

ARTYKUŁ POGLĄDOWY/REVIEW PAPER

Otrzymano/Submitted: 29.01.2015 • Poprawiono/Corrected: 14.03.2015 • Zaakceptowano/Accepted: 16.03.2015

© Akademia Medycyny

Ryzyko wystąpienia zespołu stresu pourazowego u członków rodzin pacjentów leczonych na Oddziale Intensywnej Terapii

Risk of Posttraumatic Stress Disorder in family members of patients treated in Intensive Care Unit

Katarzyna Białek¹, Jakub Lickiewicz²

¹ Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

² Zakład Psychologii Zdrowia, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński, *Collegium Medicum*



Streszczenie

Hospitalizacja na oddziale intensywnej terapii stanowi trudną sytuację dla chorego i jego rodziny. Jest źródłem wielu negatywnych emocji, takich jak depresja, złość, rozpacz, gniew, frustracja czy poczucie winy. Są one następstwem silnego lęku wynikającego z faktu zagrożenia życia członka rodziny i nagłości wystąpienia choroby. Takie krytyczne wydarzenia, pojawiające się losowo i niezależnie od przebiegu życia człowieka, mogą nieść ze sobą ryzyko wystąpienia zespołu stresu pourazowego. Problem ten dotyka zarówno samych pacjentów, jak i ich rodziny. Co więcej, ustalono, by taki format reakcji członków rodzin chorych leczonych na oddziałach intensywnej terapii określić jako syndrom zaburzeń po intensywnej terapii, tj. PICS-F (post-intensive care syndrom family). Trudność ta znacząco może wpływać na zmianę funkcjonowania całej rodziny i pełnione przez nią role. *Anestezjologia i Ratownictwo 2015; 9: 95-101.*

Słowa kluczowe: oddział intensywnej terapii, zespół zaburzeń po intensywnej terapii, zespół stresu pourazowego, rodzina chorego

Abstract

The hospitalization in intensive care unit is a difficult situation for the patient and his family. The stay on an intensive care unit is the source of many negative emotions this way as depression, anger, despair, frustration and sense of guilt. They are a result of a resulting deep fear from the fact of the threat to life of family members and the suddenness of the appearance of illness. Critical events, appearing randomly, irrespective of the route lives of the man can to bring the risk of the traumatic stress disorder. This problem affected both very patients and their family. What's more, such a format of reactions of members family cured of the intensive care was named as post-intensive care syndrome family (also called PICS-F). These problems can influence to functioning of the entire family and making by her roles. *Anestezjologia i Ratownictwo 2015; 9: 95-101.*

Keywords: intensive care unit, post-intensive care syndrome, posttraumatic stress disorder, patient's family

Wstęp

Choroba i hospitalizacja osoby bliskiej stanowi sytuację niezwykle trudną. Jest to stres biologiczny i psychologiczny, wymagający uruchomienia różnorodnych mechanizmów adaptacyjnych [1]. Już na samym początku objawów wprowadza w życie niepewność i lęk. Dotyczą one rozpoznania, przebiegu i rokowania czy wreszcie leczenia i kontaktu ze środowiskiem medycznym [2]. Co więcej, hospitalizacja na Oddziale Intensywnej Terapii jest jednocześnie źródłem wielu negatywnych emocji takich jak: depresja, przygnębienie, złość, frustracja czy gniew i poczucie winy [3-6]. Są one następstwem silnego lęku wynikającego z faktu bezpośredniego zagrożenia życia osoby bliskiej i nagłości wystąpienia choroby [7].

Emocje o zmieniającej się intensywności i treści towarzyszą członkom rodziny przez cały czas trwania pobytu chorego na OIT. W literaturze opisywane są reakcje na granicy nawet zaburzeń emocjonalnych w momencie, gdy pacjent i jego krewni dowiadują się o rozpoznaniu [1-3]. Inne okoliczności wywołujące silne reakcje to nagłe pogorszenie się stanu zdrowia, konieczność zastosowania drastycznych metod leczenia czy informacje o trwałych następstwach choroby dla zdrowia i trybu życia [3]. Zaobserwowano też pewną fazowość w przeżywaniu emocjonalnym krewnych pacjenta: od stanu dezorientacji, szoku i zaprzeczania, po lęk z gniewem, pojawieniu się depresji, i wreszcie – co nie występuje zawsze – akceptacji [8].

