

Marek Motyka<sup>1</sup>, Elżbieta Szufnarowska<sup>2</sup>, Julian Dutka<sup>2</sup>

## KOMUNIKACJA TERAPEUTYCZNA A PRZEBIEG OKRESU POOPERACYJNEGO

### THERAPEUTIC COMMUNICATION AND THE COURSE OF THE POSTOPERATIVE PERIOD

<sup>1</sup>Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie, Katedra Psychologii i Dydaktyki

<sup>2</sup>Szpital Specjalistyczny im. S. Żeromskiego w Krakowie, Oddział Chirurgii Ortopedyczno-Urazowej

stress  
therapeutic communication  
endoprosthesis

#### Streszczenie

**Cel:** Celem przeprowadzonych badań była ocena efektów, jakich w stresogennej sytuacji medycznej, związanej z poważnym zabiegiem chirurgicznym, dostarcza komunikacja terapeutyczna z pacjentem.

**Metoda:** Badaniem objęto 60 pacjentów oddziału ortopedyczno-urazowego, u których wykonano zabieg wszczepienia endoprotezy stawu kolanowego (51 kobiet i 9 mężczyzn). 30 osób zakwalifikowano do grupy eksperymentalnej, a 30 do grupy kontrolnej. W grupie eksperymentalnej poza standardowym postępowaniem odbyła się dodatkowa, wspierająca rozmowa doświadczonej pielęgniarki z każdym z pacjentów. Grupę kontrolną przygotowywano w sposób standardowy. W badaniu wykorzystano analizę dokumentacji medycznej oraz autorski kwestionariusz ankiety.

**Wyniki:** Stwierdzono lepsze efekty postępowania terapeutycznego w przypadku, gdy łączy się ono z komunikacją zawierającą informacyjne i emocjonalne wsparcie oraz empatię. W grupie eksperymentalnej zaobserwowano spadek zużycia leków przeciwbólowych i uspokajających oraz szybszy powrót do sprawności. Zaobserwowano także zdecydowanie lepsze samopoczucie, większe zadowolenie z opieki pielęgniarskiej oraz wyższą, ogólną ocenę oddziału.

**Wnioski:** Umiejętne łączenie prawidłowego postępowania medycznego z terapeutycznie zorientowaną komunikacją zawierającą znaczny stopień emocjonalnego wsparcia i empatii poprawia przebieg okresu pooperacyjnego u pacjentów poddawanych zabiegom z zakresu chirurgii ortopedycznej. Wskazane jest prowadzenie i rozwijanie szkoleń personelu medycznego ukierunkowanych na doskonalenie terapeutycznego kontaktu z pacjentami.

#### Summary

**Objectives:** The aim of the study was to assess the effects of therapeutic communication with the patient in a stressful medical situation related to a major surgical procedure.

**Methods:** The study included 60 patients of the orthopedic and trauma ward who underwent knee endoprosthesis implantation (51 women and 9 men). A total of 30 people were qualified to the experimental group and 30 to the control group. In the experimental group, in addition to the standard procedure, an additional, supportive interview with each patient by an experienced nurse took place.

The control group was prepared in a standard way. The study used the analysis of medical records and a questionnaire created by the authors.

**Results:** Better therapeutic effects were found when the therapeutic treatment was combined with communication containing informational and emotional support and empathy. In the experimental group, a decrease in the use of analgesics and sedatives and a faster recovery were observed. Significantly better well-being, greater satisfaction with nursing care and a higher overall assessment of the ward were also observed.

**Conclusions:** The skillful combination of proper medical management with therapeutically-oriented communication containing a significant degree of emotional support and empathy improves the course of the postoperative period in patients undergoing orthopedic surgery. It is advisable to conduct and develop training for medical staff aimed at improving therapeutic contact with patients.

## Wprowadzenie

Zainteresowanie jakością życia związaną ze zdrowiem [1–3] skierowało uwagę praktyków na sferę subiektywnych doznań pacjentów oraz na znaczenie ich wzajemnych relacji z personelem, wpływających ostatecznie na podniesienie jakości oferowanej opieki [4, 5]. Sfera psychiczna ważna jest u każdego pacjenta, lecz w sytuacjach, w których pojawiają się dodatkowe stresory, jak np. znaczne zaawansowanie choroby czy konieczność poddania się zabiegowi operacyjnemu, odgrywa rolę szczególną. Wśród istotnych czynników o psychologicznym charakterze decydujących o poziomie odporności na stres, w tym także na stres związany z chorobą i leczeniem, wymienia się przede wszystkim takie konstelacje cech psychicznych i postaw, jak: osobowościowa odporność [6], poczucie koherencji [7] czy prężność psychiczna (*resilience*) [8]. Tego typu zasoby psychiki zaliczane są do tzw. metazasobów, decydujących w trudnych sytuacjach o poziomie i możliwościach korzystania z pozostałych, posiadanych przez jednostkę zasobów, a w sumie o efektywności radzenia sobie ze stresem [9].

Niezależnie od cech osobowościowych pacjentów i posiadanych przez nich zasobów, w procesie generowania emocjonalnych reakcji na trudne sytuacje duże znaczenie ma także sposób komunikowania się osób sprawujących opiekę medyczną — lekarzy i pielęgniarek. Ich zachowanie w kontekście konkretnej sytuacji może mieć znaczący wpływ terapeutyczny [10, 11] lub — jak się to niestety czasem zdarza — urazowy [12, 13].

