

Adam Łukasiak, Marek Komasiński, Jan Czernicki

## **Psychospołeczna dynamika zmian wyników leczenia i rehabilitacji w warunkach szpitalnych**

Z Kliniki Rehabilitacji i Medycyny Fizykalnej  
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

*W pracy przedstawiono ciąg reakcji psychospołecznych pacjentów szpitali, będących odpowiedzią na zaistniałą chorobę lub niepełnosprawność. Jednocześnie autorzy przedstawili i omówili podstawowe zalety i wady leczenia i rehabilitacji w środowisku szpitalnym.*

*Słowa kluczowe:* rehabilitacja, jakość życia, niepełnosprawność

### ***Psychosocial dynamics of therapy and rehabilitation results in hospital conditions***

*In this thesis authors presents course of hospital patients psychosocial reactions, which are specific reply on disease or disability. At the same time authors presents and discuss basic advantage and disadvantage of therapy and rehabilitation in hospital conditions.*

*Key words:* rehabilitation, life quality, disability.

Przez setki lat medycyna skupiała się przede wszystkim na biologicznym aspekcie choroby. Pogłębiano wiedzę anatomiczną, leczono objawy i przyczyny choroby, starając się niwelować ból i inne dolegliwości. Wiek XX przyniósł rozwój wielu nauk, których dorobek zwrócił uwagę na szereg ważnych elementów mających znaczenie w procesie leczenia i rehabilitacji. Biomedycyna oparta na nowoczesnych osiągnięciach techniki pozwoliła na leczenie chorób wcześniej nieuleczalnych. Stąd tradycyjne pojmowanie leczenia, ocenianie jedynie objawów klinicznych i dolegliwości fizycznych stały się niewystarczające dla skuteczniejszej terapii osób chorych przewlekle. W opozycji do takiej medycyny stanęła medycyna holistyczna, wykorzystująca elementy psychologii, socjologii i filozofii [7].

W taką koncepcję pojmowania medycyny w naturalny sposób wpisuje się program rehabilitacji, który w swym obecnym ujęciu i formie organizacyjnej stanowi niewątpliwie

nowy kierunek działania i postępowania w dziedzinie ochrony zdrowia. Co za tym idzie, jest on pojmowany jako proces medyczno-społeczny, dążący do zapewnienia osobom niepełnosprawnym godziwego życia w poczuciu użyteczności społecznej i bezpieczeństwa społecznego oraz zadowolenia [3]. Niewątpliwie rehabilitacja w obecnych czasach stanowi integralną część procesu leczenia, a poprzez swoją specyfikę ogarnia osobę w całym procesie terapii i zdrowienia, przez co w istotny sposób może determinować jej jakość życia. Z drugiej strony ocena jej skuteczności wyraża się nie tylko w postaci obiektywnych wskaźników poprawy (np: zwiększenie zakresu ruchów, zwiększenie siły mięśniowej, etc.), lecz również, a może przede wszystkim, w subiektywnym samopoczuciu i formach samooceny dokonywanej przez samego pacjenta. Jeśli zatem postępowanie rehabilitacyjne umożliwi choremu wytworzenie pozytywnego obrazu siebie w przyszłości, jeśli

wzmacnia poczucie własnej wartości i przydatności, znaczy to, że jakość jego życia uległa dynamicznej zmianie [8].

Podstawowe problemy osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych są wspólne dla wszystkich grup chorobowych i wyrażają się w podobnych trudnościach w życiu społecznym, zawodowym i rodzinnym. Konsekwencją tego jest charakterystyczny (jednak osobniczo zmienny) ciąg reakcji, będących swoistą odpowiedzią na zaistniałą sytuację. Larkowa [5-cyt. wg Cohn] wyróżnia następujące etapy:

1. Stadium szoku psychicznego,
2. Stadium oczekiwania wyleczenia,
3. Stadium opłakiwania straty,
4. Stadium zachowania obronnego (zdrowego bądź neurotycznego),
5. Stadium końcowego przystosowania.

