

Antonija Ivanuša,
dipl. ing. organizacije dela
Splošna bolnišnica Maribor
Oddelek za anestezijo in reanimacijo

Psihični problemi bolnikov v reanimacijskem centru

UDK 615.816-06:616.89-008.1

PSYCHIAL PROBLEMS OF PATIENTS TREATED IN THE RESUSCITATION CENTRE. *Dealing with some characteristics of the patients under treatment in the intensive care units or resuscitation centres, the author underlines their influence upon the organization and performance of these hospital units. Two physicians who were placed on a respirator related their experience and pointed to a number of psychological problems which would require an in-depth study. Continuous presence of the staff, mainly nurses, attending on the patient and their understanding of the patient's needs is conducive to his feeling of security and optimistic disposition. It would be interesting to undertake a study on the psychological issues encountered by the staff employed in the above mentioned hospital units.*

IZVLEČEK. *Opisane so nekatere posebnosti bolnikov, ki se zdravijo na oddelkih za intenzivno nego in zdravljenje oziroma v reanimacijskih centrih in pomembno vplivajo na organizacijo in delo le-teh. Doživljanje dveh zdravnikov, ki sta bila med zdravljenjem priključena na respirator, razkriva številne psihološke probleme, ki terjajo poglobljeno obravnavo. Stalna navzočnost zdravstvenih delavcev, največkrat medicinskih sester, celovito poznavanje in razumevanje bolnikovih potreb stopnjuje občutek varnosti in optimistično razpoloženje bolnika. Vsekakor zanimiva pa bi bila tudi analiza psiholoških problemov zdravstvenih delavcev, ki delajo v že omenjenih bolnišničnih enotah.*

Reanimacijski center je bolnišnični oddelek s specifičnim načinom zdravljenja najtežjih bolnikov, pri katerih so velikokrat življenjske funkcije tako ogrožene, da jih moramo umetno vzdrževati s posebnimi aparati, na primer zdravljenje z respiratorji, inducirana hipotermija in hipertermija, akutna hemodializa in peritonealna dializa. Sem sodijo tudi vsi bolniki, ki potrebujejo stalno kontrolo življenjsko pomembnih funkcij (monitoring, dovajanje kisika, kontrolo koagulacije in drugo).

Bolniki v reanimacijskem centru so povsem odvisni od medicinskih sester in zdravnikov, njihovega znanja in dela ter posluha za bolnikove subjektivne težave. Pri organiziranju dela na bolnišničnih oddelkih, posebno še v enotah za intenzivno zdravljenje, moramo upoštevati psihične probleme bolnikov, sicer postane takšna medicina stehnzirana in nehumana.

Razni avtorji, med njimi Bradburn, Hewitt, Robinson¹ in drugi, pišejo o tem, kako vpliva okolje takšnih bolnišničnih oddelkov na bolnika in kako vplivajo

specifičnost zdravljenja, različni diagnostični in terapevtski posegi, stalna prisotnost negovalskega osebja in zdravnikov, zaprtost oddelka in prepovedano obiskovanje bolnika (obiskovalci imaj odostop samo po posebnem hodniku, kjer vidijo svojce skozi steklo in se z njimi lahko pogovarjajo po telefonu, seveda, če je bolnik pri zavesti).

Anketa, ki so jo izvedli pri 100 bolnikih v londonski bolnišnici v reanimacijskem centru (Bradburn, Hewitt (1)) je pokazala naslednje: največ bolnikov se je pritožilo zaradi nespečnosti, žeje in kisikove maske na obrazu. Vzrok nespečnosti je pravzaprav že sama žeja; razen tega pa šumenje kisika na obrazu ne daje bolniku prijetnega občutka. Nekaterim bolnikom je namreč prepovedano uživanje kakršnekoli tekočine in hrane zaradi opravljenega operativnega posega. Kisik pa je pogosto sestavni del zdravljenja. Bolnike motijo tudi razni dreni in cevke, bolečine in aspiracija dihalnih poti ter fizioterapija. Moti jih osvetljenost prostorov ponoči. Zato za nespečnostjo trpijo enako tisti, ki so sami v sobi kot tisti, ki so skupaj z drugimi bolniki.

Enake težave navajajo tudi bolniki v našem reanimacijskem centru. Nemalokrat se zadovoljijo že s tem, da jim zatemnimo luč in lajšamo bolečine z analgetiki, žejo pa blažimo s pogosto higieno ust.

Bolniki navajajo kot vzrok za slabo počutje tudi pogosto merjenje krvnega pritiska, prejetje injekcij, pa tudi to, da ne moreje gledati skozi okno.

Prav tako bi marsikateri bolnik rad čisto od blizu pokramljal s svojim prijateljem ali znancem, kar sicer lahko stori le po telefonu.

Razumljivo je, da si prav zato večina bolnikov želi čimprej zapustiti reanimacijski center in se vrniti na prejšnji oddenek, kjer se bo lahko v miru naspal in imel obiske. Če pa pomislimo, da za reanimacijski center še vedno uporabljamo besedo »šok soba«, potem se ne smemo čuditi bolnikovi misli, da je prišel v sobo na smrt bolnih in si jo želi čimprej zapustiti.

