

ROLA I ZADANIA PIEŁĘGNIARKI W ZAKRESIE PRZYGOTOWANIA PSYCHICZNEGO PACJENTA DO OPERACJI

The role and responsibilities of nurses in mental preparation of the patient for a surgery

TERESA NIECHWIADOWICZ-
CZAPKA^{B,E,F}

Instytut Pielęgniarstwa, PMWSZ w Opolu

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

Przygotowanie pacjenta do operacji jest zadaniem kompleksowym dla całego zespołu terapeutycznego. Nawet najlepiej wykonana operacja nie przyniesie pozytywnych wyników, jeżeli chory nie będzie do niej dobrze przygotowany zarówno pod względem fizycznym, jak i psychicznym i nie będzie miał należytej opieki po zabiegu.

Szczególne role przypada tu pielęgniarkom jako osobom sprawującym bezpośrednią opiekę nad chorym i spędzającym z nim najwięcej czasu. Zdominowanie współczesnej chirurgii przez coraz doskonalszą technikę oraz jej ogromne rozdrobienie na coraz węższe specjalności nie tylko nie umniejszyło, ale wręcz zwiększyło rolę i zakres działań pielęgniarki w zespole leczącym z racji tego, że przebywając stale blisko chorego ma ona możliwość obserwacji decydujących niejednokrotnie o całokształcie leczenia. Pielęgniarka jest tą osobą spośród członków zespołu terapeutycznego, której postawa, zachowanie, sposób, w jaki porozumiewa się z pacjentem, poszanowanie jego praw są istotnymi elementami przygotowania chorego do interwencji chirurgicznej. Przygotowanie psychiczne powinno być uzależnione od charakteru związanych z zabiegiem emocjonalnych problemów i oczekiwań pacjenta. Poznanie ich umożliwia podejmowanie skutecznych oddziaływań psychologicznych, które pozwalają minimalizować uboczne, negatywne skutki interwencji chirurgicznej oraz potęgować wynikające z niej korzyści. Efekty terapeutyczne tych oddziaływań są widoczne bez względu na to, czy zostaną zastosowane przez pielęgniarkę w sposób świadomy i celowy, czy też intuicyjnie lub przypadkowo. Należy więc dążyć do tego, by wspomaganie działań medyczno-pielęgnacyjnych było świadomym korzystaniem z dostępnych pielęgniarcze środków terapeutycznych.

Celem pracy jest omówienie zadań i roli pielęgniarki w zakresie przygotowania psychicznego pacjenta do operacji oraz przedstawienie autorskiego kwestionariusza wywiadu pozwalającego pielęgniarcę rozpoznać związane z tym problemy pacjenta.

Słowa kluczowe: operacja, przygotowanie do zabiegu, pielęgniarka, działania psychoterapeutyczne, proces pielęgnowania

Summary

Preparing the patient for a surgery is a complex task for the entire health care team. Even the best performed surgery will not bring positive results if the patient is not well-prepared for it, both physically and mentally and receives improper care after the surgery. Nurses play the most important role at this point of treatment as they are the ones who take care of the sick directly and spend most time with them. The process of modern technology dominating contemporary field of surgery and narrowing of the specialties have not diminished, but strengthened this role. As the professional assisting and observing the patient constantly, the nurse frequently has a great influence upon the course of the whole treatment. The nurse is the person of the therapeutic team, whose attitude, behavior, the way of communicating the patient, the respect for their rights are the most important elements in preparing the patient for the surgical intervention. This mental preparation should depend on the nature of surgery and the patient's emotional problems and expectations related to it. Being aware of them allows undertaking effective psychological therapy, minimizing negative side effects of the surgery and pointing out the benefits of it. Therapeutic effects of these interactions are visible regardless of the fact whether they are used by a nurse in a conscious and deliberate, or an intuitive and accidental way. Therefore, nurses' actions should be aimed at benefiting consciously from well-known therapeutic procedures.

Aim of the research is to discuss the tasks and the role of the nurse in mental preparation of the patient for a surgery and to provide a copyright interview questionnaire which allows the nurse to identify the patient's problems in this matter.