W obecnym opracowaniu koncentrujemy się na terapeutycznym aspekcie zachowania się personelu w kontakcie z pacjentem, podkreślając istotną rolę komunikowania się pozwalającego na nawiązanie z nim wspierającej relacji terapeutycznej. Powstaje ona dzięki takim sposobom komunikowania się z pacjentem, które dostarczają mu potrzebnych informacji, a także zapewniają poczucie bezpieczeństwa oraz budzą zaufanie. Istotne jest ponadto dążenie do współpracy zmierzającej do uzyskania planowanych efektów diagnostycznych i terapeutycznych [10, 11]. Komunikacja terapeutyczna nie jest więc samodzielną metodą leczenia, jak np. w przypadku psychoterapii, ale wspomaganie leczenia środkami psychologicznymi [10, 14].

Istotnym elementem terapeutycznej komunikacji w omawianym ujęciu, jest — obok budowania relacji terapeutycznej — wzmacnianie zasobów psychicznych pacjenta, w tym poczucia otrzymywanego wsparcia, poczucia własnej wartości, nadziei, wiary w prawdło-

we leczenie i w leczących, motywacji do wyleczenia, humoru oraz możliwości bezpiecznego odreagowania negatywnych uczuć. Zasoby te pozwalają redukować stres wynikający z trudnej sytuacji i pojawiających się sytuacyjnych zagrożeń [11, 14, 15].

Bardzo ważną rolę w terapeutycznej komunikacji odgrywają umiejętności interpersonalne lekarzy i pielęgniarek, wśród których w literaturze [16–21] podkreśla się szczególnie empatię oraz związaną z nią umiejętność aktywnego słuchania. Empatia personelu dostarcza pacjentowi emocjonalnego wsparcia oraz daje możliwości bezpiecznego odreagowania negatywnych uczuć wywołanych chorobą i inwazyjnymi metodami leczenia. W niniejszym opracowaniu przyjmujemy za M.H. Davisem [22] rozumienie empatii jako złożonej reakcji afektywno-poznawczej zawierającej zarówno komponent emocjonalny związany z pewną wrażliwością na cudze przeżycia i ich współodczuwaniem, jak i komponent poznawczy związany ze zdolnością przyjmowania cudzej perspektywy spojrzenia na daną sytuację.

Obecnie coraz częściej artykułuje się potrzebę właściwej komunikacji, zarówno w obrębie zespołu terapeutycznego, jak i w bezpośredniej relacji pacjent–osoba z personelu medycznego [17, 19–21, 23–25]. Jak się wydaje, w praktyce temat ten pozostaje wciąż w tyle za spektakularnymi osiągnięciami techniki medycznej. Tymczasem jego zaniedbanie może obniżyć jakość i efekty oferowanego leczenia oraz bywa głównym źródłem skarg i ocen krytycznych kierowanych przez pacjentów i członków ich rodzin w stronę personelu medycznego [26, 27].

Powyższe uwagi dotyczące znaczenia komunikacji terapeutycznej z pacjentem w leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, mają, jak zaznaczono na wstępie, szczególne zastosowanie w opiece nad pacjentami, u których wykonywane są zabiegi chirurgiczne. Te ostatnie bywają bowiem źródłem szczególnego stresu. Brakuje jednak wciąż badań, które w sposób zobiektywizowany pozwoliłyby na ocenę korzystnych efektów postępowania medycznego, zawierającego zamierzone i kontrolowane elementy komunikacji terapeutycznej.

Obecne opracowanie stanowi przykład jednego z nielicznych tego typu badań. Dotyczy ono wpływu komunikacji terapeutycznej na przebieg okresu pooperacyjnego u pacjentów poddanych zabiegowi endoprotezoplastyki stawu kolanowego. Zabieg ten, jak wiadomo, ma poprawić jakość życia pacjentów z poważnymi zmianami zwyrodnieniowymi, zredukować dolegliwości bólowe i usprawnić możliwość swobodnego poruszania się. Jednocześnie — jak każdy poważny zabieg chirurgiczny — niesie pewne ryzyko możliwych powikłań, stanowiąc zwykle źródło stresu dla pacjenta.

### **Cel badań**

Ogólnym celem badań była ocena efektów, jakich w stresogennej sytuacji medycznej, związanej z poważnym zabiegiem chirurgicznym, dostarcza komunikacja terapeutyczna. Celem szczegółowym była ocena tych efektów w odniesieniu do zabiegu wszczepienia endoprotezy stawu kolanowego, który należy do poważnych i stosunkowo często wykonywanych zabiegów chirurgicznych. Podobnie jak wiele innych zabiegów chirurgicznych łączy się on ze stresem pacjenta, który konieczność jego wykonania, obok towarzyszącej temu nadziei, wita zwykle z dużym niepokojem. Dzieje się tak, ponieważ od powodzenia

operacji zależy bezpośrednio możliwość poruszania się, zmniejszenie dolegliwości bólowych i lepsza niż dotychczas jakość życia.

Przystępując do badań zakładano, że możliwość redukcji tego stresu przez komunikację terapeutyczną, a tym samym uzyskanie na drodze psychologicznej poprawy wymiernych efektów stosowanego leczenia, stanowi ważny argument dla poszukiwania sposobów łączenia oddziaływań psychologicznych z „twardą” praktyką medyczną, a zwłaszcza z leczeniem operacyjnym.

### Grupa badana i metoda<sup>1</sup>

W badaniu udział wzięło 60 pacjentów oddziału chirurgii ortopedyczno-urazowej Szpitala Specjalistycznego im. Żeromskiego w Krakowie, z których 30 osób zakwalifikowano do grupy eksperymentalnej, a 30 do grupy kontrolnej. Dobór do badań miał charakter celowy, a kryteria włączenia obejmowały: przyjęcie pacjenta na oddział z zamiarem wykonania u niego planowanego zabiegu wszczepienia endoprotezy stawu kolanowego, dobry kontakt z pacjentem oraz wyrażenie przez pacjenta świadomej zgody na udział w badaniach. Pacjentów do grup dobierano w taki sposób, aby obie grupy były równoważne pod względem większości kontrolowanych parametrów socjodemograficznych. Badania przeprowadzono zgodnie z procedurą, na którą uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej UJ CM, nr 122.6120.61.2015. Wiek pacjentów w grupie eksperymentalnej wynosił średnio 68 lat, w grupie kontrolnej 69 lat ( $t = -0,528$ ;  $p = 0,599$ ). Grupa eksperymentalna liczyła 25 kobiet i 5 mężczyzn, w grupie kontrolnej znalazło się 26 kobiet i 4 mężczyzn. W obu grupach w podobnej proporcji dominowało wykształcenie średnie i zawodowe, 22 osoby pozostawały w związkach małżeńskich, a 8 osób było samotnych.

