

Udział pielęgniarki w przedoperacyjnym psychologicznym przygotowaniu dzieci do zabiegu operacyjnego

Participation of nurses in preoperative psychological preparation of children for surgery

WIOLETTA MĘDRZYCKA-DĄBROWSKA ^{1/}, MONIKA KOWALEWSKA ^{2/}

^{1/} Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego, Gdański Uniwersytet Medyczny

^{2/} Studenckie Koło Pielęgniarstwa Anestezjologicznego, Gdański Uniwersytet Medyczny

Anestezjologia dziecięca zajmuje się szczególną grupą chorych, których przedział wiekowy obejmuje noworodki i młodzież. Ta grupa pacjentów charakteryzuje się nie tylko odmiennosťami anatomicznymi, ale – co więcej – odrębnościami psychologicznymi, zależnymi od okresu rozwojowego dziecka. Pobyt małego pacjenta w szpitalu jest doświadczeniem, któremu towarzyszy ból, lęk i obawa przed separacją z rodzicami. Dzieci nie tolerują nawet niewielkiego bólu, braku komfortu i nie potrafią współpracować z personelem medycznym w sytuacjach, które dla dorosłych nie stanowią problemu. Celem pracy jest przedstawienie przygotowania psychicznego dzieci do znieczulenia i zabiegu operacyjnego.

Oszczędzenie dzieciom dolegliwości i stresu oraz opieka nad nimi w tym okresie należy do zespołu anestezjologicznego. Dostarczenie dziecku wsparcia informacyjnego i emocjonalnego, właściwe postępowanie personelu ułatwia pacjentowi odnalezienie się w nowej, trudnej sytuacji oraz zmniejsza poziom lęku i zwiększa poczucie bezpieczeństwa.

Słowa kluczowe: anestezjologia dziecięca, przygotowanie psychiczne, stres

Paediatric anaesthesiology deals with a specific group of patients, whose age can range from newborns to teenagers. Not only is this group of patients characterized by differences in their anatomy but also by distinct psychological features depending on the stage of the child's development. For the little patient a stay in a hospital represents an experience accompanied by pain, anxiety and fear of being separated from the parents. Children do not tolerate even a slight pain or discomfort and are unable to cooperate with medical personnel in situations which do not represent a problem for adult patients. The aim of the study is to present the psychological preparation of children for anaesthesia and surgery.

Saving the children from discomfort and stress and taking care of the patients during this period is the duty of the anaesthesiology team. Providing the child with assistance in the form of information and emotional support, and the correct behaviour of staff make it easier for the patients to adapt themselves to the new and difficult situation by reducing the level of anxiety and increasing the sense of safety.

Key words: child anaesthesiology, mental preparation, safety

© Hygeia Public Health 2014, 49(4): 696-701

www.h-ph.pl

Nadesłano: 12.11.2014

Zakwalifikowano do druku: 17.11.2014

Adres do korespondencji / Address for correspondence

Wioletta Mędrzycka-Dąbrowska
Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego, Gdański Uniwersytet Medyczny
ul. Dębinki 7, 80-952 Gdańsk
tel./fax +48 58 349 12 47
e-mail: wioletta.medrzycka@gumed.edu.pl

Wstęp

Zmiany zachodzące w systemie opieki zdrowotnej, wzrost świadomości pacjentów sprawił, że wzrosły wymagania pacjentów wobec personelu medycznego. Pacjenci oczekują znacznie więcej niż tylko rzetelnego wykonania procedury medycznej. Chcą być świadomi całego procesu leczenia oraz aktywnie uczestniczyć w podejmowaniu decyzji. Współczesny pacjent oczekuje podmiotowego traktowania oraz uwzględniania jego emocji towarzyszących podczas pobytu w szpitalu. Placówki medyczne powinny stale dążyć do poprawy jakości opieki, wzrostu zadowolenia pacjentów, uwzględniając ich oczekiwania oraz potrzeby [1-3]. Anestezjologia dziecięca zajmuje się szczególną grupą

chorych, których przedział wiekowy obejmuje noworodki i młodzież. Ta grupa pacjentów charakteryzuje się nie tylko odmiennosťami anatomicznymi, ale co więcej, odrębnościami psychologicznymi zależnymi od okresu rozwojowego dziecka [4-10].

