

Marek Motyka, Małgorzata Dziubak, Katarzyna Hutniczak

Wpływ rozmowy terapeutycznej na przebieg badania bronchoskopii

The impact of therapeutic communication on the course of bronchoscopy

Marek Motyka – Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum
Wydział Nauk o Zdrowiu, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa
Zakład Psychologii Zdrowia

Małgorzata Dziubak – Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum
Wydział Nauk o Zdrowiu, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa
Pracownia Podstaw Opieki Położniczej

Katarzyna Hutniczak – 5 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką, Kraków

Wprowadzenie

Każda choroba somatyczna stanowi dla chorego sytuację trudną, wywołując lęk i wiele innych, negatywnych uczuć. Lęk budzą też niektóre zabiegi diagnostyczne, zwłaszcza jeśli są nieprzyjemne lub jeśli ich wyniki mają duże znaczenie dla rokowania w chorobie. Choroba somatyczna stanowi dla chorego sytuację trudną poznawczo i emocjonalnie. Przyczyny trudności natury poznawczej mogą wynikać z braku lub nadmiaru informacji, natomiast trudności natury emocjonalnej najczęściej wynikają z obaw o stan zdrowia i źle rokującą diagnozę, bolesnymi zabiegami i niekorzystnymi wynikami kolejnych badań (Heszen, Sęk, 2007; Motyka, 2011). Szczególną rolę odgrywa lęk przed zabiegami diagnostycznymi i interwencją chirurgiczną. Pacjent przeżywa niepokój o stan przyszły, o wyniki leczenia i możliwość kontynuowania

pracy oraz wielu innych, ważnych dla niego, form aktywności. Negatywne emocje wywołane stresem hospitalizacji wpływają niekorzystnie na wiele parametrów funkcjonowania narządów i układów fizjologicznych oraz psychoneuroimmunologicznego (Heszen, Sęk, 2007, s.184-193).

Istotną rolę w łagodzeniu lęku i innych negatywnych uczuć pojawiających się u pacjentów w procesie diagnostyczno-leczniczym pełni właściwa komunikacja, podczas gdy błędy w tym obszarze zdecydowanie podnoszą poziom stresu, a nawet mogą prowadzić do tzw. zdarzeń niepożądanych (Surmacka, Motyka, 2014). Komunikacja terapeutyczna opiera się na nawiązaniu z pacjentem dobrego kontaktu i stworzeniu klimatu bezpieczeństwa psychologicznego, który łagodzi negatywne emocje oraz koncentruje wzajemną współpracę wokół zadania, jakim jest uzyskanie oczekiwanego

efektu diagnostycznego i terapeutycznego (Motyka, 2011). Ważnym elementem terapeutycznej komunikacji jest wzmacnianie zasobów psychicznych pacjenta (np. poczucie otrzymywanego wsparcia, poczucie własnej wartości, nadzieja, motywacja do leczenia, humor, zdolność odreagowania negatywnych uczuć), pomagających mu zredukować stres wynikający ze znalezienia się w trudnej sytuacji (Motyka, 2011; Motyka, 2013; Poprawa, 1996; Wrona-Polańska, 2012).

W terapeutycznej komunikacji ważną rolę odgrywają umiejętności interpersonalne lekarzy i pielęgniarek, wśród których najważniejsze to empatia i związana z nią umiejętność aktywnego słuchania oraz asertywność. Empatia dostarcza pacjentowi dużo wsparcia i możliwość bezpiecznego odreagowania negatywnych uczuć wywołanych chorobą i inwazyjnymi metodami leczenia. Ważnym narzędziem okazywania pacjentowi empatii jest aktywne słuchanie. Z kolei asertywność to umiejętność, która pomaga w sposób adekwatny do sytuacji informować pacjenta o tym co obecnie jest ważne i stawiać przed nim niezbędne wymagania (Motyka 2011; Motyka 2013).

Stosowanie komunikacji terapeutycznej mieści się w zakresie sprawowanych funkcji zawodowych pielęgniarki, a brak czasu, czy wiele innych, czasem bardzo licznych zadań nie zwalnia pielęgniarki z tego obowiązku. W pracy pielęgniarki, rozmowa terapeutyczna stanowi podstawowy element procesu pielęgnowania pacjenta.

