

PROBLEMY OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ NAD PACJENTEM Z CHOROBAĄ AFEKTYWNAĄ DWUBIEGUNOWAĄ

Nursing problems connected with the care of the patient suffering from bipolar disorder

JUSTYNA GAWRON ^{1, B, D, E, F}

¹ Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku
Dyrektor Andrzej Krawczyk

A - przygotowanie projektu badania (study design), **B** - zbieranie danych (data collection), **C** - analiza statystyczna (statistical analysis), **D** - interpretacja danych (data interpretation), **E** - przygotowanie maszynopisu (manuscript preparation), **F** - opracowanie piśmiennictwa (literature search), **G** - pozyskanie funduszy (funds collection)

Streszczenie

Choroba afektywna dwubiegunowa pojawia się stosunkowo wcześnie i towarzyszy człowiekowi do końca. Stwarza wiele problemów pacjentowi, jak również jego rodzinie, gdyż zaburza życie społeczne, zawodowe i rodzinne. Jest to jedyna jednostka chorobowa, w której przebiegu występują dwa diametralnie przeciwne bieguny. Epizod depresyjny to czas, kiedy człowiek chory widzi wszystko w czarnych kolorach, odczuwa niechęć i lęk przed światem, a ciągle towarzyszące mu poczucie braku bezpieczeństwa rodzi w nim wielką bezradność oraz osamotnienie. Chory obarcza się winą za wszystko, nierzadko stan ten wywołuje u niego myśli samobójcze. Drugi biegun, którego doświadcza pacjent to mania. Osoba taka jest bardzo pewna siebie, próbuje wszystkim sobie podporządkować, emanuje dużą ilością energii oraz przejawia nieograniczone możliwości. Chory maniakalny jest trudny w kontaktach, przysparza wiele kłopotów sobie i bliskim. Na dłuższą metę nie wytrzymuje swojego tempa.

Praca pielęgniarki zarówno z chorym depresyjnym, jak i maniakalnym wymaga dużego zaangażowania i konkretnej wiedzy psychiatrycznej oraz umiejętności psychologicznych. Z racji przebywania z chorym w dzień i w nocy może dokonywać wielu cennych spostrzeżeń ważnych w procesie leczenia. Dzięki ciągłej obecności pielęgniarki chory czuje się bezpiecznie, chętniej nawiązuje kontakt, przez co zmniejszają się jego negatywne emocje i mobilizują go do współpracy z całym zespołem terapeutycznym, a to wszystko składa się na efektywniejszy przebieg leczenia.

Słowa kluczowe: choroba afektywna dwubiegunowa, mania, depresja, zaburzenia, melancholia, obniżony, podwyższony nastrój, obserwacja, zespół terapeutyczny, pielęgniarka.

Summary

The bipolar disorder appears quite early and accompanies a human until death. It creates a lot of problems both to the patient and the family as it has its impact on social, professional and family life. It is the only disorder which characterizes itself with two completely opposite poles. The depression is the period during which the patient sees everything in dark colours, experiences aversion and fear towards the world, and the sense of insecurity makes him/her feel helpless and lonely. The patient blames him/herself for everything and the state frequently evokes suicidal thoughts. The second pole which troubles the patient is the mania. The person is very self-confident, tries to subordinate others, is very energetic and seems to have unlimited capabilities. The patient with the mania is hard in contact, creates a lot of problems to him/herself and the relatives. In the long run he/she is not able to keep up to his/her own pace.

The work with the patient in depression as well as with mania requires a lot of engagement, psychiatric knowledge and psychological abilities. Accompanying the patient during the day and night, a nurse is able to make a lot of observations which might be crucial in treatment. Being accompanied by a nurse, the patient feels safe, is more willing to maintain in contact with her which decreases his/her negative emotions and mobilizes to cooperate with the health team. All these factors promote more effective treatment.

Keywords: bipolar disorder, mania, depression, disorders, melancholy, increased, decreased mood, observation, health team, nurse.

Choroba afektywna dwubiegunowa jest pewnego rodzaju fenomenem wśród chorób psychicznych. To jedyna jednostka chorobowa, w której u jednej osoby występują skrajne i diametralnie różne zaburzenia emocjonalne, w krótszych lub dłuższych

odstępach czasu. Zaburzenia te charakteryzują się obniżonym nastrojem, zmniejszoną energią i aktywnością, czyli występowaniem depresji. Drugi rodzaj zaburzeń emocjonalnych charakterystycznych dla tego rodzaju schorzenia to występowanie podwyż-

szonemu nastroju i zwiększonego poziomu energii oraz aktywności, czyli manii. Pomimo dużo większej dostępności oraz skuteczności metod farmakoterapii, zaburzenia te stanowią wciąż wielki problem terapeutyczno-leczniczy, negatywnie wpływający na jakość życia chorych oraz ich rodzin. Choroba afektywna dwubiegunowa stanowi poważną przyczynę upośledzenia funkcjonowania oraz niezdolności do pracy zawodowej. Cechuje ją wielka nawrotowość, chroniczne utrzymywanie się objawów, problemy diagnostyczne, a także niewielkie zaangażowanie pacjentów w długotrwały proces leczenia. [1]

