking in het Ziekenhuis Oost-Limburg? Deze vraag werd gesteld aan het begin van dit project. Het is moeilijk om hier een eenduidig antwoord op te geven. Belangrijk is dat we kunnen besluiten dat voor bepaalde personen psychologische bijstand vereist is. 41% van de bevroegden is uiteindelijk voorbestemd

om naar de toekomst toe psychologische hinder te ondervinden van de stressbeleving post reanimatie van hun familielid. Het is belangrijk om een soort vangnet voor deze mensen te creëren zodat ze maximaal ondersteund kunnen worden in deze onzekere en moeilijke tijd. Dit kan enkel wanneer een goede multidisciplinaire aanpak gebeurt en we de mensen de hulp aanreiken. Wanneer men niet weet dat er hulp aanwezig is, kan ze ook niet aangereikt of gevraagd worden. Het is belangrijk om een beeld te krijgen van de exacte taken van alle leden binnen het multidisciplinaire team zodat de persoon in kwestie hulp kan krijgen van de expert in zijn vakgebied. Op deze manier verhogen we de kwalitatieve zorg voor de patiënt alsook de patiëntveiligheid die doorgetrokken kan worden naar de patiënt zijn belangrijke naasten.

Met het protocol kunnen we in de toekomst familieleden die een verhoogde kans hebben op een PTSS te ontwikkelen efficiënt te screenen zodat op deze manier zo snel mogelijk de juiste psychologische begeleiding voorzien kan worden.

11 Discussie

Het onderzoek toont aan dat 41% van de deelnemers nood heeft aan psychologische begeleiding. Dit komt grotendeels overeen met de studie van (Pillai, Aigalikal, Vishwasrao, & Husainy, 2010) waarin 48% een HADS score >11 had. Wel hadden zij 166 familieleden bevroegd. De bevraging gebeurde steeds op dag 5. In dit onderzoek werden slechts 22 personen bevroegd omwille van tijdsgebrek. We willen hierbij ook vermelden dat het invullen van de vragenlijst een momentopname is. We bevragen de gevoelens zoals ze de afgelopen 5 dagen beleefd zijn. Wanneer de patiënt in deze 5 dagen erg instabiel is en er weinig goed nieuws is, zullen de deelnemers waarschijnlijk andere antwoorden geven dan wanneer er positief nieuws is en de toestand van de patiënt beter is. Zo vertelde een deelnemer die positief gescoord had op dag 5 dat hij geen begeleiding nodig had toen hij gecontacteerd werd omdat de toestand van de patiënt stabiel en er een beter vooruitzicht was.

Verder is psychologische begeleiding niet voor iedereen weggelegd. Sommige mensen hebben voldoende draagkracht in hun nabije omgeving om de draaglast te kunnen verminderen. De vraag hoe we deze mensen hieruit kunnen filteren is interessant om te stellen en zeker een uitdaging voor verder onderzoek.

Er is weinig onderzoek gedaan naar de effectieve gevoelens die familieleden van cardio arrest gereanimeerde patiënten ervaren. Dit onderzoek peilde naar de angst- en depressiegevoelens van deze familieleden. Welke andere gevoelens ervaren deze personen nog en kunnen deze gevoelens ons iets vertellen over de voorbeschiktheid van blijvende psychologische problemen? Deze bevindingen kunnen in de toekomst als basis dienen voor verder onderzoek.