W grupie eksperymentalnej, poza rutynowym postępowaniem, w przeddzień zabiegu odbyło się dodatkowe spotkanie doświadczonej pielęgniarki z każdym z pacjentów. Pielęgniarka odbyła wcześniej przeszkolenie w zakresie stosowania zasad komunikacji terapeutycznej na zajęciach z podstaw psychoterapii na studiach pielęgniarskich II stopnia w UJ CM. W trakcie dodatkowego spotkania pielęgniarka prowadziła z pacjentem rozmowę o charakterze wyjaśniająco-wspierającym. Podczas rozmowy pytała o obecne objawy i przebieg choroby, posiadane oczekiwania oraz zachęcała pacjentów do wyrażania swoich emocji i myśli związanych z planowanym zabiegiem, a także do zadawania pytań. Udzielała niezbędnych wyjaśnień i informacji w odpowiedzi na pytania pacjenta, okazując zainteresowanie i troskę oraz stosując intensywnie metodę aktywnego słuchania i pomagając w odreagowaniu negatywnych emocji [28]. Tworzyła tym samym warunki sprzyjające powstaniu relacji terapeutycznej, wpływając na obniżenie doświadczanego stresu i wzmacnianie pozytywnych uczuć. Rozmowa ta trwała około 45 min.

Grupę kontrolną przygotowywano do zabiegu operacyjnego w sposób standardowy.

W badaniu wykorzystano analizę dokumentacji medycznej, tj. historię choroby pacjenta, indywidualną kartę realizacji zleceń lekarskich, kartę gorączkową, kartę obserwacyjną,

<sup>1)</sup> Prezentowane badanie stanowi fragment większych, niepublikowanych jeszcze badań, obejmujących również grupę pacjentów przygotowywanych do zabiegu wszczepienia endoprotezy stawu biodrowego.

kartę leczenia bólu oraz plan opieki pielęgniarskiej. Ponadto wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety składającej się z 9 pytań zamkniętych pozwalających na ocenę samopoczucia, opieki pielęgniarskiej i ogólną ocenę oddziału. Ankieta zawierała także dane dotyczące wieku, płci, wykształcenia i stanu cywilnego pacjenta.

Przebieg okresu pooperacyjnego po zabiegu endoprotezoplastyki stawu kolanowego charakteryzowany był za pomocą wskaźników obiektywnych i subiektywnych. Do wskaźników obiektywnych zaliczono:

- czas pobytu w szpitalu liczony w dobach od dnia przyjęcia do dnia wypisu z oddziału chirurgii ortopedyczno-urazowej,
- liczbę dawek podanych leków przeciwbólowych i nasennych,
- liczbę powikłań pooperacyjnych (zakażenie układu moczowego, zwyżki temperatury powyżej 38°C, ból w klatce piersiowej),
- czas rehabilitacji (podawany w dobach po zabiegu operacyjnym) potrzebny na uzyskanie zdolności do samoobsługi w obrębie łóżka (pacjent potrafi samodzielnie wykonać czynności samoobsługowe z zapewnioną pomocą tj.: mycie, podkładanie basenu, spożywanie posiłków),
- czas rehabilitacji (podawany w dobach po zabiegu operacyjnym) potrzebny na uzyskanie zdolności do samoobsługi poza łóżkiem (poruszanie się po powierzchniach płaskich za pomocą kul łokciowych lub balkonika, samodzielne schodzenie z łóżka i wychodzenie na nie, samodzielne korzystanie z WC).

Do wskaźników subiektywnych zaliczono:

- samoocenę samopoczucia psychicznego pacjenta (ankieta) — w drugiej i czwartej dobie po zabiegu operacyjnym oraz w dniu wypisu z oddziału,
- ocenę jakości opieki pielęgniarskiej przez pacjenta (ankieta) w dniu wypisu z oddziału,
- ogólną ocenę oddziału przez pacjenta (ankieta) w dniu wypisu z oddziału.

## Wyniki

Tabela 1. Czas pobytu w szpitalu pacjentów w grupie eksperymentalnej i kontrolnej

Grupa	Czas pobytu w szpitalu (w dniach)		Test t-Studenta
	średnia	SD	
Grupa eksperymentalna	8,13	0,86	T = - 1,827 p > 0,05
Grupa kontrolna	8,67	1,35	

Uzyskane wyniki wskazują, że dodatkowe przygotowanie psychiczne pacjentów do zabiegu operacyjnego nie wpłynęło w sposób znaczący na czas ich pobytu w szpitalu, chociaż można zauważyć pewną tendencję (statystycznie nieistotną), do skrócenia tego czasu w grupie eksperymentalnej, średnio o ½ dnia.

