

TERESA NIECHWIADOWICZ-CZAPKA

Wybrane zagadnienia opieki pielęgniarstwa w aspekcie przygotowania psychicznego pacjenta do zabiegu chirurgicznego

Selected Issues of Nursing Care in Aspect of the Mental Preparation of the Patient for the Surgery

Instytut Pielęgniarstwa, Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu, Opole

Streszczenie

Pielęgniarka pracująca na oddziale chirurgicznym opiekuje się zróżnicowaną pod względem wieku i rodzaju chorób grupą pacjentów. Zadaniem pielęgniarki jest pomoc pacjentowi w przystosowaniu się do środowiska szpitalnego i od niej w dużej mierze zależy, jak długi będzie to czas. Każdy pacjent trafiający do szpitala powinien zostać otoczony troskliwą opieką całego personelu. Na oddziałach chirurgicznych zadanie to wydaje się szczególnie ważne. Pielęgniarka jest tą osobą spośród członków zespołu terapeutycznego, której postawa, zachowanie, sposób, w jaki porozumiewa się z pacjentem, poszanowanie jego praw mogą wpływać na zminimalizowanie lęku i strachu oraz zadowolenie pacjenta z całokształtu usług medycznych (Piel. Zdr. Publ. 2014, 4, 2, 155–159).

Słowa kluczowe: chirurgia, opieka pielęgniarstwa, empatia, problemy pielęgnacyjne.

Abstract

Nurses who work on surgical wards care for a group of patients diverse in terms of age and disease type. Their task is to help patients adapt to the hospital environment and it depends on them, to a large extent, how long it will take. All hospital patients should be surrounded by a loving care of the entire Staff. This task seems to be particularly important on surgical wards. Nurses, among other members of therapeutic teams, are ones who can minimize anxiety and fear, and contribute to the patients' satisfaction with medical services (Piel. Zdr. Publ. 2014, 4, 2, 155–159).

Key words: surgery, nursing care, empathy, care problems.

Każda choroba i pobyt w szpitalu pociągają za sobą obciążenie mechanizmów regulacji psychicznej i są źródłem stresu psychologicznego, a każde działanie medyczne, jakkolwiek usprawiedliwione celem, jest ingerencją w nietykalność cielesną pacjenta.

Utrata samodzielności i uzależnienie od ludzi, których człowiek nie zna, zmiana środowiska i brak kontaktu z rodziną jako podstawowym źródłem wsparcia, powodują poczucie zagrożenia i utraty bezpieczeństwa. Konieczność przebywania z innymi chorymi, poddawania się krępującym zabiegom medycznym wykonywanym przez osoby często znacznie młodsze od pacjenta, towarzyszący ból i inne dolegliwości obniżają jakość życia.

Leczenie chirurgiczne zajmuje pod tym względem miejsce wyjątkowe i powoduje szczególnie duże obciążenie emocjonalne pacjentów.

Interwencja chirurga przybiera formę drastyczną, polegającą na odsłonięciu narządów wewnętrznych. Zabieg chirurgiczny jest często postrzegany jako okaleczenie ciała [1, 2]. W czasie operacji chory jest ponadto całkowicie bierny, pozbawiony możliwości działania i decydowania o sobie, w pełni uzależniony od personelu. Po operacji pacjent często czuje się gorzej niż przed nią – jest obolały, ma przygnioną świadomość, niezdolny do wykonywania najprostszych codziennych czynności.

Celem pracy jest przedstawienie ekspresywnych zadań pielęgniarki oraz znaczenia zachowań

empatycznych w przygotowaniu psychicznym pacjenta do zabiegu chirurgicznego.

Operacja jest ważnym wydarzeniem w każdym indywidualnym życiu. Dla pacjenta i jego rodziny nie ma „małych prostych” zabiegów.

W okresie oczekiwania na operację chorzy przeżywają różnego rodzaju napięcia i w różnym stopniu radzą sobie z ze stresem wynikającym z perspektywy leczenia chirurgicznego.