Keywords: surgical procedure, preparation for surgery, a nurse, psychotherapeutic activities

Wstęp

Choroba zaliczana jest do tzw. nienormalnych wydarzeń stresowych z powodu nieprzewidywalności, jednostkowego charakteru, często nagłego początku [1]. Zawiera nie tylko czynniki zagrożenia (biologiczne i psychospołeczne), ale zakłóca realizację celów życiowych i stawianych zadań, utrudnia lub uniemożliwia zaspokojenie różnorodnych potrzeb życiowych, a jej szczególnym elementem stresowym są dolegliwości. Według skali Thomasa H. Holmsa określającej wielkość stresu mierzoną w „jednostkach zmian życiowych” (ang. LCU - *life change units*) choroba otrzymuje 53 punkty na 100 możliwych [2].

Pobyt w szpitalu wiąże się z utratą autonomii, depriacją potrzeby niezależności i kontroli, naruszeniem intymności, koniecznością podporządkowania się pewnym rygorom, czasem niezrozumiałym dla pacjenta. Hospitalizowany chory odsunięty jest także od pełnienia swoich dotychczasowych ról społecznych. Każde działanie medyczne, jakkolwiek usprawiedliwione celem, jest ingerencją w nietykalność cielesną pacjenta. Szczególnie leczenie chirurgiczne powoduje jego duże obciążenie emocjonalne. Operacja jest ważnym wydarzeniem w każdym indywidualnym życiu. Dla chorego i jego rodziny nie ma „małych” zabiegów. Nikt dzisiaj nie poddaje w wątpliwość, że stan psychiczny pacjenta ma znaczący wpływ na przebieg każdego leczenia, także chirurgicznego. Uświadamiamy sobie coraz lepiej, że mobilizacja psychiczna pacjenta jest ważna w stymulowaniu jego sił obronnych. Gdy chory jest w lepszej kondycji psychicznej proces diagnozowania, leczenia, a także rekonwalescencja przebiegają znacznie szybciej i pomyślniej. Leczenie, pielęgnowanie i rehabilitacja wymagają zatem umiejętnego łączenia środków o charakterze fizykalno-biologicznym i farmakologicznym oraz środków typowo psychologicznych [3].

Aspekt psychologiczny pielęgnacji

Niekiedy nie można rozpocząć procesu terapeutycznego bez obniżenia u pacjenta poziomu lęku. W wielu przypadkach jest to jeden z głównych problemów (także pielęgnacyjnych), który musi rozwiązać personel oddziału chirurgicznego. Shervin B. Nuland w swojej książce *Mądrość ciała* napisał, że ciało człowieka dąży zawsze do utrzymania równowagi, a każde zaburzenie uruchamia mechanizmy kompensacyjne. Nasze ciało ma zatem *wrodzoną mądrość*. Wyjątkowe jest nie tylko nasze ciało, ale także emocje i myśli.

„Niepowtarzalny umysł ludzki jest pochodną składowych organicznych niepowtarzalnego ciała ludzkiego. Nie istnieje dualizm ciała i umysłu - jesteśmy jednością” [4].

Leczenie i pielęgnacja nie mogą więc być pozbawione aspektu psychologicznego, ponieważ:

- konieczne jest łagodzenie napięć i negatywnych emocji wywołanych samą chorobą oraz stosowanymi metodami leczenia;
- potrzebne i jednocześnie możliwe jest wykorzystanie w leczeniu procesów psychologicznych oraz sił

i zasobów pacjenta, które wzmacniają i przyspieszają proces zdrowienia;

- konieczne jest stworzenie warunków ułatwiających współpracę z pacjentem, która jest warunkiem skuteczności stosowanych metod leczenia i pielęgnacji;
- istnieje zależność przyczynowo-skutkowa między czynnikami psychologicznymi a niektórymi chorobami [4].

Psychologia chirurgii bada wpływ zmiennych psychicznych na powstawanie i rozpoznawanie chorób, proces leczenia oraz rehabilitację po zabiegach chirurgicznych. Ważnym obszarem jej zainteresowania jest poznanie specyfiki psychologicznej pacjenta na oddziale chirurgicznym oraz opracowywanie skutecznych metod interwencji i pomocy psychologicznej dla tej grupy chorych.

Psycholog może być bardzo pomocny w wypracowaniu przez pacjenta właściwego podejścia do własnej choroby i proponowanego leczenia, ale w praktyce niewielu pacjentów z tej pomocy korzysta. Przyczyną może być ograniczona dostępność psychologa w polskich szpitalach.

