

Urszula Kiwit

Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II
Oddział Kliniczny Chirurgii Serca, Naczyń i Transplantologii

Pacjent kardiochirurgiczny – pomoc psychologiczna w okresie okołooperacyjnym

Cardiac surgical patient – psychological support in the perioperative period

STRESZCZENIE

Praca psychologiczna z pacjentem chorującym somatycznie to specyficzny obszar psychologii klinicznej. W artykule zaprezentowano sposób postępowania dotyczący opieki psychologicznej nad pacjentem kardiochirurgicznym. Obejmuje on trzy podstawowe etapy: przygotowanie chorego do operacji, kontakt na oddziale pooperacyjnym oraz psychoedukację przed zakończeniem hospitalizacji. Opisany model pracy, stosowany w naszym oddziale, znajduje zastosowanie w przypadku chorych przygotowywanych do interwencji planowanych z wyprzedzeniem. W tekście skupiono się na dwóch głównych obszarach pracy z pacjentem: oddziaływaniu na poziomie poznawczym oraz emocjonalnym.

Słowa kluczowe: kardiochirurgia, pomoc psychologiczna, pacjent, wsparcie

ABSTRACT

Psychological work with somatically ill patients is a unique area of clinical psychology. The article presents guidelines for psychological care of the cardiac surgical patient. It involves three basic stages: preoperative preparation, postoperative care and psychoeducation before discharge. The model of work under consideration, which is implemented at our clinic, is applicable to patients under preparation for interventions planned in advance. The text focuses on two main areas in working with a patient: influence at the cognitive and emotional levels.

Key words: cardiac surgery, psychological support, patient

Wstęp

Stały postęp w dziedzinie medycyny i nauk pokrewnych daje możliwość uratowania i poprawy jakości życia znacznej części społeczeństwa. Wdrażanie nowych technik operacyjnych i modeli leczenia pozwala na wiele interwencji, które jeszcze kilka lat temu byłyby niemożliwe. Kardiochirurgia to szczególna dziedzina medycyny. Chorzy wyrażający zgodę na poddanie się takiej operacji, choć pełni podziwu dla osiągnięć współczesnej techniki i pracy lekarzy, stają przed ogromnym wyzwaniem. Silnie motywowani chęcią poprawy swojego stanu zdrowia, muszą mierzyć się ze specyfiką tej wyjątkowej specjalności medycznej. Operacja kardiochirurgiczna to w oczach pacjentów ostateczna forma pomocy. Łączy się ona ze stanem pełnej zależności od umiejętności lekarza i pracy ogromnej ilości aparatury, która w kluczowym momencie zastępuje funkcje najważniejszych narządów. Jej przebieg, znany przede wszystkim z opowieści byłych pacjentów bądź z filmów dostępnych w Internecie, wydaje się być niezwykle dramatyczny. Kiedy natomiast jest już po wszystkim i pacjent się wybudza, następuje etap powrotu do sprawności wypełniony wyzwaniami, których przed operacją nawet się nie spodziewał.

Naturalną konsekwencją udzielenia pomocy jest poprawa stanu zdrowia chorego. W kardiochirurgii nie dzieje się to jednak od razu – pierwsze doby, a czasem nawet tygodnie po operacji są dla pacjenta szczególnie trudne.

Cel pracy

Celem pracy jest zaprezentowanie stosowanego w naszej klinice modelu opieki psychologicznej, sprawowanej nad pacjentem kardiochirurgicznym w okresie okołoperacyjnym. Obejmuje ona zarówno psychologiczne przygotowanie do zabiegu operacyjnego, jak i wsparcie specjalisty, którym pacjent w sposób szczególny objęty jest we wczesnym okresie pooperacyjnym, a także działania psychoedu-

kacyjne przed opuszczeniem oddziału szpitalnego. Praca psychologa na każdym z tych etapów polega na dostosowaniu oddziaływania i różnych rodzajów wsparcia w zależności od zapotrzebowania prezentowanego przez pacjenta. Jest to praca nad stanem emocjonalnym pacjenta, polegająca najczęściej na redukowaniu lęku, oraz wywieranie wpływu na stan poznawczy chorego, utożsamianego głównie ze wsparciem informacyjnym. Opisany poniżej sposób postępowania znajduje swoje zastosowanie w przypadku planowanego zabiegu kardiochirurgicznego.

