

Agnieszka Turbiarz, Beata Babiarczyk

Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Techniczno-Humanistyczna w Bielsku-Białej

O**o**bawy pacjentów operowanych w systemie chirurgii jednego dnia – przegląd literatury

The concerns of patients undergoing same-day surgery
– a review of the literature

STRESZCZENIE

Wstęp. Okres okołoperacyjny, bez względu na czas jego przebiegu, dla większości pacjentów przygotowywanych do zabiegu jest sytuacją budzącą lęk. W systemie operacyjnym krótkoterminowym, określanym mianem „chirurgii jednego dnia”, pacjent przebywa w jednostce leczniczej maksymalnie do 72 godzin. Skrócony czas przygotowania do operacji, okresu operacyjnego i opieki pooperacyjnej niesie ze sobą wiele obaw.

Cel pracy. Wskazanie aspektów i różnorodności obaw wpływających na poziom lęku pacjentów operowanych w systemie chirurgii krótkoterminowej.

Materiał i metody. W opracowaniu skorzystano z bazy danych jaką stanowiły elektroniczne zasoby EBSCO, Elsevier, Wiley-Blackwell oraz Głównej Biblioteki Lekarskiej. Zakresem czasowym objęto publikacje z lat 2006–2013. W wyszukiwaniu bibliografii zastosowano kilka deskryptorów między innymi: pacjent, chirurgia jednego dnia, komunikacja, lęk, oczekiwania, okres okołoperacyjny.

Wnioski. W przebiegu całego okresu okołoperacyjnego w chirurgii jednego dnia u pacjenta może się pojawić wiele obaw. Personel medyczny powinien zwrócić szczególną uwagę na rodzaj obaw i poziom lęku oraz oczekiwania pacjentów poddawanych zabiegowi w systemie chirurgii jednego dnia. Rozpoznanie i uwzględnienie obaw i przyczyn lęku wpływa na jego zmniejszenie i wzrost poczucia bezpieczeństwa osoby operowanej.

Problemy Pielęgniarstwa 2015; 23 (1): 265–268

Słowa kluczowe: lęk; chirurgia jednego dnia; informacja; pielęgniarka; pacjent

ABSTRACT

Introduction. The perioperative period, regardless of its duration, presents a fear situation for most patients prepared for surgery. In one-day surgery system, referred to as “same-day admission surgery,” the patient spends a maximum of 72 hours in the treatment unit. Reduced time to prepare for the operation, operational period and post-operative care involves a series of concerns.

Aim of the study. An indication of the aspects and diversity of concerns affecting the level of anxiety in patients undergoing surgery in the one-day surgery system.

Material and methods. In preparing the study, the database consisting of electronic resources of EBSCO, Elsevier, Wiley-Blackwell and Central Medical Library was used. Time range covered by publications between 2006 and 2013. In bibliography search, a variety of descriptors were used, such as: patient, same-day admission surgery, communication, anxiety, expectations, the perioperative period.

Conclusions. During the entire perioperative period in the single-day surgery patient may suffer from a number of fears. Medical personnel should pay particular attention to the type and level of anxiety and expectations of patients undergoing surgical procedures under same-day admission system. Recognition and consideration of the causes of anxiety affects its reduction, increased sense of security and a higher level of satisfaction from care and treatment.

Nursing Topics 2015; 23 (1): 265–268

Key words: anxiety; same-day surgery; information; nurse; patient

Adres do korespondencji: mgr Agnieszka Turbiarz, Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Techniczno-Humanistyczna, ul. Willowa 2, 43–309 Bielsko-Biała, tel.: 33 827 91 98, e-mail: a_nieszka1@wp.pl

DOI: 10.5603/PP.2015.0044

Wstęp

Zabieg chirurgiczny stwarza w życiu pacjenta perspektywę zmiany, która może być związana z całym szeregiem oczekiwań oraz poczuciem niepewności czy niestabilności. System w jakim zostaje przeprowadzona operacja oraz działania personelu medycznego stanowią istotną rolę w czasie przebiegu całego okresu okołoperacyjnego. Obecnie, na świecie i w Polsce, operacje chirurgiczne mogą być przeprowadzane w dwóch systemach organizacyjnych: lecznictwa długoterminowego i krótkoterminowego. W ostatnich dziesięcioleciach można zaobserwować znaczny rozwój chirurgii krótkoterminowej, często określanej mianem „chirurgii jednego dnia” [1]. Rozwój nauk medycznych, wiąże się z badaniami nad nowymi lekami, poszukiwaniem coraz to nowszych rozwiązań technologicznych i sposobów przeprowadzania zabiegów chirurgicznych. Progres ten umożliwi skrócenie czasu okołoperacyjnego poprzez zmniejszenie inwazyjności procedur chirurgicznych, zastosowanie leków pozwalających na szybkie odzyskanie przytomności przez pacjentów czy zwiększenie skuteczności działania leków przeciwbólowych [2, 3]. Zastosowanie ścieżki fast-track może pozwolić na zmniejszenie obaw, a tym samym lęku pacjentów operowanych.