Z punktu widzenia psychologii leczenie chirurgiczne jest dla pacjenta sytuacją trudną. Pojawia się konflikt typu przyciąganie–unikanie. Konflikty tego typu występują, gdy ten sam cel ma dla człowieka wartość pozytywną i negatywną. Cel jest bardziej atrakcyjny, gdy jest oddalony, a w miarę zbliżania się do niego zwiększa się wyrazistość negatywnych składników. Staje się to przyczyną zaburzeń emocjonalnych. Sytuacja pacjenta, u którego planuje się operację obejmuje cel pozytywny, bo zabieg jest warunkiem wyleczenia. Po podjęciu decyzji o poddaniu się operacji chory często jednak zaczyna mieć wątpliwości. Im bliżej zabiegu, tym bardziej pacjent rozważa niebezpieczeństwa, które z niego wynikają, poddaje w wątpliwość celowość i niezbędność leczenia operacyjnego [3]. Stan psychiczny pacjenta przed zabiegiem jest zmienny, pojawiają się zarówno nadzieja, jak i lęk, zaufanie i niepokój. Dominującym uczuciem jest jednak strach i lęk.

Nasilony lęk niekorzystnie wpływa na parametry fizjologiczne przed i podczas anestezji. Lęk przedoperacyjny może również zaburzać przebieg okresu pooperacyjnego, zwiększać liczbę powikłań, nasilać odczuwanie bólu pooperacyjnego, wydłużyć czas hospitalizacji [4].

Lęk w medycynie jest zjawiskiem, który towarzyszy jej od początku. Wiele procedur chirurgicznych wiąże się ze szczególnie wysokim poziomem lęku (zabiegi otolaryngologiczne, torakochirurgiczne, kardiochirurgiczne, chirurgia jamy brzusznej) [5].

Po raz pierwszy wyniki badań naukowych dotyczące lęku przedoperacyjnego jako podstawowego problemu emocjonalnego pacjentów przedstawił amerykański psycholog Irvinga Janis w 1958 r.

Najważniejszymi przyczynami lęku przedoperacyjnego według Janisa są:

- utrata kontroli i całkowite uzależnienie od chirurga,
- możliwość wykrycia groźnej choroby,
- ryzyko śmierci w czasie operacji,
- śmierć jako wynik trudności z obudzeniem się po operacji.

Przygotowanie do zabiegu chirurgicznego jest zadaniem kompleksowym dla całego zespołu terapeutycznego.

Nawet najlepiej wykonana operacja nie przyniesie pozytywnych rezultatów, jeżeli chory nie bę-

dzie do niej dobrze przygotowany i nie będzie miał należytej opieki po zabiegu.

Pielęgniarka jako osoba sprawująca bezpośrednią opiekę nad chorym ma w tym zakresie ważne zadania. Do niej w dużej mierze należy przygotowanie pacjenta zarówno pod względem fizycznym, jak i psychicznym [6–9].

Zdominowanie współczesnej chirurgii przez coraz doskonalszą technikę oraz jej ogromne rozdrobienie na coraz węższe specjalności nie tylko nie umniejszyły, ale wręcz zwiększyły rolę i zakres działań pielęgniarki w zespole leczącym z racji tego, że przebywając stale blisko chorego, ma możliwość obserwacji decydujących niejednokrotnie o całości kształcie leczenia [11].

Opieka pielęgniarska składa się nie tylko z zabiegów technicznych i manualnych, ale obejmuje także bardzo szeroki zakres kontaktów interpersonalnych, oddziaływania psychoterapeutyczne i wychowawcze. Psychologowie postulują traktowanie psychoterapii elementarnej jako jednego z zadań zawodowych pielęgniarki.

Powinnością pielęgniarstwa jest szacunek dla osoby i pomoc w jej rozwoju, również w chorobie.