Autorzy podręczników chirurgii podkreślają ważną rolę pielęgniarki, jako osoby sprawującej bezpośrednią opiekę nad chorym i spędzającą z nim najwięcej czasu. Pielęgniarki wykonują większość niezbędnych czynności związanych z bezpośrednim przygotowaniem pacjenta do zabiegu. Opieka pielęgniarska na właściwym poziomie niewątpliwie wpływa na to, że chory odczuwa leczenie jako lżejsze, mniej dotkliwe i zachowuje komfort życia [6].

Wymaga to uwzględnienia w programach kształcenia pielęgniarek wiedzy i umiejętności z zakresu komunikacji terapeutycznej [7]. Wiedza teoretyczna jest warunkiem koniecznym do bycia pielęgniarką wykształconą i technicznie sprawną, ale nie wystarczającym do bycia pielęgniarką dobrą, a przede wszystkim mądrą i refleksyjną w interakcji z pacjentem. Sprawność komunikacji, nawet doskonała pod względem technicznym, nie zastąpi bowiem głębokiej osobowej więzi pielęgniarki z pacjentem [8].

Według Heleny Motyki lekarze i pielęgniarki często postrzegają pacjenta poprzez pryzmat chorego narządu wymagającego naprawy lub usunięcia. Z kolei psycholodzy koncentrują się zbytnio na przeżyciach i oczekiwaniach pacjenta.

„Musimy pamiętać o tym, co należy zrobić z ciałem pacjenta, ale nie możemy zapominać o tym, co w związku ze swym stanem, leczeniem i podejmowanymi działaniami, myśli i czuje jego właściciel” [9].

Niezaawansowane formy psychoterapii jako pozamedyczne sposoby oddziaływania na pacjenta uruchamiają różne mechanizmy regulacji psychicznej w celu wyposażenia pacjentów w strategię radzenia sobie ze stresem na poziomie poznawczym, behawioralnym i psychofizjologicznym [10].

Termin „psychoterapia elementarna” budzi wiele kontrowersji i uwag krytycznych ze strony specjalistów, którzy uważają psychoterapię za metodę leczenia. Dlatego bardziej adekwatnym i neutralnym określeniem

jest „komunikacja terapeutyczna”. Obejmuje ona wytworzenie atmosfery terapeutycznej poprzez wzbudzenie otuchy, optymizmu, życzliwości, zaufania, zrozumienia dla trosk pacjenta, łagodzenia napięcia i lęku, wyjaśnienie dręczących chorego wątpliwości oraz podkreślanie nawet niewielkich jego osiągnięć [11].

Niewerbalną formą komunikacji międzyludzkiej jest dotyk. Jest to najstarszy, pierwotny rodzaj zachowania społecznego, mający zasadnicze znaczenie dla obcowania ludzi ze sobą. Szczególne znaczenie ma w świadczaniu profesjonalnych usług przez pielęgniarki. Często konieczne jest wchodzenie pielęgniarki w przestrzeń intymną pacjenta, ale wykonywanie przez nią zadań i czynności zawodowych możliwe jest, m.in. dzięki kontaktowi dotykowemu. W pielęgnowaniu stanowi on niezbędny element wszystkich działań podejmowanych przez pielęgniarkę. Przez dotyk pielęgniarka komunikuje pacjentowi swoją obecność i bliskość. To także komunikat wsparcia.

Ze względu na cel kontaktu możemy wyróżnić dotyk:

- pielęgnacyjno-opiekuńczy,
- proceduralny,
- ochronny.

Świadome, celowe i planowe działanie pielęgniarki

Dla potrzeb omawianego zagadnienia największe znaczenie ma dotyk pielęgnacyjno-opiekuńczy, jako świadome, celowe i planowe działanie pielęgniarki. Ma ono na celu wspomaganie nawiązywania kontaktu słownego z pacjentem, wsparcie emocjonalne, uspokojenie pacjenta i zapewnienie mu poczucia bezpieczeństwa. Jednak, o ile dla pielęgniarki dotyk to czynność rutynowa, to pacjent z reguły chce zachować prawo do intymności. Należy zatem indywidualnie traktować potrzeby i prawa pacjenta w tym zakresie [12].