Chirurgia jednego dnia

Historię chirurgii krótkoterminowej wydadę się zapoczątkowywać szkocki chirurg pediastra James Nicoll, specjalizujący się między innymi w operacjach przepuklin, stulejek, rozszczepu podniebienia czy rozszczepu kręgosłupa. [4]. Lata 50. zapoczątkowały intensywny rozwój chirurgii w Europie i na świecie: w 1951 roku założono pierwszy oddział dziennej chirurgii w oparciu o działalność szpitala, a w 1969 roku powstało pierwsze samodzielne ambulatoryjne centrum chirurgiczne w Arizonie [5]. Siwik i wsp. podają, że pierwszy raz znieczulenie ogólne w Polsce wykonano w tym systemie w 1974 roku [6]. Wiele państw określa nazewnictwo związane z leczeniem krótkoterminowym w stosunku do obowiązującej w nim praktyki chirurgicznej. W Anglii, Irlandii czy Stanach Zjednoczonych definicja chirurgii krótkoterminowej zakłada, że pacjent powinien być zarówno przyjęty, jak i wypisany po zabiegu w ciągu jednego dnia z ewentualnym krótkim pobytem w jednostce medycznej do 23 godzin [7, 8]. Maciejewski podaje podział związany z leczeniem krótkoterminowym, który uwzględnia placówki prowadzące zabiegi operacyjne w tym systemie jak na przykład: gabinety zabiegowe umiejscowione poza placówkami ochrony zdrowia, placówki samodzielne (freestanding units), placówki wydzielone ze szpitala (hospital segregated), znajdując się w osobnej części szpitala i inne [9]. Pacjenci kwalifikowani do zabiegów operacyjnych

w tym systemie, według standardów podawanych obowiązujących w danym państwie oraz doświadczeń anestezyjologicznych, powinni spełniać określone kryteria. Zwykle są to planowe małe średnie zabiegi obejmujące pacjentów z grup I, II oraz stabilnych i kontrolowanych III i IV według skali ryzyka znieczulenia Amerykańskiego Towarzystwa Anestezyjologicznego (ASA, American Society of Anesthesiologists). Minimalny wiek pacjenta > 60 tygodni (licząc od poczęcia) do około 70. roku życia. Miejsce zamieszkania pacjenta powinno się mieścić maksymalnie 1 godzinę drogi od ośrodka chirurgicznego. W mieszkaniu powinien znajdować się dostęp do telefonu oraz zapewniona opieka innej dorosłej osoby [10].

Obawy pacjentów operowanych w systemie chirurgii jednego dnia

Okres okołoperacyjny, bez względu na czas jego przebiegu, dla większości pacjentów przygotowanych do operacji jest sytuacją stresową, w której obawy i lęk mogą wpłynąć w znamienny sposób na przebieg oraz na poziom satysfakcji pacjenta z przeprowadzonego leczenia zabiegowego [11]. Lęk jest stanem, w którym różnorodne bodźce powodują uaktywnienie lub też zahamowanie działania struktur wielu układów, w tym ośrodkowego układu nerwowego. Fizjologiczna odpowiedź związana z lękiem jest uruchamiana poprzez szereg reakcji zachodzących w hipokampie, ciele migdałowatym czy miejscu sinawym [12]. Aktywowane zostaje między innymi wydzielanie hormonu adrenokortykotropowego z przysadki, wzrasta tętno, ciśnienie krwi, występuje uwalnianie kortyzolu czy adrenaliny z nadnerczy, uaktywnia się układ odpornościowy [13]. Badania pokazują, że występuje wiele czynników implikujących obawy pacjenta jak np. rola genetyki, osobowość czy zróżnicowanie płciowe [14, 15]. Terelak wskazuje na wpływ czynników fizycznych (hałas, oświetlenie i inne), chronobiologicznych (rytm biologiczny czy okołodobowy) oraz organizacyjnych [16]. Pacjent poddawany zabiegowi operacyjnemu w chirurgii krótko- i długoterminowej podlega trzem fazom okresu okołoperacyjnego: pierwszemu od momentu przyjęcia do szpitala do decyzji o przeprowadzeniu operacji, drugiemu — znieczulenia i operacji oraz okresowi pooperacyjnemu [17]. Subiektywne i obiektywne przejawy lęku mogą pojawić się w każdym z trzech etapów, będąc jednocześnie indywidualną odpowiedzią na zaistniałą sytuację.