Członkowie rodzin na informację o hospitalizacji na OIT jednego z domowników często reagują także dezorganizacją psychiczną, u jednych wyrażającą się milczeniem i zahamowaniem, u innych odwrotnie – pobudzeniem i skargami. U wszystkich jednak zaobserwować można mieszaninę intensywnych odczuć lęku, gniewu, rozżalenia, rozpacz, złości współwystępujących ze sobą i na przemian przeplatanych nadzieją. Zazwyczaj towarzyszą im także zaburzenia uwagi i pamięci, brak apetytu, bezsenność, niemożność zmuszenia się do wykonywania codziennych zajęć i spadek nastroju [4,6,9,10].

Doświadczenie tej niecodziennej i trudnej sytuacji może być konsekwencją niepożądanych zmian psychologicznych, np. wystąpienia zespołu stresu pourazowego [1]. Wpływa również na zmianę funkcjonalności rodziny i pełnionych ról przez domowników [11,12]. Personel medyczny Oddziału Intensywnej Terapii OIT skupia się w pierwszej kolejności na

ratowaniu życia pacjenta. Często więc pomija się fakt, że rodzina chorego także potrzebuje opieki. Stres, jakiego doświadcza, może być niejednokrotnie bardziej nasilony niż ten odczuwany przez samego chorego [12]. Badacze zauważyli, że działania rodziny w takiej sytuacji podzielić można na trzy kategorie: rozwój i zróżnicowanie, załamanie i odzyskiwanie równowagi oraz bezwład i integracja [13]. Choroba pojawiająca się w rodzinie nie jest więc problemem tylko jednostkowym, dotyczącym osoby chorej. W jej przeżywaniu rodzina uczestniczy w całości.

Rodzina w sytuacji wpływu choroby jako stresora

O zachowaniu się rodziny w sytuacji choroby decyduje przede wszystkim jej rodzaj, nagłość wystąpienia, czas trwania i rokowanie, na które składa się stopień zagrożenia życia i potencjalne kalectwo [13]. Wszystkie pojawiające się u pacjenta symptomy wpływają na pozostałych członków systemu rodzinnego [10]. Co za tym idzie, następstwa choroby czy nagłej hospitalizacji znacznie zmieniają jego dotychczasowy tryb życia. Ograniczają możliwości normalnej aktywności zawodowej, życiowej i rodzinnej. Jednocześnie pojawia się konieczność podjęcia nowych działań związanych z podporządkowaniem się systemowi opieki zdrowotnej [3]. Objawy i leczenie osoby bliskiej często zakłócają lub nawet uniemożliwiają zaspokojenie ważnych potrzeb, głównie potrzebę bezpieczeństwa, osiągnięć, znaczenia i autonomii. W przypadku hospitalizacji wiąże się też to z deprivacją kontaktów interpersonalnych, utratą indywidualności i konieczności podporządkowania się regulaminowi znacznie różniącemu się od tego z dnia codziennego [8].

Zmiany wywołane chorobą w rodzinie to także ograniczenie jej funkcjonalności w aspekcie materialnym i jakości relacji pomiędzy poszczególnymi jej członkami. Transformacja na tle finansowym może być spowodowana ograniczeniem aktywności produkcyjno-zarobkowej osoby chorej i pojawieniem się nowego rodzaju wydatków w związku z koniecznością dodatkowych świadczeń na jej rzecz przez osoby zdrowe. Choroba w rodzinie powoduje również reorganizację wypoczynku, zaburzenia snu czy odżywiania zdrowych członków i wzrost ich tendencji antyzdrowotnych (np. piją więcej kawy czy alkoholu niż zwykle). Zmianom jakościowym ulega także funkcja prokreacyjna i seksualna. Niejednokrotnie pojawia

się także zmiana w funkcji socjalizacyjno-wychowawczej i ograniczenie funkcji rekreacyjno-towarzyskiej [10,14]. Co więcej, hospitalizacja może być nie tylko źródłem dezorganizacji funkcjonalności rodziny, ale i bezpośrednim skutkiem stresu, jakiego doświadczyła w jej wyniku.