Obecność i towarzyszenie personelu pielęgniarskiego ułatwia choremu doświadczenie nawet przykrych i bolesnych uczuć. Bardzo istotną formą pomocy jest właśnie obecność pielęgniarki, towarzyszenie bez prób uspakajania na siłę („wszystko będzie dobrze”), bez powstrzymywania od łez („nie wolno płakać”), bez przeskadzania w okazywaniu uczuć, które i tak w chorym istnieją. Jest to przeciwieństwo opieki obojętnej, często występującej ze strony rodziny. Stan emocjonalny pacjenta w postaci satysfakcji z opieki pielęgniarskiej (lub jej braku) jest wyznacznikiem jakości tej opieki, zgodnej z procesem pielęgnowania, uwzględniającym holistyczne podejście do pacjenta. Komunikacja między pielęgniarką a pacjentem to specyficzny rodzaj relacji społecznych, w których niewłaściwe postępowanie i brak zrozumienia mogą wręcz uniemożliwić terapię. W prawidłowej, a zatem satysfakcjonującej obie strony, interakcji z pacjentem możemy napotkać liczne bariery. Każde zachowanie jest przekazywaniem informacji na dwóch poziomach: informacji o treści oraz informacji o relacji między podmiotami komunikacji. Kiedy informacje są na tych poziomach sprzeczne ze sobą, dochodzi do przerwania interakcji i niemożności

porozumienia się [15]. Komunikowanie się z pacjentem jest jednym z najtrudniejszych elementów pracy pielęgniarki. Tym trudniejszym, że jak do tej pory, w zasadzie nie ma w toku studiów medycznych przedmiotu, który kształtowałby i doskonalił te umiejętności [16].

Wyniki wielu badań psychologicznych nad stresem przedoperacyjnym wskazują, że rzetelna informacja na temat oczekiwanej operacji i jej konsekwencji wpływa pozytywnie na wypracowanie przez chorego strategii pokonywania tego stresu. Zwrot ten nastąpił w wyniku poznania psychologicznej teorii stresu i sposobów radzenia sobie z nim. W krajach zachodnich w latach siedemdziesiątych i osiemdziesiątych ubiegłego wieku pacjenci coraz powszechniej zaczęli domagać się informacji o swojej chorobie i planowanym leczeniu, nie chcąc być biernymi odbiorcami usług medycznych. Dostarczanie pacjentom informacji związanych z zabiegiem miało na celu ograniczenie negatywnych konsekwencji otrzymywania wielu sprzecznych informacji od lekarza, pielęgniarek lub innych pracowników medycznych. Chorzy potrzebują podstawowych informacji, aby mogli wyrazić zgodę na leczenie. Przemawiają za tym względy etyczne i medyczo-prawne. Przekazywanie informacji pełni bowiem funkcję:

- poznawczą,
- instrumentalną - nakłaniamy pacjenta do zachowań pożądanых z medycznego punktu widzenia,
- ekspresywną, gdyż ma na celu uspokojenie chorego.

Uwzględniając stosunek pacjenta do otrzymanej informacji wyróżniono dwa style radzenia sobie ze stresem:

- unikanie, zaprzeczanie zagrożeniom i trudnościom,
- aktywne poszukiwanie informacji, gromadzenie, przetwarzanie i wykorzystywanie w działaniu [17].

Otrzymanie niezbędnych informacji zazwyczaj wpływa uspokajająco na pacjenta. Zależy to jednak od wielu czynników. Duże znaczenie ma - bez wątpienia - rodzaj zabiegu i jego rozległość. Porównanie reakcji chorych poddawanych rozległym i drobnym zabiegom wykazało, że otrzymywane informacje powodowały obniżenie lęku u pacjentów przygotowywanych do operacji o małej rozległości. Natomiast dokładne i pełne informowanie chorych przed rozległymi zabiegami zwiększało lęk.

Korzyści wynikające z takiego postępowania potwierdzają badania, które były prowadzone w Polsce pod koniec lat 60. (Heszen, 1970). Stosowano informacje zróżnicowane treściowo (w tym także zagrażające) i w różnej formie, ale zawsze kooperacyjne funkcjonowanie pacjentów informowanych było lepsze w porównaniu z grupą kontrolną, która takich informacji nie otrzymywała [10].