Pielęgniarka wykorzystuje swoją profesjonalną wiedzę, ale też towarzyszy w nieszczęściu. Bycie przy kimś w trudnej sytuacji, tworzenie atmosfery zaufania i otwarcia są nie do przecenienia. Skutki tych oddziaływań będą widoczne niezależnie od tego, czy zostaną zastosowane świadomie i celowo, czy też intuicyjnie lub przypadkowo.

Pielęgniarstwo holistyczne oznacza zerwanie z paternalistycznym modelem pielęgnacji, bo ten ogranicza pacjenta i podporządkowuje go pielęgniarsce. Wymaga jednak od pielęgniarki obszernej wiedzy interdyscyplinarnej, dzięki czemu pozwala jej szerzej zobaczyć podmiot opieki. W procesie leczniczo-pielęgnacyjnym pacjent powinien być aktywnym partnerem w decyzjach i działaniach podejmowanych wobec jego osoby, z naciskiem na dopasowanie sposobu leczenia i pielęgnacji do jego aktualnych potrzeb [10, 18].

Równowaga emocjonalna chorego zostaje zwykle naruszona przez czynności instrumentalne, ale może być przywrócona przez czynności ekspresywne. Są to działania uczuciowe, które wpływają na osobiste motywacje pacjenta i na jego procesy psychologiczne.

Chory szuka zrozumienia, opieki, emocjonalnego oparcia, pragnie, by znalazł się ktoś, kto przywróci mu pewność siebie. Ekspresywne zadania pielęgniarki stają się wówczas ważniejsze i pacjent może nawet wyżej postawić ekspresywną rolę pielęgniarki niż instrumentalną rolę lekarza. Opieka pielęgniarki ma więc dla pacjenta znacznie emocjonalne – pacjent widzi, że ktoś o niego dba. Opieka ta ma czasem większe znaczenie dla

dobrego samopoczucia pacjenta niż wyzdrowienie sanatoryjne.

Spośród funkcji zawodowych pielęgniarki funkcja opiekuńcza i wychowawcza są najbardziej swoiste dla pielęgniarstwa, stanowią o istocie zawodu, są zasadniczą treścią profesjonalnego pielęgnowania.

Ich cele to:

- pomaganie, towarzyszenie, wspieranie w rozwiązywaniu problemów podopiecznych dotyczących zdrowia i życia,

- pomaganie w rozwiązywaniu problemów powstających na skutek indywidualnej reakcji podopiecznych na zastosowane metody diagnostyki, terapii i rehabilitacji,

- asystowanie w tych czynnościach życia codziennego, w których podopieczny wymaga pomocy [10].

Pomaganie i opieka to dwa różne rodzaje działalności. Opieka dotyczy osób, które nie są zdolne do samodzielnego życia. Działa na podstawie niesymetrycznych zależności między opiekunem a podopiecznym – wykonywanie dla podopiecznego i za niego. Opiekun przejmuje także za podopiecznego pełną odpowiedzialność.

Pomaganie natomiast to działania z podopiecznym i dla podopiecznego. Nie występuje tu pełna odpowiedzialność pomagającego ani też ubezwłasnowolnienie podopiecznego.

Każdemu, kto wymaga opieki, pomoc nie wystarczy, a osobie potrzebującej tylko pomocy opieka jest wręcz przeciwwskazana.

Pomaganie wg Jerzego Mellibrudy to dawanie tego, czego komuś brakuje (w niedostatku, chorobie, cierpieniu), pobudzenie i wykorzystanie aktywności osoby, której się pomaga [24].

W takim ujęciu pomaganie powinno być skierowane na zwiększenie własnych możliwości osoby poprzez:

- udzielanie wsparcia informacyjnego koniecznego do normalnego funkcjonowania,

- doradzanie w sytuacjach problemowych,

- instruowanie z zakresu procedur i algorytmów postępowania,

- wyrażanie zrozumienia, współczucia w zmarzeniach i problemach,

- wykonywanie zabiegów leczniczo-pielęgniacych,

- wykonywanie zabiegów i czynności wspomagających odzyskanie utraconych funkcji,

- uświadamianie i umacnianie możliwości samodzielnego pokonywania trudności i radzenia sobie z nimi [11].