Mnogim pomeni odhod iz reanimacijskega centra tudi skorajšnjo ozdravitev in vrnitev v vsakdanje življenje. Nekateri bolniki si premestitve ne želijo, dokler se niso sposobni sami oskrbovati. V reanimacijskem centru jih tudi veliko umre, saj znaša smrtnost od 25 do 27 odstotkov, tako pri nas kot v drugih bolj razvitih deželah. Tudi to je pri bolnikih, ki so preboleli krizo, vzrok, da si želijo čimprej iz reanimacijskega centra. Neki bolnik, ki je bil zunaj življenjske nevarnosti, je z grozo v očeh opazoval, kako sta umrla dva njegova sotrpina z enako boleznijo. Vse to je normalna reakcija človeka.

Posebne pozornosti so deležni bolniki, ki so priključeni na respirator. Ker je njihovo dihanje popolnoma odvisno od aparata, mora biti medicinska sestra stalno ob bolniku in kontrolirati njegove vitalne funkcije in delovanje aparata.

Kaj doživljajo taki bolniki, ko se pričnejo zavedati svoje odvisnosti od aparata, je opisal zdravnik — anesteziolog Robinson, ki je bil v času težke bolezni tudi sam priključen na respirator. Najhuje zanj je bil strah pred smrtjo. Nobenemu njegovih kolegov se ni zdelo potrebno, da bi mu razložil, kaj se z njim dogaja in kako dolgo bo trajalo takšno stanje. Ker je bil intubiran, ni mogel govoriti. Želel si je samo nekaj spodbudnih besed »ozdravel boš«. Tega pa mu kolegi zdravniki niso znali povedati. Izgubil je tudi občutek za čas. Zelo si je želel, da bi lahko videl, koliko je ura. V veliko tolažbo mu je bil obisk žene, ki ga je držala za roko, ga

bodрила in mu vlivala upanje v ozdravitev. Človek, ki je z bolnikom tesneje čustveno povezan, to stori spontano. Zdravstveni delavci bi se tega morali načrtno učiti.

Še večjo gotovost je čutil ob nekem medicinskem tehniku, ki je bil popolnoma prepričan, da bo ozdravel. To je zdravniku dajalo moči, da ni obupal nad svojim stanjem. Iz izkušenj vemo, da volja do življenja velikokrat premaga še tako nevarno bolezen. Pomirjevalno je na bolnika vplivalo: šum aparata in pogovori medicinskih sester. Vse to mu je pomenilo stalno prisotnost nekoga in obenem občutek varnosti. Zelo pa ga je motilo trdo zapiranje vrat in ves ostali ropot. Svoj članek zaključuje z besedami: »To so bile težke, pa vendar koristne izkušnje, ki so iz mene napravile ne samo dobrega strokovnjaka, ampak tudi boljšega zdravnika-človeka«.

Earl iz New Yersey², ki je kasneje diplomiral iz respiracijske terapije, je svoja doživetja med boleznijo opisal kot grozo. Aparat, ki mu je določal hitrost dihanja, mu ni dovolil, da bi kdaj pa kdaj tudi sam vdihnil zrak. Zdelo se mu je, da mu aparat prazni pljuča in si je želel, da bi ga medicinska sestra čim večkrat aspirirala, ker je le takrat lahko sam vdihnil zrak, pa čeprav mu je aspiracija povzročala hude bolečine. Nekaj let kasneje je izjavil, da bi morali biti vsi bolniki, ki potrebujejo respiratorjevo pomoč, priključeni na tak aparat, ki bolniku dopušča tudi njegove vdihe. Danes je medicinska tehnika že toliko napredovala, da bolniku lahko tak aparat tudi zagotovimo.

Podobne težave, kot sem jih opisala, so doživljali bolniki v našem reanimacijskem centru. Strah jih je bilo smrti, aparat jim je vsiljeval svoj način dihanja. Radi bi kaj povedali ali vprašali, pa niso mogli.

Pogosto se dogaja, da ob vsem tehničnem napredku medicine pozabljam o človeka — bolnika. Umetnost zdravljenja je namreč v tem, da zdravniki in medicinske sestre upoštevajo celotno bolnikovo osebnost, da poskušajo razumeti njegove reakcije, ki so za nas pogosto nenavadne. Po svojih močeh moramo in tudi lahko ublažimo neprijetnosti v času zdravljenja bolnikov z aparaturami.

Za zaključek naj omenim, da so pogosto bolniki tisti, ki vplivajo na izboljšanje vsega, kar lahko koristi pri zdravljenju obolenih. Pri tem mora medicina seveda upoštevati tudi higienska in aseptična določila in postopke pri zdravljenju operiranih in drugih bolnikov.

Pripomniti je treba, da se tudi samo negovalsko osebje prav tako srečuje s problemi, ki jih vsiljuje zaprtost oddelka, osamitev najtežjih bolnikov, ob katerih mora biti stalno medicinska sestra; zato je ločena od sodelavcev, s katerimi bi rada izmenjala svoje misli in ki bi ji tudi pomagali pri negi težkega bolnika. Psihični problemi zdravstvenih delavcev, ki delajo v reanimacijskem centru, pa bi potrebovali seveda posebno študijo.

Literatura:

1. Bradburn B. G., P. B. Hewitt: The Effect of the Intensive therapy Ward Environment on Patients' Subjective Impressions' A Follow — up study. *Intensive Care Medicine* 7, (1980) 1, 15—18.
2. *Respiratory Care*. Vol. 24 (1979), 2.