Tabela 2. Łączne zużycie leków nasennych i przeciwbólowych w grupie eksperymentalnej i kontrolnej\*

Leki nasenne i przeciwbólowe łącznie	Grupa eksperymentalna		Grupa kontrolna		Test Chi <sup>2</sup>
	N	%	N	%	
Niska dawka	14	46,67%	11	36,67%	Chi <sup>2</sup> = 6,122, p < 0,05
Średnia dawka	13	43,33%	8	26,67%	
Wysoka dawka	3	10,00%	11	36,67%	

\*Za niską dawkę wszystkich leków nasennych i przeciwbólowych przyjęto liczbę dawek poniżej M dla grupy kontrolnej — ½ SD. Za wysoką dawkę przyjęto liczbę dawek powyżej M dla grupy kontrolnej + ½ SD. Za średnią dawkę przyjęto liczbę dawek pomiędzy tak ustaloną dawką wysoką a niską. Wynosiła ona M = 23,83 SD = 9,35.

Jak wynika z Tabeli 2, aż 11 pacjentów w grupie kontrolnej otrzymało wysoką dawkę leków nasennych i przeciwbólowych, podczas gdy w grupie eksperymentalnej dużą dawkę leków otrzymały zaledwie 3 osoby. Obie grupy różniły się poziomem zużytych leków nasennych i przeciwbólowych w sposób statystycznie istotny (Chi<sup>2</sup> = 6,12, p < 0,05). Zatem grupa eksperymentalna, w której pacjenci mieli okazję dodatkowej rozmowy z pielęgniarką prowadzonej według zasad komunikacji terapeutycznej, uzyskała niższy wskaźnik zużycia leków nasennych i przeciwbólowych.

Tabela 3. Częstość występowania powikłań w grupie eksperymentalnej i kontrolnej

Wszystkie powikłania łącznie	Grupa eksperymentalna		Grupa kontrolna		Test chi-kwadrat
	N	%	N	%	
Powikłania	4	13,33%	7	23,33%	Chi <sup>2</sup> =1,002 p = 0,317
Brak powikłań	26	86,67%	23	76,67%	

Wyniki zamieszczone w Tabeli 3 wykazują, że przygotowanie psychiczne pacjentów do zabiegu operacyjnego nie wpłynęło w sposób istotny na liczbę powikłań po operacyjnym zabiegu wszczepienia endoprotezoplastyki stawu kolanowego. Chociaż ogólna liczba powikłań w grupie eksperymentalnej jest nieco niższa niż w grupie kontrolnej, to przypuszczalnie ze względu na stosunkowo rzadkie występowanie powikłań w obu grupach, różnica ta nie osiągnęła poziomu istotności statystycznej.

Proces odzyskiwania sprawności po zabiegu ilustrują Tabele 4 i 5.

Tabela 4. Osiąganie sprawności pacjentów w obrębie łóżka\*

Wskaźnik rehabilitacji I	Grupa eksperymentalna		Grupa kontrolna		Test chi-kwadrat
	N	%	N	%	
Wysoki	6	20,00%	2	6,67%	Chi <sup>2</sup> = 3,308 p = 0,191
Przeciętny	22	73,33%	23	76,67%	
Niski	2	6,67%	5	16,67%	

\*Za wysoki wskaźnik rehabilitacji uznano uzyskanie samodzielności w 1. dobie po zabiegu operacyjnym, za przeciętny — uzyskanie sprawności w 2. i 3. dobie po zabiegu operacyjnym, a za niski — uzyskanie sprawności w 4. i dalszych dobach po zabiegu operacyjnym.

Jak wynika z danych prezentowanych w Tabeli 4, różnice w osiągnięciu sprawności w obrębie łóżka nie osiągnęły poziomu istotności statystycznej. Niemniej jednak zauważalna jest, podobnie jak w przypadku czasu pobytu w szpitalu, pewna tendencja na korzyść pacjentów z grupy eksperymentalnej (w grupie eksperymentalnej 6 osób osiągnęło wysoki wskaźnik powrotu do sprawności, podczas gdy w grupie kontrolnej były to tylko 2 osoby).

Tabela 5. Osiągnięcie sprawności pacjentów poza łóżkiem\*

Wskaźnik rehabilitacji II	Grupa eksperymentalna		Grupa kontrolna		Test chi-kwadrat
	N	%	N	%	
Wysoki	8	26,67%	1	3,33%	Chi <sup>2</sup> =10,531 p < 0,005
Przeciętny	22	73,33%	24	80,00%	
Niski	0	0,00%	5	16,67%	

\* Za wysoki wskaźnik rehabilitacji uznano uzyskanie samodzielności w 3. dobie po zabiegu operacyjnym, za przeciętny — uzyskanie sprawności w 4. i 5. dobie po zabiegu operacyjnym, a za niski — uzyskanie sprawności w 6. i dalszych dobach po zabiegu operacyjnym.

Uzyskane dane zawarte w Tabeli 5 wskazują, że odzyskiwanie sprawności w poruszaniu się poza łóżkiem w grupie eksperymentalnej postępowało znacznie lepiej niż w grupie kontrolnej. Pacjenci szybciej osiągnęli sprawność w samodzielnym poruszaniu się (w grupie eksperymentalnej 8 osób osiągnęło pełną samodzielność poruszania się już w 3. dobie po zabiegu, a w grupie kontrolnej zaledwie jedna).

