

## Grażyna Bączek, Marzena Sobolewska, Ewa Dmoch-Gajzlerska

Zakład Dydaktyki Ginekologiczno-Położniczej, Wydział Nauki o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

# Rola komunikacji w przygotowaniu pacjentki do zabiegu ginekologicznego

Role of communication in preparation of patient for gynecological operative procedure

### STRESZCZENIE

Komunikowanie interpersonalne to wymiana informacji pomiędzy nadawcą a odbiorcą. Sposób komunikowania się personelu medycznego z pacjentką ma znaczący wpływ na proces diagnozowania, leczenia i pielęgnowania chorej przygotowującej się do zabiegu ginekologicznego.

Celem pracy jest prezentacja roli i znaczenia właściwej komunikacji w procesie przygotowania pacjentki do zabiegu ginekologicznego z uwzględnieniem roli położnej. W pracy omówiono kolejno podstawy teoretyczne psychoprofilaktyki przedoperacyjnej, charakterystykę zabiegów, znaczenie stanu emocjonalnego pacjentki przed operacją oraz komunikowanie z chorą przygotowującą się do zabiegu.

**Problemy Pielęgniarstwa 2009; 17 (2): 139–143**

**Słowa kluczowe:** komunikacja, pacjentka, zabieg ginekologiczny

### ABSTRACT

Interpersonal communication is exchange of information between sender and recipient. We observe different behavior communication in hospital departments. Communication with patient has significant influence on process of diagnosing, treatment and cherishing – in this case of patient prepared for gynecological operative procedure.

Purpose of work is presentation of role and meanings of suitable communications in process of preparation of patient for gynecological operative procedure with taking into consideration role of midwife. In article it discuss theoretical bases in turn before operative, characteristic of operative procedure, meaning of state emotive patient before procedure and intercommunication with patient prepared for procedure.

**Nursing Topics 2009; 17 (2): 139–143**

**Key words:** communication, patient, gynecological operative procedure

### Wstęp

Komunikowanie interpersonalne to wymiana informacji pomiędzy nadawcą a odbiorcą, dotycząca sposobów pojmowania postrzeganych zjawisk oraz rozumienia siebie nawzajem. Innymi słowy jest to wzajemne interpretowanie rzeczywistości, odbywające się na zasadzie sprzężenia zwrotnego. Zachodzi ono zawsze, gdy mamy do czynienia z co najmniej dwójkiem ludzi [1]. Takie relacje są podstawą funkcjonowania zarówno na niwie prywatnej, jak i zawodowej. Oczywiście zachowania komunikacyjne występują także pomiędzy pacjentkami a personelem medycznym na oddziałach szpitalnych.

Położna jest tym członkiem zespołu terapeutycznego, który jest najbliższą pacjentki i najczęściej z nią prze-

bywa. Sposób komunikowania z pacjentką będzie miał wobec tego znaczący wpływ na proces diagnozowania, leczenia i pielęgnowania chorej przygotowującej się do zabiegu ginekologicznego.

W artykule omówiono podstawy teoretyczne psychoprofilaktyki przedoperacyjnej, charakterystykę zabiegów, znaczenie stanu emocjonalnego pacjentki przed operacją oraz komunikowanie z chorą przygotowującą się do zabiegu.

### Cel pracy

Ogólnym celem pracy jest prezentacja roli i znaczenia właściwej komunikacji w procesie przygotowania pacjentki do zabiegu ginekologicznego z uwzględnie-

niem roli położnej. Cele szczegółowe to: przybliżenie podstaw teoretycznych psychoprofilaktyki przedoperacyjnej, prezentacja krótkiej charakterystyki zabiegów, analiza wpływu stanu emocjonalnego na przebieg operacji oraz przedstawienie praktycznych przykładów modeli komunikacji z pacjentką.