Obecnie coraz częściej i coraz wyraźniej artykułuje się potrzebę i rolę właściwej, terapeutycznej komunikacji, zarówno w obrębie zespołu terapeutycznego jak i w relacji pacjent – personel medyczny (Asper i wsp., 2015; Czerw, Religioni, Matuszna,

Lesiak, Olejnik, Śniadała, 2012; Mandecki, 2005; Stangierska, Horst-Sikorska, 2007). Jednocześnie w praktyce temat ten pozostaje daleko w tyle za osiągnięciami technicznymi medycyny i często schodzi na plan dalszy. Bywa też istotnym źródłem wielu skarg i ocen krytycznych kierowanych przez pacjentów oraz członków ich rodzin w stronę personelu medycznego (Klatkiewicz, 2007; Gordon, Edwards, 1999).

Jak się wydaje, przyczyn tego stanu rzeczy jest kilka, a jednym z nich jest wysoka pozycja dominującego w medycynie podejścia, opartego na „twardych” (obiektywnych i mierzalnych) dowodach, odwołujących się do faktów nie podlegających dyskusji. Tymczasem świat zjawisk psychicznych, w tym także świat międzyludzkich kontaktów, mocno nasycony czynnikiem subiektywnym, zależnym od indywidualnego sposobu przeżywania danej sytuacji, zdecydowanie trudniej poddaje się badaniu za pomocą standardowych metod i procedur przyjętych w naukach medycznych. Nie znaczy to jednak, że obiektywne badania tak subtelnych zjawisk jak potrzeby i emocje pacjenta, zależności psychosomatyczne oraz ich powiązania z charakterem kontaktów nawiązywanych przez pacjenta w szpitalnym środowisku, jest niemożliwe (Stewart, 1995). Wręcz przeciwnie, wydaje się, że nadszedł czas by coraz częściej podejmować tego typu wysiłki badawcze i w postaci twardych dowodów wykazać jak to co wydawałoby się niepoliczalne, daje się zmierzyć, a nawet przeliczyć na tzw. „wymierne korzyści”.

Cel pracy

Zasadniczym celem niniejszej pracy stała się ocena wpływu terapeutycznie ukierunkowanej rozmowy z pacjentem na przebieg badania bronchoskopii. Aby go osiągnąć sfor-

mułowano następujący problem badawczy: Czy krótka rozmowa w formie terapeutycznej komunikacji pielęgniarki z pacjentem przygotowywanym do zabiegu bronchoskopii wpływa w sposób korzystny na pomyślny przebieg tego badania?

Diagnostyczny zabieg bronchoskopii odbywany w znieczuleniu miejscowym jest zabiegiem zdecydowanie nieprzyjemnym dla pacjenta, łączącym się ze stresem psychologicznym wynikającym zarówno ze znaczenia jakie ma wynik tego badania dla dalszego postępowania terapeutycznego, jak i ze względu na dolegliwości, które podczas jego przeprowadzania, pomimo miejscowego znieczulenia, może odczuwać pacjent. Przystępując do omawianych w pracy badań założono, że stres ten i jego objawy pod wpływem dodatkowej, wspierającej rozmowy z pielęgniarką ulegną zdecydowanemu zmniejszeniu.

Grupa badana

Grupę badaną stanowili pacjenci Klinicznego Oddziału Chorób Płuc i Gruźlicy – Wojskowego Szpitala Klinicznego w Krakowie. W badaniu udział wzięło 60 pacjentów, przyjętych do oddziału w celu wykonania planowanego

badania diagnostycznego – bronchoskopii. Pacjentów zakwalifikowano do dwóch równoważnych grup: kontrolnej i eksperymentalnej (każda po 30 pacjentów). Pacjentów do grupy kontrolnej i eksperymentalnej dobierano parami, przyjmując za kryterium: wiek, płeć, aktywność zawodową (czynny zawodowo, rencista, emeryt), miejsce zamieszkania, stan cywilny i wykształcenie, tak aby uzyskać podobną socjodemograficzną charakterystykę obu grup. Wiek badanych pacjentów wynosił od 55 do 80 lat, a średnia wieku wynosiła 67,5 lat. Dane socjo-demograficzne badanej grupy przedstawia tabela 1.

Wszyscy pacjenci, którzy wzięli udział w badaniu, zostali poproszeni o wyrażenie zgody na udział w badaniu, poinformowani o celu wykonywanych badań, dobrowolnym udziale w badaniach, możliwości wycofania się w każdym momencie ich trwania oraz o zachowaniu anonimowości. Pacjenci byli zainteresowani badaniami i chętnie w nich uczestniczyli. Mieli poczucie, że informacje, których udzielać mogą dopomóc w doskonaleniu opieki pielęgniarskiej podczas przygotowania do bronchoskopii.

