

Marta Hreńczuk, Karolina Flak

Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Transplantacyjnego i Leczenia Pozaustrojowego Wydział Nauk o Zdrowiu,
Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa

Relacja terapeutyczna pielęgniarka— —pacjent w terapii hemodializą

The therapeutic relationship between a nurse and a patient in the therapy of hemodialysis

Artykuł jest tłumaczeniem pracy:

Hreńczuk M., Flak K. The therapeutic relationship between a nurse and a patient in the therapy of hemodialysis. Renal Disease and Transplantation Forum 2021; 1.

DOI: 10.5603/RDTF.2021.0006.

Należy cytować wersję pierwotną

Abstract

Cooperation with the patient to a certain or even large extent depends on establishing an appropriate therapeutic relationship, i.e., a positive emotional relationship with the patient, subordinated to set therapeutic goals. The therapeutic relationship includes communication between the donor

and the recipient of care. In the case of hemodialysis patients, this seems to be of particular importance due to the presence of chronic disease, repeated sessions, and frequent contact with the nurse.

Forum Nefrol Edu 2021, vol 1, no 1, 47–50

Key words: therapeutic relationship, nurse, patient, hemodialysis, communication

►► Pojęcie relacja terapeutyczna odnosi się do wszelkich niespecyficznych oddziaływań o charakterze psychologicznym, towarzyszących leczeniu ◀◀

WPROWADZENIE

Relacji terapeutycznej przypisuje się w medycynie coraz większe znaczenie. Termin ten wychodzi z dziedziny psychoterapii i znajduje zastosowanie w każdej dziedzinie medycyny. Pojęcie to odnosi się do wszelkich niespecyficznych oddziaływań o charakterze psychologicznym, towarzyszących leczeniu [1, 2]. Dobra współpraca z pacjentem w dużej mierze polega na wytworzeniu właściwej relacji terapeutycznej, czyli pozytywnego związku emocjonalnego podporządkowanego zadaniowo zamierzonym celom terapeutycznym. Nawiązując relację terapeutyczną z pacjentem, dążymy do osiągnięcia założonych zmian w sferach życia związanych z zachowaniami zdrowotnymi, walką z chorobą czy stosowaną terapią. Relacja terapeutyczna obejmuje komunikowanie się między dawcą a odbiorcą opieki. Komunikowanie to proces przekazywania

i odbierania informacji w czasie kontaktów bezpośrednich między dwiema bądź większą liczbą jednostek [3].

FAZY KSZTAŁTOWANIA RELACJI TERAPEUTYCZNEJ PIELĘGNIARKA–PACJENT

Rozwój współczesnego pielęgniarstwa doprowadził do zmiany zadań, funkcji i odpowiedzialności pielęgniarki oraz roli chorego, który stał się aktywnym współuczestnikiem procesu pielęgnacyjno-terapeutycznego. Te zmiany spowodowały także potrzebę tworzenia odpowiedniej sytuacji terapeutycznej w relacjach pielęgniarka–pacjent [4].

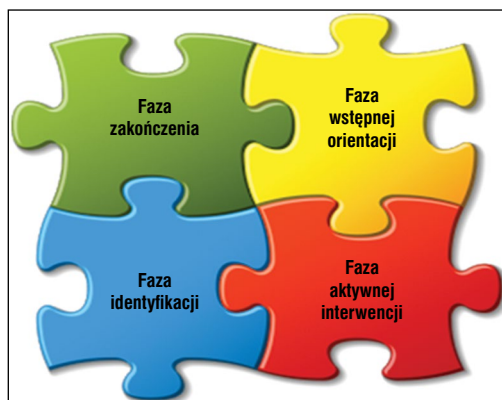
Według Poznańskiej [5] w prawidłowym kształtowaniu relacji terapeutycznej między pielęgniarką a pacjentem występują cztery fazy, które przedstawiono na rycinie 1.