Pielęgniarka, nie będąca psychoterapeutą, może wiele zrobić dla pacjenta, jeśli on tego oczywiście chce. Ważne czynniki terapeutyczne to zarówno wsparcie emocjonalne, jak i wsparcie informacyjne.

Informowanie pacjenta związane z jego edukowaniem, nie jest sprawą prostą. Edukacja jest ważnym sposobem zmniejszania lęku i niepokoju, którego doświadczają pacjenci przed zabiegiem. Celem edukacji

zdrowotnej pacjenta na oddziale chirurgicznym jest dostarczenie mu wiedzy i umiejętności z zakresu samo-kontroli, samoopieki i samopielęgnacji, co ma znaczący wpływ na dalszy przebieg choroby, zmniejszenie jej skutków oraz przywrócenie i utrzymanie zdrowia.

Sposób informowania i edukowania pacjenta nie jest bez znaczenia. Informacja pisemna, np. w formie ulotki, jest mniej skuteczna niż bezpośrednia rozmowa z lekarzem i pielęgniarką, dająca także efekt wsparcia emocjonalnego. W trakcie takiej rozmowy chory nabiera przekonania, że jest dla personelu ważny i rozumiany. Informacje przekazywane w formie pisemnej, za pomocą broszur czy ulotek mają charakter ogólny, natomiast informacje uzyskane w trakcie bezpośredniej rozmowy dotyczą konkretnej zainteresowanej osoby [18].

Pielęgniarka nie mając decydującego głosu w sprawach pacjenta ma z nim najczęstszy kontakt, co stanowi specyfikę jej pracy. Do zadań pielęgniarki należy nie tylko zaspokajanie potrzeb pacjenta, ale też stwarzanie odpowiedniej atmosfery. To ona może kontrolować bieg zdarzeń oraz wpływać na zachowanie pacjenta. Tworzenie atmosfery bezpieczeństwa jest jej ważnym zadaniem, ponieważ wpływa na emocje pacjenta i jego zachowanie.

Aby postępowanie to było optymalnie sprawne, wymagana jest pewna elastyczność i ciągłe monitorowanie działań. Taką możliwość daje proces pielęgnowania, który pozwala określić sytuację pacjenta, czego efektem powinny być starania o rozwiązanie problemów pielęgnacyjnych chorego oraz stworzenie warunków zewnętrznych sprzyjających dobremu postępowaniu chorego lub uniemożliwiających zachowania złe.

Proces pielęgnowania

Przedstawiona poniżej propozycja autorskiego kwestionariusza wywiadu zawiera elementy poznawcze, instrumentalne oraz ekspresywne. Kwestionariusz pomaga w postawieniu diagnozy pielęgniarskiej oraz pełni rolę informacyjną dla pacjenta, przy czym pielęgniarka informuje pacjenta w zakresie swoich kompetencji. Bezpośrednia rozmowa z pielęgniarką pozwala poznać przyczyny ewentualnego niepokoju pacjenta związane z czekającym go zabiegiem, dostarczyć mu podstawowych informacji na temat wykonywanych czynności, wyjaśnić wątpliwości oraz zaplanować odpowiednie działania pielęgnacyjne, także w przypadku uzyskania informacji negatywnych. Informacja dotycząca miejsca zamieszkania pacjenta (miasto/wieś) wydaje się mieć znaczenie w zakresie możliwości kontaktu z lekarzem w okresie pooperacyjnym, a to również wpływa na poczucie bezpieczeństwa pacjenta (pyt.4 Miejsce zamieszkania). Wykształcenie pacjenta ma niewątpliwie wpływ na sposób przeprowadzania wywiadu, używanie nazewnictwa zrozumiałego dla pacjenta, itp., co pozwala zmniejszyć dystans między pielęgniarką a chorym (pyt.5 Wykształcenie).

W przypadku samotnego zamieszkiwania przez pacjenta jego edukacja w zakresie przygotowania do samopielęgnacji i samoopieki powinna być warunkiem opuszczenia oddziału, a w szczególnych przypadkach

ważne jest zgłoszenie konieczności dalszej opieki odpowiednim jednostkom. Istotnym problemem jest konieczność dalszej opieki nad pacjentem w sytuacji, gdy to on sam jest opiekunem innych członków rodziny. Jest to wyjątkowo stresująca sytuacja niekorzystnie wpływająca na stan psychiczny chorego. Pielęgniarka znając jedną z przyczyn niepokoju pacjenta i konieczność otoczenia go zwiększoną opieką, może także pomóc, w zakresie swoich możliwości i uprawnień, w rozwiązaniu niektórych problemów (pyt.8 Sytuacja rodzinna).