Tabela 1. Charakterystyka socjo-demograficzna osób badanych

Cechy społeczno-demograficzne osób badanych		Grupa kontrolna		Grupa eksperymentalna	
		N	%	N	%
Płeć	Kobieta	16	53,3	16	53,3
	Mężczyzna	14	46,7	14	46,7
praca zawodowa	pracuje zawodowo	9	30,0	9	30,0
	Rencista/rencistka	5	16,7	5	16,7
	emeryt/emerytka	14	46,7	14	46,7
	bezrobotny	2	6,6	2	6,6

miejsce zamieszkania	miasto powyżej 100000 mieszkańców	9	30,0	9	30,0
	miasto od 25000 do 100000 mieszkańców	4	13,3	4	13,3
	miasto do 25000 mieszkańców	6	20,0	6	20,0
	Wieś	11	36,7	11	36,7
Stan cywilny	zamężna	10	33,3	10	33,3
	żonaty	9	30,0	9	30,0
	wdowa	3	10,0	3	10,0
	wdowiec	2,	6,7	2	6,7
	rozwidziony	3	10,0	3	10,0
	rozwidziona	2	6,7	2	6,7
	panna	0	0	0	0
	kawaler	1	3,3	1	3,3
wykształcenie	wyższe	7	23,3	7	23,3
	średnie	9	30,0	9	30,0
	zawodowe	13	43,4	13	43,4
	podstawowe	1	3,3	1	3,3

*N – liczba osób badanych

Metoda i narzędzia badawcze

W badaniu wykorzystano metodę eksperymentu psychologicznego polegającego na tym, że w grupie eksperymentalnej poza rutynowym postępowaniem przygotowującym do zabiegu, w przeddzień badania przeprowadzono dodatkowo, krótką rozmowę terapeutyczną w wykonaniu doświadczonej i odpowiednio przygotowanej pielęgniarki. Rozmowa ta trwała około 15 min., a podczas niej pielęgniarka dostarczała pacjentom wsparcia psychicznego oraz informacyjnego, odpowiadając na zadawane pytania, rozpraszając pojawiające się wątpliwości pacjentów i wyjaśniając przygotowanie oraz postępowanie w czasie i po badaniu.

Najczęściej zadawane pytania przez pacjentów to: „czy będzie mnie bolało podczas badania?”, „czy można będzie ostatecznie

postawić diagnozę po tym badaniu?”, „czy rano mogę zażyć leki, które przyjmuję?”, „jak długo trzeba będzie czekać na wynik badania?”, „czy zawsze w czasie badania pobierane są wycinki?”, „czy pobieranie wycinków jest bolesne?”. Należy podkreślić, że najważniejszym elementem rozmowy było nie tyle udzielanie informacji co wsparcie psychiczne, a więc wysłuchanie pacjenta, umożliwienie mu podzielenia się trapiącymi go pytaniami i wątpliwościami oraz dostarczenie poczucia, że „jest w dobrych rękach” gdyż wyrażane przez niego uczucia i potrzeby traktowane są z szacunkiem i troską.

Do oceny lęku jako stanu użyto Kwestionariusza Samooceny STAI, arkusz X-1, który był wypełniany przez pacjentów trzykrotnie – w dniu przyjęcia do szpitala, dzień przed zabiegiem bronchoskopii (w grupie ekspe-

rymentalnej po rozmowie terapeutycznej z pielęgniarką) oraz dwa dni po wykonanym zabiegu bronchoskopii.

W badaniu korzystano także z analizy dokumentacji medycznej, uwzględniając następujące wskaźniki rejestrowane podczas zabiegu:

- tętno: prawidłowe (60-94 uderzeń/minutę) lub podwyższone (95 uderzeń/minutę i ↑)
- saturacja: prawidłowa (94% i ↑) lub obniżona (93% i ↓)
- ciśnienie tętnicze krwi: prawidłowe (110/65 – 139/95 mmHg), podwyższone (140/96 mmHg i ↓); obniżone (100/60 mmHg i ↓).

Analizę wykonano za pomocą pakietu Statistica 10. Wykonane testy statystyczne poprzedzono sprawdzeniem normalności rozkładów badanych zmiennych za pomocą testu Shapiro-Wilka. Do badania istotności stosowano testy nieparametryczne oparte

na rangach – test U Manna-Whitneya, z kolei w przypadkach potwierdzenia zgodności rozkładu badanych zmiennych z rozkładem normalnym użyto testów parametrycznych – test t-studenta dla prób niezależnych oraz jednoczynnikową analizę wariancji. Badanie zależności między zmiennymi jakościowymi wykonano za pomocą testu niezależności chi-kwadrat Pearsona. Różnice istotne statystycznie przyjmowano na poziomie $\alpha = 0,05$;

Wyniki

Przeprowadzona analiza materiału badawczego, wykazała istotne statystycznie różnice poziomu lęku pomiędzy pacjentami z grupy kontrolnej i grupy eksperymentalnej zarówno w dniu przyjęcia do szpitala, dzień przed badaniem oraz po wykonanym badaniu bronchoskopii. Wyniki analizy statystycznej prezentuje tabela 2.