Przygotowanie psychologiczne do operacji i okresu rekonwalescencji

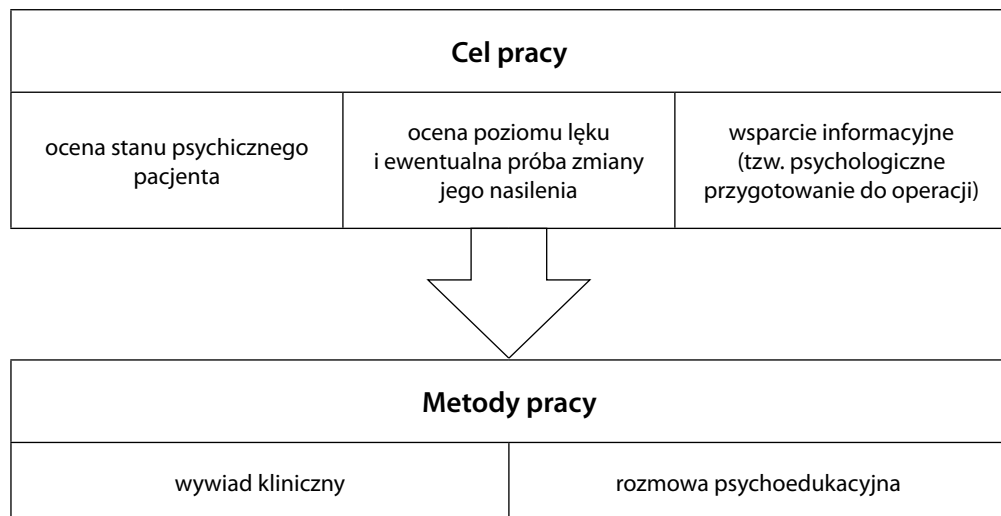
Praca z pacjentem rozpoczyna się w przeddzień planowanego zabiegu, tuż po przyjęciu do oddziału. W obrazie chorego oczekującego na operację kardiochirurgiczną na pierwszy plan zwykle wysuwa się lęk. W rozmowie z psychologiem pacjenci zgłaszają wiele różnych obaw, jednak najliczniejszą grupę stanowi ta obejmująca swoim zasięgiem lęk przed okaleczeniem, bólem oraz lęk przed śmiercią. Natężenie lęku jest różne – w zależności od pacjenta. Zdarzają się przypadki, gdzie postawa prezentowana przez chorego zdaje się być zupełnie nieadekwatna do sytuacji, w której się znajduje. Działania psychologa powinny być zatem precyzyjnie dostosowane do każdego pacjenta. Poziom lęku to, z perspektywy dalszego przystosowania chorego, niezwykle istotny obszar pracy psychologicznej. Na rzecz tego stwierdzenia przemawiają nie tylko obserwacje prowadzone przez zespół psychologów pracujących w klinice, ale także klasyczne już doniesienia z badań przeprowadzonych przez Janisa w 1958 r. (Heszen-Klemens, 1983). Z wniosków, które płyną ze wspomnianych powyżej badań, wynikało, że pacjenci charakteryzujący się przed operacją niskim poziomem lęku, po zabiegu prezentowali postawę ogólnie agresywną w stosunku do personelu medycznego. Chorzy, których poziom lęku był wysoki, w dalszym ciągu przejawiali wiele obaw w stosunku do rutynowego postępowania

nia po operacji. Ich stosunek wobec personelu był jednak przychylny. Umiarkowany poziom lęku przejawianego przez pacjentów był prognostykiem najlepszego przystosowania w okresie pooperacyjnym. Janis ukazał tym samym, że istotny jest nie tyle przedmiot lęku, co jego nasilenie. Wychodząc z tego założenia, w pracy z pacjentami skupiamy się głównie na modyfikowaniu jego poziomu w taki sposób, aby był adekwatny do sytuacji pacjenta.