Tabela 6. Samoocena samopoczucia po zabiegu operacyjnym

Samoocena samopoczucia w drugiej dobie po zabiegu	Grupa eksperymentalna		Grupa kontrolna		Test chi-kwadrat
	N	%	N	%	
Złe lub raczej złe	2	6,67%	19	63,33%	Chi <sup>2</sup> =21,452 p < 0,001
Dobre lub raczej dobre	22	73,33%	9	30,00%	
Zdecydowanie dobre	6	20,00%	2	6,67%	
Samoocena samopoczucia w czwartej dobie po zabiegu	Grupa eksperymentalna		Grupa kontrolna		Test chi-kwadrat
	N	%	N	%	
Złe lub raczej złe	1	3,33%	6	20,00%	Chi <sup>2</sup> =13,053 p < 0,001
Dobre lub raczej dobre	11	36,67%	19	63,33%	
Zdecydowanie dobre	18	60,00%	5	16,67%	
Samoocena samopoczucia w dniu wypisu ze szpitala	Grupa eksperymentalna		Grupa kontrolna		Test chi-kwadrat
	N	%	N	%	
Złe lub raczej złe	0	0,00%	3	10,00%	Chi <sup>2</sup> =22,714 p < 0,001
Dobre lub raczej dobre	3	10,00%	18	60,00%	
Zdecydowanie dobre	27	90,00%	9	30,00%	



Jak wynika z danych zamieszczonych w Tabeli 6, we wszystkich trzech przypadkach pomiaru samopoczucia, tj. zarówno w drugiej, jak i czwartej dobie oraz w dniu wypisu, pacjenci z grupy eksperymentalnej mieli wyraźnie lepsze samopoczucie, a różnice pomiędzy grupami okazały się statystycznie wysoce istotne ( $p < 0,001$ ). Największa różnica pojawiła się w dniu wypisu, gdzie aż 90% pacjentów z grupy eksperymentalnej sygnalizowało zdecydowanie dobre samopoczucie, podczas gdy w grupie kontrolnej samopoczucie takie deklarowało jedynie 30%.

Związek przygotowania psychicznego pacjentów do zabiegu operacyjnego z ich zadowoleniem z opieki pielęgniarskiej ilustruje Tabela 7.

Tabela 7. **Życzliwość pielęgniarek według oceny pacjentów**

Ocena życzliwości pielęgniarek	Grupa eksperymentalna		Grupa kontrolna		Test chi-kwadrat
	N	%	N	%	
Trudno powiedzieć	0	0,00%	3	10,00%	Chi <sup>2</sup> =20,362 p < 0,001
Raczej zadowolająca	1	3,33%	14	46,67%	
Zdecydowanie zadowolająca	29	96,67%	13	43,33%	

Jak wskazuje analiza danych zamieszczonych w powyższej tabeli, obie grupy zdecydowanie różnią się oceną stopnia życzliwości pielęgniarek. Grupa eksperymentalna dawała pielęgniarkom wyższe oceny niż grupa kontrolna, a różnice były wysoce istotne statystycznie. Należy zauważyć, że oceny te były formułowane w odniesieniu do całego personelu pielęgniarskiego oddziału, chociaż planowaną i rozbudowaną rozmowę terapeutyczną przeprowadzała z pacjentami tylko jedna z pielęgniarek.

Tabela 8. **Ocena zadowolenia pacjentów z wyjaśnień i informacji udzielanych przez pielęgniarki**

Ocena wyjaśnień i informacji udzielanych pacjentom	Grupa eksperymentalna		Grupa kontrolna		Test chi-kwadrat
	N	%	N	%	
Trudno powiedzieć	0	0,00%	9	30,00%	Chi <sup>2</sup> =30,6 p < 0,001
Raczej zadowolające	2	6,67%	14	46,67%	
Zdecydowanie zadowolające	28	93,33%	7	23,33%	

Jak ilustruje Tabela 8, równie zdecydowane różnice pojawiły się w ocenie wyjaśnień i informacji udzielanych pacjentom przez personel pielęgniarski: grupa eksperymentalna dawała w tej sprawie dużo wyższe oceny niż grupa kontrolna.

Ostatnim porównywanym w badaniu wskaźnikiem była ogólna opinia na temat oddziału, w którym przebywali pacjenci.



Tabela 9. **Ogólna ocena oddziału**

Ogólna ocena oddziału	Grupa eksperymentalna		Grupa kontrolna		Test chi-kwadrat
	N	%	N	%	
Przeciętna	1	3,33%	7	23,33%	Chi <sup>2</sup> = 24,334 p < 0,001
Raczej wysoka	3	10,00%	16	53,33%	
Wysoka	26	86,67%	7	23,33%	

Jak pokazują wyniki zamieszczone w Tabeli 9, również ogólna ocena oddziału różniła się znacznie w obu porównywanych grupach pacjentów. Grupa eksperymentalna dawała zdecydowanie wyższe oceny niż grupa kontrolna, a różnica była statystycznie wysoce istotna.

### Dyskusja

Zaprezentowane wyniki badań własnych dostarczają mocnych dowodów na zdecydowanie lepsze efekty postępowania terapeutycznego w przypadku, gdy łączy ono medyczną skuteczność z odpowiednią postawą przyjmowaną przez personel medyczny w kontakcie z pacjentem. Postawa ta wyraża się w komunikowaniu się z nim w sposób terapeutyczny, zawierający dużą dozę informacyjnego i emocjonalnego wsparcia oraz empatii. Stosunkowo podobny czas pobytu w szpitalu pacjentów z grupy eksperymentalnej, która otrzymała dodatkową „dawkę” takiego wsparcia oraz pacjentów z grupy kontrolnej, która jej nie otrzymała, daje się wytłumaczyć zarówno koniecznością przestrzegania formalnych procedur postępowania związanych z wypisem po zabiegu wszczęcia endoprotezy kolana, jak i być może, wieloma innymi, niekontrolowanymi w badaniu, czynnikami organizacyjnymi wpływającymi ostatecznie na długość pobytu. Podobnie brak istotnych różnic między porównywanymi grupami, w liczbie występujących powikłań wskazuje, że o powikłaniach pojawiających się bezpośrednio po zabiegu prawdopodobnie decydują głównie czynniki o charakterze biomedycznym.