Krytyczne zdarzenia życiowe i reakcje psychologiczne na silny stres

Krytyczne wydarzenia, występujące losowo, niezależnie od przebiegu życia człowieka to zasadniczy rodzaj kryzysu życiowego. Mają one o tyle duże znaczenie, że w trakcie ich trwania istnieje niebezpieczeństwo przerwania i reorganizacji dotychczasowej linii rozwoju. Zaburzają stabilność i prawidłowość systemu rodzinnego. Występują nagle i niespodziewanie, obejmują sytuacje trudne i niemożliwe do przewidzenia i przygotowania się na ich wystąpienie czy zastosowanie środków zaradczych. Należą do nich na przykład śmierć i choroba członka rodziny. Zdarzenia takie mogą występować epizodycznie, jak również powtarzać się w życiu jednych - i nie pojawiać się u innych [15].

Przeżycie, które samo w sobie jest dość obciążające nie musi prowadzić do trwałej zmiany. Krótkie, intensywne, nasyczone i gwałtowne objawy pojawiające się w kilka minut po zdarzeniu lub jeszcze w ciągu godziny a przemijające w ciągu kilku godzin określa się jako ostrą reakcję na stres [16]. Według ICD-10 (F.43.0) kategoria ta obejmuje zaburzenia rozpoznawane nie tylko na podstawie przebiegu, ale także na podstawie jednego z dwóch czynników przyczynowych: wyjątkowo stresującego wydarzenia życiowego powodującego ostrą reakcję na stres albo istotnej zmiany życiowej prowadzącej do pojawienia się nieprzyjemnych okoliczności, które są przyczyną zaburzeń adaptacyjnych. Zdarzeniem wyzwalamym może być poważne zagrożenie życia członka systemu rodzinnego lub też nagła i krzywdząca zmiana pozycji społecznej, np. zgon, pożar, wypadek, gwałt [22]. Objawy cechuje duża różnorodność, ale standardowo zauważa się początkowy stan „oszołomienia” ze zawężeniem pola świadomości i uwagi, niemożność rozumienia bodźców i zaburzenia orientacji. Obserwowano również depresję, lęk, złość czy rozpacz. Dalej może także wystąpić wyłączenie z otaczającej sytuacji (aż do stuporu dysocjacyjnego) albo pobudzenie i nadmierna aktywność. Dłużej utrzymującą się reakcją na stresujące wydarzenie określa

się jako zaburzenie stresowe pourazowe (F43.1) [16].

Urazy o mniejszym stopniu nasilenia niż w przypadku zespołu stresu pourazowego są określane w ICD-10 [16] jako stan subiektywnego dystresu i zaburzeń emocjonalnych pojawiających się w okresie adaptacji do istotnych zmian życiowych lub do następstw stresującego wydarzenia życiowego, np. w sytuacji śmierci członka rodziny, zagrożenia chorobą fizyczną, utraty wsparcia społecznego lub wartości społecznych. Chodzi tu o stan indywidualnego cierpienia, który ogranicza funkcje i zdolności społeczne i może występować podczas procesu adaptacji po decydującej zmianie życiowej, po stresującym wydarzeniu czy też po ciężkiej chorobie somatycznej [17]. Takie reakcje na zdarzenia ujmuje się jako zaburzenia adaptacyjne (F43.2). Objawy są różnorodne i obejmują afekt depresyjny, lęk, zamartwianie się, uczucie niemożności poradzenia sobie i/lub pozostawania nadal w obecnej sytuacji. Występują nasilone przejawy takich emocji jak lęk, depresja, napięcie i gniew. Osoba może przejawiać skłonność do dramatycznych zachowań i wybuchów. Atrybutem towarzyszącym mogą być zaburzenia zachowania [16].