Relacja terapeutyczna to rodzaj stosunku między pacjentem a osobą udzielającą pomocy, który zapewnia klimat psychologiczny korzystny do prawidłowego przebiegu leczenia i pielęgnowania. Aspekt zadaniowy relacji terapeutycznej polega na podtrzymaniu więzi z pacjentem na płaszczyźnie

wyłącznie zawodowej i musi być podporządkowany celowi, któremu ma służyć.

Aspekt emocjonalny natomiast powinna charakteryzować postawa otwartości, postawa „do człowieka” (empatyczna).

Empatia zajmuje ważne miejsce w postawie zawodowej pielęgniarki. Pojęcie empatii wywodzi się z rozważań o charakterze filozoficzno-etycznym i dotyczy zachowań charakteryzujących się życzliwością, wzajemnym zrozumieniem i emocjonalnym współuczestnictwem. Wcześniej było określane jako sympatia będąca wyrazem przychylności, akceptacji drugiej osoby. Empatia natomiast to utożsamianie własnych przeżyć z odczuciami drugiej osoby lub współuczestnictwo w jej przeżyciach.

Są to więc pojęcia o różnym ładunku emocjonalnym.

Jednoznaczna definicja empatii nie istnieje. Wymienia się definicje w aspekcie emocjonalnym, poznawczym oraz emocjonalno-poznawczym. Kognitywny charakter empatii przejawia się umiejętnością spostrzegania i rozumienia przeżyć innej osoby, trafnym przewidywaniem jej uczuć, wyobrażeń oraz reakcji.

Hogan (1969 r.) określa empatię jako intelektualne lub pojęciowe rozumienie stanu drugiego człowieka bez przeżywania jego uczuć. Tak rozumiana empatia wymaga zdolności podejmowania roli i perspektyw drugiego człowieka (tzw. decentracji interpersonalnej). Decentracja interpersonalna to przewyciężenie własnego egocentryzmu [12].

Wyróżnia się 4 fazy empatii (wg Barret-Lennard, 1993 r.):

- stan preempatyczny, tj. aktywne słuchanie przez osobę empatyczną (pielęgniarka – profesjonalistka),

- rezonans empatyczny, tj. rozumienie i rozpoznanie emocji podopiecznego,

- wyrażenie empatii, tj. komunikowanie zrozumienia osobie empatyzowanej (pacjentowi),

- odebranie empatii przez pacjenta i komunikat zwrotny [12].

Relacja pacjent–pielęgniarka powinna być wspomagająco-lecznicza, tj. zapewnić taką pomoc, jaka w określonych sytuacjach zdrowotnych człowieka jest mu najbardziej potrzebna. Zwykle najbardziej jest pacjentowi potrzebne przywrócenie nadziei, pomoc w opanowaniu bezradności, pobudzenie do aktywności i współdziałania oraz samodzielnego dbania o własne zdrowie i rozwój.

Pobudzenie nadziei jest jednym z uznanych środków leczniczych. Podstawowym problemem jest to, czy pielęgniarka potrafi prawidłowo rozpoznać potrzeby podopiecznych oraz czy pacjent potrafi odczytać oczekiwania pielęgniarki i odpowiednio do nich się zachować.

W naszym społeczeństwie funkcję ekspresywną zwyczajowo łączy się z rolą kobiety, np. matki. Naturalne są zatem oczekiwania pacjenta, że sprawy uczuciowe należą do pielęgniarki i zwykle nie spodziewa się on w tym zakresie pomocy od lekarza [13]. Ważne jest, aby pielęgniarka umiała kontrolować swoje zachowania i reakcje, bo tylko wtedy pacjent właściwie odbierze jej komunikaty.