Tabela 2. Wpływ rozmowy terapeutycznej na poziom lęku mierzonego kwestionariuszem samooceny (STAI)

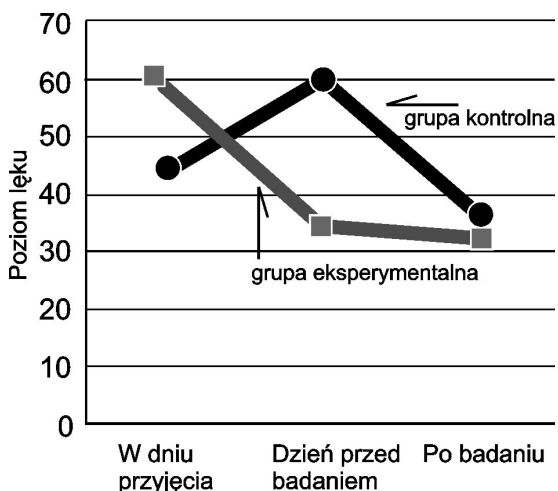
Pomiar lęku:	Grupa kontrolna			Grupa eksperymentalna			Test U - Manna Whitneya	
	Średni poziom lęku	SD	N	Średni poziom lęku	SD	N	Z	p
w dniu przyjęcia	43,6	14,7	30	58,0	10,9	30	3,63	0,000
dzień przed badaniem	59,4	8,7	30	34,3	4,1	30	6,48	0,000
po badaniu	35,9	7,3	30	32,3	2,7	30	2,23	0,026

* N - liczba respondentów

* SD – odchylenie standardowe

Należy zauważyć, że w dniu przyjęcia do szpitala średni poziom lęku występujący u pacjentów w grupie eksperymentalnej był wyższy, niż średni poziom lęku u pacjentów z grupy kontrolnej. Natomiast dzień przed planowanym zabiegiem diagnostycznym, ale już po rozmowie z pielęgniarką, jak również 2 dni po wykonanym badaniu bronchoskopii, średni poziom lęku, odczuwany przez pacjentów w grupie eksperymentalnej był już znacznie niższy, niż w dniu przyjęcia do szpitala. Co więcej w przeddzień badania i po rozmowie z pielęgniarką lęk odnotowany w grupie eksperymentalnej był zdecydowanie niższy niż poziom lęku grupy kontrolnej, której nie zaproponowano takiej rozmowy. W grupie kontrolnej w dniu poprzedzającym zabieg, lęk wzrósł wyraźnie, by opaść ponownie, dopiero po wykonanym zabiegu. Po dwóch dniach od tego zabiegu poziom lęku w obu grupach był zbliżony lecz statystycznie istotna różnica wskazywała, że jeszcze jest on wyższy w grupie kontrolnej.

Ryc. 1. Zmiany poziomu lęku w badanych grupach pacjentów



Ocenie poddano również wartości wybranych parametrów życiowych pacjentów w grupie kontrolnej i w grupie eksperymentalnej, tj.: ciśnienie tętnicze krwi, tętno i saturację krwi czyli nasycenie krwi tętniczej tlenem. Tabela 3 zawiera analizowane wartości parametrów w obu grupach.

Tabela 3. Rozmowa terapeutyczna a parametry życiowe badanych pacjentów podczas zabiegu bronchoskopii

Oceniane parametry życiowe pacjentów	Grupa kontrolna		Grupa eksperymentalna	
	N	%	N	%
Tętno prawidłowe	19	63,3	25	83,3
Tętno podwyższone	11	36,7	5	16,7
Ciśnienie tętnicze krwi prawidłowe	18	60,0	26	86,7
Ciśnienie tętnicze krwi podwyższone	7	23,3	4	13,3

Ciśnienie tętnicze krwi obniżone	5	16,7	0	0,0
Saturacja prawidłowa	12	40,0	21	70,0
Saturacja obniżona	18	60,0	9	30,0

* N - liczba respondentów

Jak wskazują dane zawarte w tabeli 3, wszystkie badane parametry funkcjonowania organizmu, czyli ciśnienie tętnicze krwi, saturacja i tętno zgodnie uzyskały lepsze charakterystyki liczbowe, wskazując łącznie na niższy poziom stresu podczas wykonywania bronchoskopii w grupie eksperymentalnej, w porównaniu z grupą kontrolną.