Większość wątpliwości zgłaszanych przez pacjentów dotyczy m.in. samego przebiegu operacji kardiochirurgicznej (czasu jej trwania i poszczególnych etapów zabiegu), pobytu w Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej oraz kwestii dotyczących bezpośredniego przygotowania do operacji. Psycholog związany zawodowo z pracą w oddziale somatycznym powinien zatem dysponować takim zakresem wiedzy medycznej, aby móc w zrozumiały sposób wyjaśnić pacjentowi nurtujące go zagadnienia. Dzięki temu jest w stanie przygotować chorego do poszczególnych etapów hospitalizacji i rekonwalescencji (Wrona-Polańska, 2016). Rozmowa psychologiczna ma więc na celu przede wszystkim wyjaśnienie obaw zgłaszanych przez chorego. Pozwala także na urealnienie obrazu choroby i leczenia, co niejednokrotnie prowadzi do redukcji

poziomu lęku, tak ważnego z perspektywy dalszego przystosowania się. Postępowanie przedoperacyjne może być ukierunkowane na stan emocjonalny lub stan poznawczy chorego albo na obydwa te poziomy łącznie – w zależności od pacjenta. Oddziaływanie na poziom poznawczy to przede wszystkim dostarczenie pacjentowi szczegółowych informacji związanych z operacją i okresem pooperacyjnym. Bezpośrednim efektem tego rodzaju działań jest ukształtowanie nastawienia na wykonywanie czynności pożądaných w tym szczególnym okresie czy prawidłowych oczekiwań dotyczących operacji i wydarzeń, które prawdopodobnie będą miały miejsce podczas dalszej hospitalizacji. Jest to korzystne nie tylko z perspektywy pacjenta, ale ułatwia także innym członkom personelu medycznego współpracę z chorym. Oddziaływanie na stan emocjonalny to stworzenie warunków umożliwiających odreagowanie napięć związanych z zabiegiem poprzez wyrażenie aktualnych myśli, nastrojów i obaw.

Rozmowa, którą przeprowadzamy z chorym w przeddzień operacji, ma też dostarczyć istotnych informacji o nim samym. Ocena psychologiczna obejmuje swoim zakresem nie tylko stan emocjonalny chorego, czyli wspomniany wyżej poziom lęku oraz nastroj,



Ryc. 1. Praca z pacjentem w okresie przedoperacyjnym

ale także funkcjonowanie poznawcze. Oprócz tego zawiera ocenę zdolności adaptacyjnych i posiadanych zasobów wsparcia społecznego. Uzupełnieniem tych danych jest także wywiad dotyczący wcześniejszego leczenia neurologicznego lub psychiatrycznego, co jest niezwykle istotne w przypadku chorych obciążonych licznymi schorzeniami.

Ocena funkcji kognitywnych pacjenta jest szczególnie ważna w aspekcie ryzyka wystąpienia majaczenia bądź psychozy pooperacyjnej. Z racji tego, że precyzyjna identyfikacja czynników ryzyka jest wciąż niejednoznaczna, należy zwracać uwagę na chorych w podeszłym wieku z licznymi chorobami współistniejącymi, operowanych w trybie pilnym (Płótek, Pielok, Cybulski, Samborska, 2014).

Rola psychologa w okresie pooperacyjnym

W pierwszych dobach po operacji pacjent przebywa w Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej. Na tym etapie psycholog rzadko ma kontakt z pacjentem. Dzieje się tak w sytuacjach wyjątkowych, związanych zwykle ze skomplikowanym przebiegiem pooperacyjnym. Konieczne są wtedy krótkie interwencje, zapewniające pacjentowi odpowiedni poziom wsparcia emocjonalnego, a często także informacyjnego. O potrzebie tego rodzaju działań psycholog zostaje zawiadomiony przez lekarza prowadzącego, z którym uprzednio omawia stan somatyczny chorego. W zależności od tego, w jakim stanie jest pacjent i jakie są dalsze rokowania, planowane jest dalsze postępowanie. W przypadku prognozowanej długotrwałej hospitalizacji w Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej staramy się przede wszystkim o regularny kontakt z pacjentem. W tego rodzaju sytuacji niezwykle ważne jest monitorowanie stanu psychicznego chorego w celu wychwycenia zmian, które powodowałyby np. konieczność konsultacji psychiatrycznej i włączenia odpowiedniego leczenia farmakologicznego. Kiedy sytuacja dotyczy pacjentów obciążonych powikłaniami neurologicznymi, staramy się – w zależności od

warunków i aktualnych możliwości chorego – o przeprowadzenie wstępnej diagnostyki neuropsychologicznej w celu oceny potencjalnych uszkodzeń. Pozwala to na zaplanowanie ewentualnych dalszych interwencji w oddziale pooperacyjnym.

