



Centrum Dydaktyki
i Symulacji Medycznej
Śląski Uniwersytet Medyczny
w Katowicach

MATERIAŁY EDUKACYJNE

CENTRUM DYDAKTYKI
I SYMULACJI MEDYCZNEJ

ŚLĄSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY
W KATOWICACH

MAŁGORZATA PERLAK

MATERIAŁY EDUKACYJNE

ASPEKTY

PSYCHOLOGICZNE

EPIDEMII

© Centrum Dydaktyki i Symulacji Medycznej

Dane Kontaktowe:

Centrum Dydaktyki i Symulacji Medycznej
Śląski Uniwersytet Medyczny

ul. Medyków 8b

40-752 Katowice

tel. (32) 208 87 70

(32) 208 88 00

www.cdism.sum.edu.pl

4.

KRYZYS

Kryzys związany z kwarantanną lub leczeniem – co to takiego? Co się może podziać? Jak pomóc?

Sytuację traktujemy jako kryzysową, jeśli spełnia kilka cech:

- jest nowa, nie spodziewaliśmy się jej,
- jest niecodzienna i wymusza na nas nowe zachowania, działania – pojawia się pytanie: „nie wiem, co robić?”,
- niebezpieczeństwo, z którym się stykamy, może powodować zagrożenie takich wartości jak zdrowie i życie,
- zmiany, które przynosi zagrożenie, mogą mieć charakter nieodwracalny, np. śmierć.

W kryzysie zostajemy wysadzeni z dotychczasowego sposobu działania, funkcjonowania. Wszystko jest nowe, zaskakujące, inne.

Kryzys to także moment, gdy nasze sposoby działania nie są wystarczające, bowiem pojawia się coś, co przekracza nasze umiejętności poradzenia sobie w dotychczasowy sposób.

Dla każdego z nas kryzysem mogą być różne sytuacje. Dla wielu, jeśli nie dla większości, kryzysem staje się choroba lub zagrożenie związane z możliwością utraty zdrowia.

Liczni badacze problematyki stresu, choroby, radzenia sobie (m.in. Heszen, Motyka, Bomba) identyfikują charakterystyczne cechy, które mają decydujący wpływ na to, czy chorobę lub zagrożenie jej możliwością spostrzegamy w kategoriach kryzysu. Wymieniają oni takie komponenty jak: nagłość wystąpienia, niecodziennosc trudnych zdarzeń, zagrożenie lub wyobrażenie utraty ważnych wartości takich jak zdrowie i życie, obecność zmian o charakterze nieodwracalnym.

W obecnej sytuacji wszyscy doświadczamy czegoś nowego na tak dużą skalę.

Boimy się, a nawet jeśli już opanowujemy strach, to musimy wypracować nowe sposoby radzenia sobie w tej sytuacji.

To radzenie sobie przebiega w charakterystycznych etapach.

Warto o tym wiedzieć dla siebie samego, ale także po to by rozumieć reakcje pacjentów, z którymi przyjdzie nam pracować.

Pacjenci często nie posiadają wystarczających informacji dotyczących choroby, tego gdzie mają się udać, który szpital ich przyjmie. Dzwonią począwszy od placówek POZ, poprzez dyspozytornie, kończąc na Sanepidzie. Boją się o siebie i bliskich. Jeśli ta sytuacja nakłada się na ich wcześniejsze problemy czy trudności w sferze funkcjonowania (zaburzenia nerwicowe, osobowościowe, chorobę psychiczną, uzależnienie), to mamy pewnego rodzaju kumulację, efekt śnieżnej kuli. Często stres powoduje u niektórych obniżenie nastroju, ale też drażliwość, zachowania ryzykowne czy wręcz agresywne.

Nie łatwo to wytrzymać musząc koncentrować się na udzieleniu profesjonalnej pomocy.

Może choć trochę świadomość tego, skąd biorą się zachowania pacjentów, a także nasze, pomoże w zdystansowaniu się, w nie wchodzeniu na ring z pacjentami, w zatrzymaniu spirali napięcia i frustracji z naszej strony.

Kubler-Ross opisała, na podstawie badań i obserwacji, etapy jakie przechodziły osoby w związku z sytuacją żałoby.

W licznych późniejszych publikacjach wielu autorów używa tych faz w kontekście opisu radzenia sobie człowieka z sytuacją trudną, nie będącą jedynie sytuacją utraty osoby bliskiej, ale każdej utraty, w tym poczucia bezpieczeństwa.

Przyjrzyjmy się tym etapom najpierw w wymiarze społecznym.

Początkowo człowiek funkcjonuje w pewnej **stabilizacji**. Jego świat jest znany i w miarę przewidywalny, nawet jeśli boryka się z wyzwaniami i trudnościami. Pewne sytuacje, działania są powtarzalne, np. chodzi do pracy, po południu zajmuje się dziećmi, itp.

Kiedy pojawia się informacja o panującej na świecie chorobie, początkowo się tym nie martwi, bo sytuacja nie jest bliska, nie dotyczy jego i jego bliskich bezpośrednio. Jest odległa.

Wraz z upływem czasu sytuacja ewoluuje i choroba dociera do kraju. Rząd wprowadza z dnia na dzień zmiany, restrykcje. Zamykane są szkoły. Pojawia się konieczność zmiany sposobu pracy (z domu) lub jej zintensyfikowania (medycy). To wywołuje reakcję **zaprzeczenia**.