Celem artykułu jest przedstawienie przygotowania psychicznego dzieci do znieczulenia i zabiegu operacyjnego.

Odrębności psychologiczne dziecka

Wczesne dzieciństwo

Przypada na trzy pierwsze lata życia dziecka – dzieli się go na podokresy: stadium noworodka (do

pierwszego miesiąca życia), okres niemowlęcy (pierwszy rok życia) i okres ponimowlęcy. W tym czasie następuje rozwój percepcji, nabycie i rozwój sprawności motorycznych, zaczynają się wówczas kształtować umiejętności komunikacyjne, kształtuje się również zaufania do siebie i do innych ludzi.

Niemowlę większość czasu spędza z matką. Rozłaka może być przyczyną stresu, płaczu, a nawet nadpobudliwością czy niechęcią do przyjmowania pokarmów. Dziecko w tym okresie rozwoju wykazuje odruchową, raptowną reakcję na głośny dźwięk, upadek oraz nagły ruch w otoczeniu. Najczęściej w 6 miesięcy obserwuje się lęk przed osobami obcymi (reakcja orientacyjno-lękowa). Przytulając niemowlę, można złagodzić lęk, a znajomy przedmiot, np. zabawka czy kocyk, może zwiększyć poczucie bezpieczeństwa. Już w tym wieku dziecko posiada doznania emocjonalne tzn. radość i niezadowolenie [12].

W okresie ponimowlęcym, dziecko lepiej rozumie niż się wysławia, źle znosi rozstanie z rodziną i nieprzyjemne, bolesne zabiegi. Mały pacjent nie rozumie konieczności leczenia w szpitalu. Wzrasta aktywność poznawcza dziecka, zaczyna ono zdobywać umiejętności społeczne tzn. indywidualizację, kontrolę czynności fizjologicznych. Pojawiają się złożone uczucia tj. duma, zawstydzenie oraz poczucie winy. Często u dziecka w tym okresie pojawia się zachowanie negatywistyczne [13].

Średnie dzieciństwo, czyli wiek przedszkolny (3-6 r.ż.).

Na okres średniego dzieciństwa przypada intensywny rozwój poznawczy. Kształci się myślenie przyczynowo-skutkowe. Dziecko jest niebywale spostrzegawcze, posiada bogatą wyobraźnię, jest bardzo ciekawe świata, zadaje wiele pytań. W wieku przedszkolnym rozwija się sumienie i mowa, jeżeli czegoś nie pojmuje, szuka odpowiedzi w wyobraźni, łącząc realizm z fikcją. Dziecko uświadamia sobie problem choroby i śmierci, obawia się rozstania z rodziną i bolesnych zabiegów. Jest to okres największej wrażliwości, dlatego też dzieci mogą ulegać stanom lękowym. Najczęściej mały pacjent obawia się ciemności, samotności (zwłaszcza przed zaśnięciem), dużych zwierząt oraz duchów. Szczególnie duża w tym wieku jest obawa przed okaleczeniem czy zranieniem ciała. Z dzieckiem w tym okresie rozwoju istnieje dobra komunikacja werbalna [12, 13].

Późne dzieciństwo (okres szkolny, dziewczęta 7-10 lat, chłopcy 7-12 lat)

W wieku szkolnym następuje dynamiczny rozwój umysłowy. Dzieje się to głównie za sprawą systematycznego nauczania oraz szerszego uczestnictwa dziecka w życiu społecznym i kulturalnym. Wymagania,

które stawia się dziecku stymulują procesy poznawcze, dzięki czemu stają się bardziej dowolne i przebiegają z coraz większym udziałem świadomości. Dzieci odczuwają lęki wynikające z rozstaniem z rodzicami, jednakże są one zwykle lepiej tolerowane. Nierzadko jednak zaczynają się pojawiać zróżnicowane obawy związane z operacją i znieczuleniem, np., czy możliwe jest obudzenie w trakcie zabiegu [11].