### **Podstawy teoretyczne psychoprofilaktyki przedoperacyjnej**

Położna pracująca na oddziale ginekologicznym opiekuje się zróżnicowaną pod względem wieku i rodzaju schorzenia grupą pacjentek. Kobiety zgłaszają się na oddziały ginekologiczne z różnymi schorzeniami (niektóre z nich wymagają operowania). Należą do nich między innymi:

1. nietrzymanie moczu,
2. obniżenie narządów płciowych,
3. torbiele jajników,
4. przegroda pochwowa lub maciczna,
5. guzy i polipy w obrębie macicy i przydatków,
6. choroby nowotworowe,
7. ciąża pozamaciczna.

Wymienione schorzenia wymagają odpowiedniego przygotowania przedoperacyjnego pacjentki zarówno zabiegowego, jak i psychicznego. Niestety, nie zawsze jest to możliwe ze względu na stan zdrowia chorej. Niektóre przypadki wymagają szybkiej interwencji chirurgicznej i wówczas niemożliwe lub ograniczone jest przygotowanie psychiczne pacjentki. Inaczej rzecz się ma z zabiegami planowanymi.

W przygotowaniu pacjentki do zabiegu uwzględnić należy nastawienie jej do operacji tak, by sprzyjało to późniejszej rekonwalescencji. Położna powinna wykorzystać wszelkie informacyjno-psychologiczne oddziaływania zmniejszające lęk przed zabiegiem i jego konsekwencjami. Działania te zmierzają do usunięcia obaw przed czynnikami towarzyszącymi operacji oraz przygotowują pacjentkę do odczuć charakterystycznych dla okresu pooperacyjnego. Mobilizują również operowaną do przewycięzania dolegliwości pooperacyjnych i odpowiedniego zachowania się wobec odczuwanych emocji. Przygotowanie takie sprzyja również korzystnej i racjonalnej postawie względem personelu, ułatwia tym samym pracę położnej z pacjentką [2].

Sposób informowania pacjentki o planowanym zabiegu zależy zarówno od typu zabiegu, jak i odporności psychicznej danej osoby na niektóre informacje. Oddziaływanie to ma na celu zmniejszenie lęku pacjentki i wytworzenia gotowości do podejmowania zalecanych zachowań.

Przygotowanie przedoperacyjne wymaga zastosowania metod wspomagających leczenie i pielęgnację. Zachowanie położnej mierza do uzyskania podstawowych celów, którymi są:

1. łagodzenie emocjonalnych skutków choroby u pacjentki (zmniejszenie lęku, gniewu, poczucia krzywdy, depresji, poczucia bezradności, bezsilności itp.);
2. wspieranie psychicznych sił pacjentki w walce z chorobą lub w adaptacji do choroby (budzenie wiary i nadziei, poczucia własnej wartości, panowania nad sytuacją, rozumienia swego położenia, poczucia sensu itp.);
3. nawiązanie dobrej współpracy z pacjentką, w tym przeciwdziałanie psychicznym następstwom nieprawidłowej komunikacji [3].

Kontakt interpersonalny położnej z pacjentką obejmuje 2 aspekty:

1. aspekt emocjonalny, odnoszący się do takich ważnych potrzeb, jak: poczucie bezpieczeństwa i akceptacji, zaufanie, szacunek, troska, empatia, autentyczność, uczciwość;
2. aspekt zadaniowy, ukierunkowany na osiągnięcie konkretnego celu związanego z leczeniem i pielęgnacją.

Stworzenie warunków psychologicznych umożliwiających powstanie prawidłowej relacji między położną a pacjentką zależy zarówno od umiejętności interpersonalnych, do których na pierwszym miejscu zaliczyć należy umiejętność aktywnego słuchania, jak i od elementów postawy, takich jak:

- ciepło,
- empatia,
- naturalność,
- asertywność [4].

Pierwsze trzy elementy postawy warunkują wysoką jakość osobistej i emocjonalnej płaszczyzny kontaktu, czyli wzmagają aspekt emocjonalny; czwarta z nich pomaga w zachowaniu zadaniowego charakteru relacji.

Położna musi umieć ocenić jakość relacji z pacjentką. Rozpoznanie czynników sprzyjających lub utrudniających tę relację jest podstawą do:

- określenia problemów i potrzeb pacjentki,
- wczucia się w sytuację chorej,
- zmiany nastawienia do pacjentki i jej osobowości,
- dopasowania sposobów komunikacji.