Biorąc pod uwagę aktualną koncepcję DSM-5 przyjęto rozważania dotyczące zaliczenia ostrych zaburzeń stresowych (Acute Stress Disorder) i PTSD do jednej kategorii, tj. Zaburzenia związane z Traumą i Stresem (Trauma and Stressor Disorders), a tym samym przeniesienie PTSD z kategorii zaburzeń lękowych. Dokonano także redefinicji kryterium zagrożenia celem odróżnienia wydarzeń traumatycznych od tych, które są mniej ciężkimi stresami psychologicznymi. Odróżniono także charakterystyczne dla PTSD powracające wspomnienia od depresyjnych ruminacji. Ponadto oprócz trudności w zasypianiu, drażliwości, wybuchów gniewu czy trudności z koncentracją w nowym kryterium kładzie się nacisk na samoobwiniwanie się. Odnotowano nową wiązkę skupiającą się na zachowaniach agresywnych oraz opisującą zachowania nieostrożne, lekkomyślne lub autodestrukcyjne [17,18].

Traumatyczne przeżycia mogą także prowadzić do zmian neurobiologicznych. Podwyższony poziom katecholamin stanowi kliniczny ekwiwalent nadpobudliwości. Zaobserwowano również spadek serotoniny. Następuje także wzmożone wydzielanie hormonu uwalniającego kortykotropinę (CRH), który bierze udział w sterowaniu procesami afektywnymi. Ponadto badania PET u osób po traumatycznym zdarzeniu wykazały zmiany poziomu glukozy w hipokampie,

ciele migdałowatym i ośrodku mowy Broca, a także - jako skutek przewlekłego zespołu stresu pourazowego – atrofię w hipokampie [19,20]. Unaocznia to, że przeżycia indukowane z zewnątrz mogą prowadzić nie tylko do głębokich zmian psychologicznych, ale i biologicznych.

Reakcje psychologiczne członków rodzin osób leżących na Oddziale Intensywnej Terapii

W świetle literatury przedmiotu wydarzeniem krytycznym w powszechności funkcjonowania systemu rodzinnego jest hospitalizacja członka rodziny na Oddziale Intensywnej Terapii. Warunki panujące w OIT są bardzo stresujące zarówno dla samego pacjenta, jak i jego krewnych.

Ważnym czynnikiem w przeżyciu członków rodziny pacjenta jest jego wygląd. Chory jest często bardzo zmieniony i zupełnie inny sprzed stanu chorobowego, przez co rodzina może mieć trudność w rozpoznaniu w nim kogoś znanego czy bliskiego. W badaniach [21] wykazano, że najbardziej stresującym widokiem dla osób odwiedzających swoich bliskich na OIT jest sprzęt medyczny podłączony do chorego. Aparatura monitorująca, podtrzymująca podstawowe funkcje życiowe pacjenta wzbudza w rodzinie chorego wiele sprzecznych emocji. Strach, a jednocześnie nadzieję na uratowanie jego życia i powrót do zdrowia. Tak silne negatywne emocje mogą powodować, że niejako naturalne jest, że pierwsza wizyta odwiedzin chorego jest tak dużym przeżyciem, że bliscy pacjenta jej nie pamiętają.

Interpretując emocje odczuwane przez bliskich osób leczonych na OIT zauważono, że w chwili przyjmowania chorego na oddział przeważały u nich: lęk, niepewność, bezradność, strach, przygnębienie i zdenerwowanie. W przypadku niemal wszystkich tych emocji ich nasilenie zmniejszało się w 2.–3. dobie pobytu chorego na OIT, w porównaniu z ich intensywnością odczuwaną w dniu przyjęcia pacjenta. Wynikają one przede wszystkim z samego faktu bezpośredniego zagrożenia życia bliskiej osoby, nagłego początku choroby i ciężkiego stanu chorego [12]. Myśl o śmierci w sposób naturalny stanowi szok i psychiczny uraz. Badania wykazują zwiększone ryzyko wystąpienia zaburzeń depresyjnych lub lękowych oraz tych związanych ze stresem w ciągu kilku miesięcy po pobycie osoby bliskiej na oddziale intensywnej terapii, niezależnie od tego, czy pacjentem był noworodek, dziecko czy osoba dorosła. Te konsekwencje psychologiczne mogą utrzymywać się nawet do kilku lat po wypisie pacjenta z oddziału [22].