W początkowej fazie całe zamieszanie, jakie panuje wokół pacjenta (leczenie – hospitalizacja) może powodować jego zdziwienie, irytację, ale nie niepokój o przyszłość. Często pacjent pod względem psychologicznym czuje się pełnosprawny i przekonany, że gdyby powrócił do swojego naturalnego środowiska z pewnością szybko doszedłby do pełnej sprawności i mógł normalnie funkcjonować [2]. Ma to związek z formą oddziaływań rehabilitacyjnych, podejmowanych w ramach systemu zamkniętego, które są bardziej zintegrowane niż w systemie otwartym. Osoby rehabilitujące, pracując w systemie zamkniętym mają większe możliwości porozumiewania się i współdziałania, co stwarza możliwość bardziej profesjonalnej opieki. Te cechy środowiska szpitalnego idealnie współgrają z kolejną fazą, w którą wchodzi pacjent, a mianowicie – oczekiwanie wyleczenia. Chory stara się całą uwagę poświęcać swojemu ciału, a każdą, nawet najmniejszą zmianę w stanie organizmu stara się traktować jako objaw poprawy. Wierzy również, że jest możliwe pełne wyzdrowienie – nie przyjmuje do wiadomości, że stan niepełnosprawności może okazać się trwały [2]. Biorąc pod uwagę takie oczekiwania chorego, zamknięty system rehabilitacji stwarza także innego rodzaju dogodności. Należy do nich zaliczyć: możliwość uzyskania bardzo szybkiej pomocy fachowej, istnienie wielu ułatwień fizycznych, które umożliwiają wykonywanie różnych czynności przy zmniejszonym wysiłku (brak barier architektonicznych,

sprzęt rehabilitacyjny, zwykle dobre warunki mieszkaniowe itd.) oraz intensywność procesu usprawniania. Nie można również zapominać, że bez istnienia tego systemu wiele osób niepełnosprawnych nie mogłoby uczestniczyć w rehabilitacji [4].

Rozpoczęcie kolejnego stadium (opłakiwania straty) bywa zazwyczaj przypadkowe lub gwałtowne – najczęściej wiąże się z wypisaniem pacjenta ze szpitala, zaopatrzeniem go w kule, wózek inwalidzki, przerwaniem lub zmianą terapii, etc. Pobyt osoby niepełnosprawnej w szpitalu nazywany jest niekiedy okresem moratorium. W tym czasie pacjent niejako przygotowuje się do tego co ma dopiero nastąpić. Okres ten kończy się, gdy pacjent dowiaduje się, że aby uzyskać poprawę stanu zdrowia i odzyskać utraconą sprawność, musi poddać się rehabilitacji. Następuje przejście od roli osoby chorej do roli osoby niepełnosprawnej [4]. Na tym etapie choroby zachowanie pacjenta najwyraźniej wskazuje na jego negatywny stosunek do własnej niepełnosprawności, która staje się postrzegana jako bariera nie do przebycia, a realizacja celów życiowych niemożliwa do realizacji. Taka sytuacja, z kolei, może być związana z tym, iż środowisko społeczne jest zorganizowane tak, aby spełniać przede wszystkim oczekiwania i potrzeby osób zdrowych. Jedynie wyspecjalizowane instytucje zajmują się problemami osób niepełnosprawnych, natomiast cała reszta spełnia oczekiwania i potrzeby ludzi zdrowych. Poza systemem zamkniętym nie uwzględnia się zazwyczaj możliwości i ograniczeń osób niepełnosprawnych. Stają więc one przed wyborem: niepodjęcie wysiłku i wyłączenie się z życia społecznego, lub włączenie się w normalne życie społeczne, co wiąże się jednak z dużym wysiłkiem fizycznym i psychicznym oraz może za sobą pociągnąć liczne stresy i frustrację [2]. Kolejne etapy, w zależności od otoczenia chorego, mogą przebiegać bardziej pozytywnie (zachowanie zdrowe), lub wskutek zbyt silnego nacisku otoczenia na osiąganie różnych celów mogą wystąpić postawy obronne (zachowanie neurotyczne). Ostatnim etapem reakcji jest stadium końcowego przystosowania, gdzie pacjent ostatecznie godzi się z wciąż jeszcze nową dla niego sytuacją [5].

Opisując stadia reakcji, przez które przechodzi osoba chora, należy szczególną uwagę