Wyodrębnienie tych faz nie musi skutkować ich systematycznym wprowadzaniem

►► Nawiązując relację terapeutyczną z pacjentem, dążymy do osiągnięcia założonych zmian w sferach życia związanych z zachowaniami zdrowotnymi, walką z chorobą czy stosowaną terapią ◀◀

Adres do korespondencji:

dr n. o zdr. Marta Hreńczuk
Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego,
Transplantacyjnego i Leczenia
Pozaustrojowego, Wydział Nauk o Zdrowiu,
Warszawski Uniwersytet Medyczny
ul. Nowogrodzka 59, pawilon 11D1
02-007 Warszawa
tel. 225021920
marta.hrenczuk@wum.edu.pl



Rycina 1. Schemat faz istotnych w kształtowaniu relacji terapeutycznej między pacjentem a pielęgniarką. Opracowanie własne na podstawie [5]

w określonej kolejności. Oznacza natomiast, że należy je wszystkie dostrzegać jako konieczne elementy relacji terapeutycznej, a stosować w sposób elastyczny i dostosowany do sytuacji.

Faza wstępnej orientacji wskazuje, że kluczowe znaczenie ma to, aby przed nawiązaniem kontaktu z pacjentem pielęgniarka w miarę możliwości przygotowała się do tego, np. poprzez zebranie podstawowych informacji o chorym, co może później przynieść efekt w postaci odpowiedniego ukierunkowania tego kontaktu. W fazie identyfikacji obie strony mają czas, by się poznać. Należy przede wszystkim pamiętać, że każdy człowiek potrzebuje czasu na przełamanie barier obcości [5]. Dlatego ważne jest, żeby pielęgniarka respektowała prawa pacjenta oraz jego autonomię w podejmowaniu decyzji dotyczących realizowanego procesu pielęgnowania. Wspólne rozwiązywanie problemów pielęgnacyjnych zapewnia przyjęcie lepszych, bardziej satysfakcjonujących obie strony rozwiązań [6]. Faza aktywnej interwencji daje możliwość rozwijania partnerskiej współpracy z pacjentem, której podstawę stanowią poznawanie i rozumienie chorego — poprzez obserwację jego zachowań, reakcji emocjonalnych, wyglądu. Pielęgniarka musi mieć świadomość, że pacjent może się wycofać ze współpracy, odmawiać realizowania poszczególnych aktywności, które może i powinien podejmować. Faza końcowa zwraca uwagę na fakt, że pacjent musi być świadomy, iż relacje z pielęgniarką zostaną zakończone, i że powinien być do tego przygotowany. Chodzi tutaj przede wszystkim o to, aby chory mógł jak najwcześniej się usamodzielnąć oraz uzyskać wszystkie potrzebne do tego informacje dotyczące jego stanu zdrowia oraz samoopieki i samopielęgnacji [5].

OKREŚLENIE POZYCJI PIELĘGNIARKA-PACJENT W RELACJI TERAPEUTYCZNEJ

We współczesnej opiece zdrowotnej dąży się do wypracowania określonego modelu interakcji pomiędzy pielęgniarką a pacjentem. Kontakt z chorym wymaga od pielęgniarki wielu umiejętności i odpowiednich predyspozycji. To właśnie pielęgniarka ma najczęstszy kontakt z pacjentem — nie tylko wykonuje czynności pielęgniarstwa, ale także powinna stworzyć odpowiednią atmosferę sprzyjającą nawiązaniu kontaktu z chorym.

W relacji między pielęgniarką a pacjentem występują zależności, które można opisać dwoma modelami. Pierwszy z nich to model autokratyczno-paternalistyczny, polegający wyłącznie na ustaleniu zadań, jakie pielęgniarka powinna wykonać względem pacjenta, i ich realizacji. Osoba chorego jest w tym wypadku podległa, nie jest aż tak istotna, ponieważ liczy się to, co, kiedy i jak wykonamy w procesie pielęgnowania. Pielęgniarka w tym modelu dominuje nad chorym, wykazuje postawę informującą i zdystansowaną. Potrzeby chorego zostają zaś zepchnięte na dalszy plan.