Pytanie 14 dotyczy jasności i zrozumienia przez pacjenta informacji otrzymanych od lekarza kierującego na operację. W sytuacji, gdy pacjent nie ma jasności swojej sytuacji lub tylko częściowo ją rozumie, pielęgniarka, w ramach swoich kompetencji zawodowych, udziela pacjentowi odpowiednich wyjaśnień, proponuje ponowny kontakt z lekarzem, itp.

Pytania półotwarte dają możliwość zdiagnozowania indywidualnych problemów pacjenta, które mogą pojawić się w trakcie rozmowy, a nie zostały uwzględnione w kwestionariuszu.

W roku akademickim 2012/13 kwestionariusz był stosowany pilotażowo przez studentów pielęgniarstwa odbywających zajęcia praktyczne z przedmiotu pielęgniarstwo chirurgiczne oraz pielęgniarki Oddziału Chirurgii Ogólnej Szpitala Wojewódzkiego w Opolu.

Proces pielęgnowania pacjenta w oddziale chirurgii
Kwestionariusz wywiadu

1. Nazwisko i imię:

2. Rozpoznanie lekarskie:

3. Wiek:

4.

Lp.	Miejsce zamieszkania	Tak	Nie	Liczba mieszkańców
1.	Miasto			
2.	Wieś			

5.

Lp.	Wykształcenie	Tak	Uwagi
1.	Podstawowe		
2.	Zawodowe zasadnicze		
3.	Średnie		
4.	Wyższe		
5.	Inne		

6. Wykonywany zawód:.....

7.

Lp.	Warunki mieszkaniowe	Tak	Nie	Uwagi
1.	Dobre			
2.	Wystarczające			
3.	Złe			

8.

Lp.	Sytuacja rodzinna	Tak	Uwagi
1.	Mieszkam sam		
2.	Mieszkam z rodziną		
3.	Opiekuję się wspólnie zamieszkującymi:		
	- współmałżonkiem		
	- dzieckiem/dziećmi		
	- rodzicami		
	- rodzeństwem		
	- innymi osobami		

9.

Lp.	Czy był/a Pan/Pani wcześniej leczona/y w szpitalu?	Tak	Ile razy	Uwagi
1.	Tak			
2.	Nie			

10.

Lp.	Czy był/a Pan /Pani w przeszłości operowany?	Ile razy	Uwagi
1.	Byłam/em		
2.	Nie byłam/em		

11.

Lp.	Obecny tryb przyjęcia do szpitala był:	Tak	Nie	uwagi
1.	Nagły			
2.	Planowy			

12.

Lp.	Czy przed przyjęciem do szpitala uporządkował(a) Pan / Pani swoje sprawy ?	Tak	Nie	Uwagi
1.	Rodzinne			
2.	Zawodowe			
3.	Inne			

13.

Lp.	Czy został/a Pan /Pani poinformowana(y) przez lekarza o:	Tak	Nie	Uwagi
1.	Celu operacji			
2.	Dokładnym terminie operacji			
3.	Rodzaju znieczulenia, które będzie u Pani/Pana zastosowane			
4.	Orientacyjnym czasie pobytu w szpitalu			
5.	Ewentualnych powikłaniach			
6.	Inne			

14.

Lp.	Czy otrzymane informacje są dla Pana/Pani:	Tak	Nie	Częściowo	Uwagi
1.	Jasne i zrozumiałe				
2.	Wystarczające				

15.

Lp.	Czy wie Pan/Pani w jakim celu przed operacją:	Tak	Nie	Uwagi
1.	Zakłada się wkłucie dożylnie (wenflon)			
2.	Pobiera krew do badań			
3.	Wykonuje się lewatywę oczyszczającą / stosuje czopki przeczyszczające			
4.	Należy powstrzymać się od przyjmowania pokarmów przez określony czas			
5.	Należy powstrzymać się od przyjmowania napojów na 6 h przed zabiegiem			
6.	Goli się miejsce, gdzie będzie wykonywany zabieg			
7.	Należy powstrzymać się od palenia papierosów			
8.	Nie wolno przyjmować na własną rękę żadnych leków. Po konsultacji z lekarzem będą podane leki nasercowe doustne (jeżeli były przyjmowane wcześniej)			
9.	Przed przewiezieniem na salę operacyjną należy usunąć wszystkie protezy, tupety, okulary oraz inne ruchome lub metalowe elementy			
10.	Będzie podana premedykacja			
11.	Inne			

16.

