

Bliska osoba na OIT – co warto wiedzieć

mgr Beata Krakowska – specjalista psycholog kliniczny



Skoro czytasz tę broszurkę, to zapewne członek Twojej rodziny czy inna bliska osoba obecnie znajduje się na Oddziale Intensywnej Terapii (OIT).

Możliwe, że mimo dotychczasowego dobrego funkcjonowania, życia „pełnią”, trafiła tu niespodziewanie na skutek nagłej sytuacji zagrażającej jej życiu (np. udar, pęknięty tętniak, o którym nie wiedziała czy urazy doznane na skutek wypadku komunikacyjnego) bądź wymagało tego zaostrenie jej przewlekłej choroby, potrzebna operacja (np. pomostowanie tętnic aortalno-wieńcowych – „bajpasy”, wymiana zastawki aortalnej).

OIT to oddział na którym znajduje się dużo różnej aparatury, pomagającej przywracać zdrowie, ratować życie Twojemu bliskiemu, innych. Ich wygląd i odgłosy, które wydają może budzić niepokój. Jeśli jednak popatrzyś na nie jako na

dźwięki pomagające chronić, lepiej się opiekować Twoim bliskim, to będziesz nawet wdzięczna/-y za ich obecność.

Niekiedy w osobie, którą widzisz odwiedzając na OIT, może być Ci trudno rozpoznać bliską osobę – „ma podłączone różne rurki”, nie komunikuje się werbalnie albo jest pobudzona, „gada bez sensu” a czasem chwilowo nawet Cię nie rozpoznaje. To wynik zaburzeń ilościowych (np. śpiączka) lub jakościowych (np. majaczenie in. delirium) świadomości, które często dotyczą chorych znajdujących się na OIT. Większość tych stanów ma charakter chwilowy. Możesz pomóc w nich bliskiemu, zachowując spokój i dopasowaną formę komunikacji.

Jeśli chodzi o pozostawanie w stanie śpiączki, to cechuje się ono *brakiem stanu czuwania, całkowitym brakiem reakcji na bodźce z zewnątrz, przy zachowanych podstawowych czynnościach życiowych - oddech, krążenie*. Osoba w półśpiączce natomiast nie wybudza się jednak możliwą jest jej reakcja na bodźce (dźwięk, dotyk, ból) – np. grymas twarzy.

Mając na uwadze, że *świadomość to proces, który stale się dzieje i nie jest statyczny* (ulega zmianie), zarówno osobę w śpiączce jak i półśpiączce warto **traktować jak osobę świadomą, współuczestniczącą w rozmowie w sposób odmienny** [1]. Relacje chorych, którzy przeżyli głębokie zaburzenia świadomości i badania naukowe ujawniły odbiór bodźców ze świata zewnętrznego przez mózg osoby w danym stanie.

Osoby w stanie zaburzonej świadomości w większości nie mają uszkodzonego słuchu i zaburzonej percepcji innych zmysłów -

ograniczenia dotyczą zazwyczaj jedynie wzroku w poszczególnych fazach śpiączki.

W komunikacji z nimi istotnym jest zatem przestrzeganie kilku zasad:

- używanie krótkich zdań, złożonych z prostych, zrozumiałych słów, unikanie zdrobnień, infantylnych stwierdzeń;
 - zwracanie uwagi na: barwę głosu, dykcję, melodyjność i siłę wypowiedzi;
 - informowanie bliskiego o działaniach podejmowanych w jego otoczeniu i wobec niego;
 - jak najczęstsze przebywanie w otoczeniu chorego i informowanie go o sprawach dnia codziennego np.: pogodzie, wydarzeniach rodzinnych i społecznych, politycznych itp.;
 - cierpliwe oczekiwanie, reagowanie aby umożliwić choremu zwrotną informację (wydłużony czas jego reakcji – może odpowiedzieć sygnałem z ciała po dłuższej chwili);
 - zwracając się do bliskiego używać lubianych przez niego zwrotów a unikać będących drażniącymi;
 - warto wzmacniać kontakt werbalny dzięki czytaniu mu książek, gazet (korzystanie ze sprzętów audiowizualnych na OIT jest zazwyczaj zabronione, więc słuchanie ulubionych programów radiowych, telewizyjnych, DVD, audiobooków zazwyczaj poza OIT).
- Niezwykle istotnym jest odkrycie przez osoby z otoczenia chorego z zaburzeniami świadomości jego indywidualnego języka gestów. Mogą go stanowić, np.** zmiana rytmu oddechu, stan skóry (wilgotności, temperatura, przebarwienia-plamy), przyspieszona akcja serca,

grymas twarzy, przyspieszony ruch gałek ocznych, łza, napięciowy ruch głowy, kończyny lub całego ciała, inne [1]. Wymaga to czasu na cierpliwą obserwację chorego, jednak się opłaca.

Kiedy Twój bliski znajduje się w stanie **majaczenia hiperaktywnego** (pobudzony psychoruchowo, w niepokoju, prezentujący zmienność przeżywanych emocji a czasem widzący i mówiący o rzeczach, których nie ma (doświadczający halucynacji i/lub urojeń) – spróbuj przede wszystkim zachować spokój. *Bliski mówi wtedy głośno, w sposób niezrozumiały, i zdeorganizowany, próbuje opuścić łóżko, usunąć sobie cewniki i rurki; może być też niejednokrotnie agresywny* [2]. To zazwyczaj przejściowy stan, wynikający ze stanu jego organizmu. Ważne abyś poinformował personel medyczny o tym, co Ciebie niepokoi w zachowaniu Twojego krewnego. Zespół interdyscyplinarny (lekarze, pielęgniarki, fizjoterapeuci, psycholodzy itd.) podejmie stosowne działania aby chory znów „był sobą”.