### **Charakterystyka zabiegów ginekologicznych**

Z punktu widzenia znaczenia psychologicznego w ginekologii możemy wyróżnić 2 duże grupy zabiegów:

1. Zabiegi, które mają na celu usunięcie wad w budowie narządów (na przykład zrośnięcie pochwy) czy patologicznych zmian położenia narządów (na przykład ich wypadanie). Zabiegi te poprawiają stan zdrowia kobiety i są przeważnie oceniane przez pacjentki korzystnie mimo lęku towarzyszącego okresowi przedoperacyjnemu. Stan zdrowia kobiety po operacji szybko wraca do normy.

2. Operacje, w których ze względu na stan zdrowia pacjentki i jej życie wymagane są zabiegi radykalne, najczęściej całkowitego usunięcia przydatków i macicy. Wiadomość o konieczności usunięcia narządów rodnych pacjentka może odebrać jako utratę istotnych dla kobiety wartości.

Często dołącza się przekonanie o utracie atrakcyjności i możliwości satysfakcjonującego współżycia płciowego. Powoduje to niejednokrotnie, że kobiety chcą zataić konkrety przeprowadzonej operacji przed mężem czy pozostałymi członkami rodziny. Nierzadko zabiegi te powodują u pacjentek przekonanie o utracie kobiecości. Łączyć się to może z głębokim poczuciem mniejszej wartości, zwłaszcza gdy efektem zabiegu operacyjnego jest bezpłodność. Nastawienia te mogą odbić się negatywnie na psychice kobiety operowanej [2].

### **Znaczenie stanu emocjonalnego przez zabiegiem**

Wśród pacjentek poddawanych zabiegowi można wyróżnić kobiety przeżywające lęk przedoperacyjny o różnym stopniu nasilenia. Wyodrębnić można 3 grupy nasilenia odczuwania lęku [2]:

- niewielki lęk przedoperacyjny — pacjentki przed zabiegiem zachowują się spokojnie, nie zdradzają objawów zdenerwowania,
- umiarkowany lęk — pacjentki odczuwają obawy związane z operacją, ale są w stanie go opanować,
- lęk silny — pacjentki nieustannie odczuwają zdenerwowanie, nie są w stanie opanować strachu, ulegają panice.

Każda z tych grup pacjentek zachowuje się inaczej w okresie pooperacyjnym. Pacjentki nieobawiające się zabiegu mają problemy z przystosowaniem do warunków po operacji, szczególnie z uruchomieniem. Prezentują postawę roszczeniową, są niezadowolone z opieki. Pacjentki z silnym lękiem przedoperacyjnym zachowują się bojaźliwie również po operacji, wszelkie zabiegi wzbudzają u nich obawy, ale stosunek do położnych jest przychylny. Grupa pacjentek obawiających się zabiegu w stopniu umiarkowanym, w okresie pooperacyjnym nie sprawia żadnych kłopotów i w porównaniu z pozostałymi grupami jest najlepiej przystosowana do sytuacji.

### **Komunikacja z pacjentką poddawaną zabiegowi ginekologicznemu**

Znajomość wyżej wymienionych sposobów reagowania pacjentek na konieczność przeprowadzenia operacji daje wskazówki położnej, jak ma postępować z kobietami z poszczególnych grup.

Pacjentki z grupy charakteryzującej się brakiem lęku przedoperacyjnego wymagają większego zainteresowania ze względu na ich negatywne reakcje pooperacyjne. W tej grupie kobiety nie zdają sobie sprawy z cze-

kających ich przykrości. Rolą położnej jest odczytanie ukrytych komunikatów niewerbalnych mogących manifestować lęk, strach przed mającą się odbyć operacją. Do najbardziej charakterystycznych znaków określających zdenerwowanie należą takie komunikaty jak:

- ciasno splecione palce obu dłoni i pocieranie kciuka o kciuk,
- zaciskanie dłoni na jakimś przedmiocie,
- skubanie skórek przy paznokciach lub szczypanie dłoni,
- ssanie długopisu, ołówek, kawałek papieru,
- gładzenie podbródka, kiedy mowa o sytuacji znamionującej niepokój,
- pocieranie dłońmi twarzy,
- przeczesywanie palcami włosów,
- zabawa naszyjnikiem — sprawdzanie czy ozdoba jest na swoim miejscu,
- odchrząkiwanie w trakcie wypowiedzi,
- wypuszczanie powietrza z płuc z wydawaniem dźwięku „uff”,
- szukanie sposobności zapalenia papierosa,
- zakrywanie ust podczas wypowiedzi,
- pobrzękiwanie kluczami, pieniędzmi znajdującymi się w kieszeni,
- pociąganie się za ucho,
- bębnienie palcami po stole,
- przytupywanie, przestępowanie z nogi na nogę,
- nerwowy uśmiech,
- przygryzanie warg.

Położna świadoma komunikatów niewerbalnych charakterystycznych dla zdenerwowania może zapobiec niekorzystnym następstwom pooperacyjnym. Musi jednak zwrócić uwagę nie tylko na komunikaty niewerbalne, ale również na wiedzę i odczucia pacjentki dotyczącej jej sytuacji. Niejednokrotnie jest to powiązane z odmiennymi informacjami i odczuciami położnej, co doprowadzić może do konfliktów między nimi. Zalecane w tej sytuacji jest użycie asertywnego wyrażania swojego zdania. Problem asertywności przedstawiono w dalszej części pracy [5, 6].

Pacjentki ukrywające swoje lęki i odczucia szczególnie potrzebują obszernej informacji dotyczących zabiegu. Informacje te powinny być przykazywane przez lekarza. Niejednokrotnie jednak kobiety zwracają się do położnych z prośbą o wyjaśnienie, gdyż przedstawiona przez lekarza sytuacja została podana w sposób tak zawiły, że pozostała dla nich niezrozumiała. W związku z tym położna zobowiązana jest w sposób jasny, czytelny i zrozumiały wyjaśnić pacjentce celowość i technikę zabiegu ginekologicznego. Powinno się posługiwać językiem zgodnym kulturowo ze środowiskiem pacjentki, nie należy używać żargonu medycznego, który był barierą komunikacyjną w rozmowie z lekarzem. Wskazane jest posługiwanie się zdaniami krótkimi, tonem głosu wyrażającym troskę i zainteresowanie pro-

blemami pacjentki. Przygotowanie psychologiczne do zabiegu w tym przypadku powinno zmierzać do wyjaśnienia wątpliwości, zmniejszenia obaw i niwelowania błędnych nastawień pacjentki.

Biorąc pod uwagę grupę pacjentek, u których poziom stresu przed operacją jest wysoki, położna musi być powiernikiem w odreagowaniu negatywnych emocji związanych z zabiegiem. Podczas komunikacji należy uwzględnić zachęcanie pacjentek do wyrażania obaw, nastrojów i myśli dotyczących sytuacji stresującej. Doprowadzić to ma do zmniejszenia napięcia przedoperacyjnego.

Położna może użyć takich technik, jak:

1. empatia — wczucie się w sytuację stresową pacjentki przed operacją,
2. aktywne słuchanie pozwalające pacjentce na wyrażenie wszelkich wątpliwości i odczuć związanych z zabiegiem i stanem pooperacyjnym,
3. akceptacja — pacjentka może bezpiecznie przedstawić swe żale, obawy i zmartwienia, nie obawiając się, że z tego powodu zostanie potępiona, wyśmiana czy odrzucona,
4. autentyczność — naturalność, otwartość, swoboda w wyrażaniu pojawiających się myśli i uczuć położnej w stosunku do obaw pacjentki,
5. asertywność,
6. humor [7].

Dla celów pracy stosowne wydaje się bliższe scharakteryzowanie 2 ostatnich technik. Ich zastosowanie może mieć pozytywne skutki zarówno w kontaktach z grupą nieprzejawiającą strachu przed operacją, jak i z grupą, w której poziom stresu jest wysoki.