Okres młodości (adolescencja)

Podzielić można na etapy: dojrzewania i dorastania. Dojrzewanie charakteryzuje się labilnością emocjonalną oraz zwiększonym krytycyzmem dziecka. Nastolatek staje się drażliwy i nieufny, czasami arogancki lub agresywny, ma zmienne nastroje, dąży do niezależności oraz chce rozwijać swe potrzeby seksualne. Dla dziecka w tym okresie rozwojowym najistotniejszym oparciem jest rówieśnik, a aproba z ich strony zwiększa samoocenę nastolatka. Natomiast podczas dorastania, młody człowiek staje się zwykle bardziej zrównoważony, czasem bywa niedostępny i zbuntowany [12].

Przygotowanie dziecka do znieczulenia i zabiegu

Troskliwe przygotowanie psychologiczne dziecka do operacji ma szczególne znaczenie, często jednak pozostaje niedocenione. Przygotowanie psychiczne dziecka oraz jego rodziców składa się z kilku etapów:

- rozmowy z chirurgiem, który będzie operował dziecko,
- rozmowy z lekarzem anestezjologiem, który będzie wykonywał znieczulenie podczas operacji,
- rozmowy z pielęgniarkami, które opiekują się pacjentem i jego rodziną [9].

Chirurg w sposób jasny i nieskomplikowany wyjaśnia rodzicom oraz dzieciom starszym istotę planowanego zabiegu operacyjnego, konieczność jego wykonania oraz możliwość wystąpienia powikłań. Lekarze, a także inni pracownicy medyczni powinni posługiwać się językiem prostym i zrozumiałym dla odbiorcy. Niezrozumiałe słownictwo generuje wysoki poziom lęku oraz poczucie zagrożenia. Międzynarodowa Konwencja Praw Dziecka postuluje, iż każdemu dziecku należy przekazać informacje związane z planowaniem procedur terapeutycznych. Zakres przekazywanych informacji zależy od wieku dziecka, dojrzałości psychicznej dziecka, stopnia zainteresowania, stanu zdrowia oraz dotychczasowych przeżyć [8].

Już ponad 35 lat temu dowiedziono skuteczności wizyty anestezjologicznej w łagodzeniu przedoperacyjnego niepokoju pacjentów oczekujących na zabieg

operacyjny. Istnieją również dobrze udokumentowane dowody potwierdzające korzystny wpływ takiej wizyty na okres pooperacyjny. Wykazano, że odpowiednio przeprowadzona rozmowa redukuje ból oraz zmniejszenie konieczności stosowania narkotycznych leków przeciwbólowych po zabiegu operacyjnym oraz skraca czas hospitalizacji. Rolą anestezjologa jest stworzenie najlepszych dla pacjenta warunków umożliwiających bezpieczny przebieg znieczulenia oraz operacji, a także minimalizowanie wszelkich dolegliwości oraz dyskomfortu związanego z przeprowadzoną operacją oraz znieczuleniem. W czasie wizyty przedoperacyjnej lekarz anestezjolog dokonuje oceny stanu klinicznego pacjenta, zbiera wywiad, przeprowadza badanie fizykalne oraz przekazuje informacje dotyczące znieczulenia.

Dzieciom, które zaczynają rozumieć, anestezjolog przedstawia najważniejsze informacje na temat znieczulenia, etapów wprowadzenia do znieczulenia oraz postępowania pooperacyjnego. Anestezjolog również powinien omówić ze starszymi dziećmi oraz ich rodzicami plan postępowania przeciwbólowego po zabiegu operacyjnym. Anestezjolog po przeprowadzonej rozmowie z pacjentem oraz jego rodziną zaleca premedykację. Wizyta anestezjologa przed planowanym zabiegiem operacyjnym wpływa na jakość oraz bezpieczeństwo znieczulenia, a także satysfakcję pacjenta związaną ze znieczuleniem [10].