Ponadto, nagle zagrożenie utraty zdrowia i życia osoby bliskiej podczas pobytu na OIT może być pokłosiem traumy przeżywanej za pomocą związanych z nią nawracających obrazów, snów, przemyśleń, unikania rozmów i myśli związanych z urazem oraz z występowaniem nadmiernego pobudzenia psychoruchowego. Powyższe objawy, występujące krócej niż miesiąc, mogą wskazywać na zespół ostrego stresu. Ale jeśli ponownie przeżywanie traumy, unikanie myśli i rozmów związanych z urazem oraz nadmierne pobudzenie utrzymują się dłużej niż miesiąc po urazie, możemy mieć do czynienia z PTSD [23]. Wykazano, że u członków rodzin chorych leczonych na OIT i wypisanych z oddziału realność wystąpienia PTSD została oceniona na około 33-49%, a pojawienia się depresji na 6-26%. W grupie rodzin zaś, w których bliski zmarł na oddziale intensywnej terapii ryzyko PTSD określono na 14-56%, a występowanie zaburzeń nastroju na 18-42%, w tym pojawienie się ciężkich zaburzeń depresyjnych na 27%. Z kolei w grupie rodziców dzieci przebywających na OIT wystąpienie zaburzeń depresyjnych co najmniej cztery miesiące po przyjęciu dziecka na oddział dotyczyło około 12-16%, a ryzyko wystąpienia PTSD w tej grupie rodzin oszacowano na około 13-35% [24]. W innych badaniach wykazano, że 33% rodzin pacjentów ma objawy depresji, a 70% lęku, dodatkowo u 33% z nich rozpoznano cechy PTSD, utrzymujące się przez okres dłuższy niż cztery lata [25,29].

leżnie od tego, czy pacjentem był noworodek, dziecko czy osoba dorosła. Te konsekwencje psychologiczne mogą utrzymywać się nawet do kilku lat po wypisie pacjenta z oddziału [22].

Syndrom PICS-F (post-intensive care syndrome - family)

Zespół roboczy powołany przez Society of Critical Care na potrzeby opisanego PICS stworzył następującą jego definicję: syndrom zaburzeń po intensywnej terapii (w skrócie PICS) opisuje nowe lub pogorszające się problemy zdrowotne po krytycznej chorobie, które zostają po długim pobycie oraz wyjściu ze szpitala. Mogą one dotyczyć ciała, myśli i uczuć wywierając wpływ zarówno na chorym jak i jego rodzinie [26]. Problem znacząco obniża jakość życia zarówno jednych, jak i drugich [27]. Z tego względu w 2010 roku powyższy format reakcji członków rodzin chorych leczonych na Oddziale Intensywnej Terapii określono jako syndrom zaburzeń po intensywnej terapii u człon-

ków rodziny, czyli PICS-F - post-intensive care syndrome family [22,24]. W późniejszym czasie zgłoszono także postulat umieszczenia tego zaburzenia w tworzonym obecnie ICD 11 [24]. Sprzyja temu pojawiający się i utrzymujący już wcześniej niepokój, depresja, lęk i/lub ciężka choroba psychiczna stwierdzona w wywiadzie rodzinnym. Badania wykazują, że zaburzenia funkcjonowania psychicznego członków rodzin osób przebywających na OIT są częstsze wśród kobiet oraz młodszych członków rodzin, obciążenie psychiczne zaś większe w grupie osób będących z pacjentem w związku małżeńskim. Czynnikiem dodatkowym i potęgującym ten stan może być również samotne rodzicielstwo, poziom wykształcenia poszczególnych członków rodziny i wiek samego pacjenta. Co ciekawe, podobne czynniki ryzyka pojawiają się także u rodziców, których dzieci są lub byli pacjentami oddziałów pediatrycznych [24,29,30].

Ponadto literatura podaje, że śmierć pacjenta podczas pobytu na oddziale intensywnej terapii lub obecność członków rodziny w momencie śmierci pacjenta istotnie zwiększają poziom stresu przez nich odczuwanego. Nagła, niespodziewana choroba, stan zagrożenia życia lub też choroba w okresie krótszym niż 5 lat, wymagająca przyjęcia na OIT, była równie stresogennym zdarzeniem. Dodatkowo współwystępowanie innych stresorów, np. kolejnej hospitalizacji, także wzmaga ryzyko występowania negatywnych reakcji psychologicznych u krewnych pacjentów [24-26,31,32]. Dużym zagrożeniem są także zaburzenia snu pojawiające się u członków rodziny, gdyż utrudniają one podejmowanie istotnych decyzji dotyczących np. wyrażania zgody na procedury medyczne u hospitalizowanego czy późniejszą opiekę po jego powrocie do domu [33].