Dobra komunikacja z pacjentem jest podstawą właściwego wykonywania obowiązków pielęgniarki i współpracy z chorym. Czas przeznaczony na rozmowę z chorym sprzyja budowaniu więzi emocjonalnej z pielęgniarką [20, 22].

Indywidualny charakter relacji między pielęgniarką a pacjentem ma jednocześnie swój społeczny aspekt, z którym pielęgniarka musi mniej lub bardziej świadomie się liczyć, chcąc zaspokoić potrzeby konkretnej osoby i jednocześnie sprostać oczekiwaniom i wymaganiom całej zbiorowości podopiecznych.

W opiece zdrowotnej wyróżnia się 2 modele interakcji. Pierwszy to model autokratyczno-paternalistyczny, który ma charakter formalny i jest zorientowany na zadania. Drugi model – partnerski jest bardziej zindywidualizowany, zorientowany na pacjenta. W nim właśnie istnieją możliwości pełnej realizacji roli pielęgniarki. Są to działania pielęgnacyjno-terapeutyczne i doradczo-edukacyjne. W modelu tym pozycja pacjenta jest pozycją centralną, pacjent jednocześnie jest też partnerem lekarza i pielęgniarki. Realizacja wzajemnych oczekiwań ma charakter trójstronnego porozumienia. Powyższy model jest obecnie coraz częściej stosowany w opiece zdrowotnej [13].

Wielu autorów (M. Motyka, J. Formański, I. Heszen, T. Stefaniak) wskazuje na niezaawansowane formy psychoterapii jako pozamedyczne sposoby oddziaływania na pacjenta. Psychoterapia elementarna uruchamia różne mechanizmy regulacji psychicznej w celu wyposażenia pacjentów w strategię radzenia sobie ze stresem na poziomie poznawczym, behawioralnym i psychofizjologicznym [23].

M. Motyka we wstępie do wydania II „Komunikacji terapeutycznej w opiece ogólnomedycznej” z 2011 r. zastępuje określenie „psychoterapia elementarna” określeniem „komunikacja terapeutyczna”. Według autora oba określenia można stosować jako synonimy, ale pojęcie „psychoterapia elementarna” budzi wiele kontrowersji i uwag krytycznych ze strony specjalistów, którzy uważają psychoterapię za metodę leczenia. Bardziej adekwatnym i neutralnym określeniem jest zatem „komunikacja terapeutyczna”.

Specyfiką pracy pielęgniarki jest to, że spośród personelu medycznego to ona ma najczęstszy kontakt z pacjentem. Do niej należy więc nie tylko

zaspokajanie potrzeb pacjenta, ale też stworzenie odpowiedniej atmosfery. W procesie pielęgnowania jest wobec tego konieczna elastyczność i aktualizacja działania. Systematyczne rozwiązywanie problemów biologicznych, psychicznych i społecznych pacjenta, co jest istotą procesu pielęgnowania, pozwala określić w jasny sposób dynamikę stanu chorego. W efekcie tego poznania pielęgniarka powinna podjąć działania zmierzające do rozwiązania problemów pielęgnacyjnych wynikających z aktualnej sytuacji zdrowotnej chorego. Ważne są także działania, których celem jest stworzenie lub uzyskanie warunków zewnętrznych sprzyjających dobremu postępowaniu chorego lub uniemożliwiających złe zachowania [15–17].

Najczęstsze problemy pielęgnacyjne w okresie przedoperacyjnym to:

- poczucie zagrożenia i brak poczucia bezpieczeństwa wynikające z trudności adaptacyjnych w środowisku szpitala. Ich wyrazem mogą być różnego stopnia trudności w komunikacji z personelem. U osób starszych mogą to być: bunt i przekora, depresja i bierność, nierzadko zachowania agresywne,

- lęk i strach przed okaleczeniem, znieczuleniem, śmiercią, wynikiem operacji, bólem itp.,

- ból (także lęk przed nim),
- zaburzenia równowagi emocjonalnej (zwłaszcza gdy wynik operacji może być lub jest dla chorego niepomyślny z różnych względów),

- problemy opieki bezpośredniej wynikające z ograniczenia (w różnym stopniu) możliwości poruszania się i samoobsługi, ograniczenia w przyjmowaniu drogą doustną płynów i pokarmów, czasem nieprzestrzegania zaleczonej diety, nietrzymania wody podczas lewatywy itp.