12 Bibliografie

- Actief aan het werk met stress. (2016). *Draaglast en draagkracht bij medewerkers*. Opgeroepen op april 10, 2016, van actief aan het werk met stress: <http://www.actiefaanhetwerk.nl/draaglast-en-draagkracht/>
- American Psychiatric Association. (2014). *Handboek voor classificatie van psychische stoornissen DSM-5*. Amsterdam: Boom uitgevers.
- Azoulay, E., Pochard, F., Kentish-Barnes, N., Chevret, S., Aboab, J., Adrie, C., et al. (2005 N9). Risk of Post-traumatic Stress Symptoms in Family Members of Intensive Care Unit Patients. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*(171), 987-994.
- Basic Life Support*. (2015). Opgeroepen op februari 2015, van Belgian resuscitation Council: <https://resuscitation.be/nl/richtlijnen/basic-life-support-new/>
- Causus. (2015). *Normale hartanatomie*. Opgeroepen op maart 30, 2015, van Causus: <http://www.causus.be/uitleg-over/cardiologie/normale-hartanatomie/>
- dr B. van Hemert, p. d. (1996). *Nederlandse versie van de Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) vragenlijst en regels voor scoring*. Leiden, Groningen.
- Europese en Belgische Reanimatieraad. (2015). *Richtlijnen Reanimatie*. Leuven: Acco.
- Fagard, R., & Dobbels, F. (2008). *Cardiologie, hartziekten en revalidatie (2de druk)*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Fonds Psychische Gezondheid. (2016). *Draaglast en draagkracht*. Opgeroepen op april 10, 2016, van <http://www.psychischegezondheid.nl/draaglast-draagkracht>
- Geurden, B., & van Hemel, L. (2012). *De verpleegkundige als organisator van zorg*. Antwerpen: Garant uitgevers nv.
- Hart en vaatstelsel*. (2015, Maart 28). Opgeroepen op Maart 30, 2015, van Wikipedia: http://nl.wikipedia.org/wiki/Hart_en_vaatstelsel
- Jochems, A., & Joosten, F. (2006). *Coëlho Zakwoordenboek der Geneeskunde (28ste ed.)*. Doetinchem: Elsevier Gezondheidszorg.
- McAdam, J. L., & Puntillo, K. (2009). Symptoms experienced by Family Members of Patients in Intensive Care Units. *American Journal of Critical Care*.
- McAdam, J. L., Fontaine, D. K., White, D. B., Dracup, K. A., & Puntillo, K. A. (2012, November). Psychological Symptoms of Family Members of High-Risk Intensive Care Unit Patients. *American Journal Of Critical Care*.
- Pillai, L., Aigalikal, S., Vishwasrao, S. M., & Husainy, S. (2010). Can we predict intensive care relatives at risk for posttraumatic stress disorder? *Indian J Crit Care Med.*, 83-87.

- Rogers, M. E. (1977). *An Introduction to the Theoretical Basis of Nursing*. Philadelphia.
- Spinhoven, P., Ormel, J., Sloekers, P., Kempen, G., Speckens, A., & Van Hemert, A. (1997). A Validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in different groups of Dutch subjects. *Psychological Medicine*, 363-370.
- van den Brink, G., Lindsen, F., & Uffink, t. (2003). *Intensive-care-verpleegkunde deel 1*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Van Heugten, C., Post, M., Rasquin, S., & Smits, P. (2014). *Handboek revalidatie psychologie*. Amsterdam: Boom.
- Zimbardo, P. G., Johnson, R. L., & McCann, V. (2013). *Psychologie een inleiding* (7 ed.). Amsterdam: Pearson Education Benelux.
- Zootrack. (2015). *Bouw van het hart*. Opgeroepen op maart 30, 2015, van zootrack: <http://www.zootrack.nl/hart%20bouw%20fillin.htm>

13 Bijlagen

Bijlage I: Demografische gegevens en HADS

Demografische en professionele gegevens:

Geslacht Vrouw Man

Leeftijd jaar

Woonsituatie:

- alleenstaand
- samenwonend
- gehuwd/ wettelijk samenwonend
-

Kinderen:

- ja, aantal kinderen?..... leeftijd van de kinderen?.....
- neen

Professionele situatie:

- bediende/arbeider
- zelfstandige
- werkloos
- huisvrouw/-man
- gepensioneerd
-

Religieuze situatie:

- Christendom
- Protestanten
- Jodendom
- Islam
- Hindoeïsme
- Boeddhisme
- Andere:
 Welke?:

HADS

Het is bekend dat emoties een belangrijke rol spelen in de meeste ziekten. Indien wij deze emoties kennen, zijn wij in staat u beter te helpen. Deze vragenlijst dient ervoor om te weten te komen hoe u zich voelt. Lees iedere vraag goed door en **duidt het antwoord aan** dat het beste weergeeft hoe u zich gedurende de afgelopen 5 dagen heeft gevoeld.