Przygotowanie pielęgniarskie pacjenta oraz jego rodziny jest ważnym uzupełnieniem przygotowania lekarskiego. To właśnie pielęgniarka, zaraz po lekarzu, odpowiada za przekazanie jak największej ilości informacji na temat zabiegu operacyjnego. Odgrywa rolę w niwelowaniu obaw oraz niepokojów związanych z zabiegiem operacyjnym i znieczuleniem. Warunkuje bezpieczny i udany przebieg zabiegu operacyjnego, niekiedy ogranicza lub całkowicie niweluje wystąpienie powikłań pooperacyjnych [1].

Przygotowanie dziecka ma na celu zapoznanie go z nowymi sytuacjami, które mogą wzbudzić w nim lęk oraz niepokój, a także znalezienie rozwiązań pomocnych w radzeniu sobie z napotkanymi trudnościami. Pielęgniarka w czasie zabawy może przedstawić, jak będzie wyglądało badanie, znieczulenie czy zabieg operacyjny. Może ona posłużyć się zabawkami, książeczkami lub miniaturowymi rekwizytów medycznych bądź środkami audiowizualnymi. Ponadto zabawa z dzieckiem pobudza do rozwoju oraz ułatwia poznanie środowiska. Stymuluje rozwój psychologiczny, umożliwia wyrażanie uczuć, odwraca uwagę od bólu i nudy. Manipulacja zabawkami rozwija zdolności ruchowe oraz czuciowe. Pomocne jest również czytanie dzieciom bajek, w których świat realny przeplata się z fantastycznym i tworzy najbliższą do zrozumienia

dziecku rzeczywistości. Można również zachęcić dziecko do rysowania, dzięki któremu może wyrazić swoje myśli [9]. Powszechnie dostępne, zrozumiałe informacje dla dzieci oraz ich rodzin zwiększają zadowolenie oraz zmniejszą poziom lęku. Omówienie z pacjentem oraz jego rodziną przebiegu okresu okołoperacyjnego sprawia, że sytuacje trudne są dla nich zrozumiałe i nie zmniejszają poczucia bezpieczeństwa.

Zasady związane z psychologicznym przygotowaniem dzieci do zabiegu przez pielęgniarki:

Mów dziecku zawsze prawdę

Dziecko powinno wiedzieć, co je czeka; im młodszy pacjent, tym informacja powinna być przedstawiona w ogólnym zarysie; nadmiar informacji, zawiłe i drobiazgowo wyjaśnianie wprowadzić może jedynie chaosu, a tym samym zwiększyć niepokój. Małe dziecko posiada odmienne poczucie upływu czasu, dlatego rozmowę należy przeprowadzać 1-2 dni przed planowanym znieczuleniem. Dziecka nie wolno oszukiwać, należy zawsze mówić prawdę i omawiać wszystkie czynności oraz odpowiadać na zadawane pytania [2, 4, 7]. Rodzice często w celu uspokojenia dziecka udzielają mu nieprawdziwych informacji, co odnosi odwrotny skutek. Komunikaty „to nie będzie bolało” lub „nie ma się czego bać” utrudniają, a nawet uniemożliwiają relacje terapeutyczne, która powinna opierać się głównie na zaufaniu. Wiele informacji uzyskanych od rodziców, a szczególnie od rówieśników zawiera dużo nieścisłości i błędów, w wyniku czego dziecko tworzy własne wyobrażenia, a braki informatyczne wypełnia fantazjami, w konsekwencji nasila się u niego lęk.

Powiedz dziecku to, co trzeba wiedzieć na temat znieczulenia i zabiegu operacyjnego

W celu przekazania informacji małemu pacjentowi można zastosować materiały informacyjne, np. bajki, książeczki do kolorowania, foldery, ryciny, a nawet filmy wideo, elementarze dla dzieci i rodziców, np. „Julka w szpitalu” opracowana przez doktora Mariana Rawicza ze Szpitala Klinicznego im. prof. Michałowicza w Warszawie (ryc. 1).

