

PSYCHOLOGIA W ODDZIALE INTENSYWNEJ TERAPII

- DOSKONALENIE KOMPETENCJI INTER-
I INTRAPERSONALNYCH STUDENTÓW
MEDYCYNY UJ CM

Mgr Donata Liberacka



Potrzeba dodatkowego doskonalenia kompetencji komunikacyjnych u osób pracujących w OIT

- Konieczność przekazywania **trudnych informacji** – sytuacje zagrożenia życia, częste informowanie o śmierci czy trwałym kalectwie, rozmowy z pacjentem lub jego bliskimi będącymi w ostrym stresie
 - Konieczność radzenia sobie z **trudnymi**, gwałtownymi i silnymi **emocjami** - własnymi, pacjenta i jego bliskich
 - Konieczność podejmowania **trudnych decyzji** bez możliwości ich omówienia z pacjentem
-

PSYCHOLOGIA W ODDZIALE INTENSYWNEJ TERAPII

- 3 bloki tematyczne: kontakt z rodziną pacjenta przebywającego w OIT, kontakt z pacjentem przebywającym w OIT, psychologiczne aspekty pracy lekarzy w OIT



KONTAKT Z RODZINĄ PACJENTA OIT

- Algorytm postępowania i kontaktu z rodziną pacjenta krytycznie chorego (Lickiewicz J, Serednicki W, Zasada E, Wordliczek J, 2014)
- Breaking Bad News, protokół SPIKES (Buckman R., 1992) – symulacja rozmowy, użyteczność i ograniczenia
- Celem algorytmu jest zmniejszenie prawdopodobieństwa dodatkowego straumatyzowania rodziny przez sposób przekazywania informacji, a nie stworzenie sytuacji, w której rodzina przyjmie najtrudniejsze wiadomości ze spokojem i pełnym zrozumieniem

KONTAKT Z RODZINĄ PACJENTA OIT

- ✓ S – Setting (właściwe i bezpieczne otoczenie), zagrożenie – negatywne nastawienie, poczucie zagrożenie ze strony lekarza, procedur i szpitala
 - ✓ P – Perception (Co Państwo wiedzą na ten moment? Jak Państwo rozumieją sytuację? Wiesz, od którego momentu rozpocząć informowanie i możesz dostosować kontakt/język do rodziny), zagrożenie – mediomowa
 - ✓ I – Information
 - ✓ K – Knowledge – szczegółowość komunikatu dostosuj do pytań i wątpliwości rodziny, spokój nie oznacza, że rodzina przyjmuje informację – może nic nie rozumieć (medo-edukacja), zagrożenie – brak rozumienia treści, konieczność powtarzania rozmowy
 - ✓ E – Empathy – spróbuj zrozumieć reakcję emocjonalną rodziny, ale nie mów, że rozumiesz, co czują, zagrożenie – zablokowanie żałoby
 - ✓ S – Summary
-

PRZYPADEK

Jak Państwo rozumieją sytuację? Co się dzieje? Jakiego ewentualnego dylematu etycznego dotyczy przedstawiona sytuacja?

Czy można zgodzić się na prośbę Rodziny? Dlaczego?

Na co zwrócić uwagę w rozmowie z rodziną?

Co można próbować zrobić dalej z tą sytuacją?

KONTAKT Z PACJENTEM OIT

- Obowiązkiem lekarza jest poinformowanie pacjenta o jego stanie zdrowia, w tym koniecznych amputacjach czy innych przewidywanych utratach sprawności (niezależnie od kompetencji i wsparcia rodziny, psychologa, fizjoterapeutów, pielęgniarek czy wiedzy wybudzonego pacjenta).
- Dostosuj procedurę do możliwości pacjenta – dokonaj krótkiej oceny neuropsychologicznej (orientacja auto- i allopsychiczna, możliwości zapamiętywania nowego materiału), ustal alternatywną metodę komunikacji – sprawdź czy pacjent jest w stanie ją stosować, zadbaj o wsparcie emocjonalne, z którego pacjent będzie mógł skorzystać po rozmowie (psycholog, rodzina)

KONTAKT Z PACJENTEM OIT

- Spróbuj przygotować się na możliwe emocje i stany pacjenta – w tym utratę kontroli, niezgodę na sytuację, wściekłość, rozpacz, bezradność, szok czy niedowierzenie, jak i potrzebę posiadania pewnej podstawowej nadziei. Nazywaj te stany, to sprawia ulgę. Unikaj mówienia, że rozumiesz, co ktoś przeżywa.
 - Spróbuj przygotować się na własne poczucie bezradności związane z rozmową.
-

KONTAKT Z PACJENTEM OIT – SYTUACJA PACJENTA

Przyczyna znalezienia się w szpitalu (uraz, choroba) oraz sam pobyt w OIT może wiązać się z szeregiem problemów psychologicznych. Część z nich może pojawić się i rozwinąć w trakcie hospitalizacji, inne w okresie późniejszym.