Lp.	Czy wie Pan/Pani, że po operacji:	Tak	Nie	Uwagi
1.	Pielęgniarka będzie sprawdzać ogólny stan Pani/Pana (także w nocy)			
2.	Pielęgniarka będzie sprawdzać stan rany operacyjnej (także w nocy)			
3.	Będzie Pani/Pan miała możliwość wezwania pielęgniarki w razie potrzeby za pomocą dzwonka przez całą dobę			
4.	Pielęgniarka pomoże Pani/Panu w wykonaniu zabiegów higienicznych i załatwieniu potrzeb fizjologicznych (w koniecznym zakresie)			

5.	Będzie Pani/Pan otrzymywać leki przeciwbólowe – regularnie /w zależności od potrzeb			
6.	Będzie Pani/Pan otrzymywać płyny drogą dożylną (kroplówki) - w zależności od potrzeb			
7.	Może być Pani/Panu podawany tlen do oddychania - w zależności od potrzeb			
8.	Może być Pani/Panu założony do rany operacyjnej dren/dreny - w zależności od potrzeb			
9.	Może mieć Pani/Panu założony cewnik do pęcherza moczowego - w zależności od potrzeb			
10.	Może mieć Pani/Pan założoną sondę żołądkową - w zależności od potrzeb			
11.	Może być Pani/Pan podłączony do aparatu kontrolującego pracę serca, ciśnienie krwi i oddech - w zależności od potrzeb			
12.	Nie będzie Pani/Pan mogła/mógł przez pewien czas jeść i pić - w zależności od potrzeb			
13.	Posiłki i płyny do picia otrzyma Pani/Pan od razu, kiedy będzie to możliwe			
14.	Będzie prowadzona rehabilitacja i wczesne uruchamianie (wstawanie z łóżka)			
15.	Będzie Pani/Pan musiała współpracować z pielęgniarką i wypełniać jej polecenia			
16.	Inne			

17.

Lp.	Czy operacje, które przebył/a Pani/Pan w przeszłości przebiegały z komplikacjami ?	Jakie komplikacje wystąpiły ?	Uwagi
1.	Nie było komplikacji		
2.	Były komplikacje (jakie?)		

18.

Lp.	Czy miał/a Pan/Pani wykonywaną kiedyś w przeszłości lewatywę oczyszczającą?	Tak	Uwagi
1.	Nie miałam/em nigdy lewatywy		
2.	Miałam/em wykonywaną lewatywę		

19.

Lp.	Jak Pani/Pan zniosła (zniósł) lewatywę poprzednio ?	Tak	Nie	Uwagi
1.	Dobrze			
2.	Nie utrzymałam(łam) wlewu			
3.	Odczuwałam(łam) ból brzucha			
4.	Odczuwałam(łam) ból/pieczenie w okolicy odbytu			
5.	Miałam(miałem) krwawienie w okolicy odbytu			
6.	Inne			

20.

Lp.		Tak	Nie	Uwagi
1.	Czy miał/a Pan/Pani kiedyś w przeszłości założone wkłucie dożylnie (tzw.wenflon) ?			

2.	Jeśli tak – to czy wystąpiły powikłania po założeniu wkłucia ?			
	- stan zapalny			
	- krwiak (siniak)			
	- inne			

21.

Lp.	Czy boi się Pan/Pani ?	Tak	Nie	Uwagi
1.	Iniekcji (zastrzyków)			
2.	Pobierania krwi			
3.	Lewatywy			
4.	Golenia pola operacyjnego			
5.	Innych zabiegów (jakich?)			

22.

Lp.	Czy w obecnej sytuacji odczuwa Pan/Pani ?	Tak	Nie	Uwagi
1.	Nadzieję			
2.	Strach			
3.	Gniew			
4.	Poczucie krzywdy			
5.	Bezradność/bezsilność			
6.	Mniejsze poczucie własnej wartości			
7.	Brak poczucia sensu obecnej sytuacji			
8.	Inne			

23.