Porozmawiaj na temat snu wywołanego farmakologicznie

Przygotowując dziecko do znieczulenia zaleca się wykorzystanie kolorowego sprzętu, np. kolorowe worki do prowadzenia wentylacji lub zapachowe maseczki, np. maseczka o zapachu truskawek. Z dzieckiem należy porozmawiać i dać mu możliwość wyboru koloru worka czy zapachu maseczki, przez którą będzie oddychał, aby dobrze mu się spało. Należy dziecku również wyjaśnić, że zostaną podane leki, które pozwolą mu zasnąć, a dziecko może spróbować



Ryc. 1. Julka w szpitalu, elementarz dla dzieci i rodziców. Autor: dr n. med. Marcin Rawicz z WUM [15]

Fig. 1. Julia in the hospital, a primer for parents and children. Author: Marcin Rawicz M.D., Ph.D. from Warsaw University of Medicine [15]

np. zamówić sobie sen. W Wielkiej Brytanii obecność rodzica podczas wprowadzania do znieczulenia jest powszechną praktyką. Obecność rodziców w czasie indukcji jest korzystna, jeśli są oni do tego odpowiednio przygotowani i rozumieją sens wykonywanych procedur. Anestezjolog i pielęgniarka powinni objaśnić technikę stosowanej indukcji oraz zachowanie się dziecka w poszczególnych jej fazach, np. podczas indukcji wziewnej dziecko może być pobudzone, kopać nogami, a w trakcie indukcji dożylną szybko stanie się bezwładne [2, 7].

Nie pokazuj własnego zdenerwowania

Do zadań psychopedagogicznych pielęgniarki należy wsparcie emocjonalne dziecka i rodzica/opiekuna [4]. Pielęgniarka powinna wzbudzać zaufanie oraz nawiązać z małym pacjentem serdeczny kontakt, pytając o jego samopoczucie czy rozmawiając na tematy interesujące dziecko. Musi ona spełniać oczekiwania dziecka hospitalizowanego tzn.: wysłuchać go; zapytać o zdrowie; nie lekceważyć skarg; patrzeć na niego, a nie na jego chorobę; mówić do dziecka, a nie przy nim; zachować dyskrecję; nie kazać mu czekać na siebie; nie mówić, co ma zrobić, zanim nie powiesz,

jak to zrobić; zawsze informować; pamiętać, kim był/była [4, 7]. Oddziaływanie pielęgniarki na dziecko wymaga zwłaszcza nawiązania z nim kontaktu, np. dotykowego. Dotyk pełni funkcję pielęgnacyjną, informacyjną, terapeutyczną i emocjonalną. Emocjonalne wsparcie przy użyciu dotyku polega na udzielaniu małemu pacjentowi wsparcia, troski i przekazywaniu pozytywnych uczuć. Trzymanie za rękę, głaskanie czy przytulanie działa uspokajająco i może zmniejszyć lęk i niepokój. Naturalnie to dziecko ma prawo decydować, czy chce być dotykane.

Posłuchaj, co mają do powiedzenia dzieci

Dziecko w szpitalu jest wymagającym klientem o swoistej wrażliwości oraz potrzebach. Na problemy patrzy z własnego punktu widzenia. Aby spełnić oczekiwania pacjenta oraz jego rodziny, trzeba sobie zadać następujące pytania:

1. Jak czułbym się w sytuacji tej osoby?
2. Czego bym wówczas oczekiwał?

Aby znaleźć odpowiedź na te pytania trzeba wyrazić chęć „wejścia” w życie swojego podopiecznego, postarać się właściwie postrzegać i interpretować jego uczucia, uzyskać orientację, co do jego potrzeb oraz oczekiwań. Aby temu sprostać, niezbędna jest znajomość psychiki dziecka oraz jego opiekunów. Lekarze oraz pielęgniarki mają wpływ na modyfikacje zachowań pacjenta oraz jego rodziny. Ważne jest, aby minimalizować lęk rodziców, gdyż wpływa on na stan emocjonalny dziecka. Istotnym elementem opieki nad pacjentem jest umiejętność towarzyszenia mu w chorobie. Dobre słowo, gest, uśmiech poprawiają komfort psychiczny chorego, ułatwiają radzenie z trudnościami. Ułatwiają one także podtrzymywanie więzi oraz budowanie zaufania. Czynnikiem ułatwiającym pielęgniarskie relacje terapeutyczne, jest jej zdolność do empatii, czyli zdolność zrozumienia sytuacji emocjonalnej dziecka [7].