Niekiedy bliski jest wycofany z kontaktu, apatyczny, senny, zdaje się nie reagować na wszystkie docierające do niego bodźce – może to stanowić przejaw jeszcze częstszej - **hipoaktywnej formy majaczenia**. Czasem oba stany występują też naprzemiennie lub nakładają się na siebie (mieszana postać). Trudności te dotyczą czasem nawet ok 80% pacjentów OIT.

Warto mieć na uwadze, że dla chorego stan świadomości, w którym się znalazł jest również czymś: nowym, niespodziewanym, niezrozumiałym, sprawiającym duży dyskomfort z powodu braku możliwości samodzielnego

zarządzania swoim ciałem i czasem. Często, tak jak i Ty, doświadczą on w danej sytuacji silnego stresu i wielu różnych emocji, np. lęku, smutku, złości, żalu, nadziei. Niektóre z nich z racji natężenia i czasu trwania będą czymś normalnym, naturalnym w związku z obecną sytuacją, inne mogą wskazywać na występujące zaburzenia psychiczne, np. napady paniki, depresja, zespół stresu pourazowego – PTSD. Ważne żebyś porozmawiał o nich z personelem.

Mamy nadzieję, że niebawem nastąpi poprawa stanu zdrowia bliskiej Ci osoby i będzie mogła opuścić OIT i szpital.

Kiedy to nastąpi, warto abyś jednak zwrócił uwagę na to czy nie doświadcza ona **Zespołu zaburzeń po intensywnej terapii – PICS**. Co najmniej ¼ osób po wyjściu z OIT przejawia któreś z jego elementów. Objawy dotyczą trzech sfer: psychicznej (np. lęk, PTSD, depresja), poznawczej (np. zaburzenia pamięci, uwagi, spowolnienie procesów myślowych) i fizycznej (np. osłabienie układu oddechowego, czynności fizycznych). Powodują, że bliski doświadcza **nowych lub pogarszających się problemów zdrowotnych po krytycznej chorobie, które zostają po długim pobycie oraz wyjściu ze szpitala** [3]. Możliwym jest ich stopniowe ustępowanie w okresie od kilku miesięcy do kilku lat aż do całkowitego ale niekiedy bez skorzystania ze specjalistycznej pomocy (zab. psychiczne: psychiatra, psycholog; zab. poznawcze: psycholog; zab. fizyczne: lekarz, fizjoterapeuta) mogą pozostać na stałe. Warto zatem po nią się udać.

Choć w ograniczonym obszarze (zdrowia psychicznego, np. lęk, PTSD, depresja, żal), to

jednak zespół ten może też dotyczyć domowników, krewnych osób po hospitalizacji w OIT - **Syndrom zaburzeń u rodzin pacjentów przebywających w OIT - PICS-F** (w przypadku ich powrotu do domu ale i śmierci). Jeśli doświadczałeś więc takiej sytuacji i dostrzegasz u siebie któryś z tych objawów, zapewnij sobie pomoc specjalisty.

To, co już teraz pomoże Ci się w przyszłości przed tym uchronić, to:

- ✓ zapewnienie sobie wsparcia emocjonalnego (np. rozmowy z przyjaciółką, szpitalnym psychologiem;
- ✓ pamiętnik z pobytu na OIT);
- ✓ opracowanie skutecznego i satysfakcjonującego Cię systemu łączności (numery telefonów kontaktowych) z lekarzem prowadzącym bliską Ci osobę, personelem medycznym;
- ✓ uczestniczenie w prostych czynnościach pielęgnacyjnych wg możliwości oddziału (np. obcinanie paznokci);
- ✓ zadbanie o równowagę między czasem spędzonym w szpitalu przy bliskim a zaspokajaniem innych własnych potrzeb (zwłaszcza podstawowych fizjologicznych – głodu, snu, odpoczynku);
- ✓ prewencja zaburzeń snu (techniki relaksacyjne – np. wizualizacja).

Naszą misją jest ratowanie ludzkiego życia. Możesz mieć pewność, że dołożymy wszelkich starań aby Twojemu bliskiemu przywrócić zdrowie.

Ważne telefony do kontaktu:

Literatura:

1. Dróżdż-Kubicka E, Olejnik B.J., Snarska K.K. (2019) Komunikacja z pacjentem z zaburzeniami świadomości i jego rodziną W: Kontekst „Inności” w komunikacji interpersonalnej Białystok: "Duchno"
2. Pietraszek P. (2011) *Delirium w oddziale intensywnej terapii* Anestezjologia i Ratownictwo 2011;5: 414-423
3. Ozga D., Jadczak M., Krupa S., Snopek-Abramowicz B., Kubisa A., Niemczyk E., Zdun A. (2019) *Zwyczaj, postawy i doświadczenia pielęgniarek anestezyjologicznych i intensywnej terapii na temat obecności rodzin obecności rodzin w OIT – projekt badawczy Grupy Roboczej ds. praktyki polskiego towarzystwa pielęgniarek anestezyjologicznych i intensywnej opieki* Pielęgniarstwo w Anestezjologii i Intensywnej Opiece 2019;5(2):33–37