Jeśli chodzi o odzyskiwanie sprawności w obrębie łóżka bezpośrednio po zabiegu, to również wydaje się, że decydujące znaczenie mogą tu mieć czynniki biomedyczne. Z kolei wyniki wskazujące na znaczący spadek zapotrzebowania pacjentów na leki przeciwbólowe i uspokajające w grupie otrzymującej większe wsparcie psychiczne przekonująco pokazują, że wsparcie to daje się przełożyć na wymierne efekty kliniczne, mające znaczenie także w wymiarze ekonomicznym. Podobnie jest ze zdecydowanie lepszymi wynikami powrotu do sprawności i odzyskiwania samodzielności w poruszaniu się poza łóżkiem w grupie eksperymentalnej. Tu różnice pomiędzy oboma porównywanymi grupami okazały się jeszcze bardziej wyraźne (wysoki poziom istotności statystycznej).

Omawiając ten fragment wyników należy stwierdzić, że dostarczają one mocnych dowodów na to, iż wsparcie emocjonalne, jakie otrzymali pacjenci ze strony personelu medycznego, znalazło przełożenie na przynajmniej część obiektywnych wskaźników przebiegu okresu pooperacyjnego, tj. na poziom zapotrzebowania pacjentów na leki przeciwbólowe i nasenne oraz na tempo rekonwalescencji po przebytych zabiegach. Mechanizm mniejszego

zapotrzebowania na leki oraz obserwowanej szybszej rekonwalescencji w grupie, która otrzymała dodatkowe wsparcie, można tłumaczyć zarówno wspomnianą wcześniej redukcją stresu dzięki utrzymanemu wsparciu i możliwością wyrażenia negatywnych uczuć, jak i wyższym poziomem pozytywnych emocji pojawiających się dzięki bezpiecznej i budzącej zaufanie relacji terapeutycznej. Relację taką starannie budowała pielęgniarka w kontakcie z pacjentami grupy eksperymentalnej (jak zostało to opisane w procedurze badań).

Interpretacja ta znajduje potwierdzenie w kolejnych wynikach wskazujących na zdecydowanie lepsze samopoczucie (pozytywne emocje) w grupie pacjentów, którzy otrzymali odpowiednie wsparcie emocjonalne. W grupie tej stwierdzono ponadto wyższy poziom satysfakcji z otrzymanej opieki pielęgniarskiej oraz zdecydowanie wyższą ocenę całego oddziały, w którym przeprowadzono zabieg. Różnice między grupami są tu jeszcze większe niż w przypadku obiektywnych wskaźników przebiegu okresu pooperacyjnego. Także samopoczucie pacjentów z grupy eksperymentalnej, we wszystkich momentach, w których dokonywano jego pomiaru, tj. w drugiej i czwartej dobie po zabiegu, podobnie jak w dniu wypisu, było zdecydowanie lepsze (różnice statystycznie wysoce istotne,  $p < 0,001$ ). Ten fragment wyników okazuje się zgodny z wynikami badań prowadzonych także i w innych obszarach medycyny, w których koncentrowano się na ocenie subiektywnej jakości życia pacjentów [29, 30]. Jest on także zgodny z badaniami wskazującymi na korzystny wpływ pozytywnych emocji na stan somatyczny organizmu [31, 32].

Można sądzić, że terapeutyczny sposób komunikowania się z pacjentami ma znaczący wpływ na jakość życia, satysfakcję z opieki medycznej i wyniki leczenia nie tylko w zabiegach ortopedycznych, ale także i w innych obszarach praktyki medycznej [26, 33, 34]. Pełna weryfikacja tego przypuszczenia wymaga jednak podjęcia kolejnych, dobrze udokumentowanych przedsięwzięć badawczych.

Za słabszą stronę wykonanych badań można uznać stosunkowo małą liczbę osób badanych (30 osób grupa eksperymentalna i 30 grupa kontrolna). Niemniej jednak bardzo nieliczne, jak już wspomniano, przeprowadzone dotąd badania o podobnym charakterze przynoszą dość zbliżone wyniki [35, 36]. Biorąc to pod uwagę, dla weryfikacji i potwierdzenia uzyskanych rezultatów, należałoby powtórzyć opisaną procedurę badań w nieco liczniejszych grupach pacjentów, ponownie wykazując wyraźne przełożenie podejścia personelu medycznego w kontakcie z pacjentami, zarówno na obiektywne wyniki ich leczenia i rekonwalescencji, jak i na subiektywną ocenę otrzymanego leczenia i opieki.

Nieco dziwi, że badań opartych na metodach eksperymentalnych jest w obszarze komunikacji klinicznej niewiele. Trudno zatem porównać zaprezentowane w niniejszym opracowaniu badania z pracami innych autorów, tym bardziej że opisywane w innych pracach interwencje komunikacyjne mają bardzo zróżnicowany charakter, różnią się pod względem metodologicznej poprawności oraz zwykle zawierają różnorodne trudne do wyizolowania składniki [37]. Ponadto większość prac odwołuje się do metaanaliz literatury [26, 38], a w przypadku badań o charakterze klinicznym opiera się na samoocenach badanych pacjentów, zwykle zbieranych retrospektywnie. Często też stosowane bywają metody jakościowe [39] lub analizy korelacyjne danych pozyskanych za pomocą kwestionariuszy [32]. Jedną z przyczyn takiego stanu rzeczy są prawdopodobnie z jednej strony trudności w prowadzeniu eksperymentalnych badań o charakterze psychologicznym w warunkach klinicznych, a z drugiej — powszechnie akceptowany już pogląd, zgodnie

z którym wspierające kontakty wywierają na ogół korzystny wpływ na stan zdrowia [26]. Obiektywne potwierdzenie tej skądinąd znanej prawdy ma jednak, jak uważamy, wciąż duże znaczenie w tzw. medycynie opartej na dowodach.