Zapewnij dziecku kontakt z rodzicami

Choroba stanowi źródło emocjonalnego oraz psychicznego obciążenia dla każdego pacjenta, a w szczególności dla dziecka. Zmiana środowiska domowego na szpitalne, choroba, leczenie, zmiana dotychczasowego rytmu dnia, zamiana osób bliskich, kochanych na zupełnie mu nieznane stawia przed nim szereg różnych wyzwań oraz problemów. W 1958 r. James Robertson stwierdził, iż dla małego dziecka przebywającego w szpitalu głównym źródłem stresu nie jest choroba czy ból, lecz rozłąka z matką. Bez niej dzieci czują się opuszczone, przerażone i bezradne. Potrzebują one jej wsparcia, bliskości, czułości oraz miłości [4]. Obecność matki sprawia, że dzieci łatwiej znoszą ból i cierpienie, a także w mniejszym stopniu odczuwają lęk oraz osamotnienie [7]. Matka jest

osobą, która najdotkliwiej odczuwa chorobę dziecka i najlepiej potrafi zrozumieć wartość szczęścia, kiedy po dniach przepełnionych troską znowu widzi zdrowe, radosne dziecko [1]. W Niemczech w 1979 r. przeprowadzono na grupie 400 dzieci w wieku do 3 lat badania dotyczące wpływu odwiedzin rodziców na psychikę dziecka hospitalizowanego. Aż 97% dzieci nieodwiedzanych przez rodzinę, po powrocie do domu miało zaburzenia snu oraz łaknienia, przejawiało stany lękowe, zmiany nastroju oraz zachowania (nadmierna płaczliwość, agresywność, negatywizm, krzykliwość). Niektóre z nich moczyły się w nocy. U 80% dzieci, które były odwiedzane sporadycznie, poszpitalne stany lękowe były mniej nasilone i ustępowały w ciągu kilku miesięcy. U dzieci odwiedzanych codziennie nie zaobserwowano takich zaburzeń, a jedynie co dziesiąte dziecko przez pierwsze dni w domu było „nieswoje” [4]. Badania wykazały, że również obecność rodzica podczas wprowadzenia do znieczulenia może być alternatywą dla premedykacji. W Wielkiej Brytanii stała się to powszechną praktyką, która przynosi wiele korzyści [7]. Rodzica trzeba poinformować, jaką rolę pełni na sali operacyjnej oraz wyjaśnić, czego może się spodziewać. Rolą rodzica/opiekuna jest odwrócenie uwagi dziecka w trakcie zakładania kaniuli, zapewnienie wsparcia i miłości dziecku, pokazanie, że niektóre procedury nie są bolesne, np. zakładając czujnik na swój palec [2, 7]. Stały kontakt rodziców z dzieckiem nie powinien być blokowany przez szpital. Europejska Karta Praw Dziecka mówi, iż dzieci hospitalizowane powinny mieć prawo do przebywania z rodzicami bądź opiekunami.