zwrócić na wpływ środowiska, w którym ona przebywa. Szczególnie istotne jest to w przypadku dzieci, gdzie ich reakcje zależą głównie od zachowania się rodziców i wychowawców. Jeśli wpływ ten jest korzystny, rehabilitacja i rozwój przebiega prawidłowo, jeśli natomiast postawy i zachowania otoczenia są niewłaściwe, proces ten może być zaburzony. Problem ten pojawia się zazwyczaj w kontaktach z najbliższymi. Niedoświadczone otoczenie osób chorych może prezentować postawy lękowe lub odtrącające, a to z kolei prowadzi do wytworzenia się biernej obojętności, zbytnej zależności, niezdolności do podejmowania odpowiedzialnych zadań i wywiązywania się z nich, wrogiej postawy wobec ludzi zdrowych, emocjonalnej niedojrzałości. Z drugiej strony jednak nie można nie wspomnieć o wpływie, jaki na jednostkę chorą wywiera środowisko szpitalne, w którym przebywa ona dłuższy czas. Na przykładzie dzieci z wrodzonym rozszczepem kręgosłupa stwierdza się, że przebywając w takim środowisku, mimo iż z początku aktywne i ujmujące, to z czasem wykazują tendencję do stopniowego „gaśnięcia” i zamykania się w sobie, przestają interesować się swoją pracą szkolną, zaniedbują niezbędne zabiegi higieniczne, mają trudności ze snem [5].

Środowisko szpitalne charakteryzuje się listą uwarunkowań, o których należy wspomnieć. Jest to przede wszystkim odseparowanie od naturalnego środowiska osób niepełnosprawnych. Pacjenci szpitali i sanatoriów oraz pensjonariusze placówek opiekuńczych traktują nowe dla nich nisze ekologiczne jako coś sztucznego i obcego zarazem. Brakuje im osób bliskich, od których mogłyby uzyskać wsparcie psychiczne, warunki życia wydają się nienaturalne, odczuwają przymus zmiany dotychczasowego stylu życia, akceptacji innych osób niepełnosprawnych, z którymi przebywają przez większość dni, rezygnacji z przyzwyczajzeń itd. W sumie, mimo że nowa nisza ekologiczna wypełniona jest w większym stopniu przez elementy sprzyjające rehabilitacji, to jednak pobyt w niej traktowany jest przez osoby niepełnosprawne jako przymus. Krytyczne głosy na temat zamkniętego systemu rehabilitacji wskazują również na asymetryczność relacji interpersonalnych między personelem i osobami niepełnosprawnymi, nadmierną liczbę pacjentów żyjących w jednej placówce, brak organizacji czasu wolnego, częste konflikty między wszystkimi członkami tego systemu (personel – pacjenci oraz pacjenci – pacjenci) itd. Niezmiernie istotna jest również długość

pobytu chorego w szpitalu czy sanatorium. Wpływ długiego przebywania w szpitalu przejawia się najsilniej u chorych psychicznie, nie mniej długotrwały pobyt w szpitalu człowieka psychicznie zdrowego pozostawia także pewien ślad w psychice. Konsekwencją tego mogą być emocje negatywne, takie jak smutek, złość, lęk, poczucie winy, czyli stany określane mianem frustracji, a ta z kolei wydaje się być ściśle związana z zachowaniami agresywnymi – co w procesie leczenia i rehabilitacji nie należy do rzadkości. Takie niekorzystne warunki pobytu w szpitalu prowadzą w rezultacie do poważnego ograniczenia wszelkich form aktywności chorych. Wniosek z tego, że ograniczenie aktywności fizycznej i psychicznej, tak częste w warunkach szpitalnych, prowadzi do określonych zmian fizjologicznego funkcjonowania osoby niepełnosprawnej, wyrażających się w całym organizmie, a przede wszystkim w ośrodkowym układzie nerwowym. Wszystko to w dłuższej perspektywie hospitalizacji prowadzi do zmian w spostrzeganiu własnej osoby. Wytwarza się poczucie niższości, a zwłaszcza jego intensywność, co w znacznym stopniu zależy od przedchorobowej osobowości pacjenta, a w szczególności od tego, jakie miał ambicje, jaką posiadał pozycję społeczną, jakie nadzieje wiązał z dalszym swoim rozwojem i w jakim środowisku przebywał.

Te czynniki powodują, że system zamknięty spotyka się z dość powszechną krytyką. Nie można jednak zapominać, iż w wielu przypadkach jest to jedyna istniejąca możliwość pomocy osobom chorym. Często również bywa tak, że subiektywne odczucia pacjenta na temat jego samopoczucia biorą się nie z miejsca, w którym aktualnie przebywa, lecz są raczej wynikiem charakterystyki jego schorzenia. Przykładem takiej sytuacji mogą być odczucia pacjentów wybudzonych z długotrwałej śpiączki, gdzie stwierdza się znaczne obniżenie jakości życia związane z brakiem inicjatywy, zaburzeniami pamięci roboczej, zaburzeniami planowania i kontroli działania oraz zaburzeniami funkcji wykonawczych. Należy jednak przy tym zaznaczyć, że przyczyną takiej sytuacji, jak wskazują sami pacjenci, są przede wszystkim: zaburzenia lokomocji, mowy, praca oraz funkcjonowanie psychiczne [6]. Innym przykładem mogą być problemy chorych na osteoporozę, gdzie głównym problemem jest upośledzenie aktywności fizycznej, co z kolei ma wpływ na poczucie bezpieczeństwa oraz miejsce chorego w społeczeństwie, czyli: zależności socjalnych, ich wpływu na chorego,