<p>Ik voel me gespannen of opgewonden</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Meestal</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Vaak</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Af en toe, soms</p> <p>0 <input type="checkbox"/> Helemaal niet</p>	<p>Ik heb het gevoel alsof ik alles langzamer doe</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Bijna altijd</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Heel vaak</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Soms</p> <p>0 <input type="checkbox"/> Helemaal niet</p>
<p>Ik geniet nog steeds van de dingen waar ik vroeger van genoot</p> <p>0 <input type="checkbox"/> Zeker zo veel</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Wel wat minder</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Duidelijk minder</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Eigenlijk nauwelijks nog</p>	<p>Ik heb een soort angstig, gespannen gevoel in mijn buik</p> <p>0 <input type="checkbox"/> Helemaal niet</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Soms</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Vrij vaak</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Heel vaak</p>
<p>Ik heb een soort angstgevoel alsof er iets vreselijk gaat gebeuren</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Jazeker, en vrij erg</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Ja, maar niet zo erg</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Een beetje, maar het hindert me niet</p> <p>0 <input type="checkbox"/> Helemaal niet</p>	<p>Het interesseert me niet meer hoe ik er uit zie</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Inderdaad, helemaal niet meer</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Niet meer zoveel als eigenlijk zou moeten</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Het interesseert me wel, maar iets minder als vroeger</p> <p>0 <input type="checkbox"/> Het interesseert me net zoveel als vroeger</p>
<p>Ik kan best lachen en de dingen van de vrolijke kant zien</p> <p>0 <input type="checkbox"/> Net zoveel als vroeger</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Nu wel wat minder</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Duidelijk minder</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Helemaal niet</p>	<p>Ik ben onrustig en voel dat ik iets te doen moet hebben</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Inderdaad, heel duidelijk</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Duidelijk</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Enigszins</p> <p>0 <input type="checkbox"/> Helemaal niet</p>
<p>Zorgelijke gedachten gaan door mijn hoofd</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Heel erg vaak</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Vaak</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Af en toe, maar niet zo vaak</p> <p>0 <input type="checkbox"/> heel af en toe</p>	<p>Ik kijk met plezier naar dingen uit</p> <p>0 <input type="checkbox"/> Net zoveel als vroeger</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Een beetje minder als vroeger</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Veel minder dan vroeger</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Bijna nooit</p>
<p>Ik voel me opgewekt</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Helemaal niet</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Heel af en toe</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Soms</p> <p>0 <input type="checkbox"/> Meestal</p>	<p>Ik raak plotseling in paniek</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Inderdaad, zeer vaak</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Tamelijk vaak</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Soms</p> <p>0 <input type="checkbox"/> Helemaal niet</p>
<p>Ik kan best rustig zitten en me ontspannen</p> <p>0 <input type="checkbox"/> Jazeker</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Meestal</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Af en toe</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Helemaal niet</p>	<p>Ik kan van een goed boek genieten of van zoiets als een radio of tv-programma</p> <p>0 <input type="checkbox"/> Vaak</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Tamelijk vaak</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Af en toe</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Heel zelden</p>

Bijlage II: Brief van deelnemer

Stijn,

Ook al score ik misschien geen 11 punten, toch hoop ik dat ge succes behaald met uw studie.

Voor mij was de babbel een aantal dagen later, zeer prettig en dat deed enorm deugd.

Zo iets post-traumatisch kunnen bespreken, een begripvol iemand daar voelde ik mij door gesteekt. Ik hoop dan ook van ganse

harte dat het tot uw initiatief ondersteund en er werk van maakt!!!

Ge moogt mij ten alle tijde contacteren voor meer hulp.