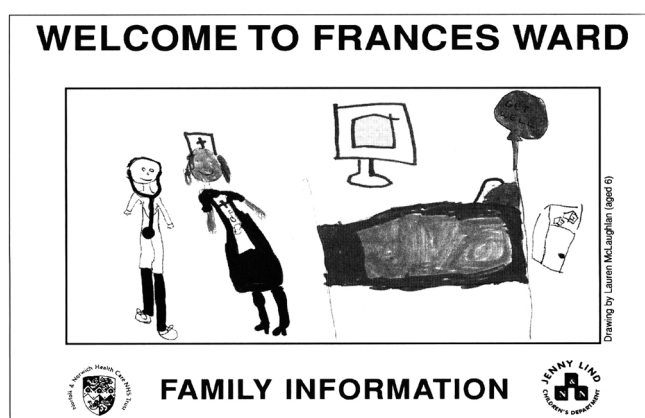
Zapewnij odpowiednią ilość czasu na wyjaśnienie wszelkich wątpliwości

Zespół pielęgniarstwa współpracując z rodzicami może przygotować dziecko do planowanego przyjęcia w oddział. W niektórych szpitalach w Wielkiej Brytanii organizowane są spotkania (sobotnie kluby), w czasie których rodzice wraz z dziećmi zwiedzają oddział, ustalają, która z ulubionych maskotek będzie im towarzyszyć w czasie pobytu w szpitalu, otrzymują broszury z najważniejszymi informacjami dotyczącymi szpitala oraz obowiązującego w nim regulaminu (ryc. 2 i 3), a także zapoznają się z czynnościami oraz procedurami mającymi miejsce po przyjęciu do szpitala. Rozmowa z dziećmi w wieku przedszkolnym, przygotowująca do hospitalizacji, powinna odbyć się 2-3 dni przed terminem przyjęcia do szpitala, a z dziećmi starszymi na 1-2 tygodnie przed planowanym przyjęciem. Dzieci starsze potrzebują więcej czasu na wewnętrzne przygotowanie się do pobytu w szpitalu [7]. Celem sobotnich klubów jest przełamanie strachu oraz niepokoju w związku z przyjęciem do szpitala. Dzieci, które przed wizytą w szpitalu zostały wcześniej przygotowane, poin-



Ryc. 2. Sweet Dreams at the Hospital Coloring and Activity Book, autorstwa Marjorie Stempler Bergerman, 27 stronicowa książeczka w wersji anglojęzycznej i hiszpańskiej [16]

Fig 2. Sweet Dreams at the Hospital Coloring and Activity Book, by Marjorie Stempler Bergerman, 27 page booklet in English and Spanish version [16]



Ryc. 3 Broszura informacyjna Jenny Lind dla dzieci przyjmowanych do Frances Ward, Norfolk i Norwich Healthcare Trust [17]

Fig 3. Jenny Lind information booklet for children admitted to Frances Ward, Norfolk and Norwich Healthcare Trust [17]

formowane o planowanych zabiegach, lepiej znoszą leczenie szpitalne. W Le Bouheur Children's Medical Center w Memphis, Tennessee, w przygotowaniu dzieci do zabiegu operacyjnego pomocny jest pacjent Purpett Bernard (zielona lalka). W czasie programu przygotowawczego do zabiegu operacyjnego dzieci przebijają się za lekarzy. Towarzyszą one Bernardowi w czasie drogi na salę operacyjną, usypiają zielonego pacjenta używając maski do znieczulenia oraz w sali poznieczuleniowej delikatnie budzą pacjenta i zapewniają, że niebawem przyjdzie jego mama, terapeutka pediatryczna Diana M. Chile. Dzieciom w czasie zabawy łatwiej jest wyrazić obawy oraz lęki. Poprzez zabawę nawiązują one przyjaźń z Bernardem i czują się bezpiecznie w jego towarzystwie [10].

Wyjaśnij wszelkie nieporozumienia

Dla rodziny konieczność hospitalizacji dziecka jest również trudnym doświadczeniem zakłócającym dotychczasowy rytm życia. Stawia przed nią nowe obowiązki oraz zadania. Poddanie dziecka bolesnym badaniom oraz zabiegom leczniczym, wyrażenie zgodny na zabieg i znieczulenie, a także lęk o zdrowie i życie dziecka są to najczęstsze sytuacje stresowe dla rodziców. Pielęgniarka powinna wyjaśniać dziecku i rodzicowi/opiekunowi wszelkie niejasności dostarczając tym samym wsparcia informacyjnego oraz emocjonalnego [7].