Innym modelem jest model partnerski, który w swoim założeniu powinien być skoncentrowany na pacjencie postrzeganym jako jednostka indywidualna, wymagająca indywidualnego podejścia w procesie leczenia, pielęgnowania, a także w odniesieniu do własnych potrzeb. W tym modelu pielęgniarka zajmuje szczególne miejsce — jest pośrednikiem między lekarzem a chorym. Realizując proces terapeutyczny wyznaczony przez lekarza oraz indywidualny proces pielęgnowania, może otwarcie podchodzić do zgłaszanych potrzeb chorego, na bieżąco je analizować i w konsekwencji wychodzić im naprzeciw. Taki model zakłada działanie pielęgnacyjno-terapeutyczno-lecznicze. Zadania podejmowane w tych trzech wymiarach przyczyniają się do poprawy jakości życia pacjenta i mają pozytywny wpływ na sam przebieg procesu leczenia oraz przyspieszają proces zdrowienia. W modelu partnerskim szczególnie istotna jest rola pacjenta, który stanowi jego ogniwo centralne, a podmiotami interakcji są lekarz i pielęgniarka.

Pacjent oczekuje od pielęgniarki nie tylko wykonywania zleconych czynności pielęgniarstwa, ale przede wszystkim zdolności odczytania jego stanu psychiczno-duchowego. Ważna jest sama postawa pielęgniarki, która powinna sprawić, że pacjent zdecyduje się nawiązać z nią kontakt. Jednak ta postawa otwartości pielęgniarki wobec pacjenta nie jest jeszcze

wystarczająca. Trzeba umieć podjąć zainicjowany przez chorego kontakt i odpowiednio nim pokierować, aby się rozwijał i wyzwalał w pacjencie pozytywną postawę względem choroby czy trudności, jakie napotyka chory w procesie terapeutyczno-diagnostycznym.

Umiejętność komunikowania się pielęgniarki z pacjentem jest istotą opieki, nacechowaną pozytywnymi skutkami terapeutycznymi. Pielęgniarka musi być w stanie trafnie ocenić stan psychiczny chorego, uważnie, ale i taktownie obserwować jego zachowania, sposób mówienia, wyrażane emocje, a nawet interpretować milczenie, które wbrew pozorom może przekazywać wiele informacji. Podsumowując tę kwestię, należy stwierdzić, że zależność pielęgniarka–pacjent w relacji terapeutycznej musi się charakteryzować równością, a także otwartością na drugiego człowieka [7].

PACJENT HEMODIALIZOWANY A RELACJA TERAPEUTYCZNA

Rola wsparcia emocjonalnego w opiece nad pacjentem leczonym nerkozastępczo ma istotne znaczenie na każdym etapie choroby i terapii. Zapotrzebowanie na ten rodzaj pomocy dotyczy zarówno chorych leczonych dializami, jak i biorców objętych opieką potransplantacyjną. Wsparcie ze strony personelu medycznego pomaga pacjentowi w utworzeniu nowych zasobów energii i sprecyzowaniu planów na przyszłość. Uzależnienie od aparatury dializacyjnej, wymuszona cykliczność zabiegów, ograniczenia dotyczące schematu codziennego funkcjonowania związane z przewlekłą chorobą i dość złożonym leczeniem często skutkują depresyjną wizją dotyczącą przyszłości zdrowotnej i funkcjonowania biopsychospołecznego. Wspierająca, cierpliwa i pełna zrozumienia postawa personelu medycznego oraz najbliższych jest formą pomocy, która umożliwia choremu przyjęcie pozytywnej postawy wobec choroby i terapii oraz przyczynia się do podejmowania przez niego działań w celu przezwyciężenia napotykanym trudności [8].