Jeśli stan chorego jest stabilny, jest on przekazywany do oddziału pooperacyjnego, gdzie kontakt z psychologiem jest częsty i bardziej intensywny. Jeszcze przed operacją pacjent jest informowany o możliwości otrzymania wsparcia psychologicznego w każdym momencie, w którym uzna to za potrzebne. Szczególnie istotne znaczenie ma także informowanie chorego o możliwości zażycia środków przeciwbólowych za każdym razem, kiedy – jego zdaniem – pojawia się taka konieczność. Postępowanie to ma na celu zwiększenie u pacjentów poczucia kontroli nad sytuacją, co pozwala – podobnie jak wsparcie informacyjne dostarczone bezpośrednio przed zabiegiem – na lepszą adaptację do nowej sytuacji (Sapolsky, 2012).

W przebiegu całej hospitalizacji ważne jest monitorowanie stanu psychicznego pacjenta kardiochirurgicznego. Ulega on ciągłym zmianom na skutek różnego rodzaju wpływów – m.in. oddziaływania pielęgniarstwa, leki, rehabilitacja – którym poddawany jest pacjent. Silny lęk, odczuwany przez pacjenta przed operacją, stopniowo zmniejsza natężenie, przechodząc w inne stany emocjonalne – niekiedy bardzo intensywne. Przygotowując chorego do operacji, staramy się uprzedzić go o labilności nastroju, która może wystąpić po zabiegu. Z obserwacji zespołu naszych psychologów wynika, że pacjent uprzedzony o możliwości wystąpienia kryzysu, związanego z pogorszeniem ogólnego samopoczucia psychofizycznego, reaguje mniejszym napięciem i niepokojem. Psycholog pracujący z pacjentami hospitalizowanymi w oddziale pooperacyjnym stara się na bieżąco obserwować zmiany nastroju i samopoczucie chorych. Jako członek zespołu uczestniczy w porannych wizytach lekarskich, dzięki czemu jest na bieżąco informowany o ewentualnych problemach zgłaszanych przez pacjentów

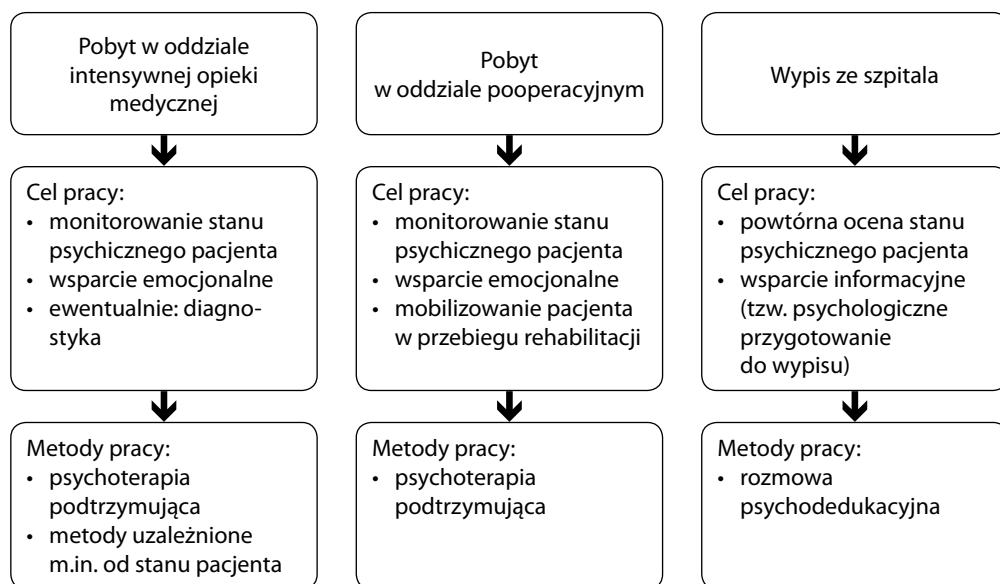
personelowi pielęgniarskiemu w godzinach wieczornych. Należy podkreślić, że rolą zarówno psychologa, jak i wszystkich członków personelu medycznego, mających kontakt z pacjentem, jest także wychwycenie tych zmian w jego zachowaniu, które mogą świadczyć o ryzyku wystąpienia powikłań operacji i które będą wymagały dodatkowej konsultacji ze strony specjalisty psychiatry i/lub neurologa. Ocena częstości występowania epizodów psychiatrycznych u pacjentów po operacjach kardiochirurgicznych jest trudna do oszacowania i według różnych autorów waha się od 3 do 100% (Pudło, Matysiakiewicz, Piegza, Hese, 2009).