potrzeby uznania, szacunku, samorealizacji. Brak tych elementów powoduje m.in. brak wiary we własne siły i osłabienie godności osobistej [1]. Nie można jednak zapomnieć, że w celu osiągnięcia dobrego efektu rehabilitacji pacjent potrzebuje pomocy od zespołu leczącego oraz najbliższego otoczenia. Powrót do życia poza szpitalem jest łatwiejszy, kiedy w otoczeniu osoby niepełnosprawnej spełnione są określone warunki. Dlatego w czasie rehabilitacji szpitalnej podejmowane są działania ukierunkowane na stworzenie pacjentowi swego rodzaju „niszy społecznej”, w którą wchodzi po zakończeniu hospitalizacji [9].

Reasumując należy stwierdzić, że konsekwencją leczenia w warunkach szpitalnych często jest frustracja potrzeb (prowadząca do napięcia emocjonalnego), zmiany w spostrzeganiu własnej osoby, ograniczenia aktywności psychicznej, a zwłaszcza napięcie emocjonalne. Czynniki psychologiczne wpływają z kolei na fizjologiczne funkcjonowanie chorego, co ujawnia się w zespole zmian fizjologicznych. Zmiany fizjologiczne mogą natomiast wpływać na funkcje psychologiczne, nasilając ich zaburzenia. Można przypuszczać, że istnieje też współzależność pomiędzy konsekwencjami ograniczonej aktywności psychicznej a funkcjami ośrodkowego układu nerwowego. Wszystkie te uwarunkowania możemy najłatwiej zaobserwować w socjo-psychologicznym środowisku szpitala, a świadomość istnienia całego zespołu czynników decydujących o ostatecznym wyniku terapii może mieć duże znaczenie zarówno dla teorii, jak i dla praktyki rehabilitacji. Faktem jest jednak, że bez istnienia systemu zamkniętego wiele osób nie mogłoby uczestniczyć w reha-

bilitacji. Chodzi tu o tych pacjentów, których dysfunkcje organizmu są tak znaczne, że nie mogłyby samodzielnie funkcjonować w środowisku, natomiast niedostateczny rozwój otwartego systemu rehabilitacji uniemożliwia opuszczenie systemu zamkniętego przez osoby niepełnosprawne, które mogłyby żyć w naturalnym środowisku.

## PIŚMIENNICTWO

1. Bolanowski J., *Jakość życia u chorych na osteoporozę*, Fizjoterapia, 2002, 2, 30
2. Bugaj R., *Problemy psychologiczne w rehabilitacji*, Fizjoterapia, 2002, 1, 66
3. Dega W., Milanowska K. *Rehabilitacja medyczna*, PZWL, Warszawa 1983, 1
4. Kowalik S., *Psychospołeczne podstawy rehabilitacji osób niepełnosprawnych*, Wyd. Śląsk, Katowice 1999, 82, 194
5. Larkowa H., *Człowiek niepełnosprawny*, PWN, Warszawa 1987, 56
6. Pufal A. *Poczucie jakości życia pacjentów po urazach czaszkowo-mózgowych wybudzonych z długotrwałej śpiączki*, [w:] *Neurorehabilitacja u progu XXI wieku*, Talar J., Katedra i Klinika Rehabilitacji, Akademia Medyczna im. L. Rydygiera, Bydgoszcz 2003, 77
7. Sokolnicka H., *Jakość życia pacjentów ze złamaniem w obrębie bliższej nasady kości udowej leczonych operacyjnie w Oddziale Urazowo-Ortopedycznym*, Nowa Medycyna-Ortopedia, 2000, 4, 20
8. Tyłka J., *Czy badanie jakości życia jest dobrym kryterium oceny skuteczności rehabilitacji?*, *Rehabilitacja Medyczna*, 2003, 4, 50
9. Żuk M., Majcher P., Fatyga P., Skwarcz A., *Sytuacja psychiczna pacjenta niepełnosprawnego ruchowo po urazie kręgosłupa i rdzenia kręgowego*, *Fizjoterapia Polska*, 2002, 1, 50