Na koniec pragniemy podkreślić, że jedynym kontrolowanym elementem różniącym postępowanie terapeutyczne wobec pacjentów z obu porównywanych grup, była dodatkowa aktywność zaledwie jednej, odpowiednio przeszkolonej pielęgniarki. Można zatem przypuszczać, że stosowne przeszkolenie całego personelu w terapeutycznie zorientowanej komunikacji z pacjentami przyniosłoby znacznie lepsze rezultaty.

Empiryczne potwierdzenie tezy o pozytywnym, a co więcej — wymiernym znaczeniu komunikacji terapeutycznej pociąga za sobą wskazanie na konieczność rozwijania programu szkoleń, pozwalających doskonalić terapeutyczny sposób komunikacji personelu medycznego. Tego rodzaju szkolenia, jak się wydaje, powinny obejmować zarówno odpowiednie przygotowanie studentów uczelni medycznych [40], jak również kursy podyplomowe kierowane do lekarzy, pielęgniarek i położnych, fizjoterapeutów i ratowników medycznych, służące doskonaleniu klinicznych umiejętności interpersonalnych i uwrażliwiających na znaczenie relacji z pacjentem (np. tzw. Grupy Balinta).

### Wnioski

1. Umiejętne łączenie prawidłowego postępowania medycznego z terapeutycznie zorientowaną komunikacją, zawierającą znaczny stopień emocjonalnego wsparcia i empatii, poprawia przebieg okresu pooperacyjnego u pacjentów poddawanych zabiegom z zakresu chirurgii ortopedycznej.
2. Wskazane jest rozwijanie szkoleń personelu medycznego na poziomie przed- i podyplomowym, ukierunkowanych na doskonalenie terapeutycznej komunikacji z pacjentem.

### Piśmiennictwo

1. Daszykowska J. Jakość życia w koncepcjach związanych ze zdrowiem. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego* 2006; (2): 122–128.
2. Majkowitz M. Metodologiczne podstawy oceny jakości życia. *Medycyna Paliatywna w Praktyce* 2017; 11(2): 78–83.
3. Wrześniewski K. Wybrane zagadnienia teoretyczne i metodologiczne pojęcia jakości życia. W: Pasikowski T, Sęk H, red. *Psychologia zdrowia. Teorie, metodologia i empiria*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe; 2006, s. 61–72.
4. Beach M, Inui T. Relationship-centered care. A constructive reframing. *J. Gen. Med.* 2006; 21(suppl.1): 3–8. DOI: 10.1111/j.1525-1497.2006.00302.x.
5. Hoff T. The patient-centered medical home: what we need to know more about. *Med. Care Res. Rev.* 2010; 67(4): 383–392. DOI:10.1177/1077558710368550
6. Kobasa SC, Maddi SR, Kahn S. Hardiness and health: a prospective study. *J. Person. Soc. Psychol.* 1982; 1: 168–177.

7. Antonovsky A. Rozwikłanie tajemnicy zdrowia: jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować. Warszawa: Fundacja IPN; 1995.
8. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z. Osobowość, stres a zdrowie. Warszawa: Wydawnictwo Difin; 2010.
9. Heszen-Celińska I, Sęk H. Psychologia zdrowia. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2020.
10. Motyka M. Komunikacja terapeutyczna w opiece ogólnomedycznej, wyd. 2. Kraków: Wydawnictwo UJ; 2011.
11. Motyka M. Znaczenie komunikacji terapeutycznej. *Sztuka Leczenia* 2013; (3–4): 17–24.
12. Motyka M, Surmacka J. Błędy jatrogenne w opiece nad pacjentem. *Pielęgniarstwo XXI Wieku*. 2006; 4: 21–26.
13. Surmacka J, Motyka M. Urazowe doświadczenia hospitalizacji. *Probl. Pielęg.* 2006; 22(1): 68–73.
14. Sherko E, Sotiri E, Lika E. Therapeutic communication. *JAH* 2013; 7: 457–466.
15. Poprawa R. Zasoby osobiste w radzeniu sobie ze stresem. W: Dolińska-Zygmunt G, red. *Podstawy psychologii zdrowia*. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego; 2001.
16. Wrona-Polańska H, red. *Psychologia zdrowia w służbie człowiekowi*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe UP w Krakowie; 2012.
17. Mishra-Hebert AD, Harry Isaacson J, Kohn M, Hull AL, Hojat M, Papp K, Calabrese L. Improving empathy of physicians through guided reflective writing. *Int. J. Med. Educ.* 2012; 3: 71–77.
18. Salmon P, Bridget YB. Creativity in clinical communication: from communication on skills to skilled communication. *Med. Educ.* 2011, 45: 217–226.
19. Moudatsou M, Stavropoulou A, Philalithis A, Koukouli S. The role of empathy in health and social care professionals. *Healthcare* 2020; 8: 26. <https://www.mdpi.com/2227-9032/8/1/26>
20. Bętkowska-Korpała B, Epa R, Sikora-Zych K, Olszewska-Turek K, Pastuszek-Draxler A, Rajtar-Zębaty A, Starowicz-Filip A. Differences in personality related determinants of empathetic sensibility in female and male students of medicine. *Plos One*. 2021, 7; <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0254458>
21. Gędek A, Materna M, Gędek M. Czynniki wpływające na komunikację w relacji lekarz–pacjent. *Rozprawy społeczne* 2021; 15(2): 126–139.
22. Davis MH. *Empatia. O umiejętności współodczuwania*. Gdańsk: GWP; 2001.
23. Czerw A, Religioni U, Matuszna A, Lesiak K, Olejnik A, Śniadała D. Zasady skutecznej komunikacji w placówkach medycznych. *Hygeia Public Health* 2012; 47(3): 247–253.
24. Stangierska I, Horst-Sikorska W. Ogólne zasady komunikacji między pacjentem i lekarzem. *Forum Medycyny Rodzinnej* 2007; 1(1): 58–68.
25. Śniadała D, Lesiak K, Czerw A, Matuszna A, Olejnik A, Religioni U. Zasady skutecznej komunikacji w placówkach medycznych. *Hygeia Public Health* 2012; 47(3): 247–253.
26. Stewart MA. Effective physician–patient communication and health outcomes: a review. *Can. Med. Assoc. J.* 1995, 4; 1423–1433.
27. Gordon T. *Pacjent jako partner*. Warszawa: Wydawnictwo Pax; 1999.
28. Motyka M. Rola aktywnego słuchania w komunikacji terapeutycznej z pacjentem. *Problemy Pielęgniarstwa* 2011; 19(2): 259–265.
29. Bredart A, Bouleue C, Dolbeault S. Doctor–patient communication and satisfaction with care in oncology. *Curr. Opin. Oncol.* 2005; 17(4): 351–354.