Już Hipokrates określał kolorem czarnym żółć stanowiącą istotę melancholii. Chory depresyjny wpada w ciemność swego świata, zamyka się w swej skorupie i jedyne, nad czym skupia swoje myśli to potrzeba końca cierpienia, czyli bardzo często jest to myślenie o śmierci. [2]

Poczucie bezradności, brak nadziei oraz wszechobecny lęk są główną przyczyną prób samobójczych. Aby temu zapobiec pielęgniarka musi bacznie obserwować pacjenta, jak również zabezpieczyć pomieszczenia i przedmioty, które mogłyby spowodować chorego do tego czynu. Konieczna jest wnikliwa obserwacja również w nocy, kiedy to chory budzi się i nie może ponownie zasnąć. Ważne jest, aby pacjent odczuwał nasze zrozumienie dla swoich przeżyć. Nie można zostawiać go samego, a jego myślenie należy zwrócić na inny tor.

Chory z obniżonym nastrojem nie ma apetytu, twierdzi, iż nie zasługuje na jedzenie lub, że jedzenie jest zatrute. Takie zachowanie spowodowane jest urojeniami, które często towarzyszą depresji. Należy zatem spróbować w tym momencie odwrócić jego uwagę, zachęcić do zjedzenia tylko części porcji, a jeżeli zajdzie potrzeba - nakarmić i napić pacjenta. Należy również skrupulatnie zanotować w dokumentacji ilość zjedzonych potraw oraz wypitych płynów. W fazie depresji chory nie czuje potrzeby higieny, dlatego zadaniem pielęgniarki jest mobilizowanie go do umycia się, przebrania w czystą bieliznę. Jeżeli nie dają efektu perswazje, wówczas toaletę musi wykonać za chorego pielęgniarka.

Trudność w nawiązywaniu kontaktu z chorym, to nadrzędny problem w opiece nad pacjentem, żyjącym w smutku, z nieuporządkowanymi myślami oraz z nieprawidłowo postrzeganą rzeczywistością. Spokojna i taktowna postawa pielęgniarki, która uważnie słucha chorego, okazując swą empatię na pewno zachęci go do wyrażania i opisywania swoich przeżyć. Pielęgniarka powinna koncentrować się na tym, co przeżywa pacjent, nie naciskać i nie ponaglać. Chory ma odczuć, że jest kimś ważnym i nie zostaje sam ze swoimi problemami. [3]

Lęk, z którym zmagają się pacjenci depresyjni to przeszkoda w opiece nad nim. To bardzo często symptom przybierający różne postacie objawów somatycznych, takich jak: ból, duszności, dolegliwości żołądkowo-jelitowe, osłabienie. Ważne jest, aby poprzez wzmożoną obserwację oraz kontakt słowny rozpoznać przyczynę występującego lęku i ewentualnie wykluczyć chorobę somatyczną. Obniżony nastrój jest przyczyną obniżonej aktywności. Nie można jednak zostawić chorego w bezczynności, nie na-

leży go też zmuszać do czegośkolwiek. Należy zatem mobilizować go powoli do prostej aktywności dnia codziennego, wdrażać do różnych form terapii zajęciowej oraz zachęcać do udziału w psychoterapii.

Zaburzenia treści myślenia występujące w formie urojeń, głównie winy i grzeszności, bardzo utrudniają pracę z chorym. Pielęgniarka dąży do osłabienia złych doznań, przez co ułatwia mu kontakt z rzeczywistością. Nie może jednak kategorycznie negować urojeń, lecz próbować zrozumieć jego emocje i zachowania oraz ustalić ograniczenia tam, gdzie jest to konieczne. [3]

Częste zaburzenia snu u chorych w przebiegu depresji wymagają nie tylko zastosowania farmakoterapii. Bardzo ważna jest w tym momencie również rola pielęgniarki, która poprzez rozmowę oraz obserwację zachowań pacjenta odczytuje nieprawidłowości w przebiegu snu. Kontakt pielęgniarki z pacjentem powoduje zwrócenie jego uwagi i zainteresowania oraz uwolnienie napięcia spowodowanego bezsennością.