Operacja chirurgiczna, która dla chorego stanowi zmianę w jego fizyczności, może powodować zmiany w zachowaniu, zwyczajach pacjenta czy też zaburza jego życie codzienne, relacje z bliskimi [18]. W systemie krótkoterminowym skrócenie okresu okołope-

racyjnego może spowodować, że przekazywane przez pacjenta informacje, werbalne czy pozawerbalne związane z obawami czy oczekiwaniami, będą przeoczone bądź zignorowane. Istotnym staje się umiejętność rozpoznania obaw wpływających na poziom lęku pacjentów operowanych w systemie chirurgii jednego dnia [19]. Założeniem chirurgii krótkoterminowej jest umożliwienie pacjentowi przejścia przez jak najkrótszy okres związany z przeprowadzeniem zabiegu, a następnie szybkiego powrotu do domu, rodziny i znajomych czy pracy [1, 4, 5]. Czas oczekiwania na operację, bez względu na wybór ścieżki operacyjnej, rozpoczyna się od momentu rozmowy z lekarzem i pielęgniarką na temat przyszłego zabiegu.

Badania przeprowadzone przez Mottram wykazały, że tego krótkoterminowy tryb operacyjny staje się częstym wyborem pacjentów ze względu na jego dynamikę i skrócenie oderwania od codziennych obowiązków. Jednocześnie pacjenci porównali ten system do restauracji typu McDonalds, gdzie kładzie się nacisk na „szybkość, przewidywalność, kontrolę i mechaniczność” wykonywanych czynności [20]. Towarzyszące tej mechanizacji dźwięki związane z pracą oddziału: rozmowy personelu, stukot butów, odgłos przygotowywanego sprzętu do zabiegu czy działanie oświetlenia mogą wzmacniać poczucie obcości, zmęczenia i pośrednio podnieść poziom niepokoju [21]. Zjawisko lęku przedoperacyjnego może pojawić się pod wpływem obaw związanych z ryzykiem obudzenia się w trakcie operacji lub też nieobudzenia się w ogóle [22]. Implikować niepokój może również niechęć do zakrywania twarzy maską w czasie znieczulenia ogólnego czy też obawa przed igłami oraz brakiem kontroli nad ciałem [23]. Lęk pacjentów wielokrotnie wiąże się z przewidywaniem wystąpienia bólu pooperacyjnego. Prognozowanie pojawienia się dolegliwości bólowych może sprzyjać podniesieniu jego poziomu. W badaniach przeprowadzonych przez Jawaida i wsp. 78,8% pacjentów wykazało niepokój związany z możliwością pojawienia się bólu [18]. Chorzy operowani w systemie krótkoterminowym obawiają się ponadto krwawienia z rany, problemów z oddawaniem moczu, obrzęków czy zmniejszonego apetytu [24, 25]. Yu i wsp. przeprowadzili badania w Chengdu (Chiny). Ankietowani wskazali na obawy związane z ryzykiem braku szybkiego kontaktu z lekarzem w razie zagrożenia wystąpieniem powikłań pooperacyjnych oraz utrudnionego procesu rehabilitacji po powrocie do domu [26]. Obawy mogą być również powiązane z brakiem wiedzy oraz z poczuciem, że cała odpowiedzialność za przebieg ich rehabilitacji czy wystąpienie zdarzeń niepożądanych spoczywa bezpośrednio na nich samych [27]. Oddzielenie od członków rodziny, strach przed rozłąką, pomimo krótkiego pobytu w placówce,

pojawia się podobnie jak u pacjentów poddanych leczeniu zabiegowemu w systemie długoterminowym [28]. Obawy, niespełnione oczekiwania, zmiany kondycji psychicznej predysponują do pojawienia się lęku okresie okołoperacyjnym. Doświadczenie obaw, ich nasilenia i jakości, związane z operacją chirurgiczną, może korelować ze zróżnicowaniem płciowym. W badaniach Valanzuela-Millan i wsp. 70% z ogółu badanych kobiet wykazało wyższy stan niepokoju, a obawy związane z ryzykiem operacji były 5-krotnie wyższe niż u mężczyzn [29]. Operacja ginekologiczna dodatkowo jest wkroczeniem w intymną sferę kobiecości i niesie ze sobą obawy o obniżenie atrakcyjności czy trudności w kontaktach seksualnych z partnerem [30, 31].