Dlatego bardzo istotnym elementem jest odpowiednio wczesna prewencja PICS-F. Znaczące wydaje się być właściwe komunikowanie pomiędzy personelem medycznym a rodzinami osób przebywającymi na OIT oraz rzetelne, pełne zrozumienia i troski przekazywanie informacji zarówno przez lekarzy, jak i pozostały personel medyczny. Bliskim pacjenta zaleca się dzielenie czasu pomiędzy opieką nad hospitalizowanym członkiem rodziny a dbaniem o własne potrzeby. Prawidłowe odżywianie się, odpoczynek i odpowiednie wsparcie społeczne daje siłę do pomocy choremu członkowi rodziny. Jako prewencję w zaburzeniach snu sugeruje się relaksację opartą na wizualizacjach. Jej zaletą jest jednocześnie redukcja lęku i zmęczenia,

ściśle powiązanych z wcześniej wymienionymi trudnościami w zasypianiu [33]. Do innych metod przeciwdziałania PICS-F należy prowadzenie dziennika dotyczącego pacjenta i konsultowanie go z zespołem leczącym oraz współuczestnictwo w codziennej opiece nad pacjentem [34]. Dzięki temu rodzina pacjenta staje się częścią zespołu leczącego, mając poczucie współdziałania w opiece i procesie terapii. Szczególnie kluczowym elementem zapobiegającym PICS-F u członków rodziny wydaje się być jednak odpowiednie korzystanie ze wsparcia społecznego, osób zaufanych, personelu a nawet duchownych. Włączenie psychologów w pracę oddziału jest też bardzo pomocnym działaniem pomocy rodzinie w aspekcie zrozumienia stanu psychicznego krytycznie chorego.

Poszukując odpowiednich algorytmów postępowania, *Society of Critical Care Medicine* w 2012 zasugerowało, aby do istniejącej już procedury ABCDE (Awakening and Breathing Coordination, Delirium Assessment, Early Mobility) dodać jeszcze trzy dodatkowe elementy FGH (Follow up referrals, family inclusion, functional reconciliation, Good hand-off communication, Hand family written information) [24]. Do innych działań skierowanych do pacjenta i jego rodziny można zaliczyć strony internetowe, także na portalach społecznościowych, zawierające informacje o PICS i PICS-F [34]. Inni autorzy podkreślają znaczenie ulotek i broszur dla rodziny, jako łatwych do wykonania, prostych do powielenia i umieszczenia przy łóżku pacjenta, dzięki czemu dobrze dostępnych [26,35]. Do działań prewencyjnych na szerszą skalę można zaliczyć także tworzenie oddziałów dla osób po hospitalizacji w oddziale OIT, do których obowiązków należałaby ocena stanu pacjenta pod względem fizycznym, poznawczym oraz psychologicznym. Do innych, aczkolwiek trudnych do spełnienia propozycji, można włączyć także sugestię tworzenia miejsc noclegowych przy oddziale OIT dla członków rodziny pacjenta [34,35].

Podsumowanie

Na podstawie powyższego omówienia zaobserwowano, że hospitalizacja na Oddziale Intensywnej Terapii może prowadzić do poważnego kryzysu. Co więcej, nagła choroba któregoś z domowników stawia przed rodziną wyzwania pozostające często na granicy zdolności radzenia sobie. Jeśli zdarzenie jest dla rodziny zupełnie nowe, traci ona możliwość

odwołania się do swoich dotychczasowych sposobów działania w sytuacji nagłego stresu [1]. Znalazła się bowiem w zupełnie nowym i nieznanym położeniu, często w środku aktywnego życia. Dodatkowo lęk i silne emocje związane z hospitalizacją na OIT znacznie mogą utrudniać korzystanie z dostępnych źródeł wsparcia [5].