- Ostra reakcja na stres
- Zaburzenia adaptacyjne
- PICS (post-intensive care syndrome) związany ze stresem hospitalizacji, nowe lub pogarszające się problemy zdrowotne po krytycznej chorobie, które zostają po długim pobycie oraz wyjściu ze szpitala (Harvey M.A., 2012). Dodatkowo wskazuje się na możliwość wystąpienia tego zespołu u najbliższych pacjenta (PICS-Family).


KONTAKT Z PACJENTEM OIT – SYTUACJA PACJENTA


THIS IS METhis information will help us get to know and care for you


My Name:
What I prefer to be called

Hobbies & Preferences :


Sports 


Programmes 


Music 

The person who knows me best : 


My family/friends & people who are important to me:


My Pet(s) 


Important things about me... other interests: 

Things that may worry or upset me: 

I wear: (please tick)







Completed by:

Date:

PSYCHOLOGICZNE ASPEKTY PRACY LEKARZY W OIT

- Lekarze dość dobrze radzą sobie z wyzwaniami wymagającymi uruchomienia i zastosowania zadaniowych strategii zaradczych. Sytuacja pracy w OIT związana jest jednak niejednokrotnie z koniecznością znoszenia i radzenia sobie z bezradnością, świadomością zawodności wszelkich metod, doświadczaniem własnych silnych uczuć oraz potrzebą kontenerowania emocji pacjenta i jego rodziny.

PSYCHOLOGICZNE ASPEKTY PRACY LEKARZY W OIT

- Sytuacje, w których należałoby wybrać strategie nakierowane na złagodzenie siły trudnych emocji sprzyjają procesowi wycofywania się, dystansowania i uruchamiania mechanizmów ucieczkowych.
- Zagrożenia związane ze stosowaniem przez lekarzy substancji psychoaktywnych w celu złagodzenia napięcia (Szczyrba-Maróń B., Wons A, 2008), zwłaszcza alkoholu, benzodiazepin i opiatów (Avery D.M., Daniel W.D., McCormick M.B., 2000) oraz problem wypalenia zawodowego.
- Systemowe rozwiązania ukierunkowane na wsparcie w tym zakresie: grupy Balinta, techniki debriefingu, Buddy System

PSYCHOLOGICZNE ASPEKTY PRACY LEKARZY W OIT

- COVID 19 Battle Buddy Support –korzyści z koleżeńkiego wsparcia i mentoringu w trakcie wspólnej pracy w trakcie pandemii
- ABC Koleżeńkiego Wsparcia
 - ✓ Obserwuj, słuchaj i pytaj (*Jak u Ciebie? Co się stało? Co o tym myślisz? Jak sobie poradziliście? Co pomogło Ci to wytrzymać? Co było najtrudniejsze? Co poszło dobrze? Co sobie pomyślałeś/aś, gdy to się działo? Czy możesz coś z tego doświadczenia wykorzystać w przyszłości? Co zrobisz następnym razem?*)
 - ✓ Nazywaj emocje (*Co czułeś/aś? Co wtedy przeżywałeś? Mam wrażenie, że mogłeś/aś wtedy czuć... Słyszę/Widzę, jak bardzo jest Ci trudno. Myślę, że wielu z nas czuje teraz podobnie.*)
 - ✓ Daj wspierający komunikat (*Zrobiłeś wszystko, co można było zrobić. Robisz dobrą robotę. Robisz tyle, ile się da. Jesteśmy w tym razem. Czego potrzebujesz? Co ja mogę dla Ciebie zrobić? Jak Ty teraz o siebie zadbasz?)*
 - ✓ Zaoferuj dalszą pomoc (*W takich sytuacjach ludzie zazwyczaj potrzebują dodatkowej pomocy. Może dobrze byłoby, żebyś z kimś jeszcze porozmawiał/a? W takiej sytuacji może warto rozważyć dodatkową pomoc.)*