### Asertywność

Asertywność to przede wszystkim taki stosunek emocjonalny do siebie i innych, który stawia nas oraz inną osobę na jednej płaszczyźnie, godząc akceptacją i szacunek do siebie z akceptacją i szacunkiem dla drugiego człowieka. Mówiąc o asertywności, nie należy zapominać o innych występujących w relacjach interpersonalnych postaw, które również można obserwować wśród pacjentek i położnych. Są to:

1. zachowania agresywne — mogące występować u pacjentek z niskim poziomem strachu przedoperacyjnego a nasilające się po operacji. Charakterystyczne w takich przypadkach jest używanie obraźliwych słów kierowanych do położnej, traktowanie jej jak przeciwnika, którego trzeba zniszczyć,
2. zachowania uległe — pacjentka całkowicie podporządkowuje się położnej, bez sprzeciwu ulega jej namowom, naciskom, nie uwzględniając własnych praw,
3. zachowania manipulatorskie — to postawy charakteryzujące się przekazem komunikatu z ukrytymi podtekstami obrażającymi rozmówcę. Niekiedy ta-

kie zachowania można obserwować wśród położnych nieznających właściwego sposobu reakcji w odpowiednich sytuacjach dotyczących kontaktu z pacjentkami [8].

Postawa asertywna jest postawą wskazaną w kontaktach między położną a pacjentką, pozwala położnej na bezpośrednie, uczciwe i stanowcze wyrażanie swych uczuć, postaw i opinii. Oznacza korzystanie z osobistych praw położnej bez naruszania praw pacjentki. Postawa ta wiąże się z poczuciem własnej wartości i godności osobistej.

Zachowanie asertywne pomocne będzie położnej zarówno w kontaktach zawodowych, jak i prywatnych. Dzięki takiej postawie wyraża się szacunek w stosunku do pacjentki i do siebie, nie raniąc uczuć chorej i będąc wobec niej uczciwą. Asertywność prowadzi do osiągnięcia wytyczonego celu, pozwala położnej na umocnienie wiary w siebie. Wyrażając swoje uczucia zarówno pozytywne, jak i negatywne, ważne jest posługiwanie się komunikatami rozpoczynającymi się od słowa „ja”. W takiej sytuacji wypowiedź jest szczerą i otwartą, gdyż położna przyznaje się do swych uczuć i przyjmuje odpowiedzialność za swoje słowa.

Wyróżniamy 4 rodzaje komunikatów, które mogą być stosowane przez położną lub pacjentkę:

1. informujący — przekazywanie informacji dotyczących poglądów, przekonań, upodobań czy odczuć w danej sytuacji,
2. responsywny (odpowiadający) — informowanie o decyzji, jaką podjęła położna w związku z zadaniem pytaniem,
3. zapobiegawczy — wyrażanie życzenia skierowanego do pacjentki uwzględniającego zaistniałą sytuację,
4. konfrontacyjny — odnoszenie się do uczuć i postępowań położnej występujących w związku z zachowaniem pacjentki [9].

Stosując asertywność, położna posługuje się 3 technikami:

1. Technika „4 kroków” — w jednym zdaniu położna określa:
  - na czym polega problem;
  - jakie w związku z tym przeżywa emocje;
  - co proponuje;
  - jakie będzie to miało konsekwencje w dalszej komunikacji.

W technice „4 kroków” najważniejsza jest autentyczność. Wszelkie zaburzenia w komunikacji będą przez pacjentkę szybko wychwycone, co spowoduje wystąpienie barier w relacji z położną.

2. Technika „zdarłej płyty”, która polega na wielokrotnym powtarzaniu zdania oraz na parafrazie połączonej z wyrażeniem emocji. Umożliwia ona obronę własnych interesów bez naruszenia praw pacjentki oraz niepoddawanie się destrukcyjnym uczuciom,

3. Technika „zasłony z mgły” stosowana jest wówczas, gdy pacjentka unika szczerego mówienia o problemie, atakując położną. Z reguły takie sytuacje wywołują agresję. W komunikacji z pacjentką położna dopuszcza i komunikuje, że w stawianych zarzutach pacjentki jest część prawdy. Zasadne jest używanie w tym wypadku zwrotów: „być może”, „chyba”, „rzeczywiście”.