Statystycznie istotna różnica dotyczyła wartości ciśnienia tętniczego krwi ($\chi^2=7,37$, $df=2$, $p=0,026$) oraz saturacji krwi ($\chi^2= 5,5$ $df=1$ $p=0,019$). Więcej prawidłowych wartości obu tych parametrów występowało w grupie pacjentów, którzy uczestniczyli w rozmowie terapeutycznej z pielęgniarką. Odsetek osób, które odbyły rozmowę terapeutyczną z pielęgniarką i miały prawidłowe wartości ciśnienia krwi w czasie zabiegu wynosił 87%, przy 60% w grupie osób, które nie odbyły rozmowy z pielęgniarką.

Z kolei u 70% badanych, którzy uczestniczyli w rozmowie terapeutycznej, wartość saturacji była prawidłowa, podczas gdy prawidłowe wartości saturacji miało tylko 40,0% pacjentów z grupy osób, które nie miało rozmowy terapeutycznej z pielęgniarką. W obu przypadkach zależność ta okazała się statystycznie istotna.

Wprawdzie nie wykazano istotnej statystycznie zależności w wartościach tętna badanych pacjentów, pomiędzy grupą kontrolną i grupą eksperymentalną ($\chi^2= 3,07$ $df=1$ $p=0,079$), to jednak odsetek pacjentów z prawidłowymi wartościami tętna również był stosunkowo wyższy w grupie eksperymentalnej (83%) niż w grupie kontrolnej (63%).

W przeprowadzonych badaniach analizowano również wpływ rozmowy terapeutycznej na komplikacje pojawiające się w trakcie badania. Wyniki tej analizy zawiera tabela 4.

Tabela 4. Rozmowa terapeutyczna a przerwanie badania

Badanie wykonane bądź przerwane	Grupa kontrolna		Grupa eksperymentalna		Całość grupy	
	N	%	N	%	N	%
Badanie wykonano	26	86,7	29	96,7	55	91,7
Badanie przerwano	4	13,3	1	3,3	5	8,3

* N - liczba respondentów

Nie wykazano istotnej statystycznie zależności pomiędzy odbyciem rozmowy terapeutycznej z pielęgniarką, a przerwaniem badania bronchoskopii wśród badanych pacjentów $\chi^2=1,96$ $df=1$ $p=0,161$, chociaż i w tym przypadku odnotowano różnicę na korzyść grupy eksperymentalnej.

Omówienie wyników

Bronchoskopia jest badaniem, w wielu przypadkach niezbędnym dla prawidłowego ustalenia rozpoznania u pacjentów ze schorzeniami układu oddechowego. Badanie to wywołuje lęk przed nieznanym i strach przed diagnozą mogącą wskazywać na chorobę nowotworową (Cichońska, Brożyna, Maciąg, Kucharska, 2013; Strzelecki, 2003). Stopień natężenia lęku i niepokoju zwiększa niedostateczne przygotowanie psycho-edukacyjne do badania (Klatkiewicz, 2007). Ograniczenia poznawcze oraz negatywne emocje mogą być odpowiedzialne za niestosowanie się pacjenta do poleceń terapeutycznych i mogą znacznie utrudniać przeprowadzenie zabiegu, a nawet być przyczyną przerwania wykonywanych procedur medycznych (Mandecki, 2005).

Stan psychiczny pacjenta w czasie badania diagnostycznego odgrywa ważną rolę, ponieważ jednym z warunków skutecznego przebiegu badania jest dobra współpraca i czynny udział chorego w badaniu (Cichońska, Brożyna, Maciąg, Kucharska, 2013). Dlatego istotną rolę spełnić tu może komunikacja terapeutyczna, która dostarcza pacjentowi wsparcia i pozwala na nawiązanie z pacjentem relacji terapeutycznej ułatwiając skuteczną współpracę podczas wykonywania badania (Motyka, 2011).

Uzyskane w badaniu wyniki wykazały pozytywny wpływ kontaktu terapeutycznego na przebieg badania bronchoskopii. Rozmowa

terapeutyczna w czasie której, pielęgniarka udzielała pacjentom emocjonalnego wsparcia i wyjaśnień zgodnych z podstawową wiedzą medyczną oraz posiadanymi kompetencjami dotyczącymi bronchoskopii, w sposób statystycznie istotny obniżyła poziom lęku odczuwanego przez pacjentów. Co więcej, poprawiła wyniki życiowych parametrów, takich jak ciśnienie tętnicze krwi, czy saturacja, pozwalając utrzymać je w normie podczas wykonywanego zabiegu.