Biorąc pod uwagę powyższe analizy, podobnie jak w przypadku emocji, również w zakresie potrzeb wykazano zwiększoną ich intensywność, zwłaszcza w aspekcie informowania bliskich chorego o postępowaniu terapeutyczno-diagnostycznym, rokowaniu czy możliwości jego odwiedzin i metod pielęgnacji. Nasiloną okazała się też potrzeba gwarancji, że chory ma zapewnioną jak najlepszą opiekę i jest nadzieja na jego wyleczenie. Z kolei w innych doniesieniach [12,32] wykazano istotność otrzymywania materiałów edukacyjnych dotyczących diagnozy i leczenia chorego. Członkowie rodzin, którzy je otrzymywali, wykazywali niższy poziom lęku, depresji i gniewu.

Należy pamiętać, że rodzina to całość złożona z poszczególnych jej elementów. Z tej perspektywy cho-

roba stanowi źródło stresu zarówno dla jednostki, jak i dla całego systemu rodzinnego. Warto zwrócić uwagę na fakt, że rodziny, w których występują prawidłowe relacje są podporą i wsparciem zarówno dla siebie, jak i dla osoby hospitalizowanej. Pomimo silnego stresu akceptują zaistniałą sytuację, w konsekwencji podejmując działania konstruktywne. Nie oznacza to jednak braku problemów, załamań emocjonalnych czy podejmowania wcześniej niewłaściwych działań obronnych. Każda rodzina ma swój własny sposób radzenia sobie z silnym stresem w trakcie choroby jednego z jej członków.

Konflikt interesów / Conflict of interest

Brak/None

Adres do korespondencji:

✉ Jakub Lickiewicz
Zakład Psychologii Zdrowia
ul. Kopernika 25; 30-501 Kraków
☎ (+48 12) 424 72 85
✉ jlickiewicz@cm-uj.krakow.pl

Piśmiennictwo

- Motyka M, Załuski M. Choroba jako kryzys a zmiany rozwojowe podczas choroby. *Pielęgniarstwo XXI wieku* 2010;3-4:32-33.
- Chodkiewicz J. *Psychologia zdrowia. Wybrane zagadnienia*. Łódź: Wyższa Szkoła Ekonomiczno-Humanistyczna; 2006
- Heszen I, Sęk H. *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2007.
- Walden-Gałuszko K. U kresu. Opieka psychopaliatywna, czyli jak pomóc choremu, rodzinie i personelowi medycznemu środkami psychologicznymi. Gdańsk: Wydawnictwo Medyczne MAKmed; 2000.
- Pilecka B. *Kryzys psychologiczny. Wybrane zagadnienia*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2004.
- Bętkowska-Korpała B, Gierowski J. *Psychologia lekarska w leczeniu chorych somatycznie*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2007.
- Foss KR, Tenholder MF. Expectations and needs of persons with family members in an intensive care unit as opposed to a general ward. *South Med J* 1993;86:380-4.
- Leksowska A, Jaworska I, Gorczyca P. Choroba somatyczna jako wyzwanie adaptacyjne człowieka. *Folia Cardiol Eks* 2011;6(4):244-8.
- Dębska G, Goździalska A, Jaśkiewicz J (red.). *Rodzina w zdrowiu i w chorobie. Uwarunkowanie środowiskowe zdrowia*. Kraków: Krakowskie Towarzystwo Edukacyjne sp. z o.o. - Oficyna Wydawnicza AFM, 2012.
- Buczyński FL. *Rodzina z dzieckiem chorym na białaczkę*. Lublin: KUL; 1999.
- Titler MG, Cohen MZ, Craft MJ. Impact of adult critical care hospitalization: perceptions of patients, spouses, children, and nurses. *Heart Lung* 1991;20:174-82.
- Płaszewska-Żywko L, Gazda D. Reakcje emocjonalne i potrzeby rodzin chorych leczonych na oddziale intensywnej terapii. *Anest Intens Terap* 2012;44(3):164-8.
- Rutkowska A. Problem psychologicznej pomocy chorym neurologicznie i ich rodzinom. *Acta Univeristatis Lodziensis. Folia Psychologica* 1997;1:67-78.
- Kawczyńska-Butrym Z. *Rodziny kontekst zdrowia i choroby*. Warszawa: Centrum Edukacji Medycznej; 1995.
- Adamczak M. Krytyczne zdarzenia życiowe a radzenie sobie z nimi. (w:) Waligóra B (red.). *Elementy psychologii klinicznej*. Poznań: 1985.
- Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. *Badawcze kryteria diagnostyczne*. V rozdział. Kraków-Warszawa, Instytut Psychiatrii i Neurologii: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”; 1998.

17. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) www.dsm5.org 12.03.2015
18. Makara-Studzińska M, Partyka I, Ziemięcki P, Zespół stresu pourazowego – rys historyczny, terminologia, metody pomiaru, *Curr Probl Psychiatri* 2012;13(2):109-114
19. Freyberger HJ, Schneider W, Stieglitz RD. *Kompendium psychiatrii psychoterapii medycyny psychosomatycznej*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2002.
20. Cierpiałkowska L. *Psychopatologia*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR; 2011.
21. Łopacińska I. Pacjent i jego rodzina na oddziale intensywnej opieki medycznej. *Problemy Pielęgniarstwa* 2009;17(1):50-3.
22. Davidson JE, Jones C, Bienvenu OJ. Family response to critical illness: post intensive care syndrome-family. *Crit Care Med* 2012;40:618-24.
23. Schmidt M, Azoulay E. Having a loved one in the ICU: the forgotten family. *Curr Opin Crit Care* 2012;18:540-7.
24. Jezierska N, Borkowski B, Gaszyński W. Psychological reactions in family members of patients hospitalised in intensive care units. *Anaesth Intens Ther* 2014;46:42-5.
25. Harvey, Maurene A. The truth about consequences - Post-intensive care syndrome in intensive care unit survivors and their families. *Crit Care Med* 2012;40(8):2506-7.
26. Elliott D, Davidson JE, Maurene A, Harvey, Bemis-Dougherty A, Hopkins RA, et al. Exploring the scope of post-intensive care syndrome therapy and care: engagement of non-critical care providers and survivors in a second stakeholders meeting. *Crit Care Med* 2014;42(12):2518-26.
27. Davidson EJ, Harvey MA, Bemis-Dougherty A, Smith JM, Hopkins RO. 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):S136-45.
28. Halm M. Effects of support groups on anxiety of family members during critical illness. *Heart Lung* 1990;19: 62-71.
29. Petrincec AB, Daly JB. Post-Traumatic Stress Symptoms in Post-ICU Family Members. Review and Methodological Challenges. *West J Nurs Res* 2014;1-22.
30. Franck LS, Wray J, Gay C, Dearmun AK, Lee K, Cooper BA. Predictors of parent post-traumatic stress symptoms after child hospitalization on general pediatric wards. A prospective cohort study. *Int J Nurs Stud* 2015;52(1):10-21.
31. Kross EK, Engelberg RA, Gries CJ, Nielsen EL, Zatzick D, Curtis JR. ICU care associated with symptoms of depression and posttraumatic stress disorder among family members of patients who die in the ICU. *Chest* 2011;139:795-801.
32. Balluffi A, Kassam-Adams N, Kazak A, Tucker M, Dominguez T, Helfaer M. Traumatic stress in parents of children admitted to the pediatric intensive care unit. *Pediatr Crit Care Med* 2004;5:547-53.
33. Day A, Haj-Bakri S, Lubchansky S, Mehta S. Sleep, anxiety and fatigue in family members of patients admitted to the intensive care unit: a questionnaire study. *Crit Care* 2013;17:R91.
34. Davidson JE, Hopkins RO, Louis D, Iwashyna TJ. Post-intensive Care Syndrome 2013; www.mycucare.org/Adult-Support/Pages/Post-intensive-Care-Syndrome.aspx.
35. Smith M, Azoulay E. Sleepless nights in the ICU: the awaken family. *Crit Care* 2013;17(5):1003.
36. Van der Schaaf M, Bakhshi-Raiez F, Van der Steen M, Dongelmans DA, De Keizer NF. Recommendations for the organization of intensive care follow-up clinics; report from a survey and conference of Dutch intensive cares. *Minerva Anesthesiol* 2015; 81(2):135-44.