Członkowie zespołu psychologów biorą także aktywny udział w procedurze monitorowania bólu pooperacyjnego. Wykorzystujemy tę okazję do codziennej rozmowy z pacjentem, w trakcie której staramy się zebrać najważniejsze informacje dotyczące nastroju pacjenta, jego subiektywnego samopoczucia oraz postępów lub ewentualnych trudności związanych z rehabilitacją. Jest to przede wszystkim ten moment codziennego dnia pacjenta, w którym ma on okazję podzielić się z psychologiem swoimi odczuciami dotyczącymi operacji. Istnieje wówczas możliwość, by – jeśli zachodzi taka potrzeba – skonfrontować chorego z obawami, które prezentował przed operacją. Rozmowy te służą także mobilizowaniu pacjenta do współpracy i stopniowemu przygotowaniu go do kolejnego etapu rehabilitacji w innym ośrodku, a w dalszej perspektywie – do powrotu do normalnego funkcjonowania społecznego i wyjścia z roli chorego.

Praca psychologa w oddziale kardiochirurgii nie ogranicza się jednak tylko do schematycznego i ściśle określonego postępowania zaprezentowanego powyżej. W codziennej pracy zdarzają się także sytuacje, które wymagają szczególnego zaangażowania całego zespołu – w tym psychologa. Przykładem takiej sytuacji jest przeprowadzana na sali chorych reanimacja, w trakcie której nie zawsze istnieje możliwość wyprowadzenia innych pacjentów z pomieszczenia. Konsekwencją tego

typu wydarzeń są ogromne zmiany w stanie emocjonalnym chorych, wymagające nieraz szczególnej, indywidualnej interwencji. Często niezbędne w tym okresie jest także odpowiednie wsparcie farmakologiczne.

Etapem zamykającym okres współpracy z pacjentem jest rozmowa psychoedukacyjna, której zadaniem jest psychologiczne przygotowanie pacjenta do wypisu. Analogicznie do pierwszego spotkania z chorym, takie działanie ma na celu ocenę stanu emocjonalnego i wychwycenie ewentualnych różnic występujących w funkcjonowaniu kognitywnym. Ponieważ hospitalizacja najczęściej kończy się przekazaniem chorego do szpitala sanatoryjnego, w którym w dalszym ciągu będzie objęty opieką psychologa, informacje na temat aktualnego funkcjonowania pacjenta są bardzo istotne z perspektywy pracy przyszłego zespołu terapeutycznego. Działalność psychoedukacyjna prowadzona w oddziale skierowana jest nie tylko na chorego, ale także na jego rodzinę. Staramy się przekazywać pacjentom niezbędne informacje dotyczące zdrowego stylu życia, mając na uwadze także ich dobrostan psychiczny. Jeżeli w wyniku interwencji kardiochirurgicznej chorego zmuszony jest radykalnie zmienić swoje dotychczasowe funkcjonowanie, np. ze względu na konieczność przestrzegania zaleceń związanych z niezbędnym leczeniem farmakologicznym, proces psychologicznego przygotowania go do nowej sytuacji będzie nieco inny (Siwińska, Milaniak, Przybyłowski, Lesiak-Kalukin, Sadowski, 2012). Dotyczy to szczególnie pacjentów po zabiegach pilnych, które nie były operacjami planowymi. Ta grupa chorych wymaga często szczególnego wsparcia, zarówno emocjonalnego, jak i informacyjnego. Istotną częścią tego procesu jest zapoznanie pacjenta ze szczegółowymi zaleceniami oraz omówienie ich wpływu na dotychczasowy tryb życia. Edukacja zdrowotna na tym etapie jest niezwykle istotna. Podobnie jak w przypadku przygotowania chorego do zabiegu, psycholog stara się precyzyjnie wyjaśnić schemat leczenia, a także, w porozumieniu z lekarzem prowadzącym, omówić ograniczenia