Pacjenci po rozmowie z pielęgniarką czuli się bardziej przygotowani, bezpieczni i ufni, ponieważ wiedzieli dokładnie jak będzie wyglądał przebieg badania, czego się mogą spodziewać i jak się mają zachowywać w czasie badania oraz po badaniu. Dzięki temu całe doświadczenie wykonania bronchoskopii było dla nich przeżywane spokojniej. Warto podkreślić, że sam fakt poinformowania pacjenta o czekającym go badaniu, nawet w powiązaniu z przyjętymi w standardzie wyjaśnieniami nie daje takiego efektu jak krótka ale indywidualna rozmowa, odpowiadająca nie tylko na zawarte w procedurze, ale faktyczne, aktualne oczekiwania pacjenta. W rozmowie można też zorientować się co i jak pacjent usłyszał, a więc co ze skierowanej do niego wypowiedzi – faktycznie do niego dotarło.

Pacjenci przebywający w szpitalu kierują do personelu medycznego oczekiwania o różnej treści. Spełnienie tych oczekiwań wpływa na zadowolenie pacjenta z otrzymywanej opieki i zwiększa zaangażowanie w realizację zaleceń terapeutycznych, a tym samym stosowanie się do zaleceń personelu medycznego (Mandecki 2005; Heszen, Sęk, 2012; Majchrzak-Kłokocka, Danielewicz, Abramczyk, Jurczyk, Taraszkiewicz, 2012). Oczekiwaniom tym można w dużym stopniu sprostać poprzez efektywną, wyrażającą sza-

cunek i zrozumienie komunikację terapeutyczną z pacjentem.

Badania przeprowadzone przez W. Bernad i wsp. (Bernad, Zysnarska, Pyszczorska, Bączyk, Jędrasiak, 2008), wykazały, że pacjenci onkologiczni oczekują od personelu pielęgniarskiego przede wszystkim wsparcia emocjonalnego i rzetelnego informowania o sposobie przygotowania do badań, wskazaniach pielęgnacyjnych i dietetycznych. W cytowanych badaniach, podobnie jak w prezentowanych badaniach własnych, udzielone wsparcie informacyjne i emocjonalne wyraźnie wpłynęło na obniżenie lęku wśród badanych pacjentów. Badania przeprowadzone przez W. Kapałę i J. Skrobisz (Kapała, Skrobisz, 2006), w oddziale chirurgicznym potwierdzają, że pacjenci tego typu oddziałów oczekują od personelu pielęgniarskiego umiejętności przekazywania informacji medycznych, podobnie jak uprzejmości, życzliwości i troski. Potwierdzają to między innymi badania wykonane przez Grochans E. i wsp. (Grochans, Wieder-Huszla, Jurczak, Stanisławska, Janic, Szych, 2009). Uzyskane w nich dane wskazują, że pacjenci oczekują od pielęgniarek dobrej komunikacji oraz serdeczności i troski. Badania przeprowadzone wśród hospitalizowanych pacjentów przez Majchrzak-Kłokocką E. i wsp. (Majchrzak-Kłokocka, Danielewicz, Abramczyk, Jurczyk, Taraszkiewicz, 2012), także wskazują, że pacjenci łączą w swych oczekiwaniach wsparcie informacyjne i emocjonalne. Wydaje się oczywiste, że tego samego, może jeszcze w większym stopniu, oczekują również i od lekarzy.

W kontekście cytowanych powyżej badań, należy podkreślić istnienie badań wskazujących na występowanie deficytów opieki medycznej w tym zakresie, w tym występujący stosunkowo często, niedostateczny przekaz

informacji otrzymywanych przez pacjentów od personelu medycznego (Motyka, 2011; Surmacka, Motyka, 2014). Badania D. Garczyk (2013), wskazują np., że w charakterystyce uzyskanej opieki pielęgniarskiej, chorzy najwyżej oceniają ich profesjonalizm medyczny, a najniżej zakres i sposób przekazywania informacji. Podobne wyniki badań przeprowadzonych wśród pacjentów po operacji usunięcia zaćmy otrzymali P. Kalinowski i U. Bojakowska (Kalinowski, Bojakowska (2013).