Nie dowierza się realności tej sytuacji. Pojawiają się pytania, przecież to wirus taki jak grypa? Po co taka histeria? Jest przecież sezon na grypę? Po co zamykanie szkół? Co zrobię z dziećmi?

Osoba, z którą personel medyczny ma kontakt – czyli pacjent – albo jest na etapie obaw, że może być osobą zarażoną, albo objawy, które manifestuje wskazują na to, że na pewno jest zarażona.

Pacjent, u którego wynik testu okazuje się być pozytywny – mimo tego, że mógł się domyślać i zakładać, że jest chory – przeżywa **szok, niedowierzenie**. Zdaje sobie sprawę z sytuacji, ale początkowo nie wierzy w to. Ma poczucie nierealności tego, co się dzieje. Czasami próbuje zaprzeczyć tej rzeczywistości i np. ucieka z oddziału.

Pacjent potrzebuje czasu, aby zebrać się w sobie; boi się.

Kolejny etap to **gniew**.

Gniew na zmiany, na konieczność kombinowania co zrobić z dziećmi, na chaos w sklepach i histerię ludzi kupujących zapasy żywności i środków higienicznych wbrew zapewnieniom, że niczego nie zabraknie. Złość kierowana jest pod adresem instytucji państwa, pojawiają się pretensje dotyczące przewidywanych skutków gospodarczych i ekonomicznych związanych z sytuacją.

Pacjent może wyrażać bardzo otwarcie złość na wszystko i na wszystkich. Zadaje sobie pytania typu: „dlaczego mnie to spotkało?”, „dlaczego muszę tyle czekać?”, „gdzie testy?”. To trudny moment rodzący napięcie na linii personel medyczny – pacjent. Frustracja pacjenta spotyka się często ze zmęczeniem personelu medycznego wynikającym z przeciążenia pracą.

Kolejny etap to **targowanie się**. Ludzie osadzają się nieco w zmianach; próbują myśleć, że to szybko się skończy. Może nie będzie miało takiego rozmiaru, jak w innych państwach. Ludzie myślą, że ich to nie dotyczy, przecież nie są w grupie ryzyka. Ci, którzy są w grupie ryzyka, myślą, co muszą zrobić aby nie narazić się na zachorowanie.

Niektórzy nie stosują się do zaleceń; robią po swojemu.

Rozwój sytuacji lub zmęczenie zmienioną codziennością prowadzą do etapu **depresji** – rozumianej jako stan. Pojawić się może obniżenie samopoczucia, ale także drażliwość, złość. Pojawiają się pytania o to, jak długo to jeszcze potrwa; obawy dotyczące kosztów ekonomicznych – jak sobie poradzić, jak i za co opłacić media, kredyty? Pojawia się zniechęcenie, czasami spadek motywacji do działania.

Akceptacja. Ma miejsce gdy następuje pogodzenie się z sytuacją taką, jaka jest. Tutaj ma miejsce wzrost aktywności związany z podejmowaniem działań, które są możliwe i realne. Człowiek zaczyna szukać zajęć, które może podejmować w czasie trwania kwarantanny. Stara się zadbać o bezpieczeństwo swoje i bliskich, przeorganizowuje sobie sposób codziennego funkcjonowania.

Oczywiście etapy mogą przebiegać dowolnie, nie zawsze zachowując wymienioną kolejność.

Co może pomóc w kontakcie z pacjentem przeżywającym kryzys?:

- świadomość różnych możliwych reakcji emocjonalnych u pacjenta wynikających z faktu utraty poczucia bezpieczeństwa,
- przekonanie, że reakcje te są wynikiem sytuacji, nie są wymierzone we mnie jako osobę,
- uświadamianie sobie, że pacjent wywołuje we mnie szereg negatywnych emocji,
- świadomość, że są to emocje, które pacjent ma w sobie, a ponieważ są trudne, przerzuca je na otoczenie,
- dystansowanie się i zachowanie spokoju,
- zastosowanie odzwierciedlenia, czyli nazwanie reakcji emocjonalnych pacjenta: „wydaje się być pan(i) zdenerwowany/a”, „ta sytuacja może budzić niepokój/irytację”,
- okazanie wsparcia informacyjnego, czyli wszelkich informacji i wyjaśnień niezbędnych dla pacjenta, aby poczuł się bezpieczniej,
- umożliwienie zadawania pytań,
- przekazanie najistotniejszych zaleceń i wskazań,
- podsumowanie i upewnienie się, czy dla pacjenta wszystko jest zrozumiałe.

Zastosowanie tych wskazówek może pomóc w zbudowaniu kontaktu i relacji współpracy z pacjentem będącym w sytuacji silnego stresu.

Stosowanie opisanych narzędzi komunikacyjnych oraz znajomość etapów reakcji kryzysowej pozwala personelowi medycznemu znacznie zredukować osobisty stres.

Bibliografia

1. Bomba J.: Wokół pojęcia kryzysu – implikacje diagnostyczne i terapeutyczne. Zeszyty Interwencji Kryzysowej. 1994, (2):7–12.
2. Badura-Madej W.: Wybrane zagadnienia interwencji kryzysowej. Wyd. „Śląsk”, Katowice 1999.
3. Kubler-Ross E.: Życiodajna śmierć. Księgarnia św. Wojciecha, Poznań 2005.
4. Heszen-Celińska I., Sęk H.: Psychologia zdrowia. Wydawnictwo naukowe PWN, 2020.