30. Schoenthaler A, Kalet A, Nicholson J, Lipkin M. Does patient–practitioner communication improve clinical outcomes in patients with cardiovascular diseases? A systematic review of the evidence. *Patient Educ. Couns.* 2014; 96(1): 3–12.
31. Salovey P, Rothman AJ, Detweller JB, Steward WT. Emotional states and physical health. *Am. Psychol.* 2000; 55(1): 110–121.
32. Richman L, Kubzansky LD, Masefko J, Kavachi I, Choo P, Bauer M. Positive emotion and health: Going beyond the negative. *Health Psychol.* 2005; 24(4): 422–429.
33. Kwame A, Petrucka PM. Communication in nurse-patient interaction in healthcare settings in sub-Saharan Africa: a scoping review. *Int. J. Africa Nurs. Scien.* 2020; 12: 1–22.
34. Wahdatin A, Puspita D, Abdurrouf M. The implementation of therapeutic communications with postoperative patient satisfaction in Islamic Hospital of Sultan Agung Semarang. *Jurnal Ners.* 2020; (14): 378. DOI: 10.20473/jn.v14i3.17219.
35. Motyka M, Dziubak M, Hutniczak K. Wpływ rozmowy terapeutycznej na przebieg badania bronchoskopii. *Sztuka Leczenia* 2015; 30(3–4): 9–20.
36. Motyka M, Szpak B. Psychological support in serious gynecological surgeries and the patient’s need for medication in postoperative period. *Sztuka Leczenia* 2020; 35(1): 19–25. DOI 10.34938/3e44-cr51.
37. Mistiaen P, Van Osch M, van Vliet L, Howick J, Bishop FL, Di Blasi Z, Bensing J, van Dulmen S. The effect of patient-practitioner communication on pain: a systematic review. *Europ. J. Pain.* 2015. NIVEL <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/264926629>.
38. Fong HJ, Longnecker N. Doctor-patient communication: a review. *Ochsner J.* 2010; 10(1): 38–43.
39. Bradshaw J, Siddiqui N, Greenfield D, Sharma A. Kindness, listening and connection: patient and clinician key requirements for emotional support in chronic and complex care. *J. Patient Exp.* 2022; 9: 1–7.
40. Silverman J, Draper J, Kurtz S. Umiejętności komunikowania się z pacjentami. Kraków: Wyd. Medycyna Praktyczna; 2018.

Adres: mxmotyka@interia.pl

**Krakowska Fundacja Rozwoju Psychoterapii im. Profesor Marii Orwid  
we współpracy z Krakowską Fundacją Psychoterapii  
i Rozwoju Dom Terapii w Krakowie zapraszają na**

## **KONFERENCJĘ NAUKOWĄ TAJEMNICE W PSYCHOTERAPII**

która odbędzie się w dniach 6-7 kwietnia 2024 r. w Krakowie  
w Centrum Dydaktyczno-Kongresowym przy ul. św. Łazarza 16

Komitet Naukowo-Organizacyjny Konferencji:

Przewodniczący: **mgr Ryszard Izdebski**

Członkowie: **mgr Ewa Domagalska-Kurdziel,  
dr hab. n. med. Renata Modrzejewska, mgr Katarzyna Ramus,  
dr n. hum. Dorota Solecka, mgr Daria Syrecka,  
dr n. med. Krzysztof Sz wajca, mgr Katarzyna Ś lęzak,  
mgr Roma U lasińska, mgr Małgorzata Wolska,  
mgr Sylwia Wyczółkowska**

Konferencja rozpocznie się panelem na temat wkładu **prof. Marii Orwid** w rozwój psychoterapii młodzieży i terapii rodzin – w ten sposób chcemy uczcić 15. rocznicę śmierci Pani Profesor.

W dalszej kolejności odbędą się wykłady wygłoszone przez:  
**mgr. Mikołaja Grynberga, mgr Hannę Pinkowską-Zielińską,  
dr. n. hum. Szymona Chrzęstowskiego, dr. n. med. Mariusza Ś losarczyka.**

Następnie odbędzie się warsztat dla wszystkich Uczestników,  
podczas którego analizy przypadku rodziny z tajemnicą dokonają:  
**prof. dr hab. Katarzyna Prot-Klinger, prof. dr hab. Czesław Cza bała  
oraz prof. dr hab. Bogdan de Barbaro.**

W drugim dniu konferencji odbędą się warsztaty w podgrupach  
oraz dyskusja panelowa na temat przemocy i tajemnic wokół niej.  
Osoby prowadzące warsztaty to: **mgr Maria Augustyn, mgr Konrad  
Markiewicz i mgr Milena Kansy, mgr Kinga Swół, mgr Katarzyna  
Ś lęzak i mgr Michał Czerski, mgr Małgorzata Wolska,  
dr n. hum. Anna Wójcik-Zdyb.**

Patronat medialny: Kwartalnik „Psychoterapia”  
Szczegółowe informacje na stronie <https://kfrp.pl/konferencja/>