Podsumowanie

W badaniach Hatava stwierdzono, że przekazanie dzieciom i ich rodzicom szczegółowych informacji przed zabiegiem operacyjnym zdecydowanie podnosi ich poziom satysfakcji i zmniejsza poczucie lęku [18]. Zaniedbanie przygotowania psychicznego dziecka może prowadzić do utrudnionego przebiegu znieczulenia oraz przyczynić się do wystąpienia traumatycznych przeżyć związanych z operacją. Włączenie rodziny w proces pielęgnowania pozwala na ocenę zakresu i stopnia ich przygotowania do samodzielnego pielęgnowania dziecka w domu. Wyjaśnienie sensu oraz zakresu wykonywanych czynności czyni rodziców świadomymi uczestnikami w procesie leczenia oraz pielęgnowania dziecka [2].

Piśmiennictwo / References

1. Andruszkiewicz A, Idczak H, Kocięcka A, Banasiewicz M, Marzec A. Subiektywna ocena opieki pielęgniarskiej a poziom lęku i depresji u pacjentów chirurgicznych. *Pielęg Pol* 2005, 1(19): 46-48.
2. Barczykowska E, Kram M, Szwed-Kolińska M. Korzyści wynikające z obecności rodziców podczas hospitalizacji dziecka w opinii personelu oddziału. *Valetudinaria Post Med Klin Wojsk* 2002, 7(3): 74-78.
3. Berkowska M. Udział rodziców w opiece nad dzieckiem hospitalizowanym w województwie poznańskim. *Probl Med Społ* 1997, 32: 459-461.
4. Black AE. Medical assessment of the paediatric patient. *Br J Anaesth* 1999, 83: 3-15.
5. Czapiga B, Kowalska M. Jak przygotować dziecko do operacji. *Pielęg Położ* 1994, 6: 11-12.
6. Dobrogowski J, Mayzner-Zawadzka E, Drobik L, Kusza K, Worań J, Wordliczek J. Uśmierzanie bólu pooperacyjnego – zalecenia 2008. *Ból* 2008, 9(2): 9-22.
7. Dubiel B. Przeciwbólowy efekt oglądania telewizji podczas nakłuwania żyły u dzieci w wieku szkolnym. *Med Prakt* 2007, 4: 128-130.
8. Grabowska-Gaweł A, Porzych K, Piskunowicz G. Czynniki ryzyka i częstość występowania pooperacyjnych nudności i wymiotów u chorych operowanych w znieczuleniu ogólnym. *Prz Lek* 2006, 63(2): 72-76.
9. Gregory G. Induction of Anesthesia, in *Pediatric Anesthesia*. Churchill Livingstone, NY 1989.
10. Sikorska B. Szpitale, rodzice i dzieci. *Mies Lek* 1996, 6(79): 55.
11. Wołowicka L, Dyk D. Anestezjologia i intensywna opieka: klinika i pielęgniarstwo. PZWL, Warszawa 2007.
12. Szreter T. Anestezjologia dziecięca. PZWL, Warszawa 1999.
13. Muscari BE. *Pediatrics i pielęgniarstwo pediatryczne*. Czelej, Lublin 2005.
14. Lakhanpaul M, MacFaul R, Werneke U, Armon K, Hemingway P, Stephenson T. An evidence-based guideline for children presenting with acute breathing difficulty. *Emerg Med J* 2009, 26(12): 850-3.
15. Julka w szpitalu – dla dzieci i rodziców. <http://www.klubanest.com.pl/?p=56> (10.11.2014).
16. Sweet Dreams at the Hospital Coloring and Activity Book. <http://www.aana.com/forpatients/Pages/Sweet-Dreams-at-the-Hospital-Coloring-and-Activity-Book.aspx> (10.11.2014).
17. Children's Day Ward. <http://www.nnuh.nhs.uk/JennyLind/> (10.11.2014).
18. Hatava P, Olsson GL, Lagerkranser M. Preoperative psychological preparation for children undergoing ENT operations: a comparison of two methods. *Paediatr Anaesth* 2000, 10(5): 477-86.