Asertywność pozwala na okazanie szacunku i tolerancji pacjentce, a jednocześnie umożliwia zachowanie szacunku wobec siebie i obronę własnych praw [10].

### Humor

Od strony emocjonalnej humor łączy się zarówno z uzdrawiającą siłą pozytywnych uczuć związanych z dobrym nastrojem, jak i oczyszczającym z napięć emocjonalnych działaniem śmiechu. Pozwala on na bezpieczne rozładowanie odczuwanych przez pacjentkę konfliktów emocjonalnych. Łączy się ściśle z takimi pojęciami jak optymizm i nadzieja. Śmiech pozwala pacjentce pozytywnie spojrzeć na swoje problemy i uczucia związane z zabiegiem. Perspektywa ta zawiera pewien szczególnie element dystansu, prowadzący do osłabienia powagi i znaczenia problemów pacjentki, co niewątpliwie ma duże znaczenie w ustosunkowaniu się do jej emocji.

Humor w komunikacji z kobietą hospitalizowaną powoduje pozytywne nastawienie pacjentki zarówno do pobytu w szpitalu, jak i do procesów leczenia na oddziale ginekologicznym — szczególnie nieprzyjemnych i naruszających jej przestrzeń intymną. Elementy humorystyczne zawarte w komunikatach pozwalają na wprowadzenie atmosfery bliskości, zrozumienia i akceptacji postaw pacjentki. Wpływa to pozytywnie na proces przystosowania się kobiety do roli pacjentki na oddziale i pomaga zmniejszyć stres związany z tą sytuacją.

Z przytoczonych wyżej danych wynika, że zarówno oddziaływanie na stan emocjonalny, jak i informowanie pacjentek przed operacją prowadzi do pomyślnych rezultatów. Przypuszczać więc można, że najbardziej skuteczną metodą jest połączenie obu rodzajów oddziaływania. Ważne jest, by w opiece położniczej i gineko-

logicznej równowagę chłodny, zobiektywizowany i konkretny przekaz medyczny z pielęgniarską troskliwością.

### Podsumowanie

Położna opiekująca się pacjentkami przygotowawanymi do zabiegów na oddziale ginekologicznym podejmuje się realizacji czteroetapowego procesu pielęgnowania. Każdy z nich, by mógł być skuteczny, musi opierać się na wiedzy merytorycznej połączonej z umiejętnością efektywnego komunikowania się. Umiejętność ta umożliwia gromadzenie informacji w celu rozpoznania problemów pielęgnacyjno-leczniczych, włączenie pacjentki w planowanie i realizację stosownych działań oraz formułowanie ich oceny.

Omówione powyżej aspekty opieki nad pacjentkami na oddziale ginekologicznym czyli nastawienie chorej do zabiegu, sposób informowania pacjentki, znalezienie stanu emocjonalnego przed operacją oraz metody komunikowania się, ukazują złożoność omawianej problematyki i potwierdzają konieczność podejmowania kształcenia ustawicznego w grupie zawodowej położnych.

### Piśmiennictwo

1. Steward J. Mosty zamiast murów. Podręcznik komunikacji interpersonalnej. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2003.
2. Jarosz M. Psychologia lekarska. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1988.
3. Mayerscough P.R., Ford M. Jak rozmawiać z pacjentem. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2002.
4. Motyka M. Pielęgnowanie a pomoc psychiczna w chorobie. Wydawnictwo Centrum Edukacji Medycznej, Warszawa 1999.
5. Nierenberg G.C. Czytając w człowieku jak w otwartej książce. REBIS, Poznań 2002.
6. Dimitrius J., Mazzarella M. Sztuka obserwacji, czyli jak poznać prawdę o drugim człowieku. Bertelsmann Media, Warszawa 2001.
7. Nęcki Z. Komunikowanie interpersonalne. Ossolineum, Wrocław 1992.
8. McKay M., Davis M., Fanning P. Sztuka skutecznego porozumienia się. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2001.
9. Knafel K. Komunikacja społeczna w organizacji. MEN, Warszawa 1989.
10. Król-Fijewska M. Trening asertywności. Instytut Psychologii Zdrowia. Warszawa 2005.