Przytoczone w niniejszym opracowaniu wyniki badań potwierdzają tezę zgodnie z którą, leczenie i wszelkie formy pielęgnacji nie mogą być pozbawione składnika psychologicznego, jakim jest odpowiedni kontakt z chorym. Co więcej, wskazują wyraźnie, że terapeutycznie zorientowany kontakt to w praktyce pielęgniarskiej nie tylko teoretyczny postulat, ale konkretne działanie pozwalające realnie poprawić obiektywne wskaźniki stanu pacjenta, a co za tym idzie uzyskać poprawę czynności diagnostycznych co w dalszej kolejności prowadzi do poprawy efektów leczenia.

Wnioski

1. Kontakt terapeutyczny realizowany przez pielęgniarkę przed zabiegiem bronchoskopii zmniejsza poziom lęku doświadczanego przez pacjentów, u których zaplanowano taki zabieg.

2. Kontakt terapeutyczny realizowany przez pielęgniarkę z pacjentami, u których zaplanowano wykonanie zabiegu bronchoskopii poprawia obiektywne parametry funkcjonowania organizmu pacjenta (ciśnienie tętnicze, saturacja) podczas wykonywania zabiegu.

Sreszczenie

Istotną rolę w łagodzeniu lęku i innych nega-

tywnych uczuć pojawiających się u pacjentów w procesie diagnostyczno-leczniczym pełni właściwa komunikacja.

Celem badań była ocena wpływu kontaktu terapeutycznego na przebieg bronchoskopii.

Grupę badaną stanowili pacjenci Klinicznego Oddziału Chorób Płuc i Gruźlicy, Wojskowego Szpitala Klinicznego w Krakowie. W badaniu udział wzięło 60 pacjentów, przyjętych do oddziału w celu wykonania bronchoskopii. Pacjentów zakwalifikowano do dwóch równoważnych grup: kontrolnej i eksperymentalnej (każda po 30 pacjentów).

W grupie eksperymentalnej poza rutynowym postępowaniem przygotowującym do zabiegu, w przeddzień badania przeprowadzono dodatkową rozmowę terapeutyczną, podczas której doświadczona pielęgniarka odpowiadała na pojawiające się pytania i wątpliwości pacjentów, udzielając im ponadto psychicznego wsparcia. W badaniu wykorzystano analizę dokumentacji medycznej oraz Kwestionariusz Samooceny STAI, arkusz X-1.

Uzyskano wyniki wskazujące, że poziom lęku w grupie eksperymentalnej, po rozmowie odbytej z pielęgniarką, wyraźnie obniżył się i był zdecydowanie niższy niż poziom lęku grupy kontrolnej, która nie miała takiej rozmowy. Również badane wskaźniki parametrów funkcjonowania organizmu, takie jak ciśnienie tętnicze krwi i saturacja uzyskały lepsze charakterystyki liczbowe, wskazując na niższy poziom stresu podczas wykonywania bronchoskopii w grupie eksperymentalnej w porównaniu z grupą kontrolną.

Słowa kluczowe: komunikacja terapeutyczna, lęk, zabiegi diagnostyczne, bronchoskopia

Summary

Therapeutic communication plays an important role in mitigating anxiety and other negative emotions experienced by patients during diagnostic and therapeutic operations.

The aim of this study was to assess the effect of therapeutic contact on the process of performing a bronchoscopy.

The surveyed group consisted of patients of the Clinical Pulmonary Diseases and Tuberculosis Ward of the Military Clinical Hospital in Kraków. The study covered 60 patients admitted to the ward for bronchoscopy, divided into a control group and an experimental group of 30 patients each.

In the experimental group, patients underwent routine preparations for the procedure, but also took part in an additional therapeutic conversation, during which an experienced nurse answered the patients' questions and resolved their doubts, providing psychological support. The survey used medical documentation analysis and the STAI self-evaluation questionnaire (form X-1).

The results of the experiment suggest that anxiety levels in the experimental group decreased significantly after the conversation with the nurse and were substantially lower than those felt by control group patients, who were not offered such form of therapy. In addition, compared with the control group patients, experimental group patients showed better vital signs such as blood pressure and saturation, reflecting lower stress levels experienced during the procedure.