Życie z chorym, który przeżywa epizod manii jest również trudne, często nie do zniesienia, gdyż chory ten posiada niewyczerpalną energię, która pozwala mu na wykonywanie czynności często nieodpowiednich i niestosownych w danej chwili (przebiegowanie mieszkania w środku nocy). Chory „kipi” przekonaniem o słuszności swojego postępowania, jest pewny siebie i żyje w poczuciu wielkiej własnej wartości. [4]

Wzmoczonej energii towarzyszy wzmożony nastrój prowadzący zwykle do euforii. Mogą jednak dominować gniew i złość, określane w manii, jako nastrój maniakalno-dysforyczny. Pacjenci wchodzą w ciągłe konflikty ze współpacjentami i personelem. Pielęgniarka powinna w takiej sytuacji podjąć działania, które poprawią relacje z chorym. Może to osiągnąć zachowując spokój i takt oraz przekazując jasne i proste komunikaty. Niekorzystna jest bezpośrednia krytyka chorego.

Chory maniakalny nie współpracuje z zespołem terapeutycznym. Zachowanie takie jest wynikiem występujących u chorego objawów psychotycznych, z czym wiąże się brak świadomości choroby. Pacjent odmawia pobytu w szpitalu, nie chce przyjmować zleconych leków, może również bronić się agresją wobec personelu lub ucieczką z oddziału. W tej sytuacji zadaniem opiekującej się pielęgniarki jest podjęcie takich działań, które pomogą choremu zapanować nad negatywnymi emocjami oraz agresywnym zachowaniem. Bez względu na prowokującą postawę pacjenta, pielęgniarka powinna zachować dystans, a także nie okazywać przewagi z racji pełnionej funkcji.

Pacjent w swoim „galopie” zapomina o zaspakajaniu podstawowych potrzeb życiowych. Chory nie dba o higienę, nie odczuwa potrzeby zjedzenia posiłku, gdyż jest zajęty innymi ważnymi dla niego sprawami. Pomimo ciągłej aktywności chory nie potrafi odpocząć ani się wyspać. Długotrwałe niezaspakajanie wyżej wymienionych potrzeb prowadzi do niebezpiecznych zaburzeń somatycznych zagrażających zdrowiu chorego. Pielęgniarka w sposób cierpliwy powinna pomóc choremu zaspokoić potrzeby fizjologiczne, monitorować ilość zjedzonych

posiłków, a jeżeli zaistnieje konieczność nakarmić go. Pielęgniarka dyskretnie kontroluje jak pacjent radzi sobie z wykonywaniem czynności higienicznych, proponuje pomoc przy wykonywaniu toalety oraz zmiany bielizny. Dobrze zorganizowany dzień pacjenta przez odpowiednie zajęcia terapeutyczne pozwala lepiej przygotować go do wypoczynku, jak również snu. [3]

Pacjent, który powoli dochodzi do równowagi psychicznej, zaczyna martwić się swoją sytuacją rodzinną i zawodową, a przede wszystkim faktem hospitalizacji w szpitalu psychiatrycznym. Pacjenci zdają sobie sprawę, że bardzo trudno będzie im wrócić do normalnego poziomu funkcjonowania rodzinnego, zawodowego i społecznego. W tym czasie potrzebują wsparcia i zapewnienia, że wszystko powróci do normy. [5] Człowiek, który przez pewien czas był wyłączony z zadań w rodzinie, w pracy i w społeczeństwie musi zostać poddany działaniom rehabilitacyjnym ukierunkowanym na prawidłowe funkcjonowanie w relacjach interpersonalnych i społecznych. Bardzo ważne jest, aby nauczyć pacjenta odpowiedzialności za własne leczenie i kontroli nad objawami nawracających zaburzeń. Potrzebna jest tu też współpraca z rodziną. Motywujący dla pacjenta jest fakt, że cały zespół terapeutyczny wraz z rodziną pracują nad jego powrotem do normalnego funkcjonowania. [6,3]

Piśmiennictwo

1. Mączka G, Siwek M, Skalski M, Dudek D. Lekarze i pacjenci wobec choroby afektywnej dwubiegunowej- czy myślimy podobnie? *Psychiatr Pol* 2009; 43 (3): 301-312.
2. Dudek A, Wilkowska M. Na co choruje psychika. *Mag Pielęg Położ* 2011: 1-2.
3. Kurpas D, Miturska H, Kaczmarek M. Pielęgowanie chorego w wybranych zaburzeniach psychicznych. W: Kurpas D, Miturska H, Kaczmarek M, red. *Podstawy psychiatrii dla studentów pielęgniarstwa*. Wrocław: Continuo; 2009: 159-166.
4. Świącicki Ł. Mania. *Listy do bliskich*; 2010.
5. Dudek D. Choroba afektywna dwubiegunowa. *Nowa Klin* 2002; 9(7/8): 789-790.
6. Furgał Ł, Rehabilitacja w psychiatrii. W: Heitzman J, red. *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2007: 295-296.

Adres do korespondencji:

Justyna Gawron
ul. Rybnicka 22a
47-435 Żytna, woj. Śląskie
Tel. 667554566
e-mail: stysia17@o2.pl

Praca wpłynęła do redakcji: 27.06.2012r.

Po recenzji: 04.07.2012r.

Zaakceptowana do druku: 15.07.2012r.