Lp.	Jak radzi sobie Pan/Pani w sytuacjach stresowych ?	Tak	Nie	Uwagi
1.	Dobrze			
2.	Potrzebuję pomocy i wsparcia			

24.

Lp.	Czy po powrocie do domu może Pan/Pani liczyć na pomoc i opiekę ?	Tak	Nie	Uwagi
1.	Rodziny			
2.	Sąsiadów/znajomych/przyjaciół			
3.	Innych osób			
4.	Jestem zdany na siebie			

25.

Lp.	Czy chce/potrzuje Pan/Pani dodatkowej rozmowy w celu wyjaśnienia kwestii związanych z przygotowaniem do operacji ?	Tak	Nie	Uwagi
1.	Z inną pielęgniarką			
2.	Z lekarzem			
3.	Z psychologiem			
4.	Z duchownym			
5.	Z innymi osobami (z kim?)			

26. Co chciałby jeszcze Pan /Pani wiedzieć w związku z planowaną operacją?

Piśmiennictwo

1. Dolińska-Zygmunt G. *Elementy psychologii zdrowia*. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego; 1996: 47.
2. Wirga M. *Zwyciężyć chorobę*. Wyd. 3. Katowice: Dom Wydawniczo-Księgarski KOS; 2010.
3. Motyka M. *Komunikacja terapeutyczna w opiece ogólnomedycznej*. Wyd. 2. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 201-17.
4. Nuland SB. *Mądrość ciała*. Warszawa: Bertelsmann Media Sp. z o.o. Świat Książki; 2000: 39-41.
5. Korsch B, Negrete V. Doctor-patient communication. *Sci Am* 1972; 227: 66-74.
6. Składkowski K. *Razem pokonajmy raka. Onkolog nadziei*. Kraków: Znak; 2011: 126.
7. Motyka M. Empatia a studia pielęgniarskie. *Szt Leczenia* 2006; 13; 1/2: 33-38.
8. Pucko Z. Fenomen samotności w relacji pielęgniarka - pacjent. *Szt Leczenia* 2001; 8: 1: 73-78.
9. Motyka H. Relacja terapeutyczna a jakość życia pacjenta. *Med Rodz* 2010; 4: 124-128.
10. Heszen I, Sęk H. *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2007: 307-308.
11. Szutarska A, Andruszkiewicz A. Czynniki wyznaczające stan psychiczny i wpływające na ocenę opieki pielęgniarskiej. *Pielęg Chir Angiol* 2010; 1: 1-5.
12. Włodarczyk W. *Pielęgniarstwo w Polsce i na świecie. Kompendium wiedzy dla studentów pielęgniarstwa*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Tekst; 2009: 80-84.
13. Katefian S, Redman R, Nash MG, Bogue EL. Inpatient and ambulatory patient satisfaction with nursing care. *Qual Manag Health Care* 1997; 5: 66.
14. Mizińska J. Recenzja rozprawy na stopień doktora nauk medycznych mgr Kingi Żurawskiej vel Dziurawiec „Zakres i charakter kontaktu dotykowego między położną a pacjentką na sali porodowej”. *Pielęg XXI wieku* 2011; 1(34): 69-72.
15. Czabała JC. *Czynniki leczące w psychoterapii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2006: 62.
16. Makara-Studzińska M. *Komunikacja z pacjentem*. Lublin: Wydawnictwo Czelej; 2012.
17. Ziębicka J, Gajdosz R. Informacja medyczna i jej znaczenie dla chorych przygotowywanych do znieczulenia i operacji. *Anestezjol Intens Ter* 2006; 38: 110-114.
18. Smith I, Mc Whinnie D, Skues M. *Chirurgia jednego dnia. Cholecystectomy laparoskopowa*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2012.

Adres do korespondencji:

mgr Teresa Niechwiadowicz-Czapka
Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu
ul. Katowicka 68, 45-060 Opole
Tel. +48 77 668 768 853
E-mail: tecia7@onet.eu

Praca wpłynęła do redakcji: 03.02.2014

Po recenzji: 15.04.2014

Zaakceptowana do druku: 20.05.2014