Keywords: therapeutic communication, anxiety, diagnostic procedures, bronchoscopy

Dr hab. Marek Motyka
Zakład Psychologii Zdrowia,
Wydział Nauk o Zdrowiu, UJ CM
31-501 Kraków, ul. Kopernika 25
e-mail: marek.motyka@uj.edu.pl
tel. 12 424 72 86

Bibliografia

1. Aper L., Veldhuijzen W., Dornan T., von de Ridder M., Kole S., Derese A., Reniers J. (2015). Should I prioritize medical problem solving or attentive listening? The dilemmas and challenges that medical students experience when learning to conduct consultation. *Patient Education and Counseling*, 1, 98, 77-84.
2. Bernad D., Zysnarska M., Pyszczorska M., Bączyk G., Jędrasiak L. (2008). Wsparcie społeczne udzielane przez personel medyczny jako czynnik obniżający lęk u pacjentów leczonych na oddziałach onkologicznych. *Nowiny Lekarskie*, 77, 6, 421 – 425.
3. Cichońska M., Brożyna W., Maciąg D., Kucharska K. (2013). Udział pielęgniarki w diagnozowaniu chorych z problemami pulmonologicznymi metodą bronchoskopii. *Acta Scientifica Academiae Ostroviensis*, 1, Sectio B, 7-25.
4. Czerw A., Religioni U., Matuszna A., Lesiak K., Olejnik A., Śniadała D. (2012). Zasady skutecznej komunikacji w placówkach medycznych. *Hygeia Public Health*, 47, 3, 247-253.
5. Garczyk D. (2013). Zadowolenie chorego jako wyraz jakości opieki pielęgniarskiej u pacjentów leczonych chirurgicznie z powodu dyskopatii w odcinku szyjnym lub lędźwiowym kręgosłupa. *Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne*, 2, 2, 48-56.
6. Gordon T., Edward S. (1999). *Pacjent jako partner*. Warszawa: Pax.
7. Grochans E., Wieder-Huszla S., Jurczak A., Stanisławska M., Janic E., Szych Z. (2009). Wsparcie emocjonalne jako wyznacznik jakości opieki pielęgniarskiej. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 90, 2, 236-239.
8. Heszen I., Sęk H. (2007). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
9. Kalinowski P., Bojakowska U. (2013). Ocena satysfakcji z opieki pielęgniarskiej wśród pacjentów po operacji usunięcia zaćmy w prywatnej klinice okulistycznej. *Problemy Pielęgniarstwa*, 21, 2, 173-178.
10. Kapała W., Skrobisz J. (2006). Oczekiwania pacjentów hospitalizowanych w oddziale chirurgii trybem planowym względem zespołu lekarskiego, pielęgniarskiego i warunków lokalowych. *Nowiny Lekarskie*, 75, 4, 351-358.
11. Klatkiewicz A. (2007). Proces komunikacji w edukacji pacjenta i jego rodziny. *Pielęgniarstwo Polskie*, 2007, 2-3, 24-25, 211-216.
12. Majchrzak-Kłokocka E., Danielewicz M., Abramczyk A., Jurczyk Z.M., Taraszkiewicz H. (2012). Wybrane problemy w opiece nad pacjentem hospitalizowanym. *Przedsiębiorczość i Zarządzanie*, 13, 11, 167-183.
13. Mandecki M. (2005). Znaczenie właściwej komunikacji między personelem medycznym, pacjentem w opiece zdrowotnej. *Pielęgniarstwo*

- XXI wieku, 4(13), 93-96.
14. Motyka M. (2013). Znaczenie komunikacji terapeutycznej z pacjentem. *Sztuka Leczenia*, 3- 4, 17-24.
 15. Motyka M. (2011). *Komunikacja terapeutyczna w opiece ogólnomedycznej*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
 16. Motyka M. (2011). Rola aktywnego słuchania w komunikacji terapeutycznej z pacjentem. *Problemy Pielęgniarstwa*, 19, 2, 259-265.
 17. Poprawa R. (1996). *Zasoby osobiste w radzeniu sobie ze stresem*. W: Dolińska-Zygmunt G. (red.), *Elementy psychologii zdrowia*. Wyd. UW. Wrocław.
 18. Strzelecki W. (2003). Obszary zastosowania psychologii w kształceniu pielęgniarek i położnych. *Annales Universitatis Medicae Lodzensis*, 44, 2, 123-126.
 19. Stangierska I., Horst-Sikorska W. (2007). Ogólne zasady komunikacji między pacjentem, a lekarzem. *Forum Medycyny Rodzinnej*, 1, 1, 58-68.
 20. Stewart M.A. (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *Canadian Medical Association Journal*. 152, 1423-1433.
 21. Surmacka J., Motyka M. (2014). Urazowe doświadczenia hospitalizacji. *Problemy Pielęgniarstwa*, 22, 1, 68-73.
 22. Wrona-Polańska H. (2012). *Psychologia zdrowia w służbie człowieka – rola zasobów podmiotowych*. W: Wrona-Polańska H. (red.), *Psychologia w służbie człowieka*. Kraków: Wyd. Nauk. UP.