W obliczu planowej operacji chirurgicznej pacjent staje przed wieloma różnymi nowymi zdarzeniami. W trakcie wejścia w poszczególne etapy i procedury okresu okołoperacyjnego kreuje charakterystyczne dla danej jednostki osobowej postępowanie, którego celem będzie odnalezienie się w sytuacji dyskomfortu. Współcześnie, w świecie dynamicznego rozwoju technologii medycznych, coraz większych możliwości naprawczych ciała ludzkiego, w dalszym ciągu istnieje potrzeba pacjentów do ich podmiotowego traktowania. Carr i wsp. przytacza opinię pacjentki: „czułam się prawdziwą osobą, wszyscy wiedzieli kim jestem” [32]. Bellani podkreśliła, że w czasach coraz bardziej dynamicznego rozwoju chirurgii jednego dnia kluczowym zadaniem dla personelu medycznego staje się spostrzeganie i świadomość obaw pacjentów oraz nawiązywanie w sposób fachowy relacji interpersonalnych [33]. Erci i wsp. przeprowadziła eksperyment, w którym zastosowała metodę Hildegardy Peplau. Wyłoniła dwie grupy: kontrolną, które podlegała zwykłej opiece oraz badaną, w której wszystkie interwencje oparto na modelu relacji międzyludzkich. Erci i wsp. wysunęli wniosek, że zmniejszenia niepokoju może być związane z zastosowaniem wyżej wymienionego modelu [34]. Poszczególne zalecenia, wskazówki czy wyjaśnienia, przy uwzględnieniu indywidualnych potrzeb mogą skutecznie eliminować bądź zmniejszać śródoperacyjny niepokój [35]. Odczucie lęku, wyrażane obawami związanymi z zabiegiem chirurgicznym jest często występującym problemem, którego znaczenie nie powinno być pomijane.

Podsumowanie

Pobyt w placówce ochrony zdrowia, szczególnie w trakcie leczenia operacyjnego, może być wydarzeniem, w trakcie którego pojawia się wiele obaw, wielokrotnie implikujących lęk pacjenta. Specjaliści pielęgniarstwa odgrywają istotną rolę w każdej fazie związanej z planowym zabiegiem chirurgicznym w systemie krótkoterminowego leczenia. Podnoszenie

samoświadomości fachowego personelu medycznego jest jednym z ważnych zadań w opiece nad pacjentem operowanym w systemie chirurgii jednego dnia. Zmienność liczby oraz różnorodność czynników predysponujących do pojawienia się lęku i obaw, może zależeć na przykład od wieku, płci czy przebytych doświadczeń. Należy podkreślić, że zrozumienie istoty opieki — związanych z nią indywidualnych obaw i lęku — można i należy badać w każdym z okresów zabiegu operacyjnego w chirurgii jednego dnia. Rozpoznanie i uwzględnienie ich przyczyn może wpłynąć na zmniejszenie lęku, wzrost poczucia bezpieczeństwa i zaufania do fachowego personelu medycznego, a tym samym zadowolenia z prowadzonej pielęgnacji oraz leczenia.