Szczególne problemy występują u ludzi starszych, których liczba na oddziałach zabiegowych jest coraz większa, ponieważ ludzie mimo chorób żyją coraz dłużej, a rozwój medycyny pozwala podejmować leczenie operacyjne u coraz starszych osób. Pielęgniarka może spodziewać się braku współpracy ze strony tej grupy chorych, a występujące zwykle zaburzenie poczucia bezpieczeństwa i zmniejszona sprawność ogólna stwarzają konieczność wzmożonej opieki [6, 8].

Rozwiązywanie problemów pielęgnacyjnych wyraża się troską o pacjenta, pomaganiem rozumianym jako robienie dla jego dobra tego, czego chory naprawdę potrzebuje w danej chwili, a nie dawanie tego, czym pomagający aktualnie dysponuje. Celem takiego postępowania jest zwiększenie zdolności pacjenta do pomagania sobie samemu, radzenia sobie z trudnościami, zwiększenie zaufania do siebie, wiara we własne siły.

Współdziałanie i współpraca z pacjentem pozwalają harmonijnie realizować proces pielęgnacji

wania. Dobrze byłoby, aby pacjent był traktowany jako partner odpowiedzialny za swoje zdrowie, a obecność i towarzyszenie personelu pielęgniarskiego ułatwiały doświadczanie nawet najbardziej przykrych i bolesnych stanów. Pielęgniarka ma za zadanie być blisko pacjenta i reagować stosownie do sytuacji. Chory może w każdej chwili decydować o sobie, pielęgniarka natomiast powinna być dla niego oparciem. Gotowość pacjenta do podjęcia pozytywnych zachowań może być w znacznym

stopniu zmieniana przez odpowiednie postępowanie pielęgniarki. Stwarza ona bowiem swoją osobą i tym, co komunikuje choremu takie okoliczności, które mogą korzystnie wpłynąć na orientację pacjenta w jego aktualnym położeniu. Wytworzenie kontaktu terapeutycznego, który jest przeżywany przez chorego jako bezpieczny, dający oparcie i budzący zaufanie nie jest rzeczą prostą, ale bardzo istotną, będącą wyrazem zaangażowania i głębokiej odpowiedzialności zawodowej pielęgniarek.