W badaniach prowadzonych w 2020 roku w jednym z warszawskich ośrodków dializ 75% pacjentów znało i prawidłowo określało pojęcie relacji terapeutycznej. Za składowe relacji terapeutycznej uznawali: empatię (81,8%), wzajemne zaufanie (67,5%), szacunek (59,7%), otwartość obu stron (55,8%), wspólny kontakt werbalny (54,5%), serdeczność (46,8%), kontakt niewerbalny (44,2%) i poczucie bez-

pieczeństwa (44,2%), najrzadziej natomiast wskazywali na zrozumienie (39%) i akceptację (33,8%). Empatię podkreślali istotnie częściej mężczyźni ($p < 0,04$), jak również badani z wyższym poziomem wykształceniem ($p < 0,02$) i badani nieakceptujący terapii nerkozastępczej ($p < 0,03$). Zrozumienie istotnie statystycznie częściej było ważnym elementem relacji terapeutycznej dla mieszkańców wsi ($p < 0,03$). Szacunek miał szczególne znaczenie dla badanych z wykształceniem średnim ($p < 0,03$). Znaczna większość pacjentów (85,7%) uważała, że relacja terapeutyczna pielęgniarka–pacjent ma istotne znaczenie w terapii nerkozastępczej. Najmniejsze znaczenie przypisywali relacji terapeutycznej badani w wieku 70 lat i więcej ($p < 0,03$). Pacjenci uważali, że relacja terapeutyczna daje poczucie bycia zrozumianym przez drugą osobę, siłę do walki z chorobą, rzadziej zaś stwierdzali, że pomaga przywrócić nadzieję, ćwiczyć umiejętność zrozumienia swoich problemów z perspektywy drugiej osoby, opanować bezradność, wzmacniać pozytywne strony zachowań zdrowotnych. Zapytani o obecny wpływ relacji terapeutycznej pielęgniarka–pacjent na ich terapię, wskazywali natomiast, że daje im ona poczucie bezpieczeństwa, pomaga w radzeniu sobie w trudnych chwilach, wpływa na podniesienie jakości opieki medycznej, nieznacznie rzadziej uważali zaś, że pomaga zaakceptować chorobę i terapię oraz zwiększa skuteczność leczenia. Kobiety istotnie częściej niż mężczyźni wskazywały, że relacja terapeutyczna pielęgniarka–pacjent pomaga im zaakceptować chorobę i terapię ($p < 0,05$) [9].

PODSUMOWANIE

Zgodnie z danymi zebranymi w Polskim Rejestrze Nefrologicznym na koniec 2018 roku w ośrodkach dializacyjnych łącznie dializowano 21 328 pacjentów, w tym 20 418 metodą hemodializy, a 917 metodą dializy otrzewnowej. W 2015 roku funkcjonowały w Polsce 284 ośrodki dializacyjne. Najwięcej ośrodków dializ znajdowało się w województwie śląskim (37), w województwie mazowieckim (34) oraz w województwie wielkopolskim (28). Najmniej takich ośrodków było natomiast w województwie lubuskim (8) oraz w województwach opolskim i podlaskim (po 9) [10]. Przytoczone liczby pokazują, jak wiele osób w Polsce jest objętych leczeniem dializacyjnym. Ze względów ekonomicznych, mimo licznych argumentów merytorycznych, pacjenci w polskich

▶▶Umiejętność komunikowania się pielęgniarki z pacjentem jest istotą opieki, nacechowaną pozytywnymi skutkami terapeutycznymi◀◀

▶▶Relacja terapeutyczna daje poczucie bezpieczeństwa, pomaga w radzeniu sobie w trudnych chwilach, wpływa na podniesienie jakości opieki medycznej, pomaga zaakceptować chorobę i terapię oraz zwiększa skuteczność leczenia◀◀

stacjach dializ rzadko są objęci pomocą psychologiczną. Przewlekła niewydolność nerek stanowi poważne źródło stresu dla chorego. Problemowe obszary wynikają po pierwsze z nagłej konfrontacji z rozpoznaniem choroby i wizją jej nieuleczalności, po drugie natomiast są konsekwencją codziennej uciążliwości samej terapii oraz doświadczania przez pacjenta skutków ubocznych leczenia i chorób współtowarzyszących. Kolejnym problemem jest doświadczenie rzeczywistych zmian w dotychczasowym życiu, które wynikają ze znacznego ograniczenia lub nawet rezygnacji z pełnienia dotychczasowych ról społecznych [11]. Pacjen-

ci dializowani wykazują skłonność do zamykania się w sobie, zakres ich zainteresowań się zawęża, odczuwają niepokój, są przewrażliwieni, mają zmienne nastroje [12]. Z jednej strony ich udziałem jest choroba przewlekła, z drugiej muszą być poddawani przez długi czas powtarzanym zabiegom hemodializy, dlatego ważnym zagadnieniem wydaje się relacja terapeutyczna na liniach personel medyczny–pacjent, pielęgniarka–pacjent. Przytoczone wyniki badań wskazują na potrzebę nawiązania relacji terapeutycznej pielęgniarka–pacjent, która w odczuciu samych pacjentów ma niebagatelne znaczenie w ich terapii.