Piśmiennictwo

- Toftgaard C. Day surgery activities 2009. International survey on ambulatory surgery conducted 2011. *Ambulatory Surgery* 2012; 17; 3: 53–63.
- Counihan T.C., Favuzza J., Favuzze J. Fast track colorectal surgery. *Clin. Colon. Rectal. Surg.* 2009; 22; 1: 60–72.
- White P.F., Eng M. Fast-track anesthetic techniques for ambulatory surgery. *Curr. Opin. Anaesthesiol.* 2007; 20; 6: 545–557.
- Lemos P., Jarret P., Philip B. Day surgery. Development and practice. *Surgery Development and Practice. International Association for Ambulatory Surgery (IAAS)* 2006.
- Smith I., McWhinnie D., Jackson I. Day case surgery. Oxford University Press 2012: 4–9.
- Siwik P., Grzesiak-Janak G., Janak A. Rozwój chirurgii jednego dnia na świecie i w Polsce. *Poradnik Stomatologiczny* 2010; 10; 3: 98–101.
- Verma R., Alladi R., Jackson I. i wsp. Day case and short stay surgery: 2. *Anaesthesia* 2011; 66: 417–434.
- Philip B.K. Day-care surgery: The United States model of health care. *Ambulatory Surgery* 2012; 17: 81–82.
- Maciejewski D. Rodzaje procedur zabiegowych i kwalifikacja chorych do znieczulenia. W: Maciejewski D. (red.). *Znieczulenie w chirurgii jednego dnia*. -medica press 2013: 35–74.
- Gullo A, Tufano R. Of anesthesia standards in ambulatory surgery: questions and controversies, certainties and prospects. *Minerva Anesthesiol.* 2006; 72: 1–11.
- Lemos P., Pinto A., Morais G. i wsp. Patient satisfaction following day surgery. *J.Clin.Anesth.* 2009; 21: 200–205.
- Martin E.I., Ressler K.J., Binder E., Nemeroff C.B. The neurobiology of anxiety disorders: brain imaging, genetics, and psychoneuroendocrinology. *Clin. Lab. Med.* 2010; 30: 865–891.
- Hou R., Baldwin D.S. A neuroimmunological perspective on anxiety disorders. *Hum. Psychopharmacol. Clin. Exp.* 2012; 27: 6–14.
- Connor-Smith J.K., Flachsbarth C. Relations between personality and coping: a meta-analysis. *J. Pers. Soc. Psychol.* 2007; 93: 1080–1107.
- McLean C.P., Anderson E.R. Brave men and timid women? A review of the gender differences in fear and anxiety. *Clin. Psychol. Rev.* 2009; 29: 496–505.
- Terelak J.F. Charakterystyka źródeł stresu. W: Terelak J.F. (red.). *Człowiek i stres*. Oficyna Wydawnicza BRANTA. Bydgoszcz-Warszawa 2008: 99–152.
- Ziębicka J., Gajdosz R. Wybrane aspekty lęku u chorych oczekujących na operację. *Anest. Intens. Ter.* 2006; 1: 41–44.
- Jawaid M., Mushtaq A., Mukhtar S., Khan Z. Preoperative anxiety before elective surgery. *Neurosciences* 2007; 12: 145–148.
- Mitchell M. Anxiety management in minimal stay surgery. *Nursing Times* 2012; 108; 48: 14–16.
- Mottram A. “Like a trip to McDonalds”: a grounded theory study of patient experiences of day surgery. *Int. J. Nurs. Stud.* 2011; 48: 165–174.
- Costa S.V., Ceolim. M.F. Factors that affect inpatients’ quality of sleep. *Revista da Escola de Enfermagem USP* 2013; 47; 1: 46–52.
- Kotsovolis G., Komninos G. Awareness during anesthesia: how sure can we be that the patient is sleeping indeed? *Hippokratia* 2009; 13: 83–89.
- Mitchell M. Conscious surgery: influence of the environment on patient anxiety. *J. Adv. Nurs.* 2008; 64: 261–271.
- Awad I.T., Chung F. Factors affecting recovery and discharge following ambulatory surgery. *Can. J. Anaesth.* 2006; 53: 858–872.
- Rosén H.I., Bergh I.H., Lundman B.M., Martensson L.B. Patients’ experiences and perceived causes of persisting discomfort following day surgery. *BMC Nurs.* 2010; 9: 1–8.
- Yu W.P., Chen Y., Duan G.M., Hu H., Ma H.S., Dai Y. Patients’ perceptions of day surgery: a survey study in China. *Hong Kong Med. J.* 2013; 11: 1–7.
- Berg K., Arestedt K., Kjellgren K. Postoperative recovery from the perspective of day surgery patients: a phenomenographic study. *Int. J. Nurs. Stud.* 2013; 50: 1630–1638.
- Mitchell M. General anesthesia and day-case patient anxiety. *J.Adv.Nurs.* 2010; 66: 1050–1071.
- Valenzuela-Millán J., Barrera-Serrano J., Ornelas-Aguirre J.M. Anxiety in preoperative anesthetic procedures. *Cir. Cir.* 2010; 78: 147–151.
- Pauls R.N. Impact of gynecological surgery on female sexual function. *Int. J. Impot. Res.* 2010; 22: 105–114.
- Thakar R. Review of current status of female sexual dysfunction evaluation in urogynecology. *Int. Urogynecol. J Pelvic Floor Dysfunct.* 2009; 20: 27–31.
- Carr E, Brockbank K, Allen S, Strike P. Patterns and frequency of anxiety in women undergoing gynaecological surgery. *J. Clin. Nurs.* 2006; 15: 341–352.
- Bellani M.L. Psychological aspects in day-case surgery. *Int. J. Surg.* 2008; 6: 44–46.
- Erci B., Sezgin S., Kacmaz Z. The impact of therapeutic relationship on preoperative and postoperative patient anxiety. *Aust. J. Adv. Nurs.* 2008; 26: 59–66.
- Pritchard M.J. Using targeted information to meet the needs of surgical patients. *Nurs. Stand.* 2011; 25: 35–39.