Ryc. 2. Praca z pacjentem okresie pooperacyjnym

związane z zażywaniem leków oraz konsekwencje, które mogą powstać na drodze nieprzebrzegania zaleceń (Wrona-Polańska, Mastalski, 2009). Weryfikujemy także zakres wsparcia społecznego posiadanego przez pacjenta, aktywizując i edukując bliskich, którzy mu towarzyszą. Jeśli w okresie przedoperacyjnym otrzymujemy informację, że pacjent zmaga się z trudnościami natury psychologicznej, z którymi nie możemy pracować w okresie hospitalizacji, staramy się przekierować pacjenta w odpowiednie miejsce, gdzie otrzyma adekwatną pomoc, często długoterminową.

Podsumowanie

Schemat postępowania wypracowany przez zespół psychologów naszej kliniki jest jasno określony. Staramy się jednak, by wszystkie interwencje psychologiczne, którym poddawany jest pacjent, były dostosowane do jego potrzeb. Celem naszych działań jest pomoc psychologiczna, polegająca na stworzeniu jak najlepszych warunków, które pozwolą choremu przystosować się do sytuacji, w której się znalazł.

Wnioski

1. Zadania, które należą do psychologa zajmującego się udzielaniem pomocy pacjentom chorującym somatycznie, a w szczególności pacjentom kardiologicznym, to specyficzny rodzaj pracy.
2. Działania wpływające na stan psychiczny pacjenta możemy podzielić na dwa wzajemnie uzupełniające się obszary. Oddziaływanie na stan emocjonalny, pozwalające choremu na odreagowanie napięć związanych z operacją, polega na stworzeniu pacjentowi przestrzeni, która umożliwi wyrażenie obaw, nastrojów i myśli związanych z zabiegiem. Oddziaływanie na poziomie poznawczym ma na celu dostarczenie niezbędnych informacji związanych z operacją i przebiegiem rekonwalescencji.
3. Bezpośrednim efektem tego rodzaju postępowania ma być ukształtowanie u chorego prawidłowych, realistycznych oczekiwań związanych z okresem pooperacyjnym. Służy to także wypracowaniu u chorego odpowiedniej postawy

związanej z przestrzeganiem zaleceń pooperacyjnych.

4. Stosowane oddziaływania powinny się wzajemnie uzupełniać, stanowiąc bezpośrednią reakcję na potrzeby prezentowane przez konkretnego pacjenta.

Bibliografia

- Heszen-Klemes I. (1983). Psychologiczne problemy chirurgii. Jarosz M i in. (red.), *Psychologia lekarska*, Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, 411–415.
- Płotek W., Pielok J., Cybulski M., Samborska R. (2014). Przypadki pooperacyjnego majaczenia po zabiegach pomostowania aortalno-wieńcowego w grupie chorych niskiego ryzyka. *Anestezjologia i Ratownictwo*, 8, 271–291.
- Pudło R., Matysiakiewicz J., Piegza M., Hese R. (2009). Zaburzenia świadomości po zabiegach kardiochirurgicznych. *Psychiatria po Dyplomie*, 6, 1, 64–67.
- Sapolsky R. (2012). *Dlaczego zebry nie mają wrzodów? Psychofizjologia stresu*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Siwieńska J., Milaniak I., Przybyłowski P., Lesiak-Kalukin M., Sadowski J. (2012). Kształtowanie zachowań zdrowotnych u pacjentów po transplantacji serca – doświadczenia własne. Wrona-Polańska H. (red.), *Psychologia zdrowia w służbie człowiekowi*, Kraków: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego.
- Wrona-Polańska H. (2016). *Twórcze zmaganie się ze stresem szansą na zdrowie. Funkcjonalny Model Zdrowia chorych po transplantacji szpiku kostnego*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Wrona-Polańska H., Mastalski J. (red.) (2009). *Promocja zdrowia w teorii i praktyce psychologicznej*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.