Piśmiennictwo

- [1] Szewczyk M.T., Ślusarz R. (red.): Pielęgniarstwo w chirurgii. Borgis Wydawnictwo Medyczne, Warszawa 2006, s. 18.
- [2] Andrzejewska L., Cierzniakowska K., Szewczyk M.T.: Przygotowanie chorego do zabiegu operacyjnego. [W:] Wybrane zagadnienia pielęgniarstwa chirurgicznego i operacyjnego. Red.: Grajka Z.W. Wydawnictwo Uczelniane Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. prof. Edwarda F. Szczepanika w Suwałkach, Suwałki 2010, 13–17.
- [3] Formański J.: Psychologia. Wyd. Lekarskie PZWL, wyd. 2, Warszawa 2003, s. 176.
- [4] Ziębicka J., Gajdosz R.: Wybrane aspekty lęku u chorych oczekujących na operację. [W:] Anest. Intens. Ter. 2006, 38, 37–40.
- [5] Czernikiewicz A., Wisz B.: Zaburzenia psychiczne u pacjentów leczonych z powodu chorób układu moczowo-płciowego – przegląd piśmiennictwa. Curr. Probl. Psychiatrii 2011, 12(4), 540–545.
- [6] Niechwiadowicz-Czapka T., Klimczyk A.: Rola pielęgniarki w przygotowaniu psychicznym pacjenta do zabiegu operacyjnego – analiza badań własnych. [W:] Pielęgniowanie i leczenie chorych w różnych specjalnościach medycyny. Red. Steciwko A., Wojtal M., Sochocka L. Wyd. Scriba, Opole 2007, s. 9–17.
- [7] Motyka M.: Komunikacja terapeutyczna w opiece ogólnomedycznej. Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Wydanie 2, Kraków 2011, s. 91–121.
- [8] Kapała W.: Pielęgniarstwo w chirurgii. Wybrane problemy z praktyki pielęgniarskiej oddziałów chirurgii ogólnej. Wyd. Czelej, Lublin 2006, s. 10.
- [9] Rowiński W., Dziak A. (red.): Chirurgia dla pielęgniarek. PZWL, Warszawa 1994, s. 7.
- [10] Ciechaniewicz W.: Pielęgniarstwo. Ćwiczenia. Wyd. 1. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2001, s. 99–102, 111.
- [11] Włodarczyk W.: Pielęgniarstwo w Polsce i na świecie. Compendium wiedzy dla studentów pielęgniarstwa. Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Stanisława Staszica w Pile. Wyd. Tekst sp. z o.o., Bydgoszcz 2009, s. 78.
- [12] Wilczek-Rużyczka E.: Zrozumieć cierpienie pacjenta. MPiP 2003, 5, 6–7.
- [13] Pielęgniarka w systemie społecznym szpitala. http://www.emedyk.pl/arttykul.php?idartykul_rodzaj=85&idartykul=495 (dostęp 8.07.2012).
- [14] Heszen I., Sęk H.: Psychologia zdrowia. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2007, s. 308.
- [15] Zahradniczek K. (red.): Pielęgniarstwo. Podręcznik dla studiów medycznych. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2006, s. 87–101.
- [16] Szewczyk M.T., Cierzniakowska K., Stodolska A., Cwajda J., Górna V.: Proces pielęgniowania jako metoda pracy. Przew. Lek. 2005, 4, 84–91.
- [17] Górajek-Jóźwik J.: Wprowadzenie do diagnozy pielęgniarskiej. Podręcznik dla studiów medycznych. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2007, s. 31, 188–202.
- [18] Shervin B. Nuland: Mądrość ciała. Bertelsmann Media Sp. z o.o. Świat Książki, Warszawa 2000.
- [19] Bączek G., Sobolewska M., Dmoch-Gajzlerska E.: Rola komunikacji w przygotowaniu pacjentki do zabiegu ginekologicznego. Probl. Pielęg. 2009, 17, 2, 139–143.
- [20] Tobiasz-Adamczyk B.: Relacje lekarz–pacjent w perspektywie socjologii medycyny. Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001, 1–134.
- [21] Bielawska A., Bączek G., Pieścikowska J., Skokowska B., Gacek L.: Przygotowanie pola operacyjnego jako niezbędny element przygotowania chorego do operacji. Pielęg. Chir. Angiol. 2010, 4, 111–113.
- [22] Walewska E., Ścisło L.: Procedury pielęgniarskie w chirurgii. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2012, s. 3–5.
- [23] Heszen I., Sęk H.: Psychologia zdrowia. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2007, s. 308.
- [24] Mellibruda J.: Teoria i praktyka medycyny behawioralnej. Now. Psychol. 1984, 6–7, 85–93.

Adres do korespondencji:

Teresa Niechwiadowicz-Czapka
Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa
Instytut Pielęgniarstwa
ul. Katowicka 68
45-060 Opole
e-mail: tecia7@onet.eu
tel.: 668 768 853

Praca wpłynęła do Redakcji: 23.05.2013 r.
Po recenzji: 3.03.2014 r.
Zaakceptowano do druku: 27.03.2014 r.

Received: 23.05.2013
Revised: 3.03.2014
Accepted: 27.03.2014

Konflikt interesów: nie występuje