STRESZCZENIE

Wzajemna współpraca z pacjentem w dużej mierze polega na wytworzeniu właściwej relacji terapeutycznej, czyli pozytywnego związku emocjonalnego z pacjentem, podporządkowanego zadaniowo zamierzonym celom terapeutycznym. Relacja terapeutyczna obejmuje komunikowanie się między

dawcą a odbiorcą opieki. Ma to szczególne znaczenie w przypadku pacjentów hemodializowanych ze względu na obecność choroby przewlekłej, konieczność powtarzania procedury i częsty kontakt pacjenta z pielęgniarką.

Forum Nefrol Edu 2021, tom 1, nr 1, 47–50

Słowa kluczowe: relacja terapeutyczna, pielęgniarka, pacjent, hemodializa, komunikacja

Piśmiennictwo

1. Brukwicka I., Kopański Z., Lishchynskyy Y. i wsp. Znaczenie komunikacji interpersonalnej w pielęgniarstwie. *J. Clin. Healthcare* 2014; 4: 6–7.
2. Del Piccolo L., Goss C. People-centered care: new research needs and methods in doctor-patient communication. *Challenges in mental health. Epidemiol. Psychiatr. Sci.* 2012; 21: 145–149.
3. Wybrane metody i techniki komunikowania się w pracy pielęgniarki; https://sciaga.pl/tekst/44038-45-wybrane_metody_i_tekniki_komunikowania_sie_w_pracy_pielęgniarki [dostęp: 12.02.2020].
4. Klatkiewicz A. Kilka uwag na temat „komunikatu trudnego” w edukacji zdrowotnej. [W:] Cylkowska-Nowak M. (red.). *Edukacja zdrowotna — możliwości, problemy, ograniczenia*. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, Poznań 2010: 148–150.
5. Poznańska S. Komunikowanie się w relacjach pielęgniarka–pacjent oraz we współpracy zespołowej. [W:] Zahradniczek K. (red.). *Pielęgniarstwo*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010: 94–96.
6. Stępień R., Wiraszka G. Uwarunkowania relacji pacjent–pielęgniarka w onkologii. *Studia Medyczne* 2009; 16: 61–62.
7. Relacje pielęgniarka–pacjent. Materiały edukacyjne. Szpital Kliniczny im. dr. J. Babińskiego SPZOZ w Krakowie; https://kontaktwleczeniu.pl/pielęgniarka_pacjent.html [dostęp: 03.02.2020].
8. Wiśniewska L., Paczkowska B., Białobrzeska B. Zapotrzebowanie na wsparcie emocjonalne wśród pacjentów leczonych nerkozastępczo. *Forum Nefrol.* 2010; 3: 63–70.
9. Flak K. Znaczenie relacji terapeutycznej pielęgniarka–pacjent w terapii pacjentów hemodializowanych. Praca magisterska. Wydział Nauk o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny 2020.
10. Aktualny stan dializoterapii w Polsce — 2018. Raport. *Nefrol. Dializoter. Pol.* 2019; 23: 3–4.
11. Kochan-Wójcik M., Prokopowicz K. Pomoc psychologiczna dla pacjentów hemodializowanych — przykład dobrej praktyki współpracy między uczelnią a stacją dializ. *Forum Nefrol.* 2015; 8: 122–129.
12. Gulin W., Ostrowski J., Rutkowski B. Obraz siebie osoby w sytuacji choroby przewlekłej. *Nauki o Edukacji. Rocznik Naukowy Kujawsko-Pomorskiej Szkoły Wyższej w Bydgoszczy* 2012; 5: 31–45.