- 1. Avery D.M., Daniel W.D., McCormick M.B.: *The impaired physician*. Elsevier Science: Prim, Care Update Ob/Gyns, 2000, 4, 154-160.
- 2. Buckman R.: *How to break bad news: a guide for health care professionals*. The Johns Hopkins University Press, Baltimore, 1992, 65-97.
- 3. Buckman R, Kason Y: *How to break bad news — a practical protocol for healthcare professionals*. University of Toronto Press, Toronto, 1992.
- 4. Campbell M.L., Guzman J.A.: *Impact of a proactive approach to improve end-of-life care in a medical ICU*. Chest, 2003, 123, 266-271.
- 5. Coulehan J.L., Platt F.W., Egner B. i wsp.: *Let me see if I have this r i g h t ...: Words that help build empathy*. Ann. Intern. Med., 2001, 135, 3, 221-227.
- 6. Davidson E.J., Harvey M.A., Bemis-Dougherty A., Smith J.M., Hopkins R.O.: *Implementation of the Pain, Agitation, and Delirium Clinical Practice Guidelines and promoting patient mobility to prevent post-intensive care syndrome*. Crit. Care Med, 2013, 41(9 Suppl 1), 136-145.
- 7. Dolińska-Zygmunt G. *Problematyka realizmu życiowego w rozważaniach psychologicznych*. W: Przesmycka-Kamińska J. (red.) *Refleksja nad etycznymi i teoretycznymi podstawami pomocy psychologicznej*. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, 1994, 62-71.
- 8. Harvey, Maurene A.: *The truth about consequences - Post-intensive care syndrome in intensive care unit survivors and their families*. Crit Care Med. 2012,40, 2506-7.
- 9. Lazarus R.S.: *Paradygmat stresu i radzenia sobie*. Nowiny Psychologiczne, 1986 3.4, 2-39.
- 10. Lickiewicz J., Srednicki W., Zasada E., Wordliczek J.: *Wprowadzenie algorytmu postępowania i kontaktu z rodziną pacjenta krytycznie chorego. Doświadczenia Centrum Urazowego Medycyny Ratunkowej i Katastrof w Krakowie*. Anestezjologia i Ratownictwo, 2014, 8, 441-447.
- 11. Lorin S., Rho L., Wisnivesky J.P, Nierman D.M.: *Improving medical student intensive care unit communication skills: A novel educational initiative using standardized family members*, Crit Care Med, 2006, 34, 9, 2386-2391.
- 12. Makowska H., Poprawa R. *Radzenie sobie ze stresem w procesie budowania zdrowia*. W: Dolińska-Zygmunt G. (red.) *Elementy psychologii zdrowia*. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, 1996, 69-100.
- 13. Moldovn C. Szederjesi J., Azamfirei L.: *The Degree of Satisfaction of Medical Students Regarding Simulation Based Teaching Methods in Anesthesia and Intensive Care*. Acta Medica Marisiensis, 2016, 62(1), 27-29.
- 14. Shapiro J., Rucker L., Robitshek D.: *Teaching the art of doctoring: an innovative medical student elective*. Med. Teach., 2006, 28, 1, 30-35.
- 15. Szczyrba-Maróń B., Wons A.: *Używanie substancji psychoaktywnych wśród lekarzy jako niekonstruktywny sposób radzenia sobie z trudnymi sytuacjami*. Alkoholizm i Narkomania, 2008, 21, 1, 9-20.
- 16. Tyszkiewicz-Bandur M., Walkiewicz M., Tartas M., Bankiewicz-Nakielska J.: *Kompetencje emocjonalne i społeczne wśród studentów kierunków medycznych*. Med Rodz 2017; 20(1): 25-30.
- 17. Wallace J.E., Lemaire J.: *On physician well being . You.ll get by with a little help from your friends*. Social Science & Medicine, 2007, 64, 2565-2577.
- 18. Weissmann P.F., Branch W.T., Gracey C.F. i wsp.: *Role modeling humanistic behavior: Learning bedside manner from the experts*. Acad. Med.,2006, 81, 7, 661-667.
- 19. Ziółkowska-Rudowicz Elżbieta, Kładna Aleksandra: *Kształcenie empatycznych lekarzy. Część IV – Rozwój umiejętności leżących u podstaw empatii*. Pol. Merk. Lek., 2010, XXIX, 174, 400-404.

BIBLIOGRAFIA



Jeśli ktoś z Państwa jest zainteresowany dostępem do dodatkowej literatury, ma pytania i wątpliwości – zachęcam do kontaktu:

donataliberacka@gmail.com

donata.liberacka@uj.edu.pl
